creative commons

COMMONS DEED

저작자표시-비영리-변경금지 2.0 대한민국

이용자는 아래의 조건을 따르는 경우에 한하여 자유롭게

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

다음과 같은 조건을 따라야 합니다:

저작자표시. 귀하는 원저작자를 표시하여야 합니다.

비영리. 귀하는 이 저작물을 영리 목적으로 이용할 수 없습니다.

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

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

저작권법에 따른 이용자의 권리는 위의 내용에 의하여 영향을 받지 않습니다.

이것은 이용허락규약(Legal Code)을 이해하기 쉽게 요약한 것입니다.

Disclaimer

dCollection

심리학박사 학위논문

죽음태도와 질병불안의 관계

2023년 8월

서울대학교 대학원

심리학과 임상·상담심리학 전공

오주용

죽음태도와 질병불안의 관계

지도교수 권 석 만

이 논문을 심리학박사 학위논문으로 제출함
2023년 4월

서울대학교 대학원
심리학과 임상·상담심리학 전공
오 주 용

오주용의 심리학박사 학위논문을 인준함
2023년 6월

위 원 장 _____ 이 훈 진 (인)

부위원장 _____ 오 성 주 (인)

위 원 _____ 임 영 진 (인)

위 원 _____ 정 지 현 (인)

위 원 _____ 권 석 만 (인)

국문초록

본 연구에서는 죽음태도와 질병불안의 관계를 검증하고자 하였다. 인간은 누구나 죽음을 두려워하며 피하고 싶어한다. 이와 동시에 고통스런 삶에서의 탈출이나 더 나은 내세로의 진입을 위해 혹은 삶의 자연스러운 과정으로 죽음을 받아들이려 한다. 이처럼 인간은 동시에 죽음에 대한 다양한 태도를 지닌다. 질병은 죽음으로 이어질 수 있기에 죽음공포는 질병불안과 밀접히 관련된 것으로 보고되고 있다. 반면에 질병불안과 회피 및 수용과 같은 다른 죽음태도의 관계에 대한 연구는 많이 이루어지지 않았다. 이에 본 연구에서는 설문연구와 실험연구를 통해 죽음태도가 질병불안에 미치는 영향을 밝혀내고자 하였다.

연구 1에서는 자신의 죽음에 대한 공포, 회피 및 수용을 폭넓게 측정하는 죽음태도척도-개정판(DAP-R)을 번안, 타당화하였다. 다양한 연령대의 성인 609명을 대상으로 자료를 수집하였다. 탐색적 요인 분석과 확인적 요인분석을 통해 한국어판 죽음태도척도-개정판(K-DAP-R)이 죽음공포, 죽음회피, 도피수용, 접근수용, 중립수용의 5개 요인이 확정되었다. K-DAP-R은 내적 합치도와 검사-재검사 신뢰도가 양호하였다. 다만, 죽음공포와 중립수용 요인에 비해 죽음회피, 도피수용, 접근수용 요인의 타당도가 다소 미흡하였다.

연구 2에서는 죽음태도의 영향을 크게 받는다고 여겨지는 질병불안을 선택하여, 취약성 요인인 신체증상 해석편향과 질병불안 증상의 관계를 죽음태도가 조절하는지 검증하였다. 다양한 연령대의 성인 309명을 대상으로 온라인 설문을 실시하였다. 위계적 회귀분석 결과 죽음공포와 중립수용의 조절효과가 유의하였다. Johnson-Neyman 기법을 적용한 결과 이 조절효과는 두 요인의 전체 영역에서 유의하였다. 신체증상 해석편향이 질병불안에 미치는 영향에서 죽음공포는 취약 요인으로, 중립수용은 보호 요인으로 작용하는 것으로 검증되었다.

연구 3에서는 기존의 질병불안 심리교육에 죽음태도 성찰 교육을 추가하여 질병불안 완화에 기여하는지 확인하였다. 선별검사를 통해 질병불안이

높은 36명을 모집하고 세 집단으로 나누어 심리교육을 실시하였다. 전반부 3주 동안 인지행동치료 기반 교육을 세 집단에 공통으로 실시하였다. 후반부 3주 동안 실험집단에는 죽음태도 성찰 훈련 및 비교집단에는 문제해결 훈련을 실시하고, 대기집단은 교육을 실시하지 않았다. 사전, 중간, 사후 및 추후 평가를 실시하였다. 집단 간 차이를 살펴보면 실험집단과 비교집단에서 대기집단에 비해 사후-추후 구간에서 질병불안이 유의하게 감소하였다. 실험 및 비교 집단에서는 대기집단에 비해 교육효과가 다소 지연되어 나타났는데, 두 집단에 치료 중 질환을 지닌 참여자가 많았기 때문일 수 있겠다. 집단 내 차이를 살펴보면, 실험집단에서 신체증상 해석편향이 사전-사후 구간에서 유의하게 감소하여 죽음태도 성찰 개입의 치료 효과가 시사되었다.

이러한 결과는 개인 내에 다양한 죽음태도가 공존하며, 그 중에서 죽음공포와 중립수용 태도가 질병불안에 영향을 미친다는 가설을 지지한다. 또한 죽음태도 성찰 교육이 신체증상 해석편향 감소를 통해 질병불안을 완화시키는 예방적 효과를 지닐 수 있음을 시사한다.

주요어 : 죽음태도척도-개정판(DAP-R), 죽음공포, 중립적 죽음수용, 질병불안, 죽음태도 성찰, 심리교육

학 번 : 2014-30058

목 차

국문초록 ····· i

서 론 ····· 1
죽음태도에 대한 선행 연구 ····· 1
죽음태도의 종류 ····· 3
죽음태도와 질병불안 ····· 5
죽음공포와 불안에 대한 심리학적 설명 ····· 8
죽음태도 성찰 개입-수용전념치료의 적용 ····· 12
문제 제기 및 연구 목적 ····· 14

연구 1. 죽음태도척도-개정판(DAP-R)의 타당화 ··· 18
방법 ····· 21
결과 ····· 26
논의 ····· 41

연구 2. 신체증상 해석편향과 질병불안의 관계에서
죽음태도의 조절효과 ····· 49
방법 ····· 55
결과 ····· 60
논의 ····· 64

연구 3. 질병불안 완화를 위한 심리교육에서
죽음태도 성찰 개입의 효과 검증 ····· 68

방법 ····· 71
결과 ····· 86
논의 ····· 102

종합논의 ····· 109

참고문헌 ····· 117

부　　록 ····· 138

영문초록 ····· 168

표 목 차

표 1. K-DAP-R의 탐색적 요인분석 모형별 적합도 지수 ····· 28
표 2. K-DAP-R의 탐색적 요인분석 모형별 요인 구조 ····· 29
표 3. K-DAP-R의 탐색적 요인분석 문항 ····· 30
표 4. K-DAP-R의 확인적 요인분석 모형의 적합도 지수 비교 ····· 33
표 5. K-DAP-R의 확인적 요인분석 결과 ····· 34
표 6. K-DAP-R의 타당화에 사용된 척도별 상관 및 기술통계량 ····· 35
표 7. 연령 집단에 따른 K-DAP-R 요인 및 타당화 척도의 평균 차이 ····· 39
표 8. 성별에 따른 K-DAP-R 요인의 평균 차이 ····· 39
표 9. 종교에 따른 K-DAP-R 요인의 평균 차이 ····· 40
표 10. 연구 2 참여자의 인구통계학적 특성 ····· 56
표 11. 연구 변수들 간 상관관계 및 기술통계 ····· 60
표 12. 상호작용 효과 분석 결과 ····· 61
표 13. 신체증상 해석편향과 질병불안 관계에서 죽음공포 점수에 따른
조절효과 유의성에 대한 Johnson-Neyman 검증 ····· 63
표 14. 신체증상 해석편향과 질병불안 관계에서 중립수용 점수에 따른
조절효과 유의성에 대한 Johnson-Neyman 검증 ····· 63
표 15. 인지행동치료 기반의 질병불안 완화 심리교육 - 집단 공통 ····· 79
표 16. 죽음태도 성찰 교육 - 실험집단 ····· 81
표 17. 문제해결 훈련 교육 - 비교집단 ····· 83
표 18. 처치 집단별 인구통계학적 특성 및
종속측정치의 집단 간 차이 검정 ····· 87
표 19. 치료 중인 질환 유무에 따른 종속측정치의 차이 검정 ····· 88
표 20. 측정시기별 주요 변인의 집단 간 차이 ····· 92
표 21. 측정시기별 주요 변인의 집단 내 차이 ····· 94
표 22. 처치 집단 간 요구특성 및 개입 평가 비교 - 공통교육 후 ····· 97
표 23. 처치 집단 간 요구특성 및 개입 평가 비교 - 후반기 교육 후 ····· 98
표 24. 효과적으로 질병불안이 완화된 참여자들의 특성 ····· 100

그 림 목 차

그림 1. 질병불안의 인지행동모델 ····· 7
그림 2. 죽음불안의 통합적 모델 ····· 11
그림 3. 수용전념치료(ACT)의 핵심 기제 ····· 13
그림 4. K-DAP-R의 탐색적 요인분석 자료의 평행분석 결과 ····· 27
그림 5. 죽음공포 수준에 따른 신체증상-해석편향과 질병불안의 관계 ····· 62
그림 6. 중립수용 수준에 따른 신체증상-해석편향과 질병불안의 관계 ····· 62
그림 7. 연구 3 처치의 주요 절차 ····· 78
그림 8. 측정시기에 따른 처치조건별 질병불안 점수 변화 ····· 90
그림 9. 측정시기에 따른 처치조건별 증상해석-신체귀인 점수 변화 ····· 90
그림 10. 측정시기에 따른 처치조건별 불안민감도-신체염려 점수 변화 ····· 91
그림 11. 측정시기에 따른 처치조건별 건강 관련 삶의 질 점수 변화 ····· 91
그림 12. 측정시기에 따른 처치조건-질환유무별 질병불안 점수 변화 ····· 95
그림 13. 측정시기에 따른 처치조건-질환유무별
신체증상 해석편향 점수 변화 ····· 96
그림 14. 측정시기에 따른 처치조건-질환유무별
불안민감도-신체염려 점수 변화 ····· 96
그림 15. 측정시기에 따른 처치조건별 죽음공포 점수 변화 ····· 99
그림 16. 측정시기에 따른 처치조건별 중립수용 점수 변화 ····· 99

서 론

memento mori에서 carpe diem으로

“삶은 죽음을 배경으로 할 때 가장 잘 보인다”라는 말이 있듯이, 죽음을 정직하게 바라볼 수 있어야 삶의 진정한 의미와 가치를 인식할 수 있다(권석만, 2019). 일찍이 2000여 년 전에 스토아 학파는 “어떻게 살아야 하는지 배우기를 원한다면 죽음을 묵상하라”고 가르쳤다. 현대 실존주의 심리치료에서도 현재를 충만하게 살아가려면 죽음을 관상(contemplating death)할 것을 강조한다. 그러나 프랑스 문인 La Rochefoucauld가 “태양이나 죽음은 정면으로 바라볼 수 없다”는 잠언을 남겼듯이 죽음에 대해 성찰하는 것은 상당히 어렵고 고통스러운 일이다. Becker(1973)는 “죽음이라는 관념, 죽음에 대한 공포보다 더 인간이란 동물의 뇌리에 박혀 괴로움을 주는 것은 없다”라고 단언한 바 있다.

Yalom(1980)은 “죽음 인식이 환자의 자각과 활동성을 증진시키기도 하지만 불안의 근원이 되기도 한다. 심리치료자는 죽음이 제공하는 이 두 가지 수단을 잘 인식하고, 편안한 상태가 되도록 불안을 줄이되 이 불안을 사용해야 한다”고 당부했다(p.222-223). 죽음 성찰의 긍정적, 부정적 측면을 모두 인정하고 삶에 도움이 되는 방향으로 활용하는 것, 그것이 죽음태도에 대한 본 연구의 계기이자 목적이다.

죽음태도에 대한 선행 연구

현대 사회에서 죽음은 두려운 것이며 회피하고 싶은 것으로 여겨지는 경우가 많다. 그러나 인류 역사에 이런 죽음 기피적 태도가 항상 존재했던 것은 아니다. 프랑스의 역사학자 Aries(1975)에 따르면 서양의 경우 중세에서 18세기에 이르기까지는 죽음을 주로 집에서 맞았기에 죽음에 친숙하고 수용적인 태도가 보편적이었지만, 19세기 후반부터 행복이 강조되는 사회 분위기에서 죽음을 슬프고 추한 것으로 여기게 되면서 죽음

의 장소가 병원으로 바뀌고 죽음에 회피적인 태도를 갖게 되었다(권석만, 2019에서 재인용). 이는 현대의 동양 문화권에도 마찬가지여서 한국에서는 죽을 사(死)와 숫자 4가 음이 같다는 이유로 F로 표기하는 것이 보편적일 정도로 죽음을 꺼리는 태도가 팽배하다. 중국에서도 '죽음에 대해 얘기하는 것은 불운을 가져온다'는 사회적 금기가 강하게 작동한다(Lei et al., 2022). 그러나 의학의 발달로 평균 수명이 증가하고 노년기가 길어지면서 죽음을 자각하고 준비하는 노력이 필요하다는 사회적 인식이 서서히 생겨나고 있다. 이를 반영하듯 중장년층이나 노년층을 위한 죽음(준비)교육, 웰다잉(well-dying) 프로그램 운영과 관련 연구가 증가하고 있다(변미경 등, 2017; 안황란, 1999; 이혜경, 2017; 장미숙, 2016; 정운경, 2015).

반 세기 전 Feifel(1969)은 "Attitudes toward death: A psychological perspective"를 발표하며 죽음태도에 관한 심리학적 연구의 서막을 열었다. "죽음을 의식하는 것의 엄청난 영향력은 환자, 노인, 자살 위기자, 퇴역 군인에게만 국한되지 않고 전 연령대에 미친다. 사회 전반적으로 죽음에 억압적인 지향이 우려를 낳지만, 죽음에 보다 친밀하고 친숙해지는 것이 우리의 양육과 문화에 필요하다"는 그의 말은 아직까지도 유효하다. 왜냐하면 죽음태도에 대한 학문적 연구는 환자의 임종이나 사망을 접해야 하는 의사와 간호사를 비롯한 건강 관리 직군을 대상으로 가장 많이 이루어져왔기 때문이다. 예를 들어, 의료진의 불안 및 스트레스 완화와 환자에 대한 태도 향상을 목적으로, 죽음 태도에 영향을 미치는 변인을 탐색하거나, 죽음 및 생애 말기(end-of-life) 교육이 죽음태도 변화에 미치는 영향을 확인하는 연구들이 대부분이었다(Asadpour et al., 2016; Hegedus et al., 2018; Watts, 1977). 그 다음으로 임종기의 환자나 노년 집단의 죽음태도에 관한 연구가 많이 진행되었다(Bovero et al., 2020; Nozari & Dousti, 2013; Smith et al., 1983).

국내에서 이루어진 죽음태도 연구 역시, 간호학 혹은 호스피스완화의료 분야에서 간호대 학생이나 간호사, 그리고 환자를 대상으로 한 것이 대부분을 차지한다(김숙남, 김현주, 2016: 안미숙, 이금재, 2014; 조계화

등, 2005; 조혜진, 김은심, 2005). 심리학 관련 연구로 범위를 좁혀 보면, 노인의 죽음태도에 대한 연구(김태련 1988; 장미란, 1981)로 시작해 주로 발달심리 분야에서 '애착', '죽음공포/죽음 불안', '노화불안', '죽음대처 유능감', '행복' 등을 주제로 노년/중년/청년기의 연령대별 특성을 확인하거나 비교하는 연구가 주를 이룬다(김민희, 2013; 김지현, 민경환, 2005; 이화진, 정영숙, 2018; 장휘숙, 2000; 2012; 장휘숙, 최영임, 2008; 정영숙, 이화진, 2014; 황보경, 심예린, 2022). 일부 임상 및 상담 관련 연구에서 '죽음태도'나 '죽음수용'과 '삶의 의미', '삶의 만족', '자살 생각', '안전 의식'의 관계를 살펴본 연구들이 진행되었다(강지숙, 2016; 김현숙, 김봉환, 2019; 남희선, 이영호, 2014; 박선영, 2021; 송민정, 2013). 그러나 타당화된 죽음태도 척도가 없어, 문항 일부만 번역하거나 요인별로 총점 상관이 높은 문항 몇 개만 골라서 사용하는 방식으로 연구를 진행하여 결과 해석에 한계가 있다.

죽음태도의 유형

죽음태도는 죽음에 대해 개인이 지닌 정서, 신념, 행동의 묶음이자 종합적인 평가로, 긍정적인 것에서 부정적인 것까지 이어지는 차원상에 존재한다. 측정에 가장 널리 쓰이는 척도는 Wong 등(1994)이 개발한 죽음태도척도-개정판(Death Attitude Profile-Revised; DAP-R)이다. 각기 다른 태도가 개인 내에 공존할 수 있다고 보는 프로파일 형태의 척도로, 거부적 태도인 죽음공포, 죽음회피와 수용적 태도인 도피수용, 접근수용, 중립수용의 다섯 요인을 측정한다. 각각의 요인을 살펴보면 다음과 같다.

죽음공포(fear of death)는 모든 사람에게 존재하는 보편적인 정서이며(Becker, 1973; Marshall, 1980), 죽음에 대한 구체적(specific)이고 의식적(conscious)인 두려움을 가리킨다. 이와 혼용되는 개념인 죽음불안(death anxiety)은 일반화되고(generalized) 자각되지 않는(inaccessible to awareness) 것을 지칭한다(Feifel & Branscomb, 1973). 따라서 죽음공포가 의식적인 수준에서 언어적 보고로 측정하기에 용이하다(Wong et

al., 1994). Erikson(1963)의 심리사회적 발달 이론(psychosocial theory of development)에서는 자신의 삶이 의미 있지 않다는 개인의 자각에서 죽음공포가 기인한다고 설명한다. 실존주의적인 관점을 취하는 연구자들도 의미를 추구하는 존재인 인간이 삶의 의미 발견에 실패하게 되면 죽음공포를 경험한다고 보았다(Frankl, 1965; Recker et al., 1987; Wong, 1989). Butler(1961, 1963)는 죽음보다 더 두려운 것은 무의미한 실존이며 자신의 삶이 가치 있다는 지각이 죽음공포를 줄여준다고 주장하였다. 한편 Wass 등(1988)은 나이가 들수록 자신의 삶의 가치와 성취를 더 중요하게 생각하게 되고, 인생에서 아끼던 것들을 잃게 된다는 사실에서 죽음공포를 느낀다고 하였다(김지현, 민경환, 2015에서 재인용).

한편, 죽음공포가 단일한 구성개념이 아니며(Collett & Lester, 1969; Littlefield & Flemimg, 1984), 죽음 관련된 주제들이 훨씬 복합적으로 관련되어 있다는 의견들이 있다(Kastenbaum & Costa, 1977; Wass, 1979). 선행 연구들에 따르면 죽음공포는 자기의 상실(the loss of self), 미지의 사후세계(the unknown beyond death), 고통과 괴로움(pain and suffering), 남은 가족들의 복지(the welfare of surviving family members) 등을 포함하는 여러 원인들에서 기인한다(Feifel, 1977; Feifel & Nagy, 1981; Fry, 1990). 그러나 DAP-R 죽음공포 요인으로 측정하는 것은 '자기 자신의 죽음에 초점을 맞춘 공포'이다. 이런 죽음공포에 대해서는 뒤에 공포관리 이론(terror management theory)에서 간략히 소개하겠다.

죽음회피(death avoidance)는 죽음으로부터 야기되는 불안을 감소시키거나 해소하기 위하여 죽음과 관련된 생각이나 언급을 일체 하지 않으려 하는 것을 의미한다(Wong et al., 1994). 의식적이고 의도적으로 죽음을 직면하길 피하는 것으로, 죽음수용과 가장 대조되는 태도라 할 수 있다. 죽음회피는 낮은 안녕감과 관련이 있으며 죽음회피를 통해 죽음공포나 죽음불안을 경험하지 않는데 성공하더라도, 결국 기저에는 죽음공포가 존재하기 때문에 삶의 질은 좋지 않다(Wong, 2008).

도피수용(escape acceptance)은 삶이 고통스럽고 괴로울 때 삶으로부

터의 탈출로서 죽음을 수용하는 것이다. Vernon(1972)은 삶에 대한 공포가 죽음에 대한 공포보다 강할 수 있다고 주장했는데, 견디기 어려운 심한 고통에 압도당하는데 고통으로부터 벗어날 수 있는 가능성이 없을 때, 오직 죽음만이 유일한 탈출구가 될 수 있다는 것이다. Wong 등(1994)은 노인들이 청년이나 중년 집단에 비해 도피수용이 높게 나온 결과에서, 노년기에 죽음공포가 감소하는 이유일 수 있다고 보았다.

접근수용(approach acceptance)은 행복한 내세에 대한 믿음으로 보상으로서의 사후세계를 기대하며 죽음을 수용하는 것으로, 종교를 가진 사람들에게서 높게 나타난다(Berman, 1974). 환생이나 영생을 믿는 사람들은 자신이나 가족의 죽음에 대해 덜 불안해하고, 죽음을 보다 긍정적으로 기술하는 경향을 보인다(Florian, 1993).

중립수용(neutral acceptance)은 죽음을 삶의 자연스러운 끝이자 종결로서 여기며, 삶을 죽음을 향해 가는 여정으로 인식하는 것이다. 이때 죽음은 변화 불가능한 인생 사건 중의 하나로, 두려움의 대상도 환영받을 대상도 아니다. 이러한 조망을 지닌 사람들은 유한한 삶에서 최선을 다하려고 노력하며, 죽음에 대한 가장 성숙한 태도를 지닌 것으로 평가된다(Wong et al., 1994). 일부 연구에서 세 수용 요인의 문항을 합쳐 '죽음수용'을 측정하였는데(김지현, 민경환, 2005; 남희선, 이영호, 2014; 박선영, 2021), 그 때문인지 내적 합치도나 다른 변인과의 상관이 다소 저하되고, 통계적으로 유의한 차이를 내는 결과가 다소 제한적인 인상이 있다. 한편, 접근수용은 사후의 행복에 대한 믿음으로 미래의 불확실성을 해소했다는 점에서, 도피수용은 불행으로 가득한 삶에 대한 도피처로서 죽음을 수용했다는 점에서 긍정적인 수용태도로 간주하기 어렵다고 보고 중립수용만을 '죽음수용'적 태도를 대표하는 것으로 사용한 연구도 있다(이화진, 정영숙, 2018; 황보경, 심예린, 2022).

죽음태도와 질병불안

James(1890)는 죽음을 '인간 존재의 핵심을 갉아먹는 벌레(worm at

the core)'라고 일컬었다. 이 벌레는 방어막으로 켜켜이 둘러쳐진 마음의 깊은 곳에 살며, 대체로는 조용히 지내다가 이따금씩 꿈틀거리며 의식의 표면으로 올라오며 마음을 갉아 먹는데, 때로는 이 과정에서 극심한 고통을 초래하기도 한다(권석만, 2019에서 재인용). 죽음을 '벌레'에 빗댄 이 설명은 인간의 모든 행동을 '죽음공포'를 방어하기 위한 노력으로 보는 공포관리이론에서 자주 사용하는 은유이다. 실존주의 심리치료에서도 죽음과 그것에 대한 불안의 편재성을 강조한다. 이들에 따르면 누구나 지닌 채 살아가는 죽음불안을 잘 방어하는 것이 정신건강에 필수적이다. 그러나 방어기제를 적절히 습득하지 못했거나 심리적 충격으로 방어체계가 손상되면, 죽음불안이 의식에 침투하여 다양한 정신병리를 유발한다. 또한 죽음불안의 방어에만 과도하게 집착하며 편향되고 경직된 삶을 살게 되면 그 또한 부적응적인 상태이다. 이처럼 죽음불안의 방어가 적절히 이루어지지 못해 결핍이나 과잉에 이르는 것은 모두 정신병리를 유발할 수 있다. Yalom(1980)에 따르면 인간은 죽음불안을 피하기 위해 '무(nothing)'에 대한 모호한 두려움을 '무언가(something)'에 대한 구체적 두려움으로 대치한다. 죽음불안은 건강염려증, 신체증상장애, 불안장애를 비롯하여 강박장애, 외상후 스트레스 장애, 우울장애, 섭식장애와 같은 다양한 정신장애에 영향을 미치는 것으로 알려졌다(Iverach et al., 2014). 본 연구에서는 이 중에서도 죽음불안과의 관련성이 명백한 질병 및 건강에 대한 정신장애와의 관련성을 살펴보고자 한다.

건강염려증(hypochondriasis)은 개인이 자신의 신체적 건강 상태에 대해 과도한 관심과 걱정을 보이는 것으로, 병리적인 죽음불안과 관련되어 있다. 가장 최근에 발간된 「정신장애의 진단 및 통계 편람 5판(DSM-5)」(APA, 2013)에서는 DSM-IV에서 건강염려증으로 진단되었던 환자 중에 신체적 이상이 없거나 적은 경우에 질병불안장애(illness anxiety disorder)라는 명칭을 부여한다. 질병불안장애는 말 그대로 자신이 심각한 질병에 걸렸다는 생각에 집착하며 불안해하는 것을 말한다. 이러한 장애를 지닌 사람들은 자신의 건강상태나 신체 증상에 과민하게 반응하며, 건강과 관련된 과도한 확인 및 안심추구 행동(예: 질병을 확인할 수

있는 의학적 검사를 실시하고 전문가의 견해를 듣기를 반복)을 보이거나, 부적응적 회피행동(예: 진료나 검사 예약을 일부러 피하기)을 나타낸다. 하나 이상의 신체 증상을 뚜렷하게 지니고 있으나 이로 인해 겪는다고 호소하는 심리적 고통이나 일상 생활의 장해가 지나치게 큰 경우에는 신체증상장애(somatic symptom disorder)로 분류된다. 이러한 장애를 지닌 사람들은 통증을 비롯한 여러 가지 불편한 신체 증상 및 감각에 집착하고, 그 심각성을 과도하게 평가하고 지속적으로 불안해한다. 질병불안장애와 신체증상장애 모두 과도한 의료비 지출을 유발한다는 점에서도 문제가 된다.

그림 1에 제시된 질병불안이나 신체증상장애에 관한 인지행동적 모델(Warwick & Salkovskis, 1987)에 따르면, 이들은 자신의 건강에 대한 염려가 높아서 신체에 과도하고 선택적인 주의를 기울이고(주의편향) 그 결과 사소한 신체 감각을 증폭하여 지각한다. 그리고 이것을 심각한 질병(예: 죽음으로 이어질 수 있는 암, 뇌, 심장, 간의 문제)의 징후로 잘못 해석하고(해석편향), 그에 집착함으로써 건강에 대한 불안이 상승하고 질

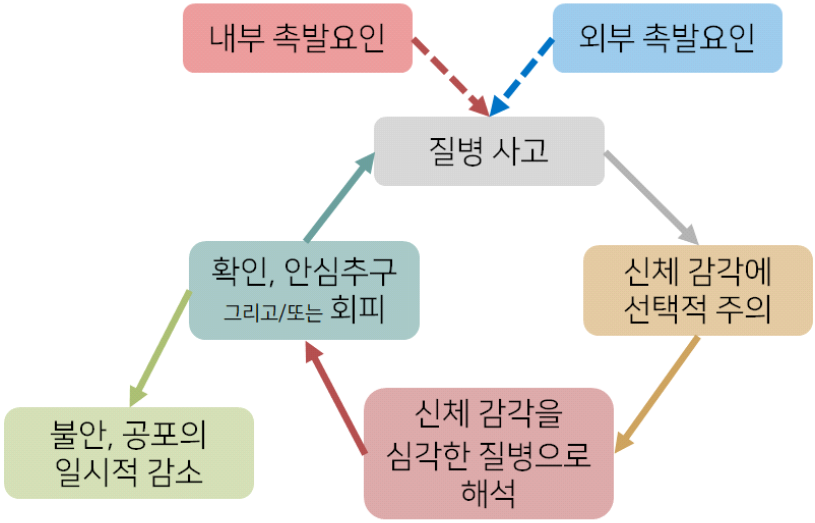

그림 1. 질병불안의 인지행동모델(Warwick & Salkovskis, 1987)

병에 걸렸다는 확신은 더욱 커지게 된다. 죽음불안은 이처럼 신체 증상에 집착하며 과도하게 염려하는 정신장애의 핵심적인 특징으로 알려졌다(Hiebert et al., 2005). 죽음은 신체적 기능 이상으로부터 진행되기 때문에, 죽음불안이 높은 사람들은 사소한 통증이나 기능 저하에도 민감하며 이러한 신체적 증상에 과도하게 집착한다. 선행 연구에 따르면, 건강염려증 환자들은 실제로 신체 질환을 지닌 환자들에 비해 죽음불안, 분리불안, 무의미감을 더 높게 지녔다(Noyes et al., 2002). 또한 다른 정신과 환자나 일반인에 비해서 죽음과 질병에 대한 불안 수준이 더 높고, 신체 감각에 더 주의를 기울이고, 병원 치료를 더 많이 추구하며, 의사의 판단을 덜 신뢰하는 경향이 있다(Kellner et al., 1987). 건강염려증 환자의 93%는 죽음에 대한 극심한 두려움을 지녔으며, 87%는 고통스럽게 죽어가는 과정에 대한 두려움을, 84%는 삶이 너무 짧다는 생각을, 75%는 죽음을 생각하게 만드는 뉴스를 두려워한다(Hiebert et al., 2005). 이러한 연구결과들은 죽음불안이 건강염려증의 핵심적 문제임을 잘 드러내준다.

죽음공포와 불안에 대한 심리학적 설명

죽음이라는 실존적 불안에 압도당하지 않고 주어진 삶을 충만하고 가치있게 살아가기 위한 요인으로 본 연구는 죽음태도에 집중하고자 한다. 본래 죽음은 고대 그리스부터 현대 실존주의에 이르기까지 철학의 오래된 주제였다. 심리학자들이 죽음이라는 주제에 관심을 갖게 된 것은 그리 오래되지 않았다.

인본주의 심리학자인 Maslow나 Rogers는 자기실현(self-actualizing) 경향성을 인간의 가장 기본적인 특성으로 꼽는다. 인간이 죽음을 두려워하는 것은 자기실현적 삶이 영원히 중단되기 때문이다. 이런 관점에서는 자기실현적인 삶을 살수록 죽음불안을 적게 경험할 수 있다. 타인의 가치 조건이 아닌 자신만의 가치를 내면화하고, 자신이 추구하는 것이 임종 과정에서 빛바래는 가치(외모, 성취, 능력, 사회적 지위 등)가 아닌지 점검하고, 이러한 가치를 담아 현실적 자기와 너무 동떨어지지 않은 이

상적 자기를 설정하는 것이 죽음불안을 완화하는데 도움이 될 수 있다.

실존주의 심리학에서는 삶의 의미를 확인함으로써 죽음불안을 극복할 수 있다고 설명한다. 죽음이 두려운 이유는 삶에서 의미와 가치를 발견할 수 없게 되기 때문이다. 의미추구 이론에서는 개인의 '과거'와 '관계'를 의미발견의 주요한 원천으로 여긴다. 즉 과거를 더 이상 존재하지 않는 허망한 것이 아닌 체험적 가치를 지닌 것으로 보고, 소중하고 의미있는 사람들과의 연결을 통해 자신의 존재를 시공간적으로 확장함으로써, 삶과 죽음에 대한 관점이 변화되고 죽음에 대한 두려움이 완화된다는 것이다(Westman & Canter, 1985). 죽음에 대한 관점과 태도를 변화시켜 죽음을 수용하려면, 삶의 의미를 과거의 성취와 경험에 맞추어 확장시키고, 죽음의 의미를 '삶의 파괴시키는 절대악'에서 '삶을 소중하고 의미있는 것으로 만드는 바탕'으로 바꾸는 작업이 필요하다(Thompson & Janigian, 1988). 최근 여러 실증적 연구에서 삶의 의미는 죽음 불안과 부적 상관을 나타내었다. 그리고 Wong(2000, 2007, 2011)은 의미관리이론(meaning management theory)을 제시하며 의미부여를 통해 죽음수용이 가능함을 설명하였다. 또한 의미치료(meaning therapy)를 만들어 죽음을 비롯한 삶의 어려움을 극복할 수 있음을 제안하였다.

다음으로 방어기제를 통해 죽음불안을 완화하려는 이론적 입장들이 있다. 즉 죽음을 부인하고 사후생(afterlife)이나 가치에 헌신함으로써 자기 존재가 상징적 불멸에 이를 수 있다는 환상을 가짐으로써 죽음불안을 완화하려는 시도들에 대한 설명이다. Tomer(1994)는 이를 부정 및 긍정적 환상 이론(theories of denial and positive illusions)라고 일컬었다. 여기에는 죽음불안의 2요인 모델(two-factor model of death anxiety), 공포관리 이론(Terror Management Theory; TMT), 자기통제의 긍정적 환상(positive illusions of self-control)에 대한 세 분류의 연구들이 포함된다(권석만, 2019).

TMT는 앞서 죽음공포를 강조했던 Becker(1973)의 책 「Denial of death」에서 출발한다. 그는 인간행동의 일차적 동기는 죽음공포라고 설명한다. 죽음공포로부터 스스로를 방어하기 위해 개인적 역량을 강화하

고 집단적 문화를 형성한다는 것이다(TMT의 불안완충가설). 인간의 문명은 궁극적으로는 죽음공포에 저항하기 위한 상징적 방어체계라고 본다. 의식적으로는 죽음사고의 억압 및 합리화라는 근거리 방어(proximal defense), 무의식적으로는 문화적 세계관 구축과 자존감을 추구하는 원거리 방어(distal defense)를 통해 죽음공포를 관리한다고 설명한다(TMT의 이중과정 가설). 따라서 죽음불안을 효과적으로 완충할 수 있는 심리적 기제를 발달 또는 회복시키는 것이 중요하다. Maxfield 등(2014)에 따르면 이는 3가지 방식으로 이루어질 수 있다. 첫째, 새로운 세계관의 도입이다. 마음챙김과 같은 관조적인 태도로, 개인과 집단을 넘어선 상호연결성을 인식하여 자아초월적 심리상태에 이르도록 이끄는 것이다. 둘째, 죽음사고에의 노출이다. 자신의 개인적 죽음을 구체적으로 상상하는 죽음성찰(death reflection)을 통해 삶과 죽음에 대한 숙고와 실존적 성장에 이를 수 있다(Cozzolino et al., 2004). 셋째, 치료적 관계를 비롯한 신뢰와 수용이 가능한 인간관계의 구축이다. 타인과의 연결감은 죽음불안 완화에 강력하게 기여한다(Florian et al., 2002; Mikulincer et al, 2004; Wisman & Koole, 2003). 따라서 진실한 태도로 서로 존중하고 수용하는 관계를 맺는 것이 도움이 된다.

마지막으로 Erikson(1963, 1968, 1982)의 인간발달의 심리사회적 이론(psychosocial theory of human development)에서 그는 인간의 발달 과정을 8단계로 나누고, 각 단계마다 부각되는 주제를 해결하지 못하면 좌절과 혼란을 경험하게 된다고 설명한다. 7단계 중년기(35~65세)에 인간은 노화와 죽음의 도래를 실감하게 된다. 이 때 자녀양육이나 사회공헌을 통해 생산감 대 침체감(generativity vs stagnation)의 주제를 잘 해결해야 죽음불안 없이 노년기를 맞이한다. 마지막 8단계 노년기(65세 이상)의 주제는 통합감 대 절망감(integrity vs despair)이다. 자신의 삶을 일관성 있는 것으로 통합해가는 것이 죽음불안 완화에 기여한다. 인생회고나 자서전 쓰기가 '통합된 전체로서의 자기(self as integrated whole)' 획득에 도움이 될 수 있다.

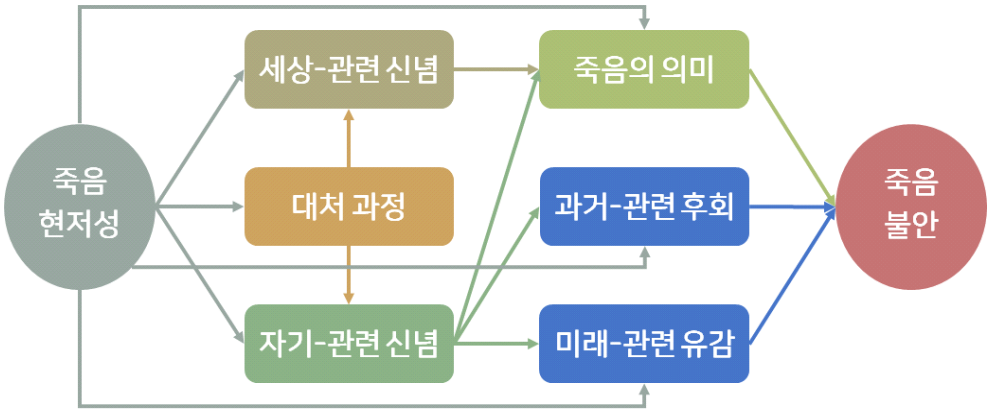

그림 2. 죽음불안의 통합적 모델 (Tomer & Eliason, 1996)

이 밖에도 심리학적으로 죽음을 설명하려는 많은 시도들이 있었고, Tomer와 Eliason(1996)은 이를 그림 2의 죽음불안의 통합적 모델로 종합하여 제시하였다. 이들에 따르면, 죽음불안은 세 개의 요인, 즉 과거-관련 후회, 미래-관련 후회, 죽음의 의미에 의해 결정된다. 과거나 미래와 관련된 후회가 많고 죽음을 무의미한 것으로 여기는 사람일수록 죽음불안이 높아진다는 것이다. 이 세 요인은 죽음에 대한 생각이 많아지는 죽음현저성의 증가에 의해 촉발된다. 죽음현저성이 높아지면, 세계와 자기에 대한 신념들이 활성화된다. 세계-관련 신념에는 내세에 대한 믿음, 우주와 신, 사회구조, 가족과 타인에 대한 개인적 믿음까지 포함된다. 죽음현저성은 자기 관련 평가를 촉진시켜서, 현실적 자기와 이상적 자기 및 의무적 자기와의 괴리가 벌어지면 죽음불안이 상승하게 된다. 그리고 죽음 자각은 인생 회고, 인생 계획, 문화와 동일시, 자기초월 등의 대처 행동을 통해 세상 및 자기 관련 신념에 영향을 끼치고 죽음 불안을 변화시키게 된다고 설명한다.

죽음태도 성찰- 수용전념 치료의 적용

죽음이라는 실존적 운명에 대한 공포를 완전히 제거하는 것은 불가능하다. 심리치료의 주된 과제는 삶의 문제에 대처하면서 건설적인 방식으로 자기답게 살아갈 역량을 기르도록 돕는 것이다. 이러한 점에서 본 연구에서는 3세대 인지행동 치료에 속하는 수용전념치료(Acceptance and Commitment Therapy, ACT)를 주목하였다. ACT는 내담자로 하여금 통제하기 어려운 현실이나 증상을 인정하고 수용하고, 소중한 삶의 가치와 목표에 전념할 수 있도록 돕는다.

ACT는 '심리적 유연성(psychological flexibility)' 증진을 목표로 6가지 핵심 기제를 제시한다(Hayes et al., 2012): 수용(acceptance), 인지적 탈융합(cognitive defusion), 현재와 접촉 (contact with present), 맥락으로서의 자기(self-as-context), 가치(value), 전념 행동(committed action).

첫 번째, 수용은 "생각 및 감정 등의 사적 사건(private event), 특히 심리적 고통을 유발시키는 사적 사건을 빈도나 형태를 변화시키려 시도하지 않은 채 기꺼이 받아들이는 것"이다(Hayes et al., 2006). 이는 "손실이 더 큼에도 불구하고 사적 경험의 형태나 빈도를 바꾸거나 벗어나려고 시도하는 것"인 '경험적 회피(experiential avoidance)'와 반대된다. 선행연구들에 의하면 경험적 회피는 다양한 종류의 정신병리 및 행동적 문제들과 관련된다(Chawla & Ostafin, 2007).

두 번째, 탈융합은 생각, 감정 등의 사적 사건과 관계를 맺고 상호작용하는 태도를 변화시키는 것을 말한다. 이는 '생각을 통해(looking from thoughts)' 사건을 보는 것이 아니라 '생각을 바라보는(looking at thoughts)' 능력이다. 비유하자면, 안경을 쓰고 사물을 보기 전에, 먼저 안경을 관찰하는 것이다.

세 번째, 현재와 접촉하기는 '지금-여기'에서 일어나는 경험에 초점을 두며 자발적이고 유연한 태도로 주의를 기울이는 것을 말한다(Hayes et al., 2012). 사람은 생각, 감정, 기억 등의 내적 경험에 몰두하게 되면 현재 순간에 접촉하기 어렵다. 현재와 접촉하려면, 먼저 내적 경험의 존재

를 관찰하고 알아차린 다음, 어떠한 판단이나 평가 없이 현재의 경험을 명명하거나 기술하는 과정이 필요하다. 이러한 과정은 Kabat-Zinn(1990)이 제안한 마음챙김과 유사하다.

네 번째, 맥락으로서의 자기는 생각, 감정 등의 사적 경험을 관찰하고 행동을 선택하는 주체로서의 자기를 말한다. 이는 자기의 초월적 의식(transcendent sense of self), 관찰하는 자기(observing self) 등으로도 불리며, 인류학자처럼 관찰하다고 비유적으로 설명되기도 한다.

다섯 번째, 가치는 개인이 진정으로 살고 싶은 삶의 방향 혹은 선택을을 의미한다. 이는 가치에 접촉하는 삶을 살고자 나아가는 과정에서 도달하게 되는 중간 지점인 '목표'와는 구분된다. ACT는 내담자가 삶의 여러 영역에서 자신의 삶의 방향을 명료화할 수 있도록 돕는다.

여섯 번째, 전념 행동으로, 가치가 명료화된 후 일관되게 이를 향해 구체적 실천을 하는 것이다. 전념 행동은 가치의 추구라는 특유의 '방향'이 있다. 이는 우울증 치료를 위한 '행동 활성화'나, 인지행동치료의 인지를 재구조화하기 위한 수단으로서의 행동 변화와 구별된다.

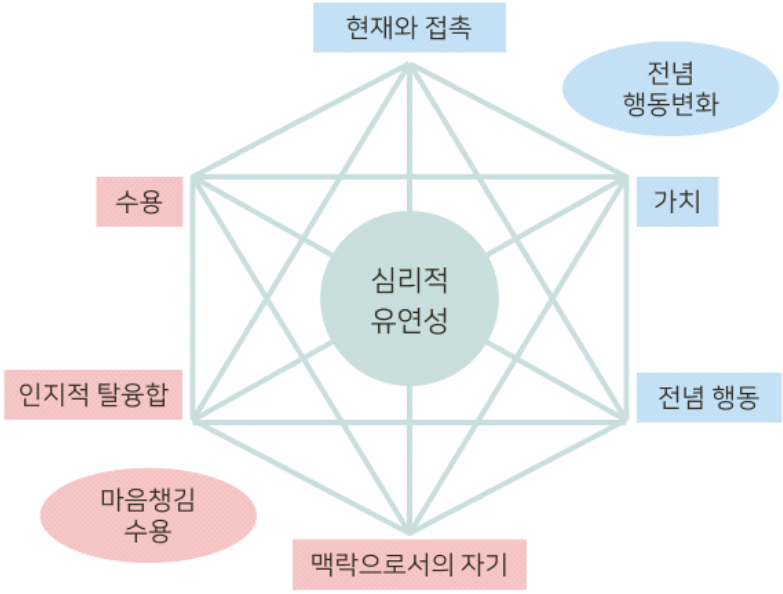

그림 3. 수용전념치료(ACT)의 핵심 기제 (Hayes et al., 2012)

그림 3에서 보듯이, 6가지 핵심 기제는 서로 연관되어 있으며, 하나의 기제가 활성화될 때 다른 기제와 상호작용하게 된다. 아울러 모든 기제들이 원활하게 기능할 때 결국 심리적인 유연성에 도달하게 된다.

ACT는 만성통증(Dahl et al., 2004), 직무 스트레스(Bond & Bunce, 2003), 범불안장애(Roemer & Orsillo, 2002), 강박장애(Twohig et al., 2010) 등과 같은 임상적 문제에도 치료 효과를 나타낸 것으로 알려졌다. 이런 점에서 본 연구에서 다루고자 하는 문제 행동인 신체증상 집착, 질병에 대한 불안, 죽음공포 등에 적용하기에 적합하다고 보았다. ACT의 개념과 기법을 활용하여, 죽음이라는 개념에 융합되어 있는 '공포'를 분리시켜 바라보는 연습을 통해 죽음공포의 완화와 죽음회피의 감소를 도모하고자 하였다. 그러한 과정은 자연스럽게 언제 닥칠지 모르는 죽음을 있는 그대로 인정하는 중립수용의 태도에 이르게 된다고 보았다.

문제 제기 및 연구 목적

본 연구에서는 크게 세 가지의 연구 문제를 바탕으로 연구를 수행하였다. 우선, '자기의 죽음'에 초점을 두고 죽음태도의 다양한 측면을 측정하는 도구를 마련하고자 하였다. 이것으로 측정한 죽음태도의 다양한 측면이 질병불안과 어떠한 관계를 맺고 있는지 확인하고, 죽음태도의 변화를 도모하는 치료적 개입을 개발하여 질병불안 완화 효과를 검증하고자 하였다. 각각의 연구 문제를 보다 구체적으로 살펴보면 다음과 같다.

첫째, '자기의 죽음'에 초점을 두고, 죽음태도의 다양한 측면을 신뢰롭고 타당하게 측정할 수 있는 도구가 필요하다. 지금까지 사용되어 온 죽음관련 척도들은 자신과 타인의 죽음과 죽어감에 대한 것을 한꺼번에 측정하거나(Collett-Lester 죽음공포척도: Fear of Death Scale; FDS), 죽음에 대한 불안과 공포만을 측정하거나(죽음불안척도: Death Anxiety Scale; DAS, 개정판 죽음불안척도: Revised Death Anxiety Scale; RDAS, 다차원적 죽음공포척도: Multi-dimensional Fear of Death Scale; MFODS, 개인적 죽음공포척도: Fear of Personal Death Scale; FPDS),

임종에서 죽음, 장례에 이르기까지의 대처능력을 측정(죽음대처척도: Coping to Death Scale; CDS)하기 위해 개발되었으며, 한국어 타당화 과정을 거친 척도는 DAS와 MFODS 두 가지 밖에 없는 실정이다. 그러나 DAS(Templer, 1970) 수술, 암, 시간의 흐름, 임종시의 고통, 심장마비, 전쟁, 시체 등 죽음 자체에 초점을 두지 않고, 죽음으로 이어질 수 있는 다양한 경험에 대한 불안을 포괄적으로 측정한다. MFODS(Hoelter, 1979)도 죽어가는 과정, 시체, 신체의 파괴, 중요한 타인의 죽음, 미지의 세계, 의식이 남아있는 상태의 죽음, 죽음 이후의 육체, 일찍 죽는 것이라는 8개의 차원에 대해 평정한다. 본 연구에서 타당화 하려는 죽음태도척도-개정판(DAP-R)은 문항만 번역하여 선택적으로 골라서 쓰거나(김지현, 2008), 특정 지역 노인(이운영, 2008)과 여성 간호사(김향, 2013)만을 대상으로 자료를 수집하여 타당화를 시도한 적이 있으나, 정당한 근거 없이 문항을 삭제하거나 임의로 요인을 합치는 등 절차상의 문제가 많았다. 따라서 본 연구에서는 죽음태도척도-개정판을 한국어로 번안, 타당화하고자 한다.

둘째, 죽음태도의 다양한 측면이 죽음과의 연관이 높은 질병불안에 어떠한 영향을 미치는지 그 관계를 실증적으로 검증할 필요가 있다. 죽음불안과 정신장애와의 관계를 탐색한 광범위한 리뷰 연구 결과에 따르면, 죽음불안은 우울장애, 섭식장애, 강박장애, 그리고 여러 불안장애의 발생과 유지, 심화에 핵심적인 역할을 하는 것으로 검증되어 왔다(Arndt et al., 2005; Maxfield et al., 2014; Strachan et al., 2001). 하지만, 부정적이지 않은 죽음태도의 측면이 정신장애와 어떤 관련성을 맺는지를 입증한 연구는 많지 않다. 있다고 해도 죽음에 임박한 암환자와 같인 특수한 상황에 놓인 사람들을 대상으로 죽음수용적 태도의 긍정적 효과에 대해서 기술한 것에 그치고 있을 뿐이다. 따라서 죽음태도의 부정적인 측면 외에 긍정적이거나 중립적인 측면이 정신병리와 어떠한 관계를 맺는지를 실증적으로 검증하여 죽음 태도에 대한 이해를 넓히는 연구가 필요하다. 이를 위해 죽음과의 관련성이 높은 질병불안장애를 선정하고, 그 취약성 요인인 신체증상 해석편향과 질병불안 증상의 관계에 죽음태도 변인이

어떤 영향을 미치는지 살펴보고자 하였다. 죽음 거부적 태도(죽음공포, 죽음회피)가 높을수록 신체증상 해석편향이 질병불안에 미치는 영향이 증가하고, 죽음 수용적 태도(중립수용)가 높을수록 신체증상 해석편향이 질병불안에 미치는 영향이 감소할 것이다.

마지막으로, 질병불안의 치료적 개입에서 죽음태도의 영향에 대해서도 다룰 필요가 있다. 조절변인으로서 역할을 하는 죽음태도 요인이 확인되면, 증상을 악화시키는 위험요인의 감소와 증상을 완화시키는 역할을 하는 보호요인의 증진을 위한 치료적 개입을 시도하고 효과를 검증하고자 한다. 죽음태도가 몇 번의 처치로 크게 변화되진 않더라도, 기존의 인지행동치료에 죽음태도에 대한 처치를 더했을 때, 증상 완화나 효과 지속 측면에서 추가적 효과가 있는지 확인해보고자 한다. Hiebert 등(2005)의 연구에서는 건강염려증 환자를 대상으로 14회기의 인지행동치료를 받은 집단과 대기집단을 비교한 연구를 시행하였다. 이때 인지행동치료는 죽음 관련 상황에 실제로 그리고 심상을 통해 노출하기, 신체 확인 및 안심 추구의 감소, 죽음 신념에 대한 인지적 재평가, 죽음의 현실에 대한 수용과 삶의 만족을 증진시키려는 전략들을 두루 포함하였다. 대기대기집단과 비교했을 때, 집단 CBT에서 죽음불안과 건강염려증 증상이 치료 후 유의하게 감소했다. 이는 건강염려증에서 나타나는 죽음불안에서 인지행동치료의 효용을 입증하며, 죽음불안 개입의 치료효과에 대한 추가적 연구가 필요함을 시사한다(Furer & Walker, 2008).

본 연구에서는 이 같은 목적 하에 세 개의 연구를 수행하였다. 먼저, 연구 1에서는 죽음태도척도-개정판(Death Attitude Profile-Revised, DAP-R)을 한국어로 번안하여 타당화하였다. 탐색적 요인분석을 통해 요인구조를 확인하고, 확인적 요인분석을 실시하여 적합도 지수와 요인구조를 고려하여 문항을 확정하였다. 척도의 신뢰도(내적 합치도, 검사-재검사 신뢰도)와 타당도(수렴타당도, 변별 타당도)를 검증하였다.

다음으로 연구 2에서는 죽음태도와 질병불안의 관계를 살펴보았다. 질병불안의 취약성 요인인 신체증상 해석편향과 죽음태도 변인을 차례로 독립변수로 투입하고, 마지막으로 두 변인의 상호작용항을 투입하여, 두

번째와 세 번째 단계에서 종속변수인 질병불안 증상에 대한 설명량이 얼마나 유의하게 증가하는지를 확인하는 방식으로 위계적 회귀분석을 실시하였다. 다음으로 조절효과가 유의하게 나온 죽음태도 변인에 대해서, 단순 기울기 분석과 Johnson-Neyman 분석을 통하여 신체증상 해석편향이 질병불안에 미치는 영향이 각 죽음태도 변인의 어느 구간에서 조절되는지 파악하고자 하였다(Bauer & Curran, 2005; Preacher et al., 2006).

끝으로 연구 3에서는 질병불안 심리교육에서 기존의 인지행동치료 기반의 교육에 죽음태도 성찰 개입을 추가하여 치료 효과를 확인하고자 하였다. 전반부 3주에는 인지행동치료 기반의 교육을 공통으로 실시하였다. 다음으로 후반부 3주의 교육을 조건별로 다르게 구성하였다. 실험집단에는 수용전념치료의 기법을 이용해 죽음공포의 완화와 중립수용의 증진을 위한 개입을 실시하였다. 비교집단에는 문제해결 훈련을 실시하고, 대기집단은 3주간 대기하게 하였다. 질병불안 완화를 위한 심리교육에 자발적으로 신청하고 선별검사를 통과한 참여자에게 사전평가를 진행하고 집단을 배정하였다. 전반부 3주간 주 1회, 80분, zoom을 이용한 7~11명 규모로 인지행동치료 기반 심리교육을 진행하였다. 후반부 3주간 실험집단과 비교집단에는 집단별 교육을 실시하고, 대기집단은 대기하도록 하였다. 모든 참여자가 사전, 중간(공통교육 후), 사후(후반기 교육 후), 추후(교육종료 3주 후) 4번의 평가에 참여하고, 소정의 사례를 지급받았다.

연구 1. 죽음태도 척도-개정판의 타당화

연구 1에서는 죽음에 대한 태도를 측정하는 타당한 척도를 마련하고자 하였다. 이를 위해 1987년에 죽음공포, 도피수용, 접근수용, 중립수용의 4요인으로 개발되었다가 이론과 임상 경험을 토대로 Wong 등(1994)이 죽음회피 요인을 추가해 5요인으로 구성한 죽음태도 척도-개정판(Death Attitude Profile-Revised; DAP-R)을 선정하였다.

DAP-R은 사람이 죽음에 대해 동시에 여러 태도를 지닐 수 있다고 본다. 이러한 가정은 주관적으로 양가적인 태도가 동시에 존재할 수 있다는 사회심리학의 선행연구들(Berger et al., 2019; Kaplan, 1972; Priester & Petty, 1996; Thompson et al., 1995)이나 여성성과 남성성에 대한 연구들(Constantinople, 1973; Marsh, 1985; Kachel et al., 2016)과 유사한 관점을 지닌다. DAP-R이 측정하는 죽음태도는 죽음공포(fear of death), 죽음회피(death avoidance), 도피수용(escape acceptance), 접근수용(approach acceptance), 중립수용(neutral acceptance)의 다섯 가지이다. 이 요인들은 한 척도에 포함되어 있지만 상호-독립적인 성격이 매우 강하여(Jansen et al., 2019).

DAP-R은 죽음에 대한 태도가 Kübler-Ross(1969)가 제안한 부인-분노-협상-우울-수용의 순서로만 나타나지 않고, 개인에 따라 다른 특성을 보일 수 있다는 Buckman(1993)의 관점을 반영한다. DAP-R은 일본(Kumabe, 2006), 홍콩(Ho et al., 2010), 그리스(Malliarou et al., 2012), 루마니아(Revenco & Iordansescu, 2015), 이란(Asadpour et al., 2016), 폴란드(Brudek et al., 2018), 독일(Jansen et al., 2019), 브라질(Machado et al., 2019), 스페인(Cruzado et al., 2022) 등 다양한 국가에서 지속적으로 타당화되고 있으며, 현재 전 세계적으로 가장 널리 사용되고 있다.

DAP-R은 타당화 연구가 진행된 대부분의 언어권에서 5요인 구조를 나타냈다(Brude et al., 2018; Cruzado et al., 2022; Jansen et al., 2019; Malliarou et al., 2012). 그러나 일부 요인이 안정적이지 않다는 의견 또한 꾸준히 제기되고 있다. Clement와 Rooda(2000)는 5개의 문항으로 구

성된 중립수용 요인이 죽음을 삶의 자연스러운 일부(natural part of life)로 보는 요인(6, 14, 24번 문항)과 죽음에 대한 중립적 태도(neutral attitude)를 나타내는 요인(17, 30번 문항)으로 분리된다고 제안했으며, Ho 등(2010)의 연구에서도 동일한 패턴이 나타났다. 국내에서는 이운영(2008)의 연구에서 두 문항이 요인구조 불일치(17번)와 낮은 요인부하량(30번) 탓에 중립수용 요인에서 제거되었는데, 이 두 문항은 '~도 아니고 ~도 아니다(neither ~ nor ~)'라는 표현의 특성으로 인해 별도의 요인으로 묶였을 가능성이 있어 검토가 필요한 것으로 여겨진다.

Ho 등(2010)은 10개의 문항으로 구성된 접근수용 요인 역시 단일요인이 아닐 수 있다고 주장하였다. 요인분석 결과 '28. 내가 죽음에 편안할 수 있는 것은 내세(afterlife)를 믿기 때문이다'와 '31. 나는 사후세계(life after death)를 기대한다'의 두 문항으로 구성된 요인은 서구의 종교적 지향과 무관하게 내세가 존재한다고 믿는지를 측정하는 반면, 나머지 8개 문항은 기독교(개신교, 천주교)와 유대교의 종교적 신념에 근거하여 생물학적 신체 기능이 종결되더라도 영혼은 천국이나 실존의 다음 단계에서 지속된다고 여기는지를 측정한다는 것이다. 홍콩인들은 전형적으로 불교, 도교, 유교의 영향을 다양하게 받아 미신, 죽음 이후의 심판, 업(karma), 부활에 대해 서양 사람들과는 다른 내세관을 지니므로 요인이 나뉠 수 있다는 것이다. 이는 죽음태도에 문화적 차이가 존재할 가능성을 시사한다. 또한 Bellali 등(2018)은 7문항으로 구성된 죽음공포 요인 또한 단일 요인이 아닐 수 있다고 주장하였다. 요인분석 결과 '20. 죽음 이후의 삶(내세, 사후생)이라는 주제는 나를 매우 괴롭게 한다'와 '32. 죽은 후에 어떤 일이 일어날지 알지 못하기 때문에 나는 죽는 것을 걱정한다'의 두 문항으로 구성된 요인이 구분된다며 이를 '사후염려(after death concern)'로 명명하였다. 죽음공포 요인이 임종, 죽음, 삶의 종결(finality), 필멸성(mortality)에 대한 우려를 나타낸다면, 사후염려 요인은 죽음 이후에 발생할 일에 대한 표상의 부재에 대한 불안을 의미한다는 것이다.

DAP-R은 한 개인이 죽음에 대해 상반되어 보일 수도 있는 다양하고 독립적인 태도를 지닐 수 있음을 가정하는 프로파일(profile) 형태의 척

도로, 척도 내 요인 간에도 다양한 상관관계가 존재한다. 따라서 타당도를 확인하는 과정에서 하위 요인간의 상관 관계도 면밀히 살피게 된다. Wong 등(1994)의 원척도 개발 연구를 살펴보면, 죽음공포와 죽음회피 요인 간에, 그리고 접근수용과 도피수용 요인 간에 정적 상관이 나타났다. 그리고 접근수용은 죽음공포, 죽음회피라는 두 요인과 부적 상관을 보였으며, 중립수용도 죽음공포 요인과 부적 상관을 나타내었다. 이러한 죽음태도 요인은 연령과 성별에 따른 차이가 보고되었다. Wong 등(1994)의 연구에서 노년 집단은 청년 집단에 비해서 죽음공포는 낮게, 중립수용과 도피수용은 높게, 중년 집단에 비해서는 접근수용을 높게 지닌 것으로 나타났으나, 죽음회피에서는 연령에 따른 유의한 차이가 없었다. 또한 남성이 여성에 비해 죽음회피를 높게, 접근수용과 도피수용은 낮게 지닌 것으로 나타났으나, 일반적으로 알려진 바와 달리 여성이 죽음공포를 더 높게 지니지 않았으며, 중립수용에서도 성별에 따른 차이가 없었다. 그러나 독일어판 타당화 연구에서는 하위 요인에서 성별, 연령, 학력에 따른 차이가 전혀 나타나지 않아(Jansen et al., 2019) 표본이나 문화권에 따라 인구통계학적 변인의 영향력이 다를 것으로 생각된다.

아직까지 국내에는 죽음태도를 측정할 수 있는 신뢰롭고 타당한 척도가 마련되어 있지 않다. 이에 다음과 같은 목적을 갖고 본 연구를 진행하였다. 첫째, 다양한 연령대의 편향되지 않은 성인 표본을 대상으로 DAP-R을 한국어로 번안하여 요인구조를 확인한다. 특히 선행연구에서 요인이 분리된다는 의견이 반복 제기된 중립수용 요인을 중점적으로 살펴보고자 한다. 둘째, DAP-R의 신뢰도와 타당도를 확인한다. 척도가 내용적 일관성이나 시간적 안정성 면에서 신뢰로운지, 척도의 각 요인이 서로 다른 죽음태도를 적절히 측정하는지 확인하고자 한다. 셋째, DAP-R 프로파일에 영향을 미치는 인구통계학적 특성을 확인한다. 한국인 표본에서도 선행연구와 마찬가지로 성별과 연령에 따라 죽음태도 하위 요인의 특성이 다르게 나타나는지, 또한 종교에 따라 어떤 차이가 나타나는지 탐색해보고자 한다.

방 법

연구참여자

연구조사업체인 한국리서치의 MS패널을 대상으로 어플리케이션과 이메일을 통해 모집 공고 및 연구 설명문을 게시하여, 연구 참여에 자발적으로 동의한 609명을 대상으로 온라인 설문 시스템을 통해 자료를 수집하였다. 탐색적 요인분석을 위해 309명의 자료를 모은 뒤, 확인적 요인분석을 위해 300명의 자료를 2차로 수집하였다. 2차 수집에서는 원척도 개발 당시와 동일한 기준으로 청년 18~29세, 중년 30~59세, 노년 60~79세로 연령집단을 구성하고 집단별로 100명씩을 모집하였다. 그리고 4주 후에 재검사 신뢰도를 확인하고자 2차 참여자 중에서 연령집단별 25명, 총 75명의 자료를 추가로 수집하였다. 한 줄 긋기, 중심화 경향, 극단반응양식으로 나타난 불성실 응답 자료를 제외하고(van Vaerenbergh & Thomas, 2013), 탐색적 요인분석에 297명, 확인적 요인분석에 295명, 재검사 신뢰도 확인에 72명의 자료를 사용하였다. 본 연구는 서울대학교 생명윤리위원회(IRB)로부터 승인을 받은 후에 진행되었다(IRB No. 1808/003-027, IRB No. 1908/003-018).

탐색적 요인분석에 사용된 표본 1(N = 297)은 남성 146명, 여성 151명, 평균 연령 44.42세(표준편차 13.63), 연령 범위는 20~77세였다. 청년 집단은 46명(남성 17, 여성 29), 평균 연령 24.59세(표준편차 2.47), 중년 집단은 192명(남성 99, 여성 93) 평균 연령 42.99세(표준편차 7.61), 노년 집단은 59명(남성 30, 여성 29), 평균 연령 64.54세(표준편차 4.65)였다.

확인적 요인분석에 사용된 표본 2(N = 295)는 남성 127명, 여성 168명, 평균 연령은 44.17세(표준편차 16.96), 연령 범위는 19~79세였다. 청년 집단은 99명(남성 30, 여성 69), 평균 연령 24.97세(표준편차 2.84), 중년 집단은 98명(남성 46, 여성 52), 평균 연령 43.61세(표준편차 8.21), 노년 집단은 98명(남성 51, 여성 47), 평균 연령 64.13세(표준편차 4.15)였다. 참가자의 종교는 종교없음 167명(56.2%), 불교 41명(13.8%), 개신교

60명(20.2%), 천주교 25명(8.4%), 기타 2명(0.7%)으로 가장 최근 이루어진 『인구주택총조사(2015)』의 전체 한국인 종교 분포(종교없음 56.0%, 불교 15.7%, 개신교 19.7%, 천주교 8.0%, 기타 0.6%)와 유사하도록 모집하였다.

측정도구

죽음태도 척도(Death Attitude Profile-Revised, DAP-R). 개인이 죽음에 대해 갖는 다양한 태도를 측정하고자 Wong 등(1994)이 개발하였다. 총 32문항으로 구성되어 있고, 응답자는 7점 척도(1점: 전혀 아니다, 7점: 매우 그렇다) 상에서 평정하게 된다. 죽음공포, 죽음회피, 도피수용, 접근수용, 중립수용의 5요인으로 구성되어 있다. Wong 등(1994)의 연구에서 내적합치도는 죽음공포 .86, 죽음회피 .88, 도피수용 .84, 접근수용 .97, 중립수용 .88이었으며, 4주 간격 검사-재검사 신뢰도는 죽음공포 .71, 죽음회피 .61, 도피수용 .83, 접근수용 .95, 중립수용 .64였다. 가능한 DAP-R 점수의 범위는 32~224점이며, 각 요인의 점수가 높을수록 해당 태도를 많이 지녔음을 의미한다. 본 연구에서 내적합치도는 죽음공포 .89, 죽음회피 .85, 도피수용 .87, 접근수용 .93, 중립수용 .72였으며, 4주 간격 검사-재검사 신뢰도는 죽음공포 .80, 죽음회피 .67, 도피수용 .73, 접근수용 .85, 중립수용 .60이었다.

죽음불안 척도(Death Anxiety Scale, DAS). 죽음에 대해 개인이 경험하는 불안을 측정하고자 Templer(1970)가 개발한 척도로, 본 연구에서는 고효진 등(2006)이 번안한 것을 사용하였다. 총 15문항으로 구성되어 있고, 원래 예/아니오로 응답하도록 개발되었으나, 5점 척도(1:전혀 아니다, 5점:매우 그렇다)로 응답하도록 한 후속연구들이 많았고 고효진 등(2006)도 한국어판 DAS를 5점 척도 형식으로 타당화하였다. 원척도에서 내적합치도 .76, 검사-재검사 신뢰도 .83이었고, 고효진 등(2006)의 연구에서 내적합치도는 .80이었다. 가능한 죽음불안 척도 점수의 범위는 1

5~75점이며, 점수가 높을수록 죽음을 두려워함을 의미한다. 본 연구에서는 죽음공포 요인과의 수렴타당도와 도피, 접근, 중립이라는 세 죽음수용 요인과의 변별타당도를 확인하고자 실시하였다. 본 연구에서 내적합치도는 .79였다.

특성불안 척도(State-Trait Anxiety Inventory-Trait, STAI-T). 인간이 경험하는 불안을 특성(trait)과 상태(state)로 나누어 측정하고자 Spielberger 등(1970)이 개발한 척도로, 본 연구에서는 김정택(1978)이 번안한 것을 사용하였다. 특성불안이 비교적 변하지 않는 개인차로 인한 심리적 긴장에 영향을 받는 것이라면, 상태불안은 시간의 경과에 따라 변화하는 주관적이며 의식적인 불안상태로 긴장과 염려의 느낌을 지속적으로 지각하게 만드는 것이라 할 수 있다. 총 40문항으로 특성불안과 상태불안을 측정하는 각각 20개의 문항으로 구성되어 있는데, 본 연구에서는 특성불안만을 측정하였다. 응답자는 4점 척도(1점: 전혀 그렇지 않다, 4점: 항상 그렇다) 상에 평정하게 된다. 김정택(1978) 연구에서 내적합치도는 특성불안 .86, 상태불안 .87로 나타났다. 가능한 STAI-T 점수의 범위는 4~80점이며, 점수가 높을수록 평소 불안 수준이 높음을 의미한다. 본 연구에서는 죽음태도 요인과의 구인타당도를 확인하고자 실시하였다. 본 연구에서 특성불안의 내적합치도는 .90이었다.

로젠버그 자존감 척도(Rosenberg Self-Esteem Scale, RSES). 자신에 대한 주관적 평가, 즉 자신을 수용, 존중하고 좋아하며 스스로를 가치 있는 인간으로 느끼는 정도를 측정하기 위해 Rosenberg(1965)가 개발한 척도로, 전병제(1974)가 번안한 것을 사용하였다. 번안 당시 신뢰도와 타당도를 구하지 않았으나, 이자영 등(2009)이 초등학생부터 대학생까지 다양한 학령기 집단을 대상으로 연구에서 내적합치도가 .75~.87이었다. 총 10문항, 단일요인으로 구성되어 있으며, 응답자는 4점 척도(1: 전혀 아니다, 4점: 매우 그렇다) 상에 평정하게 된다. 가능한 SES 점수의 범위는 5~40점이며, 점수가 높을수록 자존감이 높음을 의미한다. 본

연구에서는 죽음태도 요인과의 구인타당도를 확인하고자 실시하였다. 본 연구에서 내적합치도는 .82였다.

심리적안녕감 척도(Psychological Well-Being Scale, PWBS). 개인의 삶의 질을 측정하고자 Ryff(1989)가 개발한 척도로, 자아수용, 긍정적 대인관계, 자율성, 환경에 대한 지배력, 삶의 목적, 개인적 성장이라는 6개 요인으로 구성되어 있다. Ryff는 이 여섯 측면 삶의 질의 총합을 심리적 안녕감으로 명명하고, 삶의 만족도(인지적 요인)와 정서 상태(정서적 요인)를 나타내는 주관적 안녕감(subjective well-being)과 구분하였다. 총 54문항으로 구성되어 있으나 본 연구에서는 김명소 등(2001)의 연구에서 선별한 46문항을 사용하였다. 응답자는 6점 척도(1점: 전혀 그렇지 않다, 6점:매우 그렇다) 상에 평정하게 된다. 김명소 등(2001)의 연구에서 내적합치도는 자아수용 .76, 긍정적 대인관계 .72, 삶의 목적 .73, 개인적 성장 .70, 자율성 .69, 환경통제 .66이었다. 가능한 PWBS 총점의 범위는 46~276점이며, 각 하위요인별로는 자아수용, 환경에 대한 지배력, 자율성, 개인적 성장 요인은 8~48점, 긍정적 대인관계, 삶의 목적 요인은 7~42점이다. 총점이 높을수록 삶의 질이 좋음을 의미한다. 본 연구에서는 죽음태도 요인과의 구인타당도를 확인하고자 실시하였다. 본 연구에서 내적합치도는 자아수용 .84, 긍정적 대인관계 .82, 삶의 목적 .77, 개인적 성장 .71, 자율성 .73, 환경통제 .70이었다.

절차

본 연구에서 한국어판 DAP-R의 번안 및 타당화는 세 단계에 걸쳐 진행되었다. 첫 번째는 원척도의 문항을 한국어로 번안하는 단계이다. 이를 위해 척도 개발자인 Paul T. P. Wong로부터 한국어 번안 허가를 받았다(2018년 4월 18일). 이후 연구자가 1차 번안을 진행하고 이를 임상심리 박사과정 학생 2인이 검토하여 일부 수정한 다음, 미국 소재 대학교에서 심리학을 전공하고 국내에서 임상심리학 박사과정 중으로 영어-

한국어에 능통한 임상심리 전문가 1인이 역번역을 시행하였다. 최종적으로, 임상심리학 전공 교수 1인과 다른 임상심리 전문가와 연구자가 역번역 결과를 검토하여 한국어 번안본을 최종 결정하였다. 두 번째 단계에서는 전술한 바와 같이 DAP-R에 대해 다양한 요인 구조가 제안되었기에(5요인 모형; Wong et al., 1994, Brudek et al., 2018, 6요인 모형; Clements & Rooda, 2000, Bellali et al., 2018, 7요인 모형; Ho et al., 2010), 한국어판 DAP-R의 요인 수를 결정하기 위하여 표본 1(*N*=297)을 대상으로 탐색적 요인분석을 실시하였다. 세 번째 단계에서는, 결정된 요인 구조와 문항에 대해 표본 2(*N*=295)를 대상으로 확인적 요인분석을 실시하였고, 내적 합치도와 검사-재검사를 통해 신뢰도를 확인하고, 관련 척도들과의 상관 분석을 통해 타당도를 확인하였다. 구체적으로는 DAP-R 하위 요인 간의 상관 및 DAP-R 요인과 죽음불안 척도, 특성불안 척도, 로젠버그 자존감 척도, 심리적안녕감 척도와의 상관 관계를 살펴봄으로써, 죽음에 부정적이고 거부적인 태도인 죽음공포와 죽음회피 요인과 죽음을 수용하는 세 가지 다른 태도인 도피수용, 접근수용, 중립수용이 어떠한 공통적이고 차별적인 특징을 갖는지 파악하고자 하였다.

자료분석

모형 적합도를 알아보기 전에 문항의 정규성 평가를 실시하였다. 본 연구에서 탐색적 요인분석 표본 각 문항의 왜도의 범위는 -1.18 ~ 0.83(평균 0.10, 표준편차 0.45), 첨도의 범위는 -2.00 ~ 1.62(평균 -0.52, 표준편차 0.76)이고, 확인적 요인분석 표본 각 문항의 왜도의 범위는 -1.31 ~ 0.93(평균 0.06, 표준편차 0.50), 첨도의 범위는 -1.93 ~ 2.18(평균 -0.49, 표준편차 0.92)이다. 확인적 요인분석 표본의 한 개 문항을 제외하면(문항 21의 첨도), 가장 엄격한 기준인 왜도와 첨도 각각 절대값 2 이내의 범위에 있을 것을 충족하였다(Curran et al., 1996; George & Mallery, 2010).

탐색적 요인분석은 각 요인 모형의 적합도를 평가하여 요인 수를 결

정한 후, 서로 다른 네 가지 요인구조에 따라 목표회전을 적용하였다(Browne, 2001). 이후 각 모형에 대하여 Bryne(1998)에 따라 CFI, TLI, RMSEA와 SRMR와 같은 증분적합도 및 절대적합도 지수의 기준을 적용하여 적합도를 평가하였다. 최종 요인의 결정은 이와 같은 기준에 부합하는 각 요인 모형의 RMSEA 90% 신뢰구간 하한값과 BIC(Bayesian Information Criterion)를 기준으로 모형을 비교한 결과(Preacher et al., 2013)와 목표회전의 결과로 도출된 요인부하량의 해석 가능성, 그리고 평행분석을 종합하여 이루어졌다. 확인적 요인분석은 탐색적 요인분석에서 결정된 요인 수와 선행연구에 따라 목표회전에 기술된 요인 및 문항구조의 타당성을 별도의 표본에서 검증하였다. 탐색적 및 확인적 요인분석의 모형은 최대우도법(robust maximum likelihood)을 통해 추정하였으며, 요인분석 소프트웨어는 Mplus 7.0을 사용하였다(Muthén & Muthén, 2013). 척도의 신뢰도를 확인하기 위하여 내적합치도 계수로 Cronbach's alpha를 사용하였다. 더불어 척도의 시간에 대한 안정성을 확인하기 위해 4주 간격의 검사-재검사 신뢰도 분석을 실시하였다.

결 과

탐색적 요인분석

한국어판 DAP-R의 요인구조를 알아보기 위해 표본 1(N = 297)을 대상으로 탐색적 요인분석을 실시하였다. 요인 수를 결정하기 위해 원자료의 고유값과 시뮬레이션을 통해 얻어진 무선자료의 고유값을 비교하여, 원자료의 고유값이 더 큰 것을 요인의 수로 결정하는 평행분석을 실시한 결과 5요인 모형이 지지됨을 그림 4에 제시하였다. 또한 최대우도법(robust maximum likelihood)을 적용해 기존 연구자들이 제기했던 5요인(Wong et al., 1994), 6요인a(Clement & Rooda, 2000), 6요인b(Bellali et al., 2018), 7요인(Ho et al., 2010) 모형의 적합도 지수를 표 1에, 각 모형의 요인부하량을 표 2에 제시하였다.

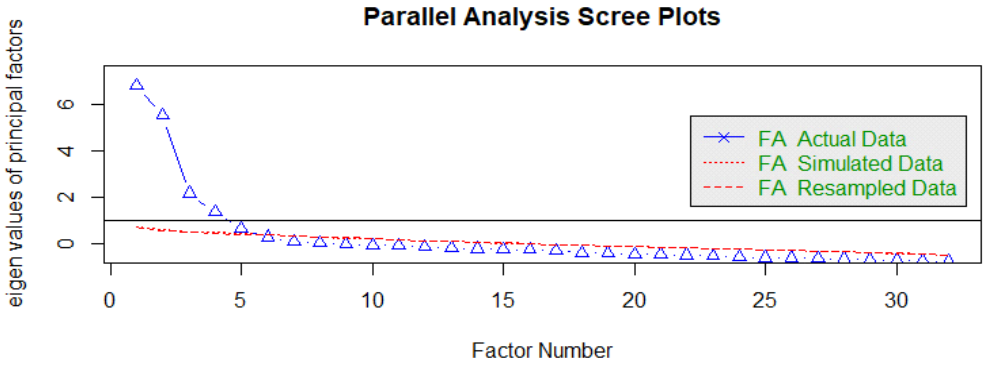

그림 4. K-DAP-R의 탐색적 요인분석 자료의 평행분석 결과

표 1을 보면, 어떤 적합도 지수를 고려하는지에 따라 5요인(RMSEA ≤ .08, SRMR ≤ .08, 가장 간명한 모형), 6요인a와 6요인b(RMSEA ≤ .06, CFI ≥ .95, TLI ≥ . 90, SRMR ≤ .08, BIC 기준; Raftery, 1995), 또는 7요인(RMSEA ≤ .06, CFI ≥ .95, TLI ≥ .90, SRMR ≤ .08) 등으로 적절한 요인 수가 달라진다(Hu & Bentler, 1999). 4요인 모형은 대부분의 적합도 지수가 기준 이하로 나타나 고려 대상에서 제외하였다.

각 요인 모형을 좀 더 구체적으로 살펴보면 다음과 같다(각 탐색적 요인분석 모형의 전체 요인부하량 표는 부록 1-1 ~ 1-4에 제시하였다). Wong 등(1994)이 척도 개발시에 제안했던 5요인 모형의 경우, 중립수용 요인의 문항 17번('나는 죽음을 두려워하지도 반기지도 않는다')이 죽음 공포에 교차부하된 것을 제외하면 요인 구조상에 문제가 발견되지 않았고, 이러한 교차부하 문제는 6요인a, 6요인b 모형에서도 동일하게 나타나는 것으로 확인되었다.

Clement와 Rooda(2000)가 제안했던 6요인a 모형의 경우, 중립수용에서 'NA2: 중립적 태도' 요인의 문항인 17번과 30번의 요인부하량이 오히려 'NA1: 삶의 일부분' 요인에서 더 크고, 5요인 모형에서의 부하량(.433, .531)에 비해 더 작게(.303, .214) 추정되었다. 이는 Clement와 Rooda(2000)가 17, 30번 문항을 별도 요인으로 간주할 필요가 있다고 주장했던 결과(.71, .80)와 다르다. 따라서 중립수용을 두 요인으로 나누게

표 1. K-DAP-R의 탐색적 요인분석 모형별 적합도 지수 (N = 297)

	Chisq(χ^2) (df)	BIC	RMSEA (lb, ub)	CFI	TLI	SRMR
4요인 모형 적용 - FD, DA 단일요인으로 병합	1073.225 (374)	31629.643	.079 (.074, .085)	.877	.837	.044
5요인 모형 적용 - Wong 등(1994)의 원척도 모형	771.106 (346)	31486.949	.064 (.058, .070)	.925	.893	.030
6요인 모형(a) 적용 - Clement와 Rooda(2000)의 모형	606.073 (319)	31475.647	.055 (.048, .062)	.950	.922	.024
6요인 모형(b) 적용 - Bellali 등(2018)의 모형	606.373 (319)	31475.647	.055 (.048, .062)	.950	.922	.024
7요인 모형 적용 - Ho 등(2010)의 모형	498.309 (293)	31515.920	.049 (.041, .056)	.964	.939	.020

주. FD = 죽음공포, DA = 죽음회피, BIC = Bayesian Information Criterion, 베이지안 정보 지수, RMSEA = Root Mean Square Error of Approximation, 근사 평균 제곱 오차 제곱근, CFI = Comparative Fit Index, 비교적합지수, TLI = Tucker–Lewis index, 터커-루이스 지수, SRMR = Standardized Root Mean square Residual, 평균 제곱 잔차 제곱근.

표 2. K-DAP-R의 탐색적 요인분석 모형별 요인 구조 (N = 297)

5요인 (Wong et al., 1994)			6요인a (Clement & Rooda, 2000)			6요인b (Bellali et al., 2018)			7요인 (Ho et al., 2010)		
FD	1	.450***	FD	1	.348***	FD1	1	.585***	FD	1	.546***
	2	.685***		2	.623***		2	.719***		2	.886***
	7	.649***		7	.664***		7	.498***		7	.786***
	18	.713***		18	.701***		18	.566***		18	.570***
	20	.347***		20	.424***		21	.499***		20	.375***
	21	.724***		21	.778***	FD2	20	.298**		21	.691***
	32	.684***		32	.795***		32	.503***		32	.612***
DA	3	.543***	DA	3	.576***	DA	3	.580***	DA	3	.522***
	10	.593***		10	.590***		10	.619***		10	.616***
	12	.619***		12	.642***		12	.660***		12	.689***
	19	.780***		19	.769***		19	.799***		19	.843***
	26	.748***		26	.723***		26	.759***		26	.733***
EA	5	.644***	EA	5	.653***	EA	5	.650***	EA	5	.696***
	9	.808***		9	.803***		9	.801***		9	.774***
	11	.835***		11	.841***		11	.840***		11	.818***
	23	.772***		23	.781***		23	.778***		23	.778***
	29	.677***		29	.676***		29	.675***		29	.701***
AA	4	.715***	AA	4	.727***	AA	4	.727***	AA1	4	.624***
	8	.495***		8	.506***		8	.509***		8	.531***
	13	.743***		13	.756***		13	.757***		13	.697***
	15	.832***		15	.853***		15	.857***		15	.774***
	16	.867***		16	.885***		16	.887***		16	.800***
	22	.417***		22	.386***		22	.372***		22	.207**
	25	.830***		25	.840***		25	.839***		25	.806***
	27	.662***		27	.657***		27	.654***		27	.593***
	28	.901***		28	.891***		28	.882***	AA2	28	.320**
	31	.853***		31	.834***		31	.821***		31	.408***
NA	6	.647***	NA1	6	.651***	NA	6	.649***	NA1	6	.631***
	14	.808***		14	.780***		14	.806***		14	.767***
	17	.433***		24	.810***		17	.469***		24	.739***
	24	.865***	NA2	17	.303**		24	.871***	NA2	17	.542***
	30	.531***		30	.214**		30	.556***		30	.560***

주. FD = 죽음공포, DA = 죽음회피, EA = 도피수용, AA = 접근수용, NA = 중립수용

$^{**}p < .01$. $^{***}p < .001$.

표 3. K-DAP-R의 탐색적 요인분석 문항

죽음공포 Fear of Death; FD (7문항)
1. 죽음이 암울한 일이라는 것엔 의심의 여지가 없다
2. 언젠가 나도 죽을 것이라는 생각은 나를 불안하게 한다
7. 죽음이 끝이라는 생각 때문에 심란하다
18. 나는 죽음에 대해 강한 공포를 가지고 있다
20. 죽음 이후의 삶(내세, 사후생)이라는 주제는 나를 매우 괴롭게 한다
21. 죽음이 모든 것의 마지막임을 의미한다는 사실은 나를 두렵게 한다
32. 죽은 후에 어떤 일이 일어날지 알지 못하기 때문에 나는 죽는 것을 걱정한다
죽음회피 Death Avoidance; DA (5문항)
3. 나는 무슨 수를 써서라도 죽음에 대한 생각을 피한다
10. 죽음에 대한 생각이 떠오를 때마다 나는 생각하지 않으려고 애쓴다
12. 나는 죽음에 관해 생각하지 않으려고 언제나 애를 쓴다
19. 나는 죽음에 대해 전혀 생각하지 않으려고 한다
26. 나는 죽음이라는 주제에 대해 전혀 신경 쓰지 않으려고 한다 (CFA에서 삭제됨)
도피수용 Escape Avoidance; EA (5문항)
5. 죽음은 내 모든 괴로움을 끝낼 것이다
9. 죽음은 이 끔찍한 세상으로부터 탈출할 수 있게 한다
11. 죽음은 고통과 괴로움으로부터 나를 구출해준다
23. 나는 죽음을 현세에서 겪는 고통으로부터의 해방으로 본다
29. 나는 죽음을 삶의 짐으로부터의 해방이라고 생각한다 (CFA에서 삭제됨)
접근수용 Approach Acceptance; AA (10문항)
4. 죽은 후에 나는 천국에 있을 것이라고 믿는다
8. 죽음은 궁극적 만족이 존재하는 곳에 진입하는 일이다 (CFA에서 삭제됨)
13. 나는 천국이 이 세상보다 훨씬 더 좋은 곳이라고 믿는다
15. 죽음은 신과의 결합이자 영원한 행복이다
16. 죽음은 새롭고 영광스러운 삶을 약속한다
22. 나는 죽은 후에 내가 사랑했던 사람과의 재회를 기대한다 (EFA에서 삭제됨)
25. 나는 죽음을 영원하고 축복이 가득한 곳으로 가는 통로라고 본다
27. 죽음은 영혼이 해방되는 경이로운 일이다 (CFA에서 삭제됨)
28. 내가 죽음에 편안할 수 있는 것은 내세를 믿기 때문이다
31. 나는 사후세계를 기대한다
중립수용 Neutral Acceptance; NA (5문항)
6. 죽음은 지극히 자연스럽고 불가피한 사건으로 생각되어야 한다
14. 죽음은 삶의 자연스러운 부분이다
17. 나는 죽음을 두려워하지도 반기지도 않는다 (EFA에서 삭제됨)
24. 죽음은 삶의 과정의 일부일 뿐이다
30. 죽음은 좋은 것도 나쁜 것도 아니다

되면 모형의 복잡도를 증가시켜 적합도 지수만 부풀려진다고 해석할 수 있겠다.

Bellali 등(2018)이 제안했던 6요인b 모형의 경우, 죽음공포(FD) 요인에 속한 20번과 32번의 요인부하량(.298, .503)이 요인 구조가 의도한 대로 'FD2: 막연한 사후염려'에서 더 높게 나타났지만, FD2 요인의 분리를 제안한 Bellali 등(2018)의 결과(.730, .764)에 비해서 너무 작게 추정되었고, 32번 문항은 FD1(.406)에도 교차부하되었고, 20번 문항 역시 어떠한 요인구조에서도 여러 요인에 교차부하된 것으로 나타난다. 따라서 두 문항을 통해 FD2 요인을 해석하고 프로파일로 사용하는 6요인b 모형의 구조는 적합하지 않다고 여겨진다.

Ho 등(2010)이 제안했던 7요인 모형의 경우, 접근수용(AA)에서 'AA1: 종교적 내세와 영혼 신념' 요인의 문항인 22번의 부하량이 'AA2: 비종교적 내세에 대한 믿음' 요인에서 .354로 더 크게 나타나고, 원래 속한 요인 AA1에서는 .207로 지나치게 낮았다. AA2 요인의 문항인 28번과 31번 역시 원래 요인에 대한 부하량(.320, .408)에 비해 AA1 요인에서(.717, .613)로 더 높은 부하량을 보였고, AA2를 별도 요인으로 제안한 Ho 등(2010)의 연구 결과(.78, .60)에 비해서도 지나치게 낮았다. 따라서 7요인 모형은 한국어판 척도의 요인 구조를 제대로 반영하지 못한다고 판단하였다.

5요인 모형은 TLI = .893으로 다소 낮지만 다른 적합도 지수가 충분히 수용 가능한 범위이고(Hu & Bentler, 1999), 죽음에 대한 거부적 태도(공포, 회피)와 수용적 태도(도피, 접근, 중립)를 구분한 척도 개발 의도와도 가장 부합한다고 여겨졌다. 또한 이미 앞에서 살펴보았지만, 2문항으로만 별도의 요인을 구성하는 것이 한국어판 척도의 요인구조를 더 잘 설명하지도 못하고, 이론적 타당성이나 임상적 필요성이 크다고 생각되지 않아, 한국어판 DAP-R의 요인수를 최종적으로 5개로 결정하였다.

탐색적 요인분석을 통해 결정한 5요인 모형에서 두 문항에 대한 문제점을 발견하였다. NA에 속하는 17번 문항('나는 죽음을 두려워하지도 반기지도 않는다')은 FD와 NA 요인으로의 유사한 수준의 교차부하가 발

생하였다. AA에 속하는 22번 문항(‘나는 죽은 후에 내가 사랑했던 사람과의 재회를 기대한다’)은 요인부하량이 낮고 공통분산(.198)이 .3보다 작아 모형에 적합하지 않다고 판단하였다. 이에 17번, 22번 두 문항을 삭제하기로 결정하였다.

확인적 요인분석

남은 30문항에 대한 확인적 요인분석을 실시하였다. 탐색적 요인분석에 비해서 전반적인 적합도 지수가 낮게 나왔는데, SRMR의 값이 .030에서 두 배 이상 확대되어 poor fit에 가까운 .079의 값이 보고된 것을 문제로 인식하였다. 이는 적합된 구조 모형의 잔차 행렬의 전반적인 값이 확대되었으며, 해당 표본 자료의 공분산 구조를 적절한 방식으로 표상하지 못하였다는 것을 의미한다. 이에 적합된 모형의 요인부하량과 잔차 상관행렬을 검토한 결과, 복수의 문항에 대한 문제점을 발견하였다.

DA에 속하는 26번 문항(‘나는 죽음이라는 주제에 대해 전혀 신경 쓰지 않으려고 한다’)은 확인적 요인분석 결과 요인부하량이 .334로 지나치게 낮았다. EA에 속하는 29번 문항(‘나는 죽음을 삶의 짐으로부터의 해방이라고 생각한다’), AA에 속하는 두 문항 27번 문항(‘죽음은 영혼이 해방되는 경이로운 일이다.’)과 8번 문항(‘죽음은 궁극적 만족이 존재하는 곳에 진입하는 일이다’)은 각각 표준화된 잔차행렬(상관행렬)에서 잔차가 .2 이상인 값이 12개, 7개, 6개였으며, Mplus에서 계산된 수정 지수(Modification Index)가 30 이상인 교차부하 경로가 다수 발생하였다. 따라서 요인에 대한 설명력 부족 및 교차부하의 가능성으로 인해 확인적 요인분석 모형이 해당 문항들을 설명하지 못한다고 판단하였다.

이렇게 측정 모형에 부적합한 4개 문항을 제거하여 최종 26개 문항으로 한국어판 DAP-R을 구성하였다. 문항 선별이 완료된 확인적 요인분석 최종 26문항 모형과 초기 30문항 모형의 적합도 지수는 표 4에 제시하였다. 이에 대한 카이제곱 검정을 통해 모형 비교를 실시한 결과 유의한 차이를 보여 26문항 모형이 선호되었다, $\chi^2(106, N = 295) = 384.458$,

표 4. K-DAP-R의 확인적 요인분석 모형의 적합도 지수 비교 (N = 295)

	Chisq(X^2) (df)	BIC	RMSEA (lb, ub)	CFI	TLI	SRMR
5요인: 30 items	1033.012 (395)	28749.35	.074 (.068, .080)	.881	.868	.079
5요인: 26 items	648.554 (289)	24914.88	.065 (.058, .072)	.919	.909	.059

p < .001. 최종적으로 한국어판 DAP-R은 죽음공포(FD)와 접근수용(AA) 요인이 각각 7문항, 죽음회피(DA), 도피수용(EA), 중립수용(NA) 요인이 각각 4문항으로 이루어진 26문항 5요인 구조로 확정되었으며, 이에 대한 확인적 요인분석 결과를 표 5에 제시하였다.

내적합치도

한국어판 DAP-R의 신뢰도를 확인하기 위해 내적합치도(Cronbach's α)를 계산하여 표 6에 제시하였다. 죽음공포, 죽음회피, 도피수용, 접근수용, 중립수용 5 요인의 내적합치도는 .89, .85, .87, .93, .72로 나타나, 한국어판 DAP-R의 내적 합치도는 적절한 것으로 확인되었다.

검사-재검사 신뢰도

척도의 시간에 대한 안정성을 확인하기 위해 표본 2의 참여자 중 청년/중년/노년 집단별로 25명씩 75명을 모집하여 4주 간격으로 검사-재검사를 실시하였다. 불성실한 응답을 제외하고 72명의 결과를 분석한 결과를 표 6에 제시하였다. 죽음공포, 죽음회피, 도피수용, 접근수용, 중립수용의 검사-재검사 신뢰도는 .80, .67, .73, .85, .60으로 비교적 양호하였다.

표 5. K-DAP-R의 확인적 요인분석 결과 (N = 295)

요인	문항	요인부하량	표준오차	표준화된 요인부하량
죽음공포 FD	1	1.000	.000	.496***
	2	1.679***	.197	.761***
	7	1.819***	.213	.800***
	18	1.557***	.184	.779***
	20	1.310***	.164	.702***
	21	1.793***	.205	.832***
	32	1.609***	.189	.796***
죽음회피 DA	3	1.000	.000	.701***
	10	1.341***	.105	.829***
	12	1.313***	.102	.844***
	19	1.016***	.097	.662***
도피수용 EA	5	1.000	.000	.667***
	9	1.188***	.100	.806***
	11	1.239***	.101	.863***
	23	1.191***	.097	.834***
접근수용 AA	4	1.000	.000	.697***
	13	1.095***	.089	.749***
	15	1.232***	.086	.897***
	16	1.179***	.084	.880***
	25	1.141***	.081	.872***
	28	1.054***	.083	.778***
	31	1.049***	.087	.739***
중립수용 NA	6	1.000	.000	.559***
	14	1.223***	.142	.818***
	24	1.159***	.145	.717***
	30	0.850***	.141	.463***

***p < .001.

표 6. K-DAP-R의 타당화에 사용된 척도별 상관 및 기술통계량 (N = 295)

	DAP-R (26 items)					DAS	STAI-T	RSES	PWBS
	FD	DA	EA	AA	NA				
DAP-R									
FD	1.00								
DA	.69***	1.00							
EA	.04	.14*	1.00						
AA	-.08	.01	.28***	1.00					
NA	-.28***	-.21***	.20**	.10	1.00				
DAS	.68***	.42***	.01	-.08	-.20***	1.00			
STAI-T	.19*	.09	.38***	-.04	-.06	.28***	1.00		
RSES	-.12*	.06	-.41***	.09	.11*	-.14*	-.70***	1.00	
PWBS	-.15***	-.13	-.45***	.09	.13*	-.12*	-.76***	.81***	1.00
평균	24.92	13.56	15.00	24.08	21.48	45.45	44.6	28.5	173.42
표준편차	8.61	5.00	5.52	10.08	3.72	7.65	9.2	4.9	24.84
왜도	.22	.01	.07	.47	-.62	.03	.50	-.58	-.15
첨도	-.58	-.72	-.68	-.31	.42	.41	.28	.41	.22
α	.89***	.85***	.87***	.93***	.72***	.79***	.90***	.82***	.93***
r	.80***	.67***	.73***	.85***	.60***	-	-	-	-

주. FD = 죽음공포, DA = 죽음회피, EA = 도피수용, AA = 접근수용, NA = 중립수용, DAS = 죽음불안 척도, STAI-T = 특성불안 척도, RSES = 로젠버그 자존감 척도, PWBS = 심리적안녕감 척도, α = Cronbach's alpha, r = 4주 간격 검사-재검사 신뢰도(n=72).
$^{*}p < .05$. $^{**}p < .01$. $^{***}p < .001$.

수렴 및 변별 타당도

한국어판 DAP-R의 요인 간의 관계와 변별성, 그리고 각 요인의 수렴, 변별 및 구인 타당도를 알아보기 위해 관련 척도와의 상관을 분석한 결과를 표 6에 제시하였다. 먼저 DAP-R 요인 중 죽음공포, 죽음회피, 중립수용 간의 관계를 살펴보면, 죽음공포와 죽음회피 요인 사이에 강한 정적 상관이 나타났고 $r(293) = .69$, $p < .001$, 이 두 요인과 중립수용 간에는 부적 상관이 나타났다, 죽음공포 $r(293) = -.28$, $p < .001$, 죽음회피 $r(293) = -.21$, $p < .001$. 그리고 이 세 요인과 죽음불안 척도 DAS, 특성불안 척도 STAI-T, 로젠버그 자존감 척도 RSES, 심리적안녕감 척도 PWBS와의 상관을 살펴보면, 죽음공포 요인은 죽음불안이라는 유사한 개념을 측정하는 DAS와 강한 정적 상관을 보여 수렴타당도가 양호한 것으로 확인되었다, $r(293) = .68$, $p < .001$. 또한 전반적인 불안취약성을 측정하는 SATI-T와 약한 정적 상관 $r(293) = .19$, $p = .004$, 자존감을 측정하는 RSES와는 부적 상관 $r(293) = -.12$, $p = .017$, 전반적인 심리적 안녕감을 측정하는 PWBS와는 부적 상관 $r(293) = -.15$, $p = .004$을 보여 구인타당도 또한 적절한 것으로 확인되었다. 반면 죽음회피 요인은 DAS와만 중간 정도의 정적 상관을 나타냈을 뿐, $r(293) = .42$, $p < .001$, 나머지 세 척도와는 유의한 상관을 나타내지 않았다, STAI-T $r(293) = .09$, $p = .070$; RSES $r(293) = .06$, $p = .298$; PWBS $r(293) = .13$, $p = .059$. 중립수용 요인은 DAS와 부적 상관을 보였으나, $r(293) = -.20$, $p = .002$, STAI-T와는 유의한 상관을 보이지 않았고, $r(293) = -.06$, $p = .174$, RSES와 PWBS와는 약한 정적 상관을 보였다, RSES $r(293) = .11$, $p = .017$; PWBS $r(293) = .13$, $p = .028$. 이는 죽음공포와 죽음회피 요인이 죽음을 불안해하는 태도를, 중립수용이 죽음을 수용함으로써 죽음공포와 죽음불안을 경험하지 않는 태도를 나타낸다는 점에서 적절한 수렴 및 변별 타당도를 지님을 드러낸다. 또한 특성불안이라는 부정적 정서에의 취약성과 자존감 및 심리적 안녕감의 저하와 유의한 관련성을 지니는 죽음공포 요인과 달리 죽음회피는 이 세 척도와 유의한

상관을 나타내지 않아, 죽음을 부인하며 죽음 생각을 피함으로써 불안을 경험하지 않으려는 태도인 죽음회피가 죽음공포에 비해 심리적 불편감을 덜 경험한다는 점에서 변별타당도를 지닌 것으로 여겨진다. 중립수용은 죽음공포와는 반대로 죽음불안의 저하와 자존감 및 심리적 안녕감의 상승과 관련된 것으로 나타나, 죽음을 삶의 일부로 수용함으로써 죽음공포가 완화되고 적응적으로 기능하는 상태라는 특성을 잘 나타내며, 구인타당도가 적절한 것으로 여겨진다.

다음으로, 도피수용 요인은 죽음공포를 제외한 나머지 세 죽음태도 요인과 모두 정적 상관을 보였다, 죽음회피 $r(293) = .14$, $p = .019$, 접근수용 $r(293) = .28$, $p < .001$, 중립수용 $r(293) = .20$, $p = .002$. 또한 STAI-T와 정적 상관 $r(293) = .38$, $p < .001$, RSES와 부적 상관, $r(293) = -.41$, $p < .001$, PWBS와도 부적 상관을 보였으나 $r(293) = -.45$, $p < .001$, 죽음불안 척도 DAS와는 유의한 상관이 없었다, $r(293) = .01$, $p = .812$. 도피수용은 본래 현재의 괴로움을 피하고자 죽음을 기꺼이 받아들이는 태도를 측정하고자 구성된 요인인데, 불안에 취약하고, 자존감과 심리적 안녕감이 저하된 상태와 유의하게 관련된 것은 현재의 괴로움을 반영하는 것으로 구인 타당도를 어느 정도 지닌 것으로 생각된다. 그러나 예상과 달리 죽음공포 요인 및 죽음불안 척도와의 부적 상관이 나타나지 않고, 죽음회피 요인과의 약한 정적 상관만 나타났다. 이는 도피수용이 죽음을 수용함으로써 죽음공포를 덜 경험하는 태도라는 원래의 구성개념을 충분히 반영하지 못하여 구인 타당도가 다소 부족하였다.

한편, 접근수용 요인은 도피수용을 제외한 그 어떤 하위 요인이나 다른 척도들과도 유의한 상관을 보이지 않았다, 죽음공포 $r(293) = -.08$, $p = .193$; 죽음회피 $r(293) = -.01$, $p = .841$; 중립수용 $r(293) = .10$, $p = .213$; DAS $r(293) = -.08$, $p = .765$; STAI-T $r(293) = -.04$, $p = .607$; RSES $r(293) = .09$, $p = .149$; PWBS $r(293) = .09$, $p = .311$. 따라서 접근수용 요인이 “내세에 대한 기대로 죽음공포를 완화하고 죽음을 받아들이는 태도”를 타당하게 측정하는지 본 연구를 통해서는 구인 타당도를 확인하기 어려웠다.

한편, 특성불안이 자존감 및 심리적 안녕감과 매우 높은 상관을 보이고 있어, RSES $r(293) = -.70$, $p < .001$; PWBS $r(293) = -.76$, $p < .001$, 이를 통제하고 부분상관을 살펴볼 필요성이 제기되었다. 부록 1-5에 제시된 부분상관 결과를 보면, 특성불안의 영향을 통제했을 때, 도피수용과 자존감의 부적 상관이 유의하지 않게 되고, $r(293) = -.10$, $p = .085$; 죽음회피 및 접근수용과 자존감의 약한 정적 상관이 새롭게 확인된다, 죽음회피 $r(293) = .13$, $p = .027$; 접근수용 $r(293) = .19$, $p < .001$. 또한 중립수용과 자존감의 상관이 약간 증가하는 것으로 나타난다, $r(293) = .19$, $p = .001$. 이처럼 특성불안은 죽음공포와 도피수용에는 직접적으로, 죽음회피, 접근수용, 중립수용에는 자존감에 영향을 미치는 방식으로 간접적으로 영향을 미치는 것으로 생각된다. 따라서 향후 죽음태도를 이해함에 있어 특성불안을 고려할 필요가 있을 것으로 생각된다.

이와 같은 결과는 DAP-R의 죽음공포, 죽음회피, 중립수용 요인은 적절한 변별, 수렴, 구인 타당도를 지니고 있지만, 도피수용 및 접근수용 요인의 경우 타당도를 확인하기에는 다소 부족함이 있다고 생각된다.

연령, 성별, 종교의 영향

선행 연구에서 연령, 성별, 종교에 따라 죽음태도 요인에 차이가 나타난다는 의견이 꾸준히 제기되었으므로, 본 연구에서는 한국어판 죽음태도 척도에서도 이러한 특성이 나타나는지 추가로 분석하였다. 분산분석에서 통계적으로 유의한 차이를 보인 요인에 대해서는 집단 간 t 검정을 통한 사후검정을 실시하였다. 이 때 일반적인 유의수준 .05를 사용할 경우 집단별 오류율(familywise error rate)이 증가하므로, 이를 보정하기 위해서 가장 보수적인 사후검정 방법인 Bonferroni's correction을 적용하였다(Armstrong, 2014).

먼저, 연령 집단별로 분석한 표 7의 결과를 보면, 죽음공포, 죽음회피, 중립수용에서는 연령에 따른 유의한 차이가 없으나, 청년 집단의 접근수용 수준은 중년 및 노년 집단에 비해 낮았으며, 도피수용 또한 노년 집

표 7. 연령 집단에 따른 K-DAP-R 요인 및 타당화 척도의 평균 차이 (N = 295)

	1 청년(18-29세) (n = 99)	2 중년(30-59세) (n = 98)	3 노년(60-79세) (n = 98)	F (2, 292)	post hoc comparison (Bonferroni corrected)
	Mean(SD)	Mean(SD)	Mean(SD)		
FD	24.78(8.75)	24.85(8.61)	25.11(8.68)	0.036	
DA	12.84(5.08)	13.80(5.32)	14.12(4.56)	1.702	
EA	14.00(6.08)	14.80(5.84)	16.20(4.32)	4.007*	1<3*
AA	21.28(11.65)	25.13(10.57)	25.83(10.15)	5.906**	1<2*,1<3**
NA	21.00(3.80)	21.64(3.88)	21.80(3.52)	1.207	
DAS	45.60(7.20)	45.60(7.50)	45.30(8.25)	0.054	
STAI-T	47.14(8.84)	43.78(8.12)	42.44(7.35)	8.778***	1>2**,1>3***
RSES	28.24(5.61)	28.40(4.82)	28.76(4.08)	.291	
PWBS	172.63(27.99)	174.38(22.91)	173.97(22.45)	.135	

주. FD = 죽음공포, DA = 죽음회피, EA = 도피수용, AA = 접근수용, NA = 중립수용, DAS = 죽음불안 척도, STAI-T = 특성불안 척도, RSES = 로젠버그 자존감 척도, PWBS = 심리적안녕감 척도.
*p < .05. **p < .01. ***p < .001.

표 8. 성별에 따른 K-DAP-R 요인의 평균 차이 (N = 295)

	남성 (n = 127)	여성 (n = 168)	student's t-test (df)
	Mean(SD)	Mean(SD)	
FD	26.39(8.05)	23.80(8.89)	2.639**(283.27)
DA	15.08(4.72)	12.44(4.96)	4.630***(277.79)
EA	14.88(5.28)	15.08(5.72)	0.337 (281.79)
AA	23.94(9.80)	24.22(10.36)	0.248 (278.39)
NA	21.60(3.32)	21.40(4.04)	0.527 (291.19)
DAS	44.85(7.05)	46.05(7.95)	1.247 (287.11)

주. FD = 죽음공포, DA = 죽음회피, EA = 도피수용, AA = 접근수용, NA = 중립수용, DAS = 죽음불안 척도.
**p < .01. ***p < .001.

단에 비해 낮게 나타났다. 노인 집단의 도피수용 상승이 특성불안의 상승이나 자존감 및 심리적 안녕감의 상승과 관련되어 있는지 살펴보고자, 이 세 측정치에 대해서도 연령 집단별 차이를 구하여 표 7에 함께 제시하였다. 그러나 노년 집단은 특성불안이 청년 집단에 비해 낮았고, 자존감 및 심리적 안녕감에서 다른 연령 집단과 차이를 보이지 않았다.

다음으로, 성별 차이를 분석한 표 8의 결과를 보면, 죽음공포와 죽음회피 수준은 남성이 여성에 비해 높았으나, DAS로 측정한 전반적인 죽음 불안은 성별에 따른 차이가 나타나지 않았다. 수용의 세 요인-도피, 접근, 중립-에서는 성별에 따른 차이가 없었다.

표 9. 종교에 따른 K-DAP-R 요인의 평균 차이 (N = 295)

	1 종교없음 (n = 167)	2 불교 (n = 41)	3 개신교 (n = 60)	4 천주교 (n = 25)	5 기타 (n = 2)	F	post hoc comparison (Bonferroni corrected)
	Mean (*SD*)	Mean (*SD*)	Mean (*SD*)	Mean (*SD*)	Mean (*SD*)		
FD	24.99 (8.47)	27.51 (8.26)	22.05 (8.54)	26.88 (9.59)	25.97 (5.67)	2.928*	2>3*
DA	13.60 (4.68)	14.76 (4.84)	12.32 (5.40)	14.44 (5.92)	14.48 (6.36)	1.768	
EA	14.80 (5.40)	13.92 (5.28)	16.76 (6.04)	14.00 (5.04)	13.00 (5.64)	2.253	
AA	19.04 (7.28)	25.62 (6.45)	36.33 (9.24)	25.90 (6.30)	22.47 (9.17)	58.433***	1<2*, 1<3**, 1<4*, 2<3*, 3>4*
NA	21.44 (3.72)	21.00 (3.72)	21.96 (3.40)	22.24 (3.64)	12.00 (5.64)	4.06**	
DAS	45.45 (7.80)	47.25 (6.15)	44.10 (7.65)	46.65 (8.85)	45.45 (2.10)	1.223	

주. FD = 죽음공포, DA = 죽음회피, EA = 도피수용, AA = 접근수용, NA = 중립수용, DAS = 죽음불안 척도

*p < .05. **p < .01. ***p < .001. (Bonferroni correction을 한 이후에도 유효한 경우에만 표시함. 기타 집단은 참가자가 2명뿐이라 사후검정은 1~4집단을 대상으로만 시행함)

마지막으로, 전체 한국인 종교 분포 비율을 적용한 종교에 따른 죽음태도 차이를 분석한 결과는 표 9에 제시하였다. 접근수용은 종교에 따른 차이가 가장 두드러진 요인이었는데, 개신교 집단에서 매우 높게, 종교없음 집단에서 주요 종교집단(불교, 개신교, 천주교)에 비해 유의미하게 낮게 나타났다. 죽음공포는 불교 집단에서 개신교 집단에 비해 높았으나, DAS로 측정한 전반적 죽음불안은 종교에 따른 차이가 없었다. 나머지 요인에서는 종교에 따른 차이가 나타나지 않았다.

논 의

본 연구에서는 죽음에 대한 다양한 태도를 측정하는 도구를 마련하기 위해 Wong 등(1994)에 의해 개발된 죽음태도 척도 개정판(DAP-R)을 한국어로 번안하고 그 신뢰도와 타당도를 검증하였다.

그 결과로 첫째, 탐색적 및 확인적 요인분석 결과 죽음공포, 죽음회피, 도피수용, 접근수용, 중립수용의 5요인 구조가 적합한 것으로 나타났다. 다양한 문화권에서 이루어진 선행연구들에서 5~7요인 구조에 대한 논의가 있었으나, 교차부하되거나 다른 요인에 더 큰 부하량을 가져 모형적합도를 저해하는 문항을 제거했을 때 죽음공포 7문항, 죽음회피 4문항, 도피수용 4문항, 접근수용 7문항, 중립수용 4문항, 총 26문항으로 구성 모형이 한국인의 자료를 가장 잘 설명하는 것으로 확인되었다.

제거된 문항을 살펴보면(표 3 참조), 먼저 도피수용 요인에서 제거된 29번 문항(나는 죽음을 삶의 짐으로부터의 해방이라고 생각한다)은 구성개념에서 볼 때 다른 문항들(5. '모든 괴로움을 끝낼', 9. '끔찍한 세상으로부터의 탈출', 11, '고통과 괴로움으로부터 구출', 23, '현세에서 겪는 고통으로부터의 해방')과 유사한 태도를 측정하고 있고, 선행연구에서도 별도의 요인이 제안된 바 없어 제거에 큰 무리는 없는 것으로 생각된다. 다음으로, 접근수용 요인에서 10문항중 3문항(8. 죽음은 궁극적 만족이 존재하는 곳에 진입하는 것이다, 22. 나는 죽은 후에 내가 사랑했던 사람과의 재회를 기대한다, 27. 죽음은 영혼이 해방되는 경이로운 일이다)이

제거되었다. 이 세 문항은 Ho 등(2010)이 제안한 “AA1, 종교적 내세와 영혼 신념” 요인에 속하는 것으로, “AA2. 비종교적 내세와 영혼 신념” 요인이 단 두 문항으로 구성된 것을 고려할 때, 제거 후 남은 다섯 문항으로 사후 세계에 대한 종교적 인식을 충분히 측정할 수 있을 것으로 여겨진다. 마지막으로 중립수용 요인에서 제거된 17번 문항(‘나는 죽음을 두려워하지도 반기지도 않는다’)은 다른 문항들이 모두 중립적인 인식(6, 자연스럽고 불가피한 사건, 14, 삶의 자연스러운 부분, 24, 삶의 과정의 일부, 30. 좋은 것도 나쁜 것도 아닌)을 측정하는데 비해 ‘정서’적 측면을 언급하고 있는데, 이 문항을 제거한 CFA의 결과도 죽음공포와는 부적 상관을 보이고 있어, 문항을 제거해도 중립적 태도를 측정하는데는 큰 어려움이 없는 것으로 생각된다.

DAP-R의 요인 간 상관, 그리고 DAP-R의 각 하위 요인과 유사한 개념을 측정하거나 죽음태도의 특성에 영향을 미친다고 알려진 척도들과의 상관을 분석한 결과 죽음공포와 죽음회피 요인 간에 강한 정적 상관이 나타나고, 두 요인 모두 죽음불안과 정적 상관을, 중립수용 요인과는 부적 상관을 보였으나, 죽음회피 요인은 죽음공포 요인에 비해 죽음불안과의 상관이 작았다, Fisher’s Z transformation; z = 7.208, p < .001. 이러한 결과는 ‘죽음회피는 죽음을 피함으로써 죽음불안을 감소시키려 하지만, 죽음을 자연스럽게 받아들이지는 못하는 태도’라는 척도 개발자 Wong 등(1994)의 주장을 뒷받침한다. 본 연구에서는 죽음공포 요인이 특성불안과 정적 상관을, 심리적 안녕감과 부적 상관을 보인 것과 달리, 죽음회피 요인은 둘 모두와 유의한 상관이 없었다. 이것은 DAP-R 개발 당시 죽음회피가 심리적 안녕감과 부적 상관을 나타냈던 것이나, 죽음회피만을 높게 보고한 사람들도 죽음공포 수준이 높은 사람들과 마찬가지로 심리적 안녕감이 저조하고 실제로는 죽음불안을 경험한다는 Cozzolino 등(2014)의 선행연구 결과와는 다소 불일치한다. 사람들은 불안과 공포를 경험하지 않기 위해서 ‘경험적 회피(experiential avoidance)’를 선택하지만, 이것이 오히려 피하고자 하는 불쾌한 사적 경험의 빈도를 증가시킨다는 ‘회피의 역설적 효과’는 많은 연구에서 반복 검증되었다

(Abramowitz et al., 2000). 따라서 한국어판 DAP-R이 측정하는 죽음회피 태도가 죽음공포 뿐 아니라 특성불안의 상승이나 심리적 안녕감의 저하와 관련되는지, 따라서 죽음을 직면하고 수용하도록 하는 심리적 개입이 필요한지를 살펴보는 후속 연구가 필요할 것으로 사료된다.

도피수용 요인은 특성불안과 정적 상관을, 자존감 및 심리적 안녕감과 부적 상관을 보였는데, 이는 척도 개발시에 Wong 등(1994)이 '삶이 괴롭고 공포스럽기 때문에 차라리 죽음을 받아들이는 태도'를 도피수용 요인으로 명명한 것과 같은 맥락에서 이해할 수 있다. 그러나 도피수용과 죽음공포 및 죽음불안 간 부적 상관이 나타났던 선행연구(Wong et al., 1994)와 달리, 본 연구에서는 유의한 상관이 나타나지 않았다. 표본 크기가 작아 일반화하기는 어렵지만, 이러한 결과는 현재 한국 사회에서 도피수용이 '죽음에 심리적으로 준비되어 불안해하지 않고 받아들임'이라는 '수용'적 특성보다 '죽음을 통해 고통스러운 현재의 삶에서 탈출'하는 '도피'적 특성을 더 크게 반영하는 결과일 수 있겠다. 이러한 도피적 죽음수용 태도는 존엄사와 안락사, 의사 조력 자살과 같은 생애 말기의 선택에도 영향을 미칠 수 있을 것으로 여겨지나, 관련 연구는 아직 미비한 실정이다.

접근수용 요인은 도피수용 요인과만 약한 정적 상관을 보이고, 나머지 DAP-R 하위 요인이나 관련 척도와는 유의한 상관을 전혀 보이지 않아, 죽음공포, 죽음회피 요인 및 죽음불안과의 뚜렷한 부적 상관, 심리적 안녕감과의 정적 상관을 보인 선행연구(Wong et al., 1994)와 가장 두드러진 차이를 드러냈다. 본래 접근수용은 종교가 제공하는 내세에 대한 믿음을 통해 죽음을 기꺼이 받아들이고 내세를 기대하며 내적 안녕감을 유지하는 태도(Dezutter et al., 2008; Wong et al., 1994)를 일컫지만, 본 연구에서 종교를 지녔다고 보고한 참여자들-특히 개신교 집단-의 높은 접근수용 점수는 죽음과 관련된 종교의 교리를 인지적으로 이해한 것을 반영했을 뿐, 실질적으로 경험하는 죽음 관련된 정서적 불편감의 완화나 심리적 안녕감의 보호로 이어지지는 못한 것으로 짐작된다. 그리고 이에는 죽음에 배타적이고 거부적인 한국 문화가 종교 교리보다 더 강력한

영향을 미쳤을 가능성이 있겠다.

마지막으로 중립수용 요인은, 죽음공포 및 죽음회피 요인, 죽음불안과는 부적 상관을 보였고. 자존감이나 삶의 안녕감과 유의한 정적 상관을 보였다. 이는, 개인이 죽음의 불가피성(mortality)을 인정할 때에만 자기실현(self actualization)이 가능하다는 인본주의 및 실존주의 심리학의 입장(Feifel, 1990; Maslow, 1968), 그리고 자기실현을 한 인간은 삶의 의미를 찾았기 때문에 죽음의 공포를 제거할 수 있으며 안녕감을 증진시킬 수 있다는 Frankl(1965)의 주장과는 일치하는 결과이다.

연령에 따른 차이의 경우, 노년 집단은 청년 집단에 비해 도피수용, 접근수용 요인 점수가 유의하게 높았으나, 죽음공포, 죽음회피, 중립수용 요인에서는 차이가 없었다. 이는 노년 집단이 청년 집단에 비해 죽음공포가 낮고 중립수용이 높았던 선행 연구(Wong et al., 1994)의 결과나 노년기의 주요 발달 과업이 과거의 삶과 죽음의 실체를 수용하는 것(Erikson, 1963)이라는 주장과도 사뭇 다르다. 생애 주기를 연구하는 심리학자들은 연령대에 따라 죽음에 대한 태도가 달라지는 이유가 죽음에의 근접성과 노출 빈도가 나이에 따라 달라지기 때문이라 설명하였는데(Kastenbaum, 1979), 과거와 달리 청년 집단이 언론 매체나 SNS를 통해 자살, 사고, 소외 등이 유발한 죽음에 항시 노출되어 있는 상황이 결과에 영향을 미쳤을 가능성이 있겠다. 한편, 노년 집단이 청년 집단에 비해 유의미하게 높은 도피수용 태도를 보이는 것과 관련해 노인자살과의 관련성 등에 대한 추가적인 탐색이 필요할 것으로 생각된다. 또한, 본 연구에서 연령집단을 1994년 원척도 개발시와 동일하게 청년 18~29세, 중년 30~59세, 노년 60~79세로 분류하였는데, 현재 정부의 생애주기 구분이 청년 19~29세, 중년 30~49세, 장년 50~64세, 노년 65세 이상이고, 사회적 독립은 늦어지고 수명은 길어진 현대 사회에서 청년은 34세까지, 노년은 70세 이상부터로 변경해야 한다는 의견도 증가하고 있는 만큼, 본 연구의 결과가 연령대의 특성을 제대로 반영하지 못했을 가능성도 고려할 필요가 있겠다.

성별에 따른 차이를 살펴보면, 죽음공포와 죽음회피 요인 모두 남성이

더 높았으나, 나머지 세 요인에서는 성별에 따른 유의한 차이가 없었다. Wong 등(1994)의 연구에서 남성은 죽음회피 요인에서, 여성은 도피수용과 접근수용 요인에서 상대적으로 평균이 유의하게 높고 죽음공포와 중립수용에서는 성별에 따른 차이가 없었던 것과는 다른 양상이다. 이제까지 여성이 남성에 비해 죽음공포와 죽음불안 수준이 높고(Conte et al., 1982; Pollak, 1979), 이는 비서구문화권에서도 마찬가지(McMordie & Kumar, 1984)라고 알려졌으나, 본 연구의 결과는 남성의 죽음불안이 더 높다는 소수의 연구(Cole, 1978; Robinson & Wood, 1984)를 지지한다. 그 원인 중 하나로 남성 참여자들이 죽을 위험을 경험한 적이 있다(남성 55.7%, 여성 39.1%)는 응답을 더 많이 했는데, 죽음 불가피성에의 빈번한 노출이 죽음공포 태도와 관련된다(Linley & Joseph, 2005)는 점이 영향을 미쳤을 수 있다. 한편, 죽음불안 척도에서는 유의미한 성차가 나타나지 않았는데, 이는 죽음불안 척도가 죽음 자체만이 아니라 죽음에 이르게 하는 사건(수술, 암, 통증, 전쟁, 시체, 시간의 빠른 흐름)에 대한 불안을 광범위하게 측정해 혼입변인이 생겼기 때문일 수 있겠다.

본 연구가 시사하는 바는 다음과 같다. 첫째, 개인이 죽음에 대해 지닌 다양한 태도를 측정할 수 있는 도구를 마련하였다는 점에서, 향후 죽음과 관련된 다양한 분야의 연구에 기여할 수 있으리라 생각된다. 기존에 죽음과 관련된 불안이나 공포, 죽음에 대한 대처 효능감을 측정하는 척도들이 여럿 있으나, 각 척도들이 측정하고자 하는 주요 개념의 초점은 상이하다. 갑작스럽게 죽게 될 것에 대한 두려움, 죽음에 이르는 과정에서 겪을 고통에 대한 두려움, 시체나 사후 신체의 부패와 관련된 공포, 사별의 고통을 겪을 가족들에 대한 걱정에 이르기까지 임종과 사별을 둘러싼 포괄적인 두려움을 측정하거나(예: DAS), 죽음준비 교육 이후 임종이나 장례와 관련된 절차에 대해 지니게 된 지식의 양과 대처 효능감을 측정하기도 한다(예: CDS). 그러나 본 연구에서 타당화한 DAP-R은 “죽음” 자체에 초점을 두고, 개인이 이 중요한 실존적 사건에 대해 공포를 경험하거나(죽음공포) 다루지 않으려 피하는지(죽음회피), 죽음을 받아들인다 하더라도, 그것이 삶의 고통을 견디기 어려워 죽음을 바라는 것인

지(도피수용), 사후에 그리운 이들과의 만남, 생에 대한 보상을 기대하며 기꺼이 맞이하는지(접근수용), 삶의 자연스러운 마무리로 담담하게 인정하는 것인지(중립수용) 그 태도를 구분한다. 본 연구에서 도피수용 요인이 부적응적 심리상태와 뚜렷한 정적 상관을 나타낸 것으로 미루어 볼 때, 도피수용이 높고 죽음공포 및 죽음회피가 낮다면, 이는 자살 위험을 알리는 지표일 수 있다. 대표적 자살연구자 Joiner(2005)의 자살의 대인관계 이론(interpersonal psychological theory of suicide: IPTS)에 따르면, 자살은 1) 소속욕구의 좌절, 2) 주변에 짐이 된다는 인식, 3) 자살 실행력의 세 요소가 필요한데, 자살 실행력은 a) 죽음에 대한 두려움의 부재와 b) 통증감내력으로 구성된다. 여기서 1)과 2)는 삶의 고통의 가중을 의미하고, 이는 도피수용 태도의 증가로 이어질 수 있으며, 3-a)는 낮은 죽음공포 및 죽음회피와 직접적으로 연결될 수 있다는 점에서 DAP-R의 세 하위 요인은 자살 위험 선별에 기여할 수 있다고 여겨진다. 또한 죽음공포와 불안이 질병불안장애를 비롯한 다양한 정신병리의 기저에 존재하는 범진단적 구성요소로 간주되고 있는 만큼, 정신병리의 치료에 있어 환자가 호소하는 표면적인 증상의 발생에 죽음공포가 나타내는 실존적 불안이 영향을 미치고 있지는 않은지를 파악하는데 활용될 수도 있겠다.

둘째, DAP-R은 병리적 측면만 평가하는 것이 아니기 때문에 직업적으로 임종과정이나 죽음을 자주 접하는 노인복지 및 보건의료서비스, 경찰소방직 종사자들을 위한 죽음대처교육 뿐 아니라, 웰다잉을 준비하는 일반인을 위한 죽음준비교육시에도, 참가자의 죽음태도를 측정하고 교육시 중점적으로 다룰 부분을 확인하고 교육 후 변화 양상을 파악하는데 DAP-R을 활용할 수 있다.

셋째, 본 연구는 대학 내 청년을 주된 대상으로 하는 기존 연구와 달리 학외 리서치 기관을 통해 청년에서 노년에 이르는 광범위한 연령대에 한국인 전체 집단과 유사한 종교 분포를 고려하여 한국인의 특성을 잘 대표하는 자료를 수집하고자 노력했다는 점에서 그 의의를 찾을 수 있다. 대부분의 죽음 관련 연구가, 보건의료직과 같은 특정 직업군이나 청년 혹은 노인과 같은 특정 연령대의 참여자를 대상으로 이루어진 까닭에

이를 다른 연령대의 일반인에게 적용하기가 조심스러웠기에, 본 연구를 통해 일반인이 지닐 수 있는 다양한 죽음태도에 대해 가늠해볼 수 있는 근거를 제공했다는 점에서, 향후 죽음 관련 연구의 발전에 기여했을 것으로 생각된다.

본 연구의 제한점과 향후 연구를 위한 제안은 다음과 같다. 첫째, DAP-R 각 요인, 특히 접근수용의 수렴 및 변별 타당도 확인이 충분히 이루어지지 못했다. 따라서 향후에는 접근수용이 실제로 영성과 종교성을 반영하는지, 중립수용이 실제로 실존적으로 안정되고 성숙한 태도를 나타내는지, 도피수용 및 죽음회피가 경험적 회피 경향이나 대처 양식과는 어떻게 관련되는지, 전반적인 스트레스나 우울감의 영향을 통제한 상황에서 보다 면밀히 살펴볼 필요가 있겠다. 둘째, 본 연구에 참여한 학외 리서치 기관 응답자들은 만 18세 이상의 컴퓨터나 스마트폰 활용이 용이한 집단이므로, 본 연구의 결과를 전체 한국인의 특성으로 일반화하기는 여전히 조심스럽다. 따라서 향후 참여자 모집 시에는 모집 경로와 참여자 다양성 확보, 아동과 청소년을 포함한 보다 광범위한 연령대 모집, 사회의 변화를 반영한 연령집단 기준 설정을 위해 노력하는 것이 필요하다. 셋째, 본 연구에서는 인구통계학적 조사 시 참여자의 직업을 확인하지 않았는데, 죽음에 빈번히 노출되는 군인, 경찰, 소방관, 의료직 종사자들의 경우 죽음태도가 정신건강과 직업적 소진(burn out)에 상당한 영향을 미치는 것으로 알려진 만큼, 이에 대한 고려 또한 필요할 것으로 생각된다.

본 연구는 상기 제한점을 지니지만, 개인이 죽음에 대해 취할 수 있는 다양한 태도를 측정하는 한국어판 DAP-R이 비교적 신뢰롭고 타당한 척도임을 확인할 수 있었다. 3년 후인 2026년이면 전체 인구의 20%가 65세 이상인 초고령화 사회에 접어들 것으로 예상되는 한국에서, 무의미한 연명치료를 통한 장수(長壽) 보다는 품위있는 죽음에 대해 고민하고 준비하려는 사람이 점차 증가하고 있는 이 때에, DAP-R은 개인이 지닌 죽음에 대한 생각과 태도를 파악하고, 죽음에 비추어 선명하게 드러나는 삶의 가치와 의미를 살펴보는 첫 걸음을 내딛는데 잘 쓰일 수 있으리라

생각된다. 다만, 한국인을 대상으로 DAP-R을 실시하고 해석함에 있어, 중립수용 요인이 죽음이라는 실존적 운명을 받아들이는 태도를 충분히 반영하지 못할 수 있고, 접근수용 요인이 내세에 대한 종교적 인식을 반영하는데 그칠 수 있음을 유의할 필요가 있겠다. 또한, 도피수용이 현재의 고통을 벗어나 죽음으로 도피하려는 태도를 반영할 가능성이 높은 만큼, 자살 위험 파악에 유용하게 쓰일 수 있으리라 여겨진다. 더불어 노년기의 발달과업 중 하나가 점차 죽음을 수용해감으로써 죽음에 대한 불안을 덜 느끼게 되는 것인데, 한국 노인 집단에서는 이러한 태도보다는 죽음을 통해 삶의 고통을 피하려는 태도가 더 두드러진다는 점을 유념하여, 노인 집단이 삶의 의미를 발견하고 실존적 안녕감을 경험해갈 수 있도록 돕기 위한 사회적 관심과 지원, 그리고 후속 연구에도 DAP-R이 활용될 수 있을 것으로 기대된다.

연구 2. 신체증상 해석편향과 질병불안의 관계에서 죽음태도의 조절효과

사람은 누구나 어딘가 몸이 불편하다고 느끼게 되면 건강이 나빠져 병에 걸린 건 아닌지 염려한다. 검사를 통해 특정한 원인을 밝히지 못하는데도 신체적 불편감이 지속되면 '의학적으로 설명되지 않는 증상(medically unexplained symptoms)'으로 일컬어진다(olde Hartman et al., 2004). 이처럼 질병불안은 연속선상에 존재하는 차원적인 장애로 간주되며(Abramowitz & Braddock, 2008), 경미한 질병불안은 생존지향적 행동을 향상시키는 적응적 신호가 되기도 한다. 그런데 반대편 극단에 불안이 사라지지 않는, 혹은 삶을 장악할 지경으로 불안이 상승되는 경우가 있다. 질병불안장애의 주된 특징은 신체증상에 대한 오해석으로서, 질병불안장애 환자들은 심각한 질병으로 인한 고통을 확신하며 높은 불안을 경험한다(Aan de Stegge et al., 2018; Husain & Chalder, 2021). 질병불안장애 환자들이 경험하는 지속적인 불안과 공포는 의학적 검사 결과가 정상인 경우에도 지속된다(Scarella et al., 2019). 이들은 정상적인 신체 감각에도 과도한 주의를 기울이고 이러한 감각을 심각한 질병의 조짐으로 잘못 해석하여 더욱 걱정하며 불안해한다(Newby et al., 2017).

최근 세계를 강타해 수많은 사망자를 낳은 COVID-19 팬데믹 기간 동안, 사람들은 감염과 그로 인한 죽음에 대한 소식을 계속 접하며 불안에 시달렸으며, 매일같이 신체증상(발열, 기침, 인후통 등)을 확인할 것을 권고받거나 의무적으로 보고해야 했다. 심지어 증상이 없더라도 잠복기일 수 있다고 두려워하며 신체증상을 예민하게 살펴야 했다. 그 결과, 팬데믹 이전에 질병불안장애 유병률은 일반 인구의 약 0.1%로 알려졌으나(Newby et al., 2017), 팬데믹 이후에는 유병률이 급증하여, 무선 표집한 일반 인구 중 2.4%가 중증도 이상의 질병불안장애에 해당하였으며, 9.7%가 경증 이상, 38.4%가 경계선 수준의 질병불안장애에 해당되었다(Mahdavifar et al., 2023). 물론 자료 수집 경로(병원 혹은 일반 지역사회), 대상의 연령이나 사회경제적 지위에 따라 질병불안장애 유병률의

변동폭은 큰 것으로 알려졌으나(Bandelow & Michaelis, 2015), COVID-19 팬데믹 이후 전반적인 질병불안 수준이 상승한 것은 분명해 보인다. 또한 질병불안은 개인적으로 고통스러울 뿐 아니라, 공공 의료 자원의 불필요한 사용(Hedman-Lagerlöf et al., 2019; van den Heuvel et al., 2014)으로도 이어진다. 국내에서 건강염려증 진료에 지급된 국민건강보험 요양급여는 2017년 5억 5538만 원에서 2021년 9억 6273만 원으로 급증했다(건강보험심사평가원, 2022). 아울러 2018년 OECD 보건통계 결과, 한국인의 1인당 연간 진료는 16.6회이며(OECD 평균 7.1회), 보건의료비 지출 증가율은 10년간 평균 6%씩 증가하여(OECD 평균 1.8% 증가) OECD 평균을 상회하고 있다. 또한 자신이 건강하다고 생각하는 주관적 건강 인지율은 29.5%로 OECD 국가 중 최하위에 해당하였다(OECD 평균 67.9%). 이처럼 질병불안으로 인한 개인적 고통과 사회적 비용이 상당한 수준이며 점차 증가하고 있는 추세를 나타내는 바, 질병불안 연구의 필요성이 매우 높다고 여겨진다.

질병불안의 발생과 유지를 설명하는 대표적인 모델로는 Warwick과 Salkovskis(1990)가 제안한 건강염려증의 순환적 인지 모델을 고려할 수 있다. 이 모델에 따르면, 건강을 위협한다고 여겨지는 신체 감각에 대한 선택적 주의, 그리고 이를 신체 이상이나 질병으로 간주하는 것과 같은 인지편향은 불안한 느낌, 생리적 반응, 확인이나 회피행동으로 이어지고 이 요소들이 건강에 대한 부정적 평가를 강화한다. 이러한 패턴이 악순환하는 경우 신체화와 건강염려가 지속되는 것이다. 질병불안장애에 관한 많은 선행 연구들은 질병과 관련된 신호에 선택적으로 주의를 기울이는 주의 편향에 초점을 두고 이루어져왔으나(Shi et al., 2022), 모호한 정보를 위협적이라고 판단하는 해석편향 또한 질병불안에서 흔하게 나타나므로, 질병 불안을 겪는 사람들의 해석편향 경향을 중요하게 이해할 필요가 있다(Hirsch et al., 2016; Würtz et al., 2022). 극심하고 지속적인 질병불안이 발달하는 데에는 신체 증상을 질병으로 해석하는 재앙적 오해석(catastrophic misinterpretation)이 중요한 영향을 미친다(Salkovskis et al, 2003). 실제로 많은 선행 연구에서 신체증상에 대한 해석편향은 질

병불안을 강력하게 예측하는 변인이라고 보고된다(Du et al., 2023). 건강 염려(질병불안)가 높은 사람은 통제 집단에 비해 질병과 관련된 정보를 파국적으로 해석하며(Bailey & Wells, 2015, 2016; Hitchcock & Mathews, 1992; Rief & Hiller, 1998), 신체 증상에 대해 중등도 이상의 질병으로 귀인하는 경향도 높게 나타났다(MacLead et al., 1998; Neng & Weck, 2015).

그러나 불편한 신체 감각과 같은 건강 관련 정보를 부정적으로 혹은 재앙적으로 해석하는 것은 일반 사람들에게서도 흔히 나타난다. 많은 사람들dl 때때로 설명되지 않는 신체 변화를 부정적으로 해석하면서 잠시 증상에 사로잡히지만, 그로 인해 건강에 대한 불안을 느끼는 것은 대개 일시적이다. 시간이 흐르면 자연스럽게 증상은 사라지며 의사를 통해 안심되는 정보를 받아들인다면, 질병에 대한 불안은 점차 줄어들다가 사라진다. 즉, 모호한 신체 감각을 질병의 신호로 오해석하는 경향이 반드시 질병불안장애로 이어지지는 않는다. 신체증상 해석편향과 질병불안의 관계에 대해 리뷰한 Du 등(2023)의 연구에 따르면, 신체증상 해석 편향과 질병불안 간의 관계는 과학적 논쟁의 여지가 있다. 전술한 선행 연구 결과와 같이 신체증상에 대한 해석 편향과 질병불안의 관계를 지지하는 연구들이 존재하지만, 다른 한편으로는 신체증상에 대한 해석편향과 질병불안 간의 관계를 지지하지 않는 연구 결과들도 존재한다. 우선 Witthöft 등(2016)의 연구에서는 암묵적 연합 과제(implicit association test)를 사용하여 건강 위협 자극에 대한 해석편향을 측정하였는데, 건강불안이 높은 환자 집단은 우울장애 환자 집단, 건강한 참여자 집단과 유의한 차이를 나타내지 않았다. 또한 Yan 등(2019)의 연구에서도 암묵적 연합 과제를 사용하여 신체증상단어 및 중립단어를 위협 형용사, 혹은 비위협 형용사와 짝지어 제시한 후 행동 반응을 보고하였을 때, 병리적 수준으로 건강 불안이 높은 환자군과 건강한 통제군 간의 유의한 차이는 나타나지 않은 바 있다. 이처럼 신체증상 관련 정보에 대한 부정적 반응에 관해 정상 통제 집단과 질병불안 집단 간 유의한 차이가 없었으므로, 신체 증상에 대한 해석편향 수준이 질병불안 수준을 반드시 예측하는 것

은 아니라고 여겨진다. 따라서 이러한 비일관적 연구 결과를 고려할 때, 신체증상에 대한 해석편향과 질병불안 간의 관계를 명확히 이해하기 위해서는 추가적인 변인을 고려할 필요가 시사된다.

최근에 Iverach 등(2014)은 광범위한 리뷰 논문을 통해 죽음불안이 건강염려증을 비롯한 여러 정신병리의 발생과 유지에 영향을 미친다는 주장을 피력한 바 있다. 대부분의 정신장애는 죽음불안을 잘 관리하지 못하거나 부적절하게 대처한 결과로서, 제대로 관리되거나 치료되지 않은 죽음불안은 회전문처럼 다양한 정신장애를 양산할 수 있는 초진단적 구성개념(transdiagnostic construct)으로 간주된다(Iverach et al., 2014). 많은 선행 연구에서 죽음불안은 질병불안장애의 발생, 경과, 유지 과정의 기저에 존재하는 기본 공포의 하나로 가정된다(Furer & Walker, 2008; Furer et al., 2007; Starcević, 2005). 죽음에 이르기 전에 필수적인 신체기능이 중단되는 일이 전형적으로 발생하기 때문에, 의학적으로 설명되지 않는 신체증상을 겪는 사람들은 신체기능의 실패, 통증, 그리고 통제와 힘의 상실을 포함하는 죽음불안을 경험한다(Noyes et al., 2002). 아울러 자신의 건강문제를 죽음에 대한 병리적인 공포와 연관 지으며 지속적이고 과도하게 다루는 건강염려증 환자들에 대한 몇몇 연구에서도 죽음공포는 단순히 부수적인 증상이 아닌, 장애의 핵심 요소로 언급된 바 있다(Aan de Stegge et al., 2018; Hiebert et al., 2005; James & Wells, 2002; Starcević, 1989). 건강염려증 환자는 건강염려증이 없는 일반 환자에 비해 높은 수준의 죽음불안을 보고하며(Kellner, Abbott et al., 1987; Noyes et al., 2002), 건강염려증 및 질병불안장애에서 나타는 신체적 위협감은 높은 죽음공포와 관련되었다(Furer & Walker, 2008; Furer et al., 2007; Starcević, 2005).

이러한 죽음불안은 누구에게나 존재하지만, 모든 사람들이 이와 관련해 심리적 문제를 겪는 것은 아니다. 죽음에 대한 두려움은 누구나 갖고 있지만, 죽음을 바라보고 경험하는 태도에는 차이가 존재한다. 어떤 사람들은 죽음을 두려워하며 죽음 불안이 상승하면 상당한 적대감이나 공격적 행동을 표출하지만(Maxfield et al., 2014; Pyszczynski et al., 1999),

다른 사람들은 죽음을 받아들이고 숙고하며 삶의 목적이나 의미를 발견하며 심리적 성장을 이루기도 한다(Simon et al., 1998). 즉, 죽음을 다루는 태도에 따라 정신병리의 초진단적 요인인 죽음불안을 경험하는 수준은 달라질 수 있으며, 이는 질병 불안에도 영향을 미칠 수 있다. 죽음에 대한 근원적 공포가 적절히 관리되지 못한다면, 신체 증상에 대한 해석 편향이 나타날 때 질병불안은 높은 수준으로 증폭되어 임상적 문제를 야기할 수 있다. 따라서 본 연구에서는 신체증상에 대한 해석편향과 질병불안 간의 관계를 조절하는 변인으로서, 죽음을 다루는 다양한 태도를 고려하였다. 죽음태도를 통해 정신병리의 근원적 취약성 요인인 죽음 불안이 달라질 수 있으며, 결과적으로 질병불안에 차별적인 영향을 미칠 것으로 예상되었기 때문이다. 또한 죽음태도는 신체증상에 대한 해석편향과 시간적 선후 관계를 설정하기 어렵고, 선행 연구에서도 죽음태도와 신체증상에 대한 해석 편향 간 관계를 검증한 연구가 실시되지 않은 등 두 변인 간의 유의한 관계를 추정하기 어려웠던 바, 매개변인이 아닌 조절변인으로 고려하였다.

죽음 태도란 개인이 죽음에 대해 지니는 정서, 신념, 행동을 포괄한 종합적인 평가를 일컫는데, 한 사람 내에서도 동시에 다양한 태도가 공존하는 것으로 여겨진다. Wong 등(1994)은 임상 경험을 토대로, 죽음에 대한 다양한 태도를 측정하고자 죽음태도 척도-개정판(Death Attitude Profile-Revised; DAP-R)을 개발하였다. 죽음태도 척도는 죽음에 대한 거부적 태도인 죽음 공포와 죽음 회피, 죽음에 대한 수용적 태도인 도피수용, 접근수용, 중립수용의 다섯 요인으로 구성되어 있다. 이 가운데, 죽음에 대한 거부적 태도인 죽음공포와 죽음회피는 정신병리의 취약성으로 작용할 수 있다. 우선 앞서 언급한 바와 같이 죽음에 대한 불안을 직접적으로 반영하는 죽음 공포는 정신병리와 밀접한 관련성을 지니고 있다(Furer & Walker, 2008; Furer et al., 2007; Starcević, 2005). 또한 죽음회피는 내현적 죽음불안(covert death anxiety)이라 불릴 정도로 기저에 죽음에 대한 두려움을 높게 지닌 태도로서, 죽음공포가 낮더라도 죽음회피가 높은 경우 낮은 자존감과 자기효능감 등의 부정적 자기평가가 예

측되는 바(Cozzolino et al., 2014; Yalom, 2008), 정신병리의 취약성과도 관련이 높을 것으로 여겨진다. 즉, 죽음을 과도하게 공포스러워하며 회피하거나 통제하려는 시도를 지나치게 보인다면, 죽음의 가능성을 상기시키는 신체증상을 경험하는 경우에 죽음불안을 적절히 관리하지 못해, 심각한 건강염려와 질병불안을 경험할 수 있다.

반면, 죽음에 대한 수용적 태도에는 접근수용, 도피수용, 중립수용이 포함되는데, 연구 1에서 도피수용과 접근수용은 원척도와 달리, 죽음공포 요인이나 죽음불안 척도와 유의한 부적 상관을 나타내지 않아, 척도의 기본 가정인 수용을 통해 죽음공포가 완화된 상태를 타당하게 측정한다고 보기 어렵다는 한계가 지적되었다. 반면, 중립수용은 죽음에 대한 수용적 태도 가운데 핵심적인 죽음수용적 태도를 반영한다고 여겨진다(이화진, 정영숙, 2018; 황보경, 심예린, 2022). Wong(2009)의 의미 관리 이론(meaning management theory)에서 제안되듯, 죽음수용은 죽음에 대면하였을 때 역설적으로 현재의 삶에 다가서서 의미를 찾아내고 만들어 가도록 도우므로, 정신병리에 기저한 취약성 요인인 죽음공포를 효과적으로 감소시킬 수 있다. 중립수용과 정신병리의 관계를 직접적으로 살펴본 선행연구는 많지 않으나, 중립수용은 죽음불안과 공포를 적게 경험하는 태도이며, 말기 암 환자를 대상으로 한 연구에서 죽음수용은 불안의 감소를 예측하였던 점을 고려할 때(Philipp et al., 2019), 정신병리의 악화를 방지하는 보호 효과를 낼 수 있을 것으로 예상된다. 따라서 본 연구에서는 한국어판 척도로 타당한 측정이 가능하고, 선행연구를 통해 가설 수립이 가능한 죽음공포, 죽음회피, 중립수용의 세 가지 죽음태도 요인에 초점을 맞추고자 한다.

이를 바탕으로 설정한 연구 2의 가설은 다음과 같다.

가설 1. 죽음태도의 각 요인은 질병불안과 관련이 있을 것이다.

예언 1. 죽음공포, 죽음회피는 질병불안과 정적 상관을 보일 것이다.

예언 2. 중립수용은 질병불안과 부적 상관을 보일 것이다.

가설 2. 죽음태도의 각 요인은 신체증상-해석편향과 질병불안의 관계를 조절할 것이다.

예언 1. 죽음공포, 죽음회피가 높을수록 신체증상-해석편향이 질병불안에 미치는 영향이 증가할 것이다.

예언 2. 중립수용이 높을수록 신체증상-해석편향이 질병불안에 미치는 영향이 감소할 것이다.

방 법

연구 참여자

연구조사업체 한국리서치의 MS패널을 대상으로 어플리케이션과 이메일로 연구 설명문과 모집 공고를 게시하고 자발적으로 참여한 성인 309명의 자료를 온라인 설문 시스템을 통해 수집하였다. 언어적 이해 및 독해 능력이 부족한 참여자를 제외하는 것 외에 특별한 배제기준은 적용하지 않았다. 한 줄 긋기, 중심화 경향, 극단반응양식으로 나타난 불성실 응답 자료 12건을 제외하고(van Vaerenbergh & Thomas, 2013), 총 297명(남 146명, 여 151명)의 자료를 분석에 사용하였다. 응답자의 평균연령은 44.42세(표준편차 13.63), 연령 범위는 20~77세였으며, 그 밖의 인구통계학적 특성은 표 10에 제시하였다. 본 연구는 서울대학교 생명윤리위원회의 사전 승인을 받았다(IRB No. 1908/003-018).

표 10. 연구 2 참여자의 인구통계학적 특성

		전체 (N = 297)		남 (n = 146)		여 (n = 151)	
		n	%	n	%	n	%
연령	20대	45	(15%)	15	(10%)	30	(20%)
	30대	69	(23%)	40	(27%)	29	(19%)
	40대	83	(28%)	40	(27%)	43	(28%)
	50대	40	(13%)	21	(15%)	19	(13%)
	60대	49	(17%)	23	(16%)	26	(17%)
	70대	11	(4%)	7	(5%)	4	(3%)
혼인상태	미혼	95	(32%)	53	(36%)	42	(28%)
	기혼	178	(60%)	84	(58%)	94	(62%)
	이혼	17	(6%)	8	(5%)	9	(6%)
	사별	7	(2%)	1	(1%)	6	(4%)
최종학력	중졸 이하	3	(1%)	1	(1%)	2	(1%)
	고졸	64	(22%)	25	(17%)	39	(26%)
	대졸	199	(67%)	101	(69%)	98	(65%)
	대학원졸 이상	41	(14%)	19	(13%)	12	(8%)
종교	무교	153	(52%)	82	(56%)	71	(47%)
	불교	42	(14%)	22	(15%)	20	(13%)
	개신교	63	(21%)	24	(17%)	39	(26%)
	천주교	32	(11%)	12	(8%)	20	(13%)
	기타	7	(2%)	6	(4%)	1	(1%)
경제수준	매우 나쁨	10	(3%)	7	(5%)	3	(2%)
	나쁨	61	(21%)	29	(20%)	32	(21%)
	보통	187	(63%)	88	(60%)	99	(66%)
	좋음	39	(13%)	22	(15%)	17	(11%)
	매우 좋음	0	(0%)	0	(0%)	0	(0%)

측정도구

한국어판 죽음태도 척도-개정판(Korean Death Attitude Profile-Revised, K-DAP-R). 개인이 자신의 죽음에 대해 갖는 다양한 태도를 측정하기 위해 개발된 도구로, 원척도는 죽음공포(7문항), 죽음회피(5문항), 도피수용(5문항), 접근수용(10문항), 중립수용(5문항)의 5요인 총 32문항으로 구성되어 있다(Wong et al., 1994). 오주용, 안도연(2023)의 한국어판 타당화 연구에서는 5요인 모형에 부적합한 6문항을 삭제하여 죽음공포와 접근수용 요인 각 7문항, 죽음회피, 도피수용, 중립수용 요인 각 4문항으로 이루어진 26문항 5요인 구조를 확인하였다. 각 문항은 7점 척도(1점: 전혀 아니다 ~ 7점: 매우 그렇다) 상에 평정한다. 각 요인은 죽음에 대한 이질적인 태도를 측정하기 위해 사용되므로 요인별로 문항 점수를 합산하여 요인 총점을 계산하여 사용한다. 요인 총점이 높을수록 해당 죽음태도를 높게 지닌 것으로 해석하며, 한국어판의 점수범위는 죽음공포와 접근수용 하위요인은 7~49점, 죽음회피, 도피수용, 중립수용의 하위요인은 4~28점이다. 요인별 문항은 다음과 같다: 죽음공포-'죽음이 모든 것의 마지막임을 의미한다는 사실은 나를 두렵게 한다', 죽음회피-'죽음에 대한 생각이 떠오를 때마다 나는 생각하지 않으려고 애쓴다', 도피수용-'죽음은 이 끔찍한 세상으로부터 탈출할 수 있게 해준다', 접근수용-'내가 죽음에 편안할 수 있는 것은 내세를 믿기 때문이다', 중립수용-'죽음은 삶의 자연스러운 부분이다'. 한국어판 타당화 연구에서 내적 합치도는 죽음공포 .89, 죽음회피 .85, 도피수용 .87, 접근수용 .93, 중립수용 .72였다. 본 연구에서는 죽음공포, 죽음회피, 중립수용 태도만을 사용하였으며, 내적 합치도(Cronbach's alpha)는 죽음공포 .88, 죽음회피 .86, 중립수용 .82로 확인되었다.

질병태도 척도(Illness Attitude Scale, IAS). 건강염려증과 관련된 공포, 신념, 태도를 측정하기 위해 개발된 도구로, 9개 요인에 3문항씩,

총 27개의 문항으로 구성되어 있다(Kellner, 1987). 각 문항은 5점 척도(0점: 전혀 아니다 ~ 4점: 매우 그렇다)로 평정한다. 문항 점수를 합산하여 총점을 계산하며, 점수범위는 0 ~ 108점으로 점수가 높을수록 질병불안 수준이 높은 것으로 해석한다. 총점이 47점을 초과할 경우 질병불안이 임상적으로 심각한 수준으로 판단된다(Hedman et al., 2015). 현재 진단받은 질병이 있는 경우에 한하여 병명과 그에 대한 걱정을 묻는 문항 2개가 있지만 평정하지 않는다. 한국어판은 이인혜(2004)에 의해 타당화되었으며, 전체 척도의 내적 합치도는 .86이었다. 본 연구에서 내적합치도(Cronbach's alpha)는 .93으로 확인되었다. 하위 척도별로는 .71(WI), .48(CP), .55(HH), .48(HB), .73(TH), .84(DP), .63(BP), .81(TE), .84(ES)이었다. 가능한 IAS 점수의 범위는 총점 0~108점, 각 요인별로는 0~12점이며, 점수가 높을수록 해당 요인의 특성을 많이 또는 강하게 지니고 있음을 의미한다. 본 연구에서 전체 척도의 내적합치도는 .93이었고, 하위 척도별로는 .84(WI), .67(CP), .75(HH), .80(HB), .78(TH), .91(DP), .85(BP), .87(TE), .92(ES)이었다.

증상해석질문지-신체귀인(Symptom Interpretation Questionnaire -somatic attribution, SIQ-som). 증상해석 질문지는 경험되는 불편한 신체 감각의 원인과 설명을 어디에서 찾는지 평가하는 척도로서, 총 13개의 문항으로 구성되어 있다(Robbins & Kirmayer, 1991). 각 문항은 흔히 경험하는 신체 증상을 제시한 후, 신체귀인(신체이상 및 질병), 심리귀인(심리상태 및 정서적 스트레스), 중립귀인(상황이나 환경적 원인)에 관한 설명을 각각 4점 척도(1점: 전혀 아니다 ~ 4점: 매우 그렇다)로 평정한다. 예를 들어, "만약 내 심장이 마구 뛴다면, 내 생각에 그 이유는"이라는 문장이 제시되면 신체귀인은 "심장에 무슨 문제가 있어서", 심리귀인은 "흥분했거나 두려움을 느껴서", 중립귀인은 "내가 힘을 많이 썼거나 커피를 많이 마셔서"라고 생각하는 것으로, 그 문장이 신체 증상의 원인을 얼마나 잘 설명하는지 각각 평정한다. 문항점수는 신체귀인, 심리귀인, 중립귀인 요인별 총점을 계산하며, 점수범위는 13~52점으로

점수가 높을수록 해당 귀인 경향이 높은 것으로 해석한다. 한국어판은 원호택, 신현균(1998)에 의해 번안, 타당화되었으며, 일반 성인의 내적 합치도는 신체귀인 .81, 심리귀인 .80, 중립귀인 .75였다. 본 연구에서는 세 귀인 양식 중 질병불안과의 관련성이 가장 높다고 알려진 신체귀인 총점을 신체증상 해석편향으로 간주하여 분석에 사용하였다. 본 연구에서 신체귀인의 내적 합치도(Cronbach's alpha)는 .89로 확인되었다.

분석

신체증상 해석편향과 질병불안의 관계에서 죽음태도 하위요인의 조절효과를 분석하고자 R(version 4.0.5)의 interaction 패키지(Long, 2019)를 사용하였다. 이 도구는 회귀분석을 사용하여 변수들간의 상호작용 관계를 분석한다. 본 연구에서는 질병불안을 측정하는 질병태도척도(IAS)를 종속변수로 투입하고, 신체증상 해석편향을 측정하는 증상해석질문지-신체귀인(SIQ_som)과 죽음태도를 측정하는 죽음태도척도-개정판(DAP-R)의 하위요인인 죽음공포(FD), 죽음회피(DA), 중립수용(NA)을 독립변수로 투입하였다. 신체증상-해석편향과 죽음태도 하위요인의 상호작용 효과를 확인하기 위해 평균중심화한 SIQ_som과 FD, DA, NA를 각각 곱하여 상호작용 변수로 추가하였다. 상호작용 변수의 회귀 계수가 통계적으로 유의하면 조절효과가 있는 것으로 해석한다(Hayes & Rockwood, 2017; 서장원, 2023에서 재인용).

이에 더하여 조절변수의 수준에 따른 독립변수와 종속변수의 관계 양상을 분석하기 위해 그래프 분석을 실시하였다. 본 연구에서는 interaction 패키지에서 제공하는 그래프 분석기법을 사용하였다. 이 방법은 조절변수를 1 표준편차 하위(-1SD)와, 평균, 1 표준편차 상위(+1SD)의 세 집단으로 구분하고, 각 집단의 대표 기울기와 신뢰구간을 그림으로 제공한다(Long, 2019).

마지막으로 Johnson-Neyman 기법을 이용하여 죽음태도 하위요인의 조절효과를 탐색하였다. 이 기법은 독립변수가 종속변수에 미치는 영향

이 통계적으로 유의한 조절변수 구간을 찾는 것이다(Preacher et al., 2006). 앞의 조절변수의 구간별 기울기 그래프가 조절변수의 강도에 따른 독립변수와 종속변수의 관계 변화를 시각적으로 보여준다면, Johnson-Neyman 기법은 독립변수와 종속변수의 관계가 통계적으로 유의한 영역을 보다 구체적으로 알려준다(Bauer & Curran, 2005: 서장원, 2023에서 재인용).

결 과

표 11. 연구 변수들 간 상관 관계 및 기술통계

변수	IAS	SIQ-som	DAP-R		점수범위	평균	표준편차
			FD	DA			
IAS					0 ~ 108	31.55	16.82
SIQ-som	.57***				13 ~ 52	24.21	7.26
DAP-R: FD	.53***	.29***			7 ~ 49	24.78	8.79
DAP-R: DA	.47***	.14***	.70***		4 ~ 28	13.15	5.11
DAP-R: NA	-.14*	.06	-.18**	-.14*	4 ~ 28	21.29	4.31

주. IAS = 질병태도척도(질병불안), SIQ-som = 증상해석질문지 - 신체귀인(신체증상 해석편향), DAP-R = 죽음태도척도, FD = 죽음공포, DA = 죽음회피, NA = 중립수용
$^{*}p < .05$. $^{**}p < .01$. $^{***}p < .001$.

주요 연구 변수들 간 상간관계와 평균, 표준편차에 대한 정보는 표 11에 제시되어 있다. 독립변인인 신체증상 해석편향과 조절변인인 죽음태도 간 상관 관계를 보면, 죽음공포와는 중간 수준의 정적상관, $r(295) = .29$, $p < .001$, 죽음회피와는 낮은 수준의 정적 상관, $r(295) = .14$, $p = .017$을 보였으나, 중립수용과는 유의한 상관을 보이지 않았다, $r(295) = .06$, $p = .280$. 조절변인인 죽음태도 하위요인 간 상관 관계를 보면, 죽음공포와 죽음회피는 높은 수준의 정적 상관을 보여 밀접한 관계로 나타났고, $r(295) = .70$, $p < .001$, 중립수용은 이 두 요인 모두와 낮지만 유의한 부적 상관을 보여 상반되는 태도로 나타났다, 죽음공포, $r(295) = -.18$, $p = .002$, 중립수용, $r(295) = -.14$, $p = .016$.

표 12. 상호작용 효과 분석 결과

	β (표준오차)	t	p
SIQ-som	.431 (.047)	9.070	<.001***
DAP-R: FD	.399 (.045)	8.741	<.001***
SIQ-som × DAP-R: FD	.092 (.044)	2.075	.039*
SIQ-som	.507 (.043)	11.678	<.001***
DAP-R: DA	.392 (.042)	9.235	<.001***
SIQ-som × DAP-R: DA	.055 (.038)	1.425	.155
SIQ-som	.569 (.049)	11.452	<.001***
DAP-R: NA	-.228 (.051)	4.445	<.001***
SIQ-som × DAP-R: NA	-.121 (.051)	2.346	.019*

주. SIQ-som = 증상해석질문지-신체귀인(신체증상 해석편향), DAP-R: FD = 죽음태도-죽음공포, DAP-R: DA = 죽음태도-죽음회피, DAP-R: NA = 죽음태도-중립수용
*p < .05. ***p < .001.

신체증상 해석편향과 질병불안의 관계에서 죽음태도 세 요인-죽음공포, 죽음회피, 중립수용-의 조절효과를 확인하기 위해 회귀분석을 실시하였다. 자세한 분석 결과는 표 12에 제시하였다. 예상한 바와 같이 신체증상 해석편향과 죽음공포 및 중립수용의 상호작용 효과는 유의한 것으로 확인되었다. 죽음공포 β = .092, p = .039, 중립수용 β = -.121, p = .019. 그러나 신체증상 해석편향과 죽음회피의 상호작용 효과는 유의하지 않았다, β = .055, p = .155.

상호작용 효과의 양상을 보다 구체적으로 확인하기 위해, 먼저, 죽음공포와 중립수용 수준의 구간을 1 표준편차 하위와 평균, 1 표준편차 상위로 나누어, 각 구간별로 신체증상 해석편향과 질병불안의 관계를 그림으로 분석해 보았다(그림 5, 그림 6). 그림 5를 보면, 죽음공포 수준의 점수가 높아질수록 신체증상 해석편향과 질병불안의 관계가 강해지는 것을 확인할 수 있다. 그림 6을 보면, 중립수용 수준의 점수가 높아질수록 신체증상 해석편향과 질병불안의 관계가 약해지는 것을 확인할 수 있다.

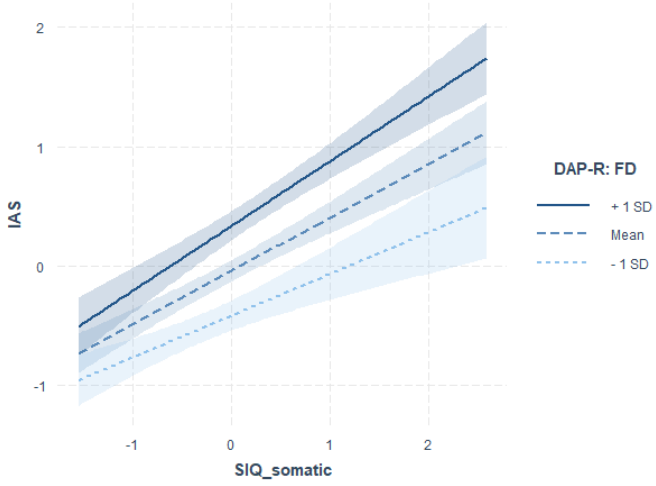

그림 5. 죽음공포 수준에 따른
신체증상-해석편향과 질병불안의 관계

주. SIQ-somatic = 증상해석질문지-신체귀인(신체증상-해석편향), IAS = 질병태도척도(질병불안), DAP-R: FD = 죽음태도척도-죽음공포

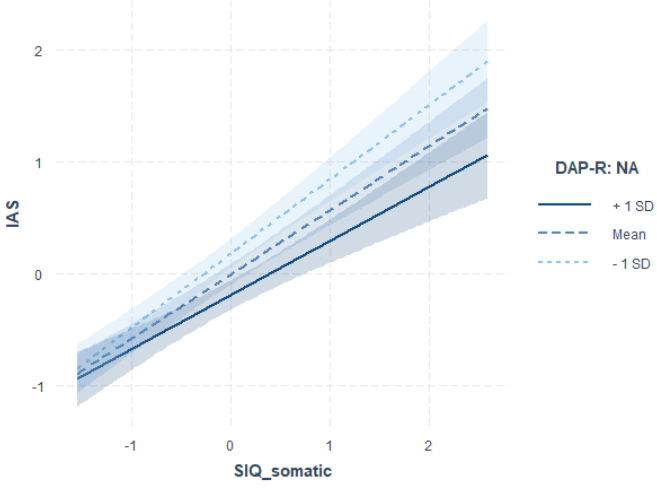

그림 6. 중립수용 수준에 따른
신체증상-해석편향과 질병불안의 관계

주. SIQ-somatic = 증상해석질문지-신체귀인(신체증상-해석편향), IAS = 질병태도척도(질병불안), DAP-R: NA = 죽음태도척도-중립수용

표 13. 신체증상 해석편향과 질병불안 관계에서 죽음공포 점수에 따른 조절효과 유의성에 대한 Johnson-Neyman 검증

죽음공포	β	SE	t	p	*LLCI*	*ULCI*
7.00	0.25	0.11	2.30	.011*	0.04	0.45
9.98	0.28	0.09	2.92	<.001***	0.09	0.46
12.97	0.30	0.08	3.71	<.001***	0.14	0.47
15.95	0.33	0.07	4.72	<.001***	0.20	0.47
18.94	0.36	0.06	5.98	<.001***	0.24	0.48
21.92	0.39	0.05	7.42	<.001***	0.29	0.50
24.91	0.42	0.05	8.76	<.001***	0.33	0.52
27.89	0.45	0.05	9.52	<.001***	0.36	0.55
30.88	0.48	0.05	9.46	<.001***	0.38	0.58
33.86	0.51	0.06	8.84	<.001***	0.40	0.63
36.85	0.54	0.07	8.06	<.001***	0.41	0.67
39.83	0.57	0.08	7.32	<.001***	0.42	0.72
42.82	0.60	0.09	6.68	<.001***	0.42	0.78
45.80	0.63	0.10	6.16	<.001***	0.43	0.83
49.00	0.66	0.12	5.70	<.001***	0.43	0.89

주. LLCI = lower limit confidence interval, ULCI = upper limit confidence interval.
$^{*}p < .05$. $^{***}p < .001$.

표 14. 신체증상 해석편향과 질병불안 관계에서 중립수용 점수에 따른 조절효과 유의성에 대한 Johnson-Neyman 검증

중립수용	β	SE	t	p	*LLCI*	*ULCI*
4.00	1.05	0.22	4.90	<.001***	0.63	1.48
5.71	1.01	0.20	5.15	<.001***	0.62	1.39
7.41	0.96	0.18	5.46	<.001***	0.61	1.30
9.12	0.91	0.16	5.83	<.001***	0.60	1.22
10.82	0.86	0.14	6.30	<.001***	0.59	1.13
12.53	0.82	0.12	6.90	<.001***	0.58	1.05
14.23	0.77	0.10	7.68	<.001***	0.57	0.96
15.94	0.72	0.08	8.69	<.001***	0.56	0.88
17.65	0.67	0.07	9.93	<.001***	0.54	0.80
19.35	0.62	0.06	11.16	<.001***	0.51	0.73
21.06	0.58	0.05	11.49	<.001***	0.48	0.67
22.76	0.53	0.05	10.10	<.001***	0.43	0.63
24.47	0.48	0.06	7.80	<.001***	0.36	0.60
26.17	0.43	0.08	5.74	<.001***	0.29	0.58
28.00	0.38	0.09	4.11	<.001***	0.20	0.56

주. LLCI = lower limit confidence interval, ULCI = upper limit confidence interval.
$^{***}p < .001$.

마지막으로 Johnson-Neyman 기법을 이용하여 죽음공포와 중립수용의 조절효과를 분석하였다(표 13과 14). 분석 결과, 신체증상 해석편향과 질병불안의 관계가 통계적으로 유의한 영역은 죽음공포 점수와 중립수용의 전체 구간인 것으로 확인되었다.

논 의

연구 2에서는 신체증상 해석편향과 질병불안의 관계에서 죽음태도의 역할을 탐색하였다. 연구 결과, 죽음태도 하위 요인 중 죽음공포와 중립수용은 신체증상 해석편향과 질병불안의 관계를 조절하는 것으로 확인되었다. 즉, 죽음공포 수준이 낮을 때보다 죽음공포 수준이 높을 때 신체증상 해석편향과 질병불안의 관계가 더 강하고, 중립수용 수준이 낮을 때보다 중립수용 수준이 높을 때 신체증상 해석편향과 질병불안의 관계가 더 약한 것으로 확인되었다. 그러나, 죽음회피는 신체증상 해석편향과 질병불안의 관계를 조절하지 않는 것으로 나타났다.

이러한 결과는 죽음공포가 질병불안과 상관을 보이며, 취약 요인으로 작용할 수 있음을 시사한 선행 연구들과 일치한다(Aan de Stegge et al., 2018; Furer et al., 2007; Hiebert et al., 2005; Iverach et al., 2014; James & Wells, 2002; Kellner et al., 1987; Noyes et al., 2002). 또한 중립적 죽음수용이 질병불안의 보호요인이 될 수 있음을 입증한 본 연구는, 암환자들의 죽음수용 수준이 이후 경험할 불안과 실존적 고통의 감소를 예측한다거나(Philipp et al., 2019), 연명치료 중단에 협조적 태도를 갖게 한다(서연미 & 신수진, 2019)는 선행 연구들과 맥을 같이하는 것으로 이해될 수 있다. 한편, 죽음회피는 죽음공포와의 상관이 높은 수준임에도 불구하고, 죽음공포와 달리 신체증상 해석편향과 질병불안의 관계를 조절하지 않는 것으로 나타났다. 죽음회피가 죽음공포를 경험하지 않고자 죽음과 관련된 경험을 의식적으로 피하는 회피적 태도를 측정하는 것인만큼, 질병불안에 취약요인으로 작용할 정도로 불안이나 공포 같은 부정적 정서를 두드러지게 경험하지 않았을 수 있겠다. 죽음회피는 죽음

부인(death denial)과 동일한 태도로 여겨지는 바(Cozzolino et al., 2014; Wong & Tomer, 2011), 공포관리이론에 따르면 죽음부인은 죽음과 관련이 될 수 있는 정보들에 대한 회피와 억압을 통해 불안을 방어하려는 노력을 뜻하므로, 불편한 신체 감각을 부정적으로 해석하여 걱정하기보다는 그것에 대해 크게 의식하지 않고 피하려고 하여, 질병불안 경험으로 이어지지 않도록 작용했을 수도 있겠다(Pyszczynski et al., 1999)

본 연구 결과의 임상적 시사점은 다음과 같다. 첫째, 병리적인 질병불안에서 죽음태도에 대한 이해가 필요하다는 것을 입증하였다. Furer 등(2007)은 「Treating health anxiety and fear of death」에서 질병 불안의 치료에서 죽음 공포를 다루어야 효과적인 치료와 재발 방지가 가능하다고 강조한 바 있다. 그러나 본 연구를 통해 여전히 질병불안에서 잊혀진 영역으로 남아있는 죽음에 연구와 치료의 관심이 필요함을 다시 상기시켰다. 둘째, 중립적 죽음수용 태도가 질병불안이 병리적인 수준으로 심해지지 않도록 완충작용을 할 수 있음을 입증하였다. 죽음에 대한 대부분의 연구가 죽음의 부정적 영향에 초점을 맞춘 것과 달리, 본 연구는 죽음에 수용적인 태도가 갖는 긍정적 영향을 부각시켰다. 죽음을 삶의 과정으로 인정하고, 유한한 삶의 소중함을 인식하고 삶의 의미를 추구하며 살아가도록 하는 죽음준비/죽음성찰 교육은 중립적 죽음수용의 증진과 죽음 공포의 완화를 통해 향후 질병불안을 예방하는 데 기여할 수 있을 것으로 예상된다. 의료서비스 이용 빈도와 관련 지출의 가장 큰 부분을 차지하는 노년 인구의 비중이 급증하는 초고령화 사회에서, 질병불안을 예방할 수 있다면, 개인의 삶의 질 향상과 더불어 사회 공동체의 보건의료 재정 부담 완화에도 기여할 수 있으리라 기대된다.

마지막으로 본 연구의 제한점 및 후속 연구를 위한 제언은 다음과 같다. 첫째, 본 연구의 표본은 외부 업체를 통해 모집한 건강한 성인 집단이기 때문에, 질병불안을 높게 경험하는 사람들에게 결과를 적용하기는 한계가 있다. 물론 질병불안이 연속선에서 개념화될 수 있는 특성이라는 점에서 임상집단에 대해서도 시사점을 가질 수 있지만, 병리적 질병불안 집단에 적용하기 위해서는 질병불안 임상군을 대상으로 연구 결과를 재

확인할 필요가 있다. 질병불안의 경우 참여자 모집 경로에 따라 유병률과 특성이 다르게 나타나는 경우가 많고, 학력이나 사회경제적 상황이 많은 영향을 미치는 것으로 밝혀진 만큼(Bandelow & Michaelis, 2015) 이러한 부분을 고려하여 연구 참여자를 모집할 필요가 있다. 둘째, 본 연구에서는 신체증상 해석편향, 질병불안, 죽음태도를 측정하기 위해 자기보고식 설문지를 사용하였다. 자기보고형 도구는 질병불안이나 죽음태도 관련된 연구에서 보편적으로 사용되는 측정방식이지만, 의도적인 왜곡이나 기억 오류 등의 한계를 갖는다. 앞서 살펴본 것처럼, 질병불안과 관련해서 암묵적 수준에서는 명시적 수준에서와 다른 반응을 보일 가능성을 배제하기 어렵다(Witthöft et al., 2016; Yan et al., 2019). 또한 질병 불안이 높은 사람의 경우 과도한 의료기관 이용이나 위안 추구에 대해 대인관계에서 부정적인 피드백을 경험하는 경우가 많기 때문에, 부적절감으로 인하여 질문지 응답을 왜곡했을 가능성이 있다. 따라서 향후 연구에서는 과제 등을 통해 죽음에 대한 태도를 측정하거나, 질병불안과 관련해 경험표집법(experience sampling method)을 사용하여 주의편향, 해석편향, 회피/확인/안심추구 행동을 생태학적으로 측정하여 보다 정밀한 평가를 시도해 볼 수 있을 것이다. 셋째, 본 연구는 횡단적 연구로 변인들 간의 인과적 관계를 검증하기에는 한계가 있다. 연구 모형에서 신체증상 해석편향이 질병불안에 영향을 미치는 것으로 가정하였지만, 두 변인 간의 시간적 선행 조건을 만족하지 못했으므로, 다른 해석 가능성을 배제할 수 없다. 따라서 향후 연구에서는 신체증상 해석편향과 질병불안을 종단적으로 측정하고, 영향을 미칠 수 있는 다른 변인을 통제하여 인과적 관계를 검증할 필요가 있겠다. 넷째, 본 연구에서는 질병불안에 대한 취약성 변인으로 신체 증상을 신체 문제나 질병으로 오해석하는 해석편향만을 고려하였다. 그러나 질병불안에 기여하는 요인들은 매우 다양하게 보고되고 있으므로(Marcus et al., 2007), 후속 연구에서는 가족력과 같은 실제 질병 취약성, 개인적인 질병 및 죽음 관련 경험들, 질병과 건강에 대한 신념 등과 같은 추가적인 변인을 포함할 필요가 있겠다.

언급한 바와 같은 한계점에도 불구하고, 본 연구는 죽음태도에 따라

신체증상 해석편향과 질병불안의 관계가 달라질 수 있음을 처음으로 확인했다는 점에서 의의를 갖는다. 또한 죽음공포의 완화와 중립적 죽음수용의 증진이 질병불안이 병리적 수준으로 악화되는 것을 예방할 수 있음을 확인하여, 치료적 개입의 근거를 마련했다는 점에서 의의가 있다.

연구 3. 질병불안 완화를 위한 심리교육에서 죽음태도 성찰 개입의 효과 검증

연구 2를 통해 죽음태도에 따라 신체증상을 질병으로 여기는 해석편향이 질병불안에 미치는 영향이 조절될 수 있음이 검증되었다. 하지만 횡단적 연구의 결과만으로는 죽음태도의 변화, 즉 죽음공포의 감소와 중립수용의 증가가 실제 질병불안을 완화시키는지를 검증하는 데에는 한계가 있다. 따라서 연구 3에서는 질병불안 완화를 위한 기존의 인지행동치료 기반 심리교육에 죽음태도를 성찰하는 개입을 추가적으로 실시하여 죽음태도 변화와 질병불안 완화 간의 인과적 관계를 실증적으로 확인하고자 한다.

일반적으로, 질병불안을 지닌 사람들은 치료 중에서 심리적 개입을 가장 선호하는 것으로 알려졌으며(Walker et al., 1999), 심리적 개입은 주로 불안장애에 관한 인지행동 치료적 접근을 기반으로 하여 1~10회 가량의 대면 개인치료나 집단치료 혹은 인터넷 기반 인지행동치료(Internet based CBT)의 형태로 이루어졌다(Tyrer, 2018). 이러한 인지행동치료는 선택적 주의로 인한 신체감각 증폭(주의 편향), 신체감각을 질병으로 오해석(해석 편향), 질병과 대처능력에 대한 신념과 같은 인지적 측면, 확인 및 안심추구 행동의 감소, 그리고 회피 및 안전행동에 대한 노출 같은 행동적 측면에 대한 개입, 그리고 이완 훈련이나 심상 처치 등을 통한 스트레스 관리 등으로 구성되었다(Taylor & Asmundson, 2004).

질병불안 완화를 위한 기존의 심리치료적 개입이나 교육에서는 죽음을 질병불안과 관련된 여러 요인 중 하나로 다음과 같이 언급하는데 그치고 있다(Anderson et al., 2011); 1) 질병이나 죽음에 대한 걱정의 보편성, 2) 취약성 요인 중 하나인 부정적인 건강 경험-질병으로 인한 가족이나 지인의 죽음, 3) 의학적 문제를 겪을 때 경험할 수 있는 파국적 사고-질병의 악화와 죽음, 4) 질병불안과 관련된 회피행동-죽음에 대한 생각이나 죽음을 연상시키는 활동(예: 유언장 작성) 피하기. Furer 등(2007)은 질병불안의 치료에 관한 저서에 「Treating Health Anxiety

and Fear of Death」라는 제목을 붙이고 Overcoming Fear of Death를 별도의 장으로 기술하면서까지 질병불안(건강불안)의 평가와 치료에서 죽음공포를 다룰 것을 강조하고, 치료 장면에서 죽음 불안을 직면하기 위한 다양한 노출 기법과 죽음 관련 신념에 대한 인지적 재평가를 제안한 바 있다. 질병불안 완화에서 인지행동치료의 효과는 이미 입증되었지만, 치료 이후에 미디어나 삶의 경험을 통해 죽음을 맞닥뜨리기 쉬우므로, 죽음공포를 다루지 않은 질병불안 치료에는 재발의 위험이 남아있다는 것이다. 이러한 우려에도 불구하고 질병불안에 관한 심리적 개입에서 죽음공포는 여전히 등한시되는 요소이고, 따라서 죽음공포 개입에 대한 치료 효과 연구도 상당히 미비한 실정이다.

따라서 본 연구에서는 질병불안 완화에 효과가 검증된 인지행동치료 기반 심리교육에 덧붙여, 죽음태도 성찰을 통해 죽음공포의 감소와 죽음수용의 증가라는 죽음태도 변화를 이끌어내기 위한 개입을 실시하여, 그것이 질병불안 완화에 추가적으로 기여하는지 검증하고자 하였다. 이를 위해 다음과 같은 점을 고려하였다.

첫째, 질병불안에 영향을 미치는 것으로 알려진 죽음태도의 변화, 즉 죽음공포의 감소와 중립수용의 증진을 도모하는 심리교육을 프로그램을 개발하여, 개입을 통해 죽음 태도 변화를 확인하고 이것이 질병불안의 완화로 이어지는지 확인하고자 하였다. 이를 위해 수용전념치료 접근을 활용한 죽음태도 성찰 교육을 구성하고, 인지적 탈융합의 기제를 적용하여 죽음와 융합된 '공포'를 분리시키고, 심리적 수용 기제를 적용하여 '중립수용'을 도모하고자 하였다. 더불어 이러한 개입과 비교할 수 있도록, 질병불안의 완화에 인지행동치료와 유사한 효과를 내는 것으로 입증된(Buwalda et al., 2007) 문제해결 훈련을 활용한 교육을 구성하였다. 두 처치 집단은 영화 소개로 시작되는 도입부, 관련된 이론의 개념과 기법 설명, 중간평가 때 실시한 5요인 심리척도(실험집단은 죽음태도 척도, 비교집단은 문제해결 검사) 결과 개인별 피드백 제공, 활동지를 활용한 개인별 목표 설정 및 구체적 실천 계획 수립 등의 요소가 공통되도록 구성하였다.

둘째, 전반부 3주 동안 인지행동치료 기반 교육을 공통적으로 실시하고 나서, 후반부 3주 동안 처치 조건에 따라 실험집단은 죽음태도 성찰을, 비교집단은 문제해결 훈련을 하고, 대기집단은 무처치-대기하도록 설계하여, 죽음태도 성찰 개입이 질병 완화에 기여하는 차별적, 추가적 효과를 확인하고자 하였다. Buwalda 등(2007)은 건강염려증 환자를 6주간의 인지행동적 접근 및 문제해결적 접근의 심리교육에 무선 배정하여 치료 효과를 비교하였다. 두 심리교육 모두 동일한 크기의 건강염려 증상, 우울, 불안의 감소라는 효과를 나타내고, 그 효과는 6개월, 1년 후까지도 지속되었다. 따라서 문제해결적 접근의 심리교육도 질병불안의 완화에 상당히 효과적일 것으로 생각된다. 따라서 문제해결 훈련이나 대기집단과 비교할 때 죽음태도 성찰 개입이 효과 크기나 지속성 면에서 어떠한 차이를 가져오는지 확인할 수 있도록 구성하였다.

셋째, 질병불안 완화를 위한 인지행동치료 기반의 심리교육을 인지-신체감각-행동 측면을 1주씩 다루는 3주 과정으로 구성하여 대기집단에 실시하고, 3주, 6주가 경과한 후에 치료 효과가 얼마나 어떻게 유지되는지 확인하고자 하였다. 선행연구를 보면, 국외에서는 질병불안(건강염려)에 대한 치료적 개입이 규모와 형태(개인치료, 6~8명의 집단치료, 10명 초과의 심리교육), 지속 기간(1~10회), 전달 방식(computer based 비대면, 온라인-대면, 오프라인) 면에서 다양하게 이루어지고 있고, 그 효과에 대한 검증도 시도되고 있지만, 국내에서는 질병불안 완화를 위한 치료적 개입 효과 검증 연구를 찾아보기 어렵다. 따라서 본 연구의 대기집단에 인지행동치료 기반의 3주 심리교육을 실시하고, 불안 완화에 기여한 요소를 파악함으로써 질병불안 완화를 위한 치료적 개입의 기반을 마련하고자 하였다.

각 처치 집단의 교육 효과를 파악하기 위해, 부적응적 측면으로는 전반적인 질병불안(질병태도척도), 신체증상 해석편향(증상해석 질문지-신체귀인), 신체적 불안 반응에 대한 두려움(불안민감도-신체염려), 건강문제로 인한 우울과 불안(병원불안우울 척도)을 측정하였다. 적응적 측면으로는 건강 관련 삶의 질, 자기 효능감, 삶의 만족도를 측정하고자 하

였다. 교육을 통해 질병불안이 감소하면 건강 관련 삶의 질이 향상될 것으로 보았으며, 삶의 만족도도 증가하는지 확인하고자 하였다. 또한 비교집단에서 실시할 문제해결 훈련은 개인이 지닌 문제 해결의 어려움을 파악하고 대처방안을 연습시켜 전반적인 사회적 문제해결 능력을 향상시키는 것으로, 자기효능감의 상승을 가져올 수 있을 것으로 생각하였다.

연구 3의 가설은 다음과 같다.

가설 1. 실험집단(죽음태도 성찰), 비교집단(문제해결 훈련), 대기집단 모두 교육 후에 질병불안, 증상해석-신체귀인, 불안민감도-신체염려, 병원-불안, 병원-우울이 감소할 것이며, 실험집단에서 변화량이 가장 클 것이다.

가설 2. 실험집단(죽음태도 성찰), 비교집단(문제해결 훈련), 대기집단 모두 교육 후에 건강 관련 삶의 질이 향상될 것이며, 실험집단에서 변화량이 가장 클 것이다.

가설 3. 실험집단(죽음태도 성찰), 비교집단(문제해결 훈련), 대기집단 모두 교육 후에 삶의 만족도와 자기효능감이 증가할 것이며, 비교집단에서 자기효능감의 변화량이 가장 클 것이다.

방 법

연구 참여자

연구 참여자는 서울, 부산, 강원, 경기 소재 대학 및 사이버 대학의 심리학 강좌 온라인 게시판, 한국심리학회-임상, 상담, 건강 분과 홈페이지 게시판, 학교 커뮤니티 온라인 게시판, 서울, 경기 소재의 심리치료센터 및 정신건강의학과, 내과의원 및 약국의 오프라인 게시판, 서울, 경기, 충

정의 지역 커뮤니티 게시판, 일반인들의 온라인 모임 공간(밴드, 단톡방 등)에서 “질병불안 완화를 위한 심리교육” 공고를 보고 자발적으로 온라인 신청하였다.

전체 신청자는 86명이었으며, 이들을 대상으로 질병태도 척도의 신체증상 집착(Bodily Preoccupation; BP) 3문항과 건강염려증 지표 7문항(Whitely Index-7; WI-7), 총 10문항으로 구성된 사전 스크리닝 검사를 실시하였다. 선별 기준은 Höfling과 Weck(2013)의 연구에서 제시된, 정신과에서 불안장애로 진단받고 치료 중인 경우에는 BP 총점 6점 이상이면서 WI-7 총점 4점 이상인 사람, 그 외의 1차 의료기관 외래 환자 및 지역사회 거주자는 BP 총점 3점 이상이면서 WI-7 총점 2점 이상으로 질병불안을 높은 사람으로 보았고, 총 62명이 기준에 부합하였다. 이들에게 연구자가 1:1로 전화 면담을 실시하여, 배제 기준인 2개월 내 사별 유무와 zoom 사용 가능 여부등을 확인하고, 현재 치료중인 질환 유무와 종류, 교육 참여 이유를 확인하고, 6주간의 zoom 온라인 교육(대기집단은 3주 교육+3주대기)과, 사전-중간(3주차 교육후)-사후(6주차 교육 후)-추후(교육 종료 3주 후) 4번의 평가 참여에 동의를 구해 총 36명이 참여를 확정하였다.

참여자들은 실험집단 14명, 비교집단 11명, 대기집단 11명을 배정하였는데, 12명씩 같은 규모로 무선배정을 시도하였으나, 교육 요일 문제로 불가피하게 조정이 이루어졌다. 실습적인 요소가 적다는 불만으로 그만둔 1명(비교집단), 개인 일정상 교육 참여가 어려웠던 2명(실험집단, 비교집단 1명씩), 사후 응답을 극단값 혹은 중간값만 한 줄 찍기로 반응한 1명(실험집단), 교육 종료 후 건강 악화로 추후 평가가 심각하게 부정 편향된 1명(비교집단)을 제외하고, 최종 분석에는 실험집단 12명, 비교집단 8명, 대기집단 11명 총 31명의 자료를 사용하였다. 그 중 남성은 10명(32.26%), 여성은 21명(67.74%)이었다. 참여자의 평균 연령은 전체 42.77세(표준편차 14.01)였으며, 연령 범위는 18세~62세였다. 추후 설문까지 완료한 후에는 연구 참여에 대한 보상을 지급하였다. 본 연구는 서울대학교 생명윤리위원회의 사전 승인을 받았다(IRB No. 2303/004-009).

측정도구

건강염려증 지표-7문항 (The Whiteley Index 7-item; WI-7). 건강 불안 증상을 측정하는 척도로, Fink 등(1999)이 제작하였으며, 심각한 질병을 가졌다는 공포에 몰두하는 정도를 측정한다("심각한 질병을 가질까봐 자주 걱정하나요?", 또는 "당신의 신체에 무언가 심각하게 나쁜 일이 벌어지고 있다고 생각하나요?"). 응답자는 5점 리커트 척도(1: 전혀 아니다~5: 매우 그렇다) 상에 평정하며, 가능한 점수의 범위는 7~35점으로 점수가 높을수록 건강 불안 수준이 높음을 의미한다. 1차 의료기관 내원 환자를 대상으로 한 타당화 연구에서 내적 합치도는 .68이었다(Fink et al., 2010).

질병 태도 척도 (Illness Attitude Scale, IAS). 연구 2에서 사용한 것과 같은 척도로, 질병불안 수준을 측정하기 위해 사용하였다.

약식 건강조사 - 6차원(Short Form Health Survey - Six Dimensions; SF-6D). 세계보건기구(WHO)의 권고에 따라 신체적, 정신적, 사회적 차원을 모두 포괄하는 건강 관련 삶의 질(HRQOL)을 측정하고자 Ware와 Sherbourne(1992)이 개발하고 1998년에 개정한 8차원 36문항의 약식 36문항 건강조사(Short Form-36 Health Survey version 2; SF-36v2®)의 사용자 매뉴얼(p. 181)에서 제시한, 6차원 11문항의 단축판이다. 본 연구에서는 고상백 등(1997)이 한국어로 번안한 SF-36을 남봉현과 이승욱(2003)이 SF-36v2에 맞게 평정 양식을 바꾼 척도에서 SF-6D에 해당하는 문항을 발췌해 사용하였다. 신체기능(physical function, PF) 3문항, 역할참여(role participation, RP) 2문항, 사회기능(social functioning, SF) 1문항, 신체통증(bodily pain, BP) 2문항, 정신건강(mental health, MH) 2문항, 활력(vitality, VT) 1문항의 순서로 기술되어 있다. PF는 3점 리커트 척도(1점: 많이~3점: 전혀), RP, SF, BP 장해, MH, VT는 5점 리커

트 척도(1점: 항상~5점: 전혀), BP 통증강도는 6점 리커트 척도(1점:전혀~6점: 아주 격심한)까지 문항별로 평정한다. 총점 계산시에는 3점 리커트 척도의 1, 2, 3은 0, 50, 100점으로, 5점 리커트 척도의 1, 2, 3, 4, 5는 0, 25, 50, 75, 100점으로, 6점 리커트 척도의 1, 2, 3, 4, 5, 6은 0, 20, 40, 60, 80, 100점으로 환산하며, 역채점 문항인 BP의 두 문항(통증강도, 장해)과 VT는 1을 100점으로 각 리커트의 최고점을 0점으로 역순으로 환산한다. 이 환산점들을 모두 더한 뒤, 문항수인 11로 나누어 0~100점 점수를 산출하며, 이 점수가 높을수록 건강 관련 삶의 질이 좋음을 의미한다.

증상해석 질문지-신체귀인 (Symptom Interpretation Questionnaire-somatic attribution, SIQ-som). 연구 2에서 사용한 것과 같다.

불안 민감도 지수 3판-신체적 염려 (Anxiety Sensitivity Index 3-physical concern, ASI 3-phs). 연구 2에서 사용한 것과 같은 척도로, 연구 3에서는 신체적 염려 하위척도만 사용하였다.

병원 불안-우울 척도 (Hospital Anxiety-Depression Scale, HADS). Zigmond와 Snaith(1983)가 병원을 방문한 환자의 불안, 우울 정도를 의사 진료를 기다리는 짧은 시간에 측정하기 위하여 병원 현장에서 가장 흔히 나타나는 불안과 우울 측면에 제한하여 개발한 것으로 오세만 등(1999)이 한국어로 타당화한 척도를 사용하였다. 총 14개 문항으로 구성되어 홀수번호 7개는 불안 하위 척도(HAD-A)에, 짝수번호 7개는 우울 하위 척도(HAD-D)에 속하며, 응답자는 4점 리커트 척도(0: 전혀 아니다~3:점의 범위) 상에 평정한다. 가능한 점수 범위는 불안, 우울 각각 0~21점이며 점수가 높을수록 우울이나 불안이 높음을 의미한다.

일반적 자기효능감 척도 (General Self-Efficacy Scale, GSES). Chen, Gully와 Eden(2001)이 개발하고 노지혜(2005)가 번안한 척도로,

자신이 과제를 성공적으로 수행할 수 있다는 자기효능감을 측정하는 총 8문항으로 구성되어 있으며, 5점 리커트 척도(1점: 전혀 그렇지 않다 ~ 5점: 매우 그렇다) 상에 평정한다.

삶의 만족도 척도 (Satisfaction With Life Scale, SWLS). Diener, Emmons, Larse 및 Griffin(1985)이 개발한 척도로서 개인이 자신의 삶에 얼마나 만족하고 있는지를 측정하는 5문항으로 구성되어 있다. 응답자는 리커트 7점 척도(1점: 전혀 아니다~7점: 매우 그렇다) 상에 평정하며, 가능한 점수 범위는 5~35점이며 점수가 높을수록 삶의 만족도가 높음을 의미한다. 본 연구에서는 조명한과 차경호(1988)가 번안한 것을 사용하였다. Diener 등(1985)의 연구에서의 내적 합치도는 .87이었다.

한국어판 죽음태도 척도-개정판 (Korean Death Attitude Profile-Revised, K-DAP-R). 연구 2에서 사용한 것과 같다.

문제해결 검사 (Problem Solving Test). D'Zurilla 등(2002)이 개발한 5요인, 52문항의 사회적 문제해결척도 개정판(Social Problem Solving Inventory-Revised)을 기반으로, Nezu 등(2007)이 실생활에서의 문제해결 능력을 측정하여 자조 지침(self-help guide)으로 활용하고자 만든 5요인 25문항 척도로, 5점 리커트 척도(1점: 전혀 그렇지 않다~5점: 매우 그렇다) 상에 평정한다. 긍정적 문제지향, 부정적 문제지향, 계획적 문제해결, 충동성/부주의 문제해결, 회피적 문제해결의 5요인이 각 5문항씩으로 구성되어 있으며, 가능한 점수 범위는 요인별로 5~25점이며, 각 요인의 점수가 높을수록 해당 특성을 많이 지녔음을 의미한다. 본 연구에서는 비교집단의 후반부 문제해결 훈련에 참여자의 특성 파악과 교육 후 변화 측정에 사용하였다.

요구 특성 - 프로그램 평가 척도. 심리교육에서 처치 조건들 간에 참여자 요구 특성의 차이가 있는지를 검증하기 위해, 일상생활 실천(행

동동기, 행동실천), 치료자 평가(치료자 열의, 전문성), 참여자 평가(집중도, 이해도), 교육 평가(만족도, 유용도, 추천의사)를 하는 9문항을 1~10점 사이로 응답하게 하였다.

연구절차

연구자는 서울, 부산, 강원, 경기 소재 대학 및 사이버 대학의 심리학 강좌 온라인 게시판, 한국심리학회-임상, 상담, 건강 분과 홈페이지 게시판, 학교 커뮤니티 온라인 게시판, 서울, 경기 소재의 심리치료센터 및 정신건강의학과, 내과의원 및 약국의 오프라인 게시판, 서울, 경기, 충청 지역 커뮤니티 게시판, 일반인 온라인 모임 공간(밴드, 단톡방 등)에 "질병불안 완화를 위한 심리교육" 공고를 게시하여 참여자를 모집하였다.

모집된 참여자들에게 질병태도 척도의 하위 요인인 신체증상 집착(Bodily Preoccupation; BP) 3문항과 건강염려증 지표 7문항(Whitely Index-7; WI-7)으로 구성된 사전 스크리닝 검사(Höfling & Weck, 2013)와 전화면담을 실시하였다. 그 결과 정신과에서 불안장애로 진단받고 치료 중이라면 BP 총점 6점 이상이면서 WI-7 총점 4점 이상인 사람, 그 외 1차 의료기관 외래 환자 및 지역사회 거주자는 BP 총점 3점 이상이면서 WI-7 총점 2점 이상인 사람을 참여자로 선정하였다. 86명의 신청자 중 62명이 선별 기준에 부합하였으며, 배제기준인 2개월 이내 사별을 경험한 사람은 없었고, zoom을 이용한 실시간 교육을 원치 않는(녹화된 동영상 시청 선호) 사람이 1명 있었다. 최종적으로 연구 참여에 동의를 한 사람은 36명이었으며, 이 가운데 치료 중인 질환이 있는 경우는 총 15명으로, 암 2명(치료 후 경과 관찰 중), 심혈관 질환 1명, 안질환 1명, 폐질환 1명, 정형외과 질환 3명, 대사질환 3명, 산부인과적 질환 2명, 정신과 질환 2명(공황장애 1명, 양극성장애 1명)이었다. 그리고, 평상시 치료 중인 질환은 없지만, 6주간의 교육 과정 중에 독감이나 B형간염 보균자였는데 급성 피로 등의 사유로 전반적 건강 상태가 10점에서 3점 이하로 떨어진 4명도 치료 중 질환이 있는 것으로 처리하였다.

참여를 확정한 36명에게 사전 설문을 실시하고, 참여 가능한 시간을 고려하여 실험집단 14명, 비교집단 11명, 대기집단 11명을 배정하였다. 연구자가 진행한 실험집단과 대기집단의 전반부 공통교육은 가능한 시간대에 두 집단이 함께 듣되 참여 요일은 고정하도록 하고 참여가 어려운 경우 미리 조율하여 다른 요일의 같은 주차 교육을 듣도록 하였다. 실험집단 14명, 대기집단 11명, 총 25명에게 토요일 오전 8명, 일요일 저녁 10명, 화요일 오전에 7명 그룹으로 공통교육을 실시하였다. 후반부 실험집단의 죽음태도 성찰교육은 토요일 오전 6명, 일요일 저녁 7명 그룹에게 진행하였다. 비교집단 교육은 월요일 저녁에 11명 그룹으로 시작하여 1주차, 3주차 교육 후에 1명씩 참여를 중단하여 후반부 문제해결 훈련 교육은 9명을 대상으로 진행하였다.

모든 교육은 zoom을 이용한 실시간 강의와 참여로 진행되었으며, 교육자료를 강의 1일 전 pdf 형태로 카카오 오픈채팅방에 업로드하여 원하면 미리 볼 수 있도록 하였고, 강의 후 교육 내용을 실천해볼 것을 권고하였으나 의무 과제로 부여하고 확인하지는 않았다. 중간, 사후. 추후 평가는 3주, 6주 교육 직후, 교육 종료 3주 후에 문자메시지를 통해 설문 링크를 보내 실시하였으며, 관련된 심리척도, 교육에 대한 평가, 교육에서 도움이 된 부분과 개선이 필요한 점에 대한 의견 제시로 구성하였다. 실험집단과 대기집단의 전반부 질병불안에 대한 인지행동치료 기반의 교육과 후반부 죽음태도 성찰 개입은 임상심리 전문가 자격증을 소지하고, 죽음태도 성찰에 대해 숙지하고 있는 연구자가 진행하였으며, 비교집단의 전반부 질병불안에 대한 인지행동치료 기반의 교육과 후반부 문제해결 훈련은 임상심리 전문가 자격증을 소지하고, 연구자가 작성한 교육자료와 문제해결치료 매뉴얼(Nezu et al., 2012)을 숙지한 다른 임상심리 전문가가 진행하였고, 연구자도 모니터링을 위해 6회기 교육에 모두 참여하였다.

연구에서 실시한 각 처치의 효과를 명확하게 살펴보기 위해서는 차이를 검증하고 싶은 처치 요소를 제외한 다른 조건들은 최대한 동등해야 한다. 따라서 본 연구에서는 각 처치마다 차별적인 핵심 요소를 제외한

처치의 다른 조건(처치의 기본 구조, 방식, 소요시간)은 최대한 동일하게 구성하였다. 한편 대기집단의 경우 3주간의 공통교육이 끝난 후에는 중간, 사후, 추후 평가만 온라인 설문으로 진행되며, 추후 평가까지 모두 종료된 후에 원하는 참여자들에게는 후반부 교육(죽음태도 성찰이나 문제해결 훈련) 자료를 제공한다고 안내하였다. 연구의 주요 절차를 그림 7에 제시하였다.

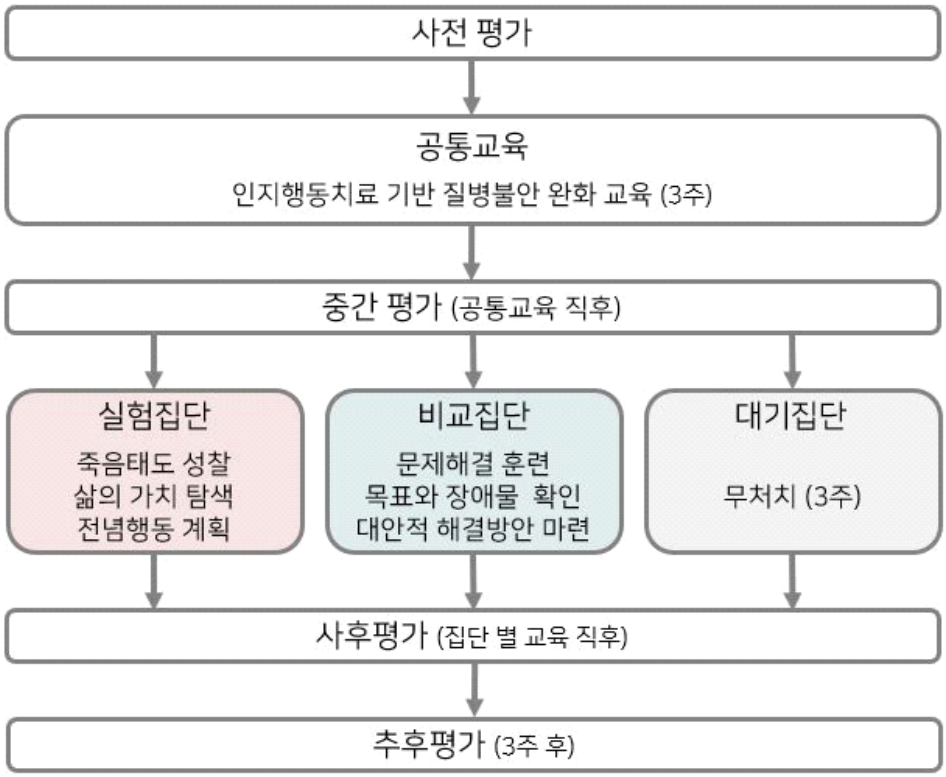

그림 7. 연구 3 처치의 주요 절차

처치의 공통적 요소

전반부: 질병불안 완화를 위한 심리교육 및 실습

전반부 3주 동안 인지행동 치료를 기반으로 한 질병불안 심리교육을 공통으로 실시하였다(표 15 참조). 교육자료는「Helping health anxiety」(Anderson et al., 2011) 치료자용 9주 module을 연구자가 3주 과정으로 재구성하였다(https://www.cci.health.wa.gov.au). 1주차는 질병불안의 개념과 인지적 측면(인지행동모델 소개, 역기능적 인지, 인지적 오류와 파국적 해석), 2주차는 신체적 측면(신체감각 지각과 선택적 주의, 투쟁-도피반응의 이해, 주의조절 연습), 3주차는 행동적 측면(확인 및 안심추구 행동과 행동 감소계획, 노출 훈련 계획)을 다루었다. 질병불안의 인지행동모델에서 신체증상 해석편향이 불안의 유지와 심화에 중심적인 역할을 담당하고, 연구 2에서 이 기제를 질병불안의 취약요인으로 살펴본 만큼, 공통교육에서 신체감각을 파국적으로 해석하지 않을 것을 강조하였다.

표 15. 인지행동치료 기반의 질병불안 완화 심리교육 - 집단 공통

회기	주요내용	사용한 자료
1 회기	· 질병불안(건강염려증)의 연구 필요성, 사례 · 질병불안의 인지행동모델 - 인지적 측면 : 역기능적 인지도식, 인지적 오류, 파국적 해석 : 건강에 대한 신념, 건강 관련 규칙과 가정들	· OECD 보건의료 통계자료 · 건강염려증 사례(동아일보)
2 회기	· 질병불안의 인지행동모델 - 신체감각 측면 : 선택적 주의→신체 감각 증폭 : 주의조절 훈련(일상과업집중, 마음챙김명상) : 걱정에 대한 긍정 신념 검토, 걱정 미루기 기법	· nocebo 효과 사례 (부정적 사고→신체감각통제)
3 회기	· 질병불안의 인지행동모델 - 행동적 측면 : 확인 및 안심추구 행동 - 감소 계획 세우기 : 회피 및 안전 행동 - 노출 계획 세우기	· checklist - 확인 및 안심추구 행동 - 회피 및 안전 행동

후반부: 심리교육 및 실습

후반부 4~6회기의 교육은 실험집단은 죽음태도 성찰, 비교집단은 문제해결 훈련에 관해 실시하였다. 4회기는 도입부에서 관련 영화를 소개하며 주제 소개, 질병불안과의 관련성 및 다양한 이론적 모델 제시, 중간평가 때 평정한 심리척도의 개인별 결과에 대한 피드백 제공으로 진행하였다. 5회기는 이 주제에 적용가능한 심리치료 이론의 개념과 기법을 상세히 소개한 후 다음 회차에 본인의 삶에 적용시켜 구체적이고 실질적인 행동 계획을 마련해볼 예정이니 이에 대해 생각해올 것을 권유하였다. 6회기는 5회기에 익힌 개념을 토대로, 구체적인 실천 목표와 실행 계획을 적어보고 발표한 후, 실제 적용에 참고할 만한 서적을 소개하며 전체 교육을 마무리하였다.

처치의 차별적 요소

실험집단: 죽음태도 성찰

실험집단 교육에서는 연구2에서 질병불안 증상을 조절하는 것으로 밝혀진 “죽음공포”와 “중립수용” 요인에 개입하여 질병불안 완화 효과를 확인하고자 하였다. 이에 후반부 죽음태도 성찰 교육에서는 죽음공포를 완화하고 중립수용을 증진하기 위하여, 수용전념치료(ACT)의 개념과 기법을 활용하여 교육을 구성하였다. 질병불안의 기저에 죽음불안이 자리잡고 있음을 언급하며 죽음에 대한 다양한 태도를 살펴보고, 죽음이 인생에서 소중한 가치를 상실하는 것과 연결되어 있기에 공포스럽게 느껴짐을 확인하며, 인지적 탈융합(diffusion)을 설명하며, 죽음에 융합되어 있는 ‘공포’라는 정서를 떨어뜨려 놓고 조금더 관찰자적 입장에서 죽음을 인식할 수 있도록 하였다. 또한 미래에 도래할 죽음을 받아들인다는 것은, 결국 삶의 유한성을 인정하는 것이고, 그렇기에 지금 여기에 현재의 삶에서 소중한 가치를 분명히 인식하고 이를 위한 전념 행동에 집중하는 것이 중요하다는 것을 강조하였다.

표 16. 죽음태도 성찰 교육 - 실험집단

회기	주요내용	사용한 자료
4 회기	· 죽음불안과 대처-공포관리이론 vs 의미관리이론 · 죽음태도척도 5요인: 죽음공포, 죽음회피, 도피수용, 접근수용, 중립수용	· 영화 - 크리스마스 캐롤 '죽음성찰의 긍정적 효과' · 죽음태도척도(DAP-R) : 개인별 피드백
5 회기	죽음태도 성찰 (1) 수용전념치료(ACT) 개념과 기법 · 맥락으로서의 자기, 인지적 탈융합, 수용, 현재에의 접촉, 가치, 전념행동 설명 · 심리적 수용-마음챙김 태도(알아차림) 설명	· 시 - 흔들리며 피는 꽃 · ACT matrix: 삶의 가치/인지적 융합/ 회피행동/전념행동/알아차림
6 회기	죽음태도 성찰 (2) 수용전념치료(ACT) 행동 계획 · 심상훈련: 내 삶의 마지막 순간 · 내 인생의 가치 명료화, 구체적인 전념행동 계획	· 시 - 귀천 · 가치과녁/인생정원 가꾸기 · 관련서적-「(해피)엔딩노트」

죽음태도 성찰 교육에서는 Wong 등(1994)의 죽음태도 척도-개정판(DAP-R) 검사를 개인별로 피드백을 제공하고, 「수용전념치료의 혁신, 매트릭스(The Essential Guide to the ACT matrix)」(2018) 등을 참고하여 연구의 취지에 맞게 '죽음'을 사례로 들어 설명하고 활동지를 제공하였다. 실험집단에서 실시한 죽음태도 성찰 심리교육의 내용은 표 16에 요약되어 있다.

4회기에는 찰스 디킨스의 소설 "크리스마스 캐롤"을 영화화한 장면을 제시하며, 죽음을 성찰하는 것이 삶의 가치와 우선순위를 새롭게 정비하는 좋은 계기가 된다며 교육을 시작하였다. 그리고 질병불안을 비롯하여 좁게는 불안장애, 넓게는 다양한 정신질환의 기저에 죽음불안이 존재한다고 여기는 관점을 소개하고, 죽음불안에 대한 회피-거부적 대처와 수용적 대처가 가능함을 설명하였다. 공포관리이론(terror magagement theory)에서는 죽음은 공포를 야기하는 사건으로 간주되며, 죽음현저성이 유발하는 불안을 효과적으로 방어하지 못하면 심리적 어려움이나 정신질환을 경험하게 된다고 설명하는 회피-거부적 대처 입장을 견지하며, 의

미관리이론(meaning management theory)에서는 죽음을 통해 삶의 가치와 의미를 확인하고, 자기실현을 위해 노력하도록 이끄는 계기로 삼을 수 있다고 설명하는 수용적 대처 입장을 견지한다고 설명하였다. 그리고 참여자들이 중간 평가 때 작성한 죽음태도 척도의 개인별 결과를 제공하고, 각자가 죽음공포, 죽음회피, 도피수용, 접근수용, 중립수용적 태도를 얼마나 지니고 있는지, 각자의 죽음 태도에 영향을 미친 경험이나 요소들은 무엇인지 생각해보는 시간을 가졌다.

5회기에서는 죽음에 대한 성찰이 삶의 가치 발견으로 순조롭게 이어질 수 있도록 하고자 수용전념치료(ACT)의 개념과 기법을 빌려와 교육을 진행하였다. 먼저 ACT가 심리적 유연성을 갖추는데 필요한 6가지 요소로 강조하는, 맥락으로서의 자기, 인지적 탈융합, 심리적 수용, 현재에의 접촉, 가치 명료화, 전념행동의 개념에 대해 각각 설명하였다. 전반부 2회기 교육에서 주의조절 훈련의 하나로 마음챙김 명상을 배우면서 '알아차림(awareness)'에 대해 설명했었지만 "판단하지 않고, 심리적 경험을 없애거나 바꾸려 하지 않는 태도"에 대해 다시 설명하고, "나는 아프면 죽을까봐 무섭다" → "나는 아프면 죽을까봐 무섭다고 생각한다" → "나는 아프면 죽을까봐 무섭다고 생각한다는 것을 알아차린다"로 점점 심리적 경험에 거리를 두는 인지적 탈융합 연습을 함께 해보았다. 그리고 죽음에 대해서도 이를 적용하여 '죽음'과 '공포'를 분리해서 바라볼 수 있도록 시도하였다. 그리고 4분면에 물러섬-다가섬의 수평선과, 내적경험-외적경험의 수직선이 교차하는 ACT matrix에 1) 지금 중요한 사람과 대상은?(가치) 2) 그것에 다가가는 것을 방해하는 경험은?(심리적 융합) 3) 그 경험을 피하기 위해 무엇을 하는가?(회피행동) 4) 중요한 사람과 대상에 다가서기 위해 지금 할 수 있는 것은?(전념행동) 라는 질문에 답을 적어보면서, 우리를 물러서게 하는 것 기저에 '불안'이 다가서게 하는 것 기저에 '생이 유한하다는 인식=죽음수용'이 있음을 확인하였다.

6회기에는 "죽음"을 삶의 일부로 인정하고 받아들이는 연습을 하는 차원에서, 연구자의 안내에 따라 "내 삶의 마지막 순간"을 생생하게 떠올리는 심상화 처치를 함께 연습해본 후, 삶에서 소중한 가치를 찾는 작

업을 진행하였다. 지난 회기에 작성해본 ACT matrix를 다시 살펴보면서, 가치 과녁(Bull's eye for Virtue)에 "일, 학습 / 대인관계 / 여가, 재충전 / 개인적 성장과 건강"이라는 4영역의 가치를 구체적으로 적어보고, "나의 인생정원 가꾸기" 작업지에 각 영역별 가치 실현에 다가서기 위한 실천 가능한 전념행동 목록을 구체적으로 작성하도록 하였다. 그리고 죽음 성찰을 통한 삶의 가치 명료화와 전념행동에 도움이 될 수 있는 서적을 소개하고, 각자 교육 소감을 나눈 후 교육을 종료하였다.

비교집단: 문제해결 훈련

비교집단 교육에서는 효과적인 문제해결을 통한 스트레스 관리가 결국 건강과 질병 관리에 영향을 미침을 언급하며 일상생활에서 맞닥뜨리는 사회적 문제를 해결하는 다양한 태도를 살펴보고 문제해결 능력을 증진시키고자 하였다. 효과적으로 문제를 해결하지 못하여 스트레스가 가중되면 이는 결국 문제해결 능력의 손상과 대처 자원의 파괴를 초래하기 때문에 스트레스에 더 취약해지는 악순환을 겪게 된다는 것을 설명하였다. 또한 질병이나 건강상태의 악화 역시 살면서 겪게 되는 하나의 문제

표 17. 문제해결 훈련 교육 - 비교집단

회기	주요내용	사용한 자료
4 회기	· 문제 해결과 스트레스의 체계 모델 · 문제해결 검사 5요인: 긍정지향, 부정지향, 계획적, 충동·부주의적, 회피적 해결	· 영화 - 쇼생크 탈출 '긍정 지향, 계획적 해결' · 문제해결검사(PST) : 개인별 피드백
5 회기	문제해결 훈련 (1) 개념과 기법 · 장애물: 인지 과부하, 정서조절 곤란, 부정사고·낮은 동기, 비효과적 해결 · 도구세트: 다중과제 처리, SSTA기법, 건강사고·긍정상상, 효과적 해결	· 시 - 담쟁이 · 문제해결 활동지 양식: 문제해결(전체)/의사결정/ 동기고양/행동계획성과평가
6 회기	문제해결 훈련 (2) 행동 계획 · 심상훈련: 목표 달성의 긍정적 시각화 · 나의 문제해결 도구세트(대안 마련, 행동 계획)	· 시 - 평정을 비는 기도 · 활동지:의사결정/행동계획 · 관련서적 - 「문제해결대전」

상황이기 때문에, 이를 효과적으로 점검하고 관리해나가는 것이 중요하다는 것을 강조하였다. 문제해결 훈련은 Nezu 등(2007)이 제작한 문제해결 검사(PST), 「문제해결치료 매뉴얼」(2016)을 참고하여 연구의 취지에 맞게 수정하였다. 비교집단에서 실시한 문제해결 훈련 교육의 내용은 표 17에 요약되어 있다.

4회기에는 영화 "쇼생크 탈출" 장면을 제시하며 "희망"을 가지고 목표달성을 위한 행동을 실천하는 주인공들의 태도에서 긍정적 문제 지향과 계획적 해결의 중요성을 언급하며 교육을 시작하였다. 그리고 삶에서 경험하는 사회적 문제를 효과적으로 해결하지 못할 경우 스트레스가 가중되며, 이는 결국 대처 능력 자체를 손상시켜 해결되지 못한 스트레스가 더욱 가중되는 악순환으로 이어져 건강의 악화를 초래할 수 있음을 설명하였다. "문제해결과 스트레스 체계 모델"은 아동기의 생애초기 생활 스트레스, 성인기의 일상적 스트레스와 중대한 생활 사건이 모두 뇌의 신경생물학적 취약성과 상호작용하며, 사회적 문제해결 능력이 양측 모두에 관여한다고 밝혀진 만큼, 효과적인 문제해결이 중요함을 강조하였다. 그리고 참여자들이 중간평가 때 작성한 문제해결 검사의 개인별 결과를 제공하고, 각자가 긍정적 문제 지향, 부정적 문제 지향, 계획적 해결, 충동·부주의적 해결, 회피적 해결의 특성을 얼마나 지니고 있는지, 영향을 미친 경험이나 요소들은 무엇인지 생각해보는 시간을 가졌다.

5회기에서는 본격적으로 문제해결 훈련의 개념과 기법에 대한 교육을 진행하였다. 먼저 목표달성을 방해하는 4가지 장애물, 1) 인지과부하, 2) 정서조절 곤란, 3) 부정사고·낮은동기, 4) 비효과적 해결양식을 설명하고, 각각의 문제를 해결하기 위한 도구세트로 1) 외재화, 시각화, 단순화를 통한 다중과제처리, 2) 스트레스 상황에서 정서 반응 패턴에 대해 숙지하고, 반응 속도를 늦추고 합리적 해결을 시도할 수 있도록 SSTA 기법(stop-slowdown-think-act, 멈추고, 늦추고, 생각하고, 행동하기) 사용, 3) 부정적 해석 양식 및 비합리적 신념의 수정과 목표 달성에 관한 긍정적 심상화, 4) 계획적 문제 해결에 대해 구체적으로 설명하였다. 특히 2) 정서조절 곤란-SSTA 기법과 관련하여 정서 반응을 억제하거나 회피하

라는 것이 아닌, 본인이 어떤 상황에서 부정적 정서를 쉽게 경험하는지 인식하고, 이를 토대로 상황의 선택이나 변화, 주의 분산이나 인지적 변화, 이완훈련 등을 통한 반응 조절 등의 방식으로 정서 경험의 형태를 바꾸는 것임을 강조하였다. 그리고 각 문제해결 과정 전체를 다루는 활동지 양식을 보며 1) 문제는 무엇입니까(해결될 수 있는 것입니까?), 2) 문제 해결의 현실적 목표는 무엇입니까?, 3) 목표 성취에 가장 큰 장애물은 무엇입니까?, 4) 목표를 성취하기 위한 대안적 방법에는 무엇이 있을까요? 에 나온 답해보는 시간을 가졌다.

6회기에는 문제를 해결하여 목표를 달성하기 위한 동기를 고양시키기 위해 "목표 달성 순간"을 생생하게 떠올려는 심상화 처치를 함께 연습해본 후, 지난 회기에 작성해본 문제해결양식을 다시 살펴보면서, "문제 정의 / 목표 설정 / 대안 마련 및 의사 결정 / 행동계획"을 구체적으로 작성하도록 하였다. 그리고 문제해결 목표 설정과 대안마련 및 행동계획에 도움이 될 수 있는 서적을 소개하고, 각자 교육 소감을 나눈 후 교육을 종료하였다.

분석

분석에는 R(version 4.0.5)을 사용하였다. 먼저 자료의 정규성을 확인하고자 Shpiro-Wilk 검정을 실시하였다. 집단 간 사전동질성 확인을 위해 성별과 치료 중인 질환이 있는 참여자의 차이에 대해서는 카이스퀘어(χ^2), 나머지 연령 및 종속측정치의 차이에 대해서는 일원배치 분산분석을 실시하였다. 종속측정치에 영향을 미치는 것으로 생각되는 치료 중 질환의 유무에 따른 차이 검증으로는 독립표본 t 검정을 실시하였다. 자료 분석은 집단 간 사전동질성 확인에는 성별, 치료중 질환 여부의 집단 간 차이는 χ^2 검증으로, 연령과 나머지 종속측정치의 집단 간 차이는 ANOVA로 분석하였다. 정규성 검정은 조건x시점의 ANOVA 모형에서 발생한 residual의 정규성 검토이기 때문에 사전동질성 확인 단계까지 비모수 분석 방법을 적용하지는 않았다.

측정시기별 집단 간 차이를 살펴보기 위해 비모수 일원배치 분산분석 방법인 Kruskal Wallis rank sum test를 실시하였다. 본래 반복 측정치에는 Friedman test를 해야 하지만, 본 연구의 경우 처치조건마다 표본 크기가 달라 전제 조건인 balanced block design을 충족시키지 못하였다. 유의한 집단 차이가 나타난 시점에 대해서는 사후 검정으로 pairwise Wilcoxon test를 실시하였다. 치료 중 질환을 공변량으로 넣을 것을 고려해 보았으나, 이 역시 balanced block design을 전제로 하기 때문에 시행하지 못하였다. 다음으로, 집단 내 차이를 살펴보기 위해, 앞과 동일한 사유로 Friedman test 대신 Kruskal Wallis rank sum test를 실시하고, 유의한 차이에 대해 사후 검정으로 pairwise Wilcoxon test를 실시하였다. 이후 집단 내 변화를 파악하기 용이하도록, 종속측정치 변화 추세를 담은 그래프를 제시하였다.

결 과

연구 3에서는 세 집단(실험집단, 비교집단, 대기집단)을 대상으로, 네 번의 시기(사전, 중간, 사후, 추후)에 걸쳐, 질병불안, 증상해석-신체귀인, 불안민감도_신체염려, 병원-불안, 병원-우울, 건강 관련 삶의 질, 자기효능감, 삶의 만족도, 죽음태도를 측정하였다.

사전 동질성 분석

각 집단의 사전 동질성을 분석하기 위하여, 각 집단 참여자들의 인구통계학적 특성에 대한 집단 간 차이를 검증하여 표 18에 제시하였다. 성별의 집단 차이를 비교한 결과 유의한 차이가 나타나지 않았다, $\chi^2(2)$ = 1.07, p = .586. 집단별 평균연령 또한 실험집단(39.70세), 비교집단(47.38

표 18. 처치 집단별 인구통계학적 특성 및 종속측정치의 집단 간 차이 검정

		실험집단 (n=12)	비교집단 (n=8)	대기집단 (n=11)	$\chi^2(2)$	p
성별	남	3	3	5	1.07	.586
	여	9	5	6		
치료 중인 질환	없음	3	2	8	6.64	**.036**
	있음	9	6	3		
		M(SD)	M(SD)	M(SD)	F	p
연령		39.70 (14.90)	47.38 (12.71)	42.80 (13.70)	.71	.498
IAS 질병불안		49.92 (19.36)	48.75 (13.85)	46.45 (16.22)	.12	.886
SIQ_som 증상해석-신체귀인		29.00 (7.36)	31.50 (7.76)	28.09 (7.08)	.52	.603
ASI_phy 불안민감도-신체염려		15.83 (7.28)	17.38 (6.32)	14.55 (6.01)	.43	.658
SF-6D 건강 관련 삶의 질		62.01 (20.14)	65.97 (16.31)	63.76 (17.45)	.11	.893
HADS_anx 병원불안		7.92 (5.26)	9.38 (4.07)	8.09 (4.53)	.26	.776
HADS_dep 병원우울		7.92 (4.80)	7.25 (4.98)	7.91 (4.66)	.06	.944
GSES 자기효능감		25.75 (5.77)	25.50 (8.30)	25.82 (9.99)	.00	.996
SWLS 삶의 만족도		21.83 (4.47)	20.13 (7.95)	19.55 (6.55)	.41	.665

세), 대기집단(42.80세) 간에 유의한 차이가 나타나지 않았다, $F(2, 29)$ = .71, p = .198. 그러나 치료 중인 질환이 있는 참여자의 수는 집단 간에 유의한 차이가 나타났다, $\chi^2(2)$ = 6.64, p = .036. 교육 과정 중에 건강이 악화된 경우 측정치에 현저한 영향을 미치는 것으로 드러나, 이 역시 치료 중 질환으로 간주하여 분석하였다. 다음으로 사전평가 측정치에서 집단 간 차이가 나타나는지 검증한 결과, 모든 척도에서 집단 간 통계적으로 유의한 차이가 나타나지 않았다. 그러나 표본 크기가 작고, 이미 처치 집단 간에 치료 중 질환을 지닌 참여자의 수가 유의하게 다른 것으로 드러났으므로, 모수 통계 방법으로 유의한 차이를 밝히진 못했지만 처치

집단 간에 종속측정치의 기저선과, 연령 등에서 실질적인 차이가 존재하는 것으로 간주하고 결과 해석에서도 이를 감안할 필요가 있을 것으로 생각된다.

치료 중 질환 유무에 따른 차이 분석

자료를 분석하기에 앞서, 집단 간에 유의한 차이가 나타난 치료 중인 질환 유무에 대해 독립표본 t 검증을 실시하여 표 19에 제시하였다. 분석 결과, 치료 중인 질환의 유무에 따라 질병불안, 신체증상 해석편향, 불안민감도 신체염려, 건강 관련 삶의 질에서 유의한 차이가 나타났다, 질병불안: $t(26.983) = 2.40$, $p = .023$, 신체증상-해석편향: $t(26.983) = 3.16$, $p = .003$, 불안민감도-신체염려, $t(26.983) = 2.73$, $p = .011$, 건강 관련 삶의 질: $t(26.983) = 2.81$, $p = .009$.

표 19. 치료 중인 질환 유무에 따른 종속측정치의 차이 검정

	치료 중인 질환		t	p
	없음 (n=13) M(SD)	있음 (n=18) M(SD)		
IAS 질병불안	40.62 (14.38)	**54.00**[a] (15.96)	2.399	**.023**
SIQ_som 증상해석-신체귀인	25.08 (6.65)	32.39 (6.14)	3.161	**.003**
ASI_phy 불안민감도-신체염려	12.38 (5.97)	18.22 (5.83)	2.726	**.011**
SF-6D 건강 관련 삶의 질	73.15 (17.38)	56.79 (14.94)	2.808	**.009**
HADS_anx 병원불안	7.23 (4.75)	9.17 (4.46)	1.161	.255
HADS_dep 병원우울	7.69 (5.07)	7.78 (4.45)	.050	.961
GSES 자기효능감	24.85 (9.35)	26.33 (6.77)	.514	.611
SWLS 삶의 만족도	21.69 (6.26)	19.78 (6.06)	.856	.399

주. IAS로 측정한 임상적으로 심각한 질병불안 cutoff score: 47. a.참여자 중 치료 중인 질환이 있는 경우 평균점수 54로 질병불안 수준이 매우 높은 수준임.

처치 조건 별 참여자 수가 다른 비모수 통계 방법에서 치료 중인 질환 여부를 공변량으로 통제하기는 앞서 설명했듯이 쉽지 않다. 또한 치료 중 질환이 가변적인 요인이며 종속 측정치에 영향을 많이 미치는 만큼 공변량으로 통제하는 것이 본 연구에 적절하지 않다는 의견 또한 고려할 필요가 있다. 따라서 향후 분석에서는 결과의 의미를 해석할 때 치료중 질환을 지닌 참여자의 수가 미치는 영향 등에 대해서만 고려하고, 분석시에는 따로 통제하지 않았다.

측정 시기별 집단 간 차이

실험집단, 비교집단, 대기집단의 측정 시기별 차이를 비교하기 위하여, 사전, 중간, 사후, 추후에 모집한 종속 측정치들에 대하여 비모수 일원배치 분산분석인 Kruskal Wallis rank sum test를 실시하여 주요한 결과를 표 20에 제시하였다(나머지 종속 측정치 결과는 부록 3-1에 제시하였다). 유의한 집단 차이가 나타난 시점에 대해서는 사후 검정으로 pairwise Wilcoxon test를 실시하였다.

분석 결과, 사후-추후 구간의 질병불안과 신체증상-해석편향에서 집단차가 유의하게 나타났다, 질병불안: $\chi^2(2) = 8.85$, $p = .012$, 신체증상-해석편향: $\chi^2(2) = 7.82$, $p = .020$. 사후검정에서 질병불안의 경우 비교집단이 대기집단에 비해 변화량이 유의하게 컸으며, $p = .049$, 실험집단이 대기집단에 비해서도 유의도가 다소 부족하긴 하나 변화량이 큰 것으로 나타났다, $p = .057$. 사후-추후 구간의 신체증상-해석편향의 경우 비교집단이 실험집단에 비해 변화량이 유의하게 큰 것으로 나타났다, $p = .036$. 다른 시기의 다른 종속측정치에서는 집단 간에 유의한 차이가 없었다.

이러한 결과를 시각적으로 명확히 살펴보고자, 각 종속 측정치별 처치 조건과 시기에 따른 집단별 변화를 나타내는 그림 8~그림 11을 도해하였다.

그림 8 질병불안의 변화를 보면, 사전-중간 구간은 대기집단에서, 사후-추후 구간은 비교집단에서 질병불안이 크게 감소하는 반면, 실험집단

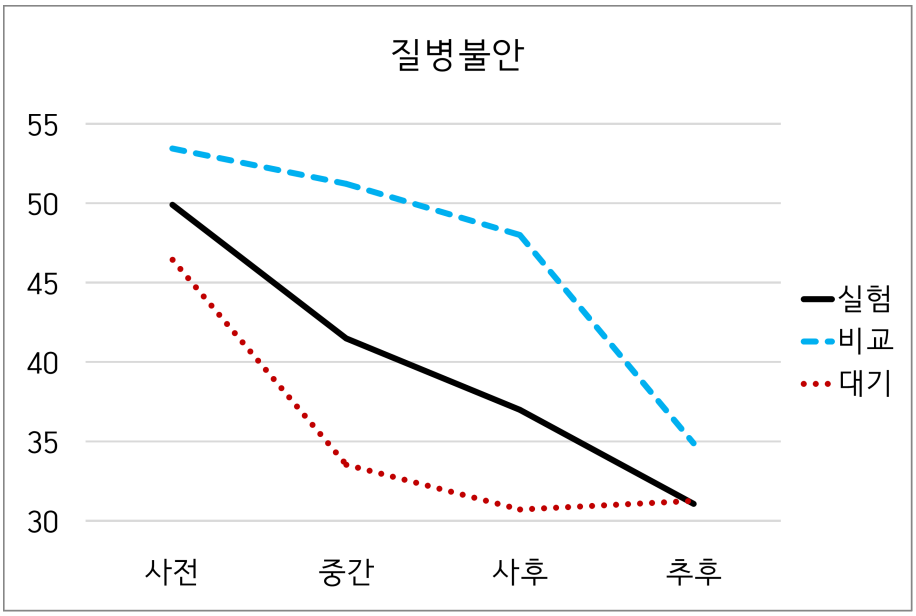

그림 8. 측정시기에 따른 처치조건별 질병불안 점수 변화

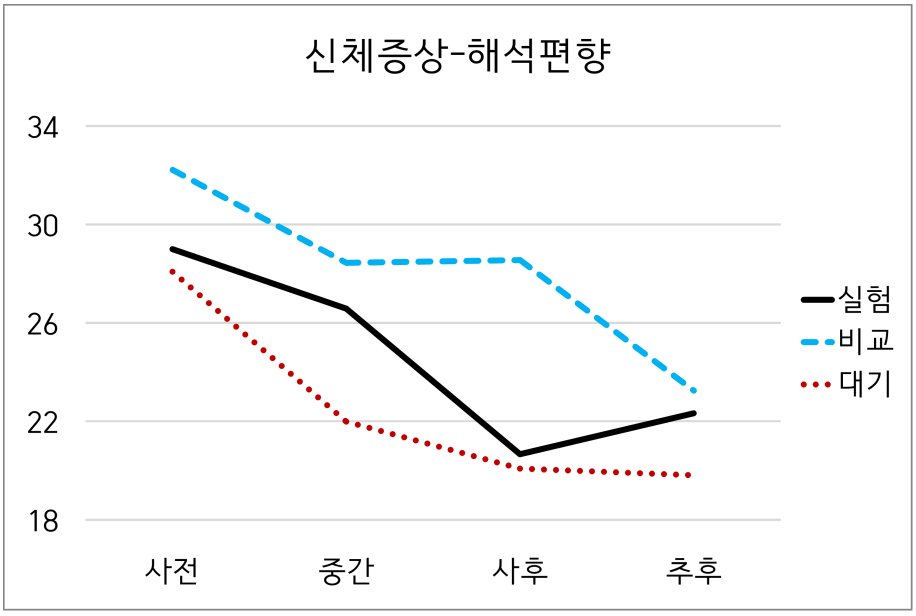

그림 9. 측정시기에 따른 처치조건별 신체증상-해석편향 점수 변화

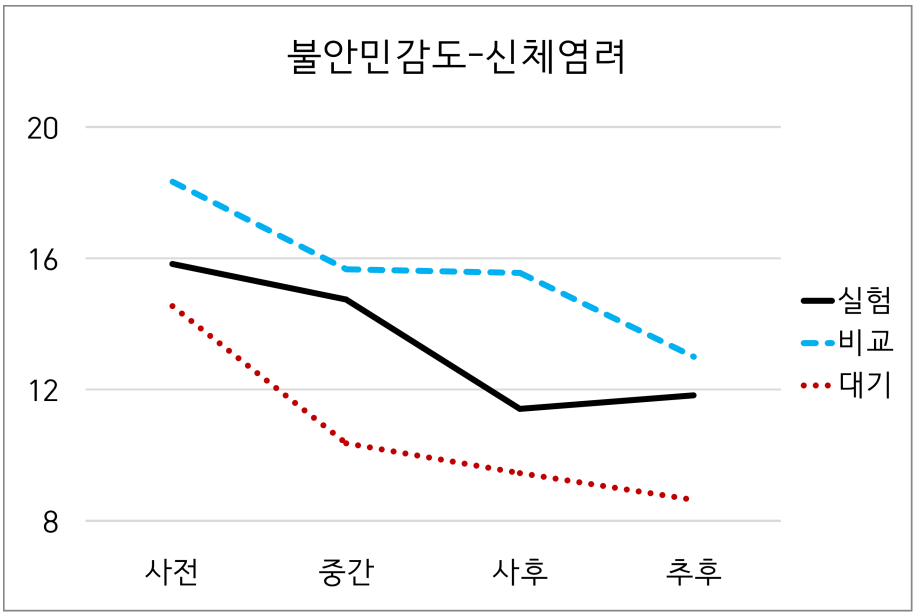

그림 10. 측정시기에 따른 처치조건별 불안민감도-신체염려 점수 변화

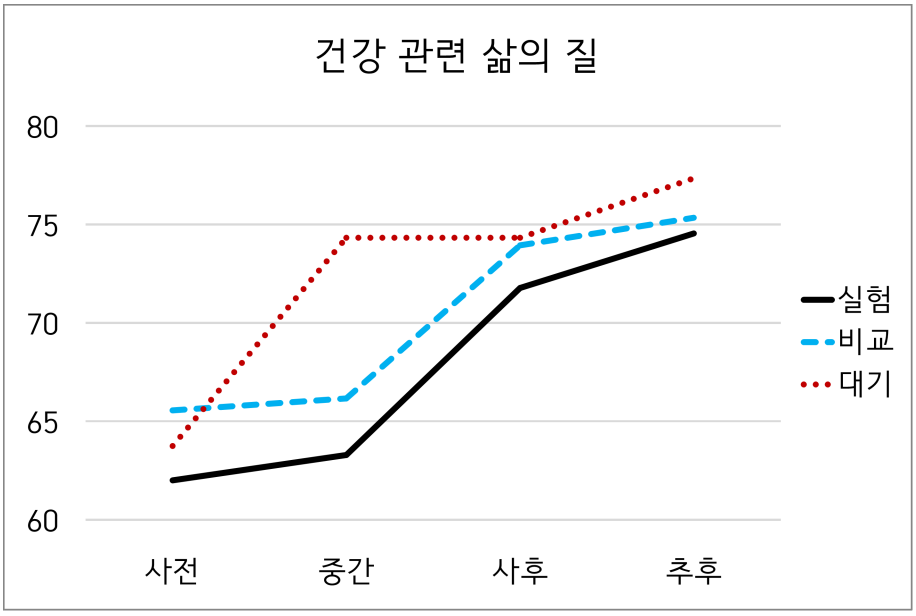

그림 11. 측정시기에 따른 처치조건별 건강관련 삶의 질 점수 변화

표 20. 측정시기별 주요 변인의 집단 간 차이

		사전 M (*SD*)	중간 M (*SD*)	사후 M (*SD*)	추후 M (*SD*)	Kruskal-Wallis rank sum test					
						사전-중간 $\chi^2(2)$	사전-사후 $\chi^2(2)$	사전-추후 $\chi^2(2)$	중간-사후 $\chi^2(2)$	중간-추후 $\chi^2(2)$	사후-추후 $\chi^2(2)$
IAS 질병불안	실험	49.92 (19.36)	41.50 (20.31)	37.00 (8.84)	31.08 (8.40)	3.74	3.30	0.90	0.35	3.23	**8.85[a]**
	비교	48.75 (13.85)	47.88 (14.72)	46.25 (13.77)	34.88 (6.03)	p = .154	p = .192	p = .637	p = .983	p = .199	**p = .012**
	대기	46.45 (16.22)	33.55 (12.37)	30.73 (9.50)	31.27 (11.16)	(.062)	(.046)	(.000)	(.000)	(.044)	**(.244)**
SIQ_som 신체증상-해석편향	실험	29.00 (7.36)	26.58 (9.31)	20.67 (7.63)	22.33 (8.02)	1.87	3.29	0.07	4.46	2.90	**7.82[b]**
	비교	31.50 (7.76)	27.63 (5.78)	27.13 (7.32)	23.25 (8.71)	p = .392	p = .193	p = .965	p = .108	p = .235	**p = .020**
	대기	28.09 (7.08)	22.00 (7.35)	20.09 (5.19)	19.82 (5.27)	(.000)	(.046)	(.000)	(.088)	(.032)	**(.208)**
ASI_phy 불안민감도-신체염려	실험	15.83 (7.28)	14.75 (7.07)	11.42 (5.52)	11.83 (5.73)	3.10	0.74	0.53	1.82	0.07	2.62
	비교	17.38 (6.32)	15.25 (4.62)	14.63 (4.72)	13.00 (5.55)	p = .183	p = .691	p = .769	p = .402	p = .965	p = .270
	대기	14.55 (6.01)	10.36 (3.96)	9.45 (2.88)	8.64 (3.01)	(.050)	(.000)	(.000)	(.000)	(.000)	(.022)
SF-6D 건강관련 삶의 질	실험	62.01 (20.14)	63.30 (20.97)	71.78 (9.44)	74.55 (9.01)	4.14	0.12	0.21	2.96	1.31	1.11
	비교	65.97 (16.31)	66.65 (18.21)	75.11 (10.99)	75.34 (7.52)	p = .126	p = .938	p = .900	p = .227	p = .520	p = .575
	대기	63.76 (17.45)	74.34 (14.6)	74.34 (7.06)	77.36 (8.08)	(.076)	(.000)	(.000)	(.034)	(.000)	(.000)

주. post-hoc : pairwise Wilcoxon test (다중비교 보정: Holm-Bonferonni)

a) 비교 > 대기 p = .049, 실험 > 대기 p = .057, **b)** 실험 < 비교 p = .036.

Kruskal-Wallis test에 대한 η^2 값은 p 값 아래 괄호 안에 표기함.

bias-correction에 의해 음수가 나올 때가 있는데, 분산의 비율이 음수일 수 없으므로 이러한 값들은 .000으로 표시함.

(Kenny, D. A., Kashy, D. A., & Cook, W. L. (2020). Dyadic data analysis. Guilford Publications.)

은 꾸준히 감소하는 추세를 보인다. 또한 신체증상-해석편향(그림 9)과 불안민감도-신체염려(그림 10)을 보면, 사전-중간 구간은 대기집단에서, 중간-사후 구간은 실험집단에서, 사후-추후 구간은 비교집단에서 감소량이 두드러졌다. 건강 관련 삶의 질(그림 11)을 보면 역시 사전-중간 구간에서는 대기집단의 증가량이 두드러지고, 중간-사후 구간에서는 실험집단과 비교집단의 증가량이 두드러졌다. 종합적으로 볼 때, 대기집단에서 사전-중간 구간의 CBT공통교육의 효과가 두드러졌으며, 실험 및 비교집단에서는 교육 효과가 후반부에 지연되어 나타나는 양상이었다.

측정 시기에 따른 집단 내 변화 비교

측정시기에 따른 종속측정치들의 집단 내 변화에 대해서도 비모수 일원배치 분산분석인 Kruskal Wallis Rank Sum Test를 실시하여 주요한 결과를 표 21에 제시하였다(나머지 종속 측정치에 관한 결과는 부록 3-2에 제시하였다). 유의한 집단 차이가 나타난 시점에 대해서는 사후 검정으로 pairwise Wilcoxon test를 실시하였다.

처치 시점 간에 집단 내 변화는 실험집단의 신체증상-해석편향에서 유의했으며, $\chi^2(2) = 10.68$, $p = .014$, 대기집단의 경우 질병불안, 신체증상-해석편향, 불안민감도-신체염려에서 유의한 것으로 나타났다, 질병불안 $\chi^2(2) = 8.13$, $p = .043$, 신체증상-해석편향 $\chi^2(2) = 8.48$, $p = .037$, 불안민감도-신체염려 $\chi^2(2) = 7.83$, $p = .039$. 어느 구간에서 변화가 유의했는지를 파악하고자 사후 검정을 실시한 결과, 실험집단 신체증상-해석편향은 사전-사후 구간의 변화가 유의한 것으로 나타났다, $p = .035$. 반면, 대기집단의 경우 사후검정에서는 유의한 변화 구간이 나타나지 않았는데, 다중비교 보정을 위해 Holm-Bonferonni 방법을 적용하여 더 엄격해진 유의도 수준으로 인해 그러한 결과가 나온 것으로 생각된다, 신체증상-해석편향, 사전-사후 및 사전-추후 $p = .056$, 불안민감도-신체염려 사전-추후 $p = .086$.

표 21. 측정시기별 주요 변인의 집단 내 차이

		1. 사전 M(*SD*)	2. 중간 M(*SD*)	3. 사후 M(*SD*)	4. 추후 M(*SD*)	Kruskal Wallis rank sum test $\chi^2(2)$	Kruskal Wallis rank sum test *p*	post-hoc pairwise Wilcoxon test*
IAS 질병불안	실험	49.92 (19.36)	41.50 (20.31)	37.00 (8.84)	31.08 (8.40)	5.98	.112	
	비교	48.75 (13.85)	47.88 (14.72)	46.25 (13.77)	34.88 (6.03)	6.12	.105	
	대기	46.45 (16.22)	33.55 (12.37)	30.73 (9.50)	31.27 (11.16)	8.13	**.043**[a]	
SIQ_som 신체증상 -해석편향	실험	29.00 (7.36)	26.58 (9.31)	20.67 (7.63)	22.33 (8.02)	10.68	**.014**	**사전 > 사후** ***p* = .035**
	비교	31.50 (7.76)	27.63 (5.78)	27.13 (7.32)	23.25 (8.71)	4.92	.178	
	대기	28.09 (7.08)	22.00 (7.35)	20.09 (5.19)	19.82 (5.27)	8.48	**.037**[a]	(사전 > 사후, 사전 > 추후 *p* = .056)
ASI_phy 불안 민감도 -신체염려	실험	15.83 (7.28)	14.75 (7.07)	11.42 (5.52)	11.83 (5.73)	2.97	.397	
	비교	17.38 (6.32)	15.25 (4.62)	14.63 (4.72)	13.00 (5.55)	2.89	.410	
	대기	14.55 (6.01)	10.36 (3.96)	9.45 (2.88)	8.64 (3.01)	7.83	**.049**[a]	(사전 > 추후 *p* = .086)
SF-6D 건강 관련 삶의 질	실험	62.01 (20.14)	63.30 (20.97)	71.78 (9.44)	74.55 (9.01)	5.09	.165	
	비교	65.97 (16.31)	66.65 (18.21)	75.11 (10.99)	75.34 (7.52)	3.42	.331	
	대기	63.76 (17.45)	74.34 (14.6)	74.34 (7.06)	77.36 (8.08)	4.39	.222	

주. * 다중비교 보정: Holm-Bonferonni **a:** 다중비교 보정으로 인해 post-hoc에서 유의하지 않게 나옴

전반적으로 대기집단에서 질병불안, 신체증상 해석편향, 불안민감도 신체염려라는 주요 측정치에서 변화가 두드러졌다. 실험집단도 사전-추

후 구간의 질병불안 변화가 큰 것으로 나타나지만, 통계적으로 유의하지는 않았고, 신체증상을 질병으로 오해석하는 경향만이 사전-사후에 유의하게 감소하였으나, 사후-추후 기간에서 다소 증가하였다.

집단 내 변화에 치료 중 질환 유무가 영향을 미쳤을 가능성을 검토하기 위하여 각 집단을 다시 치료 중 질환 유무별로 나눈 뒤, 주요 종속측정치의 변화추이를 처치조건과 시기에 따라 그림 12~그림 14에 도해하였다. 전반적으로 질환을 지닌 집단이 질병불안, 신체증상 해석편향, 불안민감도-신체염려가 높은 수준이었고, 대기집단은 질환 유무에 따라 집단 내 변화 추이가 크게 다르지 않은 반면, 실험집단과 비교집단은 질환 유무에 따른 종속 측정치 수준과 변화양상이 다소 다르게 나타났다.

그러나 실험집단 질환 없는 3명의 변화는 floor effect로 볼 수 있는 수준으로 생각된다. 따라서 질환 유무는 종속측정치의 평균에는 영향을 미치나, 변화 추이에는 별다른 영향을 미치지 않는 것으로 생각된다.

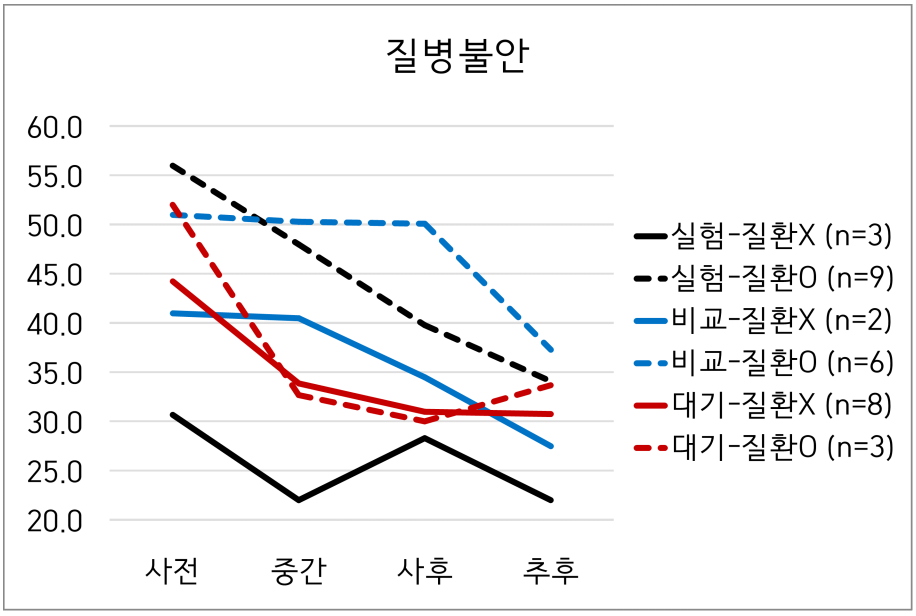

그림 12. 측정시기에 따른 처치조건-질환유무별 질병불안 점수 변화

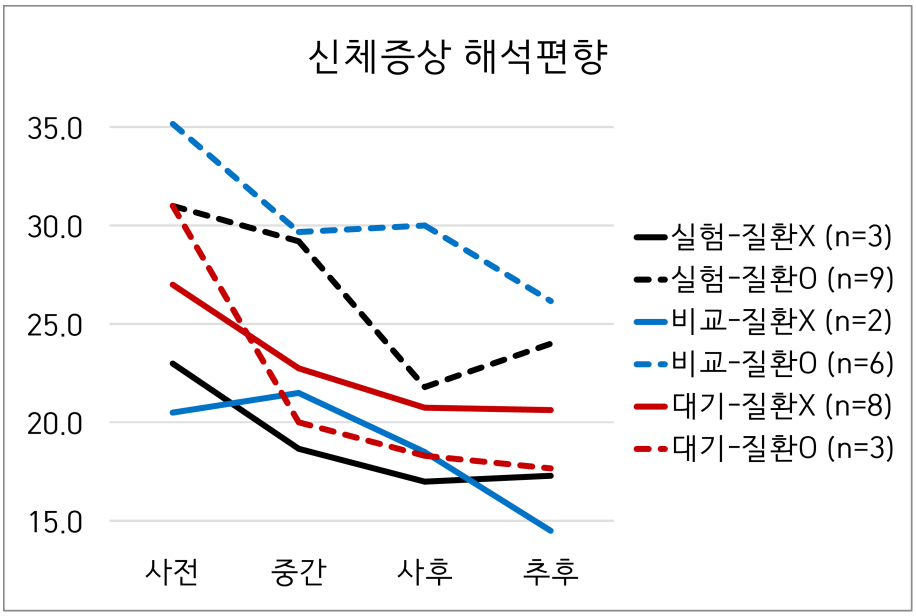

그림 13. 측정시기에 따른 처치조건-질환유무별
신체증상 해석편향 점수 변화

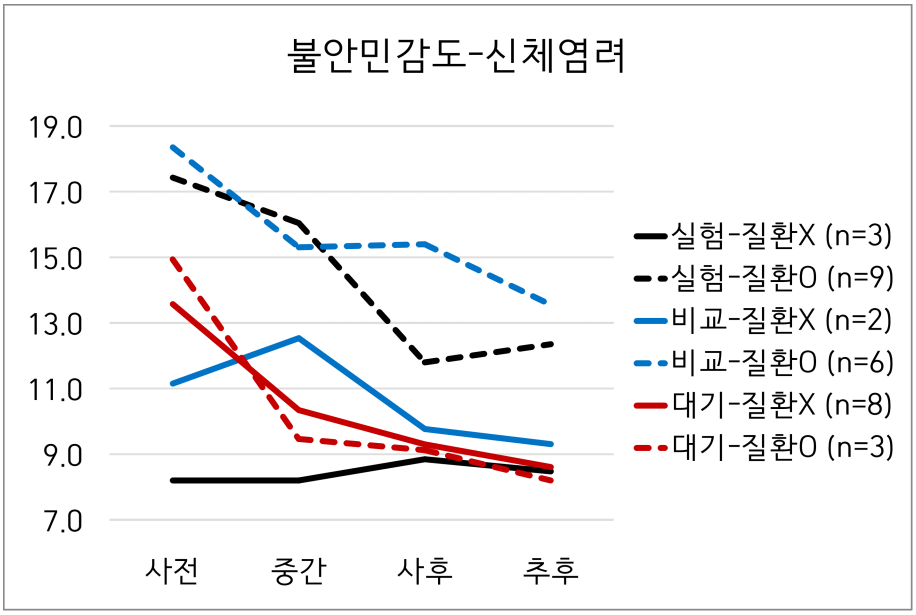

그림 14. 측정시기에 따른 처치조건-질환유무별
불안민감도-신체염려 점수 변화

처치 집단 간 요구 특성 및 개입에 대한 전반적 평가 비교

앞에서 검증한 처치 집단 간 차이가 조작한 처치 내용 이외의 특성에 기인하여 나타났을 가능성을 검토하기 위하여, 처치 집단 간 요구 특성과 개입에 대한 평가를 공통 교육 후 중간 평가와 후반부 교육 후 사후 평가로 나누어 비교한 결과를 표 22와 표 23에 제시하였다. 교육 내용을 일상 생활에 적용해보려는 행동 동기와 행동 실천, 치료자 평가(열정과 전문성), 참여자 평가(집중도, 이해도), 교육 평가(만족도, 유용도, 추천의사)에 대해 1점~10점으로 평정하게 하여, 처치 집단 간 차이를 일원 분산분석으로 비교하였다. 분석 결과, 일상에 적용하려는 정도나, 치료자, 참여자, 교육에 대한 평가 모두에서 집단 간에 통계적으로 유의한 차이가 나타나지 않았다. 따라서 앞서 나타난 처치 집단 간의 효과 차이는 집단 간 요구 특성이나 교육에 대한 평가에서 비롯된 것은 아니라고 해석할 수 있겠다.

표 22. 처치 집단 간 요구특성 및 개입 평가 비교 - 공통교육 후

종속측정치		실험집단 M(SD)	비교집단 M(SD)	대기집단 M(SD)	*F*	*p*
일상 적용	행동동기	9.75 (0.62)	8.78 (1.3)	9.00 (1.67)	1.797	.184
	행동실천	9.67 (0.65)	9.00 (1.12)	9.55 (0.69)	1.855	.174
치료자 평가	열정	8.17 (1.27)	7.78 (1.86)	7.91 (1.38)	.189	.828
	전문성	9.08 (1.00)	8.56 (1.13)	8.55 (1.37)	.776	.469
참여자 평가	집중도	9.25 (1.14)	8.89 (0.93)	9.27 (1.10)	.391	.680
	이해도	8.42 (1.08)	8.67 (1.00)	8.91 (0.94)	.677	.202
교육 평가	만족도	7.25 (1.14)	7.22 (1.56)	7.09 (1.70)	.037	.963
	유용도	8.17 (1.47)	8.56 (1.13)	8.45 (0.93)	.301	.742
	추천의사	8.92 (1.31)	9.11 (1.05)	8.55 (2.02)	.356	.821

표 23. 처치 집단 간 요구특성 및 개입 평가 비교 - 후반기 교육 후

종속측정치		실험집단 M(SD)	비교집단 M(SD)	*F*	*p*
일상 적용	행동동기	9.67 (0.65)	9.56 (0.88)	.095	.909
	행동실천	9.58 (0.67)	9.67 (0.71)	.475	.626
치료자 평가	열정	8.50 (1.51)	7.89 (2.03)	.431	.653
	전문성	9.08 (1.00)	8.44 (1.51)	1.222	.309
참여자 평가	집중도	9.33 (0.89)	9.56 (0.73)	.290	.075
	이해도	8.92 (1.16)	8.44 (1.42)	.423	.658
교육 평가	만족도	7.92 (2.07)	7.00 (1.87)	.851	.437
	유용도	8.92 (1.00)	8.89 (1.96)	.164	.849
	추천의사	9.33 (1.07)	9.22 (0.97)	.307	.737

처치 집단 간 죽음태도 변화 비교

실험집단의 교육 효과가 예상과 달리 효과적이지 않은 것으로 나타나고 있어, 죽음태도 성찰 교육의 효과와 타 집단의 죽음태도 변화를 확인하고자 측정 시간에 따른 죽음공포와 중립수용의 변화 양상을 그림 15와 그림 16에 도해하였다. 죽음태도 성찰 개입은 중간 평가 이후 실험집단에만 이루어졌음에도 불구하고, 죽음공포와 중립수용 모두 추후에는 비슷한 수준으로 수렴되는 양상을 나타냈다. 죽음공포의 경우, 대기집단은 기저선 자체가 매우 높았지만 교육 진행 이후로 점차 감소하여, 사후-추후 구간에서 가장 두드러지게 감소하는 모습이었다. 그리고 중립수용은 집단간 차이가 거의 없다고 해도 무방한 수준이었다. 변화양상만 놓고 보자면, 죽음태도 성찰 개입을 통해 질병불안을 완화한다기 보다는 오히려 심리교육을 통해 질병불안이 완화됨에 따라 죽음공포가 감소하고 중립수용이 증가하는 것으로 해석하는 것도 가능할 것으로 생각된다.

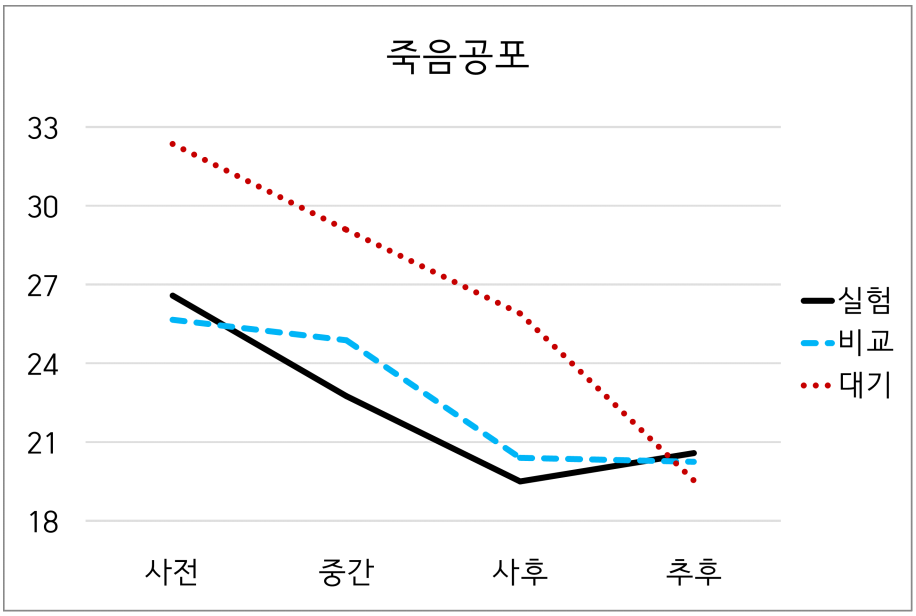

그림 15. 측정시기에 따른 처치조건별 죽음공포 점수 변화

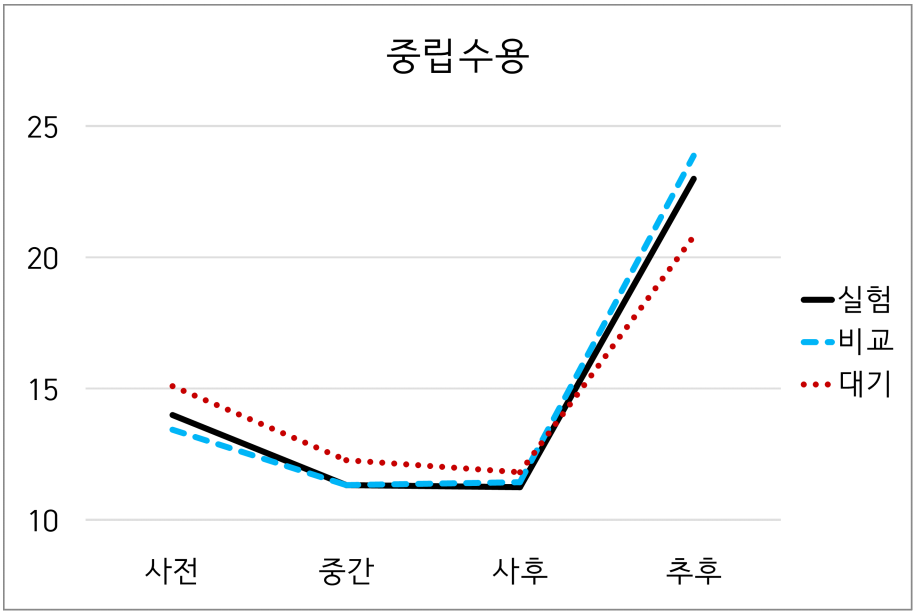

그림 16. 측정시기에 따른 처치조건별 중립수용 점수 변화

심리교육의 효과에 대한 추가적 분석

심리교육이 효과적이었던 참여자들의 특성

처치 조건에 따른 교육의 효과가 예상과 달리 뚜렷하게 나타나지 않아, 교육 효과가 나타났던 사람들과 교육 효과가 없었던 사람들로 구분하여 특성을 비교해보고자 시도하였다. 아래 표 24에 사전평가에서 임상적 절단점인 47점(Hedman et al., 2015)을 넘는 심각한 질병불안을 지녔었지만, 추후평가에서 절단점 이하로 질병불안이 크게 감소한 참여자 9명의 자료를 제시하였다. 이들은 모두 대학원에 재학 중이거나 졸업한 고학력자였으며, 50대 참여자 세 명을 제외하면 연령대가 20~30대로 젊었다. 3주 공통교육 당시 건강상태가 악화되었던 2명과 암 경과 관찰중인 1명을 제외하고, 모두 인지행동치료 기반 공통교육을 마치고 실시한 중간평가에서 사전평가에 비해 질병불안이 상당히 완화된 모습이었다.

표 24. 효과적으로 질병불안이 완화된 참여자들의 특성

집단	이름	연령	성별	질환	ISA 질병불안				SIQ_som 신체증상 해석편향				ASI_phy 불안민감도 신체염려				DAP-R: FD 죽음태도 -죽음공포			
					사전	중간	사후	추후	사전	중간	사후	추후	사전	중간	사후	추후	사전	중간	사후	추후
실험	Y**	25	남	유	66	42	30	23	39	32	20	22	23	23	15	11	26	18	14	15
	K**	28	남	유	70	33	38	32	37	23	15	21	20	11	10	10	39	31	11	11
	P**	35	여	유	84	87	50	43	37	40	16	25	26	24	11	11	26	34	22	14
	K**	54	여	유	68	37	38	38	28	18	16	16	20	10	7	8	26	24	27	26
비교	K**	39	여	유	61	69	68	42	36	33	29	21	26	12	16	11	30	24	23	21
	Y**	54	남	유	71	69	63	42	40	24	22	18	17	13	14	8	28	20	25	17
대기	K**	34	남	무	53	29	26	24	33	35	21	17	12	8	7	6	27	25	26	24
	H**	39	여	무	76	39	30	20	27	25	16	17	23	12	8	7	15	18	17	18
	K**	59	여	유	63	52	38	34	39	30	26	24	18	15	12	11	19	19	23	21

또한 질병불안 뿐 아니라, 신체증상 해석편향과 불안민감도-신체염려 수준도 동반하여 감소하는 양상을 보였다. 그러나, 죽음태도-죽음공포 수준의 변화양상은 다소 다르게 나타났다. 대기집단 참여자들은 공통적으로 죽음공포 수준에 별다른 변화가 없었지만, 실험 및 비교집단의 참여자는 1명을 제외하면 모두 죽음공포가 완화된 모습을 나타냈다. 물론 이는 대기집단 참여자들의 사전 죽음공포 수준이 이미 낮아서 더 이상 감소할 여지가 적었기 때문일 수도 있겠다.

효과적인 질병불안 완화에 기여한 것으로 고려해볼 수 있는 요소들은 다음과 같다. 먼저, 학력이 중요한 역할을 했을 수 있다. 인지행동치료, 수용전념치료, 문제해결치료 모두 공통적으로 자신의 인지, 행동, 정서에 대한 감찰(monitoring) 능력과 목표에 따라 계획하고 실행할 수 있는 집행기능을 필요로 하는데, 이는 학력과 어느 정도 상관이 있을 것으로 생각된다. 두 번째로, 코로나 시기 대학원 과정에서 온라인 수업을 받아본 경험이 풍부한 덕에 온라인으로 진행된 심리교육에 더 효과적으로 집중하고 관련 지식을 학습하기 용이했을 가능성이 있겠다. 연령대가 높은 참여자들이 공통교육 이후의 중간평가와 후반부 교육 이후의 사후평가에서, 온라인 방식의 교육의 진행에서 충분한 소통, 의견 교류, 참여가 이루어지지 않아 아쉽고 대면 방식의 교육으로 진행하면 훨씬 더 좋겠다는 다수의 의견을 남긴 것 또한 이러한 해석을 뒷받침한다. 세 번째로, 교육 시작 전에 질병 불안 수준이 높았던 참여자들이 참여 동기나 집중도가 실제로는 더 높았을 가능성이 있다. 또한 사전 질병수준이 높기 때문에 질병수준이 낮은 사람들에 비해 교육을 통해 완화될 여지가 더 많았을 가능성도 있겠다.

죽음태도 성찰 교육이 효과적이었던 참여자 사례

죽음태도 성찰 교육은 실험집단 참여자들의 죽음공포를 더욱 낮추거나 중립수용 태도를 더욱 증진하는 차별적 효과를 가져오지 못하진 못한 것으로 생각된다. 세 집단 모두에서 평가 시점별 죽음공포와 중립수용 변화추이가 유사하게 나타났다(그림 15, 그림 16 참고). 심리교육을 통한

질병불안 완화 효과 역시 실험집단이 아닌 비교집단에서 대기집단에 비해 더 효과적인 것으로 나타났다(표 20참조). 이에 연구 계획시에 기대했던 바대로 죽음태도 성찰 교육을 통해 질병 불안이 완화된 모습을 보이는 개별 사례 연구의 필요성이 제기되었다. 사후 평가시의 참여자 평가 내용 중 해당되는 것이 있어 아래에 인용해보았다.

P** (질환 때문에 직업 활동 불가능해질거라는 파국화 경험, 표 24 참조)

4회기 죽음불안과 관련된 내용이 많은 도움이 되었던 거 같습니다. 죽음이나 질병에 대한 두려움과 불안이 커서 회피하려는 마음이 컸고, 그 과정에서 불필요한 불안이 더욱 증폭되었던 것 같습니다. 죽음에 대한 불안과 공포에 직면하고 대처하는 방식에 대해 배웠던 점이, 현실적이고 객관적으로 파악하고 불안을 완화하는데 많은 도움이 되었습니다.

논 의

연구 3에서는 개인의 죽음태도 중에서 죽음공포를 완화하고 중립수용을 증진하는 개입을 개발하고, 질병불안이 높은 사람들을 대상으로 개입을 실시하여 효과를 검증하였다. 연구 3의 주요 목적은 다음과 같다. 첫째, 질병불안에 영향을 미치는 것으로 알려진 죽음태도의 변화, 즉 죽음공포의 감소와 중립수용의 증진을 도모하는 심리교육 프로그램을 개발하여, 개입을 통해 죽음 태도 변화를 확인하고 이것이 질병불안의 완화로 이어지는지 확인하고자 하였다. 둘째, 전반부 3주 동안 인지행동치료 기반 교육을 공통적으로 실시하고 나서, 후반부 3주 동안 처치 조건에 따라 실험집단은 죽음태도 성찰을, 비교집단은 문제해결 훈련을 실시하고, 대기집단은 대기하도록 설계하여, 죽음태도 성찰 개입이 질병 완화에 기여하는 차별적, 추가적 효과를 확인하고자 하였다. 셋째, 질병불안 완화를 위한 인지행동치료 기반의 심리교육을 인지, 신체감각, 행동 측면을 1주씩 다루는 3주 과정으로 구성하여 대기집단에 실시하고, 3주, 6주가 경과한 후에 치료 효과가 얼마나 어떻게 유지되는지 확인하고자 하였다.

이러한 목적 하에 연구 3에서는 Höfling과 Weck(2013)이 제안한 기준에 의해 질병불안을 경험하는 사람들을 대상으로 개입을 실시하였다. 연구의 목적에 맞추어 실험집단에 실시할 죽음태도 성찰 교육을 새롭게 구성하였으며, 개입의 효과를 비교 검증하기 위하여 비교집단에 실시할 문제해결 훈련 교육을 「문제해결 치료 매뉴얼」(Nezu et al., 2016)을 기반으로 구성하였다. 또한 후반부에 교육 없이 대기할 대기집단을 포함해 세 집단 모두에게 전반부에 시행할 인지행동치료 기반의 질병불안 교육을, 「Helping Health Anxiety」(Anderson et al., 2011) 9주 Module을 연구자가 3주 과정으로 재구성하여 마련하였다. 실험집단과 비교집단에서 처치 내용을 제외한 처치의 구조 및 절차는 동일하게 진행되었다(4회기: 이론적 모델 제시, 심리척도의 개인별 결과 피드백, 5회기: 심리치료 이론의 개념과 기법 소개 및 실습, 6회기: 구체적인 실천 목표 설정 및 실행 계획 수립). 각 집단에서 사전, 중간(전반부 3주 공통교육 직후), 사후(후반부 3주 교육 및 대기 직후), 추후(개입 종료 3주 후) 시점에서 질병불안 및 관련 심리적 특성 측정치를 수집하여, 집단 간 비교 및 집단 내 비교를 수행하였다.

집단 간 차이를 비교한 결과, 사후-추후 구간에서 비교집단이 대기집단에 비해 질병불안이 유의미하게 감소하였으며, 실험집단 역시 유의도에 다소 못미치나 질병불안의 감소량이 대기집단에 비해 크게 나타났다. 또한 사후-추후 구간에서 비교집단의 신체증상-해석편향이 실험집단에 비해 유의하게 감소한 것으로 나타났다. 6주 교육을 받은 실험집단과 비교집단의 경우 전반적으로 교육 효과가 다소 지연되어 나타나는 경향을 보였는데, 그것은 두 집단에 치료 중 질환을 지닌 참여자가 2/3를 차지하고 있는 영향일 가능성이 있을 것으로 생각된다. 자료를 보면 신체 질환을 지니고 있는 경우 기저선에서 경험하는 불안이 높고 질환에 대한 염려가 지속되며 불안이 잘 완화되지 않는 것으로 여겨진다.

집단 내 변화를 보면, 실험집단이 사전-사후 구간에서 신체증상 해석편향에 유의한 감소를 보였다. 대기집단은 질병불안, 신체증상 해석편향, 불안민감도-신체염려에서 유의한 변화가 있는 것으로 나타났으나, 사후

검정에서는 구간 내 변화량이 유의하지 않은 것으로 확인되었다. 실험집단 참여자들이, 경험하는 불편한 신체 감각을 질병으로 해석하는 경향이 감소하였다는 것은 본 연구가 목적한 바와 일치하는 결과이다. 수용전념치료 기법을 이용해 죽음태도를 성찰하면서 내적 감각과 경험을 알아차리되 부정적인 해석과 융합시키지 않는 마음챙김과 심리적 수용의 태도로 주의를 삶의 가치와 전념 행동으로 돌리게 하는 처치가 신체 증상의 해석에도 적용되었을 가능성이 있겠다. 마음챙김 기반 인지행동치료(MBCT)를 심각한 질병불안에 실시한 예비연구에서, 질병불안의 완화에 영향을 미치는 것은 인지적 신념의 내용이 아니라 인지 과정이라는 것이 밝혀진 바 있다(Lobas & Barsky, 2010). 물론 사후-추후 기간에 다시 실험집단의 신체증상 해석편향이 다소 증가하여 교육효과 지속성이 부족한 것으로 생각되고, 죽음성찰이라는 교육 내용의 효과인지 수용전념치료 기법의 효과인지를 구분하기 어렵다는 점은 한계로 생각된다. 하지만, 비모수검정과 다중비교 보정을 통해 엄격한 유의도 기준을 적용했음에도, 질병불안의 대표적인 취약성 요인으로 여겨지는 신체증상 해석편향의 완화 효과를 확인할 수 있었다는 점에서 의의가 있다. 향후 이것이 통계적으로도 유의한 질병불안의 완화로 이어질 수 있도록 추후 연구가 필요할 것으로 생각된다.

가설과 달리 실험집단에서 다른 두 집단에 비해, 비교집단에서 대기집단에 비해 질병불안과 그 취약요인들의 완화가 효과적이지 않았던 이유를 몇 가지 추론해보았다. 첫째, 참여자의 기저 질환 및 교육 기간 중 발생한 질환이 영향을 미쳤을 가능성이 있다. 사전동질성 검증에서 치료 중인 질환이 있거나 교육 과정 동안 질병으로 신체 상태가 저조해지는 경험을 한 참여자의 비율이 실험집단과 비교집단에서 대기집단에 비해 유의하게 높았다. 이처럼 기저질환이 있거나 건강상태 악화를 경험한 참여자들의 경우 실체 신체적 불편감으로 인해 불안을 비롯한 취약 요인의 경험 수준이 완화되기 어려운 것으로 여겨진다. 작은 표본 크기로 인해 통계적으로 유의하지 않았으나, 실험집단과 비교집단 참여자들이 기저선에 경험하는 질병불안, 신체증상 해석편향, 불안민감도-신체염려 평균이

대기집단에 비해 높은 수준이었다.

둘째, 참여자의 교육 수준 및 비대면 교육 경험이 영향을 미쳤을 수 있다. 전체 참여자의 학력 정보를 얻지 못한 한계는 있으나, 앞서 살펴보았듯이, 각 처치집단 별로 질병불안이 크게 완화된 참여자의 경우 모두 대학원 재학 중이거나 졸업을 하여 학력 수준이 상당이 높고 코로나 시기 비대면 교육을 받은 경험이 많은 것으로 드러났다. 이것이 참여자가 교육에 집중하고 교육 내용을 이해하고, 자신의 인지, 행동, 정서적 측면을 스스로 감찰하고, 변화를 위해 계획을 세우고 이를 실천해가는 데 영향을 미쳤을 수 있겠다.

셋째, 후반부 교육의 특성이 영향을 미쳤을 가능성이 있다. 인지행동치료의 경우 상당히 구체화된 개념과 개입 방법으로 진행되는 반면, 실험집단에서 후반부에 죽음태도 성찰 개입을 위해 활용한 수용전념치료의 경우 상당히 포괄적으로 접근하는 치료법이어서, 전반부에서 후반부 교육으로의 연결성이 부족했을 수 있겠다. 또한 수용전념치료의 경우 '불안'과 씨름하지 않고 '전념할 가치를 택하여 구체적으로 행동'하도록 하여 주의의 초점을 전환하는 3세대 인지행동치료적 접근인 반면, 비교집단에서 실시한 문제해결치료의 경우 '불안과 스트레스가 과도해지지 않도록, 정서 변화를 잘 관찰하고, 스트레스를 관리'하도록 하여 주의를 계속 불편한 정서와 문제 상황에 맞추도록 하는 2세대 인지행동치료적 접근에 가까운 것으로 '조절'의 명분 아래 '긴장과 통제'의 끈을 놓지 못하여 불안을 지속시키는 부작용을 경험했을 가능성도 있을 것으로 생각된다.

넷째, 교육자 변인이 영향을 미쳤을 수 있다. 실험자의 기대 편향이 연구 참여자들에게 영향을 미치지 않도록 하기 위해, 실험집단과 대기집단의 교육은 연구자가 진행하되, 비교집단의 교육을 다른 임상심리전문가에게 의뢰하였다. 사전에 교육자료 ppt와 스크립트를 제공하여 공통교육의 동질성이 확보되도록 노력하고, 연구자 또한 관찰자로 비교집단의 모든 교육 과정에 참여하여 교육 진행을 모니터링하였으며, 참여자들의 참여, 출결상황, 오픈 채팅방을 통한 교육자료 제공 등은 연구자가 관리

하였다. 참여자 요구 특성 확인에서 실험집단과 비교집단 간의 교육자 평가에 유의한 차이는 없었지만, 아무래도 교육을 직접 구성하고 자료를 제작한 연구자에 비해 자료나 내용에 익숙하지 않아서 전달에 다소 부족함이 있었을 수 있다.

마지막으로, 연구 3은 몇 가지 제한점이 있으며 추후 연구에서는 이를 보완할 필요가 있다. 첫째, 본 연구는 선행연구에서 제안한 10문항짜리 약식 선별검사를 통해 기준점 이상의 질병불안을 경험하는 참여자를 선별하였는데, 비임상 집단인 일반 성인을 대상으로 실시하였기 때문에 개입 효과를 해석하는데 주의할 필요가 있다. 실제로 질병불안이 높지 않아 교육을 통해 효과를 경험하기 어려울 것으로 생각되는 참여자들도 일부 있었다. 추후 연구에서는 참여자 선발 시 보다 상세한 측정치 또는 구조화된 면접을 사용하여 준임상 집단, 혹은 임상 집단을 대상으로 본 개입의 효과를 재검증할 필요가 있겠다.

둘째, 각 집단에 포함된 연구 참여자의 수가 충분히 확보되지 않았다는 한계가 있다. 실험집단 12명, 비교집단 8명, 대기집단 11명에 불과하여 충분한 통계적 검증력을 갖추는데 한계가 있으므로, 추후 연구에서 충분한 수의 참여자를 확보하여 반복 검증할 필요가 있겠다.

셋째, 연구참여자의 성별, 연령, 교육수준의 개인차 변인을 통제하지 못했다. 따라서 60대 이하 질병불안 유병률이 남성이 더 높음에도 불구하고, 연구 참여자는 남성 11명, 여성 20명으로 여성 참여자에 편중되어 있어 연구 결과를 일반화하는데 제한이 있다. 또한 교육 효과가 컸던 참여자의 분석에서 드러났던 것처럼, 상대적으로 젊고 학력 수준이 높은 내담자들이 비대면 온라인 방식의 교육에서 더 큰 치료효과를 경험할 가능성이 있다. 따라서 향후에는 개인차 변인을 통제하여 보다 동질적인 참여자로 집단을 구성하여 교육을 실시하여 치료 효과를 확인할 필요가 있겠다.

넷째, 치료 중인 질환의 유무, 투약 여부와 심각도, 교육 과정 중의 신체 질환 경험 여부 등 건강과 관련된 요소를 보다 구체적으로 파악하고 이것이 미치는 영향을 통제하지 못하였다. DSM-IV에서 건강염려증으로

진단되던 환자들은 DSM-5(APA, 2013)에서는 75%가 실제 신체적 문제가 있는 신체 증상 장애로, 나머지 25%가 실제 신체적 문제가 없거나 약한데 이에 대한 걱정과 집착이 과다한 질병불안장애로 구분된다는 Newby 등(2017)의 연구를 고려할 때, 이 두 진단군의 환자들이 신체 증상에 영향받는 정도나 경험하는 불안의 특성도 다를 수 있을 것으로 생각된다. 따라서 향후 연구에서는 이러한 진단적 구분을 염두에 두고 집단을 구성하는 것이 치료 기제나 효과를 확인하고 실제 임상에 적용하는데 더 도움이 될 것으로 생각된다. 또한 교육 과정 중에 경험하는 건강 관련 사건이나 신체 상태를 매 교육시마다 간단히 체크하고, 이것이 미치는 영향을 결과 해석시에 고려할 필요가 있겠다.

다섯째, 3주 또는 6주로 구성된 매주 1회, 80분씩의 교육이 질병불안의 완화에는 충분하지 못했던 것으로 생각된다. 질병불안에 대한 심리적 개입은 1회에서 10회까지로 그 형태나 길이나 매우 다양하긴 하지만, 연구자가 참조한 자료는 인지행동치료를 기반으로한 9주 모듈이었는데, 매주 도입부(지난 주 복습)-진행내용-다음회기 예고로 구성되어 있고, 다양한 활동지와 연습으로 구성되어 있어, 충실히 참여하면 실제로 많은 도움이 될 것으로 생각되었다. 본 연구에서, 공통 교육 후 평가에 참여자들이 남긴 의견을 보면, 인지적 오류, 걱정에 대한 긍정 신념, 사고의 경직성이나 파국화 등 인지적 특성을 구체적으로 살펴보고 도움이 되지 않는 것을 변화시키는 연습, 걱정 미루기 연습(하루 중 걱정할 시간을 30분 이내로 정해두고, 평소 걱정 사고를 틈틈이 기록했다가 그 시간에 적은 내용에 대해서만 걱정하기), 불편한 감각에 선택적으로 주의를 기울이지 않기 위한 주의조절 훈련(오감을 활용한 일상과업 집중 훈련, 마음챙김 명상), 회피 행동 극복을 위한 노출 사다리 만들기(노출 행동 세분화 계획) 등이 도움이 되어 실습적인 요소가 더 많으면 좋겠고, 서로의 의견과 경험을 보다 활발히 나누고 들을 수 있으면 좋겠다는 요청도 많았다. 따라서 실제 일상 생활에서 경험하는 질병불안의 인지, 신체감각, 행동, 정서의 요소들을 살펴보고, 변화를 연습해보고, 이를 적용해보면서, 죽음에 대한 부분까지 다루기엔 6회차로 구성된 과정도 다소 부족한 것

으로 생각된다. 따라서 차후에는 이런 실습적인 요소와 참여적인 부분이 보완된 조금 더 증가된 회차의 교육을 구성하여 그 치료 효과를 검증해 보는 것이 필요하겠다.

여섯째, 본 연구에서 설문지를 통해 측정한 질병불안, 증상해석-신체귀인, 불안민감도-신체염려, 병원-불안과 우울, 건강 관련 삶의 질, 죽음태도의 다섯 하위 요인 등이 실제 참여자의 특성을 잘 반영하지 못했을 가능성이 있다. 자기보고식 척도의 한계를 보완하기 위해서는, 질병불안과 관련된 구체적인 행동-확인, 위안 추구, 회피 및 안전 행동-의 변화도 함께 측정하고, 주변인의 진술을 파악하거나 하는 방식으로 이를 보완할 필요가 있다.

일곱째, 본 연구에서 실시한 죽음태도 성찰을 위한 개입이 실제 죽음공포의 완화와 중립수용의 증진으로 이어졌는지가 측정치로는 확인되지 않는다. '죽음'이라는 현상이 명쾌하고 깔끔하게 측정하기 어렵고, '태도'라는 것이 변화시키기 어려운 것은 분명하지만, 어떠한 방식으로 개입했을 때 그래도 죽음을 덜 두려워하고, 좀 더 의연하게 받아들일 수 있도록 도울 수 있을지, 구체적 조작 방식에 대해 더 고민이 필요할 것으로 생각된다.

여덟째, 본 연구의 처치는 전 과정이 비대면 온라인으로 진행되었다는 한계가 있다. 참여자 모집과 운영에 용이하도록 온라인으로 진행하였으나, 카메라를 끄고 듣기만 하고 응답하지는 않는 참여자가 다수인 상황이 교육을 진행하는 사람에게도, 소통을 원하는 다른 참여자들에게도 실시간으로 진행되며 상호작용하는 교육을 통해 서로 배울 수 없다는 점에서 한계로 다가왔다. 실제 온라인 기반의 심리교육은 대면 심리교육에 비해 프로그램 이수율이 유의하게 적었다는 선행연구 결과(Celio et al., 2000)도 있는 만큼, 온라인 교육이 집중도, 참여도, 실제 적용, 타인의 경험을 통해 간접 학습 등에서 한계를 지닐 것으로 생각되는 바, 추후 연구를 대면 교육을 통해 본 연구를 진행하고 효과를 확인하여, 온라인으로 진행된 본 연구와 비교해보는 것도 의미가 있을 것으로 생각된다.

종 합 논 의

죽음이라는 현상과 개념에는 철학적, 종교적, 역사적인 부분 등 다양한 요소가 영향을 미친다. 또한 죽음태도는 죽음을 대하는 다양한 정서, 인지, 행동적 접근을 아우르는 개념이다. 이에 정신장애의 기저에 존재하는 초진단적 구성개념으로서 조명받기 시작한 죽음불안에 비해 죽음태도는 임상 분야에서 상대적으로 주목받지 못했다. 그러나 본 연구에서는 죽음 태도 자체에 주목하였다. 특히, 외상 사건이 외상 후 성장으로 이어질 수 있는 것과 마찬가지로, 죽음 역시 정신건강의 취약성 요인뿐 아니라 보호 요인으로 작용할 가능성이 있다는 점에 초점을 두었다. 이에 죽음 태도의 다양한 측면을 측정하는 도구를 마련하고, 죽음태도와 불안장애의 관계, 특히 죽음태도가 조절효과를 지니는 것으로 드러난 질병불안 장애와의 관계를 살펴본 뒤, 죽음태도가 질병불안에 미치는 영향을 경험적으로 검증함으로써, 죽음태도가 정신장애에 미치는 영향을 질병불안장애를 통해 이해해보고자 하였다.

본 연구는 크게 두 가지 목적을 갖고 진행되었다. 첫째, 죽음태도를 측정할 수 있는 타당한 척도를 마련하고자 하였다. 기존 척도들이 죽음에 대한 '불안'만을 측정하는데 그치고, '죽음'도 자신의 죽음 그 자체가 아니라, 가족의 죽음이나 임종 과정이나 죽음 이후의 미지 상태나 시체에 대한 공포 등 다양한 혼인 변인을 측정한다는 한계를 벗어나고자, 개인이 '죽음' 그 자체에 대해 갖는 '공포' 외의 다양한 태도를 측정할 수 있고, 다른 문화권과의 비교가 가능한 보편적인 척도를 마련하는 것이다. 둘째, 그렇게 측정한 다양한 죽음태도 변인이 정신건강에 어떠한 영향을 미치는지를 질문지 연구와 치료효과 연구를 통해 경험적으로 검증하고자 하였다. 기존 연구들은 주로 죽음에 대한 불안이 미치는 부정적 영향에 대해 초점을 맞추고, 이러한 불안을 효과적으로 방어 또는 제어하는 것에 연구의 초점을 맞추었다. 반면에, 본 연구에서는 다섯 가지의 죽음태도 중에서 가장 죽음에 부정적인 태도라 간주되는 죽음공포와 대비되는

태도인, 죽음을 정서적 동요 없이, 거부하지 않고, 삶의 과정으로 받아들이는 중립수용 태도가 정신건강에 미치는 영향에 대해서도 살펴보고자 하였다.

이러한 연구 목적을 수행하기 위해 세 개의 연구를 진행하였다. 연구 1에서는 죽음에 대한 다양한 태도를 측정하기 위해 널리 사용되는 척도인 죽음태도척도-개정판(DAP-R)을 원저자의 허가 하에, 한국어로 번안하여 타당화하였다. 연구 2에서는 죽음태도가 질병불안장애의 취약성 요인인 신체증상 해석편향과 질병불안 장애의 관계를 조절하는지 설문 연구를 통해 검증하였다. 마지막으로 연구 3에서는 질병불안에 대한 심리교육을 실시하면서 죽음공포를 완화하고 죽음수용을 증진하는 개입을 실시한 뒤, 질병불안 양상 및 심리적 적응의 변화를 측정하여 개입 효과를 검증하였다. 각 연구의 주요 결과는 다음과 같다.

연구 1에서는 죽음태도 척도-개정판(DAP-R)을 타당화하였다. 선행연구에서 요인에 대한 다양한 의견이 있던 만큼, 먼저 한국어판 DAP-R의 요인 수를 결정하기 위해 탐색적 요인 분석을 실시하여 죽음공포, 죽음회피, 도피수용, 접근수용, 중립수용의 5개로 결정하였다. 다음으로 확인적 요인분석을 진행하였으며, 신뢰도와 타당도를 확인하였다. 그 과정에서 교차 부하되거나, 요인 부하량이 낮은 문항 6개를 제거하여 26문항을 확정하였다. 한국어판 DAP-R은 내적 합치도와 검사-재검사 신뢰도는 양호하고, 죽음공포와 중립수용 요인에 비해 죽음회피, 도피수용, 접근수용 요인의 타당도가 다소 미흡한 것으로 나타났다. 이에 이후의 연구에서는 비교적 구성개념이 뚜렷하게 확인되고 서로 부적 상관을 보이는 상반된 태도를 나타내는 두 요인, 죽음공포와 중립수용을 위주로 죽음태도에 관한 연구를 진행하였다.

연구 2에서는 죽음태도와 질병불안의 관계를 검증하였다. 선행연구에서 죽음불안과의 관련성이 강하게 시사된 질병불안 장애를 선택하여, 대표적인 취약성 요인인 신체증상을 질병으로 간주하는 해석편향과 질병불안의 관계를 죽음태도가 조절하는지 살펴보았다. 위계적 회귀 분석을 통해, 죽음공포와 중립수용의 조절효과가 유의한 것으로 나타났다. 이에

Johnson-Neyman 기법을 이용하여 각 죽음태도 요인의 어느 영역에서 이러한 조절효과가 유의한지 탐색해본 결과(Preacher et al., 2006), 죽음공포와 중립수용 요인 모두 전체 영역에서 조절효과가 유의하였다. 따라서 신체증상을 질병으로 간주하는 해석편향이 질병불안에 미치는 영향에 있어, 죽음공포 태도는 취약 요인으로, 중립수용은 보호 요인으로 작용하는 것으로 검증되었다.

연구 3에서는 연구 1, 2의 결과를 토대로, 신체증상 해석편향을 교정하는 내용을 포함하는 기존의 인지행동치료 기반의 질병불안 교육을 실시하고, 죽음공포 완화와 중립수용 증진을 도모하는 죽음태도 성찰 개입을 개발하여 추가로 실시한 후, 사전, 중간, 사후, 추후 평가를 통해 처치효과를 검증하였다. 전반부 3주는 인지행동치료 기반의 질병불안 교육을 주 1회, 80분씩, zoom을 이용한 온라인 교육으로 실시하고, 후반부에서 실험집단에는 수용전념치료 기법을 이용하여 죽음태도를 성찰하는 개입을, 비교집단에는 문제해결치료 기법을 이용하여 문제해결 훈련을 통한 스트레스 완화를, 대기집단은 후반부 3주간 대기하도록 하여, 세 집단의 측정치를 비교하였다. 집단 간 차이를 비교한 결과, 사전-사후 구간에서 집단 간 유의한 차이는 나타나지 않았다. 사후-추후 구간에서 비교집단이 대기집단에 비해 질병불안이 유의미하게 감소하였으며, 실험집단 역시 유의도에 다소 못미치나 대기집단에 비해 질병불안의 감소가 두드러졌다. 또한 사후-추후 구간에서 비교집단의 신체증상-해석편향이 실험집단에 비해 유의하게 감소하였다. 전반적으로, 6주 교육을 받은 실험집단과 비교집단은 3주 교육 받은 대기집단에 비해 교육 효과가 다소 지연되어 나타나는 경향을 보였다. 치료 중 질환을 지닌 참여자의 비율이 높기 때문일 가능성과, 6주 집단의 경우 전반부의 인지행동치료 기반의 교육이 매우 구체적이고 질병불안 초점적인 것에 비해 후반부의 죽음태도 성찰이나 문제해결 훈련이 삶의 전반적 측면을 다루어 교육 간의 연계가 긴밀하지 않았기 때문일 가능성이 있겠다.

집단 내 변화를 보면, 실험집단이 사전-사후 구간에서 신체증상 해석편향에 유의한 감소를 보였다. 대기집단은 질병불안, 신체증상 해석편향,

불안민감도-신체염려에서 유의한 변화가 있는 것으로 나타났으나, 사후 검정에서는 구간 내 변화량이 유의하지 않은 것으로 확인되었다. 실험집단 참여자들에게서 불편한 신체 감각을 질병으로 해석하는 경향이 감소하였다는 것은 본 연구가 목적한 바와 일치하는 결과이다. 물론 사후-추후 기간에 다시 실험집단의 신체증상 해석편향이 다소 증가하여 교육효과 지속성이 부족한 것으로 생각되고, 죽음성찰이라는 교육 내용의 효과인지 수용전념치료 기법의 효과인지를 구분하기어렵다는 점은 한계로 생각된다. 그래도 비모수검정과 다중비교 보정을 통해 엄격한 유의도 기준을 적용했음에도, 질병불안의 대표적인 취약성 요인으로 여겨지는 신체증상 해석편향의 완화 효과를 확인할 수 있었다는 점에서 의의가 있다. 향후 이것이 통계적으로도 유의한 질병불안의 완화로 이어질 수 있도록 추후 연구가 필요할 것으로 생각된다.

이와 같은 일련의 연구 결과를 통해 얻을 수 있는 본 연구의 이론적, 임상적 시사점은 다음과 같다. 첫째, 다양한 죽음태도를 측정할 수 있는 척도를 마련하였다. 다소 미흡한 타당도가 한계로 여겨지긴 하지만, 죽음공포 죽음회피, 도피수용, 접근수용, 중립수용이라는 다양한 죽음 태도를 측정할 수 있고, 특히 그동안 간과되어왔던 수용적 죽음 태도에 대해 고찰하고 연구할 토대를 마련했다는 점에서 의미가 있다. 따라서 죽음불안이 미치는 부정적이고 부적응적인 영향에만 초점을 맞추거나, 보건의료계통 종사자처럼 죽음을 자주 접하는 직업군들의 업무에 영향을 미치는 차원에서만 죽음태도에 대한 연구가 이루어졌던 것에서 한 걸음 나아가, 죽음의 회피나 도피/접근/중립으로 나뉘는 죽음 수용 태도의 특성과 영향력에 대해서, 그리고 평균 수명이 길어지면서 점차 수요가 증가하고 있는 죽음준비교육이나 존엄한 죽음에 관한 논의와 관련해 개인의 특성을 파악하는 기초 자료로서 사용될 가능성 등 향후 다양한 분야에서 널리 활용될 수 있을 것으로 생각된다.

둘째, 죽음태도와 질병불안의 관계에 대하여 살펴보았다. 죽음공포는 질병불안의 취약성 요인인 증상해석-신체귀인, 그리고 질병불안 증상과 모두 뚜렷한 정적 상관을 보이고, 중립수용은 질병불안 증상과 부적 상

관을 보인다. 또한 위계적 회귀 분석에서 신체증상 해석편향이 질병불안에 미치는 효과를 죽음공포와 중립수용이 조절하는 것으로 나타났다. 신체증상을 질병으로 오해석하는 경향을 지닌 사람들이 질병불안을 경험함에 있어, 죽음공포가 취약요인, 중립수용이 보호요인으로 작용하는 바, 이에 대한 치료적 개입의 필요성이 시사되었다.

셋째, 질병불안 완화를 위한 심리교육에 있어, 죽음공포의 완화와 중립수용의 증진을 도모하는 치료적 개입을 개발하고 기존의 인지행동적 접근에 추가적으로 실시하여 그 효과를 검증하였다. 비록 치료중인 질환의 유무나 참여자의 연령 및 교육수준이 미치는 영향을 효과적으로 통제하지 못하여, 죽음태도 성찰 개입의 차별적, 추가적 효과를 확인하는데에는 한계가 있었지만, 개별 사례에서 죽음공포의 직면과 죽음의 불가피성에 대한 수용을 통해 질병 불안이 상당히 완화되었다는 보고가 있고, 질병불안 수준이 상당히 높았던 실험집단에서 비슷하게 치료중인 질환을 가진 참여자가 많았던 비교집단에 비해, 교육 이후 질병불안 수준이 임상적 절단점 아래 수준으로 완화된 참여자가 훨씬 많았다는 점에서 미루어 볼 때, 인지행동치료 기반의 교육에 죽음태도 성찰을 추가한 개입이 질병불안이 높은 임상군에서는 매우 효과적일 가능성이 시사된다.

마지막으로 본 연구의 한계점을 검토하고, 후속 연구를 위한 몇 가지 논의점을 제언하고자 한다. 첫째, 참여자 특성 상 연구 결과를 일반화하기 어렵다는 한계를 갖는다. 연구 1과 2는 외부 리서치 업체에 등록되어 설문조사에 매우 익숙한 성인 패널인을 대상으로 질문지 연구를, 연구 3 역시 온라인 채널을 통한 홍보를 보고 신청한 비임상군 성인을 대상으로 심리교육을 진행했기 때문에, 본 연구의 결과를 일반화하는데 제한이 있다. 따라서 추후 질문지 연구에서는 참여자 모집 방식을 좀 더 다양화하여, 성별, 연령, 사회경제적 수준, 교육 수준, 지역 등이 보다 균등하게 표집된 참여자들을 대상으로 본 연구 결과를 반복 검증할 필요가 있다. 또한 치료적 개입 연구의 경우 임상군을 모으거나, 치료중인 질환의 여부와 심각도, 교육 수준, 연령 등 교육 효과에 영향을 미치는 것으로 파악된 요인들을 사전에 미리 파악하여 통제하여 진행할 필요가 있겠다.

또한 대면 형태로도 교육을 진행하여 치료 효과를 재검증할 필요가 있다.

둘째, 연구 1에서 타당화한 죽음태도척도-개정판(DAP-R)의 수렴 및 변별 타당도가 다소 미흡한 것으로 나타났다. 이에 원척도와 가장 유사한 특성을 지닌 것으로 확인된 죽음공포와 중립수용 요인만 연구 2와 연구 3에서 살펴볼 수 있었고, 나머지 세 요인인 죽음회피, 도피수용, 접근수용에 대해서는 연구를 통해 요인의 특성이나 다른 정신장애와의 관련성 등을 파악하는데 한계가 있었다. 따라서 회피적인 성향을 측정하는 척도, 부정 정적 정서, 우울과 불안, 종교성이나 영성 척도 등 이 세 요인의 특성을 보다 잘 확인할 수 있는 척도들을 보완하여 DAP-R 5요인의 수렴 및 변별 타당도를 재확인할 필요가 있겠다.

셋째, 죽음태도와 질병불안의 관련성을 파악하는 데 있어, 대표적인 취약성 요인인 신체증상 해석편향을 측정하는 질문지과 질병불안 척도 하나씩을 고르고, 역시 질문지로 파악한 죽음태도 변인을 넣어 통계적으로만 그 관련성을 확인하였다. 그러나 질병불안에 영향을 미치는 취약성 요인은 매우 다양하고, 질문지만으로 질병불안의 행동적, 신체적 특성을 적절히 측정하기 어려울 수 있기에, 본 연구 결과를 일반화하는데는 한계가 있다. 따라서 후속 연구에서는 질병불안에 영향을 미칠 수 있는 신체 감각 증폭과 같은 다른 취약성 요인이나 행동 관련 변인들을 더 잘 측정할 수 있도록 질문지를 보완하여 재검증하는 것이 필요하다.

넷째, 본 연구는 자기보고식 질문지만을 사용하여 치료적 개입 효과를 파악하였다. 그러나 질병불안의 경우 감각 증폭과 관련된 신체적 특성, 교육 과정 동안의 실제 건강 상태의 변화, 확인/안심추구/회피 같은 실제 행동의 빈도와 지출하는 치료비 등 심리적 요인 외에도 확인해야 할 질병불안 양상이 매우 다양하다. 따라서 치료적 개입의 효과를 검증하는 후속 연구를 계획할 때에는 이러한 신체적, 행동적, 경제적, 그리고 의학적 변인들도 함께 확인할 필요가 있겠다.

다섯째, 본 연구에서는 후반부 죽음태도 성찰 개입에 수용전념 치료 기법을 활용하였다. 그러나 사전, 중간, 사후 평가 때 측정한 죽음태도

척도 요인점수에서 실험집단, 비교집단, 대기집단 간 차이가 유의하지 않았다. 따라서 수용전념 치료 기법을 활용한 3주간의 죽음태도 성찰 개입이 죽음공포 완화와 중립수용의 증진에 효과적이지 않았을 가능성이 있다. 죽음이라는 개념에 워낙 철학적, 종교적, 문화적, 개인적 요소들의 영향이 크고 복잡하기 때문에, 단기간의 처치로 죽음에 대한 태도를 변화시키기는 어려울 가능성이 큰데, 이에 대해 충분히 고려하지 못한 점이 본 연구의 큰 한계로 생각된다. 또한 전반기 공통교육에서 사용한 인지행동치료 개념과 기법이 상당히 구체화되고 점진적인 계획이 수립이 가능한 것과 비교할 때, 죽음 태도 성찰 개입에 활용한 수용전념 치료의 기법들이 지나치게 포괄적이고 전반적인 접근 방식이라서 죽음태도의 변화를 통해 질병불안의 완화로 이어지는 효과를 내기에는 한계가 있었을 수 있다. 따라서 후속 연구에서 죽음태도에 대한 개입을 한다면 회기수를 3회보다 좀 더 늘리고, 죽음태도 변화에 영향을 미치는 요소들을 좀 더 파악하고 이를 반영한 교육 내용을 구성할 필요가 있겠다.

여섯째, 교육의 효과가 학력이 높은 집단에서 좋았던 것으로 추정되는 바, 교육 내용이나 안내하는 기법이 혹시 일반 성인이 이해하고 적용하기에 난이도가 높았던 것은 아닌지 검토해볼 필요가 있다. 인지행동치료, 수용전념치료, 문제해결치료 모두 상위 인지를 비롯한 추상적 개념 활용 능력, 자기 감찰 능력, 집행기능 등을 필요로 한다. 따라서 이론적 개념 설명시에 구체적인 예시를 제공하고, 주의 조절이나 목표 설정 및 행동계획 수립시에 적극적인 참여를 유도하려 노력하였으나, 비대면 방식으로 진행하는 수업에서 참여자의 이해도를 확인하기 어려웠다.

이와 같은 제한점에도 불구하고 본 연구는 다음과 같은 점에서 임상적 함의를 갖는다. 자신의 죽음에 초점을 맞추어 죽음에 대한 다양한 태도를 측정할 수 있는 척도를 마련하여 죽음 관련 연구의 기반을 마련하였다. 또한 관련성이 강하게 시사되던 죽음태도와 질병불안의 관계에 대해 경험적으로 살펴보았다. 본 연구에서 죽음공포와 중립수용이 신체증상 해석편향과 질병불안의 관계를 조절한다는 것이 밝혀진 바, 죽음태도에 대한 교육이 질병불안의 악화를 예방할 가능성이 있음을 시사하였다.

실제로 Menzies와 Whittle(2022)은 고대 그리스에서부터 내려온 스토아 철학이 1) 죽음에 대한 신념의 중요성을 강조하고, 2) 죽음을 자연스럽고, 보편적이며, 우리 통제 밖의 일로 받아들이는 중립수용적 태도를 격려하며, 3) 인간의 한정된 수명에 대해 감사하며 이를 수용하고, 4) 죽음을 준비함에 있어 가치의 중요성을 강조하는 점에서, 죽음에 대한 두려움을 다루는데 기여할 수 있음을 강조하면서, 스토아 철학에 관한 독서를 통해 점진적으로 이런 태도를 배양해갈 수 있다고 제안하였다. 본 연구는 질병불안 완화를 위한 심리교육에 죽음태도 성찰 개입을 추가하여 질병불안 완화의 효과에 죽음태도 성찰이 기여하는 바를 실증적으로 확인하고자 하였지만 단기간에 죽음에 대한 태도를 변화시키는 것도, 그것이 질병불안 완화로 이어지는데도 한계를 드러내었다. 이에 죽음이라는 보편적이며 실존적인 사건과 질병이라는 구체적 적응문제를 동등한 개념으로 놓고, 횡단적인 설문지 연구나 단기간의 개입을 통해 변화를 이끌어내는 것은 무리일 수 있겠다. 다만 생로병사를 겪으며 삶을 가꾸고 죽음을 준비해감에 있어서, 앞에서 살펴보았듯이 미리 죽음에 대해 숙고하고 자신의 죽음 태도를 성찰하는 시간을 갖는다면, 죽음에 이르는 과정에서 경험하게 될 수 있는 질병에 대해서도 보다 의연하고 두려움이 적은 태도를 취하게 될 수 가능성도 있겠다. 이 점을 조명한 것에서 본 연구가 작게나마 기여한 지점이 있다고 여겨진다.

참 고 문 헌

강지숙 (2016) 대학생의 죽음 태도와 일반적 자기효능감이 안전의식에 미치는 영향. 제주대학교 사회교육대학원 심리치료학과 석사학위 청구논문.

건강보험심사평가원 (2022). 보건의료빅데이터개방시스템.http://opendata.hira.or.kr.

고상백, 장세진, 강명근, 차봉석, 박종구 (1997). 직장인들의 건강수준 평가를 위한 측정도구의 신뢰도와 타당도 분석, 예방의학회지, 30(2), 251-266.

고효진, 최지욱, 이흥표 (2006). Templer 죽음불안 척도의 요인구조와 신뢰도. 한국심리학회지: 건강, 11(2), 315-328.

권석만 (2019). 삶을 위한 죽음의 심리학: 죽음을 바라보는 인간의 마음. 서울: 학지사

김동배, 김성연, 김성웅, 김세진, 박광덕, 박은영, 원경림, 이주연, 임진섭, 조완기, 채수진 (2009). 이제는 죽음을 이야기하자. 서울: 시그마프레스.

김명소, 김혜원, 차경호 (2001). 심리적 안녕감의 구성개념분석: 한국 성인 남녀를 대상으로. 한국심리학회지: 사회 및 성격, 15(2), 19-39.

김민희 (2013). 노인접촉, 노인에 대한 태도 및 죽음불안이 대학생의 노화불안에 미치는 영향. 한국심리학회지: 문화 및 사회문제, 19(3), 435-456.

김소정, 윤혜영, 권정혜 (2013). 한국판 사회적 상호작용 불안척도(K-SIAS)와 한국판 사회공포증 척도(K-SPS)의 단축형 타당화 연구. 인지행동치료, 13(3), 511-535.

김숙남, 김현주 (2016). 좋은 죽음에 대한 인식, 연명치료 중단 및 안락사에 대한 종합병원 간호사의 태도. 한국호스피스완화의료학회지, 19(2), 136 - 144

김정원, 민병배 (1998). 걱정과 불확실성에 대한 인내력 부족 및 문제해결 방식의 관계. 한국심리학회 학술대회 자료집, 1998(1), 83-92.

김정택 (1978). 특성불안과 사회성과의 관계. 고려대학교 대학원 석사학위 논문.

김지현 (2008). 죽음에 대한 공포와 수용 및 죽음대처 유능감에 영향을 주는 변인. 서울대학교 심리학과 대학원 박사학위 청구 논문.

김지현, 민경환 (2005), 청년 집단의 죽음 공포와 죽음 수용에 영향을 미치는 변인들에 대한 연구, 한국심리학회지: 일반, 24(2), 11-36.

김지혜, 양종철, 김정범, 임기영, 이소영, 유범희 (2004). 한국판 알바니 공황-공포 질문지 타당화 연구. 신경정신의학, 43(3), 329-336.

김태련 (1988). 노인의 삶과 죽음에 대한 태도: 미국 나성 교포노인을 중심으로. 한국심리학회지: 발달, 1(1), 30-47

김향 (2013). 노인요양시설 간호사의 죽음과 임종간호에 대한 태도. 서울대학교 대학원 석사학위 논문.

김현숙, 김봉환 (2019). 성인들의 죽음수용과 삶의 만족도 간의 관계에서 자기성찰과 의

미추구의 매개효과 검증. 인문사회 21, 10(5), 43-58
남봉현, 이승욱 (2003). 건강수준 측정도구 SF-36의 타당성 평가에 대한 연구. 한국 보건정보 통계학회지, 28(2), 3-24.
남희선, 이영호 (2014). 죽음 수용 수준에 따라 죽음 공포가 삶의 의미 지각에미치는 차별적 영향. 한국심리학회지: 일반, 33(1), 263-283.
노지혜 (2005). 나는 왜 감사해야 하는가? 스트레스 상황에서 감사가 안녕감에 미치는 영향. 아주대학교 심리학과 대학원 석사학위 청구 논문.
박선영 (2021). 대학생의 죽음 태도와 삶의 만족도의 관계: 삶의 의미의 조절 효과. 인문사회 21, 12(1), 971-984
박선영, 이영준, 황성훈, 엄소용, 전우택. (2006). 신체화 증상을 보이는 환자들의 신체적 질병 유무에 따른 심리적 특성의 차이. 한국심리학회지: 임상, 25(1), 147-167.
박성희, 김근향 (2014). 공황장애 환자를 대상으로 한 불확실성 인내력 부족 척도 단축형(IUS-12)의 요인구조 탐색. 한국심리학회 학술대회 자료집, 2014(1), 266-266.
변미경, 현혜진, 박선정, 최은영. (2017.) 웰다잉 프로그램이 노인의 삶의 의미, 자기효능감 및 성공적 노화에 미치는 효과. 한국산학기술학회논문지, 18(10), 413-422.
서연미, 신수진 (2019). 입원한 노인 암 환자의 연명의료중단에 대한 태도와 죽음불안 및 죽음수용 간의 관계. Asian Oncology Nursing, 19(3), 142-149.
서장원 (2023). 자살사고와 죽음에 대한 두려움 부재의 관계: 불안의 조절효과. 한국심리학회지: 건강, 28(3), 757-768.
송민정 (2013). 중학생의 죽음에 대한 태도와 삶의 만족도가 자살생각에 미치는 영향. The Korean Journal of Applied Developmental Psychology, 2(1), 23-42.
성태훈, 임영진, 유범희, 김지혜 (2006). 공황장애 환자의 평가에 있어서 내부감각적 두려움의 중요성. 신경정신의학, 45(2), 128-135.
신현균 (1998). 신체화 집단의 신체 감각에 대한 해석, 추론 및 기억 편향. 서울대학교 심리학과 대학원 박사학위 청구 논문.
안미숙, 이금재 (2014). 노인요양병원 간호사의 좋은 죽음인식과 임종간호태도. 한국호스피스완화의료학회지, 17(3), 122-133.
안황란 (1999) 노인의 죽음에 대한 태도에 영향을 미치는 요인과 죽음 준비 교육프로그램 개발, 정신간호학회지, 8(1), 44-68.
오세만, 민경준, 박두병 (1999). 병원 불안-우울 척도에 관한 표준화 연구. 신경정신의학, 38(2), 289-296.
오주용, 안도연 (2023). 한국어판 죽음태도 척도 개정판(K-DAP-R)의 타당화, 한국심리학회지: 임상 및 실제, 9(2), 341-367.
울산대학교 산학협력단 (2011). 건강관련 삶의 질 측정도구의 타당도 평가 (과제번호

TRKO201300000474). 서울:보건복지부. http://www.ndsl.kr
원호택, 신현균 (1998). 신체화의 인지 특성 연구(I): 한국판 신체감각 증폭척도와 증상해석 질문지의 신뢰도와 타당도 연구. 한국심리학회지: 임상, 17(2), 33-39.
이운영 (2008). Wong의 죽음태도 척도의 타당화. 충남대학교 대학원 석사학위 논문.
이인혜 (2004a). 질병태도척도의 요인구조: 대학생을 중심으로. 한국심리학회지: 건강, 9(1), 203-218.
이인혜 (2004b). 불안과 건강염려증의 관계에서 인지편향의 매개효과: 신체증상 해석과 신체감각 증폭을 중심으로. 사회과학연구, 43, 87-109.
이인혜 (2009). 성격과 질병태도간의 관계: 질병에 대한 집착과 건강에 대한 염려. 한국심리학회지: 건강, 14(2), 293- 311.
이자영, 남숙경, 이미경, 이지희, 이상민 (2009). Rosenberg의 자아존중감 척도: 문항수준 타당도 분석. 한국심리학회지: 상담 및 심리치료, 21(1). 173-189.
이정윤, 최정훈 (1997). 한국판 사회공포증 척도(K-SAD, K-FNE)의 신뢰도와 타당도 연구. 한국심리학회지: 임상, 16(2), 251-264.
이혜경 (2017), 웰다잉 준비교육 프로그램의 개발과 효과. 목포대학교 대학원 교육학과 박사학위 청구논문.
이홍표, 이홍석, 고효진, 김교헌 (2005). 다차원적 죽음불안의 타당화 및 비교문화적 검증. 한국심리학회지: 건강, 10(4), 395-413.
이화진, 정영숙 (2018). 중년의 죽음태도와 행복. 한국심리학회지: 발달, 31(1), 129-149.
장미란 (1981). 노인의 죽음에 대한 태도. 이화여자대학교 대학원 교육심리학과 석사학위 청구논문.
장휘숙 (2000). 애착과 죽음불안 및 관련변인들의 관계. 한국심리학회지: 발달, 13(1), 127-143.
장휘숙 (2012). 대학생과 노인의 노화불안과 특성불안 및 5 요인 성격특성의 관계. 한국심리학회지: 발달, 25(1), 1-18.
장휘숙, 최영임 (2007). 대학생과 노인의 죽음공포와 죽음불안 및 생활만족의 관계. 인간발달연구, 14(4), 105-122.
전병제 (1974). 자아개념 측정 가능성에 관한 연구. 연세논총, 11(1), 107-130.
정영숙, 이화진 (2014). 중년기의 성숙한 노화와 죽음 태도 및 죽음 대처 유능감의 관계, 한국심리학회지: 발달, 27(2), 131-151.
정운경 (2015). 웰다잉 프로그램과 노인의 삶의 질, 죽음불안과 자아통합감의 관계 연구. 서울벤처대학원대학교 사회복지상담학과 박사학위 청구논문.
조계화, 이현지, 이윤주 (2005). 휴먼서비스 전공분야 대학생의 죽음태도 유형: Q 방법론적 접근. 대한간호학회지. 35(5), 829-841

조명한, 차경호 (1998). 삶의 질에 대한 국가 간 비교. 아산재단 연구총서.

조혜진, 김은심 (2005). 죽음교육 프로그램이 간호 대학생의 죽음불안과 임종간호태도에 미치는 영향, 한국호스피스완화의료학회지, 8(2), 163-172

한덕웅, 이창호, 탁진국 (1993). Spielberger 상태-특성 불안 검사의 표준화. 한국심리학회 연차대회, 서울, 한국심리학회.

홍영선 (2012). 연명치료 중지와 완화의료. Journal of Korean Medical Association, 55(12), 1188-1192.

황보경, 심예린 (2022). 중년 성인의 죽음불안과 죽음수용의 관계: 의미추구· 의미발견의 조절효과. 사회과학연구, 33(4), 43-66.

Aan de Stegge, B. M., Tak, L. M., Rosmalen, J. G. M., & Oude Voshaar, R. C. (2018). Death anxiety and its association with hypochondriasis and medically unexplained symptoms: A systematic review. *Journal of Psychosomatic Research*, 115, 58-65.

Abramowitz, J. S., Tolin, D. F., & Street, G. P. (2000). Paradoxical effects of thought suppression: A meta-analysis of controlled studies. *Clinical Psychological Review, 21,* 683-703.

Abramowitz, J. S., & Braddock, A. E. (2008). *Psychological treatment of health anxiety and hypochondriasis: A biopsychosocial approach.* Hogrefe & Huber Publishers.

Abramowitz, J., Taylor, S., & McKay, D. (2010). Hypochondriasis and severe health anxiety. In McKay, D., Abramowitz, J., S., & Taylor, S. (Eds.). *Cognitive–behavior therapy: Turning failure into success (pp. 327-346).* Washington, DC: American Psychological Association.

Aday, R. (1984). Belief in afterlife and death anxiety: correlates and comparisons. *OMEGA - Journal of Death and Dying. 15,* 67-75.

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition.* Arlington, VA : American Psychiatric Association.

Anderson, R., Saulsman, L., & Nathan, P. (2011). Helping Health Anxiety. *Perth, Western Australia: Centre for Clinical Interventions.* ISBN: 0 9757995 6 8.

Armstrong, R. A. (2014). When to use the Bonferroni correction. *Ophthalmic and Physiological Optics, 34*(5), 502-508.

Arndt, J., & Vess, M. (2008). Tales from existential oceans: Terror management theory and how the awareness of our mortality affects us all. *Social and Personality Psychology Compass, 2*(2), 909–928.

Arndt, J., Routledge, C., Cox, C. R., & Goldenberg, J. L. (2005). The worm at the core: A terror management perspective on the roots of psychological dysfunction, *Applied and Preventive Psychology, 11*(3), 191-213.

Asadpour, M., Sabzevari, L., Ekramifar, A., & Bidaki, R. (2016). The attitude of medical students

toward death: A cross-sectional study in Rafsanjan. *Indian Journal of Palliative Care, 22,* 354-361.

Asmundson, G., & Taylor, S. (2005). *It's not all in your head: How worrying about your health could be making you sick – and what you can do about it.* New York: The Guilford Press.

Bailey, R., & Wells, A. (2015). Metacognitive beliefs moderate the relationship between catastrophic misinterpretation and health anxiety. *Journal of. Anxiety Disorder, 34,* 8–14.

Bailey, R., & Wells, A. (2016). Is metacognition a causal moderator of the relationship between catastrophic misinterpretation and health anxiety? A prospective study. *Behaviour Research and Therapy, 78,* 43–50.

Bandelow, B., & Michaelis, S. (2015). Epidemiology of anxiety disorders in the 21st century. *Dialogues Clinical Neuroscience, 17*(3), 327-335.

Barsky, A. J., & Klerman, G. L. (1983). Overview: hypochondriasis, bodily complaints, and somatic styles. *American Journal of Psychiatry, 140(3)*, 273-283.

Barsky, A. J., & Wyshak, G. (1990). Hypochondriasis and somatosensory amplification. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science, 157*, 404–409.

Bauer, D. J., & Curran, P. J. (2005). Probing interactions in fixed and multilevel regression: Inferential and graphical techniques. *Multivariate Behavioral Research, 40*(3), 373-400.

Becker, E. (1973). *The denial of death.* New York: Free Press.

Berman, A. L., & Hays, J. E. (1973). Relation between death anxiety, belief in afterlife, and locus of control. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 41(*2), 318.

Bellali, T., Giannopoulou, I., Tsourti, Z., Malliarou, M., Sarafis, P., Minasidou, E., & Papadatou, D. (2018). Psychometric properties of the Revised Death attitude profile in a Greek sample of nurses. *Journal of Nursing Measurement, 26(*2), 264-277.

Bentler, P. M. (1990). Comparative Fit Indexes in structural models. *Psychological Bulletin, 107,* 238-246.

Berger, K. T., Hütter, M., & Corneille, O. (2019). Investigating attitudinal ambivalence via sequential priming: Evidence for the simultaneous and unintentional activation of opposite evaluations. *Journal of Experimental Psychology: General, 148*(7), 1269–1297.

Berman, A. (1974). Belief in afterlife, religion, religiosity and life-threatening experiences. *Omega, 5,* 127-135.

Bieling, P. J., Antony, M. M., & Swinson, R. P. (1998). The State-Trait Anxiety Inventory, Trait version: structure and content re-examined, *Behaviour Research and Therapy, 36*(7–8),777-788.

Biglan, A., & Hayes, S. C. (1997). Should the behavioral sciences become more pragmatic? The case for functional contextualism in research on human behavior. *Applied and Preventive Psychology, 5*(1), 47-57

Birgit, M., Tak, L. M., Rosmalen, J. G., & Voshaar, R. C. O. (2018). Death anxiety and its association with hypochondriasis and medically unexplained symptoms: A systematic review. *Journal of Psychosomatic Research, 115,* 58-65.

Bond, F. W., & Bunce, D. (2003). The role of acceptance and job control in mental health, job satisfaction, and work performance. *Journal of Applied Psychology, 88,* 1057-1067.

Bonnet, D. G. & Wright, T. A. (2000). Sample size requirements for estimating Pearson, Kendall, and Spearman correlations. *Psychometrica, 65,* 23-28.

Boswell, J. F., Thompson-Hollands, J., Farchione, T. J., & Barlow, D. H. (2013). Intolerance of uncertainty: a common factor in the treatment of emotional disorders. *Journal of Clinical Psychology, 69*(6), 630–645.

Bovero, A., Tosi, C., Botto, R., Opezzo, M., Giono-Calvetto, F., & Torta, R. (2019). The spirituality in end-of-life cancer patients, in relation to anxiety, depression, coping strategies and the daily spiritual experiences: A cross-sectional study. *Journal of Religion and Health, 58*(6), 2144–2160.

Brazier, J. E., Harper, R., Jones, N. M., O'cathain, A., Thomas, K. J., Usherwood, T., & Westlake, L. (1992). Validating the SF-36 health survey questionnaire: new outcome measure for primary care. *British medical journal, 305(*6846), 160-164.

Brazier, J.E., Roberts, J. & Deverill, M. (2002). The estimation of a preference-based measure of health from the SF-36. *Journal of Health Economics, 21*(2), 271-292.

Browne, M. W. (2001). An overview of analytic rotation in exploratory factor analysis. *Multivariate Behavioral Research, 36*(1), 111-150.

Brudek, P., Sękowski, M., & Steuden, S. (2018). Polish adaptation of the Death attitude profile-revised. *OMEGA - Journal of Death and Dying, 81*(1), 18-36.

Buckman, R. (1993). Communication in palliative care: a practical guide. In Doyle, D., Hanks, G.W.C. & Macdonald (Eds) *Oxford Textbook of Palliative Medicine.*(p.51) Oxford: Oxford Medical Publications.

Buwalda, F. M., Bouman, T. K., & van Duijn, M. A. (2007). Psychoeducation for hypochondriasis: a comparison of a cognitive-behavioural approach and a problem-solving approach. *Behaviour research and therapy, 45*(5), 887–899.

Byrne, B. M. (1998). *Multivariate applications book series. Structural equation modeling with LISREL, PRELIS, and SIMPLIS: Basic concepts, applications, and programming.* Mahwah,

NJ, US: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.

Carleton, R. N. (2016). Fear of the unknown: One fear to rule them all? *Journal of Anxiety Disorders, 41,* 5-21.

Carleton, R. N., Norton, M. A., & Asmundson, G. J. (2007). Fearing the unknown: a short version of the Intolerance of Uncertainty Scale. *Journal of Anxiety Disorder, 21*(2), 105-117.

Carleton, R. N., Thibodeau, M. A., Weeks, J. W., Teale Sapach, M. J., McEvoy, P. M., Horswill, S. C., & Heimberg, R. G. (2014). Comparing Short Forms of the Social Interaction Anxiety Scale and the Social Phobia Scale. *Psychological Assessment, 26*(4), 1116-1126.

Celio, A. A., Winzelberg, A. J., Wilfley, D. E., Eppstein-Herald, D., Springer, E. A., Dev, P., & Taylor, C. B. (2000). Reducing risk factors for eating disorders: comparison of an Internet-and a classroom-delivered psychoeducational program. *Journal of consulting and clinical psychology, 68*(4), 650.

Chawla, N., & Ostafin, B. (2007). Experiential avoidance as a functional dimensional approach to psychopathology: An empirical review. *Journal of Clinical Psychology, 63*(9), 871-890

Chen, G., Gully, S., & Eden, D. (2001). Validation of a New General Self-Efficacy Scale. *Organizational Research Methods, 4(1)*, 62-83.

Clements, R., & Rooda, L. A. (2000). Factor structure, reliability, and validity of the Death attitude profile-revised. *OMEGA - Journal of Death and Dying, 40*(3), 453-463.

Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences (2nd ed.).* Hillsdale, NJ: Lawrence Earlbaum Associates.

Cole, M. A. (1978). Sex and marital status differences in death anxiety. *OMEGA - Journal of Death and Dying. 9,* 139-147.

Collett, L. J., & Lester, D. (1969). The fear of death and the fear of dying. *The Journal of Psychology: Interdisciplinary and Applied, 72*(2), 179–181.

Constantinople, A. (1973). Masculinity-femininity: An exception to a famous dictum? *Psychological Bulletin, 80*(5), 389–407.

Conte, H. R., Weiner, M. B., & Plutchik, R. (1982). Measuring death anxiety: Conceptual psychometric and factor analytic aspects. *Journal of Personality and Social Psychology, 43,* 775-785.

Cooper, K., Gregory, J. D., Walker, I., Lambe, S., & Salkovskis, P. M. (2017).Cognitive behaviour therapy for health anxiety: A systematic review and meta-analysis. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 45*(2), 110–123.

Cozzolino, P. J., Staples, A. D., Meyers, L. S., & Samboceti, J. (2004). Greed, death, and values:

From terror management to transcendence management theory. *Personality and Social Psychology Bulletin, 30(3)*, 278–292.

Cozzolino, P. J., & Blackie, L. E. R. (2013). I die, therefore I am: The pursuit of meaning in the light of death. In J. A. Hicks & C. Routledge (Eds.), *The experience of meaning in life: Classical perspectives, emerging themes, and controversies (pp. 31–45).* Springer Science Business Media.

Cozzolino, P. J., Blackie, E. R., & Meyers, L. S. (2014). Self-related consequences of death fear and death denial. *Death Studies, 38,* 148-422.

Cruzado, J. A., Prado, C. I., Pujalte, E. C., Wong, P. T. P., Eisenbeck, N., & Carreno, D. F. (2022). Spanish version of the Death attitude profile-revised. Translation and validation into Spanish. *OMEGA - Journal of Death and Dying. 0,* 1-14.

Curran, P. J., West, S., & Finch, J. F. (1996). The Robustness of test statistics to normality and specification error in confirmatory factor analysis. *Psychological Methods,1*(1), 16-29.

Dahl, J. A., Wilson, K. G., & Nilsson, A. (2004). Acceptance and commitment therapy and the treatment of persons at risk for long-term disability resulting from stress and pain symptoms: A preliminary randomized trial. *Behavior Therapy, 35*, 785-801

Dezutter, J., Soenens, B., Luyckx, K., Bruyneel, S., Bansteenkiste, M., Duriez, B., & Hutsebaut, D. (2008). The role of religion in death attitudes: Distinguishing between religious belief and style of processing religious contents. *Death Studies, 33*(1), 73-92.

Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment, 49*(1), 71–75.

Dozois D. J. A., Seeds, P. M., & Collins, K. A. (2009). Transdiagnostic approaches to the prevention of depression and anxiety. *Journal of Cognitive Psychotherapy, 23,* 44-59.

Du, X., Witthöft, M., Zhang, T., Shi, C., & Ren, Z. (2023). Interpretation bias in health anxiety: A systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine, 53*(1), 34-45.

Egan, S. J., Wade, T. D., & Shafran, R. (2011). Perfectionism as a transdiagnostic process: A clinical review. *Clinical Psychology Review, 31,* 203-212.

Erikson, E. H. (1963). *Childhood and society*(2nd ed.). New York: Norton.

Erikson, E. H. (1968). *Identity: Youth and crisis.* New York: Norton.

Erikson, E. H. (1982). *The life cycle completed.* New York: W. W. Norton & Company.

Feifel, H. (1969). Attitudes toward death: A psychological perspective. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 33*(3), 292–295.

Feifel, H., & Branscomb, A. B. (1973). Who's afraid of death? *Journal of Abnormal Psychology, 81*(3), 282–288

Feifel, H. (Ed.). (1977). *New meanings of death.* McGraw-Hill.

Feifel, H., & Nagy, V. T. (1981). Another look at fear of death. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 49*(2), 278–286.

Feifel, H. (1990). Psychology and death. *American Psychologist, 45,* 537-543.

Finch, E. C., Iverach, L., Menzies, R. G., & Jones, M. (2015). Terror Management: Evidence that mortality salience exacerbates attentional bias in social anxiety. *Cognition and Emotion, 30,* 1370-1379.

Fink, P., Ewald, H., Jensen, J., Sørensen, L., Engberg, M., Holm, M., & Munk-Jørgensen, P. (1999). Screening for somatization and hypochondriasis in primary care and neurological in-patients: a seven-item scale for hypochondriasis and somatization. *Journal of psychosomatic research, 46*(3), 261–273.

Fink, P., Ørnbøl, E., & Christensen, K. S. (2010). The outcome of health anxiety in primary care: A two-year follow-up study on health care costs and self-rated health. *PLoS ONE, 5*(3), Article e9873.

Florian, V., & Kravetz, S. (1983). Fear of personal death: Attribution, structure, and relation to religious belief. *Journal of Personality and Social Psychology, 44*(3), 600–607.

Florian, V., & Mikulincer, M. (1998). Symbolic immortality and the management of the terror of death: The moderating role of attachment style. *Journal of Personality and Social Psychology, 74*(3), 72-734.

Florian, V., Mikulincer, M., & Hirschberger, G. (2002). The anxiety-buffering function of close relationships: Evidence that relationship commitment acts as a terror management mechanism. *Journal of Personality and Social Psychology, 82*(4), 527–542

Frankl, V. E. (1965). *The doctor and the soul.* New York: Knopf.

Fry, P. S. (1990). A factor analytic investigation of home-bound elderly individuals' concerns about death and dying, and their coping responses. *Journal of Clinical Psychology, 46*(6), 737–748.

Freeston, M. H., Rheaume, J., Letarte, H., Dugas, M. J., & Ladouceur, R. (1994). Why do people worry? *Personality and Individual Differences. 17*(6), 791-802.

Furer, P., & Walker, J. (2006). *Health anxiety treatment manual.* University of Manitoba: Manitoba.

Furer, P., & Walker, J. R. (2008). Death anxiety: A cognitive-behavioral approach. *Journal of Cognitive Psychotherapy, 22*(2), 167–182.

Furer, P., Walker, J. R., & Stein, M. B. (2007). *Treating Health Anxiety and Fear of Death: A Practitioner's Guide.* New York: Springer Publishers.

George, D., & Mallery, P. (2010). *SPSS for Windows Step by step. A simple guide and reference (10th ed).* Boston: Pearson Education, Inc.

Han, C. W., Lee, E. J., Iwaya, T., Kataoka, H., & Kohzuki, M. (2004). Development of the Korean version of Short-Form 36-Item Health Survey: health related QoL of healthy elderly people and elderly patients in Korea. *Tohoku Journal of Experimental Medicine, 203*(3), 189-194.

Hayes, A. F., & Rockwood, N. J. (2017). Regression based statistical mediation and moderation analysis in clinical research: Observations, recommendations, and implementation. *Behaviour Research and Therapy, 98,* 39-57.

Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D., & Roche, B. (2001). Relational frame theory: A précis. *In Relational Frame Theory* (pp.141-154). Springer US.

Hayes, S. C., Hayes, L. J., & Reese, H. W. (1988). Finding the philosophical core: A review of Stephen C. Pepper's world hypotheses. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior, 50*(1), 97-111.

Hayes, S. C., Luoma, J., Bond, F., Masuda. A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and Commitment Therapy: Model, processes, and outcomes. *Behaviour Research and Therapy, 44,* 1-25.

Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change.* New York: Guilford Press.

Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2012). *Acceptance and commitment therapy, second edition: The process and practice of mindful change.* New York: Guilford Press.

Hedman, E., Lekander, M., Ljótsson, B., Lindefors, N., Rück, C., Andersson, G., & Andersson, E. (2015). Optimal cut-off points on the health anxiety inventory, illness attitude scales and whiteley index to identify severe health anxiety. *PloS one, 10*(4), e0123412.

Hedman-Lagerlöf, E., Tyrer, P., Hague, J., & Tyrer, H. (2019). Health anxiety. *British Medical Jounral, 364*, l1774.

Hegedus, K., Zana, A., & Szabó, G. (2008). Effect of end of life education on medical students' and health care workers' death attitude. *Palliative medicine, 22*(3), 264–269.

Hiebert, C., Furer, P., McPhail, C., & Walker, J. R. (2005). Death anxiety: A central feature of hypochondriasis.. *Depression and Anxiety, 22,* 215–216.

Hirsch, C. R., Meeten, F., Krahé, C., & Reeder, C. (2016). Resolving ambiguity in emotional disorders: The nature and role of interpretation biases. *Annual Review of Clinical Psychology, 12*(1), 281–305.

Hitchcock, P. B., & Mathews, A. (1992). Interpretation of bodily symptoms in hypochondriasis. *Behaviour Research and Therapy, 30*(3), 223–234.

Ho, A. H. Y., Chan, C. L. W., Chow, A. Y. M., Pon, A. K. L., & Ng, S. M. (2010). Psychometric properties of the Chinese version(C-DAP-R) of the Death attitude profile-revised. *Illness, Crisis, & Loss, 18*(2),95-110.

Hoelter, J. W. (1979). Multidimensional treatment of fear of death. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 47*(5), 996–999

Höfling, V., & Weck, F. (2013). Assessing bodily preoccupations is sufficient: Clinically effective screening for hypochondriasis. *Journal of Psychosomatic Research, 75*(6), 526-531.

Hooper, D., Coughlan, J. & Mullen, M. R. (2008). Structural Equation Modelling: Guidelines for determining model fit. *The Electronic Journal of Business Research Methods, 6*(1), 53–60.

Hu, L. T., & Bentler, T. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal, 6*(1), 1-55.

Husain, M., & Chalder, T. (2021). Medically unexplained symptoms: assessment and management. *Clinical medicine, 21*(1), 13-18.

Iacobucci, D. (2009). Structural equations modeling: Fit Indices, sample size, and advanced topics.*Journal of Consumer Psychology, 20*(1),90-98.

Iverach, L., Menzies, R. G., & Menzies, R. E. (2014). Death anxiety and its role in psychopathology: Reviewing the status of a trans diagnostic construct. *Clinical Psychology Review, 34*(7), 580-593.

James, A., & Wells, A. (2002). Death beliefs, superstitious beliefs and health anxiety. *British Journal of Clinical Psychology, 41*(1), 43–53.

James, W. (1890). *The principles of psychology, Vol. 1.* Henry Holt and Co.

Jansen, J., Schulz-Quach, C., Eisenbeck, N., Carreno, D. F., Schmitz, A., Fountain, R., Franz, M., Wong, P. T. P., & Fetz, K. (2019). German version of the Death attitudes profile-revised (DAP-R-GR)–Translation and validation of a multidimensional measurement towards death. *BMC Psychology, 7*(1), 1-11.

Joiner, T. (2005). *Why people die by suicide.* Cambridge, MA: Harvard University Press.

Jőreskog, K.G. & Sőrbom, D. (1988). *LISREL 7 - A guide to the program and applications* (2nd ed.). Chicago: SPSS.

Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain and illness.* New York: Delacorte.

Kachel, S., Steffens, M. C., & Niedlich, C. (2016). Traditional masculinity and femininity: Validation of a new scale assessing gender roles. *Frontiers in Psychology, 7,* Article 956.

Kaplan, K. J. (1972). On the ambivalence-indifference problem in attitude theory and measurement:

A suggested modification of the semantic differential technique. *Psychological Bulletin, 77*(5), 361–372.

Kastenbaum, R. (1979). *Human developing: A lifespan perspective.*Boston: Allyn & Bacon.

Kastenbaum, R., & Costa, P. T. (1977). Psychological perspectives on death. *Annual Review of Psychology, 28*, 225–249.

Kellner, R. (1987). *Abridged manual of the Illness Attitudes Scale.* Department of psychiatry, School of Medicine, University of New Mexico.

Kellner, R., Abbott, P., Winslow, W. W., & Pathak, D. (1987). Fears, beliefs, and attitudes in DSM-III hypochondriasis. *Journal of Nervous and Mental Disease, 175,* 20–25.

Kertz, S. J., Lee, J., & Björgvinsson, T. (2014). Psychometric properties of Abbreviated and Ultra-brief versions of the Penn State Worry Questionnaire. *Psychological Assessment, 26*(4), 1146-1154.

Kim, S. H., Jo, M. W., & Lee, S. I. (2013). Psychometric properties of the Korean short form-36 health survey version 2 for assessing the general population. *Asian nursing research. 7*(2), 61–66.

Kittler J. E., Menard W., Phillips K. A., (2007), Weight concerns in individuals with body dysmorphic disorder. *Eating Behaviors, 8*, 115-120.

Kopp, S. W. (2009). The Influence of death attitudes and knowledge of end of life options on attitudes toward physician-assisted suicide. *OMEGA - Journal of Death and Dying, 58*(4), 299-311.

Krebs, G., Pile, V., Grant, S., Degli Esposti, M., Montgomery, P., & Lau, J. Y. (2018). Research review: Cognitive bias modification of interpretations in youth and its effect on anxiety: A meta-analysis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 59*(8), 831-844.

Kübler-Ross, E. (1969). *On death and dying.* New York: Macmillan.

Kumabe, T. (2006). Psychological study of Japanese attitudes of life and death–4 factors influencing attitudes do death. *Health Psychology Research, 19,* 10-24.

Kutlesa, N., & Arthur, N. (2008). Overcoming negative aspects of perfectionism through group treatment. *Journal of Rational-Emotive Therapy and Cognitive-Behavior Therapy, 26,* 134-150.

Leary, M. (1983). A Brief version of the Fear of Negative Evaluation Scale. *Personality and Social Psychology Bulletin, 9*(3), 371-375.

Lim, Y. J., & Kim, J. H. (2012). Korean Anxiety Sensitivity Index-3: its factor structure, reliability, and validity in non-clinical samples. *Psychiatry investigation, 9*(1), 45–53.

Linley, P. A., & Joseph, S. (2005). Positive and negative changes following occupational death

exposure. *Journal of Traumatic Stress, 18*(6), 751-758.

Littlefield, C., & Fleming, S. (1984). Measuring fear of death: A multidimensional approach. *Omega, 15*(2), 131-138.

Long, J. A. (2019). Interactions: Comprehensive, User-Friendly Toolkit for Probing Interactions. R package version 1.1.0, https://cran.r-project.org/package=interactions.

Lovas, D. A., & Barsky, A. J. (2010). Mindfulness-based cognitive therapy for hypochondriasis, or severe health anxiety: a pilot study. *Journal of Anxiety Disorders, 24*(8), 931–935.

Lundh, L. G., & Ost, L. G. (2001). Attentional bias, self-consciousness and perfectionism in social phobia before and after cognitive-behaviour therapy. *Scandinavian Journal of Behaviour Therapy, 30,* 4-16.

Machado, R. S., Oria, M. O. B., Fernandes, M. A., Gouvela, M. T. O., and Silva, G. R. F. (2019). Translation and cultural adaptations of Death attitude profile-revised(DAP-R) for use in Brazil. *Text and Contest Nursing, 28*, e20180238.

MacLeod, A., Haynes, C., & Sensky, T. (1998). Attributions about common bodily sensations: their associations with hypochondriasis and anxiety. *Psychological Medicine, 28*(1), 225–228.

Mahdavifar, N., Mohammadian, M., Kalan Farmanfarma, K., Khosrorad, R., Dizavandi, A. R., Sani, F. V., & Salehiniya, H. (2023). Evaluation of the prevalence of illness anxiety disorder following the COVID-19 pandemic in Iran and its related factors: a cross-sectional study. *Health Science Reports, 6*(1), e943.

Malliarou, M., Sarafis, P., Karathanasi, K., Serafem, T., Sotiriadou, K., & Theodosopoulou, E. (2012). Death attitude profile-revised (DAP-R)-Validation of Greek version. *Hellenic Journal of Nursing Science, 4,* 14-26.

Marcus, D. K., Gurley, J. R., Marchi, M. M., & Bauer, C. (2007). Cognitive and perceptual variables in hypochondriasis and health anxiety: A systematic review. *Clinical Psychology Review, 27,* 127-139.

Marsaglia, G., Tsang, W. W., & Wang, J. (2003). Evaluating Kolmogorov's distribution, *Journal of Statistical Software, 8,*1-4.

Marsh, H. W. (1985). The structure of masculinity/femininity: An application of confirmatory factor analysis to higher-order factor structures and factorial invariance. *Multivariate Behavioral Research, 20*(4), 427–449.

Marshall, V. M. (1980). *Last chapters: A sociology of aging and dying.* Monterey, CA: Brooks/Cole.

Maslow, A. H. (1968). *Toward a psychology of being* (2nd Ed.). Princeton, N.J: Van Nostrand.

Mathews, A., & Mackintosh, B. (2000). Induced emotional interpretation bias and anxiety. *Journal*

of Abnormal Psychology, 109, 602–615.

Mattick, R. P., & Clarke, J. C. (1998). Development and validation of measures of social phobia scrutiny fear and social interaction anxiety. *Behaviour Research and Therapy, 36,* 455-470.

Maxfield, M., John, S., & Pyszczynski, T. (2014). A terror management perspective on the role of death-related anxiety in psychological dysfunction. *The Humanistic Psychologist, 42*(1), 35–53.

McClatchey, I. S., & King, S. (2015). The Impact of Death Education on Fear of Death and Death Anxiety Among Human Services Students. *Omega, 71*(4), 343–361.

McLaughlin, K. A., & Nolen-Hoeksema, S. (2011). Rumination as a transdiagnostic factor in depression and anxiety. *Behaviour Research and Therapy, 49,* 186-193.

McMordie, W. R. (1981). Religiosity and fear of death: Strength of belief system. *Psychological Reports, 49,* 921-922.

McMordie, W. R., & Kumar, A. (1984). Cross-cultural research on the Templer/ McMordie Death anxiety scale. *Psychological Reports, 54,* 959-963.

Menzies, R. E., & Whittle, L. F. (2022). Stoicism and death acceptance: Integrating stoic philosophy in cognitive behaviour therapy for death anxiety. *Discover Psychology, 2*(1), 11.

Meyer, T. J., Miller, M.L., Metzger, R. L., & Borkovec, T. D. (1990). Development and validation of the Penn State Worry Questionnaire. *Behaviour Research and Therapy, 28,* 487-495.

Mikulincer, M., Florian, V., & Hirschberger, G. (2004). The Terror of Death and the Quest for Love: An Existential Perspective on Close Relationships. In J. Greenberg, S. L. Koole, & T. Pyszczynski (Eds.), *Handbook of Experimental Existential Psychology* (pp. 287–304). The Guilford Press.

Muthen, L., & Muthen, B. (2013). *Mplus 7.1 [Statistical program].*Los Angeles, CA: Muthen & Muthen.

Neimeyer, R. A., Wittkowski, J., & Moser, R. P. (2004). Psychological research on death attitudes: an overview and evaluation. *Death Studies, 28*(4), 309-340.

Neng, J. M., & Weck, F. (2015). Attribution of somatic symptoms in hypochondriasis, *Clinical Psychology and Psychotherapy, 22*(2), 116-124.

Newby, J. M., Hobbs, M. J., Mahoney, A. E. J., Wong, S. K., & Andrews, G. (2017). DSM-5 illness anxiety disorder and somatic symptom disorder: Comorbidity, correlates, and overlap with DSM-IV hypochondriasis. *Journal of Psychosomatic Research, 101,* 31-37.

Nezu, A. M., D'Zurilla, T., & Nezu, C. M. (2012). *Problem-Solving Therapy : A Treatment Manual.* New York: Springer Publishing Company.

Nezu, A. M., Nezu, C. M., & D'Zurilla, T. J. (2007). *Solving life's problems: A 5-step guide to enhanced well-being.* New York: Springer Publishing Company.

Noyes, R. Jr., Stuart, S., Longley, S. L., Langbehn, D. R., & Happel, R. L. (2002). Hypochondriasis and fear of death. *Journal of Nervous and Mental Disease, 190*(8), 503-509.

Nozari, M., & Dousti, Y. (2013). Attitude Toward Death in Healthy People and Patients With Diabetes and Cancer. *Iranian Journal of Cancer Prevention, 6*(2), 95-100

olde Hartman, T. C., Lucassen, P. L., van de Lisdonk, E. H., Bor, H. H., & van Weel, C. (2004). Chronic functional somatic symptoms: a single syndrome? *British Journal of General Practice, 54*(509), 922-927.

Papageorgiou, C., & Wells., A. (1998). Effects of attention training on hypochondriasis: A brief case series. *Psychological Medicine, 28*, 193-200.

Pascal, G. (2021). The eternal cycle of pandemics. *The Lancet: Infectious diseases,* 21(7), 928.

Peters, L., Sunderland, M., Andrew, G., Rapee, R. M, & Mattick, R. P. (2012). Development of a short form social interaction anxiety (SIAS) and social phobia scale (SPS) using nonparametric item response theory: The SIAS-6 and the SPS-6. *Psychological Assessment, 24,* 66-76.

Philipp, R., Mehnert, A., Lo, C., Müller, V., Reck, M., & Vehling, S. (2019). Characterizing death acceptance among patients with cancer. *Psycho-Oncology, 28*(4), 854-862.

Pollak, J. M. (1979). Correlates of death anxiety: A review of empirical studies. *OMEGA-Journal of Death and Dying. 10,* 97-121.

Preacher, K. J., Curran, P. J., & Bauer, D .J. (2006). Computational tools for probing interactions in multiple linear regression, multilevel modeling, and latent curve analysis. *Journal of Educational and Behavioral Statistics, 31*(4), 437-448.

Preacher, K. J., Zhang, G., Kim, C., & Mels, G. (2013). Choosing the Optimal Number of Factors in Exploratory Factor Analysis: A Model Selection Perspective. *Multivariate Behavioral Research, 48*(1), 28–56.

Priester, J. R., & Petty, R. E. (1996). The gradual threshold model of ambivalence: relating the positive and negative bases of attitudes to subjective ambivalence. *Journal of personality and social psychology, 71*(3), 431–449.

Pyszczynski, T., Greenberg, J., & Solomon, S. (1999). A dual process model of defense against conscious and unconscious death-related thoughts: An extension of terror management theory. *Psychological Review, 106*(4), 835-845.

Rachman, S. (2012). Health anxiety disorders: A cognitive construal. *Behaviour Research and*

Therapy, 50(7-8), 502-512.

Raftery, A. E. (1995). Bayesian model selection in social research. *Sociological methodology*, *25,* 111-163.

Rapee, R. M., Craske, M. G., & Barlow, D. H. (1994/1995). Assessment instrument for panic disorder that includes fear of sensation- producing activities: the Albany Panic and Phobia Questionnaire. *Anxiety, 1*(3), 114-122.

Reiss, S., Peterson, R. A., Gursky, D. M., & McNally, R. J. (1986). Anxiety Sensitivity, anxiety frequency, and the prediction of fearfulness. *Behaviour Research and Therapy, 24,* 1-8.

Reker, G. T., Peacock, E. J., & Wong, P. T. (1987). Meaning and purpose in life and well-being: a life-span perspective. *Journal of gerontology, 42*(1), 44–49.

Revenco, C., & Idordanescu, E. (2015). Romanian version of Death attitude profile-revised (DAP-R) questionnaire. *Romanian Journal of Experimental Applied Psychology, 6,* 97.

Rief, W., & Hiller, W. (1998). Cognitive aspects of hypochondriasis and the somatization syndrome. *Journal of Abnormal Psychology, 107,* 587–595.

Robbins, J. M., & Kirmayer, L. J. (1991). Attributions of common somatic symptoms. *Psychological Medicine, 21,* 1029-1045.

Robbins, P. J., & Wood, K. I. (1984). Fear of death and physical illness: A personal construct approach. In F. Epting & R. A. Neimeyer (Eds.), *Emergent theories of aging*(pp. 214-216). New York: Springer.

Robbins, R. A. (1991). Bugen's Coping with Death Scale: Reliability and further validation. *OMEGA-Journal of Death and Dying, 22*(4), 287-299.

Robbins, R. A. (1994). Death competency: Bugen's Coping with death scale and death self-efficacy. In R. A. Neimeyer (Eds.), *Death Anxiety Handbook: Research, Instrumentation and Application* (pp. 149-165). New York: Routledge.

Robinson, P. J., & Wood, K. I. (1984). Fear of death and physical illness: A personal construct approach. In F. Epting & R. A. Neimeyer(Eds.), *Emergent theories of aging* (pp. 214-216). New York: Springer.

Roemer, L., & Orsillo, S. M. (2002). Expanding our conceptualization of and treatment for generalized anxiety disorder: Integrating mindfulness/acceptance-based approaches with existing cognitive-behavioral models. *Clinical Psychology: Science and Practice, 9,* 54-68.

Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image.* Princeton, NJ: Princeton University Press.

Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology, 57*(6), 1069–1081

Salkovskis, P. M., & Warwick, H. M. (1986). Morbid preoccupations, health anxiety and reassurance: A cognitive-behavioural approach to hypochondriasis. *Behaviour Research and Therapy, 24*(5), 597–602.

Salkovskis, P. M., & Warwick, H. M. (2001). Making sense of hypochondriasis: A cognitive theory of health anxiety. In *Health anxiety: Clinical and research perspectives on hypochondriasis and related conditions*(pp. 46-64). Wiley.

Salkovskis, P. M., Warwick, H. M. C., & Deale, A. C. (2003). Cognitive-Behavioral Treatment for Severe and Persistent Health Anxiety (Hypochondriasis). *Brief Treatment and Crisis Intervention, 3,* 353-367.

Salkovskis, P., Warwick, H., & Deale, A. (2003). Cognitive-behavioural treatment for severe and persistent health anxiety(Hypochondriasis). *Brief Treatment and Crisis Intervention, 3*, 353-367.

Scarella, T.M., Boland, R. J., & Barsky, A. J. (2019). Illness Anxiety Disorder: Psychopathology, Epidemiology, Clinical Characteristics, and Treatment. *Psychosomatic Medicine, 81*(5), 398-407.

Schipper, H. (1990). Guidelines and caveats for quality of life measurement in clinical practice and research. *Oncology, 4*(5), 51-57.

Schreiber, F., Neng, J. M., Heimlich, C., Witthöft, M., & Weck, F. (2014). Implicit affective evaluation bias in hypochondriasis: Findings from the Affect Misattribution Procedure. *Journal of Anxiety Disorders, 28*(7), 671-678.

Sharma, N. (2015). Perception of life and death in Japan. *Journal of Humanities and Social Science, 20*(8), 30-42.

Sherer, M., & Adams, C. H. (1983). Construct validation of the Self-Efficacy Scale. *Psychological Reports, 53*, 899-902.

Shi, C., Taylor, S., Witthöft, M., Du, X., Zhang, T., Lu, S., & Ren, Z. (2022). Attentional bias toward health-threat in health anxiety: A systematic review and three-level meta-analysis. *Psychological Medicine, 52*(4), 604–613.

Simon, L., Arndt, J., Greenberg, J., Pyszczynski, T., & Solomon, S. (1998). Terror management and meaning: evidence that the opportunity to defend the worldview in response to mortality salience increases the meaningfulness of life in the mildly depressed. *Journal of Personality, 66*(3), 359–382.

Smith, D. K., Nehemkis, A. M., & Charter, R. A. (1983). Fear of death, death attitudes, and religious conviction in the terminally ill. *International Journal of Psychiatry in Medicine, 13,* 221-232.

Spielberger C. D., Gorsuch R. L., & Lushene R. E. (1970). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory.* Palo Alto, California: Consulting Psychologist Press.

Starcević, V. (1989). Pathological fear of death, panic attacks, and hypochondriasis. *American Journal of Psychoanalysis, 49*(4), 347-361

Starcević, V. (2005). Fear of Death in Hypochondriasis: Bodily Threat and Its Treatment Implications. *Journal of Contemporary Psychotherapy, 35,* 227–237.

Steiger, J. H. (1990). Structural model evaluation and modification: An interval estimation approach. *Multivariate Behavioral Research, 25*, 173-180.

Stolorow, R. D. (1979). Defensive and arrested developmental aspects of death anxiety, hypochondriasis and depersonalization. *The International Journal of Psychoanalysis, 60,* 201-213.

Strachan, E., Pyszczynski, T., Greenberg, J., & Solomon, S. (2001). Coping with the Inevitability of Death: Terror Management and Mismanagement, in C. R. Snyder (Eds.), *Coping with Stress: Effective People and Processes.* New York: Oxford Academic.

Stranchan, E., Schimel, J., Arndt, J., Williams, T., Solomon, S., Pyszczynski, T., & Greenberg, J. (2007). Terror mismanagement: Evidence that mortality salience exacerbates phobic and compulsive behaviors. *Personality and Social Psychology Bulletin, 33*, 1137-1151.

Taylor, S., & Asmundson, G. J .G. (2004). *Treating Health Anxiety: A Cognitive–Behavioral Approach.* New York: The Guildford Press.

Taylor, S., & Cox. B. J. (1998). An expanded Anxiety Sensitivity Index: Evidence for a hierarchic structure in a clinical sample. *Journal of Anxiety Disorders, 12,* 463-483.

Taylor, S., Zvolensky, M. J., Cox. B. J., Deacon, B., Heimberg, R. G., Ledley, D. R., Abramowitz, J. S., Holaway, R. M., Sandin, B., Stewart, S. H., Coles, M., Eng, W., Daly, E. S., Arrindell, W. A., Bouvard, M., & Cardenas, S. J. (2007). Robust dimensions of anxiety sensitivity: Development and initial validation of the Anxiety Sensitivity Index-3, *Psychological Assessment, 19*(2), 176-188.

Templer, D. I. (1970). The construction and validation of a death anxiety scale. *Journal of General Psychology, 82,* 834-859.

Thompson, M. M., Zanna, M. P., & Griffin, D. W. (1995). Let's not be indifferent about (attitudinal) ambivalence. In R. E. Petty & J. A. Krosnick (Eds.), *Attitude strength: Antecedents and consequences* (pp. 361–386). Lawrence Erlbaum Associates, Inc.

Thompson, S. C., & Janigian, A. S. (1988). Life schemes: A framework for understanding the search for meaning. *Journal of Social and Clinical Psychology, 7*(2-3), 260–280.

Tomer, A. (1994). Death anxiety in adult life—Theoretical perspectives. In R. A. Neimeyer (Ed.),

Death anxiety handbook: Research, instrumentation, and application (pp. 3–28). Taylor & Francis.

Tomer, A., & Eliason, G. (1996). Toward a comprehensive model of death anxiety. *Death Studies, 20*(4), 343–365.

Tucker, L. R., & Lewis, C. (1973). A reliability coefficient for maximum likelihood factor analysis. *Psychometrika, 38,* 1-10.

Twohig, M. P., Hayes, S. C., Plumb, J. C., Pruitt, L. D., Collins, A. B., Hazlett-Stevens, H., & Woidneck, M. R. (2010). A randonmized clinical trial of acceptance and commitment therapy versus progressive relaxation training for obsessive-compulsive disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 78,* 705-716.

Tyrer P. (2018). Recent Advances in the Understanding and Treatment of Health Anxiety. *Current Psychiatry Reports, 20*(7), 49.

van den Heuvel, O. A., Veale, D., & Stein, D. J. (2014). Hypochondriasis: Considerations for ICD-11. *Brazilian Journal of Psychiatry, 36,* 21–27.

van Vaerenbergh, Y., & Thomas, T. D. (2013). Response Styles in Survey Research: A Literature Review of Antecedents, Consequences, and Remedies. In*ternational Journal of Public Opinion Research 25*(5), 195-217

Vernon, G. M. (1972). Death Control. OMEGA - *Journal of Death and Dying, 3*(2), 131-138.

Walker, J., Vincent, N., Furer, P., Cox, B., & Kjernisted, K. (1999). Treatment preference in hypochondriasis. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry, 30*(4), 251–258.

Ware, J. E. Jr., & Kosinski, M. *Improvements in the content and scoring of the SF-36 Health Survey Version 2.* SF-36 Users Site at http://www.SF-36.com/news/SF36–20.html

Ware, J. E. Jr., & Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Medical Care, 30*(6), 473–483.

Ware, J. E. Jr., Kosinski, M., Bjorner, J, B., Turner-Bowker, D. M., Gandek, B., & Maruish, M. E. (2007). *User's Manual for the SF-36v2® Health Survey*, Lincoln (RI): Quality Metric Incorporated.

Warwick, H. M. C., & Salkovskis, P. M. (1987). Hypochondriasis. In J. Scott, J. M. G. Williams, & A. T. Beck(Ed.), *Cognitive therapy: A clinical casebook*. London: Routledge.

Warwick, H. M. C., & Salkovskis, P. M. (1990). Hypochondriasis. *Behaviour Research and Therapy. 28*(2), 105-117.

Wass, H. (1979). (Ed.). *Dying: Facing the fa*cts. New York, NY: McGraw-Hill.

Wass, H., Berardo, F. M., & Neimeyer, R. A. (1988). *Dying: Facing the facts* (2nd ed.). Hemisphere Publishing Corp/Harper & Row Publishers.

Watson, D., & Friend, R. (1969). Measurement of social-evaluative anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 33*(4), 448-457.

Watts, P. R. (1977). Evaluation of death attitude change resulting from a death education instructional unit. *Death Education, 1*(2), 187–193.

Westman, A. S., & Canter, F. M. (1985). Fear of death and the concept of extended self. *Psychological Reports, 56*(2), 419–425.

Willson, R., & Veale, D. (2009). *Overcoming health anxiety: A self-help guide using cognitive behavioural techniques.* London: Robinson.

Wisman, A., & Koole, S. L. (2003). Hiding in the crowd: Can mortality salience promote affiliation with others who oppose one's worldviews? *Journal of Personality and Social Psychology, 84*(3), 511–526

Witthöft, M., Kerstner, T., Ofer, J., Mier, D., Rist, F., Diener, C., & Bailer, J. (2016). Cognitive biases in pathological health anxiety: The contribution of attention, memory, and evaluation processes. *Clinical Psychological Science, 4*(3), 464-479.

Wong, P. T. P. (1989). Personal meaning and successful aging. *Canadian Psychology / Psychologie Canadienne, 30*(3), 516–525.

Wong, P. T. P. (2000). Meaning of life and meaning of death in successful aging. In A. Tomer (Ed.), *Death attutudes and older adults: Theories, concepts, and application* (pp.23-35). Philadelphia: Taylor and Francis.

Wong, P. T. P. (2007). Meaning management theory and death acceptance. In *Existential and spiritual issues in death attitudes*(pp. 91-114). Psychology Press.

Wong, P. T. P. (2008). Meaning management theory & death acceptance. In Tomer, Eliason, & Wong (*Eds.*) *Existential and spiritual issues in death attitudes* (pp. 65-87). New York: Erlbaum.

Wong, P. T. P., Recker, G. T., & Gesser, G. (1994). Death attitude profile–revised: A multidimensional measure of attitudes toward death. In R. A. Neimeyer (*Eds.*), *Death Anxiety Handbook: Research, Instrumentation and Application* (pp. 121-148). Washington, DC: Taylor and Francis.

Wong, P. T. P., & Tomer, A. (2011). Beyond terror and denial: The positive psychology of death acceptance. *Death Studies, 35*(2), 99-106.

Würtz, F., Zahler, L., Blackwell, S. E., Margraf, J., Bagheri, M., & Woud, M. L. (2022). Scrambled but valid? The scrambled sentences task as a measure of interpretation biases in psychopathology: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 93,* 102-133.

Yalom, I. D. (1980). *Existential psychotherapy.* New York: Basic Books.

Yalom, I. D. (2008). *Staring at the Sun: Overcoming the terror of death.* San Francisco: Jossey-Bass.

Yan, Z., Witthöft, M., Bailer, J., Diener, C., & Mier, D. (2019). Scary symptoms? Functional magnetic resonance imaging evidence for symptom interpretation bias in pathological health anxiety. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience, 269*(2), 195-207.

Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. Acta *psychiatrica Scandinavica, 67*(6), 361–370.

부 록

부록 1-1. 탐색적 목표 회전 모형의 요인 부하량 - 5요인 ····· 139
부록 1-2. 탐색적 목표 회전 모형의 요인 부하량 - 6요인a ····· 140
부록 1-3. 탐색적 목표 회전 모형의 요인 부하량 - 6요인b ····· 141
부록 1-4. 탐색적 목표 회전 모형의 요인 부하량 - 7요인 ····· 142
부록 1-5. K-DAP-R의 타당화에 사용된 척도별 상관
특성불안 통제한 부분 상관 ····· 143
부록 2. 죽음공포 고저에 따른 죽음태도척도 프로파일 차이 ····· 144
부록 3-1. 측정시기별 주요 변인의 집단 간 차이
- 부가 종속측정치 지수표 ····· 145
부록 3-2. 측정시기별 주요 변인의 집단 내 차이
- 부가 종속측정치 지수표 ····· 146
부록 4. 한국어판 죽음태도 척도 개정판 (DAP-R) ····· 147
부록 5. 죽음불안 척도 (DAS) ····· 149
부록 6. 특성불안 척도 (STAI-T) ····· 150
부록 7. 로젠버그 자존감 척도 (RSES) ····· 151
부록 8. 심리적 안녕감 척도 (PWBS) ····· 152
부록 9. 질병태도 척도 (IAS) ····· 155
부록 10. 증상해석 질문지 (SIQ) ····· 157
부록 11. 연구 3 선별용 설문지 ····· 159
부록 12. 불안민감도 지수 3판-신체염려 (ASI-3-phs) ····· 160
부록 13. 병원 불안-우울 척도 (HADS) ····· 161
부록 14. 약식 건강조사-6차원 (SF-6D) ····· 162
부록 15. 일반적 자기효능감 척도 (GSES) ····· 164
부록 16. 삶의 만족도 척도 (SWLS) ····· 165
부록 17. 심리교육 참여자 요구특성 및 교육 평가 ····· 166

부록 1-1. 탐색적 목표 회전 모형의 요인 부하량 - 5요인 (N = 297)

	FD	DA	EA	AA	NA	Communality
1	0.450***	0.177**	-0.032	-0.205**	0.030	0.349
2	0.685***	0.044	-0.032	-0.088*	-0.059	0.549
7	0.649***	0.219**	-0.018	0.004	-0.07	0.639
18	0.713***	0.129*	0.040	0.007	-0.025	0.625
20	0.347***	0.244**	0.243**	0.099*	-0.177**	0.432
21	0.724***	0.127*	0.068	-0.069	-0.052	0.67
32	0.684***	0.083	-0.005	0.098*	-0.045	0.549
3	0.246**	0.543***	-0.141*	0.022	-0.143*	0.558
10	0.296***	0.593***	0.131*	-0.058	-0.040	0.646
12	0.315***	0.619***	0.077	0.072*	-0.022	0.698
19	0.018	0.780***	-0.057	0.007	0.032	0.606
26	-0.193**	0.748***	-0.148*	0.069	0.163*	0.470
5	0.087	-0.065	0.644***	0.034	0.226**	0.509
9	-0.009	0.017	0.808***	-0.054	-0.017	0.624
11	0.030	0.009	0.835***	-0.084*	0.023	0.662
23	0.015	-0.007	0.772***	0.089*	0.001	0.653
29	0.028	-0.106*	0.677***	0.249**	-0.022	0.628
4	0.052	-0.020	-0.215**	0.715***	0.045	0.446
8	-0.180**	0.173**	0.301***	0.495***	-0.044	0.505
13	0.024	-0.083	0.019	0.743***	0.033	0.562
15	-0.084*	0.054	0.011	0.832***	-0.047	0.715
16	-0.038	-0.023	0.029	0.867***	-0.010	0.773
22	0.257*	-0.017	-0.086	0.417***	0.036	0.198
25	-0.103	0.045	0.014	0.830***	-0.002	0.725
27	-0.088*	0.005	0.318***	0.662***	-0.004	0.706
28	-0.025	0.053	-0.046	0.901***	0.004	0.796
31	0.171**	-0.056	-0.151*	0.853***	0.032	0.654
6	0.193**	0.015	0.070	0.084	0.647***	0.409
14	0.148*	-0.107*	-0.006	0.048	0.808***	0.635
17	-0.437***	0.232*	-0.017	0.024	0.433***	0.426
24	0.079	-0.037	0.015	-0.046	0.865***	0.718
30	-0.266**	0.141*	0.115*	-0.073	0.531***	0.417

부록 1-2. 탐색적 목표 회전 모형의 요인 부하량 - 6요인a (N = 297)

	FD	DA	EA	AA	NA1	NA2	Communality
1	0.348**	0.223**	-0.038	-0.163*	0.133*	-0.377**	0.477
2	0.623***	0.074	-0.038	-0.062	0.071	-0.341**	0.628
7	0.664***	0.216*	-0.023	-0.005	-0.011	-0.042	0.641
18	0.701***	0.138*	0.040	-0.001	0.046	-0.087	0.616
20	0.424***	0.220**	0.242**	0.071	-0.181**	0.131*	0.467
21	0.778***	0.107*	0.066	-0.095*	0.004	0.052	0.694
32	0.795***	0.034	-0.009	0.06	-0.002	0.176*	0.638
3	0.197**	0.576***	-0.147*	0.042	-0.120*	-0.170*	0.590
10	0.299***	0.590***	0.129*	-0.055	-0.053	0.004	0.644
12	0.273**	0.642***	0.077*	0.087*	-0.019	-0.100*	0.715
19	0.025	0.769***	-0.052	0.007	-0.04	0.114*	0.607
26	-0.159*	0.723***	-0.142*	0.059	0.049	0.263*	0.499
5	0.014	-0.038	0.653***	0.058	0.242**	-0.149*	0.548
9	0.007	0.015	0.803***	-0.052	-0.037	0.017	0.617
11	-0.004	0.029	0.841***	-0.067	0.025	-0.116*	0.686
23	0.077	-0.030	0.781***	0.066	-0.044	0.167*	0.69
29	0.073	-0.119*	0.676***	0.236**	-0.039	0.091*	0.638
4	0.014	-0.004	-0.215**	0.727***	0.076	-0.102	0.455
8	-0.191**	0.182*	0.298**	0.506***	-0.070	-0.033	0.506
13	-0.008	-0.065	0.019	0.756***	0.064	-0.112*	0.573
15	-0.125*	0.078*	0.008	0.853***	-0.034	-0.130*	0.738
16	-0.071	-0.005	0.027	0.885***	0.010	-0.114*	0.79
22	0.334**	-0.053	-0.085	0.386***	0.035	0.199*	0.252
25	-0.119*	0.054	0.013	0.840***	0.001	-0.053	0.726
27	-0.062	-0.004	0.316**	0.657***	-0.022	0.052	0.704
28	0.018	0.035	-0.048	0.891***	-0.011	0.114*	0.812
31	0.233**	-0.084*	-0.156*	0.834***	0.041	0.145*	0.691
6	0.104	0.021	0.083	0.108*	0.651***	-0.037	0.433
14	0.064	-0.112*	0.012	0.060	0.780***	0.078	0.631
24	0.015	-0.055	0.035	-0.038	0.810***	0.159*	0.714
17	-0.417***	0.199*	-0.006	0.016	0.312**	0.303**	0.452
30	-0.274***	0.113*	0.126*	-0.070	0.439***	0.214**	0.420

부록 1-3. 탐색적 목표 회전 모형의 요인 부하량 - 6요인b (N = 297)

	FD1	FD2	DA	EA	AA	NA	Communality
1	0.585***	-0.189**	0.207*	-0.029	-0.149*	0.010	0.477
2	0.719***	-0.009	0.075	-0.025	-0.052	-0.092*	0.628
7	0.498***	0.247**	0.255**	-0.014	-0.008	-0.092*	0.641
18	0.566***	0.229**	0.173**	0.049	-0.003	-0.055	0.616
21	0.499***	0.383***	0.160**	0.075*	-0.102*	-0.072	0.467
20	0.145*	0.298**	0.261**	0.247*	0.065	-0.185*	0.694
32	0.406*	0.503***	0.101*	-0.001	0.047	-0.057	0.638
3	0.271**	-0.095	0.580***	-0.140*	0.051	-0.155*	0.590
10	0.218**	0.081	0.619***	0.132*	-0.054	-0.045	0.644
12	0.291**	-0.021	0.660***	0.082*	0.091*	-0.033	0.715
19	-0.040	0.026	0.799***	-0.054	0.005	0.041	0.607
26	-0.262**	0.059	0.759***	-0.150*	0.050	0.189*	0.499
5	0.167*	-0.137*	-0.056	0.650***	0.063	0.220**	0.548
9	-0.037	0.017	0.014	0.801***	-0.050	-0.014	0.617
11	0.076	-0.105*	0.012	0.840***	-0.060	0.019	0.686
23	-0.113*	0.178*	-0.012	0.778***	0.061	0.005	0.690
29	-0.062	0.129*	-0.11*	0.675***	0.232**	-0.02	0.638
4	0.095	-0.066	-0.011	-0.214**	0.727***	0.037	0.455
8	-0.134*	-0.114	0.170*	0.296**	0.509***	-0.040	0.506
13	0.075	-0.077	-0.078	0.02	0.757***	0.026	0.573
15	-0.011	-0.146*	0.059	0.009	0.857***	-0.055	0.738
16	0.019	-0.104*	-0.021	0.028	0.887***	-0.019	0.790
22	0.070	0.325*	-0.011	-0.084	0.372***	0.036	0.252
25	-0.059	-0.082	0.043	0.012	0.839***	-0.002	0.726
27	-0.115*	0.032	-0.002	0.314***	0.654***	0	0.704
28	-0.100*	0.119*	0.050	-0.050	0.882***	0.009	0.812
31	0.034	0.249**	-0.054	-0.155*	0.821***	0.032	0.691
6	0.262**	-0.057	0.029	0.074	0.102*	0.649***	0.433
14	0.173*	0.016	-0.095*	-0.001	0.047	0.806***	0.631
17	-0.433***	-0.002	0.214**	-0.022	0.004	0.469***	0.714
24	0.089*	0.047	-0.032	0.020	-0.054	0.871***	0.452
30	-0.238**	-0.016	0.125*	0.111*	-0.081	0.556***	0.420

부록 1-4. 탐색적 목표 회전 모형의 요인 부하량 - 7요인 (N = 297)

	FD	DA	EA	AA1	AA2	NA1	NA2	Communality
1	0.546***	0.102	-0.082	0.042	0.396***	0.084	-0.025	0.509
2	0.886***	-0.113*	-0.093*	0.112*	-0.286**	0.011	0.004	0.732
7	0.786***	0.098	-0.057	-0.007	0.047	-0.066	0.103*	0.692
18	0.570***	0.183**	0.069	-0.07	0.089	0.103*	-0.233**	0.629
20	0.375***	0.213**	0.242**	-0.021	0.206**	-0.176*	0.036	0.474
21	0.691***	0.106*	0.072*	-0.189*	0.184*	0.017	-0.079	0.691
32	0.612***	0.084	0.027	-0.140*	0.373*	0.043	-0.117	0.642
3	0.282**	0.522***	-0.163*	0.127*	-0.175*	-0.132*	0.002	0.594
10	0.230**	0.616***	0.133*	-0.063	-0.016	-0.029	-0.038	0.647
12	0.193**	0.689***	0.096*	0.095*	-0.078	0.019	-0.109*	0.731
19	-0.093	0.843***	-0.033	-0.037	0.028	0	0.005	0.625
26	-0.186**	0.733***	-0.141*	0.001	0.092	0.041	0.222*	0.479
5	-0.108	0.052	0.696***	0.094	-0.143*	0.299**	-0.203**	0.613
9	0.071	-0.031	0.774***	0.008	-0.065	-0.073	0.126*	0.627
11	0.053	-0.002	0.818***	0.045	-0.194**	0.006	0.025	0.688
23	0.017	-0.012	0.778***	0.017	0.136*	-0.039	0.069	0.681
29	-0.019	-0.074	0.701***	0.164*	0.148*	-0.008	-0.037	0.643
4	-0.071	0.063	-0.149*	0.624***	0.130*	0.134*	-0.172*	0.474
8	-0.061	0.114*	0.290**	0.531***	-0.013	-0.114*	0.173*	0.525
13	0.014	-0.066	0.057	0.697***	0.091	0.071	-0.034	0.572
15	-0.168*	0.127*	0.067	0.774***	0.102*	0.009	-0.117*	0.745
16	-0.075	0.014	0.080*	0.800***	0.127*	0.032	-0.061	0.788
22	0.257**	-0.037	-0.057	0.207**	0.354***	0.039	0.051	0.251
25	0.012	-0.015	0.026	0.806***	0.092*	-0.040	0.152*	0.756
27	0	-0.043	0.330*	0.593***	0.156*	-0.050	0.142*	0.717
28	-0.027	0.057	0.007	0.717*	0.320*	0.009	0.039	0.806
31	0.157*	-0.056	-0.096*	0.613***	0.408***	0.059	0.018	0.685
6	0.083	0.041	0.100*	0.098*	-0.058	0.631***	0.044	0.440
14	-0.010	-0.061	0.035	-0.012	0.052	0.767***	0.070	0.649
24	0.015	-0.056	0.033	-0.087*	0.041	0.739***	0.239*	0.703
17	-0.250**	0.112*	-0.059	0.012	0.050	0.195**	0.542***	0.534
30	-0.045	-0.015	0.060	-0.027	-0.040	0.300*	0.560***	0.534

부록 1-5. K-DAP-R의 타당화에 사용된 척도별 상관_특성 불안을 통제한 부분상관 (N = 295)

	DAP-R (26 items)					DAS	STAI-T	RSES	PWBS
	FD	DA	EA	AA	NA				
DAP-R									
FD	1.00								
DA	.68***	1.00							
EA	-.02	**.11**	1.00						
AA	-.07	.02	.26***	1.00					
NA	-.27***	-.24***	.22***	.10	1.00				
DAS	.55***	.45***	.08	-.01	**-.04**	1.00			
STAI-T									
RSES	-.10	**.13***	**-.10**	**.23*****	**.19*****	**-.00**		1.00	
PWBS	**-.03**	.05	-.20**	.09	.11	**-.01**		.62***	1.00

주. FD = 죽음공포, DA = 죽음회피, EA = 도피수용, AA = 접근수용, NA = 중립수용, DAS = 죽음불안 척도, STAI-T = 특성불안 척도, RSES = 로젠버그 자존감 척도, PWBS = 심리적안녕감 척도, α = Cronbach's alpha, r = 4주 간격 검사-재검사 신뢰도(n=72).
*p < .05. **p < .01. ***p < .001.

부록 2. 죽음공포 고저에 따른 죽음태도척도 프로파일 차이 (N = 297)

	전체 (N = 297)	FD 고 (n = 148)	FD 저 (n = 149)	t-test
	Mean(SD)	Mean(SD)	Mean(SD)	
FD	24.78 (8.79)	31.92 (5.30)	17.58 (4.70)	24.66 (p < .001)
DA	13.15 (5.11)	16.03 (4.31)	10.22 (4.09)	11.93 (p < .001)
EA	14.32 (5.61)	14.80 (4.72)	13.86 (6.36)	1.45 (p = .147)
AA	23.45 (10.27)	23.56 (8.47)	23.40 (11.79)	.13 (p = .894)
NA	21.29 (4.31)	20.42 (3.60)	22.08 (4.81)	3.37 (p < .001)
IAS	31.56 (16.84)	39.80 (16.63)	23.37 (12.53)	9.61 (p < .001)
SIQ-som	24.26 (7.24)	25.98 (7.61)	22.56 (6.44)	4.18 (p < .001)

주. FD = 죽음공포, DA = 죽음회피, EA = 도피수용, AA = 접근수용, NA = 중립수용, IAS = 질병태도척도(질병불안), SIQ-som = 증상해석질문지-신체귀인(신체증상 해석편향).

부록 3-1. 측정시기별 주요 변인의 집단 간 차이 - 부가 종속측정치 지수표

		1. 사전 M(*SD*)	2. 중간 M(*SD*)	3. 사후 M(*SD*)	4. 추후 M(*SD*)	Kruskal Wallis rank sum test					
						사전-중간 $\chi^2(2)$	사전-사후 $\chi^2(2)$	사전-추후 $\chi^2(2)$	중간-사후 $\chi^2(2)$	중간-추후 $\chi^2(2)$	사후-추후 $\chi^2(2)$
HADS_anx 병원불안	실험	7.92 (5.26)	8.42 (5.37)	5.17 (4.04)	5.67 (4.21)	2.70 p = .259 (.025)	2.36 p = .307 (.013)	1.08 p = .580 (.000)	1.42 p = .490 (.000)	0.74 p = .691 (.000)	0.45 p = .800 (.000)
	비교	9.38 (4.07)	7.13 (3.98)	6.00 (3.46)	6.13 (3.56)						
	대기	8.09 (4.53)	7.18 (3.49)	5.82 (3.49)	5.82 (3.60)						
HADS_dep 병원우울	실험	7.92 (4.80)	7.75 (4.18)	6.58 (3.50)	6.00 (3.95)	1.08 p = .582 (.000)	2.15 p = .341 (.005)	0.36 p = .836 (.000)	0.68 p = .711 (.000)	1.63 p = .444 (.000)	0.85 p = .652 (.000)
	비교	7.25 (4.98)	5.88 (4.70)	4.50 (4.24)	5.13 (4.39)						
	대기	7.91 (4.66)	6.55 (3.56)	6.27 (4.22)	6.27 (3.90)						
GSES 자기 효능감	실험	25.75 (5.77)	26.50 (7.60)	28.17 (7.36)	27.75 (6.58)	0.50 p = .779 (.000)	0.61 p = .735 (.000)	0.88 p = .644 (.000)	0.70 p = .705 (.000)	1.24 p = .538 (.000)	0.89 p = .641 (.000)
	비교	25.50 (8.30)	26.75 (8.28)	28.88 (7.16)	28.38 (8.25)						
	대기	25.82 (9.99)	26.64 (9.05)	27.09 (10.32)	25.27 (10.44)						
SWLS 삶의 만족도	실험	21.83 (4.47)	20.83 (6.26)	22.83 (3.24)	22.83 (4.80)	2.02 p = .365 (.001)	1.29 p = .524 (.000)	1.13 p = .569 (.000)	0.18 p = .913 (.000)	0.12 p = .944 (.000)	1.24 p = .538 (.000)
	비교	20.13 (7.95)	21.75 (7.74)	22.38 (7.46)	23.63 (8.28)						
	대기	19.55 (6.55)	20.91 (6.98)	21.45 (7.69)	22.82 (7.44)						

주. Kruskal-Wallis test에 대한 η^2 값은 p 값 아래 괄호 안에 표기함.

부록 3-2. 측정시기별 주요 변인의 집단 내 차이 - 부가 종속측정치 지수표

		사전 M(*SD*)	중간 M(*SD*)	사후 M(*SD*)	추후 M(*SD*)	Kruskal Wallis rank sum test		post-hoc comparison Wilcox test*
						$\chi^2(2)$	*p*	
HADS_anx 병원불안	실험	7.92 (5.26)	8.42 (5.37)	5.17 (4.04)	5.67 (4.21)	3.65	.302	-
	비교	9.38 (4.07)	7.13 (3.98)	6.00 (3.46)	6.13 (3.56)	4.12	.248	-
	대기	8.09 (4.53)	7.18 (3.49)	5.82 (3.49)	5.82 (3.60)	3.46	.327	-
HADS_dep 병원우울	실험	7.92 (4.80)	7.75 (4.18)	6.58 (3.50)	6.00 (3.95)	1.12	.772	-
	비교	7.25 (4.98)	5.88 (4.70)	4.50 (4.24)	5.13 (4.39)	1.02	.796	-
	대기	7.91 (4.66)	6.55 (3.56)	6.27 (4.22)	6.27 (3.90)	1.03	.795	-
GSES 자기 효능감	실험	25.75 (5.77)	26.50 (7.60)	28.17 (7.36)	27.75 (6.58)	1.56	.668	-
	비교	25.50 (8.30)	26.75 (8.28)	28.88 (7.16)	28.38 (8.25)	0.94	.815	-
	대기	25.82 (9.99)	26.64 (9.05)	27.09 (10.32)	25.27 (10.44)	0.29	.962	-
SWLS 삶의 만족도	실험	21.83 (4.47)	20.83 (6.26)	22.83 (3.24)	22.83 (4.80)	2.30	.513	-
	비교	20.13 (7.95)	21.75 (7.74)	22.38 (7.46)	23.63 (8.28)	1.19	.756	-
	대기	19.55 (6.55)	20.91 (6.98)	21.45 (7.69)	22.82 (7.44)	1.68	.642	-

주. * 다중비교 보정: Holm-Bonferonni

부록 4. 한국어판 죽음태도척도-개정판 (DAP-R)

■ 다음은 죽음에 대한 다양한 태도와 관련된 내용을 기술한 것입니다. 각 문항들을 잘 읽고 동의하는 정도에 따라 '1(전혀 아니다)~7(매우 그렇다)' 중에서 표시해 주세요.

전혀 아니다	아니다	약간 아니다	중간이다	약간 그렇다	그렇다	매우 그렇다
1	2	3	4	5	6	7

	문항내용	점수
1	죽음이 암울한 일이라는 것엔 의심의 여지가 없다	1 2 3 4 5 6 7
2	언젠가 나도 죽을 것이라는 생각은 나를 불안하게 한다	1 2 3 4 5 6 7
3	나는 무슨 수를 써서라도 죽음에 대한 생각을 피한다	1 2 3 4 5 6 7
4	죽은 후에 나는 천국에 있을 것이라고 믿는다	1 2 3 4 5 6 7
5	죽음은 내 모든 괴로움을 끝낼 것이다	1 2 3 4 5 6 7
6	죽음은 지극히 자연스럽고 불가피한 사건으로 생각되어야 한다	1 2 3 4 5 6 7
7	죽음이 끝이라는 생각 때문에 심란하다	1 2 3 4 5 6 7
8	죽음은 이 끔찍한 세상으로부터 탈출할 수 있게 한다	1 2 3 4 5 6 7
9	죽음에 대한 생각이 떠오를 때마다 나는 생각하지 않으려고 애쓴다	1 2 3 4 5 6 7
10	죽음은 고통과 괴로움으로부터 나를 구출해준다	1 2 3 4 5 6 7
11	나는 죽음에 관해 생각하지 않으려고 언제나 애를 쓴다	1 2 3 4 5 6 7
12	나는 천국이 이 세상보다 훨씬 더 좋은 곳이라고 믿는다	1 2 3 4 5 6 7
13	죽음은 삶의 자연스러운 부분이다	1 2 3 4 5 6 7
14	죽음은 신과의 결합이자 영원한 행복이다	1 2 3 4 5 6 7

15	죽음은 새롭고 영광스러운 삶을 약속한다	1 2 3 4 5 6 7
16	나는 죽음에 대해 강한 공포를 가지고 있다	1 2 3 4 5 6 7
17	나는 죽음에 대해 전혀 생각하지 않으려고 한다	1 2 3 4 5 6 7
18	죽음 이후의 삶(내세, 사후생)이라는 주제는 나를 매우 괴롭게 한다	1 2 3 4 5 6 7
19	죽음이 모든 것의 마지막임을 의미한다는 사실은 나를 두렵게 한다	1 2 3 4 5 6 7
20	나는 죽음을 현세에서 겪는 고통으로부터의 해방으로 본다	1 2 3 4 5 6 7
21	죽음은 삶의 과정의 일부일 뿐이다	1 2 3 4 5 6 7
22	나는 죽음을 영원하고 축복이 가득한 곳으로 가는 통로라고 본다	1 2 3 4 5 6 7
23	내가 죽음에 편안할 수 있는 것은 내세를 믿기 때문이다	1 2 3 4 5 6 7
24	죽음은 좋은 것도 나쁜 것도 아니다	1 2 3 4 5 6 7
25	나는 사후세계를 기대한다	1 2 3 4 5 6 7
26	죽은 후에 어떤 일이 일어날지 알지 못하기 때문에 나는 죽는 것을 걱정한다	1 2 3 4 5 6 7

부록 5. 죽음 불안 척도(DAS)

■ 다음은 죽음과 임종에 대해 느낄 수 있는 생각과 감정에 대한 내용입니다. 각 문항들을 잘 읽고, 자신에게 해당되는 정도에 따라 '1(전혀 그렇지 않다)~(매우 그렇다)' 중에서 표시해 주세요.

전혀 그렇지 않다	약간 그렇다	어느 정도 그렇다	많이 그렇다	매우 그렇다
1	2	3	4	5

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

부록 6. 특성 불안 척도(STAI-T)

■ 다음의 항목을 주의 깊게 읽으시고, 당신이 평소에 느끼는 상태를 가장 잘 나타내는 것에 표시해 주세요.

전혀 그렇지 않다	가끔 그렇다	자주 그렇다	항상 그렇다
1	2	3	4

	문항내용	점수
1	기분이 좋다	1 2 3 4
2	쉽게 피로해진다	1 2 3 4
3	울고 싶은 심정이다	1 2 3 4
4	다른 사람들처럼 행복했으면 한다	1 2 3 4
5	마음을 빨리 정하지 못해서 실패를 한다	1 2 3 4
6	마음이 놓인다	1 2 3 4
7	차분하고 침착하다	1 2 3 4
8	너무 많은 어려운 문제가 밀어닥쳐서 할 수 없을 것 같다	1 2 3 4
9	하찮은 일에 너무 걱정을 많이 한다	1 2 3 4
10	행복하다	1 2 3 4
11	무슨 일이건 힘들게 생각한다	1 2 3 4
12	자신감이 부족하다	1 2 3 4
13	마음이 든든하다	1 2 3 4
14	위기나 어려움을 피하려고 애쓴다	1 2 3 4
15	울적하다	1 2 3 4
16	만족스럽다	1 2 3 4
17	사소한 생각이 나를 괴롭힌다	1 2 3 4
18	실망을 지나치게 예민하게 받아들이기 때문에 머릿속에서 지워버릴 수가 없다	1 2 3 4
19	착실한 사람이다	1 2 3 4
20	요즈음 걱정거리나 관심거리를 생각만 하면 긴장되거나 어찌할 바를 모른다	1 2 3 4

부록 7. 로젠버그 자존감 척도(RSES)

■ 다음 문장을 잘 읽으시고, 자신에게 해당되는 정도에 표시해 주세요.

대체로 그렇지 않다	보통이다	대체로 그렇다	항상 그렇다
1	2	3	4

	문항내용	점수
1	나는 내가 다른 사람들처럼 가치 있는 사람이라고 생각한다	1 2 3 4
2	나는 좋은 성품을 가졌다고 생각한다	1 2 3 4
3	나는 대체적으로 실패한 사람이라는 느낌이 든다	1 2 3 4
4	나는 대부분의 다른 사람과 같이 일을 잘 할 수가 있다	1 2 3 4
5	나는 자랑할 것이 별로 없다	1 2 3 4
6	나는 내 자신에 대하여 긍정적인 태도를 가지고 있다	1 2 3 4
7	나는 내 자신에 대하여 대체로 만족한다	1 2 3 4
8	나는 내 자신을 좀 더 존경할 수 있으면 좋겠다	1 2 3 4
9	나는 가끔 내 자신이 쓸모없는 사람이라는 느낌이 든다	1 2 3 4
10	나는 때때로 내가 좋지 않은 사람이라고 생각한다	1 2 3 4

부록 8. 심리적 안녕감 척도(PWBS)

■ 다음 문장을 잘 읽으시고, 자신에게 해당하는 정도에 따라 가장 적절한 곳에 표시해 주세요.

전혀 그렇지 않다	그렇지 않다	약간 그렇지 않다	약간 그렇다	그렇다	매우 그렇다
1	2	3	4	5	6

	문항내용	점수
1	나에게 주어진 상황은 내게 책임이 있다고 생각한다	1 2 3 4 5 6
2	현재의 내 활동반경(생활 영역)을 넓힐 생각이 없다	1 2 3 4 5 6
3	살아온 내 인생을 돌이켜 볼 때 현재의 결과에 만족한다	1 2 3 4 5 6
4	남들과 친밀한 인간관계를 유지하는 것이 어렵고 힘들다	1 2 3 4 5 6
5	대다수 사람들과 의견이 다를 경우에도, 내 의견을 분명히 말하는 편이다	1 2 3 4 5 6
6	매일매일 해야 하는 일들이 힘겹다	1 2 3 4 5 6
7	그저 하루하루를 살아가고 있을 뿐, 장래에 대해서는 별로 생각하지 않는다	1 2 3 4 5 6
8	나 자신에 대해 자부심과 자신감을 갖고 있다	1 2 3 4 5 6
9	나의 고민을 털어 놓을만한 가까운 친구가 별로 없어 가끔 외로움을 느낀다	1 2 3 4 5 6
10	나는 무슨 일을 결정하는 데 있어 다른 사람들의 영향을 받지 않는 편이다	1 2 3 4 5 6
11	과거에는 나 자신이 혼자 목표를 세우곤 했으나, 돌이켜보면 그것이 시간낭비였던 것 같다	1 2 3 4 5 6
12	내가 아는 많은 사람들은 인생에서 나보다 더 많은 것을 성취하는 것 같다	1 2 3 4 5 6
13	가족이나 친구들과 친밀한 대화를 나누는 것을 즐긴다	1 2 3 4 5 6
14	매일의 생활에서 내가 해야 할 책임들을 잘 해내고 있다	1 2 3 4 5 6

15 나는 무슨 일을 결정할 때 나의 의지대로 하는 편이다 ····· 1 2 3 4 5 6

16 내가 해야 할 일들이 힘겹게 느껴질 때가 있다 ····· 1 2 3 4 5 6

17 나 자신과 인생살이에 자극을 줄 만한 새로운 경험을 하는 것이 중요하다고 생각한다 ····· 1 2 3 4 5 6

18 가끔 매일 하는 일들이 사소하고 중요하지 않은 것처럼 느껴진다 ····· 1 2 3 4 5 6

19 내 성격의 거의 모든 면을 좋아한다 ····· 1 2 3 4 5 6

20 정말 필요로 할 때 내 말에 귀를 기울여 줄 사람은 많지 않다 ····· 1 2 3 4 5 6

---

21 나는 강한 의견을 가진 사람으로부터 영향을 받는 편이다 ····· 1 2 3 4 5 6

22 지난 세월을 되돌아보면 내 자신이 크게 발전하지 못했다고 생각된다 1 2 3 4 5 6

23 내 인생에서 무엇을 성취하려고 하는지 잘 모르겠다 ····· 1 2 3 4 5 6

24 과거에 실수를 저지르기도 했지만, 전체적으로는 모든 일이 매우 잘 되었다고 생각한다 ····· 1 2 3 4 5 6

25 나는 일반적으로 나의 개인문제나 돈 문제를 잘 관리하고 있다 ····· 1 2 3 4 5 6

26 많은 면에서 내가 성취한 것에 대해 실망을 느낀다 ····· 1 2 3 4 5 6

27 대부분의 사람들이 나보다 친구를 더 많이 갖고 있는 것 같다 ····· 1 2 3 4 5 6

28 미래의 계획을 짜고 그 계획을 실현시키려고 노력하는 것을 즐긴다 ···· 1 2 3 4 5 6

29 내 의견이 비록 다른 여러 사람들의 의견과 반대되는 경우에도 나는 내 의견이 옳다고 확신한다 ····· 1 2 3 4 5 6

30 나는 시간을 잘 활용하여 해야 할 모든 일을 제 때에 잘 처리해나갈 수 있다 ····· 1 2 3 4 5 6

---

31 그 동안 한 개인으로서 크게 발전해 왔다고 생각한다 ····· 1 2 3 4 5 6

32 내가 세운 계획을 어떻게 해서라도 실천하려고 노력한다 ····· 1 2 3 4 5 6

33 논쟁의 여지가 있는 문제들에 대해서 내 자신의 의견을 내세우지 못한다 ····· 1 2 3 4 5 6

34 현재의 생활 방식을 바꿔야 할 새로운 상황에 처하는 것을 싫어한다 ·· 1 2 3 4 5 6

35 나는 내 인생목표를 가지고 살아간다 ····· 1 2 3 4 5 6

36 친구와 가족이 반대하는 경우에는 나의 결정을 쉽게 바꾸는 편이다 ···· 1 2 3 4 5 6

37 나에게 있어서 삶은 끊임없이 배우고 변화하고 성장하는 과정이었다 ·· 1 2 3 4 5 6

38 내 친구들은 믿을 수 있고, 그들도 나를 믿을 수 있다고 생각한다 ····· 1 2 3 4 5 6

39 과거를 돌이켜보면 좋았던 때도 있었고, 힘들었던 때도 있었지만 대체로 만족한다 ····· 1 2 3 4 5 6

40 생활을 만족스럽게 꾸려 나가는 것이 쉽지 않다 ····· 1 2 3 4 5 6

41 내 인생을 크게 개선하거나 바꾸겠다라는 생각은 오래 전에 버렸다 ···· 1 2 3 4 5 6

42 내 자신을 친구나 친지들과 비교할 때면 내 자신에 대해 흐뭇하게 느껴진다 ····· 1 2 3 4 5 6

43 내 스스로 정한 기준에 의해 내 자신을 평가하지 남들의 기준에 의해 평가하지 않는다 ····· 1 2 3 4 5 6

44 내 가정과 생활방식을 내 맘에 들도록 꾸려올 수 있었다 ····· 1 2 3 4 5 6

45 이제껏 살아온 삶의 방식을 뒤늦게 바꿀 수는 없다고 생각한다 ····· 1 2 3 4 5 6

46 다른 사람들과 다정하고 신뢰깊은 관계를 별로 경험하지 못했다 ····· 1 2 3 4 5 6

부록 9. 질병태도 척도 (IAS)

■ 다음 문항을 읽으면서 평소 자신의 상태를 가장 잘 나타낸다고 생각되는 것에 '0(전혀 그렇지 않다)~4(매우 그렇다)' 중에서 표시해 주세요.

전혀 그렇지 않다	약간 그렇다	웬만큼 그렇다	많이 그렇다	매우 그렇다
0	1	2	3	4

	문항내용	점수
1	당신은 자신의 건강에 대해 걱정을 합니까?	0 1 2 3 4
2	당신은 자신이 미래에 심각한 질병에 걸릴 수 있다고 걱정합니까?	0 1 2 3 4
3	심각한 질병에 대한 생각이 당신을 겁나게 합니까?	0 1 2 3 4
4	만일 통증이 있으면 그것이 심각한 질병 때문일 것이라고 걱정합니까?	0 1 2 3 4
5	만일 통증이 1주일 이상 지속되면 의사를 찾아갑니까?	0 1 2 3 4
6	만일 통증이 1주일 이상 지속되면 자신이 심각한 질병에 걸렸다고 믿습니까?	0 1 2 3 4
7	당신은 흡연 같이 자신에게 해로울 수 있는 습관을 회피합니까?	0 1 2 3 4
8	당신은 건강을 해칠 수 있는 음식을 회피합니까?	0 1 2 3 4
9	당신은 신체에 무슨 문제가 있는지를 확인하기 위해서 검사를 받습니까?	0 1 2 3 4
10	당신은 자신이 신체적 질병을 가지고 있으나 의사가 그것을 정확히 진단하지 못하고 있다고 믿습니까?	0 1 2 3 4
11	당신은 의사가 당신에게 아무런 질병이 없다고 말할 때 그 의사를 신뢰하기 어렵습니까?	0 1 2 3 4
12	의사가 만일 당신에게서 어떤 문제를 발견했다고 말했을 때 당신은 쉽게 그것이 새로운 질병으로 발전될 수 있다고 믿게 됩니까?	0 1 2 3 4
13	당신은 장례식이나 사망기사처럼 죽음과 관련 있는 뉴스를 접하기를 두려워 합니까?	0 1 2 3 4
14	죽음에 대한 생각이 당신을 두렵게 합니까?	0 1 2 3 4

15	당신은 자신이 곧 죽을 수도 있다고 걱정합니까?	0 1 2 3 4
16	당신은 자신이 암에 걸렸을지 모른다고 걱정합니까?	0 1 2 3 4
17	당신은 자신이 심장병에 걸렸을지 모른다고 걱정합니까?	0 1 2 3 4
18	당신은 자신이 암이나 심장병 이외에 다른 어떤 심각한 질병에 걸렸을지 모른다고 걱정합니까?	0 1 2 3 4
19	어떤 질병에 대해 읽거나 들었을 때 당신은 그 질병과 유사한 증상을 느낍니까?	0 1 2 3 4
20	신체감각에 주의를 집중하게 되면 다른 생각을 하기가 어렵습니까?	0 1 2 3 4
21	신체감각이 느껴지면 그것에 대해 걱정합니까?	0 1 2 3 4
22	당신은 얼마나 자주 의사를 찾습니까?	0 1 2 3 4
23	작년에 당신은 얼마나 많은 의사(또는 치료사)를 찾아갔습니까?	0 1 2 3 4
24	당신은 작년 한 해 동안 얼마나 자주 치료(약 복용, 복용 약의 변경, 수술 등)를 받았습니까?	0 1 2 3 4
25	당신은 일을 하면 신체 증상이 중단됩니까?	0 1 2 3 4
26	당신이 하고 있는 일에 집중하면 신체 증상이 중단됩니까?	0 1 2 3 4
27	당신은 즐거운 시간을 가질 때 신체 증상이 중단됩니까?	0 1 2 3 4

부록 10. 증상해석 질문지 (SIQ)

■ 다음에는 자신이 경험했을 수도 그렇지 않을 수도 있는 13가지의 상황과, 각 상황의 이유가 될 만한 내용이 ㉮~㉱에 적혀 있습니다. 자신이 이 상황을 직접 경험 중이라고 가정한다면, ㉮~㉱ 각각의 이유가 자신의 상태를 얼마나 잘 설명해 줄 수 있는지를 '1(전혀 그렇지 않다)~4(매우 그렇다)' 중 적절한 곳에 표시해 주세요.

전혀 그렇지 않다	약간 그렇다	상당히 그렇다	매우 그렇다
1	2	3	4

문항내용	점수
1 만약 내가 ***한참동안 두통을 느낀다면,*** 내 생각에 그 이유는	
㉮ 내가 마음이 심란해서	1 2 3 4
㉯ 근육, 신경, 혹은 뇌에 무슨 문제가 있기 때문에	1 2 3 4
㉰ 시끄러운 소음, 밝은 빛, 또는 다른 어떤 것이 나를 자극해서	1 2 3 4
㉱ 뇌조직이 파괴되어서	1 2 3 4
2 만약 내가 ***땀을 많이 흘린다면,*** 내 생각에 그 이유는	
㉮ 몸에 열이 있거나 세균에 감염되어서	1 2 3 4
㉯ 심장마비가 오려고	1 2 3 4
㉰ 내가 불안하거나 신경이 예민해져서	1 2 3 4
㉱ 방이 너무 덥거나 옷을 많이 입었거나 고되게 일해서	1 2 3 4
3 만약 내가 ***갑자기 어지럽다면,*** 내 생각에 그 이유는	
㉮ 기절하기 직전이라서	1 2 3 4
㉯ 심장이나 혈압에 무슨 문제가 있기 때문에	1 2 3 4
㉰ 식사를 충분히 안했거나 너무 갑자기 일어서서	1 2 3 4
㉱ 스트레스를 너무 많이 받아서	1 2 3 4
4 만약 ***입에 침이 마른다면,*** 내 생각에 그 이유는	
㉮ 내가 어떤 일 때문에 겁을 먹었거나 불안해서	1 2 3 4
㉯ 수분이 부족해서	1 2 3 4
㉰ 타액선(침샘)에 무슨 문제가 있어서	1 2 3 4
㉱ 질식하려 하기 때문에	1 2 3 4
5 만약 내 ***심장이 마구 뛴다면,*** 내 생각에 그 이유는	
㉮ 내가 힘을 많이 썼거나 커피를 너무 많이 마셔서	1 2 3 4
㉯ 흥분했거나 두려움을 느껴서	1 2 3 4
㉰ 심장에 무슨 문제가 있어서	1 2 3 4
㉱ 심장 혈관이 터지려 하기 때문에	1 2 3 4

6 내가 만약 ***피로하다면,*** 내 생각에 그 이유는
㉮ 심장 박동이 멎으려하기 때문에 ····· 1 2 3 4
㉯ 정서적으로 힘들거나 낙담해서 ····· 1 2 3 4
㉰ 힘을 너무 많이 썼거나 운동을 너무 안 해서 ····· 1 2 3 4
㉱ 빈혈이 있거나 혈액 순환이 잘 안 되어서 ····· 1 2 3 4

7 만약 내 ***손이 떨린다면,*** 내 생각에 그 이유는
㉮ 내 몸의 신경에 무슨 문제가 있어서 ····· 1 2 3 4
㉯ 뇌조직에 심각한 손상이 있어서 ····· 1 2 3 4
㉰ 내가 매우 예민해져서 ····· 1 2 3 4
㉱ 손의 근육이 피로해서 ····· 1 2 3 4

8 내가 ***잠자기 어렵다면,*** 내 생각에 그 이유는
㉮ 일종의 통증이나 신체적 불편 때문에 ····· 1 2 3 4
㉯ 피로하지 않거나 커피를 너무 많이 마셔서 ····· 1 2 3 4
㉰ 걱정을 너무 많이 하거나 어떤 일에 대해 예민해져서 ····· 1 2 3 4
㉱ 두뇌 일부가 손상되어서 ····· 1 2 3 4

9 만약 ***소화가 잘 안된다면,*** 내 생각에 그 이유는
㉮ 걱정을 많이 해서 ····· 1 2 3 4
㉯ 위장병에 걸렸거나 위에 탈이 나서 ····· 1 2 3 4
㉰ 위암에 걸려서 ····· 1 2 3 4
㉱ 나에게 안 맞는 음식을 먹어서 ····· 1 2 3 4

10 내가 ***식욕을 잃었다면,*** 내 생각에 그 이유는
㉮ 너무 많이 먹었거나 전보다 양이 줄어서 ····· 1 2 3 4
㉯ 걱정이 너무 많아 입맛을 잃어서 ····· 1 2 3 4
㉰ 죽을 병에 걸려서 ····· 1 2 3 4
㉱ 위나 장에 문제가 있어서 ····· 1 2 3 4

11 만약 내가 ***숨이 차서 힘들다면,*** 내 생각에 그 이유는
㉮ 폐에 염증이나 통증이 있거나, 심장의 문제로 인해 폐에 부담이 가서 1 2 3 4
㉯ 심장마비가 오는 중이라 ····· 1 2 3 4
㉰ 방에 통풍이 안 되거나 대기 중에 공해가 심해서 ····· 1 2 3 4
㉱ 내가 지나치게 흥분했거나 불안해져서 ····· 1 2 3 4

12 만약 내 ***손이나 발에 감각이 없거나 저리다면,*** 내 생각에 그 이유는
㉮ 정신적으로 스트레스를 받아서 ····· 1 2 3 4
㉯ 몸에 신경이나 혈액 순환에 어떤 문제가 있어서 ····· 1 2 3 4
㉰ 춥거나 내 손발의 감각이 둔해져서 ····· 1 2 3 4
㉱ 중풍(=뇌졸중)이 진행되고 있어서 ····· 1 2 3 4

13 내가 ***변비에 걸렸거나 배변이 불규칙하다면***, 내 생각에 그 이유는
㉮ 식사에 과일이나 섬유소가 충분치 못해서 ····· 1 2 3 4
㉯ 신경을 많이 쓰고 긴장해서 ····· 1 2 3 4
㉰ 대장암에 걸려서 ····· 1 2 3 4
㉱ 소화 과정이나 장에 무슨 문제가 있어서 ····· 1 2 3 4

부록 11. 연구 3 선별용 설문지

* 질병태도척도(IAS)-신체감각에 대한 집착(BP): 1~3번 문항
* 건강염려증지표-7(Whitely Index-7): 4~10번 문항

■ 다음은 사회적 상황에서 경험할 수 있는 생각과 감정에 대한 것입니다. 각 문항을 주의 깊게 읽으시고, 자신에게 해당되는 정도에 따라 '0(전혀 그렇지 않다)~4(매우 그렇다)' 중에서 표시해 주세요.

전혀 그렇지 않다	약간 그렇다	웬만큼 그렇다	많이 그렇다	매우 그렇다
0	1	2	3	4

	문항내용	점수
1	어떤 질병에 대해 읽거나 들었을 때 그 질병과 유사한 증상을 느낍니까?	0 1 2 3 4
2	신체감각에 주의를 집중하게 되면 다른 생각을 하기가 어렵습니까?	0 1 2 3 4
3	신체감각이 느껴지면 그것에 대해 걱정합니까?	0 1 2 3 4
4	몸에 무언가 매우 나쁜 일이 생겼다고 걱정합니까?	0 1 2 3 4
5	읽었거나 들은 적이 있는 질병으로 고통받을까봐 걱정합니까?	0 1 2 3 4
6	많고 다양한 통증과 아픔을 경험합니까?	0 1 2 3 4
7	심각한 질병에 걸렸을 가능성에 대해 걱정합니까?	0 1 2 3 4
8	많고 다양한 증상을 경험합니까?	0 1 2 3 4
9	의사가 걱정하지 말라고 할 때 그 말이 틀렸을 거라고 생각합니까?	0 1 2 3 4
10	건강에 대해 걱정합니까?	0 1 2 3 4

부록 12. 불안민감도 지표 3판-신체 염려 (ASI-3-phs)

■ 아래 문항들은 일반적으로 사람들이 불안을 느낄 때 드는 생각들을 적은 것입니다. 자신이 불안을 느낄 때, 그와 같은 생각이 얼마나 드는지를 '0(전혀 그렇지 않다)~4(매우 그렇다)' 중 적절한 곳에 표시해 주세요.

전혀 그렇지 않다	약간 그렇다	웬만큼 그렇다	많이 그렇다	매우 그렇다
0	1	2	3	4

	문항내용	점수
1	심장이 빨리 뛰어서 겁이 난다	0 1 2 3 4
2	뱃속이 불편할 때, 심각한 병에 걸리지 않았나 걱정이 된다	0 1 2 3 4
3	목구멍이 조여오면, 질식해서 죽을 것 같아 두렵다	0 1 2 3 4
4	가슴이 조여오면, 제대로 숨을 쉴 수 없을 것 같아 두려워진다	0 1 2 3 4
5	가슴에 통증이 느껴지면, 심장마비가 올까봐 걱정이 된다	0 1 2 3 4
6	심장박동이 불규칙하다고 느껴지면, 나에게 뭔가 심각한 이상이 있을까봐 걱정이 된다	0 1 2 3 4

부록 13. 병원 불안-우울 척도 (HADS)

■ 귀하가 경험하는 감정 상태는 질병이나 신체 상태에 영향을 많이 줄 수 있습니다. 다음 문항을 읽고 귀하의 상태를 가장 잘 나타낸다고 생각되는 문항을 골라 ○표 해주세요.

1. 나는 긴장감 또는 "정신적 고통"을 느낀다. 0 전혀 아니다 1 가끔 그렇다 2 자주 그렇다 3 거의 그렇다	2. 나는 즐겨오던 것들을 현재도 즐기고 있다. 0 똑같이 즐긴다 1 많이 즐기지는 못한다 2 단지 조금만 즐긴다 3 거의 즐기지 못한다
3. 뭔가 무서운 일이 일어날 것 같은 느낌이 든다. 0 전혀 아니다 1 조금 있지만 걱정하지 않는다 2 있지만 그렇게 나쁘지는 않다 3 매우 분명하고 기분이 나쁘다	4. 나는 사물을 긍정적으로 보고 잘 웃는다. 0 나는 항상 그렇다 1 현재는 그다지 그렇지 않다 2 거의 그렇지 않다 3 전혀 아니다
5. 마음 속에 걱정스러운 생각이 든다. 0 거의 그렇지 않다 1 가끔 그렇다 2 자주 그렇다 3 항상 그렇다	6. 나는 기분이 좋다. 0 항상 그렇다 1 자주 그렇다 2 가끔 그렇다 3 전혀 그렇지 않다
7. 나는 편하게 긴장을 풀 수 있다. 0 항상 그렇다 1 대부분 그렇다 2 대부분 그렇지 않다 3 전혀 그렇지 않다	8. 나는 기력이 떨어진 것 같다. 0 전혀 아니다 1 가끔 그렇다 2 자주 그렇다 3 거의 항상 그렇다
9. 나는 초조하고 두렵다. 0 전혀 아니다 1 가끔 그렇다 2 자주 그렇다 3 매우 자주 그렇다	10. 나는 좋은 책, 라디오, TV를 즐길 수 있다. 0 자주 즐긴다 1 가끔 즐긴다 2 거의 못 즐긴다 3 전혀 못 즐긴다
11. 나는 가만히 있지 못하고 안절부절한다. 0 전혀 그렇지 않다 1 가끔 그렇다 2 자주 그렇다 3 매우 그렇다	12. 나는 일들을 즐거운 마음으로 기대한다. 0 내가 전에 그랬던 것처럼 그렇다 1 전보다 조금 덜 그렇다 2 전보다 확실히 덜 그렇다 3 전혀 그렇지 않다
13. 나는 갑자기 당황스럽고 두려움을 느낀다. 0 전혀 그렇지 않다 1 가끔 그렇다 2 꽤 자주 그렇다 3 거의 항상 그렇다	14. 나는 나의 외모에 관심을 잃었다. 0 여전히 관심이 있다 1 전과 같지는 않다 2 이전보다 확실히 관심이 적다 3 확실히 관심을 잃었다

부록 14. 단축형 건강조사-6차원 (SF-6D)

■ 다음 문항을 잘 읽고, 귀하의 건강 상태에 가장 적합한 것에 표시해 주세요.

◎ 건강상태 때문에 다음의 일상적인 활동에 제한을 받습니까? 받는다면, 어느 정도 제한을 받습니까?

		예. 제한을 **많이** 받는다	예, 제한을 **조금** 받는다	아니오, 제한을 **전혀** 받지 않는다
1	격렬한 활동 (예: 달리기, 무거운 짐 들기, 격렬한 운동)	1	2	3
2	다소 힘든 활동 (예: 자전거타기, 탁자 옮기기, 1~2시간 산책)	1	2	3
3	혼자 목욕하거나, 옷을 갈아입는 것	1	2	3

◎ 지난 4주 동안, 일이나 일상적인 활동을 하는데 다음과 같은 문제가 얼마나 자주 있었습니까?

		항상 그랬다	대부분 그랬다	때때로 그렇다	드물게 그랬다	전혀 그렇지 않았다
4	신체적인 건강 때문에 어떤 것을 할 수 없었다.	1	2	3	4	5
5	정서적인 문제(예: 기분이 좋지 않거나 불안을 느낌) 때문에 원하는 것보다 적은 양의 일을 했다.	1	2	3	4	5
6	신체적인 건강 문제 혹은 정서적인 문제로 인해 사회활동(예: 친구나 친지를 만나는 것)에 지장이 있었다.	1	2	3	4	5

7. 지난 4주 동안, 몸에 통증이 얼마나 많이 있었습니까?

전혀 없었다	아주 가벼운 통증이 있었다	가벼운 통증이 있었다	어느 정도 통증이 있었다	심한 통증이 있었다	아주 격심한 통증이 있었다
1	2	3	4	5	6

8. 지난 4주 동안, 몸의 통증이 정상적인 일(집 밖의 일과 집안일 포함)을 하는 데 얼마나 지장을 주었습니까?

전혀 없었다	약간 있었다	어느 정도 있었다	많이 있었다	대단히 극심했다
1	2	3	4	5

◎ 지난 4주 동안, 귀하는 얼마나 자주

	항상 그랬다	대부분 그랬다	때때로 그렇다	드물게 그랬다	전혀 그렇지 않았다
9 아주 초조했었습니까?	1	2	3	4	5
10 마음이 많이 상하고 우울했었습니까?	1	2	3	4	5
11 활력이 넘쳤습니까?	1	2	3	4	5

부록 15. 일반적 자기효능감 척도 (GSES)

■ 다음 문항을 주의 깊게 읽고, 각 문항이 귀하와 얼마나 일치하는지 표시해 주세요.

전혀 그렇지 않다	약간 그렇다	웬만큼 그렇다	꽤 그렇다	매우 그렇다
1	2	3	4	5

	문항내용	점수
1	나는 내가 스스로 정한 대부분의 목표를 달성할 수 있을 것이다 ·····	1 2 3 4 5
2	어려움에 부딪쳤을 때에도, 나는 과업을 완수할 것이라고 확신한다 ·····	1 2 3 4 5
3	일반적으로, 나는 내가 중요시하는 것을 얻을 능력이 있다고 생각한다	1 2 3 4 5
4	나는 내가 전념하여 노력한 어떤 일에서든 성공할 수 있다고 믿는다 ···	1 2 3 4 5
5	나는 여러가지 어려움을 성공적으로 극복할 수 있을 것이다 ·····	1 2 3 4 5
6	나는 여러 다른 종류의 일들을 효과적으로 해낼 수 있다고 확신한다 ···	1 2 3 4 5
7	다른 사람에 비해, 나는 대부분의 일을 더 잘할 수 있다 ·····	1 2 3 4 5
8	상황이 좋지 않더라도, 나는 상당히 잘 해낼 수 있다 ·····	1 2 3 4 5

부록 16. 삶의 만족 척도 (SWLS)

■ 다음은 당신이 동의할 수도 있고 그렇지 않을 수도 있는 문항이 제시되어 있습니다. 문항들을 잘 읽고 동의하는 정도에 따라 표시해 주세요.

전혀 아니다	아니다	약간 아니다	중간이다	약간 그렇다	그렇다	매우 그렇다
1	2	3	4	5	6	7

	문항내용	점수
1	전반적으로 나의 인생은 내가 이상적으로 여기는 모습에 가깝다 …	1 2 3 4 5 6 7
2	내 인생의 여건은 아주 좋은 편이다 ……	1 2 3 4 5 6 7
3	나는 나의 삶에 만족한다 ……	1 2 3 4 5 6 7
4	지금까지 나는 내 인생에서 원하는 중요한 것들을 이루어냈다 ……	1 2 3 4 5 6 7
5	다시 태어난다 해도 나는 지금처럼 살아갈 것이다 ……	1 2 3 4 5 6 7

부록 17. 심리교육 참여자 요구 특성 및 교육에 대한 평가

■ 이제 3주간의 교육에 대해 평가해 주세요.

치료자 평가											
1 강사는 얼마나 열정을 가지고 교육을 운영했습니까?											
전혀 열의가 없었다	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	매우 열정적이었다
2 강사는 얼마나 전문성을 가지고 있습니까?											
전문성이 매우 부족했다	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	매우 전문적이었다

참여자 평가											
3 비대면 zoom 교육에 얼마나 집중할 수 있었습니까?											
전혀 집중하지 못했다	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	매우 집중할 수 있었다
4 교육 내용을 잘 이해할 수 있었습니까?											
매우 이해하기 어려웠다	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	매우 잘 이해할 수 있었다

행동 동기와 실천											
5 교육 내용을 적용해 보려는 동기가 얼마나 생겼습니까?											
전혀 적용해보고 싶지 않다	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	전적으로 적용해보고 싶다
6 교육 내용을 실제로 얼마나 적용해보셨습니까?											
전혀 적용해보지 않았다	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	전적으로 적용해 보았다

교육 평가

7 교육 내용이 얼마나 만족스러웠습니까?

매우 불만족스럽다	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	매우 만족스럽다

8 교육이 질병불안 완화에 얼마나 유용합니까?

전혀 유용하지 않다	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	매우 유용하다

9 주변 사람들에게 이 교육을 추천하실 의사가 있습니까?

전혀 추천하고 싶지 않다	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	매우 추천하고 싶다

도움이 된 교육 내용

10 교육 내용 중에서 도움이 되었던 내용을 적어주세요.

Abstract

The Relationship of Death Attitude and Illness Anxiety

Ju-yong Oh
Department of Psychology
Graduate School
Seoul National University

The present dissertation aims to examine the relationship between death attitudes and illness anxiety. People show various attitudes toward death. They not only fear death and wish to avoid it but also try to accept death as a natural part of life, either as an escape from a painful life or as an entry into a better afterlife. It has been reported that fear of death is closely related to illness anxiety, yet there is lack of research studies focused on the relationship between illness anxiety and death attitudes such as avoidance and acceptance of death. Therefore this study aims to investigate the effects of death attitudes on illness anxiety through survey and experimental study.

In Study 1, Death Attitude Profile-Reivsed(DAP-R), which broadly measures fear, avoidance, and acceptance of one's own death, was validated. Data were collected from 609 adults of various ages. Exploratory and confirmatory factor analysis revealed that the Korean version of DAP-R(K-DAP-R) comprised five factors: fear of death, death avoidance, escape acceptance, avoidance acceptance, and neutral acceptance. The K-DAP-R had good internal consistency and test-retest reliability, but it was found that the validity of the death avoidance, escape acceptance and approach acceptance factor was somewhat

insufficient compared to the fear of death and neutral acceptance factor.

Study 2 was designed to test whether death attitudes moderate the relationship between somatic symptom interpretation bias and illness anxiety symptom. An online survey was conducted with 309 adults of various ages. Hierarchical regression analysis revealed that the moderating effects of fear of death and neutral acceptance were significant. Johnson-Neyman technique showed that these moderating effects were significant across the entire range of both factors. Fear of death was found to be a vulnerability factor and neutral acceptance was found to be a protective factor in the effect of physical symptom interpretation bias on illness anxiety.

Study 3 was carried out to examine whether adding death attitude reflection training to existing psycho-education for illness anxiety could contribute to alleviation of illness anxiety. Thirty-six adults who were screened for high levels of illness anxiety were divided into three groups for psycho-education. During the first three weeks, psycho-education based on cognitive behavior therapy were conducted to all groups in common. During the second three weeks, the experimental group went through death attitude reflection intervention and the comparison group went through problem-solving training, and waiting group did not receive any education. Pre-, mid-, post-, and follow-up assessments were conducted. The experimental and the comparison groups showed a significant decrease in illness anxiety between the post and follow-up assessment compared to the waiting group. The effect of education was somewhat delayed in the experimental and the comparison groups compared to the waiting group, which might be due to the large number of participants with illnesses under the treatment in both groups. Regarding within group differences, somatic symptoms interpretation bias in the experimental group was significantly reduced from pre- to post

assesment, suggesting a treatment effect of the death attitude reflection intervention.

These results support the hypotheses that various death attitudes coexist in one person and that fear of death and neutral acceptance attitudes affect illness anxiety. They also suggest that death attitude reflection training may have a preventive effect on illness anxiety by reducing somatic symptoms interpretation bias.

Keywords: death attitude profile-revised(DAP-R), fear of death,
neutral death acceptance, illness anxiety,
death attitude reflection, psycho-education

Student number: 2014-30058