

간호사 자신과 간호사 가족의 연명의료 결정과 관련요인*

최 유 남** · 송 영 숙***

I. 서 론

1. 연구의 필요성

현대 의학기술의 발달로 인하여 평균 수명이 연장되고, 말기 환자들의 생명연명이 가능하게 되면서 고통스러운 삶을 무의미하게 연장시키는 연명의료가 늘어나고 있다. 2011년 생명윤리정책연구센터에서 전국 211개 의료기관을 대상으로 연명의료 대상자수를 조사한 결과 입원환자의 1.31%, 기관별로는 5.5명의 환자가 연명의료를 받고 있다(Korea National Institute for Bioethics Policy [KNIBP], 2011). 또한, 2017년 통계청보고에 의하면 연명의료 결정 대상인 65세 이상의 고령자는 2017년에 전체 인구의 13.8%를 차지하고 있고(Statistics Korea [SK], 2017), 특히 후기 고령노인의 증가가 매년 두드러지는 특징이 나타나고 있다(Sin & Kim, 2014). 이는 잠재적 연명의료 결정 대상자가 더욱더 증가한다는 것을 의미하므로 이에 대한 대책이 필요하다.

무의미한 연명의료의 지속은 환자에게는 고통스러운

삶의 연장이고, 가족들에게는 경제적, 심리적 부담을 초래하게 된다(Heo, 2008; Kim, Kang, & Kim, 2012). 또한 연명의료의 중단결정이 인간의 존엄성을 존중하는 것이라는 견해가 제시되면서 연명의료 결정과 보류의 기준은 무엇이고, 어떤 치료를 중단하며, 누가 결정에 참여하는 가에 대한 윤리적, 법적 문제들이 발생하고 있다(Koh et al., 2011). 연명의료 결정에 대한 논의가 끊임없이 지속되면서 2009년 9월 의료계 전문가들이 모여서 연명의료 결정에 관한 지침 제정 특별위원회를 구성하고 지침을 제정하였고 연명의료 결정에 관한 권고안을 확정하였으며(Kwon et al., 2010), 이에 연명의료법이 제정되어 2018년 2월 4일부터 시행되고 있다.

우리나라 의료 현장에서는 연명의료를 결정해야 하는 상황에서 환자 본인이 직접 연명의료 중단 결정을 하는 경우는 매우 드물다(Heo, 2009; Song, Kim, & Koh, 2008). 즉, 우리나라는 연명의료 결정 시 가족 중심의 가치관과 문화적 특성이 강하게 작용하여 환자가 회복 불가능한 위독한 상황에 있을 경우 의료인은 가족에게 알리고, 가족들은 환자의 연명의료와 관

* 본 논문은 제 1저자 최유남의 2015년 석사학위논문 일부 발췌한 것임.

** 경북대학교 간호대학 박사과정

*** 경북대학교 간호대학 부교수(교신저자 E-mail: asansong@knu.ac.kr)

• Received: 9 February 2018 • Revised: 12 July 2018 • Accepted: 6 August 2018

• Address reprint requests to: Song, Yeongsuk

College of Nursing, Kyungpook National University
680 Gukchaebosang-ro, Jung-gu, Daegu, South Korea
Tel: 82-53-420-4978 E-mail: asansong@knu.ac.kr

련하여 의료인들의 의견과 정보를 참고하여 최종 의사 결정을 한다(Kwak & Salmon, 2007). 연명의료법이 시행된 후 연구자가 근무 중인 대학병원에서도 입원 시 환자 기초 정보조사에 사전의료의향에 대한 환자 자신의 의견을 표시하는 항목을 새롭게 신설하여 연명의료 결정에 대한 본인의 의견을 기록하고 있으나 이에 대해 환자가 본인의 의견을 표시한 경우는 거의 없다. 따라서 연명의료에 대한 환자의 의사를 모르고 있고, 환자 의식도 명확치 않은 위독한 상황에 처하게 되면 의료인은 어쩔 수 없이 환자 본인이 아닌 그 가족에게 연명의료에 대한 결정을 설명 할 수밖에 없다.

연명의료의 지속과 중단의 주체가 환자 가족들일지라도 의사나 간호사의 경험과 의견이 환자 보호자의 연명의료 결정과정에서 가장 결정적인 영향을 미치는 것으로 나타났다(Braun, Ford, Beyth, & McCullough, 2010; Lee & Kim, 2016). 또한 생의 마지막 순간에 간호사가 연명의료 결정에 참여하여 중재자, 상담자로서 논의하여 주기를 바라고 있었다(Lee & Kang, 2010). 질 좋은 교육과 풍부한 경험을 가진 간호사는 환자 간호에 직접적으로 영향을 주므로(Kim & Jeon, 2014) 생의 말기 환자를 담당하고 있는 간호사는 환자, 가족, 지역사회의 옹호자로서 환자나 보호자의 생의 말기 치료에 대해 어떻게 인식하는지 알고, 그들의 의견을 존중하며, 최선의 의사결정을 할 수 있도록 상담자나 조연자로서의 역할을 적절하게 수행할 수 있어야 한다. 그러나 간호사들은 연명의료 중인 환자를 간호 할 때 간호사로서의 역할에 한계를 느끼고 있고(Park & Yun, 2016), 환자와의 의사소통 영역에서는 자기효능감이 낮게 나타났을 뿐 아니라 죽음에 대해 이야기하는 것을 조심스러워하는 것으로 나타났다(Kwon, Yang, Park, & Choe, 2008). 이상에서 살펴 본 바와 같이 간호사는 생의 말 환자를 상담하고 지지하는 중요한 역할을 해야 하지만 환자의 연명의료와 관련된 간호역할수행에 어려움을 겪고 있으며 이로 인하여 간호현장에서는 끊임없는 갈등과 딜레마가 지속되고 있는 실정이다(Park & Yun, 2016; Han, 2005). 간호사는 죽음을 앞둔 환자의 존엄한 죽음의 과정을 도우며 인간이라면 누구나 맞이하는 필연적 과정에서 발생할 수 있는 불안과 죽음에 대한 인식을 변화시켜 죽음을 맞이하는 태도가 달라지게 할 수 있으

며 죽음 앞에서 생명만을 연장하려는 노력으로 삶을 정리하지 못하고 죽음을 맞이하는 것을 막을 수 있다(Kim, 2002; Kim, 2012).

우리나라는 문화적 특성 상 생의 말기 치료 결정 시 가족 중심의 의사결정을 선호하고 있고(Kwak & Salmon, 2007), 연명의료를 결정하는 결정자의 대부분이 환자 가족이었으므로(Heo, 2009; Song, Kim, & Koh, 2008), 간호사는 임종에 대한 치료과정을 일선에서 관찰하고 있는 자로서 간호사 자신일 경우와 간호사 자신의 가족일 경우의 연명의료 결정에 대한 견해를 비교해 본다면, 의료인의 입장에서의 견해와 가족입장에서의 견해를 알 수 있겠고, 이는 환자의 연명의료 결정에 직·간접적인 영향을 줄 수 있으므로 이에 대해 구체적으로 알아볼 필요가 있다. 또한, 기존의 Koo (2013)의 연구는 한 개의 종합병원 중환자실 간호사로 국한하여 연구를 하여서 연명의료 결정에 대한 여러 분야의 임상에서 생의 말기 환자를 간호하는 간호사의 연명의료 결정에 대한 생각을 알아보는 데에는 한계가 있으므로 대상자를 확대하여 연구할 필요가 있다.

이에 본 연구는 다양한 분야에서의 임상간호사를 대상으로 연명의료 결정에 대한 간호사 자신과 간호사 가족의 결정과 결정요인을 비교해 봄으로써 생의 말기 환자들의 연명의료 결정 시 상담자, 옹호자, 대변자로서의 역할을 하는 간호사의 역할수행을 돕고, 연명의료 결정과 관련요인을 파악하여 병원의 간호사 및 환자화 환자의 가족 교육, 지역사회를 기반으로 한 보건간호관리자와 보건간호분야의 간호사의 역할 확대 및 연명의료결정 교육프로그램 내용의 기초자료로 제공하고자 한다.

2. 연구의 목적

본 연구의 목적은 종합병원에서 근무하는 간호사를 대상으로 간호사 자신과 간호사 가족에 대한 연명의료 결정과 관련요인을 파악하기 위한 것으로 구체적 목적은 다음과 같다.

- 간호사 자신과 간호사 가족에 대한 연명의료 결정과 차이를 파악한다.
- 일반적 특성에 따른 간호사 자신과 간호사 가족에 대

한 특수 연명의료 결정 관련요인을 파악한다.

II. 연구 방법

1. 연구 설계

본 연구는 간호사 자신과 간호사 가족에 대한 연명의료 결정과 관련요인을 파악하기 위한 서술적 조사연구이다.

2. 연구 대상

본 연구 대상자는 D시에 위치한 5개의 3차 종합병원에 근무하는 간호사로서 본 연구의 목적을 이해하고, 연구 참여에 동의한 간호사를 임의표출 하였다. 대상자 수는 효과크기 .2, 유의수준 .05, 검정력 85%로 하여 G*Power 3. 1. 2. 프로그램(Faul, Erdfelder, Lang, & Buchner, 2007)을 이용하여 산출한 결과 227명 이었고, 탈락률 20%를 고려하여 275부를 배부하였다.

3. 연구 도구

1) 연명의료 결정

연명의료 결정이란 말기 환자의 상병 원인을 직접 치료하거나 주된 병적 상태를 개선 할 수는 없지만 생명을 연장할 수 있는 의료를 중단하는 것으로 관을 통한 영양과 수분 공급, 진통제 투여, 심폐소생술, 혈액 투석, 수혈, 장기이식, 고단위 항생제 투여, 수술 등을 의미하는 연명의료를 중단하는 것이다(Bae et al., 2009). 본 연구에 이용된 연명의료 결정 도구는 도구 개발자인 김분한(personal communication, April 8, 2015)에게 허락을 받은 후 Koo (2013)가 수정 보완한 연명의료 결정에 대한 사전의료지시 인식 도구를 이용하여 측정하였다. 본 도구는 총 15문항으로 일반 연명의료 4문항, 특수 연명의료 11문항으로 구성되어 있고, Likert 4점 척도로 '전혀 동의하지 않는다' 1 점에서 '매우 동의한다' 4점으로 되어 있다. 본 도구는 간호사 자신에 대한 연명의료 결정을 할 경우와 간호사 가족에 대한 연명의료 결정을 할 경우에 대해 각각 측정을 하였고, 문항 별로 간호사 자신과 간호사 가족

의 경우의 연명의료 결정 점수를 문항별로 비교하였다. 간호사 자신과 간호사 가족에 대한 연명의료 결정에서 문항별 점수가 높다는 것은 연명의료를 더 많이 원하고 있음을 의미한다.

일반적 특성에 따른 특수 연명의료는 Koo (2013)의 도구에서 특수 연명의료인 심폐소생술, 수혈, 혈액 투석, 인공호흡기 치료, 혈압상승제 등의 약물치료, 전신마취를 이용한 수술, 중환자실 치료에 대한 내용을 이용하여 측정하였다.

Koo (2013)의 간호사를 대상으로 한 연구에서 Cronbach's α 는 연명의료 결정 대상이 간호사 자신인 경우 .86, 간호사 가족인 경우 .90이었고, 본 연구에서의 Cronbach's α 는 간호사 자신의 경우 .89, 간호사 가족의 경우 .91이었다.

4. 자료수집 및 윤리적 고려

본 연구는 K 대학교병원의 생명윤리심의위원회의 승인(2015-04-012)을 받은 후 시행하였고, 자료 수집은 2015년 6월 16일부터 2015년 6월 29일까지 실시하였다. D시에 위치한 3차 종합병원 5곳의 간호부에 연구의 목적과 방법을 설명하고, 협조를 구하여 자료수집 허락을 받았다. 연구 설명문 및 동의서에는 본 연구의 목적과 방법이 설명되어 있고, 언제든지 연구 참여를 중단할 수 있으며, 응답한 설문지는 익명으로 처리되며 연구결과와 연구목적 외에는 사용하지 않음이 명시되어있다. 참여를 희망하는 대상자들은 서면동의서에 서명을 한 후 설문지를 작성하였다. 회수된 설문지는 247부로 회수율은 90%이었고, 이 중 응답이 미비한 3부를 제외한 244부를 분석에 사용하였다.

5. 자료 분석

수집된 자료는 SPSS 18.0 program을 이용하여 분석하였다. 대상자의 일반적 특성, 연명의료 결정 관련특성, 간호사 자신과 간호사 가족에 대한 연명의료 결정은 서술통계를 이용하였고, 간호사 자신과 간호사 가족에 대한 연명의료 결정 비교는 paired t-test, 일반적 특성에 따른 특수 연명의료 결정 관련요인은 t-test와 One-way ANOVA를 이용하였으며, 사후분

석은 Scheffé's test로 분석하였다.

III. 연구 결과

1. 대상자의 일반적 특성

대상자의 일반적 특성은 Table 1과 같다. 대상자는 대부분이 여성(98.0%)으로 연령은 20대가 45.5%로 가장 많았다. 결혼 유무에서는 미혼이 52.5%이었고, 학력은 대졸이 52.9%이었으며, 종교는 있는 경우가 50.8%로 나타났다. 직급은 일반 간호사가 91.0%로 대부분을 차지하였고, 경력은 5년 미만이 32.4%로 가장 많았다. 가족 중 임종 경험에 대한 유무에서는 임종 경험이 있는 경우가 63.9%, 가족 중 연명의료 경험이 없는 경우가 92.2%로 대부분을 차지하였다.

2. 간호사 자신과 간호사 가족에 대한 연명의료 결정 점수 비교

간호사 자신과 간호사 가족에 대한 일반 및 특수 연명의료 결정 점수를 비교한 결과는 Table 2와 같다. 일반 연명의료의 통증 조절 항목을 제외하고, 일반 연명의료와 특수연명의료 모두 간호사 자신과 간호사 가족에 대한 연명의료 결정이 통계적으로 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다. 이를 각 항목별로 살펴보면, 일반 연명의료 결정은 통증조절에서 간호사 자신인 경우 3.52±0.61점이었고, 대상자 가족인 경우는 3.53±0.61점으로 통계학적으로 유의한 차이가 없었다($t=-.49, p=.618$). 그러나 관을 통한 영양공급 항목에서는 간호사 자신인 경우 2.70±0.79점, 간호사 가족인 경우 2.91±0.77점($t=-4.49, p<.001$), 정맥을 통한 영양공급에서는 간호사 자신인 경우 2.85±0.71점, 가족인

Table 1. Socio-Demographic Characteristics of the Participants (N=244)

Variables	Category	n (%)	M±SD
Gender	Female	239 (98.0)	
	Male	5 (2.0)	
Age (year)	20~29	111 (45.5)	32.13±8.31
	30~39	89 (36.5)	
	40~49	30 (12.3)	
	50~60	14 (5.7)	
Marital status	Single	128 (52.5)	
	Married	116 (47.5)	
Education (degree)	Associated	75 (30.7)	
	Bachelor	129 (52.9)	
	≥Master	40 (16.4)	
Religion	Yes	124 (50.8)	
	No	120 (49.2)	
Position	Staff nurse	222 (91.0)	
	≥Chief nurse	22 (9.0)	
Career (year)	<5	79 (32.4)	9.92±8.36
	≥5, <10	66 (27.0)	
	≥10, <15	41 (16.8)	
	≥15, <20	20 (8.2)	
	≥20	38 (15.6)	
Mortality in family members	Yes	156 (63.9)	
	No	88 (36.1)	
Lived with mortality in family members (n=156)	Yes	71 (45.5)	
	No	85 (54.5)	
Life-sustaining treatment experience in family members	Yes	19 (7.8)	
	No	225 (92.2)	

경우 3.05±0.68점(t=-4.37, p<.001), 단순 진단검사 항목에서는 간호사 자신인 경우 2.33±0.82점, 가족인 경우는 2.55±0.83점(t=-4.72, p<.001)으로 유의한 차이가 있었다.

특수 연명의료 항목에서 심폐소생술은 간호사 자신인 경우 1.76±0.82점, 간호사 가족인 경우 2.04±0.88점(t=-5.74, p<.001), 수혈 및 혈액제제항목에서는 '의식 회복가능성이 적을 때' 간호사 자신의 경우 1.86±0.74점, 가족의 경우 2.13±1.57점(t=-2.83, p=.005), '의식 회복가능성을 알 수 있을 때' 간호사 자신의 경우 2.53±0.80점, 가족인 경우 2.71±0.84점(t=-4.73, p<.001), '의식 회복가능성을 알 수 없을 때' 간호사 자신의 경우 1.99±0.79점 가족의 경우 2.30±2.14점(t=-14.50, p<.001), '수혈 후 편안해질 가능성이 있을 때' 간호사 자신의 경우 2.81±0.81점, 가족의 경우 2.98±0.76점(t=-3.64, p<.001)이

었다.

투석 항목에서는 간호사 자신인 경우 2.05±0.81점, 대상자 가족의 경우 2.25±0.90점(t=-4.76, p<.001), 산소공급 항목에서는 간호사 자신인 경우 1.95±0.87점, 가족의 경우 2.16±0.89점(t=-4.67, p<.001)이었다. 혈압상승제 항목에서는 간호사 자신인 경우 2.23±0.87점, 가족의 경우는 2.50±0.89점(t=-5.97, p<.001)으로 나타났고, 항생제는 간호사 자신의 경우 2.37±0.84점, 가족의 경우 2.60±0.85점(t=-5.61, p<.001)으로 통계적으로 유의한 차이가 있었다. 수술 항목에서도 간호사 자신의 경우 1.65±0.78점, 가족의 경우 1.93±0.89점(t=-6.66, p<.001)으로 나타났고, 중환자실 치료는 간호사 자신의 경우 1.77±0.82점, 가족의 경우에는 2.08±0.92점(t=-6.85, p<.001)으로 나타나 통계적으로 유의한 차이를 보였다.

Table 2. Differences of Level of Life-Sustaining Treatment Choices for Nurse to Themselves and to Their Families (N=244)

Category	Themselves Families		paired t	p	
	M±SD				
General-LST [†]	1 Pain control	3.52±0.61	3.53±0.61	-0.49	.618
	2 Tube feeding	2.70±0.79	2.91±0.77	-4.49	<.001
	3 Nutrition supply intra venous	2.85±0.71	3.05±0.68	-4.37	<.001
	4 Diagnostic test	2.33±0.82	2.55±0.83	-4.72	<.001
	5 CPR [‡]	1.76±0.82	2.04±0.88	-5.74	<.001
Special-LST [†]	6 Blood transfusion				
	1) Low possibility of consciousness recovery	1.86±0.74	2.13±1.57	-2.83	.005
	2) If know possibility of consciousness recovery	2.53±0.80	2.71±0.84	-4.73	<.001
	3) If don't know possibility of consciousness recovery	1.99±0.79	2.30±2.14	-14.50	<.001
	4) If feel comfortable	2.81±0.81	2.98±0.76	-3.64	<.001
	7 Dialysis	2.05±0.81	2.25±0.90	-4.76	<.001
	8 Oxygen	1.95±0.87	2.16±0.89	-4.67	<.001
	9 Medication treatment.				
	1) Inotropics	2.23±0.87	2.50±0.89	-5.97	<.001
	2) Antibiotics	2.37±0.84	2.60±0.85	-5.61	<.001
10 Operation	1.65±0.78	1.93±0.89	-6.66	<.001	
11 ICU [‡] treatment	1.77±0.82	2.08±0.92	-6.85	<.001	

[†]LST=Life-sustaining treatment, [‡]CPR=Cardiopulmonary resuscitation, ^{*}ICU=Intensive care unit.

3. 일반적 특성에 따른 간호사 자신과 간호사 가족에 대한 특수 연명의료 결정 관련 요인

일반적 특성에 따른 간호사 자신에 대한 특수 연명의료 결정에 대한 관련요인은 Table 3과 같다. 연령에 따른 특수 연명의료 결정에서 심폐소생술, 수혈 및 혈액제제, 투석, 산소공급, 혈압상승제, 항생제, 수술, 중환자실 치료에서 유의한 차이가 있었고, 20대가 연명의료 결정 점수가 가장 높았다($p < .05$). 결혼 유무에 따른 특수 연명의료 결정은 심폐소생술, 투석, 산소공급, 혈압상승제, 항생제, 수술, 중환자실 치료에서 미혼이 기혼보다 특수 연명의료 결정 점수가 더 높게 나타났다($p < .05$). 교육에 따른 특수 연명의료 결정에서는 수술, 중환자실 치료에서 유의한 차이가 있었고($p < .05$), 석사이상이 연명의료 결정 점수가 가장 낮은 것으로 나타났다. 종교 유무에 따라서는 심폐소생술, 투석, 산소공급, 수술, 중환자실치료에서 유의한 차이가 있었고($p < .05$), 종교가 없는 경우에 특수 연명의료 결정 점수가 더 높았다.

일반적 특성에 따른 간호사 가족에 대한 특수 연명의료 결정 점수는 Table 4와 같다. 연령과 결혼유무에 따른 특수 연명의료 결정에서 심폐소생술, 수혈 및 혈액제제, 투석, 산소공급, 혈압상승제, 항생제, 수술, 중환자실 치료에서 통계적으로 유의한 차이가 있었다($p < .05$). 연령은 20대의 연명의료 결정점수가 다른 연령대에 비해 가장 높았고, 결혼유무는 미혼이 기혼보다 연명의료 결정 점수가 더 높은 것으로 나타났다. 교육에 따른 특수 연명의료 결정에서는 심폐소생술, 투석, 산소공급, 혈압상승제, 항생제, 중환자실치료 항목에서 유의한 차이가 있었고, 석사이상이 연명의료 결정 점수가 가장 낮은 것으로 나타났다($p < .05$). 종교 유무에 따른 특수연명의료 결정은 심폐소생술, 투석, 산소공급, 수술, 중환자실치료에서 통계적으로 유의한 차이가 있었고, 종교가 없는 경우에 특수 연명의료 결정 점수가 더 높았다($p < .05$).

IV. 논 의

본 연구는 연명의료에 대해 직접적으로 관련이 있는 임상 간호사를 대상으로 간호사 자신과 간호사 가족에

대한 연명의료 결정 점수를 각 항목별로 비교해 봄으로써 환자들의 연명의료 결정 시 영향을 미칠 수 있는 간호사의 역할수행을 돕고, 연명의료결정과 관련된 교육프로그램 개발에 기초자료로 제공하고자 시도되었다. 연구결과 일반 연명의료의 통증 조절에 대한 항목을 제외하고, 일반 연명의료와 특수 연명의료 모두 간호사 자신과 간호사 가족에 대한 연명의료 결정이 통계적으로 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다. 즉, 간호사 가족 보다는 자신에 대한 연명의료 결정 점수가 낮아서, 자신보다는 가족에 대한 연명의료하기를 더 원하고 있었다. 이러한 결과는 중환자실 간호사 113명을 대상으로 연명의료 결정에 대한 사전의료지시 인식을 조사한 결과 진통제 투여 항목을 제외한 모든 문항에서 본인의 경우보다 가족의 경우에 있어서 연명의료에 동의하는 빈도가 유의하게 높게 나타난 결과(Koo, 2013)와 일치하였다. 또한 종합 병원 간호사 294명을 대상으로 연명의료 결정 지식과 사전 동의를 조사한 결과 통증 조절을 위한 진통제 투여를 제외하고는 모든 항목에서 자신의 사전 동의가 가족의 사전 동의보다 낮은 연구결과(Oh, 2010)와도 유사하여 본 연구의 결과와 유사하였다. 이는 대상자가 누구든지 연명의료 결정의 내용 중 통증 조절에 대한 선호도가 매우 높다는 것을 의미하고 있으므로 연명의료 상황에서도 통증관리에 대한 중재는 적극적으로 이루어져야겠다. 또한, 간호사 자신보다 간호사 가족의 경우 연명의료를 더 원한다는 것은 우리나라의 전통적인 유교문화 속에서 연명의료를 하는 것이 가족에 대한 도리이고, 가족에 대해 최선을 다하고 있음을 나타내고 있기 때문에 본 연구결과와 같이 나타난 것으로 여겨진다. 간호사 자신과 간호사 가족에 대한 연명의료 결정이 다르다는 것은 대상자가 환자일 경우에도 환자와 환자 가족의 연명의료 결정에 대한 의견이 각각 다를 수 있겠고, 병원 간호사 뿐만 아니라 말기환자가 많은 지역사회의 보건 간호 분야의 간호사들은 환자 및 환자 가족들이 연명의료에 대한 결정을 할 때 중요한 역할로서 영향을 미칠 수 있을 것으로 여겨진다. 사전연명의료 결정시에 가족이 포함된 경우에는 연명의료결정에 대한 이행이 높았을 뿐만 아니라 의료비 지출 감소 및 남은 가족들의 부담도 줄일 수 있었다(Lawrence, 2009). 하지만 환자 자신의 의사결정이 아닌 가족에 의한 연명의료

Table 3. Related Factors of Special Life-Sustaining Treatment Choices for Nurses Themselves according to Demographic Characteristics (N=244)

Variable	Category	CPR			Transfusion			Dialyze			Oxygen		
		M±SD	t or F (p)	Scheffe	M±SD	t or F (p)	Scheffe	M±SD	t or F (p)	Scheffe	M±SD	t or F (p)	Scheffe
Age (yr)	20~29 ^a	1.98±0.84			2.59±0.58			2.20±0.82			2.19±0.87		
	30~39 ^b	1.63±0.76	5.83 (.001)		2.68±0.60	5.79 (.001)	d>a,b	2.01±0.80	3.76 (.011)	a>c	1.78±0.82	5.39 (.001)	
	40~49 ^c	1.43±0.67		a)b,c	2.91±0.61			1.70±0.65			1.70±0.83		a)b
	50~60 ^d	1.50±0.94			3.21±0.67			1.79±0.80			1.71±0.82		
Marital status	Single	1.97±0.85	4.34 ((.001)		2.59±0.62	-2.90 (.79)		2.20±0.85	3.08 (.002)		2.15±0.88	3.81 ((.001)	
	Married	1.53±0.72			2.82±0.59			1.88±0.73			1.73±0.80		
Education	College ^a	1.79±0.85	2.42 (.091)		2.74±0.64	2.28 (.10)		1.96±0.89	1.58 (.206)		2.04±0.95	2.11 (.123)	
	Bachelor ^b	1.82±0.80			2.63±0.59			2.13±0.79			1.98±0.84		
	≥Master ^c	1.50±0.78			2.85±0.62			1.93±0.69			1.70±0.79		
Religion	Yes	1.62±0.83	2.68 (.008)		2.75±0.63	-1.38 (.37)		1.94±0.77	1.99 (.047)		1.84±0.88	2.05 (.041)	
	No	1.90±0.79			2.64±0.59			2.15±0.83			2.07±0.84		

*CPR=Cardiopulmonary resuscitation.

Table 3. Related Factors of Special Life-Sustaining Treatment Choices for Nurses Themselves according to Demographic Characteristics (Continued) (N=244)

Variable	Category	Inotropics			Antibiotics			Operation			ICU*		
		M±SD	t or F (p)	Scheffe	M±SD	t or F (p)	Scheffe	M±SD	t or F (p)	Scheffe	M±SD	t or F (p)	Scheffe
Age (yr)	20~29 ^a	2.50±0.81			2.57±0.77			1.86±0.84			2.03±0.87		
	30~39 ^b	2.02±0.86	6.72 ((.001)		2.34±0.86	6.20 (.001)	a)c,d	1.52±0.72	5.94 (.001)	a)b,c	1.67±0.75	9.27 (.001)	a)b,c,d
	40~49 ^c	2.00±0.94			2.03±0.89			1.30±0.53			1.30±0.53		
	50~60 ^d	1.93±0.73			1.79±0.80			1.57±0.75			1.36±0.63		
Marital status	Single	1.97±0.85	4.34 ((.001)		2.59±0.62	-2.90 (.79)		2.20±0.85	3.08 (.002)		2.15±0.88	3.81 ((.001)	
	Married	1.53±0.72			2.82±0.59			1.88±0.73			1.73±0.80		
Education	College ^a	2.28±0.89	1.31 (.272)		2.39±0.80	2.63 (.073)		1.63±0.81	3.61 (.028)	b)c	1.87±0.85	6.52 (.002)	a,b,c
	Bachelor ^b	2.26±0.85			2.45±0.84			1.75±0.80			1.84±0.83		
	≥Master ^c	2.03±0.92			2.10±0.90			1.38±0.62			1.35±0.58		
Religion	Yes	2.27±0.81	.65 (.516)		2.33±0.91	.79 (.430)		1.54±0.79	2.25 (.025)		1.62±0.81	2.92 (.004)	
	No	2.19±0.93			2.42±0.77			1.77±0.77			1.93±0.81		

*ICU=Intensive care unit.

Table 4. Related Factors of Special Life-Sustaining Treatment Choices for Their Families according to Demographic Characteristics (N=244)

Variable	Category	CPR*			Transfusion			Dialyze			Oxygen		
		M±SD	t or F (p)	Scheffe	M±SD	t or F (p)	Scheffe	M±SD	t or F (p)	Scheffe	M±SD	t or F (p)	Scheffe
Age (yr)	20~29 ^a	2.35±0.87			2.32±0.62			2.51±0.84			2.50±0.85		
	30~39 ^b	1.89±0.83	10.92 ((.001)	a)b,c,d	2.59±0.60	10.57 ((.001)	a)b,c,d	2.17±0.92	8.17 ((.001)	a)c,d	2.01±0.91	12.80 ((.001)	a)b,c,d
	40~49 ^c	1.63±0.76			2.73±0.59			1.80±0.80			1.60±0.81		
	50~60 ^d	1.43±0.75			3.17±0.68			1.71±0.82			1.57±0.75		
Marital status	Single	2.28±0.86	4.62 ((.001)		2.37±0.62	-3.70 ((.001)		2.48±0.86	4.17 ((.001)		2.43±0.88	5.10 ((.001)	
	Married	1.78±0.84			2.68±0.64			2.01±0.89			1.85±0.87		
Education	College ^a	2.20±0.90	6.58 ((.002)	a,b)c	2.47±0.67	2.96 ((.05)		2.19±0.88	4.57 ((.011)	b)c	2.29±0.92	7.64 ((.001)	a,b)c
	Bachelor ^b	2.09±0.88			2.48±0.62			2.40±0.91			2.23±0.90		
	≥Master ^c	1.60±0.74			2.75±0.65			1.93±0.82			1.65±0.83		
Religion	Yes	1.85±0.88	3.55 ((.001)		2.60±0.67	-1.39 ((.05)		2.10±0.91	2.80 ((.005)		1.98±0.93	3.14 ((.002)	
	No	2.24±0.85			2.44±0.62			2.42±0.86			2.34±0.88		

*CPR=Cardiopulmonary resuscitation.

Table 4. Related Factors of Special Life-Sustaining Treatment Choices for Their Families according to Demographic characteristics (N=244)

Variable	Category	Inotropics			Antibiotics			Operation			ICU*		
		M±SD	t or F (p)	Scheffe	M±SD	t or F (p)	Scheffe	M±SD	t or F (p)	Scheffe	M±SD	t or F (p)	Scheffe
Age (yr)	20~29 ^a	2.82±0.77			2.89±0.70			2.19±0.87			2.44±0.90		
	30~39 ^b	2.33±0.91	11.36 ((.001)	a)b,c,d	2.46±0.88	10.57 ((.001)	a)b,c,d	1.75±0.87	6.71 ((.001)	a)b,c,d	1.88±0.86	13.06 ((.001)	a)b,c,d
	40~49 ^c	2.07±0.86			2.27±0.90			1.67±0.80			1.67±0.80		
	50~60 ^d	1.93±0.82			1.93±0.91			1.50±0.76			1.43±0.64		
Marital status	Single	2.73±0.83	4.38 ((.001)		2.78±0.80	3.50 ((.001)		2.10±0.90	3.29 ((.001)		2.34±0.92	4.69 ((.001)	
	Married	2.24±0.90			2.41±0.87			1.73±0.83			1.80±0.84		
Education	College ^a	2.56±0.88	4.83 ((.009)	a,b)c	2.65±0.78	3.58 ((.029)	b)c	1.93±0.90	2.98 ((.052)		2.20±1.00	6.83 ((.001)	a,b)c
	Bachelor ^b	2.58±0.87			2.67±0.85			2.02±0.89			2.16±0.89		
	≥Master ^c	2.10±0.90			2.28±0.93			1.63±0.80			1.60±0.74		
Religion	Yes	2.42±0.93	1.35 ((.175)		2.52±0.93	1.60 ((.110)		1.79±0.88	2.44 ((.015)		1.86±0.90	3.86 ((.001)	
	No	2.58±0.84			2.69±0.76			2.07±0.87			2.31±0.89		

*ICU=Intensive care unit.

결정은 연명의료를 결정한 가족에게 윤리적 죄책감을 가지게 할 수도 있다. 또한 연명의료 결정에 대한 연명의료 대상자가 의사표현 할 수 없는 상태인 경우 대상자 가족 전원의 합의가 이루어져야하나 현실적으로 가족 전원이 모여 만장일치가 된다는 것은 어려워 이 규정을 따르지 않고 연명의료를 결정 할 경우에는 법적 문제를 일으킬 소지가 있을 수 있으므로 이에 대한 대책도 필요하다.

본 연구는 병원의 간호사를 대상으로 하였으나 지역 사회의 보건간호 분야에서도 환자와 가족의 죽음 및 연명의료결정과 관련된 간호요구에 직면하고 있다. 따라서 병원 간호사뿐 아니라 보건간호 분야의 간호사들은 2018년 2월에 시행된 연명의료법을 철저히 숙지하고, 환자가 존엄하고, 품위 있는 죽음을 맞이할 수 있도록 연명의료결정법에 대한 내용을 가족과 환자에게 충분히 설명해주어 환자가 주체적으로 연명의료 결정을 할 수 있도록 준비해야겠다.

일반적 특성에 따른 간호사 자신과 가족에 대한 특수 연명의료 결정은 연령, 결혼유무, 교육, 종교에 따라 유의한 차이가 있었다. 즉 간호사 자신과 가족에 대한 특수 연명의료 결정은 20대가 심폐소생술, 투석, 산소공급, 혈압상승제, 항생제, 수술, 중환자실 치료 항목에서 연명의료 결정 점수가 가장 높았다. 이러한 결과는 중환자실 간호사의 연명의료 중단에 대한 사전 의료 지시 인식에서 연령이 많은 간호사는 수혈 외의 모든 항목에서 가족의 연명의료에 동의하지 않았다고 한 결과(Koo, 2013)와 유사하였다. 또한 연령이 높을수록 연명의료 중단 결정에 있어서 긍정적인 태도를 보인 중환자실 간호사 101명과 중환자 가족 88명을 대상으로 한 연구결과(Byun et al., 2003)와도 일치하였다. 이는 근무경력이 많은 간호사 집단은 자신의 경우 중환자실 치료에 동의하지 않았고, 그 가족의 경우는 특수연명의료의 모든 항목에 동의하지 않았다고 한 결과(Koo, 2013), 간호사 197명을 대상으로 한 연구에서 근무경력이 증가할수록 죽음에 대한 태도가 긍정적이라는 결과(Ali & Ayoub, 2010)와 일맥상통한다. 즉 연령이 많을수록 경험이 많고 판단능력이 향상되어서, 연명의료 결정에 대해서도 좀 더 긍정적이기 때문에 이와 같은 결과가 나타난 것으로 여겨진다. 또한, 본 연구 대상자의 45.5%가 20대 간호사로 많은

비중을 차지하고 있어서 이는 경력 있는 간호사가 제공하는 연명의료 결정과 관련된 간호정보제공보다는 미흡할 수 있다. 연명의료법이 2월 4일부터 시행되었으나 아직까지 연명의료법의 정의와 기준이 무엇인지 정확하게 알지 못하는 실정이므로 연명의료 결정 간호정보제공과 관련된 체계적인 교육 프로그램 마련이 시급하다고 판단된다.

결혼 유무에 따른 간호사 자신과 가족에 대한 특수 연명의료 결정은 심폐소생술, 투석, 산소공급, 혈압상승제, 항생제, 수술, 중환자실 치료 모두 미혼이 기혼보다 특수연명의료 결정 점수가 더 높았다. 이러한 결과는 중환자실에 근무하는 간호사와 중환자 가족을 대상으로 한 연구에서 간호사와 중환자 가족 모두 미혼자보다 기혼자일수록 연명의료 중단 결정에 긍정적인 태도를 보인 연구결과(Byun et al., 2003)와, 대학병원 종사자 608명을 대상으로 생애말기 치료 선호도를 조사한 연구에서 미혼보다 기혼이 스스로의 연명의료 중단 결정을 더 선호한 연구결과(Kang, Kim, An, Lee, & Kim, 2013)와 유사하였다. 이는 기혼자의 경우 임종경험이 더 많을 수 있고, 연명의료를 결정하는 과정에서 자신보다는 가족을 더 우선시하는 경우가 많아서 가족이 영향요인으로 작용하여 이와 같은 결과가 나타난 것으로 여겨진다. 우리나라의 문화적 특성상 가족은 모든 결정에 있어 매우 중요한 요소인 만큼 연명의료 결정에 있어서 본인의 의사를 존중하되 가족도 함께 참여시켜서 의사결정을 하는 것도 필요하겠다. 이에 의료진은 환자 및 환자의 가족들과 연명의료결정에 대해 충분히 이야기를 하고, 환자의 임종 과정에 대해서 의견을 나누는 기회를 갖으며 환자 가족에 대한 정서적 지지도 필요하다(Gerstel, Engelberg, Koepsell, & Curtis, 2008). 또한, 국제결혼 증가로 인한 다문화 가정이 많아졌으므로 간호사 및 보건관리자들은 죽음에 대한 다문화적 접근 방법에 대한 준비도 해야겠다.

교육에 따른 간호사 자신에 대한 특수 연명의료 결정, 산소공급, 혈압상승제, 항생제, 중환자실 치료항목에서 유의한 차이가 있었고, 석사이상보다 전문학사나 학사가 연명의료 결정 점수가 높은 것으로 나타났다. 이는 지역사회 노인 220명을 대상으로 연명치료 중단에 대한 연구에서 초졸 이하의 학력을 가진 대상자들이 전문대 이상의 학력을 가진 대상자에 비해 연명의

료를 더 받기를 원하는 결과와 일치하였다(Kim, Jang & Shin, 2016). 또한 간호사와 입원환자를 대상으로 한 임종기 치료선호도 연구에서도 교육수준이 낮을수록 연명의료 결정에 긍정적인 태도를 갖고 있는 결과와 유사하였다(Kim et al., 2013). 이는 석사이상이 전문학사나 학사보다 연명의료에 대한 교육이나 정보를 접할 기회가 더 많았기 때문에 본 연구결과와 같이 나타난 것으로 사료된다. 따라서 연명의료결정 시 환자 및 보호자의 결정을 돕는 옹호자, 상담자로서의 간호사의 역할 수행을 위해서는 정규 간호교육 과정, 임상 및 보건간호분야에서 연명의료 교육이 지속적으로 제공되어야겠다.

종교 유무에 따른 특수 연명의료 결정에서는 간호사 자신의 경우 종교가 없는 경우에 심폐소생술, 투석, 산소공급, 수술, 중환자실치료에서 특수 연명의료 결정 점수가 더 높았고, 가족의 경우 심폐소생술, 투석, 산소공급, 중환자실치료에서 종교가 없는 경우에 특수 연명의료 결정 점수가 더 높아서 연명의료를 더 받기를 원하였다. 이 결과는 간호사 120명과 입원환자 80명을 대상으로 임종기 치료선호도를 조사한 결과 종교가 있는 경우 임종기 치료에 대한 선호도가 더 높게 나타난 결과(Kim et al., 2013)와 성인 352명을 대상으로 한 연구에서 종교가 있는 군이 임종기 치료 선호도가 높게 나타난 결과(Kim, Kim, & Kim, 2011)와는 상반되는 결과이다. 선행 논문(Kim et al., 2013; Kim et al., 2011)에서는 생의 말기 치료선호도 항목 중 영성 돌봄 요인이 연명의료 결정에 영향을 주어서 본 연구와 상반되어 나타난 것으로 여겨진다. 대부분의 사람들은 임종에 대한 생각을 할 때 죽음을 두려워하고, 종교는 인간의 삶과 죽음에 많은 영향을 준다. 그러므로 간호사는 연명의료를 결정해야 하는 상황 시 환자 및 보호자에게 종교와 관련한 내용을 안내해주고, 종교 관계자도 연결을 해 줄 수 있어야 한다.

본 연구는 간호사의 연명의료결정에 대한 생각을 알아봄으로써 환자나 보호자들의 연명의료결정을 돕는 간호사의 역할을 이해하는 데 도움이 될 수 있겠다. 2018년 2월부터 연명의료결정법이 시행되어 연명의료 중단을 결정하는 법적 근거가 마련되어 시행 중이나 이와 관련된 법적 근거와 지침이 환자나 가족에게까지 공유되는 데에는 한계가 있어서 연명의료법이 제정된

이후에도 환자의 가족들이 연명의료 결정을 하는 것이 빈번한 실정이다. 또한 의료진은 사망이 임박한 임종과정의 환자를 대상으로 심폐소생술, 혈액 투석, 항암제 투여, 인공호흡기 착용의 네 가지의 연명의료중단을 원칙으로 하고 있어서 자칫 고비용 등의 문제로 무분별하게 연명의료결정을 하는 일이 일어나지 않도록 보완책이 있어야 하고, 이와 관련한 간호사의 역할 규정이 시급하게 마련되어야 할 것이다.

연명의료결정법이 존엄한 죽음을 맞이하기 위해 시행된 만큼 제도의 활성화와 정착을 위해서는 의료인과 일반인을 대상으로 연명의료 결정에 대해 교육하고, 이와 관련된 홍보 및 범사회적인 시스템 구축을 위한 노력이 필요하겠다.

V. 결 론

본 연구는 종합병원에 근무하는 간호사를 대상으로 간호사 자신과 가족에 대한 연명의료 결정과 관련요인을 파악하기 위한 서술적 조사 연구이다. 연구결과, 간호사 자신과 가족에 대한 연명의료 결정을 연명의료 각 항목별로 비교한 결과 일반 연명의료의 통증조절 항목을 제외하고, 일반 연명의료와 특수 연명의료 모두 간호사 자신과 가족에 대한 연명의료 결정이 통계적으로 유의한 차이가 있었다. 즉 통증조절을 제외한 모든 항목에서 가족보다는 간호사 자신에 대한 연명의료 결정 점수가 낮아 자신보다는 가족의 경우 연명의료를 더 유지하기를 원하는 것으로 나타났다. 일반적 특성에 따른 간호사 자신과 가족에 대한 특수 연명의료 결정은 연령, 교육, 종교, 결혼유무에 따라 유의한 차이가 있었다.

본 연구를 통하여 간호사 자신과 간호사 가족에 대한 연명의료 결정은 다르게 나타났고, 간호사 자신의 가족에 대해서는 연명의료를 더 유지하기를 원하였다. 즉, 환자와 가족의 연명의료결정에 대한 의견은 각각 다를 수 있고, 간호사의 특성에 따라서도 달라질 수 있다. 이는 병원간호사 뿐만 아니라 말기환자가 많은 지역사회 보건간호 분야의 간호사들이 환자 및 환자 가족들이 연명의료에 대한 결정을 할 때 중요한 역할로써 영향을 미칠 수 있다는 것을 검증하여 연명의료 결정에 관한 교육프로그램 개발 및 역할 확대를 위한

기반을 마련하였다는 것이 본 연구의 보건간호학적 의의라고 하겠다.

이상의 결과를 기반으로 다음과 같이 제언하고자 한다. 첫째, 본 연구에서 간호사 자신과 간호사 가족에 대한 연명의료 결정에 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다으므로 의료인이 아닌 지역사회 대상자 또는 일반인을 대상으로 자신과 가족에 대한 연명의료 결정이 어떻게 다른지에 대한 연구도 할 필요가 있겠다. 둘째, 일반적 특성에 따른 간호사 자신과 간호사 가족의 특수 연명의료 결정 관련요인으로 연령, 학력, 종교 유무, 결혼 유무가 확인되었으므로 이를 고려하여 병원의 간호사 뿐 아니라 지역사회의 보건간호 관리자 및 보건간호분야의 간호사를 위한 연명의료 결정에 관한 교육프로그램 개발 및 효과에 대한 연구도 필요하겠다. 셋째, 본 연구결과에서 나타난 연명의료 결정에 영향을 미치는 일반적 특성과 관련된 요인 뿐 아니라 다른 영향요인에 대한 연구를 해볼 것을 제언한다. 마지막으로 연명의료 결정은 환자 본인의 연명의료에 대한 인식과 의사결정이 가장 중요하므로 연명의료 결정에서 자기 결정권이 강화될 수 있도록 연명의료 결정에 대한 홍보와 제도적 지지를 증진시키기 위한 구체적인 방안에 대한 모색도 필요하겠다.

References

- Ali, W. G. M., & Ayoub, N. S. (2010). Nurses' attitudes toward caring for dying patient in Mansoura university hospitals. *Journal of Medicine & Biomedical Sciences*, 1(1), 16-23.
- Bae, J. M., Ryu, H. G., Lee, H. Y., Jung, S. Y., Cho, J. H., & Lee, N. R. (2009, October). A social agreement to withdrawal of a life-sustaining therapy. Seoul: National Evidence-based Healthcare Collaborating Agency.
- Braun, U. K., Ford M. E., Beyth R. J., & McCullough L. B. (2010). The physician's professional role in end-of-life decision-making: voices of racially and ethnically diverse physicians. *Patient Education & Counseling*, 80(1), 3-9. <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2009.10.018>
- Byun, E. K., Cho, H. R., Choi, A. L., Kim, N. M., Hong, K. H., & Kim, H. S. (2003). An investigative research on the attitudes of intensive care unit nurses and families on terminating life support. *Clinical Nursing Research*, 9(1), 112-124.
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A. G., & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavioral Research Methods*, 39(2), 175-191.
- Gerstel, E., Engelberg, R. A., Koepsell, T., & Curtis, J. R. (2008). Duration of withdrawal of life support in the intensive care unit and association with family satisfaction. *American Journal of Respiratory & Critical Care Medicine*, 178(8), 798-804. <http://dx.doi.org/10.1164/rccm.200711-1617OC>
- Han, S. S. (2005). The moral distress experienced by hospital nurses. *The Journal of Korean Bioethics Association*, 6(2), 31-47.
- Heo, D. S. (2008). End-of-life decision in Korea. *Journal of the Korean Medical Association*, 51(6), 524-529. <http://dx.doi.org/10.5124/jkma.2008.51.6.524>
- Heo, D. S. (2009). Patient autonomy and advance directives in Korea. *Journal of the Korean Medical Association*, 52(9), 865-870. <http://dx.doi.org/10.5124/jkma.2009.52.9.865>
- Kang, J. Y., Kim, S. Y., An, S. J., Lee, S. R., & Kim, S. M. (2013). Preferences for care near the end of life among hospital employees. *Journal of muscle & Joint Health*, 20(3), 197-206. <http://dx.doi.org/10.5953/JMJH.2013.20.3.197>
- Kim, S. A., & Jeon, H. W. (2014). Experience

- of turnover in new nurses. *Journal of Korean Public Health Nursing*, 28(3), 644-657. <http://dx.doi.org/10.5932/JKPHN.2014.28.3.644>
- Kim, H. M. (2002). *A study on the recognition and attitudes for the death among the aged: with the aged who live in Su-Won City*. Unpublished master's thesis, Kangnam University, Seoul.
- Kim, H. S., Jang, H. K., & Shin, S. R. (2016). Factors influencing self determination for withdrawing life-sustaining treatment of the community dwelling elderly. *The Korean Academic Society of Adult Nursing*, 28(3), 334-342. <http://dx.doi.org/10.7475/kjan.2016.28.3.334>
- Kim, M. H., Kang, E. H., & Kim, M. Y. (2012). Family decision-making to withdraw life-sustaining treatment for terminally-ill patients in an unconscious state. *The Korean Journal of Hospice & Palliative Care*, 15(3), 147-154.
- Kim, S. M., Kim, S. Y., & Kim, K. S. (2011). Death anxiety and preferences regarding end-of-life medical care. *The Korean Society for Medical Ethics*, 31(2), 279-291.
- Koh, Y. S., Heo, D. S., Yun, Y. H., Moon, J. L., Park, H. W., Choung, J. T., Jung, H. S., Byun, B. J., & Lee, Y. S. (2011). Characteristics and issues of guideline to withdrawal of a life-sustaining therapy. *Journal of the Korean Medical Association*, 54(7), 747-757. <http://dx.doi.org/10.5124/jkma.2011.54.7.747>
- Koo, C. M. (2013). *Awareness towards advanced directives of sustaining treatment interruption in intensive care unit nurses*. Unpublished master's thesis, Ewha Womans University, Seoul.
- Korea National Institute for Bioethics Policy (2011, December). *Withdrawal of life-sustaining treatment and Advance directives*. Seoul: Korea National Institute for Bioethics Policy.
- Kwak, J., & Salmon, J. R. (2007). Attitudes and preferences of Korean American older adults and caregivers on end of life care. *Journal of the American Geriatrics Society*, 55(11), 1867-1872. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1532-5415.2007.01394.x>
- Kwon, I., Koh, Y. S., Yun, Y. H., Heo, D. S., Seo, S. Y., Kim, H. C., Choi K. S., Bae, H. A., & Ahn, K. J. (2010). A study of the attitudes of patients, family members, and physicians toward the withdrawal of medical treatment for terminal patients in Korea. *Korean Society for Medical Ethics*, 13(1), 1-16.
- Kwon, S. H., Yang, S. K., Park, M. H., & Choe, S. O. (2008). Assessment for the needs to develop hospice training program for nurses. *The Korean Journal of Hospice & Palliative Care*, 11(1), 147-155.
- Lawrence, J. F. (2009). The advance directive prevalence in long term care: a comparison of relationships between a nurse practitioner healthcare model and a traditional healthcare model. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 21(3), 179-185. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1745-7599.2008.00381.x>
- Lee, J. I. (2012). Factors influencing death anxiety in the middle aged. *Journal of Korean Public Health Nursing*, 26(3), 572-580. <http://dx.doi.org/10.5932/JKPHN.2012.26.3.572>
- Lee, H. K., & Kang, H. S. (2010). Attitudes and awareness towards the withdrawal of life-sustaining treatment among nurses, physicians, and families of intensive care unit patients. *Journal of Korean Clinical Nursing Research*, 16(3), 85-98.

- Lee, S. J., & Kim, H. Y. (2016). Experience of life-sustaining treatment in patient care among intensive care unit nurses: Phenomenological approach. *Journal of Korean Academy of Fundamentals of Nursing*, 23(2), 172-183. <http://dx.doi.org/10.7739/jkafn.2016.23.2.172>
- Oh, S. O. (2010). *Knowledge and informed consent of sustaining treatment interruption among nurses*. Unpublished mater's thesis, Hanyang University, Seoul.
- Park, M. O., & Yun, H. J. (2016). Nurse's Experience dealing with ethical dilemma in intensive care unit. *Asia-Pacific Journal of Multimedia Services Convergent with Art, Humanities, & Sociology*, 6(8), 81-93. <http://dx.doi.org/10.14257/AJMAHS.2016.08.36>
- Song, T. J., Kim, K. P., & Koh, Y. S. (2008). Factors determining the establishment of DNR orders in oncologic patients at a university hospital in Korea. *Korean Journal of Medicine*, 74(4), 403-410.
- Statistics Korea (2017, January). *2017 aged statistics*. Daejeon: Statistics Korea.
- Shin, G. Y., & Kim, E. K.(2014). Factors associated with health-related quality of life in vulnerable elderly women. *Journal of Korean Public Health Nursing*, 28(3), 419-431. <http://dx.doi.org/10.5932/JKPHN.2014.28.3.419>

Life-Sustaining Treatment Choices and Related Factors Involving Hospital Nurses*

Choi, Yoo Nam (Doctoral Student, College of Nursing, Kyungpook National University)

Song, Yeongsuk (Associate Professor, College of Nursing, Kyungpook National University)

Purpose: The aim of this study was to identify the life-sustaining treatment choices and related factors among general hospital nurses. Data were collected from June 16 to June 29, 2015. The participants were 244 nurses from five general hospitals in D city. **Methods:** The data were analyzed using the SPSS 18.0 program, descriptive statistics, paired t-test and one-way ANOVA. **Results:** Significant differences were observed in the level of life-sustaining treatment choices for nurses to themselves and to their families except for pain control. More nurses declined life-sustaining treatment choices, but suggested their families receive it. The related factors of special life-sustaining treatment choices for nurses themselves and their families according to their general characteristics were age, marital status, education and religion. **Conclusion:** This study suggests that the related factors need to be considered in the education of nurses' or public health providers' Life-sustaining treatment choices.

Key words : Withholding treatment, Nurses, Family

* This article is based on a part of the first author's master's thesis from Kyungpook National University.