

# 중년기 성인의 품위 있는 죽음에 대한 태도와 사전연명의료의향서에 대한 지식 및 태도

유혜인<sup>1)</sup> · 이영희<sup>2)</sup>

<sup>1)</sup>한림대학교 춘천성심병원 전문간호사, <sup>2)</sup>성균관대학교 임상간호대학원 교수

## Middle-Aged Adults' Attitudes toward Dignified Death and Advance Directives, and Knowledge of Advance Directives

Yoo, Hye In<sup>1)</sup> · Yi, Young Hee<sup>2)</sup>

<sup>1)</sup>Advanced Practice Nurse, Hallym University Chuncheon Sacred Heart Hospital

<sup>2)</sup>Professor, Graduate School of Clinical Nursing Science, Samsung Medical Center, Sungkyunkwan University School of Medicine

**Purpose:** The purpose of study was to provide basic data for developing interventions that could help middle-aged adults prepare for dignified death in the future by examining their attitudes toward death and advance directives (AD), and knowledge of AD. **Methods:** Data were collected through a survey of 211 middle-aged adults from January 28 to February 28, 2019, in a city located in Gangwon Province. To analyze the data, descriptive statistics, t-test, one-way ANOVA, Scheffé test, Pearson's correlation coefficient and stepwise linear regression were utilized using SPSS/WINDOWS 21.0. **Results:** The average score of the participants' attitudes toward death and AD, and knowledge of AD was  $91.82 \pm 10.89$ ,  $15.53 \pm 4.27$ ,  $46.00 \pm 9.45$ , respectively. There were positive correlations between attitudes toward dignified death and attitudes toward AD, and knowledge of AD. Factors that influence attitudes toward AD were shown in the order of attitudes toward dignified death, knowledge of AD, and intentions to write AD (Adjusted  $R^2 = .24$ ). **Conclusion:** For the dignified death in the future, it is necessary to provide middle-aged adults with an opportunity to think about the need of AD. In addition, extensive education and promotion of AD are required to correct the misunderstanding of AD.

**Key words:** Middle Aged, Death, Advance Directives, Attitude, Knowledge

### I. 서론

#### 1. 연구의 필요성

품위 있는 죽음이란 사람이 인간으로서의 존엄성을 유지하며 평화로운 죽음을 맞이하는 것을 말하는 것으로[1], 이런 죽

음을 맞이하기 위해서는 생의 마지막 순간에 대한 자신의 자율적 의사결정이 필요하다[2]. 그리고 특히 병원에서 임종을 맞이하는 환자들에게는 사랑하는 이들과 함께 있으면서 통증이나 불쾌감을 최소한으로 느끼게 하고, 환자의 의사를 반영하여 환자가 원하는 방향으로 치료방법이 결정되도록 하며 의료진과의 좋은 관계 안에서 죽음을 잘 준비하도록 환자를 돕

**주요어:** 중년기 성인, 죽음, 사전연명의료의향서, 태도, 지식

**Corresponding author:** Yi, Young Hee

Graduate School of Clinical Nursing Science, Samsung Medical Center, Sungkyunkwan University School of Medicine, 115 Ilwon-ro, Gangnam-gu, Seoul 06355, Korea.

Tel: 82-2-2148-9930, Fax: 82-2-2148-9949, E-mail: iyyh@skku.edu

\* 이 논문은 제1저자 유혜인의 2019년 석사학위논문을 수정한 논문임.

\* 한국중환자간호학회 추계학술대회(2019.9. 27) 포스터 발표.

투고일: 2020년 1월 31일 / 심사완료일: 2020년 2월 7일 / 게재확정일: 2020년 2월 21일

는 의료진의 역할이 매우 중요하다[3]. 실제로 외국의 경우 의료진은 질병 초기부터 환자에게 상태를 알리고, 직접 치료 계획에 참여 시킴으로써 임종기에 그들의 삶에 대한 가치관이 잘 반영되도록 돕고 있다[4].

그러나 국내의 경우 의료진이 환자가 아닌 가족에게 환자의 상태를 먼저 이야기하거나, 때로는 가족들이 환자를 보호한다는 명목으로 질병에 대한 정보를 은폐하거나 왜곡해서 환자에게 전달해 줄 것을 요청하기도 한다[5]. 특히 중환자실에 입실한 환자의 대부분은 깊은 진정 상태나 급성기 상태로 인해 의사결정에 참여하지 못할 뿐만 아니라, 각종 의료기계에 의존한 상태로 가족과 격리되어 임종을 맞이하게 된다[6]. 암 병동과 호스피스 병동의 말기 암 환자의 경우 심폐소생술 금지 동의서를 직접 작성한 경우는 4.6%로 나머지는 배우자나 자녀에 의해서 작성되었으며, 이마저도 죽음에 임박하여 작성되는 경우가 대부분이다[7]. 최근 국민연명의료관리기관 자료에 의하면 연명의료법 시행 후 연명의료 중단 결정 시 실제 연명의료 유보나 중단 이행자 가운데 사전연명의료의향서 작성자가 0.9%, 연명의료계획서 작성자가 31.8%로 32.7%의 환자만이 자기결정권에 의하여 연명의료가 중단되었고, 나머지 환자들은 가족들의 의견에 의해 연명의료가 중단되었다[8]. 이를 통해 가족들의 요구나 주변 상황들로 인해 당사자인 환자가 배제되면서 환자는 자신의 삶의 질이나 연명의료에 대한 자기결정권을 존중받지 못하고 있음을 알 수 있다[5].

삶의 마지막 순간에 품위 있게 이별하기 위해서는 죽음이 임박할 때가 아닌 건강할 때부터 죽음에 대하여 생각하고, 나름의 학습이 필요하다. 즉 건강한 사람이라 할지라도 임종을 고민하고 임종 과정에서 본인에게 시행될 의료 행위가 단순히 임종 과정만을 연장하는 것일 수 있다는 사실을 생각해 볼 기회를 가질 필요가 있는데 이것은 사전연명의료의향서를 통하여 가능하다[9]. 사전연명의료의향서는 19세 이상인 성인이 본인의 연명의료 중단 등에 대한 결정과 호스피스에 관한 의사에 대해 작성한 문서를 말하며[6,9] 자기 결정권을 보장받을 수 있는 유일한 대안으로 제시되고 있다[10].

한편, 중년기는 전체 인생 주기에서 가장 생산적이고, 비중이 커지는 시기이지만 부모나 주변 사람의 죽음을 경험하면서 무의식적으로 죽음에 직면하게 되는 시기이며[11] 자신의 정신적 능력 감퇴와 육체적 노화가 진행됨에 따라 노인만큼이나 죽음에 대한 불안을 느끼게 되므로[12] 이런 죽음에 대한 불안이나 두려움을 감소시키기 위한 중재가 필요하다. 또한 중년기 성인은 노인 세대인 부모의 임종기 의료를 결정하게 될 가능성이 클 뿐 아니라 가까운 미래에는 자신도 동일한 상황에

처하게 될 당사자이기 때문에[13] 품위 있는 죽음과 사전연명의료에 대한 이들의 지식과 태도는 매우 중요하다.

그 동안 품위 있는 죽음, 사전의사결정을 포함한 사전연명의료의향서에 대한 지식과 태도에 관련된 국내 선행연구들[1,2,6,10,12-19]은 비교적 많으나 중년기 성인을 대상으로 하거나 품위 있는 죽음과 사전연명의료의향서와의 관련성을 파악한 연구는 부족한 실정이다. 또한 선행연구들은 측정도구의 타당도가 제한적이거나[13] 2018년 ‘호스피스 연명의료에 관한 법률’ 시행 이전의 용어들을 사용한 측정도구를 이용했기 때문에[13,14,19] 현재의 상황과는 맞지 않는 부분이 있어 새롭게 도구를 수정하여 측정해야 한다. 한편, 사전연명의료의향서는 실제로 작성하는 것이 매우 중요한데, 이런 실제 작성을 도모하기 위해서는 사전연명의료의향서에 대한 태도가 긍정적일수록 사전연명의료의향서를 실제 작성할 가능성이 높다는 선행연구[15] 결과를 고려하여 사전연명의료의향서에 대한 태도에 영향을 주는 요인을 파악할 필요가 있다.

이에 본 연구는 건강한 중년기 성인의 품위 있는 죽음에 대한 태도와 사전연명의료의향서에 대한 지식 및 태도를 파악하여 앞으로 이들의 품위 있는 죽음을 준비하도록 도울 수 있는 중재 개발을 위한 기초자료를 마련하고자 한다.

## 2. 연구목적

본 연구의 목적은 중년기 성인의 품위 있는 죽음에 대한 태도와 사전연명의료의향서에 대한 지식 및 태도를 파악하고자 함이며, 구체적인 목적은 다음과 같다.

- 1) 대상자의 품위 있는 죽음에 대한 태도를 파악한다.
- 2) 대상자의 사전연명의료의향서에 대한 지식 및 태도를 파악한다.
- 3) 대상자의 특성에 따른 품위 있는 죽음에 대한 태도, 사전연명의료의향서에 대한 지식 및 태도의 차이를 비교한다.
- 4) 대상자의 품위 있는 죽음에 대한 태도, 사전연명의료의향서에 대한 지식 및 태도 간의 상관관계를 파악한다.
- 5) 대상자의 사전연명의료의향서에 대한 태도에 영향을 주는 요인을 파악한다.

## II. 연구방법

### 1. 연구설계

본 연구는 중년기 성인의 품위 있는 죽음에 대한 태도와 사

사전연명의료의향서에 대한 지식 및 태도를 파악한 서술적 조사 연구이다.

## 2. 연구대상

연구대상자는 강원도 소재 일개 도시에 거주하는 중년기 성인을 표적 모집단으로 하고 두 개의 관공서에 근무하는 근무자 또는 민원실을 이용하는 민원인 중 40세 이상 65세 미만의 중년기 성인 중 스스로 일상활동을 영위하며, 지역사회에 거주하고, 의사소통이 가능하며, 연구의 목적을 이해하고 스스로 결정하고 동의한 대상자이다. 표본의 크기는 대상자의 사전연명의료의향서에 대한 태도에 미치는 영향을 파악하기 위해 유의수준 .05, 효과크기 .15, 검정력 95%, 회귀분석(독립변수: 14개)에 필요한 대상자 수를 G\*Power를 이용해서 산출한 결과 최소 192명이었으며, 탈락률 10.0%를 고려하여 212명에게 설문 조사를 시행하였고 응답이 부실한 설문지 1부를 제외한 총 211명의 자료를 최종 분석하였다.

## 3. 연구도구

### 1) 품위 있는 죽음에 대한 태도

대상자의 품위 있는 죽음에 대한 태도를 측정하기 위해 Jo [1]가 개발한 30문항의 측정도구를 메일을 통해 저자의 허락을 받은 후 사용하였다. 이 도구는 정서적 안위 유지(10문항), 사회적 관계 정리(9문항), 고통 없음(3문항), 자율적 의사 결정(4문항), 역할 보존(4문항)으로 구성된 5개의 하위 영역이 있다. 각 문항에 대해 '매우 동의하지 않는다(1점), 동의하지 않는다(2점), 동의한다(3점), 매우 동의한다(4점)'로 측정하며, 점수 범위는 30~120점으로 점수가 높을수록 품위 있는 죽음을 희망함을 의미한다. 원 도구 개발 당시 도구의 신뢰도 Cronbach's  $\alpha$ 는 .92였으며, 본 연구도구의 신뢰도 Cronbach's  $\alpha$ 는 .95였다.

### 2) 사전연명의료의향서에 대한 지식

대상자의 사전연명의료의향서에 대한 지식 측정을 위해 Hong과 Kim [19]이 개발한 도구를 메일을 통해 저자의 허락을 구한 후 다음과 같은 절차로 연구자가 수정·보완하여 이용하였다. 원 도구는 임종기 관련 지식 11문항, 연명의료 관련 지식 8문항, 사전연명의료의향서 문서 관련 지식 9문항으로 각각의 개념으로 측정하였으나, 본 연구는 사전연명의료의향서를 작성하기 위해 선행되어야 하는 개념으로 임종기 관련, 연명의료 관련, 문서 관련 지식을 모두 포함하여 사전연명의료의향서에 대한 지식을 측정하였으며, 이러한 개념들을 하위

영역으로 나누었다. 국립연명의료관리기관과 지사 등록기관 Q&A를 참고하여 일반인들의 질문을 파악하고, End of life care를 전공한 전문가 3명에게 자문하여 문항을 수정하였다. 이를 다시 전문가 집단 7인에게 내용타당도 검증을 거쳐 타당도 지수(Content Validity Index, CVI) 0.8 이상인 항목을 선택하여 임종기 관련 지식 8문항, 연명의료 관련 지식 6문항, 문서 관련 지식 9문항으로 구성하였다. 항목마다 용어 정의는 연명의료법에 맞게 수정하였다. 수정된 도구를 이용하여 중년기 성인 20명을 대상으로 사전 조사(pilot study)를 시행한 후 이해하기 어려운 단어나 문장들은 수정하여 임종기 관련 지식 8문항, 연명의료 관련 지식 6문항, 사전연명의료의향서 문서 관련 문항 9문항의 총 23문항으로 구성된 도구를 완성하였다. 각 문항에 대해 '예', '아니오', '모른다'로 측정하여 오답과 모른다는 0점, 정답은 1점으로 처리했다. 점수의 범위는 임종기 관련 지식 0~8점, 연명의료 관련 지식 0~6점, 사전연명의료의향서 문서 관련 지식 0~9점으로, 총점은 0~23점으로 점수가 높을수록 사전연명의료의향서 관련 지식수준이 높음을 의미한다. 원 도구 개발 당시 도구[19]의 신뢰도 Cronbach's  $\alpha$ 는 .92였으며, 수정된 본 연구도구의 신뢰도 Cronbach's  $\alpha$ 는 .79였다.

### 3) 사전연명의료의향서에 대한 태도

대상자의 사전연명의료의향서에 대한 태도 측정을 위해 Nolan과 Bruder [20]가 개발하고 2003년에 수정·보완한 Advance Directive Attitude Scale (ADAS)을 Lee와 Park [16]이 번역한 도구를 이용하였으며, 원저자와 번역자에게 메일을 통해 도구 사용에 대해 허락을 받았다. 이 도구는 '치료 선택의 기회(4문항)', '사전연명의료의향서가 가족에게 미치는 영향(8문항)', '사전연명의료의향서가 치료에 미치는 영향(3문항)', '질병의 인식(1문항)'의 4개 하위 영역 16개 문항으로 구성되어 있다. 각 문항에 대해 '전혀 아니다(1점), 아니다(2점), 그렇다(3점), 매우 그렇다(4점)'로 측정하였으며, 역 문항은 역 환산 후 총점을 구하였다. 점수의 범위는 16~64점이고, 점수가 높을수록 사전연명의료의향서에 대한 태도가 긍정적인 의미를 의미한다. 원 도구 개발 당시 도구[20]의 신뢰도 Cronbach's  $\alpha$ 는 .74였으며, 번역 시 도구[16]의 신뢰도 Cronbach's  $\alpha$ 는 .79, 본 연구도구의 신뢰도 Cronbach's  $\alpha$ 는 .83이었다.

## 4. 자료수집방법

자료수집은 강원도 C시에 소재한 대학병원 임상연구심의위원회(Institutional Review Board, IRB)에서 승인을 얻은

후 연구자가 임의 선정된 C시의 두 개의 관공서에 직접 방문하여 연구의 목적을 설명한 후 자료수집에 관한 허락을 받아 2019년 1월 28일부터 2월 28일까지 이루어졌다.

본 조사 시행 전 중년기 성인 20명을 대상으로 사전 조사를 시행하여 이해도 및 소요시간을 확인하였다. 본 조사는 연구자가 관공서에 직접 방문하여 직원 또는 민원실을 이용하는 민원인 중 중년기 성인을 편의 추출하여 연구의 목적과 참여 방법에 대해 직접 구두로 설명한 후 서면 동의한 경우에 설문 조사를 시행하였다. 설문지 작성은 약 20~25분 정도 소요되었으며, 탈락률을 줄이기 위해 대상자들이 혼동하거나 궁금해하는 부분은 다시 설명하였고, 빠진 문항이 없는지 확인하도록 하였다.

## 5. 자료분석방법

수집된 자료는 유의수준을 .05로 하여 SPSS/WIN 21.0 프로그램을 이용하여 다음과 같이 분석하였다. 1) 대상자의 특성은 빈도 분석을 이용하였고, 2) 대상자의 품위 있는 죽음에 대한 태도, 사전연명의료의향서에 대한 지식 및 태도는 평균과 표준편차를 이용하였으며, 3) 대상자의 특성에 따른 품위 있는 죽음에 대한 태도, 사전연명의료의향서에 대한 지식 및 태도의 차이 비교는 t-test, one way ANOVA 및 사후 분석(Scheffé test)을 이용하였다. 4) 대상자의 품위 있는 죽음에 대한 태도, 사전연명의료의향서에 대한 지식 및 태도 간의 상관관계는 Pearson's correlation coefficient를 이용하였고, 5) 사전연명의료의향서에 대한 태도에 영향을 주는 요인 분석은 단계적 회귀분석을 이용하여 분석하였다.

## 6. 윤리적 고려

자료수집 전 강원도 C시에 소재한 대학병원 임상연구심의위원회에서 승인을 얻은 후(승인 번호: CHUNCHEON 2019-01-001) 자료를 수집하였다. 연구자가 관공서에 직접 방문하여 직원 또는 민원실을 이용하는 민원인 중 편의 추출된 중년기 성인에게 연구의 목적과 참여 방법을 설명하고, 연구참여를 원하지 않으면 언제라도 중단할 수 있음과 설문지는 연구목적으로만 사용하고 연구대상자의 익명성을 보장한다는 내용을 직접 구두로 설명한 후 서면 동의한 경우에 설문 조사를 시행하였다. 수집된 자료는 연구대상자의 신분이 드러나지 않도록 대상자 고유 번호를 부여하였고, 조사 내용과 결과는 비밀을 유지하기 위해 숫자로 전산처리하여 관리하였다.

## III. 연구결과

### 1. 대상자의 특성

대상자의 특성은 남자 88명(41.7%), 여자 123명(58.3%)이었고, 연령은 평균 52.0세로 50대가 98명(46.5%)으로 가장 많았으며, 학력은 대졸 이상이 101명(47.9%)이었다. 110명(52.1%)이 종교를 가지고 있었으며, 주거 형태는 140명(66.3%)이 부부 및 자녀와 동거를 하고 있고, 부부만 거주하고 있는 경우는 32명(15.2%)이었다. 직업을 가지고 있는 경우는 193명(91.5%)이었고, 경제 상태는 중간 정도로 생각하는 대상자가 154명(73.0%)으로 가장 많았으며, 병원비 부담은 198명(93.8%)이 본인과 배우자가 부담하는 것으로 나타났다. 자신의 건강 상태는 상 75명(35.5%), 중 131명(62.1%), 하 5명(2.4%)이었다. 죽음에 대해 생각을 해본 경험이 있는 경우는 156명(73.9%), 지난 5년간 자신이 일반 병동에 입원한 경우는 81명(38.4%), 가족이 입원한 경우는 123명(58.3%), 자신이 중환자실 입원한 경험이 있는 경우는 14명(6.6%), 가족이 중환자실에 입원한 경우는 60명(28.4%), 주변인의 사망을 경험한 경우는 152명(72.0%)이었다. 사전연명의료의향서 작성 의사가 있는 대상자는 167명(79.1%)이었고, 이 중 34명(16.1%)은 실제 사전연명의료의향서를 작성한 것으로 나타났으며, 123명(58.3%)이 호스피스를 이용할 의사가 있다고 답하였다.

사전연명의료의향서 작성 의사가 있는 대상자 중 사전연명의료의향서 작성 시기는 '건강할 때'라고 응답한 경우가 94명(56.3%)으로 가장 많았으며, 사전연명의료의향서 작성을 돕는데 필요한 사항으로는 대대적인 교육 및 홍보 70명(33.2%), 의료진으로부터 충분한 환자 상태에 대한 의학 정보 제공 및 작성 권유 44명(20.9%), 사전연명의료의향서 작성에 대한 접근성 확대가 36명(17.1%)의 순으로 나타났다. 사전연명의료의향서 작성 시 중요하다고 생각되는 1순위는 '나 자신의 뜻', 2순위는 '가족의 뜻', 3순위는 '의사의 의견'이었다(Table 1).

### 2. 대상자의 품위 있는 죽음에 대한 태도

대상자의 품위 있는 죽음에 대한 태도 점수는 총점  $91.82 \pm 10.89$ 점, 평균  $3.06 \pm 0.36$ 점이었으며, 하위 영역별로 총점(평균 점수)을 살펴보면 '정서적 안위 유지' 영역  $30.88 \pm 6.59$ 점( $3.09 \pm 0.66$ 점), '사회적 관계 정리' 영역  $27.53 \pm 5.63$ 점( $3.06 \pm 0.62$ 점), '고통 없음' 영역  $8.05 \pm 2.38$ 점( $2.68 \pm 0.79$ 점), '자율적 의사결정' 영역  $13.12 \pm 2.48$ 점( $3.28 \pm 0.75$ 점), '역할 보존' 영역  $12.26 \pm 2.43$ 점( $3.07 \pm 0.61$ 점)이었다(Table 2).

**Table 1.** Characteristics of Participants (N=211)

Characteristics	Categories	n (%)	
Gender	M	88 (41.7)	
	F	123 (58.3)	
Age (yr)	40~49	72 (34.1)	
	50~59	98 (46.5)	
	60~64	41 (19.4)	
Education	≤ High school or below	110 (52.1)	
	≥ College or higher	101 (47.9)	
Religion	Yes	110 (52.1)	
	No	101 (47.9)	
Type of household	Single	20 (9.5)	
	Husband & wife	32 (15.2)	
	Husband, wife, & children	140 (66.3)	
	Others	19 (9.0)	
Occupation	Yes	193 (91.5)	
	No	18 (8.5)	
Economic status	Good	4 (1.9)	
	Fair	154 (73.0)	
	Poor	53 (25.1)	
One who pays medical bills	Self & spouse	198 (93.8)	
	Self & children, children, other	13 (6.2)	
Health status	Good	75 (35.5)	
	Fair	131 (62.1)	
	Poor	5 (2.4)	
Experience of thinking about death	Yes	156 (73.9)	
	No	55 (26.1)	
Experience for the last five years	One's own inpatient experience in general ward	Yes No	81 (38.4) 130 (61.6)
	Family hospitalization experience in general ward	Yes No	123 (58.3) 88 (41.7)
	One's own inpatient experience in an intensive care unit	Yes No	14 (6.6) 197 (93.4)
	Family hospitalization experience in an intensive care unit	Yes No	60 (28.4) 151 (71.6)
	Experience of death of family, relatives and friends	Yes No	152 (72.0) 59 (28.0)
	Experience in writing AD	Yes	34 (16.1)
		No	177 (83.9)
	Intention to write AD	Yes	167 (79.1)
No		44 (20.9)	
Intention to receive hospice palliative care	Yes	123 (58.3)	
	No	88 (41.7)	
When to write AD (n=167)	When I'm in good health	94 (56.3)	
	When I got the disease	33 (19.8)	
	When diagnosed with a serious condition	20 (11.9)	
	When the serious condition has aggravated	6 (3.6)	
	When diagnosed with terminal disease	10 (6.0)	
	When I entered the nursing home	3 (1.8)	
	Others	1 (0.6)	
Elements required for writing AD	Extensive education and promotion	70 (33.2)	
	Expanding accessibility to AD	36 (17.1)	
	Training for AD making	2 (0.9)	
	Support from the government and society	23 (10.9)	
	Improving the culture to talk frankly about death	34 (16.1)	
	Providing and encouraging sufficient clinical information on patient condition from the healthcare providers	44 (20.9)	
	Others	2 (0.9)	
Who decides to write AD*	Self	190 (90.0)	
	Family	96 (45.5)	
	Physician	60 (28.4)	

\*It was a duplicate response; AD=advance directives.

### 3. 대상자의 사전연명의료의향서에 대한 지식 및 태도

대상자의 사전연명의료의향서에 대한 지식의 총점은 15.53±4.27점, 정답률은 67.5%였으며, 하위 영역별 점수(정답률)는 ‘임종기 관련 지식’ 5.09±1.66점(63.6%), ‘연명의료 관련 지식’ 4.28±1.39점(70.9%), ‘사전연명의료의향서 문서 관련 지식’ 6.16±2.36점(68.5%)이었다. 대상자의 사전연명의료의향서에 대한 태도는 총점 46.00±9.45점, 평균 2.88±0.36점이었고, 하위 영역별 총점(평균 점수)은 ‘치료 선택의 기회’ 영역 10.95±2.30점(2.74±0.58점), ‘사전연명의료의향서가 가족에게 미치는 영향’ 영역 22.99±4.96점(2.87±0.62점), ‘사전연명의료의향서가 치료에 미치는 영향’ 영역 9.04±1.67점(3.01±1.67점), ‘질병의 인식’ 영역 3.02±0.52점(3.02±0.52점)이었다(Table 2).

### 4. 대상자의 특성에 따른 품위 있는 죽음에 대한 태도, 사전연명의료의향서에 대한 지식 및 태도의 차이 비교

대상자의 특성에 따른 품위 있는 죽음에 대한 태도는 연령에 따라 40대와 60대에 비하여 50대에서 유의하게 점수가 높았다( $F=4.85, p=.009$ ).

대상자의 특성에 따른 사전연명의료의향서에 대한 지식은 대상자의 평소 죽음에 대하여 생각해본 경험( $t=2.50, p=.013$ ), 본인의 중환자실 입원 경험( $t=1.99, p=.048$ ), 실제 사전연명의료의향서 작성 경험( $t=3.71, p<.001$ ), 사전연명의료의향서 작성 의사( $t=3.83, p<.001$ ), 호스피스 완화의료를 받을 의사( $t=2.99, p=.003$ )에 따라 유의한 차이가 있었다.

대상자의 사전연명의료의향서에 대한 태도는 연령( $F=4.99, p=.008$ ), 평소 죽음에 대하여 생각해본 경험( $t=2.89, p=.004$ ), 사전연명의료의향서 작성 의사( $t=3.40, p=.001$ ), 호스피스 완화의료를 받을 의사( $t=3.05, p=.003$ )에 따라 유의한 차이가 있었다(table 3).

### 5. 품위 있는 죽음에 대한 태도, 사전연명의료의향서에 대한 지식 및 태도 간의 상관관계

대상자의 품위 있는 죽음에 대한 태도와 사전연명의료의향서에 대한 지식( $r=.23, p=.001$ ), 품위 있는 죽음에 대한 태도와 사전연명의료의향서에 대한 태도( $r=.43, p<.001$ ), 사전연명의료의향서에 대한 지식 및 태도( $r=.32, p=.001$ ) 간에는 유의한 양의 상관관계가 있었다(Table 4).

### 6. 대상자의 사전연명의료의향서에 대한 태도에 영향을 미치는 요인

대상자의 사전연명의료의향서에 대한 태도에 영향을 미치는 요인을 파악하기 위해, 앞서 사전연명의료의향서에 대한 태도에 유의한 차이를 보인 연령, 죽음에 대하여 생각해본 경험, 사전연명의료의향서 작성 의사, 호스피스 완화의료를 받을 의사와 품위 있는 죽음에 대한 태도, 사전연명의료의향서에 대한 지식을 독립변수로 선정하여 stepwise 분석방법을 통해 회귀분석을 시행한 결과, 품위 있는 죽음에 대한 태도( $p<.001$ ), 사전연명의료의향서에 대한 지식( $p=.001$ ), 사전연명의료의향서 작성 의사( $p=.002$ )가 사전연명의료의향서에 대한 태도에 영향을 미치는 요인으로 확인되었다. 품위 있는 죽음에 대

**Table 2.** Participants' Attitudes toward Dignified Death and Advance Directives, and Knowledge of Advance Directives (N=211)

Characteristics	Categories	Score	M±SD or %
Attitudes toward dignified death	Maintaining emotional comfort	30.88±6.59	3.09±0.66
	Arranging social relationship	27.53±5.63	3.06±0.62
	Avoiding suffering	8.05±2.38	2.68±0.79
	Maintaining autonomous decision making	13.12±2.48	3.28±0.75
	Role preservation	12.26±2.43	3.07±0.61
	Total	91.82±10.89	3.06±0.36
Knowledge of AD	Knowledge regarding of EOL	5.09±1.66	63.6
	Knowledge regarding LST	4.28±1.39	70.9
	Knowledge regarding AD	6.16±2.36	68.5
	Total	15.53±4.27	67.5
Attitudes toward AD	Opportunity for treatment choice	10.95±2.30	2.74±0.58
	Impact of AD on the family	22.99±4.96	2.87±0.62
	Effect of an AD on treatment	9.04±1.67	3.01±1.67
	Illness perception	3.02±0.52	3.02±0.52
	Total	46.00±9.45	2.88±0.36

AD=advance directives; EOL=end-of-life; LST=life-sustaining-treatment.

**Table 3.** Attitudes toward Dignified Death and Advance Directives, and Knowledge of Advance Directives according to Characteristics of Participants (N=211)

Characteristics	Categories	Attitudes toward dignified death		Knowledge of AD		Attitudes toward AD		
		M±SD	t or F (p) Scheffé	M±SD	t or F (p) Scheffé	M±SD	t or F (p) Scheffé	
Gender	M	90.79±10.66	-1.23	15.10±4.26	-0.83	45.92±0.37	-0.36	
	F	92.68±10.97	(.215)	15.85±4.28	(.406)	46.08±0.35	(.722)	
Age (yr)	40~49 <sup>a</sup>	89.6±9.3	4.85	15.5±4.4	0.62	44.3±3.3	4.99	
	50~59 <sup>b</sup>	94.3±11.7	(.009)	15.8±4.4	(.541)	45.0±4.9	(.008)	
	60~64 <sup>c</sup>	89.7±10.5	b > a, c	14.9±3.8		42.5±4.1	a, b > c	
Education	≤ High school	91.98±11.01	0.22	15.25±4.40	-1.01	44.19±4.12	-0.18	
	≥ College	91.63±10.80	(.827)	15.84±4.12	(.312)	44.30±4.59	(.861)	
Religion	Yes	93.17±11.26	1.88	15.70±4.32	0.60	46.28±5.14	0.57	
	No	90.37±10.32	(.062)	15.35±4.22	(.549)	45.76±6.35	(.568)	
Type of household	Single	86.45±8.34	2.37	14.45±5.07	0.69	41.85±3.91	2.54	
	Husband & wife	92.03±10.09	(.072)	15.72±3.40	(.560)	43.63±3.32	(.057)	
	Husband, wife, & children	92.06±10.91		15.53±4.42		44.36±4.52		
	Others	95.37±12.98		16.37±3.58		45.26±4.34		
Occupation	Yes	91.45±10.86	-1.64	15.54±4.33	0.15	42.93±5.79	-0.60	
	No	95.83±10.62	(.102)	15.39±3.71	(.883)	46.78±5.86	(.550)	
Economic status	Good	95.75±16.40	0.81	17.50±2.52	0.57	45.25±10.37	0.58	
	Fair	92.21±10.45	(.445)	15.40±4.50	(.569)	46.26±4.97	(.559)	
	Poor	90.40±11.76		15.75±3.64		45.30±7.30		
One who pays medical bills	Self & spouse	91.88±10.76	0.26	15.58±4.28	0.60	44.31±4.42	0.87	
	Self & children, children, others	91.07±13.08	(.799)	14.84±4.18	(.552)	43.23±2.92	(.388)	
Health status	Good	91.15±10.91	0.23	15.76±4.23	0.63	46.80±4.80	1.14	
	Fair	92.21±11.31	(.797)	15.34±4.41	(.536)	45.35±6.09	(.320)	
	Poor	91.80±11.50		17.20±2.17		46.08±8.94		
Experience of thinking about death	Yes	92.03±10.96	0.45	15.96±4.07	2.50	46.69±5.69	2.89	
	No	91.25±10.75	(.653)	14.31±4.06	(.013)	44.11±5.53	(.004)	
Experience for the last five years	One's own inpatient experience in general ward	Yes	92.91±10.79	1.15	15.82±4.26	0.80	46.83±4.94	1.66
		No	91.15±10.93	(.252)	15.35±4.28	(.427)	44.30±4.59	(.099)
	Family hospitalization experience in general ward	Yes	92.97±10.52	1.81	15.60±4.34	0.32	46.29±5.08	0.85
		No	90.23±11.25	(.071)	15.42±4.19	(.752)	46.60±5.66	(.495)
	One's own inpatient experience in an intensive care unit	Yes	87.71±7.55	-1.47	15.68±4.23	1.99	43.43±7.01	-1.75
		No	92.12±11.04	(.144)	13.36±4.27	(.048)	46.18±5.61	(.802)
	Family hospitalization experience in an intensive care unit	Yes	91.20±10.28	-0.52	16.21±4.11	1.48	44.63±4.83	0.82
		No	92.07±11.14	(.600)	15.26±4.31	(.142)	44.09±4.14	(.411)
	Experience of death of family, relatives and friends	Yes	92.36±11.44	1.14	15.58±4.21	0.26	44.43±4.70	0.99
		No	90.46±9.25	(.257)	15.40±4.41	(.793)	43.76±3.24	(.550)
	Experience in writing AD	Yes	91.73±10.55	-1.05	17.26±2.60	3.71	43.67±3.17	-0.83
		No	91.84±10.98	(.958)	15.19±4.45	(<.001)	44.35±4.53	(.409)
Intention to write AD	Yes	92.28±11.05	1.26	16.17±3.85	3.83	44.89±3.74	3.40	
	No	89.93±10.22	(.208)	13.05±4.97	(<.001)	41.84±5.59	(.001)	
Intention to receive hospice palliative care	Yes	92.59±10.13	1.20	16.26±4.15	2.99	45.02±3.86	3.05	
	No	90.76±11.85	(.231)	14.51±4.25	(.003)	43.15±4.75	(.003)	

AD=advance directives.

**Table 4.** Correlation between Attitudes toward Dignified Death and Advance Directives, and Knowledge of Advance Directives (N=211)

Variables	Attitudes toward dignified death	Knowledge of AD
	r (p)	r (p)
Knowledge of AD	.23 (.001)	
Attitudes toward AD	.43 (<.001)	.32 (.001)

AD=advance directives.

한 태도가 긍정적일수록, 사전연명의료의향서에 대한 지식이 높을수록, 사전연명의료의향서 작성 의사가 있을수록 사전연명의료의향서에 대한 태도가 긍정적이었다. 사전연명의료의향서에 대한 태도에 미치는 영향력은 품위 있는 죽음에 대한 태도가 가장 컸고, 다음으로 사전연명의료의향서에 대한 지식, 사전연명의료의향서 작성 의사 순으로 나타났으며, 설명력은 약 24.1%였다(Table 5).

**Table 5.** Factors Influencing the Attitudes toward Advance Directives

Independent variable	B	SE	$\beta$	t	p	Tolerance	VIF
Attitudes toward dignified death	0.24	0.05	0.32	5.14	< .001	0.95	1.06
Knowledge of AD	0.01	0.00	0.21	3.30	.001	0.87	1.15
Intention to write AD	0.13	0.04	0.19	3.08	.002	0.91	1.10
Durbin Watson (1.879), F=23.09, Adjusted R <sup>2</sup> =.24							

B=unstandardized coefficients;  $\beta$ =standardized coefficients; AD=advance directives; SE=standard error; VIF=variance inflation factors.

## IV. 논 의

건강한 사람이라 할지라도 품위 있는 죽음을 고민하고 임종 과정에서 본인에게 혹시 시행될지도 모르는 의료 행위가 단순히 임종 과정만을 연장하는 것일 수 있다는 사실을 생각해 볼 기회를 가질 필요가 있다. 이에 본 연구는 중년기 성인의 품위 있는 죽음에 대한 태도와 사전연명의료의향서에 대한 지식 및 태도를 파악하여 앞으로 이들의 품위 있는 죽음을 준비하도록 도울 수 있는 증재 개발을 위한 기초자료를 마련하기 위해 시행되었으며, 그 결과를 토대로 논의하고자 한다.

본 연구대상자의 품위 있는 죽음에 대한 태도의 총점은 91.82점으로 일개 도시 주민을 대상으로 한 연구[18] 보다 약간 낮은 것으로 나타났다. 본 연구대상자들은 죽음을 원망하지 않고, 말기의 무의미한 연명치료 없이 자연스럽게 받아들여지는 죽음을 품위 있는 죽음으로 생각하였다. 늙어서 수를 다하고 생을 마감하는 것과 기계에 매달리지 않고 죽음을 자연스러운 과정으로 인식하며 순응하는 것으로 본 Jo [2]의 연구나, 좋은 죽음을 무의미한 삶의 연장을 하지 않고 존엄성과 편안함을 가지는 것으로 본 Min과 Cho [21]의 연구와 일치한다. 하위 영역별로 품위 있는 죽음에 대한 태도를 살펴보면, '자율적 의사결정' 영역의 평균 점수가 가장 높게 나타났으며, 이는 환자 자신의 선택을 중요시하는 것이 품위 있는 죽음이라고 한 선행연구들[2,3,18]과 일치한다. 대상자의 90.0%가 사전연명의료의향서 작성 시 자신의 뜻이 가장 중요하고, 56.3%가 건강할 때 작성하겠다고 한 것은 건강한 신체와 정신으로 자율적 의사 결정을 하고자 함을 알 수 있다. 이처럼 자신을 주요 의사 결정권자로 생각하는 것은 Kwon 등[22]의 연구에서 나타난 바와 같이 우리 사회가 서구화됨에 따라 사전 의사결정에 대한 가치관이 변화하고 있음을 반영한 결과라고 볼 수 있다.

대상자의 특성에 따른 품위 있는 죽음에 대한 태도를 살펴보면 연령에서 유의한 차이가 있었는데, 40대와 60대에 비하여 50대가 긍정적인 태도를 보이는 것으로 나타나 나이가 많을수록 품위 있는 죽음에 대한 태도가 높았던 연구[18]와는 차이가 있다. 이는 개인의 죽음에 대한 태도는 나이보다는 그 동

안의 자신의 삶과 관련하여 느끼는 의미가 반영되므로 이들 개인적 특성에 따라 다양하게 나타날 수 있으며[2,23] 또한 본 연구대상이자 중 50대가 가장 많고 또한 평소 죽음에 대해 생각해 본 경험이 있는 대상자가 73.9%임을 고려할 때 50대 대상자가 많았기 때문일 가능성도 배제할 수 없다.

대상자의 사전연명의료의향서에 대한 지식을 살펴본 결과, 전체 문항의 정답률이 67.5%였다. 선행연구들[14,15]에서는 사전연명의료의향서에 대한 문서 관련 문항으로 지식을 대부분 측정했는데, 연명의료 결정 제도가 시행되면서 본 연구에서 도구를 현재 상황에 맞게 수정하여 이용하였기 때문에 그 결과를 직접 비교하기는 어렵겠으나 Hong과 Kim [19]의 연구보다 높아진 것으로 나타났다. 이는 연명의료법이 시행되고 사회적으로 관심을 끌게 되면서 자연스럽게 정보를 접하게 되어 지식수준이 높아진 것으로 생각된다. 하위 영역별로 살펴보면 임종기 관련 지식의 경우 식물인간 상태나 뇌사상태에 대하여 잘 이해하지 못하였으며, 호스피스 완화 의료에 대한 정답률이 낮았는데, 이를 해결하기 위해서는 사전연명의료의향서 홍보 시 일반인들이 혼동하기 쉬운 용어를 쉽게 알고 받아들일 수 있도록 명확한 정의와 기준, 포함된 의료 서비스 내용과 함께 정확한 정보 전달이 우선적으로 필요하다. 연명의료 관련 지식에서는 인공호흡기, 심폐소생술, 혈액투석, 항암제 등 연명의료에 관한 의료 행위를 잘 이해하지 못하는 것으로 나타났다. 일반인들에게는 연명의료에 해당하는 의료 행위에 대한 개념들이 어렵고 생소하며, 이해하기 쉽지 않은 부분이다. 사전연명의료의향서에 대하여 알고 있다고 하더라도 용어에 대하여 모르는 경우 이해를 저하시키므로[18] 이를 막기 위해서는 작성 방법과 사용되는 용어, 연명의료, 호스피스에 대한 구체적인 정보 제공과 이용에 대한 실제적인 이해가 선행되어야 한다. 비디오나 소책자와 같은 도구의 이용은 불안이나 우울 등의 부작용 없이 사전의료계획서 작성 의향, 연명의료 지식, 호스피스 선호도를 증가시킨다는 연구[24]를 고려하면 시청각 자료의 이용은 그들의 이해를 돕고 선택의 폭을 넓히는데 도움이 될 수 있다. 특히 우리나라의 경우 보건복지부의 지정을 받은 사



사전연명의료의향서 등록기관에서 비의료인 상담자와의 면담을 통해서도 사전연명의료의향서 작성이 가능한데, 그들조차도 연명치료에 대하여 정확히 알지 못하여 치료에 대한 오해가 생기거나 정확한 정보가 전달되지 않을 수 있으므로 이러한 도구의 개발이 더 필요해 보인다. 문서 관련 지식의 경우 이 문서가 치료에 대한 자기 결정권을 반영한다는 것은 대부분 알고 있는 반면 보관 비용 발생이나 법적 효력, 변경과 폐지 부분에서 정답률이 낮았다. 이러한 부분들은 간호사[14]나 혈액투석 환자를 대상으로 한 연구[15]에서도 정답률이 낮았으며, 특히 변경 및 철회 부분은 사전연명의료의향서를 부정적으로 보는 이유 중 하나로 꼽히기도 하였다. 사전연명의료의향서가 작성되면 당장 이행되는 것이 아니고 작성된 시점과 이행되는 시점의 시간적 차이가 클 수 있으므로 사전연명의료의향서에 대한 잘못된 정보로 인하여 자기결정권이 침해되지 않도록 홍보 및 교육 시 이러한 부분들이 고려되어야 하겠다.

대상자의 특성에 따른 사전연명의료의향서에 대한 지식을 살펴보면, 평소 죽음에 대하여 생각해본 경험, 자신의 중환자실 입원 경험, 사전연명의료의향서 실제 작성 경험, 사전연명의료의향서 작성 의사, 호스피스 완화의료를 받을 의사에서 유의한 차이가 있었다. 이는 사전연명의료의향서 제도를 찬성하는 경우나[14] 연명치료에 대하여 듣거나 주변 사람들의 연명치료에 대한 경험이 있는 경우 지식수준이 유의하게 높게 나온 것[19]과 유사한 결과이다. 죽음에 대한 생각이나 중환자실 입원 경험을 통해 가치관이 변화되고 앞으로 자신이 받을 연명치료를 생각하면서 사전연명의료의향서에 관심이 높아졌을 것으로 생각된다. 사전연명의료의향서 작성이나 이에 대한 서비스를 받을 의사는 결국 스스로가 사전연명의료의향서가 필요하다고 느끼게 하는 것이 중요한데 사전연명의료의향서에 대한 지식 및 태도 간에 중간 정도의 양의 상관관계가 있는 만큼 지식 향상이 선행되어야 이행률에도 영향을 미칠 것으로 생각된다. 사전연명의료의향서 작성을 위해 필요한 사항을 조사한 결과, 대대적인 교육 및 홍보, 의료진으로부터 의학 정보 제공 및 작성 권유라고 할 만큼 이러한 정보들이 대상자들의 요구도에 비하여 부족해 보인다. 사전연명의료의향서 작성 과정에서 숙련된 간호사 및 임상사의 참여는 가족과 환자 간의 토론을 촉진시키고 사전 계획에 집중하게 함으로써 사전연명의료의향서를 완성할 가능성이 높아진다는 연구[25]를 고려할 때 사전연명의료의향서를 완성하기까지 본인은 물론 가족에게 의료진의 정보 제공 역할이 중요함을 알 수 있다.

대상자의 사전연명의료의향서에 대한 태도는 평균 46점으로 동일한 도구를 이용한 복지관 이용 노인을 대상으로 한 연

구[16]에서 45.12점과 비교해서 긍정적인 것으로 나타났다. 중년기 성인들은 사전연명의료의향서가 가족에게 있어 돌봄에 대한 부담감을 덜어줄 것으로 생각하고 있으며, 이는 Lee와 Park [16]의 연구와도 일치한다. 환자의 의학적 사전 결정을 대리로 결정하는 것은 가족에게 부정적인 정서적 부담감, 스트레스, 죄책감을 경험하게 하며, 이러한 부정적인 영향은 몇 달에서 몇 년까지도 지속된다[26]. 그러나 사전연명의료의향서는 가족에게 그들의 결정에 대하여 논쟁하지 않도록 길잡이 역할을 해주며, 남은 생애 집중할 수 있게 해줌으로써 가족들의 스트레스를 낮출 수 있다[27]. 반면 태도가 부정적인 경우는 가족에게 부담을 주고 싶지는 않지만 내심 가족의 결정에 의존하고 싶은 심리상태가 반영되었는데, 이는 개인보다는 '가족구성원으로서의 나'가 익숙한 우리 사회에서는 굳이 사전연명의료의향서를 작성하지 않아도 가족 누군가가 연명치료 중지를 결정해 줄 것이라고 생각하기 때문이기도 하다[28]. 본 연구에서도 자신의 뜻이 가장 중요하지만 가족의 뜻이 그 뒤를 이었고, Jo 등[18]의 연구에서도 결정 주체는 자신이지만 가족의 의미가 중요하다고 한 것과 동일한 맥락으로 볼 수 있다. 따라서 사전연명의료의향서 작성에 있어서 본인 자신의 자율성과 최선의 이익을 반영하되 가족 중심의 문화를 반영한 상담이나 교육이 필요하다고 생각된다. 또한 한번 사전연명의료의향서를 작성하게 되면 변경이 불가능하여 생의 말에 자신이 원하는 치료를 받을 수 없을 것이라는 인식이 사전연명의료의향서에 대한 태도에 부정적인 영향을 주었을 것으로도 추측된다. 그러므로 환자의 주변 상황이나 건강 상태 변화 시 이를 재평가하고 환자가 사전 계획의 재설계를 요청하면 지원해주는 노력이 필요하다[29].

대상자의 특성 중 연령, 평소 죽음에 대하여 생각해 본 경험, 사전연명의료의향서 작성 의사, 호스피스 완화의료를 받을 의사에 따라 사전연명의료의향서에 대한 태도에 유의한 차이가 있었다. 연령의 경우, 40대와 50대가 60대보다 긍정적인 것으로 나타났다. 이는 Lee와 Park [16]의 연구에서도 연령에 따른 차이는 있었지만 연령층이 높아지거나 혹은 낮아질수록 사전연명의료의향서에 대한 태도가 일관되게 변화하는 양상은 찾을 수 없었던 것과 같은 것으로, 이 또한 나이에 따라 품위 있는 죽음에 대한 태도에 차이가 있었던 것처럼 평소 죽음에 대해 생각해 본 경험이 있는 대상자가 40대와 50대에 많았기 때문으로 생각할 수 있다. 죽음에 대해 생각해 본 경험이 있으면 죽음을 오히려 긍정적으로 받아들이고, 자기 죽음에 대하여 생각할 기회를 만들어 사전연명의료의향서에 대한 태도에 긍정적인 영향을 미친다[30]. 그리고 지난 1년 동안 지인의 중환자실 입실과 사망의 경험이나 사전연명의료의향서에 대한 작성 여부가 에

피소드가 되어 태도에 긍정적으로 반영되었거나[16] 임종에 대한 논의 정도가 사전 의료계획에 대한 태도에 영향을 미친다는 [17] 연구결과를 고려하면 사회적 위치나 문화, 개인적인 입장, 세대 간의 차이로 인하여 태도가 다를 수 있으므로 그들에게 맞는 교육 프로그램이나 개인 요구도에 맞는 상담을 통하여 간접적이라도 사전연명의료의향서에 대해 경험하고, 자신의 의견을 이야기할 기회를 제공하는 것이 사전연명의료의향서에 긍정적인 태도를 만들고 작성에도 영향을 미칠 것으로 보인다.

한편 사전연명의료의향서에 대한 태도에 영향을 미치는 요인은 품위 있는 죽음에 대한 태도, 사전연명의료의향서에 대한 지식과 작성 의사로 나타났는데, 품위 있는 죽음에 대한 태도가 긍정적일수록, 사전연명의료의향서에 대한 지식이 높을수록, 작성 의사가 있을수록 사전연명의료의향서에 대한 태도가 긍정적이었다. 이는 결국 품위 있는 죽음을 위해서는 사전연명의료 결정이 바람직하다는 연구[18]와 일치한다. 사전연명의료의향서에 대한 태도가 긍정적일수록 사전연명의료의향서를 작성할 가능성이 높다는 연구[15] 결과와 본 연구결과를 토대로 먼저 사전연명의료의향서에 대한 홍보나 교육을 통한 정보 제공으로 지식을 높이고, 스스로가 사전연명의료의향서의 필요성을 느낄 수 있도록 인식 개선을 위한 노력이 필요하다. 사전연명의료의향서에 대한 교육이나 홍보 시 단순히 완성된 사전연명의료의향서의 수, 의료비용 또는 어떠한 연명의료를 중단할 것인가와 같은 임상적 측면으로만 언급될 것이 아니라 품위 있는 죽음을 위한 개개인들이 정말 원하는 것들이 무엇인지가 반영되어야 할 것으로 생각된다.

## V. 결론 및 제언

중년기 성인인 본 연구대상자의 품위 있는 죽음에 대한 태도와 사전연명의료의향서에 대한 태도는 비교적 긍정적이며, 자연스러운 죽음을 품위 있는 죽음이라고 생각하는 것으로 나타났다. 사전연명의료의향서에 대한 지식은 비록 이전에 비해 높아졌으나 여기에서 사용되는 용어나 이에 포함된 의료 행위나 서비스, 문서에 대한 법적인 것들에 대해서는 정확한 알지 못하고 있었다. 이를 개선하기 위해 품위 있는 죽음에 대한 태도, 사전연명의료의향서에 대한 지식 및 태도는 서로 상관관계가 있을 뿐만 아니라 사전연명의료의향서의 작성 의사가 사전연명의료의향서에 대한 태도에 영향을 미치는 것을 고려하여 평소 이들이 관심을 가질 수 있도록 품위 있는 죽음에 대하여 고민할 기회를 만들고, 사전연명의료의향서에 대한 잘못된 정보나 오해를 바로잡기 위한 체계적인 교육과 홍보가 필요하며, 상담 시 가족과 의료진의 역할이 중요할 것으로 보인다. 본

연구결과를 토대로 죽음이나 연명의료에 대하여 좀 더 자유롭게 이야기할 수 있는 사회적 문화를 조성하기 위한 생애 주기에 맞는 교육 프로그램을 개발하고 그 효과를 검증하는 연구를 제언하는 바이다.

## CONFLICTS OF INTEREST

The authors declared no conflict of interest.

## 참고문헌

1. Jo KH. Development and evaluation of a dignified dying scale for Korean adults. *Journal of Korean Academy of Nursing*. 2011;4(3):313-324. <https://doi.org/10.4040/jkan.2011.41.3.313>
2. Jo KH. The meaning of dignified dying perceived by nursing students. *The Journal of Korean Academic Society of Nursing Education*. 2010;16(1):72-82. <https://doi.org/10.5977/jkasne.2010.16.1.072>
3. Periyakoil VS, Stevens M, Kraemer H. Multicultural long-term care nurses' perceptions of factors influencing patient dignity at the end of life. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2013;61(3):440-446. <https://doi.org/10.1111/jgs.12145>
4. Enguidanos S, Ailshire J. Timing of advance directive completion and relationship to care preferences. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2017;53(1):49-56. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2016.08.008>
5. Kim DK. Hospice palliative care and law. *Journal of the Korean Medical Association*. 2017;92(6):489-493. <https://doi.org/10.3904/kjm.2017.92.6.4896>
6. Kim HJ, Huh JS. The proposal of advance directives. *Korean Journal of Medicine and Law*. 2013;21(1):55-67.
7. Nam EJ, Lee SN, Lee R. Comparison of life-sustaining treatment in terminal cancer patient between a cancer and hospice unit after do-not-resuscitate orders. *Asian Oncology Nursing*. 2018;18(4):198-205. <https://doi.org/10.5388/aon.2018.18.4.198>
8. Korea National Institute for Bioethics Policy. National agency for management of life-sustaining treatment newsletter [Internet]. Seoul: Korea National Institute for Bioethics Policy; c2019 [cited 2019 Oct 6]. Available from: <https://lst.go.kr/comm/newsDetail.do?pgNo=2&cate=&searchOption=0&searchText=&bno=1283>.
9. Ministry of Health and Welfare. Information on the end-of-life care decision system. Seoul: Korea National Institute for Bioethics Policy; c2017 [cited 2018 Dec 1]. Available from: [http://www.nibp.kr/xe/act2\\_1/104589](http://www.nibp.kr/xe/act2_1/104589).
10. Hwang BD, Choi R, Park JW. Medical personnel's awareness and attitudes which affects to writing advanced medical directives. *Health and Social Science*. 2014;37:25-47.
11. Lee JI. Factors influencing death anxiety in the middle aged.

- Journal of Korean Public Health Nursing. 2012;26(3):572-580.  
<https://doi.org/10.5932/JKPHN.2012.26.3.572>
12. Shin KI, Park YS, Kim DG. The understanding of death anxiety in middle-aged adults: Q-methodological approach. *Journal of Korean Society for the Scientific Study of Subjectivity*. 2017; 36:69-90.
  13. Kim SM, Kim KS, Lee IS, Kim SY. Perception towards advance directives, hospice-palliative care, life-sustaining treatment among the middle aged adults. *Korean Journal of Social Welfare Research*. 2013;37:21-44.
  14. Kim HJ, Son MS, Kang IS. Nurses' knowledge, attitudes, experience, and confidence toward advance directives. *Global Health and Nursing*. 2019;9(1):19-27.  
<https://doi.org/10.35144/ghn.2019.9.1.19>
  15. Joung SA, Park KY. The relationships between knowledge on advance directive, attitudes towards the withdrawal of life-sustaining treatment and quality of life in hemodialysis patients. *Journal of Korean Academy of Community Health Nursing*. 2017;28(3):291-301.  
<https://doi.org/10.12799/jkachn.2017.28.3.291>
  16. Lee HL, Park YH. Attitudes toward advance directives of older adults using senior centers. *Journal of Korean Gerontological Nursing*. 2014;16(2):160-169.  
<https://doi.org/10.17079/jkgn.2014.16.2.160>
  17. Kwon SA. Factors influencing the attitudes of social work professionals toward advance care planning. *Health and Social Welfare Review*. 2016;36(4):284-313.  
<https://doi.org/10.15709/hswr.2016.36.4.284>
  18. Jo KH, An GJ, Kim GM, Kim YJ. Predictive factors for city dwellers' attitudes toward death with dignity. *The Korean Journal of Hospice and Palliative Care*. 2012;15(4):193-204.  
<https://doi.org/10.14475/kjhpc.2012.15.4.193>
  19. Hong SW, Kim SM. Knowledge regarding advance directives among community-dwelling elderly. *The Journal of Korean Academic Society of Nursing Education*. 2013;19(3):330-340.  
<https://doi.org/10.5977/jkasne.2013.19.3.330>
  20. Nolan MT, Bruder M. Patients' attitudes toward advance directives and end-of-life treatment decisions. *Nursing Outlook*. 1997;45(5):204-208.  
[https://doi.org/10.1016/s0029-6554\(97\)90066-x](https://doi.org/10.1016/s0029-6554(97)90066-x)
  21. Min DL, Cho EH. Concept analysis of good death in the Korean community. *Journal of Korean Gerontological Nursing*. 2017; 19(1):28-38. <https://doi.org/10.17079/jkgn.2017.19.1.28>
  22. Kwon I, Koh YS, Yun YH, Suh SY, Heo DS, Bae HA, et al. A survey of the perspectives of patients who are seriously ill regarding end-of-life decisions in some medical institutions of Korea, China and Japan. *Journal of Medical Ethics*. 2012; 38(5):310-316.  
<https://doi.org/10.1136/medethics-2011-100153>
  23. Lim SJ, Song SH. Effects of death attitude on death anxiety. *The Journal of the Korea Contents Association*. 2012;12(5):243-255.  
<https://doi.org/10.5392/JKCA.2012.12.05.243>
  24. Yun YH, Kang EK, Park SH, Koh SJ, Oh HS, Keam B, et al. Efficacy of a decision aid consisting of a video and booklet on advance care planning for advanced cancer patients: Randomized controlled trial. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2019;58(6):940-948.  
<https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2019.07.032>
  25. Sinclair C, Auret KA, Evans SF, Williamson F, Dormer S, Wilkinson A, et al. Advance care planning uptake among patients with severe lung disease: A randomised patient preference trial of a nurse-led, facilitated advance care planning intervention. *BMJ open*. 2017;7(2):e013415.  
<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-013415>
  26. Wendler D, Rid A. Systematic review: The effect on surrogates of making treatment decisions for others. *Annals of Internal Medicine*. 2011;154(5):336-346.
  27. Su CT, McMahan RD, Williams BA, Sharma RK, Sudore RL. Family matters: Effects of birth order, culture, and family dynamics on surrogate decision-making. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2014;62(1):175-182.  
<https://doi.org/10.1111/jgs.12610>
  28. Koh YS. Current status of end-of-life care in Korean hospitals. *Journal of the Korean Medical Association*. 2012;55(12): 1171-1177. <https://doi.org/10.5124/jkma.2012.55.12.1171>
  29. Auriemma CL, Nguyen CA, Bronheim R, Kent S, Nadiger S, Pardo D, et al. Stability of end-of-life preferences: A systematic review of the evidence. *JAMA Internal Medicine*. 2014;174 (7):1085-1092.  
<https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2014.1183>
  30. Yun YH, Kim KN, Sim JA, Lee JH, Choo JY, An AR, et al. Attitudes of the general population, cancer patients, their family caregivers, and physicians toward dying and death: A nationwide survey. *Global Journal of Health Science*. 2017;9 (10):201-211.