

입원한 노인 암 환자의 연명의료중단에 대한 태도와 죽음불안 및 죽음수용 간의 관계

서연미¹ · 신수진²

¹서울아산병원 간호부, ²이화여자대학교 간호대학

The Relationship among Attitudes toward the Withdrawal of Life-sustaining Treatment, Death Anxiety, and Death Acceptance among Hospitalized Elderly Cancer Patients

Seo, YeonMi¹ · Shin, Sujin²

¹Department of Nursing, Asan Medical Center, Seoul; ²College of Nursing, Ewha Womans University, Seoul, Korea

Purpose: The purpose of this study was to identify the relationship between attitudes toward the withdrawal of life-sustaining treatment, death anxiety and death acceptance among hospitalized cancer patients who were at least 65 years old. **Methods:** This study adopted a descriptive study design. Data were collected from 128 patients diagnosed with cancer. The instruments used were the Attitudes toward Life-sustaining Treatment Scale, Death Anxiety Scale and modified versions of the Death Attitude Profile-Revised (DAP-R) questionnaire. **Results:** The mean score for the subjects' attitudes toward the withdrawal of life-sustaining treatment was 3.48 ± 0.50 out of 5. Death anxiety was reported at 2.53 ± 0.54 out of 4. Death acceptance was reported at 4.10 ± 1.20 out of 7. There was a significant negative correlation between the subjects' attitudes toward the withdrawal of life-sustaining treatment and death anxiety ($r = -.21, p = .018$), however there was no statistically significant correlation between the subjects' attitude towards the withdrawal of life-sustaining treatment and death acceptance ($r = -.07, p = .462$). **Conclusion:** The more positive elderly cancer patients are about the withdrawal of life-sustaining treatment, the lower their death anxiety is. This finding can help nurses with patient care towards the end of life by considering the relationship between death anxiety and their attitudes toward the withdrawal of life-sustaining treatment.

Key Words: Aged, Cancer, Advanced care planning, Attitude to death, Anxiety

서론

1. 연구의 필요성

암은 2000년부터 우리나라 노인의 사망원인 1위로 2017년 65세 이상 노인인구 10만 명당 784.4명이 암으로 인해 사망하였다.¹⁾ 암으로 인한 사망률이 높은 한편, 매년 암 생존율 또한 증가하고 있는 점을 주목할 필요가 있다. 우리나라에서 2012년부터 2016년까지 최근 5년간 진단받은 암 환자의 5년 생존율이 70.6%로 10년 전에 비해 1.3

배 증가하였다.²⁾ 노인에게 암은 죽음만을 연상하게 하는 존재에서 이제는 남은 생을 함께 하는 존재가 되었다.

가족구조와 시대가 변함에 따라 2016년 기준 65세 이상 노인의 74.7%가 의료기관에서 임종을 맞이하고 있다.³⁾ 생애 말을 보내고 있는 환자는 연명의료 보다는 완화간호를 시행하고 죽음의 질을 높이기를 원한다.⁴⁾ 입원한 환자의 좋은 죽음을 위한 수단으로 연명의료 중단에 대한 사회적 요구도가 높아졌고 이를 실행하기 위한 법률 제정의 필요성이 증가하였으며, 2016년 1월 '호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률'이 제정되었고 2018년 2월부터 연명의료결정제도가 시행되고 있다.⁵⁾ 이로 인해 입원하여 치료받고 있는 노인에게 본인의 연명의료 지속여부에 대해 생각할 기회가 많아졌다. 노인의 연명의료 지속여부는 노인의 연명의료중단에 대한 태도에 따라 달라지고 개인의 태도는 개인이 가지고 있는 신념에 따라, 연명의료결정의 주체를 누구로 생각하는지에 따라, 죽음에 대해 어떻게 받아들이는지에 따라 달라진다.^{6,7)}

죽음에 대해 생각하는 경험은 신체 기능이 떨어지고 건강상태가

주요어: 노인, 암, 연명의료중단, 죽음불안, 죽음수용

*이 논문은 제 1 저자 서연미의 석사학위논문을 수정하여 작성한 것임.

*This article is a revision of the first author's master's thesis from Ewha Womans University.

Address reprint requests to: Shin, Sujin

College of Nursing, Ewha Womans University,

52 Ewhayeodae-gil, Seodaemun-gu, Seoul 03760, Korea

Tel: +82-2-3277-2726 Fax: +82-2-3277-2850 E-mail: ssj1119@ewha.ac.kr

Received: Jul 2, 2019 Revised: Aug 14, 2019 Accepted: Sep 9, 2019

This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution NoDerivs License. (<http://creativecommons.org/licenses/by-nd/4.0/>) If the original work is properly cited and retained without any modification or reproduction, it can be used and re-distributed in any format and medium.

나빠지면서 증가하기 때문에⁸⁾ 암을 진단받은 노인에게 죽음의 의미는 삶의 모든 영역에 큰 영향력을 지닌다.⁹⁾ 또한 노인 암 환자는 일반 노인에 비해 신체적 기능이 저하되어 있어 죽음에 대한 불안과 두려움을 더 크게 느끼는 경향이 있다.¹⁰⁾ 생명의 종식이라는 한계성이 있음을 인지하게 된 때로부터 불안이 발생하고 이러한 죽음불안은 생활 속에서 지속적으로 경험하게 되므로 삶의 질과 무관할 수 없다. 반대로 죽음을 삶의 자연스러운 일로 받아들이는 것은 죽음수용으로, 생애 말의 환자가 자신의 죽음을 인지하고 받아들이면 자신의 증상에 적절히 대처함으로써 남은 기간 동안의 삶과 죽음의 질이 높아질 수 있다.¹¹⁾

연명의료중단은 생의 마지막까지 존엄하게 살기를 원하는 개인의 욕구, 권리 추구에서 시작된 것이고, 연명의료중단에 대한 태도는 죽음에 대한 태도에 따라 달라진다.⁶⁾ 또한 죽음불안과 죽음수용은 죽음에 대한 부정적, 긍정적인 태도이고 노인의 삶과 죽음의 질에 영향을 미친다.^{11,12)} 그러므로 연명의료중단에 대한 태도와 죽음불안, 죽음수용 간의 관계를 파악함으로써 생애 말 노인 암 환자를 간호할 때 그들의 남은 삶을 증진할 수 있는 방법을 찾는 데 도움이 될 수 있다. 대상자에 따라 연명의료중단에 대한 태도에 영향을 미치는 요인 중 좋은 죽음에 대한 인식을 변수를 둔 선행연구^{13,14)}는 있으나 노인 암 환자의 연명의료중단에 대한 태도와 죽음에 대한 태도 간의 관계를 조사한 연구는 미비하다. 이에 본 연구는 입원한 노인 암 환자의 연명의료중단에 대한 태도와 죽음불안, 죽음수용 간의 관계를 파악하고 노인 암 환자의 생애 말기 간호 요구에 능동적으로 대처할 수 있는 기초자료를 제공하고자 한다.

2. 연구목적

본 연구의 목적은 입원치료를 받고 있는 노인 암 환자를 대상으로 연명의료중단에 대한 태도와 죽음불안 및 죽음수용 간의 관계를 조사하는 것이며, 구체적인 목적은 다음과 같다.

첫째, 대상자의 일반적 특성 및 질병 관련 특성, 연명의료중단과 관련된 경험 특성을 파악한다.

둘째, 대상자의 연명의료중단에 대한 태도, 죽음불안 및 죽음수용의 정도를 파악한다.

셋째, 일반적 특성 및 질병 관련 특성, 연명의료중단과 관련된 경험 특성에 따른 연명의료중단에 대한 태도, 죽음불안, 죽음수용의 차이를 파악한다.

넷째, 연명의료중단에 대한 태도와 죽음불안, 죽음수용 간의 상관관계를 파악한다.

연구방법

1. 연구설계

본 연구는 입원치료를 받고 있는 노인 암 환자를 대상으로 연명의료중단에 대한 태도와 죽음불안 및 죽음수용 간의 관계를 조사하기 위한 서술적 조사연구이다.

2. 연구대상

본 연구대상자는 상급종합병원에서 입원 치료를 받고 있는 암 환자 중 65세 이상인 자에서 주로 발생하는 암(폐, 대장, 위, 간, 전립선, 유방암²⁾) 및 사망률이 높은 암(췌장암¹⁾)을 진단 받았고 본인이 그 사실을 알고 있는 자였다. 대상자 선정은 연구자가 종합병원에 입원하고 있는 노인 암 환자의 의무기록상 기재된 진단명을 확인하여 선정기준에 해당하는 대상자를 편의 표출하였다. 연구대상자 수는 연명의료중단에 대한 태도와 죽음불안 및 죽음수용 각각의 상관관계를 파악하기 위한 Pearson's correlation 분석 시 유의수준 .05, 검정력 .80, 효과 크기는 보통 수준인 .25를 기준으로 G*power 3.1 프로그램을 통해서 123명이 도출되었다. 본 연구에서는 누락·중도 포기 등의 탈락률을 약 10%로 고려하여 총 135부를 배부하였고 누락·중도 포기 7부를 제외하고 128부를 분석에 사용하였다.

3. 연구도구

1) 대상자의 특성

성별, 나이, 교육 정도, 종교, 지지체계, 경제수준, 유병기간, 연명의료중단 관련 경험 유무를 포함한 대상자의 일반적 특성 및 질병 관련 특성, 연명의료중단과 관련된 경험 특성은 총 13문항으로 조사하였다.

2) 연명의료중단에 대한 태도

연명의료중단에 대한 태도 측정도구는 Beon 등¹⁵⁾이 중환자실 간호사와 중환자 가족을 대상으로 개발하고 이후 노인을 대상으로 한 연구에서도 사용되고 있는 도구를 도구개발자의 승인을 얻은 후 사용하였다. 이 도구는 19문항으로 Likert 5점 척도를 사용하여 긍정적 문항 15문항과 부정적 문항 4문항으로 구성되었다. 긍정적 문항에 대해 각각 '매우 그렇다' 5점, '그렇다' 4점, '보통이다' 3점, '그렇지 않다' 2점, '전혀 그렇지 않다' 1점으로 점수화하였고 부정적 문항은 역환산하였다. 점수가 높을수록 연명의료중단에 대한 태도가 긍정적임을 의미한다. Beon 등의 연구에서 도구의 신뢰도 Cronbach's α 는 .88이었고 본 연구에서는 Cronbach's α 는 .83이었다.

3) 죽음불안

본 연구도구는 노인을 대상으로 Oh와 Choi¹⁶⁾가 개발한 죽음불안 척도 15문항을 저자 승인 후 사용하였다. 이 도구는 존재상실의 불안 6문항, 죽음과정의 불안 5문항, 사후 결과의 불안 4문항으로 3개의 하위요인으로 구성되어있다. 존재 상실의 불안은 자기존재가 상실되는 두려움이고 죽음과정의 불안은 자신이 죽어가는 과정에서 나타는 두려움이며 사후 결과의 불안은 죽음 후의 두려움이다. Likert식 4점 척도를 사용하여 '매우 그렇다' 4점, '그렇다' 3점, '그렇지 않다' 2점, '전혀 그렇지 않다' 1점을 주어 점수화 하였고 점수가 높을수록 죽음불안이 높은 것을 의미한다. Oh와 Choi의 연구에서 각 하부요인별 도구의 신뢰도 계수는 존재 상실의 Cronbach's α 는 .81, 죽음과정의 Cronbach's α 는 .82, 사후 결과의 Cronbach's α 는 .76이었으며, 죽음불안 전체 Cronbach's α 는 .81이었다. 본 연구에서는 존재 상실의 Cronbach's α 는 .82, 죽음과정의 Cronbach's α 는 .73, 사후 결과의 Cronbach's α 는 .79였으며, 죽음불안 전체의 Cronbach's α 는 .84였다.

4) 죽음수용

본 연구도구는 죽음태도 척도(Death Attitude Profile-Revised)에서 Jang과 Choi¹⁷⁾가 죽음공포와 죽음회피 차원을 제외한 세 개의 죽음수용 차원 즉 접근적 수용, 탈출적 수용, 중립적 수용 문항으로 수정, 축약한 죽음수용 척도 14문항을 저자 승인 후 사용하였다. 중립적 수용은 죽음이 삶에서 불가피한 요소라는 사실을 인정하고 수용하는 태도이고 접근적 수용은 행복한 내세에 관련된 믿음으로 죽음을 수용하는 것이며 탈출적 수용은 삶이 고통스럽고 괴로울 때 삶으로부터의 탈출과정으로 죽음을 수용하는 것이다. Likert식 7점 척도를 사용하여 '매우 그렇다' 7점, '그렇다' 6점, '다소 그렇다' 5점, '그저 그렇다' 4점, '약간 그렇지 않다' 3점, '그렇지 않다' 2점, '전혀 그렇지 않다' 1점으로 점수화 하였고 점수가 높을수록 죽음에 수용적인 태도인 것을 의미한다. Jang과 Choi의 연구에서 각 하부요인별 도구의 신뢰도 계수는 접근적 수용의 Cronbach's α 는 .92, 탈출적 수용의 Cronbach's α 는 .84, 중립적 수용의 Cronbach's α 는 .78이었다. 본 연구에서는 접근적 수용의 Cronbach's α 는 .92, 탈출적 수용의 Cronbach's α 는 .74, 중립적 수용의 Cronbach's α 는 .86이었으며, 죽음수용 전체의 Cronbach's α 는 .90이었다.

4. 자료수집방법

본 연구는 연구자 소속기관의 생명윤리위원회의 심의를 거쳐 승인을 받은 후(2019-0521) 2019년 6월 6일까지 시행하였다. 연구자가 선정기준으로 적합한 대상자에게 일대일로 연구의 목적, 내용, 자료의 익명성, 비밀 유지 등을 설명하였다. 또한, 자료의 익명성과 비

밀 보장에 대한 내용과 함께 도중에 연구참여를 원하지 않으면 언제든지 거부하거나 중단할 수 있음을 설명한 후 위의 내용이 담긴 동의서에 서명을 받고, 설문에 응하게 함으로써 연구대상자의 윤리적 측면을 고려하였다. 설문조사 전 노인에게 연명의료중단에 대해 알고 있거나 들어본 적이 있는지 먼저 확인 후 들어본 적이 없는 노인에게는 연명의료중단의 정의를 알려준 후 설문조사를 진행하였다. 설문에 소요된 시간은 15~20분 내외였고 노인이 스스로 읽고 체크할 수 있는 경우에는 혼자서 설문지를 작성하였으나 대부분의 연구대상자들이 스스로 글을 읽고 설문에 답하는 것에 어려움을 호소하여 노인 암 환자의 보호자 또는 연구자가 설문지의 지문을 읽는 것에 답하는 방식으로 자료를 수집하였다. 자료수집 후 연구대상자의 식별정보는 삭제한 후 임의의 연구대상자 번호를 부여하여 관리하였고, 연구자료, 설문지 등 관련된 모든 서류는 암호화하여 연구자 외에는 접근할 수 없도록 보관하였으며, 연구 종료 후 3년 동안 보관을 할 예정이며, 보관기간이 종료된 후에는 종이문서는 파쇄하고 전자문서는 영구적으로 삭제할 예정이다.

5. 자료분석방법

수집된 자료는 SPSS/WIN 24.0 통계 프로그램을 이용하여 다음과 같이 분석하였다.

대상자의 일반적 특성 및 질병 관련 특성, 연명의료중단과 관련된 경험 특성, 연명의료중단에 대한 태도, 죽음불안, 죽음수용 정도는 빈도, 백분율, 평균과 표준편차 등 기술통계로 분석하였다.

대상자의 일반적 특성 및 질병 관련 특성, 연명의료중단과 관련된 경험 특성에 따른 연명의료중단에 대한 태도, 죽음불안, 죽음수용의 차이는 t-test, ANOVA로 분석하고, 정규성을 충족하지 못하는 경우 Mann Whitney test, Kruskal-Wallis test로 분석하였으며, 사후 검정을 위해 Scheffé's test를 실시하였다.

연명의료중단에 대한 태도, 죽음불안, 죽음수용 간의 상관관계는 Pearson's correlation을 통해 분석하였다.

연구결과

1. 대상자의 일반적 특성, 질병 관련 특성, 연명의료중단과 관련된 경험 특성

본 연구에 참여한 대상자의 평균 연령은 72.5 ± 6.5 세였고, 60.2%가 남성이었다. 학력은 고등학교 졸업이 41명(32.0%)으로 가장 많았고 종교가 있다고 답한 사람이 64.8%로 종교가 없는 사람 보다 많았다. 대상자의 질병 관련 특성으로는 대상자에게 건강 악화가 발생했을 때 임종 시까지 옆에서 곁을 지켜줄 돌봄 제공자가 있다고 한 경우가 117명(91.4%)이었고 돌봄 제공자로 배우자가 87명(68%)으

로 가장 많았다. 진단 후 유병기간은 1년 미만이 46명(35.9%)으로 가장 많았고 3~5년 사이가 17명(13.3%)으로 가장 적었다. 현재 치료비와 관련된 부담감은 부담된다고 한 경우가 54명(42.2%)로 가장 많았다 (Table 1).

대상자의 연명의료중단과 관련된 경험 특성으로는 사전연명의

료의향서를 작성한 경우는 23명(18%)이었다. 본 연구에서 연명의료와 관련된 교육 경험이 있다고 한 경우는 36명(28.1%)이었고, 가족, 지인에게 연명의료에 관한 의논을 해본 적이 없다고 한 경우가 80명으로 대상자의 62.5%를 차지하였다(Table 2).

Table 1. Difference in Attitudes toward the Withdrawal of Life-sustaining Treatment, Death Anxiety and Death Acceptance according to General and Clinical Characteristics (N= 128)

Variables	Categories	n (%)	Attitudes toward the withdrawal of life-sustaining treatment		Death anxiety		Death acceptance	
			M ± SD	t or F (p)	M ± SD	t or F (p)	M ± SD	t or F (p)
Gender	M	77 (60.2)	3.46 ± 0.53	-0.35	2.49 ± 0.52	-0.95	4.04 ± 1.24	-0.63
	F	51 (39.8)	3.50 ± 0.45	(.727)	2.58 ± 0.57	(.344)	4.18 ± 1.16	(.532)
Age (year)	65~74	84 (65.6)	3.48 ± 0.55	-0.04	2.52 ± 0.55	-0.21	4.12 ± 1.20	0.29
	≥ 75	44 (34.4)	3.48 ± 0.40	(.970)	2.54 ± 0.53	(.831)	4.05 ± 1.22	(.770)
Educational status	≤ Primary	30 (23.4)	3.46 ± 0.53	1.66	2.64 ± 0.51	3.46	4.13 ± 1.09	1.53
	Intermediate	33 (25.8)	3.46 ± 0.42	(.645) [†]	2.61 ± 0.53	(.326) [†]	4.24 ± 1.13	(.677) [†]
	High School	41 (32.0)	3.45 ± 0.47		2.41 ± 0.51		4.09 ± 1.28	
	≥ University	24 (18.8)	3.56 ± 0.61		2.46 ± 0.62		3.87 ± 1.34	
Religion	Yes	83 (64.8)	3.48 ± 0.47	-0.04	2.52 ± 0.59	0.25	4.30 ± 1.23	-2.61
	No	45 (35.2)	3.47 ± 0.55	(.970)	2.54 ± 0.45	(.805)	3.73 ± 1.08	(.010)
Relationship with caregiver*	Spouse	87 (68.0)	3.52 ± 0.44	N/A	2.51 ± 0.54	N/A	4.18 ± 1.18	N/A
	Children	63 (49.2)	3.40 ± 0.54		2.58 ± 0.07		4.06 ± 0.14	
	Brothers, sisters or the others	6 (4.7)	3.22 ± 0.59		2.63 ± 0.23		3.97 ± 1.59	
Period since cancer diagnosis (year)	< 1 ^a	46 (35.9)	3.49 ± 0.42	3.57	2.39 ± 0.44	4.65	3.95 ± 1.16	1.88
	1~2.9 ^b	45 (35.2)	3.53 ± 0.57	(.311) [†]	2.50 ± 0.56	(.004)	3.99 ± 1.35	(.137)
	3~4.9 ^c	17 (13.3)	3.30 ± 0.55		2.93 ± 0.62	a,b < c	4.71 ± 0.94	
	≥ 5 ^d	20 (15.6)	3.47 ± 0.45		2.57 ± 0.52		4.15 ± 1.06	
Perceived burdensome of medical expense	No ^a	30 (23.4)	3.30 ± 0.58	3.83	2.40 ± 0.78	0.60	4.21 ± 1.05	2.37
	Average ^b	44 (34.4)	3.44 ± 0.50	(.024)	2.56 ± 0.46	(.549) [†]	4.34 ± 1.20	(.098)
	Yes ^c	54 (42.2)	3.60 ± 0.41	c > a	2.57 ± 0.43		3.84 ± 1.25	

*Multiple response; [†]Kruskal-Wallis test; [†]Welch test.

Table 2. Difference in Attitudes toward the Withdrawal of Life-sustaining Treatment, Death Anxiety and Death Acceptance according to Advanced Care Planning related Characteristics (N= 128)

Variables	Categories	n (%)	Attitudes toward the withdrawal of life-sustaining treatment		Death anxiety		Death acceptance	
			M ± SD	t (p)	M ± SD	t (p)	M ± SD	t (p)
Prepared advance directives	Yes	23 (18.0)	3.62 ± 0.41	1.54	2.41 ± 0.49	-	4.68 ± 1.30	2.61
	No	105 (82.0)	3.44 ± 0.51	(.127)	3.44 ± 0.51	(.506) [*]	2.55 ± 0.55	(.010)
Education about advanced care plan	Yes	36 (28.1)	3.53 ± 0.47	0.73	2.54 ± 0.53	0.20	4.62 ± 1.28	3.22
	No	92 (71.9)	3.46 ± 0.51	(.465)	2.52 ± 0.55	(.842)	3.89 ± 1.11	(.002)
Discussion advanced care plan with others	Yes	48 (37.5)	3.68 ± 0.48	1.77	2.54 ± 0.56	0.19	4.31 ± 1.34	1.51
	No	80 (62.5)	3.42 ± 0.50	(.079)	2.52 ± 0.53	(.850)	3.97 ± 1.10	(.134)
In case acquaintances has been received life-sustaining treatment before	Yes	17 (13.3)	3.57 ± 0.43	-	2.43 ± 0.42	-0.78	3.76 ± 1.51	-1.23
	No	111 (86.7)	3.46 ± 0.51	(.243) [*]	2.54 ± 0.56	(.435)	4.15 ± 1.15	(.222)
In case acquaintances has been withdrawn life-sustaining treatment before	Yes	12 (9.4)	3.66 ± 0.49	-	2.42 ± 0.37	-0.74	4.23 ± 1.50	0.41
	No	116 (90.6)	3.46 ± 0.50	(.062) [*]	2.54 ± 0.56	(.464)	4.08 ± 1.18	(.686)

*Mann Whitney test.

2. 대상자의 연명의료중단에 대한 태도, 죽음불안, 죽음수용

연명의료중단에 대한 태도는 4점 만점에 평균 3.48 ± 0.50 점이었 다. 죽음불안은 5점 만점에 평균 2.53 ± 0.54 점이었 다. 하위 요인별로 살펴보면 사후 결과의 불안이 2.54 ± 0.77 점, 죽음 과정의 불안이 2.95 ± 0.66 점, 존재 상실의 불안이 2.17 ± 0.72 점이었 다. 죽음수용은 7 점 만점에 평균 4.10 ± 1.20 점으로 나타났다. 하위 요인별로 살펴보면 접근적 수용이 평균 3.72 ± 1.56 점, 탈출적 수용이 평균 3.72 ± 1.51 점, 중립적 수용이 평균 5.47 ± 1.20 점이었 다(Table 3).

3. 대상자의 특성에 따른 연명의료중단에 대한 태도, 죽음불안, 죽음수용

본 연구의 대상자의 특성에 따른 연명의료중단에 대한 태도, 죽음불안, 죽음수용은 Tables 1, 2와 같다. 대상자가 스스로 지각하는 치료비 부담정도에 따라 연명의료중단에 대한 태도가 유의한 차이가 나타났고($F = 3.83, p = .024$), 치료비가 부담된다고 한 경우에 연명의료중단에 대한 태도 점수가 가장 높았다. 대상자의 죽음 불안 은 진단 후 유병기간에 따라 유의한 차이가 있었는데($F = 4.65, p = .004$), 진단을 받은 지 3~5년인 경우에 진단을 받은 지 3년 미만 인 경우보다 죽음 불안 점수가 높았다. 대상자 중 종교가 있는 경 우에 죽음수용 점수가 유의하게 높았고($t = -2.61, p = .010$), 대상자 중 사전연명의료의향서를 작성 한 경우에 죽음수용 점수가 그렇지 않은 경우보다 높았고($t = 2.61, p = .010$) 연명의료와 관련된 교육

을 받은 경우에 죽음수용 점수가 그렇지 않은 경우보다 높았다 ($t = 3.22, p = .002$).

4. 대상자의 연명의료중단에 대한 태도와 죽음불안, 죽음수용의 관계

대상자의 연명의료중단에 대한 태도는 죽음불안($r = -0.21, p = .018$)과는 통계적으로 유의한 음의 상관관계를 보였고 연명의료 중단에 긍정적일수록 죽음불안이 낮은 것으로 볼 수 있다. 연명의료 중단에 대한 태도와 죽음수용($r = -0.07, p = .462$)과는 통계적으로 유의한 차이가 없었다. 또한 죽음불안과 죽음수용 간에도 유의한 차이는 없었다($r = 0.12, p = .184$)(Table 4).

논 의

본 연구는 의료기관에서 치료받고 있는 노인 암 환자의 연명의료 중단에 대한 태도와 죽음불안 간의 의미 있는 관계를 파악하고 노 인 암 환자의 생애 말기 간호에 필요한 기초자료를 제공하고자 하 였다. 본 연구에서 사전연명의료의향서를 작성한 경우는 23명(18%) 이었다. 연명의료결정법을 시행 후 사전연명의료의향서를 작성한 사람 중 60세 이상 연령층이 9만 7539명으로 작성자의 84.6%를 차지하지만¹⁸⁾, 65세 이상 암 환자 수에 비하여 작성자의 수는 미비한 수준이며, 사전연명의료의향서를 작성하는 방법에 대한 정보 부족

Table 3. Level of Attitudes toward the Withdrawal of Life-sustaining Treatment, Death Anxiety and Death Acceptance (N= 128)

Variables	Categories	M ± SD	Actual range	Possible range
Attitudes toward the withdrawal of life-sustaining treatment		3.48 ± 0.50	1.74~4.58	1~5
Death anxiety	Total	2.53 ± 0.54	1~4	1~4
	Result after death	2.54 ± 0.77	1~4	1~4
	Death process	2.95 ± 0.66	1~4	1~4
	Loss of existence	2.17 ± 0.72	1~4	1~4
Death acceptance	Total	4.10 ± 1.20	1.79~6.71	1~7
	Approach acceptance	3.72 ± 1.56	1.00~6.75	1~7
	Escape acceptance	3.72 ± 1.51	1~7	1~7
	Neutral acceptance	5.47 ± 1.20	1.33~7.00	1~7

Table 4. Correlations among Attitudes toward the Withdrawal of Life-sustaining Treatment, Death Anxiety and Death Acceptance of the Subjects (N= 128)

Variables	Attitudes toward the withdrawal of life-sustaining treatment	Death anxiety	Death acceptance
	r (p)	r (p)	r (p)
Attitudes toward the withdrawal of life-sustaining treatment	1		
Death anxiety	-.21 (.018)	1	
Death acceptance	-.07 (.462)	.12 (.184)	1

으로 인한 것으로 생각된다.

본 연구에서 연명의료와 관련된 교육 경험이 있다고 한 경우는 36명(28.1%)이었다. 노인 암 환자를 대상으로 한 선행연구에서 사전 의사결정에 대해 들어본 경우가 33.1%였던¹⁹⁾ 결과와 비슷한 수준이었다. 등록기관에서 자체적으로 지역거점을 방문하여 의향서 작성에 대해 안내하고 2018년 동안 국민건강보험공단에서 총 79회의 교육을 수행했다¹⁸⁾고는 하나 아직까지는 부족한 것으로 보인다. 노인을 대상으로 연명의료중단 교육 프로그램을 시행하는 것이 연명의료중단 관련 지식 향상 및 태도 개선에 도움이 된다는 선행연구결과²⁰⁾를 토대로 노인 암 환자들을 위해 앞으로 연명의료중단 관련 교육 개발 및 시행을 더욱 활성화할 필요가 있다.

가족, 지인에게 연명의료에 관한 의논을 해본 적이 없는 경우가 80명으로 대상자의 62.5%를 차지하였다. 2011년 암 환자 가족 대상으로 한 선행연구²¹⁾에서 76.2%가 환자와 연명의료중단 논의를 한 적이 없었다는 선행연구결과와 비교해보면 이전에 비해 가족과 연명의료중단에 관한 논의가 이루어지고 있는 것으로 볼 수 있으나 여전히 그 비율은 적은 편이다. 인간이 죽음에 대한 공포와 불안에 대처하는 여러 방법 중 대부분이 죽음의 가능성을 부정하고 망각하는 태도를 취하는데²²⁾ 이에 비롯하여 죽음을 입 밖으로 꺼내지 않거나 아직까지 자신이 죽음을 논할 상태가 아니라고 생각하는 것에 비롯한 결과로 추측된다. 이로 인해 노인 암 환자의 급작스러운 건강 상태 악화 시 가족원이 환자의 의사를 대신 결정하는 경우는 많으나 가족들의 연명의료 결정에 대한 만족도가 낮고 치료 결정에 대한 후회는 높으며 의사 결정 과정에서 최선의 선택에 대한 확신이 없다.²³⁾ 그러므로 노인 암 환자 스스로가 결정하고 자신이 원하는 방향으로 치료를 받으며 남은 생을 지내기 위해서는 자신을 돌보아 줄 가족과 사전에 의논하고 자신의 의견을 정확히 대변할 수 있도록 준비하는 것이 필요하다.

본 연구대상자의 연명의료중단에 대한 태도는 3.48 ± 0.50 점이었다. 지역사회 노인 대상으로 같은 도구를 이용하여 시행한 선행연구에서의 3.90 ± 0.56 점²⁰⁾보다 다소 낮은 수치이며 이는 건강 회복을 위해 암을 치료 받고 있는 상황에 처한 노인을 대상으로 조사하여 일반 노인에 비해 치료에 대한 요구도가 높아 연명의료를 시행하는 것에 더 긍정적인 태도를 보인 것으로 사료된다. 죽음불안은 2.53점으로 지역사회 노인의 죽음불안이 2.57점²⁴⁾, 2.62점²⁵⁾이었던 것과 유사한 수준이었다. 노인 암 환자는 일반 노인에 비해 신체적 기능이 저하되어 있어 죽음에 대한 불안과 두려움을 더 크게 느끼는 경향이 있다⁶⁾는 선행연구결과와 차이가 있어 반복연구를 통해 암 진단 이외의 관련 요인에 대한 탐색이 필요하다.

대상자의 연명의료중단에 대한 태도는 대상자가 지각하는 치료비 부담정도에 따라 유의한 차이를 보였는데, 치료비가 부담된다는

경우 치료비 부담이 없는 경우에 비해 연명의료에 대한 태도가 부정적이었다. 이는 재정만족도가 낮은 저소득 노인이 연명의료중단의 의사가 높다는 선행연구와 유사하다.²⁶⁾ 따라서 노인 암 환자가 치료받을 때 경제적인 사유로 연명의료를 중단하지 않게 하기 위해 경제적 어려움을 겪고 있는 노인을 위한 치료비에 대한 지원이 필요하다.

대상자의 죽음불안은 진단 후 유병기간에 따라 유의한 차이를 보였는데, 진단을 받은 지 3년 이상~5년 미만인 대상자의 죽음불안이 1년 미만인 경우나 1년 이상~3년 미만인 경우 보다 높았다. 진행된 암을 가지고 있는 경우 여러 사망 관련 불안을 가지고 있고²⁷⁾ 건강하지 못할수록 죽음불안이 높다²⁸⁾는 연구결과와 유사하다. 진단 후 유병기간이 암의 진행정도와 정확히 일치한다고 볼 수는 없으나 본 연구의 대상자가 입원한 노인이었다는 점을 고려할 때 유병기간이 긴 것은 치료기간이 긴 것을 의미한다. 따라서 암 진단 후 장기간의 치료는 대상자의 죽음불안과 관련이 있음을 알 수 있다.

대상자의 연명의료중단에 대한 태도는 죽음수용과 통계적으로 유의한 차이가 없었고, 연명의료중단에 대한 태도와 죽음불안과는 통계적으로 유의한 음의 상관관계가 있었다. 이는 죽음불안이 높을수록 연명의료중단 의사가 낮았다는 선행연구^{26,29)} 결과와 유사하고 연명의료 중단에 대한 간호중재 시 죽음불안에 대한 이해가 동반되어야 함을 알 수 있다. 좋은 죽음은 상대적 개념으로 죽음 자체를 보기보다는 그 죽음의 맥락을 고려하는 것이 필요하다.³⁰⁾ 병원에 입원 중인 노인 암 환자는 치료과정에서 예후가 좋지 못 할 때 연명의료 지속여부를 결정해야 하는 순간이 올 것이다. 죽음불안을 낮추고 연명의료와 관련된 자기주도적인 판단을 할 수 있도록 환자를 도와주는 것은 생애 말 노인 암 환자가 좋은 죽음을 이루기 위해 간호사가 제공하는 간호의 주요한 요소이다. 그러므로 앞서 말한 이 둘의 관계를 파악하고 고려하여 중재함으로써 존엄한 죽음의 과정을 환자가 누릴 수 있도록 도울 수 있을 것이다.

다만, 본 연구에서 연구대상자를 모집 시 입원한 노인 암 환자 중 연구의 주제에 대한 설명을 듣고 부정적이고 우울한 기분이 들어 연구참여를 꺼리는 경우와 연명의료계획서를 실제로 작성한 환자 중에는 건강 상태 상의 문제로 연구참여에 동의하지 않는 경우가 많았다. 연구자가 연구에 관한 설명을 한 환자 중 약 40%만이 연구에 참여하였고 참여한 노인 암 환자는 처음 입원 시보다 호전적인 건강 상태일 때 조사에 응한 경우가 많아 연구결과가 편향될 위험이 있어 일반화하기에는 한계가 있다. 따라서 본 연구의 결과를 일반화하기 위해서는 무작위 또는 층화표집을 통한 반복연구가 필요하다.

결론 및 제언

본 연구는 입원치료를 받고 있는 노인 암 환자를 대상으로 연명의료중단에 대한 태도와 죽음불안 및 죽음수용 간의 관계를 파악한 서술적 조사연구이다. 연구결과 노인 암 환자의 연명의료중단에 대한 태도는 죽음을 어떻게 받아들이느냐에 따라 달라질 수 있으며, 연명의료 중단에 대한 간호중재 시 죽음불안에 대한 이해가 동반되어야 함을 알 수 있다. 본 연구결과를 바탕으로 다음과 같은 제언을 하고자 한다. 첫째, 연구에 참여한 노인의 18%만이 사전연명의료의향서를 작성하였다. 암 환자 대상으로 연명의료결정제도가 시행된 지 이제 1년이 지난 시점에서 이 제도가 좀 더 활성화되기 위해선 연명의료중단에 관심을 가지고 있는 노인 암 환자들이 좀 더 쉽게 관련 정보를 획득하거나 사전연명의료의향서를 작성할 수 있도록 노인 친화적인 인프라 구축 및 홍보 활동이 필요하다. 둘째, 연명의료와 관련된 교육을 받은 노인 암 환자가 받지 않은 노인보다 죽음을 수용적으로 받아들이는 경향이 있고 노인 환자의 주 돌봄 가족원으로 배우자가 많다. 그러므로 죽음 준비 교육자가 환자와 배우자를 대상으로 연명의료에 대한 내용이 포함된 교육 프로그램을 개발 및 운영하고 이 때 서로 연명의료에 대한 생각을 나눌 수 있는 기회를 제공하는 것이 필요하다. 셋째, 노인 암 환자가 연명의료 중단에 대해 부정적일수록 죽음에 대한 불안이 높은 경향이 있으므로 그들을 간호할 때 이를 함께 고려하여야 한다. 이러한 상황에서 적용할 수 있는 죽음불안을 감소시킬 수 있는 간호중재 프로그램 개발이 필요하다.

ORCID

신수진 orcid.org/0000-0001-7981-2893

서연미 orcid.org/0000-0002-8053-9238

REFERENCE

1. Statistics Korea. Statistics on the aged 2018 [Internet]. Available from: <http://kostat.go.kr/wnsearch/search.jsp> [Accessed February 20, 2019].
2. Ministry of Health and Welfare (KR). Cancer statistics 2015 [Internet]. Available from: <http://ncc.re.kr/cancerStatsView.ncc?bbsnum=438&searchKey=total&searchValue=&pageNum=1> [Accessed March 2, 2019].
3. Park EH, Kim NY. The influence of nursing professionalism, attitudes toward advance directive, and death anxiety on terminal care performance of nurses in long-term care hospitals. *Korean J Adult Nurs.* 2018;30:183-93.
4. Kisvetrová H, Joanovič E, Vévoda J, Školoudík D. Dying care nursing intervention in the institutional care of end-of-life patients. *Int J Nurs Knowl.* 2017;28:131-7.
5. National Legal Information Center (KR). Law on the determination of life sustaining treatment for patients in the hospice, palliative care and terminal care [Internet]. Available from: <http://www.law.go.kr/lsInfoP.do?lsiSeq=180823#0000> [Accessed November 20, 2018].
6. Kang DY, Shim HW. Attitude of elderly people on life support care - Q methodological approach. *J Korea Contents Assoc.* 2015;15:355-69.
7. Walkey AJ, Barnato AE, Wiener RS, Nallamothu BK. Accounting for patient preferences regarding life-sustaining treatment in evaluations of medical effectiveness and quality. *Am J Respir Crit Care Med.* 2017; 196:958-63.
8. Boelk AZ, Kramer BJ. Advancing theory of family conflict at the end of life: a hospice case study. *J Pain Symptom Manage.* 2012;44:655-70.
9. Ha SM, Lee JS. Factors affecting elders' acceptance of death. *J Korean Gerontol Nurs.* 2017;19:165-72.
10. Baumann R, Pütz C, Röhrig B, Höffken K, Wedding U. Health-related quality of life in elderly cancer patients, elderly non-cancer patients and an elderly general population. *Eur J Cancer Care (Engl).* 2009;18:457-65.
11. Nyatanga B. Knowledge of impending death and its effect on quality of dying. *Br J Community Nurs.* 2015;20:152.
12. Kim YS, Kwon YE, Sung KS, Kwak HR. A study of quality of life, death anxiety and spiritual well being in elders. *J Korean Gerontol Nurs.* 2007;9:143-53.
13. Kim SN, Kim HJ. Recognition of good death, attitude towards the withdrawal of life-sustaining treatment, and attitude towards euthanasia in nurses. *Korean J Hosp Palliat Care.* 2016;19:136-44.
14. Choi EJ, Jeong HS. The effect of nursing students' consciousness of biomedical ethics, good death recognition, and self-esteem on the attitude toward withdrawal of life-sustaining treatment. *J Korea Acad Ind Coop Soc.* 2018;19:275-84.
15. Byun EK, Choi HR, Choi AR, Hong KH, Kim NM, Kim HS. An investigative research on the attitudes of intensive care unit nurses and families on terminating life support. *Clin Nurs Res.* 2003;9:112-24.
16. Oh MN, Choi WS. A study on self-esteem, death Anxiety and depression of the elderly in home and facilities. *J Korean Home Econ Assoc.* 2005;43:105-18.
17. Jang HS, Choi YI. The relationship between death fear and death acceptance. *Korean J Dev Psychol.* 2008;21:59-76.
18. Ministry of Health and Welfare (KR). System of determination of life-sustaining treatment press release 2019 [Internet]. Available from: <http://www.korea.kr/briefing/pressReleaseView.do?newsId=156317340> [Accessed May 22, 2019].
19. Lee MH, Park YH. Factors influencing attitude toward advance directives of older cancer patients. *Korean J Adult Nurs.* 2015;27:449-58.
20. Kim HS, Shin SR. The influence of social support among community dwelling elderly and their attitude towards the withdrawal of life-sustaining treatment: a mediating effect of self-esteem. *Korean J Adult Nurs.* 2017;29:373-81.
21. Chang CY, Kim YS. Attitude toward forgoing life-sustaining treatment among cancer patient families. *Ment Health Soc Work.* 2011;38:5-30.
22. Park JC. A critical examination of the attitude of modern medicine toward death - in the perspective of existentialist psychology -. *Philos Med.* 2017;24:39-76.
23. Kim SH. Family surrogates' decision regret and psychological stress

- about end-of-life cancer treatments: path analysis. *J Korean Acad Nurs*. 2018;48:578-87.
24. Jang KE. A study on the ecological factors affecting the death anxiety among the elderly. *J Welf Aged*. 2010;49:267-86.
 25. Kim Y, Kim M. Factors influencing death anxiety in community-dwelling elderly: based on the ecology theory. *Korean J Hosp Palliat Care*. 2019;22:30-8.
 26. Yoon MS, Kim JS. Factors to the withdrawing of life sustaining treatment among low income elderly. *Ment Health Soc Work*. 2015;43:192-219.
 27. Vehling S, Malfitano C, Shnall J, Watt S, Panday T, Chiu A, et al. A concept map of death-related anxieties in patients with advanced cancer. *BMJ Support Palliat Care*. 2017;7:427-34.
 28. Lee MS, Choi HJ. Factors influencing death anxiety in elderly patients in long-term care hospitals. *J Korean Gerontol Nurs*. 2016;18:138-46.
 29. Kim AL. Influencing factors on the elderly's preference in care near the end of life – focusing on preparation for death and anxiety for death. *J Korea Soc Wellness*. 2019;14:113-23.
 30. Kastbom L, Milberg A, Karlsson M. A good death from the perspective of palliative cancer patients. *Support Care Cancer*. 2017;25:933-9.