

독거노인의 죽음불안과 삶의 질

Death Anxiety and Quality of Life for the Elderly Living Alone

이은숙

계명대학교 간호대학 간호학과

Eunsuk Lee(elee@gw.kmu.ac.kr)

요약

목적: 본 연구는 독거노인의 일반적 특성과 죽음불안이 삶의 질에 미치는 영향을 파악하기 위한 서술적 조사연구이다. 방법: 본 연구는 D광역시 소재한 독거노인 289명을 대상으로 실시하였다. 수집된 자료는 SPSS/WIN 25.0을 이용하여 빈도, 백분율, 평균, 표준편차, Pearson's correlation, t-test, ANOVA, multiple regression analysis로 통계 분석하였다. 결과: 독거노인의 죽음불안은 66.85점이었고, 삶의 질은 58.21점이었다. 대상자의 특성에 따른 삶의 질 차이 검정에서 나이($F=153.240, p<.001$), 성별($t=-4.615, p<.001$), 학력($F=263.559, p<.001$), 현재 직업($F=46.324, p<.001$), 종교($F=693.729, p<.001$), 자녀와의 관계($F=178.506, p<.001$), 독거 이유($F=21.143, p<.001$), 주관적 건강상태($F=113.300, p<.001$), 주관적 경제상태($F=45.829, p<.001$), 질병치료 과정 중 힘든 점($F=49.706, p<.001$)에서 통계적으로 유의한 차이가 나타났다. 독거노인의 죽음불안은 유의하게 삶의 질 정도와 부적인 상관관계를 보였다($r=-.87, p<.001$). 결론: 본 연구결과는 독거노인 간호를 위한 표준지침 개발 및 사회적지지 중재프로그램 개발을 위한 기초자료로 활용될 수 있을 것이다.

■ 중심어 : | 독거노인 | 죽음불안 | 삶의 질 |

Abstract

Purpose: This descriptive study was to examine death anxiety and quality of life for the elderly living alone. Methods: The participants were 289 elderly who were living alone in D metropolitan city. Data were analyzed with number, percentage, mean(SD), Pearson's correlation, t-test, ANOVA, multiple regression analysis using SPSS/Win 25.0. Results: The participants' death anxiety was 66.85 and quality of life was 58.21. Death anxiety was significantly different by age($F=153.240, p<.001$), gender($t=-4.615, p<.001$), education($F=263.559, p<.001$), current occupation($F=46.324, p<.001$), religion($F=693.729, p<.001$), relationship with children($F=178.506, p<.001$), reasons living alone($F=21.143, p<.001$), perceived health status($F=113.300, p<.001$), perceived socioeconomic status($F=45.829, p<.001$), barriers to managing health problems($F=49.706, p<.001$). There was a significant negative correlation between participants' death anxiety and quality of life($r=-.87, p<.001$). Conclusion: The results of the study will be used to develop nursing intervention protocol and social support programs for the elderly living alone in the community.

■ keyword : | Elderly Living Alone | Death Anxiety | Quality of Life |

I. 서론

1. 연구의 필요성

우리나라의 국민기초생활보장수급자는 2017년 기준으로 약 149만명으로 2012년보다 약 15만명 이상 늘어났으며, 이 가운데 65세 이상 노인 대상자는 28.9%로 집계되고 있으며, 실제로 국민기초생활보장 수급 노인 중 독거노인 가구는 40% 이상을 차지하고 있다[1]. 독거노인의 경우, 가족, 친척, 친구, 이웃과의 사회적 작용이 미약하여 노인의 삶의 질에 부정적인 영향을 끼치고 있다[2][3].

독거노인은 부부가구 노인이나 자녀동거가구 노인에 비해 질병을 가지고 있는 비율이 높고 신체의 기능 저하로 일상생활을 독립적으로 수행하기 어려운 경우가 많다[4]. 또한 독거노인은 일반노인에 비해 자녀나 친인척 등으로부터의 도움을 기대하기가 어려우며 위축된 비공식적인 사회적 지지를 가지고 있어 일상생활수행에서의 도움을 제공받는 데 한계가 있어 결과적으로는 삶의 질이 떨어지는 매우 취약적 특성을 가지고 있다[5].

죽음이란 누구나 피할 수 없는 과제이며 죽음에 대한 개인의 태도는 죽음을 맞이하는 대상자의 삶의 질에 영향을 미치게 된다[6]. 고령화와 더불어 노화로 인한 자연현상의 일부로 죽음을 맞이하여야 할 인구 계층이 늘어나고 있으며, 죽음에 대한 관심 또한 높아지고 있는 실정이다. 따라서 죽음에 대한 올바른 이해와 준비는 삶의 질 향상에 매우 중요한 문제로 대두되고 있다.

죽음이란 것은 생의 마지막 과정이며 죽음불안으로 인해 분리감, 고독감, 정별, 파괴와 마음의 혼란, 공포를 일으킬 수 있으며, 이러한 죽음불안에 대해 인간의 인식이나 이해에 따라서 삶에 대한 이해와 태도가 달라질 수 있기 때문에 인간의 삶에 질에 영향을 미치게 된다[6]. 건강수명이란 단순히 얼마나 오래 사는가를 나타내는 것이 아니라 얼마나 건강하게 오래 사는가를 나타내는 것으로 노인이 어떻게 삶을 사는가에 대한 중요성이 부각되고 있다. 따라서 독거노인의 삶의 질에 대한 관심이 높아지면서 건강관련 삶의 질에 유의한 영향을 미치는 요인에 대한 연구가 시급한 실정이다. 특히, 독거노인은 인구학적 특성상 사회적 지지 기반이 일반 노인

에 비해 취약하여 이들의 특성을 파악하고 죽음 불안과 삶의 질에 대해 확인하는 연구가 필요한 실정이다. 따라서 본 연구자는 독거노인을 대상으로 죽음 불안, 삶의 질의 정도를 확인하고, 일반적 특성에 따른 죽음불안과 삶의 질 차이를 비교하고, 이들의 상관관계를 파악하여 지역사회 독거노인 대상자의 요구를 적용한 간호중재 개발의 기초자료를 얻고, 독거노인을 대상으로 한 죽음 준비교육에 대한 근거 마련을 위해 본 연구를 시도하였다.

2. 연구목적

본 연구의 목적은 독거노인의 일반적인 특성, 죽음불안, 삶의 질 정도를 확인하기 위함이며, 구체적인 목적은 다음과 같다.

첫째, 독거노인의 일반적 특성, 죽음불안, 삶의 질 정도를 파악한다.

둘째, 독거노인의 일반적 특성, 죽음불안, 삶의 질과의 상관관계를 파악한다.

셋째, 독거노인의 일반적 특성에 따른 죽음불안, 삶의 질의 차이를 파악한다.

넷째, 독거노인의 일반적 특성과 죽음불안이 삶의 질에 미치는 영향을 파악한다.

3. 용어정의

3.1 죽음불안

죽음불안이란 인간 존재의 유한성에 대한 인식으로부터 경험하게되는 삶의 필연적인 종말에 대한 불안이며, 죽음이라는 사건에 대해 인간이 보이는 공포, 혐오감, 파멸감, 거부, 부정 등의 부정적 감정을 유발하는 심리적 상태를 의미한다[6]. 본 연구에서는 Collett과 Lester가 개발한 The Fear of Death and Dying Scale(FDDS)[7]을 심민경(2002)이 노인대상자에 맞게 수정보완한 도구[2]로 측정된 점수를 의미하며, 점수가 높을수록 죽음불안 정도가 높은 것을 뜻한다.

3.2 삶의 질

삶의 질이란 개인이 생활하고 있는 문화와 가치체제

의 맥락에서 자신의 목표, 기대, 기준 및 관심과 관련하여 신체적, 정신적, 사회적 및 경제적 영역에서 각 개인이 지각하는 자신의 상황과 경험에 대한 주관적인 평가와 만족상태를 의미한다[8]. 본 연구에서는 세계보건기구 단축형 삶의 질 척도(World Health Organization Quality of Life, WHOQOL-BREF)[8]를 기초로 민성길, 김광일, 박일호(2002)가 표준화한 한국판 WHOQOL-BREF[9]로 측정한 점수를 의미하며, 점수가 높을수록 삶의 질이 높은 것을 뜻한다.

II. 이론적 배경

1. 죽음 불안

Kübler-Ross(2009)에 따르면 죽음불안이라는 개념은 인간에게 있어 보편적으로 나타나는 반응으로 넓은 의미에서는 죽음에 대한 공포, 혐오, 기피, 수용, 부정, 분노 등으로 정의되지만, 좁은 의미에서는 죽음이라는 사건과 죽어가는 과정에 대해 인간이 보이는 공포, 혐오감, 파멸감, 거부, 부정 등의 부정적 감정을 유발하는 심리적 과정으로 정의 할 수 있다[7]. Michael[10]은 죽음불안의 구성요소를 죽어가는 과정에 대한 불안, 죽음 자체 대한 불안, 사후 결과에 대한 불안, 타인의 죽음과 죽어가는 과정에 대한 불안의 4가지로 분류하였으며, Templer[11]는 죽음불안 구성요소를 고립과 부동에 대한 공포, 통증에 대한 공포, 종말에 대한 공포, 장애와 부패에 대한 공포의 4가지로 구분하였다. Thorson과 Powell[5]은 사물의 부재와 불확실성에 대한 공포, 죽음과 관련된 고통에 대한 공포, 신체의 처치에 대한 염려, 무기력과 조절력 상실에 대한 공포, 후생에 대한 염려, 부패에 대한 공포, 사후 행해질 일에 관한 지시에 대한 염려로 죽음불안의 구성요소를 명시하고 있다. 한편, Collett과 Lester[7]는 자신의 죽음에 대한 공포, 타인의 죽음에 대한 공포, 자신의 임종과정에 대한 공포, 타인의 임종과정에 대한 공포를 죽음불안의 요인으로 규정하고 있다.

노인의 죽음불안에 대한 선행연구를 살펴보면, 노년기 죽음불안에 영향을 미치는 연구결과는 서로 일치하

지 않음을 알 수 있다. 특히 죽음불안이나 죽음에 대한 태도는 감정적 요소를 내포하고 있기 때문에 연구결과의 해석에도 어려움이 따르며 대상자들은 죽음에 대한 태도에 모순성을 지니고 있어서 죽음의 보편성을 인정하면서도 자기 자신의 죽음은 이해하지 못하는 경우도 있고, 이성적·지적으로는 죽음을 수용하면서도, 감정적·심리적으로는 거부하는 경우도 있는데[12], 이는 죽음이라는 개념을 수용하는 것에 대한 두려움과 대상자의 성격이나 일반적 특성에 따라 죽음에 대한 태도가 다르게 나타나 일관성 있는 결과를 얻기 어렵기 때문이다.

죽음불안에 영향을 미치는 요인에 대한 선행연구를 살펴보면 인구학적 변수로는 성, 나이, 학력, 결혼상태, 종교, 경제수준, 건강수준, 여가활동 등이 있다. 성별과 죽음불안에 대한 연구결과는 남성이 여성보다 죽음불안이 더 높다는 결과[13][14]가 있는 반면, 이와는 반대로 여성이 남성보다 죽음불안이 더 높다는 결과[15-17]도 보고되고 있으며, 일부 연구에서는 성별과 죽음불안은 유의한 관계가 없다고 보고하고 있는 연구[18]도 있다.

나이와 죽음불안에 대한 연구결과는 연령이 증가할수록 죽음불안이 증가한다는 연구[15][19]가 있는 반면, 죽음에 대한 두려움은 나이가 들어감에 따라 상대적으로 약해져서 죽음불안이 감소한다는 결과[20]도 있으며, 일부 연구에서는 나이와 연령과 죽음불안은 유의한 관계가 없다[21]고 보고하기도 하였다.

학력과 죽음불안에 대한 연구결과는 학력이 낮을수록 죽음불안이 증가한다는 연구[15]가 있는 반면, 학력이 높을수록 죽음불안이 높아진다고 보고한 연구[21]도 있으며, 일부 연구에서는 학력과 죽음불안에는 상관관계가 없는 것[22]으로 보고하기도 하였다.

결혼상태와 죽음불안과의 관계를 보면, 결혼상태가 죽음불안에 중요한 영향을 미치는 것으로 나타났다. 배우자가 없는 노인이 배우자가 있는 노인에 비해 죽음에 대한 관심이 더 높게 나타난 것으로 보고되고 있으며, 이혼이나 사별한 노인이 배우자가 있는 노인보다 죽음에 대하여 더 높은 불안 수준을 보이는 것[20]으로 나타났다. 종교와 죽음불안과의 관계를 보면, 종교활동을 하는 노인이 죽음에 대해 긍정적으로 받아들이는 결과[23]가 있는 반면, 종교활동이 죽음에 대하여 오히려 더

부정적인 정서를 가지게 한다는 결과[24]도 있으며, 일부 연구에서는 종교와 죽음불안은 상관이 없는 것[14]으로 보고하기도 하였다.

경제수준과 죽음불안과의 연구결과는 경제수준이 높은 노인일수록 죽음이 생의 끝이라는 공포로 인하여 죽음에 대한 태도가 부정적이고, 경제수준이 낮은 노인일수록 죽음이 현실의 고통으로부터 해방이라고 여겨서 죽음에 대한 태도가 긍정적으로 보고된 결과[25]가 있는 반면, 반대로 경제수준이 낮을수록 죽음불안이 높다[26]고 보고 한 연구도 있으며, 일부 연구에서는 경제수준과 죽음불안은 상관이 없는 것으로 보고[20]하기도 하였다.

건강수준과 죽음불안과의 관계 또한 일관된 결과가 나타나지 않고 있는데, 노인의 주관적인 건강상태가 죽음불안에 영향을 미쳐 건강상태가 좋을수록 죽음불안이 낮다[27]는 연구가 있는 반면 건강수준과 죽음불안이 유의한 상관성이 없다는 연구결과[14][20]결과도 있다. 여가활동과 죽음불안과의 관계 역시 일관된 결과가 나타나지 않아 여가활동이 죽음불안에 영향을 미치지 않는다고 보고한 결과[28]도 있다.

노인의 삶에 대한 관심이 높아지고 여러 분야에서 노인의 삶의 질에 관한 다양한 연구들이 시도되고 있다. 현재까지 알려진 노인의 삶의 질은 성별, 연령, 교육수준, 종교에 따라 유의미한 차이가 있다고 하였으며[29], 그 중에서도 건강관련 삶의 질에 유의한 직접적인 영향을 미치는 요인으로 연령[30], 경제상태, 우울, 영적안녕 등이 있었으며, 영향요인들 중에서도 경제상태를 가장 강력한 변수로 보고하고 있다[31].

2. 노인의 삶의 질

세계보건기구(1993)에 따르면 삶의 질이란 한 개인이 살고 있는 문화권과 가치체계의 맥락에서 자신의 목표, 기대, 규범, 관심과 관련하여 인생에서 자신이 차지하는 상태에 대한 개인적인 자각이라고 정의하였으며[8], Dubos(1976)는 삶의 질이란 정신적 안녕, 인간의 안녕과 삶에 대한 만족이나 불만족이며 일상생활 활동으로부터 얻는 만족 정도를 나타내는 매우 주관적인 가치판단[32]으로 정의하고 있다. 특히 노인의 삶의 질은 노인

자신의 생의 목표 달성과 직접적으로 연결되어 있기 때문에 노인의 성공적인 삶을 파악함에 있어 매우 중요하다고 사료된다. 급격한 현대화의 변화 속에서 증가된 노인 인구는 사회문제로 대두되고 있으며, 의학 기술의 발달로 인해 노인의 평균수명이 연장되면서 노인의 삶의 질에 대한 관심과 연구가 활발하게 이루어지게 되었다.

노인의 삶의 질과 관련한 연구들을 살펴보면, 대부분의 노인들이 신체기능의 약화, 자녀문제, 경제적 문제, 가까운 사람의 죽음, 은퇴 등의 문제로 인하여 우울을 경험하게 되며[33], 주변 사람의 상실이나 건강의 상실, 의욕 상실 등 여러 가지 문제들의 상실로 인하여 노인들은 인생에 허무를 느끼게 되고 고독감을 경험하게 된다[34]고 보고 있다. 그뿐만 아니라 노인은 역할과 수입에 대한 상실로 인하여 심리적, 사회적 고립을 경험하며, 이는 노인에게 있어 정서적, 심리적 불안정을 가져다주게 되어, 결과적으로는 노년기의 삶의 질 저하로 이어질 수 있다[35]고 보고 있다.

죽음불안과 삶의 질에 대한 연구들을 살펴보면, 노인이 느끼는 죽음불안은 실제 죽어가는 과정에서 느끼게 될 신체적, 정신적 고통에 대한 정서적 반응이 상대적으로 크고[36], 죽음불안이 높을수록 삶의 질이 낮았으며 죽음불안이 낮을수록 삶의 질이 높은 것으로 보고하고 있다[37].

선행연구에 따르면 노인들은 노화과정과 더불어 질병이나 생의 위기상황에서 죽음불안을 감소시켜 급격하게 사망하기보다는 죽음을 예측하고 준비하기를 원하며[38], 평화로운 상태에서 고통 없는 죽음을 기대하고 있다. 죽음 불안은 삶의 질과 높은 상관관계가 있으며[37][39], 죽음불안이 높을수록 삶의 질이 낮게 보고되는 결과[37]를 나타내었다. 따라서 노인의 삶의 질 향상을 위해서는 죽음을 수용하는 태도와 죽음불안에 대한 자료와 연구가 필요하며, 특히 독거노인은 일반노인에 비해 사회적 지지 측면에서 매우 취약하므로[40], 죽음불안과 삶의 질에 대한 연구가 더욱 필요할 것으로 사료된다. 또한 노인의 죽음불안과 삶의 질에 대한 연구는 노인의 남은 여생의 삶의 질을 증진시키고 자살을 예방[41]하는 효과적인 전략을 제공하게 되므로 중요한 자료로 활용될 수 있을 것이다.

이와 같은 선행연구들을 살펴보았을 때, 일반적인 노인의 죽음에 대한 인식 및 태도, 죽음불안, 삶의 질에 대한 연구는 단편적으로 수행되어 왔으나, 독거노인을 대상으로 한 죽음불안과 삶의 질의 관계나 독거노인의 죽음불안이 삶의 질에 미치는 영향에 대한 연구는 미비한 실정이다. 따라서 일반노인보다 좀 더 취약한 상황에 처해있는 독거노인들을 대상으로 삶의 종착 단계에서 그들이 인식하고 있는 죽음불안과 삶의 질에 관한 연구가 필요함은 물론 이를 통해 대상자의 요구도를 바탕으로 한 간호중재 개발 및 죽음 준비 교육 프로그램의 활성화가 매우 중요하다고 보여 진다.

III. 연구방법

1. 연구설계

본 연구는 D 광역시 소재 5개의 복지관에 등록된 독거노인으로 65세 이상의 노인을 대상으로 죽음불안과 삶의 질 정도를 파악하기 위한 서술적 조사연구이다.

2. 연구대상

본 연구는 D 광역시 소재 5개의 복지관에 등록된 독거노인 중 65세 이상 노인을 대상으로 한 비확률 표집인 의도적 표집방법을 사용하였다. 본 연구의 목적을 이해하고 의사소통에 장애가 없으며, 연구에 자발적으로 참여하기를 동의한 대상자 289명이 설문지 응답에 참여하였다. 중도에 탈락된 대상자는 없었으며, 회수된 설문지 289부 모두를 최종자료 분석에 사용하였다.

3. 연구도구

3.1 죽음불안 측정도구

Collett와 Lester(1969)가 개발한 Fear of Death and Dying Scale(FDDS)[7]을 심민경(2002)[2]이 수정보완한 도구를 본 연구에 사용하였다. 총 20문항의 4점 Likert 척도로 12문항의 긍정적 문항은 ‘전혀 아니다’ 1점, ‘대체로 아니다’ 2점, ‘대체로 그렇다’ 3점, ‘매우 그렇다’ 4점으로 측정하였으며, 8문항의 부정적 문항은 역환산 하여 ‘전혀 아니다’ 4점, ‘대체로 아니다’ 3점, ‘대체

로 그렇다’ 2점, ‘매우 그렇다’ 1점으로 점수화하여 측정하였다. 점수는 총합하여 최소 20점에서 최대 80점으로 점수가 높을수록 죽음불안이 높은 것을 의미한다. 본 연구에서 측정된 죽음불안 도구의 신뢰도는 Cronbach’s α 는 .93이었다.

3.2 삶의 질 측정도구

세계보건기구(WHO)에서 제작된 WHOQOL-100[8]을 기초로 민성길, 김광일, 박일호(2000)가 개발한 한국판 WHOQOL-BREF[9]를 사용하였다. 본 도구는 일반적 건강인식 영역(general perception of health domain) 2문항, 신체적 건강영역(physical health domain) 7문항, 심리적 영역(psychological domain) 6문항, 사회적 관계영역(social relationships domain) 3문항, 생활환경 영역(environmental domain) 8문항, 총 5개 영역 26문항으로 구성되어 있다. 이 도구는 총 26문항 5점 척도로 23문항의 긍정적 문항은 ‘전혀 그렇지 않다’ 1점, ‘약간 그렇다’ 2점, ‘그렇다’ 3점, ‘많이 그렇다’ 4점, ‘매우 많이 그렇다’ 5점으로 측정하였으며, 3문항의 부정적 문항은 역환산하여 ‘전혀 그렇지 않다’ 5점, ‘약간 그렇다’ 4점, ‘그렇다’ 3점, ‘많이 그렇다’ 2점, ‘매우 많이 그렇다’ 1점으로 점수화하여 측정하였다. 점수는 총합하여 최소 26점에서 최대 130점으로 점수가 높을수록 삶의 질이 높은 것을 의미한다. 본 연구에서 측정된 삶의 질 도구의 신뢰도 Cronbach’s α 는 일반적 건강인식 영역이 .85, 신체적 건강영역 .89, 심리적 영역 .86, 사회적 관계영역 .88, 생활환경 영역 .87이었으며, 전체 도구의 삶의 질 Cronbach’s α 는 .87이었다.

4. 자료수집 방법

본 연구의 자료 수집은 구조화된 설문지를 사용하여 대상자가 설문지 각 문항에 응답하는 방식으로 실시하였으며, 소요된 시간은 약 15~20분 정도였다. 자료수집 기간은 2016년 6월 1일부터 2017년 12월 14일까지 D광역시 소재 5개의 복지관에서 실시하였으며, 회수된 설문지 289부를 모두 통계자료 분석에 사용하였다. 본 연구는 K대학교 생명윤리위원회(IRB)의 승인을 받은 후 시행하였다. 자료수집에 앞서 연구 대상자들에게 연구

의 목적과 방법을 설명한 후 자발적으로 연구 참여에 동의한 대상자에 한하여 서면 동의서를 받고 설문지를 배부하였다. 수집한 자료는 무기명으로 처리하였으며, 식별가능한 개인적인 자료는 외부에 노출되지 않도록 패스워드 설정된 노트북을 사용하였고, 대상자가 원하면 언제든지 연구 참여를 중단할 수 있음을 알려주어 대상자의 권리를 보호 하였다.

5. 자료분석

자료분석은 SPSS/WIN 25.0을 이용하여 분석하였다. 대상자의 일반적 특성은 실수와 백분율, 평균 및 표준편차로 분석하였다. 독거노인의 죽음불안과 삶의 질 정도를 파악하기 위하여 평균과 표준편차를 분석하였다. 일반적 특성에 따른 대상자의 죽음불안 정도와 삶의 질 정도의 차이 검정은 t-test와 ANOVA로 분석하였으며, 사후검정은 Scheffe검정을 실시하였다. 대상자의 나이, 학교 교육 받은 기간, 종교활동 기간, 독거 기간, 월수입, 죽음불안, 삶의 질 사이의 상관관계를 파악하기 위해 Pearson's correlation coefficient로 분석하였다. 대상자의 일반적 특성과 죽음불안이 삶의 질에 미치는 영향을 파악하기 위하여 multiple regression analysis로 분석하였다.

IV. 연구 결과

1. 독거노인의 일반적 특성

본 연구에 참여한 독거노인 대상자의 연령은 평균 76.15(±3.31)세였으며, 연령대별로는 75세 미만이 37.7%, 75세~79세가 40.8%, 80세 이상이 21.5%였다. 성별은 여성이 65.4%로 대부분을 차지했다. 학력은 중졸 이하가 61.6%, 고졸 16.3%, 전문대졸 이상이 22.1%였으며, 정규 학교 교육을 받은 기간은 평균 10.74(±2.95)년이었다. 대상자의 평균 독거 기간은 8.18(±3.70)년이었다. 대상자의 평균 월평균 수입은 정부 보조금과 노령연금을 포함하여 91.92(±27.27)만원 이었다. 직전 직업은 회사원이 38.1%로 대부분을 차지했으며, 현재 직업

은 대부분의 대상자가 무직 59.2%, 시간제 37.4%, 반일제 3.5%로 나타났다. 결혼상태는 독신 20.8%, 사별 52.9%, 이혼 26.3% 이었다. 대상자의 독거 이유는 '평생 독신으로 살아서' 20.8%, '배우자 사별 후 혼자 되어서' 38.8%, '자녀가 있으나 혼자 사는 것이 편해서' 40.4%로 응답하였다. 대상자의 종교는 무교 47.4%, 기독교 42.6%, 불교 10.0%로 나타났으며, 종교 활동 기간은 평균 5.44(±6.77)년으로 나타났다. 대상자의 대부분은 비흡자 (73.7%)였으며, 65.7%의 대상자는 음주를 하는 것으로 보고 하였다. 대상자의 주관적 건강상태는 '매우 좋지 않다(1점)'에서 '매우 좋다(5점)'의 5점 Likert 척도로 조사하였으며, 대부분의 대상자는 '좋지 않다' 45.3%로 응답하였다. 대상자의 주관적 경제상태는 '매우 좋지 않다(1점)'에서 '매우 좋다(5점)'의 5점 Likert 척도로 조사하였으며, 대부분의 대상자는 '매우 좋지 않다' 58.8%로 응답하였다. 독거노인의 병원비 부담은 '종교단체나 정부기관'이 64.4%로 대부분을 차지했으며, 본인 부담 25.3%, 자녀 부담 10.4%로 나타났다. 독거노인의 생활비 부담은 '종교단체나 정부기관'이 55.0%로 대부분을 차지했으며, 본인 부담 34.6%, 자녀 부담 10.4%로 나타났다. 독거노인의 자녀 수는 없음 59.5%, 1명 19.7%, 2명 20.8%이었다. 자녀와의 관계는 독거노인 중에 자녀가 있는 대상자 117명이 응답하였고, '매우 좋지 않다(1점)'에서 '매우 좋다(5점)'의 5점 Likert 척도로 조사하였으며, 대부분의 대상자는 '그저 그렇다(53.0%)'라고 응답하였으며, '매우 좋지 않다' 32.5%, '좋지 않다' 14.5%로 나타났다. 자녀와의 연간 전화통화 횟수는 평균 2.63(±4.55)회였으며, 자녀가 연간 방문하는 횟수는 평균 1.00(±1.44)회로 응답하였다. 월간 여가 활동 횟수는 4.88(±2.87)회로 나타났다. 대상자의 현재 질병 상태 종류는 대부분의 대상자가 관절염(31.1%)을 앓고 있는 것으로 나타났으며, 당뇨 23.9%, 고혈압 23.5%, 고혈압과 당뇨 21.5%로 나타났다. 질병 치료 과정 중 힘든 점으로는 '간호혜줄 사람이 없어서 힘들다' 45.3%, '약값이나 치료비가 많이 들어 힘들다' 42.2%, '교통이 불편하여 병원가기 힘들다' 12.5%이었다[표 1].

표 1. 대상자의 일반적 특성 (N=289)

변수	구분	n(%)	Mean (SD)
나이	75세 미만	109(37.7)	76.15 (3.31)
	75~79세	118(40.8)	
	80세 이상	62(21.5)	
성별	남	100(34.6)	
	여	189(65.4)	
학력	중졸 이하	178(61.6)	
	고졸	47(16.3)	
	전문대졸 이상	64(22.1)	
학교교육 받은 기간(년)			10.74 (2.95)
독거 기간(년)			8.18 (3.70)
월수입(만원)			91.92 (27.27)
직전 직업	상업	78(27.0)	
	회사원	110(38.1)	
	전업주부	101(34.9)	
현재 직업	무직	171(59.2)	
	시간제	108(37.4)	
	반일제	10(3.5)	
결혼 상태	독신	60(20.8)	
	사별	153(52.9)	
	이혼	76(26.3)	
독거 이유	평생 독신으로 살아서	60(20.8)	
	배우자 사별 후 혼자 되어서	112(38.8)	
	자녀가 있으나 혼자 사는 것이 편해서	117(40.5)	
종교	기독교	123(42.6)	
	불교	29(10.0)	
	무교	137(47.4)	
종교활동 기간(년)			5.44 (6.77)
흡연	비흡연자	213(73.7)	
	흡연자	76(26.3)	
음주	술 마시지 않음	99(34.3)	
	술 마심	190(65.7)	
위급시 연락처	자녀	62(21.5)	
	이웃	83(28.7)	
	종교단체나 관공서	144(49.8)	
주관적 건강상태	매우 좋지 않다	82(28.4)	
	좋지 않다	131(45.3)	
	보통이다	76(26.3)	
주관적 경제상태	매우 좋지 않다	170(58.8)	
	좋지 않다	93(32.2)	
	보통이다	26(9.0)	
병원비 부담	종교단체나 정부기관 부담	186(64.4)	
	본인 부담	73(25.3)	
	자녀 부담	30(10.4)	
생활비 부담	종교단체나 정부기관	159(55.0)	
	본인	100(34.6)	
	자녀	30(10.4)	

2. 독거노인의 죽음불안, 삶의 질 정도

독거노인의 죽음불안은 총 20문항으로 응답자의 점수 범위는 30점에서 80점, 평균 66.85(±11.73)점이었으며, 죽음불안 측정도구의 만점인 80점에 대하여 83.6%에 해당되는 점수였다.

독거노인의 삶의 질은 총 26문항으로 응답자의 점수 범위는 26점에서 98점, 평균 58.21(±16.56)점이었으며, 삶의 질 측정 도구의 만점인 130점에 대하여 44.8%에 해당되는 점수였다. 삶의 질 하위 영역은 일반적인 건강인식 영역(2문항), 신체적인 건강 영역(7점), 생활환경 영역(6문항), 사회적관계 영역(3문항), 심리적 영역(8문항)의 5가지 영역으로 구성되어 있으며, 각각의 하위영역에 대한 평균과 표준편차는 [표 2]에 상세히 기술되어 있다.

각각의 하위 영역 중, 도구의 만점에 대하여 50% 이하의 낮은 점수를 나타낸 것은 ‘신체적인 건강 영역’, ‘사회적관계 영역’, ‘심리적 영역’으로 나타났다. ‘신체적 건강 영역’은 측정도구의 만점인 35점에 대하여 39.1%에 해당되는 점수였다. ‘사회적관계 영역’은 측정도구의 만점인 15점에 대하여 39.1%에 해당되는 점수였다. ‘심리적 영역’은 측정도구의 만점인 40점에 대하여 41.8%에 해당되는 점수였다. 그 외의 하위영역 또한 각각 도구의 만점에 대하여, 일반적인 건강인식 영역 63.3%, 생활환경 영역 52.1%로 모든 하위 영역의 점수가 도구의 만점에 대하여 64% 미만으로 낮게 나타났다[표 2].

표 2. 독거노인의 죽음불안과 삶의 질에 대한 기술통계 (N=289)

변수/하위영역	문항수	범위	Mean(SD)
죽음불안	20	30~80	66.85(11.73)
삶의 질	26	26~98	58.21(16.56)
일반적인 건강인식 영역	2	2~8	6.33(1.61)
신체적인 건강 영역	7	7~26	13.67(4.47)
생활환경 영역	6	8~30	15.62(4.04)
사회적관계 영역	3	3~10	5.86(2.05)
심리적 영역	8	6~24	16.73(5.07)

3. 주요 변수들 간의 상관관계

독거노인의 일반적 특성, 죽음불안, 삶의 질과의 상관관계는 [표 3]과 같이 나타났다. 대상자의 죽음불안과 통계적으로 유의한 정적 상관관계를 보인 것은 나이 ($r=.52, p<.001$)와 독거기간($r=.90, p<.001$)이었으며, 유의한 부적 상관관계를 보인 것은 삶의 질($r=-.87, p<.001$), 종교활동 기간($r=-.79, p<.001$), 월수입($r=-.24,$

$p<.001$), 자녀 수($r=-.70, p<.001$), 연간 자녀 전화통화 횟수($r=-.92, p<.001$), 연간 자녀 방문 횟수($r=-.82, p<.001$), 월간 여가활동 횟수($r=-.84, p<.001$)이었다.

대상자의 삶의 질과 통계적으로 유의한 정적 상관관계를 보인 것은 종교활동 기간($r=.82, p<.001$), 월수입($r=.34, p<.001$), 자녀 수($r=.53, p<.001$), 연간 자녀 전화통화 횟수($r=.74, p<.001$), 연간 자녀 방문 횟수($r=.68, p<.001$), 월간 여가활동 횟수($r=.92, p<.001$)이었으며, 유의한 부적 상관관계를 보인 것은 나이($r=-.74, p<.001$), 독거기간($r=-.94, p<.001$)이었다. 또한 독거노인의 일반적 특성 중 나이와 유의한 정적 상관관계를 보인 것은 독거기간($r=.67, p<.001$)이었다. 그 외에 일반적 특성들 간의 상관관계는 [표 3]에 요약되어 있다.

4. 독거노인의 일반적 특성에 따른 죽음불안 정도 차이 검정

대상자의 직전 직업, 결혼 상태, 흡연 유무, 음주 유무, 위급시 연락처, 병원비 부담하는 사람, 생활비 부담하는 사람, 질병 상태 종류는 통계적으로 유의한 차이가 없었다. 반면, 대상자의 나이는 80세 이상, 75세~79

세, 75세 미만 군 순으로 죽음불안 정도가 유의하게 높아 나이가 많을수록 죽음불안이 높게 나타났다($F=47.633, p<.001$). 대상자의 성별은 남성의 죽음불안이 여성의 죽음불안보다 유의하게 높았다($t=5.401, p<.001$). 대상자의 학력은 중졸 이하, 고졸, 전문대졸 이상 군 순으로 죽음불안 정도가 유의하게 높아 교육 수준이 낮을수록 죽음불안 정도가 유의하게 높은 것으로 나타났다($F=264.248, p<.001$). 대상자의 현재 직업은 시간제보다 무직 군의 죽음불안이 유의하게 높았다($F=24.251, p<.001$).

대상자의 종교는 무교, 기독교, 불교 군 순으로 죽음불안 정도가 유의하게 높았다($F=693.729, p<.001$). 대상자와 자녀와의 관계는 ‘매우 좋지 않다’, ‘좋지 않다’, ‘그저 그렇다’ 군 순으로 죽음불안 정도가 유의하게 높았다($F=108.757, p<.001$). 대상자의 독거 이유는 ‘평생 독신으로 살아서’와 ‘배우자 사별 후’ 군의 죽음불안이 ‘자녀가 있으나 혼자 사는 게 편해서’ 군보다 유의하게 높게 나타났다($F=48.462, p<.001$). 대상자의 주관적 건강상태는 ‘매우 좋지 않다’, ‘좋지 않다’, ‘보통이다’ 군 순으로 죽음불안 정도가 유의하게 높았다($F=33.999,$

표 3. 주요 변수들 간의 상관관계

(N=289)

	죽음불안 r(p)	삶의 질 r(p)	나이 r(p)	종교활동 기간(년) r(p)	독거기간 (년) r(p)	월수입 (만원) r(p)	자녀수(명) r(p)	연간 자녀 전화 통화 횟수 r(p)	연간 자녀 방문 횟수 r(p)	월간 여가활동 횟수 r(p)
죽음불안										
삶의 질	-.87 (p<.001)									
나이	.52 (p<.001)	-.74 (p<.001)								
종교활동 기간 (년)	-.79 (p<.001)	.82 (p<.001)	-.60 (p<.001)							
독거기간 (년)	.90 (p<.001)	-.94 (p<.001)	.67 (p<.001)	-.84 (p<.001)						
월수입 (만원)	-.24 (p<.001)	.34 (p<.001)	-.68 (p<.001)	.32 (p<.001)	-.33 (p<.001)					
자녀수 (명)	-.70 (p<.001)	.53 (p<.001)	-.35 (p<.001)	.59 (p<.001)	-.63 (p<.001)	.40 (p<.001)				
연간 자녀 전화통화 횟수	-.92 (p<.001)	.74 (p<.001)	-.39 (p<.001)	.74 (p<.001)	-.84 (p<.001)	.26 (p<.001)	.87 (p<.001)			
연간 자녀 방문 횟수	-.82 (p<.001)	.68 (p<.001)	-.46 (p<.001)	.70 (p<.001)	-.75 (p<.001)	.41 (p<.001)	.94 (p<.001)	.94 (p<.001)		
월간 여가활동 횟수	-.84 (p<.001)	.92 (p<.001)	-.75 (p<.001)	.70 (p<.001)	-.84 (p<.001)	.32 (p<.001)	.44 (p<.001)	.66 (p<.001)	.60 (p<.001)	

$p<.001$). 대상자의 주관적 경제상태는 ‘매우 좋지 않다’ 군의 죽음불안이 ‘좋지 않다’와 ‘보통이다’ 군 보다 유의하게 높게 나타났다($F=23.306, p<.001$). 대상자의 질병 치료 과정 중 힘든 점은 ‘약값이나 치료비가 많이 들어 힘들다’ 군의 죽음불안이 ‘교통이 불편하여 병원에 가기 힘들다’와 ‘간호해 줄 사람이 없어서 힘들다’ 군 보다 유의하게 높게 나타났다($F=44.819, p<.001$)[표 4].

5. 독거노인의 일반적 특성에 따른 삶의 질 정도 차이 검정

대상자의 직전 직업, 결혼 상태, 흡연 유무, 음주 유무, 위급시 연락처, 병원비 부담하는 사람, 생활비 부담하는 사람, 질병 상태 종류는 통계적으로 유의한 차이가 없었다. 반면, 대상자의 나이는 75세 미만, 75세~79세, 80세 이상 군 순으로 삶의 질 정도가 유의하게 높아 나이가 적을수록 삶의 질이 높게 나타났다($F=153.240,$

$p<.001$). 대상자의 성별은 여성의 삶의 질이 남성보다 유의하게 높았다($t=-4.615, p<.001$). 대상자의 학력은 전문대졸 이상, 고졸, 중졸 이하 군 순으로 삶의 질 정도가 유의하게 높아 교육 수준이 높을수록 삶의 질 정도가 유의하게 높은 것으로 나타났다($F=263.559, p<.001$). 대상자의 현재 직업은 반일제, 시간제, 무직 군 순으로 삶의 질 정도가 유의하게 높아 근무 시간이 많을수록 삶의 질 정도가 유의하게 높은 것으로 나타났다($F=46.324, p<.001$). 대상자의 종교는 불교, 기독교, 무교 군 순으로 삶의 질 정도가 유의하게 높았다($F=693.729, p<.001$). 대상자와 자녀와의 관계는 ‘그저 그렇다’, ‘좋지 않다’, ‘매우 좋지 않다’ 군 순으로 삶의 질 정도가 유의하게 높았다($F=178.506, p<.001$). 대상자의 독거 이유는 ‘자녀가 있으나 혼자 사는 게 편해서’ 군의 삶의 질이 ‘평생 독신으로 살아서’와 ‘배우자 사별 후’ 군의 삶의 질보다 유의하게 높게 나타났다($F=21.143, p<.001$). 대상자의 주관적 건강상태는 ‘보통

표 4. 대상자의 일반적 특성에 따른 죽음불안과 삶의 질 정도 차이검정 (N=289)

변수	구분	n	죽음불안				삶의 질			
			Mean(SD)	F/t	p	Scheffe	Mean(SD)	F/t	p	Scheffe
나이	75세 미만	109	59.72(11.79) ^a	47.633	<.001	a<b<c	70.70(8.62) ^a	153.240	<.001	a>b<c
	75~79세	118	69.45(8.72) ^b				56.96(11.18) ^b			
	80세 이상	62	74.44(9.76) ^c				38.66(15.93) ^c			
성별	남	100	71.74(5.29)	5.401	<.001		52.24(14.75)	-4.615	<.001	
	여	189	64.26(13.29)				61.38(16.63)			
학력	중졸 이하	178	73.71(3.10) ^a	264.248	<.001	a>b<c	47.87(11.35) ^a	263.559	<.001	a<b<c
	고졸	47	62.79(6.43) ^b				70.23(4.35) ^b			
	전문대졸 이상	64	50.77(12.79) ^c				78.14(8.07) ^c			
현재 직업 상태	무직	171	70.49(10.09) ^a	24.251	<.001	a>b	51.42(16.36) ^a	46.324	<.001	a<b<c
	시간제	108	61.19(12.44) ^b				67.99(11.51) ^b			
	반일제	10	65.80(.42) ^c				68.80(.42) ^c			
종교	무교	137	74.93(2.39) ^a	693.729	<.001	a>b<c	43.80(9.64) ^a	486.633	<.001	a<b<c
	기독교	123	64.52(5.99) ^b				67.94(5.90) ^b			
	불교	29	38.55(7.62) ^c				85.10(6.16) ^c			
자녀와의 관계 (n=117)	매우 좋지 않다	38	75.29(3.81) ^a	108.757	<.001	a>b<c	40.87(13.91) ^a	178.506	<.001	a<b<c
	좋지 않다	17	65.41(.51) ^b				68.94(.24) ^b			
	그저 그렇다	62	48.60(11.87) ^c				79.23(8.10) ^c			
독거 이유	평생 독신으로 살아서	60	71.73(2.59) ^a	48.462	<.001	a>c, b>c	55.45(7.65) ^a	21.143	<.001	a<c, b<c
	배우자 사별 후	112	71.70(4.86) ^b				52.32(13.19) ^b			
	자녀가 있으나 혼자 사는 게 편해서	117	59.71(15.13) ^c				65.27(19.93) ^c			
주관적 건강상태	매우 좋지 않다	82	73.23(10.60) ^a	33.999	<.001	a>b<c	41.91(16.87) ^a	113.300	<.001	a<b<c
	좋지 않다	131	67.20(9.44) ^b				61.11(10.49) ^b			
	보통이다	76	59.37(12.29) ^c				70.80(9.47) ^c			
주관적 경제상태	매우 좋지 않다	170	70.48(10.12) ^a	23.306	<.001	a>b, a>c	51.41(16.41) ^a	45.829	<.001	a<b, a<c
	좋지 않다	93	61.13(12.89) ^b				68.34(11.38) ^b			
	보통이다	26	63.62(7.69) ^c				66.46(9.88) ^c			
질병치료 과정 중 힘든 점	교통불편	36	64.17(6.57) ^a	44.819	<.001	a<c, b<c	67.19(8.45) ^a	49.706	<.001	a>c, b>c
	간호해 줄 사람 없음	131	61.43(14.44) ^b				64.86(18.06) ^b			
	약값, 치료비 많이 들	122	73.47(3.57) ^c				48.43(10.66) ^c			

이다, '좋지 않다', '매우 좋지 않다' 군 순으로 삶의 질 정도가 유의하게 높았다($F=113.300, p<.001$). 대상자의 주관적 경제상태는 '매우 좋지 않다' 군의 삶의 질이 '좋지 않다'와 '보통이다' 군 보다 유의하게 낮게 나타났다($F=45.829, p<.001$). 대상자의 질병치료 과정 중 힘든 점은 '약값이나 치료비가 많이 들어 힘들다' 군의 삶의 질이 '교통이 불편하여 병원에 가기 힘들다'와 '간호해 줄 사람이 없어서 힘들다' 군 보다 유의하게 낮게 나타났다($F=49.706, p<.001$)[표 4].

6. 독거노인의 삶의 질에 영향을 미치는 관련 요인

대상자의 삶에 질에 유의하게 영향을 미치는 영향 요인을 분석하기 위해 multiple regression을 실시하기 전에 등분산성, 정규성, 독립성을 만족하였고, 다중공선성이 없는 것으로 확인하였다. 삶의 질에 영향을 미친 요인으로는 죽음불안, 나이, 종교활동 기간(년), 독거기간(년), 연간 자녀와 전화통화 횟수, 월간 여가활동 횟수, 교육 받은 기간(년), 자녀와의 관계가 유의한 설명변수로 나타났으며, 가장 높은 영향변수는 죽음불안($\beta=-.459, p=.001$), 독거기간(년)($\beta=-.222, p<.001$), 연간 자녀와 전화통화 횟수($\beta=.187, p=.009$), 나이($\beta=-.183, p=.017$) 순으로 나타났으며, 이 모형의 설명력은 87%이었다[표 5].

표 5. 대상자의 삶의 질에 영향을 미치는 관련 요인 (N=289)

변수	B	SE	β	t	p
(상수)	85.655	15.287		5.603	$p<.001$
죽음불안	-.257	.077	-.459	-3.334	.001
나이	-.409	.170	-.183	-2.402	.017
종교활동 기간(년)	.129	.057	.182	2.265	.024
독거기간(년)	-.994	.147	-.222	-6.740	$p<.001$
연간 자녀 전화통화 횟수	.680	.260	.187	2.612	.009
월간 여가 활동 횟수	.928	.185	.161	5.004	$p<.001$
교육 받은 기간(년)	2.575	.179	.053	14.397	$p<.001$
자녀와의 관계	1.975	.968	.146	2.039	.042
Adjusted R ²	=.87		F=681.431	$p<.001$	

V. 논의

본 연구에서는 독거노인의 죽음불안과 삶의 질을 파악하고 선행연구를 근거로 독거노인의 삶의 질에 영향을 미치는 요인을 분석하였다. 첫번째 분석 지표인 독거노인의 죽음 불안에 대해 살펴보면, 독거노인이 경험하고 있는 죽음불안 정도는 평균 66.85점으로, 도구의 만점인 80점에 대하여 83.6%를 차지하는 것으로 나타났다. 심민경[2]의 노인의 죽음에 대한 불안과 사회적 지지와의 관계를 살펴보기 위한 연구에서는 환자가 경험하는 죽음불안을 도구의 만점에 대하여 62% 이상으로 보고하고 있으며, 이선미[34]의 연구에서는 대상자가 경험하는 죽음불안을 도구의 만점에 대하여 80% 이상으로 보고하고 있다. 또한 김호경[42]의 연구에서는 대상자의 죽음불안을 도구의 만점에 대하여 63% 이상으로 보고하고 있으며, 김홍철[43]의 연구에서는 대상자의 죽음불안을 도구의 만점에 대하여 73%이상으로 보고하였다. 김진숙과 송명섭[44]의 연구에서는 대상자의 죽음불안이 도구의 만점에 대하여 95%이상으로 높은 것으로 보고하고 있어 본 연구의 결과와 유사하다.

반면, 권향숙, 서인선, 김현경[45]의 입원 암환자를 대상으로 한 죽음불안 연구에서는 대상자의 죽음불안을 도구의 만점에 대하여 49%이상으로 비교적 낮게 보고하고 있으며, 오세근 등[46]의 노인의 우울감과 죽음불안에 관한 연구에서도 대상자의 죽음불안을 도구의 만점에 대하여 27.6%로 상대적으로 낮게 보고하고 있는데 이는 두 연구의 대상자가 입원 암환자와 일반 노인을 대상으로 시행된 연구이므로 독거노인에 비해 가족 지지나 사회적 지지를 받을 수 있는 기회가 많아 죽음불안 정도가 상대적으로 낮게 측정된 것으로 사료된다.

본 연구에서 독거노인의 죽음불안 정도가 도구의 83.6%로 상대적으로 높게 나타났는데, 이는 본 연구에 참여한 대상자의 특성상 일반적인 노인을 대상으로 한 연구에 비해 독거노인의 경우 사회적 지지가 부족하고 지지적 자원에 대한 정보나 사전지식이 부족하여 죽음의 과정이나 태도에 대한 심리적 준비가 되지 않아 독거노인의 경우 혼자 살고 있다는 상황을 좀 더 위협적으로 받아들이기 때문이라고 사료된다. 또한 죽음불안

은 나이가 80세 이상에서 가장 높게 나타났고, 남성 군, 중졸 이하의 낮은 학력, 현재 직업이 무직인 군, 종교가 무교인 군, 자녀와의 관계가 매우 좋지 않다고 응답한 군, 독거 이유가 '평생 독신으로 살아서'라고 응답한 군, 주관적 건강상태가 '매우 좋지 않다'고 응답한 군, 주관적 경제상태가 '매우 좋지 않다'고 응답한 군, 질병치료 과정 중 '약값이나 치료비가 많이 들어 힘들다'고 응답한 군에서 죽음불안이 높게 나타났는데, 이는 독거노인의 질병치료 과정에서 나이가 많고 학력이 낮을수록 어려운 전문용어나 복잡한 만성질환 관리에 대한 이해도가 낮은 것과 관련이 있으며, 특히 자녀와의 관계가 매우 좋지 않거나 평생 독신으로 살아온 군의 경우 가족 구성원으로부터 받을 수 있는 지지가 상대적으로 낮아 이에 대한 심리적 부담감이 죽음불안 정도를 높이는 부정적 결과를 가져올 수 있다고 사료된다. 이는 권향숙 등 [45]이 입원 환자를 대상으로 시행한 연구에서 종교가 무교인 군에서 죽음불안이 높게 나타난 결과와 유사하며, 김홍철[43]이 노인을 대상으로 시행한 죽음불안에 미치는 연구에서도 남성 군, 중졸 이하의 학력 군, 배우자가 없는 군에서 상대적으로 죽음불안이 높게 나타난 결과와 유사하며, 이선미[34]의 독거노인을 대상으로 한 고독감과 죽음불안에 관한 연구에서도 남성 군, 나이가 80세 이상인 군, 종교가 무교인 군, 현재 직업이 무직인 군의 죽음불안이 높게 나타난 결과를 보고하고 있다. 또한 심민경[2]의 연구와 양혜정[47]의 연구에서도 주관적 건강상태가 나쁠수록 죽음불안 정도가 높은 것으로 보고하고 있는데 이는 본 연구의 결과와도 일치한다. 이러한 결과는 건강상태가 나쁘다고 느끼는 노인일수록 자신의 생활을 영위하는데 있어서 더 많은 한계를 느끼게 되기 때문으로 생각되어진다.

본 연구에서는 나이가 많을수록, 종교활동 기간이 짧을수록, 독거 기간이 길수록, 월수입이 적을수록, 자녀 수가 적을수록, 연간 자녀 전화통화 횟수와 자녀 방문 횟수가 적을수록, 월간 여가활동 횟수가 적을수록 유의하게 죽음불안 정도가 높은 것으로 나타났다. 이는 이선미[34]의 연구에서 독거기간이 길수록, 사회적지지가 낮을수록 죽음불안 정도가 높게 나타난 결과와 유사하고, 김홍철[43]의 연구에서도 배우자가 없는 대상자의

죽음불안이 상대적으로 높게 나타난 결과와도 유사하며, 심민경[2]의 연구에서 남성 군, 배우자가 없는 군, 생활수준이 낮을수록, 주관적 건강상태가 나쁠수록, 사회적지지가 부족할수록, 자녀와의 접촉빈도가 적을수록 죽음불안 정도가 높게 나타난 결과와도 유사하며, 배소희[22] 또한 주관적 건강 상태가 좋지 않은 사람일수록 죽음 불안이 높다고 지적하였는데 이는 본 연구 결과와 일치하고 있다. 이는 Keith(1979)[48]가 주장한 것처럼 경제적으로 여유 있는 노인일수록 삶과 죽음에 좀 더 적극적으로 대처하며 수입의 정도가 죽음을 향한 태도에 영향을 미치지 않기 때문인 것으로 사료된다.

두번째 분석 지표인 독거노인의 삶의 질에 대해 살펴보면, 본 연구에서 독거노인이 경험하고 있는 삶의 질은 평균 58.21점으로, 도구의 만점인 130점에 대하여 44.8%를 차지하는 것으로 나타났다. 정영모[49]의 연구에서는 대상자의 삶의 질 정도가 도구의 만점에 대하여 49.0%로 보고하고 있고, 안미향[35]의 연구에서는 대상자의 삶의 질 정도를 도구의 만점에 대하여 59.4%로 보고하고 있으며, 이수진[50]의 연구에서는 독거노인의 삶의 질이 도구의 만점에 대하여 48.7%로 보고하고 있다. 또한 박순미[4]의 연구에서는 독거노인의 삶의 질 정도를 도구의 만점에 대하여 53.2%로 보고하고 있고, 홍선이[51]의 연구에서 대상자의 삶의 질은 도구의 만점에 대하여 55.9%로 보고하고 있어, 대부분의 연구에서 독거노인의 삶의 질 정도가 도구의 만점에 대하여 60%이하로 비교적 낮은 것으로 보고되어 본 연구의 결과와 유사한 것으로 나타났다.

반면, 진미환[52]의 연구에서는 노인의 삶의 질이 도구의 만점에 대하여 60.3% 정도인 것으로 보고하고 있으며, 주정미[53]의 연구에서는 대상자의 건강관련 삶의 질이 도구의 만점에 대하여 69.4% 정도로 보고하고 있는데, 이 두 연구는 연구 대상자가 독거노인을 포함한 일반 노인을 대상으로 하였기에 독거노인에 비해 삶의 질 정도가 상대적으로 높게 보고된 것으로 사료된다.

본 연구에서 독거노인의 삶의 질이 도구의 만점에 대하여 44.8%로 상대적으로 낮게 나타났는데, 이는 본 연구에 참여한 대상자의 특성상 일반적인 노인을 대상으로 한 연구에 비해 독거노인의 경우 가족이나 사회적

지지원이 부족하고, 신체적 질병, 배우자의 죽음, 경제상황의 악화, 사회와 가족들로부터의 고립, 일상생활에 대한 자기 통제의 불능과 함께 발생하는 상실의 경험이 전반적인 삶의 질에 부정적 영향을 미치기 때문인 것으로 사료된다. 즉 독거노인의 경우 노화과정에서 경험하는 다양한 상실에 대해 더 이상 자기 자신이 통제할 수 없다는 사실을 지각하면서 자신의 죽음에 대한 부정적 감정과 불안을 경험하게 되어 궁극적으로 삶을 질을 저하시키는 데 영향을 미치게 된다.

또한 삶의 질은 나이가 80세 이상에서 가장 낮게 나타났고, 남성 군, 중졸 이하의 낮은 학력, 현재 직업이 무직인 군, 종교가 무교인 군, 자녀와의 관계가 매우 좋지 않다고 응답한 군, 독거 이유가 평생 독신으로 살아서 라고 응답한 군, 주관적 건강상태가 매우 좋지 않다고 응답한 군, 주관적 경제상태가 매우 좋지 않다고 응답한 군, 질병치료 과정 중 약값이나 치료비가 많이 들어 힘들다고 응답한 군에서 삶의 질이 낮게 나타났다. 이는 홍선이[51]의 연구에서 고령이 될수록 경제적 수준이 낮아질수록, 남성 군에서 삶의 질이 유의하게 낮게 보고된 결과와 유사하다. 진미환[52]의 연구에서도 학력이 낮을수록, 종교가 무교인 군, 배우자가 없는 군, 독거노인 군, 주관적 경제상태가 어려운 군의 삶의 질이 유의하게 낮은 것으로 보고하고 있어 본 연구 결과와 유사한 것으로 보고하고 있다. 또한 안미형[35]의 연구에서는 나이가 많을수록, 교육정도가 낮을수록, 직업이 무직인 군, 월수입이 적을수록, 주관적 경제상태가 나쁠수록, 자녀가 없는 군, 주관적 건강상태가 좋지 않을수록, 월간 여가활동이 없는 군의 삶의 질이 유의하게 낮은 것으로 보고하고 있어 본 연구의 결과와 유사하게 나타났다. 또한 정영모[49]의 연구에서는 자녀가 없는 군, 학력이 낮을수록, 종교가 무교인 군, 주관적 건강상태가 나쁠수록 삶의 질이 유의하게 낮은 것으로 보고 하고 있고, 박순미[4]의 연구에서도 종교가 무교인 군, 현재 직업이 무직인 군, 월수입이 낮을수록, 생활수준이 어려운 군, 의료비 지출로 인한 생활비가 부족한 군의 삶의 질이 유의하게 낮은 것으로 나타나 본 연구의 결과와 유사한 것으로 보고하고 있다. 이는 박은숙 등[54]의 연구에서 교육정도가 낮을수록, 신체적 건강

이 나쁠수록, 경제적 수준 낮을수록 삶의 질이 낮게 보고된 결과와도 유사하다. 또한 고보선과 유용식[55]의 연구, 김미숙과 박민정[56]의 연구에서 도 종교는 노인의 총체적 삶의 질에 매우 유의한 영향을 미치고 있으며, 종교가 무교인 군의 삶의 질이 유의하게 낮은 것으로 보고하고 있어 본 연구의 결과와 일치한다.

Smith 등[5]의 연구에서는 건강관련 삶의 질은 연령이 증가할수록 낮아지는 것으로 보고하고 있다. 또한 기초생활보장 수급 노인을 대상으로 삶의 질을 측정한 Kim[57]의 연구에서도 연령이 증가할수록 삶의 질이 저하되어 있는 것으로 보고되어 본 연구의 결과와 일치하였다. 독거노인은 일반적인 노인에 비해 연령이 높아질수록 사회적 고립현상이 심화되어 노인으로서의 새로운 역할에 자신을 재통합시키는 중요한 과제에 직면하게 된다. 이에 연령대가 높아질수록 독거노인의 경우 재통합된 자기역할을 유지하려는 데 훨씬 더 어려움을 겪게 되어 삶의 질 저하를 초래하게 되는 것으로 사료된다. 따라서 지역사회보건기관에서는 특히 연령대에 따라 독거노인의 건강관련 삶의 질을 증진시키기 위한 간호중재 개발이 중요하게 요구되는 시점이다.

본 연구에서는 나이가 많을수록, 종교활동 기간이 짧을수록, 독거 기간이 길수록, 월수입이 적을수록, 자녀수가 적을수록, 연간 자녀 전화통화 횟수와 자녀 방문 횟수가 적을수록, 월간 여가활동 횟수가 적을수록 유의하게 삶의 질 정도가 낮은 것으로 나타났다. 즉 소득이 낮고, 혼자 생활하는 독거 기간이 길수록, 경제적으로 여유가 있고 가족과 함께 생활하는 노인들에 비해 정서적 문제를 비롯한 여러가지 건강문제가 더욱 심각하게 나타날 수 있고 이는 궁극적으로 삶의 질에 영향을 미치는 것으로 분석할 수 있다. 특히 취약계층인 독거노인의 죽음불안을 감소시킬 수 있는 보다 적극적인 간호중재를 시행함으로써 정신적 건강을 도모함과 동시에 전반적인 삶의 질을 높이는 데 기본적 전제가 될 것으로 보인다. 따라서 독거노인들을 삶의 질을 높이기 위해서는 신체적 건강유지와 더불어 죽음불안 해소 또는 경감에 영향을 미칠 수 있는 사회적 지지 프로그램의 개발과 제공이 필요할 것으로 사료된다.

VI. 결론 및 제언

본 연구는 독거노인의 죽음불안과 삶의 질 정도를 조사하고, 독거노인의 일반적 특성에 따른 죽음불안과 삶의 질 정도 차이를 검정하며, 관련 변수들 간의 상관관계를 파악하여, 대상자의 죽음불안을 감소시키고, 삶의 질을 향상 시킬 수 있도록 독거노인 간호를 위한 표준 지침 개발 및 사회적지지 프로그램 개발에 기초 자료를 제공하고자 시도되었다.

본 연구의 주요 결과를 요약하면 다음과 같다. 첫째, 죽음불안은 도구의 만점인 80점에 대하여 평균 66.85(±11.73)점, 삶의 질은 도구의 만점인 130점에 대하여 평균 58.21(±16.56)점이었다. 또한 삶의 질은 도구의 5개 하위 영역 모두에서 각각의 하위 영역 도구의 만점에 대하여 64% 미만의 낮은 점수를 보여 독거노인의 삶의 질이 낮은 것을 알 수 있다. 특히, 죽음불안이 유의하게 높게 나타난 대상자는 나이 80세 이상 군, 남성 군, 중졸 이하 군, 직업이 무직인 군, 종교가 무교인 군, 자녀와의 관계가 매우 좋지 않은 군, 독거 이유가 '평생 독신으로 살아온' 군이나 '배우자 사별 후' 군, 주관적 건강상태가 매우 좋지 않은 군, 주관적 경제 상태가 매우 좋지 않은 군, 질병치료 과정 중 힘든 점으로 '약값이나 치료비가 많이 들어 힘들다'고 응답한 군인 것으로 나타났다.

둘째, 삶의 질이 유의하게 낮게 나타난 대상자는 나이 80세 이상 군, 학력이 중졸 이하 군, 직업 상태가 무직인 군, 종교가 무교인 군, 자녀와의 관계가 매우 좋지 않다고 응답한 군, 독거 이유가 '평생 독신으로 살아온' 군이나 '배우자 사별 후' 군, 주관적 건강상태가 매우 좋지 않은 군, 주관적 경제 상태가 매우 좋지 않은 군, 질병치료 과정 중 힘든 점으로 '약값이나 치료비가 많이 들어 힘들다'고 응답한 군인 것으로 나타났다.

셋째, 독거노인의 죽음불안은 삶의 질과는 통계적으로 유의한 부적 상관관계를 보였다. 한편, 독거노인의 죽음불안과 유의한 정적 상관관계를 보인 것은 나이였으며, 유의한 부적 상관관계를 보인 것은 종교활동 기간(년), 독거기간(년), 월수입, 자녀수, 연간 자녀 전화통화 횟수, 연간 자녀 방문 횟수, 월간 여가활동 횟수로 나

타났다.

넷째, 독거노인의 삶의 질과 유의한 부적 상관관계를 보인 것으로는 죽음불안, 나이, 독거기간(년)으로 나타났으며, 유의한 정적 상관관계를 보인 것으로는 종교활동 기간(년), 월수입, 자녀수, 연간 자녀 전화통화 횟수, 연간 자녀방문 횟수, 월간 여가활동 횟수로 나타났다.

다섯째, 독거노인의 삶의 질에 영향을 미친 요인으로는 죽음불안, 나이, 종교활동 기간(년), 독거기간(년), 연간 자녀와 전화통화 횟수, 월간 여가활동 횟수, 교육 받은 기간(년), 자녀와의 관계가 유의한 설명변수로 나타났으며, 가장 높은 영향변수는 죽음불안, 독거기간(년), 연간 자녀와 전화통화 횟수, 나이 순인 것으로 나타났다.

선행연구가 노인의 죽음불안이나 삶의 질에 대한 정도를 개별적으로 파악하는 것에 그친 반면 본 연구는 선행 연구결과를 기본 틀로 하여 독거노인의 죽음불안과 삶의 질을 동시에 파악하였으며, 변수들 간의 상관관계 및 삶의 질 영향요인을 분석함으로써 독거노인의 일반적 특성에 따른 차이점을 종합적으로 분석하여 새로운 연구 기틀을 제시하였다는 점에서 큰 의의가 있다. 특히, 독거노인의 나이, 종교활동 기간(년), 독거기간(년), 월수입, 자녀수, 연간 자녀 전화통화 횟수, 연간 자녀방문 횟수, 월간 여가활동 횟수는 죽음불안과 삶의 질 모두와 유의한 상관관계를 보이고 있는 것을 알 수 있다. 또한 삶의 질의 하위 영역 중 가장 낮은 점수를 보이고 있는 영역은 '신체적인 건강 영역', '사회관계적 영역', '심리적 영역' 순서로 나타났다.

결론적으로 죽음불안을 감소시키고 삶의 질을 향상시키기 위해서는 독거노인의 나이와 독거기간이 길수록 종교활동이나 여가 활동 참여를 격려하고, 자녀와의 관계를 포함한 사회적 지지를 제공하여야 하며 특히 주관적 건강상태와 주관적 경제상태가 매우 좋지 않은 독거노인의 경우 정서적 지지를 포함한 충분한 도움을 받을 수 있도록 사회적 자원과 시설에 대한 명확한 정보를 제공하는 것이 매우 중요하다.

본 연구의 제한점으로는 조사대상이 일개 광역시 소재 5개의 복지관으로 한정되어 있었으므로 본 연구 결과를 일반화 하는 데는 한계가 있다. 또한 본 연구에서 대상자의 죽음불안과 삶의 질 정도를 파악하기 위해 설

문지를 사용하였으므로, 실제 독거노인이 경험하는 죽음불안 정도나 삶의 질과는 차이가 있을 것으로 해석되므로, 독거노인의 죽음불안과 삶의 질을 보다 객관적으로 측정할 수 있는 방법이 보완되어야 할 것으로 사료된다.

이상의 연구결과를 통하여 다음과 같이 제언하고자 한다. 첫째, 독거노인 간호에서 가장 어려운 점 중 하나는 독거기간이 늘어날수록 삶의 질이 급격히 떨어진다 는 사실이다. 독거노인의 삶의 질 향상을 위해 기존의 가정간호나 다양한 중재 프로그램을 적용한다하더라도 독거노인에게 가장 의미 있는 가족이 동참하지 않는다면 전반적인 삶의 질을 향상시키기 어렵게 된다. 또한 독거노인의 삶의 질 향상을 어렵게 만드는 이유 중에 결정적인 역할을 하는 것이 죽음불안에 대한 지식과 정보부족이라는 것이다. 따라서 독거노인의 죽음불안을 감소시킴으로써 궁극적으로는 삶의 질을 향상시키는 효과를 기대할 수 있으므로, 본 연구결과를 향후 대상자의 나이, 성별, 학력, 현재 직업 상태, 종교, 자녀와의 관계, 독거 이유, 주관적 건강상태, 주관적 경제상태, 질병치료 과정 등을 고려한 사회적지지 프로그램 개발시 기반이 되는 자료로 활용할 것을 제언하고자 한다. 상대적으로 죽음불안이 높은 80세 이상의 대상자 군, 남성 군, 중졸 이하의 학력을 가진 군, 현재 직업이 무직인 군, 종교가 무교인 군, 자녀와의 관계가 매우 좋지 않은 군, 평생 독신으로 살아왔거나 배우자 사별 후 독거노인으로 살게 된 군, 주관적 건강상태가 매우 좋지 않은 군, 주관적 경제상태가 매우 좋지 않은 군, 질병치료 과정에 약값이나 치료비가 많이 들어 힘들어 하는 군의 경우 다른 연령대의 대상자 군에 비해 삶의 질 정도가 취약하다는 것을 인식하여 좀 더 적극적인 간호중재가 필요하다. 특히 종교가 무교인 군, 자녀와의 관계가 매우 좋지 않은 군, 평생 독신으로 살아왔거나 배우자 사별 후 독거노인으로 살게 된 군의 삶의 질이 자녀가 있으나 혼자 살고 있는 군보다 상대적으로 유의하게 낮게 나타나므로, 이들을 위한 별도의 맞춤형 사회적지지 프로그램 개발을 개발할 것을 제언하는 바이다.

둘째, 본 연구는 독거노인의 죽음불안과 삶의 질 정도를 파악하기 위한 서술적 연구로 시행되었다. 따라서

후속연구에서는 죽음불안이나 연관된 변수들이 삶의 질에 미치는 영향을 규명하기 위한 다양한 구조적 분석을 할 필요성이 있다.

셋째, 본 연구 결과를 토대로 독거노인의 삶의 질을 향상시키기 위한 상관관계와 요인분석에 대한 반복연구가 필요하며, 독거노인의 특성을 고려한 다양한 맞춤형 중재 프로그램을 개발할 것을 제언하는 바이다.

넷째, 후속연구에서는 시간이 흐름에 따라 죽음불안과 삶의 질 정도가 어떻게 변화하는지 비교분석하는 종단적 연구가 필요할 것으로 사료된다.

참고 문헌

- [1] <http://kosis.kr/search/search.do>
- [2] 심민경, 노인의 죽음에 대한 불안과 사회적 지지와의 관계: 부산광역시 노인종합 복지관 이용 노인을 대상으로, 부산대학교, 석사학위논문, 2001.
- [3] 강수균, "고령화 사회에 있어서 노인의 삶의 질에 관한 연구," 동서정신과학, 제3권, 제1호, pp.113-137, 2000.
- [4] 박순미, 독거노인의 건강상태지각, 통증, 일상생활 활동, 외로움과 삶의 질, 공주대학교, 석사학위논문, 2008.
- [5] J. Smith, M. Borchelt, H. Maier, and D. Jopp, "Health and Well-being in the Young Old and Oldest Old," Journal of Social Issues, Vol.58, No.4, pp.715-732, 2002.
- [6] E. Kübler-Ross, *On Death and Dying*, Abingdon, Oxon: Routledge, 2009.
- [7] L. Collet and D. Lester, "The Fear of Death and the Fear of Dying," Journal of Psychology, Vol.72, No.2, pp.179-181, 1969.
- [8] World Health Organization(WHO), *WHOQOL Study Protocol*, Geneva: WHO, 1993.
- [9] 민성길, 김광일, 박일호, 한국판 세계보건기구 삶의 질 척도, 서울: 하나의학사, 2002.
- [10] A. S. Michael, *Dying Facing the Facts: Social and Psychological Aspects of Dying*, New York:

- Hemisphere Publishing Corporation, 1979.
- [11] D. I. Templer, "Death Anxiety Related to Depression and Health of Retired Persons," *Journal of Gerontology*, Vol.26, No.4, pp.521-523, 1971.
- [12] 이영화, *죽음준비교육 모형개발에 관한 연구*, 이화여자대학교, 석사학위논문, 1998.
- [13] 이선영, "제가 노인의 자아존중감과 죽음에 대한 불안도 연구," *공주문화대학논문집*, 제27권, pp.285-298, 2000.
- [14] 김혜련, *노인이 지각한 죽음에 대한 불안도: 유료 및 무료시설과 제가 노인을 중심으로*, 이화여자대학교, 석사학위논문, 1990.
- [15] 최외선, "노인의 자아통합감과 죽음불안에 관한 연구," *한국노년학*, 제27권, 제4호, pp.755-773, 2007.
- [16] 서혜경, 윤민석, "성별과 배우자 유무가 죽음불안도 4가지 세부영역에 미치는 영향에 관한 연구," *한국노인복지학회*, 제39권, pp.249-272, 2008.
- [17] 김연숙, 김지미, "노인의 사회인구적 특성과 죽음불안: 죽음불안의 세부영역을 중심으로," *한국노년학*, 제29권, 제1호, pp.275-289, 2009.
- [18] 한미정, *대처방식, 내외통제성, 자아존중감에 따른 죽음불안의 발달적 고찰*, 서울여자대학교, 박사학위논문, 2001.
- [19] 최영이, *노인의 죽음인식 및 죽음준비에 관한 연구*, 한양대학교, 석사학위논문, 2008.
- [20] 서혜경, "한미노인의 죽음에 대한 태도 연구," *한국노년학*, 제7권, 제1호, pp.39-60, 1987.
- [21] 윤남숙, *노인의 성격 유형과 죽음불안도에 대한 태도 연구*, 서울대학교, 석사학위논문, 1994.
- [22] 배소희, *성격적응 특징과 통제소재에 따른 남자 노인의 죽음불안 정도 연구*, 연세대학교, 석사학위논문, 1996.
- [23] 이은경, *노인의 죽음불안에 영향을 미치는 성격 특성, 내외통제성 및 대처방식*, 성신여자대학교, 석사학위논문, 2002.
- [24] 조지연, *죽음에 대한 불안태도 연구*, 경희대학교, 석사학위논문, 1989.
- [25] 김태현, 손양숙, "노인의 죽음에 대한 태도 연구," *한국노년학*, 제4권, 제1호, pp.3-19, 1984.
- [26] 이인래, *노인의 죽음에 대한 태도 및 호스피스에 대한 인식*, 동국대학교, 석사학위논문, 2007.
- [27] 박형규, *노인의 죽음에 대한 태도 결정요인에 관한 연구: 임종교육서비스, 사회적 지지, 자아통합감에 따른 태도 분석*, 강남대학교, 박사학위논문, 2009.
- [28] 문남숙, 남기민, "노인의 죽음준비도와 성공적 노화의 관계: 우울 및 죽음불안의 매개효과를 중심으로," *한국노년학*, 제28권, 제4호, pp.1227-1248, 2008.
- [29] 조영문, 김창희, "농촌지역 노인의 성 인식, 성 태도, 성 대처행동이 주관적 삶의 질에 미치는 영향," *가정간호학회지*, 제22권, 제1호, pp.109-116, 2015.
- [30] 이현경, 조성혜, 김정희, 김윤경, 추향임, "농촌지역 중년과 노인의 자기효능감, 사회적 지지와 지역 사회 공동체 의식이 건강관련 삶의 질에 미치는 영향," *대한간호학회지*, 제44권, 제6호, pp.608-616, 2014.
- [31] 권영은, 김선영, "독거노인의 죽음불안 영향요인," *한국산학기술학회논문지*, 제17권, 제3호, pp.262-269, 2016.
- [32] R. Dubos, "The State of Health and the Quality of Life," *Western Journal of Medicine*, Vol.125, No.1, pp.8-9, 1976.
- [33] 손신영, "농촌 노인과 도시 노인의 삶의 질과 관련요인에 대한 비교 연구," *한국노년학회지*, 제26권, 제3호, pp.601-615, 2006.
- [34] 이선미, *독거노인의 고독감이 죽음불안에 미치는 영향에 관한 연구: 사회적 지지의 조절효과를 중심으로*, 목원대학교, 석사학위논문, 2018.
- [35] 안미향, *일 지역사회 독거노인의 사회적 지지와 삶의 질에 관한 연구*, 연세대학교, 석사학위논문, 2005.
- [36] 김연숙, 김지미, "노년기 죽음불안과 삶의 질," *한국생활환경학회지*, 제16권, 제5호, pp.475-485, 2009.
- [37] 박경은, 권미형, 권영은, "여성노인의 우울, 죽음불안, 삶의 질과의 관계," *한국보건간호학회지*, 제27권, 제3호, pp.527-538, 2013.
- [38] 김춘길, "제가노인의 좋은 죽음에 대한 인지도와

가족지지의 영향," 한국호스피스완화의료학회지, 제17권, 제3호, pp.151-160, 2014.

[39] 정선월, 양로시설 노인의 죽음에 대한 태도에 영향을 미치는 요인, 대구한의대학교, 석사학위논문, 2015.

[40] 서양숙, 손유림, 성기월, "농촌 여성노인의 죽음태도와 관련된 변인," 노인간호학회지, 제13권, 제1호, pp.21-28, 2011.

[41] 이현지, 조계화, "노인의 죽음불안과 우울이 자살생각에 미치는 영향," 한국노년학회지, 제26권, 제4호, pp.717-731, 2006.

[42] 김호경, 임원노인의 영적안녕과 죽음불안의 관계, 고신대학교, 석사학위논문, 2006.

[43] 김홍철, 자이통합감이 노인의 죽음불안에 미치는 영향과 죽음준비도의 조절효과에 관한 연구: 노인여가복지시설 이용자를 중심으로, 목원대학교, 석사학위논문, 2010.

[44] 김진숙, 송명섭, "노인의 인식된 짐스러움과 죽음불안간의 관계에서 영성의 매체효과 검증," 한국콘텐츠학회논문지, 제17권, 제2호, pp.299-307, 2017.

[45] 권향숙, 서인선, 김현경, "입원 암환자의 죽음준비와 죽음불안," 한국콘텐츠학회논문지, 제13권, 제9호, pp.334-343, 2013.

[46] 오세근, 조준, 김영희, 최정민, "노인의 우울감과 죽음불안 간 관계에서 자아존중감의 조절효과," 한국콘텐츠학회논문지, 제2권, 제2호, pp.243-254, 2012.

[47] 양혜정, 내외통제성과 사회적 지지에 따른 노인의 죽음불안에 관한 연구, 이화여자대학교, 석사학위논문, 1991.

[48] P. M. Keith, "Life Changes and Perceptions of Life and Death among Older Men and Women," Journal of Gerontology, Vol.34, No.6, pp.870-878, 1979.

[49] 정영모, 영구입대주택 독거노인의 사회적 관계망이 삶의 질에 미치는 영향에 관한 연구, 대구대학교, 석사학위논문, 2007.

[50] 이수진, 75세 이상 일반 및 독거노인이 지각하는 노래부르기의 혜택과 삶의 질 관계, 이화여자대학교, 석사학위논문, 2014.

[51] 홍선이, 도시지역 전후기 독거노인의 건강관련 삶의 질과 영향요인, 경북대학교, 석사학위논문, 2013.

[52] 진미환, 일 지역 노인의 주관적 건강상태, 건강행위, 우울 및 삶의 질에 대한 연구, 한양대학교, 석사학위논문, 2008.

[53] 주정미, 노인의 기분상태와 건강 관련 삶의 질, 한양대학교, 석사학위논문, 2008.

[54] 박은숙, 김순자, 김소인, 전영자, 이평숙, 김행자, 한금선, "노인의 건강증진 행위 및 삶의 질에 영향을 미치는 요인," 대한간호학회지, 제28권, 제3호, pp.638-649, 1998.

[55] 고보선, 유용식, "제주노인의 사회적 지지와 삶의 질에 관한 연구," 노인복지연구, 제18권, 제1호, pp.49-72, 2002.

[56] 김미숙, 박민정, "종교가 노인의 삶의 질에 미치는 영향 연구," 한국노년학, 제20권, 제2호, pp.29-47, 2000.

[57] M. Kim, "The Study of Comparing the Factors of Affecting on the Quality of Life for Young-old Women and Old-old Women," Korean Journal of Social Welfare, Vol.58, No.2, pp.197-222, 2006.

저 자 소 개

이 은 숙(Eunsuk Lee)

정희원



- 1996년 2월 : 계명대학교 간호학과(간호학사)
- 2003년 8월 : 계명대학교 일반대학원(간호학 석사)
- 2012년 5월 : Ph.D in Nursing, 미국 Case Western Reserve

University

- 2013년 9월 ~ 현재 : 계명대학교 간호대학 간호학과 조교수

<관심분야> : 암환자 간호, 만성질환자 간호, 호스피스, 지역사회보건의료, 다문화간호, 보건정책, 가족간호, 일차보건의료