

# 말기의 의료적 의사결정에 관한 임상간호사의 갈등경험

조 계 화

대구가톨릭대학교 간호대학 교수

## Nurse's Conflict Experience toward End-of-life Medical Decision-making

Jo, Kae-Hwa

Professor, College of Nursing, Catholic University of Daegu

**Purpose:** The purpose of this study was to explore clinical nurse's reported conflict experience toward end-of-life medical decision making. **Methods:** Data were collected by in-depth interviews with eight nurses from three different wards of university hospital in D city of Korea. Conventional qualitative analysis was used to analyze the data. **Results:** Results were three major themes and twelve categories from the analysis. The three major themes were prioritization of treatment, non-disclosure of diagnosis, and hierarchical and power relations. **Conclusion:** The results of this study suggest that shared decision making in end of life among patient, family members, physician, and nurse may contribute to improve end-of-life care performance as well as dignified dying of patient in end of life.

**Key Words:** End-of-life, Decision-making, Nurse, Conflict, Experience

## 서 론

### 1. 연구의 필요성

인간의 궁극적 목표는 출생에서 사망까지 온 생애를 인간답고 품위 있게 유지하는 것이라 할 수 있다. 최근 우리사회는 품위 있는 죽음과 관련된 의료적 의사결정이 사회적 이슈로 대두되면서 웰다잉에 대한 관심이 증가하고 있다. 또한 인구의 고령화와 만성질환으로 인한 수명연장은 간호사로 하여금 고도로 전문화되고 체계화된 돌봄 수행을 요구하고 있다(Meraviglia, McGuire, & Chesley, 2003). 그러나 현실적으로 병원체계가 의료적 의사결정에서 간호사-대상자 관

계의 중요한 부분을 간과하고 있을 뿐 아니라 전문교육을 받은 간호사 또한 마지막 시점에서 어떻게 의사결정에 참여해야 할지 알 수 없는 상황에 직면하게 되는 갈등을 경험한다.

의사결정은 문제를 인식하고 대안을 숙고하여 적절한 방법을 선택하는 과정이다(Simon, 1993). 그러나 말기의 의사결정 과정은 단순한 문제해결과는 구별되며, 구체적 상황에서의 임종치료 선택과 임상적 의사소통체계 및 한국의 가족문화를 포함하는 복합적 개념으로 이해되어야 한다. Johnston과 Smith (2006)는 말기의 환자들이 계속해서 치료의 선택과 결정에 참여하기를 바란다는 점을 보여주었고, Hilden과 Honkasalo (2006)는 말기의 의료적 의사결정 시 환자의 참여와 바람직한 간호사-환자 관계와는 밀접한 상

**주요어:** 말기, 의사결정, 간호사, 갈등, 경험

**Address reprint requests to:** Jo, Kae-Hwa, College of Nursing, Catholic University of Daegu, 3056-6 Daemyung 4-dong, Nam-gu, Daegu 705-718, Korea. Tel: 82-53-650-4825, Fax: 82-53-621-4106, E-mail: jokw@cu.ac.kr

- 이 논문은 2010년도 정부(교육과학기술부)의 재원으로 한국연구재단의 지원을 받아 수행된 기초연구사업임 (과제번호 2010-0007170).  
- 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 (2010-0007170).

투고일 2010년 8월 20일 / 수정일 2010년 9월 15일 / 게재확정일 2010년 9월 16일

관이 있음을 확인하여 환자의 자율성 증진과 인간존엄의 실현을 위한 간호사의 역할이 매우 중요함을 알 수 있다. 현대인들은 발전된 의료기술과 전문지식으로 인해 삶을 연장할 수 있다는 기대와 치료에 대한 과도한 의존으로 거짓 희망을 갖게 되며, 결국 죽음을 수용하고 준비하는데 실패하고 만다(Myers, 2002). 이는 의료전문가들이 정보를 전달할 때 진실성과 정확성에 기초를 두어야 함을 의미한다. Royak-Schaler 등(2006)은 환자의 의사결정 참여를 방해하는 요인으로 의사와 간호사의 조악한 의사소통기술, 거짓 희망 꾸미기, 임종관리에 대한 불충분한 정보공유 등을 지적하여 말기상황에서의 의료인의 역할과 의사소통의 중요성을 강조하고 있다. 이에 본 연구는 의료적 의사결정 상황에서의 임상간호사의 경험을 생생하게 파악하여 말기 돌봄에서 간호사의 역할증진과 대상자의 삶의 질을 향상시키고자 한다.

효율적인 의사소통은 생의 마지막을 결정하는 과정에서 환자의 참여를 복돋을 수 있다는 사실이 밝혀졌다(Hilden & Honkasalo, 2006; Norton & Talerico, 2000). 솔직한 의사소통이 완화치료에 매우 중요하다는 점을 인식하면서도 많은 의료인들이 실제 임상 상황에서 실천하지 않는 이유를 Norton과 Talerico (2000)는 의사소통에 대한 의료인의 평가능력 부족으로 보았다. 즉 어느 시점에서 생의 마감에 대한 논의를 시작 할 것인지를 평가하고, 임박한 죽음에 대한 환자와 가족의 이해 및 오해를 평가할 수 있어야 한다. 이와 관련하여 Frank (2009)는 말기 의사결정 시 간호사의 역할로서 환자를 대신하여 의사에게 환자의 생각을 전달하거나 어려운 결정을 할 때 지지와 안내를 통해 환자가 의사결정 과정에 참여하도록 격려하여야 함을 분명히 보여주었다. 그러나 의료적 의사결정 과정에서 전문 의료인으로서 의사와 간호사 간의 갈등이 여전히 존재함은 여러 문헌(Costello, 2001; Hilden, Louhiala, Honkasalo, & Palo, 2004; Nordgen & Olsson, 2004; Willard & Luker, 2006)에서 발견되었다.

Willard와 Luker (2006)는 말기의 적극적인 치료선택과 관련하여 의사와 간호사 간에 상당한 갈등이 발생함을 지적하였고, Hilden 등(2004)은 말기에 적극적 치료의 장기화에 대해 간호사의 부정적 반응을 보고한 바 있다. Costello (2001)는 환자에게 치료정보를 폐쇄하는 경우, 환자의 의사결정 참여를 방해하는 것이며 또한 간호사들은 환자와의 신의를 지키지 못한다는 생각 때문에 상당한 스트레스를 겪게 된다고 하였다. 한편 Friedrichsen, Strang과 Carlsson (2000)은 진단내용을 알기를 꺼려하는 환자도 있지만, 대부

분은 솔직히 알려 주기를 바란다는 사실을 발견하였으며, Hilden 등(2004)은 말기 의사결정의 갈등 원인이 간호사의 의견을 듣지 않는 의사의 태도에 있다고 보고하였으며, 의사와 간호사 모두 도의적 책임을 공유하지만, 각자 다른 역할과 책임 때문에 갈등이 생김을 인정하였다. 반면 Nordgen과 Olsson (2004)은 의사와 간호사 간 갈등의 주요원인은 의사 결정에 있어서 간호사의 의견이 반영되지 않기 때문이라고 하였다.

이상에서 국외문헌은 말기의 의료적 의사결정에 관한 연구결과와 진전된 견해를 보유하고 있으나 국내에서는 아직 이 분야의 연구는 미미한 상태이며, 최근 연명치료중단이 이슈화됨에 따라 이 분야의 연구가 활성화되고 있는 추세이다. 간호학에서 품위 있는 죽음을 다룬 연구로는 Jo (2010)의 간호학생을 대상으로 한 내용분석연구가 있을 뿐 말기 상황에서 간호사의 의사결정과 갈등 경험을 다룬 연구는 심폐소생술이나 연명치료중단과 관련된 의학적, 법적, 윤리적 측면의 복합적인 문제를 제시하였으며(Choe & Kwon, 2009; Ha, 2010; Han, Han, & Yong, 2003; Yi et al., 2008), 특히 윤리적 측면에서 부분적으로 간호사의 갈등이 드러나고 있다.

현 시대적 변화와 사회적 요구에 비추어 말기의 의료적 의사결정에 관한 사회적 관심과 인지도는 매우 높은 것으로 보이나, 이와 관련된 연구는 미흡한 실정이다. 그러므로 이러한 요구에 부응하기 위한 경험적 연구가 불가피하다. 이에 본 연구자는 임종 현장의 문제점들을 극복하도록 노력하기 위해, 말기의 의료적 의사결정과 관련된 간호사의 갈등 경험의 본질을 파악하여 바람직한 의료적 의사결정에서의 간호사의 역할과 향후 한국 실정에 적합한 의료적 의사결정 체계 개발에 기초자료를 제공하고자 한다. 본 연구의 수행 과정에서 연구자의 연구접근에 대한 철학적 입장은 대상을 있는 그대로 바라보며 현실에 의미를 부여하는 자연주의 입장을 견지하였다. 이러한 연구는 참여자 자신의 인식과 경험에 가치를 부여하고, 그들의 경험을 전후맥락 안에서 이해하려고 노력한다. 따라서 본 연구는 간호사 자신의 죽음에 대한 직면과 반성, 그리고 인식의 기회를 제공할 뿐 아니라, 임종 현장에서 인간존엄을 바탕으로 한 대상자와 가족의 삶의 질 증진 및 전문직 간호사로서의 말기 임종 돌봄에 대한 자신감을 증진시킬 수 있을 것이다. 특히 임상현장에서 실제적으로 요구되는 의사소통의 지식, 기술, 태도에 대한 보다 통합적이고 긍정적인 관점을 획득하게 될 것으로 기대한다.

## 2. 연구목적

본 연구의 목적은 ‘말기의 의료적 의사결정 과정을 통해 드러난 임상간호사의 갈등 경험은 어떠한가?’라는 연구 질문을 통해, 임상간호사의 갈등 경험의 의미를 파악하는 것이다.

## 연구방법

### 1. 연구설계

본 연구는 의료적 의사결정과정에서 경험하는 임상간호사의 갈등 경험을 파악하기 위해 심층면담을 통해 자료를 수집하고, Downe-Wamboldt (1992)의 내용분석방법을 이용하여 자료를 분석한 질적 연구이다.

### 2. 연구참여자의 특성

본 연구는 일 지역 대학병원의 중앙내과병동, 응급실과 중환자실에 근무하는 간호사 중, 본 연구의 참여에 동의한 8명으로서, 개별적 심층면담에 참가한 참여자들이다. 참여자의 분포는 중앙내과병동 간호사 3명, 응급실 간호사 3명, 그리고 중환자실 간호사 2명으로 구성되었다. 참여자의 평균연령은 32세로서 26~49세까지였으며, 전원이 여성이며, 종교는 가톨릭 3명, 개신교 2명, 불교 1명, 없음 2명이었고 참여자 중 5명은 미혼, 3명은 기혼이었다. 교육수준은 3명이 전문대졸, 2명이 대졸, 2명이 석사과정 중, 1명이 박사수료로 나타났다. 직위는 수간호사 3명, 책임간호사 1명, 일반간호사 4명으로 근무경력은 최저 5년, 최고 24년이었다. 본 연구에 참여한 간호사들은 각각의 근무부서에서 말기 임종환자나 사고로 인한 임종상태에서 의료적 의사결정 과정에 참여한 경험이 있는 자들이다.

### 3. 연구참여자의 윤리적 고려

본 연구는 일 대학교병원의 연구윤리위원회(IRB)의 승인을 받은 후 수행되었다. 참여자의 자율성을 보장하기 위해 자료수집 전에 연구의 목적과 연구방법, 면담 내용의 녹음 등에 관한 사항을 설명하였다. 악행금지의 원칙에 따라 참여자의 사생활을 침해하지 않기 위한 조치로 면담내용은 연구목적으로만 사용할 것이며 개인의 사적인 상황은 비밀로

유지하되 익명성을 보장한다는 점과 연구결과가 출판된다는 점, 참여자가 원한다면 언제든지 연구참여를 거부할 수 있음을 설명한 후 연구동의서에 서명받고, 연구참여에 상응하는 보상을 함으로써 대상자의 윤리적 측면을 고려하였다. 면담 내용은 참여자들의 동의하에 모두 녹음되었으며 녹음된 내용은 모두 필사하였다. 또한 연구참여자의 정체기가 드러나지 않도록 컴퓨터 파일에는 연구자 고유의 비밀번호를 부여하고 참여자의 신원을 알 수 있는 모든 정보는 삭제하였다.

### 4. 자료수집

본 연구의 자료는 2010년 5월부터 7월까지 참여자와의 개인면담을 통하여 수집하였다. 자료수집 전, 일 대학교병원 간호부서에 전화로 연구의 목적과 진행에 대한 간략한 설명을 한 뒤 방문하여 면담조사를 위한 참여자 선정과 연구에 대한 상세한 설명을 거친 다음 협조를 구하였다. 간호부의 승낙을 받은 후 연구의 목적을 달성할 수 있다고 생각되는 부서 3곳을 연구자가 임의로 선정하여 각 부서의 간호사실 게시판을 이용하여 연구에 참여할 참여자를 모집하였다. 초기에 본 연구에 참여할 의사를 밝히고 동의한 간호사는 총 9명이었으나 1명은 연구 도중 개인적 사정으로 중단하였다. 면담 진행 순서는 부서별로 중앙내과병동, 응급실, 그리고 중환자실 순서로 진행하였으며 연구참여자 간의 오해를 막기 위해 한 부서의 면담이 완전히 끝난 후 다음 부서로 옮겨 면담을 진행하였다. 면담은 1인당 2~3회에 걸쳐 진행되었으며 1회 소요시간은 50분~1시간 20분 정도였다. 면담장소는 참여자의 편의와 연구의 객관성을 고려하여 근무지에서 약간 떨어진 간호대학의 조용한 장소를 선택하여 자료가 포화될 때까지 진행하였다.

개인면담은 참여자의 진술에 따라 말기 상황에서의 의사소통방법과 갈등 경험, 말기의 의사소통 시 간호사의 역할, 그리고 효율적인 의료적 의사결정을 위한 참여자의 반성적 태도를 중심으로 진행하였다. 개인면담은 각 참여자 마다 2~3차례에 걸쳐 이루어졌으며, 총 12주간에 걸쳐 간호대학 소 세미나실에서 연구자가 진행하였다. 경우에 따라서는 참여자의 의사를 존중하여 참여자가 원하는 장소를 선택하여 연구자와의 사전 연락으로 교내에서 면담이 이루어졌다.

개인면담을 위한 질문은 다음과 같이 구성하였다. “말기 상황에서 DNR이나 무의미한 생명연장술에 관해 환자 자신이 능동적으로 의사결정에 참여하도록 돕기 위해 어떻게 의

사소통을 하시나요?”, “말기 상황의 의료적 의사결정 시 환자나 그 가족에게 어떤 정보를 제공하시나요?”, “말기 상황에서 환자가 느끼는 안녕감과 영성은 좋은 죽음으로 이끈다고 합니다. 선생님은 말기 상황에서 환자의 예후와 영적 문제에 대해 어떤 대화를 하시나요?”, “말기 상황에서 환자가 의료적 의사결정을 하는데 방해되는 점은 어떤 것이 있나요?”, “말기 상황의 의료적 의사결정에서 환자의 참여를 격려하기 위한 간호사의 역할은 어떤 것일까요?”, “효율적인 의료적 의사결정으로 환자가 품위 있는 죽음을 맞이하기 위해 어떻게 하면 좋을까요?” 등의 개방적이고 비구조적인 질문 아래 간호사 자신의 경험을 충분히 진술하게 진술하도록 하였다. 면담에서는 주로 “개인적 경험은 어떤 것입니까?”와 같은 질문의 형태를 사용하여 질문을 하였으며, 참여자가 진술하는 개인적 느낌과 생각에 대하여 반영적 기법을 사용하여 의료적 의사결정에서 참여자의 갈등 경험의 의미를 탐색하였다. 면담을 진행하면서 참여자의 표정이나 어조 등을 주의 깊게 관찰하고 현장기록 노트에 메모한 후 면담 후에 참여자의 비언어적 표현과 특징, 면담의 주요 내용과 연구자에게 떠오르는 생각이나 질문 사항 등을 기록하였다.

수집된 자료는 개인면담이 끝난 후 당일 녹음 내용을 여러 번 반복하여 들으면서 참여자가 표현한 언어를 그대로 필사한 노트와 개인면담 중에 연구자가 작성한 현장노트로서 모두 A4용지 약 84페이지 분량이었다.

## 5. 자료분석

참여자의 면담 자료는 전통적인 질적 내용 분석방법을 이용하여 분석하였으며, 개념들과 절차는 Graneheim과 Lundman (2004)에 의해 제시된 방법을 사용하였다. 전통적인 내용분석은 필사본에 기록된 낱말들이 분석의 기초로 사용되며 분석의 목적은 원 자료에 깔려있는 의미를 찾아내는데 있다(Downe-Wamboldt, 1992). 자료분석은 말기의 의사결정 과정, 방법, 내용, 그리고 간호사의 역할 등 자료수집 시 면담질문에 따라 간호사의 갈등 경험을 중심으로 다음과 같이 단계적으로 분석하였다.

- 참여자의 면담을 필사한 자료는 참여자의 입장에서 이들의 경험에 접근하고 이해하기 위하여 심사숙고하면서 의미를 파악하기까지 여러번 읽었다.
- 필사본은 의료적 의사결정에 대한 경험을 나타내는 내용 영역에 상응하는 의미 단위를 확인하기 위해 다시 읽었다(예를 들면, 말을 아낀다, 투자를 해야지).

- 의미 단위들은(단어, 문장, 혹은 구) 추출하여 명백한 내용을 기술하고 코드화 하였다.
- 도출된 코드들은 수형도(樹形圖, tree diagram)에 따라 ‘말기 임종’, ‘의사결정’, ‘갈등’, ‘어려움’ 등과 관련된 각 의미단위를 범주로 분류하였다.
- 범주들은 분류 과정 동안 범주들 간의 관계를 찾기 위해 계속적으로 비교되었다.
- 범주들로부터 분류된 주제들을 보다 추상적으로 압축하였다.
- 코드들, 범주들, 그리고 주제들은 타당성을 확인하기 위해 본 연구자들과 질적 연구에 경험이 많은 동료 간호학 교수들이 함께 토의하였다.
- 분석과정을 통해 나온 주제가 참여자의 경험과 일치하는지 연구참여자에게 다시 확인하면서 타당성을 확인하였다.

## 6. 연구의 신뢰도와 타당도

연구의 신뢰도와 타당도를 높이기 위해 Morse와 Field (1995)의 질적 연구 감사기준에 따라 연구를 수행하였다. 각 개인면담이 종료된 후, 면담내용을 요약하여 참여자들로부터 면담내용이 사실과 다르지 않음을 확인 받았고, 각 면담 시 참여자들의 진술과 표정, 태도 등을 관찰하고 메모를 통해 연구의 신뢰도를 높이려고 하였다. 연구의 편향성을 배제하기 위해 분석결과를 연구참여자와 질적 연구 전문가에게 보여 연구의 타당도를 확보하였다.

## 연구결과

참여자의 진술에서 드러난 말기의 의료적 의사결정에 관한 갈등 경험을 분석한 결과 참여자들의 갈등 경험 특성을 나타내는 3개의 주제와 12개의 범주로 분류할 수 있었다. 참여자들이 표현한 갈등 경험 특성은 ‘치료의 우선시’, ‘진단 내용의 비공개’, ‘의사와 간호사 간의 위계질서’의 3가지 주제로 드러났다. 또한 이러한 갈등 경험의 특성과 자기성찰을 통해서 참여자들이 의료적 의사결정 시 경험한 갈등의 범주는 ‘의사의 적극적 치료 고집’, ‘간호직 업무의 한계’, ‘의료분쟁의 소지’, ‘경제적 부담’, ‘의사소통 기술의 부족’, ‘직업체성의 혼란’, ‘가족 간의 의견차이’, ‘존엄 가치의 결여’, ‘협동의식 결여’, ‘직업적 우월주의’, ‘의사 내부의 체계’, 그리고 ‘간호사의 취약성’의 12개로 분류되었다. 심층면담

을 통해 나타난 임상간호사의 갈등 경험의 의미는 의료현장에서 이루어지는 임종 돌봄 과정이 과연 인간 존엄과 품위 있는 죽음에 근접할까? 하는 의구심으로 표출되었다. 참여자들은 환자와 가족, 의료인 간의 효율적인 의료적 의사소통은 삶을 마무리 하는 대상자의 삶의 질에 중요한 영향을 미침을 인식하며 기존의 의사결정 체계로부터 탈출하고자 하는 의지를 표출하였다.

1. 제1주제: 치료의 우선시

제1주제에 대한 내용분석 결과는 Table 1과 같다. 첫 번째 주제인 ‘치료의 우선시’는 삶과 죽음에 대한 대상자의 철학적 자세보다는 의료인의 의학적 견해를 우선시하는 다양한 양상과 표현들에서 참여자의 대상자에 대한 연민과 직업적 무력감이 두드러지게 내포되어 있다. 참여자들은 환자의 바람을 무시하고 치료를 우선시 하는 것은 말기에 환자가 평온한 죽음을 맞이하는 것을 직접적으로 막는 결과를 초래한다고 진술하였다. 증상관리도 제대로 이루어지지 않은 채, 적극적인 치료를 고집하는 것은 환자와 가족으로 하여금 죽음에 대한 준비와 예견된 슬픔에 대한 대처를 지연시키는 결과로 인식하고 초조함과 안타까운 마음을 표현하였다.

1) 의사의 적극적 치료 고집

의사는 환자가 말기 암으로 진단받더라도 마지막 순간까지 최선의 치료를 받을 권리가 있으므로 적극적인 치료를 계속해야 한다고 생각해요. 인공호흡기를 하고 있는 경우, 그것을 제거한다고 모두다 곧바로 호흡이 정지하지는 않기 때문에 오히려 고통만 증가시킬 가능성도 있다는 거예요. (참여자2)

의사는 끝까지 치료한다고 심전도 모니터링, 산소 포화도 측정 등 이런 게 다 환자한테는 짐인데, 끝까지 할려는게 안타깝고, 환자가 돌아가시고 나서 1인실에 모시면 아무 소용이 없지요. 이

모든게 자연스럽게 흘러야 하는데, 괜히 환자를 불안하게 하고 스트레스를 받게 하는 거지요. (참여자2)

2) 간호직 업무의 한계

간호사가 진단을 내리는 상황이 아니기에 치료의 방향이나 예후에 대해 말 할 수 없고 단지 경험적 상황에서 제 가족이라면 이렇게 할 생각입니다 라고만 해요. 간호직을 보호하기 위한 거지요. 간호직의 한계성으로 여겨집니다. (참여자2)

의사와의 관계에서 영역침범을 한다는 의사가 있으므로 직접적으로 내 의견을 말하지는 않아요. 괜히 내가 이런 말을 잘못해서 나중에 원망 듣는 일이 생기지 않을까? 라는 생각이 들어 말을 아껴요. (참여자2)

환자가 실제로 고통을 호소하며 인공호흡기를 빼려고 손짓을 할 때 간호사로서 의사결정을 할 수 없는 때가 너무 고통스러웠어요. (참여자2)

3) 의료분쟁의 소지

주로 의사소통은 의사가 하고 의사의 방향에 따라 추가적 설명을 할뿐이에요. 잘못된 정보를 주면 의료분쟁이 발생할 수 있으므로... 요즘은 핸드폰 녹음이나 동영상 촬영이 가능하여 함부로 말을 할 수 없습니다. (참여자2)

4) 경제적 부담

의사가 계속 치료를 해 보기를 권하지만 돈 때문에 부담이 되고, 그렇다고 치료를 안 할 수도 없고, 의사가 인공호흡기를 한번 부착하고 나면 임의로 떼지는 못하니까 가족으로서는 망설일 수밖에 없어요. (참여자2)

말기의 의료적 의사결정 방법에 대한 참여자들의 반응 진술은 대체로 무겁고 소극적인 태도를 보여 주었다. 말기치

Table 1. Themes and Categories Derived from the Interviews

Themes	Categories 1	Categories 2	Categories 3	Categories 4
Prioritization of treatment	Persistence of aggressive treatment	Limitation of nursing profession	Cause of medical trouble	Financial burden
Non-disclosure of diagnosis	Lack of communication skill	Confusion of professional identification	Different opinion of family members	Lack of dignity value
Hierarchical and power relations	Lack of collaborative mind	Professional superiority	Inner structure of medical team	Aspect of nursing weakness

료 상황에서 간호업무의 한계성을 경험하고, 의료분쟁으로부터 자신을 보호하고자하는 심리와 의사의 적극적 치료권 유로 인한 가족의 경제 문제에 대해 강한 불편감을 드러내었다. 본 연구의 참여자들은 말기 치료의 우선화로 인하여 자신과 의사, 그리고 가족 간에 갈등이 발생함을 인식하는 것으로 보였다. 끝까지 치료의 끈을 놓지 않는 의학적 태도에 임상간호사들은 환영하지도 거부하지도 않는 수동적인 따라감의 자세를 보여 주었다.

## 2. 제2주제: 진단내용의 비공개

의사결정시 간호사의 두 번째 갈등 경험의 주제는 ‘진단내용의 비공개’로 나타났다(Table 1). 죽음은 개인의 인생에서 궁극적인 완성의 때라는 의미에 있어서 의료인에게 부여된 사명은 지대하다. 참여자들의 진술에서도 주위에서 계속 숨기고 있어도, 병의 상태가 악화되어감에 따라 환자는 자신의 상태를 어렴풋이 짐작하게 된다는 점을 암시하고 있다. 참여자들은 폐쇄적이거나 상호 허식적 의사소통을 통해 환자가 준비 없이 마지막 때를 맞이하게 됨을 안타까워하며, 말기 환자와의 의사소통과정에서 환자의 질문에 성실하게 반응하고 거짓을 말하지 않았는지에 대한 성찰을 촉구하고 있다.

### 1) 의사소통 기술의 부족

환자의 예후에 대해서는 가족도 원하지 않기 때문에 거의 할구하는 편이에요. 종교가 있으면 호스피스 봉사자와 연계하고 간호사가 직접 하지 않지요. 저는 일반적인 것만 합니다(어떠세요?, 등). (참여자2)

이런 문제를 건드리는데 내 스스로의 준비가 많이 부족하다고 느껴요. 시작을 어떻게 해야 할지, 어떤 방법으로 접근해야 하는지... 이런 상황이 생길까 두려워요. (참여자2)

### 2) 직업정체성의 혼란

말기 환자에게 도움을 주려고 해도 치료에 방해가 될까봐 조심스러웠어요. 그라목손을 복용한 환자가 임종직전에 물 한 모금 원할 때... 환자 입장에서 물이나 음식을 한번 제공하고 싶으나 의료에 방해가 되어(금식) 못하게 한 경우, 마음이 아팠어요. (참여자2)

계속 악화되는 경과를 지켜봐야 하는 점, 가족들의 경제적 부

담, 중환자실을 이용해야 하는 다른 환자들이 중환자실 치료를 받을 수 없다는 점, 장기간 지속될 경우, 과연 언제까지 환자에게 말하지 않을 것인지에 대해 간호사로서 이렇게 가야 하나? 갈등이 생기죠. 그러다가 또 잊어버리게 되고... (참여자2)

### 3) 가족 간의 의견차이

가족들의 의견차이로 이랬다, 저랬다하고, 가족들이 환자에게 알리지 않는 것이 더 좋겠다고 하니깐 의료진도 가족에게는 다 말하고 보호자에게는 ‘나오세요?’ 하고 얘기하면서 환자에게는 말하지 않아요. 답답합니다. (참여자2)

말기 상황의 의사결정은 90% 이상이 보호자가 합니다. 보호자의 마음이 편하기 위해 환자가 힘 드는데... 보호자 본인이 최선을 다했다는 것을 자신의 책임감을 보여주기 위해, 다른 사람에게 보여주기 위해, 환자에게 물어보지도 않고 하는 경우가 많아요. (참여자2)

### 4) 존엄 가치의 결여

환자의 질문에 머뭇거리거나 적당하게 둘러대는 것은 심리적으로 환자로부터 더욱 멀어지게 만들어요. 환자도 눈치 채거든요. 말기에 고독하지 않고 함께 공감해 주는 사람이 있다는 것을 알면 존엄성을 지니고 마지막을 준비할 수 있을 텐데... (참여자2)

인생을 결정하는 것은 환자가합니다. 그런데 의료인이나 가족은 환자가 죽음을 인정하지 않을 거라고 생각한다는 것입니다. 비밀이 있는 사회가 건강할 수 없잖아요. 병원도 마찬가지예요. 환자에게 그대로 알리지 않는 것은 환자를 속이는 거지요. (참여자2)

진단내용의 비공개에서 드러난 참여자들의 첫 번째 경험은 의사소통기술의 부족으로 표출되었다. 참여자들은 말기 임종상황에 직면하여 대응하기보다는 회피하고 싶은 불편한 심경을 표출하였으며, 의사소통 능력의 미숙함을 인식하고 임종간호교육에 대한 요구를 표명하였다. 참여자들의 두 번째 경험은 직업정체성의 혼란을 경험하였다. 참여자들은 삶과 죽음의 균형을 이루지 못하는 자신의 내면을 성찰하며 대상자를 옹호하고 그들 편에서 역할하지 못하는 미안함을 표출하였다. 그러나 시간이 지나면서 감각이 무뎠고 반복적인 상황을 겪으면서 망각하게 된다고 진술하였다. 진단내용의 비공개에서 드러난 참여자들의 세 번째 경험은 가족 간의 의견 차이였다. 참여자들은 가족구성원 간의

의견 불일치가 환자를 더욱 공격적인 말기치료로 내몰게 할 수 있다는 사실을 알게 되었다. 또한 가족 간의 힘의 대결은 환자의 말기 질병을 악화시키며 환자의 죽음 이후에도 가족들 간의 관계를 해칠 수 있는 위기를 조성할 수 있음을 우려하였다. 참여자들의 네 번째 경험은 존엄 가치의 결여로 나타났다. 말기에 비밀스럽고 폐쇄적인 의사소통은 인간을 인격체로서 존엄하게 대하지 않은 것이라고 진술하였다.

### 3. 제3주제: 의사와 간호사 간의 위계질서

내용분석의 세 번째 주제는 ‘의사와 간호사간의 위계질서’로 드러났다(Table 1). 참여자들의 진술에서 말기 의사 결정 시 의사와 간호사간의 위계질서가 여전히 존재함을 보여주었다. 대부분의 의료적 의사결정은 의사가 하고, 간호사는 결정 사항을 이행해야만 하는데 문제가 있음을 지적하였다. 더구나 의사가 보호자에게 설명을 하고나면 간호사가 의사에게 어디까지 가족에게 설명이 되었는지를 확인한 뒤 가족과 의사소통하는 경우를 진술하면서 참여자의 갈등 경험이 깊어짐을 표출하였다. 이러한 의료계의 가부장적인 의사결정체계는 환자와 간호사의 의사결정 참여를 방해할 수 있으며 결국 품위 있는 죽음을 바라는 환자의 바람을 인정하지 않으려는 결과를 초래하는 것으로 보았다.

#### 1) 협동의식 결여

말기 의사결정? 아주 먼 느낌이드는 단어예요. 팀 접근을 해서 처음부터 같이 참여해야 하는데... 우리나라 관습상 환자한테 너무 늦게 알리고, 갑자기 안 좋아져서 아무 준비 없이 떠나는 경우가 많거든요. (참여자2)

의사는 보호자에게 치료의 진행방향을 알리고, 간호사에게는 말 하지 않아요. 그런데 환자나 보호자는 의사결정 상황에서 간호사에게 많이 물어봅니다. 의사와 간호사 간의 의사소통이 제일 시급한 문제예요. (참여자2)

#### 2) 직업적 우월주의

의사는 간호사에게 절대 안 묻지요. 자존심이 상한다고 생각하는지, 간호사와 의사소통을 같이 하면 좋은데... 의사 단독으로 스케줄 잡아서 처리하는 경우, 의사가 간호사에게 요청하는 경우는 거의 없는 편이죠. 간호사가 의사에게 환자에게 설명을 어느 정도 했는지 물어보고 그걸 가지고 간호사가 설명합니다. (참여자2)

#### 3) 의사 내부의 체계

의사세계의 서열관계에서 선배의 의견으로 주치의도 의사 결정을 잘 못하는 때가 있어요. 타과에 의뢰를 하는 경우, 암성 통증을 잘 모르는 것 같고, 일반 환자와 똑같이 처치를 하는 거 하면... 다른 고참의사의 요구 사항 등, 여러 가지 제한 안에서 결정을 해야 하므로 의사도 결정하는데 어려움을 겪게 됩니다. (참여자2)

#### 4) 간호사의 취약성

간호사는 연차가 낮고 죽음에 대한 인식이 아직도 끝이라는 생각이 강해요. 지금부터가 시작인데, 말기의 개념이 부족하고, 일단 임종 환자보다는 살아 계시는 분에게 주력하는 경향이 있어요. (참여자2)

일반간호사는 말기의 의사결정이라는 마인드가 없어요. 여러 가지 업무에 바쁘다 보면, 그냥 보고용으로 그 환자는 DNR 승낙을 받았다고만 하면 끝이에요. 의사가 시술에 관해 이야기 하려고 해도 간호사는 그 환자는 DNR 받았다고 하며 단절해 버리는 경우가 많아요. (참여자2)

이상에서 말기의 의료적 의사결정에 관한 참여자의 첫 번째 주된 갈등은 치료의 우선화로 의사 주도적 치료 중심의 가부장적 의사결정 경험으로 나타났다. 이러한 의사결정 유형으로 인해 간호직의 업무 한계성을 경험하고 의료분쟁의 소지를 인식하여 위축되고 수동적인 의사소통 자세를 취하며 의사의 적극적 치료권유로 인한 가족의 경제적 부담 등 부가적인 갈등 경험을 표출하였다. 참여자들은 말기의 정보 제공과 치료결정 과정에서 간호사가 배제될 경우, 환자의 옹호자 역할을 할 수 없음을 진술하였다.

말기의 의료적 의사결정에 관한 참여자의 두 번째 주된 갈등은 환자에게 정확한 진단과 치료방향에 대한 진실 통과의 부재를 진술하였다. 삶과 죽음의 의사결정 주체인 환자를 배제한 주변사람들의 거짓배려는 참여자의 직업적 정체성과 내부의 혼란을 가중시키며 인간존엄과 가치에 대한 성찰을 촉구하고 있다. 참여자들은 말기 간호 상황과 체계 안에서 개별화된 돌봄 실천을 위한 의사소통 기술의 부족과 갈등을 경험하였다.

말기의 의료적 의사결정에 관한 참여자들의 세 번째 주된 갈등은 의사와 간호사간의 위계질서의 현존을 인식하는데 있다. 간호사는 의사결정 과정을 통하여 환자를 격려하고 지지해 주는 위치에 있어야함에도 불구하고 의사결정의 순

간에 간호사의 의견은 고려되지 않고 의사의 지시에 따라 행동하게 되는 현실에서 갈등을 겪고 있음이 드러났다. 참여자들은 우리사회의 가부장제도와 사회적 가치 기준에서 의사의 직업적 우월성을 간과할 수 없음을 진술하였다.

## 논 의

여덟 명의 임상간호사를 대상으로 말기의 의료적 의사결정에 관한 갈등 경험을 얻기 위해 개별 면담하여 자료를 수집한 후 이를 질적 내용분석 하여 3개의 주제와 12개의 범주를 도출하였다. 본 연구결과, 참여자들의 말기 의료적 의사결정에 관한 갈등 경험은 치료를 우선시하는 의사의 가부장적 의사결정 방식과 진단내용의 비공개를 요청하는 가족의 폐쇄적 혹은 의사-가족의 합의된 의사결정 방식, 그리고 의사와 간호사간의 위계질서로 인한 부적절한 의사결정 방식으로 드러났다. 따라서 본 연구에서 밝혀진 주제와 각 범주에 따라 단계적으로 ‘치료의 우선화’, ‘진단내용의 비공개’, 그리고 ‘의사와 간호사간의 위계질서’에 대해 논의하고자 한다.

국내 선행연구(Kim, 2004; Lee, 2007)에서도 말기의 치료를 우선시하여 의사와 간호사 간에 상당한 갈등이 발생함을 보고하였다. Willard와 Luker (2006)의 연구에서 임상간호사는 말기의 적극적 치료보다 삶의 질을 제시했으나 그러한 입장은 의사들의 환자에 대한 온정적인 입장과 치료를 포기한다는 시각 때문에 받아들여지지 않았다. 이러한 상황은 임상간호사들에게 많은 갈등을 안겨주고 있으며, 환자의 존엄성과 자기결정권과 관련한 간호사 자신의 직업적 갈등을 초래하게 되었다. Hilden 등(2004)에 의한 연구에서도 간호사의 44%가 말기 치료의 장기화에 따른 불편한 느낌을 보고한 점은 말기 치료에서 나타나는 동서양의 공통적 특성으로 보인다. 본 연구참여자들의 진술에서 의사가 치료를 고집하는 근거는 생존에 대한 10%의 확률에서도 90%를 부각시킬 수 있다는 희망이었다. 이러한 의학적 입장은 죽음의 시점을 가장 멀리 밀어내는 것에 최대의 가치를 두는 것으로 보여 인간의 존엄성과 말기의 삶의 질에 대한 논의가 불가피 하게 보인다.

의사의 적극적 치료 집착과 관련하여 참여자들은 의사의 처방과 관련된 비독자적 간호행위에서 협동할 수밖에 없는 직업적 한계성을 경험하였다. 말기 의사결정 상황에서 가족의 태도 역시 의사보다 간호사에게 더 쉽게 대화를 하는 반면, 문제 상황에서는 쉽게 간호사에게 책임을 전가하는

경우가 있어 의료분쟁의 소지를 염두에 두고 참여자들은 의사결정에 참여하기를 꺼려하였다.

말기 치료의 우선화로 인한 또 다른 문제는 가족의 경제적 부담으로 나타났는데, 의료비의 많은 부분이 불필요한 입원과 소모적인 의료-중환자실 입원, 인공호흡기사용, 심폐소생술 등의 이용(Yun, 2008)으로 분석된 것으로 보아 과연 말기에 적극적 치료를 제공하는 것이 죽음의 과정에 있는 환자에게 유익한지에 대해서는 사회적 논란의 여지가 있다.

본 연구의 두 번째 주제인 진단내용의 비공개는 암암리에 발생하는 의료현장의 실재를 대변한다고 볼 수 있다. Costello (2001)는 일단 의사들이 치료 중단을 결정하게 되면, 환자에 대한 온정주의가 불치병이라는 진단내용을 공개하지 않는 형태로 나타날 수 있다고 했다. Lee (2007)의 연구에서도 진단내용의 비공개는 제한적 치료와 의료적 관심의 약화를 의미하는 것으로 나타나 본 연구와 맥락을 같이 하고 있다. Costello (2001)는 의료진과 가족은 불치병 진단에 대해 알고 있으나 환자 자신은 모르는 정보의 폐쇄는 환자가 의사 결정에 참여하는 것을 극히 방해할 수 있으며 간호사들은 자신들이 환자와의 신의를 지키지 못한다는 생각 때문에 상당한 스트레스를 겪게 된다고 하였다. 이는 본 연구참여자들의 심리적 반응과 일치하며 간호직업의 정체성을 의심케 하였다. 간호전문직은 어떤 상황에서도 전인적 인간을 대상으로 개별화된 간호를 적용해야 하므로 윤리적 기준이 분명하지 않을 경우 갈등을 경험하게 된다(Kim et al., 1997). 본 연구참여자들의 경우 환자에게 정직하고 신의를 지켜야 한다는 원칙과 직업적으로 의사와 협동해야 하는 점에서 의사결정의 갈등을 표출하였다. Friedrichsen 등 (2000)은 진단내용을 알기를 꺼려하는 환자도 있지만, 점점 더 많은 수의 환자들이 진단내용이 공개되지 않는 것에 대해 불안해한다는 사실을 발견하였다. 우리나라에서는 말기 상황의 의료행위에 대한 결정을 환자 스스로 하기보다는 의사와 가족의 견해에 더 많은 비중을 두고 있다. 이는 한국 사회의 문화적 가치에 기인한 것으로 가족과 집단의 이익이 개인의 이익을 능가하기 때문인 것으로 보인다(Kim, 2004). 본 연구결과에서도 입증하였듯이 가족 구성원 간 의견 불일치가 환자에게 더욱 공격적인 말기치료로 이어질 수 있다. Winter와 Park (2008)의 연구에서도 가족 간의 의견 차이는 임종의 과정을 연장시키고 환자의 임종 시기 동안 삶의 질에 부정적 영향을 미칠 수 있음을 제시하였다. 특히 가족의 숫자가 많은 경우, 가족 구성원들의 압력이나 분쟁이 환자의 의도보다 강하게 작용하여 말기의 공격적인 치료를 더욱



선호하게 만들 수 있다고 하였다.

연구참여자들은 진단내용의 비공개를 우리 사회의 존엄 가치 결여로 보았는데 말기에 환자의 존엄성을 유지하는 것은 인간 존중의 중요한 가치 실현이며 품위 있는 죽음의 주요 개념이다. Rankin 등(1998)은 건강한 죽음을 맞이할 준비가 되어 있는 환자들은 삶을 장기적으로 지속하는 치료결정에 개방적 참여 자세를 나타낸다고 하여 본 연구의 결과와 같은 맥락을 이루었다. 따라서 말기 의료적 의사결정은 반드시 환자가 자신에 관련된 중요한 치료결정에 참여적이어야 함을 시사하고 있다. 이와 관련하여 우리나라에서는 지난해부터 무의미한 연명치료 중단과 관련하여 치료결정이 쟁점이 되어 여러 차례 논의를 거쳐 온바 있다. 최근 보건복지부는 본인의 동의가 있는 말기 환자에게만 연명치료중단을 할 수 있다는데 합의점을 도출하였으나 입법을 통해 제도화하는데까지는 아직 결론을 내리지 못하였다. 그러나 이러한 노력은 환자-가족-의사-간호사 간의 공유된 의사결정을 위한 기초단계로서 발전적이라 할 수 있다.

본 연구의 세 번째 주제인 의사와 간호사간의 위계질서는 선행연구들(Costello, 2001; Hilden et al., 2004; Willard & Luker, 2006)에서 이미 밝혀진 바와 같다. Hilden 등(2004)은 간호사가 환자의 전반적인 상태를 이해하고 대변할 수 있는 입장임에도 불구하고, 의사들이 간호사의 의견을 듣지 않음으로 인하여 의사결정과정에서 많은 갈등이 생긴다고 지적하였다. 본 연구에서도 참여자들이 중요한 의사결정의 주면에 위치해야 한다는 사실에 서운함과 열등의식을 표출하였는데, 기존의 의사결정체계의 변화 없이는 의사결정에서의 임상간호사의 갈등이 해결되지 않을 것으로 짐작된다.

Hilden 등(2004)의 연구에서는 의사결정에서 의사와 간호사 모두 도의적 책임을 공유하지만, 각자 다른 역할과 책임 소재가 갈등을 야기한다고 보았으며, 의사가 의사결정을 하고, 간호사가 결정 사항을 이행해야 한다는 사실을 지지하였다. 그러나 본 연구에서 참여자들은 의사결정의 공유보다는 의사의 결정에 따라야 한다는 위계질서에 대해 불만족스럽게 생각하고 있다. 한편 Nordgen과 Olsson (2004)은 비슷한 사실을 언급했는데, 의사와 간호사 간 갈등의 주요 원인은 의사 결정에 있어서 간호사의 의견이 반영되지 않기 때문이라고 하였다. 이 분야의 연구가 미흡하기에 연구결과를 뒷받침 할 근거가 부족하지만, Frank (2009)는 최근 공동 의사결정이 말기 환자의 치료를 개선하는 관리정책에서 호응을 얻고 있다고 밝혔다. 우리나라에서도 말기 상황의 치료결정에서 환자 자신의 자율적 동의를 우선시한다는데

합의를 한 점은 환자-가족-의사-간호사 간의 의사결정 공유를 위한 시작점으로 보여진다.

간호사는 자신의 의사결정 과정을 통하여 환자를 도와주고 지지해 주어야 하는 위치에 있으므로 본인이 선택한 의사결정에 대한 정당성을 보유해야 한다. 이와 관련하여 Lee (1990)의 연구에서 간호사는 인간생명에 관해서는 공리주의적 입장을 취했으나 대상자, 간호업무, 타 의료진과의 협동관계 영역에서는 의무주의 입장을 보인 점으로 보아 의사와의 의사결정의 어려움과 의사의 협동의식 결여를 짐작할 수 있다. 한편 Yun (1992)은 간호사의 직업에 대한 자부심, 간호능력에 대한 신뢰도는 보통 수준 이상이나 전문적 수준은 의사보다 낮다고 보고하여 본 연구의 결과에서 드러난 의사의 직업적 우월주의 범주와 같은 맥락으로 이해될 수 있다.

이상에서 본 연구참여자들의 갈등 경험은 의사 주도의 하향식 의사결정 방식과 의사-보호자 사이에서의 불분명한 의사결정자로서의 역할, 그리고 의사결정의 비 자율적 참여로 인한 내면적인 갈등으로 드러났다. 이러한 갈등을 해결하기 위해서는 서로 다른 전문직간의 협동을 기반으로 하는 상호의존적인 의사결정이 필수적이라고 보는 상대적 시각이 필요하다. 또한 임상적 의사결정 과정에서 수평적 의사소통을 할 수 있는 의료인의 교육과 기술 훈련, 그리고 환경설정이 시급하다.

또 다른 문제로 의사내부의 체계에 얽힌 의사결정의 어려움을 들 수 있는데 타과에 의뢰를 신청할 경우, 동료의사 혹은 선후배 의견이나 명령체계가 시간적으로나 업무수행에서 의사결정의 어려움으로 대두 되어 역할체계가 간접적 영향을 미칠 수 있음을 보여주었다. 한편 참여자들은 말기 상황의 의사결정 과정에서 간호사 측의 문제점들을 제시하였다. 그 중 두드러지는 염려는 의사소통의 기술뿐 아니라 영적사정과 돌봄에 대한 간호사의 말기 임종 교육에 대한 제한점이었다. 임종간호교육에 대한 간호사의 요구를 조사한 연구(Meraviglia, McGuire, & Chesley, 2003)에서 80% 이상의 간호사들이 암 증상관리, 암 통증관리, 정신사회적 문제, 말기 호스피스 간호에서 취약함을 보고하여 말기 환자의 총체적 안위를 위한 교육의 필요성이 제기되었다. Meraviglia 등(2003)은 말기의 환자와 가족의 우려는 통증, 죽음의 과정, 사별 후 남은 자의 삶 등을 제시하였는데, 이는 본 연구의 참여자들이 진술한 말기 임종간호 요구의 심리사회적 측면과 일치하며 치료 모드에서 환자나 가족들의 삶의 질 문제로 관심이 전환되어야 함을 보여 주었다.

이상에서 본 연구는 최근 임종과정과 품위 있는 죽음에 대한 관심이 증대되고, 무의미한 연명치료 중단과 관련하여 사회적 합의점을 도출한 우리사회의 현황을 볼 때, 매우 시의 적절하다고 사료된다. 특히 본 연구는 인간존엄을 기반으로 한 말기의 효율적 의사결정을 위한 기초자료를 제공했다는 점에서 의의가 있다. 죽음은 피할 수 없는 것이라고 볼 때, 죽음을 맞이하는 자세가 절실히 요구된다. 따라서 의료 집착적 자세에서 벗어나 의료인의 직업적 책임과 인간 존엄성의 가치를 가지고 죽음을 바라보는 자세가 요구된다. 이러한 자세를 견지할 때, 환자와 가족, 의사와 간호사 모두에게 win-win하는 효과적인 의사결정 체계를 만들어 갈 수 있을 것이다.

## 결론 및 제언

본 연구는 품위 있는 죽음과 관련하여 무의미한 연명치료 중단에 대한 사회적 합의를 모색하는 시점에 즈음하여 일 지역 대학병원의 임상간호사를 대상으로 말기의 의료적 의사결정에 관한 갈등을 그들의 구체적 경험을 통해 심층적으로 이해하고 설명하기 위한 목적으로 수행되었다. 그 결과 참여자들은 맨 처음 의료상황을 떠 올리면서 ‘말기의 의사소통 방법’에 대한 경험을 진술했으며, 이러한 진술은 참여자의 개인적 특성과 주관적 경험이 크게 작용하는 것으로 볼 수 있었다. 말기의 의사소통 방법에서 참여자들의 경험은 치료를 우선시 하는 의사결정 방법으로 인해 간호직의 한계성을 체험하고 의사결정 참여에 소극적이며 수동적인 자세를 견지하였다. ‘말기의 의사소통 내용’에 대한 경험에서는 진단내용의 비공개로 인한 환자-간호사 관계의 신뢰와 정직의 원칙을 지키지 못함에 대해 직업적 정체성의 혼란을 경험하였다. 특히 환자의 알 권리를 외면한 점과 옹호자로서의 역할을 다하지 못한 자신을 성찰하며 인간존엄의 가치를 재인식하였다. ‘말기의 효율적인 의사결정을 위한 관점’에서는 의사결정시 의사와 간호사 간의 위계질서를 의식하였다. 이는 한국사회에서 의사의 사회적 위치와 가치기준을 반영하는 것으로 보이며, 유교 문화적 영향으로 인한 가부장적인 인식으로 여겨진다.

본 연구는 현재 의료현장에서 이루어지고 있는 말기 의료적 의사결정 과정이 상당히 제한적이며 부적절함을 참여자의 진술을 통해 있는 그대로 파악할 수 있었다. 즉 말기의 의료적 의사결정 과정에 관한 간호사의 갈등 경험의 초점은 임상간호사들이 의사결정 과정에서는 주변 인물이 되고 실

제 역할에서는 수동적 이행자로 제한된다는 점이다. 전문직으로서 간호직의 자율성은 간호지식과 기술에 근거한 독립적이면서도 타 분야와의 상호의존적인 실무 관련 의사결정을 통해 강화된다고 본다. 따라서 의료적 의사결정에서의 간호사의 갈등을 해결하기 위해서는 의사에 비해 환자와 함께하는 시간이 많을 뿐 아니라 환자와의 공감적 관계를 통해 환자의 가치관이나 윤리를 더 잘 파악하는 간호사의 목소리가 충분히 반영되어야 할 것이다. 그러기 위해서는 효율적인 의사결정을 위한 병원의 제도적 장치와 의료인들 간의 개방적 의사소통 분위기를 마련할 필요성이 제기된다. 이러한 과정은 말기의료에서 대상자의 품위 있는 죽음과 관련하여 진보된 자료를 제공할 수 있는 계기가 될 것으로 여겨진다. 특히 본 연구는 상기 결과를 바탕으로 환자와 가족, 그리고 의사와 간호사간의 공유된 의사결정 모델을 개발하는데 유용한 기초 작업이 될 것으로 기대된다.

본 연구결과를 바탕으로 다음과 같이 제언하고자 한다. 첫째, 말기의 의료적 의사결정에 관여하는 범위를 환자, 가족, 의사, 간호사로 확대하여 효율적인 의사결정 체계를 구축하기 위한 반복연구를 제언한다.

둘째, 본 연구를 토대로 말기의 의료적 의사결정에 영향을 미치는 요인을 파악하는 연구를 제언한다.

## REFERENCES

- Choe, J. Y., & Kwon, B. G. (2009). The current debates and social trends regarding euthanasia and the withdrawal of life-sustaining treatment in Korea. *Korean Journal of Medical Ethics*, 12(2), 127-142.
- Costello, J. (2001). Nursing older dying patients: Findings from an ethnographic study of death and dying in elderly care wards. *Journal of Advanced Nursing*, 35(1), 59-68.
- Downe-Wamboldt, B. (1992). Content analysis: Method, application, and issues. *Health Care for Women International*, 13(3), 313-321.
- Frank, R. K. (2009). Shared decision making and its role in end of life care. *British Journal of Nursing*, 18(10), 612-618.
- Friedrichsen, M. J., Strang, P. M., & Carlsson, M. E. (2000). Cancer patients' perceptions of their participation and own resources after receiving information about discontinuation of active tumour treatment. *Acta Oncologica*, 39(8), 919-925.
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: Concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, 105-112.

- Ha, M. O. (2010). *Nurses' awareness and attitudes concerning the termination of life sustaining medical care*. Unpublished master's thesis, Kyunghee University, Seoul.
- Han, S. S., Han, M. H., & Yong, J. S. (2003). A survey on the medical doctor's concept on DNR (Do-Not-Resuscitate) order. *Korean Journal of Medical Ethics*, 6(1), 15-33.
- Hilden, H., & Honkasalo, M. (2006). Finnish nurse's interpretations of patient autonomy in the context of end of life decision making. *Nursing Ethics*, 13(1), 41-51.
- Hilden, H., Louhiala, P., Honkasalo, M., & Palo, J. (2004). Finnish nurse's views on end of life discussions and a comparison with physician's views. *Nursing Ethics*, 11(2), 165-178.
- Jo, K. H. (2010). The meaning of dignified dying perceived by nursing students. *The Journal of Korean Academic Society of Nursing Education*, 16(1), 72-82.
- Johnston, B., & Smith, I. (2006). Nurses and patients perceptions of expert palliative nursing care. *Journal of Advanced Nursing*, 54(6), 700-709.
- Kim, J. H., Ahn, S. Y., Kim, J. Y., Chung, J. Y., Kim, J. M., Choi, S. H., et al. (1997). A study on attitude of ethical dilemmas in clinical nurses. *Journal of Korean Academic of Nursing*, 25(3), 496-508.
- Kim, S. H. (2004). Decision making process in do-not-resuscitate orders for patients with cancer. *Nursing Inquiry*, 13(1), 127-143.
- Ladd, R. E., Pasquerella, L., & Smith, S. (2000). What to do when the end is near: Ethical issues in home health care nursing. *Public Health Nursing*, 17(2), 103-110.
- Lee, Y. B. (2007). Nurses' and doctors' perceptions, experiences, and ethical attitudes on DNR. *Clinical Nursing Research*, 13(2), 73-85.
- Lee, Y. S. (1990). *A study on the ethical values of nurse*. Unpublished master's thesis, Chungang University, Seoul.
- Meraviglia, M. G., McGuire, C., & Chesley, D. A. (2003). Nurses' needs for education on cancer and end-of-life care. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 34(3), 122-127.
- Morse, J. M., & Field, P. A. (1995). *Qualitative research methods for health professionals*. London: Chapman & Hall.
- Myers, G. E. (2002). Can illness narratives contribute to the delay of hospice admissions. *American Journal of Hospice and Palliative Care*, 19(5), 325-330.
- Nordgen, L., & Olsson, H. (2004). Palliative care in a coronary care unit: A qualitative study of physicians and nurses perceptions. *Journal of Clinical Nursing*, 13(2), 185-193.
- Norton, S., & Talerico, K. (2000). Facilitating end of life decision making strategies for communicating and assessing. *Journal of Gerontological Nursing*, 26(9), 6-13.
- Rankin, M. A., Donahue, M. P., Davis, K., Katseres, J. K., Wedig, J. A., Johnson, M., et al. (1998). Dignified dying as a nursing outcome. *Outcomes Management for Nursing Practice*, 2(3), 105-110.
- Royak-Schaler, R., Gadalla, S. J., Lemkau, J. M., Ross, D., Alexander, C., & Scott, D. (2006). Family perspectives on communication with health care providers during end of life cancer care. *Oncology Nursing Forum*, 33(4), 753-760.
- Simon, H. A. (1993). Decision making: Rational, nonrational, and irrational. *Educational Administration Quarterly*, 29(3), 392-411.
- Willard, C., & Luker, K. (2006). Challenges to end of life care in the acute hospital setting. *Palliative Medicine*, 20(6), 611-615.
- Winter, L., & Parks, S. M. (2008). Family discord and proxy decision makers' end-of-life treatment decisions. *Journal of Palliative Medicine*, 11(8), 1109-1114.
- 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.
- Yun, K. J. (1992). *A study on the ethical values of clinical nurses*. Unpublished master's thesis, Hanyang University, Seoul.
- Yun, Y. H. (2008). Hospice care for improving terminally ill patients' quality of life. *Journal of Korean Medical Association*, 51(6), 530-535.