

중환자실 간호사와 보호자의 연명치료중단에 대한 인식^{*,**}

김원정^{***}, 강지숙^{****}

요약

본 연구는 중환자실 간호사와 보호자의 연명치료중단에 대한 인식을 파악하여 간호사로서 환자와 보호자에게 연명치료와 관련된 상황에서 올바른 정보를 제공하고, 보호자로서 최선의 의사결정을 할 수 있도록 연명치료중단 교육의 기초자료를 마련하고자 시도되었다. 본 연구는 구조화된 설문지를 이용한 서술적 조사연구이며, J도와 K광역시 소재 4개 대학병원 중환자실 간호사 91명, 중환자실 보호자 76명을 대상으로 수행하였다. 자료수집기간은 2014년 4월부터 2014년 6월까지 이었고 수집된 자료는 SPSS 20.0 program을 통해 실수, 백분율, 평균, 표준편차, χ^2 -test, fisher's exact test를 실시하였다. 본 연구 결과 연명치료중단에 대한 인식에서 중환자실 간호사는 '심호흡마비가 왔을 때 심폐소생술을 시행하지 않을 수 있다', '혈액투석을 중단할 수 있다.', '수혈을 중단할 수 있다.' 순으로 긍정 응답이 높은 반면 중환자실 보호자의 경우 '산소공급을 중단할 수 있다.', '호흡기를 제거할 수 있다.', '혈액투석을 중단할 수 있다.' 순으로 긍정 응답이 높았다. 중환자실 간호사와 보호자의 연명치료중단 중 심폐소생술금지에 대한 인식은 '심폐소생술금지 필요성'($\chi^2=20.327$, $p=.000$), '심폐소생술금지 필요이유'($\chi^2=9.755$, $p=.007$), '심폐소생술금지 결정자'($\chi^2=6.366$, $p=.042$), '심폐소생술금지 설명시기'($\chi^2=14.790$, $p=.004$), '심폐소생술금지 설명의무(본인)'($\chi^2=17.907$, $p=.000$), '심폐소생술금지 시행(본인)'($\chi^2=9.498$, $p=.009$), '문서화된 심폐소생술금지 지침 필요'($\chi^2=7.202$, $p=.027$) 면에 간호사와 보호자간 유의한 차이가 있었다. 이에 임상현장에서 간호사는 보호자의 상담자, 지지자로서 적극적인 역할을 수행하여야 하며, 이에 보호자와의 충분한 의사소통이 필요할 것이다. 또한 간호사와 보호자를 위한 연명치료에 대한 교육프로그램의 필요성을 시사하였다.

색인어

간호사, 보호자, 심폐소생술금지, 연명치료중단, 중환자실

교신저자: 강지숙, 원광대학교 의과대학 간호학과, Tel: 063-850-6070, Fax: 063-850-6060, e-mail: jskang@wku.ac.kr

* 본 논문은 제1저자 김원정의 석사논문을 수정하여 작성한 것임.

** 본 논문은 2014년도 원광대학교 교내학술연구비 지원으로 수행되었음.

*** 원광대학교의과대학병원 신경외과중환자실 **** 원광대학교 의과대학 간호학과

I. 서론

1. 연구의 필요성

현대 의학기술의 발달은 과거에 치료가 불가능했던 질병을 치료하고 생명을 구하는데 기여해왔으며, 치료 및 회복 불가능한 경우라도 인공영양, 심폐소생술, 인공호흡기와 같은 생명유지의 의학적 수단들을 통해 생명의 연장을 가능하게 하였다[1,2]. 그러나 연명(延命)만을 위한 의료처치로 인하여 환자들이 받는 육체적, 정신적 고통은 생명연장의 기쁨보다 인간으로서 존엄마저 상실시킬 수 있다[3]. 또한 소생가능성이 없는 상태에서 환자가 고통을 받으며 단순히 생명을 연장하는 것보다 의미없는 치료를 중단하여 존엄한 죽음을 맞게 하는 것이 낫다는 견해가 대두되었다[4].

연명치료란 ‘말기환자의 상병 원인을 직접 치료하거나 주된 병적 상태를 개선할 수는 없지만 생명을 연장할 수 있는 치료’, 혹은 ‘치료에 의해서 상태가 좋아지지 않는 환자의 상황이나, 치료에도 불구하고 영구적 무의식 상태나 의학적 집중 치료에 의존해야만 하는 경우’를 지칭한다. 연명치료중단이란 치료적 행위가 환자의 회복에 영향을 미치지 못하는 경우에 생명유지 장치를 철회하거나 치료적 활동을 보류하는 것을 말하고, 중단가능한 연명치료술은 환자의 연명으로써 상태의 유지에 관한 것이다[5].

연명치료중단에 대하여 국·내외적으로 많은 논란이 있어 왔다. 국내의 경우 2008년 보호자가 병원을 상대로 환자의 인공호흡기를 제거해 달라고 소송을 제기한 일명 ‘김할머니 사건’이 대두되면서 연명치료중단에 대한 논란이 본격화되었고, 보호자가 승소하여 우리나라에서 처음으로 존엄사를 인정하게 되었다. 그러나 연

명치료중단과 관련된 지침이 부족하여 2014년까지 발생한 문제들에 따른 여러 건의 진료비 청구소송이 진행되었다. 미국에는 최근 말기 뇌종양을 진단받은 ‘브리타니 메이나드(Brittany Maynard)’라는 여성이 모든 연명치료를 중단하고 안락사를 선택하여 그 내용을 인터넷에 공개해 화제가 되어, 전 세계적으로 온라인에 ‘스스로 죽음을 선택하는’ 문제를 공론화 시켰다. 연명치료중단에 대한 인식, 태도와 관련된 선행 연구를 살펴보면, 간호사와 보호자는 연명치료중단에 대해 긍정적으로 생각하였고[6,7], 연명치료중단 중 하나인 심폐소생술금지(Do-Not-Resuscitate; DNR)에 대해서도 환자와 보호자는 긍정적인 태도를 보였으며[8], 입원 노인을 대상으로 한 이미희와 강희선[9]의 연구에서도 심폐소생술금지에 대한 태도는 긍정적으로 나타났으며, 심폐소생술금지 설명필요시기에 대하여 환자 본인이 의식을 잃기 전에 자신의 생명에 대한 결정을 내려야 한다고 하였다. 이와 같이 연명치료중단에 대한 사회적 논란이 있는 상황에서 현재 우리나라 중환자실에서는 의사, 간호사, 환자, 보호자가 모두 참여하여 연명치료중단에 대한 의사결정을 하고 있으나, 연명치료중단에서 인간이 인간의 죽음을 결정한다는 면이 여전히 많은 이슈가 되고 있다.

간호사는 임상현장에서 환자와 24시간을 함께 하면서 환자의 상태 및 보호자들의 감정을 누구보다도 잘 이해하고 있으며 어려운 결정과정에서 전문적인 의견을 전달하고 환자와 가족이 최선의 결정을 할 수 있도록 지원해야한다. 그러나 간호사 자신의 경우도 기존 간호학과 교과과정이나, 실무현장에서의 연명치료중단에 대한 교육의 기회가 상대적으로 미흡하여, 연명치료중단이나 사전동의에 대한 법적, 사회적 허용범주나 근거, 그리고 이와 관련된 윤리적 가치관을

확립할 기회가 부족하였다[9].

중환자실은 입실과 동시에 연명치료가 시작된다고 볼 수 있고, 사망 가능성이 높은 환자들의 입실로 인해 연명치료 혹은 그 중단에 대해 결정해야 하는 경우가 증가하였다[10]. 현재 우리나라의 의료기관에서는 연명치료중단과 관련된 갈등 상황이 많아 연명치료중단 결정 과정에서 간호사의 적극적인 참여가 요구된다[11]. 특히 중환자실은 환자가 깊은 진정상태이거나 급성적인 상태변화로 의사결정을 하지 못할 때 연명치료에 대한 결정권이 보호자들에게 넘어가게 되며, 환자가 의사표현을 할 수 있는 경우라도 중환자실 환자의 대부분은 연령이 높기 때문에 의사결정 시 젊은 보호자들에게 그 결정을 위임하는 경향이 있다[10]. 선행연구에서도 연명치료중단의 주체가 의사와 가족들로 파악되었고, 환자 본인의 의견보다 간병을 담당하는 가족이나 의사의 의견이 연명치료중단을 선택하는데 더 큰 영향을 미치는 것으로 나타났다[12]. 이는 치료중단이 의사에 의해 먼저 권유되고 가족이 이를 수용하는 형태이기 때문에 가족들이 모든 결정을 의사에게 의지하는 것을 반영한다[13]. 이와 같이 환자의 의견이 배제된 채 가족의 결정에 따라 연명치료에 대한 결정을 내리게 되는 경우가 많다. 따라서 중환자실 간호사는 연명치료와 관련하여 의료인으로서 올바른 정보를 제공하면서 환자와 보호자의 옹호자 역할을 하는데 적극 참여해야 한다. 또한 연명치료 중단에 대한 의료인과 보호자의 인식을 조사한 연구가 극히 드물어, 이와 관련된 연구가 필요할 것이다.

이에 본 연구는 중환자실 간호사와 보호자의 연명치료중단에 대한 인식을 파악하여, 중환자실에서 이루어지는 연명치료중단 상황에서 의료인으로서 올바른 정보를 제공하고, 보호자로서 최선의 의사결정을 할 수 있도록 연명치료의 이

해에 대한 교육의 기초자료를 마련하고자 시도되었다.

2. 연구의 목적

본 연구의 목적은 대학병원 중환자실에서 근무하고 있는 간호사와 중환자실 보호자의 연명치료중단에 대한 인식을 파악하고, 그 차이를 확인함으로써, 향후 연명치료 이해에 대한 교육의 기초자료제공에 그 목적이 있다.

이를 위한 구체적인 목적은 다음과 같다.

- 1) 중환자실 간호사와 보호자의 연명치료중단에 대한 인식을 파악한다.
- 2) 중환자실 간호사와 보호자의 연명치료중단에 대한 인식의 차이를 파악한다.

3. 용어정의

1) 연명치료중단에 대한 인식

연명치료중단이란 말기 환자의 상병 원인을 직접 치료하거나 주된 병적상태를 개선할 수는 없지만 생명을 연장할 수 있는 ‘연명치료’를 더 이상의 치료적 행위가 환자의 회복에 영향을 미치지 못하는 경우에 생명유지 장치를 철회하거나 치료적 활동을 보류하는 것을 말하는 것으로, 연명치료중단은 관을 통한 영양과 수분 공급, 진통제 투여, 심폐소생술, 혈액투석, 수혈, 장기이식, 고단위 항생제 투여, 수술 등을 중단하는 것을 포함한다[5,14]. 인식이란 사물을 분별하고 판단하여 알게 되는 것을 뜻하며[15] 이에, 연명치료중단에 대한 인식이란 생명을 연장할 수 있는 치료를 중단하는 것에 대해 분별하고 판단하는 것을 의미한다.

본 연구에서 연명치료중단에 대한 인식은 박

연옥, 장봉희, 유문숙, 조유숙과 김효심[16]이 개발한 연명치료중단에 대한 인식 측정 도구와 한성숙, 장순아, 문미선, 한미현과 고귀현[17]에 의해 개발된 심폐소생술금지에 대한 인식 측정 도구를 이용하여 측정한 것을 의미한다.

II. 대상 및 방법

1. 연구설계

본 연구는 구조화된 설문지를 이용하여 중환자실 간호사와 보호자의 연명치료중단에 대한 인식의 차이를 알아보기 위한 서술적 조사연구이다.

2. 연구대상

본 연구는 J도와 K광역시에 위치한 4개 대학병원에 근무하는 중환자실 간호사와 보호자 중 의사소통이 가능하고, 연구참여에 동의한 자를 대상으로 하였다. 본 연구에서 중환자실 보호자는 중환자를 면회하기 위하여 지정된 면회시간에 방문한 자녀, 배우자, 부모, 형제, 자매 및 친인척 등으로 제한하였다.

3. 연구도구

연명치료중단에 대한 인식을 측정하기 위하여 박연옥 등[16]이 개발한 도구와 한성숙 등[17]에 의해 개발된 도구를 연구자가 전문가 자문을 통해 수정, 보완하여 사용하였다.

박연옥 등[16]의 도구는 생명유지에 직접 영향을 주는 치료인 혈압 상승제 투여, 경구 및 주사영양 공급, 산소공급, 호흡기 사용, 수혈, 투석, 심폐소생술과 생명유지에 직접적으로 영향을 주지 않는 치료인 항생제나 안정제 투여의 8개 문

항을 자율성 원칙에 의하여 환자 본인이 원하는 경우 치료중단을 할 수 있는가와 환자 본인이 의사결정을 할 수 없을 때 가족과 의료인이 합의하여 치료중단을 할 수 있는가로 구성되었다. 각 문항은 ‘그렇다’, ‘아니다’, ‘모르겠다’로 답할 수 있다. 박연옥 등[16]의 연구에서 도구의 신뢰도는 Cronbach's $\alpha=.91$ 이었고, 본 연구에서 도구의 신뢰도는 Cronbach's $\alpha=.95$ 였다.

한성숙 등[17]에 의해 개발된 도구는 연명치료중단 중 심폐소생술에 대한 인식을 파악하는 것으로, 연구자가 전문가 자문을 통해 수정, 보완하여 이용하였다. 이 도구는 심폐소생술금지에 대한 필요성, 심폐소생술금지가 필요한 주된 이유, 심폐소생술금지의 바람직한 결정자, 심폐소생술금지 설명의 적절한 시기, 심폐소생술금지 본인 설명의 필요성, 자신의 심폐소생술금지 희망여부, 가족의 심폐소생술금지 희망여부, 심폐소생술금지 지침서 제정의 필요성을 질문하는 8문항으로 구성된다. 본 연구에서는 간호학과 교수 1인과 임상경력 20년 이상의 간호사 1인의 자문을 받아 도구의 전문가 타당성을 확인 후 연구에 사용하였다.

4. 자료수집 기간 및 방법

본 연구는 W대학교 내 생명윤리심의위원회의 승인을 받은 후 시행하였다(WKIRB-201403-SB-006).

자료수집 기간은 2014년 4월 10일부터 2014년 6월 10일까지 이었으며 J도와 K광역시 소재 4개의 대학병원에서 대상자를 편의표집하였고 구조화된 설문지를 이용하여, 연구자와 사전에 충분한 훈련을 받은 3인의 연구 보조자에 의하여 이루어졌다. 본 연구자와 훈련된 연구 보조자가 대상자에게 연구목적과 참여자의 익명성 보장, 개인의

윤리적 측면 보호를 설명한 후 대상자가 자발적으로 연구 참여 동의서를 작성한 경우에 설문지를 배부하였으며 대상자가 이해할 수 있도록 질문 문항에 대한 구체적 설명을 한 후 자가가입 방식으로 설문지를 작성하도록 한 후 수거하였다. 설문지 작성시간은 평균 10~15분이 소요되었다.

연구대상자는 G power 3.1 programd을 이용하여 효과크기 0.3, 유의수준 .05, 검정력 80%으로 하여 총 143개의 표본수가 계산되어 중환자실 간호사의 경우 총 100부의 설문지를 배부하여 91부를 회수하여 총 91부를 자료분석에 사용하였고, 중환자실 보호자의 경우 총 100부의 설문지를 배부하여 81부를 회수하였으며 이 중 불성실한 응답자료 5부를 제외하고 총 76부를 자료분석에 사용하였다.

5. 자료분석

수집된 자료는 SPSS Win 20.0 통계 프로그램을 사용하여 다음과 같이 분석하였다.

- 1) 대상자의 일반적 특성은 실수와 백분율로 산출하였다.
- 2) 대상자의 연명치료중단에 대한 인식은 실수와 백분율로 산출하였다.
- 3) 중환자실 간호사와 보호자의 연명치료중단에 대한 인식의 차이는 χ^2 test, Fisher's exact test를 이용하여 분석하였다.

6. 연구의 제한점

본 연구는 연구대상을 편의 표집 방법에 따라 선정하였으므로 연구 결과를 일반화하는데 제약이 있으며, 또한 4개 대학병원의 중환자실 간호사와 보호자만을 대상으로 하였기 때문에 연구 결과를 확대 해석하는 데 무리가 있다.

III. 결과

1. 중환자실 간호사의 일반적 특성

본 연구 대상자 중 중환자실 간호사의 일반적 특성은 <Table 1>과 같다.

대상자의 일반적 특성으로 성별은 여성이 85명(93.4%), 남성이 6명(6.6%),으로 여성이 대부분이었다. 연령은 20대가 36명(39.5%), 30대가 28명(30.8%), 40대 이상이 27명(29.7%)순이었고, 결혼상태는 미혼이 47명(51.6%), 기혼이 44명(48.4%)이었다. 학력은 대학졸업 56명(61.5%), 전문대 졸업 24명(26.4%), 대학원 졸업 이상 11명(12.1%) 순이었으며, 종교는 종교가 없는 사람이 33명(36.2%)으로 가장 많았고, 기독교 26명(28.6%), 원불교 18명(19.8%), 불교 8명(8.8%), 천주교 6명(6.6%) 순이었다. 근무계열은 내과계 48명(52.7%), 외과계 31명(34.1%), 기타 12명(13.2%)이었고, 경력 5년 미만의 간호사가 34명(37.3%)으로 가장 많았으며, 5~10년 미만 32명(35.2%), 10년 이상은 25명(27.5%)으로 나타났다. 임상에서 심폐소생술금지 경험이 있는 간호사는 86명(94.5%), 경험이 없는 간호사는 5명(5.5%)으로 심폐소생술금지 경험이 있는 간호사가 대부분을 차지하였다. 유언장을 작성한 경험이 있는 간호사는 30명(33.0%), 경험이 없는 간호사는 61명(67.0%)이었으며, 장기기증 서약을 한 간호사는 15명(16.5%), 서약을 하지 않은 간호사는 76명(83.5%)이었다. 연명치료중단에 대해 들어본 경험이 있는 간호사는 88명(96.7%), 들어본 경험이 없는 간호사는 3명(3.3%)으로 연명치료중단에 대해 들어본 경험이 있는 간호사가 대부분이었다. 심폐소생술금지나 연명치료중단에 대해 들어본 경로는 중복응답으로 파악하였는데,

<Table 1> 중환자실 간호사의 일반적 특성 (N=91)

| 특성 | 구분 | n (%) |
|-----------------------|--------------|-----------|
| 성별 | 남성 | 6 (6.6) |
| | 여성 | 85 (93.4) |
| 연령 | 20대 | 36 (39.5) |
| | 30대 | 28 (30.8) |
| | 40대 이상 | 27 (29.7) |
| 결혼 | 미혼 | 47 (51.6) |
| | 기혼 | 44 (48.4) |
| 학력 | 전문대 졸업 | 24 (26.4) |
| | 대학 졸업 | 56 (61.5) |
| | 대학원 졸업 이상 | 11 (12.1) |
| 종교 | 기독교 | 26 (28.6) |
| | 불교 | 8 (8.8) |
| | 천주교 | 6 (6.6) |
| | 원불교 | 18 (19.8) |
| | 없음 | 33 (36.2) |
| | 근무계열 | 내과계 |
| 경력 | 외과계 | 31 (34.1) |
| | 기타 | 12 (13.2) |
| | 5년 미만 | 34 (37.3) |
| 임상 심폐소생술금지 경험 | 5년 이상 10년 미만 | 32 (35.2) |
| | 10년 이상 | 25 (27.5) |
| | 유 | 86 (94.5) |
| 유언장작성 경험 | 무 | 5 (5.5) |
| | 유 | 30 (33.0) |
| 장기기증서약 | 무 | 61 (67.0) |
| | 유 | 15 (16.5) |
| 연명치료중단 정보노출경험 | 무 | 76 (83.5) |
| | 유 | 88 (96.7) |
| 연명치료중단 정보노출경로* (n=88) | 무 | 3 (3.3) |
| | 병원 | 79 (89.8) |
| | 메스컴 | 36 (41.0) |
| | 학교교육 | 19 (21.6) |
| | 종교단체 | 1 (1.1) |
| | 가족 및 친지, 이웃 | 1 (1.1) |

*중복응답.

병원에서 79명(89.8%), 마스크를 통하여 36명(41.0%), 학교교육을 통하여 19명(21.6%), 종교단체나 가족 및 친지, 이웃을 통하여 각각 1명(1.1%)씩이었다.

2. 중환자실 보호자의 일반적 특성

본 연구 대상자 중 중환자실 보호자의 일반적 특성은 <Table 2>와 같다.

대상자의 일반적 특성으로 성별은 남성이 45명(59.2%), 여성이 31명(40.8%)이었다. 연령은 40대가 30명(39.5%), 30대 이하가 21명(27.6%), 50대가 14명(18.4%), 60대 이상이 11명(14.5%) 순이었고, 결혼상태는 기혼이 60명(79.0%), 미혼이 14명(18.4%), 기타 2명(2.6%)이었으며, 학력은 고등학교 졸업 이하가 35명(46.0%)으로 가장 많았고, 대학교 졸업 31명(40.8%), 대학원 졸업 이상 10명(13.2%) 순이었다. 대상자의 한달 가계 수입은 200만원 이상 400만원 미만 34명(44.7%), 400만원 이상 25명(32.9%), 200만원 미만 17명(22.4%)이었으며, 직업은 서비스업 18명(23.7%), 사무직 13명(17.1%), 가사 12명(15.8%), 자영업 5명(6.6%), 학생 3명(3.9%), 무직 9명(11.8%), 기타 16명(21.1%)이었다. 대상자의 종교는 종교가 없는 사람이 30명(39.5%)으로 가장 많았고, 기독교 20명(26.3%), 불교 15명(19.7%), 원불교 6명(7.9%), 천주교 5명(6.6%) 순이었고, 대상자와 환자의 관계는 자녀가 43명(56.6%)으로 가장 많았으며 기타 14명(18.4%), 배우자 10명(13.2%), 사위나 며느리인 경우 9명(11.8%) 순이었다. 환자의 보험형태는 의료보험 68명(89.4%)이었고, 의료보호 4명(5.3%), 기타 4명(5.3%)으로 의료보험이 대부분이었다. 환자 의료비에 대한 경제적 기여도는 가장 크게 기여하

<Table 2> 중환자실 보호자의 일반적 특성 (N=76)

| 특성 | 구분 | n (%) |
|---------|--------------|------------|
| 성별 | 남성 | 45 (59.2) |
| | 여성 | 31 (40.8) |
| 연령 | 30대 이하 | 21 (27.6) |
| | 40대 | 30 (39.5) |
| | 50대 | 14 (18.4) |
| | 60대 이상 | 11 (14.5) |
| 결혼 | 미혼 | 14 (18.4) |
| | 기혼 | 60 (79.0) |
| | 기타 | 2 (2.6) |
| | 학력 | 고등학교 졸업 이하 |
| | 대학교 졸업 | 31 (40.8) |
| | 대학원 졸업 이상 | 10 (13.2) |
| 월 가계 수입 | 200만원 미만 | 17 (22.4) |
| | 200~400만원 미만 | 34 (44.7) |
| | 400만원 이상 | 25 (32.9) |
| 직업 | 서비스업 | 18 (23.7) |
| | 사무직 | 13 (17.1) |
| | 자영업 | 5 (6.6) |
| | 가사 | 12 (15.8) |
| | 학생 | 3 (3.9) |
| | 기타 | 16 (21.1) |
| | 무직 | 9 (11.8) |
| 종교 | 기독교 | 20 (26.3) |
| | 불교 | 15 (19.7) |
| | 천주교 | 5 (6.6) |
| | 원불교 | 6 (7.9) |
| | 없음 | 30 (39.5) |
| 관계 | 자녀 | 43 (56.6) |
| | 배우자 | 10 (13.2) |
| | 사위, 며느리 | 9 (11.8) |
| | 기타 | 14 (18.4) |

<Table 2> 중환자실 보호자의 일반적 특성 (계속) (N=76)

| 특성 | 구분 | n (%) |
|-----------------------|-------------|-----------|
| 보험형태 | 의료보험 | 68 (89.4) |
| | 의료보호 | 4 (5.3) |
| | 기타 | 4 (5.3) |
| 의료비 기여 | 가장 크게 기여함 | 19 (25.0) |
| | 타 보호자와 동등 | 36 (47.4) |
| | 타보호자보다낮음 | 10 (13.1) |
| | 기여하지 않음 | 11 (14.5) |
| 입원기간 | 4주 미만 | 58 (76.3) |
| | 4주 이상 | 18 (23.7) |
| 면회 | 1일 1회 미만 | 14 (18.4) |
| | 1일 1회 이상 | 62 (81.6) |
| 유언 작성 경험 | 유 | 5 (6.6) |
| | 무 | 71 (93.4) |
| 장기기증서약 | 유 | 3 (3.9) |
| | 무 | 73 (96.1) |
| 연명치료중단 정보노출경험 | 유 | 51 (67.1) |
| | 무 | 25 (32.9) |
| 연명치료중단 정보노출경로* (n=51) | 매스컴 | 47 (92.2) |
| | 병원 | 7 (13.7) |
| | 가족 및 친지, 이웃 | 3 (5.9) |
| | 학교교육 | 3 (5.9) |
| | 종교단체 | 1 (1.9) |
| | 기타 | 1 (1.9) |

*중복응답.

는 보호자가 19명(25.0%), 타 보호자와 동등하게 기여하는 보호자가 36명(47.4%), 타 보호자보다 낮게 기여하는 보호자가 10명(13.1%), 기여하지 않는 보호자가 11명(14.5%)이었다. 환자의 입원기간은 4주 미만이 58명(76.3%), 4주 이상이 18명(23.7%)으로 나타났다. 면회는 14명(18.4%)이 1일 1회 미만, 62명(81.6%)이 1일 1회 이상 면회를 한다고 답하였다. 유언장을 작

성한 경험이 있는 보호자는 5명(6.6%), 작성한 경험이 없는 보호자는 71명(93.4%)으로, 유언장을 작성한 경험이 없는 보호자가 대부분이었고, 장기기증서약을 한 보호자는 3명(3.9%), 장기기증서약을 하지 않은 보호자는 73명(96.1%)으로 장기기증서약을 하지 않은 보호자가 많았다. 연명치료중단에 대해 들어본 경험이 있는 보호자는 51명(67.1%), 들어본 경험이 없는 보

호자는 25명(32.9%)이었다. 심폐소생술금지나 연명치료중단에 대해 들어본 경로는 중복 응답으로 조사하였는데 마스크를 통하여 47명(92.2%), 병원에서 7명(13.7%), 가족 및 친지, 이웃을 통하여 3명(5.9%), 학교교육을 통하여 3명(5.9%), 종교단체를 통하여 1명(1.9%), 기타 경로를 통하여 1명(1.9%) 순이었다.

3. 중환자실 간호사와 보호자의 연명치료중단에 대한 인식의 차이

1) 환자본인이 원하는 경우

환자 본인이 원하는 경우 본 연구의 대상자인

중환자실 간호사와 중환자실 보호자의 연명치료 중단에 대한 인식의 차이는 <Table 3>과 같다.

환자 본인이 원하는 경우 ‘심호흡 마비가 왔을 때 심폐소생술을 시행하지 않을 수 있다’고 답한 간호사는 76명(83.5%)이었고, 보호자는 38명(50.0%)으로, 간호사는 보호자보다 심폐소생술금지를 시행하지 않을 수 있다고 답한 비율이 33.5% 더 높았고, 이는 통계적으로 유의하였다($\chi^2=27.720$, $p<.001$). ‘수혈을 중단할 수 있다’고 답한 간호사는 66명(72.5%), 보호자는 37명(48.7%)으로 간호사가 보호자보다 수혈을 중단할 수 있다고 답한 비율이 23.8% 더 높았고, 통계적으로 유의하였다($\chi^2=11.578$, $p=.003$). ‘혈액투석을 중단할 수 있다’는 간호사 70명(76.9%), 보호자 41명(53.9%)으로, 간호사는

<Table 3> 환자 본인이 원하는 경우 중환자실 간호사와 보호자의 연명치료중단에 대한 인식의 차이

| 항 목 | 구분 | 예 | 아니오 | 모르겠다 | χ^2 | p |
|----------------------------------|------------|-----------|-----------|-----------|----------|---------|
| 심호흡 마비 발생 시 심폐소생술을 시행하지 않을 수 있다. | 간호사 (n=91) | 76 (83.5) | 4 (4.4) | 11 (12.1) | 27.720 | <.001** |
| | 보호자 (n=76) | 38 (50.0) | 26 (34.2) | 12 (15.8) | | |
| 수혈을 중단할 수 있다. | 간호사 (n=91) | 66 (72.5) | 14 (15.4) | 11 (12.1) | 11.578 | .003** |
| | 보호자 (n=76) | 37 (48.7) | 28 (36.8) | 11 (14.5) | | |
| 혈액투석을 중단할 수 있다. | 간호사 (n=91) | 70 (76.9) | 11 (12.1) | 10 (11.0) | 12.464 | .001** |
| | 보호자 (n=76) | 41 (53.9) | 26 (34.2) | 9 (11.8) | | |
| 고단위 항생제나 안정제 등의 약물을 중단할 수 있다. | 간호사 (n=91) | 57 (62.6) | 24 (26.4) | 10 (11.0) | 3.001 | .221 |
| | 보호자 (n=76) | 38 (50.0) | 29 (38.2) | 9 (11.8) | | |
| 혈압상승제 주입을 중단할 수 있다. | 간호사 (n=91) | 58 (63.7) | 22 (24.2) | 11 (12.1) | 2.631 | .269 |
| | 보호자 (n=76) | 39 (51.3) | 25 (32.9) | 12 (15.8) | | |
| 위관영양을 중단할 수 있다. | 간호사 (n=91) | 61 (67.0) | 19 (20.9) | 11 (12.1) | 3.674 | .174 |
| | 보호자 (n=76) | 40 (52.6) | 24 (31.6) | 12 (15.8) | | |
| 호흡기를 제거할 수 있다. | 간호사 (n=91) | 50 (54.9) | 27 (29.7) | 14 (15.4) | 2.397 | .304 |
| | 보호자 (n=76) | 50 (65.8) | 19 (25.0) | 7 (9.2) | | |
| 산소공급을 중단할 수 있다. | 간호사 (n=91) | 47 (51.6) | 31 (34.1) | 13 (14.3) | 4.123 | .136 |
| | 보호자 (n=76) | 51 (67.1) | 17 (22.4) | 8 (10.5) | | |

* $p<.05$, ** $p<.01$.

혈액투석을 중단할 수 있다는 비율이 보호자보다 23.0% 더 높았고, 이는 통계적 유의성이 나타났다($\chi^2=12.464$, $p=.001$). ‘고단위 항생제나 안정제 등의 약물을 중단할 수 있다’는 질문에서 ‘예’라고 답한 경우가 간호사는 57명(62.6%), 보호자는 38명(50.0%)이었으나, 통계적으로 유의성이 나타나지 않았으며($\chi^2=3.001$, $p=.221$), ‘혈압상승제 주입을 중단할 수 있다’고 답한 간호사 58명(63.7%), 보호자 39명(51.3%)이었으나, 이러한 차이는 통계적으로 유의하지 않았다($\chi^2=2.631$, $p=.269$). ‘위관영양을 중단할 수 있다’고 답한 간호사는 61명(67.0%), 보호자는 40명(52.6%)으로, 간호사와 보호자 사이에 통계적으로 유의한 차이가 나타나지 않았다($\chi^2=3.674$,

$p=.174$). ‘호흡기를 제거할 수 있다’고 답한 간호사가 50명(54.9%), 보호자가 50명(65.8%)이었으나, 통계적으로 유의하지 않았고($\chi^2=2.397$, $p=.304$). ‘산소공급을 중단할 수 있다’고 답한 간호사가 47명(51.6%), 보호자가 51명(67.1%)으로, 통계적으로 유의한 차이가 나타나지 않았다($\chi^2=4.123$, $p=.136$).

2) 환자가 의사표현을 할 수 없는 경우 가족과 의료인이 합의 시

환자가 의사표현을 할 수 없는 경우 가족과 의료인이 합의 시 본 연구의 대상자인 중환자실 간호사와 보호자의 연명치료중단에 대한 인식의

<Table 4> 환자 본인이 의사표현을 할 수 없는 경우 가족과 의료인의 합의 시 중환자실 간호사와 보호자의 연명치료중단에 대한 인식의 차이

| 항 목 | 구분 | 예 | 아니오 | 모르겠다 | χ^2 | p |
|----------------------------------|------------|-----------|-----------|-----------|----------|---------|
| 심호흡 마비 발생 시 심폐소생술을 시행하지 않을 수 있다. | 간호사 (n=91) | 71 (78.0) | 7 (7.7) | 13 (14.3) | 25.810 | <.001** |
| | 보호자 (n=76) | 38 (50.0) | 31 (40.8) | 7 (9.2) | | |
| 수혈을 중단할 수 있다. | 간호사 (n=91) | 66 (72.5) | 12 (13.2) | 13 (14.3) | 14.081 | .001** |
| | 보호자 (n=76) | 38 (50.0) | 29 (38.2) | 9 (11.8) | | |
| 혈액투석을 중단할 수 있다. | 간호사 (n=91) | 69 (75.8) | 12 (13.2) | 10 (11.0) | 14.373 | .001** |
| | 보호자 (n=76) | 39 (51.3) | 29 (38.2) | 8 (10.5) | | |
| 고단위 항생제나 안정제 등의 약물을 중단할 수 있다. | 간호사 (n=91) | 57 (62.6) | 24 (26.4) | 10 (11.0) | 3.905 | .149 |
| | 보호자 (n=76) | 38 (50.0) | 31 (40.8) | 7 (9.2) | | |
| 혈압상승제 주입을 중단할 수 있다. | 간호사 (n=91) | 59 (64.8) | 20 (22.0) | 12 (13.2) | 6.923 | .032* |
| | 보호자 (n=76) | 37 (48.7) | 31 (40.8) | 8 (10.5) | | |
| 위관영양을 중단할 수 있다. | 간호사 (n=91) | 59 (64.8) | 20 (22.0) | 12 (13.2) | 3.801 | .150 |
| | 보호자 (n=76) | 40 (52.6) | 27 (35.5) | 9 (11.8) | | |
| 호흡기를 제거할 수 있다. | 간호사 (n=91) | 48 (52.7) | 30 (33.0) | 13 (14.3) | 1.090 | .570 |
| | 보호자 (n=76) | 44 (57.9) | 25 (32.9) | 7 (9.2) | | |
| 산소공급을 중단할 수 있다. | 간호사 (n=91) | 46 (50.5) | 31 (34.1) | 14 (15.4) | .738 | .677 |
| | 보호자 (n=76) | 43 (56.6) | 24 (31.6) | 9 (11.8) | | |

* $p<.05$, ** $p<.01$.

차이는 <Table 4>와 같다.

환자가 의사표현을 할 수 없는 경우 가족과 의료진의 합의 시 연명치료중단에 대한 인식을 파악한 문항에서, ‘심호흡 마비가 왔을 때 심폐소생술을 시행하지 않을 수 있다’고 답한 간호사가 71명(78.0%), 보호자는 38명(50.0%)으로 간호사가 보호자보다 가족이나 의료진의 합의 시 심폐소생술을 금지할 수 있다는 답변의 비율이 28.0% 높았고, 이는 통계적으로 유의하였다($\chi^2=25.810$, $p<.001$). ‘수혈을 중단할 수 있다’고 답한 간호사는 66명(72.5%), 보호자는 38명(50.0%)이었고, 간호사가 보호자보다 22.5% 더 수혈을 중단할 수 있다고 답하였으며 통계적 유의성이 나타났다($\chi^2=14.081$, $p=.001$). ‘혈액투석을 중단할 수 있다’고 답한 간호사는 69명(75.8%), 보호자 39명(51.3%)으로 간호사가 보호자보다 혈액투석을 중단하는데 24.5% 더 적극적으로 답하였으며, 통계적으로 유의한 차이가 나타났다($\chi^2=14.373$, $p=.001$). ‘혈압상승제 주입을 중단할 수 있다’고 답한 간호사 59명(64.8%), 보호자 37명(48.7%)으로, 간호사는 보호자보다 16.1% 더 높은 비율을 보였고, 간호사가 보호자보다 혈압상승제 주입의 중단에 더 적극적임을 알 수 있었다($\chi^2=6.923$, $p=.032$). ‘고단위 항생제나 안정제 등의 약물을 중단할 수 있다’는 질문에서 간호사는 ‘예’라고 답한 사람이 57명(62.6%)으로 가장 많았고, ‘아니오’ 24명(26.4%), ‘모르겠다’ 10명(11.0%) 순이었고, 보호자는 ‘예’라고 답한 사람이 38명(50.0%)으로 가장 많았고, ‘아니오’ 31명(40.8%), ‘모르겠다’ 7명(9.2%) 순으로 나타났으며, 이러한 차이는 통계적으로 유의하지 않았다($\chi^2=3.905$, $p=.149$). ‘위관영양을 중단할 수 있다’는 질문에 대해서는 간호사 59명(64.8%)이 ‘예’라고 답하였고, 보호자의 경우 40명(52.6%)이 ‘예’라고 답

하였으나, 이러한 차이는 통계적으로 유의하지 않았다($\chi^2=3.801$, $p=.150$). ‘호흡기를 제거할 수 있다’고 답한 간호사가 48명(52.7%), 보호자가 44명(57.9%)으로 간호사와 보호자 모두 비슷한 수준으로 호흡기를 중단할 수 있다고 답하였고 통계적으로 유의하지 않았다($\chi^2=1.090$, $p=.570$). ‘산소공급을 중단할 수 있다’고 말한 간호사 46명(50.5%), 보호자는 43명(56.6%)으로, 역시통계적으로 유의한 차이가 나타나지 않았다($\chi^2=.738$, $p=.677$).

4. 중환자실 간호사와 보호자의 심폐소생술금지에 대한 인식의 차이

본 연구의 대상자인 중환자실 간호사와 보호자의 심폐소생술금지에 대한 인식의 차이는 <Table 5>와 같다.

‘심폐소생술금지가 필요하다’고 응답한 간호사가 87명(95.6%), 보호자는 53명(69.7%)으로 간호사는 보호자보다 25.9% 더 심폐소생술금지가 필요하다고 생각하였고, 통계적으로 유의하였다($\chi^2=20.445$, $p<.001$). ‘심폐소생술금지가 필요한 이유’로는 간호사의 경우 ‘많은 노력에도 불구하고 결국 회복이 불가능하기 때문에’가 52명(59.8%)으로 가장 많았고, ‘편안하고 품위있는 죽음을 위해서’가 35명(40.2%)이었으며, 보호자는 ‘많은 노력에도 불구하고 결국 회복이 불가능하기 때문에’가 25명(47.2%), ‘편안하고 품위있는 죽음을 위해서’ 24명(45.3%), ‘경제적 어려움’ 4명(7.5%) 순으로 답변하였으며, Fisher’s Exact Test 결과 간호사와 보호자 사이에 통계적 유의성을 나타내었다(Fisher=7.130, $p=.021$). ‘심폐소생술금지의 결정은 누가, 어떤 형태로 시행해야 하는가’라는 질문에 대해서 간호사는 ‘환자와 가족’ 50명(54.9%), ‘환자의 의

<Table 5> 중환자실 간호사와 보호자의 심폐소생술금지에 대한 인식의 차이

| 문항 | | 간호사 n=91 n (%) | 보호자 n=76 n (%) | χ^2 / Fisher | p |
|-----------------------|---------------------|----------------------|------------------------|----------------------|---------|
| 심폐소생술금지의 필요성 | 예 | 87 (95.6) | 53 (69.7) | 20.445 | <.001** |
| | 아니오 | 4 (4.4) | 23 (30.3) | | |
| 심폐소생술금지 필요 이유 | 회복불가능 | 52 (59.8) | 25 (47.2) | 7.130 [†] | .021* |
| | 편안하고 품위있는 죽음 | 35 (40.2) | 24 (45.3) | | |
| | 경제적 어려움 | 0 (0.0) | 4 (7.5) | | |
| 심폐소생술금지 결정자 | 환자의 의지 | 29 (31.9) | 26 (34.2) | 4.000 | .140 |
| | 환자와 가족 | 50 (54.9) | 32 (42.1) | | |
| | 가족과 의료인 | 12 (13.2) | 18 (23.7) | | |
| 심폐소생술금지 설명시기 | 말기질환으로 입원한 경우 입원 즉시 | 41 (45.0) | 17 (22.4) | 13.128 | .004** |
| | 중환자실 입실 시 | 9 (9.9) | 5 (6.5) | | |
| | 혼수상태에 빠졌을 때 | 18 (19.8) | 17 (22.4) | | |
| | 자발적 호흡정지 시 | 23 (25.3) | 37 (48.7) | | |
| 심폐소생술금지 본인 설명의무 | 예 아니오 | 82 (90.1) 9 (9.9) | 48 (63.2) 28 (36.8) | 17.442 | <.001** |
| 본인의 심폐소생술금지 시행여부 | 예 아니오 | 49 (53.8) 3 (3.3) | 39 (51.3) 13 (17.1) | | |
| 가족의 심폐소생술금지 시행여부 | 상황에 따라서 | 39 (42.9) | 24 (31.6) | 4.337 | .123 |
| | 예 | 35 (38.5) | 26 (34.2) | | |
| | 아니오 | 7 (7.7) | 14 (18.4) | | |
| 문서화된 심폐소생술금지 지침 필요 | 상황에 따라서 | 49 (53.8) | 35 (46.1) | 9.823 | .007** |
| | 예 | 82 (90.1) | 55 (72.4) | | |
| | 아니오 | 2 (2.2) | 9 (11.8) | | |
| | 모르겠다 | 7 (7.7) | 12 (15.8) | | |

*p<.05, **p<.01, [†] Fisher's exact test.

지' 29명(31.9%), '가족과 의료인의 합의' 12명(13.2%)으로 나타났고, 보호자는 '환자와 가족' 32명(42.1%), '환자의 의지' 26명(34.2%), '가족과 의료인의 합의' 18명(23.7%)이었고, 이러한 차이는 통계적으로 유의하지 않았다($\chi^2=4.000$, $p=.140$). '심폐소생술금지에 관한 적절한 설명

의 시기'는 간호사의 경우 '말기질환으로 입원한 경우 입원 즉시' 41명(45.0%), '자발적 호흡이 정지했을 때' 23명(25.3%), '혼수상태에 빠졌을 때' 18명(19.8%), '중환자실 입실 시' 9명(9.9%)순이었고, 보호자의 경우 '자발적 호흡이 정지했을 때' 37명(48.7%), '혼수상태에 빠졌을

때' 17명(22.4%), '말기질환으로 입원한 경우 입원 즉시' 17명(22.4%), '중환자실 입실 시' 5명(6.5%)으로 나타났고, 통계적으로 유의하였다($\chi^2=13.128$, $p=.004$). 이는 심폐소생술금지에 대해 간호사는 말기질환으로 입원한 경우 입원 즉시 설명하기를 원하였고, 보호자의 경우 죽음이 임박한 상태인 자발호흡이 정지하였을 때 심폐소생술금지에 대해 설명받기를 원하는 것으로 보인다. 또한, '말기환자에게 심폐소생술금지에 관하여 본인에게 설명해야 한다'고 생각한 간호사는 82명(90.1%), 보호자는 48명(63.2%)으로 간호사는 심폐소생술금지에 대해 환자 본인에게 설명해야 한다는 응답이 보호자보다 26.9% 더 많았고, 통계적으로 유의하였다($\chi^2=17.442$, $p<.001$). '본인의 경우 심폐소생술금지를 시행하겠는가'는 질문에는 '예'라고 답한 간호사가 49명(53.8%), '아니오'라고 답한 간호사가 3명(3.3%), '상황에 따라서'라고 말한 간호사가 39명(42.9%)이었고, '예'라고 답한 보호자는 39명(51.3%), '아니오'라고 답한 보호자가 13명(17.1%), '상황에 따라서'라고 답한 보호자가 24명(31.6%)으로 보호자는 간호사보다 본인의 경우에 심폐소생술을 시행하지 않을 것이라고 답한 비율이 13.8% 더 높았고, 이는 통계적으로 유의하였다($\chi^2=9.689$, $p=.008$). '가족의 경우 심폐소생술금지를 시행하겠는가'는 질문에는 '상황에 따라서'라고 말한 간호사가 49명(53.8%), '예'라고 답한 간호사가 35명(38.5%), '아니오'라고 답한 간호사가 7명(7.7%)이었고, '상황에 따라서'라고 답한 보호자가 36명(47.4%), '예'라고 말한 보호자가 26명(34.2%), '아니오'라고 답한 보호자가 14명(18.4%)으로 간호사와 보호자 모두 가족의 경우에는 상황에 따라 심폐소생술을 시행하지 않을 것이라는 대답이 가장 많았으나, 통계적으로 유의한 차이는 나타나지 않았다

($\chi^2=4.337$, $p=.123$). '심폐소생술금지의 시행을 위해서 문서화된 지침서가 병원에서 제정되어야 한다'고 답한 간호사는 82명(90.1%), 보호자는 55명(72.4%)으로 간호사가 17.7% 더 지침서 제정이 필요하다고 하였고, '아니오'라고 답한 간호사는 2명(2.2%), 보호자는 9명(11.8%), '모르겠다'고 답한 간호사는 7명(7.7%), 보호자는 12명(15.8%)이었고, 이는 통계적으로 유의한 차이를 나타냈다($\chi^2=9.823$, $p=.007$).

IV. 고찰

본 연구는 중환자실 간호사와 보호자의 연명치료중단에 대한 인식의 차이를 파악하여 병원에서 이루어지는 연명치료 상황에서 의료인으로서 올바른 정보를 제공하고, 보호자로서 올바른 의사결정을 할 수 있도록 연명치료에 대한 이해와 교육의 기초자료로 활용하고자 이루어졌다.

본 연구에서 중환자실 간호사와 보호자의 연명치료중단에 대한 인식은 '환자 본인이 원하는 경우', '환자가 의사표현을 할 수 없는 경우 가족과 의료인의 합의 시' 모두에서 '심폐소생술', '수혈', '혈액투석'의 중단에 차이를 보였고, '환자가 의사표현을 할 수 없는 경우 가족과 의료인의 합의 시', '혈압상승제'의 중단에서 차이가 나타났으며, 중환자실 보호자가 중환자실 간호사보다 연명치료중단에 소극적임을 알 수 있었다. 특히 심폐소생술은 완전하지 않은 죽음의 상태에서 환자를 살려내는 행위이기 때문에[18] 보호자의 경우, 심폐소생술금지를 합의했다 하더라도 혈연관계인 환자를 다시 살려내고자 하여 심폐소생술금지에 대해 환자와 직접적인 관계가 아닌 간호사보다 소극적인 인식이 나타났을 것이라고 생각된다. 또한, 수혈이 필요한 상황은 적혈구의 부족으로 피부와 점막이 창백해지고, 피로를 느

끼며, 혈소판의 부족으로 출혈 경향 등의 임상증상을 보일 수 있다. 투석이 필요한 상황 역시 전해질 불균형으로 인한 부종, 신장 혈량 감소로 인한 무기력, 신장 기능의 악화 원인에 따른 탈수 등이 눈에 띄게 나타난다[19]. 이러한 눈으로 관찰 가능한 증상은 보호자에게 ‘편안한 죽음’, ‘존엄한 죽음’과의 괴리감을 주어 수혈, 혈액투석과 같은 연명치료중단에 대해 소극적인 인식을 가질 수 있다고 생각해 볼 수 있다. 혈압 상승제의 경우, 의료인이 환자 상태와 치료방법 등에 대해 상세히 설명함에도 불구하고 보호자들이 어려운 의학용어를 잘 이해하지 못해 기도삽관, 혈압상승제, 심폐소생술과 같은 연명치료중단 방법에 부정적인 태도를 보인다는 변은경 등의[20] 연구를 토대로 설명할 수 있으며 결국 보호자를 대상으로 한 관련 교육이 필요할 것이다.

본 연구에서 심폐소생술금지가 필요하다고 생각한 간호사는 95.6%로, 간호사를 대상으로 한 이윤복[21]의 연구 97.4%와 비슷한 수준으로 나타났고, 간호대학생을 대상으로 한 김성미[22] 연구의 72.2%보다 높았다. 본 연구에서 심폐소생술금지가 필요하다고 한 보호자는 69.7%로, 보호자를 대상으로 한 송경옥과 조현숙[23]의 연구 78.5%, 김선아[24]의 연구 88.2%보다 낮은 비율을 나타내었다. 이러한 차이는 대상자 선정에 따른 차이로, 송경옥과 조현숙[23]의 연구에서는 종합병원의 입원 및 내원환자의 보호자를 대상으로 하였고, 김선아[24]의 연구에서는 노인전문병원과 종합병원에 입원한 환자의 보호자를 대상으로 한 반면, 본 연구에서는 중환자실에서 적극적인 치료를 받는 환자의 보호자를 대상으로 하였고, 입원기간이 4주 미만인 환자가 76.3%로 급성기 상태환자가 많이 포함되었기 때문인 것으로 판단된다. 이에 중환자실 간호사와 보호자의 심폐소생술금지의 필요성에 유

의한 차이가 나타났다($\chi^2=20.445, p<.001$). 심폐소생술금지가 필요한 주된 이유로, 본 연구에서는 ‘많은 노력에도 불구하고 회복이 불가능하기 때문에’가 중환자실 간호사와 중환자실 보호자 모두에게서 가장 높은 비율로 나타났고, ‘편안하고 품위 있는 죽음을 위해서’, ‘경제적 어려움 때문에’가 뒤를 이었다. 이는 간호사와 보호자를 대상으로 한 김선아[24], 보호자를 대상으로 한 송경옥과 조현숙[23]의 결과와 일치하는 것으로, 회복 불가능한 환자에게 시행하는 연명(延命)만을 위한 심폐소생술을 간호사와 보호자 모두 부정적으로 생각함을 알 수 있다. 또한, 심폐소생술금지를 선택한 환자가 심폐소생술금지를 선택하지 않은 환자보다 중환자실 일일 의료비가 많이 지출된다는 노화경[25]의 연구와 같은 맥락으로 보호자는 ‘경제적 어려움 때문에’ 심폐소생술 금지가 필요하다고 답변한 것으로 사료된다. 그러나, 간호사는 ‘경제적 어려움’을 심폐소생술금지의 필요 이유로 답변하지 않았는데, 이는 간호사가 의료비의 직접적인 부담자가 아니기 때문에 의료비 부담에 직면하지 못했기 때문으로 보여지며, 간호사와 보호자 사이에 통계적으로 유의한 차이가 나타났다(Fisher=7.130, p=.021). 본 연구에서 심폐소생술금지를 설명하는 시기로 간호사는 말기질환으로 입원한 경우 입원 즉시 설명해야 한다고 생각하는 비율이 많았고, 보호자는 자발적 호흡정지 시 심폐소생술금지를 설명해야 한다고 생각하였다. Chang, Huang 그리고 Lin의 연구[26]에서 심폐소생술금지 결정 후 24시간 이내에 사망하는 비율이 51.3%이고, 김명희와 강은희[1]의 연구에서도 심폐소생술금지를 결정하는 상황은 환자상태가 갑자기 악화된 경우가 38.6%라는 결과를 볼 때, 심폐소생술금지 결정은 환자상태가 이미 죽음에 이르러서야 시행되는 것으

로 사료된다. 반면, 선행연구에서 간호사의 경우 심폐소생술금지를 설명할 시기를 ‘말기질환으로 입원한 경우 즉시’라고 답한 비율이 조혜란[27]은 59.1%, 박서운[28]은 60.7% 인 선행연구와 비교하였을 때, 심폐소생술금지 상황을 자주 겪는 간호사들은 심폐소생술금지를 미리 설명하여 환자와 보호자 모두 최선의 선택을 하도록 생각할 시간을 충분히 주고자 한 것으로 여겨지며, 이에 통계적으로 유의한 차이를 나타내었다($\chi^2=13.128, p=.004$). 따라서 간호사와 보호자는 심폐소생술금지를 결정하기 전에 충분한 정보공유를 통하여 인식에 대한 합의점을 찾아야 할 것이다. 선행연구에서 중환자실에서 심폐소생술금지 결정 이후 적극적으로 변한 간호 처치 중 가장 높은 비율을 차지하는 것이 보호자와의 대화라는 결과에 비추어[29], 심폐소생술금지를 결정하기 이전에 충분한 대화로 간호사의 역할을 하고, 심폐소생술금지를 결정한 이후에도 보호자와의 대화로 지지하는 역할을 계속해야 할 것이다. 심폐소생술금지에 대해 환자 본인에게 설명해야 한다고 생각한 간호사는 90.1%, 보호자는 63.2%였고, 두 집단 사이에 통계적 유의성이 나타났는데($\chi^2=17.442, p<.001$), 이는 심폐소생술금지에 대한 결정이 환자가 배제된 채 주로 담당의와 가족의 면담에 의해 이루어졌다는 김명희와 강은희[1], 모든 심폐소생술금지에 대한 결정이 보호자와 의료인에 의해 결정되는 실정이라는 Kim 등[30]의 연구 결과와 비교해 볼 수 있다. 중환자실 보호자가 중환자실 간호사보다 환자본인에게 심폐소생술금지에 대해 설명하는 것을 찬성하는 비율이 낮은 것은, 우리나라가 유교사상에 뿌리를 둔 가족중심적인 가족주의가 매우 강한 나라이므로, 자아의 기본단위를 개인이 아닌 가족으로 생각하는 문화적 특수성에 의한 것이라 볼 수 있다[31]. 반면, 간호사를

대상으로 한 선행연구에서는 환자 본인에게 심폐소생술금지를 설명해야 한다는 비율이 조혜란[27] 72.4%로 나타나 간호사의 경우는 환자의 자율성을 중시하여 심폐소생술금지의 결정 상황에 환자 본인이 참여해야 한다고 생각했음을 알 수 있다. 본인의 심폐소생술금지여부를 묻는 문항에 간호사는 53.8%가 심폐소생술금지를 시행할 것이라고 답하였고, 42.9%가 상황에 따라서 심폐소생술금지를 시행할 것이라고 하였으며, 3.3%가 시행하지 않을 것이라고 답하였다. 이는 조혜란[27]의 연구와 비슷한 결과로, 심폐소생술금지에 대한 필요성을 인식하여 나타난 것으로 사료된다. 보호자의 경우는 51.3%가 심폐소생술금지를 시행할 것이라고 하였고, 31.6%는 상황에 따라서 심폐소생술금지를 시행할 것이라고 답하였다. 이는 송경옥과 조현숙[23]의 연구에서 보호자 62.6%가 심폐소생술금지를 시행할 것이라는 답변보다 낮은 결과로써, 본 연구에서 보호자는 상대적으로 심폐소생술금지 필요성을 낮게 인식하고 있으며, 이로 인해, 중환자실 간호사와 보호자 간 인식의 차이가 발생한 것으로 생각해볼 수 있다($\chi^2=9.689, p=.008$). 또한, 본인의 심폐소생술금지 시행여부에는 중환자실 간호사와 보호자 사이에 유의한 차이가 있었으나 가족의 심폐소생술금지 시행여부에 중환자실 간호사와 보호자의 차이가 나타나지 않았다($\chi^2=4.337, p=.123$). 이는, 중환자실 간호사들이 심폐소생술금지의 필요성을 인식하고, 이에 자신들은 편안하고 품위있는 죽음을 원하지만, 가족의 경우에는 책임과 도리를 끝까지 지키지 못했다는 죄책감으로 인해 연명치료중단을 시행하려는 경향이 낮다는 안혜영[7]의 연구와 일치한다. 문서화된 심폐소생술금지 지침의 제정이 필요하다는 문항에 간호사의 90.1%가 그렇다고 하였고, 보호자의 72.4%가 필요하다고 하

였으며, 이에 통계적으로 유의한 차이가 나타났다($\chi^2=9.823, p=.007$). 이는 간호사의 경우 김선아[24]의 연구에서 90.1%, 조혜란[27]의 연구에서 89.0%, Park 등[30]의 연구에서 93.2%, 보호자의 경우 김선아[24]의 연구에서 73.6%가 문서화된 심폐소생술금지의 지침서가 필요하다고 한 선행연구와 일치한다. 간호사의 경우 보호자보다 연명치료중단에 대한 상황을 많이 접하였고, 이에 문서화된 심폐소생술금지에 대한 지침의 필요성을 경험적으로 인식했기 때문에 심폐소생술금지의 문서화된 지침서의 필요성이 높게 나타난 것으로 생각된다. 또한, 연명치료중단 결정시 치료의 범위, 시기 등을 명확하게 의사소통하는 것이 가족들이 느끼는 ‘좋은 죽음(good death)’이라는 Steinhauser 등[32]의 결과에 따라, 상세한 설명이 첨부된 지침이 필요할 것이다. 최근 많은 병원에서 연명치료중단에 대한 문서화된 사전의료의향서를 보유하고 있지만, 그 내용이 병원마다 다르다. 또한, 많은 환자가 연명치료의 계속이나 중단 여부를 스스로 선택하지 못하고 있는 경우가 많으며, 윤리적, 법적 측면으로 보호받을 수 있는 보편적인 기준과 절차 등이 마련되지 않아 의료진마저도 혼선을 빚고, 환자와 가족의 대부분은 정확한 정보를 알지 못한 채 의사결정을 내리고 있는 상황으로, 법적 문제가 발생할 수 있다[5]. 따라서 각각의 의료기관이 보유한 문서화된 지침을 통일하여 이를 법제화 시킴으로써 연명치료중단에 대한 정확한 인식과 판단이 이루어질 수 있도록 해야 한다.

중환자실 간호사와 보호자의 연명치료중단에 대한 인식의 차이가 있어, 임상현장에서 간호사는 보호자의 상담자, 지지자로서 적극적인 역할을 수행하여야 하며, 이를 위해 보호자와의 충분한 의사소통이 필요할 것이다. 또한 위와 같은 결과를 통해 간호사와 보호자를 위한 연명치료

에 대한 교육프로그램의 개발이 필요함을 알 수 있었다. ◎

REFERENCES

- 1) 김명희, 강은희(2011). 신경계 중환자실에서의 DNR (Do-Not-Resuscitate) 결정 과정에서의 간호 활동 실태. *글로벌 건강과 간호*, 2011 ; 1(2) : 73-82.
- 2) Stroud R. The withdrawal of life support in adult intensive care: An evaluative review of the literature. *Nursing in Critical Care*, 2002 ; 7 : 176-184.
- 3) 문성제. “무의미한 연명치료 중단 등의 기준에 관한 재고 - 대법원 2009.5.21. 선고 2009다17417사건 판결을 중심으로.” *의료법학*, 2009 ; 10(2) : 309-341.
- 4) 김애경. 간호사의 소극적 안락에 대한 태도 조사. *기본간호학회지*, 2002 ; 9(1) : 76-85.
- 5) 연명치료 중지에 관한 지침 제정 특별 위원회. 연명치료중지에 관한 지침. 대한의사협회, 대한의학회, 대한병원협회. 2009.
- 6) 문정란. 간호사의 무의미한 연명치료 중단에 대한 태도와 윤리적 가치관. 석사학위논문. 부산가톨릭대학교 대학원. 2013.
- 7) 안혜영. 보훈병원에 내원한 국가유공자와 보호자의 연명치료중단에 대한 인식 및 윤리적 태도. 석사학위논문. 충남대학교 대학원. 2014.
- 8) 한은경. 노인환자와 간호제공자의 DNR에 대한 태도와 인식. 석사학위논문. 한양대학교 임상간호정보대학원. 2010.
- 9) 오순옥. 일 종합병원 간호사의 연명치료중단 지식과 사전동의에 대한 연구. 석사학위논문. 한양대학교 대학원. 2010.
- 10) Monteiro F. Family Reliance on Physicians' Decisions in Life-Sustaining Treatments in Acute-on-Chronic Respiratory Diseases in a Respiratory ICU : A Single-Center Study. *Respiratory care*, 2014 ; 59(3) : 411-419.
- 11) 하명옥. 연명치료 중단에 대한 간호사의 인식과 태도에 관한 연구. 석사학위논문. 경희대학교 행정대학원. 2010.
- 12) Kwok T, Twinn S, Yan E. The attitudes of Chinese family caregivers of older people with dementia towards life sustaining treatments. *Journal of Advanced Nursing*, 2007 ; 58(3) : 256-262.

- 13) Esteban A, Gordo F, Solsona JF, Alia I, Caballero J, Bouza C, et al. Withdrawing and withholding life support in the intensive care unit; A Spanish prospective multi-centre observational study. *Intensive Care Medicine*, 2001 ; 27(11) : 1744-1749.
- 14) 보건복지부. 연명치료 중단에 대한 지침. 2009.
- 15) 국립국어원 표준국어대사전, Available from http://stdweb2.korean.go.kr/search/List_dic.jsp, [cited 2014. November. 6]
- 16) 박연옥, 장봉희, 유문숙, 조유숙, 김효심. 말기 환자의 연명치료중단에 대한 간호사의 인식도. *한국의료윤리학회지*, 2004 ; 7(2) : 198-216.
- 17) 한성숙, 장순아, 문미선, 한미현, 고귀현. DNR에 대한 간호사의 인식 및 태도 조사연구, *간호행정학회지*, 2001 ; 7(3) : 403-414.
- 18) Santonocito C, Ristagno G, Gullo A, Weil MH. Do-not-resuscitate order: a view throughout the world. *Journal of Critical Care*, 2013 ; 28 : 14-21.
- 19) 전시자, 김강미자, 김희경, 박순옥, 배영숙, 조경숙, 황옥남, 김영경, 서순림, 유양숙. *성인간호학(상권)*. 현문사. 2010.
- 20) 변은경, 최혜린, 최애리, 홍권희, 김나미, 김행선. 중환자실 간호사와 중환자가족의 연명치료 중단에 대한 태도 조사, *임상간호연구*, 2003 ; 9(1) : 112-124.
- 21) 이윤복. 심폐소생술금지(DNR)에 대한 간호사와 의사의 인식과 경험 및 윤리적 태도. *임상간호연구*, 2007 ; 13(2) : 73-85.
- 22) 김성미. DNR에 대한 대학생들의 인식 및 태도 : 간호대학생과 비보건계열대학생 비교를 중심으로, *한국산학기술학회*. 2010 ; 11(12) : 4907-4921.
- 23) 송경옥, 조현숙. 심폐소생술금지(Do-Not-Resuscitate)에 대한 환자보호자의 윤리적 인식 및 태도, *임상간호연구*, 2010 ; 16(3) : 73-84.
- 24) 김선아. 노인환자 비 심폐소생술(DNR)에 대한 윤리적 태도 및 인식 : 간호사와 환자보호자 및 요양보호사를 중심으로. 석사학위논문. 한양대학교 임상간호정보대학원. 2009.
- 25) 노화경. 심폐소생술 금지(DNR)가 중환자실 의료비에 미치는 영향, 석사학위논문. 서울대학교 대학원. 2011.
- 26) Chang Y, Huang C, Lin C. Do-Not-resuscitate orders for critically ill patients in intensive care, *Nursing Ethics*, 2010 ; 17(4) : 445-455.
- 27) 조혜란. 종합병원 중환자실 간호사의 심폐소생술금지(DNR)에 대한 인식과 윤리적 태도, 석사학위논문. 공주대학교 대학원. 2014.
- 28) 박서윤. 노인환자의 심폐소생술 금지(DNR)에 대한 윤리적 태도와 인식 : 간호사, 의사 및 환자보호자 중심으로. 석사학위논문. 한양대학교 임상간호정보대학원. 2011.
- 29) Park YR, Kim JA, Kim KS. Changes in How ICU nurses perceive the DNR decision and Their nursing activity afer implementing it. *Nursing Ethics*, 2011 ; 18(6) : 802-813.
- 30) Kim DY, Lee KE, Nam EM, Lee HR, Lee KW, Kim JH, Lee JS, Lee SN. Do-Not-Resuscitate Orders for Terminal Patients with Cancer in Teaching Hospitals of Korea, *Journal of palliative medicine*, 2007 ; 10(5) : 1153-1158.
- 31) 서선희. 한국적 효 개념의 특수성, *한국노년학회지*, 1998 ; 18(3) : 142-154.
- 32) Steinhauer KE, Christakis NA, Clipp EC, McNeilly M, McIntyre L, Tulsky JA. Factors considered important at the end of life by patients, family, physicians, and other care providers. *Journal of the American Medical Association*, 2000 ; 284(19) : 2476-2482.

A Comparison of the Understanding of the Withdrawal of Life-sustaining Treatment between Intensive Care Unit Nurses and Patients' Family Members^{*,**}

KIM Won Jeong^{***}, KANG Ji Sook^{****}

Abstract

The purpose of this study was to compare the differences in the understanding of the withdrawal of life-sustaining treatment between intensive care unit nurses and patients' family members. This study was a descriptive investigation using a structured questionnaire that was given to 91 ICU nurses and 76 family members of ICU patients in four university hospitals in South Korea. The data were collected from April to June, 2014 and the collected data were analyzed for frequency, percentage, χ^2 test, and Fisher's exact test using SPSS 20.0 program. The results of the study were as follows: 1) on the understanding of the withdrawal of life-sustaining treatments, significant differences were found between nurses and patients' family members; and 2) on the understanding of CPR, significant differences were found between nurses and patients' family members regarding the following items: "the necessity of DNR," "reason for the necessity of DNR," "time to explain DNR," "obligation to explain DNR for patients," "performance of DNR for oneself," and "the necessity for documented guidelines on DNR." The results of this study suggest that there is a need for educational programs, especially for patients' family members, regarding end-of-life care.

Keywords

family, intensive care unit, nurse, withdrawal of life-sustaining treatment

* This manuscript is a revision of the 1st author's master's thesis from Wonkwang University.

** This study was supported by the Wonkwang University in 2014.

*** NSICU, Wonkwang University Hospital

**** Department of Nursing, School of Medicine, Wonkwang University: Corresponding Author