

---

# 일개 간호대학 학생의 좋은 죽음에 대한 인식과 사전의사 결정 태도의 상관성 연구

## A Study of the Interrelationship between Awareness of Good Death and Attitudes toward Advance Directives of Nursing Students

4조: 김미정, 권재현, 김재진, 김지영, 김지현, 류슬기, 박도현, 신루희, 이채현, 장수연, 한현주, 홍민정

Mijung Kim, Jaehyun Kwon, Jaejin Kim, Jiyoung Kim, Jeehyun Kim, Seulgi Ryu,  
Dohyeon Park, Ruhee Shin, Chaehyun Lee, Sooyeon Jang, Heonju Han, Minjung Hong

---

### Abstract

**Purpose:** The purpose of this study was to identify the interrelationship between awareness of good death and attitudes toward advance directives of nursing students in one university.

**Methods:** A survey design was used and 242 nursing students of Seoul National University participated in the study. Data were collected using self-report questionnaires. Data were analyzed with descriptive statistics, ANOVA, Scheffé test, multiple regression.

**Results:** The correlation score between awareness of good death and attitudes toward advance directives 0.340, which indicates weak positive correlation. From the multiple regression analysis, predictors of attitudes toward advance directives were found to be recognition of good death, practice status, ethical value, consciousness of death, and observation of terminally ill patient's death.

**Conclusion:** The study results indicate that various factors are related to attitudes toward advance directives. Nursing education programs that can raise awareness of good death need to be provided in order to make nursing students get more positive attitudes toward advance directives so that they can help clients make best decisions related to advance directives

**Key word:** Advance Directives, Recognition of Good Death, Undergraduate

# 서론

## 1. 연구의 필요성

무의미한 연명치료에 대한 윤리적, 법적 논란이 제기됨에 따라, 좋은 죽음에 대한 관심이 높아지며 관련 논의가 활발히 진행되어 왔다. 이에 한국에서도 2017년 10월부터 자신의 연명의료 중단 등 결정 및 호스피스에 관한 의사를 사전에 직접 작성할 수 있게 하는 ‘사전연명의료의향서’(이하 사전의사결정) 제도를 마련, 시행 중에 있다.

연명의료에 대한 사전의사결정은 죽음에 대한 환자의 올바른 인식, 충분한 의학적 정보와 이해를 바탕으로 이루어져야 한다. Kim[9]에 따르면 환자와 제일선에서 접촉하는 간호사는 환자의 의사결정을 돕고, 의료 환경에서 환자의 가치나 신념이 존중되도록, 상담자·조정자·옹호자의 역할을 수행할 수 있어야 한다. 이렇듯 간호사가 좋은 죽음과 사전의사결정에 대해 바른 인식과 지식을 갖는 것은 제도 정착에 필수적이라고 할 수 있다.

이에 간호사를 대상으로 하는 좋은 죽음과 사전의사결정 인식 조사 연구가 수행되어 왔으나, 대상이 간호대학생인 선행연구는 찾아볼 수 없었다. 그러나 죽음, 연명의료 중단, 사전의사결정에 대한 다양한 태도와 인식이 혼재된 복잡한 의료환경에 대비할 수 있도록 예비 의료인인 간호대학생 역시 학생 단계에서부터 죽음과 사전의사결정에 대한 바른 인식을 함양해야 한다.

따라서 본 연구는 좋은 죽음에 대한 인식과 사전의사결정태도에 영향을 미치는 일반적 요인을 규명하고, 두 변수 간의 상관관계를 밝히고자 한다. 이를 통해 좋은 죽음에 대한 인식을 높이고 사전의사결정에 대한 긍정적 태도를 가질 수 있도록 하는 데 발판을 제공할 수 있을 것이다.

## 2. 연구의 목적

본 연구의 목적은 일개 간호대학생의 좋은 죽음에 대한 인식과 사전의사결정태도를 파악하여, 죽음과 밀접한 환경에서 일하게 될 잠재적 간호사로서의 역량에 기여하기 위한 기초자료를 마련하는 데 있다. 이를 위한 구체적 목표는 다음과 같다.

- 1) 대상자의 좋은 죽음에 대한 인식 및 사전의사결정태도를 파악한다.
- 2) 대상자의 좋은 죽음에 대한 인식과 사전의사결정태도의 상관관계를 파악한다.

## 3. 용어의 정의

### 1) 좋은 죽음에 대한 인식

- **이론적 정의:** 좋은 죽음이란 그 과정에서 인간의 존엄성과 자율성이 지켜지는 죽음을 말한다. 죽음의 과정에서 인간 존엄성이 지켜지기 위해서는 인간으로서의 가치나 신념이 존중돼야 하고, 자율성이 지켜지기 위해서는 스스로의 사고나 행동 및 감정을 통제할 수 있다는 확신이 포함되어야 한다.

- **조작적 정의:** 본 연구에서 좋은 죽음에 대한 인식은 Schwartz 등[13]이 개발하고 Jeong[4]이 번안한 좋은 죽음 인식 측정도구(The concept of good death measure)를 사용하여 측정된 점수를 의미한다.

### 2) 사전의사결정태도

- **이론적 정의:** 사전의사결정은 본인 스스로 판단할 수 있는 능력이 없어질 때를 대비하여, 자신이 받고자 하는 치료 행위의 범위를 의식이 명료할 때 미리 정해놓는 것을 의미한다. 사전의사결정태도는 사전의사결정에 대한 개인의 인식과 감정, 평가를 의미한다.

- **조작적 정의:** 사전의사결정태도는 Jezewski 등[5]이 개발한 The Knowledge, Attitudinal, Experiential Survey on Advance Directives (KAESAD)를, Cheon[1]이 발췌·번안한 사전의사결정태도 측정도구를 사용해 측정된 점수를 의미한다.

## 연구방법

### 1. 연구 설계

본 연구는 간호대학 학생들이 갖는 좋은 죽음에 대한 인식과 사전의사결정태도를 파악하고 그 상관관계를 확인하기 위한 서술적 조사연구이자 요인관련연구이다.

## 2. 연구 대상

연구자들의 편의 및 접근가능성을 고려해 근접모집단을 일개 간호대학으로 한정하고, 표본집단을 서울대학교 간호대학생으로 설정하였다. 2018년 3월 기준 서울대학교 간호대학에 재학 중인 1~4학년 학생을 대상으로 본 연구를 진행하였다.

다중회귀분석을 위해 필요한 최소 표본의 수를 G\*power 프로그램을 통해 산출한 결과 필요 표본의 수는 213명(effect size  $f^2$ : 0.15, 유의수준 0.05)이었으며, 실제 배부된 274부 중 회수된 표본은 253부로 집계되었다(회수율 92.3%). 회수된 자료 중 기입이 불완전하거나 누락된 11부를 제외한 총 242부(처리율 96.7%)가 최종분석에 사용되었다.

## 3. 연구 도구

### 1) 좋은 죽음

본 연구에서 좋은 죽음에 대한 인식을 측정하기 위한 도구로 Schwartz 등[12]이 개발하고 Jeong[4]이 번안한 ‘좋은 죽음 개념 측정(The Concept of Good Death Measure)도구’를 이용했다. 도구는 총 17문항으로 각 문항은 Likert 4점 척도이다. 점수가 높을수록 피설문자의 좋은 죽음에 대한 인식이 이론적 정의에 합치하며, ‘인식이 높다’고 본다. 개발 당시 본 도구의 신뢰도는 Cronbach's  $\alpha$ =.87이었고, 같은 도구를 이용하여 간호사를 대상으로 연구를 진행한 Cheon[1]의 논문에서는 Cronbach's  $\alpha$ =.71이었다.

### 2) 사전의사결정태도

본 연구에서 간호대학생의 사전의사 결정태도를 위한 도구로는, Jezewski 등 [5]이 개발한 The Knowledge, Attitudinal, Experiential Survey on Advance Directives (KAESAD)를 Cheon[1]이 발췌하고 번안한 ‘사전의사 결정태도 측정도구’를 이용하였다. 본 도구는 Likert 4점 척도로 구성되어있다. 점수가 높을수록 사전의사 결정에 대해 환자의 권리와 주체적 역할을 중요시 하며, 환자의 의견이 존중되도록 돕는 간호사의 역할에 긍정적이라는 것을 의미한다. 개발 당시 본 도구의 신뢰도는 Cronbach's  $\alpha$  = .57이었다. 이에 Ko와 Koh[11]가 활용했던 설문도구의 사전의사결정서 작성 의향을 묻는 문항 하나를 추가하여 설문지를 보완하였다.

선행연구에서 간호대학생의 사전의사결정 태도에 대한 도구가 개발되어 있지 않아 Cheon[1]이 보완한 이 도구를 사용하되, 연구의 대상자가 다른 점을 감안하여, 본 연구의 설문에서는 대상자가 본인을 ‘간호사’로 가정하고 조사에 응답하도록 하였다.

## 4. 자료 수집

본 연구의 자료 수집은 2018년 3월 12일부터 3월 15일까지 서울특별시 종로구 연건동에 위치한 서울대학교 간호대학에 재학 중인 학부생을 대상으로 시행하였다. 설문지는 자기 보고형식으로 작성하도록 하였으며, 작성에는 약 10분이 소요되었다.

## 5. 자료분석

수집한 자료는 SPSS 25.0를 이용하여 다음과 같이 분석하였다.

- 1) Pearson 검정을 통하여 ‘죽음에 대한 인식’과 ‘사전의사결정태도’, ‘일반적 특성’을 상관분석한다.
- 2) ANOVA 검정, 그 중에서 Scheffe test로 사후검정을 시행한다.
- 3) 다중회귀분석을 통해 가장 영향력 있는 요인을 분석한다.

## 연구 결과

### 1. 일반적 특성

대상자의 일반적 특성은 다음과 같다.

본 연구 대상자는 총 242명으로 평균 연령은 만 20.67( $\pm 4.20$ )세이고, 남자가 25명(10.3%), 여성이 217명(89.7%)이었다. 간호대학 재학년도는 4학년이 83명(34.4%)으로 가장 많았으며 임상 실습 경험이 있는 대상자는 110명(45.5%)이었다. 대상자의 주관적 윤리 가치관에 ‘어느 정도 확고하다’가 142명(58.7%)로 가장 많았고, 주관적 죽음 이해 정도는 ‘어느 정도 이해하고 있다’ 148명(61.2%) 가장 많았다. 생명의료 윤리 강의를 수강한 적이 있는 대상자는 121명(50%)이었고 말기 환자를 간호한 경험이 있는 경우가 17명(7.0%)이었다. 이전에 좋은 죽음에 대한 교육을 받은

적 있는 경우는 135명(55.8%)이었다.

## 2. 좋은 죽음에 대한 인식, 사전의사결정태도에 대한 기술 분석

대상자의 좋은 죽음에 대한 인식정도와 사전의사결정태도 결과는 (Table 2)과 같다.

좋은 죽음에 대한 인식정도의 평균은 50.35점이고 표준편차는 5.194이었다. 사전의사결정태도의 평균은 38.41이고 표준편차 3.323이었다.

## 3. 일반적 특성에 따른 좋은 죽음에 대한 인식, 사전의사결정태도 차이

대상자의 일반적 특성에 따른 좋은 죽음에 대한 인식 및 사전의사결정태도의 차이검증 결과는 (Table 1)과 같다.

대상자의 일반적 특성에 따른 좋은 죽음에 대한 인식은 실습여부( $t=3.234, p=.001$ ), 좋은 죽음인지여부( $t=2.350, p=.020$ ), 사전의사결정정보여부( $t=3.924, p<0.001$ ), 윤리가치관( $F=5.438, p=.001$ ), 죽음이해정도( $F=7.999, p<0.001$ ), 연명치료교육여부( $t=3.515, p=.001$ ), 생명의료윤리 수강여부( $t=3.439, p=.001$ )에 따라 통계적인 유의한 차이가 있었다.

대상자의 일반적 특성에 따른 사전의사결정태도를 분석한 결과 성별( $t=2.683, p=.008$ ), 연령( $F=4.739, p<0.001$ ), 재학년도( $F=7.309, p<0.001$ ), 실습여부( $t=4.286, p<0.001$ ), 질병말기임종관찰여부( $t=2.505, p=.013$ ), 말기환자간호 경험여부( $t=2.056, p=.041$ ), 좋은 죽음인지여부( $t=3.854, p<0.001$ ), 사전의사결정서작성의향( $t=4.152, p<0.001$ ), 윤리가치관( $F=3.094, p=.028$ ), 죽음이해정도( $F=10.244, p<0.001$ )에 따라 통계적으로 유의한 차이가 있었다.

대상자의 일반적 특성 중 실습여부, 좋은 죽음인지여부, 윤리가치관, 죽음이해정도만이 좋은 죽음에 대한 인식, 사전의사결정태도 모두에 통계적으로 유의한 차이를 나타냈다.

## 4. 좋은 죽음 인식과 사전의사결정태도와 상관관계

좋은 죽음에 대한 인식과 사전의사결정태도의 상관관계를 분석한 결과는 (Table 3)과 같다.

좋은 죽음에 대한 인식은 사전의사결정태도와 낮은 양의 상관관계를 나타내었다( $r=0.34, p<0.001$ ). 따라서 좋은 죽음에 대한 인식이 높을수록 사전의사결정태도가 긍정적이나, 그 증가 수준은 미약한 것으로 드러났다.

## 5. 사전의사결정태도 다중회귀분석

사전의사결정태도에 영향을 미치는 요인을 추가적으로 알아보기 위하여 일반적 특성에서 유의미한 차이를 보였던 ‘좋은 죽음에 대한 인식’, ‘실습여부’, ‘죽음이해정도’, ‘윤리가치관’, ‘질병말기 임종관찰 여부’, ‘질병말기환자 간호경험여부’, ‘<생명의료윤리> 수강여부’를 독립변수로 하여 단계적 다중회귀분석을 실시하였다. 그 결과는 다음과 같다(Table 4).

회귀분석의 통계적 유의성을 위해 잔차의 정규 분포성과 다중공선성을 검증한 결과 분산팽창인자(VIF)가 1.019~1.119를 보여 다중공선성상 문제가 없었으며, Durbin-Watson 검정 결과는 1.955로 정규분포 가정을 만족하였다.

분석 결과에 따르면, ‘좋은 죽음에 대한 인식’( $\beta=0.273, p<0.001$ )은 사전의사결정태도에 대하여 11.5%의 설명력을 보여 가장 중요한 변수로 드러났다. 이후 ‘실습여부’( $\beta=0.190, p<0.001$ ), ‘윤리가치관’( $\beta=0.150, p=0.010$ ), ‘죽음이해정도’( $\beta=0.143, p=0.019$ ), ‘질병말기임종관찰여부’( $\beta=0.133, p=0.023$ )이 추가되면서 설명력이 11.2% 추가되어 총 회귀모형에 검정된 5개의 변수들이 사전의사결정태도에 끼치는 설명력은 22.7%으로 나타났다.

<Table 1> Differences of Recognition of Good Death and Attitudes Toward Advance Directives according to Characteristics of the Subjects (N=242)

| Characteristics                                  | Categories                                                                                       | n(%)                                                            | Recognition of Good Death | Attitudes toward Advance Directives |               |         |
|--------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------------------------------|---------------|---------|
|                                                  |                                                                                                  |                                                                 | t or F<br>(p)             | Scheffe                             | t or F<br>(p) | Scheffe |
| Gender                                           | male<br>female                                                                                   | 25(10.3)<br>217(89.7)                                           | 1.86 (.065)               |                                     | 2.68 (.008)   |         |
| Age                                              |                                                                                                  |                                                                 | 1.78 (.064)               |                                     | 4.74 (<.001)  |         |
| School year                                      | freshman <sup>a</sup><br>sophomore <sup>b</sup><br>junior <sup>c</sup><br>senior <sup>d</sup>    | 57(23.6)<br>66(27.3)<br>36(14.9)<br>73(34.3)                    | 6.35 (<.001)              |                                     | 7.31 (<.001)  | c,d>a   |
| Practice status                                  | yes<br>no                                                                                        | 110(45.5)<br>132(54.5)                                          | 3.23 (.001)               |                                     | 4.29 (<.001)  |         |
| Religion                                         | christianity<br>catholic<br>buddhism<br>no religion                                              | 43(17.8)<br>26(10.7)<br>11(4.5)<br>162(66.9)                    | 0.42 (.737)               |                                     | 2.01 (.114)   |         |
| Perceived economic status                        | good<br>fair<br>poor                                                                             | 46(19)<br>161(66.5)<br>35(14.5)                                 | 0.19 (.892)               |                                     | 1.13 (.324)   |         |
| Perceived Health                                 | good<br>fair<br>poor                                                                             | 85(35.1)<br>131(54.1)<br>26(10.7)                               | 0.65 (.522)               |                                     | 1.51 (.223)   |         |
| Experiencing death of close relatives or friends | yes<br>no                                                                                        | 154(63.6)<br>89(36.4)                                           | 0.68 (.496)               |                                     | 1.59 (.113)   |         |
| Observation of terminally ill patient's death    | yes<br>no                                                                                        | 70(28.9)<br>172(71.1)                                           | -0.39 (.696)              |                                     | 2.51 (.013)   |         |
| Caring experience of terminally ill patient      | yes<br>no                                                                                        | 17(7.0)<br>225(93.0)                                            | -0.23 (.822)              |                                     | 2.06 (.410)   |         |
| Recognition of good death status                 |                                                                                                  |                                                                 | 2.35 (.020)               |                                     | 3.85 (<.001)  |         |
| Attitudes toward advance directives              |                                                                                                  |                                                                 | 0.79 (.432)               |                                     | 1.86 (.065)   |         |
| Awareness of advance directives                  | well aware of<br>a little bit aware of<br>having heard of<br>not knowing at all                  | 33(13.6)<br>103(53.7)<br>70(28.9)<br>9(3.7)                     | 3.92 (<.001)              |                                     | 0.45 (.651)   |         |
| Preferred time of writing advanced directives    | healthy<br>cancer detected<br>hospitalized<br>in terminal stage of disease<br>on deathbed<br>etc | 99(40.9)<br>11(4.5)<br>18(7.4)<br>102(42.1)<br>7(2.9)<br>3(1.2) | 0.55 (.736)               |                                     | 1.33 (.253)   |         |
| Intention to advance directives                  | yes<br>no                                                                                        | 226(93.4)<br>16(6.6)                                            | 1.71 (.088)               |                                     | 4.15 (<.001)  |         |
| Ethical value                                    | very firm<br>pretty firm<br>sometimes confused<br>it depends on the situation                    | 30(12.4)<br>142(58.7)<br>37(15.3)<br>33(13.6)                   | 5.44 (.001)               | c>d                                 | 3.09 (.028)   |         |
| Consciousness of death                           | very well aware of<br>well aware of<br>a little bit aware of                                     | 37(15.3)<br>148(61.2)<br>57(23.6)                               | 8.00 (<.001)              | a>b>c                               | 10.24 (<.001) | a>b,c   |
| Life sustaining treatment                        | yes<br>no                                                                                        | 75(31.0)<br>167(69.0)                                           | 3.52 (.001)               |                                     | 2.24 (.026)   |         |
| Education of bioethics lecture                   | yes<br>no                                                                                        | 121(50.0)<br>121(50.0)                                          | 3.44 (.001)               |                                     | 5.47 (<.001)  |         |
| Parents survival status                          | both alive<br>either of two alive<br>both dead                                                   | 238(98.3)<br>4(1.7)<br>0(0.0)                                   | 0.13 (.724)               |                                     | 2.16 (.143)   |         |

<Table 2> Technical Analysis of Recognition of Good Death and Attitudes toward Advance Directives  
(N=242)

|                                              | M     | SD    | Min | Max | V      |
|----------------------------------------------|-------|-------|-----|-----|--------|
| Total of recognition of good death           | 50.35 | 5.194 | 31  | 63  | 26.982 |
| Total of attitudes toward advance directives | 38.41 | 3.323 | 29  | 47  | 11.042 |

<Table 3> Correlation between Recognition of Good Death and Attitudes toward Advance Directives  
(N=242)

| Factor                              | Recognition of good death |
|-------------------------------------|---------------------------|
|                                     | r(p)                      |
| Attitudes toward advance directives | 0.340<br>( $<.001$ )      |

<Table 4> Multiple Regression Analysis of Attitudes toward Advance Directives

| Model                                                          | B      | SE    | $\beta$ | t      | p    |
|----------------------------------------------------------------|--------|-------|---------|--------|------|
| (constant)                                                     | 28.408 | 1.908 |         | 14.890 | .000 |
| Recognition of good death                                      | .174   | .038  | .273    | 4.554  | .000 |
| Practice status<br>(dummy 1=Yes)                               | 1.262  | .394  | .190    | 3.204  | .002 |
| Ethical value<br>(dummy 1=Very firm)                           | 1.511  | .581  | .150    | 2.599  | .010 |
| Consciousness of death<br>(dummy 1=Very well known)            | 1.319  | .558  | .143    | 2.365  | .019 |
| Observation of terminally ill patient's death<br>(dummy 1=Yes) | .972   | .424  | .133    | 2.290  | .023 |
| $R^2(\text{Adj } R^2)=0.227(0.211)$ $F=31.05(p<0.001)$         |        |       |         |        |      |

## 논의

연구 결과 사전의사결정태도에 영향을 미치는 다섯 가지 요인을 도출할 수 있었다. 다중회귀분석 결과에 따르면 ‘좋은 죽음에 대한 인식’, ‘실습 여부’, ‘윤리가 치관’, ‘죽음이해정도’, ‘질병말기임상관찰여부’ 순서로 간호대학생의 사전의사결정태도에 큰 영향을 미쳤으며, 상기 결과에 따른 논의는 다음과 같다.

좋은 죽음 인식과 사전의사결정태도의 사이에는 약한 정(+)의 상관관계가 나타났으며, ( $r=.0340$ ,  $p<0.001$ ) 다중회귀분석으로는 11.5%의 설명력을 보였다( $\beta=0.273$ ,  $p<0.001$ ). 이는 좋은 죽음 인식과 사전의사결정태도의 정(+)의 상관관계( $r=0.470$ ,  $p<.001$ )와 21.7%의 설명력을 보인( $\beta=0.405$ ,  $p<0.001$ ) Cheon[1]의 연구와 유사하다.

또한 연구 대상자들의 좋은 죽음에 대한 인식 정도

는 평균 3.04(4점 만점)점이었다. 같은 도구를 이용하여 Cho와 Shu[2]가 3개 간호대학의 4학년 학생들만을 대상으로 진행한 연구에서는 좋은 죽음에 대한 인식 정도가 평균 3.15점이었는데, 해당 연구와 본 연구 모두 평균 3점 이상으로 대상자들은 좋은 죽음에 대한 높은 수준의 인식을 가지고 있다. 이는 간호대학생들이 인간의 생애와 관련된 공부를 할 수 있었던 것이 영향을 미쳤을 것이라 추측된다.

이와 관련한 더욱 깊이 있는 고찰을 위해 본 연구에서 나타난 좋은 죽음 인식 정도와 관련이 있었던 대상자의 일반적 특성을 살펴본 결과, 실습 여부, 연명 치료 교육 여부 등이 좋은 죽음 인식에 영향을 미치는 것으로 나타났다. 이는 Meffert 등[12]이 독일에서 한 의과대학 학생들을 대상으로 좋은 죽음 인식을 조사한 연구 결과, 1학년과 5학년 사이에 인식의 큰 차이가 있었으며 5학년 학생들이 죽음에 대한 더욱 실제적인 관점을 가지고 있었다는 것과 맥락을 같이 한다.

즉, 실습과 이론적 교육은 모두 죽음에 대한 인식에 영향을 미친다.

다음으로 본 연구 참여자 중 임상 실습 경험이 있는 학생은 45.3%, 임상 실습 경험이 없는 학생은 54.7%이었으며, 실습 경험 유무와 사전의사결정태도 간 상관관계가 있는 것으로 나타났다. Jo[6]는 실습 경험이 있는 간호대학생이 품위 있는 죽음을 어떻게 인식하는지에 대한 질적 연구를 수행하였는데, 참여자들은 실습 중 임종을 앞둔 환자들이 스스로를 돌아볼 여유도 없이 죽음을 맞이하는 경우를 보며 환자의 의견이 고려되지 못한 생명연장처치는 무자비할 뿐임을 느꼈다고 진술하였다. 본 연구의 참여자들 역시 이와 같은 방식으로 실습의 영향을 받았을 것이다.

또한 연구 참여자들의 사전의사결정태도는 윤리적 가치관에 따라 유의미한 차이를 보였으며( $F=5.44$ ,  $p<.001$ ), 윤리적 가치관이 확고할수록 좋은 사전의사결정태도를 갖는 것으로 분석되었다( $\beta=0.150$ ,  $p=.010$ ). 이것은 본 연구가 가치관이 확고하지 않은 간호대학생은 생명의료윤리 상황에서 갈등을 겪으며 죽음에 대해 부정적인 태도를 갖게 된다는 Kim[10]과 Kwon[7]의 연구의 주장을 지지함을 나타낸다. 주관적 죽음 이해 정도와 관련하여, ‘잘 이해하고 있다.’ 15.3%, ‘어느 정도 이해하고 있다.’ 61.2%, ‘조금 이해하고 있다.’ 23.6%로, 본 연구의 대상자들의 76.5%가 주관적으로 죽음에 대해 이해하고 있다고 응답하였다. 이는 Choi[3] 연구 결과에서 대상자의 19.1%가 죽음에 대해 ‘잘 이해하고 있다.’, 61.3%가 ‘어느 정도 이해한다.’, 19.6%가 ‘조금 이해한다.’고 응답한 것과 비슷한 수치이다. Choi[3]의 연구 또한 간호대학 학생들을 대상으로 이루어졌다는 점으로 미루어보아, 간호대학 학생들은 주관적 죽음이해도가 높은 편이라고 볼 수 있다. 이러한 결과에는 실습과 강의를 통해 죽음에 대해 생각해 볼 기회가 비교적 풍부한 학과의 특성이 영향을 미쳤을 것이라 추측된다.

마지막으로 본 연구에서는 질병말기 임종관찰여부가 모든 변인 중 다섯 번째로 유의한 상관관계를 보였으나, Kim[9]의 연구에서는 질병말기 임종관찰여부와 사전의사결정태도가 통계적으로 유의한 상관관계를 나타내지 않는다는 결과( $t=0.25$ ,  $p=.619$ )가 도출되었다. 주목할 만한 것은 Kim[9]의 연구에서는 가까운 사람의 죽음과 달리 ‘경력’이 사전의사결정태도와 가장 유의미한 관계( $F=2.56$ ,  $p=.038$ )를 갖는 것으로 나타났다는 점으로, 경력과 함께 누적된 간호 경험이 사전의

사결정태도에 큰 영향을 미친 것으로 보인다. 이러한 결과는 ‘임상실습경험’이 사전의사결정태도에 영향을 미쳤다는 앞선 논의와 같은 맥락인 것으로 해석된다.

## 결론 및 제언

본 연구에서 사용된 사전의사결정태도 측정 도구는 간호사를 대상으로 개발된 도구로 간호대학생이 사용하였을 때 도구의 신뢰도와 타당도의 변화를 확인하지 못하였다. 본 연구에서는 대상자들에게 간호사가 되었다고 가정하고 설문을 작성하게 하였으나, 이 역시 도구의 한계를 완벽히 보완할 수는 없다. 따라서 결과의 신뢰성과 타당성 역시 이에 영향을 받았을 것으로 보인다.

본 연구 설문 대상자의 일반적 특성 중 성별에서는 여학생의 비율, 부모 생존 여부에서는 ‘두 분 모두 살아 계심’의 비율이 압도적으로 높았고, 해당 항목에 대해서는 사전의사결정태도와의 관계성을 분석하기 어려웠다.

본 연구 논의에서 윤리적 가치관과 사전의사결정태도의 상관관계를 밝힌 선행논문을 찾기 어려웠기 때문에 좋은 죽음에 대한 인식과의 상관관계를 분석하였다. 그러나 윤리적 가치관이 매개변수로 작용했을 가능성이 있기 때문에 추후 사후연구에서 AMOS 검증을 통해 확인해 볼 필요가 있다.

좋은 죽음에 대한 인식이 사전의사결정태도에 영향을 미친다는 본 연구의 결과에 근거하여, 간호대학생들의 좋은 죽음에 대한 인식을 더욱 향상시킬 수 있는 교육 프로그램의 필요성을 제안한다. 간호대학생들은 후에 임상과 지역사회에서 대상자들이 보다 바람직한 결정을 내릴 수 있도록 도움을 주는 역할을 해야 하며, 교육 프로그램은 그에 도움을 줄 수 있을 것이다.

## 참고문헌

1. Cheon HJ. Nurses' Perception of Good Death and Attitude toward Advance Directive [master's thesis]. Busan: Catholic University of Busan; 2018. p. 1-57.
2. Cho YH, Shu SR. Awareness of the Good Death and Attitude toward Death among Nursing Students:

- Asia-pacific Journal of Multimedia Services Convergent with Art, Humanities, and Sociology. 2017;7(1):597-607.  
<https://doi.org/10.14257/ajmahs.2017.01.62>
3. Choi EJ. The Effect of Nursing Students' Consciousness of Biomedical Ethics, Good Death Recognition, and Self-Esteem on the Attitude toward Withdrawal of Life-Sustaining Treatment [master's thesis]. Kongju: Kongju University; 2018. p. 1-50.
  4. Jeong HS. Recognition towards Good death among Physicians and Nurses in an area [master's thesis]. Busan: Catholic University of Busan; 2010. p. 1-53.
  5. Jezewski MA, Brown J, Wu YB, Meeker MA, Feng JY, Bu X. Oncology nurse's knowledge, attitudes, and experiences regarding advance directives. *Oncology Nursing Forum*. 2005;32(2): 319-327.  
<https://doi.org/10.1188/05.onf.319-327>
  6. Jo KH. The Meaning of Dignified Dying Perceived by Nursing Students. *The Journal of Korean Academic Society of Nursing Education*. 2010; 16(1):72-82.  
<https://doi.org/10.1188/05.onf.319-327>
  7. Kwon YH, Factors affecting the consciousness of biomedical ethics of the nursing students. *Journal of Korean Public Health Nursing*, 2009;23(2): 262-272.
  8. Kim JG, Oh SM, Chen EY, Yoo JH. Factors influencing the attitude toward death in college nursing student. *Journal of the Korea Academia-Industrial Cooperation Society*. 2016;17(1):676-683.  
<http://dx.doi.org/10.5762/KAIS.2016.17.1.676>
  9. Kim MY. Survey on Korean nurses' attitude towards advance directives and end of life decision making [Master's thesis]. Seoul: Seoul National University; 2010. p. 1-68.  
<https://doi.org/10.7739/jkafn.2013.20.1.46>
  10. Kim, YM, Jung KA, Son MA. Nursing Students' Awareness of Biomedical Ethics and Attitudes toward Death of Terminal Patients. *The Korean journal of hospice and palliative care*, 2013; 16(1):19
  11. Ko CM, Koh CK. Willingness to Write Advance Directives and Related Factors among Women University Students, *Journal of Korean Academy Fundamental Nursing*. 2013;20(1):46-55.  
<https://doi.org/10.7739/jkafn.2013.29.1.46>
  12. Meffert, C, Stöbel, U, Körner, M, Becker G. Perceptions of a Good Death Among German Medical Students. *Death Studies*. 2015;39(5): 307-315.  
<http://doi.org/10.1090/07481187.2014.951496>
  13. Schwartz E, Mazor K, Rogers J, Ma Y, Reed G. Validation of a New Measure of Concept of a Good Death. *Journal of palliative medicine*. 2004;6(4): 575-584.  
<http://doi.org/10.1089/109662103768253687>