

노년기에 경험하는 죽음에 대한 불안의 이해*

Understanding Death Anxiety in Old Age

윤 가 현**

전남대학교 심리학과

Gahyun Youn

Department of Psychology, Chonnam National University

(초록)

죽음은 어느 연령층에서나 발생하지만, 대부분의 죽음은 노년기에 발생한다. 그러나 아무도 죽음 이후에 어떻게 되는지를 정확히 모를 뿐만 아니라, 사후세계에 대해 증명해주지 못하고 있기 때문에 많은 사람들이 죽음에 대한 두려움을 지니고 살아간다. 죽음의 불안은 대다수 문화권에서 보이는, 또 누구에게나 나타나는 근본적이고 보편적인 현상이다. 이는 어린 시절부터 죽음과 관련된 경험들이 누적된 결과로 발달된다. 이에 본고에서는 죽음의 불안의 개념을 필두로 연령이나 성별, 건강상태, 가족관계 등 죽음의 불안과 관련된 요인들을 살펴보고, 마지막으로 노년기 죽음의 불안에 대한 대처를 개관했다. 본고의 목적은 여러 가지 이유로 불안이 높은 고령자들을 대상으로 불안수준을 경감시키면서, 그들의 삶의 질을 향상해줄 수 있는 상담이나 치료 프로그램의 기초 자료를 제공하기 위함이다.

주제어 : 노년기, 죽음, 죽음에 대한 불안, 죽음의 과정에 대한 불안

(Abstract)

Death can take place in any age, but most deaths have occurred in old age. Many people have death anxiety because they do not know about the afterlife at all and no one can prove what the afterlife is. Death anxiety is a universal phenomenon which can be observed in most cultures and a fundamental phenomenon which can be found in most people. The anxiety would be the effects of accumulated

* 이 글의 일부는 2016년 12월 2일 개최된 한국건강심리학회 동계학술대회에서 발표되었음.

** 교신저자, 전남대학교 심리학과 윤가현 교수 (e-mail: ghyoun@jnu.ac.kr).

experience related to death from early years. Various concepts of the anxiety as well as several major factors related to the anxiety such as age, gender, health status, family relations and so on were reviewed in this paper, while how to cope with the anxiety was examined in the last part of the paper. The purpose of this paper was to provide some basic ideas for any counseling or therapy program which can reduce the anxiety in old age and improve their quality of life.

Key words : Death, Death anxiety, Death anxiety in old age, Dying, Old age

I. 죽음의 이해

삶은 유한하며, 죽음은 그 한정된 기간의 마지막 순간에 해당된다. 삶에 대한 의미를 더 이상 찾지 못하여 자살을 선택하는 사람도 일부 있다. 그렇지만 대다수 사람들은 누구나 조금이라도 더 오래 살고 싶은 욕망을 지니고 있으며, 또 그러한 욕망이 아무리 강한 사람 일지라도 자신의 의지와 상관없이 사고나 질환 등으로 인하여 사망하게 된다. 또 성인 사망자의 3/4이상이 사고나 만성 및 급성 질환 등으로 병원 등에서 사망하듯이 대부분의 죽음은 개인의 의지에 의해 조절할 수 있는 범위를 벗어나 있다. 아울러 죽음은 어느 연령층에서나 발생하고 있지만, 대부분의 죽음은 노년기에 발생한다. 미국에서 발표한 2010년도 통계에 의하면, 전체 사망자 중에서 65세 이상의 차지하는 비중은 약 3/4에 해당되었다(Carr, 2012). 우리나라의 경우도 전체 사망자 중에서 고령자들이 차지하는 비중이 근래 부쩍 증가하는 추세를 보이는데, 60세 이상이 차지한 비중은 2005년 74.4%에서 2014년 79.2% 그리고 2015년 80.6%로 늘어났다(통계청, 2016).

사람들이 죽는 이유는 크게 자살, 사고, 및 질병으로 삼분할 수 있는데, 그 세 가지 모두 노화 또는 생의 후반기와 관련성이 높다. 첫째, 자살에 의한 사망과 연령의 관련성을 보면, 초등학생의 자살도 간혹 발생하지만 자살을 시도하는 연령대는 대부분 청소년기 이후이다. 자살의 비율이나 이유도 연령대마다 다른데, 대다수 선진 문화권에서 보고된 자살률은 젊은 세대들로부터 노년층으로 갈수록 더 높아지는 경향을 보인다. 또 노년층이 자살을 택하는 이유는 주로 빈곤이나 질환 등으로 인해 삶의 질이 저하되는 것과 관련된다(WHO, 2014). 둘째, 사고에 의한 사망도 노화와 관련성이 높다. 자연재해 등에 의한 사망의 경우 연령차가 크지 않을 수 있지만, 부주의 따위로 인한 사고사는 젊은 층보다 노년층에서 훨씬 더 심하다. 노년기에는 감각기능의 결핍이나 운동기능의 약화(예: 반응시간이 느림)에 의해 사고를 당하거나 그로 인하여 사망하는 경우가 다른 연령층에 비해 훨씬 더 자주 발생하고 있다(Cicirelli, 2002a). 셋째, 질병에 의한 죽음은 전염병, 만성질환, 또는 의료과실에 의해 감염된 질환 등에 의해서 발생하는데, 이것이 노화와 관련된 정도는 앞의 두 가지보

다 더 높다. 노인들은 다른 연령층보다 감염에 의한 질환에 더 취약하며, 평균수명이 늘어나면서 만성질환을 겪고 있는 상태로 살아가고 있는 노인들의 수도 증가하고 있다 (Cicirelli, 2002a).

노화와 죽음의 관계 또는 노년기의 죽음을 연구하는 이유 중 하나는 바로 사람들의 기대수명(life expectancy)이 과거에 비해 크게 늘어남에 있는데, 80대, 90대, 심지어 100년 이상 생존한 고령자의 수가 빠르게 늘어나는 추세이다. 고령자, 특히 초(超)고령자의 수 증가 현상은 만성질환으로 장기간 투병생활을 하면서 사망하기 이전까지 심신의 기능이 약화된 상태로 살아가는 고령자의 수가 증가함을 의미한다. 노인의학의 발달 및 의료서비스 이용 증가 등으로 완치나 호전의 가능성이 없는 상태이더라도 상당히 오랜 기간 동안의 수명연장이 가능해지고 있다. 그 상태에서는 통증이 너무 심해서, 독립성이나 기동성(mobility)이 상실 또는 저하되어서, 혹은 자신의 생활을 스스로 조절(control)할 수 없어서 삶의 질이 매우 낮은 상태로 살아가게 된다(Cicirelli, 2002a). 또한 건강상태가 좋지 않을수록 죽음에 더 가까운 삶에 해당된다고 할 수 있다.

이런 맥락에서 건강상태가 별로 나쁘지 않아서 죽음을 크게 의식하지 않고 살아가는지에 따라서 삶의 질을 설명할 수 있다. 그 대표적인 지표는 바로 장애가 없는 상태로 스스로 일상생활능력을 유지하면서 살아가는 수명이 어느 정도인지를 보여주는 지표, 즉 무장애 기대수명(disability-free life expectancy)이다(Perenboom, van Herten, Boshuizen, & van den Bos, 2004). 여기에서 장애는 주로 일상생

활동작능력(activities of daily living)이나 수단적 일상생활동작능력(instrumental activities of daily living)과 같은 지표를 근거로 정의한다. 그러나 몸이 아픈 사람도 일상생활동작능력이 유지될 정도로 신체적 장애가 심하지 않을 수 있기 때문에 이를 근거로 삶의 질을 논하는 것도 적절하지 않다. 결국 WHO에서는 2000 년대에 들어오면서부터 일상생활에 지장을 주는 장애뿐만 아니라 질병이 없는 상태, 즉 건강이 조정된 상태의 기대여명(HALE, health-adjusted life expectancy)으로 삶의 질을 평가하고 있다(Mathers et al., 2001). 예를 들면, 우리나라 사람들의 기대수명은 2014년 남성 79.0년 그리고 여성 85.5년이었던 반면, HALE는 남성 64.9년 그리고 여성 65.9년에 불과했다. 이는 남성이 평균적으로 14.1년 그리고 여성이 19.6년 동안 질병으로 고생을 한 이후에 사망한다는 뜻이다(통계청, 2015). 더 불어 이러한 통계치는 삶의 질이 높지 않을 뿐만 아니라 죽음에 대한 불안수준이 낮지 않은 상태로 살아가는 기간이 그 정도로 길다는 것을 시사한다.

그렇다면 사람들이 과연 죽음을 두려워하는지, 또 두려워한다면 그 이유가 무엇인지를 생각해볼 필요가 있다. 인간은 동물세계에서 자신의 죽음을 인식하고 살아가는 유일한 존재이지만, 아무도 사후에 대해서 정확히 모를 뿐만 아니라 증명해주지도 못하고 있다. 이러한 이유로 지적 호기심이 강한 사람들 중의 일부는 죽음에 대한 두려움을 지니고 살아간다(Hoelter, 1979). 또 일단 죽게 되면 가까운 사람과의 관계가 종식되는 등 현재와 같은 삶이 더 이상 존재하지 않을 것이라고 느끼거

나 믿는 사람도 많다. 이러한 느낌이나 믿음은 죽음에 대한 불안이 생기는 부분적인 이유가 된다(Cicirelli, 2002a).

대부분의 성인들은 자신의 건강상태나 생활양식, 부모를 비롯한 가족력 등을 근거로 자신의 여생이 어느 정도일까에 대한 관심을 가지고 있다. 특히 생의 후반기에 접어든 성인은 그와 같은 관심이 더 큰 편이다(Cicirelli, 2002a). 바로 죽음에 대한 불안 때문에 생긴 관심이라고 할 수 있다. 아픈 사람을 상대로 치료를 해주거나 수명을 연장시키는 노력, 말기환자나 임종에 가까워진 환자들에게 편안함을 제공하는 시도, 또 죽은 사람을 기리는 행위 등은 모두 죽음을 두려워하는 것과 관련된다. 이들은 모두 사후세계를 모르는 것에 대한 또는 죽음으로 인해 현재와 같은 삶의 단절되는 것에 대한 두려움을 덜기 위한 노력이나 행위에 해당된다.

죽음의 불안은 특수한 현상이 아니다. 이는 대다수 문화권에서 보이는 또 누구에게서든 나타나는 근본적이고 보편적인 현상인데, 죽음에 대한 불안이나 태도는 어린 시절부터 죽음과 관련된 경험들이 누적된 결과로 발달된 것이다. 예를 들면, 폭력이나 테러 등이 자주 발생하는 등 예측이 어려운 환경에서 살아갈 경우 죽음에 대한 불안이 더 커질 수 있다(Cicirelli, 2002b; Lehto & Stein, 2009). 역시 죽음의 불안은 그 정도나 수준이 매일 다를 뿐 항상 존재하는 것이다(Cicirelli, 2002a). 이에 본고에서는 죽음의 불안의 개념을 필두로 죽음의 불안과 관련된 요인들이 무엇인지를 살펴보고, 마지막으로 노년기 죽음의 불안에 대한 대처를 개관했다. 본고의 목적은

여러 가지 이유로 불안이 높은 고령자들을 대상으로 불안수준을 경감시키면서 그들의 삶의 질을 향상해줄 수 있는 상담이나 치료 프로그램의 기초 자료를 제공하기 위함이다.

II. 죽음의 불안

1. 정의

죽음에 대한 불안이나 두려움은 여러 학자들이 연구해오고 있지만, 이를 한 마디로 정의하기가 쉽지 않다. 근래 대부분의 연구자들이 죽음의 불안(death anxiety)과 죽음에 대한 두려움이나 공포(fear of death, thanatophobia)를 구별하지 않고 거의 같은 의미로 혼용하지만, 초창기에는 그 둘을 구별하기도 했었다. 또 죽음의 개념을 하나의 차원으로만 이해했던 시절에는 죽음의 두려움은 물리적으로 존재가 상실되었다고 인식하는 것과 관련이 높았지만, 이를 다차원으로 이해하기 시작하면서부터는 죽음의 불안도 다른 각도에서도 정의되고 있다. 예를 들면, 죽음을 소멸(annihilation)이라고 볼 때 죽음에 대한 두려움은 정신적 또는 영적으로 존재가 상실되었다고 인식하는 것과 관련이 높았다(Cicirelli, 2002b, 2006; Lehto & Stein, 2009).

죽음의 불안을 무엇이라고 정의하는지를 살펴보면, Tomer(2000)이나 Belsky(1999)는 일상생활을 하는 도중에 사람이 죽는다는 사실을 예견하거나 생의 마지막 순간을 생각할 때 파생하는 불안이나 두려움 등의 정서라고 표현했다. 또 이를 자신의 생존에 대하여 실제

이든 가상이든 위협을 지각할 때 생성된 두려움이나 불편한 감정이라고 정의한 연구자도 있다(Moorhead, Johnson, Maas, & Swanson, 2008). 그러나 어떤 사람들은 죽음이 발생한 실제 상황보다도 죽어가는 과정에서 스스로를 조절할 수 있는 능력이 없어지는 것을 더 두려워한다. 예를 들면, 극심한 통증으로 고생하거나, 질환으로 몸이 쇠약하여 독립성을 상실하거나, 스스로에 대한 존엄성을 상실한 것 등에 대한 두려움을 말한다. 이런 맥락에서 죽음의 불안을 죽음 그 자체나 죽어가는 과정에 관련된 걱정이나 두려움, 불안을 경험하는 상태라고 표현하기도 한다(Carpenito-Moyet, 2008).

2. 죽음의 불안 측정에 의한 정의

죽음의 불안을 측정하는 척도를 살펴보면 죽음의 개념이나 정의가 매우 다양함을 짐작할 수 있다. 곧 죽음의 개념을 어떻게 정의하는지에 따라서, 예를 들면, 죽음을 고통으로부터의 위안이나 해방, 사후세계로의 이행, 현실에서 더 이상 존재하지 않게 되는 것, 가족이나 친지와 이별을 하는 등 개인 관계의 종식, 심신의 기능이 상실된 것으로 정의함에 따라서 죽음에 대한 불안이 다르다는 점도 알 수 있다(Cicirelli, 2002a; Iverach, Menzies, & Menzies, 2014). 죽음의 불안을 측정했던 초창기의 연구들은 죽음에 관한 모든 내용을 포괄적으로 한 차원으로만 규정했지만, 나중에 요인분석을 토대로 죽음의 불안을 최소한 몇 개의 차원으로 구별될 수 있음을 시사해주면서 여러 가지 개정된 도구들이 등장했다

(Cicirelli, 2002a; Iverach et al., 2014).

심리학에서 죽음의 대한 태도 연구가 유행하기 시작한 시기는 1970년대이다. 당시 죽음의 불안을 연구하면서 가장 빈번하게 응용했던 척도는 Templer(1970)가 개발한 도구(death anxiety scale)였다. 이는 죽음이나 죽어가는 과정, 또는 시신에 대한 두려움 등 부정적 정서를 표현한 15문항에 대해서 ‘그렇다’ 또는 ‘아니다’로만 반응하는 척도였는데, 검사-재검사 신뢰도는 높은 편이었으나 내적 일관성이 비교적 낮다는 평가를 받았다(Cicirelli, 2002a; Iverach et al., 2014; Lehto & Stein, 2009). 나중에는 여러 연구자들이 죽음을 어느 정도 수용하고 있는지를 측정하여 죽음의 불안을 평가하게 했다. 여기에서 죽음의 수용이란 누구에게나 불가피하게 나타나는 현상인 죽음을 두려워하지도 않고 또 반감게 맞이하지도 않지만 현실로 받아들이는 것, 행복한 사후로 가는 관문처럼 받아들이는 것, 또 고통스러운 상황으로부터의 회피로 받아들이는 것 등을 말한다(Harding, Flannelly, Weaver, & Costa, 2005).

3. 다차원적 이해에 따른 정의

죽음이나 죽음의 불안을 다차원으로 이해하면서 각 차원에 따른 해석이나 이해가 달라지기도 한다. 예를 들면, 죽음의 불안은 개인이 더 이상 존재하지 않고 소멸되어 버린다는 것(annihilation)에 대한 불안과 밀접한 관련을 지니기도 하며, 또 시신의 목격이나 죽음을 상상하는 것 등도 불안을 증폭시키기도 한다(Lehto & Stein, 2009). 죽음의 불안을 다차원

으로 이해하는 가장 단순한 연구는 죽음을 죽어가는 과정(death vs. dying)과 구별하면서 죽음의 불안을 측정하는 것이었다. Lester(1990)의 연구에서 이용된 척도(the Collett-Lester fear of death scale)가 대표적인 예인데, 여기에서는 죽음의 불안을 4개 차원, 즉 ① 자신의 죽음에 대한 불안, ② 타인의 죽음에 대한 불안, ③ 자신이 죽어가는 과정에 대한 불안, 및 ④ 타인의 죽어가는 과정에 대한 불안으로 구분하고 있었다(Cicirelli, 2002a).

어떤 사람들은 죽음 자체에 대한 불안보다도 죽어가는 과정에 대한 불안이 더 심한 편이다. 그들은 질환 등으로 심한 고통을 겪으면서 살아가는 것, 이로 인하여 품위(dignity)가 상실된 생활이 지속되는 것, 또 스스로 자신의 상태나 상황을 조절할 수 없는 환자가 된다는 사실 등에 대한 두려움이 매우 큰 편이다. 이런 맥락에서 Cicirelli(2002a)는 죽음의 불안을 죽음의 과정에 초점을 맞춘 척도(the dying process scale)를 개발했다. 이 척도에 의하면, 죽음의 불안을 ① 죽음의 과정에 관한 정서적 반응, ② 죽음의 과정에 관련된 신체적 반응, ③ 죽음의 과정에서 파생되는 가족에 대한 관심이나 걱정, ④ 죽음의 과정에서 경험하는 분노 감정, 및 ⑤ 죽음의 과정에 대한 대처로 구분시켜 이해할 수 있다.

한편 Hoelter(1979)는 죽음의 불안을 죽음이 발생하는 과정 그리고 발생한 이후 전개될 수 있는 물리적 및 관계적 변화를 토대로 측정했는데, 그가 개발한 척도(multidimensional fear of death scale)는 8개의 차원으로 죽음의 불안을 평가하고 있었다. 이 척도에서 구분한 죽음의 불안에 대한 세부 요인들은 ① 죽어가는

과정에서 경험하는 고통에 대한 두려움, ② 사람이나 동물의 사체 등에 노출되었을 때 느끼는 두려움, ③ 검시나 장기 이식 등을 위한 사체의 해부나 화장에 대한 두려움, ④ 자신의 죽음이 가까운 사람들에게 미치는 부정적인 영향에 대한 걱정, ⑤ 죽음으로 인하여 자신이 더 이상 존재하지 않게 되고 또는 사후세계를 전혀 모른다는 것에 대한 두려움, ⑥ 치료과정에서 사망했다고 잘못 선언되는 것에 대한 걱정, ⑦ 사망 이후 시신의 고립이나 부패에 대한 걱정, 및 ⑧ 자신이 기대한 수명에 이르지 못하거나 살면서 원했던 목표의 달성이나 경험을 하지 못하고 죽는 것에 대한 걱정이다.

Thorson과 Powell(1992)도 죽음의 불안을 개정하면서 Hoelter(1979)처럼 죽어가는 과정에서 수반되는 고통에 대한 두려움, 사후 자신의 시신에 대한 처리를 걱정하는 일, 매장 이후 시신의 부패나 변질에 대한 두려움, 사후세계에 대한 걱정 등을 측정했다. 그 척도(the revised death anxiety scale)에서는 심신의 쇠약으로 도움이 더 이상 의미가 없고 조절능력이 상실되는 것에 대한 두려움, 무언가 해야 할 것들을 하지 못했던 상태에서 발생하는 죽음에 대한 두려움 등을 포함해서 측정했다. 한편 Wong 등은 죽음에 대한 태도 척도(the death attitude profile - revised)를 개정하면서 죽음을 이승에서의 삶이 마감되고 저승으로 가야 하는 것으로 보고서 죽음 자체나 죽음에 관련된 것을 회피하는 불안을 비롯하여 죽음을 이해하려는 관점까지도 측정했다(Wong, Reker, & Gesser, 1994). 후자의 내용들은 죽음을 삶에 대한 자연스러운 일부로 수

용하는 것, 새롭고 영광스러운 경험이 시작된다고 기대하는 것, 또는 살면서 겪어야 하는 짐이나 부담, 고통 등으로부터 위안이나 도피로 받아들이는 것 등이었다.

III. 죽음의 불안에 관련된 변인

죽음의 불안을 결정하는 요소는 다양하다. 가장 기본적으로 죽음의 개념을 어떻게 지각하는지에 따라서 죽음의 불안이 달라진다. 죽음을 긍정적으로 이해하는지의 여부 또는 의미가 있다고 지각하는지에 따라서 개인마다 불안이 다르다. 그러나 죽음의 불안은 개인이 살면서 하고 싶었거나 바랐던 목표와 관련성도 매우 높다. 그 중 하나는 과거에 관련된 후회 여부, 즉 자신의 삶에서 하고자 했던 부분이나 채워지지 못했던 부분을 어떻게 지각하는지에 따라서 불안 여부나 정도가 다르다. 다른 하나는 미래에 대한 예측이나 기대와 관련된다. 자신이 하고 싶은 것을 죽음으로 인하여 할 수 없게 되었다고 지각한다면 불안이 생기게 된다. 그와 같이 과거나 미래에 대한 지각하는지에 따라서 현재의 대처 방법 및 불안 여부나 수준도 달라진다(Tomer, 2000). 역시 개인적인 특성에 따라서도 죽음의 불안이 달라지는데, 죽음의 불안에 관련된 변인은 실험에 의해 검증할 수 있는 것이 아니라 조사나 면접 등에 의해 찾아내거나 관련성만을 제시할 수 있다(Fortner & Neimeyer, 1999). 지금까지 밝혀진 대표적인 요인들은 다음과 같다.

1. 연령

우선 어느 정도의 나이에서 죽음의 개념을 이해할 수 있는지 또 죽음을 두려워할 수 있는지를 생각해 보자. 아동기 초기에는 죽음을 수면상태처럼 이해하고 있지만, 그렇더라도 최소 5세 정도가 되면 죽음에 대한 두려움이 생기게 된다. 그러나 성인들처럼 죽음을 분명하고 객관적으로 이해하게 되는 나이는 10세에 가까워질 무렵이다. 그 이후부터는 죽음의 대한 불안이 누구에게나 공통적으로 보이는 정서 반응이라고 할 수 있다(Cicirelli, 2002a). 그렇다면 연령의 증가함에 따라서 죽음의 불안이 어떻게 달라지는가?

죽음의 불안과 연령의 관계를 살핀 초창기 이론들은 나이가 들수록 죽음에 더 가까워지는 나이가 되므로 죽음에 대한 불안이 커진다고 보았다(Belsky, 1999). 예를 들면, 근래의 인도 노인들을 상대로 한 조사에서도 나이가 많은 노인일수록 두려움이 더 큰 것으로 나타났다(Madnawat & Kachhawa, 2007). 그러나 성인들을 상대로 한 조사에 의하면, 중년기로 갈수록 죽음의 불안이 높아지다가 성인기 후기에 감소하여 그 뒤로는 낮은 상태를 유지한다고 보고되었다(Fortner & Neimeyer, 1999). 노인들이 보인 죽음의 불안은 연구대상자가 누구인지 또는 죽음의 개념이 무엇인지에 따라서 달라질 수 있다. 예를 들면, 시설기관에 입소하여 살고 있는 특정한 계층인지, 노인이래도 비교적 나이가 젊은 계층인지 혹은 초(超)고령의 상태인지에 따라서 측정 결과는 항상 달라질 수 있다(Cicirelli, 2002a).

그럼에도 불구하고 근래까지 이루어진 대

부분의 연구들을 종합하면, 젊은 시절에는 죽음의 불안이 높더라도 중년기 이후부터는 감소하여 노년기에 들어와서는 감소된 상태의 불안이 비교적 안정된다고 보고 있다. 그 이유는 전반적으로 노인들이 중년기나 젊은 세대보다 죽음을 더 쉽게 수용하기 때문이다(Cicirelli, 2002b; Gesser, Wong, & Reker, 1988; Iverach 등, 2014). 특히 초고령자들은 죽어가는 과정에 대한 불안은 있더라도 죽음을 더 이상 피할 수 없는 것으로 이해하기 때문에 죽음 자체에 대한 불안이 거의 없는 것으로 드러나기도 한다(Cicirelli, 2002a, 2002b). 그러나 나이가 든다고 해서 고령자들이 자신의 죽음을 항상 피할 수 없는 당연한 것으로 받아들이지는 않는다. 많은 사람들이 노인의 죽음을 젊은이의 죽음보다 더 당연하게 여기고 있는데, 실제로 사람들은 노인보다도 젊은이가 죽어갈 때 두려움이나 아쉬움을 더 크게 느낀다(Belsky, 1999).

그렇다면 죽음을 두려워하지 않은 고령자들은 어떤 사람들인가? 나이가 들수록 죽음에 대한 노출 빈도가 더 높아지면서 자신의 차례가 돌아옴을 더 현실적으로 인식하게 된다. 그럼에도 불구하고 죽음에 대한 불안이 감소한다는 것은 고령자들이 자신의 삶이나 죽음을 젊은 시절과 다르게 조망하고 있음을 의미한다. 노인들을 면접한 자료에 의하면, 상당수의 노인들이, 특히 초고령자들이, 죽음에 가까운 나이가 될수록 죽음을 살아가고 있는 것(living)의 한 부분, 즉 마지막 부분으로 인식하며, 자신도 그 마지막에 가까워지고 있음을 보다 더 현실적으로 인식하게 되며, 또 그 마지막 순간에 맞추어 나름대로 죽음을 수용하

고 준비하는 것으로 나타났다. 다른 사람들에게 더 귀를 기울이거나 가족에게 더 감사를 느끼려고 하는 것 등이 모두 마지막 순간이라고 인식하면서 보여주는 반응 또는 긍정적인 수용의 준비라고 할 수 있다(Cicirelli, 2002a).

물론 고령임에도 불구하고 죽음을 소멸로 보면서 두려움을 지닌 노인들이 적지 않다. 또 죽음을 삶의 마지막 부분으로 인식하더라도 자신의 죽음이 가까워졌다는 사실을 거부하는 사람들이 훨씬 더 많다(Cicirelli, 2002a). 그러나 노인들이 초고령 상태까지 생존하면서 죽음에 가까워지는 나이가 되면, 죽음을 더 긍정적으로 수용하려는 관점이 더 확실해지는 것 같다. Johnson과 Barer(1997)가 85세 이상의 고령자를 대상으로 시도했던 연구에 의하면, 죽음에 가까워지는 연령이 되면 될수록 일상 생활과 관련된 것들을 잘 관리할 수 있도록 주변 환경을 더 단순화시키며, 해야 할 일들의 우선순위를 다시 조정하며, 손실(loss)을 보상해줄 수 있는 역할을 새롭게 만들며, 또 시간도 과거나 미래보다는 현재에 더 관심을 가지면서 삶을 즐기고 있었다. 그들에게는 일상 생활에 대처하는 것이나 행복이나 만족을 얻는 것이 바로 현재의 삶에서 가장 중요한 일이 되고 있었다.

2. 성별

Fortner와 Neimeyer(1999)는 노인들을 대상으로 한 연구에서 죽음의 불안에 대한 성차가 없다고 했다. 그러나 노인들의 경우 죽음을 사후의 세계로 보는 경향이 남성보다 여성에게서 약간 더 높은 편이라서 여성 노인들의

죽음에 대한 불안이 더 낮을 것으로 기대할 수 있었음에도 불구하고, 전반적으로 70대 이상 노인들 조사에서 전반적으로 여성이 남성보다 두려움이 더 큰 편이다(Cicirelli, 2002a). 실제로 대다수 문화권에서 실시된 연구에서는 여성 노인들이 죽음 자체나 죽어가는 과정에 대한 불안이 전반적으로 더 높은 편으로 나타난다(Cicirelli, 2002a; Harrawood, White, & Benshoff, 2008; Iverach et al., 2014; Madnawat & Kachhawa, 2007).

여성이 남성보다 죽음을 더 두려워하는 이유도 다양하겠지만, 문화적으로 공통적인 해석이 가능한 것은 여성이 남성보다 감정이나 정서 표현을 더 잘하는 것과 관련된다. 특히 무슬림 문화에서는 여성들이 두려움과 같은 정서 표현을 할 경우 격려나 지지가 수반되는 것이 일반적이지만, 남성의 경우는 낙담시켜 버린다(Azaiza, Ron, Shoham, & Gigini, 2010; Harrawood et al., 2008). 여성 노인이 남성 노인보다 죽음을 더 두려워하는 다른 이유는 교육수준으로도 설명이 부분적으로 가능하다. 이스라엘에 거주하는 아랍계 무슬림교도 노인들을 조사한 바에 의하면, 교육수준이 낮은 노인들일수록 죽음이나 죽어가는 과정에 대한 불안이 더 심했다. 이는 여성의 교육수준이 남성보다 현저하게 낮았기 때문에 나타난 현상이었던 것이다(Azaiza et al., 2010). 그러나 장례 서비스 업종에 종사한 사람들의 경우에는 여성과 남성의 두려움이 모두 낮은 편이라서 성차가 드러나지 않았다(Harrawood et al., 2008).

3. 종교

종교는 일상생활을 하면서 고통이나 스트레스를 경험할 때 위안을 가져다주며, 또 죽더라도 사후세계가 존재하기 때문에 두려워할 필요가 없을 뿐만 아니라 오히려 그곳에서 자신보다 먼저 죽은 사랑하는 자를 다시 만나게 된다는 약속도 제공해준다(Wink & Scott, 2005). 그렇다면 종교적 신념이 두터운 사람들은 사후의 삶을 믿기 때문에 죽음에 대한 두려움이 크지 않을 수 있다. 실제로 그 신념이 두터운 노인들은 사후 시신의 고통이나 부패 또는 미지의 세계에 대한 두려움 등이 매우 낮은 편이며, 사후세계에서 자신보다 먼저 죽은 사랑했던 사람을 다시 만날 수 있는 등으로 해석하기 때문에 불안이 별로 크지 않았다(Cicirelli, 2002a). 그러나 지난 반세기 이상 동안 이루어진 종교와 죽음의 불안에 관한 수많은 연구들은 모순적인 결과를 자아냈다. 모순적인 결과가 발생한 부분적인 이유는 연구 시 적절성이 부족한 자료를 토대로 분석 결과를 도출하기 때문이다. 예를 들면, 단순히 종교 유무 또는 종교행사 참석 여부나 빈도 등을 묻고서 죽음의 불안과의 관련성을 찾으려 했는지, 아니면 사후의 삶에 대한 믿음과 같은 종교성의 내용을 토대로 그 관련성을 찾으려 했는지 등에 따라서 결과는 달라진다(Harding et al., 2005; Krause, 2015; Wink & Scott, 2005).

단순히 종교 유무에 의한 응답이나 종교행사에 참여하는 정도 등으로는 죽음에 대한 두려움을 설명하는 연구결과를 얻기가 어렵지만, 종교를 믿는 사람들 중에서도 신의 존재

및 사후세계에 대한 믿음은 죽음의 불안을 잘 설명해주었다. 즉 그러한 믿음이 강할수록 죽음을 더 쉽게 수용하고 죽음에 대한 불안도 훨씬 더 낮았다. 또 노인들이 젊은 사람보다 죽음에 대한 불안이 더 낮은 이유는 종교성에 의해 해석될 수도 있다. 즉 노인들이 젊은이들보다 사후의 삶에 대한 믿음이 더 강하다 보니 죽음을 더 잘 수용하는 편이라는 것이다. 이와 반대로 사후의 세계를 믿는 대신에 죽음을 소멸로 이해하는 노인들은 종교성이 낮기 때문에 죽음이나 죽어가는 과정에 대한 두려움이 높은 편으로 나타났다(Cicirelli, 2002a; Harding et al., 2005; Iverach et al., 2014; Thorson & Powell, 2000).

최근 Krause(2015)는 노인들을 대상으로 죽음의 불안과 종교의 관계를 흥미롭게 설명했다. 기독교를 근거로 종교성과 죽음의 불안의 관계가 순차적으로 형성된다는 설명인데, 먼저 종교행사에 자주 참석하는, 즉, 교회 행사에 자주 나가는 사람들은 다른 교인들이나 교회 관계자들로부터 영적으로 지지를 더 많이 받게 된다고 설명한다. 또 영적인 지지를 더 많이 받은 사람은 신의 존재를 더 확실하게 믿게 되며, 신의 존재를 더 잘 믿는 자는 신으로부터 용서를 받는다는 느낌이 더 강하다는 것이다. 물론 이때 종교적 가르침을 제대로 따르지 못한 생활을 하게 되면 죄의식을 경험하게 되겠지만, 신으로부터 용서를 받는다는 느낌이 강한 사람일수록 죽음의 불안을 덜 느낀다는 것이다. 반면에 신으로부터 용서를 받지 못한다면 다음의 생에서 벌을 받게 된다고 믿는다. 이러한 맥락에서 그는 종교적 신념이 어느 정도인지에 따라서 죽음의 불안

수준이 좌우된다고 설명했다(Krause, 2015).

그러나 이와 같은 설명도 노인이 살고 있는 환경 또는 죽음에 가까워지는 연령이 될 경우 달라질 수도 있었다. 이슬람교에서는 신, 즉 Allah의 의지에 의해 죽음이나 삶이 결정되는 것이며, 죽음을 이승에서의 일시적인 삶으로부터 영원한 삶으로 이행하는 것으로 이해한다. 그렇다면 무슬림에서는 종교성이 강할수록 죽음에 대한 불안이 더 약하다고 기대할 수 있다. 그러한 기대에도 불구하고 이스라엘 거주 아랍계 이슬람교 노인들의 경우 신심이 두터운지에 따라서 죽음에 대한 불안의 차이가 별로 없었다(Azaiza et al., 2010). 아마도 종교 간의 갈등이나 대립으로 항상 죽음의 불안이 존재한 환경에서 살아가다 보니 그런 결과가 나왔을 수 있다.

종교성과 죽음의 불안에 관한 종단 연구에 의하면, 성인기 후기에 와서는 종교성이 죽음이나 죽어가는 과정에 대한 불안과 직선적인 관련이 없다는 보고도 있다. 종교성에서 점수가 높은 사람들도 어느 정도 불안이 나타났지만, 점수가 중간에 해당된 사람들에게서 불안이 더 심하게 나타났으며, 또 종교성이 매우 낮은 사람도 불안이 심하지 않았다. 또 60대 후반에 비해서 사별이나 질환 등을 더 많이 경험한 70대 중반에 올수록 죽어가는 과정에 대한 불안이 더 약했다. 곧 종교성이 약하거나 종교를 믿지 않은 사람도 죽음의 불안이 크지 않을 수 있는데, 이는 신심의 두터움과 상관없이 나이가 들수록 죽음에 관한 노출 경험 등이 누적되면서 자신의 생사에 대한 관점이 변함을 보여주고 있다. 그러므로 종교를 믿는 사람들 중에서는 믿음이 확실하면서 중

교행사 참여를 지속하는 경우 노년기 죽음의 불안을 완충시켜주고 있다고 해석된다(Wink & Scott, 2005).

4. 건강

노인의 건강상태와 죽음의 불안도 관련될 수 있는데, 이를 정신건강과 신체건강의 측면으로 구분하여 살펴보자. 먼저 아동기에 격리 불안을 심하게 경험했던 사람이 성년기에 죽음의 불안을 더 심하게 느끼는 편으로 나타났다. 또 일상생활에서 공포나 불안 증상이 심한 사람들도 공통적으로 죽음의 불안을 더 심하게 느끼는 편이라고 보고되고 있다. 그러나 사회적 불안이 심한 사람의 경우 죽음의 불안을 심하게 느낀다고 하기는 어렵다. 물론 그와 반대로 죽음의 불안을 심하게 느끼는 사람이 사회적 상호작용을 원만하게 한다고 말하기도 어렵다(Iverach et al., 2014).

일반적으로 심리적 문제가 많은 노인들은 죽음의 불안도 매우 심하게 느끼는 편이다. 그 중에서도 건강염려증이 심한 사람은 죽음의 불안도 심한 편인데, 죽음이나 죽어가는 과정에 관련된 걱정이나 두려움이 심한 사람들이 건강염려증도 심하게 겪는다는 표현도 가능하다. 역시 우울증 환자의 우울 증상이 심한 것과 죽음의 불안이 높은 것과 관련된다. 그 밖에 공황장애나 섭식장애 등 여러 가지 정신장애의 기저에 있는 기본적인 두려움은 바로 죽음의 불안이다(Fortner & Neimeyer, 1999; Iverach et al., 2014; Thorson & Powell, 2000). 또 자신의 건강이나 재정 등의 이유로 희망이 없는 노인들은 죽음의 불안이 더 심한

편이며, 자신의 삶에 만족하지 못한 노인들은 젊은이들보다 죽음에 대한 두려움이나 불안 등이 더 높게 나타나기도 한다(Gesser et al., 1988).

신체건강과 죽음의 불안의 관계는 더 확연하다. 자신의 건강상태를 어떻게 지각하고 있는지에 따라서 죽음에 대한 관점이 달라질 수 있다. 누구든지 나이가 들어 죽음의 시기에 가까워질수록 신체기능의 저하로 인한 불편함 또는 질환으로 인한 통증을 심하게 겪는 등 건강상태가 악화되며, 그로 인하여 인지 및 정서적 변화는 물론 우울이나 불안 증상, 혼동 증상 등도 경험하게 된다(Cicirelli, 2002a). 보통 중년기 이후부터는 신체적 건강 상태의 약화로 인하여 자신이 희망하는 여생이 짧아질 것 같은 느낌이 들면 죽음의 불안이 더 심해진다(Cicirelli, 2006). 특히 과거에 건강이 심각하게 좋지 않았던 경험이 있었던 노인이나 현재 신체건강 상태가 좋지 않는 노인들은 죽음이나 죽어가는 과정에 대한 두려움이 매우 크다(Cicirelli, 2002a; Fortner & Neimeyer, 1999; Iverach et al., 2014). 역시 생명을 위협하는 질환 또는 의학적으로 잘 설명이 되지 않은 질환을 앓고 있는 환자들은 죽음의 불안이 상당히 높은 편이다(Iverach et al., 2014; Lehto & Stein, 2009).

그러나 종말 단계에 있는 환자가 치료적 한계 때문에 죽음이 불가피하다는 현실을 수용하게 될 경우, 죽음이나 죽어가는 과정에 대한 불안이 더 이상 심해지지 않게 된다(Lehto & Stein, 2009). 상당수의 고령자들이 나이가 들면 들수록 건강상태가 극도로 쇠약해져서 자신의 죽음을 불가피하게 받아들이면

서 죽음 자체를 두려워하지 않게 되더라도 죽어가는 과정에 대해서는 두려움을 느낀다. 물론 모두가 그런 것은 아니다. 죽음을 사후의 새로운 삶의 시작처럼 의미 있는 것으로 받아들이는 사람은 몸이 아파서 임종의 상태에서도 죽음에 대한 불안이 크지 않다. 그렇지만 죽음을 의미가 없는 것으로 받아들이는 사람은 신체건강 상태가 좋지 않을수록 죽음에 대한 두려움이 더 큰 편이다(Cicirelli, 2002a).

이를 역으로 표현하면, 자신의 건강상태가 매우 좋지 않다고 보고한 노인들의 일부는 죽음을 소멸(extinction)로 보면서 응답하는 경향을 보인다. 그 이유는 통증을 비롯한 불편함이 현재 너무 심하기 때문이다. 그래서 그들은 살아있다는 것을, 즉 죽어가는 과정을 고통이나 부담의 연장으로 여기면서 죽음을 고통과 부담으로부터의 해방 또는 위안으로 여기기도 한다. 그들은 후회스러운 삶의 부분들도 많지만, 죽음으로 인하여 고통이 사라지기 때문에 죽음을 기꺼이 받아들이려고 한다. 곧 죽음에 가까워질수록 걱정이나 불안을 겪는 시간이 줄어들고 있다고 여긴다. 그 반면에 건강상태가 매우 좋다고 답한 노인들의 일부는 죽음에 연관된 두려움이나 불편함을 최소화하기 위한 노력으로 죽음에 대한 신경을 쓰지 않으려고 한다(Cicirelli, 2002a).

5. 가족관계

인도에서 노인들을 대상으로 했던 조사에 따르면, 가족과 함께 살고 있는 노인들이 그렇지 않은 노인들보다 죽음에 대한 두려움을 더 심하게 느낀 것으로 나타났다(Madnawat &

Kachhawa, 2007). 누구든지 연령이 증가할수록 형제나 자매, 배우자와 사별하고 살아갈 가능성이 높아지며, 이혼했더라도 재혼의 가능성이 낮아서 혼자서 살아갈 가능성이 더 높다. 그렇다면 나이가 들어서 가족들과 사별하고 나면 두려움이 더 낮아지는 것인가? 실제로 형제 자매가 이미 죽은 노인들은 관찰효과 때문인지 죽어가는 과정에 대한 두려움이 그렇게 크지 않은 편이다. 그러나 가족의 수가 많지 않은 상태에서 형제나 자매 또는 자녀 중 누군가 사망했을 경우 오히려 그 두려움이 더 심해진다고(Cicirelli, 2002a). 곧 가족과의 동거 여부보다도 가족의 수나 가족 중 사망자 여부 등이 노인들의 죽음에 대한 두려움을 더 잘 설명해준다.

또 그 두려움은 가족과 어떤 관계인지에 따라서도 달라진다. 가족이나 친지들과 가깝고 지지적인 관계를 형성한 노인들은 노후를 홀로 외롭게 보내고 있는 노인들과 다르게 죽음을 바라본다. 형제나 자매, 성인자녀나 손자 등과 사이가 좋은 상태에서 함께 살아가거나 자주 교류하는 노인들은 죽어가는 과정에서 느껴질 것으로 기대되는 분노, 슬픔, 우울 등의 부정적 정서를 심하게 경험하지 않는다. 그들은 죽더라도 사후의 삶이 있다고 여기는 경향이 더 강하며, 여생을 보통 안녕감이 높은 상태에서 보낸다. 만약 형제나 자매가 죽을 때 고통을 받지 않고 평안하게 죽었다면 죽음에 대한 두려움이 별로 없는 상태에서 살아간다. 그들은 또한 자신의 죽음으로 인하여 자신에게 의미가 있는 사람들에게 미치는 부정적인 영향에 대한 걱정도 별로 하지 않는다(Cicirelli, 2002a). 죽음에 임박해질 때 가까운

가족들의 지지의 역할이 특히 중요하다. 이때 가족과 좋은 관계를 유지한 노인들은 지지를 지각하고 있어서 죽음을 맞이하면서도 두려워하지 않게 된다(Lehto & Stein, 2009).

역시 가족과 사이가 좋은 노인들은, 퇴직을 젊은 세대들에게 일자리를 마련해주는 것처럼 해석할 수 있듯이, 죽음을 상속인이나 후속세대의 경쟁자들에게 기회를 제공하고 또 유형 무형의 자산이나 기술, 가치 등의 유산(legacy)을 남겨주는 것으로 여기는 경향이 더 강하다. 게다가 죽음을 다른 사람으로부터 그 동안의 삶에 대한 가치를 인정받는 기회로도 여긴다. 그러나 죽음을 후세대에게 유산을 남겨주는 기회로 여기는 경향은 여성 노인에게서는 별로 나타나지 않았다(Cicirelli, 2002a). 한편 어린 시절 역기능 가족 상태에서 살아왔던 노인들은 과거 부모로부터 형제, 자매, 심지어 자신의 자녀나 손자들과도 사이가 좋지 않다. 이런 상태에서는 누군가의 죽음은 오히려 불편한 사람이 사라졌기 때문에 슬픔보다도 기쁨을 가져오는 등 죽음이나 죽어가는 과정에 대한 관점이 보통 사람들과 매우 다를 수 있다(Cicirelli, 2002a).

6. 거주 환경과 지지

죽음에 대한 불안을 좌우하는 하나의 요인으로 노인이 현재 거주하고 있는 환경을 생각해볼 수 있다. 예를 들면, 요양시설에 입소한 노인들은 대부분 신체적으로나 정신적으로 건강상태가 좋지 않고, 또 정서적 지지를 비롯하여 전반적으로 지지체계가 약한 상태에서 살아가게 된다. 결국 그들은 장애나 죽음, 죽

어가는 과정 등에 노출된 생활을 하고 있어서 죽음에 대한 불안감이 매우 심한 편이었다(Fortner & Neimeyer, 1999). 이스라엘 거주 아랍계 이슬람교 노인들의 조사에서도 요양시설 거주자는 지역사회 거주 노인보다 죽어가는 과정이나 죽음 자체에 대한 불안이 더 높았다(Azaiza et al., 2010). 그러나 요양시설에 입소한 노인환자들이 젊은이들보다 죽음에 대한 불안이 더 크다는 연구 또는 그들이 더 건강했을 때와 비교할 때 불안이 커졌다는 연구도 있지만, 그런 차이가 없다는 연구도 있다(Cicirelli, 2002a).

곧 요양시설의 입소 때문에 죽음의 불안이 달라진다고 말하기 어렵다. 이를 다른 관점에서 해석될 필요가 있다. 예를 들면, 요양시설에 거주하더라도 가족들로부터 정서적 지지를 잘 받는 노인들은 불안이 높지 않았다. 노인이 건강상태가 악화될 경우 자신을 지지해줄 가족이 없다면 요양시설에 입소해서 지낼 가능성이 더 높다. 실제로 요양시설 거주 노인이 지역사회 거주 노인보다 자녀나 가족들의 수가 더 적었는데, 이로 인하여 가족의 지지를 덜 받게 되는 것이었다. 곧 가족의 지지와 같은 사회적 지지는 노인이 시설기관에 입소했더라도 죽음에 대한 불안을 완충시켜주는 역할을 한다(Azaiza et al., 2010).

요양시설이 아니라 병원에 입원한 상태의 환자도 가족의 지지를 제대로 받는지, 아니면 가족이 있는 곳에서 치료를 하는지에 따라서 죽음의 불안이 좌우되기도 한다. 말기 암환자를 간호하는 가족들을 면담한 바에 의하면, 일반병동이나 중환자실에 입원한 상태에서 사망한 노인환자가 호스피스(hospice) 서비스

를 받았든지 그렇지 않았든지 상관없이 자신의 집에서 사망한 환자보다 죽음에 임박했던 시기의 삶의 질이 훨씬 더 좋지 않았다고 보고할 정도다. 노인환자가 사망하기 직전 신체적인 고통으로 더 힘들어했고, 정서적으로도 더 심한 스트레스 상태였다고 한다. 역시 가족도 환자가 집에서 사망했을 때 불안이나 우울, 슬픔, 외상 후 스트레스 장애 등 사별 경험에 따른 후유증이 더 약한 편이었다고 한다(Wright et al., 2010).

7. 직업

생명을 위협하는 사건에 노출되면 죽음에 대한 불안이 증가하고, 이로 인하여 외상 후 스트레스 장애가 생기면 그 불안이 더 높아지게 된다(Iverach et al., 2014). 죽음에 자주 노출될 수밖에 없는 직업에 종사하는 사람들이 적지 않다. 사고 장면에서 직무를 수행하는 구조나 구급, 소방대원, 범죄나 사고 등에 관여하는 검찰이나 경찰관, 환자를 상대하는 의사나 간호사, 간병인 등 병원이나 요양시설 종사자, 장례업종에 종사하는 사람, 사별을 경험한 사람을 상담하는 사람 등 매우 다양하다. 그들도 죽음에 관련된 특별한 교육을 받지 않고 직무에 종사했다면 시신이나 죽어가는 과정을 처음 접했을 때에는 외상 후 스트레스 장애를 경험할 가능성이 낮지 않다. 그렇다면 경륜이 쌓이게 되면 자연스럽게 죽음에 대한 불안이 감소하게 되는가? 그럴 가능성도 있지만, 그렇지 못할 수도 있다.

실제로 장기요양시설에 근무하는 젊은 직원들을 상대로 조사한 바에 의하면, 타인의

죽어가는 과정을 자주 경험했던 직원들이 죽음에 대한 두려움을 더 심하게 느꼈다는 연구결과가 있다(Robbins, Lloyd, Carpenter, & Bender, 1992). 바로 죽음이나 죽음의 과정에 대한 교육을 받지 못했을 경우에는 타인의 죽음에 대한 대처를 제대로 하기가 쉽지 않다. 장례 서비스를 공부하는 학생들은 교육과 같은 간접 경험 때문에 일반 학생들보다 죽음의 불안이 더 낮으며, 죽음을 더 쉽게 수용하게 된다(Bassett & Dabbs, 2003). 또 장례 서비스 업종에 종사한 사람들을 조사한 바에 의하면, 나이가 더 많을수록 타인의 죽음에 더 많이 노출된 경륜 때문에 죽음의 불안이 더 낮게 나타났다(Harrawood et al., 2008).

간호사를 대상으로 죽음에 대한 불안을 조사했던 여러 문화권의 연구들을 개관한 바에 의하면, 간호사들은 직업적으로 죽어가는 과정이나 죽음을 자주 경험하게 된다. 젊은 간호사들은 경험 부족 등으로 정서적 돌봄 서비스 등에서 기술이 경력자보다 부족한 탓에 스트레스나 탈진의 위험 상태에서 일하기도 하지만, 경험의 축적과 함께 죽어가는 과정에 있는 환자들을 더 긍정적인 태도를 갖고 대하게 된다. 그러므로 경륜이 쌓이기를 기다리기보다도 사전 교육을 받도록 해주어야 간호사 본인도 간호장면에서 스트레스를 덜 받게 되며, 환자나 가족들과 교류할 때 더 나은 돌봄 서비스를 제공할 수 있다. 말기 환자를 대상으로 하는 완화치료(palliative care)에 관한 전문 교육을 받은 호스피스 병동 근무 간호사들은 그와 같은 교육을 제대로 받지 않고 중환자실에 근무하는 간호사들에 비해 죽음의 대한 불안이 현저히 낮고, 죽음이나 죽어가는

과정에 대한 애기도 쉽게 할 수 있었다(Peters et al., 2013).

IV. 노년기 죽음의 불안에 대한 대처

죽음의 불안은 발달 단계에 따라서 다르게 표현된다. 어린 시절 부모와의 관계에서 분리 불안(separation anxiety)이 심했거나 회피형 애착(avoidant attachment)을 형성한 자들은 성년기에도 죽음이나 삶에 대한 관점이 훨씬 더 냉소적이거나 부정적이다. 정체성 위기를 경험하는 대학생 시기에 자아 정체성 형성에 대한 불확실성이 높은 학생들이 불안에 대한 두려움이 더 심하다. 중년기와 노년기에서는 삶의 만족도나 의미, 목적 등을 지각하는 자들이 그렇지 못한 자들보다 불안이 더 낮은 편이다(Lehto & Stein, 2009). 또 대다수가 젊은 시절에 비해서 생의 후반기에 접어들수록 죽음을 더 쉽게 수용하는 편이지만, 그 시기에 와서도 자신의 죽음을 부정하는 등 자신이 죽게 된다는 것에 대한 슬픔이나 두려움이 심한 사람도 적지 않다(Carr, 2012). 특히 노인들이 죽음을 맞이하는 과정에서 지지가 부족하거나, 죽음의 과정을 부적절하게 조절 또는 대처하게 되면 죽음에 대한 불안이 커지게 된다(Cicirelli, 2002a). 그렇다면 개인이 평소에 죽음의 불안을 관리하는 방안 그리고 죽음의 불안이 심한 노인들을 대상으로 불안을 경감시켜주는 방안을 살펴보자.

1. 죽음의 불안 관리

평소 죽음을 생각하면 두렵고 일상생활에 방해가 되므로 그 불안을 부정·억압하면서 살아가는데, 이러한 삶이 바로 일종의 적응기제이다(Lehto & Stein, 2009). 죽음의 불안을 어떻게 대처하고 살아가는지를 설명해주는 가장 영향력 있는 이론은 바로 공포관리이론(terror management theory)이다. 이 이론에 의하면, 죽음을 정신이나 영혼, 신체 등을 모두 소멸·파괴시켜 더 이상 자신의 존재를 없애 버리는 위협이나 공포로 여긴다. 그렇기 때문에 죽음은 불안과 연결되어 있다. 그러나 사람들은 죽음의 불안을 완충시키기 위해 여러 가지 노력을 하는데, 기본적으로 죽음에 관련된 생각이 나지 않는 생활을 하려고 노력한다. 모든 인간이 본능적으로 생존을 원함과 동시에 불가피하게 사망한다는 사실도 알고 있기 때문에 그런 노력을 한다고 설명한다. 죽음을 생각나게 하는 것들을 억압할 수단이 없으면 죽음의 불안이 커지므로 억압상태의 지속적 유지에 도움이 되는 것들을 찾는다. 예를 들면, 종교적 믿음, 사회적 지지의 지각, 긍정적인 자긍심을 유지하는 노력(예, 건강관리) 등인데, 이들은 실존하는 불안으로부터 자신을 보호·방어하기 위해 자신의 존재를 의미가 있고 영원한 것으로 만드는 노력이다. 실제로 종교적 믿음이 두터운 노인, 사회적 지지를 더 많이 지각한 노인, 생성감(generativity)이 높거나 건강상태가 좋아서 자긍심이 높은 노인, 사회경제적 지위가 높은 노인 등은 소멸의 두려움이 더 낮은 편이다(Cicirelli 2002b; Iverach et al., 2014).

외모는 사람의 나이를 가장 쉽게 짐작할 수 있는 수단 중의 하나이다. 대중매체에서는 젊음만이 강하고, 아름답고, 성적으로 매력이 있고, 인지적이라고 강조하는 반면, 나이가 들면 사회적 역할을 제대로 할 수 있는 정체성이 부족함을 은근히 강조한다. 그렇기 때문에 노인들은 늙어 보이는 것에 대한 두려움을 지니는데, 이는 바로 죽음에 대한 두려움과 직결된다. 곧 자신이 또래보다 더 나이가 들어 보인다고 느끼는 사람이 죽음에 대한 두려움이 더 높다. 공포관리이론에 의하면, 건강관리를 잘 하는 것은 나이를 더 젊어 보이게 하는 것이기에 죽음을 생각나지 않게 하는 방법에 속한다. 노인이 스스로 나이가 들어 보인다고 느끼는 것을 두려워하는 이유도 노화 상태와 죽음을 동격으로 이해하기 때문이라고 설명한다. 그러한 두려움을 감소시키는 방안의 하나는 자연의 이치에 의해서 나타나는 노화과정을 제대로 이해시키는 것으로 건강을 위한 식생활, 운동, 퇴직 이후에 대한 준비를 하는 것 등이다(Chonody & Teater, 2016; DePaola, Griffin, Young, & Neimeyer, 2003).

죽음에 대한 두려움이나 노화에 대한 두려움은 모두 심리적으로 불편함도 초래하며, 이들은 역시 노인에 대한 부정적 태도, 곧 노인에 대한 차별(ageism)하고도 관련된다. 노인에 대한 차별은 젊은이들뿐만 아니라 노인들에게도 나타난다. 예를 들면, 건강한 상태의 노인은 동일한 연령대의 병약한 자와 비교하면서 우월감을 지닌다. 노인에 대한 차별을 줄이려면 죽음에 대한 불안 및 노화에 대한 불안이 모두 줄어들어야 한다. 죽음에 대한 두려움은 낮더라도 노화에 대한 두려움이 높은 사람도

노인에 대한 차별의식이 강하며, 노화에 대한 두려움은 낮더라도 죽음에 대한 두려움이 높은 사람도 노인에 대한 차별의식이 강한 편이다(Bodner et al., 2015; Depaola et al., 2003).

특히 남성 노인들의 경우 노화가 죽음의 불안에 관련되는 것을 발기상태 여부에서도 찾아볼 수 있다. 서구에서는 적어도 19세기 말부터 20세기 중반까지 남성의 발기상태를 남성성(masculinity)이나 노화와 관련시켰다. 노화로 인해 발기부전을 경험한다고 이해했기에 노년기에 성행위를 할 수 있는 것을 성공적인 노화로 여겼다. 20세기 후반에는 상업적으로 노년기의 성행위를 성공이나 남성다움, 젊음과 연관시켜 발기부전치료제를 판매했으며, 노년기에도 성행위가 지속적으로 가능해야 젊음이 유지되면서 노화를 늦출 수 있는 것처럼 광고했다(Calasanti 등, 2005). 실제로 한국 노인을 상대로 한 연구에 의하면, 남성 노인들의 상당수가 발기상태 여부와 상관없이 성행위를 지속하지 못하면 더 빨리 몸이 약해지고 곧바로 죽음을 맞이한다는 식으로 이해하고 있었다. 곧 노년기에 접어든 남성들의 주된 걱정거리는 바로 발기능력을 언제까지 유지할 수 있겠는지 또 고령에도 성행위를 지속할 수 있는 여건이 갖추어지겠는지에 대한 것이었는데, 이는 죽음에 대한 두려움 때문에 생긴 걱정거리라고 할 수 있다(Youn, 2009).

2. 치료

지금까지 노인들의 죽음에 대한 불안이 여러 가지 요인들에 의해 좌우될 수 있음을 설명했다. 개인의 건강이나 가족관계, 사회경제

적 지위, 종교, 죽음에 대한 개인적 의미 등에 의해 그 불안이 다르며, 또 그러한 불안 상태도 특히 연령 증가에 따라 달라지기도 했다. 예를 들면, 죽음을 소멸로 인식하는 사람들도 적지 않은데, 80대 초반을 넘어선 노인들의 경우 나이가 들수록 죽음의 불안을 경감시키기 위해 그렇게 이해하는 경향이 감소했다(Cicirelli, 2002a). 역시 개인의 성격적인 요인에 의해서도 불안수준이 달라지는데, 일반적으로 성취 욕구가 낮거나 자아가 약한 노인, 자아실현(self-actualization)의 욕구가 낮은 노인은 그렇지 않는 노인보다 죽음에 대한 불안이 더 높았다(Gilliland & Templer, 1985).

지금까지의 살아온 삶을 회고하면서 긍정적으로 평가한 또는 자신의 삶에 대한 목적이나 의미를 찾은, 이를 Erikson의 용어로 표현할 때 자아 통합감(ego integrity)이 높은 노인들은 주관적인 안녕감도 높고 자신의 죽음도 더 쉽게 받아들이면서 두려움이 낮은 편이었다. 그런 사람들은 심지어 젊은 사람들과 비교해도 불안이 더 낮게 나타났다(Belsky, 1999; Fishman, 1992; Fortner & Neimeyer, 1999; van Hiel & Vansteenkiste, 2009). 그러나 연령이 증가해도 불안이 극도로 심하거나 정신장애를 지닌 노인의 경우에는 심리치료 등의 개입이 필요할 수 있다. 정신장애 및 죽음의 불안을 치료하는 기법들로 실존치료, 인지행동치료 등이 다양하게 응용되고 있다. 정신장애의 경우 기저에 있는 죽음의 불안이 치료되지 않은 상태에서는 성공적인 치료를 기대하기가 어렵다. 대다수 종류의 공포나 불안 증상이 심한 사람들도 공통적으로 죽음의 불안을 더 많이 지니고 있다. 그러므로 죽음의

불안 치료는 일상적인 불안이나 공포증상을 없애는 방법과 유사하게 접근할 수 있다(Iverach et al., 2014).

3. 사회적 대처

죽음의 불안을 경감시키기 위해서는 죽음을 예방하는 사회적 체제를 더욱 공고히 하는 방안을 생각해볼 수 있다. Kastenbaum(1995)은 불필요한 죽음이나 조기 사망으로부터 보호하는 기능을 강화시킬 때 사회 구성원들의 느끼는 죽음의 불안이 경감된다고 하면서 다음과 같은 다양한 방안을 제시했다. 첫째, 생명에 위협적인 상황을 미리 주의·회피하도록 경고해주는 시스템을 개발하고 이용하는 것이다. 그 예로 기상청 예보에 따라 산행을 피하도록 해주는 것을 들 수 있다. 둘째, 효율적인 안전 관련 체제의 개발이나 작동 및 안전요원의 훈련인데, 119 시스템이나 구조·구급대원의 훈련 등이 여기에 속한다. 셋째, 안전한 근로 및 생활환경을 제공하기 위한 법적 규제 및 건강에 해로운 상품의 판매에서도 유해성을 경고하는 것이다. 예를 들면, 음주운전에 대한 처벌을 강화하는 일이나 담배를 판매할 때 유해성 경고 문구를 의무적으로 부착시키는 일이다.

넷째, 생명을 위협하는 질환에 대한 예측이나 진단, 치료를 효과적으로 하는 일이며, 노약자를 대상으로 하는 무료 독감예방이나 대사성 질환의 예방에 관한 대책 등이 여기에 속한다. 다섯째, 질환이나 사고 등으로 죽어가는 개인들을 상대로 한 응급처치가 신속하게 이루어질 수 있는 체제를 발달시키는 것으로

심폐소생술 등 응급의료시스템 발전이나 이를 보급하는 일이 여기에 속한다. 여섯째, 죽음의 결정이나 시신의 처리에 관한 제도의 정비이다. 예를 들면, 뇌사와 같은 사망진단에 관한 기준을 의학적으로나 법적으로 분명하게 명시하는 것을 이른다. 또 사망했을 경우 화장이나 매장 등의 선택방법도 분명하게 명시해주는 것이다. 예를 들면, 가톨릭 전통에서는 교회의 오랜 전통에 의해 시신의 매장을 우선으로 하지만, 최근 육신의 부활을 부정하는 등 교리에 어긋나지 않는다면 화장도 허용한다는 점을 이른다.

일곱째, 사별 경험자를 돕는 일이다. 사별을 경험한 유족 대상의 상담과 치료 서비스 체계를 발전시키는 일인데, 배우자나 자녀, 또는 부모와 사별한 자를 대상으로 사별로 인한 슬픔을 이겨낼 수 있게 해줌과 동시에 사별 이후 적응능력을 상실하지 않도록 지지해주는 것이다(Hoyt & Larson, 2010). 여덟째, 사회적으로 인정받을 수 있는 살해행위를 토대로 사회를 보호하는 체계를 갖추는 일이다. 예를 들면, 경찰의 정당방어에 관련된 사망 사건, 도심지역의 주택가에 출현한 야생동물을 살육하는 행위 등을 사회 보호 차원에서 허용하는 일을 말한다. 아홉째, 죽음을 앞두고 있는 사람들을 위하여 돌봄(care) 서비스를 제공하면서 생의 마지막 단계의 삶의 질을 높여주는 일이다. 예를 들면, 말기 환자들 상대로 한 호스피스(hospice) 돌봄 서비스의 기준을 정립시키거나 서비스를 제공하는 인력을 양성하는 일이다.

그 밖에도 죽음에 자주 노출되는 직업에 종사하는 사람들을 위한 교육체제를 강화시키

는 일이다. 예를 들면, 간호사의 경우 죽음이 라는 현실을 병원 장면에서 자주 접하게 되므로 죽음의 불안을 대처하는 기술이나 경험들이 필요하다. 죽음에 관한 교육을 받지 않은 상태에서 간호실습을 경험한 학생들은 실습 경험을 하지 않는 학생들보다 죽음의 불안이 더 심한 편이다. 간호사들도 특별한 교육이 없어도 경험의 축적에 의해서 죽음의 불안이 낮아지기도 하지만, 죽음이나 죽어가는 과정에 대한 교육을 받은 간호사들은 불안이 더 낮다. 간호사들의 정서적인 서비스는 환자와의 치료적 관계 형성에 매우 중요하다. 죽음의 불안이 높은 간호사들은 환자 및 환자의 가족과 죽음에 관한 이야기하는 것을 싫어한다. 죽음에 관한 이야기를 할 때 어떻게 의사소통을 해야 하는지의 교육을 받은 간호사들은 환자나 환자의 가족들과 죽음에 관해서 논할 때 불편함을 덜 느낀다. 간호 교육과정에서 죽음의 불안의 중요성을 인식시킬 필요가 있다(Deffner & Bell, 2005; Peters et al., 2013).

참고문헌

- 통계청 (2015). **2014년 생명표: 전국 및 시도**. (통계청 인구동향과 보도자료, 2015. 12. 03.)
- 통계청 (2016). **2015년 사망원인 통계** (통계청 인구동향과 보도자료, 2016. 09. 27.)
- Azaiza, F., Ron, P., Shoham, M., & Gigini, I. (2010). Death and dying anxiety among elderly Arab muslims in Israel. *Death Studies*, 34, 351-364.

- Bassett, J., & Dabbs, J. (2003). Evaluating explicit and implicit death attitudes in funeral and university students. *Mortality*, 8(4), 352-371.
- Belsky, J. (1999). *The psychology of aging*. Brooks/ Cole Publishing Co.
- Bodner, E., Shira, A., Bergman, Y., Cohen-Fridel, S., & Grossman, E. (2015). The interaction between aging and death anxieties predicts ageism. *Personality and Individual Differences*, 86, 15-19.
- Calasanti, T., & King, N. (2005). Firming the floppy penis: Age, class, and gender relations in the lives of old men. *Men and Masculinities*, 8(1), 3-23.
- Carpenito-Moyet, L. (2008). *Handbook of nursing diagnosis*. Philadelphia: Lippincott, Williams and Wilkins.
- Carr, D. (2012). Death and dying in the contemporary United States: What are the psychological implications of anticipated death? *Social and Personality Psychology Compass*, 6(2), 184-195.
- Chonody, J., & Teater, B. (2016). Why do I dread looking old? A test of social identity theory, terror management theory, and the double standard of aging. *Journal of Women & Aging*, 28(2), 112-126.
- Cicirelli, V. (2002a). *Older adults' views on death*. New York: Springer.
- Cicirelli, V. (2002b). Fear of death in older adults: Predictions from terror management theory. *Journal of Gerontology: PSYCHOLOGICAL SCIENCES*, 57B (4), P358-366.
- Cicirelli, V. (2006). Fear of death in mid-old age. *Journal of Gerontology*, 61, 75-81.
- Deffner, J., & Bell, S. (2005). Nurses' death anxiety, comfort level during communication with patients and families regarding death, and exposure to communication education: A quantitative study. *Journal for Nurses in Staff Development*, 21, 19-23.
- DePaola, S., Griffin, M., Young, J., & Neimeyer, R. (2003). Death anxiety and attitudes towards the elderly among older adults: The role of gender and ethnicity. *Death Studies*, 27, 335-354.
- Fishman, S. (1992). Relationships among an older adult's life review, ego integrity, and death anxiety. *International Psychogeriatrics*, 4(4), 267-277.
- Fortner, B., & Neimeyer, R. (1999). Death anxiety in older adults: A quantitative review. *Death Studies*, 23(5), 387-411.
- Gesser, G., Wong, P., & Reker, G. (1988). Death attitudes across the life-span: The development and validation of the death attitude profile (DAP). *Omega: Journal of Death and Dying*, 18(2), 113-128.
- Gilliland, J. C., & Templer, D. I. (1985). Relationship of death anxiety scale factors to subjective states. *Omega: Journal of Death & Dying*, 16, 155-167.
- Harding, S., Flannelly, K., Weaver, A., & Costa, K. (2005). The influence of religion

- on death anxiety and death acceptance. *Mental Health, Religion & Culture*, 8(4), 253-261.
- Harrawood, L., White, L., & Benshoff, J. (2008). Death anxiety in a national sample of United States funeral directors and its relationship with death exposure, age, and sex. *Omega: Journal of Death & Dying*, 58(2), 129-146.
- Hoelter, J. (1979). Multidimensional treatment of fear of death. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47, 996-999.
- Hoyt, W., & Larson, D. (2010). What have we learned from research on grief counselling? A response to Schut and Neimeyer. *Bereavement Care*, 29(1), 10-13.
- Iverach, L., Menzies, R., & Menzies, R. (2014). Death anxiety and its role in psychopathology: Reviewing the status of a transdiagnostic construct. *Clinical Psychology Review*, 34(7), 580-593.
- Johnson, C., & Barer, B. (1997). *Life beyond 85 years: The aura of survivorship*. New York: Springer.
- Kastenbaum, R. (1995). *Death, society, and human experience* (5th ed.). Boston: Allyn & Bacon.
- Krause, N. (2015). Trust in God, forgiveness by God, and death anxiety. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, 72(1), 20-41.
- Lehto, R., & Stein, K. (2009). Death anxiety: An analysis of an evolving concept. *Research and Theory for Nursing Practice: An International Journal*, 23(1), 23-31.
- Lester, D. (1990). The Collett-Lester fear of death scale: The original version and a revision. *Death Studies*, 14(5), 451-468.
- Madnawat, A., & Kachhawa, P. (2007). Age, gender, and living circumstances: Discriminating older adults on death anxiety. *Death Studies*, 31(8), 763-769.
- Mathers, C., Sadana, R., Salomon, J., Murray, C., & Lopez, A. (2001). Healthy life expectancy in 191 countries, 1999. *The Lancet*, 357 (9269), 1685-1691.
- Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M., & Swanson, E. (2008). *Nursing outcomes classification*. St. Louis, MO: Mosby Elsevier.
- Perenboom, R., van Herten, L., Boshuizen, H., & van den Bos, G. (2004). Trends in disability-free life expectancy. *Disability and rehabilitation*, 26(7), 377-386.
- Peters, L., Cant, R., Payne, S., O'Connor, M., McDermott, F., Hood, K., Morphet, H., & Shimoinaba, K. (2013). How death anxiety impacts nurses' caring for patients at the end of life: A review of literature. *Open Nursing Journal*, 7, 14-21.
- Robbins, I., Lloyd, C., Carpenter, S., & Bender, M. P. (1992). Staff anxieties about death in residential settings for elderly people. *Journal of Advanced Nursing*, 17, 548-553.
- Templer, D. (1970). The construction and validation of a death anxiety scale. *Journal of General Psychology*, 82(2), 165-177.

- Thorson, J., & Powell, F. (1992). A revised death anxiety scale. *Death Studies*, 16(6), 507-521.
 - Thorson, J., & Powell, F. (Eds.) (2000). *Death attitudes and the older adults: Theories, concepts and applications*. Series in death, dying, and bereavement (pp. 123-136). New York: Brunner-Routledge.
 - Tomer, A. (2000). *Death attitudes and the older adult: Theories, concepts, and application* (Ed.). Philadelphia, PA: Taylor & Francis.
 - van Hiel, A., & Vansteenkiste, M. (2009). Ambitions fulfilled? The effects of intrinsic and extrinsic goal attainment on older adults' ego-integrity and death attitudes. *International Journal of Aging and Human Development*, 68, 27-51.
 - WHO (2014). *Preventing suicide: A global imperative*. Geneva: World Health Organization.
 - Wink, P., & Scott, J. (2005). Does religiousness buffer against the fear of death and dying in late adulthood? Findings from a longitudinal study. *Journal of Gerontology: PSYCHOLOGICAL SCIENCES*, 60B (4), P207-214.
 - Wong, P., Reker, G., & Gesser, G. (1994). Death Attitude Profile-Revised: A multidimensional measure of attitudes toward death. In R. Neimeyer (Ed.), *Death anxiety handbook: Research, instrumentation, and application* (pp. 121-148). Washington, DC: Taylor & Francis.
 - Wright, A., Keating, N., Balboni, T., Matulonis, U., Block, S., & Prigerson, H. (2010). Place of death: Correlations with quality of life of patients with cancer and predictors of bereaved caregivers' mental health. *Journal of Clinical Oncology*, 28(29), 4457-4464.
 - Youn, G. (2009). Marital and sexual conflicts in elderly Korean people. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 35(3), 230-238.
- 원고접수일: 2016. 08. 16.
수정원고접수일: 2016. 09. 20.
원고게재승인일: 2016. 10. 05.