

# 노인 암 생존자의 죽음불안에 영향을 미치는 요인 : 자아통합감, 우울, 좋은 죽음에 대한 인식을 중심으로

임현숙<sup>1</sup>, 유재순<sup>2\*</sup>

<sup>1</sup>공북보건진료소, <sup>2</sup>충북대학교 간호학과

## Factors Affecting on Death Anxiety in Elderly Cancer Survivors : Focusing on Ego Integrity, Depression and Awareness of Good Death

Heon Suk Lim<sup>1</sup>, Jae Soon Yoo<sup>2\*</sup>

<sup>1</sup>Gongbuk Public Health Post, <sup>2</sup>Department of Nursing, Chungbuk National University

**요약** 본 연구의 목적은 지역사회 재가 노인 암 생존자의 죽음불안에 영향을 미치는 주요 요인을 파악하기 위함이다. 본 연구는 충청북도 소재 보건진료소 관할 지역에 거주하며, 재가 암환자로 등록된 노인 암 환자 216명을 대상으로 한 서술적 상관관계 조사연구이다. 자료수집 기간은 2019년 2월 27일부터 3월 15일까지이며, 자가보고형 설문지를 배부하여 자료를 수집하였다. 수집된 자료는 SPSS/WIN 24.0 프로그램 이용하여 t-test, one way ANOVA, Pearson's correlation coefficient, Hierarchical multiple regression을 이용하여 분석하였다. 연구 결과, 대상자의 죽음불안은 4점 만점에  $2.47 \pm 0.39$ 점, 자아통합감  $2.60 \pm 0.29$  점, 우울  $6.35 \pm 4.0$ 점, 좋은 죽음에 대한 인식은  $2.97 \pm 0.35$ 점이었다. 위계적 회귀분석결과, 죽음불안에 영향을 미치는 유의한 요인은 좋은 죽음에 대한 인식( $\beta = 0.255, p < .001$ ), 우울( $\beta = 0.185, p = .020$ ), 종교(없음=1;  $\beta = 0.148, p = .021$ )순으로 나타났으며, 이들 요인들이 노인 암 생존자의 죽음불안을 16.4% 설명하였다. 본 연구 결과 노인 암 생존자의 좋은 죽음에 대한 인식, 우울, 종교가 죽음불안에 영향을 미치는 요인임을 확인하였다. 본 연구의 간호학적 유용성은 지역사회 재가 노인 암 생존자의 죽음불안에 영향을 미치는 요인을 파악한 점이다. 이러한 본 연구의 결과는 지역사회 노인 암 생존자의 죽음 불안을 완화시킬 수 있는 실증적 자료로 유용하게 활용할 수 있을 것이다.

**Abstract** The purpose of this study was to identify the predictors of death anxiety among community-dwelling elderly cancer survivors in Korea. This study was a descriptive correlation study with 216 elderly cancer survivors who live in the jurisdiction of community health centers in Chugbuk province. Data of this study were collected from February 27 to March 15 2019 by a structured questionnaire. The data were analyzed using independent t-test, one-way ANOVA, Pearson's correlation coefficient, and hierarchical multiple regression. In the results, the mean score of death anxiety was  $2.47 \pm 0.39$  out of 4.0, while that of ego integrity was  $2.60 \pm 0.29$ , depression  $6.35 \pm 4.0$ , and awareness of a good death  $2.97 \pm 0.35$ . Based on the hierarchical multiple regression analysis, subjects' awareness of a good death had the greatest impact on death anxiety ( $\beta = 0.255, p < .001$ ), followed by depression ( $\beta = 0.185, p = .020$ ) and religion (no= 1;  $\beta = 0.148, p = .021$ ). These factors explained 16.4% of death anxiety ( $F=8.04, p < .001$ ). Therefore, the results of this study are expected to be utilized as basic data for developing an intervention program that will be designed to reduce the death anxiety in elderly cancer survivors.

**Keywords** : Death Anxiety, Ego Integrity, Depression, Awareness of Good Death, Elderly, Cancer Survivor

본 논문은 제1저자 임현숙의 충북대학교 석사학위논문을 요약한 것임

\*Corresponding Author : Jae Soon Yoo(Chungbuk National University)

email: yjs9244@chungbuk.ac.kr

Received October 16, 2019

Revised November 26, 2019

Accepted January 3, 2020

Published January 31, 2020

## 1. 서론

### 1.1 연구의 필요성

국가암정보센터 자료에 의하면 우리나라 암 발생률은 인구 10만 명당 421.4명(남자 445.2명, 여자 397.6명)으로 1999년 214.2명에 비해 대폭 증가하였다. 우리나라 국민들이 기대수명 82세(남자 79세, 여자 85세)까지 생존할 경우 암에 걸릴 확률은 35.3%로 남자는 5명 중 2명(37.9%), 여자는 3명중 1명(32.0%)이 암에 이환될 것으로 추정된다. 인구의 고령화와 의료기술의 발전으로 암 생존율이 지속적으로 증가하여, 2012년부터 2016년 까지 발생한 암환자의 5년 생존율은 70.6%로, 2001-2005년 암 생존율 54.0%에 비해 16.6%p 증가한 것으로 나타났다[1]. 암 발생 통계를 시작한 1999년 이후 발생한 암 환자 중 약 173만 명(2017년 1월1일 기준)이 생존해 있으며, 그 중에서 65세 이상 노인 암 생존자는 74만 명으로 전체 노인 인구의 11.0%에 해당한다. 이 수치는 노인 9명당 1명이 암 치료를 받고 있거나 암 치료 후 생존해 있음[1]을 의미한다.

노인 암 생존자들은 치료 후 5년 이상이 지난 후에도 암 재발 두려움을 심각하게 느끼며[2], 실존적 문제인 죽음에 대한 두려움으로 인해 죽음불안을 경험한다[3]. Rahner(1982)에 의하면 죽음불안은 죽음에 대한 부정적 인식으로 인간존재의 유한성을 깨닫는 데서부터 시작되며, 죽음의 순간에만 경험되는 것이 아니라 인간의 삶 전체에 영향을 미친다[4]. 암 생존자는 암 진단 후 2년이 경과된 시점 이후에 암 재발 두려움, 소외감, 우울과 불안 등의 심리적 문제와 변화된 신체 이미지 등을 경험한다[5]. 이러한 변화를 경험한 노인 암 생존자의 특성을 고려할 때, 노인 암 생존자가 앞으로의 생존 기간에 신체적, 정신적 안녕감을 유지하며 지낼 수 있도록 하기 위해서는 암 이환 병력이 없는 지역사회 재가 노인에 비해 더욱 각별한 관심이 필요하다.

그동안 많은 연구자들이 죽음불안 관련 연구를 시행해 왔다. Gonen 등[3]은 암 환자의 죽음불안의 영향 요인으로 불안, 우울 증상 및 사망 후 일어날 일에 대한 믿음을 보고하였다. 국내에서는 입원한 암 환자의 죽음준비와 죽음불안에 대한 연구[6]와 지역사회 재가 노인의 죽음불안에 대한 연구들[4, 7, 8, 9, 10]이 있다. 그러나 노인 암 생존자의 죽음불안에 대한 연구는 거의 찾아 볼 수 없었다.

노인 암 생존자들은 암 치료 이후 발생하는 후유증뿐

만 아니라 정상적인 노화 과정의 결과로 나타나는 생리적, 기능적, 심리적 기능 변화를 동시에 겪고 있기 때문에 [11], 이들의 죽음불안에 대한 연구에서는 노년기 발달특성을 충분히 고려해야 한다. 선행연구[10]에서 노년기의 심리 사회적 발달과업인 자아통합감이 높을수록 죽음불안이 낮아지는 것으로 보고한 바 있다. 또한 한국 노인의 죽음불안과 관련된 변인의 메타분석연구에서 노인의 죽음불안과 관련된 심리적 변인군의 하위변인 중에서 자아통합감이 가장 높은 효과 크기를 가지는 것으로 보고된 바 있어[12], 노인 암 생존자의 죽음불안 연구에서 자아통합감의 중요성을 파악할 수 있다.

노년기에 가장 보편적으로 나타나는 우울[4, 13]은 노년기 삶 전체에 걸쳐 부정적인 영향을 미치는 요인으로[4, 9, 14], 노인의 죽음불안에 영향을 미치는 요인[4]일 뿐 아니라 암환자의 죽음불안에 영향을 미치는 요인[3]이다. Reyes-Gibby 등[15]은 50세 이상 암 생존자의 우울 수준이 암 이환 병력이 없는 대상자보다 더 심각한 수준으로 보고하고 있어, 암 생존자의 우울 수준의 심각성을 알 수 있다.

최근 노인 인구와 만성 질환자수가 증가하면서 웰빙과 함께 웰다잉에 대한 관심이 높아지고[16], 죽음에 대한 시각이 긍정적으로 변화되어 좋은 죽음에 대하여 사회적 관심도가 점차 증가하고 있다. 좋은 죽음을 인식하는 것은 노인으로 하여금 죽음을 편안하고 긍정적으로 맞이할 수 있게 한다[16]. 좋은 죽음과 죽음불안의 관련성에 대한 연구를 살펴보면, Lee[17]는 댄스 스포츠 참가 노인의 좋은 죽음에 대한 인식이 죽음불안에 직접 효과를 미치는 유의한 경로임을 보고하여, 노인의 좋은 죽음 인식과 죽음불안과의 관련성을 제시하였다. 이외에 노인 만성질환자나 암 환자의 좋은 죽음 인식과 사전의료 의향서에 대한 태도와의 관련성에 대한 연구가 있으나, 노인 암 생존자의 좋은 죽음에 대한 인식과 죽음불안과의 관련성에 대한 연구는 찾아보기 어려웠다.

이에 본 연구에서는 노인 암 생존자를 대상으로 죽음불안, 자아통합감, 우울, 좋은 죽음에 대한 인식 수준을 파악하여, 죽음불안에 영향을 미치는 주요 요인을 규명함으로써 노인 암 생존자의 죽음불안 완화에 필요한 중재 방안 수립의 기초자료를 제시하고자 한다.

### 1.2 연구의 목적

본 연구의 목적은 노인 암 생존자의 죽음불안, 자아통합감, 우울, 좋은 죽음에 대한 인식 수준을 파악하고, 죽

음불안에 영향을 미치는 주요 요인을 규명하기 위한 것이다. 연구의 구체적인 목적은 다음과 같다.

첫째, 대상자의 일반적 특성과 질병 관련 특성을 파악한다.

둘째, 대상자의 죽음불안, 자아통합감, 우울, 좋은 죽음에 대한 인식 수준을 파악한다.

셋째, 대상자의 일반적 특성 및 질병관련 특성에 따른 죽음불안, 자아통합감, 우울, 좋은 죽음에 대한 인식의 차이를 파악한다.

넷째, 대상자의 죽음불안, 자아통합감, 우울, 좋은 죽음에 대한 인식의 관계를 파악한다.

다섯째, 대상자의 죽음불안에 영향을 미치는 주요 요인을 파악한다.

## 2. 연구방법

### 2.1 연구 설계

본 연구는 보건진료소 관할지역에 거주하는 노인 암 생존자의 죽음불안, 자아통합감, 우울, 좋은 죽음에 대한 인식 정도를 파악하고, 죽음불안에 영향을 미치는 요인을 파악하기 위한 서술적 상관관계 연구이다.

### 2.2 연구 대상

본 연구의 대상자는 60세 이상 노인 암 생존자로, 충청북도 소재 보건진료소의 관할 지역에 거주하며, 재가 암 관리 사업에 등록된 노인이다. 구체적인 대상자 선정 기준과 제외 기준은 다음과 같다.

· 선정기준

- ① 암으로 진단받은 60세 이상인 자
- ② 수술, 항암화학요법, 방사선 치료 또는 호르몬 요법 등의 치료를 종료한 후 1년 이상 경과 한 자
- ③ 치매 선별 간이정신상태검사(Mini Mental State Examination-Dementia Screening)에서 인지 기능이 정상으로 판정된 자
- ④ 설문지 내용을 이해하고 의사소통이 가능한 자
- ⑤ 연구의 목적을 이해하고 자발적으로 연구 참여에 동의한 자

· 제외기준

- ① 재발, 전이 및 이차 암의 징후가 있는 자

표본의 크기는 Cohen(1988)의 검정력 분석방법 G\*Power 3.1.2 프로그램을 이용하여 유의수준  $\alpha=.05$ ,

중간정도의 효과크기(effect size=.15), 검정력  $1-\beta=.95$ 를 기준으로 독립변수 14개를 투입하였을 때, 회귀분석에 필요한 최소 표본 수는 204명이었다. 중도 탈락률 10%를 고려하여 224명을 대상으로 설문지를 배부하였으며, 수집된 자료 중 응답이 불충분한 8부를 제외한 216부를 최종 분석하였다.

### 2.3 연구 도구

본 연구에서는 대상자의 일반적 특성 및 건강 관련 특성, 죽음불안, 자아통합감, 우울, 좋은 죽음에 대한 인식 수준을 측정하기 위하여 구조화된 설문지를 사용하였다. 대상자의 일반적 특성은 성별, 나이, 학력, 의료보장 유형, 동거형태, 종교, 직업, 경제상태 등 8개 문항이며, 질병관련 특성은 진단받은 암 종류, 진단 시기, 암 치료 방법, 치료기간, 주관적 건강상태, 동반질환 등의 6개 문항이다. 연구변수 측정 도구는 다음과 같다.

#### 2.3.1 죽음불안

Thorson과 Powell[18]의 Revised Death Anxiety Scale(RDAS)를 토대로 Park[19]이 한국인을 대상으로 개발한 도구를 Oh[20]가 노인에게 적합하도록 전문가 조언을 받아 20문항으로 재구성한 도구를 사용하여 죽음불안 수준을 측정 하였다. 이 도구는 존재 상실에 대한 불안 6문항(10, 14, 15, 16, 17, 18), 죽음과정에 대한 불안 9문항(1, 6, 7, 9, 11, 12, 16, 19, 20), 사후결과에 대한 불안 5문항(2, 3, 4, 5, 8)으로 구성되었다. 각 문항은 '전혀 그렇지 않다' (1점)에서 '매우 그렇다' (4점)의 Likert 척도로 구성되어 있으며, 점수가 높을수록 죽음불안이 높은 것을 의미한다. Oh의 연구[20]에서는 Cronbach's  $\alpha = .81$ 이었으며, 본 연구에서는 Cronbach's  $\alpha = .85$ 이었다.

#### 2.3.2 자아통합감

Hong[21]이 노인을 대상으로 개발한 자아통합감 도구를 사용하였다. 이 도구는 총 16문항으로 과거와 현재에 대한 수용 11문항, 삶에 대한 태도 5문항으로 구성되어 있다. 부정문항 7문항(1, 3, 5, 9, 12, 13, 15)은 역산 문항으로 계산하며, 각 문항은 '전혀 그렇지 않다' (1점)에서 '매우 그렇다' 4점의 Likert 척도로 구성되어 있으며, 점수가 높을수록 자아통합감이 높은 것을 의미한다. Hong[20]의 개발 당시 도구의 신뢰도 Cronbach's  $\alpha = .83$ 이었으며, 본 연구에서는 Cronbach's  $\alpha = .73$ 이었다.

### 2.3.3 우울

Sheikh와 Yesavage가 개발하고 Kee[22]에 의해 한국판으로 표준화한 단축형 노인우울척도(Geriatric Depression Scale Short Form-Korean Version, GDSSF-K)를 사용하여 우울 수준을 측정하였다. GDSSF-K의 총점은 15점으로 각 문항들은 '예' 1점, '아니오' 0 점이며 긍정적인 10개 문항은 역으로 환산된다. 우울의 정도는 0-4점은 정상, 5-9점은 경증도, 10점 이상은 중등도의 우울 수준을 의미한다. 도구의 신뢰도는 개발 당시 Sheikh와 Yesavage(1986)의 연구에서 Cronbach's  $\alpha = .95$ , Kee[22] 연구에서 Cronbach's  $\alpha = .88$  이었으며, 본 연구에서는 Cronbach's  $\alpha = .85$ 이었다.

### 2.3.4 좋은 죽음에 대한 인식

Schwartz 등[23]이 개발하고 Jeong[24]이 번안한 좋은 죽음 인식 측정(The Concept of Good Death Measure)도구를 사용하였다. 이 도구는 총 17문항으로 친밀감 9문항(문항 4, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13), 통제감 3문항(문항 15, 16, 17), '임상증상 5문항'(문항 1, 2, 3, 5, 14)인 3개의 하위영역으로 구성되어 있으며, 각 문항은 '전혀 중요하지 않다'(1점)에서 '매우 중요하다'(4점)의 Likert 척도로 점수가 높을수록 좋은 죽음에 대한 인식 수준이 높음을 의미한다. Schwartz 등[22]이 처음 개발할 당시의 신뢰도는 Cronbach's  $\alpha = .87$ , Jeong[23]의 연구에서는 Cronbach's  $\alpha = .82$ 이었으며, 본 연구에서는 Cronbach's  $\alpha = .80$ 이었다.

## 2.4 자료수집방법

본 연구는 연구자가 소속된 대학교의 생명윤리심의위원회의 승인(IRB No. CBNU-201902-BMSB-796-01)을 받은 후에 시행되었으며, 자료수집기간은 2019년 2월 27일부터 3월17일까지이다. 자료수집 전에 보건진료소장과 보건진료소가 소속된 각 보건소의 장, 지역보건팀장에게 연구의 목적과 절차에 대해 설명하고 자료수집 승인을 받았다. 자료수집 승인 및 연구 참여에 대하여 서면 동의를 한 보건진료소장을 대상으로 설문조사 전에 연구 대상자의 개인 정보보호, 자료수집 방법에 대하여 연구자가 직접 사전 교육을 실시하였다.

각 보건진료소장은 재직 보건진료소에 재가 암 환자 관리 사업 대상자로 등록된 재가 노인을 대상으로 연구 설명서를 통해 연구목적 및 절차에 대한 설명을 하였다. 연구 참여에 자발적으로 서면 동의를 한 대상자에 한하여

구조화된 설문지를 배부하여 자료를 수집하였으며, 설문지 작성과정에서 도움이 필요한 대상자의 경우, 보건진료소장이 설문지의 문항을 직접 읽어주고 대상자가 응답한 내용을 기록하였다.

연구 설명서는 연구의 목적, 연구 참여로 인해 예상되는 이익 및 불이익에 대한 정보, 설문지 작성 도중 언제든지 참여를 철회할 수 있으며, 수집한 자료는 연구목적으로만 사용할 것과 연구 대상자의 익명성과 비밀을 보장한다는 내용 등으로 구성하였다. 대상자의 개인정보를 보호하기 위해 수집된 설문지를 개별 봉투에 넣은 후 밀봉하여 회수하였으며, 수집된 자료는 연구자 1인이 코딩 처리하여 보관하며, 코딩 처리된 자료는 비밀번호가 설정된 저장장치에 저장하였으며, 잠금장치가 있는 보관함에 보관하고, 수집된 자료는 연구가 종료되는 시점에서 폐기하는 것으로 연구 대상자의 윤리적 측면을 고려하였다.

## 2.5 자료분석방법

수집된 자료는 SPSS /WIN 24.0 통계 프로그램을 사용하여 분석하였다.

- 1) 대상자의 일반적 특성 및 질병 관련 특성은 빈도와 백분율, 평균과 표준편차로 분석하였다.
- 2) 대상자의 죽음불안, 자아통합감, 우울, 좋은 죽음에 대한 인식 수준은 평균과 표준편차로 분석하였다.
- 3) 대상자의 일반적 특성 및 질병 관련 특성에 따른 죽음불안, 자아통합감, 우울, 좋은 죽음에 대한 인식의 차이는 Independent t-test, One-way ANOVA로 분석 하였으며, 사후 분석방법은 Scheffé test로 검정하였다.
- 4) 대상자의 죽음불안, 자아통합감, 우울, 좋은 죽음에 대한 인식의 상관관계는 Pearson's correlation coefficient로 분석하였다.
- 5) 대상자의 죽음불안에 영향을 미치는 요인은 위계적 회귀분석(Hierarchical Multiple regression analysis)으로 분석하였다.

## 3. 연구 결과

### 3.1 연구 대상자의 일반적 특성 및 질병 관련 특성

대상자의 54.2%가 여자였으며, 평균 연령은 72.7(±7.65)세로 60세 이상 70세 미만 군이 41.7%로 가장 많았다. 배우자와 함께 동거하는 대상자가 55.6%, 종교가 있는 대상자가 54.6%였으며, 최종학력은 초등학교

교 졸업이 42.6%로 가장 많았다. 의료보장 유형은 건강보험 대상자가 90.7%이었으며, 가구 월 소득은 100만원 미만이 62.0%로 가장 많았으며, 주관적 건강상태는 '보통'이 35.2%, '나쁨'이 32.9%, ' 좋음'이 31.9%순으로 나타났다. 대상자의 질병 관련 특성을 살펴보면, 위암 이환 병력이 26.1%로 가장 많았으며, 2가지 이상 암치료요법을 병행하여 치료받은 대상자가 50.9%였으며, 암 진단 기간은 5년 이내가 50.5%였으며, 동반 질환 개수가 1-2개인 대상자가 67.6%로 가장 많았다.(Table 1)

Table 1. Characteristics of the participants (N=216)

Variables	Categories	N(%)
Gender	Male	99(45.8)
	Female	117(54.2)
Age(year)	60-69	90(41.7)
	70-79	83(38.4)
	≥80	43(19.9)
Living with	Alone	66(30.6)
	With Spouse only	120(55.6)
	With family	30(13.8)
Religion	No	98(45.4)
	Yes	118(54.6)
Education level	None	39(18.0)
	Elementary school	92(42.6)
	Middle school ≥High school	50(23.2) 35(16.2)
Health insurance status	National health insurance	196(90.7)
	Medical aid	20(9.3)
Monthly income (10,000won)	<99	134(62.0)
	100-199	49(22.7)
	≥200	33(15.3)
Perceived health status	Poor	71(32.9)
	Average	76(35.2)
	Good	69(31.9)
Cancer type	Gastric cancer	59(27.3)
	colon cancer	44(20.4)
	Breast cancer Uterine cancer	35(16.2)
	Lung cancer	17( 7.9)
	Liver cancer	11(5.1)
	Thyroid cancer	10(4.6)
	Prostate cancer	10(4.6)
	Others	30(13.9)
Cancer treatment type	Single Therapy†	106(49.1)
	Multiple Therapy††	110(50.9)
Time since diagnosis	<5년	109(50.5)
	≥5년	107(49.5)
Number of comorbidities	0	28(13.0)
	1-2	146(67.6)
	≥3개	42(19.4)

### 3.2 연구 대상자의 죽음불안, 자아통합감, 우울, 좋은 죽음에 대한 인식수준

연구 대상자의 죽음불안, 자아통합감, 우울, 좋은 죽음에 대한 인식수준은 <Table 2>와 같다. 즉 연구 대상자의 죽음불안 수준은 평균  $2.47 \pm 0.39$ 점, 자아통합감 수준은 평균  $2.60 \pm 0.29$ 점, 우울 수준은 평균  $6.35 \pm 4.01$ 점, 좋은 죽음에 대한 인식수준은 평균  $2.97 \pm 0.35$ 점이었다.

Table 2. Death anxiety, ego integrity, depression, awareness of good death of the participants (N=216)

Variables	N(%)	M±SD	Min~Max
Death anxiety		$2.47 \pm 0.39$	1.00 ~ 3.65
Ego integrity		$2.60 \pm 0.29$	1.93 ~ 3.47
Depression		$6.35 \pm 4.01$	0.00 ~ 14.00
	normal	78(36.1)	$2.06 \pm 1.49$ 0.00 ~ 4.00
	moderate	84(38.9)	$6.88 \pm 1.42$ 5.00 ~ 9.00
severe	54(25.0)	$11.70 \pm 1.53$ 10.00 ~ 14.00	
Awareness of good death		$2.97 \pm 0.35$	1.88 ~ 4.00

### 3.3 일반적 특성 및 질병 관련 특성에 따른 죽음불안 인식수준

연구 대상자의 일반적 특성 및 질병 관련 특성에 따른 죽음불안 수준을 분석한 결과는 <Table 3>과 같다. 죽음불안 수준에 유의한 차이를 보이는 특성은 종교, 주관적 건강상태이었다. 즉 종교가 없는 대상자의 죽음불안 수준( $2.53 \pm 0.35$ )이 종교가 있는 대상자( $2.41 \pm 0.41$ )보다 유의하게 높게 나타났으며( $t=2.40, p=.018$ ), 주관적 건강상태에 따라 죽음불안 수준에 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다( $F=4.99, p=.008$ ). 사후 분석 결과, 주관적 건강상태를 '나쁨'으로 지각한 대상자의 죽음불안 수준( $2.58 \pm 0.36$ )이 '보통'( $2.41 \pm 0.37$ )과 ' 좋음'( $2.41 \pm 0.41$ )으로 지각한 대상자에 비해 유의하게 높게 나타났다. 한편, 질병 관련 특성에 따른 죽음불안 수준에는 유의한 차이가 없는 것으로 나타났다.

Table 3. The level of death anxiety according to characteristics (N=216)

Variables	Categories	M±SD	t or F Scheffe	p
Gender	Male	2.44±0.37	-1.04	.299
	Female	2.49±0.40		
Age(year)	60-69	2.47±0.42	0.06	.954
	70-79	2.46±0.35		
	≥80	2.48±0.37		
Living with	Alone	2.46±0.40	0.49	.615
	With spouse only	2.48±0.36		
	With family	2.41±0.46		
Religion	No	2.53±0.35	2.40	.018
	Yes	2.41±0.41		
Education level	None	2.52±0.47	1.48	.222
	Elementary school	2.50±0.37		
	Middle school	2.43±0.33		
	≥High school	2.36±0.43		
Health insurance status	National health insurance	2.47±0.40	0.98	.328
	Medical aid	2.39±0.26		
Monthly income (10,000won)	<99	2.47±0.40	0.36	.696
	100-199	2.43±0.38		
	≥200	2.50±0.36		
Perceived health status	Poor	2.58±0.36	4.99 (a>b,c)	.008
	Average	2.41±0.37		
	Good	2.41±0.41		
Cancer type	Gastric cancer	2.53±0.43	0.61	.751
	colon cancer	2.47±0.37		
	Breast cancer	2.45±0.37		
	Uterine cancer			
	Lung cancer	2.35±0.21		
	Liver cancer	2.47±0.57		
	Thyroid cancer	2.51±0.25		
	Prostate cancer	2.43±0.45		
Others	2.40±0.36			
Cancer treatment type	Single therapy†	2.44±0.37	-0.88	.380
	Multiple therapy ††	2.49±0.40		
Time since diagnosis	<5년	2.43±0.34	-1.43	.154
	≥5년	2.50±0.42		
Number of comorbidities	0	2.39±0.46	0.55	.578
	1-2	2.48±0.37		
	≥3개	2.47±0.38		

†A case of surgical therapy or chemotherapy or radiotherapy  
 ††Two or more of the single therapy

### 3.4 죽음불안 자아통합감, 우울, 좋은 죽음에 대한 인식의 상관관계

연구 대상자의 죽음불안, 자아통합감, 우울, 좋은 죽음에 대한 인식의 상관관계를 분석한 결과는 <Table 4>와 같다. 대상자의 죽음불안은 우울( $r=.289, p<.001$ ), 좋은 죽음에 대한 인식( $r=.259, p<.001$ )과 유의한 정적 상관관계가 있는 것으로 나타났으며, 자아통합감과 유의한 부적 상관관계가 있는 것으로 나타났다( $r=-.239, p<.001$ ). 자아통합감과 우울은 유의한 부적 상관관계가 있는 것으로 나타났으며( $r=-.536, p<.001$ ), 죽음불안과 우울( $r=.289, p<.001$ ), 죽음불안과 자아통합감( $r=-.239, p<.001$ )의 상관관계보다 더 큰 것으로 나타났다.

Table 4. Correlations among the measured variables

	Death anxiety	Ego integrity	Depression	Awareness of good death
Death anxiety	1			
Ego integrity	-.239 (<.001)	1		
Depression	.289 (<.001)	-.536 (<.001)	1	
Awareness of good death	.259 (<.001)	.048 (.486)	.019 (.786)	1

### 3.5 죽음불안에 영향을 미치는 요인

연구 대상자의 죽음불안에 영향을 미치는 요인을 파악하기 위해 위계적 회귀분석을 실시하기 전에 회귀분석의 가정을 검정한 결과, 공차한계(Tolerance)는 0.59~0.99로 0.1이상이었으며, 분산팽창요인(Variance Inflation Factor, VIF)은 1.01~1.71로 모두 10이하로 나타나, 모든 독립 변수간의 다중공선성 문제가 없음을 확인하였다. 또한 오차의 자기상관(잔차의 독립성)을 검정하는 Dubin Watson 값은 1.952이므로 독립 변수들간의 자기 상관이 없는 것으로 확인되었다. 또한 Cook's distance 통계량을 이용하여 영향력을 분석한 결과 1.0 이상은 없었으며 회귀표준화 잔차의 정규 P-P도표와 산점도를 확인한 결과 선형이며, 잔차의 분포가 0을 중심으로 고르게 퍼져있어 오차항의 등분산성과 정규성을 만족하였다.

위계적 회귀분석 1단계에서는 죽음불안에 영향을 미친 일반적 특성으로 파악된 변수들(종교와 주관적 건강상태)을 가변수로 처리하여 투입하였다. 이때의 회귀모형

Table 5. The factors affecting the death anxiety

Variables	Model I			Model II			Model III			Model IV		
	$\beta$	t	p	$\beta$	t	p	$\beta$	t	p	$\beta$	t	p
(Constant)		47.253	<.001		11.57	<.001		8.523	<.001		5.135	<.001
Religion(no)	.173	2.602	.010	.147	2.211	.028	.145	2.212	.028	.148	2.332	.021
Perceived health status(poor)	.207	2.690	.008	.147	1.837	.068	.073	0.867	.387	.082	1.007	.315
Perceived health status(average)	-.022	-0.290	.772	-.039	-0.509	.611	-.081	-1.043	.298	-.013	-0.166	.868
Ego integrity				-.172	-2.467	.014	-.080	-1.033	.303	-.105	-1.399	.163
Depression							.206	2.531	.012	.185	2.345	.020
Awareness of good death										.255	3.950	<.001
F(p)	5.67(.001)			5.88(<.001)			6.10(<.001)			8.04(<.001)		
Changed of R <sup>2</sup>				.022			.023			.058		
Adj.R <sup>2</sup>	.061			.083			.106			.164		

1은 통계적으로 유의하였으며(F=5.67,  $p$  = .001). 죽음불안에 유의한 영향을 미친 변수는 주관적 건강상태(나쁨=1;  $\beta$  =.207,  $p$  = .008), 종교(없음=1;  $\beta$  =.173,  $p$  = .010)이었으며, 이러한 변수들의 모형 설명력은 6.1%였다

위계적 회귀분석 2단계로 자아통합감을 투입하였을 때, 회귀모형2는 통계적으로 유의하였다(F=5.88,  $p$  < .001). 자아통합감( $\beta$  =-.172,  $p$  = .014), 종교(없음=1;  $\beta$  =.147,  $p$  = .028)순으로 죽음불안에 유의한 영향을 미쳤으며, 자아통합감 변수를 포함한 회귀모형2의 설명력은 8.3%였다.

위계적 회귀분석 3단계로 우울 변수를 투입하였을 때, 회귀모형3은 통계적으로 유의하였다(F=6.10,  $p$  < .001). 죽음불안에 유의한 영향을 미친 변수는 우울( $\beta$  =.206,  $p$  = .012), 종교(없음=1;  $\beta$  =.147,  $p$  = .028)이었으며, 우울을 포함한 회귀모형3의 설명력은 10.6%였다.

마지막 단계로 좋은 죽음에 대한 인식을 투입하였을 때, 회귀모형4는 통계적으로 유의하였다(F=8.04,  $p$  < .001). 죽음불안에 유의한 영향을 미친 변수는 좋은 죽음에 대한 인식( $\beta$  =.255,  $p$  < .001), 우울( $\beta$  =.185,  $p$  = .020), 종교(없음=1;  $\beta$  =.148,  $p$  = .021)순이었다. 좋은 죽음에 대한 인식을 포함한 위계적 회귀분석 4단계에서의 모형 설명력은 16.4%였다(Table 5).

#### 4. 논의

본 연구는 노인 암 생존자의 죽음불안, 자아통합감, 우

울, 좋은 죽음에 대한 인식의 정도와 죽음불안에 영향을 미치는 주요 요인을 파악함으로써 노인 암 생존자의 죽음불안을 완화 할 수 있는 중재 방안에 필요한 기초자료를 제공하고자 시도하였다.

본 연구에서 노인 암 생존자의 죽음불안 수준은 동일한 도구를 사용한 지역사회 재가 노인 대상의 죽음불안 수준[10]과 거의 비슷한 수준이었다. 본 연구의 대상자는 노인 암 생존자로서 암 진단 및 치료과정을 거치면서 생명위협에 대한 두려움과 암 재발 두려움 뿐 아니라 [2], 실질적 문제인 죽음에 대한 두려움과 죽음불안을 경험[3]하였기 때문에 이들의 죽음불안 수준은 재가 일반 노인과 비교하여 차이가 있을 것으로 예측하였다. 그러나 이와는 달리 노인 암 생존자의 죽음불안 수준이 재가 일반 노인[10]과 거의 비슷하게 나타나, 선행연구[2]를 통해 예측한 바와는 차이가 있었으며, 그 이유를 다음과 같이 추정할 수 있다. 우선, 죽음불안에 유의한 영향을 미치는 것으로 보고 된 대상자의 연령 및 성별 분포, 주관적 건강상태 수준[12]을 비교할 때, 본 연구 대상자와 선행 연구[10] 대상자 간에 뚜렷한 차이가 없기 때문에 죽음불안 수준이 거의 비슷하게 나타난 것으로 추정된다. 다음으로 본 연구 대상자의 49.5%가 암 진단 후 5년 이상이 경과되어, 완치 또는 재발 가능성이 아주 낮아 장기 생존이 예상되는 영구 생존기에 있는 노인으로 암 치료 후 2년이 경과한 시점부터 5년까지의 시기에 있는 암 생존자가 경험하는 재발 두려움이 감소되면서[5], 삶에 대한 자신감이 회복되었기 때문에 이들의 죽음불안이 지역사회 재가 노인과 비교하여 비슷한 수준으로 나타난 것으로 추

정할 수 있다. 즉 노인 암 생존자의 죽음불안 수준에는 암 생존자라는 질병 관련 특성 보다는 노년기라는 발달 단계 특성이 더 큰 영향을 미친 것으로 볼 수 있다.

한편, 본 연구의 결과는 선행연구결과[6]인 입원 암 환자 대상의 죽음불안 수준보다는 높게 나타났다. 선행연구에 의하면, 노인의 죽음불안 수준은 연령에 따라 차이가 있으며[12], 연령이 많을수록 죽음의 의미를 더 강하게 인식하여 죽음불안 수준이 높은 것으로 보고 된 바 있다 [8]. 따라서 본 연구와 선행연구결과[6]의 차이는 본 연구 대상자의 평균 연령(72.8세)이 선행연구[6] 대상자의 평균 연령(59.2세)에 비해 많았기 때문에 나타난 차이인 것으로 추정된다. 이러한 죽음불안 수준은 대상자의 종교 유무가 유의한 영향을 미치는 것으로 나타났다. 즉 종교가 없는 대상자의 죽음불안 수준이 종교가 있는 대상자보다 높게 나타나, 경로당이나 노인 대학 또는 복지관을 이용하는 재가노인 대상의 연구 결과[8, 10]와 일치하였으나, 입원 암 환자 대상의 연구 결과[6]와는 차이가 있다. 이와 같이 연구자에 따라 종교 유무와 죽음불안의 관련성을 다르게 보고하고 있어, 신중한 해석이 요구된다. 우선, 연구 대상자의 특성을 살펴보겠다. 종교와 죽음불안의 유의한 관련성을 보고한 본 연구 및 선행연구[8, 10]의 대상자는 모두 노인이었으나, 종교와 죽음불안이 관련성이 없음을 보고한 선행연구[6]의 연구 대상자는 37.1%만 노인이었다. 한국노인의 죽음불안과 관련된 변인의 메타분석 연구[12]에서도 죽음불안과 관련이 있는 사회적 변인군(종교 활동, 사회적지지, 사회적 활동) 중에서 종교 활동의 영향이 가장 컸음을 보고한 바 있다. 또한 Im과 Jung의 연구[25]에 의하면, 노년기 종교 생활이 청년기나 성인 초기와 비교하여 행복에 미치는 영향력이 더 크며 노인들이 신앙생활을 통해 내세를 지향하고 살아가는 것에 큰 힘을 얻고 있는 것으로 보고하고 있어, 노년기의 행복한 삶의 영적, 사회적 지지체계로서 종교가 순기능 역할을 하고 있음을 간과할 수는 없다[26]. 이러한 본 연구의 결과는 종교 요인이 노년기의 정서적 안녕감을 증진시켜 죽음을 긍정적으로 수용할 수 있도록 하여[10], 죽음불안을 완화시키는데 긍정적인 영향을 미치고 있음을 의미한다.

종교 외에도 본 연구에서 주관적 건강상태를 '나쁨'으로 인식한 대상자의 죽음불안 수준이 높게 나타나, 재가노인 대상의 선행연구 결과[8, 10]와 일치하였다. 따라서 노인 암 생존자의 죽음불안을 완화시키기 위해서는 특히 주관적인 건강상태가 나쁜 노인의 평상시의 건강상태 파악 및 관리에 대하여 더 많은 관심을 가져야 한다.

본 연구에서 노인 암 생존자의 자아통합감은 2.60점(4점 만점)으로 지역사회 거주 노인의 2.68점[10] 보다는 약간 낮았다. 본 연구 대상자는 암 생존자로서 암 진단, 치료과정을 거치면서 노년기에 대한 긍정적인 관점인 자아통합감 수준이 지역사회 노인에 비해 다소 낮았던 것으로 추정된다.

노인 암 생존자의 우울 수준은 6.35점으로 동일도구를 사용한 재가노인의 우울수준 5.10점[26] 보다 높았다. 노년기 우울에 영향을 미치는 요인으로 보고된 대상자의 주관적 건강상태를 비교할 때, 본 연구 대상자의 건강상태가 선행 연구[26] 대상자에 비해 다소 나쁘기 때문에 나타난 차이로 볼 수 있다. 또한 이 차이는 50세 이상 암 생존자는 암 이환 병력이 없는 대상자 보다 우울이 더 심각한 수준이며, 더 자주 발생한다는 Reyes-Gibby 등의 연구 결과[15]가 반영된 결과라 할 수 있다. 즉 Deilming 등[27]이 보고한 영구 생존자의 경우 더 이상 진단 및 치료로 인한 스트레스는 없으나, 암 재발이나 수명 단축 가능성에 대한 염려로 인해 우울수준이 높아진다는 연구 결과와도 같은 맥락이라 할 수 있다. 한편, 본 연구 대상자의 우울 수준은 항암 화학 요법을 받는 노인 암 환자[13]의 우울 수준 6.72점보다는 낮았다. 이 차이는 암 조기 진단 및 성공적 치료로 인해 암 생존율이 지속적으로 증가하고 있으나, 암 환자들은 여전히 '암은 회복 불가능한 질병이며, 암 환자에 대한 사회적 고정관념과 차별이 있다'는 스티그마로 인해 우울 증상을 경험할 가능성이 크기 때문에[28] 나타난 차이로 할 수 있다.

연구 대상자의 좋은 죽음에 대한 인식 수준을 분석한 결과(4점 만점에 2.97점)는 동일 도구를 사용하여 조사한 노인 암 환자의 좋은 죽음에 대한 인식 수준 3.07점 [29]과 비슷한 수준이었다. 이는 본 연구의 대상자와 선행연구[29] 대상자가 공통으로 암 이환 병력을 갖고 있으며, 좋은 죽음에 대한 인식에 영향을 미치는 연령[29]이 거의 비슷하기 때문에 좋은 죽음에 대한 인식 수준이 비슷하게 나타난 것으로 추정된다.

본 연구의 위계적 회귀분석의 최종 모형에서, 대상자의 좋은 죽음에 대한 인식이 죽음불안에 가장 큰 영향을 미치는 것으로 나타났다. 이는 댄스스포츠 참가 노인의 좋은 죽음에 대한 인식(웰다잉 인식)이 죽음불안에 유의한 직접적인 효과가 있는 것으로 보고한 선행 연구결과 [17]와 유사하다. 노인이 좋은 죽음을 인식한다는 것은 죽음을 편안하고 긍정적으로 맞이할 수 있도록 준비함으로써 죽음불안을 최소화할 수 있다[17]는 것을 의미한다. 따라서 좋은 죽음에 대한 인식 수준이 높을 경우 죽음불



안 수준이 낮아질 것으로 예측할 수 있으나, 본 연구의 결과는 좋은 죽음에 대한 인식 수준이 높을수록 죽음불안이 낮아지는 것으로 나타나, 이와는 차이가 있다. 좋은 죽음의 의미와 특성은 대상자 또는 대상자가 속한 사회와 문화에 따라 상당히 다양하며, 좋은 죽음을 현실에서 실현하기 위해서는 죽음을 준비하는 교육이 필요하다[30]. 본 연구에서는 대상자의 죽음준비교육 여부에 대한 조사를 하지 않았기 때문에 연구 결과 해석에 어려움이 있으나 다음과 같은 추정은 가능하다. 즉 좋은 죽음을 잘 인식하고 있으나 이를 실현할 수 있는 준비가 부족할 경우 죽음에 대한 부정적인 태도를 갖게 되어 죽음불안 수준이 높게 나타날 수 있다는 것이다. 따라서 죽음준비교육이 미흡한 노인 암 생존자의 경우 좋은 죽음 인식 수준이 높을수록 죽음불안 수준이 높게 나타난 것으로 추정한다. 이러한 본 연구의 제한점을 고려하여, 죽음불안에 대한 추후 연구에서는 죽음준비교육 실태를 파악하여 죽음불안, 좋은 죽음에 대한 인식, 죽음준비교육 실태간의 관련성 규명이 요구된다.

좋은 죽음에 대한 인식 수준 다음으로 우울 수준이 죽음불안에 영향을 미치는 요인으로 나타났다. 이는 경로당을 이용하는 재가 노인의 우울 수준이 높을수록 죽음불안이 높다고 보고한 연구 결과[9], 노인 대학에 등록한 독거노인 대상의 연구 결과[14], 지역사회 거주 노인의 우울과 죽음불안 간에 정적인 상관관계가 있음을 보고한 연구 결과[4]와 일치한다. 노년기 우울은 자기 파괴적인 악순환의 고리로 이어져 죽음에 대한 공포를 극대화시키는 부정적 정서[30]이기 때문에 우울이 심할수록 죽음에 대한 불안감이 더 커지고 있음을 알 수 있다. 상기한 바와 같이 노인 암 생존자의 우울 예방 및 관리에 대한 각별한 관심이 필요하며, 이를 통해 노인 암 생존자의 죽음불안을 최소화시킬 수 있어 여생을 긍정적이고 행복하게 보낼 수 있을 것이다.

한편, 본 연구에서는 자아통합감이 죽음불안에 유의한 영향을 미치지 않는 것으로 나타나, 지역사회 노인의 자아통합감이 죽음불안에 유의한 영향을 미치는 것으로 보고한 선행 연구 결과[31, 10]와 차이가 있다. 그 이유를 추정하면 다음과 같다. 본 연구에서 회귀분석의 가정을 검정한 결과 독립변수간의 다중공선성의 문제는 없었다. 회귀분석 시에 일반적 특성을 통제한 상태에서 자아통합감을 투입한 모형2에서는 자아통합감이 죽음불안에 유의한 영향 변수인 것으로 나타났다. 그러나 우울을 추가 투입한 회귀모형3에서는 자아통합감은 유의한 영향을 미치지 않는 것으로 나타났으며 이는 최종 모형에서도 동일

하였다. 본 연구에서 상관관계 분석결과를 통해 우울과 자아통합감의 단순상관계수의 크기가 우울과 죽음불안, 자아통합감과 죽음불안과의 단순상관계수보다 더 큰 것으로 나타났다. 이와 같이 다중공선성의 문제는 없으나 우울과 자아통합감의 단순상관계수가 크기 때문에 회귀 분석과정에서 우울이 자아통합감을 억제[32]하여, 자아통합감이 죽음불안에 유의한 영향을 미치지 않은 것이라 할 수 있다. 추후 연구에서는 이러한 점을 신중하게 검토할 것을 제안한다.

본 연구에서 노인 암 생존자의 죽음불안에 영향을 미치는 요인은 좋은 죽음에 대한 인식, 우울 수준 및 종교 유무였으며, 이들 3개 변수의 죽음불안에 대한 설명력은 16.4%로 나타나, 추후 연구에서는 본 연구에서 다루지 않은 변수를 포함하여 연구함으로써 죽음불안에 대한 영향력을 확인할 필요가 있다.

본 연구의 간호학적 유용성은 지역사회간호 현장에서 노인 암 생존자의 죽음불안에 영향을 미치는 요인을 자아통합감, 우울, 좋은 죽음에 대한 인식을 중심으로 파악한 점이다. 이러한 연구 결과는 지역사회 재가 노인 암 생존자의 죽음불안을 최소화시킬 수 있는 실증적 근거자료로서 유용하게 활용될 수 있을 것이다.

## 5. 결론 및 제언

본 연구는 노인 암 생존자의 죽음 불만에 영향을 미치는 요인을 파악하여 노인 암 생존자의 죽음불안 완화를 위한 중재방안 수립의 기초자료를 제시하기 위해 수행되었다.

연구 결과, 노인 암 생존자의 죽음 불만에 영향을 미치는 요인은 좋은 죽음에 대한 인식, 우울 수준 및 종교 유무였으며, 이 중 좋은 죽음에 대한 인식이 가장 큰 영향을 미치는 요인이었다. 본 연구를 통해 노인 암 생존자의 죽음불안을 완화시키기 위해서는 지역사회보건기관(보건소, 보건진료소)을 중심으로 좋은 죽음에 대한 인식도를 높일 수 있는 프로그램 및 죽음준비 교육과정의 체계적 운영이 필요하다. 또한 노인 암 생존자의 우울 예방 및 관리에 대해 각별한 관심과 적극적인 대책이 필요하다.

본 연구 결과를 토대로 다음과 같은 제언을 하고자 한다. 첫째, 노인 암 생존자의 죽음불안에 영향을 미치는 요인 중 본 연구에서 다루지 않은 변수의 영향력을 확인하기 위한 추가 연구가 필요하다.

둘째, 본 연구 결과를 토대로 노인 암 생존자 대상의

죽음준비교육 프로그램을 개발하여 죽음불안 완화 효과를 검증하는 연구가 필요하다.

## References

- [1] National Cancer Information Center. Retrived from, 2019. <http://www.cancer.go>
- [2] L. Sharpe, L. Curran, P. Butow, B. Thewes, "Fear of Cancer Recurrence and Death Anxiety", *Psycho-Oncology*, Vol.27, No.11, pp.2228-2565, November. 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1002/pon.4783>
- [3] G. Gonen, S. U. Kaymak, E. S. Cankurtaran, E. H. Karslioglu, E. Ozalp, H. Soygur, "The Factors Contributing to Death Anxiety in Cancer Patients" *Journal of Psychosocial Oncology*, Vol.30, No.3, pp.347-358, Mar, 2012. DOI: <http://dx.doi.org/10.1080/07347332.2012.664260>
- [4] M. S. Lee, "A Study on the Effects of Depression on Death Anxiety and the Moderating Effect of Life Satisfaction of Elders", *Journal of Welfare for the Aged*. No.49, pp.241-266, 2010.
- [5] F. Mullan, "Seasons of Survival : Reflections of a Physician with Cancer", *The New England Journal of Medicine*, Vol.313, No.4, pp.270-273, July, 1985. DOI: <http://dx.doi.org/10.1056/NEJM198507253130421>
- [6] H. S. Kwen, I. S. Suh, H. K. Kim, "Readiness for Death and Death Anxiety among Hospitalized Cancer Patients", *The Journal of Korea Contents Association*, Vol.13, No.9, pp.334-343, 2013. DOI: <https://doi.org/10.5392/JKCA.2013.13.09.334>
- [7] H. K. Suh, "The Relationship between Selected Personal Demographic Variables and the Four Dimension of Death Anxiety -difference between elderly group and non-elderly group-", *Korean Journal of Health Education and Promotion*, Vol.24, No.1, pp.109-125, 2007. DOI: <http://www.dbpia.co.kr/Article/NODE00956088>
- [8] K. H. Jo, B. S. Song, "Effect of Family Cohesion, Subjective Happiness and other Factors on Death Anxiety in Korean Elders", *Journal of Korean Academy of Nursing*, Vol.42, No.5, pp. 680-688, 2012. DOI: <https://doi.org/10.4040/jkan.2012.42.5.680>
- [9] K. E. Chang, "The Effects of Ego Integrity on Death Anxiety of the Elderly: Focusing on the Mediating Effect of Depression", *Korean Journal of Human Ecology*, Vol.20, No.5, pp.917-926, 2011. DOI: <https://doi.org/10.5934/KJHE.2011.20.5.917>
- [10] W. S. Choi, "A Study on the Elderly's Ego Integrity and Death Anxiety", *Journal of the Korean Gerontological Society*, Vol.27, No.4, pp.755-773, 2007.
- [11] H. S. Jang, "A Structural Equation Model for Successful Aging in Cancer Survivors", Master's thesis, Department of Nursing Graduate School Dankook University, Cheonan, Korea, pp.1, 2016.
- [12] S. H. Kim, K. S. Park, "A Meta Analysis on Variables Related to Death Anxiety of Elderly in Korea", *Korean Journal of Adult Nursing*, Vol.28 No.2, pp.156-168, 2016.
- [13] S. Y. Lee, L. H. Kim, S. Y. Kim, S. Kim, H. J. Yang, "Comparison of Depression and Quality of Life according to Nutritional Status in Elderly Cancer Patients Receiving Chemotherapy", *Asian Oncology Nursing*, Vol.18, No.2, pp.55-65, 2018. DOI: <https://doi.org/10.5388/aon.2018.18.2.55>
- [14] Y. E. Kwon, S. Y. Kim, "Factors Influencing the Death Anxiety of the Elderly Living Alone", *Journal of the Korea Academia-Industrial cooperation Society*, Vol.17, No.3, pp.262-269, 2016. DOI: <https://doi.org/10.5762/KAIS.2016.17.3.262>
- [15] C. C. Reyes-Gibby, L. A. Aday, K. O. Anderson, T. R. Mendoza, C. S. Cleeland, "Pain, Depression, and Fatigue in Community-Dwelling Adults With and Without a History of Cancer", *Journal of Pain and Symptom Management*, Vol.32, No.2, pp.118-128, 2006. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2006.01.008>
- [16] S. J. Kim. "Development on Nursing practice guidelines for the Nursing Home Residents' Well-dyin", Ph.D dissertation, College of Nursing The Graduate School of Korea University, Seoul, Korea, 2016.
- [17] M. S. Lee, "Effects of Participation in Dance sports Program on Well Dying: Focused on Death Awareness and Subjective Well-Being of the Elderly", *Journal of Sport and Leisure Studies*, Vol.0, No.71, pp.475~488, 2018.
- [18] J. A. Thoson, F. C. Powell, "A Revised Death Anxiety Scale", *Death Studies*, Vol.16, No.6, pp.507-521, 1992. DOI: <https://doi.org/10.1080/07481189208252595>
- [19] E. K. Park, "Development of an Instrument for the Measurement of Death Concern", Master's thesis, Department of Nursing Graduate School Korea University, Seoul, Korea, 1995.
- [20] M. N. Oh, "A Study On Self-Esteem, Death Anxiety And Depression Of The Elderly In Home And Facilities", Ph.D dissertation, The Graduate School Yeungnam University, Gyeongsan, Korea, pp.39-40, 2003.
- [21] J. Y. Hong, "Reminiscence Functions Predictors in the Elderly", Ph.D dissertation, Department of Psychology Grauate School of Ewha Womans's University, Seoul, Korea, pp.106-108, 2000.
- [22] B. S. Kee, "A Preliminary Study for the Standardization of Geriatric Depression Scale Short Form-Korean Verson", *Journal of the Korean Neuropsychiatric Association*, Vol.35, No.2, pp.298-307, 1996.
- [23] C. E. Schwartz, K. Mazor, J. Rogers, Y. Ma, G. Reed, "Validation of a New Measure of Concept of a Good Death.", *Journal Palliative Medicine*, Vol.6, No.4,

pp.575-584, 2003.

DOI: <https://doi.org/10.1089/109662103768253687>

- [24] H. S. Jeong, "Recognition towards Good Death among Physicians and Nurses in an Area", Master's thesis, Graduate School of Life Science Catholic University of Pusan, Korea, pp.16-17, 2010.
- [25] E. K. Im, T. Y. Jung, "Development of a Happiness scale for Korean Old People", *Journal of the Korean Gerontological Society*, Vol.29, No.3, pp.1141~1158, 2009.
- [26] J. S. Yoo, J. H. Kim, J. E. Kim, H. J. Kim, S. Y. Oh, D. U. Jeong, "Factors Influencing on the Happiness in Community-dwelling Older Adults in Korea", *The Korean Journal of Rehabilitation Nursing*, Vol.21, No.1, pp.12-21, 2018.  
DOI: <https://doi.org/10.7587/kirehn.2018.12>
- [27] G. T. Deilming, K. F. Bowman, S. Sterns, L. J. Wagner, B. Kahana, "Cancer-Related Health Worries and Psychological Distress Among Older Adult, Long Term Cancer Survivors", *Psycho-Oncology*, Vol.15, No.4, pp. 306-320, 2006.  
DOI: <https://doi.org/10.1002/pon.955>
- [28] J. H. Cho E. K. Choi, S. Y. Kim, D. W. Shin, B. L. Cho, C. H. Kim, J. H. Park, "Association between cancer stigma and depression among cancer survivors: a Nationwide survey in Korea", *Psycho-Oncology*, Vol.22, No.10, pp.2372-2378, 2013.  
DOI: <https://doi.org/10.1002/pon.3302>
- [29] E. J. Jeong, "The meaning of Life, Perception of Well Dying, and Attitudes toward Advance Directives among Older Cancer Patients", Master's thesis, Department of Nursing The Graduate School Pusan National University, Pusan, Korea, pp.30-31, 2018.
- [30] S. H. Yoo, "Good Death Concept and Death Education in Doctors in Korea", Ph.D dissertation, College of Medicine The Graduate School Seoul National University, Seoul, Korea, pp.103-105, 2014.
- [31] K. H. Kim, H. J. Kwon, M. H. Choi, Y. J. Park, S. K. Kim, "Psychological and Spiritual Factors Associated with Death Anxiety of Elderly People Living at Home", *Journal of Korean Academy of Psychiatric and Mental Health Nursing*, Vol.19, No.1, pp.96-105, 2010.  
DOI: <https://doi.org/10.12934/jkpmhn.2010.19.1.96>
- [32] I. S. Jeong, H. O. Ju, S. K. Hwang, J. M. Seo, Y. H. Jeong, "Data analysis & statistics for nursing research", p.353, Pusan National University, pp.215-216, 2004.

임 현 숙(Heon Suk Lim)

[정회원]



- 2019년 8월 : 충북대학교 간호학과 (간호학석사)
- 1992년 4월 ~ 현재 : 청주시 보건진료소 근무

<관심분야>

지역사회간호학

유 재 순(Jae Soon Yoo)

[정회원]



- 1982년 2월 : 서울대학교 보건대학원(보건학석사)
- 1997년 2월 : 서울대학교 대학원 간호학과(간호학박사)
- 2012년 3월 ~ 현재 : 충북대학교 간호학과 교수

<관심분야>

지역사회간호학, 지역사회건강증진, 지역사회정신건강