

지역사회거주 노인의 연명치료 중단에 대한 자기결정 영향 요인

김현숙¹ · 장혜경² · 신성례³

삼육대학교 대학원 간호학과¹, 구립신내노인종합복지관², 삼육대학교 간호학과³

Factors Influencing Self Determination for Withdrawing Life-Sustaining Treatment of the Community Dwelling Elderly

Kim, Hyun Sook¹ · Jang, Hye Kyoung² · Shin, Sung Rae³

¹Graduate School, Department of Nursing, Sahmyook University, Seoul

²Shinnae Senior Welfare Center, Seoul

³Department of Nursing, Sahmyook University, Seoul, Korea

Purpose: This study was conducted to identify factors that influence on self-determination for withdrawal of life-sustaining treatment in the community dwelling elderly. **Methods:** This study used a descriptive correlational design. A convenience sample of 201 elderly were recruited from a welfare center located in Seoul, Korea. Data collection was done from September 1 to September 18, 2015. Four survey questionnaires were used: Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS), Life Satisfaction Index-Z (LSI-Z), Attitude on Do Not Resuscitate (DNR), and Self-determination for Withdrawing Life-sustaining Treatment. Data analysis was done by t-test, ANOVA, Pearson's correlation, and hierarchical multiple regression. **Results:** Hierarchical multiple regression showed that the factors predicting the level of self-determination for withdrawing life-sustaining treatment were educational level, DNR experience in family, life satisfaction, and DNR attitude. These factors explained 44% of the self-determination for withdrawing life-sustaining treatment in community dwelling elderly. **Conclusion:** The results of this study suggest developing educational programs aiming at changing elderly's DNR attitude positive ways so that they can enhance self-determination for withdrawing life-sustaining treatment. Further study is needed with more elderly population in extended areas.

Key Words: Social support, Life satisfaction, Do not resuscitate, Self determination, Elderly

서론

1. 연구의 필요성

2015년 우리나라 65세 이상 고령인구 비율은 13.1%로 매년 증가하는 추세이며, 2030년에는 65세 인구가 전체인구의 20%

를 넘어서는 초고령 사회로의 진입을 앞두고 있다[1]. 노인인구의 지속적인 증가는 만성질환을 가진 환자의 증가로 이어져 우리나라 노인의 46.2%는 3가지 이상의 만성질환을 가지고 있는 것으로 보고되고 있다[2]. 만성질환은 노인들의 독립적 생활에 어려움을 야기시키는 것은 물론, 수년에 걸친 장기적인 치료과정을 거치며 신체적, 정신적, 경제적 손실 및 인간의 존

주요어: 사회적 지지, 삶의 만족도, DNR, 자기결정, 노인

Corresponding author: Shin, Sung Rae

Department of Nursing, Sahmyook University, 815 Hwarang-ro, Nowon-gu, Seoul 01795, Korea.
Tel: +82-2-3399-1588, Fax: +82-2-3399-1594, E-mail: shinsr@syu.ac.kr

Received: Apr 14, 2016 / Revised: Jun 2, 2016 / Accepted: Jun 22, 2016

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

엄성 상실을 초래하게 된다[3].

2009년 ‘김 할머니 사건’은 가족과 병원 측의 중환자 호흡기 제거와 관련된 소송으로 대법원이 의료진의 의학적 판단보다 환자의 연명치료 중단에 대한 자기결정권을 받아들여 인공호흡기를 제거하게 함으로써 존엄사를 인정하는 계기가 되었다[4].

연명치료 중단에 대한 자기결정권이란 환자가 의사의 설명을 충분히 이해하고 아무런 외압이나 간섭 없이 스스로 결정할 수 있는 기본적인 권리로, 환자가 회복 불가능한 사망의 단계에 이르렀을 경우에는 사전에 연명치료 중단에 대한 자기결정권을 사전의료의향서(Advanced Directives, AD)의 형태로 남길 수 있다. 이는 ‘죽을 권리’ 관점에서 적극적으로 생명을 소멸시킬 수 있다는 의미가 아니라 죽음의 자연스러운 진행에 있어 존엄하고 품위 있는 방법을 선택할 수 있음을 뜻한다[5].

우리나라 말기노인 환자의 연명치료 중단에 대한 결정은 일반적으로 의사와 보호자가 하는 것으로 보고되고 있다[6]. 이와 같은 결정은 질병상태가 심각하고 회복이 어렵다고 판단되거나, 고통, 경제적 부담이 클수록, 환자의 고통을 덜어주기 위한 수단으로 이루어지거나 본인이 아닌 가족이 환자를 대신하여 이러한 결정을 한 후에는 불안정, 아쉬움, 죄책감 등의 부정적인 경험을 하는 것으로 확인되었다[7]. 반면 지역사회거주 노인들은 소생이 불가능 할 경우에는 치료보다는 자연적인 임종을 더 가치 있게 생각하고, 치료에 대한 자기결정을 본인 스스로 하기를 원하는 것으로 나타나고 있으나[8], 말기질환을 가진 노인이 연명치료에 대한 결정을 한 경우는 3.8%에 불과하며[9] 일반 노인을 대상으로 한 연구는 매우 미흡한 실정이다.

국내 선행연구를 살펴보면, 연명치료 중단에 대한 자기결정에 영향을 미치는 일반적 요인으로 성별, 연령, 교육 수준[10], 종교[6], 환자의 의료적 상태, 환자의 유병 기간, 환자의 교육 수준, 경제적 부담감, 주 보호자 교육 수준[11], 연명치료 과거경험, 가족이나 친척의 심폐소생술 금지(Do Not Resuscitate, DNR) 시행유무, 질병의 악성여부, 경제적 수준[8] 등이 확인된 바 있다. 그리고 국내, 외 연구에서 연명치료 중단에 대한 자기결정에 영향을 주는 사회심리적 요인으로는 사회적 지지[12,13], 삶의 만족도[10], DNR 태도[6], 연명치료 중단에 대한 인식과 태도[11,14] 등이 있는 것으로 나타났다.

Camel과 Mutran[12]는 노인들이 인지하는 사회적 지지가 높을수록 연명치료를 선호한다고 보고한 바 있으나 인종에 따른 저소득층 노인들의 연명치료 선호도 비교연구[13]에서는 사회적 지지가 영향력이 없는 것으로 나타났다. 또한 국내 연구에서 저 수입 노인을 대상으로 한 Yoon과 Kim[15]의 연구에서

도 사회적 지지가 연명치료 선호에 영향을 주는 것으로 확인되었으나, 아직은 연명치료 중단에 대한 자기결정에 어떠한 영향을 주는지에 대한 연구가 부족한 것으로 조사되었다.

삶의 만족도는 Erickson의 심리사회적 발달단계이론 중 자아통합과 관련된 주요개념으로[16], 암 환자들의 DNR 선택은 이들의 삶의 질을 높인다는 외국의 선행연구[17]가 있으며 치료에 대한 가족의 만족도가 연명치료 중단 결정에 영향을 미친다는 연구[18]는 있으나 지역사회 거주 노인의 삶의 만족도와 관계연구는 미흡한 실정이다. 국내에서는 노인들의 연명치료 선호도에 영향을 미치는 요인 규명연구[10]에서 삶의 만족도가 높을수록 연명치료에 대한 선호가 낮은 것으로 나타나 연명치료 중단에 대한 결정이 높을 수 있다는 가능성을 시사한 바 있으나 이에 대한 연구는 매우 제한적으로 실시되고 있다. DNR 태도는 죽음의 태도와 정적인 관계로[19], DNR 태도와 연명치료중단에 대한 자기결정과 관련하여, 의료인과 보호자[20], 지역사회거주 노인[6]에서 DNR에 대한 태도가 긍정적일수록 존엄한 죽음에 긍정적인 반응을 한 것으로 보고된 바 있으나 지역사회 거주 노인을 대상으로 수행된 연구는 거의 없는 실정이다.

이상과 같이 사회적 지지[12,13,15], 삶의 만족도[10,18], DNR 태도[6,19,20]가 연명치료 중단에 대한 자기결정에 영향을 주는 것으로 확인되었으나 이들 변수를 모두 포함하여 수행한 연구는 없는 실정이다. 따라서 본 연구에서는 서울시 일개구에 거주하는 지역사회 노인의 연명치료에 대한 자기결정 정도에 영향을 주는 요인을 파악함으로써 노인의 연명치료 중단에 대한 자기결정 능력을 향상시키기 위한 기초자료를 제공하고자 시도되었다.

2. 연구목적

본 연구는 지역사회거주 노인의 연명치료 중단에 대한 자기결정에 영향을 미치는 요인들을 파악하여 대상자의 연명치료 중단에 대한 자기결정을 효율적으로 증진시키기 위한 기초자료 제공 목적으로 실시되었으며 그 구체적인 목적은 다음과 같다.

- 대상자의 일반적 특성과 이에 따른 연명치료 중단에 대한 자기결정 정도를 파악한다.
- 사회적 지지, 삶의 만족도, DNR 태도와 연명치료 중단에 대한 자기결정의 상관관계를 파악한다.
- 대상자의 사회적 지지, 삶의 만족도, DNR의 태도가 연명치료 중단에 대한 자기결정에 미치는 영향을 확인한다.

연구방법

1. 연구설계

본 연구는 지역사회거주 노인의 연명치료 중단에 대한 자기 결정에 미치는 영향요인을 규명하기 위해 시도된 서술적 상관관계 연구이다.

2. 연구대상

본 연구의 대상자는 서울시 J구에 위치한 일개 종합복지관 프로그램에 참여하는 65세 이상 지역사회거주노인이었다. 본 연구는 연구의 목적을 이해하고 의사소통에 문제가 없는 자, 연구에 참여하기로 동의한 자, 한글의 해독능력이 있거나 문맹일 경우 설문내용을 이해 할 수 있는 자를 연구대상자로 선정하였다. 본 연구 표본 수는 G*Power 3.1.7 프로그램을 이용하여 산정하였으며, 다중회귀분석에서 독립변수 14개를 기준으로 효과크기 .15, 유의수준 .05, 검정력 .95로 설정하여 194명으로 계산되었으나 탈락률 10% 정도를 감안하여 220명으로 결정하였다. 배포된 설문지가 전수 회수되었으나 응답이 누락되거나 중복 답안, 편중된 답안을 작성한 설문지 19부를 제외한 총 201부(91%)를 최종결과 분석에 사용하였다.

3. 연구도구

본 연구도구는 연구대상자의 일반적 특성 9문항, 사회적 지지 12문항, 삶의 만족도 14문항, DNR 태도 12문항, 연명치료 중단에 대한 자기결정 5문항을 포함하여 총 52문항으로 구성되었다.

1) 일반적 특성

선행연구를 통하여 연명치료에 대한 자기결정 정도에 미치는 특성을 바탕으로 연령, 성별, 교육수준, 종교, 결혼상태, 한달 용돈사용과 만족도, 가족의 DNR 경험 그리고 DNR 고려를 측정하는 9문항으로 구성하였다.

2) 사회적 지지

Zimet 등[21]이 개발하고 Shin과 Lee[22]가 번안한 Multi-dimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS) 척도를 개발자의 허락을 받은 후 사용하였다. 척도는 3개 하부영역의 총 12문항으로 가족으로부터의 지지(4문항), 친구로부터의 지지(4문항), 타인으로부터의 지지(4문항)를 포함하고 있으

며, Likert 5점 척도로 구성되었다. 점수가 높을수록 사회적 지지 수준이 높음을 나타낸다. 본 도구의 개발 당시 신뢰도 Cronbach's α 는 .89였으며 본 연구에서 도구의 신뢰도 Cronbach's α 는 .93으로 나타났다.

3) 삶의 만족도

Neugarten 등[23]에 의해 개발된 Life Satisfaction Index-Z (LSI-Z)를 Lee[24]가 번역한 척도를 이용하였다. LSI-Z는 이미 세계적으로 표준화 되어 신뢰도를 인정받은 도구로 Likert형 3점 척도의 14문항, 4개의 하위영역으로 구성되어 있다. Lee[24]의 노인을 대상으로 한 연구에서 도구의 신뢰도 Cronbach's α 는 .81이었으며 본 연구에서의 신뢰도 Cronbach's α 는 .88로 나타났다.

4) DNR 태도

입원한 노인의 DNR 태도를 측정하기 위하여 Lee와 Kang [20]이 개발한 12문항의 도구를 개발자의 허락을 받은 후 이용하였다. 도구는 Likert 5점 척도로 DNR에 대한 긍정적 태도 11문항, 부정적 태도 1문항으로 구성되었으며, 부정문항은 역 문항으로 환산하여 점수가 높을수록 DNR에 대한 태도가 긍정적임을 의미한다. Lee와 Kang[20]의 노인을 대상으로 한 연구에서 도구의 신뢰도 Cronbach's α 는 .89였으며 본 연구에서 도구의 신뢰도 Cronbach's α 는 .88로 나타났다.

5) 연명치료 중단에 대한 자기 결정

한국보건의료연구원의 연명치료 중단에 대한 지침[25]과 Lee 등[26]이 연명치료 중단 태도 조사를 위하여 사용한 설문을 Kim[14]이 수정·보완한 도구 중 연명치료의 환자 자기 결정권 5문항을 개발자의 허락을 받은 후 사용하였다. 연명치료 중단에 대한 자기결정 도구는 회복 불가능한 환자의 생명 연장을 위해 약물투여, 인공호흡기 부착, 영양공급, 투석치료, 심폐소생술에 대한 항목으로 각 항목은 '전혀 찬성하지 않는다(1점)', '찬성하지 않는 편이다(2점)', '그저 그렇다(3점)', '찬성하는 편이다(4점)', '적극적으로 찬성한다(5점)'의 Likert 5점 척도로 구성되며 점수가 높을수록 연명치료 중단에 대한 결정이 긍정적임을 의미한다. Kim[14]이 사용한 도구의 신뢰도와 본 연구에서 도구의 신뢰도 Cronbach's α 는 모두 .89로 나타났다.

4. 자료수집

본 연구의 자료수집은 서울시 J구에 소재하는 일개 노인중

합복지관장의 협조 하에 복지관 프로그램에 참여하는 노인들을 대상으로 2015년 9월 1일부터 9월 18일까지 실시하였다. 설문조사는 대상자의 특성을 감안하여 본 연구를 위하여 훈련된 조사자 3명이 구조화된 설문지를 가지고 면접형식으로 일대일로 설문내용을 읽어주고 대상자가 구두로 응답하면 기록하는 방법을 택하여 진행하였다. 설문지 1부 작성 시 소요된 시간은 30~40분이었다. 스스로 설문에 응할 수 있는 대상자는 스스로 작성하도록 한 후에 질문지 응답에 대한 답례로 대상자의 선호도 확인 후 소정의 선물을 증정하였다.

5. 윤리적 고려

본 연구는 연구자가 속한 해당 기관의 임상윤리심의위원회 승인(IRB No. 2015-054)을 받은 후 시행하였다. 일개 노인복지관의 프로그램에 참여하는 노인들에게 본 연구의 목적과 내용을 설명한 후 자발적으로 참여에 동의한 노인들에게 설문조사를 시행하였다. 연구 진행시 익명성이 보장되며 설문내용과 결과는 연구 이외의 목적으로 사용되지 않을 것임을 설명하고, 본인의 의사에 따라 언제든지 참여를 중단할 수 있으며 이로 인한 어떠한 불이익도 없음을 설명한 후 서면 동의를 받았다.

6. 자료분석

수집된 자료는 SPSS/WIN 21.0 프로그램을 이용하여 분석하였으며 구체적인 분석방법은 다음과 같다.

- 대상자의 일반적 특성은 실수, 백분율, 평균과 표준편차를 이용하여 분석하였다.
- 대상자의 일반적 특성에 따른 연명치료 중단에 대한 자기결정 정도의 비교는 t-test와 ANOVA 로 분석하였고, 사후 검정은 Scheffé test로 분석하였다.
- 사회적 지지, 삶의 만족도, DNR 태도, 연명치료 중단에 대한 자기결정 간의 관계와 다중공선성은 Pearson's correlation으로 분석하였다.
- 대상자의 연명치료 중단에 대한 자기결정에 미치는 영향요인을 파악하기 위하여 위계적회귀 분석을 실시하였다.

연구결과

1. 대상자의 일반적 특성

대상자의 일반적 특성은 Table 1과 같다. 대상자의 평균 연

령은 74.43 ± 5.58 세로 70~79세가 전체의 61.2%(123명)를 차지하였다. 성별은 남자가 51.2%(103명)로 거의 비슷한 수준이었으며, 교육수준은 중학교 졸업이 35.8%(72명)로, 26.9%(54명)의 고등학교 졸업생보다 많았다. 종교에서는 불교 26.2%(52명)로 가장 많았으며, 결혼 상태는 기혼이 68.7%(136명)로 나타났다. 35.0%(70명)의 대상자가 25~49만원의 한 달 용돈을 사용하는 것으로 확인되었고, 용돈 만족도 부분에서 43.8%(88명)가 '보통'으로 조사되었다. 가족의 DNR 경험과 관련하여 이를 경험한 대상자는 14.1%(28명), 45.2%(90명)의 대상자는 미래 자신의 DNR을 고려하는 것으로 나타났다.

2. 대상자의 일반적 특성에 따른 연명치료 중단에 대한 자기결정

일반적 특성에 따른 대상자의 연명치료 중단에 대한 자기결정을 살펴보면, 교육 수준은 전문대 이상보다 초등학교 졸업집단에서($F=2.74, p=.041$), 결혼 상태는 미혼보다는 기혼이 그리고 기혼보다는 사별, 이혼으로 인해 혼자 사는 경우($F=5.44, p=.005$), 용돈에 대한 만족도에서 '보통'보다는 '충분하다'에서($F=4.12, p=.018$), 가족의 DNR 경험($t=3.17, p=.002$)과 DNR을 고려해 본 대상자에서($t=2.27, p=.025$) 통계적으로 유의하게 높았다(Table 1).

3. 대상자의 사회적 지지, 삶의 만족도, DNR 태도, 연명치료 중단

대상자들의 사회적 지지는 60점 만점에 평균 42 ± 11.79 점이었다. 삶의 만족도는 75점 만점에 평균 53 ± 12.08 점, DNR 태도는 60점 만점에 평균 50 ± 9.20 점, 연명치료 중단에 대한 자기결정은 25점 만점에 평균 21 ± 4.51 점으로 나타났다(Table 2).

4. 사회적 지지, 삶의 만족도, DNR 태도, 연명치료 중단에 대한 자기결정과의 상관관계

대상자의 사회적 지지와 연명치료 중단에 대한 자기결정과의 상관관계를 분석한 결과 사회적 지지($r=.22, p=.020$), 삶의 만족도($r=.23, p=.003$) 그리고 DNR 태도($r=.64, p<.001$)는 정적 상관관계가 있는 것으로 확인되었다(Table 3). 독립변수 간의 상관관계는 $r=.22 \sim .64$ 로 상관계수가 0.8 미만으로 나타나 영향요인들이 서로 독립적임이 확인되어 분석에 투입하였다.

Table 1. Characteristics of Community Dwelling Elderly Participants

(N=201)

Characteristics	Categories	n (%)	M±SD	t or F	p	Scheffé
Age (year)	65~74	102 (50.7)	4.27±0.78	1.27	.284	
	75~84	91 (45.3)	4.39±0.76			
	≥85	8 (4.0)	4.66±0.76			
Gender	Male	103 (51.2)	4.26±0.85	-1.55	.123	
	Female	98 (48.8)	4.43±0.65			
Education	≤ Elementary school ^a	46 (22.9)	4.61±0.63	2.74	.041	d < a
	Middle school ^b	72 (35.8)	4.29±0.83			
	High school ^c	54 (26.9)	4.29±0.76			
	≥ College ^d	29 (14.4)	4.14±0.71			
Religion (n=198)	Catholic	38 (19.2)	4.48±0.67	0.60	.666	
	Christian	50 (25.3)	4.28±0.73			
	Buddhist	52 (26.2)	4.25±0.86			
	None	53 (26.8)	4.35±0.76			
	Others	5 (2.5)	4.40±0.89			
Marital status (n=198)	Unmarried ^a	3 (1.5)	2.93±1.22	5.44	.005	a < b < c
	Married ^b	136 (68.7)	4.35±0.73			
	Bereaved, Divorce ^c	59 (29.8)	4.39±0.78			
Monthly allowance (10,000 won) (n=200)	< 10	13 (6.5)	4.25±0.85	2.02	.092	
	10~24	63 (31.5)	4.28±0.78			
	25~49	70 (35.0)	4.54±0.66			
	50~99	46 (23.0)	4.20±0.80			
	≥100	8 (4.0)	4.08±0.96			
Satisfaction of monthly allowance	Not enough ^a	61 (30.3)	4.36±0.80	4.12	.018	b < c
	Moderate ^b	88 (43.8)	4.19±0.77			
	Enough ^c	52 (25.9)	4.57±0.65			
DNR experience in family (n=198)	Yes	28 (14.1)	4.76±0.43	3.17	.002	
	No	170 (85.9)	4.28±0.78			
DNR consideration (n=199)	Yes	90 (45.2)	4.48±0.67	2.27	.025	
	No	109 (54.8)	4.24±0.81			

DNR=do not resuscitate.

Table 2. Social Support, Life Satisfaction, DNR Attitude and Self-determination on Withdrawing Life-sustaining Treatment (N=201)

Variables	M±SD	Range
Social support	42±11.79	12~60
Life satisfaction	53±12.08	19~75
DNR attitude	50±9.20	15~60
Self-determination on withdrawing life-sustaining treatment	21±4.51	5~25

DNR=do not resuscitate.

5. 연명치료 중단에 대한 자기결정에 영향을 미치는 요인

지역사회거주 노인의 사회적 지지, 삶의 만족도, DNR 태도

가 연명치료 중단에 대한 자기결정에 어떠한 영향을 미치는지를 검증하기 위하여 위계적 회귀분석을 수행하였다. 먼저 일반적 특성에 따른 연명치료 중단에 대한 자기결정에서 유의미한 차이를 보였던 변수, 교육 수준, 결혼상태, 용돈 만족도, 가족의 DNR 경험 여부, DNR 고려 여부를 회귀분석모형에 투입한 결과 회귀분석 상 유의미하게 나타난 교육 수준, 결혼상태, 가족의 DNR 경험을 투입했을 때 모형 I의 설명량은 7%로 나타났다. 그 후 이들 변수를 통제 한 후(모형 I) 삶의 만족도를 투입한 모형 II의 설명량(R²)은 모형 II보다 6%가 유의하게 증가하여 총 13%의 설명력을 보였다(R²=.130, F=13.33, p<.001). 또한 DNR 태도가 투입된 모형 III은 31%가 증가하여 총 44%의 설명력을 나타내었다(R²=.440, F=114.91, p<.001)(Table 4).

투입된 독립변수들의 다중공선성을 분산팽창계수(Variance Inflation Factor, VIF)로 분석한 결과는 1.02~2.72로 나타나다

Table 3. Relationships between Social Support, Life Satisfaction, DNR Attitude and Self-determination on Withdrawing Life-Sustaining Treatment of the Community Dwelling Elderly (N=201)

Variables	Social support	Life satisfaction	DNR attitude
	r (p)	r (p)	r (p)
Life satisfaction	.64 (.001)		
DNR attitude	.41 (.001)	.50 (.001)	
Self-determination on withdrawing life-sustaining treatment	.22 (.020)	.23 (.003)	.64 (<.001)

DNR=do not resuscitate.

Table 4. Influencing Factors on Self-Determination of Withdrawing Life-sustaining Treatment of the Community Dwelling Elderly (N=201)

Variables (reference)	Model I		Model II		Model III		VIF
	b (p)	β	b (p)	β	b (p)	β	
(Constant)	4.90		3.95		1.63		
Education (\leq Elementary school)	-.26 (.109)	-.14	-.23 (.153)	-.12	-.14 (.278)	-.07	1.66
Junior high school	-.41 (.020)	-.20	-.34 (.043)	-.17	-.25 (.065)	-.13	1.68
High school	-.61 (.003)	-.25	-.52 (.009)	-.21	-.27 (.097)	-.11	1.51
\geq College							
Martial status (Unmarried)							
Married	.22 (.290)	.11	.01 (.945)	.01	.04 (.836)	.02	2.72
Bereaved, divorce	.29 (.217)	.13	-.21 (.359)	.09	.25 (.177)	.11	2.50
DNR experience in family (No)	.30 (.046)	.13	.28 (.057)	-.13	.16 (.163)	.07	1.02
Social support			-.01 (.954)	.01	-.06 (.394)	.06	1.17
Life satisfaction			.29 (<.001)	.25	-.06 (.440)	-.05	1.40
DNR attitude					.77 (<.001)	.65	1.33
R ² (Δ R ²)	.07		.13 (.06)		.44 (.31)		
F (p)	2.71 (.015)		13.33 (<.001)		114.91 (<.001)		

DNR=do not resuscitate.

중공선성의 문제는 없었으며, Durbin-Watson 값도 2.07로 나타나 잔차의 독립성을 가정할 수 있었다. 위계적 회귀분석 결과, 2단계 회귀모형에 독립변수인 삶의 만족도를 추가하여 나타난 결정계수는 .13으로 결정계수 변화량(ΔR^2)이 통계적으로 유의미하여($p < .001$) 삶의 만족도가 높을수록($\beta = .25$, $p < .001$) 연명치료 중단에 대한 자기결정에 긍정적인 영향을 주는 것으로 나타났다. 또한 DNR 태도($\beta = .65$, $p < .001$)가 긍정적일수록 지역사회 거주노인의 연명치료 중단에 대한 자기결정에 영향을 미치는 것으로 나타났다.

논 의

본 연구는 지역사회에 거주하는 노인의 연명치료 중단에 대한 자기결정에 영향을 미치는 요인들을 파악하여 연명치료 중

단에 대한 자기결정을 높이기 위한 기초자료를 제공하고자 시도되었다.

연구결과 일반적 특성에서 유의한 차이를 보여 회귀모형 I에 투입되었던 교육 수준, 결혼상태, 가족의 DNR 경험, 본인의 DNR 고려여부 중 영향력을 보였던 교육 수준과 가족의 DNR 경험 그리고 연명치료 중단에 대한 자기결정에 영향을 주는 변수로 확인된 삶의 만족도와 DNR 태도를 중심으로 다음과 같이 논의 하고자 한다.

첫째, 일반적 특성 중 교육수준은 초졸 이하의 학력을 가진 대상자들이 전문대 이상의 학력을 가진 대상자들에 비해 연명치료 중단에 대한 결정에 긍정적인 것으로 나타났다. 이러한 결과는 노인 환자와 가족을 대상으로 한 Kim[14]의 연구에서 가족의 교육 수준이 낮을수록 연명치료에 대해 긍정적이었던 고한 결과와 유사한 맥락이지만 낮은 교육 수준을 가진 사람들

은 높은 교육수준을 가진 사람들에 비해 연명치료 중단에 대한 정보이용 능력이 부족하고, 회복 불가능한 상태에서의 경제적 부담감이 연명치료 중단에 대한 자기결정에 긍정적으로 작용한 것이 확인된 바 있다. 따라서 연명치료 중단에 대한 정보 부족이나 경제적 부담감 보다는 개개인의 가치와 신념을 바탕으로 연명치료 중단에 대한 올바른 결정을 스스로 하도록 하여 본인의 인생을 되돌아보고 정리할 수 있도록 해주는 과정이 필요할 것이며 이들에게 정보이용의 접근성을 높이기 위한 지역사회 교육시스템 구축과 정부의 제도적 및 경제적 지원이 필요하다고 생각된다.

가족구성원과의 사별과정에서 DNR의 경험이 있었던 대상자가 경험이 없었던 대상자에 비해 연명치료 중단에 대한 자기결정이 긍정적이었던 본 연구결과는 과거 가족의 DNR 경험을 통하여 연명치료에 대한 인식이 변화되었을 수 있으며 이러한 요인들이 연명치료 중단에 대한 자기결정에 긍정적인 영향을 주었을 것으로 생각된다. 또한 지역사회주 노인을 대상으로 한 연구[12,20]에서 과거 DNR을 선택한 가족의 경험이 죽음을 받아들이고 생을 정리하는데 있어 긍정적인 영향을 미쳤으며 이는 연명치료 중단에 대한 자기결정에 긍정적인 영향을 나타내었다는 결과와도 같은 맥락임을 알 수 있다. 따라서 추후 지역사회 노인들의 연명치료 중단에 대한 자기 결정을 향상시키기 위해서는 DNR 경험이 없는 대상자들에게 우선적으로 DNR과 연명치료 중단에 대한 의미와 범위 및 내용에 대한 교육 프로그램을 제공할 필요가 있다고 생각된다.

둘째, 삶의 만족도와 관련하여 연명치료 중단에 대한 자기결정과의 상관관계분석에서 .23의 낮은 상관계수를 나타내 보였으나 통계적으로 유의했던 결과에 따라 일반적 특성을 통제한 후 삶의 만족도를 모형 II에 투입시킨 결과 설명량(R^2)은 모형 I보다 6%가 유의하게 증가, 총 13%의 설명력을 보여 삶의 만족도가 높을수록 연명치료 중단에 대해 더 긍정적인 생각을 하는 것으로 나타났다. 삶의 만족도는 자신의 삶에 대한 기대, 욕구, 희망을 반영하는 개념[23]일 뿐 아니라, 자아통합감과 함께 죽음 태도에 영향을 미치는 중요한 요인이다[10]. 인생을 잘 살지 못했다고 생각하는 사람은 죽음에 대해 두려움이나 불안감을 가지며 낮은 삶의 만족도는 죽음불안을 강화시키는 요인으로 확인된 바 있다[27]. 또한 우리나라 예비노인을 대상으로 한 죽음준비에 영향을 미치는 요인분석연구[16]에서 삶의 만족도가 높을수록 죽음준비도가 높은 것으로 나타나 삶의 만족도가 연명치료 중단에 영향력 있는 변수로 나타난 본 연구결과와 유사하다고 볼 수 있다. 반면 본인의 삶이 무가치하다고 느낄 때 연명치료 중단에 대한 자기결정 정도가 높다는 노인 대상의

Yoon과 Kim[15]의 연구와는 반대되는 결과이다. 이러한 상반된 결과는 삶의 만족도가 낮을 경우 죽음에 대한 불안 증가와 삶의 연장에 대한 부정적인 생각 때문에 죽음의 공포에서 벗어나기 위한 방안으로 연명치료 중단에 대한 자기결정에 긍정적 반응을 한다고 해석될 수 있다. 따라서 본 연구에서 나타난 노인의 삶의 만족도와 연명치료 중단에 대한 자기결정 사이의 낮은 상관계수와 설명력 정도를 고려할 때 추후연구에서는 이 두 개념 사이에서 심리적으로 상호작용하는 매개변수나 조절요인을 파악할 필요가 있겠다. 또한 회피수단으로가 아닌 연명치료 중단에 대한 자기결정에 대해 올바른 이해를 도와 줄 간호중재 교육 프로그램 개발과 이를 운영할 수 있는 기관을 발굴하고 지원하는 구체적 전략 마련이 필요하다.

셋째, DNR 태도가 연명치료 중단에 대한 자기결정에 긍정적인 영향을 주는 것으로 나타났다. 우리나라에서 실시된 선행연구 중 회귀분석 결과가 없어 직접비교는 어려우나 암 환자를 대상으로 한 Sun 등[28]의 연구에서 회생 불가능 할 때의 심폐소생술은 잠재적으로 본인이나 가족의 고통을 증가시키는 것으로 인식하여 DNR에 대해 찬성한 그룹에서는 존엄한 죽음에 긍정적인 반응을 한 것으로 나타난 바 있다. 또한 교육 프로그램을 받은 노인에게서 DNR 태도와 DNR 시행의지가 긍정적으로 향상된 결과를 보고한 바 있는 Kim과 Shin[6]의 연구와 같은 맥락이라고 생각된다. 본 연구의 회귀분석모형 II에서는 삶의 만족도가 연명치료 중단에 대한 자기결정에 영향을 미치는 것으로 나타났으나 DNR 태도 변수를 투입한 회귀분석모형 III에서는 그 영향력이 감소되어 DNR 태도만이 연명치료 중단에 대한 자기결정에 영향력 있는 변수로 확인되었다. 이러한 결과는 DNR 태도가 연명치료 중단에 대한 자기결정에 가장 중요한 변수임을 시사하고 있으며 영향력은 다소 낮았으나 삶의 만족도 또한 중요하게 고려해야 할 요인임을 제시해 주고 있다. 삶의 만족도는 개인의 현재 상황에 대한 만족뿐 아니라 지금까지 살아온 전체적인 주관적 안녕감을 총체적으로 나타내는 개념으로[23], 단시간의 프로그램을 통한 교육이나 노력을 통해 변화시킬 수 없다는 점에서 추후 연명치료 중단에 대한 교육의 방향을 제시해 주고 있다고 해석될 수 있다. 즉 교육을 통하여 지식을 향상시킬 때 태도가 변화된다는 인지 일관성이론 Bettinghaus[29]에 근거하여 비록 지나온 생애의 삶의 만족도가 다소 낮은 대상자 일지라도 DNR과 연명치료 중단에 대한 교육 프로그램을 통해 삶과 죽음에 대한 태도를 변화시킨다면 연명치료 중단에 대한 인식과 태도를 긍정적으로 개선, 증진시킬 수 있다는 사실을 시사하고 있다.

상관관계분석에서 사회적 지지가 연명치료 중단에 대한 자

기결정에 낮은 관련성이 있는 것으로 나타났고 다중회귀분석 결과에서도 영향력이 없는 것으로 나타난 본 연구결과는 여성 노인을 대상으로 한 선행연구[30]에서 사회적 지지가 죽음의 태도에 영향을 주지 않았던 결과와 같은 맥락이라고 생각된다. 따라서 사회적 지지와 연명치료 중단에 대한 자기결정과의 관계에 대해 추후 연구에서 다시 한 번 확인할 필요가 있겠으며 사회적 지지와 연명치료 중단에 대한 자기결정을 매개하는 변수도 확인할 필요가 있다.

연명치료 중단에 대한 결정을 증진시키기 위해서는 노인들의 평소의 말이나 행동의 표현이 중요하며 자신의 의사를 자연스럽게 표현할 수 있도록 지지하는 환경과 사회적 분위기 그리고 법적 제도 마련이 필요하다. 현재까지는 연명치료 중단에 대한 자기결정에 관한 연구가 의료인, 말기노인 환자, 가족을 중심으로 진행되었으나 본인의 생명과 직결된 기본적인 권리 행사라는 차원에서 연명치료 중단에 대한 자기결정은 건강상태가 악화되는 삶의 말기보다는 의사결정능력과 판단력이 있는 건강한 상태에서 이루어지도록 해야 하겠다. 따라서 인지능력과 건강이 비교적 양호한 지역사회 거주 노인들을 대상으로 연명치료 중단에 대한 자기결정을 교육하는 프로그램 개발이 필요하며, 연명치료 중단에 대한 자기결정 태도 변화가 실제적인 사전의료의향서 작성으로 연결되는지에 대한 후속연구가 이루어져야 하겠다.

결론 및 제언

본 연구는 지역사회거주 노인의 연명치료 중단에 대한 자기결정에 영향을 미치는 요인들을 파악하여 지역사회 노인의 연명치료 중단에 대한 자기결정 능력을 향상시키는데, 기초자료를 제공하고자 시도된 서술적 상관관계 연구이다.

I단계 회귀분석모형에서 교육수준은 연명치료 중단에 대한 자기결정에 긍정적인 영향을 주었으며 초졸 이하인 대상자에 비해 고졸, 전문대 이상의 교육 수준을 가진 대상자가 연명치료 중단에 대한 자기결정에 부정적인 영향을 나타내었다. 또한 가족의 DNR 경험이 있었던 경우가 연명치료 중단에 대한 자기결정에 더 긍정적인 영향을 주었으며 변수들의 연명치료 중단에 대한 자기결정에 대한 설명력은 7%로 나타났다. II단계 회귀모형에 독립변수인 삶의 만족도를 추가하여 나타난 설명력은 13%로 삶의 만족도가 높을수록 연명치료 중단에 대한 자기결정에 긍정적인 영향을 나타내었다. II단계 독립변수들이 포함된 세 번째 위계, DNR 태도를 투입한 모형 III에서의 설명력은 II단계에 비해 31%가 유의하게 증가한 것으로 나타나

DNR 태도가 대상자의 연명치료 중단에 대한 자기결정에 긍정적인 영향을 미치는 것으로 나타났다.

이상의 결과를 바탕으로 노인의 연명치료 중단에 대한 자기결정 행사를 강화하기 위한 방안으로 DNR 태도를 긍정적으로 변화시킬 목적의 교육 프로그램 개발과 연명치료 중단에 대한 자기결정에 있어 지역사회 거주 노인의 범위를 확대한 반복 연구를 제안한다.

REFERENCES

1. Statistics Korea. Elderly statistics 2015 [Internet]. Daejeon: Ministry of Health & Welfare, Statistics Korea; 2015 [Cited 2016 June 19]. Available from: <http://kostat.go.kr/portal/eng/pressReleases/1/index.board?bmode=read&aSeq=349205>
2. Korea Statistical Information Service. 2014 Senior survey: number of chronic diseases in the elderly (over 65 years). Seoul: Ministry of Health & Welfare, Korea Statistical Information Service; 2014 [Cited 2016 July 5]. Available from: http://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=117&tblId=DT_11771_2011N035&conn_path=I3
3. Kim HR, Oh KS, Oh KO, Lee SO, Lee SJ, et al. Quality of life in low income Korean aged. *Journal of Korean Academy of Nursing*. 2008;38(5):694-703. <http://dx.doi.org/10.4040/jkan.2008.38.5.694>
4. Choe JY, Kim HC. A patient's right of self-determination for withdrawal of the life-sustaining treatment; court case review. *Bioethics Policy*. 2009;3(2):155-72.
5. Jeun YJ. Right of informed consent and withdrawing of life-sustaining treatment. *Law Review*. 2009;33:455-76.
6. Kim HS, Shin SR. The effect of educational program on withdrawing life-sustaining treatment for elderly. *Journal of Korea Academia-Industrial Cooperation Society*. 2015;16(1):397-407. <http://dx.doi.org/10.5762/KAIS.2015.16.1.397>
7. Park YO. Experience of family members on deciding to withdraw life-sustaining treatment for patients who are terminally ill. Paper presented at: The meeting of Korean Society of Nursing Science; 2004 May; Seoul.
8. Han NY, Yoon HJ, Park EW, Cheong YS, Yoo SM. Perception of a good death in the elderly. *Korean Journal of Family Medicine*. 2002;23(6):769-77.
9. Kim KS. Application of advance directives at a general hospital [master's thesis]. Ulsan: University of Ulsan; 2010.
10. Lee MH. The effects of ego integrity trait of elderly persons on life-sustaining treatment preferences. *Journal of Digital Convergence*. 2016;14(2):489-99. <http://dx.doi.org/10.14400/JDC.2016.14.2.489>
11. Chang CY, Kim YS. Attitude toward forgoing life-sustaining treatment among cancer patient families. *The Korean Acad-*

- emy of Mental Health Social Work. 2011;38:5-30.
12. Carmel S, Mutran EJ. Stability of elderly persons' expressed preferences regarding the use of life-sustaining treatments. *Journal of Social Science Medicine*. 1999;49(3):303-11. [http://dx.doi.org/10.1016/S0277-9536\(99\)00121-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0277-9536(99)00121-5)
 13. Ko EJ, Lee JH. End-of-life treatment preference among low-income older adults: a race/ethnicity comparison study. *Journal of Health Care for The Poor and Underserved*. 2014;25(3):1021-33.
 14. Kim ES. Perception and ethical attitude about withdrawing of life-sustaining treatments for the elderly between elderly patients and their family. [master's thesis]. Jeonju: Chonbuk National University; 2012.
 15. Yoon MS, Kim JS. Factors to the withdrawing of life sustaining treatment among low income elderly. *Korea Academy of Mental Health Social Work*. 2015;43(3):192-219.
 16. Chung SD, Kim SH, Koo MJ. The relationship between death related factors and death preparation: a comparison of pre-elderly and babyboomers. *Korea Journal of Population B Studies*. 2014;37(1):131-53.
 17. Garrido MM, Balboni TA, Maciejewski PK, Bao Y, Prigerson HG. Quality of life and cost of care at the end of life: the role of advance directives. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2015;49(5):828-35. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2014.09.015>
 18. Gerstel EI, Engelberg RA, Koepsell T, Curtis JR. Duration of withdrawal of life support in the intensive care unit and association with family satisfaction. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*. 2008;178(8):798-804. <http://dx.doi.org/10.1164/rccm.200711-1617OC>
 19. Kim YS. Attitude of death perception on hospice and attitudes of DNR by nursing students in an area. *The Korean Journal of Health Service Management*. 2014;8(3):219-28. <http://dx.doi.org/10.12811/kshsm.2014.8.3.219>
 20. Lee HK, Kang HS. Attitudes and awareness towards the withdrawal of life-sustaining treatment among nurses, physicians, and families of intensive care unit patients. *Journal of Korean Clinical Nursing Research*. 2010;16(3):85-98.
 21. Zimet GD, Dahlem NW, Zimet SG, Farley GK. The multidimensional scale of perceived social support. *Journal of Personality Assessment*. 1988;52(1):30-41. http://dx.doi.org/10.1207/s15327752jpa5201_2
 22. Shin JS, Lee YB. The effects of social supports on psychosocial well-being of the unemployed. *Korean Journal of Social Welfare*. 1999;(37):241-69.
 23. Neugarten BL, Haighurst RJ, Tobin SS. The measurement of life satisfaction. *Journal of Gerontology*. 1961;6(1):134-43. <http://dx.doi.org/10.1093/geronj/16.2.134>
 24. Lee CE. A study on the relationship between perception of sex life and life satisfaction in elderly [master's thesis]. Seoul: Hanyang University; 1999.
 25. Korean Medical Association, Korean Academy of Medical Sciences, Korean hospital association. Guidelines on withdrawing life-sustaining therapy. Seoul: Special Committee Established Guidelines on Withdrawing Life-Sustaining Therapy; 2009. p. 1-10.
 26. Lee YS, Ministry of Health & Welfare, Research Affairs of Seoul National University. Survey of the people's understanding on withdrawal of life-sustaining management and proposal of its legislation. Seoul: Ministry of Health & Welfare; 2009. 1-360.
 27. Fortner BV, Neimeyer RA. Death anxiety in older adults: a quantitative review. *Death Studies*. 1999;23(5):387-411.
 28. Sun DS, Chun YJ, Lee JH, Gil SH, Shim B, Lee OK, et al. Recognition of advance directives by advanced cancer patients and medical doctors in hospice care ward. *The Korean Journal of Hospice and Palliative Care*. 2009;12(1):20-6.
 29. Bettinghaus EP, Cody MJ. *Persuasive communication*. 5th ed. NY: Wadsworth Publishing; 1994. p. 432.
 30. Seo YS, Son YL, Sung KW. Factors related to the death attitudes among the elderly women in rural areas. *Journal of Korean Gerontological Nursing*. 2011;13(1):21-8.