

일 지역 간호학과 학생과 의학전문대학원생간의 죽음에 대한 태도와 호스피스완화의료에 대한 인식비교

김영선‡

부산가톨릭대학교 간호대학

The Differences of Attitude to Death and Perception on Hospice-Palliative Care between Nursing and Medical Students in an Area

Young-Sun Kim‡

Department of Nursing, College of Nursing, Catholic University of Pusan

<Abstract>

The purpose of this study was to compare the differences of attitude to death and perception on HPC between nursing and medical students. The data was collected by questionnaires and the period of data collection was from September 17 to October 12, 2012.

The results were as followings. Statistically significant differences were found course of knowing HPC($\chi^2=24.29$, $p<.001$), reason of unactive introduction($\chi^2=15.92$, $p=.003$), having to CPR in irresponsive terminal situation to you($\chi^2=4.62$, $p=.032$) and to your family($\chi^2=5.64$, $p=.018$), decision-making about DNR($\chi^2=12.28$, $p=.002$), awareness to medical authority legal representative($\chi^2=14.75$, $p<.001$), awareness ($\chi^2=11.01$, $p=.001$) and subject($\chi^2=24.73$, $p<.001$) of AD, addiction($p<.001$), tolerance($p<.001$), taking a point($\chi^2=23.28$, $p<.001$) of narcotic analgesics and control of pain($p=.532$).

The findings of the study provides the basis for expanding practice and education to hospice-palliative care for nursing and medical students.

Key Words : Perception on Hospice-Palliative Care, Attitude to Death, Nursing and Medical Students

‡Corresponding author(yskim0821@cup.ac.kr)

* 본 연구는 부산가톨릭대학교 신진교수 연구비에 의해 수행됨

I. 서론

1. 연구의 필요성

인간의 죽음은 삶의 과정 가운데 누구도 피할 수 없는 보편적인 문제로서 언제 어떤 모습으로 다가올지 모르는 것임에도 불구하고 대부분의 사람들이 죽음의 문제에 대해 무관심하거나 회피하려는 경향이 있다. 또한 죽음에 대한 준비가 되어 있지 않은 상태에서 죽음을 앞두고 되면 누구나 조금이라도 생명을 연장하려고 부질없는 노력을 하다 생을 정리하지도 못한 채 죽음을 맞이하게 된다. 최근 의료기술의 발달로 인구의 고령화가 급속히 진행되어 인간의 평균 수명이 연장됨에도 불구하고 2011년도 우리나라의 사망자 수는 25만 7396명으로 역대 최고치이며 조사망률은 인구 10만 명당 513.6명으로 전년 대비 0.3%증가한 것으로 나타났다. 그 중 인구 10만 명당 144.4명이 매년 암으로 고통을 받으면서 사망한다[1].

실제로 대부분 죽음을 앞둔 말기암 환자들은 대형병원에 입원하게 되나 대부분 호스피스 병동이 별도로 설치되어 있지 않아 일반 환자와 동일한 치료를 받고 있다. 그러나 치료가 불가능한 말기 환자들은 죽어가는 과정 동안에 신체적 정신적 안정을 원하며 의료팀 및 가족과 의미 있는 대화를 나누기를 원한다. 하지만 이들 환자들은 오직 생명 연장만을 위한 의료를 제공받을 수밖에 없어 삶의 존엄성이나 인간답게 죽음을 맞을 수 있는 권리를 박탈당하게 되어 환자나 가족이 겪는 고통은 매우 크다고 할 수 있다[2].

더욱이 병원에 입원하고 있어도 더 이상 치료받을 수 없다는 절망감과 사회적 고립감, 말기 질환과 치료의 부작용 등으로 유발되는 통증을 비롯한 여러 가지 불편한 증상들과 죽음에 대한 두려움, 인간 삶의 본질과 의미에 대한 의문을 가지게 되는데 이러한 말기 환자들의 삶의 질적인 측면과

의료비용 문제를 해결하기 위해서는 호스피스완화 의료의 확대 보급이 절실하다. 호스피스완화의료는 효율적이고 높은 질의 완화적 돌봄으로 임종 환자들에게 남은 여생동안 인간으로서의 존엄성을 유지하면서 죽음을 편안히 맞이하도록 하고, 사별가족의 고통과 슬픔을 경감시킬 수 있는 신체적, 정서적, 사회적, 영적 치료를 제공할 수 있을 뿐 아니라 말기암환자에게 발생하는 과도한 치료비를 절감하여 환자와 가족들의 삶의 질을 향상시킬 수 있다[3].

효율적인 호스피스완화의료의 제공되기 위해서는 호스피스완화의료에 대한 의료진의 이해가 우선적으로 필요하다. 의료인 자신이 죽음에 대한 올바른 인식을 가지고 있어야 하고 죽음에 대한 깊은 감정에 직면할 수 있어야 죽어가는 환자를 돌볼 수 있을 것이다. 그래서 병원현장에서 환자를 대면하게 되는 의료인 뿐 아니라 장차 환자를 돌보게 될 예비의료인도 인간의 죽음에 대한 철학과 죽음을 맞이하는 환자들을 돌보는 호스피스완화의료에 대한 인식을 갖고 있어야 환자와 가족을 돌볼 수 있다[4]. 그러나 예비의료인이 죽음에 대한 철학이 정립되지 않아 졸업 후 임상현장에서 임종 환자를 돌보는데 많은 어려움을 가질 것으로 생각된다. 따라서 의료인이 되는 과정에서 인간의 죽음에 대한 철학과 태도 및 호스피스의료완화에 대한 올바른 인식이 반드시 필요하며 그 인식이 체계적으로 이루어질 때 의료인으로서 죽음에 대해 보다 적극적이고 개방적으로 대처하는 방법을 확립할 수 있을 것이다[5].

우리나라에서는 간호사들의 호스피스완화의료 활동이 매우 활발히 이루어지고 있으나 대부분의 의사들은 질병 치유나 수명연장만을 의학의 고유 영역으로 알고 있고 말기 암환자와 같은 치유되지 않는 환자의 고통스러운 증상을 해결하는 것도 의학이 할 수 있는 중요한 일이라는 것에는 무관심한 편이었다[6]. 하지만 2003년 호스피스 시범사업

실시와 2009년 12월 완화의료 건강보험수가 시범 사업을 실시하면서 점차 의사들도 호스피스완화의료에 대한 관심이 증대되었다. 항암요법 연구회와 중앙 전문의를 대상으로 호스피스완화의료에 대한 인식 조사에서 말기암환자의 완화의료 거부가 의료진 측 영향이라고 하였고[7], Lamont와 Christakis의 연구[8]에서도 환자의 완화의료 재원 일수에 의사 측 요인이 유의하게 영향을 미친다고 하여 완화의료 서비스 제공에 의사의 인식과 역할이 중요시되고 있는 추세이다.

효과적인 호스피스완화의료 접근은 의사, 간호사, 사회복지사, 성직자, 자원봉사자 등 다양한 전문 인력이 참여하는 팀접근 방식으로 이루어져야 하는데 이에 장차 의료인이 될 간호학과 학생과 의학전문대학원생이 말기암환자들을 돌봄에 있어 평화롭고 존엄한 죽음을 맞이할 수 있도록 도움을 주고자 죽음에 대한 태도와 호스피스완화의료에 대한 인식을 알아볼 필요가 있다. 그러나 지금까지 죽음에 대한 태도와 호스피스완화의료에 대한 인식을 조사한 대부분의 연구는 간호대학생[9], 의료인[4][7] 및 치대생을 포함한 예비의료인[10]을 중심으로 이루어졌고 간호학과 학생과 의학전문대학원생을 대상으로 죽음에 대한 태도와 호스피스완화의료 인식에 대한 연구는 미비하며 이들의 죽음에 대한 태도와 호스피스완화의료에 대한 인식 차이에 대한 연구 또한 드문 실정이다.

이에 본 연구는 간호학과 학생과 의학전문대학원생의 죽음에 대한 태도와 호스피스완화의료에 대한 인식을 파악하고 그 차이를 비교하여 간호학과 학생과 의학전문대학원생의 죽음관 형성과 호스피스완화의료 인식을 활성화하여 죽음을 맞이하는 환자에게 보다 나은 호스피스완화의료 제공하는데 도움을 주고자 본 연구를 시도하였다.

2. 연구 목적

본 연구의 목적은 간호학과 학생과 의학전문대학원생의 죽음에 대한 태도와 호스피스완화의료에 대한 인식을 파악하고 그 차이를 비교함이며 구체적인 목적은 다음과 같다.

첫째, 연구대상자의 일반적인 특성을 파악한다.

둘째, 간호학과 학생과 의학전문대학원생의 죽음에 대한 태도를 파악하고 그 차이를 비교한다.

셋째, 간호학과 학생과 의학전문대학원생의 호스피스완화의료에 대한 인식을 파악하고 그 차이를 비교한다.

II. 연구 방법

1. 연구설계

본 연구는 일 지역 간호학과 학생과 의학전문대학원생의 죽음에 대한 태도와 호스피스완화의료에 대한 인식차이를 비교하기 위한 서술적 비교조사 연구이다.

2. 연구 대상 및 자료수집

본 연구는 본 연구자가 소속되어 있는 대학교에서의 연구윤리위원회 심사를 통과하였다. 연구대상자는 부산시 및 경남지역에 소재하는 의학전문대학원생과 간호학과 학생을 대상으로 편의 표출하였다. 일개의 의학전문대학원에 재학 중인 3, 4학년 학생 216명과 일개의 간호학과에 재학 중인 3, 4학년 학생 146명, 총 362명의 학생을 대상으로 죽음에 대한 태도 및 호스피스완화의료에 대한 인식을 조사하였다.

자료수집기간은 2012년 9월 17일에서 2012년 10월 12일까지 설문조사에 의해 무기명식으로 강의가 없는 시간을 이용하여 조사하였다. 먼저 대상자에게 권리를 보호하기 위하여 익명을 사용하였고 연구의 목적과 연구 과정에 대한 정보를 미리 제

공하고 서면 동의서를 받았다. 참여자들의 자료는 연구이외의 목적으로는 사용하지 않을 것을 약속하였고 연구 도중 참여를 원하지 않을 경우 언제라도 거부 할 수 있음을 알려주었다. 자발적으로 동의한 학생에 한하여 자가 질문지에 익명으로 설문지를 작성하게 하였고 응답 시간은 15-20분 정도 소요되었다.

3. 연구 도구

1) 죽음에 대한 태도

일 지역 간호학과 학생과 의학전문대학원생의 죽음에 대한 태도를 알아보기 위해서 Han과 Lee[9]가 개발한 도구를 사용하였으며, 총 4문항으로 구성되며 그 내용은 죽음에 관하여 생각해 본 경험, 죽음의 두려움 정도, 죽음을 생각할 때 가장 걱정스러운 것, 죽음과 관련하여 가장 많이 생각하는 것으로 구성되어 있다.

2) 호스피스완화의료에 대한 인식

일 지역 간호학과 학생과 의학전문대학원생의 호스피스완화의료 인식은 호스피스완화의료에 대한 전반적인 사항과 심폐소생술(CPR: CardioPulmonary Resuscitation)과 심폐소생술 금지(Do Not Resuscitation: DNR), 의료적권한 법정 대리인, 사전의료 지시(서) 및 마약성 진통제 사용에 대한 태도로 구성되어 있다.

호스피스완화의료에 대한 전반적인 사항은 Noh 등[11]이 개발한 호스피스완화의료 인지도에 관한 8문항이다. 그 내용은 '호스피스완화의료에 대해 들어본 적이 있는지', '들어보았다면 어떤 경로로 들었는지, 가족이나 주변 사람이 호스피스 간호(임종시 간호)를 받아본 적이 있는지', '만약 말기암이라면 미리 죽음을 준비해야 하는지', '만약 말기암에 걸렸다면 그 상태에 관하여 알기를 원하는지', '말기암에 걸린 사람에 대한 노력은 어떻게 해야

하는지'가 포함되어 있다. 또한 '호스피스가 무엇이라고 알고 있는지', '우리나라에서 호스피스 제도의 도입이 활발하게 이루어지지 않는 이유는 무엇이라고 생각하는지', '만약 당신의 가족 중 치유할 수 없는 말기암이라면 어떤 방법으로 돌보기를 바라는지'에 대한 내용이 포함되어 있다.

또한 심폐소생술과 심폐소생술 금지, 의료적권한 법정대리인, 사전의료 지시서(Advance Directives; AD), 마약성 진통제 사용에 대한 태도는 선행논문들[12][13]을 참조하여 본 연구자가 작성하였으며 타당도를 인정받기 위해 간호학과 교수 2인의 자문을 받아 수정하여 사용하였다.

4. 자료분석방법

수집된 자료는 SPSS WIN 20.0 프로그램을 이용하여 분석하였다.

첫째, 간호학과 학생과 의학전문대학원생의 일반적인 특성, 죽음에 대한 태도 및 호스피스완화의료에 대한 인식을 파악하기 위하여 실수, 백분율을 이용하였다.

둘째, 간호학과 학생과 의학전문대학원생의 죽음에 대한 태도 및 호스피스완화의료에 대한 인식 차이를 비교하기 위하여 χ^2 검정과 Fisher's exact test를 이용하였다.

III. 연구 결과

1. 대상자의 일반적 특성

전체 대상자는 간호학과 학생 146명(40.3%), 의학전문대학원생 216명(59.7%) 전체 362명이며, 대상자의 평균 연령은 26.24세, 성별은 여성 251명(69.3%), 남성 111명(30.7%)이었다. 종교는 있는 경우 189명(52.2%), 없는 경우 173명(47.8%)이었으며, 학년은 3학년 172명(47.5%), 4학년 190명(52.5%)으

로 나타났다.

간호학과 학생과 의학전문대학원생간의 일반적 특성을 비교해 본 결과 평균 연령은 간호학과 학생 22.54세, 의학전문대학원생 28.74세로 연령에서 차이가 나타났으며($t=20.12, p<.001$), 성별은 간호학과 여학생 93.8%, 의학전문대학원생 여학생 52.8%로 두 군 간의 차이가 나타났다($\chi^2=69.07, p<.001$). 종교는 종교가 있는 경우 간호학과 학생 49.3%, 의학전문대학원생 54.2%로 두 군 간의 차이가 없었다($\chi^2=0.82, p=.365$)<Table 1>.

2. 죽음에 대한 태도 차이

간호학과 학생과 의학전문대학원생간의 죽음에 대한 태도에는 유의한 차이가 없었다.

문항별로 살펴보면 죽음에 대해 생각해 본적이 있느냐는 항목에는 간호학과 학생은 '가끔 있다'가 48.6%로 가장 많았으며, 다음이 '드물게 있다'가 30.1%, '자주 있다' 16.4%, '전혀 없다' 4.8%이었고, 의학전문대학원생은 '가끔 있다' 49.1%로 가장 많았으며, '드물게 있다' 31.5%, '자주 있다' 12.0%,

'전혀 없다' 7.4%이었다. 죽음을 두려워하느냐는 항목에서 간호학과 학생은 '보통이다' 41.2%, '두렵다' 35.6%, '두렵지 않다' 20.5%, '매우 두렵다' 2.7%로 나타났고, 의학전문대학원생은 '보통이다' 47.7%, '두렵다' 37.0%, '두렵지 않다' 11.1%, '매우 두렵다' 4.2%이었다.

죽음과 관련하여 가장 걱정되는 것은 간호학과 학생은 '가족과의 이별로 인한 슬픔과 상실' 54.1%, '죽음의 진행과정' 21.2%, '생을 마감하는 것' 17.1%, '죽은 다음에 생기는 일' 7.5%로 나타났고 의학전문대학원생은 '가족과의 이별로 인한 슬픔과 상실' 43.5%, '생을 마감하는 것' 27.8%, '죽음의 진행과정' 19.9%, '죽은 다음에 생기는 일' 8.8%이었다. 죽음이 무엇을 의미하느냐는 간호학과 학생은 '모든 정신적, 신체적 활동의 끝' '내세 또는 평화로운 휴식' '신비하고 알 수 없는 일'이 각각 24.0%이었고 의학전문대학원생은 '모든 정신적, 신체적 활동의 끝' 61.1%, '내세 또는 평화로운 휴식' 21.3%, '신비하고 알 수 없는 일' 17.6%이었다 <Table 2>.

<Table 1>Demographic characteristics and homogeneity test of demographic characteristics of participants (N=362)

Characteristics	Categories	Nursing Students n(%)	Medical Students n(%)	Total n(%)	t/ χ^2	p
Average age		22.54±3.04	28.74±2.69	26.24±4.18	20.12	<.001
Gender	Female	137 (93.8)	114 (52.8)	251 (69.3)	69.07	<.001
	Male	9 (6.2)	102 (47.2)	111 (30.7)		
Religion	Haven't	74 (50.7)	99 (45.8)	173 (47.8)	0.82	.365
	Have	72 (49.3)	117 (54.2)	189 (52.2)		
Grade	Junior	74 (50.7)	98 (45.4)	172 (47.5)		
	Senior	72 (49.3)	118 (54.6)	190 (52.5)		
total		146 (100.0)	216 (100.0)	362 (100.0)		

<Table2> The differences for attitudes on death between nursing and medical students (N=362)

Characteristics and Categories	Nursing Students n(%)	Medical Students n(%)	χ^2	p
Thought on death				
Never	7(4.8)	16(7.4)	2.21	.530
Seldom	44(30.1)	68(31.5)		
Sometimes	71(48.6)	106(49.1)		
Often	24(16.4)	26(12.0)		
Afraid of death				
Very afraid	4(2.7)	9(4.2)	6.58	.086
Afraid	52(35.6)	80(37.0)		
Moderate	60(41.2)	103(47.7)		
Not afraid	30(20.5)	24(11.1)		
Most worried thing relate to death				
Death process	31(21.2)	43(19.9)	6.50	.090
End of life	25(17.1)	60(27.8)		
Affairs that next to death	11(7.5)	19(8.8)		
Sadness and loss caused by the breakup of the family	79(54.1)	94(43.5)		
Meaning of death				
Life after death or peaceful relax	35(24.0)	46(21.3)	3.28	.194
End of psychiatric and physical activity	76(52.0)	132(61.1)		
Mysterious and unknowable thing	35(24.0)	38(17.6)		
Total	146(100.0)	216(100.0)		

3. 호스피스완화의료에 대한 인식 차이

1) 호스피스완화의료의 일반적인 사항에 대한 인식차이

간호학과 학생과 의학전문대학원생간의 일반적인 호스피스완화의료에 대한 인식차이는 호스피스완화의료를 알게 된 경로($\chi^2=24.29$, $p<.001$)와 우리나라에서 호스피스완화의료 사업이 활성화 되지 않은 이유($\chi^2=15.92$, $p=.003$)에서 유의한 차이가 있었다.

문항별로 살펴보면 호스피스완화의료에 대해 들어 본적이 있느냐는 항목에는 간호학과 학생 '있다' 96.6%, 의학전문대학원생 '있다' 96.8%로 대부분 들어 본 적이 있었다. 호스피스완화의료에 대해

알게 된 경로가 간호학과 학생 '학교' 91.5%로 대부분을 차지하고 '매스미디어' 6.4%, '가족이나 친척' 2.1%이며, 의학전문대학원생은 '학교' 69.4%, '매스미디어' 24.4%, '가족이나 친척' 6.2%이었다. 호스피스완화의료에 대해 알기를 원하는가에 간호학과 학생은 '알기를 원한다' 50.7%, '원하지 않는다' 49.3%, 의학전문대학원생은 '알기를 원한다' 46.3%, '원하지 않는다' 53.7%이었다. 가족이나 주변 사람이 호스피스완화의료 간호를 받아본 적이 있는가는 '아니오' 간호학과 학생 93.2%, 의학전문대학원생 91.7%로 대부분 받아본 적이 없었다.

만약 불치병이라면 죽음을 미리 준비해야하는가는 '그렇다'는 경우 간호학과 학생 97.9%, 의학전문대학원생 96.3%로 대부분 죽음을 준비해야 한다

고 하였다. 만약 말기암이라면 그 상태에 대해 알기를 원하는가는 간호학과 학생 89.7%, 의학전문대학원생은 94.9%로 대부분 알기를 원했다. 말기암에 걸린 사람에 대한 노력은 어떻게 해야 하는가는 간호학과 학생 '최소한의 통증과 평화로운 죽음을 위해 신체적, 정신적, 영적간호를 해야 한다' 78.8%, '의사의 지시에 따른 합리적인 의학치료를 해야 한다' 9.6%이었고 의학전문대학생 '최소한의 통증과 평화로운 죽음을 위해 신체적, 영적간호를 해야 한다' 73.6%, '의사의 지시에 따른 합리적인 의학치료를 해야 한다' 14.8%이었다. 호스피스완화의료는 환자의 남은 생을 끝까지 충만하게 살고 편안한 죽음을 맞도록 돕는 일이라는 '그렇다'에 간호학과 학생, 의학전문대학원생 각각 94.5%, 92.6%로 대부분 차지하였다.

우리나라에서 호스피스완화의료 제도의 도입이 활발하게 이루어지지 않는 이유는 간호학과 학생 경제적 어려움 26.7%, '병원당국의 인식부족' 26.0%, '호스피스 효과에 대한 신뢰감이 기대되지 않으므로' 21.2%, '한국의 문화적 정서로 가족끼리 있기를 위하여' 20.5%, '호스피스 제도는 알고 있으나 이용할 필요가 없기 때문' 5.5%, 의학전문대학원생은 '한국의 문화적 정서로 가족끼리 있기를 위하여' 35.2%, '경제적 어려움' 27.8%, '호스피스 효과에 대한 신뢰감이 기대되지 않으므로' 20.8%, '병원당국의 인식부족' 12.5%, '호스피스 제도는 알고 있으나 이용할 필요가 없기 때문' 3.7%이었다. 만약 가족 중 치유할 수 없는 말기암이라면 어떤 방법으로 돌보기를 바라는가는 간호학과 학생 '독립된 호스피스완화의료 시설사용(호스피스 환자만 받는 전문병원)' 37.0%, '호스피스완화의료 팀의 가정방문' 28.1%, '호스피스완화의료 병동의 입원(큰 병원 내에 따로 있는 것)' 27.4%, '집에서 가족의 간호' 7.5%, 의학전문대학원생 '독립된 호스피스완화의료 시설사용(호스피스 환자만 받는 전문병원)' 38.0%, '호스피스완화의료 팀의 가정방문' 27.8%,

'호스피스완화의료 병동의 입원(큰 병원 내에 따로 있는 것)' 25.0%, '집에서 가족의 간호' 9.3%이었다 <Table 3>.

2) 심폐소생술 및 심폐소생술 금지에 대한 인식차이

간호학과 학생과 의학전문대학생간의 심폐소생술 및 심폐소생술 금지에 대한 인식차이는 본인이 적극적 치료가 불가능한 말기상황에서의 심폐소생술 시행여부($\chi^2=4.62$, $p=.032$), 가족이 적극적 치료가 불가능한 말기상황에서의 심폐소생술 시행여부($\chi^2=5.64$, $p=.018$), 심폐소생술금지에 대한 의사결정권자 권한($\chi^2=12.28$, $p=.002$)과 가족 중의 의사결정권자 권한($\chi^2=4.82$, $p=.028$)에서 유의한 차이가 있었다.

문항별로 살펴보면 심폐소생술에 대해 들어 본 적이 있느냐는 간호학과 학생 '있다' 100%, 의학전문대학원생은 99.1%로 다 들어 보았다. 추후 본인이 적극적 치료가 불가능하고 생명연장을 위한 치료에 잘 반응하지 않는 말기상황에서 심폐소생술을 원하는가는 간호학과 학생 '원한다' 23.3%, '원하지 않는다' 76.7%, 의학전문대학원생은 '원한다' 33.8%명, '원하지 않는다' 64.2%이었다. 한편 심폐소생술을 원하지 않는 이유는 간호학과 학생 '무의미한 생명연장을 원하지 않으므로' 70.5%, '회복가능성이 낮으므로' 24.1%, '심폐소생술로 인해 삶의 질이 떨어지므로' 5.4% 순이었고, 의학전문대학원생 '무의미한 생명연장을 원하지 않으므로' 75.5%, '회복가능성이 없으므로' 18.9%, '심폐소생술로 인해 삶의 질이 떨어지므로' 5.6%이었다.

만약 가족 중 희생할 수 없는 말기상태에서 치료가 불가능한 질환을 가지고 있다면 심폐소생술을 시행하기를 '원하다'는 경우 간호학과 학생은 51.4%. 의학전문대학원생은 66.2%이었고 '원하지 않는다'는 경우 간호학과 학생 48.6%, 의학전문대학원생은 33.8%이었다. 심폐소생술을 원하는 이유

는 간호학과 학생 '치료과정에서 최선을 다해야 하므로' 65.3%, '가족으로서 의무감' 34.7%, 의학전문대학원생 '치료과정에서 최선을 다해야 하므로' 70.3%, '가족으로서 의무감' 29.7%, 심폐소생술을 원하지 않는 이유는 간호학과 학생 '무의미한 생명연장이므로' 65.3%, '심폐소생술로 인한 통증으로 삶의 질 저하' 34.7%, 의학전문대학원생 '무의미한 생명연장이므로' 87.2%, '심폐소생술로 인한 통증으로 삶의 질 저하' 12.8%이었다.

심폐소생술금지에 대한 의사결정권에 대한 참여는 간호학과 학생 '환자 가족 모두' 92.3%, '환자만' 6.3%, '의료진만' 1.4%, 의학전문대학원생 '환자 가족 모두' 79.6%, '환자만' 19.4%, '의료진만' 0.9%이었다. 가족 중 의사결정권은 누구인지는 간호학과 학생 '배우자' 58.2%명, '부모' 41.8%, 의학전문대학원생은 '배우자' 69.4%, '부모' 30.6%이었다. 심폐소생술금지에 대한 동의서 작성은 간호학과 학생 '동의한다' 93.2% '동의하지 않는다' 6.8%, 의학전문대학원생 '동의한다' 93.1%, '동의하지 않는다' 6.9%이었다. 만약 동의 한다면 작성시기는 간호학과 학생 '말기로 진단받았을 때' 47.8%, '임종이 임박했을 때' 35.3%, '입원당시' 16.9%, 의학전문대학원생 '말기로 진단받았을 때' 46.3%, '임종이 임박했을 때' 31.8%, '입원당시' 21.9%이었다<Table 4>.

3) 의료적권한 법정대리인에 대한 인식차이

간호학과 학생과 의학전문대학원생간의 의료적권한 법정대리인에 대한 인식차이는 인식여부($\chi^2=14.75$, $p<.001$)에서 유의한 차이가 있었다.

문항별로 살펴보면 의료적권한 법정대리인에 대한 인식여부에서 간호학과 학생 '알고 있다' 77.4%, '모른다' 22.6%, 의학전문대학원생 '알고 있다' 57.9%, '모른다' 42.1%이었다. 법정대리인의 제도에 대한 찬성여부는 간호학과 학생 '찬성한다' 70.8%, '반대한다' 29.2%, 의학전문대학원생 '찬성한다' 78.4%, '반대한다' 21.6%이었다. 만약 법정대리인의

제도에 반대하는 이유는 간호학과 학생 '본인의 생각과 대리인의 생각이 다를 수 있으므로' 63.6%, '본인을 제외하고 누구도 결정권이 없다고 생각하기 때문' 36.4%, 의학전문대학원생 '본인의 생각과 대리인의 생각이 다를 수 있으므로' 74.1%, '본인을 제외하고 누구도 결정권이 없다고 생각하기 때문' 25.9%이었다<Table 5>.

4) 사전의료지시서에 대한 인식차이

간호학과 학생과 의학전문대학원생간의 사전의료지시서에 대한 인식차이는 인식여부($\chi^2=11.01$, $p=.001$)와 주체여부($\chi^2=24.73$, $p<.001$)에서 유의한 차이가 있었다.

문항별로 살펴보면 사전의료지시서에 대한 인식은 간호학과 학생 '알고 있다' 47.3%, '모른다' 52.7%, 의학전문대학원생 '알고 있다' 30.1%, '모른다' 69.9%이었고, 사전의료지시(서)의 형태에 특정 문서양식 여부는 간호학과 학생 '필요하다' 86.3%, '필요하지 않다' 13.7%, 의학전문대학원생 '필요하다' 86.6%, '필요하지 않다' 13.4%이었다. 구두사전의료지시의 효력 여부는 간호학과 학생 '있다' 37.0%, '없다' 63.0%, 의학전문대학원생은 '있다' 40.3%, '없다' 59.7%이었다. 사전의료지시(서)의 주체는 간호학과 학생 '환자와 가족' 69.9%, '환자' 29.5%, '가족' 0.7%, 의학전문대학원생 '환자' 45.8%, '환자와 가족' 45.8%, '가족' 8.3%이었다<Table 6>.

The Differences of Attitude to Death and Perception on Hospice-Palliative Care between Nursing and Medical Students in an Area

<Table 3>The differences for perception on HPC between nursing and medical students (N=362)

Characteristics and Categories	Nursing Students n(%)	Medical Students n(%)	χ^2	p
Awareness of HPC				
Yes	141(96.6)	209(96.8)	0.01	.924
No	5(3.4)	7(3.2)		
If, awareness course of HPC				
Family or relative	3(2.1)	13(6.2)	24.29	<.001
Mass media	9(6.4)	51(24.4)		
School	129(91.5)	145(69.4)		
Subtotal	141(100.0)	209(100.0)		
More knowing about HPC				
Yes	74(50.7)	100(46.3)	0.67	.412
No	72(49.3)	116(53.7)		
Experience of HPC to your family				
Yes	10(6.8)	18(8.3)	0.27	.604
No	136(93.2)	198(91.7)		
Need of death preparation on the incurable disease				
Yes	143(97.9)	208(96.3)		.536*
No	3(2.1)	8(3.7)		
Need of knowing truth of terminal cancer				
Yes	131(89.7)	205(94.9)	3.51	.061
No	15(10.3)	11(5.1)		
Meaning of incurable disease				
Mobilize all the way to sustain life	9(6.2)	21(9.7)	6.97	.073
Reasonable medical treatment according to the instructions of the doctor	14(9.6)	32(14.8)		
Physical, mental, and spiritual care for the least amount of pain and a peaceful death	115(78.8)	159(73.6)		
Treat at least reduce the financial burden of the family	8(5.5)	4(1.9)		
HPC is helping the remaining life of patients to live comfortably				
Yes	138(94.5)	200(92.6)	0.52	.470
No	8(5.5)	16(7.4)		
Reason of the unactive introduction of HPC in Korea				
Lack of awareness of the hospital authority	38(26.0)	27(12.5)	15.92	.003
Know about Hospice, but no need to use	8(5.5)	8(3.7)		
Do not use because of economic difficulties	39(26.7)	60(27.8)		
Do not expect the trust of hospice effect	31(21.2)	45(20.8)		
Family want to live by themselves because of Korea's cultural emotion	30(20.5)	76(35.2)		
Type to care of, when your family have incurable terminal cancer				
HPC ward of hospitalization (separately in a large hospital)	40(27.4)	54(25.0)	0.52	.914
Home visit by HPC team	41(28.1)	60(27.8)		
Independent HPC facilities (hospice patients receiving specialized hospitals)	54(37.0)	82(38.0)		
Nursing home in the family	11(7.5)	20(9.3)		
Total	146(100.0)	216(100.0)		

HPC=hospice palliative care, *Fisher's exact test

<Table 4> The differences for perception of CPR and DNR between nursing and medical students (N=362)

Characteristics and Categories	Nursing Students n(%)	Medical Students n(%)	χ^2	p
Awareness of CPR				
Yes	146(100.0)	214(99.1)		
No	0(0.0)	2(0.9)		.517*
Having to CPR when you are in irresponsive terminal situation				
Have	34(23.3)	73(33.8)		
Havn't	112(76.7)	143(64.2)	4.62	.032
If not, reason				
Low possibility to recovery	27(24.1)	27(18.9)		
Don't want meaningless life extension	79(70.5)	108(75.5)	5.67	.129
Lower the quality of life cause by the CPR	6(5.4)	8(5.6)		
Subtotal	112(100.0)	143(100.0)		
Having to CPR when family is in irresponsive terminal situation				
Have	75 (51.4)	138(66.2)		
Havn't	71 (48.6)	78 (33.8)	5.64	.018
If, reason				
Do my best in the process of treatment	49(65.3)	97(70.3)		
From a sense of family duty	26(34.7)	41(29.7)	0.55	.457
Subtotal	75(100.0)	138(100.0)		
If not, reason				
Don't want meaningless life extension	54(65.3)	68(87.2)		
Lower the quality of life cause by the CPR pain	17(34.7)	10(12.8)	3.10	.078
Subtotal	71(100.0)	78(100.0)		
Having decision making right about DNR				
Patient and his(or her) family	132(92.3)	172(79.6)		
Only Patient	9(6.3)	42(19.4)	12.28	.002
Only Medical team	2(1.4)	2(0.9)		
Having decision making right among the family				
Spouse	85(58.2)	150(69.4)		
Parents	61(41.8)	66(30.6)	4.82	.028
Agreeing on consent form of CPR				
Yes	136(93.2)	201(93.1)		
No	10(6.8)	15(6.9)	0.00	.972
If, point of time				
Receive consent form at the hour of death	48(35.3)	64(31.8)		
Receive consent form when they have terminal stage diagnosed	65(47.8)	93(46.3)	1.34	.511
Receive consent form when they admit into hospital	23(16.9)	44(21.9)		
Subtotal	136(100.0)	201(100.0)		
Total	146(100.0)	216(100.0)		

CPR=Cardio Pulmonary Resuscitation, DNR=Do Not Resuscitation, *Fisher's exact test

The Differences of Attitude to Death and Perception on Hospice-Palliative Care between Nursing and Medical Students in an Area

<Table 5>The differences for perception of medical authority legal representative between nursing and medical students (N=362)

Characteristics and Categories	Nursing Students n(%)	Medical Students n(%)	χ^2	p
Awareness of medical authority legal representative				
Yes	113(77.4)	125(57.9)	14.75	<.001
No	33(22.6)	91(42.1)		
If, Agreement on medical authority legal representative				
Yes	80(70.8)	98(78.4)	1.82	.177
No	33(29.2)	27(21.6)		
Subtotal	113(100.0)	125(100.0)		
If not, reason				
The person himself(or herself) can be differ from representative	21(63.6)	20(74.1)	0.75	.387
There is no decision making right except the person himself(of herself)	12(36.4)	7(25.9)		
Subtotal	33(100.0)	27(100.0)		
Total	146(100.0)	216(100.0)		

<Table 6>The differences for perception of AD between nursing and medical students (N=362)

Characteristics and Categories	Nursing Students n(%)	Medical Students n(%)	χ^2	p
Awareness of AD				
Yes	69(47.3)	65(30.1)	11.01	.001
No	77(52.7)	151(69.9)		
Needing special document form about AD				
Yes	126(86.3)	187(86.6)	0.01	.941
No	20(13.7)	29(13.4)		
Force of oral AD				
Yes	54(37.0)	87(40.3)	0.40	.529
No	92(63.0)	129(59.7)		
Subject of AD				
Patient	43(29.5)	99(45.8)	24.73	<.001
Family	1(0.7)	18 (8.3)		
Patient and family	102(69.9)	99(45.8)		
Total	146(100.0)	216(100.0)		

AD=advance directives,

5) 마약성 진통제에 대한 인식차이

간호학과 학생과 의학전문대학원생간의 마약성 진통제에 대한 인식차이는 중독성 여부($\chi^2=21.28$, $p<.001$), 내성 여부($\chi^2=32.78$, $p<.001$), 복용 시점($\chi^2=23.28$, $p<.001$)에서 유의한 차이가 있었다.

문항별로 살펴보면 마약성진통제의 통증조절 여부는 간호학과 학생 '있다' 86.3%, '없다' 13.7%, 의학전문대학원생 '있다' 90.3%, '없다' 9.7%이었다. 통증에 대한 정확한 표현 필요성은 '있다' 97.9%, '없다' 2.1%, 의학전문대학원생 '있다' 96.8%, '없다' 3.2%로 대부분 표현할 필요가 있다고 하였다. 중독

성 여부는 간호학과 학생은 '있다' 97.3%, '없다' 2.7%, 의학전문대학원생 '있다' 82.9%, '없다' 17.1%이었다. 내성 여부는 간호학과 학생 '있다' 97.9%, '없다' 2.1%, 의학전문대학원생 '있다' 75.9%, '없다' 24.1%이었고, 약물을 아플 때만 복용해야 하는가는 간호학과 학생 '그렇다' 80.1%, '아니다' 19.9%, 의학전문대학원생 '그렇다' 55.6%, '아니다' 44.4%이었다. 마약성진통제로 인한 통증조절이 치료에 도움이 된다는 간호학과 학생 '그렇다' 96.6%, '아니다' 3.4%, 의학전문대학원생 '그렇다' 97.7%, '아니다' 2.3%이었다<Table 7>.

<Table 7>The differences for perception of narcotic analgesics between nursing and medical students (N=362)

Characteristics and Categories	Nursing Students n(%)	Medical Students n(%)	χ^2	p
Controlling cancer pain with narcotic analgesics				
Yes	126(86.3)	195(90.3)	1.37	.242
No	20(13.7)	21(9.7)		
Need of pain-expression exactly to medical team				
Yes	143(97.9)	209(96.8)		.746*
No	3(2.1)	7(3.2)		
Addiction of narcotic analgesics				
Yes	142(97.3)	179(82.9)		<.001*
No	4(2.7)	37(17.1)		
Tolerance of narcotic analgesics				
Yes	143(97.9)	164(75.9)		<.001*
No	3(2.1)	52(24.1)		
Taking narcotic analgesics only sick				
Yes	117(80.1)	120(55.6)	23.28	<.001
No	29(19.9)	96(44.4)		
Control of pain by narcotic analgesics				
Yes	141(96.6)	211(97.7)		.532*
No	5(3.4)	5(2.3)		
Total	146(100.0)	216(100.0)		

*Fisher's exact test

IV. 고찰 및 결론

본 연구는 일 지역 간호학과 학생과 의학전문대학원생의 죽음에 대한 태도차이와 호스피스완화의료 인식차이를 비교하여 예비의료인인 간호학과 학생과 의학전문대학원생이 임상실무 현장에서 죽음을 맞이하는 환자들을 돌보는데 도움을 줄 수 있도록 호스피스완화의료 교육의 확대와 임상실무 교육의 기반이 되고자 시도되었다.

본 연구의 결과를 토대로 논의하면 다음과 같다.

본 연구대상자의 간호학과 학생과 의학전문대학원생간의 일반적인 특성을 비교하면 학년과 종교는 동질한 집단인 반면 평균연령, 성별에서 동질하지 않은 집단으로 나타나 두 군 간의 죽음에 대한 태도와 호스피스완화의료에 대한 인식비교에 무리가 있을 수 있으나 이들은 졸업 후 병원 또는 지역에서 환자를 돌보는데 환자중심으로 최선을 다해야 한다는 동일한 사명감에 의의가 있을 것으로 보인다.

죽음에 대한 태도에서 간호학과 학생과 의학전문대학원생의 죽음에 대한 생각, 죽음에 대한 두려움, 죽음과 관련된 걱정, 죽음의 의미 간에 유의한 차이가 없었다. 이는 두 군 간의 동질하지 못한 집단이기는 하나 인간은 누구나 죽음을 피할 수 없는 것이며 죽음에 대한 두려움을 가지고 있기 때문인 것이다. 또한 죽음과 관련하여 가장 걱정되는 것은 가족과의 이별로 인한 슬픔과 상실로 모두 인간의 가장 기본적인 두려움인 죽음에 대해 비슷한 생각을 가지고 있는 것으로 해석할 수 있다[2].

호스피스완화의료에 대한 전반적인 인식은 호스피스의 인지경로가 간호학과 학생인 경우 학교가 가장 많았으나 의학전문대학원생인 경우 학교와 대중매체 등 경로가 다양하였다. 이는 간호학과 학생보다는 의학전문대학원생들이 평균연령이 높고, 연령에 따른 사회적 경험이 많아 호스피스완화의

료에 대해 다양한 경로를 통해 인지함을 알 수 있다. 그러나 호스피스완화의료에 대한 인식경로는 말기암환자나 그 가족의 경우 병원을 통해서이거나 간호학과 학생인 경우 학과과정, 호스피스자원봉사자 교육을 통해 알게 되는 경우가 대부분으로 이 결과로 미루어 볼 때 호스피스완화의료에 대한 인식확대를 위해서는 다양한 경로를 통해 홍보가 이루어져야 함을 알 수 있다[10][14][15].

우리나라에서 호스피스완화의료 제도의 도입이 활발하지 못한 이유는 간호학과 학생은 이용자의 경제적 어려움 때문과 병원당국의 인식부족이라고 응답하였고 의학전문대학원생은 한국의 정서상 가족과 함께 있기를 원하기 때문과 경제적 어려움이라고 응답하여 차이가 다소 있었으나 경제적 어려움은 공통적으로 지적되었다. 그러므로 경제적 어려움으로 인한 호스피스완화의료 제도 도입이 어려운 점을 극복하기 위해서는 호스피스완화의료에 대한 포괄적인 수가제도의 정착으로 인해 누구나 손쉽게 사용할 수 있도록 제도적 장치를 확산하는 것이 시급하다. 또한 현재 호스피스완화의료사업은 시범적으로 시행되고 있는 실정이기는 하나 전 국가적으로 확대 보급되기 위해서는 종합병원을 비롯한 준종합병원, 병원급내의 호스피스완화의료 병원이나 병동을 설치할 수 있도록 병원당국의 인식 개선이 절실히 필요하다[16]. 한편 호스피스완화의료 장애 요인으로 환자나 보호자의 거부와 믿고 의뢰할 수 있는 의뢰팀이 없다고 한 것으로 보면 우리나라의 호스피스완화의료의 확대보급을 위해서는 간호사와 의사를 포함한 전 의료인이 호스피스완화의료에 대한 믿음을 가질 수 있도록 노력을 하여야 함을 알 수 있다[7].

심폐소생술 실시 및 심폐소생술 금지에 대한 인식은 자신이 말기 상황인 경우에 심폐소생술을 시행하지 않는다가 간호학과 학생에서 많았고 가족이 말기상황인 경우 심폐소생술을 시행한다는 경우는 의학전문대학원생에게 많았다. 간호학과 학생

과 의학전문대학원생은 자신이 말기상황에서 심폐소생술을 원하지 않는다는 경우가 많은 반면 가족이 말기 상황에서는 심폐소생술을 원하는 경우가 더 많아 본인이 말기 상황인 경우와 가족이 말기 상황인 경우에 심폐소생술 시행여부가 다름을 알 수 있다. 이는 간호학과 학생과 의학전문대학원생 간에 죽음에 대한 태도에는 차이가 없었지만 자기 자신이 죽음을 앞둔 임박한 상황인 경우 의학전문대학원생이 삶에 대한 애착이 더 많음을 시사하고 가족이 죽음을 앞둔 임박한 상황인 경우 간호학과 학생이 가족에 대한 애착이 더 많은 것으로 나타났다. 이는 Lee[17]의 연구에서 간호사와 의사간에 자신과 가족의 심폐소생술 금지에 대한 시행 희망여부에 유의한 차이를 보인 결과와 유사한 것으로 나타났다.

심폐소생술금지에 대한 의사결정권이 주로 환자와 가족에게 있다는 경우가 두 군 다 많았다. 또한 심폐소생술 금지에 대한 의사결정권이 환자만이 있다는 경우가 간호학과 학생보다 의학전문대학원생에서 많았는데 이는 간호사와 의사를 대상으로 심폐소생술 금지 의사결정권자는 가족과 주치의에게 있다고 한 Lee[17]의 연구와는 다른 견해를 보였다. 가족 중 의사결정권을 부모보다는 배우자에게 결정권을 주어야 한다는 경우가 의학전문대학원생에게 많은데 우리나라는 심폐소생술 금지에 대한 의사결정 과정에서 환자는 거의 배제된 채 주로 가족과 의료인의 합의에 의해 결정되고 있으며[18] 이러한 현상은 환자의 죽음에 대해 논의하기를 꺼려하는 우리나라의 독특한 정서적인 문화의 한 특성으로서도 이해될 수 있으나, 우리나라의 의료현실상 환자의 자기 결정권이 보호되지 않고 있으며 환자의 삶과 죽음에 대한 자율성 존중의 원칙이 최고의 원리로 존중되고 있지 않음을 시사한다[19]. 의식이 있는 환자라면 말기상태에서 생명연장 치료 여부를 본인이 결정할 수 있겠지만 그렇지 못한 경우 대리결정자로서 가족이 참여하

게 된다. 환자가 배제된 상태에서 이루어지는 DNR결정은 추후 가족의 죄책감을 야기하거나 가족 간의 갈등을 일으킬 수 있고 많은 윤리적, 법적 문제를 야기할 소지가 있다. 따라서 환자의 자율적 의사가 최대한 반영될 수 있도록 치료과정동안 치료팀은 충분한 설명과 사전 동의를 철차를 제도화하여 시행하는 것이 필요하다[18].

의료적권한 법정대리인에 대한 인식차이에서 의료적권한 법정대리인의 제도에 대한 인식은 전반적으로 낮았고 의료인을 비롯한 일반인도 의료적권한 법정대리인 지정 인식도가 낮아[20], 본 연구의 조사대상이 학생인 점을 감안하면 이에 대한 인식이 충분히 낮음을 알 수 있다. 일반적으로 의료적권한 법정대리인의 지정을 긍정적으로 고려하고 있는 이유는 환자가 자신의 생각을 미리 알려 주었기 때문에 의료적권한 법정대리인에 대해 찬성한다고 하였다. 의료적권한 법정대리인의 경우 일반적으로 말기 상태의 환자에 대해 생명 연장 치료를 할 것인지의 여부는 결정 능력이 있는 환자라면 스스로 결정을 할 수 있겠지만 그렇지 못한 경우 대리결정자로서 가족이 참여하게 된다[12]. 가족이 환자의 치료 중단이나 치료 유지를 결정하는데 있어서 어느 것이 환자에게 더 이익인지를 고려하는 과정에서 윤리적 딜레마에 빠질 수 있으며 환자는 가족들을 위해서나 자기결정권을 보호하는 측면에서 미리 본인의 생각을 전달해 준 가족을 의료적권한 법정대리인으로 지정할 수 있어야 한다[20]. 현재 환자가 본인의 의사결정 능력이 없어진 경우에 연명치료를 중단하려면 법원의 판단을 받아야 하므로[21] 법정대리인을 미리 지정하지 않은 경우 절차상의 어려움 때문에 어쩔 수 없이 연명치료를 계속 받아야 하는 환자들은 계속 늘어날 것으로 보인다.

사전의료지시서의 인식은 모르는 경우가 절반 이상이었는데 내과 의사들도 사전의료지시서에 대해 60.8%만이 들어본 경험이 있다고 하여[12] 간호

학과 학생이나 의학전문대학원생 뿐 아니라 의료인도 이에 대한 인식이 매우 낮음을 알 수 있다. 사전의료지시의 주체는 간호학과 학생은 환자와 가족이 주체가 되어야 한다고 하나 의학전문대학원생은 환자가 주체이어야 한다고 한다. 임종단계에서 환자 치료를 결정하는데 환자의 자율성존중이 매우 중요하나 현재 우리나라에서는 주로 가족에 의해 의학적 선택을 결정하고 있다[22]. 그러나 대부분 말기암 환자와 의사들은 사전의료지시서에 대한 설명과 필요성에 대해 매우 긍정적인 반응을 나타냈다[12]. 따라서 환자의 자기결정권을 충분히 보장한 표준화된 사전의료지시서를 작성하여 환자가 자신의 가치관을 표명하고 환자 중심의 연명치료 결정이 시행됨으로 고통받는 무의미한 삶을 연장하기보다는 여생을 보다 의미 있게 살 수 있도록 환자의 삶의 질을 증가시키는 방향에서 사전의료지시서의 작성이 필요한 것으로 사료된다.

마약성진통제에 대한 인식은 증독성, 내성과 복용시점에서 두 군 간에 유의한 차이가 있었다. 말기 암환자에서 고통의 가장 큰 원인인 통증은 약물을 적절히 사용하면 환자의 고통을 경감시킬 수 있음에도 불구하고 마약성 진통제에 대한 막연한 두려움과 걱정 및 내성에 대한 잘못된 인식으로 복용이 정확하게 시행되지 않는 문제가 있다[13]. 본 연구에서도 마약성 진통제를 진통이 있을 때만 복용해야 하는 걸로 알고 있는 경우가 절반 이상을 차지하고 있어 환자의 고통 없는 암성통증관리를 위한 마약성 진통제의 사용에 있어 좀 더 구체적이고 체계적인 교육이 필요하다.

의사와 간호사는 각 개인적 가치관이 다르고 환자를 대하는 접근방식이 다르지만 간호학과 학생과 의학전문대학원생은 예비의료인으로 이들이 졸업 후 같은 현장에서 팀을 이루어 환자를 간호해야 하고, 환자를 인간으로서의 존엄성과 높은 삶을 유지하고 마지막 순간까지 편안하게 죽음을 맞이하도록 돕는 팀이기 때문에 이들의 죽음에 대한

태도와 호스피스완화의료에 대한 인식을 파악하고 그 차이를 연구라는 것은 의의가 있다고 본다.

그러나 본 연구는 연구대상자의 표집과정에서 일부 지역 간호학과 학생과 의학전문대학원생을 편의 표집하였고, 일반적 특성이 동질하지 않은 집단을 비교하여 연구 결과를 일반화하는데 제한점을 가지고 있어 향후 이러한 문제점을 보완하여 연구할 것을 제언한다.

REFERENCES

1. Statistics Korea(2012), <http://kostat.go.kr/portallb/korea/index.action>.
2. J.Y. Han, N.Y. Lee(2009), Nursing students' attitude toward death and perception on hospice care, *Asian Oncology Nursing*, Vol.9(2);95-103.
3. J.B. Lee, H.S. Kim(2007), Studies on hospice service through case management practice: focusing on the case study of S-hospice, *Korean Journal of care work*, Vol.8;159-184.
4. E.H. Thompson(1985), Palliative and curative care nurses' attitude toward dying and death in the hospital setting, *OMEGA*, Vol.16(3);233-242.
5. Y.J. Seo, H.J. Kim, S.K. Bae(2010), Effective education contents of hospice for medical students, *The Korean Journal of Health Service Management*, Vol.4(2);85-95.
6. Y.S. Hong(1999), Hospice: present and future-medical perspective, *Journal of nursing query*, Vol.8(2);32-43.
7. J.R. Lee, J.K. Lee, S.J. Hwang, J.E. Kim, J.I. Chung, S.Y. Kim(2012), Doctor's Perception and Referral Barriers toward Palliative Care for Advanced Cancer Patients, *The Korean Journal of Hospice and Palliative Care*, Vol.15(1);10-17.
8. E.B. Lamont, N.A. Christakis(2002), Physician Factors in the Timing of Cancer Patient Referral

- to Hospice Palliative Care, Cancer, Vol.94(10);2733-2737.
9. J.Y. Han, N.Y. Lee(2009), Nursing students' attitude toward death and perception on hospice care, Asian Oncology Nursing, Vol.9(2);95-103.
 10. Y.J. Seo, H.J. Kim, S.K. Bae(2010), Effective Education Contents of Hospice for Medical Students, The Korean Journal of Health Service Management, Vol.4(2);85-95.
 11. Y.J. Noh, S.S. Han, S.H. An, J.S. Yong(1999), Community residents' knowledge, attitude, and needs for hospice care, The Korean Journal of Hospice and Palliative Care, Vol.2(1);23-35.
 12. D.S. Son, Y.J. Jeon, J.H. Lee, S.H. Gil, B.Y. Shim, O.G. Lee, I.S. Jung, H.G. Kim(2009), Recognition of advance directives by advanced cancer patients and medical doctors in hospice care ward, The Korean Journal of Hospice and Palliative Care, Vol.12(1);20-26.
 13. G.S. Gwag, S.H. Cheon, J.O. Ha, G.H. Lee(2006), Analysis of the perception of hospice and narcotic analgesics by family caregivers of terminal cancer patient, The Korean Journal of Hospice and Palliative Care, Vol.9(2);106-111.
 14. K.S. Kang(2003), A comparative study on death orientation and the cognition & nursing needs of hospice in hospice volunteers - a comparison between the trained and non trained volunteer, The Korean Journal of Fundamentals of Nursing, Vol.10(2);223-233.
 15. M.S. Kim, C.S. Lee, H.C. Kim(2007), The effects of hospice volunteer education program on perceptions about hospice and the meaning of life, Asian Oncology Nursing, Vol.7(2);131-139.
 16. S.N. Kim, S.O. Choi, Y.J. Kim, S.R. Lee(2010), Development of community health center-based hospice management Model: Pilot Project at a Community Health Center in Busan, The Korean Journal of hospice and palliative care, Vol.13(2);109-119.
 17. Y.B. Lee(2007), Nurse' and doctors' perceptions, experiences, and ethical attitudes on DNR, Journal of Korean Clinical Nursing Research, Vol.13(2);73-85.
 18. S.H. Kim, W.H. Lee(2011), An integrative review of Do-Not-Resuscitate decisions in Korea, Korean Journal Med Ethics, Vol.14(2);171-184.
 19. S.M. Lee(2009), Patient and family determination in medical decision-making, Korean Journal Med Ethics, Vol.12(4);323-334.
 20. S.H. Hyun(2012), Articles: Who can consent to the medical treatment? -in preparation for enforcement of the new adult guardianship system in Korean revised civil law-, The Law Research institute of Hongik University, Vol.13(2);177-213.
 21. K.H. Jo, G.J. An, G.M. Kim(2011), Future changes and directions for the construction of a medical decision-making system in Korea: Focused on delphi surveys, Korean Journal Med Ethics, Vol.14(1);131-144.
 22. M.S. Sohn, H.J. Yu(2001), Ethical review on the "Advanced Directives" in medical field, Korean Journal Med Ethics, Vol.4(1);51-68.

접수일자 2013년 2월 15일

심사일자 2013년 2월 18일

게재확정일자 2013년 6월 10일