



## 저작자표시-비영리-변경금지 2.0 대한민국

이용자는 아래의 조건을 따르는 경우에 한하여 자유롭게

- 이 저작물을 복제, 배포, 전송, 전시, 공연 및 방송할 수 있습니다.

다음과 같은 조건을 따라야 합니다:



저작자표시. 귀하는 원저작자를 표시하여야 합니다.



비영리. 귀하는 이 저작물을 영리 목적으로 이용할 수 없습니다.



변경금지. 귀하는 이 저작물을 개작, 변형 또는 가공할 수 없습니다.

- 귀하는, 이 저작물의 재이용이나 배포의 경우, 이 저작물에 적용된 이용허락조건을 명확하게 나타내어야 합니다.
- 저작권자로부터 별도의 허가를 받으면 이러한 조건들은 적용되지 않습니다.

저작권법에 따른 이용자의 권리는 위의 내용에 의하여 영향을 받지 않습니다.

이것은 [이용허락규약\(Legal Code\)](#)을 이해하기 쉽게 요약한 것입니다.

[Disclaimer](#)

간호학 석사 학위논문

일 노인요양시설 거주노인  
주보호자의 사전의료의향서에 대한  
지식과 태도

2016년 2월

서울대학교 대학원  
간호학과 간호학 전공  
최성실

일 노인요양시설 거주노인  
주보호자의 사전의료의향서에 대한  
지식과 태도

지도교수 고 진 강

이 논문을 간호학석사 학위논문으로 제출함  
2015년 10월

서울대학교 대학원  
간호학과 간호학 전공  
최성실

최성실의 석사 학위논문을 인준함  
2015년 12월

위원장	박 연 환	(인)
부위원장	서 은 영	(인)
위원	고 진 강	(인)

## 국문초록

생애 말 삶의 질과 죽음의 질을 높이는 사전의료의향서에 대한 필요성과 사회적 관심이 증가하고 있으며 특히 노인요양시설에서의 사전의료의향서는 국외에서는 필수지침이나 국내에서는 전무한 실정이다. 노인요양시설에 거주하는 노인들은 노환, 치매, 만성질환 등으로 인해 생애 말 의사결정을 하는 것에 있어 취약하며 작성과정에서 가족들의 도움을 필요로 한다. 노인은 가족구성원에게 의존적이며, 사전의료의향서에 대한 가족의 태도는 환자의 태도에 영향을 미친다. 따라서 노인요양시설 거주 노인의 가족들이 현재 사전의료의향서에 대해 가지는 태도는 향후 노인들의 태도와 결정에 영향을 미칠 수 있다. 본 연구는 노인요양시설 거주 노인 주부양자의 사전의료의향서에 대한 태도 및 태도에 영향을 미치는 요인을 확인하고자 이루어졌다.

본 연구는 노인요양시설 거주 노인을 가족으로 둔 대상자들의 사전의료의향서에 대한 지식과 태도를 확인하고 이에 영향하는 관련요인을 파악하는 서술적 조사연구이다. 연구의 대상자는 S시의 한 노인요양시설에 거주하는 노인의 가족으로 구조화된 설문지를 사용하여 일대 일 개별면담을 통해 자료수집을 하였다. 사전의료의향서에 대한 지식수준을 확인하기 위해 홍선우와 김신미(2013)가 개발한 사전의료의향서 문서관련 지식 측정도구를, 사전의료의향서에 대한 태도를 확인하기 위해 Nolan과 Bruder가 1997년에 만들고 2003년에 수정·보완한 것을 이해림(2012)이 번역한 Advance Directive Attitude Survey (ADAS)를 사용하였다.

본 연구의 결과는 다음과 같다.

첫 째, 종교, 죽음과 관련해서 주변인과 얘기를 나눠본 경험, 사전의

료의향서에 대해 들어본 적이 있는 경우, 사전의료의향서 작성할 의향은 사전의료의향서에 대한 대상자의 태도에 영향을 주는 것으로 확인되었다.

둘 째, 대상자들은 사전의료의향서에 대해 비교적 높은 수준의 지식을 가진 것으로 확인되었으며 지식수준과 태도는 유의한 정의 상관관계를 갖는 것으로 나타났다. 이는 사전의료의향서에 대해 지식수준이 높으면 긍정적인 태도를 갖게 되고 사전의료의향서를 작성할 의도가 생기며 이로 인해 문서를 실제 작성하는 행위로 이어질 수 있음을 의미한다.

셋 째, 대상자들의 사전의료의향서에 대한 태도는 긍정적이라고 평가되었으며 사전의료의향서가 가족에게 긍정적인 영향을 미치는 것을 확인하였다. 또한 죽음에 관해 얘기해본 경험이 있을수록, 사전의료의향서를 작성하고자 하는 의도가 있을수록, 그리고 사전의료의향서에 대한 지식이 많을수록 사전의료의향서에 대해 긍정적인 태도를 보이는 것으로 나타났다.

이상의 연구 결과를 통해 대상자들은 사전의료의향서에 관해 높은 지식수준을 갖고 있으며 긍정적인 태도를 보이는 것으로 확인되었다. 이는 제도 시행 전 정부차원의 홍보와 관련 교육을 통해 사전의료의향서에 대한 대중의 인지도와 지식수준을 높여 이에 대해 긍정적인 태도를 갖도록 도모할 수 있다. 태도에 영향하는 변인들은 선행연구와 차이가 있으므로 의미 있는 주요변수 확인을 위한 반복연구가 필요하다.

**주요어 :** 사전의료의향서, 사전의료의향서에 관한 지식, 사전의료의향서에 대한 태도, 노인, 가족

**학 번 :** 2013-20445

# 목 차

I. 서론	1
1. 연구의 필요성	1
2. 연구의 목적	4
3. 용어 정의	5
II. 문헌고찰	7
1. 사전의료의향서의 의미와 배경	7
2. 사전의료의향서에 대한 지식과 태도	10
3. 사전의료의향서 작성과 가족들의 역할	15
III. 연구방법	20
1. 연구설계	20
2. 연구대상	20
3. 연구도구	21
4. 자료수집방법	22
5. 자료분석방법	23
IV. 연구결과	24
1. 대상자의 일반적인 특성, 사전의료의향서에 관한 지식, 사전의료의 향서에 대한 태도	24
2. 대상자의 일반적 특성과 사전의료의향서에 관한 지식에 따른 사전의료의향서에 대한 태도	34

3. 대상자의 사전의료의향서에 대한 태도에 영향을 미치는 요인 ---	37
--	----

## V. 논의 ..... 41

1. 사전의료의향서에 관한 지식 -----	41
2. 사전의료의향서에 대한 태도 -----	43
3. 대상자들의 특성에 따른 사전의료의향서에 대한 태도 -----	47
4. 연구의 제한점 -----	49

## VI. 결론 및 제언 ..... 51

1. 결론 -----	51
2. 제언 -----	52

## 참고문헌 ..... 54

## 부록 ..... 64

## List of Tables

Table 1. Socio-demographic Characteristics of the Subjects	----- 26
Table 2. Health related Characteristics of the Subjects	----- 27
Table 3. Knowledge about Advance Directives	----- 29
Table 4. Knowledge about Advance Directives according to Socio-demographic Characteristics of the Subjects	----- 30
Table 5. Knowledge about Advance Directives according to Health related Characteristics of the Subjects	----- 31
Table 6. Attitude toward Advance Directives Subscales	----- 32
Table 7. Attitude toward Advance Directives	----- 33
Table 8. Attitude toward Advance Directives according to Socio-demographic Characteristics of the Subjects	----- 35
Table 9. Attitude toward Advance Directives according to Health related Characteristics of the Subjects	----- 36
Table 10. Associations of Attitude toward Advance Directives with Variables by Stepwise Linear Regression Analysis	----- 40



# I. 서 론

## 1. 연구의 필요성

노인인구는 증가하고 평균수명은 연장되는데 반해 가족구조의 핵가족화, 여성의 사회진출 증가로 고령이나 만성질환 등으로 일상생활에 도움이 필요한 노인들을 집에서 부양하는 것이 현실적으로 어려워졌다. 이로 인해 노인요양시설이나 관련 제도에 대한 수요가 증가했고 보건복지부는 2008년 노인장기요양보험 제도를 도입하여 정부차원의 노인복지를 제공하게 되었다(보건복지부, 2008). 노인요양시설 거주노인은 전체 노인인구의 14.8%를 차지하고 있으며 노인요양시설은 2008년 1,332개소에서 2013년 2,497개소로 2008년 대비 87.5%가 증가하였다. 이와 더불어 2014년 7월 1일부터 시행된 치매 특별등급으로 인해 경증 치매 노인까지 요양시설 입소가 가능해지면서 앞으로 요양시설 거주 노인의 수는 더욱 증가할 전망이다(김동경, 2011; 노인장기요양보험법 시행규칙 보건복지부령 제240호, 2014.6.30; 통계청, 2013).

노인들은 생애주기의 마지막 단계를 거치면서 노화와 만성질환 등으로 인해 죽음과 가까워지게 되는데, 사회적인 가치관 변화로 인해 생애 말기동안 고통을 가중시키는 비합리적인 연명치료보다는 본질적으로 죽음의 질을 높이기 위한 합리적인 관심이 증가하고 있다(김정선, 2012). 문서화된 사전의료의향서(Advance Directives, AD)는 죽음의 질과 말기 돌봄의 질에 있어 강한 관련이 있으나 이에 관한 논의는 거의 이루어지지 않고 있으며 노인이나 가족들은 생애 말 돌봄에 관한 정보나 교육을 거의

받지 못하고 있다(한수연 & 김태연, 2013; Brinkman-Stoppelenburg, 2014; Detering, Hancock, Reade, & Silvester, 2010; Ramsbottom & Kelly, 2014; Teno et al., 2007; Vandervoor, Houttekier, Vandean der Steen & Van den Block, 2014).

대부분의 노인들은 가족에게 신체적, 경제적, 심리적으로 의지하는 경우가 많고 노인과 가족은 서로 영향을 주고받는 관계에 있다. 이 같은 점으로 미뤄보아 사전의료의향서에 대한 가족의 태도는 추후 노인이 사전의료의향서를 작성 할 때 영향을 미칠 수 있다. 만약 만성질환, 인지장애 등으로 노인이 의사결정 능력이 없는 경우라면 가족이 노인 대신 사전의료의향서를 작성하게 될 것이므로 가족의 태도가 사전의료의향서의 작성에 직접적으로 영향을 미치게 된다. 인지능력이 있는 노인이라면 사전의료의향서를 노인이 직접 작성 할 때 가족의 영향을 간접적으로 받을 수 있다. 본질적으로 사전의료의향서는 생명에 대한 본인의 가치관이 반영된 것으로 스스로 작성하는 것을 전제로 하고 있다. 그러나 현재 우리나라에서 본인이 작성하는 경우는 드물며 실제 의료현장에서는 환자의 생명이 위급한 상황에 임박해서야 환자나 노인 대신 가족들이 DNR이나 사전의료의향서를 작성하는 일이 빈번하다(허대석, 2009). 이와 같은 국내의 의료현장의 상황과 사회문화적인 상황을 고려하여 사전의료의향서에 대한 가족의 태도를 확인하는 것은 의미 있는 일이다.

가장 이상적인 의학적 의사결정은 환자와 보호자가 상호존중관계에서 결정하는 것이지만 환자가 스스로 결정을 하지 못할 때 특히 고령이나 만성질환으로 인해 인지장애가 있을 때 가족들은 생애 말 의사결정의 모든 측면에 조력자 또는 대리인으로 참여한다(이상목, 2009). 법적 기준과 많은 선행연구에서 개인의 의사결정과 자율권의 가치에 대해 강조하고 있지만 생애 말 케어와 관련된 의사결정은 가족의 맥락 안에서 이해되어야

하고 사전의사결정을 할 때 가족구성원의 요구가 포함되어야 한다. 생애 말 케어와 관련된 의사결정을 하는 과정에서 가족의 역할에 대한 연구가 진행되어야 한다(Cable-Williams, Wilson & Keating, 2014; Haley et al., 2002).

사전의료의향서와 관련하여 보호자를 대상으로 했던 연구를 살펴보면 종합병원에 입원 및 내원하는 환자와 보호자를 대상으로 한 연구, 지역거주 노인과 가족을 대상으로 한 연구 등이 있었으나 임종에 대한 준비를 필요로 하는 시설거주 노인과 보호자에 관한 연구는 드물다(김혜정, 2012; 박연옥 2004; 송경옥 & 조현숙, 2010; 윤은숙, 2009; 이선라, 신동수 & 최용준, 2014). 선행연구에서 노인들은 자신의 생애 말 의사결정에 대해 미리 정해 놓지 않고 이와 관련해 논의 하는 것을 미루는데 이는 가족들에 대한 의존도가 높기 때문이며 본인이 너무 아파서 의사결정을 할 수 없을 때 가족들이 자신을 대신해 선택해 줄 것이라고 믿고 있다고 말한다(Dalla, 1993). 이처럼 노인들이 가족에게 의존하는 정도가 높고 가족 또한 노인에게 미치는 영향이 분명함에도 불구하고 이에 대한 연구는 드물다는 점에서 본 연구의 필요성이 확인된다. 따라서 본 연구는 노인요양시설 거주노인 주부양자의 사전의료의향서에 대한 태도 및 태도에 대한 예측 요인을 확인하고자 이루어졌다.

## 2. 연구의 목적

본 연구의 목적은 노인요양시설에 거주하는 노인의 주보호자를 대상으로 사전의료의향서에 대한 지식과 태도를 파악하여 관련성을 확인하는 것이다.

구체적인 목적은 다음과 같다.

- 1) 연구대상자의 사전의료의향서에 관한 지식, 사전의료의향서에 대한 태도를 파악한다.
- 2) 연구대상자의 일반적 특성과 사전의료의향서에 대한 지식에 따른 사전의료의향서에 대한 태도의 차이를 파악한다.
- 3) 연구대상자의 사전의료의향서에 대한 태도에 영향을 미치는 요인을 파악한다.

### 3. 용어 정의

#### 1) 사전의료의향서

본인이 스스로 판단할 수 있는 능력이 없어질 때를 대비하여 자신이 받고자 하는 치료를 기록으로 남기는 것, 자신에 대한 의료행위의 의사결정, 대리인의 지명, 심폐소생술 거절, 원하지 않는 치료 행위를 구체적으로 지시 하는 것을 의미한다(대한의학회 의료 윤리지침, 2002).

#### 2) 사전의료의향서에 대한 지식

지식의 사전적 의미는 어떤 것에 대하여 배우거나 실천을 통하여 알게 된 명확한 인식이나 이해 또는 인식에 의하여 얻어진 성과로 사물에 대한 단편적인 사실적, 경험적 인식을 말하고 객관적 타당성을 요구할 수 있는 판단의 체계를 이르는 것을 말한다(국립국어원, 2014). 본 연구에서의 사전의료의향서에 대한 지식이란 홍성우와 김신미(2013)가 개발한 사전의료의향서에 대한 문서관련 지식 도구를 사용하여 측정한 점수를 말한다.

#### 3) 사전의료의향서에 대한 태도

태도란 경험을 통해서 조직된 것으로, 관련된 모든 대상물에 대한 개인들의 평가적 신념을 일컫는다(Fishbein & Ajzen, 1975 as cited in 이혜림, 2012). 본 연구에서의 사전의료의향서에 대한 태도란 Nolan과 Bruder(1997)가 만든 Advance Directives Attitude Survey(ADAS)를

동일 저자가 2003년 수정, 보완하여 개정한 것을 이혜림(2011)이 번역한 것으로 측정한 점수를 말한다.

## II. 문 헌 고 찰

노인요양시설 거주 노인 주보호자의 사전의료의향서에 대한 태도를 조사하는 본 연구를 위해 크게 세 부분으로 나누어 문헌고찰을 하였다. 첫째는 사전의료의향서의 의미와 배경, 둘째는 사전의료의향서에 대한 지식과 태도, 셋째는 노인의 사전의료의향서 작성 시 미치는 가족의 영향에 관하여 고찰하였다.

### 1. 사전의료의향서의 의미와 배경

죽음을 삶의 과정으로 받아들이지 않고 의료적 실패로 간주하여 소생가능성이 없는 환자에게 죽음을 피하기 위한 연명치료를 지속하여 결국 생명을 연장시키는 것이 아닌 죽음을 연장시키는 결과를 가져오는 경우가 빈번히 발생한다(이동익, 2007). 이는 1997년 '보라매 사건'으로 인해 가중화되면서 이후 의사들은 소극적 태도로 방어적인 치료를 하게 되었고 환자들은 과잉진료에 의한 의료적 폭력에 노출되어 있었다. 그러나 그 후 2009년 연명치료중단에 관한 판결인 '세브란스 김할머니 사건'(대법원 2009.5.21. 선고 2009다17417 판결)을 통해 무의미한 연명치료를 통한 논란은 새로운 측면으로 촉발되면서 무의미한 연명치료를 통한 논의의 일환으로 사전의료의향서의 필요성이 대두되었다(이석배와 이원상, 2010).

사전의료의향서란 본인이 스스로 판단할 수 있는 능력이 없어질 때를 대비하여 자신이 받고자 하는 치료를 기록으로 남기는 것, 자신에 대

한 의료행위의 의사결정, 대리인의 지명, 심폐소생술 거절, 원하지 않는 치료 행위를 구체적으로 지시 하는 것을 의미하고 이미 성문화 되어 있는 다른 나라의 경우를 보면 의료인이 사전의료의향서에 근거하여 환자의 결정에 따랐을 때 이를 법적으로 보장해주는 제도이다(대한의학회 의료 윤리 지침, 2002).

사전의료의향서는 생전유언(Living will)과 대리인 지정(Durable Power of Attorney)으로 나눌 수 있다. 생전유언이란 개인이 원하는 의료적인 치료를 표현해 놓은 서류화된 문서이며 생전유언을 준비한 사람은 제한된 치료를 받기 원했으며 병원에서의 사망을 원하지 않는 경향이 있었다(Silveira et al., 2010). 대리인지정이란 개인이 의료적인 의사결정을 하지 못할 때 대신해서 결정을 할 사람을 지명하여 대리인의 의사에 따라 의료행위의 지속 또는 중단여부를 결정하는 것이다. 의료결정에 대해 대리인을 지정한 대상자는 질병과 관련된 치료를 받는 다거나 치료를 받다가 병원에서 사망하게 되는 것을 원치 않았다(이석배와 이원상, 2010; Moore & Sherman, 1999).

무의미한 치료로 죽음이 연장되는 것은 모순적이게도 환자와 의미 있는 관계에 있는 사람들을 고통스럽게 만들며 이러한 연명치료는 실제로 환자가 사망하는 것보다 더 힘든 고통을 준다. 이에 1990년 미국은 연방 법으로 환자의 자기결정권에 관한 법(the Patient Self Determination Act, PSDA)을 제정하여 입원을 하게 되는 환자에게 사전의료의향서에 관한 문서화된 정보를 제공하도록 모든 형태의 건강돌봄기관에 명령했다. PSDA 제정 후 DNR(Do Not Resuscitate)이 증가하였고, 요양시설 거주자들의 CPR(Cardio-Pulmonary Resuscitation)에 대한 논의가 증가하였다(Teno et al., 1997). 그러나 PSDA 제정으로 가족들이 연명치료 중단에 관한 의사결정을 할 때 법적인 보호를 받지 못하게 되었고 치매나 인



지장애로 인해 스스로 판단을 할 수 없는 상태에 있는 개인의 자율권은 어떻게 보장해 줄 것인지에 관한 문제가 대두되었다(Moore & Sherman, 1999).

우리나라에서 사전의료의향서를 법제화하기 위한 시도는 여러 차례 있었는데 2008년 12월 9일에 김충환 의원은 말기 암환자 또는 그 가족들을 대상으로 생명연장장치 시행 여부, 완화의료기관 이용여부 등에 대해서 의사에게 설명을 듣고 사전의료의향서를 작성할 수 있도록 한 ‘호스피스, 완화의료에 관한 법률안’을 제출했다. 그 후 2009년 2월 5일, 신상진 의원은 사전의료의향서 작성 전 말기환자는 의료기관 상담과 숙려기간이 필요하고 일반성인은 의료기관 상담 후 사전의료의향서를 작성하여 지정된 의료기관에 제출한다는 골자의 내용으로 ‘존엄사법안’을 제출했다. 2009년 6월 22일에는 김세연 의원이 18세 이상의 말기환자와 일반성인 모두 의사와 상담 후 숙려기간을 거쳐 사전의료의향서를 작성한다는 ‘삶의 마지막 단계에서 자연스러운 죽음을 맞이할 권리에 관한 법률안’을 제출했다(이은영 외, 2011). 한국보건의료연구원(2009)에서는 무의미한 연명치료 중단을 위한 사회적 합의안을 제시하기 위해 12개 항의 기본원칙을 발표하였는데 이는 말기환자와 뇌사상태로 대상자를 국한하여 죽음에 취약단계인 노인에 대한 언급이 없으므로 추가적인 논의가 필요했다. ‘호스피스, 완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률안’을 지난 2016년 1월 8일 국회에서 의결하면서 존엄사에 대한 법적장치가 마련되었다. 대상자는 말기환자 뿐 아니라 임종과정에 있는 환자도 포함시켜 2018년부터 시행될 예정이다(송병기, 2016).

생애 말 삶의 질 수준을 보장하기 위한 사전의료의향서에 대한 논의가 증가하고 법적 효력을 가지기 위한 움직임도 있어 사전의료의향서의 필요성은 명확해졌다. 특히 생애주기 중에서 노인은 죽음의 취약 계층으

로 사전의료의향서 제도 시행 시 우선 적용 대상이 되며 따라서 제도 시행 전 관련 개념에 대한 반복 연구와 교육 및 홍보를 통해 제도 시행 후 혼란이 없도록 하는 것 또한 중요한 일이다.

## 2. 사전의료의향서에 대한 지식과 태도

사전의료의향서는 주로 연명치료에 대한 지속이나 중단에 관한 것으로 그 내용은 전문적 용어와 내용이 포함되어 있어 이를 작성하는 대상자는 의학용어와 의학적 상태에 대한 정보제공을 받아야 하며 이에 앞서 이들의 사전의료의향서에 대한 지식 및 태도를 확인하고 파악하는 연구가 선행되었다(김학태, 2009; 박수민, 2013; 이선화, 2013).

사전의료의향서에 대한 국내 연구는 2001년부터 본격적으로 진행되었다(이은영, 박인경 & 이일학, 2009) 그러나 생애 주기 마지막 단계로 죽음을 앞두고 있는 노인들은 사전의료의향서가 제도화 되었을 때 최우선 대상자들임에도 불구하고 이들을 대상으로 한 연구는 제한적이며 그 수가 적다. 이들을 위한 사전의료의향서의 필요성이 대두되고 있는 시점에서 사전의료의향서 제도화 전에 요양시설 노인을 대상으로 한 연구는 필수적이며 신체 노화와 더불어 의사결정 능력이 점차 소실되어가는 노인들을 직접 겪은 가족들의 사전의료의향서에 대한 지식과 태도를 확인하는 것이 필요하나 이에 대한 연구는 없다.

종합병원에 내원하는 환자와 가족을 대상으로 한 윤은숙(2009)의 연구에서 생명 연장치료에 대한 지식 정도는 49.1%, 사전의료의향서에 대해 들어 본적이 있는 경우는 19.8%이나 사전의료의향서에 대해 알고

난 후 89.2%가 사전의료의향서 작성에 찬성하여 긍정적인 태도를 보였다. 이선화(2013)의 연구에서도 종합병원 외래환자와 보호자의 72.7%가 사전의료의향서를 모르나 93.2%에서 사전의료의향서 작성에 관해 찬성한다고 답했다. 일반 성인을 대상으로 한 연구에서 71.6%는 사전의료의향서에 대해 들어 본적이 없다고 응답했고 설명은 들은 후 92.5%가 찬성했다(김수현, 2010). 노인을 대상으로 한 연구를 확인해 보면 재가노인들의 9.6%, 요양시설 거주 노인들의 9.3%만이 사전의료의향서에 대해 알고 있다고 답했고 사전의료의향서 작성에 대해 재가노인 67.3%, 요양시설 거주 노인의 50.6%가 동의하였다(박재원, 2012). 지역사회 거주노인의 41.1%가 사전의료의향서에 관해 알고 있었다(홍선우와 김신미, 2013). 이 같은 연구는 대상자들이 사전의료의향서에 대해 알고 있는 비율은 낮았지만 사전의료의향서 작성에 대해서는 긍정적인 반응을 보이는 것으로 간주된다. 사전의료의향서 이행률을 높이기 위해서는 일반성인 및 노인들을 대상으로 사전의료의향서에 대한 홍보와 교육이 필요함을 알 수 있다. Alano 등(2010)의 연구에서도 사전의료의향서 작성에 교육이 미치는 영향이 크다고 말하고 있다.

요양시설에 거주하는 유대인, 천주교인, 개신교인을 대상으로 한 연구에서 종교에 의존할수록, 교육수준이 높을수록, 죽음에 대한 두려움이 많을수록 생애말기에서 연명치료에 대해 찬성하는 태도를 보였다(Ejaz & Kassim, 2001). 이미 작성한 사전의료의향서도 수정이 가능하다는 것을 아는 대상자들의 87.7%가 사전의료의향서를 갖고 있었다(Alano et al., 2010).

의료적인 의사결정을 하는데 영향하는 요인은 복잡적이고 복잡하여 이를 이해하는 것이 필요하다. 구체적인 관련요인은 나이, 종교, 태도, 지식, 신념, 인식, 성별, 결혼상태, 동거형태, 교육수준 등이 있다(Alano et

al., 2010; Duke & Thompson, 2007; Ejaz, 2001; Lambert et al., 2005; Matsui, 2007; Moore et al., 1999). 교육수준이 높을수록, 동거인이 있을수록 사전의료의향서를 가지고 있는 비율이 더 높았으며 죽음의 현실적인 수용, 죽음의 경험, 종교, 가족을 도우려는 의지, 가족에 대한 믿음, 통제 요구, 사전의료의향서에 관한 지식 등이 생애 말 단계를 준비하는 논의의 촉진인자이다(Elder, Schneider, Zweig, Peters & Ely, 1992; Glass & Nahapetyan, 2008; Triplett et al., 2008). 선행 연구에서 사전의료의향서 작성에 영향을 미치는 유의미한 요인들의 관계를 파악하고 분석하는 반복적인 연구가 필요하다.

평소 자녀들은 부모의 죽음에 관해 논의하는 것을 힘들어 하며 부모가 건강할 땐 죽음에 관해 논의하지 않다가 질병으로 인해 죽음에 임박했을 때 논의하게 된다(Moore et al., 1999). 응급 상황 시 작성하는 사전의료의향서는 입원으로 이어지기 때문에 반드시 급성기 상태나 잠재적인 병원성 질병이 일어나기 전에 작성되어야 한다(Ahearn, Jackson, McIlmoyle & Weatherburn, 2010; Glass 2008; Happ et al., 2002). 일단 연명치료 장치를 달면 제거하기는 어려우므로 처음부터 신중한 결정이 필요하다.

요양시설 거주자들의 급격한 건강상태 변화로, 준비되지 않은 응급 상황에서 환자의 안위와 삶의 질을 위해서가 아닌 가족으로서 책임감과 도리를 다하기 위한 행동은 노인의 병원입원으로 이어지고 가이드라인이 없는 상태에서 이것은 결국 고통스럽고 무의미한 치료로 이어진다. 그러나 이들 중 병원 입원 치료로 소생하는 요양시설 거주자들은 드물다(홍성애 & 문선순, 2007; Ahearn et al., 2010; Happ et al., 2002). 병원에 입원한 요양시설 거주자의 33.9%는 소생하지 못하며 51.6%는 입원 후 6주 이내에 사망하고 중증도가 높은 두 가지 병을 동시에 가지고 있는 거

주자의 소생은 더 어려우며 퇴원 후 30일 이내 병원 재입원율은 23.5%이다(Ahearn et al., 2010 ; Mor, Intrator, Feng & Grabowski, 2010).

치매가 진행적이며 치명적인 질병임을 인식하는 비율에 증가했음에도 불구하고 미국의 요양시설 거주 치매환자들의 중환자실 이용률은 2000년 6.1%에서 2007년 9.51%로 증가했다(Fulton, Gozalo, Mitchell, Mor & Teno, 2014). 이는 환자의 안위에 초점을 맞추는 가족들의 돌봄 목표(goal of care)와 상충된다.

일반 성인 환자들의 경우에도 폐렴, 탈수, 섭식장애, 욕창과 같은 합병증이 진행되었을 때 그 시점으로부터 6개월 생존률이 낮는데 하물며 인지장애를 동반한 요양시설 거주자가 병원에 입원했을 때의 사망률은 일반 환자들보다 훨씬 더 높다고 보고된다(Mitchell et al., 2009). 병원입원 중에 폐렴이 생겼을 때 치매 노인의 안위 정도는 항생제치료를 한 그룹보다 하지 않은 그룹에서 더 높았다(Givens, Selby, Goldfeld & Mitchell, 2010). 치매로 사망한 환자의 가족을 대상으로 한 연구에서 가족들은 feeding tube의 위험에 대한 정보를 받지 못했으며 그들 중 14%는 의료진이 거의 강제로 삽입했다고 느낀다고 응답했다. feeding tube를 갖고 있던 환자 중 거의 40%는 물리적으로나 약물을 이용해 억제 당하고 있었고 feeding tube를 가지고 있던 환자의 가족은 가지고 있지 않던 환자의 가족보다 생애 말 케어 만족도가 낮았다(Teno et al., 2011).

요양시설 거주노인들은 피할 수 없는 죽음을 단순히 연기시키는 것에 불과한 치료에 대해 염려를 표한다(Lambert et al., 2005). 요양시설 거주 노인들의 질병에 대한 적극적인 치료는 가족과 노인 모두에게 좋은 결과를 가져다주지 못하며 노인의 삶의 질을 높이거나 사망률을 낮추는데 거의 영향을 미치지 않는 것을 볼 때 요양시설 거주자들이 입원으로 인해 얻어지는 것은 거의 없다고 할 수 있다(Loeb et al., 2006; Mitchel

-1 et al., 2012; Moore et al., 1999; Wright et al., 2008).

이상의 연구들로 볼 때 입원을 통해 병원에서 무의미한 치료를 받는 것 보다 요양시설에서 안위 케어(comfort care)를 받는 것이 더 지지되는 의견이다(Fulton et al., 2014). 병원입원은 요양시설 거주자들을 케어의 중단, 의원성 사건, 병적상태에 노출시키게 하고 의료비를 증가시키는 결과를 가져오며 이는 결국 거주자와 가족에게 불편과 불안을 야기시킬 수 있다. 또한 거주자들을 입원과 관련된 추가적인 위험에 노출시킬 뿐 아니라 임상적 상태와 재정적 상태, 삶의 질과 관련하여 얻어지는 이익이 없으므로 요양시설 거주자들의 입원은 부적절하다(Ouslander et al., 2009). 시설 거주자들의 병원 입원률을 줄이는 것은 돌봄의 질을 향상시키고 불필요한 소비를 줄일 수 있는 중요한 기회이다. 현재 이뤄지고 있는 상당수의 입원은 피할 수 있는 것이며 입원을 줄여서 절감된 의료비는 요양시설 돌봄의 질을 향상시키는데 재투자 할 수 있다(Ouslander et al., 2009). 사전의료의향서를 문서화하는 것은 요양시설 거주자들의 입원률을 감소시키고 성공적인 생애 말 돌봄을 제공하기 위한 필수적 지침이다(Givens et al., 2012; Glass & Nahapetyan, 2008; Ouslander et al., 2009;).

사전의료의향서는 요양시설에서 생애 말 돌봄 서비스를 받을 것인지 요양원의 케어를 넘어서는 치료나 중재를 받기 위해 병원으로 갈 것인지를 결정할 때 중요한 정보이며 직원, 가족, 노인의 의사소통을 위해서도 사전의료의향서가 필요하다(Cable-Williams et al., 2014). 사전의료의향서가 없으면 가족들은 고통스럽고 무의미한 연명치료를 받는 것으로 결정한다는 연구도 있다(Tolle, Tilden, Rosenfeld & Hickman, 2000).

죽음을 치료의 실패가 아닌 삶의 과정으로 간주하고 삶의 마지막 순간에 사랑하는 사람 곁에 머물면서 죽음으로 가는 것을 지켜보며 삶의 마

지막 과정을 이해하는 것은 가족들이 노인의 마지막을 대처하는데 도움을 준다. 노인과 함께 원하는 생애말 치료에 관해 대화를 나누는 것은 스트레스가 줄어드는 것을 돕는다(Bomba, Morrissey & Leven, 2011; Glasman, 2014).

생애 말 의사결정에 대해 교육을 받은 가족의 케어에 대한 만족도는 사전의료의향서에 대한 관련 지식이 많을수록, 사전의료의향서에 대해 긍정적인 태도를 갖고 있을수록 더 높았으므로 적절한 사전의료의향서의 사용을 촉진하기를 원한다면 대중을 대상으로 하는 교육프로그램을 개발해야 한다(Matsui, 2007; Reinhardt, Chichin, Posner & Kassabian, 2014; Sam & Singer, 1993).

사전의료의향서에 대해 선행 연구 대상자들의 지식수준은 낮았으나 관련된 정보를 제공 받고 난 뒤 사전의료의향서 작성에 찬성한다는 답변을 한 대상자가 과반수 이상인 것을 볼 때 대상자들은 사전의료의향서에 대해 긍정적으로 여기고 있다는 결과를 얻을 수 있다. 사전의료의향서 제도의 도입 전 대상자들의 지식수준을 향상시키는 프로그램 개발 및 홍보가 선행되어야 할 것이다.

### 3. 사전의료의향서 작성과 가족들의 역할

2005년 'Terri Shiavo 사건'을 겪으면서 사전의료의향서의 단점을 보완하기 위해 우호적인 중재와 가족 상담을 이용하는 새로운 접근이 시작되었다. 환자결정법을 보완하기 위해 가족 가치와 부양결정법의 대한 논의가 시작되었다. 가족들과 함께 하는 현실적인 방법으로 접근해야 하

고 고령자나 인지장애 환자들의 의사결정 대리자들을 위한 임상적 요구도 증가함에 따라 가족 구성원들을 지지하는 정책(National Association of Social Workers, NASW)이 규정되었다(Moody, 2006).

요양시설 거주자들은 의사결정능력이 감소되어 생애 말 기간 동안 대리인이 대신해 의사결정하는 것을 필요로 했다. 대리인이 환자의 최대 이익을 염두에 두고 결정을 한다면 대리인지정을 환자의 결정의 연장선으로 받아들이고 대리인의 결정을 환자의 자율권에 대해 유효한 표현으로 받아 들여야 한다. 대리인 지정으로 바람직한 관계는 대상자의 자녀, 배우자, 친척 등이 있다(Silveira et al., 2010).

대만에서는 가족들이 노인을 대신해 의사결정에 참여하는 경우가 많다. 이는 가족중심적인 동양의 문화적 가치를 반영하는 것이라고 볼 수 있다. 정체성과 의사결정하는데 있어서 가족이 가장 작은 단위라고 여기기 때문에 생애 말 케어 시 근본적인 사회적 단위를 벗어나서 결정할 수 없다. 대리인이 의사결정에 참여하는 것을 허가하는 법 개정이 필요하다(Huang, Hu, Chiu & Chen, 2008).

치매와 인지장애 등으로 의사결정능력이 저하된 노인들이 거주하는 장기요양시설에서는 문서화된 사전의료의향서가 필수적인 지침으로 강조되며 사전의료의향서는 생애 말 과정 동안 환자와 가족들을 도울 뿐 아니라 죽음의 순간에 생길 수 있는 문제들을 사전에 예방한다(Storey & Sherwen, 2013; Vandervoor et al., 2014). 외국의 경우 장기요양시설에 거주하고 있는 노인의 65%가 사전의료의향서를 보유하고 있는 것으로 조사되었으나 국내의 시설에서는 사전의료의향서에 대해 경험이 없는 대상자가 있는 대상자 보다 두 배 이상 많았다(박재원과 송준아, 2013; Adrienne, 2011). 사전의료의향서는 반드시 제도화되어야 하는데 이는 질 높은 생애말 돌봄의 중요한 구성요소이며 이를 위해서는 관련개념의



교육과 홍보가 우선적으로 선행되어야 한다(Haley et al., 2002; Silveira, Kim & Langa, 2010).

생애 말 의사결정을 내려야 하는 고령자들은 나이와 건강상태로 인해 올바른 의사결정을 할 수 없는 상황에 놓여 있기가 쉽고 따라서 연명 치료를 시작해야할지, 계속해야할지, 중단해야할지를 선택하는 과정에서 이들의 취약함이 드러난다(Brown 2003). 노인들은 자신의 치료와 관련된 결정을 하는 부분에 있어 가족이나 다른 대리인들에게 의존적이며 가족의 사전의료의향서에 대한 태도는 노인에게도 영향을 미친다(Triplett et al., 2008).

시설 거주 노인들은 치매나 인지장애로 인해 결정 능력이 저하되어 의사결정 특히 의료적 의사결정에 있어 가족들이 노인을 대신해 참여하게 된다. 인지가 명료하여도 가족들이 의사결정에 참여하는 것은 종종 있는 일이다. 가족들이 더 이상 의사소통할 수 없는 개인의 치료 계획에 관해 논의하는 것은 환자와 가족과 케어 제공자들 간의 의사소통 과정을 촉진시키는 방법 중의 하나이다(Akabayashi 2003; Matsui, 2007). 사전의료의향서 작성과 소생에 관하여 결정을 하는 일에 가족들은 중추적인 역할을 한다. 노인을 위한 가족들의 의사결정 방법을 이해하는 것은 시설거주 노인들을 위한 일관성 있고 효과적인 케어를 창출해내게 하고 이는 노인들이 가족들을 더 지지할 수 있게 한다(Alano et al., 2010; Bern-Klug, 2014; Moore et al., 1999). 가족들은 노인의 생애 말 의사결정의 모든 측면에 참여한다. 법적 기준과 많은 선행연구에서 개인의 의사결정과 자율권의 가치에 대해 강조하고 있지만 생애 말 돌봄과 관련된 의사결정은 반드시 가족의 맥락 안에서 이해되어야 하므로 생애 말 돌봄과 의사결정 과정에서 가족의 역할의 대한 연구가 진행되어야한다(Cable-Williams et al., 2014; Haley et al., 2002). 병원에 입원하고 있는 환자들을 대상으

로 한 연구에서 응답자들은 개인이 결정할 수 없을 때 가족이 의사결정의 대리자로서 역할을 한다고 답했고 그들 중 5%만이 의사에게 그들의 선호도를 말했으며 가족에게 말한 사람은 51%였다. 그들은 가족이 그들을 위해 최선의 선택을 할 것이라는 믿음이 있었다(Salmond & David, 2005).

사전의료의향서는 가족에게 가이드 역할을 해주고 가족들이 환자의 삶의 질을 높이는 것에 집중할 수 있게 하며 사전의료의향서에 대한 교육과 인식의 증가로 가족들의 스트레스를 낮출 수 있다. 가족구성원들은 환자의 치료에 있어 그들이 바른 결정을 했는지 논쟁하지 않을 것이다(Davis et al., 2005). 임상적으로 연명치료에 관한 어려운 결정을 한 가족들은 사랑하는 이에 대해 최선을 다하지 못했다는 죄책감을 갖는다. 부정적인 정서적 반응과 가족논쟁은 이러한 상황을 악화시키는데 이러한 상황에 있어서 사전의료의향서는 말기질병상태 동안에 환자와 가족들을 돕고 죽음관련 문제를 잠재적으로 예방하는 합리적인 방안이다(Haley et al., 2002).

노인의 죽음 과정에서 문서화된 사전의료의향서가 있는 노인의 가족들은 그렇지 못한 노인의 가족들에 비해 정서적으로 안정된다. 스트레스, 불안, 우울은 사전의료의향서가 없는 가족보다 적으며 환자와 가족 모두의 만족도는 더 높다(Detering et al., 2010; Haley et al., 2002; Vandervoort et al., 2014). 사전의료의향서가 있는 환자 가족의 스트레스는 사전의료의향서가 없는 환자 가족의 스트레스 보다 낮다. 사전의료의향서 없이 생애 말 돌봄에 관한 논의를 하는 것은 가족들에게 있어 너무나 어려운 결정이며 그들에게 극도의 스트레스를 일으킬 수 있다. 의학적 위기 상태는 경고 없이 어느 때나 올 수 있으며 이런 일들이 일어나기 전에 사전의료의향서를 작성해야 한다(Davis et al., 2005). 사전의료의향서는 의학적 의사결정에 대한 문화적 태도와 자식으로서의 기대로부터 오

는 스트레스로부터 가족들의 부담을 덜어주고 의료비용감소를 가능하게 한다(Su, McMahan, Williams, Sharma & Sudore, 2014).

가족들이 연명치료 중단을 결정할 때 문서화된 사전의료의향서를 갖고 있는 것이 죽음과 관련해 발생할 수 있는 문제로부터 최선일 것이다 (Moore et al., 1999). 시설 거주 노인들은 치매나 인지장애로 인해 결정 능력이 저하되어 의사결정 특히 의료적 의사결정에 있어 가족들이 노인을 대신해 참여하게 된다.

이와 같은 고찰들로 미루어 보아 사전의료의향서는 시설노인의 입원으로 인한 불필요한 연명치료를 막고 노인의 존엄성을 존중하며 생애 말 삶의 질을 높이기 위해 절대적으로 중요하므로 사전의료의향서의 제도화는 반드시 촉구되어야 한다.

### Ⅲ. 연 구 방 법

#### 1. 연구설계

본 연구는 노인요양시설 거주 노인의 가족을 대상으로 사전의료의 향서에 대한 지식과 태도를 조사하고 이에 대한 관련요인을 파악하는 서술적 조사연구이다.

#### 2. 연구대상

본 연구의 대상자는 S시에 소재하는 D구 노인요양시설에 3개월 이상 거주하는 만 65세 이상 노인의 만 20세 이상의 성인가족으로 노인에게 관한 의사결정시 중추적인 역할을 하는 주보호자이며 본 연구의 목적을 이해하고 참여에 동의한 자를 대상으로 하였다. 의사결정의 가장 적절한 대리인으로 가족구성원, 친척, 배우자를 선택하는 것이 의미 있다는 연구에 따라 배우자와, 친척, 형제, 자녀관계인 가족을 대상으로 선정하였다(Akabayashi, Slingsby & Kai, 2003). 표본의 크기는 t-test를 기본으로 하였을 때, G-Power 3.1.9를 이용하여 유의수준 .05, 효과크기 0.3, 검정력 90%로 계산한 결과 필요한 최소표본의 크기는 최소 88명으로 산출되었다. 탈락률을 고려하여 120명(최소대상자의 136%)의 대상자를 선정하여 설문지를 배포하였다. 설문지 120부중 109부가 회수되었고(회수율 90.8%) 불충분한 설문지 6부를 제외하고 103부를 최종적으로 결과분석에 사용하였다.

### 3. 연구도구

#### 1) 사전의료의향서에 대한 지식

홍선우와 김신미(2013)가 개발한 도구는 사전의료의향서에 필수적으로 포함되는 개념인 임종기 치료, 연명치료, 사전의료의향서 문서 등의 3영역을 모두 포함한 도구로 그 중 사전의료의향서 문서관련 지식 9문항을 사용할 예정이며 설문지 항목 중 지식을 측정하는 질문에 대한 응답은 ‘아니오’, ‘예’, ‘모른다’로 구성한 후, 오답과 모른다는 0점, 정답은 1점으로 처리하였다. 점수범위는 최저 0점에서 최고 9점까지이며, 점수가 높을수록 사전의료의향서 관련 지식수준이 높음을 의미한다. 개발당시 도구의 신뢰도는 Cronbach's  $\alpha = .85$ 였으며 본 연구의 신뢰도는  $KR_{20} = .68$ 이었다.

#### 2) 사전의료의향서에 대한 태도

Nolan과 Bruder (1997)가 만든 Advance Directives Attitude Survey (ADAS)를 동일 저자가 2003년 개정한 것을 이해림(2012)이 번역한 것으로 총 16개 문항으로 구성되어있다. 이 문항은 4점 Likert scale로 강한 부정인 1점부터 강한 긍정인 4점까지 측정하였다. 내용은 치료선택의 기회, 사전의사결정이 가족에게 미치는 영향, 사전의사결정이 치료에 미치는 영향과 질병의 인식으로 구성되어 있다.

역문항은 역환산하여 총점을 구하였고 총점의 범위는 16점에서 64점까지이며 점수가 높을수록 사전의료의향서에 대한 태도가 긍정적임을

의미한다. Nolan과 Bruder(1997)의 연구에서 조사된 바로는 총점이 40점보다 높을수록 긍정적인 태도를 가지고 있다는 결과를 나타내 본 연구에서도 적용하였다.

원저자와 번역자에게 이메일을 통해 도구 사용을 승인 받았다. 개발 당시 도구의 신뢰도는 Cronbach's  $\alpha = .74$ 이며 번역시 도구의 신뢰도는 Cronbach's  $\alpha = .79$ , 본 연구에서 Cronbach's  $\alpha = .67$ 이었다.

#### 4. 자료수집방법

자료수집에 앞서 서울대학교 연구윤리심의위원회(IRB)(E1412/001013)의 승인을 받았으며 전국의 노인전문요양시설 중 연구자에 의해 편의 표집된 S시 D구의 요양원 연락하여 해당 요양시설로부터 자료수집에 대한 허락을 받았다.

자료수집 기간은 2015년 1월 1일부터 2015년 2월 28일 사이의 기간 동안 이루어졌으며 자료수집 기간 동안 연구자가 해당시설에 직접 방문하여 원장과 간호팀장의 협조를 얻어 본 연구의 목적과 참여방법에 대해 설명하였고 본 연구의 목적을 이해하고 참여에 동의한 자를 대상으로 일대일 설문조사를 통해 자료를 수집하였다.

조사 대상자의 익명성 보장을 위해 각 설문지는 밀봉 봉투와 함께 제공되며 작성 후 바로 밀봉처리 할 수 있도록 하여 노인이나 직원 등 기타 다른 사람이 설문지 작성내용을 알 수 없도록 하고 설문지 회수 후 설문지의 일련번호 기입은 타 연구자를 통해 기입하였다.

## 5. 자료분석방법

본 연구에서 수집된 자료는 SPSS 21.0 프로그램을 이용하여 분석하였다.

- 1) 연구대상자의 일반적 특성, 사전의료의향서에 대한 지식 및 태도는 빈도와 백분율과 평균, 표준편차 등의 기술통계로 산출하였다.
- 2) 연구대상자의 일반적 특성에 따른 사전의료의향서에 대한 비교는 두 군은 t-test로 분석하였으며 세군 이상은 one way ANOVA로 분석하였으며 Levene 등분산 검정을 통해 통계량의 유의확률이 .05이상으로 등분산이 가정된 경우 Scheffe' test로 검정을 하고 등분산이 가정되지 않은 경우 이를 보정하기 위해 Welch 검정을 하고 Dunnett T3 test로 사후 분석을 실시하였다.
- 3) 연구대상자의 사전의료의향서에 대한 지식과 태도의 관계는 Pearson correlation test로 검정하였다.
- 4) 사전의료의향서에 대한 태도에 영향하는 요인을 확인하기 위하여 단계적 회귀분석(Stepwise linear regression)을 하였다.
- 5) 도구의 신뢰도 분석은 Cronbach's alpha와 Kuder-Richardson formula 20으로 분석하였다.

## IV. 연구 결과

### 1. 대상자의 일반적 특성, 사전의료의향서에 관한 지식, 사전의료의향서에 대한 태도

#### 1) 대상자의 일반적 특성

본 연구의 대상자인 노인요양시설 거주자 가족 103명의 인구사회학적 특성으로 여자가 60명(58.3%)으로 더 많았다. 대상자들은 평균 54.21세( $\pm 11.75$ )였으며, 대학이상의 교육을 받은 자가 60명(58.3%)으로 가장 많았다. 월 평균 가구당 수입항목에 대해 200~400만원은 45명(43.7%), 400만원 이상의 대상자는 43명(41.7%)으로 조사되었다. 종교를 갖고 있는 대상자는 75명(72.8%), 현재 결혼상태를 유지하고 있는 대상자는 80명(77.7%)으로 그렇지 않은 대상자보다 많았다. 자녀가 있는 대상자는 83명(80.6%)이었으며, 중복반응을 허용하여 동거형태를 확인한 결과 배우자와 자식과 함께 거주하는 대상자가 44명(42.7%)으로 가장 많았다. 노인요양시설에 거주하는 노인과의 관계로는 자녀가 67명(65%)으로 가장 많았으며 친척 33명(32.1%), 배우자 2명(1.9%), 형제 1명(1%) 순이었다(Table 1). 친척이라고 표기한 대상자들은 조카, 제부, 손자, 사촌 등으로 파악되었다.

대상자 대부분은 스스로 지각하고 있는 본인의 건강상태를 좋다고 답했으며(53.4%), 지난 1년간 병원에 입원한 경험이 없는 대상자가 91명(88.3%)이었다. 주변인의 입원을 경험한 대상자는 66명(64.1%), 사망을



경험한 대상자는 50명(48.5%), 죽음에 관해 주변인들에게 얘기해 본적 있는 대상자는 66명(64.1%)이었다. 노인의 생애말 의사결정은 당사자인 노인이 해야 한다는 대상자는 40명(38.8%)인 반면 가족이 의사결정을 해야 한다고 답한 대상자는 63명(61.2%)으로 대상자들은 노인의 생애말 의사결정자로 가족을 선호한다는 것을 확인하였다. 노인의 생애말 의사결정자로 가족을 택한 대상자 63명 중에서 가족 구성원 중 누가 결정해야 하느냐는 질문에 응답을 하지 않은 9명을 제외하고 배우자를 고른 대상자는 25명(46.3%), 아들은 22명(40.7%), 딸 1명(1.9%), 형제 4명 (7.4%), 기타 2명(3.7%)을 선택하였다. 사전의료의향서에 들어본 적 있는 대상자는 38명(36.9%)으로 그렇지 않은 대상자 65명(63.1%) 보다 적었다 (Table 2).

Table 1. Socio-demographic Characteristics of the Subjects (N=103)

Variables	Categories	n	(%)
Gender	Male	43	41.7
	Female	60	58.3
Age(years)	≤40	10	9.7
	41~50	19	18.4
	51~60	53	51.5
	≥61	21	20.4
	Mean±SD		54.21±11.75
Educational Level	≤High school	43	41.7
	≥University	60	58.3
Monthly Income (x10,000W)	<200	15	14.6
	200~400	45	43.7
	>400	43	41.7
Religion	Yes	75	72.8
	None	28	27.2
Marital Status	Married	80	77.7
	Unmarried	9	8.7
	Divorced	7	6.8
	Bereaved	7	6.8
Children	Yes	83	80.6
	None	20	19.4
Living with	Spouse	27	26.2
	Children	11	10.7
	Alone	12	11.7
	Spouse, Children	44	42.7
	Others	9	8.7
Relationship with the Elderly	Children of the Elderly	67	65
	Spouse	2	1.9
	Sibling	1	1
	Relatives	33	32.1
	(Grandson, nephew, etc)		

**Table 2. Health related Characteristics of the Subjects (N=103)**

<b>Variables</b>	<b>Categories</b>	<b>n</b>	<b>(%)</b>
Perceived Health Status	Bad	5	4.9
	Normal	43	41.7
	Good	55	53.4
Hospitalization Experience last 1 yr	Yes	12	11.7
	No	91	88.3
Experience of Acquaintance's Hospitalization last 1 yr	Yes	66	64.1
	No	37	35.9
Experience of Acquaintance's Death last 1 yr	Yes	50	48.5
	No	53	51.5
Experience of talking with Acquaintance about Death	Yes	66	64.1
	No	37	35.9
Decision-maker of Elderly's End of Life Decision	Elderly	40	38.8
	Family	63	61.2
Decision-maker of Elderly's End of Life Decision among Family (N=63)	Spouse	25	39.7
	Son	22	34.9
	Daughter	1	1.6
	Sibling	4	6.3
	Others	2	3.2
	Not sure	9	14.3
Exposure to †AD term	Yes	38	36.9
	No	65	63.1
Intention to make †AD	Yes	84	81.6
	No	17	16.5
	Not sure	2	1.9

*Note.* †Advance directives

## 2) 대상자의 사전의료의향서에 관한 지식

연구 대상자들의 사전의료의향서에 대한 지식은 평균 7.21점(9점만 점)이었다. 문항 중 ‘환자는 연명치료를 허락하거나 거절할 권리가 있다(true)’ 101명(98.1%), ‘환자는 치료를 허락하거나 거절할 권리가 있다(true)’ 99명(96.1%), ‘사전의료의향서는 의사결정 능력이 있는 동안 작성해 두는 것이다(true)’ 93명(90.3%)로 비교적 높은 정답률을 보였으나 ‘사전의료의향서는 언제나 변경과 폐지가 가능하다(true)’ 59명(57.3%), ‘사전의료의향서를 작성하려면 반드시 변호사의 도움을 받아야 한다(false)’ 63명(61.2%)로 정답률이 낮았다(Table 3).

사전의료의향서를 작성할 의사가 있는 대상자( $7.35 \pm 1.51$ )가 그렇지 않은 대상자( $6.47 \pm 1.81$ )보다 사전의료의향서에 대해 높은 수준의 지식을 가진 것으로 조사되었으며( $t=2.11$ ,  $p=.038$ ), 사전의료의향서에 대해 들어본 적이 있는 대상자( $7.45 \pm 1.18$ )에게서 사전의료의향서에 대한 높은 수준의 지식을 확인하였다( $t=6.580$ ,  $p=.012$ ). 또한 가구당 월수입이 지식에 대해 유의한 차이를 보이는 것으로 나타났는데 월 수입이 400만원 이상인 대상자는( $7.81 \pm 1.10$ ) 200만원 미만인 대상자( $6.13 \pm 1.13$ ), 200만원에서 400만원인 대상자( $7.00 \pm 1.85$ )보다 지식수준이 높은 것으로 확인되었다(Table 4, 5).

Table 3. Knowledge about the Advance Directives

(N=103)

Items	Correct answers	
	n	%
1. A patient has a right to permit or reject treatment offered.	99	96.1
2. A patient has a right to permit or reject LSD <sup>†</sup> .	101	98.1
3. AD is supposed to be prepared while one is competent.	93	90.3
4. Living will is an instruction that one specifies what actions should be taken for their health if they are no longer able to make decisions due to illness or incapacity.	90	87.4
5. Living will can not be changed or revoked once written.	78	75.7
6. Health care proxy is the one who are authorized to make care decisions for a person who designates him/her as proxy.	84	81.6
7. Health care proxy can not be changed or revoked once designated.	79	76.7
8. A lawyer is needed to complete AD <sup>‡</sup> .	63	61.2
9. Any changes or revocation is possible whenever and wherever.	59	57.3

Note. †Life-sustaining treatment, ‡Advanced directives

Table 4. Knowledge about Advance Directives according to socio-demographic Characteristics of the Subjects (N=103)

Variables	Categories	n	Mean±SD	t or F	p	Post hoc
Gender	Male	43	7.37±1.70	.034	.853	
	Female	60	7.10±1.50			
Age (years)	<40	10	6.80±1.73	.169	.917	
	41~50	19	7.21±1.48			
	51~60	53	7.23±1.72			
	>60	21	7.33±1.28			
Educational Level	≤High school	43	6.84±1.62	.858	.356	
	≥University	60	7.48±1.50			
Monthly Income (x10,000W)	<200	a 15	6.13±1.13	8.031	.001***	c>a,b <sup>†</sup>
	200~400	b 45	7.00±1.85			
	>400	c 43	7.81±1.10			
Religion	Yes	75	7.24±1.55	.725	.397	
	None	28	7.14±1.67			
Marital Status	Married	80	7.24±1.57	.144	.933	
	Unmarried	9	7.00±1.87			
	Bereaved	7	7.00±1.16			
	Divorced	7	7.43±1.90			
Children	Yes	83	7.19±1.56	.024	.877	
	None	20	7.30±1.69			
Living with	Spouse	27	7.33±1.78	1.634	.172	
	Children	11	6.27±1.10			
	Alone	12	7.83±1.47			
	Spouse, Children	44	7.27±1.48			
	Others	9	6.89±1.76			
Relationship with Elderly	Children	67	7.22±1.70	4.564	0.35	
	Relatives <sup>‡</sup>	33	7.18±1.33			

\* $p < .05$ , \*\* $p < .01$ , \*\*\* $p < .001$ ,

Note. <sup>†</sup>Scheffe test <sup>‡</sup>Grandson, nephew, etc

Table 5. Knowledge about Advance Directives according to Health related Characteristics of the Subjects (N=103)

Variables	Categories	n	Mean±SD	t or F	p	Post hoc
Perception of Health Status	Bad	5	6.00±1.87	1.62	.204	
	Normal	43	7.33±1.44			
	Good	55	7.24±1.63			
Hospitalization Experience last 1 yr	Yes	12	7.23±1.62	.778	.380	
	No	91	7.08±1.24			
Experience of Acquaintance's Hospitalization last 1 yr	Yes	66	7.35±1.56	.315	.576	
	No	37	6.97±1.59			
Experience of Acquaintance's death last 1 yr	Yes	50	7.36±1.41	1.907	.170	
	No	53	7.08±1.72			
Experience of Talking with Acquaintance about Death	Yes	66	7.18±1.63	.004	.948	
	No	37	7.27±1.50			
Decision-maker of Elderly's end of life decision	Elderly	40	7.23±1.67	.573	.451	
	Family	63	7.21±1.53			
Decision-maker of Elderly's End of Life Decision among Family (N=60)	Spouse	25	7.52±1.33	1.321	.276	
	Son	22	6.95±1.68			
	Sibling	4	6.50±1.29			
	Not sure	9	7.20±1.50			
Exposure to AD term	Yes	38	7.45±1.18	6.580	.012*	
	No	65	7.08±1.76			
Intention to make AD	Yes	84	7.35±1.51	2.11	.038*	
	No	17	6.47±1.81			

\* $p < .05$ , \*\* $p < .01$

### 3) 대상자의 사전의료의향서에 대한 태도

본 연구에 참여한 대상자의 사전의료 의향서에 대한 태도는 평균 45.36점( $\pm 3.69$ )으로 최소 35점에서 최대 55점이었다. 각 문항별 항목에서 가장 높은 평균을 보였던 항목은 ‘사전의료의향서를 작성 하는 것은 내가 건강할 때 하는 것이 더 좋을 것 같다’가 3.19점( $\pm 0.49$ )이었고 ‘만약 내가 매우 아파서 의사결정을 할 수 없다면, 내가 받고 싶은 생의 말 치료에 대해 문서화 해 두는 것은 나의 가족이 갈등하는 것을 막아줄 것이다’가 3.18점( $\pm 0.45$ )으로 두 번째로 긍정적인 문항이었다. 반대로 가장 낮은 평균을 보인 항목은 ‘나는 사전의료의향서를 작성할 만큼 그렇게 아프지 않다’가 2.01점( $\pm 0.59$ )이었고 ‘나는 생의 말에 받을 치료에 대해 이미 선택해 두었다’가 2.29점( $\pm 0.62$ )으로 두 번째로 부정적인 문항이었다 (Table 7).

사전의료의향서가 치료선택의 기회( $2.87 \pm 0.39$ ), 가족( $2.86 \pm 0.22$ ), 치료( $3.08 \pm 0.10$ )에 긍정적인 영향을 미친다는 하부항목 분류의 결과를 보여주고 있으나 질병의 인식( $2.01 \pm 0.59$ )은 다소 부정적이었다 (Table 6).

Table 6. Attitude toward the Advanced Directives Subscales (N=103)

Subscales (Item Number)	Mean $\pm$ SD
Opportunity for Treatment Choices (1~4)	2.87 $\pm$ 0.39
Impact of Advanced Directives on the Family (5~12)	2.86 $\pm$ 0.22
Impact of Advanced Directives on Treatment (13~15)	3.08 $\pm$ 0.10
Perception of Illness (16)	*2.01 $\pm$ 0.59
Total mean	2.71 $\pm$ 0.47

Note. \*Reverse score



Table 7. Attitude toward the Advance Directives

(N=103)

	Item	Mean±SD
1.	I have choices about the treatment I would receive at the end of my life.	2.29±0.62
2.	I would be given choices about the treatment I would receive at the end of my life.	3.07±0.45
3.	My doctor would include my concerns in decisions about my treatment at the end of my life.	2.98±0.42
4.	If I could not make decisions, my family would be given choices about the treatment I would receive.	3.12±0.45
5.	I think my family would want me to have an advance directive.	2.74±0.61
6.	Making my end of life treatment wishes clear with an AD would keep my family from disagreeing over what to do if I were very sick and unable to decide for my self.	3.18±0.45
7.	Having an AD would make my family feel left out of caring for me.	*2.65±0.61
8.	Making my end of life treatment wishes clear with an advance directive would help to prevent guilt in my family.	3.11±0.50
9.	Making my end of life treatment wishes clear with an AD would have no impact on my family.	*2.62±0.64
10.	Having an AD would prevent costly medical expenses for my family.	2.88±0.60
11.	Having an AD would make sure that my family knows my treatment wishes.	3.01±0.43
12.	My family wants me to have an AD.	2.69±0.54
13.	Having an AD would make sure that I get the treatment at the end of my life that I do want.	3.02±0.44
14.	I trust one of my family of friends to make treatment decisions for me if I cannot make them myself.	3.03±0.47
15.	It is better to make an AD when you are healthy.	3.19±0.49
16.	I am not sick enough to have an advance directive.	*2.01±0.59

Note. \*Reverse score

## 2. 대상자의 일반적 특성과 사전의료의향서에 관한 지식에 따른 사전의료의향서에 대한 태도

### 1) 대상자의 일반적 특성에 따른 사전의료의향서에 대한 태도

대상자의 인구사회학적 특성으로 종교의 유무에 따른 사전의료의향서에 대한 태도는 유의한 차이를 보였다. 종교가 있는 대상자가 그렇지 않은 대상자에 비해 사전의료의향서에 대한 태도가 긍정적이었다( $t=2.33$ ,  $p=.022$ ). 성별, 나이, 교육수준, 월평균 가구당 수입, 결혼상태, 자녀유무, 동거형태, 요양시설노인과의 관계는 사전의료의향서에 대한 태도에 유의한 영향을 미치지 않는 것으로 조사되었다(Table 8).

대상자의 건강관련 특성 중 자가인지 건강상태, 최근 1년간 본인의 입원경험, 주변인의 입원경험, 주변인의 사망, 노인의 생애 말 의사결정자는 사전의료의향서에 대한 태도와 유의미한 관계를 보이지 않는 것으로 분석되었다. 반면 주변인과 죽음에 관해 얘기를 해 본 경험과 사전의료의향서에 관한 얘기를 들어본 경험과 관련된 사전의료의향서에 대한 태도는 통계적으로 유의한 차이를 보였다. 주변인과 죽음에 관해 얘기해 본 경험이 있는 대상자가 그렇지 않은 대상자에 비해서 사전의료의향서에 대해 긍정적인 태도를 보이는 것으로 나타났으며( $t=3.09$ ,  $p=.003$ ) 사전의료의향서에 대해 들어본 적이 있는 대상자가 그렇지 않은 대상자에 비해서 사전의료의향서에 대한 태도가 긍정적임을 알 수 있었다( $t=3.07$ ,  $p=.003$ ).

사전의료의향서를 작성할 의사가 있느냐는 질문에 작성하겠다고 답한 대상자가 그렇지 않은 대상자보다 사전의료의향서에 대한 태도가 유의하게 높은 경향을 나타내는 것을 알 수 있었다( $t=2.88$ ,  $p=.005$ )(Table 9).

Table 8. Attitude toward Advance Directives according to socio-demographic Characteristics of the Subjects

(N=103)

Variables	Categories	n	Mean±SD	t or F	p	Post hoc
Gender	male	43	45.30±3.52	-.132	.895	
	female	60	45.40±3.84			
Age (years)	<40	10	44.80±4.42	.587	.625	
	41~50	19	44.89±3.73			
	51~60	53	45.83±3.30			
	>60	21	44.86±4.33			
Educational Level	≤High school	43	45.26±3.92	-.240	.811	
	≥University	60	45.43±3.55			
Monthly Income (x10,000W)	<200	15	44.87±5.36	.155	.856	
	200~400	45	45.41±3.53			
	>400	43	45.47±3.22			
Religion	Yes	75	45.87±3.58	2.33	.022*	
	None	28	44.00±3.69			
Marital Status	Married	80	45.35±3.69	.111	.954	
	Unmarried	9	45.67±3.71			
	Bereaved	7	45.71±3.40			
	Divorced	7	44.71±4.61			
Children	Yes	83	45.39±3.71	.147	.884	
	None	20	45.25±3.70			
Living with	Spouse	27	46.00±3.51	.981	.422	
	Children	11	43.56±4.80			
	Alone	12	46.25±4.54			
	Spouse, Children	44	45.12±3.45			
	Others	9	45.89±3.37			
Relationship with Elderly <sup>†</sup>	Children	67	45.46±3.40	1.636	.204	
	Relatives <sup>‡</sup>	33	45.33±4.37			
	Spouse	2	43.50±0.71			
	Sibling	1	43			

\* $p < .05$

Note. <sup>†</sup>Only Children and Relative were tested in the T-test about the Relationship with elderly. <sup>‡</sup>Grandson, Nephew, etc

Table 9. Attitude toward Advance Directives according to Health related Characteristic of the Subjects (N=103)

Variables	Categories	n	Mean±SD	t or F	p	Post hoc
Perception of Health Status	Bad	5	43.60±5.23	1.109	.334	
	Normal	43	45.02±3.37			
	Good	55	45.78±3.78			
Hospitalization Experience last 1 yr	Yes	12	46.00±5.34	-.638	.525	
	No	91	45.27±3.45			
Experience of Acquaintance's Hospitalization last 1 yr	Yes	66	45.45±3.84	.349	.728	
	No	37	45.19±3.46			
Experience of Acquaintance's Death last 1 yr	Yes	50	45.76±4.09	1.071	.287	
	No	53	44.98±3.27			
Experience of talking with Acquaintance about Death	Yes	66	46.17±3.63	3.087	.003**	
	No	37	43.92±3.39			
Decision-maker of Elderly's end of Life Decision	Elderly	40	45.80±4.07	.965	.337	
	Family	63	45.08±3.43			
Decision-maker of Elderly's End of Life Decision among Family (N=60)	Spouse	25	45.80±2.96	2.49	.094	
	Son	22	43.64±3.95			
	Sibling	4	45.50±1.73			
	Not sure	9	44.84±3.47			
Exposure to AD term	Yes	38	46.76±4.14	3.071	.003**	
	No	65	44.54±3.15			
Intention to make AD	Yes	84	45.73±3.52	2.88	.005**	
	No	17	43.06±3.19			

\* $p < .05$ , \*\* $p < .01$

## 2) 대상자의 사전의료의향서에 대한 지식과 태도의 상관관계

사전의료의향서에 대한 지식과 태도의 상호관련성을 파악하기 위해 Pearson 상관계수를 구하였다. 사전의료의향서에 대한 태도에 대해 지식은 유의한 정의 상관관계( $r=.238$ ,  $p=.017$ )를 갖는 것으로 나타나 지식이 많을수록 태도가 긍정적인 것으로 확인되었다.

## 3. 대상자의 사전의료의향서에 대한 태도에 영향을 미치는 요인

사전의료의향서에 대한 태도에 미치는 요인이 무엇인지 확인하기 위하여 단계적회귀분석(Stepwise Linear Regression)을 하였다. 앞선 결과에서 유의미한 결과를 보였던 종교, 주변인과 죽음에 관해 얘기해 본 경험, 사전의료의향서에 대해 들어본 경험, 사전의료의향서 작성 의도, 사전의료의향서에 대한 지식을 독립변수로 선정하였다. 사전의료의향서에 대한 태도와 사전의료의향서에 대한 지식은 도구로 측정한 총점으로 분석하였고 사전의료의향서에 대한 지식은 연속변수이며 명목척도인 종교, 죽음에 관해 얘기해 본 경험, 사전의료의향서에 노출된 경험, 사전의료의향서 작성 의사는 더미변수로 변환하여 분석하였는데, 종교가 있으면 1, 종교가 없으면 0, 죽음에 관해 얘기해 본 경험이 있으면 1, 없으면 0, 사전의료의향서에 노출된 경험이 있으면 1, 없으면 0, 사전의료의향서 작성 의도가 있으면 1, 없으면 0로 변환하였으며 선택법 기준은 진입할 F의 확률 .05이하, 제거할 F의 확률 .10이상이었다.

독립변수 간 상관분석을 한 결과 변수들의 상관계수가 .80 이상일

때는 다중공선성이 있으므로 제거하고 분석하여야 하나 모든 변수들의 상관관계수 값이 .370~-.283 범위로 .80미만임이 확인되었다.

회귀분석의 가정을 검정한 결과 모든 회귀식의 가정을 충족하는 것으로 나타났다. 오차의 자기상관(잔차의 독립성)을 검정하는 Durbin-Watson의 통계량은 1.825로 나타났다. 본 연구의 결과를 분석해보면 독립변수가 5개이며, 표본수는 103개 이므로 임계치  $\alpha=.05$ 에서  $1.57 \leq d \leq 1.78$ 의 값을 가진다. 본 연구의 결과는 1.825이므로 자기상관이 없다고 할 수 있다.

모형의 설명력을 나타내는 수정된 결정계수(Adjusted  $R^2$ )는 .147로 변수들이 사전의료의향서에 대한 태도를 14.7% 설명하는 것으로 나타났다.

공차한계(Tolerance)는 최소 .929에서 최대 .970으로 0.1 이하의 값이 없었고 VIF(variance inflation factor)값은 1.031~1.076의 범위로 10보다 큰 값이 없었으므로 모든 변수는 다중공선성의 문제는 없는 것으로 나타났다.

입력된 103개의 개체들 중에서 이상치를 가진 케이스는 케이스별 진단(Casewise Diagnostics)표를 통해 확인하였다. 43번이 표준화 잔차의 절대값이 3 이상이어서 제거하고 분석하였다. 다음으로 Cook's D 통계량을 이용하여 영향력을 분석한 결과 최소값 .000, 최대값 .096, 평균 .010로 1.0 이상인 개체는 없었다. 잔차 분석 결과, 모형의 선형성(linearity), 오차항의 정규성(normality), 등분산성(homoscedasticity)이 확인되었다.

사전의료의향서에 노출된 경험, 사전의료의향서 작성 의사, 사전의료의향서에 대한 지식 변수에 의한 회귀모형은 유의한 것으로 나타났다 ( $F=6.726$ ,  $p<.001$ ). 사전의료의향서에 가장 큰 영향을 미치는 요인으로

는 죽음에 관해 얘기해본 경험( $\beta=.256$   $p=.008$ )이 그 다음으로 사전의료의향서 작성 의사( $\beta=.197$   $p=.043$ ) 그리고 사전의료의향서에 대한 지식( $\beta=.196$ ,  $p=.041$ )이 뒤를 이었다. 죽음에 관해 얘기해본 경험이 있을수록, 사전의료의향서를 작성하고자 하는 의도가 있을수록, 그리고 사전의료의향서에 대한 지식이 많을수록 사전의료의향서에 대한 태도에 긍정적인 영향을 미치는 것으로 나타났다(Table 10).

**Table 10. Associations of Attitude toward Advance Directives with Variables by Stepwise Linear Regression (N=101)**

<b>Variables</b>	<b>B</b>	<b>S.E.</b>	<b><math>\beta</math></b>	<b>t</b>	<b>p</b>	<b>Adj R<sup>2</sup></b>	<b>F</b>	<b>p</b>
Constant	43.083	1.618		26.623				
Experience of talking with Acquaintance about Death	1.911	.701	-.256	-2.726	.008	.147	6.726	<.001
Intention to make AD	1.882	.917	-.197	-2.052	.043			
Knowledge about AD	.443	.214	.196	2.068	.041			

**\*p < .05**



## V. 논의

연구 결과를 통해 대상자들의 사전의료의향서에 대한 지식수준이 높을수록 태도가 긍정적임을 확인하였다. 이를 바탕으로 각각에 대해 논의하고자 한다.

### 1. 사전의료의향서에 관한 지식

사전의료의향서에 대한 지식수준은 9점 만점에 평균 7.21점( $\pm 1.58$ )이며 정답률 80.5%으로 전반적인 정답률은 같은 도구로 지역사회 거주 노인의 지식을 측정한 홍성우와 김신미(2013)의 연구에서의 3.69점보다 높은 수치였다. 사전의료의향서에 대해 들어본 적이 있는가에 대한 질문에 ‘예’라고 답한 대상자는 36.9%였으며 이러한 결과는 박재원(2013)의 연구에서 사전의료의향서에 대해 잘 모른다고 답한 96%보다는 다소 증가한 수치이다. 연구마다 대상자의 연령대와 환경이 달라 정확한 비교는 어렵지만 매체를 통해 얻어진 정보와 자연사에 대해 높아진 사회적 관심이 관련된 지식수준의 증가로 나타났다고 해석될 수 있다. 또한 본 연구의 대상자는 죽음을 앞두고 있는 노인을 가장 가까이에서 겪고 있는 보호자로 생애말기 삶의 질을 높이기 위한 자연스러운 관심이 사전의료의향서에 대한 지식수준 증가로 이어진 것으로 여겨진다. 그러나 사전의료의향서에 대해 들어본 대상자는 36.9%로 선행연구보다는 증가한 수치이나 전체 비중으로 봤을 때 여전히 낮은 수치로 여겨진다. 사전의료의향서를 직접 간접적으로 경험한 대상자의 수는 적지만 작성할 의사가 있다고 응답한 대상자는 81.6%로 사전의료의향서에 대한 요구도가 있음을 확인할 수 있

다.

사전의료의향서 관련 지식 중 가장 높은 응답률을 보인 항목은 ‘환자는 연명치료를 허락하거나 거절할 권리가 있다(true)’(98.1%), ‘환자는 치료를 허락하거나 거절할 권리가 있다(true)’(96.1%), ‘사전의료의향서는 의사결정 능력이 있는 동안 작성해 두는 것이다(true)’(90.3%)로 치료에 대한 자기결정권과 사전의료의향서 작성 시기에 관하여는 비교적 높은 응답률을 보였다. 반면 ‘사전의료의향서는 언제나 변경과 폐지가 가능하다(true)’(57.3%), ‘사전의료의향서를 작성하려면 반드시 변호사의 도움을 받아야 한다(false)’(61.2%)의 결과를 보여 대상자들이 사전의료의향서는 한번 작성하면 변경할 수 없는 것으로, 또한 사전의료의향서는 변호사의 도움이 있어야만 작성할 수 있는 것으로 오해하고 있음이 조사되었다. 상기 두 항목은 홍선우와 김신미(2013)의 연구에서도 응답률이 가장 높은 항목이었으며 이는 사전의료의향서에 대한 정보의 부족이 낳은 결과로 사전의료의향서의 바른 정착을 위해서는 제도 시행 전 교육과 홍보를 통해 사전의료의향서의 의미와 내용, 작성과정과 작성 방법, 작성 후 조치 등의 정보를 제공해야 한다.

사전의료의향서를 작성할 의도가 있는 대상자는 그렇지 않은 대상자보다 높은 지식수준을 가지고 있는 것으로 나타나( $t=2.88$ ,  $p=.038$ ) 사전의료의향서를 작성하고자 하는 대상자의 관심과 지식수준은 상관성이 있는 것으로 조사되었다.

사전의료의향서에 대해 높은 지식수준을 가지고 있는 사람은 태도 또한 긍정적인 것으로 나타났으며( $t=2.11$ ,  $p=.017$ ) 이는 손덕승(2009)의 연구결과와 맥락을 같이 한다. 사전의료의향서에 관한 지식은 대상자들이 실제 사전의료의향서를 작성하고 임상에 적용하는 이행률과도 연관이 있으며, 제한된 지식정도가 사전의료의향서 작성을 방해한다고 보고된다

(Dallas, 1993). 이는 정부차원의 사전의료의향서에 대한 제도 도입에 앞서 사전의료의향서와 직접적인 관련이 있는 대상자는 물론, 범국민적인 홍보와 교육이 필요하다는 것을 반증하는 결과이다. 사전의료의향서에 대한 개념과 사례, 적용하고 난 뒤의 삶의 질 등과 같은 교육을 통해 관련 지식의 수준이 높아지게 되면 사전의료의향서 제도가 실시되었을 때 대상자와 가족들은 거부감 없이 받아들일 것이며 실제 작성으로도 이어질 것으로 예상된다.

## 2. 사전의료의향서에 대한 태도

구조화된 도구로 측정한 본 연구 대상자들의 사전의료의향서에 대한 태도 점수는 평균 45.36점( $\pm 3.69$ )으로 이혜림(2012) 연구의 45.12점( $\pm 6.41$ )과 같이 기준점 40점을 웃돌아 긍정적이라고 평가되었다. 상기 도구는 4점 Likert 척도로 특정되었으며 해당 항목에 대해 매우 그렇다는 4점, 그렇다는 3점, 아니다는 2점, 전혀 아니다는 1점으로 점수가 높을수록 긍정적인 태도를 의미한다. 가장 긍정적인 항목으로는 ‘사전의료의향서를 작성하는 것은 내가 건강할 때 하는 것이 더 좋을 것 같다’가 3.19점( $\pm 0.49$ )으로 질병이 진행되기 전 건강할 때 사전의료의향서 작성하기를 원한다는 선행연구와 맥락을 같이 하였다(이민혜, 2014; 이혜림, 2012). ‘만약 내가 치료 결정을 못한다면, 나의 가족에게 내가 받을 치료를 선택할 기회가 주어질 것이다’는 3.12점( $\pm 0.45$ )으로 대상자들의 가족에 대한 의존도가 높았으며 가족을 의사결정 대리인으로써 여기고 있다는 결과를 보여준다. ‘만약 내가 매우 아파서 의사결정을 할 수 없다면, 내가 받고 싶은 생의 말 치료에 대해 문서화 해두는 것은 나의 가족이 갈등하

는 것을 막아줄 것이다’ 항목은 3.18점( $\pm 0.45$ ), ‘사전의료의향서를 통해 생의 말 치료를 확실히 정해두는 것은 나의 가족이 죄책감을 갖는 것을 막아 줄 것이다’는 3.11점( $\pm 0.50$ )으로 사전의료의향서가 가족의 심리적 부담을 덜어준다는 의미의 문항에서 긍정적인 대답이 확인되었다. 또한 도구의 하부항목에서 사전의료의향서가 가족에서 미치는 영향에 관한 설문인 5번에서 12번 항목의 평균은 2.86점( $\pm 0.22$ )으로 ‘그렇다’를 의미하는 3점에 가까운 점수 이므로 사전의료의향서가 가족에게 미치는 영향이 크며 구성원들이 서로 의지하며 사전의료의향서에 대해 긍정적으로 여기고 있다는 결과가 나왔다. 임상적으로 가족들은 연명치료에 관한 어려운 결정을 한 뒤 최선을 다하지 못했다는 죄책감을 갖는다. 가족논쟁과 부정적인 정서적 반응은 가족 관계와 구성원들의 갈등의 상황을 점층적으로 악화시키는데 이러한 상황에서 사전의료의향서는 말기질병상태 동안에 환자와 가족들을 돕고 죽음관련 문제를 잠재적으로 예방하는 합리적인 방안이다(Haley et al., 2002).

가장 부정적인 항목으로는 ‘나는 사전의료의향서를 작성할 만큼 그렇게 아프지 않다’가 2.01점( $\pm 0.59$ )이었는데 이 문항은 자신이 질병에 대해 부정적으로 인식할수록 태도 점수가 높아짐을 의미하고 앞서 가장 긍정적인 항목이었던 ‘사전의료의향서를 작성하는 것은 내가 건강할 때 하는 것이 더 좋을 것 같다’와 의미를 같이 한다(이혜림, 2012). 그 다음으로 ‘나는 생의 말에 받을 치료에 대해 이미 선택해 두었다’가 2.29점( $\pm 0.62$ )으로 부정적인 태도를 보였다. 이는 대상자들의 자율성에 대한 항목으로 가족공동체 문화의 한국 사회에서 본인의 치료를 단독으로 결정하는 것에 대해 부담을 느끼고 있으며 당장 현실적으로 느껴지지 않는 죽음에 대해 깊이 숙고해본 일이 드물었던 결과라고 여겨진다. 그러나 ‘나는 생의 말에 받을 치료를 앞으로 선택할 기회가 있을 것이다’ 항목은 3.07

점(0.45)으로 본인이 받을 치료를 선택해 두진 않았지만 앞으로 선택할 기회가 있다고 생각하고 있어 사전의료의향서가 임상에 적용 되었을 때 긍정적인 효과를 나타낼 수 있다고 기대한다.

수정된 결정계수(Adjusted  $R^2$ )는 .147이며 이는 모형의 설명력을 나타내는 것으로 변수들이 사전의료의향서에 대한 태도에 대해 14.7%의 설명력이 있는 것으로 나타났다. 비교적 설명력의 수치가 낮은 이유는 본 연구에서 통계적으로 의미 있지 않아 제외되었지만 선행연구에서 의미가 있었던 주요변수가 빠졌기 때문이며 이는 후속 연구를 통해 유의한 변수를 추가분석하여 설명력을 높일 것을 제안한다.

인지저하, 만성질환 등의 건강기능상태 악화로 생애 말 치료와 관련한 중대한 결정을 스스로 하지 못하는 노인들을 위해 가족들이 노인의 치료적인 의사결정과정에 참여하여 대리인으로서의 역할을 행사하기 위한 정당성을 찾는 것이 본 연구의 골자이다. 가족이 인지하고 있는 노인의 사전의료의향서를 가족의 입장에서 확인하려고 했으나 충분치 못한 연결고리 및 사전조사와 도구의 한계로 노인의 사전의료의향서에 대한 가족들의 태도가 아닌 대상자 본인의 사전의료의향서에 대한 태도를 물었다. 선행연구에서 가족의 사전의료의향서에 대한 태도는 환자의 사전의료의향서에 대한 태도에 영향을 준다고 한 점에서 본 연구가 의미 있긴 하지만 노인의 죽음을 앞두고 있는 보호자의 상황에 대한 조사가 노인의 상태에 따라 다르게 영향을 미칠 수 있는 것을 고려하여 노인의 신체적, 정신적 건강기능상태와 가족의 지지체계 등의 다양한 변수를 이용하여 반복연구를 하는 것이 필요하다. 이와 같은 과정은 노인을 모시는 다른 보호자들에게도 경각심을 불러일으켜 사전의료의향서에 대한 필요성을 주지시킬 수 있다.

사전의료의향서에 대한 가족의 태도는 노인에게 영향을 미친다. 명

료하여 스스로 의사결정을 할 수 있는 노인에게는 사전의료의향서를 작성하는 과정에서 영향을 줄 것이며, 만성질환으로 노인이 의사를 표현할 수 없는 경우라면 가족이 노인을 대신하여 사전의료의향서를 작성할 때 가족의 태도가 영향을 미칠 것이다. 실제 의료현장에서 가족들이 환자를 대신하여 DNR이나 사전의료의향서를 작성하는 일은 매우 빈번함으로 가족의 사전의료의향서에 대한 태도를 확인하는 것은 의미 있는 일이라고 할 수 있다.

한국인들은 존재론적 성찰을 통해 자신의 삶을 돌아보고 죽음에 관한 깊이 있는 탐구를 하기 보다는 타인의 죽음, 어려움, 고난 등의 간접경험을 통해 죽음을 연상하고 이별을 준비하는 경향이 높다(김명숙, 2010). 본 연구의 대상자인 가족들도 죽음의 단계와 가까운 노인을 옆에서 돌보면서 생애 말기에 대한 간접경험을 통해 인생의 마지막 과업인 죽음에 대해 숙고하고 더 나아가 이별을 준비하는 과정에 사전의료의향서가 촉발인자가 될 수 있다. 가족의 사전의료의향서에 대한 태도를 확인하는 것은 노인의 생애 말기 삶의 질에 대한 논의 뿐 아니라 대상자 본인의 죽음의 질에 대해서도 깊이 있는 성찰을 할 수 있는 계기가 될 것이다.

Douglas(2002)에 의하면 사전의료의향서에 대해 긍정적인 태도를 가지고 있을수록 실제 작성으로 이어질 확률이 높아진다고 한다. 적절한 정보를 제공하고 홍보하는 등 대상자들의 긍정적인 태도를 높이기 위한 방안을 모색하여야 한다.

추후 사전의료의향서 작성과 임상에의 적용을 용이하게 하기 위해 노인과 그 가족을 고려하여 우리 문화와 실정에 맞는 사전의료의향서를 개발하는 것이 필수적인 과정임을 확인하였다.

### 3. 대상자의 특성에 따른 사전의료의향서에 대한 태도

본 연구에서는 성별, 나이, 교육수준, 월수입, 결혼상태, 자녀유무, 동거형태, 요양시설 노인과 관계는 사전의료의향서에 대한 태도에 유의미한 차이를 보이지 않았지만 반면 종교가 있을수록 사전의료의향서에 대한 긍정적인 태도를 보였으며 통계적으로도 유의미하였다. 이는 개인의 종교적 신념이 사전의료의향서에 대해 영향을 미치는 요소 중 하나라는 선행연구 결과와 부분적으로 유의하다(Adrienne, 2011). 죽음과 관련해 주변인과 얘기를 나눴본 경험이 있는 사람, 사전의료의향서에 대해 들어본 적이 있는 사람, 사전의료의향서 작성할 의향이 있는 사람은 그렇지 않은 사람에 비해 긍정적인 태도를 보였으나 자가인지 건강상태, 병원입원 경험, 주변인의 입원 경험, 주변인의 사망, 노인의 생애말 의사결정자에 따른 태도의 차이는 없었다. 이러한 결과는 한방병원의 노인환자를 대상으로 작성한 이해정(2014)의 연구에서 성별, 나이, 교육수준, 결혼상태, 월수입, 건강수준 변수가 사전의료의향서에 대한 태도에 영향을 미치지 않는다고 하여 본 연구와 맥락을 같이 하였다. 복지관 이용 노인(N=180)을 대상으로 하였던 이해림(2012)의 연구에서 연령, 교육수준, 소득수준이 사전의료의향서에 대한 태도에 유의한 영향을 줬던 것과는 차이가 있었다. 또한 국외 연구에서도 대상자들의 인종, 성별, 나이, 교육, 자가인지 건강상태, 입원 등의 요인이 사전의료의향서에 대한 태도를 결정하는 요인 중 하나라고 보고한다(Douglas, 2002).

노인요양시설 거주 노인의 생애말 의사결정자로 보호자라고 답한 대상자는 63명으로 응답자의 과반수를 넘어 61.2%의 비율을 차지했다. 가족 중에서 의사결정자는 배우자와 아들을 선호하는 것으로 조사되었다. 이는 우리나라가 핵가족화, 서구화 되어 가며 개인의 자율성을 중요한 개

념으로 여기고 있지만 여전히 가족에 대한 의존도가 높음을 보여준다.

노인요양시설에 거주하는 노인과 의 관계로 자녀(65%)와 친척(32.1%)이 대부분을 차지하였는데 이중 친척이라고 표기한 대상자들은 손자, 손녀, 손부, 조카, 사촌, 제부 등으로 파악되었다. 설문지 설계 당시 친척의 비중을 크게 염두해 두지 않고 세분화 시키지 않아 정확한 파악이 어려우나 대상자들이 손자, 손녀 등을 자녀와 별개 개념으로 해석하여 ‘친척’ 항목으로 체크한 결과로 여겨진다. 또한 과거 대부분이 대가족형태였으나 핵가족화로 인한 가족 구조의 변화 등으로 실제 노인을 부양하고 노인에 대한 결정을 내리는 가족 구성원이 자녀에만 국한된 것이 아닌 가족 필요에 의해 다양해졌으며 직계가족의 일이 우선시 되어 노인 문제는 등한시 하게 되는 가족들의 심리가 작용한 결과로 여겨진다. 사회적으로 가족형태가 변화함에 따라 직접 케어하는 가족이 없는 독거노인이 증가하고 있으며 이를 고려한 연구도 진행되어야 한다.

시설 거주 노인은 만성질환, 정신질환, 노화 등으로 인해 자기결정권을 행사하기 어려운데 가족들이 노인의 의사결정에 참여하여 불필요한 연명치료를 차치하고 생애 말 삶의 질을 높일 수 있다. 가족들은 가족구성원의 복지와 안녕을 위한 최선의 선택을 할 것이며, 노인이 중점으로 두고 있는 가치와 선호도를 아는 최고의 정보처 역할을 할 것이다 (Dallas, 1994). 가족중심적인 우리 사회에서 의사결정을 하는 데에 가족 중에 의료대리인을 지명하는 것은 노인이 자율권을 행사할 수 있는 하나의 방법이 될 것이다. 이를 위해서는 대리인 역할을 하는 가족을 보호하고 무분별한 결정을 하는 것을 경계하는 법적 인프라 구축이 뒷받침되어야 한다.

본 연구의 대상자는 선행연구에서처럼 환자나, 노인이 아닌 노인요양시설 거주노인의 가족이므로 의미 있는 연구로 여겨지는데 이는 가족과



노인은 상호의존적이며 선호하는 가치도 비슷할 가능성이 있어 서로에게 미치는 영향이 크기 때문이다. 선행연구에서 통계적으로 의미가 있었던 결과가 본 연구에서 의미 있지 않은 것으로 볼 때 사전의료의향서에 대한 태도는 개인의 가치와 문화적 신념, 경험에 기인하는 것으로 대상자들의 일반적인 특성으로 특징 지워지는 것은 아니므로 앞으로의 반복적인 연구를 통해 확인 해볼 필요성이 있다.

추후 사전의료의향서를 제도화 할 때 노인과 가족을 고려하여 법적으로도 보호 받을 수 있는 방안이 마련되어야 할 것이다.

#### 4. 연구의 제한점

본 연구에서 태도에 대한 도구는 외국의 것을 번역한 것으로 사전의료의향서라는 개념도 생소한데 문항의 내용들도 대상자들이 이해하기 어려워 일대일 설문조사 시 부연 설명을 해야 하는 경우가 많았다. 대상자들의 응답에 연구자의 개입을 막기 위해 최대한 문항에 나온 표현을 이용해 설명하였으나 설명을 하는 과정 중에 연구자의 생각과 의도가 포함될 가능성이 있으므로 이를 막기 위해 우리나라 실정에 맞는 도구가 개발될 필요성이 있다. 이를 통해 신뢰할 수 있는 연구결과를 얻을 수 있을 것이다.

일개 노인요양시설 거주 노인 가족을 대상으로 할 때 노인이 가지고 있는 질환과 특성에 따른 분류를 하지 않았기 때문에 노인의 상황에 따른 가족들의 특성 파악에 제한이 있었다. 또한 노인의 사전의료의향서에 대한 가족들의 태도가 아닌 가족 본인들의 사전의료의향서에 대한 태도를 조사하였으므로 추후 노인의 질병관련 정보와 장기요양시설 등급, 사회생

활기능, 사회적 관계, 행동변화, 의사소통욕구, 영양상태 등 요양시설 거주자의 특성을 포함하여 노인의 사전의료의향서에 대한 가족들의 태도와 관련된 후속 연구가 요구된다.

서울의 한 노인요양시설에 거주하는 노인의 가족을 대상으로 편의추출하였기 때문에 모집단을 대표하기에는 한계가 있어 연구 결과를 전체 노인 가족으로 일반화하기에는 다소 무리가 있다. 이에 본 연구 결과는 신중한 분석을 요하며 앞으로 다양한 환경, 조건을 가진 노인과 가족들을 대상으로 한 후속 연구가 필요하다.

## VI. 결론 및 제언

### 1. 결론

본 연구는 노인요양시설 거주 노인 가족의 사전의료의향서에 대한 지식과 태도를 조사하고 사전의료의향서의 태도에 영향을 주는 관련 요인을 확인하기 위해 시도되었으며 연구 대상으로 서울의 한 노인전문요양시설에 거주하는 노인의 가족 103명을 편의추출하여 조사하였다. 사전의료의향서에 대한 지식을 측정하는 도구는 홍선우와 김신미(2013)가 개발한 도구를, 사전의료의향서에 대한 태도를 측정하는 도구는 Advance Directive Attitude Survey (ADAS)로 Nolan과 Bruder가 1997년에 만들고 2003년에 수정·보완한 것을 이혜림(2012)이 번역한 것을 사용하였다. 자료수집 방법은 구조화된 설문지를 사용하였으며 자료 수집 기간은 2015년 1월 1일부터 2월 28일 사이에 이루어 졌고 수집된 자료는 SPSS 21.0프로그램을 이용하여 연구 목적에 따라 빈도와 백분율, 평균, 표준편차, t-test, one way ANOVA, Pearson correlation test, 단계적 회귀분석으로 분석하였다.

본 연구의 결과는 다음과 같다.

첫 째, 대상자의 성별, 나이, 교육수준, 월수입, 결혼상태, 자녀유무, 동거형태, 요양시설 노인과 관계, 자가인지 건강상태, 병원입원 경험, 주변인의 입원 경험, 주변인의 사망, 노인의 생애말 의사결정자는 사전의료의향서에 대한 태도에 영향을 미치지 않는 것으로 조사되었다. 종교,

죽음과 관련해서 주변인과 얘기를 나눠본 경험, 사전의료의향서에 대해 들어본 적이 있는 경우, 사전의료의향서 작성할 의향은 사전의료의향서에 대한 대상자의 태도에 영향을 주는 것으로 확인되었다.

둘 째, 사전의료의향서에 관한 지식은 전반적으로 높은 결과를 보였으며 높은 지식수준은 긍정적인 태도로 이어지고 이는 실제 이행률과 연관있는 사전의료의향서를 작성할 의도가 높아짐을 의미한다.

셋 째, 대상자들의 사전의료의향서에 대한 태도는 대체로 긍정적으로 보고되었으며 사전의료의향서가 가족에게 미치는 영향에 관한 설문에서도 평균 이상의 점수를 획득해 가족에게 사전의료의향서가 미치는 영향이 크며 사전의료의향서에 대해 긍정적으로 여기고 있다는 결과가 나왔다. 죽음에 관해 얘기해본 경험이 있을수록, 사전의료의향서를 작성하고자 하는 의도가 있을수록, 그리고 사전의료의향서에 대한 지식이 많을수록 사전의료의향서에 대해 긍정적인 태도를 보이는 것으로 나타났다

## 2. 제언

이상의 연구 결과를 토대로 다음과 같은 제언을 하고자 한다.

첫 째, 본 연구는 서울의 한 노인요양시설에 거주하는 노인의 가족을 대상으로 시행한 연구로 전체 노인 가족으로 일반화하기에는 다소 무리가 있으므로 다양한 조건의 노인과 가족들을 대상으로 한 후속 연구가 필요하다.

둘 째, 사전의료의향서에 관한 태도에 관한 도구는 외국의 것을 번역한 것으로 대상자들이 이해하기 다소 무리가 있었다. 향후 반복연구를 통해 중요한 내용을 가감하는 것이 필요하며 우리나라 실정에 맞게 이해

하기 쉬운 어휘를 선택해 일반인들의 접근성을 높여주는 사전의료의향서를 개발하는 것을 제언한다.

셋 째, 대상자들의 사전의료의향서에 대한 지식이 태도에 긍정적인 영향을 미치는 것으로 조사되었으므로 관련 지식수준을 높이기 위한 다양한 교육 프로그램과 홍보가 필요하다.

넷 째, 대상자의 특성에 따른 사전의료의향서에 대한 태도 차이가 크지 않고 태도에 유의하게 미치는 영향들이 선행연구와 다소 다른 점이 있어 신중한 해석이 요구되며 반복적인 후속 연구를 통해 사전의료의향서에 영향하는 요인들을 확인할 것을 제언한다.

다섯 째, 노인요양시설 거주 노인의 특성에 따른 분류를 하지 않았기 때문에 이와 연관된 가족들의 특성 파악에 제한이 있었다. 또한 가족들이 인지하고 있는 노인의 사전의료의향서에 대한 태도가 아닌 가족 스스로의 사전의료의향서에 대한 태도를 조사하였으므로 추후 노인요양시설 거주노인의 특성을 포함하여 노인이 사전의료의향서의 대상자로, 이와 관련된 가족들의 사전의료의향서에 대한 태도에 관한 반복 연구가 요구된다.

## VII. 참고문헌

- 국립국어원 표준국어대사전 (2014). Retrieved (9.30.2014) from  
<http://stdweb2.korean.go.kr/main.jsp>
- 김경순. (2009). 일 종합병원에서의 사전의사결정서 적용. 울산대학교  
산업대학원 석사학위논문. 울산.
- 김기현. (2010). 폐암 환자, 가족, 의사, 간호사의 사전 의료 지시서에 대한 반응  
비교. 경희대학교 행정대학원 석사학위논문. 서울
- 김동경. (2011). 노인요양시설 이용에 관한 노인들의 의식 및 선호도 연구.  
경북대학교 과학기술대학원 석사학위논문.
- 김명숙. (2010). 한국인의 죽음에 대한 인식과 태도에 관한 철학적 고찰.  
*유학연구*, 22, 73-108.
- 김미영. (2010). 생의 말기치료 결정과 사전의사결정에 대한 간호사의 태도조사.  
서울대학교 대학원 석사학위논문. 서울.
- 김수현. (2010). 사전의료지시[서]에 대한 성인의 인식과 태도. *기본간호학회지*,  
17.4, 450-459.
- 김순이, 이미애와 김신미. (2001). 성인의 Advance Directives (AD, 생명연장술  
(生命延長術) 사전선택 (事前選擇)) 에 대한 태도 연구.  
*한국의료윤리학회지*, 4(2), 231-244.
- 김신미, 이미애와 김순이. (2002). 연구논문: 임종과정에서의 생명연장술 관련  
실태조사. *한국노년학*, 21(3), 15-27.
- 김정선. (2012). 노인의 연령에 따른 삶의 질 가치와 사전의사결정 (Advance  
Directives) 에 대한 인식 및 선호도. *한국노년학*, 32.1, 1-23.
- 김학태. (2009). 무의미한 생명연장장치치료중단에 관한 법윤리적 고찰. *외법논  
집*, 33(1), 2.
- 김혜정. (2012). 말기돌봄 사전의사결정에 대한 노인과 그 가족의 인식 비교. 충  
주대학교 대학원 석사학위 논문. 충주.
- 노인복지법. (2012). 제4장 제34조 1호. Retrieved (9.3.2014) from  
<http://www.law.go.kr/lsInfoP.do?lsiSeq=142597&efYd=20140807#0000>

- 대법원 2004.6.24. 선고 2002도995 판결
- 대법원 2009.5.21. 선고 2009다17417 판결
- 대한 의학회 의료 윤리 지침 제 1보 (2002, 9).
- 박수민. (2013). 노인의 생전유언과 대리인 지정 및 관련요인 조사연구. 서울대학교 대학원 석사학위 논문. 서울.
- 박연옥. (2004). 연명치료 중단을 결정한 말기환자 가족의 경험. *한국간호과학회 학술대회*, 65-65.
- 박재원. (2012). 제가 및 요양시설 거주 노인의 사전의료의향서에 대한 지식, 경험, 선호도. 고려대학교 대학원 석사학위 논문. 서울.
- 배종면, 류호걸, 이희영, 정선영, 조정현, &이나래. (2009). 무의미한 연명치료 중단을 위한 사회적 합의안 제시. *한국보건의료연구원 연구보고서*, 1-481.
- 석현주. (2010). DNR에 동의한 노인의 심폐소생술금지에 대한 태도. 을지대학교 대학원 석사학위논문. 대전.
- 손덕승. (2008). 호스피스병동 암환자 및 내과 의사의 사전의사결정에 대한 인식. 가톨릭대학교 대학원 석사학위논문. 경기.
- 송경옥과 조현숙. (2010). 심폐소생술금지 [Do-Not-Resuscitate]에 대한 환자 보호자의 윤리적 인식 및 태도. *임상간호연구*, 16.3, 73-84.
- 송병기. (2016). 암과의 동행 국회통과 웰다잉법 주요 내용. 국민일보.  
Retrieved (1.18.2016) from  
<http://news.kmib.co.kr/article/view.asp?arcid=0923392153&code=14130000&cp=nv>
- 안명숙과 민혜숙. (2008). 사전동의에 대한 의사, 간호사 및 환자의 인식과 경험. *임상간호연구*, 14(2), 59-70.
- 윤선영. (2011). 만성질환자의 사전의사결정에 대한 인식과 생애말기 치료 선호도. 동아대학교 대학원 석사학위논문. 부산.
- 윤은숙. (2009). 종합병원에 내원하는 환자와 가족의 사전의사결정에 대한 지식 정도, 경험, 태도, 선호도에 관한 연구. 한양대학교 대학원 석사학위 논문. 서울.
- 윤호민. (2009). 사전의료지시서를 통해 본 호스피스 암환자의 연명치료에 대한 태도. 고려대학교 대학원 석사학위논문. 서울.

- 이동익. (2008). [사전의료지시서] 논의와 내용에 관한 윤리적 고찰. *가톨릭철학*, 10, 409-442.
- 이미애. (2004). 연명치료에 대한 충청지역 소재 종합병원 중환자실 담당의사의 의식조사. *한국의료윤리학회지*, 7(1), 91-101.
- 이민혜. (2014). 노인암환자의 사전의사결정에 대한 태도와 가족기능. 서울대학교 대학원 석사학위 논문. 서울.
- 이상목. (2009). 의학적 의사결정에서 환자의 결정과 가족의 결정. *한국의료윤리학회지* 12.4, 323-334.
- 이선라, 신동수, & 최용준. (2014). Do Not Resuscitate (DNR)와 Advance Directives(AD)에 대한 환자 보호자와 의료인의 인식. *한국호스피스·완화의료학회지 Vol.17, No.2*, 66-74
- 이선화. (2013). 일 종합병원 외래환자와 보호자의 사전의료의향서에 대한 지식, 인식 및 태도. 관동대학교 대학원 석사학위 논문. 강원.
- 이은영, 박인경과 이일학. (2011). 국가별 사전의료의향서 서식 분석 및 사전의료의향서 표준 서식 제안. *생명윤리정책연구* 5.1, 1-25.
- 이혜림. (2011). 복지관 이용 노인의 사전의사결정(Advanced Directives)에 대한 태도. 서울대학교 대학원 석사학위 논문. 서울.
- 주호노. (2013). 존엄사의 법제화에 관한 최근동향. *한국의료법학회지*, 21(2), 171-200.
- 편해준. (2012). 지역사회 노인의 건강 상태와 사전의료지시에 관한 연구. 이화여자대학교 대학원 석사학위논문. 서울.
- 한상숙과 이상철. (2012). SPSS/Amos를 활용한 간호 • 보건 통계분석. 한나래.
- 한수연과 이홍직. (2013). 노인환자와 가족의 연명치료 의사결정 참여에 관한 소고. *GRI 연구논총*, 15(2), 71-91.
- 허대석. (2009). 환자의 자기결정권과 사전의료지시서. *대한의사협회지*, 52(9), 865-70.
- 홍성애. (2010). 사전의료지시서 (Advance Directives) 모형 개발을 위한 실증연구. *한국노년학*, 30(4), 1197-1211.
- 홍성애와 문선순. (2007). 연구논문: 가족구성원별 생명연장술에 대한 선호도 연



- 구. *한국노년학* 27.4, 881-895.
- 홍선우와 김신미. (2013). 지역사회 거주 노인의 임종기 치료, 연명치료, 사전의료의향서에 대한 지식. *한국간호교육학회지*, 19.3, 330-340.
- 통계청(2013). 노인장기요양보험 통계
- 통계청(2014). 고령자 통계
- Ahearn, D. J., Jackson, T. B., McIlmoyle, J., & Weatherburn, A. J. (2010). Improving end of life care for nursing home residents: an analysis of hospital mortality and readmission rates. *Postgraduate medical journal*, 86(1013), 131-135.
- Akabayashi, A., Slingsby, B. T., & Kai, I. (2003). Perspectives on advance directives in Japanese society: A population-based questionnaire survey. *BMC medical ethics*, 4(1), 5.
- Alano, G. J., Pekmezaris, R., Tai, J. Y., Hussain, M. J., Jeune, J., Louis, B. El-Kass, G., Ashraf, M. S., Reddy, R., Lesser, M. & Wolf-Klein, G. P. (2010). Factors influencing older adults to complete advance directives. *Palliative and Supportive Care*, 8(03), 267-275.
- Badger, F., Clifford, C., Hewison, A., & Thomas, K. (2009). An evaluation of the implementation of a programme to improve end-of-life care in nursing homes. *Palliative Medicine*.
- Bern-Klug, M. (2014). A Conceptual Model of Family Surrogate End-of-Life Decision-Making Process in the Nursing Home Setting: Goals of Care as Guiding Stars. *Journal of social work in end-of-life & palliative care*, 10(1), 59-79.
- Bomba, P. A., Morrissey, M. B., & Leven, D. C. (2011). Key role of social work in effective communication and conflict resolution process: Medical Orders for Life-Sustaining Treatment (MOLST) program in New York and shared medical decision making at the end of life. *Journal of social work in end-of-life & palliative care*, 7(1), 56-82.
- Brinkman-Stoppelenburg, A., Rietjens, J. A., & van der Heide, A. (2014).

- The effects of advance care planning on end-of-life care: a systematic review. *Palliative medicine*, 0269216314526272.
- Brown, B. A. (2003). The history of advance directives. *Journal of gerontological nursing*, 29(9), 4-14.
- Cable-Williams, B. E., Wilson, D. M. D. M., & Keating, N. (2014). Advance Directives in the Context of Uncertain Prognosis for Residents of Nursing Homes. *Open Journal of Nursing*, 4(04), 321.
- Davis, B. A., Burns, J., Rezac, D., Dillard, B., Kieffner, E., Gargus, J., Tiberi A. S. & Waters, J. (2005). Family stress and advance directives: a comparative study. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 7(4), 219-227.
- Detering, K. M., Hancock, A. D., Reade, M. C., & Silvester, W. (2010). The impact of advance care planning on end of life care in elderly patients: randomised controlled trial. *Bmj*, 340.
- Douglas, R., & Brown, H. N. (2002). Patients' attitudes toward advance directives. *Journal of Nursing Scholarship*, 34(1), 61-65.
- Duke, G., & Thompson, S. (2007). Knowledge, attitudes and practices of nursing personnel regarding advance directives. *International Journal of Palliative Nursing*, 13(3), 109-115.
- Ejaz, F. K. (2001). The influence of religious and personal values on nursing home residents' attitudes toward life-sustaining treatments. *Social Work in Health Care*, 32(2), 23-39.
- Elder, N. C., Schneider, F. D., Zweig, S. C., Peters, P. G., & Ely, J. W. (1992). Community attitudes and knowledge about advance care directives. *The Journal of the American Board of Family Practice*, 5(6), 565-572.
- Fulton, A. T., Gozalo, P., Mitchell, S. L., Mor, V., & Teno, J. M. (2014). Intensive care utilization among nursing home residents with advanced cognitive and severe functional impairment. *Journal of palliative medicine*, 17(3), 313-317.

- Givens, J. L., Jones, R. N., Shaffer, M. L., Kiely, D. K., & Mitchell, S. L. (2010). Survival and comfort after treatment of pneumonia in advanced dementia. *Archives of internal medicine*, 170(13), 1102-1107.
- Givens, J. L., Selby, K., Goldfeld, K. S., & Mitchell, S. L. (2012). Hospital transfers of nursing home residents with advanced dementia. *Journal of the American Geriatrics Society*, 60(5), 905-909.
- Glass, A. P., & Nahapetyan, L. (2008). Peer reviewed: Discussions by elders and adult children about end-of-life preparation and preferences. *Preventing chronic disease*, 5(1).
- Glassman, P. (2014). Understanding the Last Days of Life: Information and Resources for Patients and Family Members. *Journal of Consumer Health On the Internet*, 18(2), 202-207.
- Han, S. Y. & Kim, T. Y. (2013). Gaps in standards and services in long term care service in Korea: Applying research to protect vulnerable older person's rights. IAGG 20th conference, Submitted symposium in INPEA. Addressing elder abuse, Through a human rights lens a multi-country comparison of perceptions, Interventions and awareness among diverse culturers and disciplines.
- Haley, W. E., Allen, R. S., Reynolds, S., Chen, H., BURTON, A., & Gallagher-Thompson, D. (2002). Family issues in end-of-life decision making and end-of-life care. *American Behavioral Scientist*, 46(2), 284-298.
- Happ, M. B., Capezuti, E., Strumpf, N. E., Wagner, L., Cunningham, S., Evans, L., & Maislin, G. (2002). Advance Care Planning and End-of-Life Care for Hospitalized Nursing Home Residents. *Journal of the American Geriatrics Society*, 50(5), 829-835.
- High, D. M. (1993). Advance directives and the elderly: a study of intervention strategies to increase use. *The Gerontologist*, 33(3), 342-349.
- High, D. M. (1994). *Families' roles in advance directives*. *Hastings Center*

*Report*, S16-S18.

- Huang, C. H., Hu, W. Y., Chiu, T. Y., & Chen, C. Y. (2008). The practicalities of terminally ill patients signing their own DNR orders—a study in Taiwan. *Journal of medical ethics*, 34(5), 336-340.
- Jones, A., Moss, A. J., & Harris-Kojetin, L. D. (2011). Use of advance directives in long-term care populations. US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics.
- Lambert, H. C., McColl, M. A., Gilbert, J., Wong, J., Murray, G., & Shortt, S. E. (2005). Factors affecting long-term-care residents' decision-making processes as they formulate advance directives. *The Gerontologist*, 45(5), 626-633.
- Loeb, M., Carusone, S. C., Goeree, R., Walter, S. D., Brazil, K., Krueger, P., Simor, A., Moss, L. & Marrie, T. (2006). Effect of a clinical pathway to reduce hospitalizations in nursing home residents with pneumonia: a randomized controlled trial. *Jama*, 295(21), 2503-2510.
- Matsui, M. (2007). Perspectives of elderly people on advance directives in Japan. *Journal of Nursing Scholarship*, 39(2), 172-176.
- Mitchell, S. L., Black, B. S., Ersek, M., Hanson, L. C., Miller, S. C., Sachs, G. A. Teno, J. M. & Morrison, R. S. (2012). Advanced dementia: state of the art and priorities for the next decade. *Annals of internal medicine*, 156(1\_Part\_1), 45-51.
- Mitchell, S. L., Teno, J. M., Kiely, D. K., Shaffer, M. L., Jones, R. N., Prigerson, H. G., Volicer, L., Givens, J. L. & Hamel, M. B. (2009). The clinical course of advanced dementia. *New England Journal of Medicine*, 361(16), 1529-1538.
- Moody, H. R. (2006). The White House Conference on Aging in 2015: The Shape of Things to Come. *Public Policy and Aging Report*, 16(1), 1027.
- Moore, C. D., & Sherman, S. R. (1999). Factors that influence elders' decisions to formulate advance directives. *Journal of Gerontological*

- Social Work*, 31(1-2), 21-39.
- Mor, V., Intrator, O., Feng, Z., & Grabowski, D. C. (2010). The revolving door of rehospitalization from skilled nursing facilities. *Health Affairs*, 29(1), 57-64.
- National Association of Social Workers[NASW]. (2013).
- Nolan, M. T., & Bruder, M. (1997). Patients' attitudes toward advance directives and end-of-life treatment decisions. *Nursing outlook*, 45(5), 204-208.
- Ouslander, J. G., Perloe, M., Givens, J. H., Kluge, L., Rutland, T., & Lamb, G. (2009). Reducing potentially avoidable hospitalizations of nursing home residents: Results of a pilot quality improvement project. *Journal of the American Medical Directors Association*, 10(9), 644-652.
- Ouslander, J. G., & Berenson, R. A. (2011). Reducing unnecessary hospitalizations of nursing home residents. *New England Journal of Medicine*, 365(13), 1165-1167.
- Ramsbottom, K., & Kelley, M. L. (2014). Developing strategies to improve advance care planning in long term care homes: Giving voice to residents and their family members. *International Journal of Palliative Care*, 2014.
- Reinhardt, J. P., Chichin, E., Posner, L., & Kassabian, S. (2014). Vital conversations with family in the nursing home: preparation for end-stage dementia care. *Journal of social work in end-of-life & palliative care*, 10(2), 112-126.
- Salmond, S. W., & David, E. (2005). Attitudes toward advance directives and advance directive completion rates. *Orthopaedic Nursing*, 24(2), 117-127.
- Sam, M., & Singer, P. A. (1993). Canadian outpatients and advance directives: poor knowledge and little experience but positive attitudes. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal*, 148(9), 1497.

- Storey, L., & Sherwen, E. (2013). How to use advance care planning in a care home: Staff need to empower residents to discuss their preferences for treatment as they near the end of life, and act as advocates if necessary. Les Storey and Eleanor Sherwen explore strategies they can use to achieve this. *Nursing older people*, 25(2), 14-18.
- Su, C. T., McMahan, R. D., Williams, B. A., Sharma, R. K., & Sudore, R. L. (2014). Family Matters: Effects of Birth Order, Culture, and Family Dynamics on Surrogate Decision-Making. *Journal of the American Geriatrics Society*, 62(1), 175-182.
- Silveira, M. J., Kim, S. Y., & Langa, K. M. (2010). Advance directives and outcomes of surrogate decision making before death. *New England Journal of Medicine*, 362(13), 1211-1218.
- Teno, J. M., Branco, K. J., Mor, V., Phillips, C. D., Hawes, C., Morris, J., & Fries, B. E. (1997). Changes in Advance Care Planning in Nursing Homes Before and After the Patient Self-Determination Act: Report of a 10-State Survey. *Journal of the American Geriatrics Society*, 45(8), 939-944.
- Teno, J. M., Gruneir, A., Schwartz, Z., Nanda, A., & Wetle, T. (2007). Association between advance directives and quality of end-of-life care: A national study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 55(2), 189-194.
- Teno, J. M., Mitchell, S. L., Kuo, S. K., Gozalo, P. L., Rhodes, R. L., Lima, J. C., & Mor, V. (2011). Decision-Making and Outcomes of Feeding Tube Insertion: A Five-State Study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 59(5), 881-886.
- Tolle, S. W., Tilden, V. P., Rosenfeld, A. G., & Hickman, S. E. (2000). Family reports of barriers to optimal care of the dying. *Nursing Research*, 49(6), 310-317.
- Triplett, P., Black, B. S., Phillips, H., Fahrenndorf, S. R., Schwartz, J., Angelino, A. F., Anderson, D. & Rabins, P. V. (2008). Content of advance directives for individuals with advanced dementia. *Journal*

*of aging and health*, 20(5), 583-596.

- Vandervoort, A., Houttekier, D., Vander Stichele, R., van der Steen, J. T., & Van den Block, L. (2014). Quality of dying in nursing home residents dying with dementia: does advanced care planning matter? A nationwide postmortem study. *PloS one*, 9(3), e91130.
- Van Eechoud, I. J., Piers, R. D., Van Camp, S., Grypdonck, M., Van Den Noortgate, N. J., Deveugele, M., Verbeke, N. C. & Verhaeghe, S. (2014). Perspectives of family members on planning end-of-life care for terminally ill and frail older people. *Journal of pain and symptom management*, 47(5), 876-886.
- Wright, A. A., Zhang, B., Ray, A., Mack, J. W., Trice, E., Balboni, T., Mitchell, S. L., Jackson, V. A., Block, S. D., Maciejewski, P. K. & Prigerson, H. G. (2008). Associations between end-of-life discussions, patient mental health, medical care near death, and caregiver bereavement adjustment. *Jama*, 300(14), 1665-1673.

## 부록 1.

# 연구 설명 및 동의서

안녕하십니까

저는 서울대학교 간호대학에서 석사과정중인 최성실입니다.

본 연구의 목적은 노인전문요양시설에 거주하는 노인의 가족을 대상으로 사전의료의향서에 대한 지식과 태도를 파악하여 추후 사전의료의향서를 작성 할 때 올바른 의사결정을 위한 정보를 제공하고 사전의료의향서 제도를 활성화하는데 필요한 기초자료로 활용되기 위함입니다.

설문작성에 요구되는 예상시간은 약 5~10분이며 설문에 대한 참여는 자발적으로 결정하실 수 있습니다. 이 연구를 통하여 얻은 귀하의 정보는 코드화하여 익명으로 처리되어 철저하게 비밀이 보장되며 오직 연구 목적으로만 사용될 것입니다. 설문지 일체의 사항은 귀하에게 어떠한 불이익도 발생하지 않을 것입니다. 연구와 관련하여 의문이 있으실 경우 언제든지 아래의 연락처로 문의하여 주시기 바랍니다.

각 질문에 대한 정답은 없습니다. 바쁘시더라도 정확하고 솔직하게 한 문항도 빠짐없이 귀하의 생각을 작성해 주시면 연구에 큰 도움이 될 것입니다. 귀중한 시간을 내어 연구에 참여해 주셔서 감사합니다.

지도교수 : 고진강 (서울대학교 간호대학)

연구자 : 최성실 (서울대학교 간호대학 대학원 석사과정)

02-740-8452 kewlgirl@snu.ac.kr

본 연구에 참여하기를 원하시는 분은 아래의 동의서에 서명해 주시기 바랍니다. 본 연구는 서울대학교 연구대상자 보호 심사 위원회의 승인을 받았으며 해당 요양시설에서 자료수집 허락을 받았습니다.

### 연구참여 동의서

본인은 이 연구 설문에 설명을 충분히 들었으며, 이 연구에 자발적으로 참여할 것을 동의합니다.

2015 년            월            일

연구참여자 서명:



### [사전의료의향서]

본인이 스스로 판단할 수 있는 능력이 없어질 때를 대비하여 자신이 받고자 하는 치료를 기록으로 남기는 것, 자신에 대한 의료행위의 의사결정, 대리인의 지명, 심폐소생술 거절, 원하지 않는 치료 행위를 구체적으로 지시하는 것을 의미한다.

### [연명치료]

말기 환자의 상병원인을 직접 치료하거나 주된 병적 상태를 개선할 수는 없지만 생명을 연장할 수 있는 치료이다.

I. 다음은 귀하의 일반적 특성에 관한 내용입니다. 해당되는 사항에 V 표시 해주시기 바랍니다.

1. 성별    ① 남성    ② 여성
2. 나이    (                      )
3. 교육수준    ① 초졸이하 ② 중졸 ③ 고졸 ④ 대졸이상
4. 월평균 가구당 수입 (만원)  
    ① 100~200 ② 200~300 ③ 300~400 ④ 400~500 ⑤ 500 이상
5. 종교    ① 기독교 ② 불교 ③ 천주교 ④ 무교 ⑤ 기타
6. 결혼상태    ① 기혼 ② 미혼 ③ 사별 ④ 이혼
7. 자녀유무    ① 있다 ② 없다
8. 자가인지 건강상태    ① 아주 나쁨 ② 나쁨 ③ 보통 ④ 좋음 ⑤ 아주 좋음
9. 가족동거형태    ① 배우자 ② 자녀 ③ 혼자 ④ 기타 (                      )
10. 요양시설 거주 노인과의 관계  
    ① 자녀 ② 배우자 ③ 형제 ④ 친척 ⑤ 기타
11. 최근 1년 동안 병원에 입원한 적이 있으십니까?  
    ① 없다 ② 1~3회 ③ 4~6회 ④ 7~9회 ⑤ 9회 이상
12. 최근 1년 동안 주변인(가족, 친척, 친구, 가까운 지인)이 입원한 적이 있으십니까?    ① 있다 ② 없다
13. 최근 1년 동안 주변인(가족, 친척, 친구, 가까운 지인)이 사망한 경험이 있으십니까?    ① 있다 ② 없다
14. 죽음에 관해 주변인(가족, 친척, 친구, 가까운 지인)들에게 얘기 해본 적이 있으십니까?    ① 있다 ② 없다
15. 사전의료의향서에 대해 들어본 적이 있으십니까?    ① 있다 ② 없다
16. 요양시설에 거주하는 노인의 생애말 의사결정을 누가 해야 한다고 생각하십니까?    ① 노인 ② 보호자

16-1. 16번 문항에서 ② 보호자라고 답하신 경우 보호자 중 누가 결정해야 한다고 생각하십니까? ① 배우자 ② 아들 ③ 딸 ④ 형제 ⑤ 기타

17. 만약 사전의료의향서를 작성할 기회가 있다면 작성하시겠습니까?

① 네 ② 아니오

II. 다음은 귀하의 사전의료의향서에 대한 지식에 관한 내용입니다. 해당되는 사항에 V 표시 해주시기 바랍니다.

번호	질문	예	아니오	모른다
1	환자는 치료를 허락하거나 거절할 권리가 있다.			
2	환자는 연명치료를 허락하거나 거절할 권리가 있다.			
3	사전의료의향서는 의사결정 능력이 있는 동안 작성해 두는 것이다.			
4	생전유언이란 환자가 의사결정 능력을 상실하게 될 때를 대비하여 어떤 치료를 받기 원하거나 원하지 않는다는 내용을 미리 명시해 놓은 문서를 말한다.			
5	생전유언은 한번 작성하면 변경할 수 없다.			
6	의료결정 대리인 지정이란 환자가 의사결정 능력을 상실하게 될 때를 대비하여 미리 치료와 관련된 결정을 대신해 줄 대리인을 지정해 놓는 문서이다.			
7	의료결정 대리인을 한번 지정하면 변경할 수 없다.			
8	사전의료의향서를 작성하려면 반드시 변호사의 도움을 받아야 한다.			
9	사전의료의향서는 언제나 변경과 폐지가 가능하다.			

Ⅲ. 다음은 귀하의 사전의료의향서에 대한 태도에 관한 내용입니다. 해당되는 사항에 V 표시 해주시기 바랍니다.

번호	질문	매우 그렇다	그렇다	아니다	전혀 아니다
1	나는 생의 말에 받을 치료에 대해 이미 선택해 두었다.				
2	나는 생의 말에 받을 치료를 앞으로 선택할 기회가 있을 것이다.				
3	의사는 내가 생의 말 치료를 위해 결정한 것을 고려해서 치료해 줄 것이다.				
4	만약 내가 치료 결정을 못한다면, 나의 가족에게 내가 받을 치료를 선택할 기회가 주어질 것이다.				
5	나는 가족이 내가 사전의료의향서를 작성해 놓길 바란다고 생각한다.				
6	만약 내가 매우 아파서 의사결정을 할 수 없다면, 내가 받고 싶은 생의 말 치료에 대해 문서화 해 두는 것은 나의 가족이 갈등하는 것을 막아줄 것이다.				
7	사전의료의향서는 나에게 대한 치료를 결정할 때 가족을 배제시키는 역할을 할 것이다.				
8	사전의료의향서를 통해 생의 말 치료를 확실히 정해두는 것은 나의 가족이 죄책감을 갖는 것을 막아 줄 것이다.				
9	사전의료의향서를 통해 생의 말 치료를 확실히 정해두는 것은 나의 가족에게 아무런 영향을 주지 않을 것이다.				
10	사전의료의향서는 나의 가족이 내야 하는 값 비싼 의료비를 막아줄 것이다.				

번호	질문	매우 그렇다	그렇다	아니다	전혀 아니다
11	사전의료의향서는 나의 가족들이 내가 원하는 치료를 확실하게 알 게 해준다.				
12	나의 가족은 내가 사전의료의향서 작성을 하길 바란다.				
13	사전의료의향서는 생의 말에 내가 원하는 치료를 받을 수 있게 해줄 것이다.				
14	나의 가족이나 친구는 내가 의사 결정 능력이 없을 때, 나를 위해 치료 결정을 잘 해줄 것이라고 믿 는다.				
15	사전의료의향서를 작성 하는 것은 내가 건강할 때 하는 것이 더 좋 을 것 같다.				
16	나는 사전의료의향서를 작성할 만 큼 그렇게 아프지 않다.				

부록 2.

## 심의면제통보서

수신	책임연구자	성명	최성실	소속	간호학과	직위	학생
	지원기관						
면제 번호	SNUIRB No. E1412/001-013						
연구과제명	일 노인용양시설 거주 노인 가족의 사전의료의향서에 대한 지식과 태도						
연구종류	대면하지만 개인식별정보를 수집 기록하지 않는 연구						
면제일자	2014 년 12 월 15 일						

상기 연구과제에 대하여 본 위원회에서는 심의면제대상임을 확인합니다.

\* 모든 연구자들은 아래의 사항을 준수하여야 합니다.

- 1) 연구자께서는 제출하신 계획서에 따라 연구를 수행하여야 하며, 이와 다르게 연구를 진행하실 경우 다시 심의를 진행하셔야 함을 유의하시기 바랍니다.
- 2) 위원회의 요구가 있을 때에는 연구의 진행과 관련된 보고를 위원회에 제출하여야 합니다.
- 3) 연구윤리를 위하여 관련부처가 필요시 조사 및 감독 차원에서 현장점검을 실시할 수 있습니다.
- 4) 연구와 관련된 기록은 연구가 종료된 시점을 기준으로 최소 3년간 보관하여야 합니다.

2014 년 12 월 15 일

서울대학교 생명윤리심의위원회 위원장



### 부록 3. 사전의료의향서에 관한 지식 도구 사용에 대한 원저자의 허가 메일

받은 메일함 **최성실** 9 / 281

답장

전체답장

전달

간편답장

X 삭제

관리삭제

스팸신고

이동

추가

[RE]안녕하세요 교수님 ^^

보낸사람

: "최성실" <SWHONG@DJU.KR>

주소록추가

주소찾기

첨가된 첨부파일

1개 (31.30KB)

첨부파일

AD보통자-특장문구(한글형).hwp

보기

회신이 많이 늦어 죄송합니다.

그간 연수와 교육으로 정신없이 바빠 급히 핸드폰으로 메일 확인하고나서 회신하는 걸 잊고 있었습니다.  
많이 기다렸을 텐데 정말 미안합니다.

저희 연구진이 개발한 사전의료의향서 지식에 관한 도구 사용 요청이 많이 오고 있어 매우 기쁘게 생각합니다.  
이 도구가 훌륭한 논문을 쓰시는데 도움되면 좋겠습니다.

함! 요양시설에 계신다고 했는데 어디에 계시나요?  
제 뇌심혈이 활성화되지 않았던 2007년에 "장기요양 노인환자의 노인전문요양시설 입소를 결정한 돌봄제공자의 경험"  
이라는 논문을 발표한 적이 있어요. 참고하세요~~~

홍 선우 드림  
Sun Woo Hong, PhD, MSc, RN  
Department of Emergency Medical Technology  
Daejeon University  
62 Daehak-ro, Dong-gu, Daejeon, 300-716, Korea  
Office :  
Mobile :

----- [ Original Message ] -----

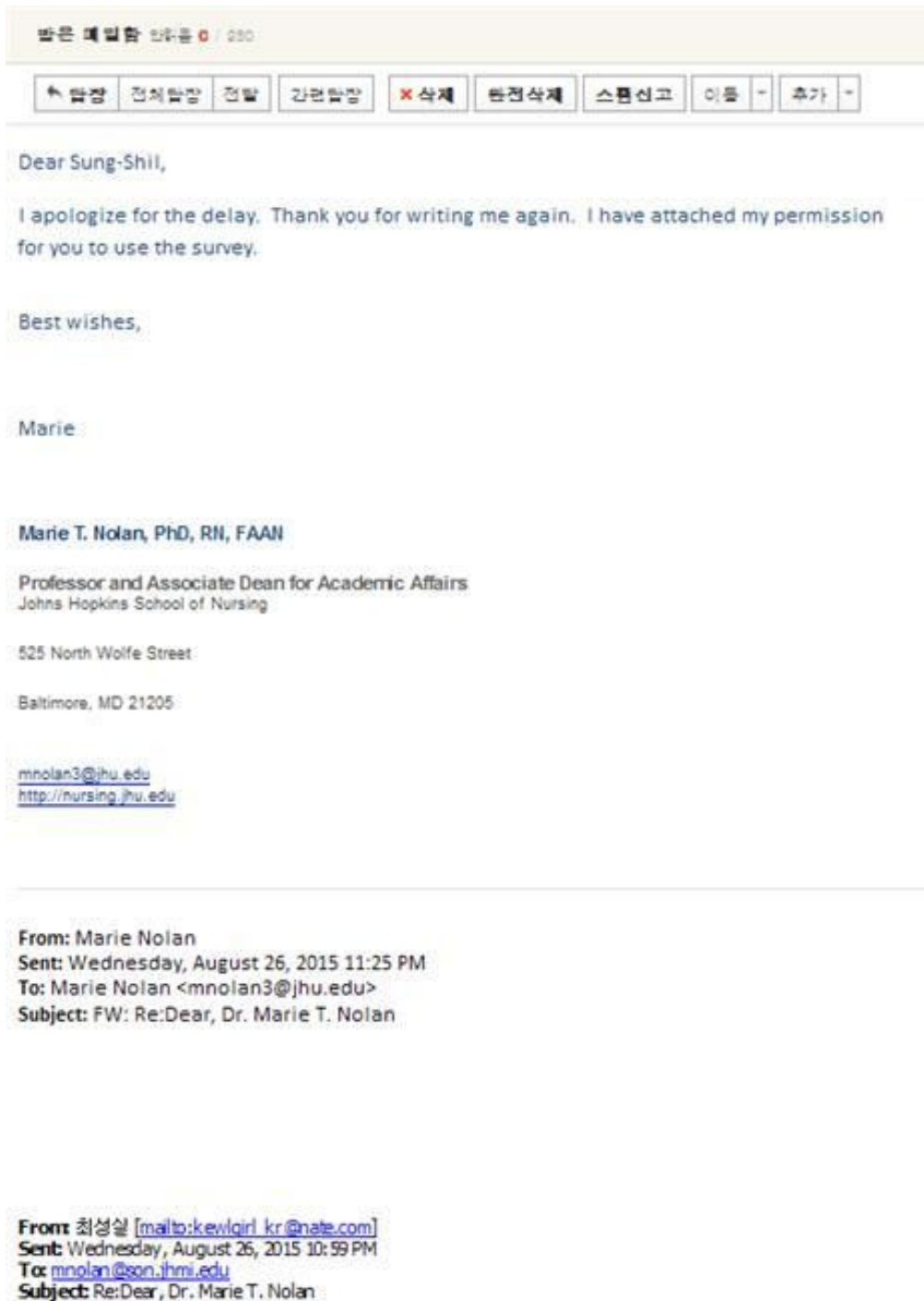
Sender : 최성실 <kewlgirl\_kr@nate.com>

To : swhong@dju.kr

Date : 2015-08-12 17:16:38

Subject : 안녕하세요 교수님 ^^

#### 부록 4. 사전의료의향서에 대한 태도 도구 사용에 대한 원저자의 허가 메일



부록 5. 사전의료의향서에 대한 태도 도구 사용에 대한 번역자의 허가 메일

받은 메일함 **인원** 0 / 281

← 답장	전체답장	전달	관련답장	✕ 삭제	반전삭제	스팸신고	이동 ▾	추가 ▾
------	------	----	------	------	------	------	------	------

RE: 선생님 안녕하세요 ^^

보낸사람: "이혜림" <hanabi0@naver.com> 주소록추가 수신차단

안녕하세요 ^^

보내주신 메일 잘 받았습니다.

제가 번역한 도구는 사용하셔도 됩니다. ^^

제가 알고 있는 메일 주소도 선생님이 알고 계신 메일주소와 같습니다.

2011년 도구에 대한 허락을 받을 당시 그 주소를 통해서 메일 드렸었고 답장 받았었는데요,

그 당시에 답이 다소 늦었던 걸로 기억합니다.

8월에 미국 교수님들이 휴가 기간이랑 겹쳐지면 메일이 좀 늦어질 수도 있는 것 같습니다.

좀 더 기다려보시고 1주일정도 뒤에 다시 메일 보내보시는 것도 좋을 것 같습니다.

그럼 좋은 논문 쓰시길 바랄게요.

수고하세요.

-이혜림 드림-

-----Original Message-----

**From:** "최성실" <kewlgirl\_kr@nate.com>

**To:** <hanabi0@naver.com>

**Cc:**

**Sent:** 2015-08-24 (월) 17:38:49

**Subject:** 선생님 안녕하세요 ^^



Abstract

Knowledge and Attitudes  
of Residents' Primary Guardian  
in a Long Term Care Home  
regarding Advance Directives

Choi, Sung shil

Department of Nursing

The Graduate School

Seoul National University

Directed by Professor **Go, Jin Gang**, PhD, RN

The necessity and public interest on Advance Directives(AD), which is fixated at raing the quality of life and death at the end of life, has been and still is increasing exponentially. In countries like U.S., Germany, Belgium, Austria the Advance Directives is an essential guideline in long term care home. Yet, however, that is not the case in South Korea. Seniors residing in long term care home either suffer from one of the following, if not all: Aging,

Dementia and other chronic diseases. Thus they are incapable of decision making at the end of their life and need the help from their families. Having established that the seniors are dependent on their families; it can be deduced that the attitude of the seniors towards the AD is largely influenced by the attitude of the family members. The aim of this study to confirm the attitude of the primary guardian towards AD and factors that affect it.

This study is a descriptive research conducted to find out the knowledge and the attitude towards AD survey and related factors affecting those family members of residents at the nursing home. The subjects for this study were the family members of a residents of the nursing home located at S city and the data have been collected from one-on-one interviews using organized questionnaires. To know the attitude towards AD, Advanced Directive Attitude Survey (ADAS) created by Nolan and Bruder at 1997 and revised at 2003 and translated by Lee, Hyerim at 2012, was used. To know the level of knowledge about AD, the instrument created by Hong, Sunwoo & Kim, Sinmi at 2013, was used.

The results of the study were as follows.

First, religion, Experience of talking with acquaintance about death, the knowledge about Advance Directives, and the intention to make an Advance Directives of the subjects are affecting the attitude toward the Advance Directives.

Second, Generally the knowledge about Advance Directives of

the subjects was relatively high. Knowledge and attitudes appeared to have a significant correlation. The high quality of the knowledge makes people think positively and this means the intention of using the AD has also increased.

Third, The attitude of the subjects regarding Advance Directive was positive and it affects them positively. The more they have experienced of saying about the death with acquaintances, the more intension on making the Advance Directives, and the more knowledges on the Advance Directives shows positive attitudes on it.

As a result the subjects have positive attitude and high level of knowledge toward Advance Directives. This can promote the positive attitude of the subjects and also the public awareness toward Advance Directives by promotion and education about it in governmental level before system enforcement. The affecting variables of the attitude has difference with advanced study that repeated study on meaningful major variables is necessary.

**Keyword:** Advance Directives, Knowledge about Advance Directives, Attitude toward Advance Directives, Seniors, Family

***Student Number:*** 2013-20445