

한국 중년층의 사전연명의료의향 의도 구조모형

정영미

대구한의대학교 간호학과 교수

Structural Equation Modeling of Advance Directive Intent among a Korean Group in their Middle-Age

Young-Mi Jung

Professor, Department of Nursing, Daegu Haany University

ABSTRACT

Objectives: The aim of this study was to construct and verify a structural equation model of advance directive intent among a Korean group in their middle-age.

Methods: Data were collected between May 1 and 30, 2017, from 398 people. The endogenous and exogenous variables of the hypothetical model consisted of elderly parents' care burden, health status, attitude towards withdrawal of life sustaining treatment, advance directive efficacy, and advance directive intent. The collected data were analyzed using the SPSS/WIN 24.0 and Mplus 7.4.

Results: The hypothetical model demonstrated a good fit: $\chi^2=223.79(df=109, p<.001)$, CMIN/df=2.05 CFI=.96, TLI=.96, RMSEA=.05, SRMR=.06. Elderly parents' care burden and health status showed statistically significant direct effects with attitude toward withdrawal of life sustaining treatment($\beta=.17, p=.001$; $\beta=.21, p<.001$) and advance directive efficacy($\beta=.11, p=.040$; $\beta=.19, p=.002$), respectively. Attitude toward withdrawal of life sustaining treatment and advance directive efficacy showed statistically significant direct effects on advance directive intent($\beta=.15, p=.007$; $\beta=.48, p<.001$). Elderly parents' care burden and health status had a significant indirect effect on advance directive intent through attitude toward withdrawal of life sustaining treatment($\beta=.01, p=.041$; $\beta=.05, p=.036$) and advance directive efficacy($\beta=.06, p=.049$; $\beta=.16, p=.006$), respectively. The variables accounted for 26.1% of advance directive intent of the Korean group in their middle-age.

Conclusion: It is necessary to develop an advance directive education program based on variables affecting advance directive intent for individuals in their middle-age.

Key words: Advance Directive, Intention, Middle Aged

접수일 : 2020년 12월 31일, 수정일 : 2021년 01월 21일, 채택일 : 2021년 01월 22일

교신저자 : 정영미(42158, 대구광역시 수성구 신천동로 136번길)

Tel: 053-770-2284, Fax: 053-770-2286, E-mail: youngmi@dhu.ac.kr

I. 서론

1. 연구의 필요성

사전연명의료의향(Advance Directive)은 의사 표현이 불가능할 때를 대비하여 자신이 원하거나 원하지 않는 의료행위를 미리 결정하는 것을 의미한다(Chan et al., 2019). 사전연명의료의향은 무의미한 생명 연장에서 벗어나 환자 개인의 존엄을 최우선으로 하는 관점에서 삶의 질, 품위 있는 죽음에 대한 결정권을 강화하고 죽음의 과정에서 인간으로서의 가치나 신념이 존중되고 전인적 인간으로 대우받을 수 있는 긍정적인 효과가 있다(김대숙 등, 2012). 사전연명의료의향서 작성 비율은 전 세계적으로 낮은 편이며, 국가와 지역에 따라 매우 다양하다. 미국은 요양 시설 환자의 25.0~30.0%(Rao et al., 2014), 네덜란드는 전체 인구의 약 7.0%(Raijmakers et al., 2013), 호주는 요양 시설 환자와 일반인의 1.0~7.9%가 사전연명의료의향서를 작성한 것으로 보고되었다(Taylor et al. 2003). 동양권인 홍콩은 일반인을 대상으로 사전연명의료의향서 작성 비율을 조사한 결과 0.5%에 그치는 것으로 나타났다(Chan et al., 2019).

우리나라는 연명의료결정제도 도입 1년 만에 사전연명의료의향서를 작성한 국민이 11만 명을 넘어섰고, 3만 6,000여 명이 연명의료결정을 이행한 것으로 나타났다. 사전연명의료의향서 작성 의향 비율은 자신의 질병 경과가 악화되거나 말기 진단을 받았을 경우, 일반인 68.3%, 암환자 74.4%, 환자가족 77.0%인 것으로 나타났다(윤영호 등, 2019). 사전연명의료의향서 작성 비율은 일반적으로 노인, 여성, 백인, 교육 수준과 경제 상태가 높은 경우, 종교가 있고 건강 문해력이 좋은 집단에서 높은 편이다(Waite et al., 2013).

우리나라 중년층 인구는 전체 인구의 약 39.4%이며, 노부모와 동거하는 비율은 약 27.2%인 것으로

나타났다. 중년층이 노부모와 함께 사는 비율이 과거보다 점차 감소할지라도 노부모 생활비 부담을 자녀가 담당하는 경우가 44.4%에 이르며, 간병 및 병원 동행 등의 수발 지원은 40.0%, 청소 및 식사 등의 도구적 지원은 28.4%인 것으로 나타났다(통계청a, 2019). 한국의 중년층은 1997년 외환위기를 겪으면서 사회적 안전망이 확고하지 않은 상황을 경험하고 불안정한 고용과 가족부양 및 자녀교육 등에 대해 많은 부담이 있는 세대이다. 또한 노인의 평균수명 연장으로 이전보다 더 긴 시간 동안 돌봄 제공을 위한 간병 책임과 보호자 역할을 수행해 오고 있다. 이로 인해 중년층은 우울, 불안, 피로, 두통, 수면장애, 분노, 죄책감, 사회적 역할과 일상생활 활동 제한, 경제적 부담감 등을 경험한다(Hsu et al., 2014). 우리나라 노인은 사전연명의료의향 결정 시 본인 의사보다는 가족의 의사결정이 가장 중요한 요인으로 작용하고 있다(이민혜와 박연환, 2015). 이는 중국과 일본을 비롯한 아시아 문화권에서 가족 기능과 의사결정이 연명의료결정에서 중요한 요인으로 나타낸다는 것과 그 맥락을 같이 한다(Chan et al., 2019; Dobbs et al., 2015). 따라서 개인보다는 가족 집단주의 특성이 있는 우리나라의 문화적 측면을 고려해 볼 때, 가족 의사결정의 중심축을 이루고 있는 중년층의 사전연명의료의향 의도를 살펴보는 것은 올바른 사전연명의료의향 교육과 연명의료결정법의 안정적인 정착을 위해 반드시 연구될 필요가 있다. 비록 국내에서 노인을 대상으로 사전연명의료의향 의도에 영향을 미치는 선행연구가 있으나(이미희, 2012), 노부모 부양부담을 실제로 담당하고, 가족 내 사전연명의료의향에 관한 주 결정자인 중년층을 대상으로 사전연명의료의향 의도를 파악한 연구는 거의 없다. 따라서 노인의 주 부양자인 중년층의 사전연명의료의향 의도를 파악하는 것은 노인뿐만 아니라 중년층의 삶의 질을 위한 웰다잉 교육프로그램 개발 및 사전연명의료 정책 결정에서 보다 발전적인 대안과 개선점을 제시할 수 있을 것으로 사료된다.

사전연명의료의향 의도에 영향을 미치는 요인은 연명치료중단태도와 사전연명의료의향 효능감이 있으며(이미희, 2012), 노부모부양부담이 크고 자신의 건강상태가 나쁠수록 사전연명의료의향에 대한 태도가 긍정적인 것으로 나타났다(김신미 등, 2013; Montano & Kasprzyk, 2008). 특히 노인의 사전연명의료의향 태도 영향 요인으로 건강상태, 연명치료 중단태도 및 사회적 지지가 있으며, 사전연명의료의향을 상의한 대상자는 배우자와 자녀 등 가족이 가장 많은 것으로 나타났다(Ko et al., 2016). 이러한 선행연구 결과는 사전연명의료의향 작성 및 의도 영향 요인은 자신이 직간접적으로 경험하는 죽음과 건강상태, 가족부양부담감 등이 영향을 미친다고 볼 수 있다.

본 연구는 개인이 가지고 있는 의도가 행위에 어떠한 영향을 미치는지를 상세하게 설명하고 있는 통합적 행위 모델(Integrated behavior model)과 선행연구를 토대로 중년층의 사전연명의료의향 의도를 파악하기 위해 어떤 요인들이 영향을 미치는지를 파악하고자 한다. 통합적 행위 모델에서 행동을 결정하는 가장 중요한 요인은 행동을 수행하려는 의도이다. 즉, 의도는 행위 유발 여부를 결정하며, 특정 행위의 참여나 회피를 예측하거나 설명하는 데 도움이 된다. 의도에는 태도(Attitude), 개인적 역량(Personal agency)이나 지각된 규범(Perceived norm)이 영향을 미친다. 그중 경험적 태도는 추천되는 행위 수행을 생각할 때 갖게 되는 개인의 정서적인 반응을 말하며, 그 행위에 대한 대상자의 정서로 측정된다(Montano & Kasprzyk, 2008). 행위에 대한 강하고 부정적인 정서 반응을 보이는 사람들은 그 행위를 하지 않으며, 강하고 긍정적인 정서 반응을 보이는 사람들은 적극적으로 그 행위를 수행한다. 또 다른 의도에 영향을 미치는 주요 요인은 개인적 역량으로 지각된 통제(Perceived control)와 자기효능감(Self-Efficacy)이 포함되며, 특히 자기효능감은 다양한 장애 또는 난관에도 불구하고 행위를 수행하면서

자신감 정도를 의미한다. Bandura(1997)는 자기효능감은 개인이 어떤 결과를 산출하기 위해 요구되는 행동을 성공적으로 수행할 수 있다는 신념으로, 특정 업무를 성취하는 데 필요한 행동을 조직하고 수행하는 자신의 능력에 관한 판단이라고 정의하였다. 따라서 자기효능감이 높은 사람은 행위 의도가 더 높게 나타난다. 또한, 개인적 특성이나 정서와 같은 선행요소(Predisposing factor)가 태도와 목표를 향한 개인적 역량에 영향을 미친다.

이를 종합해보면, 개인적 특성이나 행위에 대한 정서인 선행 요소는 행위 의도에 직접 영향을 미치거나 태도나 개인적 역량을 통해 간접적으로 영향을 미치며, 태도와 개인적 역량은 행위 의도에 직접 영향을 미친다. 개인적 역량에는 자기효능감이 포함되며, 자신의 기능 및 환경적 사건에 대한 주요 요인으로 의도에 영향을 미친다(Montano & Kasprzyk, 2008). 연명치료중단태도는 사전연명의료의향 의도나 행위와 관련이 있으며, 사전연명의료의향 효능감도 연명치료중단 여부에 대한 사전연명의료의향 결정의 예측 요인이다(이미희, 2012). 웰다잉은 죽음을 삶의 과정으로 통합하고 부적절한 연명치료를 중단하는 경우라도 임종간호와 지원을 계속하는 것을 전제로 한다. 임종기 치료 선호도를 명시하는 연명치료 결정이 사전연명의료의향서 의도나 행위에서 필수적으로 동반되므로(김신미 등, 2013), 연명치료중단태도를 사전연명의료의향 의도 예측 요인으로 포함하여 연구하는 것이 타당성 있다고 사료된다. 노부모부양부담과 자신의 건강상태는 연명치료중단태도와 사전연명의료의향 효능감에 영향을 미치며(김신미 등, 2013; 이미희, 2012; Montano & Kasprzyk, 2008), 사전연명의료의향 의도에도 직접적인 연관성을 나타낸다(이민혜와 박연환, 2015). 따라서 본 연구에서 개인 행위에 대한 정서와 개인적 특성은 노부모부양부담과 건강상태를 포함하였고, 태도에는 연명치료 중단태도, 개인적 역량인 자기효능감은 사전연명의료의향 효능감을 포함하여 사전연명의료의향 의도에

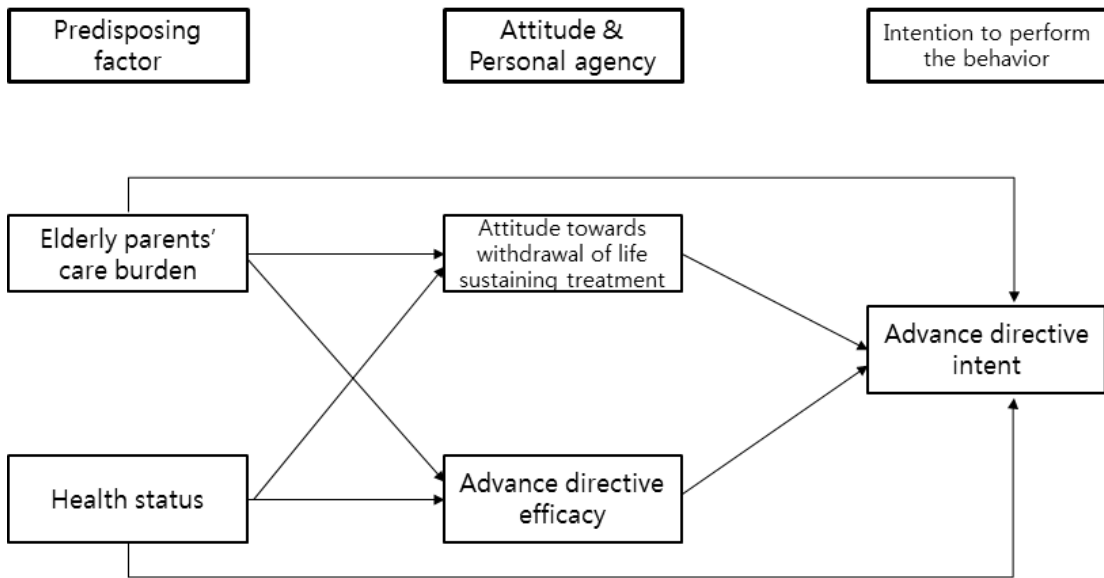
대한 각 변인 간 상호연관성을 살펴보고자 한다. 본 연구의 구체적인 목적은 첫째, 중년층의 사전연명의료의향 의도에 대한 가설적 모형을 구축하고, 둘째, 가설적 모형과 실제 자료 간의 적합도 검정을 통해 중년층의 사전연명의료의향 의도를 설명하는 구조모형을 제시하며, 셋째, 중년층의 사전연명의료의향 의도에 영향을 주는 직·간접 요인을 검증하는 것이다.

향을 미치는 요인과 결과를 종합하여 가설적 모형을 구축한 후 모형의 적합성과 모형에서 제시된 가설을 검증하는 구조모형 연구이다. 본 연구는 중년층의 사전연명의료의향 의도를 예측하기 위해 Montano & Kasprzyk(2008)이 개발한 통합적 행위 모델과 선행연구를 고찰하여 사전연명의료의향 의도를 포함한 5개 핵심요소를 도출하고 이 요소들 간의 인과관계를 설정하여 개념적 기틀을 구성하였다. 즉, 중년층의 사전연명의료의향 의도를 설명하는 직접적인 요인으로는 연명치료중단태도와 사전연명의료의향 효능감을, 직·간접적인 요인으로는 노부모부양 부담과 건강상태를 구성하여 이론적 모형을 구축하였다(Figure 1).

II. 연구 방법

1. 연구 설계

본 연구는 중년층의 사전연명의료의향 의도에 영



〈Figure 1〉 Conceptual framework of the study

2. 연구 대상 및 자료수집 방법

본 연구 대상은 대구·경북 지역에 거주하는 만 40~64세 중년층을 편의 추출하였으며, 2017년 5월 1일부터 5월 30일까지 면대면 방법으로 자료 수집하

였다. 본 연구에서는 중년층을 신체적 노화가 시작되고 노년기 진입이 시작되며, 우리나라 행정통계에서 중년층으로 분류되는 만 40~64세에 해당하는 성인으로 정의하였다(통계청b, 2019). 연구대상자는 본 연구 목적을 이해하며, 연구에 참여하기로 서면 동의

하고 설문지 응답이 가능한 자료 하였으며, 자료수집 후 소정의 답례품을 제공하였다. 구조방정식 모형에서 표본 크기는 관측변수 수의 10~20배이며(우종필, 2014), 본 연구에서는 17개의 관측변수로 170~340명이 요구되며, 충분한 표본 수를 확보하기 위하여 남, 여 각각 220명씩 440명을 임의 표출하여 조사하였다. 이 중 설문내용에 불성실하게 응답한 48부를 제외한 총 398(90.4%)부의 자료가 최종 분석에 사용되었다.

자료수집 방법은 연구자와 수집자 간 측정 변이를 최소화하기 위해 설문수집 방법을 교육받은 4명의 학사과정 연구보조원이 구조화된 설문지를 이용하여 수집하였다. 연구대상자 모집은 대구·경북 지역 3개 아파트 단지의 관리사무소장에게 동의를 구한 후 '모집자 공고 게시문'을 통해 대상자를 구하거나 A 대학교 대학생 학부모로부터 대상자 선정기준에 따라 참여 의사를 받은 후 자료 수집하였다.

3. 연구 도구

연구 도구 중 건강상태 측정 도구인 Today Health Index(THI)는 일본에서 연구자들이 자유롭게 사용하는 도구이며, 원 개발자와 국내에서 타당도 검사를 공동연구한 변인자로부터 도구 사용에 대한 승인을 받았다. 또한 THI를 제외한 모든 도구는 도구 개발자로부터 전자 우편을 통해 도구 사용 승인을 받았다. 본 연구에서는 선행연구에서 도구의 공통 요인 수와 요인 항목이 정해졌을지라도 대상자 특성 차이와 도구의 항목 내용과 요인의 재분류 필요성이 제기되어 모든 도구는 탐색적 요인분석을 하였다. 대상자의 인구 사회학적 특성에는 성별, 연령, 결혼 형태, 결혼 기간, 교육 수준, 직업, 종교, 경제 수준, 전반적 건강 상태, 가족 형태, 자녀 수, 가족 중 말기 암으로 투병한 사람이 있는지의 유무, 최근 5년 이내에 가족의 죽음을 경험하였는지에 대한 유무 등을 조사하였다.

1) 노부모부양부담

노부모부양부담은 김명자 등(1996)이 개발한 것을, 김영애와 김경신(2013)이 수정 보완한 도구를 수정하였다. 이 도구는 부모님 지원에 대한 시간 투자, 배우자 갈등, 계속 지원 부담, 스트레스 및 경제적 부담 등 총 5문항의 5점 Likert 척도로 구성되었다. 각 문항은 '전혀 그렇지 않다' 1점, '매우 그렇다' 5점으로 구성되어 있으며, 점수가 높을수록 노부모부양부담 정도가 높은 것을 의미한다. 탐색적 요인 분석에서 고유치 1 이상을 기준으로 했을 경우 단일 요인으로 추출되었으며, 모든 문항의 요인 적재치는 .50 이상으로 양호한 것으로 확인되어 5문항을 측정 변인으로 바로 투입하여 분석하였다. 선행연구에서의 Cronbach's α 는 .87이었으며(김영애와 김경신, 2013), 본 연구에서는 .90이었다.

2) 건강상태

건강상태는 Suzuki 등(1979)이 개발한 것을 임경희(2002)가 수정 보완한 한국판 THI(Today Health Index)를 사용하였다. 이 도구는 신체적 영역 10문항, 정신적 영역 7문항, 영적 영역 3문항, 사회적 영역 10문항의 총 30문항, 5점 Likert 척도로 구성되었다. 각 문항은 '매우 그렇다' 1점, '전혀 그렇지 않다' 5점으로 구성되어 있으며, 점수가 높을수록 건강상태가 좋다는 것을 의미한다. 탐색적 요인 분석에서 요인공통성이 .50 미만인 12문항을 제외하였으며, 5개 요인으로 추출되었다. 추출된 요인이 기존 도구에서 사용한 명칭과 동일한 개념으로 수용되는지 확인한 결과, 신체적 영역 1은 3문항, 신체적 영역 2는 2문항, 정신적 영역 4문항, 영적 영역 5문항, 사회적 영역 4문항의 5개 하위영역으로 재분류되었다. 선행연구에서의 전체 Cronbach's α 는 .91, 하위 영역은 .76~.83이었으며(임경희, 2002), 본 연구에서 전체 신뢰도는 .91, 하위 영역 중 신체적 영역 1은 .86, 신체적 영역 2는 .71, 정신적 영역은 .64, 영적 영역 .60, 사회적 영역은 .81이었다.

3) 연명치료중단태도

연명치료중단태도는 Ko & Lee(2009)가 개발한 도구를 사용하였다. 이 도구는 연명치료중단에 대한 유익성 7문항, 장애성 9문항의 총 16문항의 7점 Likert 척도로 구성되었다. 유익성은 '전혀 동의하지 않음' 1점, '전적으로 동의함' 7점으로 구성되어 있으며, 점수가 높을수록 연명치료중단태도가 긍정적인 것을 의미한다. 또한 장애성은 모두 역 코딩 처리하여 계산하였다. 탐색적 요인 분석을 한 결과, 유익성 7문항, 장애성 1 4문항, 장애성 2 5문항의 3개 하위영역으로 재분류되었다. 선행연구에서의 Cronbach's α 는 유익성 .92, 장애성 .91이었으며 (Ko & Lee, 2009), 본 연구에서 전체 신뢰도는 .77, 하위 영역 중 유익성은 .93, 장애성 1은 .86, 장애성 2는 .83이었다.

4) 사전연명의료의향 효능감

사전연명의료의향 효능감은 이미희(2012)가 개발한 도구를 사용하였으며, 전체 항목 중 본인 스스로가 사전연명의료의향을 결정하는 영역을 이용하였다. 이 도구는 총 4문항의 5점 Likert 척도로 구성되었으며, 각 문항은 '전혀 그렇지 않다' 1점, '매우 그렇다' 5점으로 구성되어 점수가 높을수록 사전연명의료의향 효능감 정도가 높은 것을 의미한다. 탐색적 요인 분석에서 고유치 1 이상을 기준으로 했을 경우 단일 요인으로 추출되었으며, 모든 문항의 요인 적재치는 .50 이상으로 양호한 것으로 확인되어 4문항을 측정 변인으로 바로 투입하여 분석하였다. 선행연구에서의 Cronbach's α 는 .81이었으며(이미희, 2012), 본 연구에서는 .88이었다.

5) 사전연명의료의향 의도

사전연명의료의향 의도는 이미희(2012)가 개발한 도구를 사용하였으며, 이 도구는 사전연명의료의향에 대한 의도, 구두 및 문서로 할 의도가 있는지 등

총 3문항의 5점 Likert 척도로 구성되었다. 각 문항은 '전혀 그렇지 않다' 1점, '매우 그렇다' 5점으로 구성되어 있으며, 점수가 높을수록 사전연명의료의향 의도가 높은 것을 의미한다. 탐색적 요인 분석에서 고유치 1 이상을 기준으로 했을 경우 단일 요인으로 추출되었으며, 모든 문항의 요인 적재치는 .50 이상으로 양호한 것으로 확인되어 3문항을 측정 변인으로 바로 투입하여 분석하였다. 선행연구에서의 Cronbach's α 는 .91이었으며(이미희, 2012), 본 연구에서는 .84이었다.

4. 윤리적 고려

본 연구는 연구대상자를 윤리적으로 보호하기 위하여 D 대학교 부속 병원의 임상시험심사위원회의 임상 연구심의 결과 면제를 획득하였다(DHUMC-D-17005-PRO-01). 연구 대상자에게 설문 조사의 목적과 방법을 설명한 후 연구 참여에 대한 동의서를 서면으로 배포하여 동의를 구하고, 연구에 참여를 원하지 않을 경우 언제라도 철회할 수 있음을 설명하였다.

5. 자료 분석 방법

본 연구 자료는 SPSS 24.0 프로그램을 이용하여 대상자의 일반적 특성과 측정변수는 서술적 통계, 변수 간 상관관계는 Pearson 상관계수로 분석하였다. 구조모형분석은 Mplus 7.4 프로그램을 이용하였으며, 구체적인 분석방법은 다음과 같다. 첫째, 본 연구 도구의 타당도 검증을 위해 개별 도구의 탐색적 요인 분석(Exploratory factor analysis)을 실시하였으며, 요인분석의 적용 가능성 점검을 위해 Kaiser-Meyer-Olkin 값이 모두 .70이상인 것을 확인하였고 Bartlett의 구형성 검정치(sphericity)를 살펴보고 공통요인 존재 여부를 살펴보았다. 요인회전은 베리맥스 회전(Varimax rotation) 방법을 사용하여 추출된 요인의 요인공통성이 .50 미만인 문항은 제거하였

고, 요인 공통분산의 총분산 비율을 살펴보아서 모두 60% 이상인 것을 확인하였다. 둘째, 측정모형의 타당성을 검증하기 위하여 확인적 요인 분석(Confirmatory factor analysis)을 하였으며, 구조모형의 추정은 다변량 정규성을 가정하는 최대우도법(Maximum likelihood method)을 이용하였다. 셋째, 구조모형의 적합도 평가는 절대 적합지수(Absolute fit measure)인 카이제곱치(χ^2), 표준카이제곱치(χ^2/df), 근사오차평균자승 이중근(Root mean square error of approximation), 표준 평균잔차 제곱합(Standardized root mean square residual), 증분적합지수(Incremental fit measure)인 터커-루이스 지수(Tucker-Lewis index), 상대적합지수(Comparative fit index)로 분석하였다. 넷째, 사전 연명의료의향 의도와 관련된 변수 간의 직접 효과, 간접 효과 및 총 효과의 통계적 유의성을 검증하기 위해 부트스트랩(bootstrapping) 방법을 이용하였다.

모든 측정변수의 신뢰도는 Cronbach's α 로 계산하였으며, 통계 값에 대한 유의도 검정은 p value .05 이하를 기준으로 하였다.

III. 연구 결과

1. 대상자의 일반적 특성

본 연구 대상자 중 남자는 181명(45.5%), 여자는 217명(54.5%)이었고, 평균연령은 50.5세였다(Table 1). 결혼 상태에서 기혼이 365명(91.7%)으로 대부분을 차지하였으며, 평균 결혼 기간은 285.3개월이었다. 자녀 수는 2명이 254명(63.8%), 교육 수준은 대졸 이상이 182명(45.7%), 종교는 무교가 156명(39.2%)으로 가장 많았다. 직업은 있음이 348명(87.4%)으로 대부분을 차지하였으며, 경제 수준은 '보통'이 236명(59.3%)으로 가장 많았다. 동거가족은 부부와 미(기혼)혼 자녀가 함께 사는 경우가 313명(78.6%). 지각된 건강 상태는 보통이 196명(49.25%)으로 가장 많았다. 가족 중 말기 암으로 투병한 경우에서, 없음이 388명(97.5%), 최근 5년 이내 가족의 죽음 경험 여부에서, 없음이 279명(70.1%), 있음이 119명(29.9%)이었다.

<Table 1> General characteristics of the participants

(n=398)			
Variables	Categories	n (%)	M±SD
Gender	Male	181 (45.5)	
	Female	217 (54.5)	
Age(years)	40-49	142 (35.7)	50.51±3.95
	50-59	199 (50.0)	
	60-64	57 (14.3)	
Marital status	Married	365 (91.7)	
	Others	33 (8.3)	
Marriage period(month)			285.33±53.23
Offspring	1	31 (7.8)	
	2	254 (63.8)	
	≥3	113 (28.4)	

Variables	Categories	n (%)	M ± SD
Education level	High school or less	162 (40.8)	
	College	54 (13.6)	
	Undergraduate school or more	182 (45.7)	
Religion	Protestant	68 (17.1)	
	Buddhist	142 (35.7)	
	Catholics	22 (5.5)	
	Nothing	156 (39.2)	
	Others	10 (2.5)	
Job	Yes	348 (87.4)	
	No	50 (12.6)	
Economic status	High	94 (23.6)	
	Moderate	236 (59.3)	
	Low	68 (17.1)	
Cohabitation family	Couple	15 (3.8)	
	Couple and unmarried or married offspring	313 (78.6)	
	Couple, unmarried or married offspring and parents	25 (6.3)	
	Couple and parents	5 (1.3)	
	Others	40 (10.1)	
Perceived health status	High	158 (39.7)	
	Moderate	196 (49.2)	
	Low	44 (11.1)	
Patient with terminal stage cancer among the family	Yes	10 (2.5)	
	No	388 (97.5)	
Family death experience in the last 5 years	Yes	119 (29.9)	
	No	279 (70.1)	

2. 측정 변수의 서술적 통계와 상관관계

중년층의 노부모 부양부담의 전체 평균은 2.63점(범위 1~5점), 건강상태의 전체 평균은 3.66점(범위 1~5점), 연명치료중단태도의 전체 평균은 4.30점(범위 1~7점), 사전연명의료의향 효능감의 전체 평

균은 3.75점(범위 1~5점), 사전연명의료의향 의도의 전체 평균은 3.49(범위 1~5점)이었다. 표본의 정규성을 확인한 결과, 측정변수의 왜도와 첨도 값이 각각 -1.01~0.29와 -0.73~1.82로 절댓값 2를 넘지 않아 정규성을 만족하였다. 측정변수 간 상관계수의

절댓값의 범위가 .00~.75였는데, 단순 상관계수 절댓값이 모두 .85 미만으로 다중공선성의 문제가 없는 것으로 확인되었다.

3. 가설적 모형의 검증

1) 측정변수에 대한 확인적 요인 분석

본 연구는 측정변수의 적합성을 검증하기 위해 확인적 요인 분석을 하였다. 잠재변수를 측정하는 측정변수들의 일치 정도를 확인하는 표준화된 요인적재량의 일반적인 기준은 .50 이상이다(우종필, 2014). 본 연구에서는 확인적 요인 분석을 통해 요인 부하량이 .50 이하인 영적 및 정신적 건강 상태, 연명치료 중단 태도의 유익성 등 16문항을 제거하고 최종 30개 문항을 모형 분석에 포함하였다. 측정모형에 대한 확인적 요인 분석을 통한 적합도 지수 결과는 $\chi^2=154.01(df=105, p=.001)$, $CMIN/df=1.46$, $CFI=.98$, $TLI=.98$, $RMSEA=.03$, $SRMR=.03$ 으로 나타났다.

$CMIN/df$ 는 3미만, CFI 및 TLI 는 .90이상, $RMSEA$ 및 $SRMR$ 은 .80이하면 양호한 적합도로 간주한다(우종필, 2014). 따라서 표본 수에 민감한 χ^2 통계량을 제외한 모든 지표가 기준을 충족하는 것으로 확인되었다. 본 연구의 측정 도구에 대한 타당도는 개념 신뢰도(Construct reliability)와 평균 분산추출(Average variance extracted)을 통해 확인하였다. 본 연구 구성개념들의 CR값은 .74~.90으로 .70 이상으로 나타나 잠재변수에 대한 측정변수들의 내적 일관성이 있었다. 잠재변수의 AVE는 .50~.72로 전체적으로 기준요건을 충족하여 집중 타당도를 만족하였다(Table 2). 일반적으로 잠재변수의 AVE 값이 구성개념 간 상관계수의 제곱보다 크면 구성개념에 대한 판별 타당도가 있는 것으로 간주하는 데, 본 연구에서 AVE 값은(.50~.72) 구성개념의 상관관계에서 가장 큰 값을 갖는 상관계수 .52의 제곱 .27보다 크게 나와 판별 타당성이 있는 것으로 나타났다.

〈Table 2〉 Confirmatory factor analysis

		(n=398)				
Variables	Standardized factor loading (β)	SE	CR ¹ (p)	AVE	CR ²	
	Waste of time	.72	.02	25.84(<.001)		
	Spouse conflict	.76	.02	49.43(<.001)		
Elderly parents' care burden	Continued support burden	.92	.02	45.14(<.001)	.66	.90
	Stress	.91	.02	43.03(<.001)		
	Economical burden	.70	.02	24.67(<.001)		
Health status	Physical health 1	.79	.03	20.16(<.001)		
	Physical health 2	.65	.04	16.14(<.001)	.50	.74
	Social health	.66	.04	16.09(<.001)		
Attitude towards withdrawal of life sustaining treatment	Barriers 1	.69	.04	16.78(<.001)	.72	.83
	Barriers 2	.98	.04	21.58(<.001)		

	Variables	Standardized factor loading (β)	SE	CR ¹ (p)	AVE	CR ²
Advance directive efficacy	Advance consultation	.87	.03	27.59(<.001)	.66	.88
	Consultation with others	.87	.02	29.94(<.001)		
	Self-determination	.67	.03	17.29(<.001)		
	Communication with others	.82	.02	28.35(<.001)		
Advance directive intent	Intent	.82	.02	34.39(<.001)	.65	.84
	Verbal intent	.77	.02	29.47(<.001)		
	Written intent	.81	.02	33.57(<.001)		

AVE=Average variance extracted; CR¹=Critical ratio; CR²=Construct reliability; SE=Standard error

2) 가설적 모형의 검증

본 연구의 가설적 모형에 대한 적합지수 결과 $\chi^2=223.79(df=109, p<.001)$, CMIN/df=2.05 CFI=.96, TLI=.96, RMSEA=.05, SRMR=.06으로 나타났다. 따라서 표본 수에 민감한 χ^2 통계량을 제외한 모든 지표가 기준을 충족하는 것으로 확인되었다.

3) 가설적 모형의 모수 추정과 효과분석

연구의 가설적 모형에서 설정한 여덟 개 중 여섯 개의 경로가 유의한 것으로 나타났다(Figure 2). 먼저 직접 경로의 효과를 살펴보면 노부모부양부담은 연명치료중단태도($\beta=.17, p<.001$) 및 사전연명의료의향 효능감($\beta=.11, p=.040$), 건강상태는 연명치료중단태도($\beta=.21, p<.001$) 및 사전연명의료의향 효능감($\beta=.19, p=.002$)과 통계적으로 유의한 경로를 보였다(Table 3). 사전연명의료의향 의도는 연명치료중단태도($\beta=.15, p=.007$) 및 사전연명의료의향 효능

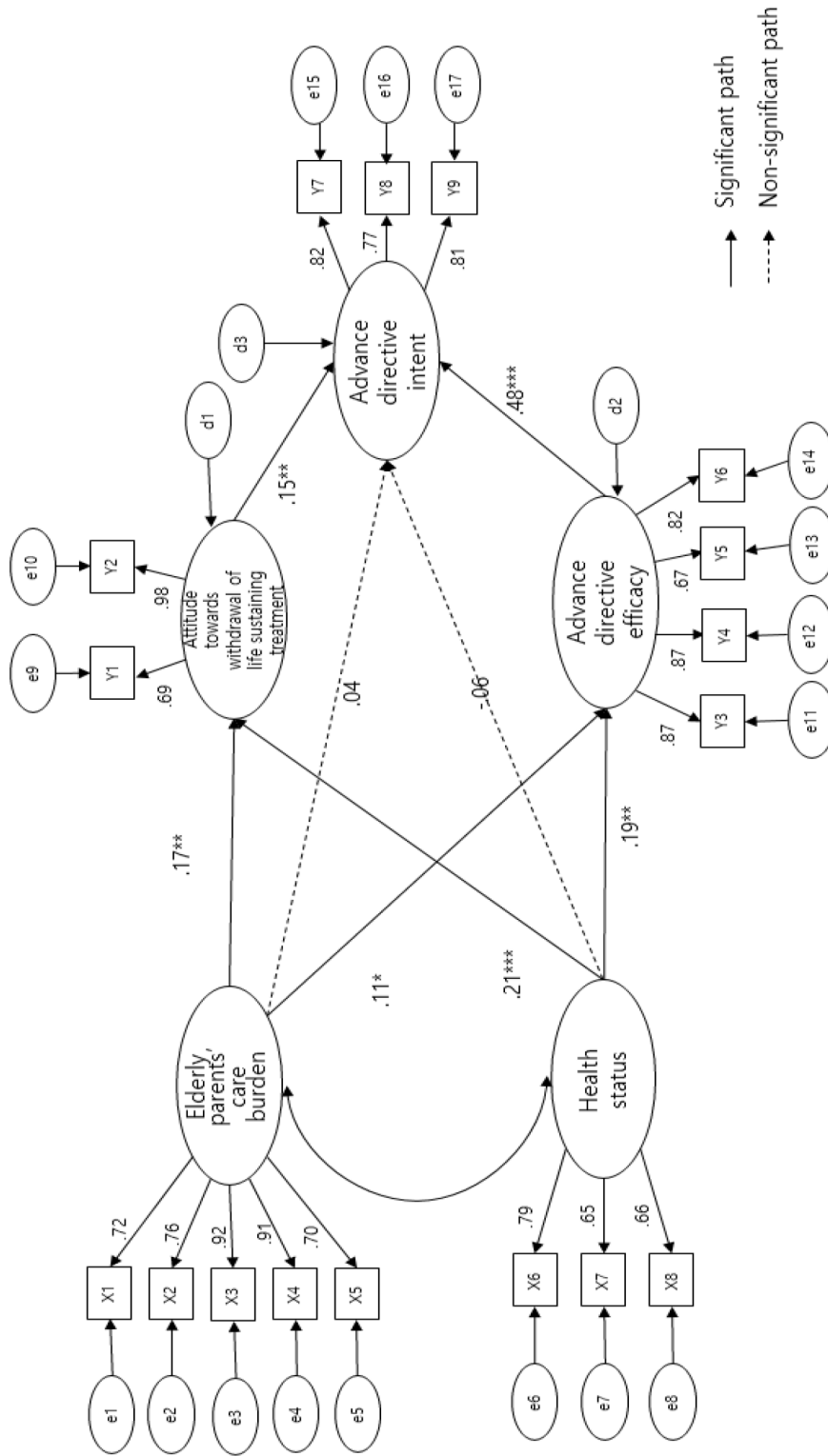
감($\beta=.48, p<.000$)과 통계적으로 유의한 경로를 보였으며, 사전연명의료의향 의도에 대한 영향 변수들의 설명력은 26.1%이었다.

사전연명의료의향 의도에 영향을 미치는 요인들의 간접효과를 살펴보면, 노부모부양부담은 연명치료중단태도를 매개로 하는 간접효과($\beta=.01, p=.041$)와 사전연명의료의향 효능감을 매개로 사전연명의료의향 의도에 미치는 간접효과 경로($\beta=.06, p=.049$)가 유의하였고 총효과($\beta=.09, p=.008$)도 유의하였다. 또한 건강상태는 연명치료중단태도를 매개로 하는 간접효과($\beta=.05, p=.036$)와 사전연명의료의향 효능감을 매개로 하는 사전연명의료의향 의도에 미치는 간접효과 경로($\beta=.16, p=.006$)가 유의하였고 총효과($\beta=.22, p=.001$)도 유의하였다. 따라서 노부모부양부담과 건강상태는 사전연명의료의향 의도에 직접적인 효과를 미치지 못하고, 연명치료중단태도와 사전연명의료의향 효능감 매개변인을 통해 간접효과가 있는 것으로 나타났다.

〈Table 3〉 Effects of predictor variables in the hypothetical model

(n=398)				
Path	Standardized estimates (β)	SE	CR (ρ)	SMC
Elderly parents' care burden → Attitude towards withdrawal of life sustaining treatment	.17	.05	3.24 (.001)	.05
Health status → Attitude towards withdrawal of life sustaining treatment	.21	.06	3.62 (.000)	
Elderly parents' care burden → Advance directive efficacy	.11	.05	2.05 (.040)	.04
Health status → Advance directive efficacy	.19	.06	3.13 (.002)	
Elderly parents' care burden → Advance directive intention	.04	.05	0.84 (.400)	
Health status → Advance directive intent	-.06	.06	-0.98 (.324)	
Attitude towards withdrawal of life sustaining treatment → Advance directive intent	.15	.05	2.67 (.007)	
Advance directive efficacy → Advance directive intent	.48	.05	9.47 (.000)	
¹⁾ Elderly parents' care burden → Attitude towards withdrawal of life sustaining treatment → Advance directive intent	.01	.01	2.04 (.041)	.26
²⁾ Elderly parents' care burden → Advance directive efficacy → Advance directive intent	.06	.03	1.97 (.049)	
¹⁾⁺²⁾ Total effect	.09	.03	2.65 (.008)	
³⁾ Health status → Attitude towards withdrawal of life sustaining treatment → Advance directive intent	.05	.02	2.10 (.036)	
⁴⁾ Health status → Advance directive efficacy → Advance directive intent	.16	.06	2.77 (.006)	
³⁾⁺⁴⁾ Total effect	.22	.06	3.34 (.001)	

CR=Critical ratio; SE=Standard error; SMC=Squared multiple correlation



* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$ X1=Waste of time; X2=Spouse conflict; X3=Continued support burden; X4=Stress; X5=Economical burden; X6=Physical health 1; X7=Physical health 2; X8=Social health ; Y1=Barriers 1; Y2=Barriers 2; Y3=Advance consultation; Y4=Consultation with others; Y5=Self-determination; Y6=Communication with others; Y7=Intent; Y8=Verbal intent; Y9=Written intent

〈Figure 2〉 Path diagram for the hypothetical model

IV. 논의

본 연구는 통합적 행위 모델과 선행연구에 근거하여 중년층의 사전연명의료의향 의도에 미치는 영향을 파악하였다. 본 연구의 구조모형 검증을 통한 주요 논의사항은 다음과 같다.

본 연구모형에서 노부모부양부담은 사전연명의료의향 의도에 직접적인 영향을 미치는 요인으로 경로가 설정되었으나 직접적인 효과는 없었으며, 연명치료중단태도와 사전연명의료의향 효능감을 매개로 간접적인 효과가 있는 것으로 나타났다. 우리나라의 노인을 부양하는 가족은 노인부양을 위한 역할부담이나 참여가 적절히 이루어지기보다는 한 사람의 가족 구성원이 노인부양을 전적으로 담당하고 있으며, 이로 인해 주 부양자의 소진이나 건강악화 등의 부정적 영향이 자주 발생한다(이현주 등, 2015). 오랜 기간 노인부양을 부담하는 주 부양자는 일반인보다 사전연명의료의향 의도에 보다 적극적으로 대처하고 우호적인 태도를 나타낸다(Hsu et al., 2014). 일반적으로 노부모부양은 세대 간 긴장과 갈등을 초래하는데, 특히 부부관계 만족도가 낮은 부양자는 자신이나 배우자의 노부모에 대한 부양부담감을 더 많이 느끼며, 부양 스트레스 또한 매우 높다. 부양자의 스트레스는 우울이나 불안, 무기력감을 유발할 뿐만 아니라 가족관계 만족도에도 부정적인 영향을 미친다(정순돌과 김예솔, 2014). 따라서 노부모부양부담을 크게 느끼는 중년층의 대처방안과 심리적 안정을 향상하기 위해서는 구체적인 부양부담의 원인과 증상, 문제해결 방안 등에 대한 다각적인 연구가 이루어질 필요가 있다. 본 연구에서는 중년층의 노부모부양부담 정도를 수준별로 나누어 측정하지 않았으나 선행 연구에서는 돌봄 교대자 유무나 지각된 경제 상태, 돌봄 시간 등이 노부모부양부담에 영향을 미치는 것으로 나타났다(최운숙 등, 2016). 이는 노부모부양부담이 부양자의 사회경제적 상태나 가족 지지에 의해 다르게 지각될 수 있다는 것을 나타낸다. 따라서 노

부모부양부담 지각 정도에 따라 연명치료중단태도와 사전연명의료의향 효능감에 어떻게 영향을 미치는지와 사전연명의료의향 의도와 직접적인 관련성에 대한 반복 연구를 할 필요가 있다.

건강상태는 연명치료중단태도와 사전연명의료의향 효능감을 매개로 사전연명의료의향 의도에 간접적인 효과가 있는 것으로 나타났다. 이는 치료되지 않은 통증이 있거나 장기간의 연명치료를 받는 경우, 또는 본인이나 주변인의 죽음에 대한 현실적인 염려 사항을 지각하는 질병 경험이 있을수록 사전연명의료의향 결정을 촉진한다는 연구 결과를 지지한다(Hirayama et al., 2017). 또한 건강 상태는 연명치료중단태도와 사전연명의료의향 효능감에 유의한 영향을 미치는 요인이었다. 건강 상태는 개인의 일상생활, 운동능력 및 대인관계 활동의 주요 원동력이며, 이는 곧 가족관계 만족도에 영향을 미친다(정순돌과 김예솔, 2014). 또한, 가족의 죽음을 경험하고 자신의 건강 상태가 악화할수록 임종 과정에 대한 의사결정 시 연명치료중단을 선호하는 경향이 있다(이미희, 2012). 따라서 임종 과정을 경험하는 대상자가 주변인과의 의사소통을 활발히 하여 임종 과정을 잘 준비할 수 있도록 사회적 지지가 필요하다. 한편 사전연명의료의향 결정을 방해하는 요소는 타인의 죽음 회피, 가족관계 악화, 타인에 대한 치료 결정 의존성, 사전연명의료의향에 대한 의료진 설명에 대한 의구심 등이 있다(Hirayama et al., 2017). 따라서 중년층을 위한 웰다잉 교육이 성공적으로 정착되기 위해서는 사전연명의료의향 결정을 촉진하는 요소와 방해하는 요소에 대한 선행연구 결과를 참조하여 연명치료에 대한 정보와 내용, 의료진과의 의사소통 강화 및 가족 간 유대관계를 향상하기 위한 가족 상담 등이 포함되고 실시되어야 한다.

본 연구에서 연명치료중단태도는 사전연명의료의향 의도에 직접적인 영향을 주는 것으로 나타났다. 이는 연명치료중단태도가 사전연명의료의향 의도 및 결정과 연관성이 있다는 연구 결과를 지지한다(이미

회, 2012; Hirayama et al., 2017). 대상자의 건강 회생이 불가능한 경우, 편안하고 품위 있는 죽음을 맞이하기 위해서는 '심폐소생술금지'에 대한 태도가 긍정적인 것이 사전연명의료의향 결정을 촉진한다(Lynn et al., 2016). 미국을 포함한 서구권에서는 개인의 자율성 존중을 바탕으로 대상자, 의료진 및 가족이 추후 치료 방향에 대해 함께 논의하고 합의하여 연명치료중단 여부를 결정하지만, 우리나라는 연명치료중단 여부를 결정할 때, 개인의 자율성보다는 가족의 의사결정을 더 선호한다(김신미 등 2013). 우리나라와 같은 동양 문화권인 일본에서도 연명치료 중단태도 관련 교육을 받은 집단이 받지 않은 집단보다 사전연명의료의향 결정에 대한 태도가 더 긍정적이며, 이 중 가족이나 의료진과 연명치료중단 문제에 대해 논의한 참여자가 그렇지 않은 참여자보다 두 배 이상 긍정적인 변화를 보인 것으로 나타났다(Matsui & Braun, 2010). 우리나라는 주로 임종 상황에서 사전연명의료의향서 작성이 추천되고 있으며, 특히 노인인 경우, 자녀나 배우자의 의견이 사전연명의료의향 결정에 절대적인 영향을 미친다(김신미 등, 2013). 이는 한국뿐만 아니라 미국에 사는 한국계 노인에서도 나타나는 문화적 특성이자(Dobbs et al., 2015). 따라서 연명치료 의사결정에서 한국 문화의 신념과 가치를 반영하는 것이 매우 중요하며, 노인뿐만 아니라 가족의 의견을 반드시 포함해야 하는 것을 의미한다.

우리나라는 타인의 임종 과정에 대해서는 삶의 질을 위해 단순한 연명치료에 불과한 의료행위를 중단하고 자연스러운 죽음을 맞이하는 것을 선호한다. 그러나 자신의 노부모가 임종 과정에 처해있을 때는 연명치료중단이나 사전연명의료의향 결정에서 합리적인 판단을 하지 못하는 경향이 있다. 즉 연명치료중단이 부모에 대한 책임을 다하지 못한다고 여겨이에 대해 죄책감을 크게 느낀다. 이는 일반인뿐만 아니라 말기 환자를 담당하는 의료진도 연명치료에 대한 부담감을 초래한다. 선행연구에서 중환자실 간

호사는 무의미한 생명 연장치료로 인해 대상자의 존엄성이 침해받는 상황에 대해 갈등을 경험하며, 연명치료의 연장과 중단에서 오는 딜레마로 인한 직무스트레스가 매우 높은 것으로 나타났다(엄정경 등, 2018). 다음에는 한국적 문화 특성을 반영하여 임종기 대상자나 배우자, 자녀 세대인 중년층 등 다양한 집단을 대상으로 대상자의 자기 결정권을 보장함과 동시에 가족의 참여를 지원하는 웰다잉 교육프로그램 개발과 교육이 직장이나 보건소, 도서관 등 다양한 지역사회 기관에서 시행되어야 할 것이다. 이를 위해 노부모의 합리적인 의사결정을 도울 수 있는 중년층을 위한 사전연명의료의향 교육이 매우 중요하다.

본 연구에서 사전연명의료의향 효능감은 사전연명의료의향 의도에 직접적인 영향을 나타냈다. 이는 사전연명의료의향에 대한 태도와 지각된 효능감이 생전유언 작성과 사전연명의료의향 의도에 영향을 미친다는 선행연구 결과를 지지한 것이다(이미희, 2012; Ko et al., 2016). 생전유언이나 사전연명의료의향 계획은 개인이 가족과 의료진과 함께 본인의 미래 의료내용에 대해 논의하고 결정하게 함으로써 자기 죽음 준비를 체계적으로 준비할 기회를 제공한다. 실제로 의료진과 건강 상태에 대해 직접 논의하는 대상자는 사전연명의료의향 문서화 이행률이 높은 것으로 나타났다(Chan et al., 2019). 반면 사전연명의료의향 효능감이 낮은 대상자는 가족이나 의료진과 연명치료에 대한 자신의 입장에 대해 의사소통을 하지 않아 원하지 않는 연명치료를 받을 가능성이 높다. 중년층의 사전연명의료의향과 연명치료에 대한 인식을 조사한 연구에서 연명치료에 대해 알고 있다고 응답한 비율이 75.6%이며, 본인에 대한 연명치료를 시행하지 않겠다는 비율이 80.5%인 것으로 나타났다(김신미 등, 2013). 연명치료와 사전연명의료의향에 대한 인식이 매우 높음에도 불구하고 연명치료를 알고 있다는 범위가 어느 정도인지를 구체적으로 파악한 선행연구는 거의 없다. 따라서 중년층의

지식수준에 따른 맞춤형 사전연명의료의향 교육과 지원시스템은 대상자의 상황에 가장 적합하고 합리적인 판단을 제공할 수 있을 것이다. 그러므로 연명 치료를 포함한 사전연명의료의향 교육에 어떤 내용과 정보가 효과적으로 전달될 수 있는가를 파악하여 대상자의 개인적 특성 및 연령별로 실시될 수 되도록 다양한 교육콘텐츠와 방법이 개발되어야 한다.

본 연구모형에서 중년층의 사전연명의료의향 의도에 노부모부양부담, 건강상태, 연명치료중단태도 및 사전연명의료의향 효능감이 영향력을 미쳤으며, 설명력은 26.1%로 나타났다. 이는 연명치료중단에 대한 사전연명의료의향 결정 영향요인에서 사전연명의료의향 태도, 사전연명의료의향 정보 및 건강 문맹 등이 영향력을 미쳤으며, 25% 설명력을 보였다는 연구 결과(Waite et al., 2013)와 유사하였으나 사전연명의료의향 의도 영향요인에 죽음 준비, 가족 및 동료 지지, 연명치료중단 태도, 사전연명의료의향 효능감 등이 47% 설명력을 보였다는 연구 결과보다는 낮게 나타났다(이미희, 2012). 이러한 연구 결과 차이는 선행연구는 60세 이상 노인을 대상으로 하였으며, 배우자 사망을 경험하는 대상자 비율이 33%를 차지하였고, 평균 1.5개 이상의 만성질환을 앓고 있으며, 자신의 건강상태가 나쁘다고 인지한 비율이 47%로 높았기 때문에 본 연구 결과와 차이가 있는 것으로 사료된다. 일반적으로 자신의 건강상태가 악화하면 죽음에 대한 태도를 긍정적으로 받아들이고 사전연명의료의향 결정을 더 많이 하게 된다(Lynn et al., 2016). 노인은 다른 연령층보다 죽음 불안도가 낮으며, 사전연명의료의향 결정을 함으로써 긍정적인 사후세계로의 진입을 기대하고 죽음을 편안하게 받아들인다(이미희, 2012). 본 연구에서는 대상자의 건강상태가 나쁘다고 간주한 비율은 11.1%로 선행연구의 대상자보다는 건강상태가 훨씬 좋다고 인지하여 사전연명의료의향 의도 설명력에 차이를 보인 것으로 생각한다. 따라서 본 모형에 포함되지 않은 변수 중 사전연명의료의향 의도에 영향력이 있는

변수로 알려진 종교, 배우자 및 자녀 유무, 사회경제적 수준, 성별, 교육 수준(Bischoff et al., 2013) 등을 포함한 탐색적 연구를 반복할 필요가 있다.

본 연구에서 중년층의 사전연명의료의향 의도에 대한 가설적 모형을 검증한 결과 중년층의 사전연명의료의향 효능감이 가장 큰 영향력을 발휘하였다. 따라서 중년층의 사전연명의료의향 효능감을 증진할 수 있는 전략을 먼저 강화할 필요가 있다. 구체적으로 사전연명의료의향 효능감을 높이기 위해서는 사전의료계획에 대한 다양한 홍보, 온라인 및 오프라인 교육프로그램 시행, 지역사회 내 접근성이 가까운 등 록기관 설치 등이 시행되어야 한다. 다음으로 연명치료중단태도를 긍정적으로 인지하는 방안을 모색하는 것이 필요하다. 중년층을 대상으로 연명치료의식에 대한 연구에서 75.6%가 알고 있다고 인지하였으며, 본인에 대한 연명치료는 80.5%가 신청하지 않겠다고 응답하여 낮은 선호도를 나타냈다(김שמ미 등, 2013). 따라서 중년층의 연명치료에 대한 지식범위를 확인하고 사전연명의료의향서를 작성할 때, 연명치료에 대한 적응증, 방법, 예측에 대한 정보와 교육이 올바르게 이루어져야 한다.

본 연구에서 건강상태 하위 영역 중 영적 영역 및 정신적 영역의 Cronbach's α 는 각각 .60과 .64이었다. 건강상태 개념을 측정하는 척도는 신체적, 정신적, 영적, 사회적 영역같이 건강상태의 다른 측면을 측정하는 하위 척도를 가지고 있는 경우, Cronbach's α 계수가 낮게 나타날 수 있다(박지영 등, 2017). 따라서 하위 척도의 신뢰도를 높이기 위해 건강상태 척도를 지속해서 개선하는 측정도구 타당화 연구가 반복되어야 할 것이다. 또한 본 연구는 대구·경북 지역에 거주하는 중년층을 대상으로 하였기 때문에 우리나라 전체 중년층에게 연구 결과를 일반화할 수 없다. 또한 사전연명의료의향서 작성 비율이 점차 증가할지라도 사전연명의료의향 의도가 실제로 사전연명의료의향서 결정과 문서 작성으로 이어지는 순차적인 영향력을 살펴보지 못한 제한점

이 있다. 그러나 본 연구는 중년층의 사전연명의료의향 의도를 설명할 수 있는 모델을 개발하고 검증하여 다각적인 측면에서 중년층의 사전연명의료의향 의도를 설명하고 예측할 수 있는 이론적 지식체계를 제시하였다는 점에서 연구학적 의의가 있다. 또한 본 연구 결과에서 사전연명의료의향 의도에 직간접적인 영향을 미치는 요인들을 이용하여 중년층을 위한 사전연명의료의향 교육프로그램 개발 시 포함되어야 할 내용과 우선순위에 대한 보건의로 증재 근거를 마련하는 데 이바지할 수 있을 것이다.

V. 결론

본 연구 결과 중년층의 사전연명의료의향 의도에 연명치료중단태도와 사전연명의료의향 효능감이 직접적인 영향을 미쳤고 노부모부양태도와 건강상태는 간접적인 영향을 미쳤으며, 모형의 사전연명의료의향 의도에 대한 설명력은 26.1%였다. 따라서 중년층의 사전연명의료의향 교육프로그램은 연명치료에 대한 올바른 정보 제공과 사전연명의료의향 효능감을 높이며, 노부모부양부담을 완화하기 위한 대처전략과 자신의 건강상태를 증진하는 내용 등이 포함되어야 한다.

본 연구는 중년층의 사전연명의료의향 의도를 설명하기 위한 횡단적 조사연구이므로 통합적 행위 모델의 마지막 단계인 행위를 나타내는 사전연명의료의향 작성 현황에 대한 정보를 제공하지 못하였다. 따라서 추후 연구에서는 사전연명의료의향 의도가 실제로 행동으로 이행되었는가에 대한 전향적 연구가 수행되어야 한다. 또한 본 연구에서 사전연명의료의향 의도에 영향을 미치는 요인을 기반으로 사전연명의료의향 교육프로그램을 개발하고 시행하여 프로그램 효과성을 측정할 수 있는 연구를 수행할 것을 제안한다.

참고문헌

1. 고정미, 고진강. (2013). 일개 여자대학교 학생의 사전의사결정서 작성의향에 영향을 미치는 요인에 관한 연구. *기본간호학회지*, 20(1), 46-55.
2. 김대식, 박형숙, 김정아, 최주희, 박미주. (2012). 말기 암 환자를 돌보는 간호사, 의사와 호스피스 자원봉사자의 호스피스 간호와 사전의사결정에 대한 인식. *글로벌 건강과 간호*, 2(2), 82-93.
3. 김명자, 안선영, 한정화. (1996). 신세대와 중년기 부부의 노부모 부양에 따른 부담감 및 보상감 분석. *한국가정관리학회지*, 14(2), 97-110.
4. 김신미, 김기숙, 이인숙, 김순이. (2013). 중년기 성인의 사전의료의향서, 호스피스완화의료, 연명 치료에 대한 인식. *한국사회복지조사연구*, 37, 21-44.
5. 김영애, 김경신. (2013). 한국과 중국 중년기 부부 관계 적응에 관한 비교연구. *한국가족관계학회지*, 18(1), 51-74.
6. 박지영 외 7명. (2017). *근거기반 간호연구의 실제*. 서울: 수문사.
7. 엄정경, 서길희, 박선아. (2018). 중환자실 간호사의 연명의료 태도, 간호스트레스 및 사전연명의료의향서 인식. *생명윤리*, 19(1), 37-50.
8. 우종필. (2014). *구조방정식모델 오해와 편견*. 서울: 한나래출판사.
9. 윤영호, 박혜윤, 김영애. (2019). 사전연명의료 조사. Retrieved from <http://www.kukinews.com/news/article.html?no=625201>
10. 이미희. (2012). 노인의 연명치료중단 사전의사결정 의도 구조모형[박사학위논문]. 서울: 중앙대학교 대학원.
11. 이민혜, 박연환. (2015). 노인 암 환자의 사전의사결정에 대한 태도와 관련요인. *한국성인간호학회지*, 27(4), 449-458.
12. 이현주, 이주원, 이종영. (2015). 치매노인 가족 부양자의 부양부담 연구: 사회적 지지의 조절 효

- 과. *사회과학연구*, 26(1), 345-367.
13. 임경희. (2002). 교대 근무하는 간호사들의 건강 상태와 직업만족도에 관한 연구[석사학위논문]. 서울: 한양대학교 행정대학원.
 14. 정순돌, 김예슬. (2014). 베이비부머와 예비노인의 가족관계 만족도 영향요인: 성역할인식과 부양부담의 영향을 중심으로. *한국가족관계학회지*, 18(4), 181-197.
 15. 최윤숙, 배주희, 김남희, 태영숙. (2016). 노인 암 환자 가족원의 돌봄 부담감 영향요인. *중앙간호학회지*, 16(1), 20-29.
 16. 통계청a. (2019). *고령자 통계 2018*. Retrieved from <http://kostat.go.kr/portal/korea/index.action>.
 17. 통계청b. (2019). *사회조사 결과 2018*. Retrieved from <http://kostat.go.kr/portal/korea/index.action>.
 18. Bandura A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York, NY: Henry Holt & Co.
 19. Bischoff KE, Sudore R, Miao Y, Boscardin WJ, Smith AK. (2013). Advance care planning and the quality of end-of-life care in older adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 61(2), 209-214.
 20. Chan CWH, Wong MMH, Choi KC, Chan HYL, Chow AYM et al. (2019). Prevalence, perception, and predictors of advance directives among Hong Kong Chinese: A population-based survey. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(3), 1-17.
 21. Dobbs D, Park NS, Jang Y, Meng H. (2015). Awareness and completion of advance directives among Korean American older adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 26(3), 565-570.
 22. Hirayama Y, Otani T, Matsushima M. (2017). Japanese citizens' attitude toward end-of-life care and advance directives: A qualitative study for members of medical cooperatives. *Journal of General and Family Medicine*, 18(6), 378-385.
 23. Hsu T, Loscalzo M, Ramani R, Forman S, Popplewell L et al. (2014). Factors associated with high burden in caregivers of older adults with cancer. *Cancer*, 20(18), 2927-2935.
 24. Ko EJ, Lee JH, Hong YJ. (2016). Willingness to complete advance directives among low-income older adults living in the USA. *Health and Social Care in the Community*, 24(6), 708-716.
 25. Ko EJ, Lee JH. (2009). End-of-life communication: Ethnic differences between Korean American and non-Hispanic white older adults. *Journal of Aging Health*, 21(7), 967-984.
 26. Lynn T, Curtis A, Lagerwey MD. (2016). Association between attitude toward death and completion of advance directives. *Journal of Death and Dying*, 74(2), 193-211.
 27. Matsui M, Braun K. (2010). Nurses' and care workers' attitudes toward death and caring for dying older adults in Japan. *International Journal of Palliative Nursing*, 16(12), 593-598.
 28. Montano DE, Kasprzyk D. (2008). Theory of reasoned action, theory of planned behavior, and the integrated behavioral model. In K. Glanz, B. K. Rimer, & K. Viswanath (Eds.), *Health Behavior and Health Education—Theory, Research and Practice*. 4th ed. (pp. 67-96). San Francisco, CA: Jossey & Bass.

29. Raijmakers NJ, Clark JB, van Zuylen L, Allan SG, van der Heide A. (2013). Bereaved relatives' perspectives of the patient's oral intake towards the end of life: A qualitative study. *Journal of Palliative Medicine*, 27(7), 665-672.
30. Rao JK, Anderson LA, Lin FC, Laux JP. (2014). Completion of advance directives among U. S. consumers. *American Journal of Preventive Medicine*, 4(1), 65-70.
31. Suzuki S, Aoki S, Kusakari J. (1979). Relationship between the scale of the Cornell Medical Index and the Todai Health Index. *Japanese Journal of Public Health*, 26, 161-168.
32. Taylor DM, Ugoni AM, Cameron PA, McNeil JJ. (2003). Advance directives and emergency department patients: Ownership rates and perceptions of use. *Internal Medicine Journal*, 33(12), 586-592.
33. Waite KR, Federman AD, McCarthy DM, Sudore R, Curtis LM et al. (2013). Literacy and race as risk factors for low rates of advance directives in older adults. *Journal of The American Geriatrics Society*, 61(3), 403-406.