

# 임상적 의사결정과 생명의료윤리에 대한 환자, 가족, 간호사와 의사의 인지도

박애란<sup>1</sup> · 소향숙<sup>1</sup> · 채명정<sup>2</sup>

<sup>1</sup>전남대학교 간호대학, <sup>2</sup>광주여자대학교 간호학과

## Recognition of Patients, Families, Nurses, and Physicians about Clinical Decision-making and Biomedical Ethics

Park, Ae Ran<sup>1</sup> · So, Hyang Sook<sup>1</sup> · Chae, Myeong Cheong<sup>2</sup>

<sup>1</sup>College of Nursing, Chonnam National University, Gwangju; <sup>2</sup>Department of Nursing, Gwangju Woman's University, Gwangju, Korea

**Purpose:** To identify the recognition of patients, families, nurses, and physicians about clinical decision-making and biomedical ethics. **Methods:** Data were collected from October 23 to 30, 2012 using the structured questionnaires. A total of 200 data were analyzed using SPSS 20.0 version. **Results:** Response about 'who should receive the first notice of a cancer diagnosis?' was significant difference statistically. Cancer patients had preferences to be notified their diagnosis first. Patients responded the person who made decision of treatment options would be physician first and then themselves. Families, nurses, and physicians answered that decision-maker would be both of patient and family. All four groups answered that the person who made decision about care-giver after discharge was patient and their family. Nurses and physicians who didn't aware of the advanced directive were over 30.0%, and patients and family who didn't aware of that were over 60.0%. Lastly, the rate of positive answer about making attempt of advanced directive after legalization was over 80.0%. **Conclusion:** Patient's attitude about making decisions is different from family's attitude. Nurses and physicians have to put emphasis on the patient's autonomy & self-determination and family members' needs.

**Key Words:** Medical Decision Making, Biomedical Ethics

## 서론

### 1. 연구의 필요성

임상에서 의료적 의사결정(medical decision-making)은 의료가 추구하는 본래의 목적인 환자의 건강한 상태를 달성하면서, 최적의 대안을 선택하는 과정으로, 한편으로는 환자 개개인의 복합적 욕구 충족과 함께 가족 및 사회규범에도 충실해야 한다.<sup>1)</sup> 특히, 생명유지와 관련된 치료의 지속, 중단 등의 생명의료윤리적 측면의 의사결

정은 더욱 신중을 기해야 한다. 과거에는 의사의 전문적 권위에 의한 의사결정이 주도적이었으나 최근에는 개인의 알 권리와 자기결정권(self-determination)이 부각되면서 환자의 의사결정에의 참여 비중이 높아지고 있다.<sup>2)</sup> 환자들은 알 권리에 대하여 의료행위의 목적이거나 결과, 다른 치료방법에 대한 설명을 들어야 하고 환자 자신이 치료선택과 결정에 참여하기를 원한다.<sup>3-5)</sup> 그러나 환자와 의료진 간의 바람직한 관계가 이루어지지 않고 환자에 대한 설명동의(Informed consent)가 잘 지켜지지 않는 상황에서 치료선택을 할 때 환자의 자기 결정권만 강조된다면 환자의 자율성은 무의미할 수 있을 것이다.<sup>6)</sup> 다시 말해 의료적 의사결정과정의 중심이 환자에게 주어진다 하더라도, 심각한 질병, 결과에 대한 상당한 불확실성 그리고 의료진이 제시하는 다양한 치료법 선택결정에 대한 부담감은 환자 스스로 자기 결정을 회피하게 만들 수 있다.<sup>7)</sup>

또한, 가족을 중시하는 한국사회에서 연명치료중단, 임종 시 등의 생명의료윤리 문제와 관련된 의사결정에 직면 해야 하는 상황에서는 가족의 상호협력적인 문제해결 기능이 매우 중요하다.<sup>8)</sup> 가족

주요어: 임상적 의사결정, 생명의료윤리

Address reprint requests to: So, Hyang Sook

College of Nursing, Chonnam National University, 160 Baekseo-ro, Dong-gu, Gwangju 501-746, Korea  
Tel: +82-62-530-4952 Fax: +82-62-227-4009 E-mail: hssso@jnu.ac.kr

투 고 일: 2014년 1월 22일 심사완료일: 2014년 3월 11일

계재확정일: 2014년 3월 20일

This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/3.0>) which permits unrestricted non-commercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

을 대상으로 진실을 통보하는 문제, 환자 대상으로 나쁜 정보를 통고하는 종양 전문의들의 태도 조사에서도 문화 요인과 가족 요인이 임상 의사결정에 영향을 줄 수 있다고 하였다.<sup>9,10)</sup>

의학적으로 회복이 어려운 상황에서 의식을 잃게 되었다면 향후 치료 방침 결정을 위한 대리인을 선정하는 질문에 대해서 대부분의 환자는 가족이 치료적 의사결정을 하기를 원하였으며, 회복이 어려운 상태에서 연명치료 중지 등과 같은 생명의료윤리와 관련된 의사결정 또한 대다수의 가족 본인이 결정해야 한다고 하였다.<sup>4)</sup>

간호분야에서도 의사결정은 중요한 생명의료윤리로 대두되었으나 간호사는 전통적으로 병원의 정책과 절차에 순종적이며, 환자의 안녕과 안위를 위해 책임을 지고 있으면서도 병원 내에서 임상 의사결정에 거의 참여하지 못하고 있다. 반면에 대부분의 의사들이 임상 의사결정을 하고 있는 실정이다.<sup>11)</sup> 또한, 졸업 후 윤리교육을 받은 경험이 있는 간호사는 근무경력에 많을수록, 30대 이상에서 윤리적 딜레마를 더 많이 경험하고 있는 것으로 나타났다.<sup>12)</sup> 그러므로 환자에게 근접하여 24시간 간호를 책임지고 있는 의료인이 간호사임을 감안해볼 때 윤리적 딜레마와 임상적 의사결정 상황을 자주 직면하게 되는 간호사의 역할과 직무 범위뿐 아니라 책임이 명확히 규정되어야 하고 의사결정 참여자로서의 위치도 인정되어야 한다.

기존의 임상 의사결정과 관련한 연구동향을 살펴보면, 윤리적 의사결정 상황에 직면한 곤란한 상황에서 간호사는 환자를 옹호하고 지지해주는 위치에 있음에도 불구하고 간호사 대상의 의사결정에 관한 연구가 미흡한 실정이다. 그 동안 임상 의사결정에 대해 보고한 국내 연구로는 환자 자신의 알 권리,<sup>3)</sup> 암 환자의 의학적 의사결정,<sup>6)</sup> 환자와 가족 대상의 의사결정,<sup>13)</sup> 의료인을 대상으로 한 의사결정 저해요인,<sup>10,14)</sup> 의사결정모델,<sup>2,15)</sup> 환자와 의사를 대상으로 환자만족도에 미치는 영향요인,<sup>1)</sup> 환자, 가족, 의료진의 연명치료 중지 관련 의사결정에 관한 태도,<sup>4,9)</sup> 일반인 대상으로 공유된 한국형 의료적 의사결정에 대한 모델 제시 등이 있지만,<sup>15)</sup> 간호사의 의사결정에 관한 연구는 미흡하다. 또한, 간호사를 대상으로 윤리적 딜레마<sup>12,16)</sup> 연구가 있으나 환자와 가족, 그리고 간호사와 의사 등을 대상으로 보고된 연구는 없었다. 따라서, 생명의료윤리를 포함한 임상적 의사결정 상황에서 발생한 이슈에 대한 환자와 가족의 인식과 의료진의 인식에 주목할 필요성이 있다고 사료된다. 이에 본 연구는 지역 암 센터를 이용하는 환자와 가족, 암 센터에 근무하는 간호사와 의사를 대상으로 임상 의사결정 상황에서 선택 및 결정권 그리고 생명의료윤리에 대한 인지를 조사하고자 한다.

## 2. 연구 목적

본 연구는 임상적 의사결정 상황에서 선택 및 결정해야 할 권한이 환자, 가족, 간호사와 의사 중 누구에게 있는지, 그리고 생명의료

윤리에 대한 환자, 가족, 간호사와 의사의 인지를 확인하고자 한다.

첫째, 임상적 의사결정에 대한 환자, 가족, 간호사와 의사의 인지를 확인한다.

둘째, 생명의료윤리에 대한 환자, 가족, 간호사와 의사의 인지를 확인한다.

## 3. 용어 정의

### 1) 임상적 의사결정(Clinical medical decision-making)

임상에서 대상자의 가치관과 자율성, 가족의 의견, 의료인의 의무와 역할을 바탕으로 의료적 의사결정과정에 발생하는 문제를 인식하고 대안을 숙고하여 적절한 방법을 선택하는 것이다.<sup>8)</sup> 본 연구에서는 임상의 구체적 상황에서 발생하는 치료선택과 결정방식을 포함하는 임상적인 개념을 말하며, 연구자가 문헌고찰을 통하여 구성한 임상적 의사결정상황에 대하여 6문항으로 측정된 점수를 의미한다.

### 2) 생명의료윤리(Biomedical ethics)

생명의료윤리와 의학윤리가 합성된 용어로 인간의 생명에 관한 문제를 포함하며 생명의 존엄성과 권리에 대한 윤리적 문제로,<sup>17)</sup> 본 연구에서는 생명의료윤리와 관련된 문제들 중에서 뇌사, 말기암 환자, 치료 불가능한 환자의 연명치료, 사전의사결정에 대한 내용으로 연구자가 문헌고찰을 통하여 구성된 12문항으로 측정된 점수를 의미한다.

## 연구 방법

### 1. 연구 설계

본 연구는 임상적 의사결정 상황에서 선택 및 결정권과 생명의료윤리에 대한 환자, 가족, 간호사와 의사간의 인지 차이를 확인하고자 시도된 서술적 조사연구이다.

### 2. 연구 대상

본 연구의 대상자는 전라남도 H시 소재의 C대학교병원 지역 암 센터 입원환자 50명, 환자 가족 50명, 의사 50명 및 간호사 50명을 대상으로 편의 표집하였다.

### 3. 연구 도구

본 연구의 도구는 Kwon 등<sup>4)</sup>과 Shin 등<sup>18)</sup>의 문헌고찰을 통하여 구조화된 설문지로 인구사회학적 특성을 묻는 6문항, 임상적 의사결정에 관한 6문항, 생명의료윤리에 관한 12문항, 총 24문항으로 구성되었다. 간호학 교수 1인의 도구 안면타당도를 거쳐 암 병동 수간호사 4인, 종양전문간호사 2인의 전문가 내용 타당성을 검증하여 구

성한 설문지를 사용하였다.

#### 1) 임상적 의사결정(Clinical medical decision-making)

‘암 진단 통고, 치료방법 선택, 최종 의사결정권자, 자기 결정에 대한 조력자, 퇴원할 장소 결정, 퇴원 후 돌볼 사람에 대한 결정’을 암 환자, 가족, 간호사와 담당의사 중 누가 하는가에 대해 선택하도록 하였다.

#### 2) 생명의료윤리(Biomedical ethics)

연명치료 인지와 경험여부, 사전의사결정, 사전의사결정의 정당성 여부, 사전의사결정에 대한 합법화, 사전의사결정 수행, 생전 유언과 대리인 지정, 연명치료 중단에 대한 가족치료 청구권 필요성을 ‘예’, ‘아니오’로 답하도록 하였다.

### 4. 자료 수집 방법

자료 수집은 2012년 10월 23일부터 30일까지 구조화된 설문지를 사용하여 4집단별 50명을 대상으로 자료 수집하여 총 200부를 회수하였다. 대상자에게 연구의 목적 및 취지를 설명한 후 연구참여에 동의를 받았으며, 연구참여 도중 참여를 원하지 않을 경우 언제라도 거부할 수 있음을 알려주었다. 설문자료는 연구자료로만 사용할 것과 대상자의 익명성과 비밀이 보장됨을 사전에 설명한 후에 대상자가 직접 작성하도록 하였고, 독자적으로 작성이 어려운 환자의 경우 연구자가 읽어주고 대상자의 응답을 표시하였다.

### 5. 자료 분석 방법

수집된 자료는 SPSS 20.0 version을 이용하여 대상자의 일반적 특성과 주요변수의 기술통계는 빈도와 백분율, 평균과 표준편차로 산출하였고, 임상적 의사결정권의 소재여부와 생명의료윤리와 관련된 태도는 빈도와 백분율,  $\chi^2$ -test로 산출하였다.

## 연구 결과

### 1. 대상자의 일반적 특성

본 연구대상자의 일반적 특성에서 성별은 환자의 경우 여자가 56.0%, 가족의 경우 여자가 74.0%, 의사는 남자가 68.0%, 간호사는 여자가 100.0%로 나타났다. 평균 연령은 환자에서  $49.4 \pm 13.0$ 세로 50대 이상이 54.0%, 40대가 26.0% 순으로 나타났고, 가족은  $41.2 \pm 12.2$ 세로 20-30대가 44.0%, 50대 이상이 32.0%였으며, 간호사와 의사는 20-30대가 92.0%와 96.0%를 각각 차지하였다. 결혼 상태는 환자 82.0% 그리고 가족 68.0%로 대다수가 기혼자였고 의사와 간호사는 각각 56.0%, 66.0%가 미혼이었다. 자녀가 있는 경우 환자에서 80.0%, 가족은 60.0%를 보였다. 종교가 있는 경우는 환자는 56.0%, 가족은

62.0%, 간호사는 60.0%, 의사는 42.0%였다. 직업이 없는 환자는 22.0%였고 가족은 16.0%였다. 근무영역은 외과계간호사 56.0%, 의사 64.0%였다. 생명의료 교육이나 세미나 참여 경험은 간호사 42.0%, 의사 52.0%가 경험이 있었다(Table 1).

### 2. 임상적결정권의 소재여부

대상자에 따른 임상적결정권의 소재여부에 대한 차이는 암 진단 통고, 치료선택, 퇴원장소 결정 및 퇴원 후 돌볼 사람을 누가 결정할 것인지에 대하여 대상자 집단 별로 유의한 분포도의 차이를 보였고, 서로 다른 의견일 때 최종 의사결정권은 유의한 차이가 없는 것으로 나타났다.

‘담당의사는 누구에게 가장 먼저 암 진단 통고를 해야 한다고 생각하는가?’에 대하여 환자의 경우는 환자(42.0%), 환자와 가족(40.0%), 가족(18.0%) 순이었고, 가족의 경우는 가족(44.0%), 환자와 가족(42.0%), 환자(14.0%) 순이었고, 간호사의 경우는 환자와 가족(60.0%), 환자(22.0%), 가족(18.0%) 순이었다. 담당의 경우는 가족(52.0%), 환자와 가족(32.0%), 환자(16.0%) 순으로 암 진단을 통고해야 한다고 하였다( $\chi^2 = 29.39, p < .001$ ).

‘누가 암 치료방법을 선택하고 결정해야 하는가?’에 대해서 환자의 경우는 담당의(34.0%), 환자(32.0%), 환자와 가족(30.0%) 순이었고, 가족의 경우는 환자와 가족(50.0%), 환자(22.0%), 주치의(16.0%) 순이었다. 간호사는 환자와 가족(56.0%), 환자(36.0%) 순이었고, 의사 경우는 환자와 가족(54.6%), 환자(32.0%) 순으로 나타났다( $\chi^2 = 31.05, p < .001$ ). ‘환자와 가족이 서로 다른 의견을 가지고 있을 때 최종적 의사결정권은 누구에게 있는가?’에 대하여 ‘환자’라고 응답한 율은 간호사와 의사에서 각각 92.0%와 84.0%로 그리고 환자와 가족에서 각각 74.0%와 64.0%로 나타났다.

‘최종 의료적 의사결정과정에서 환자의 자기결정을 조력하는 역할을 누가 해야 하는가?’에 대하여 환자의 응답은 주치의(55.0%), 가족(43.3%) 순이었고, 가족의 응답은 가족(51.4%), 주치의(43.1%), 간호사의 응답은 가족(56.0%), 주치의(29.0%), 의사의 응답은 주치의(53.5%), 가족(43.7%) 순으로 나타났다. ‘입원 치료를 마치고 어디로 퇴원할 것인가를 누가 결정하는가?’에 대하여 환자는 환자 자신(48.0%) 또는 환자와 가족(42.0%) 이라고 응답하였고, 가족은 환자와 가족(56.0%) 그리고 환자(28.0%)라고 응답하였다. 간호사는 환자와 가족(60.0%) 그리고 환자(26.0%)라고 응답하였고, 의사는 환자와 가족(42.0%) 또는 가족(40.0%)이라고 응답하였다 ( $\chi^2 = 24.57, p < .001$ ). ‘퇴원 후에 환자를 돌볼 사람을 누가 결정하는가?’에 대하여 가족, 간호사와 의사는 제1위로 ‘환자와 가족’이라고 40.0-60.0%로 응답하였으며, 2위는 ‘가족’이라고 답하였으나 주목할 점은 환자 집단에서 많은 ‘환자 자신’이라고 응답하였다( $\chi^2 = 15.26, p = .018$ ) (Table 2).

Table 1. General Characteristics of Respondents

(N=200)

| Characteristics    | Categories            | Patient (N=50) | Family (N=50) | Physician (N=50) | Nurse (N=50)  |
|--------------------|-----------------------|----------------|---------------|------------------|---------------|
|                    |                       | n (%) or M±SD  | n (%) or M±SD | n (%) or M±SD    | n (%) or M±SD |
| Gender             | Male                  | 22 (44.0)      | 13 (26.0)     | 34 (68.0)        | 0 (0.0)       |
|                    | Female                | 28 (56.0)      | 37 (74.0)     | 16 (32.0)        | 50 (100.0)    |
| Age (year)         |                       | 49.4±13.0      | 41.2±12.2     |                  |               |
|                    | 20 - 29               | 6 (12.0)       | 9 (18.0)      | 21 (42.0)        | 25 (50.0)     |
|                    | 30 - 39               | 4 (8.0)        | 13 (26.0)     | 27 (54.0)        | 21 (42.0)     |
|                    | 40 - 49               | 13 (26.0)      | 12 (24.0)     | 2 (4.0)          | 3 (6.0)       |
|                    | 50 - 59               | 27 (54.0)      | 16 (32.0)     | - (0.0)          | 1 (2.0)       |
| Marital status     | Single                | 9 (18.0)       | 16 (32.0)     | 28 (56.0)        | 33 (66.0)     |
|                    | Married               | 41 (82.0)      | 34 (68.0)     | 22 (44.0)        | 17 (34.0)     |
| Children           | Have                  | 40 (80.0)      | 30 (60.0)     | -                | -             |
|                    | Have not              | 10 (20.0)      | 20 (40.0)     | -                | -             |
| Religion           | Protestantism         | 10 (20.0)      | 13 (26.0)     | 9 (18.0)         | 13 (26.0)     |
|                    | Catholicism           | 8 (16.0)       | 10 (20.0)     | 10 (20.0)        | 11 (22.0)     |
|                    | Buddhism              | 7 (14.0)       | 8 (16.0)      | 1 (2.0)          | 3 (6.0)       |
|                    | Others                | 3 (6.0)        | 0 (0.0)       | 0 (0.0)          | 2 (4.0)       |
|                    | None                  | 22 (44.0)      | 19 (38.0)     | 30 (60.0)        | 21 (42.0)     |
| Occupation         | None                  | 11 (22.0)      | 8 (16.0)      | -                | -             |
|                    | Civil servant/teacher | 2 (4.0)        | 5 (10.0)      | -                | -             |
|                    | Self-employed         | 14 (28.0)      | 11 (22.0)     | -                | -             |
|                    | Housewife             | 17 (34.0)      | 8 (16.0)      | -                | -             |
|                    | Student               | 1 (2.0)        | 6 (12.0)      | -                | -             |
|                    | Part-time             | 1 (2.0)        | 2 (4.0)       | -                | -             |
|                    | Others                | 4 (8.0)        | 10 (20.0)     | -                | -             |
| Area of specialty  | Medical               | -              | -             | 18 (36.0)        | 22 (44.0)     |
|                    | Surgical              | -              | -             | 32 (64.0)        | 28 (56.0)     |
| Bioethic education | Experienced           | -              | -             | 26 (52.0)        | 42 (42.0)     |
|                    | Have no experience    | -              | -             | 24 (48.0)        | 58 (58.0)     |

Table 2. Locus of Clinical Decision - making by Respondents

(N=200)

| Items                                           | Decision - maker | Patient (N=50) | Family (N=50) | Physician (N=50) | Nurse (N=50) | $\chi^2(p)$                                  |
|-------------------------------------------------|------------------|----------------|---------------|------------------|--------------|----------------------------------------------|
|                                                 |                  | n (%)          | n (%)         | n (%)            | n (%)        |                                              |
| About notice of cancer diagnosis                | Patient          | 21 (42.0)      | 7 (14.0)      | 8 (16.0)         | 11 (22.0)    | 29.39<br>( $<.001$ )                         |
|                                                 | Family           | 9 (18.0)       | 22 (44.0)     | 26 (52.0)        | 9 (18.0)     |                                              |
|                                                 | Patient & Family | 20 (40.0)      | 21 (42.0)     | 16 (32.0)        | 30 (60.0)    |                                              |
| About treatment options                         | Patient          | 16 (32.0)      | 11 (22.0)     | 16 (32.0)        | 18 (36.0)    | 31.05<br>( $<.001$ )<br>31.05<br>( $<.001$ ) |
|                                                 | Family           | 2 (4.0)        | 6 (12.0)      | 4 (8.0)          | 4 (8.0)      |                                              |
|                                                 | Patient & Family | 15 (30.0)      | 25 (50.0)     | 27 (54.0)        | 28 (56.0)    |                                              |
|                                                 | Physician        | 17 (34.0)      | 8 (16.0)      | 3 (6.0)          | -            |                                              |
| About final decision of critical situation      | Patient          | 37 (74.0)      | 32 (64.0)     | 42 (84.0)        | 46 (92.0)    | 5.98<br>(.112)                               |
|                                                 | Family           | 7 (14.0)       | 12 (24.0)     | 6 (12.0)         | 3 (6.0)      |                                              |
|                                                 | Physician        | 6 (12.0)       | 6 (12.0)      | 2 (4.0)          | 1 (2.0)      |                                              |
| Assistant of self-determination at final point* | Family           | 26 (43.3)      | 37 (51.4)     | 31 (43.7)        | 47 (56.0)    | †                                            |
|                                                 | Physician        | 33 (55.0)      | 31 (43.1)     | 38 (53.5)        | 25 (29.8)    |                                              |
|                                                 | Nurse            | 1 (1.7)        | 4 (5.6)       | 2 (2.8)          | 11 (13.1)    |                                              |
|                                                 | Others           | -              | -             | -                | 1 (1.2)      |                                              |
| A place to discharge                            | Patient          | 24 (48.0)      | 14 (28.0)     | 9 (18.0)         | 13 (26.0)    | 24.57<br>( $<.001$ )                         |
|                                                 | Family           | 5 (10.0)       | 8 (16.0)      | 20 (40.0)        | 7 (14.0)     |                                              |
|                                                 | Patient & Family | 21 (42.0)      | 28 (56.0)     | 21 (42.0)        | 30 (60.0)    |                                              |
| Primary care-giver                              | Patient          | 13 (26.0)      | 10 (20.0)     | 2 (4.0)          | 4 (8.0)      | 15.26<br>(.018)                              |
|                                                 | Family           | 17 (34.0)      | 17 (34.0)     | 24 (48.0)        | 16 (32.0)    |                                              |
|                                                 | Patient & Family | 20 (40.0)      | 22 (44.0)     | 24 (48.0)        | 30 (60.0)    |                                              |
|                                                 | Others           | -              | 1 (2.0)       | -                | -            |                                              |

\*Duplicable respondents; †Not calculated for significance.



### 3. 생명의료윤리에 대한 인지도

대상자의 생명의료윤리 인지에 대한 검증 결과 의학적 충고에 반한 사건, 연명치료, 가족의 연명치료경험, 사전의사결정에 대한 인지도는 대상자 별 분포차이가 유의하게 나타났다. 세부적으로 살펴보면, 의학적 충고에 반한 사건에 대한 인지도와 어떤 방법으로 알게 되었는지에 대해 환자와 가족은 '모른다'(60.0-70.0%)고 답하였지만 간호사와 의사는 그와 다르게 각각 30.0%와 4.0%만이 '모른다'고 응답하였다( $\chi^2 = 55.64, p < .001$ ). 연명치료를 대해서는 환자, 가족, 의사와 간호사 모두에서 1위가 '대중매체를 통해서'이고 의사와 간호사의 경우 '토론이나 세미나' 또는 '인터넷 검색'을 통해 알게 되었다고 하였다( $\chi^2 = 14.28, p = .003$ ). 가족이나 친지의 연명치료 경험에 대하여 환자와 가족은 10.0% 내외이지만 의사와 간호사는 20.0-30.0%였고( $\chi^2 = 11.38, p = .010$ ), 사전의사결정에 대하여 환자와 가족은 60.0% 이상이 인지하지 않았으나 의사와 간호사는 60.0% 이상에서 인지하는 것으로 나타났다( $\chi^2 = 19.51, p < .001$ ).

사전의사결정 중 '생전유언'에 포함되어야 할 항목으로는 '심폐소생술' 42.4-45.1%, '인공호흡기 적용' 37.8-43.5%, 마지막으로 '인공영양 및 수액투여' 14.1-18.8%로 응답하였다. 대상자 집단 별 사전의사결정의 합법화의 반대 비율은 10.0-15.0% 정도이며, 그 반대하는 이유를 살펴보면, 환자의 경우는 1) 환자에게 불안감을 주고 사기를 저하시켜 치료를 지연시켜서(6명), 2) 의사에 따라 정보제공 내용과 태도, 판단에 차이가 있어서(6명)라고 답하였고, 가족의 경우는 1) 의사에 따라 정보제공 내용과 태도, 판단에 차이가 있어서(10명), 2) 생명을 단축시키는 쪽으로 유도할 수 있다(9명)라고 답하였고, 간호사 경우는 1) 생명을 단축시키는 쪽으로 유도할 수 있어서(9명), 2) 신약 개발이 될 수 있기에(6명), 3) 의사에 따라 정보제공 내용과 태도, 판단에 차이가 있어서(6명), 그리고 의사의 경우에는 1) 생명을 단축시키는 쪽으로 유도할 수 있어서(7명), 2) 의사에 따라 정보제공 내용, 태도와 판단에 차이가 있어서(6명)로 각각 응답하였다.

국내에서 '회복 불가능한 환자'에 대해 무의미한 연명치료 중단에 관한 가족의 청구권에 관한 법 제정의 필요성 여부에 대해서 대상자 집단 모두 90.0-96.0%가 '필요하다'고 긍정적으로 응답하였으나 통계적으로 유의하지는 않았다(Table 3).

## 논 의

본 연구는 임상적 의사결정 상황에서 선택 및 결정권이 누구에게 있는가 그리고 생명의료윤리에 대한 환자, 가족, 간호사와 의사의 인지차이를 확인하고자 시도되었으며, 본 연구에서 나타난 결과를 타 연구 결과와 비교하여 논의하고자 한다.

먼저, 환자와 가족 및 의료진의 임상적 의사결정권에 대한 소재여

부에 대한 본 연구 결과를 살펴보면, 첫째, '암 진단을 누구에게 먼저 통고해야 하는가?'에 대하여 환자는 '가족'보다는 '환자 자신'에게 가장 먼저 암 진단명이 통고되어야 한다고 하였으며, 가족과 의사는 먼저 '가족'에게 그리고 간호사는 '환자와 가족'이라고 응답하였다. Johnston과 Smith<sup>3)</sup>는 환자들은 알 권리에 대하여 의료행위의 목적이나 결과, 다른 치료 방법에 대한 설명을 들어야 한다고 하였으며, Chun과 Park<sup>19)</sup> 연구에서도 환자는 알 권리가 있어서 직접 듣고 싶다고 하였다. 환자가 자신의 진단과 병의 진행, 예후 등에 관해 진실을 들을 경우 알 권리가 충족되어 치료를 견디고 좋은 결과를 가져오는데 도움이 되었으며, 우울, 불안과 두려움이 줄고 고통이 감소하였다.<sup>20)</sup> 이와 같이 최근의 선행 연구 결과와 본 연구 결과가 일치함을 알 수 있었으며, 암 진단 통고를 환자들이 가장 먼저 듣고 싶어하는 사실을 확인할 수 있었다. 이는 많은 환자들이 자신의 치료에 대해 주체가 되고 싶어한다고 생각해볼 수가 있다. 그러나, 가족을 중시하는 한국사회에서 연명치료중단, 임종 시 등의 생명의료윤리와 관련된 의사결정에 직면해야 하는 상황에서는 가족의 상호협력적인 문제해결 기능은 매우 중요하다.<sup>8)</sup> 본 연구에서와 같이 현실적으로 임상상황에서 가족들은 자신들이 먼저 듣고 싶어함으로써 의사들이 환자에게 진단 결과를 통고하려 해도 가족의 부정적 반응에 직면하게 된다.<sup>4)</sup> 실제로 가족은 고통 받고 있는 환자를 가장 잘 이해할 수 있기 때문에 환자와 가족 및 간호사와 의사의 입장이 다르기는 하지만 가족에 대한 고려가 있어야 한다고 생각한다.

둘째, '암 치료 방법 선택에 있어서 누가 치료 방법을 선택하고 결정해야 하는가?'에 대한 본 연구에서 환자의 응답은 '주치의와 환자 자신'이라고 하였으며 가족, 간호사와 의사의 응답은 '환자와 가족'이 함께 결정해야 한다고 하였다. Lee 등<sup>6)</sup>의 연구 결과에 따르면 암 환자의 의학적 의사결정에서 치료결정의 주체로 81.0%가 환자 자신 그리고 52.4%가 가족이라고 답하였다. 반면에 가족의 입장에서 보면 환자의 상태를 직접 알려 충격을 줄 수 있고 환자가 병을 낫는 데에 집중해야 하기 때문에 진료관련 의사결정은 가족이 해야 한다고 하였다.<sup>4)</sup> 그러므로 공유된 의사결정이 환자 만족도에 긍정적인 영향을 미친다고 예측한 선행 연구 결과와 같이,<sup>1,20)</sup> 환자 본인의 의사를 존중하는 것 가운데 가족과 협의를 거치는 것이 바람직한 것으로 보인다. 이러한 사실에서 환자와 가족이 동시에 치료결정의 주체가 되어야 할 것임을 보여주고 있다. 이는 무엇보다도 최선의 결정을 내리기 위해서는 의학적 지식을 가진 의사의 도움을 절실히 바란다는 것으로, 환자와 의료진간의 바람직한 관계가 이루어지지 않고 환자에 대한 설명동의가 잘 지켜지지 않는 상황에서 치료선택을 할 때 환자의 자기 결정권만 강조된다면 환자의 자율성은 무의미할 수 있다는 보고와 일맥상통 한다.<sup>6,22)</sup> 이러한 점에서 간호사와 의사 또한 치료결정권에 있어서 중요한 의미를 가진다고 할 수 있다. 실제

Table 3. Attitudes about Bioethic-related Issues by Respondents

(N=200)

| Issues on bioethic                                         |                                                               | Patient (N=50) | Family (N=50) | Physician (N=50) | Nurse (N=50) | $\chi^2$ or Fisher (p) |
|------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|----------------|---------------|------------------|--------------|------------------------|
|                                                            |                                                               | n (%)          | n (%)         | n (%)            | n (%)        |                        |
| About borame hospital episode                              | Unknown                                                       | 35 (70.0)      | 30 (60.0)     | 2 (4.0)          | 15 (30.0)    | -                      |
|                                                            | Knew a little via mass communication                          | 13 (26.0)      | 17 (34.0)     | 19 (38.0)        | 28 (56.0)    | (<.001)                |
|                                                            | Searched the details of the issue                             | 1 (2.0)        | 3 (6.0)       | 14 (28.0)        | 4 (8.0)      | -                      |
|                                                            | Discussed the issue through seminars                          | 1 (2.0)        | -             | 15 (30.0)        | 3 (6.0)      | (<.001)                |
| Recognition about life-sustaining treatment                | Unknown                                                       | 13 (26.0)      | 11 (22.0)     | 1 (2.0)          | 5 (10.0)     | 14.28                  |
|                                                            | Knew a little via mass communication                          | 35 (70.0)      | 35 (70.0)     | 27 (54.0)        | 32 (64.0)    | (.003)                 |
|                                                            | Searched the details of the issue                             | 2 (4.0)        | 3 (6.0)       | 8 (16.0)         | 10 (20.0)    | 14.28                  |
|                                                            | Discussed the issue through seminars                          | -              | 1 (2.0)       | 14 (28.0)        | 3 (6.0)      | (.003)                 |
| Experience of life-sustaining treatment                    | Experienced                                                   | 6 (12.0)       | 4 (8.0)       | 16 (32.0)        | 10 (20.0)    | 11.38                  |
|                                                            | Have no experience                                            | 44 (88.0)      | 46 (92.0)     | 34 (68.0)        | 40 (80.0)    | (.010)                 |
| Recognition of advanced directives                         | Recognized                                                    | 22 (44.0)      | 16 (32.0)     | 34 (68.0)        | 34 (68.0)    | 19.51                  |
|                                                            | No recognition                                                | 28 (56.0)      | 34 (68.0)     | 16 (32.0)        | 16 (32.0)    | (<.001)                |
| Ethical justification of advanced directives               | Justified                                                     | 38 (76.0)      | 38 (76.0)     | 44 (88.0)        | 44 (88.0)    | 4.88                   |
|                                                            | Unjustified                                                   | 12 (24.0)      | 12 (24.0)     | (12.0)           | 6 (12.0)     | (.181)                 |
| Need for legalization of advanced directives               | Need                                                          | 43 (86.0)      | 42 (84.0)     | 47 (94.0)        | 45 (90.0)    | 2.90                   |
|                                                            | Not need                                                      | 7 (14.0)       | 8 (16.0)      | 3 (6.0)          | 5 (10.0)     | (.408)                 |
| Applicability of advanced directives, when it is legalized | Applicable                                                    | 40 (80.0)      | 41 (82.0)     | 42 (84.0)        | 44 (88.0)    | 1.27                   |
|                                                            | Not applicable                                                | 10 (20.0)      | 9 (18.0)      | 8 (16.0)         | 6 (12.0)     | (.736)                 |
| Preferred methods of advance directives                    | Living will                                                   | 30 (60.0)      | 36 (72.0)     | 30 (60.0)        | 32 (64.0)    | 4.00                   |
|                                                            | Durable power of attorney                                     | 7 (14.0)       | 2 (4.0)       | 7 (14.0)         | 5 (10.0)     | (.677)                 |
|                                                            | Both of them                                                  | 13 (26.0)      | 12 (24.0)     | 13 (26.0)        | 13 (26.0)    |                        |
| Items applying at living will*                             | CPR                                                           | 37 (45.1)      | 39 (42.4)     | 41 (43.6)        | 47 (42.0)    | †                      |
|                                                            | Respirator                                                    | 31 (37.8)      | 40 (43.5)     | 36 (38.3)        | 44 (39.3)    |                        |
|                                                            | Tube-feeding & fluid infusion                                 | 14 (17.1)      | 13 (14.1)     | 17 (18.1)        | 21 (18.8)    |                        |
| Legislation on family claims                               | Necessary                                                     | 47 (94.0)      | 48 (96.0)     | 45 (90.0)        | 47 (94.0)    | 1.56                   |
|                                                            | Unnecessary                                                   | 3 (6.0)        | 2 (4.0)       | 5 (10.0)         | 3 (6.0)      | (.668)                 |
| Reasons against legislation of advance directives*         | Non-ethical                                                   | 2 (8.3)        | 7 (16.7)      | 2 (9.1)          | 2 (7.1)      | †                      |
|                                                            | Invalid at religious aspects                                  | 3 (12.5)       | 2 (4.8)       | 0 (0.0)          | 1 (3.6)      |                        |
|                                                            | Decreased patient's morale                                    | 6 (25.0)       | 5 (11.9)      | 5 (22.7)         | 4 (14.3)     |                        |
|                                                            | Concerns for induction to shortened life                      | 4 (16.7)       | 9 (21.4)      | 7 (31.8)         | 9 (32.1)     |                        |
|                                                            | Developing new drugs                                          | 3 (12.5)       | 8 (19.0)      | 2 (9.1)          | 6 (21.4)     |                        |
|                                                            | Differences of physician's judgment, information, & attitudes | 6 (25.0)       | 10 (23.8)     | 6 (27.3)         | 6 (21.4)     |                        |
|                                                            | Others                                                        | -              | 1 (2.4)       | -                | 0 (0.0)      |                        |

CPR = cardio-pulmonary resuscitator; \*Duplicable respondents; †Not calculated for significance.

의료적 의사결정과정에서는 대상자의 가치관과 자율성, 간호사와 의사의 의무와 역할, 그리고 의료적 의사결정에 참여하는 사람들의 범위와 참여 정도에 따라 달라지므로<sup>15,22)</sup> 간호사와 의사의 역할과 상호협동의 중요성을 강조하게 된다.

셋째, '환자와 가족이 서로 다른 의견을 가지고 있을 때 최종적 의사결정권한은 누구에게 있는가?'에 대하여 '환자에게 있는 것으로 대상자 집단 별로 64.0-92.0%가 응답하였다. 즉, 의사결정의 주체는 환자이며 환자의 동의가 중요하고 환자가 자유롭게 결정해야 하는 환자의 자율성과 깊은 상관이 있음을 알 수 있다. 이는 개인의 알 권리와 자기결정권이 부각되면서 의사결정의 참여 비중이 높아지고 있다는 Lee<sup>23)</sup>의 연구 결과와 유사하다. 반면에 최근 국외 연구에서

현재의 능력 기반의 법률과 관행은 다른 윤리 원칙에 해가 될 정도로 자율성을 과대평가하고 있어서, 균형 잡힌 윤리적인 접근방법을 위해서는 자율적 의사결정에 전적으로 환자의 권리만을 고려하는 게 아니라, 치료 및 그들간의 관계, 사회와의 상호 작용에 대한 환자의 권리를 고려해야 한다고 제안하고 있다.<sup>22)</sup> 다시 말해서, 의료적 의사결정과정의 중심이 환자에게 주어진다고 하더라도, 심각한 질병, 결과에 대한 상당한 불확실성 그리고 제시되는 다양한 치료선택에 대한 부담감은 환자 스스로 자기 결정을 회피하게 만들 수 있다는 중요한 의미를 생각해 볼 여지가 있다.<sup>7)</sup>

넷째, '최종 의료적 의사결정과정에서 환자의 자기결정을 조력하는 역할은 누구에게 있는가?'에 대해 네 집단 모두 '가족'(43.0-51.0%)

그리고 '주치의'(43.0-55.0%)라고 응답하였으나, 간호사의 경우 간호사 자신이 조력자 역할을 해야 한다고 13.1%에서 응답함으로써 환자의 안녕과 안위에 대한 책임감을 느끼고 있음을 시사하고 있다고 본다. 건강판단에 대한 생각이나 건강문제에 대해서 자기자신보다는 의사의 결정에 더 의존적인 것으로 나타난 Ahn 등<sup>3)</sup>의 연구결과와 유사하다. 임상현장에서 간호사들의 경험을 반영한 Jo<sup>10)</sup>의 보고에서 죽음이 임박한 상황에서는 적극적인 생명연장 치료를 탈피하고 삶의 질과 안위에 치중하는 완화적 접근으로 바꾸는 시기를 포착하는 것이 의료인과 환자, 가족 모두에게 도전이 된다고 하였다. 이는 어떤 치료가 환자의 결정에 가장 적절한지 시간을 두고 시기에 맞는 임상적 의사결정을 할 때 의사와 간호사는 환자와 가족 사이에서 시의 적절하게 대화를 주도할 책임이 있다고 보고한 연구들과 같이<sup>23-25)</sup> 우리나라에서도 간호사와 의사의 조력자로서 역할이 중요하다고 본다. 또한, 가족의 도움이 절대적으로 요구되는 상황에서 환자의 결정에 가족의 참여는 더없이 중요할 것이라고 생각한다. 왜냐하면 환자의 자기결정은 단순히 자신이 선택하는 것을 넘어서 다른 사람과 함께 그 선택과 영향력을 고려하고 생각하는 것으로 환자는 걱정과 두려움, 그리고 절망하고 당황한 상태에 빠져서 깊이 생각하지 못하거나 잘못된 판단을 하여 올바른 자율적 의사결정을 할 수가 없는 경우가 발생할 수 있기 때문이다. 이러한 경우에 가족은 환자가 자율적 의사결정을 할 수 있도록 도와주는 역할을 해야 한다.<sup>13)</sup> 환자가 자율적인 판단을 할 수 있는 능력은 의료진과 가족을 통해 더욱 강화될 수 있을 것이다.

다섯째, '입원 치료 후 퇴원할 장소를 누가 결정하는가?'에 대하여 환자 집단만이 제1위를 '환자 자신'이라고 응답하였으며, 나머지 세 집단은 '환자와 가족'을 1위로 선택하였다. 그러나 퇴원 후에 환자를 돌볼 사람을 누가 결정하는가에 대하여 네 집단 모두에서 제1위로 '환자와 가족'이 함께 결정해야 한다고 40.0-60.0%가 응답하였으며, 2위는 '가족'이라고 응답하였다. 지금까지 위에 제시한 보고들과는 다르게 환자 자신보다는 가족을 우선순위에 두고자 하는 것에 대하여 본 연구자는 선행 연구를 통해 유추해 보고자 한다. 간호요구의 측정시기와 대상자의 특성에 따라 차이가 있을 수 있으나 암 환자는 암이라는 만성질환에 대처하는 동안 환자 자신을 지지해 줄 수 있는 가족의 정서적 지지를 가장 필요로 하였다.<sup>26)</sup> 또한, 경제적 여건 등의 이유로 환자의 개인사정이나 가족의 경제적 부담,<sup>11)</sup> 돌봄의 책임감에 대한 가족의 부담감<sup>27)</sup> 등으로 환자 자신보다는 가족이 실제적인 부담을 가지고 있음을 보고하였다. 그러나 본 연구 결과는 퇴원장소와 퇴원 후의 돌보는 사람을 가족 결정에 맡기기 보다는 환자 자신이 결정하기를 바라고 있다. 이러한 결과는 가족에게 부담을 주지 않기 위한 것으로 해석되어, 가족 부담이 가족들에게 보다는 환자집단에서 매우 높게 나타난다는 보고와<sup>4)</sup> 유사함을 알

수 있다.

다음은 생명의료윤리에 대한 환자, 가족, 간호사와 의사의 인지도 검증 결과를 논의해 보고자 한다. 대한의사협회, 대한의학회, 대한병원협회(2009)가 연명치료 중지에 관한 지침을 제정한 바 있다. 연명치료란 말기환자의 상병원인을 직접 치료하거나 주된 병적 상태를 개선할 수는 없지만 생명을 연장할 수 있는 치료이며, 일반 연명치료와 특수 연명치료로 구분하고 있다. 일반 연명치료는 생명유지에 필수적이지만 전문적인 의학 지식이나 의료 기술, 특수한 장치가 필요하지 않은 치료로써, 예를 들면 관 급식, 수분 및 산소 공급, 체온유지, 배변과 배뇨 조력, 진통제 투여, 욕창 예방, 일반 항생제 투여 등이 속한다. 특수 연명치료는 생명유지를 위해서 고도의 전문적인 의학지식과 의료기술, 특수한 장치가 반드시 필요한 치료로써, 심폐소생술, 인공호흡기 적용, 혈액투석, 수혈, 장기이식, 항암제 투여, 고 단위 항생제 투여 등이 속한다.<sup>28)</sup> 본 연구에서 의학적 충고에 반한 사건에 대한 인지도에서 환자와 가족은 60.0-70.0%, 간호사는 30.0%, 의사는 4.0%가 모른다고 하였는데, 이는 의료진에게는 의학적 충고에 반한 퇴원(discharge against medical advice, DAMA)으로 사법부가 유죄판결을 내렸다는 점에서 국내 의료계에 큰 파장을 일으켰기 때문에 환자와 가족들보다는 간호사와 의사의 인지도가 높게 나타났다고 생각한다. 따라서, 국내에서 '회복 불가능한 환자'에 대해 무의미한 연명치료 중단에 관한 가족의 청구권에 관한 법 제정의 필요성에 대하여 네 집단 모두 90.0-96.0%가 '필요하다'고 응답한 것은 최근 국내에서 제기된 여러 연명치료 중단에 대한 이슈가 공론화되고 있기 때문이라고 생각된다. 본 연구에서 뇌사, 말기 암 환자 및 치료 불가능한 환자의 연명치료에 대해 알고 있다는 응답률은 환자와 가족 70.0%, 간호사 90.0%, 의사 98.0% 이상으로 집단별 유의한 차이가 있었다. 대부분이 대중매체를 통해서 알게 되었고 간호사와 의사는 인터넷 검색이나 세미나를 통하여서도 알게 되었다고 답하였다. Hong과 Kim<sup>29)</sup>이 노인들을 대상으로 조사한 연구에서는 연명치료라는 용어를 26.9%의 노인만이 들어봤다고 했으며, '연명치료란 회복이 불가능한 사망의 단계에서 생명을 연장시키기 위하여 이루어지는 치료를 말한다'라는 지식 문항 정답률은 47.0%, 전체 지식 정답률은 39.3%로 상당히 낮은 것으로 보고하였다. 이는 본 연구와 Hong과 Kim<sup>29)</sup>의 연구 대상자, 측정도구, 평가 영역과 방법이 달라 직접 비교는 어렵지만, 본 연구 결과의 응답률이 매우 높은 수준이라고 할 수 있는데 그 이유는 본 연구 대상자가 노인대상은 아니기 때문이라고 생각한다.

사전의료지시서(Advanced Directives)는 주로 만성 질환자가 말기 상황에 처할 때에 그 효력이 발생하며, 여기에는 Do Not Resuscitate (DNR), 의료적 권한 대행인, 생존 시 유언장(Living will)이 포함된다. 본 연구에서는 사전의료지시서에 대해 간호사와 의사가 환자와 가



족의 두 배 정도(68.0%)로 인식하고 있었으며, Hong과 Kim<sup>29)</sup>의 연구에서는 '사전의료지시서'라는 용어를 10.1%의 노인이 들어본 적이 있다고 보고하여 본 연구 결과에서 훨씬 높은 인지도를 보이고 있다. 또한 Hong과 Kim<sup>29)</sup>의 연구에서 노인대상자 79.9%가 사전의료지시서 관련 지식을 묻는 항목 중 '환자는 치료를 허락하거나 거절할 권리가 있다'에 응답하였는데, 본 연구에서 사전의료지시서가 합법화되면 환자, 가족, 간호사와 의사 80.0% 이상에서 수행하겠다고 보고한 것과는 유사한 맥락이라고 할 수 있겠다.

본 연구의 네 집단 모두에서 사전의료지시서의 법제화의 필요성을 대부분 인지하였고(84.0-90.0%), 사전의료지시서의 윤리적 정당성에 대해서도 상당수가 '그렇다'고 응답하였으며(76.0-88.0%), 환자와 가족보다는 간호사와 의사의 응답률이 더욱 높았다. 이는 Shin 등<sup>29)</sup>의 사법연수생과 의사의 인지도 비교연구에서 사전의료지시서의 정당성에 대해 79.7%, 법제화에 대해 83.6%, 합법화 시행에 대해 75.6%가 긍정적으로 응답하여, 두 연구 결과가 서로 크게 비교될 만큼 차이가 나지는 않았다.

본 연구에서 생전유언에 포함될 내용으로는 제1순위가 심폐소생술이었고, 다음으로 인공호흡기 적용, 인공영양 및 수액투여 순으로 응답하였다. 이는 말기암 환자와 의사를 대상으로 한 선행 연구<sup>4)</sup>와 비교해 볼 때, 본 연구에 비해 사전의료지시서에 대한 인지도는 매우 낮았으나 환자는 95.5%, 의사는 97.9%가 사전의료지시서를 찬성하였으며, 환자 63.4%와 의사 77.3%가 본인이 의사결정을 할 수 없는 상황일 때를 대비한 의료적 권한 법정대리인 지정에 찬성하여 본 연구에서 '생전유언'을 선택한 것과는 다른 결과를 보여주고 있다. 또한, 환자 100%와 의사 96.9%가 말기 상황일 경우에 가능한 편안하게 사망할 수 있도록 자신에게 시행되는 모든 치료를 중단하거나 보류하기를 원하고 있어,<sup>30)</sup> 본 연구에서 생전유언에 심폐소생술, 인공호흡기, 인공영양 및 수액투여에 대한 여부를 기록하겠다는 결과와 차이를 보이고 있다. 이는 본 연구의 연구 대상자는 암 환자와 가족이며 Sun 등<sup>30)</sup>의 연구 대상자는 말기암 환자로 사전의료지시서에 대한 찬성률이 더욱 높았던 것으로 생각해 볼 수 있다.

본 연구에서 사전의료지시서의 합법화 반대 이유에 대해 환자와 가족의 경우에 환자에게 불안감을 주고 사기를 저하시켜 치료를 지연시키고 그리고 의사에 따라 정보제공 내용과 태도, 판단에 차이가 있을 수 있다고 하였으며, 간호사와 의사의 경우에는 생명을 단축시키는 쪽으로 유도가 가능성이 있고, 그리고 의사에 따라 정보제공 내용, 태도와 판단의 차이가 있을 수 있어서 반대하는 이유라고 응답하였다. 이는 사전의료지시서에 대한 사법연수원생과 전공의 및 수련의를 대상으로 한 Shin 등<sup>18)</sup>의 연구에서 사전의료지시서의 합법화 반대 이유는 '의사의 판단에 차이가 있을 수 있다'는 본 연구 결과와 동일한 응답을 하였으며, 그 외의 반대이유로는 임종

당시 환자의 의향이 바뀔 수 있다는 의견이 있었다.

사전의사지시서 제도가 아직은 사회적 및 법적 합의가 없어서 체제적 정립이 되지 못하고 있는 현시점에서 이상의 여러 생명의료윤리와 관련된 쟁점이 해결될 수 있는 방안을 모색해볼 필요가 있겠다. 즉, 사전의료지시서가 법제화되기 이전에 객관적인 학회나 병원 중심의 집단적 의사결정과정을 고려해 볼 필요성이 있다고 보며, 이러한 객관성 확보기전으로 병원윤리위원회 제도를 제시한 연구<sup>4,18)</sup>를 들 수가 있겠다. 병원윤리위원회는 의사결정을 조력하거나 중재할 수 있는 체계로써 제안된 것이므로<sup>2)</sup> 개별사례에 대한 심의 및 권고를 할 수 있고, 환자, 가족, 간호사와 의사에게 상담과 자문을 통해 도와줄 수 있다. 따라서, 사전의료지시서가 보편적이고 합법적인 의료제도화로 된다면 인생의 마지막 순간에 존엄성을 유지할 수 있는 선택을 할 수 있을 것이다.

이상에서 본 연구는 환자, 가족, 간호사와 의사의 임상적 의사결정과 생명의료윤리에 대한 인지도를 조사하였으며, 환자, 가족, 간호사와 의사의 의견을 조사하여 종합하였는데 의의가 있다고 본다. 그러나 본 연구의 제한점으로 문헌고찰과 전문가의 내용 타당성을 검증하여 구성한 설문지나 문항의 특성상 신뢰도를 구할 수가 없어 신뢰도 검증이 이루어지지 않았다. 따라서, 본 연구 결과를 토대로 신뢰도와 타당도가 검증된 새로운 도구개발이 절실하다.

## 결론 및 제언

본 연구는 임상적 의사결정 상황에서 선택 및 결정권이 환자, 가족, 간호사와 의사 중 누구에게 있는가 그리고 생명의료윤리에 대한 환자, 가족, 간호사와 의사 간의 인지도를 조사하였다. 구조화된 설문을 통해 '암 진단을 누구에게 먼저 통고 해야 하는가', '암 치료 방법 선택에 있어서 누가 치료 방법을 선택하고 결정해야 하는가', '최종적 의사결정권이 누구에게 있다고 생각하는가'에 대해 살펴본 결과, 환자는 '환자자신'이라고 하였으며, 가족들은 '환자와 가족'이 우선이라고 하였지만, 최종적 의사결정권에 있어서는 환자와 가족 모두에서 '환자에게 최종적 의사결정권이 있는 것으로 보고되었다. 환자의 자기결정 조력자 역할에서는 가족과 의사 미약하게나마 간호사가 포함되어 있었다. 퇴원을 결정하고 돌볼 사람에 대한 결정 등은 결국 환자와 가족이라고 나타났다.

생명의료윤리와 관련하여 의학적 충고에 반한 사건에 대한 인지도, 뇌사, 말기암 환자 및 치료 불가능한 환자의 연명치료에 대한 인지도, 가족이나 친지의 연명치료 경험 유무, 사전의사결정에 대한 인지 여부가 통계적으로 유의한 분포도의 차이를 보였다. 연명치료에 대한 인지도는 환자와 가족의 경우에는 매우 낮았으며 사전의사결정에 대한 인지도 역시 낮았다. 그러나 사전의사결정에 관하여 설



명 후 사전의사결정을 실행하겠다고 응답한 경우는 80.0% 이상이 었다. 사전의사결정 종류 중에서는 대리인 지정 보다는 생전유언을 선호하였다. 연명치료 중단에 대한 가족의 청구권은 필요하다고 90.0% 이상이 응답하였다.

결론적으로 각각의 환자와 가족들은 저마다 의사결정에 대한 참여 선호의 수준이 다양하지만 결국은 환자가 최선의 선택을 해야 한다는 사실에는 다른 선행 연구와 유사한 맥락이다. 우리나라 사람들은 가족의 역할에 중요한 의미를 부여하고 의료적 의사결정을 공유하는 것에 관심이 있다고 볼 수 있다. 즉, 환자가 충분히 이해할 수 있도록 간호사와 의사가 임상적 의사결정과정에 단순히 환자 에게 정보만 제공하는 역할을 넘어 의사결정과정에 참여하는 기회를 제공하고, 의사결정에서 환자의 총체적인 삶을 고려하여 소통하기 위해 가족의 의사를 반영하여 환자와 가족이 함께 치료결정을 하도록 해야 한다.

그러나 본 도구는 문헌고찰과 전문가의 내용 타당성을 검증하여 구성된 설문지이나 문항의 특성상 신뢰도를 구할 수가 없어 도구의 제한점을 갖는다. 따라서, 본 연구 결과를 토대로 추후 연구에서는 도구개발이 필요하며, 표본수를 확대한 반복 연구와 실제 의사결정을 한 경험을 확인하기를 제안한다.

## REFERENCES

- Suh WS, Lee CK. Impact of shared-decision making on patient satisfaction. *J Prev Med Public Health*. 2010;43(1):26-34.
- Lee HJ. The practical model of medical decision making: interaction with three main forces (Patient-Doctor-Society). *Korean J Med Ethics*. 2013;16(1):59-76.
- Johnston B, Smith N. Nurses and patients perceptions of expert palliative nursing care. *J Adv Nurs*. 2006;54(6):700-9.
- Kwon I, Koh YS, Yun YH, Heo DS, Seo SY, Kim HC, et al. A study of the attitudes of patients, family members, and physicians toward the withdrawal of medical treatment for terminal patients in Korea. *Korean J Med Ethics*. 2010;13(1):1-16.
- Ahn SH, Kim YS, Yoo MS, Bang KS. A patient's right to know and self-determination. *Korean J Med Ethics*. 2009;12(2):153-64.
- Lee SM, Kim SH, Lee HS. The process of medical decision-making for cancer patients. *Korean J Med Ethics*. 2009;12(1):1-14.
- Kim JK. Shared decision-making as a model of medical decision-making. *Korean J Med Ethics Educ*. 2008;11(2):105-18.
- Jo KH, An GJ, Kim GM. Future changes and directions for the construction of medical decision-making system in Korea: focused on delphi surveys. *Korean J Med Ethics*. 2011;14(2):131-44.
- Yun YH, Lee CG, Kim SY, Lee SW, Heo DS, Kim JS, et al. The attitudes of cancer patients and their families toward the disclosure of terminal illness. *J Clin Oncol*. 2004;22(2):307-14.
- Baile WF, Lenzi R, Parker PA, Buckman R, Cohen L. Oncologists' attitudes toward and practices in giving bad news: an exploratory study. *J Clin Oncol*. 2002;20(8):2189-96.
- Jo KH. Nurses' conflict experience toward end-of-life medical decision-making. *J Korean Acad Adult Nurs*. 2010;22(5):488-98.
- Lee HK, Shin JS. Relationships among ethical dilemma experienced by nurses, burnout and coping. *Korean J Med Ethics*. 2012;15(3):339-54.
- Lee SM. Patient and family determination in medical decision-making. *Korean J Med Ethics*. 2009;12(4):323-34.
- Jo KH, An GJ, Kim GM. A factor analysis of the impediments to end-stage medical decision-making as perceived by nurses and physicians in south Korea. *Korean J Med Ethics*. 2011;14(4):427-42.
- Jo KH, An GJ, Kim GM. Development of Korean shared medical decision-making model for dignified dying based on King's theory. *Korean J Med Ethics*. 2012;15(2):184-205.
- Han SS. The nature of ethical dilemmas and decision making in hospital nursing practice. [dissertation]. Seoul: Seoul National Univ.; 1992.
- Reem JS. Biomedical ethics and ethical theory. *Korean J Med Ethics*. 1998;1(1):1-20.
- Shin YT, Lee IH, Kim SH, Lee HI. An analysis of attitudes toward advance directives among judicial apprentices and medical trainees. *Korean J Med Ethics*. 2008;11(1):23-36.
- Chun IH, Park K. Patient's cognition toward the disclosure of cancer diagnosis. *Asian Oncol Nurs*. 2013;13(2):59-66.
- Tuckett AG. Truth-telling in clinical practice and the arguments for and against: a review of the literature. *Nurs Ethics*. 2004;11(5):500-13.
- Loh A, Simon D, Wills CE, Kriston L, Niebling W, Harter M. The effects of a shared decision-making intervention in primary care of depression: a cluster-randomized controlled trial. *Patient Educ Couns*. 2007;67(3):324-32.
- Lepping P, Raveesh BN. Overvaluing autonomous decision-making. *Br J Psychiatry*. 2014;204:1-2.
- Briggs L, Colvin E. The nurse's role in end-of-life decision-making for patients and families. *Geriatr Nurs*. 2002;23(6):302-10.
- Royak-Schaler R, Gadalla SM, Lemkau JP, Ross DD, Alexander C, Scott D, editors. Family perspectives on communication with healthcare providers during end-of-life cancer care. *Oncol Nurs Forum*. 2006;33(4):753-60.
- Surbone A. Telling the truth to patients with cancer: what is the truth? *Lancet Oncol*. 2006;7(11):944-50.
- Ham MY, Choi KS, Eun Y, Kwon IS, Ryu EJ. Demands of illness in cancer patients in outpatient settings. *Asian Oncol Nurs*. 2001;1(2):147-56.
- Choi ES, Kim KS. Experiences of family caregivers of patients with terminal cancer. *J Korean Acad Nurs*. 2012;42(2):280-90.
- Koh YS, Heo DS, Yun YH, Moon JL, Park HW, Choung JT, et al. Characteristics and issues of guideline to withdrawal of a life-sustaining therapy. *J Korean Med Assoc*. 2011;54(7):747-57.
- Hong SW, Kim SM. Knowledge regarding advance directives among community-dwelling elderly. *J Korean Acad Soc Nurs Edu*. 2013;19(3):330-40.
- Sun DS, Chun YJ, Lee JH, Gil SH, Shim BY, Lee OK, et al. Recognition of advance directives by advanced cancer patients and medical doctors in hospice care ward. *Korean J Hosp Palliat Care*. 2009;12(1):20-6.