

요양병원 입원 노인 환자의 호스피스요구도 영향요인

김은주¹ · 이윤주² · 김상희³ · 김희진⁴인제대학교 간호학과 대학원생¹, 부산대학교 간호대학 부교수², 인제대학교 간호대학 부교수³,
부산대학교 간호학과 대학원생⁴

Factors related to the Needs of Hospice Care among Elderly Patients in Long-Term Care Hospitals

Kim, Eun-Ju¹ · Lee, Yoonju² · Kim, Sang-Hee³ · Kim, Heejin⁴¹Graduate Student, The Graduate School, Department of Nursing, Inje University, Busan²Associate Professor, College of Nursing, Pusan National University, Yangsan³Associate Professor, Department of Nursing, Inje University, Busan⁴Graduate Student, The Graduate School, Department of Nursing, Pusan National University, Yangsan, Korea

Purpose: This study aimed to identify factors influencing the needs of hospice care among hospitalized elderly patients at long-term care hospitals. **Methods:** Data were collected from 130 hospitalized elderly patients at a long-term care hospital in B city using a self-report questionnaire on awareness of good death, death anxiety, and needs of hospice care. The data were analyzed with a t-test, ANOVA, Pearson's correlation coefficients, and multiple linear regression using SPSS/WIN 23.0. **Results:** The mean scores for awareness of good death, death anxiety, and needs of hospice care were 3.05 ± 0.39 , 2.33 ± 0.60 , and 3.85 ± 0.55 , respectively. Awareness of good death ($\beta = .52$, $p < .001$) and death anxiety ($\beta = .21$, $p = .004$) were identified as factors affecting needs of hospice care. The regression model explained 51% of needs of hospice care and was statistically significant ($F = 12.60$, $p < .001$). **Conclusion:** In order to satisfy the needs of hospice care of elderly patients in long-term hospitals, it is crucial to check awareness of death, including clinical symptoms such as pain, and provide services considering the needs of hospice care, particularly medical needs, as well as the respective educational opportunities.

Key Words: Hospice care; Attitude to death; Aged; Long-term care

서 론

1. 연구의 필요성

우리나라 노인인구 비율은 급속도로 증가하여 2008년에 10.8%로 고령사회로 진입하였고 2060년엔 이보다 약 3배 가

이 늘어날 것으로 예측된다[1]. 이로 인해 노인 부양에 대한 부담이 늘어나고 있으며 노인 부양 문화에도 변화가 생기면서 장기요양 의료서비스를 담당하는 요양병원이 증가하여 2004년에 109개소에서 2019년 1,577개소에 달하는 것으로 나타났다[2]. 요양병원은 장기입원이 필요한 노인성 질환자, 만성질환자, 외과적 수술 후 또는 상해 후 회복기간에 있는 자를 대상으

주요어: 호스피스요구도, 죽음인식, 요양병원, 노인

Corresponding author: Lee, Yoonju

College of Nursing, Pusan National University, 49 Busandaehak-ro, Yangsan 50612, Korea.
Tel: +82-51-510-8361, Fax: +82-51-510-8308, E-mail: lyj@pusan.ac.kr

Received: Nov 19, 2020 | **Revised:** Jan 14, 2021 | **Accepted:** Jan 14, 2021

This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/3.0>), which permits unrestricted non-commercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

로 의료서비스를 제공하는 곳으로[3], 만성질환으로 요양병원에 입원하는 노인의 수가 지속적으로 증가하고 있으며 환자와 가족들은 대부분 적극적 치료보다는 완화치료를 선호한다[4]. 또한 인구사회학적 변화와 가족의 간병에 대한 부담으로 간병뿐만 아니라 죽음을 맞이하는 장소가 가정에서 병원으로 바뀌고 있으며, 요양병원에서의 사망률이 종합병원에서의 사망률을 능가하고 있어[5] 환자와 가족이 죽음을 준비할 수 있는 서비스를 제공할 필요가 있다.

고령화에 따라 대두된 생애말기돌봄에서 삶의 질에 대한 관심이 죽음의 질로 확대되면서 죽음에 대한 인식에 관심을 갖게 되었다. 죽음에 대한 인식은 각 개인의 상황에서 갖게 되는 죽음에 대한 관점으로 죽음의 형태, 가치관, 종교, 성장, 발달수준, 사회적 지위, 삶의 의지와 방법, 관습, 독립성의 수준, 건강수준, 인간관계 등 여러 요인에 의해 영향을 받는다[6]. 노인에게 있어 생애주기의 마지막 도전인 죽음을 준비하는 것은 중요한데 특히 요양병원에 입원한 노인이 죽음을 어떻게 인식하고 준비하는가는 대상자의 신체적, 심리적, 정신적 부담 요인이 되고[7], 영적 안녕과 삶의 질[8]에 영향을 미친다. 또한 환자와 가족이 죽음에 대해 부정적인 태도를 가지고 죽음을 받아들이지 못할 때 간호사는 스트레스를 경험하게 되어 간호의 질이 낮아질 수 있으므로[5], 요양병원 입원 노인 환자가 삶의 마지막 날까지 최선의 삶의 질을 유지하기 위해서는 그들의 죽음에 대한 인식을 확인하고 삶을 편안하고 의미 있게 마무리할 수 있도록 도울 필요가 있다.

생애말기돌봄 개념이 완화의료의 개념으로 확장되면서 세계보건기구(World Health Organization)는 완화医료를 생명을 위협하는 질환과 관련한 문제를 가진 환자와 가족의 삶의 질 향상에 목적을 둔 접근방법으로 통증을 포함한 신체적·심리사회적·영적 문제를 조기에 발견하고 평가하여 고통을 예방하고 완화하는 것으로 정의하였다[9]. 초기의 완화의료는 암환자를 대상으로 하였으나, 점차 대상 질병이 확대되어 왔다. 특히 노인인구에서는 암보다 심혈관 질환으로 사망하는 경우가 많으며, 85세 이상 노인의 4분의 1이 치매를 앓고 있으며 골다공증 및 관절염과 같은 쇠약성 질환을 경우가 많아 말기 단계만이 아니라 질병 궤적의 어느 시점에서나 완화치료가 필요할 수 있어 만성 질환 관리에 통합되어야 한다고 하였다[10].

우리나라는 ‘호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률’에서 호스피스·완화의료(이하 호스피스)는 암, 후천성면역결핍증, 만성 폐쇄성 호흡기질환, 만성 간경화 질환 중 하나에 해당하는 질환으로 말기 환자로 진단을 받은 환자 또는 임종과정에 있는 환자와 그 가족에게 통증

과 증상의 완화 등을 포함한 신체적, 심리사회적, 영적 영역에 대한 종합적인 평가와 치료를 목적으로 하는 의료로 정의하고 있다[11]. 호스피스 서비스는 호스피스전문기관에 의해 입원형, 가정방문형, 자문형으로 제공되고 있다. 입원형의 경우 호스피스전문기관은 82개로 1,421개의 병상수가 확보되어 있는데 이 중 11개의 요양병원만이 시범사업을 운영 중으로[12], 지정기관이 종합병원 이상에 집중되어 있어 아직까지는 호스피스 자원배분 등 전반적인 인프라가 부족한 실정으로 호스피스 대상 질환 사망자 대비 호스피스 이용률이 20%에 그치고 있다[13]. 이는 국외에서는 완화의료 대상 질환을 점차 확대시키고 전문 완화의료팀을 요양병상까지 접근하도록 하는 것에 비해[14], 우리나라는 요양병원 입원 노인의 호스피스요구를 충족하기에는 제한점이 있음을 시사한다. 특히 우리나라 요양병원은 치료와 관리에 대한 최소한의 서비스 형식만 있을 뿐 완화의료적으로 접근하는 서비스 내용을 포함하고 있지 않다[14].

호스피스는 삶의 질에 중점을 두어 환자와 가족이 죽어가는 과정에 대처하도록 돕는 것을 목표로 하며[15], 죽음의 질은 임종간호에 호스피스를 포함할 때 더 의미 있는 것으로 나타났다[16,17]. 그러나 요양병원은 입원 노인 환자들의 대부분이 만성 질환자로 생의 마지막을 보내는 장소임에도 불구하고 대부분의 요양병원은 호스피스전문기관으로 지정받지 않았다. 호스피스의 대상자 범위와 개념이 확대되고 추세에서 현재의 제도적 틀은 사실상 모든 장소에서 완화의료 서비스를 받을 수 있도록 설계되었으나 관련 인프라, 서비스 제공 및 이용, 사회적 인식, 의료와 복지 연계 등의 부족으로 아직 하나의 제도로 안착되지는 못한 실정이다[18]. 따라서 요양병원에서 생을 마감하는 노인의 삶과 죽음의 질 향상을 위해서는 요양병원에서도 호스피스 서비스가 적용되어야 하겠고, 이를 위해서 요양병원 입원 노인의 죽음인식과 호스피스요구도를 먼저 확인해 볼 필요가 있다.

그러나 지금까지 국내에서 수행된 호스피스요구도 또는 호스피스 간호요구도에 대한 선행연구는 주로 대학병원 입원중인 암환자[19,20], 암 환자[21], 호스피스병동 입원 환자[22] 등을 대상으로 이루어져 현재 법에 제정된 호스피스·완화의료 대상자에 해당하는 경우에만 조사되었다. 또한 호스피스요구도에 대한 수준 및 인구사회학적 특성에 따른 호스피스요구도 차이에 대해 살펴본 연구가 다수를 차지하고 있으며[21-23], 삶의 질[19] 또는 죽음에 대한 태도[20]의 관계만을 제시하고 있어, 호스피스요구도의 영향요인에 대한 충분한 설명이 이루어지지 못하고 있다. 이에 본 연구에서는 현재 법에 의해 호스피스 대상자에 해당하지 않는 요양병원에 입원한 노인의

죽음에 대한 인식과 호스피스요구도를 확인하고 호스피스요구도의 영향요인을 살펴보고자 한다. 이를 통해 본 연구는 요양병원 입원 노인 환자를 위한 호스피스 기반의 간호서비스 확대와 요양병원 종사 간호인력의 호스피스 역량개발을 위한 기초 자료로 활용될 수 있을 것이다.

2. 연구목적

본 연구의 목적은 요양병원 입원 노인 환자의 호스피스요구도에 영향을 미치는 요인을 확인하기 위함이며 구체적인 목적은 다음과 같다.

- 대상자의 일반적 특성을 파악한다.
- 대상자의 죽음인식과 호스피스요구도 수준을 파악한다.
- 대상자의 일반적 특성에 따른 호스피스요구도 차이를 파악한다.
- 대상자의 죽음인식과 호스피스요구도의 상관관계를 파악한다.
- 대상자의 호스피스요구도에 영향을 미치는 요인을 파악한다.

연구 방법

1. 연구설계

본 연구는 요양병원 입원 노인 환자의 호스피스요구도에 영향을 미치는 요인을 규명하기 위한 서술적 조사연구이다.

2. 연구대상

본 연구의 표적 모집단은 현재 법에 의해 호스피스 서비스를 받는 대상자에 해당하지 않는 노인으로 요양병원에 입원한 자로 근접 모집단은 호스피스전문기관으로 지정받지 않은 B광역시 소재하고 있는 4개의 요양병원에 입원 중인 65세 이상 노인 환자이다. 대상자의 선정기준은 인지기능에 문제가 없고 (K-MMSE 24점 이상인 자), 의사소통이 가능하며, 주요 정신 질환이 없는 자로 연구목적에 이해하고 설문에 자발적으로 참여하기로 동의한 자로 하였다. 본 연구의 목적에 따라 호스피스 서비스 대상자인 암, 후천성면역결핍증, 만성 폐쇄성 호흡기질환, 만성 간경화를 진단받은 자는 제외하였다. 표본수는 G*Power 3.1.9 프로그램을 이용하여 효과크기 0.15, 유의수준 0.05, 검정력 0.90, 선행연구에서 관련 요인으로 확인된[16,20,22] 예측변

수 5개(입원이유, 호스피스를 들어본 경험, 입원기간, 좋은 죽음에 대한 인식, 죽음불안)를 기준으로 산출하였다. 다중회귀 분석에 필요한 최소 표본 수는 116명으로 산출되었고 노인을 대상으로 자가보고 설문도구를 사용한 선행연구[24]를 참고하여 탈락률 20%를 고려하여 140명을 대상으로 설문지를 배부하여 139부가 회수되었고, 이 중 불성실한 응답 및 결측치가 있는 9명을 제외한 130명이 최종 분석 대상이 되었다.

3. 연구도구

1) 일반적 특성

대상자의 일반적 특성은 성별, 연령, 학력, 종교, 배우자 유무, 월 소득, 치료비부담, 건강상태, 입원기간, 거동상태, 요양병원 입원경력, 입원 전 동거형태, 입원 이유, 호스피스에 대해 들어본 경험, 최근 1년 내 간접죽음경험 등 15문항으로 구성되었다.

2) 죽음인식

대상자의 죽음인식은 좋은죽음에 대한 인식 17문항과 죽음불안 15문항으로 총 32문항으로 구성되었다.

(1) 좋은죽음에 대한 인식

좋은죽음에 대한 인식 측정은 Schwartz 등[25]이 개발한 “The concept of a good death measure”를 Jeong [26]이 번안한 것으로 원 저자에게 승인을 받고 도구의 한국어판 저작권을 가지고 있는 DeltaQuest Concept of a Good Death Scale© (Copyright Registration Number: TX0006408226)로부터 구입하여 사용하였다. 이 도구는 지내는 사이가 매우 친하고 가까운 느낌에 대한 친밀감(9문항), 일정한 방침이나 목적에 따라 행위를 제한하거나 제약함으로써 나타나는 느낌에 대한 통제감(3문항), 진료나 치료를 받는 동안 느끼는 자각증상에 대한 임상증상(5문항)으로 총 17문항의 4점 Likert 척도이다. 점수의 범위는 최저 17점에서 최고 68점으로 ‘전혀 필요 없는’ 1점에서 ‘절대적으로 필요한’ 4점으로 점수가 높을수록 해당 문항이 좋은죽음에 중요한 특성임을 의미하며 해당 영역의 문항을 합산하여 하위영역별 점수를 구할 수 있다. 개발 당시 신뢰도 Cronbach’s α 는 .87이었고, 본 연구에서는 .83이었다.

(2) 죽음불안

Park [27]이 개발한 “죽음불안” 측정도구를 Oh와 Choi [7]이 수정·보완한 도구를 사용하였다. 이 도구는 자기존재가 상실되는 두려움에 대한 존재상실의 불안(6문항), 자신이 죽어가

는 과정에서 나타나는 두려움에 대한 죽음과정의 불안(5문항), 죽음 후의 두려움에 대한 사후 결과의 불안(4문항)으로 총 15 문항으로 구성된 4점 척도이다. 점수의 범위는 최저 15점에서 최고 60점으로 ‘전혀 그렇지 않다’ 1점에서 ‘아주 그렇다’ 4점 까지로 점수가 높을수록 죽음에 대한 불안이 높은 것을 의미하며 해당 영역의 문항을 합산하여 하위영역별 점수를 구할 수 있다. 개발 당시 신뢰도 Cronbach’s α 는 .86으로 Oh와 Choi [7]의 연구에서는 .81이었고, 본 연구에서는 .90이었다.

3) 호스피스요구도

Kang과 Kim [21]이 개발한 “호스피스요구도”를 Jin [23]이 수정·보완한 도구를 사용하였다. 이 도구는 의료 요구도(5문항), 종교적 요구도(5문항), 정서적 요구도(6문항), 가족지지 요구도(8문항)의 4개 영역으로 총 24문항으로 구성되었다. 점수의 범위는 최저 24점에서 최고 120점으로 ‘매우 불필요’ 1점에서 ‘매우 필요’ 5점까지로 점수가 높을수록 호스피스요구도가 높음을 의미한다. 개발 당시 신뢰도 Cronbach’s α 는 .93으로 Jin [23]의 연구에서는 .88이었고, 본 연구에서는 .92였다.

4. 자료수집

본 연구는 P대학교 생명윤리위원회로부터 연구 승인을 받은 후(PNU IRB/2017_66_HR) 참여를 희망한 총 4개의 요양 병원에 연구자가 직접 방문하여 병원장 또는 관련 부서장에게 연구 목적을 설명하고 2017년 7월부터 10월까지 자료를 수집하였다. 연구자가 직접 연구대상자에게 본 연구의 목적과 방법을 설명하고 연구에 참여하기를 서면 동의한 대상자들에게 병실과 휴게실에서 설문지를 배부하여 작성하도록 하였다. 설문지 작성 중이라도 대상자가 원하지 않을 경우 언제라도 참여를 철회할 수 있음을 설명하였으며 이로 인한 어떠한 불이익도 받지 않는다는 내용도 포함하였다. 본 연구의 목적과 방법을 설명하고 연구에 참여하기를 서면 동의한 대상자 중 질문에 자발적으로 구두로 답변을 할 수 있으나 기동성의 문제로 설문지 기입을 스스로 하지 못하는 경우에는 설문 문항을 읽어주고 답변을 받아 적는 방식으로 조사하였다. 설문지 응답에 소요되는 시간은 15분에서 30분 정도 소요되었다. 작성한 설문지는 무기명의 회수용 봉투에 밀봉하여 연구자가 직접 회수하였다.

5. 자료분석

수집된 자료는 SPSS/WIN 23.0 프로그램을 사용하였으며

구체적으로 다음과 같이 분석하였다.

- 대상자의 일반적 특성, 죽음인식 및 호스피스요구도는 빈도와 백분율, 평균과 표준편차를 산출하였다.
- 대상자의 일반적 특성에 따른 호스피스요구도의 차이는 independent t-test 및 one-way ANOVA를 이용하여 분석하였고, Scheffé test로 사후 검정하였다.
- 대상자의 죽음인식과 호스피스요구도와의 상관관계는 Pearson’s correlation coefficients로 분석하였다.
- 대상자의 호스피스요구도에 영향을 미치는 요인을 파악하기 위해 multiple linear regression으로 분석하였다.

연구결과

1. 대상자의 일반적 특성

연구대상자는 남성이 54.6%, 여성이 45.4%였고, 연령은 평균 74.4 ± 7.40 세이었다. 입원기간은 평균 9.4개월로 6개월 미만 이 53.8%였고, 질병 등 건강상의 이유로 입원한 경우가 74.6%로 가장 많았다. 호스피스를 들어본 경험이 없음이 63.1%였고, 최근 1년 내 간접죽음을 경험한 대상자가 52.3%였다(Table 1).

2. 대상자의 죽음인식과 호스피스요구도

대상자의 죽음인식 중 좋은 죽음에 대한 인식은 전체 문항평균 3.05 ± 0.39 점으로 하위영역 별 문항평균은 임상증상 3.29 ± 0.47 점, 통제감 3.00 ± 0.66 점, 친밀감 2.92 ± 0.47 점의 순으로 나타났다. 죽음불안은 전체 문항평균 2.33 ± 0.60 점으로 죽음과정의 불안 2.75 ± 0.57 점, 사후 결과의 불안 2.14 ± 0.80 점, 존재 상실의 불안 2.12 ± 0.73 점의 순으로 나타났다. 호스피스요구도는 전체 문항평균 3.85 ± 0.55 점으로, 의료적 요구도 4.17 ± 0.54 점, 정서적 요구도 4.04 ± 0.57 점, 가족지지 요구도 3.71 ± 0.66 점, 종교적 요구도 3.47 ± 0.86 점의 순으로 나타났다(Table 2).

3. 대상자의 일반적 특성에 따른 호스피스요구도 차이

대상자의 일반적 특성에 따른 호스피스요구도는 입원기간 ($F=7.25, p=.001$), 입원한 이유($F=7.66, p<.001$), 호스피스에 대하여 들어본 경험($t=2.27, p=.025$)에 따라 유의한 차이가 있었다. 사후 검정 결과, 입원기간은 6개월 이상 12개월 미만의 군에 비해 6개월 미만의 군 또는 12개월 이상의 군에서, 입원한 이유는 돌봐줄 사람이 없어서 입원한 군과 건강이 나빠서 입원

Table 1. Characteristics of Participants (N=130)

Characteristics	Categories	n (%) or M±SD
Gender	Male	71 (54.6)
	Female	59 (45.4)
Age (year)	65~69	45 (34.6)
	70~79	45 (34.6)
	≥80	40 (30.8)
		74.43±7.40
Level of education	Elementary school or less	66 (50.8)
	Middle school	24 (18.5)
	High school or more	40 (30.8)
Religion	Yes	74 (56.9)
	No	56 (43.1)
Spouse	Yes	48 (36.9)
	No	82 (63.1)
Monthly income (10,000 won)	None	55 (42.3)
	< 50	69 (53.1)
	≥50	6 (4.6)
Medical expense payment	Self or spouse	30 (23.1)
	Sibling or children	72 (55.4)
	Other	28 (21.5)
Perceived health status	Good	35 (26.9)
	Moderate	33 (25.4)
	Poor	62 (47.7)
Hospitalization period (month)	< 6	70 (53.8)
	6~11	35 (26.9)
	≥12	25 (19.2)
		9.44±14.47
Mobility	Self	71 (54.6)
	Using assistive devices	38 (29.2)
	Bed ridden state	21 (16.2)
Experience of long-term care hospital admission	First	75 (57.7)
	Second or more	55 (42.3)
Reasons for hospitalization	For comfort	8 (6.2)
	Have no caregiver	25 (19.2)
	Poor health status	97 (74.6)
Living arrangement	Alone	50 (38.5)
	Spouse	24 (18.5)
	Family	23 (17.7)
	Other medical institutions	33 (25.4)
Experience hearing about hospice	Yes	48 (36.9)
	No	82 (63.1)
Experience of significant others' death over the last year	Yes	68 (52.3)
	No	62 (47.7)

Table 2. Awareness of Death and Needs of Hospice Care (N=130)

Variables	M±SD	Range	Min	Max
Awareness of death				
Awareness of good death	3.05±0.39	1~4	2	4
Sense of closeness	2.92±0.47	1~4	2	4
Personal control	3.00±0.66	1~4	2	4
Clinical signs	3.29±0.47	1~4	2	4
Death anxiety	2.33±0.60	1~4	1	4
Loss of existence anxiety	2.12±0.73	1~4	1	4
Process of death anxiety	2.75±0.57	1~4	1	4
Post-mortem anxiety	2.14±0.80	1~4	1	4
Needs of hospice				
Medical care needs	3.85±0.55	1~5	2	5
Religious care needs	4.17±0.54	1~5	2	5
Emotional care needs	3.47±0.86	1~5	1	5
Family support needs	4.04±0.57	1~5	3	5
	3.71±0.66	1~5	2	5

한 군에 비해 안락한 노후를 위해 입원한 군이 호스피스요구도가 높게 나타났다(Table 3).

4. 죽음인식과 호스피스요구도의 상관관계

죽음인식과 호스피스요구도의 상관관계를 분석한 결과 좋은 죽음에 대한 인식($r=.64, p<.001$)과 죽음불안($r=.44, p<.001$) 모두 호스피스요구도와 유의한 양의 상관관계가 있는 것으로 나타났다(Table 4).

5. 호스피스요구도에 영향을 미치는 요인

대상자의 호스피스요구도에 영향을 미치는 요인을 확인하기 위해 단순회귀분석결과 호스피스요구도에 유의한 설명요인으로 확인된 입원이유, 호스피스를 들었던 경험, 입원기간, 좋은죽음에 대한 인식, 죽음불안을 예측변수로 투입하여 다중회귀분석을 실시하였다. 범주형 변수인 입원이유, 호스피스를 들었던 경험 및 입원기간은 가변수로 처리하였다. 회귀모형의 다중공선성을 확인한 결과 Durbin-Watson값은 1.577로 자기상관이 없는 것으로 확인되었으며, VIF는 1.153~3.853로 나타나 다중공선성은 발생하지 않았다. 분석 결과 본 연구의 회귀모형은 통계적으로 유의하였고($F=12.60, p<.001$), 회귀모형의 설명력은 51%였다. 대상자의 호스피스요구도에 영향을 미치는 요인은 좋은죽음에 대한 인식($\beta=.52, p<.001$)과 죽음불안($\beta=.21, p=.004$)으로 나타났다(Table 5).

Table 3. Needs of Hospice Care by Characteristics of Participants

(N=130)

Characteristics	Categories	Needs of hospice care		
		M±SD	t or F (p)	Scheffé
Gender	Male	3.81±0.56	0.76 (.452)	
	Female	3.89±0.54		
Age (year)	65~69	3.90±0.61	0.63 (.539)	
	70~79	3.86±0.54		
	≥ 80	3.77±0.51		
Level of education	Elementary school or less	3.76±0.51	2.13 (.121)	
	Middle school	4.03±0.53		
	High school or more	3.87±0.61		
Religion	Yes	3.88±0.52	0.70 (.489)	
	No	3.81±0.59		
Spouse	Yes	3.93±0.58	1.36 (.174)	
	No	3.80±0.53		
Monthly income (10,000 won)	None	3.87±0.57	0.08 (.931)	
	< 50	3.83±0.53		
	≥ 50	3.88±0.71		
Medical expense payment	Self or spouse	3.90±0.62	0.81 (.454)	
	Sibling or children	3.87±0.51		
	Other	3.73±0.57		
Perceived health status	Good	3.83±0.64	0.03 (.966)	
	Moderate	3.85±0.49		
	Poor	3.86±0.54		
Hospitalization period (month)	< 6 ^a	3.96±0.52	7.25 (.001)	b < a, c
	6~11 ^b	3.56±0.44		
	≥ 12 ^c	3.93±0.64		
Mobility	Self	3.90±0.55	1.34 (.271)	
	Using assistive devices	3.72±0.52		
	Bed ridden state	3.90±0.60		
Experience of long-term care hospital admission	First	3.83±0.59	-0.27 (.788)	
	Second or more	3.86±0.50		
Reasons for hospitalization	For comfort ^a	4.36±0.44	7.66 (< .001)	b < c < a
	Have no caregiver ^b	3.56±0.50		
	Poor health status ^c	3.88±0.54		
Living arrangement	Alone	3.76±0.57	1.34 (.263)	
	Spouse	3.90±0.61		
	Family	3.78±0.41		
	Other Medical Institutions	3.99±0.56		
Experience hearing about hospice	Yes	3.99±0.56	2.27 (.025)	
	No	3.76±0.53		
Experience of significant others' death over the last year	Yes	3.79±0.48	-1.13 (.261)	
	No	3.90±0.61		

Table 4. Correlation between Awareness of Death and Needs of Hospice Care (N=130)

Correlation	Awareness of death	
	Awareness of good death	Death anxiety
	r (p)	r (p)
Needs of hospice care	.64 (< .001)	.44 (< .001)

논 의

본 연구는 요양병원에 입원하고 있는 노인 환자의 죽음인식과 호스피스요구도 수준을 확인하고 호스피스요구도에 영향을 미치는 요인을 확인하기 위하여 시도되었다. 대상자의 호스피스요구도는 전체 문항평균은 3.85점으로, 의료적 영역이

Table 5. Factors affecting Needs of Hospice Care

(N=130)

Characteristics	Categories	B	SE	β	t	p
(Constant)		1.39	0.38		3.69	< .001
Hospitalization period (Reference: < 6)	6~11 months	-0.06	0.13	-.04	0.63	.598
	≥ 12 months	-0.04	0.12	-.03	0.76	.593
Reasons for hospitalization (Reference: for comfort)	Have no care giver	-0.32	0.17	-.23	-1.81	.072
	Poor health status	-0.24	0.15	-.19	-1.59	.115
Experience hearing about hospice (Reference: yes)	No	-0.12	0.08	-.10	-1.51	.134
Awareness of good death		0.74	0.10	.52	7.33	< .001
Death anxiety		0.19	0.06	.21	2.95	.004

Adjusted R²=.51, F=12.60, p<.001

4.18점으로 가장 높았으며, 종교적 영역은 3.47점으로 가장 낮았다. 이는 암 환자를 대상으로 한 연구에서[20] 전체 문항평균 3.67점, 의료적 영역 4.05점, 종교적 영역 3.20점으로 나타난 것과 비교할 때 약간 높은 편이다. 특히 요양병원에 입원한 노인의 호스피스요구도는 하위 요구도 중에서도 의료적 요구도가 가장 높아 호스피스 서비스 대상자가 만성질환을 가진 노인에게 확대되어야 한다는 주장[10]을 뒷받침해준다고 볼 수 있다. 따라서 우리나라 현 제도에서 호스피스 서비스 활성화를 위해서는 노인 환자 및 보호자, 요양병원 종사자를 대상으로 호스피스 서비스에 대한 교육 및 홍보를 강화하고, 요양병원에 입원한 노인 환자가 호스피스가 필요할 때 시의적절하게 전문팀 또는 전문기관과 연계해 줄 수 있는 체계를 갖출 필요가 있다. 이를 위해서는 요양병원 간호인력들이 호스피스 서비스의 기본 철학과 목적을 인식하고 호스피스 접근을 기반으로 하는 간호서비스 제공 역량을 갖추어야 하며, 이에 앞서 요양병원이 호스피스 전문기관으로 충족할 수 있도록 인력과 시설 등을 갖추어야 할 것이다. 요양병원이 호스피스 전문기관으로 지정받아 시범사업을 운영하기 위해서는 현재 개정된 연명의료결정법에 따라 일정한 인력과 시설 등의 기준을 충족하여 지정받아 운영할 수 있다[18]. 2016~2017년에 걸쳐 시행한 요양병원 호스피스 1차 시범사업에 대한 건강보험공단의 평가 결과는 기존의 호스피스전문기관보다 요양병원이 더 우수한 것으로 나타나[28], 현재까지도 시범사업이 운영 중에 있다. 특히 입원형 호스피스를 이용한 환자규모는 매년 꾸준히 증가하고 있으며 요양병원의 경우 평균 재원일수가 타 기관보다 가장 높게 나타나[18], 요양병원의 역할이 강조되고 있다. 그러나 시범사업 수가가 요양병원의 기존 입원형 수가 모형을 그대로 적용하고 요양병원 자체적으로 시설·장비를 투자해 운영 중에 있으므로[29], 호스피

스 전문기관으로 지정받고 기관을 유지하기 위해서는 한계점이 있다. 따라서 요양병원의 기능과 환자 특성에 맞는 수가 모형 개발이 시급하며 요양병원이 안정적 재정체계를 마련하여 호스피스 전문기관으로 충족되어 유지할 수 있도록 정부의 도움이 필요하겠다.

대상자의 일반적 특성 중 호스피스요구도에 유의한 차이를 나타낸 변수는 입원이유, 호스피스를 들어본 경험, 입원기간으로 확인되었다. 안락한 노후를 위해 입원한 대상자가 좋은 죽음에 대한 인식이 높았는데 이는 임상증상, 통제감, 친밀감 등의 다양한 요인들이 좋은 죽음에 중요한 요인이라고 인식하고 있으며, 요양병원이 가정에서보다 이러한 요인들을 충족시켜 줄 수 있을 것으로 기대하였기 때문에 입원하였다고 생각할 수 있다. 실제 요양병원에 입원한 노인 환자는 기본적인 의식주 및 건강문제의 해결이 쉽고 자녀로부터 부양부담이 완화되고 요양병원 내에서 새로운 관계가 형성되는 등 가정에서 생활할 때보다 기대 이상으로 요양병원에서의 삶에 긍정적인 것으로 나타났다[30]. 따라서 요양병원에 입원한 노인 환자에게 입원기간 동안 발생하는 임상증상 조절뿐만 아니라 자신의 삶과 죽음에 대한 통제력과 타인과의 관계를 맺는 능력을 유지할 수 있도록 도와야 하겠다.

호스피스를 들어본 경험이 있는 경우 호스피스요구도가 높았는데, 경험은 실제로 해보거나 겪으면서 얻어지는 것으로 [31], 이러한 호스피스 노출 경험유무가 호스피스요구도와와의 연관성이 확인되지 않았으므로 추후 호스피스에 대한 지식 정도에 따라 호스피스요구도가 차이가 있는지 면밀하게 확인할 필요가 있다. 입원기간이 6개월 이상 12개월 미만보다 6개월 미만에서 좋은 죽음에 대한 인식과 죽음불안이 높았고, 6개월 미만과 12개월 이상에서 호스피스요구도가 높게 나타났다. 이는

입원기간이라는 질병적 특성이 죽음인식과 호스피스요구도와 관련이 있음을 확인할 수 있으나, 요양병원 환자들은 대부분 노인성 질환 또는 만성질환과 외과수술 후 회복을 위해 입원하기 때문에[32], 입원기간뿐만 아니라 입원 횟수나 개개인의 질병의 중증도 등의 특성이 함께 고려되어야 할 것이다. 추후 임상에서 대상자의 질병특성을 고려한 호스피스 간호를 제공한다면 호스피스 요구가 더욱 충족될 것으로 기대되며, 후속 연구에서 독립변수로 투입되어 재확인할 필요가 있다고 여겨진다.

대상자의 호스피스요구도에 영향을 미치는 요인은 좋은 죽음에 대한 인식과 죽음불안으로 나타났으며, 좋은 죽음에 대한 인식이 더 큰 영향을 미치는 것으로 확인되었다. 본 연구에서 대상자의 좋은 죽음 인식은 평균 3.05 ± 0.39 점으로 중앙내과 병동에 입원한 암 환자의 좋은 죽음 인식 평균 3.07 ± 0.46 점과[20] 유사하고, 재가노인 암 생존자의 좋은 죽음 인식 평균 2.97 ± 0.35 점보다[33] 높게 나타났다. 이러한 결과는 요양병원에 입원하고 있는 노인 환자가 현재 법에서 지정하고 있는 말기 환자 또는 임종과정에 있는 환자와 유사한 수준으로 좋은 죽음의 요인들에 대한 중요성을 높게 인식하고 있음을 의미한다고 볼 수 있다. 특히 좋은 죽음의 하위 영역 중 임상증상이 문항평균 3.29 ± 0.47 점으로 가장 높게 나타났는데 이는 요양병원 입원노인을 대상으로 한 연구[24]에서도 임상증상이 평균 3.57 ± 0.49 점으로 가장 높게 나타난 것과 유사하다. 이러한 결과는 본 연구의 대상자가 요양병원에 입원한 이유 중 질병 등의 건강상의 이유라고 응답한 결과가 가장 많았던 결과와 관련이 있는 것으로 생각된다. 요양병원에 입원한 노인은 대부분 만성질환을 가지고 있으므로 통증 등 신체적으로 고통을 주는 증상으로부터 자유롭고 기계적 장치의 도움 없이 자연스럽게 죽음을 맞이하는 것을 좋은 죽음에 가장 중요한 특성으로 인식하고 있다[24]. 따라서 요양병원에 입원한 만성질환 노인 환자가 좋은 죽음으로 인식하는 데 중요하다고 생각하는 통증 등의 임상증상 조절 간호를 우선적으로 수행함으로써 그들이 남은 자신의 삶의 질에 만족할 수 있도록 지원하는 것이 중요하겠다.

다음으로 대상자의 호스피스요구도에 영향을 미치는 요인인 죽음불안이 높을수록 호스피스요구도가 높아지는 것으로 확인되었다. 본 연구대상자의 죽음불안은 평균 2.33 ± 0.60 점으로 재가노인 암 생존자의 죽음불안 문항평균 2.47 ± 0.39 점[33]과 유사하였으나, 요양병원 입원 노인 환자를 대상으로 한 연구결과 문항평균 2.64 ± 0.61 점[34]보다 다소 낮았다. Lee와 Choi [34]의 연구에서 죽음불안은 연령이 많을수록, 입원 기간이 길수록 높았는데, 본 연구대상자의 연령은 80세 이상이 30.8%였고, 입원기간이 6개월 미만이 53.8%인데 비해 Lee와

Choi [34]의 연구에서는 81세 이상이 37.7%였고, 입원기간이 6개월 미만의 경우가 17.6%에 불과하였다. 이처럼 연령과 입원기간이 다른 대상자의 특성이 두 연구에서 대상자의 죽음불안 수준이 다르게 나타난 것과 관련이 있을 것으로 추측할 수는 있겠으나, 이후 지역 및 대상자를 확대하여 요양병원에 입원한 노인의 죽음불안 수준에 대한 면밀한 조사가 필요하다.

암 환자를 대상으로 한 선행연구에서도 죽음불안이 높을수록 호스피스요구도가 높아져[20], 본 연구결과와 비슷하였다. 요양병원 입원노인은 타 환자의 죽음을 접할 수 있는데 이는 자신의 죽음을 직면해 보는 기회로 이어질 수 있기 때문에 죽음에 대하여 수용적인 태도를 보이는 동시에 공포, 우울감 등을 느낄 수 있는 것으로 생각된다. 이는 죽음에 대한 불안이 높아질수록 돌봄에 대한 요구도가 높아지는 것으로 해석할 수 있으므로 호스피스 간호를 계획할 때 먼저 환자의 죽음에 대한 태도를 긍정적으로 변화시킬 수 있도록 하는 중재가 선행되어야 한다고 하였다[19]. 죽음준비도와 죽음불안은 부적 상관관계가 있는 것으로 나타났고[35], Lee와 Choi [34]도 좋은 죽음에 대한 인식이 죽음불안에 유의한 영향을 미치는 변수이나 죽음준비교육이 미흡한 노인암 생존자의 경우 좋은 죽음 인식 수준이 높을수록 죽음불안 수준이 높게 나타난 것으로 추정할 수 있다고 하였다. 따라서 죽음에 대해 진지하게 고민해 보고 죽음에 대한 불안한 감정을 표현하도록 하며 사전의료지시서와 유언장 작성 등 죽음에 대한 실제적인 준비를 하는 죽음준비교육을 통해 죽음불안을 감소시키는 중재[36]를 제공할 필요가 있다. 노인기 초기에 죽음불안을 감소시켜 자신의 삶을 긍정적으로 재평가하고 재정립하도록 도와주어 남은 삶을 의미 있게 보낼 수 있도록 돕는 것이 중요하다는 점을 고려할 때[35] 요양병원은 입원 초기부터 임종까지 연속성 있는 관리가 가능한 현장이라는 장점을 가지고 있다고 볼 수 있다. 따라서 현재보다 더 많은 요양병원이 호스피스전문기관으로 지정받고 호스피스 서비스를 제공할 수 있는 시스템으로 개선하고 확장시켜 나가야 하겠지만 관련 인프라, 서비스 제공 및 이용, 사회적 인식, 의료와 복지연계 등의 부족 등[18]의 현실적인 문제가 있다. 그러나 고령화, 핵가족화, 호스피스완화의료의 개념 확장 등의 국제적 변화를 고려할 때 환자중심의 호스피스서비스 제공의 관점에서는 만성질환 간호실무에서 간호사 역할 변화 및 확장이 필요하다고 생각된다. 요양병원은 현재의 입원형 호스피스 서비스와 가정형 호스피스의 연계 역할을 할 수 있는 지역 인프라로 역할할 수 있을 것으로 기대된다. 이를 위해서는 요양병원 입원 노인 환자의 죽음에 대한 인식과 호스피스요구도를 확인하고 호스피스가 필요한 대상자에게 서비스를 이용할 수 있도록 적극적

으로 홍보하고, 간호인력에게는 이를 수행하는 데 필요한 지식과 기술을 습득할 수 있는 교육의 기회가 제공되어야 할 것이다. 또한 요양병원이 최소한의 의료 서비스만을 제공하는 것에 그치지 않고 입원 초기부터 임종까지 연속성 있는 관리를 제공할 수 있도록 호스피스·완화의료적 접근이 이루어 질 수 있는 최소한의 체계를 합의해 나갈 필요가 있겠다. 호스피스에 대한 요구를 고려한 접근으로 양질의 간호를 제공함으로써 요양병원 입원 노인 환자의 죽음인식을 변화시킬 수 있는 중재를 통해 그들의 삶과 죽음의 질을 향상시킬 수 있을 것으로 기대한다.

본 연구는 요양병원에 입원한 노인 중 현재 호스피스·완화의료법에 따른 대상자에 포함되지 않는 환자를 대상으로 죽음인식과 호스피스요구도 수준을 파악하고 죽음인식이 호스피스요구도에 영향을 주는 요인임을 확인하였다는 데 의의가 있다. 그러나 본 연구에서 사용한 측정도구들은 자가보고식 설문지로 응답자의 태도와 환경 등에 영향을 받을 수 있을 것으로 생각된다. 또한 연구대상자 선정 시 일 지역 요양병원을 대상으로 연구자가 편의 표출하여 수집한 자료를 바탕으로 분석하였으므로 연구결과를 일반화 할 때 신중을 기해야 할 것이다.

결론

본 연구는 요양병원에 입원한 노인 환자의 죽음인식이 호스피스요구도에 미치는 영향을 확인함으로써 요양병원에서의 호스피스·완화의료적 접근의 필요성과 요양병원 근무 간호사의 호스피스간호서비스 제공을 위한 준비에 필요한 기초자료를 마련하고자 시도되었다. 연구결과 좋은죽음에 대한 인식이 높고 죽음불안이 높을수록 호스피스요구도가 높은 것으로 나타났다. 이는 요양병원에서도 호스피스·완화의료이 필요함을 시사한다. 환자중심의 호스피스·완화의료 서비스 제공을 활성화할 수 있는 방안으로 요양병원이 지역사회에서 입원 호스피스와 가정형 호스피스의 연계체제로 역할 할 수 있을 것으로 생각되며 이를 위해서는 만성질환 간호실무에서 호스피스·완화의료적 접근법을 이해하고 실행할 수 있도록 간호사의 역할이 확장되어야 하겠다.

추후 다양한 수준과 규모의 요양병원 및 노인전문병원 뿐만 아니라 요양시설 등의 기관을 포함하여 대상자들의 범위를 확대하여 호스피스요구도 수준과 영향요인을 확인하고 비교하는 후속 연구가 필요하겠다. 또한 호스피스요구도 중 의료적 영역에 대한 호스피스요구도가 가장 높았으므로 우선적으로 의료적 영역의 호스피스 중재 연계 체계 및 프로그램을 개발하고 효과를 측정하는 연구를 제언한다.

CONFLICTS OF INTEREST

The authors declared no conflict of interest.

AUTHORSHIP

Study conception and design acquisition - KE-J, LY and KS-H; Data collection - KE-J and KH; Analysis and interpretation of the data - KE-J, LY, KS-H and KH; Drafting and critical revision of the manuscript - KE-J, LY, KS-H and KH.

ORCID

Kim, Eun-Ju <https://orcid.org/0000-0002-8446-1490>
 Lee, Yoonju <https://orcid.org/0000-0001-9378-7022>
 Kim, Sang-Hee <https://orcid.org/0000-0002-2320-6656>
 Kim, Heejin <https://orcid.org/0000-0002-6815-2313>

REFERENCES

1. Statistics Korea. Future population estimation [Internet]. Daejeon: Author; 2019 [cited 2020 April 13]. Available from: http://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=DT_1BPA002&conn_path=I2
2. Statistics Korea. Status of long-term care facilities by province [Internet]. Daejeon: Author; 2020 [cited 2020 April 14]. Available from: http://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=354&tblId=DT_MIRE01&conn_path=I2
3. Ministry of Health and Welfare. Status of operation and salary management of long-term care hospitals [Internet]. Seoul: Author; 2019 [cited 2020 April 25]. Available from: http://www.mohw.go.kr/react/al/sal0501vw.jsp?PAR_MENU_ID=03&MENU_ID=03260102&CONT_SEQ=351979
4. Hall S, Goddard C, Stewart F, Higginson IJ. Implementing a quality improvement programme in palliative care in care homes: A qualitative study. *BMC Geriatrics*. 2011;11(31):1-11. <https://doi.org/10.1186/1471-2318-11-31>
5. Kim WS, Cho HH, Kwon SH. The influence of terminal care performance, death anxiety and self-esteem on terminal care stress of geriatric hospital nurses. *The Korean Journal of Hospice and Palliative Care*. 2016;9(2):154-62. <https://doi.org/10.14475/kjhpc.2016.19.2.154>
6. Kim HG. Awareness and attitude of the death of modern Koreans [master's thesis]. Seoul: Dongguk University; 2002. p. 1-101.
7. Oh MN, Choi WS. A study on self-esteem, death anxiety and depression of the elderly in home and facilities. *Family and Environment Research*. 2005;43(3):105-18.
8. Kim SR. Impact of death awareness on well-dying and spiritual wellbeing in cancer patients-the regulation effects of hospice care. *Journal of the Korean Society for Welfare and Practice*. 2016;8(1):63-106.
9. World Health Organization. Palliative care [Internet]. Geneva:

- Author; 2020 [cited 2020 October 30]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
10. Elizabeth D, Irene JH. Better palliative care for older people [Internet]. Geneva: World Health Organization, 2004 [cited 2020 October 30]. Available from: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/98235/E82933.pdf
 11. Korea Ministry of Government Legislation. Act on decisions on life-sustaining treatment for patients in hospice and palliative care or at the end of life [Internet]. Sejong: Korea Ministry of Government Legislation; 2016 [cited 2020 December 18]. Available from: <http://www.law.go.kr/>
 12. National Hospice Center. Hospice and palliative care service type [Internet]. Gyeonggi-do: Author; 2020 [cited 2020 December 10]. Available from: http://hospice.go.kr/hospice/hospiceServiceType.do?menu_no=581&brd_mgrno=
 13. Gye SY, Gu BJ, Kim EJ, Nam EJ, Park SY, Park SJ, et al. Hospice & palliative care in Korea: Facts & figures 2017. Sejong & Goyang: National Hospice Center & Ministry of Health and Welfare; 2019. p. 14-66.
 14. Jang YJ. Universal hospice system and the role of long-term care hospitals. Research Institute for Healthcare Policy Korean Medical Association. 2015;12(4):57-61.
 15. Burles MC, Peternelj-Taylor CA, Holtslander L. A 'good death' for all?: Examining issues for palliative care in correctional settings. *Mortality*. 2016;21(2):93-111. <https://doi.org/10.1080/13576275.2015.1098602>
 16. Cagle, JG, Pek J, Clifford M, Guralnik J, Zimmerman S. Correlates of a good death and the impact of hospice involvement: Findings from the national survey of households affected by cancer. *Support Care Cancer*. 2015;23(3):809-18. <https://doi.org/10.1007/s00520-014-2404-z>
 17. Byon YS. Death and nursing-hospice care. Seoul: Ewha Research Institute of Nursing Science; 1990. p. 13-27.
 18. Oh JY, Lee DH, Lim JW, Shin YJ, Park DH, Yoo HR, et al. Hospice & Palliative care services system improvement plan. Health Insurance Review and Assessment Service Report. Gangwon-do, Health Insurance Review and Assessment Service, 2020 February. Report No.: G000F8R-2020-27.
 19. Suh IS, Shin MH, Hong SH. Needs of hospice care and quality of life for cancer patients. *The Korean Journal of Hospice and Palliative Care*. 2010;13(2):89-97.
 20. Son YJ, Park YR. Perception on Hospice, attitudes toward death and needs of hospice care between the patients with cancer and family. *Korean Academic Society of Rehabilitation Nursing*. 2015;18(1):11-9. <https://doi.org/10.7587/kjrehn.2015.11>
 21. Kang KA, Kim YS. The need for child hospice care in families of children with cancer. *The Korean Journal of Hospice and Palliative Care*. 2004;7(2):221-31.
 22. Kim JA, Kim KH, Kang HS, Kim JS. Nursing need and satisfaction of patients in hospice ward. *The Korean Journal of Hospice and Palliative Care*. 2014;17(4):248-58. <https://doi.org/10.14475/kjhpc.2014.17.4.248>
 23. Jin HJ. Need for hospice care in Busan area [master's thesis]. Busan: Kosin University; 2009. p. 1-47.
 24. Kim EJ, Lee YJ. Good death awareness, attitudes toward advance directives and preferences for care near the end of life among hospitalized elders in long-term care hospitals. *Journal of Korean Academy of Fundamentals of Nursing*. 2019;26(3):197-209. <https://doi.org/10.7739/jkafn.2019.26.3.197>
 25. Schwartz CE, Mazor K, Rogers J, Ma Y, Reed G. Validation of a new measure of concept of a good death. *Journal of Palliative Medicine*. 2003;6:575-84. <https://doi.org/10.1089/109662103768253687>
 26. Jeong HS. Recognition towards good death among physicians and nurses in an area [master's thesis]. Busan: Catholic University of Pusan; 2010. Korean.
 27. Park EK. Development of an instrument for the measurement of death concern [master's thesis]. Seoul: Korea University; 1995. p. 1-46.
 28. Medical & Welfare News. Nursing hospital hospice pilot project good [Internet]. Seoul: Ahn CW, 2018 [cited 2020 December 11]. Available from: <http://www.mediwelfare.com/news/articleView.html?idxno=431>
 29. The Korean Doctors' Weekly. Government to improve of hospice pilot projects [Internet]. Seoul: Choi KS, 2019 [cited 2020 December 11]. Available from: <http://www.docdocdoc.co.kr/news/articleView.html?idxno=1074971>
 30. Kang GS, Kim JS. Change of life of the older due to social admission in long-term care hospital. *Journal of the Korean Gerontological Society*. 2017;37(1):103-23.
 31. Jang MS, Hwang MS. Comparison of hospital nurses' knowledge, emergency coping ability and educational need according to nursing care experience for patient applied the home mechanical ventilator. *The Journal of Korean Academic Society of Home Care Nursing*. 2017;24(2):121-32. <https://doi.org/10.22705/jkashcn.2017.24.2.121>
 32. Lee DH, Lee JS. Long term care center and geriatric illness. *Korean Journal of Clinical Geriatrics*. 2012;13(4):133-52.
 33. Lim HS, Yoo JS. Factors affecting on death anxiety in elderly cancer survivors: focusing on ego integrity, depression and awareness of good death. *Journal of the Korea Academia-Industrial cooperation Society*. 2020;21(1):197-207. <https://doi.org/10.5762/KAIS.2020.21.1.197>
 34. Lee MS, Choi HJ. Factors influencing death anxiety in elderly

- patients in long-term care hospitals. *Journal of Korean Gerontological Nursing*. 2016;18(3):138-46.
<https://doi.org/10.17079/jkgn.2016.18.3.138>
35. Kim AL. Influencing factors on the elderly's preference in care near the end of life - focusing on preparation for death and anxiety for death. *Journal of the Korean society for Wellness*. 2019;14(1):113-23.
<https://doi.org/10.21097/ksw.2019.02.14.1.113>
36. Oh HJ. Effectiveness of death education program: Focused on the elderly residing at nursing home. *Korean Journal of Gerontological Social Welfare*. 2020;75(3):121-45.
<https://doi.org/10.21194/KJGSW.75.3.202009.121>