노인의 질병치료에 대한 정보 추구 및 의사결정에의 참여 요구

연세대학교 대학원

간 호 학 과

장 수 정

노인의 질병치료에 대한 정보 추구 및 의사결정에의 참여 요구

지도 이 경 자 교수

이 논문을 석사 학위 논문으로 제출함

2005년 1월 일

연세대학교 대학원
간 호 학 과
장 수 정

장수정의 석사 학위논문을 인준함

심사위원_____인

심사위원_____인

심사위원_____인

연세대학교 대학원

2005년 1월 일

감사의 글

논문을 마치기까지 무척 오랜 시간이 걸렸습니다. 이 글을 쓸수 있게 되서 정말 기쁩니다. 처음 논문의 주제를 생각할때와 논문을 진행하는 과정에서 늘 함께 해주신 하느님께 감사를 드립니다.

너무나 부족한 저에게 손을 놓지 않으시고 기회를 주셨고, 끝까지 세심하게 이끌어주신 이경자 교수님께 머리 숙여 감사드립니다. 글자 하나, 문장 하나까지 신경써서 봐주시고, 조언을 아끼지 않으신 유일영 교수님과 저의 사고를 한층 더 넓게 가지도록 일깨워주시고, 많은 격려를 해주신 김인숙 교수님께 진심으로 감사드립니다. 캐나다 가시기 전 준비로 무척 바쁘셨음에도 불구하고, 영문 요약을 기꺼이 검토해주신 서미혜 교수님께 정말 감사드립니다. 또한, 저에게 늘 깊은 관심과 애정으로 격려해 주신 김소선 교수님과 오의금 교수님께 감사의 뜻을 올립니다.

담당하시는 일이 많고 바쁘심에도 불구하고, 기꺼이 저의 논문을 위해 신경 써주신 서울 노인 복지센터의 박주임 선생님, 강북 노인 종합 복지관의 하영옥 선생님, 강서 노인 종합 복지관의 이혜선 선생님, 관악 노인 종합 복지관의 김정민 선생님, 은평 노인 종합 복지관의 이지은 선생님과 엄재경 선생님께 감사드립니다.

무엇보다도, 귀찮으실텐데도 저를 손녀나 딸처럼 생각하시고 설문지에 응해주신 여러 어르신들께 부디 건강하시고 감사하다는 말씀 전해드리고 싶습니다.

늦게 졸업하는 친구를 위해 응원해주고 이것 저것 물어볼때 진지하게 도움을 많이 주었던 유경이, 선영이, 현주, 소영이에게도 고마운 마음을 전합니다. 또한, 컴퓨터 작업에 익숙하지 않은 누나를 위해 기꺼이 도와준 동생 명환과 영문 초록을 잘 써준 이쁜 올케 지현에게 정말 고마운 마음 뿐입니다.

제가 다른 것에 신경 쓰지 않고 오로지 논문 쓰는 것에만 전념할 수 있게 하나에서 열까지 많은 것을 도와주신 친정 부모님, 그리고, 멀리 계시지만 많은 관심을 보여주신 시부모님께 감사드립니다.

끝으로, 논문을 시작할 수 있게 많은 지지를 해주고, 논문을 진행하는 과정에서 사소한 것까지 잘 도와준 사랑하는 남편, 그리고 한창 엄마한테 투정부리고 같이 놀고 싶은데도 잘 참아준 이 세상에 하나밖에 없는 귀여운 딸 지민이에게 이 논문을 바칩니다.

2005년 1월

장 수 정 올림

차 례

표차례 iii
부록차례 iv
국문 요약 v

Ⅰ. 서 론 1

1. 연구의 필요성 1
2. 연구 목적 5
3. 용어 정의 6

Ⅱ. 문헌 고찰 7

1. 질병치료에 대한 정보추구와 의사결정에의 참여 요구에 대한 관점 7
2. 노인의 질병치료에 대한 정보추구 정도 및 의사결정에의 참여 요구 9
3. 질병치료에 대한 정보추구 및 의사결정에의 참여 요구과 관련요인 13

Ⅲ. 연구 방법 19

1. 연구 설계 19
2. 연구 대상자 19
3. 연구 도구 19
4. 자료수집 및 절차 21
5. 자료 분석 방법 22

Ⅳ. 연구 결과 23

1. 노인의 일반적 특성 23
2. 노인의 질병치료에 대한 정보추구 정도 26
3. 노인의 질병치료에 대한 의사결정시 참여 요구도 28
4. 노인의 일반적 특성과 질병치료에 대한 정보추구 정도 40
5. 일반적 특성과 노인의 질병 치료에 대한 의사결정 참여 요구도 44
1) 일반적 특성과 노인, 의사간 의사결정시 노인의 참여 요구도 44
2) 일반적 특성과 노인, 가족간 의사결정시 노인의 참여 요구도 47

Ⅴ. 논의 51

1. 노인의 질병치료에 대한 정보추구 51
2. 노인의 질병치료에 대한 의사결정 참여 요구도 52
3. 노인의 일반적 특성에 따른 정보추구 56
4. 일반적 특성과 노인의 질병치료에 대한 의사결정 참여 요구 58
5. 연구의 제한점 60

Ⅵ. 결론 및 제언 61

참고 문헌 65
부록 72
영문 요약 80

표 차 례

표 1. 노인의 일반적 특성 24
표 2. 노인의 질병치료에 대한 정보추구 정도 26
표 3. 노인의 질병치료에 대한 정보추구 문항별 빈도와 백분율 27
표 4. 노인의 질병치료에 대한 의사결정 참여 요구도 28
표 5. 노인과 의사간 의사결정시 노인의 참여 요구도 30
표 6. 노인과 가족간 의사결정시 노인 참여 요구도 32
표 7. 가상 질병 수준에 따른 노인의 의사결정 참여 요구도 34
표 8. 노인과 의사간 의사결정시 감기, 고혈압 사례의 노인 참여 요구도 차이 34
표 9. 노인과 의사간 의사결정시 감기, 울혈성 심부전 사례의 노인참여 요구도 차이 35
표 10. 노인과 의사간 의사결정시 고혈압, 울혈성 심부전 사례의 노인 참여 요구도 차이 35
표 11. 노인과 가족간 의사결정시 감기, 고혈압 사례의 노인 참여 요구도 차이 36
표 12. 노인과 가족간 의사결정시 감기, 울혈성 심부전 사례의 노인의 참여 요구도 차이 36
표 13. 노인과 가족간 의사결정시 고혈압, 울혈성 심부전 사례의 노인 참여 요구도 차이 36
표 14. 가상의 질병 사례 문항별 노인의 의사결정 참여 요구 38
표 15. 일반적 특성에 따른 정보추구 정도의 차이 41
표 16. 노인의 정보추구 정도에 대한 영향 요인 43
표 17. 일반적 특성에 따른 노인, 의사간 의사결정시 노인의 참여 요구도 차이 44

표 18. 노인과 의사간 의사결정시 노인의 참여 요구도에 영향을 미치는 요인 47
표 19. 일반적 특성에 따른 노인, 가족간 의사결정시 노인의 참여 요구도 차이 48
표 20. 노인과 가족간 의사결정시 노인의 참여 요구도에 영향을 미치는 요인 50

부록 차례

부록 1. 설문지 72
부록 2. 각 변수간의 양측 상관관계 79

국 문 요 약

노인의 질병치료에 대한 정보 추구 및 의사결정에의 참여 요구

본 연구는 대상자의 선택의 중요성과 개인의 권리 존중이 부각되고 있는 시대적 흐름속에서 노인들의 질병치료에 대한 정보 추구 및 의사결정에의 참여 요구를 알아봄으로써 노인간호를 위한 기초자료를 제공하고자 하는 서술적 조사연구이다.

본 연구 대상자는 의사소통에 제한이 없는 65세 이상 남녀 노인으로 서울시 소재 5개 노인 복지관과 5곳의 아파트 노인정에서 연구 참여에 동의한 165명을 편의추출하였다.

자료 수집기간은 2004년 10월 12일부터 11월 17일까지이며, 자료 수집 방법은 복지관과 아파트 노인정에서 노인을 1:1면접을 하거나 노인이 원할 경우 직접 노인 당사자가 설문지에 기입하게 하였고, 소요 시간은 약 20분이었다.

연구 도구는 Ende 등(1989)이 개발한 Autonomy Preference Index로 정보추구 측정 도구와 의사결정 참여 요구 측정도구로 구성된 것을 본 연구자가 번안하였고, 노인의 가족과의 관계에서 질병 치료에 대한 의사결정시 참여 요구를 측정하기 위해 문항을 추가하여 사용하였으며, 도구의 Cronbach's α값은 0.60~0.79이었다.

자료 분석은 SPSS 10.0 for Windows를 이용하였다. 노인의 질병 치료에 대한 정보추구 정도, 의사결정에의 참여 요구도를 빈도와 백분율로, 일반적 특성에 따른 정보추구 정도와 의사결정 참여 요구도의 차이를 t-test, ANOVA로, 일반적 특성과 정보추구의 관계, 일반적 특성과 의사결정에의 참여 요구의 관계는 Pearson correlation coefficient, 정보추구와 의사결정에의 참여 요구에 영향을 주는 요인의 설명력은 다중 회귀 분석을 이용하였다.

연구 결과는 다음과 같다.

1. 노인의 질병치료에 대한 정보추구 정도는 0.0~100.0점 범위에서 평균 74.9점으로 비교적 높은 정보 추구 정도를 나타내었다.

2. 노인과 의사와의 질병치료에 대한 의사결정시 노인의 참여 요구도는 0.0~100.0점 범위에서 평균 45.1점으로 낮은 수준이었다. 가상 질병 사례별로 볼때, 0.0~10.0점중 경미한 수준인 감기 사례시 평균 5.2점, 중간 수준인 고혈압 사례시 평균 5.0점으로 두 사례에서는 의사와 동등한 의사결정을 하길 원하는 것으로 나타났고, 심한 수준인 울혈성 심부전 사례시 평균 3.6점으로 노인의 의사결정 참여 요구가 낮았다.

3. 노인과 가족과의 질병치료에 대한 의사결정시 노인의 참여 요구도는 0.0~100.0점 범위에서 평균 67.2점으로 가족과 의사결정시 노인이 비교적 주도적으로 결정하길 원하는 것으로 나타났다. 가상 질병 사례별로, 0.0~10.0점중 감기사례시 평균 8.0점, 고혈압 사례시 평균 8.1점, 울혈성 심부전 사례시 평균 6.4점이었다.

4. 노인의 일반적 특성 중 남자이고, 학력이 국졸이하에 비해 중졸이상이며, 배우자가 있고한달 용돈이 많을 수록, 또한 동년배 다른 노인과 비교시 건강하다고 인지할 수록 질병 치료에 대한 정보추구 정도가 높았다. 단, 동거현황에서 노인 본인과 자녀만 같이 사는 경우가 다른 군에 비해 정보추구 정도가 낮았다. 정보추구에 대해 영향을 미치는 요인은 한달 용돈(β=.260), 동년배 다른 노인과 비교시 인지한 건강상태(β=-.169), 배우자 유무(β=.122), 학력(β=.099), 성별(β=.035)이었고, 총 16.9%의 설명력을 나타내었다.

5. 노인의 일반적 특성중 질환수가 적을 수록, 학력이 국졸이하에 비해 중졸이상인 경우 질병치료에 대해 의사와 의사결정시 노인의 참여 요구도가 높았다. 노인과 의사간 의사결정시 노인의 참여 요구에 영향을 주는 요인으로 질환수(β=-.244), 학력(β=.165)이 9.3%의 설명력을 나타내었다.

6. 연령이 낮을 수록, 남자일때 가족과 의사결정시 노인의 참여 요구도가 높았고, 노인과 자녀만 같이 사는 경우가 참여 요구도가 낮은 것으로 나타났다. 노인의 가족과의 의사결정시 노인의 참여 요구에 영향을 주는 요인은 동거현황(β=-.271), 연령(β=-.198), 성별(β=-.102)이며 12.4%의 설명력을 보였다.

이상의 결과를 볼때, 노인이라고 해서 정보추구 정도가 낮은 것이 아니기 때문에 질병 치료와 관련된 정보가 충분히 제공되어야 할것이다. 또한, 의료진은 의사결정 과정에 노인의 가족이나 보호자 뿐만 아니라 노인 당사자를 포함시키고, 노인의 생각을 잘 표현할 수 있도록 격려하고, 각각의 요구에 맞춰 의사결정을 할 수 있는 기회를 제공해야 할 것이라 사료된다.

핵심되는 말: 정보추구, 의사결정, 참여 요구, 노인

Ⅰ. 서 론

1. 연구의 필요성

과거에는 의사가 질병의 치료위주의 결과에 관심을 가졌으나 최근 의학의 초점이 기능향상과 안녕(well-being)으로 이동하는 등 많은 변화와 함께 대상자의 선택의 중요성과 개인의 권리 존중이 부각되고 있다. 즉, 간섭주의적 관점인 의사나 건강관리자가 환자에 대해 가장 좋은 것이 무엇인지 안다는 가정과 의사중심의 의사결정은 많이 위축되고 있고, 양질의 정보제공이 환자가 질병치료에 대한 의사결정 과정에 참여하는 것에 힘을 실어주며, 더 나아가 환자가 의사결정과정에서 적극적인 역할을 하길 원한다는 것에 초점을 두는 의료진-환자관계의 선택적 모델인 '환자가 건강서비스의 소비자'라는 관점이 주목받고 있다(Chapple, Shah, Caress, & Kay, 2003). 또한, 환자 권리장전과 같이 개인의 권리존중이 명문화되고, 의사와 간호사의 윤리강령에도 환자의 자율성 존중이 추가되는 등 윤리적 측면에서의 중요성도 대두되고 있다(한성숙 외, 2002).

이런 시대적 흐름에 따라 많은 연구자들이 정보추구와 치료에 대한 의사결정에 대상자가 참여하는 것과 관련한 주제에 관심을 가지고 있는데 이것에는 몇가지 중요한 이유가 있기 때문이다. Nease와 Brooks(1995)에 의하면, 첫번째, 많은 의학적 치료가 최상의 건강상태에 도달하기 위해서는 건강관리자가 대상자에게 정보를 주고 의사결정과정에 참여시키는 것이 요구되고 있다는 점, 두번째, 정보추구와 건강관리에 활발히 참여한 대상자의 만족도가 크다는 점, 세번째, 같은 질병이라 할지라도 대상자의 생각이 다르다는 점, 네번째, 앞서 언급한 바와 같이 자신의 건강에 대해 정보를 받고 의사결정 과정에서 중요한 역할을 담당한다는 윤리적 고려가 요구되어지고 있다는 점 때문이라고 하였다.

정보추구와 의사결정에의 참여에 대한 대상자의 만족도와 효과를 조사한 결과에 의하면, 치료에 대해 의사결정하도록 기회를 제공받은 환자와 그렇지 않은 환

자사이에 삶의 질의 유의한 차이가 보이지 않았다는 한 연구(Levy, Herberman, Lee, Lippman, & d'Angelo, 1989)도 있었지만, 최근의 대부분의 연구들을 보면, 질병과 치료에 대한 충분한 정보제공을 못하는 것은 환자 불만족의 원인이 되며, 정보를 잘 제공받은 환자들이 치료를 더 잘 받는 경향이 있다고 하였고(Coulter, 2003), 의사결정에의 참여가 환자의 자아존중감, 통제감, 삶의 질, 자신의 건강과 간호에 대한 책임감, 치료결과와 건강관리 서비스에 대한 만족감을 증가시킨다고 하였다(Arora & McHorney, 2000; Hamalainen, Perala, Poussa, & Pelkonen, 2003; Wills & Rovner, 2003). Davison과 Goldenberg(2003)의 연구에서도 치료의 의사결정시 참여를 격려하기위해 정보를 제공하는 것이 치료가 끝난뒤 의사결정한 것에 대한 후회나 심리적 스트레스를 유발하지 않는다고 하였다.

그러나, 질병 치료에 대한 정보추구와 의사결정시 대상자마다 생각이 다르므로 그들이 원하는 요구를 충분히 사정하여 거기에 맞는 건강관리서비스와 간호를 제공하는 것이 건강증진에 긍정적 영향을 끼친는 점에서 중요한 의미가 있다고 할 수 있다. 구체적으로, 간호사가 환자의 정보제공 요구나 자가 간호에 대한 의사결정시 참여요구를 잘 알고 있는 경우가 그렇지 않은 경우보다 환자의 만족도나 원하는 바를 성취하는 정도가 더 컸고, 퇴원시 환자의 신체적 기능이 더 많이 개선됐다고 하는 연구(Ruland, 1999)와 건강관리자의 치료와 간호가 대상자들이 의사결정시 참여를 원하는 정도와 일치했을때 만족도가 컸다는(Harrison, Kushner, Benzies, Rempel & Kimark, 2003) 결과가 이를 뒷받침해준다.

그런데, 실제적으로 의사나 간호사가 얼마나 대상자의 요구나 원하는 정도를 잘 파악하고 있는지를 보면, 정보추구와 의사결정에의 참여면에서 의사의 과반수가 환자가 말하는 것을 과소평가하거나(Strull & Charles, 1984), 의료진은 의사결정시 환자들이 활발히 참여하는 것을 원할 것이라고 생각했지만, 환자들은 실제 의사결정에 참여를 원하는 정도가 낮았고, 정보추구면에서 환자가 충분한 제공을 받았다고 의료진이 생각한 반면, 환자는 정보를 더 받기를 원하였다(Catalan et al., 1994).

이런 연구 결과에서 보듯이, 건강관리제공자와 대상자의 인식의 차이를 줄이고 대상자의 생각이 어떠한지에 대해 알아볼 필요가 있다.

그리하여, 외국의 경우 질병치료에 대한 대상자의 정보추구는 어느 정도인지, 의사결정에의 참여 요구는 어느 정도인지, 이것과 관련된 요인은 무엇인지에 대해 다양한 사람을 대상으로 한 연구들이 활발히 진행되고 있다(Arora & McHorney, 2000; Chapple et al., 2003; Davison, Degner, & Morgan, 1995; Ende, Kazis, Ash, & Moskowitz, 1989; Mansell, Poses, Kazis, & Duefield, 2000; Nease & Brooks, 1995; O'Connor et al., 2003; Pinquart & Duberstein, 2004; Stewart et al., 2000; Wong et al., 2000).

그러나, 우리나라의 경우 간호사, 건강관리자나 가족을 대상으로 윤리적 측면에서의 의사결정시 경험과 태도, 의향에 관한 연구들은 있어왔지만(구태희, 2002; 김상희, 1998; 김선옥, 1999; 김정희, 2003; 전효숙, 2002), 대상자 측면에서는 건강 분야가 아닌 일반적인 가정내 의사결정에 관한 연구가 몇편 있었을 뿐(모선희, 1991; 송주은, 1992; 여윤경, 1992), 대상자가 건강과 관련된 정보추구와 의사결정에의 참여를 어느 정도로 원하는지에 대해서는 찾아보기 어려웠고, 거의 알려진 바가 없다.

자율성 측면에서의 정보추구와 의사결정에의 참여는 서양의 문화와 역사적 바탕에서 출발한 것이기 때문에 우리나라에서도 똑같이 적용되기 어렵고 다르게 여겨질 수 있다. 또, 외국의 대부분의 기존 연구들이 가족구성원이 포함된 것을 찾아보기 어려운데, 우리나라 문화에서는 가족의 개념을 고려하지 않을 수 없다. 예를 들면, 우리나라와 비슷한 전통을 가진 홍콩의 연구에서 입원한 가족 구성원이 알 필요가 있는 정보와 결정을 가족이 대신 결정하는 것을 들 수 있다(Pang, 1999).

그리고, 기존 연구들이 거의 대부분 질환을 가지고 있는 환자들을 대상으로 이루어진 연구들로 건강한 사람들이 생각하는 질병치료에 대한 정보나 의사결정 참여는 어떠한지에 대한 연구가 상대적으로 부족한 편이다.

현대에는 영양상태 향상과 발전된 의료로 인해 평균 수명이 점점 증가되어, 65세 이상되는 노인인구가 전세계적으로 그 비율이 증가되고 있으며, 우리나라의 경우 다른 외국과 비교해 증가속도가 빨라 2003년 현재 전체 인구의 8.3%인 397만명으로 이미 고령화사회로 접어들었다(정경희, 오영희, 이윤경, 2003). 노인의 특성상 신체기능이 저하되고 유병율이 높아 건강관리에 대한 필요성이 증가하면서 다

른 연령대에 비해 질병 치료에 대한 정보추구나 의사결정을 내리는 기회가 빈번하고 중요성이 부각될 수 있다.

그러나, Petrisek 등(1997)는 의사결정시 의사의 태도가 영향을 미칠 수 있다고 하면서 젊은 환자보다 노인 환자와 의사소통할때 관심과 인내심, 존중하는 태도가 덜 한 것으로 보였다고 언급했고, Gattellari 등(2002)도 노인 환자들이 중년 환자들에 비해 의사결정시 참여가 덜 격려되어졌다고 하였다. 우리나라 연구에서는 심정지시 심폐소생술 또는 연명치료 중단과 같은 윤리적 의사결정을 할때 그 대상자가 노인 연령층이 많고, 상당수가 의식이 명료한 상태였지만 대상자를 제외한 의사와 가족에게 결정권이 편중되어 있거나 대상자의 의견이 반영되지 못했다(김선옥, 1999; 김정희, 1999; 김상희, 1998).

이상에서 볼때, 대상자의 선택과 권리가 존중되고 관심이 되고 있는 시대적 흐름속에서 상대적으로 신체, 정서적으로 취약한 상태에 놓일 수 있는 노인을 대상으로 어느 정도로 질병 치료와 관련하여 정보를 추구하고, 의사결정시 참여 요구는 어떠한지 파악하여, 양질의 노인 간호를 위한 기초자료를 제공할 필요가 있다고 본다.

2. 연구목적

본 연구는 지역사회에 거주하는 노인들의 질병치료에 대한 정보추구 및 의사결정 참여 요구를 알아봄으로써 노인 대상자들을 이해하고 노인 간호에 필요한 기초자료를 제공하기 위함이며 구체적인 목적은 다음과 같다.

1) 지역사회에 거주하는 노인들의 질병 치료에 대한 정보추구 정도를 파악한다.
2) 지역사회에 거주하는 노인들의 질병 치료에 대한 의사결정 참여 요구를 파악한다.
3) 지역사회에 거주하는 노인들의 일반적 특성에 따른 질병치료에 대한 정보추구 및 의사결정 참여 요구의 차이를 파악한다.
4) 지역사회에 거주하는 노인들의 일반적 특성중 질병치료에 대한 정보추구 및 의사결정 참여 요구에 미치는 영향 요인을 파악한다.

3. 용어정의

1) 질병 치료에 대한 정보추구

정보추구란 현재의 지식상태로는 어떠한 특정 문제를 해결하는데 미흡함을 인식하고, 이러한 불확실한 상태를 감소시키려는 일련의 과정(김영재, 1993)이며, 본 연구에서는 질병 치료과정에 필요한 정보를 알고 구하는 바램으로 질병 자체에 대한 것, 질병의 결과로 신체에 생기는 변화에 대한 것, 임상검사, 약물, 치료방법에 대한 정보를 추구하는 것을 포함한 도구인 Automomy Preference Index(Ende et al., 1989)중 정보추구 정도(Information-seeking preference scale)를 연구자가 번안, 사용하여 측정한 점수를 의미한다.

2) 질병 치료에 대한 의사결정

의사결정이란 특정한 상황 또는 장차 일어나리라고 생각되는 상황으로부터의 요구나 요청에 따라 목표를 선택하고 그 시점에서 이용가능한 다양한 수단 가운데 특정한 수단을 선택하는 것(여윤경, 1992)이며, 본 연구에서는 질병 치료의 목표를 두고 이용 가능한 수단을 선택하는 것을 결정하는 과정에 참여를 어느정도 원하는지를 포함하는 도구인 Automomy Preference Index(Ende et al., 1989)중 의사결정 참여 요구도(Decision making preference scale)를 연구자가 번안, 사용하여 측정한 점수를 의미한다.

Ⅱ. 문헌 고찰

1. 질병 치료에 대한 정보 추구와 의사결정에의 참여 요구에 대한 관점

과거에는 전통적으로 의사와 환자와의 관계에서 일방적으로 의사가 결정을 하고, 환자는 의사의 결정을 따르는 수동적인 관계가 주를 이루었으나, 시대가 흐름에 따라 최근에 들어서는 개인의 권리, 존엄성, 자율성 존중에 가치를 두고, 질병 치료와 관련된 의사결정과정에 환자의 참여와 적극적인 역할을 하도록 독려하는 것이 주관심사가 되고 있다(Chapple et al., 2003). Pinquart와 Duberstein(2004)에 의하면, 질병 치료에 대한 의사결정과정에 환자가 참여하는 것은 의사가 환자에게 치료의 잇점과 위험성에 대한 정보를 제공하고, 환자는 의사에게 자신이 생각하는 가치에 대해 알리는 것, 치료방법 선택시 같이 논의하는 것, 치료를 시행하기위해 합의를 하는 것을 포함한다고 하여, 정보추구와 의사결정에의 참여는 각각 서로 전혀 다른 개념이 아니라 같이 생각해야 하는 개념으로 볼 수 있다.

질병 치료에 대한 정보추구와 의사결정에의 참여 요구는 크게 두가지 관점, 즉, 첫번째는 환자나 대상자가 건강관리서비스의 소비자라는 관점이고, 두번째는 대상자의 권리 존중과 관련된 윤리적 관점에서 바라볼 수 있다.

먼저 소비자적 관점을 살펴볼때, Reeder(1972)가 환자를 대상자와 소비자로 구분한 이래로, 환자가 건강서비스의 소비자라는 개념이 점점 더 많은 관심과 주목을 받고 있다(Beisecker, 1988). 질병치료에 대한 정보추구는 질병이나 질병 치료에 관해 구체적으로 관련 정보를 찾는 것을 의미하는데, 소비자인 대상자가 의사결정을 하는 과정의 주요 개념이며, 특정 건강서비스를 구매하려는 바램을 가진 소비자가 건강서비스의 내용, 가격, 질에 대한 지식을 얻기위해 다양한 정보 자원을 활용하여, 명백한 정보추구 활동을 하는 것과 관련된다. 또한, 정보추구는 의사결정의 한 요소로서 서비스의 선택 뿐만 아니라 소비자에게 이득이 되고 원하는

결과에도 영향을 준다(Lenz, 1984). 한편, 질병 치료에 대한 의사결정 참여 요구는 다양한 수단중 특정한 수단을 선택할때 얼마나 참여하기를 원하는 바램으로, 소비자적 관점에서 볼때, 건강서비스의 소비자는 건강서비스 제공자와의 관계에서 의사결정 권한을 거래하는 것으로 여긴다. 또한, '대상자(client)'의 개념으로는 의료진의 조언을 인식하고 의견을 수용하는 수동적인 경향인 반면, '소비자(consumer)'의 개념으로는 한명, 혹은 여러명의 제공자의 생각에 귀를 귀울이나, 최종적으로는 자신이 결정을 내리는 동등한 혹은 적극적 경향을 나타낸다(Beisecker, 1988).

윤리적 관점에서 볼때, 정보추구와 의사결정 참여요구는 대상자의 자율성에 속하는 개념이다. 이런 대상자의 자율성에 관심을 가지게 된 것은 서구에서는 1960년대 이후, 우리나라는 1980년대 이후 사회 일반에서 개인의 권리에 대한 의식이 높아지게 되고, 이런 운동이 의료계에도 반영되어 발전하고 있다(한성숙 등, 2002). 자율성을 존중한다는 것은 의료진이 일방적으로 대상자의 진료를 결정하는 것이 아니라 대상자의 자율적 의사에 따라 진료행위를 해야 한다는 것인데, 그러기 위해서는 대상자 개인의 의사를 알아야하고, 진료행위를 하기 전에 대상자에게 동의를 얻어야 한다(송현미, 2000). 또, 대상자가 정보를 수용하고 거절할 수 있는 권리와 더불어 정보를 선택할 수 있는 권리를 가질 수 있도록 하는 것이 자율성을 존중한다는 의미가 될 수 있다(홍소연, 2003).

이와 같이 의료 전반에 걸쳐 건강서비스를 사용하는 소비자 혹은 사용자 중심의 관점과 개인의 자율성, 존엄성을 존중하는 윤리적 관점에 근거하여 대상자의 정보 추구와 치료와 관련된 의사결정 참여가 중요하며, 또, 참여를 격려하는 것이 현 추세라고 할 수 있다. 그러나, 이에 앞서, 대상자의 의사를 잘 파악하는 것이 중요하며, 즉, 실제로 대상자들이 자율성의 개념이라고 할 수 있는 정보 추구정도와 의사결정에의 참여를 얼마나 원하는지에 대해 알아 보는 것이 우선시되어야 할 것이다.

2. 노인의 질병 치료에 대한 정보 추구 정도 및 의사결정에의 참여 요구

노인건강의 특징은 노화와 깊이 관련되어 있으며, 노인의료의 목표는 치유하려는 질병은 치유를 목적으로 하지만, 치료될 수 없는 질병에 대해서는 질병의 악화나 합병증을 예방하여 고통을 없애거나 생활의 재적응을 기하는 것도 목표로 해야한다(조유향, 1996). 이런 특성을 가지고 있는 노인인구가 급속하게 증가하고 있고, 의학적, 심리사회적 문제를 가진 노인인구의 수 또한 늘어나고 있는 상황에서, 노인의 의료이용수준이 다른 연령층에 비해 많고 사망시기에 가까울수록 이용수준이 증가하는 것으로 나타났다(김정인, 2001). 이는 곧 노인 연령층이 다른 연령층에 비해 질병치료에 대한 의사결정을 내려야 하는 기회가 더 빈번히 발생할 수 있고, 이에 따른 의사결정을 내리는 과정에 필요한 정보가 제공되어야 함을 시사하고 있다.

그러나, 다른 연령층에 비해 노인대상자들에 대해 의사소통할때 혹은 의사결정시, 의료진의 상당수가 관심이 덜하거나 결정시 노인이 제외되거나 의견이 반영되지 못했다는 연구결과(김상희, 1998; 김선옥, 1999; 김정희, 1999; Gattellari et al., 2002; Petrisek et al., 1997)와 정보제공면에서 Wetle, Levkoff, Cwikel과 Rosen(1988)의 연구 대상자인 간호요양원 노인들의 41%가 제공받은 정보가 부족하거나 거의 없다고 한 결과에서 보듯이 지금까지 실제적으로 의사결정에 참여할 수 있는 기회와 정보가 과연 얼마나 제공되었나는지에 대한 관심을 가져야할 것이다.

노인의 질병 치료에 대한 정보를 추구하는 정도에 관한 연구들을 살펴보면, 대체적으로 많이 알고 싶어하고 높은 요구도를 보였다. Pinch와 Parson(1995)의 64세이상 지역사회에 거주하는 노인을 대상으로 한 질적 연구에서 많은 수의 노인이 특별한 치료나 시술에 대해 지식이 부족하다고 느끼고 많이 알기를 원한다고 하였고, 환자들을 대상으로 한 연구를 볼때, Wong 등(2000)은 노인 전립선 암환자들을 대상으로 연구한 결과 과반수가 자세한 정보를 원하며, 예후가 나쁘다, 좋다

는 정보를 떠나 대체로 나타날 수 있는 예후에 대한 정보를 받길 원한다고 하였다. Orsino, Cameron, Seidi, Mendelssohn과 Stewart(2003)도 노인인 경우에도 건강과 질병에 관한 모든 측면의 정보를 받길 원한다고 언급하였고 Davison, Degener과 Morgan(1995)의 연구결과도 높은 정보추구 정도를 나타내었다. 이 연구 결과들외의 대부분의 연구가 노인만을 대상으로 하기보다는 노인을 포함하여 성인 전체를 대상으로 한 연구가 대부분이었는데, 연령대가 높아질수록 정보추구 정도가 약간 낮아지는 경향을 보이지만, 건강한 사람과 다양한 질병의 환자들이 여전히 전반적으로 높은 정보추구 정도를 나타내었다(Blanchard, Labrecqu, & Ruckdeschel, 1988; Hashimoto & Fukuhara, 2004; Meredith et al., 1996; Nease & Brooks, 1995; Stewart et al., 2000; Turk-Charles, Meyerowitz, & Gatz, 1997).

그런가 하면, 재활 병원에 다니는 노인을 포함한 성인 환자를 대상으로 한 Beisecker(1988)의 연구와 63세 이상의 전립선 암환자를 대상으로 한 Wong 등(2000)의 연구에서는 앞선 연구들과는 달리 높은 정보 추구 정도에 연령이 상관없었다는 결과를 보이고 있다.

한편, Petrisek, Laliberte, Allen과 Mor(1997)의 초기 유방암 환자들을 대상으로 한 연구에서 60세 이상 노인 여성인 경우 의사가 말하는 것만을 아는 것에 만족하는 경향이 있고, 젊은 여성은 치료방법을 선택시 가능한 모든 정보를 원한다고 하여 노인과 젊은 성인의 차이를 보여주었다.

이런 연구들을 토대로 볼때, 거의 대부분 대상자들이 높은 정보 추구 정도를 보이고 있고, 정도의 차이는 있으나, 노인들 역시도 대체적으로 정보에 대한 욕구가 높은 편이었는데, 거의 대부분이 서양에서 이루어진 연구들이며, 동양권에서는 Hashimoto와 Fukuhara(2004)의 연구가 있었으나 노인대상자가 아닌 성인을 대상으로 한 것이었고, 더군다나, 사회, 문화적 배경, 또, 지금의 노인들이 자라난 시대적 배경이 사뭇 다른 우리나라의 경우 이와 관련된 연구를 찾아 보기 어렵다.

질병치료에 대한 의사결정에의 참여 요구 정도에 있어서도 노인만을 대상으로 하기보다는 노인을 포함한 성인들을 대상으로 연구가 이루어진 것이 많았다. 여기에서 다양한 의사결정 참여 요구를 보인 연구결과들을 볼 수 있었다.

먼저 노인의 수동적 경향의 연구결과들을 살펴보면, 예를 들어, Harvey, Kazis

와 Lee(1999)는 노인을 포함하여 고혈압, 당뇨, 만성 폐질환을 앓고 있는 남성들을 대상으로 연구한 결과, 전반적으로 의사가 주로 결정하는 것에 가까운 정도를 나타냈고, 특히 나이가 많을 수록 의사결정에 참여 요구가 낮았다. 이와 비슷한 대상자들을 연구한 Arora와 McHorney(2000)의 결과에서도 대상자의 2/3가 수동적인 역할을 원하였다. 또, 이 연구에서, 젊은 성인 환자가 75세이상 노인 환자에 비해 6.9배나 더 적극적이었다고 하였다. 특히, Stiggelbout와 Kiebert(1997)의 연구에서는 노인의 의사에 대해 수동적인 역할을 선호하는 비율이 성인과 비교시 약 1.8배 정도 더 많아 연령과 의사결정정도가 강한 역상관관계를 보였다. 이밖에도 몇몇 연구들이 노인들의 질병치료에 대한 의사결정 참여 요구가 낮아 의사에게 의존하거나, 수동적인 역할을 선호하는 것을 나타내었다(Ende et al., 1989; Nease & Brooks, 1995; Orsino et al., 2003; Street, Voigt, Geyer, Manning, & Swanson, 1995).

이같은 결과들에 대해 Beisecker(1988)에 의하면, 대부분의 노인들이 자신의 권리를 주장하는 것에 익숙하지 않아 치료 방법을 선택할때 자신의 생각을 이야기하는 것이 좋은 생각이라는 인식이 나이가 많을수록 감소하며, 의사의 권위에 도전하지 말아야 된다는 생각을 하기때문이라고 언급하고 있는데, 그 언급한 시점이 십수년 전의 내용이므로 현재 시점에서 대상자의 권리에 대한 노인의 인식이 어떠한지 다시 고려해보야야 할 것이다. 또한, 노인의 질병 치료에 대한 의사결정시 참여 요구가 낮은 연구결과들에 대한 부연 설명으로, Petrisek 등(1997)에 의하면, 70세이상 노인의 경우, 의사와 치료에 대한 논의를 할때 자신의 의견을 주장하는 능력과 관련해 젊은 사람에 비해서 자신감이 많이 감소하고, 자신이 원하는 것과 치료계획에서의 자신의 요구 충족에 대해 의사에게 잘 말하지 못하는 경향이 있다고 하였다.

한편, 질병 치료에 대한 의사결정시 위의 연구 결과들과는 상반되게, 대상자와 의사가 동등한 혹은 대상자가 적극적인 역할을 원하는 경향의 연구들도 있었다. Stewart 등(2000)은 21세-87세의 백인 성인 난소암 환자들을 대상으로 연구한 결과 그중 과반수가 의사와 같이 동등한 입장에서 치료적 의사결정을 하거나 의사의 의견을 고려한 다음 본인이 결정하기를 원했고, 나머지 1/5정도만이 의사가 단

독으로 결정하거나 대상자의 의견을 고려한 다음 의사가 결정해주길 원하였다. 이 연구에서 절반이상의 연구대상자들의 교육수준이 대졸이상인 것을 고려해보아야 하지만, 앞에 언급했던 연구들과는 달리 연령에 따른 의사결정 참여 요구가 유의한 차이가 없었다는 것에 의미를 둘 수 있다. 또, Degner 등(1997)이 유방암 환자를 대상으로 한 연구에서는 50-69세의 여성이 의사결정시 적극적인 역할과 동등한 역할을 원하는 비율보다 70세이상 여성이 원하는 비율이 적기는 하지만, 50-69세 연령대, 70세이상 연령대 각각에서 그 비율이 과반수가 넘는 것으로 나타났다. Mansell 등(2000)는 52세-73세의 중,노년 남성으로 비교적 가벼운 질병의 환자들을 대상으로 연구했는데, 참여 요구정도가 의사와 동등하게 결정하기를 원하는 것으로 나타났다.

하지만, 이런 연구들의 결과들이 비교적 교육수준이 높거나 개인주의적 가치가 높은 서양사회의 백인 위주의 대상자들의 것이라는 것을 상기시켜볼때, 우리나라 노인들의 참여 요구 정도는 어떠한지 알아볼 필요가 있다.

한편, 대상자가 원하는 의사결정 참여 바램과 실제 의사결정시 참여행동을 비교해보았을때, 21세-86세의 말기 신부전 성인 환자를 대상으로 한 Orsino 등(2003)의 연구에서 치료적 의사결정시 '대상자 혼자 결정하겠다'는 것과 '의사와 간호사와 같은 건강관리자와 같이 결정하겠다'는 비율이 실제 의사결정을 할때에는 낮아지고, 대신 건강관리자에게 결정을 맡겼다는 비율이 높아졌고, 독립적인 의사결정을 선호한 젊은 사람들이 노인들에 비해 실제로 혼자 의사결정을 한 비율이 유의하게 더 많았다. 이와 같이 차이가 나는 이유로 원하는 것과 달리 치료방법의 사용가능성 유무, 질병적 요인, 의사의 전문지식, 제한된 병원 자원, 치료방법이 의료보험이 되는가가 실제 의사결정에 영향을 줄 가능성도 시사하였다. 또 Degner 등(1997)도 연구대상자의 42%만이 자신이 원했던 역할대로 치료를 결정했다고 언급하였는데, 이같은 사실들은 적극적인 역할이든, 동등하게 결정하는 역할, 혹은 수동적인 역할이든 대상자가 원하는 바가 무엇인지 정확하게 이해하기위해서는 충분한 의사소통과 정보제공, 자원 활용의 극대화와 같은 의료진의 노력이 요구됨을 시사해준다.

이상의 연구들을 볼때, 질병 추구에 대한 정보추구 수준이 대부분 높은 수준이

었고, 의사결정에의 참여요구는 낮아 대부분 수동적인 역할을 원하는 것이 주를 이루었으나 몇몇 연구는 의사와 동등한 관계 혹은 적극적인 역할을 원하는 비중도 크다는 결과를 보이는 것도 있었다. 그러나, 거의 대부분이 서양위주의 연구결과이며, 노인만을 대상으로 한 연구가 많지 않았는데, 우리나라 사람들 특히, 노인인구의 비중이 점점 높아져 가고 국가, 사회적 관심이 고조되고 있는 것을 감안해 볼때, 성인 연령층에 비해 상대적으로 신체, 정서적으로 약한 상태에 있는 노인들의 요구도는 어떠한지에 대한 연구가 필요하다고 본다.

3. 질병치료에 대한 정보추구 및 의사결정에의 참여요구에 관련된 요인

1)질병치료에 대한 정보추구에 관련된 요인

대체적으로 연령이 높을 수록 정보추구 정도가 낮은 결과를 나타낸 연구들을 많이 볼 수 있었다(Nease & Brooks, 1995; Meredith et al, 1996; Orsino et al., 2003; Petrisek et al., 1997; Stewart et al., 2000)

소수이기는 하나 연령과 상관이 없다는 연구들도 있었는데 즉, 모든 연령층에서 높은 정보추구 정도를 보이고 있다고 한 것도 있고(Beisecker, 1988; Ende et al., 1989), 70세 이상의 고령이라도 상관없이 높은 정보추구 정도를 나타내 보인 연구도 있었다(Wong, 2000). Turk-Charles 등(1997)은 노인들이 자신의 질병에 대한 의사로부터 받는 정보를 추구하는 정도는 젊은 사람에 비해 낮으나 비의료정보, 예를 들면 텔레비젼, 신문, 친구로부터 정보를 추구 하는 정도는 연령이 높을 수록 증가했다고 보고하였다. 즉, 노인이라고 해서 정보 추구요구가 낮은 것이 아니며, 단지 정보를 구하는 출처가 다른데, 그 이유로, 첫째, 의사가 노인보다 젊은 사람에게 더 시간을 많이 쓰고, 정보를 더 제공하며, 둘째, 노인환자들은 의료진에게 더 수동적이며, 공손하고, 세번째, 의사의 전문용어를 이해하는데 어려움을 느끼는 것, 네번째, 의사보다는 가족, 친구가 정서적으로 더 말하기가 편하기 때문

이라고 하였다(Pinquart & Duberstein, 2004).

그러나, 대부분의 연구들의 결과로 정보추구 정도가 나이들수록 낮은 경향을 보이는 것을 간과할 수 없으며, 우리나라의 경우는 어떠한지에 대해서 알아볼 필요가 있다.

성별에 따른 정보추구의 차이가 있는가를 볼때 몇몇 연구에서는 차이가 없는 것으로 나타났으나(Ende et al., 1989; Orsino et al., 2003), Meredith 등(1996)과 Nease & Brooks(1995)의 연구에서는 여성이 남성에 비해 더 높은 정보추구 정도를 보였다.

교육수준이나 경제상태면에서, Stewart 등(2000)과 Nease와 Brooks(1995)의 연구에서 높은 교육수준일 수록 정보추구 정도가 높다고 나왔고, 경제상태가 좋은 사람이 그렇지 않은 사람에 비해 더 많은 정보를 원한다고 하였다(Meredith et al., 1996; Nease & Brooks, 1995).

질병이나 건강상태가 관련요인으로 나타난 연구인 Meredith 등(1996)은 암환자를 대상으로 연구한 결과 전신치료를 받는 사람이 국소치료를 받는 사람에 비해 더 정보를 원한다고 했는데, 암의 특성상 질병상태에 따른 예후나 부작용, 신체에 나타나는 변화가 전신치료를 받는 경우가 더 크고 다양한 것으로 사료된다. 그러나, 유방암 환자를 대상으로 한 Degner 등(1997), 난소암 환자를 대상으로 한 Stewart 등(2000)의 연구에서는 질병이나 건강상태와 상관없이 정보추구 정도가 높은 것으로 나타났는데 이는 교육수준이 비교적 높은 사람들이 연구 대상자임을 감안해야 할 것이다.

결혼상태와 동거가족면에서 Nease와 Brooks(1995)는 미혼이거나 혼자 사는 경우가 기혼이거나 가족과 같이 사는 경우보다 정보추구 정도가 높았다고 했는데, 이는 가족에게 의존할 수도 있는 사람보다 혼자서 독립적으로 건강관리를 해야되는 경우이기 때문이라고 보여진다. 그러나, 결혼상태나 동거가족이 정보추구 정도와 상관관계를 나타나지 않은 Ende 등(1989)과 Wong 등(2000)의 연구도 있었는데, 이에 대해 생각해볼때 Wong 등(2000)의 연구 대상자들중에서 혼자 사는 사람이 가족이나 친구, 친척과 같이 사는 사람에 비해 소수인 것을 고려해보아야 한다.

2) 질병치료에 대한 의사결정에의 참여 요구에 관련된 요인

연령이 높을 수록 의사결정에의 참여 요구가 낮고, 수동적 역할을 선호하는 것으로 나타난 연구가 대부분이었다(Arora & McHorney, 2000; Beisecker, 1988; Blanchard, 1988; Chamot, 2004; Ende et al., 1989; Harvey, Kazis, & Lee, 1999; Hashimoto & Fukuhara, 2004; Nease & Brooks, 1995; O'connor et al., 2003; Orsino et al., 2003; Petrisek et al., 1997; Street et al., 1995; Smith, Woodward, Wallston, Wallston, & Zylstra, 1988; Thomson & Schwankovsky, 1993). 특히, Stiggelbout와 Kiebert(1997)의 연구에서 연령이 강한 관련성을 보인다고 하였다. Harvey 등(1999)의 연구에서도 이같은 결과를 뒷받침하고 있는데, 이것에 대한 이유로 의료진-환자관계에서 노인들이 수동적 역할을 지지해온 문화와 경험을 가지고 있기 때문이라고 하였다. 즉, 노인세대가 과거 의료진의 권위와 환자에 대한 일방적 관계가 우선시 되었던 시대에서 살아온 것과 비교해서, 지금의 젊은 세대는 건강관리에 있어 환자나 대상자가 건강서비스의 소비자라는 관점의 인식이 흔히 지배하고 있는 세대라는 점을 들 수 있고, 또한, 교육도 젊은 세대들이 노인들보다 더 많이 받는 것도 영향이 미칠 수 있다고 하였다.

위의 연구들과는 달리, 소수이기는 하나 Stewart 등(2000)의 성인 난소암 환자를 대상으로 한 연구에서는 연령이 의사결정 참여요구와 유의한 상관관계를 나타내지 못했다고 하였고, Wong 등(2000)의 노인 전립선 암환자를 대상으로 한 연구에서 연령이 상관되지 않았다고 보고하였는데, 이는 대상자의 연령이 63세-77세로 차이가 많이 나지 않은 결과로 고려될 수 있다.

성별에 있어서, 여성이 남성보다 질병치료에 대한 의사결정에 참여 요구가 높은 것으로 나타난 연구가 있었다(Arora & McHorney, 2000; Hamalainen et al., 2003; Hashimoto & Fukuhara, 2004; Nease & Brooks, 1995; Stiggelbout & Kiebert, 1997). Stiggelbout와 Kiebert(1997)은 이에 대해 기존의 연구들 거의 대부분이 결혼한 사람들이 대상자였고, 여성의 경우 그들의 남편을 대신하여 의료진과 의논하는 일이 많기 때문이라고 가정하였다. 또한, 이와 관련하여 여성이 대체로 가정관리와 더불어 가족의 건강에 관심을 가지고 신경을 쓰는 점도 고려해볼

수 있다. 우리나라의 경우, 질병치료에 대한 의사결정에 대한 연구를 찾기 어려워 비교해볼 수는 없으나, 가족내에서 노인의 의사결정을 주제로 한 모선희(1991)의 연구에 의하면, 남자 노인이 여자노인에 비해 높은 의사결정권을 갖는다고 하였으며, 이에 대해 우리나라가 아직 남성위주의 사회임을 시사해준다고 하였다. 그외 성별 차이가 없었다고 한 연구들도 있었다(Davis, Hoffman, & Hsu, 1999; Ende et al., 1989; Orsino et al, 2003; Thomson & Schwankovsky, 1993).

건강상태 및 질병경험면에서는 좋은 건강상태이거나 질병경험이 없는 사람일수록 의사결정 참여 요구 정도가 높은 연구들과 반대의 결과를 보인 연구들이 있었는데, 대상자들에게 가상의 시나리오를 보여주고, 의사결정 참여요구를 알아보는 것에서, 제시된 질병수준이 심각해질 수록, 의사결정 참여요구 정도가 낮아졌다(Ende et al., 1989; Harvey, Kazis, & Lee, 1999; Nease & Brooks, 1995; Sekimoto et al., 2004). 또, 환자군과 간호학생군의 질병치료에의 의사결정 참여요구를 연구한 Herderson과 Shum(2003)에 따르면, 환자군이 간호학생군에 비해 의사가 결정을 내리는 것을 더 많이 원했다. 역시 비슷한 결과로 Degner와 Sloan(1992)은 병원에 온 환자와 환자를 동반한 사람과의 의사결정 참여 요구를 비교했는데, 환자의 59%가 의사가 치료결정을 하길 원한 반면, 동반한 사람들의 64%가 만약 자신에게 만약 암이 발견된다면, 치료선택시 자신이 결정하겠다고 응답하여 차이를 보였다.

반면, 건강상태가 나쁘거나 질병경험이 있는 경우 의사결정에 참여요구가 높은 연구들이 있었다. Davis(1999)의 응급실 내원환자를 대상으로 한 연구에서 매우 시급한 수준의 환자가 그렇지 않은 환자보다 의사결정에 참여하길 원한 것으로 나타났고, Mansell 등(2000)도 가벼운 질병일때보다 심각한 질병일때 더 참여 요구가 높았고, 질병경험이 있는 사람이 없는 사람에 비해 더 참여 요구가 높은 경향을 보였다고 하면서, 이에 대해 암과 같은 심한 수준의 질병에 대해서 환자들이 두려움을 많이 가지고 있고 관심이 있어, 심한 질병에 대한 전반적인 치료와 관리에 대한 모든 의사결정에 참여하길 원한 것으로 설명하였다. Strull과 Charles(1984)는 고혈압환자들을 대상으로 한 연구에서 고혈압 유병기간이 길수록 참여 요구가 높다고 하였고, Davison, Degner과 Morgan(1995)은 암환자들이 초기

일 수록 더 수동적 경향을 보였다고 언급하였다. 이와 같은 결과는 처음 진단받을 당시에는 건강한 상태에서 환자의 역할로 새로운 변화에 적응하는 과정에 부딪히는 심리적, 신체적 스트레스를 경험하고, 질병에 관한 지식이 부족하여 의사에게 더 의존하지 않을까 생각되며, 고혈압환자가 유병기간이 길수록 참여요구가 높은 것에 대해서는 고혈압이라는 것이 장기간 본인이 자가 관리를 해야 하는 특성이 작용한 것으로 사료된다.

위의 연구들과는 달리 건강상태나 질병경험이 의사결정 참여 요구와 유의한 상관관계를 보이지 않은 연구도 있었다(Wong et al., 2000).

교육수준면에서는 높은 교육수준일 수록 의사결정 참여 요구가 높다는 연구결과들이 지배적이었다. Nease와 Brooks(1995)는 고등학교 졸업이상의 사람들이 그렇지 못한 사람들에 비해 참여 요구가 더 높았다고 했고, Degner 등(1997)도 고등학교 졸업이상의 사람들이 더 적극적 역할, 혹은 동등한 역할을 선호했다고 언급하였다. Arora와 McHorney(2000)의 연구에서는 대학졸업이상의 학력을 가지고 있는 사람이 고등학교 졸업 이하의 사람보다 무려 3.5배나 더 적극적으로 의사결정에 참여하길 원한다고 하였다. 하지만, 교육수준이 의사결정에 별다른 차이를 보이지 않았다는 연구도 있었다(Stiggelbout & Kiebert, 1997).

그외 수입이 많거나 직업이 있는 경우, 의사결정에 참여 요구가 높은 것으로 나타난 연구가 있었고(Ende et al., 1989; Hamalainen et al., 2003; Strull & Charles, 1984), 결혼을 하지 않거나 혼자 사는 사람이 의사결정에 참여 요구가 높은 연구들이 있었다(Degner et al., 1997; Ende et al., 1989). 노인인 경우 의료진보다 가족이나 다른 사람에게 더 의존하는 경향을 보이며(Beisecker, 1988; Petrisek et al., 1997), 노인에게 가족의견이 영향을 준다고 하였다(Orsino et al., 2003). 우리나라의 경우를 보면, 건강이나 질병치료와 관련한 것은 아니나, 가족내에서 의사결정시 배우자가 있는 노인이 없는 노인에 비해 의사결정권이 높다고 하였다(모선희, 1991).

이상과 같이 질병 치료에 대한 정보추구 및 의사결정에의 참여정도에 관련된 요인들을 살펴 보았는데 다양한 연구결과들이 있어 반복적으로 연구가 이루어질 필요가 있다. 따라서, 관련된 변수들의 결과의 다양성을 인식하고 본 연구에서 이

를 근거로 삼아 우리나라의 지역사회 거주 노인들의 질병 치료에 대한 정보추구와 의사결정에의 참여 정도를 파악하고자 한다.

Ⅲ. 연구 방법

1. 연구 설계

본 연구는 지역사회에 거주하는 노인들을 대상으로 다양한 수준의 질병의 치료에 대한 정보 추구와 의사결정에의 참여 요구정도를 파악하기 위한 서술적 조사연구이다.

2. 연구 대상자

본 연구의 대상자는 의사소통에 장애가 없는 65세 이상된 남녀 노인으로서 2004년 10월 12일부터 11월 17일 동안 서울시 소재 5개 노인복지관과 아파트 노인정 5곳에서 연구 참여에 동의한 165명을 편의추출하였다.

3. 연구 도구

본 연구에서 사용된 도구는 부록 1에서 제시되었다. 정보추구와 의사결정에의 참여 요구을 측정하기 위한 도구로 Ende 등(1989)이 개발한 Autonomy Preference Index를 번안하여 사용하였다. Autonomy Preference Index는 정보추구 척도 8문항과 의사결정에의 참여 요구 척도 15문항의 두가지 하부 척도로 구성되어 있는 도구이다. 18세이상 성인을 대상으로 개발되었고, 도구개발시 신뢰도는 정보추구 척도 Cronbach Alpha coefficient 0.82, 의사결정에의 참여 요구 척도 Cronbach Alpha coefficient 0.82이었다.

이 도구를 본 연구자가 한글로 번안하여 간호대학 교수 3인의 자문을 구하였다. 의사결정 참여 요구 척도의 3가지 가상 사례중 심근경색 사례 내용이 본인 스스로 의사결정하기가 쉽지 않은 중환자실이 배경이고, 한국에 있지 않은 가족의사(family physicion)제도가 나오는 관계로, 우리나라 의료현실을 고려하여 입원을 해서 휴식을 취하고 치료를 받아야하는 울혈성 심부전 사례로 수정하여 사용하였다. 또한, Atonomy Preference Index는 대상자와 의사간의 관계에서 측정하는 문항으로 구성되어 있는데, 우리나라의 경우 가족을 고려하지 않을 수 없어 같은 문항 내용으로 가족와 노인 대상자간의 의사결정 참여 의사정도를 측정하는 도구로 사용하였다. 문항의 난이도를 8명의 노인들을 대상으로 1:1 면접으로 예비조사를 한 결과 응답하기에 어려움을 보이지 않아 그대로 사용하였다.

1) 노인의 질병 치료에 대한 정보추구 척도

총 8문항으로, 각 문항에서 '전혀 아니다' 1점, '아니다' 2점, '보통' 3점, '그렇다' 4점, '매우 그렇다' 5점의 Likert 척도로 파악하였다. 단 '내가 원할때만 정보를 받아야 한다'의 한 문항은 역으로 환산하였다. 가능점수는 8점에서 40점인데 이것을 Ende 등(1989)이 한 것과 같이 다시 0점에서 100점으로 환산하여 점수가 0점에 가까울수록 노인이 질병치료에 대한 정보를 추구하는 정도가 낮고, 50점은 노인이 정보를 추구하는 정도가 중간 정도, 100점에 가까울수록 노인이 정보를 추구하는 정도가 높은 것으로 보았다.

2) 질병 치료에 대한 의사결정 참여 요구도

노인-의사간 관계에서의 의사결정시 노인의 참여 요구도 15문항과 노인-가족간 관계에서의 의사결정시 노인의 참여 요구도를 묻는 15문항으로 구성되었으며, 구체적으로 앞의 6문항은 일반적인 질병 치료에 대한 의사결정 참여요구도이며, 뒤의 9문항은 질병수준, 즉, 경미한 수준인 감기, 중간 수준인 고혈압, 심한 수준인 울혈성 심부전의 가상의 사례를 설정하여 각각에 대한 결정에 노인이 얼마나 참여하기를 원하는지 보았다. 점수는 Likert 척도인 5점 척도로 각 문항에서 '전혀 아니다' 1점, '아니다' 2점, '보통' 3점, '그렇다' 4점, '매우 그렇다' 5점으로 하되, 1

번, 2번, 3번, 5번 문항은 역으로 환산하였다(부록 1 참조). 전체 가능한 점수는 15-75점이며, 이를 다시 Ende 등(1989)이 한 것과 같이 0-100점으로 환산하여 점수가 0에 가까울수록 노인의 의사결정 참여 요구도가 낮고, 50점이 중간 정도, 점수가 100점에 가까울 수록 노인의 의사결정 참여 요구도가 높은 것으로 파악하였다.

또한, 각 3가지 질병 수준에 따른 가상의 사례에서 노인의 의사결정 참여 요구도는 '나혼자 결정' 5점, '내가 거의 결정' 4점, '의사와 나 공동 결정' 혹은 '가족, 보호자와 내가 공동 결정' 3점, '의사가 거의 결정' 혹은 '가족, 보호자가 거의 결정', '의사가 단독 결정' 혹은 '가족, 보호자가 단독 결정'을 1점으로 하였다.
가능 점수가 각각 3-15점으로, 이를 다시 0-10점으로 환산하여 0점에 가까울수록 노인이 의사결정에 참여하길를 원하지 않고, 5점은 노인과 의사 혹은 노인과 가족이 동등하게 의사결정을 하기를 원하고, 10점에 가까울수록 노인이 주도적으로 의사결정을 하기를 원하는 것으로 보았다.

본 연구에서 도구의 신뢰도 검증을 위하여 Cronbach's Alpha를 사용하였으며, 신뢰도 분석 결과 정보추구 정도의 Cronbach Alpha coefficient 0.60, 노인과 의사와의 관계에서 의사결정시 노인의 참여 요구도는 Cronbach Alpha coefficient 0.66, 노인과 가족간의 관계에서 의사결정시 노인의 참여 요구도는 Cronbach Alpha coefficient 0.79이었다.

4. 자료수집 및 절차

자료수집 기간은 2004년 10월 12일부터 2004년 11월 17일까지였으며, 서울시 소재 5개 노인 복지관과 아파트 노인정 5곳에서 주로 식사시간을 피한 오전, 오후 시간을 택하여 자료수집을 하였다. 연구자가 노인에게 연구목적을 설명하고 동의를 구한뒤, 연구자와 노인이 1:1로 면담을 하였고, 간혹 노인이 원하는 경우 직접 노인이 설문지에 자가보고하게 하였다. 소요시간은 약 20분정도였다.

5. 자료분석방법

본 연구를 위해 SPSS 10.0 for windows를 이용하여 결과를 분석하였고, 구체적인 통계방법은 다음과 같다.

1) 노인의 일반적 특성과 정보추구, 의사결정에의 참여요구를 빈도와 백분율로 분석하였다.
2) 노인의 일반적 특성에 따른 질병치료에 대한 정보추구 정도와 의사결정 참여요구도의 차이는 t-test, ANOVA로 분석하였다.
3) 노인의 일반적 특성과 정보추구 정도, 일반적 특성과 노인의 의사결정에의 참여 요구도의 관계, 제변수들간의 관계는 Pearson correlation coefficient를 이용하였다.
4) 노인의 정보추구 정도와 의사결정 참여요구도에 영향을 주는 요인의 설명력은 다중회귀분석을 이용하였다.

Ⅳ. 연구 결과

1. 노인의 일반적 특성

노인의 일반적 특성은 다음과 같다<표 1>.

노인의 연령 범위는 65-96세로 평균 연령은 73.5세였다. 노인 대상자중 여성이 58.2%, 남성이 41.8%이었다. 학력은 국졸이 33.3%로 가장 많았고, 배우자가 없는 노인이 53.9%, 배우자가 있는 노인이 46.1%이었다. 노인 혼자 사는 경우가 28.5%, 본인과 자녀가 같이 사는 경우가 27.9%, 본인과 배우자가 같이 사는 경우 24.2% 순이었다. 한달 용돈은 20만원이하가 50.3%, 21만원-30만원이하 18.2%순이었다. 대부분 직업이 없는 상태로 88.5%였고, 동년배 다른 노인과 비교시 인지한 건강상태는 매우 건강하거나 건강한 편이 49.1%, 그저 그렇다가 30.3%이었다. 갖고 있는 질환수는 1가지 있는 경우가 48.5%로 가장 많았고, 없는 경우가 20.0%, 2가지 있는 경우가 18.2%순이었고, 6가지 있는 경우도 0.6%이었다.

<표 1> 노인의 일반적 특성

n=165

특성	구분 혹은 범위	인수(%)	평균 ± 표준편차
연령	65-96세	165(100)	73.5±6.01
	65-69세	45(27.3)	
	70-79세	93(56.4)	
	80-89세	26(15.8)	
	90세이상	1 (0.6)	
성별	남	69(41.8)	
	여	96(58.2)	
학력	무학	26(15.8)	
	국졸	55(33.3)	
	중졸	21(12.7)	
	고졸	36(21.8)	
	대졸이상	27(16.4)	
배우자 유무	있음	76(46.1)	
	없음	89(53.9)	
동거현황	본인 혼자 거주	47(28.5)	
	본인+배우자 거주	40(24.2)	
	본인+배우자+자녀 거주	32(19.4)	
	본인+자녀 거주	46(27.9)	

(계속)

<표 1>에서 계속

n=165

특성	구분 혹은 범위	인수(%)	평균±표준편차
한달 용돈	10만원 이하	40(24.2)	
	11만원-20만원이하	43(26.1)	
	21만원-30만원이하	30(18.2)	
	31만원-40만원이하	13 (7.9)	
	41만원-50만원이하	15 (9.1)	
	51만원이상	24(14.5)	
직업 유무	있음	19(11.5)	
	없음	146(88.5)	
동년배 다른 노인과 비교시 인지한 건강상태	매우 건강하다	15 (9.1)	
	건강한 편이다	66(40.0)	
	그저 그렇다	50(30.3)	
	건강하지 못한 편이다	24(14.5)	
	매우 건강하지 못하다	10 (6.1)	
질환수	없음	33(20.0)	
	1가지	80(48.5)	
	2가지	30(18.2)	
	3가지	18(10.9)	
	4가지	3 (1.8)	
	6가지	1 (0.6)	

2. 노인의 질병 치료에 대한 정보추구 정도

본 연구에서의 노인의 질병 치료에 대한 정보추구 정도는 총 8문항으로 척도 점수 범위 0.0점에서 100.0점중에서 최하 33.6점, 최대 100.0점이었고, 평균 74.9점으로 노인이 질병 치료에 대한 정보를 추구하는 정도가 비교적 높은 것으로 나타났다<표 2>.

<표 2> 노인의 질병 치료에 대한 정보추구 정도

n=165

구분	평균±표준편차	최소값	최대값	중앙값	척도 점수 범위
정보추구 정도	74.9±10.65	33.6	100.0	75.0	0.0-100.0

노인의 질병 치료에 대한 정보추구 문항별 빈도와 백분율은 <표 3>에서 제시되었다. 문항별로 살펴보면, '질병에 대한 정보를 아는 것은 치료를 위해 중요하다'에 '그렇다'와 '매우 그렇다'에 응답한 대상자가 98.8%로 가장 많았고, '내가 쓰는 약물의 모든 부작용에 대해 아는 것이 중요하다'에 96.4%, '의사는 나에게 검사의 목적을 설명해야 한다'에 94.5%, '질병을 치료하는데 한가지 이상의 방법이 있을 때, 나는 각각에 대해 설명을 들어야 한다'에 92.8%, '질병으로 인해 내 몸에 무슨 일이 일어나는지 확실하게 이해해야한다'에 92.1% 순으로 나타났다. 그외에 '설사 그 질병에 대한 소식이 나쁜 소식일지라도 나는 잘 알고 있어야 한다'에 89.7%, '증세가 악화될 수록 질병에 대해 더 많은 정보를 들어야 한다' 87,9% 순으로 1문항을 제외한 거의 모든 문항에서 대상자의 80%이상이 정보를 받기를 원하는 것으로 나타났다. 반면, 역환산을 한 '내가 원할때만 정보를 받아야 한다'라는 문항에 '전혀 아니다' 혹은 '아니다' 로 응답한 대상자가 42.4%였는데, 이는 노인이 원할때나 원하지 않을때 모두 정보를 받아야 한다고 생각하는 것이 정보를 추구하는 정도가 높은 것을 의미하는 것이다.

<표 3> 노인의 질병치료에 대한 정보추구 문항별 빈도와 백분율

n=165

문항	전혀 아니다 인수(%)	아니다 인수(%)	보통 인수(%)	그렇다 인수(%)	매우 그렇다 인수(%)
1. 증세가 악화될수록 질병에 대해 더 많은 정보를 들어야한다	3(1.8)	9(5.5)	8(4.8)	112(67.9)	33(20.0)
2. 질병으로 인해 내몸에 무슨 일이 일어나는지 확실하게 이해해야 한다	1(0.6)	6(3.6)	6(3.6)	116(70.3)	36(21.8)
3. 설사 그 질병에 대한 소식이 나쁜 소식일지라도 나는 잘 알고 있어야 한다	3(1.8)	7(4.2)	7(4.2)	110(66.7)	38(23.0)
4. 의사는 나에게 검사의 목적을 설명해야 한다	2(1.2)	2(1.2)	5(3.0)	101(61.2)	55(33.3)
5. 내가 원할때만 정보를 받아야 한다*	36(21.8)	34(20.6)	8(4.8)	75(45.5)	12(7.3)
6. 내가 쓰는 약물의 모든 부작용에 대해 아는 것이 중요하다	1(0.6)	1(0.6)	4(2.4)	102(61.8)	57(34.5)
7. 질병에 대한 정보를 아는 것은 치료를 위해 중요하다	0(0.0)	0(0.0)	2(1.2)	110(66.7)	53(32.1)
8. 질병을 치료하는데 한가지 이상의 방법이 있을때, 나는 각각에 대해 설명을 들어야한다	2(1.2)	6(3.6)	4(2.4)	110(66.7)	43(26.1)
평균±표준편차	74.9±10.65				

* 역환산

3. 노인의 질병 치료에 대한 의사결정 참여 요구도

1) 노인의 질병 치료에 대한 의사결정시 참여 요구도

본 연구에서 노인의 질병 치료에 대한 의사결정시 참여 요구도는 총 15문항, 즉, 일반적인 의사결정 참여 요구 6문항과 가상의 질병 사례에 대한 의사결정 참여 요구 9문항에 대한 점수로 다음과 같다<표 4>. 노인과 의사간 질병 치료에 대한 의사결정시 노인의 참여 요구도는 척도 점수 범위 0.0점에서 100.0점중에서 최소 10.0점에서 최대 80.3점으로 평균 45.1점이며 중간 정도보다 약간 낮은 의사결정 참여 요구도, 즉, 노인이 의사와의 의사결정에서 약간 수동적인 경향을 나타내었다. 반면, 노인과 가족간 질병치료에 대한 의사결정시 노인의 참여 요구도는 척도 점수 범위 0.0점에서 100.0점중에서 최소 11.9점, 최대 98.7점으로 평균 67.2점이며 중간보다 높은 의사결정 참여 요구도, 즉, 노인이 가족과의 의사결정에서 비교적 높은 의사결정 참여 요구를 나타내었다.

<표 4> 노인의 질병 치료에 대한 의사결정 참여 요구도

n=165

구분	평균±표준편차	최소값	최대값	중앙값	척도점수 범위
노인의 의사결정 참여 요구도					
노인과 의사간	45.1±14.12	10.0	80.3	46.9	0.0-100.0
노인과 가족간	67.2±14.30	11.9	98.7	68.7	0.0-100.0

노인과 의사간 의사결정시 노인의 참여 요구도에서 일반적인 질병 치료에 대한 문항별 빈도및 백분율은 다음과 같다<표 5>.

의사가 의사결정시 주도적인 역할을 해야 하는지의 문항을 살펴보면, '그렇다' 혹은 '매우 그렇다'에 응답한 노인들의 비율이 61.3-84.3%이었고, '설사 내가 동의하지 않더라도 의사의 조언에 따라야 한다'에 '그렇다'에 응답한 노인이 '질병치료에 대한 결정은 내가 아닌 의사가 내려야 한다', '만약 내가 병이 들어서, 증세가 점점 악화되어 간다면, 의사가 더 많이 질병관리를 해주길 원한다', '병원에 입원했을때, 나는 내자신의 치료에 대한 결정을 내려서는 안된다' 순으로 동의하였다.

반면, 노인 본인이 주도적인 역할을 해야 하는지의 문항에서 '그렇다' 혹은 '매우 그렇다'에 응답한 노인들의 비율이 63.6%-90.9%로, '내가 얼마나 자주 병원에 가서 검진을 받아야 하는지 내가 결정해야 한다', '늘 갖고 있는 건강문제에 대한 의사결정은 내 뜻대로 해야 한다'순으로 동의하였다.

<표 5> 노인과 의사간 의사결정시 노인의 참여 요구도

n=165

문항	전혀 아니다 인수(%)	아니다 인수(%)	보통 인수(%)	그렇다 인수(%)	매우 그렇다 인수(%)
1. 질병 치료에 대한 결정은 내가 아닌 의사가 내려야한다*	9(5.5)	12(7.3)	9(5.5)	105(63.6)	30(18.2)
2. 설사 내가 동의하지 않더라도 의사의 조언에 따라야 한다*	8(4.8)	8(4.8)	10(6.1)	110(66.7)	29(17.6)
3. 병원에 입원했을때, 나는 내 자신의 치료에 대한 결정을 해서는 안된다*	21(12.7)	25(15.2)	8(4.8)	79(47.9)	32(19.4)
4. 늘 갖고 있는 건강문제에 대한 의사결정은 내 뜻대로 해야한다	13(7.9)	38(23.0)	9(5.5)	87(52.7)	18(10.9)
5. 만약 내가 병이 들어서, 증세가 점점 악화되어 간다면, 의사가 더 많이 질병 관리를 해주길 원한다*	10(6.1)	13(7.9)	4(2.4)	96(58.2)	42(25.5)
6. 내가 얼마나 자주 병원에 가서 검진을 받아야 할지는 내가 결정해야 한다	3(1.8)	10(6.1)	2(1.2)	117(70.9)	33(20.0)

* 역환산

노인과 가족간 의사결정시 노인의 참여 요구도에서 일반적인 질병 치료에 대한 문항별 빈도및 백분율은 다음과 같다<표 6>.

구체적으로 문항을 살펴보면, 가족이 주도적 역할을 해야 하는지에 대한 문항들 중 '병원에 입원했을때, 나는 내 자신의 치료에 대한 결정을 해서는 안된다', '만약 내가 병이 들어서, 증세가 점점 악화되어 간다면, 가족, 보호자가 더 많이 질병관리를 해주길 원한다', '설사 내가 동의하지 않더라도 가족, 보호자의 조언에 따라야 한다' 순으로 노인 대상자들중 61.2%-67.3%가 '그렇다' 혹은 '매우 그렇다'에 응답하였다. 그러나, '질병 치료에 대한 결정은 내가 아닌 가족, 보호자가 내려야 한다'에 대해서는 노인들의 26.0%만이 '그렇다' 혹은 '매우 그렇다'에 응답하였다.

한편, 노인이 주도적인 역할을 해야 하는지에 대한 문항을 볼때, 노인들의 90.9%가 '내가 얼마나 자주 병원에 가서 검진을 받아야 할지는 내가 결정해야 한다', 63.6%가 '늘 갖고 있는 건강문제에 대한 의사결정은 내가 뜻대로 해야한다'에 '그렇다' 혹은 '매우 그렇다'에 응답하였다.

<표 6> 노인과 가족간 의사결정시 노인의 참여 요구도

n=165

문항	전혀 아니다 인수(%)	아니다 인수(%)	보통 인수(%)	그렇다 인수(%)	매우 그렇다 인수(%)
1. 질병 치료에 대한 결정은 내가 아닌 가족,보호자가 내려야 한다*	53(32.1)	57(34.5)	12(7.3)	38(23.0)	5(3.0)
2. 설사 내가 동의하지 않더라도 가족,보호자의 조언에 따라야 한다*	26(15.8)	22(13.3)	16(9.7)	90(54.5)	11(6.7)
3. 병원에 입원했을때, 나는 내 자신의 치료에 대한 결정을 해서는 안된다*	21(12.7)	25(15.2)	8(4.8)	79(47.9)	32(19.4)
4. 늘 갖고 있는 건강문제에 대한 의사결정은 내 뜻대로 해야한다	13(7.9)	38(23.0)	9(5.5)	87(52.7)	18(10.9)
5. 만약 내가 병이 들어서, 증세가 점점 악화되어 간다면, 가족, 보호자가 더 많이 질병 관리를 해주길 원한다*	21(12.7)	30(18.2)	6(3.6)	72(43.6)	36(21.8)
6. 내가 얼마나 자주 병원에 가서 검진을 받아야 할지는 내가 결정해야 한다	3(1.8)	10(6.1)	2(1.2)	117(70.9)	33(20.0)

*역환산

가상의 질병 사례들을 통해 질병의 심각성 정도에 따라 노인의 의사결정 참여 요구도가 어떠한가를 본 결과는 다음과 같다<표 7>.

노인과 의사간 의사결정시 가상의 질병 수준에 따른 노인의 참여 요구도가 척도 점수 범위 0.0점에서 10.0점중에서 질병 상태가 경미한 수준인 감기의 사례일때, 최소 0.0점, 최대 10.0점, 평균 5.2점으로 의사와 동등한 의사결정을 원하는 것으로 나타났다. 질병 상태가 장기적이고 꾸준한 관리가 필요하여 중간 수준으로 본 고혈압 사례일때, 최소 0.0점, 최대 10.0점, 평균 5.0점으로 감기 사례와 거의 유사한 참여 요구도를 보였다. 그러나, 입원을 해서 안정을 취하고 치료를 받는 심한 수준인 울혈성 심부전 사례일때는 최소 0.0점, 최대 10.0점, 평균 3.6점으로 앞의 두 사례에 비해 노인의 의사와의 관계에서 노인의 의사결정 참여 요구가 낮아졌다.

이에 비해 노인과 가족간 의사결정시 가상의 질병 수준에 따른 노인의 참여 요구도는 척도 점수 범위 0.0점부터 10.0점중에서 감기사례일때, 최소 0.0점, 최대 10.0점, 평균 8.0점으로 가족에 대해 노인이 주도적으로 의사결정에 참여하길 원하는 것으로 나타났다. 또한, 고혈압 사례일때, 최소 0.0점, 최대 10.0점, 평균 8.1점으로 감기사례와 같이 의사결정에 높은 참여 요구 즉, 가족에 대해 노인이 주도적으로 의사결정에 참여하길 원하였다. 울혈성 심부전 사례일때는 최소 0.0점, 최대 10.0점으로 평균 6.4점으로 감기, 고혈압 사례보다는 노인의 의사결정 참여 요구가 낮았지만 가족에 대해 노인이 가족에 대해 의사결정시 비교적 주도적인 참여를 원하는 것으로 나타났다.

<표 7> 가상 질병 수준에 따른 노인의 의사결정 참여 요구도

n=165

구분	최소값	최대값	중앙값	평균±표준편차
감기 사례				
노인-의사관계	0.0	10.0	5.0	5.2±2.48
노인-가족관계	0.0	10.0	8.3	8.0±2.48
고혈압 사례				
노인-의사관계	0.0	10.0	5.0	5.0±2.59
노인-가족관계	0.0	10.0	8.3	8.1±2.59
울혈성 심부전 사례				
노인-의사관계	0.0	10.0	3.3	3.6±2.47
노인-가족관계	0.0	10.0	6.6	6.4±2.50

각 가상의 질병 사례에 따른 의사결정 참여 요구도가 질병의 심각성에 따라 통계적으로 유의한 차이가 나는지 알아보기 위하여 paired T-test를 하였다.
노인과 의사 관계에서 의사결정시 노인의 참여 요구도가 감기사례와 고혈압사례 일때는 차이가 나지 않았으나(t=0.774, P=.440)<표 8>, 감기사례와 울혈성 심부전 사례에서의 의사결정 참여 요구도가 유의한 차이를 보였고(t=6.217, P=.000)<표 9>, 또한, 고혈압사례와 울혈성 심부전 사례에서의 의사결정 참여 요구도도 유의한 차이를 나타내었다(t=6.407, P=.000)<표 10>.

<표 8> 노인과 의사간 의사결정시 감기, 고혈압사례의 노인 참여 요구도 차이

n=165

감기 사례의 의사결정 참여점수 평균±표준편차	고혈압 사례의 의사결정 참여점수 평균±표준편차	t	df	P
5.2±2.48	5.0±2.59	0.774	164	.440

<표 9> 노인과 의사간 의사결정시 감기, 울혈성 심부전 사례의 노인 참여 요구도 차이

n=165

감기 사례의 의사결정 참여점수 평균±표준편차	울혈성 심부전 사례의 의사결정 참여점수 평균±표준편차	t	df	P
5.2±2.48	3.6±2.47	6.217	164	.000

<표 10> 노인과 의사간 의사결정시 고혈압, 울혈성 심부전 사례의 노인 참여 요구도 차이

n=165

고혈압 사례의 의사결정 참여점수 평균±표준편차	울혈성 심부전 사례의 의사결정 참여점수 평균±표준편차	t	df	P
5.0±2.59	3.6±2.47	6.407	164	.000

노인과 가족과의 관계에서 의사결정시 노인의 의사결정 참여 요구도가 감기사례일때와 고혈압 사례일때는 유의한 차이를 보이지 않았으나<표 11>, 감기사례일때와 울혈성 심부전 사례일때 유의한 차이를 보이고(t=7.958, P=.000)<표 12>, 고혈압사례일때와 울혈성 심부전 사례일때를 비교했을때도 유의한 차이를 나타내었다(t=8.920, P=.000)<표 13>.

<표 11> 노인과 가족간 의사결정시 감기, 고혈압사례의 노인 참여 요구도 차이

n=165

감기 사례의 의사결정 참여점수 평균±표준편차	고혈압 사례의 의사결정 참여점수 평균±표준편차	t	df	P
8.0±2.48	8.1±2.59	-0.675	164	.501

<표 12> 노인과 가족간 의사결정시 감기, 울혈성 심부전 사례의 노인의 참여 요구도 차이

n=165

감기 사례의 의사결정 참여점수 평균±표준편차	울혈성 심부전 사례의 의사결정 참여점수 평균±표준편차	t	df	P
8.0±2.48	6.4±2.50	7.958	164	.000

<표 13> 노인과 가족간 의사결정시 고혈압, 울혈성 심부전 사례의 노인 참여 요구도 차이

n=165

고혈압 사례의 의사결정 참여점수 평균±표준편차	울혈성 심부전 사례의 의사결정 참여점수 평균±표준편차	t	df	P
8.1±2.59	6.4±2.50	8.920	164	.000

노인과 가상 질병 사례에서 문항별 노인의 의사결정 참여 요구를 빈도와 백분율로 <표 14>에서 제시하였다.

질병 상태가 경한 수준인 감기 사례에서 노인과 의사간 의사결정시 노인이 얼

마나 참여하기를 원하는지에 대해 '의사의 진찰을 받는다'에 노인들의 51.5%, '기침약을 먹는다'에 노인들의 46.7%가 본인 혼자 혹은 주로 결정하기를 원한 반면, '가슴 엑스레이 사진을 찍는다'에 대해서는 노인들의 26.7%가 본인 혼자 혹은 주로 결정하기를 원하는 비율이 다른 문항에 비해 낮고 대신 의사가 단독 혹은 주로 결정하기를 원하는 비율이 49.3%로 나타났다.

이에 비해 노인과 가족간의 의사결정시 노인의 참여 요구 즉, '기침약을 먹는다'에 노인 대상자들의 90.3%, '가슴 엑스레이 사진을 찍는다'에 65.5%, '의사의 진찰을 받는다'에 64.8%가 본인 혼자 혹은 주로 결정하기를 원했다.

질병 상태가 중간 수준인 고혈압 사례에서 노인과 의사간 의사결정시 구체적으로, '내가 얼마나 쉬어야 할지 정한다'에 대해 노인들의 50.9%가 본인 혼자 혹은 주로 결정하기를 원하였다. '내 혈압을 재러갈 다음번 약속 날짜를 잡는다'의 문항에서는 26.7%가 본인 혼자 혹은 주로 결정하기를 원한 반면, 38.8%가 의사가 단독 혹은 주로 결정하기를 원하고, 34.5%는 의사와 같이 결정하기를 원하였다. '약물치료 혹은 식이조절을 한다'에서는 노인 대상자의 35.8%가 본인 혼자 혹은 주로 결정하기를 원한 반면, 40.2%가 의사 단독 혹은 주로 결정하기를 원하고, 23.0%는 의사와 같이 결정하기를 원했다.

이에 비해 노인과 가족간 의사결정시 노인의 의사결정 참여 요구를 문항별로 보면, '내가 얼마나 쉬어야 할지 정한다'에 노인들의 79.4%, '내 혈압을 재러갈 다음번 약속 날짜를 잡는다'에 70.9%, '약물치료 혹은 식이조절을 한다'에 69.1%가 본인 혼자 혹은 주로 결정하기를 원하였다.

가장 심한 수준인 울혈성 심부전 사례에서 노인과 의사간 의사결정시 노인의 참여 요구를 문항별로 보면, '체온과 혈압을 재기위해 얼마나 자주 내가 깨어야 할지에 대해'에 노인들의 18.2%가 본인 혼자 혹은 주로 결정하기를 원한 반면, 51.5%가 의사가 단독 혹은 주로 결정하기를 원하고, 30.3%는 의사와 같이 결정하기를 원했다. '심장 전문의에게 의뢰를 해야할지에 대해서'에 노인들의 18.6%가 본인 혼자 혹은 주로 결정하기를 원한 반면, 47.1%가 의사가 단독 혹은 주로 결정하기를 원하고, 의사와 같이 결정하기를 원하는 노인은 32.1%였다. 또, '나의 직계가족외에 방문객을 허용할지에 대해'에 본인 혼자 혹은 주로 결정하는 비율이 37.6%

였고, 42.0%가 의사가 단독 혹은 주로 결정하기를 원하였다.

이에 비해 노인과 가족간 의사결정시 울혈성 심부전 사례에 대한 노인의 참여 요구를 문항별로 볼때, '체온과 혈압을 재기 위해 얼마나 자주 내가 깨어야 할지에 대해'에 노인들의 57.6%가 본인 혼자 혹은 주로 결정하기를 원했고, 29.7%는 가족과 같이 결정하기를 원했다. '나의 직계가족 외에 방문객을 허용할지에 대해'에 53.3%가 본인 혼자 혹은 주로 결정하기를 원했고, 30.3%는 가족과 같이 결정하기를 원했다. 반면, '심장 전문의에게 의뢰를 해야할지에 대해'에는 노인과 가족이 같이 결정하기를 원하는 비율이 가장 높아 44.8%였고, 그다음이 본인 혼자 혹은 주로 결정하는 경우가 38.2%, 가족이 단독 혹은 주로 결정하는 경우가 17.0% 순이었다.

<표 14> 가상의 질병 사례 문항별 노인의 의사결정 참여 요구

n=165

감기 사례 문항	나혼자 결정 인수(%)	내가 거의 결정 인수(%)	의사와 나 공동 결정 / 가족과 나 공동결정 인수(%)	의사가 거의 결정 / 가족이 거의 결정 인수(%)	의사가 단독 결정 / 가족이 단독 결정 인수(%)
7. 의사의 진찰을 받는다					
노인과 의사간	69(41.8)	16(9.7)	36(21.8)	21(12.7)	23(13.9)
노인과 가족간	86(52.1)	21(12.7)	47(28.5)	5(3.0)	6(3.6)
8. 가슴 엑스레이 사진을 찍는다					
노인과 의사간	28(17.0)	16(9.7)	38(23.0)	32(19.4)	51(30.9)
노인과 가족간	82(49.7)	26(15.8)	47(28.5)	4(2.4)	6(3.6)
9. 기침약을 먹는다					
노인과 의사간	57(34.5)	20(12.1)	27(16.4)	17(10.3)	44(26.7)
노인과 가족간	116(70.3)	33(20.0)	11(6.7)	0(0.0)	5(3.0)

(계속)

<표 14>에서 계속

n=165

고혈압 사례 문항	나혼자 결정 인수(%)	내가 거의 결정 인수(%)	의사와 나 공동 결정 / 가족과 나 공동결정 인수(%)	의사가 거의 결정 / 가족이 거의 결정 인수(%)	의사가 단독 결정 / 가족이 단독 결정 인수(%)
10. 내 혈압을 재러갈 다음 약속 날짜를 잡는다					
노인과 의사간	27(16.4)	17(10.3)	57(34.5)	26(15.8)	38(23.0)
노인과 가족간	85(51.5)	32(19.4)	40(24.2)	4(2.4)	4(2.4)
11. 내가 얼마나 쉬어야 할지 정한다					
노인과 의사간	63(38.2)	21(12.7)	37(22.4)	16(9.7)	28(17.0)
노인과 가족간	106(64.2)	25(15.2)	29(17.6)	4(2.4)	1(0.6)
12. 약물치료 혹은 식이조절을 한다					
노인과 의사간	33(20.0)	26(15.8)	38(23.0)	16(9.7)	52(31.5)
노인과 가족간	91(55.2)	23(13.9)	37(22.4)	8(4.8)	6(3.6)
울혈성 심부전 사례 문항					
13. 체온과 혈압을 재기 위해 얼마나 자주 내가 깨어야 할지에 대해					
노인과 의사간	16(9.7)	14(8.5)	50(30.3)	20(12.1)	65(39.4)
노인과 가족간	61(37.0)	34(20.6)	49(29.7)	4(2.4)	17(10.3)
14. 나의 직계 가족외에 방문객을 허용할지에 대해					
노인과 의사간	41(24.8)	21(12.7)	32(19.4)	15(9.1)	56(33.9)
노인과 가족간	60(36.4)	28(17.0)	50(30.3)	11(6.7)	16(9.7)
15. 심장 전문의에게 의뢰를 해야 할지에 대해					
노인과 의사간	18(10.9)	13(7.9)	53(32.1)	21(12.7)	60(36.4)
노인과 가족간	36(21.8)	27(16.4)	74(44.8)	10(6.1)	18(10.9)

4. 노인의 일반적 특성과 질병 치료에 대한 정보추구 정도

노인의 일반적 특성 중 성별, 학력, 배우자 유무, 동거현황, 한달 용돈, 동년배 다른 노인과 비교시 인지하는 건강상태에 따라 정보추구 정도에 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다<표 15>.

즉, 성별에 따라 남자가 여자에 비해 질병 치료에 대한 정보를 추구하는 정도가 더 높은 것으로 나타났다(t= 2.406, P=.017).

학력에서도 유의한 차이가 있었는데(t=13.041, P=.000), 국졸이하에 비해 중졸이상의 학력을 가진 노인이 질병 치료에 대한 정보를 추구하는 정도가 더 높았다.

배우자가 있는 노인이 배우자가 없는 노인에 비해 정보 추구 정도가 높았고(t=3.175, P=.002), 동거현황에 따라 유의한 차이를 보였는데(F=3.113, P=.047), Tukey 다중비교를 한 결과 본인과 배우자, 자녀가 같이 사는 경우가 본인과 자녀만 같이 사는 경우에 비해 정보 추구 정도가 높은 것으로 나타났다(P<.05).

한달 용돈 수준에 따라 유의한 차이를 보였고(F=8.618, P=.000), Tukey 다중비교를 한 결과, 용돈이 20만원이하 군과 21만원이상 40만원이하 군에 비해 41만원 이상인 군이 정보 추구 정도가 높은 것으로 나타났다(P<.005).

비교건강에 따라서는 건강한 편인 경우와 그저 그렇다인 경우, 건강하지 못한 편인 경우가 유의한 차이를 보였는데(F=4.949, P=.008), Tukey 다중비교를 한 결과, 건강한 편인 경우가 건강하지 못한 편인 경우보다 정보 추구 정도가 높았다(P<.05).

그러나, 연령, 직업유무, 가지고 있는 질환수에 따라서는 정보추구 요구도에 유의한 차이가 나타나지 않았다.

<표 15> 일반적 특성에 따른 정보추구 정도의 차이

n=165

특성	구분(인수)	평균±표준편차	t or F	df	P
연령	60대(45)	75.2±9.85	0.101	2	.904
	70대(93)	75.0±9.88			
	80대(27)	74.1±14.29			
성별	남자(69)	77.2±9.50	2.406		.017
	여자(96)	73.2±11.15			
학력	국졸이하(81)	73.1±10.25	13.041		.000
	중졸이상(84)	76.6±10.79			
배우자유무	있음(76)	77.7±9.39	3.175		.002
	없음(89)	72.5±11.12			
동거현황	본인혼자(47)	74.1±9.24	3.113	3	.028
	본인+ 배우자(40)	76.5±7.56			
	본인+ 배우자+ 자녀(32)	78.6±10.86*			
	본인+ 자녀(46)	71.8±13.14*			
한달 용돈	20만원이하(83)	72.7±9.43**	8.618	2	.000
	21만원-40만원이하(43)	73.7±12.11**			
	41만원이상(39)	80.8±9.39**			
직업유무	있음(19)	78.2±14.55	1.462		.146
	없음(146)	74.5±10.01			

(계속)

<표 15>에서 계속

n=165

특성	구분(인수)	평균±표준편차	t or F	df	P
동년배 다른 노인과 비교시 인지한 건강상태	건강한 편이다(81)	77.4±11.12***	4.949	2	.008
	그저 그렇다(50)	73.1±10.30			
	건강하지 못하다(34)	71.5±8.59***			
질환수	없음(33)	77.4±11.75	0.900	4	.483
	1가지(80)	75.1±10.31			
	2가지(30)	74.1±10.12			
	3가지(18)	71.4±11.56			
	4가지이상(4)	72.7±4.69			

* Tukey 다중비교 P=.024

** Tukey 다중비교시 한달 용돈 20만원이하 그룹과 41만원이상 그룹의 차이 P=.000
한달 용돈 21만원-40만원이하 그룹과 41만원이상 그룹의 차이 P=.005

*** Tukey 다중비교 P=.015

노인의 일반적 특성중 연령, 학력, 한달 용돈, 동년배 다른 노인과 비교시 인지한 건강상태, 갖고 있는 질환수와 노인의 질병 치료에 대한 정보추구 정도와의 상관관계는 <부록 2>에서 제시하였다.

노인의 질병 치료에 대한 정보추구 정도와 한달 용돈(r=.285, P=.000), 학력(r=.166, P=0.033)이 약한 정의 상관관계를 보이며, 노인의 정보추구 정도와 동년배 다른 노인과 비교시 인지한 건강상태(r=-.233, P=.003)는 약한 음의 상관관계를 나타내었다. 즉, 노인의 한달 용돈이 많을 수록, 국졸이하보다 중졸이상의 학력일수록, 동년배 다른 노인과 비교시 인지한 건강상태가 좋을수록 질병 치료에 대한 정보추구 정도가 높은 것으로 나타났다. 그러나, 연령, 갖고 있는 질환수는 노인의 정보추구 정도와 유의한 상관관계를 나타내지 못하였다.

노인의 질병 치료에 대한 정보추구 정도에 영향을 미치는 요인을 파악하기 위하여, 유의한 차이가 검증된 성별, 학력, 배우자 유무, 한달 용돈, 동년배 다른 노인과 비교시 인지한 건강상태를 다중 회귀 분석에 이용하였다. 그러나, 케이스 진단시 절대값 3보다 큰 이상점 3개를 제거한 후 앞의 요인을 입력(Enter)방식을 이용하여 분석하였고, 그 결과 성별, 학력, 배우자 유무, 한달 용돈, 동년배 다른 노인과 비교시 인지한 건강상태의 정보추구 요구도에 대한 총 설명력은 16.9%이었다. 노인의 정보추구 정도에 가장 큰 영향을 미치는 요인으로 한달 용돈(β=.260)이었고, 그 다음이 동년배 다른 노인과 비교시 인지한 건강상태(β=-.169), 배우자 유무(β=-.122), 학력(β=.099), 성별(β=.035)순이었다<표 16>.

<표 16> 노인의 정보 추구 정도에 대한 영향 요인

n=162

변수	β	R^2	수정된 R^2	F	P
성별	-.035				
학력	.099				
배우자 유무	-.122	.189	.169	7.269	.000
한달 용돈	.260				
동년배 다른 노인과 비교시 인지한 건강상태	-.169				

5. 일반적 특성과 노인의 질병 치료에 대한 의사결정 참여 요구도

1) 일반적 특성과 노인, 의사간 의사결정시 노인의 참여 요구도

노인의 일반적 특성에 따른 노인, 의사간 의사결정시 노인의 참여 요구도 차이는 다음과 같다<표 17>.

일반적 특성 중 학력을 국졸이하와 중졸이상으로 나누어 보았을때, 중졸이상 학력을 가진 경우가 국졸이하의 학력을 가진 경우보다 의사결정시 좀더 참여 요구가 높은 것으로 볼 수 있었다(t=-2.826, P=.005).

노인이 가지고 있는 질환수에 따라 의사결정시 노인의 참여 요구도가 유의한 차이를 보였고(F=3.945, P=.004), Tukey의 다중비교를 한 결과, 질환이 없는 경우가 3가지의 질환을 가진 경우보다 의사결정시 참여요구도가 높은 것으로 나타났다(P<.05).

그외 일반적 특성들에 따른 의사결정 참여 요구도는 유의한 차이를 보이지 않았다.

<표 17> 일반적 특성에 따른 노인, 의사간 의사결정시 노인의 참여요구도 차이

n=165

특성	구분	평균±표준편차	t or F	df	P
연령	60대(45)	47.8±12.74	1.242	2	.377
	70대(93)	44.4±15.05			
	80대(27)	43.0±12.77			
성별	남자(69)	47.6±12.81	1.915		.057
	여자(96)	47.3±14.80			

(계속)

<표 17>에서 계속

n=165

특성	구분	평균±표준편차	t or F	df	P
학력	국졸이하(81)	42.0±13.74	-2.826		.005
	중졸이상(84)	48.1±13.91			
배우자유무	있음(76)	45.8±13.84	0.579		.564
	없음(89)	44.5±14.41			
동거현황	본인혼자(47)	43.8±14.96	1.036	3	.353
	본인+ 배우자(40)	48.5±14.11			
	본인+ 배우자+ 자녀(32)	43.5±13.87			
	본인+ 자녀(46)	44.7±13.87			
한달 용돈	20만원이하(83)	44.9±13.74	0.594	2	.553
	21만원-40만원이하(43)	46.9±15.99			
	41만원이상(39)	43.5±12.82			
직업유무	있음(19)	49.9±13.84	1.587		.114
	없음(146)	44.5±14.08			
동년배 다른 노인과 비교시 인지한 건강상태	건강한 편이다(81)	44.9±15.72	1.910	2	.151
	그저 그렇다(50)	47.8±11.45			
	건강하지 못하다(34)	41.7±13.20			

(계속)

<표 17>에서 계속

n=165

특성	구분	평균±표준편차	t or F	df	P
질환수	없음(33)	52.2±13.44*	4.083	4	.002
	1가지(80)	44.7±12.99			
	2가지(30)	43.5±15.81			
	3가지(18)	39.4±11.46*			
	4가지이상(4)	32.7±19.62			

* Tukey 다중비교시 P=.004

노인의 일반적 특성중 연령, 학력, 한달 용돈, 동년배 다른 노인과 비교시 인지한 건강상태, 갖고 있는 질환수와 노인과 의사간 의사결정시 노인의 참여 요구도와의 상관관계는 <부록 2>에서 제시하였다. 노인과 의사간 질병 치료에 대한 의사결정시 노인의 참여 요구도와 학력(r=.216, P=.005)이 약한 정의 상관관계를 보이며, 갖고 있는 질환수와는 약한 음의 상관관계를 나타내었다. 즉, 노인의 학력이 국졸이하보다 중졸이상이며, 노인이 갖고 있는 질환수가 적을 수록 노인과 의사간 질병 치료에 대한 의사결정시 노인의 참여 요구도가 높았다. 그러나, 연령, 한달 용돈, 동년배 다른 노인과 비교시 인지한 건강상태와 노인과 의사간 의사결정시 노인의 참여 요구도는 유의한 상관관계를 나타내지 못하였다.

노인과 의사간 의사결정시 노인의 참여 요구도에 영향을 미치는 요인을 파악하기 위하여, 유의한 차이가 검증된 질환수와 학력을 다중회귀분석 중 입력(Enter)방식을 이용하여 분석하였다. 그 결과, 질환수와 학력이 노인과 의사간 의사결정시 노인의 참여 요구도에 총 9.3%의 설명력을 나타내었고, 질환수(β=-.244), 학력(β=.165)순으로 영향을 미치는 것으로 나타났다<표 18>.

<표 18> 노인과 의사간 의사결정시 노인의 참여 요구도에 영향을 미치는 요인

n=165

변수	β	R^2	수정된 R^2	F	P
학력	.165				
		.104	.093	9.379	.000
질환수	-.244				

2) 일반적 특성과 노인, 가족간 의사결정시 노인의 참여 요구도

노인의 일반적 특성과 노인, 가족간 의사결정시 노인의 참여 요구도 차이는 다음과 같다<표 19>.

일반적 특성 중 연령, 성별, 동거현황에 따라 노인과 가족간 의사결정시 노인의 참여 요구도에 유의한 차이가 있었다. 구체적으로, 연령에 따라 노인과 가족간 의사결정시 노인의 참여 요구도가 유의한 차이를 보였고(F=6.714, P=.003), Tukey의 다중비교를 한 결과 60대와 7,80대 연령대의 참여요구도가 차이를 보여 60대가 다른 연령대에 비해 참여 요구도가 높은 것으로 나타났다(p<.05).

남자가 여자보다 가족간의 의사결정시 참여요구도가 더 높은 것으로 나타났고(t=2.017, P= .045), 동거현황에 따라 참여요구도가 유의한 차이를 보였고(F=6.764, P=.000), Tukey의 다중비교를 한 결과, 본인 혼자 사는 경우, 본인과 배우자 같이 사는 경우, 본인, 배우자, 자녀가 같이 사는 경우에 비해 본인과 자녀만 같이 사는

경우가 가족간의 의사결정시 참여 요구도가 낮은 것으로 나타났다(P<.05).

그외의 노인의 일반적 특성에 따른 노인, 가족간 의사결정시 참여 요구도는 유의한 차이를 보이지 않았다.

<표 19> 일반적 특성에 따른 노인, 가족간 의사결정시 노인의 참여 요구도 차이

n=165

특성	구분	평균±표준편차	t or F	df	P
연령	60대(45)	72.5±13.01*	6.714	2	.003
	70대(93)	66.4±13.12*			
	80대(27)	61.0±17.59*			
성별	남자(69)	69.8±13.22	2.017		.045
	여자(96)	65.3±14.87			
학력	국졸 이하(81)	66.2±14.67	-0.884		.378
	중졸 이상(84)	68.2±14.02			
배우자유무	있음(76)	68.2±14.24	0.795		.428
	없음(89)	66.4±14.45			
동거현황	본인혼자(47)	71.7±12.23**	6.674	3	.000
	본인+배우자(40)	69.1±14.70**			
	본인+배우자+자녀(32)	69.0±13.51**			
	본인+자녀(46)	59.7±14.11**			
한달 용돈	20만원이하(83)	65.5±14.24	1.039	2	0.356
	21만원-40만원이하(43)	68.2±14.25			
	41만원이상(39)	69.4±14.64			

(계속)

<표 19>에서 계속

n=165

특성	구분	평균±표준편차	t or F	df	P
직업유무	있음(19)	70.7±9.75	1.121		.264
	없음(146)	66.8±14.79			
동년배 다른 노인과 비교시 인지한 건강상태	건강한 편이다(81)	66.2±15.09	0.465	2	.629
	그저 그렇다(50)	68.7±13.31			
	건강하지 못하다(34)	67.5±14.16			
질환수	없음(33)	67.9±15.04	0.226	4	.923
	1가지(80)	67.9±13.78			
	2가지(30)	66.1±15.79			
	3가지(18)	65.2±9.85			
	4가지이상(4)	64.5±28.29			

* Tukey 다중비교시 60대 그룹과 70대 그룹 차이 P=.041
60대 그룹과 80대 이상 그룹 차이 P=.002

** Tukey 다중비교시 본인 혼자 사는 그룹과 본인과 자녀 같이 사는 그룹의 차이 P=.000
본인과 배우자만 같이 사는 그룹과 본인과 자녀 같이 사는 그룹의 차이 P=.008
본인과 배우자, 자녀가 같이 사는 그룹과 본인, 자녀만 같이 사는 그룹의 차이 P=.017

일반적 특성중 연령, 학력, 한달 용돈, 동년배 다른 노인과 비교시 인지한 건강상태, 갖고 있는 질환수와 노인과 가족간 의사결정시 노인의 참여 요구도와의 상관관계는 <부록 2>에서 제시하였다. 그중 노인과 가족간 질병 치료에 대한 의사결정시 노인의 참여 요구도와 연령이 약한 음의 상관관계를 나타내었다(r=-.266, P=.001). 즉, 노인의 연령이 낮을 수록 노인과 가족간 질병 치료에 대한 의사결정시 노인의 참여 요구도가 높았다. 그러나, 학력, 한달 용돈, 동년배 다른 노인과 비

교시 인지한 건강상태, 갖고 있는 질환수와 노인,가족간 의사결정시 노인의 의사결정 참여 요구도는 유의한 상관관계를 나타내지 못하는 것으로 나타났다.

노인과 가족간 의사결정시 노인의 참여 요구도에 영향을 미치는 요인을 파악하기 위해, 유의한 차이가 검증된 연령, 성별, 동거현황을 입력(Enter)방식을 이용하여 다중 회귀 분석을 하였다. 단, 케이스 진단시 절대값 3보다 큰 이상점 2개를 제거한 후 분석하였다. 연령, 성별, 동거현황이 노인, 가족간 의사결정시 노인의 참여 요구도에 대한 총 설명력은 12.4%였고, 동거현황(β=-.271), 연령(β=-.198), 성별(β=-.102)순으로 영향을 미치는 것으로 나타났다<표 20>.

<표 20> 노인, 가족간 의사결정시 노인의 참여 요구도에 영향을 미치는 요인

n=163

변수	β	R^2	수정된 R^2	F	P
연령	-.198				
성별	-.102	.141	.124	8.679	.000
동거현황	-.271				

Ⅴ. 논의

1. 노인의 질병치료에 대한 정보추구

본 연구에서의 노인들의 질병 치료에 대한 정보추구 정도는 0.0점에서 100.0점 범위에서 평균 74.9점으로 비교적 높은 추구정도를 나타내었다. 이러한 것은 다양한 연령대를 대상으로 한 많은 선행연구들에서 대상자들이 질병 치료나 건강과 관련한 정보를 받기를 원하는 정도가 높다고 한 결과와 유사한 것으로 보인다(Beisecker, 1988; Ende et al., 1989; Nease & Brooks, 1995; Meredith et al., 1996; McKeown, Reiniger, Martin, & Hoppman, 2002; Wong et al., 2002; Stewart et al., 2000).

성인들을 대상으로 한 몇몇 연구에서는 대체적으로 높은 정보추구 정도를 나타냈다고 하면서도, 연령이 높을 수록 정보 추구 정도가 낮은 경향이 있음을 시사한 것도 있었으나(Nease & Brooks, 1995; Petrisek et al., 1997; Stewart et al., 2000), 노인들만을 대상으로 한 본 연구에서 70대나 80대이상 노인이 정보를 추구하는 정도가 60대와 더불어 높은 것으로 나타나 연령에 따른 유의한 차이는 없었다. 이에 대해 Wong 등(2000)의 60대이상 노인을 대상으로 한 연구에서 70대이상의 대상자의 70%이상이 자세한 질병 치료 관련 정보를 원한다고 하여 본 연구와 유사한 결과를 나타내었고, Ende 등(1989)과 Beisecker(1988)의 연구에서도 높은 정보추구 정도에 연령이 관련되지 않았다고 하였다.

정보내용면에서 질병자체에 대한 정보와 쓰여지는 약물의 부작용, 검사의 목적, 질병 치료 방법, 질병으로 인해 생기는 몸의 변화 등 거의 모든 문항에서 대상자의 80%이상이 정보를 받기를 원하였다. 반면, 노인이 원할때만 정보를 받아야 한다는 비율(52.8%)이 원할때나 원하지 않을때 모두 정보를 받아야 한다는 비율(42.4%)보다 약간 높게 나타났는데, 이를 토대로 볼때, 의료진은 노인이 질병 치료에 대한 정보를 원하는 때가 언제인지 개별적인 요구를 충분히 사정하여 정보를

제공해야 할 것으로 사료된다.

Pinquart와 Duberstein(2004)에 의하면 노인이라고 해서 정보추구 요구가 낮은 것이 아니나 의사가 노인보다 젊은 사람에게 더 시간을 많이 쓰고, 정보를 더 제공하며, 노인의 특성상 젊은 사람들보다 의료진에게 더 수동적이며, 공손하고, 의사의 전문용어를 이해하는데 어려움을 느끼고, 의사보다는 가족, 친구가 정서적으로 더 말하기가 편한 것으로 나타났다고 하였다. 이는 곧 의료진의 노인을 대하는 태도와 노인의 특성을 언급하는 것이라고 볼 수 있다.

따라서, 노인의 건강을 관리하는 간호사는 첫째, 노인이 자신의 질병 치료 전반에 걸쳐 알고 싶어하는 욕구가 높다는 것을 기억하고, 둘째, 노인이 알고 싶어 하는 바를 잘 표현할 수 있게 격려해야 하며, 세째, 가족이나 보호자에만 정보를 제공하기 보다는 노인 당사자를 중심에 두고 직접적인 정보 제공을 해야 할 것이다.

2. 노인의 질병치료에 대한 의사결정 참여 요구도

본 연구의 노인과 의사와의 관계에서 의사결정시 노인의 참여 요구도는 0.0점에서 100.0점 범위중 평균 45.1점으로 중간 정도보다 약간 낮은 정도였으나, 대상자마다 참여 요구가 낮은 정도부터 높은 정도까지 다양한 것으로 나타났다. 이같은 결과는 같은 연구 도구를 사용한 Nease와 Brooks(1995)의 연구에서 24-92세의 성인 남성을 대상으로 했을때 평균 42.0점의 의사결정 참여 요구도를 나타내었지만, 의사결정 참여 요구가 낮은 정도에서 높은 정도까지 다양한 결과를 보인 것과 유사하였다.

질병의 가상사례별로 보았을때, 질병수준이 경미하거나 중간정도 수준일때는 의사와 노인 대상자가 거의 동등한 의사결정을 하기를 원하였으나, 입원하여 안정을 취해야하는 심각한 수준일때는 의사결정시 노인의 참여 요구도가 낮은 것으로 나타났다. 이같은 결과는 Harvey 등(1999)의 연구, Nease와 Brooks(1995), 그리고, Ende 등(1989)의 연구결과와 비교에서도 질병이 가장 심각한 경우 대상자의 의사결정 참여 요구도가 낮은 것이 유사하였다. 그러나, 경미한 수준, 중간 수준에

따라 의사결정 참여 요구도가 낮아진 기존 연구들과는 달리, 본 연구에서는 경미한 수준과 중간 수준의 질병에 대한 참여 요구도가 거의 비슷하여 유의한 차이를 나타내지는 않았다. 이것은 노인들이 감기, 고혈압과 울혈성 심부전의 질병수준에 대해 질병자체의 심각성보다도 입원하느냐 입원하지 않느냐의 관점으로 보아, 입원하지 않고 평소 관리를 해야 하는 질병에서는 노인과 의사가 같이 의사결정을 하기를 원하는 경향이고, 입원하거나 심각한 질병에서는 의사가 주도적으로 결정하기를 원하는 경향이 있는 것으로 파악된다.

문항 내용별로 살펴볼때, 입원하거나 병의 증세가 악화되어갈때 의사가 결정하거나 주도적인 역할을 해주길 바라는 비율이 노인 대상자들중 과반수가 넘은 것으로 나타났다. 그러나, 병원에 입원하여 자신의 치료에 대한 결정을 내릴때, 의사가 주도적으로 결정을 내리길 원하는 비율보다는 적기는 하나 노인 당사자가 적극 참여하길 원하는 경우도 있었으므로, 의사결정시 의료진의 일방적인 치료 결정보다는 노인을 참여시켜 그 의견을 충분히 수렴하는 방향으로 되어야 할 것이다.

그런가 하면, 평소 갖고 있는 건강문제에 대한 의사결정이나 병원에 가서 검진을 받아야 할지에 대한 결정에 노인 당사자가 주도적인 역할을 하길 원하는 비율이 과반수가 넘는 것으로 나타났다. 이같은 결과를 통해 고려해볼 점은 건강문제에 대해 관심을 가지고 적극적인 관리를 하는 노인인 경우도 있지만, 오히려 건강문제에 대해 소홀히 할 노인도 있을 것이라 판단된다. 따라서, 간호사는 노인이 자신의 건강을 제대로 인식하고 관리할 수 있도록 정보를 제공하고, 건강 검진에 소홀하지 않도록 꾸준한 관심을 가져야 할 것으로 사료된다.

또한, 감기와 같은 경미한 수준의 가상 사례 문항에서, 의사의 진찰을 받아야 할지, 기침약을 먹어야 할지에 대해 노인이 혼자 혹은 주로 결정하길 원하는 비율이 거의 절반 수준이었다. 가슴 엑스레이 사진을 찍는것에 대해서는 의사와 같이 혹은 의사가 결정하길 원하는 경우가 노인 대상자의 2/3정도였으나, 노인 혼자 혹은 노인이 주로 결정하길 원하는 경우도 1/3정도로 나타났다. 이에 대해서 노인들이 감기는 병원에 가서 치료하기 보다는 스스로 약을 사먹거나 관리하려는 경향이 있는 것으로 생각되는데, 감기라 할지라도 노인의 특성상 성인에 비해 폐렴과 같이 악화되거나 만성화될 수 있으므로 필요시 엑스레이와 같은 검진을 받는 것

에 대한 충분한 교육이 이루어져야 할 것으로 본다.

본 연구에서 질병 수준이 중간 정도에 해당되는 고혈압 사례의 문항에서, 병원에 혈압을 재러갈 다음 약속 날짜를 잡는 것과 약물치료 혹은 식이조절을 하는 것에 노인들의 대부분은 의사와 같이 혹은 의사가 결정하기를 원하였으나, 노인 혼자 혹은 노인이 거의 결정하길 원하는 비율이 1/3정도로 나타났다. 고혈압은 꾸준하고 제대로 자가관리를 해야 하고 특히 노인에게 흔히 있는 만성 질환임에도 불구하고 위의 결과와 같이 노인이 혼자 혹은 노인이 거의 결정하길 원하는 경우 지속적인 관리나 치료가 잘 이루어지지 않을까 우려된다. 실제로, 김장락 등(1997)의 연구에서 노인들이 고혈압에 대한 인지율이 낮고, 치료 혹은 관리를 하는 비율 또한 매우 낮은 것으로 나타났다. 또, 임송(1994)의 농촌 노인들을 대상으로 한 연구에서 노인들이 고혈압에 대해 치료를 받지 않거나 중단한 이유가 일상생활에 지장이 없기 때문이라고 한 대상자가 거의 절반이었다. 그러므로, 고혈압과 같이 자가 관리가 중요한 질병에 대해서 노인들의 인식을 높이기 위해 노력하고, 대상자 수준에 맞춰 자가 관리 방법을 안내하는 것이 필요하다고 사료된다.

입원을 하여 안정하고 치료를 받아야 하는 울혈성 심부전 사례 문항에서는 노인들이 감기나 고혈압 사례에 비해 의사가 주로 혹은 의사가 단독 결정하길 원하는 경우가 더 많았다. 그렇지만, 의사와 노인이 같이 의논하여 결정하길 원하는 경우도 1/3정도로 나타난 것을 볼때, 의료진은 노인의 질병 치료의 의사결정과정에 당사자의 의견을 존중하여 참여를 격려하는 것을 잊지 말아야 할 것이다.

노인과 가족간 질병 치료에 대한 의사결정시 노인의 참여 요구를 볼때, 0.0점에서 100.0점 범위중 평균 67.2점으로 비교적 높은 참여 요구를 나타내었다. 가정내에서 노인의 의사결정을 연구한 모선희(1991)에 의하면, 노인의 의사결정권이 전반적으로 낮고 자녀에게 주로 의사결정권이 있는 것으로 나타났는데, 이는 의논하는 주제가 가족내의 경제상황, 교육, 집안 행사, 환경에 대한 것으로 노인보다는 자녀에게 직접적인 연관이 되는 것이었다. 이와는 달리, 본 연구에서는 노인의 질병 관리와 관련된 의사결정, 즉, 노인 당사자 자신에게 해당되는 주제를 가지고 노인이 의사결정을 하길 원하는지, 가족이 의사결정을 하길 원하는지를 알아보는 것이었기 때문에 노인들의 참여 요구가 비교적 높게 나타난 것으로 보인다.

병원에 입원하거나 병의 증세가 심각해질때는 가족의 조언에 따르겠다는 비율이 노인 대상자들중 60%정도이었으나, 질병 치료에 대한 결정에 대해 가족, 보호자가 아닌 자신이 내려야 한다고 생각하고, 평소 건강 문제나 병원에 가서 검진을 받아야 할지에 대해 가족보다도 자신이 결정해야 한다고 생각한 비율이 각각 과반수가 넘어 대체적으로 가족과의 관계에서 노인이 주도적으로 의사결정을 하길 원하는 것으로 나타났다.

가상의 질병 사례별로 평소 건강이나 질병 관리를 해야할 감기와 고혈압사례에서 의사결정시 노인이 주로 결정하거나 적극적인 참여 경향을 보였고, 입원을 하거나 심각한 질병상태인 울혈성 심부전 사례일때는 노인과 가족이 같이 의논하는 경향으로 나타났다. 이와 같은 경향은 전통적으로 가족개념이 우리나라와 비슷한 일본의 경우에서도 유사한 결과가 있었다. Sekimoto 등(2004)의 연구에서 대상자들의 대다수가 입원했을때 질병 치료에 대한 의사결정시 가족과 의논하기를 원했으나, 가족이 최종 결정을 하기를 원하는 경우는 드물었다.

이렇듯, 우리나라 노인이 가족과의 관계에서 자신의 질병치료에 대해 주도적으로 의사결정을 하길 원하는 경향을 보이는 것에 대해 가능한 설명으로 시대의 흐름이 핵가족화로 급속하게 진행되는 가운데 노인들의 사회활동이 늘어나고 있고, 교육수준 및 의식수준 향상으로 인해 자식에게 의지하기를 싫어하며, 몸이 아플때 가족에게 부담을 지우는 것을 꺼려하는 등 사회 심리적 의존성이 낮고 독립적인 성향을 가지는 노인이 늘어가고 있다는 것을 들 수 있다(강정옥, 2003). 김윤일(2003)도 과거와는 달리 자녀에게 부양을 받는다는 수동적인 통념을 벗고 스스로 부양하며 자립하는 새로운 노인층이 생겨나고 있다고 하였다.

반면, 지금까지의 의료계의 입장을 보면, 홍콩의 Pang(1999)에 의하면, 입원한 가족 구성원이 알 필요가 있는 정보를 얻는 것과 의사결정을 가족 혹은 보호자가 대신 결정하는 경향이 있다고 하였고, 우리나라의 병원에서 연명치료 중단 결정을 할때 당사자보다는 주로 가족과 의료진간에 의사결정이 이루어져왔다.(김상희, 1998; 김선옥, 1999; 김정희, 1999)

하지만 대상자의 선택이 가족이나 의료진의 선택과 항상 같지는 않다는 점을 기억하고, 과거 가족과 의료진간의 의사결정에 치우친 것에서 노인의 원하는 참여

정도를 파악하여 이에 따라 노인이 중심이 되고, 가족, 의료진이 같이 의사결정을 하는 것에 좀더 관심을 가져야 할 것이다.

이상에서, 질병 치료에 대해 의사결정시 노인이 의사와의 관계에서는 낮은 의사결정 참여 요구를 나타내어 의사가 주로 결정해주길 원하는 경향이 많았으나, 가족과의 관계에서는 노인들이 비교적 높은 의사결정 참여 정도를 나타내어 노인이 주로 결정하길 원하는 경향이었다.

3. 노인의 일반적 특성에 따른 정보추구

노인의 일반적 특성에 따른 질병 치료에 대한 정보추구 요구도가 차이가 나는지를 보았을때, 남성이고, 대졸이상의 학력을 가지고, 배우자가 있고, 한달 용돈이 많을 수록, 동년배 다른 노인과 비교시 건강하다고 인지할 수록 정보추구 요구도가 높은 것으로 나타났다.

먼저, 대졸이상의 학력을 가진 노인이 학교를 다니지 않은 노인에 비해 정보추구 정도가 높은 것은 Stewart et al.(2000)과 Nease, Brooks(1995)의 연구에서 교육수준이 높을 수록 정보추구 정도가 높다고 한 결과와 유사하였다.

그러나, 본 연구에서 남성이 여성에 비해 더 높은 정보추구 정도를 보인 것은 성별에 따른 차이가 없는 것으로 나타난 연구나(Orsino et al, 2003; Ende et al., 1989), 여성이 남성에 비해 더 높은 정보추구 정도를 보인 선행연구들(Meredith et al., 1996; Nease & Brooks, 1995)과는 사뭇 다른 결과였다. 이는 본 연구의 대상자중 남성의 경우 교육수준이 고졸이상이 23.2%, 대졸이상이 27.5%로 비교적 높은 교육수준을 가진 반면, 여자의 경우는 국졸이하가 62.5%로 낮은 교육수준의 비율이 높은 이유 때문으로 사료된다. 이와 비슷하게 이옥순(2000)에 의하면, 우리나라 노인의 경우 교육수준에서 글자를 모르는 여자 노인이 남자 노인에 비해 4.9배 높고, 중학교, 고등학교, 전문대로 올라갈수록 남자노인이 여자 노인에 비해 무려 9.8배의 비율로 교육을 받은 것으로 나타났는데, 이를 토대로 볼때, 과거 교육기회가 남성에게 편중되었고, 전통적으로 가부장적인 사회에서 주로 남성이 사회활동

을 해왔고 정보를 접할 기회가 많은 것이 남성의 정보 추구 정도가 여성에 비해 높게 나온 것이 아닌가 생각되어진다.

한달 용돈이 많을 수록 정보추구 정도가 높은 것으로 보여, 경제상태가 좋은 사람이 그렇지 않은 사람에 비해 더 많은 정보를 원한다고 한 몇몇 연구과 유사한 결과를 나타내었다(Meredith et al., 1996; Nease & Brooks, 1995). 또한, 이것에 대해 본 연구의 대상자중 한달 용돈이 많은 노인이 학력이 높은 경향이 있어 (r=.370, P=.000) 앞서 언급한 것과 같이 교육수준이 높은 노인이 정보추구 정도가 높은 결과와도 관련된다고 보여진다.

또, 배우자가 있는 경우가 배우자가 없는 경우에 비해 좀더 정보추구 정도가 높은 것으로 나타났다. 외국의 연구들에 의하면, 독신인 경우가 정보추구 정도가 높았다는 결과를 보인 것(Davison, Degner, & Morgan, 1995; Nease & Brooks, 1995)과 배우자 유무와 관련되지 않았다는 연구들도 있었다(Ende et al, 1989; Wong et al., 2000;). 우리나라의 경우 노인의 정보추구에 대한 선행연구를 찾아보기 어려워 비교해 볼 수 없었는데, 앞으로 반복적인 연구가 이루어질 필요가 있다.

동년배 다른 노인과 비교시 인지한 건강상태란 가지고 있는 질병과 상관없이 주관적으로 느끼는 건강상태를 말하는데 본 연구에서 건강상태가 좋다고 인지할수록 정보 추구 정도가 높아 기존의 연구들이 건강상태와 관련이 없었다고 한 것(Degner et al., 1997; Ende et al., 1989; Stewart et al., 2000)과 차이를 두었다. 하지만, 기존 연구들의 대상자들 대부분이 병원에 입원하거나 외래에 다니는 환자들이어서 단순히 비교하기에는 무리가 있다. 인지하는 건강상태와 관련하여 생각해 본다면, 긍정적인 태도를 가지고 있을 수록 정보추구 정도가 높다고 한 Wong 등(2000)의 연구에서처럼, 인지하는 건강상태가 주관적 느낌인 만큼 긍정적인 태도가 영향을 끼칠수 있으리라 추측을 하나 이것을 가지고 설명하기에는 부족한 면이 있다.

따라서, 이러한 일반적 특성들에 따른 노인의 정보추구에 대해 반복적인 연구가 필요하리라 생각된다. 또한, 노인의 정보추구에 대한 영향 요인은 한달 용돈, 동년배 다른 노인과 비교시 인지한 건강상태, 배우자유무, 학력, 성별순으로 나타

났고, 이 요인들의 총 설명력이 16.9%였는데, 설명력이 약한 이유는 본 연구가 노인의 심리, 정서적인 상태를 고려하지 못하고, 일반적 특성만 가지고 파악하였기 때문으로 사료된다.

4. 일반적 특성과 노인의 질병 치료에 대한 의사결정 참여 요구

노인이 갖고 있는 질환수가 많을 수록 의사와의 관계에서 의사결정에 참여 하길 원하는 정도가 낮았다. 이에 대해서 생각해볼때, 정보추구 정도에는 주관적인 건강상태에 따라 차이가 난 것과 달리, 질환수는 실제 진단이 내려진 객관적인 자료로서 질환수가 많을 수록 치료나 질병관리를 담당하는 의사와 접촉하는 기회가 많아지고, 치료과정에서 수동적인 태도를 가질 수 있다고 사료된다. 이를 뒷받침하는 것으로 Arora와 McHorney(2000)은 당뇨와 심장질환을 가지고 있는 사람이 심장질환만 가지고 있는 사람보다 수동적이라고 언급하였다. 또한 질병이 있는 환자와 질병이 없는 사람과의 의사결정 참여요구도를 비교했을때 질병이 없는 사람이 더 적극적으로 의사결정에 참여하기를 원하는 것으로 나타난 몇몇 연구들(Degner & Sloan, 1992; Herderson & Shum, 2003; Stiggelbout & Kibert, 1997)과 본 연구 결과가 유사한 것으로 나타났다.

이외에 기존의 선행연구들(Arora & McHorney, 2000; Degner et al., 1997; Nease & Brooks, 1995; Strull & Charles, 1984)에서 언급한 것과 같이 본 연구에서도 중졸이상의 학력을 가진 노인이 국졸이하의 학력을 가진 노인보다 좀더 의사결정 참여 요구가 높았다.

이것에 대한 설명으로 여윤경(1992)의 연구에서 소개한 것에 의하면, 개인이 소유하고 있는 지식과 같은 자원을 많이 가진 사람이 의사결정에서 권한이 많은 즉, 의사결정에 참여 요구가 높다고 하는 자원이론이 설득력이 있어 보이며, 같은 맥락으로 Harrison 등(2003)의 연구에서 의사결정 참여에 소극적인 경향을 보인 노인들의 이유가 의사가 전문지식을 가지고 있기 때문이라고 하였다. 또한 이옥순

(2000)은 교육수준이 높을수록 독립심이 많다는 것도 언급하였다.

노인의 가족과의 질병치료에 대한 의사결정시 참여 요구에 대한 요인에 동거현황과 연령이 설명력이 있는 것으로 나타났다.

노인이 자녀와 같이 사는 경우가 노인의 가족간의 의사결정시 참여 요구가 낮았는데, 이에 대해 가능한 설명으로 우리나라의 노인의 경우 독신 또는 부부 가구를 제외하고 다른 사람과 함께 살고 있는 경우에 87.3%가 의존적인 형태로 살고 있고(김경혜, 1998), 자녀에게 부양을 의존하고 있는 노인들의 경우 의사결정에 있어서 자녀의 영향을 많이 받고 있는 것(여윤경, 1992)을 들수 있다. 또한, 모선희(1991)도 배우자 유무가 의사결정과 관련이 있어 배우자와 같이 사는 노인일 수록 가정내 의사결정권이 높았다고 하였다.

그 다음 요인으로 연령이 낮을 수록 가족과의 의사결정시 참여 요구가 높은 것은 질병 치료가 아닌 가정내에서 노인의 일반적인 의사결정 참여 요구를 본 송주은(1992), 모선희(1991)의 연구결과와 유사한 것으로 나타났다. 이런 결과에 대해 본 연구의 대상자들의 동거현황과도 무관하지 않다고 생각되는데, 그 이유는 연령이 80대이상의 노인중 48.1%가 본인과 자녀만 같이 거주하였고, 70대 노인들의 27.9%, 60대 노인의 15.5%가 본인과 자녀만 같이 거주하는 것으로 연령이 높을 수록 자녀에게 부양을 받는 형태이기 때문에 자녀의 영향을 좀더 많이 받는 것으로 보여진다.

여자 노인이 남자 노인에 비해 가족과의 의사결정시 참여 요구가 낮은 것으로 나타났다. 이에 대해 본 연구에서 남자노인의 13.0%가 본인과 자녀만 같이 거주한 반면, 여자노인의 38.5%가 본인과 자녀만 같이 거주하고 있었고, 이옥순(2000)에 의하면 여자 노인, 특히 연령이 많은 여성일수록 자녀에 대한 의존도가 남자보다 높고, 남자보다 가족과 관련된 일에 더 많은 시간을 보내며 노후에 자녀로부터 부양을 기대하는 경향이 있다고 한 것을 고려해볼 수 있다.

이상에서 볼때, 질병치료에 대해 의사와의 의사결정시 노인의 참여 요구도에 대한 설명요인은 주로 질병치료와 관련되는 신체상태인 질환수와 학력이었다면, 가족과의 의사결정시 노인의 참여 요구도에 대해서는 노인의 동거 현황으로 부양을 받고 있는가와 연령, 성별이 설명요인으로 파악되었다. 그러나, 대체적으로 일

반적 특성이 노인의 의사결정 참여 요구도에 미치는 설명력이 9.3%에서 12.4%로 낮게 나타났는데 이는 우리나라 노인의 의사결정 참여 요구가 어떠한지에 초점으로 두어 일반적 특성만을 가지고 관련 요인을 찾는 본 연구의 한계라고 볼 수 있다. 즉, 심리정서적 상태와 사회환경적 상태 등 여러 변수들도 영향을 줄 수 있을 것이라고 사료되므로 추후 연구에서는 노인의 의사결정 참여에 미치는 영향 요인이 무엇인지 다각적으로 탐색을 할 필요가 있다.

5. 연구의 제한점

1) 본 연구의 대상자가 서울시에 거주하며 복지관 혹은 노인정에 참여하는 65세 이상 노인으로 편의추출되었기 때문에 대상자 선택이 편중될 수 있어 일반화하기 어렵다.

2) 노인의 질병 치료에 대한 정보 추구와 의사결정에의 참여 요구에 일반적 특성만 가지고 그 차이나 요인을 보고자 하여, 노인의 심리, 정서적 상태, 혹은 인지기능상태가 미치는 영향을 파악할 수 없었다.

Ⅵ. 결론 및 제언

1. 결론

본 연구는 지역사회에 거주하는 노인들의 질병 치료에 대한 정보 추구 및 의사결정에의 참여 요구를 알아봄으로써 노인 간호를 위한 기초자료를 제공하고자 하는 서술적 조사연구이다.

본 연구 대상자는 의사소통에 장애가 없는 65세 이상된 남녀 노인으로 서울시 소재 5개 노인 복지관과 5곳의 아파트 노인정에서 연구 참여에 동의한 165명을 편의추출하였다.

자료 수집기간은 2004년 10월 12일부터 11월 17일까지였다. 자료 수집방법은 복지관과 아파트 노인정에서 프로그램에 참여 하지 않고 로비나 휴게실에서 쉬고 있는 노인에게 동의를 구한뒤 1:1 면접을 하거나 간혹 노인이 원하는 경우 노인이 직접 설문지에 자가 보고하게 하였고 소요시간은 약 20분 정도였다.

연구도구는 Ende 등(1989)이 개발한 Autonomy Preference Index로 정보추구 측정도구와 의사결정참여 요구 측정도구 2가지로 구성되어 있는데 이것을 본 연구자가 번안하였고, 노인의 가족과의 관계에서 의사결정시 참여요구를 측정하기 위해 의사결정 참여 도구에서 같은 문항이되 의사대신 가족으로 대체하여 사용하였다. 도구의 Cronbach's α값은 0.60~0.79이었다.

자료 분석은 SPSS 10.0 for windows를 이용하였다. 노인의 일반적 특성과 정보추구, 의사결정에의 참여 요구를 빈도와 백분율로, 일반적 특성에 따른 질병치료에 대한 정보추구 정도와 의사결정 참여 요구도의 차이는 t-test, ANOVA로, 노인의 일반적 특성과 정보추구 정도 및 노인의 의사결정에의 참여 요구도 관계는 Pearson correlation coefficient를, 정보추구 정도와 의사결정에의 참여 요구도에 영향을 주는 요인의 설명력은 다중 회귀분석을 이용하였다.

연구결과는 다음과 같다.

1) 노인의 일반적 특성에서 평균 연령은 73.5세였고, 본 연구 대상자 165명중 남

자 41.8%, 여자 58.2%였고, 학력은 국졸이 33.3%로 가장 많았고, 배우자가 없는 노인이 53.9%, 배우자가 있는 노인이 46.1%였다. 노인 혼자 사는 경우가 28.5%, 본인과 자녀가 같이 사는 경우가 27.9%, 본인과 배우자가 같이 사는 경우 24.2% 순이었다. 한달 용돈은 0-20만원이하가 가장 많은 50.3%였고, 직업이 없는 경우가 88.5%였다. 동년배 다른 노인과 비교시 인지한 건강상태를 매우 건강하거나 건강한 편이 49.1%로 가장 많았고, 갖고 있는 질환수는 1가지 있는 경우가 48.5%, 질환이 없는 경우 20.0%, 2가지 있는 경우 18.2%순이었다.

2) 노인의 질병 치료에 대한 정보추구 정도는 총 8문항이며, 가능점수 0.0-100.0점에서 측정된 점수 범위는 최하 33.6점에서 최고 100.0점이었고, 평균 74.9점으로 높은 정보추구 요구도를 나타내었다.

3) 노인의 의사와의 질병치료에 대한 의사결정시 노인의 참여 요구도는 총 15문항으로 가능 점수가 0.0-100.0점으로 측정된 점수 범위는 최하 10.0점에서 최고 80.3점이었고, 평균 45.1점으로 노인의 의사결정 참여 요구도가 약간 낮은 수준이었다. 각 질병의 가상 사례별로 볼때 가능점수 0.0-10.0점중 경미한 수준인 감기사례시 평균 5.2점, 중간 수준인 고혈압사례시 평균 5.0점으로 각각 두 사례에서 의사와 동등한 의사결정을 하길 원하는 것으로 나타났고, 심각한 질병 수준인 울혈성 심부전 사례시 평균 3.6점으로 노인의 의사결정시 참여 요구가 낮고 주로 의사가 결정하기를 원하는 경향이었다.

4) 노인의 가족과의 질병치료에 대한 의사결정시 노인의 참여 요구도가 총 15문항으로 가능 점수가 0.0-100.0점중에서 측정된 점수 범위는 최하 11.9점에서 최고 98.7점이었고, 평균 67.2점으로 가족과의 관계에서 노인의 의사결정 참여 요구가 높은 것으로 나타났다. 각 질병 사례별로 볼때, 가능점수 0.0-10.0점중 감기사례시 평균 8.0점, 고혈압사례시 평균 8.1점으로 두 사례가 유의한 차이를 보이지 않았고, 각각 가족과 의사결정을 할때 노인이 주도적인 역할을 하기를 원하는 것으로 나타났다. 울혈성 심부전 사례에서는 평균 6.4점으로 감기, 고혈압 사례에 비해 노인의 의사결정 참여 요구도가 낮아졌다.

5) 일반적 특성중 성별(t=2.406, P=.017), 학력(F=3.153, P=.016), 배우자유무(t=3.175, P=.002), 동거현황(F=3.113, P=.047), 한달 용돈(F=8.618, P=.000), 동년배

다른 노인과 비교시 인지한 건강상태(F=4.949, P=.008)에 따라 노인의 질병치료에 대한 정보추구가 유의한 차이를 보였다. 즉, 남자이고, 학력이 국졸이하인 경우보다 중졸이상인 경우, 배우자가 있고, 한달 용돈이 많을 수록, 동년배 다른 노인과 비교시 건강한 편이라고 인지할 수록 질병 치료에 대한 정보를 추구하는 정도가 높았다. 단, 노인 본인과 자녀만 같이 사는 경우가 다른 군에 비해 질병 치료에 대한 정보를 추구하는 정도가 낮았다. 정보추구 정도에 대해 가장 큰 영향을 미치는 요인은 한달 용돈이었고(β=.260), 동년배 다른 노인과 비교시 인지한 건강상태(β=-.169), 배우자 유무(β=-.122), 학력(β=.099), 성별(β=.035)순이었으며, 이 요인들의 총 설명력은 16.9%로 나타났다.

6) 일반적 특성중 노인이 갖고 있는 질환수(F=3.945, P=.004), 학력(t=-2.826, P=.005)에 따라 질병치료에 대해 의사와 의사결정시 노인의 참여 요구가 유의한 차이를 보였다. 즉, 갖고 있는 질환수가 적을 수록, 학력을 국졸이하와 중졸이상으로 나누어 보았을때 중졸이상의 경우 의사와의 관계에서 노인의 참여 요구도가 높은 것으로 나타났다. 또한 노인의 참여 요구도에 영향을 주는 요인으로 질환수(β=-.244), 학력(β=.165)순으로 이 요인들의 설명력이 9.3%로 나타났다.

7) 일반적 특성중 연령(F=6.714, P=.003), 성별(t=2.017, P=.045), 동거현황(F=6.764, P=.000)에 따라 질병치료에 대해 가족과 의사결정시 노인의 참여 요구가 유의한 차이를 보였다. 즉, 연령이 낮을 수록, 남자일때 가족과 의사결정시 노인의 참여 요구도가 높았고, 노인과 자녀만 같이 사는 경우가 참여 요구도가 낮은 것으로 나타났다. 노인의 가족과의 의사결정시 영향을 주는 가장 큰 요인은 동거현황(β=-.271)이었으며, 그 다음이 연령(β=-.198), 성별(β=-.102)순이며 이 요인들의 총 설명력은 12.4%이었다.

이상의 연구결과를 종합해볼때, 노인의 질병 치료에 대한 정보추구 정도는 높은 편이었는데, 이를 토대로 건강서비스 제공자인 간호사는 질병, 질병 치료, 자가관리, 부작용, 질병으로 인해 생기는 신체 변화 등 질병 전반에 관련된 정보를 충분히 제공해야 할 것이다.

또한 질병 치료에 대한 의사결정과정에서 간호사가 해야 할일은 노인의 가족

이나 보호자 뿐만 아니라 노인 당사자를 포함시키고, 노인의 생각을 잘 표현할 수 있도록 격려하고 개개인의 요구에 맞춰 의사결정을 할 수 있는 기회를 제공하는 것이라 사료된다.

2. 제언

본 연구의 결과를 토대로 추후 연구 방향에 대해 다음과 같이 제언하고자 한다.

1) 본 연구에서 사용한 도구는 서양의 의료상황에서 개발된 것이므로 가족 참여에 대한 문항이 없어 연구자가 가족 문항을 보완하여 사용하였다. 따라서, 질병치료에 대한 정보추구와 의사결정에의 참여 요구를 측정하기 위해 가족 참여에 대한 문항을 포함한 우리나라 의료 상황에 맞는 도구를 개발할 것을 제언한다.

2) 본 연구에서는 1개시 거주 노인만을 대상으로 하였는데, 대상자를 달리하여, 예를 들면, 병원에 입원한 대상자 혹은 농촌지역에 거주하는 노인의 정보추구와 의사결정에의 참여요구를 파악하는 반복 연구를 제언한다.

3) 정보추구와 의사결정에의 참여 요구에 일반적 특성 외에 영향을 주는 요인이 무엇인지에 대해 파악하는 연구를 제언한다.

참고 문헌

강정옥.(2003). *노인의 자아존중감, 사회심리적 의존성과 간호요양원 이용의사와의 관계.* 연세대 대학원 석사학위 논문.

구태희.(2002). *임상간호사의 윤리적 가치관, 의사결정 과정 참여도 및 직무 만족도에 관한 연구.* 대구 가톨릭대 대학원 석사학위 논문.

김경혜.(1998). 노인들의 동거형태 결정요인에 관한 연구:서울시 거주노인을 중심으로. *한국노년학회,* 18(1), 107-122.

김상희(1998). *암환자의 DNR 의사결정에 관한 연구.* 연세대 대학원 석사학위 논문.

김선옥(1999). *중환자실에서의 치료중단 특성 분석.* 연세대 보건대학원 석사학위 논문.

김영재.(1993). *정보추구의 동기가 정보원 이용에 미치는 영향에 관한 연구.* 이화여대 대학원 석사학위 논문.

김윤일.(2003). *고령화 사회의 도래에 따른 한국 실버산업의 발전방향.* 연세대학교 경제대학원 석사학위 논문.

김장락, 문중갑, 강경희, 이명순, 홍재용.(1997). 고혈압의 치료순응과 그 관련요인에 대한 지역사회 추적 조사. *대한 보건 협회.* 23(1), 79-100.

김정인.(2001). *노인의 사망전 1년의 의료이용수준에 관한 연구-뇌혈관질환을 중심으로.* 연세대 대학원 석사학위 논문.

김정희.(2003). *말기환자의 치료중단 특성과 주간호제공자의 경험.* 연세대 대학원 석사학위 논문.

모선희.(1991). 가족내에서 노인의 의사결정권. *한국 노년학.* 50-60.

송주은.(1992). *가정 경영에 대한 노인의 의사결정권이 생활만족도에 미치는 영향: 자녀와 동거하는 여자 노인을 중심으로.* 이화여대 대학원 석사학위 논문.

송현미.(2000). *의료윤리에서의 환자의 권리에 관한 연구.* 동아대 교육대학원

석사학위 논문.

여윤경.(1992). *노인의 의사결정에 영향을 미치는 자원에 관한 연구.* 이화여대 대학원 석사학위 논문.

이옥순.(2000). *남성 노인과 여성 노인의 부양실태 비교연구.* 연세대 대학원 석사학위 논문.

임송.(1994). *농촌지역 60세이상 노인인구의 고혈압 유병율 및 관리 형태.* 경북대학교 대학원 석사학위 논문.

전효숙.(2002). *고위험 신생아 치료중단에 대한 윤리적인 의사결정에 관한 연구.* 연세대 대학원 석사학위 논문.

정경희, 오영희, 이윤경.(2003). *지역별 노인복지 현황과 정책과제.* 보건사회 연구원.

조유향.(1996). *노인간호.* 서울: 현문사.

한성숙, 엄영란, 안성희, 김중호, 차성호, 권복규, 구인회, 임종식, 구영모.(2002). *간호윤리학.* 서울:대한간호협회

홍소연.(2003). 의료행위에서의 간섭주의의 정당화. *석당논총,* 33, 199-224.

Arora, N. & McHorney, C.(2000). Patient preferences for medical decision making: who really wants to participate? *Medical Care*, 38(3), 335-341.

Beisecker, A.(1988). Aging and the desire for information and input in medical decisions: patient consumerism in medical encounters. *The Gerontologist*, 28(3), 330-335.

Blanchard, C., Labrecqu, M., Ruckdeschel, J. & Blanchard, E.(1988). Information and decision-making preferneces of hospitalized adult cancer patients. *Society Science Medicine,* 22(11), 1139-1145.

Catalan, J., Andrews, H., Day, A., Cullum, S., Hooker, M. & Gazzard, B. (1994). Whose health is it? Views about decision-making and information-seeking from people with HIV infection and their

professional carers. *AIDS Care*, 6(3), 349-356.

Chamot, E.(2004). Women's Preferences for doctor's involvement in decisions about mammography screening. *Medical Decision Making, 24(4),* 379-385.

Chapple, H., Shah, S., Caress, A-L. & Kay, E.(2003). Exploring dental patients' preferred roles in treatment decision-making-a novel approach. *British Dental Journal,* 194(6), 321-327.

Coulter, A.(2003). Partenrship with patients: the pros and cons of shared clinical decision-making. *Journal of Health Service Research Policy,* 2(2), 112-121.

Davis, M., Hoffman, J., Hsu, J.(1999). Impact of patient acuity for information and autonomy in decison making. *Academic Emergency Medicine*, 6(8), 781-785.

Davison, B., Degner, L. & Morgan, T.(1995). Information and decision-making preferences of men with prostate cancer. *Oncology of Nuring Forum*, 22(9),1401-1408.

Davison, B., Goldenberg, S.(2003). Decisional regret and quality of life after participating in medical decision making for early-stage prostate cander. *British medicine of Journal,* 91(1), 14-17.

Degner, L., Kristjanson, L., Bowman, D., Sloan, J., Carriere, K., O'Nell, J., Bilodeau, B., Watson, P. & Muller, B.(1997). Information needs and decisonal preferences in women with breast cancer. *JAMA,* 227(18), 1485-1496.

Degner, L., Sloan, J.(1992). Decision making during serious illness: what role do patients really want to play? *Journal of Cliniccal Epidemiology,* 45(9), 941-950.

Ende, J., Kazis, L., Ash, A. & Moskowitz, M(1989). Measuring patients' desire for Autonomy. *Journal of General Internal Medicine,* 4(1), 23-30.

Gattellari, M., Voigt, K., Butow, P., Tattersall, M.(2002). When the treatment goal is not cure: are cancer patients equipped to make informed decisions? *Journal of clinical oncology,* 20(2), 503-513.

Hamalainen, P., Perala, M., Poussa, T. & Pelkonen, M.(2003).Patient participation in decision-making on the introduction of home respiratory care: who does not participate? *Health Expactation*, 6(2), 118-127.

Harrison, M., Kushner, K., Benzies, K., Rempel, G. & Kimark, C.(2003). Women's satisfaction with their involvement in health care decisions during a high- risk pregnancy. *Birth,* 30(2), 109-115.

Harvey, R., Kazis, L., Lee, A.(1999). Decision-making preference and opportunity in VA ambulatory care patients: association with patient satisfaction. *Research in Nursing & Health,* 22, 39-48.

Hashimoto, H., Fukuhara, S.(2004). The influence of locus of control on preferences for information and decision making. *Patient Educantion and Couseling,* 55(2), 236-240.

Herderson, A. & Shum, D.(2003). Decision-making preferences towards surgical intervention in a Hong-Kong Chinese population. *International Nursing Research,* 50(2), 95-100.

Lenz, E.(1984). Information seeking: a component of client decisions and health behavior. *Advances in Nursing Science,* 18, 61-72.

Levy, S., Herberman, R., Lee, J., Lippman, M. & d'Angelo, T.(1989). Breast conservation versus mastectomy: distress sequelae as a function of choice. *Journal of Clinical Oncology,* 7(3), 367-375.

Mansell, D., Poses, R., Kazis, L. & Duefield, C.(2000). Clinical factors that influence patients' desire for participation in decisions about illness. *Archive Internal Medicine*, 160, 2991-2996.

McKeown, R., Reiniger, B., Martin, M. & Hoppman, R.(2002). Shared decision making: views of first-year residents and clinic patients. *Academic Medicine,* 77(5), 438-445.

Meredith, C., Symonds, P., Webster, L., Lamont, D., Pyper, E., Gillis, C., & Fallowfield, L. (1996). Information needs of cancer patients in West Scotland: cross sectional survey of patients' veiws. *British Medicine of Journal,* 313, 724-726.

Nease, R. & Brooks, W.(1995). Patient desire for information and decision making in health care decisions: the autonomy preference index and the health opinion survey. *Journal of General Internal Medicine*, 10(11), 593-600.

O'connor, A., Drake, E., Wells, G., Tugwell, P., Laupacis, A. & Elmslie, T. (2003). A survey of the decision-making needs of Canadians faced with complex health decisions. *Health Expectations,* 6, 97-109.

Orsino, A., Cameron, J., Seidi, M., Mendelssohn, D. & Stewart, D.(2003). Medical decision-making and information needs in end-stage renal disease patients. *General Hospital Psychiatry,* 25, 324-331.

Pang, M.(1999). Protective truthfulness: the Chinese way of safeguarding patients in informed treatment decisions. *Journal of Medical Ethics,* 25, 247-253.

Petrisek, A., Laliberte, L., Allen, S. & Mor, V.(1997). The treatment decision-making process: age differences in a sample of women recently diagnosed with nonrecurrent, early-stage breast cancer. *The Gerontologist*, 37(5), 598-608.

Pinch, W. & Parsons, M.(1993). The ethics of treatment decision making: The elderly patient's perspective. *Geriatric Nursing,* 14(6), 289-293.

Pinquart, M. & Duberstein, P.(2004). Information needs and decision-making processes in older cancer patients. *Critical Reviews in*

Oncology/Hematology, 51, 69-80.

Reeder, L.(1972). The patient-client as a consumer: some observations on the changing professional-client relationship. *Journal of Health and Social Behavior,* 13, 406-412.

Ruland, C.(1999). Decision support for patient preference- based care planning : effects on nursing care and patient outcome. *Journal of American Medicine Information Association,* 6(4), 304- 312

Sekimoto, M., Asai, A., Ohnishi, M., Nishigaki, E., Fukui, T., Shimbo, T., & Imanaka, Y.(2004). Patients' Preferences for involvement in treatment decision making in Japan. *Biomed central Family Practice,* 5(1),1.

Smith, R., Woodward, N., Wallston, B., Wallston, K. & Zylstra, M.(1988). Health care implecations of desire and expectancy for control in elderly adults. *Journal of Gerontology,* 43(1), 1-7.

Stewart, D., Wong, F., Cheung, A., Dancey, J., Meana, M., Cameron, J., McAndrews, M., Bunston, T., Murphy, J. & Rosen, B.(2000) *Gynecologic Oncology*, 77, 357-361.

Stiggelbout, A., Kiebert, G.(1997). A role for the sick role. Patient preferences regarding information and participation in clinical d ecision-making. *Canadian Medical Association*, 157(4), 383-389.

Street, R., Voigt, B., Geyer, C., Manning, T. & Swanson, G.(1995). Increasing patient involvement in choosing treatment for elderly breast cancer. *Cancer,* 76(11), 2275-2285.

Strull, W. & Charles, G.(1984). Do patients want to participate in medical decision making? *JAMA,* 252(21), 2990-2994.

Thomson, S., Pitts, J. & Schwankovsky, L.(1993). Preferences for involvement in medical decision-making: situational and demographic inflences. *Patient Educatinal Counsil*, 22(3), 133-140.

Turk-Charles, S., Meyerowitz, B., Gatz, M.(1997). Age differences in information-seeking among cancer patients. *International Journal of aging and Human Development,* 45(2), 85-98.

Wetle, T., Levkoff, S., Cwikel, J. & Rosen, A. (1988). Nursing home resident participation in medical decisions: perceptions and preferences. *The Gerontological Society of America,* 28, 32-37.

Wills, C. & Rovner, M.(2003). Preliminary validation of the satisfaction with decision scale with depressed primary care patients. *Health Expectations*, 6(2), 149-159.

Wong, F., Stewart, D., Dancey, J., Meana, M., McAndrews, M., Bunston, T., & Cheung, A.(2000). Men with prostate cancer influence of psychological factors on informational needs and decision making. *Journal of Psychosomatic Research*, 49(1), 13-19.

<부록 1> 설문지

인사의 말씀

안녕하십니까?

저는 현재 연세대학교 대학원 간호학과에서 노인의 건강문제와 간호에 대하여 관심을 가지고 공부하고 있는 학생입니다.

본 설문지는 어르신들이 질병 치료에 대한 방법을 결정하는데 얼마나 참여하기를 원하시는지를 알아보기 위한 것입니다.
어르신께서 생각하시는 내용을 본 설문지를 통하여 응답하여 주시면 커다란 도움이 될 것입니다. 모든 응답내용과 조사결과는 연구자료로만 사용되며 비밀이 보장됨을 약속드립니다.

바쁘신 가운데에도 설문지에 응해 주셔서 감사드립니다.

2004. 10.

연구자 장수정 드림.

Ⅰ. 질병 치료에의 의사결정 요구도

다음을 읽으시고 어르신께서 해당되는 사항의 _____위에 V표 해주시기 바랍니다.

	전혀 아니다	아니다	보통	그렇다	매우 그렇다
1.(1) 질병 치료에 대한 결정은 내가 아닌 의사가 내려야한다.	_____	_____	_____	_____	_____
(2) 질병 치료에 대한 결정은 내가 아닌 가족 또는 보호자가 내려야 한다.	_____	_____	_____	_____	_____

	전혀 아니다	아니다	보통	그렇다	매우 그렇다
2.(1) 설사 내가 동의하지 않더라도 의사의 조언에 따라야 한다.	____	____	____	____	____
(2) 설사 내가 동의하지 않더라도 가족 또는 보호자의 조언에 따라야한다.	____	____	____	____	____
3. 병원에 입원했을때, 나는 내 자신의 치료에 대한 결정을 해서는 안된다.	____	____	____	____	____
4. 늘 갖고 있는 건강문제에 대한 의사결정은 내 뜻대로 해야 한다.	____	____	____	____	____
5.(1) 만약 내가 병이 들어서, 증세가 점점 악화되어 간다면, 의사가 더 많이 질병관리를 해주길 원한다.	____	____	____	____	____
(2) 만약 내가 병이 들어서, 증세가 점점 악화되어 간다면, 가족 또는 보호자가 더 많이 질병관리를 해주길 원한다.	____	____	____	____	____
6. 내가 얼마나 자주 병원에 가서 검진을 받아야 할지는 내가 결정해야 한다.	____	____	____	____	____

다음의 가상의 사례를 보시고 해당되는 사항의 ____위에 V표 해주시기 바랍니다.

당신이 지난 3일동안 목이 아프고, 코가 막히고, 기침이 계속 된다고 상상해보세요. 누가 다음의 결정을 내려야 한다고 생각하십니까?

(다음의 7, 8, 9번은 나와 의사중에서 누가 결정을 내려야 하는지에 대한 질문입니다.)

	나혼자 결정	내가 거의 결정	의사와 나 공동 결정	의사가 거의 결정	의사가 단독 결정
7. 의사의 진찰을 받는다.	_____	_____	_____	_____	_____
8. 가슴 엑스레이 사진을 찍는다.	_____	_____	_____	_____	_____
9. 기침약을 먹는다.	_____	_____	_____	_____	_____

(7^1, 8^1, 9^1번은 나와 가족, 보호자중에서 누가 결정을 내려야 하는지에 대한 질문입니다.)

	나혼자 결정	내가 거의 결정	가족, 보호자와 내가 공동 결정	가족, 보호자가 거의 결정	가족, 보호자가 단독결정
7^1. 의사의 진찰을 받는다.	_____	_____	_____	_____	_____
8^1. 가슴 엑스레이 사진을 찍는다.	_____	_____	_____	_____	_____
9^1. 기침약을 먹는다.	_____	_____	_____	_____	_____

당신이 정기 건강검진을 받으러 병원에 갔다고 상상해 보세요. 의사가 다른건 다 괜찮은데, 당신의 혈압이 높다고(170/100) 말했어요. 누가 다음의 결정을 내려야 한다고 생각하십니까?

(다음의 10, 11, 12번은 나와 의사중에서 누가 결정을 내려야 하는지에 대한 질문입니다.)

	나혼자 결정	내가 거의 결정	의사와 나 공동 결정	의사가 거의 결정	의사가 단독 결정
10. 내 혈압을 재러갈 다음 약속 날짜를 잡는다.	____	____	____	____	____
11. 내가 얼마나 쉬어야 할지 정한다.	____	____	____	____	____
12. 약물치료 혹은 식이조절을 한다.	____	____	____	____	____

(10^1, 11^1, 12^1번은 나와 가족, 보호자중에서 누가 결정을 내려야 하는지에 대한 질문입니다.)

	나혼자 결정	내가 거의 결정	가족, 보호자와 내가 공동 결정	가족, 보호자가 거의 결정	가족, 보호자가 단독결정
10^1. 내혈압을 재러 갈 다음 약속 날짜를 잡는다.	____	____	____	____	____
11^1. 내가 얼마나 쉬어야 할지 정한다.	____	____	____	____	____
12^1. 약물치료 혹은 식이 조절을 한다.	____	____	____	____	____

당신이 반듯이 누워있을 수 없을 정도로 숨이 차고, 많은 피로를 느낀다고 상상해보세요. 병원에 갔더니 의사가 당신에게 심장 기능이 많이 떨어져서 병원에 입원하여 치료를 받고 휴식을 취해야 한다고 했어요. 그래서, 당신은 입원을 했다고 생각해보세요. 누가 다음의 결정을 내려야 한다고 생각하십니까?

(13, 14, 15번은 나와 의사중에서 누가 결정을 내려야 하는지에 대한 질문입니다.)

	나혼자 결정	내가 거의 결정	의사와 나 공동 결정	의사가 거의 결정	의사가 단독 결정
13. 체온과 혈압을 재기 위해 얼마나 자주 내가 깨어야 할지에 대해.	____	____	____	____	____
14. 나의 직계 가족외에 방문객을 허용할지에 대해.	____	____	____	____	____
15. 심장전문의에게 의뢰를 해야할지에 대해.	____	____	____	____	____

(13[1], 14[1], 15[1]번은 나와 가족, 보호자중에서 누가 결정을 내려야 하는지에 대한 질문입니다.)

	나혼자 결정	내가 거의 결정	가족, 보호자와 내가 공동 결정	가족, 보호자가 거의 결정	가족, 보호자가 단독결정
13[1]. 체온과 혈압을 재기 위해 얼마나 자주 내가 깨어야 할지에 대해.	____	____	____	____	____
14[1]. 나의 직계 가족외에 방문객을 허용할지에 대해.	____	____	____	____	____
15[1]. 심장전문의에게 의뢰를 해야할지에 대해.	____	____	____	____	____

Ⅱ. 정보 추구 정도

다음을 보시고 해당되는 사항의 ____위에 V표 해주시기 바랍니다.

	전혀 아니다	아니다	보통	그렇다	매우 그렇다
16. 증세가 악화될 수록 질병에 대해 더 많은 정보를 들어야 한다.	_____	_____	_____	_____	_____
17. 질병으로 인해 내 몸에 무슨 일이 일어나는지 확실하게 이해해야 한다.	_____	_____	_____	_____	_____
18. 설사 그 질병에 대한 소식이 나쁜 소식일지라도 나는 잘 알고 있어야 한다.	_____	_____	_____	_____	_____
19. 의사는 나에게 검사의 목적을 설명해야 한다.	_____	_____	_____	_____	_____
20. 내가 원할때만 정보를 받아야 한다.	_____	_____	_____	_____	_____
21. 내가 쓰는 약물의 모든 부작용에 대해 아는 것이 중요하다.	_____	_____	_____	_____	_____
22. 질병에 대한 정보를 아는 것은 치료를 위해 중요하다.	_____	_____	_____	_____	_____
23. 질병을 치료하는데 한가지 이상의 방법이 있을때, 나는 각각에 대해 설명을 들어야 한다.	_____	_____	_____	_____	_____

Ⅲ. 일반적 사항

다음을 읽으시고 어르신에게 해당되는 사항의 ____위에 V표 해주시기 바랍니다.

1. 연령(출생연도):_____ 2. 성별: 남_____ 여_____

3. 교육수준:

학교 다닌 적이 없음____ 국졸____ 중졸____ 고졸____

대학교 이상____ 기타____

4. 현재 결혼 상태:

기혼____ 사별____ 이혼____ 별거_____ 미혼_____

5. 동거현황:

본인혼자_____ 본인+미혼자녀_____ 본인+기혼자녀_____

본인+배우자_____ 본인+배우자+미혼자녀_____

본인+배우자+기혼자녀_____ 기타_____

6. 현재 한달 쓰시는 용돈은 어느 정도이십니까?

10만원이하_____ 11만원-20만원이하_____ 21만원-30만원이하_____

31만원-40만원이하_____ 41만원-50만원이하_____ 51만원이상_____

7. 현재 종사하는 직업이 있으십니까? 예_____ 아니오_____

있다면 무엇입니까?_____

8. 현재의 건강상태는 어떠하십니까?

매우 건강하다____ 건강한 편이다____ 그저 그렇다____

건강하지 못하다____ 매우 건강하지 못하다____

9. 같은 연배의 다른 노인들과 비교했을때 현재 본인의 건강상태는 어떠하십니까?

매우 건강하다____ 건강한 편이다____ 그저 그렇다____

건강하지 못하다____ 매우 건강하지 못하다____

10. 현재 가지고 있는 질환이 있다면 무엇입니까?(중복가능)

고혈압____ 심장질환_____ 뇌졸중_____ 당뇨_____

관절염____ 기타____ 없음____

감사합니다.

<부록 2> 각 변수간의 양측 상관관계 n=165

	연령	학력	한달용돈	다른 노인과 비교시 인지한 건강상태	질환수	정보추구정도	노인의 의사결정 참여 요구 (노인,의사간)	(노인,가족간)
연령	1.000							
학력	-.164	1.000						
	(.035)							
한달용돈	-.258	.370	1.000					
	(.001)	(.000)						
다른 노인과	-.108	-.217	-.118	1.000				
비교시 인지한	(.167)	(.005)	(.130)					
건강상태								
질환수	.103	-.209	-.227	.510	1.000			
	(.186)	(.007)	(.003)	(.000)				
정보추구 정도	-.031	.166	.285	-.233	-.152	1.000		
	(.693)	(.033)	(.000)	(.003)	(.051)			
의사결정 참여요구	-.118	.216	-.025	-.056	-.279	-.089	1.000	
노인, 의사간	(.130)	(.005)	(.745)	(.477)	(.000)	(.257)		
노인, 가족간	-.266	.069	.111	.051	-.069	.110	.371	1.000
	(.001)	(.378)	(.158)	(.519)	(.375)	(.161)	(.000)	

ABSTRACT

Information Seeking by Elders and their Demands for Participation in Decision-Making regarding Treatment of Disease

Jang, Soo-Jung
Dept. of Nursing
The Graduate School
Yonsei University

The purpose of this study was, through descriptive research, to provide fundamental data for nurses caring for elders by identifying their information seeking practices regarding disease treatment and their demands for participation in decision-making.

The participants were 165 people, both men and women, 65 years or older who agreed to participate in the research, who did not have any limitations in ability to communicate and who participated in programs in any of five apartment centers for elderly people or five welfare facilities for elderly people located in the city of Seoul.

The data were collected from October 12 to November 17, 2004. The data collection method was one-to-one interviews using a questionnaire or if the elders preferred, answering the questionnaire directly. It took about 20 minutes for each elder to complete the questionnaire.

The measurement tool for this study was the Autonomy Preference Index developed by Ende et al.(1989), a scale on information seeking and demand for

participation in decision-making that was revised by the investigator with the addition of a question to measure demand for participation in decision-making regarding disease treatment when the family was involved. The Cronbach's alpha ranged from 0.60~0.79. The data analysis used SPSS 10.0 for windows.

The results are summarized as follows;

1. The average score for information seeking regarding disease treatment by the elders was a comparatively high with a score of 74.9 (possible range 0.0 to 100.0).

2. Demand by the elders to participate with the physician in decision-making regarding disease treatment had a mean score of 45.1 (possible range 0.0 to 100.0), showing a low average. Given virtual disease scenarios the elders responded with an average score for a common cold of 5.2 (possible range 0 to 10), and 5.2 for high blood-pressure indicating their demand for more equal participation with the physicians in decision-making on treatment for these two problems, but for congestive failure, the average was a low 3.6 indicating less demand for this more serious disease.

3. The average score for demand for participation in decision-making with the family was 67.2 points, indicating that the elders want a lead in decision-making in this case. For the virtual diseases of a common cold, the average was 8.0 (possible range 0 to 10), for hypertension, 8.1 and for congestive heart failure, 6.4.

4. Information seeking scores were higher for men, for those with middle-school graduation or higher, whose spouse was living, whose pocket money was adequate and who perceived that they were healthier. Information seeking scores were lower for elders with no spouse and who lived with one of their children, son or daughter.

5. The demand for participation in decision-making with the doctor regarding disease treatment was high for elderly men who had fewer diseases and had

an education level of middle graduation or higher.

6. The demand for participation in decision-making with family for disease treatment was high for those in the lower age group and for men, but low for elders who lived with their children only.

On the basis of the above, elders need to receive information about disease treatment not just because they are low on information seeking, but because they need treatment information. Also, the medical team should include in the decision-making process not only the family of the elder or the guardian but also the elders themselves, to encourage them to express their thoughts, and offer an opportunity in which decision-making can meet each person's unique demands.

Key words:information seeking, decision-making, demand for participation, elder