

# 임종기 연명치료 중단관련 특성과 사전의료의향서에 대한 노인환자의 태도

정승윤<sup>1</sup> · 이해정<sup>2</sup> · 이성화<sup>3</sup>

<sup>1</sup>부산대학교병원 간호사, <sup>2</sup>부산대학교 간호대학 교수, <sup>3</sup>부산대학교 박사과정

## Characteristics of End of Life Sustaining Treatment and Attitudes towards Advance Directives among Geriatric Patients

Jung, Seungyun<sup>1</sup> · Lee, Haejung<sup>2</sup> · Lee, Sunghwa<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Nurse, Pusan National University Hospital; <sup>2</sup>Professor, College of Nursing, Pusan National University; <sup>3</sup>Doctoral Student, College of Nursing, Pusan National University, Yangsan, Korea

**Purpose:** The purpose of this study was to identify the characteristics of life-sustaining treatment and attitudes towards advance directives among geriatric patients. **Methods:** The elderly participants (N = 146) were recruited from a university hospital from October 30, 2012 to March 31, 2013. A questionnaire for collecting data of participants' characteristics, their experiences related to life-sustaining treatment, and attitudes towards advance directives was used. The data were analyzed using SPSS WIN 17. **Results:** Most participants (84.9%) were in favor of advance directives. Although most of participants wanted to receive CPR for sudden cardiac arrest (78.8%) and pain control medication (74.0%), most preferred to refuse life-sustaining treatments such as tracheostomy (96.6%) or ventilator (87.0%). Participants who had a family or acquaintances with CPR experiences ( $U = 852.00$ ,  $p = .038$ ), had discussed with their family and acquaintances regarding end-of-life sustaining treatment ( $t = 2.91$ ,  $p = .004$ ), or made decisions about refusing the life sustaining treatments ( $t = 3.19$ ,  $p = .002$ ) preferred to have advance directives than those who did not. **Conclusion:** The findings of this study suggested the potential benefits of educational programs about advance directives for the end-of-life for geriatric patients to make decisions for life-sustaining treatments in advance.

**Key Words:** Advance directives; elderly; terminal care

## 서론

### 1. 연구의 필요성

의료의 발달로 인해 노인의 수명은 연장되었지만 임종 시 행해지는 과도한 연명치료는 환자의 삶의 질을 저하시키고 생존기간만 연장시키는 부정적인 면을 가지고 있다(Yun et al., 2004). 연명치료 중단은 희생이 불가하다고 판단되는 환자에게 고통을 가중시킬 수 있는 '특수 연명치료'를 중단하는 것이다(Heo, 2006). 미국에서는 1990년 환자 자기 결정권법(The Patient Self - Determination Act, PSDA)이 통과된 이후 개인의 존엄성과 자율성, 임종기 치료에 대한

환자의 결정 권리가 강조되고 있으며(Shin, 2007), 연명치료를 하는 것으로 결정하는 대신 호스피스-완화의료에 대해 의료인이 환자에게 설명하고, 사전의료의향서 작성에 대해 돕고, 이것을 환자의 치료에 반영하고 있다(Heo, 2006). 반면, 우리나라에서는 임종에 대한 정보를 환자에게 알리지 않고, 치료결정 시 환자보다 보호자의 의견에 의존하는 경향이 있으며, 환자 상태가 위중할 때 연명치료 중단에 대한 논의가 주로 이루어지므로, 실제 임종기 치료결정에서 환자가 제외되거나, 환자의 의견이 치료계획에 반영되지 못하는 경우가 많다(Kang & Yom, 2009). 국내에서 임종기 치료에 대한 높은 관심은, 2008년 폐암 조직검사 중 과다출혈로 뇌손상을 입어 식물인간

**주요어:** 임종기 치료, 사전의료의향서, 노인

Address reprint requests to: Lee, Haejung

College of Nursing, Pusan National University, 49 Busandaehak-ro, Mulgeum-eup, Yangsan, 626-870, Korea  
Tel: +82-51-510-8344 Fax: +82-51-510-8308 E-mail: haejung@pusan.ac.kr

투고일(date received): 2014년 6월 2일 심사완료일(data of review completion): 2014년 9월 12일 게재확정일(date accepted): 2014년 9월 22일

상태가 된 77세 환자의 가족이, 평소 연명치료 의료행위를 거부하고 자연스러운 죽음을 원하는 환자의 신념을 근거로, 인공호흡기 제거를 요구하는 소송을 제기하면서 시작되었다고 할 수 있다. 이에 대해 대법원은 헌법 제 10조(인간의 존엄성과 기본적 인권의 보장)의 규정을 적용하여, 사망의 과정에 진입한 회생 가능성이 없는 환자의 자기결정권이 보장되어야 하고, 연명치료 중단을 인정하여, 환자와 가족은 원하지 않는 연명치료를 중단할 수 있다고 판결하였다(Bae, 2009). 이에 따라, 대한의사협회와 대한병원협회 등 의료계 전문가들로 구성된 '연명치료 중지'에 관한 지침 제정 특별위원회에서는 "환자 본인의 결정과 의사의 의학적 판단에 따라 환자나 가족의 동의를 얻어 원하지 않는 연명치료를 중지할 수 있다"는 내용의 의료지침을 발표하였고, 2013년 대통령소속 국가생명윤리심의위원회에서 연명의료의 환자 자기결정권에 대한 권고안을 발표하였다(Ministry of Health & Welfare, 2013).

국내 선행 연구 중 연명치료 중단에 관한 인식과 태도를 살펴보면, 5년 이내 암 진단을 받은 환자 91명의 89.9%, 환자 가족 96명 중 62.0%는 회복 불가능한 상태에서 인공호흡기 적용과 같은 연명치료를 중단하기를 원하였다(Kwon et al., 2010). 호스피스 암환자 74명을 대상으로 선호하는 연명치료 종류를 조사한 결과, 심폐소생술, 기도삽관, 인공호흡기 적용을 100% 거부하였다(Yoon, Choi, & Hyun, 2011). 또한 연명치료 중단을 선호하는 대상자들은 가족이나 의사에게 임종문제에 대한 논의를 하였거나 입원한 가족이 있었거나 가족의 임종을 경험한 적이 있는 경우였다(Matsui, 2007).

그러나 실제 사전의료의향서 작성경험은 매우 낮으며, 사전의료의향서 작성도 거의 대부분 가족에 의해 작성되는 경향이 있다. 지역사회에 거주하는 60세 이상 노인 154명을 대상으로 조사한 연구에서, 5.2%만이 사전의료의향서를 작성해 본 경험이 있었고, 나이가 젊을수록, 소득이 많을수록, 가족과 동거하는 경우에서, 사전의료의향서 작성을 찬성하였고(Pyun, 2012). 평균 연령 60.42세인 성인암 병동 환자 중 사전의료의향서를 작성한 환자는 176명 중 6.3%였으며, 142명(80.7%)은 입원 후에 사전의료의향서를 작성하였고, 이 환자들 중 39명(25.4%)은 임종 당일 사전의료의향서를 작성한 것으로 나타났다(An, 2012). 이는 사전의료의향서가 임종에 임박하여 작성되는 경향이 있음을 나타낸다. 특히, 사전의료의향서를 환자 본인이 직접 작성한 경우는 드물며, 대부분은 보호자가 의사와 의논하여 환자의 동의를 얻거나 평소 생각을 반영하여 사전의료의향서를 작성하는 것으로 나타났다(An, 2012; Kim, 2009). 국내 사전의료의향서 관련 연구는 주로 의료인, 환자가족, 임종에 임박한 말기 암환자나 호스피스 환자 중심으로 이루어졌으며(An, 2012; Kim, 2009; Kwon et al., 2010; Pyun, 2012; Yoon et al., 2011), 짧은 시일 내 임종기 치료 의사결정이 필요할 수 있는 노인을 대상으로 사전의료의향서에 대한 태

도나 인지정도를 조사한 연구는 드물다. 국외연구로, Alano 등(2010)이 65세 이상 입원환자와 지역사회 노인 220명을 조사한 결과에서는 여자 또는 76-85세의 연령층, 백인, 고졸 이상 또는 가톨릭 종교를 가진 경우에서, 사전의료의향서 작성한 경우가 많았고, 미리 임종기 치료 결정을 고려하는 것이 임종기간의 고통을 덜어준다고 생각하거나, 사전의료의향서에 대해 설명을 들었거나 작성을 요구받은 적이 있거나, 큰 수술을 받은 적이 있는 경우에서, 사전의료의향서를 작성해 둘 가능성이 높은 것으로 나타났다. 그러므로 국내 노인환자를 대상으로 사전의료의향서 작성에 대한 태도와 선호도를 조사하는 것은 의사결정이 가능한 시기에 사전의료의향서 작성에 대한 지식 제공의 필요성을 인지하게 할 것이고, 그들의 의사를 충분히 반영할 수 있는 제도 마련에 기초자료를 제공할 것으로 보인다.

또한, 국내 대형병원을 제외한 대부분의 병원에서 아직까지 사전의료의향서 작성에 대한 설명이 없어 노인 환자들이 이에 대해 알지 못하는 경우가 많다(Yoon et al., 2011). 특히 우리나라는 65세 이상 고령 인구가 2013년 전체 인구의 12.2%를 차지하는 고령화 사회에 진입하였고, 2023년에는 고령 인구 비율이 전체의 20.0%를 넘는 초고령 사회에 도달할 것으로 전망될 정도로 노인 인구가 증가하고 있어(Statistics Korea, 2013), 노인환자가 의식이 명료할 때, 자신의 임종기 치료에 대한 결정을 반영하는 사전의료의향서 작성이 필요하다(Ministry of Health & Welfare, 2013). 따라서 본 연구는 임종을 준비해야 하는 노인환자의 임종기 연명치료 중단에 대한 특성과 대상자들의 사전의료의향서 작성 태도를 조사함으로써 '연명의료 치료 결정'에 노인이 적극적으로 참여할 수 있는 절차마련에 기초자료를 제공하고자 한다.

## 2. 연구의 목적

본 연구의 목적은 임종기 연명치료 중단관련 특성과 사전의료의향서에 대한 노인환자의 태도를 파악함으로써 연명의료 치료결정에 노인이 적극적으로 참여할 수 있는 절차마련과 추후 사전의료의향서 작성에 대한 교육 프로그램 개발의 기초자료를 제공하고자 한다.

구체적인 목적은 다음과 같다.

- 1) 대상자의 일반적 특성, 질병관련 특성을 파악한다.
- 2) 대상자의 임종기 연명치료 선택 관련 선호도를 파악한다.
- 3) 대상자의 임종기 연명치료 중단 관련 특성에 따른 사전의료의향서에 대한 태도 차이를 분석한다.

## 3. 용어 정의

### 1) 연명치료

#### • 이론적 정의

임종기 환자의 상병 원인을 직접 치료하거나 주된 병적 상태를

개선할 수는 없지만 생명을 연장할 수 있는 치료이다. 연명 치료는 일반적인 것과 특수한 것으로 나눈다(Special committee of guidelines for decision on life sustaining treatment, 2013).

(1) 일반 연명치료: 생명유지에 필수적이지만 전문적인 의학 지식이나 의료 기술, 특수한 장치가 필요하지 않은 치료이다. 산소와 수분 공급, 체온 유지, 배변과 배뇨 도움, 튜브를 이용한 영양 공급, 진통제 투여, 욕창 예방, 일차 항생제 투여 등을 의미한다. 본 연구에서는 통증조절약물복용, 관장, 인공배뇨, 수액치료, 튜브를 통한 인공영양 등이 포함된다.

(2) 특수 연명치료: 생명유지를 위해서 고도의 전문적인 의학 지식과 의료 기술, 특수한 장치가 반드시 필요한 치료이다. 환자에게 고통을 줄 수 있는 심폐소생술, 인공호흡기 적용, 혈액투석, 수혈, 장기이식, 항암제 투여, 고단위 항생제 투여 등이 있다. 심폐소생술은 심장마사지, 강심제나 승압제 투여, 제세동기 적용, 인공호흡 등을 의미한다. 본 연구에서는 인공호흡기, 심폐소생술, ICU 치료, 기관절개술, 승압제 사용이 포함된다.

2) 사전의료의향서에 대한 태도

• 이론적 정의

우리나라에서는 '사전지시', '사전의사결정', '사전선택', '사전의료의향(서)', '사전동의서' 등으로 해석하여 사용하고 있는데, 주로 판단능력을 상실한 말기 상황에서 생명연장을 위해 어떤 의료조치를 하거나 중단하기를 원한다는 개인적인 생각을 미리 밝혀 놓는 것이다(Yu, Son, & Lee, 2002).

• 조작적 정의

본 논문에서는 노인들이 사전의료의향서를 받아들이는 이해 정도와 자세로 Nolan과 Bruder (1997)가 개발한 '사전의료의향서에 대한 태도조사지(Advance Directive Attitude Survey)' 점수를 의미한다.

**연구 방법**

1. 연구설계

본 연구는 일개 한방병원을 방문하는 노인환자의 임종기 연명치료 중단관련 특성과 사전의료의향서에 대한 태도를 파악하고자 설계된 서술적 조사연구이다.

2. 연구대상

본 연구대상자는 Y시에 소재하는 P대학교 한방병원의 입원환자와 통원환자 중 만 65세 이상 노인환자이며, 의사표현이 가능하고, 질문의 내용을 이해하고 응답할 수 있으며, 본 연구의 목적을 이해하고, 연구 참여에 서면으로 동의한 자이다. 본 연구는 서술적 조사

연구로 특성별 사전의료의향서에 대한 태도비교를 기초로 필요한 표본의 크기를 산정하였을 때, 세 그룹 비교 F-test를 기준으로 중정도의 효과크기  $f = .25$  (Cohen, 1977),  $\alpha = .05$ , power = 0.80로 G power program (version 3.1)을 이용하여 산정한 결과 156명이었으며, 불성실한 응답을 고려하여 164명이 접근되었다. 그중 주요변인에 결측값이 있는 설문지를 제외하여 총 146명의 자료가 최종 분석에 포함되었다.

3. 연구도구

연구 대상자의 일반적 특성(성별, 나이, 결혼상태, 월수입, 교육정도), 질병관련 특성(건강수준, 진단받은 질환), 임종기 연명치료 중단 관련 경험(심폐소생술 경험, 연명치료 중단을 지켜본 경험, 연명치료 논의 경험), 임종기 연명치료 선택 관련 처치 중 특수 연명치료(회복 가능성이 없을 때 연명치료, 즉, 인공호흡기, 심폐소생술, ICU 치료, 기관절개술, 승압제 사용)와 일반 연명치료(통증조절약물복용, 관장, 인공배뇨, 수액치료, 튜브를 통한 인공영양 등), 사전의료의향서에 대한 태도 측정 문항을 구조화된 설문지를 통해 조사하였다.

1) 임종기 연명치료 중단 관련 경험

임종기 연명치료 중단 관련 경험은 "연명치료중단에 대한 국민의식 실태조사 및 법제화 방안 연구"(Pyun, 2012)를 참고하여 연구자가 개발한 문항을 사용하였다. 문항에는 '가족이나 지인에게 본인의 연명치료를 대해 의논해 본 적이 있습니까?', '가족이나 지인 중에 연명치료를 시행한 분이 계십니까?' '가족이나 지인 중 연명치료를 중단한 분이 계십니까?'라는 세 개의 질문에 '네', '아니요'로 응답하도록 하였다.

2) 임종기 연명치료 선택 관련 선호도

임종기 연명치료 선택 관련 선호도는 "연명치료중단에 대한 국민의식 실태조사 및 법제화 방안 연구"(Pyun, 2012)를 참고하여 연구자가 개발한 문항을 사용하였다. 연명치료 선택에 대한 포괄적 선호도를 측정하기 위해 '회복 가능성이 없는 상황에서 연명치료를 받으시겠습니까?'라는 질문에, '예, 받겠습니다' 혹은 '아니요, 받지 않겠습니다'의 반응을 하도록 하였고, '임종기에 받을 치료를 미리 정해놓는다면 원하는 치료가 무엇입니까?'라는 질문에 심폐소생술, 통증조절 약물 복용, 튜브를 통한 인공영양, 중환자실 치료, 기관절개술 등을 나열하여 원하는 치료를 모두 선택하도록 하였다.

3) 건강수준

Ware, Kosinski와 Keller (1996)의 연구에서 개발한 도구로써 신뢰도와 타당도가 검증된 SF-12 (Short-Form 12)를 사용하였고, 도구의

원저자에게 e-mail을 통해 도구 사용 승인을 받았다. 이 도구는 건강수준에 대한 주관적 지각을 측정하며, 신체적 건강지수(PCS: Physical Component Summary)와 정신적 건강지수(MCS: Mental Component Summary)의 2개 영역을 측정하는 12문항으로 되어있다. 신체적 건강지수는 신체적 기능, 신체적 역할제한, 통증, 일반건강의 4개 영역으로 구분되고, 정신적 건강지수는 정신건강, 감정적 역할제한, 사회적 기능, 활력의 4개 영역으로 구성된다. 문항당 1-2 점, 1-5점으로 측정된 원점수를 100점으로 환산하여 점수가 높을수록, 자신에 대한 지각된 건강수준이 높다는 것을 의미하며, 최소 0점에서 100점까지 나타날 수 있다.

본 연구에서는 50점 미만을 낮은 건강수준, 50점 이상을 높은 건강수준으로 나누어 분석하였다. Ware 등(1996)의 연구에서 도구 개발 당시 PCS Cronbach's  $\alpha = .89$ , MCS Cronbach's  $\alpha = .76$ 이었으며, 본 연구에서의 PCS Cronbach's  $\alpha = .79$ , MCS Cronbach's  $\alpha = .74$ 였고 총점에 대한 Cronbach's  $\alpha = .87$ 이었다.

#### 4) 사전의료의향서에 대한 태도

Nolan과 Bruder (1997)가 만든 Advance Directive Attitude Survey (ADAS)를 동일 저자가 2003년 개정한 것을 Lee (2012)가 번역한 도구를 사용하였다. 도구의 원저자와 한국어 번역자에게 e-mail을 통해 도구 사용 승인을 받았다. 이 도구는 총 16문항, 4점 척도로 되어 있으며, 치료 선택의 기회, 사전의료의향서가 가족에게 미치는 영향, 사전의료의향서가 치료에 미치는 영향, 질병 인식에 대한 항목에 대해 '매우 그렇다' 4점, '그렇다' 3점, '그렇지 않다' 2점, '전혀 그렇지 않다'를 1점으로 측정하였고, 역문항은 역환산하여 총점을 구하였다. 총점은 16점에서 64점까지의 범위를 나타내며, 본 연구에서는 Nolan과 Bruder의 연구(1997)에서 보고된 평균 40점을 기준점으로 하여 40점보다 점수가 높을수록 사전의료의향서에 대해 긍정적인 태도를 가지고 있는 것으로 구분하였다. Nolan과 Bruder (1997)의 연구에서 Cronbach's  $\alpha = .74$ 였고, Lee (2012)의 연구에서는 Cronbach's  $\alpha = .79$ 였으며, 본 연구에서 Cronbach's  $\alpha = .74$ 였다.

#### 4. 자료수집방법

자료수집 전 P 대학교병원의 임상시험심의위원회 Institutional Review Board (IRB)의 승인(승인번호: 20120006)을 받고 조사대상 병원에 본 연구의 목적과 조사방법을 설명한 후 협조를 얻었다. 본 연구의 자료수집 기간은 2012년 10월 30일부터 2013년 3월 31일까지 총 5개월 동안이었다. P 대학교병원에서 통원치료 및 입원치료를 하고 있는 만 65세 이상의 노인환자에게 연구의 필요성과 목적을 설명하고, 설문내용은 무기명으로 다루어지며, 연구 목적 외에는 사용되지 않음과 설문 도중 언제든지 중단할 수 있음을 알리고, 서면

동의서를 작성하도록 하였다. 외래환자의 경우 정오부터 1시 30분 까지 병원에서 수납이나 진료를 대기하고 있는 환자 총 116명에게 연구의 목적에 대해 설명하며 협조를 구하였고, 이 중 6명은 시간부족으로 거절하였고, 6명은 설문을 끝까지 완성하지 못하여 탈락되어 104명이 연구에 참여하였다. 입원환자의 경우, 신체적, 정신적으로 설문조사를 하기 힘든 상태이거나 타인과의 접촉을 꺼리는 노인환자를 제외하고, 저녁 6시 30분부터 9시까지 병실을 순회하면서 설문조사를 실시하였다. 총 48명을 접촉하였고 설문을 완성하지 못하여 2명이 탈락하였고, 문항에 정확하게 답변하지 못한 4명이 제외되어 42명이 연구에 참여하여 최종 146부가 회수되었다. 설문내용의 민감성과 환자의 사생활을 보호하기 위해, 외래환자가 연구참여에 동의하면, 상담실로 이동하여 설문조사를 시행하였고, 병실환자의 경우, 병실에 혼자 있을 때는 병실에서 설문조사를 실시하였고, 병실이 소란스러운 경우는 조용한 곳으로 이동하여 설문조사를 실시하였다. 모든 연구 대상자에게 연명치료와 사전의료의향서에 대해 기본적인 개념을 설명한 후 문항에 답하도록 하였으며, 글을 읽고 쓰는데 어려움이 있는 대상자의 경우에는 문항을 읽어 주고, 반응을 대필하여 작성하였다. 설문작성에 소요된 시간은 20-30분이었다.

#### 5. 자료분석

수집된 자료는 SPSS WIN 17.0 프로그램을 이용하여 다음과 같이 분석하였다.

1) 대상자의 일반적 특성과 질병관련 특성, 임종기 연명치료 중단 관련 경험 및 임종기 연명치료 선택 관련 선호도는 빈도와 백분율, 평균과 표준편차로 산출하였다.

2) 대상자의 사전의료의향서에 대한 태도는 평균과 표준편차로 분석하였다.

3) 대상자의 일반적 특성, 질병관련 특성 및 임종기 연명치료 중단 관련 경험에 따른 사전의료의향서에 대한 태도 차이는 t-test 및 ANOVA로 분석하였고, 사후검증은 Tukey test로 하였다. Kolmogorov-Smirnov test를 통한 정규성 검증에서 정규성이 위배되는 그룹에 대해서는 Mann-Whitney U tests로 분석하였다.

## 연구 결과

### 1. 대상자의 특성 및 연명치료 중단관련 경험에 따른 사전의료의향서 태도의 차이

본 연구에 참여한 노인환자는 총 146명이었고, 여자가 50.7%, 남자가 49.3%이었다. 연령은 평균  $69.8 \pm 5.53$ 세로 65세 이상-75세 미만이 85.6%로 가장 많았다. 결혼 상태는 기혼이 79.5%, 사별이나 미혼, 이

혼은 20.5%였고, 월수입은 100만 원 미만인 56.2%, 100만 원 이상-200만 원 미만인 경우가 29.4%를 차지하였으며, 200만 원 이상인 경우는 14.4%였다. 교육정도는 고졸이 34.2%, 중졸 이하가 34.2%, 대졸 이상이 31.6%였으며, 본인의 건강수준은 평균 62.5±17.25점으로 비교적 건강수준이 높다고 인식하고 있었다. 진단 받은 진단명 개수가 1개인 경우가 32.2%, 2개인 경우가 37.0%, 3개 이상인 경우가 30.8%를 차지하였다. 질병종류는 심혈관계 질환이 28.8%, 근골격계 질환이 23.1%였고, 이비인후과 질환이 13.8%, 소화기계 질환이 11.9%, 호흡기계가 10.0%, 비뇨생식기계가 6.9%, 종양이 5.6%를 차지하였다. 본인의 연명치료를 논의해 본 경험이 있는 경우가 30.8%였고, 가족이나 지인이 심폐소생술 경험이 있는 경우가 13.0%가 나타났다. 또한 연명치료의 전반적인 선호도에서는 회생불가능한 상태에서 연명치

료를 하는 것을 거부한다가 58.9%로 나타났다. 대상자의 특성에서는 교육정도에 따라 사전의료의향서에 대한 태도가 유의한 차이가 있었으며( $F=3.07, p=.049$ ), 고등학교 졸업자들이 가장 높은 긍정적 태도를 보였다. 임종기 연명치료 중단 경험과 관련된 사전의료의향서에 대한 태도는 가족이나 지인의 심폐소생술을 경험한 경우와 ( $U=852.00, p=.038$ ), 본인의 연명치료에 대해 가족이나 지인에게 논의한 경험이 있는 경우( $t=2.91, p=.004$ ), 회복 불가능할 때 연명치료를 거부하는 경우에서( $t=3.19, p=.002$ ) 사전의료의향서에 대해 더 긍정적인 태도를 보였다. 그 외 성별, 나이, 배우자 유무, 월수입, 지각된 건강수준, 진단명의 개수, 가족이나 지인 중 연명치료 중단 경험 유무에 따른 사전의료의향서에 대한 태도 차이는 없었다(Table 1).

**Table 1.** Analysis of Attitudes towards Advance Directives by Characteristics of Participants and Life-Sustaining Treatment (N = 146)

Variables	Categories	n	%	M±SD	t or F or U	p
Gender	Female	74	50.7	44.89±4.58	-0.29	.774
	Male	72	49.3	44.66±4.88		
Age (yr)	65-74	125	85.6	44.60±4.73	-1.10	.278
	≥ 75	21	14.4	45.80±4.58		
Marital state	Married	116	79.5	44.87±4.62	0.45	.652
	Widowed/single/divorced	30	20.5	44.43±5.14		
Monthly income (KRW 10,000)	< 100	82	56.2	44.39±5.02	0.74	.479
	100-199	43	29.4	45.46±4.26		
	≥ 200	21	14.4	44.90±4.39		
Education	Middle school and less	50	34.2	43.90±4.32	3.07	.049
	High school	50	34.2	46.08±5.44		
	College and above	46	31.6	44.32±4.02		
Health statue	Low (< 50)	45	30.8	45.84±4.69	1.83	.069
	High (≥ 50)	101	69.2	44.30±4.67		
Number of diagnosed disease	One	47	32.2	44.91±4.03	0.521	.595
	Two	54	37.0	45.15±4.72		
	Three or above	45	30.8	44.20±5.38		
Classification of disease (multiple responses, n = 160)	Cardiovascular	46	28.8			
	Musculoskeletal	37	23.1			
	Otorhinolaryngology	22	13.8			
	Digestive	19	11.9			
	Respiratory	16	10.0			
	Urogenital	11	6.8			
	Oncology	9	5.6			
Experience of life-sustaining treatment						
	Had an experience of having a discussion about the life-sustaining treatment with a family member or acquaintance	Yes	45	30.8	46.44±3.62	2.91
	No	101	69.2	44.04±4.96		
Have a family member or acquaintance with an experience of discontinuing at the life-sustaining treatment	Yes	20	13.7	45.30±3.51	1093.00	.340*
	No	126	86.3	44.70±4.89		
Have a family member or acquaintance with an experience of the CPR	Yes	19	13.0	46.90±4.62	852.00	.038*
	No	127	87.0	44.50±4.66		
Overall preference of life sustaining treatment						
	Refuse of receiving the life-sustaining treatment at the state of impossible recovery	Refuse	86	58.9	45.79±4.50	3.19
	Accept	60	41.1	43.33±4.67		

\*Mann-Whitney U tests due to non-normal distribution based on Kolmogorov-Smirnov test.  
CPR = Cardiopulmonary resuscitation.

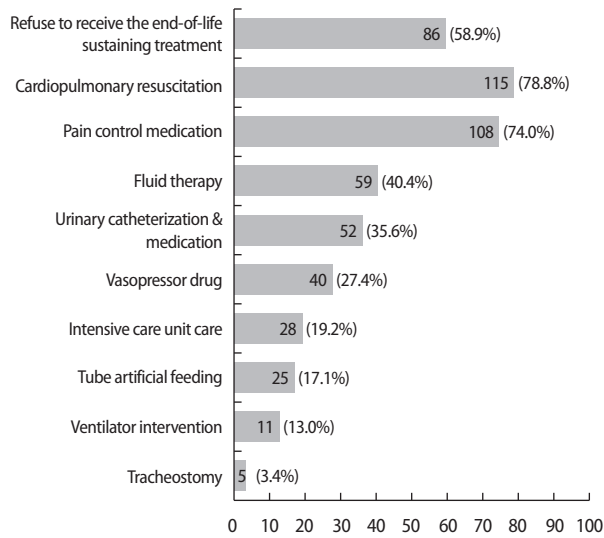


Figure 1. Preference related to the choice of life-sustaining treatment (multiple responses, N = 146). n(%).

2. 대상자의 임종기 연명치료 선택 관련 선호도

회복 가능성이 없을 때 연명치료를 거부하는 경우는 58.9%로 나타났다. 연명치료 중 특수 연명치료인 심폐소생술은 78.8%, 중환자실 치료는 19.2%, 인공호흡기 치료는 13.0%, 기관 절개술은 3.4%, 승압제 사용은 27.4%가 원하였다. 일반적 치료는 통증 조절을 74.0% 수액 치료는 40.4%, 인공도뇨는 35.6%, 튜브인공영양은 17.1%를 원하였다(Figure 1).

3. 대상자의 사전의료의향서에 대한 태도

노인환자의 사전의료의향서에 대한 태도는 평균 44.7±4.71점이었다. 제시된 기준점 40점(Lee, 2012)을 기준으로 대상자를 분류하였을 때, 사전의료의향서에 대한 태도가 부정적인 대상자는 15.1%, 긍정적인 대상자는 84.9%였다(Table 2).

논 의

본 연구는 생의 주기에서 임종을 준비하는 노인환자에게 현재 제도화를 추진 중인 사전의료의향서를 적용하기 위해, 노인환자의 임종기 연명치료 중단관련 경험과 사전의료의향서에 대한 태도를 파악하고자 수행되었다. 이는 정부기관의 '연명의료 치료결정'에 기초자료로 활용될 수 있으며, 향후 임상과 지역사회에서 노인들의 사전의료의향서 작성 시 노인들의 특성을 이해하고, 임종기 치료결정을 위한 노인 환자와 보호자 대상의 임종 교육 프로그램 개발의 기초자료로 활용할 수 있을 것으로 기대한다.

본 연구에서 대상자의 특성 중 교육정도에 따라 사전의료의향서

Table 2. Attitude towards Advance Directives of the Participants (N = 146)

Categories	n	%
Negative	22	15.1
Positive	124	84.9

Cut off point = 40

에 대한 태도가 유의한 차이를 보였으며, 고등학교 졸업자에게서 가장 높은 긍정적 태도가 관찰되었다(F=3.07, p=.049). 그 외 성별, 나이, 결혼상태, 월수입, 건강수준에 따라 사전의료의향서에 대한 태도에 유의한 차이를 보이지 않아 호스피스 암환자(N=74)의 성별, 나이, 재정상태, 종교가 임종기 치료와 상관관계가 없었던 Yoon 등(2011)의 연구결과와 일부 일치하였다. 하지만, Lee (2012)의 연구에서는 지난 한 달 동안 의료비 지출이 없던 노인이 사전의료의향서에 대해 부정적이었고, Pyun (2012)의 연구에서는 노인 대상자가 여자이거나, 기혼이거나, 가족과 동거하는 경우, 연령이 낮을수록, 소득이 높을수록, 사전의료의향서에 찬성하는 것으로 나타나 일부 차이가 있었다. 이는 선행 연구 대상자는 암환자, 지역사회 노인, 복지관 이용 노인이었기 때문에 의료기관에서 현재 치료 중인 노인환자의 특성과는 일부 차이가 있는 듯하다. 추후 좀 더 광범위한 대상자를 포함한 연구를 통해 대상자 특성과 사전의료의향서와의 관련성조사가 필요할 것으로 보인다.

본 연구에서는 대상자의 58.9%가 회복 가능성이 없을 때 연명치료를 거부한다고 반응하였으며, 사전의료의향서에 대한 태도는 평균 44.7±4.71점으로 긍정적인 태도를 나타내었다. Pyun (2012)의 연구에서도 사전의료지시에 대해 87.7%의 노인대상자들이 찬성한 것으로 나타나 요구에 부응하는 좀 더 정확한 정보제공과 사전선택의 용이성을 높일 필요가 있는 것으로 보인다.

임종기 연명치료 선택 관련 선호도에서 특수 연명치료 중에서는 심폐소생술을 78.8%로 가장 많이 원하였고, 일반 연명치료 중에서는 통증조절약물사용을 74.0%로 가장 많이 원하는 것으로 조사되었다. 지역사회 거주하는 노인의 경우, 급작스런 심정지와 같은 상황에서의 심폐소생술과 통증관리는 적극적으로 원하는 것으로 보인다. 이는 좀 더 심각한 만성질환을 앓고 있는 노인환자들과는 차이가 나는 반응이며, 60세 이상 심부전 환자 622명으로 한 연구에서 75세 이상의 노인은 타 연령에 비해 심폐소생술을 거부하였고, 연명치료 설문 후 반복조사 시 심폐소생술을 거부하는 비율이 유의하게 증가하는 결과를 보여(Kim, Kang, Koh, & Koh, 2009), 지역사회 거주하는 노인의 경우에는 말기 임종을 앞둔 환자에 대한 심폐소생술과 같은 무의미한 연명치료는 원하지 않는 것이라고 설명될 수 있다. 연명치료에 대한 반복적 질문은 연명치료 선택에 대해 좀 더 깊이 생각하게 계기를 제공해 준 듯 하다. 또한, Pyun (2012)의 연구에

서도 일반적 치료사항인 통증조절은 생명연장을 위한 특수한 의료 행위와는 구별되게, 참여한 노인대상자의 85.7%가 통증 조절은 원 하였고, 생명연장치료에는 동의하지 않는 결과를 보여, 통증 조절은 호스피스-완화의료에서도 강조되는 기본적 돌봄 개념이기도 하고, 노인환자나 임종기 환자에게서 가장 우선적으로 다루어져야 할 내용으로, 연명치료 중단과는 관련이 낮은 것으로 나타났다. Lee 등 (2013)이 1,242명의 암환자와 17개 도시의 성인 1,006명(20-70세)을 비교한 연구에서, 암환자가 성인에 비해 임종기 약물사용이나 생명 연장 의료중재를 원하는 것으로 나타나, 대상자의 질병 상황에 따라 연명치료에 대한 선호는 다를 수 있음을 보여준다. 그러므로 노인대상자의 질병관련 특성에 따라서도 연명치료에 대한 선호도는 차이날 수 있을 것으로 짐작된다.

본 연구에서는 가족이나 지인의 심폐소생술을 경험한 노인과 본인의 연명치료에 대해 가족이나 지인에게 논의한 경험이 있는 노인, 회복 불가능할 때 연명치료를 거부하는 노인이 사전의료의향서에 대한 긍정적인 태도를 보였다. 이는 Lee 등(2013)의 연구에서 65세 이상 노인(N=180) 중 최근 1년 사이 지인의 중환자실 입실과 사망에 대한 경험이 있는 대상자, 사전의료의향서 작성 의향이 있는 대상자가 사전의료의향서에 대한 태도가 긍정적이었다는 선행 연구결과와 맥락을 같이 하며, 임종이나 연명치료에 대한 경험이 사전의료의향서에 대한 긍정적인 태도에 영향을 주는 것으로 나타난다.

임종이 가까워지면 환자와의 의사소통이 어려워 대부분 보호자와 치료관련 결정을 하게 되는데 보호자는 환자의 의견에 상반되는 결정을 할 수 있고(Lee et al., 2013), 의료진 또한 상황에 따라 치료 계획을 변경할 수 있기 때문에(Matsui, 2007) 임종기 치료는 의학적 소견과 노인의 의견을 바탕으로 가족과 합의된 의사결정으로 진행하는 것이 중요하다. 하지만 무엇보다 환자의 의견이 보호자의 의견보다 우선시 되어야 한다. Kim 등(2009)의 연구에서 환자의 의사결정 능력이 있을 때에는, 보호자가 연명치료 중단을 요청하여도 중환자실 전담의사의 77.0%가 치료중단을 할 수 없다고 인식하였고, 실제로도 72.9%가 치료를 중단하지 않았다. 노인환자의 임종기 연명치료는 임박한 임종상황에 대처하는 것이 아니라 미리 준비된 과정이어야 한다. 선행연구에서 80세 이상 노인(N=309) 중 임종기 치료에 대한 사전계획을 한 가족은 스트레스와 불안, 우울이 유의하게 낮았고, 환자와 가족의 만족도가 높았다(Detering, Hancock, Reade, & Silvester, 2010). 임종기의 연명치료 중단관련 결정은 죽음에 이르도록 환자를 방치하는 것이 아니라 품위 있는 임종을 위한 전인적인 돌봄(holistic care) 차원에서 접근되어야 한다. 임상에서는 노인환자의 퇴원 계획에 임종기와 연명치료, 사전의료의향서 관련 내용을 포함한 임종기 준비 프로그램 제공이 필요하다. 또한 사전 의료의향서 작성 전 자신의 질병과 치료과정, 예후, 합병증 등에 대

한 정보를 제공받고 본인의 치료범위를 결정할 수 있도록 개인 수준에 맞는 교육, 상담 시스템이 필요하다. 또한 임종 이전에 사전의료의향서를 작성할 수 있도록 노인들이 이용하는 의료시설, 보건소, 주민자치센터, 노인 대학, 경로당 등에 연명치료와 사전의료의향서 관련 안내문과 서식을 비치하고, 대중매체를 통한 간접 경험을 제공하여 자신의 임종기 치료에 대해 생각해보고 의견을 표현할 수 있는 기회를 제공하는 것이 필요하다.

그러나 Sulmasy와 Sood, Ury (2008)의 연구에서, 의사는 타 의료 시술에 대한 상담에 비해 연명치료 중단 상담 시 자신감이 부족하다고 하였다. Heidi와 Cindy, Samantha, Kimberly (2009)의 연구에서는 간호사들이 환자와 그 가족들에게 사전의료의향서에 대한 논의한 경험에 대해 5점 척도에서 평균 2.52점으로 반응하였으며, 자신감 부분에서는 5점 척도에서 2.63점으로 반응하였다. 국내연구에서도 생의 말기 치료결정과 사전의료의향서에 대해 간호사의 73.8%가 환자의 사전의료의향서 작성을 도와야한다고 하였으나, 사전의사결정을 돕는 것에 대한 자신감은 평균 29.48점(range: 11-55)으로 낮은 경향이 있었다(Kim & Kim, 2010). 이러한 보고들로 볼 때, 임상현장에서 환자나 보호자에게 임종기 교육 및 상담을 제공할 수 있도록 의료진의 교육 역시 필요하다 하겠다.

임종기 의사결정은 의료인의 윤리 도덕적 가치, 판단이 중요하기 때문에 의료인이 임종과 관련된 윤리교육, 의사소통 기술에 대한 교육을 필수로 이수하도록 해야 하며, 환자와 보호자에게 상담을 제공하는 의료인에 대한 훈련이 더욱 절실하다.

본 연구는 Y시 일개 한방병원을 이용하고 있는 환자를 대상으로 하여 연구가 진행되었다. 한방병원의 특성상 뇌졸중, 뇌출혈 등과 같은 혈관계 및 근골격계, 소화기계 질환 환자가 많이 포함된 것으로 우리나라에서 유병률이 높은 만성질환인 고혈압, 골관절염, 당뇨병, 요통, 골다공증(Statistics Korea, 2011)을 가진 지역사회의 노인대상자에게 연구결과를 확대해석하는 데는 주의를 요한다. 또한, 현재 경험하는 불편함이나 통증의 정도에 대한 추가정보수집이 더 필요할 것으로 보이며, 추후 지역 사회와 다양한 의료기관에서의 노인대상자를 포함하는 연구가 시도되어야 할 것이다.

## 결론 및 제언

본 연구는 생의 주기에서 임종을 준비해야하는 노인환자에게 현재 제도화를 추진 중인 사전의료의향서를 적용하기 위한 현황 파악 및 제도마련의 기초자료를 제공하기 위해 수행되었다. 연구 결과 노인 환자는 사전의료의향서에 대해 긍정적인 태도를 보였다. 가족이나 지인 중 심폐소생술을 시행한 경험이 있는 그룹과 가족이나 지인에게 본인의 연명치료에 대해 논의한 경험이 있는 그룹, 회복 가

능성이 없을 때 연명치료를 거부하는 그룹이 사전의료의향서에 대해 긍정적인 태도를 보였다. 따라서 노인환자에게 자신의 임종기 치료에 대해 생각해볼 수 있는 기회를 제공하는 미디어 노출과 교육 및 홍보가 필요하며, 임상에서는 사전의료의향서 작성 전 노인환자에게 질병과 치료과정, 합병증, 예후에 대한 정보를 충분히 제공하여 자신의 치료범위를 결정할 수 있도록 도와주어야 할 것으로 생각된다. 또한 사전의료의향서는 존엄하게 죽을 권리를 존중하는 것이므로 노인의 의견에 귀를 기울이는 사회 분위기가 조성되어야 한다. 사전의료의향서의 접근성을 확대하여 호스피스 병동 뿐 아니라, 노인이 이용하는 의료시설, 주민자치센터, 노인 대학, 경로당 등에서 임종기 관련 자료를 쉽게 접할 수 있도록 도와, 자신의 임종기 치료에 대해 생각해보고 선택되어지는 죽음이 아닌 선택하는 죽음으로, 자신의 바람을 표현할 수 있는 기회를 제공해야 할 것으로 생각된다.

본 연구를 바탕으로 다음과 같이 제언한다.

첫째, 본 연구결과 Y시 일개 한방병원을 이용하고 있는 노인환자를 대상으로 선정하여 한방병원 특성상 뇌졸중과 같은 혈관계와 근골격계 질환을 가진 환자가 많았고 질병의 중증도가 고려되지 않아 대상자의 구성이 편향되었으므로, 대상자의 범위를 확대하고 질병의 중증도를 고려한 추후 연구를 제언한다. 둘째, 노인이 스스로 의사결정을 표현할 수 있을 때, 노인이 이용하는 의료시설, 주민자치센터, 노인 대학, 경로당 등에서 임종기 관련 자료 및 사전의료의향서에 대한 정보의 접근성을 확대할 필요가 있으며 그에 대한 효과검증이 필요할 것이다.

## REFERENCES

- Alano, G. J., Pekmezaris, R., Tai, J. Y., Hussain, M. J., Jeune, J., Louis, B., et al. (2010). Factors influencing older adults to complete advance directives. *Palliative Support Care*, 8, 267-275
- An, A. R. (2012). Late discussion about end-of-life care in terminal cancer patients: A retrospective cohort study. Unpublished master's thesis, Seoul University, Seoul.
- Bae, J. M. (2009, October). Discussion on social consensus regarding institutionalization of with drawing life-sustaining treatments. National Evidence-based Healthcare Collaborating Agency, Seoul.
- Cohen, J. (1977). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. New York, NY: Academic Press.
- 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. *British Medical Journal*, 23, 1136-1345.
- Heidi, P. C., Cindy, D., Samantha, R., & Kimberly, M. (2009). Advance directives evaluation of nurses' knowledge, attitude, confidence, and experience. *Journal of Nursing Care Quality*, 24(3), 250-256.
- Heo, D. S. (2006). Nursing research of cancer patient and latest knowledge of practice: Cancer patient administration to the patient centered and integrated medical world. *Proceedings of the Research Institute of Nursing Science at College of Nursing, Seoul National University, South Korea*, 2006, 3-12.
- Kang, H. I., & Yom, Y. H. (2009). Awareness and experience of nurses and physicians on DNR. *Journal of Korean Academy of Nursing Administration*, 9, 447-458.
- Kim, K. S. (2009). Application of Advance Directives at a General Hospital. Unpublished master's thesis, Ulsan University, Ulsan.
- Kim, M. Y., & Kim, K. S. (2010). Korean nurses' attitude towards Advance Directives and end of life decision making. *Journal of Korean Critical Care Nursing*, 3(2), 77-90.
- Kim, S. Y., Kang, H. H., Koh, Y. S., & Koh, S. O. (2009). Attitudes and practices of critical care physicians in end-of-life decisions in Korean intensive care units. *Korean Journal of Medical Ethics*, 12, 15-28.
- Kwon, I., Koh, Y. S., Yun, Y. H., Heo, D. S., Seo, S. Y., Kim, H. C., et al. (2010). A study of the attitudes of patients, family members, and physicians toward the withdrawal of medical treatment for terminal patients in Korea. *Korean Journal of Medicine Ethics*, 13, 1-16.
- Lee, H. L. (2012). The older population's attitudes toward advanced directives among senior center participant in Korea. Unpublished master's thesis, Seoul National University, Seoul.
- Lee, J. K., Yun, Y. H., An, A. R., Heo, D. S., Park, B. W., Cho, C. H., et al. (2013). The understanding of terminal cancer and its relationship with attitudes toward end-of-life care issues. *Medical Decision Making*. Advance online publication. DOI: 10.1177/0272989X13501883
- Matsui, M. (2007). Perspectives of elderly people on advance directives in Japan. *Journal of Nursing Scholarship*, 39, 172-176.
- Ministry of Health & Welfare. (2013, July 31). Patient's self-determination of netting medical, special law enacted recommendations. Retrieved July 31, 2013, from [http://www.mw.go.kr/front\\_new/al/sal0301vw.jsp?PAR\\_MENU\\_ID=04&MENU\\_ID=0403&CONT\\_SEQ=288993&page=1](http://www.mw.go.kr/front_new/al/sal0301vw.jsp?PAR_MENU_ID=04&MENU_ID=0403&CONT_SEQ=288993&page=1)
- Nolan, M. T., & Bruder, M. (1997). Patients' attitudes toward advance directives and end-of-life treatment decisions. *Nursing Outlook*, 45, 204-208.
- Pyun, H. J. (2012). Health status, advanced directives among community dwelling elders. Unpublished master's thesis, Ewha Womans University, Seoul.
- Shin, H. H. (2007). Life & Death, Right or Duty? *The Legal Study of Hospice and Palliative Care*, 10, 1-20.
- Special committee of guidelines for decision on life-sustaining treatment. (2013, September). Guidelines for decision life-sustaining treatment. Retrieved January 30, 2013, from <http://endocrinology.or.kr/bbs/index.html?code=notice2&mode=view&number=538>
- Statistics Korea. (2011, December). Population projections for Korea: 2010-2060. Retrieved April 18, 2014, from <http://kostat.go.kr/portal/english/news/1/17/1/index.board?bmode=download&bSeq=&aSeq=273109&ord=2>
- Statistics Korea. (2013, September). Elderly person Statistics. Retrieved September 30, from [http://kostat.go.kr/portal/korea/kor\\_nw/2/1/index.board?bmode=read&aSeq=308688](http://kostat.go.kr/portal/korea/kor_nw/2/1/index.board?bmode=read&aSeq=308688)
- Sulmasy, D. P., Sood, J. R., & Ury, W. A. (2008). Physicians' confidence in discussing do not resuscitate orders with patients and surrogates. *Journal of Medicine Ethics*, 34, 96-101.
- Ware, J. E., Kosinski, M., & Keller, S. D. (1996). A 12-item short-form health survey: Construction of scales and preliminary reliability and validity. *Medical Care*, 34, 220-233.



Yoon, H. M., Choi, Y. S., & Hyun, J. J. (2011). Current situation on signing advance medical directives and actual life-sustaining treatment given at a university hospital. *Korean Journal of Hospice and Palliative Care*, 14, 91-100.

Yu, H. J., Son, M. S., & Lee, K. H. (2002). Integrated approach to ethics and law

for medical problems: Medical service editorial ethics. Seoul: Publishing company dongrimsa.

Yun, Y. H., Rhee, Y. S., Nam, S. Y., Chae, Y. M., Heo, D. S., Lee, S. W., et al. (2004). Public attitudes toward dying with dignity and hospice. *The Korean Journal of Hospice and Palliative care*, 7, 17-28.