



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](#)

박 사 학 위 논 문

요양기관 입소 노인의 죽음불안이
우울과 자아통합감에 미치는 영향:
사회적 지지의 조절효과계 명 대 학 교 대 학 원
간 호 학 과

신 상 예

지도교수 이은숙·심미소

2024년 2월

요양기관 입소 노인의 죽음불안이
우울과 자아통합감에 미치는 영향:
사회적 지지의 조절효과

지도교수 이은숙·심미소

이 논문을 박사학위 논문으로 제출함

2024년 2월

계명대학교 대학원
간호학과

신상예

신상예의 박사학위 논문을 인준함

주 심 김 혜 영

부 심 이 은 숙

부 심 김 상 희

부 심 허 만 세

부 심 김 석 주

계 명 대 학 교 대 학 원

2 0 2 4 년 2 월

감사의 말씀

박사 학위 과정 동안 포기하지 않고, 논문을 끝까지 완성할 수 있도록 용기와 격려를 해주신 모든 분께 이 글을 통하여 진심으로 감사의 인사를 드립니다. 논문을 마무리하면서 저 자신의 학문적 부족함과 내면의 성장통처럼 마음이 오히려 차분해지고 낮아지는 것과 같은 감정이 느껴집니다.

여러모로 부족한 제자임에도 모든 과정 동안 따뜻한 말로 격려해 주시고, 용기 주신 이은숙교수님께 진심으로 존경과 감사를 드립니다. 교수님께 받은 사랑과 학문적 열정은 잊지 않고 교수자로서 학생들에게 베풀 수 있는 사람으로 보답하겠습니다. 저에게 한 줄기 빛처럼 오셔서 공동지도교수가 되어 주신 심미소교수님, 바쁘신 중에도 우선적으로 제 논문을 살펴봐 주시고 도와주셨기에 이 박사학위 과정을 마무리할 수 있었습니다. 저보다 더 고생 많으셨고 교수님의 도움은 평생 잊지 못할 것 같습니다.

전체적인 논문의 흐름을 잡아주시고 간호학 학문으로 정체성을 잃어버리지 않도록 마지막까지 세심하게 지도해 주신 심사위원장이신 김혜영교수님, 객관적이고 예리한 통찰력으로 논문의 완성도를 위해 꼼꼼히 심사해 주신 김상희교수님, 논문의 통계적인 부분과 연구의 이론적인 배경을 논리적으로 지도해 주시고 언제나 쉼less하신 허만세교수님, 심사 때마다 항상 저희 학교까지 오셔서 열정적으로 지도해 주시고 관심을 가져 주신 김석주교수님, 교수님들의 열정과 가르침이 없었다면 이 어려운 과정을 마칠 수 없었을 것 같습니다. 진심으로 존경과 감사를 드립니다.

논문의 자료 수집을 위해 도움을 주신 포항시 요양 기관 관계자 분들과 학위과정 동안 여러 가지로 도움을 주신 본교의 선린대학교 교수님들께도 감사드립니다. 모든 과정 동안 격려와 응원을 해준 대학원 선후배와 동기 선생님들, 통계에 도움을 주신 민욱, 용구 선생님, 사랑하는 친구들께도 감사드립니다.

무엇보다 긴 학위과정 동안 포기하지 않고 박사학위라는 결과물을 부모

님께 보여주게 되어서 지금 이 순간 가장 기쁘고, 좋은 일에 함께 기뻐하고 좋아해 줄 사랑하는 내 동생들과 제부, 올케에게도... 항상 엄마를 응원해 주고 걱정해 주는 멋진 아들 주영이, 토끼 같은 딸 소연이에게도 고마운 마음을 전합니다. 늘 묵묵히 저의 모든 과정을 지켜봐 주고 외조해 준 남편께도 감사드립니다.

마지막으로 이 과정이 끝이 아니라 좀 더 성숙한 교수자로 한 걸음 더 나아가는 시작임을 다짐하며 제 마음을 담은 감사의 글을 마무리하겠습니다.

2024년 2월

신상예

목 차

I. 서 론	1
1. 연구의 필요성	1
2. 연구목적	4
3. 연구가설	4
4. 용어정의	5
II. 문헌고찰	7
1. 요양기관 입소 노인의 특성	7
2. 요양기관 입소 노인의 우울	9
3. 요양기관 입소 노인의 자아통합감	12
4. 요양기관 입소 노인의 죽음불안	15
5. 요양기관 입소 노인의 사회적 지지	17
6. 연구의 이론적 기틀	19
III. 연구방법	26
1. 연구설계	26
2. 연구대상	26
3. 연구도구	27
4. 자료수집	28
5. 자료분석	29
6. 윤리적 고려	30
IV. 연구결과	31
1. 대상자의 일반적 특성	31
2. 연구변수의 기술 통계 및 정규성 검정	34
3. 일반적 특성에 따른 주요 변수 차이분석	36

4. 연구변수의 신뢰도	40
5. 주요 변수 간 상관관계	41
6. 연구가설의 검증	43
V. 논의	62
VI. 결론 및 제언	72
참고문헌	74
부록	93
영문초록	103
국문초록	106

표 목 차

표 1. 스트레스 과정 모델을 적용한 선행연구	23
표 2. 대상자의 일반적 특성	32
표 3. 연구변수의 기술 통계 및 정규성 검정	35
표 4. 일반적 특성에 따른 우울의 점수 차이	36
표 5. 일반적 특성에 따른 자아통합감의 점수 차이	38
표 6. 연구변수의 신뢰도	40
표 7. 주요 변수 간 Pearson 상관관계 분석	42
표 8. 죽음불안과 우울의 관계에서 사회적 지지의 조절효과	45
표 9. 죽음불안과 우울의 관계에서 가족 지지의 조절효과	47
표 10. 죽음불안과 우울의 관계에서 친구 지지의 조절효과	49
표 11. 죽음불안과 우울의 관계에서 전문가 지지의 조절효과	52
표 12. 죽음불안과 우울의 관계에서 전문가 지지의 조건부 효과 검증	53
표 13. 죽음불안과 자아통합감의 관계에서 사회적 지지의 조절효과	55
표 14. 죽음불안과 자아통합감의 관계에서 가족 지지의 조절효과	57
표 15. 죽음불안과 자아통합감의 관계에서 친구 지지의 조절효과	59
표 16. 죽음불안과 자아통합감의 관계에서 전문가 지지의 조절효과	61

그림 목 차

그림 1. 스트레스 과정 모델	21
그림 2. 연구의 개념적 기틀	25
그림 3. 죽음불안과 우울의 관계에서 전문가 지지의 조건부 효과	53

I. 서론

1. 연구의 필요성

세계보건기구의 통계에 의하면, 2019년 기준 우리나라의 평균 기대 수명은 83세이며 건강 수명은 73세로, 10년 정도의 차이를 보인다. 이는 노인들이 약 10년 동안의 노년기를 건강하지 못한 상태로 보낸다는 것을 의미한다(World Health Organization [WHO], 2020). 가정이나 지역사회로부터 돌봄을 받을 수 없는 노인들은 이러한 건강 문제로 인해 노년기의 삶을 요양기관에 입소하여 보내게 된다(신승호와 신소홍, 2021). 최근 요양기관 입소 노인의 비율은 점차 증가하고 있다(신창환과 강효신, 2023; 정영호, 고숙자, 김혜윤과 오인환, 2020). 요양기관 입소 노인은 사회적 고립으로 인해 죽음불안, 자아통합감의 결여 등을 경험하고, 우울과 같은 정신건강 문제에서 취약성을 보이고 있다(정현정과 윤숙희, 2015; 최지혜와 공성숙, 2020). 따라서 요양기관 입소 노인의 정신건강 문제를 개선하기 위해 정신건강에 영향을 미치는 요인을 규명하고, 이를 고려한 간호 중재를 제공하는 것이 필요하다. 현재 요양기관 입소 노인의 정신건강과 영향요인을 규명한 연구는 매우 부족한 실정이며, 이와 관련한 지속적인 연구가 필요하다(김현준 등, 2018).

선행연구에 따르면, 국내 노년층의 우울증 및 자살 현황은 경제 협력 개발 기구(Organization for Economic Cooperation and Development [OECD]) 회원국 중에서도 가장 높은 수준에 이르고 있다(이태호와 허순임, 2021). 특히 요양기관 입소 노인의 경우 71.3%에 달하는 노인들이 우울감을 경험하는 것으로 보고되었다(김현준 등, 2018). 노인의 요양기관 입소는 생의 마지막 단계에서 가족에 의해 비자발적으로 이루어지는 경우가 많다(양영자, 2022). 이로 인해 요양기관에 입소한 노인은 가족에게 버림받았다는 인식을 가지며 괴로워한다(양영자, 2022). 또한, 요양기관 입소 노인들은 낯선 환경에 대한 불안과 함께 삶에 대한 부정적 인식을 강하게 느끼게 된다(권진과

고민석, 2017; 양영자, 2020).

노인들이 노년기에 달성해야 하는 중요한 과업은 자아통합감의 형성이다 (오정숙, 2019). 자아통합감은 자신의 과거와 현재를 긍정적으로 평가하고 수용하며, 앞으로 다가올 죽음에 대해 두려움이 없는 심리적 안녕 상태이다 (Erikson, 1998). 일반적으로 노인들의 자아통합감 수준은 나이가 들면서 높아지는 경향이 있지만, 이에 반해 요양기관 입소 노인들은 죽음에 대한 불안과 같은 스트레스 요인으로 인해 자아통합감 형성에 어려움을 겪을 수 있다(서윤주, 김승비와 최용민, 2021; 오정숙, 2019). 자아통합감 형성을 이루지 못한 노인의 경우 삶의 질 저하와(Haroon, Khawaja, & Ghayas, 2018; Hussain, 2021), 우울이나 자살 등 정신건강 문제를 겪을 가능성이 있다(김연하와 김민주, 2019; 최지혜와 공성숙, 2020; Cotton & Range, 1993).

연구자들은 우울이나 정신건강 문제를 해결하기 위해 요양기관 입소 노인의 우울 개선과 관련한 다양한 연구를 진행해 왔다. 이들 연구는 주로 요양기관 입소 노인의 우울 개선에 사회적 지지의 중요성을 주목하고 있다(임영아, 2019). 예컨대 요양기관 입소 노인은 함께 생활하는 동료나 의료인, 직원과의 갈등이 적고 강한 응집력을 형성하고 있는 경우 요양기관에서의 거주 만족도가 높다(Mitchell & Kemp, 2000). 이러한 점에서, 요양기관 입소 노인을 가장 가까이에서 접하는 간호사는 가족과 떨어져 심리적 불안과 고독감을 경험하는 노인들의 어려움을 사정하고, 중요한 중재 요인으로서 사회적 지지를 고려하여야 한다(Carpenter, 2002).

가설의 이론적 근간으로 본 연구는 스트레스 과정 모델에 초점을 두었다. 스트레스 과정 모델은 다양한 스트레스 요인이 스트레스 결과로 이어지는 과정을 설명한다(Pearlin, 1989). 이 모델에 따르면 신체적, 정서적 어려움을 겪어 요양기관의 도움이 필요한 노인들은 죽음에 대한 불안을 경험하게 되고, 그 부정적 결과로 우울감이나 발달 과업 달성의 어려움이 유발될 수 있다(서부덕과 권경희, 2021; 안은숙과 이진숙, 2021; Pearlin, 1989). 이는 요양기관 입소 노인들에게 간호 개입을 제공할 때, 이러한 스트레스 전이 과

정을 완화할 수 있는 요인을 찾는 것이 가장 중요한 과제임을 시사한다. 실제로 여러 선행연구에서는 스트레스 과정 모델을 사용하여 일상에서의 스트레스 요인이 우울이나 자살 등 정신건강에 부정적 영향을 미친다는 사실을 일관적으로 밝혀왔고(임연옥과 윤현숙, 2017; 진혜민과 배성우, 2016; Hammen, 2005), 부정적인 영향을 조절해 주는 보호 요인의 역할을 사회적 지지가 한다는 점을 확인하였다(강석임, 2021; 이현지, 2005).

위와 같은 다양한 논의에도 불구하고 요양기관 입소 노인을 대상으로 조사를 진행한 연구는 많지 않다. 특히 스트레스의 원인과 결과 분석이라는 일차원적 접근뿐만 아니라, 그것을 조절하는 요인이 무엇인지를 탐색한 연구는 더욱 부족한 실정이다. 이러한 점에서 본 연구는 스트레스 과정 모델을 적용하여 죽음에 대한 불안(스트레스 요인)이 우울과 자아통합감(스트레스 결과)에 영향을 미친다는 점과 더불어, 사회적 지지의 긍정적 완충 효과를 확인할 필요가 있다.

요양기관의 간호사는 시설에 입소한 노인을 가장 가까이서 접하며 건강 상태 관찰 및 건강 관리, 가족 및 보호자와의 상담 등에서 주요한 역할을 담당한다(손숙연과 김신미, 2019). 실제로 요양기관의 간호사는 치료뿐만 아니라 입소 노인의 생활 전반에 대해 다양한 개입이 가능하여 노인의 정신건강은 물론 사회적 지지 등에 대해서도 직접적 영향을 줄 수 있다(오은정과 오영주, 2023; 윤동원, 2016). 따라서 요양기관 간호사는 입소 노인의 죽음불안, 우울 등 정신건강 문제를 확인하고, 이를 예방 및 개선하기 위한 중재를 적극적으로 제공할 필요가 있다(이라진과 박형숙, 2017). 즉, 사회적 지지의 긍정적 효과를 극대화하기 위해서는 지역사회 간호학적 개입이 필요하다고 볼 수 있다. 이에 본 연구는 지역사회에서 취약성이 높은 인구집단인 요양기관 입소 노인의 우울 및 자아통합감의 영향 요인을 규명함으로써 간호사의 요양기관 입소 노인에 대한 정신건강 중재 개발에 유용한 기초자료를 제공하고자 한다.

2. 연구목적

본 연구의 목적은 요양기관 입소 노인의 죽음불안이 우울과 자아통합감에 미치는 영향에서 사회적 지지의 조절효과를 확인함으로써 효과적인 중재의 개발을 위한 이론적 근거를 마련하는 것으로 구체적인 연구목적은 다음과 같다.

- 1) 대상자의 죽음불안, 우울, 자아통합감, 사회적 지지의 정도를 확인한다.
- 2) 대상자의 일반적 특성에 따른 우울과 자아통합감의 차이를 확인한다.
- 3) 대상자의 죽음불안, 우울, 자아통합감, 사회적 지지의 상관관계를 확인한다.
- 4) 대상자의 죽음불안이 우울에 미치는 영향에서 사회적 지지의 조절효과를 확인한다.
- 5) 대상자의 죽음불안이 자아통합감에 미치는 영향에서 사회적 지지의 조절효과를 확인한다.

3. 연구가설

본 연구의 가설은 다음과 같다.

제 1가설: 대상자의 죽음불안은 우울에 유의한 영향을 미칠 것이다.

제 2가설: 대상자의 죽음불안은 자아통합감에 유의한 영향을 미칠 것이다.

제 3가설: 대상자의 사회적 지지는 우울에 유의한 영향을 미칠 것이다.

제 4가설: 대상자의 사회적 지지는 자아통합감에 유의한 영향을 미칠 것이다.

제 5가설: 대상자의 죽음불안과 우울의 관계에서 사회적 지지의 조절효과가 있을 것이다.

제 6가설: 대상자의 죽음불안과 자아통합감의 관계에서 사회적 지지의 조절효과가 있을 것이다.

4. 용어정의

1) 요양기관

(1) 이론적 정의: 요양병원과 요양시설을 의미하며, 요양병원이란 장기 요양을 요하는 입원 환자에 대하여 의사 또는 한의사가 그 의료를 행하는 곳으로 요양환자 30인 이상을 수용할 수 있는 시설을 갖추고 개설하는 의료기관을 의미한다(국가법령정보센터, 2020). 요양시설은 기관 내에서 수급자를 보호, 신체활동 지원 및 심신 기능을 유지하기 위한 교육·훈련 등의 서비스를 제공하는 시설을 의미한다(노인복지법 제34조 제1항 제1호).

(2) 조작적 정의: 본 연구의 요양기관은 경상북도 P시에 위치한 100인 이상을 수용할 수 있는 시설을 갖추고 있는 6개의 요양병원과 수급자를 보호, 신체활동 지원 및 심신 기능을 유지하기 위한 교육·훈련 등의 서비스를 제공하는 1개의 요양시설을 의미한다.

2) 우울

(1) 이론적 정의: 우울은 자신을 향한 모든 감정이 부정적으로 변화하고, 이로 인해 발생하는 근심, 걱정, 상실감, 침울함 등의 정서적 장애를 의미한다(Gillen & Burkhardt, 2004).

(2) 조작적 정의: 본 연구에서는 Zung (1965)이 개발하고, 전시자(1989)가 시설 노인에게 적용 가능하도록 수정·보완한 도구로 측정된 점수를 의미한다.

3) 자아통합감

(1) 이론적 정의: 자아통합감이란 인간이 노년기에 이루는 적응의 성공

적 결과로서 현재 자신의 생활에 만족감을 느끼며, 죽음에 대한 불안감이 없이 심리적 안정감을 유지하는 상태를 의미한다(Erikson, 1963).

- (2) 조작적 정의: 본 연구에서는 Milner (1983), Erikson (1963)에 의해 연구된 자아통합감 척도를 기반으로 김정순(1988)이 개발한 도구를 진정아(2006)가 노인에게 적용 가능하도록 수정·보완한 도구로 측정한 점수를 의미한다.

4) 죽음불안

- (1) 이론적 정의: 죽음불안이란 죽어가는 과정이나 죽음에 대해 인간이 경험하는 부정적인 감정으로 불안, 공포, 혐오감 등의 인지·정서적, 신체적 측면에서의 포괄적 불안을 의미한다(임송자, 2012).
- (2) 조작적 정의: 본 연구에서는 박은경(1995)이 개발한 한국판 죽음불안 측정 도구를 오미나(2003)가 재가 노인과 시설 노인에게 적용 가능하도록 수정·보완한 도구로 측정한 점수를 의미한다.

5) 사회적 지지

- (1) 이론적 정의: 사회적 지지는 인간이 속해있는 사회의 타 구성원들과의 관계 속에서 주고, 받는 다양한 긍정적 자원을 의미한다(Cohen & Hoberman, 1983).
- (2) 조작적 정의: 본 연구에서는 Zimet, Dahlem, Zimet과 Farley (1988)가 개발한 The Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS)를 이현숙(2009)이 번안하고 시설 노인에게 적용 가능하도록 수정·보완한 도구로 측정한 점수를 의미한다.

II. 문헌고찰

1. 요양기관 입소 노인의 특성

요양기관 입소 노인의 특성은 크게 신체적, 심리적 특성으로 구분할 수 있다(송효주와 최상현, 2009; 양영자, 2022). 우선, 신체적 특성에는 시청각 등 신체 기능 저하, 이동 제한, 치매 등의 요소를 포함한다(김종임, 2016; 권명진, 2016; 임영아, 신태수와 조영채, 2018). 실제로 요양기관 입소 노인은 중증 노인성 질환과 고혈압, 당뇨, 심장 질환 등의 만성질환을 겪고 있는 경우가 많고, 그들 중 75~88%가 인지기능 저하를 보이는 경향이 있다(김종임, 2016). 입소 노인들이 가장 흔하게 겪고 있는 질병은 고혈압, 치매, 뇌졸중, 당뇨병 순이며, 이러한 질환에 대한 경험이 있거나 현재 가지고 있는 노인은 그렇지 않은 노인에 비해 높은 불안을 호소한다(박민경과 조규영, 2021). 이와 같은 신체적 특성으로 인해 요양기관 입소 노인은 일상생활에의 심각한 장애, 근감소증이 있는 것으로 보고되었다(권명진, 2016; 이지현과 김가은, 2020). 이처럼 요양기관 입소 노인의 신체적 건강이 매우 낮은 수준에 머물러 있다는 사실은 이들을 위한 간호학적 개입이 필요하다는 것을 알 수 있다.

노인의 요양기관 입소는 삶에 충격과 변화를 가져오는 일로, 그들의 정신 건강에 큰 영향을 미치게 된다(신승호와 신소홍, 2021). 요양기관 입소 노인은 자신의 터전을 떠나 새로운 환경에 적응해야 하는 어려움을 겪게 되고, 특히 비자발적인 입소와 가족에 대한 원망 등으로 우울 및 불안을 느끼게 된다(양영자, 2022). 실제로 노인들은 요양기관 입소를 현대판 고립장으로 인식하고 있으며, 이를 사회와 단절되는 고립의 상황으로 보고하기도 한다(양영자, 2022). 이에 따라 요양기관 입소 노인은 죽음불안, 우울, 삶의 질 저하, 자아통합감 결여 등으로 이어질 수 있는 스트레스, 분노 등의 부정적 정서 심화를 겪고 있다(김기태, 송진영과 정종화, 2018; 이현지와 남현주,

2020; 김성민, 이택영, 강대혁과 박소연, 2022).

위와 같은 요양기관 입소 노인이 가지고 있는 신체적, 심리적 특성은 그들의 정서에 악순환을 초래한다(양영자, 2022). 예컨대, 노인의 신체 기능 저하 및 우울은 그들의 삶의 의지를 감소시키고 이는 노인 요양기관이 제공하는 여가 프로그램 등의 참여 저조로 이어진다. 나아가 이는 다시 소통 능력 결여로 이어져, 결국 노인들의 부정적 정서는 더욱 심화된다(신소홍과 박정숙, 2017). 이러한 문제점을 개선하기 위해서는 실효성 있는 간호학적 중재를 통해 요양기관 입소 노인의 일상생활 수준과 프로그램 참여 의지를 높여야 한다.

요양기관 입소 노인은 일반 노인과는 달리 신체적으로나 사회적으로 모든 활동이 쇠퇴해 있다는 것 외에도, 여러 독특한 인구사회학적 특성을 지니고 있다(전리상과 조홍중, 2022). 실제로 이지현과 김가은(2020)에 따르면 요양기관 입소 노인의 인구사회학적 특성에 따른 건강 관련 삶의 질 차이에서 성별, 배우자 유무, 자녀 유무, 소득, 신체적 건강 등의 특성이 유의한 영향을 주는 것으로 보고되었다.

서수미와 박희옥(2021)에 따르면 요양기관 입소 노인의 경우 여성의 비율이 높았으며, 건강상태에서 최약한 그룹이 건강한 그룹보다 3배 정도 높게 보고되었다. 또한 성별과 관련해서 다른 선행연구에서도 여성의 비율이 높은 것으로 보고하였다(이지현과 김가은, 2020). 건강은 주관적 건강과 일상생활능력, 질병명 등으로 구분하는데, 이지현과 김가은(2020)은 요양기관 입소 노인의 주관적 건강상태에서 불건강, 보통, 건강 빈도에서 12.1%, 64.5%, 23.4%로 큰 차이가 있는 것으로 보고하였다. 따라서 노인의 성별과 주관적 건강상태는 요양기관 입소 노인의 인구사회학적 특성을 반영하는 중요한 변수로 고려되어야 한다.

박창제(2015)는 노인 부양자의 경제적 수준이 높을수록, 배우자가 있는 경우 요양기관 입소보다는 방문요양 서비스를 선호한다고 보고하였다. 또한 이지현과 김가은(2020)의 연구에서는 월평균 용돈이 20만 원 이상인 노인이 10만 원 미만, 10-20만 원 노인보다 주관적 건강이 유의하게 높았다. 따라

서 경제적 수준은 요양기관 입소 노인의 인구사회학적 특성에서 중요한 결정요인으로 작용함을 알 수 있다(장수지와 김수영, 2016)

가족적 요인도 노인의 요양기관 적응에 중요한 역할을 담당하는데, 강은나와 이민홍(2014)에 따르면 요양기관 입소 노인의 사회적 관계는 자녀 의존형이 68.3%로 대부분을 차지하고, 이들의 대부분은 사회관계에서 친구와의 교류보다는 자녀와의 연락의 빈도 수가 높은 특징을 가지고 있다. 실제로 이지현과 김가은(2020)은 자녀가 있는 경우 없는 경우보다 노인의 주관적 건강상태가 높은 결과를 보고하였다. 따라서 다른 가족과의 관계 및 자녀의 수는 요양기관 입소 노인에게 중요한 특성으로 고려되어야 한다.

선행연구의 결과는 요양기관 입소 노인의 특성을 고려해서 간호학적 중재를 어떻게 구성할지에 대한 정보를 제공한다. 특히, 스트레스 과정 모델에 따르면 스트레스에 영향을 미치는 인구사회학적 특성을 중요하게 생각한다(Tuner, 2013). 따라서 본 연구에서는 성별, 건강상태, 배우자의 유무, 자녀 수, 소득에 따른 특성을 고려해서 각 변수 간의 관계를 규명하고자 한다.

2. 요양기관 입소 노인의 우울

노인은 건강 악화, 가족 및 사회적 역할 축소 등으로 정신건강 문제에 상대적으로 취약하다(정순돌, 이아영과 정지혜, 2023). 특히 노인 빈곤은 노인 우울에 영향을 미치고 있다(김명일, 2017). 실제로 한국의 노인 자살률은 경제협력개발기구(OECD) 회원국 중에서 가장 높은 수준이다. 이에 따라 한국 노인의 정신건강 문제는 심각한 사회문제로 부상하고 있다(이태호와 허순임, 2021).

우울은 일상생활에서 슬픈 감정의 정도가 심하고 의기소침한 감정 상태 및 생각에 빠져 활동이 위축되는 것을 일컫는다(전근성, 2022). 특히 우울은 노년층에서 나타나는 가장 심각한 정신적 질환으로, 노인들의 의욕 및 일상 기능 저하를 유발한다(임경은과 이현주, 2022). 세계보건기구(WHO, 2020)

의 통계에 따르면, 전체 노인 인구 중 15~20%가 우울 증세를 보이고 있다. 따라서 노인에게 있어 우울은 심혈관질환 다음으로 가장 흔하게 발생하는 건강 문제이다(Chang, Yao, Hu, & Wang, 2015). 이러한 노년기의 우울은 건강 이상 및 사망으로 이어지고 있으며 이는 막대한 사회·경제적 비용을 유발하고 있다(Maier, Riedel-Heller, Pabst, & Luppá, 2021).

노인 우울은 다양한 개인·인구·사회학적 특성과 관련이 있다. 이와 관련한 선행연구에 따르면, 노인 우울은 성별에 따라 다르게 나타난다. 2020년 기준, 한국에서는 전체 노인 인구 중 13.5%가 우울 증세를 보이며 그중 남성은 10.9%, 여성은 15.5%로, 여성 노인이 우울에 특히 취약하다는 것을 알 수 있다(정영호 등, 2020). 특히 여성의 경우 연령이 높고 주관적으로 평가하는 건강상태가 좋지 않을수록 우울 수준이 높아진다(남혜진, 이인숙, 2019; 박소영, 2018). 또한 교육 수준이 높은 노인일수록 우울이 낮게 나타나고 있는데, 이는 고학력 노인일수록 부정적인 상황에 대처할 수 있는 정보를 획득할 가능성이 커지기 때문이다(서성옥과 소애영, 2016). 이처럼 노인의 성별, 건강상태, 교육 수준 등에 따라 노인 우울증 발생이 다르게 나타난다(박가영과 유수정, 2023). 이와 같이 노인 우울에는 다양한 개인적 요인이 영향을 미치고 있다.

노인 우울에 영향을 미치는 가족적 요인에 대한 선행연구 결과를 살펴보면, 노인의 가족관계가 좋을수록 우울 수준이 낮아지는 것으로 보고되었다(이준상과 김향아, 2017; Mustika & Harini, 2017). 이러한 가족적 요인은 자녀와의 연락 빈도 및 만남과 연관이 있는데, 비동거 자녀와의 만남 횟수가 적을수록 노인 우울 수준이 높게 나타나고 있다(박소영, 2018). 또한 배우자의 유무와 동거 형태 등도 우울에 영향을 미치는데, 배우자, 자녀 등과의 동거는 우울증 감소에 긍정적인 영향을 미치는 것으로 보고되었다(윤경순과 이유진, 2022). 실제로 가구 특성에 따른 노인 우울증 발병률을 분석한 통계에 따르면, 독거 가구(18.7%), 자녀와 함께 사는 가구(16.8%), 노인 부부 가구(10.4%), 앞의 가구 유형들을 제외한 기타 유형의 가구(21.7%)로 나타났다(정영호 등, 2020).

사회적 요인 또한 노인의 우울 수준에 영향을 미친다. 노인의 사회·경제적 지위가 낮거나 사회적 박탈감이 높을수록 우울 수준이 높아지며, 그 반대의 경우도 성립한다(서연숙, 2015; Han et al., 2018). 특히 사회적 자원은 노인의 원활한 사회 활동을 가능하게 하며, 이는 노인의 정신건강 유지로 이어지고 있다. 일례로 이와 관련한 한 연구는 노인의 사회 활동 참여도가 높을수록 우울감 감소와 삶의 질 향상을 경험한다는 사실을 밝히고 있다(김남현과 정민숙, 2017).

현재 경제적 발전과 의료 기술의 발달로 인간의 평균 수명이 늘어나고 있으며, 이에 따른 고령화 현상으로 노인 건강에 관한 관심이 증가하고 있다(김선하와 김미옥, 2022). 특히 노인들의 평균 수명과 건강 수명이 큰 차이를 보인다는 점에서, 노인들이 건강하지 않은 상태로 살아가고 있다(WHO, 2020). 건강 문제로 일상생활이 어려운 노인들은 요양기관에 입소하는 경우가 많다(신창환과 강효신, 2023; 정영호 등, 2020). 노인 요양시설에 거주하는 노인들 대부분은 노인성 질환, 만성질환, 인지 및 정신건강 행동장애 등을 가지고 있다(김종임, 2016). 요양기관에 입소한 노인들은 사회적 관계가 단절되는 경험을 하는데, 이 과정에서 노인이 느끼는 불안과 불만족은 노인의 우울증 발병에 영향을 미칠 수 있다(권진과 고민석, 2017; 김명숙과 김종임, 2015). 실제로 요양기관에 입소한 노인들의 우울 정도가 일반 노인에 비해 월등히 높게 나타난다(권진과 고민석, 2017; 이인정, 2012).

한편 요양기관 입소 노인의 요양 및 간호 과정에서 다양한 프로그램과 개입이 이루어지고 있으며, 그 효과성을 검증하고자 하는 연구가 여러 방면에서 이루어져 왔다. 먼저, 마음 명상 프로그램이 시설 거주 노인의 수면, 우울, 삶의 질에 미치는 효과를 확인한 연구가 있는데, 연구 결과 마음 명상 프로그램은 노인 수면과 삶의 질 향상에 도움을 주었지만, 통계적으로 유의한 수준의 우울 감소가 나타나지는 않았다(김경남, 손혜경과 박현주, 2014). 반면, 인지 기능이 저하된 요양기관 입소 노인들을 대상으로 웃음요법과 음악요법이 우울에 미치는 영향을 비교한 연구에서는 음악요법을 한 집단에서

우울이 유의하게 감소하였다(채경숙, 2015). 이 외에도 빛 요법, 집단 미술치료, 마사지, 운동 등 다양한 프로그램이 노인 우울증 완화에 효과가 있다는 것을 밝힌 연구들이 보고되었다(김동희, 배영실과 김상호, 2017; 김혜정과 이강이, 2016; 장효열, 2018).

이처럼 요양기관 입소 노인을 대상으로 우울을 비롯한 정신건강의 질을 향상할 수 있는 방안을 마련하기 위한 다양한 연구가 이루어져 왔으며(김동희 등, 2017), 이러한 연구들은 요양기관 입소 노인의 우울증 완화에 여러 시사점을 제공하고 있다. 하지만, 기존 연구들은 노인의 우울 수준이 높아지는 다양한 요인들을 고려하지 않고, 시설 내 프로그램의 종류와 효과성에만 주목하였다는 점에서 한계가 있다. 이러한 점에서 본 연구는 요양기관 입소 노인 우울 완화의 효과적이고 실질적인 개선을 위해서는 요양기관 입소 노인의 인구사회학적 특성, 가족적 요인, 사회적 요인, 교육 수준 등 우울의 원인에 대한 깊이 있는 이해가 필요하다는 점을 확인하였다. 또한, 본 연구는 요양기관 입소 노인의 우울을 심화시키는 예측 요인도 주목하였다.

3. 요양기관 입소 노인의 자아통합감

노년기는 개인이 과거를 반추하며 현재의 삶에 만족하고, 삶과 죽음을 수용하는 과정에서 의미를 찾아가는 중요한 시기이다(Brown & Lewis, 2003). 이와 관련하여 Erikson (1998)은 인간의 마지막 발달 단계인 노년기의 중요한 과업이 바로 자아통합감 형성임을 강조하였다. 자아통합감은 생명의 말단에 도래하는 복잡하고 중요한 심리적 이슈로, 이는 인생의 마지막 단계에서 개인이 죽음 이후에도 자신의 존재가 후손을 통하여 지속된다는 인식을 형성하는 것을 의미한다(조성훈, 2021). 이러한 점에서 자아통합감은 자신의 인생에 대한 긍정적인 평가와 죽음에 대한 불안감 해소를 통한 심리적인 안정 상태를 의미한다(Yount, 2008).

노인은 자아통합감을 통해 과거의 일생 및 죽음을 수용함으로써 과거의 잘못을 긍정적으로 바라보게 된다(Brown & Lewis, 2003; Yount, 2008). 반

면 자아통합감을 이루지 못할 경우에는 그에 대한 부정적인 반응이 나타날 수 있다(김고은과 신은주, 2016). 노인의 자아통합감 결여는 본인의 삶을 실패로 인식하게 되고, 죽음 앞에 절망하거나 삶을 후회하는 결과로 나타나게 된다(Darling-Fisher & Leidy, 1988; Erikson, 1998).

자아통합감 단계 중, 노인에 해당하는 단계는 크게 노년기와 노년 후기로 나눌 수 있다. 이 중 노년기는 자아통합 대 절망의 단계를 의미한다(Erikson, 1998). 이 시기에 성공적으로 자아통합을 이룬 노인들은 삶의 주체로서 남은 생을 살아가지만, 자아통합에 실패한 경우에는 죽음을 두려워하며 염세적인 태도로 삶을 살아간다(Bugajska, 2017; Erikson, 1998). 특히 노년 후기는 노인이 심리적으로 죽음을 받아들이기 위한 마음의 준비를 하는 시기로(안정신, 2015), 자아통합감 형성에 매우 중요한 시기로 평가되고 있다(Yount, 2008). 노인은 이 시기에 물질적이고 이성적인 가치관이 아닌, 죽음에 대한 초월적 관점에 입각하여 세상을 바라보는 전환을 이루게 된다(안정신, 2015; 이현지, 2021).

이러한 점에서 자아통합감이 노인의 정신건강에 미치는 영향에 관해 살펴볼 필요가 있으며, 이를 논의한 연구는 다음과 같다. 김민희와 이주일(2017)은 노년기의 활동 참여가 삶의 만족과 자아통합감에 미치는 영향을 확인하고, 이를 통해 노인의 삶의 질을 향상할 수 있는 유용한 프로그램 개발에 시사점을 제시하였다. 또한, 정미경(2015)은 노인의 신체적 자기효능감이 자아통합감에 긍정적인 영향을 미친다는 연구 결과를 제시하였다. 진지혜와 안정신(2022)은 노인의 자아통합감이 삶의 만족도에 미치는 영향에서 초월과 죽음불안의 조절된 매개효과를 확인하고, 죽음불안 해소와 초월을 강화하는 방법을 통해 노인의 자아통합감과 삶의 만족도를 높일 수 있음을 확인하였다. 또한 조성훈(2021)은 심리적 안녕감이 죽음불안과 자아통합감 사이에서 매개 역할을 한다는 점을 확인하여, 죽음불안과 자아통합감의 유의한 관련성을 밝혔다. 특히 조성훈(2021)의 연구는 65세 이상 노인의 죽음불안 수준이 심리적 안녕감을 감소시키고, 이는 다시 자아통합감을 감소시키고 있다는 매개 경로를 보여주었다. 이와 같은 결과는 노인의 삶에서 죽

음에 대한 불안이 어떻게 자아통합감에 영향을 미치는지에 대한 이해를 높여준다.

간호학 분야에서 진행된 자아통합감에 대한 국내 초기 연구는 주로 개인의 심리적 요인과 자아통합감 사이의 관계에 초점을 맞추고 있다. 이러한 연구들은 앞서 공통적으로 언급한 에릭슨의 사회심리적 이론에 기초하여, 노년기에 달성해야 할 발달과업으로써 자아통합감 형성을 강조하였다(김고은과 신은주, 2016; 임선영과 장성옥, 2020). 이후 노인 간호에 대한 관심이 증가하게 되면서 관련 연구도 세분화되었다.

2000년대 이후로는 정신건강에 대한 사회적 인식이 높아짐에 따라 관련 연구가 증가하였고, 특히 그중 노년기의 상실감과 우울감이 자아통합감에 미치는 영향에 관한 연구가 주목받았다(오지희와 김종남, 2017; 정미경, 2015). 이 연구들은 노년기에 접어든 사람의 정신건강을 향상하는 방법을 찾는 데 중요한 역할을 하였다. 이러한 연구를 기반으로 최근에는 자아통합감에 영향을 미치는 다양한 변수에 관한 연구가 수행되었다. 그 결과 노년기 노인의 건강상태, 사회활동 참여, 자아존중감, 사회적 지지, 그리고 삶의 만족도 등이 자아통합감에 중요한 영향을 미치고 있음이 나타났다(김은주와 강승주, 2018; 정일영, 2017; 최동숙과 이병숙, 2018). 한편 임상현과 장진이(2022)에 따르면, 노인의 인식된 짐스러움과 좌절된 소속감이 자아통합감에 영향을 주는 것으로 나타났다.

한편, 일반적인 노인과 달리 요양기관 입소 노인은 가족들과 소통이 부족해지고 심리적 위축감과 사회적 단절을 경험하는 경우가 많으며, 이때 그들이 느끼는 소외감과 고독은 자아통합감 달성을 어렵게 만든다(권진과 고민석, 2017; 백장미와 송준아, 2023). 그러나 요양기관 입소 노인 중에서도 건강상태가 좋을수록 긍정적인 자아를 형성할 가능성이 커지는데, 이는 자아통합감 달성에 영향을 미치고 있다(김희경, 이현주, 주영주와 박순미, 2009).

임선영과 장성옥(2020)에 따르면 요양기관 입소 노인의 주변인과의 관계 형성, 죽음의 객관화, 사회 심리적 잔존기능 활용이 자아통합감의 간호학적 관리에 있어 중요한 개념으로 강조되었다. 이러한 변인 사이의 관계를 확인

하기 위한 연구에서 서윤주 등(2021)은 요양기관 입소 노인의 죽음불안과 자아통합감 사이의 관계를 분석하였고, 죽음불안은 노인의 자아통합감을 감소시키고 있음을 밝혔다. 반면 진지혜와 안정신(2022)은 초월, 자아통합감 등이 노인의 죽음불안의 결정요인이 되고 있음을 강조한다. 이 연구에 따르면 요양기관 입소 노인의 자아통합감은 다양한 요인에 의해 결정될 수 있고, 자아통합감은 다른 변인에도 영향을 줄 수 있다(진지혜와 안정신, 2022). 선행연구의 결과를 정리하면, 자아통합감이 노인의 삶에서 중요한 역할을 담당한다는 것과 관련한 다양한 연구가 수행될 필요가 있다는 것을 보여준다(김고은, 신은주, 2016). 그러나 이러한 필요성에도 불구하고 관련 변인에 대한 연구 부족으로 그 세부적인 기틀이 제공되지 못하고 있다(임선영과 장성옥, 2020).

선행연구를 통해 노년기 노인의 건강상태, 사회 활동 참여, 자기효능감, 심리적 안정감, 그리고 삶의 만족도 등이 자아통합감에 중요한 영향을 미치고 있음을 알 수 있다. 하지만 노인의 죽음불안과 우울 및 자아통합감의 관련성에 대한 연구는 부족한 실정이다. 본 연구는 죽음불안, 우울, 자아통합감의 관계를 확인하고자 한다.

4. 요양기관 입소 노인의 죽음불안

본래 인간은 정교한 미래 계획을 통해 삶을 영위하지만, 죽음을 앞둔 인간은 계획보다는 저항과 회피의 경향을 보이게 된다(박연숙, 2023). 그러나 죽음이 극복할 수 없는 삶의 본질이라는 사실을 인식하게 되면, 인간은 죽음에 대한 불안과 공포를 느끼게 된다(Hooyman & Asuman, 2002). 죽음불안이라는 개념은 죽음에 대한 생각에서 비롯된 불안으로, 죽음의 과정, 죽음의 고통, 그리고 미지의 사후 세계에 대한 두려움과 불안을 포함한다(Hooyman & Asuman, 2002).

죽음불안의 정의는 학자들에 따라 다소 차이를 보이거나, 그들은 공통된 몇 가지 요소에 의견을 함께한다. 곽은영과 홍귀령(2023)은 죽음불안이란, 인간

이 존재하는 동안 죽음에 대해 느끼는 공포와 두려움이라고 정의하였고, 김윤미와 김성봉(2023)은 죽음불안이 일상적인 삶 중에 경험하는 삶의 마지막 순간에 관한 두려운 정서, 생각, 불안, 불편함, 걱정, 공포 등을 포함한다고 하였다. Menzies와 Menzies (2023)은 죽음불안을 구성하는 네 가지 불안을 다음과 같이 제시하였다. 첫 번째는 죽음의 과정에 대한 불안으로, 여기에는 신체적 고통, 사회적 격리, 외로움, 정신적·신체적 기능 저하, 그리고 버림받는 느낌 등이 포함된다(Menzies & Menzies, 2023). 두 번째는 죽음 자체에 대한 불안으로, 이는 자신의 자아와 정체성의 손실, 그리고 그로 인한 불안을 포함한다(Hooyman & Asuman, 2002; Menzies & Menzies, 2023). 세 번째는 죽음 이후의 결과에 대한 불안으로, 이는 개인의 재산, 사업에 대한 걱정, 사후 처벌, 그리고 경험하지 못한 사후 세계에 대한 불안 등으로 구성된다(Hooyman & Asuman, 2002; Menzies & Menzies, 2023). 그리고 마지막으로, 다른 사람의 죽음과 죽는 과정에 대한 불안이 있다. 이는 가족이나 연인과 같은 사랑하는 사람들과의 이별과 다른 사람의 죽음을 지켜보는 과정에서 느끼는 불안이다(이은주, 2014; Menzies & Menzies, 2023).

한편, 요양기관 입소 노인의 죽음불안 수준은 매우 높다(서윤주 등, 2021; 이미숙과 최희정, 2016; 최지혜와 공성숙, 2020). 선행연구에 따르면, 노인들은 입종 전 10년 동안 요양병원에서는 460일을, 요양원에는 904일을 지낸다(안은숙과 이진숙, 2021). 따라서 요양기관 입소 노인은 같은 기관 내 주변인의 죽음을 경험할 가능성이 일반 노인에 비해 높다(오혜진, 2020; 임승희와 신애란, 2012). 이처럼 사회적으로 고립된 요양기관 입소 노인들은 사회적 관계와 정신건강 문제에 취약하므로, 죽음에 대한 불안이 병리적 수준으로 발전할 가능성이 크다(Azaiza, Ron, Shoham, & Gigini, 2010).

이러한 점에서 최근 죽음불안이 노인의 우울감에 미치는 영향에 관한 연구가 활발하게 이루어져 왔고, 이를 통해 죽음불안이 우울에 유의한 영향요인으로 작용하고 있음이 밝혀지고 있다(김기태 등, 2018; 최지혜와 공성숙, 2020). 죽음불안의 수준이 높은 노인은 삶의 의미와 가치를 잃어버리고, 자

신의 존재를 부정하며, 죽음에 대한 공포와 불안을 느끼는 등의 우울 증상을 보일 수 있다(최지혜와 공성숙, 2020). 이러한 우울 증상은 노인의 정신건강과 삶의 질을 저하시키는 요인이 된다(김혜선, 2021).

이처럼 죽음불안은 정신건강과 밀접한 연관이 있다는 점에서 관련 변인들의 관계를 규명할 필요가 있다. 특히, 요양기관 입소 노인의 죽음불안이 우울 등의 부정적인 정신건강으로 이어지고 있으므로, 해당 변인의 관련성을 규명하여야 한다. 이에 본 연구에서는 죽음불안이 우울과 자아통합감에 미치는 영향을 확인하고, 이 영향을 조절하는 변인에 관해 조사하고자 한다.

5. 요양기관 입소 노인의 사회적 지지

사회적 지지는 가족, 이웃, 친구와 같은 사회적 관계 속에서 관심, 이해, 위로, 실질적 도움 등의 자원을 주고받는 것을 의미한다(Oxman, Berkman, Kasi, Freeman & Barrett, 1992). 사회적 지지는 스트레스 상황에 노출된 개인이 적응적 행동을 할 수 있도록 보조하여 스트레스를 완충하는 효과를 제공한다(Norris & Murrell, 1984; Sutherland & Murphy, 1995). 사회적 지지는 연령을 막론하고 누구에게나 중요하지만, 각 대상에 따라 겪을 수 있는 문제가 다르므로 적절한 접근 방식이 고려되어야 한다(김주희, 유정원과 송인한, 2015).

노년기는 육체적 변화는 물론 사회 및 경제적 변화도 경험하는 시기로, 우울과 스트레스에 특히 취약하다(정순돌 등, 2023). 이에 노인의 정신건강 문제를 돕는 사회적 지지에 관한 연구는 중요하다(박민정과 정미영, 2020). 노인의 사회적 지지에 관한 연구는 다양한 측면에서 논의되어 왔다. 노인의 사회적 지지를 공식적 또는 비공식적 관계로 구분한 선행연구에 따르면(김수희, 정종화와 송진영, 2018), 공식적 관계는 특정 목적을 위해 구성된 계약 관계로, 가령 사업 파트너 같은 관계라고 할 수 있다. 반면, 비공식적 관계는 사적인 친목을 목적으로 형성된 관계로 배우자, 형제자매, 친구 등과 같

이 친밀감을 주고받는 관계를 의미한다(김수희 등, 2018). 노인의 정신건강은 이러한 공식적 또는 비공식적인 사회적 지지, 그리고 이에 대한 접근성, 접촉 빈도에 따라 크게 영향을 받는다(Antonucci & Fuhrer, 1997; Thoits, 1995).

노인의 사회적 지지와 관련된 연구를 살펴보면, 사회적 지지 프로그램이 운영되는 노인복지관을 이용하는 것은 노인 정신건강에 긍정적인 역할을 하며, 이는 자기효능감에도 영향을 미치고 있다(김양이와 이연숙, 2017). 특히 도시 지역 노인의 경우 정서·물질·정보·사회적 지지가 높을수록 주관적인 삶의 행복감도 높아지는 것이 확인되었다(함석필과 김범호, 2021). 이처럼 노인의 사회적 지지는 노인의 정신건강에 유의미한 영향을 미치고 있다(박경순, 박영란과 손덕순, 2020). 이와 같이 노인의 사회적 지지에 대한 연구가 다양한 방면에서 이루어져 왔지만, 요양기관 입소 노인을 대상으로 한 연구는 여전히 부족한 실정이다. 요양기관 입소 노인은 가족보다 요양기관 내의 직원이나 의료인의 사회적 지지가 더 높으며, 이는 요양기관 입소 노인의 웰다잉에 유의한 영향을 미치고 있다는 점에서 이에 관한 연구가 더욱 활발히 이루어져야 할 필요성이 있다(오영주, 차경인과 전영희, 2020).

노인의 사회적 지지가 노인의 죽음불안, 우울, 자아통합감 등에 미치는 영향을 조사한 연구에서는 사회적 지지가 노인의 정신건강에 긍정적인 효과를 가져오는 것이 확인되었다(정유수와 이영순, 2022). 또한, 김자영(2021)은 요양기관 입소 노인을 포함한 노인들의 노화 불안, 사회적 지지, 정신건강을 측정하여 분석한 결과, 노화 불안이 정신건강에 부정적인 영향을 미쳤으며, 사회적 지지가 노화 불안과 정신건강 사이에 조절효과가 있음이 나타났다. 이는 사회적 지지가 높을수록 노화 불안이 정신건강에 미치는 부정적 영향이 감소하는 것을 의미한다. 염정희와 신용순(2017)은 요양기관 입소 노인은 사회적 지지가 높을수록 질병 지각이 낮아지고, 질병 지각이 낮을수록 우울이 낮아진다는 점을 밝혔다. Gautun, Bratt과 Billings (2020)은 사회적 지지가 노인의 건강상태, 삶의 질, 자립성, 안전감 등에 긍정적인 영향을 미치며, 사회적 지지가 부족하면 노인의 건강 관리 전환 과정에서 문제

가 발생할 수 있다는 것을 지적하였다. Manderson, McMurray, Piraino와 Stolee (2012)은 사회적 지지가 노인의 건강 관리 전환 과정에서 정보 및 자원 획득, 의사소통 및 협력에 장기적으로 긍정적인 영향을 미치고 있음을 밝혔다. 즉, 사회적 지지는 노인의 정신건강, 건강상태, 삶의 질, 질병 지각, 노인의 건강 관리 전환 과정에 긍정적인 영향을 미친다고 정리할 수 있다.

따라서 본 연구는 이러한 선행연구를 바탕으로, 요양기관 입소 노인의 죽음불안이 우울과 자아통합감에 미치는 부정적인 영향에 대한 경로를 구축해보고자 한다. 나아가 요양기관 입소 노인의 우울과 자아통합감에 관한 다양한 요인을 깊이 있게 분석하여, 중재 자원인 사회적 지지가 어떠한 조절효과를 지니고 있는지 논의하고자 한다.

6. 연구의 이론적 기틀

1) 스트레스 과정 모델

노인의 스트레스 요인과 대응 방식이 정신건강에 미치는 영향을 검증하는 데는 여러 이론적 모델이 있다. 신체적 취약성-스트레스 모델(Diathesis-stress model)은 신체적으로 약한 노인이 스트레스 요인에 노출되었을 때 정신적·신체적 건강에 더 쉽게 문제가 발생한다고 주장하였다(Gottesman & Shields, 1967; Rodnick, 1968). 하지만 이 모델에서는 건강 문제에 대한 스트레스의 영향만을 강조하였기 때문에, 스트레스에 대한 개인의 반응에 초점을 맞춘 생활 스트레스 모델(Stress model of life)이 제시되었다(Selye, 1978). 생활 스트레스 모델에서는 세 가지 요소인 스트레스 요인, 대응 방식, 정서적 측면의 관계에 초점을 맞추었다(신지연, 2020; 이인정, 2014). 하지만 이 모델에서도 스트레스 요인과 대응 방식의 상호작용이 결과에 어떤 영향을 미치는지는 검증하지 않았다(이인정, 2014). 따라서 앞서 언급한 두 모델의 한계점을 보완하기 위해서 더 체계적인 스트레스 과정 모델이 제시되었다(Pearlin, Menaghan, Lieberman, & Mullan, 1981; Turner, 2013). 이 모델에서는 스트레스가 높은 환경에서 사람들이 어떻게 반응하고 적응하는

지 검증하며 스트레스와 대응의 상호작용이 결과에 어떤 영향을 미치는지를 검증한다(이인정, 2014; Pearlin et al., 1981; Turner, 2013).

본 연구의 이론적 기틀인 스트레스 과정 모델은 직업상실이 우울에 미치는 영향을 확인한 Pearlin 등(1981)의 연구에서 처음으로 소개되었다(Pearlin et al., 1981). 본 연구의 이론적 기틀인 Pearlin 등(1981)이 제시한 스트레스 과정 모델은 스트레스가 특정 경로를 거쳐 개인에게 적응되는 과정에서 결과에 어떠한 영향을 미치는지 구체적으로 살펴본 이론이다(유창민, 2015). 스트레스 과정 모델에서 스트레스는 개인이 경험하는 어려운 상황 및 사건과 경험을 의미한다. 스트레스 과정 모델은 스트레스의 주관적 및 객관적 요인이 개인의 정서에 미치는 영향을 설명한 모델로서, 스트레스의 요인과 스트레스 결과의 관계에 초점을 두고 있다(Pearlin et al., 1981). 또한, 스트레스 과정 모델은 특정한 위협 또는 어려움인 스트레스 요인(Stressor), 스트레스 요인으로 인해 발생하는 결과(Outcome), 스트레스에 영향을 주는 배경 및 맥락 요인(Background Information), 스트레스 요인과 결과 사이의 중재 변수(Mediators)로 구성된다(Pearlin, Muallan, Semple, & Skaff, 1990). 그러나, Pearlin 등(1981)이 제시한 스트레스 과정 모델의 한계점으로 초기 스트레스 과정 모델의 저자들은 개인 수준에서의 스트레스 경험에 초점을 맞추고 있어 사회적 및 문화적 특성으로 다양한 인구군의 특이한 경험이나 스트레스로 인한 결과를 간과하고 있다(신숙희, 2017). Pearlin 등(1981)의 모델은 스트레스 요인과 대상자의 반응이 우울에 미치는 영향은 확인했지만, 스트레스의 요인과 대상자 반응의 상호작용에 대한 영향을 검증하지는 못했다(이인정, 2014).

이러한 스트레스 과정 모델이 제시된 이후 다양한 연구자들은 각자의 연구 목적에 따라 이를 조금씩 변형하여 사용해 왔다. 그중 Turner (2013)의 연구는 Pearlin 등(1981)이 제시한 스트레스 과정 모델을 개인의 사회적·경제적 요소 및 건강 정보에 맞게 보다 구체화·체계화하여 제시하였다고 평가받는다. Turner (2013)는 이 연구를 통해 배경 및 맥락 요인과 스트레스의 노출이 개인적·사회적 자원에 따라 개인의 건강에 어떠한 영향을 미치

는지 도식화하였다. Turner (2013)가 새롭게 변형한 스트레스 과정 모델에 따르면, 사회적 특성은 사회적·개인적 자원은 물론 스트레스 노출에 직접적인 영향을 미치게 되고, 스트레스 노출은 사회적·개인적 자원과 개인의 신체적·정신적 건강에 영향을 주게 된다. 이처럼 Turner (2013)가 제시한 스트레스 과정 모델의 이론적 기틀을 도식화하면 아래와 같다(그림 1).

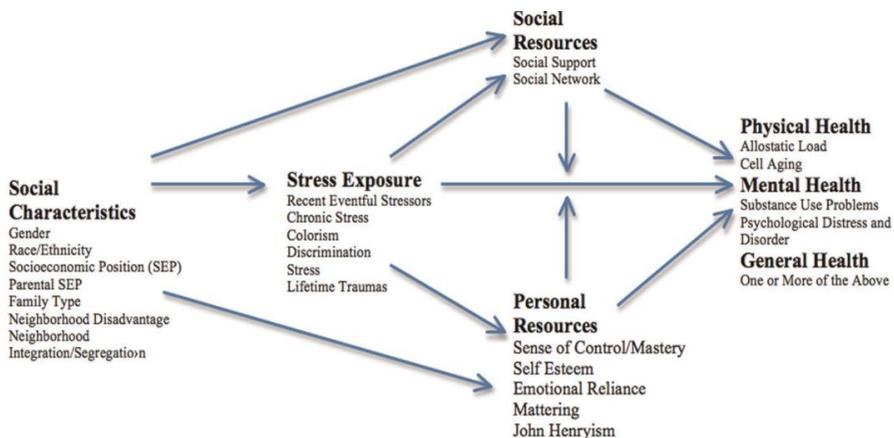


그림 1. 스트레스 과정 모델(Turner, 2013)

Turner (2013)가 제시한 스트레스 과정 모델은 특히 성별, 인종, 사회경제적 수준 등의 인구학적 특성이 스트레스 과정에도 전반적으로 영향을 미칠 수 있음을 강조한다(김봉정, 2020; 김은주와 강승주, 2018; 박소영, 2018; 안화순과 문재우, 2018; 이현지와 남현주, 2020). 이러한 Turner (2013)의 스트레스 과정 모델은 노인의 스트레스 원인은 개인, 가족, 직장은 물론 사회·문화적 환경으로 인한 다양한 요인들에 영향을 받는다는 것과(강동훈, 2019; 임연옥 등, 2014; 장수지, 2015) 노인의 정신건강은 일시적인 사건보다도 지속적인 일상적 스트레스와 더 밀접한 관련이 있다는 것(성기옥, 김수진과 문정화, 2021)에서 본 연구의 문제의식을 설명하는 데 중요한 근거를 제공한다.

Turner (2013)의 스트레스 과정 모델의 활용은 간호학적으로 중요한 의미를 가지는데, 실제로 간호 대상자 또는 그의 가족들은 다양한 스트레스

환경에 놓이게 된다(강석임, 이윤정과 정명숙, 2020; 강석임, 2021). 결국, 이 모델은 스트레스 요인과 정신건강의 관계를 분석하고 그 과정에 영향을 주는 요인을 확인함으로써 간호중재를 위한 프로그램을 개발하기 위한 근거를 제공해준다(문미영과 한숙정, 2017). 스트레스와 스트레스 관리가 간호 연구 및 실무에서 중요하게 다뤄지는 점을 고려해보면, 스트레스 과정 모델의 활용은 간호학적으로 중요한 의의를 가진다고 볼 수 있다.

2) 스트레스 과정 모델을 적용한 선행연구 고찰

스트레스 과정 모델을 기반으로 수행되어 온 다양한 연구들은 주로 스트레스가 정신건강에 도달하는 경로에 대해 논의해 왔다. 이들 연구는 스트레스의 요인을 개인적·사회적 자원, 신체적·정신적 건강 요소 등으로 구성된 다양한 변수를 사용하여, 이러한 요인 중 일부는 스트레스의 조절 요인으로 작용하기도 하고, 결과로써 작용하기도 함을 확인하였다. 예를 들면 자아존중감의 경우, 일부 연구에서는 자아존중감을 스트레스의 결과로 사용하였으나(DeAngelis, 2018), 이에 반해 이를 스트레스에 대한 중재 변수로 사용한 연구도 있다(강석임 등, 2020; Cheng et al., 2022). 또한 Cheng 등(2022)은 자아존중감, 우울, 불안을 조절 요인으로, 삶의 질을 결과로 사용하였다.

이러한 선행연구들은 스트레스 과정 모델을 통해 스트레스의 요인이 우울이나 자살 등 정신건강에 부정적 영향을 미치는 것을 일관적으로 밝혀왔고(유창민, 2015; 임연옥과 윤현숙, 2017; 전진과 전해숙, 2022; 진혜민과 배성우, 2016), 일부 연구에서는 스트레스 요인이 자아존중감, 행복감, 직무만족 등의 긍정적인 결과변수에 어떠한 영향을 미치는 영향을 확인하였다(강석임 등, 2020; 강석임, 2021; 김수정, 2021; 이현지, 2005; DeAngelis, 2018). 스트레스 과정 모델을 적용한 선행연구는 다음과 같다(표 1).

표 1. 스트레스 과정 모델을 적용한 선행연구

1저자	대상 (명)	스트레스 노출	개인적/ 사회적 자원	신체적/ 정신적 건강
이현지 (2005)*	장애아동 모 (417명)	· 경제적 수준 · 장애 기간	· 사회적 지지	· 양육 만족감 · 양육 스트레스
Roscoe (2009)*	헌팅턴병 보호자 (19명)	· 환자의 장애	· 숙련도 · 정신적 믿음 · 사회적 지지	· 우울 · 자기 건강
유창민 (2015)*	노인 암환자 (269명)	· 치료 부작용 · 암 걱정	· 영성 · 낙관성 · 가족 지지	· 우울
진혜민 (2016)*	중/고등 청소년 (872명)	· 청소년 스트레스	· 사회적 지지 · 자아존중감	· 자살
임연옥 (2017)*	제가 노인 (2034명)	· 노년기 스트레스 · 빈곤 · 신체적 통증 · 사회적 고립	· 사회적 지지 · 경제적 지지 · 간병 · 정서적 지지 · 통제감	· 자살 생각
DeAngelis (2018)*	흑인/백인 (1252명)	· 목표 관련 스트레스	· 신앙심	· 자아존중감
강석임 (2020)*	청소년 (370명)	· 일상적 스트레스	· 자아존중감	· 삶의 만족
강석임 (2021)*	특수교육 실무원 (192명)	· 직무 스트레스	· 사회적 지지	· 직무 만족
김수정 (2021)*	지역아동센터 이용 아동 (175명)	· 낙인감	· 임파워먼트 · 지역사회 자본	· 행복감
전진 (2022)*	독거노인 (138명)	· 생활사건 · 일상사건	· 사회적 지지 · 회복 탄력성	· 우울
Cheng (2022)*	조현병 보호자 (459명)	· 부양 부담감	· 우울 · 불안	· 삶의 질

* 연도순

위에서 제시한 바와 같이 그동안 스트레스 과정 모델을 이용한 다양한 연구가 수행되어 왔다. 이들 연구는 결과변수로 부정적 변수와 긍정적 변수를 혼용하여 사용해 왔으며, 대부분 부정적 결과인 우울에 미치는 영향을 보고하였다(유창민, 2015; 임연옥과 윤현숙, 2017; 전진과 전해숙, 2022; 진혜민과 배성우, 2016). 하지만 일부 연구에서는 결과변수로 삶의 만족, 자아존중감, 행복감 등의 긍정적인 변수를 사용하였다(강석임 등, 2020; 강석임, 2021; 김수정, 2021; 이현지, 2005; DeAngelis, 2018). 나아가 정혜선과 오현수(2015)는 노인의 자아통합감과 우울의 상호 순환적 관계까지 확인한 바 있다.

요양기관 입소 노인을 대상으로 죽음불안과 우울 및 자아통합감의 관계에서 스트레스 과정 모델을 적용해서 검증한 연구는 부족하다. 따라서 스트레스 과정 모델을 기반으로 죽음불안이 우울 및 자아통합감과 같은 요양기관 입소 노인의 정서적 건강상태에 미치는 영향을 간호학적 측면에서 고려한 연구가 필요할 것으로 사료된다.

3) 연구의 개념적 기틀

위에서 논의한 바와 같이 Pearlin 등(1981)이 제시하고 Turner (2013)가 구체화한 스트레스 과정 모델은 다양한 방법으로 활용되어 왔으며 스트레스 요인 및 결과, 중재변수, 맥락 요인도 폭넓게 사용되어 왔다. 하지만 스트레스 요인으로 죽음불안을, 스트레스 결과로 우울과 자아통합감을, 중재변수로 사회적 지지를 포함하여 분석한 연구는 부족하다. 실제로 스트레스 과정 모델에서 죽음불안은 만성 스트레스에 포함되고(Dai et al., 2020), 우울과 자아통합감은 결과변수인 정신건강의 심리적 고통에 포함된다는(Brook, Balka, Ning, Whiteman, & Finch, 2006) 점에 주목할 필요가 있다. 특히 노인의 죽음불안이 우울을 매개하여 자아통합감에 영향을 미치고 있으며(박명선, 2019), 노인의 노화불안과 죽음불안의 우울과의 유의미한 상관관계가 보고되어(오은아와 박기환, 2019) 노인의 죽음불안이 우울의 유의한 영향요인으로 작용하고 있음이 밝혀지고 있다(최지혜와 공성숙, 2020). 또한, 서윤주 등(2021)은 요양기관 입소 노인의 죽음불안과 자아통합감 사이

의 관계를 분석하였고, 죽음불안은 노인의 자아통합감을 감소시키고 있음을 밝혔다. 나아가 요양기관 입소 노인의 사회적 지지와 우울의 연관성에서 사회적 지지가 유의한 변수로 확인되고 있다(임영아, 2019).

본 연구의 개념적 틀에서 제안된 하위 개념들은 앞서 논의한 선행연구의 내용을 바탕으로 선정하였다. 본 연구를 위한 변수를 다음과 같이 구성하였다. 객관적, 주관적 문제 요인이 포함되는 스트레스 노출에 죽음불안을, 정신건강에는 우울과 자아통합감을 설정하였다. 또한 사회적 자원으로 사회적 지지를 포함하였다. 이에 따른 역할 및 정서적 결과로 우울과 자아통합감을 설정하였다. 이는 스트레스로서 죽음불안이 우울과 자아통합감에 부정적인 영향을 미치는 경로를 구축하고, 중재 자원으로서 사회적 지지가 완충 역할을 할 수 있는지를 살펴보기 위함이다.

본 연구는 성별, 주관적 건강 등 노인의 삶 전반에 영향을 미칠 수 있는 배경 및 맥락 요인을 함께 고려하여 개념적 기틀을 구성하였다(김봉정, 2020; 김은주와 강승주, 2018; 박소영, 2018; 안화순과 문재우, 2018; 이현지와 남현주, 2020). 이에 본 연구는 스트레스의 원인이 될 수 있는 죽음불안을 독립변수로 설정하고 우울과 자아통합감을 종속변수로 구성하였으며, 사회적 지지는 중재변수로 삼았다. 이러한 본 연구의 개념적 기틀을 구성하면 아래와 같다(그림 2).

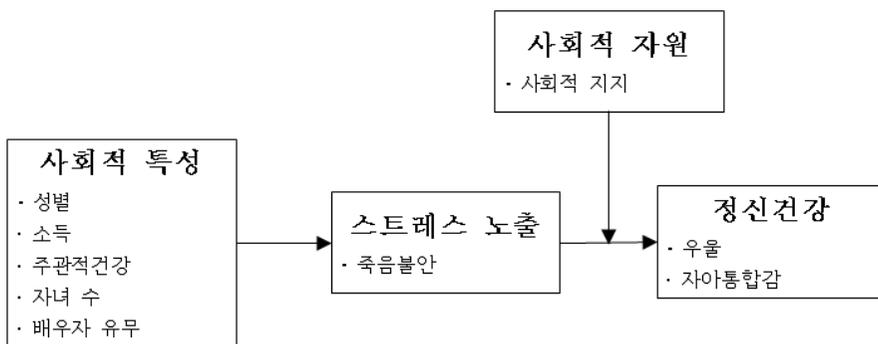


그림 2. 연구의 개념적 기틀

Ⅲ. 연구방법

1. 연구설계

본 연구는 요양기관 입소 노인의 우울 정도를 파악하고, 죽음불안, 우울, 자아통합감, 사회적 지지의 상관관계 및 죽음불안이 우울과 자아통합감에 미치는 영향에서 사회적 지지의 조절효과를 파악하기 위한 횡단면적 연구이다.

2. 연구대상

본 연구에서는 대상자 모집을 위하여 경상북도 P시에 소재한 28개의 요양병원 중 100인 이상을 수용할 수 있는 시설을 갖추고 있는 6개의 요양병원과 P시에 소재한 27개의 요양시설 중 수급자를 보호, 신체활동 지원 및 심신 기능을 유지하기 위한 교육·훈련 등의 서비스를 제공하는 1개의 요양시설을 편의 추출하였다. 본 연구의 대상자는 해당 기관에 입소한 65세 이상 노인 중 본 연구 참여를 동의하고 다음의 선정 기준에 부합한 노인이다.

- 1) 질문의 내용을 이해하고 응답이 가능한 노인
- 2) 요양기관에 입소한 원인이 정신질환 문제 또는 치매가 아닌 노인
- 3) 요양기관에 입소한 지 3개월 이상인 노인

먼저 조절효과에서의 예측요인 개수를 고려하여 G*power 3.1 프로그램을 통해 확인해 봤을 때, 선형다중회귀분석(Linear multiple regression)의 효과크기(effect size) .10, α error .05, 검정력($1-\beta$) .95, 독립변수의 개수 3개(독립변수, 조절변수, 상호작용변수), 그리고 통제변수 최대(자아통합감 기준) 10개의 조건으로 최소 표본수를 277명으로 선정하였다(Chang, 2018; Hao & Chon, 2022). 이상적인 표본 크기와 항목 누락에 의한 탈락률 10%를 고

려하여 총 308부를 배부하였고, 이 중 획일적인 번호로 응답 등 연구자에 의해 불성실한 응답으로 확인된 7부를 제외하고 총 301부가 최종 분석에 사용되었다.

3. 연구도구

본 연구에서 대상자의 일반적인 특성은 인구사회학적 특성으로 총 10문항(나이, 성별, 학력, 종교 유무, 배우자 유무, 자녀 수, 입소 기간, 본인의 건강상태, 가정의 월소득, 가족 중 주요 돌봄 제공자)으로 구성하였다. 건강상태는 “어르신의 건강상태는 어떻다고 생각하십니까”라는 질문에 ‘매우 건강, 건강, 보통, 쇠약, 매우 쇠약’ 중 한 가지를 선택하도록 하여 측정하였다.

1) 죽음불안

죽음불안은 박은경(1995)이 개발한 34개 문항으로 구성된 한국판 죽음불안 측정 도구를 오미나(2003)가 재가 노인과 시설 노인에게 적용 가능하도록 수정·보완한 도구를 사용하여 측정하였다. 본 도구는 15문항으로 구성되어 있다. 각 문항은 ‘전혀 그렇지 않다’ 1점에서 ‘아주 그렇다’ 4점까지 4점 Likert식으로 측정하며 점수가 높을수록 죽음불안이 높은 것을 의미한다. 도구 개발 당시 Cronbach’s α 는 .80, 오미나(2003)의 연구에서의 Cronbach’s α 는 .81, 본 연구에서는 Cronbach’s α 는 .80로 나타났다.

2) 우울

입원 노인환자의 우울 정도를 측정하기 위하여 Zung (1965)이 개발한 우울척도를 전시자(1989)가 시설 노인에게 적용 가능하도록 수정·보완한 도구를 사용하여 측정하였다. 본 도구는 11개 문항으로 구성되어 있다. 각 문항은 ‘거의 그렇지 않다’ 1점에서 ‘항상 그렇다’ 4점으로 4점 Likert식으로 측정하며 점수가 높을수록 우울 정도가 높음을 의미한다. 도구 개발 당시

Cronbach's α 는 .90, 전시자(1989)의 연구에서 Cronbach's α 는 .90, 본 연구에서의 Cronbach's α 는 .92로 나타났다.

3) 자아통합감

자아통합감은 Milner (1983), Erikson (1963)에 의해 개발된 자아통합감 척도를 기반으로 김정순(1988)이 개발하고 전정아(2006)가 노인에게 적용 가능하도록 수정·보완한 도구를 사용하여 측정하였다. 본 도구는 생에 대한 태도(6문항), 지혜로운 삶(6문항), 현재 생활에 대한 만족(8문항), 지나온 일생에 대한 수용(4문항), 노령과 죽음에 대한 수용(6문항) 등의 5가지 하위요소로 구성되어 있다. 각 문항은 '전혀 그렇지 않다' 1점에서 '매우 그렇다' 5점까지 5점 Likert식으로 측정하며, 점수가 높을수록 자아통합감이 높음을 의미한다. 도구 개발 당시 Cronbach's α 는 .91, 전정아(2006)의 연구에서 신뢰도는 Cronbach's α 는 .95, 본 연구의 Cronbach's α 는 .85로 나타났다.

4) 사회적 지지

사회적 지지는 Zimet 등(1988)이 개발한 사회적 지지 척도 MSPSS를 이현숙(2009)이 번안하고 시설 노인에게 적용 가능하도록 수정·보완한 도구를 사용하였다. 본 도구는 '가족 지지', '친구 지지', '전문가 지지'로 총 3개 영역 12문항으로 구성되어 있다. 각 문항은 '전혀 그렇지 않다' 1점에서 '매우 그렇다' 5점까지 5점 Likert식으로 측정하며 점수가 높을수록 사회적 지지가 높음을 의미한다. 도구 개발 당시 Cronbach's α 는 .85, 이현숙(2009)의 연구에서 Cronbach's α 는 .92, 본 연구에서의 Cronbach's α 는 .88로 나타났다.

4. 자료수집

본 연구의 자료수집은 2022년 11월 8일부터 11월 30일까지 시행되었다. 연구자는 P시에 소재한 요양기관에 입소한 65세 이상 노인 중 선정 기준에

부합한 노인을 대상으로 자료수집을 시행하였다. 본 연구의 자료수집에 동의한 요양기관의 책임자에게 연구자가 직접 방문하여 연구의 목적과 방법을 설명드리고 자료수집에 관하여 승인을 받았다. 대상자로부터 연구 참여에 대한 서면동의를 받은 후 자기 기입 방식으로 자료수집을 하였고, 설문지 작성에 어려움이 있는 경우 연구자가 설문지의 내용을 설명하고 응답을 대신 표기하였다. 자료수집에 소요된 시간은 30~40분이었다. 설문을 종료한 대상자에게 10,000원 정도의 답례품을 제공하였으며, 설문지 배부 및 수거 시 불투명하고 밀봉이 가능한 봉투를 사용하였다.

5. 자료분석

수집된 자료는 SPSS statistics version 27.0 프로그램을 이용하여 다음과 같이 분석하였다.

- 1) 대상자의 일반적 특성은 빈도, 백분율, 평균, 표준편차를 통해 확인하였다.
- 2) 대상자의 일반적 특성에 따른 우울과 자아통합감의 차이는 independent t-test 및 one-way ANOVA 후 유의한 차이가 있는 변수는 Scheffe test로 사후검증하였다.
- 3) 연구변수들 간의 상관관계를 확인하기 위해 Pearson correlation coefficient를 이용하였다.
- 4) 연구가설 검증을 위해 위계적 회귀분석을 사용하여 사회적 지지의 조절효과를 확인하였다. 조절효과를 볼 때 발생할 수 있는 다중공선성 문제를 예방하기 위해 평균중심화(mean centering)를 적용하였다. 1단계에서는 통제변수와 독립변수를, 2단계에서는 조절변수를, 3단계에서는 독립변수와 조절변수의 상호작용을 투입하였다. 독립변수와 조절변수의 상호작용은 독립변수와 조절변수를 곱한 값을 투입하였다. 이상치를 확인하기 위해서 Cook의 거리(Cooks distance)를 확인하였고, 다중공선성을 확인하기 위해서 공차한계(Tolerance)와 분산팽창지수

(Variance inflation factor)를 확인하였다. 잔차의 독립성은 더빈-왓슨 (Durbin-watson) 검증을 수행하였다. 연구가설 검증을 위해 PROCESS macro의 조절효과모형(Model 1)을 사용하였고, 조절회귀분석을 실시하였다.

6. 윤리적 고려

본 연구는 계명대학교 생명윤리위원회(Institutional Review Board)의 승인을 받은 후 자료수집을 시작하였다(IRB No: 40525-202206-HR-031-03). 또한, 본 연구의 자료수집 장소인 요양기관의 책임자에게 자료수집에 관해 승낙을 받고 자발적으로 연구에 참여하기로 동의한 대상자들에게 서면동의를 받아 자료수집을 진행하였다. 연구 대상자들에게 본 연구의 목적과 자료의 비밀보장 및 연구자료 관리, 설문을 통해 수집된 자료는 오직 학술적인 목적으로만 활용될 것과 실제 분석 과정에서 모든 개인정보는 식별 코드를 부여하여 변경함으로써 노출을 최소화하여 통계처리 될 것이라는 내용이 담긴 설명문을 제공하였다. 수집된 자료는 대상자의 비밀보장을 위해 연구자가 비밀번호로 잠금장치가 있는 개인 노트북을 사용하여 코딩 처리와 자료 분석을 하였다. 연구자료는 밀봉 박스에 담아 잠금장치가 있는 연구자의 사물함에 보관하였으며, 생명윤리법 시행규칙 제15조에 의거하여 연구종료 시점부터 3년간 보관 후 완전 폐기 처분할 것이다.

IV. 연구결과

1. 대상자의 일반적 특성

본 연구 대상의 일반적 특성을 확인하기 위해 빈도 분석을 실시한 결과는 (표 2)와 같다. 성별은 남성 29.9%, 여성 70.1%로 여성 노인의 비중이 더 높게 나타났다. 연령 분포는 75세 이상(66.5%)이 가장 많았고, 다음으로 65~70세(17.9%)가 많았다. 종교의 유무를 확인한 결과, 종교를 가지고 있지 않다가 50.2%, 종교를 가지고 있다가 49.8%로 비슷한 비율을 나타내고 있었다. 배우자의 유무를 조사한 결과, 배우자가 없는 노인이 209명(69.4%), 배우자가 있는 노인이 92명(30.6%)으로, 배우자가 없는 노인이 배우자가 있는 노인보다 현저히 많음을 알 수 있었다. 배우자가 없는 경우는 가족 보호자가 없어 시설에 입소하는 경우가 많아서 나타난 결과로 볼 수 있다. 학력은 중졸 이하가 78.1%로 가장 많았고, 고졸은 17.6%로 나타나 요양기관 입소 노인의 교육 수준이 낮은 편임을 알 수 있었다. 자녀의 수는 3명 이상이 49.5%로 가장 많았고, 다음으로 2명이 31.9%를 차지하였다. 요양기관 입소 기간은 1년 미만이 35.5%, 1년 이상~3년 미만이 34.6% 순으로 나타났다. 본 연구의 조사 대상 중에서는 요양기관 입소 기간이 3년 미만인 노인이 많은 것으로 확인되었다. 주관적 건강상태는 보통인 경우가 46.8%로 가장 많았고, 쇠약이 36.5%, 매우 쇠약이 5.3%로 나타나, 입소 노인의 건강상태는 보통 이하인 경우가 많음을 알 수 있었다. 가정의 월소득은 100만 원 미만(60.8%)인 노인이 다수를 차지하고 있어 전반적으로 낮은 경제적 수준을 보였으며, 보호자 유형은 자녀가 보호자인 경우가 74.8%, 배우자가 보호자인 경우가 13.5%로 자녀가 보호자인 경우가 더 많은 것으로 나타났다.

표 2. 대상자의 일반적 특성

(N=301)

변수	구분	빈도	비율
성별	남성	90	29.9
	여성	211	70.1
연령 (세)	65~70	54	17.9
	71~75	47	15.6
	76 이상	200	66.5
종교	유	150	49.8
	무	151	50.2
배우자	유	92	30.6
	무	209	69.4
학력	중졸이하	235	78.1
	고졸	53	17.6
	대졸	13	4.3
자녀	없음	25	8.3
	1명	31	10.3
	2명	96	31.9
	3명이상	149	49.5
입소 기간 (년)	1년 미만	107	35.5
	1~3년 미만	104	34.6
	3~5년 미만	52	17.3
	5년 이상	38	12.6
주관적 건강상태	매우건강	2	0.7
	건강	32	10.7
	보통	141	46.8
	쇠약	110	36.5
	매우쇠약	16	5.3

(표 계속)

표 2. (계속)

(N=301)

변수	구분	빈도	비율
가정의 월소득 (만 원)	100만 원 미만	183	60.8
	100만 원 이상 ~ 200만 원 미만	60	19.9
	200만 원 이상 ~ 300만 원 미만	40	13.3
	300만 원 이상	18	6.0
보호자 유형	배우자	41	13.5
	자녀	225	74.8
	형제(자매)	14	4.7
	친척	6	2.0
	기타	15	5.0

2. 연구변수의 기술 통계 및 정규성 검정

본 연구의 종속변수인 우울의 평균은 2.29 ± 0.67 점으로 나타났다. 자아통합감의 평균은 3.00 ± 0.46 점, 죽음불안의 평균은 3.03 ± 0.42 점으로 나타났다. 자아통합감의 하위 요인인 현재 생활에 대한 만족의 평균은 2.83 ± 0.52 점, 지혜로운 삶의 평균은 3.09 ± 0.58 점, 생에 대한 태도는 3.08 ± 0.61 점, 지나온 일생에 대한 수용은 3.13 ± 0.66 점, 노령과 죽음에 대한 수용은 3.11 ± 0.48 점으로 나타났다. 그리고 사회적 지지의 평균은 3.34 ± 0.69 점이었다. 사회적 지지의 하위 요인인 친구 지지는 2.46 ± 1.19 점, 전문가 지지는 3.73 ± 0.77 점, 가족 지지는 3.85 ± 0.82 점으로 나타났다. 정규성 확인을 위해 권장되고 있는 방법으로 왜도 값과 첨도 값을 이용한 방법이 있다(Curran, West, & Finch, 1996). 왜도는 수집된 표본의 분포 모양이 대칭성을 가지는지를 보여주고, 첨도는 표본의 분포 모양이 평균을 중심으로 집중된 정도로 뾰족하거나 평평한 정도를 보여준다. 정규성 가정을 위한 왜도의 절대값 기준은 2 이하, 첨도의 절대값 기준은 7 이하(배병렬, 2011)로 본 연구에서 모든 왜도와 첨도의 절대값이 2와 7미만으로 나타나 정규성 가정을 충족하였다(표 3).

표 3. 연구변수의 기술 통계 및 정규성 검정

(N=301)

변수명	최소값	최대값	평균±표준편차	왜도	첨도
우울	1.00	4.00	2.29±0.67	0.21	-0.42
자아통합감	1.52	4.43	3.00±0.46	0.14	0.69
현재 생활에 대한 만족	1.38	4.38	2.83±0.52	0.17	0.21
지혜로운 삶	1.00	4.80	3.09±0.58	-0.05	0.32
생에 대한 태도	1.50	5.00	3.08±0.61	0.18	0.39
지나온 일생에 대한 수용	1.25	5.00	3.13±0.66	0.13	0.34
노령과 죽음에 대한 수용	1.67	4.50	3.11±0.48	0.24	0.08
죽음불안	1.57	4.57	3.03±0.42	-0.12	0.19
사회적 지지	1.25	5.00	3.34±0.69	-0.05	0.28
친구 지지	1.00	5.00	2.46±1.19	0.30	-1.05
전문가 지지	1.00	5.00	3.73±0.77	-0.85	0.91
가족 지지	1.00	5.00	3.85±0.82	-1.24	2.41

3. 일반적 특성에 따른 주요 변수 차이분석

1) 일반적 특성에 따른 우울의 차이

대상자의 일반적 특성에 따른 우울 점수 차이를 확인한 결과, 배우자 유무, 자녀 수, 주관적 건강상태에 따라 우울 점수가 통계적으로 유의한 차이가 확인되었으며, 성별, 연령, 종교, 학력, 입소 기간, 월소득, 보호자 유형에서는 유의한 차이가 확인되지 않았다. 요양기관 입소 노인의 우울 점수는 배우자가 없는 경우 통계적으로 유의하게 높았으며, 자녀가 없는 경우가 자녀 수 2명, 3명 이상인 경우보다 높은 것으로 확인되었다. 또한, 주관적 건강상태가 하인 경우 우울 점수의 평균이 중, 상의 평균보다 높은 것으로 확인되었다(표 4).

표 4. 일반적 특성에 따른 우울의 점수 차이 (N=301)

변수	구분	평균±표준편차	t 또는 F (p)	Scheffe
성별	남성	2.20±0.70	-1.39 (.153)	
	여성	2.32±0.65		
연령	65~70세	2.33±0.70	0.53 (.591)	
	70~75세	2.20±0.69		
	75세 이상	2.29±0.65		
종교	유	2.28±0.68	-0.28 (.773)	
	무	2.30±0.65		
배우자 유무	유	2.15±0.69	-2.37 (.019)	
	무	2.35±0.65		

(표 계속)

표 4. (계속)

변수	구분	평균±표준편차	t 또는 F (p)	Scheffe
학력	중졸이하	2.31±0.66	1.27 (.283)	
	고졸	2.15±0.69		
자녀수	대졸	2.34±0.70	5.29 (<.001)	a>c,d
	없음 ^a	2.76±0.72		
	1명 ^b	2.31±0.68		
	2명 ^c	2.17±0.64		
입소기간 (년)	3명이상 ^d	2.28±0.64	1.03 (.378)	
	1년 미만	2.21±0.68		
	1~3년 미만	2.37±0.66		
	3~5년 미만	2.29±0.66		
주관적 건강상태	5년 이상	2.28±0.65	15.18 (<.001)	a<b,c
	상 ^a (매우건강, 건강)	1.93±0.67		
	중 ^b (보통)	2.18±0.62		
가정의 월소득 (만원)	하 ^c (최약, 매우최약)	2.51±0.65	0.61 (.608)	
	100이하	2.33±0.69		
	200이하	2.23±0.64		
	300이하	2.21±0.68		
보호자 유형	400이상	2.23±0.46	2.91 (.056)	
	배우자	2.20±0.65		
	자녀	2.26±0.65		
	기타	2.53±0.77		

2) 일반적 특성에 따른 자아통합감의 차이

대상자의 일반적 특성에 따른 자아통합감 점수 차이를 확인하기 위해 독립표본 t-test 및 일원배치분산분석(One-way ANOVA)을 실시하였다. 분석 결과 성별, 배우자 유무, 자녀 수, 주관적 건강상태, 월소득에 따라 자아통합감 점수가 통계적으로 유의한 차이가 확인되었으며, 연령, 종교, 학력, 입소 기간, 보호자 유형에서는 유의한 차이가 확인되지 않았다. 요양기관 입소 노인의 자아통합감 점수는 남성이 여성보다 유의하게 높았으며, 배우자가 있는 경우 통계적으로 유의하게 높았다. 또한, 자녀가 없는 경우가 자녀 수 2명, 3명 이상인 경우보다 낮은 것으로 확인되었으며, 주관적 건강상태가 하인 경우 자아통합감 점수의 평균이 중, 상의 평균보다 낮은 것으로 확인되었다. 월소득의 경우 사후검정에서 유의한 차이가 나타나지 않았다(표 5).

표 5. 일반적 특성에 따른 자아통합감의 점수 차이 (N=301)

변수	구분	평균±표준편차	t or F (p)	Scheffe
성별	남성	3.11±0.42	2.08 (.038)	
	여성	3.00±0.42		
연령	65~70세	2.98±0.47	2.96 (.053)	
	70~75세	3.17±0.43		
	75세 이상	3.03±0.42		
종교	유	3.05±0.42	0.91 (.366)	
	무	3.01±0.43		
배우자 유무	유	3.12±0.42	2.45 (.015)	
	무	2.99±0.42		
학력	중졸이하	3.01±0.44	2.12 (.121)	
	고졸	3.13±0.32		
	대졸	3.12±0.39		

(표 계속)

표 5. (계속)

변수	구분	평균±표준편차	t or F (p)	Scheffe
자녀수	없음 ^a	2.77±0.42	3.88 (.010)	a<c,d
	1명 ^b	3.00±0.48		
	2명 ^c	3.08±0.44		
	3명이상 ^d	3.03±0.42		
입소 기간	1년 미만	3.07±0.48	0.71 (.546)	
	1~3년 미만	3.03±0.41		
	3~5년 미만	3.01±0.33		
	5년 이상	2.97±0.41		
주관적 건강상태	상 ^a (매우건강, 건강)	3.30±0.46	12.18 (<.001)	a>b,c
	중 ^b (보통)	3.01±0.38		
	하 ^c (최약, 매우최약)	2.92±0.43		
월소득	100이하	2.97±0.43	3.50 (.016)	
	200이하	3.09±0.37		
	300이하	3.15±0.43		
	400이상	3.18±0.39		
보호자 유형	배우자	3.18±0.40	2.24 (.108)	
	자녀	3.04±0.42		
	기타	3.03±0.44		

4. 연구변수의 신뢰도

연구변수의 신뢰도를 확인하기 위하여 문항 내적 일치도를 측정하는 Cronbach's α 를 이용하였다. 본 연구에서 측정 도구의 Cronbach's α 값은 우울 .93, 자아통합감 .86, 죽음불안 .81, 사회적 지지 .88으로 나타났다. 자아통합감의 하위 30개 항목에서 현재 생활에 대한 만족은 .66, 지혜로운 삶은 .57, 생에 대한 태도는 .70, 지나온 일생에 대한 수용은 .61, 노령과 죽음에 대한 수용은 .31으로 나타났다. 사회적 지지의 하위항목으로 친구 지지는 .94, 전문가 지지는 .90, 가족 지지는 .89로 확인되었다(표 6).

표 6. 연구변수의 신뢰도

(N=301)

변수	문항수	Cronbach's α
우울	11	.93
자아통합감	30	.86
현재생활에 대한 만족	8	.66
지혜로운 삶	6	.57
생에 대한 태도	6	.70
지나온 일생에 대한 수용	4	.61
노령과 죽음에 대한 수용	6	.31
죽음불안	15	.81
사회적 지지	12	.88
친구 지지	4	.94
전문가 지지	4	.90
가족 지지	4	.89

5. 주요 변수 간 상관관계

변수들 간의 상관성 및 다중공선성의 가능성을 추정하기 위해 우울과 주요 변수의 상관관계 분석을 실시하였다. 분석 결과, 우울과 자아통합감은 부적으로 유의한 상관성이 확인되었고($r=-.53, p<.001$), 우울은 자아통합감의 하위영역인 현재생활에 대한 만족($r=-.50, p<.001$), 지혜로운 삶($r=-.39, p<.001$), 생에 대한 태도($r=-.51, p<.001$), 지나온 일생에 대한 수용($r=-.18, p=.002$), 노령과 죽음에 대한 수용($r=-.39, p<.001$)과 부적으로 유의한 상관성이 확인되었다. 우울과 죽음불안은 정적으로 유의한 상관성이 확인되었다($r=.22, p<.001$). 우울과 사회적 지지는 부적으로 유의한 상관성이 확인되었고($r=-.19, p=.001$), 우울과 사회적 지지 하위영역인 가족 지지($r=-.16, p=.005$), 친구 지지($r=-.14, p=.005$)는 부적으로 유의한 상관성이 확인되었다. 하지만 우울과 전문가 지지는 유의한 상관성이 확인되지 않았다($r=-.11, p=.053$).

자아통합감과 죽음불안은 부적으로 유의한 상관성이 확인되었다($r=-.22, p<.001$). 자아통합감과 사회적 지지는 정적으로 유의한 상관성이 확인되었고($r=.35, p<.001$), 자아통합감과 사회적 지지 하위영역인 가족 지지($r=.31, p<.001$), 친구 지지($r=.27, p<.001$), 전문가 지지($r=.20, p<.001$)는 정적으로 유의한 상관성이 확인되었다(표 7).

표 7. 주요 변수 간 Pearson 상관관계 분석

(N=301)

	r(p)												
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
1. 우울	1												
2. 자아통합감	-.53 (<.001)	1											
현재생활에 대한 만족	-.50 (<.001)	.85 (<.001)	1										
지혜로운 삶	-.39 (<.001)	.77 (<.001)	.53 (<.001)	1									
생애 대한 태도	-.51 (<.001)	.87 (<.001)	.67 (<.001)	.62 (<.001)	1								
지나온 일생에 대한 수용	-.18 (.002)	.56 (<.001)	.38 (<.001)	.33 (<.001)	.30 (<.001)	1							
노령과죽음에 대한 수용	-.39 (<.001)	.75 (<.001)	.51 (<.001)	.45 (<.001)	.67 (<.001)	.24 (<.001)	1						
3. 죽음불안	.22 (<.001)	-.22 (<.001)	-.11 (.065)	-.13 (.030)	-.28 (<.001)	.07 (.264)	-.39 (<.001)	1					
4. 사회적 지지	-.19 (.001)	.35 (<.001)	.32 (<.001)	.44 (<.001)	.23 (<.001)	.26 (<.001)	.10 (.086)	.14 (.018)	1				
가족 지지	-.16 (.005)	.31 (<.001)	.24 (<.001)	.36 (<.001)	.23 (<.001)	.22 (<.001)	.14 (.016)	.10 (.101)	.75 (<.001)	1			
친구 지지	-.14 (.015)	.27 (<.001)	.24 (<.001)	.38 (<.001)	.16 (.004)	.17 (.003)	.10 (.083)	.07 (.243)	.80 (<.001)	.37 (<.001)	1		
전문가 지지	-.11 (.053)	.20 (<.001)	.23 (<.001)	.22 (<.001)	.12 (.042)	.20 (<.001)	-.04 (.535)	.16 (.005)	.65 (<.001)	.38 (<.001)	.22 (<.001)	1	

6. 연구가설의 검증

1) 회귀분석을 위한 가정 검증

본 연구에서 수행한 회귀분석을 위한 가정 검증 결과 독립변수들 간의 상관계수는 $-0.68 \sim 0.47$ 로 절대값이 0.8이상인 값이 없어 예측변수들이 독립적임이 확인되었다. 그리고 자기상관(독립성)을 나타내는 Durbin-Watson의 통계량이 $1.66 \sim 1.81$ 로 자기상관관계가 없는 것으로 판단되어 다중회귀모형 분석이 적합하였다. 다중공선성의 문제를 확인한 결과 공차한계(Tolerance)가 $0.25 \sim 0.97$ 로 0.1이상으로 나타났으며, 분산팽창인자(Variance inflation factor)도 $1.05 \sim 4.53$ 으로 기준인 10 이상을 넘지 않아 다중공선성의 문제는 없었다. 다음으로 잔차의 가정을 충족하기 위한 검정 결과 선형성(linearity), 오차항의 정규성(normality), 등분산성(homoscedasticity)의 가정도 만족하였다. 특이값을 검토하기 위한 Cook's Distance값은 $0.00 \sim 0.08$ 으로 1.0을 초과하는 값은 없었다. 따라서 회귀식의 가정이 모두 충족되어 회귀분석 결과는 신뢰할 수 있는 것으로 판단되었다.

2) 죽음불안과 우울의 관계에서 사회적 지지의 조절효과

죽음불안과 우울의 관계에서 사회적 지지의 조절효과를 확인하기 위해 위계적 회귀분석을 수행하였고, 통제변수로 인구사회학적 특성 중 성별, 주관적 건강, 배우자 유무, 자녀 수, 월소득을 투입하였다. 1단계 통제변수를 포함한 독립변수가 종속변수인 우울을 설명하는 정도는 약 16%로 나타났으며, 본 회귀모형은 통계적으로 유의하였다($F=6.08, p<.001$). 다음 2단계에서 조절변수인 사회적 지지를 투입한 결과, 설명력은 약 1% 증가하였으며, 이러한 설명력의 증가는 통계적으로 유의한 것으로 나타났다($F=4.44, p=.036$). 사회적 지지($\beta=-.12, p=.036$)는 우울에 유의한 영향을 미치는 것으로 나타났다. 따라서 사회적 지지의 조건부효과(conditional effect)는 유의한 것으로 파악되었다.

마지막으로 3단계에서 독립변수와 조절변수의 상호작용변수를 투입한 결과, 설명력은 약 0% 증가하였으며, 이러한 설명력의 증가는 통계적으로 유의하지 않은 것으로 나타났다($F=1.81, p=.179$). 사회적 지지의($\beta=.07, p=.179$) 상호작용변수는 유의하지 않은 영향을 미치고 있어 상호작용효과(interaction effect)는 유의하지 않은 것으로 나타났다. 따라서 조절변수인 사회적 지지의 조절효과는 유의하지 않은 것으로 파악되었다(표 8).

표 8. 죽음불안과 우울의 관계에서 사회적 지지의 조절효과 (N=301)

독립변수	모형1				모형2				모형3			
	B	β	t	p	B	β	t	p	B	β	t	p
성별*												
남성	-.06	-.04	-0.70	.485	-.05	-.04	-0.56	.576	-.06	-.04	-0.61	.542
주관적 건강상태†												
상	-.30	-.22	-3.92	<.001	-.29	-.22	-3.84	<.001	-.29	-.22	-3.90	<.001
중	-.50	-.24	-4.10	<.001	-.46	-.22	-3.72	<.001	-.46	-.22	-3.75	<.001
배우자 유무‡	-.08	-.06	-.86	.389	-.07	-.05	-0.75	0.455	-.07	-.05	-.76	.449
자녀 수§												
1명	-.50	-.23	-2.97	.003	-.47	-.21	-2.81	.005	-.44	-.20	-2.60	.010
2명	-.55	-.39	-3.81	<.001	-.48	-.33	-3.22	.001	-.45	-.31	-2.99	.003
3명 이상	-.48	-.36	-3.53	<.001	-.41	-.31	-2.95	.003	-.39	-.29	-2.73	.007
월소득¶												
200만원 이하	-.03	-.02	-0.27	.785	-.00	-.00	-0.03	.979	-.00	<.001	-0.01	.995
300만원 이하	-.07	-.04	-0.65	.518	-.07	-.04	-0.65	.517	-.06	-.03	-0.51	.608
400만원 이하	.01	.00	0.04	.968	-.01	-.00	-0.05	.963	-.01	-.00	-0.05	.962
죽음불안	.34	.21	3.87	<.001	.36	.23	4.15	<.001	.36	.22	4.04	<.001
사회적 지지					-.12	-.12	-2.11	.036	-.11	-.11	-1.97	.050
죽음불안* 사회적 지지									.14	.07	1.35	.179
Adjusted R ²					.16				.17			.17
Adjusted R ² 증가량					-				.01			.00
F 증가량					6.08				4.44			1.81
F 증가량의 p					<.001				.036			.179
F-value					6.08				6.01			5.70
p					<.001				<.001			<.001

*ref. 여성; † ref. 하; ‡ ref. 없음; §ref. 없음; ¶ ref. 100만원 이하

3) 죽음불안과 우울의 관계에서 가족 지지의 조절효과

죽음불안과 우울의 관계에서 가족 지지의 조절효과를 확인하기 위해 위계적 회귀분석을 수행하였고, 통제변수로 인구사회학적 특성 중 성별, 주관적 건강, 배우자 유무, 자녀 수, 월소득을 투입하였다. 1단계로 죽음불안이 종속변수인 우울을 설명하는 정도는 약 16%로 나타났으며, 본 회귀모형은 통계적으로 유의하였다($F=6.08, p<.001$). 다음 2단계에서 조절변수인 가족 지지를 투입한 결과, 설명력은 약 0% 감소하였으며, 이러한 설명력의 감소는 통계적으로 유의하지 않은 것으로 나타났다($F=0.78, p=.379$). 가족 지지($\beta=-.06, p=.379$)는 우울에 유의한 영향을 미치지 않는 것으로 나타났다. 따라서 가족 지지의 조건부효과(conditional effect)는 유의하지 않은 것으로 파악되었다.

마지막으로 3단계에서 독립변수와 조절변수의 상호작용변수를 투입한 결과, 설명력은 약 0% 감소하였으며, 이러한 설명력의 감소는 통계적으로 유의하지 않은 것으로 나타났다($F=0.01, p=.960$). 모형3에서 가족 지지($\beta=.00, p=.960$)의 죽음불안과의 상호작용 변수는 유의하지 않은 영향을 미치고 있어 상호작용 효과(interaction effect)는 유의하지 않은 것으로 나타났다. 따라서 조절변수인 가족 지지의 조절효과는 유의하지 않은 것으로 파악되었다(표 9).

표 9. 죽음불안과 우울의 관계에서 가족 지지의 조절효과 (N=301)

독립변수	모형1				모형2				모형3			
	B	β	t	p	B	β	t	p	B	β	t	p
성별*												
남성	-.06	-.04	-0.70	.485	-.07	-.05	-0.74	.462	-.07	-.05	-0.74	.462
주관적 건강상태†												
상	-.30	-.22	-3.92	<.001	-.30	-.22	-3.89	<.001	-.30	-.22	-3.88	<.001
중	-.50	-.24	-4.10	<.001	-.48	-.23	-3.97	<.001	-.48	-.23	-3.96	<.001
배우자 유무‡	-.08	-.06	-0.86	0.389	-.07	-.05	-0.71	.482	-.07	-.05	-0.70	.483
자녀 수§												
1명	-.50	-.23	-2.97	0.003	-.47	-.21	-2.76	.006	-.47	-.21	-2.70	.007
2명	-.55	-.38	-3.81	<.001	-.50	-.35	-3.20	.002	-.50	-.35	-3.14	.002
3명 이상	-.48	-.36	-3.53	<.001	-.43	-.33	-2.92	.004	-.43	-.32	-2.87	.004
월소득¶												
200만원 이하	-.03	-.02	-0.27	.785	-.02	-.01	-0.21	.834	-.02	-.01	-0.21	.836
300만원 이하	-.07	-.04	-0.65	.518	-.07	-.03	-0.60	.548	-.07	-.04	-0.60	.552
400만원 이하	.01	.00	0.04	.968	.01	.00	0.06	.954	.01	.00	0.06	.954
죽음불안	.34	.21	3.87	<.001	.35	.22	3.93	<.001	.34	.21	3.90	<.001
가족 지지					-.05	-.06	-0.88	.379	-.04	-.04	-0.86	.391
죽음불안* 가족 지지									.01	.00	0.05	.960
Adjusted R ²					.16				.16			.15
Adjusted R ² 증가량					-				-.00			-.00
F 증가량					6.08				0.78			0.00
F 증가량의 p					<.001				.379			.960
F-value					6.08				5.64			5.18
p					<.001				<.001			<.001

*ref. 여성; † ref. 하; ‡ ref. 없음; §ref. 없음; ¶ ref. 100만원 이하

4) 죽음불안과 우울의 관계에서 친구 지지의 조절효과

죽음불안과 우울의 관계에서 친구 지지의 조절효과를 확인하기 위해 위계적 회귀분석을 수행하였고, 통제변수로 인구사회학적 특성 중 성별, 주관적 건강, 배우자 유무, 자녀 수, 월소득을 투입하였다. 1단계로 죽음불안이 종속변수인 우울을 설명하는 정도는 약 16%로 나타났으며, 본 회귀모형은 통계적으로 유의하였다($F=6.08, p<.001$). 다음 2단계에서 조절변수인 가족 지지를 투입한 결과, 설명력은 약 0% 증가하였으며, 이러한 설명력의 증가는 통계적으로 유의하지 않은 것으로 나타났다($F=1.85, p=.174$). 친구 지지($\beta=-.08, p=.174$)는 우울에 유의한 영향을 미치지 않는 것으로 나타났다. 따라서 친구 지지의 조건부효과(conditional effect)는 유의하지 않은 것으로 파악되었다.

마지막으로 3단계에서 독립변수와 조절변수의 상호작용변수를 투입한 결과, 설명력은 약 0% 감소하였으며, 이러한 설명력의 감소는 통계적으로 유의하지 않은 것으로 나타났다($F=0.50, p=.479$). 모형3에서 친구 지지($\beta=.04, p=.479$)의 죽음불안과의 상호작용 변수는 유의하지 않은 영향을 미치고 있어 상호작용 효과(interaction effect)는 유의하지 않은 것으로 나타났다. 따라서 조절변수인 친구 지지의 조절효과는 유의하지 않은 것으로 파악되었다(표 10).

표 10. 죽음불안과 우울의 관계에서 친구 지지의 조절효과 (N=301)

독립변수	모형1				모형2				모형3			
	B	β	t	p	B	β	t	p	B	β	t	p
성별*												
남성	-.07	-.04	-0.70	.485	-.05	-.03	-0.52	.601	-.05	-.03	-0.54	.587
주관적 건강상태*												
상	-.30	-.22	-3.92	<.001	-.29	-.22	-3.87	<.001	-.30	-.22	-3.90	<.001
중	-.50	-.24	-4.11	<.001	-.47	-.22	-3.84	<.001	-.47	-.23	-3.86	<.001
배우자 유무 [‡]	-.08	-.06	-0.86	.389	-.08	-.06	-0.85	.396	-.08	-.06	-0.87	.387
자녀 수[§]												
1명	-.50	-.23	-2.97	.003	-.49	-.22	-2.95	.003	-.49	-.22	-2.91	.004
2명	-.55	-.38	-3.81	<.001	-.52	-.37	-3.60	<.001	-.52	-.36	-3.55	<.001
3명 이상	-.48	-.36	-3.53	<.001	-.47	-.35	-3.43	<.001	-.47	-.35	-3.38	<.001
월소득[¶]												
200만원 이하	-.03	-.02	-0.27	.785	-.01	-.01	-0.09	.932	-.01	-.01	-0.08	.939
300만원 이하	-.07	-.04	-0.65	.518	-.07	-.03	-0.61	.543	-.06	-.03	-0.55	.585
400만원 이하	.01	.00	0.04	.968	-.00	-.00	-0.02	.982	-.00	-.00	-0.02	.982
죽음불안	.34	.21	3.87	<.001	.35	.22	3.95	<.001	.34	.21	3.87	<.001
친구 지지					-.04	-.08	-1.36	.174	-.04	-.07	-1.31	.193
죽음불안*									.05	.04	0.71	.479
친구지지												
Adjusted R ²					.16				.16			.16
Adjusted R ² 증가량					-				.00			-.00
F 증가량					6.08				1.85			0.50
F 증가량의 p					<.001				.174			.479
F-value					6.08				5.75			5.33
p					<.001				<.001			<.001

*ref. 여성; † ref. 하; ‡ ref. 없음; § ref. 없음; ¶ ref. 100만원 이하

5) 죽음불안과 우울의 관계에서 전문가 지지의 조절효과

죽음불안과 우울의 관계에서 전문가 지지의 조절효과를 확인하기 위해 위계적 회귀분석을 수행하였고, 통제변수로 성별, 주관적 건강, 배우자 유무, 자녀 수, 월소득을 투입하였다. 1단계로 죽음불안이 종속변수인 우울을 설명하는 정도는 약 16%로 나타났으며, 본 회귀모형은 통계적으로 유의하였다($F=6.08, p<.001$). 다음 2단계에서 조절변수인 전문가 지지를 투입한 결과, 설명력은 약 2% 증가하였으며, 이러한 설명력의 증가는 통계적으로 유의한 것으로 나타났다($F=6.11, p=.014$). 전문가 지지($\beta=-.14, p=.014$)는 우울에 유의한 영향을 미치는 것으로 나타났다. 따라서 전문가 지지의 조건부효과(conditional effect)는 유의한 것으로 파악되었다.

마지막 3단계 모형에서 독립변수(죽음불안)와 조절변수(전문가 지지)의 상호작용 변수를 투입한 결과, 2단계 모형에 비해 설명력은 약 1% 증가하였으며, 이러한 설명력의 증가는 통계적으로 유의한 것으로 나타났다($F=6.18, p=.014$). 2단계 모형과 유사하게, 죽음불안과 전문가 지지는 우울에 유의미한 영향을 주었다. 구체적으로, 죽음불안이 1점씩 증가할 때, 우울은 .38점 유의하게 증가하였다($B=.38, \beta=.24, t=4.33, p<.001$). 또한, 전문가 지지가 1점씩 증가할 때, 우울은 -.10점씩 유의미하게 감소하였다($B=-.10, \beta=.12, t=-2.10, p=.036$).

더 나아가, 전문가 지지는 죽음불안이 우울에 미치는 영향을 유의미하게 조절하였다($B=.24, \beta=.13, t=2.49, p=.014$). 한편, 다중공선성 문제가 없는 상태에서도 선행연구와 다르게 전문가 지지의 죽음불안과 우울의 관계를 강화하는 조절효과가 나타난 것에 대해서는 면밀한 검토가 필요하다. 이에 본 연구는 PROCESS macro를 통해 조건부 간접효과, 즉 전문가 지지 수준을 세 집단(상·중·하)으로 분류하여, 죽음불안이 우울에 미치는 영향의 차이를 비교하기 위해 부트스트래핑(Process Macro의 Bootstrapping)을 사용하여 전문가 지지 집단에 따라 죽음불안이 우울에 미치는 유의성을 검정하였다. 그 결과, 낮은 전문가 지지 집단(-1 standard deviation [SD], 하위 15.9% 이하)에서는 죽음불안이 우울에 영향을 주지 않았다($B=.19, t=1.67, p=.095$). 하지만, 중간 전문가 지지 집단(Mean, 하위 15.9% 이상에서 상위 15.9% 이하)에서는 죽음불안이

우울에 정적 영향을 주었다($B=.38$, $t=4.33$, $p<.001$). 더 나가, 전문가 지지가 낮거나 중간인 집단에 비해서, 높은 전문가 지지 집단(+1SD, 상위 15.9% 이상)은 죽음불안이 우울에 미치는 정적 영향이 상대적으로 높았다($B=.56$, $t=4.9$, $p<.001$). 즉, 전문가 지지가 높을수록, 죽음불안이 우울에 미치는 영향이 강화되는 것을 확인하였다(표 11).

표 11. 죽음불안과 우울의 관계에서 전문가 지지의 조절효과 (N=301)

독립변수	모형1				모형2				모형3			
	B	β	t	p	B	β	t	p	B	β	t	p
성별*												
남성	-.06	-.04	-0.70	.485	-.06	-.04	-0.65	.518	-.06	-.042	-0.69	.491
주관적 건강상태†												
상	-.30	-.22	-3.92	<.001	-.29	-.22	-3.88	<.001	-.30	-.22	-3.97	<.001
중	-.50	-.24	-4.10	<.001	-.48	-.23	-3.96	<.001	-.47	-.23	-3.98	<.001
배우자 유무‡	-.08	-.06	-0.86	.389	-.09	-.06	-0.94	.347	-.09	-.06	-0.95	.344
자녀 수§												
1명	-.50	-.23	-2.97	.003	-.49	-.23	-2.98	.003	-.45	-.21	-2.75	.006
2명	-.55	-.38	-3.81	<.001	-.53	-.37	-3.73	<.001	-.49	-.34	-3.43	.001
3명 이상	-.48	-.36	-3.53	<.001	-.44	-.33	-3.25	.001	-.41	-.30	-2.97	.003
월소득¶												
200만원 이하	-.03	-.02	-0.27	.785	-.02	-.01	-0.21	.837	-.03	-.02	-0.30	.766
300만원 이하	-.07	-.04	-0.65	.518	-.10	-.05	-0.87	.386	-.07	-.04	-0.69	.496
400만원 이하	.01	.00	0.04	.968	-.02	-.01	-0.10	.923	-.02	-.01	-0.11	.915
죽음불안	.34	.21	3.87	<.001	.38	.23	4.28	<.001	.38	.24	4.33	<.001
전문가 지지					-.12	-.14	-2.47	.014	-.10	-.12	-2.10	.036
죽음불안* 전문가 지지									.24	.13	2.49	.014
Adjusted R ²					.16				.17			.19
Adjusted R ² 증가량					-				.02			.01
F 증가량					6.08				6.11			6.18
F 증가량의 p					<.001				.014			.014
F-value					6.08				6.18			6.28
p					<.001				<.001			<.001

*ref. 여성; † ref. 하; ‡ ref. 없음; §ref. 없음; ¶ ref. 100만원 이하

표 12. 죽음불안과 우울의 관계에서 전문가 지지의 조건부 효과 검증

전문가 지지	B	SE	t	p	Boot CI
낮은 전문가 지지 (-1SD)	.19	.12	1.67	.095	-.03~.42
중간 전문가 지지 (Mean)	.38	.09	4.33	<.001	.21~.55
높은 전문가 지지 (+1SD)	.56	.12	4.89	<.001	.34~.80

SD: Standard Deviation

CI: Confidence Interval

SE: Standard Error

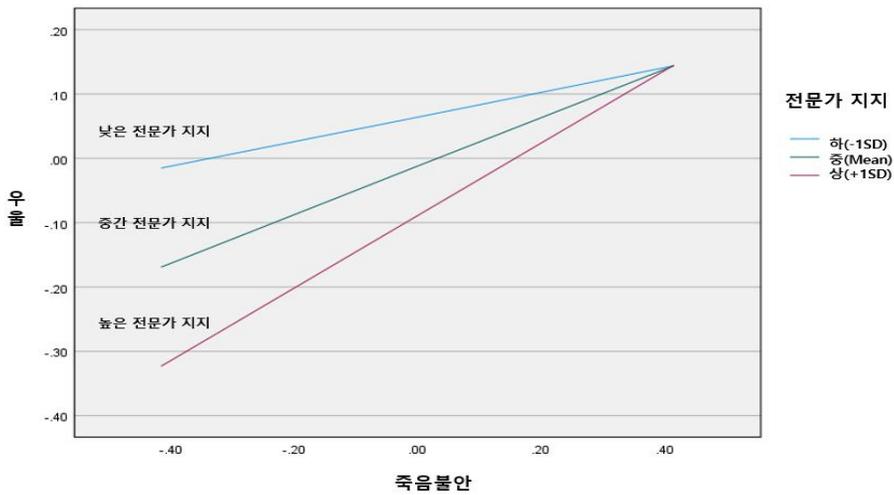


그림 3. 죽음불안과 우울의 관계에서 전문가 지지의 조건부 효과

6) 죽음불안과 자아통합감의 관계에서 사회적 지지의 조절효과

죽음불안과 자아통합감의 관계에서 사회적 지지의 조절효과를 확인하기 위해 위계적 회귀분석을 수행하였고, 통제변수로 성별, 주관적 건강, 배우자 유무, 자녀 수, 월소득을 투입하였다. 1단계로 죽음불안이 종속변수인 자아통합감을 설명하는 정도는 약 16%로 나타났으며, 본 회귀모형은 통계적으로 유의하였다($F=6.02, p<.001$). 다음 2단계에서 조절변수인 사회적 지지를 투입한 결과, 설명력은 약 9% 증가하였으며, 이러한 설명력의 증가는 통계적으로 유의한 것으로 나타났다($F=34.12, p<.001$). 사회적 지지($\beta=.32, p<.001$)는 자아통합감에 유의한 영향을 미치는 것으로 나타났다. 따라서 사회적 지지의 조건부효과(conditional effect)는 유의한 것으로 파악되었다.

마지막으로 3단계에서 독립변수와 조절변수의 상호작용변수를 투입한 결과, 설명력은 약 1% 증가하였으며, 이러한 설명력의 증가는 통계적으로 유의하지 않은 것으로 나타났다($F=2.80, p=.095$). 모형3에서 사회적 지지($\beta=-.09, p=.095$)의 죽음불안과의 상호작용 변수는 유의하지 않은 영향을 미치고 있어 상호작용 효과(interaction effect)는 유의하지 않은 것으로 나타났다. 따라서 조절변수인 사회적 지지의 조절효과는 유의하지 않은 것으로 파악되었다(표 13).

표 13. 죽음불안과 자아통합감의 관계에서 사회적 지지의 조절효과

(N=301)

독립변수	모형1				모형2				모형3			
	B	β	t	p	B	β	t	p	B	β	t	p
성별*												
남성	.09	.09	1.50	.134	.07	.07	1.19	.235	.068	.07	1.26	.210
주관적 [†] 건강상태												
상	.12	.14	2.39	.017	.10	.12	2.26	.025	.106	.13	2.33	.021
중	.33	.24	4.24	<.001	.26	.19	3.46	.001	.257	.19	3.49	.001
배우자 유무 [‡]	.04	.04	0.59	.554	.02	.02	0.30	.765	.018	.02	0.31	.756
자녀 수 [§]												
1명	.25	.18	2.34	.020	.20	.14	1.99	.047	.177	.13	1.74	.082
2명	.27	.30	2.91	.004	.14	.16	1.59	.114	.120	.13	1.33	.184
3명 이상	.28	.34	3.26	.001	.17	.20	1.95	.052	.145	.17	1.70	.091
월소득 [¶]												
200만원 이하	.08	.08	1.29	.197	.04	.04	0.67	.501	.038	.04	0.65	.516
300만원 이하	.16	.13	2.33	.020	.16	.13	2.46	.015	.152	.12	2.29	.023
400만원 이하	.15	.08	1.49	.137	.17	.09	1.81	.071	.168	.09	1.82	.070
죽음불안	-.21	-.20	-3.69	<.001	-.25	-.24	-4.67	<.001	-.241	-.24	-4.54	<.001
사회적 지지					.20	.32	5.84	<.001	.193	.31	5.67	<.001
죽음불안* 사회적 지지									-.11	-.09	-1.67	.095
Adjusted R ²					.16				.24			.25
Adjusted R ² 증가량					-				.09			.01
F 증가량					6.02				34.13			2.80
F 증가량의 p					<.001				<.001			.095
F-value					6.02				8.99			8.57
p					<.001				<.001			<.001

 *ref. 여성; [†] ref. 하; [‡] ref. 없음; [§] ref. 없음; [¶] ref. 100만원 이하

7) 죽음불안과 자아통합감의 관계에서 가족 지지의 조절효과

죽음불안과 자아통합감의 관계에서 가족 지지의 조절효과를 확인하기 위해 위계적 회귀분석을 수행하였고, 통제변수로 성별, 주관적 건강, 배우자 유무, 자녀 수, 월소득을 투입하였다. 1단계로 죽음불안이 종속변수인 자아통합감을 설명하는 정도는 약 16%로 나타났으며, 본 회귀모형은 통계적으로 유의하였다($F=6.02, p<.001$). 다음 2단계에서 조절변수인 가족 지지를 투입한 결과, 설명력은 약 5% 증가하였으며, 이러한 설명력의 증가는 통계적으로 유의한 것으로 나타났다($F=18.59, p<.001$). 가족 지지($\beta=.26, p<.001$)는 자아통합감에 유의한 영향을 미치는 것으로 나타났다. 따라서 가족 지지의 조건부효과(conditional effect)는 유의한 것으로 파악되었다.

마지막으로 3단계에서 독립변수와 조절변수의 상호작용변수를 투입한 결과, 설명력은 약 1% 증가하였으며, 이러한 설명력의 증가는 통계적으로 유의하지 않은 것으로 나타났다($F=2.76, p=.098$). 모형3에서 가족 지지($\beta=-.09, p=.098$)의 죽음불안과의 상호작용 변수는 유의하지 않은 영향을 미치고 있어 상호작용 효과(interaction effect)는 유의하지 않은 것으로 나타났다. 따라서 조절변수인 가족 지지의 조절효과는 유의하지 않은 것으로 파악되었다(표 14).

표 14. 죽음불안과 자아통합감의 관계에서 가족 지지의 조절효과 (N=301)

독립변수	모형1				모형2				모형3			
	B	β	t	p	B	β	t	p	B	β	t	p
성별*												
남성	.09	.09	1.50	.134	.10	.11	1.74	.083	.10	.11	1.80	.073
주관적* 건강상태												
상	.12	.14	2.39	.017	.11	.13	2.33	.021	.11	.13	2.32	.021
중	.33	.24	4.24	<.001	.29	.22	3.83	<.001	.29	.22	3.85	<.001
배우자 유무*	.04	.04	0.59	.554	-.01	-.01	-0.11	.914	-.01	-.01	-0.12	.908
자녀 수 [§]												
1명	.25	.18	2.34	.020	.17	.12	1.60	.112	.13	.10	1.25	.213
2명	.27	.29	2.91	.004	.11	.12	1.16	.249	.09	.10	0.89	.376
3명 이상	.29	.34	3.27	.001	.13	.16	1.44	.150	.11	.13	1.17	.246
월소득 [¶]												
200만원 이하	.08	.08	1.29	.197	.06	.06	1.03	.305	.06	.05	0.94	.349
300만원 이하	.16	.13	2.33	.020	.15	.12	2.18	.030	.14	.11	2.08	.039
400만원 이하	.15	.08	1.49	.137	.14	.08	1.45	.149	.14	.08	1.45	.149
죽음불안	-.21	-.20	-3.69	<.001	-.23	-.22	-4.16	<.001	-.22	-.21	-4.01	<.001
가족 지지					.14	.26	4.31	<.001	.13	.24	3.98	<.001
죽음불안* 가족 지지									-.10	-.09	-1.67	.098
Adjusted R ²					.16				.20			.21
Adjusted R ² 증가량					-				.05			.01
F 증가량					6.02				18.59			2.76
F 증가량의 p					<.001				<.001			.098
F-value					6.02				7.40			7.09
p					<.001				<.001			<.001

* ref. 여성; † ref. 하; ‡ ref. 없음; § ref. 없음; ¶ ref. 100만원 이하

8) 죽음불안과 자아통합감의 관계에서 친구 지지의 조절효과

죽음불안과 자아통합감의 관계에서 친구 지지의 조절효과를 확인하기 위해 위계적 회귀분석을 수행하였고, 통제변수로 성별, 주관적 건강, 배우자 유무, 자녀 수, 월소득을 투입하였다. 1단계로 죽음불안이 종속변수인 자아통합감을 설명하는 정도는 약 16%로 나타났으며, 본 회귀모형은 통계적으로 유의하였다($F=6.02, p<.001$). 다음 2단계에서 조절변수인 친구 지지를 투입한 결과, 설명력은 약 4% 증가하였으며, 이러한 설명력의 증가는 통계적으로 유의한 것으로 나타났다($F=16.41, p<.001$). 친구 지지($\beta=.22, p<.001$)는 자아통합감에 유의한 영향을 미치는 것으로 나타났다. 따라서 친구 지지의 조건부효과(conditional effect)는 유의한 것으로 파악되었다.

마지막으로 3단계에서 독립변수와 조절변수의 상호작용변수를 투입한 결과, 설명력은 약 0% 감소하였으며, 이러한 설명력의 감소는 통계적으로 유의하지 않은 것으로 나타났다($F=0.44, p=.507$). 모형3에서 친구 지지($\beta=-.04, p=.507$)의 죽음불안과의 상호작용 변수는 유의하지 않은 영향을 미치고 있어 상호작용 효과(interaction effect)는 유의하지 않은 것으로 나타났다. 따라서 조절변수인 친구 지지의 조절효과는 유의하지 않은 것으로 파악되었다(표 15).

표 15. 죽음불안과 자아통합감의 관계에서 친구 지지의 조절효과 (N=301)

독립변수	모형1				모형2				모형3			
	B	β	t	p	B	β	t	p	B	β	t	p
성별*												
남성	.09	.10	1.50	.134	.06	.06	1.02	.308	.06	.07	1.04	.300
주관적* 건강상태												
상	.12	.14	2.39	.017	.11	.13	2.30	.022	.11	.13	2.34	.020
중	.33	.24	4.24	<.001	.28	.21	3.65	<.001	.28	.21	3.67	<.001
배우자 유무 [‡]	.04	.04	0.59	.554	.03	.04	0.57	.569	.03	.04	0.59	.559
자녀 수 [§]												
1명	.25	.18	2.34	.020	.24	.17	2.33	.021	.24	.17	2.29	.023
2명	.27	.29	2.91	.004	.22	.24	2.43	.016	.22	.24	2.39	.018
3명 이상	.28	.34	3.26	.001	.26	.31	3.04	.003	.26	.30	3.00	.003
월소득 [¶]												
200만원 이하	.08	.08	1.29	.197	.056	.04	0.77	.444	.05	.04	0.76	.449
300만원 이하	.16	.13	2.33	.020	.16	.13	2.28	.023	.15	.12	2.21	.028
400만원 이하	.15	.08	1.49	.137	.16	.09	1.71	.088	.16	.09	1.71	.088
죽음불안	-.21	-.20	-3.69	<.001	-.22	-.22	-4.04	<.001	-.22	-.21	-3.96	<.001
전문가 지지					.08	.22	4.06	<.001	.08	.22	3.99	<.001
죽음불안*									-.03	-.04	-0.66	.507
친구가 지지												
Adjusted R ²					.16				.20			.20
Adjusted R ² 증가량					-				.04			-.00
F 증가량					6.02				16.41			0.44
F 증가량의 p					<.001				<.001			.507
F-value					6.02				7.18			6.65
p					<.001				<.001			<.001

*ref. 여성; † ref. 하; ‡ ref. 없음; §ref. 없음; ¶ ref. 100만원 이하

8) 죽음불안과 자아통합감의 관계에서 전문가 지지의 조절효과

죽음불안과 자아통합감의 관계에서 전문가 지지의 조절효과를 확인하기 위해 위계적 회귀분석을 수행하였고, 통제변수로 성별, 주관적 건강, 배우자 유무, 자녀 수, 월소득을 투입하였다. 1단계로 죽음불안이 종속변수인 자아통합감을 설명하는 정도는 약 16%로 나타났으며, 본 회귀모형은 통계적으로 유의하였다($F=6.02, p<.001$). 다음 2단계에서 조절변수인 전문가 지지를 투입한 결과, 설명력은 약 4% 증가하였으며, 이러한 설명력의 증가는 통계적으로 유의한 것으로 나타났다($F=18.68, p<.001$). 전문가 지지($\beta=.23, p<.001$)는 자아통합감에 유의한 영향을 미치는 것으로 나타났다. 따라서 전문가 지지의 조건부효과(conditional effect)는 유의한 것으로 파악되었다.

마지막으로 3단계에서 독립변수와 조절변수의 상호작용변수를 투입한 결과, 설명력은 약 0% 증가하였으며, 이러한 설명력의 증가는 통계적으로 유의하지 않은 것으로 나타났다($F=1.99, p=.159$). 모형3에서 전문가 지지($\beta=-.08, p=.159$)의 죽음불안과의 상호작용 변수는 유의하지 않은 영향을 미치고 있어 상호작용 효과(interaction effect)는 유의하지 않은 것으로 나타났다. 따라서 조절변수인 전문가 지지의 조절효과는 유의하지 않은 것으로 파악되었다(표 16).

표 16. 죽음불안과 자아통합감의 관계에서 전문가 지지의 조절효과

(N=301)

독립변수	모형1				모형2				모형3			
	B	β	t	p	B	β	t	p	B	β	t	p
성별*												
남성	.09	.09	1.50	.134	.08	.09	1.45	.149	.08	.09	1.47	.143
주관적* 건강상태												
상	.12	.14	2.39	.017	.11	.13	2.34	.020	.11	.13	2.38	.018
중	.33	.24	4.24	<.001	.30	.23	4.06	<.001	.30	.23	4.06	<.001
배우자 유무 [‡]	.04	.04	0.59	.554	.04	.05	0.74	.460	.04	.05	0.74	.461
자녀 수 [§]												
1명	.25	.18	2.34	.020	.25	.18	2.39	.018	.23	.17	2.24	.026
2명	.27	.29	2.91	.004	.25	.28	2.80	.005	.23	.26	2.61	.009
3명 이상	.28	.34	3.27	.001	.24	.29	2.83	.005	.23	.27	2.65	.008
월소득 [¶]												
200만원 이하	.08	.08	1.29	.197	.07	.07	1.21	.227	.08	.07	1.26	.207
300만원 이하	.16	.13	2.33	.020	.19	.15	2.77	.006	.18	.15	2.66	.008
400만원 이하	.15	.08	1.49	.137	.17	.09	1.77	.077	.17	.09	1.78	.076
죽음불안	-.21	-.20	-3.69	<.001	-.25	-.24	-4.50	<.001	-.25	-.24	-4.52	<.001
전문가 지지					.13	.23	4.32	<.001	.12	.22	4.08	<.001
죽음불안* 전문가 지지									-.09	-.08	-1.41	.159
Adjusted R ²					.16				.20			.21
Adjusted R ² 증가량					-				.04			.00
F 증가량					6.02				18.68			1.99
F 증가량의 p					<.001				<.001			.159
F-value					6.02				7.41			7.02
p					<.001				<.001			<.001

 *ref. 여성; [‡] ref. 하; [‡] ref. 없음; [§]ref. 없음; [¶] ref. 100만원 이하

V. 논의

본 연구는 Turner (2013)의 스트레스 과정 모델(Stress Process Model)을 적용하여 요양기관 입소 노인의 죽음불안과 우울, 자아통합감의 관계에서 사회적 지지의 조절효과를 규명하고자 하였다. 이를 통해 본 연구는 요양기관 입소 노인의 죽음불안, 우울, 자아통합감, 사회적 지지에 관한 간호학적 시사점을 논의하는 데 목적을 두었으며, 먼저 분석결과를 요약하면 다음과 같다.

주요 변수 간 관련성을 확인하기에 앞서 대상자의 일반적 특성과 기술 분석 내용을 논의하면 다음과 같다. 본 연구에 참여한 요양기관 입소 노인의 인구 사회적 특성을 선행연구와 비교하면 다음과 같다. 본 연구에 참여한 요양기관 입소 노인의 주관적 건강상태는 건강함 10.6%, 보통 46.8%, 쇠약 5.3%로 나타났는데, 이는 시설 노인의 주관적 건강상태를 좋음 23.6%, 보통 46.3%, 나쁨 30.1%로 보고한 류해룡(2016)의 연구와 유사하다. 또한, 본 연구에 참여한 입소 노인 가정의 60.8%가 월평균 소득이 100만 원 이하로 나타나 시설 입소 노인의 경제력 수준이 낮음을 알 수 있었다. 이는 요양기관 입소 노인은 경제활동 참여가 어려워 가족들의 경제적 부담이 증가하고 있음을 제시한 윤현숙, 한수연과 이영민(2022)의 연구와 유사한 결과이다. 마지막으로 본 연구에 참여한 요양기관 입소 노인의 교육 수준은 중졸 이하가 대부분(78.1%)으로 나타나 요양기관 입소 노인의 전체적인 학력 수준이 낮음을 알 수 있었다. 이는 요양기관 입소 노인은 중졸의 비중이 높음을 밝힌 이경미와 조은주(2016)의 연구와 유사한 결과이다.

본 연구에 참여한 요양기관 입소 노인의 우울 점수는 평균 2.29점으로, 리커트 척도의 만점인 4점 기준에서 볼 때 상대적으로 높은 값을 나타냈다. 이는 김기태 등(2018)이 요양기관에 입소한 노인의 우울 점수가 재가 노인과 비교해 상대적으로 높다는 결과를 보고한 것과 유사하다. 최지혜와 공성숙(2020), Azaiza 등(2010)은 요양기관 입소 노인은 만성적 질병, 장기 입원,

고립감으로 정신건강이 취약해지고 있음을 밝힌 바 있다. 본 연구에서도 이러한 요인이 요양기관 입소 노인의 우울에 영향을 미친 것으로 사료된다.

우울과 마찬가지로 본 연구에 참여한 요양기관 입소 노인의 죽음불안도 평균 3.03점으로, 리커트 척도의 5점 만점 기준으로 볼 때 상대적으로 높은 값을 나타냈다. 이러한 결과는 요양기관 입소 노인의 죽음불안이 리커트 4점 척도 기준 2.69점이라는 높은 점수를 나타낸 조은아(2022)의 연구 결과와 유사하다. 이와 같은 결과가 나타난 이유는 요양기관 입소 노인의 경우 입소 기간이 길어질수록 함께 생활하던 노인의 죽음을 경험하거나, 건강 수준이 낮아지면서 죽음에 대한 인식이 높아지기 때문이라 볼 수 있다(이미숙과 최희정, 2016).

본 연구에 참여한 요양기관 입소 노인의 자아통합감 전체 평균은 3.00점으로 평균인 2.50점보다 높았다. 이 수치는 요양기관 입소 노인의 자아통합감 점수를 평균 3.50점 이상으로 보고한 이현지와 남현주(2020)의 연구 결과와 유사하다. 다만 자아통합감의 하위요인인 현재 생활에 대한 만족 정도는 다른 하위요인들에 비해 상대적으로 낮은 평균값(2.83점)을 나타내었다. 이는 요양기관 입소 노인이나 재가 노인의 생활 만족도는 친구 또는 이웃의 지지 등에 영향을 받기 때문이라 볼 수 있다(강영숙과 정자영, 2020; 사영화와 조성제, 2014; 옥은미와 이지현, 2017; 윤현숙 등, 2022). 실제 본 연구에서 건강상태가 보통 이하라고 응답한 노인(약 90%)의 친구 지지에 대한 평균 또한 중앙값인 2.50점보다 낮은 2.46점이었다. 즉, 입소 노인들은 요양기관에 입소해 있는 상황과 낮은 건강 수준으로 인해 친구와의 만남 빈도 역시 일반 노인들보다 감소할 수 있는 상황이 반영된 것으로 보인다. 이와 관련하여 손근호와 김경호(2020)는 노인의 주관적 건강상태가 사회참여와 생활 만족도를 감소시키고 있음을 보고한 바 있다. 또한, 김은주와 강승주(2018)의 연구에서도 60세 이상 노인은 사회적 지지와 주관적 건강상태가 자아통합감에 큰 영향을 미치고 있음이 보고되었다.

한편 사회적 지지의 하위요인인 친구 지지, 전문가 지지, 가족 지지, 사회적 지지 중에서 친구 지지는 2.46점으로, 다른 하위요인보다는 낮았다. 이에

반해 전문가 지지, 가족 지지, 사회적 지지는 각 3.73점, 3.85점, 3.34점으로 중앙값보다 높게 나타났다. 이는 요양기관 입소 노인은 재가 노인과 비교해 친구들과의 지지 체계가 결여되어 상대적으로 더 높은 사회적 단절을 경험할 확률이 높기 때문이다(김남원, 2022). 이러한 사실은 요양기관 입소 노인의 정신건강 저하와 사회적 상호작용이 수동적이거나 의존적인 특징을 나타낼 가능성이 있음을 지적한 강은나와 이민홍(2014), 윤동원(2016)의 연구 결과를 뒷받침한다. 반면, 요양기관에는 요양보호사와 간호사 등이 상주해 있으며 지속적인 영양식과 돌봄 서비스가 제공되고 있으므로, 전문가 지지가 높게 나타난 것으로 판단된다. 또한, 요양기관 입소 노인들이 소통할 수 있는 외부인은 가족들이 유일하므로 가족 지지가 높게 조사되었을 가능성이 있다.

회귀분석 결과, 사회적 지지 및 전문가 지지는 우울에 유의한 영향을 미치는 것으로 확인되었다. 이는 사회적 지지가 노인의 우울에 긍정적 영향을 미치고 있음을 보고한 김봉금(2019)의 연구 결과와 일치한다. 하지만 가족 지지와 친구 지지는 유의한 영향을 미치지 않는다는 결과가 확인되었는데, 이처럼 사회적 지지의 각 하위영역이 차이를 보이는 이유는 요양기관 입소 노인의 환경적 요인에 기인한다. 입소 노인은 가족 및 사회와 단절되어 요양기관의 의료인 및 전문가와 대부분의 시간을 보낸다(양영자, 2022; 차수연과 허준수, 2021). 이에 따라 전문가 지지는 다른 하위영역과는 다르게 입소 노인의 우울에 유의한 영향을 미친 것으로 사료된다.

입소 노인의 일반적 특성에 따른 차이 분석에서는, 배우자가 있으며 자녀 수가 많을수록, 주관적 건강이 좋을수록 우울에 유의한 영향을 미치는 것으로 확인되었다. 이러한 결과는 요양기관 입소 노인을 대상으로 주관적 건강 상태와 우울을 연구한 임영아(2019), 이지현과 김가은(2020), 이은희(2019)의 연구 결과와 유사하다. 실제로 노인의 우울에는 가족과의 관계가 중요하고, 자녀 및 배우자가 있는 노인은 가족의 방문 횟수가 상대적으로 높은 경향을 보인다(임정숙, 정세미와 최성문, 2020). 특히, 가족과의 소통은 노인의 고독감을 줄이는 효과가 있고, 우울을 낮추는 경향이 있다(윤현숙 등, 2022;

임정숙 등, 2020). 또한 건강상태가 좋은 노인은 이동이 자유롭고 시설 내 프로그램에 역동적으로 참여가 가능하여 사회적 고독을 상대적으로 덜 느끼게 된다(양영자, 2020). 이러한 노인의 특성은 요양기관 입소 노인의 우울에 영향을 주었을 것으로 사료된다.

본 연구에서는 사회적 지지의 주 효과가 우울에 유의한 영향을 미치기도 했지만, 반면 세부적인 분석에서는 전문가 지지는 요양기관 입소 노인의 죽음불안과 우울의 정적 관계를 강화하는 효과를 갖는 것으로 나타났다. 이는 노인의 스트레스와 우울의 관계에서 사회적 지지가 유의한 완충 효과를 나타낸 김희영과 정봉교(2016)의 선행연구와는 상충된 결과이다. 이처럼 본 연구에서 선행연구와 상충하는 결과가 관찰된 이유는 선행연구에서는 모집단을 지역사회에 거주 중인 일반 노인으로 설정했기 때문인 것으로 사료된다. 이에 반해 본 연구에서는 모집단을 요양기관 입소 노인으로 한정하였다. 실제로 요양기관 입소 노인의 경우, 가족 또는 친구와 만날 기회가 줄어드는 반면, 요양기관의 직원 및 의료인과의 접촉은 상대적으로 높아지게 된다(이은희, 2019).

먼저 유의하지 않은 완충 효과는, 선행연구에서도 언급한 바와 같이 노인의 요양기관 입소는 생의 마지막 단계에서 가족에 의해 비자발적으로 이루어지는 경우가 많고(양영자, 2022), 이로 인해 입소 이후 노인은 가족에게 버림받았다는 인식을 가지며 괴로워하는 경우가 많다는 점에서 가족, 친구 등 외부인들의 지지 수준이 유의한 완충 효과를 보이지 않은 것으로 이해할 수 있다(양영자, 2022). 특히 전문가 지지가 죽음불안과 우울의 관계를 강화한다는 결과는 전문가 지지를 더 많이 받는 경우는 호스피스 간호와 같이 건강상태가 더욱 악화되어 죽음불안이 심화된 상태, 혹은 정신적 건강 역시 취약한 상태일 가능성이 높은 것과 관련이 있을 수 있다(심지연과 이숙, 2021). 이는 전문가 지지가 평균 이상인 집단에 건강이 좋지 않은 노인들이 3.1% 정도 더 많이 속해있다는 본 연구의 추가 분석 결과와 그 맥락을 같이한다.

실제로 호스피스 간호를 받는 노인을 대상으로 사회적 지지 효과를 분석

한 연구에 따르면, 호스피스 병동의 노인들은 사회적 지지 프로그램 제공에도 불구하고 죽음에 대한 불안 수준은 유의하게 감소하지 않았다(한혜경과 김정이, 2003). 요양기관 입소 노인 중에서도 건강상태가 좋지 않고 전문가의 지지가 필요한 노인들의 경우 죽음불안과 우울의 관계가 더욱 강화되었을 것이라 유추해 볼 수 있다. 또한 요양기관 입소 노인은 그 특성상 가족 및 친구가 아닌 요양기관의 전문가나, 의료인 등과 밀접하게 접촉한다(윤동원, 2011). 이러한 상황에서 죽음불안과 우울의 정도가 높고, 신체적 건강 수준이 낮은 요양기관 입소 노인들은 요양기관의 전문가에게 신체적 욕구를 표출하고 전문가와 접촉할 가능성이 크다(권명진, 2016; 이지현과 김가은, 2020).

전문가 지지 수준에 따른 조건부 효과 검증 및 그래프(그림 3)를 살펴봤을 때 전문가 지지 수준에 따라 우울 수준은 차이가 있는 것을 확인하였다. 그래프를 통해 세 집단 모두 죽음불안이 낮은 수준일 때에는 낮은 전문가 지지 집단, 중간 전문가 지지 집단, 높은 전문가 지지 집단 순으로 우울 수준의 확연한 차이가 나타난다. 즉, 전문가 지지가 낮은 집단일수록 우울이 현저히 높은 상태로 나타나 우울에 대한 사회적 지지 효과는 있는 것으로 볼 수 있다. 그러나 죽음불안이 가장 높은 지점일 때 우울 수준이 세 집단 모두 동일한 수준으로 높아지는 것으로 나타났다. 낮은 전문가 지지를 경험하고 있는 집단의 경우 우울 시작점이 매우 높았으므로 죽음불안으로부터 우울이 더 높아질 수 있는 범위의 한계가 존재할 수 있다. 특히, 극복이 필요한 스트레스 상황에서 결과를 통제하는 데 한계를 지속적으로 경험했을 때 학습된 무력감이 생길 수 있는데, 이는 우울과도 밀접한 관련이 있다는 손정남과 차보경(2007)의 연구 결과는 본 연구 결과와 맥을 같이한다. 요양기관 입소 노인의 경우 신체적, 정신적 건강 문제에 대한 통제력이 상실된 학습된 무력감을 가진 노인 집단일 수 있다는 점을 감안하면 내·외적 변화가 우울을 크게 변화시키지 못해 나타난 결과로도 해석할 수 있다. 따라서 높은 우울수준이 오랫동안 지속되고 신체적 건강 악화로 전문가와의 접촉이 많아지는 노인들을 대상으로는 사회적 지지 외에도 또 다른 간호학적

개입 방안들을 모색할 필요성이 제기된다.

선행연구들을 고찰해 봤을 때 본 연구의 결과와 유사하게 죽음불안과 사회적 지지가 정적 관계를 보이는 것으로 나타난 바 있다(이은주, 2014; 윤현숙, 임연옥, 고윤순과 범경아, 2015). 특히 이은주(2014)의 연구에서는 죽음과정 불안에 대해서는 사회적 지지의 부적 영향이 나타났으나, 사회적 지지는 또 다른 죽음불안의 하위요인인 사후 결과 불안과는 정적인 경향을 보였다. 이를 통해 사람들과 좋은 관계를 형성한 입소 노인일 경우 사후 남게 될 사람들에 대한 걱정, 이별에 대한 슬픔 등으로 인해 불안이 오히려 높아지고 있다고 유추해 볼 수 있다(장호익, 2007). 이러한 연구 결과에 대해서는 후속 연구에서 보다 면밀한 심층면접 등을 통해 추가적으로 확인해 볼 필요가 있으며, 특히 요양기관 입소 노인의 경우에는 사회적 지지 외의 또 다른 완충 효과를 갖는 다양한 변수를 탐색할 것이 요구된다.

한편, 자아통합감의 경우 사회적 지지의 주 효과는 모두 유의하였다. 사회적 지지는 자아통합감을 증가시키는 긍정적 효과를 보였는데, 이러한 결과는 사회적 지지는 시설 노인의 정신건강은 물론 인지기능, 삶의 질에도 긍정적 영향을 미치고(김종임, 2016), 지역사회 거주 노인의 우울 및 자아통합감에도 유의한 영향을 미치고 있다는 선행연구와 일치한다(남현희와 김종철, 2016; 정일영, 2017). 특히 요양기관 입소 노인의 사회적 지지는 입소 노인들의 삶에 희망을 주는 변수로 확인된 바 있다(최동숙과 이병숙, 2018). 본 연구에서도 요양기관 입소 노인들에게 사회적 지지의 주효과를 통해 우울이나 자아통합감에 긍정적 자원이 될 수 있음을 확인하였다.

그러나, 죽음불안과 자아통합감의 관계에서 조절효과는 모두 유의하지 않았다. 이는 노인의 죽음불안은 사회적 지지 중에서 물질적 지지, 정보적 지지와 관련이 있으며, 정서적 지지에 해당하는 가족, 친구, 전문가의 지지는 영향이 없다는 선행연구와 유사한 결과이다(신소홍, 이재홍, 권원안, 권용현과 김창숙, 2011). 노인에게 발생한 질병의 정보 및 지식, 자세한 설명 등을 통한 정보적 지지는 노인의 죽음불안 수준을 높일 수 있다(신소홍 등, 2011). 특히 요양기관 입소 노인은 상대적으로 건강 수준이 낮고 외부활동

이 단절된 경우가 많다(양영자, 2022). 이를 고려하여 요양기관 입소 노인의 간호학적 중재를 위하여 사회적 지원을 늘리고, 외부활동 프로그램을 확대하여 사회적 지지를 통한 자아통합감을 높여야 할 것이다.

입소 노인의 일반적 특성에 따른 자아통합감은 성별 및 배우자 유무, 자녀 수, 주관적 건강상태, 소득에 따라 차이를 보였다. 이 결과는 요양기관 입소 노인의 성별, 배우자 유무, 자녀, 건강상태, 소득에 따른 정신건강 차이를 보고한 이지현과 김가은(2020)의 연구 결과와 유사하다. 실제로 여성의 경우 사회적 역할보다는 가정에서의 역할이 더 강조되어 여성 노인의 자아통합감이 상대적으로 낮으며(안정신과 박규리, 2016), 우울과 마찬가지로 친밀한 가족과의 소통과 높은 건강 수준은 노인의 자아통합감에 긍정적인 영향을 미치게 된다(김은주와 강승주, 2018; 양정훈, 2015). 또한, 소득 수준이 높은 노인은 여가활동에 더 능동적인 참여가 가능하기 때문에(전명숙과 태명옥, 2016), 자아통합감과 같은 긍정적인 심리에 유의한 영향을 나타낸 것으로 사료된다. 하지만 노인의 정신건강에 미치는 일반적인 특성은 다양하기 때문에 이후의 연구에서는 요양기관 입소 노인의 일반적 특성을 고려한 대상자 모집을 통해 세부적 조절효과를 확인할 필요가 있다.

본 연구 결과를 토대로 논의할 수 있는 시사점은 다음과 같다. 첫째, 요양기관 입소 노인의 죽음불안을 감소시키거나, 자아통합감 및 사회적 지지를 높일 수 있는 간호 프로그램을 설계할 때 보다 신중하게 접근할 필요가 있다. 특히 프로그램 설계에 있어 죽음불안 및 우울에 미치는 영향을 더 세부적으로 고려해야 한다. 예컨대 노인을 위한 웰다잉(Well-dying) 프로그램, 여가 스포츠 활동, 가족관계 증진 프로그램, 죽음준비 프로그램 등의 다양한 방법이 노인의 우울과 자아통합감 증진에 긍정적인 효과가 있다는 점에도 주목할 필요가 있다(오혜진, 2020; 이선자와 김인자, 2014; 이영옥, 김필환, 박미라와 제남주, 2019). 따라서 본 연구의 결과와 해당 중재 효과를 적절히 결합할 수 있는 새로운 접근법을 모색해 나갈 필요가 있다.

둘째, 최근 요양기관 입소 노인의 죽음불안 및 우울을 낮추고, 사회적 지지와 자아통합감을 높이는 데 죽음교육 프로그램, 예술 활동, 평생교육, 회

상을 통한 미술프로그램 등이 긍정적인 영향을 미칠 수 있음이 밝혀지고 있다(오혜진, 2020; 이승희와 장덕희, 2019; 조민화와 손영화, 2018). 또한, 이러한 여러 프로그램 활동이 간호사의 개입을 통해 더 긍정적으로 활용될 수 있다는 실효성이 입증되었다. 이러한 점에서 요양기관의 다양한 활동들이 간호사의 적극적 개입을 통해 노인의 정신건강에 긍정적인 영향을 줄 수 있음을 고려한 제도 및 정책적 개선이 확대되어야 할 필요가 있다.

셋째, 죽음불안, 우울, 자아통합감 등에 대한 사회적 지지의 긍정적 효과를 제고하기 위해 지역사회 간호학적 개입을 확대할 필요가 있다. 본 연구에서 사회적 지지의 효과가 지역사회 거주 노인을 대상으로 한 선행연구와 다르게 나타난 원인은 요양기관 입소 노인이 사회와 단절된 상태에 놓여 있기 때문일 것으로 유추해 볼 수 있다(김남원, 2022). 노인의 요양기관 입소는 비자발적인 경우가 많고, 사회와 단절되어 있으므로 가족과 친구 등의 지지가 긍정적으로 작용하지 않는다는 점에서 지역사회 간호를 통해 사회적 교류가 지속될 수 있도록 개입할 필요가 있다. 특히 전문가 지지의 죽음불안, 우울 간 관계를 강화하는 효과를 감안하여 임종이 가까워진 노인들을 대상으로 한 전문가들의 개입이 단순 치료를 넘어 정서적 개입이 함께 이루어질 필요성이 제기된다. 또한 돌봄 대상자에 대한 돌봄 과정에서 존경과 존중, 공감과 같은 전인적 돌봄을 확대해 갈 필요가 있다.

넷째, 사회적 지지 외에도 요양기관 입소 노인의 죽음불안과 우울, 자아통합감의 관계에서 정신건강 문제에 보호 효과를 가지고 있는 다양한 요인을 탐색할 필요가 있다. 예컨대 선행연구에서 죽음준비교육, 자아존중감, 자기효능감, 자아통제감 등이 노인의 정신건강 문제에 보호 효과를 가지고 있음을 보고한 바 있다(김봉금, 2019; 류해룡, 2016; 문정화, 2016). 또한, 노인의 욕구를 충족할 수 있는 맞춤형 자원봉사활동과 여가활동 프로그램 개발에 대한 노력이 필요하다(박민정과 정미영, 2020; 오혜진, 2020; 이명희, 2019; 정미경, 2015).

본 연구의 간호학적 의의는 다음과 같다.

첫째, 본 연구는 요양기관 입소 노인들이 겪은 정신건강 문제를 심층적으로

로 분석하였다. 이를 바탕으로 본 연구는 요양기관 입소 노인들의 사회적 지지를 높일 수 있는 간호 중재 프로그램 개발, 자아통합감 증진을 위한 개입 등의 다양한 노력과 간호학적 개입이 필요함을 제시하였다.

둘째, 본 연구는 스트레스 과정 모델을 통해 죽음불안이 우울 수준을 높이고, 노인의 발달 과업인 자아통합감을 감소시킨다는 사실을 확인하였다. 이를 통해 본 연구는 노인의 정신건강 증진과 발달 과업 달성을 위해 죽음불안 수준을 감소시킬 수 있는 개입이 필요함을 확인하였다는 점에서 의의가 있다.

셋째, 본 연구는 요양기관 입소 노인의 사회적 지지 효과가 일반 노인과 다르게 나타나고 있음을 발견하였다는 점에서 학문적 의의가 있다. 즉, 본 연구는 간호 중재를 위해 사회적 지지 효과를 높일 수 있는 또 다른 환경을 조성할 필요가 있다는 것을 추가로 확인하였다. 특히, 요양기관 입소 노인은 사회적으로 고립되어 있으므로 충분한 사회적 지지를 확보하지 못할 수 있다는 점에서 지역사회 간호적 개입에 대한 연구적, 실천적 필요성을 확인하였다.

넷째, 본 연구 결과는 신체적, 정신적 건강의 취약성이 높은 인구집단인 요양기관 입소 노인의 죽음불안, 우울, 자아통합감, 사회적 지지 간의 관계를 규명하였다. 본 연구는 이를 통해 간호사의 정신건강 중재 개발을 위한 유용한 기초자료를 제공할 수 있다는 점에 의의가 있다.

마지막으로, 본 연구는 요양기관 입소 노인 관리체계 마련을 위한 추가적인 정책 및 간호 중재 프로그램 개발에 있어 신체적, 정신적인 위험에 놓여 있는 노인의 간호 중재를 활성화할 수 있는 기초자료를 제공하였다는 점에서 의의가 있다.

본 연구의 제한점은 다음과 같다.

첫째, 본 연구는 특정 도시에 있는 요양기관 입소 노인 중 설문에 응할 수 있는 대체로 건강한 노인들을 분석 대상으로 하였다. 따라서 심층 면접을 통해 타당성 있는 응답과 자료를 수집할 수 있는 후속 연구가 이루어질 필요가 있다.

둘째, 본 연구의 자아통합감 척도의 일부 하위항목에서 신뢰도가 낮은 것이 확인되었다. 낮은 신뢰도는 연구 결과의 낮은 일관성과 연계될 수도 있으므로, 이후의 연구에서는 변수의 측정 과정에서 신뢰도를 높일 수 있는 방법을 모색해야 할 필요가 있다.

셋째, 본 연구는 전문가 지지에 영향을 줄 수 있는 추가적인 요인들에 관한 논의가 부족하였다. 특히, 사회적 지지의 하위항목 중 전문가 지지는 죽음불안과 우울의 정적 관계를 강화하는 효과를 보였다는 점에서, 전문가 지지를 많이 받는 집단이 어떠한 특성을 가지고 있는지를 분석함으로써 이러한 연구 결과를 이해할 수 있는 근거를 마련할 필요가 있다.

넷째, 본 연구는 요양기관에 종사하는 의료인과 전문가의 형태가 다양하다는 것뿐만 아니라, 병원 내부의 프로그램, 시설, 코로나19 팬데믹으로 인한 사회적 거리 두기 등 여타 요인에 대한 차이를 심층적으로 고려하지는 못하였다. 따라서 위와 같은 특수 상황까지 고려한 사회적 지지 효과를 재검토하는 후속 연구가 이루어질 필요가 있다.

VI. 결론 및 제언

본 연구는 Turner (2013)의 스트레스 과정 모델을 적용하여 요양기관 입소 노인에 대한 죽음불안과 우울, 자아통합감의 관계에서 사회적 지지의 조절효과를 분석하였다. 연구 결과, 죽음불안이 우울을 증가시키고 자아통합감을 감소시킨다는 사실을 확인하였다. 또한, 사회적 지지 자체의 조절효과는 유의하지 않았으나, 그 하위요인 중 전문가 지지가 죽음불안과 우울의 정적 관계를 강화하는 것으로 확인되었다. 본 연구는 이러한 결과를 토대로 요양기관 입소 노인들의 정신건강 증진과 건강한 생애 주기 발달을 위한 간호학적 개입이 필요함을 논의하였다.

그러나 재가 복지의 필요성이 높아짐에 따라, 요양기관 입소에 대한 부정적 인식도 함께 증가하고 있는데, 이는 요양기관에서 정신적인 건강보다 신체적 건강 회복이 주 과업이 되는 현실과 관련이 있을 수 있다. 더불어 선행연구와 다르게 나타난 사회적 지지의 효과를 고려했을 때에도 지역사회간호를 바탕으로 한 재가 복지의 필요성을 확인하였다.

이상의 연구 결과를 바탕으로 본 연구는 다음과 같은 실천적, 연구적 제언을 하고자 한다.

먼저 실천적 제언은 다음과 같다.

첫째, 요양기관 입소 노인의 정신건강을 증진시키기 위한 개입이 필요하다. 이를 위해 정신건강 및 노화에 대한 인식과 죽음에 대한 인식을 제고시킬 수 있는 다양한 교육 프로그램을 실시할 필요가 있다. 둘째, 노인 요양기관 내외에서 노인이 참여할 수 있는 예술 활동, 죽음준비 프로그램, 웰다잉 프로그램, 여가 스포츠 활동, 평생교육 등의 다양한 프로그램을 활성화해야 하며, 그 과정에서 노인의 죽음불안, 우울, 자아통합감을 간호학적 측면에서 증진시킬 수 있는 방안을 모색해야 한다. 2020년 이후 코로나19로 인한 사회적 단절로 노인의 외로움과 상실감이 높아졌고, 참여할 수 있는

사회적 활동이 대폭 감소하였다. 게다가, 의료인들은 의료적 관리를 병행해야 하므로 현실적으로 프로그램을 통한 다양한 개입이 어려운 실정에 놓여 있다. 따라서 정신건강과 관련된 프로그램 인력을 추가로 배치함으로써 의료인들의 업무 부담을 줄이면서도 프로그램이 효과적으로 수행될 수 있도록 제도적 보완이 필요하다. 또한, 이를 관리·감독할 수 있는 컨트롤 타워도 필요할 것이라 사료된다.

다음으로, 연구적 제언은 다음과 같다.

본 연구 결과를 바탕으로 요양기관 입소 노인들의 사회적 지지를 관리할 수 있는 다양한 프로그램 개발 및 그와 관련된 추가적인 연구가 필요하다. 특히 요양기관 입소 노인 이외에도 독거노인, 무자녀 및 무배우자 노인 등 다양한 특수 환경에 놓여 있는 노인들을 대상으로 죽음불안과 우울, 자아통합감의 관계, 사회적 지지에 따른 조절효과 분석이 필요하다. 이는 노인의 정신건강 간호 중재를 위한 연구의 기반이 될 수 있다. 또한, 요양기관에 입소한 노인들의 죽음불안, 우울, 자아통합감, 사회적 지지가 재가 노인들과 어떠한 차이를 보이는지를 통계적으로 비교 및 분석하여 확인할 필요가 있으며, 이에 따른 간호중재 프로그램의 역할을 심층적으로 파악할 수 있는 후속 연구도 필요하다. 나아가 본 연구는 양적 접근을 통해 요양기관 입소 노인의 스트레스 과정 및 사회적 지지의 효과를 확인하였다. 이러한 결과에 기초하여, 요양기관 입소 노인들의 정신건강 향상에 효과적인 개입 방안을 모색하기 위해 입소 노인 및 의료인들을 대상으로 한 면담 등 질적 접근 방식의 후속 연구 또한 이루어지길 기대한다.

참고문헌

- 강동훈(2019). 노인의 박탈 경험이 자살 생각에 미치는 경로분석. *사회과학연구*, 58(1), 197-245. doi:10.22418/JSS.2019.6.58.1.197
- 강석임(2021). 지적장애 아동을 지원하는 특수교육실무원의 직무스트레스와 직무만족 및 사회적 지지의 관계: 스트레스 과정 모델 검증. *한국장애인복지학*, 53, 127-153. doi:10.22779/KADW.2021.53.53.127
- 강석임, 이운정과 정명숙(2020). 청소년이 지각하는 일상적 스트레스가 삶의 만족에 미치는 영향: 자아존중감의 매개효과와 조절효과. *한국청소년연구*, 31(4), 5-31. doi:10.14816/sky.2020.31.4.5
- 강영숙과 정자영(2020). 노인의 일반적 특성과 사회적 지지가 생활만족도에 미치는 영향. *벤처창업연구*, 15(1), 259-268. doi:10.16972/ApJBVE.15.1.202002.259
- 강은나와 이민홍(2014). 시설거주노인의 사회적 네트워크 유형에 관한 탐색적 연구: 노인요양시설 외부 관계자원을 중심으로. *보건사회연구*, 34(2), 133-160. doi:10.15709/HSWR.2014.34.2.133
- 곽은영과 홍(손)귀령(2023). 독거노인의 영성이 심리적 안녕감에 미치는 영향: 죽음불안의 매개효과. *한국콘텐츠학회논문지*, 23(10), 596-605. doi:10.5392/JKCA.2023.23.10.596
- 국가법령정보센터(2022, June 5). 노인복지법. Retrieved from <http://www.law.go.kr/lsSc.do?menuId=0&p1=&subMenu=1&nwYn=1&query=%EC%9A%94%EC%96%91%EB%B3%B4%ED%98%B8%EC%82%AC&x=0&y=0#AJAX>
- 권명진(2016). 시설노인의 일상생활활동에 영향을 미치는 요인에 관한 연구. *예술인문사회융합멀티미디어논문지*, 6(5), 101-110. doi:10.14257/AJMAHS.2016.05.35
- 권진과 고민석(2017). 요양병원 노인 입원환자의 스트레스가 우울에 미치는

- 영향: 자아존중감의 매개효과 분석. *디지털융복합연구*, 15(12), 423-433.
 doi:10.14400/JDC.2017.15.12.423
- 김경남, 손혜경과 박현주(2014). 마음챙김 명상 프로그램이 시설 여성노인의 수면, 우울 및 삶의 질에 미치는 효과. *보건의료산업학회지*, 8(3), 157-168.
 doi:10.12811/kshsm.2014.8.3.157
- 김고은과 신은주(2016). 노인의 자아통합감에 관한 연구: 자아실현의 매개효과를 중심으로. *노인복지연구*, 71(3), 109-136. doi:10.21194/KJGSW.71.3.201609.109
- 김기태, 송진영과 정종화(2018). 독거노인의 죽음불안이 생활만족도에 미치는 영향: 우울의 매개효과를 중심으로. *보건사회연구*, 38(1), 125-153.
 doi:10.15709/hswr.2018.38.1.125
- 김남원(2022). COVID-19 팬데믹 상황에서 노인 상담 경험에 관한 현상학적 연구. *한국노년학연구*, 31(2), 45-63. doi:10.25280/kjrg.31.2.1
- 김남현과 정민숙(2017). 노인들의 사회활동 참여와 우울이 삶의 질에 미치는 영향: 광주시와 전남지역 노인들을 중심으로. *한국콘텐츠학회논문지*, 17(3), 496-506. doi:10.5392/JKCA.2017.17.03.496
- 김동희, 배영실과 김상호(2017). 점토 미술 프로그램과 그림그리기 미술 프로그램이 요양병원 노인 환자의 자기표현 및 우울에 미치는 효과 비교. *지역사회간호학회지*, 28(2), 196-205. doi:10.12799/jkachn.2017.28.2.196
- 김명숙과 김종임(2015). 노인요양시설 노인들의 건강상태, 일상생활능력, 수면 상태와 우울의 관련성. *한국산학기술학회논문지*, 16(14), 2609-2619.
 doi:10.5762/KAIS.2015.16.4.2609
- 김명일(2017). 노년기 빈곤체적과 우울체적의 관계 연구. *한국노년학*, 37(3), 617-635.
- 김민희와 이주일(2017). 노년기 활동 참여가 삶 만족과 자아통합감에 미치는 영향: 삶의 의미의 매개효과. *한국콘텐츠학회논문지*, 17(5), 100-113.
 doi:10.5392/JKCA.2017.17.05.100
- 김봉금(2019). 스트레스가 노인의 우울에 미치는 영향: 사회적 지지의 조절효

- 과와 자아존중감의 매개효과를 중심으로. *한국콘텐츠학회논문지*, 19(6), 281-291. doi.org/10.5392/JKCA.2019.19.06.281
- 김봉정(2020). 노인의 우울증에 영향을 미치는 개인수준 및 지역수준 요인. *한국웰니스학회지*, 15(4), 695-706. doi:10.22143/HSS21.11.3.19
- 김선하와 김미옥(2022). 한국 노인에서 건강 관련 삶의 질 도구(HINT-8)의 타당도. *노인간호학회지*, 24(3), 248-256. doi:10.17079/jkgn.2022.24.3.248
- 김성민, 이택영, 강대혁과 박소연(2022). 요양시설거주 노인의 삶의 질에 영향을 미치는 요인. *대한작업치료학회지*, 30(3), 29-42. doi:10.14519/kjot.2022.30.3.03
- 김수정(2021). 지역아동센터 이용 아동이 인식하는 낙인감이 행복감에 미치는 영향: 임파워먼트와 지역사회자본의 매개효과. *한국콘텐츠학회논문지*, 21(4), 533-544. doi:10.5392/JKCA.2021.21.04.533
- 김수희, 정종화와 송진영(2018). 노인의 사회경제적 지위가 삶의 만족도에 미치는 영향: 공식적·비공식적 사회활동참여의 매개효과를 중심으로. *노인복지연구*, 73(3), 167-191. doi:10.21194/KJGSW.73.3.201809.167
- 김양이와 이연숙(2017). 노인복지관 이용노인의 사회적 지지가 행복감에 미치는 영향: 자기효능감의 매개효과. *노인복지연구*, 72(4), 217-238. doi:10.21194/KJGSW.72.4.201712.217
- 김연하와 김민주(2019). 재가 노인의 죽음불안에 영향을 미치는 요인: 생태학 이론을 바탕으로. *한국호스피스완화의료학회지*, 22(1), 30-38. doi:10.14475/kjhpc.2019.22.1.30
- 김윤미와 김성봉(2023). 죽음과 죽음불안 극복 가능성에 따른 죽음교육 필요성과 그림책의 죽음교육적 활용에 관한 연구. *문화와융합*, 45(6), 565-582. doi:10.33645/cnc.2023.06.45.06.565
- 김은주와 강승주(2018). 지역사회 노인의 자아통합감에 영향을 미치는 요인. *한국산학기술학회논문지*, 19(8), 160-166. doi:10.5762/KAIS.2018.19.8.160
- 김자영(2021). 노인의 노화불안이 정신건강에 미치는 영향: 사회적 지지의 조절효과 검증. *한국노년학*, 41(6), 1055-1072. doi:10.31888/JKGS.2021.

41.6.1055

- 김정순(1988). 노인의 사회적 활동과 자아통합감에 관한 연구. 박사학위, 이화여자대학교, 서울.
- 김종임(2016). 요양시설 노인들의 건강상태, 일상생활수행능력, 우울, 수면과 인지기능 정도와 관련요인. *한국산학기술학회 논문지*, 17(11), 463-473. doi:10.5762/KAIS.2016.17.11.463
- 김주희, 유정원과 송인한(2015). 사회경제적 박탈이 우울에 미치는 영향: 연령의 조절효과 분석. *보건사회연구*, 35(3), 42-70. doi:10.15709/HSWR.2015.35.3.42
- 김현준, 손윤정, 정혜진, 황인영, 김무영, 박기현, 등(2018). 요양시설 거주 노인의 우울증 유병률과 이에 미치는 영향. *대한가정의학회*, 8(3), 455-461. doi:10.21215/kjfp.2018.8.3.455
- 김혜선(2021). 노인의 우울이 건강관련 삶의 질에 미치는 영향 : 신체활동의 조절효과. *한국웰니스학회지*, 16(2), 173-179. doi:10.21097/ksw.2021.05.16.2.173
- 김혜정과 이강이(2016). 마사지가 요양병원 입원노인의 우울과 자아존중감, 생기에 미치는 효과. *한국간호교육학회지*, 22(2), 202-209. doi:10.5977/jkasne.2016.22.2.202
- 김희경, 이현주, 주영주와 박순미(2009). 독거노인의 자아통합감 영향요인. *노인간호학회지*, 11(2), 204-215.
- 김희영과 정봉교(2016). 노인의 스트레스와 우울의 관계에서 사회적 지지의 조절효과와 회복탄력성의 조절된 매개효과. *정서·행동장애연구*, 32(4), 183-204.
- 남연희와 김종철(2016). 노인의 자아통합감에 미치는 영향 연구. *한국노년학*, 36(2), 259-273.
- 남혜진과 이인숙(2019). 노인의 주관적 연령과 건강과의 관련성 연구. *한국웰니스학회지*, 14(1), 125-139. doi:10.21097/ksw.2019.02.14.1.125
- 류해룡(2016). 시설거주 노인의 의사소통 기술과 자아존중감의 관계: 강원도

- 지역 무료양로시설을 중심으로. *한국콘텐츠학회논문지*, 16(6), 680-694.
 doi:10.5392/JKCA.2016.16.06.680
- 문미영과 한숙정(2017). 가정간호서비스를 받는 암환자 주부양자의 속박감 영향요인. *가정간호학회지*, 24(3), 292-305. doi:10.22705/jkashcn.2017.24.3.292
- 문정화(2016). 요양시설 노인의 입소상황요인과 삶의 만족도: 자아통제감의 매개효과. *사회과학연구*, 42(1), 229-256. doi:10.15820/khjss.2016.42.1.010
- 박가영과 유수정(2023). 노인 디지털 리터러시가 우울 수준에 미치는 영향: 경제활동 유무의 조절효과. *노인복지연구*, 78(3), 111-134. doi:10.21194/kjgsw.78.3.202309.111
- 박경순, 박영란과 손덕순(2020). 사회적 연결감과 우울의 관계: 도시노인과 농촌노인의 비교. *한국콘텐츠학회논문지*, 20(2), 667-677. doi:10.5392/JKCA.2020.20.02.667
- 박명선(2019). 노인의 죽음불안이 자아통합감에 미치는 영향: 우울감의 매개효과를 중심으로. 석사학위, 한세대학교, 군포.
- 박민경과 조규영(2021). 만성질환 진단이 노인의 우울수준에 미치는 영향: 주요 5대 만성질환의 초기 진단기를 중심으로. *한국산학기술학회논문지*, 22(2), 354-361.
- 박민정과 정미영(2020). 노인의 불안이 건강 관련 삶의 질에 미치는 영향: 자아존중감과 사회적 지지의 복수매개 효과. *지역사회간호학회지*, 31(1), 24-33. doi:10.12799/jkachn.2020.31.1.24
- 박소영(2018). 노인의 건강 특성과 사회적 관계망이 우울 증상 수준에 미치는 영향: 성별 조절효과를 중심으로. *보건사회연구*, 38(1), 154-190. doi:10.15709/HSWR.2018.38.1.154
- 박연숙(2023). 죽음인식에 따른 죽음태도 분석. *문화와융합*, 45(1), 283-293.
- 박은경(1995). 죽음불안 측정도구 개발. 석사학위, 고려대학교, 서울.
- 박창제(2015). 가족부양자의 노인장기요양보호서비스 유형 선택 결정요인분석. *노인복지연구*, 70, 31-51.

- 배병렬(2011). *AMOS 19 구조방정식 모델링 원리와 실제*. 서울: 도서출판 청람.
- 백장미와 송준아(2023). 요양병원 입원 노인의 자아통합감과 죽음준비도가 임종간호선호도에 미치는 영향: 서술적 상관관계 연구. *노인간호학회지*, 25(2), 185-196. doi:10.17079/jkgn.2303.16002
- 사영화와 조성제(2014). 요양시설입소 노인의 시설 만족도, 불안, 자아존중감, 스트레스, 우울이 생활만족도에 미치는 영향. *한국산학기술학회논문지*, 15(12), 6998-7004. doi:10.5762/KAIS.2014.15.12.6998
- 서부덕과 권경희(2021). 코로나19 팬데믹 상황에서 국내 지역사회 노인들의 우울감 영향 요인. *보건정보통계학회지*, 46(1), 54-63. doi:10.21032/jhis.2021.46.1.54
- 서성옥과 소애영(2016). 지역사회노인의 우울과 인지기능. *지역사회간호학회지*, 27(1), 1-8. doi:10.12799/jkachn.2016.27.1.1
- 서수미와 박희옥(2021). 요양병원 입원노인의 적응 관련요인. *노인간호학회지*, 23(2), 154-163. doi:10.17079/jkgn.2021.23.2.154
- 서연숙(2015). 노인의 연령에 따른 사회경제적 박탈이 우울에 미치는 영향 연구. *한국노년학*, 35(1), 99-117.
- 서윤주, 김승비와 최용민(2021). 요양병원 노인의 죽음불안과 자기효능감이 자아통합감에 미치는 영향. *인문사회* 21, 12(6), 833-844. doi:10.22143/HSS21.12.6.59
- 성기옥, 김수진과 문정화(2021). 코로나 19로 인한 생활변화가 노인의 우울에 미치는 영향. *사회복지 실천과 연구*, 18(2), 99-129. doi:10.38082/SWPR.2021.18.02.99
- 손근호와 김경호(2020). 연령 집단별 노인의 주관적 건강인식이 삶의 만족도에 미치는 영향과 사회활동참여의 매개효과. *한국콘텐츠학회논문지*, 20(7), 127-138. doi:10.5392/JKCA.2020.20.07.127
- 손숙연과 김신미(2019). 요양병원 근무 간호사의 직무배태성에 미치는 영향: 근무환경과 역할갈등 중심으로. *한국노년학*, 39(4), 663-677. doi:10.318

88 /JKGS.2019.39.4.663

- 손정남과 차보경(2007). 가정폭력 경험 여성들의 심리적 결과 예측에 대한 모형 구축. *정신간호학회지*, 16(4), 398-410.
- 송효주와 최상헌(2009). 노인 특성을 고려한 노인요양시설 치유환경평가에 관한 연구: 서울시립노인요양시설을 중심으로. *한국실내디자인학회 학술대회논문집*, 11(1), 204-209.
- 신소홍, 이재홍, 권원안, 권용현과 김창숙(2011). 요양시설 내 재활대상 노인의 지지가 죽음불안에 미치는 영향. *한국산학기술학회논문지*, 12(6), 2616-2623. doi:10.5762/KAIS.2011.12.6.2616
- 신소홍과 박정숙(2017). 장기요양시설 입소 노인의 삶의 질 영향요인. *노인간호학회지*, 19(2), 113-124. doi:0.17079/jkgn.2017.19.2.113
- 신숙희(2017). *스트레스이론과 대처방식에 관한 연구*. 석사학위. 대진대학교. 포천.
- 신승호와 신소홍(2021). 노인요양 시설 노인의 삶의 질과 시설 서비스, 가족 지지의 관계. *문화기술의융합*, 7(2), 227-237. doi:10.17703/JCCT.2021.7.2.227
- 신지연(2020). 생활스트레스와 대학생활적응의 관계에서 자아탄력성과 스트레스 대처전략, 사회적지지의 매개효과. *청소년상담학회지*, 1(2), 5-23.
- 신창환과 강효신(2023). 시설거주 치매노인의 행동심리증상 개입 케어 사례 연구. *비판사회정책*, 78, 281-315. doi:10.47042/ACSW.2023.2.78.281
- 심지연과 이숙(2021). 호스피스 병동 간호사의 죽음불안 및 돌봄 요구: 성격 유형을 중심으로. *한국콘텐츠학회논문지*, 21(5), 737-745. doi:10.5392 /JKCA.2021.21.05.737
- 안은숙과 이진숙(2021). 노인요양시설 요양보호사의 돌봄노인 죽음경험에 대한 질적 연구. *보건사회연구*, 41(2), 198-221.
- 안정신(2015). Erikson의 9단계 노년초월척도의 한국판 타당화. *한국지역사회생활과학회지*, 26(1), 51-61. doi:10.7856/kjcls.2015.26.1.51
- 안정신과 박규리(2016). 남녀노인의 상실경험과 우울이 자아통합감과 초월에 미치는 영향. *한국지역사회생활과학회지*, 27(3), 405-418. doi.org/10.

7856/kjcls.2016.27.3.405

- 안화순과 문재우(2018). 노인의 평생교육활동 참여가 자아통합감에 미치는 영향. *한국콘텐츠학회논문지*, 18(5), 592-599. doi:10.5392/JKCA.2018.18.05.592
- 양영자(2020). 요양원 노인들의 입소생활 경험에 대한 질적 메타 통합. *질적 탐구*, 6(3), 193-236. doi:10.30940/JQI.2020.6.3.193
- 양영자(2022). 종사자들을 통해 본 요양원 입소 노인들의 생활. *비판사회정책*, 74, 39-80. doi:10.47042/ACSW.2022.2.74.39
- 양정훈(2015). 근거이론을 통한 노인의 자아통합감 연구: 자녀와의 관계를 중심으로. *한국정책연구*, 15(2), 23-48.
- 염정희와 신용순(2017). 퇴원을 앞둔 노인 환자의 사회적 지지와 질병지각이 우울에 미치는 영향. *성인간호학회지*, 29(3), 246-255. doi:10.7475/kjan.2017.29.3.246
- 오미나(2003). *재가노인과 시설노인의 자아존중감, 죽음불안 및 우울에 관한 연구*. 박사학위, 영남대학교, 경산.
- 오영주, 차경인과 전영희(2020). 노인의 사회적 지지, 가족 지지 및 노인시설 관련 거부감이 웰다잉 정도에 미치는 영향. *성인간호학회지*, 32(3), 235-247. doi:10.7475/kjan.2020.32.3.235
- 오은아와 박기환(2019). 노화불안과 죽음불안이 우울에 미치는 영향: 속박감을 통한 주관적 연령지각 불일치의 조절된 매개효과. *학습자중심교과교육연구*, 19(2), 483-504.
- 오은정과 오영주(2023). 노인요양병원 간호사의 촉진적 의사소통능력, 노인 돌봄태도와 노인간호 실천과의 관계에서 도덕적 민감성의 매개효과. *한국간호연구학회지*, 7(3), 119-132.
- 오정숙(2019). 노인의 사회복지서비스가 사회활동과 자아통합감을 매개하여 삶의 만족도에 미치는 영향. *사회과학연구*, 30(1), 87-111. doi:10.16881/jss.2019.01.30.1.87
- 오지희와 김종남(2017). 노인의 상실감, 응집감 및 우울이 자아통합감에

- 미치는 영향: 매개된 조절효과. *한국심리학회지: 건강*, 22(3), 687-710.
 doi:10.17315/kjhp.2017.22.3.012
- 오혜진(2020). 죽음준비교육 프로그램의 효과: 양로시설 거주 노인을 대상으로. *노인복지연구*, 75(3), 121-145. doi:10.21194/KJGSW.75.3.202009.121
- 옥은미와 이지현(2017). 요양병원 입원노인의 삶의 질 영향 요인, *전인간호과학학술지*, 10, 1-12.
- 유창민(2015). *발달장애자녀를 돌보는 노년기 부모의 돌봄스트레스 과정 모델 검증*. 박사학위, 서울대학교, 서울.
- 윤경순과 이유진(2022). 자녀동거노인가구, 노인부부가구와 독거노인가구의 우울 영향요인 조사: 2020년 노인실태조사 자료 이용. *노인간호학회지*, 24(1), 1-12. doi:10.17079/jkgn.2022.24.1.1
- 윤동원(2011). *요양병원과 요양시설 노인의 사회적 지지와 거주만족도*. 석사학위, 연세대학교, 서울
- 윤동원(2016). 요양병원과 요양시설 노인의 건강상태, 사회적 지지 및 거주만족도. *동서간호학연구지*, 22(1), 24-31. doi:10.14370/JEWNR.2016.22.1.24
- 윤현숙, 임연옥, 고윤순과 범경아(2015). 노인의 영성, 사회적 지지, 우울이 죽음불안에 영향을 미치는 경로분석. *한국지역사회복지학*, 53, 229-254.
 doi:10.15300/jcw.2015.53.2.229
- 윤현숙, 한수연과 이영민(2022). 노인 부양자의 부양부담감이 우울 및 시설 입소 의향에 미치는 영향: 소득 수준의 조절효과를 중심으로. *문화산업연구*, 22(2), 155-165. doi:10.35174/JKCI.2022.06.22.2.155
- 이경미와 조은주(2016). 요양병원 입원노인의 간호만족도, 자아존중감 및 우울이 적응에 미치는 영향. *한국산학기술학회논문지*, 17(5), 441-451.
 doi:10.5762/KAIS.2016.17.5.441
- 이라진과 박형숙(2017). 요양병원 간호사의 죽음불안과 임종간호 수행. *한국호스피스. 완화의료학회지*, 20(1), 37-45. doi:10.14475/kjhpc.2017.20.1.37
- 이명희(2019). 노인의 심리·정서관련 변인과 삶의 질에 대한 메타분석. *한국콘텐츠학회논문지*, 19(9), 338-347. doi:10.5392/JKCA.2019.19.09.338

- 이미숙과 최희정(2016). 요양병원 노인 환자의 죽음불안에 미치는 영향요인. *노인간호학회지*, 18(3), 138-146. doi:10.17079/jkgn.2016.18.3.138
- 이선자와 김인자(2014). 편지를 활용한 가족관계 증진 프로그램이 말기 암환자의 가족기능, 죽음 불안, 우울에 미치는 영향. *재활간호학회지*, 17(1), 18-26. doi:10.7587/kjrehn.2014.18
- 이승희와 장덕희(2019). 회상을 통한 미술프로그램이 요양병원 치매 노인의 자아통합감에 미치는 효과. *인문사회* 21, 10(3), 1405-1419. doi:10.22143/HSS21.10.3.102
- 이영옥, 김필환, 박미라와 제남주(2019). 웰다잉(well-dying) 프로그램이 죽음불안, 좋은 죽음에 대한 인식, 죽음준비도에 미치는 효과-노인과 대학생의 비교. *한국산학기술학회논문지*, 20(8), 514-522. doi:10.5762/KAIS.2019.20.8.514
- 이은주(2014). 노인의 여가스포츠 활동과 사회적 지지, 우울감 및 죽음불안 관계. *한국여가레크리에이션학회지*, 38(4), 51-63.
- 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
- 이인정(2012). 재가복지서비스 이용노인의 우울 수준과 우울 영향요인에 관한 연구: 일반노인과의 비교를 중심으로. *보건사회연구*, 32(4), 31-65. doi:10.15709/HSWR.2012.32.4.31
- 이인정(2014). 초고령 노인의 스트레스 요인과 대응방식이 우울에 미치는 영향. *보건사회연구*, 34(4), 264-294. doi:10.15709/hswr.2014.34.4.264
- 이준상과 김향아(2017). 노인의 가족관계가 삶의 만족도에 미치는 영향: 우울의 매개효과를 중심으로. *한국웰니스학회지*, 12(2), 27-36. doi:10.21097/ksw.2017.05.12.2.27
- 이지현과 김가은(2020). 시설거주노인의 주관적 건강상태, 근감소증 및 건강 관련 삶의 질 간의 상관관계. *한국웰니스학회지*, 15(3), 417-429. doi:10.21097/ksw.2020.08.15.3.417
- 이태호와 허순임(2021). 사회자본이 노인자살률에 미치는 영향. *보건사회연구*

- 구, 41(4), 128-146. doi:10.15709/HSWR.2021.41.4.128
- 이현숙(2009). 양로시설입소 노인의 생활만족도에 관한 연구. 석사학위, 원광대학교, 익산.
- 이현지(2005). 장애아동 모(母)의 양육 경험에 관한 연구: 스트레스 과정 모델을 중심으로. *정서·행동장애연구*, 21(4), 87-109.
- 이현지(2021). 재가노인의 자아통합감이 우울에 미치는 영향: 노년초월의 매개효과. *인문사회* 21, 12(4), 443-452. doi:10.22143/HSS21.12.4.33
- 이현지와 남현주(2020). 시설노인의 성별에 따른 상실감과 자아통합감, 삶의 만족도 분석. *인문사회* 21, 11(3), 247-258. doi:10.22143/HSS21.11.3.19
- 임경은과 이현주(2022). 농촌 여성독거노인의 건강상태와 우울의 관계에서 사회적 자본의 조절효과. *정신건강과 사회복지*, 50(3), 100-122. doi:10.24301/MHSW.2022.09.50.3.100
- 임상현과 장진이(2022). 노인의 인식된 짐스러움과 좌절된 소속감이 자아통합감에 미치는 영향. *한국노년학*, 42(6), 1183-1200. doi:1183-1200.10.31.888/JKGS.2022.42.6.1183
- 임선영과 장성옥(2020). 노인요양시설 거주노인 자아통합감 사정도구 개발. *노인간호학회지*, 22(2), 140-152. doi:10.17079/jkgn.2020.22.2.140
- 임송자(2012). 죽음준비교육이 죽음에 대한 태도와 죽음불안 및 삶의 만족도에 미치는 영향. 박사학위, 호서대학교, 아산.
- 임승희와 신애란(2012). 노인요양병원 노인의 품위 있는 죽음. *사회과학연구*, 28(4), 93-115.
- 임연옥, 윤현숙, 남일성, 김여진, 이현주와 최경원(2014). 향암화학요법 치료 노인 암환자가 우울에 이르는 스트레스 과정. *한국노년학*, 34, 821-842.
- 임연옥과 윤현숙(2017). 노년기 스트레스가 자살생각에 이르는 과정: 사회적 지지, 삶에 대한 통제감, 우울의 매개역할을 중심으로. *노인복지연구*, 72(1), 123-149. doi:10.21194/KJGSW.72.1.201703.123
- 임영아(2019). 일부 요양시설 노인들의 사회적 지지와 우울 수준과의 관련성. *한국산학기술학회논문지*, 20(11), 335-347. doi:10.5762/KAIS.2019.

20.11.335

- 임영아, 신태수와 조영채(2018). 요양시설 노인의 신체적 및 정신적 기능과 삶의 질과의 관련성. *한국산학기술학회논문지*, 19(4), 301-310. doi:10.5762/KAIS.2018.19.4.301
- 임정숙, 정세미와 최성문(2020). 노인의 사회적 고립과 우울의 관계에서 가족결속력과 탄력성의 다중가산조절효과. *인문사회* 21, 11(6), 2527-2541. doi:10.22143/HSS21.11.6.178
- 장수지(2015). 사별대처의 이중과정모델에 기초한 배우자 사별노인의 심리적 안녕감 연구. *한국노년학*, 35(3), 589-608.
- 장수지와 김수영(2016). 노인의 사회경제적 지위에 의한 건강불평등. *한국노년학*, 36(3), 611-632.
- 장호익(2007). 노인이 인지하는 사회적 지지 정도가 죽음불안에 미치는 영향. 박사학위, 한양대학교, 서울.
- 장효열(2018). 빛 요법이 요양병원 치매노인의 수면과 우울에 미치는 효과. 박사학위, 대전대학교, 대전.
- 전근성(2022). 빈곤 노인의 중단적 우울 변화 유형화 및 영향요인 검증. *인문사회* 21, 13(5), 417-432. doi:10.22143/HSS21.13.5.30
- 전리상과 조홍중(2022). 노인의 인구사회학적 특성에 따른 심리적 특성 분석. *인문사회* 21, 13(5), 1461-1476. doi:10.22143/HSS21.13.5.102
- 전명숙과 태명옥(2016). 사회경제적 변인이 노인의 삶에 대한 만족도에 미치는 영향. *한국콘텐츠학회논문지*, 16(6), 323-333. doi:10.5392/JKCA.2016.16.06.323
- 전시자(1989). 회상의 내용분석 및 간호적용에 관한 연구: 일 양로원 노인을 중심으로. *한국노년학회*, 19(1), 92-110.
- 전정아(2006). 노인의 자아통합감 영향요인에 관한 연구: 사회적 지지와 우울을 중심으로. 석사학위, 서울여자대학교, 서울.
- 전진과 전해숙(2022). 독거노인의 스트레스가 우울에 미치는 영향: 사회적 지지와 회복탄력성의 매개효과. *노인복지연구*, 77(1), 41-67. doi:10.21194/

kjgsw.77.1.202203.41

- 정미경(2015). 부정적 정서 노인들의 자기효능감과 영성이 자아통합감에 미치는 영향. *노년교육연구*, 1(2), 63-80.
- 정순돌, 이아영과 정지혜(2023). 노인의 사회적 지지와 우울의 관계에서 성별에 따른 디지털 정보활용능력의 조절효과. *노인복지연구*, 78(3), 9-36. doi:10.21194/kjgsw.78.3.202309.9
- 정영호, 고숙자, 김혜윤과 오인환(2020). *건강수명 측정 모형개발 및 정책 효과 분석*. 세종: 한국보건사회연구원
- 정유수와 이영순(2022). 베이비붐 세대의 죽음불안이 우울과 자아통합감에 미치는 영향: 활동적 노화의 매개효과를 중심으로. *한국노년학*, 42(3), 559-583. doi:10.31888/JKGS.2022.42.3.559
- 정일영(2017). 사회적 지지와 자기효능감이 노인의 생활만족도에 미치는 영향: 자아통합감의 매개효과를 중심으로. *한국웰니스학회지*, 12(4), 423-438. doi:10.21097/ksw.2017.11.12.4.423
- 정현정과 윤숙희(2015). 독거노인의 자아통합감에 미치는 영향요인. *한국간호교육학회지*, 21(4), 498-507. doi:10.5977/JKASNE.2015.21.4.499
- 정혜선과 오현수(2015). 노인의 자아통합감과 우울의 상호 순환적 관계에 대한 모형 검증: 다차원적 영향요인을 중심으로. *성인간호학회지*, 27(3), 262-272. doi:10.7475/kjan.2015.27.3.262
- 조민화와 손영화(2018). 예술치료가 무배우자 노인의 우울과 삶의 질에 미치는 영향. *예술과 인간*, 4, 22-43.
- 조성훈(2021). 노인의 죽음불안이 자아통합감에 미치는 영향에서 심리적 안녕감의 매개효과. *한국노년학*, 41(4), 491-504. doi:10.31888/JKGS.2021.41.4.491
- 조은아(2022). 노인요양시설 입소 노인의 좋은 죽음에 대한 인식, 죽음 불안 및 죽음준비도가 연명의료 중단에 대한 태도에 미치는 영향. *고령자·치매작업치료학회지*, 16(1), 51-61. doi:10.34263/jsotad.2022.16.1.51
- 진지혜와 안정신(2022). 개인의 자아통합감과 삶의 만족도 간의 관계: 초월

- 과 죽음 불안의 조절된 매개효과. *생애학회지*, 12(3), 89 - 108. doi:10.30528 /JOLSS.2022.12.3.006
- 진혜민과 배성우(2016). 청소년 자살생각에 관한 메타경로분석-스트레스 과정 모델을 중심으로. *청소년복지연구*, 18(2), 85-113. doi:10.19034/KAYW.2016.18.2.05
- 차수연과 허준수(2021). 노인요양시설 노인의 시설 거주경험에 관한 연구. *한국콘텐츠학회논문지*, 21(5), 808-823. doi:10.5392/JKCA.2021.21.05.808
- 채경숙(2015). 요양시설에 거주하는 치매노인을 위한 웃음요법과 음악요법이 우울과 자율신경활성도에 미치는 영향. *기초간호학회*, 17(3), 245-252. doi:10.7586/jkbns.2015.17.3.245
- 최동숙과 이병숙(2018). 요양병원 입원 노인의 사회적 지지와 자아통합감 및 희망에 관한 연구. *인문사회* 21, 9(1), 681-694. doi:10.22143/HSS21.9.1.54
- 최지혜와 공성숙(2020). 장기요양기관 이용 노인의 인지기능과 죽음불안이 우울에 미치는 영향. *한국자료분석학회*, 22(2), 879-894. doi:10.37727/jkdas.2020.22.2.879
- 한혜경과 김정미(2003). 가정호스피스에서의 사회적 지지 활동이 노인의 죽음 불안에 미치는 영향. *한국노년학*, 23(2), 171-185.
- 함석필과 김범호(2021). 도시지역 거주 노인들의 사회적 지지와 주관적 행복감의 관련성. *한국산학기술학회*, 22(4), 367-377. doi:10.5762/KAIS.2021.22.4.367
- Antonucci, T. C., & Fuhrer, R. (1997). Social relations and depressive symptomatology in a sample of community-dwelling French older adults. *Journal of Psychology and Aging*, 12(1), 189-195. doi:10.1037/0882-7974.12.1.189
- Azaiza, F., Ron, P., Shoham, M., & Gigini, I. (2010). Death and dying anxiety among elderly Arab Muslims in Israel. *Journal of Death Studies*, 34(4), 351-364. doi:10.1080/07481181003613941

- Brook, J. S., Balka, E. B., Ning, Y., Whiteman, M., & Finch, S. J. (2006). Smoking involvement during adolescence among African Americans and puerto ricans: Risks to psychological and physical well-being in young adulthood. *Journal of Psychological Reports, 99*(2), 421-438. doi:10.2466/ pr0.99.2.421-438
- Brown, C., & Lowis, M. J. (2003). Psychosocial development in the elderly: An investigation into Erikson's ninth stage. *Journal of Aging Studies, 17*(4), 415-426. doi:10.1016/s0890-4065(03)00061-6
- Bugajska, B. E. (2017). The ninth stage in the cycle of life - reflections on E. H. Erikson's theory. *Journal of Ageing & Society, 37*(6), 1095-1110. doi: 10.1017/s0144686x16000301
- Carpenter, B. D. (2002). Family, peer, and staff social support in nursing home patients: Contributions to psychological well-being. *Journal of Applied Gerontology, 21*(3), 275-293. doi:10.1177/0733464802021003
- Chang, W. P. (2018). How social support affects the ability of clinical nursing personnel to cope with death. *Applied Nursing Research, 44*, 25-32. doi:10.1016/j.apnr.2018.09.005
- Chang, Y. C., Yao, G., Hu, S. C., & Wang, J. D. (2015). Depression affects the scores of all facets of the WHOQOL-BREF and may mediate the effects of physical disability among community-dwelling older adults. *Journal of Public Library of Science, 10*(5), 1-15. doi:10.1371/journal.pone.0128356
- Cheng, W. L., Chang, C. C., Griffiths, M. D., Yen, C. F., Liu, J. H., Su, J. A., et al. (2022). Quality of life and care burden among family caregivers of people with severe mental illness: Mediating effects of self-esteem and psychological distress. *Journal of Biomed Central Psychiatry, 22*(1), 672. doi:10.1186/s12888-022-04289-0
- Cohen, S., & Hoberman, H. M. (1983). Positive event and social supports

- as buffers of life change stress. *Journal of Applied Social Psychology*, 13(2), 99-125. doi:10.1111/j.1559-1816.1983.tb02325.x
- Cotton, C. R., & Range, L. M. (1993). Suicidality, hopelessness, and attitudes toward life and death in children. *Journal of Death Studies*, 17(2), 185-191. doi:10.1080/07481189308252615
- Curran, P. J., West, S. G., & Finch, J. F. (1996). The robustness of teststatistics to nonnormality and specification error in confirmatory factor analysis. *Journal of Psychological Methods*, 1(1), 16-29. doi:10.1037/1082-989x.1.1.16
- Dai, S., Mo, Y., Wang, Y., Xiang, B., Liao, Q., Zhou, M., et al. (2020). Chronic stress promotes cancer development. *Frontiers in Oncology*, 10, 1492. doi:10.3389/fonc.2020.01492
- Darling-Fisher, C. S., & Leidy, N. K. (1988). Measuring Eriksonian development in the adult: The modified Erikson psychosocial stage inventory. *Journal of Psychological Reports*, 62(3), 747-754. doi:10.2466/pr0.1988.62.3.747
- DeAngelis, R. T. (2018). Goal-striving stress and self-concept: Moderating role of perceived divine control. *Journal of Society and Mental Health*, 8(2), 141-156. doi:10.1177/2156869317717767
- Erikson, E. H. (1963). *Childhood and society* (2nd ed). New York: Norton.
- Erikson, E. H. (Eds.). (1998). *The life cycle completed*. NY: Norton.
- Gautun, H., Bratt, C., & Billings, J. (2020). Nurses experiences of transitions of older patients from hospitals to community care: A nation wide survey in norway. *Health Science Reports*, 3(3), 174. doi:10.1002/hsr2.174
- Gillen, G., & Burkhardt, A. (2004). *Stroke rehabilitation: A function-based approach* (2nd ed.). St. Louis, Missouri: Mosby.
- Gottesman, I. I., & Shields, J. (1967). A polygenic theory of schizophrenia. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 58(1), 199-205.

doi:10.1073/pnas.58.1.199

- Hammen, C. (2005). Stress and depression. *Annual Review of Clinical Psychology, 1*(1), 293–319. doi:10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.143938
- Han, K. M., Han, C., Shin, C., Jee, H. J., An, H., Yoon, H. K., et al. (2018). Social capital, socioeconomic status, and depression in community- living elderly. *Journal of Psychiatric Research, 98*(1), 133–140. doi:10.1016/j.jpsychires.2018.01.002
- Hao, F., & Chon, K. K. S. (2022). Contactless service in hospitality: Bridging customer equity, experience, delight, satisfaction, and trust. *International Journal of Contemporary Hospitality Management, 34*(1), 113–134. doi:10.1108/IJCHM-05-2021-0559
- Haron, W., Khawaja, A. O., & Ghayas, S. (2018). Ego integrity, physical health status and death anxiety in older adults. *Journal of Behavioural Sciences, 28*(1), 18–32. doi: 10.1080/074811899200920
- Hooyman, R. N., & Asuman K. H. (2002). *Social Gerontology* (6th ed.). Boston: Allyn and Bacon.
- Hussain, S. (2021). The impact of death anxiety on quality of life among cancer patients: A case of bahawalpur and multan district. *Journal of Psychology and Education, 58*(1), 5473–5477. doi:10.17762/pae.v58i1.2162
- Maier, A., Riedel-Heller, S. G., Pabst, A., & Lupp, M. (2021). Risk factors and protective factors of depression in older people 65+: A systematic review. *Journal of Public Library of Science, 16*(5), e0251326. doi:10.1371/journal.pone.0251326
- Manderson, B., McMurray, J., Piraino, E., & Stolee, P. (2012). Navigation roles support chronically ill older adults through healthcare transitions: A systematic review of the literature. *Health & Social Care in the Community, 20*(2), 113 - 127. doi:10.1111/j.1365-2524.2011.01032
- Menzies, R. E., & Menzies, R. G. (2023). Death anxiety and mental health:

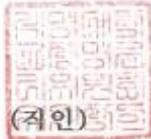
- Requiem for a dreamer. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 78, 101807. doi:10.1016/j.jbtep.2022.101807
- Milner, D. (1983). *Children & Race*. California: Sage publications
- Mitchell J. M., & Kemp, B. J. (2000). Quality of life in assisted living homes: A multidimensional analysis. *Journal of Gerontology*, 55(2), 117-127. doi:10.1093/geronb/55.2.p117
- Mustika, I. W., & Harini, G. A. (2017). Increasing education of family support for decreasing depression level towards elderly. *International Journal of Health Sciences*, 1(3), 10-16. doi:10.29332/ijhs.v3n3.344
- Norris, F. H., & Murrell, S. A. (1984). Protective function of resources related to life events, global stress, and depression in older adults. *Journal of Health and Social Behavior*, 25(4), 424-437. doi:10.2307/2136380
- Oxman, T. E., Berkman, L. F., Kasl, S., Freeman Jr, D. H., & Barrett, J. (1992). Social support and depressive symptoms in the elderly. *American Journal of Epidemiology*, 135(4), 356-368. doi:10.1093/oxfordjournals.aje.a116297
- Pearlin, L. I., Menaghan, E. G., Lieberman, M. A., & Mullan, J. T. (1981). The stress process. *Journal of Health and Social Behavior*, 22(4), 337-356. doi:10.2307/2136676
- Pearlin, L. I., Mullan, J. T., Semple, S. J., & Skaff, M. M. (1990). Caregiving and the stress process: An overview of concepts and their measures. *The Gerontologist*, 30(5), 583-594. doi:10.1093/geront/30.5.583
- Pearlin, L. L. (1989). The sociological study of stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 30(1), 241-256. doi:10.2307/2136956
- Rodnick, E. H. (1968). The psychopathology of development: Investigating the etiology of schizophrenia. *American Journal of Orthopsychiatry*, 38(5), 784. doi:10.1111/j.1939-0025.1968.tb00596.x
- Roscoe, L. A., Corsentino, E., Watkins, S., McCall, M., & Sanchez-Ramos,

- J. (2009). Well-being of family caregivers of persons with late-stage Huntington's disease: Lessons in stress and coping. *Health Communication, 24*(3), 239-248. doi.org/10.1080/10410230902804133
- Selye, H. (1978). *The stress of life, Rev.* New York: McGraw Hill.
- Sutherland, D., & Murphy, E. (1995). Social support: Among elderly in two community programs. *Journal of Gerontological Nursing, 21*(2), 31-38. doi:10.3928/0098-9134-19950201-08
- Thoits P. A. (1995). Stress, coping and social support processes: Where are we? what next?. *Journal of Health and Social Behavior, 36*(5), 53-79. doi:10.2307/2626957
- Turner, R. J. (2013). Understanding health disparities: The relevance of the stress process model. *Journal of Society and Mental Health, 3* (3), 170-186. doi:10.1177/2156869313488121
- World Health Organization. (2022 June 9). Life expectancy at age 60. Retrieved from [https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/life-expectancy-at-age-60-\(years\)](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/life-expectancy-at-age-60-(years))
- Yount, W. R. (2008). Transcendence and aging: The secular insights of Erikson and Maslow. *Journal of Religion, Spirituality & Aging, 21* (1), 73-87. doi:10.1080/15528030802265361
- Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., & Farley, G. K. (1988). The multidimensional scale of perceived social support. *Journal of Personality Assessment, 52*(1), 30-41. doi:10.1207/s15327752jpa5201_2
- Zung, W. W. (1965). A self-rating depression scale: Archive of general psychiatry. *Journal of American Medical Association, 12*(1), 13-70. doi:10.1001/archpsyc.1965.01720310065008

부 록

<별지서식 14호>

계명대학교 생명윤리위원회 심의결과통지서

문서번호	계명대학교 생명윤리위원회 2022-289	발송일자	2022. 11. 03.
연구과제명	사실 거주노인의 죽음불안과 우울의 관계에서 사회적 지지, 자아통합감의 조절효과: 스트레스 곡정 모델과 생애주기 모델을 중심으로		
IRB No.	40525-202206-HR-031-03		
연구책임자	신상예	소 속	간호학과
심사일자	2022. 10. 27.		
심사결과	<input checked="" type="checkbox"/> 승인 (O) <input type="checkbox"/> 시정승인 () <input type="checkbox"/> 보 완 () <input type="checkbox"/> 재심의 () <input type="checkbox"/> 반 려 () <input type="checkbox"/> 부 결 ()		
총 연구기간	IRB 승인일로부터 1년		
위원회 연구승인 유효기간	2022. 10. 27. 부터 2023. 10. 26. 까지		
	<input type="checkbox"/> 총 신청 연구 기간이 생명윤리위원회의 연구승인 유효기간을 초과할 경우, 유효기간 만료 이전에 '지속심사' 승인을 받아야 연구지속 진행이 가능합니다. <input type="checkbox"/> 연구종료 시 종료보고를 하여 주시기 바랍니다.		
심의의견 (권고 사항 포함)	<input checked="" type="checkbox"/> 수정요청사항이 잘 수정되었음.		
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.		
<p>위와 같이 생명윤리위원회 심의결과를 통보합니다.</p> <p style="text-align: center;">2022년 11월 03일</p> <p style="text-align: center;">계명대학교 생명윤리위원회 위원장 (직인)</p> 			

부록 1. 연구대상자 동의서

동 의 서

1. 나는 피험자 설명서를 읽었으며 담당자로부터 연구 및 연구 참여에 관한 충분한 설명을 듣고 의논하였습니다. 이후 궁금한 사항이 있을 경우 언제라도 연구원에게 문의 할 수 있음을 고지 받았습니다.
2. 나는 연구 및 연구 참여의 위험과 이득에 관한 충분한 설명을 들었습니다.
3. 나는 이상의 내용에 관하여 필요한 질문을 하였으며, 그에 관하여 만족할 만한 답변을 얻었습니다.
4. 나는 본 연구에 동의한 경우라도 어떠한 손해도 없이 언제라도 참여를 철회할 수 있음을 확인하였습니다.
5. 나는 이 연구를 통해 제공하는 정보가 본인의 허락 없이 누출되지 않고 불이익이 오지 않는 것을 확인하였습니다.
6. 나는 문항에 대한 이해와 응답이 어려운 경우 작성대리인(시설관계자, 보호자)의 도움을 받을 수 있습니다. 이때 본인의 정보를 전달하여 작성대리인(시설관계자, 보호자)가 작성하는 것에 동의합니다.
7. 나는 이 연구를 자유로운 의사에 따라 동의합니다.

피험자(연구대상자): (서명) (서명일) 년 월 일

연구책임자(담당자): (서명) (서명일) 년 월 일

(필요 시) 법정대리인: (서명) (서명일) 년 월 일

본 연구에 대해 질문이 있거나 연구 중간에 문제가 생길 시 다음 연구 담당자에게 연락하십시오.

연구책임자: 신 상 예 (계명대학교 간호대학 박사과정)

연락처: 010-2252-4029 (ssy4029@naver.com)

연구 참여성의 권리와 보호에 관한 문의는

계명대학교 생명윤리위원회(053-580-6299)로 해주십시오.

부록 2. 설문지

1. 대상자 일반적 특성

다음은 일반적인 특성을 알아보기 위한 항목입니다. 문항마다 해당되는 곳에 (V)표해 주세요.

1. 본인의 성별은 무엇입니까?
 ① 남성 ② 여성
2. 본인의 연세는 어떻게 되십니까?
 ① 65-70세 ② 70-75세 ③ 75세 이상
3. 본인은 종교가 있습니까?
 ① 유 ② 무
4. 본인은 배우자가 있습니까?
 ① 유 ② 무
5. 본인은 학교를 어디까지 다니셨습니까?
 ① 중졸이하 ② 고졸 ③ 대졸 ④ 대학원 이상
6. 어르신의 자녀는 몇 명입니까?
 ① 없음 ② 1명 ③ 2명 ④ 3명 이상
7. 본인은 시설에 입소한지 얼마나 되셨습니까?
 ()개월
8. 본인의 건강상태는 어떻다고 생각하십니까?
 ① 매우건강 ② 건강 ③ 보통 ④ 쇠약 ⑤ 매우 쇠약
9. 가정의 월소득은 얼마입니까?
 ① 100 이하 ② 200 이하 ③ 300 이하 ④ 400 이상
10. 가족 중 본인의 주 보호자는 누구입니까?
 ① 배우자 ② 자녀 ③ 형제(자매) ④ 친척 ⑤ 기타

2. 다음은 **죽음불안**에 관한 질문입니다. 본인의 생각에 일치하는 곳에 (V)표 해주세요.

No.	문항	전혀 그렇지 않다	그렇지 않다	그렇다	아주 그렇다
		1점	2점	3점	4점
1	만일 회생 가능성이 없는 상태로 죽음의 과정만 길어진다면 살고 싶은 마음이 없다.				
2	제때 죽지 못하면 남에게 폐가 될 수 있을 것 같아 두렵다.				
3	죽음이 임박할 때 초라해지는 내 모습을 생각하면 두렵다.				
4	자식이 나보다 먼저 죽을까 봐 두렵다.				
5	죽음의 과정이 길어지면 경제적으로도 어려워질 것 같아 두려운 생각이 든다.				
6	매장(땅속에 묻히는 것)은 어두컴컴한 곳에 갇히는 느낌이어서 싫다.				
7	화장은 사람을 두 번 죽이는 것 같아 싫다.				
8	이승에서 내가 해왔던 것이 없어지므로 죽는 게 두렵다.				
9	내가 존재하지 않는데도 이 세상이 잘 돌아가는 것이 슬프다.				
10	죽은 후 내 육체가 주변 사람들에게 보이고, 그것을 옮기고 땅에 묻거나, 화장하여 재로 뿌려지는 과정을 생각하면 끔찍하다.				

11	내 자신의 삶을 정리하지 못하고, 주위 사람들과의 관계, 내 일을 마무리하지 못한 채로 갑작스러운 죽음을 맞이할까 봐 두렵다.				
12	내가 책임질 사람들을 남기고 떠난다는 것이 두렵고 슬프다.				
13	죽으면 사랑하는 모든 사람을 못 본다는 게 제일 겁난다.				
14	내가 하고 싶은 것, 이루고 싶은 것을 죽으면 더 이상 할 수 없으므로 두렵다.				
15	죽음 이후에 어떻게 될지 아무도 모르기 때문에 두렵다.				

3. 다음은 우울에 관한 질문입니다. 본인의 생각에 일치하는 곳에 (V)표 해주세요.

No.	문항	거의 그렇지 않다	약간 않다	대체로 그렇다	항상 그렇다
		1점	2점	3점	4점
1	앞날에 희망이 없다는 생각이 들 때가 있습니까?				
2	외로움을 느낄 때가 있습니까?				
3	낙심될 때가 있습니까?				
4	불행하다고 느낄 때가 있습니까?				
5	쓸쓸하게 생각될 때가 있습니까?				
6	갑자기 울고 싶을 때가 있습니까?				
7	서글픈 생각이 들 때가 있습니까?				
8	인생이 텅 빈 것 같이 느낄 때가 있습니까?				
9	필요 없는 사람이라는 생각이 들 때가 있습니까?				
10	죽고 싶다는 생각이 들 때가 있습니까?				
11	아무 힘이 없다는 생각이 들 때가 있습니까?				

4. 다음은 **자아통합감**에 관한 질문입니다. 본인의 생각에 일치하는 곳에 (V)표 해주세요. (*: 역문항)

No.	문항	전혀 그렇지 않다	그렇지 않다	보통이다	그렇다	매우 그렇다
		1점	2점	3점	4점	5점
1	대체로 나는 지금의 나 자신에 만족한다.					
*2	나는 이 세상에서 못다 한 일이 많아 한스럽다.					
3	막상 늙고 보니 모든 것이 젊었을 때 생각했던 것보다 낫다.					
*4	요즘 나는 나 자신을 발전시키려는 노력을 포기했다.					
5	인생은 의미 있고, 살 가치가 있는 삶을 살고 있다.					
6	나는 죽은 사람을 보는 것이 두렵지 않다.					
7	나이 든 지금도 나는 여전히 가치 있는 삶을 살고 있다.					
*8	나는 다른 사람과 친밀감을 느낄 수 없다.					
9	노인의 지혜나 경험은 젊은이들에게 도움이 된다.					
*10	나는 앞날은 암담하고 비참하게 느껴진다.					
*11	나는 죽는 것이 두렵고 원망스럽다.					
*12	지금이야 내 인생에서 가장 지루한 때이다.					
13	나는 지금 젊었을 때와 마찬가지로 행복하다.					
14	남을 위해 봉사하는 일이 나에게는 매우 보람을 준다.					

*15	나는 내 자신이 지긋지긋하다.					
*16	늙는다는 것은 무기력하고 쓸모없어지는 것이다.					
17	지나온 평생을 돌이켜볼 때, 내 인생은 대체로 만족스러운 것이었다.					
18	나는 현재 살고 있는 곳이 마음에 든다.					
19	나는 일생 최선을 다해왔다.					
*20	나는 때때로 내 자신이 쓸모없는 사람이라는 생각이 든다.					
*21	내 인생이 이렇게 된 것은 운이 나빴기 때문이다.					
*22	나이가 들수록 모든 것이 점점 더 나빠진다.					
23	인생을 다시 살 기회가 주어진다 해도 살아온 대로 다시 살겠다.					
*24	늙고 무기력 하느니 차라리 죽는 것이 낫겠다.					
*25	나는 대체로 인생에서 실패했다고 느낀다.					
*26	내세에 대한 문제가 몹시 나를 괴롭힌다.					
27	나는 적어도 다른 사람만큼 가치 있는 사람이다.					
*28	요즘 나는 늙고 지쳤다고 느낀다.					
*29	나는 내 인생이 이렇게 된 데 대해 가슴 아프게 생각한다.					
30	나는 일생 운이 좋은 편이었고 그것에 감사한다.					

5. 다음은 **사회적 지지**에 관한 질문입니다. 본인의 생각에 일치하는 곳에 (V)표 해주세요.

No.	문항	전혀 그렇지 않다.	그렇지 않은 편이다.	그저 그렇다	그렇다	매우 그렇다
		1점	2점	3점	4점	5점
1	내 주변에는 내가 도움이 필요로 할 때 도와줄 직원(의사, 간호사, 사회복지사 등)이 있다.					
2	기쁨과 슬픔을 함께 할 직원(의사, 간호사, 사회복지사 등)이 있다.					
3	내 가족은 나를 진정으로 도우려 한다.					
4	나는 필요할 때 가족으로부터 정서적 도움과 지원을 받는다.					
5	나에게는 나를 편안하게 해주는 직원(의사, 간호사, 사회복지사 등)이 있다.					
6	내 친구는 나를 진정으로 도우려 한다.					
7	일이 잘 안될 때 친구에게 의지할 수 있다.					
8	내 문제를 가족과 이야기할 수 있다.					
9	기쁨과 슬픔을 함께 할 친구가 있다.					
10	내 기분을 생각해 줄 직원(의사, 간호사, 사회복지사 등)이 있다.					
11	내 가족은 내가 어떤 결정을 할 때 도우려 한다.					
12	내 문제를 친구와 이야기할 수 있다.					

The Impact of Death Anxiety on Depression and Ego Integrity in
Elderly Residents of Care Facilities
The Role of Social Support as a Moderator

Sang-ye Shin

Department of Nursing

Graduate School

Keimyung University

(Supervised by professor Lee Eun-Suk , Shim Mi-So)

(Abstract)

This study applies Turner (2013) Stress Process Model to examine the effects of death anxiety on depression and ego integrity in elderly residents of care facilities, with a specific focus on the role of social support as a moderator.

Participants included 301 individuals aged 65 and above, residing in care facilities in P city. Data analysis was performed using SPSS statistics version 27.0, employing descriptive statistics, independent t-test, one-way ANOVA, and Pearson correlation analysis. Hierarchical regression analysis was applied to test the hypotheses and assess moderating effects. In this research, the PROCESS macro function was utilized for a conditional effect Bootstrapping-test, and graphs for simple

slope tests were provided to enhance the interpretation and understanding of the observed significant moderating effects.

The findings indicate that death anxiety leads to increased depression and reduced ego integrity. Although the overall moderating impact of social support was not significant, the research identified that professional support, a subset of social support, significantly strengthens the positive relationship between death anxiety and depression ($\beta=.133$, $p=.014$).

The research underscores the necessity for nursing interventions aimed at enhancing mental health and promoting healthy life cycle development among elderly residents in nursing institutions. With the rising demand for home-based welfare, negative perceptions about admissions to nursing facilities are also increasing. This trend may relate to the prevailing emphasis on physical health recovery in these institutions, often overshadowing mental health concerns. Therefore, it is vital to develop various programs that address death anxiety, depression, and ego integration recovery in these elderly residents, coupled with the

need to allocate specialized staff for mental health support. Therefore, the study suggests that management strategies for elderly residents in care facilities should include not only a focus on physical health recovery but also the development of various programs. These programs should aim to reduce death anxiety and depression, and aid in the restoration of ego integrity among the elderly. In addition, the study highlights the necessity for nursing interventions focused on mental health recovery.

요양기관 입소 노인의 죽음불안이 우울과 자아통합감에 미치는 영향: 사회적 지지의 조절효과

신 상 예

계명대학교 대학원

간호학과

(지도교수 이 은 숙 · 심 미 소)

(초록)

본 연구는 Turner (2013)의 스트레스 과정 모델(Stress Process Model)을 적용하여 요양기관 입소 노인의 죽음불안과 우울, 자아통합감의 관계에서 사회적 지지의 조절효과를 확인함으로써 효과적인 중재의 개발을 위한 이론적 근거를 마련하는 것을 목적으로 하였다.

본 연구의 대상자는 총 301명으로, P시에 소재한 요양기관에 입소한 65세 이상 노인들을 대상으로 자료를 수집하였다. 자료분석은 SPSS statistics version 27.0 프로그램을 사용하여 기술 통계, independent t-test, one-way ANOVA, Pearson 상관관계 분석을 수행하였고, 가설 검증을 위해 위계적 회귀분석을 활용하여 조절효과를 확인하였다. 본 연구에서 유의하게 나타난 조절효과 결과에 대한 추가적 해석 및 이해를 돕기 위한 방법으로 PROCESS macro 기능을 활용한 조건부 간접효과 Bootstrapping-test, 그리고 단순기울기검정을 위한 그래프를 제시하였다. 그 결과, 죽음불안이 우

울을 증가시키고, 자아통합감을 감소시킨다는 사실을 확인하였다. 또한, 사회적 지지 자체는 조절효과가 유의하지 않았으나, 그 하위 요인 중 전문가 지지가 죽음불안과 우울의 정적 관계를 강화하는 것으로 확인되었다($\beta=.13$, $p=.014$).

본 연구를 통해, 요양기관 입소 노인들을 대상으로 정신건강을 증진하고 건강한 생애 주기 발달을 이룰 수 있도록 간호학적 개입이 필요함을 논의하였다. 재가 복지의 필요성이 높아짐에 따라, 요양기관 입소에 대한 부정적 인식도 함께 증가하고 있는데, 이는 요양기관에서 정신적인 건강보다 신체적 건강 회복이 주 과업이 되는 현실과 관련이 있을 수 있다. 따라서 요양기관 입소 노인 관리를 위해 신체적 건강 회복뿐 아니라, 노인의 죽음불안, 우울, 자아통합감 회복을 위한 다양한 프로그램들을 마련하고, 정신건강 회복을 위한 전담 인력 배치가 고려될 필요성이 있다. 따라서 요양기관 입소 노인 관리를 위해 신체적 건강 회복뿐 아니라, 노인의 죽음불안, 우울, 자아통합감 회복을 위한 다양한 프로그램들을 마련하고, 정신건강 회복을 위한 간호학적 개입의 필요성 등을 제언하였다.