

입원 암환자의 죽음준비와 죽음불안

Readiness for Death and Death Anxiety among Hospitalized Cancer Patients

권향숙*, 서인선**, 김현경**

전북대학교병원 암센터*, 전북대학교 간호대학**

Hyang-Suk Kwen(wp416@hanmail.net)*, In-Sun Suh(sis@jbnu.ac.kr)**,

Hyun-Kyung Kim(kimhk@jbnu.ac.kr)**

요약

본 연구는 암환자의 죽음준비와 죽음불안 정도 및 그 관계를 파악하기 위한 서술적 조사연구이다. 연구 대상은 암으로 진단 받고 4개 병원에 입원 중인 환자 183명으로 자료수집은 2010년 5월에 이루어졌다. 자료분석은 SPSS WIN 20.0 프로그램을 이용하여 서술통계, independent t-test, one-way ANOVA, Pearson's correlation coefficient를 산출하였다. 대상자의 죽음준비 정도는 4점 만점에 1.99(±0.69)점으로 심리적 준비 정도가 가장 높았으며, 죽음불안 정도는 4점 만점에 2.21(±0.59)점으로 죽음과정에 대한 불안이 가장 높게 나타났다. 죽음준비와 죽음불안간의 상관관계는 통계적으로 유의하지 않았다. 대상자의 특성에 따른 죽음준비 정도는 연령, 내세관, 암 병기, 투병기간 및 증상 수에서, 죽음불안 정도는 신앙심과 내세관에서 유의한 차이를 보였다. 암환자들은 특히 죽음과정에 대한 불안이 높기 때문에 투병 및 임종과정에서 겪게 되는 불안을 경감시켜 줄 필요가 있으며, 아울러 영적 간호중재가 포함되어야 함을 제안한다.

■ 중심어 : | 암환자 | 죽음준비 | 죽음불안 |

Abstract

This study was conducted to examine the readiness for death and death anxiety among hospitalized cancer patients. A convenience sample of 183 cancer patients admitted to four hospitals in Korea was recruited for this study. Data were collected in 2010. Collected data were analyzed with descriptive statistics, independent t-test, one-way ANOVA, and Pearson's correlation coefficient. The mean scores of readiness for death and death anxiety were 1.99(±0.69) and 2.21(±0.59) out of 4, respectively. 'Psychological readiness' showed the highest mean score among the death anxiety domains, and 'dying process' had the highest mean score among the death anxiety domains. No statistically significant correlation was found between readiness for death and death anxiety. Readiness for death was statistically significantly different according to age, afterlife beliefs, stage of cancer, duration of disease, and number of symptoms. Death anxiety showed significant difference according to faith in God and afterlife beliefs. Distress in the process of dying needs to be managed for cancer patients and spiritual interventions should be considered to relieve death anxiety.

■ keyword : | Cancer Patients | Death | Readiness | Anxiety |

I. 서론

1. 연구의 필요성

우리나라의 암 발생 건수는 2009년 192,561건으로 1999년 101,032건 대비 90.6%가 증가하였고, 2015년에는 270,809건으로 2009년 대비 40.6%가 증가할 것으로 추정된다[1]. 또한 암 사망자는 2010년 총 72,046명 즉 전체 사망자의 28.2%로 사망원인 제1위를 차지하였고, 2015년에는 80,258명이 암으로 사망하여 2010년 대비 11.4%가 증가할 것으로 추정하고 있다[1].

최근 암 진단기술과 치료방법의 발전으로 암 생존율이 향상되었으나, 암 진단을 받은 환자와 가족은 여전히 '죽음'이라는 단어를 떠올리며 충격을 받게 되고 치료효과와 예후가 명확하지 않은 불확실한 상황 속에서 심한 정서적인 혼란을 경험한다[2]. 암의 의미는 개인적으로 다를 수 있지만 일반적으로 암환자들은 생존 및 자아상의 위협과 관련된 불안, 우울, 무력감, 무가치감, 소외감, 체념, 부정 등의 심리·사회적 반응을 경험하며 [3], 암을 진단받고 치료하는 과정 중에 생사의 기로에서 분투하면서 수없이 자신의 죽음에 직면할 수밖에 없기 때문에[4], 죽음을 자기 자신의 절실한 문제로 이해하고 삶과 죽음의 의미를 깊이 생각하게 된다.

죽음불안은 죽음이라는 사건과 죽어가는 과정에 대해 인간이 보이는 불안, 혐오감, 파멸감, 거부, 부정 등 부정적 감정을 유발하는 심리적 과정이며[5], 인간이라면 누구도 피할 수 없고 동시에 알 수 없는 세계로서 인생애에 걸쳐 감지되는 것이다[6]. 이러한 죽음불안은 암의 자연스러운 결과로 간주될 수 없으며, 해결되지 않은 심리적·신체적 고통과 관련되어 있다[7]. 그러므로 간호사는 암환자 각 개인이 지닌 죽음불안의 양상과 정도를 파악하여 이를 극복할 수 있도록 격려하고 남은 생애동안 높은 삶의 질을 유지하고 평온한 죽음을 맞이할 수 있도록 도와야 할 것이다.

죽음이 인간에게 있어 피할 수 없는 현상이라면 죽음에 대한 준비는 필연적이고[8], 죽음을 이해하고 준비할 때 인간은 죽음에 대한 두려움과 고통에서 조금이나마 벗어날 수 있게 될 것이다[9]. 죽음이 어둡고 금기시 해야만 하는 문제가 아니라 죽음을 맞이하는 방식을 미리

가족과 협의하고 유서로 작성함으로써, 자기가 죽음을 맞이하는 방식뿐만 아니라 자신의 삶도 되돌아보고 인간다운 죽음, 즉 품위 있는 죽음을 맞이할 수 있어야 한다[10]. 죽음준비는 죽음에 대한 불안을 감소시키면서 [11-13] 남은 삶을 더욱 보람 있게 마무리할 수 있도록 하기 때문에 암환자에게 더욱 절실하게 필요하다고 생각된다.

죽음준비나 죽음불안에 관한 연구들은 주로 노인을 대상으로 죽음준비 정도[14][15], 죽음불안 정도[13][16-21], 죽음준비와 죽음불안간의 관계[13][19][20], 죽음불안의 영향요인[5][22], 죽음준비교육 프로그램의 효과[11][15][20][23] 등을 파악하고자 하였다. 한편 암환자를 대상으로는 국외에서 죽음불안과 영향요인 [7][24], 말기암환자의 죽음불안과 삶의 질[25], 질적 연구를 통해 뇌종양 환자의 죽음불안[26]이 연구되었고, 국내에서는 암환자의 죽음불안과 건강통제위[27], 또는 삶의 의미와 역기능적 의사소통[28] 간의 관계 연구 등 소수에 불과하였으며, 암환자의 죽음불안을 죽음준비와의 관계 측면에서 파악하고자 한 연구는 찾아보기 어려웠다.

이에 본 연구는 암환자의 죽음준비와 죽음불안 정도를 살펴보고 그 관계를 파악함으로써 암환자의 죽음불안을 완화시킬 수 있는 간호중재를 개발하기 위한 기초 자료를 제공하고자 시도되었다.

2. 연구목적

본 연구의 목적은 암환자의 죽음준비와 죽음불안 정도 및 그 관계를 파악하기 위한 위함이며, 구체적인 목적은 다음과 같다.

- 1) 암환자의 죽음준비와 죽음불안 정도를 파악한다.
- 2) 암환자의 죽음준비와 죽음불안 간의 관계를 규명한다.
- 3) 암환자의 특성에 따른 죽음준비와 죽음불안의 차이를 확인한다.

II. 연구방법

1. 연구설계

본 연구는 암환자의 죽음준비와 죽음불안 정도 및 그 관계를 파악하기 위한 서술적 조사연구이다.

2. 연구대상 및 자료수집 방법

본 연구는 일 지역 1,000병상 이상의 2개 대학병원과 300병상 이상의 2개 이차병원에서 암으로 진단 받고 입원중인 환자를 근접모집단으로 하여 전문의로부터 암 진단을 받고 본인이 진단명을 알고 있는 자, 만 20세 이상의 성인, 질문지를 읽고 응답할 수 있거나 의사소통이 가능한 자로서 본 연구의 목적을 이해하고 연구 참여를 수락한 183명을 대상으로 하였다.

본 연구를 위하여 일개 대학병원의 임상연구윤리위원회의 승인(연지740-274, 2010.5.10)을 거쳤으며, 그 외 3개 병원은 해당 병원 책임자의 허락과 수간호사 및 담당 간호사의 협조를 얻어서 진행하였다.

연구대상자 선정을 위해 각 기관의 전문의나 간호사에게 대상자 선정기준을 설명하고 환자 명단을 제공받거나, 연구자가 의무기록을 통해 확인하였다. 연구자와 사전 교육을 받은 연구 보조원 4명이 병실을 방문하여 대상자에게 본 연구의 목적과 방법, 연구 참여의 자율성 및 비밀보장에 대해 설명한 후, 연구 참여에 동의한 경우에 서면 동의서를 받고 자료를 수집하였다.

자료수집은 대상자가 구조화된 설문지를 직접 읽고 작성하도록 하거나, 읽거나 쓰기에 어려움이 있는 경우 일대일 면담을 통해 직접 읽어주고 설문지에 대신 기입하였으며, 소정의 선물로 감사를 표하였다. 대상자가 기입한 진단명과 암 병기는 의무기록을 참조하여 연구보조원이 확인하였다.

연구대상자 수의 산출은 G*power 3.1.3 프로그램을 이용하였다[29]. 본 연구에서 사용되는 통계방법 중 표본크기가 가장 많이 필요한 one-way ANOVA test는 중간 정도의 효과크기 .25, 유의수준 .05, 통계적 검정력 .80, 집단 수 4를 투입한 결과 180명이 필요한 것으로 나타났다. 탈락률을 고려하여 총 205명에게 설문지를 배부하였고, 이 중 암 병기를 구분할 수 없거나 응답이 불

충분한 설문지 22부를 제외한 총 183부가 분석에 포함되었다. 자료수집 기간은 2010년 5월 11일부터 5월 24일까지 이었다.

3. 연구도구

3.1 죽음준비

대상자의 죽음준비 정도를 측정하기 위하여 유희옥[30]이 중노년기 성인을 대상으로 개발하고 최소영[13]이 수정 보완한 3개 영역, 총 9문항의 죽음준비 측정도구를 사용하였다. 본 도구는 물리적 준비 4문항, 심리적 준비 3문항, 사후준비 2문항의 총 3개 영역으로 구성되어 있다. 각 문항에 대하여 '전혀 그렇지 않다' 1점부터 '매우 그렇다' 4점까지의 4점 Likert 척도로 측정하도록 되어 있으며, 점수가 높을수록 죽음준비 정도가 높음을 의미한다. 최소영[13]의 연구에서 도구의 신뢰도 Cronbach's α 값은 .75 이었으며, 본 연구에서의 α 값은 .77 이었다.

3.2 죽음불안

대상자의 죽음불안 정도를 측정하기 위하여 박은경[31]이 개발하고 오미나와 최외선[17]에 의해 수정·보완된 도구를 사용하였다. 본 도구는 존재상실에 대한 불안 6문항, 죽음과정에 대한 불안 9문항, 사후결과에 대한 죽음불안 5문항으로 3개 영역 총 20문항으로 구성되었다. 각 문항은 '전혀 그렇지 않다' 1점부터 '매우 그렇다' 4점까지의 4점 Likert 척도로 측정하도록 되어 있으며, 점수가 높을수록 죽음불안 정도가 높음을 의미한다. 오미나와 최외선[17]의 연구에서 Cronbach's α 값은 .81 이었으며, 본 연구에서의 α 값은 .86 이었다.

4. 자료분석방법

수집된 자료는 SPSS WIN 20.0 통계프로그램을 이용하여 분석하였다. 대상자의 특성은 실수와 백분율을 구하였고, 죽음준비와 죽음불안 정도는 평균과 표준편차를, 죽음준비와 죽음불안의 관계는 Pearson's correlation coefficient를 산출하였다. 대상자의 특성에 따른 죽음준비와 죽음불안의 차이는 independent t-test, one-way ANOVA와 Scheffé 사후검정으로 분석하였다.

III. 연구결과

1. 대상자의 특성

연구대상자의 특성은 [표 1]과 같다. 대상자의 성별은 남성 53.0%, 여성 47.0% 이었다. 대상자의 평균 연령은 59.2(±12.6)세로서 40~64세가 55.0%로 가장 많았고, 65세 이상 37.1%, 39세 이하 7.9%의 순이었다. 교육정도는 고등학교 졸업 32.8%, 초등학교 졸업 이하 31.1%, 중학교 졸업 20.8%의 순이었다. 배우자는 있다고 응답한 경우가 79.2%로 대부분을 차지하였다. 종교가 있는 경우는 76.0% 이었고, 신앙심을 갖지 않음 44.8%, 보통 33.3%, 깊음 21.9%의 순이었다. 내세를 믿지 않는 경우는 36.1%, 믿는 경우 32.8%, 내세관이 불분명한 경우는 31.1% 이었다.

표 1. 대상자의 특성 (N=183)

특성	구분	n	%
성별	남	97	53.0
	여	86	47.0
연령	39세 이하	14	7.9
	40~64세	98	55.0
	65세 이상	66	37.1
교육정도	초졸이하	57	31.1
	중졸	38	20.8
	고졸	60	32.8
	대졸이상	28	15.3
배우자	유	145	79.2
	무	38	20.8
종교	유	139	76.0
	무	44	24.0
신앙심	갖지않음	82	44.8
	보통	61	33.3
	깊음	40	21.9
내세관	믿지않음	66	36.1
	잘 모름	57	31.1
	믿음	60	32.8
암 종류	소화기암	90	49.2
	호흡기암	28	15.3
	여성암	43	23.5
	기타	22	12.0
암 병기	1-2기	64	35.0
	3-4기	119	65.0
투병기간	6개월 미만	66	36.3
	6~11개월	25	13.7
	12~23개월	27	14.8
	24개월 이상	64	35.2
치료형태	단일요법	59	32.8
	병합요법	121	67.2
증상 수	1가지	94	51.4
	2가지	49	26.8
	3가지 이상	40	21.8

대상자의 질병 특성 중 암 종류는 소화기암이 49.2%로 가장 많았고, 여성암 23.5%, 호흡기암 15.3%의 순으로 높게 나타났으며, 암 병기는 4기 33.3%, 3기 31.7%, 2기 21.3%, 1기 13.7%의 순으로 나타났다. 투병기간은 6개월 미만이 36.3%, 2년 이상이 35.2%의 순으로 많았다. 암 치료는 수술, 항암화학요법, 방사선치료, 민간요법 등 2가지 이상을 병합한 경우가 67.2% 이었다. 환자를 고통스럽게 하는 신체증상(통증, 오심, 구토, 수면장애, 식욕부진, 기침, 호흡곤란 등)이 1가지인 경우는 51.4% 이었고, 2가지인 경우는 26.8%, 3가지 이상인 경우는 21.8%로 나타났다.

2. 대상자의 죽음준비와 죽음불안 정도

대상자의 죽음준비 정도는 4점 만점에 평균 1.99(±0.69)점으로 나타났다[표 2]. 이를 영역별로 살펴보면, 심리적 준비가 평균 2.37(±0.87)점으로 가장 높았고, 사후준비 2.18(±1.02)점, 물리적 준비 1.63(±0.73)점의 순으로 나타났다. 문항별로는 심리적 준비 영역의 '회생가능성이 없을 경우 심폐소생술 실시여부에 대해 생각해봄'이 2.69(±1.32)점, '자신의 죽음준비에 대해 생각해봄'이 2.64(±1.06)점으로 높게 나타난 반면 '죽음에 대비하여 가족과 의논함'은 1.77(±1.08)점으로 상대적으로 낮게 나타났다.

표 2. 대상자의 죽음준비 정도 (N=183)

영역	문항	M±SD
심리적 준비	심폐소생술 실시여부에 대한 생각	2.69±1.32
	자신의 죽음준비에 대해 생각해봄	2.64±1.06
	죽음에 대비하여 가족과 의논함	1.77±1.08
	소계	2.37±0.87
물리적 준비	재산에 관한 일을 가족과 의논함	1.97±1.13
	영정사진 준비	1.83±1.24
	유언장 준비	1.40±0.92
	수의 준비	1.36±0.92
	소계	1.63±0.73
사후 준비	장례유형 결정	2.61±1.37
	제사문제(추도예식) 가족과 상의	1.75±1.10
	소계	2.18±1.02
전체 죽음준비		1.99±0.69

사후준비 영역에서는 ‘장례유형 결정’이 2.61(±1.37) 점으로 높았으나 ‘제사문제(추도예식)을 가족과 상의한다’는 1.75(±1.10)점으로 낮게 나타났다. 물리적 준비 영역에서는 ‘재산에 관한 일을 가족과 의논함’이 1.97(±1.13)점으로 가장 높았고 ‘수의 준비’는 1.36(±0.92)점으로 가장 낮은 점수를 나타내었다.

표 3. 대상자의 죽음불안 정도 (N=183)

영역	문항	M±SD
죽음과정	죽음과정이 길어지면 살고 싶은 마음이 없다.	3.11±1.09
	죽을 때 고통이 있을 까봐 두렵다.	2.95±1.04
	임종과정이 길어져서 남에게 폐가 될 수 있다는 사실이 두렵다.	2.85±1.06
	임종과정이 길어져서 가족들에게 경제적 부담이 될까 봐 두렵다.	2.70±1.19
	오래 살아서 자식이 먼저 죽을까 두렵다.	2.49±1.28
	죽기 직전 숨이 막히는 순간이 가장 두렵다.	2.40±1.18
	죽음에 임박했을 때 나의 모습이 초라해질까 봐 두렵다.	2.26±1.21
	가까운 친지의 죽음과정을 보는 것이 두렵다.	2.13±1.07
	병원은 너무 살벌한 장소이므로 병원에서 임종하는 것이 두렵다.	2.05±1.07
소계	2.61±0.68	
사후결과	내가 책임져야 할 사람들을 남기고 떠나는 것이 두렵다.	2.60±1.21
	죽으면 사랑하는 사람들을 볼 수 없기 때문에 두렵다.	2.28±1.21
	이승에 잘못된 업보가 내세에서 나타날까 봐 잘 정리하고 맞고 싶다.	2.24±1.19
	죽으면 내가 하고 싶은 것을 더 이상 할 수 없기 때문에 두렵다.	2.05±1.09
	죽음 후에 어떻게 될지 모르기 때문에 두렵다.	1.72±0.99
소계	2.18±0.75	
존재상실	삶을 잘 마무리 하지 못하고 급작스럽게 죽을 까봐 두렵다.	2.39±1.16
	매장은 어두컴컴한 곳에 갇히는 느낌이어서 두렵다.	1.70±1.05
	내가 죽더라도 이 세상이 문제없이 잘 돌아갈 것이라는 사실이 슬프다.	1.63±0.99
	죽은 후 내 육체가 보여지고, 묻거나 재로 뿌려지기까지의 과정이 끔찍하다.	1.62±0.96
	이승에서 내가 해 오던 것이 없으므로 죽음이 두렵다	1.61±0.93
	화장은 두 번 죽이는 것이기 때문에 두렵다.	1.56±0.95
소계	1.74±0.71	
전체 죽음불안	2.21±0.59	

대상자의 죽음불안 정도는 4점 만점에 평균 2.21

(±0.59)점으로 나타났다. 이를 영역별로 살펴보면, 죽음 과정에 대한 불안이 2.61(±0.68)점으로 가장 높았으며, 다음으로는 사후결과에 대한 불안 2.18(±0.75)점, 존재 상실에 대한 불안 1.74(±0.71)점의 순이었다. 문항별로는 ‘만일 회생가능성이 없을 경우 죽음의 과정이 길어지면 살고 싶은 마음이 없다’가 3.11(±1.09)점으로 죽음 불안 정도가 가장 높았으며, ‘죽을 때 고통이 있을까봐 두렵다’(2.95±1.04), ‘임종과정이 길어져서 남에게 폐가 될 수 있다는 사실이 두렵다’(2.85±1.06), ‘임종과정이 길어져 가족들에게 경제적 부담이 될까 봐 두렵다’(2.70±1.19)의 순으로 높게 나타났다. 한편 죽음불안 정도가 낮은 문항은 ‘화장은 두 번 죽이는 것이기 때문에 두렵다’(1.56±0.95), ‘이승에서 내가 해오던 것이 없으므로 두렵다’(1.61±0.93)의 순으로 낮게 나타났다 [표 3].

3. 대상자의 죽음준비와 죽음불안 간의 관계

대상자의 죽음준비와 죽음불안 간에는 통계적으로 유의한 상관관계를 나타내지 않았다($r=-.104, p=.165$). 죽음준비는 죽음불안의 하위영역 중 존재상실($r=-.164, p=.028$)과, 죽음불안은 죽음준비의 하위영역인 사후준비($r=-.196, p=.008$)와 통계적으로 유의한 역 상관관계를 보였으나 그 상관성은 미약하였다. 하위영역별로는 사후준비는 존재상실에 대한 불안($r=-.263, p<.001$) 및 사후결과에 대한 불안($r=-.181, p=.014$)과 통계적으로 유의한 역 상관관계를 나타내었으나, 그 상관성 역시 미약하였다[표 4].

표 4. 대상자의 죽음준비와 죽음불안 간의 관계 (N=183)

		죽음 불안 $r(\rho)$	죽음불안 영역		
			죽음 과정 $r(\rho)$	존재 상실 $r(\rho)$	사후 결과 $r(\rho)$
죽음준비		-.104 (.165)	.047 (.528)	-.164 (.028)	-.132 (.075)
죽음준비 영역	심리적	.003 (.972)	.143 (.053)	-.107 (.152)	-.044 (.556)
	물리적	-.077 (.301)	.014 (.851)	-.064 (.389)	-.115 (.122)
	사후	-.196 (.008)	-.050 (.500)	-.263 (<.001)	-.181 (.014)

4. 대상자의 특성에 따른 죽음준비와 죽음불안의 차이

대상자의 특성에 따른 죽음준비와 죽음불안의 차이는 [표 5]와 같다. 대상자의 특성에 따른 죽음준비 정도는 연령($F=6.847, p<.001$), 내세관($F=3.486, p=.033$), 암 병기($F=-2.755, p=.006$), 투병기간($F=8.088, p<.001$) 및 증상 수($F=3.171, p=.044$)에서 통계적으로 유의한 차이가 있었다. 즉 대상자의 연령에 따른 죽음준비 정도의 차이는 사후검정 결과 65세 이상의 군(2.23 ± 0.76)이 40~64세(1.89 ± 0.64), 39세 미만의 군(1.67 ± 0.34)보다 죽음준비 정도가 높게 나타났다. 내세관에 따른 죽음준비 정도의 차이는 사후검정 결과 내세를 믿는 군

(2.15 ± 0.76)이 내세관이 불분명한 군(1.82 ± 0.60)에 비해 죽음준비 정도가 높았다. 암 병기가 3~4기인 군이 1~2기인 군에 비해 죽음준비 정도가 높게 나타났다. 투병기간에 따른 죽음준비 정도는 사후검정 결과 투병기간이 12~23개월(2.27 ± 0.70), 24개월 이상인 군(1.99 ± 0.69)이 6개월 미만(1.70 ± 0.56)인 군보다 죽음준비 정도가 높았다. 증상 수에 따른 죽음준비 정도는 사후검정 결과 집단 간에 유의한 차이가 없는 것으로 나타났다.

대상자의 특성에 따른 죽음불안 정도는 신앙심($F=7.308, p=.001$)과 내세관($F=6.424, p=.002$)에서 통계적으로 유의한 차이를 보였다. 사후검정 결과 신앙이 깊지 않은 군(2.35 ± 0.57)이 신앙이 깊은 군(1.93 ± 0.57)에

표 5. 대상자의 특성에 따른 죽음준비와 죽음불안의 차이

(N=183)

특성	구분	죽음준비				죽음불안			
		M±SD	t or F	p	Scheffé	M±SD	t or F	p	Scheffé
성별	남	1.98±0.67	-0.305	.761		2.18±0.54	-0.606	.545	
	여	2.01±0.70				2.24±0.64			
연령	39세 미만 ^a	1.67±0.34	6.847	.001	c)a,b	2.30±0.45	2.402	.201	
	40~64세 ^b	1.89±0.64				2.28±0.60			
	65세 이상 ^c	2.23±0.76				2.08±0.57			
교육정도	초졸 이하	2.12±0.72	1.023	.384		2.16±0.61	0.634	.594	
	중졸	1.96±0.73				2.24±0.69			
	고졸	1.96±0.65				2.19±0.53			
	대졸 이상	1.99±0.69				2.34±0.51			
배우자	유	1.94±0.63	-1.649	.106		2.25±0.58	1.865	.064	
	무	2.19±0.86				2.05±0.59			
종교	유	2.00±0.70	0.184	.854		2.17±0.56	-1.734	.085	
	무	1.98±0.64				2.34±0.66			
신앙심	깊지 않음 ^a	2.04±0.59	2.032	.134		2.35±0.57	7.308	.001	a)c
	보통 ^b	1.85±0.73				2.20±0.56			
	깊음 ^c	2.11±0.77				1.93±0.57			
내세관	믿음 ^a	2.15±0.76	3.486	.033	a)c	2.02±0.61	6.424	.002	c)a
	믿지 않음 ^b	2.01±0.66				2.22±0.56			
	잘 모름 ^c	1.82±0.60				2.40±0.53			
암 종류	소화기암	2.04±0.73	0.736	.532		2.14±0.57	1.768	.155	
	호흡기암	2.00±0.54				2.35±0.55			
	여성암	1.86±0.63				2.32±0.64			
	기타	2.06±0.78				2.09±0.59			
암 병기	1~2기	1.81±0.58	-2.755	.006		2.21±0.61	0.014	.989	
	3~4기	2.10±0.72				2.21±0.58			
투병기간	6개월 미만 ^a	1.70±0.56	8.088	<.001	c,d)a	2.32±0.57	1.882	.134	
	6~11개월 ^b	1.96±0.60				2.11±0.63			
	12~23개월 ^c	2.27±0.70				2.03±0.46			
	24개월 이상 ^d	1.99±0.69				2.22±0.63			
치료형태	단일요법	2.05±0.75	0.831	.407		2.13±0.57	-1.433	.154	
	병합요법	1.96±0.64				2.26±0.58			
증상 수	1가지	1.92±0.67	3.171	.044		2.16±0.57	2.691	.071	
	2가지	2.20±0.69				2.16±0.54			
	3가지 이상	1.91±0.69				2.40±0.64			

비해 죽음불안 정도가 높았고, 내세관이 불분명한 군(2.40±0.53)이 내세를 믿는 군(2.02±0.61)에 비해 죽음불안 정도가 높게 나타났다[표 5].

IV. 논의

본 연구에서 대상자의 죽음준비 정도는 4점 만점에 평균 1.99점으로 중간정도로 나타났다. 이는 연구 대상자와 측정도구의 특성에 차이가 있어 절대비교 하기는 어렵지만, 노인을 대상으로 한 이예종[20]과 최소영[13]의 연구에서 4점 만점에 각각 2.86점과 2.39점, 박기정[19]의 연구에서 5점 만점에 3.02점이었던 것에 비해 상대적으로 죽음준비 정도가 낮은 것을 볼 수 있다. 이는 치료기술의 발달로 암 생존율이 빠르게 증가하고 있고 대상자의 평균 연령이 59.2세로 노인을 대상으로 한 연구들보다 평균 연령이 낮으므로 죽음준비의 필요성을 덜 느끼기 때문으로 사료된다. 대상자의 죽음준비 정도를 영역별로 살펴보면, 심리적 준비, 사후준비, 물리적 준비의 순으로 높게 나타나 노인을 대상으로 한 선행연구들[13][19]에서 사후준비, 심리적 준비, 물리적 준비의 순으로 높게 나타났던 결과와는 약간의 차이를 보인다. 이러한 결과는 암환자를 대상으로 죽음준비 교육을 계획할 때, 사후준비나 물리적 준비에 앞서 심리적 측면의 죽음 준비가 우선될 필요가 있음을 시사한다.

대상자의 죽음불안 정도는 4점 만점에 2.21점으로 측정도구에 차이가 있어 직접 비교하기는 어렵지만, 암환자를 대상으로 한 정혜숙[25]의 연구에서의 2.64점에 비해 약간 낮은 점수이다. 또한 노인을 대상으로 한 선행연구들[16][17][21][22]에서 2.32~2.61점이었던 것에 비해서도 낮게 나타났는데, 이러한 차이는 대상자의 특성 차이에 기인한 것으로 사료된다. 대상자들의 영역별 죽음불안 정도는 죽음과정, 사후결과, 존재상실에 대한 불안의 순으로 높게 나타나 죽음으로 인해 자신의 존재가 이 세상에서 사라지거나 죽음 후에 일어나게 될 일에 대한 불안보다는 임종 과정에 대한 불안이 더 높았으며, 이는 노인을 대상으로 한 선행연구들[16][17][21]의 결과를 지지하였다. 즉 암환자들은 무의미한 생명연장, 임종과정에서 자신이 겪게 될 고통스러운 증상과 가족

이나 주위 사람들에게 미칠 정서적·경제적 부담에 대한 불안이 높았다. 이러한 결과는 암환자의 죽음불안을 낮추기 위해서는 암환자가 투병 및 임종과정에서 겪게 되는 고통스러운 신체증상과 부담감을 경감시키고 호스피스·완화의료에 대한 충분한 정보를 제공해야 함을 시사한다.

본 연구에서 죽음준비와 죽음불안 간에 유의한 상관관계가 없었는데, 이는 노인에서 죽음준비 정도가 높을수록 죽음불안이 낮다고 보고했던 선행연구들[13][20]의 결과와는 차이를 보인다. 갑작스런 암선고와 함께 투병해 나가면서 암환자가 경험하는 죽음불안은 발달단계상 죽음을 예견하고 서서히 준비해 나가는 노인의 죽음불안과는 그 특성에 있어서 차이가 있을 것으로 사료된다. 암환자에서 죽음준비와 죽음불안 간에 유의한 상관관계가 나타나지 않은 결과를 통해 다른 매개변수나 외생변수들의 작용이 있을 것으로 사료된다. 따라서 죽음준비와 죽음불안 간의 매개변수나 다른 영향요인들을 파악하기 위한 추후 연구가 필요하고, 본 연구가 암환자의 죽음준비와 죽음불안 간의 관계를 규명한 첫 시도임에 비추어 볼 때, 추후 암환자를 대상으로 반복 연구가 필요하다. 영역별로는 장례유형을 결정하거나 제사문제나 추도예식을 가족과 상의하는 사후 죽음준비 정도가 높을수록 존재상실 및 사후결과에 대한 죽음불안 정도가 낮았다. 이러한 결과는 영역별 상관관계를 조사한 선행연구가 없어 비교하기는 어렵지만, 사후준비가 암환자의 죽음불안을 낮추는데 도움이 될 수 있음을 시사한다. 한편, 심리적 죽음준비와 물리적 죽음준비는 죽음불안의 어떤 영역과도 유의한 상관성을 보이지 않아 노인의 심리적 죽음준비가 죽음불안에 영향을 미치는 요인이라고 보고했던 박기정[19]의 연구결과와는 차이를 보인다. 본 연구에서 대상자들은 죽음불안의 영역 중 죽음과정에 대한 불안이 가장 높았으므로, 추후 죽음과정에 대한 불안을 감소시킬 수 있는 간호중재의 연구 및 개발이 요구된다.

대상자의 특성에 따른 죽음준비 정도는 연령, 내세관, 암 병기, 투병기간 및 증상 수에서 유의한 차이가 있었다. 본 연구에서 65세 이상의 노인 암환자에서 죽음준비 정도가 더 높았는데, 이는 측정도구와 연구대상은

다르지만 노인을 대상으로 한 박기정[19]과 최소영[13]의 연구에서 연령이 높을수록 죽음준비 정도가 높았던 것과 맥락을 같이 한다. 본 연구에서 암의 병기가 3~4기인 대상자들이 1~2기인 대상자에 비해 죽음준비 정도가 높았고, 투병기간이 1년 이상인 경우 6개월 미만 에 비해 죽음준비 정도가 높게 나타나 암환자들은 암 초기보다는 진행된 상태에서, 암으로 진단 받고 투병을 시작하게 되면서 점차적으로 죽음을 준비해 나간다고 볼 수 있다.

본 연구에서 대상자의 특성에 따른 죽음불안 정도는 신앙심과 내세관에서 유의한 차이가 있었다. 본 연구에서 종교 유무에 따라 죽음불안에 유의한 차이가 없어 선행연구들[16][20]의 결과를 지지하였으나, 종교가 없는 사람의 죽음불안이 높다는 결과[32]와는 차이를 보였다. 반면 신앙심이 깊지 않다고 응답한 대상자가 깊다고 응답한 대상자에 비해 죽음불안이 높게 나타났는데, 신앙심[5], 종교활동[22]과 죽음불안 간의 유의한 관련성을 보고했던 선행연구들의 결과를 지지한다. 그러나 일부 연구들은 죽음불안과 신앙심 간에 유의한 관련성이 없다고 보고하기도 하였다[13][19]. Gonen 등[7]에 의하면, 이는 신앙심(religiosity)의 정의에 따른 차이에 기인한 것일 수 있는데 추후 연구에서 명확히 규명될 필요가 있겠다. 본 연구에서는 또한 내세관이 불분명한 군이 내세가 있다고 믿는 군보다 죽음불안이 높게 나타났다. 이는 죽음불안이 없는 암환자가 죽음불안이 있는 암환자에 비해 긍정적인 내세관을 가지고 있다고 보고한 Gonen 등[7]의 연구결과 및 노인을 대상으로 내세관과 죽음불안 간의 상관성을 보고했던 최소영[13]의 연구와 맥락을 같이 한다. 이와 관련하여 전영기[5]는 종교 유무보다는 내세에 대한 믿음 정도가 죽음불안에 영향을 미치는 더 중요한 요소라고 하였으며, 오진탁[33]도 죽음을 육체적 관점으로만 보아서는 곤란하고 보다 깊이 영혼, 영성의 문제로 바라봄으로써 죽음이 끝이 아니라는 것을 아는 것이 매우 중요하다고 하였다.

V. 결론 및 제언

본 연구대상자들의 죽음준비 정도는 영역별로 심리

적 준비, 사후준비, 물리적 준비의 순으로 높게 나타났다. 대상자들의 죽음불안 영역 중 죽음과정에 대한 불안이 가장 높게 나타났기 때문에, 암환자들이 투병 및 임종과정에서 겪게 되는 고통과 정서적·경제적 부담감을 경감시켜 주는 중재가 중요할 것으로 사료된다. 또한 내세관이 분명한 경우 죽음준비 정도가 높고 신앙심이 깊거나 내세관이 분명한 대상자들의 죽음불안 정도가 낮았으므로 죽음준비 프로그램을 계획하거나 죽음불안을 완화하기 위한 중재를 제공할 때 영적 측면을 중요하게 고려해야 한다.

본 연구에서는 암환자들의 죽음준비와 죽음불안 간에 유의한 상관성이 확인되지 않았으므로, 추후 연구에서 죽음준비와 죽음불안 간의 매개변수나 다른 영향요인의 규명이 필요하고 반복연구를 통해 그 상관성을 다시 확인할 필요가 있다. 본 연구에서 사용된 죽음준비 도구와 죽음불안 도구는 일반 성인을 대상으로 개발된 것이므로 암환자의 질병 관련 특성을 고려한 죽음준비 및 죽음불안 측정도구의 개발을 제언한다.

참고 문헌

- [1] 보건복지부·국립암센터, *통계로 본 암 현황*, 보건복지부·국립암센터, 2012.
- [2] 오복자, "암환자의 대응양식과 불안과의 관계", *종양간호학회지*, 제9권, 제1호, pp.23-30, 2009.
- [3] 김복련, 김영혜, 김정순, 정인숙, 김주성, "암환자의 대처양상에 관한 연구", *대한간호학회지*, 제33권, 제3호, pp.321-330, 2003.
- [4] 양진향, "암환자의 생활세계 경험", *대한간호학회지*, 제38권, 제1호, pp.140-151, 2008.
- [5] 전영기, *노년기 죽음불안 영향요인에 관한 연구*, 목원대학교 산업정보대학원 석사학위논문, 2000.
- [6] M. R. Leming and G. E. Dickinson, *Understanding dying, death, and bereavement*, Harcourt College Publishers, 2002.
- [7] G. Gonen, S. U. Kaymak, E. S. Cankurtaran, E. H. Karšlioglu, E. Ozalp, and H. Soygur, "The

- factors contributing to death anxiety in cancer patients," J Psychosoc Oncol, Vol.30, No.3, pp.347-358, 2012.
- [8] 김숙남, 최순옥, 이정자, 신경일, "죽음교육이 대학생의 죽음에 대한 태도와 생의 의미에 미치는 효과", 보건교육건강증진학회지, 제22권, 제2호, pp.141-153, 2005.
- [9] 김은희, 이은주, "죽음준비교육 프로그램이 대학생의 삶의 만족도와 죽음에 대한 태도에 미치는 영향", 대한간호학회지, 제39권, 제1호, pp.1-9, 2009.
- [10] 오진탁, 죽음, 삶이 존재하는 방식, 청림출판, 2004.
- [11] 박진홍, 죽음준비교육 프로그램의 효과성 분석, 목원대학교 대학원 석사학위논문, 2007.
- [12] 이이정, 노인 학습자를 위한 죽음준비교육 프로그램 개발 연구, 연세대학교 대학원 박사학위논문, 2004.
- [13] 최소영, 노인의 죽음준비정도가 죽음불안에 미치는 영향, 한림대학교 대학원 석사학위논문, 2006.
- [14] 김심복, 노인의 죽음에 대한 인식 및 준비에 관한 연구, 한남대학교 대학원 석사학위논문, 1998.
- [15] 박지은, "죽음준비교육이 노인의 죽음에 대한 정서·인지·행동에 미치는 효과", 사회복지실천, 제8권, pp.79-109, 2009.
- [16] 김연숙, 김지미, "노인의 사회인구적 특성과 죽음불안: 죽음불안의 세부영역을 중심으로", 한국노년학, 제29권, 제1호, pp.275-289, 2009.
- [17] 오미나, 최외선, "재가노인과 시설노인의 자아존중감, 죽음불안 및 우울에 관한 연구", 대한가정학회지, 제43권, 제3호, pp.105-118, 2005.
- [18] 서혜경, "죽음불안도에 영향을 미치는 요인들에 관한 탐색적 연구-죽음불안도 4가지 영역에 따른 노년층과 비노년층의 차이를 중심으로", 보건교육건강증진학회지, 제24권, 제1호, pp.109-125, 2007.
- [19] 박기정, 노인의 죽음준비와 죽음불안, 조선대학교 대학원 석사학위논문, 2009.
- [20] 이에중, 노인의 죽음준비인식과 죽음불안에 관한 연구: 노인복지관 이용자를 중심으로, 가톨릭대학교 대학원 석사학위논문, 2005.
- [21] 최외선, "노인의 자아통합감과 죽음불안에 대한 연구", 한국노년학회지, 제27권, 제4호, pp.755-773, 2007.
- [22] 박선애, 허준수, "노인의 죽음불안 영향요인에 관한 연구", 정신보건과 사회사업, 제40권, 제1호, pp.59-88, 2012.
- [23] 오진탁, 김춘길, "죽음준비교육이 노인의 죽음에 대한 태도와 우울에 미치는 효과", 한국노년학, 제29권, 제1호, pp.51-69, 2009.
- [24] P. Tang, C. Chiou, H. Lin, C. Wang, and D. Liand, "Correlates of death anxiety among Taiwanese cancer patients," Cancer Nurs, Vol.34, No.4, pp.286-292, 2011.
- [25] D. W. Sherman, R. Norman, and C. B. McSherry, "A Comparison of death anxiety and quality of life of patients with advanced cancer or AIDS and their family caregivers," J Assoc Nurses AIDS Care, Vol.21, No.2, pp.99-112, 2010.
- [26] S. Adelbratt and P. Strang, "Death anxiety in brain tumour patients and their spouses," Palliat Med, Vol.14, pp.499-507, 2000.
- [27] 김진화, 말기암환자의 건강통제위와 죽음불안과의 관계, 부산대학교 대학원 석사학위논문, 2003.
- [28] 정혜숙, 암 환자의 삶의 의미와 죽음불안 및 역기능적 의사소통과의 관계, 경상대학교 대학원 석사학위논문, 2003.
- [29] F. Faul, E. Erdfelder, A. Buchner, and A. G. Lang, "Statistical power analyses using G*Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses," Behavior Research Methods, Vol.41, pp.1149-1160, 2009.
- [30] 유희옥, 중노년기의 죽음 불안태도, 성신여자대학교 대학원 석사학위논문, 2004.
- [31] 박은경, 죽음불안측정도구 개발, 고려대학교 대

