ORIGINAL ARTICLE

Open Access

노인의 사회적 지지, 가족 지지 및 노인시설 관련 거부감이 웰다잉 정도에 미치는 영향

오영주¹ · 차경인² · 전영희³

전북대학교 간호대학 박사수료¹, 충남대학교 간호대학 박사수료², 원광보건대학교 간호학과 조교수³

Effects of Social Support, Family Support and Repulsion Related Nursing Home Use on the Well-Dying of Elderly

Oh, Young Ju¹ · Cha, Kyeong In² · Jeon, Young Hee³

¹Ph.D., Candidate, College of Nursing, Jeonbuk National University, Jeonju, Korea

²Ph.D., Candidate, College of Nursing, Chungnam National University, Daejeon, Korea

³Assistant Professor, Department of Nursing, Wonkwang Health Science University, Iksan, Korea

Purpose: This study aimed to explore the level of well-dying in the elderly and identify the effects of social support, family support, and repulsion related nursing home on that. **Methods:** The sample for this cross-sectional study consisted of 110 community-dwelling elderly and 103 nursing home residents. Data were collected using a structured questionnaire from August to October 2019. SPSS/WIN 25.0 program was used to conduct statistical analyses, including descriptive statistics, an independent t-test, a one-way analysis of variance, and stepwise multiple linear regression. **Results:** The mean score for well-dying was 2.63 ± 0.28 (range 1~4). Well-dying had a statistically significant relationship with religion ($t=5.56, p<.001$), household income ($F=14.04, p<.001$) and perceived health status ($F=44.59, p<.001$). Furthermore, social support ($r=.71, p<.001$), family support ($r=.42, p<.001$), and repulsion related nursing home ($r=-.56, p<.001$) significantly correlated with well-dying. Stepwise multiple linear regression demonstrated that social support, repulsion related nursing home, and having a religion explained 62.0% of the variance in well-dying. **Conclusion:** Social support was found to have the largest influence on well-dying, followed by repulsion related nursing home and religion. The results highlight the need to develop a detailed nursing intervention that considers these factors to promote well-dying in the elderly.

Key Words: Aged; Social support; Nursing home; Death

서론

1. 연구의 필요성

우리나라는 2020년 현재 65세 이상 노인인구가 전체 인구의 15.7%를 차지하는 고령사회이고, 5년 후인 2025년에는 65세

이상 노인인구가 전체 인구의 20% 이상인 초고령사회가 될 것으로 예상된다[1]. 고령 현상으로 인한 노인문제가 사회적 이슈로 떠오르면서 죽음에 대한 연구도 활발히 이루어지고 있을 뿐만 아니라 평균수명이 증가함에 따른 노인의 남은 여생에 대한 정리와 웰다잉에 대한 관심 또한 증가하고 있다[2]. 웰다잉은 죽음을 끝이 아닌 삶의 한 과정으로 보고, 현재의 삶을 성찰

주요어: 노인, 사회적 지지, 요양시설, 죽음

Corresponding author: Cha, Kyeong In <https://orcid.org/0000-0002-3894-7705>

College of Nursing, Chungnam National University, 266 Munwha-ro, Jung-gu, Daejeon 35015, Korea.

Tel: +82-42-580-8360, Fax: +82-42-580-8309, E-mail: simba8213@gmail.com

Received: Jan 20, 2020 / Revised: May 7, 2020 / Accepted: May 14, 2020

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.

하며 스스로의 죽음을 준비하여 행복한 삶과 좋은 죽음에 이르는 것을 말한다.

웰다잉은 신체적, 심리적, 사회적 요인들과 관련이 있다[3]. 신체적 요인에서는 건강상태가 좋다고 인지할수록 웰다잉이 높았고, 심리적 요인에서는 스트레스의 조절, 자기효능감 등이 웰다잉과의 관련성을 가지고 있었다[3]. 또한 사회적 요인으로 사회적 지지 및 가족 지지, 결혼상태, 경제적 수준 등이 있었다[4]. 사회적 지지는 개인이 받는 죽음에 대한 충격이나 스트레스를 완화해줌으로써 당사자가 적극적으로 자신의 죽음에 대해 인식과 웰다잉을 높일 수 있도록 돕는다[5]. 이러한 웰다잉의 여러 영향요인 중 사회적 지지와 가족 지지는 사회적인 요인임에도 심리적인 면에 긍정적인 영향을 주고[6,7], 사회나 가족으로부터 적절한 돌봄 제공을 받을 경우 신체적으로도 긍정적인 영향을 주는 것으로 나타났다[8]. 더불어 삶의 마지막까지도 가족들과 좋은 관계를 유지하는 것이 좋은 죽음의 모습이고, 현재 자신과 연결된 사회적 관계 속에서 사랑과 존경을 받는 것이 존엄성 실현에 있어 한 형태라고 볼 수 있다 하였다[9]. 따라서 사회적 지지와 가족 지지는 웰다잉 정도에 무엇보다 중요한 요인으로 사료되나 아직까지 국내 노인을 대상으로 이들을 확인한 연구는 매우 미비하였다.

웰다잉에 있어 중요한 영향을 줄 것으로 생각되는 사회적 지지 혹은 가족 지지에 대한 선행연구들을 살펴본 결과, 가족의 지지가 웰다잉에 직접적으로 영향을 주는 것으로 나타났다[4,7,8,10-13]. 하지만 가족의 형태가 변화하고 있는 현대사회에서는 웰다잉에 있어서도 가족의 의미와 기능이 항상 같다고는 할 수 없다. 웰다잉에 있어 중요한 요인인 가족의 지지를 대신 할 수 있는 요인으로 사회적 지지 즉, 주변의 자원을 활용하는 것이 대안이라 할 수 있다. 사회적 지지가 충분한 노인에게는 가족의 지지가 없거나 낮아도 웰다잉을 준비하는데 있어 문제가 되지 않을 것으로 생각된다. 하지만 노인들에게 사회적 지지가 주는 영향과 가족 지지가 주는 영향을 동시에 살펴본 연구는 아직 이루어지지 않은 상황이다. 이는 노인시설에 대한 부정적인 관점 및 가족뿐만이 아닌 주변과 좋은 관계를 형성하는 것이 웰다잉에 어떻게 영향을 주는지를 탐색할 필요성을 제기한다고 볼 수 있다.

사회적 지지는 사람이 대인관계를 통해 얻을 수 있는 모든 긍정적인 지원을 의미하는 것으로, 평생에 걸쳐 건강에 영향을 미치는 중요한 요인이다[3]. 특히 노인의 사회적 지지는 신체적 건강뿐만 아니라 노인의 우울에도 직접적으로 영향을 주기 때문에 사회적 지지가 노인의 신체적, 심리적 요인 측면에도 의미하는 바가 크다는 것을 알 수 있다[5-7]. 사람은 누구나 죽

음을 인식하고 준비하는 과정을 스트레스로 받아들여 어려움을 겪게 되는데, 이러한 과정에서 사회적 지지는 스트레스를 완충해주는 역할을 함으로써 죽음을 적극적으로 인식하고 준비할 수 있도록 돕게 된다[8].

한편 한국은 유교의 영향을 받아 효를 중시하고 집단주의적 성향을 가진 동양 문화권에서 가족의 지지는 중요하게 여겨지고 있다. 가족 지지는 사회적 지지의 한 요인으로, 특히 한국의 노인은 건강과 죽음에 대해 주로 가족과 상의하는 등 가족이 지지는 의미와 역할을 크게 생각하며, 죽음을 앞둔 노인은 가족에게 의지하는 경향도 높았다[10]. 이처럼 웰다잉에 있어 가족의 역할을 크게 생각하는 노인의 경우 가족에게 부담을 주지 않는 준비된 죽음을 좋은 죽음으로 평가하기도 했다[10]. 이러한 한국의 문화적 특성상 노인의 가족 지지는 웰다잉에 영향을 주는 중요한 요인일 것으로 생각된다.

현대사회는 사회적 변화로 맞벌이 부부가 늘고, 저출산 등으로 노인을 부양할 수 있는 인구가 감소하면서 임종 전 노인들이 노인시설을 이용하는 빈도가 늘어나고 있는 추세이다[11,12]. 이러한 노인시설은 노인들에게 안전한 환경을 제공함으로써 안심하고 자신의 죽음을 존엄하게 준비할 수 있도록 도움을 주는 역할을 가지고 있다[14,15]. 이러한 측면에서 노인시설은 부양가족이 감소하고 있는 현대사회에서 웰다잉의 필요 요건이라 할 수 있다. 하지만 한국사회에서의 웰다잉 즉, 좋은 죽음에 대해 개념을 분석한 Min과 Cho [16]의 연구와 웰다잉과 주거 공간의 연계를 고찰한 Lee와 Yoo [17]의 연구에서도 알 수 있듯이 예로부터 좋은 죽음은 집에서 맞이하는 것으로 생각하여 임종이 임박했을 때, 병원에서 집으로 귀가하는 경우도 많았다. 뿐만 아니라, 노인들에게 노인시설은 자녀들이 부모를 봉양하지 않기 위해서, 금전적인 부담, 가족 내 문제, 신체적인 문제가 있을 때, 자녀가 없거나 임종이 임박했을 때 가는 곳으로 인식되고 있었다[12]. 이는 아직까지도 부모는 자식이 모셔야 한다는 유교의 효 사상 때문인 것으로 보인다. 또한 노인시설에 대한 관심은 노인보다는 오히려 젊은 층에서 관심이 많아 실제 수요자인 노인들은 노인시설에 대하여 여전히 부정적인 인식이 있음을 알 수 있다[12].

좋은 죽음에 있어 존엄성을 지키며 품위 있는 죽음을 준비할 수 있는 안전하고 편안한 장소는 필요요건이라 할 수 있다[14]. 또한 가족을 포함한 타인과의 관계를 유지하는 것과 노인시설에서 웰다잉을 준비하기 위한 방법으로 노인 자신뿐만 아니라 가족, 간호 인력을 포함한 케어인력 등의 도움이 필요하며 죽음을 맞이하는 본인과 주변인의 관계는 중요한 의미가 있다[14].

따라서 본 연구는 노인의 사회적 지지, 가족 지지 및 노인시

설 관련 거부감이 웰다잉에 미치는 영향을 파악하여 웰다잉을 준비하는데 있어 필요한 요인을 구체적으로 탐색한 후, 맞춤형 웰다잉 프로그램 개발에 기초자료를 제공하고자 시도되었다.

2. 연구목적

본 연구의 목적은 노인의 사회적 지지, 가족 지지, 노인시설 관련 거부감, 웰다잉 정도를 파악하고, 주요 변수들 간의 관계 및 노인의 웰다잉에 영향을 주는 요인을 파악하기 위함이다.

연구 방법

1. 연구설계

본 연구는 노인의 사회적 지지, 가족 지지 및 노인시설 관련 거부감이 웰다잉 정도에 미치는 영향을 파악하기 위한 횡단적 조사연구이다.

2. 연구대상

본 연구의 대상자는 전라북도 소재의 노인주거복지시설(양로시설)의 입소노인과 군산시와 익산시의 재가노인을 대상으로 편의표출 하였다. 본 연구에서는 탈락률을 고려하여 총 220명에게 설문을 수행하였고 회수된 설문지 중 응답 내용이 불충분한 7부를 제외한 총 213부를 최종 분석에 사용하였다. 대상자의 선정기준은 만 65세 이상이며, 독립적인 지역사회활동이 가능한 자로 치매간이검사점수(Korea-Mini Mental State Examination, K-MMSE) 정상인지 기준 24점 이상인 자 및 의사소통이 가능한 자로 하였다. 연구대상자 표본 수의 근거는 G*Power 3.1을 사용하였으며 다중회귀분석을 위해 유의수준 .05, 검정력 .95, 효과크기 .15 (중간크기), 예측변수 14개를 기준으로 필요한 최소 표본수가 194명으로 산출되어 이에 근거하였다.

3. 연구도구

1) 사회적 지지

사회적 지지는 Lim [13]의 개인이 인지하는 사회적 지지 정도를 측정하기 위해 개발한 사회적 지지 도구로 원저자로부터 이메일로 허락을 받고 사용하였다. 본 도구는 총 14문항으로 정서적 지지, 정보적 지지, 물질적 지지, 평가적 지지의 4개 하

위영역으로 구성되어 있다. ‘매우 그렇지 않다’ 1점에서 ‘매우 그렇다’ 5점까지 5점 리커트 척도로, 최소 14점에서 최대 70점으로 측정된 점수의 총합이 높을수록 지각하는 사회적 지지의 수준이 높음을 의미한다. 도구개발 당시 신뢰도 Cronbach's α 값은 .74~.91이었고 본 연구에서 신뢰도 Cronbach's α 값은 .81~.92였고 전체 신뢰도 Cronbach's α 값은 .94였다.

2) 가족 지지

가족 지지는 Cobb [18]의 도구를 Kang [19]이 변안한 한정된 도구로 변안자로부터 이메일로 허락을 받고 사용하였다. 본 도구는 총 8문항으로 노인이 가족 구성원들과 상호작용하면서 받는 정서적 지지(존중, 위로 등)와 도구적 지지(돌봄, 물질적 지원 등)로 구성되어 있다. ‘매우 그렇지 않다’ 1점에서 ‘매우 그렇다’ 5점까지 5점 리커트 척도로, 최소 8점에서 최대 40점으로 측정된 점수의 총합이 높을수록 노인이 지각하는 가족 지지 정도가 높음을 의미한다. Kang [19]이 사용한 가족지지 척도의 문항 신뢰도 Cronbach's α 값은 .92였고 본 연구에서 신뢰도 Cronbach's α 값은 .93이었다.

3) 웰다잉

웰다잉은 Kim [20]이 노인의 삶과 죽음에 대한 태도를 측정하기 위해 개발한 웰다잉 도구로 원저자로부터 이메일로 허락을 받고 사용하였다. 본 도구는 죽음준비, 죽음교육의 필요성, 죽음수용태도, 죽음불안, 죽음대처, 장례유형과 제사·사후 준비의 6개 하위영역으로 총 17문항으로 구성되었다. ‘전혀 아니다’ 1점에서 ‘매우 그렇다’ 4점까지 4점 리커트 척도로, 최소 17점에서 최대 68점으로 측정된 점수의 총합이 높을수록 노인이 지각하는 웰다잉 정도가 높음을 의미한다. 도구 개발 당시 신뢰도 Cronbach's α 값은 .56~.74였고 본 연구에서 신뢰도 Cronbach's α 값은 .68~.79였고 전체 신뢰도 Cronbach's α 값은 .75였다.

4) 노인시설 관련 거부감

노인시설 관련 거부감에 대한 적절한 측정도구를 찾을 수 없었고 또한 국외사례와는 반대로 노인시설에 대해 거부감이 높은 한국 노인들을 위한 시설 관련 거부감 개념을 측정할 수 있는 한국형 노인시설 관련 거부감(Korean version of Repulsion Related Nursing home, K-RRN) 측정도구 개발이 필요하다는 사료되었다. 이에 본 연구의 도구개발 절차는 다음과 같다.

사전적으로 ‘거부감’이란 용어는 명사로서 ‘어떤 것에 대해 받아들이고 싶지 않거나 물리치고 싶은 느낌’으로 정의되고 있다

[21]. 이에 노인시설 관련 거부감은 노인시설을 입소하는 것에 대한 마음의 어떤 것에 대해 받아들이고 싶지 않거나 물리치고 싶은 느낌으로 정의하고 진행하였다.

1단계는 예비문항 개발단계로서 예비문항을 개발하기 위해 거부감에 대한 개념, 노인요양시설 관련하여 시행된 선행 문헌 고찰과 포커스 그룹면담 및 개인심층 면담을 시행하였다. 면담 대상자는 만 65세 이상, 치매 및 정신과적 문제가 없고 의사소통이 가능한 자로 충청북도 청양군 및 전라북도 군산시와 익산시의 노인을 대상으로 자료가 포화 될 때까지 시행하였다. 최종적으로 총 20명이 선정되었다. ‘노인시설 관련 거부감’ 개념분석 과정을 통해 속성과 차원을 도출하였고 이들 속성의 지표를 기반으로 2가지 차원(심리적, 지지적)과 최종 20개의 예비문항을 도출하였다.

2단계는 내용 타당도 검증 단계로 초기 도출된 문항에 대하여 노인복지시설 및 노인요양병원에서 노인을 돌본 경험이 10년 이상 되는 간호팀장, 부장 및 노인간호학을 전공한 간호학과 교수 등 전문가 집단 총 10명을 대상으로 타당도 검증을 실시하여 Content Validity Index (CVI)를 산출하였다. 전문가 집단의 1차 내용 타당도 검증과정에서 4점 척도로 계산하여 문항 타당도 지수가 .80 이상인 문항을 선택하였으며, 4개의 문항이 제거되어 총 16개 문항이 도출되었다. 아울러 CVI .80 이상 평가 받은 문항 중 표현이 다소 모호하거나 부적절한 단어나 문구를 수정하여 2차 내용타당도 검증을 실시하였고 수정된 16개 문항 모두 CVI .80 이상을 획득하였다.

이후 예비문항은 안면 타당도를 검증하기 위해 10명의 재가 및 시설입소 노인이 각 문항의 이해정도와 선택된 어휘의 적절성 등에 대해 평가하였다. 재가노인 대상자도 응답 할 수 있도록 시설에 대한 문장을 현재형과 미래형으로 문구를 수정·보완하도록 평가 받아 각 문항 뒤에 괄호를 넣어 미래형의 문장이 될 수 있도록 보완하였다.

예비 도구의 타당도와 신뢰도 평가를 위해 본 연구의 대상자와 같은 조건을 만족하는 대상자 197명을 대상으로 문항 분석과 탐색적 요인분석을 이용하였다. 자료수집은 2019년 2월부터 3월까지 충청북도 청양군과 전라북도 전주, 익산, 군산시 소재에 등록된 노인주거복지시설(양로시설) 2곳, 노인종합복지관 4곳, 노인대학 2곳에서 실시하였다. 구성 타당도 확인을 위한 요인분석에서 신뢰할 수 있는 적합한 표본 수는 문항 당 5~10명(75~150명)이 필요[22]하였고, 이를 만족하였다. 구성 타당도 검증을 위한 탐색적 요인분석의 가능성을 판정하기 위해 Kaiser-Meyer-Olkin (KMO)값 산출과 Bartlett의 구형성 검정을 실시한 결과 KMO값은 .92로 나타났고 Bartlett's test

결과 유의수준이 $p < .001$ 로 도출되어 탐색적 요인분석 가능 기준인 KMO 값 0.50~1.00 와 Bartlett의 구형성 검정값은 1,819.13, $p < .001$ 로 탐색적 요인분석의 요건을 만족하여 주성분 요인분석과 베리맥스 직교회전법을 이용하여 고유치(eigen value) 1.00 이상을 기준으로 요인을 추출하였다. 요인적재량(factor loading)은 기준 $> .40$ 을 적용하였다. 문항분석은 개별 문항과 전체 문항의 상관계수(corrected item-total correlation coefficient)를 측정하여 .30 이하인 경우 척도 내에서 내적 일관성이 낮다고 판단하여, 기준에 미달하는 1개의 문항을 삭제하고, 총 15문항에 대한 탐색적 요인분석을 실시하였다. 고유치(eigen value) 1.00 이상인 요인 2개가 추출되었고 이들이 전체 변량의 62.1%를 설명하는 것으로 나타났다. 요인적재량 기준 .40 이상을 적용한 결과 15개 문항 모두 만족하였으며 요인 1(지지적)에는 8개의 문항이 요인 2(심리적)에는 7개의 문항이 각각 포함되었다(Appendix 1). 본 도구는 노인시설 관련 거부감을 측정하기 위해 개발하였으며, 심리적 7문항, 지지적 8문항으로 구성되었다. ‘매우 그렇지 않다’ 1점에서 ‘매우 그렇다’ 5점까지 5점 리커트 척도로, 최소 15점에서 최대 75점으로 측정된 점수의 총합이 높을수록 노인시설 관련 거부감 정도가 높음을 의미한다. 본 연구에서 지지적 8문항의 신뢰도 Cronbach's α 값은 .89, 심리적 7문항의 신뢰도 Cronbach's α 값은 .84였고 전체 신뢰도 Cronbach's α 값은 .93이었다.

5) 대상자의 일반적 특성

대상자의 연령, 성별, 교육수준, 종교, 결혼상태, 자녀수, 가족 동거여부, 월 소득액, 직업유무, 주관적 건강상태, 거주형태 총 11문항이다.

4. 자료수집

본 연구의 자료수집은 2019년 8월부터 10월까지 전라북도 익산시와 군산시 소재에 등록된 노인주거복지시설(양로시설) 3곳, 노인종합복지관 3곳, 노인대학 2곳, 평생교육원 1곳에서 실시하였다. 사전에 전화 연락을 통하여 방문과 협조 허락을 받은 9개의 기관에서 연구자가 직접 방문하여 연구의 목적과 진행방법을 해당 기관의 장과 간호사 또는 사회복지사에게 자세히 설명하고 자료수집에 대한 협조와 승인을 얻었다. 구조화된 설문지는 연구에 동의한 대상자가 자가 보고방식으로 직접 작성하였으며 대상자의 연령을 고려하여 연구자가 직접 설문을 읽어드리면서 응답을 기입하였다. 설문지에 소요 된 시간은 30분 내외였다.

5. 윤리적 고려

본 연구는 연구대상자 보호를 위하여 원광대학교 기관생명윤리위원회의 승인(IRB No. WKIRB-201808-SB-067)후에 시행되었다. 연구에 사용한 도구는 개발자와 번안한 저자로부터 이메일을 통해 사용에 대한 허락을 받았다. 연구자가 직접 대상자를 만나 연구의 목적, 의의 및 참여시 얻을 수 있는 이득과 손실, 연구자료의 익명성, 사생활 및 비밀보장, 특히 설문 도중 피로감을 느끼면 언제라도 중단할 수 있고 이로 인한 불이익이 없음을 연구동의서를 통해 상세히 설명한 후 시행하였다. 수집된 대상자의 서면 자료는 연구가 종료된 시점으로부터 3년 후 문서파쇄기를 이용하여 모두 폐기할 것이며, 대상자의 개인정보를 포함한 전자파일은 복원이 불가능한 방법으로 영구적으로 파기할 것이다.

6. 자료분석

수집된 자료는 SPSS/WIN 25.0 통계 프로그램을 사용하여 다음과 같이 분석하였다. 대상자의 일반적 특성, 사회적 지지, 가족 지지, 노인시설 관련 거부감 및 웰다잉 정도는 빈도, 백분율, 평균, 표준편차를 산출하였다. 대상자의 일반적 특성에 따른 웰다잉의 차이는 independent t-test, one-way ANOVA로 분석하였으며, 사후 분석은 Scheffé test를 실시하였다. 대상자의 웰다잉, 사회적 지지, 가족 지지, 노인시설 관련 거부감 간의 상관관계는 Pearson's correlation coefficient를 산출하였다.

대상자의 웰다잉에 영향을 미치는 요인은 단계적 다중회귀분석(stepwise multiple linear regression)으로 분석하였다. 측정도구의 내적 일관성 신뢰도 Cronbach's α coefficients를 산출하였다. 본 연구에서 모든 통계치의 유의수준은 $p < .050$ 로 설정하였다.

연구결과

1. 대상자의 일반적 특성

대상자의 평균 연령은 76.77세로 75~84세 미만이 59.2%였으며, 성별은 여자가 59.6%(127명)이었고, 교육수준은 중학교 졸업과 고등학교 졸업 이상이 각각 35.7%(76명)로 같았다. 대상자 중 68.5%(146명)가 종교가 있었으며, 결혼상태는 사별한 경우가 46.5%(99명)이었다. 자녀의 수는 1~2명인 경우가 55.4%(118명), 가족 동거 여부는 독거가 60.1%(128명)로 과반수를

차지하였다. 월 소득액은 51~100만원 미만이 32.4% (69명)이었고, 직업은 89.2%(190명)의 대다수가 없었으며, 주관적 건강상태는 '보통이다'라고 응답한 경우가 43.2%(92명)이었고, 주거형태는 재가에서 거주하는 노인이 51.6%(110명)이었다(Table 1).

2. 대상자의 사회적 지지, 가족 지지, 노인시설 관련 거부감 및 웰다잉 정도

대상자의 사회적 지지는 5점 만점에 3.39 ± 0.62 점, 가족 지지는 5점 만점에 3.12 ± 0.46 점, 노인시설 관련 거부감은 5점 만점에 2.86 ± 0.73 점으로 나타났다. 웰다잉 정도는 4점 만점에 2.63 ± 0.28 점이었다(Table 2).

3. 대상자의 일반적 특성에 따른 사회적 지지, 가족 지지, 노인시설 관련 거부감 및 웰다잉 차이

대상자의 일반적 특성에 따른 웰다잉의 차이는 종교유무($t = 5.56, p < .001$)에서 종교가 있는 경우가 없는 경우보다, 월소득액($F = 14.04, p < .001$)은 51~100만원, 101~200만원, 201~300만원 이상인 경우가 50만원 이하보다, 주관적 건강상태($F = 44.59, p < .001$)는 '보통이다', '좋다'라고 느끼는 경우가 '나쁘다'라고 느끼는 경우보다 웰다잉 정도가 높았으며, 통계적으로 유의한 차이가 있었다.

사회적 지지는 교육수준($F = 9.41, p < .001$)이 중학교, 고등학교 졸업 이상이 초등학교 졸업 이하보다, 종교유무($t = 4.61, p < .001$)는 종교가 있는 경우가 없는 경우보다, 결혼상태($F = 10.01, p < .001$)는 기혼이 이혼하거나 사별한 경우보다, 가족 동거 여부($F = 5.34, p = .005$)는 배우자와 동거하는 경우가 혼자 거주하는 것보다, 월 소득액($F = 25.25, p < .001$)이 101~200만원, 201~300만원 이상인 경우가 50만원 이하, 51~100만원인 경우보다, 직업 유무($t = 6.22, p < .001$)는 직업이 있는 경우가 없는 경우보다, 주관적 건강상태($F = 21.61, p < .001$)가 '보통이다', '좋다'라고 느끼는 경우가 '나쁘다'라고 느끼는 경우보다 사회적 지지 정도가 높았으며, 통계적으로 유의한 차이가 있었다.

가족 지지는 연령($F = 5.01, p = .008$)이 65세에서 74세 미만과 75세에서 84세 미만이 85세 이상보다 높았고, 교육수준($F = 9.70, p < .001$)이 중학교, 고등학교 졸업 이상이 초등학교 졸업 이하보다, 종교유무($t = 3.31, p = .001$)에서 종교가 있는 경우가 없는 경우보다, 결혼상태($F = 19.82, p < .001$)는 기혼이 이혼하거나 사별한 경우보다, 자녀의 수($F = 12.88, p < .001$)가 3명 이상인 경우가 자녀가 없거나 1~2명 보다, 가족 동거 여부($F = 11.03,$

Table 1. Differences of Well-Dying, Social Support, Family Support, Repulsion Related Nursing Home According to General Characteristics of Elderly (N=213)

Characteristics	Categories	n (%)	Well-dying		Social support		Family support		Repulsion related nursing home	
			Mean±SD	t or F (p) Scheffé	Mean±SD	t or F (p) Scheffé	Mean±SD	t or F (p) Scheffé	Mean±SD	t or F (p) Scheffé
Age (year)	65~74 ^a	73 (34.3)	2.58±0.27	1.70	3.45±0.57	2.03	3.20±0.44	5.01	3.05±0.57	3.76
	75~84 ^b	126 (59.2)	2.64±0.29	(.185)	3.40±0.64	(.134)	3.12±0.47	(.008)	2.77±0.79	(.018)
	≥ 85 ^c	14 (6.6)	2.72±0.26		3.08±0.72		2.77±0.46	c < a, b	2.75±0.70	a > b
		76.77±6.15								
Gender	Women	127 (59.6)	2.62±0.29	-0.26	3.40±0.61	0.07	3.11±0.46	-0.58	2.87±0.76	0.16
	Men	86 (40.4)	2.63±0.27	(.795)	3.39±0.65	(.994)	3.15±0.47	(.559)	2.85±0.68	(.873)
Education level	≤ Elementary ^a	61 (28.6)	2.56±0.30	2.08	3.12±0.62	9.41	2.93±0.48	9.70	2.99±0.73	1.41
	Middle ^b	76 (35.7)	2.63±0.29	(.129)	3.44±0.64	(< .001)	3.13±0.49	(< .001)	2.82±0.76	(.246)
	≥ High ^c	76 (35.7)	2.66±0.24		3.56±0.54	a < b, c	3.28±0.37	a < b, c	2.80±0.69	
Religion	Yes	146 (68.5)	2.70±0.25	5.56	3.53±0.57	4.61	3.20±0.46	3.31	2.78±0.74	-2.36
	No	67 (31.5)	2.47±0.28	(< .001)	3.10±0.64	(< .001)	2.97±0.44	(.001)	3.04±0.67	(.019)
Marital status	Married ^a	80 (37.5)	2.67±0.19	2.32	3.63±0.49	10.01	3.35±0.36	19.82	2.98±0.57	1.99
	Widowed ^b	99 (46.5)	2.62±0.29	(.105)	3.26±0.62	(< .001)	3.04±0.45	(< .001)	2.76±0.78	(.138)
	Divorce ^c	34 (16.0)	2.53±0.39		3.24±0.75	b, c < a	2.84±0.51	b, c < a	2.86±0.87	
Number of children	No ^a	20 (9.4)	2.60±0.45	0.75	3.30±0.77	0.80	2.66±0.44	12.88	2.89±0.74	0.02
	1~2 ^b	118 (55.4)	2.61±0.30	(.471)	3.37±0.60	(.448)	3.14±0.45	(< .001)	2.85±0.75	(.975)
	≥ 3 ^c	75 (35.2)	2.66±0.26		3.46±0.61		3.22±0.43	a < b, c	2.87±0.70	
Cohabitation of family	Single ^a	128 (60.1)	2.61±0.33	0.35	3.31±0.65	5.34	3.01±0.47	11.03	2.72±0.81	6.82
	With spouse ^b	69 (32.4)	2.65±0.19	(.702)	3.59±0.52	(.005)	3.32±0.38	(< .001)	3.06±0.49	(.001)
	With children ^c	16 (7.5)	2.64±0.19		3.23±0.65	a < b	3.20±0.44	a < b	3.18±0.63	a < c
Household income (10,000 won/month)	< 50 ^a	46 (21.6)	2.43±0.29	14.04	2.86±0.60	25.25	2.77±0.47	15.65	3.30±0.58	12.89
	51~100 ^b	69 (32.4)	2.61±0.25	(< .001)	3.32±0.53	(< .001)	3.11±0.46	(< .001)	2.87±0.70	(< .001)
	101~200 ^c	66 (31.0)	2.75±0.26	a < b, c, d	3.71±0.52	a, b < c, d	3.31±0.37	a < b, c, d	2.50±0.73	a > b, c
	201~300 ^d	32 (15.0)	2.68±0.22		3.67±0.48		3.28±0.38		2.97±0.63	
Occupation	Yes	23 (10.8)	2.65±0.18	0.75	3.83±0.29	6.22	3.41±0.26	4.90	3.10±0.41	2.53
	No	190 (89.2)	2.62±0.29	(.458)	3.34±0.63	(< .001)	3.09±0.47	(< .001)	2.83±0.75	(.015)
Perceived health status	Poor ^a	59 (27.7)	2.38±0.27	44.59	3.00±0.69	21.61	2.96±0.52	6.56	3.40±0.46	49.04
	Fair ^b	92 (43.2)	2.69±0.20	(< .001)	3.47±0.50	(< .001)	3.14±0.46	(.002)	2.89±0.65	(< .001)
	Good ^c	62 (29.1)	2.76±0.25	a < b, c	3.66±0.55	a < b, c	3.26±0.37	a < c	2.31±0.64	c < a
Type of residence	Community dwelling	110 (51.6)	2.62±0.20	-0.05	3.43±0.58	0.93	3.23±0.43	3.46	3.08±0.53	4.62
	Nursing home	103 (48.4)	2.63±0.35	(.960)	3.35±0.67	(.350)	3.01±0.48	(.001)	2.63±0.83	(< .001)

SD=standard deviation.

Table 2. Level of Well-Dying, Social Support, Family Support and Repulsion Related Nursing Home (N=213)

Variables	Scale			Item		
	Possible range	Actual range	Mean±SD	Possible range	Actual range	Mean±SD
Social support	14~70	30~70	47.58±8.79	1.00~5.00	2.14~5.00	3.39±0.62
Family support	8~40	16~40	28.34±5.86	1.00~5.00	1.88~4.00	3.12±0.46
Repulsion related nursing home	15~75	16~67	42.99±10.99	1.00~5.00	1.07~4.47	2.86±0.73
Well-dying	17~68	32~62	44.66±4.85	1.00~4.00	1.88~3.65	2.63±0.28

SD=standard deviation.

$p < .001$)는 배우자와 동거하는 경우가 혼자 거주하는 것보다, 월 소득액($F=15.65$, $p < .001$)이 51~100만원, 101~200만원, 201~300만원 이상인 경우가 50만원 이하인 경우보다, 직업 유무($t=4.90$, $p < .001$)는 직업이 있는 경우가 없는 경우보다, 주관적 건강상태($F=6.56$, $p=.002$)가 ‘좋다’라고 느끼는 경우가 ‘나쁘다’라고 느끼는 경우보다, 거주형태($t=3.46$, $p=.001$)는 재가노인이 시설노인보다 가족 지지 정도가 높았으며, 통계적으로 유의한 차이가 있었다.

노인시설 관련 거부감은 연령($F=3.76$, $p=.018$)이 65세에서 74세 미만, 75세에서 84세 미만보다, 종교유무($t=-2.36$, $p=.019$)에서 종교가 없는 경우가 있는 경우보다, 가족 동거 여부($F=6.82$, $p < .001$)는 자녀와 동거하는 경우가 혼자 거주하는 것보다, 월 소득액($F=12.89$, $p < .001$)이 50만원 이하인 경우가 51~100만원, 101~200만원보다 직업 유무($t=2.53$, $p=.015$)는 직업이 있는 경우가 없는 경우보다 주관적 건강상태($F=49.04$, $p < .001$)가 ‘나쁘다’라고 느끼는 경우가 ‘좋다’라고 느끼는 경우보다, 거주형태($t=4.62$, $p < .001$)는 재가노인이 시설노인보다 노인시설 관련 거부감 정도가 높았으며 통계적으로 유의한 차이가 있었다(Table 1).

4. 대상자의 사회적 지지, 가족 지지, 노인시설 관련 거부감 및 웰다잉 간의 관계

대상자의 웰다잉은 사회적 지지($r=.71$, $p < .001$), 가족 지지($r=.42$, $p < .001$)와는 유의한 양의 상관관계가 있었고, 노인시설 관련 거부감($r=-.56$, $p < .001$)과는 유의한 음의 상관관계가 있었다. 가족 지지는 사회적 지지($r=.62$, $p < .001$)와 유의한 양의 상관관계가 있었다. 노인시설 관련 거부감은 사회적 지지($r=-.44$, $p < .001$), 가족 지지($r=-.29$, $p < .001$)와 유의한 음의 상관관계가 있었다(Table 3).

5. 대상자의 웰다잉에 미치는 영향

대상자의 웰다잉에 미치는 영향을 분석하기 위하여 사회적 지지, 가족 지지와 노인시설 관련 거부감 변수와 일반적 특성에서 유의한 차이가 있었던 종교 유무와 주관적 건강상태 그리고 월 소득액을 더미변수로 처리한 후 단계적 다중회귀분석을 실시하였다.

회귀분석을 위한 기본가정을 기준에 따라 독립변수들 간의 다중공선성 유무를 파악하기 위해 공차한계값(tolerance), 분산팽창요인(Variation Inflation Factor, VIF)과 잔차값(Durbin-Watson)을 산출하였다. 웰다잉의 자기상관은 Durbin-Watson 지수, 독립변수 간 다중공선성은 VIF 지수로 검정하였다. Durbin-Watson 지수는 1.84로 2에 가까워 오차항의 독립성 및 자기 상관에 문제가 없었다. 공차한계(tolerance) 범위는 .75~.90으로 0.1 이상이었고, VIF 지수도 1.11~1.33으로 기준치인 10을 넘지 않아 독립변수들 간의 다중공선성의 문제는 없는 것으로 나타났다. 종속변수인 웰다잉에 대한 정규성은 왜도와 첨도를 이용하였다. 왜도는 -0.01로 절대값이 3이내이고, 첨도는 0.21로 7이내로 종속변수의 정규성 가정을 만족하였다. 회귀분석 모형의 적합도 검정(goodness-of-fit)을 위해 표준화된 잔차(standardized residual)에 대한 Kolmogorov-Smirnov 정규성 검정($z=0.05$, $p=.098$)과 잔차 등분산성인 Breusch-Pagan ($p=.123$, $>.050$)의 가정을 만족하여 본 회귀모형은 적합한 것으로 나타났다.

단계적 다중회귀분석 결과 사회적 지지($\beta=.53$, $p < .001$), 노인시설 관련 거부감($\beta=-.30$, $p < .001$), 종교유무($\beta=.16$, $p < .001$)의 순으로 노인의 웰다잉에 유의한 영향을 주는 것으로 나타났다. 즉, 본 연구결과 사회적 지지가 높을수록, 노인시설 관련 거부감이 낮을수록, 종교가 있는 경우 노인의 웰다잉 정도가 높았고, 이들 변수들의 웰다잉에 대한 전체 설명력은 약 62%였다(Table 4).

Table 3. Correlation among Social Support, Family Support, Repulsion Related Nursing Home and Well-Dying (N=213)

Variables	Social support	Family support	Repulsion related nursing home	Well-dying	Skewness	Kurtosis
	r (p)	r (p)	r (p)	r (p)		
Social support	1				-0.25	-0.91
Family support	.62 (< .001)	1			-0.39	-0.66
Repulsion related nursing home	-.44 (< .001)	-.29 (< .001)	1		-0.35	-0.72
Well-dying	.71 (< .001)	.42 (< .001)	-.56 (< .001)	1	-0.01	0.21

Table 4. Factors Influencing on Well-Dying of Elderly

(N=213)

Variables	B	SE	β	t (p)	95% CI
(Constant)	2.04	0.11		17.54 (< .001)	1.80~2.26
Social support	0.26	0.02	.53	10.82 (< .001)	0.21~0.30
Repulsion related nursing home	-0.12	0.02	-.30	-6.36 (< .001)	-0.16~-0.08
Religion (yes)	0.10	0.30	.16	3.61 (< .001)	0.04~0.16

$R^2=.62$, Adjusted $R^2=.61$, $F=112.13$, $p<.001$
Kolmogorov-Smirnov ($z=0.05$, $p=.098$), Breusch-Pagan ($p=.123$)

CI=confidence interval; SE=standard error.

논 의

본 연구는 노인의 사회적 지지, 가족 지지 및 노인시설 관련 거부감이 웰다잉에 미치는 영향을 규명하고자 시도된 횡단적 조사연구로 본 연구결과 사회적 지지, 노인시설 관련 거부감과 일반적 특성 중 종교 여부가 웰다잉에 영향을 미치는 것으로 나타났다. 따라서 본 논의는 주요 개념인 노인의 웰다잉 정도와 웰다잉 영향요인들을 중심으로 논의하고자 한다.

웰다잉에 영향을 미친 일반적 특성은 종교 여부와 월 소득액, 주관적 건강상태였다. 종교를 가지고 있는 노인이 그렇지 않은 노인에 비해 웰다잉 정도가 유의하게 높았다. 노인의 웰다잉 교육에 대한 Kim 등[2]의 연구를 살펴보면 웰다잉 교육 시행기관으로 사회복지관(41.8%) 다음으로 종교기관(31.6%)이 많은 범위를 차지하였고, 노인이 웰다잉을 어떻게 준비하고 있는지에 대한 연구를 진행한 Lim과 Kim [23]의 연구에서도 종교에 의지하는 것이 웰다잉의 요소로 포함되었다. 이는 노인들이 종교생활을 통해 죽음을 준비하고 사후 세계에 대한 사항 등 해당 종교의 믿음을 통해 죽음에 대한 불안이 낮아지고 마음의 평안을 얻는 것으로 생각된다. 월 소득액이 50만원 이하인 노인은 그 이상의 월 소득액을 보장받는 노인보다 웰다잉이 낮았다. 이는 Kim [6]의 선행연구와는 같은 결과이나, Byun 등[3]의 연구에서는 사회경제적 지위 등의 개인적 특성은 일치되지 않는 결과를 보여주고 있다. 월소득액의 차이가 연구마다 다른 것은 재가노인과 시설노인 등 대상자의 여러 상황적 특성에 따른 차이와 웰다잉이 개인적 특성 뿐 아니라 다양한 요인에 의해 영향을 받는 복잡한 개념으로 인해 비롯된 결과로 생각되나 전반적으로 소득이 높을 경우 죽음 준비교육 및 모지선정, 장례유형 결정 등 더 많은 선택의 기회가 넓어지기 때문에 웰다잉의 긍정적인 영향을 줄 것으로 생각된다. 주관적 건강상태가 나쁘다고 생각한 노인은 평균 이상이라고 생각한 노인들에 비해 웰다잉이 낮았다. 이는 웰다잉은 고통 없이 편안하게 죽음을 맞이

하는 것이고 죽는 순간까지 인지기능에 장애가 없는 것이라고 표현한 Lim과 Kim [23]의 연구 내용과 일치하였다. 지역사회에서는 의료시설에 접근성이 좋은 노인 대상자뿐만 아니라 소외되는 노인 대상자가 발생하지 않도록 체계적인 접근방법을 모색해야 할 것으로 생각된다. 예를 들면 독거노인과 같이 의료시설 접근성이 낮을 경우 찾아가는 가정방문 등의 서비스를 확대하여 건강상태를 확인하고 추가적인 서비스가 필요할 경우 상급의료기관의 방문을 도와야 할 것으로 생각된다. 또한 늘어나는 노인인구로 이러한 서비스가 자주 시행되기 어려울 경우 이웃 주민 모니터링 서비스 도입도 도움이 될 것으로 사료된다. 또한 모든 이들이 쉽게 접근할 수 있는 웰다잉 프로그램을 제공하여 지금의 삶을 스스로 성찰하고 준비된 죽음을 맞이할 수 있도록 도와야 할 것이다.

노인의 사회적 지지와 가족 지지는 각각 3.39점과 3.12점으로 나타났다. 이는 Lee [24]와 Kim [6]의 연구보다는 낮은 점수였고 Lim과 Cho [25]의 연구보다는 높은 결과였다. 이런 상이한 결과는 각 연구의 노인 대상자의 특성 즉 거주 지역의 특성, 학력, 종교 유무, 동거 유무, 경제적 상태 등이 매우 달라 연구결과와의 차이를 가져온 것으로 생각된다. 일례로 도시 지역의 노인을 대상으로 한 연구임에도 불구하고 Lee [24]의 연구에서는 고등학교 졸업 이상 학력을 가진 노인이 95%를 차지하였고 80%의 노인은 가족과 함께 거주하였으나 Lim과 Cho [25]의 연구에서는 과반수가 초등학교 이하의 학력을 가지고 있었다. 이에 추후 표준적인 노인대상자의 비교연구가 필요할 것으로 생각된다. 노인시설 관련 거부감은 2.86점으로 나타났다. 노인시설 관련 거부감은 본 연구를 통해 개발된 도구로, 선행연구의 노인요양시설 이용 욕구가 강하게 나타남에도 불구하고 전통적인 가치관인 자식의 체면 등의 이유로 노인시설 입소에 부정적인 생각을 가지고 있는 것으로 나타나 본 연구의 결과와 비슷하였다[16]. 본 연구의 주요개념인 노인의 웰다잉 정도는 평균 2.62점으로 나타났다. 이는 Lee [24]와 Kim [6]의 선행연구에

비해 낮은 점수를 보였다. 이는 선행연구 및 본 연구는 모두 다른 웰다잉 도구를 사용하여 비교하기가 어렵고 또한 대상자가 시설노인과 재가노인의 두 군을 동시에 자료수집 하여 다른 결과를 가져온 것으로 사료 된다.

노인의 사회적 지지는 가족 지지와 노인시설 관련 거부감, 웰다잉과 유의한 상관관계를 보였다. 사회적 지지가 높을수록 죽음 불안의 수준이 낮았으며[26], 낮은 죽음 불안은 죽음준비 행동을 높이는 요인이 된다는 연구결과[27,28]를 통해 사회적 지지가 웰다잉을 높이는 요인이 될 수 있음을 알 수 있었다. 사회적 지지는 타인과의 관계에서 얻는 긍정적인 자원으로 일반적으로 가족, 친구, 직장동료 등의 관계가 포함된다. 이에 본 연구결과와 사회적 지지와 가족 지지의 유의한 양의 상관성이 지지되었다. 사회적 지지와 노인시설 관련 거부감은 유의한 음의 상관관계를 보였다. 이 두 변수의 직접적인 관계를 선행연구에서 확인하지는 못했으나 Lee [14]의 연구를 살펴보면 노인시설의 선호되는 위치는 자신이 거주하던 집과 가까운 곳이거나 친숙한 위치, 그리고 자녀, 형제들의 집이 가까운 곳이며 대부분은 본인이 거주하던 집에서 1시간 이내의 거리를 원하였다. 이러한 결과는 간접적으로 노인시설을 이용하게 되더라도 시설 이용 전의 지지체계를 유지하고자 하는 욕구가 표현된 것으로 사회적 지지가 긍정적일 경우 노인시설 관련 거부감도 감소 될 것으로 생각된다. 사회적 지지와 웰다잉은 유의한 양의 상관관계를 보였다. 이는 Youn과 Lee [7]의 선행연구와 같은 결과로 노인이 사회적 지지가 좋을 경우 삶과 죽음에 대한 태도도 긍정적으로 나타났다.

노인의 가족 지지는 노인시설 관련 거부감과 유의한 음의 상관관계를 보였다. Lee [14]의 선행연구에 따르면 노인요양시설을 이용하지 못하게 하는 장애 요인의 가장 많은 범위를 차지하는 것이 가족 간의 문제였다. 노인 부양은 가족 내 문제로 가족끼리 해결해야 한다고 생각하였고 또한 자식이 부모를 봉양하기 싫어서 노인시설을 입소하는 것이라는 생각 때문에 노인시설 입소 생활에 부정적인 인식을 가지고 있었다. 이에 가족과의 관계가 노인시설 입소 생활과 관련된 중요한 요인임이 확인되었고 가족 간의 관계가 긍정적일 경우 노인시설에 대한 긍정적인 인식을 가질 것으로 생각된다. 그러나 추후 연구에서는 두 변수의 관계를 직접 확인하는 연구가 뒤따라야 할 것으로 생각된다. 가족 지지는 웰다잉과 유의한 양의 상관관계를 보여 가족 지지 정도가 높을수록 노인의 웰다잉 정도가 높은 것으로 나타났다. 이는 Kim [6]의 선행연구에서 가족 지지가 좋은 죽음을 높게 유지하도록 하는 결과와 유사하였다. 또한 가족들에게 가까운 관계를 유지하고 지지를 더 많이 받을수록 장례 준비 등에 대해

더 많이 이야기하고 준비해두는 경향이 있다는 결과[29]는 본 연구결과와 같은 맥락으로 이해 될 수 있겠다. 이러한 가족 지지의 중요성은 동양 문화에서 더욱 두드러지는데 유교 문화의 영향으로 효를 중시하는 문화권에 속하는 노인들에게 가족에게 받는 위로와 수용은 죽음을 직면하는 태도에 중요한 요인이었으며, 죽음 불안에 있어 주관적 행복감이나 건강상태보다 가족 지지가 가장 큰 설명력을 보였다[30]. 인간은 타인과의 관계에서 서로 얻을 수 있는 실제적이고 정서적인 도움인 사회적 지지를 받고 생활하는데 그 중 가족 지지는 사회적 지지의 한 부분으로 어떠한 지지보다도 가장 강력한 영향력을 보이며 특히 가족 응집력이 보다 긍정적일수록 낮은 불안 수준을 보인다고 하였다[31]. 이에 가족 지지를 향상시키기 위해 죽음준비 교육 및 유언장 작성, 상속절차 등에 가족을 참여할 수 있도록 하며, 평소 가족들과 죽음에 대한 대화가 편안하게 이루어질 수 있도록 사회적으로 죽음에 대한 인식개선 등이 필요할 것으로 생각 된다.

본 연구결과 노인시설 관련 거부감과 웰다잉은 음의 유의한 상관관계를 보여 노인이 노인시설이용에 대한 부정적인 감정을 가질 경우 죽음에 대한 태도도 부정적인 것으로 나타났다. 이는 집에서 사망하는 것이 좋은 죽음과 관련성이 있다는 Kim [6]의 선행연구를 간접적으로 지지하였다. 이에 노인시설 입소 전 노인이 직접 시설 견학 등을 하거나 평소 노인시설이 시민들에게 친숙할 수 있도록 노인시설을 개방하고 지역사회와 함께 하는 프로그램 등을 더욱 활성화하면 거부감이 줄어들 것으로 생각 된다.

본 연구에서 웰다잉에 영향을 미친 요인은 사회적 지지, 노인시설 관련 거부감 및 종교 유무였고 이들 변수의 웰다잉에 대한 설명력은 약 62%로 나타났다. 사회적 지지는 연구결과에서 전체 설명력 중 51.4%를 차지하여 가장 많은 비중을 차지하여 웰다잉에 있어 중요성이 강조될 필요가 있을 것이다. 이는 은퇴 노인의 대인관계가 웰다잉 인식에 영향을 미친 연구와 같은 결과였다[32]. 또한 노인의 주관적 안녕감과 웰다잉의 관계를 연구한 Youn [11]의 연구를 살펴보면 웰다잉은 주관적 안녕감에 직접적으로 영향을 미치지 않는 않지만 사회적 지지가 매개 효과를 하는 것으로 나타났고, 퀴블로 로스가 제시한 죽음의 5단계에서는 개인의 인간관계에 따라 죽음을 대하는 방식에 차이가 크다고 하여 본 연구와 유사한 결과였다[33]. 따라서 노인의 웰다잉을 위해서는 사회적 지지체계를 높여야 할 것이다. 그러나 본 연구에서 가족 지지가 웰다잉의 영향요인으로 확인되지 않은 결과는 노인의 죽음준비 행동에 영향을 주는 변인으로 가족 지지와 사회적 지지를 모두 살펴본 Jeon [10]의 연구에서와 같은 맥락이라고 볼 수 있다. 또한 본 연구의 대상자는 노인주

거복지시설(양로시설)의 입소노인과 재가노인이었으며 대상자 중 60.1%가 독거노인이라는 점에서 이러한 결과가 도출된 것으로 생각된다. 따라서 노인들간의 공동체를 형성할 수 있도록 격려하고 공동체 활동을 하지 못하는 노인의 경우에는 사회복지사, 의료인, 시설관계자 등의 추가적인 지지체계를 제공해야 할 것이다. 노인의 노인시설 관련 거부감이 높을 경우 웰다잉이 낮음을 알 수 있었고, 7.5%의 설명력으로 두 번째로 비중이 높았다. 웰다잉은 품위 있게 인생을 마무리하고 죽음을 맞이하는 것이다. 본 연구에서 노인시설 관련 거부감 도구 구성을 위해 진행한 노인 면담 시 가장 많은 면담 내용 중 하나는 “한번 노인시설에 가면 죽어서나 집에 오지.”라는 내용이었다. 이는 노인요양시설에 대한 부정적인 인식뿐만 아니라 존엄적이지 않은 죽음을 의미하는 것으로 생각되며, 우리나라에서 노인요양시설의 이미지가 여생을 편안히 보내는 곳이라는 긍정적인 인식변화가 필요함을 주장한 Lee [13]의 연구를 뒷받침하는 내용이었다. 또한 노인의 거주지 이동이 노인시설의 입소인 경우에는 ‘이동 스트레스증후군’ 또는 ‘이동쇼크’라는 부정적인 용어로 불리고 있었다[34]. 이와 같은 이동은 노인의 친숙한 지역에서 떠나 감정적인 애착과 사회적인 인간관계 등을 단절하게 되는 문제점이 야기 될 수 있다. 따라서 노인시설에서 새로운 물리적, 사회적 환경에 적응하기 위한 상당한 노력이 요구된다 할 수 있겠다. 이에 노인의 시설이용에 대한 인식개선을 통해 노인시설에 대한 거부감을 낮추고 웰다잉을 높일 필요가 있으며 이를 위해서는 노인시설을 관리하는 지자체와 노인시설기관에서도 다양한 매체를 이용하여 정확한 정보 공유 및 홍보가 되어야 하며 또한 노인시설 운영에 대한 신뢰도가 선행되어야 할 것이다. 본 연구결과 세 번째의 웰다잉 영향요인으로 종교로 종교가 있는 노인의 경우 웰다잉이 높았고 이에 대한 설명력은 2.2%였다. 선행연구를 살펴보면 웰다잉의 준비 요인으로 영적 측면의 ‘종교에 의지하기’가 확인되었고 알폰스 데켄의 죽음준비 교육의 목표 15가지에는 ‘죽음에 대해 자기 철학 형성하기’, ‘죽음에 대해 종교적으로 해석하기’ 등이 포함되었다 [23,33]. 따라서 종교는 웰다잉의 중요한 영향요인으로 노년을 위해 똑같은 종교활동의 참여가 아닌 노인의 종교적 깊이와 능력에 맞는 능동적인 종교활동에 관한 교육이 이루어져야 할 것이다. 또한 종교 기관과 각종 단체 및 사회복지관의 연계를 통해 노년기에 적합한 종교활동 및 참여 프로그램을 제공하고 지역사회 중심의 노인복지서비스를 제공하기 위해 종교기관과 연계한 비공식적 자원 활용 및 지지망의 역할이 강구되어야 할 것이다.

2020년 죽음 준비교육 프로그램을 고찰한 Lee와 Lyu [35]

의 연구를 살펴보면 프로그램의 구성 내용이 유언장 작성, 장례문화 견학, 인생 회고, 의료결정과 호스피스 등에 대한 이해가 대부분을 차지하였다. 이는 개인 위주의 프로그램 구성이고 단기간의 구성 프로그램이다. 따라서 앞으로 이루어질 웰다잉 관련 프로그램에는 다음과 같은 본 연구의 결과가 포함되어야 할 것이고, 중재 프로그램의 효과적인 회기에 대한 고찰 또한 필요할 것으로 사료 된다. 노인의 웰다잉을 위해서는 노인들간의 공동체를 형성하여 활동할 수 있도록 하거나 그렇지 못할 경우 그 이외의 추가적으로 사회적인 지지체계를 마련하여야 할 것이다. 또한 노인 시설에 대한 긍정적인 인식개선을 통해 웰다잉을 높여야 할 것이며, 종교활동 및 죽음에 대한 철학적 이해 등의 영적 활동을 통해서도 존엄적인 죽음에 대한 태도를 갖출 수 있도록 하여야 할 것이다. 그러나 이와 같은 연구결과를 이해함에 있어서 다음과 같은 제한점을 고려되어야 한다. 본 연구는 편의 표본추출 방법을 이용하여 일부 지역의 노인을 대상으로 수행되어 표본의 대표성을 제시하는데 제한이 있고, 추후 대상자를 확대한 반복연구가 필요하다. 또한 고령의 대상자를 제외하고 일부 대상자는 자가 보고식 설문 도구를 사용하였기 때문에 참여자의 응답이 편향될 수 있는 가능성이 있다는 제한점을 갖고 있으므로 연구결과를 일반화하는데 신중을 기해야 한다. 이러한 한계에도 불구하고 본 연구는 향후 노인의 웰다잉과 관련한 연구에 다양하게 활용될 수 있는 기초를 구축하였으며 웰다잉의 중요한 변수를 확인하여 보다 심층적인 연구를 지속적으로 진행 할 수 있게 한 연구라고 생각된다.

결론 및 제언

본 연구에서 노인의 웰다잉에 영향을 주는 가장 중요한 요인으로 사회적 지지가 확인되었으며, 그 다음으로 노인시설 관련 거부감, 종교 여부가 영향요인으로 확인되었다. 이상의 연구결과를 통하여 노인의 웰다잉 정도를 강화하기 위해서는 주변으로부터 적절한 사회적 지지의 제공, 노인시설 관련 거부감을 낮추기 위한 대상자의 눈높이에 맞는 교육, 죽음을 준비하는 개인이 존엄한 죽음을 준비할 수 있는 태도를 강화 시킬 수 있는 프로그램을 체계적으로 만드는 것이 필요하다는 것을 알 수 있었다. 나아가 다양한 웰다잉 관련 중재 프로그램을 개발함에 있어 재가노인과 시설노인을 위한 맞춤형으로 실시 할 수 있는 방안도 마련될 필요가 있다고 본다. 그러나 본 연구는 첫째, 일부 지역 노인을 대상으로 이루어졌으므로 다양한 지역으로 확대하여 반복 조사연구를 할 것을 제언한다. 둘째, 재가노인과 시설노인의 웰다잉 정도에 대한 비교 연구를 제언한다.

CONFLICTS OF INTEREST

The authors declared no conflict of interest.

AUTHORSHIP

Study conception and design acquisition - OYJ and CKI; Data collection - OYJ, CKI and JYH; Analysis and interpretation of the data - OYJ and JYH; Drafting and critical revision of the manuscript - OYJ and CKI.

REFERENCES

1. Statistics Korea. Future population special estimation [Internet]. Seoul: Statistics Korea; 2020 [cited 2020 March 7]. Available from: https://kosis.kr/conts/nsportalStats/nsportalStats_0101Bo dy.jsp?menuId=all
2. Kim DR, Lee SH, Ahn SY, Kim YH, Lee CH, Kim KH. A study on dying well education needs of the elderly people. *Journal of the Korea Academia-Industrial cooperation Society*. 2019;20(9):270-8. <https://doi.org/10.5762/KAIS.2019.20.9.270>
3. Byun MK, Hyun HJ, Park SJ, Choi EY. Efficacy of well-dying program for meaning of life, self-efficiency, and successive aging in the elderly. *Journal of the Korea Academia-Industrial cooperation Society*. 2017;18(10):413-22. <https://doi.org/10.5762/KAIS.2017.18.10.413>
4. Kim HK. The study of the well-dying for the north Korean elderly refugees: the influence of demographic and family support factors. *Journal of the Korean society for Wellness*. 2017; 12(4):275-88. <https://doi.org/10.21097/ksw.2017.11.12.4.275>
5. Seymour J, Almack K, Kennedy S. Implementing advance care planning: a qualitative study of community nurses' views and experiences. *BMC Palliative Care*. 2010;9(1):4.
6. Kim CK. Factors influencing perception of good death among the community-dwelling elderly. *The Korean Journal of Hospice and Palliative Care*. 2014;17(3):151-60. <https://doi.org/10.14475/kjhpc.2014.17.3.151>
7. Youn SJ, Lee JM. A mediating effect of social support on the relationship between well-dying and subjective well-being perceived by the elderly people. *Journal of the Korean Academy of Health and Welfare for Elderly*. 2017;9(1):55-65.
8. Salinas JJ, McDaniel M, Parra-Medina D. The role of social support and the neighborhood environment on physical activity in low-income, Mexican-American women in South Texas. *Journal of Preventive Medicine & Public Health*. 2018;51(5): 234-41. <https://doi.org/10.3961/jpmph.18.052>
9. Cipolletta S, Oprandi N. What is a good death? health care professionals' narrations on end-of-life care. *Death Studies*. 2014; 38(1):20-7. <https://doi.org/10.1080/07481187.2012.707166>
10. Jeon SH. The effect of self-efficacy on death preparation behavior in older adults: mediating effect of family support. *Korean Journal of Health Psychology*. 2018;23(2):525-45.
11. Youn SJ. A mediating effect of social support on the relationship between well-dying and subjective well-being perceived by the elderly people. *Journal of the Korean Academy of Health and Welfare for Elderly*. 2017;9(1):55-65.
12. Woo YW, Kim KH, Kim KS. Death anxiety and terminal care stress among nurses and the relationship to terminal care performance. *The Korean Journal of Hospice and Palliative Care*. 2013;16(1):33-41. <https://doi.org/10.14475/kjhpc.2013.16.1.033>
13. Lim JY. Elderly's stress and anxiety: the mediating effects of looming maladaptive style and meaning in life, and moderating effect of social support [dissertation]. Daegu: Kyungpook National University; 2010.
14. Lee MA. A study on the needs and preference of elderly nursing home [master's thesis]. Gangwon: Catholic Kwandong University; 2011.
15. Kang SJ. A study qualitative research on service providers and users dignified care experience for long-term care facility. *Korean Journal of Welfare Practice*. 2018;9(1):104-31.
16. Min DL, Cho EH. Concept analysis of good death in the Korean community. *Journal of Korean Gerontological Nursing*. 2017; 19(1):28-38. <https://doi.org/10.17079/jkgn.2017.19.1.28>
17. Lee MA, Yoo BH. The class development of liberal arts through link of well-being · well-dying and housing environment. *Korean Journal of Human Ecology*. 2016;25(2):267-80. <https://doi.org/10.5934/kjhe.2016.25.2.267>
18. Cobb S. Social support as a moderate of life stress. *Psychosomatic Medicine*. 1976;38(5):300-14.
19. Kang HS. Experimental study of the effects of reinforcement education for rehabilitation on hemiplegia patients' self-care activities [dissertation]. Seoul: Yonsei University; 1984.
20. Kim YM. The relationship among participation in exercise and sports, health oriented behavior and well-dying of the elderly in the home. *The Korean Journal of Physical Education*. 2011; 50(3):87-106.
21. National Institute of Korean Language. Basic Korean dictionary [Internet]. Seoul: Author; 2019 [cited 2019 May 1]. Available from: <https://krdict.korean.go.kr/dicSearch/search?nationCode>
22. Costello AB, Osborne JW. Best practices in exploratory factor analysis: four recommendations for getting the most from your analysis. *Practical Assessment, Research & Evaluation*. 2005;10(7):1-9.
23. Lim HN, Kim KH. A study on how elderly people are preparing for dying well. *Journal of the Korea Academia-Industrial cooperation Society*. 2019;20(9):432-9. <https://doi.org/10.5762/KAIS.2019.20.9.432>
24. Lee SB. A study on purpose in life, family support, death anxiety and well-dying of the elderly. *The Journal of Learner-Centered Curriculum and Instruction*. 2019;19(18):1263-78.

- <https://doi.org/10.22251/jlcci.2019.19.18.1263>
25. Lim HS, Cho YC. Relationship between depressive symptom and social and family support among the elderly people in urban areas. *Journal of the Korea Academia-Industrial cooperation Society*. 2011;12(4):1721-31.
 26. Khan H, Afroz N, Chakravarty J. Effect of social support on death anxiety among HIV positive people. *Social Science International*. 2011;27(2):219-26.
 27. Moon NS, Nam KM. 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*. 2008;28(4):1227-48.
 28. Krause S, Rydall A, Hales S, Rodin G, Lo C. Initial validation of the death and dying distress scale for the assessment of death anxiety in patients with advanced cancer. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2015;49(1):126-34.
<https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2014.04.012>
 29. Boerner K, Carr D, Moorman S. Family relationships and advance care planning: do supportive and critical relations encourage or hinder planning? *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*. 2013;68(2):246-56. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbs161>
 30. Jo KH, Song BS. Effect of family cohesion, subjective happiness and other factors on death anxiety in Korean elders. *Journal of Korean Academy of Nursing*. 2012;42(5):680-8.
<https://doi.org/10.4040/jkan.2012.42.5.680>
 31. Walsh F. *Strengthening family resilience*. 2nd ed. New York: Guilford Press; 2006.
 32. Lee SH. Effects of re-socialization through sports activities on wellness and well-dying awareness among retired seniors. *The Korea Journal of Sports Science*. 2014;23(5):247-62.
 33. Cho YK. The true meaning of well-being and well-dying for modern people. *Review of Korea Entertainment Industrial Association*. 2016;8(1):32-59.
 34. Laughlin A, Parsons M, Kosloski KD, Bergman-Evans B. Predictors of mortality: following involuntary interinstitutional relocation. *Journal of Gerontological Nursing*. 2007;33(9):20-6.
<https://doi.org/10.3928/00989134-20070901-04>
 35. Lee NY, Lyu JY. Death education program by developmental stage. *Korean Journal of Educational Research*. 2020;58(1): 187-219. <https://doi.org/10.30916/KERA.58.1.187>

Appendix 1. Exploratory Factor Analysis Finding (N=197)

Items of the K-RRN	Item-total correlation	Factor 1	Factor 2
	r	Supportive factor	Psychological factor
7. I don't want to let others know that I am staying in nursing home.	.67	.77	.23
16. I have been reluctant to the nursing home.	.75	.73	.38
2. The nursing home is where people abandoned by their families come.	.63	.70	.27
3. The nursing home is where you don't want to be a burden to your children.	.54	.69	.20
1. I was reluctant to go to the nursing home because of insufficient information about the nursing home.	.71	.68	.42
10. It's hard for me mingling with strangers in nursing home.	.54	.68	.16
15. I think my children should take care of their parents at home.	.52	.67	.13
14. It's better to live alone at home, even if it's hard.	.70	.66	.41
11. The environment of the nursing home has fallen behind.	.57	.02	.88
12. I've been walking on eggshells with my caregivers in nursing home	.69	.29	.78
8. Living in a nursing home is not free.	.69	.32	.77
5. Caregivers seem to care for the purpose of money.	.67	.34	.71
13. I came to a nursing home and worsened my health.	.66	.31	.70
9. The group life is difficult in the nursing home.	.74	.46	.66
6. Living in a nursing home is sad.	.77	.57	.59
Eigenvalue		7.69	1.51
Proportion of variance		52.0%	10.1%
Cronbach's α		.89	.84

Kaiser-Meyer-Olkin (KMO)=.92, Bartlett's test of sphericity $\chi^2=1819.13$, $p < .001$

K-RRN=Korean version of repulsion related nursing home.