

노인의 자아통합적 특성이 연명치료 선호도에 미치는 영향

이미애

한세대학교 인문사회학부 교수

The Effects of Ego Integrity Trait of Elderly Persons on Life-sustaining Treatment Preferences

Mee-Ae Lee

Professor at Hansei University, Div. of Humanities & Community

요약 본 연구는 65세 이상 노인들의 연명치료 선호도에 영향을 미치는 요인들을 규명하는 것을 주목적으로 한다. 분석을 위해 한국보건사회연구원의 「2014년도 전국 노인생활실태 및 복지욕구조사」의 데이터베이스를 활용하였고 분석표본은 10,451건이었다. 응답자의 86.4 퍼센트가 무의미한 연명치료를 원하지 않는 것으로 나타났다. 다중회귀 분석결과, 여성일 경우($\beta = -.045, p < .001$), 연령이 낮을수록($\beta = -.024, p < .05$), 교육수준이 높을수록($\beta = .027, p < .05$), 연명치료를 원하지 않은 것으로 나타났다. 자아통합적 특성과 연명치료 선호도 간 구체적 영향관계는 삶의 만족도가 높을수록($\beta = .022, p < .05$), 본인의 죽음에 대해 생각해본 적이 있는 경우($\beta = .032, p < .01$), 연명치료 선호도가 낮은 것으로 나타났다. 반면 경로당이용을 통해 사회적 소속감을 느끼는 경우($\beta = -.038, p < .01$), 연명치료 선호도가 높은 것으로 나타났다. 노인의 자아통합 발달이 무의미한 연명치료를 본인에게 해야 할 상황에 처했을 때 연명치료 반대결정에 영향을 준다는 본 연구결과는 자아통합을 이룰 수 있도록 촉매역할을 하는 노인복지 프로그램의 제공을 통해 무의미한 연명치료를 줄일 수 있는 가능성을 시사한다.

주제어 : 연명치료 선호도, 자아통합, 웰다잉, 에릭슨, 융복합

Abstract The purpose of this study is to attempt to analyze factors affecting elderly persons' life-sustaining treatment preferences, focusing on ego integrity trait. This study used data from Elderly Profiles and Welfare Needs of the Elderly Persons(2014). The analysis sample was 10,451 cases. 86.4 percent of the sample responded that they disagree with life-sustaining treatment. Analysis results are as follows: being female($\beta = -.045, p < .001$), the younger($\beta = -.024, p < .05$), having more education years($\beta = .027, p < .05$), higher satisfaction of life($\beta = .022, p < .05$), responding that they had thought about their own funeral($\beta = .032, p < .01$), responding that they had used senior centers over the last one year($\beta = -.038, p < .01$) are related to disapproval of life sustaining treatment. This research shows that ego integrity trait such as satisfaction of life, or accepting and preparing one's own death, is related to disapproval of life-sustaining treatment.

Key Words : life-sustaining treatment preferences, ego integrity, well-dying, Erickson, interdisciplinary

* This study was supported by the 2013 research fund of Hansei University

Received 22 December 2015, Revised 26 January 2016

Accepted 20 February 2016, Published 28 February 2016

Corresponding Author: Mee-ae Lee

(Professor at Hansei University, Div. of Humanities & Community)

Email: meeae@hansei.ac.kr

© The Society of Digital Policy & Management. All rights reserved. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/3.0>), which permits unrestricted non-commercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

1. 서론

1.1 연구배경

의식불명이거나 의학적으로 회생가능성이 없는데도 불구하고 단지 생명을 연장시키기 위해 시술하는 의료행위를 연명치료라고 한다[1, 2]. 연명치료는 그 시행에 있어 환자 당사자나 가족들과 충분한 논의를 거친 후 시행되기도 하지만 지나치게 공격적인 의료 환경으로 인해 영겁결에 또는 병원에서 자동적으로 행해지는 경우도 빈번하게 발생한다. 현대 의료기술의 발달로 인해 무의미한 연명치료가 증가하면서 연명치료에 대한 논의는 환자의 생명에 대한 자기결정권과 행복추구권 대 국가의 국민에 대한 생명유지의무 등으로 대립되면서 소모적인 논쟁을 반복하고 있는 실정이다[3]. 또한 연명치료의 시행은 상대적으로 쉽지만 중단과정에서 발생할 수 있는 의료윤리적, 법적 문제와 함께 연명치료의 장기화가 초래하게 될 탈인간화와 비인격화 등으로 인한 삶의 질 저하도 우려되는 바이다[4, 5]. 사망의 장소도 현대화이론이 예측하였듯이 가정에서 병원으로 바뀌게 되는 추세인데 통계청 자료에 따르면 2013년 약 267,200명 사망자 중에 의료기관에서 사망한 경우가 71.6 퍼센트에 해당하는 것으로 나타났고 이러한 추세는 계속 늘어날 전망이다[6]. 이렇게 임종을 병원에서 맞이하는 환자들이 매년 증가하고 있는데 연명치료를 어느 선까지 해야할지 의료진과 환자가족 들 간 갈등을 겪기도 하면서 연명치료에 대한 논의는 웰다잉 논의의 뜨거운 감자로 부상하고 있다.

웰다잉에 대해 관심을 가지는 것은 그것이 현재 삶의 질과 직결되어 있기 때문이다. 죽음은 누구도 피할 수 없는 삶의 과정이지만 사람들은 의식적이든 무의식적이든 죽음을 피하려 하고 죽음에 대해 이야기하는 것조차 부자연스럽게 여기기도 한다. 이러한 죽음에 대한 막연한 불안이나 두려움 등의 부정적 감정은 때로는 죽음에 대해 잘못된 인식으로 이어지기도 하면서 노년기 우울의 원인이 되기도 한다. 죽음에 대해서 논의를 꺼리는 문화로 인해 죽음의 고통이 실제보다 과장되거나 왜곡되는 경우도 있고 때로는 아무 준비 없이 임종에 임박하게 되는 경우에는 ‘어떻게 죽음을 맞이해야 하나’ 등의 생각 없이 죽음을 자신의 일로 맞이하고 대비하지 못하게 되는 경우도 있다. 선행연구들은 인간은 죽음에 대해 상상이나 이별 등의 부정적 감정도 가지고 있지만 동시에 평화

로움, 자연스러움, 당연함 등의 수용적 태도도 함께 가지고 있다고 보고하고 있다[7].

죽음은 어느 연령에나 발생하지만 노인인구에게 가장 많이 발생한다. 에릭슨은 심리사회적 발달단계이론에서 노년기에 발전시켜야 할 긍정적 성격특성으로 자아통합을 다음과 같이 제시하고 개념화하였다: “자기의 과거와 현재의 인생을 바라던대로 살았다고 받아들이고, 만족스럽고 의미 있다고 생각하며, 앞으로 다가올 죽음을 인정하고 기다리는 태도를 갖는 것”[8]. 긍정적 성격특성은 발달과업이라고도 표현하는데 노년기의 자아통합이 발달하지 않으면 부정적 성격특성으로 절망감으로 이어질 수 있다고 보았다. 에릭슨은 웰다잉이 공론화되기 오래 전에 이미 자아통합이라고 하는 성격특성이 웰다잉을 위해 필요한 심리적 발달단계임을 통찰하였던 것 같다.

평균수명의 연장과 함께 노년기가 유례없이 장기화되면서 노후의 삶을 행복하게 살기 위해서는 죽음에 대한 부정적 인식으로부터 편안해지는 것이 필요불가결한 요소로 간주된다. 이를 위해 종교에 귀의함으로써, 죽음준비교육 등에 참여하여 임종과정에 대해 더 잘 알고 이해함으로써, 죽음에 대한 불안이나 공포를 완화시킬 수 있다. 또한 자아통합의 발달을 경험하면서 죽음을 자연스러운 삶의 한 과정으로 받아들이고 수용할 수도 있다. 죽음을 생각하고 준비할 수 있는 기회를 제공할 수 있는 노인복지프로그램을 제공한다면 노후의 절망감과 그와 관련된 여러 증상들을 줄일 수 있을 것으로 예측해본다.

연명치료 선호도는 의학적 판단 이외에도 개인의 가치관이나 철학, 종교, 라이프스타일과도 밀접한 관련을 가질뿐만 아니라 사회문화적 요인과 같은 비의학적 요소의 영향을 받는다[9]. 따라서 연명치료 선호도는 단순히 연명치료를 찬성한다 반대한다의 기계적인 차원을 넘어서 삶을 어떻게 이해하고 죽음을 어떻게 받아들이는가라고 하는 삶과 죽음에 대한 인식과 태도를 반영하게 된다[10].

인구의 고령화가 급격하게 진행되고 병원에서 임종하는 환자의 수가 증가하고 있는 현 시점에서 연명치료에 대하여 의료인뿐만 아니라 일반인들이 연명치료에 대해 어떻게 인식하고 생각하는지에 대한 기초자료와 함께 연명치료에 대한 태도에 영향을 미치는 요인들에 대한 확인작업이 필요한 시점이다[11]. 특히 죽음에 대한 생각을 어느 연령층보다 평균적으로 많이 하게 되는 노인인구를

대상으로 에릭슨이 제시한 인생주기의 마지막 단계인 노년기에 발달하는 자아통합이 무의미한 연명치료를 어떤 태도를 가지는지를 분석함으로써 노년기 발달과 죽음의 질 간 의미있는 연관성 여부를 살펴보고자 한다. 만약 노인의 자아통합 발달이 죽음을 어떻게 이해하고 받아들일 것인지, 또한 죽음을 어디에서 어떻게 누구랑 맞이할 것인지, 무의미한 연명치료를 본인에게 해야 할 상황에 처했을 때 어떤 결정을 할 것인지 등의 전반적인 임종과정을 포괄하는 죽음의 질에 영향을 미친다면 죽음의 질을 높이기 위해서는 자아통합 발달을 끌어낼 수 있도록 도와주는 노인복지 프로그램을 개발함으로써 죽음과 관련된 노년기 불안과 우울 등의 부정적인 심리상태를 완충하여 웰빙으로 이어지는데 공헌하게 될 것이다.

1.2 연구목적

본 연구는 우리나라 65세 이상 노인인구의 연명치료 선호도에 대한 실태를 조사하고 연명치료 선호도에 영향을 미치는 요인을 규명하는 것을 주목적으로 한다. 특히 에릭슨이 제시한 자아통합 발달이 연명치료 선호도와 어떤 연관성을 가지는지에 초점을 두고자 한다.

이러한 연구 목적을 가지고 한국보건사회연구원의 「2014년도 전국 노인생활실태 및 복지욕구조사」 데이터베이스를 활용하여 다음과 같은 구체적인 연구문제를 밝히고자 한다.

- 연구문제 1) 연명치료 선호도에 대한 실태는 어떠한가?
- 연구문제 2) 응답자의 인구학적 특성, 경제적 특성, 자아통합적 특성에 따라 연명치료 선호도에 유의한 차이가 있는가?
- 연구문제 3) 자아통합적 특성이 연명치료 선호도에 미치는 영향은 어떠한가? 아울러 각 영향요인들의 상대적 영향력은 어떠한가?

2. 이론적 배경

2.1 연명치료

우리나라 병원의 의료시스템은 의학적으로 회생가능성이 없다고 판단되는 경우에도 삶을 조금이라도 더 연장시키려는 의료진의 연명치료 노력을 의료윤리적으로 더 부합하는 것으로 간주하는 문화를 가지고 있다[12].

이러한 연명지상주의가 가지는 문제점은 연장되는 삶의 길이가 삶의 질보다 더 우선적으로 고려되는 경우도 종종 발생한다는 데 있다. 의료기술이 발달하면서 이전 같으면 사망하였을 경우에도 생명의 연장이 가능해지면서 연명치료를 직접 간접으로 경험하는 사람들의 수도 급격히 증가하고 있다. 연명치료를 받는 사람들의 수가 늘어나면서 연명치료에 대한 인식도 높아지고 연명치료가 가지는 한계점에 대한 논의도 활발하게 진행되고 있다.

연명치료의 인지도에 대한 초기연구들은 응답자들이 연명치료에 대해 잘 알고 있다고 응답한 경우보다 잘 모른다고 응답한 경우가 많았으나 최근의 연구결과들은 연명치료에 대한 인지도가 높아진 것으로 보고되고 있다[13]. 광역시 및 중소도시에 거주하는 40세 이상 65세 미만의 중년기 성인 200명을 대상으로 한 연구에서 김신미 외는 응답자의 75.6 퍼센트가 연명치료에 대해 인지하고 있다고 응답하였다[14].

연명치료에 대한 인지도와 함께 연명치료에 대한 선호도에 대한 선행연구들은 대다수의 응답자들이 환자의 입장이든, 가족의 입장이든, 또는 의료인의 입장이든 상관없이, 연명치료에 찬성하는 편 보다 반대하는 편이 더 많은 것으로 보고되고 있다[15, 16]. 또한 본인에 대한 연명치료의 경우도 유사한 연구결과를 보여준다. 본인에 대한 연명치료에 대한 선호도 연구들도 연명치료를 원하지 않는다고 응답한 경우가 원한다고 응답한 경우에 비해 월등히 많은 것으로 나타났다[17, 18, 19]. 이미에는 충청지역 소재 종합병원 중환자실 담당의사를 대상으로 한 연구에서 응답자의 87.5 퍼센트가 연명치료에 반대하는 것으로 보고하고 있다[20].

외국의 선행연구를 살펴보면 연명치료 선호도는 환자의 상태, 예후, 미래에 닥칠 수 있는 의료적 시나리오, 가능한 치료대안 등에 대해 담당의사와 나누는 상담에 의해 결정적으로 영향을 받는 것으로 보고되고 있다[21]. 특히, 예후에 대하여 객관적이고 구체적인 정보가 선호도와 밀접한 상관관계를 가지는 것으로 나타났다. 연명치료 가운데 하나인 심폐소생술의 경우 심폐소생술을 시행했을 경우 생존확률에 대해 얼마나 자세히 알고 있는가가 심폐소생술 선호도를 거의 결정짓는 것으로 보고되고 있다[22]. 우려스러운 점은 사람들은 본인에게 닥친 현실이 아니라 미래에 일어날 수 있는 가상적인 의료상황, 예를 들어 의식불명상태가 된다는가 하는 것을 전제

한 상황에서 응답하는 선호도와, 직접 상황이 닦졌을 때의 선호도는 상당한 차이가 있다는 점이다[23]. 심폐소생술 선호도는 삶의 질이 높을수록, 앞날에 대한 기대감이 클수록, 교육수준이 높을수록, 건강상태가 좋을수록, 심폐소생술을 선호하는 것으로 나타났다[24]. 의사와 환자 간 또는 의사와 보호자 간 연명치료 선호도에 대한 의미 있는 논의와 질적인 상담을 통하여 임종과정에서 일어날 수 있는 의사와 환자가 미스커뮤니케이션을 줄일 수 있고 무엇보다 의료진의 태도가 환자의 연명치료를 결정하는데 크게 작용하는 것으로 보고되고 있다[25].

2.2 자아통합

자아통합에 대한 대부분의 선행연구들은 자아통합이 우울, 생활만족도, 죽음불안 등의 심리적 상태에 미치는 영향에 대한 것들이 주를 이루고 있는 반면 연명치료 관련하여서는 전무하다. 에릭슨은 성인도 발달을 하고 성장한다는 것을, 즉 성인발달이 쇠퇴가 아니라 진보라는 것을, 명확하게 과학적으로 밝힌 최초의 사회과학자라고 평가할 수 있다[26]. 에릭슨 이전에는 아동발달에 대한 이론은 광범위하게 발전해 온데 반해 성인발달에 대한 이론은 상대적으로 부족하였다. 성인발달에 대한 선행연구들조차 인간이 45세에서 50세를 전후하여 쇠퇴의 징후를 보이며 발달하기 보다는 퇴보하는 것으로 받아들여지고 있었다[27].

에릭슨은 인생주기를 태어나서부터 사망할 때까지 8단계 발달과정으로 요약하고 각 과정마다 자아는 그 과정에서 공유하는 심리적 특질을 발달시킨다고 보고하고 있다. 즉 자아는 실존의 위험과 끊임없이 마주하면서 각 단계마다 공유하게 되는 자아특질을 발달시키면서 성숙한 성인이 된다고 보았다. 8단계는 인생주기 중 노년기에 해당하는 시기이며 이 시기의 자아특질을 자아통합(ego integrity)이라는 단어로 표현했고 우리말로는 자아통합 또는 자아완성으로 번역되었다[28].

자아통합이라는 정신상태에 접근하고 또 그것을 경험하기 위해서 에릭슨은 이전의 7단계의 발달과정에서 성공과 실패에 자신을 적응시켜온 사람만이 그 다음 단계인 8단계의 자아통합이라는 특질을 소유할 수 있다고 보았다[29]. 그 외에도 자아통합은 다음과 같은 구성요소를 가진다: 1) 질서와 의미에 대한 자아의 축적된 확신; 2) 자신만의 유일한 생애를 필연적이며 대체할 수 없는 것

으로 받아들이는 태도; 3) 죽음을 두려워하지 않을 정도로 굳건한 자아완성[30]. 최성재·장인협은 자아통합을 “자기의 과거와 현재의 인생을 바라던대로 살았다고 받아들이고, 만족스럽고 의미 있다고 생각하며, 앞으로 다가올 죽음을 인정하고 기다리는 태도를 갖는 것”으로 정의하였다[31]. 베일런트는 자아통합을 이 세상에 나라는 존재는 오직 하나뿐이며 누구나 한번 태어나면 반드시 죽는 존재라는 사실을 겸허히 있는 그대로 받아들일 수 있는 지혜를 득함을 의미하고 자아통합은 인생의 마지막 나날을 잘 마무리 짓기 위해 꼭 필요한 심리적 특질로 요약하였다[32]. “마지막 기력이 다하는 순간까지도 지혜는 남아있다. 지혜 덕분에 우리가 죽음 앞에서 생명에 대해 초연해질 수 있다. 신체적, 정신적 기능은 쇠퇴해 가더라도 지혜를 통해 꾸준히 통합을 경험하고 배우고 성취해 나갈 수 있다”[32]. 성숙한 성인이 되는 노년기과정에서 성인의 인성발달을 관찰한 결과 에릭슨은 나이가 들수록 사회적 기능은 쇠퇴하는 것이 아니라 사회적 지평이 확장되는 방향으로 진보한다는 것을 발견하였다[33].

3. 연구방법

3.1 분석자료

본 연구의 모형을 검증하기 위해 한국보건사회연구원에서 조사한 「2014년도 노인생활실태 및 복지욕구조사」 자료를 이용하였다. 본 자료를 이용하기 위하여 자료 신청서를 작성 후 이용료를 입금하여 데이터를 확보하였다. 조사 대상은 만 65세 이상 노인들이다. 조사지역은 특별·광역시와 ‘도’ 지역으로 나누고, ‘도’ 지역에서는 다시 중·소도시와 농·어촌으로 층화하여 층화 2단 집락 추출방법을 사용하였다. 이에 따라 대도시 7개 지역, 중·소도시 9개 지역, 농·어촌 9개 지역에서 조사가 진행되었고, 조사원의 면접조사를 통해 총 10,451명이 조사되었다. 본 연구에서는 조사대상자 전체인 65세 이상의 노인 10,451명을 분석 대상으로 삼았다. 응답자의 일반적 특성과 변수들의 정도를 파악하기 위하여 빈도분석과 기술통계 분석을 실시하였으며, 연명치료 선호도와 일반적 특성 및 변수와의 연관성을 파악하기 위하여 교차분석을 실시하였다. 상관분석을 통해 다중회귀분석에 투입할 변수들의 상관관계를 파악하여 회귀모형에 투입하는 데 활용하였

다. 마지막으로 다중회귀분석을 통하여 연명치료 선호도에 영향을 미치는 요인을 확인하였다. 분석 도구로는 PASW(구 SPSS) 18.0 버전을 이용하였다.

3.2 주요변수의 측정

3.2.1 종속변수

연명치료 선호도는 ‘귀하께서는 의식불명이거나 살기 어려운데도 살리려고 의료행위(연명치료)를 하는 것에 대하여 어떻게 생각하십니까?’에 대해 매우 찬성한다에 1값부터 매우 반대한다에 5값을 각각 지정하고 이를 분석에 사용하였다.

3.2.2 독립변수

우리나라 노인의 연명치료 선호도에 영향을 미치는 변수로 인구학적 특성(성별, 연령, 거주지역), 경제적 특성(교육연수, 국민기초생활보장 수급여부), 자아통합적 특성(삶의 만족도, 본인의 장례절차에 대한 생각여부, 지난 1년간 경로당 이용여부), 등을 분석에 사용하였다.

여성인 경우 0값을 남성인 경우 1값을 지정하였다. 연령은 연속변수이다. 거주지역은 도시지역에 거주하는 경우 1값을, 농촌지역에 거주하는 경우 0값을 지정하였다. 교육연수는 연속변수이고 국민기초생활보장 수급자인 경우 1값을 그렇지 않은 경우 0값을 지정하였다.

자아통합적 특성은 다음과 같이 조작화하였다: 1) 자신의 인생을 바라던 대로 살았다고 받아들이는 것을 반영하는 삶의 만족도; 2) 죽음을 받아들이는 수용적 태도를 반영하는 본인의 장례절차에 대한 생각여부; 3) 사회적 유대감 또는 소속감을 반영하는 경로당 이용여부.

삶의 만족도는 한국보건사회연구원에서 구성한 변수이다. “귀하께서는 다음과 같은 삶의 부분에 대하여 어느 정도 만족하십니까?”라는 문항을 ‘자신의 건강상태’, ‘자신의 경제상태’, ‘배우자와의 관계’, ‘자녀와의 관계’, ‘사회·여가·문화활동’, ‘친구 및 지역사회 관계’의 6개 영역으로 나누어 질문하였다. 이에 대한 응답은 1은 ‘매우 만족함’부터 5는 ‘전혀 만족하지 않음’으로 응답하였다. 본 연구에서는 1은 ‘전혀 만족하지 않음’부터 5는 ‘매우 만족함’으로 숫자가 높을수록 만족하는 것으로 역코딩하여 6개 영역의 응답을 평균값을 구하여 사용하였다. 6개 문항의 신뢰도를 나타내는 Cronbach’s α 는 .730으로 나타났다.

본인의 장례절차에 대한 생각여부는 죽음에 대한 인

식, 수용, 또는 태도를 반영하는 것으로서 “귀하께서는 본인의 장례를 어떻게 치르기를 원하십니까?”라는 문항에 1은 ‘화장 후 납골당’, 2는 ‘화장 후 자연장(수목·잔디·화초장)’, 3은 ‘화장 후 산골(산·강·바다에 뿌리는 것)’, 4는 ‘매장’, 5는 ‘시신 기증’, 6은 ‘기타’, 7은 ‘아직 생각해 보지 않음’으로 응답한 한 변수이다. 본 연구에서는 ‘아직 생각해 보지 않음’을 0으로, 기타를 제외한 ‘화장 후 납골당’, ‘화장 후 자연장’, ‘화장 후 산골’, ‘매장’, ‘시신기증’은 1로 코딩하였다. 따라서 0은 본인의 장례절차에 대해 생각해본 적이 없는 경우를 의미하고, 1은 생각해 본 적이 있는 경우를 의미한다. 지난 1년간 경로당을 이용한 적 있다고 응답한 경우 1값을 지정하였다.

4. 연구결과

4.1 조사대상자의 일반적 특성과 연명치료 선호도

<Table 1>은 조사대상자의 일반적인 특성을 보여준다. 분석표본은 10,451건으로 여성이 59 퍼센트를 차지해 남성보다 많았다. 연령은 65~74세가 5,962명(57.0%), 75~84세가 3,850명(36.8%), 85세 이상이 639명(6.1%)으로 나타났다. 응답자들은 도시에 67% 거주하는 것으로 나타났다. 교육연수의 경우 집단화를 통해 분류했을 때 무학인 경우가 33.2%, 초·중·고등학교의 경우가 60.4%, 대학 및 대학교 이상인 경우가 6.4%를 차지했다.

국민기초생활보장 수급자는 5.7%가량이 존재하는 것으로 나타났으며, 삶의 만족도는 연속형 변수이기에 응답자의 33%와 66%에 해당하는 점수를 기준으로 3개 집단으로 분류하였다. 3점 미만인 응답자를 저집단으로 분류하였으며 3,212명으로 나타났다. 중간집단은 3점 이상 3.4점 미만의 값을 가지며 3,229명으로 나타났다. 고집단은 3.4점 이상인 집단으로 3,840명으로 나타났다. 본인의 장례절차에 대한 생각여부에 대해서는 87%가 있는 것으로 나타났다. 지난 1년 간 경로당 이용을 한 응답자는 3,212명으로 30.7%인 것으로 나타났다. 마지막으로 연명치료에 대해 매우 찬성한다는 응답이 44명, 찬성하는 편이라는 응답이 408명, 그저 그렇다라는 응답이 784명, 반대하는 편이라는 응답이 3,861명, 매우 반대한다는 응답이 5,178명으로 나타나 찬성에 속하는 응답이 452명

〈Table 1〉 Descriptive Statistics of Variables

(N = 10,451)

Variables		N (M)	% (SD)	
Demographic Characteristics	Gender	female	6,169	59.0
		male	4,282	41.0
	Age(year)	65-74	5,962	57.0
		75-84	3,850	36.8
		85 +	639	6.2
Area of residence	rural area	3,446	33.0	
	urban area	7,005	67.0	
Economic Characteristics	Education years	none	3,469	33.2
		elementry/middle/high college +	6,311	60.4
	Welfare benefit recipient	no	9,856	94.3
		yes	595	5.7
Ego Integrity Characteristics	Satisfaction of life	low	3,212	30.7
		medium	3,229	30.9
		high	3,840	36.8
	Whether one thought about one's own funeral	missing	170	1.6
		no	1,183	11.3
		yes	9,097	87.1
		missing	171	1.6
Whether one used senior centers within 1 year	no	7,239	69.3	
	yes	3,212	30.7	
Life-sustaining Treatment Preferences	agree very much	44	.4	
	agree	408	3.9	
	so so	784	7.5	
	disagree	3,861	36.9	
	disagree very much	5,178	49.6	
	missing	176	1.7	

(4.3%), 반대에 속하는 응답이 9,039명(86.4%)로 반대하는 응답자가 많았으며, 그 중에서도 강한 반대의견을 표시한 응답자가 49.5%로 나타났다.

4.2 조사대상자의 일반적 특성에 따른 연명치료 선호도의 차이

〈Table 2〉는 응답자의 일반적 특성과 연명치료 선호도의 연관성을 교차분석을 이용하여 분석한 결과, 성별($\chi^2=13.964, p<.01$), 연령($\chi^2=25.050, p<.01$), 교육연수($\chi^2=38.104, p<.001$), 거주지역($\chi^2=11.138, p<.05$), 삶의만족도($\chi^2=89.854, p<.001$), 본인의 장례절차에 대한 생각여부($\chi^2=28.929, p<.001$), 경로당 이용여부($\chi^2=19.665, p<.01$)가 연명치료 선호도와 통계적으로 유의미한 연관성이 있는 것으로 나타났다. 국민기초생활보장 수급자여부는 유의한 연관성이 나타나지 않았다($p>.05$).

4.3 연명치료 선호도 관련 변인의 상관관계

연명치료 선호도와 관련 요인들 간의 상관관계분석을 실시하여 상관계수를 계산하였다. 상관관계분석은 회귀분석의 사전 검사로써 다중공선성을 점검하기 위한 방법 중 하나이기도 하다. 분석 결과는 〈Table 3〉과 같다. 변수들의 상관관계의 절대 값이 0.9 이상이면 다중공선성의 문제를 제기할 수 있으나, 상관계수 중 가장 높은 값이 .396으로 나타나 상관관계를 통해서 본 다중공선성의 문제는 없는 것으로 나타났다.

연명치료 선호도를 기준으로 다른 요인들과의 상관관계를 살펴보면, 교육연수($r=.032, p<.01$), 본인의 장례절차에 대한 생각여부($r=.031, p<.01$), 삶의 만족도($r=.025, p<.05$), 거주지역($r=.019, p<.05$)과 정적(+인 상관관계를 나타냈다. 경로당 이용여부($r=-.043, p<.001$), 연령($r=-.038, p<.001$), 성별($r=-.027, p<.01$)과는 부적(-인 상관관계를 갖는 것으로 나타났다. 이를 토대로 기초생활수급여부 변수는 회귀분석에서 활용하지 않았다.

〈Table 2 The Association between Individual Characteristics and Life-sustaining Treatment Preferences (N = 10,451)〉

Variables	Life-sustaining Treatment Preferences					χ ²	
	Agree very much	Agree	No difference	Disagree	Disagree very much		
Gender	female	17	222	444	2,298	3,083	13.964**
	male	27	186	340	1,563	2,095	
Age(year)	65-67	22	244	427	2,164	3,065	25.050**
	75-84	21	142	293	1,470	1,854	
	85 +	1	22	64	227	259	
Education years	none	9	122	295	1,336	1,616	38.104***
	elementary/ middle/ high	29	267	436	2,313	3,190	
	college +	6	19	53	212	372	
Residence of area	rural area	12	152	291	1,246	1,693	11.138*
	urban area	32	256	493	2,615	3,485	
Welfare benefit recipient	no	43	384	746	3,652	4,867	3.545
	yes	1	24	38	209	311	
Satisfaction of life	low	11	114	260	1,295	1,530	89.854***
	medium	8	147	234	1,322	1,515	
	high	25	147	290	1,244	2,133	
Whether one thought about one's own funeral	no	1	45	121	486	528	28.929***
	yes	43	363	662	3,375	4,650	
Whether one used senior centers within 1 year	no	26	262	513	2,624	3,659	19.665**
	yes	18	146	271	1,237	1,519	

* P<.05, ** P<.01, *** P<.001

4.4 연명치료 선호도에 영향을 미치는 요인

〈Table 4〉는 노인의 연명치료 선호도에 영향을 미치는 요인을 살펴보기 위해 다중회귀분석을 실시한 결과이다. 회귀모델은 약 0.6%(수정된 R² 값)의 설명력을 갖는 것으로 나타났다. 표준화 잔차의 평균값이 0, 표준편차가 1로 나타나 잔차의 정규분포성을 충족하는 것을 확인

하였다. 그 외 연명치료 선호도에 영향을 미치는 변인은 거주지역을 제외한 모든 변수들이 유의한 것으로 나타났다. 상대적 영향력을 보여주는 표준화 회귀계수는 성별(β=-.045, p<.001), 경로당 이용여부(β=-.038, p<.01), 본인장례절차에 대한 생각여부(β=.032, p<.01), 교육연수(β=.027, p<.05), 삶의 만족도(β=.022, p<.05), 연령(β=-.024,

〈Table 3〉 Correlation among Variables

(N = 10,451)

Variables	V1	V2	V3	V4	V5	V6	V7	V8	V9
V1	1								
V2	-.027**	1							
V3	-.038***	-.044***	1						
V4	.032**	.396***	-.265***	1					
V5	.019*	.016	-.078***	.193***	1				
V6	.014	-.057***	.057***	-.093***	.044***	1			
V7	.025*	.160***	-.168***	.303***	-.038***	-.225***	1		
V8	.031**	.004	.060***	.021*	-.012	.015	.025*	1	
V9	-.043***	-.087***	.179***	-.247***	-.359***	-.048***	.072***	.024*	1

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

V1= life-sustaining treatment preferences; V2= gender; V3= age; V4= education years; V5= area of residence; V6= welfare benefit recipient; V7= Satisfaction of life; V8= whether one thought about one's own funeral; V9= whether one used senior centers within 1 year.

(Table 4) Multiple Regression on Life-sustaining Treatment Preferences (N = 10,451)

	Variables	B	S.E.	β	t	p	tolerance	VIF
	Constant	4.421***	.120		36.793	.000		
Demographic Characteristics	Gender	-.075***	.018	-.045	-4.199	.000	.834	1.199
	Age(year)	-.003*	.001	-.024	-2.284	.022	.893	1.120
	Are of residence	.001	.018	.000	.030	.976	.852	1.174
Economic Characteristics	Education years	.005*	.002	.027	2.305	.021	.687	1.455
	Satisfaction of life	.031*	.015	.022	2.072	.038	.867	1.154
Ego Integrity Characteristics	Whether one thought about one's own funeral	.082**	.025	.032	3.263	.001	.994	1.006
	Whether one used senior centers within 1 year	-.067***	.019	-.038	-3.484	.000	.802	1.246
adj R ²					.006			
F					9.164***			

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

p<.05)의 순으로 나타났다.

교육연수, 삶의 만족도, 본인장례절차에 대한 생각여부는 연명치료행위에 대한 태도에 정적(+) 영향을 주는 것으로 나타났다. 이는 교육연수가 높고, 삶의 만족도가 높을수록 연명치료행위에 대하여 반대하는 것으로 볼 수 있다. 또한 본인장례절차에 대한 생각을 해 본 경험이 있는 경우, 연명치료를 원하지 않는 것으로 나타났다. 성별, 연령, 경로당이용여부는 연명치료 선호도에 부적(-) 영향을 미치는 것으로 나타났다. 이는 남성일 경우 여성보다 연명치료를 찬성하는 경향을 보인다는 것을 의미하며, 경로당에 다니는 경우에도 다니지 않는 경우에 비해 연명치료를 찬성할 확률이 높다는 것을 보여준다. 또한 연령이 높을수록 연명치료를 찬성하는 경향임을 알 수 있다.

5. 논의 및 결론

본 연구의 주목적은 에릭슨이 제시하고 본 연구의 분석을 위해 투입하였던 노년기 발달과정의 심리적 특질인 자아통합적 특성이 연명치료 선호도와 어떤 연관성을 가지는지 분석하는 것이다. 먼저 응답자의 인구학적 특성(성별, 연령, 거주지역, 경제적 특성(교육연수) 자아통합적 특성(삶의 만족도, 본인의 장례절차에 대한 생각여부, 지난 1년간 경로당 이용여부)에 따라 연명치료 선호도에 통계적으로 유의한 차이가 있는지 살펴보고 연명치료 선호도 영향요인은 무엇인지 분석하였다. 이 과정에서 자

아통합적 특성이 연명치료 선호도에 미치는 상대적 영향력은 어떠한지 검증하였다. 자아통합적 특성은 전반적인 삶의 만족도, 본인의 장례절차에 대해 생각해본 적이 있는지의 여부, 사회적 유대감 또는 소속감을 반영해 주는 경로당 이용여부 등으로 측정하였다.

응답자의 특성에 따른 연명치료 선호도 평균값의 차이가 통계적으로 유의한지 분석한 결과, 여성일 경우, 농촌지역에 거주할 경우, 연명치료를 반대하는 것으로 나타났다. 또한, 연령이 낮을수록, 교육수준이 높을수록, 연명치료 선호도의 평균값이 낮아 그렇지 않은 경우에 비해 연명치료를 원하지 않을 확률이 높은 것으로 나타났다. 자아통합적 특성의 경우, 삶의 만족도가 높을수록 낮은 연명치료 선호도를 보였고 본인의 장례절차에 대해 생각해 본 적이 있는 경우, 그렇지 않은 경우에 비해 연명치료를 반대하는 경향임을 알 수 있다. 본 연구에서는 본인의 장례절차에 대해 생각해 본 적이 있다고 응답한 경우를 죽음을 받아들이는 수용적 태도로 유추해석하였다. 경로당을 이용하는 노인의 경우에는 그렇지 않은 경우에 비해 연명치료를 원하는 것으로 나타났다.

연명치료 선호도에 영향을 미치는 요인들의 상대적 영향력을 살펴보기 위하여 다중회귀분석을 실시한 결과 표준화 회귀계수는 성별($\beta=-.045$, $p<.001$), 경로당 이용여부($\beta=-.038$, $p<.01$), 본인장례절차에 대한 생각여부($\beta=.032$, $p<.01$), 교육연수($\beta=.027$, $p<.05$), 삶의 만족도($\beta=.022$, $p<.05$), 연령($\beta=-.024$, $p<.05$)의 순으로 나타났다. 남성이 여성보다 연명치료를 대해 긍정적인 경향인 것으로 나타난 본 분석결과는 여성의 평균수명이 남성에 비

해 5년에서 6년 정도 길고 여성노인의 건강상태는 주로 만성질환으로 인한 것인 반면 남성노인의 경우 급성질환으로 사망하는 경향이 강하기 때문에 남성의 경우 연명치료를 원하는 것으로 해석할 수 있다. 교육수준이 높을수록 연명치료를 반대하는 것으로 나타났는데 이는 2장에서 서술했던 외국의 연구결과와 상반된 것이다. 또한 연령이 높을수록 연명치료를 선호하는 것으로 나타났는데 이는 아마도 죽음에 가까운 연령이 될수록 삶에 대한 애착이 강해짐을 반영한다고 볼 수 있다.

노인의 자아통합적 특성도 연명치료 선호도와 유의한 상관관계를 보여준다. 삶의 만족도가 높을수록 연명치료를 덜 원하는 것을 보여주는 본 연구결과는 자아통합감이 높을수록 죽음불안은 낮아지고 죽음수용수준 높아진다는 선행연구결과와 일치하는 것으로 나타났다[34].

경로당을 이용하지 않는 집단보다 경로당을 이용하는 집단이 연명치료를 대해 찬성하는 것으로 나타났는데 이는 사회적 유대감 또는 소속감이 강할수록 연명치료를 긍정적인 태도를 보이는 것으로 설명할 수 있다. 또한 본인의 장례절차에 대하여 생각해 본 적이 있다고 응답한 경우는 죽음에 대해 생각해 본 적이 있는 것으로 유추할 수 있기 때문에 연명치료를 대해 반대하는 경향과 상관관계를 가지고 있음을 알 수 있다[35].

노년기 자아통합적 특성이 연명치료 선호도의 영향요인임을 보여준 본 분석결과를 토대로 죽음에 대한 생각을 어느 연령층보다 평균적으로 많이 하게 되는 노년기에 있어서 자아통합 발달과 웰다잉 논의의 가장 중심이 되고 있는 연명치료를 대한 태도 간에 의미있는 연관성이 있음을 확인하였다. 따라서 노인의 자아통합 발달이 죽음을 어떻게 이해하고 받아들일 것인지, 또한 죽음을 어디에서 어떻게 누구랑 맞이할 것인지, 나아가 무의미한 연명치료를 본인에게 해야 할 상황에 처했을 때 어떤 결정을 할 것인지 등의 전반적인 임종과정을 포괄하는 죽음의 질에 영향을 미친다는 본 연구결과는 죽음의 질을 높이기 위해서는 자아통합 발달을 끌어낼 수 있도록 도와주는 노인복지 프로그램을 개발하여 제공함으로써 죽음과 관련된 노년기 불안과 우울 등의 부정적인 심리상태를 완충할 수 있다는 과학적 근거를 제시해 준다.

ACKNOWLEDGMENTS

This study was supported by the 2013 research fund of Hansei University.

REFERENCES

- [1] Korean Academy of Medical Sciences. "Korean Medical Association for the medical ethics guidelines to stop treatment keep the patient's deathbed", pp. 1-137 2002
- [2] Shin-Mi Kim, Mee-Ae Lee, Soon-Yi Kim, "A Survey on Life Sustaining Treatment Experienced by Adults with Deceased Family Member". Journal of the Korea Gerontological Society, Vol. 21, No. 3, pp. 15-27, 2002.
- [3] Jae-Won Kim, "How to meet one's death?", Policy debate hosted by member of the National Assembly Jae-Won Kim, 6-7, May, 22nd. 2015.
- [4] Sang-Ik Hwang, "Withdrawing the Treatment of the Hopeless Patients and Medical Ethics". Journal of the Korean Medical Association, Vol. 41, No. 7, pp. 697-701, 1998.
- [5] Myeong-Se Son, "Ethical and Legal Aspect of Termination of Hospital Care". Journal of the Korean Medical Association, Vol. 41, No. 7, pp. 707-711, 1998.
- [6] Yoon-Suk Ko, "How to meet one's death?", Policy debate hosted by member of the National Assembly Jae-Won Kim, 6-7, May, 22nd. 2015.
- [7] Mee-Ae Lee, Seong-Gyu Lee, Hyun-Ran Kim, "The Effects of Gerontotranscendental Life-styles on Quality of Life: The Probability of Combining Gerontotranscendental Education Programs for Dying Patients", Korean J Med Ethics Vol. 17, No. 2, pp. 117-132, 2014.
- [8] Sung-Jae Choi, In-Hyub Chang, "Social welfare for older persons in aging society", Seoul National University Press, pp. 95, 2010.
- [9] Fazel, S, Hope, T, Jacoby, R, "Effect of Cognitive

- Impairment and Premorbid Intelligence on Treatment Preferences for Life-sustaining Medical Therapy". *American Journal of Psychiatry*, Vol. 157 No. 6, pp. 1009-11, 2000.
- [10] Shin-Mi Kim, Ki-Sook Kim, In-Sook Lee, Soon-Yi Kim, "Perception towards advance directives, hospice-palliative care, life-sustaining treatment among the middle aged adults". *Korean Journal of Social Welfare Research*, Vol. 37, pp. 21-44, 2013.
- [11] Soon-Yi Kim, Mee-Ae Lee, Shin-Mi Kim, "Survey on Preferences Towards Advance Directives in Korean Adults", *Korean J Med Ethics Educ*, Vol. 4, No. 4, pp. 231-244, 2001.
- [12] Shin-Mi Kim, Soon-Yi Kim, Mee-Ae Lee, "Review on Advance Directives", *Korean J Nursing*, Vol. 31, Vol. 2, pp. 279-291, 2001.
- [13] Mee-Ae Lee, "Survey on Physicians' Opinions on Life-sustaining Treatment in the ICU", *Korean J Med Ethics Educ*, Vol. 7, No. 1, pp. 91-101, 2004.
- [14] Shin-Mi Kim, Ki-Sook Kim, In-Sook Lee, Soon-Yi Kim, "Perception towards advance directives, hospice-palliative care, life-sustaining treatment among the middle aged adults". *Korean Journal of Social Welfare Research*, Vol. 37, pp. 21-44, 2013.
- [15] Yamazaki Fumio. "Dying in a Japanese Hospital", 1990, translated by Dae-Hwan Kim, It Book, pp. 1-296, 2011.
- [16] Shin-Mi Kim, Soon-Yi Kim, Mee-Ae Lee, "Review on Advance Directives", *Korean J Nursing*, Vol. 31, Vol. 2, pp. 279-291, 2001.
- [17] Eun-Suk Yun, "Knowledge, experience, attitudes and preferences toward advance directives among patients and their family members who are visiting the general hospital". Master's thesis dissertation, Hanyang University, pp. 1-60, 2009
- [18] Ki-Hyun Kim. "Comparison of the response of lung cancer patients, family members, doctors, and nurses about advance directives of lung cancer patients". Master's thesis dissertation, Kyunghee University. pp. 1-90, 2010.
- [19] Fazel, S, Hope, T, Jacoby, R, "Effect of Cognitive Impairment and Premorbid Intelligence on Treatment Preferences for Life-sustaining Medical Therapy". *American Journal of Psychiatry*, Vol. 157 No. 6, pp. 1009-11, 2000.
- [20] Mee-Ae Lee, "Survey on Physicians' Opinions on Life-sustaining Treatment in the ICU", *Korean J Med Ethics Educ*, Vol. 7, No. 1, pp. 91-101, 2004.
- [21] Wolf, SM, Boyle, P, Callahan, D, Fins, JJ, Jennings, B, Nelson, JM, Barondess, JA, Rock, DW, Dresser, R, Emanuel, L, Johnson, S, Lantos, J, Mason, DR, Mezey, M, Oretlicher, D, Rouse, F, "Special Report: Sources of Concern about the Patient Self-determination Act". *The New England Journal of Medicine(Editorial)*, Vol. 325, No. 23, pp. 1666-1671, 1991.
- [22] Godkin, MD & Toth, EL, "Cardiopulmonary Resuscitation and Older Adults' Expectations", *The Gerontologist*, Vol. 34, No. 6, pp. 797-802, 1994.
- [23] Shin-Mi Kim, Mee-Ae Lee, Soon-Yi Kim, "A Survey on Life Sustaining Treatment Experienced by Adults with Deceased Family Member", *Journal of the Korea Gerontological Society*, Vol. 21, No. 3, pp. 15-27, 2002.
- [24] Godkin, MD & Toth, EL, "Cardiopulmonary Resuscitation and Older Adults' Expectations", *The Gerontologist*, Vol. 34, No. 6, pp. 797-802, 1994.
- [25] Sjokvist, P, Berggren, L, Cook, DJ, "Attitudes of Swedish Physicians and Nurses Towards the Use of Life-sustaining Treatment", *Acta Anaesthesiol Scand*, Vol. 43, No. 2, pp. 167-72, 1999.
- [26] George Eman Vaillant. "Aging well : surprising guideposts to a happier life from the landmark 2002", translated by Duck-Man Lee, Frontier, pp. 1-488, 2010.
- [27] Erikson E.H, "Childhood and society", New York: W. W. Norton & Company, pp. 1-445, 1950.
- [28] Erikson E.H. "Childhood and society", New York: W. W. Norton & Company, pp. 1-445, 1950.
- [29] Erik H. Erikson, "Childhood and Society", translated by Jae-Hoon Song, Yunamseoga, pp. 1-528, 2014.

- [30] Sung-Jae Choi, In-Hyub Chang, "Social welfare for older persons in aging society", Seoul National University Press, pp. 1-752, 2010.
- [31] George Eman Vaillant. "Aging well : surprising guideposts to a happier life from the landmark 2002", translated by Duck-Man Lee, Frontier 2010.
- [32] Erikson E.H. "Childhood and society", New York: W. W. Norton & Company, pp. 1-445, 1950.
- [33] Erik H. Erikson, "Childhood and Society", translated by Jae-Hoon Song, Yunamseoga, pp. 1-528, 2014.
- [34] Sun-Ae Park, Jun-Soo Hur, "Determinants of the Death Anxiety among the Elderly", Mental Health & Social Work, Vol. 40, No. 1, pp. 59-88, 2012.
- [35] Hee-Sun Nam,[36] So-Yeon Park, Kyoung-Young Park, "Correlation Study of Characteristics of Bio-medical Ethics and Self-esteem For Undergraduate Students", Journal of the Korea Convergence Society, Vol. 6, No. 6, pp. 255-261, 2015.
- [37] Seung Ae Yang, "Convergence Analysis of the Factors Influencing Terminal Care Attitude", Journal of the Korea Convergence Society, Vol. 6, No. 4, pp. 73-88, 2015. Youn-Ho Lee, "The Differential Effects of Death Fear on the Meaning Perceptions in Life by Death Acceptance Levels", Korean Journal of Psychology: General, Vol. 33, No. 1, pp. 263-283, 2014.

이 미 애(Lee, Mee Ae)



- 1985년 2월 : 고려대학교 국어교육과(문학사)
- 1991년 6월 : 시라큐스대학교 행정학과(행정학석사)
- 1997년 6월 : 시라큐스대학교 사회과학과(철학박사)
- 1999년 3월 ~ 현재 : 한세대학교 인문사회학부 교수

- 관심분야 : 노년학, 복지행정
- E-Mail : meeae@hansei.ac.kr