

세브란스 호스피스 추후관리 프로그램의 효과에 관한 연구

왕 매 련
(연세대 간호대학)

목 차

I. 서 론

1. 연구의 필요성
2. 연구의 목적

II. 문헌고찰

1. 사별에 대한 이론적 배경
2. 호스피스 추후관리 프로그램
3. 사별과 관련된 연구

III. 연구 방법

1. 연구 설계
2. 연구 대상
3. 연구 도구
4. 자료수집 방법
5. 연구자료 처리 및 분석방법

IV. 연구 결과

1. 사별에 대한 최종 사정
2. 슬픔반응 사정

V. 결론 및 제언

1. 결론
2. 제언

VI. 참고문헌

영문 초록

I. 서 론

1. 연구의 필요성

사랑하는 사람의 죽음은 사람의 감정과 행동에 슬픔을 초래한다(Parkes, 1972)역사가 시작된 이래 슬픔으로 인한 고통이 있음을 알아 왔으나, 이에 대한 연구는 19세기 후반에 인간 행동에 대한 일반적인 연구가 이루어지고서야 비로서 시작되었다. 그리고 20세기 초부터 여러가지 슬픔에 대한

연구가 적극적으로 이루어졌다(Spangler, 1988). 의미있는 인간관계를 맺고 있는 사람들은 인생의 여정에서 언젠가는 사별의 아픔을 경험하게 될 것이다. 사랑하는 사람이 죽는다는 것은 흔히 일어나는 일은 아니지만 아주 견디기 어려운 고통스러운 경험이기 때문에, 이런 저런 방법으로 가능하면 이 고통을 피하고자 한다(Spangler, 1988). 그러나 슬픔의 고통을 인정하고 극복해 나가는 것이 필요하며 그렇지 못한 경우에는 비정상적인 행동이 여러가지 증상이나 다른 형태로 나타나게 된다(Worden, 1982).

슬픔을 해결하지 못한 채 묻어 버릴때 나중에 여러가지 문제를 유발시킨다. 많은 정신건강 전문기관에서는 해결되지 못한 슬픔이 있는 사람은 알콜중독이나, 만성적인 불안, 잘못된 인간관계등의 개인적인 문제를 갖게 된다는 것을 보고 하고 있다(Spangler, 1988). 많은 연구에서 해결되지 않은 슬픔은 치명적인 질병과 다른 질병을 유발하는 요인이라는 것이 보고 되었다(Schoenberg, 1970).

호스피스 케어의 중요한 개념 중 하나는 케어의 대상이 환자 뿐만이 아니라 환자의 가족까지 포함한다는 것이다. 가족을 단위로 하는 것이 중요하며 이는 환자가 사망한 후에 더욱 필요하게 될수 있다. 또 다른 호스피스의 중요한 개념은 가족을 위한 계속적인 케어이며 이것은 이러한 케어와 지지가 환자사망 후에도 계속 주어짐을 의미한다(Zimmerman, 1986).

최근에 슬픔에 대처하는 방법에 대해 많이 밝혀지고 있으며 이러한 지식은 환자 사망 후 가족들을 다루는데도 사용되어질 수 있다. 그러므로 호스피스 유가족 프로그램은 가족들이 사랑하는 사람을 잃은 후에 경험하게 되는 슬픔을 잘 극복할

수 있도록 돕는데 중요한 역할을 한다. 호스피스 환자 가족들에 대한 사정은 가족들의 요구를 파악하기 위해서 환자 사망전과 후에 행해진다. 유가족 프로그램은 가족들이 필요로 하는 도움을 주기 위해 다양하게 포괄적으로 이루어진다. 전화로 면담하기도 하며, 개인적 면담을 하거나 지지그룹에 참여시키기도 하며, 또는 전문가에게 의뢰하기도 한다(Cable, 1988).

세브란스 호스피스 프로그램에서는 환자와 그 가족이 케어의 대상이 된다. 가족은 환자가 아직 살아 있을때 호스피스 간호사에게서 유가족 추후관리 프로그램에 대해서 듣게 된다. 또 호스피스 간호사는 환자를 돌보는 동안 가족에 관한 위험사정을 한다. 그 다음에 환자가 사망한 후 한달 되었을때 그 환자를 돌보았던 간호사와 유가족 추후관리 프로그램의 담당자는 가족을 방문하여서 유가족 추후관리 사정을 한다. 추후관리를 원하는 유가족은 추후관리를 받을 수 있으며 유가족 후추관리에는 유인물 제공, 정기적인 방문과 지지그룹 모임이 포함된다. 환자의 임종후 13개월이 지나면 유가족 추후관리 프로그램의 담당자는 가족을 방문하여 다시 사정을 실시한다. 많은 유가족을 도와줄 수 있도록 이러한 추후관리 프로그램의 효과에 대해 평가할 필요가 있다.

2. 연구 목적

이 연구의 목적은 유가족 추후관리 프로그램이 그들에게 얼마만큼 도움을 주었는지를 평가하고 호스피스 환자가 사망한 후 13개월에 환자를 가장 많이 돌보았던 유가족이 경험한 슬픔반응을 파악하기 위함이며 구체적인 목적은 호스피스 환자를 가장 많이 돌보았던 유가족이 경험한 슬픔반응 정도와 성별, 연령, 고인과의 관계, 호스피스간호를 받은 기간, 사망장소 및 추후관리를 받은 횟수와와의 관계를 파악하기 위함이다.

II. 문헌 고찰

1. 사별에 대한 이론적 배경

지난 수세기 동안 John Milton, William Shake-

speare, John Donne, William Wordsworth 등과 같은 저자들이 슬픔의 고통에 대해 감동적으로 저술하였으나 슬픔의 현상에 대한 구체적인 연구는 20세기에 와서야 비로서 시작되었다. 1차 세계대전의 영향에 대해 우려를 했던 Sigmund Freud는 1915 “애통과 우울”이란 제목의 논문을 출간했다. Freud는 유족을 다룬 이 논문에서 슬픔을 치유하려면 고인으로부터의 정신적 집착에서 벗어나도록 해야 한다는 것이었다. 그는 고인에 대한 기억을 자세히 검토하고 죽음의 현실성을 받아들여 고인에 대한 집착을 끊어야 한다고 진술하였다(Spangler, 1988).

그후 30년 동안에는 슬픔에 관한 중요한 연구 보고가 없었다. 1944년 Erich Lindemann은 메사추세츠주의 보스톤에서 일어난 Coconut Grove 나이트 클럽 화재에서 죽은 사람들의 유가족을 돕는 위기 증재센터를 세웠다. 그는 갑작스런 슬픔으로 고통받는 101명에 대한 경험을 바탕으로 하여 “갑작스런 슬픔에서 나타나는 증상과 그 관리”라는 논문을 썼다. 이 논문은 슬픔의 문제에 대한 최초의 실증적 연구였고 사별한지 얼마되지 않은 유가족의 상태에 대한 첫분석이었다. Lindemann은 정상적인 슬픔은 저절로해결이 되지만, 병적인 슬픔의 경우에는 슬픔과 관련된 고통을 자유롭게 노출하여 표현함으로써 극복할 수 있다고 주장하였으며 Lindemann이 명명한 슬픔 중후군은 현재까지 영향을 미치고 있다(Spangler, 1988).

2차 세계대전 이후부터 사별의 현상에 대한 연구가 활발히 진행되었으며 Elisabeth Kübler-Ross와 Colin Murray Parkes는 사별에 대한 이론에 큰 기여를 하였다(Spanger, 1988).

John Bowlby는 그의 실증적 관찰과 연구를 통해 Freud와 Lindemann의 이론들의 많은 부분을 실증했고 다른 이론은 수정했다. 1963년에 그는 “병적인 슬픔과 아동의 슬픔”이란 제목으로 기사를 썼다. Bowlby는 슬픔과정에 대한 자신의 생각을 정리하여 슬픔의 4단계로 다음과 같이 명명했다. 무감각기(numbing phase)(사별한 사람이 사랑하는 사람의 죽음에 의해 압도 되었을때), 안타깝게 그리워하는 시기(Yearning and search phase), 혼란과 실망의 시기(Phase of disorganization and

despair), 재조정 시기(phase of reorganization)이다(Spangler, 1988).

1965년에 Elisabeth Kübler-Ross는 말기환자를 대상으로 연구를 시작했다. 그녀는 1969년에 출판된 “죽음의 순간”(On Death And Dying)이란 저서에서 죽음이 임박한 말기 환자의 정서적 반응을 다음과 같은 5단계로 분류했다. 부정, 분노, 교섭, 우울과 수용이었다. 이분류는 교섭단계를 제외하고는 슬픔의 과정과 유사하다(Kübler-Ross, 1969). Parkers(1972)는 “사별-성인의 슬픔에 관한 연구”란 저서를 썼다. 그는 그의 사별에 관한 연구에서 사별에 대한 개인적 반응은 신체적 상처를 입었을때와 유사하다고 지적했다. 신체적 상처를 입었을 때와 유사하지만 때때로 합병증이 나타나 치유과정을 지연시킬 수 있는데 이것이 사별의 경우에도 마찬가지다. Parkes는 슬픔에 관계되는 2가지 특성을 밝혔다. 첫째는 슬픔이 상태가 아니라 과정인데 그 이유는 슬픔은 현상을 설명할 수 있는 확실한 특성을 규명하기가 어렵기 때문이다. 둘째는 불안이 슬픔에서 중요한 역할을 한다는 증명이었다. Parkes는 슬픔의 주요한 특징이 우울이 아니라 분리 불안이라고 주장하였다(Spangler, 1988).

사별을 해결하기 위해 해야할 일(Tasks of Mourning)

William Worden은 “슬픔 상담과 슬픔 치료”(1982)란 저서에서 사별을 해결하기 위해 해야할 과제에 대해 서술했다. 첫번째 해야할 일은 상실을 현실로 받아들이는 것이다. 사랑하는 이가 죽은 즉시에 죽음의 부정은 흔한 반응이다. 그러나 어떤 사람은 죽음이 현실이라는 것을 계속 믿으려 들지 않거나 혹은 상실의 의미를 부정하게 된다. 그들은 상실의 의미를 과소평가하고 상실에 대해 생각하기를 거부한다. 이것의 한 예로서 어떤 사람은 자기 앞에서 죽은 사람의 이름을 거론하지 못하게 하는 상황을 들 수 있다.

두번째 해야할 일은 슬픔의 고통을 경험하는 것이다. 상실에 수반되는 신체적, 정신적 고통을 직접 겪어서 이겨내야 한다. 상실로 인한 고통을 회피하게 되면 슬픔의 기간이 연장된다. 빠르게 지

내거나 여행을 한다든가 해서 이 고통을 회피하려는 사람은 오직 고통을 연장시킬 뿐이며 나중에는 우울증을 경험하게 되기 쉽다.

세번째 해야할 일은 사랑하는 이가 없는 현재의 상태에 적응하는 것이다. 슬픔을 당한 많은 사람들은 하고 싶지 않아도 새로운 삶을 시작해야 한다. 죽은 사람의 역할을 떠맡아 수행해야 하므로 힘이 들지만 새로운 역할을 해야 하는 현실에 적응을 해야 한다.

네번째 해야할 일은 사랑하는 사람과 함께 나누었던 감정들을 정리하고 다른 사람과의 관계를 시작하는 일이다. 어떤 사람들은 그들이 죽은 이에 대한 감정을 정리한다는 것이 사랑했던 사람의 기억을 훼손시키는 것이라고 잘못 생각한다. 이와같이 과거의 관계에 집착하는 경우에는 이 네번째 과정이 잘 이루어지지 못한다.

슬픔의 과정을 겪어 나가는데 필요한 시간은 사람에 따라 다르다. 이 단계를 지나는데 어떤 이는 1년이나 2년이 소요될 수도 있고, 다른 사람은 긴 기간이 필요 하기도 하다. 어떤 사람이 고통없이 고인을 생각할 수 있을때 애도의 기간이 끝나는 것이라 말할 수 있다. 죽은 사람에 대해 생각할 때 항상 슬픈 느낌은 있을수 있겠지만 전에 느꼈던 것과 같은 심한 고통을 느끼지는 않게 된다. 슬픔이 끝났다고 볼수 있는 한 척도로는 자신의 삶에 다시 애착을 갖고 열심히 살게되는 것이다.

2 호스피스 추후관리 프로그램(Hospice Bereavement Program)

사별의 추후관리-호스피스 프로그램의 필수적 구성 요소

현대 호스피스 운동은 영국 런던에서 1960년 후반기에 시작되었다(Amenta, 1986). 호스피스의 중요한 개념은 케어단위가 환자 뿐아니라 환자와 가족까지 포함한다. 또 다른 중요한 호스피스 개념은 케어의 계속성이다. 즉 환자가 죽은후에도 가족을 위하여 케어와 지지가 계속 되어야 한다는 것을 의미한다. 그러므로 호스피스 프로그램의 필수적 구성요소는 가족의 사별에 대한 추후관리이다(Casble, 1988).

사별 프로그램의 목표

호스피스 사별에 대한 프로그램의 궁극적 목표는 가족이 사랑하는 사람의 죽음을 받아들이고 잘 적응하도록 돕는 것이다(Corr, 1983). 사별에 대한 호스피스 프로그램의 목표는 기본적으로 다음 것을 포함한다. 유가족의 적응능력을 평가하는 것, 상실로 인한 감정을 표현하게 격려 해주는 것, 그들이 경험하는 것이 정상적이라고 안심케 해 주는 것, 필요로 되는 적응 행동의 새 유형을 격려 해 주는 것, 부적응 행동을 알아내어 적절한 행동을 격려해 주거나 더욱 다양하게 중재받게 의뢰해 주는 것이다(Cable, 1988).

유가족을 돕기 위해 사용된 방법

인쇄물

추후관리 프로그램에서는 유가족의 욕구를 충족시킬 수 있도록 여러방법이 이용되고 있다. 하나는 사별에 대한 인쇄물을 제공하는 것이다. 어떤 호스피스 프로그램에서는 이 인쇄물을 사별한지 1년까지 1달에 1회씩 집으로 보낸다. 이 인쇄물에 포함된 내용은 다음과 같다. 치유의 과정, 슬픔의 경험, 개인적 지지자원, 명절 같은 특수한 날들을 잘 견디기, 재적용하는데 요구되는 시간, 어린이와 죽음, 감정의 처리, 스트레스와 안녕의 사정, 규칙적으로 자신의 감정을 글로 쓰는 것의 장점 등이다(O'Tool, 1985).

지지 그룹

또 다른 방법이 유가족의 욕구를 돕는 추후관리 프로그램에서 사용되는데 그것은 지지 그룹이다. 유가족은 상실에 대해 그들과 이야기 할수 있는 누군가를 필요로 한다.

그러나 친구와 동료는 슬퍼하는 사람과 함께 있을때 종종 안전부절하게 된다. 그래서 그들은 유가족의 감정에 대해 이야기할 기회를 주지 못한다. 지지집단은 유가족이 상실에 대해서 자유롭게 이야기 할수 있는 분위기를 제공한다. 그리고 그는 그 집단에서 사람들이 그들의 상실에 대해 이야기 하는 것을 경청함으로써 그는 혼자만 슬픈것이 아니라는 것을 알게 되어 평정을 찾게된다(Spangler, 1988).

유가족은 다른 유가족이 상실로 인해 엉망이된

상황을 어떻게 대응해가는데 대해 경청함으로써 자신들이 대응하게 될때 격려를 받는다. 지지그룹의 다른 기능은 사별과 관련된 문제들에 대해 필요한 정보를 제공 받는 것이다(Spangler, 1988).

자원 봉사자

자원봉사자는 계획에 따라 주기적으로 방문이나 전화로 유가족을 접촉한다. 방문은 호스피스 사무실, 유가족의 집이나 레스토랑같은 공공장소에서 이루어진다. 유가족의 집에서 만나는 경우에는 유가족이 죽은 사람의 유품과 사진등을 봉사자에게 보여줄 수도 있다. 유가족을 방문하는 것은 봉사자에게 유가족이 잘 적응하는지 관찰할 기회를 줄 것이다(Cable, 1988).

봉사자의 중요한 역할은 유가족이 상실의 고통을 표현하게 도와주는 것이다. 봉사자는 슬픔에 찬 유가족이 표현되지 않았던 감정을 표현하게끔 장폐식에 관한 것이나 그밖의 다른 것에 대해 물을수도 있다. 봉사자의 임무는 또한 고인없이 생활해야 하는 유가족을 돕는 것을 포함하고 슬픔은 적어도 1년이 예상되어지는 긴 과정이라는 것을 이해하고 돕는 것을 포함한다. 명절과 기념일은 유가족이 견디기에 더욱 어렵기 때문에 봉사자는 필요한대로 이 시기에 지지를 제공해야 한다(Aments, 1986).

의뢰

추후관리 프로그램이 제공하는 것 이상의 도움이 필요한 유가족들이 항상 있게 되므로 추후관리 담당자는 지역사회에서 활용 가능한 전문적 자원을 알아야 한다. 담당자는 슬퍼하는 사람들을 가까이 도와줄 수 있는 전문가에 대해서 정보를 수집하고, 이용 가능한 목록을 작성하는 것이 좋다. 의뢰는 유가족을 도와주는 봉사자와 상의하고, 유가족 자신이 동의 해야만 이루어진다(Cable, 1988).

사별의 추후관리를 받는 대상자

모든 유가족이 사별에 대한 중재를 필요로 하거나 원하는 것은 아니다. 중재 프로그램이 슬픔의 과정을 빠르게 지나가도록 돕는 것을 확실하다. 그러나 결국 대부분의 사람은 형식적인 지지가 있

던지 없던지 간에 슬픈 과정을 겪어내게 된다. 그러나 고통스러운 과정의 단축은 개인이나 개인의 주위사람들에게 본질적으로 도움이 된다(O'Tool, 19085). 문제가 있는 사별과정의 유가족에게 사별에 대한 중재는 매우 중요하다(Amenta, 1986).

위협 사정

간호사는 호스피스 환자를 간호하는 동안에 사별후 유가족의 위협을 사정해야 한다. 이 사정은 사별의 결과에 영향을 주는 주된 요소를 사정한다. 이 사정은 고위험도에 있는 대상자를 파악하는데 도움이 되므로 작성한 다음에 추후관리 담당자에게 보고하여 앞으로 추후관리가 필요한 사람들에게 대해 알수 있도록 한다(Amenta, 1986).

초기사정과 추후관리

환자가 죽은지 1달 이내에 사별에 대한 첫 사정이 수행되어진다. 이것은 대개 환자를 간호하던 간호사에 의해 사정되어 지지만 유가족 추후관리 담당자에 의해 수행될 수도 있고 혹은 사정을 할 줄 아는 훈련 받은 어떤 다른 사람에 의해 수행될 수도 있다. 사정에서 다루어야 될 영역은 수면, 식욕, 활동, 정서적 장애의 정도, 인지기능과 심리적 지지의 여부등이 포함된다. 이 사정으로 부터 얻은 정보는 유가족의 욕구를 도와주는 사별계획에 따라서 수행되어진다(O'Tool,1985).

사별에 대한 최종 사정

유가족에 대한 마지막 방문은 환자가 사망한지 13개월 후에 이루어진다. 이 방문은 가족이 사별의 첫해 동안 경험한 것에 대한 인지와 통찰력을 얻도록 가족을 도와준다.

이때 13개월제의 평가가 이루어지고 만약 특별히 해결하지 못한 문제가 없으면 추후관리는 종결되어져야 한다. 그러나 만일 해결되지 않은 문제가 남아 있으면 더 오랜기간 추후관리가 계속될 수 있다(Corr, 1983).

3. 사별과 관련된 연구

가족의 죽음은 보통 상처를 남기는 쓰라린 경험이다. 많은 연구들이 유가족의 슬픔 반응을 알아내기 위해 행해졌고, 또 어떤 연구들은 그들의 슬

픔을 돕는 추후관리의 효율성을 다루고 있다. Parkes는 1964년에 44명의 미망인을 연구했다. 그는 사별의 초기기간에는 의사의 방문 수가 증가된 것을 발견했다. 본질상 정신과적 증상이 아닌 일반증상에 대한 상담은 숫자가 약 1/2 증가했다. 의사 방문 수의 증가는 사별후 첫 6개월 동안 제일 많았다(Mor, 1987).

1970년에 Parks는 런던의 25명의 미망인을 대상으로 가족의 죽은후 1달, 3달, 6달 그리고 12달에 인터뷰를 이용하여 연구했다. 미망인의 18명은 가족의 죽은후 첫 1주동안에 중정도나 혹은 심각하게 불안해 하였고, 다른 7명은 3달 동안에 불안해 하였다. 12명의 미망인은 첫달에 공황현상을 나타냈고, 5명의 미망인은 3-6개월 사이에 공황을 나타냈으며, 10명의 미망인은 계속 우는것과 무감각을 보고했고, 17명은 불면증을 보고했다(Mor, 1987).

1979년에 Sanders는 새로 유가족이 된 102명의 사별반응을 탐색하기 위해 연구를 했다. 107명의 대조군이 연구에 포함됐다. 배우자, 어린이, 부모의, 슬픔반응의 강도가 비교 되어졌다. 아이를 잃은 부모에게서 통계적으로 유의하게 슬픔의 강도가 높게 나타냈다. 많은 신체적 증상등이 대조군에서 보다 사별 집단에서 높게 나타났다. 교회에 자주 참석하는 사람들은 덜 참석하는 사람보다 낙천적이고 사회적으로 바람직한 반응을 나타냈다.

Sanders는 1980년에 슬픔경험도구와 MMPI를 이용하여 유가족인 45명의 배우자를 대상으로 연구해서 자료를 얻었다. 가족의 임종직후와 임종 18개월 후에 자료를 수집했다. 배우자들은 두그룹으로 나뉘었는데, 65세 이상이 한 그룹이었고, 63세 이하가 또 한 그룹이었다. 사랑하는 사람이 죽은 직후에 심한 슬픔을 나타내는 것은 젊은 그룹의 배우자들로 나타났으나, 18개월 후에는 나이든 그룹에서 더 큰 슬픔이 나타나는 것으로 증명되었다. 나이 많은 그룹에서 슬픔이 큰 이유는 사회적 격리, 이인감(depersonalization), 죽음에 대한 불안감과 외로움이 크고 활력감이 감소되기 때문으로 사려된다.

Cameron과 Parks는 1983년에 캐나다 몬트리올의 Royal Victoria 병원에서 호스피스 병동에 있는

말기 암환자 20가족과 같은 병원 다른 병동의 말기환자 20가족을 대상으로 연구했다. 분노는 호스피스 병동의 환자가족의 경우 5%가 표현했고, 다른 병동의 가족은 85%가 표현했다. 건강의 악화와 관련해서 호스피스 병동에 있었던 가족은 4.5개의 증상을 나타냈고 다른 병동에 있었던 가족은 14개의 증상을 나타냈다(Mor, 1987).

1984년에 Wujcik는 가족이 죽은지 13개월이 지난후 호스피스 환자의 주간호제공자였던 21명을 대상으로 연구했다. Sanders가 개발한 슬픔경험도구로 주간호 제공자가 경험했던 슬픔에 대한 자료를 수집하여 추후관리와 상관관계가 있는지 분석했다. 그결과 추후관리자와 자주 접촉할수록 슬픔이 줄어드는 긍정적인 상관관계를 보였다.

1985년에 Ferrell은 암으로 죽은 환자 60명의 유가족을 대상으로 사별에 대한 질과에 대해 연구했다. 연구대상은 환자가 집에서 죽은 유가족들과 병원에서 죽은 유가족들로 구성되었다. 사별에 대한 결과는 Sanders에 의해 개발된 슬픔경험도구를 이용했다.

연구결과 집에서 죽은 집단이 병원에서 죽은 집단보다 죄의식, 고인을 생각하는 데 소미하는 시간 양, 비인격화(무감각 쇼크와 혼란)의 영역에서 유의하게 낮은 점수를 나타냈다.

1985년에 More은 미국의 40개 호스피스와 14개 병원에서 주간호제공자 1447명을 대상으로 연구했다. 그는 주간호제공자가 전국 임원수의 평균치 보다 2.1배 더 임원하는 것을 발견했고, 배우자가 없는 간호 제공자는 배우자가 있는 경우보다 1.6배 더 임원하는 것을 발견했다.

1989년 Gass와 Chang은 미망인의 정신사회학적 건강의 기증지하를 알아보기 위해 연구 하였다. 연구도구는 본 연구자들이 작성한 대응방법 측정도구, 질병발생정도 측정도구 및 사별과 지지자원 평가도구이다. 연구결과 위협을 덜 느끼는 사별일수록, 좀 더 문제중심적이고 감정에 덜 초점을 둔 대응방법을 이용할수록, 지지자원이 많을수록, 또한 젊은 사람일수록, 정신사회적 건강 기능저하가 적게 나타났다. 성별과 죽음의 유형도 정신사회 건강기능저하에 영향을 주었다.

III. 연구 방법

1. 연구 설계

본 연구는 서술적 상관 관계 연구(descriptive correlational study)로서 1989년 7월-1991년 3월까지, 시행된 호스피스팀의 유가족 추후관리의 효과를 평가하기 위한 것이다.

2. 연구 대상

본 연구는 1989년 7월-1991년 3월까지 세브란스 호스피스 유가족 추후관리를 받은 호스피스 대상자의 전 가족들을 근접 모집단(accessible population)으로 하였다. 연구에 참여한 대상자의 수는 사별에 대한 최종 사정 54명, 및 슬픔반응-사정-39명이였다.

3. 연구 도구

본 연구에서 사용한 도구는 다음과 같다.

1) 추후관리 프로그램에서 사용한 사정도구

사별에 대한 최종 사정 도구

이 도구는 연구자가 여러관계 문헌을 근거로하여 제작하였다. 이 도구에 포함한 것은 유가족 추후관리 프로그램에서 얻은 도움에 대한 사정, 슬픔과정에 관한 사정, 그리고 신체적인 상태에 관한 사정이다.

2) 슬픔 측정 도구

이 도구는 Catherine Sanders등이 개발한 슬픔 측정도구(Grief Experience Inventory)(GEI)를 본 연구자가 번역, 수정하여 제작하였으며 정서적 영역과 신체적 영역의 총 135문항으로 구성된다. 이 도구는 네, 아니오로 응답하게 되어 있으며 점수가 높을수록 슬픔정도가 높은 것을 의미한다.

3) 일반적 특성

일반적 특성으로는 연령, 성별, 가족과 환자와의 관계, 환자가 호스피스 프로그램에 참여한 기간, 환자가 사망한 장소 및 추후관리를 받은 6문항을 포함시켰다.

4. 자료 수집 방법

1) 사별에 대한 최종 사정(13개월 사정)

호스피스 환자가 사망한 13개월 후에 호스피스 유가족 추후관리 프로그램 담당자가 유가족을 방문하여 사정을 했다.

2) 슬픔반응 사정

13개월 사정한 다음에 유가족 추후관리 프로그램 담당자가 본 연구의 목적을 설명하여 동의를 얻은 후 자발적으로 참여하는 가족에게만 자료를 수집했다.

5. 자료처리 및 분석방법

수집된 자료는 SPSS를 이용하여 전산처리 하였고 통계분석 방법은 다음과 같다.

- 1) 대상자의 일반적 특성은 실수와 백분율로 구했다.
- 2) 대상자의 사별에 대한 최종 사정은 실수와 백분율로 구했다.

3) 대상자의 슬픔정도는 산술평균과 표준편차를 산출했다.

4) 대상자의 일반적 특성에 따른 대상자의 슬픔정도의 차이는 t-test와 ANOVA로 분석했다.

5) 대상자가 호소한 슬픔의 신체적 영역과 정서적 영역간의 상관관계는 Pearson적 상관계수를 산출하여 분석했다.

IV. 연구결과 및 논의

1. 사별에 대한 최종 사정

환자 사망 13개월후 호스피스 유가족 추후관리 담당자가 유가족 추후관리 프로그램을 제공 받은 유가족을 방문하여 사정한 결과는 다음과 같다(이때, 더이상의 추후관리가 요구되지 않으면 이 사정으로 추후관리가 끝나는 것이다).

환자 사망 13개월후 유가족 프로그램을 제공받은 유가족의 성별 분포는 남자가 18명(33.3%),

〈표 1〉 유가족의 일반적 특징

특 성 구 분	사별에 대한 최종 사정(54명)		슬픔반응사정(39명)		
	인 수	백분율	인 수	백분율	
성 별	남 자	18	(33.3)	12	(30.8)
	여 자	36	(66.7)	27	(69.2)
연 령	21-30	4	(7.4)	4	(10.3)
	31-40	10	(18.5)	6	(15.4)
	41-50	14	(25.9)	10	(25.6)
	51-60	15	(27.8)	10	(25.6)
	61-70	9	(16.7)	8	(20.5)
	71-80	2	(3.7)	1	(2.5)
환자와의 관계					
아버지	2	(3.7)	0	(0.0)	
어머니	8	(14.8)	6	(15.4)	
남편	15	(27.3)	10	(25.6)	
부인	20	(37.0)	15	(38.5)	
아들	2	(3.7)	2	(5.1)	
딸	5	(9.3)	4	(10.3)	

며느리	2	(3.7)	2	(5.1)
환자의 호스피스 프로그램				
참여기간				
1주 미만(1-6일)			4	(10.3)
1- 4주(7-28일)			8	(20.5)
5- 8주(29-56일)			15	(38.5)
9-12주(57-84일)			3	(7.7)
13-16주(85-112일)			3	(7.7)
17-20주(113-140일)			4	(10.3)
21주 이상(141일이상)			2	(5.1)
환자의 사망장소				
병원			17	(43.6)
집			21	(53.3)
기타			1	(2.6)
사별에 대한 자료 발송횟수				
0-1	1	(1.9)	0	(0.0)
2-3	14	(25.9)	10	(25.6)
4-5	13	(24.1)	10	(25.6)
6-7	22	(40.7)	16	(41.0)
8-9	4	(7.4)	3	(7.7)
증계를 위한 접촉접수 (전화나 방문 총횟수)				
0- 2	19	(35.2)	13	(33.3)
3- 5	12	(22.2)	7	(17.9)
6- 8	12	(22.2)	9	(23.1)
9-11	2	(3.7)	2	(5.1)
12-14	2	(3.7)	1	(2.6)
15-17	3	(3.5)	3	(7.7)
18-20	2	(3.7)	2	(5.1)
21+	2	(3.7)	2	(5.1)
지지그룹 모임 참여횟수				
0	30	(55.6)	19	(48.7)
1-3	15	(27.8)	12	(30.8)
4-6	7	(12.9)	6	(15.4)
7-9	2	(3.7)	2	(5.1)

여자는 그 두배인 36명(66.7%)으로 나타났다. 연령분포는 22세에서 79세로 평균 연령은 50.3세였다. 유가족 프로그램은 유가족에게 사별과 관련된 자료를 보내주거나, 전화나 혹은 직접 만나거나, 또는 지지그룹을 통해서 도움을 제공하였다.유가

족에게 사별과 관련된 자료를 제공한 횟수는 안 보낸 가족에게서부터 9회까지 다양했으나 6회나 7회가 22명(40.7%)으로 가장 많았고, 이어 2회나 3회가 14명(25.9%), 4회나 5회가 13명(24.1%), 8회나 9회가 4명(7.4%)이 순이었다.

접촉은 8명을 제외한 모든 유가족에게 실시되었고 유가족과의 접촉 횟수는 1회에서 25회까지 다양했으나, 평균 접촉 횟수는 6.2회였다. 이러한 접촉은 보통 유가족 프로그램의 담당자나 자원봉사자에 의해 실시 되지만 다른 호스피스 직원이 한 경우도 있었다. 0회부터 2회가 19명(35.2%)으로 가장 많았고, 3회부터 5회가 12명(22.2%), 6회부터 8회가 같은 수였고, 15회부터 17회가 3명(5.5%)이었다.

지지그룹에 참석한 유가족은 반수가 안되는 24명(44.4%)이었고, 참석횟수는 1회에서 9회였는데 참석하는자 가운데 15명(27.8%)의 유가족이 1회에서 3회까지, 7명(12.9%)이 4회에서 6회까지, 2명(3.7%)이 7회에서 9회까지 참석한 것으로 나타났다(표 1).

유가족 추후관리담당자가 유가족의 애도과정 적응에 관하여 사정한 결과에 의하면 환자의 죽음을 현실로 수용한 유가족의 반수인 27명(50.0%)은 잘 적응하는 것으로, 그리고 4명(7.4%)을 제외한 나머지 유가족은 보통 적응하는 것으로 나타났다. 유가족이 슬픔을 표현하는 정도에서 대다수인 33명(61.1%)이 보통 정도로 표현하고 있었고, 12명(22.2%)은 잘 못하고 있었다. 대다수인 32명(59.3%)의 유가족은 일상적인 활동에 잘 적응할 수 있는 것으로, 그리고 4명(17.4%)을 제외한 나머지 유가족은 보통 적응하는 것으로 나타났다. 1명을 제외한 53명(98.1%)의 유가족에서 그들의 에너지를 사망한 가족에 대한 집착에서 다른곳으로 전환시키는데 있어 보통 또는 잘적응할 수 있는 것으로 나타났다. 유가족의 신체상태는 대다수인 45명(83.3%)이 보통이나 좋은 상태였다.

유가족 프로그램이 도움이 되었는지 그 여부를 묻는 항목에서 대다수인 44명(81.5%)의 유가족이 도움이 되었다고 응답했다. 유가족의 1/3에 가까운 17명(31.5%)의 유가족은 그들에게 가장 많은 도움이 된 프로그램은 자료를 보내준 것이라고 응답하였고, 그 다음으로 14명(25.9%)은 담당자와의 접촉을, 8명(14.8%)은 지지그룹이라고 답하였다.

유가족 추후관리 담당자에 의한 사정 결과 유가족 54명의 3/4이 조금 안되는 39명(72.2%)이 더

이상 추후관리를 요하지 않는 것으로 나타났다. 그러므로 1/4 정도인 15명(27.8%)은 계속해서 추후관리를 요할 것으로 사려된다(표 2).

2. 슬픔 반응 사정

환자가 사망한지 13개월 후 사망한 환자 가족 54명을 대상으로 13개월 사정을 실시한후 슬픔경험항목(Grief Experience Inventory ; GEI) 질문지를 발송하였다. 그중 43매의 질문지가 회수되었으나 그중 4매는 사회적으로 별로 좋지 않은 인상을 주는 행동에 대해서 솔직하게 자기에 관한 것을 나타내기를 주저하는 경향때문에 부정적 집수가 너무 높았으므로 GEI Manual(Sanders, 1975)의 권고에 따라 이 연구대상에서 제외시켰다.

따라서 슬픔경험항목(GEI)에 응답한 유가족은 총 39명이었으며 성별은 여자 27명(69.2%) 남자 12명(30.8%)이었다. 연령분포는 25세에서 71세이었고 평균연령은 49.7세였다.

사망자와의 관계는 부인 15명(38.5%), 남편 10명(25.6%), 어머니 6명(15.4%), 딸 4명(10.3%), 아들 2명(5.1%), 며느리 2명(5.1%)의 순이었다. 호스피스 간호기간은 3일에서 241일이었고 평균 51.7일이었다. 사망장소는 집이 21명(53.8%) 병원이 17명(43.6%)이었고, 1명(2.6%)은 기도원이었다.

유가족에 제공된 도움의 경우 사별에 관한 인쇄 자료를 제공받은 횟수는 2가지 종류로부터 9가지 종류의 분포를 보였는데, 6~7종류가 16명(41.0%), 2~3종류가 10명(25.6%), 4~5종류가 10명(25.6%), 8~9종류가 3명(7.7%)의 순이었다. 대면이든 전화로든 호스피스팀과 접촉이 있었던 유가족은 39명중 33명이었다. 접촉횟수가 1~25회로 평균 6.92회였다. 지지모임에 참석한 유가족은 반수가 조금 넘는 20명(51.28%)이었고, 참석횟수의 범주는 1~9회의 분포로서 1~3회 12명(30.8%), 4~6회 6명(15.4%), 7~9회 2명(5.15)으로 나타났다(표 1).

유가족 슬픔반응과 연령, 호스피스 간호를 받았던 기간 그리고 추후관리 프로그램 [사별에 관한 자료, 접촉, 지지모임]중 사별자가 얻은 도움과의 상관관계를 Pearson 상관계수로 알아 보았다. 연

(표 2) 사별에 대한 최종 사정

n=54

정서와 신체 상태 사정	종 음		보 통		안 종 음	
	인 수	백분율	인 수	백분율	인 수	백분율
1. 정 서						
죽음을 현실로 수용	27	(50.0)	23	(42.6)	4	(7.4)
슬픔표현	9	(16.7)	33	(61.1)	12	(22.2)
일상적인 활동적용	32	(59.3)	18	(33.3)	4	(7.4)
정서적 에너지 전환	29	(53.7)	24	(44.4)	1	(1.9)
2. 신체상태	15	(27.8)	30	(55.5)	9	(16.7)
호스피스 프로그램의 도움 여부	예		아니오			
	인 수	백분율	인 수	백분율		
	44	(81.5)	10	(18.5)		
가장 많이 도움이 된 것		인 수		백분율		
답 당 자		14		(25.9)		
자원봉사자		5		(9.3)		
보내준 자료		17		(31.5)		
지지 그룹		8		(14.8)		
무 응 답		10		(18.5)		
13개월 후 지속적인 추후관리 필요성 여부		있 다		없 다		
	인 수	백분율	인 수	백분율		
	15	(27.8)	39	(72.2)		

령은 식욕부진($r=.41, P<.01$) 활력상실($r=.37, P<.01$) 슬픔반응 항목과 중정도의 순 상관관계가 있는 것으로 나타났다. Sanders(1975)는 활력상실은 유가족이 자신의 기운 없음을 지적하는 것이라 하였다. 본 연구에서는 Pearson 상관계수는 연령이 증가함에 따라 식욕부진과 활력상실이 높아졌다. 그러나 배우자 유가족을 대상으로 비교한 Sanders(1980)의 연구를 보면 나이든 유가족은 같은 연령의 통제군보다 활력상실도가 컸다. 그것은 같은 연령일지라도 유가족일때 활력이 떨어진다는 것을 의미하므로 활력상실이 전적으로 연령 때문인 것은 아니라는 것을 보여준다. 또 본 연구에는 충분히 영양섭취를 하지 못할때 활력 상실이 오는 것으로 보아 식욕장애와도 관련이 된다고 본다.

유가족이 슬픔반응과 환자 간호를 받았던 기간과는 상관관계가 없는 것으로 나타났다. 호스피스 간호를 오래 받은 환자일수록 호스피스로부터 도

움을 오래 받게 되므로 슬픔반응에 영향을 미칠 가능성이 있으나 본 연구에서는 상관관계가 나타나지 않았다.

추후관리 접촉의 빈도와 슬픔반응중 수면장애와는 중정도의 순 상관관계가 있었다($r=.38, P<.01$). 수면장애가 높은 유가족일수록 추후관리 접촉빈도가 많았던것은 수면장애가 높은 유가족은 정상적인 기능수행 능력이 낮기 때문에 추후관리 프로그램에 더 자주 접촉하게 되기 때문인 것으로 사려된다(표 3).

유가족의 슬픔반응과 연령수준(21-40세의 청년군, 41-60세의 중년군, 61-80세의 노년군)과의 관계를 일원분산 분석으로 분석한 결과 유의한 차이는 나타나지 않았으나 슬픔반응 항목중 아홉 항목에서 노년군이 청년군보다 높은 점수를 보여 슬픔강도가 높음을 나타내었다(표 4). Sanders(1980)가 배우자를 사별한 유가족들중 젊은 군과 나이든 군으로 나누어 슬픔강도를 비교한 연구에

서 나이트 군이 슬픔의 강도가 높은 것으로 나타났지만 이것은 직접적으로 연령수준의 차이에서 기인하는 것이 아니라 오히려 노인에게서 볼 수 있는 여러 노쇠요인(신체허약, 수입감소, 노인가족이나 친구를 잃은데서 오는 외로움 등)에 기인하는 것으로 지적했다.

슬픔반응과 유가족의 성별은 t-test로 분석한 결과 슬픔반응증 죄책감($t=2.38, P<.05$), 사회적 격리($t=2.38, P<.05$), 이인감($t=2.07, P<.05$)의 항목에서 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다. 위의 슬픔반응에서 남자가 여자보다 슬픔강도가 높음을 알 수 있었다(표 5). Wujcik(1984)의 연구에서는 죄책감, 명상 그리고 수면장애에서 남자가 여자보다 슬픔반응이 높음을 보고하였다.

유가족의 죄책감은 자신이 어떤 면으로든 죽음에 대한 책임이 있거나 그로 인해 비난이 된다고 느끼는 감정의 표현이다. Sanders(1975)는 남자는 여자보다 더욱 권위적이 된다고 하였다. 그래서 상황을 통제하는 것은 익숙한데 질병 말기의 상황에서는 죽음을 통제할 수 없다는 무력감 때문에 여

자보다 남자가 더 많은 죄책감을 갖게 될 것이다. 또한 여자는 남자보다 죽어가는 사람을 위해 더 많은 간호를 제공할 수 있기 때문에 환자 사망후에 남자보다 여자가 죄책감을 덜 느끼게 된다.

유가족의 사회적 격리는 사회적 접촉과 책임으로부터의 위축으로 특징지어지며 이는 다른 사람으로부터 소외되는 느낌을 갖게한다(Sanders, 1975). 본 연구에서 남자들이 다른 사람으로 부터 격리됨을 느끼는 것은 여자들처럼 그들의 상실에 대해 솔직히 대화하지 못하기 때문인 것 같다.

유가족의 이인감은 슬픔으로 인한 무감각, 소극, 혼란 상태에서 저하는 것이다(Sanders 1975). 이 부분에서 환자 사망후 13개월간 남녀간에 차이가 나는 이유는 확실하지는 않지만 아마도 남자는 여자처럼 터놓고 자신의 감정을 다른 사람에게 이야기하지 못하기 때문에 상실감을 회복하지 못하는 것으로 생각된다.

유가족과의 관계에 따른 슬픔반응을 일원분산 분석으로 분석한 결과 신체화($F=5.82, P<.001$), 신체적증상($F=5.87, P<.001$), 식욕부진($F=4.40,$

(표 3) 유가족의 연령, 참여기간 및 받았던 도움과 슬픔반응과의 상관관계

사별에 관한 항목	연 령	참여기간	대상자의 받았던 도움		
			서 면	방문 및 전화	그룹모임
실 망	.23	-.13	.18	.25	.10
분 노	-.00	-.01	.18	.19	.25
죄책감	-.28	.18	.19	-.05	.15
사회적 격리	.03	-.08	.18	.16	.20
자제감 상실	-.08	.03	-.23	-.12	-.33
명 상	-.18	.21	-.20	-.10	-.09
이인감	-.03	.15	.04	.10	.02
신체화	.34	-.09	.05	.31	.09
죽음에 관한 불안감	-.18	.18	-.05	.11	-.19
수면장애	.33	-.02	.05	.38*	-.03
식욕장애	.41*	-.10	.12	.31	.19
활력상실	.37*	-.16	.13	.32	.19
신체적 증상	.22	-.12	.07	.22	.05
낙관 대실망	.09	-.17	.05	.15	-.04
외존감	.24	.08	-.01	-.02	-.01

P<.01

〈표 4〉 유가족의 연령에 따른 슬픔반응

사별에 관한 항목	21-40세(8명)		41-60세(22명)		61-80세(9명)		F 값
	평균	표준편차	평균	표준편차	평균	표준편차	
실 망	6.75	4.27	9.32	5.16	9.40	4.82	.89
분 노	4.88	1.89	6.00	2.67	4.56	2.13	1.41
죄책감	4.88	1.12	3.55	1.53	3.22	1.92	2.78
사회적 격리	2.50	2.33	3.09	2.45	2.78	1.79	.21
자제감 상실	6.50	2.00	5.45	2.00	5.56	1.51	.92
명 상	8.25	1.83	6.64	2.19	6.89	1.69	1.89
이인감	5.50	2.45	5.09	2.24	5.44	2.19	.14
신체화	6.00	5.24	8.09	5.39	9.78	5.93	1.01
죽음에 관한 불안감	8.00	2.00	6.45	2.63	7.11	1.62	1.34
수면장애	1.75	2.87	2.95	3.34	4.33	3.12	1.39
식욕부진	0.50	1.07	1.23	1.19	1.67	1.22	2.12
활력상실	3.88	2.10	5.09	2.63	6.56	2.79	2.32
신체적인 증상	5.50	3.16	6.18	3.53	6.67	3.97	.23
낙관 대실망	4.38	2.62	5.64	3.08	4.89	2.20	.66
외존감	4.13	1.13	4.41	1.44	4.89	1.36	.70

〈표 5〉 유가족의 성별에 따른 슬픔반응

사별에 관한 항목	남 자(12명)		여 자(27명)		t 값
	평균	표준편차	평균	표준편차	
실 망	10.00	3.52	8.30	5.39	1.17
분 노	6.25	1.60	5.07	2.69	1.69
죄책감	4.50	1.09	3.41	1.74	2.38*
사회적 격리	4.17	2.21	2.33	2.06	2.44*
자제감 상실	5.67	1.97	5.70	1.90	-.05
명 상	7.83	1.75	6.67	2.13	1.79
이인감	6.17	1.53	4.95	2.38	2.07*
신체화	8.92	4.78	7.67	5.85	.71
죽음에 관한 불안감	6.92	2.15	6.93	2.46	-.01
수면장애	3.00	3.49	3.04	3.19	-.03
식욕부진	1.42	1.24	1.07	1.21	.80
활력상실	5.58	2.23	5.00	2.86	.69
신체적인 증상	6.58	2.47	5.96	3.89	.60
낙관 대실망	5.58	2.28	5.04	3.02	.62
외존감	4.58	1.24	4.41	1.42	.39

*P<.05

$P < .01$), 실망($F=3.79, P < .01$), 분노($F=2.83, P < .05$), 사회적 격리($F=3.61, P < .01$), 죄책감($F=3.62, P < .05$), 이인감($F=2.58, P < .05$)의 여덟 개의 슬픔반응 항목에서 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다. 신체화, 신체적 증상, 식욕부진, 실망, 분노, 사회적 격리의 여섯 항목에서는 어머니가 가장 높은 점수를 나타냈으나 사회적 격리 항목에서는 어머니가 아들의 점수와 동일하게 나타났다. Sanders는 다음과 같이 Gorer의 말을 인용하고 있다. “많은 사람들에게 가장 괴롭고 오래 지속되는 슬픔은 성장한 자녀를 잃은 것일 것이다”라고 말했다. 이는 자녀가 부모보다 더 오랫동안 살 것으로 생각되는 일반적 예상으로 설명해 볼 수도 있을 것이다. 그리고 어머니의 역할은 자녀를 양육하고 돌보는 것인데 자녀가 죽으면 그녀는 그 역할을 할 수 없게 되는 것이다. 이것은 슬픔반응이 신체에 얼마나 영향을 미치는지를 보여준다.

나머지 세 항목은 실망, 분노, 사회적 격리이다. Parks(1972)는 사별에 관한 그의 저서에서 분노를 슬픔반응의 초기단계의 모습으로 보았고 이는 환자 사망후 1개월 동안에 가장 강도가 높으며 그 이후로는 간헐적이 된다고 말하고 있다. 그에 의하면 절망은 슬픔반응의 후반기의 모습이라고 하였다.

그러나 본 연구에서는 가족의 사망 13개월후에 분노와 절망의 슬픔반응 둘다에서 어머니가 높은 점수를 나타냈다. 신체화, 신체적 증상, 식욕부진, 절망의 네 슬픔반응에서는 어머니에 이어 남편, 부인순으로 점수가 높은 것으로 나타났다. Sanders(1980)의 연구에서 그녀는 “배우자와 사별하는 것은 인간이 성장한 후에 부딪치게 되는 스트레스 상황중 가장 큰 것이다”라고 말하고 있다. 그러므로 배우자의 죽음은 쉽게 해결될수 없는 심한 스트레스원이 될것이다. 실망에 관한 Parks(1972)의 연구결과에서 실망이 슬픔반응의 후반기의 특징이라고 한 것과 같은 결과가 본 연구에서도 나타났다.

죄책감의 항목은 딸이 가장 높은 점수(4.75)를 보였고 어머니, 남편, 아들은 같은 점수(4.50)이었다. 이는 딸이 자녀로서 해야 한다고 느낀것보다

아픈 부모를 잘 돌보아 드리지 못했다는 것을 의미한다. 이인감 항목에서는 아들이 가장 높은 점수(7.50)였고, 어머니(6.83), 남편(5.90)의 순이었다. 이인감 항목에서는 아들이 높은 점수를 보였는데 이는 그들이 아직도 부모의 죽음과 관련된 무감각, 쇼크, 혼란상태에 있음을 의미한다. 통계학적으로 유의한 차이는 나타나지 않았으나 어머니의 경우, 다른 슬픔항목에서는 낮은 점수를 보였으나 죽음으로 인한 두려움에서만 높은 점수를 보인 것은 흥미있는 결과이다(표 6).

유가족의 슬픔반응과 환자 사망장소를 t-test로 분석한 결과 단지 수면장애의 슬픔반응 항목($t=2.19, P < .05$)에서만 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다. 즉, 병원에서 사망했을 때보다 집에서 사망했을때가 더 높은 점수가 나타났다. Ferrell(1985)의 연구에서는 집에서 죽음을 경험하는 것이 병원에서 경험하는 것보다 어떤 슬픔반응은 감소될수 있다고 보고하였다. 그러나 본 연구 결과에서는 가족이 집에서 사망한 경우에 13개월이 지난후 인데도 수면장애가 높게 나타난 이유를 알수 없었다(표 7).

V. 결론 및 제언

1. 결 론

본 연구는 유가족 추후관리 프로그램이 그들에게 얼마만큼 도움을 주었는지를 평가하고 환자 사망후 13개월동안 호스피스 환자의 유가족 「일차간호제공자」의 슬픔반응을 파악하기 위하여 실시되었다. 그리고 구체적 목적은 선택변수와 유가족이 슬픔반응 사이의 관계를 확인하고 사별후 추후관리를 위한 접촉빈도와 유가족의 슬픔반응간에 상관관계가 있는지를 규명하기 위함이다. 자료수집기간은 1989년 7월에서부터 1991년 3월까지 총 37개월동안이었다. 유가족의 수는 사별에 대한 최종 사정 54명 그리고 슬픔 반응에 39명이 었다.

1) 사별에 대한 최종 사정

유가족의 슬픔해결 정도와 사별 추후관리의 도움 정도를 확인하기 위하여 13개월 사정이 실시되었다. 슬픔 경험에 관련해서 대다수인 50명 (92.6%)

〈표 6〉 유가족과 환자와의 관계에 따른 슬픔반응

사별에 관한 항목	엄 미(6명)		남 형(10명)		부 인(15명)		아 들(2명)		딸(4명)		머느리(2명)		F 값
	평균	표준편차	평균	표준편차	평균	표준편차	평균	표준편차	평균	표준편차	평균	표준편차	
실 명	12.83	4.12	10.70	3.23	8.40	4.95	6.50	3.54	4.75	3.86	1.00	1.40	3.79**
분 노	6.83	1.17	6.20	1.75	5.20	2.81	6.50	0.71	4.00	2.16	1.00	0.00	2.83*
죄책감	4.50	1.05	4.50	1.18	2.87	1.77	4.50	0.71	4.75	0.96	1.50	0.71	3.62*
사회적 격리	4.50	2.26	4.10	2.33	1.87	1.60	4.50	2.12	1.75	0.71	0.50	0.71	3.61*
자책감 상실	7.17	1.72	5.60	2.17	5.17	1.91	6.00	0.90	5.50	1.91	5.00	0.00	0.95
평 상	6.67	1.51	7.50	1.72	6.60	2.44	9.50	0.71	7.50	2.38	5.50	0.71	1.11
이인감	6.83	1.17	5.90	1.52	4.47	2.50	7.50	0.71	4.25	2.50	3.00	0.00	2.58*
신체화	14.33	3.08	10.10	4.18	7.07	5.35	3.00	0.90	3.25	0.96	1.00	0.00	5.82***
죽음에 관한 불안감	7.33	1.86	6.60	2.12	6.00	2.59	8.50	2.12	8.25	1.50	10.00	0.00	1.85
수민장애	5.33	3.14	3.50	3.63	2.67	3.22	0.50	0.71	1.00	2.0	3.00	2.83	1.29
식욕부진	2.33	.52	1.70	1.16	1.00	1.20	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	4.40**
활동상실	6.67	2.50	6.20	1.87	5.47	2.70	2.50	0.71	2.75	1.50	1.00	0.00	3.76
신체적인 증상	10.17	0.98	7.30	2.00	5.53	3.76	3.00	0.00	4.00	1.41	0.50	0.71	5.87***
낙관 상실감	7.17	2.64	5.70	2.31	5.00	2.90	5.00	2.83	3.50	3.00	2.00	1.41	1.62
외존감	5.33	1.21	4.60	1.17	4.00	1.46	4.50	2.12	4.75	1.26	4.00	1.41	0.94

* P<.05

** P<.01

*** P<.001

(표 7) 호스피스 환자의 사망장소에 따른 슬픔반응

사별에 관한 항목	병 원(17명)		집(21명)		t 값
	평균	표준편차	평균	표준편차	
실 망	7.94	4.74	9.29	5.06	-0.84
분 노	5.35	2.50	5.38	2.46	-0.03
죄책감	4.00	1.289	3.43	1.83	1.13
사회적 격리	2.24	1.86	3.29	2.41	-1.52
자책감 상실	5.53	1.66	5.90	2.10	-0.62
명 상	7.12	2.40	6.90	1.87	.30
이인감	5.35	2.03	5.05	2.38	.43
신체학	7.06	4.93	8.52	5.85	-0.84
죽음에 관한 불안감	7.18	2.40	6.62	2.33	.72
수면장애	1.76	2.22	3.86	3.62	-2.19*
식욕장애	0.76	0.97	1.43	1.29	-1.81
환력상실	4.53	2.65	5.57	2.64	-1.21
신체적인 증상	6.00	3.37	6.05	3.58	-0.04
낙관 대실망	4.71	2.62	5.52	2.98	-0.90
의존감	4.24	1.44	4.57	1.29	-0.75

*P<.05

의 유가족이 죽음을 잘 또는 적절히 수용하는 것으로 나타났고 4분의 3이 조금 넘는 42명(77.8%)이 그들의 상실을 잘 또는 적절히 표현할 수 있었던 것으로 나타났다. 대다수인 50명(92.6%)은 일상생활을 잘 또는 어느 정도 적응하였고 53명(98.1%)의 유가족이 고인 이외의 다른 사람에게 그들의 에너지를 재 투입할 수 있었다. 유가족 45명(83.3%)에서 신체적 상태는 양호하거나 보통인 것으로 나타났다.

사별 추후관리의 도움여부는 대다수인 44명(81.5%)의 유가족이 도움이 되었다고 응답했다. 유가족의 1/3에 해당하는 17명(31.5%)의 유가족은 그들에게 가장 많은 도움이 된 프로그램은 자료를 보내준 것이라고 응답하였고, 그 다음으로 14명(25.9%)은 담당자와의 접촉을 8명(14.8%)은 지지그룹이라고 답하였다. 여기서 사별에 관한 자료는 98.1%의 유가족에게 제공되었고, 접촉은 85.2%의 유가족에게, 그리고 단지 44.4%의 유가족만이 지지모임에 참석했다는 것을 볼때, 사별에 관한 자료나 접촉이 도움이 되었다는 유가족의 수가

지지모임이 도움이 되었다는 유가족의 수보다 많은 것이라는 것을 예상할 수 있다. 그러나 지지모임에 참석한 유가족중 3분의 1가량은 지지모임이 추후관리 프로그램중 가장 도움이 되었다는 것으로 나타났다.

이 사정의 마지막 부분은 유가족이 앞으로 추후관리를 필요로 하는지 그 여부를 파악하는 것이었다. 사정된 54명중 39(72.2%)명이 더이상의 추후관리는 필요하지 않는 것으로 판단했으나 나머지 15명(27.8%)은 그들의 상실이 아직 해결되지 않았기 때문에 앞으로도 추후관리가 필요한 것으로 나타났다.

2) 슬픔반응 사정

사별과 관련해서 제공된 중재의 빈도(접촉, 지지모임, 사별에 관한 자료), 유가족의 연령 및 환자가 호스피스 간호를 받았던 기간과 슬픔 반응(GEI점수)과의 상관관계를 Pearson 상관관계를 이용하여 분석한 결과 슬픔 반응중 수면장애 항목만이 접촉횟수와 중정도의 유의한 상관관계($r=.38$ $P<.01$)를 나타냈고 슬픔 반응과 사별에 관한

자료나 지지모임 빈도와는 유의한 순 상관관계가 나타나지 않았다. 이와같은 결과는 Wujcik(1984)의 연구에서 27명을 대상으로 환자 사망후 13개월후에 접촉 빈도와 이인감, 식욕부진, 낙관대 실패의 슬픔반응 항목 사이에 순 상관관계가 있다는 보고와는 상이한 결과이다. 연령은 슬픔반응 항목 중 식욕부진, 활력상실과 중정도의 유의한 상관관계($r=0.41, 37, P<0.01$)가 있었다.

유가족의 슬픔 연령군(21-40세, 41-60세, 61-80세)에 따라 슬픔반응에 차이가 있는지를 일원 분산 분석으로 분석해 본 결과 세 연령군에서 어떤 유의한 차이도 보이지 않았으나 슬픔 경험 9항목에서 연령이 젊은 집단이 나이 많은 집단에 비해 낮은 점수를 보였다. Sanders(1980)가 45명의 사별한 여성을 대상으로 사별직후와 18개월후에 각각 조사 해본 결과 젊은 연령군이 초기에 훨씬 높은 슬픔반응을 보인데 비해 나이 많은 군에서는 18개월 후에 더 슬픔반응 강도가 높았다.

유가족 성별과 슬픔반응 사이의 유의성은 t-test로 검증한 결과 남자와 여자가 죄책감($t=2.38, P<0.05$), 사회적 격리($t=2.44, P<0.05$), 이인감($t=2.07, P<0.05$)의 반응에서 유의한 차이를 보였는데 그 반응에 있어 남자가 여자보다 유의하게 높은 것으로 나타났다.

유가족과 환자와의 관계와 슬픔반응과 관계를 일원분산 분석으로 살펴보았다. 슬픔반응 가운데 8개 항목에서 신체화($F=5.82, P<0.001$), 신체적 증상($F=5.87, P<0.001$), 식욕부진($F=4.40, P<0.01$), 실망($F=3.79, P<0.01$), 분노($F=2.83, P<0.05$), 사회적 격리($F=3.61, P<0.05$), 죄책감($F=3.62, P<0.05$), 이인감($F=2.58, P<0.05$)에서 유의한 차이가 있었다.

신체화 항목에서 어머니는 가장 높은 점수(14.33)였고, 그 다음으로 남편(10.10), 부인(7.07)순이었다. 신체적 증상의 항목에서도 어머니가 가장 높은 점수(10.17)였으며 다음으로 남편(7.30), 부인(5.53)순이었다. 식욕부진 항목에서도 어머니가 가장 높은 점수(2.33)를 보였고 그 다음으로 남편(1.70), 부인(1.00)순이었다. 실망 항목에서도 어머니가 가장 높은 점수(12.83)였고 남편(10.70), 부인(8.40), 아들(6.50)의 순으로 나타났다. 분노 항목에

서 어머니가 가장 높은 점수(6.83)였고 거의 비슷한 점수(6.50)를 아들이, 그리고 남편(6.20)의 순이었다. 사회적 격리 점수는 어머니와 아들이(4.50)으로 가장 높은 점수였고 다음으로 남편(4.10)순이었다. 죄책감의 항목은 딸이 가장 높은 점수(4.75)를 보였고, 어머니, 남편, 아들은 같은 점수(4.50)이었다. 이인감 항목에서는 아들이 가장 높은 점수(7.50)였고 어머니(6.83), 남편(5.90)의 순이었다.

유가족의 슬픔반응과 환자의 사망장소간의 관계를 t-test로 검증한 결과 수면장애($t=2.19, P<0.05$)한 항목에서만 유의한 차이가 있었다. 즉, 집에서 사망한 경우에 높은 점수를 보였다.

유가족의 위험도와 슬픔반응 간의 관계를 일원 분산 분석으로 분석한 결과 유의성은 발견할 수 없었으나 슬픔반응의 10가지 항목에서 정상군보다 고위험군에서 높게 나타났다. 세브란스 호스피스 프로그램에 참가한 사별 가족들의 슬픔반응에 관한 이번 연구에서 추후관리 프로그램에 참가한 유가족들의 슬픔반응에 관해 몇가지 정보를 얻을 수 있었다. 이러한 정보가 다른 연구자들에게 동기를 부여하여 한국에서 유가족 개인의 슬픔반응에 관한 보다 구체적인 연구가 진행될 수 있기를 바라며 아울러 이로써 슬픔반응과 그에 대한 도움이 되는 방법이 더 많이 알려져 상심하는 그들에게 보다 적절한 도움이 제공될 수 있기를 바란다.

2. 제 언

본 연구의 결과를 통해 다음과 같은 제언을 한다.

1. 해결되지 않은 상심은 유가족의 정신적, 신체적 건강에 해로운 영향을 줄수 있기 때문에 간호사는 간호사정시 환자의 죽음과 그의 슬픔반응에 관한 질문을 포함하는 것이 좋을 것으로 생각된다. 해결되지 않은 상심이 있을 경우 간호사는 사별을 경험한 사람으로 하여금 신뢰하는 친구나 상담자와 대화를 하여 그들의 슬픔감정을 표현하도록 격려할 필요가 있다.

2. 추후관리 프로그램을 통한 유가족의 슬픔해결 정도를 파악하기 위해서 사별후 초기에 Grief Experience Inventory(GEI)를 도구로 사용하고 13개월 후에 다시 GEI를 도구로 사용하여 연구를 반복 실시할 것을 제언한다.

3. 추후관리 프로그램에 참가한 유가족과 참가하지 않은 유가족간에 슬픔 반응에 차이가 있는지를 비교할 수 있도록 GEI를 도구로 사용하여 연구할 것을 제안한다.

4. 다른 호스피스 프로그램에서 추후관리 프로그램을 시작하게 되면 여러 프로그램에 있는 유가족의 슬픔반응에 대해서 함께 연구할 것을 제안한다.

연구자는 이번 연구를 마치기 위해서 도와주신 연세 대학교 간호대학의 이원희, 황애란교수님과 세브란스 호스피스의 김영순간호사에게 감사드립니다 바입니다.

VI. 참 고 문 헌

1. Amenta, Madalon, Bohnet, Nancy, *Nursing Care of the Terminally Ill*, Little, Brown and Co., Boston, 1986.
2. Cable, Dana, "A Comprehensive Bereavement Support Program", *The American Journal of Hospice Care*, May, June 1988, pp 32-35.
3. Cori, Charles, Corr, Donna, *Hospice Care-Principles and Practice*, Springer Publishing Co., New York, 1983.
4. Ferrell, Betty, "Cancer Deaths and Bereavement Outcomes-Home Versus Hospital" *The American Journal of Hospice Care*, July/August 1985, pp 18-23.
5. Gass, Kathleen, Chang, Audrey, "Appraisals of Bereavement, Coping, Resources & Psychosocial Health Dysfunction In Widows and Widowers", *Nursing Research*, January/February 1989, pp 31036.
6. *Hospice Buffalo Volunteer Manual*, Hospice Buffalo Inc., 1986, p. 35.
7. Kirschling, Jane, Akers, Sally, "Group Experience For The Recently Widowed-A Bereavement Follow-up Study", *The American Journal of Hospice Care*, September/October 1986, pp 24-27.
8. Kübler-Ross, Elisabeth, *On Death And Dying*, The Macmillan Co., New York, 1969.
9. Lattanzi, Marcia, Coffelt, Diane, *Bereavement Care Manual*, Boulder County Hospice Inc, Boulder, Colorado, 1979.
10. Moore, Ida, Gilliss, Catherine, Martinson, Ida, "Psychosomatic Symptoms In Parents Two Years After The Death Of A Child With Cancer", *Nursing Research*, March/April 1988, pp 104-107.
11. Mor, Vincent, *Hospice Care Systems*, Springer Pub.Co., New York, 1987.
12. O'Toole, Donne, *Bridging The Bereavement Gap-A Manual For the Preparation And Programming of Hospice Bereavement Services*. The Bereavement Project, Burnsville, North Carolina, 1985.
13. Parks, Colin, *Bereavement-Studies of Grief in Adult Life*, Pelican Books, Middlesex, England, 1975.
14. Sanders, Catherine, Mauger, Paul, Strong, Paschal, *A Manual for The Grief Experience Inventory*, Consulting Psychologists Press, Palo Alto, Ca., 1975.
15. Sanders, Catherine, "A Comparison of Adult Bereavement in the Death of a Spouse, Child & Parent", *Omega*, Vol 10, 1979-80, pp 303-322.
16. Sanders, Catherine, "Comparison of Younger and Older Spouses in Bereavement Outcome", *Omega*, Vol. 11, 1980-81, pp 2170232.
17. Schoenberg, Bernard, *Loss and Grief Psychological Management in Medical Practice*, Columbia University Press, New York, 1970.
18. Spangler, John, *Bereavement Support Groups: Leadership Manual*, Grief Education Institute, Denver, Co., 1988.
19. Worden, J. William, *Grief Counseling and Grief Therapy*, Springer Publishing Co., New York, 1982.
20. Wujcik, Debra, "Grief Response of the Primary Caregiver Receiving Bereavement Follow-up Care at Home", *The American Journal of Hospice Care*, Fall 1984, pp 15-22.
21. Zimmerman, Jack, *Hospice-Complete Care for the Terminally Ill*, Urban & Schwarzenberg, Baltimore, 1986.

A STUDY OF THE EFFECTIVENESS OF THE BEREAVEMENT PROGRAM OF SEVERANCE HOSPICE

Marian Kingsley R.N. M.S.N.

Grief that is not acknowledged and worked through may manifest itself in some emotional, mental or physical problem. In recent years much has been learned about coping with grief which the hospice program can utilize to help family members cope with their grief. This study was carried out to determine the helpfulness of the bereavement care of Severance Hospice and to learn more about the grief response of the bereaved.

The tools used to collect data were an assessment form used in the bereavement program and the Grief Experience Inventory developed by Sanders and revised and translated by the researcher. Data was obtained from bereaved family members(54 for the final grief assessment and 39 for the grief response assessment) receiving bereavement follow-up, from July 1989 to March 1991.

Results of the study were as follows :

1. Final Grief Assessment

Regarding the resolution of their grief the majority of the bereaved accepted the reality of the death of their family member, while slightly more than three-quarters were able to express their feelings toward their loss. A large majority had returned to activities of daily living well or fairly well and had reinvested their energy in a person other than the deceased. In addition, the physical condition of the majority was good or fairly good. A majority of the bereaved considered the bereavement care to be helpful and almost three-quarters were not considered to be in need of more follow-up.

2. Grief Response Assessment

Age was found to have a moderately positive correlation to appetite disturbance($r=.41, P<.01$) and loss of vigor($r=.37, P<.01$) A moderately positive correlation was found between the number of contacts and sleep disturbance($r=.38, P<.01$)

Significant differences were found between men and women in regard to guilt($t=2.38, P<.05$), social isolation($t=2.44, P<.05$) and depersonalization($t=2.07, P<.05$) with men having the more intense grief.

Significant differences were found in the grief responses of somatization($F=5.82, P<.001$), physical symptoms($F=5.87, P<.001$), appetite disturbance($F=4.40, P<.01$), despair($F=3.79, P<.01$), anger($F=2.83, P<.05$), social isolation($F=3.61, P<.05$), guilt($F=3.62, P<.05$) and depersonalization($F=2.58, P<.05$). In the first six of these grief responses mothers scored highest, followed by husbands and then wives, In the grief response of guilt, daughters scored highest and on the grief response of depersonalization sons scored highest.

Only one grief response, that of sleep disturbance($t=-2.19, P<.05$) was found to be statistically significant, with those family members who died at home having the higher scores.

Based on the results of this study several suggestions are presented as follows :

1. Since unresolved grief can have a detrimental effect on the bereaved person's mental and physical health it would be good for the nurse to include questions related to death of family members and the bereaved person's response to the grief, in her nursing assessment. And in the case of unresolved grief the nurse should encourage the person to talk with a trusted friend or counselor and express their feelings of grief.
2. A study to determine the degree of resolution of the grief of those in the bereavement program could be carried out by use of the Grief Experience Inventory early in their bereavement and again 13 months after the death of their family member.
3. A comparison of the grief response of the bereaved in the bereavement program and bereaved not in the program could be carried out using the Grief Experience Inventory.
4. After bereavement programs have been started in other hospice programs it would be good to carry out a joint study of bereavement outcomes of those in the bereavement programs.