



## 저작자표시-비영리 2.0 대한민국

이용자는 아래의 조건을 따르는 경우에 한하여 자유롭게

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

다음과 같은 조건을 따라야 합니다:



저작자표시. 귀하는 원저작자를 표시하여야 합니다.



비영리. 귀하는 이 저작물을 영리 목적으로 이용할 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](#)

간호학석사 학위논문

노인의 생전유언과 대리인 지정  
및 관련요인 조사연구

2013년 2월

서울대학교 대학원  
간호학과 간호학 전공  
박 수 민

노인의 생전유언과 대리인 지정  
및 관련요인 조사연구

지도교수 김 금 순

이 논문을 간호학석사 학위논문으로 제출함.

2012년 10월

서울대학교 대학원

간호학과 간호학 전공

박 수 민

박수민의 간호학석사 학위논문을 인준함

2012년 12월

위 원 장 송 미 순 (인)

부위원장 이 남 주 (인)

위 원 김 금 순 (인)

# 국문초록

현재 우리나라는 사전의료의향서 제도가 법제화되어 있지 않고 기관 별로 사용하는 사전의료의향서는 생전유언과 대리인 지정의 분리 구분없이 통합형태로만 존재한다. 따라서 사전의료의향서의 핵심요소인 생전 유언서와 대리인 지정서를 구분하여 접근하는 연구가 없었기에 실제 노인들이 이들 문서를 어느 정도 인식하고 있으며 어떤 문서를 선호하는지 알아볼 필요가 있다.

본 연구의 목적은 복지관 이용 노인의 사전의료의향서에 대한 인식과 선호를 파악하고 이에 영향하는 요인을 조사하여 노인의 사전의료의향서 작성 시 의사결정을 도모하고 이를 제도화하는데 근거자료로 활용하고자 한다.

본 연구의 자료수집은 2012년 8월 13일부터 9월 8일까지였다. 자료수집 전에 해당 노인 복지관으로부터 연구의 허락을 받은 후, 서울대학교 간호대학 연구대상자 보호 심의위원회의 승인을 받았다. 대상자는 총 180명이었으며, 대상노인과 구조화된 설문지로 일대일 개별면담을 통해 설문을 완료하였다.

자료수집도구는 사전의료의향서, 생전유언 및 대리인 지정에 대한 인식과 선호, 대상노인의 일반적 특성 및 건강상태, 가족기능과 종교참여도에 관한 문항을 구성하여 사용하였다. 수집된 자료는 연구 목적에 따라 실수와 백분율, 평균과 표준편차,  $\chi^2$  및 t-test, logistic regression analysis를 통해 분석하였다.

본 연구의 결과는 다음과 같다.

첫째, 본 연구에 참여한 복지관 이용 노인은 여성이 75.6%였으며 평균연령은 73.56( $\pm 6.33$ )세였고 교육 정도는 초졸 이하가 43.9%였다. 생전유언 및 대리인

지정에 대한 인식을 보면 연구 대상자의 76.7%가 생전유언을, 83.3%가 대리인 지정을 전혀 들어본 적이 없다고 하였고 오직 7.2%가 생전유언을, 5.6%가 대리인 지정을 정확히 인식하고 있었다.

둘째, 생전유언 및 대리인 지정에 대한 선호에서는 연구 대상자의 31.7%가 두 문서 모두 작성하기를 원했고 17.8%는 생전 유언서만, 21.7%는 대리인 지정서만 작성하기를 원했다. 그리고 대리인 지정을 원하는 대상자 중 62.5%는 자녀를, 18.8%는 배우자를 대리인으로 지정하고 싶다고 하여 주로 가족을 대리인으로 지정하기를 원하는 것으로 나타났다.

셋째, 연구 대상자의 생전유언 선호에 영향을 미치는 요인을 보면 남성 노인에서, 대졸자에서, 본인이 최종의사결정자일 때, 한달 소득이 50만원 이상일 때 생전유언서 작성을 더 선호하는 것으로 나타났다. 생전유언 선호 예측요인에서는 남성이 여성보다 2.152배, 교육수준에서 중졸 이하보다 고졸 군은 3.515배, 대졸 군은 4.867배, 가족 내 최종의사결정자가 본인일 때 타인보다 1.966배 생전유언 선호도가 높았으며 한달 소득은 50만원 이상이 50만원 이하보다 3.464배 선호도가 높았다.

넷째, 대리인 지정 선호에 대한 영향요인에서는 종교가 없고, 자녀와 한 달에 1회 이상 접촉할 때, 한달 소득이 50만원 이상일 때, 소소한 병원비 및 큰 병원비를 부담할 때 가족의 도움을 받는 경우에, 한 달에 의료기관 방문 횟수가 적은 경우, 가족기능이 좋은 경우 대리인 지정서 작성을 더 선호하는 것으로 나타났다. 대리인 지정 선호 예측요인에서는 종교가 없는 군이 있는 군보다

2.229배, 자녀와 접촉 정도는 1달에 1회 이상이 1회 미만보다 2.398배, 한달 소득은 50만원 이상에서 50만원 이하보다 1.966배 대리인 지정 선호도가 높았다. 소소한 병원비 부담 방법에서는 정부보조를 받는 군보다 본인이 부담하는 군은 3.747배, 가족의 도움을 받는 군은 3.929배, 큰 병원비 부담의 경우 정부보조를 받는 군보다 본인 부담에서 3.643배, 가족의 도움을 받는 군에서 3.901배 선호도가 높았다. 한 달간 의료기관 방문횟수는 2회 이상보다 2회 미만에서 2.111배 선호도가 높았다.

이상의 연구 결과 우리나라 노인들은 두 문서에 대한 인식률이 낮았지만 용어의 의미를 이해한 후 절반 가량이 각각의 문서에 대해 작성 의사를 보여 교육을 통해 사전의료의향서 제도를 활성화 시킬 수 있을 것으로 보인다. 또한 두 문서에 대한 선호도 및 관련요인에 있어 차이를 보였는데 이는 간호사가 대상자와 사전의료의향에 대해 논의하게 될 때 대상자의 바램을 이해하는데 도움이 될 뿐만 아니라 대상자가 원하는 문서를 선택할 수 있도록 지지할 수 있으며 사전의료의향서 작성 시 필요한 간호 중재 개발에도 도움이 될 것이다. 본 연구에서 가족기능은 오직 대리인 지정과 관련이 있었으며 생전유언에는 영향을 미치지 않았다. 종교참여도는 대리인 지정 뿐만 아니라 생전유언에 어떠한 영향도 미치지 않은 것으로 나타나 선행연구와 상반되는 결과로 반복연구를 통해 다시 확인할 필요가 있다.

**주요어:** 사전의료의향서, 생전유언, 대리인 지정, 노인

**학 번:** 2010-20421

# 목 차

I. 서론.....	1
1. 연구의 필요성.....	1
2. 연구의 목적.....	4
3. 용어의 정의.....	5
II. 문헌고찰.....	7
1. 사전의료의향서.....	7
2. 사전의료의향서 관련요인.....	12
III. 연구방법.....	18
1. 연구 설계.....	18
2. 연구 대상.....	18
3. 연구 도구.....	19
4. 자료 수집 방법.....	21
5. 자료 분석 방법.....	22
IV. 연구결과.....	23
1. 대상자의 특성.....	23
2. 사전의료의향, 생전유언 및 대리인 지정에 관한 인식.....	28

3. 사전의료의향, 생전유언 및 대리인 지정에 대한 선호.....	29
4. 생전유언에 대한 선호와 관련요인.....	31
5. 대리인 지정에 대한 선호와 관련요인.....	38
 V. 논의.....	 45
 VI. 결론 및 제언.....	 56
1. 결론.....	56
2. 제언.....	59
 참고문헌.....	 60
 부록.....	 69
 ABSTRACT.....	 83



## List of Tables

Table 1. Sociodemographic characteristics of the participants·····	24
Table 2. Health–related characteristics of the participants·····	26
Table 3. Family function of the participants·····	27
Table 4. Classification of family function·····	27
Table 5. Religious participation of the participants who have their religion·····	28
Table 6. Perception of advance directives, living will, and durable power of attorney among the participants·····	39
Table 7. Preference of advance directives, living will, and durable power of attorney among the participants·····	30
Table 8. Preference of a proxy among the participants who want to execute durable power of attorney·····	30
Table 9. Preference of living will by demographic, health–related factors, family function and religious participation·····	33
Table 10. Predictors of preference of living will·····	36
Table 11. Preference of durable power of attorney by demographic, health–related factors, family function and religious participation·····	40
Table 12. Predictors of preference of durable power of attorney···	43

# I. 서론

## 1. 연구의 필요성

20세기에 생명 연장술이 발달하면서 고통스러운 죽음의 과정이 지나치게 길어지게 되었고 자율적 의사결정권, 존엄한 죽음 및 의료비 부담 등의 측면에서 생명 연장술에 대한 논란이 가중되고 있다(김신미, 김순이와 이미애, 2001; 김신미, 홍영선과 김현숙, 2010; 안용항과 김혜정, 2010; Kim, Hahm, Park, Kang & Sohn, 2010). 우리나라에서는 2009년 처음으로 법원이 무의미한 연명치료에 대한 중단을 결정한 역사적 사건(‘김 할머니 사례’)이 있었다. 의학적으로 무의미한 연명치료를 거부할 개인의 권리를 인정한 우리나라 최초의 판결이었으며 이 사건을 계기로 한국에서도 개인의 자율적 의사결정권에 대한 관심이 증폭되었다(McGuire, 2009). 하지만 아직까지 임상현장에서 의료행위에 대한 결정은 의료진의 독점적 권한으로 받아들여지고 있다(허대석, 2008). 연명치료의 실행과 중단은 환자의 자기결정권을 토대로 사전의료의향서에 근거하여 시행되어야 한다(이금미, 2007; 홍성애, 2004). 그러나 노인들의 경우 의사결정능력이 있다 하더라도 연명치료중단은 주로 의사나 가족들에 의해 일방적으로 행해지고 있어(김경순, 2009; 박연옥, 2003; 허대석, 2001) 이들 사이에서 윤리적 갈등과 법적 의료 분쟁이 발생하고 있다. 무엇보다 품위있는 죽음과 죽음에 대한 자율적인 의사결정을 위해 사전의료의향서 제도가 필요하다(김혜정, 2011).

사전의료의향서에는 치료방향 지시서인 생전 유언서와 위임 지시서인 대리인 지정서가 있다(Calvin & Clark, 2002). 생전 유언서는 연명치료의 구체적인 치료

항목에 대한 자신의 바램을 명시하여 알리는 문서로서 통상적으로 알려져 있는 유언과는 다른 개념이다(Nebraska State Bar Association, 2001). 노인들은 구체적인 설명을 듣거나 치료를 선택하는 것에 대해 거부감을 느낄 수 있지만 (김신미, 홍선우, 은영과 고수진, 2012) 노인 자신이 주체가 되어 연명치료에 대한 결정을 스스로 하기를 원하고 대다수가 질병에 대한 예후 및 증상과 관련된 정보를 제공받기를 희망한다(편혜준, 2012). 이는 불필요한 연명치료로 인한 고통으로 부터 보호받을 수 있고 대상자는 자신이 받게 될 의료의 성격과 특징을 판단하여 선택할 수 있는 최종적 권한을 발휘할 수 있다는 데 의의가 있다(홍성애, 2010). 대리인 지정은 연명치료에 대한 구체적인 의사 결정서를 남기는 것이 아니라, 자신의 신체나 생명에 관한 중요한 결정을 내릴 수 있는 대리인을 지정하는 것을 말하며 실제 우리나라에서는 대리인으로서 가족의 역할이 중요하게 여겨진다(김신미 등, 2012).

노인의 생전유언 및 대리인 지정에 있어 가족과 종교가 중요한 관련요인이 될 수 있다. 서양에서는 개인의 자율성을 최고의 가치로 여기지만 우리사회에서는 가족 중심 문화가 자리잡고 있기에 한국 고유의 정서를 이해할 필요가 있다 (김신미 등, 2012). 노년기의 종교활동은 스스로 자신의 죽음에 대해 긍정적으로 수용할 수 있는 외적 요인으로 작용한다(장원봉, 2003). 노인의 종교 참여도는 죽음불안에 중요한 영향요인이며(장원봉, 2003) 생전유언 및 대리인 지정의 선호와 밀접하게 관련되어 있다(Ejaz, 2000; Felts, Early & Welk, 2000; Matsui, 2007).

외국에서는 사전의료의향서가 법적 문건으로 활용되고 있고 생전 유언서와 대리인 지정서를 모두 작성하거나 둘 중 하나를 선택하는 방식을 취하고 있으나 우리나라는 사전의료의향서 제도가 법제화되어 있지 않고 사전의료의향서가 일부 병원에서 말기환자 위주로 제한적으로 이용되고 있는 실정이다(남양훈 등, 2008; Kim, 2009). 노인은 다른 연령층에 비해 사전의료의향서에 대한 접근성이 제한적

이고 제대로 알고 있는 경우가 드물다(김혜정, 2012; 편혜준, 2012). 특히, 발달 과업 상 죽음을 준비해야 하는 노인 중에서도 비교적 건강하다고 여겨지는 복지관 이용 노인들은 사전의료의향서에 노출되지 않았을 가능성이 크다.

노인을 대상으로 한 사전의료의향서 관련 연구는 외국에서 비교적 활발하게 이루어지고 있으며 생전유언과 대리인 지정을 구분하여 각각의 관련요인을 살펴본 연구(Hirschman, Abbott, Hanlon, Prvu & Naylor, 2012; Lingler et al., 2008; Matsui, 2007)들이 있었지만 우리나라에서는 사전의료의향서에 대한 태도(이혜림, 2012), 찬성여부(편혜준, 2012) 및 인식(김혜정, 2012)에 관한 연구만 이루어졌다. 따라서 두 문서를 구분하여 접근하는 연구가 거의 없었기에 노인들이 이들 문서를 어느 정도 인식하고 있으며 어떤 문서를 선호하는지 알아 볼 필요가 있다.

이에 본 연구는 복지관 이용 노인을 대상으로 사전의료의향서에 대해 어느 정도 인식하고 있는지 파악하고 대상자 전체에게 사전의료의향서, 생전유언 및 대리인 지정의 의미에 대해 정보를 제공한 후 사전의료의향서의 두 가지 핵심 요소인 생전유언과 대리인 지정에 대한 각각의 선호를 조사하고 그 선호에 영향하는 요인을 분석하고자 한다.

## 2. 연구 목적

본 연구의 목적은 복지관 이용 노인의 사전의료의향서에 대한 인식 및 선호를 파악하고 이에 영향하는 요인을 조사하여 노인의 사전의료의향서 작성 시 의사 결정을 도모하고 이를 제도화하는데 근거자료로 활용하고자 한다.

구체적 연구목적은 다음과 같다.

- 1) 대상자의 사전의료의향서, 생전유언 및 대리인 지정에 대한 인식 정도를 파악한다.
- 2) 대상자에게 생전유언의 의미에 대한 정보를 제공한 후 대상자의 생전유언에 대한 선호도 및 관련요인을 파악한다.
- 3) 대상자에게 대리인 지정의 의미에 대한 정보를 제공한 후 대상자의 대리인 지정에 대한 선호도 및 관련요인을 파악한다.

### 3. 용어의 정의

#### 1) 사전의료의향서(Advance Directives)

사전의료의향서란 판단능력이 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(대한의학회, 2002).

본 연구에서 사전의료의향서는 생전 유언서와 대리인 지정서의 두 가지 내용을 의미한다.

#### 2) 생전유언(living will)에 대한 선호

생전유언이란 말기질환으로 의사결정을 할 수 없게 되거나 영구적인 무의식 상태에 놓일 경우에 대비하여 본인이 미리 의료행위와 관련된 의사결정을 하는 것을 의미한다(American Cancer Society, 2011).

본 연구에서 생전유언에 대한 선호란 만약 기회가 된다면 생전 유언서 작성을 원하는지를 묻는 1문항으로 ‘예’라고 답했을 경우 생전유언을 선호함을 의미한다.

#### 3) 대리인 지정(durable power of attorney)에 대한 선호

대리인 지정은 본인이 자신의 의료행위와 관련된 의사결정을 할 수 없는 경우에 대비하여 이를 대신할 수 있는 대리인을 미리 정하는 것을 의미한다(American Cancer Society, 2011).

본 연구에서는 대리인 지정서 작성을 원하는지를 묻는 1문항으로 ‘예’라

고 답했을 경우 대리인 지정을 선호함을 의미한다.

#### 4) 가족기능

가족기능이란 특정한 목적이나 불확실한 목표를 달성하기 위해 개인 또는 가족 구성원들에게 부여된 모든 작용을 의미한다(Miller & Janosik, 1980). 본 연구에서 가족기능은 Smilkstein(1978)이 개발한 “Family APGAR 도구”를 김옥수와 백성희(2003)가 수정 보완한 도구로 측정한 값을 말한다.

#### 5) 종교참여도

종교참여도는 개인의 종교활동 참여 정도를 나타내 주는 척도이다. 본 연구에서는 Ainlay와 Smith(1984)가 개발한 종교참여 척도를 김수연(1987)이 번역하고 수정 보완한 척도를 사용하였으며 전체 점수가 높을수록 종교참여도가 높은 것을 의미한다.

## II. 문헌고찰

### 1. 사전의료의향서

사전의료의향서(advance directives)는 개인이 자신의 치료적 결정이 불가능해질 경우에 대비하며 미리 치료를 선택하거나 대리인을 지명해 놓는 것을 말하며(Jagose와 장욱, 2009), 마지막 순간까지 인간의 존엄성을 유지하면서 생애 말기에 대한 자신의 생각과 희망을 바탕으로 의학적 치료를 받도록 미리 준비하는 것에 목적을 두고 있다(김혜정, 2011). 일반적으로 사전의료의향서(Advance Directives) 제도는 크게 두 가지로 구분할 수 있다. 하나는 생전유언으로서 자신의 의사를 문서화하는 것이고, 다른 하나는 대리인 지정으로서 자신에 대한 의사결정을 대신 수행할 대리인을 지정하는 제도이다.

#### 1) 생전유언

생전유언(living will)은 미국 캘리포니아 주에서 최초로 자연사법으로 제정하였고 현재 대다수 주에서 채택하여 시행하고 있으나 내용과 형식에는 차이가 있다(김학태, 2009). 1967년 미국 인권 변호사인 루이스 쿠틀너(Luis Kutner)에 의해 처음 언급되었으며 1969년 법률 저널에 최초로 인용되었다(Kutner, 1969). 생전유언은 현재 의식이 뚜렷하고 이성적 판단이 가능한 개인이 판단불능 상태에 대비해 원하거나 원하지 않는 생명 연장술에 대한 내용을 선택하는 것이며, 주로 포함되는 내용은 심폐소생술 실시, 인공호흡기 적용, 경관영양공급, 항생제 투여,



수혈, 수술시행 여부 등이다. 이는 환자에게 무의미한 생명 연장술을 중단한 상황에서만 효력을 발휘할 수 있다(김학태, 2009). 법적인 측면에서 볼 때 생전 유언은 생전에 효력이 발생한다는 점에서 사후에 효력이 발생하는 일반유언과는 차이를 보이며 법률 문서에서 구두 진술에 이르기까지 다양한 방식으로 의사결정을 할 수 있는 특징을 지니고 있다(이미희, 2012). 생전유언은 언제까지 연명치료를 할 것인가에 대한 해결책의 일환으로 고안되었으며(이미희, 2012) 환자가 생애 말기상태에 도달하였을 때 의료처치에 대한 가이드라인을 제공한다(오세혁과 정화성, 2010).

## 2) 대리인 지정

대리인 지정(durable power of attorney)은 판단불능 상태에서 치료내용과 관련된 결정을 위임할 대리인을 법적으로 지정하는 것으로 일반적으로 가족이나 친구, 담당의사 등을 지정하는 것을 말한다. 무엇보다 대리인 지정을 통해 대상자는 자신과 이해관계가 상충하는 관련 당사자들이 있을 경우 의학적 문제를 결정함에 있어 큰 도움을 받게 된다(손명세와 유호중, 2001). 우리나라에서는 서울대병원에서 ‘대리인’이라는 명칭으로 사용하고 있으며, 미국은 건강의료 대리인(healthcare agent, health surrogate), 건강의료를 위한 법적 대리인(durable power of attorney for healthcare), 옹호자(patient advocate for healthcare) 등으로 지칭하고 있고 뉴질랜드에서는 법적 대리인(enduring power of attorney)으로 불리운다. 이렇게 문서마다 용어 차이는 있으나 대리인의 공통적 속성은 “사전의료의향서를 작성하는 자가 의사 및 표현불능 상태가 될 때를 대비하여 다양한 범위의 의료 관련 결정을 대신하도록 미리 지정해 놓은 자”로 규정할 수 있었다(김신미, 2010, p. 33). 미국에서는 대다수 주에서 주 대리인

이외의 제 2, 제 3의 대리인을 지정할 수 있으며 일반적으로 가족이나 친분이 있는 사람을 대리인으로 지정하도록 권하고 있는데 무엇보다 이들이 작성자의 가치관을 잘 이해하고 이를 바탕으로 작성자의 희망에 가장 잘 도달할 수 있으리라 생각하기 때문이다(김신미, 2010). 이와 같이 사전의료의향서는 생전유언의 다른 표현이 아니라, 생전유언을 포함하여 의료적 행위와 관련된 결정 시 미리 자신의 의사를 표명하거나 대리인을 지정하는 제도를 통칭하는 말이다(Crisp, 2007).

세계의 국가들을 사전의료의향서 제도와 관련하여 분류하면 세가지 유형-A유형(초기), B유형(과도기), C유형(정착)-으로 나눌 수 있다(Kim et al., 2010). 우리나라는 과도기로 B유형으로 분류되며 미국은 C유형의 대표적인 국가라 할 수 있다. 반면 A유형은 유럽과 미국 그리고 일본과 우리나라 등을 제외한 나라들로 의료기술 및 의료제도가 낙후되어 있는 경우가 대부분이다.

외국의 사전의료의향서 제도를 살펴보면 미국은 자기결정권법(Patient Self-Determination Act)이 1990년에 제정되어 사전의료의향서에 대한 다양한 교육과 제도를 시행하고 있다. 미국에서는 사전의료의향서를 법적 효력 문서로 사용하고 있으며 주에 따라 생전 유언서와 대리인 지정서의 혼합형태를 적용하거나 개인의 선호에 따라 개별적으로 선택하는 방식을 취하고 있다. 미국에서는 입원환자들에게 사전의료의향서의 보유 여부를 확인하고 이와 관련된 정보를 제공하며 관심 있는 환자에게는 문서를 작성할 수 있도록 도움을 주고 있다(McAuley et al., 2008).

유럽국가 중 영국에서는 1970년대에 처음 생전유언을 제안하였으나 영국 의학협회에서 법제화를 반대하여 아직까지 사전의료의향서 제도를 성문법으로 규정하지 못하였다(Hong, Goh & Lee, 1996). 하지만 2005년에 Mental Capacity Act 2005라는 정신적 무능력 상태에 대한 법제화가 제정되어 이는 사전에 연명 치료를 선택할 수 있는 즉, 사전의료의향서 제도를 지지하는 법적 근거가 되었고

결과적으로 사전의료의향서 제도가 최초로 성문법의 근원을 갖게 되었다. 그 외 핀란드, 헝가리, 덴마크, 벨기에, 오스트리아, 독일 등 많은 유럽 국가들이 사전의료의향서를 인정하는 법적 체계를 가지고 있으나 포르투갈과 그리스에서는 아직까지 사전의료의향서에 대한 논의가 부족하다(김신미 등, 2010). 호주는 Victoria, South Australia와 Queensland주에서 사전의료의향서 제도 관련법을 가지고 있으나 각 주마다 내용과 형식에 차이가 있으며 뉴질랜드에서는 사전의료의향서에 오직 케어와 치료에 대한 지시만을 포함하고 있고(김신미 등, 2010) 구두 혹은 문서 둘 다 가능하다고 규정하고 있다(New Zealand Government Department of Health and Aging, 2010).

아시아에서는 싱가포르와 대만이 사전의료의향서 관련 법적 체계를 가지고 시행하고 있으며 아직까지 우리나라를 비롯한 홍콩과 일본에서는 사전의료의향서에 대한 사회적 관심은 고조되었으나 법으로 정해진 바는 없다. 우리나라는 1997년 보라매 병원 사건을 시초로 하여 사전의료의향서에 대한 관심이 2000년대 초부터 본격화 되었다. 2001년 대한의사협회에서 소극적 안락사를 언급하였으나 사회적 반대로 인해 줄곧 생애말기 연명치료 중단에 대해 소극적 태도를 취하다가 2009년에 세브란스 존엄사 사건을 맞이하게 되었다(김신미, 2010). 소위 ‘김 할머니 사례’로 불리는 세브란스 존엄사 사건 이래 연명 치료 중단에 대해 허용불가 입장이었던 사법부가 최근에는 연명 치료 중단의 조건을 받아들이는 방향으로 나아가고 있다(편혜준, 2012). 또한 무의미한 치료중단여부 및 사전의료의향서 도입의 필요성에 대한 사회적 합의도 어느 정도 이루어진 상태이다(윤영호 등, 2004; 김순이, 이미애와 김신미, 2001; 홍성애, 2010). 최근에는 서울대병원을 비롯한 의료기관들이 ‘의료행위에 대한 사전지시서’, ‘사전의사결정서’, ‘사전의료의향서’ 등의 명칭으로 생전유언과 대리인 지정의 분리 구분없이 혼합형태로 구성된 사전의료의향서 양식을 말기환자 중심으로 사용하고

있다(남양훈 등, 2008; Kim, 2009). 그러나 사전의료의향서를 제도화하기 위한 절차와 구체적 내용에 대해서는 합의체간·연구간 차이가 있어 제도로 정착하기는 어려운 실정이며(김신미, 2010; 김신미 등, 2010) 아직까지 관련 법률과 제도는 전무한 상태이다(보건복지부, 2010).

한국보건의료연구원은 연명치료중단 기본원칙에서 사전의료의향서에 의해 심폐소생술이나 인공호흡기 등은 중단 가능하고 영양, 수액 공급과 통증 조절 등은 유지해야 함을 명시하였다(한국보건의료연구원, 2009). 보건복지부는 2010년 7월 15일 연명치료중단 제도화 관련 사회적 협의체 논의결과를 발표하였는데 사전의료의향서 작성에 대한 합의사항으로 중단 가능한 연명치료로 인공호흡기, 심폐소생술 등 특수연명치료를 제시하였고 구두 혹은 서면으로 가능하다고 하였다. 그러나 대리인 지정제에 대한 반대 등 의견불일치로 법적 제도화가 이루어지지 않은 상태이다(보건복지부, 2010). 또한 2009년 한국보건의료연구원의 기본원칙과는 연명치료 종류에 있어 제한을 두지 않았다는 점에서 시각적 차이를 보이고 있다.

우리나라는 노인이나 환자에게 미리 죽음에 대해 논의하는 것을 금기시하며(고윤석 등, 2011) 사전의료의향에 대한 환자의 선호를 모를 경우 가족들은 환자에 대한 ‘도리’로서 연명치료를 해야 한다고 생각한다(홍성애와 문선순, 2007). 이로 인해 노인들은 원치 않는 치료를 받게 되고 더욱이 가족들과 의사소통이 제대로 이루어지지 않았을 때 임종 시기에조차도 연명치료를 받을 가능성이 크다(Kim, 2010).

우리나라에서 노인을 대상으로 사전의료의향서에 대한 찬성여부를 살펴보았는데 51.3%가 사전의료의향서를 인식, 87.7%가 사전의료의향서에 찬성하였다(편혜준, 2012). 김혜정(2012)의 연구에서는 노인의 82.2%가 사전의료의향서에 대해 들어본 적이 없었고 51.5%가 사전의료의향서 결정자는 본인이 되어야

한다고 하였으며 의료적 권한이 있는 법정대리인으로서 73.3%가 자녀를 선호하는 것으로 나타났다. 사전의료의향서 제도는 법적, 윤리적 문제를 없애거나 최소한으로 줄일 수 있는 유일한 제도이며 자기결정권에 바탕을 두고 있다(김신미 등, 2010). 하지만 우리나라에서는 연명치료중단이 대부분 노인환자들에게 적용되고 있음에도 불구하고 실제 노인들의 사전의료의향서 작성율은 미비하며(이미희, 2012) 실제 사전의료의향서 작성 당시 의식상태가 명료하더라도 절반이상은 자녀가 작성했다는 연구결과가 있다(김경순, 2009).

따라서 노인을 대상으로 사전의료의향서인 생전 유언서 및 대리인 지정서를 구분하여 두 문서에 대한 인식 및 선호도를 조사하고 관련 요인을 파악할 필요가 있다.

## 2. 사전의료의향서 관련요인

대상자의 사전의료의향서에 대한 관련요인을 보면 연령, 성별, 거주형태 등이 있으며, 건강상태 뿐만 아니라 의료결정 성향, 신앙심 등 개인의 가치도 사전의료의향서에 대한 선호에 영향을 주는 것으로 나타났다(Ejaz, 2000; Felt et al., 2000; Matsumura et al., 2002). 노인은 인생에서 건강을 가장 중요한 요소로 인식하고 있으며(김선엽과 강희양, 1998; 최영희와 김순아, 1997) 노인의 건강은 사전의료의향에 중요한 관련요인으로서 건강문제 발생은 노인들에게 가장 큰 위기로 인식된다(장수정과 이경자, 2005). 건강관련 특성으로는 본인이 자각하고 있는 주관적 건강상태(Kim, 2011; 편혜준, 2012), 만성질환의 유무와

수(McAuley et al., 2008), 처방약물의 수(Lingler et al. 2008; McAuley et al., 2008; Rosnick & Reynolds, 2003), 지난 한달 동안 방문한 의료기관의 수(이혜림, 2012), 한달 동안 지출한 의료비(이혜림, 2012), 지난 6개월 동안 심각한 건강변화(Hirschman et al., 2012), 지난 1년 동안 지인의 중환자실 입실과 사망에 대한 경험(Matsui, 2007), 생애말기치료에 대한 논의 여부(Matsui, 2007), 가족이 사망했거나 말기질환을 앓고 있는 경우(Matsui, 2007) 등이 해당된다.

주관적인 건강상태와 사전의료의향에 대한 선호는 연구마다 차이를 보였는데 주관적인 건강상태가 좋을수록 사전의료의향에 대해 긍정적이었다는 보고(Kim, 2011)가 있는 반면 이혜림(2012)의 연구에서는 건강상태에 대한 자각 정도와는 크게 유의하지 않았다. 지역사회 노인을 대상으로 한 편혜준(2012)의 연구에서는 현재 자각하고 있는 건강상태 혹은 동년배와 비교한 건강상태와는 관련성이 없었지만 3년 전과 비교한 건강상태와는 관련성이 있었다.

노인의 대다수가 만성질환을 가지고 있고 암, 뇌혈관질환, 심장 질환 등의 만성질환이 주요사망원인이 되고 있으며(Korea National Statistical Office, 2009) 만성질환을 가진 노인의 70% 정도가 기회가 왔을 때 사전의료의향서를 작성했다고 하였다(Patterson et al., 1997). 지역사회에 거주하는 노인을 대상으로 한 국외연구에서 대리인 지정서는 보유하지 않고 생전 유언서 만을 보유한 경우 만성질환 중 뇌졸중과 파킨슨병이 건강관련 요인으로 작용하였으며(McAuley et al., 2008) 처방약물의 수도 영향을 미쳤다(Lingler et al. 2008; McAuley et al., 2008; Rosnick & Reynolds, 2003). 하지만 국내연구로 이혜림(2012)과 편혜준(2012)의 연구에서는 만성질환이 사전의료의향에 영향을 미치지 않은 것으로 조사되었으나 최근 한달 동안 방문한 의료기관의 수와 지불한 의료비용이 많을수록 사전의료의향에 대해 긍정적인 태도를 보였다(이혜림, 2012).

병원입원에 관해서는 자신의 병원입원 및 중환자실 입실 경험과는 무관하였으나(이혜림, 2012) 지인이 중환자실에 입원했거나 사망한 경우에는 사전의료의향에 긍정적인 태도를 보였고(Sam & Singer, 1993; Deluca Havens, 2000; 이혜림, 2012) 지난 6개월 동안 심각한 건강변화를 경험한 경우에 생전유언과 대리인 지정 모두 영향을 미쳤다(Hirschman et al., 2012). 또한 가족이 말기질환으로 입원한 경우에는 생전유언과 대리인 지정에 대해 긍정적인 태도를 보였고 가족이 사망한 경우에는 오직 대리인 지정과 관련이 있었다(Matsui, 2007). 노인들은 자신의 건강이 회복 불가능한 상태일 경우 심폐소생술금지(DNR, Do not resuscitate)에 대해 스스로 결정하길 바랐으며(석현주, 2010; 안은희, 2010; 이미희와 강희선, 2007) 가족이나 의료진과 말기질환에 대해 미리 논의한 경우 생전유언과 대리인 지정에 대한 태도가 긍정적이었다(Matsui, 2007).

노인의 생전유언 및 대리인 지정에 있어 가족은 중요한 관련요인이 될 수 있다. 가족은 가족 내 구성원의 보호 및 지지 기능을 담당할 뿐만 아니라 끊임 없이 상호작용이 이루어지는 집단이다(Hollen, 1981). 우리나라 문화에서 가족의 개념은 중요하다. 우리나라의 가부장적 사회구조와 효 사상은 확대가족 구성원들의 상호작용 속에서 가족구성원이 개인의 결정을 통제하는 경우가 많은 것으로 나타난다(Koh & Koh, 2008). 의료 관련 의사결정 시 자신보다 가족이 최선의 결정을 내려줄 것이라 믿기 때문에 가족이 주체가 되는 경우가 대부분이며 이는 유교적, 가족 중심적, 죽음에 대한 폐쇄적인 동양 문화에 기인한다고 볼 수 있다(홍성애, 2010). 이처럼 개인주의보다는 가족주의가 우세하여 환자가 그 가족을 통해 의사결정을 하는 경우가 많다(고윤석 등, 2011). 특히, 노인들은 주로 가족들의 결정에 의존하는 경향이 있고 치매와 같은 인지장애가 있을 경우 의사결정을 하기 어렵다(Allen et al., 2003). 하지만 우리나라 노인들이 생전유언 및 대리인 지정을 미리 계획한다면 노인은 자신의 의료행위와 관련된 의사결정을

하는 과정에서 가족들과 충분한 의사소통을 할 수 있고(남양훈 등, 2008) 가족 또한 대리인으로서 능동적인 역할을 할 수 있을 것이다(편혜준, 2012).

가족관계 특성 중 동거 형태 및 가족 내 최종 의사결정자가 사전의료의향 찬성 여부와 관계가 있다는 연구 결과는 한국 노인에게 가족은 보호자로서 중요한 역할을 하고 있으며 사전의료의향에 큰 영향을 미치고 있음을 알 수 있다(편혜준, 2012). 한편 결혼상태와 사전의료의향과의 관련성은 연구마다 차이를 보였는데 결혼상태 및 배우자의 유무와 관련이 없다는 보고(Kim, 2011; 이해림, 2012)와 달리 편혜준(2012)의 연구에서는 결혼상태가 사전의료의향의 태도에 영향을 미쳤다고 하였다.

일본의 경우 노인을 대상으로 한 연구에서 결혼상태, 가족과의 동거여부, 가족 친밀도, 가족 적응능력과 같은 가족의 구조와 기능이 생전유언과 대리인 지정에 대한 긍정적 태도와 관련이 있는 것으로 나타났다(Ishibashi & Kottke, 2009; Matsumura et al., 2002). 그리고 Matsui(2007)의 연구에서도 가족 기능이 생전유언 뿐만 아니라 대리인 지정 선호에 유의한 영향을 미쳤으며 가족 구조 즉, 결혼상태 및 배우자의 유무가 대리인 지정에 대한 선호와 관련이 있었다. 아시아 국가에서는 주로 가족이 주 의사결정권자가 되는 경우가 흔하다(Huang, Hu, Chiu & Chen, 2008). 최근 서양의 연구에서도 친구 혹은 가족과의 친밀관계가 생전 유언서 보유 또는 작성 선호와 관련이 있다는 보고가 있었다(Rosnick & Reynolds, 2003; Lingler et al. 2008). 이처럼 노인들은 의사결정 과정에서 자녀와 배우자를 비롯한 가족구성원들이 중요한 역할을 해주기를 기대하고 있다(Alano et al., 2010).

노인의 생전유언 및 대리인 지정에 있어 가족 뿐만 아니라 종교가 중요한 관련요인이 될 수 있다. 노년기의 종교활동은 노인이 겪게 되는 위기상황을 잘 극복하도록 도와주는 지지기반이면서 스스로 선택 가능한 비공식적 지지체계이며



이를 통해 노인은 심리적·정신적 위안을 받을 수 있다(Kivett, 1979; 남기민과 박현주, 2010). 노인에게 종교는 압박한 죽음과 각종 상실감을 수용할 수 있도록 도와주고 삶의 의미와 소중함을 느끼고 깨닫게 해주며 노년기에 잠재되어 있는 보상적 가치를 발견하여 활용할 수 있도록 심리적 측면에서 지지해주며 사회적으로는 다양한 연령층과 교류 어울릴 수 있는 기회를 제공함으로써 노인의 소외감을 감소시켜주는 기능을 한다(Harris & Cole, 1997). 더욱이 자신과 배우자, 친분이 있는 사람이 병에 걸리거나 죽음을 맞이했을 때 오는 불안감을 감소시켜 주어 심리적 위안을 제공한다(Hess & Markson, 1980). 일반적으로 노인의 종교생활 정도를 파악하기 위해서 일반적인 종교참여도와 개인적인 종교참여도를 함께 보는데(Mindel & Vaughan, 1978) 여기에 종교참여에 대한 개인적인 태도 및 희망을 포함하여 세분화시켜 고려하기도 한다(Ainlay & Smith, 1984). 종교와 사전의료의향과의 관련성을 보면 종교인 일 경우 사전의료의향서에 대해 긍정적인 반응을 보였고 작성률이 더 높았다(Sam & Singer, 1993; DeLuca Havens, 2000). 동양권에서는 단순히 종교의 유무와는 관련성이 없었으나(Matsui, 2007; 이혜림, 2012; 편혜준, 2012), Matsui(2007)의 연구에서 보면 종교적 태도가 생전유언과 대리인 지정 선호에 유의한 영향을 미쳤다. 아직까지 국내에서는 종교적 태도를 포함한 종교참여도가 사전의료의향에 미치는 영향을 살펴본 연구는 없었으며 단지 종교의 유무와 종류 만을 변수로 보았다.

인구사회학적 특성으로는 연령, 성별, 인종, 거주지, 교육 수준, 월 소득수준 등이 있으며 선행연구들은 이들을 주요변수로 하여 사전의료의향에 미치는 영향을 알아보았으며 결과는 연구마다 차이가 있었다. 노인을 대상으로 한 국내 연구에서는 연령, 교육수준, 월 소득수준이 사전의료의향의 태도에 유의한 영향(이혜림, 2012; 편혜준, 2012)을 미쳤으나 성별에 있어서는 차이가 없었다. 편혜준(2012)의 연구에서는 성별이 사전의료의향과 관련이 있다고 하였으나

이혜림(2012)의 연구에서는 성별이 유의한 영향을 미치지 않았고 일반인을 대상으로 한 Kim(2011)의 연구에서도 성별 및 교육수준과는 통계적으로 유의하지 않았다. 일본에서는 성별이 대리인 지정 선호에 유의한 영향을 미쳤으나 연령과 교육수준 및 연간수입은 생전유언과 대리인 지정에 영향을 미치지 않았다(Matsui, 2007).

서양에서 노인을 대상으로 생전유언 및 대리인 지정에 영향을 미치는 인구사회학적 관련요인을 살펴본 결과 연령, 수입, 교육수준, 인종이 생전 유언서와 대리인 지정서 보유 및 작성 선호와 관련이 있었다(Rosnick & Reynolds, 2003; Lingler et al. 2008). 장기요양서비스를 받고 있는 노인을 대상으로 했을 때 고학력일수록 생전 유언서와 대리인 지정서 모두 보유할 확률이 높았고 인종 중 백인 일수록 생전 유언서를 가지고 있을 가능성이 컸다(Hirschman et al., 2012). 지역사회에 거주하는 노인을 대상으로 한 연구에서는 생전 유언서 만을 보유한 경우에 영향하는 요인으로 연령, 교육수준, 대도시 거주, 수입, 인종이 있었고, 대리인 지정서 만을 보유한 경우에 영향하는 요인으로 연령과 교육수준이 있었다(McAuley et al., 2008).

이와 같이 사전의료의향 관련요인에 대한 많은 연구들이 진행되어 왔으나 국내에서 노인을 대상으로 가족기능과 종교참여도를 주요 관련요인으로 분석한 연구는 거의 없었다. 또한 생전유언과 대리인 지정 각각의 관련요인을 조사한 국내연구는 전무하였다. 이를 토대로 본 연구에서는 복지관 이용 노인을 대상으로 생전유언과 대리인 지정에 대한 인식 및 선호를 조사하고 선호에 영향을 미치는 요인을 파악해 보고자 한다.

### Ⅲ. 연구 방법

#### 1. 연구 설계

본 연구는 노인복지관을 이용하는 노인을 대상으로 생전유언 및 대리인 지정에 대한 인식과 선호를 파악하고 선호에 영향을 미치는 요인을 조사하고자 하는 서술적 조사 연구이다.

#### 2. 연구 대상

본 연구대상자는 서울시에 거주하면서 J 구 소재 노인종합복지관을 이용하는 만 60 세 이상 노인으로 구체적인 연구대상자 선정기준은 다음과 같다.

- 설문지를 스스로 읽거나, 읽어 주었을 때 충분히 이해하고 응답할 수 있는 노인
- 의식이 명료하고 MMSE-K(Mini Mental State Examination in the Korean version)점수가 20점 이상으로 인지장애가 없다고 판단되는 노인
- 본 연구의 목적을 이해하고 참여에 서면 동의한 자

본 연구의 표본크기는 logistic regression analysis를 기본으로 하였을 때  $p=.05$ , power 0.8, effect size 0.15로 G power 3.1.5프로그램을 이용하여

산정한 결과 150명이었으며, 본 연구에서는 탈락률을 고려하여 총 200명을 편의 표출하였고 설문지 작성 도중 동의 철회 및 내용에 대한 이해 부족 등으로 중도 포기한 20명을 제외한 180명이 설문을 완료하였다.

### 3. 연구 도구

#### 1) 생전유언 및 대리인 지정에 대한 선호

사전의료의향서는 치료방향 지시서인 생전 유언서와 위임 지시서인 대리인 지정서로 구성되었다.

생전유언에 대한 선호는 만약 기회가 된다면 생전 유언서 작성을 원하는지를 묻는 1문항으로 ‘예, 아니오’로 응답하게 하였다.

대리인 지정에 대한 선호는 만약 기회가 된다면 대리인 지정서 작성을 원하는지를 묻는 1문항으로 ‘예, 아니오’로 응답하게 하였고 대리인 지정을 원할 경우 누구를 대리인으로 지정하기를 선호하는지 조사하였다.

#### 2) 일반적 특성

본 연구에서 일반적 특성은 성별, 연령, 결혼 상태, 교육 수준, 종교, 월 소득 수준, 큰 병원비 부담방법, 소소한 병원비 부담방법, 가족 내 최종의사결정자, 자녀 유무, 자녀와의 접촉 정도, 동거 형태를 묻는 총 12문항으로 구성되었다. 병원비 부담방법에서 입원, 수술 및 시술, 그리고 종합건강 검진 등의 비용은 큰 병원비로 분류하였고 간단한 외래진료 및 약제처방 등은 소소한 병원비로 분류하였다.

### 3) 건강상태

본 연구에서 대상자의 건강상태는 국·내외 선행연구에서 생전유언 및 대리인 지정에 유의한 영향을 주었던 관련요인 중 건강 관련 변수로 측정하였다. 총 14문항으로 주관적 건강상태, 만성질환의 유무와 수, 지난 한달 동안 방문한 의료기관의 수, 한달 동안 지출한 의료비, 지난 6개월 동안 심각한 건강변화, 지난 1년 동안 지인의 중환자실 입실과 사망에 대한 경험, 가족이 사망했거나 말기 질환으로 입원했는지의 여부, 생애말기치료에 대한 논의여부가 포함되었다.

### 4) 가족기능

본 연구에서는 Smilkstein(1978)이 개발한 Family APGAR 도구를 김옥수, 백성희(2003)가 수정 보완한 도구를 사용하였다. 본 도구는 가족 상호 간의 적응력, 협력성, 성장성, 애정성, 해결성을 나타내는 5개의 항목으로 거의 아니다(0 점), 가끔 그렇다(1 점), 항상 그렇다(2 점)의 3점 평정 척도이다. 가족기능은 최고 10점에서 최저 0점까지 나타날 수 있으며 전체 점수를 기준으로 하여 7-10점은 건강한 가족기능군, 4-6점은 중등도의 가족기능장애군, 0-3점은 중증의 가족기능장애군(Kang, Young, Lee, Lee & Shim, 1984)으로 분류한다. 도구의 신뢰도는 김옥수 등(2003)의 선행연구에서 Cronbach'  $\alpha = .88$ 이었으며 본 연구에서는 Cronbach'  $\alpha = .91$ 이었다.

### 5) 종교참여도

본 연구에서는 Ainlay와 Smith(1984)가 개발한 종교참여도 척도를 김수연(1987)이 번역하고 수정 보완한 도구를 사용하였다. 본 도구는 개인의 종교참여도를 측정하기 위한 것으로 일반적 참여도 4문항, 개인적 참여도 4문항과 종교적 태도 4문항으로 구성되었고 총 12문항이다. 각 문항마다 정말 그렇다(5점)에서

전혀 아니다(1점)까지 5점 평정 척도로 최고 60점에서 최저 12점까지 나타낼 수 있다. 종교참여도의 문항별 내용은 전체 점수가 높을수록 종교참여도가 높은 것을 의미한다. 김수연(1987)의 연구에서 도구의 신뢰도는 Cronbach' s  $\alpha$  =.95였으며 본 연구에서는 Cronbach' s  $\alpha$  =.87이었다.

#### 4. 자료 수집 방법

연구자가 자료수집에 앞서 해당 노인복지관에 연구의 필요성과 목적 및 방법을 설명하여 팀장으로부터 연구의 허락을 받은 후, 서울대학교 간호대학의 IRB 승인을 받았다. 자료수집은 2012년 8월 13일부터 9월 8일까지 총 15일에 걸쳐 시행하였다.

본 조사는 복지관의 2층에 위치해 있는 건강관리실 옆 복도와 중앙 휴게실에서 이루어졌다. 연구참여에 자발적으로 동의한 노인을 대상으로 연구목적을 설명하고 서면으로 연구 동의서를 받은 후 대상자 선정기준에 부합하는지 확인 후 설문조사를 진행하였다. 본 조사 실시 전 연구참여를 원하고 대상자 선정 기준에 부합하는 노인 15명을 대상으로 연구목적을 설명하고 동의서를 받은 후 사전조사를 시행하여 문항에 대한 이해도와 소요시간을 조사하였다. 한 명의 대상노인이 설문을 완성하기까지 대략 20분 정도 소요되었고 각 문항을 이해하는데 큰 무리는 없었으나 사전의료의향, 대리인 지정 및 생전유언에 대한 개념을 이해하는데 어려움이 있는 노인들이 많았다. 이에 본 조사에서는 연구자가 만든 교육자료를 통해 대략 5분 동안 대상자 전체에게 사전의료의향서, 대리인 지정서 및 생전 유언서의 개념을 이해하도록 용어의 의미를 설명하는 과정을 추가하였다. 용어의 의미에 대한 정보제공 전에 사전의료의향서, 대리인 지정서 및 생전 유언

서에 대한 인식을 조사하였고 정보제공 후에 각 문서에 대한 선호도를 조사하였다.

연구 참여자에게 설문지를 작성 중이더라도 연구에 참여하기를 원치 않을 경우에는 언제든지 철회할 수 있음을 알려주었다. 자료수집은 연구자 본인과 대학원생 2명을 연구보조원으로 훈련하여 실시하였으며 대상노인과 일대일 개별면담을 통해 설문지 문항을 읽어주고 대상자의 구두응답을 설문지에 기입하는 방식으로 이루어졌다.

## 5. 자료 분석 방법

수집된 자료는 SPSS WIN 20.0 프로그램을 이용하여 분석하였다.

- 1) 대상자의 일반적 특성, 건강상태, 가족기능 및 종교참여도는 실수, 백분율, 평균, 표준편차로 산출하였다.
- 2) 대상자의 사전의료의향, 생전유언 및 대리인 지정에 대한 인식과 선호도는 실수와 백분율로 산출하였다.
- 3) 대상자의 일반적 특성, 건강상태, 가족기능 및 종교 참여도에 따른 생전유언 및 대리인 지정에 대한 선호도는  $\chi^2$ 과 t-test로 분석하였으며 통계적 유의수준은  $p < .05$ 로 설정하였다.
- 4) 생전유언 및 대리인 지정 선호에 영향을 미치는 요인을 알아보기 위하여 logistic regression analysis으로 분석하였다. 이 때 명목변수는 Dummy variable로 처리하여 분석하였다.
- 5) 가족기능 및 종교 참여도 측정도구의 신뢰도는 Cronbach's  $\alpha$  계수로 산출하였다.

## IV. 연구 결과

### 1. 대상자의 특성

#### 1) 대상자의 일반적 특성

본 연구에 참여한 복지관 이용 노인은 총 180명이었으며 여성이 136명(75.6%)이었다. 연령은 평균 73.56( $\pm 6.33$ )세였고 70~74세가 60명(33.3%)이었으며 연령분포는 최저 61세에서 최고 92세였다. 교육 정도는 초졸이 55명(30.6%), 무학이 24명(13.3%)이었다. 종교가 있는 경우는 142명(78.9%)이었다.

결혼상태는 미혼이거나 이혼, 사별로 인해 혼자 살고 있는 경우가 105명(58.3%)이었으며 배우자와 함께 살고 있는 경우는 75명(41.7%)이었다. 자녀가 있는 경우는 162명(90%)이었다. 자녀와의 접촉 정도에서는 135명(83.2%)이 '1달에 1회 이상 연락하거나 만난다'고 응답하였다. 동거 형태는 가족과 함께 살고 있는 경우가 98명(54.5%)이었고 혼자 살고 있는 경우가 76명(42.2%)이었다. 집안에 문제가 생겼을 때 최종 결정은 '본인 스스로 한다'에 120명(66.7%)이 응답하였다.

월 소득 수준은 50만원 미만은 121명(67.2%), 50만원 이상은 59명(22.8%)이었다. 소소한 병원비 부담은 '본인 스스로'가 101명(56.1%)이었고 큰 병원비는 '가족의 도움'이 77명(42.8%), '본인 스스로'가 56명(31.1%)이었다. '정부보조'는 47명(26.1%)이었다(Table 1).



Table 1. Sociodemographic Characteristics of the Participants

(N=180)

Variables	Categories	n	%
Sex	Female	136	75.6
	Male	44	24.4
Age (years)	60~64	13	7.2
	65~69	33	18.3
	70~74	60	33.3
	75~79	39	21.7
	≥ 80	35	19.5
	<b>M±SD</b>		73.56±6.33
Level of Education	None	24	13.3
	Elementary school	55	30.6
	Middle school	39	21.7
	High school	38	21.1
	University	24	13.3
Religion	Yes	142	78.9
	No	38	21.1
Marital Status	Single	105	58.3
	Married	75	41.7
Adult children	Yes	162	90.0
	No	18	10.0
Frequency of contacts with adult children ( <b>n=162</b> )	< 1 time per 1 month	27	16.8
	≥ 1 time per 1 month	135	83.2
Living arrangement	Living alone	76	42.2
	Living with family	98	54.5
	Living with others	6	3.3
A decision maker in the family	Myself	120	66.7
	Others	60	33.3
Monthly income (₩)	< 500,000	121	67.2
	≥ 500,000	59	22.8
Minor health expenditure	By myself	101	56.1
	Family supported	32	17.8
	Government subsidized	47	26.1
Major health expenditure	By myself	56	31.1
	Family supported	77	42.8
	Government subsidized	47	26.1

## 2) 대상자의 건강상태

주관적 건강상태에서 현재의 건강상태는 ‘나쁘다’에 76명(42.2%), 3년 전과 비교했을 때의 건강상태는 ‘나빠졌다’에 83명(46.1%)이었다. 만성 질환의 수는 평균  $1.94(\pm 1.39)$ 개였고 한 가지 이상 만성질환을 가지고 있는 대상자는 158명(87.8%)이었다.

지난 1달 동안 의료기관 방문 횟수는 평균  $1.18(\pm 1.50)$ 회였고 최소 한 번 이상 가본 적이 있다고 응답한 대상자는 115명(63.9%)이었다. 지난 1달 동안 지출한 의료비는 평균  $38,710(\pm 65,850.17)$ 원이었고 50,000원 미만 수준이 70명(38.9%)이었다. 50,000원 이상 수준은 45명(25.0%), 지난 1달 동안 전혀 의료비를 지출하지 않은 대상자는 65명(36.1%)이었다.

지난 6개월 동안 심각한 건강변화를 경험한 대상자는 27명(15.0%)이었고 최근 12개월 사이에 지인의 중환자실 입실을 경험한 대상자는 23명(12.8%), 지인의 사망을 경험한 대상자는 25명(13.9%)이었다. 생애말기 치료에 대해 가족이나 의사와 상의해 본 적이 있다고 응답한 대상자는 30명(16.7%)이었다. 가족 중에서 말기 질환으로 입원한 적이 있었거나 현재 입원 중이라고 응답한 대상자는 29명(16.1%)이었고 지난 5년 동안 가족 중에 사망한 사람이 있었다고 응답한 대상자는 58명(32.2%)이었다(Table 2).

Table 2. Health Related Characteristics of the Participants

(N=180)

Variables	Categories	n	%	M±SD	Min	Max
Current health status	Good	49	27.2			
	Moderate	55	30.6			
	Poor	76	42.2			
Health status compared with 3 years ago	Good	21	11.7			
	Moderate	76	42.2			
	Poor	83	46.1			
Number of chronic diseases	0	22	12.2	1.94±1.39	0	7
	1	52	28.9			
	2	59	32.8			
	3	22	12.2			
	≥4	25	13.9			
Number of medical service use per 1 month	0	65	36.1	1.18±1.50	0	10
	1	65	36.1			
	2	27	15.0			
	3	14	7.8			
	≥4	9	5.0			
Health expenditure per 1 month (₩)	0	65	36.1	38,710 ±65,850.17	0	400,000
	< 50,000	70	38.9			
	≥ 50,000	45	25.0			
Aggravation of health status during 6months	Yes	27	15.0			
	No	153	85.0			
Acquaintance's ICU Hospitalization last 1year	Yes	23	12.8			
	No	157	87.2			
Acquaintance's death last 1year	Yes	25	13.9			
	No	155	86.1			
Discussion about End-of-life Care	Yes	30	16.7			
	No	150	83.3			
Hospitalization of family member(s) due to Terminal illness	Yes	29	16.1			
	No	151	83.9			
Death of family member(s) last 5years	Yes	58	32.2			
	No	122	67.8			

### 3) 대상자의 가족기능

대상자의 가족기능은 가족 상호 간의 적응력, 협력성, 성장성, 애정성, 해결성을 나타내는 5가지 하위항목으로 구성되었다. 가족기능 총점의 평균은 5.42 ( $\pm 3.54$ )점이고 하부요인 별에서 협력성이 1.17( $\pm 0.80$ )점이고 애정성은 0.93 ( $\pm 0.85$ )점으로 나타났다(Table 3).

Table 3. Family function of the Participants (N=180)

Subscales	Item Number	Mean $\pm$ SD
Adaptation	1	1.09 $\pm$ 0.82
Partnership	2	1.17 $\pm$ 0.80
Growth	3	1.13 $\pm$ 0.81
Affection	4	0.93 $\pm$ 0.85
Resolve	5	1.07 $\pm$ 0.84
Total Sum mean		5.42 $\pm$ 3.54

가족기능에서는 ‘건강한 가족기능군’은 80명(44.5%), ‘중등도의 가족기능장애군’은 47(26.1%), ‘중증의 가족기능장애군’은 53명(29.4%)이었다(Table 4).

Table 4. Classification of Family function (N=180)

Family function type	n	%
Healthy Function	80	44.5
Moderate Dysfunction	47	26.1
Severe Dysfunction	53	29.4

#### 4) 대상자의 종교참여도

종교참여도는 일반적 참여도, 개인적 참여도, 종교적 태도를 묻는 3가지 하위 요인으로 분류할 수 있다. 종교참여에 대한 전체 평균은 43.68( $\pm 9.46$ )점이었다. 각 하위요인 별에서 일반적 참여도가 16.48( $\pm 3.18$ )점, 종교적 태도가 13.70( $\pm 3.55$ )점, 개인적 참여도가 13.61( $\pm 4.09$ )점이었다(Table 5).

Table 5. Religious participation of the Participants who have their religion (N=142)

Subscales	Item Number	Mean $\pm$ SD
Public religious participation	1~4	16.48 $\pm$ 3.18
Private religious participation	5~8	13.61 $\pm$ 4.09
Attitudes toward participation	9~12	13.70 $\pm$ 3.55
Total Sum mean		43.68 $\pm$ 9.46

## 2. 사전의료의향, 생전유언 및 대리인 지정에 관한 인식

사전의료의향, 생전유언 및 대리인 지정에 관한 인식에서 ‘사전의료의향’을 정확히 인식한 대상자는 13명(7.2%)이었다. 이름을 들었지만 의미를 잘 모르는 경우는 26명(14.4%), 전혀 들어 본 적이 없는 경우는 141명(78.4%)이었다.

사전의료의향의 핵심 요소인 ‘생전유언’을 정확히 인식한 대상자는 13명(7.2%), 이름을 들었지만 의미를 잘 모르는 경우는 29명(16.1%), 전혀 들어 본 적이 없는 경우는 138명(76.7%)이었다. ‘대리인 지정’에 대해서는 정확히 인식한 대상자는 10명(5.6%), 이름을 들었지만 의미를 잘 모르는 경우는 20명

(11.1%), 전혀 들어 본 적이 없는 경우는 150명(83.3%)이었다(Table 6).

Table 6. Perception of AD, LW, and DPA among the Participants (N=180)

Variable	Categories	n	%
Perception of AD	Yes	13	7.2
	Yes, but I don't know the meaning of it	26	14.4
	No	141	78.4
Perception of LW	Yes	13	7.2
	Yes, but I don't know the meaning of it	29	16.1
	No	138	76.7
Perception of DPA	Yes	10	5.6
	Yes, but I don't know the meaning of it	20	11.1
	No	150	83.3

AD, Advance Directives; LW, Living will; DPA, durable power of attorney

### 3. 사전의료의향, 생전유언 및 대리인 지정에 대한 선호

생전 유언서 및 대리인 지정서 중 적어도 한 가지 이상의 문서 작성을 원하는 즉, 사전의료의향서 작성을 원하는 대상자는 128명(71.1%)이었다. 사전의료의향서의 핵심요소인 생전 유언서 및 대리인 지정서에 대한 선호도를 조사한 결과 생전 유언서 작성을 원하는 대상자는 89명(49.4%), 대리인 지정서 작성을 원하는 대상자는 96명(53.3%)이었다. 두 문서 모두 작성하기를 원하는 대상자는 57명(31.7%)이었고 생전 유언서만 작성하기를 원하는 대상자는 32명(17.8%), 대리인 지정서만 작성하기를 원하는 대상자는 39명(21.7%)이었다(Table 7).

대리인 지정서 작성을 원하는 대상자 중 '자녀'를 대리인으로 지정하기를 원하는 대상자는 60명(62.5%), '배우자'를 대리인으로 지정하기를 원하는 대상자는 18명(18.8%)이었다. 가까운 친척이나 담당의, 친구 혹은 사회 복지사를 대리인으로 지정하기를 원하는 대상자는 18명(18.7%)이었다(Table 8).

Table 7. Preference of AD, LW, and DPA among the Participants (N=180)

Variable	Categories	n	%
Preference of AD	Yes	128	71.1
	No	52	28.9
Preference of LW	Yes	89	49.4
	No	91	50.6
Preference of DPA	Yes	96	53.3
	No	84	46.7
Preference of both LW and DPA	Yes	57	31.7
	No	123	68.3
Preference of only LW	Yes	32	17.8
	No	148	82.2
Preference of only DPA	Yes	39	21.7
	No	141	78.3

AD, Advance Directives; LW, Living will; DPA, durable power of attorney

Table 8. Preference of a proxy among the Participants who want to execute durable power of attorney (N=96)

Variable	Categories	n	%
A proxy of DPA	Spouse	18	18.8
	Adult children	60	62.5
	Close relatives	5	5.2
	Physician	7	7.3
	Others	6	6.2

DPA, durable power of attorney

## 4. 생전유언에 대한 선호와 관련요인

### 1) 대상자의 일반적 특성, 건강상태, 가족기능 및 종교 참여도에 따른 생전유언 선호

생전유언 선호도에서 일반적 특성 중 성별을 보면 남성이 63.6%, 여성이 44.9%였으며 남녀 간에 통계적으로 유의한 차이가 있었다( $\chi^2=4.692$ ,  $p=.030$ ). 교육수준에서는 대졸 이상 75%, 고졸 68.4%, 중졸 43.6%, 초졸 38.2%, 무학 29.2%로 대졸 이상에서 가장 높았으며 이는 통계적으로 유의한 차이가 있었다( $\chi^2=19.018$ ,  $p=.001$ ). 가족 내 최종 의사결정자가 본인인 경우 55.0%, 타인일 때 38.3%였고( $\chi^2=4.445$ ,  $p=.035$ ), 한달 소득이 50만원 이상 군은 69.5%, 50만원 미만 군은 39.7%였으며( $\chi^2=14.111$ ,  $p=.000$ ) 통계적으로 유의한 차이가 있었다.

건강상태에서 만성질환의 유무와 수는 생전유언 선호와 유의한 차이가 없었고 만성질환 수의 평균값인 1.94( $\pm 1.39$ )개를 기준으로 2개 이상과 2개 미만으로 분류하여 비교하였으나 역시 차이를 확인할 수 없었다( $\chi^2=.016$ ,  $p=.901$ ). 대상자의 지난 1달 동안 지출한 의료비에서는 의료비용을 전혀 쓰지 않은 군에서는 46.2%, 50,000원 미만 군에서는 47.1%, 50,000원 이상 군에서는 57.8%의 생전유언 선호도를 보였으나 통계적으로 유의하지는 않았다( $\chi^2=1.680$ ,  $p=.432$ ).

가족기능에서는 중등도의 가족기능장애 군에서 57.4%, 중증의 가족기능장애



군에서 52.8%, 건강한 가족기능 군에서 42.5%의 생전유언 선호도를 보였으나 통계적으로 유의하지 않았다( $\chi^2=2.991$ ,  $p=.224$ ).

종교참여도에서 생전유언 선호도와 종교참여도 점수는 유의한 차이가 없었다( $t=.002$ ,  $p=.962$ ). 그리고 종교참여도 점수 평균값인 43.68점을 기준으로 평균 미만 군과 평균 이상 군으로 분류하여 비교해 보았을 때에도 통계학적으로 유의하지 않았다( $\chi^2=1.935$ ,  $p=.164$ ) (Table 9).

Table 9. Preference of LW by demographic, health-related factors, family function and religious participation (N=180)

Variables	Categories	Preference of LW		$\chi^2$ or t	p
		Yes N=89			
sociodemographic factors		Number(%) of subjects			
Sex	Female	61(44.9)	75(55.1)	4.692	.030*
	Male	28(63.6)	16(36.4)		
Age (years)	60~64	10(76.9)	3(23.1)	6.086	.193
	65~69	16(48.5)	17(51.5)		
	70~74	32(53.3)	28(46.7)		
	75~79	17(43.6)	22(56.4)		
	≥ 80	14(40.0)	21(60.0)		
Level of Education	None	7(29.2)	17(70.8)	19.018	.001**
	Elementary school	21(38.2)	34(61.8)		
	Middle school	17(43.6)	22(56.4)		
	High school	26(68.4)	12(31.6)		
	University	18(75.0)	6(25.0)		
Religion	Yes	72(50.7)	70(49.3)	.427	.513
	No	17(44.7)	21(55.3)		
Marital Status	Single	46(43.8)	59(56.2)	3.201	.074
	Married	43(57.3)	32(42.7)		
Adult children	Yes	81(50.0)	81(50.0)	.200	.655
	No	8(44.4)	10(55.6)		
Frequency of contacts with adult children (n=162)	< 1 time per 1 month	17(63.0)	10(37.0)	2.178	.140
	≥ 1 time per 1 month	64(47.4)	71(52.6)		
Living arrangement	Living alone	38(50.0)	38(50.0)	.019	.991
	Living with family	48(49.0)	50(51.0)		
	Living with others	3(50.0)	3(50.0)		
A decision maker In the family	Myself	66(55.0)	54(45.0)	4.445	.035*
	others	23(38.3)	37(61.7)		
Monthly income (₩)	< 500,000	48(39.7)	73(60.3)	14.111	.000**
	≥ 500,000	41(69.5)	18(30.5)		
Minor health expenditure	By myself	53(52.5)	48(47.5)	1.268	.530
	Family supported	16(50.0)	16(50.0)		
	Government subsidized	20(42.6)	27(57.4)		
Major health expenditure	By myself	34(60.7)	22(39.3)	4.229	.121
	Family supported	35(45.5)	42(54.5)		
	Government subsidized	20(42.6)	27(57.4)		

<b>health-related factors</b>					
Current health status	Good	27(55.1)	22(44.9)	.995	.608
	Moderate	25(45.5)	30(54.5)		
	Poor	37(48.7)	39(51.3)		
Health status compared with 3 years ago	Good	12(54.5)	10(45.5)	.682	.711
	Moderate	35(46.1)	41(53.9)		
	Poor	42(51.2)	40(48.8)		
Chronic diseases	Yes	77(49.0)	80(51.0)	.079	.779
	No	12(52.2)	11(47.8)		
Number of chronic diseases	< 2	37(50.0)	37(50.0)	.016	.901
	≥ 2	52(49.1)	54(50.9)		
	<b>Mean(±SD)</b>	2.01 (±1.49)	1.88 (±1.29)	.637	.525
Number of medical service use per 1 month	< 2	64(49.2)	66(50.8)	.009	.926
	≥ 2	25(50.0)	25(50.0)		
	<b>Mean(±SD)</b>	1.25 (±1.53)	1.12 (±1.46)	.566	.572
Health expenditure per 1 month	0	30(46.2)	35(53.8)	1.680	.432
	< 50,000	33(47.1)	37(52.9)		
	≥ 50,000	26(57.8)	19(42.2)		
Aggravation of health status during 6months	Yes	13(48.1)	14(51.9)	.021	.884
	No	76(49.7)	77(50.3)		
Acquaintance's ICU Hospitalization last 1year	Yes	13(56.5)	10(43.5)	.528	.467
	No	76(48.4)	81(51.6)		
Acquaintance's death last 1year	Yes	14(56.0)	11(44.0)	.499	.480
	No	75(48.4)	80(51.6)		
Discussion about End-of-life Care	Yes	18(60.0)	12(40.0)	1.605	.205
	No	71(47.3)	79(52.7)		
Hospitalization of family member due to Terminal illness	Yes	11(37.9)	18(62.1)	1.833	.176
	No	78(51.7)	73(48.3)		
Death of a family member last 5years	Yes	25(43.1)	33(56.9)	1.376	.241
	No	64(52.5)	58(47.5)		
<b>Family function</b>	Healthy Function	34(42.5)	46(57.5)	2.991	.224
	Moderate Dysfunction	27(57.4)	20(42.6)		
	Severe Dysfunction	28(52.8)	25(47.2)		
<b>Religious participation (n=142)</b>	> 43.68	38(45.8)	45(54.2)	1.935	.164
	≤ 43.68	34(57.6)	25(42.3)		
	<b>Mean(±SD)</b>	42.78 (±9.60)	44.36 (±9.20)	.002	.962

LW, Living will; \*, p<.05; \*\*, p<.01

## 2) 생전유언 선호 예측요인

생전유언 선호를 예측할 수 있는 요인을 확인하기 위하여 본 연구에서 생전유언 선호 관련요인으로 확인된 유의한 변수, 선행연구에서 유의했던 건강관련 변수, 가족기능 및 종교참여도를 모아서 다변량 로지스틱 회귀분석을 실시하였다. 다변량 로지스틱 회귀분석 결과 성별, 교육수준, 가족 내 최종의사 결정자, 한달 소득이 생전유언 선호 예측요인으로 나타났다.

성별에서 여성을 기준으로 비교하였을 때 남성에서 생전유언 선호도가 2.152배(95% CI 1.067-4.337) 증가하는 것으로 나타났다. 교육수준의 경우 중졸 이하를 기준으로 비교하였을 때 생전유언 선호도가 고졸 군은 3.515배(95% CI 1.614-7.655), 대졸 군은 4.867배(95% CI 1.798-13.174) 증가하는 것으로 나타났다. 가족 내 최종의사 결정자는 타인이라고 응답한 군을 기준으로 비교하였을 때 본인이라고 응답한 군에서 1.966배(95% CI 1.044-3.701) 생전유언 선호도가 증가하였으며 한달 소득은 50만원 미만을 기준으로 하였을 때 50만원 이상 군에서 3.464배(95% CI 1.785-6.723) 생전유언 선호도가 증가하는 것으로 나타났다(Table 10).

Table 10. Predictors of preference of LW

(N=180)

Variables	<i>p</i>	OR	95% CI	
			lower	upper
<b>Sex</b>				
Female		1		
Male	.032*	2.152	1.067	4.337
<b>Level of education</b>				
≤ Middle school		1		
High school	.002**	3.515	1.614	7.655
University	.002**	4.867	1.798	13.174
<b>A decision maker in the family</b>				
Others		1		
Myself	.036*	1.966	1.044	3.701
<b>Monthly income (₩)</b>				
< 500,000		1		
≥ 500,000	.000**	3.464	1.785	6.723
<b>Current health status</b>				
Moderate		1		
Good	.715	1.138	.568	2.283
Poor	.327	1.473	.679	3.193
<b>Health status compared with 3 years ago</b>				
Moderate		1		
Good	.516	1.230	.658	2.299
Poor	.484	1.406	.542	3.645
<b>Chronic diseases</b>				
Yes		1		
No	.779	1.133	.472	2.721
<b>Number of medical service use per 1 month</b>				
< 2		1		
≥ 2	.926	1.031	.537	1.980
<b>Health expenditure per 1 month</b>				
0		1		
< 50,000	.908	1.041	.529	2.047
≥ 50,000	.232	1.596	.742	3.436

<b>Aggravation of health status during 6months</b>				
Yes		1		
No	.884	1.063	.469	2.410
<b>Acquaintance's ICU Hospitalization last 1year</b>				
No		1		
Yes	.469	1.386	.574	3.346
<b>Acquaintance's death last 1year</b>				
No		1		
Yes	.481	1.358	.580	3.177
<b>Discussion about End-of-life Care</b>				
No		1		
Yes	.208	1.669	.752	3.706
<b>Hospitalization of family member due to Terminal illness</b>				
Yes		1		
No	.179	1.748	.774	3.951
<b>Family function</b>				
Healthy Function		1		
Moderate Dysfunction	.105	1.826	.881	3.785
Severe Dysfunction	.243	1.515	.754	3.046
<b>Religious participation (n=142)</b>				
	.451	.064	.950	1.740

LW, Living will; \*,  $p < .05$ ; \*\*,  $p < .01$ ; OR, odds ratio; 95% CI, 95% Confidence Intervals

## 5. 대리인 지정에 대한 선호와 관련요인

### 1) 대상자의 일반적 특성, 건강상태, 가족기능 및 종교 참여도에 따른 대리인지정 선호

대리인 지정 선호도에서 일반적 특성 중 종교를 보면 종교가 없는 군이 68.4%, 종교가 있는 군이 49.3%였으며 종교유무에 따라 통계적으로 유의한 차이가 있었다( $\chi^2=4.406$ ,  $p=.036$ ). 자녀와 접촉 정도에서 대리인 지정 선호도를 보면 한 달에 1회 이상이 58.5%, 1회 미만이 37.0%였으며( $\chi^2=4.194$ ,  $p=.041$ ) 한달 소득에서는 50만 원 이상 군이 64.4%, 50만원 미만 군이 47.9%였고( $\chi^2=4.324$ ,  $p=.038$ ) 통계적으로 유의한 차이가 있었다. 소소한 병원비 부담 방법에서 대리인 지정 선호도를 보면 가족의 도움을 받는 군이 62.5%, 본인부담이 61.4%, 정부보조를 받는 군이 29.8%로 나타났으며( $\chi^2=14.182$ ,  $p=.001$ ) 큰 병원비 부담 방법에서는 가족의 도움을 받는 군이 62.3%, 본인 부담이 60.7%, 정부보조를 받는 군이 29.8%였으며( $\chi^2=14.204$ ,  $p=.001$ ) 통계적으로 유의한 차이가 있었다.

건강상태에서 한 달간 의료기관 방문횟수를 보면 의료기관 방문 횟수가 적은 경우 대리인 지정을 더 선호하는 것으로 나타났고( $t=-2.014$ ,  $p=.045$ ), 의료기관 방문 횟수 평균값인 1.18( $\pm 1.50$ )회를 기준으로 2회 이상과 2회 미만으로 분류하여 비교해보면 2회 미만 군에서 대리인 지정 선호도가 높았으며( $\chi^2=4.945$ ,  $p=.026$ ) 통계적으로 유의하였다. 반면, 다른 건강관련변수들은 대리인 지정 선호

와 통계적으로 유의한 차이가 없었다.

가족기능에서 건강한 가족기능 군에서는 61.3%, 중등도의 가족기능장애 군에서 57.4%, 중증의 가족기능장애 군에서 37.7%의 대리인 지정 선호도를 보였고 통계적으로 유의하였다( $\chi^2=7.515$ ,  $p=.023$ ).

종교참여도에서 대리인 지정 선호도와 종교참여도 점수는 유의한 차이가 없었고( $t=.161$ ,  $p=.872$ ) 종교참여도 점수 평균값인 43.68점을 기준으로 평균 미만 군과 평균 이상 군으로 분류하여 비교해 보았을 때에도 통계학적으로 유의하지 않았다( $\chi^2=.001$ ,  $p=.977$ ) (Table 11).



Table 11. Preference of DPA by demographic, health-related factors, family function and Religious Participation (N=180)

Variables	Categories	Preference of DPA		$\chi^2$ or t	p
		Yes N=96	No N=84		
sociodemographic factors		Number(%) of subjects			
Sex	Female	73(53.7)	63(46.3)	.026	.871
	Male	23(52.3)	21(47.7)		
Age (years)	60~64	9(69.2)	4(30.8)	4.338	.362
	65~69	18(54.5)	15(45.5)		
	70~74	32(53.3)	28(46.7)		
	75~79	16(41.0)	23(59.0)		
	≥ 80	21(60.0)	14(40.0)		
Level of Education	None	9(37.5)	15(62.5)	5.322	.256
	Elementary school	34(61.8)	21(38.2)		
	Middle school	19(48.7)	20(51.3)		
	High school	19(50.0)	19(50.0)		
	University	15(62.5)	9(37.5)		
Religion	Yes	70(49.3)	72(50.7)	4.406	.036*
	No	26(68.4)	12(31.6)		
Marital Status	single	50(47.6)	55(52.4)	3.306	.069
	married	46(61.3)	29(38.7)		
Adult children	Yes	89(54.9)	73(45.1)	1.677	.195
	No	7(38.9)	11(61.1)		
Frequency of contacts with adult children (n=162)	< 1 time per 1 month	10(37.0)	17(63.0)	4.194	.041*
	≥ 1 time per 1 month	79(58.5)	56(41.5)		
Living arrangement	Living alone	36(47.4)	40(52.6)	2.032	.362
	Living with family	57(58.1)	41(41.9)		
	Living with others	3(50.0)	3(50.0)		
A decision maker In the family	Myself	60(50.0)	60(50.0)	1.607	.205
	others	36(60.0)	24(40.0)		
Monthly income (₩)	< 500,000	58(47.9)	63(52.1)	4.324	.038*
	≥ 500,000	38(64.4)	21(35.6)		
Minor health expenditure	By myself	62(61.4)	39(38.6)	14.182	.001**
	Family supported	20(62.5)	12(37.5)		
	Government subsidized	14(29.8)	33(70.2)		
Major health expenditure	By myself	34(60.7)	22(39.3)	14.204	.001**
	Family supported	48(62.3)	29(37.7)		
	Government subsidized	14(29.8)	33(70.2)		

<b>health-related factors</b>					
Current health status	Good	30(61.2)	19(38.8)	1.748	.417
	Moderate	27(49.1)	28(50.9)		
	Poor	39(51.3)	37(48.7)		
Health status compared with 3 years ago	Good	11(50.0)	11(50.0)	.113	.945
	Moderate	41(53.9)	35(46.1)		
	Poor	44(53.7)	38(46.3)		
Chronic diseases	Yes	83(52.9)	74(47.1)	.108	.743
	No	13(56.5)	10(43.5)		
Health expenditure per 1 month	0	39(60.0)	26(40.0)	2.066	.356
	< 50,000	36(51.4)	34(48.6)		
	≥ 50,000	21(46.7)	24(53.3)		
Number of chronic diseases	< 2	40(54.1)	34(45.9)	.026	.871
	≥ 2	56(52.8)	50(47.2)		
	<b>Mean(±SD)</b>	1.98 (±1.47)	1.90 (±1.30)		
Number of medical service use per 1 month	< 2	76(58.5)	54(41.5)	4.945	.026*
	≥ 2	20(40.0)	30(60.0)		
	<b>Mean(±SD)</b>	0.94 (±1.04)	1.27 (±1.20)		
Aggravation of health status during 6months	Yes	14(51.9)	13(48.1)	.028	.867
	No	82(53.6)	71(46.4)		
Acquaintance's ICU Hospitalization last 1yr	Yes	13(56.5)	10(43.5)	.108	.743
	No	83(52.9)	74(47.1)		
Acquaintance's death last 1yr	Yes	15(60.0)	10(40.0)	.518	.472
	No	81(52.3)	74(47.7)		
Discussion about End-of-life Care	Yes	19(63.3)	11(36.7)	1.446	.229
	No	77(51.3)	73(48.7)		
Hospitalization of family member due to Terminal illness	Yes	18(62.1)	11(37.9)	1.060	.303
	No	78(51.7)	73(48.3)		
Death of a family member last 5years	Yes	28(48.3)	30(51.7)	.879	.348
	No	68(55.7)	54(44.3)		
<b>Family function</b>	Healthy Function	49(61.3)	31(38.8)	7.515	.023*
	Moderate Dysfunction	27(57.4)	20(42.6)		
	Severe Dysfunction	20(37.7)	33(62.3)		
<b>Religious participation (n=142)</b>	> 43.68	41(49.4)	42(50.6)	.001	.977
	≤ 43.68	29(49.2)	30(50.8)		
	<b>Mean(±SD)</b>	43.69 (±10.12)	43.43 (±8.71)		

DPA, Durable power of attorney; \*,  $p < .05$ ; \*\*,  $p < .01$

## 2) 대리인 지정 선호 예측요인

대리인 지정 선호를 예측할 수 있는 요인을 확인하기 위하여 본 연구에서 대리인 지정 선호 관련요인으로 확인된 유의한 변수, 선행연구에서 유의했던 건강관련 변수, 가족기능 및 종교참여도를 모아서 다변량 로지스틱 회귀분석을 실시하였다. 다변량 로지스틱 회귀분석 결과 종교유무, 자녀와 접촉 정도, 한달 소득, 소소한 병원비 부담방법 및 큰 병원비 부담방법, 한 달간 의료기관방문 횟수가 대리인 지정 선호 예측요인으로 나타났다.

종교유무를 보면 종교가 있는 군을 기준으로 비교하였을 때 종교가 없는 군에서 대리인 지정 선호도가 2.229배(95% CI 1.043-4.761) 증가하는 것으로 나타났다. 자녀와 접촉 정도는 1달에 1회 미만을 기준으로 하였을 때 1회 이상 군에서 대리인 지정 선호도가 2.398배(95% CI 1.022-5.627) 증가하는 것으로 나타났다. 한달 소득은 50만원 미만을 기준으로 하였을 때 50만원 이상 군에서 대리인 지정 선호도가 1.966배(95% CI 1.035-3.732) 증가하는 것으로 나타났다. 병원비 부담 방법에서 정부보조를 받는 군을 기준으로 비교하였을 때 소소한 병원비 부담의 경우 본인이 부담하는 군은 대리인 지정 선호도가 3.747배(95% CI 1.783-7.873), 가족의 도움을 받는 군은 3.929배(95% CI 1.519-10.161) 증가하였으며 큰 병원비 부담의 경우 본인이 부담하는 군은 대리인 지정 선호도가 3.643배(95% CI 1.599-8.301), 가족의 도움을 받는 군은 3.901배(95% CI 1.794-8.483) 증가하는 것으로 나타났다. 한 달간 의료기관방문횟수는 2회 이상 군을 기준으로 비교하였을 때 2회 미만 군에서 대리인 지정 선호도가 2.111배(95% CI 1.086-4.104) 증가하였다(Table 12).

Table 12. Predictors of preference of DPA

(N=180)

Variables	<i>p</i>	OR	95% CI	
			lower	upper
Religious				
Yes		1		
No	.039*	2.229	1.043	4.761
Frequency of contacts with adult children (n=162)				
< 1 time per 1 month		1		
≥ 1 time per 1 month	.044*	2.398	1.022	5.627
Monthly income (₩)				
< 500,000		1		
≥ 500,000	.039*	1.966	1.035	3.732
Minor health expenditure				
Government subsidized		1		
By myself	.000**	3.747	1.783	7.873
Family supported	.005**	3.929	1.519	10.161
Major health expenditure				
Government subsidized		1		
By myself	.002**	3.643	1.599	8.301
Family supported	.001**	3.901	1.794	8.483
Number of medical service use per 1 month				
≥ 2		1		
< 2	.028*	2.111	1.086	4.104
Current health status				
Moderate		1		
Good	.216	1.637	.750	3.575
Poor	.802	1.093	.546	2.188
Health status compared with 3 years ago				
Moderate		1		
Good	.744	.854	.330	2.207
Poor	.971	.988	.529	1.848
Chronic diseases				
Yes		1		
No	.743	1.159	.480	2.800
Health expenditure per 1 month				

0		1		
< 50,000	.317	.706	.357	1.397
≥ 50,000	.169	.583	.271	1.257
<b>Aggravation of health status during 6months</b>				
Yes		1		
No	.867	1.072	.473	2.433
<b>Acquaintance's ICU Hospitalization last 1year</b>				
No		1		
Yes	.743	1.159	.480	2.800
<b>Acquaintance's death last 1year</b>				
No		1		
Yes	.473	1.370	.580	3.238
<b>Discussion about End-of-life Care</b>				
No		1		
Yes	.232	1.638	.729	3.676
<b>Hospitalization of family member due to Terminal illness</b>				
No		1		
Yes	.305	1.531	.678	3.460
<b>Death of a family member last 5years</b>				
Yes		1		
No	.349	1.349	.721	2.525
<b>Family function</b>				
Severe Dysfunction		1		
Moderate Dysfunction	.069	2.608	1.276	5.330
Healthy Function	.050	2.227	.999	4.966
<b>Religious participation (n=142)</b>				
	.939	1.071	1.060	1.843

DPA, Durable power of attorney; \*,  $p < .05$ ; \*\*,  $p < .01$ ; OR, odds ratio; 95% CI, 95% Confidence Intervals

## V. 논 의

본 연구는 노인을 대상으로 생전유언과 대리인 지정에 대한 인식, 선호 및 관련요인을 조사하는 연구로서 연구자는 본 연구를 통해 복지관 이용 노인들이 생전유언과 대리인 지정에 대해 어느 정도 인식하고 있는지 파악하고 용어의 의미를 이해한 후 기회가 왔을 때 이들 문서 작성을 선호하는지의 여부와 이와 관련된 요인을 알아보고자 하였다.

### 1. 생전유언 및 대리인 지정

본 연구의 대상이 된 노인들은 평균 73.56세였고 성별은 여성이 전체 75.6%로 남성보다 3.1배 더 많았고 한달 소득은 50만원 미만이 67.2%, 교육수준은 초졸 이하가 43.9%였다. 보건복지부의 통계에 의하면 전국의 노인을 조사한 결과 평균연령이 73.7세였으며 여성이 남성보다 1.67배 많았고 한달 소득은 63만원 미만이 20.0%, 초졸 이하가 67.0%로 나타났다(보건복지부, 2012). 따라서 본 연구의 대상이 된 복지관 이용 노인은 우리나라 전국 노인의 특성과 비교했을 때 한달 소득을 제외하고 비교적 유사한 분포를 보여 대표성을 가지고 있다고 할 수 있다.

생전 유언서는 건강에 대한 자율적 의사결정권을 보장해주는 직접적인 형태라 할 수 있겠다. 본 연구에서 생전유언에 대한 인식을 조사한 결과 23% 정도가

생전유언이라는 말을 들어보았고 오직 7.2%만이 생전유언에 대해 제대로 인식하고 있었다. 일본에서는 대상노인들 중 10% 가량이 생전유언에 대해 잘 알고 있었고 70% 정도가 생전유언이라는 이름을 들어보았다고 하였다(Matsui, 2007). 이를 통해 볼 때 아직까지 동양권에서는 생전유언의 개념이 보편화되지 않았지만 일본노인이 본 연구의 대상자들보다 생전유언을 더 잘 인식하고 있는 것으로 나타났다.

대리인 지정서는 믿을 수 있는 사람에게 나를 대신해서 치료에 대한 모든 결정을 할 수 있도록 하는 방법으로 자율적 의사결정권을 보장해주는 간접적인 형태라 할 수 있겠다. 본 연구에서 대상노인의 83.3%가 ‘대리인 지정’이라는 ‘용어 자체를 전혀 들어 본 적이 없다’고 하였고 김혜정(2012)의 연구에서도 85%가량이 대리인 지정을 모른다고 하여 대부분의 노인들은 의료적 권한이 있는 대리인에 대해 인식하지 못하는 것으로 나타났다. 본 연구에서는 5.6%만이 ‘대리인 지정’에 대해 정확히 알고 있었으나 Sam과 Singer(1993)의 연구에서는 대상자의 11% 정도가 대리인 지정에 대해 이미 알고 있는 것으로 나타나 2배 정도 차이를 보였다.

본 연구에서 복지관 이용 노인의 사전의료의향, 생전유언 및 대리인 지정에 대한 선호도를 보면 사전의료의향서 작성을 원하는 대상자는 71.1%였고 이 중 생전 유언서 작성을 원하는 대상자는 49.4%, 대리인 지정서 작성을 원하는 대상자는 53.3%였다. 최근 노인을 대상으로 사전의료의향서 찬성여부를 살펴본 편혜준(2012)의 연구에서는 절반가량이 사전의료의향서 작성의사가 있는 것으로 나타났다 Matsui(2007)의 연구에서는 일본 노인의 62.2%가 대리인 지정서를 선호하는 것으로 나타나 대리인 지정 선호도가 본 연구의 결과보다 높았다. 본 연구에서 대리인 지정서 작성을 원하는 대상자 중 대략 60% 정도가 자녀를 대리인으로 지정하고 싶다고 하여 사전의료의향에 대한 인식을 조사한 연구에서 법정

대리인으로서 70% 가량이 자녀를 선호하는 것으로 나타났다(김혜정, 2012)는 연구결과와 유사하였다. 이를 통해 볼 때 노인들은 가족 중에서 자녀를 그들의 대리인으로 지정하기를 희망한다(김혜정, 2012)는 사실을 엿볼 수 있다.

실제 영국에서 많은 의료진들이 생전유언에 작성된 환자의 선호에 기준하여 치료를 하고 있는데 결과적으로 불필요한 치료를 최대한 줄이고 환자에게 보다 적합한 치료를 제공할 수 있으며 완화 치료에도 도움이 되었다고 하였다(Ho, 2008). 또한 Sam과 Singer의 연구(1993)에서는 47%가 대리인 지정에 대해 논의해 본 적이 있었지만 오직 4%만이 대리인 지정서를 작성했다고 하였다. 주 대리인으로는 주로 배우자, 자녀, 친구를 선택해 주로 가족을 대리인으로 지정하기를 희망한다는 본 연구 결과를 뒷받침 해준다. Lawrence(2009)는 의사결정 과정에 가족을 포함했을 때 사전의료의향 즉, 대리인 지정 및 생전유언을 이행할 가능성이 높아진다고 하였으며 이는 동서양을 막론하고 가족은 사전의료의향서 작성 과정에 중요한 역할을 담당하며 누구보다도 나의 가치관 및 희망을 잘 반영한다고 생각하기에 가족을 대리인으로 지정하기를 원하는 것으로 여겨진다.

본 연구에서는 대상자의 31.7%가 두 문서 모두 작성하기를 원했고 17.8%는 생전 유언서만, 21.7%는 대리인 지정서만 작성하기를 원했다. Hirschman 등의 연구(2012)에서는 대상자의 61%가 생전 유언서와 대리인 지정서 모두 가지고 있거나 둘 중 하나만 가지고 있는 것으로 나타났다. 이와 비슷하게 McAuley 등(2008)의 연구에서도 60% 정도가 적어도 1개 이상의 문서를 가지고 있었는데 33.5%는 두 문서 모두 가지고 있었고 52.3%는 생전 유언서를, 41.8%는 대리인 지정서를 보유하고 있어 두 가지 문서에 대한 선호도가 개인에 따라 각기 다르다는 사실을 알 수 있었다.

Hirschman 등의 연구(2012)를 보면 보조시설(Assisted living facilities, ALF), 너싱홈(Nursing home), 및 가정간호서비스(Home and community-



based services, H&CBS)와 같은 장기요양서비스 종류에 따라 생전 유언서 및 대리인 지정서 보유율에 차이를 보였는데 이를 통해 볼 때 대상자의 건강상태 및 이용하고 있는 건강 서비스의 종류가 각 문서에 영향하는 요인으로 작용한 것으로 여겨진다. Oklahoma 지역에 거주하는 노인을 대상으로 한 연구에서는 과반수 정도가 각각 생전 유언서와 대리인 지정서를 보유하고 있었으나(McAuley et al., 2008) 우리나라에서는 지역사회 노인들 중 오직 5.2%만이 생전 유언서와 대리인 지정서의 통합형태인 사전의료의향서를 작성해 본 경험이 있다고 하였다(편혜준, 2012). 이는 외국에서 생전 유언서 및 대리인 지정서가 법적 문서로 활용되어 보편화되어 있지만 국내에서는 아직까지 일부 대형병원에서 말기환자 위주로 사용되고 있으며 법적 효력이 없는 기관 내 문서로 국한되어있기 때문이라 생각된다.

대부분 동양권에서는 아직까지 대리인 지정서가 법적 문서로 활용되지 않은 상태이며 생전유언의 개념보다 덜 보편화되어 있지만 개념 및 목적을 이해한 후 작성의사를 살펴보면 절반 이상이 선호하는 경향을 보였다. 이는 가족중심 문화 즉, 개인의 의사보다는 가족의 결정을 따라야 하는 풍토가 작용했으리라 생각된다. 생전유언과 대리인 지정에 대한 선호는 국내에 선행연구가 거의 없어 직접적인 비교는 어려웠고 외국의 연구결과와 비교해 보았을 때 연구마다 각기 달랐다. 사전의료의향 즉, 생전유언 및 대리인 지정은 지극히 서양의 자기의존성과 개인주의 전통에 그 뿌리를 두고 있는 것으로 실제 적용에 있어 문화적 특수성이 고려되어야 할 것이다(Pacquiao, 2000). 또한 두 문서에 대한 선호는 동서양의 문화적 차이 뿐만 아니라 대상자가 처해있는 상황에 따라 달라질 수 있을 것으로 여겨진다. 무엇보다 동서양을 불문하고 노인의 생전유언 및 대리인 지정에 대한 인식률이 낮은 것으로 조사되어 구체적인 교육과 상담이 필요하다고 생각된다.

본 연구는 질환으로 입원한 노인이 아니라 비교적 건강한 복지관 이용

노인을 대상으로 설문을 실시하였기에 대상자들이 실제 의료상황에서 벌어지는 의료행위들을 이해하기 어려웠을 것이라 생각되며 생소한 개념들을 짧은 시간에 습득하기는 어렵기 때문에 생전유언 및 대리인 지정에 대한 대중적인 교육 및 홍보가 필요하다고 할 수 있겠다. 그리고 대상자 중 70% 정도가 설문에 참여하기 전 사전의료의향서에 대해 모르고 있었으나 용어의 의미를 이해한 후 절반 가량이 각각의 문서에 대해 작성 의사를 보여 교육을 통해 사전의료의향서 제도를 활성화 시킬 수 있음을 시사한다고 볼 수 있다.

이상의 연구결과로 볼 때 노인의 사전의료의향서 작성 시 의사결정을 도모하고 이를 제도화하기 위해서 개인의 선호에 따라 생전 유언서와 대리인 지정서를 각각 선택하여 작성할 수 있도록 하는 방법이 바람직 할 것이다.

## 2. 생전유언 및 대리인 지정 선호에 대한 관련요인

본 연구에서 생전유언서 작성 선호와 관련된 요인은 대상자의 일반적 특성 중 성별, 교육수준, 가족 내 최종의사결정자, 한달 소득이었으며 이들은 생전유언 선호 예측요인으로 활용할 수 있다. 선행연구에서 생전유언 선호에 유의했던 건강관련 변수는 주관적 건강상태, 만성질환, 지난 한달 간 방문한 의료기관의 수, 한달 동안 지출한 의료비, 최근 6개월 사이에 건강변화, 최근 1년 사이에 지인이 중환자실에 입원했거나 사망한 경우, 생애말기치료에 대해 미리 논의한 경우, 가족이 말기질환으로 입원한 경험이었다. 본 연구에서 이들 건강 관련 변수와 가족기능 및 종교참여도는 영향을 미치지 않은 것으로 나타났으며 생전유언 선호 예측요인으로도 활용하기에 유의하지 않았다.

성별의 경우 여성과 비교했을 때 남성의 생전유언 선호도가 2배 가량 높은 것으로 나타났으나 선행연구((Hirschman et al., 2012; Lingler et al. 2008; Matsui, 2007; McAuley et al., 2008)에서는 성별은 유의한 영향을 주지 않는 것으로 보고되어 본 연구와 차이를 보였다. 한편 편혜준(2012)의 연구에서는 생전 유언서를 따로 분류하지는 않았지만 성별이 생전유언과 대리인 지정의 혼합 형태인 사전의료의향서에 유의한 영향을 주었고 남성이 여성보다 더 찬성하는 것으로 나타났다. 우리나라는 가부장적 사회구조 및 남아선호사상이 지배적이며 남성이 대부분 주도권을 가지고 있어 중대한 결정을 해야 할 때 남성에게 의존하는 경향이 강하다. 최근에는 세대의 변화로 여성의 권리가 많이 상향되었다고 하지만 본 연구의 특성 상 60세 이상의 노인만을 대상으로 하여 자율적으로 치료 선택을 할 수 있는 문서에 대해 조사하였기에 한국고유의 정서가 대상노인에게 영향을 미쳤을 것이라 생각된다.

본 연구에서는 교육수준이 높아질수록 생전유언 선호도가 증가하는 것으로 나타나 국외의 연구결과(Hirschman et al., 2012; Lingler et al., 2008; McAuley et al., 2008)와 일치하였다. 하지만 Matsui(2007)의 연구에서는 교육수준이 생전유언 선호에 유의한 영향을 미치지 않는 것으로 조사되었다. 국내에서 생전 유언과 대리인 지정의 혼합형태인 사전의료의향서에 대한 연구들이 있었는데 이혜림(2012)과 편혜준(2012)의 연구에서는 교육수준이 영향을 미치는 요인으로 조사되었으며 Kim(2011)의 연구에서는 유의한 영향을 미치지 않은 것으로 나타나 연구마다 차이를 보였다.

대부분 국외의 선행연구(Lingler et al. 2008; McAuley et al., 2008; Rosnick & Reynolds, 2003)들은 연령이 높을수록 생전 유언서를 더 많이 보유하거나 선호하는 것으로 나타났으나 본 연구에서는 연령이 생전유언에 영향을 미치지 않는 것으로 조사되었다. 반면에 생전유언과 대리인 지정의 혼합형태인 사전의료

의향서에 대한 국내의 연구(이혜림, 2012; 편혜준, 2012)에서는 연령이 이들 문서에 영향을 미치는 요인으로 작용하여 다양한 연령층을 대상으로 한 생전유언 선호도를 조사하는 후속연구가 필요하며 한국노인의 특성과 노인 세대간의 차이를 이해할 필요성이 있다고 본다.

본 연구에서는 가족 내 최종의사결정자가 본인일 때 타인인 경우보다 생전유언 선호도가 높았고 편혜준(2012)의 연구에서는 본인 및 배우자가 최종 의사결정을 하는 경우 자녀에게 의존하는 경우보다 생전유언 및 대리인 지정 찬성률이 더 높은 것으로 나타났다. 이는 가족 내에서 본인이 주도권을 행사하고 여러 문제에 대해서 스스로 책임을 지기 때문에 임종 시 자신이 받게 될 치료 항목을 스스로 선택하는 '생전유언'에 더 관심을 갖게 된 것이라고 해석된다.

본 연구에서 1달 기준 소득의 경우 대상자의 소득수준이 높을수록 생전 유언서 선호도가 높아 고소득 일수록 생전 유언서를 작성하기를 원하고 이미 보유하고 있다는 국외의 연구결과(McAuley et al., 2008; Rosnick & Reynolds, 2003)와 일치하였다. 달리 표현하면 대상자의 소득수준이 낮을수록 생전 유언서 및 대리인 지정서 작성을 반대할 확률이 증가하였다는 편혜준(2012)의 연구 결과가 이를 뒷받침해준다.

본 연구에서는 일반적 특성 및 건강 상태 뿐만 아니라 가족 기능 및 종교 참여도가 생전유언 및 대리인 지정 선호에 영향을 미치는지에 대한 관련성을 조사해보았다. 생전유언 선호는 가족기능 및 종교참여도와는 관련성이 없었으나 대리인 지정 선호에서는 가족기능이 좋을수록 대리인 지정 선호도가 높은 것으로 나타났다. Matsui(2007)의 연구에서도 가족기능이 생전유언 및 대리인 지정 선호에 유의한 영향을 주어 관련성이 있음을 뒷받침해 준다. 또한 일본의 노인을 대상으로 가족 친밀도, 가족 적응능력과 같은 가족의 구조와 기능이 생전유언 및

대리인 지정에 대한 긍정적 태도와 관련이 있다는 연구결과(Ishibashi와 Kottke, 2009; Matsumura et al. 2002)가 있다.

본 연구에서 종교참여도가 생전유언과 대리인 지정서 작성 선호에 어떠한 영향도 미치지 않는 것으로 나타나 생전 유언서 및 대리인 지정서를 작성하는 대상자들이 높은 종교성을 보여주었다는 연구결과(Sam & Singer, 1993)와 차이를 보였다. 반면, 종교유무, 자녀와 접촉 정도, 한달 소득, 소소한 병원비 부담방법 및 큰 병원비 부담방법, 한 달간 의료기관 방문횟수, 가족기능이 대리인 지정 선호의 관련요인으로 조사되었다. 선행연구에서 주관적 건강상태, 만성질환, 지난 한달 간 방문한 의료기관의 수, 한달 동안 지출한 의료비, 최근 6개월 사이에 건강변화, 최근 1년 사이에 지인이 중환자실에 입원했거나 사망한 경우, 생애말기 치료에 대해 미리 논의한 경우, 가족이 말기질환으로 입원한 경험, 5년 이내에 가족의 사망여부가 대리인 지정 선호에 영향을 주었던 변수였다. 본 연구에서는 한 달간 의료기관 방문횟수를 제외한 건강 관련 변수, 가족기능 및 종교참여도는 대리인 지정 선호에 영향을 미치지 않는 것으로 나타났으며 대리인 지정 선호 예측요인으로도 활용하기에 유의하지 않았다.

특정적으로 종교가 없는 군에서 대리인 지정 선호도가 높은 것으로 조사되어 종교인 일 경우 사전의료의향서에 대해 긍정적인 반응을 보였고 작성률이 더 높았다는 국외의 연구(Sam & Singer, 1993; DeLuca Havens, 2000)와 상반된 결과를 보여주었다. 종교가 있는 노인은 종교가 없는 노인보다 죽음에 대해 긍정적인 태도를 보였고 종교가 죽음에 대한 인식에 매우 큰 영향을 미치고 내세관을 형성하고 죽음을 준비하는데 중요한 요소로 작용하는 것으로 나타나(김심복, 1999) 대리인 지정 및 생전유언과 종교와의 관련성을 보는 반복 연구가 필요할 것이다.

노인은 말기질환 상태가 장기화될 수 있기 때문에 특히, 대리인 지정이 요구

되며(Matsui, 2007) 스스로 의사결정을 할 수 없을 경우에 대비하여 대리인을 선택함으로써 안도감을 느낄 수 있다고 하였다(Coppola, Ditto, Danks & Smucker, 2001). 본 연구에서 자녀와 접촉 정도는 1달에 1회 이상 접촉하는 군 이 대리인 지정 선호도가 높게 나타났는데 즉, 자녀와 접촉을 거의 안 할수록 대리인 지정 선호도가 낮았다. 이는 대리인 지정을 원하는 대상자의 60% 가량이 자녀를 대리인으로 지정하고 싶어했기에 자녀와 왕래가 드문 경우 사실상 대리인으로 지정할 만한 사람을 선택하기가 힘들어지기 때문에 문서 작성을 원치 않았을 것이라고 해석된다.

한달 소득의 경우 대상자의 소득수준이 높을수록 대리인 지정서 작성을 더 선호하는 것으로 나타나 소득수준이 낮을수록 사전의료의향을 반대하는 비율이 증가했다는 편혜준(2012)의 연구결과와 일치하였다. 또한 고소득 일수록 대리인 지정서를 작성하기를 원하고 이미 보유하고 있다는 국외의 연구결과(Rosnick & Reynolds, 2003)가 이를 뒷받침에 준다.

병원비 부담과 관련하여 큰 병원비 및 소소한 병원비를 부담할 때 가족의 도움을 받는 군에서 대리인 지정 선호도가 가장 높았다. 이는 생전유언과 달리 대리인 지정 특성 상 누군가에게 내 건강에 대해 책임지도록 위임하는 수동적인 성격을 내포하고 있어서일 것으로 해석된다. 한 달간 의료기관 방문횟수는 의료기관을 덜 방문할수록 대리인 지정을 선호하는 것으로 나타났으나 이혜림(2012)의 연구에서는 2곳을 방문하는 대상자가 3곳을 방문하는 대상자를 제외한 다른 대상자들에 비해 생전유언 및 대리인 지정에 대한 태도 점수가 높은 것으로 보고 되어 다소 차이를 보였다.

본 연구에서 생전유언 및 대리인 지정 선호에 영향을 미치는 요인은 선행 연구의 결과와 차이를 보였는데 이는 아직 국내에서 사전의료의향서를 생전유언과 대리인 지정으로 구분하여 조사한 연구가 없었기에 비교하는데 한계가 있었고

가치관이나 문화의 차이로 인해 국외의 선행연구들과도 다른 결과를 보여주었다고 생각된다. 간호사들은 사전의료의향서와 관련하여 대상자를 교육하고 그들의 옹호자로서 역할을 하고 있지만 민감한 주제에 대해 논의하거나 생애말기 그들의 바램을 인지하는데 여전히 어려움을 겪고 있는 것으로 보인다(Briggs & Colvin, 2002; International Council of Nurses, 2006; Tilden, 2000). 생전유언과 대리인 지정은 사전의료의향서의 핵심요소이지만 서로 다른 성격을 지니고 있기 때문에 이를 구분하여 접근할 필요가 있다. 본 연구에서 각각의 관련요인에 있어 차이를 보였는데 생전유언의 경우 주로 남성일수록, 교육수준이 높을 수록, 가족 내 최종의사결정권을 가지고 있을수록 선호하는 것으로 나타났고 대리인 지정은 가족구조 및 기능과 관련이 있는 것으로 나타났다. 이들 결과는 간호사가 대상자와 추후 생애말기치료나 사전의료의향에 대해 논의하게 될 때 대상자의 바램을 이해하는데 도움이 될 뿐만 아니라 대상자가 원하는 문서를 선택할 수 있도록 지지할 수 있으며 사전의료의향 관련 문서 작성 시 필요한 간호 중재 개발에도 도움이 될 수 있다. 외국의 경우 간호사가 환자의 사전의료의향에 있어 환자 스스로 결정해 나가는 과정을 돕는데 활용할 수 있는 지침서들이 개발되어 있어 (Westphal, 2005) 대상자가 올바르게 판단할 수 있도록 제 역할을 하고 있다.

아직까지 우리나라는 사전의료의향서 뿐만 아니라 생전유언 및 대리인 지정이라는 용어 자체가 낯설고 단순히 개념을 이해한다고 해서 쉽게 선택할 수 있는 문제가 아니기 때문에 대중적인 교육 및 홍보가 필요하다고 생각된다. 단순히 지식전달 수준의 교육보다는 더 나아가 개인의 가치를 되돌아보고 삶과 죽음에 대해 조명할 수 있는 개별상담 및 생애말기 치료에 대한 시뮬레이션을 통한 학습 등 다양한 교육이 이루어져야 할 것이다(이혜림, 2012). 대상자들이 이들 용어에 친숙해지고, 이에 대해 논의할 수 있도록 간호사는 상담가이자 교육자로서 대상자 중심의 관점에서 이해하고, 사전의료의향서 작성에 있어 환자권리보장에 앞장

서는 전문직으로 역할을 할 수 있어야 할 것이다.

무엇보다 본 연구를 통해 볼 때 생전 유언서와 대리인 지정서 작성에 대한 선호도가 다르고 이에 영향을 미치는 요인에 있어서도 차이를 보여 이들 문서와 관련된 의미 있는 경험과 요인들은 무엇인지 기술하는 심층적인 질적 연구가 필요하다고 본다.



## IV. 결론 및 제언

### 1. 결론

본 연구는 노인복지관을 이용하는 노인의 생전유언 및 대리인 지정에 대한 인식 및 선호를 파악하고 관련요인을 조사하여 노인의 사전의료의향서 작성 시 의사결정을 도모하고 이를 제도화하는데 도움이 되고자 시도된 서술적 조사 연구이다. 서울시 소재 노인 종합복지관 1 곳을 선정하여 서울시에 거주하고 있으며 이 곳을 이용하는 60세 이상의 노인 중 200명을 편의 표출하였으며 중도 포기한 20명을 제외한 180명을 대상으로 실시하였다. 본 연구 도구는 사전의료의향서, 생전유언 및 대리인 지정에 대한 인식과 선호, 대상노인의 일반적 특성 및 건강 상태, 가족기능, 종교참여도에 관한 문항으로 구성하여 사용하였고, 자료수집은 2012년 8월 13일부터 9월 8일까지 총 15일에 걸쳐 이루어졌다. 수집된 자료는 연구 목적에 따라 실수와 백분율, 평균과 표준편차,  $\chi^2$  및 t-test, logistic regression analysis를 통해 분석하였다. 본 연구의 결과는 다음과 같다.

첫째, 연구 대상자의 생전유언 및 대리인 지정에 관한 인식은 다음과 같다. 연구 대상자의 76.7%가 생전유언을, 83.3%가 대리인 지정을 전혀 들어본 적이 없다고 하였고 오직 7.2%가 생전유언을, 5.6%가 대리인 지정을 정확히 인식하고 있었다.

둘째, 연구 대상자의 생전유언 및 대리인 지정에 대한 선호는 다음과 같다. 용어의 의미에 대한 정보제공 후 연구 대상자의 49.4%가 생전 유언서를 작성하기를 원했고, 53.3%가 대리인 지정서를 작성하기를 원했다. 31.7%는 두 문서 모두 작성하기를 원했고 17.8%는 생전 유언서만, 21.7%는 대리인 지정서만 작성하기를 원했다. 이를 통해 볼 때 두 가지 문서에 대한 선호도가 각기 다르다는 사실을 알 수 있었다. 그리고 대리인 지정을 원하는 대상자 중 62.5%는 자녀를, 18.8%는 배우자를 대리인으로 지정하고 싶다고 하여 주로 가족을 대리인으로 지정하기를 원하는 것으로 나타났다.

셋째, 연구 대상자의 생전유언 선호에 영향하는 요인을 보면 남성 노인에서, 대졸자에서, 본인이 최종 의사결정자일 때, 한달 소득이 50만원 이상일 때 생전 유언서 작성을 더 선호하는 것으로 나타났다. 생전유언 선호 예측요인에서는 남성이 여성보다 2.152배, 교육수준에서 중졸 이하보다 고졸 군은 3.515배, 대졸 군은 4.867배, 가족 내 최종 의사 결정자가 본인일 때 타인보다 1.966배 생전유언 선호도가 높았으며 한달 소득은 50만원 이상이 50만원 이하보다 3.464배 선호도가 높았다.

넷째, 대리인 지정 선호에 대한 영향요인에서는 종교가 없고, 자녀와 한 달에 1회 이상 접촉할 때, 한달 소득이 50만원 이상일 때, 소소한 병원비 및 큰 병원비를 부담할 때 가족의 도움을 받는 경우에, 한 달에 의료기관 방문 횟수가 적은 경우, 가족기능이 좋은 경우 대리인 지정서 작성을 더 선호하는 것으로 나타났다. 대리인 지정 선호 예측요인에서는 종교가 없는 군이 있는 군보다 2.229배, 자녀와 접촉 정도는 1달에 1회 이상이 1회 미만보다 2.398배, 한달 소득은 50만원 이상에서 50만원 이하보다 1.966배 대리인 지정 선호도가 높았다.

소소한 병원비 부담 방법에서는 정부보조를 받는 군보다 본인이 부담하는 군은 3.747배, 가족의 도움을 받는 군은 3.929배, 큰 병원비 부담의 경우 정부보조를 받는 군보다 본인 부담에서 3.643배, 가족의 도움을 받는 군에서 3.901배 선호도가 높았다. 한 달간 의료기관 방문횟수는 2회 이상보다 2회 미만에서 2.111배 선호도가 높았다.

## 2. 제언

이상의 연구 결과를 통하여 다음과 같이 제언하고자 한다.

첫째, 우리나라 노인들의 생전유언 및 대리인 지정에 대한 인식률이 낮기 때문에 노인의 지식수준 및 특성을 고려한 생전유언 및 대리인 지정에 관한 교육 프로그램을 마련하고 각각의 개념 뿐만 아니라 필요성에 대해 적극적으로 홍보할 필요가 있다.

둘째, 가족기능 및 종교참여도와 생전유언 및 대리인 지정 선호와의 관련성을 알아보기 위해 다양한 연령층을 대상으로 한 후속 연구가 필요하다.

셋째, 본 연구는 지역사회 노인을 대상으로 연구를 시행하였기에 일반화시키기에 한계가 있으므로 요양시설 거주노인이나 입원 노인 등 다양한 노인을 대상으로 한 후속연구가 필요하다.

넷째, 노인 전문 간호사는 교육자이자 상담가로서 노인에게 생전유언 및 대리인 지정에 대해 교육하고 이들 문서를 작성하는 과정에 참여할 수 있어야 하며 이를 위한 제도적 장치가 마련되어야 할 것이다.

## 참고문헌

- 고윤석, 허대석, 윤영호, 문정림, 박형욱, 정지태, 정효성, 변박장과 이윤성 (2011). 연명치료 중지에 관한 지침의 특징과 쟁점. *대한의사협회지*, 54(7), 747-757.
- 김경순 (2009). *일 종합병원에서의 사전의사결정서 적용*. 울산대학교, 석사학위 논문.
- 김선엽과 강희양 (1998). 건강관리 프로그램이 노인의 건강관리에 미치는 영향. *한국전문물리 치료학회지*, 5(2), 47-65.
- 김수연 (1987). *도시노인의 생활만족도와 관련 변인에 관한 연구*. 숙명여자대학교, 석사학위논문, 서울.
- 김순이, 이미애와 김신미 (2001). 성인의 advance directives에 대한 태도 연구. *한국의료윤리학회지*, 4(2), 231-244.
- 김신미, 김순이와 이미애 (2001). 생명연장술 사전선택(Advance Directives) 개념정립을 위한 문헌고찰. *대한간호학회지*, 31(2), 279-291.
- 김신미 (2010). 사전의사결정의 속성: 대리인 지정을 중심으로. *한국의료윤리학회지*, 13(1), 29-42.
- 김신미, 홍영선과 김현숙 (2010). 사전의사결정 제도의 국내외 현황. *한국의료윤리학회지*, 13(3), 193-204.
- 김신미, 홍선우, 은영과 고수진 (2012). 한국형 사전의료의향서의 구성요건: 의료인을 중심으로. *대한간호학회지*, 42(4), 486-495.
- 김심복 (1999). *노인의 죽음에 대한 인식 및 준비에 관한 연구*. 한남대학교, 석사학위논문, 대전.

- 김옥수와 백성희 (2003). 노인의 외로움과 사회적 지지, 가족 기능간의 관계 연구. *대한간호학회지*, 33(3), 425-432.
- 김학태 (2009). 무의미한 생명연장치료 중단에 관한 법 윤리적 고찰. *외법논집*, 33(1), 311-338.
- 김혜정 (2012). *말기 돌봄 사전의사결정에 대한 노인과 그 가족의 인식 비교*. 국립충주대학교, 석사학위논문.
- 남기민과 박현주 (2010). 노인의 종교활동과 사회참여가 삶의 만족도에 미치는 영향-우울과 죽음불안의 매개효과를 중심으로-. *노인복지연구*, 49, 405-427.
- 남양훈, 서인석, 임지환, 최준혁, 김장언, 최진호, 오지민, 권규흠, 윤수진과 윤성민 (2008). 말기 신부전 환자에서 사전의사결정서의 적용. *대한신장학회지*, 27(1), 85-93.
- 대한의학회 (2002). 임종환자의 연명치료 중단에 관한 대한 의학회 의료윤리지침.
- 박연옥 (2003). *연명치료 중단을 결정한 말기환자 가족의 경험*. 연세대학교, 박사학위논문, 서울.
- 보건복지부 (2010). 연명치료중단 제도화 관련 사회적 협의체 논의결과 발표. 2010. 7. 15 보건복지부 보도자료.
- 보건복지부 (2012). 2011년도 노인실태조사. 보건복지부 한국보건사회연구원.
- 석현주 (2010). *DNR에 동의한 노인의 심폐소생술금지에 대한 태도*. 을지대학교, 석사학위논문, 대전.
- 손명세와 유호중 (2001). 의료에서의 사전의사결정(advanced directives)에 대한 도덕적 검토. *한국의료윤리학회지*, 4(1), 51-68.
- 안용향과 김혜정 (2010). 무의미한 연명치료 중단 결정에서 의료의 한계. *한국의료윤리학회지*, 13(1), 17-28.

- 안은희 (2010). *심폐소생술 금지에 대한 노인의 태도와 자아존중감 및 사회적 지지와의 관계*. 한양대학교 임상간호정보대학원, 석사학위논문, 서울.
- 오세혁과 정화성 (2010). 사전의료지시의 한계. *의료법학*, 11(2), 239-274.
- 윤영호, 이영선, 남소영, 채유미, 허대석, 이소우, 홍영선, 김시영과 이경식 (2004). 품위 있는 죽음과 호스피스 완화의료에 대한 일반 국민들의 태도. *한국호스피스완화의료학 회지*, 7(1), 17-28.
- 이금미 (2007). *연명치료중단과 사전의사결정에 대한 고찰*. 연세대학교, 석사학위 논문, 서울.
- 이미희와 강희선 (2007). 노인의 심폐소생술 금지(DNR)에 대한 태도와 우울 및 자아 존중감과의 관계. *한국노년학회*, 27(2), 323-334.
- 이미희 (2012). *노인의 연명치료중단 사전의사결정 의도 구조모형*. 중앙대학교, 박사학위논문, 서울.
- 이혜림 (2012). *복지관 이용 노인의 사전의사결정(Advance Directives)에 대한 태도*. 서울대학교, 석사학위논문.
- 장수정과 이경자 (2005). 노인의 질병치료에 대한 정보 추구 및 의사결정에서의 참여요구. *노인간호학회지*, 7(1), 54-62.
- 장원봉 (2003). 종교가 노인의 죽음 불안에 미치는 영향. 계명대학교, 석사학위 논문, 대구.
- 최영희와 김순아 (1997). 한국노인의 건강행위 사정도구 개발. *대한간호학회지*, 27(3), 601-613.
- 편혜준 (2012). *지역사회 노인의 건강상태와 사전의료지시에 관한 연구*. 이화여자대학교, 석사학위논문, 서울.
- 한국보건의료연구원 (2009). 무의미한 연명치료 중단을 위한 사회적 합의안 제시. 서울: NECA.

- 허대석 (2001). 무의미한 치료의 중단. *대한의사협회지*, 44(9), 956-962.
- 허대석 (2008). 사전의사결정에 관한 국내 동향, 2008년 한국의료윤리교육학회 추계학술대회 발제문.
- 홍성애 (2004). *건강보험 재정의 효율적 운용을 위한 생명연장술 (AD) 제도의 사전선택 모형 연구*. 대전대학교, 박사학위논문.
- 홍성애와 문선순 (2007). 가족구성원별 생명연장술에 대한 선호도 연구. *한국노년학회*, 27(4), 881-895.
- 홍성애 (2010). 사전의료지시서(Advance Directives) 모형 개발을 위한 실증 연구. *한국노년학회지*, 30(4), 1197-1211.
- Ainlay, S. C. & Smith, D. R. (1984). Aging and religious participation. *Journal of Gerontology*, 39(3), 357-363.
- 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(3), 267-275.
- Allen, R. S., DeLaine, S. R., Chaplin, W. F., Marson, D. C., Bourgeois, M. S., Dijkstra, K. & Burgio, L. D. (2003). Advance care planning in nursing homes: correlates of capacity and possession of advance directives. *Gerontologist*, 43(3), 309-317.
- American Cancer Society (2011). Advance Directives.
- Briggs, L., & Colvin, E. (2002). The nurse' s role in end-of-life decision making for patients and families. *Geriatric Nursing*, 23(6), 302- 310.
- Calvin, A. O. & Clark, A. P. (2002). How are you facilitating advance directives in your clinical nurse specialist practice?. *Clinical Nurse*



- Specialist*, 16(6), 293–294.
- Coppola, K. M., Ditto, P. H., Danks, J. H. & Smucker, W. D. (2001). Accuracy of primary care and hospital-based physicians' predictions of elderly outpatients' treatment preferences with and without advance directives. *Archives of Internal Medicine*, 161(3), 431–440.
- Crisp, D. H. (2007). Healthy older adults' execution of advance directives: A qualitative study of decision making. *Journal of Nursing Law*, 11(4), 180–190.
- DeLuca Havens, G. A. (2000). Differences in the execution /nonexecution of advance directives by community dwelling adults. *Research in Nursing & Health*. 23(4), 319–333.
- Ejaz, F. K. (2000). 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.
- Felt, D. H., Early, J. L. & Welk, T. A. (2000). Attitudes, values, beliefs, and practices surrounding end-of-life care in selected Kansas communities. *The American Journal of Hospice & Palliative Care*, 17(6), 401–406.
- Harris, D. K. & Cole, A. E. (1997). 노년사회학 (최신택, Trans.). 서울: 경문사.(Original work published 1985)
- Hess, B. B. & Markson, E. W. (1980). *Aging & old age: An introduction to Social gerontology*. New York: MacMillian.
- Hirschman, K. B., Abbott, K. M., Hanlon, A. L., Prvu Bettger, J. & Naylor, M. D. (2012). What factors are associated with having an advance directive among older adults who are new to long term care services?. *Journal of*

- the American Medical Directors Association*, 13(1), 82, e7–11.
- Ho, A. (2008). Relational autonomy or undue pressure? Family's role in medical decision making. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 22(1), 128–135.
- Hollen, P. (1981). A Holistic Model of individual and family health based on a continuum of choice. *Advances in Nursing Science*, 3(4), 27–42.
- Hong, C. Y., Goh, L. G. & Lee, H. P. (1996). The advance directive—a review. *Singapore Medical Journal*, 37(4), 411–418.
- 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.
- International Council of Nurses. (2006). The ICN code of ethics for nurses. Geneva, Switzerland; Imprimerie Fornara.
- Ishibashi, Y. & Kottke, J. (2009). Confucianism, Personality Traits, and Effective Leaders in Japan and the United States. Presented at the Annual Conference of the Association for Psychological Science, May 22, 2009, San Francisco, California.
- Jagose, U. & 장욱 (2009). 뉴질랜드 사전의사결정에 대한 보고. *한국의료윤리학* 12(1), 96–106.
- Kang, S. K., Young, B. B., Lee, H. R., Lee, D. B., & Shim, U. T. (1984). A study of family APGAR scores for evaluating family function. *Korean Journal of Family Medicine*, 5(12), 6–13.
- Kim, R. (2009, July 7). *Seoul National University Hospital, mueuimihan yeonmyong chiryo jungdankijun hwakjung*. Medical Today. Retrieved

May 10, 2010, from [www.mdtoday.co.kr](http://www.mdtoday.co.kr).

Kim, M. J. (2010). *End-of-life decision-making in Korean American*.

University of Illinois at Chicago, Unpublished master's thesis, Chicago.

Kim, S., Hahm, K. H., Park, H. W., Kang, H. H. & Sohn, M. (2010). A Korean perspective on developing a global policy for advance directives.

*Bioethics*, 24(3), 113–117.

Kim, S. H. (2011). Factors influencing preferences of Korean people

toward advance directives. *Nursing Ethics*, 18(4), 503–513.

Kivett, V. R. (1979). Religious motivation in middle Age: correlates and

implications. *Journal of Gerontology*, 34(1), 106–115.

Koh, E. K. & Koh, C. K. (2008). Caring for older adults: The parables in

Confucian texts. *Nursing Science Quarterly*, 21(4), 365–368.

Korea National Statistical Office. (2009). Statistics of aged. Seoul: Author.

Kutner, L. (1969). The Living Will: a proposal. *Indiana Law Journal*, 44(1),

539–554.

Lawrence, J. F. (2009). The advance directive prevalence in long-term care:

a comparison of relationships between a nurse practitioner healthcare

model and a traditional healthcare model. *Journal of the American*

*Academy of Nurse Practitioners*, 21(3), 179–185.

Lingler, J. H., Hirschman, K. B., Garand, L., Dew, M. A., Becker, J. T., Schulz, R. &

Dekosky, S. T. (2008). Frequency and Correlates of advance planning

among Cognitively impaired older adults. *The American Journal of*

*Geriatric Psychiatry*, 16(8), 643– 649.

Matsui, M. (2007). Perspectives of elderly people on advance directives in

- Japan. *Journal of Nursing Scholarship*, 39(2), 172–176.
- Matsumura, S., Bito, S., Liu, H., Kahn, K., Fukuhara, S., Kagawa–Singer, M. & Wenger, N. (2002). Acculturation of attitudes toward end–of–life care: a cross–cultural survey of Japanese Americans and Japanese. *Journal of General Internal Medicine*, 17(7), 531–539.
- McAuley, W. J., McCutcheon, M. E. & Travis, S. S. (2008). Advance directives for health care among older community residents. *Journal of Health and Human Services Administration*, 30(4), 402–419.
- McGuire, J. M. (2009). The right to refuse life–sustaining medical treatment in South Korea: The case of Ms. Kim. *Korean Journal of Medical Ethics*, 12(1), 77–95.
- Miller, J. R. & Janosik, E. H. (1980). *Family focused care*. New York: McGraw–Hill.
- Mindel, C. H. & Vaughan, C. E. (1978). A multidimensional approach to religiosity and disengagement. *Journal of Gerontology*, 33(1), 103–108.
- Nebraska State Bar Association (2001). Living Will and Durable Power of Attorney For Health Care.
- New Zealand Government Department of Health and Aging (2010). retrieved June 17, 2010, from <http://www.hdc.org.nz/education/presentations/advance-directives,-living-wills-and-questions-of-competence>.
- Pacquiao, D. F. (2000). Impression management: an alternative to assertiveness in intercultural communication. *Journal of Transcultural Nursing*, 11(1), 5–6.
- Patterson, C., Molloy, D. W., Guyatt, G. H., Bedard, M., North, J., Hassard, J.,

- Willison, K., Jubelius, R. & Darzins, P. (1997). Systematic implementation of an advance health care directive in the community. *Canadian Journal of Nursing Administration*, 10(2), 96–108.
- Rosnick, C. B. & Reynolds, S. L. (2003). Thinking ahead: factors associated with executing advance directives. *Journal of Aging and Health*, 15(2), 409–429.
- Sam, M. & Singer, P. A. (1993). Canadian outpatients and advance directives : poor knowledge and little experience but positive attitudes. *Canadian Medical Association Journal*. 148(9), 1497–1502.
- Smilkstein, G. (1978). The family APGAR: a proposal for a family function test and its use by physicians. *Journal of Family Practice*, 6(6), 1231–1239
- Tilden, V.P. (2000). Policy perspectives. Advance directives. *American Journal of Nursing*, 100(12), 49–51.
- Westphal, C. (2005). *Acute and Critical Care Choices a Guide to Advance Directives*. American Association of Critical Care Nurses.

## 부록 I. 연구 설명 및 동의서

안녕하십니까?

저는 서울대학교 간호대학에서 노인 간호를 전공하고 있는 대학원생입니다.

**‘의료에 대한 유언장’이라 말하는 사전의료의향서에는 ‘생전 유언서’와 ‘대리인 지정서’가 있습니다.** 어르신들을 대상으로 생전 유언서 혹은 대리인 지정서를 작성하기를 원하는지 알아보고 관련요인을 조사하고자 합니다.

어르신의 솔직하고 성의 있는 답변은 익명으로 사용될 것이며 어떠한 손해도 발생하지 않을 것을 약속합니다. 또한 연구 이외의 다른 목적으로 사용하지 않을 것을 약속 드립니다.

본 연구를 통해 노인의 사전의료의향서 작성 시 의사결정을 도모하고 이를 제도화하는데 도움이 되고자 합니다. 연구에 협조해 주심에 다시 한번 깊은 감사 드립니다.

본 연구와 관련하여 의문이 있으실 경우 언제든지 아래의 연락처로 문의 하여 주시기 바랍니다.

연구자: 박수민 (서울대학교 간호대학원 석사과정)

연락처: 010-9602-2120

이 연구에 참여하기를 원하시는 분은 아래의 동의서에 서명해 주시기 바랍니다. 이 연구는 서울대학교 간호대학 연구대상자 보호 심사 위원회의 승인을 받았으며 해당 기관에서 자료수집을 허락을 받았습니다.

### 동의서

본인은 이 연구 설문에 대한 설명을 들었으며, 이 연구에 자발적으로 참여 할 것을 동의합니다.

2012년      월      일

연구참여자      (서명)

## 부록 II. 일반적 정보

I. 다음은 어르신의 일반적 사항에 대한 질문입니다. 해당되는 사항에 V 표시를 해 주시기 바랍니다.

1. 성별: ① 남성                      ② 여성
2. 연령: 만\_\_\_\_\_ 세
3. 최종학력: ① 무학   ② 초졸   ③ 중졸   ④ 고졸   ⑤ 대졸이상
4. 종교: ① 불교   ② 기독교   ③ 천주교   ④ 무교   ⑤ 기타(      )
5. 결혼상태: ① 미혼   ② 기혼      ③ 이혼   ④ 사별
6. 자녀분이 있으십니까? ① 예                      ② 아니오
- 6-1. “예” 라고 답하신 경우 어르신의 자녀와 얼마나 자주  
연락하거나 만나십니까?
- ① 거의 하지 않음
- ② 1년에 1번 이상
- ③ 1달에 1번 이상
- ④ 1주에 1번 이상
- ⑤ 거의 매일
7. 어르신은 현재 누구와 함께 살고 계십니까?

- ① 본인의 배우자
- ② 자녀
- ③ 배우자, 자녀 이외의 다른 어르신
- ④ 혼자 살고 있음
- ⑤ 기타:( )

8. 집안에서 문제가 생겼을 때 **최종적으로 결정을** 내리는 사람은 누구입니까?

- ① 본인
- ② 본인의 배우자
- ③ 자녀
- ④ 가까운 친척

9. 어르신의 **한달 소득**은 어느 정도입니까?

- ① 50만원/월 미만
- ② 50~100만원/월 미만
- ③ 100~150만원/월 미만
- ④ 150~200만원/월 미만
- ⑤ 200만원/월 이상

10. 어르신의 **소소한 병원비**는 주로 누가 내십니까?

- ① 본인



② 본인의 배우자

③ 자녀

④ 가까운 친척

⑤ 기타:( )

11. **어르신**의 **큰 병원비**는 주로 누가 내십니까?

① 본인

② 본인의 배우자

③ 자녀

④ 가까운 친척

⑤ 기타:( )

12. **어르신**께서는 **자신의 건강상태**에 대하여 어떻게 생각하십니까?

① 매우 좋다

② 비교적 좋다.

③ 보통이다

④ 약간 나쁘다

⑤ 아주 나쁘다

13. **어르신**께서는 3년 전과 비교하였을 때 **건강상태**가 어느 정도라고  
생각하십니까?

① 매우 좋다

- ② 비교적 좋다
- ③ 보통이다
- ④ 약간 나쁘다
- ⑤ 아주 나쁘다

14. 어르신은 현재 **만성질환(3개월 이상 앓고 있는 질환)**을 가지고 있습니까?

- ① 예
- ② 아니오

14-1. “예” 라고 답하신 경우 해당하는 **만성질환**에 “O”표시 해주십시오.

· 암: 위암, 간암, 폐암, 기관지암, 대장암, 직장암, 유방암, 자궁암 등

· 근골격계질환: 골관절염, 류마티스성 관절염, 요통, 좌골신경통, 골다공증, 디스크(추간판탈출증) 등

· 소화기계질환: 소화성궤양(위염, 위궤양, 십이지장궤양), 간경화 만성간염 등

· 내분비계질환: 당뇨, 갑상선질환, 빈혈 등

· 심장 질환: 심근경색, 협심증, 심부전, 심부정맥 등

· 혈관 질환: 고혈압, 동맥경화, 고지혈증, 뇌혈관 질환(뇌경색,

파킨슨, 치매) 등

· 호흡기계질환: 폐결핵, 결핵, 만성폐쇄성폐질환, 만성부비동염,

천식, 기관지 확장증, 알레르기성비염 등

· 감각계질환: 백내장, 녹내장, 노인성 황반변성, 만성중이염 등

· 비뇨생식계질환: 전립선 비대증, 만성신부전 등

· 기타질환: ( )

15. 어르신은 **지난 1달** 동안 의료기관(의원, 병원, 약국, 보건소

포함)을 **몇 차례 방문**하셨습니까? ( )회

16. 어르신은 **지난 1달** 동안 위의 의료기관 방문으로 **얼마나 의료비**를

지출하셨습니까? ( )원

17. 어르신은 **지난 6개월** 동안 **심각한 건강변화**를 경험 한 적이

있습니까?

① 예                      ② 아니오

18. **지인(가족 제외)** 중 최근 12개월 사이 **중환자실**에 입원한 적이

있습니까?

① 예                      ② 아니오

18-1. “예” 라고 답하신 경우 지인은 누구입니까? ( )

19. **지인(가족 제외)** 중 최근 12개월 사이 **사망**한 분이 있습니까?

① 예                      ② 아니오

19-1. “예” 라고 답하신 경우 지인은 누구입니까? ( )

20. 어르신의 생애말기 치료(사망 전 1년간 치료)에 대해 가족이나  
의사와 상의한 적이 있습니까?

- ① 예                      ② 아니오

21. 어르신의 가족 중 말기 질환으로 입원한 사람이 있었습니까?

- ① 예                      ② 아니오

22. 지난 5년 동안 어르신의 가족 중 사망한 사람이 있었습니까?

- ① 예                      ② 아니오

23. 어르신께서는 사전의료의향서에 대해 들어본 적이 있습니까?

- ① 예  
② 예, 하지만 의미는 잘 모름  
③ 아니오

24. 어르신께서는 생전유언에 대해 들어본 적이 있습니까?

- ① 예  
② 예, 하지만 의미는 잘 모름  
③ 아니오

25. 어르신께서는 대리인 지정에 대해 들어본 적이 있습니까?

- ① 예  
② 예, 하지만 의미는 잘 모름  
③ 아니오

※ 다음 설문을 작성하기 전에 **사전의료의향서**, **생전유언** 및 **대리인 지정**이라는 용어의 의미에 대해 알려드리겠습니다.

26. 만약 기회가 된다면 **사전의료의향서**를 작성하길 원하십니까?

- ① 예
- ② 아니오

26-1. “예” 라고 답하신 경우 생전 유언서를 작성하길 원하십니까?

- ① 예
- ② 아니오

26-2.“ 예” 라고 답하신 경우 대리인 지정서를 작성하길 원하십니까?

- ① 예
- ② 아니오

26-2-1. “ 예” 라고 답하신 경우 누구를 대리인으로  
지정하기를 원하십니까?

- ① 배우자
- ② 자녀
- ③ 가까운 친척
- ④ 담당의사
- ⑤ 기타: ( )

### 부록 Ⅲ. 가족기능

Ⅱ. 다음은 어르신이 함께 사는 가족이나 가장 가깝게 지내는 식구들에 대해 얼마나 만족감을 느끼는지에 관한 질문입니다.  
해당되는 사항에 V표시를 해 주시기 바랍니다.

질문내용	거의 아니다 (0)	가끔 그렇다 (1)	항상 그렇다 (2)
1. 나는 어떤 문제에 부딪혔을 때 큰 어려움 없이 가족에게 도움을 청한다.			
2. 여러 가지 일에 대해 우리는(나와 나의 가족은) 서로 의견을 교환하고 함께 해결한다.			
3. 내가 새로운 활동을 시작하려 할 때나 진로를 변경하고자 할 때 가족들이 받아들이고 도와준다.			
4. 나는 나의 가족이 나에게 애정을 나타내거나 나의 감정(희노애락)을 받아들이는 방식에 만족한다.			
5. 나는 나의 가족과 함께 시간을 보내는 방식에 만족한다.			

## 부록 IV. 종교참여도

Ⅲ. 다음은 어르신들의 종교생활에 관한 내용입니다. 지금의 종교생활에 대해 해당되는 사항에 V표시를 해주시기 바랍니다.

질문내용	전혀 아니다 (1)	별로 그렇다 (2)	그 저 그렇다 (3)	대체로 그렇다 (4)	정말 그렇다 (5)
1. 나의 노년생활에 있어서 종교는 중요한 역할을 한다.					
2. 종교기관(교회, 절, 성당) 에의 참여는 나를 편안하게 해준다.					
3. 나는 종교적 모임에서 친구를 만나는 것이 즐겁다.					
4. 허전하거나 외로움을 느낄 때 더욱 종교에 의지한다.					
5. 나는 하루 일과 중에 종교서적(성경, 불경 등)을 읽기도 한다.					

6. 나의 생활에 있어 기도는 생활화 되어 있다.					
7. 종교생활은 국가나 가족에 대한 나의 봉사활동이라 생각한다.					
8. 나는 종교방송이나 종교 신문, 잡지들을 보기도 한다.					
9. 가능한 한 모든 종교적인 모임에 참여하고 싶다.					
10. 정기적인 종교모임(주일 예배, 정기 법회, 미사)에 꼭 참석한다.					
11. 비정규적인 종교모임에도 참여하여 활동한다.					
12. 종교모임에서 적극적으로 모임을 이끌기도 한다.					



부록 V. 한국판 정신상태 간이 검사

(MMSE-K, Mini Mental State Examination in the Korean version)

항 목		내 용	점 수
지남력 (시간)	년 1점		
	월 1점		
	일 1점		
	요일 1점		
	계절 1점		
지남력 (장소)	나라 1점		
	시, 도 1점		
	무엇을 하는 곳 1점		
	현재 장소명 1점		
	몇 층 1점		
기억등록	비행기 1점		
	연필 1점		
	소나무 1점		
주의집중 및 계산	100 - 7    1점		
	-7    1점		
	-7    1점		
	-7    1점		
	-7    1점		
기억회상	비행기 1점		
	연필    1점		
	소나무 1점		
언어 및 시공간 구성	이름대기 2점		
	명령시행 3점		
	따라말하기 1점		
	오각형그리기 1점		
	읽기 1점		
	쓰기 1점		
총 30점			/30

## 부록 VI. 사전의료의향서, 생전유언 및 대리인 지정에 관한 교육자료

사전의료의향서란 의료에 대한 유언장입니다.

일반적으로 정신이 흐려지지 않고 자발적으로 의사 표현이 가능한 상태에서 작성하게 됩니다.

사전의료의향서에는 생전 유언서와 대리인 지정서가 있습니다.

생전 유언서는 보통 병환이 깊어져 의사표현이 불가능하고 죽음이 임박한 상황에서 실시하게 될 의료행위들이 나열되어 있어 이 가운데 본인이 원하는 시술과 원치 않은 시술을 문서에 표시하도록 하는 방법입니다.

대리인 지정서는 믿을 수 있는 사람(가족, 친구, 의사 등)을 지정해서 그 사람이 내 스스로 의견을 말 할 수 없는 상태에 처하거나 치매 등으로 정신상태가 흐려져 치료결정을 하기 어려울 때에, 나를 대신해서 치료에 대한 모든 결정을 할 수 있도록 하는 방법입니다.

# 연구 대상자 보호 심의 결과 통보서

승인번호: 2012-41

연구제목: 노인의 생전유언 및 대리인 지정 선호에 대한 관련요인  
조사연구

책임 연구자: 박수민

연구 기간: 2012년 8월 10일 ~ 2012년 9월 20일

위 연구는 연구 대상자 선정과 연구 절차에 있어서 연구 대상자에게 위험성(또는 맹검성)을 최소화 했으며 연구 대상자 신원보호와 연구 참여 동의서 양식이 명확하게 제시되어있어 연구 시행이 가능한 것으로 통과 되었습니다. 본 위원회에서는 연구자가 연구참여자(환자, 간호사)에게 연구과정 중에 참여를 중단할 수 있는 권리를 충분히 알려주도록 권고합니다.

단, 연구과정에서 발생하는 모든 문제는 연구자의 책임임을 알려 드립니다.

2012년 8월 2일

서울대학교간호대학  
연구대상자보호심의위원장



# Abstract

## Perceptions, preferences and related factors of Korean elders toward Living Will and Durable Power of Attorney

Su min Park

Department of Nursing

The Graduate School

Seoul National University

Directed by Professor **Keum Soon Kim** Ph. D.

In Korea, because of the cessation of useless life sustaining treatments, the need for introducing *Advance Directives*(AD) has become a social imperative among elderly and their healthcare providers. Although AD is used in some organizations, it is not a law to provide AD or what AD has to be. Also, the organizations that provide AD focus primarily on both *Living Will* and *Durable Power of Attorney*. It's important to know what AD Korean elders may prefer given the limited options or even if these options

represent their needs. More importantly, there has been no formal study conducted about preferences and related factors of Korean elders in regards to *Living Will* and *Durable Power of Attorney* or possible AD option they may need.

Thus, the purpose of this study was to investigate Korean elder's preferences toward the two major AD options (i.e Living Will and Durable Power of Attorney) and what factors influence their preferences respectively.

The survey for this study was performed on the 13th of August to the 8th of September 2012. Permission for survey data collection came from a Senior Welfare Center located in Seoul and was approved from Institutional Review Board of College of Nursing, Seoul National University. Total 180 subjects, who met the inclusion criteria in this study, replied to a structured questionnaire with individual face-to-face interviews.

The questionnaires were composed of the perceptions and preferences regarding *Living Will* and *Durable Power of Attorney*, sociodemographic and health related factors, family function, and religious participation. Analyzing the data from this study using frequencies, percentages, mean, standard deviation,  $\chi^2$ , t-test, and logistic regression analysis with SPSS WIN 20.0 program and a P value <.05 was considered significant.

The major findings of the study were as follows:

First, the mean age of the participants was 73.56( $\pm$ 6.33)years; 75.6% were female; 43.9% educated under elementary school. Before participating in this study 76.7% of them had never perceived about *Living Will* and 83.3% had never heard *Durable Power of Attorney*. 7.2% had perceived the concept of *Living Will* and 5.6% had perceived the concept of *Durable Power of Attorney* exactly.

Second, after participants were informed of the concept of *Living Will* and *Durable Power of Attorney*, 49.4% of them preferred completion of a *Living Will* and 53.3% preferred designation of a *Durable Power of Attorney*. 31.7% preferred designation of both documents, 17.8% preferred designation of only a *Living Will* and 21.7% preferred designation of only a *Durable Power of Attorney*. 62.5% of them who wanted to execute a *Durable Power of Attorney* preferred their adult children as a proxy and 18.8% preferred their spouse as a proxy to make medical treatment decisions.

Third, a significant relationship with preferences toward *Living Will* was shown in regards to gender, level of education, a decision maker in the family, and monthly income. Male, higher levels of education, being as a decision maker in their family, and having over 500,000 won per monthly income were consistently associated with the preferences to *Living Will*. However, among health related factors, family function, and religious participation, they showed no significant relationship with preferences toward *Living Will*.

Fourth, religion, frequency of contacts with adult children, monthly income, how to pay minor health expenditure and major health expenditure, number of medical service use per 1 month, and family function turned out to be factors related to preferences toward *Durable Power of Attorney*. Participants having no religion, over 1 time per month in regards to contact with their adult children, over 500,000 won per monthly income, getting family assistance in regards to health expenditures, a lower rate of visiting medical institutions, and better family function were consistently associated with the preferences to *Durable Power of Attorney*. However, there was no significant influence on preferences toward *Durable Power of Attorney* by religious participation.

In this study, there were differences in the preferences and related factors of Korean elders towards *Living Will* and *Durable Power of Attorney* respectively. Family function was related to only *Durable Power of Attorney* while religious participation was not associated with the preferences toward both *Living Will* and *Durable Power of Attorney*, which was contrary to the results of previous studies. We need to investigate further studies for identifying the relationships among them.

**Key words :** Advance Directives, Living Will, Durable Power of Attorney,  
Korean elders

**Student Number :** 2010-20421