

한국판 임종치료선호도(Preferences for Care Near the End of Life Scale-Korean Version: PCEOL-K)의 신뢰도 및 타당도

이윤정*, 김신미**

1. 서론

우리나라 노인인구는 급속히 증가하여 2020년에는 전체 인구의 15.1%에 이르러 고령사회가 될 것으로 예상된다.¹⁾ 인구의 고령화와 더불어 의학기술의 발전으로 인위적으로 생명을 연장하는 것이 가능해지면서 임종기(end of life), 구체적으로는 임종기 동안의 삶, 치료 및 돌봄에 대한 관심이 대두되고 있다. 죽음은 누구에게나 일어나는 현상이지만 노인인구에서 더 흔히 나타나는 현상이며 결과적으로 모든 사람은 '잘 죽는 것'을 생각하게 된다. '잘 죽는 것'에 대한 연구들을 보면 주로 '좋은 죽음(good death)', '웰 다이잉(well dying)' 또는 '존엄사(dying with dignity)'로 개념화되어 있으며 '좋은 죽음'에 대한 신념은 개개인의 입장과 문화에 따라 다르고 또한 맥락적 상황에 의해 영향을 받는 것으로 알려져 있다.²⁾ 이렇듯 임종기 동안의 삶, 치료, 돌봄의 일련의 과

정 속에서 생명연장술과 같은 의학 기술의 적용으로 자연사(natural death)나 존엄사를 원하는 개인에 대해서는 인간적인 품위를 유지하고 평화로운 죽음을 맞이할 권리를 방해하게 될 수도 있다는 우려의 목소리가 점차 커지고 있다. 결과적으로 임종기와 관련하여 '존엄사', '자연사', '삶의 질'과 같은 이슈가 중요한 부분을 차지하게 되었으며 이에 따라 생명연장의 시행 및 중단과 관련된 윤리적, 법적 문제 등이 동반되게 되었다.³⁾ 미국의 경우 일찍이 정부 및 민간 차원에서 생명연장술 사전의사결정제도(Advance Directives)와 생명연장술 거부권⁴⁾에 대해 관심을 갖게 되었으며 임종기 치료와 삶에 대한 의사결정과정에 있어 자율성(autonomy)과 스스로 결정하는 권리(the patient self-determination act, PSDA)가 중요하게 다루어지고 있다.

우리나라의 경우 임종기 치료 및 간호에 따른 상황이 서구의 그것과는 차이가 있으나 인구의 고령화와 가치관

교신저자: 김신미, 청주대학교 간호학과, 043-229-8992, ddoriru@gmail.com

* 우석대학교 간호학과

** 청주대학교 간호학과

1) 통계청, 2007

2) Vig EK, Davenport NA & Pearlman RA. Good deaths, bad deaths, and preferences for the end of life: a qualitative study of geriatric outpatients, J Am Geriatr Soc 2002 ; 50(9) : 1541-1548.

3) Libbus MK & Russell C. Congruence of decisions between patients and their potential surrogates about life-sustaining therapies. Image 1995 ; 27(2) : 135-140.

4) Wolf SM. Ethics committees in the courts. Hastings Cent Rep 1986 ; 16 : 12-15.

『한국의료윤리학회지』 제12권 제1호(통권 제21호): 2009년 3월

의 변화 및 의학기술의 발달로 인한 생명의 연장 등 우리나라에서도 임종기 치료 및 간호에 대한 관심이 증가하고 있다. 우리나라에서는 2001년 대한의사협회가 ‘의사윤리지침’에 소극적 안락사를 인정하는 내용을 포함함으로써 국내에서 커다란 반향을 일으켰고,⁵⁾ 이로 인해 우리나라에서 임종기 동안의 의료행위에 대한 논의가 제기되고, 생명연장술과 같은 적극적 처치의 대상과 범위, 시행과 중단의 기준과 결정 주체에 대한 관심이 고조되어 왔으며, 회복불능 환자의 연명치료중단에 관한 공청회⁶⁾가 열렸다.

2001년 회복불능상태에서의 생명연장술 선호도와 사전의사결정제도에 대한 조사⁷⁾가 보고된 이래 무의미한 생명연장술에 대한 비선호도가 보고되고 있고,⁸⁾ 유사한 내용으로 KBS추적 60분⁹⁾에서는 일반인을 대상으로 존엄사 선호도를 질문한 결과 87.9%가 찬성한다는 결과를 보고하였고, 이후 언론 및 전문가들이¹⁰⁾ 생명연장술에 대한 보다 진지한 논의와 정부의 관심을 촉구하고 있는 실정이다. 그 결과 2008년 보건복지부는 ‘사전의사결정제도’를 포함하여 ‘존엄사’와 관련한 법률을 연내에 제정하겠다고 밝히고 있으나^{11,12)} 아직 개방적 논의가 없는 실정이다.

단순한 생명연장술을 극복하고 존엄사를 이루는 방법으로 사전의사결정제도에 대한 관심이 점차 증가되고 있는바 2001년도 김순이 등¹³⁾은 사전의사결정제도에 대해 대상자들에게 설명한 후 그에 대한 선호도를 질문한

결과 과반수가 넘는 대상들이 선호를 나타내었고 추적 60분에서는 실제 사전의사결정제도를 작성한 예를 보도하기도 하였다. 사전의사결정제도의 가장 큰 장점은 자신의 임종과정에 대해 스스로 결정권을 가진 다는 것이며 1990년 “죽을 권리(right to die)” 움직임을 점화한 사건인 미국의 Nancy Cruzan의 예¹⁴⁾나 최근 2005년 Terri Schiavo¹⁵⁾의 예에서도 가장 중요하게 다루어졌던 내용이 바로 자기 결정과 관련한 것이었다. 따라서 사전의사결정제도란 넓게는 자신이 스스로 결정할 능력이 상실되고 회복이 불가능한 상태에 처하게 되는 경우에 대비하여 사전에 원하는 바 의료의 범위와 내용 또는 그러한 결정을 해줄 대리인 지정을 하는 것을 말하며, 좁게는 그러한 상태에서 무의미한 생명연장술을 원하는 가를 명시하는 제도를 말한다.

이렇듯 우리나라에서도 임종기 삶과 치료에 대한 관심이 집중되고는 있으나 연구와 논의는 부족한 실정이다. 그 이유는 죽음에 대한 논의를 하는 것이 터부시되는 전통적 관습과 종교계, 다양한 학제 및 집단간의 근본적 철학 차이가 크기 때문이다. 대표적 예로 의사들이 가족의 요구로 인공호흡기를 떼고 환자를 퇴원시켰다가 살인방조죄로 처벌받은 소위 ‘보라매병원 사건’으로 불리는 법원의 판결 이후 그동안 환자의 인공호흡기 제거를 극도로 꺼리게 되었다.¹⁶⁾ 이로 인해 의료현장에서 갈등이 끊이지 않았으며 2008년 다시 전국적으로 이슈가 된 ‘존엄사’ 소송이 병원의 항소를 거쳐 2009년 대법으로

5) Watts J. Korean Medical Association stirs up controversy. The Lancet 2001 ; 358(1) : 1881.

6) 한국보건사회연구원, 2002.

7) 김순이, 이미애, 김신미. 성인의 Advance Directives에 대한 태도 연구. 의료·윤리·교육 2001 ; 4(2) : 231-244.

8) 윤영호, 이영선, 남소영 등. 품위 있는 죽음과 호스피스·완화의료에 대한 일반 국민들의 태도. 한국호스피스·완화의료학회지 2004 ; 7(1) : 17-28.

9) KBS. 추적 60분, 2007. 08. 29 방송.

10) 한국일보, 2004. 06. 30일자 보도자료.

11) 오상도, 안락사문제 바로 볼 때다. 서울신문, 2008년 2월 20일자 보도자료.

12) 보건복지부. 보도해명자료, 2008년 2월 18일.

13) 김순이 등. 앞의 글, 2001.

14) Lewin T. Nancy Cruzan Dies, Outlived by a Debate Over the Right to Die. The New York Times, Published: Thursday, December 27, 1990. Retrieved at Dec. 12th, 2008 from <http://query.nytimes.com/gst/fullpage.html>

15) IN THE CIRCUIT COURT FOR PINELLAS COUNTY, FLORIDA, PROBATE DIVISION, File No. 90-2908GD-003. In Re: The Guardianship of Theresa Marie Schiavo, Incapacitated.

16) 박형욱. 생각해봅시다/존엄사 결정, 누가? 어떻게? 윤리적 절차에 따라 환자와 병원 자율로. <http://chosun.com>, 2009, 2009년 2월 18일 열람.

이어져가게 되었다.¹⁷⁾

박형욱¹⁸⁾은 법원의 생명 연장치료 중단·허용의 네 가지 기준 즉, 환자는 회생 가능성이 없어야 할 것, 환자의 치료 중단 의사가 진지하고 합리적이어야 할 것, 일상적인 치료는 중단 불가하며 치료 중단은 의사가 해야 한다는 내용을 제시하면서 개개의 사례들을 모두 소송 사건화하여 일일이 법원의 판단을 받게 하는 것은 비현실적이라고 지적하고 있다. 최근 김수환 추기경이 자연섭리에 순종하는 방식의 죽음을 통해 존엄사에 대한 관심을 환기함으로써¹⁹⁾ 다시 존엄사에 대한 관심이 커질 것으로 예상된다. 존엄사와 가장 직접적으로 연결된 의료 내용은 생명연장치료로써 법원의 존엄사 인정 네 가지 기준 중에서 “환자의 치료 중단 의사가 진지하고 합리적이어야 할 것”이라는 내용은 1990년 미국의 Nancy Cruzan사건 때부터 가장 핵심적인 논란의 대상이 되어 오고 있는데, 그 이유는 이미 자신의 의사를 표현할 수 없게 된 상태에서 환자의 의사를 여하히 제 3자들이 판단할 수 있는가 하는 것이다. 다시 ‘사전의사결정제도’의 필요성이 대두되는 요인이 된다. 사전의사결정제도가 활성화되기 위해서도 가장 중요한 것은 ‘본인의 의사’인데 아직 본인의 의사 즉, 자신의 의학적 상태가 회복 불가능한 상태에서 생명연장술을 원하는가 하는 것을 평가하고 표현할 만한 객관적인 측정 도구가 결여되어 있으며 이제 학계와 현장에서 이에 대한 관심을 가져야 할 때이다. 임종기 의료와 간호에 대한 선호도를 타당하게 측정할 수 있는 도구는 외국의 경우도 찾기 어려우며 우리나라에서는 저자들이 알아본 바에 의하면 없으며 연구자마다 나름대로의 질문지를 개발하여 사용하고 있는 실정이다. 따라서 타당하고 신뢰도를 갖춘 도구를 개발 또는 검증하는 작업은 연구는 물론 실무와 정책에 있어

서도 필요하다. 2001년 개발된 임종치료선호도(The Preference for Care near the End of Life scale: PCEOL)²⁰⁾는 그러한 도구 중 하나인데 외국에서 개발된 도구이므로 문화적 차이에 따른 우리의 태도나 가치에 적합한 도구인지를 검증해 보고자 하는 것이다. 따라서 본 연구의 목적은 한국판 임종치료선호도의 신뢰도와 타당도를 검증하여 우리나라 실정에 맞는지를 확인하는 것이다.

II. 연구 방법

1. 연구 대상 및 자료 수집

연구 대상은 일개 대학 간호학과 학생 265명을 대상으로 하였으며 2차 자료가 누락된 16명을 제외한 249명(남자 5명, 여자 244명)을 대상으로 하였다.

2. 연구 도구

연구 도구는 The Preference for Care near the End of Life(PCEOL) scale²¹⁾을 사용하였다. 연구자들은 본 도구의 한국형 표준화 연구를 위하여 원저자와 교신하여 도구 사용 허가와 원 도구 전문을 이메일로 전달받아 연구에 사용하였다. 원 도구는 32문항으로 구성되었으며 자율적 의사결정(autonomous physiological decision making), 의료인에 의한 의사결정(decision making by health care professional), 영성(spirituality), 가족(family), 감성적 의사소통(affective communication)의 5가지 요인으로 나뉘어져 있다. 각 항목은 Likert 5점 척도로 구성되어 있다(1점: 매우 아니다, 5점: 매우 그렇다).

17) 김경기. '존엄사' 소송, 대법원 간다. <http://mbn.mk.co.kr/news/>, 2009, 2009년 2월 20일 열람.

18) 박형욱. 앞의 글. 2009.

19) 정진우. 김수환 추기경 남긴 '생명존중' 기린다. <http://www.moneytoday.co.kr/>, 2009, 2009년 2월 19일 열람.

20) Gauthier DM & Froman RD. The Preference for Care near the End of Life scale Development and Validation, 2001 Research in Nursing & Health ; 24 : 298-306.

21) Gauthier & Froman. 앞의 글. 2001.

한국의료윤리학회지 제12권 제1호(통권 제21호): 2009년 3월

3. 자료 분석

자료 분석은 SPSS version 14.0을 이용하였다. 서술적 통계, factor analysis, Cronbach's alpha와 Pearson Correlation Coefficient를 사용하였으며 유의수준은 $p < 0.05$ 로 분석하였다.

4. 연구 방법

1) 타당도 검증

번안타당도

영문으로 된 PCEOL을 연구자들이 한국어로 번안한 후 영어 전공자에게 다시 영문으로 작성하도록 하였다. 이는 PCEOL이 정확히 한국어로 번안되었는지를 확인하기 위함이다. 다음으로 한국어와 영어에 익숙한 3명의 전문가에게 영문 PCEOL과 한국어 PCEOL을 비교하도록 하였다. 이 결과 영문 PCEOL과 한국어로 번안한 PCEOL이 차이가 없음을 알 수 있었다. 이후 일반 성인 5명에게 번안된 내용을 적용하여 문장을 다시 다듬은 후 전문가들의 점검을 거쳐 최종본을 결정하였다.

구성타당도

문항분석과 요인분석을 통해 구성타당도를 확인하였다.

2) 신뢰도 검사

도구의 안정성을 보기 위해 test-retest reliability를 하였으며 내적일관성을 위해 Cronbach's alpha를 측정하였다.

III. 연구 결과

1. 대상자의 일반적 특성

대상자의 일반적 특성은 <표 1>과 같다. 평균 연령은

22.79(SD=3.61)였으며 19세에서 39세 사이에 분포되어 있었다. 종교는 기독교(39.0%)가 가장 많았으며 건강상태는 대부분 양호하였다.

<표 1> 대상자의 일반적 특성

내용	실수	%
연령		
M=22.79	SD=3.61	Range=19-39
성별		
남	5	2.0
여	244	98.0
결혼 상태		
미혼	239	96.0
기혼	10	4.0
건강 상태		
매우 양호	64	25.7
양호	117	71.1
불량	6	2.4
매우 불량	2	0.8
종교		
기독교	97	39.0
천주교	32	12.9
불교	24	9.6
무교	85	34.1
기타	11	4.4
유언 작성		
예	8	3.2
아니오	241	96.8
합계	249	100.0

2. 구성타당도

도구의 구성타당도를 보기위해 주 성분 분석 Varimax rotation을 한 결과 원 도구와 달리 8개의 요인이 추출되었으며 문항 7과 20은 요인부하량 값이 0.5 이하로 나타났다. 이 결과를 토대로 문항 7과 20을 삭제하고, 원 도구의 요인수 및 스크리도표 분석과 누적분산비율 등을 기초로 5개 요인으로 지정하여 다시 요인분석을

시행하였다. 그 결과 공통성이 0.4 이하인 문항 23, 24, 26, 30이 제외되었으며 전체 설명 분산의 백분율은 제 1 요인 19.2%, 제 2요인 14.0%, 제 3요인 10.6%, 제 4요인 7.1%, 제 5요인 4.6%로써 전체 변량의 55.5%로 나타났다<표 2>. 원 도구에서는 자율적 의사결정, 의료인에

의한 의사결정, 영성, 가족, 감성적 의사소통의 5요인으로 제시되었으나 본 연구에서는 감성적 의사소통의 요인은 없었으며 새로이 제 5요인이 추가되어 문항의 특성을 감안하여 '통증'으로 명명하였다.

<표 2> 요인분석

원 요인	도구 문항	내 용	요인 1	요인 2	요인 3	요인 4	요인 5
자율적 의사결정	4	나 스스로 숨을 쉴 수 없게 되는 경우 인공호흡기를 연결하는 것을 원하지 않는다.	.818				
	17	나 스스로 숨을 쉴 수 없게 되는 경우 인공호흡기를 연결하는 것을 원한다.	-.779				
	6	나는 자연스런 임종을 원하며 인위적인 생명연장을 원하지 않는다.	.756				
영성	1	내 심장이 멈추는 경우 나는 심폐소생술을 원하지 않는다.	.750				
	2	내가 정상적으로 음식을 섭취하지 못하게 되는 경우 튜브를 통한 인공영양공급을 원하지 않는다.	.728				
	16	나는 신의 뜻에 따라 임종을 맞기를 원하고 어떠한 방법이라도 인위적인 생명연장을 원하지 않는다.	.712				
	9	내 심장이 멈추는 경우 나는 심폐소생술을 원한다.	-.707				
	14	내가 정상적으로 음식을 섭취하지 못하게 되는 경우 튜브를 통한 인공영양공급을 원한다.	.668				
	32	나는 간호사가 나의 영적 요구에 대해 대화하기 원한다.		.812			
	19	나는 누군가와 나의 영적 요구에 대해 대화하기 원한다.		.805			
	5	나는 임종기 동안 나의 영적 신념이 반영되기를 원한다.		.726			
	11	나는 임종기 동안 나의 종교적 신념에 따라 치료와 간호를 받기 바란다.		.725			
	12	나는 간호사들이 신체뿐 아니라 정서적이고 영적인 요구에도 관심을 가져주기 바란다.		.641			
	31	나는 임종기 동안 호스피스 케어를 받고 싶다.		.596			
	13	나의 치료와 간호에 대한 최종 결정은 가족이 해주			.831		

한국의료윤리학회지 제12권 제1호(통권 제21호): 2009년 3월

		기 바란다.			
	8	나는 내가 더 이상 의사표현을 하지 못할 때 가족이 내 치료와 간호에 대한 모든 결정을 해주기 바란다.		.803	
가족	28	가족은 나에게 무엇이 최선인지 잘 알 것이므로 나의 치료와 간호에 대한 모든 결정을 해주기 바란다.		.785	
	25	나는 가족이 모든 설명을 듣고 나의 치료와 간호에 대한 결정을 할 수 있기 바란다.		.768	
	21	나는 가족이 나에게 대한 의료 결정에 참여하기를 원한다.		.671	
	15	나는 의사(들)이 나를 위한 모든 치료 결정을 내려주기 바란다.		.835	
의료인에 의한 의사결정	18	의료인들은 전문가이므로 나의 치료와 간호에 대한 최종 결정을 내려야 한다.		.765	
	10	의료인들은 나에게 무엇이 최선인지 잘 알 것이므로 나의 치료와 간호에 대한 모든 결정을 해주기 바란다.		.754	
	3	나의 치료와 간호에 대한 모든 결정은 의료인이 해주기 바란다.		.696	
	22	나는 혹시 임종이 당겨지는 한이 있더라도 통증이 없기를 원한다.		.613	
통증	27	나는 의료인들이 세세한 부분까지 돌보아 주기를 바란다.		.551	
	29	나는 고통 받기보다는 일찍 죽음을 맞기 원한다.		.470	
Percent of variance			19.2	14.0	10.6
Eigen value			5.749	4.210	3.185
			2.130	1.391	

제 1요인(자율적 의사결정) : 문항번호 1, 2, 4, 6, 9, 14, 16, 17

제 2요인(영성) : 문항번호 5, 11, 12, 19, 31, 32

제 3요인(가족) : 문항번호 8, 13, 21, 25, 28

제 4요인(의료인에 의한 의사결정) : 문항번호 3, 10, 15, 18

제 5요인(통증) : 문항번호 22, 27, 29

3. 신뢰도 검사

1) 도구의 안정성을 확인하기 위해 2주 간격으로 test-retest reliability를 시행하였다. test-retest reliability는 대상자 249명을 대상으로 1차 설문지 작성을 한 다음 2주 후 다시 동일한 대상자에게 설문지를 작성하도록 하여 두 점수간의 Pearson Correlation Coefficient를 구하여 검증하였다(표 3).

〈표 3〉 test-retest reliability coefficient

요인	r	p
요인 1	.771	.000
요인 2	.772	.000
요인 3	.678	.000
요인 4	.531	.000
요인 5	.469	.000

2) 내적 일관성을 위해 신뢰도 검사를 수행한 결과 Cronbach's alpha는 0.42~0.89로 나타났다(표 4).

〈표 4〉 Cronbach's alpha for internal consistency

요인	Cronbach's α
요인 1	.89(1, 2, 4, 6, 9, 14, 16, 17 문항)
요인 2	.84(5, 11, 12, 19, 31, 32 문항)
요인 3	.86(8, 13, 21, 25, 28 문항)
요인 4	.82(3, 10, 15, 18 문항)
요인 5	.42(22, 27, 29 문항)

4. 각 요인간 상관관계

각 요인들간의 상관관계를 측정된 결과 각 요인은 서로 독립적이지 않으며 상관관계가 있는 것으로 나타났다(표 5). 요인 1(자율적 의사결정)은 요인 3(가족)과 역상관관계($r=-.239$, $p=.000$)가 있으며 요인 1(자율적 의사결정)은 요인 5(통증), 요인 2(영성)는 요인 3(가족), 요인 5(통증)와, 요인 3(가족)은 요인 4(의료인에 의한 의사결정)와 순상관관계($p=.000$)가 있는 것으로 나타났다.

〈표 5〉 Correlation between Factors of PCEOL

Factor	1	2	3	4	5
1	-				
2	.117	-			
3	-.239**	.171**	-		
4	-.101	-.056	.282**	-	
5	.289**	.153**	.065	-.066	-

** $p=.000$

V. 논의

1. 도구의 구성 타당도

논의에 앞서 원 도구에서 각 요인에 어느 문항이 속하는지에 대한 설명이 일부만 제시되었기 때문에 그 부분에 대해서만 논의를 하고자 한다(표 6).

〈표 6〉 원 도구의 각 요인별 문항번호

요인	문항번호
자율적 의사결정	1, 2, 4, 6
의료인에 의한 의사결정	3, 10, 15, 18
영성	5, 6, 11, 16
가족	8, 13, 21, 25
감성적 의사소통	7, 12, 20

본 연구에서 PCEOL-K를 간호학과 학생에게 적용하여 요인분석을 시행한 결과 원 도구와 달리 8개 요인이 추출되었으며 요인부하량 값이 0.5 이하로 타당성이 없는 측정문항(문항 7, 20)이 있었다. 이 결과를 바탕으로 문항 7과 20을 삭제하고 요인 수를 5개로 지정하여 요인분석을 시행하였다. 그 결과 추출된 요인에 의해 설명되는 비율이 0.4 이하로 나타난 23, 24, 26, 30문항이 제외되었으며 나머지 26개 문항의 설명 분산 백분율의 합은 원 도구(68%)에서 보다 낮게(55.5%)로 나타났다. 그러나 8개 요인으로 추출된 요인분석 시의 설명 분산 백분율은 원 도구와 거의 유사하게 (65.2%) 나타났다. 결과적으로 임종치료선호도의 나머지 백분율에 해당하는 요인을 찾아 도구의 완성도를 높이는 노력이 필요하다 하겠다.

또한 설명 분산 백분율의 순서는 원 도구와 차이를 보여 가장 설명 분산 백분율이 높은 요인 즉, '자율적 의사결정'은 원 도구와 동일하게 가장 높은 설명 분산 백분율을 나타냈으나 2, 3, 4, 5위는 차이를 보였다. 즉 원

한국의료윤리학회지 제12권 제1호(통권 제21호): 2009년 3월

도구에서는 의료인에 의한 의사결정(20%), 영성(10%), 감성적 의사소통(10%), 가족(7%)의 순이었던 반면 본 연구 결과는 영성(14.0%), 가족(10.6%), 의료인에 의한 의사결정(7.1%), 통증(4.6%)의 순으로 나타났다. 이는 본 연구 대상자의 일반적 특성상 종교를 가진 경우가 65.9%로 영성 부분이 강하며, 원 도구의 감성적 의사소통에 속해 있던 문항 12가 영성에 속한 것으로 나타났기 때문인 것으로 생각된다. 또한 원 도구의 감성적 의사소통에 속했던 문항 7은 요인부하량 값이 0.421로 나타나 삭제되었기 때문에 사료된다. 의료인에 의한 의사결정이 원 도구와 달리 낮은 설명 분산 백분율을 나타내고 있는데, 본 연구 결과 죽음에 관한 결정에 의사 또는 의료인의 도움은 받고 싶으나 최종 결정은 가족이 하는 것을 우선시 한 결과라 사료된다. 또한 원 도구와는 달리 '감성적 의사소통' 요인이 요인분석 결과 나타나지 않았다. 이는 연구 대상자가 이러한 의사소통을 가버이 여기는 것이 아니라, 종교를 중시하며 영적인 부분에 포함되어 있다는 것을 의미한다는 면에서 의료인이 유의해야 할 요인으로 사료된다.

또한 원 도구와 달리 제 1요인인 '자율적 의사결정'에 1, 2, 4, 6번 문항의 원 도구에서는 영성(원 도구 제 3요인)에 속해 있던 16번(나는 신의 뜻에 따라 임종을 맞기를 원하고 어떠한 방법이라도 인위적인 생명연장을 원하지 않는다) 문항과 9, 14, 17번 문항도 속하는 것으로 나타났다. 제 2 요인(영성)에서는 5, 11번 문항은 원 도구와 동일하나 6번, 16번 문항은 자율적 의사결정에 속하였으며 감성적 의사소통에 속했던 12번 문항과 원 도구에서 밝히지 않은 19, 31, 32번 문항도 여기에 속하는 것으로 나타났다. 제 3요인(가족)의 경우 원 도구의 8, 13, 21, 25번 문항이 모두 포함되었으며 본 연구에서는 28번 문항이 추가되었다. 제 4요인(의료인에 의한 의사결정)은 원 도구와 전체가 동일하게 나타났다. 원 도구에는

없었던 제 5 요인(통증)에는 원 도구에서 요인을 제시 안한 22, 27, 29번 문항이 포함되었다.

반면에 6번(나는 자연스런 임종을 원하며 인위적 생명연장을 원하지 않는다) 문항은 원 도구에서는 '자율적 의사결정' 요인과 '영성' 요인에 포함되어 중복 적용되었으나 본 연구 검증 결과 '자율적 의사결정' 요인에만 속한 것으로 나타나 한국판 도구에서는 중복 기술할 필요가 없는 것으로 나타났다(부록2 참조).

각 요인별로 부하가 큰 문항은 제 1요인(자율적 의사결정)에서는 '나 스스로 숨을 쉴 수 없게 되는 경우 인공호흡기를 연결하는 것을 원하지 않는다', 제 2요인(영성)은 '나는 간호사가 나의 영적 요구에 대해 대화하기를 원한다', 제 3요인(가족)은 '나의 치료와 간호에 대한 최종 결정은 가족이 해주기 바란다', 제 4요인(의료인에 의한 의사결정)은 '나는 의사(들)이 나를 위한 모든 치료 결정을 내려주기 바란다', 제 5요인(통증)은 '나는 혹시 임종이 당겨지는 한이 있더라도 통증이 없기를 원한다.'로 나타났다. 이는 원 도구와는 차이가 있었는데 원 도구에서 부하가 큰 요인으로 보고한 항목은 제 1요인(자율적 의사결정)의 경우 '내 심장이 멈추는 경우 나는 심폐소생술을 원하지 않는다', 제 2요인(의료인에 의한 의사결정)의 경우 '나의 치료와 간호에 대한 모든 결정은 의료인이 해주기 바란다', 제 3요인(가족)에서는 '나는 내가 더 이상 의사 표현을 하지 못할 때 가족이 내 치료와 간호에 대한 모든 결정을 해주기 바란다', 제 4요인(영성)에서는 '나는 임종기 동안 나의 영적 신념이 반영되기를 원한다', 제 5요인(감성적 의사소통)에서는 '나는 의료인들이 나의 질병과 임종에 대한 나의 감정에 대해 질문해 주기를 원한다' 였다.

이러한 차이를 보이는 이유는 우리나라에서는 심폐소생술과 비교하여 인공호흡기의 장착을 생명연장을 위한

도구로 더 강하게 인식하기 때문인 것으로 생각되며, 의료인에 의한 의사결정과 관련하여서는 의사, 간호사 및 의료 분야의 다양한 전문가를 내포하는 개념인 의료인(health care provider)이 아니라 구체적으로 의사의 결정을 더 중요시 하는 것으로 나타나 우리나라의 경우 의사에 대한 신뢰도가 타 분야에 비하여 더 높은 것으로 추정할 수 있다. 그러나 본 연구의 목적은 도구의 신뢰도와 타당도를 검증하는 것이므로 본 차이에 대한 자세한 논의는 불필요하다고 보며 본 연구 도구를 적용하여 우리나라 대상자들의 인식을 더 일반적으로 조사하는 것이 타당하겠다. 또한 가족의 경우 본인의 의사 결정 유무와 관계없이 가족 전체의 결정을 더 선호하는 것으로 나타나 이 부분에서도 문화적인 차이를 보였다. 감성적 의사소통 요인은 원 도구와 가장 큰 차이를 보여 단독 요인으로 분석되지 않았으며 오히려 2 요인(영성)으로 통합되어 감성적 의사소통을 영적인 부분, 종교에 힘을 빌리는 것으로 나타나 임종기 치료 및 간호 선호도를 평가할 때 필수적 항목으로 다루어야 할 것이며, 더 나아가 앞으로 이 부분은 의료인들이 임종기 대상자를 치료·간호할 때 중요한 요소로 간주해야 할 내용으로 생각된다.

또한 제 5요인(통증)은 원 도구와 달리 본 연구에서 5개의 요인으로 분석되었다. 이는 좋은 죽음의 요소로서 '통증없이 죽는 것'^{22,23)}이 중요하다고 한 국내의 연구 결과와도 일치하고 있다.

2. 도구의 신뢰도

도구의 안정성을 보기 위해 2주 간격으로 test-retest reliability 검증을 시행하여 Pearson Correlation Coefficient를 구한 결과 5개 요인 모두 유의한 순상관관계를 보였다(표 3). 그 중에서도 가장 안정성이 높은 요인은 영성($r=.772, p=.000$)이었으며 가장 낮은 요인

은 통증($r=.469, p=.000$)으로 나타났다.

내적 일관성을 위해 신뢰도 검사를 수행한 결과 Cronbach's α 는 .42-.89로 나타났다. 원 도구 개발 당시 Cronbach's α 는 .68-.91로 본 연구 결과와 약간의 차이가 있는 것으로 나타났다. 이는 원 도구와 다른 요인으로 분석되면서 요인 5의 문항의 수가 적어 나타난 현상이라고 생각된다. 그러므로 추후 일반인을 대상으로 한 연구가 뒷받침되어야 한다고 사료된다.

3. 요인 상관관계

요인은 상호 독립적이어야만 요인으로서 의미가 있으며 서로 상관관계가 높다면 분리된 요인이자기보다 통합되어야 할 것이다. 그러나 요인간의 독립성을 파악하기 위한 5개 요인간의 상관관계 검사 결과(표 5)와 같이 각 요인은 상관관계가 있는 것으로 나타났다. 요인 1(자율적 의사결정)은 요인 3(가족)과 역상관관계($p=.000$)가 있으며 요인 1(자율적 의사결정)은 요인 5(통증), 요인 2(영성)는 요인 3(가족), 요인 5(통증)와, 요인 3(가족)은 요인 4(의료인에 의한 의사결정)와 순상관관계($p=.000$)가 있는 것으로 나타났다.

원 도구에서는 요인간에 "little to modest correlation"이 있다고 하였으나 r 값이 .02-.27로 보고되었고 "자율적 의사결정과 가족 요인이 역상관관계가 있다."라고만 제시하고 있어 정확한 결과 비교는 어려운 실정이다. 결국 이 도구의 각 5개 요인간의 상호 배타적 측면(exclusive aspect)에는 문제가 있으며 몇 개의 요인에서 관련성이 있는 것으로 판단할 수 있다. 그러므로 추후에는 요인간의 관련성을 배제할 수 있도록 문항 내용의 분리에 초점을 두어 도구 수정을 할 필요성이 있는 것으로 사료된다.

22) 김신미, 이윤정, 김순이. 노인과 성인이 인식하는 '좋은 죽음'에 대한 연구. 한국노년학 2003 ; 23(3) : 95-110.

23) Kim S & Lee Y. Korean nurses' attitudes to good and bad death, life-sustaining treatment and advance directives. Nursing Ethics 2003 ; 10(6). 624-637.

VI. 결론 및 제언

본 연구는 한국판 임종치료선호도(PCEOL-K)의 신뢰도와 타당도를 검증하기 위한 도구검증 연구이다. 연구 대상은 일개 대학 간호학과 학생 249명을 대상으로 하였으며 본 연구의 결과 5개 요인 즉, 자율적 의사결정, 영성, 가족, 의료인에 의한 의사결정이 확인되었다. PCEOL-K는 test-retest reliability 검증 결과 안정성이 높은 도구로 확인 되었으며 Cronbach's alpha 0.42-0.89로 나타나 도구의 신뢰도 역시 높은 것으로 확인되었다. 또한 요인 1(자율적 의사결정)은 요인 3(가족)과 역상관계가 있으며, 요인 1(자율적 의사결정)은 요인 5(통증)와, 요인 2(영성)는 요인 3(가족), 요인 5(통증)와 요인 3(가족)은 요인 4(의료인에 의한 의사결정)와 유의한 순상관관계를 보여 요인간 관련성이 있는 것으로 나타났다.

PCEOL-K는 한국인에게 임종시 치료선호도를 평가하기에 전체적으로 적절한 것으로 사료된다. 그러나 본 연구 결과는 신체적으로 건강하고 젊은 간호대학생을 대상으로 하였으므로 중년 및 노인이나 질병이 있는 개인을 대상으로 하였을 때 내용이 차이가 날 수 있을 것으로 사료된다. 따라서 다양한 연령층과 상황의 개인을 대상으로 본 연구결과 수정된 PCEOL-K를 검증하여 신뢰도와 타당도를 재검증하는 과정이 필요하다. 반복 연구를 통해 신뢰도와 타당도가 입증되면 PCEOL-K를 한국인의 임종치료선호도를 측정하는 적절한 도구로 활용할 수 있을 것이라 사료된다. 또한 일부 요인별 상관관계가 있어 추후 요인을 분리할 수 있는 문항 개발 및 중복 문항을 조절하는 노력이 지속되어야 할 것이다. ■

색인어

임종기 치료, 도구검증, PCEOL, PCEOL-K

〈부록 1〉

Please place a check mark in the column that best describes what you would prefer when you are near the end of life.	1. Strongly Disagree	2. Disagree	3. No Preference	4. Mildly Agree	5. Strongly Agree
1. If my heart stops, I do not want to be resuscitated (CPR).					
2. I do not want to be fed through a tube when I can no longer take food and drink normally.					
3. I want health care providers to make all decisions about my care.					
4. If I can no longer breathe on my own, I do not want to be connected to a breathing machine.					
5. I want my spiritual beliefs to be considered at this time in my life.					
6. I want to let nature guide my dying and I do not want my life to be artificially prolonged in any way.					
7. I want health care providers to ask me about my feelings about my illness and my dying.					
8. I want my family to make all decisions about my care when I can no longer verbally express my desires.					
9. If my heart stops, I want to be resuscitated (CPR).					
10. Health care providers know what's best for me at this time and I want them to make all decisions about my care.					
11. I want my religious beliefs to guide my preferences for care at this time.					
12. I want nurses who attend to my emotional and spiritual needs as well as my physical needs.					
13. I want my family to have the final word in decisions about my care.					
14. I want to be fed through a tube when I can no longer take food or drink normally.					
15. I want my doctor(s) to make all health care decisions for me.					

〈부록 2〉 한국판 임종치료선호도

◎ 임종을 앞두고 있을 때 다음 중 가장 원하는 내용에 표시해 주시기 바랍니다.	매우 아니다	아니다	보통 이다	그렇다	매우 그렇다
1. 내 심장이 멈추는 경우 나는 심폐소생술을 원하지 않는다.					
2. 내가 정상적으로 음식을 섭취하지 못하게 되는 경우 튜브를 통한 인공 영양공급을 원하지 않는다.					
3. 나의 치료와 간호에 대한 모든 결정은 의료인이 해주기 바란다.					
4. 나 스스로 숨을 쉴 수 없게 되는 경우 인공호흡기를 연결하는 것을 원하지 않는다.					
5. 나는 임종기 동안 나의 영적 신념이 반영되기를 원한다.					
6. 나는 자연스런 임종을 원하며 인위적인 생명연장을 원하지 않는다.					
7. 나는 내가 더 이상 의사표현을 하지 못할 때 가족이 내 치료와 간호에 대한 모든 결정을 해주기 바란다.					
8. 내 심장이 멈추는 경우 나는 심폐소생술을 원한다.					
9. 의료인들은 나에게 무엇이 최선인지 잘 알 것이므로 나의 치료와 간호에 대한 모든 결정을 해주기 바란다.					
10. 나는 임종기 동안 나의 종교적 신념에 따라 치료와 간호를 받기 바란다.					
11. 나는 간호사들이 신체 뿐 아니라 정서적이고 영적인 요구에도 관심을 가져주기 바란다.					
12. 나의 치료와 간호에 대한 최종 결정은 가족이 해주기 바란다.					
13. 내가 정상적으로 음식을 섭취하지 못하게 되는 경우 튜브를 통한 인공영양공급을 원한다.					
14. 나는 의사(들)이 나를 위한 모든 치료 결정을 내려주기 바란다.					
15. 나는 신의 뜻에 따라 임종을 맞기를 원하고 어떠한 방법이라도 인위적인 생명연장을 원하지 않는다.					
16. 나 스스로 숨을 쉴 수 없게 되는 경우 인공호흡기를 연결하는 것을 원한다.					
17. 의료인들은 전문가이므로 나의 치료와 간호에 대한 최종 결정을 내려야 한다.					
18. 나는 누군가와 나의 영적 요구에 대해 대화하기 원한다.					
19. 나는 가족이 나에게 대한 의료 결정에 참여하기를 원한다.					
20. 나는 혹시 임종이 당겨지는 한이 있더라도 통증이 없기를 원한다.					
21. 나는 가족이 모든 설명을 듣고 나의 치료와 간호에 대한 결정을 할 수 있기를 바란다.					
22. 나는 의료인들이 세세한 부분까지 돌보아 주기를 바란다.					
23. 가족은 나에게 무엇이 최선인지 잘 알 것이므로 나의 치료와 간호에 대한 모든 결정을 해주기 바란다.					
24. 나는 고통 받기보다는 일찍 죽음을 맞이 원한다.					
25. 나는 임종기 동안 호스피스 케어를 받고 싶다.					
26. 나는 간호사가 나의 영적 요구에 대해 대화하기 원한다.					

Validating the Korean Version of the Preferences for Care near the End of Life (PCEOL-K) Scale

Lee, Yunjung*, Kim, Shinmi**

◎ **Abstract**

The purpose of this study was to validate the Korean version of the Preferences for Care near the End of Life (PCEOL-K) scale. Original items on the PCEOL scale were translated from English into Korean and polished by means of retranslation back into English with editorial supervision by experts. A convenience sample of 247 nursing students participated in the study. Content validity and test-retest reliability tests were performed and descriptive statistics, factor analysis, Cronbach's alpha and Pearson Correlation Coefficient were utilized. Five factors from the original PCEOL were validated with minor variations. Reliability estimates (internal consistency) for the factors ranged from 0.42 to 0.89. Retest stability estimates for PCEOL-K showed correlations of $p=.000$ for factor scores over a 2-week interval. As a result, PCEOL-K is a reliable, valid, and useful instrument for evaluating preferences regarding care near the end of life.

◎ **Keywords**

End-of-life care, Instrument validation, PCEOL, PCEOL-K

* Department of Nursing, Woosuk University

** Department of Nursing, Cheongju University: Corresponding Author