



사전의료지시(서)에 대한 성인의 인식과 태도*

김 수 현¹⁾

서 론

20세기 이후 과학기술과 현대의학의 급격한 발전은 인간의 건강수준을 향상시키고 평균수명을 연장하는 효과를 가져왔지만 과거에는 회복이 불가능하고 사망할 수밖에 없었던 환자들의 삶을 연명치료를 통해 인위적으로 연장하는 것을 가능하도록 하였다. 이로 인하여 말기환자에게 연명치료의 사용이나 철회와 관련된 윤리문제가 야기되고 있으며, 최근에는 환자의 의사에 반한 과도한 연명치료를 배제하고 인간으로서의 품위를 잃지 않은 존엄한 죽음을 맞도록 하자는 주장이 크게 대두되고 있다.

좋은 죽음이 무엇인가에 대한 의견은 개인이나 사회, 문화에 따라 다양하지만(Long, 2004), 공통적인 구성요소로 고통 없는 죽음, 무의미한 연명치료를 받지 않는 죽음, 자율성을 존중한 치료결정이 동반된 죽음 등이 보고되고 있다(Kim, Lee, & Kim, 2003; Steinhauser et al., 2000). 그러나 우리나라의 실제 의료상황에서는 치료결정을 내릴 때에 가족이나 주치의가 대신 결정을 내리는 경우가 대부분이어서 이들의 의견에 따라 치료를 과다하게 제공하게 되거나 임의로 중단하게 되는 문제가 공존하고 있는 상태이다(Jeon, 2008). 최근 연구에서도 연명치료나 심폐소생술 등의 치료 결정을 내릴 때에 명확한 기준이나 제도 없이 환자가 배제된 상태에서 가족이나 주치의에 따라 임의적으로 이루어지고 있다고 하면서 환자의 자율성을 존중하기 위한 구체적 방안이 마련되어야 함을 지적하였다(Jeon, 2008; Kim et al., 2003).

말기환자의 치료결과와 관련하여 미국에서는 사전의료지시(서)(Advance Directives; AD)를 통해 환자의 자기결정권을 보장하는 제도적 방안을 마련하고 있다. 사전의료지시(서)란 정신적 판단능력이 있을 때 자신의 생명과 관련된 유언을 함으로써 앞으로 결정능력이 없어질 때에 자신이 미리 결정해 둔 내용을 수행하도록 하는 것이다. 이에겐 의사결정 능력이 없어질 경우를 대비하여 생명이 위급한 상황에서 원하는 치료에 대해 미리 문서로 작성해 두는 생전유언(living will)과 의사결정 능력이 없을 때에 자신을 대신하여 결정을 내릴 수 있도록 신뢰할 만한 대리인을 서면으로 지정하는 대리인 위임(durable power of attorney)이 포함된다(Pietsch & Braun, 2000).

이러한 사전의료지시(서)는 환자가 의사결정 능력을 잃은 상황에서 치료결정을 내릴 때에 환자의 자율성을 존중하도록 하는 효과가 있다는 점에서 우리나라에 도입하는 것이 적극 검토되고 있으며(Lee, 2007; Sohn & Yu, 2001), 이미 몇몇 병원에서는 이 제도를 도입한 상황이다. 그러나 지금까지 우리나라에서 치료결정에서 자기결정권 행사와 사전의료지시(서)에 대한 연구는 매우 미흡한 상태이다. 사전의료지시(서)의 성공적인 도입과 활용을 위해서는 먼저 우리나라 일반 성인들의 의견을 파악하여 이에 따른 활용방안의 모색이 필요할 것이나, 아직 우리나라 성인들이 치료 결정에서 자기결정권 행사를 얼마나 원하고 사전의료지시(서)에 대해 어떠한 인식과 태도를 가지고 있으며 이를 어떻게 활용하기를 원하는지에 대한 구체적인 자료가 부족하다.

외국의 경우 사전의사결정서나 치료적 의사결정에 대한 많

주요어 : 사전의료지시서

* 이 논문은 2008년도 경북대학교 학술연구비 지원에 의해 수행되었음.

1) 경북대학교 간호대학 조교수(교신저자 E-mail: suhyun_kim@knu.ac.kr)

접수일: 2009년 10월 21일 1차 수정일: 2009년 11월 17일 2차 수정일: 2009년 12월 7일 3차 수정일: 2010년 2월 1일 게재확정일: 2010년 9월 29일

은 연구가 발표되고 있지만 한국인을 대상으로 한 연구는 소수에 그치고 있으며, 서양문화 대 동양문화의 이분법적인 시각을 바탕으로 미국에 거주하는 한국인의 가족중심적인 의사결정 경향에 대해 소개하는 정도에 국한되어 있다(Frank et al., 1998). 따라서 사전의사결정서를 도입하여 제도화하고자 하는 현시점에 우리나라 성인들을 대상으로 자기결정권 행사와 사전의사결정서에 대한 인식과 태도에 관해 심층적인 연구가 필요하다고 하겠다.

또한 우리 사회는 지속적인 변화 속에서 각 구성원의 가치관이 점차 서구화되고 개인주의화되는 추세에 있다. 이러한 개인주의적 가치관은 치료결정과 사전의료지시(서)와 관련된 인식과 태도에 중요한 영향을 미치게 되는데(Rhee, Cho, & Cho, 2002), 개인주의적 가치관은 특히 연령과 밀접한 연관이 있다고 하겠다. 외국의 선행연구에서도 연령은 치료결정에서 자기결정권 행사나 사전의료지시(서)의 작성에 가장 주요한 영향을 미치는 요인으로서(Kwon et al., 2009; Puchalski et al., 2000) 연령이 증가할수록 자기결정권 행사와 사전의료지시(서)에 대해 소극적인 태도를 가지는 것으로 보고되고 있다(Puchalski et al., 2000; Winzelberg, Hanson, & Tulskey, 2005). 그러므로 치료결정에서 자기결정권 행사와 사전의료지시(서)에 대한 인식과 태도를 연령대별로 비교하여 그 차이점을 파악하는 것은 사전의료지시(서)에 대해 각 연령집단에 따라 차별화된 접근과 활용방안을 마련하는데 도움이 될 것이다.

따라서 본 연구는 치료결정에서의 자기결정권 행사와 사전의료지시(서)에 대해 성인들이 어떠한 인식과 태도를 가지고 있는지에 대해 파악하고, 또한 연령대에 따른 인식과 태도의 차이를 확인하고자 한다.

연구 목적

본 연구는 치료결정에서의 자기결정권 행사와 사전의료지시(서)에 대한 성인들의 인식과 태도를 파악하기 위함이며 구체적인 연구내용은 다음과 같다.

- 첫째, 치료결정에서 자기결정권 행사에 대한 성인들의 선호를 조사한다.
- 둘째, 사전의료지시(서)에 대한 성인들의 인식과 태도에 대해 파악한다.
- 셋째, 치료결정에서 자기결정권 행사 및 사전의료지시(서)에 대한 인식과 태도가 연령대에 따라 어떠한 차이가 있는지 파악한다.

연구 방법

연구 설계

기본간호학회지 17(4), 2010년 11월

본 연구는 성인들의 치료결정에서 자기결정권 행사와 사전의료지시(서)에 대한 인식과 태도에 대해 파악하기 위한 서술적 조사연구이다.

연구 대상

본 연구의 대상자 선정기준은 우리나라의 20세 이상 성인으로서 자신의 의사를 표시하는데 문제가 없으며 연구 참여에 동의를 표시한 자로 하였다. 본 연구에서는 대구광역시 및 경남지역 군 소재지 1곳에 거주하고 있는 자를 대상으로 하였다. 대상자수는 조사연구에 대한 Cochran의 계산식을 기초로 산정하였다. 총 대상자수는 통계적 검정력 .80, 집단분산 추정치(p) 50%, 95% 신뢰구간 표준 Z값(Z) 1.96, 오차범위(e) 5%를 기준으로 하여 총 384명으로 산정되었다[$n=Z^2p(1-p)/e^2=(1.96)^2(.5)(.5)/(.05)^2=384$](Bartlett, Kotlik, & Higgins, 2001; Cochran, 1963). 총 대상자수를 대상자의 연령을 기준으로 하여 우리나라 성인인구 구성비에 따라 20대 19%, 30대와 40대 각각 22%, 50대 16% 60대 12%, 70대 이상 9%의 비율로 나누어(Korean Statistical Information Service, 2009) 할당표집을 하였다. 연구 대상자는 불충분한 자료를 제외하고 각 연령대별로 미리 계산된 대상자의 수가 충족될 때까지 모집하였다. 그 결과 본 연구 분석에 포함된 자료는 총 389부 중 응답내용이 불충분한 5부를 제외하고 20대 74명, 30대와 40대 각 84명, 50대 58명, 60대 47명, 70대 이상 37명으로 총 384부였다.

연구 도구

치료결정에서 자기결정권 행사에 대한 1문항과 사전의료지시(서)에 관한 인식 및 태도에 대한 설문(Survey concerning advance directive) 12문항(Akabayashi, Slingsby, & Kai, 2003)을 한국어로 번역하여 조사하였으며 번역된 도구는 역번역을 통해 번역의 적절성을 확인하였다. 각 문항은 각 질문에 따라 예/아니오 또는 제시된 답가지 중 선택지에 표기하도록 하였다. 치료결정에서 자기결정권 행사에 대한 선호도는 치료결정을 내릴 때에 주 결정자가 되기를 원하는 사람을 주치의, 가족, 본인 중에 선택하도록 하였다. 사전의료지시(서)에 대한 인식은 사전의료지시(서) 인지와 작성 여부, 사전의료지시(서) 찬성/반대 여부와 이유의 설문문항으로, 태도는 사전의료지시(서) 작성의지, 연명치료 선호도, 사전의료지시(서) 포함 내용 및 기술정도, 기록방법 등에 관한 문항으로 측정하였다.

자료 수집 방법

자료수집기간은 2009년 2월 1일부터 2009년 7월 10일까지

였으며, 대구지역과 경남지역의 종합병원 각 1곳의 외래에 방문한 환자와 가족을 주 대상으로 하였다. 또한 환자나 환자 가족 이외에 성인의 의견을 다양하게 수집하기 위하여 대구 지역의 대학가에 위치한 커피숍 1곳과 대구시내 노인대학 1 곳을 방문하여 자료를 수집하였다. 본 연구자는 자료수집 이전에 자료를 수집할 기관의 기관장에게 연구의 목적과 절차에 대해 설명하고 동의를 얻었다. 연구보조원 3명에게 연구의 목적과 설문조사방법에 대해 훈련시킨 후 자료수집에 임하도록 하였다. 자료수집 이전에 각 대상자에게 연구의 목적과 취지를 설명한 후 서면 동의를 얻었으며, 설문조사에 소요된 시간은 약 10-15분이었다.

자료 분석 방법

수집된 자료는 SAS 9.1 통계프로그램을 이용하여 전산처리하였다. 치료적 의사결정에서 자기결정권 행사 및 사전의료지시(서)에 대한 인식과 태도에 대해 기술적 통계분석을 실시하였으며, 이에 대한 연령대별 차이는 χ^2 test를 실시하였다. 자료의 결측값은 multiple imputation을 이용하여 처리한 후 자료 분석을 실시하였다.

연구 결과

연구 대상자의 일반적 특성

연구 응답자의 일반적 특성은 Table 1과 같다. 응답자의 평균 연령은 45.1±16.2세였다. 여성이 59.1%, 기혼이 62.8%, 대학 재학 이상이 49.2%로 가장 많았다. 건강상태는 양호하거나 매우 양호하다고 한 사람이 83.3%였고, 자신이 병원입원 경험이 있는 경우가 26.4%였다. 종교는 불교가 36.2%로 가장 많았고 무교가 35.2%였다.

치료결정에서 자기결정권 행사

치료결정에서 주 결정권자가 되어야 한다는 사람에 대해서 ‘본인’이라는 응답이 75.3%였고, ‘주치의’가 17.9%, ‘가족’이

Table 1. Characteristics of the Participants (N=384)

Category	n (%)
Age	
20-29 years	74 (19.3)
30-39 years	84 (21.9)
40-49 years	84 (21.9)
50-59 years	58 (15.1)
60-69 years	47 (12.2)
70 years or more	37 (9.6)
Gender	
Male	157 (40.9)
Female	227 (59.1)
Marital Status	
Married	241 (62.8)
Single	118 (30.7)
Widowed	19 (4.9)
Divorced	6 (1.6)
Education	
Elementary school or less	23 (6.0)
Middle school or high school	172 (44.8)
College or more	189 (49.2)
Perceived health status	
Very good	168 (43.8)
Good	152 (39.5)
Poor	39 (10.2)
Very poor	25 (6.5)
Religion	
Buddhism	139 (36.2)
Protestant	57 (14.8)
Catholic	42 (10.9)
None	135 (35.2)
Others	11 (2.9)
Economic status	
Good	24 (6.3)
Moderate	280 (72.9)
Poor	68 (17.7)
Very poor	12 (3.1)
Experience with hospitalization or death†	
Hospitalization (yourself)	101 (26.4)
Hospitalization (family member)	242 (63.2)
Deaths of family member, relative or friends	166 (43.3)

† Multiple answers

6.8%였다(Table 2). 이는 연령대별로 유의한 차이가 있었는데 ($\chi^2=21.5, p=.0001$), ‘본인’이라는 응답은 20·30대에서 80.4%

Table 2. Preferences for Primary Decision Maker in Terminal Illness

(N=384)

Items	Total	Age			χ^2 (p value)
		20-39 (n=158)	40-59 (n=142)	60 or above (n=84)	
n (%)					
Preferences for primary decision maker in terminal illness					
Myself	289 (75.3)	127 (80.4)	109 (76.8)	53 (63.1)	21.5 (<.001)
Physician	69 (17.9)	15 (9.5)	29 (20.4)	25 (29.8)	
Family	26 (6.8)	16 (10.1)	4 (2.8)	6 (7.1)	

로 가장 높았고 40·50대는 76.8%, 60대 이상은 63.1%였다. 반면, '주치의'라는 응답은 60대 이상이 29.8%로 가장 높았으며, '가족'이라는 응답은 20·30대가 10.1%로 가장 높았다.

사전의료지시(서)에 대한 인식 및 태도

사전의료지시(서)에 대한 인식을 보면(Table 3), 응답자의 71.6%는 사전의료지시(서)에 대해 들어본 적이 없다고 하였고, 11.2%는 들어본 적이 있으나 그 의미는 모른다고 하였으며, 17.2%만이 이에 대해 들어본 적이 있고 그 의미도 알고 있다고 응답하였다. 전체 응답자의 87.2%는 말기치료에 대해

어떠한 의견도 표시해 두지 않았다고 응답하였다.

사전의료지시(서)에 대한 태도를 보면(Table 4), 사전의료지시(서) 제도에 찬성하는 응답자가 전체의 92.5%였다. 찬성의 이유로는(Figure 1) '혹시 중병에 걸리거나 장애를 입어서 치료결정을 내릴 능력이 없어질 수도 있다는 것을 알기 때문이다' 55% (189명), '말기치료를 결정하는데 가족에게 부담을 주고 싶지 않기 때문이다' 49%(169명)로 가장 많았다. 이 밖에 '내 의견과 가족의 의견이 다를 수 있기 때문이다' 36% (124명), '말기치료에 대한 결정을 심사숙고하고 싶기 때문이다' 36%(123명), '내가 선택한 치료만 받고 싶기 때문이다' 30%(102명), '장기기증에 관한 소망을 알리고 싶기 때문이다'

Table 3. Awareness of Advance Directives

(N=384)

Items	Total	Age			χ^2 (p value)
		20-39 (n=158)	40-59 (n=142)	60 or above (n=84)	
Awareness regarding ADs					
Know about ADs	66 (17.2)	24 (15.2)	35 (24.7)	7 (8.3)	13.88 (.008)
Heard of the terms but unfamiliar with the meaning	43 (11.2)	13 (8.2)	19 (13.4)	11 (13.1)	
Not heard of ADs	275 (71.6)	121 (76.6)	88 (62.0)	66 (78.6)	
Actual execution of ADs					
Written up ADs or similar document	22 (5.8)	4 (2.6)	16 (11.3)	2 (2.4)	21.30 (<.001)
Expressed preferences regarding end-of-life treatment	27 (7.0)	7 (4.4)	8 (5.6)	12 (14.3)	
Not expressed preferences by written documentation or oral communication	335 (87.2)	147 (93.0)	118 (83.1)	70 (83.3)	

ADs: advance directives

Table 4. Attitudes Toward Advance Directives

(N=384)

Items	Total	Age, n (%)			χ^2 (p value)
		20-39 (n=158)	40-59 (n=142)	60 or above (n=84)	
Preference for ADs					
Agree	355 (92.5)	149 (94.3)	131 (94.4)	72 (85.8)	7.00 (.031)
Disagree	29 (7.5)	9 (5.7)	8 (5.6)	12 (14.3)	
Intention to execute ADs					
Yes	226 (58.9)	105 (66.5)	85 (59.9)	36 (42.9)	33.72 (<.001)
No	48 (12.5)	7 (4.4)	16 (11.3)	25 (29.8)	
Undecided	110 (28.6)	46 (29.1)	41 (28.8)	23 (27.4)	
Preferred treatment in no hope of recovery					
Life-sustaining treatments	34 (8.9)	14 (8.9)	11 (7.8)	9 (10.7)	0.58 (.750)
Pain management	350 (91.1)	144 (91.1)	131 (92.3)	75 (89.3)	
Preference for information disclosure about diagnosis/prognosis in terminal illness					
To disclose all information	349 (90.9)	148 (93.7)	134 (94.4)	67 (79.8)	16.10 (<.001)
Not to disclose information	35 (9.1)	10 (6.3)	8 (5.6)	17 (20.2)	
Contents to be noted in ADs†					
Treatment decisions in terminal illness	256 (66.7)	126 (79.8)	92 (64.8)	38 (45.2)	29.70 (<.001)
Treatment decisions in brain death/long-term coma	207 (53.9)	101 (63.9)	82 (57.8)	24 (28.6)	28.92 (<.001)
Wish for organ donation	153 (39.8)	80 (50.6)	51 (35.9)	22 (26.2)	15.12 (.001)
Wish for being informed of diagnosis/ prognosis	138 (35.9)	65 (41.1)	53 (37.3)	20 (23.8)	7.34 (.025)
Wish for a place to die	116 (33.3)	53 (35.6)	38 (28.6)	25 (37.9)	2.31 (.316)
Treatment decisions on pain control in terminal illness	119 (30.1)	54 (34.2)	49 (34.5)	16 (19.1)	7.17 (.028)
Wish for body donation	65 (16.9)	43 (27.2)	19 (14.0)	3 (3.6)	23.80 (<.001)

Table 4. Attitudes Toward Advance Directives

(N=384)

Items	Total	Age, n (%)			χ^2 (p value)
		20-39 (n=158)	40-59 (n=142)	60 or above (n=84)	
Preferences for detailed description in ADs					
As detailed as possible	229 (59.6)	95 (60.1)	88 (62.0)	46 (54.8)	1.17 (.558)
General preferences	155 (40.4)	63 (39.8)	54 (38.0)	38 (45.2)	
To what extent to be treated according to your AD					
In absolute accordance	69 (18.0)	22 (13.9)	34 (23.9)	13 (15.5)	26.60 (<.001)
As much as possible but not strictly to be followed if reasonable	247 (64.3)	123 (77.9)	76 (53.5)	48 (57.1)	
Just as a reference	68 (17.7)	13 (8.2)	32 (22.5)	23 (27.4)	
How to record ADs					
Documented (including voice recording)	251 (65.4)	126 (79.8)	91 (64.1)	34 (40.5)	38.04 (<.001)
Orally to a family member/acquaintance	111 (28.9)	26 (16.5)	42 (29.6)	43 (51.2)	
Do not know	22 (5.7)	6 (3.8)	9 (6.3)	7 (8.3)	
Allow surrogate's execution of ADs					
Yes	129 (33.6)	49 (31.0)	50 (35.2)	30 (35.7)	0.81 (.668)
No	255 (66.4)	109 (69.0)	92 (64.8)	54 (64.3)	
Legalization of ADs					
Necessary	209 (54.4)	88 (55.7)	80 (56.3)	41 (48.8)	3.22 (.021)
Unnecessary	116 (30.2)	49 (31.0)	37 (26.1)	30 (35.7)	
Do not know	59 (15.4)	21 (13.3)	25 (17.6)	13 (15.5)	

Multiple answers; ADs: advance directives

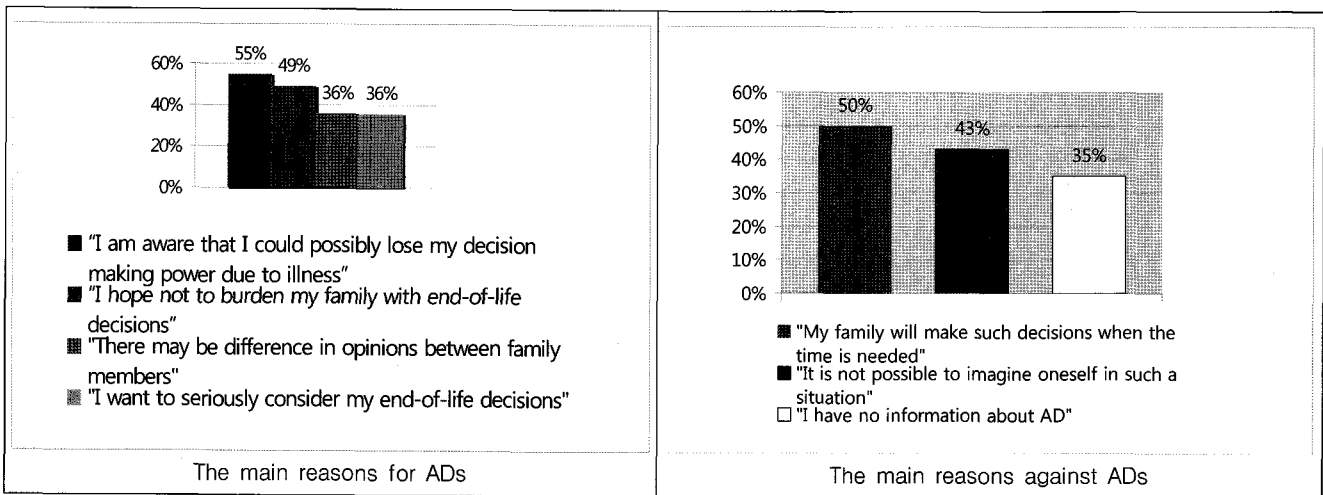


Figure 1. The main reasons for or against advance directives

16%(53명), '나 혼자 힘으로 내 문제를 결정하고 싶기 때문이다' 13%(45명), '언론매체에서 들은 적이 있기 때문이다' 6%(20명), '요즘 의료인을 신뢰하지 않기 때문이다' 5%(18명)의 순으로 나타났다(중복응답). 그러나 사전의료지시서 작성 의사에 대해서는 '있다'가 59%였고, '아직 결정하지 못했다'가 29%였다.

반면 사전의료지시(서) 제도에 찬성하지 않는 응답자는 전체의 7.5%였으며(Table 4), 그 이유는(Figure 1) '필요하면 가족이 결정을 내려줄 것이다' 50%(13명), '그런 상황에 처하면 어떻게 상상할 수 없기 때문이다' 43%(12명), '나는 AD에 관

해 잘 모르기 때문이다' 35%(9명)로 가장 많았다. 이 밖에 '내가 죽거나 기억을 잃어버리게 될 것이라 생각도 하기 싫기 때문이다' 27%(7명), '필요하면 주치의가 결정을 내려줄 것이다' 23%(6명), '나는 건강해서 그런 결정을 고민할 필요가 없다' 19%(5명), '지금 내 나이에서는 그런 결정을 고민할 필요가 없다' 19%(5명), '사전의료지시(서)가 필요한 상황에 처하지 않을 것이기 때문이다' 15%(4명), '나중에 상황이 바뀌면 생각이 바뀔 수 있기 때문이다' 12%(3명)의 순으로 나타났다(중복응답).

회복이 불가능한 말기상태에서 원하는 치료로는 '생명연장

치료를 거부하고 통증감소를 선택하겠다'는 응답이 91.1%였고, 말기상태에 대한 진단과 예후에 대해 '모든 정보를 듣기 원한다'는 응답이 90.9%였다(Table 4). 사전의료지시 내에 포함시키고 싶은 내용으로는 말기상태에서 생명연장치료 결정이 66.7%, 뇌사/장기혼수상태에서 치료결정이 53.9%로 가장 많았다. 이 밖에 장기기증 희망여부 39.8%, 진단과 예후에 대한 정보를 직접 듣고 싶은지의 여부 35.9%, 원하는 사망 장소 33.3%, 말기상태에서 통증치료 관련 결정 30.1%였다(중복응답).

사전의료지시는 59.6%가 '가능한 자세하게', 즉 심장마사지나 인공호흡기 사용 등에 대해 구체적으로 기록하기를 원했다. 그러나 응답자의 18.0%만이 '반드시 작성된 사전의료지시(서)에 따라 치료결정을 내려야 한다'고 했고 64.3%는 '가능하면 따라야 하지만 본인의 의견이 전해지면 엄격하게 따를 필요는 없다'고 하였다. 이 밖에 사전의료지시를 '문서로 기록'하기 원하는 사람이 65.4%로 가장 많았고 '구두로 알리기'를 원하는 사람은 28.9%였다. 사전의료지시서를 가족이나 지인이 대신 작성하는 것에 대해서는 66.4%가 반대하였으며, 사전의료지시서를 법적 문서화하는 것에 대해서는 54.4%가 필요하다고 응답하였다.

연령대에 따른 사전의료지시(서)에 대한 인식과 태도의 차이

사전의료지시(서)에 대한 인식은 연령대별로 통계적으로 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다(Table 3). 사전의료지시(서)에 대해 알고 있는 사람은 40·50대가 24.7%로 가장 많았고 60대 이상이 8.3%였다($\chi^2=13.88, p=.008$). 사전의료지시(서)나 유사 문서를 작성해 두었다는 응답은 40·50대는 11.3%였으나 60대 이상은 2.4%에 불과하였다. 말기치료를 관한 자신의 의견을 주위에 알려두었다는 응답은 60대 이상이 14.3%로 가장 많았고 20·30대는 4.4%였다($\chi^2=21.30, p<.001$).

사전의료지시(서)에 대한 태도를 연령대에 따라 비교해 보면(Table 4), 사전의료지시(서) 제도에 찬성하는 사람이 20·30대와 40·50대는 94.3~94.4%인데 비해, 60대 이상은 85.8%로 낮아서 유의한 차이를 보였다($\chi^2=7.00, p=.031$). 사전의료지시(서) 작성의사가 '있다'는 응답은 20·30대는 66.5%이었으나 60대 이상은 42.9%로 가장 낮았다($\chi^2=33.72, p<.001$). 또한 회복이 불가능한 상태에서 진단과 예후에 대해 '모든 정보를 듣기 원한다'는 응답은 20·30대가 93.7%인데 비해 60대 이상은 79.8%로 나타나 유의한 차이를 보였다($\chi^2=16.10, p<.001$). 그러나 말기상태에 '생명연장치료' 선호여부는 유의한 차이가 없었다($\chi^2=0.58, p=.750$).

사전의료지시에 포함시키고 싶은 내용에 대해 '말기의 생명 연장 치료결정'은 20·30대의 79.8%가 찬성하였으나, 60대 이

상은 45.2%가 찬성하여 유의하게 낮았으며($\chi^2=29.7, p<.001$), 뇌사 등에서의 치료결정은 20·30대의 63.9%가 찬성하는데 비해 60대 이상은 28.6%로 유의하게 낮았다($\chi^2=28.9, p<.001$). 이 밖에도 20·30대는 장기기증, 진단과 예후에 듣기 원함, 통증관리 결정, 시신기증에 대한 내용에 다른 연령대보다 유의하게 높은 찬성률을 나타냈다.

작성된 사전의료지시(서)의 내용을 '엄격히 따라야 한다'는 응답은 40·50대에서 23.9%로 가장 많았고, '단지 참고로 하면 된다'는 응답은 60대 이상이 27.4%로 가장 많았다($\chi^2=26.6, p<.001$). 이 밖에 사전의료지시서의 기록형태로 20·30대는 문서기록을 더 선호한 반면, 60대 이상은 가족/지인에게 구두로 알리는 편을 더 선호하여 연령대별로 유의한 차이를 보였다($\chi^2=38.04, p<.001$). 그러나 사전의료지시(서)의 자세한 기술정도, 가족이나 지인의 대신 작성 및 사전의료지시서의 법적 문서화 여부에 대해서는 연령별로 유의한 차이가 없었다.

논 의

본 연구는 사전의료지시(서)에 대한 성인들의 인식과 태도를 파악하여 효과적인 활용방안을 마련하기 위한 기초조사로서 시도되었다. 연구결과 치료적 의사결정에서 주 결정권자가 본인이어야 한다고 한 사람이 대부분이었고 가족이어야 한다는 사람은 소수에 불과한 것으로 조사되어 치료결정에 대한 자기결정권 요구가 강한 것으로 나타났다. 이 결과는 미국 내 한국노인을 대상으로 한 선행연구에서 연명치료 결정을 가족이 내려야 한다는 응답이 57%인데 비해 환자가 내려야 한다는 응답이 28.9%였던 조사결과와, 전통적인 한국문화에서의 말기치료 결정은 가족의 책임이라는 논의와 차이를 보인다(Blackhall, Murphy, Frank, Michel, & Azen, 1995). 이 결과는 최근 10여 년 동안 우리 사회의 가치관이 개인주의화되고 가족 역할에 대한 사고가 크게 변화한 점에 기인한 것이라고 생각되며, 최근 우리나라 성인을 대상으로 한 연구에서 응답자의 62%가 본인이 말기치료의 가장 적절한 결정자라고 보고된 바와 유사하다(Kwon et al., 2009).

그러나 사전의료지시(서)에 대한 인식은 매우 낮고, 실제로 사전의료지시서를 작성하겠다고 한 사람은 절반 정도에 불과하였다. 미국의 경우에도 사전의료지시서를 작성한 사람은 약 25% 이하로 적다고 보고되고 있는데(Hamel, Guse, Hawranik, & Bond, 2002; Mezey, Leitman, Mitty, Bottrell, & Ramsey, 2000), 이는 사전의료지시(서)에 대한 지식부족과 필요한 서식을 접하기 어렵다는 점이 그 주요한 이유로 알려져 있다(Perkins, 2000). 따라서 사전의료지시(서) 제도를 제대로 정착시키기 위해서는 의료인과 일반인을 대상으로 사전의료지시(서)에 대해 교육하고 홍보하는 노력이 매우 필요하다고 하겠다.

사전의료지시(서) 제도에 대해서는 응답자의 대부분이 찬성하는 것으로 나타나서 선행 연구결과와 일치하였다(Lee, 2007; Yun et al., 2004). 찬성 이유로는 ‘자신이 치료결정을 내릴 능력이 없어질 수도 있다는 것을 알기 때문’이라는 점과 함께 ‘말기치료를 결정하는데 가족에게 부담을 주고 싶지 않기 때문’이라는 점이 주요하게 나타났다. 이는 환자들은 사전의료지시서의 작성을 통해 치료결정에서 자기결정권을 행사함과 동시에 말기치료를 결정하는 가족의 짐을 덜어주고자 함에 그 의미를 두고 있음을 시사하는 결과라고 하겠다(Singer et al., 1998; Winzelberg et al., 2005). 이러한 점을 고려할 때 의료인들은 사전의료지시(서)에 있어서 가족이 중요한 영향 요인이 된다는 점을 이해할 필요가 있다. 또한 ‘필요하면 가족이 결정을 내려줄 것이다’라는 이유로 사전의료지시(서)에 반대하는 사람들에게는 사전의료지시서의 작성이 가족에게 미치는 긍정적 영향을 강조하여 그 필요성을 인식시킬 수 있을 것이라 생각된다.

또한 응답자의 대부분은 회복이 불가능하고 심한 통증에 시달릴 때에 연명치료보다는 통증감소 치료를 원하고, 진단과 예후에 관해 모두 알기를 원하는 것으로 나타났다. 특히 진단과 예후에 대해 모두 알기 원하는 사람은 연령대가 증가할수록 감소하였지만, 60대 이상에서도 약 80%가 모든 정보를 알기 원하는 것으로 나타났다. 이는 “의사가 환자에게 전이성 암의 진단을 알려야 하는가?” 하는 질문에 대해 미국 내 한국노인의 절반 정도만이 “그렇다”고 응답한 결과와, 한국노인들은 나쁜 예후에 대해 직접 듣기보다는 “눈치”를 통해 간접적으로 알게 되기를 원한다는 선행연구 결과와 차이가 있다(Blackhall, Frank, Murphy, & Michel, 2001; Frank et al., 1998). 우리나라의 의료상황을 보면, 아직 말기 암환자가 자신의 질병단계에 대해 잘 모르고 있는 사람이 더 많고, 가족의 반대 없이 의료인과 환자가 죽음에 관하여 자유롭게 논의할 수 있는 경우가 매우 드문 실정이다(Oh et al., 2004). 그러나 본 연구에서 대상자들이 원하는 바와 같이 치료결정에서 자기결정권을 실질적으로 보장하기 위해서는 환자가 자신의 질병상태에 대해 명확히 이해하고 있음이 전제가 되어야 할 것이다.

그러나 응답자 대부분은 말기치료를 자신이 원하는 바를 전혀 밝혀두지 않은 것으로 조사되었다. 이는 혹시 갑작스런 질병이나 사고로 의식을 잃게 되었을 때 가족이나 주치의가 대리적 치료결정을 내리는 과정에서 윤리적 문제가 발생할 수 있는 가능성이 있음을 시사한다. 따라서 대상자들이 중병이나 말기질환에 걸린 후에 사전의료지시(서)를 작성하도록 하는 것보다는 건강할 때에 미리 자신의 가치관과 말기치료에 대한 선호도에 대해 심사숙고하여 이를 표시해 두고 필요시 주기적으로 갱신하도록 권유하는 것이 바람직할 것이다

(Perkins, 2000).

응답자 대부분은 실제로 치료결정을 내릴 때에 자신이 사전의료지시(서)에 기술한 내용을 가능한 따르기를 원하지만 반드시 그럴 필요는 없다고 하였다. 이는 외국의 선행연구에서 일본 성인들과 미국 내 투석환자들 중 2/3 가량이 치료결정을 내릴 때에 사전의료지시(서)에 자신이 기술한 내용을 되도록 따르되 어느 정도의 자유재량은 허용한다고 한 응답결과와 유사한 결과이다(Akabayashi et al., 2003; Sehgal et al., 1992). 따라서 실제 의료상황이 매우 복잡하고 가변적이며, 대상자들도 사전의료지시(서)에 기록한 내용을 반드시 따르도록 요구하지 않는다는 점을 고려할 때(Collins, Parks, & Winter, 2006), 사전의료지시(서)에 특정치료를 원하는지에 대해 단편적으로 표시하는 형식만으로는 치료결정시에 환자의 의사를 반영하는데 그 효과가 제한적일 것으로 보인다. 따라서 앞으로 개발될 사전의료지시(서)는 치료 선호도에 대한 표시와 함께 가치관, 신념 등(value history)을 기록하고 대리적 의사결정자도 선임하는 복합적인 형태로 개발하는 것이 실제 의료 현장에서 의사결정과정에 실질적인 도움을 줄 수 있을 것이다(Collins et al., 2006).

사전의료지시의 기록방법으로는 문서기록을 가장 선호하였지만, 구두로 알려두기를 원하는 사람도 전체의 약 1/4이었고 60대 이상은 과반수이상이었다. 가족이 대신 작성하는 것에 찬성하는 사람도 약 1/3이나 되었다. 이는 미국의 선행연구에서 제시된 바와 같이 많은 환자들은 사전의료지시를 문서로 기록하는 것보다는 사회적 관계 속에서 가족이나 지인들과 논의하는 데에 중점을 둔다는 점을 시사하고 있다(Singer et al., 1998; Winzelberg et al., 2005). 따라서 사전의료지시에 대한 의료계의 접근방향이 포괄적인 ‘사전의료계획(advance care planning)’으로 확장될 필요가 있겠다(Collins et al., 2006; Singer et al., 1998). 사전의료계획이란 각 개인이 의사결정 능력이 있을 때에 치료에 대한 자신의 가치관과 선호하는 바에 대해 논의하는 과정을 말하며, 이는 가족이나 의료인과 의사 소통하는 과정에 초점을 두며 논의 후에 사전의료지시(서)를 작성하는 것을 포함한다(Perkins, 2000).

본 연구에서 연령대에 따라 자기결정권 행사나 사전의료지시(서)에 대한 인식, 태도 및 활용에 관한 선호도에 차이가 있는 것으로 확인되었다. 특히 60대 이상은 자기결정권 행사에 비교적 소극적이고 사전의료지시(서)에 대해 모르는 사람이 더 많았고, 사전의료지시(서)를 작성하겠다고 하는 비율도 낮았다. 또한 사전의료지시(서)에 기록된 내용을 참고로 하려면다고 응답한 사람이 많았으며, 말기치료를 자신이 원하는 바를 가족이나 지인에게 구두로 알려두는 편을 선호하는 사람이 더 많았다. 이러한 결과는 60대 이상 대상자들에게는 사전의료지시(서)의 시행과 활용에 있어서 다른 연령대와 차별화

된 접근방법을 사용할 것을 시사하고 있다.

노인들의 상당수는 교육수준이 낮아서 의학용어에 대한 이해도가 낮을 뿐만 아니라 의료정보에 대한 접근성도 떨어지는 특성이 있다(Kim & Lee, 2008). 이에 따라 간호사들은 사전의료지시(서)의 목적과 취지, 활용방법 및 포함된 내용과 의미에 대한 정보를 대상자의 이해수준에 맞추어서 제공할 필요가 있겠다. 서면자료를 1회에 걸쳐 제공하는 방식의 교육보다는 여러 회에 걸쳐 구두와 서면으로 정보를 제공하며, 사전의료지시(서)를 문서로 작성할 때에 그 내용과 의미에 대해 자세히 설명해 주고, 실제 작성과정에서도 실질적 도움을 주는 것이 바람직할 것이다. 또한 60대 이상에서는 주치의나 가족이 치료결정을 대신 내려주기를 원하는 사람이 다른 연령대보다 많았는데, 간호사들은 치료결정에서 자기결정권 행사를 원하지 않는 사람들도 있음을 이해하고 대리적 치료결정과정에서 옹호자와 조정자의 역할을 적절히 수행할 수 있어야 할 것이다.

본 연구는 표본의 대표성을 높이고 연령대별 다양한 의견을 효과적으로 파악하기 위하여 연령을 바탕으로 비례적 할당표집이 시도되었으나, 편의표집 방법을 통해 일부 지역에서 만 자료수집이 이루어졌다는 제한점이 있다. 또한 교육수준이 대학재학 이상인 사람들이 실제 인구비율보다 약 10% 가량 과잉표집 되었으므로(Korean Statistical Information Service, 2009) 연구결과의 해석 시 주의를 기할 필요가 있겠다.

결론 및 제언

본 연구는 성인들의 치료결정에서의 자기결정권 행사와 사전의료지시(서)에 대한 인식과 태도 및 선호도에 대해 파악하고 이러한 응답이 연령대에 따라 어떠한 차이가 있는지 파악하고자 한 서술적 조사연구이다. 연구대상자는 연령에 따른 할당표집법으로 표집 되었으며, 설문자료는 2009년 2월부터 7월까지 대구와 경남지역의 종합병원과 노인대학 및 대학가에서 수집되었다. 자료 분석은 기술통계분석과 Chi-square test로 분석하였다.

본 연구결과 치료결정에서 주 결정권자는 본인이 되어야 한다고 응답한 사람이 전체 응답자의 75.3%였고, 20·30대에서 본인이 결정권자가 되어야 한다는 응답이 가장 많았다($\chi^2=21.5, p<.001$). 사전의료지시(서)에 대해서 알고 있다고 한 사람은 17.2%에 불과하였으나, 제도 자체에 대해서는 92.5%가 찬성하였다. 사전의료지시(서)에 대해 알고 있다는 응답은 40·50대에서 가장 높았으며, 제도에 대한 찬성률은 60대 이상에서 가장 낮았다($\chi^2=7.00, p=.031$).

그러나 사전의료지시(서)를 작성하겠다는 사람은 전체 응답자의 58.9%였으며 60대 이상이 42.9%로 가장 적었다($\chi^2=$

33.72, $p<.001$). 전체 응답자의 64.3%는 치료결정 시 작성된 사전의료지시(서)를 가능하면 따라야 하지만 본인의 의견이 전해지면 엄격하게 따를 필요는 없다고 하였다. 사전의료지시(서)를 엄격히 따라야 한다고 한 사람은 40·50대에서 가장 많았고, 단지 참고로 하면 된다고 한 응답은 60대 이상에서 가장 많았다($\chi^2=26.6, p<.001$). 사전의료지시의 기록은 65.4%가 문서기록을 선호하였으며, 20·30대는 문서기록을, 60대 이상은 구두로 알리는 편을 더 선호하였다($\chi^2=38.04, p<.001$).

본 연구결과를 토대로 간호사들은 일반 성인을 대상으로 사전의료지시(서)의 목적과 취지 및 내용에 대해 교육하는 노력이 필요하겠으며, 말기치료에 대한 가치관과 선호도에 대해 미리 생각하고 가족이나 의료인들과 논의하여 자신이 원하는 바를 다양한 형태로 알려주도록 격려할 필요가 있겠다. 또한 사전의료지시(서)는 특정한 말기치료에 대한 선호도와 함께 치료에 대한 가치관을 기록하고 대리적 의사결정자도 선임하는 복합적인 형태로 개발하는 것이 바람직하겠겠다.

본 연구를 바탕으로 다음과 같은 제언을 하고자 한다. 치료결정에 있어서 자기결정권 및 사전의료지시(서)에 대한 인식, 태도 및 선호도에 영향을 주는 연령 이외에 다른 변수의 영향을 확인할 필요가 있겠다. 또한 환자와 가족 및 의료인을 대상으로 질적 연구를 통해 사전의료지시(서)에 대한 의견과 경험에 대해 깊이 있게 고찰해 볼 필요가 있겠다. 이 밖에도 본 연구에서 제안한 바를 토대로 사전의료지시(서)를 개발하여 임상에 적용한 후 그 효과를 검증해 볼 필요가 있겠다.

References

- Akabayashi, A., Slingsby, B. T., & Kai, I. (2003). Perspectives on advance directives in Japanese society: A population-based questionnaire survey. *BMC Medical Ethics, 4*(5), E5.
- Bartlett, J. E., Kotrlík, J. W., & Higgins, C. C. (2001). Organizational research: determining appropriate sample size in survey research. *Information Technology, Learning, and Performance Journal, 19*(1), 43-50.
- Blackhall, L. J., Frank, G., Murphy, S., & Michel, V. (2001). Bioethics in a different tongue: the case of truth-telling. *Journal of Urban Health, 78*(1), 59-71.
- Blackhall, L. J., Murphy, S. T., Frank, G., Michel, V., & Azen, S. (1995). Ethnicity and attitudes toward patient autonomy. *The Journal of the American Medical Association, 274*(10), 820-825.
- Cochran, W. G. (1963). *Sampling Techniques* (2nd Ed.). New York: John Wiley and Sons, Inc.
- Collins, L. G., Parks, S. M., & Winter, L. (2006). The state of advance care planning: one decade after support. *The American Journal of Hospice & Palliative Medicine, 23*(5), 378-384.
- Frank, G., Blackhall, L. J., Michel, V., Murphy, S. A., Azen,

- S. P., & Park, K. (1998). A discourse of relationships in bioethics: patient autonomy and end-of-life decision making among elderly Korean Americans. *Medical Anthropology Quarterly*, 12(4), 403-423.
- Hamel, C. F., Guse, L. W., Hawranik, P. G., & Bond J. B. (2002). Advance directives and community-dwelling older adults. *Western Journal of Nursing Research*, 24(2), 143-158.
- Jeon, M. H. (2008). *Nurse's awareness on the DNR orders for the elderly-focusing on general hospitals*. Unpublished master's thesis, Hanyang University, Seoul.
- Kim, S. H., & Lee, E. (2008). The influence of functional literacy on perceived health status in Korean older adults. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 38(2), 195-203.
- Kim, S. M., Lee, Y. J., & Kim, S. Y. (2003). Attributes considered important for a good death among elderly and adults. *Journal of the Korea Gerontological Society*, 23(3), 95-110.
- Korean Statistical Information Service (2009). *Estimated national population according to age*. Retrieved on January 14, 2009 from http://kosis.kr/gen_etl/start.jsp?orgId=110&tblId=TX_11001_A293&conn_path=I2&path
- Kwon, Y. C., Shin, D. W., Lee, J. H., Heo, D. S., Hong, Y. S., Kim, S. Y., et al. (2009). Impact of perception of socioeconomic burden on advocacy for patient autonomy in end-of-life decision making: A study of societal attitudes. *Palliative Medicine*, 23, 87-94.
- Lee, G. M. (2007). *Study on withdrawal of life-sustaining treatment and advanced directive*. Unpublished master's thesis, Yonsei University, Seoul.
- Long, S. O. (2004). Cultural scripts for a good death in Japan and the United States: similarities and differences. *Social Science & Medicine*, 58(5), 913-928.
- Mezey, M. D., Leitman, R., Mitty, E. L., Bottrell, M. M., & Ramsey, G. C. (2000). Why hospital patients do and do not execute an advance directive. *Nursing Outlook*, 48, 165-171.
- Oh, D. Y., Kim, J. E., Lee, C. H., Lim, J. S., Jung, K. H., Heo, D. S., et al. (2004). Discrepancies among patients, family members, and physicians in Korea in terms of values regarding the withholding of treatment from patients with terminal malignancies. *Cancer*, 100, 1961-1966.
- Perkins, H. S. (2000). Time to move advance care planning beyond advance directives. *Chest*, 117, 1228-1231.
- Pietsch, J. H., & Braun, K. L. (2000). Autonomy, advance directives, and the Patient Self-Determination Act. In Braun, K. L., Pietsch, J. H., & Blanchette, P. L.(Eds.), *Cultural Issues in End-of-Life Decision Making* (pp. 37-54). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Puchalski, C. M., Zhong, Z., Jacobs, M. M., Fox, E., Lynn, J., Harrold, J., et al. (2000). Patients who want their family and physician to make resuscitation decisions for them: observations from SUPPORT and HELP. Study to Understand Prognoses and Preferences for Outcomes and Risks of Treatment. Hospitalized Elderly Longitudinal Project. *Journal of American Geriatrics Society*, 48(5 Suppl), S84-90.
- Rhee, T. J., Cho, Y. H., & Cho, Y. B. (2002). A study on the individualism-collectivism orientation and attitudes toward industrial relations. *Korean Journal of Industrial Relations*, 12(1), 93-121.
- Sehgal, A., Galbraith, A., Chesney, M., Schoenfeld, P., Charles, G., & Lo, B. (1992). How strictly do dialysis patients want their advance directives followed? *The Journal of the American Medical Association*, 267(1), 59-63.
- Singer, P. A., Martin, D. K., Lavery, J. V., Thiel, E. C., Kelner, M., & Mendelsohn, D. C. (1998). Reconceptualizing advance care planning from the patient's perspective. *Archives of Internal Medicine*, 158, 879-884.
- Sohn, M. S., & Yu, H. J. (2001). Ethical review on the 'advance directives' in medical field. *Korean Journal of Medical Ethics*, 4(1), 1-20.
- Steinhauser, K. E., Clipp, E. C., McNeilly, M., Christakis, N. A., McIntyre, L. M., & Tulsky, J. A. (2000). In search of a good death: observations of patients, families, and providers. *Annals of Internal Medicine*, 132(10), 825-832.
- Winzelberg, G. S., Hanson, L. C., & Tulsky, J. A. (2005). Beyond autonomy: diversifying end-of-life decision-making approaches to serve patients and families. *Journal of American Geriatrics Society*, 53, 1046-1050.
- Yun, Y. H., Rhee, Y. S., Nam, S. Y., Chae, Y. M., Heo, D. S., Lee, S. W., et al. (2004). Public attitudes toward dying with dignity and hospice palliative care. *Korean Journal of Hospice and Palliative Care*, 7(1), 17-28.

Awareness and Attitudes Toward Advance Directives among Korean Adults*

Kim, Su Hyun¹⁾

1) Assistant Professor, School of Nursing, Kyungpook National University

Purpose: The purposes of this study were to identify awareness and attitudes toward advance directives (ADs) among Korean adults and to examine various opinions in the utilization of ADs among young, middle-aged, and older adults. **Methods:** Data were collected using a structured questionnaire from 384 adults selected by a quota sampling method on the basis of age. **Results:** The majority of participants preferred that they themselves would be the primary decision maker. Most of them were unaware of the option of ADs but supported the utilization of ADs. Most of the participants preferred detailed descriptions on end-of-life decisions in ADs but wanted to allow some leeway in following it. Significant differences were found among age groups in terms of the preferences regarding the utilization of ADs. **Conclusion:** It is suggested that nurses make efforts to educate the general public about ADs and facilitate advance care planning, which focuses on the process of communication on end-of-life preferences within the social network of relationships.

Key words : Advance directives

* This Research was supported by Kyungpook National University Research Fund, 2008.

• Address reprint requests to : Kim, Su Hyun
School of Nursing, Kyungpook National University
101 Dongin 2Ga, Jung-gu Daegu 700-422, Korea
Tel: 82-53-420-4928 E-mail: suhyun_kim@knu.ac.kr