

노인의 주관적 건강상태, 종교성과 죽음에 대한 공포

한 영 란*

I. 서 론

1. 연구의 필요성 및 목적

2005년 우리나라의 노인인구 비율은 9.1%로 이미 고령화 사회에 접어들었고 2020년에는 15.1%에 달해 고령사회로 접어들 전망으로 이에 따른 많은 문제와 대안이 논의되고 있다. 평균수명 역시 1990년에는 71.6세에서 2005년에는 78.6세로 점차 증가(Korea National Statistical Office[KNSO], 2006)하여 다른 어떤 시기보다 많은 수의 노인이 긴 노후를 보내고 있다. 노화란 누구도 피할 수 없는 자연적이고 정상적인 과정이며 죽음 또한 인간의 출생에서부터 삶과 떼어 놓을 수 없는 불가분의 관계에 있다. 그러나 죽음을 반 금기 영역으로 간주하는 현대의 사회적 분위기 때문에 대부분의 사람은 죽음에 대해 무관심하거나 회피하려고 하여 이에 대한 아무런 준비 없이 삶을 마감하게 되거나 심리·영적으로 고민하면서 죽음을 맞이하게 된다(Jeon, 2000; Kim, 2002). 노인은 죽음을 회피하고 무모하게 삶을 연장하기 위해 노력하기 보다는 자신의 죽음에 대한 태도를 돌아보고 올바른 죽음에 대한 태도를 정립하여야 남은 생의 삶의 질을 잘 관리하고 존엄한 죽음을 맞이할 수 있다. 노년기에 인생에 대한 재평가와 죽음에 대한 대비는 주요 발달과업의 하나이고 죽음에 대한 올바른 태도 확립과 이에 따른 적절한 대처는 노년기의 삶 전체를 좌우할 수 있는 매우 중요한 요인이다(Jeon, 2000; Kim,

2002; Kim, 2003). 죽음은 이렇듯 생의 마지막 단계에 있는 노인에게는 매우 중요한 주제임에도 불구하고 이에 대한 연구 및 간호중재 프로그램은 부족한 상태이다.

의료인 역시 죽음에 대한 가치관이 정립되지 않은 상태에서 생명을 기계로 연장하는 일에 집착하여 무의미한 치료에 집중하므로 임종에 가까운 환자와 가족은 치료에 대한 선택권을 확보하지 못한 상태에서 치료과정의 고통과 함께 비인격적인 대우를 받으면서 죽음을 맞이하게 되는 악 상황이 반복되고 있다. 노인의 의료비 지출은 1985년에 비해 2000년에는 약 83배가 증가하여 2조 3천억 원에 이르며 이러한 증가는 지속될 것으로 예측되고 있다(Health Insurance Review Agency, 2001). 이러한 노인의료비 증가를 억제하기 위해서는 노인이 신체·정신적으로 건강한 삶을 유지하도록 하여 질병예방 및 악화방지를 도모하며, 말기질환 시에도 불필요한 치료로 환자와 가족을 고통스럽게 하기보다는 좀 더 인간적으로 죽음을 맞이할 수 있도록 하는 호스피스 같은 적절한 대처가 필요하고, 이를 위해서는 죽음에 대한 올바른 이해가 요구된다(Kim, 2004).

죽음에 대한 태도는 죽음의 보편성에도 불구하고 객관적이고 보편적일 수가 없으며 개인의 성별, 교육수준, 종교, 건강상태, 경제적 상태, 생활만족도, 지지체계, 심리적 상태, 가치관과 사회문화적 배경 등 다양한 요인에 따라 다르다. 노년기의 죽음에 대한 태도는 크게 수용과 부정으로 나누어지며, 대부분은 아무리 죽음을 피하려고 해도 피할 수 없다는 사실 때문에 죽음에 대한 공포와

* 동국대학교 부교수(교신저자 E-mail: hanyr@dongguk.ac.kr).
투고일: 2007년 7월 5일 심사완료일: 2007년 9월 18일

불안을 가지게 된다(Jeon, 2000; Kim, 2002; Kim, 2004; Suh, 1988). 죽음을 두려워하는 이유는 죽는 과정과 관련된 두려움 그리고 죽음의 결과와 관련된 공포로 설명될 수 있다(Lee & Choi, 1995). 죽음에 대한 부정적 감정은 삶 전체에 부정적 영향을 미치게 되어 삶의 만족도를 저하시키는 중요한 요인이 된다. 죽음에 대한 불안개념은 죽음에 대한 공포, 혐오, 죽음기피, 죽음수용 등 학자에 따라 다양하게 표현되어 왔다(Jeon, 2000; Kim, 2003; Suh, 1990).

노인의 건강상태는 실제적인 질환의 유무도 중요하지만 본인이 인식하는 지각된 건강 역시 중요한 건강관련 지표이다. 주관적 건강수준은 급성, 만성, 치명적 혹은 비 치명적 질병에 대한 주관적 경험의 종합으로, 지각된 건강은 단순히 질병의 유무에 대한 주관적인 평가를 하는 것이 아니라 신체·정신·사회적 건강의 복합적인 특성이 반영된 개인의 총체적인 건강상태를 나타낸다고 보고되어 왔다. 건강이란 단순히 신체적 질병의 유무만을 평가하는 것이 아니라 신체, 정신, 사회적 건강의 복합적인 특성이 반영된 개인의 총체적인 건강상태를 나타내기 때문에 노인의 주관적 건강평가는 노인의 총체적 건강상태를 대표할 수 있는 평가방법이다(Benyamini, Leventhal, & Leventhal, 1999; Cha, Han, & Lee, 2002; Song, Song, & Mok, 2003). 본인이 스스로 평가하는 주관적 건강수준은 노인에 있어 건강을 측정하는 종합적 지표로서 사망률의 예측뿐 아니라 다양한 지역사회조사에서 그 효율성이 알려져 왔다(Deeg & Bath, 2003; Song et al., 2003). 또한 주관적 건강수준은 사회활동의 한 하위영역인 종교 활동과 유의한 연관이 있는 것으로 조사되었으며, 노인의 죽음에 대한 태도 및 공포와도 관련이 있는 것으로 보고 되고 있다(Jeon, 2000; Song et al., 2003; Suh, 1988).

종교는 보편적 질서개념과 세계관을 통해서 의미의 문제에 대답하고 방향의 요구와 정체감 요구를 충족시킴으로써 긴장관리 기능을 이행한다. 모든 종교는 죽음에 대한 해석을 제공함으로써 죽음이 인생의 종말이 아님을 주장하고 보편적 질서의 차원에서 새로운 의미를 부여함으로써 죽음의 충격을 감소시킨다(Kim, 1993). 종교는 은퇴, 배우자 상실, 인생의 허무감을 느끼며 이를 초월하고 싶은 노년기에 더욱 중요성이 커진다. 노인에게 있어 종교생활은 삶의 의미를 되찾게 해주고 나아가 죽음에 대한 긍정적인 수용태도와 노년기의 상실감을 인정하고 이에 대처할 수 있는 심리적 안정감을 제공하므로 그 역

할은 매우 중요하다(Kim & Park, 2000; Kim & Son, 1984; Kim, 2003; Kim, 2004; Wagner & Lorion, 1984). 그러나 종교를 가진 경우에도 종교적 신념의 확실성이나 신앙의 깊이에 따라 죽음에 대한 태도가 다른 결과를 보이고 있어(Kim, 1991; Kim, 1992; Wagner & Lorion, 1984) 종교성에 따른 죽음에 대한 태도의 차이에 대한 연구가 필요하다.

이에 본 연구는 노인의 주관적 건강상태, 종교성과 죽음에 대한 공포수준에 대해 조사함으로써 노인의 죽음에 대한 공포와 관련되는 변수를 확인하고자 한다. 이는 노인으로서 하여금 죽음에 대한 올바른 태도를 형성하고 다가올 죽음에 적절히 대비하여 남은 생을 만족스럽게 살 수 있도록 도울 수 있는 다양한 중재프로그램 개발을 위한 기초 자료로 활용될 수 있을 것이다. 구체적인 연구 목적은 다음과 같다.

첫째, 노인의 주관적 건강상태, 종교성 및 죽음에 대한 공포 수준을 파악한다.

둘째, 노인의 일반적 특성, 주관적 건강상태 및 종교성에 따른 죽음에 대한 공포수준을 파악한다.

II. 연구 방법

1. 연구 설계

본 연구는 일 지역 재가 노인의 주관적 건강상태, 종교성과 죽음에 대한 공포수준을 파악하고, 죽음에 대한 공포와 관련되는 변수를 파악하고자 시도된 서술적 조사 연구이다.

2. 연구대상 및 자료수집 절차

표본추출 방법은 편의추출 방법으로, 일 지역의 65세 이상 종교를 가진 재가노인 중 의사소통이 가능하며 거동이 가능한 노인을 대상으로 하였다.

자료 수집을 위해 일 지역 시내에 소재한 8개 경로당을 방문하여 회장 및 총무에게 연구의 목적을 설명하여 일차적으로 허락을 받았으며, 약속 일자에 방문하여 노인들에게 연구의 목적을 설명하고 자료 수집을 허락한 사람을 대상으로 조사를 실시하였다. 조사기간은 2005년 1월 10일부터 2월 30일까지이며, 설문지는 자료수집에 대한 교육을 받은 보조자와 연구자가 직접 배부하고 회수하였다. 직접 설문을 작성할 수 없는 노인의 경우

보조자가 각 문항을 읽어 주면서 응답하도록 하였다. 설문은 연구목적으로만 사용되며 익명성이 보장됨을 설명하였고, 응답 중에도 거부할 수 있음을 알려드렸다. 설문지는 총 144부가 작성되었으며, 그 중 답변이 부실한 16부를 제외한 128부를 최종 분석하였다.

3. 연구 도구

1) 도구의 구성

설문지 내용은 크게 나누어 일반적 특성, 주관적 건강상태, 종교성 및 죽음에 대한 공포로 구성하였다. 일반적 특성은 성, 연령, 결혼상태, 학력, 종교, 자신이 인지하는 생활정도, 직업유무, 최근 1년 내 지인의 죽음목적 여부 등 8문항이었다.

주관적 건강상태는 '어르신께서 느끼시는 건강상태는 어떠하십니까?'의 한 항목으로 '건강하다', '보통이다', '건강하지 않다.'로 구분하였다.

종교성(religiosity)은 Bell과 Batterson(1979)이 개발하고 이를 Park(2001)이 번역·수정한 것을 사용하였다. 종교의 위안정도(5점 척도), 종교모임 참석정도(4점 척도), 삶과 죽음에 미치는 영향(5점 척도)을 묻는 3문항으로 점수분포는 3-14점이다. 본 연구에서는 종교성의 정도를 집단화하기 위해 표준화 처리하여 상, 중, 하로 구분하였다. Park(2001)의 연구에서 신뢰도는 제시되어 있지 않았으며, 본 연구에서 Cronbach α 는 .72였다.

죽음에 대한 공포 설문지는 Loo와 Shea(1996)의 Fear of Death and Dying Scale(FODS)를 Kim(2003)이 번역, 선별하여 사용한 도구 중 통계적으로 알파 값이 낮은 한 문항을 뺀 15문항을 사용하였다. '자신의 죽음에 대한 공포' 3문항과 '자신이 죽어가는 과정에 대한 공포' 4문항, '타인의 죽음에 대한 공포' 4문항과 '타인이 죽어가는 과정에 대한 공포' 4문항의 하위영역으로 나누었다. '매우 그렇다'를 5점, '전혀 그렇지 않다'를 1점으로 하였고, 반대되는 내용의 문항은 역 문항으로 처리하여 점수가 높을수록 공포가 심한 것을 의미한다. 암환자 31명을 대상으로 한 16문항의 Kim(2003)의 연구에서는 Cronbach's α 가 중재 전에는 .77, 중재 후에는 .81이었고, 15문항을 사용한 본 연구에서는 Cronbach's α 값이 .56이었다.

3. 자료 분석방법

수집된 자료는 SPSS for Windows 14.0 프로그램을 이용하여 분석하였다.

첫째, 대상자의 일반적 특성, 주관적 건강상태, 종교성 및 죽음에 대한 공포를 파악하기 위하여 실수, 백분율, 평균 및 표준편차 등의 기술통계를 이용하였다.

둘째, 대상자의 일반적 특성, 주관적 건강상태 및 종교성에 따른 죽음에 대한 공포 수준의 차이를 알아보기 위하여 t-test 및 ANOVA를 실시하였으며 유의한 차이가 있는 변수들 간에는 Scheffé를 실시하였다.

III. 연구 결과

1. 대상자의 일반적 특성

대상자의 일반적인 특성은 <Table 1>에 제시되었다. 여자가 67.2%로 32.8%인 남자보다 상대적으로 많았으며, 연령으로는 '70대'가 55.5%로 가장 많았으며, '80대 이상'이 27.3%, '65-69세가 17.2%의 순으로 나타났다. 대상자의 평균 연령은 75.5세이고 최소 66세에서 최고 91세까지 분포하였다. 배우자를 '사별'한 경우가 64.1%로 '유배우 35.9% 보다 상대적으로 많았다. 학력으로는 '무학' 47.7%, '초등 졸' 37.5%로 전체의 약 85%가 초등학교 졸업이하의 저학력으로 나타났으며, '중졸'은 14.8%로 분석되었다. 종교는 '불교'가 80.5%로 가장 많았고, '기독교와 천주교'가 19.5%로 나타났으며, 대부분의 응답자(98.4%)가 직업이 없는 것으로 나타났고 직업이 있다고 응답한 대상자인 2명(1.6%)도 농업에 종사하는 것으로 나타났다.

본인이 지각하는 생활정도를 묻는 질문에서는 '중'(60%), '하'(40%)로 나타났으며, '상'이라고 응답한 대상자는 없었다. 기타 항목으로 '1년 내 지인의 죽음목적 여부'로는 '없다'가 70%로 '있다'(30%)보다 상대적으로 많았다.

2. 대상자의 주관적 건강상태, 종교성 및 죽음에 대한 공포

주관적 건강상태는 '건강하다'가 32.8%, '그저 그렇다'가 17.2%, '좋지 않다'가 50%로 분석되었다(Table 2). 종교성은 표준화 처리하여 종교성을 상(+1.0이상), 중, 하(-1.0이하)의 세 집단으로 구분하였으며 '상'이 16.4%, '중'이 69.5%, '하'가 14.1%로 분류되었다(Table 2).

〈Table 1〉 General Characteristics of the Subjects

(N=128)

Characteristic	Category	n	%
Sex	Male	42	32.8
	Female	86	67.2
Age	65~ 69	22	17.2
	70~ 79	71	55.5
	80≥	35	27.3
Marital status	Married	46	35.9
	Separation by death	82	64.1
Educational level	None	61	47.7
	Elementary school graduation	48	37.5
	Middle school graduation	19	14.8
Religion	Buddhism	103	80.5
	Christian or catholic	25	19.5
Perceived economic condition ¹⁾	Middle level	72	60.0
	Low level	48	40.0
Job ¹⁾	Yes	2	1.6
	No	126	98.4
Observation of death of acquaintance within 1 years	Yes	36	30.0
	No	84	70.0

Note. ¹⁾ Missing data (8).

〈Table 2〉 Subjective Health Status and Religiosity of the Subjects (N=128)

Variable	Category	n	%
Subjective health status	Healthy	42	32.8
	Moderate	22	17.2
	Not healthy	64	50.0
Religiosity	The upper part	21	16.4
	Medium	89	69.5
	The low	18	14.1

대상자의 죽음에 대한 공포와 하위 영역인 '자신의 죽음에 대한 공포', '자신이 죽어가는 과정의 공포', '타인의 죽음에 대한 공포' 그리고 '타인이 죽어가는 과정의 공포'를 분석한 결과는 〈Table 3〉와 같다.

죽음에 대한 공포는 전체 5점 만점에 평균 3.18 (±.46) 다소 높게 나타나 대체로 죽음에 대하여 공포를 느끼는 것으로 나타났으며, 하위변인별로는 '타인의 죽음에 대한 공포'가 3.31(±.59)로 가장 높게 나타났으며, 다음으로 '타인이 죽어가는 과정의 공포'가 평균 3.23 (±.66), '자신이 죽어가는 과정에 대한 공포'가 3.18 (±.70), '자신의 죽음에 대한 공포'가 3.00(±.71)의 순으로 나타났다. 즉, 타인의 죽음에 대한 공포가 가장 컸으며, 다음으로 타인과 자신이 죽어가는 과정 그리고 마지막으로 자신의 죽음에 대한 공포를 느끼는 것으로 나타났다.

〈Table 3〉 The Level of Fear of Death of the Subjects (N=128)

Content	M(SD)	
Fear of death (total)	3.18(.46)	
Subcategory	Death of self	3.00(.71)
	Dying of self	3.18(.70)
	Death of others	3.31(.59)
	Dying of others	3.23(.66)

3. 일반적 특성, 주관적 건강상태와 종교성에 따른 죽음에 대한 공포

1) 일반적 특성에 따른 죽음에 대한 공포

대상자의 일반적 특성에 따른 죽음에 대한 공포수준을 알아보기 위하여 t-test 및 ANOVA를 실시한 결과는 〈Table 4〉와 같다.

대상자의 일반적인 특성과 죽음 전체에 대한 공포수준 간에는 유의한 차이가 없는 것으로 분석되었다. 죽음에 대한 공포의 하부변인 별로 살펴보면 다음과 같다. 자신이 죽어가는 과정에 대한 공포에서는 일반적 특성 중 교육수준에서 통계적으로 유의한 차이를 보였으며(F=3.29, p=.040) Scheffé test를 실시한 결과 '중학교 졸업자'(3.45±.90)가 '초등학교 졸업자'(3.00±.70)보다 자신이 죽어가는 과정에 대한 공포가 심한 것으로 나타났다. 타인이 죽어가는 과정에 대한 공포에서는 연령

<Table 4> Difference of Level of Fear of Death According to General Characteristics, Subjective Health Status and Religiosity (N=128)

Category	Fear of death (Total)		Dying of self		Dying of others		Dying of others	
	M ±SD	t/F	M ±SD	t/F	M ±SD	t/F	M ±SD	t/F
Sex	Male	2.95±.39	3.14±.70	.49	3.26±.68	.34	3.14±.52	.54
	Female	3.01±.45	2.94±.72		3.15±.72		3.40±.61	
Age	65~69 (a)	3.15±.56	3.05±.89		3.36±.84		3.47±.57	
	70~79 (b)	2.97±.38	2.99±.71	.05	3.14±.67	.89	3.28±.57	.90
	80≥ (c)	2.93±.43	3.01±.63		3.15±.67		3.28±.63	
Marital status	Married	3.05±.49	3.12±.76	.32	3.30±.70	.02	3.35±.60	.04
	Separation by death	2.95±.39	2.94±.69		3.12±.70		3.29±.59	
Educational level	None (a)	3.06±.42	3.11±.70		3.24±.60	3.29*	3.37±.61	
	Elementary school graduation (b)	2.87±.40	2.83±.73	2.43	3.00±.70	b<c	3.31±.55	1.01
	Middle school graduation (c)	3.04±.50	3.12±.69		3.45±.90		3.14±.60	
Religion	Buddhism	3.05±.43	3.06±.75	2.47	3.25±.71	.76	3.35±.59	.38
	Christian or catholic	2.75±.34	2.79±.53		2.91±.61		3.14±.59	
Perceived economic condition	Middle level	2.91±.48	2.92±.76	.55	3.03±.75	.54	3.31±.56	.14
	Low level	3.07±.36	3.15±.60		3.34±.60		3.32±.59	
Job	Yes	2.44±.00	2.00±.00	3.10	1.75±.00	3.12	3.75±.00	3.03
	No	3.00±.43	3.02±.71		3.20±.69		3.31±.59	
Observation of death of acquaintance within 1 years	Yes	2.91±.35	3.02±.61	2.18	3.18±.72	.00	3.21±.52	1.55
	No	3.01±.47	2.98±.77		3.16±.71		3.38±.60	
Perceived health status	Healthy (a)	2.98±.42	3.09±.70		3.16±.80		3.13±.72	3.17*
	Moderate (b)	2.93±.39	2.82±.80	1.02	3.09±.66	.33	3.36±.54	a<c
	Not healthy (c)	3.01±.46	3.02±.70		3.23±.66		3.42±.48	
Religiosity	The upper part (a)	2.80±.39	2.63±.59	4.13*	2.95±.71		3.30±.50	
	Medium (b)	3.06±.45	3.11±.77	a<b	3.27±.70	2.37	3.35±.63	1.14
	The low (c)	2.83±.29	2.91±.41		3.01±.63		3.13±.47	

* p<.05

Note. (a), (b) (c) means Scheffé test.

($F=3.46, p=.034$)과 1년 내 지인의 죽음목적 여부 ($t=5.80, p=.018$)에서 통계적으로 유의한 차이를 보였다. 1년 내 지인의 죽음을 목격하지 않은 노인 ($3.28 \pm .71$)이 목격한 노인($3.01 \pm .47$)보다 타인이 죽어가는 과정에 대한 공포가 큰 것으로 나타났고, 연령에 대한 Scheffé test를 실시한 결과 65-69세의 노인 ($3.48 \pm .69$)이 80대 이상 노인($3.01 \pm .68$)보다 타인이 죽어가는 과정에 대한 공포가 더 큰 것으로 분석되었다.

2) 주관적 건강상태와 종교성에 따른 죽음에 대한 공포
주관적 건강상태에 따른 죽음 전체에 대한 공포수준 간에는 통계적으로 유의한 차이가 없는 것으로 나타났다. 단지 죽음에 대한 공포의 한 하위 영역인 타인의 죽음에 대한 공포($F=3.17, p=.045$)에서는 건강하지 않다고 느끼는 대상자($3.42 \pm .48$)가 건강하다고 느끼는 대상자 ($3.13 \pm .72$)보다 타인의 죽음에 대한 공포가 더 큰 것으로 나타났다.

종교성과 죽음 전체에 대한 공포 간에 통계적으로 유의한 차이($F=4.79, p=.010$)가 나타났으며 Scheffé test를 실시한 결과 종교성이 중간인 대상자($3.06 \pm .45$)가 높은 대상자보다($2.80 \pm .39$)보다 죽음에 대한 공포가 높은 것으로 나타났다. 하위 영역을 보면 종교성과 '자신의 죽음에 대한 공포'($F=4.13, p=.018$)와 '타인이 죽어가는 과정에 대한 공포'($F=3.10, p=.049$)가 통계적으로 유의한 차이를 보였다. 두 하부 변인에 대한 Scheffé test를 실시한 결과 '자신의 죽음에 대한 공포'에서만 종교성이 중간인 대상자($3.11 \pm .77$)가 높은 대상자보다($2.63 \pm .59$)보다 죽음에 대한 공포가 높은 것으로 나타났다(Table 4).

IV. 논 의

대상자 중 주관적으로 건강상태가 '좋지 않다'고 인식한 노인이 50%로 나왔는데, 이는 노인실태조사(Seonwoo, 2005)에서 90.9%가 만성질환을 한 가지 이상가지고 있다는 결과와 비교할 때 상대적으로 자신의 건강을 좋게 평가하는 것으로 해석할 수 있다. 이는 노인들은 현재 건강상태와 관계없이 자신의 건강을 실제보다 비교적 건강하게 평가한다는 보고(Song, Song, & Mok, 2003)와 유사한 결과라고 볼 수 있다.

죽음에 대한 공포는 전체 평균 3.18로(5점 만점) 다소 높게 나타나 대체로 죽음에 대하여 공포를 느끼는 것

으로 나타났다. 하부영역 중 '타인의 죽음에 대한 공포'가 가장 컸으며, 다음으로 타인 및 자신이 죽어가는 과정에 대한 공포'를 느끼는 것으로 나타났다. 자신은 죽음자체보다 죽음이 진행되는 과정에 대하여 더 공포를 느끼는 것으로 나타났다. 노인이 다른 연령층에 속한 사람들보다 죽음에 대한 불안이나 공포가 낮은 것으로 분석된 결과가 있으나(Harris & Cole, 1986), 본 연구에서는 죽음에 대한 공포가 다소 높게 나타나 노인들의 죽음에 대한 공포가 낮은 것이 아니라는 것이 확인되었다. 청년기, 성인기, 노년기 중 노년기의 죽음불안 정도가 높게 나타났다는 Cho(1989)의 연구와 같은 맥락으로 이해되며 이는 인생후기에 속한 연령층일수록 죽음이 현실적으로 다가오는데 대한 실제적인 불안감 때문이라고 사료될 수 있다. 그리고 역할상실이나 노인지위의 약화 등이 노인들에게 죽음에 대한 불안감을 고조시키므로, 노년층에서 죽음에 대한 불안정도가 높게 나타난 것으로 볼 수 있다.

Kim과 Son(1984)의 연구에서는 연령이 낮은 노인일수록 죽음에 대해 긍정적인 태도를 지니고 있으며, 연령이 높아질수록 부정적인 태도를 지니고 있는 것으로 나타난 반면 연령이 많을수록 죽음에 대한 태도가 더 긍정적이라는 연구결과도 있다(Kim, 1992; Suh, 1988). 본 연구에서는 노인 전체의 죽음에 대한 공포는 연령별로 유의한 차이를 보이고 있지 않아 노인의 연령과 죽음 불안수준간의 관계에 일치된 결과를 보이지 않고 있었다. 그러나 '타인이 죽어가는 과정에 대한 공포' 하위 영역에서는 65-69세 노인이 80대 노인에 비해 공포수준이 높게 나타났다. 이는 이미 노인기를 오래 보낸 80대보다 노인기로 접어드는 시기에 타인이 죽어가는 과정을 보면서 자신의 죽음을 비로소 실감하게 되기 때문으로 사료된다. 따라서 노인기에 접어들기 전에 또는 늦어도 노인기 초기에 죽음준비 교육이 실시될 필요가 있다.

'중학교를 졸업한 노인'이 '초등학교를 졸업한 노인'보다 '자신이 죽어가는 과정에 대한 공포'가 높게 나타났다. 25문항으로 구성된 죽음에 대한 공포 도구를 사용한 Kim(2004)의 연구에서 학력은 죽음에 대한 공포와 유의한 상관관계가 있는 것으로 나타났으며, 고졸이 초졸과 중졸보다 죽음에 대한 공포가 높게 나타나 본 연구결과와 유사한 결과를 보이고 있다. 그러나 교육수준은 죽음의 불안 정도와 직접적인 부적 상관관계가 있어(Kim, 1991; Suh, 1988), 교육정도가 낮은 사람이 죽음을 더 많이 생각하고 죽음에 대한 계획을 덜 하며, 죽음에 대

해 보다 많은 불안과 두려움을 느끼는 것으로 보고 되고 있으며, Cho(1989)에서도 학력이 높은 사람에게서는 죽음불안이 낮게 나타나는 것으로 보고 되고 있고, 연령 변인을 통제한 경우에도 동일한 효과를 보이는 것으로 나타났다. 따라서 교육수준과 죽음에 대한 공포 간에는 일관된 결과를 보이고 있지 않으므로 이에 대한 지속적인 연구가 요구된다.

'지난 1년 동안 지인의 죽음을 목격한 경험이 없는 노인'이 '있는 노인'보다 '타인이 죽어가는 과정에 대한 공포' 수준이 높았다. 가까운 주변에서 발생하는 죽음은 노인에게 고통과 두려움을 주기는 하나 그 죽음을 관찰하면서 죽음과정을 다시 생각하게 되어 타인의 죽어가는 과정에 대해 다소 익숙해질 수 있는데 비하여, 최근 죽음을 목격한 경험이 없는 노인은 상대적으로 이러한 경험을 갖지 못해 타인이 죽어가는 과정에 대한 공포가 심한 것으로 해석할 수 있다. 한편 25문항으로 구성된 죽음에 대한 공포 도구를 사용한 Kim(2004)의 연구에서 죽음에 대한 목격경험이 있는 경우(3.24±.42)가 없는 경우(3.23±.45)보다 죽음에 대한 공포가 다소 높게 나타나 본 연구결과와 차이를 보였다. 이러한 차이는 죽음을 목격한 시점의 차이에서 초래될 가능성을 고려해 볼 수 있으나 이에 대한 연구가 더 필요하다.

본 연구에서 '자신의 건강상태를 좋지 않다고 인식한 노인'이 '좋다고 인식한 노인'보다 '타인의 죽음'에 대한 공포가 더 심했다. 이는 건강이 좋지 않다고 생각하는 노인은 타인의 죽음을 보면서 자신의 죽음이 더욱 가깝게 느껴지기 때문으로 해석될 수 있으며, Cho(1989)와 Yang(1992)의 연구에서도 건강이 양호한 사람일수록 죽음불안도가 낮다는 것과 유사한 결과라고 할 수 있다. Suh(1988)의 연구에서도 주관적 건강수준은 미국 노인에서 죽음에 대한 공포에 영향을 미치는 변수로 확인되어 주관적 건강상태가 죽음에 대한 태도에 중요 변수임을 확인할 수 있었다.

본 연구에서 종교성이 중간인 노인집단이 종교성이 높은 노인집단보다 '죽음 전체에 대한 공포'가 높은 수준으로 나타났으며, 하위영역인 '자신의 죽음에 대한 공포'에서도 종교성이 중간인 대상자가 '상'인 노인보다 공포의 수준이 높게 나타났다. Ward(1996)와 Wanger와 Lorion(1984)의 연구에서도 종교적 신념의 확실성이 죽음에 대한 태도에 더욱 중요한 영향을 미친다고 보고하였다. Harris와 Cole(1986)은 종교성과 죽음에의 공포 사이에 곡선 관계가 있다고 한다. 즉, 매우 종교적인 사람은

죽음불안이 가장 적고, 반면 비종교적인 사람은 중간 정도의 공포를 가지고 있으며, 중간 수준의 종교성을 갖고 있는 사람이 가장 공포를 많이 느낀다는 것이다. Kim(2004)에 의하면 종교가 있더라도 믿음이 약하면, 구원이나 영생에 대한 확신보다는 신의 거부나 벌에 대한 두려움이 많을 수 있기 때문에 죽음에 대한 불안 수준이 높아질 수 있다고 하였고, 종교참여도는 죽음태도에 대해서 11%의 설명력을 보였다. 즉 종교를 갖고 있다고 하더라도 종교적 믿음 즉 신앙심이 강한 사람이 죽음불안 수준이 더 낮고, 불규칙적으로 교회에 나가거나 중간 정도의 종교적 믿음을 갖고 있는 사람이 종교가 없는 사람보다도 죽음에 대한 불안도가 더 높은 것으로 나타나 본 연구결과와 일치되고 있다.

우리나라는 수의를 미리 마련해 놓으면 오래 산다는 믿음 때문에 노인이 있는 가정에서 수의를 미리 준비하고 노인은 자신의 묘 자리를 생전에 준비하여 돌보며 죽음에 대한 준비를 하는(Kim, 2001) 반면, 자손들은 효 사상 때문에 노인의 죽음문제를 언급하는 것 자체가 사회적 불경이라는 관습이 남아있어 죽음을 위한 서로간의 준비가 매우 미비한 상태이다(Kim, 2003). 죽음에 대한 태도가 정립되어 있지 않으면 죽음에 임박했을 때 조금이라도 생명을 연장하려다 이별의 순간 마음을 정리하지 못하고 불행한 죽음이 될 수 있으므로 건강할 때 죽음에 대한 자신의 태도를 돌아보고 정리할 수 있는 기회가 주어질 필요가 있다.

V. 결 론

본 연구는 노인의 주관적 건강상태, 종교성과 죽음에 대한 공포수준에 대해 조사함으로써 노인의 죽음에 대한 공포와 관련되는 변수를 확인하고자 시행된 서술적 조사 연구이다. 연구대상은 일 지역 65세 이상 종교를 가진 재가 노인 중 의사소통이 가능하며 거동이 가능한 노인 128명이었으며 연구결과는 다음과 같다.

1. 여자 노인이 67.2%, 70대 이상이 82.8%, '사별'한 경우가 47.7% 이었다. 학력은 약 85.2%가 초졸 이하였으며 '불교'가 80.5%이었다. 지각하는 생활정도는 '중' 또는 '하'가 100%였다.
2. 주관적으로 건강상태가 '좋지 않다'고 인식한 대상자가 50% 이었으며, 종교성은 중간이 69.5%로 가장 많았다. 죽음 전체에 대한 태도의 평균은 5점 만점에 3.18(± .46)이었고, 하위변인별로는 '타인의 죽음에

대한 공포가 3.31(\pm .59), '타인이 죽어가는 과정에 대한 공포'가 3.23(\pm .66), '자신이 죽어가는 과정에 대한 공포'가 3.18(\pm .70), '자신의 죽음에 대한 공포'가 3.00(\pm .71)로 나타났다.

3. 죽음 전체에 대한 공포는 종교성($F=4.79$, $p=.010$)에서 유의한 차이를 보였다. '자신의 죽음에 대한 공포'는 종교성($F=4.13$, $p=.018$)의 변인에서 통계적으로 유의한 차이를 보였다. '자신이 죽어가는 과정'에 대한 공포는 교육수준과 통계적으로 유의한 차이를 보였으며($F=3.29$, $p=.040$). 타인의 죽음에 대한 공포는 주관적 건강상태($F=3.17$, $p=.045$)와 유의한 관계가 있었다. 타인이 죽어가는 과정에 대한 공포는 연령($F=3.67$, $p=.34$), 1년 내 지인의 죽음 목적 여부($F=5.80$, $p=.018$) 그리고 종교성($F=3.10$, $p=.49$)에서 통계적으로 유의한 차이가 있었다. 죽음 전체의 공포와 관련되는 변인은 종교성 뿐이었으며, 연령, 교육수준, 1년 이내 지인의 죽음목적여부와 주관적 건강상태는 죽음에 대한 공포의 하위영역과 관련이 있어 연령별, 교육수준별, 죽음목적여부 및 주관적 건강상태에 따라 죽음 공포의 내용에 차이가 있었다. 이러한 결과에 기초하여 노인의 중요 발달과업의 하나인 죽음에 대한 올바른 태도 정립을 위한 죽음준비 프로그램이 준비되어 실행될 필요가 있으며 이는 노인의 중요 발달과업의 하나인 죽음에 대한 올바른 태도 정립을 통해 노인들의 질적인 삶을 향상하고 존엄한 죽음을 맞이하도록 하는데 기여할 것으로 판단된다.

본 연구는 일 지역 경노당 노인을 편의 추출하여 자료를 수집하였으므로 연구결과를 일반화하는데 어려움이 있으며 '죽음에 대한 공포' 도구의 신뢰도가 낮게 나온 제한점을 가지고 있다. 따라서 대상자를 확대하여 재 연구할 필요가 있으며, 동시에 본 연구결과에 기초한 노인을 위한 죽음준비 교육프로그램이 개발되어 그 효과를 측정하는 연구를 실시할 것을 제언한다.

References

- Bell, B. D., & Batterson, C. T. (1979). The death attitudes of older adults: A path analytical exploration. *Omega*, 59-76.
- Benyamini, Y., Leventhal, E. A., & Leventhal, H. (1999). Self-assessment of health: What do people know that predicts their mortality. *Res Aging*, 21(3), 385-400.
- Cha, S. E., Han, G. H., & Lee, J. (2002). Difference among three aged group. *J Korea Gerontol Soc*, 22(1), 173-190.
- Cho, J. Y. (1989). *A study on anxiety toward death*. Unpublished master's thesis, Kyunghee University, Seoul.
- Deeg, D. J. H., & Bath, P. A. (2003). Self-rated health, gender and mortality in older persons. *Gerontol*, 43(3), 369-371.
- Harris, D. K., & Cole, A. E. (1986). *Sociology of aging*. Seoul: Kyungmoonsa.
- Health Insurance Review Agency. (2001). *Medical insurance statistical annual report (1985-2000)*. Seoul: Health Insurance Review Agency.
- Jeon, Y. G. (2000). *A study of factors influencing the death anxiety in the old age*. Unpublished master's thesis, Mokwon University, Daejeon.
- Kim, H. M. (2002). *A study on the recognition and attitudes for the death among the aged: With the aged who live in Su-Won City*. Unpublished master's thesis, Kangnam University, Seoul.
- Kim, H. R. (1991). *Perceived anxiety toward death of the elderly: Comparisons among the 3 residential settings*. Unpublished master's thesis, Ewha Womans University, Seoul.
- Kim, J. E. (2003). *An influence of home visiting hospice on the basis of social support on the old people's attitude toward death*. Unpublished master's thesis, Honam University, Gwangju.
- Kim, K. J. (1992). *A study of death anxiety according to religious participation for aging people*. Unpublished master's thesis, Ewha Womans University, Seoul.
- Kim, M. S., & Park, M. J. (2000). The impact of religion on the quality of life of the elderly. *J Korean Gerontol Soc*, 20(2), 29-47.
- Kim, M. S. (2004). *Effect of a religion on the ego integrity and the attitude toward death*

of Korean Senior citizens. Unpublished master's thesis, Sam Yook University, Seoul.

Kim, S. H. (1993). *A study on buddhist's religious tendencies and the unrest attitude on death*. Unpublished master's thesis, Korea University, Seoul.

Kim, T. H., & Son, Y. S. (1984). A study on attitude of the aged toward death centering on family environment, physical and psychological variance. *J Korean Gerontol Soc*, 4(1), 3-19.

Korea National Statistical Office. (2006). *Future population estimation result*.

Lee, I. J., & Choi, H. K. (1995). *Human behavior and social environment*. Paju: Naman Publishing House.

Loo, R., & Shea, L. (1996). Structure of the Collett-Lester fear of death and dying scale. *Death Stud*, 20, 577-586.

Park, S. H. (2001). *A comparative study about consciousness of death in hospice volunteer*. Unpublished master's thesis, Catholic University, Daegu.

Seonwoo, D. (2005). *The development of health care system for older Koreans*. Seoul: Korea Institute for Health and Social Welfare.

Song, M. S., Song, H. T., & Mok, J. Y. (2003). Community based cross-sectional study on the related factors with perceived health status among the elderly. *J Korean Gerontol Soc*, 23(4), 127-142.

Suh, H. K. (1988). The attitude toward death of Korea and the American old person. *Korean J Res Gerontol*, 39-60.

Suh, H. K. (1990). Attitude of male and female older adults concerning death. *J Korea Soc Health Educ*, 7(2), 89-102.

Wagner, K. D., & Lorion, R. P. (1984). Correlates of death anxiety in elderly persons. *J Clin Psychol*, 40(5), 1235-1241.

Ward, R. A. (1996). *The aging experience*. New York: Lippincott.

Yang, H. C. (1992). *A study on death anxiety of elderly according to internal-external locus of control and perceived social support*. Unpublished master's thesis, Ewha Womans University, Seoul.

- Abstract -

Subjective Health Status, Religiosity and Fear of Death of the Elderly in Rural Communities

Han, Young Ran*

Purpose: This study was performed to investigate the level of subjective health status, religiosity and the fear of death of the elderly and to identify the relationships among them.

Methods: This study was a cross-sectional descriptive study using a questionnaire. Fear of Death Scale that was made by Loo & Shea (1996) and translated and revised by Kim(2003) was used to measure the fear of death. The data was analyzed using SPSS.

Results: The subject was 128 community dwelling elders who had a religion. Of the respondents, 50% felt 'not healthy', and 69.5% was moderately religious. The mean score of FODS was 3.18 (out of 5). The mean score of each subcategory of FODS was as follows: Death anxiety about the death of self was 3.00. Death anxiety about the dying of self was 3.18. Death anxiety about the death of others was 3.31 and death anxiety about the dying of others was 3.23. There was a statistically significance correlation between the level of religiosity and FODS ($F=3.29, p=.040$).

Conclusion: Health professionals may make efforts to learn about healthy attitudes toward death and aid for the elderly and to comfort them. Death education programs are needed for

* Department of Nursing, Dongguk University.

the elderly.

Key words : Health, Religion, Attitude to
Death, Aged