



# 암 환자의 사전연명의료의향서 작성의도에 대한 영향요인

하은주<sup>1)</sup> · 구미옥<sup>2)</sup>

## Factors Affecting Intention of Signing an Advanced Directives in Cancer Patients

Ha, Eun-Ju<sup>1)</sup> · Gu, Mee Ock<sup>2)</sup>

1) Nurse, Department of Nursing, Gyeongsang National University Hospital, Jinju

2) Professor, College of Nursing · Gerontological Health Research Center in Institute of Health Sciences, Gyeongsang National University, Jinju, Korea

**Purpose:** The purpose of this study was to identify factors affecting intention to sign an Advanced Directives (AD) in cancer patients. **Methods:** A descriptive correlational study design was used. Participants were 173 adult cancer patients in outpatient and inpatient departments at the cancer center of G University Hospital located in J city. Data were collected from February 25 to August 30, 2019. Data were analyzed using  $\chi^2$  test, independent t-test, and multivariate logistic regression with SPSS/WIN 24.0. **Results:** Factors influencing an intention to sign an AD in cancer patients were job status (OR 2.81, 95% CI=1.20~6.56), whether or not any acquaintances had signed an AD (OR 51.48, 95% CI=3.76~704.71), proper time to sign an AD (when diagnosed with end-stage: OR 0.28, 95% CI=0.10~0.80; when near death: OR 0.09, 95% CI=0.02~0.46; reference: when healthy), discussion with family members about signing an AD (OR 15.87, 95% CI=2.28~110.54) and attitude towards AD (OR 6.50, 95% CI=1.23~34.38). **Conclusion:** In order to increase the intention to sign an AD in cancer patients, the development and implementation of nursing interventions to promote a positive attitude towards AD is highly recommended. Further, encouraging discussion with family members about signing an AD is recommended, and helping cancer patients to recognize that signing an AD is appropriate at a time when it is possible to make a treatment decision rather than when the patients has been diagnosed with end stage cancer.

**Key Words:** Advanced directives; Attitude; Attitude to death; Cancer, Knowledge

\*This article is based on a part of the first author's master's thesis from Gyeongsang National University.

주요어: 사전연명의료의향서, 암, 지식, 태도, 죽음태도

\*이 논문은 제1저자 하은주의 석사학위논문 일부 발췌한 것임.

1) 경상대학교병원 간호부 간호사

2) 경상대학교 간호대학 · 건강과학연구원 노인건강연구센터 교수

Received Sep 3, 2020 Revised Nov 9, 2020 Accepted Feb 3, 2021

Corresponding author: Gu, Mee Ock <https://orcid.org/0000-0002-9296-2041>

College of Nursing, Gyeongsang National University,

15 Jinju-daero, 816beon-gil, Jinju 52727, Korea

Tel: +82-55-772-8226, Fax: +82-55-772-8222, E-mail: [mogu@gnu.ac.kr](mailto:mogu@gnu.ac.kr)

## 서론

## 1. 연구의 필요성

20세기 이후 과학기술과 현대 의학의 발전은 인간의 건강수준을 향상시키고 평균 수명을 연장하는 효과를 가져왔다[1]. 하지만 심폐소생술, 인공호흡기와 같은 특수 생명장치의 발달은 자연스럽게 임종을 맞이해야 하는 만성질환자들에게 무의미한 연명치료를 지속하게 하였다[2]. 연명치료의 중단은 불필요한 과다치료를 중단함으로써 회복 불가능한 환자가 인간의 존엄성을 잃지 않고 죽음을 맞이할 수 있도록 한다[3]. 우리나라에서 연명치료의 중단은 2008년 김할머니 사건으로 사회적 논의가 촉발되었으며, 이 사건을 계기로 2009년에 ‘연명치료 중지에 관한 지침 제정 특별위원회’가 구성되어 법조계, 윤리학계, 종교계, 의료계, 시민단체 등 다양한 계층의 의견을 수렴하였으며, 2016년 1월에 호스피스 완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명치료에 관한 법률(약칭: 연명치료결정법)이 제정되어, 2018년 2월부터 시행되고 있다[3]. 사전연명의료의향서는 19세 이상의 사람이 자신의 연명치료 중단 등 결정 및 호스피스에 관한 의사를 직접 문서(전자문서를 포함)로 작성한 것이다[3]. 사전연명의료의향서의 작성은 생의 말기 치료에 대한 의사결정을 함으로써 개인의 자율성을 최대한 보호하고 임종과정의 고통을 최소화 할 수 있도록 한다[4].

암은 2018년 우리나라 사망원인으로 남녀 1순위이었다[5]. 암은 죽음을 초래한다는 인식때문에 암 진단을 받은 환자는 죽음을 직면하면서 투병생활을 하게 되므로 암 환자의 고통은 다른 어떤 환자보다 극심하다[6,7]. 암 환자들은 생명의 연장에 대한 막연한 희망보다는 남은 생애를 주체적으로 의미 있고 주도적으로 보내기 원하며, 남은 생애동안 의미있는 주변과의 관계를 회복하고 정리하고 싶어 한다[8]. 하지만 아직까지 많은 환자 와 가족들이 사전에 연명의료 결정을 하지 못하고, 의료진 또한 미리 연명의료에 대한 계획을 수립하는 경우가 적으며 임종직전에 심폐소생술 거부(Do Not Resuscitate, DNR) 동의서를 작성하여 연명의료를 결정하는 경우가 많다[9]. 2018년 암사망자 88,661명의 경우 사망 전 1년간 지출한 의료비(26,529,000원)의 약 50%가 사망 3개월 전에 집중되어[10] 연명치료를 위한 부담이 증가하는 것으로 나타났다. 무의미한 생명연장은 환자의 고통을 가중시킬 뿐 아니라 남은 암 환자 가족에게 경제적 부담을 줄 수 있으므로 암 환자가 연명의료를 사전 선택하고, 선택한 결정이 존중받을 수 있도록 할 필요가 있다. 따라서 암 환자를 대상으로 사전연명의료의향서 작성의도를 파악하고 자신이 치료결정

을 내릴 능력이 있을 때 사전연명의료의향서를 작성하도록 적극 권장할 필요가 있겠다. 이를 위해서는 먼저 암 환자의 사전연명의료의향서 작성의도에 영향을 미치는 요인 규명이 필요하다.

성인, 노인 및 일반인 대상 선행연구에서 사전연명의료의향서 지식[11], 사전연명의료의향서 태도[12], 품위 있는 죽음태도[13]가 사전연명의료의향서 작성의도에 영향을 주는 요인으로 보고되었다. 이러한 결과는 대상자가 사전연명의료의향서에 대한 작성의도를 가지려면 먼저 사전연명의료의향서에 대한 지식을 습득하여 사전연명의료의향서가 무엇인지 알고 필요성을 인식하여 사전연명의료의향서에 대해 긍정적 태도가 형성될 필요가 있음을 시사한다. 품위 있는 죽음태도는 한 인간이 죽음이라는 피할 수 없는 실존 앞에서 인간적 품위를 지니고 생을 마감하는 것을 의미하므로[14], 회복 불가능한 환자가 인간의 존엄성을 잃지 않고 죽음을 맞이할 수 있도록 불필요하고 과다한 치료를 중단하는 것과 상호보완적 의미를 갖고 있어서[15], 품위 있는 죽음태도가 사전연명의료의향서 작성의도에 영향을 미칠 것으로 생각된다.

가족기능은 사전연명의료의향서 작성의도의 관련 또는 영향 요인으로 연구된 적은 없었다. 하지만 노인 암 환자 대상 연구에서 가족기능이 좋을 경우 사전의사결정에 대한 태도가 더 긍정적인 것으로 나타났으며[4] 사전연명의료의향서 태도의 하위영역 중 ‘사전의사결정이 가족에게 미치는 영향’ 하위영역의 점수가 높을수록 사전연명의료의향서의 작성의도가 있는 것으로 나타나[11] 가족기능이 사전연명의료의향서 작성의도에 영향을 미치는 것을 시사하였다. 따라서 가족기능이 사전연명의료의향서 작성의도에 영향을 미치는지 확인하는 연구가 필요하다.

암 환자를 대상으로 시행한 사전연명의료의향서에 대한 선행연구는 국내 연구에서 사전연명의료의향서 지식[16], 사전연명의료의향서 태도[4,16]에 대한 연구는 있었지만, 사전연명의료의향서 작성의도에 대한 영향요인을 규명한 연구는 없었다. 국외에서는 사전연명의료의향서 작성의도[17] 또는 작성[18]에 대한 연구가 있었으나 영향요인으로 암 환자의 인구학적 특성과 임상적 특성이 연구되었을 뿐 사전연명의료의향서 지식, 사전연명의료의향서 태도, 품위 있는 죽음태도, 가족기능에 대한 연구는 없었다.

이에 본 연구에서는 암 환자의 사전연명의료의향서 작성의도에 대한 사전연명의료의향서 지식, 사전연명의료의향서 태도, 품위 있는 죽음태도, 가족기능이 미치는 영향을 파악하는 연구를 시도함으로써 암 환자에서 사전연명의료의향서 작성의 정착 및 활성화를 위한 간호중재의 기초자료를 마련하기 위해 시도되었다.

## 2. 연구목적

본 연구의 목적은 암 환자를 대상으로 사전연명의료의향서 작성의도에 영향을 미치는 요인을 파악함으로써 사전연명의료의향서 작성을 활성화하기 위한 간호중재의 기초자료를 제공하는 것이며, 구체적인 목적은 다음과 같다.

- 대상자의 일반적, 질병 관련 특성 및 사전연명의료의향서 관련 특성을 파악한다.
- 대상자의 사전연명의료의향서 작성의도, 사전연명의료의향서 지식, 사전연명의료의향서 태도, 품위 있는 죽음 태도, 가족기능 정도를 파악한다.
- 사전연명의료의향서 작성 의도군과 비의도군 간에 대상자의 일반적, 질병 관련 및 사전연명의료의향서 관련 특성의 차이를 파악한다.
- 사전연명의료의향서 작성 의도군과 비의도군 간에 사전연명의료의향서 지식, 사전연명의료의향서 태도, 품위 있는 죽음태도, 가족기능 정도의 차이를 파악한다.
- 대상자의 사전연명의료의향서 작성의도에 대한 영향요인을 파악한다.

## 연구방법

### 1. 연구설계

본 연구는 암 환자의 사전연명의료의향서 작성의도에 대한 영향요인을 파악하기 위한 서술적 상관관계 연구이다.

### 2. 연구대상

본 연구의 대상자는 경남 진주시 소재 일개 대학교 병원 암 센터에 입원하거나 외래에 내원한 암 환자이다. 대상자 선정기준은 만 18세 이상 성인이며, 의사로부터 암 진단이 확정되었고, 의식상태가 명료하고 의사소통이 가능하며 사전연명의료의향서를 작성하지 않았으며 연구참여에 동의한 자이다.

대상자 수는 G\*Power 3.1.9.2 프로그램을 이용하여 결정하였다. 구체적으로는 Logistic regression에서 유의수준( $\alpha$ )은 .05, 검정력 .90을 설정하고 효과크기는 국내에서 암 환자를 대상으로 사전연명의료의향서 작성의도에 대한 영향요인을 연구한 논문이 없어서 국외의 암 환자 대상 연구결과를[17] 기반으로 OR=2.0으로 계산한 결과 표본수는 148명이었다. 탈락률을 예상하여 180명을 편의표집하여 설문조사를 시행하였으

며, 설문도중 그만두거나 암 진단이 확정되지 않은 7명을 제외하고 최종 분석 대상자는 173명이었다.

### 3. 연구도구

본 연구의 자료수집에 사용한 도구는 원저자와 번역자로 부터 사용 허가를 받은 후 사용하였다.

#### 1) 대상자의 특성

대상자의 일반적 특성 7문항, 질병 관련 특성 6문항, 사전연명의료의향서 관련 특성 6문항, 총 19문항으로 구성되었다. 일반적 특성은 성별, 연령, 배우자 유무, 최종 학력, 종교, 직업, 주관적 건강상태의 7문항으로 구성되었다. 질병 관련 특성은 진단기간, 수술, 함암치료, 방사선치료, 암 재발, 암 전이의 6문항으로 구성되었다. 사전연명의료의향서 관련 특성은 사전연명의료의향서 인지, 사전연명의료의향서 이해, 지인 중 사전연명의료의향서 작성자, 적절한 사전연명의료의향서 작성 시기, 가족과 사전연명의료의향서 의논 경험, 사전연명의료의향서 작성 결정방법의 6문항으로 구성되었다.

#### 2) 사전연명의료의향서 지식

Hong과 Kim [19]이 개발한 사전의료의향서에 대한 지식도구를 사용하였다. 이 도구는 임종기치료, 연명치료, 사전연명의료의향서 문서 관련 지식으로 구성되었는데 이 중 사전연명의료의향서 문서 관련 지식 9문항을 사용하였다. 응답은 ‘예’, ‘아니오’, ‘모른다’ 로 구성되었으며, 점수는 오답과 모른다는 0점, 정답은 1점으로 처리하였다. 점수범위는 0점에서 9점으로 점수가 높을수록 사전연명의료의향서 지식 수준이 높음을 의미한다. 도구의 신뢰도는 Hong과 Kim [19]의 연구에서 Cronbach's  $\alpha$  는 .85였으며, 본 연구에서 Cronbach's  $\alpha$  는 .68이었다.

#### 3) 사전연명의료의향서 태도

Nolan과 Bruder [20]가 개발하고 2003년에 수정 및 보완한 Advanced Directives Attitude Survey (ADAS)를 Lee와 Pack [21]이 한국어로 번역한 도구를 사용하였다. 이 도구는 치료선택의 기회 4문항, 사전의사결정이 가족에게 미치는 영향 8문항, 사전의사결정이 치료에 미치는 영향 3문항, 질병의 인식 1문항, 총 16문항으로 구성되어있다. 4점 Likert 척도로 전혀 아니다 1점에서 매우 그렇다 4점으로 점수범위는 16~64점이며 점수가 높을수록 사전의료의향서에 대한 태도가 긍정적임을 의미한다.

도구 개발당시 신뢰도 Cronbach's  $\alpha$  는 .74, Lee와 Pack [21] 연구에서 Cronbach's  $\alpha$  는 .79였으며 본 연구에서 Cronbach's  $\alpha$  는 .78이었다.

#### 4) 사전연명의료의향서 작성의도

대상자에게 사전연명의료의향서의 정의, 작성 대상, 내용 및 방법, 활용, 효력상실, 변경 및 철회에 대한 간략한 설명문을 제시하여 설명한 후 사전연명의료의향서 작성의도가 있는지를 '예', '아니오', '아직 결정하지 못함' 중에서 선택하게 한 후 '예'는 작성 의도군, '아니오' 또는 '아직 결정하지 못함'은 작성 비의도군으로 분류하였다.

#### 5) 품위 있는 죽음태도

Jo [22]가 개발한 30문항의 품위 있는 죽음태도 도구를 사용하였다. 이 도구는 정서적 안위유지 10문항, 사회적 관계정리 9문항, 고통 없음 3문항, 자율적 의사결정 4문항, 역할보존 4문항으로 구성되었다. 4점 Likert 척도로 매우 비동의 1점에서 매우 동의 4점으로 점수범위는 30~120점이며 점수가 높을수록 품위 있는 죽음을 희망함을 의미한다. 도구의 신뢰도는 Jo [22]의 연구에서 Cronbach's  $\alpha$  는 .90, 본 연구에서 Cronbach's  $\alpha$  는 .99였다.

#### 6) 가족기능

Olson 등[23]이 개발한 Family Adaptability & Cohesion Evaluation Scale-III (FACE-III)를 Kim과 Moon [24]이 한국어로 번역 및 수정한 도구를 사용하여 측정하였다. 가족의 응집성 10문항, 적응성 10문항으로 총 20문항이며, 5점 Likert 척도로 전혀 아니다 1점에서 매우 그렇다 5점이다. 점수범위는 20~100점으로 측정된 점수가 높을수록 응집성과 적응성이 높음을 의미한다. 도구의 신뢰도는 개발당시 Cronbach's  $\alpha$  는 .92였고, Kim과 Moon [24]의 연구에서 Cronbach's  $\alpha$  는 .78이었다. 본 연구에서 Cronbach's  $\alpha$  는 .94였다.

### 4. 자료수집

G대학교병원 혈액종양내과 전문의 및 암센터 병동 수간호사에게 연구의 내용과 목적을 설명하고 설문조사 허락을 받았다. 외래 대기 중이거나 입원중인 대상자에게 사전연명의료의향서 작성여부를 먼저 확인하였다. 사전연명의료의향서를 작성하지 않은 대상자에게만 연구자가 연구목적을 설명한 후 서면동의서를 받고 직접 설문지를 작성하게 하였으며, 시력저하

등의 이유로 직접 글을 읽고 쓰기 어려운 대상자는 연구자가 읽어주고 설문지에 응답하게 하였다.

### 5. 윤리적 고려

본 연구는 경상대학교 병원 IRB 승인(IRB No. GNUH 2018-12-013-002)을 받은 후 혈액종양내과 전문의, 간호부, 암센터 병동 수간호사에 허락을 받아 시행되었다. 연구목적에 적합한 대상자를 선정한 후 연구목적 및 방법을 설명하고, 익명성과 비밀보장, 조사도중 참여를 원하지 않을 경우 언제든지 중단할 수 있으며, 응답결과는 순수한 연구목적으로만 사용하게 됨을 설명하였다. 연구참여에 동의한 대상자에게 서면동의를 받고 설문지로 자료수집을 하고, 감사의 뜻으로 소정의 선물을 제공하였다. 수집된 자료에는 개별화된 ID를 부여하여 코드화하고 응답 내용을 익명으로 처리하였으며, 연구목적으로만 사용하였다.

### 6. 자료분석

자료의 통계처리는 SPSS/WIN 24.0 프로그램을 이용하여 분석하였다.

- 대상자의 특성은 실수와 백분율로 분석하였다.
- 대상자의 사전연명의료의향서 작성의도는 실수와 백분율, 사전연명의료의향서 지식, 사전연명의료의향서 태도, 품위 있는 죽음태도 및 가족기능 정도는 평균과 표준편차로 분석하였다.
- 사전연명의료의향서 작성 의도군과 비의도군 간에 대상자의 특성의 차이는  $\chi^2$  test로 분석하였다.
- 사전연명의료의향서 작성 의도군과 비의도군 간에 사전연명의료의향서 지식, 사전연명의료의향서 태도, 품위 있는 죽음태도, 가족기능 정도의 차이는 independent t-test로 분석하였다.
- 대상자의 사전연명의료의향서 작성의도에 대한 영향요인은 다변량 로지스틱 회귀분석(multivariate logistic regression)으로 분석하였다.

## 연구결과

### 1. 대상자의 특성

대상자의 일반적 특성은 성별은 남 96명(55.5%), 여 77명

(44.5%)이었다. 연령은 평균 62.59±13.03세이었으며, 65~74세 54명(31.2%)으로 가장 많았다. 배우자는 있음 141명(81.5%)으로 대부분이었다. 최종 학력은 중졸 이하 78명(45.1%), 고졸 이상 95명(54.9%)이었다. 종교는 있음 114명(65.9%), 직업은 있음 59명(34.1%)으로 많았다. 주관적 건강상태는 보통 80명(46.5%)으로 많았으며, 나쁨 66명(38.4%), 좋음 26명(15.1%) 순이었다.

질병 관련 특성은 진단기간은 1~3년 미만 52명(30.1%)으로 가장 많았으며, 다음이 3~5년 미만 44명(25.4%), 1년 미만 43명(24.9%), 5년 이상 34명(19.7%) 순이었다. 수술은 예 86명(50.0%), 아니오 86명(50.0%)이었다. 항암치료는 예 152명(87.9%), 방사선치료는 아니오 117명(67.6%)으로 많았다. 암 재발은 아니오 134명(77.9%), 암 전이는 예 97명(56.4%)으로 많았다.

사전연명의료의향서 관련 특성은 사전연명의료의향서 인지여부는 예-의미를 알고 있다 76명(43.9%), 예-들어본 적은 있으나 의미는 모른다 28명(16.2%), 아니오 69명(39.9%)이었다. 사전연명의료의향서 이해는 이해했다 135명(78.0%), 이해하지 못했다 16명(9.2%), 모르겠다 22명(12.7%)이었다. 지인 중 사전연명의료의향서 작성자는 있음 17명(9.8%), 없음 156명(90.2%)이었다. 적절한 사전연명의료의향서 작성 시기는 건강할 때 61명(35.7%), 암진단을 받았을 때 11명(6.4%), 암 치료로 입원시 14명(8.2%), 말기단계라고 진단을 받았을 때 40명(23.4%), 임종에 임박했을 때 28명(16.4%), 기타 17명(9.9%)이었다. 가족과 사전연명의료의향서 의논 경험은 있음 26명(15.0%), 없음 147명(85.0%)이었다. 사전연명의료의향서 작성 결정방법은 스스로 단독결정 57명(32.9%), 반드시 가족과 상의하여 결정 61명(35.3%), 필요시 가족과 상의하여 결정 55명(31.8%)이었다(Table 1).

## 2. 대상자의 사전연명의료의향서 작성의도

대상자의 사전연명의료의향서 작성의도는 있음 87명(50.3%), 없음 37명(21.4%), 아직 결정하지 못함 49명(28.3%)이었다. 즉, 작성 의도군은 50.3%, 작성 비의도군은 49.7%였다(Table 2).

## 3. 대상자의 사전연명의료의향서 지식, 사전연명의료의향서 태도, 품위 있는 죽음태도, 가족기능 정도

대상자의 사전연명의료의향서 지식은 문항 평균 0.69±0.23점이며 정답률은 69.0%였다. 사전연명의료의향서 태도는 문항

평균 2.77±0.30점이었으며, 하위영역의 문항 평균은 치료 선택의 기회 2.78±0.41점, 가족에게 미치는 영향 2.77±0.38점, 치료에 미치는 영향 2.96±0.42점, 질병의 인식 2.16±0.70점이었다. 품위 있는 죽음태도는 문항 평균 3.03±0.42점이었으며, 하위영역의 문항 평균은 정서적 안위유지 2.97±0.43점, 사회적 관계 정리 3.08±0.45점, 고통없음 2.90±0.54점, 자율적 의사결정 3.12±0.51점, 역할보존 3.08±0.48점이었다. 가족기능은 문항 평균 3.71±0.66점이었으며, 하위영역의 문항 평균은 응집성 3.77±0.72점, 적응성 3.65±0.65점이었다(Table 3).

## 4. 사전연명의료의향서 작성 의도군과 비의도군 간에 대상자의 특성의 차이

사전연명의료의향서작성 의도군과 비의도군 간에 대상자의 특성의 차이를 검증한 결과는 다음과 같다. 사전연명의료의향서 작성 의도군과 비의도군 간에 유의한 차이가 있었던 일반적 특성은 최종 학력( $\chi^2=4.88, p=.027$ ), 직업( $\chi^2=4.12, p=.042$ )으로 나타났다.

사전연명의료의향서 작성 의도군과 비의도군 간에 유의한 차이를 보인 질병 관련 특성은 없었다.

사전연명의료의향서 작성 의도군과 비의도군 간에 유의한 차이가 있었던 사전연명의료의향서 관련 특성은 사전연명의료의향서 인지( $\chi^2=15.24, p<.001$ ), 사전연명의료의향서 이해( $\chi^2=13.81, p=.001$ ), 지인 중 사전연명의료의향서 작성자( $\chi^2=14.49, p<.001$ ), 적절한 사전연명의료의향서 작성 시기( $\chi^2=27.21, p<.001$ ), 가족과 사전연명의료의향서 의논 경험( $\chi^2=21.61, p<.001$ )으로 나타났다(Table 1).

## 5. 사전연명의료의향서 작성 의도군과 비의도군 간에 사전연명의료의향서 지식, 사전연명의료의향서 태도, 품위 있는 죽음태도, 가족기능 정도의 차이

사전연명의료의향서 작성 의도군과 비의도군 간에 유의한 차이가 있는 변수는 사전연명의료의향서 지식( $t=-2.77, p=.006$ ), 사전연명의료의향서 태도( $t=-5.11, p<.001$ ), 품위 있는 죽음태도( $t=-2.35, p=.020$ )로 나타났다. 즉, 사전연명의료의향서 작성 의도군이 비의도군보다 유의하게 사전연명의료의향서 지식, 사전연명의료의향서 태도, 품위 있는 죽음태도 정도가 높은 것으로 나타났다. 반면 가족기능은 두군 간에 유의한 차이가 없었다(Table 4).

**Table 1.** Characteristics of the Subjects and Differences of Characteristics between Intention Group and Non-intention Group of Signing an Advanced Directives (N=173)

Characteristics	Categories	n (%)	Signing an AD		$\chi^2$	p	
			Intention gorup (n=87)	Non-intention group (n=86)			
			n (%)	n (%)			
General characteristics	Gender	Male	96 (55.5)	47 (54.0)	49 (57.0)	0.15	.696
		Female	77 (44.5)	40 (46.0)	37 (43.0)		
	Age (year)	< 55	40 (23.1)	22 (25.3)	18 (20.9)	2.13	.545
		55~64	49 (28.3)	25 (28.7)	24 (27.9)		
		65~74	54 (31.2)	23 (26.4)	31 (36.0)		
		75~84	30 (17.3)	17 (19.5)	13 (15.1)		
	Spouse	Yes	141 (81.5)	71 (81.6)	70 (81.4)	0.00	.971
		No	32 (18.5)	16 (18.4)	16 (18.6)		
	Education	≤ Middle school	78 (45.1)	32 (36.8)	46 (53.5)	4.88	.027
		≥ High school	95 (54.9)	55 (63.2)	40 (46.5)		
Religion	Yes	114 (65.9)	61 (70.1)	53 (61.6)	1.39	.239	
	No	59 (34.1)	26 (29.9)	33 (38.4)			
Job	Yes	59 (34.1)	36 (41.4)	23 (26.7)	4.12	.042	
	No	114 (65.9)	51 (58.6)	63 (73.3)			
Perceived health status	Poor	66 (38.4)	31 (36.0)	35 (40.7)	0.86	.651	
	Fair	80 (46.5)	40 (46.5)	40 (46.5)			
	Good	26 (15.1)	15 (17.4)	11 (12.8)			
	Missing	1	1	-			
Disease related factors	Period since cancer diagnosis (year)	< 1	43 (24.9)	19 (21.8)	24 (27.9)	2.10	.551
		1~< 3	52 (30.1)	29 (33.3)	23 (26.7)		
		3~< 5	44 (25.4)	20 (23.0)	24 (27.9)		
		≥ 5	34 (19.7)	19 (21.8)	15 (17.4)		
	Operation	Yes	86 (50.0)	45 (51.7)	41 (48.2)	0.21	.647
		No	86 (50.0)	42 (48.3)	44 (51.8)		
		Missing	1	-	1		
	Chemotherapy	Yes	152 (87.9)	76 (87.4)	76 (88.4)	0.04	.838
		No	21 (12.1)	11 (12.6)	10 (11.6)		
	Radiation therapy	Yes	56 (32.4)	28 (32.2)	28 (32.6)	0.00	.958
		No	117 (67.6)	59 (67.8)	58 (67.4)		
	Cancer recurrence	Yes	38 (22.1)	19 (22.1)	19 (22.1)	0.00	1.000
		No	134 (77.9)	67 (77.9)	67 (77.9)		
		Missing	1	1	-		
Cancer metastasis	Yes	97 (56.4)	50 (58.1)	47 (54.7)	0.21	.645	
	No	75 (43.6)	36 (41.9)	39 (45.3)			
	Missing	1	1	-			
AD related factors	Cognition of AD	Yes-know the meaning	76 (43.9)	50 (57.5)	26 (30.2)	15.24	< .001
		Yes-don't know the meaning	28 (16.2)	14 (16.1)	14 (16.3)		
		No	69 (39.9)	23 (26.4)	46 (53.5)		
	Understanding of AD	Yes	135 (78.0)	78 (89.7)	57 (66.3)	13.81	.001
		No	16 (9.2)	4 (4.6)	12 (14.0)		
		Don't know	22 (12.7)	5 (5.7)	17 (19.8)		
	Acquaintances to sign an AD	Yes	17 (9.8)	16 (18.4)	1 (1.2)	14.49	< .001
		No	156 (90.2)	71 (81.6)	85 (98.8)		
	Proper time to sign an AD	When healthy	61 (35.7)	39 (45.3)	22 (25.9)	27.21	< .001
		When diagnosed with cancer	11 (6.4)	6 (7.0)	5 (5.9)		
		When in hospital for cancer treatment	14 (8.2)	12 (14.0)	2 (2.4)		
		When diagnosed with end-stage	40 (23.4)	17 (19.8)	23 (27.1)		
		When near death	28 (16.4)	4 (4.7)	24 (28.2)		
		Others	17 (9.9)	8 (9.3)	9 (10.6)		
		Missing	2	1	1		
	Discussion with family members about signing an AD	Yes	26 (15.0)	24 (27.6)	2 (2.3)	21.61	< .001
		No	147 (85.0)	63 (72.4)	84 (97.7)		
	Type of decision about signing an AD	Make one's own decision	57 (32.9)	33 (37.9)	24 (27.9)	2.76	.251
		Discuss with family	61 (35.3)	26 (29.9)	35 (40.7)		
Discuss with family if necessary		55 (31.8)	28 (32.2)	27 (31.4)			

AD=advanced directives.

### 6. 대상자의 사전연명의료의향서 작성의도에 대한 영향 요인

사전연명의료의향서 작성의도에 대한 영향요인을 파악하기 위해 다변량 로지스틱 회귀분석을 시행하였다. 독립변수는  $\chi^2$  test, independent t-test에서 사전연명의료의향서 작성 의

도군과 비의도군 간에 유의한 차이를 보인 변수인 최종 학력, 직업, 지인 중 사전연명의료의향서 작성자, 적절한 사전연명의료의향서 작성 시기, 가족과 사전연명의료의향서 의논 경험, 사전연명의료의향서 지식, 사전연명의료의향서 태도, 품위 있는 죽음태도를 투입하였고, 종속변수는 사전연명의료의향서 작성 의도군과 비의도군의 두 군이었다. 사전연명의료의향서 관련 특성 중 사전연명의료의향서 인지와 사전연명의료의향서 이해는 사전연명의료의향서 지식과 개념상 일부 중복이 있어서 독립변수로 투입하지 않았다.

분석결과 사전연명의료의향서 작성의도에 유의한 영향을 주는 요인은 직업, 지인 중 사전연명의료의향서 작성자, 사전연명의료의향서 작성 시기, 가족과 사전연명의료의향서 의논 경험, 사전연명의료의향서 태도였다. 직업은 있음 군이 없음 군에 비해 사전연명의료의향서 작성 의도군으로 분류될 가능

**Table 2.** Intention of Signing an Advanced Directives (N=173)

Group	Categories	n (%)
Intention group	Intention to write AD	87 (50.3)
Non-intention group	No intention to write AD	37 (21.4)
	Not yet decided	49 (28.3)
	Subtotal	86 (49.7)
Total		173 (100.0)

AD=advanced directives.

**Table 3.** Level of Advanced Directives Knowledge, Attitude towards Advanced Directives, Dignified Death Attitude, Family Function (N=173)

Variables	Categories	Range	Min	Max	Total M±SD	Item M±SD
AD knowledge		0~9	0	9	6.18±2.07	0.69±0.23
Attitude towards AD	Opportunity for treatment choices	4~16	4	16	11.12±1.64	2.78±0.41
	Impact of advanced directives on the family	8~32	12	32	22.18±3.06	2.77±0.38
	Effect of an advance directive on treatment	3~12	3	12	8.87±1.26	2.96±0.42
	Illness perception	1~4	1	4	2.16±0.70	2.16±0.70
	Total	16~64	25	63	44.32±4.87	2.77±0.30
Dignified death attitude	Maintaining emotional comfort	10~40	19	40	29.69±4.34	2.97±0.43
	Arranging social relationship	9~36	18	36	27.76±4.01	3.08±0.45
	Avoiding suffering	3~12	4	12	8.69±1.61	2.90±0.54
	Maintaining autonomous decision making	4~16	4	16	12.48±2.05	3.12±0.51
	Role preservation	4~16	5	16	12.33±1.91	3.08±0.48
Total	30~120	56	120	90.94±12.50	3.03±0.42	
Family function	Cohesion	10~50	10	50	37.74±7.16	3.77±0.72
	Adaptability	10~50	10	50	36.47±6.52	3.65±0.65
	Total	20~100	20	100	74.21±13.26	3.71±0.66

AD=advanced directives.

**Table 4.** Differences of Study Variables between Intention Group and Non-intention Group of Signing an Advanced Directives (N=173)

Variables	Signing an AD		t	p
	Intention group (n=87) M±SD	Non-intention group (n=86) M±SD		
AD Knowledge	0.73±0.21	0.64±0.24	-2.77	.006
Attitude towards AD	2.88±0.29	2.66±0.28	-5.11	<.001
Dignified death attitude	3.10±0.44	2.96±0.38	-2.35	.020
Family function	3.77±0.67	3.65±0.65	-1.18	.241

AD=advanced directives.

**Table 5.** Factors Influencing the Intention of Signing an Advanced Directives

(N=173)

Variables	Categories	B	p	OR	95% CI
Education	≤ Middle School			1	
	≥ High School	-0.25	.571	0.78	0.32~1.86
Job	Yes	1.03	.017	2.81	1.20~6.56
	No			1	
Acquaintances to sign an AD	Yes	3.94	.003	51.48	3.76~704.71
	No			1	
Proper time to sign an AD	When healthy			1	
	When diagnosed with cancer	-1.28	.176	0.28	0.04~1.78
	When in hospital for cancer treatment	0.84	.355	2.31	0.39~13.63
	When diagnosed with end-stage	-1.26	.017	0.28	0.10~0.80
	When near death	-2.41	.004	0.09	0.02~0.46
	Others	-0.28	.697	0.76	0.19~3.08
Discussion with Family members about signing an AD	Yes	2.76	.005	15.87	2.28~110.54
	No			1	
AD Knowledge		1.68	.088	5.37	0.78~37.12
Attitude towards AD		1.87	.028	6.50	1.23~34.38
Dignified death attitude		1.02	.116	2.77	0.78~9.90

AD=advanced directives; CI=confidence interval; OR=odds ratio.

성이 2.81배(95% CI=1.20~6.56) 증가하였다. 지인 중 사전연명의료의향서 작성자는 있음 군이 없음 군에 비해 사전연명의료의향서 작성 의도군으로 분류될 가능성이 51.48배(95% CI=3.76~704.71) 증가하였다. 적절한 사전연명의료의향서 작성 시기는 건강할 때 군이 말기 단계라고 진단을 받았을 때 군에 비해 사전연명의료의향서 작성 의도군으로 분류될 가능성이 3.57(1/0.28)배(95% CI=0.10~0.80) 증가했으며, 또한 임종에 임박했을 때 군에 비해서 11.1(1/0.09)배(95% CI=0.02~0.46) 증가하였다. 가족과 사전연명의료의향서 의논 경험에서 있음 군이 없음 군에 비해 사전연명의료의향서 작성 의도군으로 분류될 가능성이 15.87배(95% CI=2.28~110.54) 증가하였다. 사전연명의료의향서 태도는 1점 상승할수록 6.50배(95% CI=1.23~34.38) 증가하였다. 사전연명의료의향서 지식과 품위 있는 죽음태도는 유의한 영향을 주지 못하였다(Table 5).

## 논 의

본 연구는 암 환자의 사전연명의료의향서 작성의도와 사전연명의료의향서 작성의도의 영향요인을 파악함으로써 암 환자에서 사전연명의료의향서 작성을 정착하고 활성화시키기 위한 간호중재 전략을 개발하는데 기초자료를 제공하고자 시도되었다.

본 연구결과 암 환자의 50.3%에서 사전연명의료의향서 작성의도가 있는 것으로 나타났다. 본 연구와 같이 19세 이상 성인 암 환자를 대상으로 한 선행연구가 없어 직접적인 비교는 가능하지 않았지만, 노인 암 환자 대상 연구[4]에서는 대상자의 93.1%에서 작성의도가 있는 것에 비해 본 연구대상자에서 사전연명의료의향서 작성의도가 낮게 나타났다. 이러한 차이는 본 대상자의 주관적 건강상태와 관련이 있는 것으로 생각된다. 본 연구와 노인 암 환자 대상 연구[4]에서 주관적 건강상태가 나쁜 군이 좋은(또는 보통 이상) 군보다 사전연명의료의향서 작성의도가 낮게 나타났으며, 노인 대상 연구[12]에서도 주관적 건강상태가 나쁜 노인이 좋은 노인에 비해 사전연명의료의향서 작성의도가 낮게 나타났다. 그런데 주관적 건강상태가 나쁜 대상자가 본 연구에서는 38.4%로 노인 암 환자 연구[4]에서 5.4% 보다 많았던 것이 결과에 영향을 주었을 것으로 생각된다. 주관적 건강상태가 나쁜 군이 사전연명의료의향서 작성의도가 낮은 이유는 진행된 암 환자는 여러 가지 사망 관련 불안이 있고[25] 건강하지 못할수록 죽음에 대한 불안이 높아[26] 연명치료중단에 대한 사전의사결정을 하는 것이 마치 삶을 포기하는 느낌을 초래할 수 있어 작성의도를 감소시켰을 것으로 생각된다[4]. 한편 본 대상자의 사전연명의료의향서 작성의도가 낮게 나타난 또 다른 이유로 지역적 요인을 들 수 있다. 본 연구대상자는 경남 진주시 소재 일개 대학교 병원에 내원하



거나 입원한 환자였는데 2019년 11월 기준 보건복지부 통계 자료를 보면 사전연명의료의향서 작성자의 지역별 분포를 봤을 때 경기 25.6%, 서울 23.7%, 충남 7.7% 순이었으며, 경남 지역은 3.2%로 낮은 것과 관련이 있다고 생각된다[27]. 경남 지역의 사전연명의료의향서 작성자 비율이 낮은 이유는 2019년 11월 기준 전국의 사전연명의료의향서 등록기관 395개 중 대부분의 기관이 서울과 수도권 지역에 집중되어 있으며, 경남 지역은 29곳(7.3%)에 불과한 것과 관련이 있다. 보건복지부가 사전연명의료의향서 등록기관의 지역별 격차를 감소시키기 위하여 보건소, 의료기관 중심으로 등록기관을 추가로 지정하고, 운영비 지원 대상을 확대하는 계획을 발표하여[10] 경남 지역도 사전연명의료의향서 등록기관이 확대될 것으로 생각되어진다. 그러므로 경남 지역 암 환자에서 사전연명의료의향서 작성의도를 높이기 위해 사전연명의료의향서 등록이 가능한 기관과 이용방법에 대한 적극적인 홍보와 사전연명의료의향서의 필요성에 대한 교육이 필요하다고 생각된다.

본 연구에서 암 환자의 사전연명의료의향서 작성의도에 대한 영향요인을 규명하기 위해 다변량 로지스틱 회귀분석을 실시한 결과 암 환자의 일반적 특성 중 직업만이 영향요인으로 규명되어, 직업이 있는 군이 없는 군보다 사전연명의료의향서 작성 의도군에 비해 의도군으로 분류될 가능성이 2.81배 증가하였다. 국외 암 환자를 대상으로[17,18] 인구학적, 임상적 특성이 사전연명의료의향서 작성의도에 미치는 영향을 로지스틱 회귀분석으로 분석한 연구에서 직업은 연구되지 않아서 직접적인 비교는 가능하지 않았으며, 본 연구결과는 직업이 없는 암 환자에게 사전연명의료의향서 작성에 대한 더 적극적인 교육과 홍보가 필요함을 시사한다. 하지만 Zheng 등[17]의 대학병원 암병동에 입원한 암 환자에 대한 연구에서 로지스틱 회귀분석 결과 연령과 성별이 유의한 영향요인으로 규명되어 본 연구와 차이가 있으므로 암 환자의 일반적 특성에 대한 반복연구가 필요하다.

암 환자의 질병 관련 특성 중 암 진단기간, 암 재발, 암 전이 등은 사전연명의료의향서 작성의도에 영향요인으로 규명되지 않았다. 이러한 결과는 Zheng 등[17]의 암 환자에 대한 연구에서 로지스틱 회귀분석 결과 원발성 종양 부위, 암전이 여부가 작성의도에 영향을 미치지 못한 결과와 부분적으로 일치한다. 하지만 노인 암 환자를 대상으로 한 연구에서 진단받은 지 가장 오래된 군에서 다른 군에 비해 사전의사결정에 대한 태도가 긍정적으로 나타났고[4], 다른 연구[28]에서는 진단을 받은 지 3~5년이 된 경우에 3년 미만인 경우보다 죽음불안이 높고 연명 치료 중단에 부정적으로 나타나 진단기간이 유의한 영향을 주

었으나 일관된 결과를 보이지 않았으므로 암 환자를 대상으로 진단기간의 관련성에 대한 반복연구가 필요하다고 생각된다.

암 환자의 사전연명의료의향서 관련 특성 중에서 지인 중 사전연명의료의향서 작성자, 가족과 사전연명의료의향서 의논 경험이 사전연명의료의향서 작성의도에 유의한 영향요인으로 규명되었다. 즉 사전연명의료의향서 작성자는 있는 군이 없는 군에 비해 사전연명의료의향서 작성 의도군으로 분류될 가능성이 51.48배 증가하였고, 가족과 사전연명의료의향서 의논 경험이 있는 군이 없는 군에 비해 작성 의도군으로 분류될 가능성이 15.87배 증가하였다. 이러한 결과는 암 환자를 대상으로 관련 선행연구가 없어서 직접적인 비교는 가능하지 않지만, 지인 중에 사전연명의료의향서를 작성한 자가 있고, 가족과 사전연명의료의향서 작성에 대해 의논해 본 적이 있는 암 환자는 사전연명의료의향서에 대한 지식을 습득하고 생각해 볼 기회를 가짐으로서 사전연명의료의향서에 대해 긍정적 태도가 형성되었을 가능성이 있고, 긍정적 태도는 작성의도에 영향을 주었을 것으로 생각된다. 또한 암 환자의 사전연명의료의향서 작성 시기가 유의한 영향요인으로 규명되었다. 본 연구결과 암 환자가 사전연명의료의향서를 작성하기에 적절하다고 생각하는 시기는 건강할 때가 35.7%로 가장 많았고, 다음이 말기라고 진단을 받았을 때 23.4%, 임종에 임박했을 때 16.4% 순이어서 암에 걸리기 전인 건강할 때 작성하는 것이 좋다는 의견이 가장 많았지만 이미 암 진단을 받은 후에는 생애말기에 작성하겠다는 의도가 높았다. 선행연구에서 적절한 사전연명의료의향서 작성시기에 대한 결과를 보면 암 환자에서 건강할 상태로 건강검진 받을 때 52.5%[16], 19~65세 미만의 일반인[11]에서 질병진단 시 41%와 건강할 때 40%, 중년기 성인[29]에서 건강할 때 56.3% 이어서 건강할 때 사전연명의료의향서 작성을 원하는 대상자가 많았다. 본 연구결과 적절한 사전연명의료의향서 작성시기가 건강할 때 군이 말기라고 진단받았을 때 군에 비해 사전연명의료의향서 작성 의도군으로 분류될 가능성이 3.57배 증가하였으며, 임종에 임박했을 때 군에 비해 11.1배 증가하였다. 이러한 결과는 사전연명의료의향서 작성에 적절한 시기가 건강할 때라고 생각하는 군이 사전연명의료의향서 작성을 할 가능성이 높음을 시사한다. 또한 평소 사전연명의료의향서에 대해 접하지 못하다가 갑작스럽게 악화가 되었을 때 논의를 시작하면 환자는 불안과 두려움을 갖게 되고, 사전의사결정에 대한 대화 자체가 트라우마가 될 수 있으므로[4], 암 환자에게 말기단계나 임종이 임박할 때 까지 미루지 말고 암치료로 입원 시 의료진이 치료계획과 예후에 대한 설명을 하면서 연명의료와 사전연명의료의향서에 대한 설명을 함께 하여 암 환자에게 사

전연명의료의향서 작성에 대해 생각해보게 하고, 환자 자신이 치료결정을 내릴 수 있을 때 사전연명의료의향서를 작성할 필요가 있음을 인식시킬 필요가 있다. 하지만 암 환자를 대상으로 한 Zheng 등[17]의 연구에서 사전연명의료의향서 작성 승인 군과 비승인군 간에 사전연명의료의향서 작성에 대한 적절한 의논 시기(암진단 직후, 암이 진행된 시기, 말기)에 차이가 없다는 결과와 일치하지 않으므로 반복연구가 필요하다. 한편 Trarieux-Signol [18] 연구에서는 종교인과의 면담 희망, 자원봉사자와의 면담 희망 여부 특성이 사전연명의료의향서 작성에 유의한 영향을 미쳤으므로 추후연구에서 이들 특성에 대해 연구해 볼 필요가 있겠다.

연구변수 중에서 암 환자의 사전연명의료의향서 태도는 다변량 로지스틱 회귀분석결과 사전연명의료의향서 작성의도에 대한 영향요인으로 규명되었다. 사전연명의료의향서 태도가 1점 상승할수록 사전연명의료의향서 작성 의도군으로 분류될 가능성이 6.50배 증가하였다. 암 환자를 대상으로 사전연명의료의향서에 대한 태도와 작성의도의 관련 선행연구가 없어 직접적인 비교는 가능하지 않다. 하지만 지역사회 노인 대상의 연구[12]에서 사전연명의료의향서에 대해 긍정적인 태도를 보인 노인들이 작성의도가 11.87배 높게 나타난 결과와 복지관 이용 노인대상[21]과 성인대상[29]연구에서 사전연명의료의향서 작성의도가 있는 군이 없는 군보다 사전연명의료의향서 태도 점수가 높게 나타난 것은 본 연구결과를 간접적으로 지지한다. 본 연구결과는 암 환자의 사전연명의료의향서 작성의도를 증가시키기 위해서는 사전연명의료의향서 태도를 보다 긍정적으로 형성하는 것이 필요함을 강력히 시사한다. 선행연구에서 사전연명의료의향서에 대한 지식이 높을수록[11,29], 또한 연명치료 논의 경험이 있는 경우가 없는 경우보다 사전연명의료의향서에 대한 태도가 더 높게 나타났으므로[16] 본 연구결과와 선행연구결과를 종합하면 암 환자에서 긍정적인 사전연명의료의향서 태도 형성을 위해 의료인이 사전연명의료의향서에 대한 정보를 제공하여 사전연명의료의향서에 대한 이해를 증진시키고, 암 환자가 가족이나 주변인들과 사전연명의료의향서 작성에 대해 함께 의견을 나눌 것을 적극 권장하는 것이 필요하다.

암 환자의 사전연명의료의향서 지식은 두군 비교에서는 사전연명의료의향서 작성의도군이 비의도군보다 유의하게 지식정도가 높았지만 다변량 로지스틱 회귀분석에서 유의한 영향요인으로 규명되지 못하였다. 노인대상 연구[16]에서 사전연명의료의향서 지식은 사전연명의료의향서 태도에 유의하게 영향을 미쳐 이들 변수 간에 관계가 있는데 이런 관계로 인해 사전연명의료의향서 태도를 통제된 상태에서는 사전연명

의료의향서 지식이 영향을 미치지 못한 것으로 생각된다. 암 환자에게서 사전연명의료의향서 지식과 작성의도에 관한 선행연구가 없어 직접적인 비교는 어렵다. 중년기 성인대상의 연구[29]에서 사전연명의료의향서 작성의도가 있는 군에서 없는 군보다 사전연명의료의향서 지식이 유의하게 높게 나타난 것은 본 연구결과를 간접적으로 지지하며, 암 환자의 사전연명의료의향서 작성의도를 높이기 위해 사전연명의료의향서에 대한 정보제공이 필요한 것을 시사한다.

암 환자의 품위 있는 죽음태도는 두군 비교에서는 사전연명의료의향서 작성의도군이 비의도군보다 유의하게 품위 있는 죽음태도 정도가 높았지만 다변량 로지스틱 회귀분석에서 사전연명의료의향서 작성의도에 유의한 영향요인으로 규명되지 못하였다. 그 이유를 Yoo [29]의 중년기 성인대상 연구에서 품위 있는 죽음태도와 사전연명의료의향서 태도가 유의한 정적 관계를 가진 결과에서 추정해 볼 수 있는데, 즉 이들 변수간의 관계로 인해 사전연명의료의향서 태도를 통제된 상태에서 품위 있는 죽음태도가 영향을 미치지 못한 것으로 생각된다. 암 환자의 품위 있는 죽음태도와 사전연명의료의향서 작성의도에 관한 연구가 없어 직접적인 비교는 가능하지 않지만 55세~65세 미만 성인대상의 연구[13]에서 사전연명의료의향서 작성군에서 작성하지 않은 군보다 품위 있는 죽음태도가 유의하게 높게 나타난 것은 본 연구결과를 간접적으로 지지한다. 본 연구결과 암 환자의 품위 있는 죽음태도는 3.03점(4점 만점)으로 나타나 암 환자들이 품위 있는 죽음을 원하는 것을 알 수 있었으며, 하위영역 중에서 자율적 의사결정이 3.12점으로 가장 높게 나타나 품위 있는 죽음을 위해 자율적 의사결정을 가장 중요시함을 시사하였다. Jo [30]는 암 환자인 경우 예견된 죽음과 슬픔을 직면하고 있음으로 암 환자의 신체적, 정서적, 사회관계적 안녕과 역할보존 및 자율적 의사결정 수준을 파악하여 임종과정의 불필요한 고통을 최소화하고 임종 환자의 품위를 유지할 수 있도록 환자의 의사결정 참여를 북돋는 것이 중요하다고 하였다.

가족기능은 다변량 로지스틱 회귀분석에서 사전연명의료의향서 작성의도에 유의한 영향요인으로 규명되지 못했다. 선행연구에서 가족기능과 사전연명의료의향서 작성의도의 관련성에 대한 선행연구가 없어 직접적인 비교는 하기 어렵다. 하지만 선행연구에서 대상자들이 가족에게 말기치료를 결정하는데 대한 부담을 주고 싶지 않아서 사전연명의료의향서를 작성하거나 필요하다고 하였으며[1,26], 노인 암 환자 대상 연구[4]에서 가족기능이 좋을수록 사전연명의료의향서 태도가 긍정적이었고, 사전연명의료의향서 태도는 사전연명의료의향

서 작성의도에 영향을 주는 것으로 나타나[12,21] 가족기능이 사전연명의료의향서 작성의도에 영향을 줄 수 있음을 시사하였고, 본 연구는 가족기능과 사전연명의료의향서 작성의도의 관련성에 대한 연구로는 처음 시도된 연구이므로 반복연구가 필요하다고 생각한다.

본 연구의 의의는 암 환자에서 사전연명의료의향서 작성을 활성화하기 위해 성인 암 환자를 대상으로 사전연명의료의향서 작성의도에 대한 영향요인을 처음으로 규명하여 작성의도를 증진시키는 전략을 제시하였다는 데 있다. 본 연구의 제한점은 일 대학병원에 내원 또는 입원한 암 환자를 대상으로 시행되었으므로 전체 암 환자들에게 일반화하기 어렵다는 점이다.

## 결론

본 연구는 암 환자의 사전연명의료의향서 작성의도를 파악하고, 사전연명의료의향서 작성의도에 대한 영향요인을 파악하기 위한 연구로 암 환자에서 사전연명의료의향서 작성의 정착 및 활성화를 위한 간호중재의 기초자료를 마련하고자 시도되었다.

연구결과 암 환자의 사전연명의료의향서 작성의도는 50.3%로 과반수 정도여서 작성의도를 증가시킬 필요가 있었다. 암 환자의 작성의도에 대한 영향요인으로 직업, 지인 중 사전연명의료의향서 작성자, 사전연명의료의향서 작성시기, 가족과 사전연명의료의향서 의논 경험, 사전연명의료의향서 태도가 규명되었다. 이에 따라 암 환자의 사전연명의료의향서 작성을 정착 및 활성화하기 위해서는 사전연명의료의향서에 대한 긍정적인 태도를 증진시키고, 가족과 사전연명의료의향서에 대해 의논을 격려하며, 또한 사전연명의료의향서 작성시기를 임종에 임박하거나 말기단계 보다는 자신이 치료결정을 내릴 수 있는 시기에 작성하는 것이 적절하다는 인식을 촉구하는 간호중재가 적극 요청된다. 추후 연구를 위한 제언으로는 다양한 암 환자를 대상으로 반복연구가 필요하며, 본 연구에서 규명된 변수 외에 암 환자의 사전연명의료의향서 작성의도에 대해 영향을 미치는 다른 주요 요인을 규명하기 위한 연구가 필요하다. 암 환자의 사전연명의료의향서 태도를 긍정적으로 변화시켜 사전연명의료의향서 작성의도를 높일 수 있는 중재전략을 개발 및 적용하고 그 효과를 검증하는 연구가 필요하다.

## CONFLICTS OF INTEREST

The authors declared no conflict of interest.

## REFERENCES

1. Kim SH. Awareness and attitudes toward advance directives among Korean adults. *Journal of Korean Academy of Fundamentals of Nursing*. 2010;17(4):450-459.
2. Heo DS. Highlights from the 61th Annual Congress of the Korean Surgical Society. Discontinuation of meaningless life saving therapy: from leap for new era surgery 61th Annual Congress of the Korean Surgical Society; 2009 November 11-13; Seoul KOEX convention center. Seoul: Korean Surgical Society; 2009. p. 46-49.
3. Ministry of Government Legislation [Internet]. The act on the decision of life-long medical treatment for patients in hospice and palliative care and the deathly hallows [cited 2019 November 24]. Available from: <http://www.law.go.kr/lsSc.do?menuId=1&subMenuId1&subMenu1&subMenuId=15&query=15&query=%EC%97%B0%EB%AA%85%EC%9D%98%EB%A3%8C%EA%B2%B0%EC%A0%95%EB%B2%95>
4. Lee MH, Park YH. Factors influencing attitude toward advance directives of older cancer patients. *The Journal of Korean Academic Society of Adult Nursing*. 2015;27(4):449-458. <https://doi.org/10.7475/kjan.2015.27.4.449>
5. Statistics Korea. Cause of death statistics 2019 [Internet]. Seoul: Statistics Korea; c2019 [cited 2019 November 14]. Available from: <https://meta.narastat.kr/metavsc/index.do?confmNo=101054&inputYear=2018>
6. Brallier LW. The suffering of terminal illness: cancer. *NLN Publication*. 1992 Mar(15-2461). p. 203-225.
7. Kyngäs H, Mikkonen R, Nousiainen EM, Ryttilahti M, Sepänen P, Vaattovaara R, et al. Coping with the onset of cancer: coping strategies and resources of young people with cancer. *European Journal of Cancer Care*. 2001;10(1):6-11. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2354.2001.00243.x>
8. Kim HJ, Koh SJ. Highlights from the 2013 Annual Congress of the Korean Psychological Association. The exploration of psychological needs of terminal cancer patients under palliative care: from health and happiness 2013 Annual Congress of the Korean Psychological Association; 2013 August 22-24; Daejeon convention center. Seoul: Korean Psychological Association; 2013. p. 297-298.
9. Yoon SE, Nam EM, Lee SN. End-of-life care practice in dying patients with do-not-resuscitate order: a single center experience. *The Korean Journal of Hospice and Palliative Care*. 2018;21(2):51-57. <https://doi.org/10.14475/kjhpc.2018.21.2.51>
10. Ministry of Health and Welfare. Primary comprehensive plan for hospice · life-long medical care. Seoul: Ministry of Health and Welfare; c2019 [cited 2020 August 20]. Available from: <https://doi.org/10.7739/jkafn.2021.28.1.121>

- [http://www.mohw.go.kr/react/al/sal0301vw.jsp?PAR\\_MENU\\_ID=04&MENU\\_ID=0403&BOARD\\_ID=140&BOARD\\_FLAG=00&CONT\\_SEQ=349863](http://www.mohw.go.kr/react/al/sal0301vw.jsp?PAR_MENU_ID=04&MENU_ID=0403&BOARD_ID=140&BOARD_FLAG=00&CONT_SEQ=349863)
11. Kim YR. Knowledge, attitude, and willingness to write advance health care directives among lay people [master's thesis]. Seoul: Chung-ang University; 2019. p. 30-31.
  12. Kim MS, Gang M, Kim YO. Completion and related factors of advance directives in old adults. *Journal of the Korea Contents Association*. 2018;18(2):240-247.  
<https://doi.org/10.5392/JKCA.2018.18.02.240>
  13. Yang SM. Differences in death anxiety and dignified death attitudes of preliminary elderly in case of signing advanced directives [master's thesis]. Iksan: Wonkwang University; 2019. p. 34-35.
  14. Doorenbos AZ, Wilson SA, Coenen A, Borse NN. Dignified dying: phenomenon and actions among nurses in India. *International Nursing Review*. 2006;53(1):28-33.  
<https://doi.org/10.1111/j.1466-7657.2006.00458.x>
  15. 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.
  16. Ha YR. The knowledge and attitudes toward advance directives of cancer patients and main care givers [master's thesis]. Seoul: Yonsei University; 2016. p. 17-47.
  17. Zheng RJ, Fu Y, Xiang QF, Yang M, Chen L, Shi YK, et al. Knowledge, attitudes, and influencing factors of cancer patients toward approving advance directives in China. *Support Care Cancer*. 2016;24(10):4097-4103.  
<https://doi.org/10.1007/s00520-016-3223-1>
  18. Trarieux-Signol S, Moreau S, Gourin MP, Penot A, Edoux de Lafont G, Preux PM, et al. Factors associated with the designation of a health care proxy and writing advance directives for patients suffering from haematological malignancies. *BMC Palliative Care*. 2014;13:57.  
<https://doi.org/10.1186/1472-684X-13-57>
  19. Hong SW, Kim SM. Knowledge regarding advance directives among community-dwelling elder. *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. Patient's attitude toward advance directives and end of life treatment decision. *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. Lee HL, Pack 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>
  22. Jo KH. Development and evaluation of a dignified dying scale for Korean adults. *Journal of Korean Academy of Nursing*. 2011;41(3):313-324.  
<https://doi.org/10.4040/jkan.2011.41.3.313>
  23. Olson DH, Portner J, Lavee Y. Family adaptability and cohesion evaluation scales (FACES -III). In: Corcoran K, Fischer J. editors. *Measures for clinical practice volume 1: couples, families, and children*. 3rd ed. New York: The Free Press; 2000. p. 246-249.
  24. Kim YH, Moon HJ. The comparative study of family dynamics between families of problem students and normal students. *Journal of Korean Academy of Nursing*. 1993;23(2):187-206.
  25. 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 Supportive and Palliative Care*. 2017; 7(4):427-434. <https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2016-001287>
  26. Lee MS, Choi HJ. Factors influencing death anxiety in elderly patients in long-term care hospitals. *Journal of Korean Gerontological Nursing*. 2016;18(3):138-146.  
<https://doi.org/10.17079/jkgn.2016.18.3.138>
  27. National Agency for Management of Life-Sustaining Treatment. Registry agencies for advance directives [Internet]. Seoul: Korea National Institute for Bioethics Policy; c2019 [cited 2019 December 19]. Available from:  
[http://www.mohw.go.kr/react/al/sal0301vw.jsp?PAR\\_MENU\\_ID=04&MENU\\_ID=0403&page=1&CONT\\_SEQ=349863&SEARCHKEY=TITLE&SEARCHVALUE=%ED%98%B8%EC%8A%A4%ED%94%BC%EC%8A%A4](http://www.mohw.go.kr/react/al/sal0301vw.jsp?PAR_MENU_ID=04&MENU_ID=0403&page=1&CONT_SEQ=349863&SEARCHKEY=TITLE&SEARCHVALUE=%ED%98%B8%EC%8A%A4%ED%94%BC%EC%8A%A4)
  28. Seo YM, Shin S. The relationship among attitudes toward the withdrawal of life-sustaining treatment, death anxiety, and death acceptance among hospitalized elderly cancer patients. *Asian Oncology Nursing*. 2019;19(3):142-149.  
<https://doi.org/10.5388/aon.2019.19.3.142>
  29. Yoo HI, Yi YH. Middle-aged adults' attitudes toward dignified death and advance directives, and knowledge of advance directives. *Journal of Korean Clinical Nursing Research*. 2020; 26(1):86-96. <https://doi.org/10.22650/JKCNr.2020.26.1.86>
  30. 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>