

요양병원 노인 환자의 죽음불안에 미치는 영향요인

이미숙¹ · 최희정²

김해시민요양병원¹, 가야대학교 간호학과²

Factors Influencing Death Anxiety in Elderly Patients in Long-term Care Hospitals

Lee, Mi Suk¹ · Choi, Hee Jung²

¹Siminyoyang Hospital, Gimhae

²Department of Nursing, Kaya University, Gimhae, Korea

Purpose: The purpose of this study was to identify factors influencing death anxiety of elderly patients in long-term care hospitals. **Methods:** Participants were 273 older people who were admitted to long-term care hospitals located at P city and K city, Korea. Data were collected through structured questionnaires from August 7 to October 20, 2014. Data analysis included one-way ANOVA, independent t-test, Pearson correlation coefficients and multiple stepwise regression using the SPSS/WIN 21.0 program. **Results:** Multiple stepwise regression analyses identified ego-integrity, family support, education, health status, and age as significant predictors of death anxiety and these factors explained 21.0% of the variance in the model. **Conclusion:** These results suggest that life cycle education to reduce ambiguous death anxiety by adding values to the lives of elderly patients.

Key Words: Ego, Family, Death, Anxiety, Aged

서론

1. 연구의 필요성

의학 및 과학기술의 발달로 사망률이 저하되고 수명이 연장되어 노인인구의 비중이 급격히 증가하고 있다. 노인의 수명은 연장되었으나 장애가 없이 자립적으로 건강하게 지낼 수 있는 기간을 의미하는 건강수명은 평균 70세에 불과하고 노인 88.5%가 만성질환을 가지고 있으며, 2개 이상의 만성복합 질환율도 63.8%로 높게 나타났다[1]. 이러한 노인인구 증가는

노인부양에 대한 개인적, 사회적 부담이 커짐을 의미하는데, 현재 사회의 산업화와 도시화가 급속히 진행됨에 따라 가족의 구조도 핵가족화로 변화되어 노인부양이 가족 중심에서 시설 중심으로 변화되고 있다[2]. 특히 만성질환을 가진 노인들이 증가하면서 요양병원에 입원하는 경우가 많아지고 있는데, 건강보험심사평가원 자료[3]에 의하면 요양병원 입원 환자 중 65세 이상 노인이 80% 이상을 차지하고 있고 연령대별로 보면 75~84세가 가장 많았으며, 85세 이상 입원증가율도 연평균 19.5%로 나타났다.

노인은 죽음에 대해 심각한 두려움과 의문을 가지므로 나

주요어: 자아통합감, 가족, 죽음, 불안, 노인

Corresponding author: Choi, Hee Jung

Department of Nursing, Kaya University, 208 Samgye-ro, Gimhae 50830, Korea.
Tel: +82-55-330-1189, Fax: +82-55-330-1142, E-mail: daunhj@hanmail.net

- 이 논문은 제1저자 이미숙의 석사학위논문을 발췌한 것임.

- This manuscript is based on a part of the first author's master thesis from Kaya University.

Received: Jul 8, 2016 / Revised: Oct 17, 2016 / Accepted: Nov 10, 2016

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.

이가 들어감에 따라 죽음에 대한 인식이 증가하여 노년기에는 죽음에 대한 불안이 증가한다[4]. 건강악화와 만성질환으로 입원한 노인 환자들은 자신의 죽음가능성을 보다 많이 인지하므로[5] 이들의 죽음불안은 입원을 하지 않은 노인보다 더욱 높을 것으로 여겨진다. 노인에게 죽음의 개념은 삶의 전 영역에 강한 영향을 주므로 노인이 죽음을 어떻게 인식하고 수용하는지에 대해 살펴볼 필요가 있다.

또한 인간발달의 마지막 단계인 노년기에는 과거와 현재 삶에 만족하고 미래를 바라보고 수용하면서 삶과 죽음의 의미를 찾는 자아통합감을 이루어야 한다[6]. 만약 자아통합감을 이루지 못할 경우 지나온 자신의 일생을 후회하고 불만을 가지며 죽음 앞에 남은 시간을 짧게 느끼면서 불안을 가지게 된다[6]. 이러한 맥락에서 자아통합감은 죽음불안과 관련성이 있음을 알 수 있는데, 노년기에 죽음에 대한 수용은 현재의 행동뿐만 아니라 향후의 생활에도 영향을 미치기 때문에 죽음에 대한 긍정적인 인식은 개인의 성장과 발달에 중요한 의미를 갖는다[2]. 노인복지시설과 일반노인을 대상으로 한 연구[2,7]에서 자아통합감은 죽음불안을 감소시킬 수 있는 중요한 영향요인으로 나타났으나 요양병원 노인 환자를 대상으로 한 연구는 미비한 상태이다.

한편, 급속한 고령화와 함께 핵가족화, 여성의 경제활동 참여가 증가하면서 가족의 부담으로 인식되던 노인부양문제가 더 이상 개인이나 가족의 부담으로 머물지 않고 사회적, 국가적 책무가 강조되면서[2] 그 대처방안으로 2008년에는 노인장기요양보험제도가 도입되었다. 이로 인해 노인복지시설에 대한 다양한 욕구 및 수요증가로 인해 노인요양시설 등을 포함한 노인복지시설이 급증하였다[3]. 또한 노인과 가족들이 요양병원에 대해 긍정적으로 인식하면서 요양병원에 입원하는 노인 수가 늘어났다[8]. 우리나라 요양병원 수가 2004년에 113개였던 것이 2011년에는 988개로 8.7배 증가[9]한 것을 볼 때 노인들이 가정이 아닌 병원 및 시설로의 수용이 증가하였고 이로 인해 노인의 가족관계 및 사회적 연계가 점차 약화되고 있다.

가족의 지지는 역경을 이기는데 중요한 요소이며 가족의 지지와 친밀한 관계가 노인들의 죽음불안을 감소시키는 것으로 보고되고 있다[10]. 그러나 입원해 있는 노인들의 경우 가족과 접촉 횟수가 줄어들면서 우울 또는 자존감 저하 등과 같은 부정적인 심리상태를 보이며 노인의 죽음불안에 부정적인 영향을 미치는 것으로 나타났다[8]. 노인질환의 임상적 특성상 요양병원에 장기입원은 가족의 지지체계가 감소하게 되므로 요양병원 입원노인의 죽음불안에 더욱 부정적인 영향을 줄 것으로 여겨진다.

지금까지 노인의 죽음불안에 관련된 선행연구는 일반노인들을 대상으로 한 죽음불안과 자아통합감에 대한 연구[7,11,12], 요양병원 노인의 가족지지에 대한 연구[5], 대학병원 노인입원 환자의 죽음불안과 가족지지에 대한 연구[13]가 있었고 요양병원 입원 노인의 죽음불안에 미치는 영향으로 자아통합감과 가족지지를 연구한 논문은 미비하였다. 또한 노인의 죽음불안과 관련된 변인의 선행연구 62편을 대상으로 메타분석을 실시한 연구에서 연구대상의 거주형태가 재가노인은 48편, 시설노인은 12편, 재가·시설은 2편에 불과하여 아직은 재가노인을 대상으로 집중적으로 연구가 이루어져 있으므로[14] 요양병원 노인을 대상으로 한 연구가 필요하다.

따라서 본 연구에서는 요양병원 노인 환자들의 죽음불안의 정도와 죽음불안과 자아통합감, 가족지지와 상관을 파악하고, 죽음불안의 영향요인을 확인하여 죽음불안을 경감시키기 위한 노인 간호중재의 기초자료를 제공하고자 한다.

2. 연구목적

본 연구에서는 구체적인 목적은 다음과 같다.

- 대상자의 일반적 특성을 파악하고 이에 따른 죽음불안의 차이를 파악한다.
- 죽음불안, 자아통합감 및 가족지지의 정도를 파악한다.
- 대상자의 죽음불안, 자아통합감 및 가족지지와 상관을 파악한다.
- 대상자의 죽음불안에 미치는 영향요인을 파악한다.

연구방법

1. 연구설계

본 연구는 요양병원 노인 환자의 죽음불안에 미치는 영향요인을 파악하기 위한 서술적 상관관계에 관한 연구이다.

2. 연구대상

본 연구는 P시와 K시에 위치한 200명상 미만의 요양병원으로 자료수집에 동의한 9곳을 선정하였고, 이곳에 1개월 이상 입원한 만 60세 이상 노인으로서 본 설문지의 내용과 목적을 이해하고, 의사소통에 장애가 없고 질문내용에 응답할 수 있으며, 기관의 환자평가 결과 인지기능 저하군에 속하지 않으면서 본 연구에 참여할 것을 동의한 자로 선정하였다.

대상자 수는 G*Power 3.1.9 프로그램에 따라 유의수준은 .05, 중간크기의 효과크기는 .15, 검정력 1-β는 .95를 기준으로 다중단계회귀분석에서 필요한 표본 수에 대해 독립변수 13개를 포함하여 계산한 결과 표본의 크기가 최소한 193명이었다. 그러나 탈락률과 노인을 대상으로 한 죽음불안에 대한 선행연구[15]를 참고하여 340명을 대상으로 설문지를 배부하였고 불충실한 67부를 제외하여 최종 273부를 분석하였다.

3. 연구도구

본 연구는 구조화된 설문지를 이용하였으며, 설문지는 총 60문항으로 죽음불안 20문항, 자아통합감 16문항, 가족지지 11문항 및 일반적 특성 13문항으로 구성되었다.

1) 죽음불안

죽음불안은 죽음을 생각할 때 느끼는 불안과 두려움을 나타내는 부정적인 심리상태[16]이다. 죽음불안 측정도구는 Collett-Lester [17]가 개발한 Fear of Death Scale (FODS)와 Templer [16]가 개발한 Death Anxiety Scale (DAS)를 토대로 Thorson과 Powell [18]의 Revised Death Anxiety Scale (RDAS)를 Park [19]이 한국인을 대상으로 수정·보완한 도구를 사용하였으며, 원저자의 사용승인 허락을 받았다.

이 도구는 총 20문항으로 구성되어 있으며, 각 문항은 4점 Likert 척도로 점수가 높을수록 죽음불안이 높음을 의미한다. 개발 당시 이 도구의 신뢰도 Cronbach's α 는 .85였고, 본 연구에서 도구의 신뢰도 Cronbach's α 는 .91이었다.

2) 자아통합

자아통합감은 현재의 상황에 대한 기대와 충족, 지나간 인생에 대한 수용과 죽음에 대한 수용까지 포함하는 포괄적인 개념[6]이다. 자아통합감 측정도구는 Hong [20]이 개발한 것으로서 원저자의 사용승인 허락을 받아 사용하였다.

이 도구는 총 16문항으로 구성되어 있으며, 각 문항은 4점 Likert 척도로 점수가 높을수록 자아통합감이 높음을 의미한다. Hong [20]의 연구에서 개발 당시 신뢰도 Cronbach's α 는 .83이었고 본 연구에서 Cronbach's α 는 .66이었다.

3) 가족지지

가족지지는 가족구성원간의 긍정적 상호작용을 통하여 환자를 돌보아주고 지지하는 것이다[21]. 가족지지 측정도구는 Cobb [21]가 개발한 도구를 기초로 Kang [22]이 우리나라 실

정에 맞게 수정·보완한 것으로서 원저자의 사용승인 허락을 받아 사용하였다.

이 도구는 총 11문항으로 구성되어 있으며, 각 문항은 Likert 5점 척도로 점수가 높을수록 가족지지가 높은 것을 의미한다. Kang [22]의 연구에서 신뢰도는 Cronbach's α 는 .86이었고 본 연구에서는 Cronbach's α 는 .90이었다.

4. 자료수집

본 연구는 요양병원에 입원노인 20명을 대상으로 사전 예비조사 후 본 연구를 실시하였으며, 연구기간은 2014년 8월 15일부터 10월 20일까지였다.

자료수집방법은 본 연구자가 직접 병원을 방문하여 병원관계자 또는 병원장, 간호부장의 승인을 받은 후 실시하였다.

연구보조자는 간호사 2명과 간호대학 학생 2명으로 연구의 목적과 방법을 설명하고 각 문항의 이해도를 높이기 위해 사전 예비조사에 참여시켰다. 도구를 반복적으로 사용하는 과정을 통해 충분히 숙지시켜 연구보조자로 활용하였다.

읽고 쓰기가 불편한 경우에는 개별적으로 각각의 문항을 읽어주고 응답은 연구보조자가 표기하였고, 소요시간은 20~30분 정도되었으며 연구에 참여해준 대상자들에게는 소정의 선물로 감사표시를 하였다.

5. 윤리적 고려

본 연구는 K대학교 윤리위원회(kaya IRB-6호) 승인을 받았고 설문지 작성 시 서면 동의를 얻었으며, 대상자가 원하지 않을 경우에는 언제든지 철회가 가능함을 설명하였다.

연구대상자를 무기명으로 처리하고 연구자의 이름과 연락처를 기재 하였으며, 응답자의 응답에 대해 절대 비밀이 보장됨을 서면에 기록하였다. 또한 작성된 설문지는 연구목적으로만 사용됨을 설명하였다.

6. 자료분석

수집된 자료는 SPSS/WIN 21.0 프로그램을 이용하여 분석하였다.

- 대상자의 일반적 특성은 기술통계를 사용하였고, 일반적 특성에 따른 죽음불안의 차이는 independent t-test와 one-way ANOVA, Scheffé test를 사용하였으며, 모든 분석은 유의수준 5%에서 검증하였다.

- 대상자의 죽음불안, 자아통합감 및 가족지지 정도는 평균과 표준편차, 최솟값 및 최댓값으로 산출하였다.
- 대상자의 죽음불안, 자아통합감 및 가족지지의 관계 파악을 위해서는 Pearson's correlation coefficients로 분석하였다.
- 대상자의 죽음불안에 미치는 영향요인을 확인하기 위하여 다중 단계적 회귀분석(multiple stepwise regression)을 실시하였다.

연구결과

1. 대상자의 일반적 특성

대상자의 일반적 특성 분포를 살펴보면, 여성이 70.7%, 연령은 81~85세가 33%로 가장 높았으며, 76~80세가 20.5%로 다음 순으로 나타났다. 학력은 초등학교 45.8%로 가장 높게 나타났으며, 종교에서는 종교가 있음이 68.1%로 나타났고, 배우자는 사별이 77.7%로 가장 높게 나타났다. 경제 상태는 보통이 40.3%로 나타났고, 건강상태로는 건강하지 못함이 59.7%였으며, 입원기간은 2년 이상이 33%로 제일 높았다. 현재 가지고 있는 질환 수는 1~2개를 가지고 있는 노인이 60.8%로 높게 나타났으며, 지난 1년간 죽음경험 유무에서는 죽음경험이 없다가 57.5%였다(Table 1).

2. 대상자의 일반적 특성에 따른 죽음불안의 차이

대상자의 일반적 특성에 따른 죽음불안의 차이는 성별($t=1.97, p=.048$), 연령($F=2.41, p=.037$), 학력($F=5.02, p<.001$), 건강상태($F=3.54, p=.015$)에서 유의한 차이를 보였다. Scheffé 분석 결과 학력이 초등학교 군이 중학교 군보다 죽음불안 점수가 유의하게 높게 나타났다(Table 2).

3. 대상자의 죽음불안, 자아통합감 및 가족지지 정도

대상자의 죽음불안은 평균 2.64 ± 0.61 점, 자아통합감은 평균 2.94 ± 0.35 점, 가족지지는 평균 3.45 ± 0.81 점이었다(Table 3).

4. 대상자의 죽음불안, 자아통합감 및 가족지지의 상관관계

대상자의 죽음불안과 자아통합감($r=-.31, p<.001$)은 유의

Table 1. General Characteristics (N=273)

Characteristics	Categories	n (%)
Gender	Female	193 (70.7)
	Male	80 (29.3)
Age (year)	60~65	33 (12.1)
	66~70	34 (12.5)
	71~75	47 (17.2)
	76~80	56 (20.5)
	81~85	90 (33.0)
	≥86	13 (4.7)
Education	No formal education	84 (30.8)
	Elementary school	125 (45.8)
	Middle school	39 (14.3)
	High school	19 (6.9)
	≥ Collegee	6 (2.2)
Religion	Yes	186 (68.1)
	No	87 (31.9)
Spouse	Yes	30 (11.0)
	No	212 (77.6)
	Others	31 (11.4)
Economic status	Very poor	24 (8.8)
	Poor	102 (37.4)
	Moderate	110 (40.3)
	Slightly higher	35 (12.8)
	High	2 (0.7)
Health status	Very poor	25 (9.2)
	Poor	163 (59.7)
	Moderate	61 (22.3)
	Good	24 (8.8)
Period of hospitalization (month)	≤5	48 (17.6)
	6~12	62 (22.7)
	13~24	73 (26.7)
	≥25	90 (33.0)
Disease	No	2 (0.7)
	1~2	166 (60.9)
	3~4	97 (35.5)
	≥5	8 (2.9)
Death experience	Yes	116 (42.5)
	No	157 (57.5)

한 음의 상관관계이었고, 자아통합감과 가족지지($r=.27, p<.001$)는 유의한 양의 상관관계이었다. 즉 자아통합감이 낮으면 죽음불안이 높고, 자아통합감이 높으면 가족지지가 높았다. 그러나 죽음불안과 가족지지는 유의한 상관관계를 나타내지 않았다(Table 4).

5. 대상자의 죽음불안에 미치는 영향요인

대상자의 죽음불안에 미치는 영향요인을 파악하기 위해 일

Table 2. Death Anxiety according to General Characteristics

(N=273)

Characteristics	Categories	M±SD	t or F	p	Scheffé
Gender	Female	2.68±0.57	1.97	.048	
	Male	2.52±0.68			
Age (year)	60~65	2.32±0.69	2.41	.037	
	66~70	2.60±0.63			
	71~75	2.61±0.61			
	76~80	2.71±0.59			
	81~85	2.71±0.53			
	≥86	2.75±0.72			
Education	No formal education ^a	2.72±0.58	5.02	<.001	b > c
	Elementary school ^b	2.73±0.53			
	Middle school ^c	2.37±0.74			
	High school ^d	2.29±0.66			
	≥ College ^e	2.37±0.42			
Religion	Yes	2.68±0.59	1.56	.213	
	No	2.54±0.64			
Spouse	Yes	2.44±0.65	2.36	.096	
	No	2.68±0.57			
	Others [†]	2.53±0.73			
Economic status	Very poor	2.70±0.59	0.29	.880	
	Poor	2.60±0.62			
	Moderate	2.67±0.58			
	Slightly higher	2.60±0.65			
	High	2.68±1.03			
Health status	Very poor ^a	2.66±0.61	3.54	.015	b > d
	Poor ^b	2.72±0.60			
	Moderate ^c	2.48±0.61			
	Good ^d	2.45±0.54			
Period of hospitalization (month)	≤5	2.50±0.56	1.35	.253	
	6~12	2.62±0.50			
	13~24	2.59±0.62			
	≥25	2.74±0.67			
Disease	No	2.92±0.60	1.80	.148	
	1~2	2.66±0.62			
	3~4	2.63±0.58			
	≥5	2.31±0.31			
Death experience	Yes	2.69±0.57	1.09	.299	
	No	2.60±0.63			

[†] Divorced.

Table 3. Descriptive Data for Death Anxiety and Ego-integrity, Family Support

(N=273)

Variables	M±SD	Min~Max
Death anxiety	2.64±0.61	1.15~4.00
Ego-integrity	2.94±0.35	1.94~4.31
Family support	3.45±0.81	1.00~5.00

Table 4. Correlation between Death Anxiety and Ego-integrity, Family Support

(N=273)

Variables	Death anxiety	Ego-integrity	Family support
	r (p)	r (p)	r (p)
Death anxiety	1		
Ego-integrity	-.31 (<.001)	1	
Family support	.11 (.078)	.27 (<.001)	1

Table 5. Factors Influencing on Death Anxiety

(N=273)

Variables	B	SE	β	t	p
(Constant)	3.72	0.32		11.75	< .001
Ego-integrity	-0.58	0.10	-.34	-5.89	< .001
Family support	-0.15	0.04	-.20	-3.54	< .001
Elementary school [†]	0.12	0.06	.16	2.79	.006
Poor health [†]	0.19	0.07	.15	2.77	.006
Age	0.05	0.02	.12	2.06	.040

$R^2=.21$, Adjusted $R^2=.20$, $F=4.16$, $p < .001$

[†]Dummy variable (1: Yes, 0: No).

반적 특성에서 죽음불안과 유의성을 보인 성별, 연령, 초등졸, 건강상태를 독립변수로 하였고 불연속변수는 Dummy변수로 전환하였다. 자아통합감과 가족지지 변수를 투입 한 후 다중 단계적 회귀분석을 실시하였다. 독립변수 간의 공차한계(tolerance)는 0.85~.091로 모두 1.0 이하로 나타났고, 분산팽창인자(variance inflation factor) 값은 0.96~0.94로 10보다 작아 다중공선성의 문제는 없었다. 잔차의 독립성을 검증하기 위하여 Durbin-Watson 값을 구한 결과 1.67로 비교적 2에 가까워 오차의 자기상관성은 없는 것으로 나타났다.

대상자의 죽음불안에 가장 큰 영향을 미치는 요인은 자아통합감($\beta=-0.34$)으로 나타났으며, 다음으로 가족지지($\beta=-0.20$), 초등졸($\beta=-0.16$), 건강하지 못함($\beta=0.15$), 연령($\beta=0.12$) 순으로 나타났다. 즉, 자아통합감이 낮을수록, 가족지지가 낮을수록, 초등졸이고, 건강하지 못하며, 연령이 많을수록 죽음불안이 높았다. 이들 변인은 죽음불안의 20%를 설명하고 있다($F=14.16$, $p < .001$)(Table 5).

논 의

본 연구에서는 요양병원에 입원한 노인 환자의 죽음불안에 미치는 영향요인을 살펴봄으로써 죽음불안을 경감시킬 수 있는 간호중재방안을 모색하고 추후 죽음불안을 완화하는 프로그램 개발에 기초자료를 제공하고자 시도하였다.

본 연구대상자의 죽음불안 정도는 평균 2.64점으로 중간 이상으로 나타났다. 이는 노인전문병원 입원노인을 대상으로 한 [5] 연구결과는 2.45점, 일반 노인을 대상으로 한 [7] 연구결과 2.50점으로 나타나 본 연구대상자의 죽음불안이 더 높았다. 노인전문병원 입원노인을 대상으로 한 [5] 연구에서는 대상자 대부분 입원기간이 6개월 미만(78.9%)이었는데, 본 연구대상자는 대부분 입원기간이 6개월 이상(82.4%)이었다. 이러한 결

과를 볼 때 만성질환으로 요양병원에 입원하는 기간이 길어질수록 죽음에 대한 인식이 높아지는 것을 알 수 있었으며, 장기적으로 입원하고 있는 노인들의 죽음불안을 낮추기 위한 간호중재가 필요가 있다고 본다.

본 연구에 사용된 자아통합감 척도는 Hong [20]이 개발한 척도로서 개발 당시 이 도구의 신뢰도는 .83이었고, 본 연구에서는 .66으로 나타났다. 이러한 결과는 개발당시 선행연구를 바탕으로 문항을 작성하여 재가노인을 대상으로 자아통합감의 척도를 개발하였는데, 본 연구의 대상자는 요양병원 입원노인이었다. 따라서 연구대상자에 따른 차이가 있는 것으로 여겨지므로 이러한 점을 고려한 추후 반복연구가 필요하겠다.

한편 자아통합감 정도는 2.94점으로 중간 이상으로 나타났다. 입원노인을 대상으로 한 자아통합감 선행연구가 거의 없어 직접 비교 분석할 수 없었다. 그러나 일반노인을 대상으로 한 [7] 연구결과 2.68점 중간 이상으로 나타나 본 연구와 같았다. 본 연구와 다른 도구를 이용하여 노인복지관을 이용하는 대상자를 연구한 [23] 결과는 3.58점 중간 이상으로 나타나 본 연구와 같았다. 자아통합감은 노년기에 이루어야 할 발달과업으로서 [6], 자신의 인생전반을 정리하고 통합하면서 자신의 생을 수용하고, 자아를 존중하며 자신의 죽음을 수용하게 되므로 [24], 죽음불안이 높은 요양병원 노인 환자들의 자아통합감을 높여주는 방안이 필요하다.

가족지지 정도는 3.45점 평균 이상으로 나타났는데, 재가노인을 대상으로 한 [25] 연구결과는 4.02점으로 중간 이상으로 나타나 본 연구가 낮았다. 반면 요양병원 노인 환자를 대상으로 한 [26] 연구결과는 3.04점 중간정도로 나타나 본 연구가 약간 높았다. 가족과 거주하지 못하는 노인들은 가족적 지지를 덜 받는 것으로 인식하는 [26] 것을 볼 때, 만성질환으로 요양병원에 장기입원 하게 되는 노인 환자들은 가족과 함께 있지 못하고 자주 만나지도 못하기 때문에 이들이 느끼는 가족지지

가 낮은 것으로 사료된다. 따라서 장기입원이 많은 요양병원 들은 노인 환자들이 가족과 자주 접촉할 수 있는 환경을 조성 하도록 노력하여야 할 것이다.

본 연구대상자들의 일반적 특성에 따른 죽음불안의 차이를 살펴보면, 성별에서 여성노인이 남성노인에 비해 죽음불안 정도가 높게 나타났다. 이는 노인복지관, 노인대학을 이용하는 노인을 대상으로 한 연구[7,27] 결과와 일치하였다. 반면 노인 전문병원에 입원 대상자를 연구[5]한 결과는 남성노인의 죽음 불안이 더 높게 나타나 본 연구의 결과와는 달라 성별에 따른 죽음불안은 반복연구가 필요하다고 본다. 죽음을 어떻게 인식 하고 대처하느냐에 따라 죽음에 대한 불안 정도는 차이가 있을 것으로 여겨지는데, 본 연구대상자의 노인들이 성장했던 시대를 고려해 볼 때, 여성의 사회성이 의존적이고 종속적이므로[27] 죽음에 대응하는 능력이 남성노인에 비해 다소 떨어 지고 감정적으로 받아들이기 때문에 여겨진다. 죽음불안에 대한 간호중재를 할 때는 성별을 고려한 프로그램이 필요하다고 여겨진다. 연령에서는 86세 이상이 죽음불안이 가장 높게 나타났는데, 이는 노인복지시설에 거주하는 노인들 대상[2]과 재가노인을 대상[14]으로 한 연구결과와 일치하였다. 이러한 결과는 연령증가와 함께 나타나는 다양한 상실감이 죽음과 연 계가 되기 때문에 연령과 유의한 관계가 있을 것으로 여겨진다. 학력은 초등졸 이하 군이 중졸 이상의 군에 비해 죽음불안 이 높게 나타났는데, 이는 Kim과 Kim [27], Jo와 Song [14]의 연구결과처럼 교육수준이 낮을수록 죽음불안 높아지는 것과 일치하였다. 반면 지역 거주 재가노인을 대상으로 한 Park과 Hur [28]의 연구결과는 60대가 죽음불안이 가장 높은 것으로 나타나 본 연구결과와 달랐다. 본 연구대상자들은 76.6%가 초 등졸 이하 군에 속하는데, 고령층일수록 초등졸 이하가 많고 60대 젊은 노인층은 중졸 이상의 학력을 가지고 있을 것으로 추측된다. 교육 수준이 높으면 죽음에 대한 정보를 더 많이 접 할 수 있어 죽음에 대한 불안이 낮을 것으로 여겨지나 학력에 따른 죽음불안에 대한 연구결과는 차이가 있으므로 추후 반복 연구가 필요하다고 본다. 또한 건강상태를 나쁘게 느낄수록 죽음불안이 높게 나타났는데, 이는 60세 이상 노인을 대상[7] 과 65세 이상노인을 대상[14]으로 한 연구결과와 일치하였다. 건강상실은 죽음을 더 많이 지각하게 하여 죽음에 대한 두려 움을 증가시키는 것으로 볼 때[13] 노인들의 건강상태가 죽음 불만에 중요한 변수임을 알 수 있었다.

본 연구대상자의 자아통합감과 죽음불안은 유의한 음의 상 관관계를 나타냈다. 이것은 자아통합감이 낮으면 죽음불안이 높게 나타난 결과는 Kwon [2]과 Choi [7]의 연구결과와 일치

하였다. 이는 자아통합감을 달성한 사람은 죽음을 수용한다고 하였으므로[7], 자아통합감을 높여주는 중재방안이 필요하다. 또한 자아통합감과 가족지지는 양의 상관관계로 나타났는데, 입원노인을 대상으로 한 자아통합감과 가족지지의 상관관계 에 대한 선행연구가 거의 없어 직접 비교 분석할 수 없었다. 그 러나 재가노인을 대상으로 노인의 죽음불안에 영향을 미치는 요인에 대해 연구한[29] 결과 자아통합감이 가족기능과 양의 상관관계가 있는 것과 일치한다. 가족은 노년기의 역할 상실, 신체·정신적 기능의 감퇴, 사회접촉의 감소와 고립에 대해 완 충 역할을 하는 등 노인의 사회적 통합에 중심적인 역할을 담 당하므로[29], 삶에 대한 의욕과 지향적인 행동의 근본이 되는 자아통합감[6]은 가족과의 긍정적인 관계와 많은 관련이 있다 고 볼 수 있으며 이와 관련한 추후 많은 연구가 필요하다.

한편, 죽음불안과 가족지지와는 유의한 상관관계를 보이지 않았다. 지역 거주 65세 이상 노인을 대상으로 노년기 죽음불 안 영향요인 연구[23]에서 죽음불안이 가족기능과 상관관계 가 나타나지 않았다는 결과는 본 연구결과와 같은 맥락이라 볼 수 있다. 반면 재가노인을 대상으로 한 연구[29]와 종합병 원 입원노인을 대상으로 한[12] 연구결과에서 죽음불안과 가 족지지가 음의 상관관계를 나타내어 본 연구와 달랐는데, 요 양병원 입원 노인들은 가족을 자주 만나지 못하여 가족에게 버려졌다고 느끼는 것으로 나타났다[26]. 62편을 대상으로 한 국 노인의 죽음불안과 관련된 변인의 메타분석 연구[13]에서 가족지지의 변수를 포함하여 대부분 재가노인을 대상으로 연 구가 이루어졌으므로 입원노인, 시설노인 등을 대상으로 더욱 활발한 연구의 필요성을 강조한 것처럼, 죽음불안과 가족지 지와의 관계는 입원한 환경에 따라 다소 차이가 있는 것으로 여 겨지므로 추후 반복연구가 필요하다고 본다.

본 연구대상자의 죽음불안에 영향을 미치는 요인은 자아통 합감, 가족지지, 초등졸, 건강하지 못함, 연령 순으로 나타났 고, 이 변인들은 죽음불안을 21% 설명하였다. 자아통합감이 낮을수록 죽음불안이 높게 나타난 것은 Lee 등[23]와 Park와 Hur [28]의 연구결과와 일치하였다. 자아통합은 지난 인생에 의미를 부여하고 다가올 죽음을 수용하는 태도를 갖게 함으로 [6], 노인의 심리적 안녕상태를 반영하는 포괄적 개념이다 [28]. 따라서 자아통합감은 죽음불안에 영향을 미치는 요인임을 알 수 있었다. 또한 본 연구의 대상자는 가족적 지지가 높을 수록 죽음불안이 낮아지는 것으로 나타났는데, 62편의 논문 으로 한국 노인의 죽음불안과 관련된 변인의 메타분석[13] 연 구결과와 일치하였다. 이렇듯 선행연구들은 노인의 죽음불안 에 가장 중요한 영향요인으로 가족지지를 제시하고 있어 이를

완화하기 위해 가족적인 측면의 중재가 시급하다고 여겨진다.

초등졸 학력에서 죽음불안이 높은 것으로 나타난 결과는, Kim과 Kim [27]의 연구결과와 일치하였다. 반면 Park와 Hur [28]의 연구결과는 교육수준이 높을수록 죽음에 대한 불안이 높은 것으로 나타나 본 연구결과와 달랐다. 교육을 많이 받을수록 노후준비에 대한 정보를 접할 기회를 가지게 되어 죽음을 수용하고 준비함으로써 죽음불안이 낮을 것으로 여겨지나 선행연구의 결과가 상이하므로 지속적인 반복연구가 필요하다.

한편, 건강하지 못한 상태가 죽음불안이 높은 것으로 나타났는데, 이는 Jo와 Song [14]의 연구결과와 같았다. Lee와 Jo [4]는 노인이 건강이 나빠질 때 절망감을 더욱 강하게 느끼고 죽음을 매우 두렵게 느낀다고 보고하였다. 따라서, 노인의 삶에서 신체적인 건강유지와 신체기능향상을 위한 중재는 계속 강조가 되어야 한다. 또한 연령이 높을수록 죽음불안이 높게 나타났는데, Kim과 Kim [27]의 연구결과와 일치한다. 연령이 높아지면서 노화는 더욱 진행되고 신체적 질병까지 생기면 노인들은 자신의 미래가 제한되어 있다고 생각하면서[30], 죽음을 더 많이 지각하고 죽음에 대한 두려움과 불안이 증가하게 된다[7].

본 연구가 일부 지역에 한정되어서 모든 요양병원에 입원 노인을 대표하기에는 한계가 있으며, 재가노인을 대상으로 개발된 자아통합감 연구도구를 사용한 것은 고려할 필요가 있다.

본 연구의 결과를 종합해 보면, 요양병원 입원노인의 죽음불안에 영향을 미치는 요인은 자아통합감과 가족지지이고 중요한 변수임을 알 수 있었다. 노년기에 성취해야 할 과업인 자아통합감을 이루어 자신의 인생에 대한 가치를 부여하고 죽음이 삶의 한 과정임을 알고 죽음에 대한 수용적인 자세를 가져야 할 것이다. 그러므로 인간의 생애주기에 대한 교육을 통해 자아통합감을 증진시켜 죽음에 대한 막연한 두려움을 감소시키는 생애주기 교육에 기초자료가 될 수 있기를 기대한다.

결론

본 연구는 요양병원 노인 환자의 죽음불안에 미치는 영향요인을 규명하여 죽음불안을 경감시키기 위한 기초자료를 제공하고자 시도되었고, 본 연구결과 대상자의 자아통합감, 가족지지, 초등졸, 건강하지 못함, 연령 순으로 죽음불안에 유의한 영향을 미치는 것으로 나타났다.

이상의 결론을 바탕으로 다음과 같이 제언하고자 한다.

첫째, 요양병원 노인들의 죽음불안이 높게 나타나고 있으므로 이들의 죽음불안을 낮추기 위한 방안 모색과 기초자료를 위해 추후 반복연구가 필요하다.

둘째, 죽음을 긍정적으로 수용할 수 있도록 하는 생애주기별 발달과업에 대한 교육과 성별을 고려하여 죽음불안을 완화할 수 있는 간호중재 프로그램 개발이 필요하다.

REFERENCES

1. Korea Institute for Health and Social Affairs. Health and welfare policy issue [Internet]. 2013 Dec 1 [updated 2014 Feb 4; cited 2016 Jun 30]. Available from: <http://search.kihasa.re.kr/RSA/front/Search.jsp>
2. Kwon OG. A survey on the determinations of death anxiety in nursing-home residents. *Journal of Welfare for the Aged*. 2008; 41:27-50.
3. Health Insurance Review & Assessment Service. HIRA-NPS: National Patients Sample [Internet]. 2011 Oct 6 [updated 2011 Nov 4; cited 2016 Jun 30]. Available from: <http://www.hira.or.kr/co/search.do?searchWord=%EC%9A%94%EC%96%91%EB%B3%91%EC%9B%90+%ED%99%98%EC%9E%90+%ED%98%84%ED%99%A9>
4. Lee HJ, Jo KH. A path model for death anxiety to suicidal ideation of the elderly. *Journal of the Korean Gerontological Society*. 2006;26(4):717-31.
5. Kim YS, Kwon YE, Sung KS, Kwak HR. Study of quality of life, death anxiety and spiritual well being in elders. *Korean Gerontological Nursing Society*. 2007;9(2):143-53.
6. Erickson EH. *The life cycle completed*. New York: Norton; 1977. 132 p.
7. Choi WS. A study on the elderly's ego integrity and death anxiety. *Journal of the Korean Gerontological Society*. 2007;27(4):755-73.
8. Nam JS, Yang JH. Factors influencing on depression of frail elderly with chronic disease in long-term care hospitals. *Journal of the Korean Data Analysis Society*. 2012;14(6):3035-47.
9. Health Insurance Review & Assessment Service. Geriatric hospital adequacy test [Internet]. 2013 Mar 27 [updated 2013 Feb 28; cited 2016 Sep 13]. Available from: http://www.mohw.go.kr/front_new/al/sal0301vw.jsp?PAR_MENU_ID=04&MENU_ID=0403&BOARD_ID=140&BOARD_FLAG=00&CONT_SEQ=282659&page=1
10. Jang DH, Lee SM. The effect of family factors on death anxiety of the aged. *Journal of Welfare for the Aged*. 2007;37:89-110.
11. Chang KE. The effects of ego integrity on death anxiety of the elderly: focusing on the mediating effect of depression. *Korean Association of Human Ecology*. 2011;20(5):917-26.
12. Kim KB, Choi YJ. Effects of family support, ageism experience,

- loneliness and powerlessness on death anxiety in elders. *Korean Journal of Adult Nursing*. 2014;26(5):584-91.
<http://dx.doi.org/10.7475/kjan.2014.26.5.584>
13. Kim, MH. The relationship between illness perception, death anxiety, family support and life satisfaction in elderly inpatients [dissertation]. [Seoul]: Kyung Hee University; 2014. 67 p.
 14. Kim SY, Park JS. A meta analysis on variables related to death anxiety of elderly in Korea. *Korean Journal of Adult Nursing*. 2016;28(2):156-68.
<http://dx.doi.org/10.7475/kjan.2016.28.2.156>
 15. Jo KH, Song BS. Effect of family cohesion, subjective happiness and other factors on death anxiety in Korean elders. *Journal Korean Academy Nursing*. 2012;42(5):680-8.
 16. Templer DI. Death anxiety related to depression and health of retired persons. *Journal of Gerontology*. 1979;26:521-3.
 17. Collett LJ, Lester D. The fear of death and the fear of dying. *Journal of Psychology*. 1969;72:179-81.
 18. Thorsons JA, Powell FC. Meaning of death and intrinsic religiosity. *Journal of Clinical Psychology*. 1992;46(4):379-87.
 19. Park EG. Tool development for death anxiety [dissertation]. [Seoul]: Korea University; 1995. 112 p.
 20. Hong CY. Gender differences in reminiscence functions in the elderly. *Korean Psychological Association*. 2000;5(2):117-29.
 21. Cobb S. Social support as a moderate of life stress. *Psychosomatic Medicine*. 1976;38(5):300-14.
 22. Kang HS. Experimental study of the effects of reinforcement education for rehabilitation on hemiplegia patients' self-care activities [dissertation]. [Seoul]: Yonsei University; 1984. 135 p.
 23. Lee HN, Kang EN, Kim SW. A study on the factors influencing death anxiety: examination of impact of family function, spiritual well-being and ego-integrity. *Journal of Welfare for the Aged*. 2010;49:311-32.
 24. Kim HK. Factors influencing ego integrity of elderly. *Journal of the Korean Gerontological Society*. 2006;8(1):24-35.
 25. Kim CG. Factors influencing perception of good death among the community-dwelling elderly. *Korean Journal of Hospice and Palliative Care*. 2014;17(3):151-60.
<http://dx.doi.org/10.14475/kjhpc.2014.17.3.151>
 26. Kim JY, Kim KH. Perceived hopelessness and family support among elders in long-term care hospitals. *Korean Gerontological Nursing Society*. 2014;16(2):151-9.
 27. Kim YS, Kim JM. The relationship between sociodemographic variables and death anxiety among the elderly. *The Korean Gerontological Society*. 2009;29(1):275-89.
 28. Park SA, Hur JS. Determinations of the death anxiety among the elderly. *Mental Health & Social Work*. 2012;40(1):59-88.
 29. Lee JI, Kim SY. Factors influencing death anxiety in the aged. *Journal of Korea Public Health Nursing*. 2011;25(1):28-37.
 30. Ko GR, Yi YS. A study on death anxiety of the elderly. *Korean Association of Human Ecology*. 2008;17(4):639-48.