

# 만성질환자의 특성에 따른 생애말기치료 선호도

윤선영 · 강지연

동아대학교 간호학과

## Preferences for Care near the End of Life according to Chronic Patients' Characteristics

Yun, Seonyoung · Kang, Jiyeon

<sup>1</sup>Department of Nursing, Dong-A University, Busan, Korea

**Purpose:** The purpose of this study was to explore the chronic patients' preferences for care near the end of life. **Methods:** This is a descriptive survey research, with subjects of 161 outpatients with hypertension, diabetes mellitus or chronic renal failure. **Results:** The majority of the subjects do not want meaningless life sustaining treatment and they report thinking positively about family or health care professional to participate in their end of life decision making process. Subjects reported preferring adequate pain management and spiritual support at the end of life. In regard to advance directives (ADs), those subjects with chronic disease report thinking positively about the necessity of ADs and its institutionalization. However, the subjects report not having the detailed information on the proper time and method of writing their ADs. **Conclusion:** Based on these results, educational programs on end of life decision making for chronic patients need to be developed. Also, the nurse should try to reflect the opinion of chronic patients as much as possible when make an end-of-life decision.

**Key Words:** Chronic disease, Patients, Advance directives, Terminal care

### 서론

#### 1. 연구의 필요성

2006년 국내 평균 수명은 남자 75.7세와 여자 82.4세로 1995년에 비해 각각 6년과 5년씩 증가하였으며, 2020년에는 고령 인구가 전체 인구의 15%를 상회하는 초고령사회로 진입할 것으로 예상된다(Ministry of Health & Welfare, 2008). 그러나 평균수명 증가의 이면에는 희생가능성이 희박한 환자

들까지도 생명유지 장치에 의존하여 무의미한 삶을 연장하고 있어 생명의 연장이 아니라 임종의 연장이라는 비판적인 견해도 있다(Korea Catholic Hospice Association, 2005). 2009년 대법원이 중환자 호흡기 제거와 관련한 소송에서 희생 가능성이 없는 환자에 대해서 연명치료중단을 인정하는 판결을 내린 이후(The Chosunilbo, 2010) 생애말기의 치료와 환자의 자율적 의사결정 권에 대한 관심이 크게 증가하였다.

생애말기에는 사전의사결정, 심폐소생술금지, 연명치료중단 등 생명과 관련된 다양한 의사결정들이 이루어진다(Thelen,

**주요어:** 만성질환자, 사전의사결정서, 생애말기치료

**Corresponding author:** Kang, Jiyeon

Department of Nursing, Dong-A University, 1 Dongdaesin-dong 3-ga, Seo-gu, Busan 602-714, Korea  
Tel: +82-51-240-2871, Fax: +82-51-240-2920, E-mail: jykang@dau.ac.kr

- 이 논문은 제1저자 윤선영의 석사학위논문을 수정하여 작성한 것임.  
- This article is a revision of the first author's master's thesis from Dong-A University.

투고일: 2012년 11월 29일 / 수정일: 2013년 4월 22일 / 게재확정일: 2013년 4월 23일

2005). 생애말기 의사결정에 있어서 많은 사람들은 환자 본인이 주체가 되어야 한다고 인식하고 있지만, 실제 의료현장에서는 보호자와 의료진이 의사결정의 주체가 되는 경우가 많다(Kim & Lee, 2011). 이처럼 환자의 자기결정권이 보호되지 못하는 가장 큰 이유는 생애말기와 관련된 의사결정이 사전에 이루어지지 않고 주로 환자의 상태가 악화되어 스스로 의사결정을 할 수 없는 시기에 이루어지기 때문일 것이다.

사전의사결정은 자신의 의학적 치료나 연명치료의 중단 여부를 미리 결정하는 것으로 미국과 핀란드, 독일, 오스트리아 등의 서구 국가에서는 이미 사전의사결정에 대한 법적 체계를 갖추고 있다(Kim, Hong, & Kim, 2010). 사전의사결정은 환자의 생애말기 치료 선호도를 분명하게 표현하기 위한 방법이 된다(Thelen, 2005). 또한, 환자가 위독할 때 미리 작성해 놓은 사전의사결정이 있으면 환자의 가족과 의료진이 의사결정을 좀 더 쉽게 할 수 있다(Meeker & Jezewski, 2004). 국내에서는 지난 2010년 연명치료 중단을 원할 경우 사전의사결정서를 작성하는 것을 원칙으로 하는 합의를 이끌어 냈으나 법적 구속력이 없어 실제 의료현장에서 잘 지켜지지 않고 있다. 그러나 최근 국가생명윤리심의위원회는 사전의사결정서의 내용, 의료 현장에서의 적용 등을 구체화하여 제도화를 위한 정책을 수립할 계획을 발표한 바 있다(The Chosunilbo, 2012).

한편, 만성질환은 대개 완치가 불가능하여 호전과 악화를 반복하면서 결국 악화되는 방향으로 진행되며 비교적 예후가 좋지 않다. 또한, 만성질환자의 경우 자신의 건강 상태에 대한 불확실성으로 인해 죽음에 대해 많이 생각하게 된다(Lee et al., 2002). 생활환경과 의학의 발달로 만성질환자들의 투병 기간이 길어지고 생애말기 치료가 단순한 임종치료를 넘어서 그 범위가 확장됨에 따라 환자들은 자신의 생애말기 치료에 대하여 계획과 선택을 할 수 있게 되었다(Cox, 2005). 이러한 만성질환자의 생애말기에 대한 계획에는 증상관리, 예후에 대한 정보제공, 사전의사결정, 그리고 돌봄을 받을 장소의 선택 등이 포함되며 의료인들은 생애말기에 대한 이들의 요구가 무엇인지 또 어떻게 요구를 만족시킬 것인지를 알아야 할 필요가 있다(White, 2005).

사전의사결정 및 생애말기 치료와 관련된 국내 선행연구들은 대부분 2000년도 이후에 본격적으로 이루어졌으며, 특히, 최근 몇 년 사이에 많은 관련연구들이 보고되고 있다. 선행연구의 대상자는 주로 일반인, 의사, 간호사 등이 많으며(Keam et al., 2013; Kim & Kim, 2010; Kim, Kim, Yu, & Kim, 2010; Yun, 2009) 환자를 대상으로 한 연구는 죽음을 앞둔 암

환자(Keam et al., 2013)와 일부 외래 환자(Yun, 2009)에 국한되어 있을 뿐 그 대상이 다양하지 않았다. 선행연구결과 환자나 일반인은 의사, 간호사와 같은 의료인에 비해 사전의사결정에 대해 잘 모르고 있고, 의료인과 일반인의 심폐소생술, 인공호흡기 치료, 인공영양 등과 같은 생애말기 치료에 대한 선호도에는 차이가 있었다(Keam et al., 2013; Kim & Kim, 2010). 생애말기 치료선호나 사전의사결정은 개인의 자기결정권 보호를 위한 장치이므로 의료인들보다는 의사결정의 주체인 환자들의 다양한 인식을 알아보는 것이 중요하다고 할 수 있다. 따라서 본 연구에서는 고혈압, 신부전, 또는 당뇨병 치료를 받고 있는 만성질환자의 일반적 특성, 질병 관련 특성과 생애말기 치료 선호도에 영향을 줄 수 있는 사전의사결정에 관한 특성에 따른 생애말기 치료 선호도를 파악하여 생애말기 의사 결정시 환자의 자기결정권을 보장해 줄 수 있는 사전의사결정의 제도화 및 생애말기 간호중재 개발을 위한 기초 자료를 제공하고자 한다.

## 2. 연구목적

본 연구의 목적은 만성질환자의 특성에 따른 생애말기 치료 선호도를 파악하여 사전의사결정의 제도화에 대한 인식을 증진시키고 생애말기 간호중재 개발을 위한 기초자료를 제공하는 것으로 구체적인 목표는 다음과 같다.

- 만성질환자의 일반적 특성, 질병 관련 특성, 사전의사결정에 관한 특성을 파악한다.
- 만성질환자의 생애말기 치료 선호도를 파악한다.
- 만성질환자의 일반적 특성에 따른 생애말기 치료 선호도의 차이를 파악한다.
- 만성질환자의 질병 관련 특성에 따른 생애말기 치료 선호도의 차이를 파악한다.
- 만성질환자의 사전의사결정에 관한 특성에 따른 생애말기 치료 선호도의 차이를 파악한다.

## 3. 용어정의

### 1) 만성질환자

만성질환이란 일단 발생하면 3개월 이상 오랜 기간의 경과를 취하고 호전과 악화를 반복하면서 결국 나빠지는 방향으로 진행되고 악화가 거듭될 때마다 병리적 변화는 커지고 생리적 상태로의 복귀 가능성은 적어지는 질환이다(Ministry of Health & Welfare, 2008). 본 연구에서 만성질환자는 국내

유병율이 높은 고혈압, 당뇨병 환자와 최근 유병율의 증가를 보이고 있는 만성신부전 환자(Statistics Korea, 2013) 중 의료기관에서 진단받은 지 3개월 이상 경과된 환자를 의미한다.

## 2) 생애말기 치료 선호도

생애말기란 개인과 가족의 삶의 단계 중의 하나로 자신이 불치의 상태를 알게 되는 순간부터 혹은 죽는 사람의 가족과 친지가 죽음을 받아들이는 순간부터 사별 이후까지의 시기이다(Byock, 1996). 본 연구에서 생애말기 치료 선호도는 한국판 임종치료선호도(Preferences for Care Near the End of Life Scale-Korean Version: PCEOL-K)(Lee & Kim, 2009)를 이용하여 측정된 점수를 의미한다.

## 3) 사전의사결정

사전의사결정이란 판단 능력이 없어질 때를 대비하여 자신이 받고자 하는 치료를 기록으로 남기는 것으로, 이를 통해 개인은 의료행위에 관한 의사결정, 대리인의 지명, 심폐소생술 거절, 원하지 않는 치료행위를 구체적으로 명시할 수 있다(Korean Academy of Medical Science, 2002).

응답이 불성실하였던 3명을 제외한 161명이 최종 대상자가 되었다.

## 3. 연구도구

### 1) 만성질환자의 특성

만성질환자의 특성은 일반적 특성, 질병 관련 특성과 생애말기 치료 선호도에 영향을 줄 수 있는 사전의사결정 특성으로 나누어 조사하였다. 일반적 특성에는 성별, 나이, 결혼상태, 종교, 직업, 죽음에 대한 경험, 유서 등에 대한 내용으로 12 문항이 포함되었다. 질병 관련 특성으로는 질환명, 유병기간, 중환자실 치료 경험, 중환자실 치료 형태 등 4문항이 포함되었다. 사전의사결정에 관한 특성은 문헌고찰과 선행연구를 바탕으로 연구자가 제작한 문항으로 측정하였다. 최종 선정된 10개의 문항은 간호학 교수 1인과 임상경력 10년 이상의 간호사 3인의 내용 타당도 검증을 거쳤는데 내용타당도계수(CVI) 80% 이상인 문항만을 채택한 결과 사전의사결정에 대한 경험 2문항, 사전의사결정에 대한 태도 6문항으로 총 8문항이 최종 문항에 포함되었다.

## 연구방법

### 1. 연구설계

본 연구는 만성질환자의 특성에 따른 생애말기 치료 선호도를 파악하기 위한 서술적 조사연구이다.

### 2. 연구대상

B광역에 위치한 500병상 이상인 2개 종합병원의 외래에 내원하는 만성질환자들 중 다음 기준을 충족하는 사람이 연구대상자가 되었다.

- 만 18세 이상의 성인
- 고혈압, 당뇨병, 또는 신부전으로 진단 받은 지 3개월 이상 경과한 환자
- 의식이 명료하고 의사소통에 장애가 없는 사람
- 본 연구의 목적에 동의하고 참여를 원하는 사람

표본 수 결정은 G\*Power 3.1 프로그램을 이용하여 산출하였다. 대상자 수는 분산분석을 위해 유의수준 .05, 검정력 .80, 효과크기 .25로 하였을 때 159명이 필요하였다. 설문지 탈락률을 고려하여 164명을 대상으로 자료를 수집하였으나,

### 2) 생애말기 치료 선호도

생애말기 치료 선호도는 Gauthier와 Froman (2001)이 개발한 Preferences for Care Near the End of Life (PCEOL) scale을 Lee와 Kim (2009)이 번역하여 표준화한 한국판 임종치료선호도(PCEOL-K)로 측정하였다. PCEOL-K는 5점 Likert 척도(1점: 매우 아니다~5점: 매우 그렇다)로 총 26문항으로 이루어져 있다. 자율적 의사결정 영역 8문항, 의료인에 의한 의사결정 영역 4문항, 영성 영역 6문항, 가족 영역 5문항, 통증 영역 3문항 등 5가지 하부영역으로 구성되어 있으며 자율적 의사결정 영역의 세부 문항은 연명 치료 결정과 관련이 있다. 부정문으로 이루어진 1, 2, 4, 6, 15번 문항의 경우 다른 문항과의 평균점수 비교 및 연구결과에 대한 해석을 용이하게 하기 위해 역코딩하여 합산하였다. 이 도구는 각 영역별로 대상자의 선호도가 다를 수 있으므로 총점보다는 하위영역별로 해석하는 것이 적절하며 각 영역 별 평균 점수가 높을수록 생애말기 치료 중 해당 영역의 내용을 선호하는 것이다(Gauthier & Froman, 2001). 선행연구(Lee & Kim, 2009)에서 측정된 본 도구의 신뢰도 Cronbach's  $\alpha$ 는 .42~.89였고, 본 연구에서 측정된 신뢰도 Cronbach's  $\alpha$ 는 자율적 의사결정 영역 .92, 의료인에 의한 의사결정 영역 .92, 영성 영역 .86, 가족 영역 .92, 통증 영역 .46이었다.

#### 4. 자료수집

본 연구의 자료수집은 2010년 8월부터 9월까지 약 2개월간 실시하였다. 우선 해당 병원의 간호부를 방문하여 연구의 목적과 조사방법을 설명한 후 자료수집에 대한 허락을 받았다. 연구자 중 1인이 외래를 방문하여 대상자들을 직접 만나 설문지를 배부하고 작성하도록 한 후 회수하였으며, 대상자 본인이 직접 작성하기 어려운 경우에는 연구자가 설문지의 내용을 읽어준 후 대답을 받아 적었다.

#### 5. 윤리적 고려

자료수집 전 각 병원의 연구 관련 부서에 허락을 구했으며 설문 조사 시 모든 대상자에게 연구의 목적과 비밀보장을 설명한 후 서면 동의를 받았다. 참여 여부는 대상자의 자율적인 의지에 따르는 것임을 명시하였고, 설문 조사의 중단은 대상자가 결정할 수 있었으며 불성실한 답변을 하는 대상자에게 답변을 강요하지 않았다. 모든 개인적 자료는 외부에 노출되지 않도록 봉투에 넣어 보관하였다. 수집된 자료는 연구목적으로만 사용하고 연구결과에 대한 발표를 하고난 후 폐기할 예정이다.

#### 6. 자료분석

수집된 자료는 SPSS/WIN 18.0 프로그램을 이용하여 다음과 같이 분석하였다.

- 대상자의 일반적 특성, 질병 관련 특성과 사전의사결정에 관한 특성은 빈도와 백분율을 이용하여 분석하였다.
- 생애말기 치료 선호도 및 하부영역별 평균 점수는 평균과 표준편차로 분석하였다.
- 대상자의 일반적 특성과 질병 관련 특성에 따른 생애말기 치료 선호도의 차이는  $\chi^2$ -test와 t-test, ANOVA로 분석하고 사후 검증은 Scheffé's multiple comparison test로 분석하였다.
- 대상자의 사전의사결정에 관한 특성에 따른 생애말기 치료 선호도의 차이는 t-test로 분석하였다.

## 연구결과

### 1. 대상자의 일반적 특성 및 질병 관련 특성

본 연구의 대상자는 총 161명으로 남자가 85명(52.8%), 여

자가 76명(47.2%)이었다. 대상자들의 평균 나이는  $58.90 \pm 9.84$ 세로 51~60세가 62명(38.5%)으로 가장 많았고, 결혼 상태는 기혼이 123명(76.4%)으로 대다수를 차지하였다. 종교가 있는 대상자가 115명(71.5%)으로 대다수를 차지하였고, 학력은 고졸이 53명(32.9%)으로 가장 많았으며 대상자들 중 직업이 있는 사람은 68명(42.2%)이었다. 최근 5년 이내 가족이나 지인의 죽음을 경험한 대상자는 69명(42.9%)이며 관계는 부모가 31명(44.9%)으로 가장 많았고, 최근 5년 이내 말기 환자를 간호한 경험이 있는 대상자는 28명(17.4%)이었으며 관계는 부모가 17명(60.7%)으로 가장 많았다. 유서가 있는 대상자는 7명(4.3%)이었고, 유서 내용으로는 장례절차에 관한 내용이 4명(57.1%), 가족에 대한 당부 내용이 2명(28.6%), 유산에 관한 내용이 1명(14.3%)이었다.

질병 관련 특성으로 대상자들의 주 질환은 고혈압 환자가 60명(37.3%), 신부전 환자가 51명(31.7%), 당뇨병 환자가 50명(31.1%)이었다. 투병 기간은 1~5년 미만인 57명(35.4%), 10년 이상이 51명(31.7%), 5~10년 미만인 30명(18.6%)이었다. 중환자실 입실 경험이 있는 대상자는 35명(21.7%)이며, 이 중 4명(11.5%)은 인공호흡기 치료를 받았으며, 2명(5.7%)은 심폐소생술을 경험하였고, 인공영양공급, 승압제 사용, 기관 삽입을 경험한 대상자들이 각각 1명(2.9%)씩 있었다 (Table 1).

### 2. 대상자의 사전의사결정에 관한 특성

전체 대상자 중 100명(62.1%)이 사전의사결정에 대해 모르고 있었으며, 들어본 적이 있고 의미도 알고 있는 대상자는 35명(21.7%)이었다. 가족이나 지인이 사전의사결정서를 작성하는 것을 본 적이 있는 대상자는 1명(0.6%)이었으며, 현재 작성해놓은 사전의사결정서가 있는 대상자는 아무도 없었다.

사전의사결정서를 작성할 의사가 있는 대상자는 80명(49.7%)이었고, 56명(34.8%)은 '아직 결정하지 못했다'고 응답하였다. 전체 대상자 중 118명(73.3%)이 사전의사결정서의 작성을 본인이 하겠다고 응답하였으며, 작성 시기는 '건강한 시기'가 56명(34.8%)으로 가장 많았다. 사전의사결정의 작성 방법은 '구두표현'이 74명(46.0%)으로 가장 많았고, '문서화'는 65명(40.4%)이었다.

전체 대상자 중 143명(88.8%)이 사전의사결정의 필요성에 대해 동의하였고, 사전의사결정에 관한 법적, 제도적 필요성에 대해서는 87명(54.0%)이 동의하였다(Table 2).

**Table 1.** General and Disease related Characteristics of Subjects (N=161)

Characteristics	Categories	n (%) or M±SD
Gender	Male	85 (52.8)
	Female	76 (47.2)
Age (year)		58.90±9.84
	≤ 50	29 (18.0)
	51~60	62 (38.5)
	> 60	70 (43.5)
Marital status	Married	123 (76.4)
	Not married	11 (6.8)
	Divorced/bereaved	27 (16.8)
Religion	Yes	115 (71.5)
	No	46 (28.5)
Education	≤ Middle school	60 (37.3)
	High school	53 (32.9)
	≥ College	48 (29.8)
Occupation	Yes	68 (42.2)
	No	93 (57.8)
Experience of acquaintances' death	Yes	69 (42.9)
	No	92 (57.1)
Relationship with acquaintance <sup>†</sup>	Parents	31 (44.9)
	Spouse	5 (7.2)
	Sibling	9 (13.1)
	Others	24 (34.8)
Caring experience for dying person	Yes	28 (17.4)
	No	133 (82.6)
Relationship with dying person <sup>†</sup>	Parents	17 (60.7)
	Spouse	3 (10.7)
	Sibling	5 (17.9)
	Others	3 (10.7)
Written will	Yes	7 (4.3)
	No	154 (95.7)
Content of will	Funeral arrangements	4 (57.1)
	Inheritance matters	1 (14.3)
	Family	2 (28.6)
Disease	Hypertension	60 (37.2)
	Diabetes	50 (31.1)
	Chronic renal failure	51 (31.7)
Duration of illness (year)	< 1	23 (14.3)
	1~5	57 (35.4)
	6~10	30 (18.6)
	> 10	51 (31.7)
Experience of ICU admission	Yes	35 (21.7)
	No	126 (78.3)
Types of life sustaining treatment	Ventilator	4 (11.4)
	CPR	2 (5.7)
	Artificial nutrition	1 (2.9)
	Inotropic drugs	1 (2.9)
	Intubation	1 (2.9)
	Non	27 (77.1)

CPR=cardiopulmonary resuscitation; ICU=intensive care unit.

<sup>†</sup>Missing cases excluded.

### 3. 생애말기 치료 선호도

생애말기 치료 선호도 문항 중 가장 점수가 높았던 문항은 ‘나는 혹시 임종이 당겨지는 한이 있더라도 통증이 없기를 바란다(4.04±0.60)’이고, 다음으로는 ‘나는 의료인들이 세세한 부분까지 돌보아주기를 바란다(3.95±0.47)’, ‘나는 가족이나에 대한 의료 결정에 참여하기를 바란다(3.91±0.57)’ 순이었다. 가장 점수가 낮은 문항은 ‘나 스스로 숨을 쉴 수 없게 되는 경우 인공호흡기를 연결하는 것을 원한다(2.28±0.96)’이었고, 다음으로 ‘나는 인공적인 영양공급을 원하지 않는다(2.34±0.98)’, ‘내심장이 멈추게 되면 심폐소생술을 원한다(2.42±1.03)’ 순이었다.

생애말기 치료 선호도의 영역별 평균 점수를 보면 통증 영역이 3.92±0.44점으로 가장 높았으며, 다음으로 가족 영역이 3.68±0.73점, 의료인에 의한 의사결정 영역이 3.27±0.88점, 영성 영역이 3.11±0.76점이었으며, 연명 치료에 대한 자율적 의사결정 영역이 2.28±0.76점으로 가장 낮았다(Table 3).

### 4. 일반적 특성과 질병 관련 특성에 따른 생애말기 치료 선호도 차이

대상자의 일반적 특성에 따라 5가지 영역에서의 생애말기 치료 선호도의 차이를 비교하였다. 자율적 의사결정 영역은 일반적 특성에 따른 차이가 없었으며, 의료인에 의한 의사결정 영역은 남자가 여자에 비해 점수가 유의하게 높았고( $t=2.27, p=.024$ ), 나이가 젊을수록 점수가 유의하게 낮았다( $t=-2.27, p=.031$ ). 영성 영역에서는 종교가 있는 사람이 종교가 없는 사람에 비해 점수가 유의하게 높았고( $t=8.27, p<.001$ ), 유서가 있는 사람이 없는 사람보다 점수가 유의하게 높았다( $t=-4.01, p<.001$ ). 가족 영역도 일반적 특성에 따른 차이가 없었으며, 통증 영역은 종교가 있는 사람이 없는 사람보다 점수가 유의하게 높았다( $t=2.91, p=.004$ ).

대상자의 질병 관련 특성에 따라 생애말기 치료 선호도의 차이를 비교해보면, 자율적 의사결정 영역의 경우 중환자실 입원 경험이 있는 대상자들의 점수가 입원 경험이 없는 대상자에 비해 유의하게 높았고( $t=2.85, p=.005$ ), 투병기간이 10년 이상인 대상자들이 10년 미만인 대상자들에 비해 점수가 유의하게 높았다( $t=-2.24, p=.028$ ). 영성 영역에서도 투병기간이 10년 이상인 사람들이 10년 미만인 사람에 비해 점수가 유의하게 높았다( $t=-2.23, p=.021$ ). 또한, 가족 영역의 경우 중환자실 입원 경험이 있는 사람이 없는 사람보다 점수가 유

**Table 2.** Advance Directives related Characteristics of Subjects (N=161)

Characteristics	Categories	n (%)
Experience	Meaning of ADs	
	Know well	35 (21.7)
	Heard about ADs, but do not know what a meaning	26 (16.1)
	Never heard of ADs	100 (62.1)
	Indirect experience about ADs	
	Yes	1 (0.6)
	No	160 (99.4)
Attitude	Plan for preparing ADs	
	Yes	80 (49.7)
	No	25 (15.5)
	Decided yet	56 (34.8)
Decision maker on ADs	Patients	118 (73.3)
	Health care provider	9 (5.6)
	Spouse	16 (9.9)
	Children	11 (6.8)
	Others	7 (4.4)
Appropriate timing for preparing ADs	Whenever healthy	56 (34.8)
	Take a serious turn	43 (26.7)
	Diagnosed as terminally ill	21 (13.0)
	Admitted to hospital	18 (11.2)
	Admitted to ICU	11 (6.8)
	Near death	10 (6.2)
	Do not know	2 (1.2)
Types of preparing ADs	Verbal	74 (46.0)
	Written document	65 (40.4)
	Recording	11 (6.8)
	Do not know	11 (6.8)
Necessity of ADs	Strongly agree	20 (12.4)
	Agree	123 (76.4)
	Disagree	15 (9.3)
	Strongly disagree	3 (1.9)
Necessity of legislation	Agree	87 (54.0)
	Disagree	20 (12.4)
	Do not know	54 (33.5)

ADs=advance directives; ICU=intensive care unit.

의하게 높았으며( $t=2.79, p=.006$ ), 고혈압 환자가 신부전 환자보다 통증 영역에 대한 점수가 유의하게 높았다( $F=3.61, p=.029$ )(Table 4).

### 5. 사전의사결정에 관한 특성에 따른 생애말기 치료 선호도 차이

사전의사결정에 관한 특성 중 대상자의 생애말기 치료 선호도를 비교해보기에 중요하다고 생각되는 사전의사결정에 대한 주체와 필요성에 따른 생애말기 치료 선호도의 차이를 비교하였다. 사전의사결정의 주체가 본인인 되어야 한다고 응답한 대상자들은 타인이라고 응답한 대상자들에 비해 자율적 의사결정 영역의 점수가 유의하게 높았으며( $t=-2.26, p=.028$ ),

의료인에 의한 의사결정 영역의 점수는 유의하게 낮았다( $t=-4.66, p<.001$ ). 또한, 사전의사결정의 주체가 본인이라고 응답한 대상자들은 타인이라고 답한 대상자들보다 가족 영역의 점수도 유의하게 낮았으며( $t=-2.97, p=.004$ ), 영성 영역에 대한 점수는 유의하게 높았다( $t=2.66, p=.009$ ). 사전의사결정의 필요성에 동의하는 대상자는 반대하는 대상자보다 의료인에 의한 의사결정 점수가 유의하게 낮았으며( $t=-2.58, p=.011$ ), 다른 하부 영역에서는 차이가 없었다(Table 5).

## 논 의

본 연구의 대상자인 만성질환자 중 38.9%는 사전의사결정에 대해 들어본 적이 있었고, 이 중 21.7%는 의미도 알고 있었

**Table 3.** Preferences for Care Near the End of Life among Patients with Chronic Disease

(N=161)

Categories	Items	M±SD
Autonomous decision making	If my heart stops, I do not want CPR	3.56±1.04
	I do not want to be fed artificially	2.34±0.98
	If I can no longer breathe on my own, I do not want to be connected to a breathing machine	3.78±0.94
	I want to let nature guide my dying and I do not want my life to be artificially prolonged in any way	3.89±0.81
	If my heart stops, I want to be CPR	2.42±1.03
	I want to be fed through a tube when I can no longer take food or drink normally	3.66±0.93
	I want to let God guide my dying and I do not want my life to be artificially prolonged in any way	3.80±0.86
	If I can no longer breathe on my own, I want to be connected to a breathing machine	2.28±0.96
Subtotal		2.28±0.76
Decision making by health care professional	I want health care providers to make all care decisions	3.14±1.02
	Health care providers knows what is best for me at this time and I want to make all decisions about my care	3.32±0.99
	I want my doctor to make health care decision	3.19±1.02
	Health care providers, because they are experts, should have the final word in decisions about my care	3.42±0.92
Subtotal		3.27±0.88
Spirituality	I want my spiritual beliefs to guide my preferences	2.98±1.09
	I want my religious beliefs to guide my preferences care at this time	2.87±1.09
	I want nurses who attend to my emotional and spiritual needs as my physical needs	3.65±0.73
	I want to be able to talk to someone about my spiritual needs	2.90±1.06
	I want have hospice care	3.50±0.90
	I want to my nurse to talk to me about my spiritual needs	2.79±1.02
Subtotal		3.11±0.76
Family input to decision making	I want my family to make all decisions about my care when I can no longer verbally express my desires	3.66±0.90
	I want to my family to have the final word in decisions about my care	3.57±0.92
	I want my family to be involved in my health care decisions	3.91±0.57
	I want all explanations given to my family so they can decide on my care	3.71±0.85
	My family knows what is best for me at this time and I want to make all decisions about my care	3.57±0.91
	Subtotal	
Pain	I want to be free of pain even if it hastens my death	4.04±0.60
	I want health care providers to deal with the details of my care	3.95±0.47
	I want an early death instead of suffering	3.78±0.79
	Subtotal	

CPR=cardiopulmonary resuscitation.

다. 이는 사전의사결정에 대해 간호사의 67.1%(Kim & Kim, 2010)가 알고 있다는 결과보다는 낮은 수치이나, 40세 이상의 일반성인 15.3%(Kim, Lee, & Kim, 2001), 외래 환자와 그 보호자의 약 20%(Yun, 2009) 만이 사전의사결정에 대해 알고 있다고 응답한 결과보다는 높은 수치이다. 이러한 변화는 2009년 5월 대법원이 식물인간 상태에 빠진 노인에게 대하여 인공호흡기 제거 판결을 내린 이후에 연명치료 지침 제정특별위원회가 ‘연명치료 중지’에 관한 지침을 발표하고 서울대학교 병원에서 ‘사전의료지시서’를 통한 존엄사 제도를 제안하는 등 관련 내용들이 대중매체(The Chosunilbo, 2010)를 통해 의료인뿐만 아니라 일반인에게도 널리 알려졌기 때문이라고 생각한다.

사전의사결정에 대하여 본 연구의 대상자들은 매우 긍정적이어서 대상자 중 88.8%가 사전의사결정의 필요성에 대해 동의하였다. Keam 등(2013)의 연구에서 암 환자 93.0%, 중앙

내과 의사 96.7%, 일반인 94.9%가 동의하였고, 40세 이상의 성인을 대상으로 한 연구(Kim et al., 2001)에서는 대상자의 60%가 동의하여 대상자에 따라 다소 차이는 있으나 환자, 의료인, 일반인의 대부분이 사전의사결정에 대해 일관되게 긍정적인 생각을 하고 있음을 알 수 있다. 그러나 본 연구에서 실제 사전의사결정서를 작성하겠다고 한 대상자는 49.7%밖에 되지 않았다. 40세 이상 성인을 대상으로 한 연구에서는 대상자의 52.4%가 사전의사결정서를 작성할 의사가 있었고(Kim et al., 2001), 중년 일본인을 대상으로 한 연구(Miyata, Shirashi, & Kai, 2006)에서는 응답자의 60.0%가 사전의사결정서를 작성 해두길 원하였다. 이처럼 대상자들이 사전의사결정에 대해 긍정적인 태도를 가지고 있지만, 사전의사결정서 작성에 대해 소극적인 이유는 아직 사전의사결정에 대한 개념이 익숙하지 않고 포괄화되어 있지 않기 때문이라고 생각한다. 그러므로 사전의사결정에 대한 대중의 인지도를 높이기 위한 노력

**Table 4.** Preference for Care Near the End of Life according to Characteristic of Subjects (N=161)

Characteristics	Categories	Autonomous decision making			Decision making by health care professional			Spirituality			Family input to decision making			Pain		
		M±SD	t or F	p	M±SD	t or F	p	M±SD	t or F	p	M±SD	t or F	p	M±SD	t or F	p
Gender	Male	2.36±0.77	1.37	.174	3.41±0.89	2.27	.024	3.01±0.77	-1.94	.054	3.76±0.69	1.34	.182	3.90±0.50	-0.66	.513
	Female	2.19±0.73			3.10±0.85			3.24±0.73			3.60±0.77			3.95±0.36		
Age (year)	< 50	2.40±0.78	0.91	.364	2.95±0.82	-2.17	.031	3.15±0.80	0.26	.797	3.60±0.69	-0.72	.478	3.75±0.65	-1.72	.096
	≥ 50	2.26±0.75			3.34±0.88			3.11±0.75			3.70±0.74			3.96±0.37		
Religion	Yes	2.26±0.79	-0.78	.436	3.26±0.89	-0.09	.927	3.34±0.75	8.27	<.001	3.69±0.76	0.12	.908	3.99±0.43	2.91	.004
	No	2.36±0.66			3.28±0.88			2.56±0.42			3.67±0.65			3.77±0.42		
Education	≤ Middle school	2.28±0.72	0.54	.581	3.21±0.91	0.18	.832	3.08±0.64	0.14	.866	3.72±0.70	0.24	.790	3.98±0.34	0.74	.479
	≥ High school	2.21±0.69			3.31±0.89			3.11±0.72			3.63±0.79			3.89±0.47		
	≥ College	2.37±0.87			3.29±0.86			3.16±0.93			3.70±0.70			3.90±0.51		
Occupation	Yes	2.36±0.82	1.14	.258	3.43±0.87	2.02	.045	3.15±0.83	0.52	.607	3.69±0.73	2.02	.886	3.95±0.47	0.56	.576
	No	2.23±0.71			3.15±0.88			3.09±0.71			3.68±0.73			3.91±0.42		
Indirect experience about death	Yes	2.24±0.74	-0.69	.491	3.29±0.89	0.28	.778	3.18±0.77	0.99	.322	3.81±0.68	1.93	.055	3.97±0.39	2.25	.234
	No	2.32±0.77			3.25±0.88			3.06±0.75			3.59±0.75			3.89±0.47		
Living will	Yes	1.98±0.86	-1.08	.280	3.61±1.24	1.04	.299	4.19±0.71	4.01	<.001	4.14±0.78	4.01	.089	4.33±0.61	-0.14	.011
	No	2.30±0.75			3.25±0.87			3.07±0.73			3.66±0.72			3.90±0.42		
Disease	Hypertension	2.25±0.79	0.14	.874	3.12±0.91	1.58	.209	3.22±0.79	3.01	.520	3.55±0.81	1.87	.158	4.00±0.38	1.30	.029
	Diabetes	2.28±0.82			3.29±0.94			3.21±0.76			3.72±0.75			3.97±0.43		
	CRF	2.33±0.65			3.42±0.78			2.90±0.69			3.81±0.58			3.79±0.48		
Period (year)	< 10	2.19±0.69	-2.24	.028	3.20±0.89	-1.47	.144	3.02±0.76	-2.33	.021	3.69±0.74	0.26	.798	3.98±0.38	3.61	.027
	≥ 10	2.49±0.85			3.42±0.87			3.32±0.74			3.66±0.71			3.80±0.53		
Experience of ICU admission	Yes	2.60±0.83	2.85	.005	3.36±0.86	0.68	.497	3.12±0.68	0.08	.938	3.91±0.47	0.08	.006	3.91±0.37	1.20	.890
	No	2.20±0.71			3.24±0.89			3.11±0.78			3.62±0.78			3.92±0.46		

CRF=Chronic Renal Failure; ICU=Intensive Care Unit.

† Scheffé's multiple comparison test.

**Table 5.** Comparison of PCEOL according to Necessity and Main Agent of ADs (N=161)

Categories	Necessity of ADs		t	p	Main agent of ADs		t	p
	Agree	Disagree			Self	Others		
	M±SD	M±SD			M±SD	M±SD		
Autonomous decision making	2.28±0.72	2.30±1.01	-0.12	.903	2.19±0.68	2.53±0.89	-2.26	.028
Decision making by health care professional	3.20±0.87	3.76±0.89	-2.58	.011	3.10±0.89	3.72±0.70	-4.66	<.001
Spirituality	3.11±0.75	3.16±0.88	-0.25	.802	3.20±0.76	2.86±0.70	2.66	.009
Family	3.69±0.70	3.68±0.97	0.03	.975	3.59±0.76	3.93±0.58	-2.97	.004
Pain	3.92±0.43	3.96±0.53	-0.41	.686	3.92±0.43	3.93±0.47	-0.12	.905

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

이 필요하며, 특히, 만성질환자의 경우 질환의 특성상 갑작스럽게 생애말기 의사결정을 해야 할 경우가 생길 수 있으므로 사전의사결정서의 이용을 의료기관 내에서 활성화할 수 있는 제도적 장치가 마련되어야 할 것이다.

사전의사결정서 작성의 적절한 시기에 대해서는 대상자의 34.8%만이 건강할 시기에 작성하겠다고 하였고, 대부분의 대상자들은 질병을 진단받을 때나 질병이 악화된 시기에 작성하겠다고 하였다. Keam 등(2013)의 연구에서도 암 환자와 중앙 내과외과의 대부분은 암을 진단받거나 말기 상태가 되었을 경우 사전의사결정서를 작성하겠다고 하였는데, 의사의 경우 환자에게 사전의사결정서를 일찍 권유하는 것은 치료를 포기하는 것과 같은 생각이 들기 때문이라고 하였다(Gutierrez, 2012). 그러나 사전의사결정은 환자의 자기결정권을 보호하기 위한 목적으로 판단능력이 완전할 때 심폐소생이나 연명치료에 대한 사항을 미리 결정하는 것이므로 만성질환자가 자신의 생애말기 치료에 대한 의사결정을 사전에 숙고해 볼 수 있도록 사전의사결정에 대한 정보를 제공해 주어야겠다.

본 연구에서 사전의사결정 기록 방법에 대하여 대부분의 대상자들이 구두표현이나 문서화하겠다고 응답하여 평소에 가까운 가족이나 지인에게 자신의 치료에 관한 생각을 구두로 표현하는 것도 사전의사결정의 방법이 될 수 있다고 생각하였다. 가족은 만성질환자들에게 가장 강한 지지체계로서 질병과정 동안 가장 효과적인 지지를 제공할 수 있으며, 가족을 중시하는 우리나라의 문화적 성향에 따라 임상 현장에서도 환자보다는 가족의 의견을 중요하게 생각하는 경우가 많다. 우리와 같은 동양문화권인 일본에서 실시한 Miyata 등(2006)의 연구에서도 대상자들은 사전의사결정을 문서화하는 것보다 대리인을 선택하거나 그들의 선택에 관하여 구두로 의논하는 방식

을 선호하였다. 그러나 구두에 의한 의사표시의 경우 입증하기가 어렵기 때문에 환자 가족들의 의견이 일치되지 않거나 다른 이유로 환자의 결정이 지켜지지 않을 때 논란이 발생할 가능성이 있으므로 사정의사결정은 서면으로 작성해두는 것이 좋다고 생각한다.

사전의사결정의 법적 제도화의 필요성에 대해서는 본 연구 대상자의 54%가 동의하였다. 간호사의 경우 83.1%가 동의하여(Kim & Kim, 2010) 환자의 입장과 차이가 있는데, 이는 의료진의 경우 실제 임상에서 생애말기 의사결정에 대한 사례를 직접 경험함으로써 제도화의 필요성을 실감하고 있지만 본 연구의 대상자인 만성질환자의 경우 대부분이 경험해보지 못한 일이라 사전의사결정의 제도화의 필요성에 대해서는 아직 인식이 낮은 편이라 할 수 있다. 현재 사전의사결정서의 활용이 보편화되어 있는 미국, 독일, 네덜란드, 뉴질랜드에서는 사전 의사결정제도가 입법화되어있는데, 환자의 자기결정권을 존중하는 한편 의료인들을 보호하는 차원에서도 사전의사결정의 법적 제도화는 필요하다고 생각한다. 그러나 사전의사결정과 관련 있는 전문가, 의료인, 환자, 일반인 등에 의한 사회적 합의 없이 성급하게 법제정이 이루어질 경우 오히려 생명경시 풍조 등의 부작용이 발생할 가능성이 있으므로 오랜 기간 동안 신중한 논의 과정을 거쳐야 할 것이다.

본 연구에서는 만성질환자들의 생애말기 치료 선호도를 알아보기 위해 '한국판-임종치료선호도(PCEOL-K)' 도구를 사용하였다. PCEOL-K의 하부 영역 중 자율적 의사결정 영역은 연명치료의 선택 여부와 관련된 내용인데 본 연구에서 자율적 의사결정 영역 평균 점수는 2.28점으로 심폐소생술, 인공호흡기, 튜브를 통한 인공영양공급 등의 연명 치료에 대한 만성질환자들의 선호도가 낮은 편임을 알 수 있었다. 동일한 도구로

간호사, 간호학생, 사회복지사, 노인 등을 조사한 연구(Kim et al., 2010; Schirm et al., 2008)에서도 마찬가지로 다른 영역에 비해 선호도가 낮았으며, Yun (2009)의 연구에서도 연명치료를 원하는 경우는 25.1%에 불과하여 무의미한 연명 치료에 대해 본 연구의 대상자인 만성질환자를 포함한 환자, 의료인, 일반인 모두 부정적 입장을 보고하고 있다. 그러나 대상자가 본인인 경우 연명 치료에 대한 선호도가 낮았지만 대상자가 부모, 배우자, 자식의 경우에는 본인인 경우보다 선호도가 3배 이상 높았다는 연구결과(Hong & Moon, 2007)도 있으므로 개인의 선호도와 가족의 입장을 고려한 생애말기 치료가 계획되어야겠다. 대상자의 유병기간에 따라 연명치료를 대한 선호도의 차이가 있었는데 유병기간이 10년 이상인 대상자들이 10년 미만인 대상자보다 연명치료를 대한 선호도가 높았다. 만성 폐질환 환자, 신부전 환자 등을 대상으로 한 선행연구(Janssen et al., 2011)에서는 만성질환자들의 심폐소생술과 인공호흡기 치료에 대한 선호도가 시간이 지날수록 감소하여 본 연구결과와 다소 차이가 있었다. 한편 Janssen 등의 연구에서는 환자의 건강상태와 우울과 불안 등의 심리상태가 나빠질수록 연명치료를 대한 선호도가 더 감소한 것으로 나타났는데, 본 연구에서는 대상자의 현재 건강상태나 심리상태를 측정하지 않았으므로 결과의 해석에 어려움이 있으므로 이 부분에 관한 추후 연구가 필요할 것으로 생각된다.

의료인에 의한 의사결정 영역의 평균 점수는 본 연구에서는 3.27점이었다. 간호사를 대상으로 한 Kim 등(2010)의 연구에서는 같은 영역의 평균점수가 1.97점이었던 것으로 볼 때 만성질환자들이 간호사들보다 의료인에 의한 의사결정을 선호한다고 짐작할 수 있다. 한편 미국에서 PCEOL-K의 영문판을 이용하여 간호사, 간호학생, 사회복지사, 노인 등의 생애말기 치료선호도를 조사한 연구(Schirm et al., 2008)에 의하면 의료인에 의한 의사결정 영역의 점수는 평균 1.39점으로 개인적 자율성(3.86점), 영성과 가족(4.15점) 영역에 비해 매우 낮았다. 이는 문화적 차이를 반영하는 결과로 볼 수 있는데 우리와 같은 동양문화권인 일본인들도 생애말기 치료에 대한 결정을 할 때 의사와 가까운 가족과 함께 의논하고 싶다고 하였다(Miyata et al., 2006). 또한, 본 연구에서 나이가 젊고 사전의사결정에 동의하며 사전의사결정의 주체로 본인이어야 한다고 응답한 대상자들이 의료인에 의한 의사결정 개입을 선호하지 않았는데 이 또한 같은 맥락으로 젊은 세대일수록 스스로의 생각과 결정을 중요시하기 때문이라고 해석할 수 있다.

본 연구대상자들의 영성 영역 평균 점수는 3.11점으로 다른 영역과 비교하여 높은 편이었다. 특히, 종교가 있는 대상자

들의 점수가 종교가 없는 대상자들에 비해 영성 영역의 점수가 높아 영적인 생애말기 치료를 선호하고 있음을 알 수 있었다. 종교의 유무와 상관없이 생애말기에 대상자의 영적 요구를 충족시켜주는 것은 매우 중요한 간호이다. 국내에서 노인과 성인 455명을 대상으로 조사한 연구결과(Kim, Lee, & Kim, 2003) 절반 이상의 대상자들이 종교를 가지는 것이 좋은 죽음의 속성에 포함된다고 하여 생애말기 치료 중 본인이 원하는 영적인 지지를 받을 수 있도록 중재해야겠다.

본 연구에서 생애말기 치료 선호도의 가족 영역 평균 점수는 3.68점으로 두 번째로 높았는데, 이는 40세 이상의 성인을 대상으로 한 Kim 등(2001)의 연구와 유사한 결과이다. 만성질환자의 삶의 질에서 가족지지는 삶을 긍정적이고 적극적으로 유지 증진시킬 수 있는 중요한 개념이다(Jeong, 2006). 또한, 가족은 만성질환자들에게 가장 강한 지지체계로서 질병과정 동안 가장 효과적인 지지를 제공하며 특히, 생애말기의 사회적 지지는 주로 가족 구성원으로부터 제공된다. 만성질환자 중 사전의사결정의 주체가 본인이라고 응답한 사람들이 가족 영역에 대한 선호도도 높았는데 이는 만성질환자들이 자신의 생애말기 치료 결정시 가족의 개입도 함께 원하는 것을 알 수 있다. 한편 최근에는 사전의사결정이나 생애말기 치료 결정시 환자의 가치관뿐 아니라 가족의 의견을 포함시키는 한국형 공유 의료적 의사결정에 관한 관심이 증가하고 있다(Jo, 2012).

본 연구에서 통증 영역의 평균 점수는 3.92점으로 생애말기 치료 선호도의 하부 영역 중 가장 높았다. 이는 동일한 조사 도구를 이용해 연구한 국내의 연구(Kim et al., 2010; Kim et al., 2011) 및 미국의 의료인과 일반인을 대상으로 한 연구(Schirm et al., 2008)와 유사한 결과이며, 국내의 선행연구(Jo, An, Kim, & Kim, 2012; Kim et al., 2003)에서도 통증이 없는 것이 좋은 죽음의 속성이라고 일관되게 보고하고 있다. 또한, 문항 중 '나는 내가 죽더라도 고통이 없기를 바란다'의 평균점수가 가장 높아 대상자들이 생애말기에 고통 없이 편안하게 죽음을 맞기를 바란다는 것을 알 수 있었다. 따라서 생애말기 환자의 통증을 경감해주고 편안함을 증진시키는 것은 가장 우선순위가 높은 간호라고 할 수 있다.

이상의 연구결과로 미루어 볼 때 만성질환자들은 생애말기 치료 중 연명치료를 대해서는 낮은 선호도를, 의료인의 의한 의사결정, 가족, 영성, 통증 영역에 대해서는 비교적 높은 선호도를 지니고 있음을 알 수 있다. 사전의사결정은 생애말기 치료에 대한 의사결정을 분명하게 할 수 있는 방법이 될 수 있다. 본 연구에서 만성질환자들은 사전의사결정에 대해 긍정적인 태도를 보이고 있는 것과는 달리, 사전의사결정에 대한 내

용과 활용에 대해서는 아직 인식이 낮은 편임을 알 수 있었다. 또한, 본 연구는 의료인이나 일반인이 아닌 만성질환자의 생애말기 치료 선호도와 사전의사결정에 대한 특성을 알아보았다는 데 의의가 있다. 그러나 본 연구는 일개 지역의 종합병원 두 곳의 만성질환자를 대상으로 하였으므로 연구결과를 일반화하기에는 제한이 있다.

## 결론 및 제언

본 연구의 대상자인 만성질환자들은 연명치료에 대한 선호도가 낮고, 생애말기 의사결정에 있어서 의료인과 가족의 개입에 긍정적이었다. 만성질환자들은 또한 자신들의 생애말기에 통증 조절이 충분이 이루어지고 영적요구가 충족될 수 있기를 바라고 있었다. 사전의사결정에 대하여 만성질환자들은 그 필요성과 제도화에는 비교적 공감하였으나 사전의사결정의 방법과 활용에 대해서는 구체적으로 알지 못하였다. 투병기간이 길고, 중환자실 입원경험이 있고, 사전의사결정의 주체가 본인이라고 생각하는 대상자들은 자율적 의사결정에 대한 선호도가 높았다.

이상의 결과를 바탕으로 간호사는 사전의사결정에 대한 교육과 홍보를 통해 환자의 인식을 높일 뿐만 아니라, 환자의 옹호자와 교육자로서 만성질환자들의 생애말기 치료에 대한 의사결정시 본인의 의사를 충분히 반영할 수 있도록 도와야 할 것이다. 또한, 만성질환자를 위한 생애말기 간호중재 프로그램을 개발하여 만성질환자 개인의 요구가 최대한 충족되고 고통 없이 편안한 생애말기를 보낼 수 있도록 도와야 할 필요가 있다. 본 연구에서는 만성질환자를 고혈압, 당뇨병, 신부전환자로 한정하였고, 대상자의 심리상태와 질환의 중증도와 합병증 등의 질병 관련 특성을 고려하지 않았으므로 추후 연구에서는 대상자의 범위와 특성을 명확하게 하여 연구하기를 제안한다. 또한, 만성질환자의 생애말기 치료 선호도를 바탕으로 전인적 생애말기 간호중재 프로그램을 개발하여 적용할 필요가 있다.

## REFERENCES

- Byock, I. R. (1996). The nature of suffering and the nature of opportunity at the end of life. *Clinics in Geriatric Medicine*, 12(2), 237-252.
- Cox, P. (2005). Managing chronic diseases: palliative care spectrum starts early on. *British Medical Journal*, 330(7497), 963. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.330.7497.963>
- Gauthier, D. M., & Froman, R. D. (2001). Preference for care near the end of life: scale development and validation. *Research in Nursing & Health*, 24(4), 298-306.
- Gutierrez, K. M. (2012). Advance directives in an intensive care unit: Experiences and recommendations of critical care nurses and physicians. *Critical Care Nursing*, 35(4), 396-409. <http://dx.doi.org/10.1097/CNQ.0b013e318268fe35>
- Hong, S., & Moon, S. (2007). Study on preference for life-sustaining treatment classified by family members. *Journal of the Korean Gerontological Society*, 27(4), 881-895.
- Janssen, D. J., Spruit, M. A., Schols, J. M., Nawrot, T. S., & Curtis, J. R. (2011). Predicting changes in preferences for life-sustaining treatment among patients with advanced chronic organ failure. *Chest*, 141(5), 1251-1259. <http://dx.doi.org/10.1378/chest.11-1472>
- Jeong, K. (2006). An analysis of articles about quality of life of chronic illness. *Journal of the Kimcheon Science College*, 32, 5-11.
- Jo, K. H. (2012). Development and evaluation of shared medical decision-making scale for end-of-life patients in Korea. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 42(4), 453-465. <http://dx.doi.org/10.4040/jkan.2012.42.4.453>
- Jo, K. H., An, K. J., Kim, G. M., & Kim, Y. J. (2012). Predictive factors for city dwellers' attitudes toward death with dignity. *Korean Journal Hospice and Palliative Care*, 15(4), 193-204.
- Keam, B., Yun, Y. H., Heo, D. S., Park, B. W., Cho, C. H., Kim, S., et al. (2013). The attitudes of Korean cancer patients, family, caregivers, oncologists, and members of the general public toward advance directives. *Support Care Cancer*, 21(5), 1437-1444. <http://dx.doi.org/10.1007/s00520-012-1689-z>
- Kim, H. S., Kim, S., Yu, S. J., & Kim, M. (2010). The preference for care near the end of life of Korea nurses. *The Korean Journal of Hospice and Palliative Care*, 13(1), 41-49.
- Kim, M. Y., & Kim, K. S. (2010). Korean nurses' attitude towards advance directives and end of life decision making. *Journal of Korean Critical Care Nursing*, 3(2), 77-90.
- Kim, S. H., & Lee, W. H. (2011). An integrative review of do-not-resuscitate decisions in Korea. *Korean Journal Medical Ethics*, 14(2), 171-184.
- Kim, S. Y., Lee, M. A., & Kim, S. M. (2001). Survey on preferences towards advance directives in Korean adults. *Korean Journal Ethics*, 4(2), 231-244.
- Kim, S., Hong, Y., & Kim, H. (2010). A history of advance directives. *Korean Journal of Medical Ethics*, 13, 193-204.
- Kim, S., Lee, Y., & Kim, S. (2003). Attributes considered important for a good death among elderly and adults. *Journal of the Korean Gerontological Society*, 23(3), 95-110.
- Korea Catholic Hospice Association. (2005). *Understanding of*

- hospice*. Seoul: Hyunmoonsa.
- Korean Academy of Medical Science. (2002). *Guide for medical ethics among stop of life-sustaining*. Seoul: Author.
- Lee, P. S., Kim, S. I., Kim, S. Y., Lee, S. J., Park, E. S., Park, Y. J., et al. (2002). Nursing need of patients with chronic illness - a primary study for development for the nursing center of chronic illness. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 32(2), 165-175.
- Lee, Y., & Kim, S. (2009). Validating the Korean version of the preferences for care near the end of life (PCEOL-K) scale. *Korean Journal of Medical Ethics*, 12, 29-42.
- Meeker, M. A., & Jezewski, M. A. (2004). A voice for the dying. *Clinical Nursing Research*, 13, 326-342. <http://dx.doi.org/10.1177/1054773804267725>
- Ministry of Health & Welfare. (2008). *2007 Dictionary of ministry of health and welfare*. Seoul: Author.
- Miyata, H., Shiraishi, H., & Kai, I. (2006). Survey of the general public's attitudes toward advanced directives in japan: How to respect patient's preferences. *BioMed Central Medical Ethics*, 7, E11. <http://dx.doi.org/10.1186/1472-6939-7-11>
- Schirm, V., Sheehan, D., & Zeller, R. A. (2008). Preference for care near the end of life: Instrument validation for clinical practice. *Critical Care Nursing*, 31(1), 24-32. <http://dx.doi.org/10.1097/01.CNQ.0000306393.79282.5b>
- Statics Korea. (2013). *The prevalence of chronic illness*. Retrieved April 10, 2013, from [http://www.index.go.kr/egams/stts/jsp/potal/stts/PO\\_STTS\\_IdxMain.jsp?idx\\_cd=1438](http://www.index.go.kr/egams/stts/jsp/potal/stts/PO_STTS_IdxMain.jsp?idx_cd=1438)
- The Chosunilbo. (2010, January). *Withdrawing life sustaining treatment*. Retrieved November 15, 2012, from the Chosunilbo Web site: [http://news.chosun.com/site/data/html\\_dir/2010/01/10/2010011000411.html](http://news.chosun.com/site/data/html_dir/2010/01/10/2010011000411.html)
- The Chosunilbo. (2012, November). *Institutionalization of 'withdrawing life support'*. Retrieved November 11, 2012, from the Chosunilbo Web site: [http://news.chosun.com/site/data/html\\_dir/2012/11/03/2012110300208.html](http://news.chosun.com/site/data/html_dir/2012/11/03/2012110300208.html)
- Thelen, M. (2005). End-of-life decision making in intensive care. *Critical Care Nurse*, 25(6), 28-37.
- White, P. (2005). Managing chronic diseases: End of life is more than death. *British Medical Journal*, 330(7497), 963. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.330.7497.963-a>
- Yun, E. S. (2009). *Knowledge, experience, attitudes and preferences toward advance directives among patients and their family members who are visiting the general hospital*. Unpublished master's thesis, Hanyang University, Seoul.