

심폐소생 금지 대리 결정에 대한 요양병원 노인 환자 가족의 인식 유형: Q 방법론적 접근

조현진¹ · 강지연²

¹동아대학교 대신요양병원 간호부, ²동아대학교 간호학부

Family's Perception of Proxy Decision Making to Authorize Do Not Resuscitate Order of Elderly Patients in Long Term Care Facility: A Q-Methodological Study

Cho, Hyeon Jin¹ · Kang, Jiyeon²

¹Department of Nursing, Dong-A University Daesin Intermediate Care Hospital, Busan

²College of Nursing, Dong-A University, Busan, Korea

Purpose: This study aimed to distinguish and describe the types of perceptions of do not resuscitate (DNR) proxy decisions among families of elderly patients in a long-term care facility. **Methods:** This exploratory study applied Q-methodology, which focuses on individual subjectivity. Thirty-four Q-statements were selected from 130 Q-populations formed based on the results of in-depth interviews and literature reviews. The P-samples were 34 families of elderly patients in a long-term care hospital in Busan, Korea. They categorized the Q-statements using a 9-point scale. Using the PC-QUANL program, factor analysis was performed with the P-samples along an axis. **Results:** The families' perceptions of the DNR proxy decision were categorized into three types. Type I, rational acceptance, valued consensus among family members based on comprehensive support from medical staff. Type II, psychological burden, involved hesitance in making a DNR proxy decision because of negative emotions and psychological conflict. Type III, discreet decisions, valued the patients' right to self-determination and desire for a legitimate proxy decision. Type I included 18 participants, which was the most common type, and types II and III each included eight participants. **Conclusion:** Families' perceptions of DNR proxy decisions vary, requiring tailored care and intervention. We suggest developing and providing interventions that may psychologically support families.

Key words: Aged; Family; Proxy; Resuscitation Orders; Terminal Care

서론

1. 연구의 필요성

첨단 과학과 의료기술의 발달은 질병 치료와 건강 결과 향상에 기

여하였지만 동시에 무의미한 생명 연장의 문제를 초래하였다. 자신의 의지와는 무관하게 약물과 기계에 의존하며 생을 유지하는 사례가 늘어남에 따라 인간의 존엄성과 자기결정권 및 연명의료 중단에 대한 관심이 증가하고 있다[1-3]. 특히 죽음을 현실적 문제로 받아

주요어: 노인, 가족, 대리, 심폐소생, 생애 말기 돌봄

* 이 논문은 제1저자 조현진의 2019년도 석사학위 논문을 수정하여 작성한 것임.

* This manuscript is a revision of the first author's master's thesis from Dong-A University. Year of 2019.

Address reprint requests to : Kang, Jiyeon

College of Nursing, Dong-A University, 32 Daesingongwon-ro, Seo-gu, Busan 49201, Korea

Tel: +82-51-240-2871 Fax: +82-51-240-2695 E-mail: jykang@dau.ac.kr

Received: August 4, 2020 Revised: December 4, 2020 Accepted: December 21, 2020 Published online February 28, 2021

This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution NoDerivs License. (<http://creativecommons.org/licenses/by-nd/4.0>)

If the original work is properly cited and retained without any modification or reproduction, it can be used and re-distributed in any format and medium.

들여야 하는 노인들의 경우 연명의료 중단에 대한 인식이 가족, 간호사, 의사들에 비해 높다는 보고도 있다[2]. 국내에서는 1998년 가족의 요구에 따라 뇌 수술 후 환자를 퇴원시킨 의사를 살인죄로 기소한 '보라매병원 사건'과, 2008년 무의식 환자의 인공호흡기 제거를 허용한 '김 할머니 사건'을 계기로 연명의료 중단에 대한 논의가 본격화되었다. 이후 2016년에는 '호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률' (약칭, 연명의료결정법)이 제정되었고 2018년 3월부터 시행되고 있다[4].

연명의료결정법은 임종 과정에 있는 환자에게 시행하는 심폐소생술, 혈액투석, 항암제 투여, 인공호흡기 착용 등과 같은 의학적 시술의 중단에 대하여 규정하고 있다. 이들을 중단하기 위해서는 본인이 '사전연명의료의향서'를 작성하거나 혹은 의료기관 윤리위원회의 지원하에 '연명의료계획서'를 작성하고 지정된 기관에 등록해야 한다[5]. 연명의료결정법에서 가장 우선하는 것은 환자가 사전에 자신의 의지를 문서로 작성한 '사전연명의료의향서'이다. 그러나 국내에서는 환자의 자기 결정보다는 가족의 대리 결정을 통해 연명의료를 중단하는 경우가 대다수이다. 연명의료결정법 시행 이전인 2009년부터 2013년까지 국내 한 대학병원에서 임종한 암 환자의 연명의료 중단 사례를 분석한 결과 99.4%가 환자가 아닌 가족에 의하여 결정되었음이 보고되었다[6]. 이러한 대리 결정은 연명의료결정법 시행 이후 감소하는 추세이나 아직까지도 연명의료를 유보하거나 중단한 전체 사례 중 67.7%는 환자 자신이 아닌 가족에 의해 대신 결정되고 있으며 요양병원 환자의 경우 이 대리 결정의 비율은 71.3%에 이른다[7].

개정된 연명의료결정법에는 가족 2인의 일치된 진술 혹은 가족 전원의 합의에 의한 연명의료 중단 절차를 규정하고 있지만 이 과정을 실제로 진행하기는 쉽지 않다[8]. 그 이유는 첫째, 대리 결정은 환자의 자기결정권을 확대해석하여 적용하는 것으로 여러 윤리적 문제를 내포하고 있다. 특히 환자의 사전 의향을 명확히 알 수 없거나, 관련 정보가 충분히 제공되지 않거나, 가족 구성원들의 의견이 일치하지 않을 때 대리 결정에 어려움이 있으며 대리 결정 이후에도 가족들은 부정적인 감정과 스트레스를 경험하기 쉽다[9-11]. 둘째, 국내 의료계의 현실을 고려하지 못한 법령도 가족의 대리 결정 과정을 어렵게 만드는 요인이다. 연명의료 중단 결정을 내리기 위해서는 의료기관 내에 종교계, 법조계 등의 추천을 받은 사람 2인 이상이 포함된 윤리위원회가 설치되어 있어야 한다[5]. 그러나 대부분의 입원 환자가 노인이어서 연명의료 결정이 빈번할 수 있는 요양병원에서는 인력과 비용 문제로 인하여 윤리위원회를 설치하기가 쉽지 않다. 2019년 3월 기준 전국 1,526개 요양병원 중 1.4%에만 윤리위원회가 설치되어 연명의료 결정을 심의하고 있다[7]. 즉, 대다수의 요양병원에서는 법령에 규정된 절차에 의거하여 연명의료 중단을 대리 결정하기가 힘든 실정이다.

이상에서 살펴본 바와 같이 최근 연명의료결정법 시행으로 환자 본인 혹은 가족의 대리 결정에 법적 근거가 마련되었지만 아직까지는 환자와 가족은 물론 의료인들조차 이에 대한 인식이 높지 않다[12,13]. 국외에서는 가족의 의사결정 빈도와 영향요인 및 결정의 범위[14], 대리 결정에 관한 의료진의 의사소통[15], 가족의 대리 결정 시 윤리적 요소[16]에 관한 논의는 물론, 대리 결정 후 가족의 주관적인 감정[9] 및 관련 요인들[17]에 관한 연구들도 보고되었다. 한편, 연명의료결정법이 시행되기 이전부터 전국 대부분의 의료기관에서는 심폐소생술 금지(do not resuscitate [DNR]) 동의서를 관례적으로 사용하고 있었다. 특히 심정지 상태인 환자 가족의 DNR 동의를 받아 사용하였으므로 사실상 가족의 DNR 대리 결정이 연명의료 계획서로 대체된 것이라고 볼 수 있다[4]. 연명의료 중단 중 DNR과 관련된 연구를 살펴보면, 우선 미국에서 수행된 한 현상학적 연구[9]는 DNR 대리 결정 후 가족들이 죄책감, 양가감정, 갈등 등과 같은 부정적인 정서를 경험하는데 이 과정에서 의료진의 심리적 지원과 신속하고 지지적인 의사소통이 중요한 역할을 한다고 보고하였다[9]. 대만의 한 요양병원 노인 환자들을 대상으로 한 연구[17]에 의하면 DNR 결정 중 약 83%는 가족들에 의하여 이루어졌으며, 이 대리 결정에는 환자의 건강 상태와 함께 가족의 DNR에 대한 인식과 신념이 영향을 미쳤다고 보고하였다.

연명의료 중단 문제는 문화와 제도에 따라 다르게 인식될 수 있으므로[4] 국외의 사례를 그대로 수용하기는 어렵다. 국내의 경우 관련 선행 연구들이 주로 연명의료 자체에 대한 의료인의 인식과 태도[12,18] 및 실제 연명의료 중단 현황[19,20] 등을 보고하고 있을 뿐 가족의 대리 결정에 대한 연구는 제한적이다. 최근 Kim [11]이 말기 암 환자 가족의 대리 결정과 관련된 심리적 스트레스 경로 모형을 보고한 바 있다. 이 연구에서는 가족의 결정 후회와 이에 동반되는 심리적 스트레스 관련 요인들을 제시하였으나, 대리 결정 자체에 대하여 가족들이 어떻게 인식하는지에 대해서는 다루지 않았다. 국내 지역사회 거주 노인들을 대상으로 한 조사 연구에서 가족의 지지와 노인들의 연명의료 중단에 대한 태도에 주요 영향 요인이 보고된 바 있지만[2], 요양병원 노인 환자 혹은 그들 가족의 인식에 관한 연구는 찾아보기가 어렵다.

대리 결정에 대한 인식은 개인마다 다를 수 있고 신념과 가치관의 영향을 받는 주관적인 문제라고 할 수 있다. 따라서 스스로 진술하는 언어 속의 본질을 파악하고 해석할 필요가 있다. Q 방법론은 인식의 다양한 관점을 찾아내 현장에 적용 가능한 방법과 이론을 추구하는 연구 방법론이다. Q 방법론은 하나의 보편적 원칙보다는 다양성을 중요시하므로 참여자의 관점에서 인식의 주관성을 탐구하는데 적절하다[21].

아직까지 국내 의료기관에서는 법령에서 규정하는 연명의료 계획

서를 작성하기보다 주로 DNR 동의서에 서명을 받아 연명의료를 중단하고 있는 실정이다. 특히 가족의 대리 결정 비율이 다른 의료기관에 비하여 높은 요양병원의 경우[7] 윤리위원회 설치 등 법령에서 요구하는 절차를 수행하기가 어렵다. 그 결과 요양병원에서는 노인 환자의 연명의료 중단을 위한 가족의 DNR 대리 결정이 빈번하게 이루어지고 있다. 따라서 본 연구에서는 Q 방법론을 적용하여 대표적인 연명의료 중단의 하나인 DNR 대리 결정에 대한 요양병원 노인 환자 가족의 주관적인 느낌과 태도를 표현하게 함으로써 그 안에 내재되어 있는 의미를 탐구하고 인식의 유형을 분류하고자 한다. 가족의 대리 결정에 대한 주관적 인식에 대한 이해는 추후 요양병원 노인 환자의 연명의료 결정에 대한 지침 마련과 제도 개선에 기초적인 자료로 활용될 수 있을 것이다.

2. 연구의 목적

본 연구는 DNR 대리 결정에 대한 요양병원 노인 환자 가족의 인식 유형을 파악하는 것으로 구체적인 목적은 다음과 같다.

- 1) 요양병원 노인 환자 가족의 DNR 대리 결정에 대한 인식을 분류한다.
- 2) 요양병원 노인 환자 가족의 DNR 대리 결정에 대한 인식 유형의 특성을 파악한다.

연구 방법

1. 연구 설계

본 연구는 DNR 대리 결정에 대한 요양병원 노인 환자 가족 인식의 주관성을 파악하고 그 유형을 분류하기 위하여 Q 방법론을 적용한 탐색적 연구이다.

2. Q-모집단과 Q-표본

본 연구에서 Q-모집단은 2가지 비구조적인 방법, 즉 심층 면담과 문헌 고찰을 통하여 형성하였다. 심층 면담은 2019년 1월 31일부터 3월 29일까지 약 2달 동안 실시하였다. 연구 주제인 DNR 대리 결정과 특정 이해관계가 없는 요양병원 의사 2인, 수간호사 3인, 간호사 3인, 환자의 가족 3인, 종교인 2인, 법조인 1인을 포함하는 총 15인이 면담에 참여하였다. 모든 면담은 일대일 개별 면담이었고 반구조적으로 실시하였으며 각 면담에 소요된 시간은 40~90분이었다. 면담 시작 전 참여자들의 이해를 돕기 위하여 연명의료결정법과 DNR 대리 결정에 대하여 설명을 제공하였다. 면담의 주요 질문은 “심폐소생술 금지 대리 결정에 대해 어떻게 생각하십니까?”였으며 상황에 따라 다음의 보조 질문들을 활용하였다:

- 심폐소생술 금지 대리 결정 상황을 경험하신 적이 있습니까?

- 어떤 상황에서 대리 결정을 해야 한다고 생각하십니까?
- 대리 결정 상황에서 귀하의 느낌은 어떠했습니까?
- 심폐소생술 금지 대리 결정은 환자에게 어떤 도움을 줄 수 있습니까?
- 심폐소생술 금지 대리 결정은 누가 해야 한다고 생각하십니까?
- 심폐소생술 금지 대리 결정을 한다면 어떤 어려움이나 갈등이 있을 것 같습니까?

모든 면담은 연구자 중 1인이 진행하였고, 참여자의 동의하에 내용을 녹음하였으며, 각 면담 종료 후 1주 이내에 참여자의 말을 그대로 필사하였다. 면담 내용을 반복적으로 읽으며 필요한 부분은 다음 면담 내용에 반영하기도 하였다.

면담과 함께 관련 문헌 고찰을 시행하였다. 국외 문헌은 PubMed 데이터베이스에서 “do not resuscitation”, “prolongation of life”, “proxy decision”, “surrogate decision”을 조합하여 검색하였고, 국내 문헌은 RISS 데이터베이스에서 “연명의료 중단”, “심폐소생 금지”, “연명치료 중단”, “대리 결정” 등을 조합하여 검색하였다. 이 중 본 연구 주제와 관련성이 높은 질적·양적 논문 15편을 선정하여 고찰하였다. 추가로 연명치료, DNR, 안락사, 대리 결정, 사전의사결정, 자기결정권 등과 관련된 서적 1권, 다수의 신문기사와 인터넷 보도 자료를 수집하여 고찰하였다.

이상의 심층 면담과 문헌 고찰을 통하여 DNR 대리 결정에 대한 가족의 주관적인 느낌, 태도, 의견에 관한 총 130개의 진술문인 Q-모집단을 작성하였다. Q-모집단은 연구자 중 1인이 면담 내용과 문헌에서 대리 결정 인식과 관련된 진술문을 일차로 추출하면 다른 연구자가 이를 검토하고 수정하는 방법으로 작성하였다.

Q-모집단으로부터 Q-표본을 선정하기 위하여 전문가 자문회의를 실시하였다. 참여한 전문가는 Q 방법론 연구 경험자(간호학 교수 2인, Q 방법론 연구 전문가 1인)와 연명의료 종사자(호스피스 의사 1인, 중환자 전문 간호사 2인) 등 총 6인이었다. 총 5차례의 전문가 회의에서는 토론과 합의를 통하여 130개 Q-모집단으로부터 34개의 Q-표본 진술문을 선정하였는데 구체적인 과정은 다음과 같았다. 첫째, 130개 Q-모집단을 분류하고 통합하였다. 두 가지 이상의 내용이 포함된 진술문은 각각 분리하였고 중복된 의미를 지닌 진술문들은 대표 진술문으로 통합하였다. 둘째, 내용에 따라 분류·통합된 진술문들을 다시 범주화하였다. 즉, 가족과 직접적으로 관련된 진술문과 가족과 직접적으로 관련되지 않은 진술문, 그리고 대리 결정에 대해 긍정적인 진술문과 부정적인 진술문으로 구분한 후 범주별 진술문의 개수가 균형을 이루도록 일부 진술문을 삭제하거나 진술문의 내용을 수정하기도 하였다. 마지막으로, DNR 대리 결정의 의미를 구성하는 최종 Q-표본에 포함된 진술문의 경우 이해가 쉽도록 짧고 단순하게 표현하였고 긍정적, 중립적, 부정적 표현의 진술문이 고루

포함되도록 조정하였다.

3. P-표본

Q 방법론에서 사람은 모집단을 대표하는 표본이 아닌 변인에 해당하므로 P-표본의 크기에 제한을 받지 않는다. 오히려 P-표본이 크면 평균으로의 회귀 현상이 일어나 요인의 수가 줄어들 수 있으므로 Q 방법론은 작은 크기의 표본을 사용하는 소표본 이론(small-sample doctrine)에 근거한다. 일반적으로 50명 내외가 적당하지만 본 연구와 같이 탐색을 목적으로 하는 Q 방법론에서는 요인을 생성하고 비교하는 데 상대적으로 적은 수의 표본이 요구된다[21].

본 연구에서는 부산시에 위치한 동아대학교 대신요양병원(350명 상 규모, 요양등급 1등급) 환자의 가족 중 아래의 기준에 부합한 34명을 P-표본으로 선정하였다. P-표본 참여자는 해당 요양병원에서 소개를 받아 눈덩이 표출법으로 모집하였다. 이때 환자와의 관계에 따라 대리 결정에 대한 인식이 다를 수 있으므로 다양한 가족 관계의 참여자들이 포함될 수 있도록 하였다.

1) 선정 기준

- 환자의 주 보호자로 요양병원에 등록된 가족
- 환자의 나이 65세 이상
- 가족의 나이 18세 이상
- 본 연구의 목적을 이해하고 참여를 서면으로 동의한 자

2) 제외 기준

- 담당자가 이미 임종 과정에 있다고 판정한 환자의 가족
- 법적 가족의 범위에 포함되지 않는 자(예: 동거인, 전문 돌봄 제공자)

4. Q-표본 분류

2019년 7월 1일부터 2019년 8월 31일까지 2개월 동안 Q-표본 분류를 시행하였다. 분류에 앞서 Q-표본으로 선정된 34개 진술문을 대상자가 읽기 쉽도록 8 cm × 16 cm의 카드와 이들을 배열할 수 있는 분류판을 제작하였다.

Q-표본 분류는 연구자 중 1인이 요양병원 내 회의실에서 참여자들과 일대일로 만나 진행하였다. 카드를 분류하기 전에 참여자들은 전체 진술문을 하나씩 검토하였는데 이 과정에서 진술문의 내용에 대하여 의문이 있는 경우 연구자와의 질의와 응답을 통하여 이해도를 높였다. 이후 34개 진술문을 -4 (강한 부정)에서 +4 (강한 긍정)까지의 9점 척도 Q 분류판에 배열하였다. 먼저 전체 진술문을 긍정, 중립, 부정의 세 그룹으로 구분한 후, 가장 긍정하는 진술문 카드는 +4에 그 다음은 +3, +2, +1 순으로 놓고, 가장 부정하는

진술문 카드는 -4에 그 다음은 -3, -2, -1 순으로 배열하고 중립적인 의견은 0에 놓았다. 분류가 끝난 직후 강한 긍정과 강한 부정으로 분류한 진술문에 대한 이유 및 배경에 대하여 면담하였다. 면담을 포함한 Q 표본 분류에는 30~40분이 소요되었다.

5. 자료 분석

수집한 자료는 PC-QUANL (ver 1.2) program을 이용하여 분석하였다. 참여자들이 분류한 Q-표본은 가장 부정하는 진술문(-4)을 1점, -3은 2점, -2는 3점, -1은 4점, 중립(0)은 5점, +1은 6점, +2는 7점, +3은 8점, 그리고 가장 긍정하는 진술문(+4)은 9점으로 코딩하였다.

DNR 대리 결정에 관한 인식의 유형을 분석하기 위하여 P-표본을 축으로 하는 주요인 분석을 실시하였다. 이상적인 요인의 수를 결정하기 위하여 Eigen 값 1.0 이상을 기준으로 요인의 수를 다양하게 입력하였다. 산출된 결과 중 변량과 누적 변량, 상관관계를 고려하여 가장 합리적인 Q-요인이라 판단되는 것을 선택하였다. 최종 Q-요인의 분석 및 명명은 각 진술문의 표준점수, 요인 가중치(factor weight)와 같은 통계 결과 및 참여자 특성과 면담 내용을 바탕으로 이루어졌다.

6. 윤리적 고려

본 연구는 동아대학교 기관생명윤리위원회의 승인을 받은 후 진행되었다(승인번호: 2-104709-AB-N-01-201812-HR-040-02). 참여자 모집 전 해당 요양병원의 승인을 받았다. 모든 참여자들은 연구에 관한 정보가 포함된 설명문을 제공받은 후 서면으로 동의하였다. 설명문에는 참여자가 언제든지 연구 참여에 대한 동의를 철회할 수 있으며 그에 대한 불이익이 없다는 내용이 포함되었다. 수집된 질문지와 녹음 파일은 개인정보와 분리하여 잠금장치가 된 장소에 보관하였으며, 연구 결과 발표 이후 폐기할 것이다.

연구 결과

1. Q 유형의 특성

요인분석 결과, DNR 대리 결정에 대한 요양병원 환자 가족의 인식 유형은 3가지로 분류되었으며 이는 전체 변량의 47.6%를 설명하였으며 I 유형 29.7%, II 유형 12.5%, III 유형 5.4%이었다. 총 34명의 P-표본 중 I 유형이 18명으로 가장 많았고, II 유형과 III 유형은 각각 8명이었다. P-표본의 유형별 특성 및 요인 가중치는 Table 1에 제시하였다. 요인 가중치가 높은 P-표본은 해당 유형의 특성을 잘 보여 주는 참여자라고 할 수 있다.

Table 1. Participants' Characteristics and Results of Factor Analysis

ID	Gender	Age (yr)	Relations with patient	Payor of medical expenses	DNR decision	Factor weight	Factors			Factor (Eigen value)	Variance/cumulative (%)		
							I	II	III				
27	Woman	39	Daughter	Sharing	No	2.90	.84	.07	.09	I (10.11)	29.7/29.7		
11	Woman	60	Sister	Patient	Yes	2.16	.80	.06	.17				
32	Man	35	Son	Private insurance	No	1.98	.78	.35	.28				
33	Man	41	Son	Sharing	Yes	1.46	.72	.20	-.16				
4	Woman	52	Daughter	Sharing	Yes	1.29	.69	-.11	.08				
2	Woman	51	Daughter-in-law	Patient	Yes	1.28	.68	.14	.48				
5	Woman	51	Daughter	Patient	Yes	1.27	.68	-.04	.16				
13	Woman	49	Daughter	Private insurance	No	1.09	.64	.16	.06				
1	Woman	60	Daughter	Participant	Yes	0.87	.58	-.11	.19				
18	Man	53	Son	Patient	Yes	0.80	.55	.01	.30				
14	Woman	36	Daughter	Patient	No	0.77	.54	.30	.26				
8	Woman	61	Sister	Patient	No	0.71	.52	-.19	.16				
28	Woman	59	Spouse	Participant	Yes	0.71	.52	-.10	.26				
30	Woman	49	Daughter	Sharing	Yes	0.73	.53	.37	.31				
31	Woman	40	Daughter	Sharing	Yes	0.67	.50	.18	.22				
12	Woman	48	Daughter	Participant	No	0.58	.46	.21	.02				
6	Woman	45	Daughter	Sharing	No	0.49	.41	.33	.38				
16	Woman	65	Spouse	Participant	Yes	0.36	.32	-.17	-.08				
22	Woman	61	Spouse	Participant	No	4.07	-.05	.89	.04	II (4.23)	12.5/42.2		
24	Man	49	Son	Sharing	No	3.79	-.07	.88	.07				
23	Man	53	Son	Sharing	No	2.03	-.17	.78	.02				
20	Woman	46	Daughter-in-law	Sharing	Yes	1.99	-.02	.78	-.04				
3	Woman	33	Granddaughter	Patient	No	0.66	.35	.50	.47				
7	Woman	45	Daughter	Sharing	No	0.48	.27	.41	.21				
25	Woman	39	Daughter	Sharing	No	0.43	.01	.37	.10				
26	Woman	42	Daughter	Sharing	No	0.32	.06	.29	.21				
21	Man	58	Son	Participant	No	1.67	.14	.09	.75			III (1.84)	5.4/47.6
15	Man	38	Son	Patient	No	1.15	.28	.50	.66				
34	Man	41	Grandson	Private insurance	Yes	1.14	.11	.49	.65				
29	Woman	44	Daughter-in-law	Sharing	Yes	1.11	-.07	.01	.65				
19	Woman	63	Spouse	Patient	Yes	0.71	.28	.29	.52				
10	Woman	46	Daughter	Patient	Yes	0.66	.26	.20	.50				
9	Woman	30	Granddaughter	Participant	No	0.61	.41	.14	.47				
17	Woman	59	Spouse	Sharing	Yes	0.27	.22	-.11	.25				

ID = Identification; DNR = Do not resuscitate.

2. 유형별 특성

1) I 유형: 합리적 수용형

I 유형으로 분류된 참여자 18명 중 여자가 15명이었으며, 연령의 범위는 35~65세였다. 환자와의 관계는 자녀가 13명으로 가장 많았으며, 배우자 2명, 자매 2명, 며느리 1명이었다. 의료비 부담은 참여자 부담 4명, 환자 부담 6명, 사보험 2명, 가족이 공동으로 부담하는 경우가 6명이었다. 면담 시점에서 환자의 DNR을 이미 결정한 참여자는 11명이었다(Table 1).

I 유형 참여자들이 가장 강하게 동의한 진술문은 Q4. '심폐소생술 금지 대리 결정을 내리기 전 의료진으로부터 충분한 설명을 들어야 한다' ($Z = 1.48$)이고, 다음으로 Q19. '의료진은 심폐소생술 금지 대리 결정을 강요해서는 안 된다' ($Z = 1.44$), Q1. '심폐소생술 금지 대리 결정은 환자의 편안한 임종에 도움이 된다' ($Z = 1.43$)의 순이었다. 반면 가장 부정적 동의를 보인 진술문은 Q15. '심폐소생술 금지 대리 결정이 무슨 의미인지 모르겠다' ($Z = -2.24$)이고 다음으로 Q7. '심폐소생술 금지대리 결정은 환자의 생명을 단축시키는 것이다' ($Z = -1.93$), Q27. '심폐소생술 금지대리 결정은 비윤리적이다'

Table 2. Q-Statements and Z-Scores According to Types of Perception on DNR Proxy Decisions

No	Q-statement	Z-score		
		Type I (n = 18)	Type II (n = 8)	Type III (n = 8)
Q1	DNR proxy decisions help patients die peacefully.	1.43	0.02	0.01
Q2	DNR proxy decisions should be made only when the patient is unlikely to recover.	0.70	- 1.51	- 0.28
Q3	The patient suffers more if the DNR proxy decision is not made.	0.05	- 1.35	- 0.16
Q4	Before making a DNR proxy decision, a sufficient explanation must be obtained from the medical staff.	1.48	0.18	1.04
Q5	The DNR proxy decision process should fully reflect the opinions of family members.	1.16	- 0.55	0.29
Q6	Medical staff who are familiar with the family should explain the DNR proxy decision.	- 0.04	0.89	0.31
Q7	DNR proxy decision shortens patient's life.	- 1.93	- 1.98	- 0.90
Q8	DNR proxy decisions must be made by registered state family members.	0.00	0.57	- 1.21
Q9	DNR proxy decisions must be made by family members who pay for medical expenses.	- 0.27	0.64	- 2.11
Q10	After the DNR proxy decision, the attention of the medical staff will decrease.	- 1.14	- 0.88	0.34
Q11	DNR proxy decisions must be legally protected.	0.77	- 0.39	1.85
Q12	Medical staff should listen to the reasons for the family's decision.	0.89	0.42	0.63
Q13	DNR proxy decisions are not against filial piety.	1.33	- 1.44	0.25
Q14	The DNR proxy decision helps prepare well for bereavement.	0.93	0.13	- 0.77
Q15	I am not sure what the DNR proxy decision means.	- 2.24	- 0.85	- 1.69
Q16	When making a DNR proxy decision, the medical staff must set the direction.	0.25	- 0.97	- 0.13
Q17	I will feel guilty after the DNR proxy decision.	- 1.02	1.36	0.80
Q18	I may change my mind after the DNR proxy decision.	- 0.48	1.32	0.52
Q19	Medical staff cannot force families to make DNR proxy decisions.	1.44	1.96	0.38
Q20	The patient must be aware of the results of the proxy decision.	- 0.40	0.44	- 0.70
Q21	Sufficient time is required to make a DNR proxy decision.	0.75	0.09	0.53
Q22	It is reasonable to make DNR proxy decisions for patients with dementia.	- 0.30	- 1.37	- 1.14
Q23	DNR proxy decisions can lead to family conflicts.	- 0.51	1.05	1.02
Q24	DNR proxy decisions should not be made for economic reasons alone.	- 0.39	1.05	1.22
Q25	The DNR proxy decision decreases the economic burden on the family.	0.07	- 0.62	- 0.87
Q26	The patient's intention and wish should be reflected in the DNR proxy decision.	1.36	0.91	0.50
Q27	DNR proxy decisions are unethical.	- 1.58	- 0.64	- 1.40
Q28	Knowing the patient's willingness to DNR helps with proxy decisions.	0.94	0.21	2.11
Q29	I clearly know the drawbacks of the DNR proxy decision.	- 0.16	- 1.05	- 0.76
Q30	The older the patient, the more DNR proxy decisions are needed.	0.31	- 0.78	0.95
Q31	The situation of DNR proxy decision is miserable.	- 1.54	- 0.08	- 1.72
Q32	I am not sure if I should make a DNR proxy decision.	- 0.99	0.40	- 0.21
Q33	I don't want to talk about the DNR proxy decision in open spaces.	- 0.53	1.34	0.49
Q34	DNR proxy decision making is a very difficult process.	- 0.39	1.51	0.82

DNR = Do not resuscitate.

($Z = -1.58$)의 순이었다(Table 2).

I 유형이 타 유형에 비하여 더 긍정적으로 동의한 진술문은 Q13. '심폐소생술 금지 대리 결정은 불효가 아니다' ($Z \text{ diff} = 1.93$), Q2. '심폐소생술 금지 대리 결정은 환자가 회복 가능성이 없을 때만 해야 한다' ($Z \text{ diff} = 1.60$), Q1. '심폐소생술 금지 대리 결정은 환자의 편안한 임종에 도움이 된다' ($Z \text{ diff} = 1.42$) 순이었다. 반면 다른 유형에 비해 낮게 동의한 진술문은 Q17. '심폐소생술 금지 대리 결정 후 죄책감을 느낄 것 같다' ($Z \text{ diff} = -2.11$), Q34. '심폐소생술 금지 대리 결정은 매우 어려운 과정이다' ($Z \text{ diff} = -1.55$), Q23. '심폐소생술

금지 대리 결정은 가족 간의 갈등을 초래할 수 있다' ($Z \text{ diff} = -1.55$) 순이었다(Table 3).

I 유형의 특성을 구체적으로 이해하기 유형을 대표하는 참여자들과 면담을 실시하였다. 요인 가중치가 가장 높은 27번 참여자는 "회복 가망이 없는 환자의 상태에 대한 의료진의 충분한 정보 제공이 결정에 도움을 준다...죽음은 중요한 문제이기 때문에 환자가 원하는 대로 따라야 한다."라고 하였다. 요인 가중치가 두 번째로 높은 11번 참여자는 "결정을 하면 오히려 사별을 잘 준비할 수 있다... 의료진이 이야기를 들어 주면 가족의 심적 부담감이 줄어든다."라고 진술

Table 3. Top 3 Q-Statements with Large Positive and Negative Differences in Z-Score for Each Type

Type	No	Q-Statement	Z-score	Average	Difference
I	Q13	DNR proxy decisions are not against filial piety.	1.33	- 0.60	1.93
	Q2	DNR proxy decisions should be made only when the patient is unlikely to recover.	0.70	- 0.90	1.60
	Q1	DNR proxy decisions help patients die peacefully.	1.43	0.01	1.42
	Q17	I will feel guilty after the DNR proxy decision.	- 1.02	1.08	- 2.11
	Q34	DNR proxy decision making is a very difficult process.	- 0.39	1.16	- 1.55
	Q23	DNR proxy decisions can lead to family conflicts.	- 0.51	1.04	- 1.55
II	Q9	DNR proxy decisions must be made by family members who pay for medical expenses.	0.64	- 1.19	1.83
	Q31	The situation of DNR proxy decision is miserable.	- 0.08	- 1.63	1.55
	Q17	I will feel guilty after the DNR proxy decision.	1.36	- 0.11	1.48
	Q13	DNR proxy decisions are not against filial piety.	- 1.44	0.79	- 2.23
	Q2	DNR proxy decisions should be made only when the patient is unlikely to recover.	- 1.51	0.21	- 1.72
	Q11	DNR proxy decisions must be legally protected.	- 0.39	1.31	- 1.70
III	Q11	DNR proxy decisions must be legally protected.	1.85	0.19	1.66
	Q28	Knowing the patient's willingness to DNR helps with proxy decisions.	2.11	0.58	1.53
	Q10	After the DNR proxy decision, the attention of the medical staff will decrease.	0.34	- 1.01	1.35
	Q9	DNR proxy decisions must be made by family members who pay for medical expenses.	- 2.11	0.18	- 2.29
	Q8	DNR proxy decisions must be made by registered state family members.	- 1.21	0.28	- 1.49
	Q19	Medical staff cannot force families to make DNR proxy decisions.	0.38	1.70	- 1.32

DNR = Do not resuscitate.

하였다.

I 유형으로 분류된 참여자들은 DNR 대리 결정의 주 이유는 환자의 상태 악화이고, 의료진의 충분한 정보 제공과 가족 간의 논의가 대리 결정을 진행하는 데 도움을 준다고 인식한다. 또한 대리 결정은 환자의 편안한 임종에 도움을 주는 등 긍정적인 측면이 있다고 생각한다. 이상의 내용을 바탕으로 I 유형을 ‘합리적 수용형’으로 명명하였다.

2) II 유형: 심리적 부담형

II 유형으로 분류된 참여자는 총 8명이었고 이 중 여자는 6명이었다. 연령 범위는 33~61세였으며, 환자와의 관계는 자녀 5명, 배우자 1명, 며느리 1명, 손녀 1명이었다. 의료비 부담은 참여자 부담 1명, 환자 부담 1명, 가족 공동 부담 6명이었다. II 유형 중 환자의 DNR을 결정한 참여자는 1명뿐이었다(Table 1).

II 유형 참여자들이 긍정적으로 동의한 진술문은 Q19. ‘의료진은 심폐소생술 금지대리 결정을 강요해서는 안 된다’ (Z = 1.96), Q34. ‘심폐소생술 금지 대리 결정은 매우 어려운 과정이다’ (Z = 1.51), Q17. ‘심폐소생술 금지 대리 결정 후 죄책감을 느낄 것 같다’ (Z = 1.36)의 순이었다. II 유형 참여자들이 부정적으로 동의한 진술문은 Q7. ‘심폐소생술 금지 대리 결정은 환자의 생명을 단축시키는 것이다’ (Z = -1.98), Q2. ‘심폐소생술 금지 대리 결정은 환자가 회복 가능성이 없을 때만 해야 한다’ (Z = -1.51), Q13. ‘심폐소생술 금지 대리 결정은 불효가 아니다’ (Z = -1.44)의 순이었다(Table 2).

II 유형이 타 유형에 비해 높게 동의한 진술문은 Q9. ‘의료비를 부담하는 가족 구성원이 DNR 대리 결정을 해야 한다’ (Z diff = 1.83), Q31. ‘심폐소생술 금지 대리 결정 상황은 비참하다’ (Z diff = 1.55), Q17. ‘심폐소생술 금지 대리 결정 후 죄책감을 느낄 것 같다’ (Z diff=1.48) 순이었다. 반면 타 유형에 비해 낮게 동의한 진술문은 Q13. ‘심폐소생술 금지 대리 결정은 불효가 아니다’ (Z diff = -2.23), Q2. ‘심폐소생술 금지 대리 결정은 환자가 회복 가능성이 없을 때만 해야 한다’ (Z diff = -1.72), Q11. ‘심폐소생술 금지 대리 결정은 법적으로 보호받아야 한다’ (Z diff = -1.70) 등이었다(Table 3).

II 유형 중 요인 가중치가 가장 높은 22번 참여자는 면담에서 “의료진이 강요해서는 안 된다...노출된 공간에서 이런 이야기를 하고 싶지 않다...환자가 결정하는 부분은 없고, 의료진이 더 이상 해 줄 것이 없으니 우리에게 결정하라고 하는 것 같다...의사가 가족에게 심폐소생술을 하지 말자고 유도한다.”라고 진술하였다. 두 번째로 요인 가중치가 높은 24번 참여자는 “의료진이 환자가 가망이 없으니 심폐소생술을 해도 아무 의미가 없다고 말한다... 너무 어렵고... 무엇이 옳은지 어떻게 해야 할지 잘 모르겠다.”라고 밝혔다. 그 외 참여자들과의 면담에서 “아들이 병원비를 부담하니깐 대리 결정도 아들이 해야 한다.”, “부모님에게 최선을 다하지 못하는 것 같아 마음이 너무 불편하다.”, “환자가 조금만 상태가 나빠져도 결정하라고 재촉하는 것 같다.”, “의료비를 내는 보호자가 결정해야 할 문제이다.”라는 진술도 있었다.

이상의 내용을 요약하면, II 유형에 속하는 참여자들은 DNR 대리

결정에 대하여 부담감과 죄책감을 느끼는 등 다소 부정적으로 인식하며 좀처럼 결정하지 못한다. 또한 본인이 DNR 대리 결정자가 되기를 원하지 않으며, 경제권자 등 누군가 다른 사람이 결정을 해 주길 바라는 것으로 보인다. 따라서 II 유형을 '심리적 부담형'으로 명명하였다.

3) III 유형: 신중 결정형

III 유형으로 분류된 참여자 총 8명 중 여자가 5명이었고, 연령 범위는 30~63세였다. 환자와의 관계는 자녀 3명, 며느리 1명, 손녀 1명, 손자 1명, 배우자가 2명이었다. 의료비 부담은 참여자 부담 2명, 환자 부담 3명, 가족 공동 부담 2명, 사보험 1명이었다. III 유형 중 환자의 DNR을 결정한 참여자는 5명이었다(Table 1).

III 유형에 속한 참여자들이 긍정적인 동의를 보인 진술문은 Q28. '환자의 심폐소생술 금지 의향에 대해 아는 것은 대리 결정에 도움이 된다' ($Z = 2.11$), Q11. '심폐소생술 금지 대리 결정은 법적으로 보호받아야 한다' ($Z = 1.85$), Q24. '경제적인 이유만으로 심폐소생술 금지 대리 결정을 해서는 안 된다' ($Z = 1.22$) 순이었다. 반면 이들이 부정적인 동의를 보인 진술문은 Q9. '의료비를 부담하는 가족 구성원이 심폐소생술 금지 대리 결정을 해야 한다' ($Z = -2.11$), Q31. '심폐소생술 금지 대리 결정 상황은 비참하다' ($Z = -1.72$), Q15. '심폐소생술 금지 대리 결정이 무슨 의미인지 잘 모르겠다' ($Z = -1.69$) 등이었다(Table 2).

III 유형 참여자들이 타 유형에 비해 높게 동의한 항목은 Q11. '심폐소생술 금지 대리 결정은 법적으로 보호받아야 한다' ($Z \text{ diff} = 1.66$), Q28. '환자의 심폐소생술 금지 의향에 대해 아는 것은 대리 결정에 도움이 된다' ($Z \text{ diff} = 1.53$) Q10. '심폐소생술 금지 대리 결정 후 의료진의 관심이 줄어들 것이다' ($Z \text{ diff} = 1.35$) 등이었다. 타 유형에 비해 낮게 동의한 항목은 Q9. '의료비를 부담하는 가족 구성원이 DNR 대리 결정을 해야 한다' ($Z \text{ diff} = -2.29$), Q8. '심폐소생술 금지 대리 결정은 등록된 주 보호자가 해야 한다' ($Z \text{ diff} = -1.49$), Q19. '의료진은 심폐소생술 금지 대리 결정을 강요해서는 안 된다' ($Z \text{ diff} = -1.32$) 등이었다(Table 3).

III 유형 중 요인 가중치가 높은 21번 대상자와 15번 대상자의 면담 내용에는 "대리 결정 시 가족 간의 합의가 이루어지지 않으면 갈등이 생길 것이다... 나중에 원망을 들을 것 같다... 법적으로 보호받아야 한다... 충분한 시간을 주었으면 좋겠다." 등이 포함되었다. 그 외 III 유형에 속한 참여자들의 면담 내용에는 "가족이 멀리 사는데 전원 합의가 필요하다는데 제도에 문제가 있는 것 같다... 의식이 없는 환자의 생각을 알 수도 없고..."라는 진술도 있었다.

이상의 내용을 종합하면, III 유형 참여자들은 DNR 대리 결정이 환자의 사전의향을 바탕으로 충분한 시간을 갖고 이루어져야 하며,

법적으로 보호받아야 한다고 생각한다. 또한 DNR 이후 의료진들의 관심 변화 및 제도적 문제점에도 관심을 두는 등 대리 결정과 관련된 다양한 상황들을 살펴보고 판단하고자 하는 것을 알 수 있다. 따라서 III 유형을 '신중 결정형'으로 명명하였다.

논 의

본 연구에서 요양병원 노인 환자 가족의 DNR 대리 결정에 대한 인식의 유형은 '합리적 수용형', '심리적 부담형', '신중 결정형'으로 분류되었다. 각 유형은 서로 구분되는 특성이 있으며 유형별로 요구되는 접근법이나 중재의 방향이 다를 것으로 생각된다. DNR 대리 결정 상황이 자주 발생할 수 있는 요양병원에서 노인 환자 가족의 인식을 구분하고 특성을 탐색하는 것은 요양병원 간호사의 실무와 관련 제도 및 정책 개발에 방향성을 제시해 줄 수 있다.

I 유형인 '합리적 수용형'은 환자의 회복 가능성과 질병의 중증도에 따라 DNR 대리 결정을 수용할 수 있다는 태도를 보였다. 전체 참여자의 과반수 이상은 이 유형에 해당하였고, 그중 과반수 이상은 이미 환자의 DNR을 결정한 상태였다. 본 연구의 참여자 중 '합리적 수용형'이 가장 많다는 것은 DNR을 포함한 연명의료에 관한 사회적 인식이 향상되고 있음을 시사한다. 2018년 연명의료결정법 시행과 관련하여 다양한 매체에서 존엄한 죽음에 대해 이야기하고 있으며 연명의료 중단에 관한 대중들의 관심과 긍정적 인식이 확산된 것으로 해석할 수 있다[22].

'합리적 수용형'으로 분류된 참여자들이 대리 결정에서 중요하게 간주하는 것은 가족의 합의였다. 생애 말기 대리 결정을 뒷받침하는 윤리적 기틀의 핵심 주제는 '옳은 결정을 원함, wanting to do the right thing'이다[23]. 즉, 대리 결정은 환자의 자연스럽고 평화로운 죽음을 위하여 가족 혹은 대리인이 합리적인 결정을 하는 것이라고 할 수 있다. 이 과정에서 환자 자신의 사전 의향 다음으로 가장 큰 영향을 미치는 것은 가족의 신념, 선호, 이해관계에 바탕을 둔 공동 합의이다[23,24]. 본 연구에서 '합리적 수용형' 참여자들은 의료진의 충분한 설명을 중요하게 여겼다. 연명의료 유보 및 중단에 관한 의료진의 경험과 관련 정보제공은 가족의 대리 결정을 안내하는 데 필수적이다[25]. 국내에서 연명의료 및 DNR 관련 교육이 간호사를 포함한 요양병원 종사자들의 생애 말기 돌봄 수행 역량을 높이는 주요 요인이 보고된 바 있다[26,27]. 그러나 실제 의료기관에서 연명의료 관련 업무를 수행하고 있는 실무자들은 전문지식과 관련 교육의 부족을 문제점으로 제시하고 있다[4]. 2018년 개정된 의료법 시행규칙에 의하면 의료인의 보수교육에는 2시간 이상의 윤리 교육이 필수적으로 포함되어야 한다[28]. 이러한 의무교육 규정 등을 효율적으로 활용하여 생애 말기 연명의료에 관한 의료진의 전문성을 강화

할 필요가 있다.

두 번째 유형인 '심리적 부담형'은 경제적 문제, 연명의료에 대한 정보의 부족, 대리 결정 상황에 대한 부담감, 양가감정, 죄책감, 스트레스 등으로 인해 DNR 대리 결정에 주저하는 태도를 보였다. 본 연구에서 '심리적 부담형'으로 분류된 참여자 8명 중 1명만이 DNR에 서명한 것으로 미루어 볼 때, 이들이 쉽게 결정하지 못하고 있음을 알 수 있다. 연명의료결정법은 가족에게 대리 결정의 권한을 부여하지만 그 결정의 판단 기준이나 권한 행사의 제한은 규정하고 있지 않다[29]. 따라서 가족의 결정을 안내해 주는 구체적인 지침은 없는 실정이다. 이러한 상황에서 DNR 대리 결정을 경험한 가족은 높은 수준의 스트레스를 경험한다[30,31]. 국내에서 보고된 말기 암 환자 가족의 대리 결정에 관한 연구에 의하면, 가족들은 대리 결정 과정에 대한 만족도가 낮고 의사결정 과정에서 최선의 선택이 무엇인지에 대한 확신이 없었다. 또한 의사결정 만족도가 낮으면 대리 결정을 후회할 수 있고 심리적 스트레스가 증가하였다[11]. 뿐만 아니라 많은 환자 가족들이 이 대리 결정 과정에서 죄책감, 불안을 경험하기도 한다[32].

가족의 죄책감은 DNR 대리 결정과 치료 포기를 동일시하는 것에서 비롯되며[11,30,31], 연명의료 결정에 대한 이러한 부정적 정서는 가족들로 하여금 대리 결정을 주저하게 한다[33]. 본 연구에서도 '심리적 부담형'의 일부 참여자들은 의료진이 환자의 DNR을 대신 결정해 주기를 바라기도 하였다. DNR과 연명의료 중단에 대한 인식이 향상되고 있다고는 하지만 죽음이 일상적인 사건은 아니므로 실제 생애 말기 의사결정을 해야 하는 가족의 부담은 큰 편이다. DNR 대리 결정에 관한 질적 연구들은 대리 결정의 주체인 가족 혹은 돌봄 제공자들의 심리적 준비가 부족하고, 대리 결정 과정에서 다양한 관련 상황들로 인하여 양가적 정서 반응 및 문화적 혼란을 경험한다고 보고하고 있다[34,35]. 대리 결정은 단순한 행동이 아니라 복잡하고 감정적인 의사결정 과정이다[9]. 미국에서 실시된 한 연구에 의하면 환자와 가족에게 생애 말기 의사결정에 관한 교육, 토론, 정서적 지지 중재를 제공하였을 때 상호 합의하에 대리 결정하는 비율이 높았고, 의사결정에 대한 스트레스가 감소하고 만족도는 증가하였다고 한다[36]. 요양병원 노인 환자의 가족들이 의료진에게 바라는 생애 말기 돌봄의 기반은 환자의 의향이 반영된 기본적인 돌봄 유지, 정서적, 심리 사회적 및 영적 지지, 가족과의 파트너십을 유지하면서 의사결정을 공유하는 것이다[37]. 간호사는 대리 결정 과정에 가족들이 경험할 수 있는 양가감정, 죄책감, 갈등과 같은 부정적 정서를 이해하고, 이를 최소화할 수 있는 중재를 모색해야 한다.

'신중 결정형' 참여자들은 DNR 대리 결정이 환자의 사전 의향, 주변 상황을 충분히 심사숙고하는 과정을 거쳐 이루어져야 한다고 인식한다. 특히 이들은 자신들의 대리 결정이 법적·제도적으로 보호받

기를 원한다. 현 연명의료결정법의 취지 역시 환자의 자기 결정권을 바탕으로 존엄하게 죽을 권리를 보장하는 것이다[4]. 그러나 현실적으로 국내 요양병원에서 환자의 뜻에 의해 연명의료 중단을 결정한 사례는 약 29%에 불과하고 대부분 가족의 대리 결정으로 이루어지고 있다[7]. 미국에서는 오래전부터 문서화된 사전의향서가 없을 경우 법적 위임자가 DNR 대리 결정을 할 수 있음을 법으로 보장해 왔다. 국내에서는 연명의료결정법 시행 이전에는 대리 결정 자체가 법의 보호를 받기 어려웠었고, 법 시행 이후인 지금도 단순 DNR 동의서에 서명하는 것은 적법한 절차가 아니다[4]. 국내 성인들이 DNR에 동의하지 않는 가장 큰 이유 역시 법적 문제가 제기될 수 있기 때문이라는 보고도 있다[38].

이처럼 DNR 동의에 대한 가이드라인이나 표준 서식이 없는 것은 법적 이슈가 될 수 있다. 연명의료중단법 시행 이전의 한 조사에 의하면 DNR 동의를 구두로 받는 경우가 43.7%였고 나머지는 환자의 의무기록에 작성 후 가족의 서명을 받았다고 보고하였다[39]. 이 문제는 연명의료결정법 시행 이후에도 완전히 해결되지 못한 상태이다. 그 이유는 첫째, DNR 대리 결정은 기관 내 윤리위원회의 연명치료 계획서를 통하여 작성되어야 하는데 전국 1,526개 요양병원 중 윤리위원회가 설치되어 있는 곳은 22개에 불과하다[7]. 둘째, 환자 본인이 사전연명의료의향서를 등록한 경우라도 이를 확인할 수 있는 연명의료 정보처리 시스템이 설치되지 않은 기관이 많아 DNR 의사의 신속한 확인이 어렵다[4]. 이처럼 아직 시행 초기 단계에 있는 연명의료결정법은 제도적, 실무적으로 미비한 점을 가지고 있을 수 있으므로 간호 실무 현장에서의 검토 및 연구를 통하여 합리적으로 보완할 필요가 있다. 우선 윤리위원회 미설치 요양병원의 경우 공용 윤리위원회와의 위탁협약을 통하여 연명치료 계획서를 작성할 수 있다[4]. 또한 간호사가 임종 과정에 있는 노인 환자와 그 가족에게 DNR을 포함한 '사전연명의료의향서'에 대하여 적극적으로 안내하는 것도 법적 테두리 안에서 연명의료를 유보하거나 중단할 대안이 될 수 있다고 판단된다. 사전연명의료의향서 등록을 포함한 DNR 의사 확인 절차의 복잡성과 애로사항은 등록 기관과의 전산 연동 및 관련 의료인 교육을 통하여 해결할 수 있을 것이다.

이상에서 논의한 바와 같이 요양병원 환자 가족들의 DNR 대리 결정에 대한 인식 유형들 간에는 구분되는 차이가 있다. '합리적 수용형'은 환자의 존엄한 죽음과 최선의 이익을 위해 의료진의 지원을 바탕으로 한 가족 구성원 간 합의를 중요하게 간주한다. '심리적 부담형'은 부정적 정서와 심리적 갈등으로 인하여 DNR 대리 결정을 주저한다. '신중 결정형'은 환자의 자기결정권을 중요하게 여기며 적법한 대리 결정을 원한다. 상대적으로 DNR 대리 결정 비율이 낮은 '심리적 부담형'과 대리 결정에 대한 법적 보호를 바라는 '신중 결정형'에 해당하는 가족들을 지지하기 위해서는 맞춤형 중재 및 제도적 보

완이 필요하다. 연명의료결정법 제정과 시행 이후 국민적 관심이 증가하고 있으나 연명의료 중단이 빈번하게 수행되는 요양병원의 노인 환자와 가족을 대상으로 한 연구는 아직 제한적이다. 이러한 상황에서 본 연구는 요양병원 노인 환자 가족의 DNR 대리 결정에 대한 인식 유형을 구분하고 각 유형을 특성을 탐색하였다는 데 그 의의가 있다.

본 연구의 제한점은 첫째, 한 지역 요양병원에서 수행된 Q 방법론이므로 연구 결과를 일반화하는 데 주의가 필요하다는 점이다. 특히 개인의 주관성에 중점을 두는 Q 방법론의 특성상 각 유형들을 분류하고 특성을 탐색할 뿐 평가하지 않도록 하는 주의가 필요하다. 둘째, 본 연구에서는 노인 환자 가족들을 대상으로 ‘연명의료 중단’이 아닌 ‘DNR’ 대리 결정에 대하여 조사하였다는 점이다. 그 이유는 심폐소생술 외 법에 규정된 연명의료, 즉 혈액투석, 항암제 투여, 인공호흡기 착용에 대하여 일반인들이 인지하지 못하는 경우가 많기 때문이었다. 따라서 본 연구에서 도출한 세 가지 인식 유형이 모든 연명의료 중단에 적용된다고 할 수는 없다. 추후 DNR을 포함하는 다양한 연명의료 중단의 대리 결정에 관한 비교 연구가 필요하다. 또한 대리 결정 과정에서 가족을 지원하는 의료진의 역할 및 가족의 스트레스에 대한 중재 연구와 함께 대리 결정에 대한 법적 보호를 강화할 수 있는 지침과 제도가 마련되어야 할 것이다.

결 론

본 연구에서 DNR 대리 결정에 대한 요양병원 노인 환자 가족의 인식 유형을 Q 방법론으로 탐색한 결과, ‘합리적 수용형’, ‘심리적 부담형’, ‘신중 결정형’으로 구분되었고 이들은 전체 변량의 47.6%를 설명하였다. 가장 많은 참여자들이 포함된 ‘합리적 수용형’은 환자와 가족의 최선의 이익과 공동 합의에 바탕을 둔 DNR 대리 결정을 수용하는 태도를 보였다. ‘심리적 부담형’에 해당하는 참여자들은 정보 부족, 경제적 문제와 함께 죄책감과 같은 부정적 정서로 인하여 DNR 대리 결정에 대하여 갈등하고 주저하였다. ‘신중 결정형’ 참여자들은 환자의 자기결정권과 가족의 DNR 대리 결정이 법적으로 보호받는 것을 중요하게 인식하였다.

이상의 연구 결과를 바탕으로 첫째, 요양병원 간호사들이 가족의 대리 결정을 합리적으로 안내할 수 있도록 표준화된 의료진 교육과 훈련 프로그램을 지속적으로 제공할 것을 제언한다. 둘째, 대리 결정에 동반되는 가족들의 부정적 정서를 줄이고 만족도를 높이기 위하여 이들을 지지해 줄 수 있는 중재 프로그램을 개발할 필요가 있다. 셋째, 요양병원에서의 연명의료 유보 및 중단이 효율적으로 이루어질 수 있도록 관련 법령 및 제도의 제한점을 보완할 필요가 있다. 마지막으로 본 연구에서 분류한 DNR 대리 결정에 대한 주관성의 유

형을 바탕으로 가족 간의 합의, 의사결정 스트레스 및 갈등과 같은 변수들 간의 관계를 탐색하는 연구와 유형별 맞춤형 중재 개발 연구를 제언한다.

CONFLICTS OF INTEREST

The authors declared no conflict of interest.

ACKNOWLEDGEMENTS

None.

DATA SHARING STATEMENT

Please contact the corresponding author for data availability.

AUTHOR CONTRIBUTIONS

Conceptualization or/and Methodology: Cho HJ & Kang J.

Data curation or/and Analysis: Cho HJ & Kang J.

Funding acquisition: None.

Investigation: Cho HJ.

Project administration or/and Supervision: Kang J.

Resources or/and Software: Cho HJ.

Validation: Kang J.

Visualization: Cho HJ.

Writing original draft or/and Review & Editing: Cho HJ & Kang J.

REFERENCES

- Ramsey CP. Young adult African American family members' perceptions, knowledge, attitudes, and utilization toward advance directives. *The ABNF Journal: Official Journal of the Association of Black Nursing Faculty in Higher Education, Inc.* 2013;24(2):51-59.
- Kim HS, Shin SR. The influence of social support among community dwelling elderly and their attitude towards the withdrawal of life-sustaining treatment: A mediating effect of self-esteem. *Korean Journal of Adult Nursing.* 2017;29(4):373-381.
<https://doi.org/10.7475/kjan.2017.29.4.373>
- Lee M, Yi M. Experiences of families in the intensive care

- unit: Interactions with health care providers. *Korean Journal of Adult Nursing*. 2017;29(1):76–86.
<https://doi.org/10.7475/kjan.2017.29.1.76>
4. Choi JY, Jang SG, Kim CJ, Lee I. Institutional ethics committees for decisions on life-sustaining treatment in Korea: Their current state and experiences with their operation. *Korean Journal of Medical Ethics*. 2019;22(3):209–233.
<https://doi.org/10.35301/ksme.2019.22.3.209>
 5. National Law Information Center. Act on hospice and palliative care and decisions on life-sustaining treatment for patients at the end of life [Internet]. Sejong: Korea Ministry of Government Legislation; c2018 [cited 2020 May 18]. Available from: https://elaw.klri.re.kr/kor_mobile/viewer.do?hseq=49372&type=part&key=38.
 6. Heo DS. Current status of proxy decisions on DNR in Korea [Internet]. Seoul: Medicine in society; c2017 [cited 2020 Jul 22]. Available from: <https://blog.naver.com/dsheokr/221156923099>.
 7. National Agency for Management of Life-Sustaining Treatment. Institutional Ethics Committee registration status [Internet]. Seoul: Korea National Institute for Bioethics Policy (KONIBP); c2019 [cited 2019 Nov 19]. Available from: <https://www.lst.go.kr/comm/monthlyStatistics.do>.
 8. Kim K, Huh J. Problems with the decision to end life of unrepresented persons and the tasks of the ethics committee. *Korean Journal of Medicine and Law*. 2020;28(1):7–34.
<https://doi.org/10.17215/kaml.2020.06.28.1.7>
 9. Handy CM, Sulmasy DP, Merkel CK, Ury WA. The surrogate's experience in authorizing a do not resuscitate order. *Palliative & Supportive Care*. 2008;6(1):13–19.
<https://doi.org/10.1017/S1478951508000035>
 10. Moon JY, Ahn H. Suggestion on how to balance between physicians' authority and patients' autonomy: Review of debate on patient self-determination act (1990). *Korean Journal of Medical Ethics*. 2019;22(2):161–173.
<https://doi.org/10.35301/ksme.2019.22.2.161>
 11. Kim SH. Family surrogates' decision regret and psychological stress about end-of-life cancer treatments: Path analysis. *Journal of Korean Academy of Nursing*. 2018;48(5):578–587.
<https://doi.org/10.4040/jkan.2018.48.5.578>
 12. Yoon SE, Nam EI, Lee SN. End-of-life care practice in dying patients with do-not-resuscitate order: A single center experience. *Korean Journal of Hospice and Palliative Care*. 2018;21(2):51–57.
<https://doi.org/10.14475/kjhpc.2018.21.2.51>
 13. Kim Y. Signification and challenges of the act on life-prolongation determination - with focus on patient-oriented medical care. *Korean Journal of Health Communication*. 2018;13(1):53–61. <https://doi.org/10.15715/kjhcom.2018.13.1.53>
 14. Torke AM, Sachs GA, Helft PR, Montz K, Hui SL, Slaven JE, et al. Scope and outcomes of surrogate decision making among hospitalized older adults. *JAMA Internal Medicine*. 2014;174(3):370–377.
<https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2013.13315>
 15. Torke AM, Moloney R, Siegler M, Abalos A, Alexander GC. Physicians' views on the importance of patient preferences in surrogate decision-making. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2010;58(3):533–538.
<https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2010.02720.x>
 16. Fritsch J, Petronio S, Helft PR, Torke AM. Making decisions for hospitalized older adults: Ethical factors considered by family surrogates. *Journal of Clinical Ethics*. 2013;24(2):125–134.
 17. Tseng, YP, Huang, LH, Huang, TH, Hsu, LL, Hsieh, SI. Factors associated with the do-not-resuscitate decision among surrogates of elderly residents at a nursing home in Taiwan. *International Journal of Gerontology*. 2017;11(2):95–99.
<https://doi.org/10.1016/j.ijge.2016.07.004>
 18. Kang DY, Shim HW. Attitude of elderly people on life support care -Q methodological approach-. *Journal of the Korea Contents Association*. 2015;15(12):355–369.
<https://doi.org/10.5392/JKCA.2015.15.12.355>
 19. Yoon YM, Sung KS, Kim EJ. Systematic review of studies on withdrawal of life-sustaining treatment in South Korea. *Korean Journal of Converging Humanities*. 2017;5(3):57–75.
<https://doi.org/10.14729/converging.k.2017.5.3.57>
 20. Kim H, Lee J. Discussion on withdrawing of life sustaining treatment. *Dong-A Law Review*. 2019;82:371–403.
<https://doi.org/10.31839/DALR.2019.02.82.371>
 21. Kim HG. Q methodology: Philosophy, theories, analysis, and application. Seoul: CommunicationBooks; 2008. p. 118.
 22. Kang AR. Over 70,000 discontinued life-sustaining treatments [Internet]. Seoul: Yonhapnews; c2019 [cited 2020 Jul 24]. Available from: <https://www.yna.co.kr/view/AKR20191122072000017?input=1195m>.
 23. Kim H, Deatrck JA, Ulrich CM. Ethical frameworks for surrogates' end-of-life planning experiences: A qualitative systematic review. *Nursing Ethics*. 2017;24(1):46–69.
<https://doi.org/10.1177/0969733016638145>
 24. Park J, Song JA. Knowledge, experience and preference on advance directives among community and facility dwelling elderly. *Journal of the Korean Gerontological Society*. 2013;33(3):581–600.
 25. Coffey A, McCarthy G, Weathers E, Friedman MI, Gallo K, Ehrenfeld M, et al. Nurses' knowledge of advance directives and perceived confidence in end-of-life care: A cross-sectional study in five countries. *International Journal of Nursing Practice*. 2016;22(3):247–257.
<https://doi.org/10.1111/ijn.12417>
 26. Han S. Social worker's knowledge of advance life sustaining

- care directives and experience of aids end of life care decision making process: Geriatric hospital and long term care facility. *Studies on Life and Culture*. 2016;42:287-329.
27. Park EH, Kim NY. The influence of nursing professionalism, attitudes toward advance directive, and death anxiety on terminal care performance of nurses in long-term care hospitals. *Korean Journal of Adult Nursing*. 2018;30(2):183-193. <https://doi.org/10.7475/kjan.2018.30.2.183>
 28. Ministry of Health and Welfare. 2018 Health care professional license registration and continuing education [Internet]. Sejong: Ministry of Health and Welfare; c2018 [cited 2020 Aug 4]. Available from: <http://www.korea.kr/archive/expDocView.do?docId=38000>.
 29. Kim CJ. Two conceptions of autonomy in surrogate decision-making for life-sustaining treatment: An examination of article 18 of the hospice, palliative care, and life-sustaining treatment decision-making act. *Korean Journal of Medical Ethics*. 2017;20(1):56-77. <https://doi.org/10.35301/ksme.2017.20.1.56>
 30. Baggs JG, Norton SA, Schmitt MH, Dombeck MT, Sellers CR, Quinn JR. Intensive care unit cultures and end-of-life decision making. *Journal of Critical Care*. 2007;22(2):159-168. <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2006.09.008>
 31. Han SS. Doctor's and nurses' perception and experiences of DNR. *Journal of Korean Academy of Nursing Administration*. 2005;11(3):255-264.
 32. Wendler D, Rid A. Systematic review: The effect on surrogates of making treatment decisions for others. *Annals of Internal Medicine*. 2011;154(5):336-346. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-154-5-201103010-00008>
 33. Han S. A case study on hospice team's experience of the decision of patients' hospice and life sustaining treatments. *Health and Social Welfare Review*. 2019;39(1):453-484.
 34. Tseng YP, Huang LH, Hsu LL, Huang TH, Hsieh SI, Chi SF, et al. The family surrogates' psychological experience of making a do-not-resuscitate decision for older relatives: A qualitative study. *Contemporary Nurse*. 2018;54(2):195-207. <https://doi.org/10.1080/10376178.2018.1478232>
 35. Chiang CC, Chang SC, Fan SY. The concerns and experience of decision-making regarding do-not-resuscitate orders among caregivers in hospice palliative care. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*. 2021;38(2):123-129. <https://doi.org/10.1177/1049909120933535>
 36. Sulmasy DP, Hughes MT, Yenokyan G, Kub J, Terry PB, Astrow AB, et al. The trial of ascertaining individual preferences for loved ones' role in end-of-life decisions (TAILORED) study: A randomized controlled trial to improve surrogate decision making. *Journal of Pain & Symptom Management*. 2017;54(4):455-465. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2017.07.004>
 37. Gonella S, Basso I, De Marinis MG, Campagna S, Di Giulio P. Good end-of-life care in nursing home according to the family carers' perspective: A systematic review of qualitative findings. *Palliative Medicine*. 2019;33(6):589-606. <https://doi.org/10.1177/0269216319840275>
 38. Lee SJ. A study on the perception and attitude of 'do not resuscitate' in adults. *Journal of the Korea Convergence Society*. 2019;10(6):393-399. <https://doi.org/10.15207/JKCS.2019.10.6.393>
 39. Shin K, Mok JH, Lee SH, Kim EJ, Seok NR, Ryu SS, et al. The current status of medical decision-making for dying patients in a medical intensive care unit: A single-center study. *Korean Journal of Critical Care Medicine*. 2014;29(3):160-165. <https://doi.org/10.4266/kjccm.2014.29.3.160>