

의료인이 인식하는 말기의 적절한 의료적 의사결정 저해요인 분석*

조계화**, 안경주***, 김균무****

I. 서론

최근 우리사회에서는 무의미한 연명치료 중단에 대해 사회적 관심이 증가되고 있어 말기환자에 대한 올바른 의료적 의사결정제도 확립의 필요성이 커지고 있다. 그러나 우리나라의 의료적 의사결정의 현실은 아직 체계적이지 못한 실정이다. 더욱이 말기환자의 의료적 의사결정은 한국의 가족문화를 포함한 복합적 과정이다. 이때 죽음을 앞둔 환자와 주위가족에 관한 중요한 문제가 폭넓게 다루어져야 하므로 생명연장이나 심폐소생술뿐만 아니라 신체적, 심리, 사회, 영적 관점을 총체적으로 파악하는 것이 더욱 환자에 도움이 될 것이다.

죽음을 앞둔 환자들은 고통과 초라함, 포기

미지세계에 대한 두려움을 경험하게 되는데,¹⁾ 우리나라 의사와 간호사들은 질병의 치료와 간호, 건강유지와 증진을 위한 훈련에 비해 죽음을 앞둔 환자나 가족들과의 의사소통 방법에 대해서는 준비가 미흡한 측면을 보인다. 더군다나 죽음에 관한 논의를 터부시하는 우리사회에서 의료인들은 말기 임종에 관해 무슨 말을 어떻게 시작할지에 관해 어렵게 여긴다는 사실이 이전의 연구^{2,3)}에서 밝혀졌다. 오랫동안 죽음과 치료실패는 동의어로 간주되어 왔고 “의료인이 죽음을 앞둔 환자와 가족에게 해 줄 것이 아무것도 없다”라고 인식했다.⁴⁾

그러나 의료인의 공감적 태도와 의사소통 기술은 환자의 통증과 고통을 감소시키고 죽음을 맞이할 수 있게 한다.¹⁾ 또한 대부분의 환자들은 의료인과 말기의 치료선택에 대해 솔직하게 이

* 이 논문은 2011년도 정부(교육과학기술부)의 재원으로 한국연구재단의 지원을 받아 수행된 기초연구사업임(과제번호2011-0004953).

교신저자: 김균무, 고신대학교 의과대학 응급의학교실, 051-990-6881, oasisking@paran.com

** 대구가톨릭대학교 간호대학 *** 청주대학교 간호학과 **** 고신대학교 의과대학 응급의학교실

1) 조계화, 한희자. 말기환자를 간호하는 간호사의 고통경험. 대한간호학회지 2001 ; 31(6) : 1055-1066.

2) 조계화, 김균무. 간호사와 의사의 임종치료선호도 점수에 영향을 미치는 예측요인. 한국의료윤리학회지 2010 ; 13(4) : 305-320.

3) 서원식, 이채경. 의사와 환자 간 공유된 진료의사결정이 환자만족도에 미치는 영향. 예방의학학회지 2010 ; 43(1) : 26-34.

4) 조계화. 말기의 의료적 의사결정에 관한 임상간호사의 갈등경험. 성인간호학회지 2010 ; 22(5) : 488-498.

야기 나누고 싶어하며,⁵⁾ 의료인이 먼저 화제를 던져야 한다고 생각하므로 의사, 간호사는 시의 적절하게 대화를 주도할 책임이 있다.⁶⁾

이전의 연구에서 말기 환자의 의사결정 참여를 방해하는 요인으로 의사와 간호사의 의사소통기술 부족, 임종관리에 대한 의료인 간의 정보 공유 부족 등을 지적하여 말기상황에서의 의료인의 역할과 상호협동의 중요성을 강조했다.⁷⁾ 다른 연구에서도 역시 효율적인 의사소통은 생의 마지막을 결정하는 과정에서 환자의 참여를 북돋을 수 있다는 사실을 밝힘으로써 의사결정 체계의 중요성을 강조하였다.⁸⁾ 그러나 실제 의료현장의 의사결정 과정에서 의사와 간호사 간의 갈등이 여전히 존재함이 지적되었다.^{4,9)} 이는 의사와 간호사 간의 위계질서로 인해 의사결정에 있어서 간호사의 의견이 반영되지 않기 때문이라고 하여 의료인 간의 공동 의사결정체계를 숙고하게 한다.^{9,10)} 이외에도 말기에 의사의 적극적인 치료행위에 대한 집착과 진단내용의 비공개, 가족 간의 의견차이, 가족의 경제적 부담 등을 밝힌 바 있다.⁴⁾ 이러한 의료적 의사결정의 전반적인 문제에도 불구하고 의료의 중요한 주체인 의사와 간호사를 대상으로 시행한 경험적 연구는 부족하여 본 연구의 필요성을 더욱 부각시키고 있다.

현재까지 말기의 적절한 의료적 의사결정에 관한 연구로는 무의미한 연명치료 중단,¹¹⁾ 사전 의사결정,¹²⁾ 의료적 의사결정 시 갈등경험,⁴⁾ 임종치료선호도,²⁾ 의사와 환자관계,¹³⁾ 의사와 환자 간 공유의사결정³⁾ 등 특정한 개념만을 주제로 하였으며 말기의 의료적 의사결정을 저해하는 요인에 대한 총체적인 개념은 찾아보기 어렵다. 더구나 공유의사결정에 대한 언급은 주로 환자와 의사의 의견공유에 그치는 온정적 간섭주의모델이 주류를 이루고 있어 공유의사결정에 대한 새로운 형태의 재정의가 요구되는 실정이다.

의료적 의사결정이란 의료상황에서 대상자의 가치관과 자율성, 가족의 의견, 의료인의 의무와 역할을 바탕으로 죽음과 관련되는 치료선택과 결정방식을 내포하는 포괄적이며 임상적인 개념을 말한다. 현재 우리사회는 말기의 의료적 의사결정에 관한 사회적 관심과 인지도는 매우 높은 것으로 보이나, 의료적 의사결정 체계에 대해 객관적인 연구방법을 통해 밝혀진 연구는 매우 부족하다. 이에 본 연구는 의사와 간호사의 임상적 경험을 바탕으로 말기의 의료적 의사결정을 저해하는 요인을 탐색함으로써 향후 효율적인 의료적 의사결정 체계 확립의 기반을 다지는 기초 자료를 제공하고자 한다.

-
- 5) Johnston B, Smith I. Nurses and patients perceptions of expert palliative nursing care. *J Adv Nurs* 2006 ; 54(6) : 700-709.
 - 6) Briggs L, Colvin E. The nurse's role in end-of-life decision-making for patients and families. *Geriatr Nurs* 2002 ; 23(6) : 302-310.
 - 7) Royak-Schaler R, Gadalla SJ, Scott D, 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) Hilden H, Honkasalo M. Finnish nurse's interpretations of patient autonomy in the context of end of life decision making. *Nurs Ethics* 2006 ; 13(1) : 41-51.
 - 9) Willard C, Luker K. Challenges to end of life care in the acute hospital setting. *Palliat Med* 2006 ; 20(6) : 611-615.
 - 10) Nordgen L, Olsson H. Palliative care in a coronary care unit: A qualitative study of physicians and nurses perceptions. *J Clin Nurs* 2004 ; 13(2) : 185-193.
 - 11) 허대석. 환자의 자기결정권과 사전의료지시서. *대한의사협회지* 2009 ; 52(9) : 865-870.
 - 12) Lee J, Kim KH. Perspectives of Korean patients, families, physicians and nurses on advance directives. *Asian Nurs Res* 2010 ; 4(4) : 185-193.
 - 13) 박일환. 의사 환자 관계와 관계중심 진료. *가정의학회지* 2009 ; 30(3) : 53-56.

II. 대상 및 방법

1. 연구 설계

본 연구는 의사와 간호사가 인식하는 의료적 의사결정 저해요인을 밝히기 위한 탐색적 요인분석 연구(exploratory factor analysis study)이다.

2. 연구 대상

본 연구의 대상자는 대구와 부산의 대학병원에서 근무하는 의사와 간호사를 대상으로 하였다. 요인분석을 위한 표본수는 대략 항목수의 4~10배가 적절하다는 주장¹⁴⁾에 따라 본 연구에서는 의료적 의사결정 상황을 자주 접하게 되는 분야에서 근무하는 의사 70명과 간호사 100명의 명단을 작성하였다. 근무부서는 의료적 의사결정 상황을 자주 접하게 되는 분야를 중심으로 내과, 외과, 응급실, 중환자실, 그리고 호스피스병동으로 제한하였다. 그 다음 단계로 170명에게 전자메일로 본 연구의 목적과 참여방법을 충분히 설명하였고, 이에 대해 참여 동의를 다시 메일로 보낸 의사 65명과 간호사 89명이 초기 연구대상자로 선정되었다. 이 중 불성실한 답변을 한 의사 4명과 간호사 7명을 제외하였고 최종적으로 의사 61명과 간호사 82명이 본 연구의 대상자(총 143명)가 되었고 92.8%의 응답률을 보였다.

3. 자료 수집

본 연구는 대구, 부산 지역의 2개 대학병원에서 종사하는 간호사와 의사를 대상으로 편의 표집하였으며, 본 조사를 실시하기 전에 일개 대학

병원 연구윤리위원회(IRB)의 허락을 받고 연구를 수행하였다. 연구자가 대상자에게 연구의 목적, 연구 참여의 자율성, 비밀보장에 대해 설명한 후 연구 참여 동의서에 서명을 받고 자가 보고식 질문지를 직접 또는 전자메일을 통해 배부하였다. 연구 대상자로 확인된 의료인에게 소속 병원의 간호부와 진료부서에 사전에 전화로 연구에 대한 협조를 구한 뒤 대상자 개인에게 전화 방문과 전자메일 주소 명부를 이용하여 조사를 진행하였다. 자료수집 단계는 문헌조사, 심층면담, 항목선정단계의 3부분으로 진행되었고, 자료수집기간은 2011년 4월 2일부터 2011년 7월 10일까지였으며 대상자는 총 143명이었다.

선행 연구에서는 주로 의료적 의사결정과 관련된 단일 개념^{2,3,11-13)}을 중심으로 조사되었으며 조사 대상자도 의사, 환자, 가족만을 대상으로 하여 간호사는 포함되지 않았다. 이러한 경우 외적 타당도가 약화될 가능성이 있다. 따라서 본 연구에서는 문헌조사를 수행한 이후, 의사 5명과 간호사 5명을 연구자가 편의 추출하여 의료적 의사결정과 관련한 그들의 임상경험을 심층면담하여 자료를 수집하고, 의사 1명, 간호사 1명, 간호학교수 1명으로 구성된 의료 전문가 3명이 항목들을 추출하였다. 이 방법을 사용한 근거는 어떤 영역에 대한 경험의 결과를 기술하는데 질적 접근방법이 주로 활용되며 이론의 영역이 구체적이지 못하고 포괄적일 경우 경험에서 결과를 추출하는 것이 현상을 이해하는 유용한 방법이기 때문이었다.¹⁵⁾ 본 연구에서의 항목 개발은 이와 같은 문헌고찰과 질적 접근방법을 병행하여 수행하였다.

14) Hinkin TR, A review of scale development practices in the study of organizations, J Manage 1995 ; 21(5) : 967-988.

15) Giorgi A, The question of validity in qualitative research, Journal of Phenomenological Psychology 2002 ; 33(1) : 1-18.

4. 자료 분석

자료에 대한 통계분석은 SPSS version 15.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA)을 이용하였으며 인구사회학적 특성에 대한 기술통계와 문항 31개에 대하여 탐색적 요인분석을 실시하였다. 탐색적 요인분석은 주성분분석(principal component analysis)을 실시하였고, 고유값 1을 요인추출의 기준으로 적용하였으며 요인을 나누기 위하여 Varimax 회전방식을 사용하였다.

III. 결과

1. 대상자의 일반적 특성

대상자의 일반적 특성은 의료 현장에서 일하는 의사 61명(42.6%)과 간호사 82명(57.4%)으로 모두 143명이 참여하였다. 나이는 의사가 평균 35.07세, 간호사가 평균 35.99세로 나타났으며, 의료기관에 근무한 평균 기간은 의사가 10.16년, 간호사가 13.13년으로 나타났다. 또한 사전의료 의사결정에 참여한 횟수를 등간척도로 간주하고 의사와 간호사 집단으로 구분하여 비교한 결과 의사 집단이 간호사 집단에 비해 통계적으로 유의한 수준에서 더 자주 의사결정에 참여하는 것으로 나타났다(의사 M=19.95, 간호사 M=1.02, t=4.146, df=41.121, p<.001). 학력별, 근무 분야별, 종교별, 의사결정 참여 여부, 가족 친지의 말기 경험 같은 인구통계학적 특성을 보다 구체적으로 제시하면 <표 1>과 같다. 대상자 143명은 조사에 사용된 초기 항목 수 31개의 4.61배에 해당하는 표본으로, 요인분석을 위한 표본수가 대략 항목수의 4~10배가 적절하

다는 연구 가정은 충족시키는 표본 수였고, 본 조사가 탐색적 성격의 연구이므로 어느 정도 충분한 표본으로 판단하였다.¹⁴⁾

2. 항목의 정화

이 단계에서는 ‘말기 환자에 대한 의료적 의사결정을 저해하는 요인’에 관련된 31개 항목의 5점 척도를 제시하고 이에 대한 의사와 간호사의 전반적 인식을 알아보았다. 각 항목은 부록에 제시하였다. 문헌고찰과 심층면접에서 나타난 출현 주제를 정화시킨 31개 항목을 응답자에게 제시한 결과를 자료의 축소에 유용한 탐색적 요인분석(EFA) 방법으로 분석하였다.

요인분석에 앞서, 조건 분석을 실시한 결과 KMO (Kaiser-Meyer-Olkin) 측도가 .833이며, Bartlett의 구형성 검증도 유의하게 나타났고($\chi^2=3693.625$, df=1176, p<.001), 스크리도표 점검에서도 세 군데 이상에서 크게 꺾이는 곳이 있어 요인분석에 적합한 자료로 판단되었다. 한편, 초기 31개 항목 전체의 내적 일치도를 분석한 결과 Cronbach's $\alpha=.8523$ 으로 나타났으나, 연구자들은 이와 같이 신뢰도가 높게 나타난 것을 항목수가 많을 경우 대체로 신뢰도가 상승하는 경향이 반영된 결과로 해석하였다.

자료의 특성을 단정하기 어려워 사각회전과 직각회전을 번갈아 실시한 결과, 최종적으로 베리맥스(Varimax) 직각회전에 의한 주성분분석 방법이 ‘말기의 의료적 의사결정 저해요인’이라는 구성개념을 가장 잘 설명해줄 것으로 판단되었다. 먼저, 아이젠 값(Eigen Value) 1.0 이상과 요인적재 값 .30 이상에서 베리맥스 1차 회전을 실행하여 이전의 연구의 권고에 따라¹⁶⁾ 특정 항

16) Hair JF, Anderson RE, Tatham RL, et al. Multivariate Data Analysis with Readings, 5th ed. Englewood Cliffs, NJ : Prentice Hall, 1998.

<Table 1> General Characteristic of Subjects

Characteristic		Nurses (N=82)	Doctors (N=61)	Total
		Frequency(%) or Mean±Standard Deviation		
Mean age (year)		35.99±8.81	35.07±6.31	35.59±7.83
Education	Junior college	32 (39.0)	0 (0.0)	32 (22.4)
	University	31 (37.8)	52 (85.2)	83 (58.0)
	Graduate school	19 (23.2)	9 (14.8)	28 (19.6)
Ward	Internal medicine	17 (20.7)	15 (24.6)	32 (22.4)
	Surgery	11 (13.4)	10 (16.4)	21 (14.7)
	Emergency room	9 (11.0)	15 (24.6)	24 (16.8)
	Hospice ward	7 (8.5)	0 (0.0)	7 (4.9)
	Intensive care unit	38 (46.4)	21 (34.4)	59 (41.2)
Career (year)		13.13±7.90	10.16±7.29	11.87±7.76
Religion	Protestant	11 (13.4)	11 (18.0)	22 (15.4)
	Buddhist	16 (19.6)	7 (11.5)	23 (16.1)
	Catholic	32 (39.0)	13 (21.3)	45 (31.4)
	None	21 (25.6)	29 (47.6)	50 (35.0)
	Others	2 (2.4)	1 (1.6)	3 (2.1)
Experience in end-of-life decision making	Yes	32 (39.0)	43 (70.5)	75 (52.4)
	No	50 (61.0)	18 (29.5)	68 (47.6)
Experience in family members' end-of-life care	Yes	23 (28.0)	18 (29.5)	41 (28.7)
	No	59 (72.0)	43 (70.5)	102 (71.3)
Total		82 (70.6)	61 (29.4)	143 (100.0)

목의 요인적재 값이 일정 기준 이하이거나, 다른 요인에 동시에 적재되는 항목들의 요인적재 값이 일정 기준의 절반 이상인 항목들을 제거해나간다는 두 가지 원칙을 바탕으로 요인분석을 수행하였다. 즉, 1차 회전에서 31개 항목을 바탕으로 요인적재 값 .30 미만과 특정 요인에 대한 적재 값이 .30을 초과하더라도 다른 요인에 동시에 적재되는 항목들을 차례로 제거해나간다는 두 가지 원칙에 따라 요인분석을 5회 반복하였다.

또한, 각 요인에 적재된 항목들의 전체적인 Cronbach's α 값을 기준으로 특정 항목을 제거할 경우 신뢰도가 높아지는 경우에는 그 항목을 제거하고 다시 요인분석을 하였다. 최종적으로 5회 반복하여 요인분석을 실행한 결과, 더 이상 새로운 요인으로 묶여지지 않았다. 최종적인 요인분석 결과, <표 2>에 제시한 바와 같이 말기의 의료적 의사결정 저해요인은 5가지 요인의 15개 항목으로 구성되는 것으로 나타났으며, 이

는 전체 변량의 66.84%를 설명하였다.

말기 환자에 대한 의료적 의사결정을 저해하는 요인에 관련된 31개 항목 중 5가지 요인의 15개 항목에서 제외된 16개의 항목들은 49개 항목의 초기 설문지 번호 3, 4, 11, 12, 13, 16, 22, 23, 33, 34, 37, 39, 45, 46, 48, 49번으로 나타났다. 이들 항목들은 의료인의 권위성에 2개 항목이 속하고, 호스피스 이미지에 대한 부정적 관점을 표명한 내용이 3개 항목으로 구성되며, 말기치료에 대한 객관적 지침 1개 항목, 법적 근거부족에서 보호자의 입장에 관한 2개 항목이 첨가되

어 있다. 그 외에도 의사결정에서 병원수익과 관련된 호스피스체계 문제에서 2개 항목, 치료중단에 대한 의사결정 시 보호자와 의료인의 의견 충돌 2개 항목, 보호자의 지식 및 상황이해 부족 등의 4개 항목들이 포함되었다.

3. 말기의 의료적 의사결정을 저해하는 구성요인

각 요인에 적재된 항목의 특성과 문헌조사 및 심층면담을 통해 말기의 의료적 의사결정 저해 내용을 분석하여 명명된 요인명은 다음과 같다.

<Table 2> Factor Analysis about Final Impediment Factors for End Stage Medical Decision-Making

Items	Insufficient legal basis (factor 1)	Prescriptive health professionals (factor 2)	Lack of preparation (factor 3)	Passive hospital system (factor 4)	Differences in ethical belief (factor 5)	h^2
Q20 There is no legal basis that supports advanced directives on the cessation of life prolongation treatment.	.886					.829
Q19 There is no clear legal basis for the responsibilities and roles of health professionals in deciding the possibility of terminally ill patients.	.847					.768
Q18 It is difficult to quantify the responsibility of health professionals in deciding the possibility of terminally ill patients.	.661					.658
Q1 Health professionals make decisions that inform patients and family but do not reflect their views.		.872				.803
Q2 Due to the patient's condition, one-sided communication in health professionals is customary.		.818				.752
Q5 Health professionals keep current status and prognosis from the patients.		.588				.611

<Table 2> Continued

Items	Insuffi- cient legal basis (factor 1)	Prescrip- tive health profes- sionals (factor 2)	Lack of prepara- tion (factor 3)	Passive hospital system (factor 4)	Differences in ethical belief (factor 5)	h ²
Q30 Health professionals do not have the time to explain the advanced directives.			.851			.761
Q28 There are no suitable written forms or guideline for the advanced directives.			.728			.623
Q41 Health professionals are responsible for conflict caused by the patient's personal circumstances, such as their economic conditions.			.574			.551
Q26 Management of hospice wards is passive due to the low bed turnover rate.				.797		.666
Q25 Unnecessarily delays in admittance to hospice wards is a problem owing to the hospital system.				.792		.679
Q24 A system that concentrates on patient care and communication is lacking.				.528		.584
Q7 A difference in value of health professionals can lead to conflicting decisions when making medical decisions for terminally ill patients.					.859	.786
Q6 There is a problem with the judgement of health professionals who are obsessed with meaningless life prolongation treatment.					.734	.635
Q9 Health professionals do not consider the emotional stability of terminally ill patients undergoing life prolongation treatment.					.626	.521
Eigen value	2.119	2.042	2.026	1.943	1.895	
Total variance explained (%)	14.130	13.616	13.510	12.956	12.634	
Total variance cumulative(%)	14.130	27.745	41.255	54.211	66.845	
Cronbach's alpha	.781	.734	.727	.805	.759	

Q : question number.

요인 1은 법제도 요인으로 명명하였는데, 여기에 해당하는 내용은 “Q20 생명연장의 중단에 관한 사전의료 의사결정을 뒷받침할 법적 근거가 없다.”, “Q19 사전의료 의사결정을 하는 의료진의 역할과 책임에 대한 법적 근거가 명확하지 않다.”, “Q18 의료진은 환자의 소생 가능성을 수치화하기 어려운 상태에서 과중한 책임을 진다.”의 3가지 내용으로 나타났다. 요인 2에 속하는 내용으로는 “Q1 의료진은 환자와 가족의 의견을 반영하지 않고 사전의료 의사결정 결과를 통보한다.”, “Q2 환자의 응급상황 때문에 의료진의 일방적 의사소통이 관행화되고 있다.”, “Q5 의료진은 질병의 현재 상태나 예후를 환자에게 비밀로 하고 있다.”의 3가지 항목으로 나타나 권위적 의료 요인으로 명명하였다. 요인 3은 상호 준비 요인으로 명명하였는데, 해당내용은 “Q30 의료진이 부족해 사전의료 의사결정에 대해 설명할 시간적 여유가 없다.”, “Q28 사전의료 의사결정에 적합한 서면양식이나 지침이 마련되지 않았다.”, “Q41 경제적 여건 등 환자의 개인사정 때문에 의료진과의 갈등 시 책임문제가 따른다.”의 3가지 항목으로 구성되었다. 요인 4는 병원 체계 요인으로 명명하였으며, 여기에 속하는 내용으로는 “Q26 병원경영진은 회전문이 낫다는 이유로 호스피스병동 운영에 소극적이다.”, “Q25 불필요한 시간 낭비로 호스피스병동 입원을 지체시키는 병원 시스템에 문제가 있다.”, “Q24 환자 위주로 의료행위와 의사소통을 하는 체계적인 제도가 부족하다.”로 나타났다. 요인 5는 윤리적 가치 요인으로 명명하였으며, “Q7 의료진은 사전의료 의사결정을 할 때, 가치관의 차이로 인해 서로 의견충돌한다.”, “Q6 말

기 환자의 무의미한 치료에 집착하는 의료진의 판단력에 문제가 있다.”, “Q9 의료진은 치료에 급급해 말기 환자에게 정서적 안정을 고려하지 않는다.”의 3가지 내용으로 나타났다. 15가지 내용으로 도출한 말기의 의료적 의사결정 저해 요인에 관한 진술은 <표 2>와 같다.

전체 15개 항목의 내적 일치 도를 분석한 결과 Cronbach's α =.827로 나타났다. 이 지수는 척도개발 전문가들이 제시한 기준인 .70 이상을 상회하는 수준이므로 본 연구에서 도출된 항목들은 매우 신뢰할 만한 내적 일치도를 확보하였다고 할 수 있다.¹⁷⁾ 각 요인별로 신뢰도를 분석한 결과, 각 요인별 내적 일치도 값 역시 α =.727~.805로 비교적 신뢰할 만한 수준이었다.

IV. 고찰

본 연구에서 말기의 의료적 의사결정을 저해하는 구성요인을 분석한 결과, 법제도 요인, 권위적 의료 요인, 상호 준비 요인, 병원 체계 요인, 윤리적 가치 요인이라는 5가지 차원의 15개 항목으로 구성되는 것으로 나타났으며, 이는 전체 변량의 66.84%를 설명하였다. 본 연구결과에서 드러난 5가지 구성요인을 선행 연구와 비교, 논의해보면 다음과 같다.

제1요인은 ‘법제도 요인’으로 명명하였는데, 말기의 의료적 의사결정과 관련하여 그동안 우리사회는 무의미한 치료중단 여부와 사전의사결정서 도입의 필요성에 대한 사회적 합의를 모색하고자 노력해 왔다.¹⁸⁾ 그러나 무의미한 연명치료중단과 관련된 사전의사결정서를 제도화하기 위한 구체적인 내용과 방법에 대한 합의는 아직

17) Streiner DL, Norman GR. Health Measurement Scales: A Practical Guide to Their Development and Use, 3rd ed. Oxford : Oxford University Press, 2003.

18) 윤영호. 바람직한 임종을 위한 호스피스·완화의료 및 사회적 대책. 대한의사협회지 2009 ; 52(9) : 880-885.

까지 부족한 실정이다. 또한 연명치료중단 결정과 관련하여 1997년 의사에 대한 법적 처벌을 내린 보라매병원 사건과 2009년 김 할머니 사례에 대한 법원의 연명치료중단 결정은 서로 상반된 결과를 보였는데, 의료인으로서 본 연구 참여자들은 이 부분에 가장 민감한 반응을 보인 것으로 생각된다. 김 할머니 사건에서 법원은 본인의 사전의사를 추정하여 판례를 한 결과로서 사전의사결정은 회생 불가능한 무의식 상황에서 연명치료 지속 여부를 결정한다는 점에서 안락사와 구분된다.¹⁹⁾ 그러나 사전의사결정은 서양의 개인주의 전통에 바탕을 두고 있어, 실제 현장적용에서는 문화적 특수성이 고려되어야 한다.²⁰⁾ 본 연구 참여자들은 생명연장중단에 관한 사전의료 의사결정을 뒷받침할 법적 근거가 없다고 진술하였는데, 이는 우리나라와 같이 현세 삶을 중요시하는 유교적 전통과 집합적 가족주의, 그리고 죽음을 터부시하는 문화에서는 죽음에 이르는 과정에 대한 환자의 자율성이 전적으로 개인의 판단이라고 보기에는 무리가 있다는 측면을 암시하고 있다. 이러한 경우, 사전의료 의사결정은 법적문제를 야기할 소지가 있다는 점에 우려를 표명한 것으로 해석된다. 사전의사결정은 어느 한 순간에 이루어지는 결정이 아니라 환자가 자신의 죽음에 이르는 과정에 대한 숙고의 결과로 이루어진다고 볼 때, 의사와 간호사의 역할이 중요한 변수로 대두된다. 이와 관련하여 본 연구의 참여자들은 사전의료 의사결정을 하는 의료진의 역할과 책임에 대한 법적 근거가 명확하지 않다고 진술하였는데, 이는 국내의 의료적 의사

결정 상황을 의료인의 역할, 의사소통 체계, 병원의 시스템, 그리고 보호자 측면에서 객관적 지침과 적립된 도구의 필요성을 제시한 연구²¹⁾와 같은 맥락으로 본 연구 결과에서 제시된 사전의료 의사결정을 제도화하기 위한 구체적 작업의 시급함을 간접적으로 지지하고 있다. 이는 무의미한 연명치료 중단의 관련 규율이나 법적 장치가 미비하며 사전의사결정의 공통양식이나 규정된 방법이 없다는 점과 같은 맥락이다.

제1요인의 마지막 진술은 의료진은 환자의 소생 가능성을 수치화하기 어려운 상태에서 과중한 책임을 진다고 하여 의료적 의사결정 시 발생 가능한 또 다른 법적 분쟁에 대한 우려를 나타내었다. 이와 관련하여 법의학자²²⁾는 환자가 의사결정 능력이 있으면 이를 존중하는 것이 원칙이지만, 의학적으로 무의미하다면 의학적 판단을 더 크게 고려할 수 있다는 법의학적 견해를 밝혔다. 또한 어떤 경우라도 의사가 혼자 잘못 판단하지 않도록 반드시 동료 의사에게 자문하고, 필요시 병원윤리위원회에 결정을 맡기도록 하겠다는 의견 제시는 의료인 간에 사전의사결정을 공유할 수 있는 제도적 통로의 중요성을 지적하고 있다.

제2요인은 ‘권위적 의료 요인’으로 명명하였는데, 본 연구에서는 의료인의 일방적 의사결정인 온정적 간섭주의(paternalism)모델이 의료적 의사결정의 저해요인이 된다는 관점을 반영하고 있다. 이러한 의사결정방식은 의료인이 환자를 위해 판단과 결정 모두를 수행하는 것을 말하며, 의료인은 환자의 이익을 위한 관리인으로서

19) 권복규, 국내외 뇌사, 존엄사와 안락사에 대한 인식의 변화와 윤리 - 소아를 중심으로, 대한소아과학회지 2009 ; 52(8) : 843-851.

20) Giger JN, Davidhizar RE, Fordham P. Multicultural and multi-ethnic considerations and advanced directives: Developing cultural competency. J Cult Divers 2006 ; 13(1) : 3-9.

21) 조계화, 안경주, 김균무. 말기환자에 대한 한국형 의료적 의사결정 체계 구축을 위한 델파이연구. 한국의료윤리학회지 2011 ; 14(2) : 131-144.

22) 이윤성. 연명치료중지에 관한 지침제정방안. 품위 있는 죽음을 위한 사회적 합의 심포지엄, 2009 : 4-7.

23) Beauchamp TL, Childress JL. Principle of Biomedical Ethics, 5th ed. New York : Oxford University Press, 2001 : 480.

행동한다.²³⁾ 그러나 이러한 결정방식은 효율적이지 않다는 것을 말해줌으로써 의사-환자의 틀을 벗어나 다양한 건강전문가의 협동적인 의사결정 모델이 요청되고 있다. 본 연구 참여자들은 의료진이 환자와 가족의 의견을 반영하지 않고 사전의료 의사결정 결과를 통보한다고 진술함으로써 의료진 스스로 변화의 필요성을 인식하고 있다. 2요인의 또 다른 진술로는 응급상황에서 의료진의 일방적 의사결정과 질병의 상태나 예후에 대한 비공개 역시 의사결정의 저해요인으로 드러났다. 한 연구에서는 말기 환자들은 치료선택과 결정에 참여하기를 원하며,⁵⁾ 다른 연구에서는 의사결정 시 환자의 참여와 바람직한 의료인-환자의 관계는 품위 있는 죽음과 밀접한 상관이 있음을 밝혔다.⁸⁾ 이러한 사실은 말기 의료적 의사결정에서 환자의 자율성 증진과 인간존엄의 실현을 위해 의료인의 역할이 매우 중요함을 의미하며, 의료인들이 정보를 전달할 때 진실성과 정확성에 기초를 두어야 할뿐 아니라, 효율적인 의사결정 체계를 구축할 필요성을 제시한다. 이와 관련하여 선행연구²⁰⁾에서 지적한 말기의 의사결정 시 가장 변화가 필요한 부분으로 가족과 친지의 요청에 의한 진실통고는 한국사회에서 특히 임종의 위기상황에서 치료결정을 할 때, 가족의 견해에 많은 비중을 두어야 함을 의미한다. 우리나라의 경우, 유교적 전통과 관련된 집합주의 가족문화가 우세하므로, 임종시기의 의사결정에서 가족의 의견은 중요한 의미를 가진다고 볼 수 있다. 따라서 한국사회에서 의료적 의사결

정은 가족단위로 이 문제를 다루어야 할 것으로 본다.

제3요인은 ‘상호 준비 요인’으로 명명하였는데, 3요인의 진술내용 요지는 효율적인 의료적 의사결정을 위해서는 의료인과 환자, 가족 모두의 가치관과 역할책임, 의사결정 체계 등의 준비가 우선되어야 함을 지적하고 있다. 본 연구에서 드러난 ‘의료진의 부족으로 사전의료 의사결정에 대해 설명할 시간적 여유가 없다’는 진술은 선행연구²⁾와 같은 맥락으로 말기 돌봄을 위한 적절한 의료 인력의 배정은 의료적 의사결정에서 필수적으로 한국사회의 의료현실의 열악함을 반영하고 있다. 이와 관련하여 의료인의 사전의사결정에 대한 지식부족,²⁴⁾ 임종간호교육의 부재²⁵⁾ 등은 효율적인 의료적 의사결정의 방해요인으로 의료인을 위한 임종교육의 시급함을 지적하고 있다.

또한 사전의료 의사결정에 적합한 서면양식이나 지침의 부재가 의사결정을 저해한다고 보았는데, 국내에서는 아직까지 여기에 대한 합의는 이끌어내지 못하고 있는 실정이다. 사전의료지시서는 환자 본인이 작성하는 것이 원칙이나 우리나라의 의료현장에서는 본인이 작성하는 경우는 매우 드물다. 그리고 말기치료의 표준화된 지침의 부재로 말미암아 임종 직전까지 항암화학요법과 무의미한 생명유지 장치가 사용되고 있다.²⁶⁾ 심폐소생술거부에 대한 결정을 의사가 하는 경우가 84%이며,²⁷⁾ 다른 연구²⁸⁾에서는 자녀, 혹은 배우자가 대부분 작성하고 있다. 이러한 상

24) McLennan S, Penney J, Foss M, et al. Nurses share their views on end-of-life issues, Kai Taki Nursing New Zealand 2010 ; 16(4) : 12-14.

25) 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.

26) 윤영호. 말기환자의 삶의 질 향상을 위한 호스피스 제도화. 대한의사협회지 2008 ; 51(6) : 530-535.

27) 송태준, 김규표, 고윤석. 한 대학병원 종양내과에서 사망한 환자들의 심폐소생술 금지 지시 결정 요소. 대한내과학회지 2009 ; 74(4) : 403-410.

28) Kim DY, Lee KE, Lee SN, et al. Do-not-resuscitate orders for terminal patients with cancer in teaching hospitals of Korea. J Palliat Med 2007 ; 10 : 1153-1158.

황을 고려해 볼 때, 한국사회에서 의사결정에 대한 서면양식의 제도화를 수용하기 위해서는 의료인과 환자, 가족의 공동의사결정 체계를 모색해야 할 것으로 생각된다. 본 연구에서 지적한 3요인의 또 다른 장애요인으로는 경제적 여건 등 환자의 개인사정으로 인해 의사결정 시 발생 가능한 의료진과의 문제이다. 선행연구⁴⁾에서도 말기 의사결정의 문제로 가족의 경제적 부담을 지적했는데, 이는 의료비의 많은 부분이 불필요한 입원과 소모적인 의료-중환자실 입원, 인공호흡기사용, 심폐소생술 등의 이용으로 분석된 것으로 보아 말기 치료선택에 관하여 인간존엄의 생명문화를 바탕으로 한 의료인-환자-가족의 공유된 의사결정 체계의 필요성이 강조되고 있다.²⁵⁾ 또한 경제적 문제로 인해 말기치료를 포기하는 일이 없도록 정부차원에서의 의료복지체계 구축이 요구된다.

제4요인은 ‘병원 체계 요인’으로 명명하였는데, 4요인에서 나타난 저해내용으로는 병원경영진의 호스피스병동 운영에 대한 소극적 마인드와 호스피스병동 입원을 지체시키는 병원 시스템을 지적하였다. 이전의 연구에 의하면 호스피스 입원은 환자나 가족이 직접 방문하는 경우가 많으며 의사의 진단서 없이 방문하는 환자가 약 1/3을 차지한다.²⁵⁾ 이러한 현상은 호스피스에 대한 부정적 견해와 말기환자 회송 및 의뢰를 활성화할 수 있는 제도적 방안이 마련되지 않았기 때문으로 볼 수 있다. 이는 효율적인 의료적 의사결정을 위해서 변화되어야 할 확률이 가장 낮은 범주 중 하나로 호스피스병동과 중환자실 운영의 정부지원, 호스피스 수가의 체계적 산정, 그리고 적정 수준의 의료비책정을 지적한 연구²⁰⁾와 일맥상통한다. 이러한 결과는 호스피스 재정지원뿐 아니라, 말기 의사결정을 위한 병원 내부의 의료진 간의 의뢰문화 형성과 타 기관과의 연계

적 협조체제가 시급함을 알려준다. 또한 호스피스 완화 돌봄은 기존의 의료서비스와 비교할 때, 말기환자 간호의 질이 더 높은 것으로 알려져 있다.²⁵⁾ 따라서 호스피스 완화의료기관에 대한 시설, 인력, 장비, 서비스 내용 등에 대한 질 관리 방안이 마련되고 지속적인 평가가 이루어져야 말기의 효율적인 의사결정을 기대할 수 있을 것으로 본다.

제5요인은 ‘윤리적 가치 요인’으로 명명하였는데, 이 요인에서 나타난 저해내용으로는 의료인들의 가치관 차이로 인한 의견충돌과 무의미한 치료에 대한 집착, 그리고 환자의 정서적 안정을 고려하지 않는 의료진의 자세를 지적하였다. 이와 관련하여 말기에 의사의 적극적 치료집착으로 인한 간호사의 갈등경험을 밝힌 연구⁴⁾도 있었는데, 이는 환자의 존엄성과 자율성에 관련하여 한국사회의 의료적 의사결정방법의 성찰을 촉구하고 있다. 환자의 자기결정권이 윤리적으로 우선시되어야 함에도 불구하고 의료현장에서 치료결정의 실질적 주체는 가족이나 의료진이다. 이러한 문제를 해결하기 위해서는 병원의 윤리위원회 구성과 의료인들의 보수교육을 통한 윤리교육이 이루어져야 할 것이며, 죽음을 폭넓게 수용하는 분위기가 조성되어야 할 것이다.

효율적인 의료적 의사결정은 곧 품위 있는 인간적 죽음을 위한 증상관리와 함께 신체, 정서, 사회, 영적 배려와 인간적 나눔을 촉진시킬 수 있다. 말기 환자가 자신의 삶을 정리해야 하는 마지막 단계에 이를수록 의료인은 환자에게 이 사실을 직접 또는 간접적으로 설명하는 방법에 대해서 고민해야 할 것이다.²⁰⁾ 이러한 측면에서 볼 때, 삶과 죽음에 대한 의료인의 윤리 도덕적 가치와 판단은 의료적 의사결정에서 중요한 요인으로 작용할 수 있을 것으로 생각된다.

이상에서 본 연구는 말기의 의료적 의사결정

을 저해하는 요인들을 항목별로 나누어 살펴 보았다. 최근 임종과정과 품위 있는 죽음, 그리고 무의미한 연명치료 중단과 관련한 논의에 도움이 될 수 있을 것이다. 특히 본 연구는 의료적 의사결정의 일선에서 중요한 역할을 담당하고 있는 의사와 간호사의 임상적 경험에 근거한 자료를 제공했다는 점에서 의의가 있다. 따라서 말기의 의료적 의사결정을 잘 하기 위해서는 법과 제도의 정비, 의료인-환자-가족의 상호협동체계, 의료인에 대한 임종 교육과 충분한 준비, 병원 체계 개선, 윤리적 가치에 대한 합의가 무엇보다 중요하다. 특히 생명의료윤리와 관련된 가치에 근거한 도덕적 측면과 한국의 사회적, 문화적 특성을 고려한 의료적 의사결정체계를 구축하기 위해서는 본 연구의 결과에서 밝혀진 바와 같이 법적, 의료적, 사회적, 윤리적 측면에서의 부단한 노력이 요구된다.

V. 결론 및 제언

본 연구는 의사와 간호사를 대상으로 말기의 의료적 의사결정을 저해하는 요인을 찾아내기 위한 탐색적 연구로서 향후 한국문화에 적합한 의료적 의사결정 체계를 확립하는 데 기초자료를 제공하고자 수행되었다. 연구진행은 선행연구 및 의사와 간호사의 임상경험과 진술을 바탕으로 말기의 의료적 의사결정 문제를 도출하고 저해요인을 분석하였다. 말기 의료적 의사결정에 관한 개방식 질문으로 구성된 구조화된 면담 도구를 사용하여 총 10명의 참여자로부터 의료적 의사결정 저해내용을 추출하였으며, 추출된 내용을 합치고 정리하여 의료적 의사결정 저해내용을 확정하였다. 의료적 의사결정 저해내용의 영역별 분류는 전문가와 함께 결정하였으며, 선정된 31개 항목을 143명에게 조사한 후 요인

분석(factor analysis)하여 15개의 의료적 의사결정을 저해하는 내용과 5개의 요인으로 범주화하였다.

본 연구 결과에서 얻은 말기의 의료적 의사결정을 저해하는 구성요인의 범주는 법제도 요인, 권위적 의료 요인, 상호 준비 요인, 병원 체계 요인, 그리고 윤리적 가치 요인이라는 5가지 차원의 15개 항목으로 나타났다. 이는 전체 변량의 66.84%를 설명하였으며, 각 요인별 신뢰도 역시 $\alpha=.727\sim.805$ 로 비교적 신뢰할 만한 수준이었다. 법제도 요인은 의사결정을 하는 의료진의 역할과 책임에 대한 명확한 법적 근거가 요구됨을 피력하였고, 권위적 의료 요인은 종래의 온정적 간섭주의 의사결정 유형에 대한 반성의 관점을 표명하였다. 상호 준비 요인은 효율적인 의료적 의사결정을 위해서는 환자, 가족, 의료인의 사전 준비가 요구되고, 병원 체계 요인은 호스피스 완화병동 운영에 대한 부적절한 관리방안의 실태를, 그리고 윤리적 가치 요인은 의사결정의 주체인 환자, 가족, 의료인 모두의 생명존중을 바탕으로 한 가치관의 차이로 인한 갈등이 의사결정의 저해요인으로 밝혀졌다. 본 연구는 현재 의료 현장에서 이루어지고 있는 말기 의료적 의사결정의 저해 요인을 실제 임상에서 경험하고 있는 의료인의 진술을 통해 있는 그대로 파악할 수 있었다는 점에서 의의가 있다. 특히 의사결정에서 환자의 자율성 존중을 바탕으로 환자-의료인-가족의 공유된 의사결정 시스템 구축과 효율적인 의사결정을 위한 병원의 제도적 장치, 의료인들 간의 개방적 의사소통 분위기를 마련할 필요성을 촉구하였다. 이러한 과정은 말기 환자의 품위 있는 죽음과 관련하여 진보된 자료를 제공하는 계기가 될 것으로 여겨진다.

이상의 의의에도 불구하고, 본 연구에서는 실제 의료행위가 이루어지는 현장에서 측정하지

않고, 말기의 의료적 의사결정을 저해하는 구성 요인에 대한 의사와 간호사의 전반적 인식만을 측정했다. 따라서 외적 타당도가 약화될 수 있으므로, 실제 의료 현장에서 적용할 때는 보다 신중해야 한다. 그럼에도 불구하고 본 연구에서 제시하는 15개 항목은 향후 의료 현장에 유용하게 적용될 수 있을 것으로 기대된다. 무엇보다 본 연구에서 제시하는 척도는 항목수가 간략하면서도 변량에 대한 설명력이 비교적 높다. 척도개발 전문가²⁹⁾는 다른 조건이 동일하다면 복잡한 척

도일수록 오차의 위험성이 커지기 때문에 간결한 척도가 바람직하다는 관점을 지지하기 때문이다.

이상의 연구결과를 통해 한국의 문화를 바탕으로 한 말기 의료적 의사결정 가이드라인의 표준화 작업 및 그 효과성을 검증할 수 있는 도구 개발을 제언한다. ㉔

색인어

말기 치료, 의사결정, 요인 분석

29) Nunnally JC, Bernstein IH. Psychometric Theory, 3rd ed. New York : McGraw-Hill, 1994.

부록: 설문지

말기환자의 사전 의료의사결정을 저해하는 요인

번호	의사결정 저해항목	동의 정도				
		←전혀 동의하지 않는다. 매우 동의한다.→				
		1	2	3	4	5
1	의료진은 환자와 가족의 의견을 반영하지 않고 사전의료 의사결정 결과를 통보한다.					
2	환자의 응급상황 때문에 의료진의 일방적 의사소통이 관행화되고 있다.					
3	말기환자의 사전 의료의사결정에 있어서 담당간호사는 의견 개진을 하기 어렵다.					
4	의료진은 환자와 함께 죽음에 대해 이야기하는 것을 회피한다.					
5	의료진은 질병의 현재 상태나 예후를 환자에게 비밀로 하고 있다.					
6	말기 환자의 무의미한 치료에 집착하는 의료진의 판단력에 문제가 있다.					
7	의료진은 사전의료 의사결정을 할 때 가치관의 차이로 인해 서로 의견 충돌한다.					
8	의료진은 임종 돌봄보다 장기이식에 더 치중하는 경향이 있다.					
9	의료진은 치료에 급급해 말기 환자에게 정서적 안정을 고려하지 않는다.					
10	의료진은 곧 죽을 사람들이 가는 곳이라는 이유로 환자들에게 호스피스 권유를 꺼려하는 경향이 있다.					
11	호스피스를 ‘대상자의 치료적 포기’라고 생각하는 의료인들의 태도는 문제가 있다.					
12	말기 상황이 오기 전에 미리 사전 의료의사결정을 하지 않으려는 태도는 한국인의 정서를 반영한다.					
13	환자와 보호자는 호스피스가 필요한 상황을 받아들여 하지 않는 경향이 있다.					
14	적극적인 생명유지 장치의 제거 시점을 결정하기 어렵다.					
15	DNR 서약을 받을 때 오히려 환자를 우울하게 하거나 죽음을 앞당기는 상황을 유발한다.					
16	말기 치료에 관한 객관적 지침이 부족하다.					
17	회복 가능성과 치료 중단에 경계에서 실제 사전 의료적 결정의 한계를 체험한다.					
18	의료진은 환자의 소생 가능성을 수치화하기 어려운 상태에서 과중한 책임을 진다.					
19	사전 의료의사결정을 하는 의료진의 역할과 책임에 대한 법적 근거가 명확하지 않다.					
20	사전 의료의사결정 후 생명연장의 중단에 관한 사전 의료의사결정을 뒷받침할 법적 근거가 없다.					
21	일부 가족원과 의논하여 의사결정을 했을 때 법적 문제 발생 가능성이 크다.					
22	생명연장중단에 대한 명확한 법적 근거가 없어 보호자의 입장이 반영되지 못하는 경우가 많다.					
23	모호하고 광범위한 보호자의 개념과 범위 문제로 분쟁 가능성이 있다.					
24	환자 위주로 의료행위와 의사소통을 하는 체계적인 제도가 부족하다.					
25	불필요한 시간 낭비로 호스피스 병동 입원을 지체시키는 병원 시스템에 문제가 있다.					

번호	의사결정 저해항목	동의 정도				
		←전혀 동의하지 않는다. 매우 동의한다.→				
		1	2	3	4	5
26	병원 경영진은 회전문이 낫다는 이유로 호스피스 병동 운영에 소극적이다.					
27	사전 의료 의사결정 결과가 의료인에게 전달되지 않거나 의료인이 환자의 의사결정을 여기는 문제가 있다.					
28	사전 의사결정에 적합한 서면 양식이나 지침이 마련되지 않았다.					
29	의사결정을 하기에 병실 환경이 부적절하다.					
30	의료진이 부족해 사전의료 의사결정에 대해 설명할 시간적 여유가 없다.					
31	보험정책상 단계적 치료에 대해 보험적용을 하면서도 말기의 경우에는 특별 예외적용이 안 된다.					
32	말기 환자들이 주로 입원하는 요양원이나 요양병원에서는 응급체계가 미흡하다.					
33	병원수익과 충돌할 경우 적극적 치료를 거부하는 환자의 입원을 지속할 때 문제가 생긴다.					
34	병원은 입원환자에게 생명연장 장치를 사용하도록 권유한다.					
35	치료중단에 대한 죄책감으로 치료중단을 결정하기 어렵다.					
36	의사의 불충분한 설명으로 인해 보호자가 의사결정하기 어렵다.					
37	환자의 상태를 고려하지 않고 감정적인 결정을 하는 경우가 많다.					
38	급박한 상황에서 의사가 체계적으로 설명하거나 의논할 시간이 부족하다.					
39	사전에 말기 치료에 관해 보호자 및 환자와 충분한 상의와 의견조율을 이루지 못한다.					
40	보호자 간에 합의된 결론이 의료인에게 전달되기 어렵고 만약 전달하더라도 받아들여지지 않는다.					
41	경제적 여건 등 환자의 개인사정 때문에 의료진과의 갈등 시 책임문제가 따른다.					
42	의료지식의 부족 때문에 보호자는 의료인의 의견을 무조건 추종한다.					
43	의사에게 모든 책임을 전가하려는 성향이 강하다.					
44	급박한 상황에서 의사결정을 강요받은 보호자들은 사후에 불만을 갖고 원망의 대상을 찾는다.					
45	주위의 의견에 휘둘러 말기환자에게 불필요한 치료과정을 선택하게 된다.					
46	보호자별로 생각이 달라 의견 일치가 어려워 의사결정을 서로 미루려는 경향이 있다.					
47	명백한 의료적 사망상황에서도 보호자의 지식부족으로 의료진의 결정을 수용하지 않는다.					
48	DNR에 동의한 보호자가 일반적 호흡유지 등을 거부하는 등 의사와 보호자 간 동일 개념에 대한 인식의 차이가 있다.					
49	환자의 상태 변화에 따라 보호자들의 불안정한 감정 표출이 부담이 된다.					

A Factor Analysis of the Impediments to End-Stage Medical Decision-Making as Perceived by Nurses and Physicians in South Korea*

JO Kae Hwa**, AN Gyeong Ju***, KIM Gyun Moo****

Abstract

Purpose: This study was designed to identify the impediment factors for end-stage medical decision-making as perceived by nurses and physicians in Korea.

Method: The subjects in this descriptive exploratory study were 82 nurses and 61 physicians working in university hospitals in the Korean cities of Daegu and Busan. Principal component analysis was implemented in the exploratory factor analysis study, where the eigen value 1 was used for the basis of factor extractor and Varimax rotation was used to divide the factors. The data were analyzed by a SPSS/WIN 15.0 program.

Result: The analysis of the impediment factors for end-stage medical decision-making revealed 15 statements and 5 categorized factors: legal compliance, prescriptive health professionals, interpersonal preparation, hospital systems, and ethical belief. These factors explained 66.84% of the total variance. Legal compliance was requested excessive roles and responsibilities of healthcare providers. Prescriptive health professionals were indicated reflection of paternalistic decision making type. Interpersonal preparation was claimed for readiness toward appropriate medical decision making issues among patient, families and healthcare providers. Hospital systems were showed inappropriate management of hospice palliative wards. Ethical belief was determined as an impediment factors for end stage medical decision making.

Conclusion: We divided impediment factors for appropriate end stage medical decision-making into 5 separate categories. There is a need for a formation of a decision making system that includes the patient - health professional - family which is based on promoting the free choice of the patient while providing an atmosphere of open communication between health professionals which will facilitate the decision making process. The results of this study may contribute to the development of a new end-stage decision-making system that is appropriate for medical care in Korea.

Keywords

terminal care, decision-making, factor analysis

* This research was supported by Basic Science Research Program through the National Research Foundation of Korea (NRF) funded by the Ministry of Education, Science and Technology (2011-0004953).

** College of Nursing, Catholic University of Daegu

*** College of Nursing, Cheongju University

****Department of Emergency Medicine, Kosin University College of Medicine: **Corresponding Author**