

간호사와 의사의 죽음불안과 임종치료 선호도*

조경희**, 박용경***, 서순림****

요약

본 연구는 간호사와 의사의 죽음불안과 임종치료 선호도를 파악하고 비교하기 위하여 시행되었다. 연구 대상자는 대구시 일개 상급종합병원에 근무하는 간호사와 의사 225명이었다. 간호사의 죽음불안은 의사보다 유의하게 높았다($p < .001$). 간호사는 타인의 죽어가는 과정에 대한 불안, 의사는 타인의 죽음에 대한 불안이 가장 높게 나타났고, 자신이 죽어가는 과정에 대한 불안은 간호사와 의사 모두에서 가장 점수가 낮았다. 임종치료 선호도는 간호사와 의사 간에 유의한 차이가 없었다($p > .05$). 임종치료 선호도 중 통증 영역이 간호사, 의사 모두에서 가장 높게 나타났고, 의료인에 의한 의사결정 영역이 간호사와 의사 모두에서 가장 낮았다. 간호사와 의사는 죽음불안 및 임종치료 선호도 차이점과 유사점을 서로 이해하여 협력하고 공감하며 최상의 치료방향을 결정해야 한다.

색인어

죽음, 불안, 임종치료, 치료 선호도, 간호사, 의사

교신저자: 박용경, 경일대학교 간호대학 간호학과. Tel: 053-600-5671, Fax: 053-600-5679, e-mail: ykpark@kiu.kr

* 이 논문은 제1저자 조경희의 석사학위논문을 수정하여 작성한 것임.

** 경북대학교병원 간호부 *** 경일대학교 간호대학 **** 경북대학교 간호대학

I. 서론

1. 연구의 필요성

우리나라의 평균수명은 여자 86.2세, 남자 79세로[1], 의료기술의 발달과 문화수준의 향상으로 평균수명은 지속적으로 증가하고 있다[2]. 65세 이상 노인이 사망하는 경우 74.7%가 의료기관에서 사망하여[3] 대다수의 환자가 병원에서 임종을 맞이하고 있다. 좋은 죽음이란 죽음을 인생의 자연스런 과정으로 받아들이고 죽음과정의 고통을 완화하여 죽는 날까지 생기 있게 지내는 것이다[4]. 하지만 연명치료의 명확한 기준이 없어 임종기 환자에서도 무의미한 연명치료가 시행되고, 희생 가능성이 희박한 상황에도 연명치료로 생명이 연장되고 있다[5]. 임종을 앞둔 환자들을 돌보고 관리하는 역할이 점차 가족에서 의료기관으로 옮겨와[6] 간호사와 의사는 임종환자에 노출이 많아졌다. 간호사와 의사는 자연스럽게 자신과 대상자의 죽음을 생각하게 되고 이에 따라 죽음불안이 높아질 수 있다[7]. 죽음불안은 임종을 앞둔 환자를 돌보면서 육체적인 피로, 환자를 살릴 수 없다는 무력감, 보상 없는 헌신과 절망감 등과 같은 심리적인 고통을 말한다[8]. 죽음불안이 높은 경우 임종환자를 대할 때 두려움, 불안, 위축 등의 부정적 방어 기전을 사용하게 되고 환자에게 부정적 영향을 주므로[7,9] 의료진의 죽음불안을 낮출 필요가 있다.

임종치료 선호도는 자신의 의학적 상태가 치료 불가능한 임종기에 어떠한 내용의 연명치료를 원하는지 개인의 선호를 밝히는 것이다[10]. 그러나 의료현장에서는 예견된 죽음 앞에서 심폐소생술과 같은 처치로 임종을 지연시키는 경우가 많다[11]. 또 환자 본인이 아닌 의료인과 가족이 임종 전 의사결정의 주체가 되는 경우가 많다[12].

이는 임종치료 의사결정 대부분이 환자의 상태가 악화된 후 본인이 의사결정을 할 수 없는 시기에 이루어지기 때문이다[13]. 그러므로 의료인의 임종치료에 대한 태도와 가치관은 환자 치료와 의사결정에 중요한 영향 요인이고[14] 임종치료 선호도에 대한 의료인의 자기인식이 중요하다[15]. 특히 임종기 환자와 가장 가까이 접하는 사람은 간호사와 의사로 그 가치관이 임종 환자의 좋은 죽음과 삶의 질에 영향을 미치므로[16] 간호사와 의사의 임종치료 선호도를 파악해 볼 필요가 있다. 그러나 간호사와 의사를 대상으로 한 임종치료 선호도에 대한 연구가 미흡한 실정이다. 이에 본 연구는 간호사와 의사의 죽음불안과 임종치료 선호도를 조사하고 비교하여 임상현장에 기초자료를 제공하고자 한다.

2. 연구 목적

본 연구는 간호사와 의사의 죽음불안과 임종치료 선호도를 비교 파악하기 위함이며 구체적인 목적은 다음과 같다.

- 간호사와 의사의 죽음불안과 임종치료 선호도를 파악한다.
- 간호사와 의사의 죽음불안과 임종치료 선호도를 비교한다.
- 간호사와 의사의 일반적 특성에 따른 죽음불안과 임종치료 선호도를 비교한다.

II. 대상 및 방법

1. 연구 설계

본 연구는 간호사와 의사의 죽음불안과 임종치료 선호도를 비교하기 위한 서술적 조사 연구이다.

2. 연구 대상

본 연구는 대구시 일개 상급종합병원에 근무하는 간호사와 의사를 연구 대상으로 하였다. 연구에 필요한 대상자수를 선정하기 위해 G*Power 3.1.7을 이용하였다. 표본수 산출 시 유의수준 .05, 검정력 .95, 효과크기 .50, allocation ratio N2 (의사)/N1 (간호사) 1/2을 하여 t-test를 실시할 때 필요한 최소 표본 크기를 산출하였다. 최소 표본수는 198명(간호사 132명, 의사 66명)이었다. 이를 기준으로 본 연구에서 탈락률을 고려해 총 235명을 연구 대상으로 임의 표집하였고, 임종기 환자를 간호(치료)하지 않는 병동과 내외과 의사는 대상자 선정에서 제외하였다. 총 235명의 자료가 수집되었으나, 이중 불완전하게 작성된 설문지 및 중도 포기자 10명을 제외한 간호사 150명, 의사 75명을 최종결과 분석에 사용하였다.

3. 연구 도구

1) 죽음불안

죽음불안은 콜레트(Collett)와 레스터(Lester) [17]가 개발한 죽음불안 도구(Fear of Death Scale)를 서혜경[18]이 번안한 도구로 측정하였다. 이 도구는 총 36문항으로 4개의 하부 영역(자신의 죽음에 대한 불안 9문항, 자신이 죽어가는 과정에 대한 불안 6문항, 타인의 죽음에 대한 불안 10문항, 타인의 죽어가는 과정에 대한 불안 11문항)으로 구성되어 있다. 긍정 문항은 '전혀 그렇지 않다' 1점에서 '매우 그렇다' 5점 척도로 측정하였고, 부정 문항은 역산하였다. 점수가 높을수록 죽음불안이 높음을 의미한다. 서혜경[18]의 연구에서 도구의 신뢰도는 Cronbach's alpha .80이었고, 본 연구에서는 .84였다.

2) 임종치료 선호도

임종치료 선호도는 고티에(Gauthier)와 프로만(Froman) [19]이 개발한 임종치료 선호도 도구(Preference for Care Near the End of Life Scale, PCEOL)를 이윤정과 김신미[10]가 표준화한 한국판 임종치료 선호도 도구(PCEOL-K)로 측정하였다. 이 도구는 총 26문항으로 5개의 하부 영역(자율적 의사결정 8문항, 의료인에 의한 의사결정 4문항, 영성 6문항, 가족 5문항, 통증 3문항)으로 구성되어 있다. 긍정 문항은 '매우 아니다' 1점에서 '매우 그렇다' 5점의 5점 척도로 측정하였고, 부정 문항은 역산하였다. 점수가 높을수록 해당 영역 내용을 선호함을 의미한다. 이윤정과 김신미[10]의 연구에서 도구의 신뢰도는 자율적 의사결정 .77, 영성 .77, 가족 .68, 의료인에 의한 의사결정 .53, 통증 .47이었고, 본 연구에서는 .92였다.

4. 자료수집 방법

본 연구는 경북대학교 임상윤리심의위원회(IRB no.: KNUH 2015-07-027) 승인을 받았다. 연구자가 대구시 상급종합병원 간호부, 내외과 의국장, 인턴장에게 연구 목적을 설명한 후 자료수집 승낙을 받고, 참여 대상자들에게 연구의 목적과 내용, 익명보장, 철회가능, 불이익과 무해 등을 구두와 서면으로 설명하였다. 연구 참여에 서면 동의한 235명을 대상으로 2015년 8월 26일부터 9월 10일까지 설문조사하였다. 소요시간은 약 10~15분이었고, 응답자에게 소정의 사례품을 제공하였다.

5. 자료분석 방법

수집된 자료는 SPSS/Win 18.0 프로그램(IBM

Co., Armonk, NY, USA)을 이용하여 분석하였다. 대상자의 일반적 특성과 죽음불안, 임종치료 선호도 등은 기술통계로, 일반적 특성에 따른 하위 영역 점수, 죽음불안 및 임종치료 선호도의 집단 간 비교는 t-test와 ANOVA로 분석하였다.

III. 결과

1. 대상자의 일반적 특성

대상자 225명 중 간호사는 66.7%, 의사는 26.3%였다. 간호사는 20대와 30대가 각각 36%였고 기혼이 52%였다. 임상경력은 평균 11.64±9.81년, 5년 미만 30%, 10~19년 25.3%였다. 임종

기 환자 간호경험은 76%가 있다 하였고, 63.3%가 3년 이내 가족·친지의 임종경험이 없었다. 의사는 30대 56%, 20대 34.7% 순이었고, 남자 64%, 미혼 57.3%였다. 임상경력은 평균 3.97±6.13년이었고 5년 미만이 77.3%로 가장 많았다. 81.3%가 임종기 환자 치료경험이 있었고, 3년 이내 가족·친지의 임종경험이 없었던 대상자가 62.7%였다<Table 1>.

2. 간호사와 의사의 죽음불안 비교

대상자의 죽음불안은 간호사 114.28±15.09점, 의사 108.28±16.43점으로 유의한 차이가 있었다(t=3.64, p<.001). 하부 영역은 죽어가는 과정에

<Table 1> General Characteristics of Participants

(N=225)

Characteristic	Category	Total		Nurses (n=150)		Physicians (n=75)		
		Mean±SD	n	%	Mean±SD	n	%	Mean±SD
Age (yr)		33.94±8.57		34.89±9.51		32.05±5.93		
	<30		54	36.0		26	34.7	
	30~39		54	36.0		42	56.0	
	≥40		42	28.0		7	9.3	
Gender	Male		8	5.3		48	64.0	
	Female		142	94.7		27	36.0	
Marital status	Single		72	48.0		43	57.3	
	Married		78	52.0		32	42.7	
Career (yr)	<5	9.08±9.47	45	30.0	11.64±9.81	58	77.3	3.97±6.13
	5~9		31	20.7		7	9.4	
	10~19		38	25.3		6	8.0	
	≥20		36	24.0		4	5.3	
Caring experience for dying person	No		36	24.0		14	18.7	
	Yes		114	76.0		61	81.3	
Experience of acquaintances death	No		95	63.3		47	62.7	
	Yes		55	36.7		28	37.3	

SD : standard deviation.

대한 불안($t=3.84, p<.001$), 타인의 죽음에 대한 불안($t=3.13, p=.002$), 타인의 죽어가는 과정에 대한 불안($t=3.86, p<.001$)에서 간호사와 의사 간의 유의한 차이가 있었다<Table 2>.

3. 간호사와 의사의 임종치료 선호도 비교

임종치료 선호도는 간호사 3.00 ± 0.33 점, 의사 2.99 ± 0.38 점으로 유의한 차이가 없었다($p>.05$). 하부 영역은 자율적 의사결정($t=-3.56, p<.001$), 의료인에 의한 의사결정($t=-2.63, p=.009$), 영성($t=5.00, p<.001$), 통증($t=3.97, p<.001$)에서 간호

사와 의사 간의 유의한 차이가 있었다<Table 3>.

4. 일반적 특성에 따른 간호사와 의사의 죽음불안 비교

일반적 특성 중 30대($t=3.19, p=.002$), 여성($t=3.50, p<.001$), 미혼($t=2.80, p=.006$), 기혼($t=2.11, p=.037$), 석사과정 이상($t=2.91, p=.004$), 무교($t=2.21, p=.029$), 유교($t=2.87, p=.005$), 임상경력 5년 이상 10년 미만($t=3.16, p=.003$), 외과계($t=3.32, p=.001$), 말기 환자 간호(치료)경험($t=4.06, p<.001$), 가족 및 친지 임종경험 없는 경우($t=3.93, p<.001$)에 간호사와

<Table 2> Comparison of Death Anxiety in Participants (N=225)

Death anxiety	Nurses (n=150)	Physicians (n=75)	t	p
	Mean±SD	Mean±SD		
Death of self	28.60±4.61	28.01±5.47	0.84	.399
Dying of self	20.91±2.58	19.48±2.73	3.84	<.001**
Death of others	32.19±3.79	30.51±3.81	3.13	.002*
Dying of others	32.58±4.11	30.28±4.42	3.86	<.001**
Total	114.28±15.09	108.28±16.43	3.64	<.001**

SD : standard deviation.

* $p<.05$, ** $p<.001$.

<Table 3> Comparison of PCEOL-K in Participants (N=225)

PCEOL-K	Nurses (n=150)	Physicians (n=75)	t	p
	Mean±SD	Mean±SD		
Autonomous decision making	2.46±0.75	2.84±0.76	-3.56	<.001**
Decision making by health care professional	2.17±0.64	2.41±0.64	-2.63	.009*
Spirituality	3.60±0.58	3.09±0.78	5.00	<.001**
Family	3.35±0.64	3.30±0.66	0.55	.583
Pain	3.73±0.50	3.44±0.53	3.97	<.001**
Total	3.00±0.33	2.99±0.38	0.14	.889

PCEOL-K : Preference for Care Near the End of Life-Korean version.

* $p<.05$, ** $p<.001$.

의사 간의 유의한 차이가 있었다<Table 4>.

5. 일반적 특성에 따른 간호사와 의사의 죽음불안 하부 영역 비교

간호사와 의사의 타인의 죽음에 대한 영역

은 연령 ($F=5.31, p=.022$), 결혼상태 ($F=9.26, p=.003$), 임상경력 ($F=6.50, p=.011$), 3년 이내 가족·친지의 임종경험 ($F=8.00, p=.005$)에서 유의한 차이가 있었다. 타인의 죽어가는 과정에 대한 영역은 연령 ($F=5.31, p=.022$), 결혼상태 ($F=9.26, p=.003$), 임상경력 ($F=6.50, p=.011$), 3년 이내 가

<Table 4> Death Anxiety by General Characteristics

(N=225)

Characteristic	Category	Nurses (n=150)		Physicians (n=75)		t	p
		Mean±SD	t/F (p)	Mean±SD	t/F (p)		
Age (yr)	<30	3.18±0.35	0.60 (.618)	3.04±0.24	1.19 (.319)	1.75	.083
	30~39	3.17±0.28		2.95±0.38		3.19	.002*
	40~49	3.23±0.37		3.19±0.43		0.19	.849
	≥50	3.10±0.21		3.20±0.42		-0.67	.510
Gender	Male	3.06±0.38	-1.10 (.274)	3.00±0.41	-0.41 (.685)	0.38	.708
	Female	3.18±0.31		3.03±0.19		3.50	<.001**
Marital status	Single	3.14±0.31	-1.37 (.172)	2.97±0.33	-1.18 (.242)	2.80	.006*
	Married	3.21±0.32		3.06±0.36		2.11	.037
Education	Diploma	3.14±0.32	0.41 (.668)	-	-	-	-
	Bachelor	3.19±0.34		3.00±0.37	-0.06 (.957)	1.67	.100
	≥Master	3.18±0.27		3.01±0.34		2.91	.004*
Religion	No	3.15±0.31	-1.20 (.234)	3.01±0.34	0.21 (.832)	2.21	.029*
	Yes	3.21±0.32		3.00±0.36		2.87	.005*
Career (yr)	<5	3.13±0.35	0.47 (.707)	3.01±0.32	1.57 (.205)	1.81	.074
	≤5~<10	3.18±0.27		2.79±0.39		3.16	.003*
	≤10~<20	3.22±0.33		3.06±0.43		1.01	.317
	≥20	3.18±0.30		3.22±0.35		-0.27	.786
Department	Medical ward	3.08±0.29	2.34 (.100)	3.08±0.33	0.99 (.375)	-0.05	.963
	Surgical ward	3.24±0.32		2.94±0.38		3.32	.001*
	Etc. (ER, OPD)	3.18±0.32		3.00±0.31		2.55	.012*
Caring experience for dying person	No	3.14±0.33	-0.76 (.451)	3.14±0.30	1.63 (.107)	-0.01	.991
	Yes	3.19±0.31		2.98±0.35		4.06	<.001**
Experience of acquaintances death	No	3.21±0.31	1.73 (.085)	2.99±0.31	-0.50 (.616)	3.93	<.001**
	Yes	3.12±0.32		3.03±0.40		1.02	.311

SD : standard deviation; ER : emergency room; OPD : outpatient department.

* $p<.05$, ** $p<.001$.

족·친지의 임종경험(F=8.00, p=.005)에서 유의한 차이가 있었다.

6. 일반적 특성에 따른 간호사와 의사의 임종치료 선호도 비교

일반적 특성 중 외과계(t=3.19, p=.002)에서

<Table 5> Preferences for Care Near the End of Life by General Characteristics (N=225)

Characteristic	Category	Nurses (n=150)		Physicians (n=75)		t	p
		Mean±SD	t/F (p) Scheffe	Mean±SD	t/F (p) Scheffe		
Age (yr)	<30 ^a	3.02±0.37	0.57 (.634)	3.12±0.30	3.06 (.034)	-1.27	.209
	30~39 ^b	2.95±0.30		2.88±0.42	a=b=c=d	0.99	.327
	40~49 ^c	3.04±0.40		3.19±0.09		-0.77	.450
	≥50 ^d	3.02±0.20		3.15±0.21		-1.05	.308
Gender	Male	2.95±0.39	-0.43 (.667)	2.96±0.36	-0.85(.399)	-0.10	.917
	Female	3.00±0.33		3.04±0.43		-0.55	.581
Marital status	Single	3.00±0.35	-0.15 (.884)	2.99±0.41	-0.11(.916)	0.09	.925
	Married	3.00±0.32		3.00±0.35		0.08	.938
Education	Diploma	2.97±0.36	1.03 (.360)	-	-	-	-
	Bachelor	3.04±0.34		2.97±0.43	-0.20(.844)	0.63	.533
	≥Master	2.96±0.30		2.99±0.38		-0.56	.575
Religion	No	2.91±0.34	-3.27 (.001)	2.97±0.34	-0.52(.608)	-0.91	.366
	Yes	3.09±0.31		3.02±0.45		0.89	.378
Career (yr)	<5	3.02±0.38	0.69 (.559)	3.02±0.36	2.28 (.087)	0.04	.966
	≤5~<10	2.94±0.32		2.65±0.50		1.97	.057
	≤10~<20	2.97±0.31		3.00±0.38		-0.23	.822
	≥20	3.04±0.32		3.13±0.18		-0.57	.571
Department	Medical ward ^a	2.93±0.34	3.50 (.033)	3.03±0.39	3.60 (.032)	-1.11	.273
	Surgical ward ^b	3.11±0.31	b>a,c	2.83±0.40	c>a,b	3.19	.002*
	Etc. (ER, OPD) ^c	2.97±0.33		3.10±0.32		-1.77	.081
Caring experience for dying person	No	3.00±0.38	0.05 (.963)	3.20±0.30	2.32 (.023)	-1.74	.089
	Yes	3.00±0.32		2.94±0.39		0.99	.323
Experience of acquaintances death	No	2.97±0.35	-1.07 (.286)	2.97±0.39	-0.70(.484)	0.14	.892
	Yes	3.04±0.30		3.03±0.38		0.06	.950

SD : standard deviation; ER : emergency room; OPD : outpatient department.

*p<.05, **p<.001.

간호사와 의사 간의 유의한 차이가 있었다<Table 5>.

7. 일반적 특성에 따른 간호사와 의사의 임종치료 선호도 하부 영역 비교

간호사와 의사의 자율적 의사결정 영역은 연령($F=17.20, p<.001$), 성별($F=3.90, p=.049$), 결혼상태($F=12.44, p=.001$), 임종기 환자 간호(치료)경험($F=11.57, p=.001$), 3년 이내 가족·친지의 임종경험($F=14.86, p<.001$)에서 유의한 차이가 있었다. 의료인에 의한 의사결정 영역은 연령($F=8.91, p=.003$), 결혼상태($F=6.74, p=.010$), 임상경력($F=4.06, p=.045$), 임종기 환자 간호(치료)경험($F=5.20, p=.024$), 3년 이내 가족·친지의 임종경험($F=7.47, p=.007$)에서 유의한 차이가 있었다. 영성 영역은 연령($F=17.11, p<.001$), 결혼상태($F=29.18, p<.001$), 임상경력($F=16.17, p<.001$), 임종기 환자 간호(치료)경험($F=10.46, p=.001$), 3년 이내 가족·친지의 임종경험($F=32.38, p<.001$)에서 유의한 차이가 있었고, 가족 영역은 두 군 간에 유의한 차이가 없었다($p>.05$). 통증 영역은 연령($F=13.12, p<.001$), 성별($F=5.44, p=.021$), 결혼상태($F=15.58, p<.001$), 임상경력($F=4.26, p=.040$), 임종기 환자 간호(치료)경험($F=7.84, p=.006$), 3년 이내 가족·친지의 임종경험($F=9.46, p<.001$)에서 유의한 차이가 있었다.

IV. 고찰

본 연구에서 죽음불안은 간호사 114.28점, 의사 108.28점으로, 같은 도구를 사용하여 암전문 종합병원의 간호사를 대상으로 한 홍은미 등[20]의 연구결과로 나온 93.16점보다 높은 점수였다. 이

는 암전문 종합병원은 일반 병원과 달리 호스피스 간호 등의 임종교육이 이루어지고, 임종환자를 자주 접하여 나름대로의 심리적 대처가 이루어지기 때문에 파악된다. 본 연구에서는 임종치료 경험이 간호사 76%, 의사 81.3%에서 있다고 하였으나 상급종합병원에서 체계적인 임종교육이 이루어지지 않고 있는 실정이다. 죽음에 대한 교육은 죽음을 대하는 태도를 긍정적으로 변화시킨다[21]. 상급종합병원에서 질병치료에만 초점을 두지 말고 체계적인 임종교육 프로그램을 적용하여 간호사와 의사의 죽음불안을 낮출 방법을 모색해야 하겠다.

본 연구에서 간호사가 의사보다 죽음불안이 유의하게 높았다. 의사는 자신에게 일어나는 사건을 스스로 책임져야 한다는 경향이 강하여 환자 죽음을 문제중심으로 대처하나, 간호사는 정서중심 대처방식이 강하여[22] 죽음불안이 더 높은 것으로 해석된다. 죽음불안의 하위 영역 중 간호사는 타인의 죽어가는 과정에 대한 불안, 의사는 타인의 죽음에 대한 불안이 가장 높게 나타났다. 요양병원 간호사를 대상으로 한 연구에서도 타인의 죽음에 대한 불안, 타인이 죽어가는 존재라는 것에 대한 불안, 자신이 죽어가는 존재라는 것에 대한 불안, 자신의 죽음에 대한 불안 순이었다[2]. 이는 의료인에게 죽음불안을 유발하는 것은 자신보다 환자의 죽음과 관련된다는 결과와 일맥상통한다.

임상경력 5년 이상 10년 미만에서 간호사가 유의하게 의사보다 죽음불안이 높았다. 임상경험이 많은 간호사는 의사보다 임종과정에서 환자 및 보호자와 더욱 돈독한 유대관계를 형성하게 되고, 좋은 죽음을 위한 총체적 간호를 제공해야 된다는 책임감으로 임종간호 스트레스가 높다[8]. 또 간호사가 소중한 사람을 떠나보내는 두려움이 의사보다 강하여[16] 의사보다 죽음불안이 높게

나타난 것으로 판단된다.

본 연구에서 임종치료 선호도 중 통증 영역이 간호사, 의사 모두에서 가장 높게 나타났다. 이는 간호사, 대학병원 종사자, 미국의 의료인과 일반인, 만성질환자[13,15,23,24]를 대상으로 한 연구에서도 일관되게 보고되었다. 문항 중 ‘나는 내가 죽더라도 고통이 없기를 바란다’의 점수가 가장 높은 것도 선행연구 결과와 일관되어[13,15] 환자와 의료인 모두 생애말기에 고통 없이 죽음을 맞이하기를 선호함을 알 수 있었다.

간호사는 임상경력이 높을수록, 의사는 임상경력이 20년 이상인 경우 영성 영역에 대한 선호도가 증가하였다. 영성과 종교에 대한 믿음은 좋은 죽음의 중요한 요소로[24] 간호사와 의사 모두 그 중요성에 대하여 인식하고 있었다. 그러나 실제로 임종을 앞둔 환자에게 영성 제공은 체계적으로 준비되어 있지 않은 실정으로[16] 의료인이 생애말기 과정에 영성 돌봄을 제공할 수 있도록 중재개발 및 교육이 필요하겠다[15].

임종치료 선호도 중 의료인에 의한 의사결정 영역 점수가 간호사와 의사 모두에서 가장 낮았다. 이는 대학병원 종사자, 의사, 간호사를 대상으로 한 선행연구[15,16,23] 결과와 일치하는 것으로 의료인에 의한 의사결정 개입을 선호하지 않음을 알 수 있었다. 이는 임종기 의사결정 시 간호사와 의사의 개입이 필요하나 의사결정 주체는 환자라고 생각하는 의료인의 태도가 나타난 결과로 설명된다[16,25,26]. 그러나 실제 임상현장에서는 의료인이 의사결정 과정에서 더 많은 영향력을 나타내고 있어[15] 추후 임종환자 치료 시 고려해야 할 중요한 영역이고, 환자와 의료진을 대상으로 반복적인 연구가 필요할 것으로 생각된다.

임종치료 선호도 중 자율적 의사결정 영역은 간호사와 의사 모두에서 두 번째로 낮았다. 즉, 심폐소생술, 인공호흡기, 튜브를 통한 인공영양공

급 등의 연명치료에 대한 의료인의 선호도가 낮음을 알 수 있었다. 이는 간호사, 의사, 병원종사자, 간호학생, 사회복지사, 노인 등을 조사한 선행연구[15,16,23,24,27] 결과와도 일치하는 것으로 무의미한 연명치료에 대해서는 반대 입장이 지배적이라 할 수 있다[23]. 간호사와 의사를 비교해보면 간호사가 자율적 의사결정 선호도가 낮았다. 이는 고통스러운 환자의 임종을 가까이에서 경험한 간호사에게 연명치료에 대한 부정적 견해가 생겨난 결과[15,16]로 판단된다. 의사는 치료 우선적인 태도를 가지고 임종 전 환자에게도 적극적 치료를 고집하여 의료적 의사결정 상황에서 간호사와의 갈등[28]을 야기할 가능성이 있다고 할 수 있다. 따라서 임종환자의 자율적 의사결정을 확인할 수 있는 사전의료의향서와 연명의료에 대한 실무지침 마련이 시급한 것으로 판단된다.

간호사와 의사는 죽음불안 및 임종치료 선호도 차이점과 유사점을 서로 이해하여 협력하고 공감하며 최상의 치료방향을 결정해야 한다. 병원에서 근무하는 간호사와 의사들을 대상으로 정기적이고 체계적인 임종치료 교육이 시행되어 간호사와 의사들의 죽음불안을 감소시켜주고, 임종을 앞둔 환자들의 편안하고 좋은 죽음을 도모하는 질 높은 간호와 치료를 도모하여야 할 것이다. 본 연구는 일 지역의 간호사와 의사들을 대상으로 하여 일반화에 제한이 있어 앞으로 다양한 특성을 가진 병원이나 의료환경에서의 반복연구가 필요하겠다. ◎

REFERENCES

- 1) 통계청. 2017년 한국 노인 통계. Available from: <http://www.kostat.go.kr> [cited 2017 Jul 2]
- 2) 이라진, 박형숙. 요양병원 간호사의 죽음불안과 임종간호 수행. 한국호스피스·완화의료학회지 2017 ; 20(1) : 37-45.

- 3) 통계청. 2015년 보도자료. Available from: <http://www.kostat.go.kr> [cited 2017 Jul 2]
- 4) 이경주, 황경혜, 라정란. 좋은 죽음의 개념 분석. 호스피스논집 2006 ; 10 : 23-39.
- 5) 배종면, 공주영, 이재란. 전국 의료기관의 연명치료 대상자 입원 현황. 대한중환자의학회지 2010 ; 25(1) : 16-20.
- 6) 김원순, 조한하, 권수혜. 노인요양병원 간호사의 임종간호수행과 죽음불안 및 자아존중감이 임종간호스트레스에 미치는 영향. 한국호스피스·완화의료학회지 2016 ; 19(2) : 154-162.
- 7) Peters L, Cant R, Payne S. How death anxiety impacts nurses' caring for patients at the end of life: a review of literature. Open Nurs J 2013 ; 7 : 14-21.
- 8) 우영화, 김경희, 김기숙. 간호사의 죽음불안과 임종간호스트레스 및 임종간호수행. 한국호스피스·완화의료학회지 2013 ; 16(1) : 33-41.
- 9) Braun M, Gordon D, Uziely B. Associations between oncology nurses' attitudes toward death and caring for dying patients. Oncol Nurs Forum 2010 ; 37 : E43-E49.
- 10) 이윤정, 김신미. 한국판 임종치료 선호도 (Preferences for Care Near the End of Life Scale-Korean version: PCEOL-K)의 신뢰도 및 타당도. 한국의료윤리학회지 2009 ; 12(1) : 29-42.
- 11) 손덕승, 전연주, 이정화. 호스피스병동 말기 암 환자 및 내과 의사의 사전의료지시(서)에 대한 인식. 한국호스피스·완화의료학회지 2009 ; 12(1) : 20-26.
- 12) 이윤정, 이형숙. 심폐소생술 금지 결정에 대한 통합적 문헌고찰. 생명윤리 2013 ; 14(2) : 41-52.
- 13) 윤선영, 강지연. 만성질환자의 특성에 따른 생애말기 치료 선호도. 성인간호학회지 2013 ; 25(2) : 207-218.
- 14) Barun UK, Ford ME, Beyth RJ. The physician's professional role in end of life decision making: voices of racially and ethnically and ethnically diverse physicians. Patient Educ Couns 2010 ; 80(1) : 3-9.
- 15) 강지연, 윤선영, 김수정. 일 대학병원종사자의 생애말기 치료 선호도. 근관절건강학회지 2013 ; 20(3) : 197-206.
- 16) 조계화, 김균무. 간호사와 의사의 임종치료선호도 점수에 영향을 미치는 예측요인. 한국의료윤리학회지 2010 ; 13(4) : 305-320.
- 17) Collett LJ, Lester D. The fear of death and the fear of dying. J Psychol 1969 ; 72(2) : 179-181.
- 18) 서혜경. 한미노인의 죽음에 대한 태도연구. 한국노년학 1987 ; 7 : 39-60.
- 19) Gauthier DM, Froman RD. Preferences for care near the end of life: scale development and validation. Res Nurs Health 2001 ; 24(4) : 298-306.
- 20) 홍은미, 전미덕, 박은심. 암 병동 간호사의 죽음에 대한 인식, 죽음불안, 임종 환자간호 태도. 중앙간호연구 2013 ; 13(4) : 265-272.
- 21) 김숙남, 최순옥, 이정지. 죽음교육이 대학생의 죽음에 대한 태도와 생의 의미에 미치는 효과. 보건교육건강증진학회지 2005 ; 22(2) : 141-153.
- 22) 한미정. 대처방식, 내외통제성, 자아존중감에 따른 죽음불안의 발달적 고찰. 한국심리학회지 2002 ; 21(2) : 179-198.
- 23) 김현숙, 김신미, 유수정. 일 지역 간호사의 임종기 치료 선호도. 한국호스피스·완화의료학회지 2010 ; 13(1) : 41-49.
- 24) Schirm V, Sheehan D, Zeller RA. Preference for care near the end of life: instrument validation for clinical practice. Crit Care Nurs 2008 ; 31(1) : 24-32.
- 25) 이선라, 신동수, 최용준. Do not resuscitate (DNR)와 advance directives (AD)에 대한 환자 보호자와 의료인의 인식. 한국호스피스·완화의료학회지 2014 ; 17(2) : 66-74.
- 26) 김미영, 김금순. 생의 말기치료 결정과 사전의사결정에 대한 간호사의 태도조사. 중환자간호학회지 2010 ; 3(2) : 77-90.
- 27) 김성자. 호스피스 완화병동 간호사의 죽음불안 및 임종간호태도. 이화간호과학연구소 2015 ; 27(1) : 23-34.
- 28) 조계화. 말기의 의료적 의사결정에 관한 임상간호사의 갈등경험. 성인간호학회지 2010 ; 22(5) : 488-498.

Comparison of the Death Anxiety and Preferences for Care Near the End of Life between Nurses and Physicians*

CHO Kyoung-Hee**, PARK Yong-Kyung***, SUH Soon-Rim****

Abstract

The purpose of this study was to compare attitudes toward death anxiety and preferences for care near the end of life between nurses and physicians. Data were collected from 225 employees (150 nurses, 75 physicians) working in a tertiary hospital in South Korea. The study found a higher presence of death anxiety in nurses than physicians. Within the category of death anxiety, the “dying of others” was highest in nurses, whereas the “death of others” was highest in physicians. Among the five dimensions of the preferred care near the end of life, “pain” was the most preferred dimension while “decision-making by health care professionals” was the least preferred dimension for both nurses and physicians. Physicians preferred autonomous decision-making and decision-making by healthcare professionals; nurses preferred pain and spirituality. The results show that adequate pain relief is the most preferred care at the end of life for both nurses and physicians. This study indicates that nurses and physicians consider patient autonomy, pain control, and spirituality as important factors in end-of-life care. On the basis of these findings, we conclude that educational intervention programs are needed to reduce the death anxiety of nurses and physicians and thereby improve their terminal care performance.

Keywords

death, anxiety, terminal care, patient preference, nurses, physicians

* This manuscript is a revision of the 1st author's master's thesis from Kyungpook National University.

** Nursing Department, Kyungpook National University Hospital

*** College of Nursing, Kyungil University: **Corresponding Author**

**** College of Nursing, Kyungpook National University