

암환자의 연명의료 사전의사결정 태도에 영향을 미치는 요인: 심리·가족·사회적 측면을 중심으로

진 유 정^{1*} | 전 종 설¹

¹ 이화여자대학교

* 교신저자: 진유정 (uuujung@ncc.re.kr)

초 록

본 연구의 목적은 암환자의 연명의료 사전의사결정 태도를 확인하고, 이러한 태도의 심리·가족·사회적 영향 요인을 알아보는 것이다. 이를 위해 2021년 3~9월 경기도 소재 종합병원 내 만 19세 이상의 성인 암환자 182명에게 대면 설문조사를 진행 후, 위계적 회귀분석을 실시하였다. 그 결과, 가족기능이 연명의료 사전의사결정에 유의한 정적 관계($\beta=.280, p<.01$)를 보임을 확인하였다. 주요 변수들의 하위 영역을 포함한 분석을 통해 죽음불안의 하위 영역 중 존재상실에 대한 불안이 낮을수록($\beta=-.332, p<.001$), 사회적지지의 하위 영역 중 의료인의 지지가 높을수록($\beta=.179, p<.01$), 가족기능의 하위 영역 중 가족 적응성이 높을수록($\beta=.347, p<.05$) 대상자의 연명의료 사전의사결정 태도가 긍정적이었다. 이는 연명의료 사전의사결정 과정에 환자에게 주체성 부여를 통한 죽음불안 완화와 함께 의료인 및 전문가의 지지적 접근과 가족 역동성의 평가가 중요함을 시사하였다. 본 연구 결과는 국내 사망원인 1위인 암환자의 연명의료 사전의사결정과 사전연명의료의향서를 활성화하는 이론적 근거로 활용될 수 있을 것이다.

주요 용어: 암환자, 연명의료, 사전의사결정, 사전연명의료의향서, 영향 요인

알기 쉬운 요약

이 연구는 왜 했을까? 연명의료 사전의사결정을 통해 작성된 사전연명의료의향서는 암환자가 겪을 수 있는 무의미한 연명의료에 대한 고통을 덜고 자기결정을 존중할 뿐만 아니라, 가족과 함께 존엄한 죽음을 맞이할 수 있도록 돕는다. 이에 암환자의 연명의료 사전의사결정 태도와 영향을 미치는 요인들을 알아보고, 이를 활성화하기 위한 방안을 모색하고자 하였다.

새롭게 밝혀진 내용은? 우리나라 암환자의 연명의료 사전의사결정에 가족 중심적인 문화적 가치가 반영되었다. 또한 암환자가 지닌 죽음에 대한 의미와 주체성은 연명의료 사전의사결정 과정에 매우 중요하게 작용했다. 가족이 환자 돌봄에 사전연명의료의향서를 유연하게 받아들이고 서로의 의견을 적극적으로 나누며, 환자가 의료인들로부터 높은 지지를 받을 때 연명의료 사전의사결정에 긍정적이었다.

앞으로 무엇을 해야 하나? 연명의료 사전의사결정에 개입하는 전문가는 환자 및 가족과 지속적 관계를 맺으며, 가족의 기능을 살펴보아야 한다. 동시에 환자가 죽음에 부여하는 의미를 탐색하고 주체성을 부여하는 전문적 의사소통의 과정이 필요하다. 생애 말기에 임박하여 연명의료에 대해 이분법적인 결정을 하기보다 장기적 관점에서의 개입을 통해 환자의 가치관을 반영한 연명의료 사전의사결정을 활성화하려는 전문가들의 노력이 중요하다.

이 논문은 진유정의 석사학위 논문을 수정·보완한 것임.

IRB No. NCC2021-0054

- 투 고 일: 2022. 04. 29.
- 수 정 일: 2022. 08. 24.
- 게재확정일: 2022. 08. 31.

1. 서론

연명의료 사전의사결정은 환자의 자기결정권을 보호하는 것으로 본인의 자발적 판단 능력이 없어질 때를 대비하여 자신이 원하는 돌봄과 치료, 자신에 대한 의료 행위에 대한 의사 결정, 대리인의 지명, 심폐소생술과 같은 연명의료의 거절 등의 구체적 지시를 포함하여 논의하는 과정이며, 이를 기록으로 남기는 것이 사전연명의료의향서이다(허대석, 2009, p.866). 이러한 과정은 임종과정 전체에 대한 직접적 논의뿐만 아니라 환자가 선택할 수 있는 옵션에 대한 정보를 알아보고, 환자가 원하는 바를 가족 및 의료진들과 나누는 기회를 제공하는 동시에 환자에게 자기결정권을 부여함으로써 최선의 선택을 할 수 있도록 돕는 환자 중심의 접근이라고 할 수 있다(Larson & Tobin, 2000, p.1575; WHO, 2011, p.41; CDC, 2016, p.1). 사전의사결정에 대한 논의를 통한 사전연명의료의향서(Advanced Directives) 작성은 의료진과 가족이 환자의 의사를 분명하게 알 수 있는 기회를 제공할 뿐만 아니라 임종까지의 환자 돌봄 계획에 대한 가족들의 심리적 갈등과 경제적 부담을 완화할 수 있으며, 환자가 원치 않는 연명의료를 받지 않도록 돕고, 무엇보다 환자 스스로가 원하는 모습의 임종을 맞이할 수 있도록 한다(Payne, 2010, p.106).

우리나라에서도 2018년 2월 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」(이하 연명의료결정법)이 시행되며 사전연명의료의향서 작성이 이루어지기 시작했다. 제도 시행 이후, 2022년 6월까지 223,644명의 환자가 연명의료결정법에 의해 연명의료 중단 결정을 이행하였으며, 이 중 스스로 자신의 연명의료에 관한 결정을 내린 환자는 84,381명으로 임종 과정에서 자기결정권을 보호받은 환자는 전체 이행 환자의 37.7%에 해당하였다(국립연명의료관리기관, 2022). 이는 연명의료결정법 시행 이전 연명의료 중단 결정에 자기결정권을 행사한 비율이 1%였음에 비하면(국가생명윤리정책원, 2019) 매우 높은 상승률이지만, 여전히 60%가량의 환자는 자신의 의견보다는 가족들에 의해 결정하고 있음을 알 수 있다.

암 사망자는 2020년 총 82,204명으로 보고되었으며, 이는 전체 사망자의 27%로 암은 우리나라 사망원인의 1위를 차지하였다(국가암정보센터, 2022). 따라서 암환자의 죽음에 대한 접근은 의료 현장에서 간과해선 안 될 주요한 부분이다. 암 진단 기술과 치료의 발전으로 암환자의 생존율이 향상되었음

에도 환자들은 여전히 죽음을 생각하며 충격을 받거나, 치료 효과와 예후가 불확실한 상황에서 정서적 혼란을 경험할 수 있다(오복자, 2009, p.23). 또한 일반적으로 암환자들은 진단 후 치료의 과정 중에 생사의 기로에서 끊임없이 분투하며 죽음에 직면한다(양진향, 2008, p.145). 죽음에 대한 생각은 신체 기능이 떨어지거나 건강 상태가 나빠지면서 증가하기 때문에(Boelk & Kramer, 2012, p.666) 암환자는 삶과 죽음의 의미를 깊이 숙고할 수 있다. 따라서 암환자에게 암 진단 이후 삶과 죽음을 어떻게 바라보며, 어떠한 죽음을 맞이하느냐는 중요한 과업이다(홍명선, 2000, p.447).

연명의료결정법에 따라 연명의료중단결정 이행의 대상이 되는 '임종과정에 있는 환자의 질환 분포에 따르면, 이들의 약 60%가 암환자로 보고된다(국가생명윤리정책원, 2019, p.11). 암환자는 연명의료 사전의사결정 과정을 통한 사전연명의료의향서 작성을 통해 자신의 생각에 따라 존엄성을 유지하며 의학적 조치를 받을 수 있고(황병덕, 최명, 박재우, 2014, p.29), 자신의 의사를 연명의료결정법에 따라 제도적으로 보장받을 수 있다(이창배, 2017, p.74). 또한 연명의료 사전의사결정은 무의미한 연명의료에 대한 정신적, 육체적 고통을 경감시켜줄 뿐 아니라 가족들의 윤리적, 경제적 부담을 덜어주고(이창배, 2017, p.74), 무엇보다 자신의 생을 정리할 수 있는 시간을 마련하여 가족과 함께 준비된 죽음을 맞이하도록 도울 수 있다(이지애, 2009, p.92; 이은영, 박인경, 이일학, 2011, p.4). 이러한 맥락에서 암환자에게 연명의료 사전의사결정을 통한 사전연명의료의향서는 품위 있는 죽음을 위해 중요한 요소이다.

궁극적으로 연명의료결정법에 따라 암환자의 임종 과정에서 자기결정권 보호를 위해서는 사전연명의료의향서에 대한 접근성을 향상시키려는 노력이 필수적이다(이민혜, 2014, p.48). 이를 위해 사전연명의료의향서 작성에 영향을 미치는 다양한 요인을 확인하고(서유리, 2017, p.37), 의료 현장의 전문가들이 이러한 요인들에 대해 조기에 개입함으로써 환자의 연명의료 사전의사결정에 긍정적 태도를 함양할 수 있을 것이다. 연명의료 사전의사결정에 영향을 미치는 다양한 요인들은 대상자의 인구사회학적 특성이나 의료적 특성뿐 아니라 대상자가 처한 다양한 상황과 맞물려서 형성되기 때문에(Del Pozo, Hidalgo, Herráez, Bravo, Rodríguez, & Guillén, 2014, p.24) 본 연구에서는 암환자가 지닌 연명의료 사전의사결정 태도와 그에 영향을 미치는 요인을 심리·가족·사회적 측면

으로 알아보고자 한다. 또한 본 연구에서의 결과를 바탕으로 국내 암환자를 둘러싼 연명으로 사전의사결정에 대한 요인들과 그 맥락에 부합하는 관련 기관에서의 접근 방안을 모색하여 암환자의 연명으로 사전의사결정 활성화를 위한 함의를 도출하고자 한다.

II. 선행연구

1. 연명으로 사전의사결정 태도

연명으로 사전의사결정 태도는 대상자가 판단 능력이 없어지기 전에 임종이 가까워진 상황에서 자신이 받고자 하는 치료 행위에 대한 내용을 서면으로 작성하는 사전연명의료의향서에 대해 지니는 긍정적 또는 부정적 태도이다(이민혜, 2014, p.17). 이는 심폐소생술 등 원치 않는 연명으로 행위를 구체적으로 지시하거나 자신에게 시행할 의료 행위에 있어 의사결정 대리인 지명 등에 대해 개인이 가지는 신념의 강도와 반응에 대한 평가이다(대한의학회, 2002; 이민혜, 2014, p.17). 이러한 태도는 생애 말기에 받을 치료에 대한 선택권이 있을 것이라는 신념을 반영하는 ‘치료선택의 기회’, 연명으로 대한 사전의사결정이 가족이 돌봄 계획을 수립하는 데 영향을 줄 것이라는 ‘가족에게 미치는 영향’, 연명으로 대한 사전의사결정을 통해 생애 말기 내가 원하는 돌봄을 받게 될 것이라는 ‘치료에 미치는 영향’, 자신의 질병에 대한 인식과 연명으로 대한 사전의사결정이 건강 상태와 무관하게 가능하다는 이해를 복합적으로 반영하는 ‘질병의 인식’을 포함한 4개의 하위 영역으로 구성되어 이루어진다(Nolan & Bruder, 1997, p.206).

연명으로 사전의사결정 또는 사전연명의료의향서에 대한 태도를 조사한 연구들에서 대상자들은 전반적으로 긍정적 태도를 지니고 있었으나(이선화, 이규은, 2015, p.121; 하유리, 2016, p.10; 유혜인, 2019, p.9), 이러한 태도에 영향을 미치는 다양한 요인들에 대한 반복적인 연구는 여전히 부족하다는 것이 지적되고 있다(하은주, 2020, p.14). 연명으로 사전의사결정에 대한 긍정적 인식은 사전연명의료의향서에 대한 태도를 증진시켜 사전연명의료의향서 작성률을 높이기 때문에(김명숙, 강문희, 김연옥, 2018, p.245), 암환자들에게 사전의사결정에 대한 태도를 긍정적으로 고취하고자 하는 노력이 필요

하다(Cannone, Tomasini, Paul, Barlesi, & Dany, 2019, p.39).

2. 연명으로 사전의사결정 태도에 영향을 미치는 요인

암환자와 가족의 삶의 질을 포괄적으로 다루기 위해서는 다학제 간 협력을 통해 환자의 신체적 측면뿐만 아니라 삶의 주요 영역인 심리·가족·사회 등의 측면을 포괄하는 접근이 유용하다(조성진, 2007, p.431). 나아가 치료 중인 암환자들의 심리사회적 측면과 어려움에 대해 총체적인 이해를 위해 수행한이명선, 김종훈, 박은영, 김종남, 유은승(2010, p.27)의 연구에서는 암환자의 심리사회적 측면을 심리적 어려움을 포함한 개인적 영역, 암환자에게 중요한 삶의 터전으로 작용하는 가족 영역, 의료진과의 상호작용을 포함하는 의료 체계와 사회적 영역으로 범주화하여 분석하기도 하였다. 이처럼 암환자가 겪을 수 있는 다양한 어려움을 다루기 위해서는 환자의 개인적 차원뿐 아니라 가족 및 사회적 영역에서 나타나는 현상들을 포괄적 차원으로 평가하는 것이 필요함을 알 수 있다.

연명으로 사전의사결정에 영향을 미치는 요인을 다룬 선행 연구들에서 가장 빈번히 제시된 심리적 요인은 주로 죽음에 대한 불안, 죽음 준비 정도, 죽음에 대한 태도 등 죽음과 직접적으로 관련된 것이었다. 죽음에 대한 막연한 불안은 사전의사결정 과정에 부정적인 영향을 미치는 요소로 알려져 있다(고지운, 2013, p.68; 김애리, 2019, p.113; 서연미, 신수진, 2019, p.147). 그러나 죽음불안을 다룬 대부분의 선행연구가 노인 환자를 대상으로 하고 있어(서연미, 신수진, 2019, p.143) 성인 암환자를 대상으로 하는 연구가 필요할 것이라 사료된다.

또한 우리나라의 경우 가족과의 상의와 일치를 얻는 과정이 주요한 의사결정 방식으로 작용하는 것으로 알려져 있다(McLaughlin & Braun, 1998, p.118). 특히, 같은 동양권 문화인 일본에서 가족의 기능이 연명으로 사전의사결정에 유의한 요인인 것으로 나타났다(Matsui, 2007, p.175). 가족기능은 가족체계의 목표나 목적에 관계된 것으로, 가족 내의 역동성과 구성원 간 상호작용의 기능성을 응집성과 적응성을 중심으로 설명하기 유용한 개념이다(최윤실, 1996, p.132). 국내 연구에서 가족의 기능과 연명으로 사전의사결정 태도의 관계가 모두 일치한 방향성을 보이지는 않았으나, 가족의 기능이 죽음 관련 의사결정 과정에 유의미한 요인으로 작용함을 알

수 있다(Kim, 2011, p.505; 이민혜, 박연환, 2015, p.454; 김미혜, 전제란, 홍성애, 2016, p.123; 임유순, 2019, p.24).

가족 관련 요인과 마찬가지로, 친구나 의료진 등 사회적 구성원들로부터 얻는 사회적지지의 수준 또한 연명의료 사전의사결정에 주요한 요인으로 알려져 있다(Miyashita et al., 2019, p.5). 사회적지지만 스트레스 상황을 극복해나가기 위한 경제적, 물질적, 정보적인 도움을 제공받기 위한 심리적 자원이다(Bottomley & Jones, 1997; 김연정, 이광자, 2010, p.525). 사회적 관계 또는 사회적지지와 관련된 요인은 연명의료 사전의사결정에 동일한 방향으로 영향을 미치지 않았으나, 사회적 상호작용을 통한 임종 관련 경험, 의료진과의 장기적 치료 관계, 친구 및 지인과의 의사소통 경험은 대상자의 사전연명의료의향서 작성에 많은 영향을 주고 있어(Del Pozo, Hidalgo, Herráez, Bravo, Rodríguez, & Guillén, 2014, p.24), 연명의료 사전의사결정 과정에 다양한 사회적 관계가 포함되고 있음을 확인하였다. 사회적지지는 그 근원에 따라 가족, 친구, 의미 있는 타인으로부터의 지지로 구분되는데(Norbeck, 1981), 이 중 가족지지의 경우 가족체계 내 상호역동성과 기능을 포함하여 측정하는 가족기능과는 달리 대상자가 주관적으로 인식하는 가족 환경으로부터의 도움과 지지의 정도를 측정하고 있다. 이는 대상자를 둘러싼 사회적 구성원인 가족으로부터 얻는 실질적 지지의 내용에 해당(태영숙, 강은실, 이명화, 박금자, 2001, p.221)에 해당하므로 가족지지는 가족기능적 측면이 아닌 사회적지지의 하위 영역으로 보고자 한다.

이 밖에도 환자 대상의 연구에서 연명의료 사전의사결정

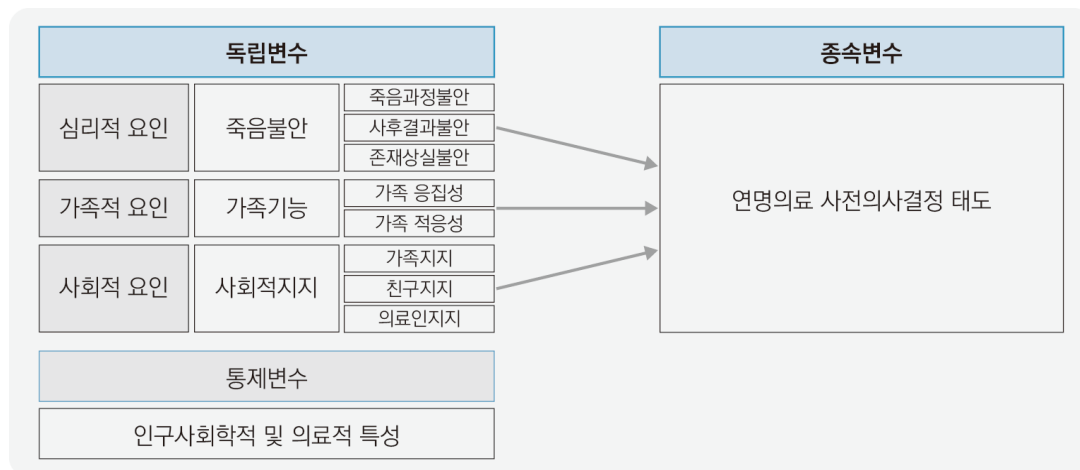
태도에 영향을 미치는 요인들 중 가장 빈번하게 제시되는 변수로 확인된 것은 성별, 연령, 학력, 종교의 유무, 경제적 수준, 가족 또는 지인의 임종 시 연명의료 중단 논의 경험과 같은 인구사회학적 특성이 있으며(Alano, Pekmezaris, Tai, & Hussain, 2010; 이민혜, 2014, p.18; 정승윤, 이해정, 이성화, 2014, p.107; Del Pozo, Hidalgo, Herráez, Bravo, Rodríguez, & Guillén, 2014, p.24; Van Scoy, Howrylak, Nguyen, Chen, & Sherman, 2014; Zheng et al., 2016; 정은옥, 2018, p.26), 환자 대상의 연구에서 의료적 특성 중 유병기간, 질병의 중증도, 중환자실 입실 등의 중증 치료 경험이 있을 경우 연명의료 사전의사결정에 긍정적인 것으로 나타났다(정승윤, 이해정, 이성화, 2014, p.107; Del Pozo, Hidalgo, Herráez, Bravo, Rodríguez, & Guillén, 2014, p.24; 정은주, 2018, p.35). 그러나 연명의료 사전의사결정 태도는 대상자의 일반적 특성뿐 아니라 대상자가 처한 다양한 상황과 맞물려 결정된다(Del Pozo, Hidalgo, Herráez, Bravo, Rodríguez, & Guillén, 2014, p.24).

III. 연구 방법

1. 연구 모형

본 연구의 모형은 [그림 1]과 같다. 암환자의 연명의료 사전의사결정 태도에 영향을 미치는 요인을 다차원적으로 확인하고자 심리·가족·사회적 요인으로 구분하였다. 심리적 요인

그림 1. 연구 모형



으로 죽음불안(죽음과정불안, 사후결과불안, 존재상실불안), 가족적 요인으로는 가족기능(가족 응집성, 가족 적응성), 사회적 요인으로는 사회적지지(가족지지, 친구지지, 의료인지지)를 중심으로 연명의료 사전의사결정 태도를 미치는 영향과 각 요인의 하위영역 각각이 종속변수에 미치는 영향을 알아보고자 하였다. 이 때 종속변수에 영향을 줄 수 있는 대상자의 인구사회학적 및 의료적 특성을 통제하였다.

2. 연구 대상 및 자료 수집

연구의 대상은 경기도 소재의 암 전문 종합병원에서 수술 및 항암방사선을 비롯하여 치료 중이거나 외래에서 추적 관찰 중인 19세 이상의 성인 암환자이다. 자료 수집은 1:1 대면 설문조사로, 2021년 3~9월까지 약 7개월간 이루어졌다. 연구가 진행될 의료기관 내에서 암환자에게 심리·사회적 개입을 수행하는 의료사회복지팀의 의료사회복지사에게 대상자 선정 기준에 적합한 자를 일부 추천받았으며, 대다수는 연구자가 직접 외래 및 병동을 오가며 대기 또는 휴식 중인 환자에게 연구자가 직접 본 연구의 취지와 목적, 절차, 참여 방법과 자료 관리 및 비밀보장에 대해 설명하며 대상자를 모집하였다. 이에 자발적 참여를 원하는 대상자에게는 서면 동의를 받은 뒤 설문을 진행하였다.

최종 연구 대상자에게는 인구사회학적 및 의료적 특성, 연명의료 사전의사결정 태도(사전연명의료의향서에 대한 태도), 죽음불안, 가족기능과 사회적지지 정도를 측정하는 질문이 포함된 자기보고식 설문지를 배부하였다. 총 186명이 설문을 완료하였으며, 이 중 부실한 설문지 4부를 제외한 182부를 최종 분석에 활용하였다. 본 연구는 연구자가 소속되어 연구가 수행된 국립암센터 내 의생명연구심의위원회(IRB)의 승인을 얻은 후 진행되었다(NCC2021-0054).

3. 연구 도구

가. 종속변수: 연명의료 사전의사결정 태도

연명의료 사전의사결정 태도는 Nolan & Bruder(1997)가 개발한 Advance Directive Attitude Scale을 동일 저자가 수정·보완(2003)한 것을 이해림, 박연환(2014)이 번역한 도구로 측정하였고 원저자와 번역자의 사용 승인을 받아 활용하였다.

도구는 총 16문항으로 치료선택의 기회 4문항, 연명의료 사전의사결정이 가족에게 미치는 영향 8문항, 연명의료 사전의사결정이 치료에 미치는 영향 3문항과 질병의 인식 1문항으로 구성되어있다. 각 문항은 '전혀 아니다(1점)부터 '매우 그렇다(4점)까지 4점 Likert 척도로 측정하며, 역문항은 역환산 후 총점을 구하여 문항 점수가 높을수록 연명의료 사전의사결정에 긍정적이라 할 수 있다. 본 연구에서의 Cronbach's α 값은 .857로 확인되었다.

나. 독립변수

1) 죽음불안

죽음불안은 박은경(1995)이 개발하고 오미나, 최외선(2005)이 수정·보완한 도구를 사용 승인을 받아 활용하였다. 박은경(1995)이 국외 죽음불안 척도의 공통적 요인들에 가족 및 타인과의 유대관계를 중시하는 한국 사회의 문화적 맥락을 반영하여 한국인을 대상으로 측정하고자 개발한 죽음도구 측정 도구에서는 죽음불안의 하위 영역을 죽음의 본질, 고립, 타인에 대한 염려, 사후의 불확실성, 능력 상실, 존재 소멸, 죽음의 장소 및 방법의 총 7개 요인으로 구분하였다. 이를 오미나, 최외선(2005)이 수정·보완하는 과정에서 죽음불안의 하위 영역이 죽음과정에 대한 불안, 사후결과에 대한 불안, 존재상실에 대한 불안으로 3개 영역으로 재구성되었다. 위 도구의 개발과 수정 당시의 문항 구성 과정의 개념적 기틀에 따라 죽음불안의 하위 영역을 조작적으로 정의하면 다음과 같다. '죽음과정에 대한 불안'은 죽음의 과정이나 방법으로 인한 신체적 고통과 두려움의 감정을 포함한다. '사후결과에 대한 불안'은 죽음 이후 절차에 대한 불확실성과 사후의 징벌 등에 대한 불안을 포함한다. '존재상실에 대한 불안'은 죽음의 과정에서 환자가 죽음에 부여하는 부정적 의미와 함께 정체성과 존재감, 자기통제력, 신체 및 정신적 능력을 상실해간다고 느낌으로써 얻는 복합적 두려움이라고 할 수 있다.

본 도구는 총 20문항으로 죽음과정에 대한 불안 9문항, 사후결과에 대한 불안 5문항, 존재상실에 대한 불안 6문항으로 3개 영역으로 구성되었다. 각 문항은 '전혀 아니다(1점)부터 '매우 그렇다(4점)까지 4점 Likert 척도로 측정하며, 점수가 높을수록 죽음불안 정도가 높음을 의미한다. 본 연구에서의 신뢰도 Cronbach's α 값은 .891로 확인되었고, 하위 영역 중 죽음과정에 대한 불안의 Cronbach's α 값은 .827, 사후결과에

대한 불안의 Cronbach's α 값은 .791, 존재상실에 대한 불안의 Cronbach's α 값은 .873으로 확인되었다.

2) 가족기능

가족기능은 Olson, Portner & Lavee(1985)가 개발한 Family Adaptability & Cohesion Evaluation Scale-III를 김윤희(1990)가 번역 및 수정한 도구를 사용하여 측정하였다. 가족기능은 가족 구성원 간의 관계로서 응집성, 적응성으로 구성된다. 응집성은 가족 구성원이 가족과 분리 또는 연관되는 정도, 서로 밀착되어있는 정도로 구성원 간의 심리적 유대감을 의미한다. 응집력 수준이 적절한 가족은 구성원 간의 친밀감을 통하여 원활한 대인관계를 맺고 자신감을 표현하며 각 구성원은 긍정적인 자아정체성을 형성할 수 있다. 또한 독립과 연결의 균형을 이루며 가족의 기능이 원활하고 개인의 발전도 최적의 수준으로 이루게 되며 스트레스와 변화에 보다 잘 적응하도록 돕는다. 적응성은 가족의 체계가 유연하게 변화할 수 있는 정도로, 가족 체계가 발달적, 상황적 스트레스에 대응하여 가족의 권력 구조, 역할, 관계 등을 변화시킬 수 있는 능력을 의미한다. 가족의 적응력 수준이 높은 가족은 구성원들 간의 상호주장적인 대화를 나누고 지도력을 공유하며, 성적인 역할에 대해 타협하고 역할 공유에 개방적인 가족 규칙을 만들어 나간다(Olson et al., 1982).

본 도구는 가족의 응집성 10문항, 가족의 적응성 10문항으로 총 20문항이며, 각 문항은 '전혀 아니다(1점)부터 '매우 그렇다(5점)까지 5점 Likert 척도로 측정하여 점수가 높을수록 가족의 기능이 좋음을 의미한다. 본 연구에서의 Cronbach's α 값은 .962였고, 하위 영역 중 가족 응집성의 Cronbach's α 값은 .943, 가족 적응성의 Cronbach's α 값은 .914로 확인되었다.

3) 사회적지지

사회적지지는 Zimet, Dahlem, Zimet, & Farley(1988)이 개발한 Multidimensional Scale of Perceived Social Support를 신준섭, 이영분(1999)이 변안한 도구로 저자와 변안자로부터 도구사용 승인을 받아 사용하였다. 사회적지지는 그 근원을 바탕으로 가족지지, 친구지지, 의미 있는 타인지지로 구분할 수 있다(Cobb, 1976). 가족지지는 가족 구성원인 배우자, 형제, 자매, 자녀, 부모 등으로부터 제공되는 돌봄과 관심과 물질적 지원 등을 통한 실질적 지지의 내용을 포함한다(Norbeck, 1981). 친구지지는 친구, 동료 등을 통한 사회적지

지의 형태이며(House, 1981), 의미 있는 타인지지는 전문가를 포함하는데 특히 암환자에게는 의료진이 중요한 지지체계가 된다고 보고된다(태영숙, 강은실, 이명화, 박금자, 2001, p.221). 의료인을 통한 지지는 의사나 간호사 등에 의해 제공되는 사회적지지로써 경청, 정서적 지지, 현실의 부담을 포함한 의료 전문가가 제공하는 지지를 의미한다(태영숙, 강은실, 이명화, 박금자, 2001, p.221).

본 도구의 구성은 가족지지 4문항, 친구지지 4문항, 의미 있는 타인(의료인)지지 4문항의 총 12문항으로 되어 있다. 각 문항은 '전혀 아니다(1점)부터 '매우 그렇다(5점)까지 5점 Likert 척도로 측정하여 점수가 높을수록 사회적지지가 높음을 의미한다. 본 연구에서의 신뢰도 Cronbach's α 값은 .897였고, 하위 영역 중 가족지지의 Cronbach's α 값은 .956, 친구지지의 Cronbach's α 값은 .937, 의미 있는 타인(의료인)지지의 Cronbach's α 값은 .913으로 확인되었다.

다. 통제변수: 인구사회학적 및 의료적 특성

본 연구에서는 종속변수에 영향을 미칠 수 있는 대상자의 인구사회학적 및 의료적 특성을 확인하여 통제하고자 하였다. 선행연구들에 다양한 대상에서 연명의료 사전의사결정에 유의미한 영향이 있는 것으로 나타난 인구사회학적 및 의료적 특성을 확인하여 설문지에 포함하였다.

이에 최종 통제변수로 성별(남성/여성), 연령대(50세 미만/50대/60대/70세 이상), 학력(중졸 이하/고졸/대졸 이상), 종교 유무(있음/없음), 배우자 유무(있음/없음), 가구원 수(명), 가구 소득 수준, 지인 또는 가족의 임종 시 연명의료 중단 논의 경험(있음/없음)을 포함하였으며, 의료적 특성으로는 유병기간(개월), 병기(1기/2기/3기/4기, 알 수 없음 제외), 중증도의 치료 경험(있음/없음)을 포함하였다. 이 중 명목형으로 측정된 성별, 연령대, 학력, 종교 유무, 배우자 유무, 지인/가족 임종 시 연명의료중단 논의 경험, 병기, 중증치료 경험은 가변수로 처리하여 분석에 활용하였다.

4. 분석 방법

수집된 자료는 SPSS 28.0을 활용하여 분석하였다. 연구에서 활용한 도구의 내적 일관성 확인을 위해 신뢰도 Cronbach's α 값을 확인하였으며 연구 대상자의 인구사회학적

및 의료적 특성 확인을 위해 빈도분석과 평균, 표준편차 등 기술통계 분석을 실시하였다. 다음으로 인구사회학적 및 의료적 특성에 따른 주요 변수들의 평균 차이를 독립표본 T검정과 일원배치 분산분석(ANOVA)으로 확인하였다. 주요 변수 및 하위 영역 간 상관관계는 Pearson's correlation으로 분석하였고, 연명의료 사전의사결정 태도의 영향 요인을 파악하고자 주요 변수 및 하위 영역과 위계적 회귀분석을 실시하였다.

IV. 연구 결과 및 해석

1. 주요 변수에 대한 기술통계

종속변수인 연명의료 사전의사결정 태도와 독립변수인 죽음불안, 가족기능, 사회적지지, 각각의 하위 영역들에 대한 기술 분석 결과는 <표 1>과 같다. 연명의료 사전의사결정 태도는 평균 2.89점으로 나타났다. 이는 응답 범주 중 '그렇다'인 3점에 가까운 수준으로 나타나 연구 대상자의 연명의료 사전의사결정 태도는 비교적 긍정적인 것으로 확인되었다. 독립변수 중 죽음불안은 평균 2.59점으로 나타났다. 이 중 죽음과정에 대한 불안이 2.90점으로 가장 높았고, 존재상실에 대한 불안은 1.99점으로 가장 낮게 나타났다. 가족기능의 평균은 3.52

점으로 '보통' 이상인 것으로 나타났다. 하위 항목으로 가족 응집성이 3.57점, 가족 적응성이 3.48점으로 나타나 근소한 차이지만 가족 응집성이 비교적 높음을 확인하였다. 사회적지지의 평균은 3.49점으로 나타났다. 이 중 가족지지가 4.0점으로 가장 높았으며 의료인지지가 3.01점으로 가장 낮았다.

2. 연구 대상자 특성에 따른 연명의료 사전의사결정 태도의 차이

연구 대상자의 인구사회학적 및 의료적 특성에 따른 연명의료 사전의사결정 태도의 평균 차이를 분석한 결과는 <표 2>와 같다.

분석 결과, 본 연구에서는 성별, 종교 유무, 배우자 유무, 가구원 수, 가구 소득 수준, 지인 또는 가족의 임종 시 연명의료 중단 논의 경험의 6개의 특성에서 통계적으로 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다. 성별에 따른 연명의료 사전의사결정 태도의 차이는 여성이 남성에 비해 긍정적($p < .05$)이었다. 종교 유무에 따른 차이는 종교가 있는 집단에서의 태도가 종교가 없는 집단에 비해 긍정적($p < .05$)이었다. 배우자 유무에 따라서는 배우자가 있는 집단에서의 태도가 배우자가 없는 집단에 비해 긍정적($p < .001$)이었다. 가구원 수에 따라서는 사후 분석 결과 4인 이상 가구원 집단과 독거 가구원 집단 사이에

표 1. 주요 변수에 대한 기술통계

구분		Mean	SD	Min	Max	왜도	첨도
종속 변수	연명의료 사전의사결정 태도	2.89	0.40	1.63	3.81	-.098	.313
	치료선택의 기회	2.90	0.56	1.50	4.00	.026	.094
	가족에 미칠 영향	2.91	0.46	1.50	4.00	-.325	.409
	치료에 미칠 영향	3.07	0.53	1.00	4.00	-.383	.923
	질병의 인식	2.25	0.85	1.00	4.00	.367	-.379
독립 변수	죽음불안	2.59	0.46	1.00	3.80	.130	.692
	죽음과정불안	2.90	0.50	1.00	4.00	.096	.516
	사후결과불안	2.63	0.60	1.00	4.00	-.052	.306
	존재상실불안	1.99	0.63	1.00	3.60	.226	-.250
	가족기능	3.52	0.82	1.05	5.00	-.915	.847
독립 변수	가족의 응집성	3.57	0.88	1.00	5.00	-.852	.664
	가족의 적응성	3.48	0.81	1.00	5.00	-.959	.915
	사회적지지	3.49	0.76	1.42	5.00	-.275	-.031
	가족지지	4.00	0.97	1.00	5.00	-.274	.475
	친구지지	3.44	1.03	1.00	5.00	-.445	-.172
의료인지지	3.01	1.01	1.00	5.00	-.142	-.493	

표 2. 연구 대상자 특성에 따른 연명의료 사전의사결정 태도의 차이

특성	구분	빈도	백분율(%)	M±SD	t / F
성별	남성	81	44.5	2.80±0.42	-2.94*
	여성	101	55.5	2.97±0.38	
연령대	50세 미만	28	15.4	2.88±0.33	0.58
	50대	50	27.5	2.94±0.47	
	60대	68	37.4	2.85±0.37	
	70대 이상	36	19.8	2.93±0.42	
학력	중졸 이하	44	24.2	2.83±0.48	1.63
	고졸	79	43.4	2.88±0.40	
	대졸 이상	59	32.4	2.97±0.34	
종교 유무	종교 없음	72	39.6	2.82±0.41	-2.13*
	종교 있음	110	60.4	2.95±0.39	
배우자 유무	배우자 있음	114	62.6	2.97±0.37	3.56***
	배우자 없음	68	37.4	2.76±0.42	
가구원 수	독거(a)	47	25.8	2.73±0.46	5.23** (a<d)
	2인 가구(b)	71	39.0	2.90±0.36	
	3인 가구(c)	36	19.8	2.94±0.39	
	4인 이상 가구(d)	28	15.4	3.09±0.34	
가구 소득 수준	기준중위소득 100% 이하	109	59.9	2.81±0.42	5.93** (N/A)
	기준중위소득 100% 초과 200% 이하	56	30.8	3.02±0.37	
	기준중위소득 200% 초과	17	9.3	2.99±0.26	
지인/가족 임종 시 연명의료 중단 논의 경험	있음	71	39.0	3.10±0.33	5.93***
	없음	111	61.0	2.76±0.40	
유병기간	6개월 미만	54	29.7	2.85±0.43	1.55
	6개월 이상 18개월 미만	34	18.7	2.91±0.40	
	18개월 이상 60개월 미만	62	34.1	2.86±0.39	
	60개월 이상	32	17.6	3.03±0.38	
현재 병기	1기	35	19.2	2.85±0.34	1.42
	2기	27	14.8	2.93±0.38	
	3기	33	18.1	2.76±0.48	
	4기	61	33.5	2.93±0.41	
현재 치료 여부	치료 중	156	85.7	2.88±0.41	-1.47
	추적관찰 중	26	14.3	3.00±0.36	
중증 치료 경험	있음	90	49.5	2.92±0.44	0.67
	없음	92	50.5	2.88±0.38	

주: * p<.05, ** p<.01, *** p<.001

서 유의미한 차이(p<.05)가 나타나며, 가구원이 많을수록 연명의료 사전의사결정에 긍정적임을 알 수 있었다. 가구 소득 수준에 따라서는 비교적 소득 수준이 높은 집단에서 연명의료 사전의사결정에 긍정적(p<.05)으로 나타났다. 지인이나 가족의 임종 시 연명의료 중단 논의 경험이 있는 집단은 경험이 없는 집단보다 연명의료 사전의사결정에 긍정적(p<.001)으로 나타났다. 그러나 연령, 학력, 유병기간, 병기, 현재 치료 여부, 중증의 치료 경험 여부에서는 연명의료 사전의사결정 태도에 통계적으로 유의한 차이를 나타내지 않았다.

3. 상관관계 분석

죽음불안, 가족기능, 사회적지지와 연명의료 사전의사결정 태도 사이의 상관관계를 분석한 결과는 <표 3>과 같다. 죽음불안(p<.05)은 연명의료 사전의사결정 태도와 부적 상관관계를 나타냈다. 가족기능(p<.001)과 사회적지지(p<.001)는 연명의료 사전의사결정 태도와 정적 상관관계를 나타냈다.

죽음불안, 가족기능, 사회적지지의 하위 영역들과 연명의료 사전의사결정 태도 사이의 상관관계를 분석한 결과는 <표 4>

표 3. 주요 변수 간 상관관계

	죽음불안	가족기능	사회적지지	연명의료 사전의사결정 태도
죽음불안	-			
가족기능	.087	-		
사회적지지	-.029	.625***	-	
연명의료 사전의사결정 태도	-.155*	.400***	.403***	-

주: * p<.05, ** p<.01, *** p<.001

표 4. 변수 하위 영역 간 상관관계

	죽음불안			가족기능		사회적지지			연명의료 사전의사 결정 태도
	죽음과정 불안	사후결과 불안	존재상실 불안	가족 응집성	가족 적응성	가족 지지	친구 지지	의료인 지지	
죽음 불안	죽음과정불안	-							
	사후결과불안	.612***	-						
	존재상실불안	.253**	.585***	-					
가족 기능	가족응집성	.144	.101	-.134	-				
	가족적응성	.178*	.155*	-.119	.898***	-			
사회적 지지	가족지지	.163*	.045	-.151*	.856***	.776***	-		
	친구지지	.023	.057	-.018	.378***	.364***	.445***	-	
	의료인지지	-.165*	-.118	-.030	.206**	.193**	.282***	.318***	-
연명의료 사전의사결정 태도	.012	-.096	-.356***	.379***	.401***	.390***	.232**	.291***	-

주: * p<.05, ** p<.01, *** p<.001

와 같다. 죽음불안의 하위 영역 중 존재상실에 대한 불안(p<.001)은 연명의료 사전의사결정 태도와 부적 상관관계, 가족기능의 하위 영역인 가족의 응집성(p<.001)과 가족의 적응성(p<.001), 사회적지지의 하위 영역인 가족지지(p<.001), 친구지지(p<.001), 의료인지지(p<.001)는 모두 연명의료 사전 의사결정 태도와 정적 상관관계를 나타냈다. 변수의 하위 영역 간 상관관계수에서 가족 관련 문항을 포함하는 가족 응집성, 가족 적응성, 가족지지의 상관관계수가 .776~.898의 수준으로 다소 높게 나타났다.

4. 연명의료 사전의사결정 태도에 영향을 미치는 요인

연명의료 사전의사결정 태도에 영향을 미치는 요인과 그 영향력을 위계적 회귀분석으로 알아본 결과는 <표 5>, <표 6>과 같다.

가. 죽음불안, 가족기능, 사회적지지가 연명의료 사전의사결정 태도에 미치는 영향

[모형 1]은 통제변수가 종속변수에 미치는 영향을 파악하였고 [모형 2], [모형 3], [모형 4]는 독립변수인 죽음불안, 가족기능, 사회적지지를 단계적으로 투입하였다. 모든 모형에서 공차(TOL)는 0.1 이상, VIF는 10 미만으로 변수들 간 다중공선성에 문제가 없음을 확인하였다.

독립변수 중 가족기능은 [모형 3]에서 $\beta=.332(p<.001)$, [모형 4]에서 $\beta=.280(p<.01)$ 으로 나타나며 연명의료 사전의사결정 태도에 정적인 영향을 미치는 것으로 확인되었다. 죽음불안과 사회적지지는 종속변수에 통계적으로 유의한 영향력을 미치지 않았다. [모형 4]의 설명력은 약 28.7%로 [모형 1]의 설명력보다 약 7.9% 향상된 것으로 확인되었다.

표 5. 죽음불안, 가족기능, 사회적지지가 연명의료 사전의사결정 태도에 미치는 영향(계속)

변수	모형 1		모형 2		모형 3		모형 4		
	B	β	B	β	B	β	B	β	
가구기준중위 소득	100% 이하	.011	.013	.017	.021	.057	.069	.052	.063
	100% 초과 200% 이하	.089	.101	.101	.116	.123	.141	.121	.139
지인/가족 임종 시 연명의료중단 논의 경험		.245	.297***	.233	.283***	.214	.259***	.204	.247**
유병기간		.001	.115	.001	.117	.001	.080	.001	.080
병기	1기	-.040	-.039	-.037	-.036	-.078	-.076	-.074	-.073
	2기	.011	.010	-.003	-.002	-.027	-.024	-.025	-.022
	3기	-.096	-.091	-.075	-.071	-.104	-.099	-.100	-.096
중증치료 경험		.096	.119	.096	.119	.082	.102	.080	.100
죽음불안			-	-.100	-.113	-.113	-.127	-.107	-.121
가족기능		-	-			.163	.332***	.138	.280**
사회적지지		-	-					.051	.095
F(p)		3.799 (<.001)		3.760 (<.001)		4.826 (<.001)		4.651 (<.001)	
R2		.283		.293		.361		.366	
adj.R2		.208		.215		.287		.287	
Durbin-Watson									2.057

주: 1) * p<.05, ** p<.01, *** p<.001

2) Reference group: 성별/여성, 연령/70세 이상, 학력/대졸 이상, 종교 유무/없음, 배우자 유무/없음, 가구기준중위소득/200% 초과, 지인/가족 연명의료중단 논의 경험/없음, 병기/4기, 중증치료 경험/없음

표 6. 죽음불안, 가족기능, 사회적지지의 하위 영역이 연명의료 사전의사결정 태도에 미치는 영향

변수	모형 1		모형 2		모형 3		모형 4		
	B	β	B	β	B	β	B	β	
성별		-.112	-.138	-.140	-.173*	-.101	-.125	-.102	-.126
연령	50세 미만	-.036	-.032	-.062	-.055	-.009	-.008	.014	.012
	50대	.000	.000	-.045	-.050	-.027	-.030	-.015	-.016
	60대	-.028	-.034	-.057	-.068	-.066	-.079	-.053	-.063
학력	중졸 이하	-.035	-.038	-.084	-.090	-.042	-.045	-.050	-.053
	고졸	-.074	-.091	-.064	-.078	-.070	-.086	-.056	-.069
종교 유무		.047	.057	.029	.035	.073	.089	.076	.093
배우자 유무		.080	.096	.069	.083	.014	.016	.011	.013
가구원 수		.034	.093	.023	.064	.007	.021	.004	.010
가구기준중위 소득	100% 이하	.011	.013	.001	.001	.022	.027	.021	.026
	100% 초과 200% 이하	.089	.101	.057	.065	.084	.096	.085	.098
지인/가족 임종 시 연명의료중단 논의 경험		.245	.297***	.210	.254***	.199	.241**	.173	.210**
유병기간		.001	.115	.001	.098	.001	.073	.001	.084
병기	1기	-.040	-.039	-.067	-.066	-.078	-.077	-.091	-.089
	2기	.011	.010	-.010	-.009	-.015	-.013	-.008	-.007
	3기	-.096	-.091	-.081	-.078	-.098	-.094	-.090	-.086
중증치료 경험		.096	.119	.089	.111	.086	.107	.074	.092
죽음 불안	죽음과정불안			.031	.039	.020	.024	.041	.051
	사후결과불안			.090	.133	.049	.073	.063	.093
	존재상실불안			-.238	-.373***	-.196	-.307***	-.212	-.332***
가족 기능	가족응집성					-.045	-.097	-.064	-.139
	가족적응성					.176	.354*	.173	.347*
사회적지지	가족지지							.016	.038
	친구지지							-.024	-.062
	의료인지지							.072	.179**
F(p)		3.799 (<.001)		4.785 (<.001)		5.230 (<.001)		5.026 (<.001)	
R2		.283		.373		.420		.446	
adj.R2		.208		.295		.340		.357	
Durbin-Watson									2.096

주: 1) * p<.05, ** p<.01, *** p<.001

2) Reference group: 성별/여성, 연령/70세 이상, 학력/대졸 이상, 종교 유무/없음, 배우자 유무/없음, 가구기준중위소득/200% 초과, 지인/가족 연명의료중단 논의 경험/없음, 병기/4기, 중증치료 경험/없음

나. 죽음불안, 가족기능, 사회적지지의 하위 영역이 연명의료 사전의사결정 태도에 미치는 영향

[모형 1]은 통제변수가 종속변수에 미치는 영향을 파악하였고 [모형 2], [모형 3], [모형 4]는 죽음불안, 가족기능, 사회적지지의 하위 영역들을 단계적으로 투입하였다. 모든 모형에서 공차(TOL)는 0.1 이상, VIF는 10 미만으로 변수들 간 다중공선성에 문제가 없음을 확인하였다.

[모형 1]에서는 통제변수 중 지인 및 가족 임종 시 연명의료 중단 논의 경험($\beta=.297, p<.001$) 외에 유의한 영향 요인은 없었다. [모형 2]에서는 통제변수 중 성별($\beta=-.173, p<.05$)이 유의한 영향을 미쳤고, 존재상실에 대한 불안($\beta=-.379, p<.001$)이 연명의료 사전의사결정 태도에 부적인 영향을 미치는 것으로 확인되었다. [모형 3]에서는 존재상실에 대한 불안($\beta=-.307, p<.001$)과 가족적응성($\beta=.354, p<.05$)이 유의미한 영향력을 나타냈다. [모형 4]에서는 존재상실에 대한 불안($\beta=-.332, p<.001$), 의료인지지($\beta=.179, p<.01$), 가족적응성($\beta=.347, p<.05$)이 유의미한 영향을 미치는 것으로 확인되었다. [모형 4]의 설명력은 약 35.7%로 [모형 1]의 설명력보다 약 14.9% 향상되었다.

V. 결론 및 논의

본 연구의 목적은 암환자의 연명의료 사전의사결정 태도와 이러한 태도에 영향을 미치는 심리·가족·사회적 요인을 알아보고, 이를 통해 암환자의 연명의료 사전의사결정 활성화를 위한 함의를 도출하는 것이다. 경기도 소재의 암 전문 종합병원에서 성인 암환자 182명의 자료를 수집하여 분석한 결과를 바탕으로 해석한 주요 결과는 다음과 같다.

먼저 암환자의 연명의료 사전의사결정 태도를 살펴본 결과, 대상자의 연명의료 사전의사결정 태도는 4점 Likert 척도에서 평균 2.89점으로 대체적으로 긍정적 태도를 지닌 것으로 나타났다. 이는 재가암환자를 대상으로 동일한 도구를 사용하여 측정된 연구 결과(서수연, 2019, p.22)와 노인 환자 대상의 연구(김미혜, 전제란, 홍성애, 2016, p.123)보다도 높은 수치로 본 연구가 이루어진 기관의 특성이 반영한 결과로 추정된다. 본 연구가 실시된 기관의 경우, 연명의료결정제도 시행 초기부터 윤리위원회가 설치된 의료기관, 사전연명의료의향서

등록기관으로 지정되어 해당 제도에 대한 홍보와 교육, 상담이 이루어지고 있어 해당 기관의 암환자들은 제도에 대한 접근성이 비교적 높을 수 있다. 이는 사전연명의료의향서에 대한 반복적 노출의 중요성을 시사하는 타 연구 결과를 뒷받침하기도 한다(Alano, Pekmezaris, Tai, & Hussain, 2010; Van Scoy, Howrylak, Nguyen, Chen, & Sherman, 2014).

또한 본 연구 대상자의 연명의료 사전의사결정 태도의 하위 영역 중 '치료에 미치는 영향'이 4점 리커트 척도에서 평균 3.07점으로 가장 높게 나타났다. 해당 영역에는 '사전연명의료의향서는(연명의료 사전의사결정) 생의 말에 내가 원하는 치료를 받을 수 있게 해줄 것이다.', '사전연명의료의향서는(연명의료 사전의사결정) 내가 건강할 때 작성하는 것이 더 좋을 것 같다.'는 문항이 포함되어 있어 환자들은 현시점보다 건강할 때 작성한 사전연명의료의향서가 임종기에 원치 않는 연명의료를 받지 않게 해줄 것이라는 신념을 바탕으로 긍정적 태도를 형성함을 알 수 있었다. 반면 하위 영역 중 '질병의 인식'의 경우 평균 2.25점으로 비교적 낮은 수준으로 측정되었다. 해당 문항의 경우 '나는 사전연명의료의향서를 작성할 만큼 아프지 않다.'는 내용으로 역산하여 측정하는데, 이는 자신의 건강 상태와는 상관없이 연명의료 사전의사결정을 문서화할 수 있다는 인식은 다소 낮은 것으로 의미한다. 따라서 연명의료 사전의사결정을 통한 사전연명의료의향서 작성으로 향후 원치 않는 무의미한 연명의료를 피할 수 있음과 동시에, 건강 상태와 무관하게 누구든 작성이 가능함을 알리는 인식 개선의 노력은 대상자의 연명의료 사전의사결정에 긍정적 태도를 함양하는 데 중요하다.

연명의료 사전의사결정에 영향을 미치는 심리적, 가족적, 사회적 요인에 대한 위계적 회귀분석으로 확인한 결과, 가족기능이 좋을수록 연명의료 사전의사결정에 긍정적인 것으로 나타났다. 가족기능과 연명의료 사전의사결정의 관계는 선행 연구에서 다양한 방향으로 나타났으나(Kim, 2011, p.505; 김미혜, 전제란, 홍성애, 2016, p.123), 그럼에도 본 연구에서 가족기능이 유의한 영향력을 나타냈으며, 연구 대상자의 연명의료 사전의사결정 태도의 하위 영역 중 '가족에 미칠 영향'의 평균은 2.91점으로 비교적 높게 나타났다는 점에서 동아시아권과 우리나라의 경우 연명의료 사전의사결정 과정에 가족 중심적이며 상호 의존적인 문화적 가치가 상당 부분 반영되고 있음(McLaughlin & Braun, 1998, p.118; 임유순, 2019, p.29)을 지지하는 결과로 해석된다. 만약 가족 내 의견이 불일치한다

면 사전의사결정이 원활히 이루어질 수 없고(Schonwetter, Walker & Robinson, 1995), 불안정한 가족기능은 의사결정에 방해 요인이 될 수 있다(Sahm, Will & Hommel, 2005, p.212). 따라서 암환자를 둘러싼 가족 체계의 역동과 가족기능의 이해를 통해 의사결정 과정에서의 갈등을 줄일 수 있을 것이다(이민혜, 2014, p.18).

다음으로 죽음불안, 가족기능, 사회적지지 하위 영역들 또한 각각 암환자의 연명의료 사전의사결정에 미치는 유의미한 영향력을 확인하였다. 그 결과, 죽음불안의 하위 영역인 '존재상실에 대한 불안'이 낮을수록, 사회적지지의 하위 영역인 '의료인 지지가 높을수록, 가족기능의 하위 영역인 '가족의 적응성이 높을수록, 암환자는 연명의료 사전의사결정에 긍정적 태도를 지님을 알 수 있었다. 즉, 본 연구 결과를 기반으로 이를 구성하는 하위 영역들에 대해서도 심층적인 이해와 분석이 필요함을 알 수 있다. 존재상실에 대한 불안이 낮은 암환자에게서 연명의료 사전의사결정 태도가 긍정적으로 나타났고, 이는 가장 큰 영향 요인으로 확인되었다. 죽음에 대한 존재상실 불안은 환자가 죽음에 부여하는 정체성과 자기통제력의 상실에 대한 부정적 의미 부여에서 오는 복합적 두려움을 의미하므로, 이와 같은 결과는 암환자의 연명의료 사전의사결정 과정에서 환자가 부여하는 죽음에 대한 의미 탐색과 함께 정체성, 자기조절능력의 행사가 매우 중요한 요소임을 시사한다. 따라서 암환자의 연명의료 사전의사결정을 활성화하기 위해 환자와 죽음에 대해 논의하며 환자가 지닌 죽음의 의미를 확인하고 사전연명의료의향서에 대한 안내를 통해 주체성과 자기결정권을 실현할 수 있도록 도울 필요성이 있을 것이다.

이와 더불어 의료인으로부터의 지지도가 높은 암환자는 연명의료 사전의사결정에 긍정적 태도를 지니는 것으로 나타났다. 이는 암환자가 치료 결정 과정에서의 스트레스 상황을 극복하고 연명의료 사전의사결정의 어려움을 해결하기 위해서는 의료인으로부터의 지지가 필수적으로 요구된다는 선행연구를 뒷받침한다(Bottomley & Jones, 1997, p.74; 김연정, 이광자, 2010, p.529). 환자는 연명의료 사전의사결정 과정에서 지속적으로 접촉하게 되는 의료인과 전문가를 통해 경청과 정서적지지, 실질적인 정보적 지원을 받게 될 때 긍정적인 태도를 가질 수 있게 됨을 의미한다. 따라서 의료인 및 환자의 연명의료 사전의사결정에 참여하는 전문가가 환자에게 지지적 역할의 중요성을 인지하고 사전의사결정에 대한 환자와의 의사소통에 적극적으로 참여해야 할 것이다.

다음으로는 가족기능의 하위 영역 중 가족의 적응성이 높은 암환자는 연명의료 사전의사결정에 긍정적임을 확인하였다. 연명의료 사전의사결정 과정에서 가족의 적응성이 작용한다는 것은 환자의 돌봄 계획 수립 중 새로운 상황적 스트레스 상황으로 제기될 수 있는 연명의료에 관한 의사결정에 연명의료결정제도와 사전연명의료의향서를 유연하게 받아들이고 서로의 의견과 역할을 개방적으로 공유한다는 것을 의미한다. 따라서 불안정한 가족 체계와 가족의 적응성이 환자의 연명의료 사전의사결정 과정에 방해 요인이 되지 않도록(Sahm, Will & Hommel, 2005, p.212) 환자 가족의 적응 정도를 사정해야 할 것으로 사료된다. 이를 바탕으로 환자와 가족이 서로 원하는 바와 의견을 충분히 표현하고 의료진과 공유할 수 있도록 기회를 제공할 수 있으며, 이러한 과정에서 가족 내에서 지속적으로 연명의료 사전의사결정에 대한 논의가 이루어져(조민정, 2021, p.7) 보다 유연한 태도를 지니게 될 수 있을 것이다.

본 연구에서는 인구사회학적 특성과 의료적 특성을 통제하였다. 본 연구 결과에 따르면 대상자의 인구사회학적 특성 중 연령, 학력과 의료적 특성으로 조사한 유병기간, 병기, 현재 치료 여부, 중증의 치료 경험은 모두 연명의료 사전의사결정 태도에 유의한 차이를 보이지 않았는데 이는 기존 선행연구에서의 결과와 다른 점이라 할 수 있다. 암환자를 대상으로 한 선행연구에 따르면, 연령과 학력은 연명의료 사전의사결정에 유의한 영향력을 나타냈으나(이민혜, 박연환, 2015, p.454; Zheng et al., 2016, p.4097), 단순히 연령 자체가 사전의사결정 자체에 영향을 미치는 것은 아니며 대상자가 지닌 경험적 특성이 반영될 수 있었기 때문이라고 해석된다. 학력의 경우 정보 활용 능력 및 이해도와 관련된 결과라고 여겨진다(Del Pozo, Hidalgo, Herráez, Bravo, Rodríguez, & Guillén, 2014, p.24). 그러나 지역사회 대상 노인을 대상으로 한 연구(정은옥, 2018)에서는 교육 수준이 연명의료 사전의사결정 태도에 유의한 차이를 보이지 않아 반복적인 연구의 필요성이 제기되기도 하였다(하은주, 2020, p.70). 본 연구에서 의료적 특성이 유의하지 않았던 것은 회귀분석 결과와 같이 연명의료 사전의사결정 과정에 대상자의 의료적 상황보다 가족의 의사결정 구조가 더욱 반영된 결과로 해석된다. 마찬가지로 암환자 대상의 사전연명의료의향서 작성 의도를 조사한 최근의 연구(하은주, 2020, p.70)에서는 암의 유병기간과 중증 치료 경험은 유의한 영향 요인으로 규명되지 않기도 하였다. 따라서

국내 맥락에서 암 질환의 의료적 특성에 따른 연명의료 사전 의사결정의 영향력은 반복적 연구가 필요하다.

이와 같은 본 연구 결과들을 기반으로 도출된 함의는 다음과 같다.

본 연구는 우리나라 사망원인 1위이자, 연명의료결정법에 따른 '임종과정에 있는 환자의 질환 중 약 60%에 해당하는 암환자를 대상으로 하였다. 따라서 본 연구의 결과는 암환자의 연명의료 사전의사결정을 촉진하는데 기여하며, 국내에서의 사전연명의료의향서 작성과 연명의료결정법을 활성화하는 이론적 토대로 활용될 수 있을 것이다. 본 연구에서는 가족기능과 가족의 적응성, 의료인의 지지가 암환자의 연명의료 사전의사결정 태도에 정적인 영향을 미치는 요인으로 확인되었다. 따라서 의료 현장에서 연명의료 사전의사결정 과정에 개입하는 의료진과 전문가는 환자 및 가족과의 지속적 관계를 맺으며, 가족의 역동을 평가함과 동시에 이러한 과정에 전문적 개입과 의사소통을 하기 위해 노력할 필요성이 있음을 시사한다. 이를 위해 미국의 경우 「Respecting Choices」를 통해 임상 현장에서 활용 가능한 다양한 교육 프로그램과 전문가용 매뉴얼이 개발되었고(Respecting Choices, 2000), 환자 중심의 대화를 통해 연명의료 사전의사결정이 체계적으로 이루어지도록 활용되고 있다. 이 외에도 호주, 싱가포르, 영국 등에서도 연명의료에 대한 의사결정을 사전에 촉진하고 환자의 삶과 죽음에 대한 가치관을 돌봄 계획에 반영, 의료진과 의사소통하기 위한 매뉴얼이 개발되어 간호사 또는 사회복지사 등의 전문가(Facilitator)를 통해 활용되고 있다. 국내에서도 연명의료결정법에 따라 여러 의료기관 및 대학에서 사전연명의료의향서 작성 과정에서 환자의 의사결정을 지원하기 위해 다양한 교육 자료와 의사소통 촉진 도구 등을 개발하고자 노력 중이다(조민정, 2021, p.5), 이러한 매뉴얼이나 도구에는 우리나라 환자들의 가족 중심적인 의사결정 구조와 국내의 사회문화적 맥락이 반영되어야 할 것이다.

본 연구 결과에서 연명의료 사전의사결정에 존재상실에 대한 불안이 큰 영향 요인으로 나타남을 통해 환자가 죽음에 부여하는 의미를 탐색하고 존재감, 주체성을 부여하는 과정이

필요함을 알 수 있었다. 또한 이러한 과정에 의료인 및 전문가의 지지가 큰 영향 요인으로 작용함을 확인하였고, 환자와 가족에 대한 의료인 및 전문가의 지속적이고 깊이 있는 개입이 필요함에 따라(Lawrence, 2009) 전문가들의 체계적이고 장기적인 접근의 필요성이 제기된다. 대부분의 환자는 위중한 상태에 이르러서야 본인이 받게 될 치료나 돌봄에 대해 생각하게 되는데, 이 시기에 이르게 되면 인지 및 의사소통, 의사결정 능력이 저하되며 연명의료 사전의사결정에 주체적 결정을 내리기 어려운 경우가 많다. 이로 인해 환자가 원하는 바가 돌봄 및 치료 계획에 적절히 반영되기 어려워져 결국 환자와 가족 전체의 생애 말기 삶의 질 저하를 초래할 수 있다(조민정, 2021, p.5). 따라서 생애 말기에 임박하여 연명의료에 대해 이분법적 결정보다 장기적 관점에서 지속적으로 돌봄 계획을 수립하고, 환자의 가치관을 반영하여 연명의료 사전의사결정을 활성화하려는 전문가들의 노력이 중요할 것이다.

본 연구의 의의와 시사점에도 불구하고 본 연구는 단일 의료기관 내의 암환자를 대상으로 수행하였기 때문에 모든 암환자의 특성을 대표하는데 한계점이 있다. 따라서 향후 다양한 기관 및 전문가들의 참여를 통한 반복적인 비교 연구가 필요할 것이다. 또한 암환자의 연명의료 사전의사결정의 영향 요인을 확인하기 위해서는 국내의 다양한 사회문화적인 맥락이 반영될 수 있도록 의료적, 심리적, 가족적, 사회적 영역에서 복합적 요인들에 대한 후속 연구를 통해 근거를 구축해야 할 것이다.

진유정은 이화여자대학교 사회복지대학원에서 석사학위를 받았으며, 국립암센터에서 의료사회복지사로 재직 중이다. 주요 관심분야는 성인 암환자 대상의 의료사회복지 실천, 연명의료결정제도와 사전연명의료의향서, 공공보건의료이다.

(E-mail: uuujung@ncc.re.kr)

전중설은 미국 University of Texas at Austin에서 사회복지학 박사학위를 받았으며, 이화여자대학교 사회복지학과 교수로 재직 중이다. 주요 관심분야는 알 코올 및 약물·인터넷·도박 중독, 정신건강과 보건의, 아동 및 청소년 복지이다.

(E-mail: jschun@ewha.ac.kr)

참고문헌

- 고지은. (2013). 지역사회 노인들의 사전의료의향서 작성의향과 불안과의 상관관계. *한국농촌간호학회지*, 3(2), pp.65-73.
- 국가생명윤리정책원. (2019). 연명의료결정제도 시행 1년, 성과와 과제.
- 국립연명의료관리기관. (2022). 소통공간)월별통계. <https://www.lst.go.kr/comm/monthlyStatistics.do>에서 2022. 7. 15. 인출.
- 국가암정보센터. (2022). 통계로 보는 암. <https://www.cancer.go.kr/>에서 2022. 7. 15. 인출.
- 김명숙, 강문희, 김연옥. (2018). 지역사회 재가노인의 사전연명의료의향서 작성의도 영향 요인. *한국콘텐츠학회 논문지*, 18(2), pp.240-247.
- 김미혜, 전제란, 홍성애. (2016). 노인환자의 사전의료의향서 태도 결정에 영향을 미치는 가족기능과 자기효능감 요인. *중소기업융합학회 논문지*, 6(4), pp.123-129.
- 김애리. (2019). 노인의 임종기치료 선호도 영향요인: 죽음준비도, 죽음불안을 중심으로. *한국웰니스학회지*, 14(1), pp.113-123.
- 김연정, 이광자. (2010). 유방암과 간암환자의 자살생각, 사회적지지 및 삶의 의미 간 관계. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 40(4), pp.524-532.
- 김윤희. (1990). 부부관계 · 부모-자녀 의사소통 · 가족기능과 청소년 자녀 비행과의 관계 연구. 박사학위논문, 숙명여자대학교.
- 대한의학회. (2002). 임종환자의 연명치료 중단에 대한 대한의학회의 료윤리지침, 제1보.
- 박은경. (1995). 죽음불안측정도구 개발. 석사학위논문, 고려대학교.
- 서수연. (2019). 사전연명의료의향서에 대한 지식과 태도: 보건소 등록 재가암환자를 대상으로. 석사학위논문, 부산가톨릭대학교.
- 서연미, 신수진. (2019). 입원한 노인 암환자의 연명의료중단에 대한 태도와 죽음불안 및 죽음수용. *중앙간호연구*, 19(3), pp.142-149.
- 서유리. (2017). 노인의 사전의료의향서 태도 영향 요인. 석사학위논문, 대구가톨릭대학교.
- 신준섭, 이영분. (1999). 사회적지지가 실직자의 심리사회적 안녕감에 미치는 영향에 관한 연구. *한국사회복지학회*, 37, pp.241-269.
- 양진향. (2008). 암환자의 생활세계 경험. *대한간호학회지*, 38(1), pp.140-151.
- 오미나, 최외선. (2005). 재가노인과 시설노인의 자아존중감, 죽음불안 및 우울에 관한 연구. *대한간호학회지*, 43(3), pp.105-118.
- 오복자. (2009). 암환자의 대응양식과 불안과의 관계. *중앙간호학회지*, 9(1), pp.23-30.
- 유혜인. (2019). 중년기 성인의 품위 있는 죽음에 대한 태도와 사전연명의료의향서에 대한 지식 및 태도. 석사학위논문, 성균관대학교.
- 이명선, 김종훈, 박은영, 김종남, 유은승. (2010). 치료 중인 암 환자들의 심리사회적 어려움에 관한 포커스 그룹 연구. *성인간호학회지*, 22(1), pp.19-30.
- 이민혜. (2014). 노인 암환자의 사전의사결정에 대한 태도와 가족기능. 석사학위논문, 서울대학교.
- 이민혜, 박연환. (2015). 노인 암 환자의 사전의사결정에 대한 태도와 관련요인. *성인간호학회지*, 27(4), pp.449-458.
- 이선화, 이규은. (2015). 일 종합병원 외래환자와 보호자의 사전의료의향서에 대한 지식, 인식 및 태도. *보건정보통계학회지*, 40(3), pp.117-128.
- 이은영, 박인경, 이일학. (2011). 국가별 사전의료의향서 서식 분석 및 사전의료의향서 표준서식 제안. *생명윤리정책연구*, 5(1), pp.1-25.
- 이지애. (2009). 말기 암환자의 무의미한 연명치료 중단과 사전의사결정에 대한 의료인(의사, 간호사)의 인식-포커스그룹 인터뷰 분석기법-. 석사학위논문, 고려대학교.
- 이창배. (2017). 연명의료 결정을 위한 사전연명의료의향서제도 활성화 방안 연구. 석사학위논문, 동국대학교.
- 이혜림, 박연환. (2014). 복지관 이용 노인의 사전의사결정에 대한 태도. *노인간호학회지*, 16(2), pp.160-169.
- 임유순. (2019). 지역사회 노인의 사전의료의향서에 대한 태도와 가족기능의 관계. 석사학위논문, 아주대학교.
- 정승운, 이해정, 이성화. (2014). 임종기 연명치료 중단 관련 특성과 사전의료의향서에 대한 노인환자의 태도. *동서간호학회연구지*, 20(2), pp.103-111.
- 정은옥. (2018). 지역사회 거주 노인의 사전의료의향서에 대한 태도 및 선호도. 석사학위논문, 중앙대학교.
- 정은주. (2018). 노인 암 환자의 삶의 의미, 좋은 죽음에 대한 인식과 사전의료의향서에 대한 태도. 석사학위논문, 부산대학교.
- 조민정. (2021). 사전돌봄계획. *한국가톨릭호스피스협회 호스피스*, 72, pp.3-7.
- 조성진. (2007). 암환자와 가족에 대한 정신의학적 · 심리사회적 개입. *신경정신의학*, 46(5), pp.430-446.
- 최윤실. (1996). 가족적응력 · 응집성 평가척도(FACES)에 관한 연구 고찰. *한국가정관리학회지*, 14(1), pp.131-145.
- 태영숙, 강은실, 이명화, 박금자. (2001). 암환자가 지각한 사회적 지지, 희망과 삶의 질과의 관계. *재활간호학회지*, 4(2), pp.219-231.

- 하유리. (2016). **암 환자와 가족의 사전의사의향서에 대한 지식과 태도**. 석사학위논문, 연세대학교.
- 하은주. (2020). **암환자의 사전연명의료의향서 작성 의도에 대한 영향 요인**. 석사학위논문, 경상대학교.
- 허대석. (2009). 환자의 자기결정권과 사전의료지시서. *대한의사협회지*, 52(9), pp.865-870.
- 홍명선. (2000). 안락사에 대한 간호사의 의식. *한국보건간호학회지*, 14(2), pp.446-463.
- 황병덕, 최령, 박재우. (2014). 사전의사의향서에 대한 의료기관 종사자들의 인식과 태도. *보건과 사회과학*, 37, pp.25-47.
- Alano, G. J., Pekmezaris, R., Tai, J. Y., Hussain, M. (2010). Factors influencing older adults to complete advance directives. *Palliative and Supportive Care*, 8, pp.267-275.
- Boelk, A. Z., & Kramer, B. J. (2012). Advancing theory of family conflict at the end of life: a hospice case study. *Journal of Pain and Symptom Management*, 44, pp.655-670.
- Bottomley, A., & Jones, L. (1997). Social support and cancer patient-A need for clarity. *European Journal of Cancer Care*, 6, pp.72-77.
- Cannone, P., Tomasini, P., Paul, M., Barlesi, F. & Dany, L. (2019). "I think it's a bit early for now": Impact of psychological factors on drafting advance directives among cancer patients. *Journal of Psychosocial Oncology*, 37(1), pp.37-49.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2016). *Advance care planning: ensuring your wishes are known and honored if you are unable to speak for yourself*. <http://www.cdc.gov/aging/pdf/advanced-care-planning-critical-issue-brief.pdf>에서 2021. 4. 29. 인출.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psycho-somatic Medicine*, 38(5), pp.300-314.
- Del Pozo, P. K., Hidalgo, J. L., Herráez, M. J., Bravo, B. N., Rodríguez, J. O., & Guillén, V. G. (2014). Study of the factors influencing the preparation of advance directives. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 58(1), pp.20-24.
- House, J. S. (Eds.). (1981). *Work stress and social support*. Addison-Wesley Publishing Co.
- Kim, S. H. (2011). Factors influencing preferences of Korean people toward advance directives. *Nursing Ethics*, 18(4), pp.505-513.
- Larson, D. G., & Tobin, D. R. (2000). End-of-life conversations: evolving practice and theory. *Journal of American Medical Association*, 284(12), pp.1573-1578.
- Lawrence, J. F. (2009). The advance directive prevalence in long-term care: A comparison of relationships between a nurse practitioner healthcare model and a traditional healthcare model. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 21(3), pp.179-185.
- Matsui, M. (2007). Perspectives of elderly people on advance directives in Japan. *Journal of Nursing Scholarship*, 39(2), pp.172-176.
- McLaughlin, L. A., & Braun, K. L. (1998). Asian and Pacific Islander cultural values: Considerations for health care decision making. *Health & Social Work*, 23(2), pp.116-126.
- Miyashita, J., Yamamoto, Y., Shimizu, S., Aoki, T., Azuma, T., Takada, T. et al. (2019). *Association between social networks and discussions regarding advance care planning among Japanese older adults*, 14(3), e0213894. Hemachandra Reddy, Texas Technical University Health Sciences Center.
- Nolan, M. T., & Bruder, M. (1997). Patients' attitudes toward advance directives and end-of-life treatment decisions. *Nursing Outlook*, 45(5), pp.204-208.
- Norbeck, J. S. (1981). Social support, a model for clinical research and application. *Advance in Nursing*, 4(2), pp.43-59.
- Olson, D. H., Portner, J., & Lavee, Y. (1985). Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales III. *Handbook of measurements for marriage and family therapy*, 180.
- Olson, D. H., McCubbin, H. I., Barnes, H., Larsen, A., Muxen, M., & Wilson, M. (1982). *Parent Adolescent Communication Scale*. Minneapolis, MN: University of Minnesota Family Inventories.
- Payne, M. (2010). Advance care planning is participative social work practice. *Revista Portuguesa de Pedagogia(psychologica)*, 30, pp.105-119.
- Respecting Choices. (2000). *Advance Care Planning Facilitator Certification Manual*. <https://respectingchoices.org>에서 2021. 12. 12. 인출.
- Schonwetter, R. S., Walker, R. M. & Robinson, B. E. (1995). The lack of advance directives among hospice patients. *The Hospice Journal*, 10(3), pp.1-11.
- Sahm, S., Will, R., & Hommel, G. (2005). What are cancer patients'preferences about treatment at the end of life, and

- who should start talking about it? A comparison with healthy people and medical staff. *Supportive Care in Cancer*, 13(4), pp.206-214.
- Van Scoy, L. J., Howrylak, J., Nguyen, A., Chen, M., & Sherman, M. (2014). Family structure, experiences with end-of-life decision making, and who asked about advance directives impacts advance directive completion rates. *Journal of Palliative Medicine*, 17(10), pp.1099-1106.
- WHO. (2011). *Palliative care for older people; better practices*. <http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/palliativ>
- e-care-for-older-people-better-practices에서 2021. 4. 29. 인출.
- Zheng, R. J., Fu, Y, Xiang, Q. F., Yang, M., Chen, L., Shi, Y.K., Yu, C. H., & Li, J. Y. (2016). Knowledge, attitudes, and influencing factors of cancer patients toward approving advance directives in China. *Support Care Cancer*, 24, pp.4097-4103.
- Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G. & Farley, G. K. (1988). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment*, 52, pp.30-41.

Factors Influencing the Attitudes toward the Advanced Directives of Patients with Cancer: Focusing on the Psychological, Family, and Social Aspects

Jin, Yujeong¹ | Chun, JongSerl¹

¹ Ewha Womans University

Abstract

This study aimed to contribute to the dignified death of patients with cancer by investigating psychological, family, and social factors affecting patients' advanced directives(AD). From March to September 2021, a face-to-face survey was conducted on 182 adult cancer patients aged 19 or older in a general hospital in Gyeonggi-do, and a hierarchical regression analysis was conducted. As a result, the family function showed a significantly positive correlation with AD($\beta=.280$, $p<.01$). Through analysis including sub-areas of major variables, the lower the anxiety regarding loss of existence($\beta=-.332$, $p<.001$) among the sub-areas of death anxiety, the higher the support of medical personnel($\beta=.179$, $p<.01$) among the sub-areas of social support, and the higher the family adaptability($\beta=.347$, $p<.05$) among the sub-areas of family function, the more positive the attitudes were toward AD. This suggested that the supportive approach of medical personnel and experts and the evaluation of family dynamics are important, along with mitigating death anxiety through the assignment of subjectivity to patients in the AD process. The results of this study can be used as a theoretical basis for activating AD for patients with the No. 1 cause of death in Korea.

Keywords: Patients with Cancer, Life Sustaining Treatment, Advanced Directives, Influencing Factor