

지역사회 노인의 죽음준비에 영향을 미치는 요인: 2014년도 노인실태조사를 중심으로

김 향¹⁾ · 윤 주 영²⁾

서 론

연구의 필요성

우리나라는 베이비부머 세대 이후의 급속한 출산을 저하와 함께 급속한 인구의 노령화를 겪고 있다. 현재 2015년 65세 이상 노인은 654만 명으로 전체 인구의 12.8%를 차지하며, 향후 2035년에는 1,518만 명으로 전체 인구의 28.7%, 2065년에는 1,827만 명으로 전체 인구의 42.5%를 차지할 것이라는 전망이 있다(Statistics Korea, 2016-a). 더욱이 Statistics Korea (2017) 출생·사망통계에 따르면 2016년 연령별 사망률은 연령이 증가할수록 높아져 90세 이상에서 가장 높은 수준(192.3명)을 보이는 것에서 알 수 있듯이, 노년은 어떤 세대보다도 삶과 죽음, 그리고 죽어감이 공존하는 시기이다(Chan & Yau, 2009). 과거 마을공동체에서 삶의 한 과정으로서 죽음을 함께 준비하고 경험하던 일들은 사라지고 의료기관 내부에서 죽음이 일어나는 일명 갇힌 죽음이 늘어나면서 개인이 자신에게 맞는 죽음에 대한 준비를 하기가 더욱 어려운 것이 사실이다. 이러한 현실은 노인들로 하여금 숨겨진 죽음에 대한 공포와 불안을 경험하게 할 수도 있다. 따라서 다가올 죽음을 준비하여 고통 없이 자율성과 위엄, 그리고 소중한 사람들과의 연계 속에서 죽음을 받아들이고 삶을 완성할 수 있다면 에릭슨에 따른 노인의 발달과제인 자아통합을 달성할 수 있는 기회가 될 수 있을 것이다(Moon & Nam, 2008).

“죽음준비(death preparedness)란 죽음에 대하여 준비된 정

도”를 말하며(Hebert, Schulz, Copeland, & Arnold, 2009), 이는 다차원적인 특성을 가지고 있다(Hebert, Prigerson, Schulz, & Aronld, 2006). Choi(2006)는 죽음준비를 심리적 준비, 물리적 준비, 사후준비로 구분하였다. 그러나 이와 달리 죽음준비를 정신적 준비와 의례적 준비로 구분한 연구들도 있다(Chung, Kim, & Koo, 2014; Moon & Nam, 2008). 후자에서 의례적 준비는 전자에서 물리적 준비와 사후준비를 포괄하고 있다. 국외의 연구로는 Hebert와 Prigerson 등(2006)이 사별가족의 죽음에 대한 준비를 의료적, 심리사회적, 영적, 실제적 차원으로 구분하였으나, 후속연구에서는 인지적(정보적), 정서적, 행위적 준비로 구분하였다(Hebert et al., 2009). 이와 같이 학자들마다 죽음준비에 대한 세부적인 분류는 다소 다르긴 하지만 국내외 문헌을 기반으로 정리하자면, 죽음준비는 크게 ‘물리적인 측면’과 ‘심리사회적 측면’을 미리 준비하는 것으로 볼 수 있다.

위와 같은 정의를 바탕으로 국내외 연구자들은 노인과 노인을 돌보는 가족, 그리고 보건의료인력을 대상으로 죽음준비에 대한 실태와 적절한 죽음준비에 관련된 요인들에 대한 연구를 꾸준히 실시하여 왔다. 우선 국내 죽음준비의 실태에 대한 선행연구들은 물질적 죽음준비만 조사한 연구(Kim & Han, 2012)도 있었지만, 대부분은 물리적, 심리사회적 측면을 모두 포함하여 연구를 실시하였으나 그 결과는 일관되지 않았다(Kim, Ha, & Kim, 2011; Moon & Nam, 2008). 또한 선행연구들은 물리적 또는 의례적 죽음준비에 수의나 영정사진 준비(Kim et al., 2011; Moon & Nam, 2008), 장례유형(Kim et

주요어 : 죽음준비, 지역사회 노인, 사회생활

1) 서울대학교 간호대학, 박사수료

2) 서울대학교 간호과학연구소·서울대학교 간호대학, 조교수(교신저자 E-mail: yoon26@snu.ac.kr)

투고일: 2017년 9월 25일 수정일: 2017년 11월 6일 게재확정일: 2017년 11월 25일

al., 2011; Moon & Nam, 2008)이나 유언/유산 대한 것(Kim et al., 2011), 상조회 가입(Kim & Han, 2012)에 관한 문항을 포함하고 있다. 그러나 이러한 내용을 실제로 준비했는가 보다는 죽음준비에 대한 생각이나 태도를 묻고 있었다. 게다가 연구 대상자를 전국적으로 모집한 경우가 드물어 죽음준비의 지역별 차이를 파악하기가 어려웠다. 국외에서는 싱가포르에 거주하는 중국 노인을 대상으로 죽음준비를 연구한 결과 상조회 가입 같은 전통적 죽음준비 활동을 고수하지 않는 것으로 나타났다(Chan & Yau, 2009).

한편, 죽음준비에 영향을 미치는 요인과 관련한 연구는 여성일수록(Sim, 2013), 나이가 많을수록(Pinquant & Sörensen, 2002), 교육수준이 높을수록(Pinquant & Sörensen, 2002), 종교가 있는 노인일수록(Chung, 2010; Sim, 2013), 사별한 경우(Pinquant & Sörensen, 2002), 주관적인 경제상태가 좋을수록(Moon & Nam, 2008), 그리고 일반노인그룹보다는 가정간호 서비스를 받는 노인집단에서(Chung, 2010) 죽음준비도가 높았다. 예비노인을 대상으로 한 연구(Chung, S. et al., 2014)에서는 치료중인 질환이 있는 경우, 그리고 30대 이상 성인을 대상으로 한 연구(Kim & Han, 2012)에서는 주관적 신체건강상태가 나쁘고, 자녀가 많을수록 죽음준비를 더 잘하고 있었다.

그 외 요양원에 입소한 후 120일 이내 사망한 가족을 입소 전에 보살폈던 돌봄제공자를 대상으로 한 연구에서 돌봄제공자가 우울한 사람이거나 배우자일수록 죽음에 대한 준비가 부족하였다(Schulz, Boerner, Klinger, & Rosen, 2015). 또한 가족 돌봄제공자의 소득이 낮을수록 치매 노인의 죽음에 대한 준비를 하지 못하였다(Hebert, Dang, & Schulz, 2006). 죽음에 대하여 준비가 전혀 안 되어있던 가족은 죽음준비를 한 가족보다 사별 이후 정신건강이 더 나쁜 것으로 나타났다(Hebert, Dang et al., 2006).

더욱이 죽음준비에 대한 장기교육프로그램은 노인의 죽음불안을 감소시키고(Kim & Song, 2013; Park, 2009), 생활만족도와 심리적 안녕감을 증가시키는(Kim & Song, 2013) 등의 효과가 밝혀졌다. 특히 상속과 유언, 장례 준비에 대한 교육(Park, 2009)과 유언장 쓰기(Kim & Song, 2013; Park, 2009), 장사 및 장묘시설 견학(Kim & Song, 2013; Park, 2009) 등을 담고 있으므로 죽음준비 교육을 수강한 노인은 교육 후 실제적으로 죽음에 대한 준비를 할 수 있을 것으로 예상된다.

그러나 앞서 고찰한 죽음준비의 현황이나 관련요인을 파악하는 선행 연구들(Chung, 2010; Kim et al., 2011; Moon & Nam, 2008; Sim, 2013)은 주로 특정 지역에 거주하는 노인을 대상으로 조사한 작은 규모의 조사연구여서, 표본수가 많지 않아 연구결과를 일반화하기 어렵다는 한계점이 있다. 또한 국내의 연구들에서 죽음준비에 대해 묻는 문항으로 ‘~을 준비하였는가?’와 같이 본인이 실제적으로 준비한 상황을 묻기

보다는 ‘~한 죽음 준비를 미리 상의(준비, 결정)하여야 한다.’(Moon & Nam, 2008), ‘~에 대한 생각은 어떠하십니까?’(Chung, 2010), 죽음준비에 대하여 ‘전혀 생각해보지 않았다’ ~ ‘준비했다’(Choi, 2006)와 같이 죽음준비에 대한 생각이나 태도를 묻는 경우가 많았다. 따라서 이와 같은 한계점을 극복하기 위하여 본 연구는 전국 16개 시·도 층화 표본으로 65세 이상 노인에게 죽음에 대비하여 준비를 하였는지를 묻는 문항을 처음으로 추가하여 조사가 실시된 2014년도 노인실태조사 자료를 활용하여 전국 지역사회 노인을 대상으로 죽음준비와 관련한 실제 현황과 죽음준비에 대한 영향요인을 파악하고자 수행되었다. 이를 바탕으로 죽음에 대한 준비가 취약한 지역사회 노인들의 요인들을 체계적으로 탐색하여 더 효과적인 정책 및 중재프로그램 적용을 위한 표적 노인인구 집단을 제시하고자 한다.

연구 목적

본 연구는 지역사회 노인의 죽음준비 현황과 죽음준비 영향요인을 파악하기 위해 수행되었고, 구체적인 목적은 다음과 같다.

- 첫째, 지역사회 노인의 죽음준비에 대한 실태를 파악한다.
- 둘째, 지역사회 노인의 죽음준비에 영향을 끼치는 요인을 파악한다.

연구 방법

연구 설계

본 연구는 지역사회 노인의 죽음준비 실태를 파악하고 죽음준비에 영향을 미치는 요인을 탐색하기 위한 서술적 조사 연구이다.

연구 대상

본 연구는 보건복지부 한국보건사회연구원이 실시한 2014년도 노인실태조사 원시자료를 활용하였다. 노인실태조사는 노인에게 대한 심층적 이해를 위한 경험적 기반을 마련하여 노인 정책 수립에 필요한 기초 자료를 제공하기 위하여 2014년에 세 번째로 실시되었다(통계청 승인번호 제11771호). ‘2010년 인구주택총조사’ 90% 자료의 전국 아파트 조사구 및 보통조사구(기숙사, 특수시설 조사구, 섬 지역 조사구 제외)에 거주하는 만 65세 이상 노인을 모집단으로 하여 층화 2단계(16개 시·도별로 1차 층화, 7개 특별·광역시를 제외한 9개 도 지역은 동부와 읍·면부로 나누어 2차 층화) 집락추출방법으로

로 표본을 추출하였다. 1차 추출단위는 2010년 인구주택총조사 90% 자료의 표본조사구이고, 2차 추출단위는 조사구 내 가구였다. 모두 25개 층으로 나누어 표본을 정할 때, 각 층별로 노인인구 수에 따라 제곱근 비례 배분하여 정하였고 최종적으로는 16개 시·도별 통계를 고려하여 표본수를 산출하였다. 자료는 교육을 받은 조사원이 조사 가구를 방문하여 면접 조사를 실시하여 수집하였다.

본 연구는 2014년도 노인실태조사 10,451명 중 대리자가 아닌 본인이 응답한 10,279명의 노인을 대상으로 하였다. 노인 실태조사에서는 인지기능 평가를 위하여 치매선별용 한국어판 간이정신상태 검사(Korean version of Mini-Mental State Examination for Dementia Screening: MMSE-DS)을 활용한다. 그러나 인지기능 평가결과는 성별과 교육연수에 따라 달라질 수 있기 때문에 노인실태조사에서는 연령, 성별과 교육연수를 반영한 절단점에 따라 인지저하자를 구분한다(Chung, K. et al., 2014). 이러한 기준에 따라 구분된 인지저하자를 제외한 후 최종적으로 인지기능이 정상인 65세 이상 노인 6,879 명의 조사 자료를 분석에 활용하였다.

연구 도구

• 죽음준비(Death Preparedness)

종속변수인 죽음 준비는 ‘귀하께서는 죽음에 대비하여 다음과 같은 준비를 하셨습니까?’란 질문에 대하여 5개 답가지(수의, 묘지[납골당 포함], 상조회 가입, 유서 작성, 죽음준비 교육 수강)에 대하여 중복 응답한 내용을 활용하였다. 각각의 세부 항목에 대하여 ‘예’라고 응답한 경우를 1로, ‘아니오’라고 응답한 경우를 0으로 코딩하여 문항별 현황을 파악하였다. 그 점수를 합산하여 0~5점의 리커트 척도로 재구성 하였으며, 점수가 클수록 죽음준비 정도가 높음을 의미한다. 그러나 합산 점수의 범위가 좁고 60% 이상이 0인 것으로 나타나, 5개 항목 모두 ‘아니오’로 응답한 경우를 0, 어느 한 가지라도 ‘예’로 응답한 경우를 1로 최종 코딩하여 자료 분석에 포함하였다.

• 인구사회학적 변수

인구사회학적 변수로는 성별, 연령, 교육연수, 종교, 혼인상태, 동거자녀수, 주관적 생활수준, 지역을 선정하였다. 연령, 교육연수, 동거자녀수는 연속변수이고, 종교는 ‘종교 없음’과 ‘종교 있음’으로 재분류하였다. 혼인형태는 ‘기혼이며 배우자 있음’을 유배우자로, ‘미혼’, ‘기혼이지만 배우자 사망’, ‘기혼이지만 배우자와 별거 중’, ‘기혼이지만 배우자와 이혼’을 배우자 없음으로 재분류하였다. 주관적 생활수준은 ‘매우 낮다’, ‘낮은 편이다’, ‘그저 그렇다’, ‘높은 편이다’, 그리고 ‘매우 높

다’의 5점 리커트 척도로 측정되었고 점수가 클수록 주관적으로 인지한 생활수준이 높음을 의미한다. 지역은 동, 읍/면으로 수집된 것을 동은 ‘도시’로, 읍/면은 ‘농촌’ 지역으로 간주하였다.

• 건강관련 변수

‘주관적 건강상태’와 ‘만성질환의 수’를 건강변수로 선택하였다. 주관적 건강상태는 ‘귀하의 평소 건강 상태는 어떻다고 생각하십니까?’란 질문에 ‘매우 나쁘다’, ‘나쁜 편이다’, ‘그저 그렇다’, ‘건강한 편이다’, 그리고 ‘매우 건강하다’로 응답하는 5점 리커트 척도로 측정되었으며, 점수로 클수록 주관적으로 지각한 건강상태가 좋은 것을 뜻한다. 만성질환의 수는 나열된 30개의 진단명 중 3개월 이상 지속적으로 앓고 있으면서 의사로부터 진단을 받은 질환의 총수를 말한다.

• 사회활동참여 변수

사회참여란 개인이 사회나 공동체 내 다른 사람과의 상호 작용을 제공하는 활동에 참여하는 것을 말한다(Levasseur, Richard, Gauvin, & Raymond, 2010). 사회활동참여 변수로 7개의 변수(평생교육이나 학습활동에의 참여, 동호회 참여, 친목 단체 참여, 정치사회 단체 참여, 자원봉사 활동 참여, 경로당 이용, 노인복지관 이용)를 포함하였다. 각각의 세부 항목에 대하여 ‘예’라고 응답한 경우를 1로, ‘아니오’라고 응답한 경우를 0으로 코딩하여 그 점수를 합산하였다. 응답 범주는 0~7점이며 점수가 클수록 참여하는 사회활동의 수가 많음을 뜻한다.

자료 수집 방법 및 윤리적 고려

2014년도 노인실태조사 원시자료는 한국보건사회연구원의 보건복지데이터포털(data.kihasa.re.kr) 사이트를 통해 획득하였다. 본 연구는 2017년 5월 22일 서울대학교 생명윤리위원회의 심의면제(승인번호 IRB No. E1705/003-013)를 받았으며, 원시 자료를 활용하기 위하여 한국보건사회연구원에 서약서를 제출하였다.

자료 분석

통계패키지 프로그램인 IBM SPSS Statistics 24로 다음과 같은 분석을 실시하였으며, 통계적 유의성은 유의수준 5%를 기준으로 검정하였다. 본 연구자는 복합표본설계에 따라 수집된 노인실태조사 원시자료를 가중치를 넣어 분석계획 파일을 만든 후 복합표본 자료분석을 시행하여 모집단에 대한 표본의 대표성을 유지하였다. 복합표본설계로 이루어진 자료에서 임의로 일부 자료만을 발췌하여 따로 데이터셋을 구축하여

분석을 하는 경우 삭제된 자료에 포함된 복합표본설계 정보가 누락되어 추정치의 표준오차에 편향이 발생할 수 있다. 따라서 전체 자료를 대상으로 데이터셋을 구축하고 연구대상에 포함되는 대상을 부모집단(subpopulation)으로 지정한 후 복합표본 분석을 실시하고 부모집단에 대한 결과를 제시하였다.

- 연구대상의 인구사회학적 변수, 건강관련 변수, 사회활동 변수, 죽음준비는 복합표본 빈도 분석 및 기술통계를 실시하여 빈도, 비율, 평균, 표준오차 등을 제시하였다.
- 인구사회학적 요인, 건강관련 요인, 사회활동 요인에 따른 죽음준비의 차이는 복합표본 교차분석과 복합표본 일반선형모형을 통한 t-검정을 실시하였다.
- 지역사회 노인의 죽음준비에 영향을 미치는 요인은 복합표본 로지스틱 회귀분석을 시행하였다.

연구 결과

인구사회학적 특성, 건강관련 특성, 사회활동 특성

인구사회학적 특성, 건강관련 특성, 그리고 사회활동 특성은 Table 1과 같다. 65세 이상 노인의 58.4%는 여성이었고, 평균 연령은 73.19세였으며, 교육연수는 평균은 6.69년이었다. 대상자의 68.9%는 종교를 가지고 있었으며, 배우자가 있는 경우는 62.8%이었다. 동거하는 자녀가 없는 노인이 72.9%이었다. 노인의 대부분은 도시에서 생활하고 있었으며, 주관적인 생활수준은 평균 5점 만점에 2.45점이었고, 노인이 약 절반(48.5%) 가량은 생활수준이 '그저 그렇다'로, 37.8%는 '낮은 편이다'로 응답하였다. 건강관련 변수를 살펴보면 노인의 주관적 건강상태는 평균 5점 만점에 2.91점이었다. '건강이 나쁜 편이다'로 응답한 노인이 가장 많았으며(34.2%), '건강한 편이다'(33.4%), '그저 그렇다' (25.4%), '건강이 매우 나쁘다'(5.6%), '매우 건강하다'(1.4%) 순이었다. '그저 그렇다'를 제외할 경우 건강을 나쁜 편으로 인식한 노인이 건강한 편이라고 응답한 노인보다 많았다(39.8% vs. 34.8%). 의사가 진단한 만성질환은 평균 2.55개이었다. 노인의 사회활동은 평균 1.08개로 친목단체 참여가 가장 많았고(47.1%), 그 뒤를 경로당 이용이 차지하였다(25.0%). 사회활동 점수가 0으로 사회활동에 전혀 참여하지 않는 노인도 32.0%에 달하였다.

죽음준비 현황

지역사회 거주 노인이 죽음에 대비하여 준비한 결과는 Table 2와 같으며 6,879명의 지역사회 노인 중, 37.3%는 다섯 가지 중 어느 한 가지라도 죽음에 대한 준비를 하고 있었다.

구체적으로 노인의 10.7%가 수의를 준비하였고, 묘지의 경우는 28.6%, 상호회(mutual aid societies)에 가입한 노인은 6.8%이었다. 반면 유서를 작성하였거나 죽음준비 교육을 수강한 경우는 각각 0.6%와 0.7%에 불과하였다.

인구사회학적 특성, 건강특성, 사회활동에 따른 죽음준비 차이

Table 1에서 볼 수 있는 바와 같이, 인구사회학적 특성에 따른 죽음준비군과 준비하지 않은 군 간 차이를 검정한 결과 여성의 비율은 죽음준비군에서 더 높았으며($\chi^2=19.38, p<.001$), 죽음을 준비한 노인은 죽음을 준비하지 않은 노인보다 나이가 통계적으로 유의하게 많았다($t=-11.91, p<.001$). 종교를 가진 노인($\chi^2=26.14, p<.001$)과 배우자가 없는 노인의 비율($\chi^2=7.29, p=.025$)이 죽음준비군에서 통계적으로 유의하게 더 높았다. 또한 죽음준비를 한 노인이 그렇지 않은 노인보다 주관적 생활수준이 유의미하게 높음을 확인할 수 있었다($t=-8.91, p<.001$). 그리고 도시에 거주하는 노인은 죽음을 준비하지 않은 비율이 높았다($\chi^2=50.97, p<.001$). 건강관련 변수에 따른 죽음준비 유무를 검정한 결과, 건강관련 요인은 모두 통계적으로 유의하지 않았다. 사회활동에 따른 죽음준비 차이는, 죽음준비를 하지 않는 노인에 비해 죽음을 준비한 노인의 사회활동 수가 통계적으로 유의하게 많았다($t=-7.10, p<.001$).

죽음준비에 영향을 미치는 요인

지역사회 노인의 죽음에 대한 준비에 영향을 미치는 요인을 복합표본 로지스틱 회귀분석을 통하여 확인하였으며 그 결과는 Table 3과 같다. 모형의 적합도 검정결과 Wald $F=25.22, p<.001$ 로 유의수준 .05보다 작으므로 로지스틱 회귀모형은 적합하다고 할 수 있다. 모형에 의한 분류 정확도는 65.9%였다. 독립변수들의 분산팽창지수는 10 이하였고, 변수들 간의 상관계수가 .70 보다 작아 다중공선성은 없는 것으로 판단되었다(Dormann et al., 2013). 노인의 죽음준비 유무와 통계적으로 유의한 관련성을 보였던 변수는 주관적 생활수준, 거주 지역, 성별, 종교 유무, 사회생활, 연령, 교육연수 순이었다. 구체적으로 살펴보면, 주관적 생활수준이 한 단위 증가할 때마다 노인의 죽음준비 가능성은 1.454배 증가하고(95% CI=1.315-1.606), 도시보다는 농촌에 거주하는 경우 1.363배(95% CI=1.188-1.563) 높았다. 여성노인이 남성노인보다 죽음을 준비할 가능성이 1.239배(95% CI=1.064-1.442), 종교가 있는 노인이 종교가 없는 노인에 비해 1.237배(95% CI=1.080-1.417) 높았다. 참여하거나 이용하는 사회생활의 수가 하나씩 증가할 때마다 노인의 죽음준비가 1.185배(95%

<Table 1> General characteristics of subjects

(N[†]=6,879)

Variable	Category	Total	Death Preparedness No (n [†] =4,237)	Death Preparedness Yes (n [†] =2,642)	x ² or t (p)
		n [†] (%) [‡] or M±SE [‡]	n [†] (%) [‡] or M±SE [‡]	n [†] (%) [‡] or M±SE [‡]	
Gender	Male	2784 (41.6)	1784 (43.6)	1000 (38.2)	19.38
	Female	4095 (58.4)	2453 (56.4)	1642 (61.8)	(<.001)
	Mean	73.19±0.10	72.29±0.12	74.70±0.17	-11.91 (<.001)
Age (year)	65~69	1929 (34.0)	1380 (38.2)	549 (26.8)	
	70~74	2156 (28.0)	1404 (29.9)	752 (25.0)	
	75~79	1673 (20.8)	946 (19.4)	727 (23.3)	
	≥80	1121 (17.1)	507 (12.5)	614 (24.9)	
Education (year)	Mean	6.69±0.07	6.72±0.09	6.64±0.12	0.560 (.562)
Religion [§]	No	2255 (31.1)	1453 (33.3)	802 (27.4)	26.14
	Yes	4623 (68.9)	2783 (66.7)	1840 (72.6)	(<.001)
Spouse	No	2569 (37.2)	1532 (36.0)	1037 (39.3)	7.29
	Yes	4310 (62.8)	2705 (64.0)	1605 (60.7)	(.025)
	Mean	0.30±0.01	0.32±0.01	0.29±0.01	1.77 (.077)
Number of children living together	0	5218 (72.9)	3160 (72.2)	2058 (74.1)	
	1	1485 (23.9)	953 (24.3)	532 (23.3)	
	2	164 (3.0)	117 (3.4)	47 (2.4)	
	3	12 (0.2)	7 (0.2)	5 (0.2)	
Satisfaction of economic status (1~5)	Mean	2.45±0.01	2.37±0.01	2.57±0.02	-8.91 (<.001)
Location	Urban	4738 (78.7)	3067 (81.4)	1671 (74.1)	50.97
	Rural	2141 (21.3)	1170 (18.6)	971 (25.9)	(<.001)
Health	Subjective health status (1~5)	2.91±0.01	2.91±0.02	2.90±0.02	0.21 (.834)
	Number of chronic diseases [#] (0~30)	2.55±0.03	2.51±0.03	2.61±0.04	-1.81 (.071)
	Mean	1.08±0.02	1.00±0.02	1.22±0.02	-7.10 (<.001)
Social Activity	Club	352 (5.6)	203 (5.3)	149 (6.1)	
	Friendship gathering	3180 (47.1)	1908 (45.7)	1272 (49.4)	
	Political society group	33 (0.6)	15 (0.4)	18 (0.8)	
	Volunteer activities	298 (4.7)	171 (4.3)	127 (5.4)	
	Senior center	2118 (25.0)	1095 (21.1)	1023 (31.6)	
	Elderly welfare center	725 (9.4)	443 (9.5)	282 (9.1)	
	Lifelong learning	1099 (15.9)	605 (13.9)	494 (19.2)	

Note. SE=standard error; [†] Unweighted ; [‡] Weighted; [§] Numbers of no response were excluded; ^{||} Religion=buddhism, protestant, catholic, confucianism, won buddhism or others; [¶] single, bereaved, divorced, separated, or others; [#] Diagnosed chronic diseases by physician among 30 chronic diseases (e.g., hypertension, stroke, hyperlipidemia, angina pectoris/myocardial infarction, other heart disease, diabetes mellitus, thyroid disorder, osteoarthritis/rheumatoid arthritis, osteoporosis, lumbago/sciatica, chronic bronchitis/emphysema, asthma, tuberculosis, cataract, glaucoma, chronic otitis media, cancer, gastric ulcer and duodenal ulcer, hepatitis, hepatic cirrhosis, chronic renal failure, prostatic hypertrophy, urinary incontinence, sexually transmitted disease, anemia, dermatitis, depression, dementia, fracture, dislocation and sequela after injury, or others)

CI=1.115-1.259) 높아지는 것을 확인할 수 있었다. 또한 죽음 준비 가능성은 노인의 연령이 한 살 증가할 때마다 1.076배 (95% CI=1.063-1.089), 교육연수가 일 년 증가할 때마다 1.018 배(95% CI=1.002-1.034) 높았다.

논 의

본 연구는 죽음준비에 관한 문항이 처음으로 추가된 2014년도 ‘노인실태조사’ 자료를 활용하여 6,879명의 지역사회에

<Table 2> Descriptive results of death preparedness

(N[†]=6,879)

Variable			n* (%) [‡]
Death Preparedness (DP) [§]	Type	Purchasing burial clothes	828 (10.7)
		Arranging a resting place	2,044 (28.6)
		Subscription to mutual aid societies	419 (6.8)
		Signing a will	35 (0.6)
		Participating in death education	35 (0.7)
	Score	No death preparedness (DP score=0)	4,237 (62.7)
	Death preparedness (DP score≥1)	2,642 (37.3)	

Note. [†] Unweighted; [‡] Weighted; DP=death preparedness; [§] Multiple responses are possible

<Table 3> Factors related to older adult's death preparedness

(N[†]=7,021[‡])

Variable		OR	95% CI	p
Demographics	Female (ref: male)	1.239	1.064-1.442	.006
	Age	1.076	1.063-1.089	<.001
	Education	1.018	1.002-1.034	.024
	Religion (ref: no religion)	1.237	1.080-1.417	.002
	Spouse (ref: no spouse)	1.078	0.934-1.245	.304
	Number of children living together	0.924	0.815-1.048	.217
	Satisfaction of economic status	1.454	1.315-1.606	<.001
	Rural (ref: urban)	1.363	1.188-1.563	<.001
Health	Subjective health status	1.000	0.924-1.081	.994
	Number of chronic diseases	1.031	0.991-1.074	.133
Social Activity	Number of social activities	1.185	1.115-1.259	<.001
Goodness of fit of the Model	Wald F		25.22	<.001

Note. [†] Weighted; [‡] This number does not fall into natural number; OR=odds ratio; CI=confidence interval.

거주하는 인지기능 정상 노인들의 죽음준비에 대한 실태와 죽음준비에 영향을 미치는 요인을 분석하였다. 연구결과에 따르면, 지역사회 노인의 37.3%가 한 가지 이상의 죽음준비를 하고 있었다. 구체적으로는 미리 묘지(28.6%)나 수의(10.7%)를 준비한 경우가 가장 많았고, 상조회에 가입한 노인은 6.8%였다. 반면에 유서를 작성하였거나 죽음준비 교육을 수강한 노인은 매우 드물었다(각각 0.6%, 0.7%씩). 그리고 로지스틱 회귀분석 결과 죽음준비에 영향을 미치는 요인은 성별, 거주 지역, 연령, 교육연수, 종교 유무, 주관적 생활수준, 그리고 사회활동임을 알 수 있었다.

가장 먼저 죽음준비 현황과 관련하여 본 연구에서 묘지와 수의 준비가 높은 빈도를 나타내었는데, 이는 60세 이상 노인의 물질적 죽음준비로 유언이나 제사문제 등의 준비보다는 수의나 영정사진 준비 등을 더 고려하고 있다는 선행연구의 결과(Kim et al., 2011)와 유사하다. 즉, 노인들은 수의나 영정 준비는 전형적으로 죽음준비로 여기고 있지만, 유언이나 유서를 준비하는 경우는 매우 적음을 확인할 수 있다. 본 연구에서 조사노인의 10.7% 가량이 수의를 준비하였는데, 이는 전통적으로 수의를 미리 준비하는 것은 죽음준비일 뿐 아니라 그 이면에는 수의를 준비하면 오래 산다는 믿음을 담고 있음(Lee

& Lee, 2009)을 고려한다면 오히려 높은 수치가 아닐 수도 있다. 2011년에 시행한 Kwack의 연구에 따르면, 수의를 미리 준비하거나 윤달에 수의를 만들면 오래 산다는 생각에 부정적인 응답이 많았다. 따라서 10.7%의 노인만이 수의를 준비한 본 연구결과는 구전되어 오는 수의에 대한 의식이 많이 달라져 있음을 반영한 것이라고 볼 수 있다(Kwack, 2011). 우리나라의 장례방식은 노인의 ⅔가 화장을 선호한다고 보고하고 있지만(Statistics Korea, 2016-b), 본 연구에서는 노인의 ⅓가량이 여전히 죽음 준비로 묘지를 마련하고 있었다. 이는 여전히 유교문화와 풍수지리설이 현재 노인 세대들에게까지 영향을 끼치고 있음을 보여준다.

상조회는 비교적 최근에 생겨난 죽음준비의 형태로 1980년대 중반에 시작되어 2000년 대 중반부터 급성장하였다(Kim, 2012). 과거에는 마을공동체를 중심으로 지역주민의 경조사에 일손을 보태고 경제적 부담을 서로 나누어졌으나, 핵가족화 등 사회구조가 변화하면서 공동체 의식과 사회적 유대감은 점차 약해져 지역공동체 단위로 경조사를 치루는 경우는 점차 찾아보기 어려워지고 있다. 선행연구(Lee, Jaen, & Jeon, 2016)에 따르면 복잡한 장례절차에 도움을 받기 위해서, 자녀가 부모님께 효도하기 위하여/부모가 자녀에게 부담을 주지

않으려고 상조회에 가입하였다. 또한 남성일수록, 연령이 높을수록, 월평균 소득이 높을수록 금액이 높은 상조회 상품에 가입하고 있었다. 이러한 현실을 고려할 때 상조회 가입을 죽음준비의 하나로 간주할 수 있겠다. 본 연구결과에서는 6.8%의 노인만이 상조회에 가입하였다고 응답을 하였는데, 이는 30대 이상 성인의 16.2%가 상조회에 가입하였다고 보고한 선행연구(Kim & Han, 2012)와는 다르다. 이러한 차이는 아직까지 효를 중시하는 우리나라에서 부모의 죽음을 대비하여 자식들이 상조회에 가입하여 둔 경우로 볼 수 있겠다.

한편 아직까지도 유서작성이나 죽음(준비)교육을 수강하는 경우는 각각 0.6%와 0.7%정도로 매우 낮은 수준이었다. 그러나 Lee와 Lee(2009)의 연구에 의하면 죽음준비와 관련하여 지역사회 노인의 11.4%가 유언 작성이나 상속에 관한 법률지식에 대한 교육 요구를 표출하였다. 더욱이 죽음, 죽어감, 그리고 죽음 후와 관련한 제반 사항에 대한 노인 스스로의 생각과 선호도를 분명하게 담고 있는 유서는 노인의 자율성과 자기결정권을 존중하고 남은 가족의 혼란을 줄일 수 있는 정당한 근거가 될 수 있다. 따라서 노인이 스스로 결정할 수 있을 때 이를 작성할 수 있도록 사회적 인식을 확산시킬 필요가 있다. 또한 Lee와 Lee(2009)의 연구에서 충남서부지역 60세 이상 노인 184명 중 약 61%가 죽음(준비)교육의 필요성을 인식하고 있는 반면에, 죽음준비 교육에 참여한 경험이 있는 노인은 6.0%로 매우 적었다. 노인을 위한 죽음준비교육을 실시하는 기관이 늘어나고 있는데도(Lee & Lee, 2009) 죽음준비교육 수강이 낮은 이유는 추가적인 연구가 필요한 부분이기도 하나, 노인이 지니고 있는 죽음에 대한 불안이나 두려움, 회피, 죽음 수용 같은 죽음에 대한 태도, 그리고 죽음에 대한 이야기 자체를 터부시 하는 사회문화적 측면(Moon & Nam, 2008)과 관련이 있을 것으로 생각해볼 수 있다. 실제로 죽음에 대한 태도는 죽음준비교육 필요성, 참여의지와 유의한 관련성이 있는 것으로 보고된 바(Lee & Lee, 2009), 앞으로 노인의 죽음에 대한 태도, 그리고 죽음준비의 정신적 측면에 대한 보다 깊이 있는 연구가 선행되어야 할 것이다. 더욱이 노인실태조사는 일정 시점에 조사를 한 횡단면 연구로 죽음준비 교육 수강과 다른 죽음준비 간 시간상의 전후를 확인할 수 없는 한계점이 있다. 따라서 죽음준비 교육이 다른 유형의 죽음준비를 매개하는 지에 대한 추가 연구를 할 필요가 있다.

본 연구에서 주관적 생활수준은 노인의 죽음준비에 영향력이 가장 큰 요인으로 나타났다. 즉, 주관적 생활수준이 한 단계 올라갈수록 죽음준비의 가능성이 1.454배 높아졌다. 본 연구결과는 자산이 없는 노인은 유서를 준비하지 못했고 생명보험 등에 투자한 경우도 드물었으며(Chan & Yau, 2009), 주관적 경제상태가 좋을수록 죽음을 더 준비하고(Moon & Nam, 2008), 주관적으로 생활수준이 풍족하다고 응답한 노인일수록

화장보다는 매장을 선호한다(Chung, 2010)는 선행연구의 결과와도 일맥상통한다고 볼 수 있다. 본 연구에서 주관적 경제상태 변수와 다른 변수들 간에 통계적으로 다중공선성이 존재하지는 않았지만, 소득이나 자산 같이 객관적 경제상태가 좋거나 주관적으로 생활수준이 높다고 지각한 노인일수록 상조회 가입, 수의나 묘지 준비 등의 죽음준비 관련 정보나 자원에 대한 접근성이 높아질 가능성이 있을 것으로 사료된다.

지역사회 노인들의 죽음 준비에 영향을 미치는 또 다른 인구학적 요인으로는 거주 지역, 성별, 종교 유무, 연령, 교육수준이 있었다. 이 중 거주 지역은 노인의 죽음준비에 두 번째로 영향력이 높은 요인으로 농촌에 거주하는 노인이 도시에 거주하는 노인보다 죽음준비 가능성이 1.363배 높았다. 도시와 농촌에 살고 있는 노인 모두를 연구한 선행연구가 없어 본 연구 결과와 직접 비교할 수는 없다. 그러나 서울에 거주하는 노인이 기타 지역에 살고 있는 노인보다 죽음불안이 통계적으로 유의하게 높았다고 밝힌 Kim과 Song(2013)의 연구 결과를 고려할 때 지역에 따른 노인의 죽음준비의 실태와 관련 요인을 구체적으로 연구할 필요가 있다.

노인의 죽음준비에 대한 성별차이는 다른 변수와의 조합에서 더 두드러진다. 이 부분에 대한 논의를 위해 연구결과 표로 나타내지는 않았지만, 추가적으로 성별과 가족의 형태(동거자녀의 수, 배우자 유무) 변수들을 활용하여 연구대상자를 하위집단으로 구분하여 죽음준비에 대한 차이를 분석해 보았다. 첫 번째로 성별과 동거자녀 유무 두 가지를 변수를 활용하여 1)동거자녀 있는 남성노인, 2)동거자녀 없는 남성노인, 3)동거자녀 있는 여성노인, 4)동거자녀 없는 여성노인으로 분류하였다. 네 집단의 죽음준비에 대한 차이 여부를 카이제곱검정을 해 본 결과, 통계적으로 유의한 차이가 있었으며($\chi^2=24.41$, $p=.001$), 네 집단 중 1)동거자녀가 있는 남성 노인이 죽음준비가 가장 취약한 군이었다. 그리고 성별과 배우자 유무 두 변수를 활용하여, 1)배우자가 있는 남성노인, 2)배우자 없는 남성노인, 3)배우자가 있는 여성노인, 그리고 4)배우자 없는 여성노인으로 구분하여 죽음 준비에 차이가 있는 지 좀 더 분석하였다. 그 결과 성별과 배우자 유무에 따른 죽음준비는 통계적으로 유의한 관련성이 있었으며($\chi^2=28.54$, $p<.001$), 죽음준비가 가장 부족한 집단은 2) 배우자가 없는 남성노인으로, 70.5%가 죽음준비를 하지 않고 있었다. 남성노인은 가부장제의 유교문화에서 성장하였고 상당수는 아직까지도 그 영향을 받고 있을 것으로 생각된다. 효도를 중요하게 여기는 유교문화권에서 남성 노인은 죽음준비에 대하여 직접 말로 하지 않아도 그 자녀가 죽음에 대한 준비를 미리 하고 있다고 생각할 수 있고, 한편으로 자녀도 미리 부모의 죽음에 대비하는 것이 효를 다 하는 것으로 여길 수 있겠다. 이는 같은 유교문화권인 중국 노인과 성인 자녀를 대상으로 한 연구

결과와도 유사하다(Chan & Yau, 2009). 그리고 배우자를 먼저 보내고 홀로 남은 남성 노인은 물리적으로, 심리적으로 스스로 죽음에 대한 준비를 하기 보다는 자녀 등 다른 가족에게 의지하는 것으로 생각해 볼 수 있으나, 성별과 가족형태에 따른 죽음준비의 차이에 관한 구체적인 이유에 대해서는 추후 연구가 더 필요하겠다.

종교를 갖고 있는 노인이 종교가 없는 노인보다 죽음을 준비할 가능성이 1.237배 높았다. 종교는 본래 삶과 죽음의 궁극적 문제에 대한 의미를 부여해줌으로써 노인의 자아통합과 정체성을 확립하는데 기여할 수 있다. 또한 종교는 죽음불안을 낮추고 죽음수용을 가능하게 하는 요인이기도 하다. 실제로 노인의 종교성이 높을수록 긍정적인 죽음에 대한 태도를 보였다(Kim & Kim, 2013). 종교 활동은 그 자체로 사람간의 상호작용을 활발하게 할 수 있는 계기를 마련할 수 있다. 노인의 삶에서 종교가 차지하는 비중과 의미가 늘어날 수 있는 가능성, 종교와 죽음에 대한 긍정적 태도간의 관계, 종교 활동을 통한 상호교류 증진을 고려할 때 노년기에 질적인 종교 활동을 통하여 삶과 죽음의 의미를 깊이 이해하고 죽음에 대한 적절한 준비를 할 수 있도록 노인의 종교에 맞게 잘 안내할 필요가 있겠다. 다만 노인실태조사는 종교유형만 알 수 있을 뿐 종교 활동의 구체적인 내용은 파악할 수 없는 제한점이 있다. 따라서 앞으로 지역 노인의 종교 유무, 유형뿐 아니라 종교 활동(참여빈도, 몰입정도 등)을 상세하게 파악하여 노년기 죽음 준비에 대한 깊이 있는 통찰을 해야 할 것으로 사료된다. 그밖에 연령과 교육연수가 높아질수록 죽음준비를 더 많이 하는 것은 선행연구(Pinquart & Sørensen, 2002)와 같다. 노인은 고령이 될수록 자연스럽게 삶보다는 죽음과 더 가까워지고 그에 따라 삶의 일부분으로 죽음을 준비하는 것으로 볼 수 있다.

노인의 죽음준비에 영향을 미치는 요인 중 사회활동 참여 수준을 좀 더 살펴보고자 한다. 본 연구에서 노인의 대부분은 평균 한 개 이상의 사회활동을 하고 있는 것으로 나타났고, 사회활동이 한 가지 늘어날수록 죽음에 대한 준비가 1.185배 높아졌다. 사람은 죽음을 직접 경험하여 준비할 수 없으므로, 가족이나 지인 등의 죽음을 통한 간접경험이나 공식적 교육을 받아 준비할 수 있을 것이다. 그리고 다양한 사회활동을 통해 교류하는 사람들과 삶과 죽음의 다양한 측면에 대해 대화를 하면서 죽음에 대한 태도가 바뀌게 되거나, 죽음준비에 대한 필요성을 더욱 인식할 수 있는 계기가 될 수 있다. Lee와 Lee(2009)의 연구에서 지역사회 노인은 죽음의 의미와 죽음에 대한 공포를 줄이는 방법, 유언 작성, 묘지 선정, 수의 준비, 장례 절차 등에 관한 교육을 받고 싶어 하였다. 이러한 요구를 반영하여 지역사회 내 다양한 노인관련 기관이나 교육 단체에서 실시하고 있는 죽음준비교육은 삶과 죽음에 대

한 탐색뿐 아니라 유언과 상속, 장사 및 장묘시설 견학, 영정 사진 촬영 등 죽음에 대한 실제 체험과 관련 정보를 담고 있다(Kim & Song, 2013). 따라서 여러 사회단체나 노인복지관 등 사회활동에 참여하는 노인일수록 죽음준비교육과 죽음준비 교육을 제공하는 지역사회 내 다양한 자원에 대한 접근성이 높을 것으로 사료된다. 더 나아가 죽음준비에 대하여 실제로 교육을 받고, 교육에 참가한 노인 간의 교류와 상호작용을 통하여 배운 내용을 더욱 심화할 기회를 얻게 될 것이다. 앞에서 논의했듯이 주관적 생활수준에 따라 죽음준비가 달랐고, 사회활동 참여도가 낮은 노인 그룹에서 죽음준비의 가능성이 상대적으로 더 낮을 수 있음을 모두 고려할 때, 생활수준과 사회활동이 취약한 계층 노인들을 대상으로 죽음에 대하여 능동적으로 준비를 할 수 있도록 돕는 다양한 중재가 필요하다고 사료된다. 다만 본 연구에서 사회활동 참여 여부만을 고려하였으므로 연구 결과에 한계가 있다. 앞으로 사회활동에 대한 양적이고 질적인 수준을 모두 고려하고, 폭넓은 노인의 연령격차와 성별 차이를 고려한 사회활동 차이(Ju, 2011)에 따른 노인의 죽음에 대한 준비를 연구할 필요가 있겠다.

마지막으로 진단받은 만성질환의 수나 주관적인 건강상태는 노인의 죽음준비 여부에 유의하지 않은 변수로 분석되었다. 이는 예비노인은 치료중인 질환이 없는 사람보다는 있는 사람들이(Chung, S. et al., 2014), 그리고 30대 이상 성인은 주관적 신체건강상태가 나쁠수록(Kim & Han, 2012) 죽음준비를 더 많이 한다는 선행연구들과는 다른 결과이다. 노년기 이전의 성인에게는 질환의 유무나 주관적 건강이 죽음을 준비하는 데에 중요한 요인이지만, 본 연구에 포함된 노인 인구집단(평균 73세)에서는 질환의 유무나 주관적으로 인지한 건강상태 자체가 죽음준비에 유의미하게 영향을 미치지 않는 것으로 파악할 수 있다. 그러나 연령별로 건강상태가 죽음준비에 미치는 영향이 다른가에 대해서는 추가적인 연구가 필요할 것으로 사료된다.

결론 및 제언

본 연구는 지역사회에 살고 있는 노인의 죽음준비의 현황과 인구사회학적 요인, 건강관련 요인, 사회활동 요인이 죽음준비에 어떤 영향을 끼치고 있는가를 파악하고자 실시한 이차자료를 활용한 조사연구이다. 선행연구 대부분은 표본이 대표성을 확보하지 못하여 연구결과를 일반화하기 어려운 점, 그리고 국내에서 개발된 죽음준비 측정도구는 죽음에 대한 실제 준비 보다는 죽음 준비에 대한 생각을 물었다는 한계점을 극복하기 위하여 본 연구에서는 전국 만 65세 이상 노인을 모집단으로 하여 층화2단계 집락추출방법으로 자료를 수집한 2014년도 노인실태조사 자료를 활용하여 인지능력이 정

상인 노인이 구체적으로 어떠한 죽음 준비를 하였던지와 죽음준비 영향요인을 분석하였다. 연구결과, 지역사회 노인의 37.3%가 한 가지 이상의 죽음준비를 하고 있었으며, 구체적으로는 미리 묘지(28.6%)나 수의(10.7%)를 준비한 경우가 가장 많았고, 상조회에 가입한 노인은 6.8%, 유서를 작성하였거나 죽음준비 교육을 수강한 노인은 0.6%, 0.7%로 나타났다. 그리고 죽음준비에 영향을 미치는 여러 요인을 확인하였다.

그러나 본 연구는 몇 가지 한계점을 지니고 있다. 2014년도 노인실태조사에서 처음으로 조사된 죽음에 대한 준비는 물리적 또는 의례적 준비에 대한 문항만을 포함하고 있었다. 더욱이 죽음준비에 대한 답가지로 제시한 5가지 항목은 물리적 준비에 대한 모든 내용은 아니다. 죽음 준비는 다양한 차원을 포함하고 있는 개념인데, 본 연구는 노인실태조사 자료를 활용하였기 때문에 죽음에 대한 심리적 준비를 포함하지 못한 한계점을 가진다. 따라서 추후에는 지역사회 노인의 포괄적인 죽음에 대한 준비에 대하여 대표성을 가진 노인을 대상으로 반복 연구를 수행해야 할 것으로 생각한다. 이러한 제약에도 불구하고 본 연구는 전국을 대표하는 65세 이상 노인을 대상으로 죽음에 대한 준비현황과 관련 요인을 확인하였다는 점에서 그 의의를 찾을 수 있겠다.

본 연구결과를 바탕으로 다음을 제언을 하고자 한다. 첫째, 죽음준비의 가능성이 낮은 것으로 확인된 주관적 생활수준이 낮고, 사회활동 참여가 적은, 남성 노인을 대상으로 적극적으로 죽음에 대한 준비를 할 수 있는 다양한 정책 및 중재프로그램이 필요하다. 둘째, 아직까지 다차원의 죽음에 대한 준비를 타당하고 신뢰할 만하게 측정할 도구가 개발되지 않았다. 게다가 국내에서는 일부 연구자들이 문헌고찰과 임상경험을 바탕으로 측정도구를 개발하였으나 타당도와 신뢰도 검증이 부족하다. 따라서 우리나라의 사회문화적 맥락에 적합한 노인의 다차원적인 죽음에 대한 준비를 명확하게 규명하고, 지역 사회 노인의 죽음에 대한 준비를 실질적으로 측정해 낼 수 있는 도구개발이 선행되어야 하겠다. 셋째, 본 연구에 포함시키지 못했으나 지역 노인의 죽음에 대한 준비에 영향을 끼칠 수 있는 다른 요인(예: 죽음에 대한 태도, 의사결정 등)을 포함한 반복 연구가 필요하다.

References

- Chan, C. K., & Yau, M. K. (2009). Death preparation among the ethnic Chinese well-elderly in Singapore: An exploratory study. *Omega (Westport)*, 60(3), 225-239.
- Choi, S. Y. (2006). *The effect the degree of death readiness has on death anxiety in the elderly*. Unpublished master's thesis, Hallym University, Gangwon.
- Chung, K. H., Oh, Y. H., Kang, E. N., Kim, J. H., Seon, O. D., Oh, M. A., Lee, Y. K., Hwang, N. H., Kim, K. R., Oh, S. W., Park, B. M., Shin, H. K., & Lee, K. R. (2014). *2014 Elderly survey* (Report No. 2014-61). Sejong Special Self-governing City: Korea Institute for Health and Social Affairs.
- Chung, S., Kim, S., & Koo, M. (2014). The relationship between death related factors and death preparation: A comparison of pre-elderly and baby-boomers. *Korea Journal of Population Studies*, 37(1), 131-153.
- Chung, Y. J. (2010). *Influencing factors to attitude, preparation about death and hospice perception in elderly home residents*. Unpublished master's thesis, Korea National Open University, Seoul.
- Dormann, C. F., Elith, J., Bacher, S., Buchmann, C., Carl, G., Carré, G., García Marquéz, J. R., Gruber, B., Lafourcade, B., Leitão, P. J., Münkemüller, T., McClean, C., Osborne, P. E., Reineking, B., Schröder, B., Skidmore, A. K., Zurell, D., & Lautenbach, S. (2013). Collinearity: A review of methods to deal with it and a simulation study evaluating their performance. *Ecography*, 36(1), 27-46.
- Hebert, R. S., Dang, Q., & Schulz, R. (2006). Preparedness for the death of a loved one and mental health in bereaved caregivers of patients with dementia: Findings from the REACH study. *Journal of Palliative Medicine*, 9(3), 683-693.
- Hebert, R. S., Prigerson, C., Schulz, R., & Aronld, R. (2006). Preparing caregivers for the death of a loved one: A theoretical framework and suggestions for future research. *Journal of Palliative Medicine*, 9(5), 1164 - 1171.
- Hebert, R. S., Schulz, R., Copeland, V. C., & Arnold, R. M. (2009). Preparing family caregivers for death and bereavement. Insights from caregivers of terminally ill patients. *Journal of Pain and Symptom Management*, 37(1), 3-12.
- Ju, K. H. (2011). Activity level of social participation and quality of life among the elderly in Korea: Focusing on gender and age differences. *Korean Journal of Social Welfare Studies*, 42(2), 5-39.
- Kim, H. S., & Kim, J. M. (2013). The relation among religiosity, psychological stability and death acceptance of the elderly people. *Journal of Family and Counseling*, 3(1), 79-92.
- Kim, K. J. (2012). The improvement on the current law about mutual aid service and information use. *Journal of the Korean Society of Computer and Information*, 17(3), 185-191.
- Kim, M., Ha, C., & Kim, H. (2011). A study on life satisfaction, the view of the afterlife and readiness for death. *Korea Journal of Family Welfare*, 16(1), 111-136.
- Kim, S., & Han, J. (2012). Adults' death perception, death preparation, and death anxiety. *Korea Journal of Population Education*, 5(1), 23-48.
- Kim, S. H., & Song, Y. M. (2013). The effects of death education for the elderly on life satisfaction and psychological well-being, and the mediating effect of death

- anxiety. *Health and Social Welfare Review*, 33(1), 190-219.
- Kwack, M. (2011). A study on modern shroud culture in accordance with changes of Korean mourning and funeral custom. *Journal of the Asian Ethno-Forms*, 9, 87-114.
- Lee, D., Jaen M., & Jeon, H. (2016). A study on how consumers think about the industry-type funeral service. *Journal of Consumer Policy Studies*, 47(1), 67-89.
- Lee, K., & Lee, Y. (2009). A study on attitudes toward death and demand for death preparatory education of the aged. *Korean Comparative Government Review*, 13(2), 427-444.
- Levasseur, M., Richard, L., Gauvin, L., & Raymond, E. (2010). Inventory and analysis of definitions of social participation found in the aging literature: Proposed taxonomy of social activities. *Social Science & Medicine*, 71(12), 2141-2149.
- Moon, N., & Nam, K. (2008). The relationship between the death preparation of the aged and successful aging-focusing on depression and death anxiety as mediators-. *Journal of the Korean Gerontological Society*, 28(4), 1227-1248.
- Park, J. E. (2009). The effects of death education on the emotion, cognition and behavior of the elderly. *Journal of Social Work Practice*, 8(0), 79-109.
- Pinquart, M., & Sörensen, S. (2002). Preparation for death and preparation for care in older community-dwelling adults. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 45(1), 69-88.
- Schulz, R., Boerner, K., Klinger, J., & Rosen, J. (2015). Preparedness for death and adjustment to bereavement among caregivers of recently placed nursing home residents. *Journal of Palliative Medicine*, 18(2), 127-133.
- Sim, Y. (2013). *A study on the elderly life satisfaction and on how their preparation for death influences on their death anxiety*. Unpublished master's thesis, Kyungwoon University, Daegu.
- Statistics Korea. (2016-a). Future population estimate: 2015-2065. Retrieved July 19, 2017, from http://www.kostat.go.kr/portal/korea/kor_nw/2/1/index.board?bmode=read&aSeq=357935
- Statistics Korea. (2016-b). 2016 Statistics for over 45 year adults. Retrieved July 19, 2017, from http://kostat.go.kr/portal/korea/kor_nw/2/6/1/index.board?bmode=read&aSeq=356426
- Statistics Korea. (2017). 2016 Birth and death statistics (tentative). Retrieved July 19, 2017, from http://kostat.go.kr/portal/korea/kor_nw/2/1/index.board?bmode=read&aSeq=359243.

Factors Related to Death Preparedness among Community-dwelling Older Adults in Korea: Using Korean National Survey on Elderly 2014

Kim, Hyang¹⁾ · Yoon, Ju Young²⁾

1) Doctoral Candidate, College of Nursing, Seoul National University

2) Assistant Professor, Research Institute of Nursing Science-College of Nursing, Seoul National University

Purpose: This study examined the current state of death preparedness and factors related to the death preparedness among community-dwelling older adults in Korea. **Methods:** A total of 6,879 older adults' data, selected from the Korean National Survey on the Elderly 2014 data, were analyzed. The criteria for selection were responding to the questionnaires directly and normal cognitive function. Stratified sampling logistic regression analysis was conducted on the compiled data. **Results:** It was seen that 37.3% of older adults were prepared for death; specifically, 28.6% had arranged for resting places, 10.7% had purchased burial clothes, 6.8% had subscribed to mutual aid societies, 0.7% participated in death education, and 0.6% had signed a will. The results of logistic regression indicated that the older adults who were females, older age, religious, highly educated, more satisfied with their economic status, living in rural areas, and participating in more social activities were more likely to prepare for their deaths compared to their counterparts. **Conclusion:** Education programs that prepare for death need to target marginalized groups in the community, such as male older adults and whose participation in social activities or satisfaction with their economic status are relatively low.

Key words : Death preparedness, Community dwelling elderly, Social activity

• Address reprint requests to : Yoon, Ju Young

College of Nursing, Seoul National University

103 Daehak-Ro, Jongno-gu, Seoul 03080, Korea.

Tel: 82-2-740-8817 Fax: 82-2-766-1852 E-mail: yoon26@snu.ac.kr