

간호사와 입원 환자가 지각한 임종기 치료선호도

김동순¹⁾ · 소애영²⁾ · 이경숙²⁾ · 최정숙²⁾

¹⁾서울아산병원, ²⁾강릉원주대학교 원주캠퍼스 간호학과

Comparing the Preference for Terminal Care in Nurses and Patients

Kim, Dong Soon¹⁾ · So, AeYoung²⁾ · Lee, Kyung-Sook³⁾ · Choi, Jung Sook⁴⁾

¹⁾Asan Medical Center, Seoul

²⁾Department of Nursing, Gangneung-Wonju National University, Wonju, Korea

Purpose: The purpose of this study was to identify the differences in preference for terminal care between hospitalized patients and nurses. **Methods:** A cross-sectional descriptive design was used in 79 patients and 107 nurses. The data were collected from August to October 2011, using the Preference for Care near the End of life Scale - Korean Version (PCEOL-K) with 5-point scale of 26 items. The reliability of the tool was Cronbach's $\alpha = .74$. **Results:** The mean score (SD) of PCEOL-K's sub-dimensions in nurses' priority was: (a) pain 3.70 ± 0.63 , (b) spirituality 3.63 ± 0.61 , (c) family 3.40 ± 0.70 , (d) autonomous decision making 2.30 ± 0.66 , and (e) decision making by healthcare professionals 2.14 ± 0.64 . In patients' priority, the M \pm SD score of each sub-dimension was: (a) pain 3.86 ± 0.65 , (b) family 3.83 ± 0.57 , (c) decision making by healthcare professionals 3.37 ± 0.85 , (d) spirituality 3.01 ± 0.80 , and (e) autonomous decision making 2.43 ± 0.63 . Results indicated significant differences between nurses and patients regarding decision making by healthcare professionals ($t = -11.28, p < .001$), family ($t = -4.66, p < .001$), and spirituality ($t = 5.71, p < .001$). **Conclusion:** The PCEOL-K of patients was higher than nurses'. A terminal care program for hospitalized patients at the end of life should be planned according to the results of PCEOL-K in nurses and patients.

Key Words: Terminal care, Nurse preference, Patient preference

서론

1. 연구의 필요성

인구의 노령화와 더불어 최근 의료수준의 발전으로 치료 및 회복 불가능한 경우라도 인공영양, 인공호흡기, 심폐소생술, 및 신장투석 등 생명유지의 수단들을 통하여 생명연장이 가능하게 되었다. 이에 따라 회복 불가능한 환자의 고통스런 삶을 무의미하게 연장하여 인간의 존엄성을 해치는 부작용과 '인간의 죽음'에 대한 복합적인 문제를 초래하고 있다(Heo, 2009). 2009년 7월의 조사에 따르면 전국에 중환자실을 운영하고 있

는 256개 의료기관 입원 환자 94,900명 중 1.64%에 해당하는 1,555명이 연명치료 대상자로 분류되어 입원 환자 100명중 1.6명이 연명치료를 받고 있는 것으로 나타났다(Bae, Gong, Lee, Heo, & Koh, 2010). 의료기관별로는 평균 6.07명의 연명치료 환자가 있고, 대학병원일수록, 입원병상수가 클수록 입원 환자 중 연명치료자의 비율이 높게 나타났다(Bae et al., 2010). 이러한 연명치료는 인간의 자율성 및 인격존중, 죽음에 대한 정의, 사전 동의와 품위 있는 죽음을 선택할 권리 등을 저해하고 치료중단, 안락사, 뇌사 및 장기이식, 심폐소생술 금지에 대한 결정과 같은 윤리적 딜레마를 야기하고 있다. 이와 같이 죽어가는 과정에서 경험하게 되는 의료수혜 과정의 생명

주요어: 임종기치료, 간호사, 환자 선호도

Corresponding author: Choi, Jung Sook

Department of Nursing, Gangneung-Wonju National University, 150 Namwon-ro, Wonju-city, Gangwon province 220-711, Korea.
Tel: +82-33-760-8643, Fax: +82-33-760-8641, E-mail: choijs@gwnu.ac.kr

- 김동순 석사학위 논문의 일부임.

- This manuscript is based on a part of the first author's master's thesis.

투고일: 2013년 11월 4일 / 수정일: 2013년 11월 27일 / 게재확정일: 2013년 11월 27일

연장술 시행이 증가할수록 환자의 자기 결정권과 삶의 질은 위협받게 되며 의료자원 분배의 효율성을 저하시켜 국민의료비에 과중한 부담을 야기하고 있다(Heo, 2008). 실제로 우리나라에서 말기 환자의 치료에 사용되는 의료급여 비용은 사망 2개월 전부터 15.2%로 급격히 증가하고 사망 1개월 전에는 36%를 차지한다(Choi et al., 2005).

이러한 과정에서 임종기(end-of-life)동안의 삶과 치료 및 돌봄, 안락사에 대한 관심이 증가하였다. 안락사는 존엄사, 자연사, 품위 있는 죽음 등의 개념으로 다루어졌으며, 임종기 치료는 임종기때 이루어지는 연명치료로 완화 치료, 임종기 치료, 호스피스치료와 혼용되어 사용되고 있고(NIH, 2004), 2009년 5월 21일 대법원의 소위 '존엄사 합헌화' 판결을 전후하여 존엄사에 대한 관심이 더욱 커졌으며, 이에 따라 존엄사에 대한 사회 각계 합의안이 도출되었고 2009년 의료계의 전문가들로 구성된 연명치료 중지에 관한 지침제정 특별 위원회는 '연명치료 중지에 대한 지침'을 발표하였다(Kim, 2009).

죽음은 누구에게나 일어나는 현상이지만 개개인의 입장과 문화 및 맥락적 상황에 의해 영향을 받으며 개개인이 모두 잘 죽기를 바란다. 그런데 아직 우리나라에서 잘 죽는다는 것은 개념의 합의가 이루어지지 않은 채 주로 존엄사라고 일컬어져 왔다. 최근 '존엄사'와 '소극적 안락사'와의 개념 혼돈에 대한 지적이 있고(Choe & Kwon, 2009) 이러한 개념적 논쟁 속에 공통적으로 확인할 수 있는 것은 '인간이 잘 죽는다'는 것에 있어서 임종기 치료에 관련한 내용이 가장 중요하다는 것이다. 삶의 마지막 단계에서 자연스러운 죽음을 맞이할 권리에 관한 법 등이 모두 임종기 치료를 핵심내용으로 포함하고 있으며(Jung, 2010), 환자, 가족, 보건의료 전문가 등의 신념에 부응하는 우리사회 구성원들의 임종기 치료에 대한 선호도를 확인하는 일이 우선으로 요구된다(Kim, Kim, Yu, & Kim, 2010).

임종기 치료선호도와 관련하여 국내에서는 노인을 대상으로 회복불능 상태에서의 사전의사결정과 연명치료 선호도에 대한 조사(Kim, Kim, & Lee, 2001)가 보고된 이래 일반인에서 무의미한 연명치료에 대한 비 선호도 및 존엄사에 대한 선호도(Yun et al., 2004)가 보고되고 있지만, 아직은 시작 단계로 보다 다양한 집단을 대상으로 선호도를 확인하는 작업이 필요하다. 이에 보다 포괄적이고 객관적인 도구를 활용한 임종기 치료의 태도에 대한 조사가 필요하며, 특히 환자 대상 연구가 매우 어렵기 때문에 환자의 선호도를 확인하고 의료인들과 차이점을 확립하려는 노력이 지속되어야 환자가 원하는 올바른 임종기 치료가 이루어 질 것이다. 연명치료 중단이 결정되는 시기에는 환자와 가족 모두에게 총체적 간호가 필요하며

간호사는 치료계획을 직접적으로 수행하는 중심적인 역할을 담당하므로 연명치료 중단 결정과정에서 간호사가 배제되면 안된다(Park, 2005). 간호사는 말기 환자와의 지속적인 접촉을 가지며 환자의 의사를 가장 적절히 표현할 수 있는 중요한 정보 제공자이며 대변자이므로 간호사의 임종기 치료에 대한 선호도 파악도 매우 중요하다.

따라서 본 연구는 임종기 치료에 대한 간호사와 입원 환자의 선호도를 비교하여 그 차이를 파악함으로써 임종기를 맞는 환자에 대한 이해를 높이고 임종기 치료 선호를 반영한 임종기 간호중재 가이드라인 개발을 위한 실제적인 기초자료를 제공하기 위하여 시도되었다.

2. 연구목적

본 연구의 목적은 임종기 치료에서 중요한 역할을 하고 있는 간호사와 입원 환자의 임종기 치료에 대한 선호도를 조사하여 그 차이를 파악하는 것이며 그 구체적인 목적은 다음과 같다.

- 간호사와 입원 환자의 임종기 치료선호도를 파악한다.
- 간호사와 입원 환자의 문항별 임종기 치료선호도 차이를 파악한다.
- 간호사와 입원 환자의 일반적 특성에 따른 임종기 치료선호도를 파악한다.

연구방법

1. 연구설계

본 연구는 소화기내과 병동에서 근무하는 간호사와 소화기내과에 입원중인 환자의 임종기 치료 선호도를 파악하고 환자와 간호사의 선호도 차이를 비교하며, 일반적 특성에 따른 임종기 치료방법 선호도의 차이를 파악하기 위한 서술적 조사연구이다.

2. 연구대상

본 연구의 연구대상은 다음과 같이 표집하였다. 본 연구대상인 간호사는 서울시에 소재한 A종합병원 소화기내과에 근무하는 병동 간호사 중 본 연구의 목적을 이해하고 연구에 참여를 동의한 간호사로 하였으며, 환자는 8월~10월까지 동 병원 소화기내과 병동에 입원치료를 받은 450명 중 만 20세 이상으로 설문지를 읽고 이해하는데 문제가 없는 환자를 대상으로 하였

다. 대상 환자를 소화기내과 입원 환자로 선정한 이유는 입원 환자의 특성상 암 환자 비율이 병동 입원 환자의 70%를 차지하며 50% 이상이 만성질환으로 5년 이상 치료를 받고 있는 환자였기 때문이며, 병동에서 사망하거나 호스피스 병원으로의 전원 환자가 많은 병동이기 때문이다. 소화기내과에 입원한 환자 중환자의 상태가 위중하여 설문에 응할 수 없는 경우, 보호자 또는 환자의 거부, 의식상태가 명료하지 못한 경우는 대상자에서 제외하였다. 전체 200명 중 간호사 120명, 환자 80명에게 설문지를 배부하여 자료를 수집하였으며, 응답이 누락된 간호사용 13부, 환자용 1부를 제외한 간호사 107부 환자 79부를 포함한 186부(회수율93%)를 최종 자료분석에 활용하였다.

표본수의 선정의근거로는 표본 수 계산을 위해 사용하는 프로그램인 Raosoft (<http://www.raosoft.com/samplesize.html>)를 활용하여 오차한계 5%, 신뢰구간 95%, 응답분포는 디폴트로 일반적으로 사용하는 50%를 적용하여 산출한 결과 간호사의 경우 120명에 대해 표본 수는 92명으로 나왔으며 환자의 경우는 450명에 대해 208명으로 산출되었다. 따라서 본 연구의 실제 조사 대상인 간호사수 120명은 제안된 표본 수 92명을 넘어 충족하였으나, 환자의 수는 208명이 되어야 함에도 불구하고 내과 병동의 입원 환자 및 보호자들이 갖는 설문조사에 응할 수 없는 여건으로 연구자가 208명을 표집하는 것은 불가능하여 제한점으로 남지만 선정된 환자의 수가 정규분포 가정을 충족하여 대표성을 갖는다고 판단된다.

3. 연구도구

임종기 치료선호도는 Gauthier 와 Froman (2001)이 개발한 32문항 5점 척도로 되어 있는 The Preference for Care near the End of life (PCEOL)를 Lee와 Kim (2009)이 한국형으로 표준화 한 척도를 사용하였고 연구자에게 사용허락을 받아 사용하였다.

한국형 표준화 도구는 자율적 의사결정요인(autonomous physiological decision making, 8문항), 의료인 의사결정요인(decision making by health care professional, 4문항), 가족요인(family, 5문항), 영성요인(spirituality, 6문항), 통증요인(pain, 3문항)의 5가지 하위요인 26문항으로 구성되었다. Likert 5점 척도로 1점: 매우 아니다~5점: 매우 그렇다 이며 부정문항은 역 환산 하였고 점수가 높을수록 임종기 치료 선호도가 높음을 의미한다. 하부 요인 중 자율적 의사결정요인은 심폐소생술, 인공호흡기 부착, 위관영양 제공으로 구성되어 의학적 연명치료 선호도를 확인하는 문항이며, 의료인

의사결정요인과 가족요인은 임종기 치료 결정을 의료인과 가족이 개입하는 것을 얼마나 원하는 지를 파악하는 문항으로 구분되어 있다. 또한 영성요인은 영적 요구도를 파악하는 문항으로 구성되었으며, 통증요인은 통증 관리에 관한 선호도를 파악하는 문항으로 구성되었다.

본 연구에서의 도구의 신뢰도는 전체 문항의 Cronbach's α 는 .74였으며, 하부요인별 신뢰도 Cronbach's α 는 자율적 의사결정요인 .82, 의료인 의사결정요인 .83, 가족요인 .79, 영성요인 .82, 통증요인 .54였다. 한편 Lee와 Kim (2009)에서의 도구의 신뢰도 Cronbach's α 는 전체 문항 α = .74, 자율적 의사결정요인 .89, 의료인 의사결정요인 .84, 가족 요인 .82, 영성 요인 .86, 통증요인 .42였다.

4. 자료수집

설문지 조사기간은 2011년 8월 22일부터 10월 5일까지였으며 자료수집 절차는 본 연구의 목적을 이해하고 참여를 동의한 자로 하였다. 자료수집은 AMC의 기관심의위원회의 IRB 승인(AMCIRB 20110852)을 받았으며, 심의 사항으로 연구의 목적, 참여자 수, 연구 진행과정, 참여기간, 응답도중 언제든지 응답을 하지 않을 수 있는 권리, 응답에 위험요소가 없고, 참여자에게 제공되는 이득 및 불이익, 개인 정보 비밀에 대한 내용을 심의 받았다.

응답한 내용은 연구목적에만 사용될 것이며 개인적인 사항은 절대 노출되지 않도록 전산 통계처리 될 예정임을 설명하고 조사 중간에라도 원치 않은 경우 그만 둘 수 있음을 알려주었다. 환자 설문은 필요한 경우 연구자가 설문지 내용을 읽어 주고 대상자의 대답을 연구자가 직접 작성하였다.

5. 자료분석

수집된 자료는 SPSS/WIN 18.0 프로그램을 이용하였으며, 대상자의 일반적 특성은 빈도와 백분율로 분석하였다. 간호사와 환자의 임종기 치료선호도 차이는 t-test와 ANOVA로 분석하였으며, 사후 분석은 Scheffé test를 이용하였다. 도구의 신뢰도는 Cronbach's α 계수를 구하였다. 본 연구대상 중환자집단이 정규분포를 하고 있는지 확인하기 위해 Kolmogorov-Smirnov test 결과 유의확률 p 값이 .200으로 .05보다 크게 나와 정규분포를 하는 것으로 확인되었으며, 간호사 집단의 경우도 동일한 검정방법으로 test한 결과 유의확률 p 값이 .052로 .05보다 크게 나와 정규분포를 하는 것으로 확인되었다.

연구결과

1. 대상자의 일반적 특성

간호사의 일반적 특성은 Table 1과 같다. 전체 107명 중 72.9%가 20대이었고, 30대 25.2%, 40대 1.9%였다. 교육수준은 대졸이 82.2%, 미혼이 76.6%, 종교가 있는 경우 55.1%였다. 15.0%가 유언 작성 경험이 있었고, 병원에서 임종 경험은 95.3%였다. 평균간호사가 97%를 차지하였고, 근무경력은 3년 미만 43.9%, 5~10년 미만은 25.2%, 3~5년 미만 18.7%의 분포를 보였으며, 일반병동에 61.7%, 암 병동에 38.3%가 근무하고 있었다.

환자의 일반적 특성은 Table 1과 같다. 전체 79명 중 50대가 32.9%, 60대 20.3%, 70대 이상 11.4%를 차지했고, 교육수준은 39.2%가 고졸, 대졸 27.8%, 중졸 16.5%였다. 기혼이 96.2%, 종교가 있는 경우가 49.4%였다. 임종 경험은 69.6%가 있었으며, 6.3%만 유언 작성 경험이 있었다. 대상자 중 남자가 64.6%, 가족의 월수입은 100만원 이하 16.5%, 100~200만원 이하 30.4%, 200~300만원 이하 24.1%, 300~400만원 이하 13.9%, 400만원 이상 15.2%로 200만원 이하가 46.9%를 차지했다. 환자의 65.8%가 직업이 있었으며, 정규적인 병원 진료 기간은 38.0%가 10년 이상이었고, 5~10년 미만 20.3%, 3~5년 미만 19.0%였다.

2. 간호사와 입원 환자의 임종기 치료선호도

간호사와 입원 환자의 임종기 치료선호도는 Table 2와 같다. 간호사와 입원 환자의 임종기 치료선호도 비교에서 통계적으로 유의한 차이를 보인 요인은 전체($t=-4.2, p<.001$), 하위요인 중에서 의료인 의사결정요인($t=-11.28, p<.001$), 가족요인($t=-4.66, p<.001$), 영성요인($t=5.71, p<.001$)이었다.

간호사의 임종기 치료선호도는 전체 2.96 ± 0.31 점, 하위요인별로는 통증요인이 3.70 ± 0.63 점으로 가장 높고 다음으로 영성요인 3.63 ± 0.61 점, 가족요인 3.40 ± 0.70 점, 자율적 의사결정요인 2.30 ± 0.66 점, 의료인 의사결정요인 2.14 ± 0.64 점 순으로 나타났다. 입원 환자의 임종기 치료 선호도는 전체 3.17 ± 0.38 점, 우선순위별로는 통증요인이 3.86 ± 0.65 점으로 가장 높고 다음으로 가족요인 3.83 ± 0.57 점, 의료인 의사결정요인 3.37 ± 0.85 점, 영성요인 3.01 ± 0.80 점, 자율적 의사결정요인 2.43 ± 0.63 점 순으로 나타났다.

3. 문항별 임종기 치료선호도 비교

문항별 간호사와 입원 환자의 임종기 치료선호도를 Table 3에서 보면 통계적으로 유의한 차이를 보인 문항은 26문항 중 14개 문항이었다. 자율적 의사결정요인의 통계적으로 유의한 차이를 보인 문항은 ‘내 심장이 멈추는 경우 나는 심폐소생술을 원한다’($t=-3.68, p<.001$), ‘내 심장이 멈추는 경우 나는 심폐소생술을 원하지 않는다’($t=-3.19, p=.002$), ‘나는 신의 뜻에 따라 임종을 맞기를 원하고 어떠한 방법이라도 인위적인 생명연장을 원하지 않는다’($t=2.74, p<.001$)이었다. 의료인 의사결정요인은 모든 문항에서 유의한 차이를 보였으며, ‘나의 치료와 간호에 대해 모든 결정은 의료인이 해주기를 바란다’($t=-8.75, p<.001$), ‘의료인들은 나에게 무엇이 최선인지 잘 알 것이므로 나의 치료와 간호에 대한 모든 결정을 해주기 바란다’($t=7.25, p<.001$), ‘나는 의사들이 나를 위한 모든 치료를 결정해줄길 바란다’($t=-9.66, p<.001$), ‘의료인들은 전문가이므로 나의 치료와 간호에 대한 최종 결정을 내려야 한다’($t=-9.26, p<.001$)이었다. 가족요인의 유의한 차이를 보인 문항은 ‘나의 치료와 간호에 대한 최종 결정은 가족이 해주길 바란다’($t=-5.29, p<.001$), ‘가족은 나에게 무엇이 최선인지 잘 알 것이므로 나의 치료와 간호에 대한 모든 결정을 해주길 바란다’($t=-5.85, p<.001$), ‘나는 가족이 모든 설명을 듣고 나의 치료와 간호에 대한 결정을 할 수 있기를 바란다’($t=-2.00, p=.003$)이었다. 영성요인의 유의한 차이를 보인 문항은 ‘나는 임종기 동안 나의 영적 신념이 반영되기를 원한다’($t=5.86, p<.001$), ‘나는 임종기 동안 나의 종교적 신념에 따라 간호와 치료를 받기를 바란다’($t=5.16, p<.001$), ‘나는 간호사들이 신체뿐 아니라 정서적이고 영적인 요구에도 관심을 가져주기 바란다’($t=3.93, p<.001$), ‘나는 임종기 동안 호스피스케어를 받고 싶다’($t=4.59, p<.001$)이었다. 통증요인은 모든 문항에서 유의한 차이가 없었다.

4. 일반적 특성에 따른 임종기 치료선호도

1) 간호사의 일반적 특성별 임종기 치료선호도

간호사의 임종기 치료선호도에서 통계적으로 유의한 차이를 보인 일반적 특성은 Table 4와 같다. 전체 임종기 치료선호도에서 20~29세 그룹이 30세 이상 그룹보다 선호도가 높았다($t=1.99, p=.049$). 자율적 의사결정요인에서 연령별 차이는 20~29세 그룹이 30세 이상 그룹보다 선호도가 높았으며($t=3.10, p=.002$), 근무경력별 차이를 보면 10년 이상 그룹이 3

Table 1. General Characteristics of Participants

(N=186)

Characteristics	Categories	Nurse (n=107)	Patient (n=79)
		n (%)	n (%)
Age (year)	20~29	78 (72.9)	4 (5.1)
	30~39	27 (25.2)	5 (6.3)
	40~49	2 (1.9)	19 (24.1)
	50~59		26 (32.9)
	>60		25 (31.7)
Marital state	Married	25 (23.4)	76 (96.2)
	Single	82 (76.6)	3 (3.8)
Religion	Yes	59 (55.1)	39 (49.4)
	No	48 (44.9)	40 (50.6)
Terminal care	Yes	102 (95.3)	55 (69.6)
	No	5 (4.7)	24 (30.4)
Education	Elementary school		10 (12.7)
	Middle school		13 (16.5)
	High school		31 (39.2)
	Junior college	10 (9.3)	3 (3.8)
	University	88 (82.2)	22 (27.8)
	> Master	9 (8.4)	
Position	Staff nurse	97 (90.7)	
	Charge nurse	6 (5.6)	
	Manager	3 (2.8)	
	Others	1 (0.9)	
Career length (year)	< 3	47 (43.9)	
	3~< 5	20 (18.7)	
	5~< 10	27 (25.2)	
	> 10	13 (12.2)	
Unit	General ward	66 (61.7)	
	Cancer ward	41 (38.3)	
Testament experience	Yes	16 (15.0)	5 (6.3)
	No	91 (85.0)	74 (93.7)
Gender	Male		51 (64.6)
	Female	107 (100.0)	28 (35.4)
Family income (10,000 won)	< 100		13 (16.5)
	100~< 200		24 (30.4)
	200~< 300		19 (24.1)
	300~< 400		11 (13.9)
	> 400		12 (15.2)
Job	Yes		52 (65.8)
	No		27 (34.2)
Treatment period (year)	< 3		18 (22.8)
	3~< 5		15 (19.0)
	5~< 10		16 (20.3)
	> 10		30 (38.0)

년 미만, 3~5년 미만, 5~10년 미만 그룹보다 선호도가 낮았고 (F=4.81, $p=.004$), 근무부서별 차이는 암 병동 간호사가 일반병동 간호사보다 선호도가 낮았다($t=4.00, p<.001$). 영성 요인은 종교가 있는 그룹이 없는 그룹보다 선호도가 높아 유의한 차이를 보였으며($t=3.78, p<.001$), 의료인 의사결정요인은 근무부서별 차이에서 암 병동 간호사가 일반병동 간호사

보다 높았다.($t=-2.06, p=.042$).

2) 입원 환자의 일반적 특성별 임종기 치료선호도

입원 환자의 임종기 치료선호도에서 통계적으로 유의한 차이를 보인 일반적 특성은 Table 5와 같다. 전체 임종기 치료선호도에서 연령에서 20~49세 그룹이 50~59세, 60세 이상 그

Table 2. Comparison of Domain of PCEOL in Nurses and Patients

(N=186)

Domain of PCEOL	Nurse (n=107)	Patient (n=79)	t	p
	M±SD	M±SD		
Autonomous physiological decision making	2.30 (0.66)	2.43 (0.63)	-1.38	.170
Decision making by health care professional	2.14 (0.64)	3.37 (0.85)	-11.28	< .001
Family	3.40 (0.70)	3.83 (0.57)	-4.66	< .001
Spirituality	3.63 (0.61)	3.01 (0.80)	5.71	< .001
Pain	3.70 (0.63)	3.86 (0.65)	-1.72	.085
Total	2.96 (0.31)	3.17 (0.38)	-4.15	< .001

PCEOL=Preference for care near the end of life.

Table 3. Comparison of Items of PCEOL in Nurses and Patients

(N=186)

Domain	Items	Nurse	Patient	t	p
		M±SD	M±SD		
APD	I do not want CPR	2.21±-1.03	2.77±-1.3	-3.18	.002
	I do not want to be fed artificially	2.66±-1.04	2.52±-0.97	0.97	.336
	I do not want to be connected to a breathing machine	2.38±-1.07	2.51±-1.24	-0.72	.472
	I want to let nature guide my dying and I do not want my life to be artificially prolonged in any way	1.95±-0.73	2.13±-0.95	-1.38	.170
	If my heart stops, I want to be resuscitated (CPR)	2.16±-0.96	2.74±-1.13	-3.69	< .001
	I want to be fed through a tube when I can no longer take food or drink normally	2.48±-0.88	2.41±-0.91	0.54	.591
	I want to let God guide my dying and I do not want my life to be artificially prolonged in any way	2.22±-0.63	1.99±-0.54	2.74	.007
	If I can no longer breathe on my own, I want to be connected to a breathing machine	2.35±-0.95	2.63±-1.18	-1.78	.077
DHP	I want healthcare providers to make all care decisions	1.98±-0.76	3.21±-1.05	-8.75	< .001
	Health care providers know what's best for me at this time and I want them to make all decisions about my care	2.29±-0.91	3.46±-1.20	-7.25	< .001
	I want my doctor (s) to make all healthcare decisions	2.08±-0.66	3.32±-0.98	-9.66	< .001
	Health care providers, because they are experts, should have the final word in decisions about my care	2.21±-0.82	3.53±-1.06	-9.26	< .001
Family	I want my family to make all decisions about my care when I can no longer verbally express my desires	3.52±-0.99	3.78±-0.93	-1.79	.075
	I want my family to have the final word in decisions about my care	3.01±-1.07	3.80±-0.91	-5.29	< .001
	I want my family to be involved in my health care decisions	3.74±-0.73	3.90±-0.75	-1.45	.150
	I want all explanations given to my family so they can decide on my care	3.64±-0.89	3.99±-0.71	-3.00	.003
	My family knows what is best for me at this time, and I want them to make all decisions about my care	3.09±-0.96	3.78±-0.65	-5.85	< .001
Spirituality	I want my spiritual beliefs to guide my preferences	3.90±-0.81	3.01±-1.13	5.86	< .001
	I want my religious beliefs to guide my preferences of care at this time	3.51±-0.91	2.73±-1.09	5.16	< .001
	I want my religious beliefs to guide my preferences of care at this time				
	I want nurses who attend to my emotional and spiritual needs as well as my physical needs	3.85±-0.75	3.29±-1.07	3.93	< .001
	I want to be able to talk to someone about my spiritual needs	3.30±-0.92	3.03±-1.08	1.85	.066
	I want to have hospice care	3.86±-0.79	3.21±-1.06	4.59	< .001
	I want my nurses to talk to me about my spiritual needs	3.34±-0.90	3.08±-1.05	1.80	.073
Pain	I want to be free of pain even if it hastens my death	3.95±-0.78	4.06±-0.91	-0.88	.378
	I want health care providers to deal with the details of my care	3.50±-0.89	3.67±-1.01	-1.19	.237
	I want an early death instead of suffering	3.64±-0.89	3.86±-0.84	-1.67	.097

PCEOL=Preference for Care near the End of life; APD=Autonomous physiological decision making; DHP=Decision making by health care professional.

룹보다 선호도가 낮았으며($F=3.65, p=.031$), 교육수준별 차이는 중졸 이하그룹이 고졸과 전문대졸 이상 그룹보다 선호도가 높았고($F=3.97, p=.023$), 치료기간별 차이는 질병 치료기간 3년 미만그룹이 3~5년 미만, 5~10년 미만, 10년 이상 그룹보다 선호도가 높았다($F=3.17, p=.029$). 자율적 의사결정요인에서 교육수준별 차이를 보면 전문대졸, 고졸그룹이 중졸 이하그룹 보다 선호도가 낮았으며($F=5.21, p=.008$), 치료기간별 차이는 질병 치료기간 3년 미만 그룹이 선호도가 높고 그 다음이 3~5년 미만그룹, 5년 이상 그룹 순이었다($F=17.52, p<.001$). 통증요인은 중졸 이하 그룹이 고졸, 전문대졸 이상 그룹보다 선호도가 높게 나타났으며($F=3.52, p=.035$), 영성요인은 종교가 있는 그룹이 종교가 없는 그룹보다 선호도가 높아 유의한 차이를 보였다($t=3.47, p<.001$).

논 의

본 연구는 소화기내과 병동에서 근무하는 간호사와 입원중인 환자의 입종기 치료선호도를 파악하기 위하여 시도되었으며, 본 연구결과 간호사보다 입원 환자의 입종기 치료선호도가 높은 것으로 나타났다. 이러한 결과는 Kwon 등(2010)에서 의학적으로 회복 불가능 상태인 경우에도 환자군의 25%가 병원에서 끝까지 투병하겠다는 것과 유사한 결과이다.

본 연구결과 간호사와 입원 환자의 하위요인별 입종기 치료선호도 비교에서 의료인 의사결정요인, 가족요인, 영성요인은 유의한 차이를 보였으나 자율적 의사결정요인, 통증요인은 유의한 차이가 없었다. 이러한 결과는 Kim, H. J.(2010)의 의료인 의사결정요인 연구와 Kwak과 Salmon (2007), Lee, Kim과 Lee (2009), Yi 등(2008)의 가족요인 연구에서의 유사한 결과이다. 그러나 입종기 치료선호도 우선순위에서는 간호사와 환자그룹 사이에 차이가 있어 간호사는 통증요인, 영성요인, 가족요인, 자율적 의사결정요인, 의료인 의사결정요인 순이었으며, 환자는 통증요인, 가족요인, 의료인 의사결정요인, 영성요인, 자율적 의사결정요인 순으로 나타났다. 간호사와 환자 모두 우선순위에서 통증요인 선호도가 가장 높게 나타났으며, 이는 암 환자 가족입장에서 본 호스피스완화의료 제도에 대한 연구(Yun et al., 2002)와 품위 있는 죽음과 무의미한 연명치료와 존엄사에 대한 일반인의 태도에 대한 연구(Yun et al., 2004)와 같은 결과로서, 이러한 결과를 통해 통증관리와 같은 호스피스완화의료 제도화에 대한 논의가 활발히 이루어지기를 희망한다.

본 연구결과 의료인 의사결정요인에서 환자는 의료인의 치

Table 4. PCEOL according to General Characteristics in Nurses (N=107)

Characteristics	Categories	n	APD		DHP		Family		Spirituality		Pain		Total PCEOL	
			M±SD	F ort (p)	M±SD	F ort (p)	M±SD	F ort (p)	M±SD	F ort (p)	M±SD	F ort (p)	M±SD	F ort (p)
Age (year)	20~29	78	2.42±0.61	3.10 (.002)	2.17±0.63	0.79 (.433)	3.42±0.70	0.57 (.574)	3.57±0.57	-1.61 (.110)	3.74±0.58	1.04 (.300)	2.99±0.28	1.99 (.049)
	>30	29	1.99±0.67		2.06±0.66		3.34±0.69		3.78±0.07		3.60±0.74		2.86±0.35	
Career length (year)	<3 ^a	47	2.43±0.60	4.81 (.004)	2.13±0.54	0.02 (.997)	3.31±0.54	0.85 (.468)	3.54±0.55	1.045 (.375)	3.74±0.56	1.51 (.216)	2.96±0.25	0.73 (.535)
	3~<5 ^b	20	2.38±0.69		2.16±0.58		3.54±0.83		3.70±0.67		3.73±0.65		3.03±0.34	
	5~<10 ^c	27	2.31±0.61	a, b, c > d [†]	2.15±0.85		3.36±0.81		3.61±0.53		3.51±0.74		2.92±0.37	
	>10 ^d	13	1.70±0.62		2.12±0.62		3.58±0.70		3.86±0.86		3.92±0.47		2.88±0.33	
Marital state	Married	25	2.24±0.62	-0.58 (.566)	2.28±0.77	1.26 (.212)	3.55±0.64	1.26 (.211)	3.71±0.76	0.812 (.419)	3.77±0.59	0.66 (.659)	3.01±0.29	1.09 (.277)
	Single	82	2.32±0.67		2.10±0.59		3.35±0.70		3.60±0.56		3.68±0.64		2.94±0.31	
Religion	Yes	59	2.22±0.65	-1.46 (.147)	2.11±0.71	-0.46 (.645)	3.36±0.75	-0.67 (.503)	3.82±0.62	3.78 (<.001)	3.71±0.70	0.20 (.842)	2.96±0.32	0.29 (.773)
	No	48	2.40±0.65		2.17±0.54		3.45±0.62		3.39±0.52		3.69±0.52		2.95±0.29	
Education	Junior College	10	2.64±0.49	3.50 (.034)	2.25±0.49	0.46 (.634)	3.08±0.50	1.77 (.176)	3.73±0.40	0.32 (.729)	3.55±0.42	3.69 (.028)	3.02±0.26	3.04 (.052)
	University	88	2.31±0.65		2.14±0.67		3.46±0.98		3.60±0.61		3.77±0.57		2.97±0.30	
	> Master	9	1.89±0.70		1.97±0.51		3.20±0.92		3.72±0.83		3.22±1.05		2.72±0.40	
Unit	General ward	66	2.49±0.61	4.00 (<.001)	2.04±0.55	-2.06 (.042)	3.44±0.67	0.69 (.493)	3.64±0.61	0.38 (.705)	3.63±0.67	-1.58 (.118)	3.00±0.31	1.94 (.055)
	Cancer ward	41	2.00±0.62		2.30±0.74		3.34±0.73		3.60±0.62		3.82±0.54		2.88±0.30	
Testament experience	Yes	16	2.24±0.68	-0.38 (.707)	1.98±0.92	-1.02 (.310)	3.33±0.57	-0.49 (.624)	3.88±0.54	1.74 (.085)	3.79±0.57	0.65 (.521)	2.97±0.34	0.15 (.878)
	No	91	2.31±0.66		2.16±0.58		3.42±0.72		3.59±0.62		3.68±0.64		2.95±0.30	

PCEOL=Preference for Care near the End of life; APD=Autonomous physiological decision making; DHP=Decision making by health care professional. [†]Scheffé test.

Table 5. PCEOL according to General Characteristics in Patients (N=79)

Characteristics	Categories	n	APD		DHP		Family		Spirituality		Pain		Total PCEOL	
			M±SD	F ort (p)	M±SD	F ort (p)	M±SD	F ort (p)	M±SD	F ort (p)	M±SD	F ort (p)	M±SD	F ort (p)
Age (year)	20~49	28	2.28±0.57	1.50 (-,231)	3.08±1.03	2.76 (-,700)	3.83±0.67	1.12 (-,332)	2.89±0.85	0.57 (,566)	3.82±0.73	0.21 (,070)	3.04±0.41	3.65 (,031)
	50~59	26	2.47±0.71		3.46±0.67		3.72±0.51		3.05±0.83		3.85±0.75		3.17±0.42	
	> 60	25	2.57±0.58		3.59±0.71		3.95±0.48		3.11±0.71		3.93±0.44		3.32±0.26	a < b, c [†]
Gender	Male	51	2.45±0.61	0.27 (,789)	3.43±0.83	0.84 (,403)	3.82±0.57	-0.23 (,821)	2.89±0.78	-1.85 (,690)	3.79±0.67	-1.37 (,167)	3.15±0.39	-0.55 (,585)
	Female	28	2.41±0.67		3.26±0.88		3.85±0.56		3.23±0.79		4.00±0.62		3.20±0.37	
Education	Middle school ^a	23	2.77±0.57	5.21 (,008)	3.36±0.81	0.16 (,856)	3.89±0.49	1.04 (,360)	3.24±0.62	3.52 (,035)	3.99±0.58	3.52 (,035)	3.34±0.30	3.97 (,023)
	High school ^b	31	2.27±0.50		3.43±0.79		3.90±0.56		2.92±0.78		4.00±0.65		3.15±0.35	
	> Junior college ^c	25	2.33±0.71	a > b, c [†]	3.30±0.97		3.70±0.63		2.91±0.94		3.59±0.66	a, b > c [†]	3.04±0.44	a > b, c [†]
Religion	Yes	39	2.54±0.64	1.55 (,125)	3.29±0.98	-0.82 (,418)	3.84±0.65	0.16 (,870)	3.31±0.65	3.47 (,001)	3.74±0.69	-1.76 (,082)	3.15±0.38	0.24 (,585)
	No	40	2.33±0.61		3.44±0.70		3.82±0.48		2.73±0.83		3.99±0.60		3.20±0.41	
Terminal care	Yes	55	2.47±0.63	0.78 (,440)	3.29±0.87	-1.22 (,228)	3.81±0.52	-0.46 (,646)	3.05±0.84	0.55 (,583)	3.87±0.71	0.16 (,875)	3.24±0.40	-1.49 (,112)
	No	24	2.35±0.63		3.54±0.78		3.88±0.68		2.94±0.70		3.85±0.52		3.10±0.33	
Family income (10,000 won)	100 <	13	2.53±0.47	0.20 (,937)	3.42±0.87	0.14 (,968)	3.98±0.49	2.96 (,250)	2.90±0.66	1.37 (,253)	3.82±0.38	2.30 (,670)	3.20±0.31	0.99 (,417)
	100~<200	24	2.38±0.60		3.35±0.80		3.92±0.57		3.22±0.70		4.06±0.60		3.22±0.39	
	200~<300	19	2.45±0.64		3.36±0.72		3.48±0.62		2.94±0.56		3.98±0.57		3.12±0.36	
	300~400	11	2.50±0.74		3.23±0.83		3.80±0.31		2.62±1.04		3.39±0.90		3.00±0.35	
	> 400	12	2.35±0.75		3.48±1.18		4.07±0.54		3.21±1.09		3.78±0.72		3.28±0.49	
Job	Yes	52	2.38±0.65	-0.93 (,354)	3.36±0.86	-0.16 (,870)	3.81±0.57	-0.49 (,624)	2.92±0.85	-1.40 (,167)	3.81±0.70	-1.080 (,283)	3.12±0.40	-1.50 (,139)
	No	27	2.52±0.58		3.39±0.84		3.87±0.56		3.19±0.66		3.98±0.55		3.26±0.33	
Treatment period (year)	< 3a	18	3.11±0.47	17.52 (<,001)	3.61±0.83	0.91 (,439)	3.79±0.50	0.42 (,740)	2.97±1.12	0.22 (,880)	3.78±0.86	0.63 (,598)	3.41±0.46	3.17 (,029)
	3~< 5 b	15	2.53±0.45		3.15±0.78		3.71±0.48		2.97±0.43		3.73±0.63		3.12±0.17	
	5~< 10c	16	2.10±0.56	a > b > c, d [†]	3.42±0.61		3.90±0.83		2.93±0.74		4.02±0.59		3.08±0.37	a > b, c, d [†]
	> 10d	30	2.15±0.48		3.30±0.98		3.88±0.49		3.11±0.76		3.90±0.57		3.10±0.38	

PCEOL=Preference for Care near the End of life; APD=Autonomous physiological decision making; DHP=Decision making by health care professional. [†] Scheffé test.

료 결정 개입을 원하며 임종기 치료를 결정해 주길 바라지만 간호사는 임종기 치료를 의료인이 결정해 주는 것에 매우 부정적인 것으로 나타났다. 간호사는 의료진의 치료에 대한 선호도 점수가 낮고 이것이 좋은 죽음을 방해하는 요인이라고 보고한 결과(Beckstrand, Callister, & Kirchhoff, 2006; Kim et al., 2010에서 재인용)와 유사하다. 이 결과를 통해 환자가 의료인의 결정에 보다 의존적이며, 의료진의 임종기 치료방법 결정이 임종기 치료에 영향을 주고 있다고 본다. 죽음을 맞이하는 환자의 곁에 있는 의사와 간호사의 죽음 및 생명연장술에 대한 태도는 환자 및 가족의 결정에 큰 영향을 미칠 수 있으므로 의료진이 다양한 의료현장에서 활용할 수 있는 생명연장술에 대한 지침이 필요하리라 생각된다.

본 연구결과 가족요인은 유의한 차이를 보였으며, 환자가 간호사에 비해 가족의 임종기 치료 결정의 개입을 원하는 것으로 나타났다. 이러한 결과는 우리나라 등 아시아 국가가 서구국가에 비해 가족중심의 의사결정에 대한 의존도가 높다는 Kwak과 Salmon (2007)의 연구와 한국인은 가족의 역할에 대해 중요한 의미를 부여하며 가족 역시 자신의 가족 구성원을 위한 결정에 참여하고자 하는 바람이 크다는 Lee (2009)의 연구와 유사한 결과이다. 그러나 우리나라 사람들은 의학적인 의사결정 과정에서 가족의 중요한 역할을 인정하지만 환자와 의견이 충돌할 때는 환자가 최종결정권자가 되어야 한다고 생각하고 있으므로(Lee, 2009) 환자의 의견을 존중할 수 있는 방법을 모색하는 것이 필요하겠다. 왜냐하면 아직 우리나라에서는 사전의사결정제도가 없기 때문에 연명치료중단이 필요한 시점에서 보호자의 동의가 중요하게 받아들여지는 가족주의적 성향을 보이고 있는데, Kim, Kang, Koh 와 Koh (2009)의 의사 대상 연구에서 환자의 승낙에도 보호자가 치료중단을 거절한 경우 86.4%가 불가능하다고 판단한다고 했다. 또한 심폐소생술 금지(Do Not Resuscitation, DNR) 의사결정에 관한 연구(Yi et al., 2008)에서 DNR 결정당시 환자의 상태가 악화되어 응급상황이 왔을 때 의사가 가족에게 권유하는 방식으로 DNR을 결정한다고 하였다. 그러므로 환자가 배제된 상태에서 의사와 보호자만의 의사결정으로 이루어지고 있는 연명치료 결정에서 환자의 자율성을 지원해 줄 수 있는 사전의사 결정제도가 가족구성원 중 대리인 지명의 도입과 같은 노력이 구체화 될 필요가 있다.

본 연구결과 영성요인에 대해서는 간호사가 환자보다 영적 요구도, 정서적이고 영적인 관심도, 종교적 신념에 따른 치료 선호도, 호스피스 완화의료 선호도 모두 점수가 높게 나타나 유의한 차이를 보였다. 특히 호스피스 완화의료 선호도에서

환자가 간호사보다 낮게 나타난 본 연구결과는 아직 환자들이 호스피스 완화의료에 대한 인식이 부족한 것에 기인한다고 생각된다. 이러한 상황은 암 환자와 가족을 대상으로 한 연구에서 ‘호스피스 치료에 대해 들어본 적도 없다’라고 대답한 경우가 30% 이상이었으며 호스피스 완화의료에 대한 설명을 들은 후 말기 상황 시 이용여부를 묻는 질문에 대상자의 64.2%가 이용하겠다는 Yun 등(2002)의 연구에서도 유사하게 나타나, 호스피스 완화의료에 대한 정보를 언론매체 등을 통하여 홍보해야 할 뿐 아니라 정확한 정보제공을 위한 교육 등의 지속적인 노력이 필요할 것이다.

본 연구결과 통증요인에 대해서는 환자와 간호사간에 유의한 차이는 없었지만, 환자와 간호사 모두 우선순위에서 가장 높은 선호도를 나타냈으며, 사망이 당겨지더라도 고통 받지 않기를 원한다에 높은 선호도를 보였다. 이러한 결과는 의사와 간호사의 좋은 죽음에 관한 연구(Jeong, 2010)에서 의사와 간호사 모두 ‘사랑하는 사람과 함께 있는 것’ ‘평화롭게 죽는 것’을 좋은 죽음으로 인식한다고 하였다. 통증관리는 임종기 치료를 결정할 때 가장 기본이 되는 원칙에 포함되어야 하며 대상자의 고통을 경감해주고 안위를 도모해주는 일이 가장 우선시 되어야 할 것이다.

본 연구결과 문항별 임종기 치료선호도 비교에서는 심폐소생술, 생명연장술에서 유의한 차이를 보였으며 간호사가 환자보다 심폐소생술과 생명연장술을 원하지 않는 것으로 나타났다. 이러한 결과는 선행연구에서 의료인의 연명치료(심폐소생술, 생명연장술, 위관급식)에 대한 비선호도가 높게 나타난 선행연구들(Choi, Sim, Kang, Cho, & Cho, 2000; Kim, H. J., 2010; Lee, Kim, & Kim, 2002)과 일치한다. 본 연구와 같은 도구를 사용한 간호사 대상 연구에서 연명치료에 관한 자율적 의사결정이 2.09점으로 부정적으로 나타났으며(Kim et al., 2010), 간호대학생 대상 연구에서 말기상태의 연명치료 선호도를 조사한 결과 80.2%에서 거부하였고(Kim et al., 2002), 의과대학생 대상 연구에서 말기 환자의 연명치료 유보 및 중단에 대해 60.3%가 동의하였다(Oh et al., 2008). 또한 Kim, K. H.(2010)은 환자, 가족, 의사를 대상으로 연명치료 세부내용 즉 심폐소생술 금지, 인공호흡기 제거, 약물이나 항생제 주사치료 중단, 영양공급이나 수액공급을 위한 튜브제거 중단의 찬성도를 묻는 연구에서 의사가 연명치료의 중단에 찬성도가 높았다고 보고한 결과와도 일치한다.

한편 Murphy 등(1994)은 요양원에 있는 노인 대상 연구에서 심폐소생술의 생존율을 정확히 알려주기 전보다 후에 치료 선호도가 낮아졌다고 보고하여 환자는 심폐소생술의 생존율

과 결과에 대한 잘못된 인식, TV 등을 통해 심폐소생술에 대한 비현실적인 기대 등을 갖고 있어 심폐소생술에 대한 선호도가 높을 것으로 생각된다. 연명치료 중지에 관한 지침제정 위원회에서 제시한 지침에는 관을 이용한 영양 및 수분공급을 일반 연명치료로 분류하여 보류 또는 중지대상 치료에서 제외하고 있다(Lee, 2009). 그런데 본 연구에서는 관을 통한 인공 영양 공급의 연명치료 선호도가 환자에게서 매우 낮게 나타났으며 이는 폐암 환자를 대상으로 경관을 통해 인공영양식을 공급받길 원하는지를 묻는 문항에 대상자의 60%가 '아니오'라고 답변을 한 결과(Kim, K. H., 2010)와도 일치하였다. 위 결과를 종합하여 보면 추후 위관영양의 보류 및 중지에 관한 별도의 지침 작성도 필요할 것이다.

본 연구결과 간호사의 일반적 특성별 임종기 치료선호도에서 자율적 의사결정요인에서 나이가 많은 그룹에서 좀 더 부정적인 태도를 보였으며, 근무 경력이 높을수록 선호도가 낮아졌다. 암 병동 간호사가 일반병동 간호사보다 의료인의 의사결정 참여에 긍정적이지만 자율적 의사결정에는 부정적 태도를 보였다. 이는 간호사 근무 경력이 많을수록, 임종기 치료를 많이 경험 할수록 임상에서 이루어지고 있는 연명치료에 대해 부정적인 경향을 나타내고 있음을 알 수 있으며, 또한 간호사 집단 내 임종기 치료 선호도가 유의하게 차이가 있어 대상자 간호에 있어서도 갈등이 발생할 수도 있으므로 향후 반복연구를 통하여 간호사의 임종기 간호 선호도와 관련 요인을 규명하여 간호사 집단 간의 차이를 이해하는 것이 필요하리라 생각된다.

본 연구결과 환자의 일반적 특성별 임종기 치료선호도에서 교육수준이 높을수록 자율적 의사결정 요인에 부정적인 태도를 갖고 있었다. 이는 Kwon 등(2010)의 연구에서 단순히 회복이 어려운 상태일 때는 호스피스 등의 완화의료를 받겠다 33.0%, 병원에서 끝까지 치료를 받겠다 25%, 민간요법을 받겠다 18.3%로 상당수의 환자가 치료를 포기하지 않고 어떤 식으로든 최선의 치료를 하겠다고 하였으나 조금 더 상세히 질문을 하여 인공호흡기에 의존하여 중환자실에서 생명을 연장하고 있는 경우라면 어떻게 하겠느냐는 질문에는 89.9%가 인공호흡기를 떼고 임종을 맞이하겠다고 응답한 것과 일맥상통한다. 이러한 결과는 의료인들이 임종기 치료에 대하여 환자에게 정확하게 이해할 수 있도록 설명해야 함을 시사한다. 또한 질병 치료기간이 짧을수록 자율적 의사결정 요인들에 긍정적인 태도를 갖고 있었는데, 이는 만성 질환자일수록 연명치료에 대해 부정적임을 나타낸다고 볼 수 있으며 영성 요인에서는 종교가 있는 그룹이 영성요구도가 높았다.

본 연구결과 간호사는 경력과 암병동 근무자, 종교에 따라

임종기 치료 선호도가 차이가 나므로 임종기 간호를 수행하는 간호사는 실무환경에서 이를 고려할 필요가 있다. 환자는 교육수준, 질병 치료기간, 종교에 따라 임종기 치료선호도가 다르므로 간호사 중심이 아닌 환자 중심의 맞춤형 임종기 간호 중재를 개발할 필요가 있다. 또한 임종기 치료선호도에 동의한 환자에 대해서만 이루어진 연구이므로 연구목적에 대한 설명 시 죽음에 대한 부정적인 반응을 보여 설문 자체를 거부하는 대상자는 배제되었으므로 환자의 반응에 대한 일반화에 오차가 있으므로 이를 보완할 수 있는 연구설계가 필요하다.

결론

본 연구는 임종기 치료의 중요한 역할을 하고 있는 간호사와 입원 환자의 임종기 치료 선호도의 차이를 파악하기 위한 서술적 조사연구로서, 임종기를 맞는 환자에 대한 이해를 높여 임종기 간호중재 가이드라인 개발을 위한 기초자료를 제공하기 위하여 시도되었다. 연구대상자는 소화기내과 병동 간호사와 입원치료를 받고 있는 환자를 대상으로 하였으며, 간호사 107명, 환자 79명 총 186명을 최종 대상으로 하였다.

본 연구결과 간호사보다 환자의 임종기 치료선호도가 유의하게 높은 것으로 나타났다. 하위요인별 비교에서 의료인 의사결정요인과 가족요인은 환자에서 유의하게 높고, 영성요인은 간호사에서 높았다. 간호사는 연령이 높을수록 낮았으며, 환자는 연령이 높을수록, 교육정도가 높을수록, 치료기간이 오래될수록 임종기 치료선호도가 낮게 나타났다.

이상의 결과를 바탕으로 다음과 같이 제언한다.

첫째, 환자와 가족 간의 임종기 치료 선호도 차이를 비교하는 연구를 제언한다.

둘째, 의료진 간의 임종기 치료 선호도 차이를 비교하는 연구를 제언한다.

셋째, 병원 및 요양시설 등의 조직 특성에 따른 임종기 치료 의사결정을 위한 가이드라인의 유무와 내용에 대한 연구가 필요하다.

넷째, 대상자 맞춤형 임종기 간호중재의 개발이 필요하다.

REFERENCES

- Bae, J. M., Gong, J. Y., Lee, J. R., Heo, D. S., & Koh, Y. S. (2010). A survey of patients who were admitted for life-sustaining therapy in nationwide medical institutions. *The Korean Journal of Critical Care Medicine*, 25(1), 16-20.
- Beckstrand, R. L., Callister, L. C., & Kirchoff, K. T. (2006), Pro-

- viding a "good death": Critical care nurses' suggestions for improving end-of-life care. *American Journal of Critical Care*, 15(1), 38-45.
- Choe, J. Y., & Kwon, B. K. (2009). The current debates and social trends regarding euthanasia and the withdrawal of life-sustaining treatment in Korea. *Korea Journal of Medical Ethics*, 12(2), 127-142.
- Choi, K.S., You, C. H., Lee, K. H., Kim, C. Y., Heo, D. S., & Yun, Y. H. (2005). Comparison of Medical care cost between hospice care and conventional care in the last year of life. *Korean journal of Health Policy & Administration*, 15(2), 1-15.
- Choi, Y. S., Sim, J. Y., Kang, Y. J., Cho, H. S., & Cho, H. S. (2000). Attitude of cancer patients their primary care givers and doctors toward end-of-life care. *The Journal of the Korean Academy of Family Medicine*, 21(4), 489-497.
- 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. <http://dx.doi.org/10.1002/nur.1031>
- Heo, D. S. (2008). End-of-life decision in Korea. *Journal of the Korea Medical Association*, 51(6), 524-529.
- Heo, D. S. (2009). Patient autonomy and advance directives in Korea. *Journal of the Korea Medical Association*, 52(9), 865-870. <http://dx.doi.org/10.5124/jkma.2009.52.9.865>
- Jeong, H. S. (2010). *Recognition towards good death among physicians and nurses in an area*. Unpublished master's thesis, Catholic University of Pusan, Busan.
- Jung, H. S. (2010). *Criminal study on the physician's duty to give medical treatment continuously and the patient's right to die*. Unpublished master's thesis, Korea University, Seoul.
- Kim, H. J. (2010). *Study on the perception of the decision-making rights for withdrawing life-sustaining treatments*. Unpublished master's thesis, Eulji University, Daejeon.
- Kim, H. S., Kim, S. M., Yu, S. J., & Kim, M. O. (2010). The preference for care near the end of life of Korean nurses. *The Korean Journal of Hospice and Palliative Care*, 13(1), 41-49.
- Kim, J. H. (2009). The withdrawal of life-sustaining management for dying patients: A study in judicial precedents worldwide. *Journal of the Korea Medical Association*, 52(9), 856-864.
- Kim, K. H. (2010). *Comparison of the response of lung cancer patients, family members, doctors, and nurses about advance directives of lung cancer patients*. Unpublished master's thesis, Kyung Hee University, Seoul.
- Kim, S. M., Kim, S. L., & Lee, M. E. (2001). Review on advance directives. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 31(2), 279-291.
- Kim, S. M., Lee, M. A., & Kim, S. L. (2002). A survey on life sustaining treatment experienced by adults with deceased family member. *Journal of Korean Gerontology*, 21(3), 15-27.
- Kim, S. Y., Kang, H. H., Koh, Y. S., & Koh, S. O. (2009). Attitudes and practices of critical care physicians in end-of-life decisions in Korean intensive care units. *Journal of Korean Medical Ethics*, 12(1), 15-28.
- Kwark, J., & Salmon, J. R. (2007). Attitudes and preferences of Korean: American older adults and caregivers on end-of-life care. *Journal of American Geriatrics Society*, 55(11), 1867-1872.
- Kwon, I., Koh, Y. S., Yun, Y. H., Heo, D. S., Seo, S. Y., & Kim, H. C., et al. (2010). A study of the attitudes of patients, family members, and physicians toward the withdrawal of medical treatment for terminal patients in Korea. *Korea Journal of Medical Ethics*, 13(1), 1-16.
- Lee, S. M. (2009). Patient and family determination in medical decision-making. *Korea Journal of Medical Ethics*, 12(4), 323-334.
- Lee, S. M., Kim, S. Y., & Lee, H. S. (2009). The process of medical decision-making for cancer patients. *Journal of Korean Medical Ethics*, 12(1), 1-14.
- Lee, Y. J., & Kim, S. M. (2009). Validating the Korean version of the preferences for care near the end of life (PCEOL-K) scale. *Journal of Korean Medical Ethics*, 12(1), 29-42.
- Murphy, D. J., Burrows, D., Santilli, S., Kemp, A. W., Tenner, S., Kreling, B., et al. (1994). The influence of the probability of survival on patients' preferences regarding cardiopulmonary resuscitation. *The New England Journal of Medicine*, 330(8), 545-549.
- NIH Consensus Development Program [Internet]. December 6-8, 2004. End of Life Care. <http://www.ninr.nih.gov/>
- Oh, S. M., JO, W. J., Kim, J. G., Lee, H. L., Lee, D. C., & Sim, J. Y. (2008). Attitudes of medical students' towards end-of-life care decision-making. *The Korean Journal of Hospice and Palliative Care*, 11(3), 140-146.
- Park, Y. O. (2005). A study on withdraw of life-sustaining-treatment in terminal patients from the bioethical point of view. *Journal of Nursing Query*, 13(1), 105-126.
- Yi, M. S., Oh, S. E., Choi, E. O., Kwon, I. G., Kwon, S. B., Cho, K. M., et al. (2008). Hospital nurses' experience of Do-Not-Resuscitate in Korea. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 38(2), 298-309.
- Yun, Y. H., Rhee, Y. S., Lee, J. S., Lee, C. G., Kim, S. Y., & Jung, E. Y., et al. (2002). The establishment of hospice and palliative care system from the cancer patients and families' point of view. *The Korean Journal of Family Medicine*, 23(8), 1042-1051.
- Yun, Y. H., Rhee, Y. S., Nam, S. Y., Choi, Y. M., Heo, D. S., & Lee, S. W., et al. (2004). Public attitudes toward dying with dignity and hospice palliative care. *The Korean Journal of Hospice and Palliative Care*, 7(1), 17-28.