



# 요양병원 입원 노인의 좋은 죽음 인식, 사전의료의향서에 대한 태도 및 임종치료선호도

김은주<sup>1)</sup> · 이윤주<sup>2)</sup>

## Good Death Awareness, Attitudes toward Advance Directives and Preferences for Care Near the End of Life among Hospitalized Elders in Long-term Care Hospitals

Kim, Eunju<sup>1)</sup> · Lee, Yoonju<sup>2)</sup>

1) Master's Student, Graduate School, Pusan National University, Yangsan

2) Associate Professor, College of Nursing, Pusan National University, Yangsan, Korea

**Purpose:** This study was done to examine good death awareness, attitudes toward advance directives (ADs), and preference for care near the end-of-life (PCEOL) of hospitalized elders in long-term care hospitals. Relevant characteristics were investigated as well as correlation of the variables. **Methods:** This descriptive research study involved 161 hospitalized elderly patients in long-term care hospitals. A self-report questionnaire was used to measure Good Death Scale, ADs Survey, PCEOL Scale, and general characteristics. Collected data were analyzed using descriptive statistics, t-test, ANOVA, and Pearson correlation with SPSS/WIN 23.0. **Results:** In terms of good death awareness, a significant difference was observed; in according to age ( $F=3.35, p=.037$ ), payer of treatment costs ( $F=3.98, p=.021$ ), mobility ( $F=3.97, p=.021$ ), heard discussion about ADs ( $t=-3.89, p<.001$ ), and willing to complete ADs ( $t=2.12, p=.036$ ). As far as attitudes toward ADs, the participants presented significant difference depending on religion ( $t=2.38, p=.018$ ), average monthly income ( $F=3.91, p=.022$ ), duration of hospital admission ( $F=5.33, p=.006$ ), person to discuss ADs ( $t=-2.76, p=.006$ ). On PCEOL, there was a significant difference, depending on religion ( $t=-3.59, p<.001$ ) and perceived health status ( $F=3.93, p=.022$ ). Finally, as for how the variables were related to each other, good death awareness and attitudes toward ADs had a weak positive correlation with PCEOL. **Conclusion:** To help seniors staying in nursing homes face a good death and enjoy autonomy, there should be educational and support systems that reflect each individual's sociodemographic characteristics so that the seniors can choose what kind of care they want to receive near the end-of-life.

**Key Words:** Death; Advance directives; Advance care planning; Terminal care; Aged

\*This article is based on a part of the first author's master's thesis from Pusan National University.

주요어: 죽음, 사전의료의향서, 사전의료계획, 임종간호, 노인

\*이 논문은 제1저자 김은주의 석사학위논문 일부 발췌한 것임.

1) 부산대학교 대학원 석사과정생

2) 부산대학교 간호대학 부교수

Received Apr 17, 2019 Revised Aug 8, 2019 Accepted Aug 12, 2019

Corresponding author: Lee, Yoonju

College of Nursing, Pusan National University

49 Busandaehak-ro, Yangsan 50612, Korea

Tel: +82-51-510-8361, Fax: +82-51-510-8303, E-mail: [lyj@pusan.ac.kr](mailto:lyj@pusan.ac.kr)

## 서 론

### 1. 연구의 필요성

우리나라에서는 2016년 1월에 ‘존엄사법’ 또는 ‘웰다잉법’이라 불리는 ‘연명의료결정에 관한 법률’이 제정되면서 인간다운 죽을 권리, 좋은 죽음, 자기결정권 등에 대중적 관심이 증가하고 있다. 또한 인구 고령화, 만성질환자 수의 증가와 의학 기술의 보급 등으로[1] 요양병원이 증가하고 있고 가족구성원의 변화로 가족의 간병에 대한 부담으로 죽음을 맞이하는 장소가 가정에서 병원으로 바뀌고 있다.

노인에게 있어 죽음은 생애 주기의 마지막 도전이므로 인생의 과업을 성취하기 위해서는 죽음을 이해하고 긍정적으로 수용하는 태도를 가질 필요가 있다[2]. 특히 요양병원 입원 노인은 고령과 만성질환으로 인한 기능 감소로 일상생활의 영위가 어렵기 때문에 수동적이고 소극적이며[3], 입원 기간이 길어질수록 죽음에 대해 부정적으로 인식하므로[4], 요양병원 입원 노인이 긍정적으로 죽음을 인식할 수 있도록 도와야 한다. 죽음을 긍정적으로 인식한다는 것은 잘 죽어가는 것(well-dying)을 의미하는 것으로 핵심적인 내용은 무의미한 삶의 연장을 피하고 죽음 준비를 하며 존엄성과 편안함을 유지하고 임종하는 것이다[5]. 또한 마지막 순간까지 주변 사람들과의 관계를 유지하고 배려하는 측면을 포함하고 있다[6,7]. 죽음에 대한 인식은 인구학적 특성, 질병 특성 및 사회적 관계 특성 등의 다양한 요인들과 관련이 있다[2,3,8,9].

죽음에 대한 인식이 긍정적이고 좋은 죽음으로 인식하는 노인은 사전의료의향서에 대한 태도도 긍정적으로 나타났다[8,9]. 사전의료의향서(Advance Directives, ADs)는 무의미한 생명 연장에서 벗어나 자신의 연명의료중단 등에 관한 의사를 미리 직접 문서로 작성하는 것으로, 개인의 존엄을 최우선 시하여 삶의 질과 품위 있는 죽음에 대한 개인의 의사결정을 돕는다[10]. 노인 환자의 사전의료의향서에 대한 태도는 비교적 긍정적이며, ADs 작성 의향은 높은 편이다[11-13]. 그러나 대부분의 노인들은 연명치료나 사전의료결정에서 배제되거나 자신의 가치관을 반영하지 못한 치료를 받게 된다[13]. 실제로는 임종에 임박한 시점에서 보호자에 의해 결정되는 경우가 더 많았다[14]. 특히 요양병원 입원 노인들의 대부분은 자신의 건강상태가 나쁘다는 사실을 인식하고 있으나[3], 사전의료의향서에 대해 의논해 본 경험은 낮은 수준으로 나타났다[15]. 노인은 ADs 작성이라는 행위를 이끌어내기 위한 지식과 경험이 부족하고 개인적 특성, 질병 특성 및 환경적 요인 등에 따라 차이

가 있으므로[8,9,11,12,15], 요양병원 입원 노인의 자율성을 보장받기 위해서는 사전의료의향서에 대한 태도를 확인하고 사전의료의향서를 작성하는 과정을 통해 본인의 죽음 과정을 평가하고 준비시킬 필요가 있다.

사전의료의향서에는 연명치료에 대한 구체적인 치료의 범위와 내용을 포함하는 임종기 치료선호도가 포함되어 있다. 이는 환자의 효율적인 의사결정을 돕고 사전에 결정된 환자의 선호도에 따라 치료를 시행함으로써 인간의 존엄성을 존중하는데 중요한 방법이다[17]. 임종기 치료 중 노인들은 공통적으로 통증 관리를 가장 선호하며 인위적인 생명연장을 가장 선호하지 않으며, 인구사회학적 특성 및 질병 상태에 따라 선호도에 차이가 있는 것으로 나타났다[1,17,18]. 그러나 자신의 임종기의 치료에 관하여 구체적인 선호도를 인식하고 이를 사전의사결정을 통해 본인의 자율성을 표현해야 하지만 이에 관한 교육과 지지가 부족한 실정이다[19].

지금까지 노인이 무엇을 좋은 죽음이라고 인식하는가와 관련된 선행연구는 재가노인[7], 만성심질환자[8], 암 환자[9]를 대상으로 시행되었고, 사전의료의향서에 대한 태도는 만성심질환자[8], 암 환자[9,12], 종합병원 및 요양병원 입원 노인[13], 재가노인 및 요양시설 거주노인[15], 복지관 이용노인[11]을 대상으로 연구되었다. 임종치료선호도는 종합병원 입원 및 외래 환자[1], 재가노인[18]을 대상으로 한 선행연구가 있었고, 좋은 죽음 인식과 사전의료의향서에 대한 태도의 관계를 살펴본 연구[8,9]가 있어, 요양병원 입원 노인을 대상으로 한 연구는 부족한 실정이다. 따라서 요양병원 입원 노인이 좋은 죽음을 준비할 수 있도록 돕고 자신의 삶을 마무리하고 사전의료의향서와 연명치료에 대한 자기의사결정을 돕기 위해서는 이에 대한 실태와 관계를 확인할 필요가 있다.

이에 본 연구는 요양병원 입원 노인의 좋은 죽음 인식, 사전의료의향서에 대한 태도 및 임종치료선호도를 파악하고 이들의 관계를 파악함으로써 우리나라 요양병원 입원 노인이 죽음을 수용하고 준비하면서 자기 결정을 할 수 있도록 돕는 임종준비 프로그램에 필요한 기초자료를 제공하고자 한다.

### 2. 연구목적

본 연구는 요양병원 입원 노인을 대상으로 좋은 죽음 인식, 사전의료의향서에 대한 태도, 임종치료선호도를 확인하고 세 변수와의 상관관계를 파악하기 위한 것으로 구체적인 연구목적은 다음과 같다.

- 대상자의 일반적 특성을 파악한다.

- 대상자의 좋은 죽음 인식, 사전의료의향서에 대한 태도 및 임종치료선호도 정도를 파악한다.
- 대상자의 일반적 특성에 따른 좋은 죽음 인식, 사전의료의향서에 대한 태도 및 임종치료선호도의 차이를 파악한다.
- 연구변수간의 상관관계를 확인한다.

## 연구방법

### 1. 연구설계

본 연구는 요양병원 입원 노인을 대상으로 좋은 죽음 인식, 사전의료의향서에 대한 태도 및 임종치료선호도를 파악하고자 수행된 서술적 조사연구이다.

### 2. 연구대상

본 연구의 대상자는 2018년 8월에서 12월까지 A시와 B시에 소재하는 요양병원에 입원중인 만 65세 이상의 대상으로 본 연구의 목적을 이해하고 의사소통에 문제가 없으며 연구에 참여하기로 동의한 175명이었다. G\*Power 3.1.9 프로그램으로 ANOVA를 위해 필요한 최소표본크기는 유의수준( $\alpha$ )=0.05, 검정력(1- $\beta$ )=0.80, 중간 효과크기( $f$ )=0.25, 세 집단 기준으로 산정한 결과 159명이었다. 총 175명에게 설문을 배부하였고 이중 불성실하게 응답하거나 인지기능에 문제가 있는 대상자 14명을 제외하여 최종 161부가 최종 분석에 사용되었다.

### 3. 연구도구

#### 1) 좋은 죽음 인식

좋은 죽음 인식을 확인하기 위해 Schwartz 등[6]이 개발한 “The concept of a good death measure”를 원 저자에게 승인을 받고 도구의 저작권을 가지고 있는 DeltaQuest Concept of a Good Death Scale© (Copyright Registration Number: TX0006408226)로부터 구입하여 사용하였다. 이 도구는 3개 하위영역 총 17문항으로 구성되어 있다. 임상증상은 죽음 과정에서의 임상적 또는 생의학적 측면에 초점을 둔 영역으로 5개의 문항으로 구성되어 있고, 친밀감 영역은 죽음 과정에 대한 정신사회적 및 영적 측면과 관련 있는 9개 문항으로 구성되어 있다. 마지막으로 통제감은 죽음 과정에서의 의식, 의사소통 및 신체 기능에 대한 조절력을 의미하는 3개 문항으로 구성되어 있다. 각 문항은 4점 척도로 ‘전혀 필요 없는’ 1점에서 ‘절대

적으로 필요한’ 4점의 Likert 척도로 점수가 높을수록 해당 문항이 좋은 죽음에 중요한 특성임을 의미하며 해당 영역의 문항을 합산하여 하위영역별 점수를 구할 수 있다. 도구의 신뢰도 Cronbach's  $\alpha$ 는 Schwartz 등[6]이 개발 당시 .87로 하위영역별 .70(임상증상), .75(친밀감), .83(통제감)이었고, 본 연구에서는 .89로 하위영역별 .77(임상증상), .81(친밀감), .92(통제감)이었다.

#### 2) 사전의료의향서에 대한 태도

사전의료의향서에 대한 태도를 확인하기 위해 Nolan과 Bruder [20]이 개발하고 동일 저자가 수정·보완한 Advance Directives Attitude Survey (ADAS)를 Lee [16]가 번역한 도구를 도구의 원저자 및 Lee [16]의 승인을 받아 사용하였다. 이 도구는 치료선택의 기회(4문항), 사전의사결정이 가족에게 미치는 영향(8문항), 사전의사결정이 치료에 미치는 영향(3문항)과 질병의 인식(1문항) 등 총 16문항으로 구성되어 있다. ‘전혀 아니다’ 1점에서 ‘매우 그렇다’ 4점의 Likert 척도로 총점 가능범위는 16점에서 64점으로 점수가 높을수록 사전의료의향서에 대한 태도가 긍정적임을 의미한다. 도구의 신뢰도 Cronbach's  $\alpha$ 는 Nolan과 Bruder [20]이 개발 당시에는 .74였고, Lee [16]의 연구에서는 .79, 본 연구에서는 .85였다.

#### 3) 임종치료선호도

임종치료선호도를 확인하기 위해 Gauthier와 Froman [17]이 개발한 “Preferences for care near the end of life scale”을 Lee와 Kim [21]이 번역하고 수정·보완한 한국어판 임종치료선호도 도구를 도구의 원저자 및 Lee [21]의 승인을 받아 사용하였다. 이 도구는 자율적 의사결정(8문항), 영성(6문항), 가족(5문항), 의료인에 의한 의사결정(4문항), 통증(3문항) 등 총 26문항으로 구성된 5점 Likert 척도로 ‘매우 아니다’ 1점에서 ‘매우 그렇다’ 5점으로 점수가 높을수록 선호도가 높음을 의미한다. 도구의 신뢰도 Cronbach's  $\alpha$ 는 Gauthier와 Froman [17]이 개발 당시에는 자율적 의사결정 .81, 영성 .91, 가족 .76, 의료인에 의한 의사결정 .76, 통증 .68이었고, Lee와 Kim [21]의 연구에서는 자율적 의사결정 .89, 영성 .84, 가족 .86, 의료인에 의한 의사결정 .82, 통증 .42, 본 연구에서는 자율적 의사결정 .86, 영성 .95, 가족 .95, 의료인에 의한 의사결정 .97, 통증 .41이었다.

#### 4) 대상자의 일반적 특성

대상자의 일반적 특성은 선행연구 Lee [3], Lee [16], Hwang

[8]의 연구를 토대로 인구학적 특성인 성별, 연령, 학력, 종교, 월 평균 소득, 치료비부담 등의 9문항과 질병적 특성인 지각된 건강상태, 거동상태, 주 진단명 등의 5문항과 사전의료의향서 관련 특성인 연명치료를 의논해본 경험, 사전의료의향서 작성 의향 등 4문항으로 총 18개 문항으로 구성하였다.

#### 4. 자료수집 및 윤리적 고려

본 연구는 윤리적 측면을 고려하여 \*\*대학교 생명윤리위원회로부터 연구 승인을 받은 후(2018\_66\_HR) 2018년 8월 1일부터 12월 6일까지 자료를 수집하였다. 자료수집 전 A시와 B시 소재 요양병원 5곳을 편의추출 후 관련 부서장에게 연구목적을 설명하고, 최종적으로 참여를 희망한 총 4개의 요양병원에 직접 방문하여 자료를 수집하였다. 본 연구의 목적과 방법을 설명하고 연구에 참여하기를 서면 동의한 대상자들에게 설문지를 통하여 자가보고 방식으로 조사하였으며, 질문에 자발적으로 구두 답변할 수 있으나 설문지 기입을 스스로 하지 못하는 경우 내용을 읽어주고 답변을 받아 적는 방식으로 조사하였고, 작성시간은 20분에서 30분 정도 소요되었다.

#### 5. 자료분석

수집된 자료는 SPSS/WIN 23.0 프로그램을 이용하여 전산 처리하였으며, 구체적인 분석방법은 다음과 같다.

- 대상자의 일반적 특성은 빈도와 백분율, 평균 및 표준편차로 분석하였다.

- 대상자의 좋은 죽음 인식, 사전의료의향서에 대한 태도 및 임종치료선호도는 평균 및 표준편차로 분석하였다.
- 대상자의 일반적 특성에 따른 좋은 죽음 인식, 사전의료의향서에 대한 태도 및 임종치료선호도의 차이는 independent t-test 및 one-way ANOVA를 이용하여 분석하고 Scheffé test로 사후 검정을 실시하였다.
- 대상자의 좋은 죽음 인식, 사전의료의향서에 대한 태도 및 임종치료선호도의 상관관계는 Pearson correlation coefficient로 분석하였다.

### 연구결과

#### 1. 대상자의 좋은 죽음 인식, 사전의료의향서에 대한 태도 및 임종치료선호도

대상자의 좋은 죽음 인식은 하위영역별 점수가 4점 만점에 임상증상 3.57±.49점, 통제감 3.44±.70점, 친밀감 3.25±.56점의 순으로 나타났다. 사전의료의향서에 대한 태도는 총점 45.40±8.73점이었고 문항평균은 4점 만점에 2.84±.55점으로, 하위영역별 점수가 치료에 미치는 영향 3.29±0.73점, 가족에게 미치는 영향 2.87±0.62점, 치료선택의 기회 2.69±0.63점, 질병 인식 1.79±0.88점의 순이었다. 임종치료선호도는 하위영역별 점수가 5점 만점에 통증 4.63±.50점, 의료인 4.50±.81점, 가족 4.41±.90점, 자율적 의사결정 3.41±.27점, 영성 3.05±1.44점의 순이었다 (Table 1).

**Table 1.** Good Death Awareness, Attitudes toward ADs, PCEOL (N=161)

Variables	Categories	Total Sum M±SD	Total Mean M±SD
Good death awareness	Clinical	17.84±2.43	3.57±0.49
	Closure	29.23±5.01	3.25±0.56
	Personal control	10.33±2.11	3.44±0.70
Attitudes toward ADs		45.40±8.73	2.84±0.55
	Opportunity for treatment choices	10.75±2.53	2.69±0.63
	Impact of AD on the family	22.99±4.93	2.87±0.62
	Effect of an AD on treatment	9.87±2.20	3.29±0.73
	Illness perception	1.79±0.88	1.79±0.88
PCEOL		27.25±2.18	3.41±0.27
	Autonomous physiological decision making	18.31±8.62	3.05±1.44
	Spirituality	22.03±4.50	4.41±0.90
	Family	17.99±3.25	4.50±0.81
	Decision making by health care provider pain	13.88±1.51	4.63±0.50

ADs=advance directives; PCEOL=the preference for care near the end of life.

## 2. 대상자의 일반적 특성 및 일반적 특성에 따른 좋은 죽음 인식의 차이

대상자의 일반적 특성은 남성이 95명(59.0%)이었으며, 연령은 평균 76.2세로 80세 이상이 가장 많았다. 학력은 초졸 이하가 48.4%로 가장 많았고, 배우자는 없음이 66.5%였다. 요양병원 입원경험이 첫 번째인 경우가 50.3%였고, 입원기간은 평균 16.36개월이었으며, 6개월 미만인 47.8%로 가장 많았다. 월수입은 없음이 52.8%였고, 의료비 지불자는 57.1%가 형제 또는 자녀이었다. 지각된 건강상태는 나쁨이 44.7%로 가장 많았고, 거동상태는 혼자거동 또는 침상출입가능이 각 41.6%였다. 주 진단명은 암 이외 사망률이 높은 7대 질환이 72.7%로 가장 많았고, 최근 1년 내 간접죽음 경험이 없음이 57.1%였다. 사전의료의향서를 들어본 경험 없음과 연명치료를 의논한 경험 없음이 각 78.3%와 77.0%였고, 사전의료의향서 작성 의향이 있는 대상자는 73.3%였으며, 작성 시에 가족과 상의하겠다는 경우가 76.4%였다(Table 2).

대상자의 좋은 죽음 인식의 하위영역인 임상증상에서 연령( $F=3.35, p=.037$ )과 학력( $F=3.30, p=.039$ ), 거동상태( $F=3.97, p=.021$ ), 사전의료의향서를 들어본 경험( $t=-3.89, p<.001$ )에 따라 유의한 차이가 있었다. 사후 분석에서 80세 이상이 65세 이상 70세 미만인 경우보다, 침상 출입 가능(보조기구 사용)한 경우가 혼자 거동 가능한 경우보다, 사전의료의향서 들어본 경험이 없는 경우가 점수가 높게 나타났고, 학력은 유의한 차이가 없었다. 친밀감은 사전의료의향서 작성의향이 있는 경우( $t=2.12, p=.036$ )가 점수가 높게 나타났다. 통제감은 치료비 부담( $F=3.98, p=.021$ ), 입원기간( $F=3.11, p=.047$ ) 주 진단명( $F=3.14, p=.046$ ), 사전의료의향서 들어본 경험( $t=-2.92, p=.004$ )에 따라 유의한 차이가 있었다. 사후 분석에서 치료비 부담은 형제 및 자녀가 부담하는 경우가 본인 및 배우자가 부담하는 경우보다, 사전의료의향서 들어본 경험이 없는 경우가 점수가 높게 나타났고, 그 외 월 평균 소득, 입원기간, 주 진단명은 유의한 차이가 없었다(Table 2).

## 3. 대상자의 일반적 특성에 따른 사전의료의향서에 대한 태도의 차이

사전의료의향서에 대한 태도의 하위영역인 치료선택의 기회는 입원기간( $F=3.98, p=.021$ )에 따라 유의한 차이가 있었으나 사후 분석에서 유의한 차이가 없었다. 가족에게 미치는 영향은 월 평균 소득( $F=3.91, p=.022$ ), 입원기간( $F=5.33, p=.006$ )

에 따라 유의한 차이가 있었다. 사후 분석에서 월 평균 소득이 50만원 이상의 경우가 소득 없음과 50만원 미만인 경우보다, 입원기간이 12개월 이상이 6개월 미만보다 점수가 높게 나타났다. 치료에 미치는 영향은 종교가 있는 경우( $t=2.38, p=.018$ )와 사전의료의향서 작성 시 가족과 함께 상의하는 경우( $t=-2.76, p=.006$ )가 점수가 높게 나타났다. 질병의 인식은 거동상태( $F=3.39, p=.036$ )에 따라 유의한 차이가 있었으나 사후 분석에서 유의한 차이가 없었다(Table 3).

## 4. 대상자의 일반적 특성에 따른 임종치료선호도의 차이

임종치료선호도의 하위영역인 자율적 의사결정은 종교와 지각된 건강상태에 따라 유의한 차이가 있었다. 종교가 없는 경우가 있는 경우보다( $t=-3.59, p<.001$ ), 지각된 건강상태가 나쁨의 경우가 좋음의 경우보다( $F=3.93, p=.022$ ) 점수가 높았다. 그 외 일반적 특성에 따른 임종치료선호도는 유의한 차이가 없었다(Table 4).

## 5. 연구변수간의 상관관계

본 연구변수 간 상관관계를 분석한 결과 좋은 죽음 인식의 하위영역인 임상증상은 임종치료선호도의 하위영역인 자율적 의사결정( $r=.16, p=.049$ ), 통증( $r=.18, p=.022$ )과 약한 정적 상관관계가 있었다. 좋은 죽음 인식의 친밀감은 사전의료의향서에 대한 태도의 하위영역인 치료에 미치는 영향( $r=.17, p=.032$ )과 약한 정적 상관관계가 있었다(Table 5).

사전의료의향서에 대한 태도는 임종치료선호도의 하위영역인 가족( $r=.16, p=.043$ ), 의료인에 의한 의사결정( $r=.19, p=.017$ )과 약한 정적 상관관계가 있었고, 하위영역인 치료선택의 기회는 임종치료선호도의 하위영역인 여성( $r=.19, p=.014$ ), 가족( $r=.18, p=.022$ ), 의료인에 의한 의사결정( $r=.22, p=.004$ )과 약한 정적 상관관계가 있었다. 가족에게 미치는 영향은 임종치료선호도의 하위영역인 의료인에 의한 의사결정( $r=.16, p=.049$ )과 약한 정적 상관관계가 있었다. 치료에 미치는 영향은 임종치료선호도의 하위영역인 의료인에 의한 의사결정( $r=.20, p=.013$ )과 약한 정적 상관관계가 있었다(Table 5).

## 논 의

본 연구는 요양병원 입원 노인의 좋은 죽음 인식, 사전의료의향서에 대한 태도 및 임종치료선호도의 차이를 확인하고 세

**Table 2.** Characteristics of the Subject and Good Death Awareness

(N=161)

Characteristics	Categories	n (%) or M±SD	Good death awareness					
			Clinical		Closure		Personal control	
			M±SD	t or F (p) Scheffé	M±SD	t or F (p) Scheffé	M±SD	t or F (p) Scheffé
Sex	Male	95 (59.0)	3.52±0.48	-1.64	3.20±0.56	-1.41	3.40±0.73	-1.01
	Female	66 (41.0)	3.64±0.48	(.10)	3.32±0.55	(.16)	3.51±0.66	(.31)
		76.19±8.49						
Age (year)	65~69 <sup>a</sup>	48 (29.8)	3.43±0.54	3.35	3.33±0.58	0.92	3.45±0.65	0.35
	70~79 <sup>b</sup>	48 (29.8)	3.58±0.43	(.037)	3.18±0.51	(.40)	3.38±0.68	(.70)
	≥80 <sup>c</sup>	65 (40.4)	3.66±0.46	a < c	3.24±0.58		3.49±0.76	
Education	Elementary school or lower	78 (48.4)	3.61±0.45	3.30	3.22±0.57	0.39	3.46±0.66	2.91
	Middle school	31 (19.3)	3.69±0.48	(.039)	3.33±0.53	(.68)	3.67±0.68	(.057)
	High school or higher	52 (32.3)	3.43±0.52	†	3.24±0.56		3.29±0.74	
Religion	Yes	99 (61.5)	3.55±0.50	-0.60	3.31±0.53	1.80	3.44±0.70	-0.12
	No	62 (38.5)	3.60±0.46	(.55)	3.15±0.59	(.07)	3.45±0.71	(.90)
Spouse	Having	54 (33.5)	3.51±0.50	-0.98	3.26±0.51	0.19	3.38±0.71	-0.85
	Not having	107 (66.5)	3.59±0.48	(.33)	3.24±0.58	(.85)	3.48±0.70	(.40)
Cohabitation status before admission	Lived alone	58 (36.0)	3.54±0.49	0.12	3.22±0.57	1.23	3.39±0.79	1.38
	Lived with family	73 (45.3)	3.59±0.47	(.89)	3.32±0.54	(.29)	3.41±0.69	(.25)
	Lived in another institution	30 (18.6)	3.57±0.53		3.13±0.57		3.63±0.54	
Average monthly income (10,000 won)	No	85 (52.8)	3.63±0.52	2.81	3.29±0.57	2.98	3.53±0.63	3.06
	< 50	58 (36.0)	3.45±0.44	(.06)	3.12±0.55	(.054)	3.26±0.80	(.050)
	≥ 50	18 (11.2)	3.64±0.38		3.46±0.45		3.59±0.63	
Payer of treatment costs	Self or spouse <sup>a</sup>	35 (21.7)	3.47±0.47	1.85	3.21±0.53	0.13	3.15±0.78	3.98
	Siblings or children <sup>b</sup>	92 (57.1)	3.63±0.46	(.16)	3.26±0.56	(.88)	3.53±0.64	(.021)
	Other <sup>c</sup>	34 (21.2)	3.50±0.55		3.27±0.59		3.51±0.73	a < b
Perceived health status	Good	43 (26.7)	3.61±0.48	0.27	3.28±0.60	1.02	3.44±0.74	0.55
	Fair	46 (28.6)	3.56±0.53	(.76)	3.32±0.56	(.36)	3.53±0.64	(.58)
	Poor	72 (44.7)	3.55±0.46		3.18±0.53		3.39±0.73	
Mobility	Can move alone <sup>a</sup>	67 (41.6)	3.49±0.51	3.97	3.22±0.59	0.20	3.37±0.65	0.66
	Can get in and out of bed <sup>b</sup>	67 (41.6)	3.69±0.39	(.021)	3.28±0.50	(.82)	3.50±0.75	(.52)
	Cannot get in and out of bed <sup>c</sup>	27 (16.8)	3.46±0.58	a < b	3.25±0.62		3.48±0.72	
Number of convalescent hospital admission	First	81 (50.3)	3.55±0.48	-0.51	3.21±0.59	-0.96	3.38±0.71	-1.17
	Second or more	80 (49.7)	3.59±0.49	(.61)	3.29±0.53	(.34)	3.51±0.70	(.24)
Duration of hospital admission (month)	< 6 <sup>a</sup>	77 (47.8)	3.51±0.47	2.88	3.16±0.52	2.68	3.34±0.68	3.11
	6~11 <sup>b</sup>	23 (14.3)	3.46±0.57	(.059)	3.22±0.64	(.07)	3.32±0.83	(.047)
	≥ 12 <sup>c</sup>	61 (37.9)	3.68±0.45		3.37±0.55		3.62±0.65	†
		16.36±24.06						
Main diagnosis	Cancer	20 (12.4)	3.53±0.46	0.08	3.04±0.60	1.59	3.08±0.76	3.14
	Seven common diseases <sup>†</sup>	117 (72.7)	3.58±0.49	(.92)	3.28±0.54	(.21)	3.50±0.70	(.046)
	Other	24 (14.9)	3.56±0.51		3.24±0.56		3.44±0.62	†
Experience of indirect death within the past year	Yes	69 (42.9)	3.34±0.47	-0.91	3.59±0.49	0.40	3.17±0.53	-1.62
	No	92 (57.1)	3.41±0.49	(.37)	3.55±0.48	(.69)	3.31±0.57	(.11)
Heard discussed about AD	Yes	35 (21.7)	3.30±0.50	-3.89	3.14±0.51	-1.26	3.14±0.76	-2.92
	No	126 (78.3)	3.64±0.45	(<.001)	3.28±0.57	(.21)	3.53±0.67	(.004)
Have discussed about life-sustaining treatment	Yes	37 (23.0)	3.44±0.47	-1.79	3.25±0.50	0.02	3.36±0.72	-0.81
	No	124 (77.0)	3.60±0.48	(.08)	3.25±0.57	(.99)	3.47±0.70	(.42)
Willing to complete AD	Yes	118 (73.3)	3.54±0.50	-1.25	3.30±0.53	2.12	3.42±0.73	-0.58
	No	43 (26.7)	3.65±0.45	(.21)	3.10±0.61	(.036)	3.50±0.64	(.56)
Person to discuss AD	Self	38 (23.6)	3.57±0.47	0.01	3.17±0.58	-1.03	3.47±0.77	0.31
	Family	123 (76.4)	3.57±0.49	(.99)	3.27±0.55	(.31)	3.43±0.68	(.76)

† Seven major diseases are those with high mortality except cancer; heart disease, cerebrovascular disease, pneumonia, diabetes, liver disease, chronic low-grade disease, hypertensive disease; † Mean followed by same letter do not differ significant at post Scheffé test.

**Table 3.** Attitudes toward Advance Directive

(N=161)

Characteristics	Categories	Opportunity for treatment choices		Impact of AD on the family		Effect of an AD on treatment		Illness perception	
		M±SD	t or F (p) Scheffé	M±SD	t or F (p) Scheffé	M±SD	t or F (p) Scheffé	M±SD	t or F (p) Scheffé
Sex	Male	2.66±0.65	-0.78	2.82±0.63	-1.28	3.20±0.82	-1.88	1.83±0.94	0.74
	Female	2.73±0.61	(.43)	2.95±0.60	(.20)	3.42±0.58	(.06)	1.73±0.78	(.46)
Age (year)	65~69 <sup>a</sup>	2.76±0.69	0.64	2.96±0.57	0.75	3.29±0.76	.11	1.73±0.79	0.24
	70~79 <sup>b</sup>	2.61±0.53	(.53)	2.80±0.59	(.47)	3.33±0.70	(.90)	1.85±0.87	(.78)
	≥80 <sup>c</sup>	2.70±0.67		2.87±0.66		3.26±0.75		1.78±0.94	
Education	Elementary or lower	2.68±0.67	0.85	2.85±0.66	0.20	3.23±0.73	1.86	1.78±0.86	0.19
	Middle school	2.81±0.49	(.43)	2.94±0.50	(.82)	3.52±0.54	(.16)	1.87±0.99	(.83)
	High school or higher	2.63±0.65		2.87±0.61		3.25±0.82		1.75±0.84	
Religion	Yes	2.75±0.63	1.64	2.93±0.61	1.51	3.40±0.67	2.38	1.72±0.86	-1.31
	No	2.58±0.64	(.10)	2.78±0.62	(.13)	3.12±0.80	(.018)	1.90±0.90	(.19)
Spouse	Having	2.63±0.66	-0.89	2.86±0.58	-0.23	3.33±0.78	.53	1.78±0.90	-0.11
	Not having	2.72±0.62	(.37)	2.88±0.64	(.82)	3.27±0.71	(.59)	1.79±0.87	(.91)
Cohabitation status before admission	Lived alone	2.68±0.59	0.09	2.87±0.63	0.00	3.21±0.68	.50	1.88±0.80	0.62
	Lived with family	2.68±0.64	(.91)	2.88±0.61	(1.00)	3.34±0.74	(.60)	1.77±0.95	(.54)
	Lived in another institution	2.73±0.72		2.87±0.63		3.32±0.82		1.67±0.84	
Average monthly income (10,000 won)	No	2.67±0.64	0.27	2.85±0.61	3.91	3.33±0.72	2.53	1.72±0.91	1.62
	< 50	2.68±0.67	(.76)	2.80±0.63	(.022)	3.14±0.79	(.08)	1.95±0.83	(.20)
	≥ 50	2.79±0.52		3.24±0.51	a, b < c	3.56±0.55		1.61±0.85	
Payer of treatment costs	Self or spouse <sup>a</sup>	2.55±0.71	1.17	2.83±0.60	0.12	3.13±0.82	1.02	1.77±0.77	0.11
	Siblings or children <sup>b</sup>	2.74±0.62	(.31)	2.89±0.61	(.89)	3.34±0.69	(.36)	1.82±0.94	(.90)
	Other <sup>c</sup>	2.68±0.57		2.89±0.66		3.32±0.77		1.74±0.83	
Perceived health status	Good	2.70±0.72	0.01	2.92±0.61	0.32	3.33±0.74	0.10	1.65±0.87	2.93
	Fair	2.68±0.54	(.99)	2.82±0.54	(.73)	3.27±0.67	(.90)	1.63±0.80	(.056)
	Poor	2.68±0.64		2.88±0.67		3.28±0.78		1.97±0.90	
Mobility	Can move alone <sup>a</sup>	2.67±0.67	0.06	2.86±0.61	0.22	3.26±0.75	0.28	1.60±0.78	3.39
	Can get in and out of bed <sup>b</sup>	2.70±0.59	(.94)	2.91±0.64	(.80)	3.28±0.72	(.76)	1.87±0.87	(.036)
	Cannot get in and out of bed <sup>c</sup>	2.71±0.68		2.82±0.59		3.38±0.74		2.07±1.04	†
Number of convalescent hospital admission	First	2.62±0.62	-1.43	2.87±0.60	-0.08	3.20±0.69	-1.54	1.70±0.73	-1.24
	Second or more	2.76±0.64	(.16)	2.88±0.63	(.94)	3.38±0.77	(.12)	1.88±1.00	(.22)
Duration of hospital admission (month)	< 6 <sup>a</sup>	2.60±0.71	3.98	2.76±0.64	5.33	3.16±0.79	2.42	1.88±0.81	1.04
	6~11 <sup>b</sup>	2.51±0.51	(.021)	2.74±0.58	(.006)	3.32±0.78	(.09)	1.61±0.78	(.36)
	≥ 12 <sup>c</sup>	2.86±0.54	†	3.07±0.56	a < c	3.44±0.61		1.74±0.98	
Main diagnosis	Cancer	2.63±0.72	0.25	2.73±0.62	0.75	3.28±0.81	0.09	1.80±0.83	1.14
	Seven common diseases	2.71±0.64	(.78)	2.90±0.63	(.47)	3.28±0.75	(.92)	1.84±0.93	(.32)
	Other	2.64±0.51		2.85±0.56		3.35±0.59		1.54±0.59	
Experience of indirect death within the past year	Yes	3.07±0.56	3.44	1.74±0.98	-0.89	3.20±0.70	-1.38	1.90±0.83	1.38
	No	2.73±0.65	(.61)	2.91±0.64	(.37)	3.36±0.75	(.17)	1.71±0.91	(.17)
Heard discussed about ADs	Yes	2.69±0.64	0.05	2.97±0.63	1.02	3.30±0.79	0.14	1.83±0.89	0.30
	No	2.69±0.63	(.96)	2.85±0.61	(.31)	3.29±0.72	(.89)	1.78±0.88	(.76)
Have discussed about life-sustaining treatment	Yes	2.65±0.55	-0.43	2.85±0.63	-0.26	3.22±0.75	-0.69	1.70±0.78	-0.68
	No	2.70±0.66	(.67)	2.88±0.61	(.80)	3.31±0.73	(.49)	1.81±0.90	(.50)
Willing to complete ADs	Yes	2.70±0.59	0.37	2.90±0.60	0.82	3.32±0.72	0.84	1.81±0.86	0.59
	No	2.66±0.74	(.71)	2.81±0.66	(.41)	3.21±0.78	(.40)	1.72±0.93	(.55)
Person to discuss ADs	Self	2.59±0.70	-1.14	2.77±0.71	-1.16	3.01±0.85	-2.76	1.76±0.82	-0.21
	Family	2.72±0.61	(.26)	2.91±0.58	(.25)	3.38±0.67	(.006)	1.80±0.90	(.84)

ADs=advance directives; † Mean followed by same letter do not differ significant at post Scheffé test.

**Table 4.** The Preference for Care near End of Life

(N=161)

Characteristics	Categories	ADM		S		F		DHP		P	
		M±SD	t or F (p) Scheffé	M±SD	t or F (p) Scheffé	M±SD	t or F (p) Scheffé	M±SD	t or F (p) Scheffé	M±SD	t or F (p) Scheffé
Sex	Male	3.40±0.29	-0.56	2.87±1.42	-1.96	4.46±0.83	0.96	4.56±0.74	1.14	4.62±0.52	-0.08
	Female	3.42±0.24	(.58)	3.32±1.43	(.05)	4.32±0.99	(.34)	4.41±0.90	(.25)	4.63±0.49	(.93)
Age (year)	65~69 <sup>a</sup>	3.36±0.33	1.31	3.07±1.44	0.13	4.63±0.63	2.14	4.58±0.80	0.64	4.63±0.51	0.13
	70~79 <sup>b</sup>	3.45±0.21	(.27)	2.97±1.39	(.88)	4.30±1.00	(.12)	4.53±0.79	(.53)	4.60±0.53	(.88)
	≥80 <sup>c</sup>	3.41±0.27		3.10±1.49		4.32±0.97		4.41±0.84		4.65±0.49	
Education	Elementary or lower	3.41±0.21	0.72	3.18±1.35	1.52	4.36±0.97	0.49	4.42±0.87	1.40	4.62±0.52	0.05
	Middle school	3.45±0.35	(.49)	2.66±1.59	(.22)	4.35±0.94	(.61)	4.71±0.59	(.25)	4.65±0.52	(.95)
	High school or higher	3.38±0.30		3.10±1.45		4.51±0.76		4.48±0.84		4.63±0.49	
Religion	Yes	3.35±0.26	-3.59	3.09±1.38	0.44	4.37±0.90	-0.65	4.46±0.80	-0.78	4.59±0.50	-1.32
	No	3.50±0.26	(<.001)	2.99±1.53	(.66)	4.46±0.91	(.52)	4.56±0.84	(.43)	4.69±0.51	(.19)
Spouse	Having	3.39±0.31	-0.41	2.83±1.55	-1.41	4.55±0.67	1.47	4.60±0.69	1.16	4.69±0.45	1.03
	Not having	3.41±0.25	(.68)	3.17±1.37	(.16)	4.33±0.99	(.14)	4.44±0.87	(.25)	4.60±0.53	(.30)
Cohabitation status before admission	Lived alone	3.41±0.24	0.10	3.10±1.34	1.28	4.27±1.03	1.83	4.29±0.98	2.92	4.59±0.52	0.43
	Lived with family	3.40±0.27	(.91)	2.88±1.54	(.28)	4.41±0.85	(.16)	4.61±0.60	(.06)	4.67±0.45	(.65)
	Lived in another institution	3.42±0.32		3.37±1.33		4.65±0.72		4.63±0.86		4.61±0.59	
Average monthly income (10,000 won)	No	3.41±0.30	0.09	3.17±1.42	0.63	4.36±1.00	0.33	4.43±0.94	0.56	4.59±0.54	0.45
	< 50	3.40±0.26	(.91)	2.92±1.42	(.53)	4.48±0.76	(.72)	4.57±0.61	(.57)	4.67±0.46	(.64)
	≥ 50	3.40±0.17		2.91±1.58		4.37±0.86		4.57±0.73		4.65±0.52	
Payer of treatment costs	Self or spouse <sup>a</sup>	3.35±0.30	0.97	3.06±1.37	0.28	4.45±0.72	0.09	4.49±0.81	0.38	4.65±0.47	0.05
	Siblings or children <sup>b</sup>	3.42±0.26	(.38)	3.11±1.48	(.76)	4.38±0.95	(.91)	4.46±0.79	(.68)	4.63±0.50	(.95)
	Other <sup>c</sup>	3.43±0.27		2.89±1.41		4.43±0.96		4.60±0.89		4.61±0.55	
Perceived health status	Good	3.31±0.27	3.93	2.89±1.43	0.42	4.33±0.96	0.59	4.42±0.92	0.52	4.53±0.59	1.40
	Fair	3.44±0.29	(.022)	3.18±1.41	(.66)	4.53±0.70	(.55)	4.59±0.71	(.59)	4.61±0.50	(.25)
	Poor	3.44±0.25	a < c	3.08±1.46		4.37±0.98		4.48±0.81		4.69±0.45	
Mobility	Can move alone <sup>a</sup>	3.39±0.30	0.16	3.01±1.30	0.30	4.45±0.77	1.70	4.49±0.84	1.19	4.55±0.54	1.87
	Can get in and out of bed <sup>b</sup>	3.42±0.25	(.86)	3.15±1.54	(.74)	4.48±0.86	(.19)	4.58±0.70	(.31)	4.72±0.44	(.16)
	Cannot get in and out of bed <sup>c</sup>	3.42±0.25		2.91±1.54		4.12±1.23		4.30±1.00		4.59±0.55	
Number of convalescent hospital admission	First	3.42±0.26	0.86	3.12±1.44	0.60	4.46±0.83	0.75	4.54±0.78	0.73	4.68±0.49	1.52
	Second or more	3.39±0.28	(.39)	2.98±1.44	(.55)	4.35±0.97	(.45)	4.45±0.85	(.47)	4.57±0.52	(.13)
Duration of hospital admission (month)	< 6 <sup>a</sup>	3.43±0.23	0.60	3.08±1.45	1.72	4.39±0.89	0.13	4.52±0.84	0.05	4.65±0.51	0.09
	6~11 <sup>b</sup>	3.36±0.33	(.55)	2.56±1.50	(.18)	4.35±0.89	(.88)	4.46±0.72	(.95)	4.61±0.48	(.91)
	≥ 12 <sup>c</sup>	3.40±0.30		3.20±1.38		4.45±0.92		4.49±0.83		4.61±0.52	
Main diagnosis	Cancer	3.46±0.24	0.71	2.97±1.38	0.98	4.27±1.16	0.30	4.55±0.80	0.05	4.65±0.50	0.06
	Seven common diseases	3.40±0.26	(.50)	2.99±1.46	(.38)	4.42±0.89	(.74)	4.49±0.85	(.95)	4.63±0.51	(.94)
	Other	3.36±0.34		3.43±1.35		4.48±0.69		4.48±0.67		4.60±0.48	
Experience of indirect death within the past year	Yes	3.37±0.25	-1.33	2.98±1.43	-0.56	4.34±0.91	-0.78	4.56±0.71	0.87	4.67±0.48	0.96
	No	3.43±0.29	(.19)	3.11±1.45	(.58)	4.45±0.89	(.43)	4.45±0.88	(.38)	4.59±0.52	(.34)
Heard discussed about ADs	Yes	3.37±0.35	-0.85	3.15±1.42	0.45	4.54±0.66	1.02	4.61±0.60	0.96	4.55±0.50	-0.99
	No	3.42±0.25	(.40)	3.03±1.45	(.66)	4.37±0.95	(.31)	4.46±0.86	(.34)	4.65±0.50	(.32)
Have discussed about life-sustaining treatment	Yes	3.38±0.36	-0.70	3.13±1.47	0.38	4.51±0.69	0.78	4.70±0.50	1.77	4.66±0.46	0.42
	No	3.41±0.24	(.48)	3.03±1.43	(.70)	4.38±0.95	(.43)	4.44±0.88	(.08)	4.62±0.52	(.68)
Willing to complete ADs	Yes	3.39±0.29	-1.42	3.04±1.43	-0.12	4.40±0.94	-0.07	4.50±0.79	-0.03	4.64±0.49	0.58
	No	3.46±0.23	(.16)	3.07±1.47	(.91)	4.41±0.80	(.95)	4.50±0.87	(.98)	4.59±0.55	(.56)
Person to discuss ADs	Self	3.41±0.25	0.13	2.93±1.38	-0.62	4.41±0.93	0.03	4.36±1.04	-1.17	4.56±0.59	-0.92
	Family	3.40±0.28	(.89)	3.09±1.46	(.54)	4.40±0.89	(.97)	4.54±0.73	(.24)	4.65±0.48	(.36)

ADs=advance directives; ADM=Autonomous physiological decision making; S=Spirituality; F=Family; DHP=Decision making by health care Professionals; P=pain.



**Table 5.** Correlationship within Good Death Awareness, Attitudes toward ADs, PCEOL

(N=161)

Variables	1	1-1	1-2	1-3	2	2-1	2-2	2-3	3-1	3-2	3-3	3-4	3-5
	r (p)	r (p)	r (p)	r (p)	r (p)	r (p)	r (p)	r (p)	r (p)	r (p)	r (p)	r (p)	r (p)
1. Good death awareness	1												
1-1. Clinical	.75 ( $< .001$ )	1											
1-2. Closure	.94 ( $< .001$ )	.54 ( $< .001$ )	1										
1-3. Personal control	.78 ( $< .001$ )	.48 ( $< .001$ )	.63 ( $< .001$ )	1									
2. Attitudes toward ADs	.05 (.56)	-.02 (.78)	.08 (.31)	.01 (.90)	1								
2-1. Opportunity for treatment choices	.03 (.74)	-.02 (.78)	.07 (.35)	-.05 (.54)	.87 ( $< .001$ )	1							
2-2. Impact of ADs on the family	.06 (.44)	.01 (.98)	.08 (.31)	.05 (.53)	.94 ( $< .001$ )	.70 ( $< .001$ )	1						
2-3. Effect of an ADs on treatment	.14 (.08)	.05 (.56)	.17 (.032)	.07 (.36)	.85 ( $< .001$ )	.71 ( $< .001$ )	.70 ( $< .001$ )	1					
3. PCEOL													
3-1. Autonomous physiological decision making	.12 (.13)	.16 (.049)	.11 (.18)	.03 (.67)	.08 (.34)	.10 (.22)	.07 (.40)	.08 (.32)	1				
3-2. Spirituality	-.05 (.53)	.01 (.95)	-.05 (.51)	-.07 (.35)	.14 (.08)	.19 (.014)	.14 (.07)	.07 (.40)	-.03 (.72)	1			
3-3. Family	-.07 (.40)	.01 (.91)	-.08 (.32)	-.08 (.31)	.16 (.043)	.18 (.022)	.15 (.053)	.11 (.16)	.17 (.032)	.22 (.005)	1		
3-4. Decision making by health care professionals	.04 (.60)	.06 (.42)	.06 (.48)	-.05 (.53)	.19 (.017)	.22 (.004)	.16 (.049)	.20 (.013)	.29 ( $< .001$ )	.16 (.039)	.59 ( $< .001$ )	1	
3-5. Pain	.08 (.33)	.18 (.022)	.03 (.66)	.01 (.90)	.07 (.36)	.09 (.27)	.07 (.38)	.10 (.22)	.23 (.003)	.22 (.006)	.37 ( $< .001$ )	.40 ( $< .001$ )	1

ADs=advance directives; PCEOL=the preference for care near the end of life.

변수간의 상관관계를 파악하기 위한 연구이다.

연구대상자의 좋은 죽음 인식은 임상증상을 가장 중요하게 인식하는 것으로 나타났다. 노인 만성심질환자[8]와 노인 암 환자[9]에서 임상증상을 가장 중요하게 인식하여 본 연구와 유사하였고, 재가노인[7]을 대상으로 한 연구에서는 통제감이 더 중요하게 나타나 차이를 보였다. 어떤 개념을 더 중요하게 인식하는가에서는 질병 상태 및 거주환경의 특성에 따른 죽음인식이 존재되어 있다고 볼 수 있다. 특히 요양병원에 입원하는 노인들의 대부분이 암이나 만성질환이 있는 노인들이기 때문에 질환과 관련한 통증 없이 임종까지의 기간이 짧으며 기계적 장치 도움 없이 자연스럽게 자면서 죽는 것을 가장 중요하게 인식하고 있으므로 임상증상을 우선적으로 해결해 주는 간호가 요구되는 것으로 해석할 수 있다. 그러나 요양병원은 급성기 질환 치료 중심의 병원과는 달리 생의 남은 시간을 보내게 되는 노인

들이 많아 재가노인들이 자신의 통제감을 죽을 때까지 유지하기를 원하는 것[7]과 동일한 수준으로 통제감 또한 중요하게 인식하고 있음을 간과하지 말아야 한다. 한편 집에서 머무를 수 있는 것의 중요도를 낮게 인식하고 있는 것으로 나타났는데, 만성심장질환 노인을 대상으로 한 연구[8]과 유사하였다. 이처럼 요양병원을 포함한 의료기관인 병원에서의 죽음이 현대의 자연스럽고 보편적 흐름이 되고 있음을 알 수 있다. 그러나 최근 우리나라에서는 포용적 복지시대에 맞춰 보건과 복지의 통합인 ‘커뮤니티 케어’를 추진하면서 탈시설, 재가 관리 및 돌봄 관련 서비스를 위한 방안들이 확대되고 있어[22], 앞으로 병원뿐만 아니라 가정에서의 존엄한 죽음을 위한 준비도 필요하다.

대상자의 좋은 죽음 인식의 하위영역인 임상증상에서 연령, 거동상태, 사전의료의향서 들어본 경험에서 유의한 차이를 보였다. 재가노인, 노인 만성심질환자, 노인 암 환자를 대상으로

한 연구에서는 연령이 차이가 없어 본 연구와는 상이했다[7-9]. 그러나 연령이 많을수록 주변에서 죽음을 경험했을 가능성이 더 높고, 죽음에 대한 기대가 젊은 세대보다 현실적이기 때문에 [23], 생의학적인 증상으로부터 해방되기를 원하는 임상증상을 더 중요하게 인식하는 것으로 생각된다. 거동상태는 혼자가 아닌 보조기구를 이용하여 침상출입이 가능한 경우 임상증상을 중요하게 인식하였는데, 선행연구에서는 차이가 없는 것으로 나타나[7,8], 본 연구와는 상이했다. 거동상태가 좋지 않은 것은 기능적 건강상태가 낮은 것으로 해석할 수 있으며, 요양병원 입원노인에서 건강상태를 나쁘게 느낄수록 죽음에 대한 부정적 인식이 커져, 건강상태는 죽음 인식에 대한 중요한 변수임을 알 수 있다[3].

좋은 죽음 인식의 하위영역인 통제감에서는 치료비부담, 사전의료의향서 들어본 경험에서 유의한 차이를 보였다. 노인 만성심장질환자의 경우 치료비를 자신이 부담하는 경우에 좋은 죽음 인식이 높게 나타나[8], 본 연구와 상이했다. 통제감은 의식을 유지하고 다른 사람과 의사소통할 수 있고 신체적 기능을 통제할 수 있는 개인의 통제력을 의미하므로[6], 경제적으로 독립적이지는 못하더라도 신체적, 정신적으로는 본인의 의지와 통제력을 갖고자 하는 요구가 높은 것으로 볼 수 있다[7]. 사전의료의향서를 들어본 경험이 없는 경우가 좋은 죽음 인식의 통제가 높게 나타나[8] 본 연구결과와는 상이하였다. 우리나라에서 임종과정에 있는 환자에 대하여 사전의료의향서 상담 및 등록 등이 진행되고 있으나 아직 대부분의 노인들이 사전의료의향서에 대한 지식과 인식은 부족한 상태이다[15]. 사전의료의향서에 대한 노출 경험유무가 임상증상 및 통제감과 연관성이 있는지 확인되지 않아 추후 사전의료의향서에 대한 지식 정도에 따라 좋은 죽음 인식이 차이가 있는지 면밀하게 확인할 필요가 있다.

좋은 죽음 인식의 하위영역인 친밀감은 사전의료의향서 작성의향이 있는 경우에서 높게 나타났다. 이는 죽음에 대한 부정적인 인식을 가질수록 사전진료계획을 논의할 가능성이 낮고 [24], 사전의료의향서가 있는 사람은 죽음에 대한 수용이 높은 것으로 나타난[25] 연구결과와 맥락을 같이 한다고 볼 수 있다. 이는 죽음을 긍정적으로 수용하고 가까운 사람이나 중요한 일을 마무리할 기회를 가지면서 삶을 종결하는 것을 중요하게 인식할수록 자신의 임종 시 의사결정에서도 주도적인 태도를 보이는 것을 의미한다. 따라서 심리사회적 및 영적 요구를 충족시켜줌으로써 자신의 삶과 죽음에 대한 자기결정을 지지할 수 있

는 임종간호가 필요하겠다.

본 연구에서 요양병원 입원 노인의 사전의료의향서에 대한 태도는 4점 만점에 2.84점으로 다소 긍정적으로 나타났다. 노인 암 환자를 대상으로 한 연구[12]결과 3.02점보다는 낮았고, 복지관 이용 노인에서 2.82점[11]과 만성심장질환 노인에서 2.86점[8]으로 나타난 것과 유사하였다. 이를 통해 대부분의 노인들은 사전의료의향서에 대하여 대체로 긍정적인 태도를 보이고 있음을 알 수 있다. 그러나 본 연구에서 사전의료의향서를 들어본 경험이 있는 사람이 22.1%로 노인 암 환자 19.8%[9], 만성 심장질환자는 25.6%[8]로 낮아 실제로 사전의료의향서를 작성할 수 있을지 의문이다. 따라서 본인의 자율성을 최대한 존중하면서 인지 수준과 건강상태를 고려하여 적절한 시점에 충분한 정보를 제공함으로써 자신의 임종과정에 대한 자기결정을 할 수 있도록 준비시켜야 할 것이다.

대상자의 사전의료의향서에 대한 태도의 하위영역인 가족에게 미치는 영향은 평균 월수입과 입원기간에서 유의한 차이를 보였다. 평균 월수입이 입원 환자의 경우 고소득일수록 사전의료의향서에 대한 태도가 긍정적으로 나타나[26], 본 연구와 유사하였다. 가족에게 미치는 영향은 사전의료의향서가 가족이 내야 하는 값 비싼 의료비를 막아줄 것이라는 문항을 포함하는데, 저소득일수록 사전의료의향서를 두는 것에 대한 두려움을 가지고 있는 것으로 나타났다[26]. 따라서 사전의료의향서에 대한 정보를 이해시키고 긍정적인 태도를 함양시키기 위해서는 대상자의 소득수준을 함께 고려해야 할 것으로 사료된다. 다만, 본 연구에서는 고소득자의 비율이 적으므로 추후 표본크기를 증가하여 재확인할 필요도 있다. 입원기간의 경우 노인에서 시설 거주기간이 길수록 사전의사결정을 하는 비율이 높았고 [27], 노인 암 환자에서 치료기간과 사전의료의향서에 대한 태도가 정적 상관관계가 있는 것으로 나타났다[12]. 그러나 대부분이 건강할 때 사전의료의향서를 작성하는 것을 더 선호하며 [15,20], 국외의 경우 오랜 기간 동안 AD에 대한 대중들의 인식과 긍정적 태도를 함양하기 위해 노력하였지만 ADs 작성률은 미비하였다[20,24,25,27]. 현재까지도 ADs 작성을 권장하고 있는 실정으로 볼 때 사전의료의향서에 대한 태도 변화와 실행률 증가가 단시간에 이루어지기는 쉽지 않을 것으로 보인다. 따라서 입원기간 뿐만 아니라 건강상태, 환자의 의식 상태를 고려하여 환자와 보호자가 원할 때 언제든지 사전의료의향서를 작성하거나 그에 대해 교육할 수 있는 방안이 마련되어야 할 것이다.

대상자의 사전의료의향서에 대한 태도의 하위영역인 치료에 미치는 영향은 종교와 사전의료의향서 작성 시 상의할 사람에서 유의한 차이를 보였다. 선행연구에서 노인 만성심장질환자

가 종교가 있는 경우 사전의료의향서에 대한 태도가 긍정적으로 나타나[8], 본 연구와 일치한다. 사전의료의향서는 습득하여 얻어지는 교육보다는 종교와 같은 개인적인 가치관에 더 영향을 받으며, 종교를 가진 사람들이 존엄사와 관련된 결정에서 적극적인 태도를 취하기 때문[1]으로 생각된다. 사전의료의향서 작성 시 가족과 상의하는 경우에 사전의료의향서에 대한 태도가 긍정적으로 나타났는데, 사전의료의향서는 환자 개인뿐만 아니라 가족에게도 영향을 미친다[1]. 가족들은 환자에게 부담이 될 수 있는 의사결정을 환자를 대신하여 결정을 내리고 책임을 지려하는 경향이 있어 결과적으로 대리 의사 결정이 자주 발생한다[28]. 연명의료결정제도가 시행된 최근 1년 동안 환자 본인의 결정에 따라 연명의료가 중단된 경우보다는 환자 가족의 의사에 따라 결정된 경우가 두 배 이상을 차지하고 있다[14]. 따라서 본인과 가족 모두에게 사전의료의향서의 목적을 명확하게 설명하고 가족 구성원이 임종 치료 계획에서 어떤 역할을 할 수 있는지 이해시킴으로써, 치료에 대한 자기결정권을 충분히 표현할 수 있는 상태에서 본인이 사전의료의향서를 작성하도록 지지해주어야 하겠다.

본 연구에서 요양병원 입원 노인의 임종치료선호도는 통증, 의료인에 의한 의사결정, 가족의 하위영역 점수가 5점 만점에 4점 이상으로 높게 나타났고, 자율적 의사결정과 영성은 점수가 낮게 나타났다. 재가노인을 대상으로 한 연구[18]에서 통증, 가족, 영성 요인이 높은 반면에 의료인에 의한 의사결정과 자율적 의사결정은 낮았다. 이는 대부분 노인에서 임종기 치료 중 통증 관리를 가장 선호하며 인위적인 생명연장을 포함한 자율적 의사결정은 선호하지 않는 것으로 나타났다. 특히, 요양병원 입원 노인에서는 의료인에 의한 의사결정을 더 선호하는 것을 알 수 있다. 이는 시설이나 병원에 수용되어 있는 노인에게서 의존적 특성이 있고, 의료인은 의사결정의 중재적인 역할을 하고 잠재적인 결과를 더 잘 판단할 수 있기 때문에[29] 임종치료 방향의 결정을 의료인에게 의존하는 것으로 생각된다.

임종치료선호도의 하위영역인 자율적 의사결정에서 종교와 지각된 건강상태에 따라 유의한 차이가 있었다. 입원 환자[1]와 재가노인[18]에서는 종교에 따른 차이가 없는 것으로 나타나 본 연구와 상이했다. 자율적 의사결정은 연명치료에 대한 선호여부를 나타내는 항목이며 점수가 낮을수록 무의미한 연명치료에 대하여 반대하는 입장을 나타내는 것으로[17,18,21], 본 연구에서는 종교가 없는 경우에 연명치료를 선호하는 것으로 나타났다. 이는 반대로 종교가 있는 경우 무의미한 연명치료를 원하지 않는 것으로 해석할 수 있다. 선행연구가 부족하여 직접적인 비교가 어려우나, 종교가 있을 시 사전의료의향서 작

성률이 높고[25], 영성요인과 가족요인의 선호도가 높은 것으로 나타났다[17]. 따라서 종교가 임종치료선호도와 관련하여 차이를 보이는 변수이므로, 연명치료 결정에 있어서 세부적으로 어떠한 영향을 미치는지를 규명하는 연구가 필요할 것으로 보인다. 본 연구대상자의 지각된 건강상태가 나쁠수록 무의미한 연명치료를 원하지 않는 것으로 나타났는데 선행연구에서는 지각된 건강상태와 차이가 없는 것으로 나타나[1,18], 본 연구와 상이했다. 그러나 건강하지 않을 때 사전의사결정에 더 적극적이고[27], 만성질환을 가진 경우 사망과 질병에 대한 부담이 급증하기 때문에 인위적인 생명연장을 원하지 않는다[8]. 이처럼 건강상태는 연명치료 결정에 중요한 요인이지만 질병과 치료경과에 따라 건강상태가 유동적으로 변하기 때문에 개인의 선호도와 구체적인 치료 범위에 대한 결정을 언제든지 변경할 수 있음을 인지할 수 있도록 도와야 한다.

연구변수간의 상관관계를 살펴보면, 좋은 죽음 인식의 하위영역인 통제감은 사전의료의향서에 대한 태도의 하위영역인 치료에 미치는 영향과 약한 정적 상관관계가 있었다. 하위영역별로 관계를 규명한 연구는 없었으나, 선행연구에서 좋은 죽음 인식이 사전의료의향서에 대한 태도와 정적인 상관관계를 보여[8,9] 본 연구와 유사했다. 또한 좋은 죽음 인식의 하위영역인 임상증상은 임종치료선호도의 하위영역인 통증과 약한 정적 상관관계가 있었다. 이는 좋은 죽음 인식의 임상증상이 의학적 측면에 초점을 맞춘 요소로[6], 통증에 대한 문항이 포함되어 있기 때문으로 생각된다. 사전의료의향서에 대한 태도는 임종치료선호도의 하위영역인 가족, 의료인에 의한 의사결정과 약한 정적 상관관계가 있었고, 사전의료의향서에 대한 태도의 하위영역인 치료선택의 기회는 임종치료선호도의 하위영역인 영성, 가족, 의료인에 의한 의사결정과 약한 정적 상관관계가 있었다. 이러한 관계를 규명한 연구는 찾을 수 없었으나, 본 연구대상자가 임종기에 사전의료의향서를 통해 자신과 가족이 원하는 치료를 받을 수 있고, 의료진도 사전의사결정을 고려해서 치료해줄 것이라는 문항에 대해 긍정적인 태도를 가지고 있기 때문으로 생각된다.

본 연구가 선행연구와 일치하지 않은 부분이 있었던 것은 죽음 인식은 개인의 질병 상태가 실존 문제를 반영하고[28], 사전의료의향서에 대한 태도는 개인의 가치와 철학, 신념의 차이가 있으므로 단순히 일반적 특성 및 사회학적 변수로 결정된다고 단정 짓기 어렵기 때문이다[11]. 따라서 요양병원 입원 노인에게 죽음과 임종치료, 사전의사결정 등에 대하여 접근할 때, 연명치료 선택에 대한 것에 초점을 맞추기보다 자신의 인생에 대한 가치를 되돌아보고 생각을 정리할 수 있게끔 돕는 것이 선행

되어야 한다고 생각된다.

그러나 본 연구는 다음과 같이 몇 가지 제한점이 있어 결과를 해석하는데 있어 주의가 요구된다. 첫째, 본 연구에서 사용한 측정도구들은 선행연구를 통해 타당도와 신뢰도 검증을 거친 도구들이기는 하나 자가보고식 설문지로 응답자의 태도와 환경 등에 영향을 받을 수 있을 것으로 생각된다. 둘째, 임종치료선호도의 하부영역 중 통증영역의 3문항에 대한 신뢰도 Cronbach's  $\alpha$ 는 본 연구에서 .41로 낮게 나타나 추후 도구의 타당도와 신뢰도 검증이 필요하다. 셋째, 연구대상자 선정 시 연구자가 편의 표출하여 수집한 자료를 바탕으로 분석하였으므로 연구결과를 일반화 할 때 신중을 기해야 한다.

## 결론

본 연구결과 요양병원 입원노인은 통증이 없고, 임종까지의 기간이 짧으며, 기계적 장치 없이 자연스럽게 죽는 죽음을 좋은 죽음의 가장 중요한 요소로 생각했다. 또한 사전의료의향서에 대한 태도는 대체로 긍정적인 태도를 보였으며, 임종치료는 통증 조절을 가장 선호하고 의료인이나 가족의 결정에 의존적인 것으로 나타났다. 또한 대상자들의 연령, 종교, 월평균 소득, 치료비부담, 지각된 건강상태, 거동상태, 입원기간, ADs 들어본 경험, ADs 작성의향, ADs 상의할 사람에서 좋은 죽음 인식, 사전의료의향서에 대한 태도 및 임종치료선호도에 유의한 관련 요인으로 분석되었고, 세 변수 간의 약한 정적 상관관계를 확인하였다.

따라서 요양병원 입원 노인이 죽음을 긍정적으로 인식하고 수용하도록 돕기 위해서는 고통 없이 자연스러운 죽음을 맞이할 수 있도록 치료와 간호를 우선적으로 제공해야 한다. 또한 개인의 인구사회학적 및 질병 특성을 고려하여 본인의 죽음과정에 대한 자기결정을 위해서는 본인뿐만 아니라 가족에게도 사전의료의향서 작성에 필요한 지식과 기술을 습득할 수 있는 정보를 제공하고, 의료인과 의사소통하며 임종치료선택을 포함한 사전의료에 대한 결정이 이루어질 수 있도록 관심과 지지가 필요하다.

본 연구결과 요양병원 입원 노인의 좋은 죽음 인식, 사전의료의향서에 대한 태도 및 임종치료선호도를 고려하여 죽음에 대한 인식을 높이고 자기결정권이 존중되는 사전의료의향서에 대한 긍정적 태도를 도모할 수 있도록 방안 모색이 필요하다. 또한 요양병원 입원 노인을 간호하는 의료인의 연명치료에 대한 윤리의식이 필요하며, 환자와 보호자의 임종 관련 정보제공을 위한 교육과 홍보가 필요하다. 본 연구는 일개 지역 요양

병원 입원 노인을 대상으로 시행되어 일반화에 제한이 있으므로 다양한 수준과 규모의 의료기관을 포함하여 대상자들의 범위를 확대하여 좋은 죽음 인식, 사전의료의향서에 대한 태도 및 임종치료선호도를 확인하고 비교하는 연구를 제안한다.

## REFERENCES

1. Yu SJ, Chae YR, Choi YS, Kim HS. Patients' perceptions of advance directives and preferences for medical care near the end of life in South Korea. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*. 2013;15(4):233-243. <https://doi.org/10.1097/NJH.0b013e31827bdbc0>
2. Kim HS. Influence of Afterlife View · Death preparation · spiritual well-being on attitude of death of the old ages. *Journal of Spirituality and Social Welfare*. 2015;3(1):81-108.
3. Lee MS, Choi HJ. Factors influencing death anxiety in elderly patients in long-term care hospitals. *Korean Gerontological Nursing Society*. 2016;18(3):138-146. <https://doi.org/10.17079/jkgn.2016.18.3.138>
4. Lim SH, Shin AR. The dignified dying for the elderly in geriatric hospital. *Social Science Research Review*. 2012;28(4):93-115.
5. Min DL, Cho EH. Concept analysis of good death in the Korean community. *Journal of Korean Gerontological Nursing*. 2017;19(1):28-38. <https://doi.org/10.17079/jkgn.2017.19.1.28>
6. Schwartz CE, Mazor K, Rogers J, Ma Y, Reed G. Validation of a new measure of concept of a good death. *Journal of Palliative Medicine*. 2003;6:575-584. <https://doi.org/10.1089/109662103768253687>
7. Kim CG. Factors influencing perception of good death among the community-dwelling elderly. *The Korean Journal of Hospice and Palliative Care*. 2014;17(3):151-160. <https://doi.org/10.14475/kjhpc.2014.17.3.151>
8. Hwang HH. Perceived well dying, knowledge and attitude toward advance directives in older patients with chronic heart disease [master's thesis]. Seoul: Hanyang University; 2017. p. 1-81.
9. Jeong EJ. The meaning of life, perception of well dying, and attitudes toward advance directives among older cancer patients [master's thesis]. Busan: Pusan National University; 2018. p. 1-73.
10. Lee YG. Advanced directive. *Dankook Law Review*. 2017;34(4):293-318. <https://doi.org/10.18018/HYLR.2017.34.4.293>
11. Lee HL, Park YH. Attitudes toward advance directives of older adults using senior centers. *Korean Gerontological Nursing Society*. 2014;16(2):160-169.
12. Lee MH, Park YH. Factors influencing attitude toward advance directives of older cancer patients. *The Korean Academic Society of Adult Nursing*. 2015;27(4):449-458. <https://doi.org/10.7475/kjan.2015.27.4.449>

13. Kim MH, Chun JR, Hong SA. Factors of family function and self-efficacy influencing old patient's decision of advance directives attitude. *Convergence Society for SMB*. 2016;6(4):123-129. <https://doi.org/10.22156/CS4SMB.2016.6.4.1230>
14. Ryu GH. Consideration on the life-sustaining treatment decision system. *The Korea Society for Legal Theory and Practice Inc*. 2019;7(1):191-211. <https://doi.org/10.30833/LTPR.2019.02.7.1.191>
15. Park J, Song JA. Knowledge, experience and preference on advance directives among community and facility dwelling elderly. *Journal of the Korean Gerontological Society*. 2013;33(3):581-600.
16. Lee HL. The older population's attitudes toward advanced directives among senior center participant in Korea [master's thesis]. Seoul: Seoul National University; 2012. p. 1-97.
17. Gauthier DM, Froman RD. The preference for care near the end of life scale development and validation. *Research in Nursing & Health*. 2001;24:298-306. <https://doi.org/10.1002/nur.1031>
18. Lee JI, Kim SY. Self-transcendence, Life Satisfaction and Preference for care near the end of life of the Elderly. *Korea Academy Industrial cooperation Society*. 2016;17(9):212-220. <https://doi.org/10.5762/KAIS.2016.17.9.212>
19. Vlemminck AD, Batteuw D, Demeyere T, Pype P. Do non-terminally ill adults want to discuss the end of life with their family physician? An explorative mixed-method study on patients' preferences and family physicians' views in Belgium. *Family Practice*. 2018;35(4):495-502. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmz125>
20. Nolan MT, Bruder M. Patients' attitudes toward advance directives and end-of-life treatment decisions. *Nursing Outlook*. 1997;45(5):204-208. [https://doi.org/10.1016/S0029-6554\(97\)90066-X](https://doi.org/10.1016/S0029-6554(97)90066-X)
21. Lee YJ, Kim SM. Validating the Korean Version of the Preferences for Care near the End of Life (PCEOL-K) Scale. *The Korean Society for Medical Ethics*. 2009;12(1):29-42.
22. Kim YD. Deinstitutionalization and building community-based personal social services: community care that connects independence and interdependence. *Health and Social Welfare Review*. 2018;38(3):492-520. <https://doi.org/10.15709/hswr.2018.38.3.492>
23. Cagle JG, Pek J, Clifford M, Guralnik J, Zimmerman S. Correlates of a good death and the impact of hospice involvement: findings from the national survey of households affected by cancer. *Supportive Care In Cancer*. 2015;23(3):809-818. <https://doi.org/10.1007/s00520-014-2404-z>
24. Dobbs D, Emmett CP, Hammarth A, Daaleman TP. Religiosity and death attitudes and engagement of advance care planning among chronically ill older adults. *Research on Aging*. 2012;34(2):113-130. <https://doi.org/10.1177/0164027511423259>
25. Lynn T, Curtis A, Lagerwey MD. Association between attitude toward death and completion of advance directives. *Journal of Death and Dying*. 2016;74(2):193-211. <https://doi.org/10.1177/0030222815598418>
26. Mezey MD, Leitman R, Mitty EL, Botrell MM, Ramsey GC. Why hospital patients do and do not execute advance directives. *Nursing Outlook*. 2000;48(4):165-171. <https://doi.org/10.1067/mno.2000.101772>
27. Alano GJ, Pekmezaris R, Tai JY, Hussain MJ, Jeune J, Louis B, et al. Factors influencing older adults to complete advance directives. *Palliative & Supportive Care*. 2010;8(03):267-75. <http://www.dx.doi.org/10.1017/S1478951510000064>
28. Ahn E, Shin DW, Choi JY, Kang J, Kim DK, Kim H, et al. The impact of awareness of terminal illness on quality of death and care decision making: a prospective nationwide survey of bereaved family members of advanced cancer patients. *Psycho-Oncology*. 2013;22:2771-2778. <https://doi.org/10.1002/pon.3346>
29. Evans N, Pasma HR, Deeg D, Onwuteaka-Philipsen B. How do general end-of-life treatment goals and values relate to specific treatment preferences? a population-based study. *Palliative Medicine*. 2014;28(10):1206-1218. <https://doi.org/10.1177/0269216314540017>
30. Mack JW, Weeks JC, Wright AA, Block SD, Prigerson HG. End-of-life discussions, goal attainment, and distress at the end of life: predictors and outcomes of receipt of care consistent with preferences. *Journal of Clinical Oncology*. 2010;28(7):1203-1208. <https://doi.org/10.1200/JCO.2009.25.467289>