

대도시에 거주하는 한국인 성인의 죽음정위

김순자* · 길숙영** · 박창승*

I. 서 론

1. 연구의 필요성, 의의 및 목적

우리 나라의 평균수명은 74.7세로(통계청, 1997) 인구의 만성 심혈관 및 퇴행성 건강문제가 증가된 고령화 사회를 눈앞에 둔 시점에 왔으며, 또한 급속한 산업화 과정은 30-40대 조기사(早期死 premature death)의 요인을 증가시키고 있다(한상태, 1992; 신영수, 1996).

치료중심의 현대의료는 생명의 연장을 의료의 최상의 목표와 가치로, 죽음을 의료의 실패로 간주하는 추세이다. 이러한 경향은 의료인들로 하여금 환자와의 보다 많은 접촉과 대화를 통하여 환자의 신체적 및 정신적인 고통에 대하여 경청하고 이에 관심을 경주해야 하는 전통의료를 낮게 평가하였다. 뿐만 아니라 이에서 탈피하고 회생이 불투명한 상태의 환자에게도 고도의 의과학/의공학의 기술을 총동원하여 연명시술을 개발하고 이를 시도하는데 도취되기에 이르렀다(Doyle, 1996). 이러한 의료 사회적인 상황이 의료인들로 하여금 불치의 환자를 향하여 “의료인이 도울 수 있는 일은 없다”라는 선언 뿐 환자나 그 가족과 죽음에

대하여 논의하는 것을 회피하는 경향을 낳게 하였다. 그러나 Dame Cisley Saunders는 이때야말로 의료인이 환자를 위하여 할 일이 많고 그 일은 대단히 중요한 일들이라고 하였다(Maddock, 1996).

Devich 등(1990)은 위기상태의 질병이나 임종의 과정은 극히 개별화된 경험으로서 개인의 가치관, 종교, 문화 등의 영향을 받기 때문에 병원 중환자실 등 획일적인 간호보다는 임종자나 환자의 개별성이 인정되는 융통성 있는, 전인 간호가 요구된다고 지적하고 있다. 의료요원들이 연구와 실무에서 죽음에 대한 논의를 회피함으로써 기인된 임종자나 그 가족의 과장된 정서적 경험은 그들로 하여금 죽음에 대한 부정적 정위(negative death orientation)를 갖게 한다. 죽음을 삶의 부분으로 적극 수용하는 새로운 정위로의 발전을 위하여 죽음에 대한 사람들의 주관적인 견해를 알아보고 각각 고유하고 다양한 주관성들의 유형을 식별하는 것은 인간을 보다 깊이 이해하고 죽음을 맞는 사람을 돕는데 필요하다.

우리 나라 주생산 계층인 4, 50대 사망률이 1위라는 것을 감안한다면 그들은 갑작스럽게 그들의 죽음을 맞을 뿐이고, 그들 가족도 죽음에 대한 준비가 거의 없다. 이러한 상태에서 성인을 대상으

* 고려대학교 간호학과

** 포천 중문의대 간호학과

로 한 죽음이 갖는 의미, 죽음의 정위에 대한 연구는 전무한 상태이다.

죽음에 대한 정위가 사후세계에 대한 개인적 신념, 장례절차에 대한 의견, 뇌사상태에 대한 의견, 신체장기제공에 대한 의견을 담고 있는 포괄적인 개념이며 동시에 삶의 한 형태를 지속적으로 지배하는 개념임을 고려해볼 때, 아무도 답을 제공할 수 없는 극적인 상태인 성인의 죽음에 대한 주관성을 밝히는 것은 주요한 자료가 될 수 있다. 또한 이에 따라 어느 유형에게 그 부분을 받아들이게 하는 것이 바람직한지를 식별할 수 있기 때문에 우리 나라의 현상에서는 신체장기제공에 대한 연구에 실제적으로 기여하리라 본다.

본 연구는 사회적인 여론을 주도(opinion leader)하는 계층인 성인을 대상으로 하여 첫째로 죽음정위 즉 죽음에 대한 의견, 견해, 의미 등을 식별하고, 둘째로 이를 유형화하며, 셋째로 그 유형별 특성과 영향요인을 밝힘으로써 호스피스 간호와 죽음에 대한 교육에 유용한 자료를 제공하기 위하여 시도되었다.

II. 연구배경 및 연구동향

1. 연구의 배경

죽음은 생명체의 속성인 생명현상(life phenomena, 생명과정, life process)이 정지되어 비가역적이 된 생의학적인 상태(bio-medical state)라고 정의되며(Kastenbaum, 1986; 문국진, 1989; 한국가톨릭의사협회편, 1984), 모든 생명체에게 반드시 나타나므로 인간에게는 보편적이며 필연적인 현상이다. 한 생명체를 이루고 있는 모든 세포의 생명현상은 일시에 정지되는 것이 아니며, 특히 사람과 같은 고등동물의 경우 그 과정은 더욱 복잡이어서 삶과 죽음 사이의 경계를 명확하게 구분하기가 어렵다(한국가톨릭의사협회편, 1984). 이에 사람의 죽음을 판정하기 위한 엄밀하고 객관적인 기준의 필요성이 대두되고 있으며 최근 장기이식요구의 증가와 함께 뇌사(brain death)를 개체의 죽음(somatic death)으로 인정하려는 실용주의적

인 죽음의 판정기준이 대두되고 있다.

죽음에 대한 의미는 다양하며 이는 시대적 및 문화적 요인에 의하여 영향을 받는다. 원시적인 죽음관에 의하면 사람이 죽는 것은 원수나 악령과 같은 외부적인 힘의 작용으로 인하여 어쩔 수 없이 당하는 사건이며, 사람은 죽어도 절대적인 '무'로 되는 것은 아니고 새로운 질서으로 옮겨 갈 따름이다. 따라서 죽음은 모든 사람에게 평등한 것이 아니어서 높은 신분이나 사회적 지위를 가진 사람의 죽음과정과 장례절차가 장엄한 의식에 따라 치러지도록 하는 것은 살아 남은 사람들의 중요한 의무이며 이를 소홀히 하면 재앙이 닥친다고 믿는다(정동호, 이인석, 김광운, 1987).

유교는 사람의 지각은 정신(精神), 죽은 후 그 정신은 귀신(鬼神)이며, 사람의 귀신은 영혼이라 하여 기(氣)가 영긴 것으로 보았다. 이정용(1980)은 혼(魂, animus)과 백(魄, anima)은 각각 양기와 음기의 산물이라 하였고, 배영기(1990)는 혼, 백, 육이 조화상태를 이룰 때 사람은 살아 있고 이 세 요소의 분리상태를 '죽음'이라 하였다. 기는 영기기도 하지만 발산하는 것이므로 인간의 영혼은 무시무종(無始無終), 즉, 불멸일 수는 없다(배영기, 1992)는 것이 유교의 내세관이라고 할 수 있다.

동양의 종교, 특히 불교는 사람의 생물학적인 삶과 죽음을 구분하지 않았다. 불교는 영혼이 죽은 사람의 몸을 떠나 7일 또는 49일 동안 중유신(仲有身)에 머문 다음 후 생의 몸을 다시 받는다고 믿는다(배영기, 1992). 사람의 인생에서 가장 충격적인 경험은 출생과정에서 거치며 출생 못지 않은 충격적인 경험이 죽음의 순간부터 시작된다. 인성이 다양한 만큼이나 다양한 삶의 경험처럼 죽음의 경험도 다양하다(이정용, 1980). 죽은 후 제1단계(Chikhai Bardo), 즉, 죽는 순간 빛을 의식하면 그 빛과 연합하여 소위 열반에 들어간다. 열반에 들어가지 못하면 49일간 49곳을 거치는 여행을 하며 갖가지 경험을 하게 된다. 사후 제2단계(Choenyid Bardo)에서 갖가지 환상을 경험하며 진노의 신과 평화의 신을 통과한다. 이 모든 환상들은 죽는 사람의 마음의 산물이다. 죽음에 임한

사람의 대뇌는 그 생명활동을 정지하고 대뇌세포 물질의 분해과정을 통하여 비상한 환상을 창조해 내는데 이로써 사람은 죽은 후에야 자신의 진정한 모습을 보게 된다. 이 모습은 자신의 초자아의 가시적인 모습이며 최후의 심판은 이 초자아와 잠재 의식이 죽은 사람의 정신과 급격히 마주치는 것이라고 설명한다. 사람은 죽은 상태로 영원히 머물 수 없다. 제3단계(Sidpa Bardo)가 되면 육구체를 소유하게 되고, 이 순간 자신의 물질적인 형태를 상상하기에 이르며 결국 재 성육신 하게 된다(이정용, 1980).

신현(神顯)의 문화로 통칭되는 서구문화의 바탕을 이룬 크리스티교는 사람이 죽으면 육체는 일단 없어지지만 그 영혼은 최후의 심판의 날을 기다린다. 따라서 사람의 '참 죽음'은 이 최후의 심판 뒤에 오는 것이기 때문에 육체의 죽음은 이 심판의 날을 '누어서 기다리는' 휴식을 의미하는 것이다. 이 육체의 죽음은 신의 의지에 따른 인간의 운명임을 자각하고 살아 있는 동안 끊임없이 천국에 갈 준비를 하여야 한다고 믿는다(배영기, 1992). 시신을 묻는 것은 흙에서 왔다가 흙으로 돌아가는 인생의 덧없음을 인정하는 것이고, 사후나 최후의 심판날에도 이 시체에는 어떤 일도 일어나지 않는다고 믿기 때문에 사후의 검시나 장기증여에 서슴없이 응할 수 있다(배영기, 1992). 이렇듯 서구종교는 사람이 신체와 영혼의 이원적인 존재인 고로 사람에게 일어나는 죽음 역시 '생물학적인' 죽음과 '영혼'의 영원한 참 죽음으로 이원화한다.

사람의 죽음은 기체가 멈추듯 순간에 일어나는 것이 아니고 시간요인과 관련되는 일련의 과정을 거친다(Kastenbaum, 1986). 사람은 불치의 병 등에 의하여 생물학적인 죽음이 자신에게 다가오는 것을 예측하게 되면 자신에게 가장 귀중한 생명을 잃는 것에 대하여 깊이 애도하는 일련의 과정을 거친다고 한다. Kübler-Ross는 입원중인 말기환자 200명을 관찰하고 면담한 결과에 기초하여 자신의 죽음에 대한 두드러진 정서 즉 부정, 분노, 협상, 우울, 수용 등의 위격적인 경험(an intrapersonal, interpersonal experience)의 과

정을 거친다는 임종의 단계이론(Stages of Dying Theory)을 개발하였다(Kübler-Ross, 1970). Kübler-Ross(1970)의 임종단계이론은 Shultz와 Anderman(1974), Hinton(1975), Metzger(1979), Cowan과 Murphy(1985) 및 Murphy(1988) 등에 의하여 이 이론을 뒷받침할 경험적 증거가 불충분하다는 비판을 받고 있다. 또한 Kastenbaum, Peyton, Kastenbaum(1977), Schneiderman(1980) 및 Kastenbaum(1982)은 개념적 틀과 연구방법의 적합성과 결합에 대한 비판 없이 임종단계이론을 받아들이는데 대하여 비판하고 있다. 그러나 Kübler-Ross는 삶에서 죽음으로의 변이(transition)가 표준인간(standard man)에게 일어나는 객관적이고 생의학적인 현상인 동시에 고유한 인간(unique man)에게 일어나는 개별적이고 복합적인 여러 단계를 거치는 사건이라는 관점을 부각시킴으로써 임종을 맞는 사람 자신의 내면적(intra-personal) 과정에도 관심을 불러일으키는데 기여하였다.

임종(dying)의 과정은 죽어 가는 사람 자신이 불치의 상태를 알게 되는 순간부터, 혹은 죽는 사람의 가족과 친지가 죽음을 받아들이는 순간부터, 또는 생명보존(life-preserving)을 위한 시술을 중단하기 시작하는 순간부터 시작(onset)된다. 임종이 시작되어 죽음에 이르기까지의 과정은 사람마다 고유하다. Kastenbaum(1986)은 이 과정을 임종궤도(dying trajectory)로서 개념화하였고 이는 죽음의 양태(shape)와 죽음에 이르기까지의 시간(duration)에 따라 독특한 세 가지 궤도 즉 장기궤도(the Lingering Trajectory), 기대된 속결궤도(the Expected Quick Trajectory) 및 불의의 속결궤도(the Unexpected Quick Trajectory)로 요약하였다.

사람이 죽은 후 장·상 의식(葬·喪 儀式), 즉 시신에 대한 조치, 장례 및 제의는 민족, 종교, 지방의 민속 및 시대에 따라서 독특한 형식으로 행하여지고 있다. 한민족은 '생명의 종식', 즉, 단순한 현상에 지나지 않는 사람의 죽음을 엄격한 규례에 따라 체계화된 의식으로 승화하여 문화체계를 이루었다. 이는 오랜 기간의 역사를 통하여 한

민족의 공통되는 관습을 이루어 내려 왔기 때문에 현대에 와서 의식적 및 제도적으로 간소화되기는 하였으나 많은 사람에 의하여 지켜지는 중요한 가치를 이룬다. 문화권에 따라 차이는 있으나 사람의 죽음과 관련되는 의식과 그에 따른 사회적인 절차는 임종과정(pre-mortem preparations)의 죽어 가는 사람과 임종직후(immediate post-mortem activities)의 죽은 사람을 돌보는 일, 시신에 대한 조치에 대비하는 일(preparation for burial or cremation), 장례의식(funeral service), 기념화 의식(memorialising the deceased) 및 살아남은 사람들의 새로운 삶 의식(starting the process of continuing and renewing life) 등으로 구성되며, 사람의 죽음이 법적 행정적으로 사실화(fact) 됨으로서 모든 절차는 끝난다(Kastenbaum, 1986).

2. 죽음 연구 동향

김순자 등(1991)이 1967년부터 1989년까지 23년간에 걸쳐 건강관련 학술지에 발표된 연구보고서를 조사한 결과 죽음관련 연구는 간호학계의 44편(4,491편의 0.98%)과 의학계의 316편(61,517편의 0.51%)으로서 극히 저조하였다. 이와 같이 저조한 연구 경향은 삶이 가장 가치 있는 것인 사회에서 죽어 가는 자와 죽은 자는 도태된 존재라는 의식과 도태된 것은 패배를 의미하며, 특히 의료대상자의 죽음은 진단과 치료과정의 실패를 의미하기 때문인 것으로 해석된다. 이 기간에 발표된 360편의 죽음관련 연구 보고서 중 종설 등을 제외한 253편이 경험적 연구였고, 그 중에 죽은 사람을 대상으로 한 연구가 176편(253편의 69.57%)에 이르렀다. 연구의 주제는 사인 분석, 사인별 통계, 사망의 양태분석 또는 임상적 고찰, 자살, 돌연사 및 익사 등이었다. 이들 연구의 기본 가정은 인간이 생물학적인 존재이고, 그 생명은 기계론에 의하여 설명되는 현상이며, 따라서 인간의 죽음은 특정한 원인(antecedents)에 의한 결과로써 객관화될 수 있는 생물학적인 현상이며 상태(state)인 것으로 요약된다.

살아 있는 사람을 대상으로 하여 그 주관성을 바탕으로 한 연구는 50여 편에 지나지 않았다(김순자 외, 1992). 죽음에 대한 태도 연구는 유계주(1974)에 의하여 Schneidman(1970)이 개발한 자가보고도구(Death Attitude Questionnaire)가 이용된 이래 이를 그대로 이용하였거나 연구자들이 제작한 이와 유사한 설문지를 이용한 연구가 대부분이었다(김순자 외, 1992). 죽음의 주관적인 의미에 대한 연구는 단어연상법(word association)을 이용한 연구(권혜진, 1980; 권혜진, 이소우, 1983; 이길홍, 권혜진 외, 1983; 박광식, 이길홍 외, 1984)와 Q-분류법을 이용한 연구(이효경, 김광일, 1985)로 극소수가 있다. 이는 외국의 죽음연구가 여러 계층의 사람들을 대상으로 하여 죽음에 관한 일반적인 태도(Scheidman, 1970), 죽음공포와 불안(Collet et al., 1969; Feifel, 1979), 죽음불안에 대한 대처방법(Callinan, 1990; Dattel, 1990; Neimeyer, 1990; Glass, 1990), 애도과정(Bugen, 1977; Owen, 1982; Cowen et al., 1985; Gass et al., 1989), 임종환자의 간호(Kastenbaum, 1982; Lev, 1986; Dugan et al. 1987; Devich et al., 1990), 뿐만 아니라 죽음에 대한 의미(McDonald et al., 1986; Thorson, 1988)와 가족의 죽음에 대한 의미(Moss, 1988; Hogan et al., 1990) 등의 다양한 주제로 연구되어 왔던 것과 대조적이다.

1990년대에 이르러 이수정(1992)이 Collett와 Lester가 개발한 도구(FODS, Fear of Death Scale)를 이용하여 말기 환자 가족의 죽음에 대한 공포를 측정하였는데, 자신의 죽음에 대한 공포, 타인의 죽음에 대한 공포, 자신의 죽어 가는 과정에 대한 공포 및 타인이 죽어 가는 과정에 대한 공포 등 4가지 영역 모두에서 공포 수준이 높고 일반환자의 가족에 비하여 유의하게 높았다. 박은경(1996)은 한국인을 대상으로 죽음 불안 측정도구를 개발하였는데, 죽음 불안 측정도구의 구성요인은 죽음의 본질과 관련되는 관념적인 불안, 고립에 대한 불안, 타인에 대한 염려, 사후의 불확실성과 관련되는 불안, 능력 상실에 대한 불안, 존재의 소멸과 관련된 불안 및 죽음의 장소와 죽

음의 방법에 대한 불안 등 7개 불안 요인으로 밝혀졌다. 박효미(1992)는 간호사를 대상으로, 최복희(1995)는 한국인 성인을 대상으로 하여 연명치료중단과 장기적출에 대한 태도를 조사하였다. 간호사들은 연명치료 중단에 대한 동의 정도에는 중립적이며, 장기적출에 대하여는 약간 동의하는 것으로 박효미(1992)에 의하여 밝혀졌다. 한국인 성인은 연명치료 중단에는 본인과 부모의 경우 대체로 동의하고 배우자와 자녀의 경우 동의하지 않는 것으로 최복희(1995)는 밝히고 장기적출에 대하여도 본인의 경우 동의하였으나 배우자의 경우 동의하지 않았고 부모와 자녀의 경우 매우 동의하지 않은 것으로 나타났다. 길숙영(1993)은 서울시내 중·고등학교 교사를 대상으로 김순자(1994)의 Q-진술문(Korean Death Orientation Questionnaire)을 이용하여 죽음에 대한 태도를 조사하였다. 박석춘(1991)은 호스피스 자원봉사자를 대상으로 한 죽음의식 조사를 통하여 이들의 내세에 대한 높은 관심과 함께 죽음에 대한 불안과 염려는 아주 낮음을 밝혔다.

김순자(1994)는 한민족 노인을 대상으로, 박창승(1996)은 암환자의 가족을 대상으로 김순자(1994)의 Q-진술문을 이용하여 죽음에 대한 태도를 유형화하였다. 한 민족 노인 77명의 P-표본과 65개 Q-진술문을 대상으로 한 김순자(1994)의 연구를 통해 7개의 고유한 죽음정위로 유형화되었다. 7개의 죽음정위 유형에 12명, 15명, 9명, 16명, 5명, 7명, 12명의 P-표본이 분류되었고 1명은 어느 유형에도 분류되지 않아 죽음정위의 다양성과 고유성이 나타났다. 직계 가족이 종합병원에 입원 중인 암환자 가족 45명을 P-표본으로 한 박창승(1996)의 연구에서는 3개의 죽음정위: 운명수용형, 현실대처형 및 내세지향형으로 유형화되었다.

III. 연구내용 및 방법

1. 연구 개념의 속성과 연구방법 선택 근거

죽음정위(定位)

죽음은 생명현상이 정지되어 비가역적이 된 상태(a state)로서 모든 생명체의 종말에 나타나는 객관적 현상이며, 사람은 개별적이고 주관적인 경험과정을 거쳐 죽음에 이른다. 죽음의 주체인 사람과 죽음과 연관되는 공간, 시간 및 그 안에 함께 하는 모든 것은 통합된 체계를 이룬다. 정위(orientation)는 존재와 현상에 대한 사람의 태도, 입장, 윤리적 및 사회적인 관심, 사상, 의미, 가치 등을 결정하는 방향이다. 따라서 죽음정위는 사람이 죽음체계 전반에 대하여 갖는 주관적인 의미의 방향이다.

연구방법 선택의 근거

사물과 현상에 대한 관념은 개별적(ipseity)이다. 개별 대상자 스스로의 진행정의(operant definition)는 특정 사물과 현상에 대한 무수한 자아참조적(self-referent) 진술에 근거한다. 이 표현들을 분석함으로써 현상에 대한 개별적이고 주관적인 의미의 방향, 즉 정위를 식별할 수 있다.

각 사람이 갖는 죽음자체와 사후 세계, 임종과 죽음의 과정, 장례와 제의의 모든 과정과 절차에 대한 의견과 견해는 각 사람이 일생을 통하여 이룩한 극히 개인적이고 주관적인 영역이며 이를 체계적으로 측정하기 위하여 비구조적 Q-분류방법(unstructured Q-methodology)을 선택하였다.

Q-분류방법은 응답자가 자극(stimulus) 즉 여러 개의 물체, 사진, 그림 또는 진술문을 비교하여 그 순서에 따른 값을 정함으로써 이를 모형화시켜 스스로 자신의 주관성을 표현해 가는 것이다. 본 연구에서는 진술문(Q-statements)을 사용하였고 이 진술문은 죽음에 관한 자아참조적(self-referent)의견 항목들로 구성되었다.

2. 연구방법 및 절차

- 1) Q-모집단의 구성방법과 절차, Q-표본의 선정 및 확정

Q-모집단 구성;

김순자(1994)가 65개 Q-항목을 개발하는 과정에서 구성하였던 Q-모집단을 본 연구의 1차

Q-모집단으로 수용하였고, 항목신뢰도(item reliability)와 분류신뢰도(sorting reliability)를 점검하여 신뢰도가 낮은 항목을 제외하여 확정된 65개 Q-항목을 본 연구의 Q-모집단으로 선정하였다.

Q-표본 선정 및 확정;

첫째, 65개 Q-항목은 어의를 분석하여 같은

내용의 항목들을 식별하여 나열하였다. 둘째, 65개 Q-항목을 이용한 김순자(1994)와 박창승(1996)의 연구결과 Z-점수가 아주 높거나 낮은 항목과 중립적인 항목을 점검하여 나열하였다. 셋째, 나열된 이 항목들은 연구 팀 3명의 합의에 의하여 통·폐합하거나 제외하고 39개 항목을 확정하였다(표 1).

〈표 1〉 Q-표본(33개 진술문)

-
1. 사람에게 제사는 중요한 의미를 지니므로 정성껏 모셔야 한다.
 2. 장례는 죽은 이의 죽음을 사회에 선포하는 요식행위일 뿐이다.
 3. 장례는 죽은 이의 영혼을 위하여 엄숙하게 치러야 한다.
 4. 3일장, 5일장, 7일장, 49제 등의 장례와 제의의 관습은 지켜야 한다.
 5. 건강하게 70까지 살다가 죽는 것이 가장 큰복이다.
 6. 행복의 절정에서, 인생의 황금기에 죽는 것이 바람직하다.
 7. 언제 죽던 심장마비로 순식간에 죽음을 맞는 것이 좋다.
 8. 막내아이 출가한 후면 언제 죽어도 좋다.
 9. 죽으면 완전히 없어지는 것이니 화장하는 것이 좋다.
 10. 사람에게 죽음이 있는 것은 다행한 일이다.
 11. 죄를 적게 지은 사람은 많이 지은 사람보다 좋게 죽는다.
 12. 죽음은 인생의 고통으로부터 해방되는 것이다.
 13. 죽는다는 것은 가족, 친지, 모든 것 모든 인연과의 완전한 이별이다.
 14. 죽음은 모든 것의 끝이다. 내세 같은 것은 없다. 죽은 사람은 우주에서 완전히 없어진다.
 15. 사람이 나이 들어 죽는 것은 자연 현상이다.
 16. 사람이 언제 어떻게 죽는 것은 타고난 운명이다.
 17. 모든 사람은 이생을 거처가는 여행객이다.
 18. 죽음은 모든 것을 잊는 것, 망각의 세계로 가는 것이다.
 19. 죽는 것은 단순히 숨이 끊어지는 것일 뿐이다.
 20. 죽으면 영혼이 빠져나가기 때문에 신체의 고통은 없다.
 21. 죽음의 과정이 두렵다.
 22. 오랫동안 병상 생활을 하는 것은 짜증나는 일이다.
 23. 나 자신이 죽는다는 것은 생각하고 싶지 않은 것 중의 하나이다.
 24. 죽는 것은 캄캄한 어둠 속으로 들어가는 것이다.
 25. 만성병을 앓고 있는 사람이나 노인과 죽음에 대하여 이야기하는 것은 비인간적인 행위이다.
 26. 어린아이들과 죽음에 대하여 이야기하는 것은 경솔한 행동이다.
 27. 자기 집에서 죽기를 원한다.
 28. 한적한 곳에서 마지막 삶을 살다가 죽고 싶다.
 29. 불치병에 걸리면 가능한 한 모든 치료를 다 받아볼 것이다.
 30. 식물인간의 상태로 연명하는 것을 거부한다.
 31. 불치병인 경우 자신에게 구체적이고 정확하게 알려야 한다.
 32. 임종과정의 모든 변화는 의료진이 가족에게 알려야 한다.
 33. 실제 사람은 물론이고 소셜 속의 인물도 살리고 싶다.
 34. 죽을병에 걸렸다는 사실을 알면 가능한 한 가족과 함께 지내겠다.
 35. 죽을병에 걸렸다는 사실을 알고 나서도 평소에 살던 대로 살겠다.
 36. 죽을병에 걸리면 평소에 하고 싶었던 일을 하겠다.
 37. 죽을병에 걸리면 기도 등 종교 활동에 전념하겠다.
 38. 불치병에 걸리면 자살하겠다.
 39. 죽은 다음 나의 심장, 간, 콩팥을 다른 사람을 위하여 기증하겠다.
-

2) P-모집단의 정의, P-표본의 선정 및 확정 설명을 부가하지 않아도 죽음체계에 관한 한국의 관습을 이해하고, 한글을 읽고 이해하며 임종 케도에 들지 않았으며, 최근 10년 이상 국내 대도시에 거주하고 있는 만 35세 이상 55세 이하의 남녀 성인 P-모집단으로 하여 편의 표집한 대상 중 Q-분류에 참여하기로 동의한 33명을 P-표본으로 확정하였다.

3) 자료의 수집 방법과 절차

Q-카드와 분류봉투의 제작;

확정된 Q-진술문은 10cm×15cm 크기의 흰색 카드에 1번부터 39번까지 한 항목 씩 인쇄하여 39장으로 된 Q-카드 세트를 제작하였다. (가)로부터 (자)까지 이름과 봉투이름 밑에 분류되어야 할 카드의 숫자를 적은 9개의 봉투를 제작하였다.

Q-분류방법에 대한 안내지 제작;

분류보조자가 P-표본이 Q-카드를 분류하는 과정을 도울 수 있도록 하기 위하여 Q-카드를 분류하는 구체적인 방법과 절차를 순서대로 나열한 분류 안내지를 제작하였다.

분류보조자의 선정 및 준비;

Q-분류에 응하였던 P-표본 중 자원에 의하여 3명의 분류보조자를 선정하였고 안내지에 따르면 연구자가 Q-카드의 분류방법을 다시 시범하고 그들이 능숙해 질 때까지 연습하도록 도왔다.

분류장소 및 시간의 확보;

Q-카드를 분류하고 준구문화 면담을 마치는데 1시간 정도 소요되기 때문에 P-표본 2명이 동시에 Q-카드를 분류하도록 하고 연구자의 연구실과 집, P-표본의 집 등 가장 편안한 시간과 장소를 P-표본과의 합의에 의하여 선택하였다.

Q-카드의 분류;

분류보조자는 P-표본들로 하여금 안내지가 제시하는 분류순서에 따라 순서대로 펴 놓은 9개의 봉투 위에 동의(+) 또는 비동의(-)의 수준에 따라 강제정상분포(forced normal distribution)가 되도록 39개 Q-카드를 모두 분류하게 하였다.

준구문화면담의 실시;

준구문화 설문지에 따라 P-표본의 인구학적,

사회·문화적 및 건강관련 정보를 수집하고 Q-분류내용과 연관되는 자료를 보충하여 수집하였다.

5) 자료의 정리 및 분석

자료의 정리 및 기초 분석;

Q-카드의 분류 및 준구문화 면담 자료 수집 완료 후 준구문화 질문지 뒷장에 분류된 카드의 번호를 봉투이름 밑에 기입하였다. Q-카드에 대한 동의 또는 비동의의 수준에 따라 가장 동의한 항목에 9점, 가장 동의하지 않은 항목에 1점을 주어 QUANL-PC Program data file에 입력하였고, 각 Q-항목의 평균, 표준편차 및 범위를 산출하였다.

QUANL-PC Program을 이용하여 Z-점수를 환산하고 P-표본을 축으로 한 주요인 분석(Principal Component Analysis)을 하였으며, 요인수를 3에서 9까지 임의로 입력시켜 가장 적합한 요인수를 선택하였고, 일차요인(Primary factors) 및 참조요(Referenced factors)간 상관관계를 분석하고 각 요인별 P-표본의 요인 가중치를 분석하였다.

유형별 죽음정위 특성 분석;

유형별 P-표본이 강한 동의 또는 비동의(표준점수 +1.00이상, -1.00이하)를 나타낸 항목 및 타 유형과의 차이가 큰(+1.00이상, -1.00이하) Q-항목을 분석하였다.

유형별 P-표본의 속성;

연령, 주관적 연령, 결혼 및 가족 상황, 종교, 직업, 교육정도, 사회·경제적 위상(객관적 및 주관적), 지병/건강상태(객관적 및 주관적) 등을 서술 분석하였다.

유형의 전형;

P-표본 중 요인 가중치가 가장 높은 사람이 강한 동의 또는 비동의를 나타낸 항목을 분석하고 그 속성을 분석하며, 준구문화 면담을 통하여 수집한 자료 중 가장 동의한 항목과 가장 동의하지 않은 항목에 대한 전형적인 P-표본의 의견을 분석하였다.

죽음정위 공통성, 유형별 고유성;

진술영역 Q-항목에 대한 유형별 동의 정도,

유형별 P-표본의 속성을 종합 분석하여 유형간 유사성과 차이를 서술 분석하였다.

IV. 연구 결과

1. 죽음정위 유형의 형성

P-표본을 축으로 한 요인 분석의 결과 5개 요인으로 분석되었고, 각 유형별 설명력은 유형 I 이 20.09%, 유형 II는 20.62%, 유형 III은 23.66%, 유형 IV는 17.73%, 유형 V는 17.90%로 전체 요인의 설명력은 100.00%로 나타났다(표 2). 5개 죽음정위 유형 참조요인간의 상관관계는 낮게 나타나, 모든 유형은 각각 고유한 유형임이 밝혀졌다(표 3).

〈표 2〉 유형별 Eigen value와 변량

	유형 I	유형 II	유형 III	유형 IV	유형 V
Eigen value	7.25	5.34	3.21	2.85	2.27
variance	.2009	.2062	.2366	.1773	.1790
cumulative	.2009	.4071	.6437	.8210	1.0000

〈표 3〉 참조요인의 유형간 상관관계(Correlations between referenced factors)

유형	I	II	III	IV	V
I	1.0000	-.0682	.3402	.6199	-.6283
II		1.0000	.1224	.5232	.1017
III			1.0000	.1031	-.3996
IV				1.0000	-.6261
V					1.0000

본 연구에서는 연구대상 P-표본 33명이 유형 I에 6명, 유형 II에 3명, 유형 III에 6명, 유형 IV에 5명, 유형 V에 5명, 유형 VI에 2명, 유형 VII에 5명 및 유형 VIII에 1명으로 분류되었는데, 이는 유형 VI의 2명은 유형 I, 유형 VII은 유형 II, 유형 VIII은 유형 III에 분류된 P-표본 중 역상관을 나타낸 P-표본을 따로 분류했기 때문이다. 유형별 P-표본 중 요인 가중치가 높은 사람이 각 유형의 전형적인 죽음정위를 나타내는 사람이다(표 4).

〈표 4〉 유형별 P-표본의 요인 가중치(Factor weight of P-sample by 8 types)

유형 I		유형 II	
P-표본	요인가중치	P-표본	요인가중치
1. K-7(여)	.4743	1. K-12(여)	.6008
2. K-8(여)	.8889	2. K-14(남)	1.7878
3. K-18(여)	.5416	3. K-17(남)	.7478
4. K-24(남)	.3009		
5. K-25(남)	1.1096		
6. K-28(남)	.3031		

유형 III		유형 IV	
P-표본	요인가중치	P-표본	요인가중치
1. K-4(여)	.6302	1. K-1(남)	.2376
2. K-9(여)	.3839	2. K-6(남)	1.3254
3. K-15(여)	.6161	3. K-13(여)	.4515
4. K-16(여)	1.0889	4. K-30(여)	.3371
5. K-19(남)	.5371	5. K-31(여)	.3976
6. K-20(여)	.5270		

유형 V		유형 VI	
P-표본	요인가중치	P-표본	요인가중치
1. K-11(남)	.2382	1. K-23(여)	.2985
2. K-21(남)	1.2600	2. K-33(남)	.3690
3. K-22(여)	.8546		
4. K-26(남)	.3230		
5. K-32(남)	.6793		

유형 VII		유형 VIII	
P-표본	요인가중치	P-표본	요인가중치
1. K-2(여)	.1702	1. K-27(여)	1.0362
2. K-3(여)	.3872		
3. K-5(여)	.2746		
4. K-10(남)	.4450		
5. K-29(남)	.2659		

2. P-표본의 속성

전체 P-표본은 33명이었고, 모두 자녀를 가진 기혼자였으며 자신의 사회경제적 상태를 중산층으로 인지하고 있었다.

P-표본의 유형별 분포를 보면, 유형 I에 6명, 유형 II에 3명, 유형 III에 6명, 유형 IV에 5명, 유형 V에 5명, 유형 VI에 2명, 유형 VII에 5명, 유형 VIII

에 1명으로 분류되었다. 유형 III, 유형 V를 제외한 모든 유형에서 남녀 모두 고른 분포를 보였다. 유형 III의 경우에는 남자 1명, 여자 5명으로 대부분이 여자였다. 이와는 달리 유형 V의 경우 남자 4명, 여자 1명으로 남자가 우세하였다.

주관적 연령은 대부분 실제 연령보다 낮게 인지하고 있었으며, 주관적 건강은 '좋다'고 인지하였고, 질병은 없는 경우가 많았다. 교육 정도는 고

졸이 7명, 대졸 이상이 20명이었는데, 본 연구의 대상 연령이 35-55세임을 미루어 볼 때 매우 높은 수준임을 알 수 있었다.

종교는 P-표본 33명 중 20명이 종교가 있으며 그 중 개신교와 불교가 주류를 이루고 있었다. 유형별 종교적 특징은 없었고, 유형 IV만이 P-표본 5명 전원이 종교를 가지고 있지 않았다(표 5).

<표 5> 유형별 P-표본의 인구·사회·문화적 상태, 건강관련 속성 비교

속 성 별 P-표본수	유 형 :	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
	33 :	6	3	6	5	5	2	5	1
성 별	남 :	3	2	1	2	4	1	2	-
	여 :	3	1	5	3	1	1	3	1
주 관 적 연 령	높 게 :	1	-	-	-	-	-	-	-
	낮 게 :	5	2	6	5	5	2	4	1
	같 게 :	-	-	-	-	-	-	-	-
	무응답 :	-	1	-	-	-	-	1	-
교육정도	대졸이상 :	4	1	2	5	1	2	4	1
	고 졸 :	2	1	3	-	4	-	1	-
	중 졸 :	-	-	1	-	-	-	-	-
	초등졸 :	-	1	-	-	-	-	-	-
종 교	개신교 :	1	1	4	-	1	1	3	-
	가톨릭 :	1	-	-	-	-	-	-	-
	불 교 :	1	1	2	-	2	-	2	-
	없 습 :	3	1	-	5	2	1	-	1
주 관 적 건 강	좋 다 :	2	1	3	2	1	2	2	-
	보 통 :	2	1	2	1	4	-	2	1
	나쁘다 :	-	1	1	-	-	-	1	-
	무응답 :	2	-	-	2	-	-	-	-
지 병	유 :	-	2	1	1	1	-	-	1
	무 :	6	1	5	4	4	2	5	-

3. 죽음정위 유형별 분석

각 유형의 죽음정위 유형을 파악하기 위하여 유형 P-표본 중 요인가중치가 가장 큰 사람이 강하게 동의한 항목과 강하게 동의하지 않은 항목을 분석하였다. 또한 면담으로 수집한 자가보고 내용에서 강한 동의와 강한 비동의에 대한 보충 자료를 분석하였고, 위의 분석 결과를 종합하여 각 유형별 죽음정위의 특성을 밝혔다.

1) 유형 I “자연순응형”

유형 I에서 요인가중치가 가장 큰 사람은 K-25(남), 42세, 슬하에 아들 2명, 모친과 함께 살고 있다. 충북 보은에서 태어나 강원도 화천에서 10대를 보냈으며, 20대에는 부산에서, 30대 이후 현재까지는 서울에서 거주하고 있다. 고졸학력으로 자신의 생활정도를 “중류”라고 표현하였다. 종교는 없고, 현재 및 과거에 질병을 앓은 적은 없으나, 자신의 주관적 연령은 50대라고 응답하였다.

+4로 강한 동의를 보인 Q-항목은 (5) “건강하게 70까지 살다가 죽는 것이 가장 큰복이다”와 (36) “죽을병에 걸리면 평소에 하고 싶었던 일을 하겠다”이었다.

-4로 강한 비동의를 보인 Q-항목은 (6) “행복의 절정에서 인생의 황금기에 죽는 것이 바람직하다”와 (38) “불치병에 걸리면 자살하겠다”이었다.

Q-카드를 분류하는 과정에서 실시한 면담자료에서 “막내 자식이 성인이 되는 것을 보고 싶기 때문에” 80까지는 살기를 원한다고 하였는데, “행복의 절정에서 인생의 황금기에 죽는 것이 바람직하다”에 강한 비동의를 보인 점과 비슷한 맥락임을 알 수 있다.

또한 세상과의 이별이 싫고, 자연사를 원한다고 답변하여 불치병인 경우라도 자살 같은 극단적인 행동은 하지 않겠다는 의지를 보였다.

유형 I의 P-표본은 죽음에 대해 (7) “언제 죽던 심장마비로 순식간에 죽음을 맞는 것이 좋다”, (38) “불치병에 걸리면 자살하겠다”, (6) “행복의 절정에서, 인생의 황금기에 죽는 것이 바람직하다”, (8) “막내아이 출가한 후면 언제 죽어도 좋다”, (14) “죽음은 모든 것의 끝이다. 내세 같은 것은 없다. 죽은 사람은 우주에서 완전히 없어진다”, (24) “죽는 것은 캄캄한 어둠 속으로 들어가는 것이다”에 동의하였고, (36) “죽을병에 걸리면 평소에 하고 싶었던 일을 하겠다”, (15) “사람이 나이 들어 죽는 것은 자연 현상이다”, (3) “장례는 죽은 이의 영혼을 위하여 엄숙하게 치러야 한다”, (31) “불치병인 경우 자신에게 구체적이고 정확하게 알려야 한다”, (32) “임종과정의 모든 변화는 의료진이 가족에게 알려야 한다”에 동의하지 않았다.

유형 I은 죽는 것을 자연현상으로 긍정적으로 받아들이며, 죽는다는 것을 미리 알기를 원하고, 자연적인 죽음에 순응하겠다는 “자연순응형”이다.

2) 유형 II “내세부정형”

유형 II에서 요인가중치가 가장 큰 사람은 K-14(남), 50세, 부인과 슬하에 아들 1명, 딸 2명이 있고, 모두 함께 살고 있다. 전남 장흥에서

10대를 지내고, 20대에는 서울과 부산에서 지냈으며, 30대 이후 현재까지 서울에 거주하고 있다. 종교는 불교이고, 주관적 경제 상태는 가난하다고 응답하였다. 본인이 지각하는 주관적 연령은 46세이고, 초등학교를 졸업했으며, 현재 직업은 수위이다.

+4에 강한 동의를 보인 Q-항목은 (10) “사람에게 죽음이 있는 것은 다행한 일이다”와 (17) “모든 사람은 이생을 거쳐가는 여행객이다”이었다.

-4에 강한 비동의를 보인 Q-항목은 (4) “3일장, 5일장, 7일장, 49제 등의 장례와 제의의 관습은 지켜야 한다”와 (39) “죽은 다음 나의 심장, 간, 콩팥을 다른 사람을 위하여 기증하겠다”이었다.

Q-카드를 분류하는 과정에서 실시한 면담자료에서 70세까지 오래 살고 싶다고 하였고, 죽는 것은 끝이므로 ‘천천히’ 죽어야 한다고 하였다. 또한 불치병에 걸린다면 최선을 다해 약을 써보고 싶다고 하였다.

유형 II의 P-표본은 죽음에 대해 (16) “사람이 언제 어떻게 죽는 것은 타고난 운명이다”, (24) “죽는 것은 캄캄한 어둠 속으로 들어가는 것이다”, (14) “죽음은 모든 것의 끝이다. 내세 같은 것은 없다. 죽은 사람은 우주에서 완전히 없어진다” 및 (17) “모든 사람은 이생을 거쳐가는 여행객이다”에 동의하였다. 반면에 (4) “3일장, 5일장, 7일장, 49제 등의 장례와 제의의 관습은 지켜야 한다”, (39) “죽은 다음 나의 심장, 간, 콩팥을 다른 사람을 위하여 기증하겠다”, (7) “언제 죽던 심장마비로 순식간에 죽음을 맞는 것이 좋다” 및 (11) “죄를 적게 지은 사람은 많이 지은 사람보다 좋게 죽는다”에 비동의하였다.

유형 II는 사후에도 자신의 장기를 소중히 간직하기를 원했다. 또한 죽음은 운명적인 것, 어둠 속으로 들어가는 것, 모든 것의 끝이라고 보는 “내세부정형”이다.

3) 유형 III “내세지향형”

유형 III에서 요인가중치가 가장 큰 사람은 K-16(여), 55세, 남편과 슬하에 아들 2명, 딸 1명이 있고, 함께 거주하고 있다. 강원도 춘천에서

태어나 20대까지 춘천에서 지내고, 30대 이후 현재까지 서울에서 살고 있다. 중학교를 졸업했고, 직업은 없으며, 주관적 연령은 30세, 주관적 경제상태는 ‘보통’으로 지각하였다. 종교는 불교이며, ‘관세음보살님께 기도를 하면 의지가 되고 마음이 편해져서 심적으로 많이 의지한다’고 하였다.

+4에 강한 동의를 보인 Q-항목은 (32) “입종 과정의 모든 변화는 의료진이 가족에게 알려야 한다”와 (5) “건강하게 70까지 살다가 죽는 것이 가장 큰복이다”였다. -4에 강한 비동의를 보인 Q-항목은 (38) “불치병에 걸리면 자살하겠다”와 (7) “언제 죽던 심장마비로 순식간에 죽음을 맞는 것이 좋다”이었다.

Q-카드를 분류하는 과정에서 실시한 면담자료에서는 불치병에 걸린 경우 ‘본인이 알아야 치료를 잘할 수 있다’고 응답하였고, 남은 삶은 건강하고 착실하게 보내겠다고 하였다. 70세 이후에 자연사하는 것이 좋으며, 가족과의 관계를 중요하게 생각하였다.

내세는 ‘지옥과 극락’으로 반드시 있으며, 장례는 ‘형식적인 행사이기 때문에 검소하게 해야하나, 정성껏 모셔야 한다’고 하였다.

유형 III의 P-표본은 죽음에 대해 (16) “사람이 언제 어떻게 죽는 것은 타고난 운명이다”, (5) “건강하게 70까지 살다가 죽는 것이 가장 큰 복이다”, (37) “죽을병에 걸리면 기도 등 종교활동에 전념하겠다”, (15) “사람이 나이 들어 죽는 것은 자연 현상이다”, (31) “불치병인 경우 자신에게 구체적이고 정확하게 알려야 한다”에 동의하였다. 반면에 (38) “불치병에 걸리면 자살하겠다”, (4) “3일장, 5일장, 7일장, 49제 등의 장례와 제의의 관습은 지켜야 한다”, (7) “언제 죽던 심장마비로 순식간에 죽음을 맞는 것이 좋다”, (6) “행복의 절정에서, 인생의 황금기에 죽는 것이 바람직하다”, (26) “어린아이들과 죽음에 대하여 이야기하는 것은 경솔한 행동이다”에 비동의하였다.

유형 III의 P-표본은 죽음은 운명적인 것이지만 갑작스런 돌연사나 조기사는 원하지 않았다. 유형 III은 내세가 있으며, 죽을병에 걸리면 종교활동에 전념하겠다는 “내세지향형”이다.

4) 유형 IV “현실지향형”

유형 IV에서 요인가중치가 가장 큰 사람은 K-16(남), 35세, 부인과 아들 2명이 함께 거주하고 있다. 인천에서 태어나 10세까지 지내고, 20대 이후 현재까지 서울에서 생활하고 있다. 대학원을 졸업했고, 직업은 대학 강사이며, 주관적 연령은 25세라고 하였다. 주관적 경제상태는 수입이 적은 관계로 ‘하류’라고 지각하였고, 종교는 없으며, 질병에 이환되었던 경험은 없다고 하였다.

+4에 강한 동의를 보인 Q-항목은 (10) “사람에게 죽음이 있는 것은 다행한 일이다”와 (36) “죽을병에 걸리면 평소에 하고 싶었던 일을 하겠다”이었다. 반면에 -4에 강한 비동의를 보인 Q-항목은 (8) “막내아이 출가한 후면 언제 죽어도 좋다”와 (16) “사람이 언제 어떻게 죽는 것은 타고난 운명이다”이었다.

Q-카드를 분류하는 과정에서 실시한 면담자료에서는 불치병에 걸린 경우에는 ‘생활이 달라져야 하니까’ 본인이 알아야 한다고 하였다. 집에서 병으로 70대에 죽기를 원하였고, 적극적 치료는 ‘귀찮으므로 받고 싶지 않다’고 하였다. 내세는 없으며, 화장을 원하고, 장기 기증에 찬성한다고 하였다.

유형 IV의 P-표본은 죽음에 대해서 (22) “오랫동안 병상 생활을 하는 것은 짜증나는 일이다”, (10) “사람에게 죽음이 있는 것은 다행한 일이다”, (15) “사람이 나이 들어 죽는 것은 자연 현상이다”, (30) “식물인간의 상태로 연명하는 것을 거부한다”, (36) “죽을병에 걸리면 평소에 하고 싶었던 일을 하겠다”, (39) “죽은 다음 나의 심장, 간, 콩팥을 다른 사람을 위하여 기증하겠다”, (31) “불치병인 경우 자신에게 구체적이고 정확하게 알려야 한다”, (28) “한적한 곳에서 마지막 삶을 살다가 죽고 싶다”, (9) “죽으면 완전히 없어지는 것이나 화장하는 것이 좋다”에 동의하였다.

그러나 (11) “죄를 적게 지은 사람은 많이 지은 사람보다 좋게 죽는다”, (37) “죽을병에 걸리면 기도 등 종교 활동에 전념하겠다”, (38) “불치병에 걸리면 자살하겠다”, (29) “불치병에 걸리면 가능한 한 모든 치료를 다 받아 볼 것이다”, (4) “3일장, 5일장, 7일장, 49제 등의 장례와 제의의

관습은 지켜야 한다”, (24) “죽는 것은 캄캄한 어둠 속으로 들어가는 것이다”, (7) “언제 죽던 심장마비로 순식간에 죽음을 맞는 것이 좋다”, (8) “막내아이 출가한 후면 언제 죽어도 좋다”에 동의하지 않았다.

유형 IV는 앞서 분석한 유형 I, II, III과는 달리 장기 기증에 찬성하며, 죽은 후에는 화장을 원한다고 하였다. 또한 종교 활동 등이나 관습적인 제의 등은 중요하게 생각하지 않았고, 내세를 부정하는 “현실지향형”이다.

5) 유형 V “관습중시형”

유형 V에서 요인가중치가 가장 큰 사람은 K-21(남), 45세, 경기도에서 출생하여 10대 이후 현재까지 서울에 거주하고 있다. 고졸 학력의 회사원으로 부인과 아들 1명, 딸 1명과 함께 살고 있다. 주관적 연령은 30대라고 응답하였고, 주관적 경제 상태는 “중류”라고 지각하고 있었다. 종교는 없으며, 질병을 앓은 적이 없고, 건강하다고 느끼고 있었다.

+4로 강한 동의를 보인 Q-항목은 (4) “3일장, 5일장, 7일장, 49제 등의 장례와 제의의 관습은 지켜야 한다”와 (15) “사람이 나이 들어 죽는 것은 자연 현상이다”이었다.

-4로 강한 비동의를 보인 Q-항목은 (6) “행복의 절정에서, 인생의 황금기에 죽는 것이 바람직하다”와 (18) “죽음은 모든 것을 잊는 것, 망각의 세계로 가는 것이다”이었다.

Q-카드를 분류하는 과정에서 실시한 면담자료에서는 불치병에 걸린 경우 ‘본인이 알아야 치료를 잘하므로’ 있는 그대로 알아야 한다고 하였다. 임종의 시기로는 70대에 집에서 자연사하기를 원했으며, 내세는 없다고 하였다. 죽은 후 시신의 화장을 원하지 않았고, ‘조상들로부터 이어 받은 장례 절차에 따른 의식’이기 때문에 제의를 중시한다고 하였다.

유형 V의 P-표본은 죽음에 대해서 (15) “사람이 나이 들어 죽는 것은 자연 현상이다”, (17) “모든 사람은 이생을 거쳐가는 여행객이다”, (10) “사람에게 죽음이 있는 것은 다행한 일이다”,

(16) “사람이 언제 어떻게 죽는 것은 타고난 운명이다”, (1) “사람에게 제사는 중요한 의미를 지니므로 정성껏 모셔야 한다” 및 (20) “죽으면 영혼이 빠져나가기 때문에 신체의 고통은 없다”에 동의하였다.

유형 V의 P-표본은 죽음에 대해서 (38) “불치병에 걸리면 자살하겠다”, (26) “어린아이들과 죽음에 대하여 이야기하는 것은 경솔한 행동이다”, (6) “행복의 절정에서, 인생의 황금기에 죽는 것이 바람직하다”, (2) “장례는 죽은 이의 죽음을 사회에 선포하는 요식행위일 뿐이다”, (25) “만성병을 앓고 있는 사람이나 노인과의 죽음에 대하여 이야기하는 것은 비인간적인 행위이다”, (18) “죽음은 모든 것을 잊는 것, 망각의 세계로 가는 것이다”, (24) “죽는 것은 캄캄한 어둠 속으로 들어가는 것이다”에 동의하지 않았다.

특히 Q-항목 (4) “3일장, 5일장, 7일장, 49제 등의 장례와 제의의 관습은 지켜야 한다”(Z=0.6808, 차이=2.0306)에 대해서는 타 유형과 큰 차이로 동의하였으며, 죽는 것은 자연 현상이며 운명이라고 하였고, 제사는 정성껏 모셔야 한다고 보는 “관습중시형”이다.

6) 유형 VI “현세치중형”

유형 VI에서 요인가중치가 가장 큰 K-33(남)은 47세로 기혼자로서 슬하에 두 명의 딸이 있으며 어머니를 모시고 있다. 강원도 강릉에서 10대와 20대를 보냈고 30대부터 서울에서 거주하고 있다. 대졸학력으로 직업은 공무원이고 자신의 사회경제적 위상을 “중류”로 인지하고 있었다. 종교에는 “무”라고 응답하였고 일상생활에서 신이나 절대자의 힘에 전혀 의존하지 않는다고 하였다. 입원경험이나 전신마취의 경험이 없고 주관적으로 자신은 비교적 건강하다고 느끼며 주관적 연령은 35세로 인지하였다.

+4로 강한 동의를 보인 항목은 (9) “죽으면 완전히 없어지는 것이니 화장하는 것이 좋다”와, (13) “죽는다는 것은 가족, 친지, 모든 것, 모든 인연과의 완전한 이별이다”이었으며, -4로 강한 비동의를 보인 항목은 (4) “3일장, 5일장, 7일장,

49제 등의 장례와 제의의 관습은 지켜야 한다”와, (11) “죄를 적게 지은 사람은 많이 지은 사람보다 좋게 죽는다”이었다.

K-33은 면담자료에서 죽음의 본질을 생성과 소멸의 일치로 보았고 내세를 믿지 않았으며 죽음에 대한 두려움은 없다고 하였다.

깨끗한 정리를 하고자 화장을 선호하여 강한 동의를 보인 항목 “죽으면 완전히 없어지는 것이니 화장하는 것이 좋다”와 일치하였고 장례의식은 조용히, 단순하게 하기를 원하고 있었으며, ‘자식들의 안정된 생활을 보고싶어’ 80세까지 살기를 원한다고 하였다.

유형 VI P-표본은 “모든 사람은 이생을 거처가는 여행객이다”에 강한 동의를, “죽음은 모든 것의 끝이다. 내세 같은 것은 없다. 죽은 사람은 우주에서 완전히 없어진다”에 비동의를 보이며 “죽음은 모든 것을 잊는 것, 망각의 세계로 가는 것이다”에 타 유형과 큰 차이를 보이는 동의를 보이고 있어 내세/후세의 존재를 인정하고 있음을 알 수 있다.

‘죽음의 과정’에 대해 “죽음의 과정이 두렵다”에 타 유형과 큰 차이를 보이는 비동의를 보이고 “오랫동안 병상 생활을 하는 것은 짜증나는 일이다”에 강한 동의를 보이고 있어 죽음에 대하여 초연한 태도를 보인다.

‘죽음의 시기’에 대하여 “행복의 절정에서, 인생의 황금기에 죽는 것이 바람직하다”와 “언제 죽던 심장마비로 순식간에 죽음을 맞는 것이 좋다”에 타 유형과 큰 차이를 보이는 강한 동의를 보였다.

‘불치병의 경우’ “죽을병에 걸렸다는 사실을 알고 나서도 평소에 살던 대로 살겠다”에 강한 동의를 “불치병에 걸리면 자살하겠다”에 강한 비동의를 보였다.

유형 VII은 사람이 나이 들어 죽는 것은 우주의 섭리로서, 사람이 살면서 짓는 죄와는 무관한 것으로서 받아들인다. 불치병의 경우에는 주관적으로 삶을 마무리하려는 인위적인 시도에는 동의하지 않으며, 임종과정에서 자신과 가족이 겪게될 고통과 피로움이 없는 갑작스런 죽음을, 죽음의 시기로서 행복의 절정, 인생의 황금기를, 그리고

시신의 화장을 선호하였다. 또한 죽음자체에는 초연하며, 죽음과 연관한 일체의 의례는 무의미한 것으로 보는 “현세치중형”이다.

7) 유형 VII “운명수용형”

유형 VII을 이루는 P-표본의 요인가중치가 가장 큰 사람은 K-10(남)이었다.

K-10은 강원도 춘천에서 출생하였고 10세에 서울로 이주하여 현재까지 서울에서 거주하고 있었으며 아직 미혼이었다. 대학원을 졸업하였고, 직업은 대학 강사이며 주관적 경제상태는 “보통”이라고 하였다.

부모의 권유로 종교를 갖게된 조계종 불교 신자로서 끈경에 빠졌을 때는 마음을 다스리는데, 일상생활에서는 종교에 의지하지는 않으나 마음속의 뿌듯함을 느낀다고 하였으며 학생시절에는 종교 모임활동에 적극적으로 참여하는 등의 열의를 보였지만 현재는 시간적 여유가 없어 큰 종교적 모임에만 부모와 함께 참석한다고 하였다.

지병은 없으며 화상으로 약 1개월 정도 입원한 경험이 있는데 주관적인 건강상태는 ‘매우 건강하다’고 느꼈다.

14로 강한 동의를 보인 항목은 (1) “사람에게 제사는 중요한 의미를 지니므로 정성껏 모셔야 한다”와, (15) “사람이 나이 들어 죽는 것은 자연 현상이다”이었다. 반면에 -4로 강한 비동의를 보인 항목은 (14) “죽음은 모든 것의 끝이다, 내세 같은 것은 없다. 죽은 사람은 우주에서 완전히 없어진다”와, (38) “불치병에 걸리면 자살하겠다”이었다.

특히 죽음에 관하여 생각해 보지는 않았지만 천수를 누린 후의 자연사를 죽음의 전형으로 받아들이고, 장기를 증여하고 싶다는 의견을 보였다. 장례 및 제의에 관해서는 검소하게, 조상님에 대한 예의이기 때문에 정성껏 치러야 한다고 하여 강한 동의를 보인 항목들과 일치하였다.

유형 VII의 P-표본은 “사람이 나이 들어 죽는 것은 자연 현상”임에는 동의하나 “죽음이 있는 것은 다행한 일”에는 동의하지 않았고 “죽음은 모든 것의 끝이다. 내세 같은 것은 없다. 죽은 사람은

우주에서 완전히 없어진다”에 강한 비동의를 보여 죽음이 자연스러운 현상이나 내세/후세의 존재를 부정하지 않아 완전한 종말로 보지는 않았다.

“막내아이 출가한 후면 언제 죽어도 좋다”에 타 유형과 큰 차이를 보이는 강한 비동의를 보였고 “언제 죽던 심장마비로 죽음을 맞는 것이 좋다”에 동의하였다. “식물인간으로의 연명”과 “오랫동안의 병상생활”에 대한 거부감을 보이며 ‘임종 과정’에 대한 관심을 나타냈다.

‘불치병의 경우’의 항목 중 “자신에게 구체적이고 정확하게 알려야”에 큰 차이로 강한 동의를, “평소 살던 대로”, “평소에 하고 싶었던 일을 하겠다”에 강한 동의를 보이고, “불치병에 걸리면 자살하겠다”에 강한 비동의를 보였다. “화장”에는 동의하지 않았으나 “죽은 다음 심장, 간, 콩팥을 다른 사람을 위하여 기증하겠다”에 타 유형과 큰 차이로 동의를 나타냈다.

유형 VII은 죽음을 자연현상으로 수용하나 죽음이 있는 것을 아주 다행한 것으로 생각하지는 않는다. 임종상황에 대하여 자신이 알기를 원하고 사람으로서 존엄하고 충실하게 남은 삶을 마무리하기를 바라는 “운명수용형”이다.

8) 유형 VIII “현실회피형”

유형 VIII에 분류된 K-27(여)은 41세로 전라남도 광양에서 출생하여 30대부터 서울에서 거주하였으며 슬하에 아들 둘, 딸 하나를 두었고 현재는 이혼하여 아들, 딸과 함께 살고 있다. 주관적 연령은 30대라고 응답하였고, 대졸학력으로 직업은 없으나 주관적 경제상태는 “중류”라고 지각하고 있었다.

지병과 입원 경험은 없다고 응답하였으며 주관적 건강상태는 “중간”으로 느끼고 있었다.

K-27이 가장 동의하는 항목은 (38) “불치병에 걸리면 자살하겠다”와, (39) “죽은 다음 나의 심장, 간, 콩팥을 다른 사람을 위하여 기증하겠다” 이었고 가장 동의하지 않은 항목은 (29) “불치병에 걸리면 가능한 한 모든 치료를 다 받아볼 것이다”와, (37) “죽을병에 걸리면 기도 등 종교활동에 전념하겠다”이었다.

누구에게나 죽음은 반드시 오기 때문에 두려움이 없으며 죽음의 본질에 대한 의견에서는 ‘황홀 자체’라고 생각하며, 죽음자체는 두려움이 없으나 만약 남에게 나의 삶 자체가 필요하지 않는 것이면 죽음은 꼭 필요하다 본다”라고 답하였다. 내세의 존재를 믿었고, 인생의 절정기에 죽음을 맞이하고 싶다고 하며 죽음의 시기로는 50세를, 죽음의 양태는 자살 또는 순간적 질식사를 답하였다.

불치병에 걸렸을 경우 자살하겠다고 하며 죽음을 맞이할 수 있는 준비할 자세와 시간이 충분히 있어야 하기 때문에 본인의 건강상태에 관하여 있는 그대로 알아야 한다고 하였다.

유형 VIII P-표본은 “죽음은 인생의 고통으로부터 해방되는 것”에 강한 동의를, “사람에게 죽음이 있는 것은 다행”에 동의를 보이며, “나 자신이 죽는다는 것은 생각하고 싶지 않은 것”과 “죄를 적게 지은 사람은 많이 지은 사람보다 좋게 죽는다”에 강한 비동의를 보여 죽음에 대한 초연함을 보였다.

‘죽음의 시기’에 관하여는 “건강하게 70까지 살다가 죽는 것이 가장 큰복이다”에 타 유형과 큰 차이를 보이는 강한 비동의를, “행복의 절정에서, 인생의 황금기에”에 타 유형과 차이가 큰 동의를 보였다.

‘장례와 제의’에 대한 항목 중에서 “죽은 이의 죽음을 사회에 선포하는 요식행위일 뿐이다”에 강한 비동의를 보이고 “3일장, 5일장, 7일장, 49제 등의 장례와 제의의 관습은 지켜야 한다”에 중립적인 태도를 보이며 타 유형과 큰 차이를 보이는 등 타 유형에 비하여 사후의식에 대한 많은 관심을 보였다.

‘시신의 조치’에 관하여 “화장 선호”에 강한 동의를, “장기 증여”에 있어서도 강한 동의를 보였다.

‘불치병의 경우’에 있어서 “가능한 한 모든 치료를 다 받아 볼 것이다”에 타 유형과 큰 차이로 강한 비동의를 보이고 “불치병에 걸리면 자살하겠다”에 강한 동의를 보이고 있어 타 유형과 큰 차이를 보이고 있다. ‘남은 삶’은 “죽을병에 걸리면 기도 등 종교 활동에 전념하겠다”에 타 유형과 큰

차이로 강한 비동의를 보였다.

유형 Ⅷ은 고통스러운 삶은 원치 않으며 인위적인 생명 연장에 대해 부정적인 견해를 보였다. 신체의 통합성을 유지하는 사후 장기 보존에 큰 의미를 두지 않고 장기 증여를 타 유형에 비해 가장 긍정적으로 수용하고 있었다. 장수하는 것을 원하지 않고, 죽음을 인생의 고통으로부터 해방되는 것이라고 생각하는 “현실회피형”이다.

V. 논 의

본 연구는 사회적인 여론을 주도(opinion leader)하는 계층인 성인을 대상으로 하여 죽음의 정위를 식별하고 이를 유형화하며, 그 유형별 특성과 영향요인을 밝혀보고자 시도되었으며 죽음에 대한 주관성을 표현해 나가는 방법인 Q-방법을 사용하였다.

본 연구대상자가 공통적으로 수용하는 죽음관은 죽음은 모든 인연과의 이별이지만 자연스러운 현상이었다.

죽음정위 유형화에 기본적인 방향을 제시하는 내세관은 유형 Ⅱ를 제외한 모든 유형이 내세를 인정하였고 유형 Ⅱ만이 내세를 부정하였다. 본 연구에서는 P-표본의 42%가 종교가 없다고 보고하였는데, 죽음에 부정적으로 반응하고 내세를 부정하는 유형에서 종교가 없는 사람이 높은 비율을 차지함으로써 죽음에 대한 시각은 종교적인 신앙의 기본을 이루고 있으며 따라서 내세에 대한 관념이 종교적인 신념을 따른다는 결론을 이끌 수 있었던 김순자(1994), 박창승(1996)의 보고와는 다른 결과를 보여주고 있다.

죽음의 시기로서 “건강하게 70까지 살다가 죽는 것이 가장 큰복이다”에 긍정적인 반응을 보이고 “언제 죽던 심장마비로 순식간에”, “인생의 황금기에”에 부정적인 반응을 보였는데, 이는 백혜자(1989) 등의 연구에서 죽음의 시기로 노년기를 원한다고 보고한 것과 비교해 볼 수 있으며 죽음을 자연스러운 현상으로 수용하는 관념에 따른 것으로 해석된다.

‘불치병의 경우’ 그 상황 통고에 있어서 “자신

에게 구체적이고 정확하게 알려야 한다”보다는 “임종과정의 모든 변화는 의료진이 가족에게 알려야 한다”에 더욱 긍정적인 반응을 보이고 있는 것으로 보아 죽음이 개인적인 사건보다는 한 가족에게 일어난 사건으로 받아들여지고 있음으로 해석된다. 대상자들의 개별적인 질문에 의하면 자신이 불치병에 걸렸을 경우 모든 상황에 대해 알아야 한다고 하였으며(91%) 모두 의사로부터 직접 통고받아야 한다고 했다. 그 이유에는 ‘본인의 삶이므로’, ‘마음의 준비’와 ‘인생의 정리’가 중요한 것으로 나타났다.

죽음의 장소로는 자기 집을 가장 선호하였는데(52%), 가족이 있는 곳이면 어느 곳이라도 상관없다고 반응을 보이는 경우도 있었고 ‘병원’도 임종의 장소로 고려하고 있는 것으로 나타났다.

‘시신’을 ‘화장’하는데는 유형 I과 유형 II만이 반대의 입장을 보였는데, 이는 김순자(1992)의 보고에서 농경문화에 바탕을 둔 한민족은 토장(매장)을 중심으로 중·상의를 관습화하여 왔기 때문에 매장에 대한 전반적인 선호는 당연한 것이라고 보았던 것과는 다른 결과를 보이고 있다.

‘사후 장기증여’에서는 유형 IV, 유형 Ⅷ, 유형 Ⅷ이 강한 동의를 보이고 나머지 유형이 동의하지 않아 사후의 신체적인 통합성에 집착하는 경향을 보였다.

‘장례/제의’는 “3-5일장 관습의 계승”에는 유형 V만이 동의를 하고 그 외 모든 유형에서 강한 비동의를 보이고 있고, 장례와 제의에 관한 개별적인 질문에 의하면 ‘검소하게, 정성껏 모셔야’라는 의견이 대다수(90%)를 차지하고 있어 장례와 제의에 대한 신앙적인 권능이나 의식적인 기능보다는 가족·사회적인 기능에 공통적인 의미를 두고 있다.

앞서 언급한 바와 같이 본 연구에서 공통적으로 수용하는 죽음관은 죽음은 모든 인연과의 이별이지만 자연스러운 현상이라는 것이며, 이는 선행연구의 결과와도 일치한다. 그러나 본 연구 결과에서 제시된 유형의 수와 각 유형별 특성이 선행연구의 결과와 일치하지 않는 것은 죽음이 극히 주관적이고 고유한 경험이며 죽음정위를 식별하는

영향요인이 매우 다양하다는 것을 시사한다고 하겠다. 따라서 추후 연구에서는 유형별 특성에 영향을 미치는 요인에 대한 깊은 이해와 함께 객관적인 평가가 이루어져야 함을 제안하는 바이다.

삶과 죽음이라는 문제는 추상적이거나 철학적인 질문이기에 앞서 구체적이고 일상적인 질문일 수 있다. 주변 사람이 병들어 죽는 것을 목격하거나 아니면 자신의 죽음에 대하여 실감할 경우에 삶과 죽음에 관한 질문이 심각하게 제기되며 삶과 죽음에 대한 그 일차적인 질문이 자신의 실제적인 경험과 관련 있게 된다. 그러나 자신이 아직은 죽음을 경험해보지 못했기 때문에 죽음을 이해하기를 더 어려워한다.

죽음을 피할 수 없는 인생의 한 과정이라고 볼 때, 개별화된 경험인 죽음을 어떻게 수용하며 다루어야 하는가는 매우 중요한 문제이며, 특히 타인의 죽음을 많이 경험하고 전인 간호를 제공하는 간호사에게 있어서는 더욱 인간에 대한 이해와 더불어 죽음에 대한 이해가 필요하다고 하겠다.

VI. 결론 및 제언

본 연구는 성인의 죽음정위를 식별하고 유형화하며, 각 유형의 특성을 분석하고, 유형화된 대상의 속성을 분석함으로써 죽음정위의 영향요인을 식별하며, 죽음정위 탐구의 방법으로서 Q-분류법의 유용성을 확인하기 위한 목적으로 시도되었다.

죽음정위의 속성이 다면적, 포괄적, 개별적 및 주관적인 것으로 대상자 스스로의 진행정도에 의한 Q-분류법을 이용하였다.

Q-표본은 Korean Death Orientation Questionnaire를 사용한 김순자(1994)와 박창승(1996)의 연구결과 Z-점수가 아주 높거나 아주 낮은 항목과 중립적인 항목을 점검하여 연구팀 3명의 합의에 의하여 통·폐합시키거나 제외시켜 본 연구를 위한 Q-항목으로 39개 항목을 확정하였다.

P-표본은 35-55세의 성인 남녀 33명을 표집하여 이루어졌으며 자료수집 기간은 4월 1일에서 5월 4일까지였다.

자료분석은 P-표본이 39개 Q-항목에 대한

각자의 동의 수준에 따라 1에서 9까지 9단계의 강제 정상분포가 되도록 분류한 자료를 PC-QUANL Program을 이용하여 P-표본을 축으로 하는 주요인 분석방법을 이용하여 요인 분석하였다. 그 결과 성인의 죽음정위 유형은 다음과 같은 8가지 유형으로 분류할 수 있었다.

1. 유형 I은 죽음을 자연현상으로 긍정적으로 받아들이고 순응하겠다는 ‘자연순응형’이다.
2. 유형 II는 죽음을 세상에서 완전히 없어지는 것으로 내세를 강력히 부정하는 ‘내세부정형’이다.
3. 유형 III은 내세를 믿으며, 불치병에 걸리면 종교활동에 전념하겠다는 ‘내세지향형’이다.
4. 유형 IV는 장기 기증에 찬성하며, 종교 활동이나 관습적인 제의 등은 중요하게 생각하지 않았고, 내세를 부정하는 ‘현실지향형’이다.
5. 유형 V는 장례, 제의 등의 관습은 지켜야 하며 제사는 정성껏 모셔야 한다는 ‘관습 중시형’이다.
6. 유형 VI은 죽음과 관련된 일체의 의식은 무의미하다고 보며, 인생의 황금기에 행복의 절정에서 삶을 마무리하기를 원하는 ‘현세치중형’이다.
7. 유형 VII은 죽음을 미리 알고, 존엄하고 충실하게 삶을 마무리하기를 원하는 ‘운명수용형’이다.
8. 유형 VIII은 고통스러운 삶이나 인위적인 생명연장을 원치 않으며, 죽음을 인생의 고통으로부터 해방되는 것이라고 생각하는 ‘현실회피형’이다.

이렇듯 죽음에 대한 정위가 다양한 것은 임종을 맞는 사람의 임종에 대한 반응이 다양할 것과 임종과정에 요구되는 간호의 우선 순위도 개인마다 다를 것임을 시사한다. 임종케어의 첫 단계에서 임종상황을 통고할 대상과 내용을 선택하는 과정으로부터 사후 시신에 대한 여러 조치에 이르기까지 있어서 본 연구의 결과는 실제적인 지침을 제공할 수 있다. 본 연구의 결과는 성인들의 죽음정위 유형을 추정하고 개별화된 임종간호를 계획하는데 그리고 이를 위한 교육의 기초자료로 활용될 수 있을 것이다.

참 고 문 헌

- 栢木哲夫 (1986). 死に ゆく 患者と 家族への 援助, ホスピスケアの 實際. 醫學書院 東京, p.85.
- 권혜진 (1980). 죽음의식에 관한 연구, 의·간호계 종사자 및 학생을 중심으로. 간호학회지, 10(2), 21-40.
- 권혜진 (1987). 임종환자 가족의 죽음에 대한 태도 연구. 중앙의학, 52(11), 717-721.
- 권혜진, 이소우 (1983). 연상단어 순위로 본 정신질환자의 죽음의식에 관한 연구. 중앙의대지, 8(1), 121-127.
- 길숙영 (1993). 죽음에 대한 태도 조사연구. 고려대학교 대학원 석사학위논문.
- 김순자 (1994). 죽음에 대한 종합적 고찰. 기본간호학회지, 1(1), 7-17.
- 김순자 (1994). 한민족 노인의 죽음정위. 서울대학교 박사학위논문.
- 김순자, 김지아, 김혜중 (1991). 죽음관련 연구의 현황, 한국의 간호학 및 의학 정기간행 학술지를 대상으로. 고려대학교 의과대학 논문집, 28(2), 567-587.
- 김순자, 고옥자, 김지아, 이성림 (1992). 죽음연구의 주개념 및 연구방법 분석, 한국의 간호학 및 의학 정기간행 학술지를 대상으로. 고려대학교 의과대학 논문집, 29(2), 493-507.
- 박은경 (1996). 죽음 불안측정 도구개발. 고려대학교 대학원 석사학위논문.
- 박창승, 김순자 (1996). 암환자 가족의 죽음 태도 유형에 관한 연구. 기본간호학회지, 3(2), 153-169.
- 박효미 (1992). 연명치료 중단과 장기적출에 대한 간호사의 태도. 고려대학교 대학원 석사학위논문.
- 서문자, 이은옥, 김달숙 (1984). 안락사에 대한 의식구조 조사. 최신의학, 25(7), 97-108.
- 신영수 (1996). Evolution of Health Policies and Programmes in the Republic of Korea. 제47차 WHO서태지역 총회 자료.
- 양승희 (1980). 죽음의 태도에 관한 조사연구. 대전간호전문대학논문집, 6, 147-161.
- 양승희 (1983). 간호학생들의 죽음의 태도에 관한 조사연구. 대전간호전문대학논문집, 8, 189-205.
- 유계주 (1974). 죽음의 태도에 관한 조사연구. 간호학회지, 4(1), 162-178.
- 이길홍 (1980). 죽음학에 대한 종합적 고찰. 한국 의과학, 12(2).
- 이길홍, 권혜진, 김현수, 나 철, 김성희, 민병근 (1983). 의·간호계 종사자들 및 학생들의 죽음인 지도에 관한 연구. 한국 의과학, 15(3), 174-186.
- 이선자 (1993. 4월 8일). 노령화 사회의 노인보건. 간협신보, 776호.
- 이수정 (1992). 말기환자 가족의 죽음에 대한 공포 연구. 고려대학교 대학원 석사학위논문.
- 이옥자 (1982). 임종과 죽음에 관한 연구. 대한간호, 21(1), 66-78.
- (1987). 뇌사와 식물상태. 대한의학협진, 30(2), 170-179.
- 김광일 (1985). 죽음에 대한 태도 조사. 경정신의학, 24(3), 390-406.
- , 이인석, 김광윤 (1986). 죽음의 철학. 서 : 청담출판사.
- 가톨릭의사회 편 (1984). 의학윤리. 서울: 수 : 사.
- (1992). Health Promotion-A New Challenge in the 21st Century. 인제대학교
- 양의학, 34(5), 200-205.

- 백병원 개원 60주년 기념학술대회 강연자료.
- Bell, B. D. & Batterson, C. T. (1979). The Death Attitude of Older Adults ; A Path-Analytic Exploration. Omega, 10, 59-76.
- Bugen, L. (1977). Human Grief ; A Model for Prediction and Intervention. American Journal of Orthopsychiatry, 47.
- Collett, L. J. & Lester, D. (1969). The Fear Death and Fear of Dying. Journal of Psychology, 72, 179-181.
- Cowan, Alice L. (1990). Teachers' Death Anxiety, Ability to Cope with Death, and Perceived Ability to Aid Bereaved Students. Death Studies, 14(2), 147-160.
- Dattel, A. R. & Neimeyer, R. A. (1990). Sex Differences in Death Anxiety ; Testing the emotional Expressiveness Hypothesis. Death Studies, 14(1), 1-11.
- Devich, L., Field, B. E. & Carlson, R. E. (1990). Supportive Care for the Hopelessly III. Nursing Outlook, 38(3).
- Doyle, D. (1991). Palliative Care Education and Training in the United Kingdom, A Review. Death Studies, 15(1), 95-103.
- Doyle, D. (1996). The Development of Palliative Care Worldwide, Perspectives and Challenges in Hospice/Palliative Care. 가톨릭대 간호대학 부설 호스피스교육연구소 주최 국제학술대회 자료, 9-17.
- Dugan, Daniel O. (1987). Death and Dying. Journal of Psychosocial Nursing, 25(7).
- Durlak, Joseph A. & Kass, r. a. (1981). Clarifying the Measurement of Death Attitudes ; A Factor Analytic Evaluation of 15 Self-report Death Scales. Omega, 12, 129-141.
- Fries, J. F. (1980). Aging, Natural Death and Compression of Mobility. New England Journal of Medicine, 303, 130-135.
- Gass, K. A. & Chang, A. S. (1989). Appraisals of Bereavement, Coping, Resources and Psychological Health Dysfunction in Widows and Widowers. Nursing Research, 38(1).
- Glass, J. C. Jr. (1990). Changing Death Anxiety through Death Education in the Public Schools. Death Studies, 14(1), 31-52.
- Glass, J. C. & Knott, E. (1984). Effectiveness of Lesson Series in Death and Dying in Changing Adolescents' Death Anxiety and Attitudes toward Older Adults. Death Education, 8, 299-313.
- Hinton, J. (1975). The Inference of Previous personality on Reactions to having Terminal Cancer. Omega, 6.
- Hoelter, J. W. & Epley, R. (1979). Death Education and Death Related Attitudes. Death Education, 3, 67-75.
- Hogan, N. S. & Halk, D. E. (1990). Adolescent Reactions to Sibling Death ; Perceptions of Mothers, Fathers and Teenagers. Nursing Research, 39(2).
- Hopping, B. (1977). Nursing Students' Attitude toward Death. Nursing Research, 26, 443-447.
- Kastenbaum, R. J., Peyton, S. & Kastenbaum B. (1977). Sex discrimination after Death. Omega, 7, 351-359.
- Kastenbaum, R. J., Barber, Y., Wilson, S., Ryder, B., & Hathway, L. (1981). Old, Sick and Helpless. Cambridge: Ballinger Publishing Co.
- Kastenbaum, R. J. (1986). Death, Society and Human Experience(3rd. ed.). Columbus : Charles E. Merrill Co.
- Lev, Elise L. (1986). Teaching Human Care for Dying Patients. Nursing Outlook, October.
- Maddocks, I. (1996). Hospice and Palliative

Care. 호스피스논집, 제1권, 48-56.

- McDonald, R. T. & Hilgendorf, W. A. (1986). Death Imagery and Death Anxiety. Journal of Clinical psychology, 42(1).
- Metzger, A. M. (1979). A Q-methodological study of the Kubler-Ross Stage Theory. Omega, 10, 291-302.
- Moss, M. S. & Moss S. Z. (1980). The Impact of Parental Death on Middle-aged Children. presented at 38th annual meeting of American Association of Marriage and Family Therapy. Toronto ; 8.
- Murphy, S. A. (1988). Mental Distress and Recovery in a High-risk Bereavement Sample three years after Untimely Death. Nursing Research, 37(1).
- Neimeyer, R. A. (1991). Death Studies : A Prospective view, Death Studies. 15(2), iii - vi.
- Neimeyer, R. A. & Dingemans, P. (1981). Death Orientation in the Suicide Intervention Worker, Omegar, 11, 15-23.
- Owen, G., Fulton, R. & Markusen, E. (1982). Death at a Distance ; A Study of Family Survivors. Omegar, 13.
- Schneidman, E. S. (1980). Voices of Death. New York ; Harper and Row.
- Shultz, R. & Anderman, D. (1974). Clinical Research and the Stages of Dying. Omegar, 5, 137-144.
- Templer, D. I. (1970). The Construction and Validation of a Death Anxiety Scale. Journal of General Psychology, 82, 165-177.
- Thorson, James A. & Powell, F. C. (1988, September). Elements of Death Anxiety and Meanings of death. Journal of Clinical Psychology, 44(5).

Abstract

Key concept : Death Orientation

Death Orientation of the Korean Adult

- Data was focused on residents who were living in urban area -

Kim, Soon Ja* · Kil, Suk Yong**
Park, Chang Seung*

Death and dying of human being is a comprehensive system, and death orientation, the subjective meaning related to every component of the death system is developed throughout life. This study was designed and carried out to identify, describe and classify the orientations of Korean adult towards the death system.

In an attempt to measure the subjective meaning of death and dying, unstructured Q-methodology was used. The 65 Q-statements developed by Kim(1994), used by Kim(1994) and Park(1996) were adopted as Q-population and 39 Q-statements were selected by the three researchers for Q-items for this study.

Thirty-three P-samples were sampled from P-population of literate Korean men and women, 35 and 55 years of age, lived in urban Korea for the last 10 years.

Sortings of the 39 Q-items according to the level of personal agreement, and a forced normal distribution into the 9 levels were carried out by the P-samples. The Z-scores of the Q-sort data were computed, and the

* Korea University

** Pochon CHA University

principal components factor analysis by PC-QUANL Program were carried out. The demographic, socio-cultural and health-related attributes of the P-samples were descriptively analysed.

Eight types of death orientation were identified :

Type I ; "naturalist". Six P-samples. Death is a natural phenomena, to be accepted as it is and to follow its natural course. Prefer to be informed of all facts and possibilities concernig the course of dying and death to occur to self.

Type II ; "life-after-life negator". Three P-samples. Time and process of death is the destiny of each person. Death means 'darkness' and 'end to every thing, the absolute end'. Yet, wish physical integrity at the dying and after death.

Type III ; "life-after-life believer". Six P-samples. Men are travellers passing by this life bound to the life-after-life. Priority concerns are on the activities to prepare self for the eternal life ahead. Disregard premature and sudden death.

Type IV ; "here-now believer". Five P-samples. Positive regard to the cremation of

the body and donation of the organs on death. Regard religious and customary post-mortem rituals meaningless. Negate life-after life.

Type V ; "believer of rituals". Five P-samples. Death being accepted as a part of, a natural end to, and destiny of human life. Concerned to ensure a dignified end to personal life and dignified post-mortem rituals.

Type VI ; "Realist"(derived from Type I). Two P-samples. Life and death as universal reality. The abrupt death at golden age at the peak of happiness is favored to avoid inevitable physical and mental distress of self and the family. Agreed to the cremation of the body. Disregard rituals.

Type VII ; "Fatalist"(derived from Type II). Five P-samples. Not favored, yet, all man are destined to death, the inevitable end of all living beings. To ensure dignified end by personal consummation, information on one's dying and imminent death are to be shared.

Type VIII ; "reality avoider "(derived from Type III). One P-sample. Negative to longevity, artificial prolongation of, meaningless and distressful life. Highly positive to post-mortem organ donation.