

## 성인의 죽음 불안과 임종기 치료 선호도

김신미\*\*, 김순이\*\*\*, 김기숙\*\*

### I. 서론

#### 1. 연구의 필요성

죽음은 인간의 생애 주기에서 필연적으로 맞이해야 하는 자연적이고 정상적인 과정이며 누구에게나 발생하는 현상이다. 그러나 인간은 그 과정이 어떻게 나타날지 모르고 어떠한 고통을 경험하게 되는지 예측할 수 없다. 죽음은 예측 불가능한 치명적인 질환이나 사고로 예상치 못하게 발생할 수도 있고 노화의 과정으로 나타나게 될 수도 있다. 죽음의 원인이 무엇이든, 죽음 자체와 이후 상황은 미지의 세계로서 전혀 예측할 수 없기 때문에 죽음에 대한 불안과 공포가 잠재되어 있으며<sup>1)</sup> 죽음의 의미 및 죽음이 두려운 이

유와 죽음불안의 영역도 각각의 개인의 특성에 따라 다를 수 있다.<sup>2)</sup>

죽음불안은 죽음에 관련된 측면들을 생각하거나 예상할 때 유발되는 불편감과 염려, 불안, 공포 등의 정서적 반응으로 정의되며<sup>3)</sup> 다차원적인 개념으로 인간이 피할 수 없는 가장 두렵고 보편적인 공포이다.<sup>4)</sup> 죽음불안은 죽음이라는 사건과 죽어가는 과정에 대해 인간이 보이는 공포, 혐오감, 파멸감, 거부, 부정 등 부정적 감정을 유발하는 심리적 과정이며<sup>5)</sup> 미지에 대한 두려움, 자기 소멸, 죽어가는 과정, 타인에 대한 의존, 고통을 인내할 수 없는 무능력, 혼자되는 것에 대한 두려움, 죽음 자체에 대한 두려움, 죽음 생각의 부인, 짧은 시간 지각, 죽음과 연관된 사건에 대한 두려움 등 다양한 측면을 내포하고 있다. 또

\* 이 논문은 2010년도 창원대학교 신입교수 연구비 지원에 의하여 연구되었음.

교신저자: 김순이, 혜천대학교 간호과, 02-, sykim@hu.ac.kr

\*\* 창원대학교 간호학과 \*\*\* 혜천대학교 간호과

- 1) Sim MK. The relationships between death anxiety and social support in the elderly people. Unpublished master's thesis. Pusan National University, 2001.
- 2) Karasu TB. Idea of death, Integrative Psychiatry 1985 ; 3 : 280-283.
- 3) Templer DI. The construction and validation of death anxiety scale. Journal of General Psychology 1970 ; 82 : 165-171.
- 4) Kübler-Ross E. On Death and dying. New York : Macmillan, 1970.
- 5) Ko GR, Yi YS. A study on death anxiety of the elderly. Journal of Korean Association of Human Ecology 2008 ; 17 : 639-648.

한 죽음불안은 일상적인 삶 가운데 경험하는 생의 마지막 단계나 순간에 대한 두려운 정서나 생각으로 정의되고 있으며 불안만이 아니라 공포, 걱정, 불편함까지 포함하고 있고,<sup>6,7)</sup> 자신의 정체성의 본질로서 전 생애에 걸쳐 감지되는 것이다.<sup>8)</sup>

죽음은 누구에게나 불가피하지만 자신의 소멸이라는 생각, 죽음으로 인한 불안감 등으로 인해 죽음에 대한 생각을 자신도 모르게 부정하게 되면서 죽는 과정 즉, 임종을 앞둔 사람의 죽음이나 태도 등에 대한 연구는 도외시될 가능성이 있다.<sup>9)</sup> 그러나 직접적으로 죽음을 생각할 필요가 없는 시간 즉, 건강할 때의 삶도 의미 있지만 죽음을 마주하고 있는 시간 즉, 임종기(end-of-life) 삶 또한 인생의 마지막을 잘 정리한다는 의미에서 중요하다. 잘 정리한다는 것은 잘 죽는 것(well dying)을 의미하는데 좋은 죽음(good death), 품위 있는 죽음(dying with dignity)과 같은 맥락이라 할 수 있다. 잘 죽는 것을 표준화할 수는 없으나 지금까지 보고되고 있는 속성에서 가장 공통적이고 핵심적인 내용은 고통으로부터 자유롭고(free from suffering), 자신의 의사가 반영(self determination)된 임종기의 삶을 거쳐 임종하는 것이라 할 수 있다.<sup>10)</sup> 인생의 마지막인 임종과 죽음 또한 삶의 중요한 부분으로서 죽음을 전체 인생 계획의 틀에 맞추어 준비된 죽음 즉, 잘 죽을 수 있는 틀을 만들 필요성이 제기된다.

현대의학의 발달로 불치의 질병으로 여겼던

질환이 치유 가능하게 되면서 수명이 연장되었음은 물론이고 죽음 직전에 있는 환자의 생명을 연장시킬 수 있게 되었지만 그 이면에는 회생 가능성이 없는 환자들이 연명치료를 통해 생명을 연장하게 되고 결국 고통스러운 치료과정과 함께 임종을 단지 얼마간 지연시키는 사례들로 인해 무의미한 연명치료라는 현상과 개념에 관심을 갖게 되었다. 이에 무의미한 생명연장에서 개인의 삶의 질을 중시하는 가치의 연장선에서 잘 죽는 것에 대한 관심의 한 부분으로 임종기 치료를 어떻게 할 것인가 하는 이슈가 중요해졌다.

우리나라의 고령화는 주지의 사실이며 의료의 발달 또한 급속해서 임종기 치료와 삶의 질 문제가 이미 현실로 다가와 있다. 따라서 대상자 집단이 이 시기에 어떠한 치료를 받고자 하는지에 대한 인식이 필요하며 동시에 임종기 삶과 치료를 위해서는 죽음이라는 이슈에 대해서도 보다 개방적인 논의가 필요한 것으로 생각되는 바 대상 집단이 죽음에 대해서는 얼마나 수용 또는 불안을 나타내는지에 대해서도 확인하는 노력이 필요하다.

이에 본 연구에서는 성인의 죽음에 대한 불안 여부를 확인하고 임종기 치료에 대한 선호도를 확인하고자 하였다. 본 연구에서 40세 이후에 관심을 둔 이유는 40세부터 시작되는 중년기는 신체적 및 심리적 변화 즉, 쇠락에 적응해야 하고 많은 책임으로 인해 긴장, 걱정, 우울, 불면증 등을 경험하는 시기로서 인생의 절정의 완성기에서 노년기로의 진입 과정 중에 있는 시점<sup>11)</sup>으로

6) Circirelli VG, Personal meaning of death in older adults and young adults in relation to their fears of death, *Death Studies* 2001 ; 25 : 663-683.

7) Ko HG, Choe JO, Lee HP. The reliability and factor structure of K-templer Death anxiety scale. *The Korean Journal of Health Psychology* 2006 ; 11(2) : 315-328.

8) Leming MR, Dickinson GE. *Understanding dying, death, and bereavement*. New York : Harcourt College Publishers, 2002.

9) Yedidia MJ, MacGregor B. Confronting the prospect of dying report of terminally ill patients. *Journal of Pain and Symptom Management* 2001 ; 22(4) : 807-819.

10) 김신미. Well dying과 자기결정. *한국노년학회 춘계학술대회* 2011 : 23-35.

써 죽음과 관련된 여러 가지 상념을 구체화시킬 필요성이 제기되기 때문이다. 또한 노년기는 죽음을 가장 가까이 느끼게 되는 연령대이므로<sup>12)</sup> 노년기에서의 실태 확인 역시 중요하다고 판단했기 때문에 연구대상으로 포함하였다. 따라서 본 연구는 중년기 이후 성인 집단의 죽음불안이 어느 정도인지 확인하고 임종기 동안의 치료 선호도를 파악함으로써 임종기 환자를 간호하고 치료와 관련한 의사결정 과정에서 대상자 옹호자로서의 역할을 수행하는 간호사를 비롯한 의료인의 의사결정 지원 가이드 라인의 기초자료로 활용하기 위해 시도되었다.

## 2. 연구의 목적

본 연구의 목적은 성인의 죽음불안과 임종기 치료 선호도를 파악하여 임종기 환자 간호 및 치료 관련 의사결정을 지원하기 위한 기초자료를 제공하고자 수행되었으며 구체적인 목적은 다음과 같다.

- 1) 성인의 죽음불안 정도를 확인한다.
- 2) 성인의 임종기 치료 선호도를 확인한다.
- 3) 성인의 일반적 특성에 따른 죽음불안, 임종기 치료 선호도 간의 관계를 탐색한다.

## II. 대상 및 방법

### 1. 연구 설계

본 연구는 40세 이상 성인의 죽음불안과 임종기 치료 선호도를 파악하기 위한 서술적 조사 연

구이다.

### 2. 연구 대상

연구 대상자는 일 광역시 및 중소도시에 거주하는 40세 이상의 중년과 65세 이상의 노인 각각 200명씩 400명을 편의 추출하였다. 대상자 선정 기준은 1) 40세 이상의 성인 및 노인 남녀로서, 2) 스스로 일상 활동을 영위하고, 3) 지역사회에 거주하며, 4) 의사소통이 가능하고, 5) 연구 목적을 이해하고 참여 여부를 스스로 결정하고 동의한 자로 하였다.

### 3. 연구 도구

#### 1) 죽음불안

Templer (1970)가 개발한 죽음불안척도 (Death anxiety Scale, DAS)를 Ko, Choi, Lee (2006)가 번역한 것을 사용하였다. 이는 총 15 문항의 질문지로 ‘예’, ‘아니오’로 응답하게 되어 있고 점수가 높을수록 죽음에 대한 불안수준이 높은 것을 의미한다. 도구의 신뢰도는 Ko 등 (2006)의 연구에서는 Cronbach's alpha 값은 .80이었으며 본 연구에서는 .62이었다.

#### 2) 임종기 치료 선호도

임종기 치료 선호도는 Gauthier와 Froman<sup>13)</sup>이 개발한 32문항, 5점 척도를 이윤정과 김신미<sup>14)</sup>가 표준화한 26문항, 5점 척도 도구를 이용하였

11) Chun SZ, Kim GMZ, Park JS, et al. Medical- Surgical Nursing. Seoul : Hyunmoonsa, 2005.

12) Leishman JL. Older people, death, dying and end-of-life care. Quality in Ageing 2008 ; 9(4) : 36-42.

13) Gauthier DM, Froman RD. The preference for care near the end of life scale development and validation. Research in Nursing & Health 2011 ; 24 : 298-306.

14) 이윤정, 김신미. 한국판 임종치료선호도(Preferences for Care Near the End of Life Scale-Korean Version; PCEOL-K)의 신뢰도 및 타당도. 한국의료윤리학회지 2009 ; 12(1) : 29-42.

다. 한국형 표준화 도구는 연명치료에 대한 선호도로 구성된 자율적 의사결정 요인(8문항), 임종기 동안 영적 요구와 호스피스 케어에 대한 선호도를 포함하는 영성 요인(6문항), 임종기 치료 영성 가족이 하는 것에 대한 선호 여부를 질문하는 가족 요인(5문항), 의료인에 의한 의사결정에 대한 선호도를 질문하는 요인(4문항), 통증과 관련한 요인(3문항) 등 5가지 하부요인으로 구성하다. 원도구의 신뢰도 Cronbach's alpha 값은 .68~.91였으며, 2주3문격의 검사-재검사 신뢰도는 .80~.94였고, 한국형 표준화 도구의 신뢰도 Cronbach's alpha 값은 .42~.89, 검사~재검사 신뢰도는 .47~.77였다. 본 연구에서 도구의 신뢰도 Cronbach's alpha 값은 자율적 의사결정 .70, 영성 .84, 가족 .82, 의료인에 의한 의사결정 .89, 통증 .46으로 나타났다.

#### 4. 자료수집 방법

본 연구는 2011년 3월 1일부터 6월 10일까지, 대전, 충남지역에 살고 있는 재가 성인들에게 연구의 목적과 방법을 설명하고 자발적으로 연구에 참여하기로 동의한 대상자들에게 서면 동의서를 작성하고 자료수집을 수행하였다. 자료수집 전 설문지는 무기명으로 실시되고, 자료수집 과정에 언제라도 연구 참여를 철회할 수 있음과 응답 내용은 연구 목적으로만 사용함을 알려주었으며 연구에 참여해준 대상자들에게는 소정의 감사 표시를 하였다. 설문지 응답은 스스로 할 수 있는 대상자는 자가 보고식으로 작성하도록 하였으며, 스스로 할 수 없거나 도움이 필요한 일부 노인 대상자들은 연구보조자들이 질문지를 읽어주고 응답을 대신 표기하는 방법을 적용하였다. 연구보조자는 간호학과 3학년 학생 10명으로 구성하였고 일 연구자가 사전에 자료수집

방법, 특히 본 연구에 사용된 설문지에 포함된 내용에 대하여 대상자들이 질문하는 경우 동일한 응답을 할 수 있도록 교육하였으며, 예비조사 과정을 통하여 조사자 간 차이를 최소화하려는 노력을 하였다. 완성된 총 400부의 설문지 중 자료가 미비한 내용을 제외한 352부를 분석에 포함하였으며 그 중 65세 미만의 중년은 164명, 65세 이상의 노인은 188명이었다.

#### 5. 자료 분석

자료 분석은 IBM SPSS 19.0 Program을 이용하여 분석하였다. 연구 대상자의 일반적 특성

<표 1> 일반적 특성(n=352)

| 내용       | 구분        | n (%)      |
|----------|-----------|------------|
| 성별 (sex) | 남         | 78 (22.2)  |
|          | 여         | 274 (77.8) |
| 연령       | 40~65세 미만 | 164 (46.6) |
|          | 65세 이상    | 188 (53.4) |
| 배우자      | 없음        | 100 (28.4) |
|          | 있음        | 252 (71.6) |
| 교육정도     | 초졸        | 136 (38.6) |
|          | 중졸        | 48 (13.6)  |
|          | 고졸 이상     | 168 (47.7) |
| 종교       | 없다        | 94 (26.7)  |
|          | 있다        | 258 (73.3) |
| 가족동거유형   | 독거        | 39 (11.1)  |
|          | 동거        | 313 (88.9) |
| 가정경제상태   | 만족        | 80 (22.7)  |
|          | 보통        | 170 (48.3) |
|          | 부족        | 102 (29.0) |
| 건강상태     | 건강하지 않음   | 108 (30.7) |
|          | 보통        | 147 (41.8) |
|          | 건강        | 97 (27.6)  |

과 죽음불안, 임종기 치료 선호도 및 하부 요인은 빈도와 백분율, 평균과 표준 편차 등의 기술적 통계 방법을 이용하여 분석하였다. 대상자의 일반적 특성에 따른 임종기 치료 선호도 차이는 Independent t-test와 One-Way ANOVA로 분석하였으며 사후 검정방법으로는 Sheffe 검정을 선택하여 분석하였다. 또한 죽음불안과 임종기 치료 선호도 하부요인과의 상관관계는 Pearson's Correlation Coefficient를 구하였다.

### III. 결과

#### 1. 대상자의 일반적 특성

대상자의 대부분이 여성이었으며(77.8%), 65세 이상 노년층 대상자가 53.4%였고, 중년층은 46.6%였다. 대상자의 71.6%가 배우자가 있었으며, 교육정도는 고졸 이상이 47.7%였고, 대부분의 대상이 종교(73.3%)를 가지고 있는 것으로 나타났다. 가족이나 친지와 동거하지 않는 대상은 11.1%였으며, 가정의 경제상태와 인지한 건강상태는 '보통'이라고 답한 비율이 각각 48.3%, 41.8%로 가장 많았다<표 1>.

<표 2> 죽음불안과 임종기 치료 선호도 (n=352)

| 내용         | Range    | M (SD)    |
|------------|----------|-----------|
| 죽음불안       | 1~9      | 4.81±2.18 |
| 임종기 치료 선호도 |          |           |
| 자율성        | 1.0~4.5  | 2.64±0.59 |
| 의료인        | 1.0~5.0  | 2.83±0.97 |
| 영성         | 1.33~5.0 | 3.61±0.72 |
| 가족         | 2.0~5.0  | 3.75±0.64 |
| 통증         | 1.0~5.0  | 3.88±0.59 |

#### 2. 대상자의 죽음불안과 임종기 치료 선호도

대상자가 인지한 죽음불안의 평균 점수는 총 15점에 4.81±2.18점이었으며, 임종기 치료 선호도는 하부 영역에 따라 자율적 의사결정의 경우 평균 2.64점, 의료인에 의한 의사결정 평균 2.83점, 영성 영역 3.61점, 가족영역에서는 3.75점으로 나타났으며, 통증영역은 3.88점이었다. 임종기 치료선호도는 통증 영역에서 가장 높았고, 자율적 의사결정 영역의 점수가 가장 낮은 것으로

<표 3> 일반적 특성에 따른 죽음불안 차이

| 특성      | 구분                   | 죽음불안      |                   |     |
|---------|----------------------|-----------|-------------------|-----|
|         |                      | M±SD      | t or F(p) scheffe |     |
| 성별      | 남                    | 4.36±2.30 | 2.095 (.037)*     |     |
|         | 여                    | 4.94±2.12 |                   |     |
| 연령      | 65세 미만               | 4.62±2.10 | 1.537 (.125)      |     |
|         | 65세 이상               | 4.98±2.23 |                   |     |
| 결혼상태    | 미혼, 사별, 이혼           | 4.97±2.25 | .855 (.393)       |     |
|         | 기혼                   | 4.75±2.15 |                   |     |
| 교육정도    | 초졸                   | 5.15±2.22 | 2.776 (.064)      |     |
|         | 중졸                   | 4.64±2.19 |                   |     |
|         | 고졸 이상                | 4.58±2.11 |                   |     |
| 종교      | 없다                   | 4.91±2.15 | .532 (.595)       |     |
|         | 있다                   | 4.77±2.19 |                   |     |
| 가족동거 유형 | 혼자                   | 5.33±2.42 | 1.588 (.133)      |     |
|         | 동거                   | 4.75±2.14 |                   |     |
| 가정경제    | 만족 <sup>㉠</sup>      | 4.21±2.25 | 4.013 (.019)*     |     |
|         | 보통 <sup>㉢</sup>      | 5.01±2.10 |                   | ㉠<㉢ |
|         | 부족 <sup>㉡</sup>      | 4.96±2.18 |                   |     |
| 건강      | 건강하지 않음 <sup>㉠</sup> | 5.31±2.16 | 5.738 (.004)      |     |
|         | 보통 <sup>㉢</sup>      | 4.78±2.12 |                   | ㉠>㉢ |
|         | 건강 <sup>㉡</sup>      | 4.30±2.17 |                   |     |

\*p<.05.

<표 4> 일반적 특성에 따른 입증기 치료 선호도 차이

| 특성      | 구분              | 자율성       |                      | 의료인       |           | 영성        |           | 가족        |           | 통증        |           |
|---------|-----------------|-----------|----------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
|         |                 | M±SD      | t or F(p)<br>scheffe | M±SD      | t or F(p) | M±SD      | t or F(p) | M±SD      | t or F(p) | M±SD      | t or F(p) |
| 성별      | 남               | 2.72±0.61 | 1.241                | 3.13±0.99 | 3.137*    | 3.42±0.79 | 2.585     | 3.78±0.69 | .477      | 3.91±0.54 | .526      |
|         | 여               | 2.62±0.59 | (.216)               | 2.75±0.95 | (.002)    | 3.67±0.70 | (.010)    | 3.74±0.63 | (.634)    | 3.87±0.60 | (.599)    |
| 연령      | 40~65세 미만       | 2.65±0.63 | .082                 | 2.86±0.96 | .425      | 3.59±0.73 | .609      | 3.72±0.65 | .763      | 3.91±0.55 | .767      |
|         | 65세 이상          | 2.64±0.54 | (.935)               | 2.81±0.98 | (.671)    | 3.64±0.72 | (.543)    | 3.78±0.63 | (.446)    | 3.86±0.63 | (.444)    |
| 결혼상태    | 미혼, 사별, 이혼      | 2.59±0.61 | 1.187                | 2.73±0.91 | 1.275     | 3.64±0.68 | .488      | 3.73±0.66 | .310      | 3.95±0.54 | 1.335     |
|         | 기혼              | 2.67±0.59 | (.236)               | 2.88±0.99 | (.203)    | 3.60±0.74 | (.626)    | 3.75±0.63 | (.757)    | 3.86±0.61 | (.183)    |
| 교육정도    | 초졸              | 2.56±0.63 | 1.920                | 2.80±0.98 | .259      | 3.58±0.70 | .446      | 3.78±0.62 | .244      | 3.95±0.59 | 1.677     |
|         | 중졸              | 2.70±0.60 | (.148)               | 2.80±0.93 | (.772)    | 3.69±0.64 | (.640)    | 3.71±0.56 | (.784)    | 3.79±0.48 | (.188)    |
| 종교      | 없다              | 2.69±0.56 | .934                 | 2.87±0.98 | .445      | 3.62±0.77 | .510      | 3.74±0.68 | .742      | 3.86±0.61 | .636      |
|         | 있다              | 2.57±0.55 | (.130)               | 2.81±0.99 | (.809)    | 3.78±0.68 | (<.001)   | 3.66±0.65 | (.124)    | 3.84±0.59 | (.448)    |
| 가족동거 유형 | 혼자              | 2.67±0.61 | .934                 | 2.76±0.89 | .445      | 3.67±0.77 | .510      | 3.68±0.65 | .742      | 3.94±0.46 | .636      |
|         | 동거              | 2.56±0.57 | (.351)               | 2.84±0.98 | (.656)    | 3.61±0.72 | (.610)    | 3.76±0.64 | (.459)    | 3.88±0.60 | (.525)    |
| 가정경제    | 만족 <sup>a</sup> | 2.78±0.60 | 4.407*               | 2.91±0.93 | .554      | 3.75±0.69 | 2.289     | 3.78±0.66 | .265      | 3.91±0.67 | 1.156     |
|         | 보통 <sup>b</sup> | 2.65±0.58 | (.013)               | 2.78±0.96 | (.575)    | 3.54±0.72 | (.103)    | 3.75±0.58 | (.768)    | 3.84±0.61 | (.316)    |
| 건강      | 부족 <sup>c</sup> | 2.52±0.58 | a>c                  | 2.86±1.02 | .047      | 3.61±0.76 | .605      | 3.72±0.73 | .797      | 3.94±0.65 | 1.169     |
|         | 건강하지 않음         | 2.67±0.59 | (.197)               | 2.81±0.96 | (.954)    | 3.59±0.77 | (.547)    | 3.76±0.61 | (.452)    | 3.90±0.60 | (.312)    |
| 건강      | 보통              | 2.57±0.55 | .047                 | 2.83±0.97 | .047      | 3.58±0.70 | .605      | 3.70±0.67 | .797      | 3.83±0.61 | 1.169     |
|         | 건강              | 2.71±0.64 | (.197)               | 2.86±0.99 | (.954)    | 3.68±0.71 | (.547)    | 3.81±0.63 | (.452)    | 3.95±0.55 | (.312)    |

\*p<.05.



<표 5> 죽음불안과 임종기 치료 선호도의 관계

|   | 죽음불안<br>(A) | 임종기 치료 선호도       |                |                 |                 |                |
|---|-------------|------------------|----------------|-----------------|-----------------|----------------|
|   |             | 자율의사결정<br>(B)    | 의료인<br>(C)     | 영성<br>(D)       | 가족요인<br>(E)     | 통증요인<br>(F)    |
| A | 1           | .203*<br>(<.001) | .077<br>(.151) | -.048<br>(.372) | -.015<br>(.784) | .034<br>(.525) |

\*p<.05.

나타났다<표 2>.

### 3. 대상자의 일반적 특성에 따른 죽음불안 차이

대상자의 인구학적 특성 및 건강관련 특성에 따른 죽음불안의 차이를 확인한 결과는 표 3과 같다. 죽음불안은 성별( $t=2.905, p=.037$ ), 가정경제( $F=4.013, p=.019$ ), 건강상태( $F=5.738, p=.004$ )에 따라 통계적으로 유의한 차이를 보였는데, 즉, 남성보다 여성의 죽음불안이 높고, 가정경제에 따라서는 보통이라고 답한 군이 만족한다고 답한 군보다 죽음불안이 높은 것으로 나타났다. 또한 건강상태의 경우 건강하지 않다고 답한 군이 건강하다고 답한 군보다 죽음불안 점수가 높았다.

### 4. 대상자의 일반적 특성에 따른 임종기 치료 선호도 차이

대상자의 인구학적 특성과 건강특성에 따른 임종기 치료 선호도의 차이를 확인한 결과는 표 4와 같다. 하부 영역별 유의한 차이를 살펴보면, 자율적 의사결정 영역에서는 가정경제 만족에 따른 차이를 보였으며( $F=4.407, p=.013$ ), 의료인 의사결정 영역에서는 성별에 따른 차이가 있었고( $t=3.137, p=.002$ ), 영성 영역에서는 성별( $t=-2.585, p=.010$ )과 종교( $t=-7.759, p<.001$ )에 따른 차이를 보였다. 가족 영역과 통

증 영역에서는 일반적 특성에 따른 유의한 차이는 없었다. 자율적 의사결정 영역에서는 가정경제에 대해 만족하는 군이 부족한 군보다 선호도가 높았으며 의료인 의사결정 영역에서는 남성이 높은 점수를 나타냈고, 영성 영역에서는 여성이 높은 점수를 나타내었으며, 종교가 있는 군의 점수가 높은 것으로 나타났다.

### 5. 대상자의 죽음불안과 임종기 치료 선호도의 관계

대상자가 인지한 죽음불안과 영역별 임종기 치료 선호도와의 관계를 확인한 결과는 표 5와 같다. 죽음불안은 임종기 치료 선호도 중 자율적 의사결정( $r=.203, p<.001$ )과 양의 상관관계가 있었다. 자율적 의사결정 요인은 임종기동안의 연명치료에 대한 자율적인 결정 정도를 평가하는 동시에 내용적으로는 임종기동안 연명치료에 대한 선호도를 나타내는데, 점수가 낮은 경우는 연명치료에 대한 부정적 선호도를, 높은 경우 연명치료에 대한 선호도가 높게 나타난 것으로, 본 연구 결과에 의하면 죽음에 대한 불안이 높은 대상자일수록 자율적 의사결정 요인 측면에서 볼 때 연명치료에 대한 선호도가 높다는 것을 의미한다.

## IV. 고찰

본 연구 결과를 통해 40세 이후 성인의 죽음불

안과 임종기 치료 선호도를 확인할 수 있었다. 죽음불안은 특히 노인에서 정신 심리적 건강과 관련하여 개인적 독립성과 자율성 상실 및 건강 보호와 관련된 경제적인 손해에 대한 두려움과 함께 죽음으로 귀결되는 노화에 대한 두려움으로<sup>15)</sup> 노후 생활에 주요한 영향을 미치는 것으로 알려져 있다. 그러한 이유로 죽음불안을 포함한 죽음에 대한 태도 연구는 노인 인구군에 집중되어 있고 일반 성인에 대해서는 상대적으로 연구가 부족한 편이다. 본 연구 결과 중년 이후 성인의 죽음불안 점수는 4.81점으로 비교적 낮은 죽음불안을 나타낸다고 할 수 있다. 그간 성인, 특히 중년에서의 죽음불안에 대한 보고는 매우 드문 가운데 성인기 죽음불안에 대한 연구<sup>16)</sup>에서 성별 효과(the gender effect)와 연령 효과(the age effect)를 보고하였는데, 본 연구 결과에서도 성별 효과가 확인되었다. 성별 효과란 여성에서의 죽음불안이 남성보다 유의하게 높음을 일컫는 개념이다.<sup>17)</sup> 본 연구에서도 역시 여성에서 통계적으로 유의하게 죽음불안이 높은 것으로 나타났으며 노인을 대상으로 한 국내 연구들<sup>18-20)</sup>에서도 여성의 죽음불안이 더 높게 보고되어 본 연구 결과를 지지하고 있다. 여성에서 더 죽음불안이 높게 나타나는 이유는 죽음불안 측정 도구들

이 주로 감정을 평가하고 남성들은 자신의 두려움을 공개적으로 드러내지 않고<sup>21)</sup> 여성들은 자신들의 감정에 충실하기 때문이라는 주장<sup>22)</sup>이 있는데 이는 남성은 자신의 감정을 드러내지 않는 것이 미덕인 우리의 정서에 비추어 우리나라의 경우에도 적용 가능한 설명이라 하겠다. 또한 여성의 높은 죽음불안은 사회적 경험 부족과 어려운 상황에 대한 대항력 부족<sup>23)</sup> 및 의존성으로<sup>24)</sup> 설명될 수 있다. 외국의 연구에서는 여성의 경우 중년 이후 연령대에서 특히 죽음불안이 높은 연령대는 50대로 보고하면서 그 이유로는 갱년기로 인하여 노화와 죽음을 실감하게 되고, 가족 양육의 책임에서 벗어나 죽음을 포함하여 자신을 돌아보게 되면서 죽음불안이 급증하는 것으로 해석하고 있다.<sup>25)</sup> 본 연구 결과 40세 이상 여성에서 죽음불안이 남성보다 유의하게 높은 것으로 나타난 바, 그 관련 요인을 구체적으로 규명하여 간호 중재의 근거를 확보할 필요성이 제기된다.

연령 효과의 경우 선행 연구 결과에 의하면 전반적으로 나이가 많은 집단에서의 죽음불안이 낮은 것으로 보고되고 있다. 본 연구와 동일한 죽음불안도구를 적용한 연구 결과<sup>26)</sup> 60세 이상의 노인 집단에서의 죽음 불안이 16~22세,

15) Hicky T, Health and aging, California : Thomson Brooks/Cole, 1980.

16) Russac RJ, Gatliff C, Reece M, et al, Death anxiety across adult years: An examination of age and gender effects, Death Studies 2007 ; 31 : 549-561.

17) Russac RJ 등, 앞의 글, 2000.

18) 서혜경, 성별에 따른 죽음에 대한 태도 비교 연구-남여 노인들의 임종과 죽음에 대한 불안도 측정을 중심으로, 한국보건교육학회지 1990 ; 7(2) : 89-102.

19) 김연숙, 김지미, 노인의 사회인구적 특성과 죽음불안: 죽음불안의 세부 영역을 중심으로, 한국노년학 2009 ; 29(1) : 275-289.

20) 최외선, 노인의 자아통합감과 죽음불안에 대한 연구, 한국노년학 2007 ; 27(4) : 755-773.

21) Russac RJ 등, 앞의 글, 2000.

22) Kastenbaum R, The Psychology of Death (3rd ed), New York : Springer Publishing Company, 2000.

23) 서혜경, 성별에 따른 죽음에 대한 태도 비교 연구-남여 노인들의 임종과 죽음에 대한 불안도 측정을 중심으로, 한국보건교육학회지 1990 ; 7(2) : 89-102.

24) 김연숙, 김지미, 앞의 글, 2009.

25) Russac RJ 등, 앞의 글, 2007.

26) Stevens SJ, Cooper PE, Thomas LE, Age norms for Templer's Death Anxiety Scale, Psychological Report 1980 ; 46 : 205-206.

27) Russac RJ 등, 앞의 글, 2007.



23~39세, 40~59세 성인 인구군과 비교하여 낮은 죽음불안을 보고하였다. 또한 Russac 등<sup>27)</sup>의 연구에서도 나이와 죽음불안은 역 상관관계를 보이는 것으로 보고하였고 국내 노인대상 연구<sup>28)</sup>에서는 65~69세 사이의 젊은 노인이 80세 이상의 고령노인과 비교하여 죽음불안이 높다고 보고하고 있다. 그러나 본 연구 결과에서는 연령에 따른 차이가 유의하지 않았다. 한 국내 연구 결과<sup>29)</sup>에서는 본 연구와 유사하게 연령과 죽음불안 간에 유의한 양의 상관 관계를 보고하였다. 본 연구에서도 유의하지는 않으나 도리어 65세 이상의 노인군에서 죽음불안 정도가 높은 것으로 나타났다. 따라서 본 연구 결과에 의하면 죽음을 마주하는 시기는 인간 발달의 최종 과업이므로 죽음불안이 감소한다는 Kastenbaum<sup>30)</sup>의 주장이나 죽음이 다가오는 시기인 노년에는 죽음을 부정하기 때문에 죽음불안이 낮다는 Munniche<sup>31)</sup>의 주장이 적어도 본 연구 대상자들에게는 적용되지 않으며 반복 연구를 통하여 과연 우리나라 노인들의 죽음불안이 중년에 비해 더 높은지 확인하고 그렇다면 관련 요인이 무엇인지 확인하는 노력이 요구된다.

일반적 특성과 죽음불안과의 관계에서 유의한 차이를 보인 특성은 경제 상태와 건강 상태이다. 먼저 경제 상태를 보통으로 인식하고 있는 경우 경제 상태를 만족스럽게 인식하고 있는 집

단에 비해 유의하게 죽음불안이 높았다. 이는 국내 선행연구를<sup>32,33)</sup> 지지하는 결과이다. 유사하게 이예종<sup>34)</sup>의 연구에서도 사회 인구학적 특성 중 가장 죽음불안에 영향력이 큰 것은 경제 상태인 것으로 나타나 일관된 결과를 보이는데 이는 Hicky<sup>35)</sup>가 주장한 노인의 3대 두려움 중 하나인 건강과 관련한 경제적 문제에 대한 두려움을 다시 상기할 필요가 있겠다.

또한 대상자의 건강 상태에 따라 죽음불안에 차이가 있는 것으로 나타났는데 즉, 자신의 건강 상태를 불건강한 것으로 인식한 대상자에서 건강하다고 인식한 대상자에 비해 유의하게 높은 불안 수준을 보였다. 이러한 결과는 다양한 도구를 적용하여 죽음불안에 대해 조사한 선행연구 결과를 보면 유사한 결과<sup>36-38)</sup>도 있는 반면 정반대의 결과<sup>39,40)</sup>도 있다. 반대의 결과를 보고한 연구 중에는 노인에서 건강이 좋지 않은 경우 죽음불안이 낮은 것은 신체적 불편감에서 벗어나고자 죽음을 기대하기 때문이라는 주장이 있으나 연구 결과가 찬반이 비슷하므로 본 연구와 유사한 연구 결과에만 의거하여 결론을 내리는 것은 성급하다고 판단된다.

본 연구에서 임종기 치료 선호도 평가 도구는 5개 영역으로 이루어져 있다. 그 중 자율성 영역은 주로 연명치료에 대한 선호 여부를 질문하는 항목으로 구성되어 있으며 점수가 낮을수록 연

28) 김연숙, 김지미. 앞의 글. 2009.

29) 장경은. 노인의 죽음불안에 영향을 미치는 생태체계적 요인에 관한 연구. 노인복지연구 2010 ; 49 : 269-286.

30) Kastenbaum R. 앞의 글. 2000.

31) Munniche JMA. Old age and finitude: A contribution to psychogerontology. Basel Switzerland : S. Karger, 1996.

32) 김연숙, 김지미. 앞의 글. 2009.

33) 장경은. 앞의 글. 2010.

34) 이예종. 노인의 죽음준비인식과 죽음불안에 관한 연구-노인복지관 이용자를 중심으로. 석사학위논문. 가톨릭대학교 대학원, 2005.

35) Hicky T. 앞의 글. 1980.

36) Circirell VG. 앞의 글. 2002.

37) 오경환. 노인의 죽음에 대한 태도에 미치는 영향요인 연구. 석사학위논문. 연세대학교 대학원, 2007.

38) 최외선. 앞의 글. 2007.

39) 김연숙, 김지미. 앞의 글. 2009.

40) 유희옥. 중노년기의 죽음불안 태도. 박사학위논문. 성신여자대학교 대학원, 2004.

명치료에 대해서는 자율적 의사에 의거하여 부정적 선호도를 나타내는 것으로 본 연구 결과 중간 이하의 선호도를 보고하고 있다. 이는 무의미한 연명치료에 대한 반대 입장을 드러낸 것으로 해석할 수 있으며 동일한 연구 도구를 적용하여 간호사를 대상으로 한 연구,<sup>41)</sup> 간호사, 간호학생, 사회복지사, 노인을 대상으로 한 연구<sup>42)</sup> 결과와 유사하다. 일반인을 대상으로 무의미한 연명치료 여부를 질문한 연구에서는 82% 넘는 대상자가 중단을 찬성하여<sup>43)</sup> 역시 일관된 결과를 보이고 있다. 연명 치료에 대한 선호도 문항 집단이 자율적 의사결정이라는 제하로 묶어진 것<sup>44)</sup>에 덧붙여 임종기 의료 결정에서 자율성은 국내에서도 이미 다양한 분야의 전문가와 일반인들도 중요한 내용으로 인식하고 있으며 이는 사전의료의향서라는 제도화로 구체화될 것으로 예상된다. 실제로 정부 지원 하에 연명치료 중단 제도화 관련 사회적 협의체가 구성되어 합의 내용을 발표하였는데,<sup>45)</sup> 여기에는 개인의 임종기 치료 선호를 지원하기 위한 조치의 일환으로 특히 연명치료의 중단 대상, 중단 가능한 연명치료의 범위, 사전의료의향서 작성절차 및 의사결정 기구와 같은 4개 항목에서의 합의 내용이 포함되어 있다. 임종기 자율성은 독립성과 함께 좋은 죽음

의 속성으로 나타나고 있고<sup>46,47)</sup> 고통화와 함께 무조건 오래 사는 것이 더 이상 축복으로 인식되지 않는 우리의 현실<sup>48)</sup>에서 관련 전문 집단은 잘 나이들고 잘 죽고자(well-aging & well-dying) 하는 요구에 부응하기 위한 노력을 경주해야 하겠다. 연명 치료에 대한 선호도도 중간 이하로 일관되게 나타나는 가운데 경제 상태에 따라 선호도 수준 자체에 유의한 차이가 있었다. 즉 경제 상태가 좋은 경우 낮은 경우에 비해 비선호도의 정도가 덜했다. 이는 의료비에 대한 부담을 느끼는 정도가 임종기 연명 치료 수행 결정에 어느 정도 영향을 미칠 수 있음을 나타내는 자료라 하겠다.

임종기 치료 결정에서 의료인이 개입하는 의료인에 의한 결정 영역에서는 중간 이하의 선호도를 나타내고 있었다. 이는 국내외에서 의료인에 의한 치료 결정을 좋은 죽음의 방해 요소로 보고한 연구<sup>49,50)</sup>와 유사하며, 간호사, 간호학생, 의료진 및 비의료진을 모두 포함한 연구에서 의료인에 의한 임종기 치료 결정에 대해 강한 비선호도를 나타내는 것<sup>51)</sup>과도 동일한 결과이다. 임종기 치료 결정에 의료인이 개입하는 것에 대해 남성들은 여성에 비해 상대적으로 긍정적이었는데 이러한 차이를 비교할 수 있는 자료가 결여되

41) 김현숙, 김신미, 유수정 등. 일 지역 산호사의 임종기 치료 선호도. 한국호스피스 완화의료학회 2010 ; 13(1) : 41-49.  
 42) Schirm V, Sheeham D, Zeller RA. Preference for care near the end of life—Instrument validation for clinical practice. Crit Care Nurs Q 2008 ; 31(1) : 24-32.  
 43) Yun YH, Rhee YS, Nam SY, et al. Public attitudes toward dying with dignity and hospice. Palliative care, Korean J Hospice and Palliative Care 2004 ; 7(1) : 17-28.  
 44) Gauthier DM, Froman RD. The preference for care near the end of life scale development and validation. Res Nurs Health 2001 ; 24(4) : 298-306.  
 45) 보건복지부. 연명치료중단 제도화 관련 사회적 협의체 논의 결과 발표. 2010.7.15 보도자료.  
 46) Steinhauer KE, Clipp EC, McNeilly M, et al. In search of a good death : observations of patients, families, and providers. Ann Intern Med 2000 ; 132(10) : 825-832.  
 47) 김신미 등. 앞의 글. 2003.  
 48) 오영희, 김유경. 인생 100세 시대 대응 국민이식 조사결과. 보건복지 이슈 & 포커스 2011 ; 99 : 1-8.  
 49) Beckstrand RL, Callister LC, Kirchhoff KT. Providing a good death: critical care nurses' suggestions for improving end-of-life care. American Journal of Critical Care 2006 ; 15(1) : 38-45.  
 50) Kim S, Lee Y. Korean nurses' attitudes to good and bad death, life-sustaining treatment and advance directives. Nursing Ethics 2003 ; 10(6) : 624-637.  
 51) Schirm V 등. 앞의 글. 2008.

어 결론을 내리는 데 제한적인 가운데 남성의 권위 중심적인 경향과 관계가 있는지 탐색해 볼 필요가 있다.

반면 본 연구 대상자들은 가족에 의한 임종기 치료 결정에 대해서는 일관되게 선호하고 있었으며 일반적 특성에 의한 차이도 나타나지 않았다. 이와 같은 태도는 아시아 국가에서 일관적으로 나타나고 있어서<sup>52,53)</sup> 아시아의 공통적 특성으로 생각된다. 종합하면 본 연구 결과, 성인들은 자율적이고 가족에 의한 임종기 치료 결정을 선호한다. 그러나 심폐소생술 거절과 같은 결정과 말기 암 통보 및 치료와 같은 내용에서는 개인이 배제되는 현실<sup>54)</sup>에 비추어 볼 때 우리나라에서 임종기 치료 결정 관련 정책을 수립하는 경우 이러한 연구 결과를 중요하게 다룰 필요가 있겠다.

영성 영역에 대해서는 중간 이상의 높은 선호도를 나타내 국내,<sup>55)</sup> 미국,<sup>56)</sup> 일본<sup>57)</sup> 등에서 수행된 연구와 동일한 결과를 나타내고 있다. 영적인 요구는 최근 관심을 받고는 있으나 종교적 색채를 띠기 쉽고 각각 다른 종교 간의 갈등과 같은 우려도 있어 거부감을 갖는 의료인도 있을 수 있다. 따라서 우리나라 성인들이 생각하는 영성의 본질에 대한 탐구와 아울러 임종기 동안 이러한 영적인 요구를 충족시키기 위한 노력이 반드시 병행되어야 할 것이다. 왜냐하면 개인이 신체적 및 정신적 위협을 경험할 때 인간의 영적

인 차원에서 보상기전이 일어나는 것으로 알려져 있음<sup>58)</sup>을 감안하면 본 연구 결과는 임종기 대상자를 간호할 때 중요한 내용이기 때문이다. 보건복지부<sup>59)</sup>는 2011년 9월부터 완화의료서비스를 건강보험에 적용하기 위한 2차 시범 사업을 시작하였는데 이는 중요한 변화의 시작으로 생각된다. 특히 본 사업에서의 내용을 보면 말기암 환자의 통증 경감 외 영적 영역에 대한 포괄적인 평가와 치료를 내포하고 있어 본 연구 결과와 함께 환자 및 가족의 삶의 질 향상을 도모할 수 있을 것으로 기대된다. 여성 및 종교가 있는 경우에서 남성 및 종교가 없는 집단보다 영성 영역에 대한 선호도가 더 높게 나타났다. 이는 여성이 더 종교적이고 감정적임을 감안한다면 자연스런 결과라 하겠다.

임종기 치료 선호도의 다섯 번째 차원 즉, 통증 영역에 대해서는 일관된 선호도, 즉 통증 관리에 대한 일관된 선호도를 나타냈는데 이는 국내외 연구에 걸쳐 좋은 죽음의 속성으로 나타나는 '고통으로부터의 자유' 중에서도 가장 중요한 내용이고 죽음과 관련한 연구들에서 가장 일관된 내용이라 하겠다. 통증 관리는 나라와 인종을 가릴 것 없이 임종기 치료에서 중요한 요인으로서 호스피스 완화의료의 핵심이라 할 수 있다. 그러나 우리나라의 경우 2010년 약 7만명의 암사망자 중, 완화의료 전문기관에서 완화의료 서비스

52) Kwak J, Salmon JR. Attitudes and preferences of Korean-American older adults and caregivers on end-of-life care. JAGS 2007 ; 55 : 1867-1872.  
 53) Masumura S, Bito S, Liu H, et al. Acculturation of attitudes toward end of life care: a cross cultural survey of Japanese Americans and Japanese. J Gen Intern Med 2002 ; 17: 531-539.  
 54) Lee K, Jang HJ, Hong S, et al. Do-Not-Resuscitate order in patients, who were deceased in a medical intensive care unit of a University hospital in Korea. The Korean Journal of Critical Care Medicine 2008 ; 23(2) : 84-89.  
 55) 김현숙 등. 앞의 글. 2010.  
 56) Schirm V. 앞의 글.  
 57) Masumura S. 앞의 글. 2002.  
 58) Fish A, Shelly JA. Spiritual care: the nurses' role. Illinois : Interscience Press, 1978.  
 59) 보건복지부. 말기암 환자 완화의료 건강보험 수가 2차 시범적용. 2011.08.30 보도자료.  
 60) 보건복지부. 말기암 환자 '품위 있는 죽음' 인식개선 필요하다. 2010년 암사망자 중 완화의료 이용 비율 9%에 불과. 2011.04.14 보도자료.

를 받은 말기암 환자 수는 6,564명으로 전체 암 사망자의 약 9%만이 완화의료 서비스를 이용하고 있었다.<sup>60)</sup> 그런데 완화의료 전문 서비스를 이용할 경우 입원 1주일 만에 통증의 완화와 치료 만족도의 증가가 확인되었기 때문에<sup>61)</sup> 말기 질환 환자의 통증 관리를 위해서는 완화의료 서비스의 확대 적용이 한 방법이 될 수 있을 것이다. 그러나 완화의료는 비용 지불의 한계가 문제점으로 지적되어 왔는데 문제 해결을 위해 2011년 9월부터 말기암환자에게 실시하는 완화의료 서비스를 건강보험에 적용하기 위한 2차 시범사업이 시작되었으며, 시범사업에서는 대상자의 통증 경감을 중요하게 다루고 가족과의 사별 준비와 함께 인생을 마무리할 시간을 갖는 프로그램을 시행하고 있다.<sup>62)</sup>

죽음불안은 임종기 치료 선호도 중 자율적 의사결정 요인과 양의 상관관계가 있었는데 이는 죽음불안 점수가 높아질수록 연명치료에 대한 선호도가 높음을 의미한다. 선행 연구 중 임종기 치료 선호도 결정인자에서 죽음불안을 본 연구는 찾기 어려운 가운데 본 연구 결과는 매우 의미 있다고 본다. 즉 본 연구에서 적용한 죽음불안 측정도구에 포함된 질문들이 ‘죽는 것이 매우 두렵다’, ‘심장마비가 두렵다’ 등의 직접적인 내용인 것을 감안하면 죽음불안이 높을수록 임종기에 심폐소생술을 포함한 연명치료를 더 선호한다는 응답은 자연스러운 결과로 생각된다. 임종기 치료 선호도와 관련하여 중요한 것은 개인의 가치관과 선택이며 의료인이나 정책 입안자들의 가치관과 판단이어서는 안 된다는 대전제를 생각해 볼 때 본 연구 결과가 간과되어서는 안 되겠다. 다만 죽음불안이 임종기 치료 선호도

중에서 유일하게 연명치료 선호도와(자율적 의사결정 요인) 의미 있는 상관관계를 보인 점에 주목할 필요가 있다. 그 이유는 죽음불안이 임종과 죽음에 대하여 공포, 혐오감, 파멸감, 거부, 부정과 같은 부정적 감정을 유발 하는 심리적 과정<sup>63)</sup>임을 감안할 때, 죽음불안이 높은 대상자의 불안 정도를 감소시킬 수 있도록 하는 노력이 필요할 것으로 보이며 그 결과 자신의 상태와 예후를 감안한 선택으로 보다 편안하고 고통 없는 임종기를 맞도록 지원할 필요성이 제기되기 때문이다.

본 연구의 제한점은 일 지역의 성인을 대상으로 하였으므로 우리나라 전체 성인을 대상으로 일반화하기에는 제한적일 수 있다는 것이다. 그러나 본 연구 결과 드러난 죽음불안 정도와 임종기 치료 선호도를 바탕으로 앞으로 임종기 환자를 간호할 때 기초자료로 활용할 수 있을 것으로 생각된다.

## V. 결론

죽음은 누구나 필연적으로 맞이해야 하는 자연적이고 정상적인 과정이지만 그 과정과 결과는 예측 불가능한 상황이기 때문에 죽음에 대한 불안이 잠재적으로 내재되어 있는 가운데 특히 생애 마지막인 임종기 중의 현상 특히 생명연장을 위한 치료과정에 대한 의미 있는 결정을 해야 하는 문제가 삶의 질적인 차원에서 이슈화되고 있다. 이에 본 연구는 구조화된 설문지를 이용하여 40세 이상의 성인 352명을 대상으로 죽음불안과 임종기 동안의 치료의 선호도를 파악하기 위하여 수행되었으며 다음과 같은 결론이 도출되었다. 대상자의 죽음불안 정도는 중등도로 나

61) 보건복지부. 앞의 글. 2011.04.14.

62) 보건복지부. 2011. 앞의 글.

63) Ko GR, Yi YS. 2008. 앞의 글.

타났으며 외국의 선행 연구와 마찬가지로 성별 효과가 확인되어 여성에서 남성보다 더 높은 죽음불안이 나타났다. 또한 죽음불안은 경제상태가 보통인 집단에서와 건강상태가 낮은 집단에서 유의하게 높게 나타난 바 대상자 간호 시 참고 자료로 활용 가능할 것이다. 임종기 치료 선호도와 관련해서는 통증관리를 가장 중요하게 생각했으며 자율적 판단 제하에서 무의미한 연명치료에 대해서는 상대적으로 강한 반대 의사

를 나타냈다. 본 연구 결과 세대 간의 차이는 어느 변수에서도 나타나지 않았다. 이러한 연구 결과는 앞으로 임종기 대상자를 간호할 때 중요하게 다루어야 할 것으로 생각되며 임종기 대상자의 통증과 고통관리를 위한 전략이 더 적극적으로 모색되어야 할 것이다. ◎

#### 색인어

죽음불안, 임종기 치료, 성인



## Death Anxiety and Preferences Regarding End-of-life Medical Care

KIM Shinmi\*, KIM Soon Yi\*\*, KIM Kisook\*

### Abstract

A survey was conducted to examine death anxiety and preferences regarding end-of-life care among adults aged 40 years or older. A total of 352 subjects were recruited from two areas in South Korea by trained research assistants, who used structured questionnaires consisting of demographic characteristics, Templer's Death Anxiety scale, and the Korean version of the Preference of Care at the End of Life. The data were analyzed using descriptive statistics, a t-test, an ANOVA, and Pearson's correlation coefficient. Subjects reported a moderate level of death anxiety. Furthermore, while a gender effect was detected, an age effect was not. There was a low preference for life-sustaining treatment with no significant differences among the various demographic groups including age. This study suggests that in order to promote clients' self-determination and end-stage quality of life, health care providers need to be aware of clients' attitudes toward death and their preferences regarding end-of-life care.

### Keywords

death anxiety, end-of-life care, adults

---

\* Department of Nursing, Changwon National University

\*\* Department of Nursing, Haecheon University: *Corresponding Author*