

간호사와 의사의 임종치료선호도 점수에 영향을 미치는 예측요인*

조계화**, 김균무***

I. 서론

1. 연구의 필요성

우리나라는 인구의 고령화와 만성질환의 증가로 무의미한 생명연장과 관련된 삶의 질과 죽음의 질에 대한 관심과 논란이 증가하고 있다. 구체적으로는 임종 시기 동안의 치료와 돌봄에 대한 의료인의 가치관이 말기의 의료적 의사결정과 치료선호에 상당한 영향을 미친다.¹⁾ 우리나라의 경우, 말기의 의료적 의사결정의 대부분은 가족과 의료인의 합의하에 환자가 동의하는 틀에서 이루어져 왔으나, 말기환자의 임종치료에서 많은 윤리적 문제제기가 있다.²⁾ 따라서 임종치료에 대한 의료적 의사결정에는 궁극적으로 환자 자신의 생명에 대한 가치관이 반영되어

야 할 것이며, 이를 위해서는 환자의 의사결정 참여를 촉진하는 의료인의 역할과 체계적인 의료적 의사결정 시스템을 구축하는 노력이 시급하다.

말기환자의 치료결정은 환자와 가족뿐 아니라 여러 전문가로 구성된 전문가팀에서도 윤리적 딜레마를 초래한다.³⁾ 이러한 복합적인 결정은 치료중단, 치료를 위해 선호하는 장소, 증상관리, 인공영양과 같은 중요한 장기 결정에서부터 개인위생과 같은 일상적인 치료선택에 이르기까지 의사결정의 갈등을 경험한다. 이와 관련하여 국내의 선행연구들이 환자의 자기결정권과 사전의료지시서와 임종치료에 대한 전반적인 접근을 시도하였으나^{1,2,4-6)} 간호사와 의사를 대상으로 임종치료선호도 점수의 영향요인을 구체적으로 밝힌 연구는 없는 실정이다. 품위 있는 죽음과 관련한 임종치료선택의 의미는 특정 사

* 이 논문은 2010년도 정부(교육과학기술부)의 재원으로 한국연구재단의 지원을 받아 수행된 기초연구사업입니다.(과제번호 2010-0007170)

교신저자: 김균무, 고신대학교 복음병원 응급의학과, 051-990-6881, oasisking@paran.com

** 대구가톨릭대학교 간호대학, *** 고신대학교 복음병원 응급의학과

- 1) 안면숙, 민혜숙. 사전동의에 대한 의사, 간호사 및 환자의 인식과 경험. 임상간호연구 2008; 14(2) : 59-70.
- 2) 허대석. 연명치료중단-환자의 자기결정권과 사전의료지시서. 대한의사협회지 2009; 52(9) : 865-870.
- 3) Frank RK. Shared decision making and its role in end of life care. Br J Nurs 2009; 18(10) : 612-618.
- 4) 최지윤, 권복규. 안락사와 연명치료중단에 관한 우리나라의 최근 동향. 한국의료윤리학회지 2009; 12(2) : 127-142.
- 5) 한성숙, 한미현, 용진선. DNR에 대한 의사들의 인식 및 태도조사. 의료·윤리·교육 2003; 6(1) : 15-33.
- 6) 이명선, 오상은, 최은옥. 심폐소생술 금지와 관련된 병원간호사들의 경험. 간호학회지 2008; 38(2) : 298-309.

회의 시대적·문화적 배경을 토대로 개개인이 해석하는 것이므로, 의료인의 임종치료선호도 점수에 영향을 미치는 예측요인을 파악하는 것은 한국사회의 의료적 의사결정의 구조와 체계를 이해하는 데 매우 중요하다고 볼 수 있다.

특히 복잡하고 전문화되어가는 의료상황이 품위 있는 죽음과 관련한 의료인들의 치료결정에 끊임없는 선택을 요구하며 신중하고 현명한 처리를 요구하고 있다. 그러므로 임종치료와 의사결정과정 전반에 걸쳐 환자와 가족의 참여를 촉진할 수 있는 의료인의 역할 및 해결방안을 모색하는 것은 개인의 안녕과 우리나라 의료분야의 발전을 위해 필수적이다. 현재 우리나라 인구는 빠르게 노령화되고 있으며 만성질환으로 인한 사망률이 증가하고 있다. 이러한 시점에서 환자나 가족의 삶의 질 문제, 특히 치료를 선택하고 수명을 연장하는 조치에 대한 의료인들의 숙고가 필요하다. 즉 환자와 가족들 간의 개인적인 문제해결과 상실에 대해 예견된 슬픔표현하기, 개방적 의사소통 등은 임종 시기에 품위 있는 죽음을 결정하는 데 중대한 영향을 미치는 요인이라 할 수 있다. 이와 관련하여 기존의 연구들^{7,8)}은 여러 사람이 참여한 의사결정과 좋은 죽음 간에는 밀접한 관련성이 있는 반면, 소극적 의사참여인 경우 개인의 선호도나 바람을 표현할 기회가 없기 때문에 불필요한 장기치료 및 불충분한 통증완화 치료를 받게 되며 이로 인해 나쁜 죽음을 경험하였다.⁹⁾

따라서 의료인의 공동의사결정과 임종치료선호도 점수는 임종 시기에 환자와 가족의 삶의 질과 연관됨을 알 수 있다.

삶의 질은 임종을 앞둔 환자와 가족에게 가장 중요한 것으로 임종 시기 동안 치료하고 돌보는 의사와 간호사의 죽음에 대한 인식과 태도가 이들의 치료결정과 삶의 질에 상당한 영향을 미친다.^{10,11)} 특히 의료인이 인식하는 죽음에 대한 두려움¹²⁾과 죽음의 개인적 의미¹³⁾는 환자나 가족의 죽음인식과 수용에 중대한 영향을 미칠 수 있다. 이전의 연구에서 의료인의 42.1%가 죽음이 두렵다고 하였고, 죽음을 생각하면 불안하다가 42.6%로 나타났으며,¹¹⁾ 다른 연구에서는 환자와 보호자의 치료결정에 가장 큰 영향을 주는 사람은 환자에게 정확한 정보를 줄 수 있는 의사와 간호사라고 하였다.¹⁰⁾ 이에 본 연구는 상기 기존연구를 바탕으로 말기 의료적 의사결정에 가장 큰 영향을 미치는 주체인 의사와 간호사의 임종치료선호도 점수의 예측요인을 파악하고자 한다.

의사결정은 문제를 인식하고 대안을 숙고하여 적절한 방법을 선택하는 과정이다.¹⁴⁾ 말기의 의사결정은 임종대상자의 자율성의 존중이 핵심이다. 그러나 말기 상황의 의료적 의사결정 과정은 단순한 문제해결과는 구별되며 구체적 상황에서의 의료 돌봄 선택을 포함하는 임상적인 개념으로 이해되어야 한다. 임상적인 개념으로 본 의료적 의사결정 과정에서는 대상자의 가치관과 자율성, 의료인의 의무와

7) Royak-Schaler R, Gadalla SJ, Lemkau J, et al. Family perspectives on communication with health care providers during end of life cancer care. *Oncol Nurs Forum* 2006 ; 33(4) : 753-760.

8) Smith R. A good death: An important aim for health services and for us all. *BMJ* 2000 ; 320(7228) : 129-130.

9) Pierson C, Curtis J & Payrick D. A good death: A qualitative study of patients with advanced AIDS. *AIDS Care* 2002 ; 14(5) : 587-598.

10) 이지애. 말기 암환자의 무의미한 연명치료중단과 사전의사결정에 대한 의료인(의사, 간호사)의 인식: 포커스그룹 인터뷰 분석기법. 석사학위논문. 고려대학교 대학원, 2009 : 106.

11) 심규미. 환자·보호자와 의료인들의 호스피스에 관한 인지도 연구. 석사학위논문. 경희대학교 대학원, 2000 : 68.

12) Abdel-Khalek AM. Why do we fear death? The construction and validation of the reasons for death fear scale. *Death studies* 2002 ; 26 : 669-680.

13) Cicirelli VG. Personal meanings of death in relation to fear of death. *Death Studies* 1988 ; 22 : 713-733.

14) Simon HA. Decision making: Rational, nonrational, and irrational. *Educational Administration Quarterly* 1993 ; 29(3) : 392-411.

역할, 그리고 의료적 의사결정 과정에 참여하는 사람들의 범위와 참여정도에 따라 다른 형태를 취한다. 그러므로 다양한 방식의 의료적 의사결정 과정에서 핵심이 되는 요소는 결국 누가 치료결정 선택의 주체가 되어야 하며, 어떠한 방식의 결정과정이 요청되는가이다. 대부분의 선행연구들⁴⁻⁶⁾이 심폐소생술(DNR) 시행과 관련된 의학적·법적·윤리적 측면의 복합적인 문제를 제시하고 있으며, 특히 생명의료윤리와 관련된 가치에 근거한 도덕적 측면과 한국의 사회적·문화적 배경에 대한 문제를 염려한 것은 본 연구의 필요성과 맥을 같이하고 있다.

이에 본 연구는 상기 의료적 의사결정 방식에 대한 이해를 바탕으로 간호사와 의사의 임종치료선호도 점수에 영향을 미치는 예측요인을 살펴봄으로써 효율적인 의료적 의사결정 체계를 구성하는 데 필요한 기초 자료를 마련할 수 있을 것으로 생각한다.

2. 연구 목적

본 연구의 구체적인 연구 목적은 다음과 같다.

첫째, 간호사와 의사의 의료적 의사결정 및 사전 의사결정의 분포와 차이를 파악한다.

둘째, 간호사와 의사의 임종치료선호도 정도를 파악한다.

셋째, 간호사와 의사의 죽음에 대한 두려움, 죽음의 개인적 의미 및 임종치료선호도 정도의 차이를 파악한다.

넷째, 간호사와 의사의 일반적 특성에 따른 임종치료선호도 점수의 차이를 파악한다.

다섯째, 간호사와 의사의 죽음에 대한 두려움, 죽음의 개인적 의미, 임종치료선호도 간의 상관관계를 파악하고, 점수에 영향을 미치는 예측요인을 찾는다.

II. 대상과 방법

1. 연구 설계

본 연구는 대구와 부산의 대학병원과 종합병원에서 근무하는 의사와 간호사를 대상으로 임종치료선호도 점수에 영향을 미치는 예측요인을 파악, 분석하고자 한 서술적 조사연구이다.

2. 연구 대상

본 연구의 대상자는 대구와 부산의 대학병원과 종합병원에서 근무하는 의사와 간호사를 대상으로 하였다. 목표 대상자 수를 선정하기 위해 다중회귀 분석에서 표본 수를 구하기 위해 G*Power 3.0 프로그램을 이용한 결과 유의수준 .05, 중간 정도의 효과크기($R^2=.15$)에서 독립변수 12개를 포함하였을 때 검정력 .95를 유지하기 위한 표본 수는 184명이었다. 그러나 의료적 의사결정과 말기 간호수행 등에 대한 일반적 조사연구를 위한 문항도 많이 포함되어 있었기 때문에 일반적으로 조사연구에서 문항수의 5~10배를 권장하고 있는데,¹⁵⁾ 본 연구의 경우 이 기준으로 보았을 때 최소 385명으로 계산되었고 여기에 탈락률을 고려하여 400명을 목표로 하였다. 최초 대상자로 집계된 성인의 수는 410명이었으며, 자료를 수집하는 과정에서 부재 2명, 조사거부 1명 등으로 조사가 불가능하여 탈락한 경우를 제외하여 최종 407(99.3%)명을 대상으로 자료를 수집하였다.

3. 연구 도구

15) 문정순. 간호연구. 서울 : 신광출판사, 1997 : 166.

1) 죽음에 대한 두려움

죽음에 대한 두려움을 측정하기 위해 Abdel-Khalek(2002)이 개발한 도구를 사용하였다.

이 도구의 하부요인은 7문항의 통증과 처벌에 대한 두려움, 5문항의 세속적 소유물의 상실에 대한 두려움, 3문항의 종교적 초월과 실패에 대한 두려움, 그리고 3문항으로 이루어진 사랑하는 사람을 떠나보내는 두려움의 4가지로 구분되어 있으며 총 18 문항으로 4점 척도로 구성되어 있다.

본 척도는 최소 18점에서 최대 72점 사이의 점수를 가지며, 점수가 높을수록 죽음을 두려워함을 의미한다. 원 도구의 신뢰도는 .82로 나타났으며 본 연구에서 도구의 신뢰도는 Cronbach's $\alpha = .91$ 이었다.

2) 죽음의 개인적 의미

죽음의 개인적 의미를 측정하기 위하여 Cicirelli(1988)이 개발한 도구를 사용하였다. 이 도구의 하부요인은 5문항의 유산(legacy)으로서의 죽음, 3문항의 후생(after life)으로서의 죽음, 5문항의 소멸(extinction)로서의 죽음, 그리고 4문항으로 이루어진 동기부여자(motivator)로서의 죽음 등 4가지 요인으로 구분되어 있으며 총 17문항으로 4점 척도로 구성되어 있다. 본 척도는 최소 17점에서 최대 68점 사이의 점수를 가지며, 점수가 높을수록 죽음의 개인적 의미가 긍정적임을 나타낸다. 원 도구의 신뢰도는 .42-.89로 나타났으며 본 연구에서 도구의 신뢰도는 Cronbach's $\alpha = .89$ 이었다.

3) 임종치료선호도 점수

간호사와 의사의 임종치료선호도 점수를 측정하기 위해 Gauthier과 Froman(2001)이 개발한 32문항의 The Preference for Care near the End of

Life(PCEOL) scale을 이운정과 김신미(2009)가 한국 실정에 맞게 개발하여 26문항으로 된 한국판 임종치료선호도 점수(PCEOL-K)를 사용하였다.

각 문항은 관계되는 하부요인이 있으며 하부요인은 5가지이다. 위 5가지 하부요인 간에 점수 차이를 통해 더 중요시 여기는 하부요인을 판단한다. 이운정과 김신미(2009)의 연구에서 각 하부요인의 신뢰도는 다음과 같다. 요인1(자율적 의사결정)은 .77, 요인2(영성)는 .77, 요인3(가족)은 .68, 요인4(의료인에 의한 의사결정)는 .53, 그리고 요인5(통증)는 .47로 나타났으며 본 연구에서 도구의 신뢰도는 Cronbach's $\alpha = .92$ 이었다.

4. 자료 수집 방법

본 연구는 대구, 부산 지역의 대학병원과 종합병원에 종사하는 간호사와 의사를 대상으로 집락표집(cluster sampling)하였다. 본 조사를 실시하기 전에 일 대학병원 연구윤리위원회(IRB)의 허락을 받은 후, 훈련받은 연구보조원이 대상자에게 연구의 목적, 연구 참여의 자율성, 비밀보장에 대해 설명한 후 연구 참여 동의서에 서명을 받고 자가 보고식 질문지를 배부하였다. 자료수집 기간은 2010년 6월 5일부터 2010년 8월 20일까지였으며 대상자는 407명이었다.

연구 대상으로 확인된 의료인에게 소속병원의 간호부와 의료부에 사전에 전화로 연구에 대한 협조를 구한 뒤 병원방문을 통한 개별 면접조사를 원칙으로 하되, 방문조사가 원활하지 않은 경우에는 전화방문과 전자메일 주소 명부를 이용하여 조사를 진행하였다.

1) 병원방문: 선정된 병원 지도를 보고 직접 해당부서를 방문하여 조사 취지를 설명하고 시간을 약속하여 설문 조사를 실시하였다.

- 2) 전화방문: 전화를 통한 사전 예약 후 연구보조원이 약속된 장소를 직접 방문하여 조사 취지를 설명하고 설문 조사를 실시하였다.
- 3) 전자메일 조사: 방문조사가 어려운 경우, 사전전화를 통해 조사 취지를 설명한 후 전자메일을 이용하여 설문 조사를 실시하였다.

모든 자료 수집 과정에서 대상자에게 먼저 연구 책임 기관과 조사자의 신분을 밝히고 연구의 목적과 설문 내용 등을 설명한 후 연구 참여에 대한 동의를 구하였다. 조사자 간의 자료 수집 과정의 일관성과 신뢰도를 높이기 위하여 조사자에 대한 사전 교육을 실시하였다. 조사자는 본 연구를 수행하기 위한 목적으로 박사과정의 연구보조원 3명과 학부생 2명을 채용하였다. 조사자 교육은 2010년 6월 4일, 2시간 동안 진행하였으며, 교육 주관은 간호학교수 1인과 박사수료생 2인이 실시하였다. 교육은 동의서 및 설문지 작성법, 측정도구 각 문항에 대한 설명과 채점 방법, 채점 결과의 해석에 대한 강의와 조사자 간의 일관성을 확보하기 위하여 PCEOL-K 측정 예제를 가지고 모의채점 후 결과를 비교하는 모의채점 연습으로 이루어졌다.

5. 자료 분석 방법

모든 설문자료는 무기명 통계 처리하였으며, 통계분석을 위해서 SPSS 15.0 프로그램을 이용하였다. 본 조사에 이용된 구체적인 통계 분석 방법은 다음과 같다.

- 1) 대상자의 일반적 특성은 빈도, 백분율, 평균, 표준편차를 구하였다.
- 2) 대상자의 의료적 의사결정 및 사전의사결정에 대한 견해는 빈도와 백분율로 산출하였다.
- 3) 의사와 간호사의 죽음에 대한 두려움, 죽음의

개인적 의미 및 임종치료선호도에 관한 정도는 평균과 표준편차로 구하였고, 각각의 차이는 t-test로 분석하였다.

- 4) 대상자의 일반적 특성에 따른 임종치료선호도 점수는 t-test와 ANOVA로 분석하였고 유의한 변수는 사후검정으로 Turkey's Honestly Significantly Different(Turkey's HSD)를 이용하였다.
- 5) 대상자의 죽음에 대한 두려움, 죽음의 개인적 의미, 임종치료선호도에 대한 상관관계는 Pearson's Correlation Coefficient로 분석하였다.
- 6) 대상자의 임종치료선호도 점수의 예측요인은 다중공선성 진단 후 multiple regression의 Enter방법으로 분석하였다.

III. 결과

1. 대상자의 일반적 특성

대상자의 일반적 특성 분포를 살펴보면, 연령은 평균 30.24(±7.64)세로 20대가 가장 많았으며, 학력은 전문대졸이 191명(47.0%)으로 가장 많았고, 대졸이 173명(42.5%), 대학원졸 이상이 43명(10.5%) 순이었고, 간호사가 295명(72.5%), 의사 112명(27.5%)이었다. 근무경력은 평균 6.88(±6.81)년으로 12개월 이상~60개월 미만이 가장 많았으며, 근무지 및 전공분야는 내과가 151명(37.1%)으로 가장 많았고, 기타 124명(30.5%), 외과 89명(21.9%), 산부인과·소아과 26명(6.4%), 응급실 17명(4.2%) 순이었다. 종교가 있는 사람이 229명(56.7%)이었고, 없는 사람이 178명(43.7%)이었다. 신의 존재에 대한 믿음의 확신 정도는 '신은 아마도 존재한다'에 135명(33.2%)으로 가장 많았고, '신이 존재하는지 아닌지 모른다' 131명(32.2%), '신은 분

명히 존재한다' 117명(28.7%), '신은 아마도 존재하지 않는다' 15명(3.7%), '신은 분명히 존재하지 않는다' 9명(2.2%) 순으로 나타났다. 죽은 후의 삶에 대한 믿음의 확신 정도는 '죽은 후의 삶이 존재하는지 아닌지 나는 모른다'가 148명(36.4%)으로 가장 많았고, '죽은 후의 삶은 아마도 존재한다' 126명(31.0%), '죽은 후의 삶은 분명히 존재한다' 89명(21.9%), '죽은 후의 삶은 아마도 존재하지 않는다' 37명(9.1%), '죽은 후의 삶은 분명히 존재하지 않는다' 7명(1.7%) 순으로 나타났다. 종교적 서비스나 행사에 대한 참석 정도는 '좀처럼 하지 않는다'가 202명(49.6%)으로 가장 많았고, '1년에 몇 번 참석한다' 99명(24.3%), '최소 1주일에 1번 참석한다' 58명(14.3%), '최소 1달에 1번 참석한다' 48명(11.8) 순으로 나타났다. 가족이나 친지 중 말기 상황에 처한 경험이 있는 사람이 171명(42.0%), 경험이 없는 사람 236명(58.0%)이었다.

2. 대상자의 의료적 의사결정 및 사전의사 결정에 관한 견해

대상자 중 간호사의 품위 있는 죽음을 위한 의료적 의사결정 및 사전의사결정에 관한 견해를 살펴보면 다음과 같다.

환자가 말기상황에 처한 경우, '본인이 그 사실을 정확히 알아야 한다'가 280명(94.9%), '모르는 것이 낫다'가 15명(5.1%)이었다. 말기라는 사실을 환자에게 알리지 않았다면, 그 이유는 '가족의 요청으로'가 192명(65.1%)으로 가장 많았다. 죽음을 앞둔 환자와 영적(심리적)문제에 관해 대화한 적이 '없다'가 163명(55.3%)으로 가장 많았고, 환자와 영적(심리적) 문제에 관한 대화 시 방해 요인은 '간호사로서 영적(심리적) 문제에 대한 준비가 부족하다'가 135명(45.9%)으로 가장 많았고, '시간이 없다' 82명(27.9%), '병실 환경이 안 된다' 54명

(18.4%)의 순이었다. 영적(심리적) 문제에 관해 환자와 대화할 때, 가장 어렵다고 생각되는 점은 '어떻게 접근할지'가 177명(60.0%)으로 가장 많이 답하였고, '무슨 말을 해야 할지' 102명(34.6%), '언제 시작해야 할지' 14명(4.7%)의 순으로 답하였다. 말기상황의 의료적 의사결정에 환자의 참여를 격려하기 위한 역할 중 가장 중요한 것은 '심리적 격려'가 175명(59.3%)으로 가장 많았고, '정보제공' 61명(20.7%), '호스피스에 의뢰' 31명(10.5%), '증상 조절' 28명(9.5%) 순이었다. 말기의 의료적 의사결정을 하는 주체는 '환자'라고 답한 간호사가 242명(82.0%)으로 가장 많았고, 말기의 의료적 의사결정을 하는 데 방해되는 요인은 '가족간의 의견차이'가 171명(58.2%)으로 가장 많았다. 말기의 효율적인 의료적 의사결정을 위해 가장 필요한 것은 '호스피스 팀 구성'이 141명(47.8%)으로 가장 많았고, '의사결정 코디네이터 제도 도입' 96명(32.5%), '사전의료지시서의 도입' 57명(19.3%)의 순으로 나타났다. 의료적 의사결정과 관련하여, 의료인 간의 갈등 요인은 '무의미해 보이는 연명 치료 결정'이 187명(63.4%)으로 가장 많았고, '진단내용의 비공개' 53명(18.0%), '의사-간호사 간의 위계질서' 44명(14.9%) 순이었다. 사전의사결정 제도는 '필요하다'가 237명(80.3%)으로 가장 많았고, 사전의사결정서 작성은 '말기 진단 시' 125명(42.4%), '질병 치료를 시작할 때' 96명(32.5%), '평소 건강할 때' 54명(18.3%), '죽음이 임박할 때' 20명(6.8%) 순이었다.

대상자 중 의사의 품위 있는 죽음을 위한 의료적 의사결정 및 사전의사결정에 관한 견해를 살펴보면 다음과 같다. 환자가 말기상황에 처한 경우, 본인이 그 사실을 정확히 알아야 한다고 생각하십니까? 라는 질문에 '알아야 한다'가 104명(92.9%), '모르는 것이 낫다'가 8명(7.1%)으로 답하였고, 말기라는 사실을 환자에게 알리지 않은 이유는 '가족의 요청으로'가 72명(64.3%)으로 가장 많았다. 죽음을 앞둔

환자와 영적(심리적) 문제에 관해 대화한 적이 '없다'가 57명(50.9%)으로 가장 많았고, 말기상황에서 환자와 영적(심리적) 문제에 관한 대화 시 방해 요인은 '의사로서 영적(심리적) 문제에 대한 준비가 부족하다'가 47명(42.0%)으로 가장 많았고, '시간이 없다' 37명(33.0%) 순이었다. 영적(심리적) 문제에 관해 환자와 대화할 때, 가장 어렵다고 생각되는 점은 '어떻게 접근할지'가 50명(44.6%)으로 가장 많이 답하였고, '무슨 말을 해야 할지' 45명(40.2%), '언제 시작해야 할지' 11명(9.8%)의 순으로 답하였다. 말기상황의 의료적 의사결정에 환자의 참여를 격려하기 위한 역할 중 가장 중요한 것은 '심리적 격려'가 42명(37.5%)으로 가장 많았고, '정보제공' 40명(36.0%), '증상조절' 24명(21.4%), 순이었으며, 말기의 의료적 의사결정을 하는 주체는 '환자'라고 답한 의사가 73명(65.2%)으로 가장 많았다. 말기의 의료적 의사결정을 하는 데 방해되는 요인은 '가족간의 의견차이'가 54명(48.2%)으로 가장 많았고, '의료비용(경제적 문제)' 29명(25.9%), '환자의 고집' 16명(14.3%) 순으로 답하였다. 말기의 효율적인 의료적 의사결정을 위해 가장 필요한 것은 '의사결정 코디네이터제도 도입'이 45명(40.2%)으로 가장 많았고, '호스피스팀 구성' 37명(33.0%), '사전의료지시서의 도입' 28명(25.0%)의 순으로 나타났다. 의료적 의사결정과 관련하여, 의료인 간의 갈등 요인은 '무의미해 보이는 연명치료 결정'이 81명(72.3%)으로 가장 많았고, '의사-간호사 간의 위계질서' 15명(13.4%), '진단내용의 비공개' 10명(8.9%) 순이었다. 사전의사결정제도가 '필요하다'가 83명(74.1%)으로 가장 많이 답하였고, 사전의사결정서를 작성하는 시기는 '말기 진단 시'가 56명(50.0%)으로 가장 많았고, '질병 치료를 시작할 때' 25명(22.3%), '평소 건강할 때' 20명(17.9%), '죽음이 임박할 때' 11명(9.8%) 순이었다.

3. 대상자의 죽음에 대한 두려움, 죽음의 개인적 의미 및 임종치료선호도 점수 정도 차이

대상자의 죽음에 대한 두려움 18문항의 전체 평균은 간호사 45.68(± 5.47)점, 의사 44.12(± 6.34)점 이었으며 통계적으로 유의한 차이가 있었다($t=2.46, p=.014$). 하위영역 중 통증과 처벌에 대한 두려움(7문항)은 간호사 16.61(± 2.93)점, 의사 16.28(± 3.42)점, 현실적 소유에 대한 상실의 두려움(5문항)은 간호사 13.42(± 2.03)점, 의사 12.55(± 2.32)점, 종교적 초월과 실패에 대한 두려움(3문항)은 간호사 6.20(± 1.49)점, 의사 6.32(± 1.63)점, 사랑하는 사람을 떠나보내는 두려움(3문항)은 간호사 9.46(± 1.26)점, 의사 8.97(± 1.41)점으로 나타났다. 하위영역 중 세속적 소유의 상실에 대한 두려움($t=3.68, p<.001$)과 사랑하는 사람을 떠나보내는 두려움($t=3.37, p=.001$)이 간호사와 의사에서 통계적으로 유의한 차이가 있었다.

대상자의 죽음의 개인적 의미 17문항의 전체 평균은 간호사 39.70(± 4.72)점, 의사 41.95(± 5.04)점이었고 통계적으로 유의한 차이가 있었다($t=-4.20, p<.001$). 하위영역 중 유산으로서의 죽음(5문항)은 간호사 11.74(± 2.10)점, 의사 12.28(± 2.67)점, 후생으로서의 죽음(3문항)은 간호사 7.25(± 1.29)점, 의사 7.52(± 1.65)점, 소멸로서의 죽음(5문항)은 간호사 11.15(± 2.03)점, 의사 11.67(± 2.58)점, 동기부여자로서의 죽음(4문항)은 간호사 9.56(± 1.78)점, 의사 10.48(± 1.69)점으로 나타났다. 하위영역 중 유산으로서의 죽음($t=-2.15, p=.032$), 소멸로서의 죽음($t=-2.12, p=.035$) 및 동기부여자로서의 죽음($t=-4.67, p<.001$)이 간호사와 의사에서 통계적으로 유의한 차이가 있었다.

대상자의 임종치료선호도 점수 26문항의 전체 평균은 간호사 69.03(± 5.48)점, 의사 68.69(\pm

〈Table 1〉 Differences among Fear of Death, Personal Meaning of Death, and Preferences for Care Near the End of Life Scale-Korean Version(PCEOL-K) of Subjects (N=407)

Variable(number of items)	Nurses(n=295)	Physicians(n=112)	t	p
	Mean(±SD)	Mean(±SD)		
Fear of death (18)	45.68(5.47)	44.12(6.34)	2.46	.014
Fear of pain and punishment (7)	16.61(2.93)	16.28(3.42)	0.96	.339
Fear of losing worldly involvements (5)	13.42(2.03)	12.55(2.32)	3.68	<.001
Religious transgressions and failures (3)	6.20(1.49)	6.32(1.63)	0.68	.498
Parting from loved ones (3)	9.46(1.26)	8.97(1.41)	3.37	.001
Personal meanings of death (17)	39.70(4.72)	41.95(5.04)	-4.20	<.001
Death as legacy (5)	11.74(2.10)	12.28(2.67)	-2.15	.032
Death as afterlife (3)	7.25(1.29)	7.52(1.65)	-1.61	.107
Death as extinction (5)	11.15(2.03)	11.67(2.58)	-2.12	.035
Death as motivator (4)	9.56(1.78)	10.48(1.69)	-4.67	<.001
Preferences for care near the end-of-life (26)	69.03(5.48)	68.69(7.15)	0.51	.610
Autonomous decision making (8)	20.91(±1.62)	20.67(±2.12)	1.10	.273
Spirituality (6)	17.98(±2.71)	16.86(±2.42)	4.03	<.001
Family (5)	13.76(±2.44)	13.78(±2.33)	0.08	.937
Decision making by health professionals (4)	7.31(±1.95)	8.76(±2.32)	-6.30	<.001
Pain (3)	9.04(±1.33)	8.63(±1.48)	2.67	.008

7.15)점이었으며, 통계적으로 유의한 차이가 없었다. 하위영역 중 자율적 의사결정(8문항)은 간호사 20.91(±1.62)점, ±2.42)점, 의사 20.67(±2.12)점, 영성(6문항)은 간호사 17.98(±2.71)점, 의사 16.86(2.42)점, 가족(5문항)은 간호사 13.76(±2.44)점, 의사 13.78(±2.33)점, 의료인에 의한 의사결정(4문항)은 간호사 7.31(±1.95)점, 의사 8.76(±2.32)점, 통증(3문항)은 간호사 9.04(±1.33)점, 의사 8.63(±1.48)점으로 나타났다. 하위영역 중 영성(t=4.03, p<.001), 의료인에 의한 의사결정(t=-6.30, p<.001), 통증(t=2.67, p=.008)이 간호사와 의사에서 통계적으로 유의한 차이가 있었다 〈Table 1〉.

4. 대상자의 일반적 특성에 따른 임종치료 선호도 점수 차이

대상자의 일반적 특성에 따른 임종치료선호도 점수의 차이를 분석한 결과, 통계적으로 유의한 변수는 연령(t=5.63, p=.001), 근무경력(t=4.60, p=.004), 신의 존재에 대한 믿음의 확신 정도(F=3.31, p=.011), 죽은 후 삶에 대한 믿음의 확신 정도(F=2.88, p=.023)와 종교적 서비스나 행사 참여빈도(F=7.54, p<.001)로 나타났다. 높은 연령이 낮은 연령에 비해, 근무경력이 많은 사람이 적은 사람에 비해, 신이 분명히 존재한다고 믿는 사람이 그렇지 않은 사람에 비해, 죽은 후 삶이 분명히 존재한

다는 사람이 존재하는지 아닌지 모른다는 사람에 비해, 그리고 종교적 서비스나 행사에 자주 참석하는 사람이 참석하지 않는 사람에 비해 임종치료선호도 점수가 높았다<Table 2>.

<Table 2> Differences in Preferences for Care Near the End of Life Scale-Korean Version(PCEOL-K) by General Characteristics (N=407)

Characteristics	Categories	n	PCEOL-K			Turkey's HSD
			M (SD)	t or F	p	
Age(year)	20-29 ^a	241	68.14(6.04)	5.63	.001	a<d
	30-39 ^b	111	69.58(5.66)			
	40-49 ^c	38	70.61(5.48)			
	above 50 ^d	14	73.43(5.97)			
Education level	College	191	68.36(5.54)	1.13	.051	
	University	173	29.09(7.11)			
	above Master	43	71.21(6.23)			
Career of clinical experience(months)	<12 ^a	51	67.61(6.77)	4.60	.004	a,b<d
	12≤-(60 ^b	156	68.19(6.40)			
	60≤-(120 ^c	102	69.03(5.15)			
	120≤ ^d	98	70.70(5.36)			
Area of practice	Medical unit	151	69.37(5.61)	0.49	.747	
	Surgical unit	89	69.00(5.69)			
	OBGY & Ped unit	24	67.84(4.90)			
	Emergency unit	17	68.53(8.21)			
	Others	124	68.69(5.96)			
Religion	Yes	229	69.41(6.05)	1.61	.104	
	No	178	68.43(5.87)			
Beliefs about God	Definitely exists ^a	117	70.03(6.20)	3.31	.011	a,b>e
	Probably exists ^b	135	68.81(5.12)			
	Whether exists or not ^c	131	68.62(6.00)			
	Probably does not exists ^d	15	68.00(9.21)			
	Definitely does not exists ^e	9	63.22(5.04)			
Beliefs about life after life	Definitely exists ^a	89	70.70(6.53)	2.88	.023	a>c
	Probably exists ^b	126	68.72(5.09)			
	Whether exists or not ^c	148	68.50(6.27)			
	Probably does not exists ^d	37	67.84(4.62)			
	Definitely does not exists ^e	7	66.29(9.59)			
Frequency attending religious service	Rarely or never ^a	202	68.69(6.42)	7.54	<.001	a<b<c<d
	Several times a year ^b	99	67.33(4.26)			
	At least once a month ^c	48	70.04(4.25)			
	At least once a week ^d	58	71.71(7.03)			
Experiene of end of life among familes	Have	171	69.21(6.55)	.755	.451	
	Haven't	236	68.76(5.54)			

M(SD) : Mean(Standard deviation), Turkey's HSD : Turkey's Honestly Significantly Different
 OBGY : Obstetrics and Gynecology, Ped : Pediatrics

5. 대상자의 죽음에 대한 두려움, 죽음의 개인적 의미 및 임종치료선호도 점수 간의 관계

대상자의 죽음에 대한 두려움, 죽음의 개인적 의미 및 임종치료선호도 점수 간의 관계를 살펴본 결과, 죽음에 대한 두려움과 죽음의 개인적 의미($r=.18, p<.001$), 죽음에 대한 두려움과 임종치료선호도 점수($r=.36, p<.001$), 죽음의 개인적 의미와 임종치료선호도 점수($r=.25, p<.001$)는 통계적으로 유의한 순 상관성이 있었다(Table 3).

6. 대상자의 임종치료선호도 점수에 영향을 미치는 요인

대상자의 임종치료선호도 점수에 영향을 미치는 요인을 확인하기 위해 단변량 분석결과, 임종치료선호도 점수와 통계적 유의성을 보인 연령, 근무경력, 종교, 종교적 서비스나 행사 참여빈도, 죽음에 대한 두려움 및 죽음의 개인적 의미를 독립변수로 하고, 불연속변수를 Dummy 변수로 전환한 후 다중회귀 분석 중 Enter 방법으로 분석을 실시한 결과는 <Table 4>와 같다.

<Table 3> Correlation among Fear of Death, Personal Meaning of Death, and Preferences for Care Near the End of Life Scale-Korean Version(PCEOL-K) (N=407)

Variables	Fear of death	Personal meaning of death	PCEOL-K
	r(p)	r(p)	r(p)
Fear of death	1		
Personal meaning of death	.18(<.001)	1	
PCEOL-K	.36(<.001)	.25(<.001)	1

<Table 4> Predictors of Preferences for Care Near the End of Life Scale-Korean Version(PCEOL-K) (N=407)

Predictor	B	SE	β	t(p)	F(p)	Adj R ²
Constant	42.04	3.19		13.16 (<.001)	21.00 (<.001)	40.0
Age	0.68	.08	.09	0.87 (.384)		
Religion(yes)*	0.07	.08	.02	0.28 (.784)		
Career of clinical experience	0.17	.01	.13	2.15 (<.001)		
Frequency attending religious service	0.22	0.27	.04	0.81 (.419)		
Fear of death	1.34	0.05	.33	7.27 (<.001)		
Personal meaning of death	1.20	0.06	.17	3.55 (<.001)		

* Dummy variables

B : unstandardized Coefficient, SE : standard error, β : Standardized Coefficient beta, Adj R² : Adjust R square

독립변수에 대한 회귀분석의 가정을 검증하기 위하여 다중공선성, 잔차, 특이값을 진단하였다. 먼저 독립변수들 간의 상관관계수는 .00-.37로 .80 이상인 설명변수가 없어 예측변수들이 독립적임이 확인되었으며, 자기 상관(독립성)을 나타내는 Dubin-Watson 통계량이 1.898로 자기 상관의 문제는 없었다. 또한 다중공선성의 문제를 확인한 결과 공차한계(Tolerance)가 .36-.79로 0.1 이상으로 나타났으며, 분산팽창인자(variance inflation factor)도 1.01-1.32로 기준인 10 이상을 넘지 않아 다중공선성의 문제는 없었다. 다음으로 잔차의 가정을 충족하기 위한 검정결과 선형성(linearity), 오차항의 정규성(normality), 등분산성(homoscedasticity)의 가정도 만족하였다. 특이값을 검토하기 위한 Cook's Distance 값은 1.0을 초과하는 값은 없었다. 따라서 회귀식의 가정이 모두 충족되어 회귀분석결과는 신뢰할 수 있는 것으로 판단되었다.

대상자의 임종치료선호도 점수에 영향을 미치는 요인으로는 근무경력, 죽음에 대한 두려움 및 죽음의 개인적 의미의 세 가지 변인이 통계적으로 유의한 예측변수로 나타났다. 가장 큰 영향을 미치는 요인으로 죽음에 대한 두려움($\beta = .33$)으로 나타났으며, 다음으로 죽음의 개인적 의미($\beta = .17$), 근무경력($\beta = .13$)의 순으로 임종치료선호도 점수에 긍정적인 영향을 미치는 것으로 나타났다. 즉, 죽음에 대한 두려움이 많을수록, 죽음의 개인적 의미가 부정적일수록, 근무경력이 많을수록 임종치료선호도 점수가 높았으며, 이들 변인은 임종치료선호도 점수의 40.0%를 설명하고 있었다($F=21.00, p<.001$).

IV. 고찰

본 연구결과 치료 돌봄과 사전의사결정에 관한 질문에서 간호사와 의사 모두 같은 견해를 보이고 있다. 말기라는 사실을 환자가 정확히 알아야 하며, 환자에게 말기라는 사실을 알리지 않는 이유는 가족과 친지의 요청이라고 했는데, 이는 선행연구^{1,16})에서 이미 밝혀진 바와 같으나 의료현장에서는 그렇지 않아 설문에 응답한 내용과 실제 행동에는 상당한 괴리가 있었다.²⁾ 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 말기 상황에서 의사의 6.9%만이 사전동의서를 환자로 부터 받았다고 하여¹⁾ 의사결정은 가족의 견해에 더 많은 비중을 두고 있음을 알 수 있다. 이는 한국 사회의 문화적 가치에 기인한 것으로 질병과 같은 위기상황에서의 결정권을 가족에게 양도하며 의존하는 가족응집 현상을 볼 수 있다.

의사와 간호사의 과반수 이상이 죽음을 앞둔 환자와 영적·심리적 문제에 관해 대화한 적이 없으며, 그 요인은 영적 문제에 대한 준비 부족과 시간 부족으로 밝혀졌다. 이는 80% 이상의 간호사들이 임종간호에 대한 그들의 지식수준이 낮거나 보통수준으로 평가하였고, 60% 이상이 임종간호교육의 필요성을 인식한 문헌¹⁸⁾과 같은 맥락이다. 말기 상황에서 환자와 가족의 요구를 충족시키기 위해서는 말기 돌봄에 대한 지식이 필요하며 죽음에 관한 자신의 감정을 평가해 보아야 한다. 위 연구에 의하면 간

16) Yun YH, Lee CG, Kim SY, et al. The attitudes of cancer patients and their families toward the disclosure of terminal illness. J Clin Oncol 2004 ; 22(2) : 307-314.

17) Friedrichsen M, Strang P & Carlsson M. Cancer patients' perceptions of their participation and own resources after receiving information about discontinuation of active tumour treatment. Acta Oncol 2000 ; 39(8) : 919-925.

18) Meraviglia MG, McGuire C & Chesley DA. Nurses' needs for education on cancer and end-of-life care. J Contin Educ Nurs 2003 ; 34(3) : 122-127.

호사의 임종 돌봄에 대한 태도는 자신의 죽음 인식이나 임종하는 환자를 통한 간호사 자신의 개인적 감정에 의해 주로 영향을 받는다고 하여 의사와 간호사의 죽음에 대한 태도와 가치를 파악할 필요성이 제기된다.¹⁸⁾ 특히 영적인 측면은 임종환자와 가족의 중요한 관심사이며, 소중하고 의미있는 시간이므로,¹⁹⁾ 의료인들은 영적 이해와 관련된 부분에 더 큰 초점을 맞추어야 할 것으로 사료된다.

말기의 의료적 의사결정에 방해되는 요인은 가족간의 의견 차이와 의료비용으로 나타났는데, 이와 관련하여 이전의 연구에서 말기의 불필요한 입원과 소모적인 의료-중환자실 입원, 인공호흡기사용과 심폐소생술 등의 적극적 치료에 대해 의문을 표시하였다.²⁾ 이는 경제적 부담을 주는 말기의 적극적 치료에 대한 논란의 여지를 제공한다. 한편 말기의 효율적인 의사결정을 위해서는 호스피스팀 구성과 의사결정 코디네이터제도 도입을 선호하였다. 이는 말기 환자의 삶의 질과 품위 있는 죽음을 위한 가장 이상적인 제도라는 견해¹¹⁾와 일치하였다. 의료적 의사결정과 관련한 의료인 간의 갈등 요인은 무의미해보이는 연명치료결정을 꼽았다. 국내 선행연구²⁰⁾에서도 무의미해 보이는 연명치료결정에 대한 의사와 간호사 간에 상당한 갈등을 보고하였다. 사전의사결정서 작성의 시기는 말기 진단을 받았을 때, 질병 치료를 시작할 때, 평소 건강할 때의 순으로 나타나 환자의 의식이 명료할 때 자율성에 의한 의사결정을 선호한 견해²⁾와도 일치하여 환자 본인의 가치관이 반영된 의사결정이 사전에 이루어지는 것이 가장 바람직하다고 보았다.

죽음에 대한 두려움 18문항의 전체 평균은 간호사와 의사 모두에서 중간보다 높게 나타나 죽음을 두렵게 인식하고 있다. 이는 이전의 연구에서도 의

료인이 인식하는 죽음의 정도가 44%로 나타난 사실¹¹⁾과 암 환자의 두려움 인식 정도²¹⁾는 본 연구와 일치하고 있어 죽음의 두려움은 피할 수 없는 과제로 볼 수 있다. 하위영역 중 세속적 소유의 상실에 대한 두려움과 사랑하는 사람을 떠나보내는 두려움이 간호사와 의사에서 통계적으로 유의한 차이가 있었다. 이와 관련하여 죽음을 생각할 때 가장 걱정스러운 점은 남은 가족의 처지와 못다 이룬 꿈으로 나타나¹¹⁾ 본 연구를 지지하고 있다. 이는 한국사회에서 가족의 의미가 개인의 일상적 삶뿐만 아니라 임종의 위기상황에까지 공유된 이해를 바탕으로 강력한 구속력을 발휘하는 것으로 이해된다.

죽음의 개인적 의미 17문항의 전체 평균은 간호사와 의사 모두에서 중간보다 높게 나타나 의료인이 인식하는 죽음의 의미는 긍정적인 것으로 볼 수 있다. 죽음과 관련하여 가장 많이 생각하는 것이 의료인은 생을 마감하는 것이라고 답한 반면, 환자나 보호자는 가족과 이별한 후의 슬픔이라고 답해 차이를 보여준 것¹¹⁾과 일치한다. 하위영역 중 유산으로서의 죽음, 소멸로서의 죽음 및 동기부여자로서의 죽음이 간호사와 의사에서 통계적으로 유의한 차이가 있었다. 이는 죽음의 의미가 개별적이고 사적인 측면과 함께 현실적이고 관계적인 측면을 포괄하는 것으로 나타나 임종 중재에서 이러한 요소들이 함께 다루어져야 할 것으로 사료된다.

임종치료선호도 점수 26문항의 전체 평균은 간호사와 의사 모두에서 중간보다 높게 나타나 의료인들은 임종치료를 선호하는 것으로 이해된다. 하위영역 중 영성, 의료인에 의한 의사결정, 그리고 통증이 간호사와 의사에서 차이가 있었다. 이는 말기 암 환자의 삶의 질과 가장 관련되는 요인이 통증감소로 인한 신체적 안위와 마음의 평화, 그리고 영적 안녕

19) Sulmasy DP. A biopsychosocial-spiritual model for the care of patients at the end of life. *Gerontologist* 2002 ; 42 : 24-33.

20) 김상희. 암환자의 DNR(do-not-resuscitate) 의사결정에 관한 연구. *간호학탐구* 2004 ; 13(1) : 127-143.

21) 이현미. 말기 암 환자가 경험하는 두려움. 석사학위논문. 대구가톨릭대학교 대학원, 2008 : 87.

에 초점이 맞추어진다는 견해²⁰⁾와 같은 맥락으로 의료인의 중요한 역할을 대변하였다고 생각된다. 이는 본 연구 대상자들 모두 환자와의 영적, 심리적 접근의 중요성을 지적했으나 실제 적용에는 미처 준비되지 못한 자신을 인식하고 있었다. 따라서 임종 중재를 위한 의료전문가들의 사회심리, 영적 측면의 교육이 절실히 필요함을 알 수 있다. 한편 본 연구의 대상자들이 의료인에 의한 의사결정을 선호한 점은 말기의 의사결정의 주체는 환자라고 답한 점과는 대조적이며, 의료인이 판단과 결정을 하는 온정적 간섭주의모델²²⁾을 선호하고 있음을 알 수 있다.

대상자의 일반적 특성에 따른 임종치료선호도 점수의 차이를 분석한 결과, 연령이 높고, 근무경력이 많고, 신의 존재를 확실히 믿고, 내세에 대한 확신과 종교적 서비스나 행사에 자주 참석하는 사람이 그렇지 않은 사람에 비해 임종치료선호도 점수가 높았다. 죽음과 연령은 관련성이 있음이 이미 밝혀졌는데,²³⁾ 본 연구의 결과에서 연령과 근무경력이 높을수록 임종치료선호도 점수가 높게 나타난 것은 연령과 경력이 개인의 삶의 질과 죽음을 맞이하는 자세에 상당한 영향을 미치고 있다고 볼 수 있다. 또한 종교적 행사참여와 믿음의 확신도 대상자의 임종치료선호도 점수에 긍정적으로 작용한 것은 노인의 자아통합감에 영향을 미치는 요인이 실존적·종교적 영성임을 밝힌 연구²⁴⁾와 일맥상통한다. 따라서 의사와 간호사의 임종치료선호도 점수에서 영성은 중요한 자리를 차지하고 있으므로 이를 육성할 수 있는 개인적·제도적 방안이 요구된다.

본 연구결과, 대상자의 죽음에 대한 두려움, 죽음의 개인적 의미 그리고 임종치료선호도 점수 간에는 순 상관관계를 보였다. 이는 이전 연구¹¹⁾에서 밝

혀진 바와 같이 의료인은 죽음에 대한 두려움과 불안을 높게 인식하여 본 연구와 맥을 같이하고 있다. 이는 죽음의 고통에 직면하는 환자들을 치료하고 돌보면서 의료의 한계와 환자의 고통을 공감하는 것으로 사료된다. 말기 암 환자의 40.2%가 죽음에 대한 두려움을 느낀다는 사실¹¹⁾은 암 환자의 삶의 질을 재구성하는 데 두려움 조정과 불안 감소가 중요한 요인임을 알 수 있다. 또한 환자와 가족의 치료결정에 가장 큰 영향을 주는 사람이 의료인이라고 볼 때, 의료인의 죽음 태도가 부정적일수록 환자와 그 가족에게 미치는 영향은 클 수밖에 없다.

대상자의 임종치료선호도 점수에 영향을 미치는 요인을 살펴본 결과, 근무경력, 죽음에 대한 두려움 및 죽음의 개인적 의미의 세 가지 변인이 통계적으로 유의한 예측변인으로 나타났으며, 이들 변인은 40.0%의 설명력을 갖고 있었다. 임종치료선호도 점수에 가장 큰 영향을 미치는 요인은 죽음에 대한 두려움으로, 죽음에 대한 두려움이 많을수록 임종치료선호도 점수가 높았다. 이와 관련하여 말기 암 환자의 임종경험에서 가장 두드러진 현상은 삶의 애착과 관련된 죽음에 대한 부정이며, 죽음을 부정하는 태도에 영향을 미치는 요인은 죽음에 대한 본능적인 두려움이라고 밝힌 문헌²¹⁾은 본 연구의 결과와 맥을 같이 하고 있다. 즉 의료인의 죽음에 대한 두려움은 한국판 임종치료선호도 점수의 하부 영역에 대한 요구도가 높다고 해석된다. 이와 같은 현상은 인간은 죽음을 두려워 하지만 정확히 그 죽음이 의미하는 바를 인식하지 못하며 죽음의 공포와 두려움으로부터 자유롭지 못하다는 것을 입증하고 있다. 특히 다양한 의료상황으로부터 생의 종말에 선 환자와 경험을 공유한 본 연구의 대상자들은 죽음과 마주한

22) Beauchamp TL & Childress JL. Principle of biomedical ethics(5th ed.), New York : Oxford University Press, 2001 : 480.

23) Fortner B, Neimeyer R & Rybarczyk B. Correlates of death anxiety in older adults: A comprehensive review. ed by A. Tomer. Death attitudes and the older adult. New York : Brunner Routledge, 2000 : 95-108.

24) 제석봉, 최금주. 노인의 영성이 자아통합감에 미치는 영향. 노인복지연구 2007 ; 38 : 109-126.

인간의 내면을 깊이 체험한 것으로 사료된다. 따라서 환자가 통합적 인격체로 품위 있는 죽음을 맞이하도록 치료와 돌봄을 제공하기 위해서는 죽음에 대한 두려움을 긍정적 태도로 변화시킬 수 있는 노력이 요구된다.

다음으로 죽음의 개인적 의미가 임종치료선호도 점수에 긍정적인 영향을 미치는 것으로 나타났다. 죽음에 대한 긍정적 의미 중 하나로 타인의 죽음을 지켜보면서 자신의 죽음을 수용하는 것이라고 하였는데,²¹⁾ 죽음을 수용한다는 의미는 자기 자신과 죽음에 대한 전망을 의식적으로 인식하고 그 결과들을 긍정적으로 소화하는 것으로 해석된다. 따라서 의료인의 경우, 반복적인 죽음 상황의 경험을 통해 삶의 의미를 묻는 깊은 정서적 반응을 동반한 것으로 해석된다. 또한 죽음의 의미는 개별적인 측면과 함께 제도적이며 사회적 측면이 공존하고 있으므로, 연구대상자의 죽음에 대한 개인적 의미가 임종치료선호도 점수에 영향을 미친 것으로 사료된다. 이와 같이 죽음에 대한 부정적 정서를 극복하기 위해서는 개인의 죽음 태도뿐 아니라 치료결정과 관련된 제도적 사회적 측면이 뒷받침됨으로써 올바른 죽음문화를 형성해 나갈 수 있을 것으로 본다.

임종치료선호도 점수에 영향을 미치는 세 번째 변수는 근무경력으로 나타났다. 근무경력이 많을수록 임종치료선호도 점수가 높다는 본 연구 결과는 이전의 연구²⁵⁾에서와 같이 근무경력이 높을수록 비판적 사고성향과 간호사의 임상 의사결정 능력 점수가 높게 나타난 것과 일치하고 있다. 특히 5년 이상의 군이 5년 이하의 군보다 높게 나타났는데, 본 연구 결과에서도 근무경력은 평균 6.88(±6.81)년으로 나타난 것을 보면 숙련도가 높아질수록 임상 의사결정과 임종치료를 더 선호하는 것으로 이해된다. 이는 임상경력에 따라 임종 시기의 치료 및 돌봄 수

행과 의료적 의사결정 능력에 영향을 미칠 수 있음을 시사하고 있다. 특히 임종 시기의 의사결정은 단순한 문제해결 접근이기보다는 숙련된 임상경험을 바탕으로 체득될 수 있는 통합능력을 의미하기 때문인 것으로 사료된다. 따라서 의료인의 근무경력 이들의 임종치료선호도 점수에 영향을 미치는 중요한 변수임을 알 수 있다.

본 연구를 통해 근무경력, 죽음에 대한 두려움 및 죽음의 개인적 의미 등 세 가지 변인이 의료인의 임종치료선호도 점수에 영향을 미치는 요인임을 확인하였다. 이러한 결과를 통해 의료인의 임종치료선호도 점수가 환자의 품위 있는 죽음과 말기의 삶의 질 향상에 기여할 수 있기 위해서는 의료인 자신의 죽음의 개인적 의미와 성찰을 통해 내면적 성숙을 지향할 필요성이 있다. 뿐만 아니라 임종 치료와 돌봄에서의 효과적인 실무 능력을 배양하고 숙련도를 높이기 위한 전문적 노력과 제도적 뒷받침이 요구된다.

V. 결론

본 연구는 대구와 부산의 대학병원과 종합병원에서 근무하는 의사와 간호사 407명을 대상으로 임종치료선호도 점수 수준을 파악하고, 임종치료선호도 점수에 영향을 미치는 예측요인을 규명하기 위한 서술적 조사연구이다. 연구결과 대상자의 임종치료선호도 점수 26문항의 전체 평균은 간호사 69.03(±5.48)점, 의사 68.69(±7.15)점이었으며, 임종치료선호도 점수의 영향 요인으로는 근무경력, 죽음에 대한 두려움 및 죽음의 개인적 의미 등 세 가지 변인이 포함되었고 이들 변인은 임종치료선호도 점수의 40.0%를 설명하고 있었다.

25) 박승미, 권인각. 간호사의 임상 의사결정능력 영향 요인 - 비판적 사고 성향을 중심으로. 간호학회지 2007 ; 37(6) : 863-871.

품위 있는 죽음과 관련한 환자의 자율적 치료결정 참여에 대한 합의점을 찾기 위해 부단한 노력을 기울여 왔으나, 실제 의료현장에서는 환자를 배제한 치료결정에서 의료인들은 많은 윤리적 갈등을 경험하였다. 또한 임종치료와 돌봄에서 환자와 가장 가까이 접하는 사람이 의사와 간호사이며 이들의 환자 중심의 가치관이 임종 환자의 품위 있는 죽음과 삶의 질에 영향을 미칠 수 있다. 이에 본 연구는 간호사와 의사의 임종치료선호도 점수에 영향을 미치는 예측요인을 규명하였으며 본 연구를 기반으로 먼저 의료인 자신의 죽음에 대한 두려움과 죽음에 대한 개인적 의미를 정립한다면 임종하는 환자와 가족의 건강 돌봄을 효율적으로 수행할 수 있을 것으로 사료된다. 또한 환자의 중증도가 높아지는 복잡한 의료 환경을 고려할 때, 임상 경력과 숙련도가 높은 의료인들이 임종치료와 의료적 의사결정에 참여할 수 있도록 하는 제도적 장치가 요구된다. 그러나 본 연

구는 대구와 부산 지역의 의료인에 국한하였으므로 전국적으로 대상을 확대한 반복연구를 통해 의료인의 임종치료선호도 점수에 영향을 미치는 요인을 세밀하게 파악하고, 이에 따른 포괄적인 임종치료 및 의사결정체계를 구축하기 위한 후속연구를 제안한다. ㉞

본문 중에 인용된 참고문헌

Gauthier DM & Froman RD. The preference for care near the end of life scale development and validation. *Res Nurs Health* 2001 ; 24 : 298-306.

이윤정, 김신미. 한국판 임종치료선호도(Preferences for Care Near the End of Life Scale-Korean Version: PCEOL-K)의 신뢰도 및 타당도. *한국의료윤리학회지* 2009 ; 12(1) : 29-42.

색인어

임종, 치료, 선호, 간호사, 의사

Predictive Factors Affecting the Preferences for Care Near the End of Life among Nurses and Physicians

Jo, Kae Hwa*, Kim, Gyun Moo**

Abstract

Purpose: The purpose of this study was to identify the levels of the preferences for care near the end of life-korean version(PCEOL-K) and factors affecting the PCEOL-K among nurses and physicians.

Methods: A descriptive study was conducted with 407 nurses and physicians working in general hospital and university hospital, Daegu and Busan. Data were collected through self-reported questionnaires from June to September, 2010. Data were analyzed using the Pearson's Correlation Coefficient, t-test, ANOVA, Turkey's HSD, and multiple regression with SPSS/WIN 15.0.

Results: The mean score of PCEOL-K was 69.03 ± 5.48 for nurses and 68.69 ± 7.15 for physicians. Factors predicting subjects' PCEOL-K were clinical experience, fear of death, and the personal meaning of death. These factors explained 40.0% of the PCEOL-K ($F=21.00, p<.001$).

Conclusion: The results of this study suggest that the construction of comprehensive framework for nurses and physicians in relation to end-of-life care may contribute to improved positive preferences for care near the end of life by encouraging their professional careers and spirituality.

keywords

end-of-life, treatment, preference, nurse, physician

* College of Nursing, Catholic University of Daegu

** Kosin University Gospel Hospital Department of Emergency Medicine: Corresponding Author