

생의 말기치료 결정과 사전의사결정에 대한 간호사의 태도조사

김미영¹ · 김금순²

¹서울대학교의과대학/서울대학교병원 의학연구협력센터 간호사, ²서울대학교간호대학 교수

Korean Nurses' Attitude towards Advance Directives and End of Life Decision Making

Kim, Mi Young¹ · Kim, Keum Soon²

¹Research nurse, Seoul National University Hospital

²Professor, College of Nursing, Seoul National University

Purpose: The aim of this study is to carry out research on nurses regarding end of life decision and advance directives (ADs) and their attitude, experience and confidence towards them in order to define the role of nurses. **Methods:** In this research, questionnaire was distributed and data were collected and analyzed after receiving a written consent from 332 nurses. The survey was conducted from the 14th to 30th of September, 2009. The instrument used for conducting the study was revised version of KAESAD (The Knowledge, Attitudinal, Experiential Survey on Advance Directives). **Results:** We have come to a conclusion that nurses have positive attitude towards ADs. However, they hardly had any experience regarding them which leads to low confidence in assisting preparing ADs. Also, attitude towards ADs had no correlation with experience and confidence. **Conclusion:** In order to bring about the confidence level from positive attitude that nurses have, there needs to be a systematic change in nursing education. For that, it requires an education system that emphasizes the role of nurses which incorporates Korean culture and characteristics regarding death issue.

Keywords: Nurses, Advance directives, Withdrawal, Decision making

I. 서 론

1. 연구의 필요성

과학과 의료기술의 발전에 따라 치료의 개념은 건강한 상태로의 회복 이외에도 말기 환자의 단순한 연명치료까지도

의미하게 되었다. 하지만 연명 치료가 오히려 인간의 존엄성을 해칠 수 있다는 우려가 제기됨에 따라 연명치료 중단과 보류의 기준은 무엇이고, 어떤 치료를 중단하며 누가 결정에 참여하는가에 대한 윤리적, 법적 문제들이 발생하고 있다(Lee, 2009).

연명치료 중단을 결정할 때 발생하는 윤리적, 도덕적, 법적

투고일: 2010. 12. 13 심사회의일: 2010. 12. 13 게재확정일: 2010. 12. 28

주요어: 생의 말기치료, 사전의사결정, 간호사

Address reprint requests to : Kim, Mi Young

* 본 논문은 서울대학교 대학원 석사학위 논문임

Biomedical Science Building B103 Seoul National University College of Medicine 101 Daehangno, Jongno-gu, Seoul 110-744, Korea
Tel: 02-740-8936 Fax: 02-743-8361 E-mail: sossim-over@snuh.org

혼란을 최소화하기 위하여 일부 병원에서는 사전의사결정(advance directives)에 대한 지침들을 개발하고 있다. 서울대학교병원의 경우 '사전의료지시서'를 통한 존엄사 제도를 공표하였으며(Segye.com 2009. 5. 18), 한국보건의료연구원은 사전의료지시서를 통하여 본인의 의사를 피력할 수 있다는 내용을 포함한 '무의미한 연명치료 중단'의 제도화를 위한 12개 기본 원칙'을 발표하는 등(The Kukmin Ilbo, 2009. 9. 29)생의 말기치료 결정시 환자 본인의 가치관이 반영되도록 하는 움직임이 일고 있다.

사전의사결정 제도란 한 개인이 의사결정능력을 상실한 상태에서 임종을 맞게 될 때를 대비하여 원하는 또는 원하지 않는 의료내용을 미리 결정해 놓거나 대신 결정해줄 대리인을 지정해 놓는 제도를 말한다(Yu, 2002). 서구에서는 연명치료의 중단결정에 있어서 윤리의 기본 원칙중의 하나인 자율성 존중을 가장 주요한 고려 사항으로 보고, 환자의 자기 결정권을 보장하기 위한 제도적 장치인 사전의사결정서를 활용하고 있다(Son, 1998). 오늘날 사전의사결정은 미국 대부분의 주에서 법적 지위를 갖게 되었으며 유럽의 많은 국가들에서도 법적이거나 유사법적인 위치를 갖게 되었다(Loewy, 1996). 사전의사결정 제도는 판단불능상태가 되었을 때 본인이 받게 될 치료에 대한 통제력을 높여주고(Luptak & Boulton, 1994), 개인의 자율성을 존중하는 수단으로서 역할을 한다(Emanuel, 1989).

한국보건의료연구원이 토론회, 학회/단체 대표자 회의, 연명치료 실태 조사, 설문조사 등을 통하여 2009년 10월에 발표한 '무의미한 연명치료 중단을 위한 사회적 합의안 제시'에 의하면 연명치료에 관한 결정은 환자의 자기결정권과 환자의 상태에 대한 의학적 판단을 기초로 하며, 연명치료를 중단할 때에는 담당 의료진이 환자의 상태, 치료 방법과 효과, 예후, 연명치료 등에 대하여 환자와 그 가족들이 이해할 수 있도록 설명하여야 하며, 환자가 합리적으로 결정할 수 있도록 도와야 한다(Bae et al., 2009)고 하여 환자의 자기결정권과 이를 보장하기 위한 의료진의 역할에 대해 다루고 명시하고 있다. 그러나 일각에서는 환자와 죽음에 대해 논의하기를 꺼려하고, 가족주의적인 성격이 농후한 우리나라 사회에도 사전의사결정서를 서구와 마찬가지로 적용할 수 있을지에 대해서는 의문이 제기(Son, 1998)된 바 있다. 비록 한국 사

회가 점차 서구의 근대적 이념인 개인 중심주의의 경향이 심화되고 있기는 하나(Kim, H. S., 2009), 의료현장에서는 아직도 가족 중심의 전통적 가치와 개인 중심의 서구적 가치가 혼재해 있는 과도기적 단계에 있다.

이와 같이 가치관이 혼재되어 있는 의료 환경에서 간호사는 환자의 옹호자로서 임종을 대비하여 환자들의 의사결정능력을 돕고 그들의 자율성과 권리를 보호하고(Kelly, 1996; Watkinson, 1995), 환자의 사회문화적 배경에 대한 이해를 바탕으로 상담자, 조정자의 역할을 수행해야 하는 중요한 위치에 있다. 그러나 우리나라의 경우 사전의사결정에서 중요한 역할을 담당할 간호사를 대상으로 한 연구는 미흡한 상황이다. 따라서 본 연구에서는 간호사를 대상으로 생의 말기치료 결정(end of life decision making)과 사전의사결정에 대한 태도, 경험 그리고 자신감을 파악하여 우리나라 실정에 맞고 현실성 있는 간호사의 역할을 정의하고, 역량 강화를 위한 교육 과정을 정립하기 위한 기초자료를 마련하는데 기여하고자 한다.

2. 연구의 목적

본 연구는 생의 말기치료 결정과 사전의사결정에 대한 간호사의 태도, 경험 그리고 자신감 정도를 조사하고 상관관계를 살펴본다, 한국 실정에 맞는 간호교육의 기초자료를 마련하고자 한다. 구체적인 목표는 다음과 같다.

- 1) 대상자의 생의 말기치료 결정과 사전의사결정에 대한 태도, 경험 그리고 자신감 정도를 파악한다.
- 2) 대상자의 일반적 특성에 따른 생의 말기치료 결정과 사전의사결정에 대한 태도와 자신감 정도를 비교한다.
- 3) 생의 말기치료 결정과 사전의사결정에 대한 태도, 경험 그리고 자신감과의 상관관계를 파악한다.

3. 용어 정의

- 1) 생의 말기치료 결정과 사전의사결정에 대한 태도
태도란 '개인이 어떤 사건이나 문제, 물건이나 사람 등에 관하여 어떤 인식과 감정 및 평가를 가지며, 거기에 입각

하여 그 대상에 대해 가지고 있는 반응의 준비상태'를 의미(DooSan EnCyber, 2009)한다. 본 연구에서는 사전의사결정에 대한 지식, 태도, 경험조사도구(The Knowledge, Attitudinal, Experiential Survey on Advance Directives, 이하 KAESAD라고 함)(Jezewski et al., 2005)중 태도관련 부분을 발췌하여 수정 보완하여 측정된 생의 말기치료 결정과 사전의사결정에 대한 태도 점수를 의미한다.

2) 생의 말기치료 결정과 사전의사결정에 대한 경험

경험이란 '인간이 감각이나 내성을 통해서 얻는 것 및 그것을 획득하는 과정'을 의미(DooSan EnCyber, 2009)하며, 본 연구에서는 KAESAD (Jezewski et al., 2005)중 경험관련 부분을 발췌하여 수정 보완하여 측정된 생의 말기치료 결정과 사전의사결정에 대한 경험 점수를 의미한다.

3) 사전의사결정을 돕는 자신감

자신감이란 '어떤 일에 대하여 뜻한 대로 이루어 낼 수 있다고 스스로의 능력을 믿는 굳센 마음'을 의미(Naver dictionary, 2009)하며, 본 연구에서는 KAESAD (Jezewski et al., 2005)중 자신감관련 부분을 발췌하여 수정 보완하여 측정된 사전의사결정을 돕는 자신감 점수를 의미한다.

II. 연구방법

1. 연구설계

본 연구는 생의 말기치료 결정과 사전의사결정에 대한 간호사의 태도, 경험 그리고 자신감의 정도를 파악하고자 하는 서술적 조사연구이다.

2. 연구대상

본 연구의 자료 수집은 서울 일 대학병원의 내·외과 성인병동 및 중환자실(내과중환자실, 심혈관계중환자실, 외과중환자실, 심폐기계중환자실)에 근무하는 간호사를 대상으로 하였다. 표본의 크기는 $\alpha = .05$, power = .80, f = 0.2로 "Power Analysis and

Sample Size"(NCSS Statistical Software 2006, 상용프로그램)를 이용하여 산정한 결과 200명이었으며, 본 연구에서는 탈락률을 고려하여 380명을 대상으로 하였다.

3. 자료 수집 방법

자료 수집 기간은 2009년 9월 14일부터 9월 30일까지 총 17일이었다. 간호부로부터 연구의 허락을 받고 연구 참여자의 서면 동의를 받은 후 설문지 380부를 배부하여 369부를 수거하였다. 수거된 설문지 중에서 불완전한 답을 한 37부를 제외하여 총 332부(87%)가 분석에 이용되었다.

4. 자료 수집 도구

1) 생의 말기치료 결정과 사전의사결정에 대한 태도

생의 말기치료 결정과 사전의사결정에 대한 태도는 KAE SAD 중 태도 관련 부분을 발췌하였으며, 도구 개발자로부터 사용 허락을 받아 번안 후 영어 전공자를 통해 역번역 과정을 거쳤고, 간호대학 교수 1인 및 수간호사 3인의 자문을 받아 타당도를 높였다. 간호사 20명을 대상으로 예비조사를 시행한 결과 Cronbach's α 가 .22로 측정되어 신뢰성을 떨어뜨리는 '연명치료 보류·중단', '인공 수액·영양 중단', '조력 자살'에 대한 문항은 제외하고, 환자의 권리와 주체적 역할 및 간호사의 정보제공에 대한 12문항으로 수정하였으며, 도구 수정에 대하여 도구 개발자의 허락을 받았다.

각 문항은 4점 평정 척도(1=매우 아니다, 4=매우 그렇다)로 점수범위는 12~48점이며, 점수가 높을수록 사전의사결정에 긍정적이고, 생의 말기치료 결정시 환자의 주체적 역할에 대해 중요하게 생각하며, 환자의 의견이 존중되도록 돕는 간호사의 역할에 긍정적이라는 것을 뜻한다. 도구 개발자의 연구(Jezewski et al., 2005)에서 Cronbach's α 는 .57이었고, 본 연구에서 Cronbach's α 는 .62이었다.

2) 생의 말기치료 결정과 사전의사결정에 대한 경험

(1) 생의 말기치료 결정에 대한 경험

사전의사결정에 대한 경험은 KAESAD 중 생의 말기치료 결정에 대한 경험관련 부분을 발췌하여 사용하였으며, 예

후에 대한 의사소통, 환자의 의사결정 방법, 의사소통, 간호사의 역할에 대한 하위척도로 구성된다. 예비조사 시 Cronbach's α 는 .52로 측정되어 신뢰도를 떨어뜨리는 2문항을 제외한 18 문항으로 수정하였다. 각 문항은 4점 평정 척도(1=매우 아니다, 4=매우 그렇다)로 점수범위는 18~72점이며, 점수가 높을수록 생의 말기치료 결정 과정에서 의사소통과 간호사 역할에 대해 부정적인 경험이 많다는 것을 의미한다. 도구개발자의 연구(Jezewski et al., 2005)에서 Cronbach's α 는 .57이었고, 본 연구에서의 Cronbach's α 는 .62이었다.

(2) 사전의사결정에 대한 경험

사전의사결정에 대한 경험은 KAESAD 중 사전의사결정에 대한 경험관련 부분을 발췌하여 사용하였으며, 총 7문항으로 사전의사결정 과정에 대한 간호사의 경험을 내용으로 하며 각 문항은 '그렇다=1', '그렇지 않다=0'으로 계산한다. 점수범위는 0~7점이며 점수가 높을수록 간호사가 사전의사결정 과정에 참여 경험이 많다는 것을 뜻한다. 도구 개발자의 연구(Jezewski et al., 2005)에서 Cronbach's α 는 .58이었고, 본 연구에서의 Cronbach's α 는 .70이었다.

3) 사전의사결정을 돕는 자신감

사전의사결정을 돕는 자신감은 KAESAD 중 자신감관련 부분을 발췌하였으며, 환자의 사전의사결정을 돕는 자신감 척도는 사전의사결정에 대해 환자와 가족의 질문에 답하는 것, 사전의사결정에 대해 교육·중재·옹호하는 것에 대한 자신감 정도로 구성되어 있다. 5점 척도(1=매우 자신 없다, 5=매우 자신 있다)이며 총 11개의 문항으로 점수범위는 11~55점이며, 점수가 높을수록 환자의 사전의사결정을 돕는 자신감이 높다는 것을 나타낸다. 도구 개발자의 연구(Jezewski et al., 2005)에서 Cronbach's α 는 .93였으며, 본 연구에서의 Cronbach's α 는 .92이었다.

5. 자료분석

수집된 자료는 SPSS Window 17.0 통계 프로그램을 이용하여 분석하였다.

1) 대상자의 일반적 특성과 태도, 경험 그리고 자신감 정

도는 실수와 백분율, 평균과 표준편차로 분석하였다.

- 2) 대상자의 일반적 특성에 따른 생의 말기치료 결정과 사전의사결정에 대한 태도와 자신감 정도는 t-test, one way ANOVA를 사용하여 분석하였다.
- 3) 사전의사결정에 대한 태도, 경험 그리고 자신감과 상관계는 Pearson's Correlation을 사용하여 분석하였다.

III. 연구결과

1. 대상자의 일반적 특성

본 연구에 참여한 간호사들의 연령은 평균 28.34세이었고, 여자가 98.5%이었다. 학력은 대졸이 72.9%으로 가장 많았으며 미혼이 73.5%이었고, 종교는 무교가 39.2%이었고 그 다음으로 기독교, 천주교, 불교 순이었다. 임상적 특성으로 경력은 평균 5.19년이었고, 직위는 일반 간호사가 93.2%이었고 근무지는 내과병동이 35.2%이었다. 또한 사전의사결정에 대하여 간호사의 11.7%는 '매우 잘 안다', 55.4%는 '조금 안다' 라고 하였으며, 사전의사결정 제도 도입의 필요성에 대해서는 83.1%이 '필요하다' 고 하였다. 적당한 작성 시기에 대해서는 49.7%이 '질병말기라고 진단받았을 때' 라고 응답하였다.

2. 생의 말기치료 결정과 사전의사결정에 대한 간호사의 태도

1) 생의 말기치료 결정과 사전의사결정에 대한 간호사의 태도

본 연구에 참여한 간호사의 생의 말기치료 결정과 사전의사결정에 대한 태도는 평균 38.93점(점수범위 12~48)이었다. 가장 높은 찬성률을 보인 문항은 '의사결정능력이 있는 환자는 DNR 결정에 대해 언제나 상담 받을 수 있어야 한다.' (97.9%)이었고, 다음으로 '환자의 바람이 나(간호사)의 의견과 상충되더라도 나(간호사)는 환자의 의견을 존중해야 한다.' (94.6%)이었다. 반면, 낮은 찬성률을 보인 항목은 '환

자에게 정보를 제공하지 않는 것이 때로는 최선일 수 있다.’ (28.9%), ‘의사결정 능력이 있는 환자이지만 의료인이 심폐 소생술이 무의미하다고 판단한 경우에는 환자의 동의 없이 DNR 결정을 내릴 수 있다.’ (19.9%) 등이었다(Table 1).

2) 일반적 특성에 따른 간호사의 태도

생의 말기치료 결정과 사전의사결정에 대한 태도를 임상적 특성에 따라 비교하였을 때 경력이 12년 이상이 3년 미만 에 비해 통계적으로 유의하게 높았으며($p = .038$), 직위에 따라서는 책임간호사와 수간호사가 일반간호사에 비해 통계적으로 유의하게 높았다($p = .008$). 근무부서에 따라서는 내과계 중환자실과 내과병동의 태도 점수가 외과계 중환자실과 외과병동에 비해 통계적으로 유의하게 높았다($p = .020$). 또한, 사전의사결정 제도가 필요하다고 응답한 군의 점수가 ‘필요하지 않다’ 또는 ‘잘 모르겠다’ 라고 답한 군에 비해 높았으며, 이는 통계적으로 유의한 차이를 보였다($p = .003$) (Table 2).

3. 생의 말기치료 결정과 사전의사결정에 대한 간호사의 경험

1) 생의 말기치료 결정에 대한 경험

생의 말기치료 결정에 대한 경험은 평균 47.14점(점수범 위 18~72)이었다. 가장 높은 경험점수를 보인 문항은 ‘치료 비용은 생의 말기치료 결정에 영향을 준다.’ (91.0%)이었고, 그 다음으로 ‘의료인(간호사 포함)은 환자와 사전의사결정 관련 논의를 할 충분한 시간이 없다.’ (81.9%)가 뒤를 이었다. 반면, 낮은 경험점수를 보인 문항은 ‘대다수의 환자들은 사전의사결정에 필요한 의학적 상황과 잠재적인 치료에 대한 충분한 지식을 가지고 있다.’ (14.2%), ‘사전의사결정에 대해 간호사가 환자와 논의하는 시간은 충분하다.’ (10.5%) 등이었다 (Table 3).

2) 사전의사결정에 대한 경험

본 연구에 참여한 간호사의 사전의사결정에 대한 경험은 평균 1.08점(점수범위 0~7)이었다. 각 문항별로 살펴보면 사

Table 1. Attitude toward Advanced Directives and End of Life Decision Making (N=332)

Item	Mean ± SD	Agreement (%)
Patients with decision-making capacity should always be consulted on Do-Not-Resuscitate decisions.	3.39±0.53	97.9
Nurses should uphold the patient's wishes even if they conflict with the nurse's own views.	3.20±0.53	94.6
Nurses should help inform patients about their condition and treatment alternatives.	3.17±0.56	92.8
Patients with decision-making capacity who are not terminally ill should have a right to refuse life support even if that decision may lead to death.	3.11±0.56	91.6
The nurse has the responsibility to confer with the doctor about medical treatment if a patient's rights have not been considered.	2.98±0.44	90.1
It is appropriate to give medication to relieve pain even if it may hasten a patient's death.	2.94±0.52	84.0
Nurses should go against relatives' wishes if they conflict with the patient's end of life decisions.	2.83±0.55	78.3
Nurses should be actively involved in helping patients complete advance directives.	2.80±0.59	73.8
All patients with decision-making capacity should complete advance directives.	2.72±0.68	65.4
Most of the time patients are sufficiently informed to prepare advance directives.	2.27±0.60	30.4
It is sometimes best to withhold information from patients.	2.21±0.64	28.9
If cardio-pulmonary resuscitation (CPR) is futile for a patient who has decision-making capacity, a decision to forgo resuscitation should be made without the permission of the patient.	1.86±0.81	19.9
Total	38.93±2.96	

Table 2. Attitude toward ADs and End of Life Decision Making according to Characteristics of the Subjects

Characteristics	Classification	n	Mean±SD	t or F	p	Post hoc
Age(years)	≤ 24	90	38.46±2.85	2.48	.061	
	25~29	145	38.97±3.56			
	30~34	57	38.89±2.99			
	≥ 35	40	39.97±2.97			
Sex	Male	5	38.00±2.54	.512	.475	
	Female	327	38.95±2.96			
Education	Diploma	75	38.85±2.86	1.15	.319	
	Baccalaureate	242	38.89±2.97			
	Master	15	40.10±3.13			
Marital Status	Single	244	38.83±2.86	1.32	.252	
	Married	88	39.25±3.20			
Religion	Buddhist	37	39.57±3.28	.679	.565	
	Protestant	110	38.92±3.06			
	Catholic	55	38.72±2.80			
	None	130	38.86±2.85			
Career (years)	< 3 ^a	146	38.44±2.93	2.56	.038	a < e
	3~ < 6 ^b	64	39.53±2.97			
	6~ < 9 ^c	49	38.96±2.91			
	9~ < 12 ^d	37	39.00±2.81			
	≥ 12 ^e	36	39.83±2.98			
Position	Staff nurse ^a	309	38.82±2.92	7.20	.008	a < b
	Charge nurse or head nurse ^b	23	40.52±3.04			
Department	MICU, CCU ^a	66	39.36±2.91	3.36	.020	a, c > b, d
	SICU, CPICU ^b	75	38.54±2.47			
	Medical ward ^c	117	39.40±3.25			
	Surgical ward ^d	74	38.23±2.81			
Awareness of ADs*	Very well aware	39	39.35±3.27	.65	.586	
	Know about ADs	184	39.01±3.09			
	Heard about ADs but not familiar	93	38.62±2.60			
	Not heard of ADs	16	39.00±2.66			
Necessity of ADs	Needed ^a	276	39.16±2.98	9.25	.003	a > b
	Not needed or have no idea ^b	56	37.86±2.59			
Appropriate timing for preparing ADs	Healthy	75	39.32±2.86	1.09	.364	
	Admitted to hospital	27	39.26±2.71			
	Diagnosed as terminally ill	165	38.90±2.97			
	Near death	26	38.00±2.69			
	Timing does not matter	39	38.94±2.65			

전 의사결정을 한 환자를 간호한 경험과 사전 의사결정에 관한 규정이나 절차에 대해 읽어본 경험이 있는 경우가 .31점으로 가장 높은 반면, 사전 의사결정을 한 환자의 증인이 되어 본 경험이 있는 경우는 .02점으로 가장 낮았다(Table 4).

4. 사전 의사결정을 돕는 자신감

1) 사전 의사결정을 돕는 자신감

본 연구에 참여한 간호사의 사전 의사결정을 돕는 것에

대한 자신감은 평균 29.48점(점수범위 11~55)이었다. 각 항목 중 '환자의 자기결정권에 대해 아는 것'에 대한 자신감만이 3.04점으로 보통(3점)이상이었고, 그 다음으로 '환자의 사전의사결정이 가족들의 바람과 다른 경우 환자의 결정을 옹호하는 것' (2.95점)이었다. 자신감이 가장 낮은 항목은 '연명치료 중단 결정 및 사전의사결정과 관련된 법률의 입법 현황에 대해 아는 것' (2.18점)이었다(Table 4).

2) 일반적 특성에 따른 사전의사결정을 돕는 자신감

환자의 사전의사결정을 돕는 자신감을 일반적 특성에 따라 비교하였을 때 연령이 35세 이상이 35세 미만의 다른 연

령에 비해 통계적으로 유의하게 높았고($p = .006$), 학력에 따라서는 대학원 졸업자가 그 이하에 비해 통계적으로 유의하게 높았다($p = .001$). 경력에 따라서는 12년 이상이 그 외의 경력군에 비해 통계적으로 유의하게 높았다($p = .001$). 사전의사결정 제도에 대해 아는 정도에 따른 자신감 정도는 '매우 잘 안다'가 '조금 안다', '들어보기는 했다', '전혀 모른다'에 비해 높았으며, 이는 통계적으로 유의하였다($p = .001$). 사전의사결정 제도의 필요성에 대하여 '필요하다'라고 답한 군의 자신감 점수는 '필요하지 않다' 또는 '잘 모르겠다'라고 답한 군에 비해 통계적으로 유의하게 높았다($p = .001$)(Table 5).

Table 3. Experience related to End of Life Decision Making (N=332)

Item	Mean ± SD	Experience (%)
The cost of health care affects end of life decision making.	3.07 ± 0.51	91.0
Very often there is not enough time to discuss advance directives with patients.	2.94 ± 0.55	81.9
An impediment to making good decisions about end of life care is difficulty communicating with patients and their families.	2.83 ± 0.51	77.4
Terminally ill patients with a Do-Not-Resuscitate order receive less care overall.	2.75 ± 0.55	70.2
Terminally ill patients with a Do-Not-Resuscitate order receive less care overall.	2.75 ± 0.55	70.2
Some patients are excluded from making decisions about their care because they are inappropriately judged to lack capacity to make decisions.	2.65 ± 0.58	63.9
Nurses usually know the decisions of their patients regarding their advance care planning.	2.57 ± 0.58	58.7
Most patients misunderstand the meaning of an advance directive.	2.61 ± 0.55	58.1
Family members follow the advance directive of the patient most of the time.	2.58 ± 0.54	57.2
Generally nurses can answer patients' questions about advance directives.	2.55 ± 0.56	54.5
Health care providers usually know the wishes of their patients regarding advance care planning.	2.47 ± 0.59	49.7
Patients and their health care providers generally agree about what constitutes medically futile treatment.	2.48 ± 0.53	48.8
The information in an advance directive usually is sufficient to guide treatment.	2.48 ± 0.59	47.0
Most of the time family members know the patient's preference regarding care at the end of life.	2.44 ± 0.53	44.0
When providers disagree with a patient's advance directive, providers use their own judgment whether to follow the advance directive.	2.25 ± 0.59	33.1
Most patients are approached early enough in their terminal illness to allow them time to make informed decisions about end of life care.	2.29 ± 0.57	32.8
Helping patients complete advance directives is emotionally draining.	1.91 ± 0.62	15.4
Most patients have enough knowledge about their medical condition and potential treatments to prepare advance directives.	2.04 ± 0.51	14.2
The amount of time nurses spend discussing advance directives with patients is sufficient.	1.98 ± 0.51	10.5

Table 4. Experience with ADs and Confidence on Assisting Patients with ADs

(N=332)

	Items	Mean±SD
Experience with ADs	Have you cared for a patient with an advance directive?	.31±0.46
	Have you read your institution's policies or procedures concerning advance directives?	.31±0.46
	Have you counseled patients/families about advance directives?	.18±0.39
	Have you provided treatment to patients whose advance directive indicated otherwise?	.10±0.30
	Have you observed others providing treatment to patients whose advance directive indicated otherwise?	.09±0.29
	Have you initiated a discussion about advance directives with a patient?	.06±0.24
	Have you been a witness for an advance directive for a patient?	.02±0.15
Confidence on assisting patients with ADs	Knowing the provisions of the Patient Self-Determination Act.	3.04±0.68
	Advocating for patients' advance directives when they are against the wishes of the family.	2.95±0.76
	Answering family members' questions about advance directives.	2.93±0.75
	Answering patients' questions about advance directives.	2.90±0.77
	Complying with the provisions of patients' advance directives.	2.87±0.79
	Responding to a patient's uncertainty about advance directives.	2.71±0.73
	Initiating advance directive discussions with patients.	2.61±0.71
	Implementing institutional policy and procedures for advance directives.	2.53±0.76
	Mediating when there is disagreement between patients and family members regarding end of life decisions.	2.40±0.75
	Teaching other health care providers about advance directives.	2.34±0.79
	Knowing state laws regarding advance directives.	2.18±0.82

5. 생의 말기치료 결정과 사전의사결정에 대한 태도, 경험 그리고 자신감과의 상관관계

환자의 사전의사결정을 돕는 자신감은 사전의사결정에 대한

경험과 유의한 상관관계를 보였고($r = .360, p = .001$), 생의 말기치료 결정에 대한 경험과는 부적 상관관계를 보였다($r = -.408, p = .001$). 사전의사결정에 대한 경험과 생의 말기치료 결정에 대한 경험은 부적 상관관계를 보였다($r = -.173,$

Table 5. Confidence on Assisting Patients with ADs according to Demographic Characteristics

Characteristics	Classification	n	Mean±SD	t or F	p	Post hoc
Age(years)	≤ 24 ^a	90	28.93±5.76	4.23	.006	a, b, c < d
	25~29 ^b	145	29.17±6.11			
	30~34 ^a	57	28.86±6.85			
	≥ 35 ^e	40	32.70±6.01			
Sex	Male	5	30.06±3.36	.17	.685	
	Female	327	29.46±6.26			
Education	Diploma ^a	75	29.01±6.29	8.88	.001	a, b < c
	Baccalaureate ^b	242	29.22±6.00			
	Master ^c	15	35.93±6.44			

Marital Status	Single	244	29.12±5.95	2.98	.086	
	Married	88	30.45±6.89			
Religion	Buddhist	37	28.78±26.69	.59	.623	
	Protestant	110	30.02±28.82			
	Catholic	55	29.69±28.08			
	None	130	29.12±28.03			
Career (years)	< 3 ^a	146	28.95±5.63	4.69	.001	a, b, d(e)
	3~6 ^b	64	28.70±6.15			
	6~9 ^c	49	29.94±6.51			
	9~12 ^d	37	28.43±7.41			
	≥12 ^e	36	33.44±5.73			
Position	Staff nurse	309	29.33±6.12	2.35	.126	
	Charge nurse or Head nurse	23	31.39±7.45			
Department	MICU, CCU	66	29.33±5.73	.52	.667	
	SICU, CPICU	75	28.89±6.58			
	Medical ward	117	30.01±6.09			
	Surgical ward	74	29.35±6.54			
Awareness of ADs	Very well aware ^a	39	34.08±6.06	11.77	.001	a) b, c, d
	Know about ADs ^b	184	29.61±6.09			
	Hear about ADs but not familiar ^c	93	27.83±5.39			
	Not heard of ADs ^d	16	26.25±6.89			
Necessity of ADs	Needed ^a	276	30.05±6.12	14.51	.001	a > b
	Not needed or have no idea ^b	56	26.64±6.03			
Appropriate timing for preparing ADs	Healthy	75	28.63±6.05	1.98	.096	
	Admitted to hospital	27	31.96±6.32			
	Diagnosed as terminally ill	165	29.59±6.48			
	Near death	26	30.42±5.53			
	Timing does not matter	39	28.26±5.40			

p= .001). 사전의사결정과 생의 말기치료 결정에 대한 태도는 경험 및 자신감과 통계적으로 유의한 상관관계를 보이지 않았다(Table 6).

IV. 논 의

본 연구는 생의 말기치료 결정과 사전의사결정에 대한 간호사의 태도, 경험 그리고 자신감의 정도를 파악하고자 시도

Table 6. Correlations between Attitude, Experience toward ADs and Confidence

(N=332)

Characteristics	Attitude	Experience with ADs*	Experience with EOL*	Confidence
	r(p)	r(p)	r(p)	r(p)
Attitude	1	.044(.421)	-.039(.482)	.088(.109)
Experience with ADs		1	-.173(.001)	.360(.001)
Experience with EOL			1	-.408(.001)
Confidence				1

EOL= End of life decision making

되었다. 본 연구에서 간호사는 92.8%에서 환자에게 현재 상태와 치료대안에 대한 정보를 제공해야 한다고 답하여 Jezewski 등(2005)의 연구에서 종양 간호사의 92%와 Scherer 등(2006)의 연구에서 중환자 간호사의 96.2%가 정보제공에 긍정적인 태도를 보인 것과 비슷한 수준이었으며, Byun 등(2003)의 연구에서 객관적이고 전문적인 입장에서 필요한 정보를 제공하는 것을 중요한 간호사의 역할로 본 것과 일치하였다.

그러나 본 연구에서 간호사는 28.9%에서 '환자에게 정보를 제공하지 않는 것이 때로는 최선일 수 있다.' 라고 하여 환자의 상태나 상황에 따라 정보를 제공하지 않을 수도 있다고 여기고 있었다. 이는 Yun 등(2004)의 연구에서 암환자의 96%가 본인이 말기 상태임을 알려주기를 원한 반면 가족은 78%만이 환자에게 알리는 것이 바람직하다는 것과 비교해 볼 때 가족의 입장과 비슷하였다. 또한 Kim과 Kim (2008)의 연구에서 의료진으로부터 DNR을 권유 받았을 때 암환자 보호자의 72.7%만이 환자에게 DNR 여부에 대해 물어보겠다고 한 것과도 일치한다. 가족적 유대관계가 긴밀한 한국 문화권에서는 환자의 충격을 우려하는 가족들에 의해 환자에게 정보가 차단되는 경우가 많은데, 간호사도 이에 대해 가족과 비슷한 입장을 취하고 있는 것으로 해석된다.

본 연구의 결과, 대상자의 6.0%에서 사전의사결정에 대한 논의를 이끌어 내어 본 경험이 있다고 하여, Jang (2000)의 연구에서 DNR 결정시 간호사가 3.3% 제안하여 가족과 의료진이 상담하였다는 결과와 비슷한 수준이었으나, Scherer 등(2006)의 연구에서 간호사의 82.9%가 사전의사결정에 대한 논의를 이끌어 내어 본 경험이 있다고 한 것과 비교하면 매우 낮은 결과였다.

사전의사결정에 대한 논의를 이끌어 내는 것에 대한 자신감은 2.6점(범위 1-5점)으로 Scherer 등(2006)의 4.1점에 비해 낮았다. 이것은 호스피스에 대한 자기 효능감에 대한 연구에서(Kwon, Yang, Park, & Choi, 2008) 간호사는 환자와 죽음에 대해 논의하는 것을 가장 어려워하였고, 의사소통 영역의 자기 효능감이 낮게 보고된 것과 일치된 결과이다. 한편, 환자의 권리가 보장될 수 있는 옹호자의 역할과 관련하여 본 연구에서 간호사의 90.1%가 환자의 권리가 고려되지 않았을 때 담당의사와 치료에 대해 논의할 책임이 있다고 답하

여, 옹호자로서의 역할에 대해 긍정적인 태도를 보였다. 이는 Jezewski 등(2005)의 연구에서 종양 간호사의 92%와 Scherer 등(2006)의 연구에서 중환자 간호사의 97.6%와 비슷한 수준이었다.

본 연구에서 생의 말기치료 결정과 사전의사결정에 대한 태도는 경력, 직위, 근무부서에 따라 유의한 차이를 보였다. 즉, 경력이 3년 미만에 비해 12년 이상인, 일반간호사에 비해 책임간호사와 수간호사가, 외과계 중환자실과 외과병동 근무 간호사에 비해 내과계 중환자실과 내과병동과 근무 간호사가 사전의사결정에 긍정적이었고, 생의 말기치료 결정시 환자의 주체적 역할 및 이를 돕는 간호사의 역할에 대해 긍정적인 태도를 나타내었다. 이는 Byun 등(2003)의 연구에서 연령이 높을수록, 미혼자보다 기혼자일수록, 일반간호사보다 수간호사나 주임간호사일수록 연명치료 중단 결정에 있어서 간호사의 적극적 역할에 긍정적인 태도를 보인 것과 부분적으로 일치한다.

경력이 많을수록 긍정적인 태도를 보이는 것은 경력이 쌓이면서 연륜 내지 판단 능력이 향상되고, 또한 직무에 익숙하고 능숙해지기 때문인 것으로 보이며, 이는 Yi 등(2008)의 연구에서 근무경력이 쌓이면서 DNR에 대해 가지고 있던 부정적인 의미가 긍정적으로 바뀌어 갔다고 한 것과 일치한다. 근무부서에 따라 유의한 차이가 있는 것은 외과계 중환자실과 외과병동에서는 수술을 통해 환자가 회복되는 경우가 대부분인 반면, 내과계 중환자실과 내과병동에서는 말기 상태의 환자를 많이 경험하게 되어 의료집착적 행위에 대한 갈등을 많이 느끼기 때문인 것으로 보인다. 이는 Park (2004)의 간호사를 대상으로 한 연구에서 중환자실에 근무하는 경우와 말기환자 간호 경험이 있는 경우에 단순한 연명치료를 중단하고 자연스런 죽음을 맞이하는 쪽을 선호한 것과 일치하며, Lee (2007)의 일반인을 대상으로 한 연구에서 말기환자를 직접 간호한 경험이 있는 경우가 그렇지 않은 경우에 비해 연명치료중단에 대한 찬성률이 높은 것과 비슷한 맥락이다.

본 연구에서 간호사의 73.8%가 환자가 사전의사결정서를 작성하는 것을 적극적으로 도와야 한다고 답하여, Jezewski 등(2005)의 연구에서 종양 간호사의 77%와 Scherer 등(2006)의 연구에서 중환자 간호사의 89.0%에 비하여 낮았으나, 사전의사결정시 환자의 자율성이 최대한으로 존중될 수

있도록 돕는 옹호자의 역할을 대체로 긍정적으로 받아들이고 있었다.

이와 같은 긍정적인 태도에도 불구하고, 사전의사결정과 관련하여 환자 또는 그 가족과 상담한 경험이 있는 경우는 18.0%로 Jezewski 등(2005)의 연구에서의 80.0%와 Scherer 등(2006)의 연구에서의 84.8%와 비교할 때 매우 낮은 결과를 보였다. 외국의 경우 간호사의 역할에 대한 태도와 실제 역할이 비슷한 반면, 본 연구에서는 역할에 대한 태도와 실제 역할 수행에서 상당한 차이를 보였다. 이는 Byun 등(2003)의 연구에서 중환자실 간호사와 중환자 가족 모두 연명치료 중단 결정시 간호사의 적극적인 역할에 대해 긍정적인 태도를 보였으며, 객관적이고 전문적인 입장에서 필요한 정보 제공과 그들의 판단을 존중해 주는 것을 중요한 간호사의 역할로 보았으나, Han, Chung, Ko, Han과 Moon (2001)의 연구와 Kim (2004)의 연구에서 간호사들은 연명치료중단 결정에 직접 관여하지 못하고 간접적으로 참여하고 있었다는 결과와 일치한다. 또한 이명선 등(2008)의 연구에서 간호사는 이상적인 DNR 결정과 실제 DNR 결정의 차이로 혼란스러워하고 있었으며, 이상적으로는 환자 본인의 자율성을 존중해야 한다고 생각하지만, 실제로는 가족으로서의 도리, 가족중심주의 때문에 어려운 상황에 직면하게 된다고 하였으며, 간호사로서는 DNR 결정에 최소한으로 개입하고 있다고 한 결과와 일맥상통한다. 즉, 간호사는 서양적 도덕이론과 원칙을 바탕으로 한 서양 간호 교육을 통하여 개인주의를 바탕으로 한 태도가 형성되었으나, 실제 접하는 의료현장은 한국의 유교문화를 바탕으로 하고 있기 때문에 간호사의 태도와 경험이 일치하지 않으며 인식과 현실의 괴리가 나타나는 것으로 해석된다.

사전의사결정을 돕는 자신감의 점수는 29점(범위 11~55)으로 중앙간호사를 대상으로 한 연구에서의 39점(Jezewski et al., 2005)과 중환자 간호사를 대상으로 한 연구에서의 40점(Scherer et al., 2006)에 비하면 낮았다. 본 연구와 선행연구(Scherer et al., 2006; Jezewski et al., 2005)에서 자신감은 사전의사결정에 대한 경험이 많을수록 높았는데, 본 연구에서 사전의사결정에 대한 경험 점수는 0.9점(범위 0~5)으로 Jezewski 등(2005)의 연구에서 4.0점, Scherer 등(2006)의 연구에서 4.3점인 것에 비해 낮았다. 자신감이

외국에 비해 낮은 것은 우리나라는 현재 사전의사결정 제도를 도입하는 시점이므로 경험이 많지 않기 때문인 것으로 해석된다.

본 연구에서 자신감은 연령, 경력에 따라 유의한 차이를 보였는데, 이는 Byun (2002)의 연구에서 간호사의 연령이 많고 근무 경력이 오래될수록 심폐소생술 금지와 관련된 윤리적 의사결정 참여도가 높았던 것과 일치한다. 또한 Yi 등(2008)의 연구에서 심폐소생술 금지와 관련하여 간호사의 경험이 쌓이면서 가족에게 정보적, 정서적 지지를 제공해 줄 수 있는 상담자 및 조연자로서의 역할을 수행할 수 있었다고 한 것과 Kim, S. H. (2009)의 연구에서 암환자와의 의사소통에 있어서 경력이 적을수록 어려움을 더 크게 느낀다고 한 것과도 일맥상통한다. 특히, 연령이나 경력이 증가함에 따라 자신감이 꾸준히 높아진 것이 아니라 34세 이하는 비슷하나 35세 이상에서 월등히 높았고, 경력 12년 미만은 비슷하나 12년 이상에서 월등히 높았는데, 이는 자신감이 형성되기 위해서는 충분한 경륜과 경력이 필요하다는 것을 시사한다. 한국간호사의 연령분포는 29세 이하가 39.1%로서(Korean Nurses Association, 2007), 미국의 경우 29세 이하가 9.1%인 것(Oh, 2003)과는 대조적이다. 따라서 한국의 실정상 간호사의 연륜이나 경력의 뒷받침이 없는 경우가 많으므로 자신감 향상을 위해서는 교육을 통한 간접경험이 더욱 중요하다고 할 수 있겠다.

본 연구에서 자신감은 대학원 졸업자인 경우 자신감이 높았는데, 연령의 영향을 배제하였을 때($p = .049$)와 경력의 영향을 배제하였을 때($p = .038$)에도 통계적으로 유의하여 연령이나 경력의 영향이 아닌 순수한 학력수준에 따른 자신감의 차이가 있었다. 본 연구에서는 대학원 졸업자 중 임상전문간호사 자격증이 있는 사람이 포함되어 있으므로 중앙간호사 자격증이 있고(Jezewski et al., 2005), 중환자 간호사 자격증이 있는(Scherer et al., 2006) 간호사가 자신감이 높게 나온 선행연구의 결과와 부분적으로 일치한다. 우리나라의 경우 전문간호사 과정이나 일반 석사과정에서 사전의사결정에 관련된 교육과정이 있는 것은 아니지만 석사과정의 교육이 간호사의 전문성과 역량을 길러주었기 때문에 전반적인 자신감을 높였기 때문인 것으로 풀이된다. 사전의사결정 제도에 대해 아는 정도에 따른 자신감은 매우 잘 아는 군이 그

렇지 않은 군보다 높았는데, 이는 선행연구에서 근무현장에서 사전의사결정에 대한 교육을 받은 간호사가 그렇지 않은 간호사에 비해 자신감 점수가 높았고 교육을 받은 간호사의 지식 정도가 높았다는 결과(Jezewski et al., 2005; Scherer et al., 2006)와 일치한다. 따라서 교육을 통한 사전의사결정에 대한 지식을 높임으로서 간호사의 자신감 향상시킬 수 있을 것으로 예상된다.

이상의 연구 결과, 한국문화에서는 환자의 자율성을 보장하기 위해서는 가족 또한 중재의 대상이 되어야 할 것이며, 간호사가 가지고 있는 긍정적인 태도가 자신감으로 이어지기 위해서는 한국의 문화를 고려한 간호사의 역할에 대한 교육이 필요함을 알 수 있다.

V. 결론

본 연구는 생의 말기치료 결정과 사전의사결정에 대한 간호사의 태도, 경험 그리고 자신감 정도를 알아보고자 서울 일대학병원의 내·외과 성인병동 및 중환자실에 근무하는 간호사 332명을 대상으로 시도된 서술적 조사연구이다.

본 연구의 결과는 다음과 같다.

- 1) 간호사는 생의 말기치료 결정과 사전의사결정에 대한 태도는 경력이 12년 이상이 3년 미만에 비해, 책임간호사 및 수간호사가 일반간호사에 비해, 내과계 중환자실과 내과병동에 근무하는 간호사가 외과계 중환자실과 외과병동에 근무하는 간호사에 비해 사전의사결정에 대한 태도가 더 긍정적이었다.
- 2) 간호사는 사전의사결정에 대한 경험이 거의 없었으며, 사전의사결정을 돕는 자신감은 35세 이상이 그 미만에 비해, 대학원 졸업자가 그 이하의 학력에 비해, 경력 12년 이상이 그 미만에 비해 높았다.
- 3) 환자의 사전의사결정을 돕는 자신감은 사전의사결정에 대한 경험과 유의한 상관관계를 보였으며, 태도는 경험 및 자신감과 통계적으로 유의한 상관관계를 보이지 않았다.

이상의 연구 결과, 간호사는 생의 말기치료 결정과 사전의

사결정에 대해 긍정적인 태도를 가지고 있었으나, 사전의사결정에 대한 경험은 거의 없었으며, 환자의 사전의사결정을 돕는 자신감은 낮았다. 또한 간호사의 태도는 경험 및 자신감과 상관관계를 보이지 않았는데, 이는 서양식 간호 교육으로 긍정적인 태도가 형성되었으나, 가족주의적인 한국문화의 특수성으로 인하여 실제 의료 현장에 그대로 적용하기 힘들었고, 자신감도 저하된 것으로 해석된다.

따라서 현재 간호사가 가지고 있는 긍정적인 태도가 자신감으로 이어지기 위해서는 한국의 문화를 고려한 간호사의 역할에 대한 교육이 필요하며, 사전의사결정에 대한 기본적인 개념 교육과 간접경험을 증가시킬 수 있는 실무 교육을 통하여 간호사의 역량을 강화시킬 수 있을 것으로 기대된다.

이상의 연구결과를 토대로 다음과 같이 제언하고자 한다.

- 1) 본 연구의 태도와 경험 측정도구의 신뢰도 Cronbach's α 는 .62로서 낮았는데, 이는 생의 말기치료 결정과 사전의사결정이라는 윤리적 주제를 다루고 있기 때문이기도 하며, 외국의 도구를 이용하였기 때문에 응답자들이 각각의 개념을 이해하는데 다소의 차이가 있을 가능성이 있다. 따라서 국내의 문화와 실정에 맞는 도구의 개발과 이를 이용한 반복 연구가 필요하다.
- 2) 본 연구는 일개 병원 간호사를 대상으로 하였고, 연구 대상자의 분포가 29세 이하와 경력 3년 미만이 대다수를 차지하였다. 따라서 간호사의 연령 분포를 넓힌 반복 연구가 필요하다.

REFERENCES

- Bae, J. M., Ryu, H. G., Lee, H. Y., Jung, S. Y., Cho, J. H., & Lee, N. R. (2009, October). *Guideline for stopping meaningless end-of-life treatments in terminally ill patients*. National Evidence-based Healthcare Collaborating Agency. Retrieved September 30, 2010, from http://www.neca.re.kr/notice/notice_view.jsp?boardNo=&seq=569
- Byun, E. K., Choi, H. L., Choi, A. L., Hong, K. H., Kim, N. M., & Kim, H. S. (2003). An investigative research on the

- attitudes of intensive care unit nurses and families on terminating life support. *Journal of Korean Clinical Nursing Research*, 9(1), 112-124.
- Byun, Y. W. (2002). *A study on attitude of ethical dilemmas in DNR(do-not-resuscitate) and ethical decision making in a general hospital nurses*. Unpublished master's thesis, CatholicUniversity, Seoul.
- DooSan EnCyber (2009). Retrieved October 10, 2009, from <http://www.encyber.com>
- Emanuel, L. L. (1989). Does the DNR order need life-sustaining intervention? Time for comprehensive advance directives. *American Journal of Medicine*, 86, 87-90.
- Han, S. S., Chung, S. A., Ko, G. H., Han, M. H., & Moon, M. S. (2001). Nurses' understanding and attitude on DNR. *The Journal of Korean Nursing Administration Academic Society*, 7(3) 403-414.
- Loewy, E. H. (1996). *Textbook of healthcare ethics*. NewYork: Pelnum Press.
- Luptak, M. K., & Boulton, C. (1994). A method for increasing elders' use of advance directives. *The Gerontologist*, 34(3), 409-412.
- Jang, S. O. (2000). *Experience of family with DNR and change of care after DNR decision-making in intensive care units*. Unpublished master's thesis, Gyeongsang National University, Jinju.
- Jezewski, M. A., Brown, J., Wu, Y. W., Meeker, M. A., Feng, J. Y., & Bu, X. (2005). Oncology nurses' knowledge, attitudes, and experiences regarding advance directives. *Oncology Nursing Forum*, 32(2), 319-327.
- Kelly, A. (1996). The concept of the specialist community nurse. *Journal of Advanced Nursing*, 24(1), 42-52.
- Kim, H. S. (2009). *Aspects of shared decision making of the medical treatments for older cancer patients*. Unpublished doctoral dissertation, Chung-Ang University, Seoul.
- Kim, S. H. (2004). Research: Decision making process in Do-Not-Resuscitate orders for patients with cancer. *Korean Journal of Nursing Query*, 13(1), 127-143.
- Kim, S. H., & Kim, S. H. (2008). The attitudes of primary caregivers of critically ill elderly patients on DNR. *Journal of the Korean Geriatrics Society*, 12(4), 215-221.
- Kim, S. H. (2009). *Factors affecting communication between cancer patients and nurses*. Unpublished master's thesis, Yeungnam University, Daegu.
- Korean Nurses Association (2007, January). The research on the present conditions of active and unemployed nurses in 2006. Retrieved October 10, 2009, from http://www.neca.re.kr/notice/notice_view.jsp?boardNo=&seq=569
- Kwon, S. H., Yang, S. K., Park, M. H., & Choi, S. O. (2008). Assessment for the needs to develop hospice training program for nurses. *The Korean Journal of Hospice and Palliative Care*, 11(3), 147-155.
- Lee, K. M. (2007). *Study on withdrawal of life-sustaining treatment and advanced directive*. Unpublished master's thesis, Yonsei University, Seoul.
- Lee, Y. S. (2009, July). *The plan of establishing guidelines for withdrawal of medical treatment*. Paper presented at the meeting of the National Cancer Center symposium 2009, Seoul.
- Naver dictionary (2009). Retrieved October 10, 2009, from <http://hanja.naver.com>
- Oh, P. J. (2003). The comparison of American and Korean nurses' status. *The Korean nurse*, 42(2), 52-59.
- Park, Y. O. (2004). Nurses' perception over withdrawal of life-sustaining treatment. *Korean Journal of Medical Ethics*, 7(2), 198-216.
- Scherer, Y., Jezewski, M. A., Graves, B., Wu, Y. W., & Bu, X. (2006). Advance directives and end-of-life decision making: Survey of critical care nurses' knowledge, attitude, and experience. *Critical Care Nurse*, 26(4), 30-40.
- Segye.com (2009, May 18). Seoul National University Hospital is to allow death with dignity for terminal cancer patients. Retrieved October 6, 2009, from <http://media.paran.com/index.htm>

- Son, M. S (1998). Ethical and legal aspect of termination of hospial care. *Korean Medical Association*, 41(7), 707-711.
- The Kukmin Ilbo (2009, September 29). National Evidence-based Healthcare Collaborating Agency, suggestion of 12 principles of medical treatment withdrawal. Retrieved October 6, 2009, from [http:// www.neca.re.kr / index /bbs/board](http://www.neca.re.kr/index/bbs/board)
- Watkinson, G. E. (1995). A study of the perception and experiences of critical care nurses in caring for potential and actual organ donor: Implications for nurse education. *Journal of Advanced Nursing*, 22(5), 929-940.
- Yi, M. S., Oh, S. E., Choi, E. O., Kwon, I. G., Kwon, S. B., Cho, K. M., et al. (2008). Hospital Nurses' Experience of Do-Not-Resuscitate in Korea. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 38(2), 298-309.
- Yu, H. J. (2002). The basis and conditions of justified withdrawing or withholding of persistence-treatment. *Korean Journal of Medical Ethics*, 5(2), 151-168.
- Yun, Y. H., Lee, Y. S., Nam, S. Y., Chae, Y. M., Huh, D. S., Lee, S. W., et al. (2004). Public attitudes toward dying with dignity and hospice · palliative care. *The Korean Journal of Hospice and Palliative Care*, 7(1), 17-28.