



저작자표시-비영리-변경금지 2.0 대한민국

이용자는 아래의 조건을 따르는 경우에 한하여 자유롭게

- 이 저작물을 복제, 배포, 전송, 전시, 공연 및 방송할 수 있습니다.

다음과 같은 조건을 따라야 합니다:



저작자표시. 귀하는 원저작자를 표시하여야 합니다.



비영리. 귀하는 이 저작물을 영리 목적으로 이용할 수 없습니다.



변경금지. 귀하는 이 저작물을 개작, 변형 또는 가공할 수 없습니다.

- 귀하는, 이 저작물의 재이용이나 배포의 경우, 이 저작물에 적용된 이용허락조건을 명확하게 나타내어야 합니다.
- 저작권자로부터 별도의 허가를 받으면 이러한 조건들은 적용되지 않습니다.

저작권법에 따른 이용자의 권리는 위의 내용에 의하여 영향을 받지 않습니다.

이것은 [이용허락규약\(Legal Code\)](#)을 이해하기 쉽게 요약한 것입니다.

[Disclaimer](#)

석사학위논문

요양병원 노인의 죽음불안, 사회적지지가 임종치료선호도에 미치는 영향

계명대학교 대학원
간호학과

정지훈

지도교수 박희옥

정지훈

2023년
8월

2023년 8월

요양병원 노인의 죽음불안, 사회적지지가 임종치료선호도에 미치는 영향

지도교수 박 희 옥

이 논문을 석사학위 논문으로 제출함

2 0 2 3 년 8 월

계 명 대 학 교 대 학 원

간 호 학 과

정 지 훈

정지훈의 석사학위 논문을 인준함

주 심 임 경 회

부 심 박 희 옥

부 심 김 덕 임

계 명 대 학 교 대 학 원

2 0 2 3 년 8 월

목 차

I. 서론	1
1. 연구의 필요성	1
2. 연구목적	3
3. 용어정의	4
II. 문헌고찰	6
1. 임종치료선호도	6
2. 죽음불안	8
3. 사회적지지	10
III. 연구방법	13
1. 연구설계	13
2. 연구대상	13
3. 연구도구	14
4. 자료수집	15
5. 자료분석	16
6. 윤리적 고려	16
IV. 연구결과	18
1. 대상자의 일반적 특성	18
2. 대상자의 죽음불안과 사회적지지 및 임종치료선호도의 정도	22
3. 대상자의 일반적 특성에 따른 임종치료선호도의 차이	24
4. 대상자의 죽음불안과 사회적지지 및 임종치료선호도의 상관관계	26
5. 대상자의 임종치료선호도에 미치는 영향	27
V. 논의	30
VI. 결론 및 제언	34

참고문헌	36
부 록	45
영문초록	55
국문초록	58

표 목 차

<표 1> 대상자의 일반적 특성	20
<표 2> 대상자의 죽음불안과 사회적지지 및 임종치료선호도의 정도	23
<표 3> 대상자의 일반적 특성에 따른 임종치료선호도의 차이	25
<표 4> 대상자의 죽음불안과 사회적지지 및 임종치료선호도의 상관관계	27
<표 5> 대상자의 임종치료선호도에 미치는 영향	29

I. 서론

1. 연구의 필요성

임종은 누구나 경험하는 자연적이고 정상적인 과정이나 그 과정과 결과를 예측하기 어렵고, 임종 중에 생명 연장을 위한 치료가 의미있는 것인지에 대한 여부가 이슈화되고 있다(김신미, 김순이와 김기숙, 2011). 노인의 74.8%가 의료기관에서 사망하고 있고, 노인의 임종 장소는 가정에서 의료기관으로 변화되고 있다(통계청, 2023). 노인의 좋은 죽음은 존엄한 대우를 받으며 가치관이나 신념, 자율성이 보장되는 것으로 인식되고 있으나(이명숙과 김윤정, 2013), 갑작스러운 건강 악화로 임종치료의 범위를 결정하지 못하면 좋은 죽음을 경험하기 어렵다(김미혜, 전제란과 홍성애, 2016).

좋은 죽음을 경험하기 위해 임종치료선호도를 확인하는 것이 필요한데(김은주와 이윤주, 2019), 임종치료선호도는 자신의 의학적 상태가 치료 불가능한 상황에서 어떤 방식의 생명연장술을 원하는지에 대한 개인 선호도를 밝히는 것이다(이윤정과 김신미, 2009). 이는 단순한 생명연장술에서 벗어나 대상자의 존엄사를 가능하게 하며, 임종 시 자신의 선호도에 따라 치료를 수행하기 위해 중요한 요소이다(김은주와 이윤주, 2019). 임종치료선호도가 높은 것은 임종기에 어떤 임종치료를 적극적으로 수행하고자 하는지에 대한 선호도를 명확하게 표현하는 것을 의미한다(김은주와 이윤주, 2019).

임종치료선호도는 가치관, 종교, 철학, 개인의 생활습관에 따라 다를 수 있으며, 죽음을 어떻게 이해하고 받아들이는지에 따라 달라질 수 있다(이미애, 2016). 노인은 자신의 가치관에 따라 생명연장술이나 기계적 장치 적용 없이 임종 경험을 원할 수 있고(김은주와 이윤주, 2019; 조추용, 2010), 임종치료선호도를 명확히 제시하여 계획적인 임종을 원할 수도 있어, 이에 대해 의료인의 파악과 이해가 중요하다.

최근 임종치료선호도와 관련된 선행연구는 임종치료선호도 도구개발 연구, 임종치료선호도와 임종치료간의 일치도 분석연구, 임종치료선호도와 돌봄선호도와의 관계 분석 연구 등이 보고되었다(유수정과 채영란, 2010; 조계화와 김균무, 2010; Gauthier, & Froman, 2001; McDonald et al., 2003; Schirm, & Sheehan, 2005; Schirm, Sheehan, & Zeller, 2008; Turley, Wang, Meng, Garrido, & Kanter, 2019). 한편, 임종치료선호도의 관련요인에 관한 연구로는 성인의 지식, 태도, 신념 및 문화 등에 따라 임종치료선호도를 명확히 표현 하는 것으로 나타났고(Steinhauser et al., 2000), 재가노인의 자기초월, 요양병원 노인의 자아통합감과 의료인과의 의사소통 능력, 복지관 노인의 죽음준비도가 높은 경우 임종치료선호도를 명확히 표현하는 것으로 나타났다(김애리, 2019; 백장미, 2021; 이미애, 2022; Chan & Pang, 2007).

한편, 요양병원 노인은 신체적, 인지적 제약으로 인해 재가노인보다 죽음불안을 강하게 느끼고(송양민과 유경, 2011), 죽음을 자주 직면하기 때문에 죽음불안이 더 높다(Azaiza, Ron, Shoham, & Gigini, 2010). 죽음불안은 죽음에 대한 공포나 혐오, 부정, 기피, 수용 등으로 죽어가는 과정에서 오는 두려움과 긴장, 존재의 정지를 의미하는 것으로(김연하와 김민주, 2019), 노년기 삶 전체에 가장 부정적인 영향을 미치는 요인으로 나타나(김애리, 2013), 죽음불안을 낮추는 것이 중요하다. 죽음불안은 노인의 신체기능 저하, 요양병원의 입소, 정신적 및 정서적 장애로 인해 가속화된다고(김영희와 임승희, 2021). 죽음불안이 높은 복지관 노인은 임종기중 임종치료선호도가 높은 것으로 보고되었으나(김애리, 2019), 죽음불안이 높은 요양병원 노인이 자신의 상태가 회복될 것을 기대하며 죽음의 고통과 공포에서 벗어나려 노력하는 것에 비해 이들의 죽음불안과 임종치료선호도와의 관계를 보고한 연구가 부재하여 확인할 필요가 있다.

또한, 요양병원 노인은 임종치료 받을 때 의료진과 의사소통을 하기 원하고(Chan & Pang, 2007), 의료인의 의학적 소견을 들으며 가족과 함께 의사결정하는 것을 중요하게 생각한다(정승윤, 이해정과 이성화, 2014). 그러나

요양병원 노인은 가족과 함께 생활하지 못하고 원할 때마다 면회하기 어려워 심리적 불안감과 고독감을 가지고 있어(임정숙, 2017) 의료인과의 적극적인 의사소통 및 가족의 의사결정 참여를 비롯한 사회적지지가 부족한 실정이다. 노인은 임종이 가까워질수록 사회적지지 중 가족지지에 많이 의존하는데(김순이와 이정인, 2009), 요양병원 노인은 가족과 분리되어 심리적 불안감과 고독감을 갖게 되어(최동숙과 이병숙, 2018), 의료인이나 환자 및 가족의지지 보완이 필요하다(임정숙, 2017). 요양병원 노인은 중요한 결정을 내릴 때 가족 혹은 친구들과 함께 의논하며 결정을 내리는 것을 원하지만(김은주와 이윤주, 2019), 장기입원일 경우 면회자 감소로 인해 가족과의 의논뿐만 아니라 친구들과 대면할 수 없어 사회적지지 어려운 실정이다(윤가빈, 지영주와 김윤지, 2010). 하지만 요양병원 노인환자는 의학적인 지식을 가지고 있는 의료인과 지속적인 소통을 통해 신뢰가 형성되어 자신의 임종을 선택할 때 도움을 줄 것으로 판단하여 의존도가 높다(Chan & Pang, 2007). 이에 노인의 사회적지지는 임종치료를 결정할 때 큰 매개체 역할을 한다고 사료되어, 요양병원 노인에게는 사회적지지 임종치료선호도에 미치는 영향과 관계를 규명할 필요가 있다.

따라서 본 연구는 요양병원 노인의 임종치료선호도를 파악하고, 죽음불안과 사회적지지 임종치료선호도에 미치는 영향을 분석하여, 노인의 임종기간호중재 가이드라인 개발에 필요한 기초자료를 제공하기 위하여 수행되었다.

2. 연구목적

본 연구의 목적은 요양병원 노인의 죽음불안, 사회적지지와 임종치료선호도의 관계를 파악하고, 임종치료선호도에 미치는 영향을 파악하는 것이다. 이를 위한 구체적인 목표는 다음과 같다.

- 1) 요양병원 노인의 일반적 특성을 파악한다.

- 2) 요양병원 노인의 죽음불안과 사회적지지 및 임종치료선호도 정도를 파악한다.
- 3) 요양병원 노인의 일반적 특성에 따른 임종치료선호도의 차이를 파악한다.
- 4) 요양병원 노인의 죽음불안과 사회적지지 및 임종치료선호도의 상관관계를 파악한다.
- 5) 요양병원 노인의 임종치료선호도에 미치는 영향을 파악한다.

3. 용어정의

1) 죽음불안

이론적 정의: 고립과 부동에 대한 공포, 고통에 대한 공포, 종말에 대한 공포, 장례와 부패에 대한 공포를 의미한다(고효진, 최지욱과 이홍표, 2006; Templer, 1970).

조작적 정의: 본 연구에서는 Templer (1970)가 개발한 죽음불안척도(Death Anxiety Scale; DAS)를 고효진 등(2006)이 변안한 도구로 측정된 값을 의미한다.

2) 사회적지지

이론적 정의: 사회적 관계를 통하여 개인이 타인으로부터 얻을 수 있는 긍정적 자원을 의미한다(Cobb, 1976).

조작적 정의: 사회적지지는 가족지지와 의료인지지를 의미하는 것으로 본 연구에서는 김옥수(1993)가 개발한 사회적지지 도구를 최영순(2008)이 수정, 보완한 사회적지지 도구를 사용하여 측정된 값을 의미한다.

3) 임종치료선호도

이론적 정의: 임종치료선호도는 자신의 의학적 상태가 치료 불가능한 상태에서 어떠한 내용의 생명연장술을 원하는지 개인의 선호도를 밝히는 것을 의미한다(이윤정과 김신미, 2009).

조작적 정의: 본 연구에서는 Gauthier와 Froman (2001)이 개발한 “Preferences for care near the end of life scale (PCEOL)” 도구를 이윤정과 김신미(2009)가 한국판으로 개발한 임종치료선호도 도구를 사용하여 측정한 값을 의미한다.

II. 문헌고찰

1. 임종치료선호도

임종치료선호도는 자신의 의학적 상태가 치료 불가능한 상태에서 어떠한 내용의 생명연장술을 원하는지 개인의 선호도를 밝히는 것으로 정의된다(이윤정과 김신미, 2009). 임종치료선호도는 환자 스스로 사전에 치료선호도를 파악하여 의사결정을 할 수 없을 때 환자의 선호도에 따라 계획된 케어를 하는데 많은 도움을 준다(Gauthier & Froman, 2001). 한국판 임종치료선호도는(PCEOL-K) 임종치료선호도를 알아보기 위한 측정도구로 자율적 의사결정, 의료인에 의한 의사결정, 영성, 가족, 통증의 5가지 하부요인으로 구성되어 있고 임종치료선호도가 높은 것은 임종기에 어떤 치료를 적극적으로 수행하고자 하는지에 대한 선호도를 명확히 표현하는 것을 의미한다(이윤정과 김신미, 2009). 또한 임종치료선호도가 확인이 된다면 대상자가 선호하는 임종치료를 할 수 있고 의료인과 가족 또한 대상자가 선호하는 치료 방향으로 임종까지 도와줄 수 있다(김은주와 이윤주, 2019).

노인은 스스로 의사결정을 할 수 있을 때 임종치료선호도를 작성해둔다면 임종기에 대상자와 의료인, 그리고 보호자 모두에게 도움이 될 수 있으며 미리 작성해둔 임종치료선호도를 가지고 양질의 치료 계획을 제공할 수 있다(Williams et al., 2020). 노인이 임종치료선호도를 구체적으로 작성하기 위해서는 임종 시 어떤 치료를 원하고, 원하지 않는지 명확히 인지할 필요가 있다(Vleminck, Batteauw, Demeyere, & Pype, 2018). 요양병원 노인은 임종치료 시 무의미하고 인위적인 생명연장과 자율적 의사결정을 선호하지 않고(김은주와 이윤주, 2019), 자율적 의사결정이 노인에게 자율성 권한을 부여하기보단 부담감을 주는 것으로 나타났으며(Yu, Chae, Choi, & Kim, 2013), 죽음에 대한 걱정보다 죽어가는 과정에서 남겨지는 사람들이 더 많이 걱정되는 것으로 나타났다(Fleming, Farquhar, Brayne, & Barclay,

2016). 노인은 임종치료에 대해 논의할 의사가 있으며(Fleming et al., 2016), 임종 시 일반적으로 의사결정을 선택할 때 질병에 대한 지식이 충분하다면 의사결정에 보다 적극적으로 논의하기를 원한다(Gauthier, 2005).

임종치료선호도에 관한 선행연구를 살펴보면, 재가노인을 대상으로 시행한 임종치료선호도 연구에서는 하위 항목으로 통증 3.97점, 가족 3.73점, 영성 3.40점, 의료인에 의한 의사결정 2.90점, 자율적 의사결정 2.67점의 순으로 나타났다(이정인과 김순이, 2016). 시설노인을 대상으로 시행한 임종치료선호도 연구에서는 통증 3.77점, 가족 3.69점, 의료인에 의한 의사결정 3.35점, 영성 3.28점, 자율적 의사결정 2.53점의 순으로 나타났다(이재희, 2013). 만성질환 노인을 대상으로 시행한 임종치료선호도 연구에서는 통증관련 치료를 4.21점, 가족 4.02점, 의료인에 의한 의사결정 3.96점, 영성 3.53점, 자율적 의사결정 2.06점의 순으로 나타나(유수정과 채영란, 2010), 통증의 하위항목에서 임종치료선호도 정도가 일관되게 높은 것으로 나타났다.

노인은 통증을 완화시키는 것을 무엇보다 중요시 하였고, 인위적인 생명 연장인 자율적 의사결정을 선호하지 않는다(이재희, 2013; 이정인과 김순이, 2016). 특히 임종치료선호도 중 통증영역에서 “임종이 당겨지는 한이 있더라도 통증이 없기를 원한다.”라는 문항의 선호도를 가장 높은 점수로 나타난 것은(백장미, 2021), 노인들은 죽음을 앞당기더라도 통증을 감소시키고 싶어하는 것을 의미할 수 있다. 또한, 시설노인과 만성질환 노인이 재가노인보다 의료인에 의한 의사결정을 더 선호하는 것으로 나타났는데, 일상생활이 가능한 재가 노인에 비해, 만성질환 노인이나 시설노인의 경우 지속적인 의료인의 도움을 받아야하기 때문이다(김은주와 이윤주, 2019).

노인을 대상으로 임종치료선호도의 영향요인을 분석한 선행연구를 살펴보면 성별, 연령, 교육수준, 결혼상태, 소득수준, 중환자실 입원 경험, 입원 기간, 주 상병이 임종치료선호도에 영향을 미치는 것으로 나타났다(김애리, 2019; 윤선영과 강지연, 2013; 이미애, 2022). 또한, 임종치료선호도는 죽음불안과 밀접한 관련이 있는 것으로 나타났는데, 성인을 대상으로 시행한 임종치료선호도 연구에서는 죽음불안이 높을수록 임종치료선호도를 명확히

표현하였다(김신미 등, 2011). 복지관 노인을 대상으로 시행한 임종치료선호도 연구에서는 죽음불안이 높을수록 임종치료선호도를 명확히 표현하였고(김애리, 2019), 시설 노인을 대상으로 시행한 임종치료선호도 연구에서는 죽음불안이 높을수록 임종치료선호도를 명확히 표현하였다(이재희, 2013). 이를 통해 노인은 죽음불안이 높을수록 임종치료선호도를 명확히 표현하기를 원하였고, 죽음불안이 임종치료선호도를 명확히 표현하는데 중요한 내적 인자로 나타났다.

한편, 요양병원 노인은 입원장기화에 따라 신체적, 심리적 변화로 인해 의존적 특성을 가지게 된다(전보영, 김홍수와 권순만, 2016). 가족과 의료인은 노인의 임종기 의사결정시기에 영향을 미치는 것으로 나타났으며(백장미, 2021), 특히 가족은 환자의 질병이 악화된 상태에서 의사소통을 통해 신속한 의사결정을 내려 환자의 고통과 불안감을 줄이는 역할을 수행한다(Moore, Sampson, Kupeli, & Davies, 2020). 노인의 연명치료시행 및 완화치료를 결정하는 것은 성인 자녀와의 의사소통에서 영향을 받는다고 보고된 것처럼(어유경과 김순은, 2018), 사회적지지는 임종치료 영역에서 중요한 요인임을 알 수 있다. 이와 같이 노인은 인구사회학적 특성 및 질병 상태에 따라 임종치료선호도에 차이가 있는 것으로 나타나 요양병원 노인을 대상으로 임종치료선호도의 정도와 관련요인을 확인하고 대상자의 요구에 적합한 임종치료를 개발하는 것이 의미가 있다.

2. 죽음불안

죽음은 모든 사람들이 언젠간 겪는 과정이며, 삶과 죽음은 떼어낼 수 없는 관계로서, 죽음에 대한 불안은 시대와 특정문화를 불문하고 누구나 가지는 보편적인 감정이다(김인태, 2018). 죽음불안은 죽음에 대한 공포나 혐오, 부정, 수용 등의 부정적인 정서 상태를 의미하는 것으로, 죽어가는 과정에서 오는 두려움과 긴장, 존재의 정지이다(김연하와 김민주, 2019; 신경일과 김두길, 2018). 죽음불안은 인간이 유한성이 있음을 인지하였을 때부터 시

작되는 불안이며, 죽음의 순간에서만 경험하는 것이 아니라 평생 시 생활 속에서도 경험한다(박선애와 허준수, 2012).

노년기에 모든 심리적 불안의 근원은 죽음불안과 관련되어 있어, 노인에게 있어 죽음불안은 중요한 변인으로 작용한다(송양민과 유경, 2011). 노인의 죽음불안은 노화과정에서 자신의 남은 삶이 짧다는 것을 느끼며 죽음에 대해 진지하게 생각하고, 타인과 자신의 죽음 앞에서 가지게 되는 공포와 불안이다(이현지와 조계화, 2006; 조계화와 송병숙, 2012). 하지만 노인이 죽음불안을 이해하고 받아들인다면 남은 삶 속에서 발생하는 다양한 변화들 또한 긍정적이고 적극적으로 받아들일 수 있다(한미정, 2002).

죽음불안은 Templer(1970)가 개발하고 고효진 등(2006)이 번안한 죽음불안척도를 사용하여 측정했을 때 성인의 경우 5점 만점에 3.04점(김숙과 한정란, 2012), 노인은 3.22점(김애리, 2019), 지역사회 노인은 3.37점(김귀분과 최연주, 2014), 요양병원 노인은 3.83점(서윤주, 김승비와 최용민, 2021)으로 다양하게 나타났으며, 대체로 성인에 비해 노인의 죽음불안 점수가 높았고 특히 요양병원 노인의 죽음불안이 가장 높게 나타났다.

노인의 죽음불안은 성별, 연령, 학력, 종교, 경제상태, 사회활동 등의 수준에 따라 차이가 있다(이예종, 2005). 남성 노인의 죽음불안은 신체활동, 문해수준, 사회활동에 따라 다르게 나타났고, 여성의 죽음불안은 신체활동 및 사회활동에 따라 다르게 나타났다(Adelirad et al., 2021). 재가 노인과 시설 노인의 죽음불안을 살펴본 연구에서 노인은 상실에 대해서는 비교적으로 수용적이나 질병, 통증 및 경제적 부담감 등으로 인해 죽음불안 수준이 높은 것으로 나타났다(오미나와 최외선, 2005).

성인을 대상으로 죽음불안과 임종치료선호도에 대한 관계를 확인한 선행 연구에서는 죽음불안은 임종치료선호도의 자율적 의사결정($r=.203, p<.001$)과 양의 상관관계를 나타냈다(김신미 등, 2011). 노인을 대상으로 죽음불안과 임종치료선호도에 대한 영향요인을 확인한 선행연구에서는 죽음불안이 임종치료선호도의 하위 항목에서 자율적 의사결정($\beta=-.196, p=.001$), 의료인에 의한 의사결정($\beta=.363, p<.001$), 가족($\beta=.261, p<.001$)에 영향을 미치는

것으로 나타났으나, 요양병원의 특성을 고려한 노인을 대상으로 죽음불안과 임종치료선호도의 관계를 분석한 연구가 부재한 실정이다.

3. 사회적지지

사회적지지는 개인이 외부로부터 얻는 자원으로 경제적, 정서적 및 기타 정보를 타인으로부터 제공받고 경험하는 것이다(Bovier, Chamot, & Perneger, 2004). 사회적지지는 제공해 주는 사람에 따라 다르며 제공자를 분류한다면 친구, 배우자 및 친척 등의 사람들을 비공식적 체계라고 하고 의료인, 사회복지사 등의 전문가들로부터 받는 지지는 공식적 체계라고 분류할 수 있다(최원자, 2020). 이처럼 사회적지지는 대상자에게 지지를 제공해줄 수 있는 모든 것을 뜻하며, 사회적지지의 정의는 학자마다 조금씩 다르게 정의되고 있다.

노인은 신체적, 심리적 약화로 인해 역할을 상실하고 사회적 관계가 축소되는 것을 경험한다(김원경, 2001). 사회적지지는 노인의 신체적, 심리적, 사회적 문제를 완화하여 다른 발달 단계보다 관심과 요구가 필요하여 사회적지지 요구도가 높으며, 사회적지지가 노인의 변화나 위기를 도와줄 수 있다(박성희와 이지현, 2006). 노인은 일생의 변화로 사회적지지가 감소하고 가족 구성원과의 접촉 기회도 감소한다(장수지, 2010). 사회적지지가 좋은 노인은 그렇지 않은 노인보다 대처 능력이 좋은 것으로 나타났다(Krause, 2004).

사회적지지의 수준은 사용한 도구에 따라 다르나 김옥수(1993)의 사회적지지 도구를 사용하여 측정한 연구에서 투석환자는 총점 5점 만점에 사회적지지의 하위 항목인 가족지지 3.92점, 의료인지지 3.93점(노성배, 임효남, 이미향과 김두리, 2019), 만성 신부전 환자는 3.79점(김지영 등, 2004), 노인 암 환자는 가족지지 4.38점, 의료인지지 4.20점(김경옥과 김정아, 2017)으로 나타나 노인의 사회적지지가 투석환자나 만성신부전 환자보다 높게 나타났다. 한편, 본 연구와는 다른 도구를 사용하여 직접비교는 어려우나, 박지원

(1985)이 개발하고, 홍주우(1999)가 수정, 보완한 사회적지지 도구를 사용하여 측정한 연구에서 노인을 대상으로 125점 만점에 85.30점(홍주우, 1999), 재가 노인은 80.50점(김은영, 2011), 요양병원 노인은 88.82점(최동숙과 이병숙, 2018)으로 나타나 요양병원 노인의 사회적지지가 일반 노인이나, 재가노인보다 높게 나타났다.

노인은 임종이 가까워질수록 사회적지지 중 대부분이 가족 구성원으로부터 지지를 받게 되는데(김순이와 이정인, 2009), 이는 노인의 병원비, 치료과정결정 등으로 경제적, 심리적 부담이 되어, 직접적으로 도와주는 사람은 가족 구성원이라고 생각하기 때문이다(김주연과 김계하, 2014). 또한 자신이 더 이상 의사표현을 하지 못할 때 치료와 간호에 대한 최종결정을 가족이 대신 해주길 원하는 것으로 보고되어(Carmel & Mutran, 1999), 의사표현을 하기 어려운 임종치료시에도 사회적지지가 중요하고 두 변수간에 관계가 있을 것으로 사료된다.

한편, 요양병원 노인은 임종치료결정시 가족보다 의료인에게 의존하는 경향이 높은 것으로 나타났다(김은주와 이윤주, 2019). 노인은 요양병원에 입원했을 때 가족보다 의료인과 함께하는 시간이 길고, 장기간 입원할 경우 가족의 내원 횟수가 줄어들어 의사소통이 원만하지 않기에 의료인의 중재역할이 치료에 좋은 결과를 만들어줄 것이라 믿고 의존적인 특성을 더 보이는 것으로 나타났다(Evans, Pasman, Deeg, Onwuteaka-Philipsen, & EURO, 2014). 사회적지지가 높을수록 연명치료를 원하지 않는 것으로 나타났다는데, 이는 남아있는 가족에게 민폐와 경제적 피해를 주지 않기 위함이다(윤명숙과 김준수, 2015; 정승윤 등, 2014).

이와 같이 노인의 가족지지는 관심 이해 및 위로를 전달하여 실질적인 도움을 주는 것으로 보고되었고, 자신의 건강 문제를 결정할 때 가족지지는 연명치료 중단에 대한 태도에 영향을 미치는 것으로 보고되었으나(김현숙과 신성례, 2017), 요양병원 노인을 대상으로 사회적지지가 임종치료선호도와 의 관계를 보고한 연구는 부재한 실정이다. 요양병원 노인의 가족지지를 포함한 사회적지지가 중요하고 이러한 지지는 임종치료에 관한 주요 사항

을 결정하는데에도 영향을 미치는 것으로 추정할 수 있으므로 두 개념간의 관계를 확인한 것이 의미가 있겠다.

Ⅲ. 연구방법

1. 연구설계

본 연구는 요양병원 노인의 죽음불안, 사회적지지가 임종치료선호도에 미치는 영향을 확인하기 위한 서술적 조사 연구이다.

2. 연구대상

본 연구의 대상자는 D광역시 소재 요양병원 2개 곳에서 입원한 노인환자를 대상으로 하였다. 대상자 수는 G*power 3.1.9.4 프로그램을 이용하여 산출하였다. 요양병원 노인의 임종치료선호도를 조사한 선행연구(백장미, 2021)의 결과에 근거하여 중간 정도의 효과크기 .15로 설정하였고, 유의수준 .05, 검정력 .80, 예측변수 16개로 설정하였을 때 연구에 필요한 최소 표본 수는 143명이 산출되었다. 탈락률 10%를 고려하여 총 159명에게 설문지를 배부하였으며, 응답이 불충분한 4부를 제외하고 총 155부를 최종 분석하였다. 본 연구에 참여하는 대상자의 선정기준은 다음과 같다.

- 1) 요양병원에 입원중인 65세 이상인 자
- 2) 의사소통이 가능하고 간이정신 상태검사(Korean Mini-Mental State Examination, K-MMSE) 측정 값이 24점 이상으로 인지장애가 없는 자(권용철과 박종환, 1989; Folstein, Folstein, & Mchugh, 1975)
- 3) 우울증, 정신지체 및 정신분열증 등 주요 정신 질환이 없는 자
- 4) 본 연구의 목적을 이해하고 자발적으로 서면 동의한 자

3. 연구도구

1) 대상자 특성

대상자 특성은 일반적 특성으로 성별, 연령, 최종 학력, 종교, 월평균소득으로 총 5문항이며, 요양병원관련 특성으로 입원 전 동거여부, 현 요양병원 총 입원 수, 현 요양병원 입원 기간, 면회 횟수, 중환자실 입원경험으로 총 5문항이다. 건강관련 특성으로 건강 상태 지각, 일상생활능력, 입원 시 주상병, 질병중증도로 총 4문항으로 대상자 특성은 총 14문항으로 구성하였다.

2) 죽음불안

죽음불안은 Templer(1970)가 개발한 죽음불안척도(Death Anxiety Scale; DAS)를 고효진 등(2006)이 한국인에게 맞게 번안한 도구로 측정하였다. 죽음불안 도구는 총 15문항으로 1, 2, 3, 6, 7, 15번은 역문항이다. 응답범주는 '매우 그렇다' 5점, '조금 그렇다' 4점, '그렇다' 3점, '그렇지 않다' 2점, '전혀 그렇지 않다' 1점으로 구성된 5점 Likert척도이며, 점수가 높을수록 죽음불안이 높은 것을 의미한다. Templer(1970)연구에서 도구의 신뢰도 Cronbach's α 는 .83이었고, 고효진 등(2006)의 연구에서는 Cronbach's α .80이었다. 본 연구에서 Cronbach's α 값은 .70이었다.

3) 사회적지지

사회적지지는 김옥수(1993)가 개발한 사회적지지 척도를 최영순(2008)이 만성신부전환자에 맞게 수정, 보완하여 작성한 도구로 측정하였다. 사회적지지 도구는 가족지지 12문항과 의료인지지 8문항, 총 20문항으로 구성되었다. 응답범주는 '매우 그렇다' 5점, '대체로 그렇다' 4점, '보통이다' 3점, '대체로 그렇지 않다' 2점, '전혀 그렇지 않다' 1점으로 구성된 5점 Likert척도이

며, 측정점수가 높을수록 사회적지지 정도가 높음을 의미한다. 도구개발 당시 김옥수(1993)의 연구에서 신뢰도 Cronbach's α 값은 .94이었고, 최영순(2008)의 연구에서는 Cronbach's α 값은 .94이었다. 본 연구에서 Cronbach's α 값은 .80이었다.

4) 임종치료선호도

Gauthier와 Froman (2001)이 개발한 임종치료선호도(Preferences for Care Near the End of Life scale: PCEOL)”을 이윤정과 김신미(2009)가 번역하고 수정, 보완한 한국어판 임종치료선호도 도구(PCEOL-K)로 측정하였다. 이 도구는 자율적 의사결정 8문항, 영성 6문항, 가족 5문항, 의료인에 의한 의사결정 4문항, 통증 3문항으로 총 26문항이며, 1, 2, 4, 6, 15번은 역문항이다. 본 도구는 5점 Likert 척도로 ‘매우 그렇다’ 5점, ‘그렇다’ 4점, ‘보통이다’ 3점, ‘아니다’ 2점, ‘매우 아니다’ 1점으로 점수가 높을수록 임종치료선호도를 명확히 표현하는 것을 의미한다(이윤정과 김신미, 2009). 본 도구는 Gauthier와 Froman (2001) 연구에서 개발 당시 Cronbach's α 값은 .68 ~ .91이었고, 이윤정과 김신미(2009)의 연구에서는 Cronbach's α 값은 .42 ~ .89이었다. 본 연구에서 Cronbach's α 값은 .48 ~ .81이었다.

4. 자료수집

본 연구의 자료수집은 IRB승인 받은 후 연구자가 D광역시 소재 200병상 이상인 요양병원 34곳을 기관장에게 전화로 연락하여 연구목적과 방법에 대해 설명하고 방문을 허락한 2개 요양병원에서 진행하였다. 자료수집은 IRB 승인 후 2023년 1월 9일부터 3월 9일까지, 2개월간 수행되었다. 본 연구자는 대상자에게 자료수집에 대해 설명하고 참여에 대한 서면동의를 받은 후 연구의 목적과 자료수집 방법을 설명하였다. 요양병원에 입원 중인 노인 환자 159명에게 연구의 목적과 개인정보 보호 관리 등을 설명한 후 자발적

으로 연구에 참여 의사를 밝힌 대상자에게 서면동의를 받고 진행하였다.

본 연구는 대상자가 자가 보고식 설문지를 통해 자료수집을 하였으며, 설문지 작성의 어려움이 있는 경우 설문지의 내용을 읽어주고 대상자의 응답을 대신 표기하였다. 설문지 작성 시 소요된 시간은 20-30분 정도 소요되었으며, 설문 조사를 마친 대상자에게는 5,000원 상당의 답례품을 제공하였다. 설문지 배부 및 수거 시 불투명하고 밀봉이 가능한 봉투를 사용하여 비밀보장을 유지하였다.

5. 자료 분석

수집된 자료는 부호화하여 SPSS 27.0 program을 이용하여 다음의 통계 방법으로 분석하였다.

- 1) 대상자의 일반적 특성을 파악하기 위하여 빈도, 백분율, 평균과 표준편차로 분석하였다.
- 2) 대상자의 죽음불안과 사회적지지 및 임종치료선호도의 정도를 확인하기 위하여 평균과 표준편차로 분석하였다.
- 3) 대상자의 일반적 특성에 따른 임종치료선호도의 차이를 비교하기 위해 t-test와 ANOVA로 분석하고 Scheffe test로 사후검정을 실시하였다.
- 4) 대상자의 죽음불안과 사회적지지 및 임종치료선호도의 상관관계는 Pearson correlation coefficients로 분석하였다.
- 5) 대상자의 임종치료선호도에 미치는 영향을 알아보기 위하여 위계적 다중회귀분석(Hierarchical multiple regression analysis)으로 분석하였다.

6. 윤리적 고려

본 연구는 계명대학교 생명윤리위원회(Institutional Review Board, IRB)로부터 연구승인(40525-202207-HR-038-03)을 받은 후 자료수집을 진행하

였다. 자료수집을 승인한 요양병원에서 연구자가 대상자에게 연구의 목적과 참여 방법을 설명했으며, 자발적으로 연구에 참여 의사를 표시한 대상자에게 서면동의를 받아 진행하였다. 본 연구의 대상자들에게 수집된 자료는 연구목적으로만 사용됨과 모든 개인정보는 식별이 가능한 코드로 변경하여 개인정보 노출을 최소화할 것임을 설명하였다. 수집된 자료는 대상자의 비밀보장을 위해 잠금 번호가 설정되어있는 연구자의 개인 노트북을 사용하여 직접 코딩과 통계처리를 하였다. 연구자료는 잠금장치가 있는 곳에 생명윤리법 시행규칙 제 15조에 의거하여 3년간 보관 후 분쇄방법으로 완전폐기 처분할 예정이다.

IV. 연구결과

1. 대상자의 일반적 특성

본 대상자의 일반적 특성은 <표 1>과 같다. 일반적 특성 중 성별은 여자 83명(53.5%), 남자 72명(46.5%)이었으며, 연령은 66세에서 최고 93세까지 분포하였고, 평균 연령은 78.16±6.88세로 80세 이상이 55명(35.5%)로 가장 많았다. 최종 학력은 초졸 이하 60명(38.6%), 고졸 37명(23.9%), 중졸 28명(18.1%), 대졸이상 30명(19.4%) 순이었다. 종교는 기독교와 천주교 60명(38.6%), 불교 46명(29.7%), 무교 39명(25.2%), 기타(신천지, 남녀호랑개교) 10명(6.5%) 순이었고, 월평균 소득은 100만원 미만 대상자가 69명(44.6%)으로 가장 많았으며, 100만원부터 200만원 미만 대상자가 54명(34.8%), 200만원 이상 대상자가 32명(20.6%) 순이었다.

요양병원 관련 특성 중 입원 전 동거여부는 유 106명(68.4%), 무 49명(31.6%) 순이었고, 동거인은 자녀 64명(48.9%), 배우자 49명(37.4%), 기타(부모, 형제, 조카) 18명(13.7%) 순이었다. 요양병원 총 입원 수는 2회 64명(41.2%)으로 가장 많았으며, 1회 50명(32.3%), 3회 이상 41명(26.5%) 순이었고, 현 요양병원 입원기간은 12개월 이상 24개월 미만이 55명(35.5%), 6개월 이상 12개월 미만이 53명(34.2%), 24개월 이상이 47명(30.3%) 순이었고, 평균 입원기간은 19.00±11.79개월이다. 면회 횟수는 월 1회 이상이 109명(70.3%), 월 1회 미만 32명(20.6%), 없다 14명(9.1%) 순이었다. 중환자실 입원 경험은 무 111명(71.6%), 유 44명(28.4%) 순으로 나타났다.

건강관련 특성 중 건강상태 지각은 나쁨 105명(67.8%), 보통 38명(24.5%), 좋다 12명(7.7%) 순이었고 일상생활능력은 전적인 도움이 67명(43.2%)으로 가장 많았으며, 약간도움 46명(29.7%), 완전자립 42명(27.1%) 순이었다. 입원 시 주 상병은 뇌신경계 질환 48명(22.6%), 폐 질환 46명(21.7%), 심혈관계 질환 44명(20.8%), 당뇨 34명(16.0%), 기타 22명(10.4%),

암 18명(8.5%) 순이었고, 질병 중증도는 의료 고도 이상 44명(28.4%), 의료
경도 39명(25.2%), 의료 중도 38명(24.5%), 문제행동, 인지장애, 신체 기능
저하군 34명(21.9%) 순이었다.

<표 1> 대상자의 일반적 특성

(N=155)

분류	구분	빈도	백분율	평균±표준편차
일반관련 특성	성별			
	남자	72	46.5	
	여자	83	53.5	
	연령(세)			78.16±6.88
	65~70이하	22	14.2	
	71~75이하	43	27.7	
	76~80이하	35	22.6	
	81 이상	55	35.5	
	최종 학력			
	초졸 이하	60	38.6	
	중졸	28	18.1	
	고졸	37	23.9	
	대졸 이상	30	19.4	
	종교			
기독교, 천주교	60	38.6		
불교	46	29.7		
무교	39	25.2		
기타(신천지, 남녀호랑개교)	10	6.5		
월평균소득				
100만원 미만	69	44.6		
100~200만원 미만	54	34.8		
200만원 이상	32	20.6		
요양병원 관련 특성	입원 전 동거여부			
	유	106	68.4	
	무	49	31.6	
	동거인*			
	배우자	49	37.4	
	자녀	64	48.9	
	기타(부모, 형제, 조카)	18	13.7	
	요양병원 총 입원 수			
	1회	50	32.3	
	2회	64	41.2	
	3회 이상	41	26.5	
현 요양병원 입원 기간			19.00±11.79	
6~ 12개월 미만	53	34.2		
12~ 24개월 미만	55	35.5		
24개월 이상	47	30.3		

*다중응답 항목, n=131

(표 계속)

<표 1> 대상자의 일반적 특성(계속)

(N=155)

분류	구분	빈도	백분율	평균±표준편차
요양병원 관련 특성	면회 횟수			
	월 1회 미만	32	20.6	
	월 1회 이상	109	70.3	
건강관련 특성	없다	14	9.1	
	중환자실 입원 경험			
	유	44	28.4	
	무	111	71.6	
	건강 상태 지각			
	나쁨	105	67.8	
	보통	38	24.5	
	좋다	12	7.7	
	일상생활능력			
	완전자립	42	27.1	
약간 도움	46	29.7		
전적인 도움	67	43.2		
입원 시 주 상병 [†]				
폐 질환	46	21.7		
심혈관계 질환	44	20.8		
뇌신경계 질환	48	22.6		
당뇨	34	16.0		
암	18	8.5		
기타 [‡]	22	10.4		
질병 중증도				
의료 고도 이상	44	28.4		
의료 중도	38	24.5		
의료 경도	39	25.2		
문제 행동, 인지장애, 신체 기능저하군	34	21.9		

[†] 다중응답 항목, n=212

[‡] 만성 신부전, 심근증, 요로감염, 척추관 협착증

2. 대상자의 죽음불안과 사회적지지 및 임종치료선호도의 정도

본 연구 대상자의 죽음불안과 사회적지지 및 임종치료선호도의 정도는 <표 2>와 같다. 대상자의 죽음불안은 5점 만점이며, 하위영역에 따라 평균과 표준편차는 죽음 연관사건에 대한 두려움 3.28 ± 0.56 , 짧은 시간 지각 3.26 ± 0.87 , 죽음에 대한 두려움은 3.09 ± 0.54 , 죽음 생각 부인은 2.77 ± 0.91 으로 나타났으며, 전체 평균은 3.15 ± 0.43 으로 파악되었다.

대상자의 사회적지지는 5점 만점이며, 하위영역에 따라 평균과 표준편차는 의료인지지 3.22 ± 0.57 , 가족지지 3.17 ± 0.53 으로 나타났으며, 전체 평균은 3.19 ± 0.45 으로 파악되었다.

대상자의 임종치료선호도는 5점 만점이며, 하위영역에 따라 평균과 표준편차는 통증요인 3.67 ± 1.02 , 영성요인 3.43 ± 0.72 , 가족요인 3.19 ± 0.55 , 의료인에 의한 의사결정 2.92 ± 0.64 , 자율적 의사결정 2.72 ± 0.46 으로 나타났으며, 전체 평균은 3.11 ± 0.30 으로 파악되었다.

<표 2> 대상자의 죽음불안과 사회적지지 및 임종치료선호도의 정도

(N=155)

하위영역	평균±표준편차	최소값	최대값
죽음불안			
죽음에 대한 두려움	3.09±0.54	1.00	5.00
죽음 생각 부인	2.77±0.91	1.00	5.00
짧은 시간 지각	3.26±0.87	1.00	5.00
죽음 연관사건에 대한 두려움	3.28±0.56	1.00	5.00
전체	3.15±0.43	1.00	5.00
사회적지지			
가족지지	3.17±0.53	1.00	5.00
의료인지지	3.22±0.57	1.00	5.00
전체	3.19±0.45	1.00	5.00
임종치료선호도			
자율적 의사결정	2.72±0.46	1.00	5.00
의료인에 의한 의사결정	2.92±0.64	1.00	5.00
가족	3.19±0.55	1.00	5.00
영성	3.43±0.72	1.00	5.00
통증	3.67±1.02	1.00	5.00
전체	3.11±0.30	1.00	5.00

3. 대상자의 일반적 특성에 따른 임종치료선호도의 차이

대상자의 일반적 특성에 따른 임종치료선호도 차이는 <표 3>과 같다. 대상자는 일반관련 특성에서 월평균소득($F=3.63, p=.029$)에 차이가 있었다.

요양병원 관련특성에서는 입원 전 동거여부($t=2.87, p=.005$)와 현 요양병원 입원기간($F=6.84, p=.001$) 및 중환자실 입원 경험($t=3.24, p=.002$)에 차이가 있었다.

건강관련 특성에서는 건강 상태 지각($F=4.26, p=.016$)과 일상생활능력($F=3.16, p=.045$) 및 질병 중증도($F=4.81, p=.003$)에 따라 유의미한 차이가 있었다.

사후 분석 결과, 월 평균 소득은 100만원 미만, 100~200만원 미만, 200만원 이상보다 임종치료선호도를 명확히 표현하였고 현 요양병원 입원기간은 24개월 이상, 6~12개월 미만, 12~24개월 미만보다 임종치료선호도를 명확히 표현하였다. 건강관련 특성 중 건강 상태 지각은 나쁨이 좋다는 것보다 보통보다 임종치료선호도를 명확히 표현하였고 일상생활능력은 전적인 도움이 완전자립과 약간도움보다 임종치료선호도를 명확히 표현하였으며, 질병 중증도는 의료 정도가 의료 중도와 문제행동, 인지장애, 신체 기능 저하군 및 의료고도이상보다 임종치료선호도를 명확히 표현하는 것으로 나타났다. 그러나 연령, 최종학력, 종교, 현 요양병원 입원 수, 면회 횟수는 사후분석 결과에서 유의한 차이가 없었다.

<표 3> 대상자의 일반적 특성에 따른 임종치료선호도의 차이

(N=155)

분류	구분	임종치료 선호도		
		평균±표준편차	t or F	p (Scheffe)
일반관련 특성	성별			
	남자	3.14±0.34	0.88	.380
	여자	3.09±0.26		
	연령(세)			
	65~70이하	3.09±0.28	0.51	.679
	71~75이하	3.10±0.38		
	76~80이하	3.11±0.23		
	81세 이상	3.04±0.26		
	최종 학력			
	초졸 이하	3.19±0.27	2.28	.082
	중졸	3.04±0.36		
	고졸	3.08±0.35		
	대졸 이상	3.06±0.21		
	종교			
	기독교, 천주교	3.09±0.28	0.60	.610
	불교	3.16±0.31		
	무교	3.10±0.33		
	기타(신천지, 남녀호랑개교)	3.10±0.27		
	월평균소득			
	100만원 미만 ^a	3.15±0.24	3.63	.029 (c<a)
	100~200만원 미만 ^b	3.14±0.31		
	200만원 이상 ^c	2.99±0.37		
	요양병원 관련 특성	입원 전 동거여부		
유		3.07±0.31	2.87	.005
무		3.21±0.27		
현 요양병원 총 입원 수				
1회		3.13±0.22	0.47	.625
2회		3.13±0.31		
3회 이상		3.08±0.37		
현 요양병원 입원 기간				
6~ 12개월 미만 ^a		3.03±0.30	6.84	.001 (a<c)
12~ 24개월 미만 ^b		3.09±0.35		
24개월 이상 ^c		3.23±0.17		

(표 계속)

<표 3> 대상자의 일반적 특성에 따른 임종치료선호도의 차이(계속)

(N=155)

분류	구분	임종치료 선호도		
		평균±표준편차	t or F	<i>P</i> Scheffe
요양병원 관련 특성	면회 횟수			
	1회/1주 이상	3.42±0.21	0.97	.408
	1회/2주 이상	3.22±0.39		
	1회/1달 이상	3.24±0.48		
없다	3.35±0.33			
건강관련 특성	중환자실 입원 경험			
	유	3.21±0.18	3.24	.002
	무	3.08±0.33		
	건강 상태 지각			
	나쁨 ^a	3.15±0.27	4.26	.016 (b<c<a)
	보통 ^b	2.99±0.36		
	좋다 ^c	3.14±0.23		
	일상생활능력			
	완전자립 ^a	3.10±0.19	3.16	.045 (b<a<c)
	약간 도움 ^b	3.04±0.37		
	전적인 도움 ^c	3.18±0.30		
	질병 중증도			
	의료 고도 이상 ^a	3.00±0.33	4.81	.003 (a<d<b<c)
의료 중도 ^b	3.17±0.21			
의료 경도 ^c	3.22±0.25			
문제 행동, 인지장애, 신체 기능저하 ^d	3.08±0.36			

4. 대상자의 죽음불안과 사회적지지 및 임종치료선호도의 상관관계

대상자의 죽음불안과 사회적지지 및 임종치료선호도의 상관관계를 파악한 결과는 <표 4>와 같다.

죽음불안과 사회적지지($r=0.14$, $p=.090$)는 유의한 상관관계가 없었으나 죽음불안과 임종치료선호도($r=0.32$, $p<.001$)는 유의한 양의 상관관계가 나타났

다. 사회적지지와 임종치료선호도($r=0.30, p<.001$)는 유의한 양의 상관관계로 나타났다.

<표 4> 대상자의 죽음불안과 사회적지지 및 임종치료선호도의 상관관계
 (N=155)

변수	죽음불안	사회적지지	임종치료선호도
	r(p)	r(p)	r(p)
죽음불안	1		
사회적지지	0.14 ($p=.090$)	1	
임종치료선호도	0.32**	0.30**	1

* $p<0.05$, ** $p<0.00$

5. 대상자의 임종치료선호도에 미치는 영향

임종치료선호도에 영향을 미치는 예측요인을 구체적으로 파악하기 위하여 종속변수인 임종치료선호도에 유의하게 나타난 월평균소득, 입원 전 동거여부, 현 요양병원 입원기간, 중환자실 입원경험, 건강 상태 지각, 일상생활능력, 질병 중증도, 죽음불안 및 사회적지지 변수를 위계적 다중회귀분석을 실시한 결과 <표 5>와 같으며, 대상자의 일반적 특성 중 범주형 변수인 입원 전 동거 여부, 중환자실 입원 경험은 가변수 처리하여 분석을 실시하였다(월 평균소득은 100만원 미만, 입원 전 동거여부는 무, 현 요양병원 입원기간은 24개월 이상, 중환자실 입원 경험은 유, 건강상태지각은 나쁨, 일상생활능력은 전적인 도움, 질병중증도는 의료경도).

회귀분석의 가정을 검정한 결과, Durbin-Watson을 이용하여 오차의 자기 상관을 검정한 결과 1.80으로 검정통계량보다 크기 때문에 자기 상관성이 없는 것으로 나타났다. 다중공선성을 검정한 결과 Tolerance(공차한계)가

0.1 이하이거나 VIF 값이 10보다 크지 않으므로 모든 변수에는 다중공선성의 문제는 없는 것으로 나타났다. 따라서 본 회귀모형은 통계적으로 유의한 것으로 나타났다($F=5.93, p<.001$).

대상자의 임종치료선호도에 미치는 영향 요인은 위계적 회귀분석을 이용하여 분석하였다. 위계적 회귀분석에서는 변수가 위계적으로 추가될 때마다 종속변수가 설명되는 정도를 비교할 수 있는데, 본 연구에서 죽음불안과 사회적지지가 임종치료선호도에 미치는 영향을 파악하기 위하여 종속변수인 임종치료선호도에 순차적으로 회귀시킴으로써 임종치료선호도의 설명력을 파악하고자 하였다. 요양병원 노인의 죽음불안을 1단계를 투입한 결과, Model I 에서 죽음불안($\beta=.32, p<.001$)이 임종치료선호도에 유의한 영향을 주었다. 2단계에서 죽음불안과 사회적지지를 투입한 결과 Model II에서 죽음불안($\beta=.28, p<.001$), 사회적지지($\beta=.26, p<.001$)가 임종치료선호도에 미치는 영향으로 파악되었다. 3단계에서 요양병원 노인의 일반적 특성에서 유의한 차이를 보인 월평균소득, 입원 전 동거여부, 현 요양병원 입원기간, 중환자실 입원경험, 건강 상태 지각, 일상생활능력 및 질병중증도를 투입한 결과 Model III는 죽음불안($\beta=.23, p=.002$), 사회적지지($\beta=.22, p=.003$), 중환자실 입원 경험($\beta=.18, p=.022$) 및 질병중증도($\beta=.16, p=.033$)가 임종치료선호도에 유의한 영향을 주었다.

임종치료선호도에 가장 큰 영향을 미치는 것은 죽음불안($\beta=.23, p=.002$), 사회적지지($\beta=.22, p=.003$), 중환자실 입원 경험($\beta=.18, p=.022$), 질병중증도($\beta=.16, p=.033$) 순으로 나타났다. 모형의 설명력을 나타내는 수정된 결정계수(Adj. R^2)는 Model I에서 9.3%, Model II는 15.4%, Model III은 22.4%로 Adj. R^2 의 변화량은 유의하게 설명력이 증가하였다.

<표 5> 대상자의 입증치료선호도에 미치는 영향

(N=155)

변수	Model I					Model II					Model III				
	B	SE	β	t	p	B	SE	β	t	p	B	SE	β	t	p
죽음불안	.22	.05	.32	4.11	<.001	.20	.05	.28	3.74	<.001	.16	.05	.23	3.12	.002
사회적지지						.18	.05	.26	3.46	<.001	.15	.05	.22	3.02	.003
월평균소득*											.03	.03	.09	1.11	.268
입원 전 동거 여부*											.07	.05	.10	1.22	.223
현 요양병원 입원기간*											.05	.03	.12	1.52	.131
중환자실입원경험*											.12	.05	.18	2.31	.022
건강상태지각*											.00	.04	-.01	-0.07	.947
일상생활능력*											-.01	.02	-.02	-0.30	.761
질병중증도*											.04	.02	.16	2.16	.033
R ²	.099					.165					.269				
Adj. R ²	.093					.154					.224				
F(p)	16.88(<.001)					15.03(<.001)					5.93(<.001)				

* Dummy variables: 월 평균소득(100만원 미만), 입원 전 동거여부(무), 현 요양병원 입원기간(24개월 이상), 중환자실 입원 경험(유), 건강상태지각(나쁨), 일상생활능력(전적인 도움), 질병중증도(의료경도)

V. 논의

본 연구는 요양병원 노인의 죽음불안과 사회적지지 및 임종치료선호도의 정도를 파악하고 각 요인간의 관계 및 임종치료선호도에 미치는 영향요인을 규명함으로써 요양병원 노인의 임종기 간호 및 치료 시 자기결정권을 향상하기 위한 프로그램 개발의 기초자료를 마련하고자 시도되었으며 연구에서 확인된 주요 변수들에 대해 논의하고자 한다.

요양병원 노인의 임종치료선호도 정도는 총점 5점 중 평균평점 3.11점으로 나타났다. 이는 동일한 도구를 사용하여 재가노인을 대상으로 한 이미애(2022)의 연구에서는 임종치료선호도가 3.38점, 복지관노인을 대상으로 연구한 김애리(2019)의 연구에서는 임종치료선호도가 3.26점, 시설노인을 대상으로 연구한 이재희(2013)의 연구에서는 임종치료선호도가 3.20점으로 나타나 본 연구 대상자의 임종치료선호도보다 높게 나타났다. 임종치료선호도 정도를 확인한 몇 개의 연구로 일반화하기는 어려우나, 노인은 거주하는 환경에 따라 건강특성이나 영양선호도, 거주선호도, 관계선호도 등이 다르게 나타난 것과 같이(권종숙, 이승희, 이장민과 이윤나, 2016; 김진구, 2011; 오승환과 윤동성, 2006; 이은희, 2019), 노인의 거주하는 장소에 따라 임종치료선호도 정도 차이와 관련 원인에 대한 비교연구가 필요할 것으로 사료된다.

한편, 본 연구 대상자의 임종치료선호도 하위영역을 살펴보면 통증이 3.67점으로 가장 높게 나타났고, 이는 재가 및 시설 노인뿐 아니라 성인을 대상으로 임종치료선호도를 측정한 연구에서도 통증이 가장 높게 나타난 결과와 유사하다(김신미 등, 2011; 이미애, 2022; 이재희, 2013). 통증은 임종 중에 95%의 환자가 경험하는 일반적인 증상으로 환자는 지속적인 통증을 겪는 것보단 차라리 임종을 원한다고 보고되었다(Tsai, Wu, Chiu, Hu, & Chen, 2006). 또한 본 연구에서는 임종치료선호도 통증영역 질문들 중 '나는 혹시 임종이 당겨지는 한이 있더라도 통증이 없기를 원한다.', '나는 고통 받기보다는 일찍 죽음을 맞기 원한다.'에서 높은 점수가 나타나 선행

연구의 결과와 유사하다. 따라서 의료인은 대상자가 임종이 당겨지는 한이 있더라도 통증이 없는 임종치료선호도를 원하는 것을 이해하고, 환자의 통증을 적절하게 관리할 수 있는 역량을 구비해야 할 뿐 아니라, 환자의 무통 시간을 최대화 할 것을 제안한다.

본 연구에서 임종치료선호도에 영향을 미치는 것은 죽음불안, 사회적지지, 중환자실 입원 경험, 질병중증도 순이었고, 모형의 설명력은 22.4%였다. 본 연구에서 죽음불안이 임종치료선호도에 가장 크게 영향을 미치는 것으로 나타났고, 이는 성인과 노인을 대상으로 한 김신미 등(2011)의 연구와 노인을 대상으로 한 김애리(2019)의 연구에도 죽음불안이 임종치료선호도에 가장 큰 영향을 미치는 결과와 동일하다. 죽음불안은 죽음으로부터 오는 공포에서 벗어나길 희망하는 적극적 방어 개념이고(윤명숙과 김준수, 2015), 죽음불안의 하위영역 중 막연한 ‘죽음에 대한 두려움’ 보다 ‘죽음 연관사건에 대한 두려움’이 더욱 높게 나타났는데 이처럼 요양병원 노인의 죽음불안이 임종과 죽음에 대하여 공포, 혐오감, 거부, 부정과 같은 부정적 감정이 ‘죽음 연관사건에 대한 두려움’을 더욱 높게 나타낸 것으로 사료된다.

또한 죽음불안이 높은 요양병원 노인은 자신의 상태가 회복될 것을 기대하며 죽음의 고통과 공포에서 벗어나고자 노력할 수 있고(조추용, 2014), 이러한 노력의 형태가 임종치료선호도를 적극적으로 표현하는 것으로 사료된다. 이러한 결과를 바탕으로 요양병원에 거주하는 노인은 죽음불안이 높고 임종치료선호도가 높게 나타날 때 이들을 대상으로 임종치료선호도의 항목별 특성을 분석하고 대상자에게 적합한 중재가 적극적으로 적용되어야 할 필요성이 있고, 죽음불안이 높은 대상자의 불안 정도를 감소시켜 자신의 상태와 예후를 감안한 임종치료선호도를 명확히 표현하여 편안한 임종기를 맞도록 적합한 중재가 적극적으로 적용되어야 할 것이다.

본 연구에서 요양병원 노인의 사회적지지가 임종치료선호도의 영향요인으로 나타났고, 이는 사회적지지와 임종치료선호도간의 관계를 확인한 선행연구가 없어 직접비교하기는 어려운 실정이다. 그러나 요양병원 노인은 질병관련 지식이 부족하고(김은주와 이윤주, 2019), 요양병원에서 평균 2.7년

거주하면서(천희정, 2011), 가족으로부터 분리되어 의료인에게 의존적이므로(김은주와 이윤주, 2019), 가족과 의료인으로부터의 사회적지지가 매우 중요하다. 요양병원 노인의 사회적지지가 적절하게 제공되었을 때 이들이 임종치료선호도를 명확하게 표현할 수 있으므로, 요양병원의 특성을 고려한 사회적지지가 지속적으로 제공되어야 한다. 김순이와 이정인(2009)의 연구에서 재가 노인의 사회적지지가 5점 만점에 4.05점인 반면에, 본 연구의 요양병원 노인의 사회적지지는 5점 만점에 3.19점이고, 김주연과 김계하(2014)의 연구에서 요양병원 노인의 사회적지지는 5점 만점에 3.04점으로, 요양병원 노인의 사회적지지가 상대적으로 낮게 보고되고 있으므로, 요양병원 노인의 사회적지지를 강화하고 이러한 지지가 임종치료선호도를 높일수 있는 전략이 요구된다.

요양병원 노인의 중환자실 입원경험이 임종치료선호도에 영향을 미치는 것으로 나타났고, 이는 만성질환자 노인을 대상으로 한 윤선영과 강지연(2013)의 연구에도 중환자실 입원 경험이 임종치료선호도에 영향을 미치는 결과가 동일하게 나타났다. 중환자실 입원은 연명의료, 심폐소생술 등의 특성이 있어 노인으로 하여금 임종과 죽음에 대해 다시 생각하게 되는 계기가 되어(안정진, 2020), 임종치료선호도를 높이는 것으로 사료된다. 노인이 중환자실 입원을 하게 되는 경우 통증과 관련된 임종치료선호도가 병동에 비해 높을 수 있겠으나(이주리, 2021), 중환자실 환자가 자율적 의사결정이 어려울 수 있으므로(박소영, 2018), 이에 대한 중재가 요구된다.

요양병원 노인의 질병중증도가 낮을수록 임종치료선호도에 영향을 미치는 것으로 나타났고, 이는 질병중증도와 임종치료선호도간의 관계를 확인한 선행연구가 없어 직접 비교하기는 어려운 실정이다. 요양병원 노인은 중증질환을 가진 경우 사망과 질병에 대한 부담이 급증하고 인위적인 생명연장을 원하지 않아 임종치료선호도를 명확히 표현하지 않는다고 보고되었다(김은주와 이윤주, 2019). 따라서 본 연구에서 요양병원 노인은 중증질환이 없고 의료경도에 해당하는 경우 적극적인 치료와 생명연장에 관심이 있어 임종치료선호도를 명확하게 표현한 것으로 사료된다. 따라서 의료인은 요양

병원 노인의 질병중증도에 따라 특히 중증질환으로 인해 생명연장에 관심이 없는 노인을 대상으로 임종치료선호도를 적극적으로 홍보하고 결정할 수 있도록 돕는 중재가 필요하다.

결론적으로 본 연구는 요양병원 노인의 죽음불안, 사회적지지가 임종치료선호도에 미치는 영향을 확인하고 요양병원 노인의 임종치료선호도를 향상시키는 방안을 마련하는데 필요한 기초자료를 제공한다는 점에서 의의가 있다. 본 연구 결과를 바탕으로 의료인은 요양병원 노인과 많은 의사소통이 필요함을 인식하고 요양병원 노인이 스스로 자기결정을 명확히 표현하여 임종치료선호도를 작성하도록 도움을 제공해야 한다. 본 연구는 요양병원 노인 환자가 입원 시 자신의 임종치료선호도를 미리 생각해보고 명확히 표현할 수 있도록 임상실무에 개선과 치료중재 프로그램을 개발하는데 기초자료로 사용될 수 있겠다.

본 연구의 제한점과 제안점은 다음과 같다. 첫째, 본 연구에서 사용한 임종치료선호도 측정도구가 선행연구에서 타당도와 신뢰도 검증을 거친 도구이나 본 연구에서 Cronbach's α 값이 .48, ~.81로 그 범위가 광범위하여 향후 사용 시 제한점을 개선하여 사용할 것을 제안한다. 둘째, 본 연구 대상자는 2개 요양병원에 거주하는 노인으로 연구 결과를 일반화하는데 제한적이므로 향후 연구에서는 지역과 요양병원 수준을 달리하여 반복연구 수행할 것을 제안한다. 마지막으로 요양병원 노인의 임종치료선호도 영향요인을 확인하기 위해 죽음불안과 사회적지지 이외 요양병원 특성과 가족의 특성을 포함하여 포괄적으로 영향요인을 확인할 것을 제안한다.

VI. 결론 및 제언

본 연구는 155명의 요양병원 노인을 대상으로 죽음불안, 사회적지지가 임종치료선호도에 미치는 영향을 확인하기 위한 서술적 조사 연구이다.

요양병원 노인의 죽음불안, 사회적지지, 중환자실 입원 경험, 질병중증도가 유의한 영향요인으로 나타났다. 이를 통해 요양병원 노인이 죽음불안을 표현할 때 임종치료선호도를 구체적으로 파악하는 것이 필요하고, 죽음불안을 높이는 원인도 동반하여 분석할 필요가 있다. 요양병원에 거주하는 노인의 사회적지지는 간호인력, 동료, 가족지지 등 폭넓은 범위를 포함하므로 환자의 고립된 생활에도 불구하고 이들의 사회적지지를 지속적으로 제공할 수 있는 병원의 구조를 제시해야 한다. 중환자실 입원 경험이 있고 질병중증도가 높은 중환자인 경우 자신의 죽음을 생각할 기회가 많고 관련하여 임종치료선호도 의향을 표현할 수 있으므로 요양병원에서도 이들 대상자를 중심으로 임종치료를 미리 준비하는 중재를 계획하는 것이 요구된다. 이러한 연구결과는 향후 요양병원 노인을 대상으로 죽음에 대해 올바르게 수용하고 긍정적이고 의미 있는 삶을 영위하며 자신의 가치관에 맞게 임종치료선호도를 작성하는데 기여할 수 있을 것이다.

본 연구의 결과를 바탕으로 요양병원 노인을 위하여 추후 간호 연구의 방향과 실무 적용에 있어 다음과 같이 제언하고자 한다. 첫째, 본 연구는 D광역시 요양병원 2개 곳에서의 노인을 대상으로 수행되었으므로 일반화하는 제한점이 있어 향후 지역 확대 및 표본 수를 증가하여 지속적인 연구가 필요할 것으로 제언한다. 둘째, 임종치료선호도의 요인을 파악하고 효과적인 임종치료선호도를 제공될 수 있도록 간호 교육 프로그램 개발 및 지속적으로 효과검증이 필요하다.

셋째, 본 연구 결과를 바탕으로 임종치료선호도에 대한 요양병원 노인의 특성과 건강한 노인의 특성을 비교하여 각 대상자의 특성에 적합한 임종치료선호도를 확인하고 그에 따른 간호중재를 개발할 것을 제언한다. 마지막

으로, 요양병원 노인의 죽음불안을 감소시키고 사회적지지를 향상시킬 수 있는 중재 프로그램 개발이 필요하고 임종치료선호도에 미치는 효과를 검증하는 연구를 수행할 것을 제안한다.

참고문헌

- 고효진, 최지옥과 이흥표(2006). Templer 죽음불안 척도의 요인구조와 신뢰도. *한국 심리학회지: 건강*, 11(2), 315-328.
- 권용철과 박종한(1989). 노인용 한국판 Mini-mental state examination (MMSE-K) 의 표준화 연구. *신경정신의학*, 28, 125-135.
- 권종숙, 이승희, 이강민과 이윤나(2016). 요양시설 거주 노인의 에너지와 영양소 섭취 실태 및 식품선호도 조사. *대한지역사회영양학회지*, 21(2), 200-217. DOI: 10.5720/kjcn.2016.21.2.200
- 김경옥과 김정아(2017). 노인 암 환자의 불확실성과 사회적 지지가 삶의 질에 미치는 영향. *Asian Oncology Nursing*, 17(3), 180-187. DOI: 10.5388/aon.2017.17.3.180
- 김귀분과 최연주(2014). 노인의 사회적 요인(노인차별경험, 가족지지) 및 심리 정서적 요인(고독, 무력감)과 죽음불안 관계. *성인간호학회지*, 26(5), 584-591. DOI: 10.7475/kjan.2014.26.5.584
- 김미혜, 전제란과 홍성애(2016). 노인환자의 사전의료의향서 태도 결정에 영향을 미치는 가족기능과 자기효능감 요인. *융합정보논문지*, 6(4), 123-129. DOI: 10.22156/CS4SMB.2016.6.4.123
- 김숙과 한정란(2012). 성인들의 죽음에 관한 인식, 죽음준비, 죽음불안. *인구교육*, 5(1), 23-48.
- 김순이와 이정인(2009). 노인이 지각한 사회적 지지, 학대가 자아통합감에 미치는 영향. *한국노년학*, 29(1), 231-242.
- 김신미, 김순이와 김기숙(2011). 성인의 죽음 불안과 임종기 치료 선호도. *한국의료윤리학회지*, 14(4), 413-426.
- 김애리(2013). 노인의 심리적 안녕감 및 자아통합감이 성공적 노화에 미치는 영향: 서울시 재가노인을 대상으로. *Journal of the Korean Data Analysis Society*, 15(4), 2041-2054.

- 김애리(2019). 노인의 임종기치료 선호도 영향요인: 죽음준비도, 죽음불안을 중심으로. *한국웰니스학회지*, 14(1), 113-123. DOI: 10.21097/ksw.2019.02.14.1.113
- 김연하와 김민주(2019). 재가 노인의 죽음불안에 영향을 미치는 요인: 생태학 이론을 바탕으로. *한국호스피스완화의료학회지*, 22(1), 30-38.
- 김영희와 임승희(2021). 노인의 사별경험과 죽음불안의 관계 연구. *인문사회* 21, 12(6), 2845-2860. DOI: 10.22143/HSS21.12.6.200
- 김옥수(1993). *혈액투석 환자가 지각하는 사회적 지지와 삶의 질과의 관계 연구*. 석사학위, 서울대학교, 서울.
- 김원경(2001). 노년기의 신체적 건강과 우울증에 대한 사회적 지지의 효과. *한국노년학연구*, 10(1), 55-74.
- 김은영(2011). *재가노인의 사회적 지지, 양생과 삶의 질의 관계*. 석사학위, 계명대학교 대학원, 대구.
- 김은주와 이윤주(2019). 요양병원 입원 노인의 좋은 죽음 인식, 사전의료의 향서에 대한 태도 및 임종치료선호도. *기본간호학회지*, 26(3), 197-209. DOI: 10.7739/jkafn.2019.26.3.197
- 김인태(2018). *호스피스자원봉사자의 동기와 욕구충족도가 봉사활동 지속의 지에 미치는 영향*. 박사학위, 인제대학교, 경상남도.
- 김주연과 김계하(2014). 요양병원 노인 환자가 지각한 절망감과 가족지지. *노인간호학회지* 16(2), 151-159.
- 김지영, 박송이, 이민주, 이유리, 장정은, 정혜진, 등(2004). 혈액투석을 받고 있는 만성신부전 환자가 지각하는 사회적 지지와 삶의 질과의 상관관계 연구. *이화간호학회지*, 38(1), 19-41.
- 김진구(2011). 가족형태가 노인의 건강행위에 미치는 영향. *노인복지연구*, 51, 35-55.
- 김현숙과 신성례(2017). 지역사회 거주 노인의 사회적 지지가 연명치료중단에 대한 태도에 미치는 영향: 자아존중감의 매개효과. *Korean Journal of Adult Nursing*, 29(4), 373-381. DOI: 10.7475/kjan.2017.29.4.373

- 노성배, 임효남, 이미향과 김두리(2019). 혈액투석 환자의 사회적 지지, 회복 탄력성이 환자역할행위 이행에 미치는 영향. *한국융합학회지*, 10(5), 385-395. DOI: 10.15207/JKCS.2019.10.5.385
- 박선애와 허준수(2012). 노인의 죽음불안 영향요인에 관한 연구. *정신건강과 사회복지*, 40(1), 59-88.
- 박성희와 이지현(2006). 노인의 무력감, 사회적 지지와 생활만족도와의 관계. *지역사회간호학회지*, 17(1), 65-73.
- 박소영(2018). *우리 사회에서 중환자의 사전돌봄계획의 현황과 연명의료 결정에 영향을 미치는 요인*. 박사학위, 울산대학교 대학원, 울산.
- 박지원(1985). *사회적 지지척도 개발을 위한 일 연구*. 박사학위, 연세대학교 대학원, 서울.
- 백장미(2021). *요양병원 입원노인의 자아통합감과 죽음준비도가 임종간호 선호도에 미치는 영향*. 석사학위, 고려대학교 대학원, 서울.
- 서윤주, 김승비와 최용민(2021). 요양병원 노인의 죽음불안과 자기효능감이 자아통합감에 미치는 영향. *인문사회* 21, 12(6), 833-843.
- 송양민과 유경(2011). 죽음준비교육이 노인의 죽음불안과 생활만족도, 심리적 안녕감에 미치는 효과 연구. *노인복지연구*, 54, 111-134.
- 신경일과 김두길(2018). 죽음불안 척도의 개발과 타당화. *사회과학연구*, 34(4), 77-96. DOI: 10.18859/ssrr.2018.11.34.4.77
- 안경진(2020). 삶의 마지막 시기 돌봄 의사결정과 노인인권. *법과인권교육연구*, 13(3), 305-340. DOI: 10.35881/HLER.2020.13.3.12
- 어유경과 김순은(2018). 성인자녀와의 결속감이 노인의 연명의료 결정에 미치는 영향. *노인복지연구*, 73(4), 303-331.
- 오미나와 최외선(2005). 재가노인과 시설노인의 자아존중감, 죽음불안 및 우울에 관한 연구. *대한가정학회지*, 43(3), 105-118.
- 오승환과 윤동성(2006). 노인의 삶의 질 특성에 관한 연구: 도시·농촌·어촌지역을 비교를 중심으로. *노인복지연구*, 32, 119-147.
- 유수정과 채영란(2010). 만성질환 노인의 사전의료지시서 및 임종기 치료

- 선호도에 대한 인식. *한국노인과학학술단체연합회 국제학술대회*, 293-294.
- 윤가빈, 지영주와 김윤지(2010). B광역시 4개 요양병원 입원노인의 우울 관련요인. *성인간호학회지*, 22(6), 561-569.
- 윤명숙과 김준수(2015). 저소득 노인의 연명치료 중단의사에 영향을 미치는 요인. *정신건강과 사회복지*, 43(3), 192-219.
- 윤선영과 강지연(2013). 만성질환자의 특성에 따른 생애말기치료 선호도. *성인간호학회지*, 25(2), 207-218. DOI: 10.7475/kjan.2013.25.2.207
- 이명숙과 김윤정(2013). 노인이 인식하는 좋은 죽음. *한국콘텐츠학회논문지*, 13(6), 283-299. DOI: 10.5392/jkca.2013.13.06.283
- 이미애(2016). 노인의 자아통합적 특성이 연명치료 선호도에 미치는 영향. *디지털융복합연구*, 14(2), 489-499. DOI: 10.14400/jdc.2016.14.2.489
- 이미애(2022). *재가노인의 자기초월, 죽음준비도가 임종치료선호도에 미치는 영향*. 석사학위, 부산가톨릭대학교, 부산.
- 이예종(2005). *노인의 죽음준비인식과 죽음불안에 관한 연구*. 석사학위, 가톨릭대학교 사회복지대학원, 서울.
- 이윤정과 김신미(2009). 한국판 임종치료선호도 (Preferences for Care Near the End of Life Scale-Korean Version: PCEOL-K)의 신뢰도 및 타당도. *한국의료윤리학회지*, 12(1), 29-42. DOI: 10.35301/ksme.2009.12.1.29
- 이은희(2019). 거주노인이 노인요양시설을 자신의 ‘집과 같이’ 인식하게 하는 환경적 요인. *사회과학연구*, 35(3), 131-159. DOI: 10.18859/ssrr.2019.8.35.3.131
- 이재희(2013). *시설 노인의 우울, 죽음불안과 임종기 치료 선호도에 관한 연구*. 석사학위, 건양대학교, 충청남도.
- 이정인과 김순이(2016). 재가노인의 자기초월, 삶의 만족도와 임종기 치료 선호도 관련성. *한국산학기술학회논문지*, 17(9), 212-220. DOI: 10.5762/kais.2016.17.9.212
- 이주리(2021). 병동 급성악화 환자의 중환자실 전동 위험요인 분석. *Journal*

- of Digital Convergence*, 19(4). DOI:10.14400/JDC.2021.19.4.467
- 이현지와 조계화(2006). 노인의 죽음불안과 우울이 자살생각에 미치는 영향. *한국노년학*, 26(4), 717-731.
- 임정숙(2017). *노인의 고독감: 자아통합감과 사회적 지지의 매개효과와 성별차이*. 박사학위, 이화여자대학교 대학원, 서울.
- 장수지(2010). 노년기 사회적 관계망의 구조적, 기능적 측면과 주관적 삶의 질의 관계: 전후기노인 및 성별에 따른 비교를 중심으로. *사회과학연구*, 26(1), 75-100.
- 전보영, 김홍수와 권순만(2016). 요양병원 장기입원 현황과 관련 노인 및 기관 특성 비교 연구. *보건행정학회지*, 26(1), 39-50. DOI: 10.4332/KJHPA.2016.26.1.39
- 정승윤, 이해정과 이성화(2014). 임종기 연명치료 중단관련 특성과 사전의료 의향서에 대한 노인환자의 태도. *동서간호학연구지*, 20(2), 103-111. DOI: 10.14370/jewnr.2014.20.2.103
- 조계화와 송병숙(2012). 가족응집력과 주관적 행복감이 한국 노인의 죽음불안에 미치는 영향요인. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 42(5), 680-688. DOI: 10.4040/jkan.2012.42.5.680
- 조계화와 김균무(2010). 간호사와 의사의 임종치료선호도 점수에 영향을 미치는 예측요인. *한국의료윤리학회지*, 13(4), 305-320. DOI: 10.35301/ksme.2010.13.4.305
- 조추용(2010). 노인의 자아존중감이 좋은 죽음에 미치는 영향에 관한 연구. *복지행정논총*, 20(2), 1-27.
- 조추용(2014). 노인의 죽음태도가 자아존중감에 미치는 영향에 관한 연구. *노인복지연구*, 63, 203-227.
- 천희정(2011). *일 노인요양병원 환자의 입원결정자와 재원기간에 따른 우울*. 석사학위, 전남대학교 대학원, 광주.
- 최동숙과 이병숙(2018). 요양병원 입원 노인의 사회적 지지와 자아통합감 및 희망에 관한 연구. *인문사회* 21, 9(1), 681-694.

- 최영순(2008). *혈액투석 노인환자가 지각한 사회적지지와 환자역할행위 이행간의 관계연구*. 석사학위, 한양대학교 임상간호정보대학원, 서울.
- 최원자(2020). *문화복지로서의 무용 프로그램이 노인의 우울과 삶의 만족에 미치는 영향*. 박사학위, 상명대학교, 서울.
- 통계청(2023, 2023년 02월 22일). 2022년 인구동향조사 출생, 사망통계 잠정. https://kostat.go.kr/board.es?mid=a10301020300&bid=204&act=view&list_no=423833
- 한미정(2002). 대처방식, 내외통제성, 자아존중감에 따른 죽음불안의 발달적 고찰. *한국심리학회지*, 21(2), 179-198.
- 홍주우(1999). *노인의 자아존중감 및 사회적지지와 정신건강에 미치는 영향 연구*. 석사학위, 이화여자대학교 대학원, 서울.
- Adelirad, F., Sabahiazar, K., Asghari Jafarabadi, M., Namjoo, S., Chattu, V. K., & Allahverdipour, H. (2021). Gender difference about death anxiety among older adults: Structural Equation Model. *Psychogeriatrics*, 21(3), 296-303. DOI: 10.1111/psyg.12663
- Azaiza, F., Ron, P., Shoham, M., & Gigini, I. (2010). Death and dying anxiety among elderly Arab Muslims in Israel. *Death Studies*, 34(4), 351-364. DOI: 10.1080/07481181003613941
- Bovier, P. A., Chamot, E., & Perneger, T. V. (2004). Perceived stress, internal resources, and social support as determinants of mental health among young adults. *Quality of Life Research*, 13(1), 161-170. DOI: 10.1023/B:QURE.0000015288.43768.e4
- Carmel, S., & Mutran, E. J. (1999). Stability of elderly persons' expressed preferences regarding the use of life-sustaining treatments. *Social Science & Medicine*, 49(3), 303-311. DOI: 10.1016/s0277-9536(99)00121-5
- Chan, H. Y., & Pang, S. M. (2007). Quality of life concerns and end of life care preferences of aged persons in long term care facilities. *Journal of Clinical Nursing*, 16(11), 2158-2166. DOI: 10.1111/j.1365-27

02.2006.01891.x

- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38(5), 300–314. DOI: 10.1097/00006842-197609000-00003
- De Vleminck, A., Batteuw, D., Demeyere, T., & Pype, P. (2018). Do non-terminally ill adults want to discuss the end of life with their family physician? An explorative mixed-method study on patients' preferences and family physicians' views in Belgium. *Family Practice*, 35(4), 495–502. DOI: 10.1093/fampra/cmz125
- Evans, N., Pasman, H. R., Deeg, D., Onwuteaka-Philipsen, B., & EURO IMPACT. (2014). How do general end-of-life treatment goals and values relate to specific treatment preferences? A population-based study. *Palliative Medicine*, 28(10), 1206–1212. DOI: 10.1177/0269216314540017
- Fleming, J., Farquhar, M., Cambridge City over-75s Cohort (CC75C) Study Collaboration, Brayne, C., & Barclay, S. (2016). Death and the oldest old: attitudes and preferences for end-of-life care—qualitative research within a population-based cohort study. *PloS one*, 11(4), e0150686. DOI: 10.1371/journal.pone.0150686
- Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). “Mini-mental state”: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12(3), 189–198. DOI: 10.1016/0022-3956(75)90026-6
- Gauthier, D. M. (2005). Decision making near the end of life. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 7(2), 82–90.
- Gauthier, D. M., & Froman, R. D. (2001). Preferences for care near the end of life: scale development and validation. *Research in Nursing & Health*, 24(4), 298–306. DOI: 10.1002/nur.1031
- Krause, N. (2004). Lifetime trauma, emotional support, and life satisfaction

- among older adults. *The Gerontologist*, 44(5), 615–623. DOI: 10.1093/geront/44.5.615
- McDonald, D. D., Deloge, J. A., Joslin, N., Petow, W. A., Severson, J. S., Votino, R., et al. (2003). Communicating end-of-life preferences. *Western Journal of Nursing Research*, 25(6), 652–666. DOI: 10.1177/0193945903254062
- Moore, K. J., Sampson, E. L., Kupeli, N., & Davies, N. (2020). Supporting families in end-of-life care and bereavement in the COVID-19 era. *International Psychogeriatrics*, 32(10), 1245–1248. DOI: 10.1017/S1041610220000745
- Schirm, V., & Sheehan, D. K. (2005). Conversations about choices for end-of-life care: knowing and understanding preferences. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 7(2), 91–97.
- Schirm, V., Sheehan, D., & Zeller, R. A. (2008). Preferences for care near the end of life: instrument validation for clinical practice. *Critical Care Nursing Quarterly*, 31(1), 24–32. DOI: 10.1097/01.CNQ.0000306393.79282.5b
- Steinhauser, K. E., Christakis, N. A., Clipp, E. C., McNeilly, M., McIntyre, L., & Tulsky, J. A. (2000). Factors considered important at the end of life by patients, family, physicians, and other care providers. *The Journal of the American Medical Association*, 284(19), 2476–2482. DOI:10.1001/jama.284.19.2476
- Templer, D. I. (1970). The construction and validation of a death anxiety scale. *Journal of General Psychology*, 82, 165–177. DOI: 10.1080/00221309.1970.9920634
- Tsai, J. S., Wu, C. H., Chiu, T. Y., Hu, W. Y., & Chen, C. Y. (2006). Symptom patterns of advanced cancer patients in a palliative care unit. *Palliative Medicine*, 20(6), 617–622. DOI: 10.1177/0269216306071065
- Turley, M., Wang, S., Meng, D., Garrido, T., & Kanter, M. H. (2019).

The feasibility of automating assessment of concordance between advance care preferences and care received near the end of life. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 45(2), 123-130. DOI: 10.1016/j.jcjq.2018.04.013

Williams, S., Hwang, K., Watt, J., Batchelor, F., Gerber, K., Hayes, B., et al. (2020). How are older people's care preferences documented towards the end of life?. *Collegian*, 27(3), 313-318. DOI: 10.1016/j.colegn.2019.09.008

Yu, S. J., Chae, Y. R., Choi, Y. S., & Kim, H. S. (2013). Patients' perceptions of advance directives and preferences for medical care near the end of life in South Korea. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 15(4), 233-243. DOI: 10.1097/NJH.0b013e31827bdbc0

부 록

<별지서식 14호>

계명대학교 생명윤리위원회 심의결과통지서

문서번호	계명대학교 생명윤리위원회 2022-349	발송일자	2023. 01. 11.
연구과제명	요양병원 노인의 죽음불안과 사회적지지가 임종치료선호도에 미치는 영향		
IRB No.	40525-202207-HR-038-03		
연구책임자	정지훈	소 속	간호학과
심사일자	2023. 01. 04.		
심사결과	■ 승 인 (O) ■ 시정승인 () ■ 보 완 () ■ 재심의 () ■ 반 려 () ■ 부 결 ()		
총 연구기간	IRB 승인일로부터 1년		
위원회 연구승인 유효기간	2023. 01. 04. 부터 2024. 01. 03. 까지		
	□ 총 신청 연구 기간이 생명윤리위원회의 연구승인 유효기간을 초과할 경우, 유효기간 만료 이전에 '지속심사' 승인을 받아야 연구지속 진행이 가능합니다. □ 연구종료 시 종료보고를 하여 주시기 바랍니다.		
심의의견 (권고 사항 포함)	■ 수정요청사항을 적절히 수정하고 보완함.		
이의신청	연구책임자는 본 위원회의 심사결과에 대하여 이의가 있을 경우, 심사결과 통지일로부터 2주 이내에 서면으로 이의신청을 할 수 있습니다. 단, 동일 사안에 대하여 2회 이상의 재심은 하지 않습니다.		
위와 같이 생명윤리위원회 심의결과를 통보합니다. 2023년 01월 11일 계명대학교 생명윤리위원회 위원장 (직인)			



부록 1. 설문지

▶ 아래 질문을 읽어보시고 해당되는 번호에 “V” 표시하거나 기록해 주십시오. 설명이 필요하시면 언제든지 질문하십시오.

1) 일반관련 특성

다음은 일반적 특성에 관한 질문입니다. 해당되는 사항에 “V” 표시해 주십시오.

1. 성별이 어떻게 되십니까? : ① 남성 ② 여성

2. 출생년도는 어떻게 되십니까? : ()년

3. 학교를 어디까지 다니셨습니까?
① 무학 ② 초졸 ③ 중졸 ④ 고졸 ⑤ 대졸이상

4. 종교는 무엇입니까?
① 기독교 ② 불교 ③ 천주교 ④ 무교 ⑤ 기타()

5. 경제상태는 어떻습니까? (용돈, 연금 등 포함)
① 100만원 미만 ② 100만원~200만원 미만
③ 200만원~300만원 미만 ④ 300만원 이상

2) 요양병원관련 특성

다음은 요양병원관련 특성 사항에 관한 질문입니다. 해당되는 사항에 “V” 표시해 주십시오.

1. 요양병원 입원하시기전 동거인이 있었습니까?

☞ ‘있다’일 경우 1-1번 문항을 작성하여 주세요.

- ① 있다 ② 없다

1-1. 입원하시기 전 누구와 동거하셧습니까? (중복체크 가능)

- ① 배우자 ② 자녀 ③ 부모님 ④ 형제자매 ⑤ 조카
 ⑥ 기타()

2. 현재 요양병원 입원 횟수는 얼마나 되십니까?

- ① 첫 입원 ② 두 번째 입원 ③ 세 번째 입원 이상

3. 현재 입원중인 요양병원의 입원 기간은 어떻게 되십니까?

(의무기록자료 활용)()

4. 가족들이 요양병원에 면회 오는 횟수는 어떻게 되십니까?

- ① 1회/1주 이상 ② 1회/2주 이상 ③ 1회/1달 이상 ④ 없다

5. 지난 1년 동안 병원 중환자실에 입원한 경험이 있습니까?

(상급병원, 대학병원, 요양병원 포함)

- ① 있다 ② 없다 ③ 잘 모르겠다

2) 죽음불안

다음은 어르신께서 죽음을 어떻게 생각하고 계신지를 알아보기 위한 질문입니다. 각 문항을 잘 읽고 해당하는 곳에 “V”표를 하여 주십시오.

내용	매우 그렇다	조금 그렇다	그렇다	그렇지 않다	전혀 그렇지 않다
	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
1. 나는 죽음이 전혀 두렵지 않다. *					
2. 나는 죽음에 대한 생각을 거의 하지 않는다. *					
3. 사람들이 죽음에 대해 말해도 별로 신경 쓰이지 않는다. *					
4. 만일 수술을 받아야 한다면 굉장히 무서울 것 같다.					
5. 나는 죽는다는 것이 두렵다.					
6. 나는 암에 걸릴까봐 걱정하지 않는다. *					
7. 죽음에 대한 생각 때문에 심란하지는 않다. *					
8. 시간이 너무 빨리 흘러간다는 사실에 심란할 때가 있다.					
9. 고통스럽게 죽을까봐 두렵다.					
10. 죽음 이후에 무슨 일이 있을지 사후에 대한 이야기가 나오면 마음이 불편하다.					
11. 심장마비가 일어날까봐 겁이 난다.					
12. 인생이 정말 짧다는 생각이 자주 든다.					
13. 전쟁에(전쟁이 일어날 것에) 대해 말하는 것만 들어도 겁이 난다.					
14. 죽은 사람의 몸을 보면 소름이 끼친다.					
15. 지금 죽는다고 해도 별 미련이 없다. *					

*역문항

3) 사회적지지

귀하가 최근 몇 개월 동안 느끼고 있는 가족(배우자, 부모, 형제, 자녀, 친지, 친구) 및 의료인(간호사, 의사)의 지지 정도를 알아보고자 합니다.

귀하의 생각과 가장 일치 하는 곳에 “V”표 하여 주십시오.

NO	문항	항상 그렇다	약간 그렇다	보통이다	그렇지 않다	전혀 그렇지 않다
		(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
1	가족은 나를 돌보아 주고 사랑해 준다.					
2	가족은 나를 소중한 존재로 생각한다.					
3	나는 나의 가족을 믿고 의지 할 수 있다.					
4	가족은 내가 질병으로 신경질을 내거나 화를 내는 것에 대해 이해를 한다.					
5	가족은 나의 치료를 위해 필요한 돈을 어떻게 해서라도 마련해 준다.					
6	가족은 내가 병원에서 치료 받는 날을 기억해주고, 도와준다.					
7	가족은 내가 희망을 잃고 치료 받는 것을 힘들어 할 때 격려해 주고 용기를 준다.					
8	가족은 내가 외로워하거나 괴로워할 때 보고 싶은 사람을 만날 수 있도록 도와준다.					
9	가족은 나와 집안일을 의논한다.					
10	가족은 의논할 문제가 생길 때마다 나를 위해 시간을 내주고 응해 준다.					
11	가족은 나와 자주 이야기하며 나의 의견을 존중한다.					

NO	문항	항상 그렇 다	약간 그렇 다	보통 이다	그렇지 않다	전혀 그렇지 않다
		(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
12	가족은 나의 식이요법에 관심을 갖고 음식 마련에 신경 써준다.					
13	의료인은 내가 괴롭고 슬플 때 희망을 갖도록 권유해 준다.					
14	의료인은 내가 취한 식이요법 및 치료행위의 옳고 그름을 공정하게 평가해 준다.					
15	의료인은 내가 질병 치료에 최선을 다하도록 도와준다.					
16	의료인은 나를 인격적으로 존중한다.					
17	의료인은 내가 믿고 의지할 수 있는 사람들이다.					
18	의료인은 내가 불평할 때 비판 없이 귀를 기울여 준다.					
19	의료인은 내가 사회생활에 잘 적응할 수 있도록 격려해준다.					
20	의료인은 나의 질병치료에 도움이 되는 정보를 제공한다.					

5) 임종치료선호도

* 귀하의 임종치료선호도를 묻는 질문입니다. 해당 사항에 V 표를 해주십시오.

◎ 임종을 앞두고 있을 때 다음 중 가장 원하는 내용에 표시해 주시기 바랍니다.	매우 그렇다	그렇다	보통 이다	아니다	매우 아니다
	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
1. 내 심장이 멈추는 경우 나는 심폐소생술을 원하지 않는다. *					
2. 내가 정상적으로 음식물을 섭취하지 못하게 되는 경우 튜브를 통한 인공영양공급을 원하지 않는다. *					
3. 나의 치료와 간호에 대한 모든 결정은 의료인이 해주기 바란다.					
4. 나 스스로 숨을 쉴 수 없게 되는 경우 인공호흡기를 연결하는 것을 원하지 않는다. *					
5. 나는 임종기 동안 나의 영적 신념이 반영되기를 원한다.					
6. 나는 자연스런 임종을 원하며 인위적인 생명연장을 원하지 않는다. *					
7. 나는 내가 더 이상 의사표현을 하지 못할 때 가족이 내 치료와 간호에 대한 모든 결정을 해주기 바란다.					
8. 내 심장이 멈추는 경우 나는 심폐소생술을 원한다.					
9. 의료인들은 나에게 무엇이 최선인지 잘 알 것이므로 나의 치료와 간호에 대한 모든 결정을 해주기 바란다.					
10. 나는 임종기 동안 나의 종교적 신념에 따라 치료와 간호를 받기 바란다.					
11. 나는 간호사들이 신체 뿐 아니라 정서적이고 영적인 요구에도 관심을 가져주기 바란다.					
12. 나의 치료와 간호에 대한 최종 결정은 가족이 해주기 바란다.					
13. 내가 정상적으로 음식물을 섭취하지 못하게 되는 경우 튜브를 통한 인공영양공급을 원한다.					

*역문항

◎ 임종을 앞두고 있을 때 다음 중 가장 원하는 내용에 표시해 주시기 바랍니다.	매우 그렇다	그렇다	보통이다	아니다	매우 아니다
	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
14. 나는 의사(들)이 나를 위한 모든 치료 결정을 내려주기 바란다.					
15. 나는 신의 뜻에 따라 임종을 맞기를 원하고 어떠한 방법이라도 인위적인 생명연장을 원하지 않는다. *					
16. 나 스스로 숨을 쉴 수 없게 되는 경우 인공호흡기를 연결하는 것은 원한다.					
17. 의료인들은 전문가이므로 나의 치료와 간호에 대한 최종 결정을 내려야 한다.					
18. 나는 누군가와 나의 영적 요구에 대해 대화하기 원한다.					
19. 나는 가족이 나에게 대한 의료 결정에 참여하기를 원한다.					
20. 나는 혹시 임종이 당겨지는 한이 있더라도 통증이 없기를 원한다.					
21. 나는 가족이 모든 설명을 듣고 나의 치료와 간호에 대한 결정을 할 수 있기를 바란다.					
22. 나는 의료인들이 세세한 부분까지 돌보아 주기를 바란다.					
23. 가족은 나에게 무엇이 최선인지 잘 알 것이므로 나의 치료와 간호에 대한 모든 결정을 해주기 바란다.					
24. 나는 고통 받기보다는 일찍 죽음을 맞기 원한다.					
25. 나는 임종기 동안 호스피스 케어를 받고 싶다.					
26. 나는 간호사가 나의 영적 요구에 대해 대화하기 원한다.					

*역문항

The impact of death anxiety and social support on end-of-life treatment preferences in elderly residents of Long-Term Care Hospitals

Joung, Ji Hun

College of Nursing
Graduate School

Keimyung University

(Supervised by Professor Park, Heeok)

(Abstract)

This study is a descriptive survey to investigate the effects of death anxiety and social support on the end-of-life care preferences in elderly residents of nursing homes. The subjects of this study included 155 elderly individuals who stayed at long-term care(LTC) hospitals in D City. Data collection was conducted from Jan. 9, 2023, to Mar. 9, 2023. Data analysis was performed using the SPSS 27.0 program, with descriptive statistics, t-tests, ANOVA, and hierarchical multiple regression.

The results of the study showed that the death anxiety, social support, and end-of-life treatment preferences in elderly residents of LTC hospitals were 3.15 ± 0.43 , 3.19 ± 0.45 , and 3.11 ± 0.30 . There were

significant differences in end-of-life treatment preferences by monthly income($F=3.63$, $p=.029$), cohabitation status before admission ($t=2.87$, $p=.005$), current duration of stay in the LTC hospitals($F=6.84$, $p=.001$), and previous experience of intensive care unit(ICU) admission($t=3.24$, $p=.002$), perceived health status($F=4.26$, $p=.016$), activities of daily living($F=3.16$, $p=.045$), and severity of illness($F=4.81$, $p=.003$). There were significant positive correlation between death anxiety and end-of-life treatment preferences ($r=0.32$, $p<.001$) also between social support and end-of-life treatment preferences ($r=0.30$, $p<.001$). The factors influencing end-of-life treatment preferences were shown as death anxiety($\beta=.23$, $p=.002$), social support($\beta=.22$, $p=.003$), previous experience of ICU admission($\beta=.18$, $p=.022$), and severity of illness($\beta=.16$, $p=.033$), with a model's explanatory power of 22.4%.

Based on the findings of this study, the development of a nursing intervention education program aimed at reducing death anxiety and enhancing social support is required to influence the end-of-life treatment preferences among elderly nursing home residents. Since

nursing home residents greatly rely on social support and derive comfort from it, efforts should be made to actively promote an environment conducive to visitation. Targeting patients with ICU admissions and those who frequently experience hospitalizations or surgeries due to severe illnesses is crucial to establish the end-of-life treatment preferences expressed. Consequently, ongoing research is needed to explore methods that enable elderly LTC residents to suggest the appropriate end-of-life treatment preferences based on their individual characteristics.

요양병원 노인의 죽음불안, 사회적지지가 임종치료선호도에 미치는 영향

정 지 훈
계명대학교 대학원
간호학과
(지도교수 박 희 옥)

(초록)

본 연구는 요양병원 노인의 죽음불안, 사회적지지가 임종치료선호도에 미치는 영향을 확인하기 위한 서술적 조사 연구이다. 본 연구는 D광역시 요양병원 2개 곳에서 입원중인 노인 155명을 대상으로 하였다. 자료수집은 2023년 1월 9일부터 3월 9일까지 실시하였다. 자료분석은 SPSS 27.0 program을 이용하여 기술 통계, t-test, ANOVA, Hierarchical multiple regression analysis로 분석하였다.

요양병원 노인의 죽음불안과 사회적지지 및 임종치료선호도 정도를 분석한 결과 죽음불안 3.15 ± 0.43 점, 사회적지지 3.19 ± 0.45 점, 임종치료선호도 3.11 ± 0.30 점으로 나타났다. 대상자의 일반적 특성에 따른 임종치료선호도 차이를 분석한 결과 요양병원 관련특성에서는 월평균소득($F=3.63, p=.029$), 입원 전 동거여부($t=2.87, p=.005$), 현 요양병원 입원기간($F=6.84, p=.001$), 중환자실 입원 경험($t=3.24, p=.002$)에 차이가 있었다. 건강관련 특성에서는

건강 상태 지각($F=4.26, p=.016$)과 일상생활능력($F=3.16, p=.045$) 및 질병 중증도($F=4.81, p=.003$)는 임종치료선호도에 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다. 요양병원 노인의 죽음불안과 사회적지지 및 임종치료선호도의 상관관계를 분석한 결과 죽음불안과 사회적지지($r=0.14, p=.090$)는 유의한 상관관계가 없었으나 죽음불안과 임종치료선호도($r=0.32, p<.001$)는 유의한 양의 상관관계가 나타났다. 사회적지지와 임종치료선호도($r=0.30, p<.001$)는 유의한 양의 상관관계로 나타났다. 임종치료선호도에 미치는 영향요인은 죽음불안($\beta=.23, p=.002$), 사회적지지($\beta=.22, p=.003$), 중환자실 입원경험($\beta=.18, p=.022$) 및 질병중증도($\beta=.16, p=.033$)로 나타났으며, 모형의 설명력은 22.4%이다. 그 중 죽음불안이 임종치료선호도에 가장 유의한 영향으로 나타났다.

본 연구결과를 종합하여 볼 때, 요양병원 노인의 임종치료선호도에 가장 많은 영향을 미치는 죽음불안감소하고 사회적지지를 높여 주는 간호중재 교육 프로그램 개발이 필요하다. 요양병원 노인은 사회적지지에서 큰 도움을 받고 의지를 하기 때문에 면회환경을 적극적으로 활성화 시킬 수 있는 방법을 모색하여야 한다. 또한 중환자실 입원경험이 임종치료선호도에 영향을 미쳤으며 중환자실 입원 경험이 있거나 질병중증도가 높은 노인은 죽음

에 대해 고민하고 임종치료선호도를 명확하게 밝힐 수 있으므로 중환자실
재원 환자와 중증질환으로 자주 병원입원이나 수술을 경험하는 노인을 대
상으로 임종치료선호도를 표현할 수 있는 환경을 마련해야한다. 요양병원
노인의 임종치료선호도를 개인의 특성에 맞게 잘 선택할 수 있도록 방법을
모색하는 연구가 지속적으로 필요하다.