



저작자표시-비영리-동일조건변경허락 2.0 대한민국

이용자는 아래의 조건을 따르는 경우에 한하여 자유롭게

- 이 저작물을 복제, 배포, 전송, 전시, 공연 및 방송할 수 있습니다.
- 이차적 저작물을 작성할 수 있습니다.

다음과 같은 조건을 따라야 합니다:



저작자표시. 귀하는 원저작자를 표시하여야 합니다.



비영리. 귀하는 이 저작물을 영리 목적으로 이용할 수 없습니다.



동일조건변경허락. 귀하가 이 저작물을 개작, 변형 또는 가공했을 경우에는, 이 저작물과 동일한 이용허락조건하에서만 배포할 수 있습니다.

- 귀하는, 이 저작물의 재이용이나 배포의 경우, 이 저작물에 적용된 이용허락조건을 명확하게 나타내어야 합니다.
- 저작권자로부터 별도의 허가를 받으면 이러한 조건들은 적용되지 않습니다.

저작권법에 따른 이용자의 권리는 위의 내용에 의하여 영향을 받지 않습니다.

이것은 [이용허락규약\(Legal Code\)](#)을 이해하기 쉽게 요약한 것입니다.

[Disclaimer](#)

간호학 석사학위 논문

중환자실 간호사, 의사, 중환자 가족의
연명치료 중단에 대한 태도 비교

아주대학교 대학원

간호학과

남 영 진

중환자실 간호사, 의사, 중환자 가족의
연명치료 중단에 대한 태도 비교

지도교수 박 지 원

이 논문을 간호학 석사학위 논문으로 제출함.

2011년 8월

아주대학교 대학원

간호학과

남 영 진

남영진의 간호학 석사학위 논문을 인준함.

심사위원장 박 지 원 인

심 사 위 원 유 혜 라 인

심 사 위 원 김 진 실 인

아주대학교 대학원

2011년 6월 23

중환자실 간호사, 의사, 중환자 가족의

연명치료 중단에 대한 태도 비교

아주대학교 대학원간호학과

남 영 진

(지도교수 : 박 지 원)

본 연구는 중환자실에 입실한 회복 불가능한 환자의 연명치료 중단에 대한 중환자실 간호사, 의사, 중환자 가족의 연명치료 중단에 대한 태도를 비교함으로써 연명치료 중단 결정시 의료인 간 의사소통과 가족을 이해하고 연명치료를 받는 환자의 간호중재에 적용하고자 시도된 비교조사 연구이다.

연구 대상자는 경기도 소재 C대학병원 중환자실에 근무하는 간호사 75명, 의사 57명, 중환자 가족 59명을 대상으로 하였으며 연구도구는 연명치료 중단에 대한 태도를 측정하기 위해 박계선(2000)이 개발하고 변은경 등(2003)이 19문항으로 수정 보완하여 사용한 도구를 사용하였고, 수집된 자료는 SPSS/win 12.0을 이용하여 분석하였다.

본 연구 결과는 다음과 같다.

- 1) 일반적 특성에서 중환자실 간호사는 20대가 77.3%로 가장 많았고, 미혼이 78.7%, 종교가 있는 경우가 56%이었다. 의사는 20대가 61.4%로 가장 많았고 미혼이 63.2%, 종교가 있는 경우가 73.7%이었고, 중환자 가족은 30대가 39.0%

로 가장 많았고 기혼이 83.1%이었으며, 종교가 있는 경우가 78.0%이었고, 학력은 고졸이 47.5%, 대졸이 39.0% 이었다.

- 2) 연명치료 중단에 대한 찬성 비율은 중환자실 간호사 90.7%, 의사 59.6%, 중환자 가족 89.8%로 전체 대상자 191명중 81.2%가 연명치료 중단을 찬성 하였고, 연명치료 중단을 찬성하는 이유로 중환자실 간호사(40%)와 중환자 가족은 (40.7%) ‘인간 존엄성과 삶의 의미 상실’, 의사(36.8%)는 ‘통증 및 질병이외의 증상’ 때문이라고 하였다. 또한 연명치료 중단을 찬성하는 이유에 대한 집단 간의 관련성을 검증한 결과 유의한 것으로 나타났다($\chi^2=36.30$, $p<.001$)
- 3) 연명치료 중단에 대한 태도는 5점 만점 척도로 중환자실 간호사 3.30, 의사 3.39, 중환자 가족 3.32점으로 모두 긍정적이었고, 태도 문항 분석에서 중환자실 간호사는 ‘연명치료 중단을 결정할 때는 객관적이면서도 윤리적인 지침이 필요하다’(4.13), 의사는 ‘환자는 본인의 죽음을 결정할 권리가 있다’(4.11), 중환자 가족은 ‘회복 불가능한 환자가 치료 과정의 고통 보다는 연명치료 중단을 선택할 경우 그것은 환자를 위한 방법이다’(4.10)라는 문항에서 가장 높은 점수를 보여 집단 간 차이가 있는 것으로 나타났다.
- 4) 일반적인 특성에 따른 연명치료 중단에 대한 태도와의 관계에 있어서는 중환자실 간호사, 의사, 중환자 가족 모두에서 유의한 차이를 보이지 않았다.

본 연구 결과 연명치료 중단 결정에는 중환자실 간호사, 의사, 중환자 가족 모두 긍정적인 반응을 보였으나 찬성 이유에 있어선 집단 간 차이가 있음을 알 수 있다. 따라서 연명치료 중단을 결정 할 때는 객관적이면서도 윤리적인 지침이 필요하며 연명치료 중단 결정에서 간호사의 역할 및 적극적인 참여가 필요하다.

핵심어: 연명치료 중단에 대한 태도, 중환자실 간호사, 의사, 중환자 가족

차 례

국문요약	i
차례	iii
표차례	v
I. 서론	1
A. 연구의 필요성	1
B. 연구의 목적	4
C. 용어 정의	4
II. 문헌 고찰	6
A. 연명치료 중단	6
B. 연명치료 중단에 대한 태도	8
III. 연구 방법	13
A. 연구 설계	13
B. 연구 대상	13
C. 연구 도구	14
D. 자료 수집 방법	14
E. 자료 분석 방법	15

IV. 연구 결과	16
A. 대상자의 일반적 특성	16
B. 대상자의 연명치료 중단에 대한 찬성 정도	17
C. 대상자의 연명치료 중단에 대한 태도 비교	20
D. 대상자의 일반적 특성에 따른 연명치료 중단에 대한 태도 비교	24
V. 논의	25
VI. 결론 및 제언	30
참고문헌	33
부록	39
ABSTRACT	51

표 차례

표 1. 대상자의 일반적 특성 비교	16
표 2. 연명치료 중단에 대한 대상자 간 찬성 정도 비교	17
표 3. 연명치료 중단 찬성 이유에 대한 대상자 간 분포 비교	19
표 4. 대상자 간 연명치료 중단에 대한 태도 점수 비교	20
표 5. 집단 간 차이를 보인 연명치료 중단에 대한 태도 문항	23
표 6. 대상자의 일반적인 특성에 따른 연명치료 중단에 대한 태도 점수 비교	24

I. 서론

A. 연구의 필요성

최근의 의료기술의 발전은 과거에는 치료 불가능하던 환자들을 치료함은 물론, 최소한의 육체적 움직임을 가진 환자의 생명도 인공장치를 통해 인위적으로 연장할 수 있게 하였고, 생명연장술과 같은 의료기술의 증가는 죽음을 자연스러운 삶의 과정으로 받아들이고 위엄을 갖춘 죽음을 맞이하도록 하는 일을 어렵게 하고 있다(서수미, 2009). 그 결과 환자들이 중환자실이나 병실에서 여러 의료장치에 둘러싸인 채 가족과 격리되어 죽음을 맞이하는 것이 흔하게 되었다(고윤석, 2002; 김선경, 2006). 이에 회복 불가능한 상태에서 고통스럽게 단순히 생명을 연장하기보다 무의미한 치료 중단이 필요성이 대두되고 있으며(김현정, 2010; 박애경, 2000; 박계선, 2000), 실제 의료현장에서 환자의 치료 포기나 중단은 법적 명시화는 되어있지 않으나 이미 상당히 많이 시행되고 있고 또 정당화 될 수 있는 것으로 간주되고 있다(고윤석, 2002; 박연옥, 2003; 손명세, 2001; 유효중, 2002; Esteban 등, 2001).

연명치료 중단이란 생명유지 치료를 중지하는 것으로 회복 불가능한 환자가 인간의 존엄성을 잃지 않고 죽음을 맞이할 수 있도록 불필요하고 과도한 치료를 중단하는 것이다(변은경 등, 2003). 특히 중환자실에서의 연명치료 중단 결정은 환자가 의식이 없고 위중한 상태에서 이루어지므로 연명치료 중단을 결정하는 것에 대한 딜레마에 빠지기도 한다.

그러나 연명치료를 중단하거나 보류하는 것이 인간의 존엄성을 지키는 일이라

는 견해가 일고 있고, 회생이 불가능하다고 판단되어진 환자에게 단순히 생명유지를 위한 의료기술을 적용하는 것은 환자의 ‘의미 있는 삶을 연장’하는 것이 아니라 ‘고통을 받는 기간’을 연장하는 ‘무의미한 노력’일 수도 있어 환자의 죽음을 재촉하는데 목적이 있는 것이 아니라 환자의 고통을 가중시킬 수 있는 ‘무의미한 치료’를 중단하는 것이라고(김현정, 2010) 할 수 있다.

우리나라에서는 연명치료 중단결정에 참여하는 사람이 대부분 가족과 의사인 경우가 많다. 그러나 한성숙 등(2001)과 김상희(1998)는 연명치료 중단결정 과정에서 간호사가 배제될 경우, 치료중단의 결정에서 환자의 옹호자로서 역할을 다 할 수가 없으며, 연명치료 중단결정 과정에서 환자와 가족을 가장 자주 대하는 간호사의 적극적인 참여가 요구된다고 하였다(김상희, 1998).

위기상태의 질병과 사망은 고도로 개별화된 경험이기 때문의 문화, 종교, 개인의 가치관등에 의해 영향을 받을 수 밖에 없으므로(윤은자, 김홍규, 1998), 연명치료 중단결정을 경험하게 되는 간호사, 의사, 가족들이 불안감이나 불편한 감정 없이 임종하는 환자를 도우려면 먼저 연명치료 중단결정에 대한 자신의 태도를 인식해야 한다(이용주, 2004). 그러나 중환자실에서의 연명치료 중단 결정과 관련하여 중환자실 간호사, 의사, 중환자 가족의 연명치료 중단에 대한 태도를 비교한 연구는 이혜경과 강현숙(2010)의 연구에 불과하다.

따라서 중환자실에 입실한 환자를 치료, 간호하는 중환자실 간호사, 의사와 중환자 가족의 연명치료 중단에 대한 태도를 비교함으로써 연명치료 중단 결정시 중환자실 간호사, 의사, 중환자 가족의 태도를 이해하고 유사점 및 차이점을 파악하여 궁극적으로 연명치료 결정 과정에서 환자 및 가족에게 전인적 간호를 제공하는데 필요한 정보를 얻기 위해 본 연구를 시행하였다.

B. 연구의 목적

본 연구는 중환자실에 입실하게 되는 중환자의 연명치료 중단과 관련이 있는 중환자실 간호사, 의사, 중환자 가족의 연명치료 중단에 대한 태도를 비교하기 위함이다.

- 1) 중환자실 간호사, 의사, 중환자가족의 연명치료 중단에 대한 찬성 정도를 비교한다.
- 2) 중환자실 간호사, 의사, 중환자가족의 연명치료 중단에 대한 태도를 비교한다.
- 3) 중환자실 간호사, 의사, 중환자가족의 일반적 특성에 따른 연명치료 중단에 대한 태도 차이를 비교한다.

C. 용어 정의

연명치료 중단

· 이론적 정의

연명치료 중단이란 생명유지 치료를 중지하는 것으로 회복 불가능한 환자가 인간의 존엄성을 잃지 않고 죽음을 맞이할 수 있도록 불필요하고 과도한 치료를

중단하는 것으로 심폐소생술을 시행하지 않거나 위관영양, 투석, 수혈, 항생제의 투약, 영양 요법을 중단하는 소극적인 방법에서부터 호흡기 분리나 혈압 상승제 등의 약물을 중단하는 다소 적극적인 방법을 말한다(변은경 등, 2003).

· 조작적 정의

본 연구에서는 변은경 등(2003)이 수정 보완한 설문지를 이용하여 연명치료 중단에 대해 긍정적, 부정적 입장을 기술하는 19개의 문항을 점수화하여 총 점수가 높을 수록 연명치료 중단에 찬성의 입장을 취하고 있는 것을 의미한다.

II. 문헌고찰

A. 연명치료 중단

연명치료란 환자의 주된 병적 상태를 바꿀 수는 없지만 생명을 연장하는 치료 혹은 치료에 의해서 상태가 좋아지지 않는 환자의 상황이나, 치료에도 불구하고 영구적 무의식 상태나 집중적 의학적 치료에 의존해야만 하는 경우를 일컫는다. 연명치료 중단은 더 이상의 치료적 행위가 환자의 회복에 영향을 미치지 못하는 경우에 생명유지 장치를 철회하거나 더 이상의 치료적 활동을 보류하는 것을 뜻하며 (박연옥, 장봉희, 유문숙, 조유숙, 김효심, 2004; 장지영, 2010) 소극적 안락사의 형태로 이해되기도 한다.

소극적 안락사(passive euthanasia)는 당사자가 이전부터 존재하던 질병 등이 원인이 되어 죽음의 과정에 들어섰을 때 그 진행을 일시적이거나 저지하거나 지연시킬 수 있는 능력이 있는데도 이를 방치함으로써 안락사 시키는 경우(구영모, 1999)를 뜻하기 때문에 불필요한 치료를 중단하는 연명치료 중단과는 구분해야 한다.

대한의사협회에서는 연명치료 중단은 치료를 중단하거나 보류하는 것이 인간의 존엄성을 지키는 일이라는 견해가 일고 있고, 회생이 불가능하다고 판단되어진 환자에게 단순히 생명유지를 위한 의료기술을 적용하는 것은 환자의 의미 있는 삶을 연장하는 것이 아니라 고통을 받는 기간을 연장하는 무의미한 노력일 수도 있어 환자의 죽음을 재촉하는데 목적이 있는 것이 아니라 환자의 고통을 가중시킬 수 있는 무의미한 치료를 중단하는 것이라고 하였다(허대석, 2001; Singer, 1998).

Ewer(2001)는 말기로 진행되는 질병을 가지고 있는 경우에 ‘치료적 중재가 더 이상 합리적이지도 적절하지도 않을 때’라는 치료중단의 시점을 규명해야 한다고 하였다. 치료되지 않는 환자의 치료는 무의미할 뿐 아니라 감당할 수 없는 고통일 수도 있기 때문이다.

미국은 1975년에 지속적인 식물상태에 빠진 환자의 생명 연장 장치 제거를 둘러싼 논란을 일으켰던 ‘퀸란 사건’을 계기로 1980년대 미국의 ‘죽을 권리 운동(right-to-die movement)’의 기초가 되었고, 사망선택의사확인서(Living will)와 ‘병원윤리위원회’에 대한 사람들의 인식을 높였으며, 1990년대에 들어 연명치료 중단과 관련된 ‘존엄사법’이 제정되었다.

일본은 1979년 일본 안락사협회가 미국의 ‘자연사법’을 모델로 하여 ‘말기의료의 특별조치법초안’을 발표했다. 이 법안은 불치이며 말기상태에서 과잉의 연명조치를 희망하지 않는 자의 의사에 의거하여 연명조치를 정지하는 절차 등을 규정하는 것을 목적으로 하며 본인 의사의 사전 표시와 철회의 절차, 의사가 행하는 행위의 면책과 문서보관의 의무 등을 정하고 있다(이만우, 조규범, 2009).

우리나라에서는 1997년 12월 서울의 한 병원에서 의사가 가족의 요구에 의해 뇌수술을 받은 환자를 퇴원시켜 죽음에 이르렀는데, 법원에서 이 의사에게 유죄판결을 내려 사회적으로 논란이 된 것이(보라매병원 사건) 연명치료 중단에 대한 사회적 관심을 고조시키는 계기가 되어(김주태 등, 2001), 이후 법학·의학·철학·사회학 등의 여러 분과에서 연명치료의 중단과 관련된 논의가 활발하게 이루어졌으며 2009년 대법원에서 밝힌 최초의 입장은 다음과 같다. 의식이 없는 환자에 대하여 ① 치료가 계속되더라도 회복가능성이 없어 짧은 시간 내에 사망에 이를 수 있음이 명백한 경우 ② 환자가 이러한 상황에 대비하여 사전에 의료인에게 사전의료

지시를 한 경우 또는 사전의료지시가 없는 경우 환자의 평소 가치관이나 신념 등에 비추어 연명치료를 중단하는 것이 객관적으로 환자의 최선의 이익에 부합한다고 인정되어 환자가 의식이 있다면 연명치료중단을 선택할 것이라는 것을 추정할 수 있는 경우 연명치료를 중단할 수 있다. 다만,③ 환자가 회복 불가능한 사망의 단계에 이르렀는지 여부에 관하여는 전문 의사 등으로 구성된 위원회 등의 판단을 거치는 것이 바람직하다는 입장을 밝히고 있다(이석배, 2009).

이에 대한의사협회와 대한병원협회는 2001년 11월 ‘연명치료 중단에 관한 지침’을 만들어 확정·발표하였으나(허대석, 2003), 아직 종교계와 사회단체에서는 연명치료 중단의 기준에 대한 견해차가 크고 이에 대한 논란이 지속되고 있어 연명치료 중단에 대한 지속적인 연구가 필요하다.

B. 연명치료 중단에 대한 태도

최근의 의료기술의 발전은 과거에는 치료 불가능하던 환자들을 치료함은 물론, 최소한의 육체적 움직임을 가진 환자의 생명도 인공장치를 통해 인위적으로 연장할 수 있게 하였고, 생명연장술과 같은 의료기술의 증가는 죽음을 자연스러운 삶의 과정으로 받아들이고 위엄을 갖춘 죽음을 맞이하도록 하는 일을 어렵게 하고 있다(서수미, 2009). 이에 회복 불가능한 상태에서 고통스럽게 단순히 생명을 연장하기보다 무의미한 치료 중단의 필요성이 대두되고 있다(김현정, 2010; 박애경, 2000; 박계선, 2000). 그러나 연명치료 중단을 결정하는 것은 환자에게 생명유지와 보존의 의무를 포기하고 치료의 중단이나 보류를 가져오는 결정의 잠재적인 학대를 가져올 수 있으며 환자의 삶을 포기하게 하는 결과를 초래할 수 있기 때문에

그 결정은 매우 신중해야 한다(장지영, 2010).

따라서 연명치료 중단을 경험하게 되는 간호사, 의사, 가족들이 불안감이나 불편한 감정 없이 임종하는 환자를 도우려면 먼저 연명치료 중단에 대한 자신의 태도를 인식해야 하는 것이 중요하다(이용주, 2004).

연명치료 중단의 태도에 대한 선행 연구를 살펴보면 이혜경 등(2010)은 연명치료 중단에 관한 중환자실 간호사, 의사 및 중환자 가족의 태도 및 인식에서 연명치료 중단에 대하여 세 집단 모두 긍정적으로 생각하는 것으로 나타났고(평균 3.36, 3.30, 3.63), 태도를 묻는 문항에서 연명치료 중단을 결정할 때 객관적이면서도 윤리적인 지침이 필요하고(평균 4.30, 4.55, 4.45), 환자는 본인의 죽음을 결정할 권리가 있다(평균 4.20, 3.96, 4.14)는 문항에 점수가 높았고, 변은경 등(2003)의 중환자실 간호사와 중환자 가족의 연명치료 중단에 대한 태도 조사 연구에서도 중환자실 간호사 84.2%, 중환자 가족 73.9% 모두 연명치료 중단이 필요하다고 하였으며 태도를 묻는 문항에서 연명치료 중단을 결정할 때 객관적이면서도 윤리적인 지침이 필요하고(평균 4.2, 4.2), 본인의 죽음을 결정할 권리가 있다(평균 3.9, 3.8)는 문항에 점수가 높았다. 이윤정(2010) 또한 무의미한 연명치료 중단에 대한 간호사의 태도와 역할 인식에서 태도를 묻는 문항중 환자가 본인의 죽음을 결정할 권리(평균 4.20)와 객관적이고 윤리적인 지침이 필요하다(평균 4.09)는 문항에 점수가 가장 높은 것으로 보고 되었다.

Heaney, Foot, Freeman, Fraser(2007)는 연명치료 중단을 결정하는 과정은 복잡하고 갈등적인 상황에 직면하게 되며 가족들이 환자와 협의 없이 이러한 결정을 하는 것은 윤리적 문제를 야기 시킬 수 있으므로, 한 상황의 제 측면들을 충분히 고려한 합리적이고 윤리적인 근거에 따라 결정이 내려져야 한다고 하여(장지영, 2010), 이혜경 등(2010), 변은경 등(2003), 이윤정(2010)의 연구 결과와 비슷한 의

견을 나타냈다.

김은숙(2011)은 무의미한 연명치료 중단과 자기 결정에 대한 말기 암 환자, 가족 및 의료진의 태도 연구에서 그룹 간 임종 환자의 의사결정능력 여부에 따른 연명치료 중단의 태도 차이를 10cm척도로 측정된 결과 임종 환자의 의사결정능력이 있는 경우 연명치료 중단을 하는 것에 대하여 말기암환자 평균 6.1, 가족 평균 5.7, 의료진 평균 6.9였고, 임종 환자의 의사결정능력이 없는 경우 연명치료 중단을 하는 것에 대하여 말기암환자 평균 7.1, 가족 평균 6.0, 의료진 평균 6.1로 연명치료 중단에 대한 태도에 차이를 보였다.

이금미(2006)는 연명치료 중단과 사전의사결정에 관한 고찰에서 일반인을 대상으로 ‘의식이 명료한 폐암 말기 환자(사례1)’, ‘고령의 회복 불가능하고 의식이 혼미한 치매 환자(사례2)’, ‘많은 합병증을 가지고 여명이 3~6개월 이하인 의식이 불명확한 환자(사례3)’의 세 가지 사례를 주어 사례별 연명치료 중단에 대한 태도를 비교한 결과 자신이 연명치료 중단을 원할 경우 중단할 수 있다는 응답률이 사례1 79.0%, 사례3 60.5%, 사례2 59.7% 순으로 나타나 환자의 의사결정능력이 없어지기 전에 연명치료 중단을 환자 스스로 결정하는 것이 중요하다고 보고 하였다.

장지영(2010)은 연명치료 중단 결정 태도와 암환자 가족의 특성에 관한 연구에서 연명치료 중단 결정에 대한 태도에 영향을 미치는 요인이 환자의 상태($p<.05$)와 가족의 돌봄 부담감 중 경제적 부담감($p<.001$)이라고 하였고 이는 환자의 상태가 나빠질수록 심폐소생술을 실시하지 않을 가능성이 높고, 경제적 부담감이 연명치료 중단에 대한 결정을 예측하는 주요 변인이라는 입장을 지지하는 결과라고 보고하였다.

우리 나라에서 연명치료중단은 의료현장에서는 이미 시행중이면서도 사회적으로

로는 그 정당성을 공인받지 못한 모호한 위치에 있다(조규범, 2009). 그러나 2009년 5월 대법원 전원합의체는 식물 인간 상태에 빠진 김 모(77,여)씨의 가족이 연세대학교 세브란스병원을 상대로 낸 '무의미한 연명치료 장치의 제거 등 청구소송'에서 인공호흡기를 떼라고 판결한 원심을 다수의견으로 확정하여 국내 처음으로 연명치료 중단을 인정하는 판결을 내렸고(조규범, 2009), 국립암센터가 실시한 <품위 있는 죽음에 대한 대국민 인식조사>에서도 의학적으로 무의미하다고 판단되는 생명 연장치료를 중단함으로써 자연스러운 죽음을 받아들이는 것에 대하여 응답자의 87.5%가 찬성하였다(최지윤, 권복규, 2009).

이선라(2009)의 심폐소생술 금지에 관한 의료인과 일반인의 인식 비교에서 본인이 말기 상태나 소생 불가능한 경우 DNR을 적용하겠다고 응답한 사람이 의료인 98.4%, 일반인 86.8%로, 가족이 말기 상태일 때 DNR을 행할 의향 보다 본인에게 DNR을 행할 의향이 더 높게 나타났다고 보고하였고, 권세희(2008)는 연명치료 중단에 있어 환자 자기 결정권에 관한 연구에서 연명치료 중단을 결정하기 위해서는 환자, 가족 그리고 의료진의 의사결정이 필요한데, 이 중에서 결정 주체는 환자 본인이라고 하였고, 이는 연명치료 중단에서 윤리적 원칙 중 자율성의 원칙에 가장 큰 의의를 둬으로써 앞으로 무의미한 연명치료 중단에 있어 환자 자신의 결정권에 대한 부분이 제도화 되는 내용이 제대로 반영될 필요가 있는(이윤정, 2010) 것으로 생각된다.

중환자실에서의 연명치료 중단은 회복불가능하다고 판단되는 중환자 관리의 한 부분으로 인지되고 있으며 중환자실 간호사, 의사와 중환자 가족에게 윤리적이고 도덕적인 측면에서 해결점이 될 수 있다(김선옥, 1999). 따라서 중환자실에 입원한 환자를 치료, 간호하는 중환자실 간호사, 의사와 중환자 가족의 연명치료 중단에 대한 태도를 비교함은 연명치료 중단 결정시 의료인 간 의사소통과 가족을 이

해하는데 중요한 근거 자료로 제공될 것이다.



Ⅲ. 연구방법

A. 연구설계

본 연구는 중환자실 간호사와 의사, 중환자가족의 연명치료 중단에 대한 태도를 비교한 조사 연구이다.

B. 연구대상

연구대상자는 경기도 소재 C대학병원 중환자실에 근무하는 간호사와 의사, 중환자 가족을 대상으로 하였으며 선정 기준은 다음과 같다.

- ① C대학병원 중환자실에 근무하는 간호사중 중환자실 근무경력이 2개월 이상인 간호사
- ② C대학병원에 재직 중 이면서 중환자실을 방문하는 의사
- ③ C대학병원 중환자실에 입원한 환자의 직계 가족

본 연구는 일 대학병원에 국한 되었으므로 연구기간 동안 중환자실에 근무하는 간호사와 의사 전수 및 연구 참여에 동의한 직계가족 전수를 대상으로 최종적으로 대상자 선정기준에 부합한 간호사 75명, 의사 57명, 중환자 가족 59명을 조사하였다.

C. 연구도구

1) 대상자의 연명치료 중단에 대한 태도

연명치료 중단에 대한 태도를 측정하기 위해 박계선(2000)이 Q방법론을 이용하여 35개 문항으로 개발한 연명치료 중단에 대한 태도 측정도구를 변은경 등(2003)이 중환자실 간호사와 중환자 가족을 대상으로 19문항으로 수정 보완하여 사용한 도구를 이용하였다. 본 도구는 5점 척도로 고안되어 긍정문항에 대해선 '매우 그렇다' 5점, '그렇다' 4점, '보통이다' 3점, '그렇지 않다' 2점, '전혀 그렇지 않다' 1점을 배점하고, 부정문항에 대해선 이와 반대로 점수를 배점하여 점수가 높을 수록 연명치료 중단에 긍정적인 태도를 갖고 있음을 의미한다.

변은경(2003)이 검정한 도구의 신뢰도는 Cronbach's $\alpha=.884$ 이었고, 본 연구에서의 전체 신뢰도는 Cronbach's $\alpha=.836$ 이었다.

D. 자료 수집 방법

자료 수집은 경기도 소재 C대학병원의 기관생명윤리심의위원회(IRB)로 부터 승인을 받은 후 간호부의 승인을 받아 2010년 11월15일부터 11월 29일까지 2주간 C대학병원의 내과계 · 외과계 · 신경외과계 중환자실에 근무하는 간호사와 중환자실을 방문하는 의사, 중환자 가족에게 연구자가 직접 본 연구의 목적을 설명하고 그 목적을 이해하고 설문조사에 참여하기로 동의한 간호사, 의사, 중환자 가족을

대상으로 본 연구에 대한 서면 동의서를 작성한 후 설문조사를 실시하였다.

E. 자료 분석 방법

수집된 자료는 SPSS/win 12.0을 이용하여 전산통계 처리하며, 분석방법은 다음과 같다.

- 1) 대상자의 일반적 특성과 연명치료 중단 찬·반 여부는 빈도와 백분율로 분석하였다.
- 2) 연명치료 중단에 대한 중환자실 간호사, 의사, 중환자 가족 간 태도 비교는 기술통계와 ANOVA로 검증하였다.
- 3) 대상자의 일반적인 특성에 따른 연명치료 중단에 대한 태도의 점수 차이는 t-test와 ANOVA로 검증하였다.

IV. 연구결과

A. 대상자의 일반적 특성

중환자실 간호사들의 일반적인 특성을 연령, 결혼상태, 종교, 학력으로 구분하여 분석한 결과 연령은 20대가 58명(77.3%), 30대가 14명(18.7%), 40대 이상이 3명(4.0%)이었고, 결혼 상태는 미혼이 59명(78.7%), 기혼이 16명(21.3%)이었다. 종교가 있는 경우가 42명(56%)이었고, 학력은 전문대졸 51명(68.0%), 대졸 17명(22.7%), 대학원 이상 7명(9.3%)이었다.

의사의 일반적 특성을 연령, 결혼상태, 종교, 학력으로 구분하여 분석한 결과 연령은 20대 35명(61.4%), 30대 22명(38.6%)이었고, 결혼 상태는 미혼 36명(63.2%), 기혼 21명(36.8%)이었다. 종교는 종교가 있는 경우가 42명(73.7%)이었으며 학력은 대졸이 46명(80.7%), 대학원이상 11명(19.3%)이었다.

중환자 가족의 일반적 특성을 연령, 결혼상태, 종교, 학력으로 구분하여 분석한 결과 연령은 30대 23명(39%), 40대 22명(37.3%), 20대 9명(15.3%), 50대 5명(8.5%)이었고, 결혼 상태는 기혼 49명(83.1%), 미혼 10명(16.9%)이었다. 종교가 있는 경우는 46명(78%)이었고, 학력은 고졸 28명(47.5%), 대졸 23명(39.0%), 대학원이상 5명(8.5%), 전문대졸 3명(5.1%)이었다.

표 1. 대상자의 일반적 특성 비교

(N=191)

특성	구분	중환자실 간호사 (n=75)	의사 (n=57)	중환자 가족 (n=59)
		빈도(%)	빈도(%)	빈도(%)
연령	20대	58(77.3)	35(61.4)	9(15.3)
	30대	14(18.7)	22(38.6)	23(39.0)
	40대이상	3(4.0)		27(42.9)
결혼상태	기혼	16(21.3)	21(36.8)	49(83.1)
	미혼	59(78.7)	36(63.2)	10(16.9)
종교	있다	42(56.0)	42(73.7)	46(78.0)
	없다	33(44.0)	15(26.3)	13(22.0)
학력	고졸			28(47.5)
	전문대졸	51(68.0)		3(5.1)
	대졸	17(22.7)	46(80.7)	23(39.0)
	대학원이상	7(9.3)	11(19.3)	5(8.5)

B. 대상자의 연명치료 중단에 대한 찬성 정도

중환자실 간호사, 의사, 중환자 가족의 연명치료 중단에 대한 찬·반 여부를 조사 한 결과 찬성은 중환자실 간호사 68명(90.7%), 의사 34명(59.6%), 중환자 가족 53명(89.8%)으로 전체 대상자 191명중 155명(81.2%)이 찬성하였다.

표 2. 연명치료 중단에 대한 대상자 간 찬성 정도 비교

(N=191)				
구 분	중환자실간호사 (n=75)	의사 (n=57)	중환자 가족 (n=59)	전 체 (n=191)
	빈도(%)	빈도(%)	빈도(%)	빈도(%)
찬 성	68(90.7)	34(59.6)	53(89.8)	155(81.2)
반 대	7(9.3)	23(40.4)	6(10.2)	36(18.8)

연명치료 중단을 찬성하는 이유에 대해선 중환자실 간호사의 경우 ‘인간의 존엄성과 삶의 의미 상실’ 36명(48.0%), ‘가족에게 부담됨’ 16명(21.3%), ‘통증 및 질병이외의 증상’ 14명(18.7%) 순으로 ‘인간의 존엄성과 삶의 의미 상실’ 때문이라는 답이 가장 많았고, 의사는 ‘통증 및 질병이외의 증상’ 21명(36.8%), ‘인간의 존엄성과 삶의 의미 상실’ 8명(14.1%), ‘가족에게 부담됨’ 5명(8.8%) 순으로 ‘통증 및 질병

이외의 증상' 때문이라는 답이 가장 많았다. 중환자 가족은 '인간 존엄성과 삶의 의미 상실' 24명(40.7%), '통증 및 질병이외의 증상' 19명(32.2%), '가족에게 부담됨' 10명(17.0%) 순으로 중환자실 간호사에서 처럼 '인간 존엄성과 삶의 의미 상실'이라는 답이 가장 많았으며 연명치료 중단을 찬성 하는 이유에 대한 집단 간 관련성을 χ^2 -test로 검정한 결과 통계적으로 유의한 것으로 나타났다($\chi^2=36.30$, $p<.001$).

표 3. 연명치료 중단 찬성 이유에 대한 대상자 간 분포 비교

(N=191)

연명치료 중단 찬성 이유	중환자실 간호사 (n=75)	의사 (n=57)	중환자 가족 (n=59)	χ^2	p
	빈도(%)	빈도(%)	빈도(%)		
통증 및 질병이외의 증상	14(18.7)	21(36.8)	19(32.2)		
인간 존엄성과 삶의 의미 상실	36(48.0)	8(14.1)	24(40.7)	36.30	p<.001
가족에게 부담됨	16(21.3)	5(8.8)	10(17.0)		

C. 대상자의 연명치료 중단에 대한 태도 비교

중환자실 간호사와 의사, 중환자 가족은 연명치료 중단에 대한 태도에서 5점 만점에 평균 3.30±0.40, 3.39±0.33, 3.32±0.57점으로 세 집단 모두 연명치료 중단에 대해 긍정적인 것으로 나타났으며 집단 간 점수 차이는 유의하지 않았다(F=0.82, p=.441).

표 4. 대상자 간 연명치료 중단에 대한 태도 점수 비교

(N=191)					
	중환자실 간호사 (n=75)	의사 (n=57)	중환자 가족 (n=59)	F	p
	평균±표준편차	평균±표준편차	평균±표준편차		
연명치료 중단에 대한 태도	3.30±0.4	3.39±0.3	3.32±0.6	.82	.411

각 대상 집단에서 문항별로 점수가 높게 나타난 문항은 중환자실 간호사의 경우 ‘연명치료 중단을 결정할 때는 객관적이면서도 윤리적 지침이 필요하다’는 문항이 평균 4.13점, ‘환자는 본인의 죽음을 결정할 권리가 있다’는 문항이 평균 4.11점으로 점수가 가장 높았고, 의사의 경우 ‘환자는 본인의 죽음을 결정할 권리가 있다’는 문항이 평균 4.02점, ‘환자 가족이 원하는 경우 회복 불가능한 무의식 환자의 인공호흡기 작동을 중지해야 한다’는 문항이 평균 3.86점으로 점수가 가장 높았으며, 중환자 가족의 경우는 ‘회복 불가능한 환자가 치료 과정의 고통보다는 연명치료 중단을 선택할 경우 그것은 환자를 위한 방법이다’라는 문항이 평균 4.10점, ‘연명치료 중단을 결정할 때는 객관적이면서도 윤리적 지침이 필요하다’는 문항이 평균 4.05점으로 점수가 가장 높았다(부록 1).

문항별로 집단 간 차이를 보인 문항은 1번문항(revers) ‘회복 불가능한 환자라도 가능한 모든 치료 방법을 다 동원해서 생명을 연장시켜야 한다’(F=20.04, $p<.001$), 3번문항 ‘회복 불가능한 환자가 치료과정의 고통보다는 연명치료 중단을 선택할 경우 그것은 환자를 위한 방법이다’(F=9.40, $p<.001$), 8번문항 ‘회복 불가능한 환자라도 심장마비를 일으켰을 때 심폐소생술을 시행해야 한다’(F=7.33, $p=.001$), 9번문항 ‘연명치료 중단을 결정할 때는 객관적이면서도 윤리적 지침이 필요하다’(F=3.45, $p=.340$), 12번문항 ‘회복 불가능한 환자의 연명치료 중단을 장기이식을 위해 허용해야 한다’(F=16.72, $p<.001$), 13번문항 ‘환자가족이 원하는 경우 회복 불가능한 무의식 환자의 인공호흡기 작동을 중지해야 한다’(F=13.26, $p<.001$), 14번문항 ‘환자가족이 원하는 경우 회복 불가능한 무의식 환자에게 인공호흡기를 서서히 줄이는 것은 환자를 배려하는 것이다’(F=4.41, $p=.013$), 15번 문항 ‘부양가족이 없는 환자의 경우 회복 불가능하다면 의료진의 판단에 따라 연명치료 중단을 취하는 것이 바람직하다’(F=9.00, $p<.001$), 19번문항 ‘아무런 치료나 처치 없이 죽어 가는 것을 보고

만 있는것은 의료인으로서 있을 수 없는 일이다'(F=3.39, P=.036)이 중환자실 간호사, 의사, 중환자 가족 세 그룹 간에 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다.

Scheffe법을 이용한 사후 분석을 통해 집단 간에 상대적으로 점수가 높게 나타난 문항을 살펴보면, 중환자실 간호사의 경우 1번문항(revers) '회복 불가능한 환자라도 가능한 모든 치료 방법을 다 동원해서 생명을 연장시켜야 한다', 8번문항 '회복 불가능한 환자라도 심장마비를 일으켰을 때 심폐소생술을 시행해야 한다'가 의사와 중환자 가족에 비해 유의하게 점수가 높았고, 9번문항 '연명치료 중단을 결정할 때는 객관적이면서도 윤리적 지침이 필요하다'은 의사에 비해 유의하게 점수가 높았으나 중환자 가족과는 유의한 차이가 없었다. 의사의 경우 12번문항 '회복 불가능한 환자의 연명치료 중단을 장기이식을 위해 허용해야 한다'가 중환자실 간호사와 중환자 가족보다 유의하게 점수가 높았고, 15번 문항 '부양가족이 없는 환자의 경우 회복 불가능하다면 의료진의 판단에 따라 연명치료 중단을 취하는 것이 바람직하다'은 중환자실 간호사보다 점수가 유의하게 높았으나 중환자실 가족과는 유의한 차이가 없었으며, 19번문항 '아무런 치료나 처치 없이 죽어 가는 것을 보고만 있는것은 의료인으로서 있을 수 없는 일이다'는 중환자실 가족보다 유의하게 점수가 높았으나 중환자실 간호사와는 유의한 차이가 없었다. 중환자실 가족은 3번 문항 '회복 불가능한 환자가 치료과정의 고통보다는 연명치료 중단을 선택할 경우 그것은 환자를 위한 방법이다'가 중환자실 간호사와 의사보다 점수가 높았고, 14번 문항 '환자가족이 원하는 경우 회복 불가능한 무의식 환자에게 인공호흡기를 서서히 줄이는 것은 환자를 배려하는 것이다'은 중환자실 간호사보다 점수가 높게나와 유의한 차이가 있었으나 의사와는 차이가 없었다.

표 5. 집단 간 차이를 보인 연명치료 중단에 대한 태도 문항

(N=191)

문항	중환자실 간호사 ¹	의사 ²	중환자 가족 ³	차이검정		사후검정 Scheffe
	(n=75) 평균±표준편차	(n=57) 평균±표준편차	(n=59) 평균±표준편차	F	p	
1. 회복 불가능한 환자라도 가능한 모든 치료 방법을 다 동원해서 생명을 연장시켜야한다.*	3.52±0.92	2.39±1.05	2.97±1.11	20.04	p<.001	1>2,3
3. 회복 불가능한 환자가 치료 과정의 고통보다는 연명치료 중단을 선택할 경우 그것은 환자를 위한 방법이다.	3.54±0.79	3.67±0.76	4.10±0.69	9.40	p<.001	1,2<3
8. 회복 불가능한 환자라도 심장마비를 일으켰을때 심폐소생술을 시행해야한다.*	3.32±1.03	2.63±0.92	2.78±1.32	7.33	.001	1>2,3
9. 연명치료 중단을 결정할 때는 객관적 이면서도 윤리적 지침이 필요하다.	4.13±0.81	3.75±0.83	4.05±0.90	3.45	.034	1>2
12. 회복 불가능한 환자의 연명치료 중단을 장기이식을 위해 허용해야 한다.	2.87±0.98	3.86±0.90	3.00±1.20	16.72	p<.001	2>1,3
13. 환자가족이 원하는 경우 회복불가능한 무의식환자의 인공호흡기 작동을 중지해야한다.	3.08±0.97	3.86±0.74	3.68±1.01	13.26	p<.001	1<2,3
14. 환자가족이 원하는 경우 회복불가능한 무의식환자에게 인공호흡기를 서서히 줄이는것은 환자를 배려하는 것이다.	3.15±0.95	3.50±0.85	3.59±0.98	4.41	.013	1<3
15. 부양가족이 없는 환자의 경우 회복불가능하다면 의료진 판단에 따라 연명 치료중단을 취하는 것이 바람직하다.	2.93±1.02	3.70±0.80	3.25±1.23	9.00	p<.001	1<2
19. 아무런 치료나 처치 없이 죽어 가는 것을 보고만 있는것은 의료인으로서 있을 수 없는 일이다.*	2.25±0.96	2.63±0.96	2.12±1.17	3.39	.036	2>3

* reverse 문항

D. 대상자의 일반적 특성에 따른 연명치료 중단에 대한 태도 비교

연령, 결혼상태, 종교, 학력에 따라 연명치료 중단에 대한 태도에 차이가 있는가를 분석한 결과 중환자실 간호사, 의사, 중환자 가족 모두에게 통계적으로 유의한 차이가 없는 것으로 나타났다.

표 6. 대상자의 일반적 특성에 따른 연명치료 중단에 대한 태도 점수 비교

(N=191)

특성	구분	중환자실 간호사 (n=75)		의사 (n=57)		중환자 가족 (n=59)				
		평균±표준편차	t	p	평균±표준편차	t	p			
연령	20대	3.27±0.39			3.37±0.33			3.02±0.41		
	30대	3.39±0.48	0.65	.527	3.44±0.32	-0.86	.394	3.48±0.59	2.53	.088
	40대이상	3.21±0.32						3.26±0.54		
결혼	기혼	3.36±0.42			3.31±0.38			3.36±0.59		
	미혼	3.28±0.40	0.71	.479	3.45±0.29	-1.52	.128	3.11±0.47	1.29	.204
종교	있다	3.34±0.41			3.41±0.31			3.36±0.55		
	없다	3.24±0.41	1.10	.275	3.36±0.39	0.47	.641	3.17±0.64	1.08	.285
학력	고졸							3.39±0.51		
	전문대졸	3.25±0.36						3.32±0.11		
	대졸	3.34±0.51	1.05	.355	3.37±0.32	-1.45	.153	3.30±0.67	0.46	.712
	대학원 이상	3.40±0.44			3.52±0.35			3.06±0.64		

V. 논의

본 연구는 중환자실에 입실하게 되는 중환자의 연명치료 중단과 관련이 있는 중환자실 간호사, 의사, 중환자 가족을 대상으로 중환자실에서의 연명치료 중단에 대한 태도를 알아보기 위한 조사 연구이다.

연구 결과 중환자실 간호사 90.7%, 의사 59.6%, 중환자 가족 89.8%로 전체 대상자 191명중 81.2%가 연명치료 중단을 찬성하여 연명치료 중단을 해야 한다는 의견이 더 많은 것으로 나타났다. 이는 이혜경 등(2010)의 연명치료 중단에 관한 중환자실 간호사, 의사 및 중환자 가족의 태도 및 인식에서 연명치료 중단에 대하여 세 집단 모두 각각 평균 3.36, 3.30, 3.63으로 긍정적으로 생각하는 것으로 보고된 것과 같은 결과를 보였고, 변은경 등(2003)의 중환자실 간호사와 중환자가족의 연명치료 중단에 대한 태도 조사 연구에서 중환자실 간호사 84.2%, 중환자 가족 73.9%, 김현정(2010)의 연명치료 중단에 대한 자기결정권 의식조사에서 회복 불가능한 환자의 연명치료 중단에 대한 환자 요청의 수용에 있어서 환자(암질환을 제외한 만성질환 환자) 85.4%, 가족 80.8%, 의사 80.8%로 연명치료 중단 결정에 대해 찬성한 것과 비슷한 결과를 보였다. 또한 국립암센터가 실시한 <품위 있는 죽음에 대한 대국민 인식조사>에서도 의학적으로 무의미하다고 판단되는 생명연장치료를 중단함으로써 자연스러운 죽음을 받아들이는 것에 대하여 응답자의 87.5%가 찬성하였다(최지윤 등, 2009). 이선라(2009)의 심폐소생술 금지에 관한 의료인과 일반인의 인식 비교에서 본인이 말기 상태나 소생 불가능한 경우 DNR을 적용하겠다고 응답한 사람이 의료인 98.4%, 일반인 86.8%로, 가족이 말기 상태일 때 DNR을 행할 의향 보다 본인에게 DNR을 행할 의향이 더 높게 나타났다고 보고하여 연명

치료 중단에 대한 찬성률이 높음을 알 수 있었다.

본 연구에서 연명치료 중단을 찬성하는 이유로 중환자실 간호사(40%)와 중환자 가족(40.7%)은 '인간 존엄성과 삶의 의미 상실' 때문이라고 하였고, 의사(36.8%)는 '통증 및 질병이외의 증상' 때문이라고 하여 중환자실 간호사와 중환자 가족은 환자의 윤리적인 측면을 중요시하였으나 의사는 의학적 측면을 중요시함을 알 수 있었다. 변은경 등(2003)은 중환자실 간호사와 중환자가족의 연명치료 중단에 대한 태도 조사 연구에서 중환자실 간호사(36.8%), 중환자 가족(28.2%) 모두 '삶의 의미 상실'을 연명치료 중단을 허용하는 가장 큰 이유라고 보고하여 본 연구에서 중환자실 간호사와 중환자 가족과의 의견이 일치하다. 그러나 김현정(2010)의 연명치료 중단에 대한 자기결정권 의식조사에서 회복 불가능한 환자의 연명치료 중단에 대한 환자 요청의 수용에 있어서 환자의 연명치료 중단 요청을 존중해야 하는 이유로 의사는 '환자는 회복 불가능한 상태로 더 이상의 치료 의미가 없기 때문'(36.5%)이라고 하였고, 가족은 '환자의 의사 표시가 중요하기 때문(31.2%)', '연명치료 장치의 부착이 더욱 고통스럽기 때문'(27.5%)의 순서로 보고하여 본 연구 결과와는 차이가 있었다. 또한 이선라(2009)의 심폐소생술 금지에 관한 의료인과 일반인의 인식 비교에서 심폐소생술을 찬성하는 이유로 의료인(32.3%)과 일반인(33.5%) 모두 '환자의 고통을 덜어 주기 위해서'라고 답하여 본 연구와 차이가 있었다. 따라서 간호사, 의사, 환자의 가족 뿐만 아니라 일반인도 연명치료 중단을 찬성 하지만 그 이유에는 차이가 있음을 알 수 있었다.

중환자실 간호사와 의사, 중환자 가족의 연명치료 중단에 대한 태도 점수 비교에서 5점 만점 척도로 평균 3.30, 3.39, 3.32점으로 세 집단 모두 연명치료 중단을 긍정적으로 생각하는 것으로 나타났다. 이는 이혜경 등(2010)의 연명치료 중단에 관한 중환자실 간호사, 의사 및 중환자 가족의 태도 및 인식에서 연명치료 중단에

대한 태도 5점 척도에서 중환자실 간호사, 의사, 중환자 가족을 비교한 결과 평균 3.36, 3.30, 3.63점으로 본 연구와 결과가 같았다. 또한 변은경 등(2003)의 중환자실 간호사와 중환자가족의 연명치료 중단에 대한 태도 조사 연구에서 중환자실 간호사 평균 3.28, 중환자가족 평균 3.26 두 집단의 결과가 본 연구의 결과와 같았고, 이윤정(2010)의 무의미한 연명치료중단에 대한 간호사의 태도와 역할 인식에서 간호사의 태도 평균 36.93으로 간호사 집단에 있어서 긍정적인 태도와 같은 것으로 보고되어 중환자실 간호사, 의사, 중환자 가족 모두 연명치료 중단에 대한 태도가 긍정적임을 알 수 있었다.

본 연구에서 연명치료 중단 태도에 있어서 중환자실 간호사는 연명치료를 중단할 때 윤리적인 지침이 필요하고, 죽음을 결정할 권리와 심폐소생술 금지 승낙을 받는 것이 바람직하다는 순으로 생각하는 것으로 나타났고, 의사는 죽음을 결정할 권리와 가족이 원하는 경우 인공호흡기 작동 중지, 장기이식을 위한 인공호흡기 작동 중지의 허용 순으로, 중환자가족은 연명치료 중단이 환자를 위한 방법이고 윤리적인 지침이 필요하고 죽음을 결정할 권리가 있다는 순으로 생각하는 것으로 나타나 중환자실 간호사, 의사 중환자 가족 모두 의견 차이가 있는 것으로 나타났지만, 9번 문항 ‘연명치료 중단을 결정할 때는 객관적이면서도 윤리적 지침이 필요하다’는 중환자실 간호사와 중환자 가족 모두 다른 문항에 비해 높은 평균 점수를 보였으며 의사는 가장 높은 점수를 얻지는 못하였지만 평균 3.75로 긍정적으로 생각되고 있어 연명치료 중단을 결정할 때는 객관적이면서도 윤리적인 지침이 필요하다는 공통된 의견을 보였으며 문항 11 ‘환자는 본인의 죽음을 결정할 권리가 있다.’에서는 중환자실 간호사와 의사 모두 다른 문항에 비해 높은 평균 점수를 보였으며 중환자 가족은 가장 높은 점수를 얻지는 못하였지만 평균 3.98로 긍정적으로 생각되고 있어 환자는 본인의 죽음을 결정할 권리가 있다는 공통된 의견을 보였다.

이는 변은경 등(2003)의 중환자실 간호사와 중환자가족의 연명치료 중단에 대한 태도조사에서 중환자실 간호사 평균 4.2점, 중환자 가족 평균 4.2점으로 두 집단 모두 연명치료 중단을 결정할 때는 객관적이면서도 윤리적인 지침이 필요하다는 공통된 의견을 보여 본 연구의 중환자실 간호사와 중환자 가족의 의견과 차이가 없었고, 김현정(2010)의 연명치료 중단에 대한 자기결정권 의식조사에서 환자의 연명치료 중단 결정에 관한 자기결정권의 인정 방안의 5점 척도에서 ‘환자 결정에 따른 연명치료 중단을 허용하는 법률의 제정이 필요하다’는 문항에 환자 평균 4.12점, 환자 가족 평균 4.12점, 의사 평균 4.28점의 높은 찬성률을 보여 본 연구와 유사하였고, 이해경(2010)등의 연명치료 중단에 관한 중환자실 간호사, 의사 및 중환자 가족의 태도 및 인식에서 중환자실 간호사, 의사, 중환자 가족 세 집단 모두 연명치료 중단을 결정할 때는 ‘객관적이면서도 윤리적인 지침이 필요하다’(세 집단 평균 4.43)와 ‘환자는 본인의 죽음을 결정할 권리가 있다’(세 집단 평균 4.10)순으로 답하여 본 연구의 결과와 유사하였고, Carmel, Werner와 Ziedenberg(2007)의 의사와 간호사를 대상으로 한 연구에서도 환자의 의견이 연명치료 중단결정 시 가장 영향을 주는 요인이라고 하였다. 따라서 연명치료 중단을 결정할 때는 객관적이면서도 윤리적인 지침이 필요하고 본인이 죽음을 결정할 권리가 있다는 공통된 태도를 보이고 있음을 알 수 있었다.

또한 회복 불가능한 환자의 기본적인 투약과 처치에 대하여 중환자실 간호사, 의사, 중환자 가족 모두 낮은 평균점수를 보여 회복 불가능한 환자라도 기본적인 투약과 처치는 하여야 한다고 나타나 연명치료 중단을 찬성한다는 의견과 상반된 태도를 보였으며, 이는 변은경 등(2003)의 중환자실 간호사와 중환자가족의 연명치료 중단에 대한 태도조사에서 연명치료 중단에 대한 태도분석 5점 척도에서 ‘회복 불가능한 환자라도 병원에 입원해 있는 경우 기본적인 투약(수액, 항생제 등)은 해

주어야 한다’, ‘아무런 치료 없이 죽어가는 것을 보고만 있는 것은 의료인으로서 있을 수 없는 일이다’라는 항목에 중환자실 간호사는 각각 평균 2.2점, 평균 2.3점을, 중환자 가족은 각각 평균 2.1점씩을 주어 결과가 유사하였고, 김현정(2010)의 연명치료 중단에 대한 자기결정권 의식조사에서 회복 불가능한 환자가 연명치료 중단요청에서 가장 낮은 찬성정도의 치료내용은 환자는 ‘심폐소생술 금지(3.64)’, 가족은 ‘영양공급이나 수액공급을 위한 튜브 제거(3.71)’, 의사는 ‘영양공급이나 수액공급을 위한 튜브 제거(3.18)’ 순으로 나타나 가족과 의사에 있어서 본 연구와 유사한 결과를 보였다. 정효성(2009)은 의사의 치료의지와 환자의 죽을 권리에 대한 형법적 연구에서 ‘인공호흡기, 인공투석, 화합요법, 수혈 등 상병의 치료적 목적의 적극적인 연명치료행위는 중단할 수 있으나, 영양·수분공급, 욕창을 막기 위한 체위변화, 배뇨·배변 등의 배려, 제담, 신체위생의 유지 등의 기본적인 간호업무는 계속되어야 한다’ 등의 상세한 기준이 마련되어야 한다고 하였다. 따라서 연명치료를 중단하겠다고 하더라도 치료 내용에 따른 연명치료 중단을 결정할 수 있는 지침이 필요함을 알 수 있었다.

VI. 결론 및 제언

본 연구는 중환자실에 입실하게 되는 중환자의 연명치료 중단과 관련이 있는 중환자실 간호사, 의사, 중환자 가족을 대상으로 중환자실에서 연명치료 중단에 대한 태도를 비교한 조사 연구이다.

자료 수집은 경기도 소재 C대학병원의 기관생명윤리심의위원회(IRB)로 부터 승인을 받은 후 간호부의 승인을 받아 2010년 11월15일부터 11월 29일까지 2주간 경기도 소재 C대학병원 중환자실에 근무하는 간호사 75명, 중환자실에 입원한 가족59명, 의사 57명을 대상으로 연구 참여에 동의한 자를 임의표집 하여 설문지를 이용하여 자료를 수집하였다.

수집된 자료는 SPSS/win 12.0을 이용하여 대상자의 일반적 특성과 연명치료 중단 찬·반 여부는 빈도와 백분율로 분석하였고, 대상자의 연명치료 중단에 대한 태도에 대한 집단 간 비교는 기술통계와 ANOVA로 검증하였다. 대상자의 일반적 인 특성에 따른 연명치료 중단에 대한 태도 차이는 t-test와 ANOVA로 검증하였다.

본 연구결과를 요약하면 다음과 같다.

- 1) 일반적 특성에서 중환자실 간호사는 연령이 20대가 77.3%로 가장 많았고 결혼 상태는 미혼이 78.7%, 종교가 있는 경우가 56%이었다. 의사의 일반적 특성은 20대가 61.4%로 가장 많았고 미혼이 63.2%이었고 종교가 있는 경우가 73.7%이었고 중환자 가족은 30대가 39%로 가장 많았고 기혼이 83.1%이었으며, 종교가 있는 경우가 78%이었다. 학력은 고졸이 47.5%, 대졸이 39% 이었다.

- 2) 연명치료 중단 찬·반 여부에 대한 의견에 있어서 중환자실 간호사 90.7%, 의사 59.6%, 중환자 가족 89.8%로 전체 대상자 191명중 81.2%가 연명치료 중단을 찬성하여 연명치료 중단을 해야 한다는 의견이 더 많은 것으로 나타났고 연명치료 중단을 찬성하는 이유로 중환자실 간호사(40%)와 중환자 가족(40.7%)은 ‘인간 존엄성과 삶의 의미 상실’ 때문이라고 하였고, 의사(36.8%)는 ‘통증 및 질병이외의 증상’ 때문이라고 하였다. 또한 연명치료 중단 찬·반 여부에 대한 이유에 따른 집단 간의 관련성을 검증한 결과 유의하게 나타났다($\chi^2=36.30$, $p<.001$).
- 3) 중환자실 간호사와 의사, 중환자 가족은 연명치료 중단에 대한 태도 점수 비교에서 5점 만점 척도로 3.30, 3.39, 3.32점으로 연명치료 중단에 긍정적으로 생각하는 것으로 나타났고, 연명치료 중단 결정에 있어서 세 그룹 모두 ‘본인의 죽음을 결정할 권리가 있다’(4.11, 4.02, 3.98)는 공통된 태도를 보였고, 중환자실 간호사와 중환자 가족은 ‘윤리적인 지침이 있어야 한다’(4.13, 4.05)는 공통된 의견을 보였으며 의사도 윤리적 지침에 있어서 3.75점으로 높은 점수를 보였다.
- 4) 중환자실 간호사, 의사, 중환자 가족의 일반적인 특성에 따른 연명치료 중단에 대한 태도와의 관계에 있어서는 유의한 차이를 보이지 않았다.

따라서 본 연구에서는 중환자실 간호사, 의사, 중환자 가족 모두 연명치료 중

단을 찬성하는 것으로 나타났고 연명치료 중단을 찬성하는 이유로 중환자실 간호사와 중환자 가족은 ‘인간 존엄성과 삶의 의미 상실’ 때문이라고 하였고, 의사는 ‘통증 및 질병이외의 증상’ 때문이라는 의견 차이가 있었다.

연명치료 중단에 대한 태도는 각 집단이 모두 긍정적이었고, 연명치료 중단에 대한 태도의 문항에 있어서 연명치료 중단을 결정할 때는 객관적이면서도 윤리적인 지침이 필요하고 환자는 본인의 죽음을 결정할 권리가 있다는 공통된 의견을 보이고 있음을 알 수 있었다.

이상과 같은 결과를 통해 다음과 같은 제언을 하고자 한다.

1. 본 연구는 일 대학병원에 국한 되었으므로 지역과 기관을 확대하여 반복 연구가 필요하다.
2. 본 연구에서는 연구대상자를 중환자실 간호사와 의사, 중환자 가족을 대상으로 하였으므로 대상을 확대하여 환자를 포함한 후속연구를 제언한다.
3. 연명치료 중단이 필요하다는 인식은 하고 있지만 이를 임상에 적용할 수 있는 연명치료 중단에 대한 객관적이면서도 윤리적인 지침을 개발하여 활용할 것을 제언한다.

참고문헌

- 강영순(2005). 심폐소생술비실시(DNR) 의사결정에 관한 연구 -암환자의 사례를 중심으로-. 성균관대학교 행정대학원 석사학위 논문, 서울.
- 고윤석(2002). 임종 환자에서 연명치료의 중단. *대한의사협회지*, 45(6), 650-652.
- 고윤석(2002). 연명치료중단의 법, 정책적 대토론회. 임종환자의 연명치료 중단에 대한 의료윤리학적 고찰. *대한의학회*, 16-24.
- 고윤석(2009). 연명치료중지시 의사의 역할과 의무. *대한의사협회지*, 52(9):871-879, 2009.
- 김선경(2006). DNR 결정 과정 관련 가족 및 간호사의 경험. 연세대학교 간호대학원 석사학위 논문, 서울.
- 김선옥(1999). 중환자실에서 치료중단 특성분석. 연세대학교 보건대학원 석사학위 논문, 서울.
- 김주태, 김경철, 신동혁, 조항석, 심재용, 이혜리(2001). 의과대학생들과 전공의들의 안락사에 대한 태도. *가정의학회지*, 22(10), 1494-1502.
- 김은숙(2011). 무의미한 연명치료 중단과 자기 결정에 대한 말기 암 환자, 가족 및 의료진의 태도. 충남대학교 대학원 석사학위 논문, 대전.
- 김애경(2000). 간호사의 소극적 안락사에 대한 태도 조사. *기본간호학회지*, 9(1), 76-85.
- 김현정(2010). 연명치료 중단에 대한 자기결정권 의식조사. 을지대학교 대학원 석

사학위 논문, 서울.

김진경(2010). 연명치료중단 결정에서 의학적 무의미함(*medical futility*). *한국의료윤리학회지*, 제 13권 제 2호(통권 제26호):123-136.

김소윤, 강현희, 고윤석, 고신옥(2009). 연명치료중단과 유보 결정에 대한 한국 중환자전담의사 인식과 실행. *한국의료윤리학회지*, 제 12권 제 1호(통권 제21호):15-28.

김근수(2010). *자기결정권에 관한 연구*. 인제대학교 석사학위 논문, 김해.

김상희(1999). 말기환자의 DNR 결정에 대한 고찰. *간호학 탐구*, 8(2).

김상희(2004). 암환자의 DNR(*Do-Not-Resuscitate*) 의사결정에 관한 연구. *간호학 탐구*, 13(1).

김상희(2004). *암환자의 DNR(Do-Not-Resuscitate) 의사결정에 관한 연구*. 연세대학교 석사학위 논문, 서울.

권복규, 고윤석, 윤영호, 허대석, 서상연, 김현철, 최경석, 배현아, 안경진(2010). 우리나라 일부 병원에서 환자, 보호자, 의료진의 연명치료 중지 관련 의사결정에 관한 태도 연구. *한국의료윤리학회지*, 제13권 제1호(통권 제25호):1-16, 2010년 3월.

권세희(2008). *연명치료중단에 있어 환자 자기결정권에 관한 연구*. 동아대학교 대학원 석사학위 논문, 부산.

박연옥, 장봉희, 유문숙, 조유숙, 김효심(2004). 말기환자의 연명치료중단에 대한 간호사의 인식도. *한국의료윤리교육학회지*, 7(2), p199.

박계선(2000). *소생 불가능한 환자의 안락사에 대한 의료진의 의식조사: Q 방법론*

- 적접근. 단국대학교대학원 석사학위논문, 서울.
- 박연옥(2003). *연명치료 중단을 결정한 말기환자 가족의 경험*. 연세대학교대학원 석사 학위 논문, 서울.
- 박찬숙(2004). *연명치료 중단에 대한 일반인들의 태도*. 가톨릭대학교 대학원 석사 학위 논문, 서울.
- 변은경, 최혜란, 최애리, 홍권희, 김나미, 김행선(2003). 중환자실 간호사와 중환자가족의 연명치료 중단에 대한 태도 조사. *임상간호연구*, 9(1), 112-124.
- 서수미(2009). *의료인의 생명연장술에 대한 주관성 연구*. 한양대학교 대학원 석사학위 논문, 서울.
- 손명세(2001). 한국에서 안락사, 존엄사의 현황과 대책. *대한의학회*, 35-51.
- 송근화(2011). *무의미한 연명치료 중단과 의료인의 형사책임*. 충남대 특허법무대학원 석사학위 논문, 대전.
- 안용향, 김혜정(2010). 무의미한 연명치료 중단 결정에서 의료의 한계. *한국의료윤리학회지*, 제 13권 제 1호(통권 제25호):17-28.
- 유호중(2002). 연명치료 중단의 정당성 근거와 조건. *의료·윤리·교육. 한국의료윤리학회지*, 5(2), 151-168.
- 윤은자, 김홍규, '죽음의 이해-코오리엔테이션의 시각'. *대한간호학회지*, 28(2), 270-279, 1998.
- 이금미(2007). *연명치료 중단과 사전의사결정에 관한 고찰*. 연세대 보건대학원 석사학위 논문, 서울.
- 이윤정(2010). *무의미한 연명치료중단에 대한 간호사의 태도와 역할 인식*. 부산

가톨릭대학교 생명과학대학원 석사학위 논문, 부산.

이석배(2009). 연명치료중단의 기준과 절차 - 대법원 2009. 5. 21. 선고 2009다
17417 판결이 가지는 문제점을 중심으로-. *형사법연구*, vol.21 No.2, 147-170.

이용주(2004), *죽음과 호스피스에 대한 간호사의 인식과 태도 조사연구*, 대전대학교
사회 복지대학원 석사학위 논문 : 대전.

이지애(2009). *말기 암환자의 무의미한 연명치료중단과 사전의사결정에 대한 의료
인(의사, 간호사)의 인식 : 포커스그룹 인터뷰 분석기법*. 고려대학교 교육대
학원 석사학위 논문, 서울.

이만우, 조규범(2009). *존엄사 입법화의 쟁점과 과제*. 국회입법 조사 처.

이동익(2009). 연명치료 행위의 중단에 관한 윤리적 고찰(서울서부지방법원 민사
제12부의 2008년 11월 28일 판결을 중심으로). *한국의료윤리학회지*, 제 12
권 제1호(통권 제 21호):43-60.

이혜경, 강현숙(2010). 연명치료중단에 관한 중환자실 간호사, 의사 및 중환자가족
의 태도 및 인식, *임상간호연구*, 제16권 제3호:85-98.

조규범(2009). *연명치료중단과 생명에 대한 자기결정권*. 국회입법 조사 처.

정효성(2010). *의사의 치료의지와 환자의 죽을 권리에 대한 형법적 연구*. 고려대
학교 박사학위 논문, 서울.

장지영(2010). *연명치료 중단 결정 태도와 암환자 가족의 특성에 관한 연구*. 가
톨릭대학교 대학원 석사학위 논문, 서울.

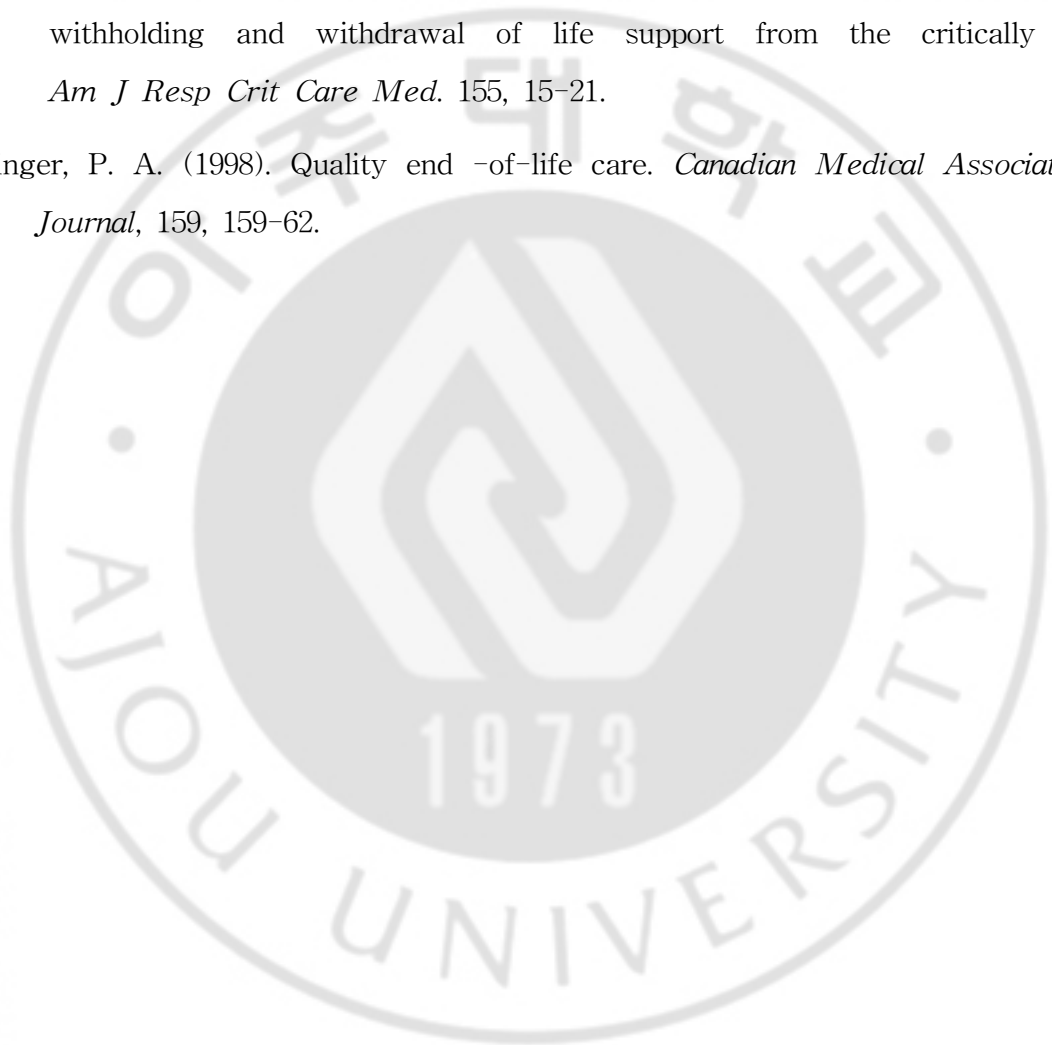
장상욱(2000). *중환자실 DNR(Do-Not-Resuscitate)환자 가족의 경험과 DNR 결
정 후 간호 및 치료의 변화*. 경상대학교 대학원 석사학위 논문, 부산.

- 정수현(2007). *간호사의 DNR 관련 윤리적 태도와 간호전문직관*. 관동대학교 대학원 석사학위 논문, 강릉.
- 최윤선, 김장욱, 신승욱, 이영미, 이태호, 홍명호(1998). 말기환자 관리에 대한 의사들의 태도, *호스피스논집*, Vol.3: 25-32.
- 최지윤, 권복규(2009). 안락사와 연명치료중단에 관한 우리나라의 최근 동향. *한국 의료 윤리학회지*, 제 12권 제2호(통권 제22호):127-142.
- 한성숙, 정순아, 문미선, 한미현, 고규희(2001). DNR에 대한 간호사의 인식 및 태도 조사. *간호행정학회지*, 7(3), 403-414.
- 허대석(2001). 무의미한 치료의 중단. *대한의사협회지*, 44(9)
- 허대석(2003). Ethical Aspect(윤리적 측면). *가톨릭암센터 추계 암 심포지움*, 2003.
- 허대석(2008). 무의미한 연명치료를 거부할 권리. *대한의사협회지*, 51(6):524-529, 2008.
- Carmel, S., Werner, P., & Ziedenberg, H. (2007). Physicians' and nurses' preferences in using life-sustaining treatment. *Nursing Ethics*. 14(5), 665-674.
- Esteban, A., Gordo, F., Solsona, F. F., Alia, I., Caballero, F., Bouza, C. et al, Withdrawing and withholding life support in the intensive care unit; a Spanish prospective multi-centre observational study. *Intensive Care Med*, 2001;27(11), 1744-9.
- Ewer, M. S (2001). The definition of medical futility: Are we trying to define the wrong term? *Heart & Lung: the Journal of Critical Care*, 30(1), 3-4.
- Heaney, M., Foot, C., Freeman, W. D., Fraser, J.(2007). Ethical issues in

withholding and withdrawing life-prolonging medical treatment in the ICU, *Current Anaesthesia and Critical Care*, 18: pp. 277-283.

Prendergast T. J., & Luce J. M. (1997). Increasing incidence of withholding and withdrawal of life support from the critically ill. *Am J Resp Crit Care Med.* 155, 15-21.

Singer, P. A. (1998). Quality end-of-life care. *Canadian Medical Association Journal*, 159, 159-62.



[부 록]



부록 1.

중환자실 간호사, 의사, 중환자 가족의 연명치료 중단에 대한 태도 비교

(N=191)

문항	중환자실간호사 ¹	의사 ²	중환자가족 ³	F	p	Scheffe
	(n=75)	(n=57)	(n=59)			
	평균±표준편차	평균±표준편차	평균±표준편차			
1.회복 불가능한 환자라도 가능한 모든 치료 방법을 다 동원해서 생명을 연장시켜야한다.*	3.52±0.92	2.39±1.05	2.97±1.11	20.04	p<.001	1>2,3
2.회복 불가능한 환자와 환자가족이 경제적 어려움으로 연명치료 중단을요청한다면 허용해야 한다.	3.43±0.82	3.65±0.79	3.68±1.07	1.60	.205	
3.회복 불가능한 환자가 치료 과정의 고통보다는 연명치료 중단을 선택할 경우 그것은 환자를 위한 방법이다.	3.54±0.79	3.67±0.76	4.10±0.69	9.40	p<.001	1,2<3
4.회복 불가능한 고령의 환자일수록 연명치료 중단은 그들의 여생을 마감하는 한 방법이라고 할 수 있다.	3.53±0.86	3.46±0.85	3.63±1.03	0.71	.494	
5.회복 불가능한 환자나 환자가족이 종교적 신념으로 연명치료 중단을 요구 할 경우 존중해 주어야 한다.	3.55±0.83	3.72±0.82	3.46±1.12	1.20	.303	
6.회복 불가능한 환자나 환자가족이 기도삽관을 거부 할 경우 꼭 필요한 처치여도 하지 말아야 한다.	3.09±1.04	3.40±0.92	3.08±1.13	1.83	.163	
7.회복 불가능한 환자의 혈압이 떨어져도 환자나 환자가족이 원할 경우 혈압 상승제 투여를 중지해야 한다.	3.28±0.90	3.33±0.71	3.20±1.06	0.30	.741	
8.회복 불가능한 환자라도 심장마비를 일으켰을때 심폐소생술을 시행해야한다.*	3.32±1.03	2.63±0.92	2.78±1.32	7.33	.001	1>2,3
9.연명치료 중단을 결정할 때는 객관적 이면서도 윤리적 지침이 필요하다.	4.13±0.81	3.75±0.83	4.05±0.90	3.45	.034	1>2

10.가족은 환자의 죽음을 결정할 권리가 있다.	3.41±0.99	3.35±0.95	3.00±1.38	2.51	.084	
11.환자는 본인의 죽음을 결정할 권리가 있다.	4.11±0.80	4.02±0.61	3.98±1.03	0.40	.669	
12.회복 불가능한 환자의 연명치료 중단을 장기이식을 위해 허용해야 한다.	2.87±0.98	3.86±0.90	3.00±1.20	16.72	p<.001	2>1,3
13.환자가족이 원하는 경우 회복불가능한 무의식환자의 인공호흡기 작동을 중지해야한다.	3.08±0.97	3.86±0.74	3.68±1.01	13.26	p<.001	1<2,3
14.환자가족이 원하는 경우 회복불가능한 무의식환자에게 인공호흡기를 서서히 줄이는것은 환자를 배려하는 것이다.	3.15±0.95	3.50±0.85	3.59±0.98	4.41	.013	1<3
15.부양가족이 없는 환자의 경우 회복불 가능하다면 의료진 판단에 따라 연명 치료중단을 취하는 것이 바람직하다.	2.93±1.02	3.70±0.80	3.25±1.23	9.00	p<.001	1<2
16.환자가족이 회복 불가능한 환자의 자의퇴원을 원할 경우 직계가족의 서명을 받고 퇴원시켜주어야 한다.	3.61±0.82	3.50±0.80	3.85±0.85	2.60	.077	
17.회복 불가능한 환자의 경우 심정지가 예상될 때 심폐소생술 금지 승낙을 받는 것은 바람직하다.	3.69±0.93	3.65±0.83	3.37±1.07	2.10	.126	
18.회복 불가능한 환자라도 병원에 입원해 있는 경우 기본적인 투약(수액, 항생제등)은 해주어야 한다.*	2.15±0.71	2.40±0.96	2.25±0.96	1.41	.246	
19.아무런 치료나 처치 없이 죽어가는 것을 보고만 있는것은 의료인으로서 있을 수 없는 일이다.*	2.25±0.96	2.63±0.96	2.12±1.17	3.39	.036	2>3
평균	3.30±0.40	3.39±0.33	3.32±0.57	0.82	.441	

* reverse 문항

부록 2.

안녕하십니까?

저는 아주대학교 대학원 간호학과에서 가정간호를 전공하는 학생입니다. 설문조사의 참여에 동의해주셔서 감사합니다.

본 연구는 중환자실 간호사와 의사, 중환자 가족을 대상으로 연명치료 중단에 대하여 어떤 태도를 가지고 있는지 비교해 보고 결과를 분석함으로써 연명치료 중단의 태도에 대한 기초 자료를 얻기 위함입니다.

설문지 작성 시간은 약 10분이 소요될 것이며, 응답하는 자료는 모두 무기명으로 처리되고 연구를 위해서만 사용될 것입니다. 빠지는 문항 없이 솔직하며 성의 있게 응답해 주시기를 부탁드립니다.

1. 본 연구를 통해 얻어진 내용은 연구의 목적 외에는 사용되지 않을 것입니다. 또한 연구가 끝난 후에 연구자의 책임 하에 엄격한 방법으로 폐기될 것입니다.

2. 본 연구에 참여하는 것은 나의 자발적인 의사로 이루어지는 것이며, 참여를 원하지 않을 경우 언제라도 중단 할 권리가 있습니다.

나는 위와 같은 정보를 읽고 충분히 이해하였고, 본 연구에 참여하는 것에 대해 동의합니다.

① 예 ② 아니오

설문에 응해 주신데 대해 진심으로 감사드립니다.

2010년 11월

연구자 아주대학교 대학원간호학과 남영진드림

부록 3.

문 항	매우 그렇다	그렇다	보통 이다	그렇지 않다	전혀 그렇지 않다
1. 회복 불가능한 환자라도 가능한 모든 치료 방법을 다 동원해서 생명을 연장시켜야한다.					
2. 회복 불가능한 환자와 환자가족이 경제적 어려움으로 연명치료 중단을 요청한다면 허용해야 한다.					
3. 회복 불가능한 환자가 치료과정의 고통보다는 연명치료 중단을 선택할 경우 그것은 환자를 위한 방법이다.					
4. 회복 불가능한 고령의 환자일수록 연명치료 중단은 그들의 여생을 마감하는 한 방법이라고 할 수 있다.					
5. 회복 불가능한 환자나 환자가족이 종교적 신념으로 연명치료 중단을 요구 할 경우 존중해 주어야 한다.					
6. 회복 불가능한 환자나 환자가족이 기도삽관을 거부 할 경우 꼭 필요한 처치여도 하지 말아야 한다.					
7. 회복 불가능한 환자의 혈압이 떨어져도 환자나 환자가족이 원할 경우 혈압 상승제 투여를 중지해야 한다.					
8. 회복 불가능한 환자라도 심장마비를 일으켰을 때 심폐소생술을 시행해야 한다.					
9. 연명치료 중단을 결정할 때는 객관적이면서도 윤리적 지침이 필요하다.					
10. 가족은 환자의 죽음을 결정할 권리가 있다.					

문 항	매우 그렇다	그렇다	보통 이다	그렇지 않다	전혀 그렇지 않다
11. 환자는 본인의 죽음을 결정할 권리가 있다.					
12. 회복 불가능한 환자의 연명치료 중단을 장기이식을 위해 허용해야 한다.					
13. 환자가족이 원하는 경우 회복 불가능한 무의식 환자의 인공호흡기 작동을 중지해야 한다.					
14. 환자가족이 원하는 경우 회복 불가능한 무의식 환자에게 인공호흡기를 서서히 줄이는 것은 환자를 배려하는 것이다.					
15. 부양가족이 없는 환자의 경우 회복 불가능하다면 의료진의 판단에 따라 연명치료를 중단을 취하는 것이 바람직하다.					
16. 환자가족이 회복 불가능한 환자의 자의퇴원을 원할 경우 직계가족의 서명을 받고 퇴원시켜주어야 한다.					
17. 회복 불가능한 환자의 경우 심정지가 예상될 때 심폐소생술 금지 승낙을 받는 것은 바람직하다.					
18. 회복 불가능한 환자라도 병원에 입원해 있는 경우 기본적인 투약(수액, 항생제 등)은 해주어야 한다.					
19. 아무런 치료나 처치 없이 죽어 가는 것을 보고만 있는 것은 의료인으로서 있을 수 없는 일이다.					

(간호사용)

1. 귀하의 연령은? 만 _____ 세

2. 귀하의 결혼 상태는?

① 기혼 ② 미혼

3. 귀하의 종교는?

① 기독교 ② 불교 ③ 천주교 ④ 기타() ⑤ 없다

4. 종교가 있으시면 종교생활 참여정도는?

① 대체로 열심히 한다.

② 형식적으로 한다.

③ 거의 하지 않는다

5. 귀하의 학력은?

① 전문대졸 ② 간호대학졸 ③ 대학원이상(재학/졸업)

6. 귀하의 직위는?

① 일반 간호사 ② 수간호사 ③ 수간호사 이상

7. 귀하의 근무 부서는?

① 내과 중환자실 ② 외과 중환자실 ③ 신경외과 중환자실

8. 귀하의 중환자실 근무기간은? _____ 년 _____ 개월

9. 귀하는 연명치료 중단에 대해 어떻게 생각하십니까?

① 필요하다 (9-1번으로)

② 필요없다 (9-2번으로)

9-1. 연명치료 중단이 필요하다면 그 이유는 무엇입니까?

① 환자의 통증 ② 질병이외의 증상 ③ 인간 존엄성 상실

④ 삶이 의미 상실 ⑤ 경제적 부담 ⑥ 가족에게 짐이 됨

⑦ 기타 ()

9-2. 연명치료 중단이 필요하지 않다면 그 이유는 무엇입니까?

① 비도덕적이다 ② 생명의 존엄성의 상실

③ 기적, 희망에 대한 믿음 ④ 기타 ()

(의사용)

1. 귀하의 연령은? 만 _____ 세

2. 귀하의 결혼 상태는?

① 기혼 ② 미혼

3. 귀하의 종교는?

① 기독교 ② 불교 ③ 천주교 ④ 기타() ⑤ 없다

4. 종교가 있으시면 종교생활 참여정도는?

① 대체로 열심히 한다.

② 형식적으로 한다.

③ 거의 하지 않는다

5. 귀하의 학력은?

① 대졸 ② 대학원이상(재학/졸업)

6. 귀하의 직위는?

① 수련의 ② 전공의

7. 귀하는 연명치료 중단에 대해 어떻게 생각하십니까?

① 필요하다 (7-1번으로)

② 필요없다 (7-2번으로)

7-1. 연명치료 중단이 필요하다면 그 이유는 무엇입니까?

① 환자의 통증

② 질병이외의 증상

③ 인간 존엄성 상실

④ 삶이 의미 상실

⑤ 경제적 부담

⑥ 가족에게 짐이 됨

⑦ 기타 ()

7-2. 연명치료 중단이 필요하지 않다면 그 이유는 무엇입니까?

① 비도덕적이다

② 생명의 존엄성의 상실

③ 기적, 희망에 대한 믿음

④ 기타 ()

(중환자 가족용)

1. 귀하의 연령은? 만 _____ 세

2. 귀하의 결혼 상태는?

① 기혼 ② 미혼

3. 귀하의 종교는?

① 기독교 ② 불교 ③ 천주교 ④ 기타() ⑤ 없다

4. 종교가 있으시면 종교생활 참여정도는?

① 대체로 열심히 한다.

② 형식적으로 한다.

③ 거의 하지 않는다

5. 귀하의 학력은?

① 중졸이하 ② 고졸 ③ 대졸 ④ 대학원졸

6. 귀하의 직업은?

① 있다 ② 없다 ③ 기타 ()

- Abstract -

**The Comparative Study on Attitudes of Nurses, Doctors,
Families of Critical Patients in an Intensive Care Unit
toward Withdrawal of Life Sustaining Treatment**

Young Jin Nam

Department of Nursing Sciences

The Graduate School of Ajou University

(Academic Advisor : Jee Won Park)

This study was a comparative research attempted to compare attitudes of nurses, doctors, and families of critical patient in an intensive care unit toward withdrawal of life sustaining treatment for irreparable patients hospitalized in an intensive care unit. Based on those results, this study aimed to understand communication between health care providers and families when deciding the withdrawal of life sustaining treatment and apply to arbitration in nursing patients who received life sustaining treatment.

This study intended 75 nurses and 57 doctors who worked at a intensive care unit of C university hospital located in Gyeonggi-do and 59 family members of critical patients. This study used an to measure attitudes toward the withdrawal of life sustaining treatment a tool developed by Gyeo Seon

Park(2000) and supplemented into 19 questions by Eun Gyeong Pyeon(2003) and analyzed collected data through SPSS/win 12.

Results of this study were as follows.

1) The twenties was 77.3%, the most, the unmarried was 78.7%, and nurses with religion was 56% in relation to nurses in an intensive care unit in general characteristics. The twenties was 61.4%, the most, the married was 63.2%, and doctors with religion was 73.7% as to doctors, while the thirties was 39.0%, the most, the married was 83.1%, and those with religion was 78.0% regarding families of critical patients. On the other hand, high school graduates was 47.5% and undergraduate was 39.0% in terms of education level.

2) People corresponding to 81.2% of a total objects of 191, 90.7% of nurses, 59.6% of doctors, and 89.8% of critical patients' families in a critical care unit agreed with the withdrawal of life sustaining treatment in relation to agreement rate with the withdrawal of life sustaining treatment. 40% of nurses and 40.7% of critical patients' families stated 'loss of human dignity and the meaning of life, while 36.8% of doctor named 'symptom besides pain and disease' as reasons of agreeing the withdrawal of life sustaining treatment. There was significance as a result of verifying relations among groups in respect of agreement reasons with the withdrawal of life sustaining treatment($\chi^2=36.30$, $p<.001$).

3) The attitude toward the withdrawal of life sustaining treatment was

positive in order of nurses(3.30), doctors(3.39), and families of critical patients(3.32) at the 5 point scale. There was difference among groups in an analysis of attitude questions as nurses(4.13) stated the most 'there is a need of objective and ethical guidelines in deciding the withdrawal of life sustaining treatment', doctors(4.11) highly named 'a patient has a right to decide his or her own death', and families of critical patients(4.10) indicated the most 'it is the way for a patient when a irreparable patient chooses the withdrawal of life-sustaining treatment rather than pain received in the treatment process'.

4) There was no significant difference among all of nurses, doctors, and families of critical patients in an intensive care in relationships with attitudes toward the withdrawal of life sustaining treatment according to general characteristics.

As a result of this study, all of nurses, doctors, and families of critical patients in an intensive care unit showed positive responses to the decision on the withdrawal of life sustaining treatment. I was seen that there was difference among groups in reasons of their agreements. Therefore, there was a need of objective and ethical guidelines, and roles and active participations of nurses in deciding the withdrawal of life sustaining treatment

Keyword : Attitudes toward withdrawal of life-sustaining treatment, nurses, doctors, and families of critical patients in an intensive care unit.

