

# 말기 암환자 호스피스 간호에 대한 봉사프로그램 개발 I\*

- 호스피스 교육 프로그램의 효과 -

김분한<sup>1)</sup>, 김문실<sup>2)</sup>, 김흥규<sup>3)</sup>  
정태준<sup>4)</sup>, 탁영란<sup>1)</sup>, 전미영<sup>5)</sup>

## I. 서 론

### 1. 연구의 필요성

현대는 산업화, 공업화, 인구 증가에 의한 환경오염, 공해의 증가 등으로 인하여 질병의 양상 및 사망원인이 과거의 전염성 질환에서 비전염성 질환인 악성종양, 뇌혈관질환, 고혈압, 당뇨병, 심장병 등의 만성질환 발생률과 유병률이 높아지는 등 그 양상이 변화되었다. 경제기획원 발표(1994)에 의하면 암으로 인한 사망이 21.4%로 제 2위를 차지하고 있을 뿐 아니라, 병원의 입원환자 가운데서도 상당수를 차지하고 있다. 이와 같이 말기 환자에 대한 진료는 의료계의 큰 문제가 되고 있으며, 이에 대한 해결책으로 호스피스가 제안되고 있다. 호스피스의 기본철학과 목표는 임종을 자연스런 삶의 한 과정으로 긍정적으로 수용하여 환자 개인의 존엄성을 고양하고 주어진 삶의 내용을 보다 충실히 영위하게끔 도와주는데 있다. 이를 위해 호스피스는 병의 치료보다는 환자의 신체적, 정신적, 영적, 사회적 증상을 완화시키는 데 노력한다.

그러나 현재 우리나라의 경우는 호스피스의 시험적 단계로서 일부기관에서 제한적인 프로그램을 실시하고 있는 실정이다. 그러므로 호스피스 간호를 시행하는데 있어 매우 중요한 요소인 여러 분야의 전문가와 자원봉사자로 이루어진 종합팀 구성을 위한 교육프로그램으로부터 호스피스 병동 및 센터, 가정 등 여러 유

형으로 흩어져있는 환자에 대한 실제적 간호제공 활동 프로그램에 이르기까지 우리문화에 적합한 연계적 프로그램 개발이 시급히 필요하다.

호스피스는 임종단계에 있는 환자가 남은 생애를 끝까지 충만하게 살고 인간의 품위를 유지하며 평화롭게 자신의 죽음을 맞을 수 있도록 환자의 육체, 정신, 영적, 사회적, 경제적 문제, 환자가족, 죽음과 동통 관리 등 여러 측면의 문제점을 동시에 증재해야 하므로 간호사, 의사, 사회사업가, 상담가, 목회자, 자원봉사자 등의 종합팀으로 그 간호가 이루어져야 한다(김분한 외, 1995). 이러한 호스피스는 병원, 가정, 호스피스 센터 등 어디에서나 가능하며, 호스피스 전문요원은 소정의 호스피스 교육을 받은 후 환자와 가족에게 호스피스 간호를 제공한다. 호스피스 전문요원의 역할은 다양하여, 그들은 환자와 가족에게 직접 간호를 제공하거나, 행정적 지원, 지역사회 교육, 전문적 역할(상담, 고문)을 담당하며(서울 가톨릭 사회복지 가정호스피스부, 1991), 또한 환자의 사망 후 추후 가정방문을 통하여 사별가족관리에 있어서도 중요한 역할을 한다(윤진, 1990; 왕매련 외, 1990). 이와 같이 임종환자 가까이에서 그들이 인간적 품위를 유지하고 평화로운 죽음을 맞이하도록 도와주는 호스피스 전문요원들은 먼저 자신의 죽음에 대한 의식을 분명히 해야함이 강조된다(박석춘, 1991).

따라서 본 연구는 호스피스 교육프로그램을 실시함

\*본 연구는 '96 한국학술진흥재단 1차 연구비에 의하여 연구되었음

- 1) 한양대학교 간호학과 교수
- 2) 이화여자대학교 간호과학대학 교수
- 3) 한국외국어대학교 신문방송학과 교수
- 4) 한양대학교 의과대학 교수
- 5) 한양대학교 간호학과 시간강사

에 앞서 호스피스 간호에 임하는 자들의 개인적 특성과 죽음 의식을 알아보고 교육 후의 변화를 조사하여 호스피스 교육프로그램의 효과를 검토함으로써, 본 교육프로그램을 이수한 호스피스 전문요원들은 긍정적인 죽음의식을 확고히 갖고 호스피스 간호에 임할 수 있도록 독려하며 향후 실제적으로 호스피스 전문요원의 죽음의식에 대한 교육에 반영하고자 한다.

## 2. 연구의 목적

본 연구의 목적은 호스피스 요원의 죽음의식을 확인하고 전문교육에 따른 죽음의식의 변화를 파악하고자 함이다.

구체적인 목적은 다음과 같다.

1) 호스피스 교육프로그램에 임한 간호사, 목회자, 자원봉사자들의 일반적 특성에 따른 죽음의식 정도를 파악한다.

2) 교육 전과 후의 죽음의식을 비교하여 호스피스 전문 교육의 효과를 파악한다.

## II. 문헌고찰

호스피스는 Hospes, Hospitium에서 근원된 용어로써 여행, 통과의 의미가 중심이 된다. 이는 중세시대의 성지인 예루살렘을 방문하는 사람들을 위해서 하룻밤 편히 쉬어 가는 장소를 제공한 데에서 그 뿌리를 찾을 수 있다.(조유향, 1994)

호스피스의 대상자는 더 이상 의료적인 치료가 불가능한 환자와 그의 가족과 친지를 포함한다. 즉 호스피스의 대상자는 질병에 의한 결과이든 아니든 죽음을 앞둔 모든 사람들이며 환자 뿐만 아니라 환자의 가족까지 포함된다.(김명자와 박재순, 1984; Zimmerman, 1986)

호스피스의 기본철학과 목표는 임종을 자연스런 삶의 한 과정으로 긍정적으로 수용하여 환자 개인의 존엄성을 고양하고 주어진 삶의 내용을 보다 충실히 영위하게끔 도와주는 데 있다. 이를 위해 호스피스는 병의 치료보다는 환자의 신체적, 정신적, 영적, 사회적 증상을 완화시키는 데 노력한다(조 현, 1993a). 또한 호스피스는 환자의 고통완화, 최적의 간호환경조성, 지속적인 전문적 간호, 그리고 환자와 그 가족들이 유기되지 않는다는 확신감을 목표로 한다.(Craven & Wald, 1975)

가장 이상적인 형태의 호스피스 프로그램은 최소한의 의료기술과 최대한의 개인적인 보살핌이 병행되는 것이다(Paradis, 1985). 그렇다고 하여 호스피스 프로그램이 단순한 환자권리의 수준에 머물거나 의사의 진료를 외면하는 것은 물론 아니다. 호스피스는 어디까지나 의료에 기저를 두고 있으며 전문적인 의사나 간호사의 참여를 필수로 한다.(Zimmerman, 1986)

호스피스에 대한 개념이 정립되기 시작한 것은 비교적 최근의 일로서 영국의 경우 약 40년전 그리고 미국의 경우는 약 15년 전으로 볼 수 있다. 그러나 이처럼 짧은 기간 동안 임종에 영향을 주는 각종 요인들, 즉 의학, 사회구조, 경제구조, 생활양식, 가치관 등도 급격하게 변하여 왔으며 따라서 호스피스의 개념, 방법론 등도 항상 역동적으로 변화되어 왔다.(조 현, 1993a)

선행연구로서 이경식(1984)은 종합병원에서의 호스피스 간호에 대한 기초조사에서 우리나라의 호스피스가 그리스도의 사랑에 기초하고, 교육과 학문적 뒷받침이 있어야 하며, 호스피스 자원봉사자의 활성화와 학문적 뒷받침이 되어야 한다고 하였고, 노유자(1988)는 호스피스 환자를 대상으로 그들의 심리간호를, 그리고 이향련(1990)은 신체간호에 대하여 분석하였다. 왕매련(1992)은 호스피스 간호사정시 환자의 죽음과 그의 슬픔반응에 관한 질문을 포함하는 것이 좋을 것이라 제안하였으며, 변영순(1990)은 호스피스 가정간호 자원봉사자를 대상으로 그들의 실제적인 업무내용을 조사하여 호스피스 간호도 우리문화에서 수용될 수 있는 임종환자의 간호전략을 모색하는 방향으로 나가야 한다고 주장하였다.

호스피스의 철학과 개념을 만족시킬 수 있는 호스피스 프로그램에는 많은 시간과 노력이 필요하다. 완전한 호스피스 프로그램이란 사실상 불가능한 것이지만 가능한 한 환자의 요구와 지역사회의 특성을 만족시킬 수 있는 융통성과 효율성을 가져야 한다.

호스피스는 근본적으로 완화적 치료를 목표로 하고 있으며 환자의 증상조절과 밀접하게 관련되어있으나, 환자의 증상은 신체적인 것 뿐만 아니라 정서적, 영적, 사회, 경제적인 제반 문제점을 포함한다. 따라서 호스피스는 여러 측면의 문제점을 동시에 다루어야 하므로 특정 전문분야만으로는 효과를 기대할 수 없으며 여러 분야의 전문가로 이루어진 종합팀(interdisciplinary team)이 호스피스의 필수적인 요소가 된다. 즉, 호스피스팀은 간호사, 의사, 사회사업가, 목회자, 물리치료사,

약사, 영양사 등과 같은 전문적 종사자와 자원봉사자, 가족 및 보호자와 같은 비전문인들로 구성된다.

호스피스에 있어서 간호사의 역할은 특히 중요한 것으로서 환자와 가족을 돌보는 물론 종합진료팀의 실제적인 관리인이 된다. 의사는 특정한 병(Disease)과 관련이 있는 반면, 간호사는 환자의 전반적인 안녕(wellness)을 담당한다. 자원봉사자 역시 호스피스 프로그램에서 매우 중요한 역할을 하며 가정과 호스피스 병동에서 개별적으로 환자에게 다양한 봉사를 하게 된다. 이들은 호스피스 교육을 수료한 후 임종 전, 후의 환자방문 또는 가정방문을 통해 환자와 가족들이 필요한 요구사항을 잘 해결할 수 있도록 지원한다.

호스피스가 지향하고 있는 목표를 달성하기 위해서는 무엇보다도 호스피스 팀을 이루는 구성원 각자의 확실한 신념과 봉사정신, 그리고 원숙한 인간성이 필요하다. 그들은 자신들이 아직까지 경험하지 않은 가장 심각한 경험인 죽음에 대처하고 있는 환자에게 봉사한다는 것은 단순한 동정(sympathy)을 넘어선 환자와의 공감(empathy)과 동료의식을 요구하는 일이며 이는 그들 각자의 확고한 인생관과 생사관, 그리고 신앙관을 필요로 한다(조 현, 1993b). 또한 임종환자 가까이에서 그들이 인간적 품위를 유지하고 평화로운 죽음을 맞이하도록 도와주는 호스피스 전문요원들은 먼저 자신의 죽음에 대한 견해를 분명히 해야함이 강조된다(박석춘, 1991).

죽음은 인간의 출생에서부터 이미 삶과 따로 떼어놓을 수 없는 불가분의 관계에 있다. 따라서 예로부터 인류는 죽음에 대한 문제를 해결해 보려고 끝없는 노력을 해왔으며, 오늘에 이르기까지 죽음이라는 주제는 많은 학자들의 연구주제가 되어오고 있다. 죽음에 대하여 바라보는 견해는 시대, 문화, 종교, 철학 등에 따라 서로 다르다. 생명의 소멸인 죽음은 삶과 상반되는 개념이지만, 죽음에 어떤 의미를 부여하느냐에 따라 그 공동체가 삶을 어떻게 바라보는지가 가장 선명하게 드러나며, 죽음관에 따라 문화권을 구분할 수 있을 정도이다(김승혜 외, 1990).

죽음에 대한 연구도 다각적인 면 즉, 죽음에 대한 태도, 죽음에 대한 불안, 공포 등에서 이루어지고 있다. Hackett(1971)는 죽음 자체보다 죽음으로부터 오는 공포 때문에 더욱 두려움을 느낀다고 하였다. Collet과 Lester(1969)는 죽음에 대한 불안을 자신의 죽음과 임종 과정에 대한 불안, 타인의 죽음과 임종 과정에 대한 불안의 4개 요소로 보고하였으며, Michael(1979)은 죽음

에 대한 공포를 임종 과정에 대한 공포, 죽음 자체에 대한 공포, 사후 결과에 대한 공포, 그리고 타인의 죽음과 임종 과정에 대한 공포 등과 같은 복합적 요소로 제시하였다. Neimeyer와 Dingemans(1981)는 죽음에 대한 불안, 죽음에 대한 두려움, 죽음에 대한 위협감을 포함하는 용어로서 죽음의식이라는 개념을 사용하였다(Thorson & Poweell에서 재인용, 1988). Thorson과 Poweell(1988)은 '죽음에 대한 불안의 요소와 죽음에 대한 의미'라는 연구에서 죽음의식(Death Orientation)의 개념을 사용하고 죽음의식은 죽음에 대한 염려, 죽음에 대한 불안, 죽음에 대한 두려움, 죽음에 대한 이해, 죽음의 의미로 구성된 다차원적 개념(multidimensional concept)임을 주장하면서, 죽음에 대한 연구에 있어서 주제는 연구자의 접근 방식에 따라 다를 뿐이지 죽음에 대한 단순한 불안이나 두려움 등의 단일개념(unidimensional concept)이 아니라고 하였다. 죽음에 대한 연구에서 불안, 태도 개념의 차원성은 중요한 논점이 된다. 또한 선행연구에서 Bell과 Batterson(1979)은 죽음의 태도에 영향을 미치는 중요한 요인으로 연령, 성, 종교성, 배우자의 건강, 주거형태, 은퇴, 삶에 대한 만족, 사회경제적 지위를 제시하였고, Thorson과 Poweell(1990)은 종교성이 죽음에 영향을 미친다고 보고하였다. 최공옥(1990)의 연구에서도 임종자들이 죽음을 수용할 때는 하느님과 관계가 이루어지고 내세에 대한 확신을 가지게 될 때라고 보고한 바 있다.

임종환자들이 죽음에 대한 두려움을 극복하고 평화로운 죽음을 맞도록 돕는 것은 대단히 중요한데, 호스피스 전문요원들은 그들을 도울 수 있다. 암환자의 가족은 환자와 같은 어려운 심리적 단계를 경험하게 되는데 특히 환자가 말기에 이르면 가족은 앞으로 있게 될 환자의 죽음에 대하여 급격한 상실감과 슬픔을 미리 겪게 된다. 또한 환자는 자기가족에게 위안과 도움을 줄 수 있는 지지그룹을 원하는데(Lewandowski & Jones, 1988), 이러한 경우 호스피스 전문요원들은 환자와 가족 모두에게 도움을 줄 수 있다.

임종환자를 돌보는데 있어서 중요한 것은 간호제공자 자신의 죽음의식과 그에 대처하는 능력이다. 자기 자신의 유한성을 진실로 직시한 사람이야말로 임종환자 간호에 있어 가장 보배로운 자격을 갖춘 것이 된다(Kbler-Ross, 1980). 그러므로 호스피스 전문요원들은 호스피스 간호를 효과적으로 제공하기 위하여 먼저 자신의 죽음의식이 긍정적이고 확고해야 할 것이다.

따라서 호스피스 교육프로그램 운영에 있어서 교육

전후간 교육 대상자들의 죽음의식을 조사하여 교육에 따른 죽음의식의 변화를 파악하는 것은 향후 보다 양질의 전문교육 제공을 위하여 의의있는 일이라 하겠다.

### Ⅲ. 연구 방법

#### 1. 연구 설계

본 연구는 동일군 전후설계(pretest posttest design)에 의한 유사실험연구이다.

#### 2. 연구 대상

호스피스 교육을 받고자 각 프로그램에 등록한 자로서 자원 봉사자 28명, 간호사 14명, 목회자 30명으로 총 72명이다.

#### 3. 연구 도구

##### 1) 교육프로그램

본 연구에서 실시된 교육프로그램은 호스피스 전문 교육을 받고자 자원한 간호사, 목회자, 자원봉사자 세 그룹에게 각각 16주간 실시되었다. 교육프로그램은 8주간의 이론강의와 8주간의 실습교육으로 진행되었으며 이론교육의 내용은 호스피스의 개요, 암환자 실태와 예방 및 치료, 동통관리 및 신체간호, 정신 및 영적간호, 죽음의 개념 정립, 환자 및 가족연구, 의사소통 및 대인관계, 자원봉사자의 역할과 실패 등으로 구성되었다.

##### <1차 교육프로그램 : 비전문가(자원봉사자) 교육>

주별	일시	교육주제	주별	일시	교육주제		
강 의	1	8/6	호스피스란 무엇인가	실 습	9	10/8	기본간호 실습
	2	/13	자원봉사자의 역할과 준비		10	/15	"
	3	/20	암환자의 실태와 치료		11	/22	호스피스병동 실습
	4	9/3	말기 암환자의 신체증상과 간호		12	/29	"
	5	/10	죽음의 준비		13	11/5	가정방문간호 실습
	6	/17	정신 및 영적치유 간호		14	/12	"
	7	/24	의사소통 및 대인관계		15	/19	호스피스센터 실습
	8	10/1	자원봉사자 실패		16	/26	"

##### <2차 교육프로그램 : 전문가(간호사) 교육>

주별	일시	교육주제	주별	일시	교육주제		
강 의	1	10/8	호스피스 개요	실 습	9	12/3	기본간호 실습
	2	/15	암환자 실태와 예방 및 치료		10	/10	"
	3	/22	동통 관리 및 신체 간호		11	/17	호스피스병동 실습
	4	/29	정신 및 영적 간호		12	/24	"
	5	11/5	죽음의 개념 정립		13	1/7	가정방문간호 실습
	6	/12	환자 및 가족 연구		14	/14	"
	7	/19	의사소통 및 대인관계		15	/21	호스피스센터 실습
	8	/26	자원봉사자 역할과 실패		16	/28	"

##### <3차 교육프로그램 : 전문가(목회자) 교육>

주별	일시	교육주제	주별	일시	교육주제		
강 의	1	2/4	호스피스 개요	실 습	9	4/1	기본간호 실습
	2	/11	암환자 실태와 예방 및 치료		10	/8	"
	3	/18	동통 관리 및 신체 간호		11	/15	호스피스병동 실습
	4	/25	정신 및 영적 간호		12	/29	"
	5	3/4	죽음의 개념 정립		13	/29	가정방문간호 실습
	6	/11	환자 및 가족 연구		14	5/6	"
	7	/18	의사소통 및 대인관계		15	/13	호스피스센터 실습
	8	/25	자원봉사자의 역할과 실패		16	/20	"

##### 2) 죽음의식 측정도구

죽음의식은 Thorson과 Powell(1988)의 Death Orientation 측정도구를 박석춘(1992)이 번안하여 사용했던 총 25문항의 도구를 본 연구진이 수정·보완한 도구로서 총 39문항으로 구성된 4점척도로 측정된 점수를 말한다.

점수의 범위는 최소 39점에서 최대 156점까지이며 평균점수가 117점 이상은 죽음의식이 부정적인 것으로, 79점-117점 미만은 중간수준으로 78점 이하는 긍정적인 것으로 해석한다. 본 연구에서 도구의 내적 신뢰도 Cronbach's alpha = .88이었다.

##### 3) 종교성 측정도구

종교성은 대상자가 종교에 부여하는 의미 혹은 관심의 정도 및 참여도를 뜻하며 본 연구에서는 Bell과 Batterson(1979)의 도구를 수정·보완하여 총 3문항의 총점으로 측정된 점수를 말한다. 점수의 범위는 최소 3점에서 최대 13점까지이며 점수가 높을수록 종교성이 높은 것으로 해석한다. 3-8점까지는 종교성이 낮은 것으로 8-13점까지는 높은 것으로 해석한다.

##### 4. 자료수집 절차

1996년 8월 6일부터 11월 26일까지 실시된 호스피

스 교육프로그램에 등록된 자원봉사자 59명, 1996년 10월 8일부터 1997년 1월 28일까지 실시된 호스피스 교육프로그램에 등록된 간호사 22명, 1997년 2월 4일부터 5월 20일까지 실시된 호스피스 교육프로그램에 등록된 목회자 85명에게 죽음의식에 관한 설문지로 사전 조사한 후, 교육 프로그램이 모두 완료되는 마지막 주 교육실시 후에 사후 조사하였다. 이때 총 16주간의 교육프로그램에 2회이상 결석한 자는 교육프로그램을 이수하지 못한 것이므로 연구대상에서 제외하였다.

### 5. 자료 분석방법

- 1) SPSS/PC+ 를 이용하여 대상자의 일반적 특성 및 죽음의식 정도에 대하여 서술적 통계를 계산하였다.
- 2) 교육의 효과에 따른 죽음의식 정도의 차이를 paired t-test 하였다.
- 3) 대상자의 일반적 특성별 죽음의식 정도의 차이를 t-test, ANOVA로 분석하였으며, ANOVA 사후검정으로 Duncan 방법을 이용하였다.

### 6. 연구의 제한점

- 1) 본 연구의 제한점은 호스피스 교육이 내용과 강사는 거의 동일하였지만 세 그룹의 특성상 교육내용의 수준이 같을 수 없는 상황에서 통합되었다는 점이다.
- 2) 본 연구 대상자의 대부분이 기독교인으로 치우쳐있으므로 연구의 결과를 확대 해석하여 일반화하는 데에는 신중을 기하여야 한다.

## IV. 연구결과 및 논의

### 1. 대상자의 일반적 특성

본 연구에서는 비전문가 교육프로그램 운영시 자원봉사자 59명을 대상으로 교육을 실시하였다. 16주의 교육과정에서 2회이상 결석을 한 경우 이수하지 못한 것으로 간주하여 최종적으로 28명이 본 연구의 대상이 되었다.

또한 전문가 교육프로그램 운영시 간호사 22명을 대상으로 교육을 실시하였는데 역시 2회이상 결석한 자를 제외하고 총 14명이 본 연구의 대상이 되었으며, 목회자 85명을 대상으로 교육을 실시한 결과 같은 방법으로 총 30명이 본 연구의 대상이 되었다. 따라서 총 72명이 본 연구의 대상자로 선정되었다.

대상자의 일반적 특성은 <표 1>과 같다. 대상자는

남자가 8명(11.1%), 여자가 64명(88.9%)으로 대부분이 여성이었으며, 연령은 평균 41.4세였고, 40-49세가 34명(47.2%)으로 가장 많았고, 종교는 기독교가 69명(95.8%)으로 대다수를 나타내었는데, 이는 목회자가 모두 기독교인이었으며 자원봉사자도 거의 모두 기독교인이었기 때문이었다.

학력은 대졸이 30명(41.7%)으로 가장 많았고, 고졸이 26명(36.1%)이었다. 결혼 상태는 기혼이 56명(77.8%), 미혼이 12명(16.7%)이었고, 생활정도는 100-200만원미만이 28명(38.9%), 100만원 미만이 23명(31.9%)이었다.

연구대상자 중 61명(84.7%)이 어려움이나 곤경에 처했을 때 종교에서 위안을 많이 받으며 죽음의식에도 종교의 영향력이 크다고 답하였다. 이에 의하여 종교성이 낮은군은 7명(10.4%), 높은군은 60명(82.7%)으로 나타났다.

본 연구에서는 호스피스 전문요원의 자질을 엄격히 관리하기 위하여 총 16주 교육에서 2회이상 결석시 교육프로그램을 이수하지 못한 것으로 간주하였다. 따라서 세차례 교육시의 교육대상은 총 166명이었으나 호스피스 교육프로그램을 이수한 본 연구의 대상은 총 72명으로 56.6%의 탈락율을 나타내었다.

<표 1> 호스피스 전문요원의 일반적 특성

(n = 72)

일반적 특성	구 분	빈 도	백분율
교육 집단	자원봉사자	28	38.9
	간호사	14	19.4
	목회자	30	41.7
성 별	남	8	11.1
	여	64	88.9
연 령	20-29	9	12.5
	30-39	18	25.0
	40-49	34	47.2
	50-59	11	15.3
종 교	없음	1	1.4
	기독교	69	95.8
	불교	2	2.8
교육 정도	중졸이하	5	6.9
	고졸	26	36.1
	대졸	30	41.7
	대학원이상	9	12.5
	무응답	2	2.8
결 혼 상 태	기혼	56	77.8
	미혼	12	16.7
	이혼	1	1.4
	사별	3	4.2
생 활 수 준 ( 월 수 입 )	100만원미만	23	31.9
	100-200만원미만	28	38.9
	200-300만원미만	16	22.2
	300만원이상	5	6.9
종 교 성	3-8점	7	10.4
	9-13점	60	82.7
	무응답	5	6.9

## 2. 일반적 특성에 따른 교육전 죽음의식의 차이

대상자의 일반적 특성에 따른 교육전 죽음의식의 차이는 <표 2>와 같다.

교육집단별 죽음의식의 정도는 자원봉사자군이 85.70점, 간호사군이 84.31점, 목회자군이 70.00점의 순으로 나타나 목회자군이 가장 긍정적인 죽음의식을 갖고 있었으며 통계적으로 유의한 차이를 나타내었다( $F=6.33, p=.003$ ). Duncan 방법으로 사후검증한 결과 목회자군이 다른 두 군보다 유의하게 낮은 점수를 나타내었다.

성별로는 남자가 75.17점, 여자가 80.48점으로 남자가 여자보다 낮게 나타났으나 통계적으로 유의한 차이는 없었다.

연령별로는 20-29세군이 92.11점으로 가장 높았으며, 50-59세군이 89.43점, 30-39세군이 76.88점, 40-49세군이 75.00점의 순으로 나타났으며 통계적으로 유의한 차이를 나타내었으며( $F=5.78, p=.002$ ), Duncan 방법으로 사후 검증한 결과 40-49세군이 다른 세군에 비하여 유의하게 낮은 점수를 나타내었다. 본 연구결과 20대 청년층보다 나이가 들에 따라 긍정적인 죽음의식의 양상을 보이나, 50대 이후엔 다시 높아짐으로서 이는 본인의 죽음을 현실적으로 생각하게 되는 연령층이기 때문이라 생각한다. 그러나 이는 박석춘(1992)의 연구결과와도 상반되는 결과로서 호스피스 자원봉사자를 대상으로한 박석춘(1992)의 연구에서는 통계적으

로 유의한 차이를 나타내지는 않았으나 점수분포는 본 연구와 상반되는 양상을 나타내었다.

교육정도별로는 중졸이하군이 87.67점으로 가장 높았고, 대졸군이 82.70점, 고졸군이 77.05점, 대학원이상군이 75.50점의 순으로 나타났으나 통계적으로 유의한 차이는 없었다.

결혼상태별로는 이혼 및 사별군이 87.66점으로 가장 높았고, 미혼군이 82.72점, 기혼군이 78.68점의 순으로 기혼군이 가장 긍정적인 죽음의식 정도를 나타냈으나 통계적으로 유의한 차이는 없었다.

생활수준별로는 300만원이상군이 83.00점으로 가장 높았고, 100만원미만군이 80.85점, 100-200만원미만군이 79.65점, 200-300만원미만군이 78.83점의 순으로 나타났으나 통계적으로 유의한 차이는 없었다.

종교성별로는 3-8점으로 종교성이 낮은군은 97.57점, 9-13점으로 종교성이 높은군은 77.58점으로 나타나 종교성이 높은군이 낮은군보다 긍정적인 죽음의식을 갖고 있었으며 통계적으로 유의한 차이를 나타내었다( $t=3.92, p=.000$ ). 이는 박석춘(1992)의 연구와도 일치하는 결과이며, 신앙의 견지에서 볼 때 사랑과 자비의 하나님은 인간을 그의 마지막날에 받아들이신다는 믿음이 강하기 때문에(Vorgrimler, 1982) 종교성이 높은군은 죽음에 대하여 비교적 초연한 의식을 갖고 있는 것이라 생각된다.

<표 2> 일반적 특성에 따른 교육전 죽음의식의 차이

(n = 72)

일반적 특성	구 분(빈도)	평 균	표 준 편 차	t or F	p
교육집단	자원봉사자 (28)	85.70	16.18	6.33**	.003
	간호사 (14)	84.31	11.41		
	목회자 (30)	73.00	10.52		
성 별	남 (8)	75.17	19.71	-.87	.388
	여 (64)	80.48	13.44		
연 령	20 - 29(9)	92.11	15.80	5.78**	.002
	30 - 39(18)	76.88	13.27		
	40 - 49(34)	75.00	11.29		
	50 - 59(11)	89.43	11.06		
교육정도	중졸이하 (5)	87.67	8.14	1.18	.328
	고 졸 (26)	77.05	11.53		
	대 졸 (30)	82.70	14.52		
	대학원이상 (9)	75.50	18.95		
결혼상태	기 혼 (56)	78.68	14.29	.84	.438
	미 혼 (12)	82.72	11.90		
	이혼 및 사별 (4)	87.66	19.73		
생활수준 (월수입)	100만원미만 (23)	80.85	16.67	.14	.935
	100-200만원미만 (28)	79.65	13.27		
	200-300만원미만 (16)	78.83	12.72		
	300만원이상 (5)	83.00	11.79		
종 교 성	3-8점(7)	97.57	16.24	3.92**	.000
	9-13점(60)	77.58	12.14		

\*p < .05    \*\*p < .01    \*\*\*p < .001

### 3. 교육프로그램 전후의 죽음의식 정도의 차이

본 연구에서 교육프로그램 전후의 죽음의식 정도의 차이는 <표 3>과 같다.

교육전에 실시한 죽음의식 정도는 평균 80.04점으로 중간수준을 나타내었다. 이는 선행연구들과 일치하는 결과로서 박석춘(1992)은 호스피스 자원봉사자의 죽음의식 정도를 보통수준이라고 보고하였으며, 박순주와 최순희(1996)도 간호사들의 죽음의식 정도를 중간수준이라 보고한 바 있다.

그러나 본 연구에서는 16주간의 교육프로그램을 마친 후 실시한 죽음의식 정도는 평균 75.56점으로서 긍정적인 수준으로 나타났다. 죽음의식에 대한 지금까지의 선행연구들은 모두 조사연구로서 죽음의식 정도만을 제시하였으므로 본 연구에서와 같이 장기간의 교육에 따른 죽음의식의 변화 정도를 비교해 볼 수 없었다.

본 연구에서는 교육전·후의 죽음의식 정도의 변화를 알아보기 위하여 paired t-test한 결과 통계적으로 유의한 차이를 나타내었다( $t=3.02, p=.004$ ). 그러므로 호스피스 전문교육프로그램 이수 후에 죽음의식은 긍정적인 수준으로 통계적으로 유의하게 변화되었다고 할 수 있다.

<표 3> 교육프로그램 전후의 죽음의식 정도의 차이 (n = 72)

죽음의식점수	평균	SD	t	p
교육 전	80.04	14.15		
교육 후	75.56	14.07	3.02**	.004

## V. 결 론

본 연구는 호스피스 교육프로그램 운영에 있어서 교육 전후간 교육 대상자들의 죽음의식을 조사하여 교육에 따른 죽음의식의 변화를 파악함으로써 보다 양질의 전문교육을 제공하는 데에 도움이 될 기초자료를 제공하고자 시도된 동일군 전후설계에 의한 유사실험연구이다.

이를 위하여 본 연구진은 16주간의 교육프로그램을 개발하여 1996년 8월 6일부터 11월 26일까지 자원봉사자 59명, 1996년 10월 8일부터 1997년 1월 28일까지 간호사 22명, 1997년 2월 4일부터 5월 20일까지 목회자 85명을 대상으로 세차례의 호스피스 교육프로그램을 실시하였다. 각 프로그램 운영시 교육 시작 전에 죽음의식에 관한 설문지로 사전 조사하였고, 마지막 죽

육실시 후에 사후 조사하였으며, 이중 탈락자를 제외한 자원봉사자 28명, 간호사 14명, 목회자 30명으로 총 72명을 연구대상으로 하였다.

연구도구로써 죽음의식의 측정은 Thorson과 Powell (1988)의 죽음의식 측정도구를 수정·보완하여 총 39문항의 도구를 사용하였으며, 종교성 측정은 Bell과 Batterson(1979)의 도구를 수정·보완하여 총 3문항의 도구를 사용하였다. 수집된 자료는 실수, 평균, 백분율, paired t-test, ANOVA, Duncan방법으로 분석하였으며 연구결과는 다음과 같다.

1. 대상자는 남자가 8명(11.1%), 여자가 64명(88.9%)이었으며, 연령은 평균 41.4로 40-49세가 34명(47.2%)으로 많았고, 종교는 기독교가 69명(95.8%)으로 대다수를 나타내었다. 학력은 대졸이 30명(41.7%)으로 가장 많았고, 고졸이 26명(36.1%)이었다. 결혼상태는 기혼이 56명(77.8%), 미혼이 12명(16.7%)이었고, 생활정도는 100-200만원미만이 28명(38.9%), 100만원 미만이 23명(31.9%)이었다. 연구대상자 중 61명(84.7%)이 어려움이나 곤경에 처했을 때 종교에서 위안을 많이 받으며 죽음의식에도 종교의 영향력이 크다고 답하였다. 종교성이 낮은군은 7명(10.4%), 높은군은 60명(82.7%)으로 나타났다.

2. 대상자의 일반적 특성에 따른 교육전 죽음의식의 차이에서 교육집단별 죽음의식의 정도는 자원봉사자군이 85.70점, 간호사군이 84.31점, 목회자군이 73.00점의 순으로 나타나 목회자군이 가장 긍정적인 죽음의식을 갖고 있었으며 통계적으로 유의한 차이를 나타내었다.( $F=6.33, p=.003$ ) Duncan방법으로 사후검정한 결과 목회자군이 다른 두 군보다 유의하게 낮은 점수를 나타내었다. 연령별로는 20-29세군이 92.11점으로 가장 높았으며, 50-59세군이 89.43점, 30-39세군이 76.88점, 40-46세군이 75.00점의 순으로 나타났으며 통계적으로 유의한 차이를 나타내었으며( $F=5.78, p=.002$ ), Duncan방법으로 사후검정한 40-49세군이 다른 세군에 비하여 유의하게 낮은 점수를 나타내었다.

종교성별로는 3-8점으로 종교성이 낮은군은 97.57점, 9-13점으로 종교성이 높은 군은 77.58점으로 나타나 종교성이 높은군이 낮은군보다 긍정적인 죽음의식을 갖고 있었으며 통계적으로 유의한 차이를 나타내었다.( $t=3.92, p=.000$ )

3. 교육 전에 실시한 죽음의식 정도는 평균 80.04점으로 중간수준으로 나타났으나, 16주간의 교육프로그램을 마친 후 실시한 죽음의식 정도는 평균 75.56점으로 긍정적인 수준으로 나타났다. 교육전·후의 죽음의식 정도의 변화를 알아보기 위하여 paired t-test한 결과 통계적으로 유의한 차이를 나타내어( $t=3.02, p=.004$ ), 호스피스 전문교육프로그램 이수 후에 죽음의식은 긍정적인 수준으로 변화되었다.

이러한 결과로써 본 연구에서 개발·시행한 호스피스 교육프로그램이 호스피스 전문요원들(자원봉사자, 간호사, 목회자)의 죽음의식을 긍정적으로 변화시키는데 영향을 미치게 됨이 확인되었다. 이는 특히 죽음의 준비에 있어서 매우 필요하므로 호스피스 전문요원의 교육은 매우 필요하며 교육의 효과가 매우 고무적임을 알 수 있다.

또한 앞으로 이 교육을 이수한 전문요원은 다음 2차 연구단계에서 실제 가정호스피스와 병동, 센터 호스피스를 통하여 제 2단계 말기 암환자 호스피스 간호적용에 매우 유효하게 활용되고 동시에 많은 말기 암환자 및 그 가족에게 양질의 호스피스 전문인력으로 그 임무를 다하리라 생각된다.

### 참 고 문 헌

강남성모병원 간호부(1990), 호스피스, 강남성모병원.  
 김명자, 박재순(1984), 호스피스 개요, 대한간호, 23(3), 51-56.  
 김승혜 외 10인(1990), 죽음이란 무엇인가, 도서출판 창.  
 노유자(1988), 호스피스 대상자의 심리간호, 대한간호  
 박석춘(1991), 호스피스 자원봉사자의 죽음의식에 관한 연구, 고려대학교 대학원 석사학위논문.  
 박순주, 최희(1996), 간호사들의 죽음에 대한 성향과 임종간호수행 정도, 기본간호학회지, 3(2), 285-297.  
 변영순, 이자형(1990), 임종환자의 가정간호서비스 운영에 관한 조사 연구, 간호과학, 2, 104-118.  
서울 가톨릭 사회복지 가정호스피스부(1991), 제3회 호스피스 교육, 서울 가톨릭 사회복지회.  
 왕매련 외(1990), 호스피스케어에 대한 평가연구, 세브란스 호스피스를 중심으로, 대한간호, 29(4): 58-62.  
 왕매련(1992), 세브란스 호스피스 추후관리 프로그램의 효과에 관한 연구, 대한간호, 31(2), 51-69.  
 윤 진(1990), 사별후 가족관리, 자원봉사자의 길잡이, 한국자원봉사 능력개발연구회, 240-246.  
 이정식(1984), 종합병원에서의 호스피스 케어, 대한간호,

23(3), 57-61,50.  
 이인복 역(1983), 죽음과 임종에 관한 의문과 해답, 서울: 홍익제.  
 이향련(1990), 호스피스 대상자의 신체간호, 호스피스 케어 - 영적 측면, 한국 가톨릭간호협회.  
 조유향(1994), 호스피스, 서울: 현문사.  
 조 현(1993a), 호스피스 프로그램의 이론 및 각국의 현황에 관한 고찰, 대한병원협회지, 22(4), 4-19.  
 조 현(1993b), 우리나라 호스피스 프로그램의 개발에 관한 연구, 서울대학교 대학원 보건학박사학위논문, 미간행.  
 최공옥(1990), 말기 암환자의 임종경험에 관한 연구, 연세대학교 대학원 박사학위논문.  
 Bell, B. D. & Batterson, C.T.(1979), The Death attitudes of Older Adults, A Path analytical Exploration, *Omega*, 59-76.  
 Collet, L. J. & Lester, D.(1969), The Fear of Death and Fear of Dying, *The Journal of Psychology*, 179-181.  
 Craven J., Wald F.S.(1975), Hospice Care for Dying Patients, *American J. of Nursing*, 75, 1816-22.  
 Hackett, A.T.(1971), An Understanding of Death, A Matter of Life and Death to them of Dean's Council Seminar E.T.S., 54(1): 1-7  
 Kubler Loss E.(1971), What is it like to be dying?, A.J. N., 171, 54-60  
 Kbler-Ross, E.(1980), 죽음과 임종에 관한 의문과 해답, 이인복 역, 고흥성원.  
 Lewandowski W. & Jones, S. L.(1988), The Family with Cancer, *Cancer Nursing*, 11(6): 313-321.  
 Michael, A.S.(1979), Dying, Facing the Facts-Social and Psychological Aspects of Dying, N. Y. Hemisphere Publishing Co.  
 Paradis L. F.(1985), The Development of Hospice in America: A Social Movement Organizes, *Hospice Handbook*, Aspen Publication.  
 Thorson, J. A. & Poweell, F. C.(1988), Elements of Death Anxiety and Meaning of Death, *Journal of Clinical Psychology*, 44(5): 691-701.  
 Thorson, J. A. & Powell, F. C.(1990), Meaning of death and Intrinsic Religiosity, *Journal of Clinical Psychology*, 46(4): 379-387.  
 Zimmerman J. M.(1986), Hospice-Complete Care for the Terminally Ill, Urhen & Schwarzenberg, Maryland.



<Abstract>

# Development of Hospice Care Service Program about Advanced Cancer Patient I

- The Effect of Hospice Education Programs on the Death Orientation -

Kim, Boon Han<sup>1)</sup>, Kim Moon Sil<sup>2)</sup>, Kim Hung Kyu<sup>3)</sup>  
Jung Tae Joon<sup>4)</sup>, Tak Young Ran<sup>1)</sup>, Chon Mi Young<sup>5)</sup>

The purpose of this study was to investigate what effect providing the hospice care team with hospice education programs had on the death orientation. The subjects of study were 28 volunteers, 14 nurses, 30 clergies who registered on hospice education programs from Aug. 6th, 1996 to May 20th, 1997. The data were analysed by descriptive analysis, ANOVA, Duncan test, paired t-test.

The results of the study can be summarized as follows :

1. The degrees of death orientation were 85.70 in volunteers group, 84.31 in nurses group, and 73.00 in clergies group. So, clergies group has more positive death orientation than others( $F=6.33$ ,  $p=.000$ ). The degree of death orientation showed significant differences between age groups( $F=5.78$ ,  $p=.002$ ), and religiosity( $t=3.92$ ,  $p=.000$ ).

There were no significant differences between the degree of death orientation and the others general characteristics of subjects.

2. The mean of death orientation was 80.04 before hospice education programs, but was 75.56 after hospice education programs( $t=3.92$ ,  $p=.000$ ).

In conclusion, the subjects who received the hospice education programs showed the positive change in the degree of the death orientation. Therefore, it has been judged that education programs has been prerequisite in positive death orientation for hospice care. Furthermore, all of the hospice care members those who complete the hospice education program, will be performed efficient hospice care intervention for dying patients and their families.

---

1) Professor, Department of Nursing, College of Medicine, Hanyang University.

2) Professor, College of Nursing, Ehwa Women's University.

3) Professor, Department of Mass Communication, Hankuk University of Foreign Studies.

4) Professor, College of Medicine, Hanyang University.

5) Part-time lecturer, Department of Nursing, College of Medicine Hanyang University.