중년기 급성심근경색증 환자의 죽음불안과 사전연명의료의향서에 대한 지식 및 태도 간의 관계

서미영¹ · 김정선²

화순중앙병원 간호사¹, 전남대학교 간호대학 교수²

The Relationship among Death Anxiety, Knowledge and Attitudes toward Advance Directives in Middle-Aged Patients with Acute Myocardial Infarction

Suh, Mi Young¹ · Kim, Jeong Sun²

¹Nurse, Hwasun Jungang Hospital, Hwasun

²Professor, College of Nursing, Chonnam National University, Gwangju, Korea

Purpose: This study aimed to identify the relationship between death anxiety, knowledge, and attitudes toward advance directives in middle-aged patients with acute myocardial infarction. **Methods:** Data were collected through a survey of 142 middle-aged adults from August 27th to October 4th, 2019 in G city. Data analysis was performed using descriptive statistics, t-test, one-way ANOVA, Scheffé test, and Pearson correlation coefficient. **Results:** The average score of participants' death anxiety and attitudes toward advance directives was 44.14 ± 6.71 and 43.61 ± 3.53 , respectively, and the average correct rate in knowledge of advance directives was 57.1%. Participants showed significant differences in death anxiety ($F=3.75, p=.013$), knowledge of advance directives ($F=3.02, p=.033$), and attitudes toward advance directives ($t=2.31, p=.022$) depending on the presence or absence of an object to discuss their health status. Also, there were significant differences in knowledge of advance directives ($t=3.43, p=.001$) and attitude toward advance directives ($t=2.23, p=.027$) depending on whether participants perceived the meaning of advance directives. There were positive correlations ($r=.38, p<.001$) between knowledge of advance directives and attitudes toward advance directives in middle-aged patients with acute myocardial infarction. **Conclusion:** Active information-provision and promotional strategies are needed to enhance a correct understanding of advance directives for middle-aged acute myocardial infarction patients with a high probability of sudden death to recognize the need for an advance directive and reinforce a positive attitude.

Key Words: Myocardial infarction; Death; Advance directives; Knowledge; Attitude

서론

1. 연구의 필요성

심혈관질환은 사회경제적 발전, 식생활의 변화, 비만, 고혈

압, 당뇨병, 고콜레스테롤혈증 및 흡연, 스트레스 증가 등으로 매년 꾸준히 증가하는 추세이며 국내 사망 순위에서도 악성신 생물(암) 다음 순위로 높은 사망률을 나타내고 있다. 특히 허혈성 심장질환 사망률은 2008년 인구 십만 명당 25.7명에서 2018년 28.3명으로 증가하였고 연령별로도 40대에서 60대에

주요어: 급성심근경색증, 죽음, 사전연명의료의향서, 지식, 태도

Corresponding author: Kim, Jeong Sun <https://orcid.org/0000-0001-5660-5509>

College of Nursing, Chonnam National University, 160 Baekseo-ro, Dong-gu, Gwangju 61469, Korea.

Tel: +82-62-530-4957, Fax: +82-62-227-4009, E-mail: kjs0114@jnu.ac.kr

Received: May 10, 2021 / Revised: Jun 9, 2021 / Accepted: Jul 1, 2021

This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/3.0>), which permits unrestricted non-commercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

서는 허혈성 심장질환, 70대 이상에서는 기타 심장질환으로 인한 사망률이 높게 나타났다[1]. 이는 생애주기 상 노년기를 앞둔 시점에서 사회적으로 가장 생산성이 높은 시기에 사망률이 높은 중년기 허혈성 심장질환 환자에 대한 다차원적인 건강관리전략이 필요함을 시사해 주고 있다.

허혈성 심장질환을 대표하는 심근경색증은 병리학적으로 장시간 허혈로 심근세포에 혈액이 공급되지 않아 심근의 괴사를 유발하는 질환으로[2] 생명을 위협하는 질병 중 하나이다. 심근경색증은 급성기 치료 이후에도 관리가 잘 되지 않으면 재발하는 경우가 68~85%로 관상동맥 중재술이나 관상동맥 우회술과 같은 즉각적인 시술이 적용되지 않으면 사망에 이르게 되어[3] 죽음의 위험성과 불안이 높은 질환이다.

특히 급성심근경색증 환자는 관상동맥중재술을 받고나서도 여전히 우울이나 불안증상이 있었다[3]. 심근경색증 발병 이후 불안이 높은 환자는 재발 위험도 높았으며[4], 우울이나 불안을 동반하여 낮은 정신건강상태를 보인 환자는 급성심근경색증 후 새로운 심장사건이나 사망 위험이 50%로 나타났다[5]. 무엇보다 심근경색증을 경험했던 환자들은 심근경색증의 추후 재발, 합병증 및 갑작스런 돌연사의 가능성을 두려워하였으며[6], 자신이 앞으로 어떻게 될 것인지 알 수 없는 불확실한 예후에 대한 두려움과 함께 살아가면서 자신을 외부로부터 소외시켜 사회적 교류를 단절하려 했다[7]. 이를 볼 때 심근경색증 환자는 재발이나 돌연사 가능성 등 질병의 특성상 언제 죽을지 모른다는 죽음에 대한 불안이나 두려움으로 심리적 부담감이 클 것으로 사료된다.

죽음은 어느 누구도 피할 수 없으며 인생에서 가장 중요한 이슈 중 하나이다. 급성심근경색증은 생명을 위협하는 질병이기에 환자는 불안, 죽음에 대한 두려움, 무력감 또는 고통을 경험한다[8]. 특히 심근경색증 환자가 불안을 경험하는 이유는 죽음에 대한 공포, 위험이나 죽음이 예상되는 느낌, 위협적인 상황 지각, 통제성 상실, 혼통, 질병과 미래에 대한 불확실성, 연약함 때문인 것으로 나타났다[9]. 심근경색증 환자, 암 환자, 건강한 사람을 대상으로 죽음에 대한 의식과 두려움을 의미하는 죽음불안 정도를 비교한 결과, 심근경색증 환자집단이 다른 집단보다 죽음불안 정도가 높게 나타났으며 심근경색증 환자가 경험하는 죽음불안은 갑작스럽게, 기대하지 않은 상황에서 죽음을 직면하기 때문인 것으로[10] 나타났다. 결국 급성심근경색증 환자는 질병의 특성 상 늘 잠재되어 있는 추후 재발 가능성에 대한 두려움이나 돌연사와 같이 준비되지 않은 갑작스런 죽음을 맞이할 가능성 등으로 죽음불안을 느낄 가능성이 높기 때문에 건강할 때 웰다잉(well-dying) 관점에서 자신의

죽음과 관련된 의사결정을 생각해 보는 것은 의미있는 준비과정이라 하겠다.

누구도 죽음의 과정이나 어떠한 죽음을 경험 할지 예측할 수 없기에 죽음에 대한 준비는 필요하며 불필요한 연명치료 대신 존엄한 죽음을 맞고자하는 요구가 있다[11]. 문제는 생애 말기와 관련된 의사결정이 사전에 건강했을 때 이루어지지 않고 주로 환자 상태가 악화되어 스스로 의사결정을 할 수 없는 시기에 이루어져 환자의 자기결정권이 보호되지 못하는 현실적인 어려움이 있다는 것이다. 현재 정부는 본인의 의사와 상관없이 죽음이 임박한 상황 또는 의사결정이 어려운 경우에 수행되는 무의미한 연명치료를 방지하기 위해 ‘호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률(약칭: 연명의료결정법)’을 2016년에 제정하여 2018년부터 시행해 오고 있다[11]. 또한 최근에는 삶의 질 차원의 웰빙 문화가 확산되면서 웰다잉에 대한 관심이 고조되고, 사전연명의료에 대한 사회적 관심이 점차 높아지면서 연명의료결정에 대한 의사 표시인 사전연명의료의향서 등록자도 점점 증가하고 있다[12].

사전연명의료의향서(Advance Directives, AD)란 연명의료결정법에 근거하여 개인이 향후 본인에게 시행될 의료 행위에 대해 분명히 알고 스스로 결정하는 자기결정권에 관한 권리를 중요하게 다루며 법적 및 윤리적 갈등 소지를 최소한으로 줄여주거나 배제 할 수 있는 제도로서, 치료효과 없이 임종과정의 기간만을 연장하는 것을 시행하지 않거나 중단하기로 한다는 본인의 의사를 문서로 미리 명시해 놓는 것을 말한다[11]. 현재 우리나라에서는 환자가 존엄하게 삶을 마무리 할 수 있도록 연명의료결정법의 요건을 충족하는 사람은 사전연명의료의향서와 연명의료계획서를 통해 연명의료에 관한 본인의 의사를 남겨놓을 수 있도록 하고 있다. 이는 국립연명의료관리기관을 중심으로 홍보와 기관연계, 교육 등을 통해 활성화 노력을 기울이고 있으나 제도가 시행된 지 3년째인 2020년 12월 말 사전연명의료의향서 등록건수는 총 790,193건에 불과한 상태이다[12] 한편, 정부 및 민간 차원에서 사전의사결정제도와 생명연장술 거부 권리에 대한 법적 체계가 갖추어진 미국, 영국, 싱가포르, 일본 등 여러 국가에서는 이 제도가 일찍부터 활성화되어 왔으나 2011년에서 2016년까지의 사전연명의료의향서 작성에 대한 미국의 자료분석 결과를 보면, 건강한 성인의 32.7%, 만성질환자의 38.7%만 사전연명의료의향서를 작성한 것으로 나타났다[13]. 또한 지역사회 심부전증 환자를 대상으로 한 연구에서도 41%만이 사전연명의료의향서를 작성함에 따라 심부전 말기에 보건의료시스템에 경제

적 부담을 주고 임종기에 의료기관 이용이 증가한 것으로 나타났다[14]. 우리나라 또한 2016년 한 해, 총 사망자 28만 명 중 75%인 21만 명이 병원에서 사망한 것으로 나타나 병원에서 사망하는 사람들 중 상당수는 의학적으로 소생할 가능성이 매우 낮은 상황에서도 생명연장을 위한 다양한 시술과 처치를 받으며 남은 시간의 대부분을 보내는 것으로 나타났다[12]. 이를 볼 때 환자가 무의미한 연명의료를 받지 않고 자기결정권에 따라 존엄하게 삶을 마무리할 수 있도록 제도화 하는 것도 중요하지만 제도의 본질적 가치와 목적을 달성하려면, 연명의료제도에 대한 긍정적 인식이나 올바른 이해와 함께 환자 스스로가 건강할 때 연명의료에 대한 의사결정권을 명시하는 사전연명의료의향서 작성에 대한 실천이 필요함을 시사해 주었다.

더욱이 생의 말기 의사결정에서 대부분의 사람들은 환자 본인이 주체가 되어야 한다고 인식하고 있으나 실제 임종에 직면한 의료현장에서는 보호자와 의료진이 의사결정의 주체가 되는 경우가 많다[7]. 이는 연명의료에 관한 의사결정이 사전에 건강했을 때 이루어지지 않고 주로 환자 상태가 악화되어 스스로 의사결정 할 수 없는 시기에 이루어져 환자의 자기 결정권이 보호되지 못하는 문제점을 드러내고 있다.

사전연명의료의향서에 대한 국내·외 선행연구를 보면, 연명의료결정법이 시행된 이후 실시된 국내의 사전연명의료의향서에 대한 연구에서는 중년기 성인을 대상으로 사전연명의료의향서에 대한 지식 및 태도를 조사한 연구[15]뿐이었다. 국외의 사전연명의료의향서에 대한 연구에서도 심부전 환자를 대상으로 사전연명의료의향서에 대한 지식 및 태도를 조사한 연구[16], 지역사회 심부전 환자나 암 환자 혹은 유언장을 등록한 사람을 대상으로 사전연명의료의향서 작성 현황이나 영향 요인을 파악하는 연구[17,18]등이 대부분이었다. 하지만 질병의 특성 상 재발가능성이 높고 돌연사의 개연성이 높은 급성심근경색증 환자들을 대상으로 사전연명의료의향서에 대한 지식이나 태도 등의 실태를 선제적으로 파악하는 국내·외 연구는 찾아보기 어려웠다.

이에 본 연구는 질병의 특성 상 예기치 못한 죽음에 직면할 가능성이 높고 생애주기 과정 중 생산성이 높은 시기에 바쁜 일상으로 질병관리에 소홀하기 쉬운 중년기 급성심근경색증 환자를 대상으로 죽음불안, 사전연명의료의향서에 대한 지식 및 태도를 파악하고자 하였다. 이를 통해 본 연구는 중년기 급성심근경색증 환자가 건강할 때 사전연명의료의향서에 대한 이해를 통해 긍정적인 태도를 갖게 함으로써 사전연명의료의향서 작성을 적극 실천하고 잠재적인 죽음불안을 완

화 할 수 있는 다각적인 교육전략의 기초를 마련하는데 기여하고자 한다.

2. 연구목적

본 연구는 중년기 급성심근경색증 환자의 죽음불안, 사전연명의료의향서에 대한 지식 및 태도를 파악하고 이들 변수간의 상관관계를 규명하고자 한다. 이에 대한 구체적인 목적은 다음과 같다.

- 대상자의 일반적 특성, 건강 관련 특성 및 사전연명의료의향서 관련 특성을 파악한다.
- 대상자의 죽음불안, 사전연명의료의향서에 대한 지식 및 태도 정도를 파악한다.
- 대상자의 제 특성에 따른 죽음불안, 사전연명의료의향서에 대한 지식 및 태도의 차이를 파악한다.
- 대상자의 죽음불안, 사전연명의료의향서에 대한 지식 및 태도 간의 상관관계를 파악한다.

연구 방법

1. 연구설계

본 연구는 중년기 급성심근경색증 환자의 죽음불안, 사전연명의료의향서에 대한 지식 및 태도를 파악하고 이들 변수간의 관계를 알아보는 서술적 상관관계연구이다.

2. 연구대상

본 연구의 대상자는 G광역시 소재 일개 상급종합병원 순환기내과 외래를 내원하는 환자를 모집단으로 하고 대상자 선정 기준에 따라 편의표집 하였다. 본 연구대상자의 선정기준은 급성심근경색증 진단을 받고 관상동맥 중재술을 시행한 후 순환기내과 외래를 내원하는 40세에서 64세의 중년기 환자, 의사소통이 가능하며 자가 보고를 설문지에 기입할 수 있는 자, 본 연구의 목적을 이해하고 연구에 참여하기로 서면 동의한 자로 하였으며, 의사의 권유에 따라 관상동맥 중재술 시행이 어려운 관상동맥우회술을 받은 환자는 대상자에서 제외하였다.

본 연구의 대상자 수의 산출근거는 G*Power 3.1.9 프로그램을 이용하였으며 상관관계를 기준으로 유의수준 .05, 검정력(1-β) 95%, 효과 크기 0.30을 산출한 결과, 본 연구의 필요한

표본 수는 134명이었으나 탈락률 10%를 고려하여 147명으로 하였다. 자료수집 시 대상자 선정기준을 충족한 147명을 대상으로 설문조사를 시행하였으며, 이중 응답 자료가 미흡한 5부를 제외하고 총 142명의 자료를 최종 분석에 활용하였다.

3. 연구도구

1) 대상자의 제 특성

대상자의 일반적 특성에는 성별, 연령, 교육수준, 종교 유무, 배우자 유무, 믿고 의지 할 대상 유무, 건강상태에 대해 의논할 대상 유무, 응급 상황 시 직접 도움을 줄 대상 유무, 기본적인 삶 가치를, 건강 관련 특성에는 심근경색증 유병 기간, 심근경색증 재발 경험, 심근경색증 가족력, 주변인 심근경색증 유무, 사전연명의료의향서 관련 특성에는 죽음에 대한 생각 여부, 연명의료결정법 인지 여부, 사전연명의료의향서 의미 인지 여부, 사전연명의료의향서 작성 의향, 사전연명의료의향서 작성 시기, 사전연명의료의향서의 최종 결정자를 조사하였다.

2) 죽음불안

죽음불안은 Templer [19]가 개발한 죽음불안 척도(Death Anxiety Scale, DAS)를 Ko와 Choi [20]가 번안하여 한국인을 대상으로 신뢰도와 타당도를 검증한 죽음불안 척도(DAS)[19]를 사용하였다. 죽음불안 척도(DAS)는 15문항으로 구성되어 있으며 각 문항은 1점 '전혀 그렇지 않다', 2점 '그렇지 않은 편이다', 3점 '보통이다', 4점 '약간 그렇다', 5점 '매우 그렇다' 5점 Likert 척도로서 점수범위는 25점에서 75점으로 점수가 높을수록 죽음불안 수준이 높음을 의미한다. 개발 당시 도구의 신뢰도 Cronbach's α 는 .83이었고 Ko와 Choi 연구[20]에서 도구의 신뢰도 Cronbach's α 는 .80, 본 연구에서 신뢰도 Cronbach's α 는 .68이었다.

3) 사전연명의료의향서에 대한 지식

사전연명의료의향서에 대한 지식은 2018년 2월 시행되고 2019년에 일부 개정된 '호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률(약칭: 연명의료결정법)'[11]에서 제시하는 사전연명의료의향서의 구성요소와 관련 문헌들을 기반으로 본 연구자들이 초기문항을 구성한 후 내용타당도를 검증을 거쳐 개발하였다. 문항의 내용타당도 검증은 순환기내과 의사 2인, 노인 간호학 전공 교수 1인, 노인전문간호사 2인, 호스피스전문간호사 2인, 의료사회복지사 1인,

목회자 1인 총 9명으로 구성된 전문가 집단을 통해 2차에 걸쳐 검증하였다. 내용타당도 검증결과, 1, 2차 모두 내용 타당도지수(Content Validity Index)가 90% 이상으로 나타났으며 내용타당도 검증과정에서 나온 검토의견에 따라 문항 수 변동 없이 문항내용의 일부 문구를 수정 및 보완한 후 총 25문항을 확정하였다. 또한 본 연구에서는 확정된 문항에 대한 문항내용의 이해 및 가독성을 확인하기 위해 요양원에 근무하는 중년기 요양보호사 5인을 대상으로 사전 조사를 실시한 후 문항의 수정이나 보완없이 총 25문항을 최종 확정하였다. 개발된 도구는 사전연명의료의향서 개념 4문항, 사전연명의료의향서 선택 사항 9문항, 사전연명의료의향서 작성 및 등록 3문항, 사전연명의료의향서 법적 효력 3문항, 사전연명의료의향서 변경가능성 2문항, 사전연명의료의향서 조회 및 열람 4문항의 총 25개 문항으로 구성되었다. 각 문항은 '예' 1점, '아니오'와 '모른다' 0점으로 처리하여 총점은 0점에서 25점까지이며 점수가 높을수록 사전연명의료의향서에 대한 지식수준이 높음을 의미한다. 본 연구에서 도구의 신뢰도 Cronbach's α 는 .88이었다.

4) 사전연명의료의향서에 대한 태도

사전연명의료의향서에 대한 태도는 Nolan과 Bruder [21]가 개발한 Advance Directive Attitude Survey (ADAS) 도구를 Lee와 Park [22]이 한국어로 번안한 사전의사결정에 대한 태도 도구[20]를 사용하였다. 본 도구는 치료선택의 기회 4문항, 사전의사결정이 가족에게 미치는 영향 8문항, 사전의사결정이 미치는 영향 3문항, 질병의 인식 1문항의 총 16문항으로 구성되어 있다. 각 문항은 1점 '전혀 아니다', 2점 '아니다', 3점 '그렇다', 4점 '매우 그렇다' 4점 Likert 척도로서 점수범위는 16점에서 64점으로 점수가 높을수록 사전의사결정에 대한 태도가 긍정적임을 의미한다. 개발 당시 도구의 신뢰도 Cronbach's α 는 .74였고 Lee와 Park [22] 연구에서 도구의 신뢰도 Cronbach's α 는 .79였으며, 본 연구에서 신뢰도 Cronbach's α 는 .86이었다.

4. 자료수집

본 연구는 C대학교 생명윤리심의위원회의 승인(IRB No: 1040198-190611-HR-052-02)을 받은 후 진행하였다. 자료수집은 2019년 8월 27일부터 10월 4일까지 이루어졌다. 연구대상자 모집을 위해 G광역시 소재 일개 상급종합병원을 방문하여 순환기내과 외래 부서장에게 연구의 목적과 절차를 설명하

고 연구수행을 위한 자료수집에 대한 승인을 받았다. 자료수집기간 동안 순환기내과 외래를 방문하여 담당주치의를 통해 연구대상자 선정기준에 맞는 대상자를 소개받은 후 본 연구의 목적과 내용, 응답에 소요되는 시간, 참여거부 및 철회가능성을 설명하고 연구참여에 자발적으로 동의를 한 자를 대상으로 자료수집하였다. 이때 연구자는 설문조사에 강제성이 없고 언제든지 중단 혹은 철회 가능하며 해당 병원에서의 치료를 받는데 어떠한 불이익이 없음을 설명하고 서면동의서를 받은 후 조사가 이루어졌다. 수집된 자료는 부호화하여 전산에 입력하였고, 부호화된 설문지는 잠금장치가 있는 개인 사물함에 보관하였다. 자료수집 시 설문지 작성에는 15~20분정도 소요되었고, 총 147명에게 배부하였으며 응답내용이 불충분한 5부를 제외하고 총 142부를 분석에 사용하였다.

5. 자료분석

본 연구에서 수집된 자료는 SPSS/WIN 25.0 프로그램을 이용하여 분석하였다. 대상자의 일반적 특성, 건강 관련 특성, 사전연명의료의향서 관련 특성은 빈도와 백분율, 평균과 표준편차를 이용하여 분석하였고, 대상자의 죽음불안, 사전연명의료의향서에 대한 지식과 태도 정도는 평균과 표준편차를 이용하여 분석하였다. 대상자의 제 특성에 따른 죽음불안, 사전연명의료의향서에 대한 지식과 태도의 차이는 t-test와, One-way ANOVA로 분석하였으며 사후 검정은 Scheffé test를 이용하였다. 대상자의 죽음불안, 사전연명의료의향서에 대한 지식 및 태도 간의 상관관계는 Pearson's correlation coefficients를 이용하여 분석하였다.

연구결과

1. 대상자의 일반적 특성

본 연구에서 대상자의 성별은 남자가 125명(88.0%), 여자가 17명(12.0%)으로 남자가 과반수 이상을 차지했으며, 대상자의 평균연령은 55.8세로 60~64세가 48명(33.8%)로 가장 많았고, 교육수준은 고졸이 60명(42.3%)으로 가장 많았다. 대상자 중 60명(42.3%)이 종교를 가지고 있었으며, 121명(85.2%)이 배우자가 있었다. 대상자 중 122명(85.9%)이 의지 할 대상이 있고, 가장 의지하는 대상은 배우자가 97명(79.5%)이었다. 대상자의 건강상태에 대해 의논할 대상은 126명(88.7%)이 있는 것으로 나타났으며, 배우자가 99명(78.6%)으로 의논할 대

상에서 가장 높은 비율을 차지했다. 응급상황 시 대상자에게 도움 줄 대상은 128명(90.1%)이 있는 것으로 나타났고 배우자가 100명(78.1%)으로 가장 도움을 주는 대상이었다. 대상자 중 94명(66.2%)은 기본적인 삶 가치에서 오래 사는 것이 중요하다고 생각하지 않았다(Table 1).

2. 대상자의 건강 관련 특성 및 사전연명의료의향서 관련 특성

대상자의 건강 관련 특성에서 심근경색증 유병 기간은 평균 2.77 ± 2.50 년으로, 3년 미만인 93명(65.5%)으로 가장 높은 비율을 차지했으며, 대상자의 심근경색증 재발 경험은 126명(88.7%)이 없는 것으로 나타났다. 대상자 대부분은 심근경색증 가족력이 없었으며(86.6%), 대상자의 주변인 중 심근경색증 여부에서도 83명(58.4%)이 없는 것으로 나타났다(Table 2).

대상자의 사전연명의료의향서 관련 특성에서 66명(46.5%)이 죽음에 대한 생각을 하는 것으로 나타났다. 대상자 중 81명(57.0%)이 연명의료결정법을 인지하고 있었으며, 76명(53.5%)이 사전연명의료의향서의 의미를 인지하고 있는 것으로 나타났다. 사전연명의료의향서 작성 의향은 대상자 중 61명(43.0%)이 사전연명의료의향서 작성 의향이 있음을 나타냈으며, 이들은 사전연명의료의향서 작성 시기를 평상 시 건강할 때 27명(44.2%)으로 가장 많았고, 다음으로 질병 진단을 받을 때 14명(23.0%), 소생가능성이 없다는 의료진의 설명 듣고 난 후 14명(23.0%) 순으로 나타났다. 한편, 사전연명의료의향서의 최종 결정자는 본인이 75명(52.8%)으로 가장 많았고, 배우자와 상의 33명(23.2%), 배우자 및 자녀와 상의 26명(18.3%) 순으로 나타났다(Table 2).

3. 대상자의 죽음불안, 사전연명의료의향서에 대한 지식 및 태도 정도

대상자의 죽음불안은 5점 만점에 평균 2.94 ± 0.45 점, 총점 25~75점 범위에서 평균 44.14 ± 6.71 점으로 나타났다. 대상자의 사전연명의료의향서에 대한 지식은 총점 0~25점 범위에서 평균 14.27 ± 5.74 점으로 나타났다. 하위영역별로 보면, 사전연명의료의향서 개념은 평균 2.99 ± 1.35 점(0~4점), 사전연명의료의향서 선택 사항은 평균 4.56 ± 2.57 점(0~9점), 사전연명의료의향서 작성 및 등록은 평균 1.47 ± 0.93 점(0~3점), 사전연명의료의향서 법적 효력은 평균 1.89 ± 1.09 점(0~3점), 사전연명의료의향서 변경가능성은 평균 1.30 ± 0.80 점(0~2점), 사전

Table 1. Difference in Death Anxiety, Knowledge, and Attitudes toward AD according to General Characteristics (N=142)

Characteristics	Categories	n (%) or M±SD	Death anxiety		Knowledge of AD		Attitudes towards AD	
			M±SD	t or F (p) Scheffé	M±SD	t or F (p) Scheffé	M±SD	t or F (p) Scheffé
Gender	Female	17 (12.0)	3.17±0.43	2.29	0.58±0.27	0.16	2.65±0.24	-1.50
	Male	125 (88.0)	2.91±0.44	(.024)	0.57±0.23	(.873)	2.74±0.22	(.137)
Age (year)	40~44	3 (2.1)	2.87±0.59	1.08	0.72±0.08	0.82	2.79±0.16	1.06
	45~49	22 (15.5)	3.06±0.29	(.369)	0.52±0.24	(.516)	2.65±0.19	(.379)
	50~54	31 (21.8)	3.03±0.45		0.59±0.23		2.71±0.22	
	55~59	38 (26.8)	2.87±0.39		0.59±0.19		2.73±0.20	
	60~64	48 (33.8)	2.90±0.53		0.55±0.26		2.76±0.25	
		55.83±5.66						
Education	≤Elementary school ^a	5 (3.5)	2.57±0.66	1.67	0.46±0.24	5.60	2.61±0.15	1.47
	Middle school ^b	22 (15.5)	2.89±0.55	(.170)	0.41±0.27	(.001)	2.67±0.28	(.226)
	High school ^c	60 (42.3)	3.01±0.34		0.59±0.22	c, d > b	2.72±0.19	
	≥College ^d	55 (38.7)	2.93±0.48		0.62±0.20		2.77±0.23	
Religion	Yes	60 (42.3)	3.03±0.46	1.95	0.58±0.24	0.51	2.78±0.23	2.55
	No	82 (57.0)	2.88±0.43	(.054)	0.56±0.22	(.610)	2.69±0.21	(.012)
Presence of a spouse	Yes	121 (85.2)	2.97±0.41	1.71	0.59±0.23	2.27	2.74±0.21	2.06
	No	21 (14.8)	2.79±0.61	(.090)	0.47±0.23	(.025)	2.64±0.25	(.042)
Having someone to trust (n=122)	Parents ^a	5 (4.1)	2.77±0.34	3.25	0.54±0.29	3.31	2.84±0.13	2.42
	Spouse ^b	97 (79.5)	2.97±0.39	(.024)	0.59±0.23	(.023)	2.75±0.21	(.070)
	Children ^c	7 (5.7)	2.96±0.39	b > d	0.31±0.26	b > c	2.62±0.35	
	Others ^d	13 (10.7)	2.61±0.56		0.57±0.22		2.73±0.14	
Having someone to discuss health issues (n=126)	Parents ^a	6 (4.8)	2.90±0.44	3.75	0.55±0.26	3.02	2.83±0.12	1.17
	Spouse ^b	99 (78.6)	2.99±0.39	(.013)	0.58±0.23	(.033)	2.75±0.22	(.325)
	Children ^c	7 (5.6)	3.00±0.51	c > d	0.34±0.19	d > c	0.34±0.19	
	Others ^d	14 (11.1)	2.59±0.52		0.64±0.21		0.64±0.21	
Having someone to help in emergency (n=128)	Parents ^a	4 (3.1)	2.85±0.55	1.68	0.49±0.31	2.28	2.81±0.13	2.81
	Spouse ^b	100 (78.1)	2.99±0.40	(.174)	0.58±0.23	(.083)	2.75±0.22	(.042)
	Children ^c	9 (7.0)	2.77±0.41		0.39±0.24		2.54±0.29	a > c
	Others ^d	15 (11.7)	2.80±0.47		0.61±0.22		2.72±0.17	
Basic life values	Living longer	48 (33.8)	2.87±0.44	-1.33	0.46±0.26	-4.33	2.69±0.23	-1.57
	Quality of life	94 (66.2)	2.98±0.45	(.186)	0.63±0.19	(<.001)	2.75±0.21	(.119)

AD=Advance directives; M=Mean; SD=Standard deviation.

연명의료의향서 조회 및 열람은 평균 2.05±1.20점(0~4점)으로 나타났다. 대상자의 사전연명의료의향서에 대한 지식의 정답률은 57.1%로 나타났다. 문항별로 보면, ‘사전연명의료의향서란 향후 임종과정에 있는 환자가 되었을 때 연명의료를 시행하지 않거나 중단하겠다는 본인의 의사를 문서로 미리 명시해 놓은 것을 말한다’가 79.6%로 정답률이 가장 높았던 반면, 가장 정답률이 낮은 문항은 ‘작성자의 배우자, 직계비속, 직계존속, 형제, 자매 모두 환자의 사전연명의료의향서의 열람을 요청할 수 있다’가 11.3%를 나타냈다. 대상자의 사전연명의료의향서에 대한 태도는 4점 만점에 평균 2.73±0.22점, 총점 16~64점 범위에서 평균 43.61±3.53점을 나타냈다.

하위영역별로 보면, 치료선택의 기회는 평균 10.94±1.54점(4~16점), 사전의사결정이 가족에게 미치는 영향은 평균 21.62±1.97점(8~32점), 사전의사결정이 미치는 영향은 평균 8.92±1.16점(3~12점), 질병의 인식은 평균 2.09±0.52점(1~4점)을 나타냈다.

4. 대상자의 제 특성에 따른 죽음불안, 사전연명의료의향서에 대한 지식과 사전연명의료의향서에 대한 태도의 차이

대상자의 제 특성에 따른 죽음불안의 차이를 보면, 성별

($t=2.29, p=.024$), 믿고 의지 할 대상($F=3.25, p=.024$), 건강상태를 의논할 대상($F=3.75, p=.013$)에 따라 유의한 차이를 나타냈다. 사후 분석 결과, 믿고 의지 할 대상에서는 배우자인 경우가 기타보다, 건강상태를 의논할 대상에서는 자녀인 경우가 기타보다 죽음불안이 유의하게 높게 나타났다. 또한 대상자의 죽음불안은 심근경색증 가족력 유무($t=-2.20, p=.030$), 죽음에 대한 생각 유무($t=2.51, p=.013$)에 따라 유의한 차이를 나타냈다(Tables 1, 2).

대상자의 제 특성에 따른 사전연명의료의향서에 대한 지식의 차이를 보면, 교육수준($F=5.60, p=.001$), 배우자 유무($t=2.27, p=.025$), 믿고 의지할 대상($F=3.31, p=.023$), 건강상태를 의논할 대상($F=3.02, p=.033$)에 따라 유의한 차이를 나타냈다. 사후 분석 결과, 고졸이나 대졸 이상이 중졸보다, 믿고

의지할 대상이 배우자인 경우가 자녀보다, 건강상태 의논할 대상이 기타인 경우가 자녀인 경우보다 사전연명의료의향서에 대한 지식이 유의하게 높게 나타났다. 또한 대상자의 사전연명의료의향서에 대한 지식은 기본적인 삶의 가치($t=-4.33, p<.001$), 사전연명의료의향서 의미 인지 여부($t=3.43, p=.001$), 사전연명의료의향서의 작성 시기($F=2.92, p=.042$), 사전연명의료의향서 최종 결정자($F=3.49, p=.018$)에 따라 유의한 차이를 나타냈다. 사후 분석 결과, 사전연명의료의향서의 작성을 건강할 때 하는 것이 입원 시보다, 사전연명의료의향서 최종 결정자는 본인이 기타보다 사전연명의료의향서에 대한 지식이 유의하게 높게 나타났다(Tables 1, 2).

대상자의 제 특성에 따른 사전연명의료의향서에 대한 태도의 차이를 보면, 종교($t=2.55, p=.012$), 배우자 유무($t=2.06, p=$

Table 2. Difference in Death Anxiety, Knowledge, and Attitudes toward AD according to Health related and AD Characteristics ($N=142$)

Characteristics	Categories	n (%)	Death anxiety		Knowledge of AD		Attitudes towards AD	
			M±SD	t or F (p)	M±SD	t or F (p) Scheffé	M±SD	t or F (p) Scheffé
Duration of MI (year)	≤ 3	93 (65.5)	2.96±0.43	1.52	0.58±0.22	1.04	2.72±0.22	-0.63
	≥ 3	49 (34.5)	2.77±0.59	(.131)	0.54±0.24	(.302)	2.74±0.23	(.533)
		2.77±2.50						
Experience of MI recurrence	Yes	16 (11.3)	2.90±0.45	-0.45	0.52±0.26	-0.88	2.73±0.33	0.09
	No	126 (88.7)	2.95±0.45	(.655)	0.58±0.23	(.379)	2.73±0.20	(.927)
Family Hx of MI	Yes	19 (13.4)	2.74±0.52	-2.20	0.62±0.18	1.03	2.84±0.22	2.36
	No	123 (86.6)	2.98±0.43	(.030)	0.56±0.24	(.305)	2.71±0.22	(.020)
Neighboring Hx of MI	Yes	59 (41.6)	2.93±0.54	-0.35	0.57±0.23	-0.01	2.78±0.20	2.40
	No	83 (58.4)	2.95±0.37	(.729)	0.57±0.23	(.991)	2.69±0.23	(.018)
Thoughts of death	Yes	66 (46.5)	3.04±0.41	2.51	0.61±0.21	1.91	2.75±0.19	1.34
	No	76 (53.5)	2.86±0.46	(.013)	0.54±0.25	(.058)	2.70±0.24	(.182)
Awareness of LST decisions act	Yes	81 (57.0)	2.92±0.44	-0.68	0.60±0.20	1.87	2.77±0.22	2.82
	No	61 (46.5)	2.97±0.46	(.497)	0.53±0.27	(.064)	2.67±0.21	(.006)
Awareness of AD meaning	Yes	76 (53.5)	2.95±0.45	0.24	0.63±0.18	3.43	2.76±0.22	2.23
	No	66 (46.5)	2.93±0.45	(.808)	0.50±0.26	(.001)	2.68±0.22	(.027)
Willingness to write an AD	Yes ^a	61 (43.0)	2.90±0.43	1.66	0.62±0.21	3.04	2.78±0.24	3.64
	No ^b	20 (14.1)	2.84±0.58	(.194)	0.49±0.24	(.051)	2.73±0.18	(.029)
	Not sure ^c	61 (43.0)	3.02±0.41		0.55±0.23		2.67±0.20	a > c
When to write an AD (n=61)	Healthy ^a	27 (44.3)	2.87±0.51	1.50	0.69±0.19	2.92	2.82±0.26	1.56
	Diagnosed disease ^b	14 (23.0)	2.91±0.41	(.225)	0.61±0.15	(.042)	2.73±0.12	(.209)
	Hospitalized ^c	6 (9.8)	2.63±0.43		0.43±0.35	a > c	2.90±0.49	
	Terminally ill ^d	14 (23.0)	3.06±0.17		0.58±0.19		2.69±0.13	
Main decision maker of AD	Self ^a	75 (52.8)	2.15±0.50	0.68	0.60±0.22	3.49	2.75±0.23	1.33
	Spouse ^b	33 (23.2)	3.02±0.34	(.565)	0.58±0.23	(.018)	2.69±0.18	(.266)
	Spouse and children ^c	26 (18.3)	2.97±0.40		0.53±0.21	a > d	2.74±0.19	
	Others ^d	8 (5.6)	2.85±0.44		0.35±0.25		2.61±0.31	

AD=Advance Directives; Hx=History; LST=Life-sustaining treatment; M=Mean; MI=Myocardial Infarction; SD=Standard deviation; * $p < .05$.

.042), 응급 상황 시 도움 줄 대상($F=2.81, p=.042$)에 따라 유의한 차이를 나타냈다. 사후 분석 결과, 응급 상황 시 도움 줄 대상이 부모인 경우가 자녀보다 사전연명의료의향서에 대한 태도가 유의하게 높게 나타났다. 또한 사전연명의료의향서에 대한 태도는 심근경색증 가족력 유무($t=2.36, p=.020$), 주변인 심근경색증 유무($t=2.40, p=.018$), 연명의료결정법 인지 유무($t=2.82, p=.006$), 사전연명의료의향서 의미 인지 여부($t=2.23, p=.027$), 사전연명의료의향서 작성 의향($F=3.65, p=.029$)에 따라 유의한 차이를 나타냈다. 사후 분석 결과, 사전연명의료의향서 작성 의향이 있는 경우가 잘 모르겠다보다 사전연명의료의향서에 대한 태도가 유의하게 높게 나타났다(Tables 1, 2).

5. 대상자의 죽음불안, 사전연명의료의향서에 대한 지식 및 태도 간의 상관관계

대상자의 죽음불안, 사전연명의료의향서에 대한 지식 및 태도 간의 상관관계에서 사전연명의료의향서에 대한 지식은 사전연명의료의향서에 대한 태도와 유의한 양의 상관관계가 있는 것으로 나타났다($r=.38, p<.001$). 반면, 죽음불안과는 유의한 상관관계가 나타나지 않았다(Table 3).

Table 3. Correlation among Death anxiety, Knowledge and Attitudes toward of AD ($N=142$)

Variables	Knowledge of AD	Attitudes toward AD
	r (p)	r (p)
Attitudes toward AD	.38 (<.001)	
Death Anxiety	.07 (.359)	-.05 (.565)

AD=Advance directives.

논 의

본 연구는 중년기 급성심근경색증 환자의 죽음불안, 사전연명의료의향서에 대한 지식 및 태도를 파악하고 이들 변수간의 상관관계를 규명하고자 시도되었다.

본 연구대상자의 죽음불안은 평균 2.94점(5점 만점)으로 중간정도의 수준을 나타냈다. 이는 본 연구와 동일한 도구를 이용하여 24시간 이내 입원한 심장질환 환자[23], 심장중환자실에서 치료 후 퇴원예정인 급성심근경색 환자[24]를 대상으로 죽음불안을 조사한 연구에서도 중간정도를 나타내 본 연구와 일치하였다. 반면, 지역사회 중년기 성인을 대상으로 죽음불안을 본 연구도구와 다른 죽음에 대한 두려움 도구(Fear of

Death Scale)로 측정한 연구에서도 중간정도의 죽음불안을 나타내[25] 중년기 성인의 죽음불안이 심장질환과 같은 질병 뿐만 아니라 생애주기 과정 맥락에 의해서도 죽음불안이 존재함을 시사해 주었다. 이는 중년기 성인의 죽음불안을 이해하기 위해 Q방법론적 접근을 통해 중년기 성인의 죽음불안을 예측한 결과, 중년기 성인의 죽음불안은 죽음으로 인해 자기 자신에게 일어날 일에 대한 불안, 갑작스런 자신의 죽음으로 인한 남겨질 사람들에 대한 불안, 죽음으로 인한 관계의 상실에 대한 불안 및 죽음 그 자체에 대한 불안으로 나타나[26] 이를 뒷받침해 주었다. 또한 회복기 초기 중·노년기 급성 심근경색증 환자의 건강행위 경험을 이해하기 위하여 질적 내용분석을 실시한 결과, 환자들은 퇴원 후 심근경색증에 대해 적극적으로 알아가면서 질적인 삶을 위해 건강행위를 실천하려는 동기를 강화하고 심근경색증 재발이나 합병증, 돌연사의 가능성이 있어 이를 예방하기 위해서는 평소 건강을 잘 관리하고, 응급 상황 시 신속히 대처해야 함을 인식하면서 과거의 불건강행위를 건강행위로 변화하려는 노력을 하고자 하였다[27]. 결국, 중년기 급성심근경색증 환자는 생애주기 상 혹은 질병 특성상 노년기를 앞둔 시점에서 급성기가 지나고 회복기에 접어들면서 건강행위 변화를 통해 자신의 건강관리를 조절하면서 질병을 관리하고 주변인의 질병발생과 죽음에 직면하는 상황을 직·간접적으로 경험하고 죽음이라는 문제를 생각하지만 갑작스런 자신의 죽음에 대한 불안은 높지 않은 상태로 늘 잠재되어 있음을 알 수 있다.

본 연구대상자의 사전연명의료의향서에 대한 지식 정도는 평균 정답률 57.1%, 총점 평균 14.27점(0~25점)으로 중간정도를 나타냈다. 기존의 사전연명의료의향서에 대한 지식 관련 연구를 보면, 2011년에 사전의사결정에 대한 국내·외 문헌 고찰과 전문가 검증 등을 통해 지역사회 거주 노인을 대상으로 개발된 사전의료의향서에 대한 지식 도구를 활용하여 중년기 성인[15], 노인 만성심장질환자[28]를 대상으로 사전연명의료의향서에 대한 지식을 조사하였다. 하지만 이들 연구에서 활용된 사전의료의향서에 대한 지식 도구는 2016년에 제정된 연명의료결정법내의 사전연명의료의향서 내용을 반영하지 못했을 뿐만 아니라 최근 연구에서조차도 2019년에 개정된 내용을 반영하지 못해 실제적인 사전연명의료의향서에 대한 지식의 수준을 비교, 평가하기에 무리가 있다. 하지만 본 연구의 사전의료의향서에 대한 지식은 2019년에 개정되어 현재 제도적으로 시행되고 있는 사전연명의료의향서 내용을 반영하여 개발한 도구를 통해 평가하였으므로 사전연명의료의향서에 대한 인식이나 이해수준을 파악하는데 근거를 제공할 수

있다. 그럼에도 불구하고 간과해서는 안 될 부분은 연명의료 결정법이 시행된 지 3년이 지났음에도 대상자의 사전의료의향서에 대한 지식의 정답률이 절반 수준에 머물러 있다는 것이다. 따라서 중년기 급성심근경색증 환자가 웰빙(well-being)의 연속선상에서 건강할 때 웰다잉에 대한 준비를 할 수 있도록 해당 의료기관에서는 국립연명의료관리기관과 연계하여 사전연명의료의향서 내용에 대한 적극적인 정보제공과 홍보를 위한 실제적 전략이 필요하다 하겠다. 특히 대상자의 사전연명의료의향서에 대한 지식은 문항별 정답률에서 ‘사전연명의료의향서란 향후 임종과정에 있는 환자가 되었을 때 연명의료를 시행하지 않거나 중단하겠다는 본인의 의사를 문서로 미리 명시해 놓은 것을 말한다.’ 문항이 가장 높은 반면, ‘작성자의 배우자, 직계비속, 직계존속, 형제, 자매 모두 환자의 사전연명의료의향서의 열람을 요청할 수 있다’ 문항이 가장 낮게 나타났다. 이는 결국 연명의료에 대한 사회적 이슈가 다양한 매체를 통해 부각되고 연명의료결정법이 제정되면서 사전의료의향서의 기본 개념은 알고 있으나 사전의료의향서와 관련한 세부내용은 인지하지 못하고 있음을 입증해 주었다. 따라서 국립연명의료관리기관과 연계한 의료기관이나 지자체 보건소 등에서는 연명의료결정제도가 본래의 취지와 목적을 달성할 수 있도록 사전연명의료의향서의 필요성과 중요성, 그 세부내용에 대한 충분한 정보제공이 제도 홍보와 함께 적극적으로 이루어져야 할 것이다.

본 연구대상자의 사전연명의료의향서에 대한 태도는 다소 긍정적인 태도를 보이는 것으로 나타났다. 이는 본 연구와 동일한 도구를 활용하여 심부전 환자[16], 복기관 이용 노인[22], 노인 만성심장질환자[28]를 대상으로 사전연명의료의향서에 대한 태도를 조사한 연구에서도 비교적 긍정적인 태도를 나타내 본 연구결과와 일치하였다. 하지만 사전연명의료의향서에 대한 긍정적 태도가 매우 긍정적인 수준은 아니므로 대상자의 사전연명의료의향서에 대한 긍정적 태도가 실제적 사전연명의료의향서 작성으로 이어지기 위해서는 사전연명의료의향서에 대한 긍정적인 태도를 좀 더 강화하는 실천 전략이 다각적으로 모색되어야 하겠다. 특히 대상자의 사전연명의료의향서에 대한 태도 평가 항목 중 가장 점수가 높았던 항목이 ‘만약 내가 아파서 의사결정을 할 수 없다면, 내가 받고 싶은 생의 말 치료에 대해 문서화 해 두는 것이 나의 가족이 갈등하는 것을 막아줄 것이다’로 나타나 사전연명의료의향서를 통해 연명치료에 대한 자기결정권을 환자 본인이 행사함으로써 연명치료 결정과 관련한 가족의 부담을 덜어주고자 하는 의지를 시사해 주었다. 반면 ‘나는 사전의사결정을 작성할 만큼 그렇게 아프

지 않다’가 사전연명의료의향서에 대한 태도 평가 항목 중 가장 점수가 낮게 나타나 대상자들은 급성기 치료 후 회복기나 안정기에 접어들어 따라 자신의 건강상태를 긍정적으로 지각하고 있었다. 또한 대상자 대부분은 심근경색증 재발경험이 없고 재발가능성이나 갑작스런 죽음에 직면할 수 있는 질병의 특성을 인식하지 못해 사전연명의료의향서에 대한 부정적 태도를 나타냈다. 이는 본인의 질병에 대한 인식이 긍정적일수록 사전연명의료의향서에 대한 태도가 부정적일 수 있다는 연구[22]와 맥을 같이하고 있다. 이를 볼 때, 사전연명의료의향서에 대한 태도 수준은 연명의료결정법이 제정되기 전과 후에 별다른 차이를 보이지 않고 여전히 다소 긍정적인 수준에 정체되어 있음을 알 수 있다. 따라서 사전연명의료의향서에 대한 태도가 매우 긍정적으로 변화하지 못하는 근본적인 원인을 탐색하는 연구와 함께 사전연명의료의향서의 긍정적 효과를 입증할 수 있는 연구가 필요함을 시사해 주었다.

본 연구대상자의 제 특성에 따른 죽음불안은 성별, 민고 의지할 대상, 건강상태를 의논할 대상, 심근경색증 가족력 유무, 죽음에 대한 생각 유무에 따라 유의한 차이를 나타냈다. 본 연구에서 대상자의 성별에 따른 죽음불안 차이는 여성이 남성보다 죽음불안이 높은 것으로 나타났다. 이는 성인 심장질환자[23], 일반 성인[29]을 대상으로 한 연구와 일치하였다. 이를 통해 생애주기 상 성인기, 중년기, 노년기 모두에서 여성이 남성보다 죽음불안이 더 높음을 알 수 있다. 따라서 어떠한 이유에서 죽음불안이 성별차이를 나타내는지 본질적인 탐색이 필요하다. 본 연구대상자는 민고 의지할 대상이 배우자인 경우가 기타에 비해, 건강을 의논할 대상이 자녀인 경우가 기타에 비해 죽음불안이 높게 나타났다. 이는 급성심근경색증에 이환된 대상자가 가족이외의 타인보다는 가족 구성원을 신뢰하고 의지함에 따라 죽음에 대한 두려움 더 느낌을 알 수 있었으며 가족구성원 중 배우자나 자녀의 지지가 급성심근경색증 환자의 죽음불안에 차이를 나타내는 중요한 요인임을 시사해 주었다. 본 연구에서는 죽음에 대한 생각을 하는 대상자들이 그렇지 않은 대상자보다 죽음불안이 더 높은 것으로 나타났다. 이는 성인을 대상으로 죽음불안을 조사한 연구[29]에서도 일치된 결과를 나타내 죽음에 대한 생각여부가 죽음불안의 중요한 관련 요인임을 시사해 주었다.

본 연구대상자의 제 특성에 따른 사전연명의료의향서에 대한 지식은 교육수준, 배우자 유무, 민고 의지할 대상, 건강상태를 의논할 대상, 기본적인 삶의 가치, 사전연명의료의향서의 미 인지 여부, 사전연명의료의향서 작성 시기, 사전연명의료의향서 최종 결정자에 따라 유의한 차이를 나타냈다. 본 연구

에서 교육수준에 따른 사전연명의료의향서에 대한 지식의 차이는 ‘고졸’, ‘대졸 이상’이 ‘중졸’ 보다 더 높게 나타났다. 이는 심부전 환자를 대상으로 한 연구[16]에서도 교육수준이 높을수록 사전연명의료의향서에 대한 지식이 높아 본 연구를 뒷받침해 주었다. 본 연구대상자는 믿고 의지할 대상이 자녀보다는 배우자인 경우, 건강상태 의논할 대상이 자녀보다는 기타인 경우 사전연명의료의향서에 대한 지식이 더 높게 나타났다. 이는 발달 특성 상 중년기는 자녀의 독립, 노화, 사회적 역할의 변화, 주변인들의 죽음 목적 등 다양한 이유로 자녀보다는 배우자에게 의지하게 되고 건강상의 변화를 경험하면서 자녀보다는 비슷한 동년배인 친구나 친척 등 타인과 소통하고 더 의지할 개연성이 높아[26] 죽음과 관련하여 사전연명의료의향서에 대한 지식에 더 많은 관심을 가질 수 있다고 사료된다. 본 연구대상자는 기본적인 삶의 가치에서 오래 살고 싶지 않은 사람이 사전연명의료의향서에 대한 지식이 더 높게 나타났다. 이는 무의미한 연명치료를 통해 오래 사는 것 보다는 삶의 질에 가치를 두고 자기결정권에 의해 삶을 마무리하는데 삶의 가치를 두는 대상자가 사전연명의료의향서에 대한 정보에 더 많은 관심을 나타내는 현상으로 해석된다. 이러한 맥락은 대상자의 사전연명의료의향서의 의미를 인지하는 대상자에게서 사전연명의료의향서에 대한 지식이 더 높게 나타난 결과와도 맥을 같이한다. 본 연구의 사전연명의료의향서 작성 시기에서는 건강할 때 미리 하는 것이 좋다고 응답한 대상자가 입원 시보다 사전연명의료의향서에 대한 지식이 더 높게 나타났다. 이는 지역사회 노인을 대상으로 한 연구[7]와 일치함에 따라 개인이 향후 본인에게 시행될 의료행위에 대해 분명히 알고 자기결정권에 관한 권리를 중요하게 다루어 법적 및 윤리적 갈등 소지를 최소한으로 줄여주거나 배제하고자 제도화된 사전연명의료의향서의 취지[11]와 일맥상통한다 하겠다. 또한 사전연명의료의향서의 최종 결정자에 대해 본인이라고 응답한 대상자가 기타보다 사전연명의료의향서에 대한 지식이 더 높게 나타나 사전연명의료의향서의 자기결정권의 의미를 잘 반영해 주었다. 이는 외래 환자와 가족[30], 지역사회 노인[7]을 대상으로 한 연구에서도 본인이 사전연명의료의향서의 최종 결정자로 나타나 이를 뒷받침해 주었다. 이를 볼 때, 사전연명의료의향서의 본질적 의미인 자기결정권에 대한 중요성을 알리고 실천할 수 있는 다양한 전략이 개발되어 생애말기에 본인의 의지대로 웰다잉 할 수 있는 사회적 환경 조성하고 함께 가족구성원 또한 의사결정 당사자의 결정을 존중할 수 있는 전략과 정보제공도 필요하다 하겠다.

본 연구대상자의 제 특성에 따른 사전연명의료의향서에 대

한 태도를 보면, 종교 유무, 배우자 유무, 응급 상황 시 직접 도움 줄 대상, 심근경색증 가족력 여부, 주변인 심근경색증 환자 유무, 사전연명의료의향서의 의미 인지 여부, 사전연명의료의향서의 작성 의향 여부에 따라 유의한 차이를 나타냈다. 본 연구에서 종교가 있거나 배우자가 있는 경우 사전연명의료의향서에 대한 태도가 더 긍정적인 것으로 나타났다. 이는 심부전 환자[16], 노인 만성심장질환자[28]를 대상으로 한 연구에서도 일치된 결과를 나타내 종교와 배우자의 여부가 사전연명의향서 태도에 관련 요인임을 알 수 있었다. 본 연구대상자는 심근경색증의 가족력이나 주변에 심근경색증 환자가 있는 경우 사전연명의향서에 대한 태도가 더 긍정적인 것으로 나타났다. 이는 심근경색증 환자 중 심근경색증에 대한 직, 간접적인 경험이 있는 대상에서 심근경색증 증상에 대한 인지도가 높게 나타난 연구[31]와 유사한 결과를 나타냈다. 사전연명의료의향서에 대한 태도는 대상자 개인의 신념을 반영하며 인구사회학적 상황과 건강, 기능적 상태 등 다양한 요인에 의해 개인의 결정에 영향을 주어 가족이나 개인의 경험이 사전연명의결정에 대한 지식이나 태도에도 영향을 준다[18]. 이를 볼 때, 질병 특성 상 생명을 위협하고 죽음과 직결될 수 있는 급성심근경색증 질환 자체의 심각성을 경험했던 가족이나 주변인의 경험이 대상자의 사전연명의향서에 대해 더 긍정적으로 인식하는데 영향을 줄 수 있음을 시사해 주었다. 본 연구에서는 사전연명의료의향서의 의미를 인지하고 사전연명의료의향서를 작성할 의지가 있는 대상자가 사전연명의료의향서에 대한 태도가 긍정적인 것으로 나타났다. 이는 사전연명의료의향서에 대한 지식이 높고 사전연명의료의향서의 작성 의지가 있는 경우 사전연명의료의향서에 대한 태도가 긍정적인 것으로 나타난 연구[32]와 일치하였다. 따라서 사전연명의료의향서의 정확한 의미와 세부적인 내용을 제공하여 사전연명의료의향서 작성에 대한 긍정적인 태도를 강화하고 행위로서 실천할 수 있는 교육 프로그램 개발과 함께 개별적 접근전략 모색이 필요하다.

본 연구대상자의 죽음불안, 사전연명의료의향서에 대한 지식 및 태도간의 상관관계는 사전연명의료의향서에 대한 지식 수준이 높을수록 사전연명의료의향서에 대한 태도가 긍정적인 것으로 나타났다. 이는 중년기 성인[15], 심부전 환자[16], 노인 만성심장질환자[28]에서도 사전연명의료의향서에 대한 지식이 높을수록 태도가 긍정적으로 나타나 본 연구와 일치하였다. 결국 자신의 의사가 반영된 사전연명의료의향서가 실제 행동적 실천인 작성으로까지 이어지려면 사전연명의료의향서에 대한 지식수준을 높이고 사전연명의료의향서에 대한 긍

정적 태도를 내재화할 수 있는 다각적 노력이 절실함을 시사해주었다. 또한 중년기 성인에게 사전연명의료의향서 작성을 위해 필요한 사항을 조사한 결과, 사전연명의료의향서에 대한 대대적인 교육 및 홍보, 의료진으로부터의 의학 정보제공 및 작성 권유를 요구받는 것이 필요한 것으로 나타나[15] 본 연구 결과 뒷받침해 주었다. 따라서 중년기 심근경색증 환자의 사전연명의료의향서에 대한 지식수준을 높이고 긍정적인 태도를 갖게 하기 위해서는 개인의 자율적 판단으로는 한계가 있다. 그러므로 의학적 문제와 연명의료결정제도의 연관성이나 중요성에 대해 누구보다 전문가인 의료인들이 환자와 가족들에게 사전연명의료의향서 관련 정보를 적극적으로 제공함으로써 사전연명의료의향서 작성과 관련된 원활한 소통이 이루어질 수 있는 기회를 갖도록 하는 것이 필요하다. 한편, 본 연구대상자의 죽음불안은 사전연명의료의향서의 지식이나 태도와 유의한 상관관계를 나타내지 않았다. 이는 노년기를 앞둔 중년기에는 미래에 대한 걱정과 불안이 있으나 죽음이 아직 실감나지 않고 현재 주어진 부담이나 일들이 많아 죽음의 관점에서 과거를 반추해 보는 작업이 부족할 수 있고[26], 질병 특성상 재발률이 높아 죽음의 개연성이 높음에도 불구하고 의학적 치료를 통한 급성기 문제가 해결되고 일상으로의 회복이 빨라지면서 생명위협에 대한 불안이나 죽음 준비에 대한 생각이 감소하면서 나타난 것으로 사료된다.

이상을 통해 볼 때, 본 연구는 기존 문헌에서 연구되지 않았던 노년기를 앞두고 사회경제적 활동이 가장 왕성한 생산성이 높은 시기에 갑작스런 급성심근경색증 발병으로 자칫 준비되지 않은 죽음을 맞이할 수도 있었던 중년기 급성심근경색증 환자를 대상으로 사전연명의료의향서에 대한 지식이 사전연명의료의향서의 태도와 양의 상관관계가 있음을 입증하였다. 또한 중년기 급성심근경색증 환자의 사전연명의료의향서에 대한 지식수준이 절반 정도에 불과해 사전연명의료의향서에 대한 정보제공을 위한 교육 프로그램 개발과 함께 제도의 활성화 및 정착화를 위한 다각적이고 지속적인 홍보와 적극적인 노력에 의료인의 역할이 필요함을 시사해 주었다. 본 연구에서 적용한 사전연명의료의향서에 대한 지식 도구는 기존 도구에서는 반영되지 않은 최근에 개정된 연명의료결정법 내의 사전연명의료의향서 내용을 반영하여 조사한 국내 첫 도구라는 점에서 그 의의가 있다하겠다. 하지만 본 연구는 급성기 치료 후 외래를 방문하는 환자만을 대상으로 하였으므로 급성심근경색증의 진단 및 치료시기에 따른 질병의 심각성에 대한 환자의 인식에 차이를 고려하는데 제한이 있어 이를 고려한 추후 확대연구가 필요하다.

결론 및 제언

본 연구는 중년기 급성심근경색증 환자를 대상으로 죽음불안, 사전연명의료의향서에 대한 지식 및 태도 간의 관계를 파악하였다. 그 결과, 사전연명의료의향서에 대한 지식이 높을수록 사전연명의료의향서에 대한 태도가 긍정적인 것으로 나타나 중년기 급성심근경색증 환자가 질환과 관련된 건강관리와 함께 질병 특성 상 예기치 못한 죽음에 대비하여 건강할 때 자기결정권이 반영된 웰다잉을 계획하기 위해서는 사전연명의료의향서에 대한 교육이 필수적임을 시사해 주었다. 또한 중년기 심근경색증 환자가 사전연명의료의향서에 대한 긍정적인 태도를 가지기 위해서는 현재 권고수준인 사전연명의료의향서 작성에 대한 한계를 벗어나 죽음준비의 관점에서 가족이나 의료인들의 보다 적극적인 홍보와 정보제공이 동시에 필요함을 시사해 주었다.

본 연구결과를 바탕으로 다음의 제언을 하고자 한다. 첫째, 본 연구는 일개 상급종합병원 중년기 급성심근경색증 환자를 대상으로 시행한 연구이므로 중년기 급성심근경색증 환자 전체에게 일반화하기에는 무리가 있으므로 다양한 표적 집단을 대상으로 하는 후속 연구가 필요하다. 둘째, 중년기 급성심근경색증 환자의 특성에 맞는 사전연명의료의향서에 대한 교육 프로그램 개발과 함께 관련 의료인에 대한 전문교육 프로그램 개발과 홍보 전략이 필요하다.

CONFLICTS OF INTEREST

The authors declared no conflict of interest.

AUTHORSHIP

Study conception and design acquisition - SMY and KJS; Data collection - SMY; Analysis and interpretation of the data - SMY; Drafting and critical revision of the manuscript - SMY and KJS; Final Approval - KJS.

ACKNOWLEDGEMENT

This article is a revision of the first author's master's thesis from Chonnam National University

REFERENCES

1. Statistics Korea. 2018 Surveillance for the cause of death [Internet]. Daejeon: Statistics Korea; 2019 Sep 24 [updated 2019 Sep 24; cited 2019 Oct 2]. Available from: <https://kostat.go.kr/?bmode=read&aSeq=377606>
2. Kala P, Hudakova N, Jurajda M, Kasperek T, Ustohal L, Pare-

- nica J. et al. Depression and anxiety after acute myocardial infarction treated by primary PCI. *PLoS ONE*. 2016;11(4):e0152367. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0152367>
3. Lee MS, Kim KJ, Cha JE. Phenomenological study on illness experience of men with myocardial infarction in Korea. *Journal of Korean Clinical Nursing Research*. 2015;21(3):389-400.
4. Feng HP, Chien WC, Cheng WT, Chung CH, Cheng SM, Tzeng WC. Risk of anxiety and depressive disorders in patients with myocardial infarction: A nationwide population-based cohort study. *Medicine*. 2016;95(34):e4464. <https://doi.org/10.1097/MD.0000000000004464>
5. Nielsen TJ, Vestergaard M, Christensen B, Christensen KS, Larsen KK. Mental health status and risk of new cardiovascular events or death in patients with myocardial infarction: a population-based cohort study. *British Medical Journal Open*. 2013;3(8):e003045. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2013-003045>
6. Kim JS, Choi YO, Shin SJ. Change of life in the middle age and elderly patients with ischemic heart disease (IHD) relapse after cardiovascular interventions. *Qualitative Research*. 2012;13(2):145-57. <https://doi.org/10.22284/qr.2012.13.2.145>
7. Kim JS. The value in quality of life and recognition and preferences for advance directives by the elderly's age. *The Korea Gerontological Society*. 2012.;32(1):1-23.
8. Von Känel R, Hari R, Schmid JP, Saner H, Bègré S. Distress related to myocardial infarction and cardiovascular outcome: a retrospective observational study. *BioMedical Central psychiatry*. 2011;11(1):98. <https://doi.org/10.1186/1471-244x-11-98>
9. Malan SS. Psychosocial adjustment following MI: current views and nursing implications. *The Journal of Cardiovascular Nursing* 1992;6(4):57-70.
10. Şahan E, Eroğlu MZ, Karataş MB, Mutluer B, Uğurpala C, Berkol TD. Death anxiety in patients with myocardial infarction or cancer. *The Egyptian Heart Journal*. 2018;70(3):143-47. <https://doi.org/10.1016/j.ehj.2018.04.003>
11. Ministry of Government Legislation. Act on hospice and palliative care and decisions on life-sustaining treatment for patients at the end of life. [Internet]. Sejong: Ministry of Government Legislation.; 2019 Mar 28 [updated 2019 Mar 28; cited 2019 Jun 10]. Available from: <https://www.law.go.kr/lsSc.do?section=&menuId=1&subMenuId=15&tabMenuId=81&eventGubun=060101&query>
12. National Agency for Management of Life-Sustaining Treatment. Surveillance for advance directives. [Internet]. Seoul: National Agency for Management of Life-Sustaining Treatment; 2021 Apr 12 [updated 2021 Apr 12; cited 2021 Apr 12]. Available from: <https://www.lst.go.kr/main/main.do>
13. Yadav KN, Gabler NB, Cooney E, Kent S, Kim J, Herbst N, et al. Approximately one in three US adults completes any type of advance directive for end-of-life care. *Health Affairs*. 2017;36(7):1244-51. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2017.0175>
14. Dunlay SM, Swetz KM, Mueller PS, Roger VL. Advance directives in community patients with heart failure. *Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes*. 2012;5(3):283-9. <https://doi.org/10.1161/circoutcomes.112.966036>
15. Yoo HI, Lee YH. Middle-aged adults' attitudes toward dignified death and advance directives. and knowledge of advance directives. *Hospital Nurses Association*. 2020;26(1):86-96. <https://doi.org/10.22650/JKCNr.2020.26.1.86>
16. Liao MY, Lee JJ, Smith R, Lin CC. Knowledge of and attitudes toward advance directives in patients with advanced heart failure. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*. 2019;21(1):80-9. <https://doi.org/10.1097/NJH.0000000000000476>
17. Saeed F, Xing G, Tancredi DJ, Epstein RM, Fiscella KA, Norton SA, et al. Is annual income a predictor of completion of advance directives in patients with cancer. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*. 2019;36(5):402-7. <https://doi.org/10.1177/1049909118813973>
18. Del Pozo Puente K, Hidalgo JL, Herráez MJ, Bravo BN, Rodríguez JO, Guillén VG. Study of the factors influencing the preparation of advance directives. *Archives of gerontology and geriatrics*. 2014;58(1):20-4. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2013.07.009>
19. Templer DI. The construction and validation of a death anxiety scale. *The Journal of General Psychology*, 1970;82(2):165-77.
20. Ko HG, Choi JO, Lee HP. The reliability and factor structure of K-templer death anxiety scale. *The Korean Journal of Health Psychology*. 2006;11(2):315-28.
21. Nolan MT, Bruder M. Patients' attitudes toward advance directives and end-of-life treatment decisions. *Nursing outlook*, 1997;45(5):204-8. [https://doi.org/10.1016/S0029-6554\(97\)90066-X](https://doi.org/10.1016/S0029-6554(97)90066-X)
22. Lee HL, Park YH. Attitudes toward advance directives of older adults using senior centers. *Journal of Korean Gerontological Nursing*. 2014;16(2):160-9. <https://doi.org/10.17079/jkgn.2014.16.2.160>
23. Soleimani MA, Bahrami N, Zarabadi-Pour S, Motalebi SA, Parker A, Chan YH. Predictors of death anxiety among patients with heart disease. *Death Studies*. 2018;1-8. <https://doi.org/10.1080/07481187.2018.1527416>
24. Soleimani MA, Sharif SP, Yaghoobzadeh A, Yeoh KK, Panarello B. Exploring the relationship between spiritual well-being and death anxiety in survivors of acute myocardial infarction: moderating role of sex, marital status and social support. *Journal of Religion and Health*. 2018;57(2):683-703. <https://doi.org/10.1007/s10943-017-0554-2>
25. Lee JI. Factors influencing death anxiety in the middle aged.

- Journal of Korean Public Health Nursing. 2012;26(3):572-80.
<https://doi.org/10.5932/JKPHN.2012.26.3.572>
26. Shin KI, Pack 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.
 27. Kang KJ, Kim MJ. The health behavioral experience of patients with myocardial infarction during the recovery period. *Korean Journal of Adult Nursing*. 2015;26(2):203-13.
<https://doi.org/10.7475/kjan.2014.26.2.203>
 28. Hwang YH. Perceived well dying, knowledge and attitude toward advance directives in older patients with chronic heart disease [master's thesis]. [Seoul]: Hanyang University; 2017. 71 p.
 29. Kim S, Han JR. Adults's death perception. death preparation. and death anxiety. *The Korea Association of Population Education*. 2012;5(1):23-48.
 30. Lee SH, Lee KE. Knowledge, awareness and attitude toward advance directives in hospital outpatients and caregivers. *Journal of Health Informatics and Statistics*. 2015;40(3):117-28.
 31. Na YJ, Lee YM, Kim KY, Choi YH. Awareness of myocardial infarction warning symptoms and related factors among residents in a province. *The Korean Society of Health informatics and Statics*. 2015;40(3):32-42
 32. Seo YR. Factors influencing attitude toward advance directives of elderly [master's thesis]. [Daegu]: Catholic University; 2017. 63 p.