

말기 환자에 대한 한국형 의료적 의사결정 체계 구축을 위한 델파이연구*

조계화**, 안경주***, 김균무 ****

I. 서론

1. 연구의 필요성

최근 우리사회는 품위 있는 죽음과 관련된 의료적 의사결정이 사회적 이슈로 대두되면서 호스피스 제도화 방안과 무의미한 연명치료 중단에 대한 지침 마련의 시급함을 지적한 바 있다. 또한 인구의 고령화와 만성질환으로 인한 수명연장은 의료인으로 하여금 고도로 전문화되고 체계화된 의료 돌봄 수행과 효율적인 의사결정을 요구하고 있다.¹⁾ 그러나 한국의 현실적인 병원체계가 의료인-환자-가족의 공유된 의사결정을 간과하고 있을 뿐 아니라, 전문교육을 받은 의사와 간호사 역시 생애 마지막 시점에서

어떻게 의사결정에 참여해야 할지 알 수 없는 상황에 직면하게 되는 갈등을 경험한다.²⁾

의사결정은 문제를 인식하고 대안을 숙고하여 적절한 방법을 선택하는 과정이다.³⁾ 그러나 말기의 의료적 의사결정 과정은 구체적 상황에서의 임종치료 선택과 임상적 의사소통 체계 및 한국의 가족문화를 포함하는 복합적 개념으로 이해되어야 한다. 특히 가족을 중시하는 한국사회에서 가족의 상호협력적인 문제해결은 임종 시 의사결정이나 지속적인 도전에 직면해야 하는 가족기능에 있어 매우 중요하다.

한편 말기 환자들은 치료선택과 결정에 참여하기를 원하며,⁴⁾ 말기 의사결정 시 환자의 참여와 바람직한 의료인-환자의 관계는 품위 있는 죽음과 밀

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

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

** 대구가톨릭대학교 간호대학

*** 청주대학교 간호대학

**** 고신대학교복음병원 응급의학교실

1) 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.

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

3) Simon HA. Decision Making: Rational, Nonrational, And Irrational. Educational Administration Quarterly 1993 ; 29(3) : 392-411.

4) Johnston B & Smith LN. Nurses And Patients Perceptions Of Expert Palliative Nursing Care. J Adv Nurs 2006 ; 54(6) : 700-709.

접한 상관이 있다.⁵⁾ 이는 환자의 자율성 증진과 인간존엄의 실현을 위한 의료인의 역할이 매우 중요함을 의미하며, 의료인들이 정보를 전달할 때 진실성과 정확성에 기초를 두어야 할 뿐 아니라, 효율적인 의사결정 체계를 구축해야 할 필요성을 제시한다.

효율적인 의사소통은 생의 마지막 의사결정 과정에서 환자의 참여를 북돋을 수 있다. 솔직한 의사소통이 완화치료에 매우 중요하다는 점을 인식하면서도 많은 의료인들이 실제 임상 상황에서 실천하지 않는 이유는 어느 시점에서 생의 마감에 대한 논의를 시작할 것인지에 대한 시점의 평가와 의료인의 의사소통 능력부족이다.⁶⁾ 한편 말기 의사결정 시 간호사는 의사에게 환자의 생각을 전달하거나 어려운 결정을 할 때 지지와 안해를 통해 환자가 의사결정 과정에 참여하도록 격려해야 한다.⁷⁾ 그러나 의료적 의사결정 과정에서 전문 의료인으로서 의사와 간호사 간의 갈등이 여전히 존재함은 여러 문헌에서 발견되었다.⁸⁻¹⁰⁾

의료인 간의 갈등 요인으로는 말기에 적극적 치료를 장기화하는 것과 의사가 치료정보를 공유하지 않아 환자와의 신뢰가 깨진 스트레스로 인한 간호사의 부정적 반응을 보고하였다.¹¹⁾ 진단내용을 알기를 꺼려하는 환자도 있지만, 대부분은 솔직히 알려주기를 바란다는 사실을 발견하였으며,¹²⁾ 이전의

한 연구에서는 말기 의사결정의 갈등 원인이 간호사의 의견을 듣지 않는 의사의 태도에 있다고 보고하였다. 이전의 연구에서 갈등 요인 중 하나로 의료적 의사 결정에 있어서 간호사의 의견이 반영되지 않기 때문이라고도 하였는데, 이는 국내의 연구에서도 밝혀진 바 있다. 따라서 말기 상황의 의사소통 갈등을 해결하고 환자의 품위 있는 죽음을 도와주기 위해서는 의료적 의사결정에서 주도적 역할을 하는 의사와 간호사 간의 협동적 의사결정 체계를 구성하는 것이 바람직하다.

현 시대적 변화와 사회적 요구에 비추어 말기의 의료적 의사결정에 관한 사회적 관심과 인지도는 매우 높은 것으로 보이나, 의료적 의사결정 체계에 대해 객관적인 방법을 통해 밝혀진 연구는 매우 부족하다. 그러므로 이러한 요구에 부응하기 위한 경험적 연구가 불가피하다. 이에 본 연구자들은 상기 문제들을 해결하기 위해 정책적 학술연구에 많이 적용되고 있는 전문가 델파이 기법과 전문가 집단 인터뷰를 통하여 한국 실정에 적합한 의료적 의사결정 체계를 구축하는 데 기초 자료를 제공하고자 하였다. 이 연구를 통해 의료사회의 전문분야 간 상호존중과 협동적 의사결정 체계 구축의 필요성에 대하여 사회적 공감대를 형성하고 제도적 장치를 구축하는 토대가 마련될 것으로 생각한다.

-
- 5) Hilden HM & Honkasalo ML. Finnish Nurse's Interpretations Of Patient Autonomy In The Context Of End Of Life Decision Making. *Nurs Ethics* 2006 ; 13(1) : 41-51.
 - 6) Norton SA & Talerico KA. Facilitating End-of-life Decision-making: Strategies For Communicating And Assessing. *J Gerontol Nurs* 2000 ; 26(9) : 6-13.
 - 7) Frank RK. Shared Decision Making And Its Role In End Of Life Care. *Br J Nurs* 2009 ; 18(10) : 612-618.
 - 8) Hilden HM, Louhiala P, Honkasalo, ML & Palo J. Finnish Nurse's Views On End Of Life Discussions And A Comparison With Physician's Views. *Nurs Ethics* 2004 ; 11(2) : 165-178.
 - 9) 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.
 - 10) Willard C & Luker K. Challenges To End Of Life Care In The Acute Hospital Setting. *Palliat Med* 2006 ; 20(6) : 611-615.
 - 11) Costello J. Nursing Older Dying Patients: Findings From An Ethnographic Study Of Death And Dying In Elderly Care Wards. *J Adv Nurs* 2001 ; 35(1) : 59-68.
 - 12) Friedrichsen MJ, Strang PM & Carlsson ME. 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.

2. 연구 목적

본 연구는 의료적 의사결정 체계 구성을 위해 미래 예측방법인 델파이 기법을 이용한 방안 제시에 그 목적이 있다. 이를 위해 앞으로 의료적 의사결정을 수행할 전문가들을 대상으로 여러 차례 질문을 반복함으로써 합의를 도출하고, 구체적이며 효과적인 방안 제시와 이를 토대로 한국형 의료적 의사결정 체계 구축을 위한 기초 자료를 제공하고자 하였다. 이를 위한 구체적 연구문제는 다음과 같다.

- 1) 의료적 의사결정과 관련된 다양한 미래 환경의 변화상은 어떠한가?
- 2) 현재 우리나라 의료적 의사결정 체계 구성을 위한 발전적 방향은 무엇인가?

3. 용어 정의

• 의료적 의사결정 체계

말기상황에서 대상자의 가치관과 자율성, 의료인의 의무와 역할을 바탕으로 의료적 의사결정 과정에서 발생하는 문제를 인식하고 대안을 숙고하여 적절한 방법을 선택하는 과정이다. 본 연구에서는 임상적 구체적 상황에서 발생하는 품위 있는 죽음과 관련되는 치료선택과 결정방식을 포함하는 임상적인 개념을 말한다.

• 델파이 기법

델파이 기법은 특정한 주제에 대하여 정보화된 판단(informed judgement)을 체계적으로 유도하고 대조하는 기법으로 전문적 견해에 근거하여 미래예측을 시도하는 방법이다.¹³⁾ 본 연구에서는 의료적 의사결정 체계 구성에 대한 의사와 간호사의 의견을 토대로 전문직 견해를 체계적으로 도출하여 분석,

종합하는 조사방법으로 이용하였다.

II. 연구방법

1. 연구 설계

본 연구는 의료적 의사결정 체계의 문제점을 파악하고 국내 의료적 의사결정 체계 구축을 위해 미래를 예측하는 델파이 기법을 사용하였다. 의료적 의사결정 체계와 관련된 전문가의 의견을 수렴하여 합의를 도출하는 델파이 방법을 통해 현재 국내에서 이루어지는 의료적 의사결정 체계를 분석 및 예측해 보고, 이로써 한국 상황에 적합한 의료적 의사결정 체계 구축을 위한 방안을 분석하고 그 적절성을 조사하였다. 이에 앞서 관련 서적, 저널, 인터넷 등을 통한 문헌자료와 선행연구를 통해 말기의 의료적 의사결정 실태와 문제점을 객관적으로 분석하고, 이를 토대로 이론적 배경과 주요 요인 도출을 위한 자료로 활용하였다.

2. 연구 대상

본 연구를 실시하기 전에 일 대학교병원 연구윤리위원회(IRB)의 심의를 통해 허가를 받았다. 전문성을 갖춘 패널의 선정은 델파이 연구의 신뢰도와 타당도에 큰 영향을 미치기 때문에 성공적인 델파이 연구를 위해 가장 중요한 것이 적합한 전문가를 선정하는 것이다. 가능한 표본크기는 30명에서 100명 이상까지 매우 광범위 하지만,¹⁴⁾ 본 연구에서는 의료적 의사결정 상황을 자주 접하게 되는 분야에서 2년 이상의 경력을 가진 의사와 간호사 각각 45명의

13) Miller MM. Enhancing Regional Analysis With The Delphi Method. The Review Of Regional Studies 1993 ; 23(2) : 191-197.

14) 김조자, 김수지, 박지원 등. 간호연구. 서울 : 수문사, 2002 : 433-434.

명단을 작성하였다. 그런 다음 전화로 본 델파이 연구에 대한 의의와 참여방법을 충분히 설명한 후 참여 동의를 얻어 90명 모두가 델파이 조사대상자로 선정되었으나, 이 중 불성실한 답변을 한 의사 3명과 간호사 4명을 제외한 83명이 본 델파이 설문연구 최종 대상자가 되었고 92.2%의 응답률을 보였다. 델파이 조사 전문가 집단의 분포를 살펴보면 <표 1>과 같다.

3. 자료수집

1) 전문가 패널 선정

델파이 조사에서는 참여자의 대표성, 전문적인 지식능력, 참여의 성실성, 참가자 수 등을 신중하게 고려해야 한다. 본 연구에서는 전문가 패널을 대학

병원에서 근무하는 의사와 간호사로 전문분야에서 2년 이상 종사자로 하였다. 근무부서는 의료적 의사결정 상황을 자주 접하게 되는 분야를 중심으로 현재 내과, 외과, 응급실, 중환자실, 그리고 호스피스 병동에서 근무하고 있는 사람으로 제한하였다.

2) 단계별 조사 및 분석 방법

본 연구는 말기 환자의 의료적 의사결정 시 변화되어야 할 사항을 다음과 같이 여섯 가지 분야에서 미래 변화를 예측해 보고자 하였다: 1) 말기치료 기준마련, 2) 법적 제도적 기준마련, 3) 교육홍보 강화, 4) 체계적인 사전의사결정, 5) 생명연장 중시 풍조, 6) 재정지원.

일반적으로 델파이 기법은 관심분야에 대한 미래를 예측하기 위한 질적 방법의 한 형태로, 해당 분

<Table 1> General characteristic of nurses and doctors

Characteristic		Nurses (N=41)	Doctors (N=42)	t or χ^2 (p)
Age(year)		40.36 (5.84)	33.19 (6.16)	5.436 (.000)
Education	Junior college	9	0	15.610 (.000)
	University	17	33	
	Graduate school	15	9	
Ward	Internal medicine	14	8	17.087 (.000)
	Surgeon	10	2	
	Emergency room	6	13	
	Hospice Ward	2	0	
	Intensive care unit	9	19	
Career(year)		18.21 (6.15)	6.90 (5.83)	8.600 (.000)
Religion	Protestant	4	10	11.792 (.019)
	Buddhist	3	6	
	Catholic	19	7	
	None	15	19	
experience in end of life decision making	Yes	22	35	8.493 (.003)
	No	19	7	
experience in family members' end of life care	Yes	10	13	0.446 (.337)
	No	31	29	

야 전문가들의 심층 의견교환을 통해 이루어진다.15) 본 연구에서 델파이 기법을 통한 조사절차는 다음과 같이 3단계에 걸쳐 진행되었다. 1단계는 연구문제의 명료화 단계로 본 연구자들이 여러 차례 회의를 통해 의료적 의사결정 체계의 미래변화를 예측하기 위해 이와 연관이 있는 여섯 가지 미래변화를 파악하기로 결정하였다.

2단계는 설문작성을 위한 과정으로 의료적 의사결정과 관련되는 분야에서의 미래변화를 구체적으로 예측하기 위해 전문가들이 심층토론의 과정을 통하여 구체적 문항들을 작성하였다. 각 문항은 내용을 분석한 후 유사한 항목은 통합하고 중복되는 항목은 삭제하였다. 이 과정에는 대학교수(2명), 실무자(10명), 대학원생(2명) 등 총 14명이 참석하였으며, 세 차례 회의와 전자메일교환 등을 통해 최종적으로 37문항을 추출하였다. 본 연구에서 사용된 설문도구 신뢰도는 Cronbach's alpha=.92로 나타났다.

3단계는 설문대상자 선정 및 설문과정으로 설문지 작성 후 각 문항에 대한 필요성, 발생확률, 발생연도 등에 관해 구체적으로 알아보기 위해 대구와 부산의 3차 의료기관 2곳에 종사하는 의사와 간호사 각각 45명을 대상으로 설문조사를 하였다. 델파이

기법에서는 설문응답자의 수보다는 해당분야의 전문성이 더욱 중요하기 때문에 유관분야의 전문가들을 중심으로 표본을 구성하는 데 노력을 하였으며, 최종적으로 의사(42명)와 간호사(41명)가 본 연구의 설문에 참여하였다. 설문 응답자들은 37문항 각각에 대해 필요성(5점척도: 1=전혀 필요하지 않다 ~ 5=매우 필요하다), 발생확률(0~100%), 발생연도(2012년부터 2016년까지의 5년 이내) 등을 평가하였다<표 2>.

설문지는 전문가끼리 누구인지 식별할 수 없도록 모든 전문가에게 일대일로 전자우편을 발송하여 회신을 받는 형식으로 이루어졌다. 설문조사는 2011년 2월 25일부터 3월 27일까지 32일 동안 발송, 회수되었다. 조사 자료는 각 항목에 대한 평균과 표준편차 값을 산출하고 이를 기준으로 순위를 도출하였다. 평균이 동점일 경우는 표준편차가 적은 항목에서 더 우선순위를 주었다. 그리고 항목의 평균 값이 3점 미만인 항목은 최종적인 바람직한 의료적 의사결정 체계 항목에서 제외하였다. 이상의 모든 통계적 처리는 SPSS/PC windows 12.0 프로그램을 사용하였다.

다음으로 의료적 의사결정과 직접적인 관련이 있는 의사, 간호사 집단을 대상으로 전문가 심층 집

<Table 2> Necessity for end of life decision making between nurses and doctors

Necessity	Nurses (N=41)	Doctors (N=42)	t(p)
Criteria for end of life care	3.82 (0.46)	3.62 (0.52)	1.832 (.071)
Legal standards	4.07 (0.48)	3.94 (0.58)	1.126 (.264)
Education and information	4.19 (0.58)	3.80 (0.68)	2.762 (.007)*
Systemic end of life care	4.41 (0.45)	4.07 (0.54)	3.053 (.003)*
Emphasis on value of human life	4.35 (0.58)	4.15 (0.69)	1.415 (.161)
Financial support	4.21 (0.64)	4.06 (0.58)	1.140 (.257)
Average	4.18 (0.36)	3.94 (0.47)	2.536 (.013)*

* p<0.05

15) 이은옥, 임난영, 박현애 등. 간호연구와 통계분석. 서울 : 수문사, 2009 : 253-254.

단 인터뷰를 실시하였다. 집단 인터뷰는 2011년 3월 29일 오후 6시부터 9시까지 대구의 대구가톨릭대학교에서 개최되었다. 간호사 집단은 현재 내과, 외과, 그리고 중환자실에서 2년 이상 근무 하고 있는 4명이었고, 의사 집단은 응급실과 내과병동 근무자 4명이 참석하였다. 전문가 심층 토론회에서는 효율적인 의료적 의사결정과 관련된 다양한 질문과 이에 대한 토론이 이루어졌다. 질문과 토의는 연구문제 2에 따라서 현재 우리나라 의료적 의사결정의 현황 및 발전적인 방향을 모색하는 데 중점을 두고 진행되었다. 구체적으로 의료적 의사결정의 현황을 파악하기 위해 임상상황의 문제점을 세분화하여 전문직 영역의 역할 측면과 의사소통 체계, 그리고 병원의 시스템 측면에서의 문제점과 의료적 의사결정의 발전적인 방향을 위해 변화되어야 할 의료체계와 발전을 저해하는 요인에 관해 질문과 토의가 이루어졌다.

III. 연구결과

1. 대상자의 일반적 특성

대상자의 일반적 특성 분포를 살펴보면, 연령은 간호사가 평균 40.36(±5.84)세, 의사가 평균 33.19(±6.16)세로 나타나 간호사가 약간 높은 연령 차이가 있었다($t=5.44, p=.000$). 학력은 간호사는 전문대(9명), 대학교(17명), 대학원(15명)이었고, 의사는 대학교(33명), 대학원(9명)의 순으로 두군 간에 교육정도의 차이를 보였다($t=15.61, p=.000$). 근무지별로 구분한 결과, 간호사는 내과(14명), 외과(10명), 중환자실(9명), 응급실(6명), 호스피스병동(2명)의 순으로 나타났고, 의사는 중환자실(19명), 응급실(13명), 내과(8명), 외과(2명)의 순으로 두 군 간에 근무지의 유의한 차이가 있었다($t=17.09, p=.000$). 근무 기간은 간호사가 평균 18.2(±6.15)년이었고,

의사는 평균 6.9(±5.83)년으로 간호사가 의사에 비해 3배 정도 길어서 두 군 간에 유의한 차이가 있었다($t=8.60, p=.000$). 종교는 간호사는 천주교(19명), 무교(15명), 개신교(4명), 불교(3명)의 순으로 나타난 반면, 의사는 무교(19명), 개신교(10명), 천주교(7명), 불교(6명)의 순으로 나타났다. 사전의사결정 경험에서 간호사의 경우, '있다'고 응답한 경우 22명, '없다'고 응답한 경우 10명인 반면, 의사는 '있다'로 응답한 경우 35명, '없다'로 응답한 경우 7명으로 나타나 의사가 간호사에 비해 사전의사결정 경험이 많아 두 군 간에 차이가 있었다($t=8.49, p=.003$). 가족 중 말기치료를 한 경험은 간호사군에서 '있다'인 경우 10명, '없다'인 경우 31명인 반면 의사는 '있다'가 13명, '없다'라고 응답한 사람이 29명으로 나타나 가족의 말기치료경험은 두 군 간에 차이가 없었다($t=0.45, p=.337$).

2. 델파이 설문조사 분석 결과

연구문제 1을 해결하기 위하여 델파이 설문조사가 실시되었다. 델파이 설문문항 총 37개에 대한 응답 결과는 <표 3>에 자세히 제시되어 있다. 문항 도출과정에서 유사한 내용은 통합하고 중복되는 항목은 삭제하여 1차적으로 도출된 항목 수는 37개였고, 2차 조사에서 항목의 평균값이 2.5점 미만이거나 전문가 2인 이상이 가치 항목으로 부적절하다고 언급한 항목이 없어 본 연구에서 도출된 바람직한 의료적 의사결정 체계 항목 수는 37개로 확정되었다.

필요성과 관련하여서는 2개의 항목(6, 7번 문항)을 제외하고는 모두 3.5이상의 점수를 보여 보통 이상의 필요한 변화로 인식되었고, 그 중 12개 항목(4, 6, 7, 8, 9, 12, 16, 17, 23, 24, 30, 34)을 제외하고는 모두 4.0 이상의 점수로 필요한 변화로 인식되었으며, 4.5 이상 매우 필요한 변화로는 '환자의 의식이 명료한 경우에는 사전의사결정에 환자를 직접 참

<Table 3> Items to be changed when I do end of life care decision making

Items to be changed	Necessity mean(SD)	Possible Chances(%)	Year goal to change(year)
Criteria for end of life care (7)			
1. Objective criteria for end state illness should be set up.	4.00 (0.74)	60.3	2014
2. Guidelines for life prolongation treatment should be set up.	4.21 (0.82)	64.0	2014
3. Advanced directives should be standardized by government.	4.04 (0.86)	58.9	2016
4. The assessment of viability should be described on the basis of numerical data.	3.71 (1.00)	59.2	2012
5. Criteria for hospice care should be set up.	4.07 (0.90)	65.9	2012
6. If the patients' perspective is different family, the family's opinion should be more emphasized.	2.77 (1.03)	58.7	2014
7. If the patients want to euthanasia, because of pain, even more lives should be valued.	3.25 (1.05)	53.9	2012
Legal standards(10)			
8. Legal standards for mandatory advanced directives should be establish.	3.98 (0.94)	59.3	2014
9. Systemic process of advanced directives should be documented.	3.93 (0.90)	60.9	2014
10. The medical team's burden of end of life care should unburden by legal protection.	4.25 (0.80)	60.0	2014
11. The selection criteria for legal guardian should be establish.	4.20 (0.71)	62.2	2014
12. Legal guardian must make decision.	3.69 (0.93)	58.1	2014
13. The legal mechanism for agreement specifying of advanced directives should be set up.	4.18 (0.79)	61.8	2014
14. To facilitate advanced directives, the legal right of doctor should strengthen.	4.06 (0.83)	60.3	2014
15. Unaccompanied unconscious patient's end of life care should be defined by doctor's decision.	4.03 (0.87)	58.4	2012
16. End of life care medical decision committee should be organized within the hospital.	3.89 (0.95)	58.6	2012
17. If the patients' perspective is different family, the committee should be adjusted.	3.80 (0.96)	58.2	2014
Education and information(7)			
18. Education about advanced directives should be strengthened.	4.02 (0.82)	62.8	2014
19. Medical ethics education for medical team should be strengthened.	4.03 (0.86)	62.3	2012
20. The need for effective advanced directives system required consensus among health professionals.	4.06 (0.78)	60.0	2012
21. Advanced directives system training program for healthcare provider should be increased.	4.15 (0.87)	64.0	2014

22. The government is required promotion for social consensus.	4.13 (0.82)	59.2	2014
23. Each hospital is required promotion for hospice' extents and contents.	3.79 (0.93)	57.3	2012
24. Professional associations is required promotion for advanced directives.	3.79 (0.93)	59.8	2014
Systemic end of life care(6)			
25. Medical team should be explain the guardian about patient's medical status, prognosis, and advanced directives.	4.37 (0.72)	68.9	2014
26. Health professionals must provide patients and guardians sufficient time for decision making.	4.30 (0.76)	68.4	2014
27. If patient want, the written consent of the other doctor should be provided in addition to primary care doctor.	4.00 (0.73)	60.1	2012
28. Documented advanced directives can hand medical team over.	4.31 (0.67)	63.6	2014
29. If patient have a clear sense, the patients should fill out advanced directives.	4.45 (0.72)	67.0	2012
30. Hospital should be cooperated with social institution.	3.98 (0.78)	61.6	2014
Emphasis on value of human life prolongation(3)			
31. To extend the life of patient must do medical team and family's best.	4.08 (0.91)	63.9	2012
32. By the advanced directives, cognition for well dying is changed.	4.31 (0.83)	60.7	2014
33. Korean hospice model should create.	4.37 (0.79)	58.5	2014
Financial support(4)			
34. Unaccompanied patient should fill out advanced directives.	3.75 (0.94)	53.9	2016
35. Operating the hospice ward and Intensive care unit should actively support the government.	4.31 (0.77)	54.6	2016
36. Medical insurance fee for hospice should estimate systematically.	4.33 (0.78)	56.0	2016
37. Medical expenses for poor patients should be formulated at appropriate levels.	4.15 (0.78)	55.6	2016

여시켜야 한다.'는 29번 문항으로 나타났다.

예상확률을 살펴보면 미래를 예측하는 부분이라서 대부분의 응답자들이 확신을 하기 어렵기에 신중한 반응을 보였다고 생각된다. 전체 항목이 50~60%의 발생 확률을 보였으며 60%대는 19개, 50%대는 18개의 분포를 보였다. 그 중 가장 높은 발생확률을 보인 항목은 68.9%를 보인 25번 문항인 '의료진은 보호자에게 환자의 현재 상태, 예후 및 사전 의

료의사결정에 대해 설명해야 한다.'였고 그 다음이 68.4%의 확률을 보인 26번 문항 '의료진은 환자나 보호자에게 사전의료결정에 필요한 충분한 시간을 제공해야한다.'로 나타났다.

발생 예상연도를 살펴보면, 2014년에 가장 많은 변화가 일어날 것으로 예상하고 있으며 대부분의 변화들이 2014년 이내에 나타날 것으로 예측되었다. 이는 재정지원을 제외한 말기치료기준, 법적, 제도

적 기준마련, 교육홍보강화, 체계적인 사전의사결정, 생명연장중시 풍조 등 의료적 의사결정을 둘러싼 환경에 많은 변화가 일어날 것으로 예상된다.

간호사군과 의사군 간의 필요성 차이 <표 2>에는 간호사가 평균 4.18점, 의사가 3.94점으로 두 군이 통계적으로 유의한 차이가 있었다($t=2.54$, $p=.013$). 말기치료기준 마련 점수에는 간호사가 평균 3.82점, 의사가 3.62점으로 두 군이 통계적으로 유의한 차이가 없었고($t=1.83$, $p=.071$), 법적 제도적 기준마련 점수 역시 간호사가 평균 4.07점, 의사가 3.94점으로 두 군이 통계적으로 유의한 차이가 없었다($t=1.13$, $p=.264$). 교육홍보강화 점수에는 간호사가 평균 4.19점, 의사가 3.80점으로 두 군이 통계적으로 유의한 차이가 있었고($t=2.76$, $p=.007$), 체계적인 사전의사결정 점수에도 간호사가 평균 4.41점, 의사가 4.07점으로 두 군이 통계적으로 유의한 차이가 있었다($t=3.05$, $p=.003$). 생명연장중시 풍조 점수에는 간호사가 평균 4.35점, 의사가 4.15점으로 두 군이 통계적으로 유의한 차이가 없었고($t=1.42$, $p=.161$), 재정지원 점수 역시 간호사가 평균 4.21점, 의사가 4.06점으로 두 군이 통계적으로 유의한 차이가 없었다($t=1.14$, $p=.257$).

3. 전문가 심층 집단 인터뷰 결과

연구문제 2는 현재 우리나라의 의료적 의사결정 시스템의 현황과 이에 대한 발전적 방향을 찾는 것이었다. 참가자는 간호사 4명과 의사 4명으로 총 8명이었다. 전문가집단의 의견을 종합하면 다음과 같다.

1) 현재 국내 의료적 의사결정 상황

먼저 의료진의 역할 측면에서 의사로서 환자의 적정진료범위를 결정하기 어렵고, 어느 시점에서 적

극적인 생명유지 장치를 사용해야하는지 정확하게 결정하기 어렵다는 점을 지적하였다. 필요 없는 시술에 대해 자세히 설명해야 하는 것도 문제이고, 의료진 간의 가치관 차이로 인한 갈등과 환자, 보호자와 현실적인 경제문제에서 충돌할 수 있는 가능성을 배제할 수 없는 실정으로 객관적인 지침이 요구된다는 제안을 하였다. 특히 사회 경제적 상황이 각 환자마다 다양하기 때문에 보호자를 설득하기가 어려울 뿐더러 생명연장의 중단에 대한 법적 근거가 없어 전문적 영역의 역할에 대한 법적 명시가 필요하다는 입장이었다. 소생가능성을 수치화할 수 없을 뿐더러 회복가능성과 치료 중단의 경계에서 실제 의료적 결정의 한계를 체험하며 주치의로서 부담이 크다는 점을 밝혔다.

의사소통 체계의 측면에서는 정보의 비대칭성으로 실제적인 결정권이 의사에게 있고, 응급상황이라는 측면에서 의사의 일방적인 의사소통이 통용화 되어 있다고 하였다. 또한 환자에게 현재 상태를 전달할 때 직설적으로 이야기 하는 것이 한국정서상 잘 되지 않을뿐더러 주치의와 보호자 간의 소통시간이 짧아 공감대형성이 어렵고, 말기 상황이 오기 전에 의논하기에는 말을 떼기가 쉽지 않고, 급박한 상황이 되었을 때에는 체계적인 설명과 의논 시간이 부족하다는 점을 지적하였다. 여러 의학적 문제로 인한 환자의 복합적인 상태를 보호자에게 이해시켜야 하고 상황변화에 대해 환자와 보호자들이 받아들이고 결정을 유지하게 하면서 동시에 의료진을 보호해야 하는 것이 어렵다고 하였다.

병원의 시스템 측면에서 병원의 원칙과 규정을 따르다보면 환자의 상황을 배려해주기 어렵고, 병원 수익과 충돌될 경우 다른 치료를 거부하는 환자의 입원을 지속해야 할지가 문제라고 하였다. 병원은 담당의사에게 너무 의존적이므로 객관적인 지침과 적립된 도구의 필요성이 요구됨을 제안하였으며, 병원에서 생명연장에 대한 논의나 지침이 없으므로 시

스텝적으로 도와주는 것은 전무하다고 보았다. 병원에서는 호스피스 팀 구성이 필요하고, 다학제 간 접근으로 의견을 공유하고 환자관리를 해야 하고 병동이 준비되지 않은 상황에서 다인실에서 죽음을 맞이하는 경우가 없도록 해야 한다는 의견을 보였다.

보호자 측면에서는 주위의 의견에 휘둘려 말기 환자에게 불필요한 치료과정을 선택하거나 환자의 상태를 고려하지 않고 감정적인 결정을 하는 경우가 많다는 점을 지적하였다. 보호자들은 급박한 상황에서 의사결정을 강요받아 의사결정 후에 불만과 불만족이 남고 원망할 상태를 찾게 된다는 점도 밝혔다.

2) 의료적 의사결정의 발전적인 방향

국가차원에서 적절한 치료단계결정의 객관적인 기준이 설정되어야 하고, 합의 사항에 대해 문서화, 규격화, 표준화하여 정부 차원에서 어느 정도의 통일성이 있었으면 좋겠다는 의견이 제시되었다. 말기의 무의미한 치료중단 또는 처치를 줄이는 것에 대한 의료인의 책임을 덜어줄 수 있는 법적인 장치가 필요하고, 환자의 소생가능성에 대한 구체적으로 수치화된 자료를 토대로 설명하는 것이 의사결정에서 중요하다고 밝혔다. 또한 DNR(do not resuscitation) 동의서의 경우 어디까지 치료를 할 것인지에 대해 구체적으로 의논해야 하며, 규격화된 심폐소생술 및 심폐소생술 중단 원칙 마련의 필요성이 제기되었다.

환자는 의식을 잃기 전에 사전의료지시서를 작성해야하고, 의료진과 보호자 간 실제 결정 상황에서 법적으로 안정적이고 더 자세하고 체계적인 결정문과 보호자와 상의를 통해 결정된 사항에 대해 법적보호자가 필요하다고 제안하였다. 병원은 법률전문인력의 참여로 이러한 사안을 심의하고 결정하는 위원회를 구성하여 결정에 도움을 줄 수 있으면 좋겠다는 제안도 있었다.

한편 말기상황에서 무의미한 자원낭비를 방지하기 위해서는 보다 강화된 보호자 교육이 필요하다는 점에 의견을 모았다. 환자 자신이 자신의 상태와 치료에 대해 생각하는 캠페인, 안내문, 결정서 등의 체계가 필요하고, 호스피스 병동의 시설을 강화해야 한다는 의견도 있었다. 의협이나 간협 같은 기구에서 대국민 홍보 및 결정 기준 확립을 하여 사회적 공감대 형성이 필요하고, 병원 재정에 부담을 줄 수밖에 없는 ICU운영에는 정부가 적극 지원한다든지 보호자가 없을 시 정부에서 의사결정에 의무적으로 참여하는 안건도 있었다. 한편 병원간의 환자 전달체계, 병원 내 협진체계가 유기적이고 원활하게 될 수 있도록 시스템을 정비해야 한다고 제안하였다.

의사와 간호사의 공감능력과 의사소통능력을 발전시킬 방안과 윤리교육 강화가 필요하다고 지적하였고, 호스피스를 위한 의료인 간의 사전 의견조율과 의사결정의 상황에 있어서의 체계적인 소통체계의 필요성도 논의되었다. 의사는 진료와 경과에 대해 환자와 보호자에게 분명히 얘기하고, 그 이외의 문제들(가족문제의 갈등 파악 중재, 환자와 가족 간 의견통합, 의사결정 촉진, 사회 경제문제에 대한 의뢰, 죽음불안, 영적 고통의 호스피스 팀 위탁, 신체적 안위중재, 보호자의 슬픔예견과 중재 등)은 간호사를 통해 관리되면 좋겠다는 의견이 제시되었다.

IV. 고찰

본 연구 결과 말기 환자의 의료적 의사결정 시에 변화되어야 할 필요성이 가장 높은 문항은 평균 $4.45(\pm 0.72)$ 인 29번(환자의 의식이 명료한 경우에는 사전의사결정에 환자를 직접 참여시켜야 한다.)이고 그 다음이 평균점수 $4.37(\pm 0.72)$ 인 25번 문항(의료진은 보호자에게 환자의 현재 상태, 예후 및 사전 의료의사결정에 관해 설명해야 한다.)과 평균점

수 4.37(± 0.79)인 33번 문항(한국문화와 정서에 맞는 한국형 호스피스 모형을 만들어야 한다.)으로 나타났다. 이러한 결과는 말기 상황에서 환자의 자율성 보장과 관련하여 의료인의 역할과 의사소통의 중요성을 입증하고 있다. 효율적인 의사소통은 생의 마지막을 결정하는 과정에서 환자의 참여를 북돋울 수 있으므로, 의사와 간호사는 정보제공자, 옹호자의 입장에서 환자의 요구를 명확히 사정하고 이를 존중해야 한다. 그럼에도 불구하고 현실적인 의료적 의사결정 상황에서 환자의 자율성 보장은 아직도 미숙한 단계이며, 그 이유로는 한국사회의 문화적 특성과 관련된 의료체계, 가족기능, 법적, 윤리적 충돌 등 다양한 변수들을 포함하고 있다.¹⁶⁾

먼저 의료인의 사전의료 의사결정에 대한 설명은 환자가 자율적 판단이 불가능한 상황에 직면 할 경우를 대비하여 치료에 대한 자신의 견해를 분명히 밝히는데 도움을 줄뿐 아니라 인간존중과 관련된 말기의 삶의 질 및 가족과 의료인의 불필요한 갈등과 소송을 차단하는데 있어 매우 중요하다. 본 연구의 결과는 의료적 의사결정에서 우리사회에 변화가 필요한 가장 큰 요인으로 의식이 명료할 경우, 의사결정 시 환자를 직접 참여시켜야 한다고 하였는데, 이러한 의견은 2012년까지 67%의 달성율을 예견하였다. 이와 관련하여 이전의 연구에서는 건강한 죽음을 맞이할 준비가 된 환자들은 치료결정에 개방적 참여 자세를 나타낸다고 하였으며,¹⁷⁾ 말기의 의료적 의사결정 상황에서 환자의 참여가 미진한 이유를 한국의 가족과의 관계에 많은 비중을 두고 설명하였다. 이전의 연구에서는 진단내용의 비공개는 제한적 치료와 의료적 관심의 약화로 보았고,¹⁸⁾ 외국의 연구에서도 정보의 제한은 환자의 의사결정 참여를 방

해할 수 있다고 하여 본 연구의 결과와 같은 맥락을 보인다. 즉, 사전의사결정에서 의료인은 환자의 직접적인 참여를 권유하고 충분한 설명을 해야 할 필요성이 높으며, 이러한 결과는 우리 사회의 존엄가치가 결여됨을 간접적으로 보여준 것이라 생각된다.

이와 관련하여 우리나라는 지난해부터 무의미한 연명치료중단과 관련하여 수차례 치료결정에 관한 논의를 거쳐온 바 있으며, 보건복지부는 본인의 동의가 있는 말기 환자에게만 연명치료중단을 할 수 있다는 데 합의점을 도출하였다. 그러나 사전의사결정 제도가 환자 중심의 올바른 제도로 정착되기까지는 인간존중을 바탕으로 한 환자-가족-의료인 간의 공유된 의사결정체계가 이루어져야 할 것으로 생각된다.

한편 말기 환자의 의료적 의사결정 시에 변화되어야 할 필요성이 가장 낮은 문항은 평균 2.77(± 1.03)인 6번(가족과 환자의 입장이 다를 경우에는 가족의 의견을 더 중시해야 한다.)이고, 그 다음이 평균점수 3.25(± 1.05)인 7번 문항(고통 때문에 안락사를 원하는 경우에는 자율에 맡기기보다 환자의 생명을 더 중시해야 한다.)으로 나타났다. 이러한 결과는 한국문화의 특성을 반영한 것으로서 우리나라에서는 말기 상황의 의료행위에 대한 결정을 환자 스스로 하기보다는 의사와 가족의 견해에 더 많은 비중을 두고 있음을 시사하고 있다. 본 연구의 결과는 한국사회에서의 가족과 집단의 이익은 개인의 이익을 능가한다고 설명한 이전의 연구를 뒷받침하고 있다.¹⁹⁾ 이와 관련하여 가족 간의 의견차이가 임종의 과정을 연장시키고 말기 환자의 삶의 질에 부정적인 영향을 미칠 수 있다는 점을 제시한바 있어²⁰⁾ 우리나라도 의사결정 과정에서 환자를 배제하지 않

16) 최경석. 생명의료윤리에서의 '자율성'에 대한 비판적 고찰. 한국의료윤리학회지 2011; 14(1) : 13-27.

17) Rankin SC, Donahue MP, Davis K et al. Dignified Dying As A Nursing Outcome. Outcomes Manag Nurs Pract 1998; 2(3) : 105-110.

18) 이명선, 노동영, 김금자 등. 유방암 관련 인터넷상담 질문에 대한 내용분석. 중앙간호학회지 2007; 7(2) : 119-130

19) 김선희. 암환자의 DNR(Do-Not-Resuscitate) 의사결정. 간호연구 2005; 13(1) : 127-143.

20) Winter L & Parks SM. Family Discord And Proxy Decision Makers' End-of-life Treatment Decisions. 2008; 11(8) : 1109-1114.

는 가족결정 모델을 재고해 볼 필요가 있다. 특히 가족의 수가 많거나 환자 치료에 대한 경제력이 없는 가족인 경우, 가족의 압력이나 분쟁이 환자의 의도보다 강하게 작용할 수 있기 때문이다.

안락사는 환자의 상태가 말기인지 혹은 자율적 판단이 가능하지 않은 상태인지 여부와는 상관없이 환자가 치료 불가능한 고통을 겪고 있는 경우에 죽음에 이르도록 하는 것으로,²¹⁾ 본 연구에서는 고통 때문에 안락사를 원하는 경우, 생명 중지에 대한 필요성이 자율성에 비해 약화되어 나타났다. 이와 관련하여 이전의 연구에서는 해결될 희망이 없는 극심한 통증은 삶의 질 손상뿐 아니라 자살과 안락사의 유혹을 느끼게 한다고 밝힘으로써,²²⁾ 본 연구의 진술을 부분적으로 뒷받침하고 있다. 또한 고통으로 인한 죽음의 문제는 사회적인 상황과 맥락 속에서 비롯되며,²³⁾ 주관적이며 개별화된 복합적인 경험의 본질²⁴⁾로서 의료인으로서의 환자의 말기 고통에 대한 민감한 대응이 절실히 요구됨을 시사한다.

말기 환자의 의료적 의사결정 상황이 변화되어야 할 필요가 있다고 응답한 항목에서 간호사와 의사 집단 간에 차이를 보였으며($t=2.536, p=.013$), 특히 교육홍보강화와 체계적인 사전의사결정 범주에서 차이를 보였다. 교육홍보 강화 범주에서는 문항번호 21번(사전 의료적 의사결정에 기여할 수 있는 호스피스 전문 간호사와 같은 전문가 교육프로그램을 늘려야 한다)이었고, 체계적인 의사결정에서는 문항번호 29번(환자의 의식이 명료한 경우에는 사전의사결정에 환자를 직접 참여시켜야 한다)이었다. 이러한 현상은 전문가 델파이 심층면담에서 밝혀진 내용인 의사와 간호사의 공감능력과 의사소통 능력을 증대시킬 방안과 윤리교육 강화가 필요하

고 지적한 내용과 일치해 보인다. 이전의 연구에서는 말기 상황의 의사결정 과정에서 간호사 측의 문제점들을 제시하였는데, 그 중 부각된 문제는 의사소통의 기술뿐 아니라 말기 임종 교육에 대한 제한점이었다. 이는 80% 이상의 간호사들이 말기 환자의 총체적 안위를 위한 교육의 필요성을 보고한 연구결과와 같은 맥락을 나타냄으로써, 의료적 의사결정을 위한 의료인의 지식, 기술, 태도에 관한 임상교육의 필요성을 인식할 수 있었다.

말기 환자의 의료적 의사결정 시에 변화되어야 할 사항 중 변화가 일어날 확률이 가장 크면서 이러한 변화가 발생할 예상 연도가 가까운 시기로 나타난 범주는 '체계적인 사전의사결정'으로 나타나 사전의료의사결정에 대한 의료진의 설명 의무와 충분한 시간제공, 문서화, 환자참여, 그리고 의사결정을 위한 기관과의 연계적 협조 문항으로 나타났다. 이러한 결과는 최근 우리사회의 무의미한 연명치료 중단에 대한 사회적 관심과 올바른 사전의사결정제도 확립을 위한 노력의 결과로 사료된다. 한편 변화가 일어날 확률이 가장 낮으면서 발생할 예상 연도가 가장 먼 시기로 이루어진 범주는 '재정지원'의 4문항으로 보호자가 없는 환자의 사전의료의사결정의 의무화, 호스피스병동과 중환자실 운영의 정부지원, 호스피스 수가의 체계적 산정, 그리고 적정 수준의 의료비 책정으로 나타났다. 이러한 결과는 적절한 수가책정의 제도화로 호스피스 서비스의 공급과 수혜율의 증가를 기대하지만 우리나라 현재의 건강보험 대상의 제한점과 정부와 병원의 재정 부담을 조율하는 데는 상당한 시간이 소요될 것으로 예상되는 데 합치하였다.

이상에서 본 연구는 의료적 의사결정 시에 변화

21) 권복규. 국내의 뇌사, 존엄사와 안락사에 대한 의식의 변화와 윤리: 소아를 중심으로. 소아과학회지 2009 ; 52(8) : 843-850.

22) 윤영호, 이영선, 남소영, 채유미, 허대석, 이소우, 홍영선, 김시영, 이경식. 품위 있는 죽음과 호스피스·완화의료에 대한 일반 국민들의 태도. 한국호스피스·완화학회지 2009 ; 17(1) : 17-28.

23) Zola IK. The Social Construct Of Suffering. New York : NLN Press, 1992 : 11-23.

24) Cassell EJ. The Nature Of Suffering: Physical, Psychological, Social, And Spiritual Aspects. New York : NLN, 1992 : 15-24.

되어야 할 항목들을 필요성, 발생률, 발생가능연도 별로 나누어 살펴보았다. 이는 최근 품위 있는 죽음에 대한 관심의 증대와 무의미한 연명치료중단과 관련하여 사회적 합의점을 도출한 우리사회의 현황을 볼 때, 올바른 의료적 의사결정제도 확립을 위해 시의 적절하다고 사료된다. 특히 본 연구는 의료적 의사결정의 일선에서 중요한 역할을 담당하고 있는 의사와 간호사의 전문가 델파이 의견을 조사하여 종합하였으므로 임상현장에서 적용이 용이하다는 이점이 있다. 따라서 바람직한 의료적 의사결정을 위한 의료인의 실무능력 배양과 직업적 책임, 그리고 인간 존엄의 가치를 가지고 죽음을 바라보는 자세가 요구된다. 이러한 자세를 견지할 때, 한국 상황에 적합한 의료적 의사결정체계를 만들어 갈 수 있을 것이다.

V. 결론 및 제언

본 연구는 한국 사회에서 생명연장술과 관련된 환자의 자율적 의사결정권과 사전의사결정제도에 대한 관심과 논란이 증대되는 시점에 즈음하여 의사와 간호사로 구성된 전문가 델파이를 구성하여 의료적 의사결정과 관련된 다양한 미래 환경의 변화상과 현재 우리나라 의료적 의사결정 체계 구성을 위한 발전적 방향을 모색하기 위한 목적으로 수행되었다.

말기 환자의 의료적 의사결정 시에 변화되어야 할 사항을 필요성과 발생확률 및 발생 예상연도별로 구분하여 구조화된 설문을 통해 살펴본 결과, 변화의 필요성이 가장 높은 사항으로는 ‘환자의 의식이 명료한 경우에는 사전의사결정에 환자를 직접 참여시켜야 한다.’는 29번 문항으로 나타났다. 변화 예

상확률에서는 25번 문항인 ‘의료진은 보호자에게 환자의 현재 상태, 예후 및 사전 의료의사결정에 대해 설명해야 한다.’였고 그 다음이 26번 문항 ‘의료진은 환자나 보호자에게 사전의료결정에 필요한 충분한 시간을 제공해야 한다.’로 나타나 말기의 의료적 의사결정 시 의료인의 역할과 책임에서 많은 변화가 일어나야함을 지적하였다. 변화가 발생할 예상 연도는 대부분의 변화들이 2014년 이내에 나타날 것으로 예측되었다. 재정지원을 제외한 말기치료가 준마련, 법적 제도적 기준마련, 교육홍보강화, 체계적인 사전의사결정, 그리고 생명연장중시풍조 등 의료적 의사결정을 둘러싼 환경에 많은 변화가 일어날 것을 예상하여 의료적 의사결정 시 해결되어야 할 가장 큰 사안은 경제적 지원문제로 나타났다.

전문가 심층 집단 인터뷰 결과에서 드러난 현실적인 의사결정의 문제점으로는 말기치료기준과 의사소통 체계에 대한 객관적 지침의 부재로 인한 의료인과 가족, 병원 사이의 갈등과 부담감을 표출하였다. 의료적 의사결정의 미래방향으로는 국가차원의 적절한 치료단계결정에 대한 객관적인 기준 설정과 재정지원, 병원 차원에서의 윤리심의위원회 구성, 사회적 공감대 형성을 위한 범국민적 홍보, 그리고 의료인의 교육 강화가 제시되었다.

이상의 연구결과를 통해 의료적 의사결정에 대한 새로운 정책의제를 창출할 수 있기를 바라며, 한국의 문화를 바탕으로 한 사전의사결정 가이드라인의 표준화 작업 및 그 효과성을 검증할 수 있는 도구 개발을 제언한다. ㉞

색인어

의사결정, 델파이 연구, 말기 치료

Future Changes and Directions for the Construction of a Medical Decision-Making System in Korea: Focused on delphi surveys*

Jo, Kae Hwa*, An, Gyeong Ju**, Kim, Gyun Moo***

Abstract

Purpose: The purposes of this study were to identify future changes that may affect medical decision-making and to suggest future directions for the medical decision-making system in Korea.

Methods: This study conducted Delphi surveys and in-depth group interviews with physicians and nurses working in two different university hospitals in Daegu and Busan.

Results: The collected data suggest that the current medical decision-making system needs to be more clearly defined in accordance with clinical applications. The findings from professional group interviews suggest that the Korean government may need to regulate economic conditions in order to facilitate medical decision-making in the near future as hospital environments change and grow.

Conclusion: The results of this study may help healthcare professionals working at various crisis settings to understand and apply decision-making systems in the context of end-of-life medical care. The future directions were proposed that national standard setting and financial support, hospital ethics committee constitution, nationwide information for social consensus, strengthening the education of health professionals.

keywords

decision-making, delphi technique, terminal care

* 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).

** *Professor, College of Nursing, Catholic University of Daegu*

*** *Assistant Professor, College of Nursing, Cheongju University*

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