

호스피스환자 주 수발자의 죽음에 대한 인식과 호스피스 환자의 삶과 질과의 관계*

최 영 순**

1. 서 론

1. 연구의 필요성

우리나라는 노인인구의 증가에 따른 질병구조의 변화와 함께 암 환자가 매년 증가하고 있으며 통계청 보고(2004)에 의하면 전체 사망자의 26.3%인 6만 5천명이 암으로 사망하고 있다.

암은 원인이 명확히 규명되지 않아 조기 진단이 어렵고, 진단 후에도 수술과 항암요법, 방사선 치료 등의 비용부담은 물론 신체적, 정신적으로 고통이 많이 따르며 완치가 어려워 환자는 죽음에 대한 불안과 두려움으로 힘겨운 투병생활을 하고 있다.

환자가 경험하고 있는 신체적인 고통과 함께 정서적인 불안과 우울은 환자의 삶의 질을 급격히 저하시키며 이로 인해 간호를 하고 있는 가족들의 고통도 커지게 된다. 이러한 가족들의 부담은 다시 환자의 삶의 질 저하로 이어지는 악순환이 되고 마침내 환자나 가족이 모두 소진되는 어려움을 겪게 된다고 한다(김금숙, 2003; 김분한 외, 2000; 샘물호스피스, 2003; 최화숙 외, 2005; Netta Bentur 외, 2005).

이러한 말기 암 환자와 가족의 고통을 돌보기 위해

호스피스 프로그램이 개입되어 암 환자는 물론 가족이 환자의 남은 생의 의미를 찾고 가족과 질적인 삶을 누리도록 도움을 제공하고 있다. 우리나라 정부에서도 암 정복 10개년 계획의 일환으로 호스피스 프로그램을 운영하고 있는 기관을 형태 별로 각 1개 기관을 선정하여 운영비를 지원하여 시범 사업을 하였고 현재는 여러 개의 기관을 지원하고 있다. 이렇게 호스피스의 돌봄 대상이 환자와 그 가족을 포함해야 한다고 미국 병원 합동 평가위원회(1986)에서도 규정 하였다. 그러나 일반적으로 병원이나 가정에서는 말기 암 환자에게만 돌봄의 초점을 두고 있어 가족들의 죽음에 대한 태도 및 정서적 상태는 간과되는 경향이 있다.

가족의 죽음에 대한 인식을 비롯한 정서 상태는 암 환자를 돌보는 태도를 포함한 암 환자의 삶에 대한 태도와 질에 영향을 미치는 것으로 지적되고 있다(김금숙, 2003; 김미정, 2004; 김분한 외, 2000; 최화숙 외, 2005; 태영숙 외, 2001; 허혜경 외, 2003).

그러나 주 수발자의 죽음에 대한 인식의 선행 연구는 박창승(1995)과 이재광(2005)의 보고 외에는 아직 미흡한 상태이다. 이러한 점을 감안하여 본 연구자는 주 수발자의 죽음에 대한 인식을 파악해 보고 호스피스 환자의 삶의 질에는 어떤 영향을 미치고 있는 지 분석해 보고자 연구를 시도하였다.

* 가천의과대학교 간호대학원

** 인천호스피스대표

2. 연구목적

본 연구는 호스피스 환자를 돌보는 주 수발자의 죽음에 대한 인식이 호스피스환자의 삶의 질에 어떻게 영향을 미치는지를 파악하기 위함이며 구체적인 목적은 다음과 같다.

- 1) 호스피스 환자의 일반적인 특성을 파악한다.
- 2) 호스피스 환자의 삶의 질을 파악한다.
- 3) 호스피스 환자를 돌보는 주 수발자의 일반적인 특성을 파악한다.
- 4) 호스피스 환자를 돌보는 주 수발자의 죽음에 대한 인식을 파악한다.
- 5) 주 수발자의 죽음에 대한 인식과 호스피스 환자의 삶의 질과의 관계를 파악한다.

3. 용어의 정의

1) 호스피스 환자

호스피스 환자는 현재의 의술로는 더 이상 완치가 불가능하다고 판명된 환자로서 호스피스와 완화 의학의 대상이다(가정의학, 1997). 본 연구에서는 주치의가 더 이상의 생명연장이 어려워 치료를 중단하고 여명기간이 6개월 이내의 환자로 병원이나, 가정, 또는 시설에서 호스피스 전문도움을 받고 있는 환자로서 호스피스 기관에 등록이 되어 의사와 전문 간호사 및 호스피스 팀의 돌봄을 받는 환자를 의미 한다.

2) 주 수발자

가족 구성원 중 환자를 돌보는데 일차적 책임을 지고 있는 사람을 의미하며(박창승, 2002; 최지홍, 2002), ADL 즉 목욕하기, 옷 갈아입기, 식사하기, 화장실 이용하기, 앉기(눕기), 걷기(이동하기)의 수발을 돕는 환자와 동거하는 친척으로 한정 한다.

본 연구의 주 수발자는 가족의 일원으로 환자의 일차적 책임을 지고, 환자 곁에서 적어도 하루에 14시간 이상 지속적으로 수발을 들며, 역할을 담당한 사람을 말한다.

3) 죽음에 대한 인식

죽음에 대한 인식이란 임종과 죽음에 대한 불안, 염

려, 의미 등의 여러 요소가 복합된 개념으로 인간이 죽음에 대해 호의적 또는 비호의적 반응을 일관성 있게 나타내는 복합적 현상을 의미한다(지경애, 2003; 박선희, 2001).

본 연구에서는 Thorson과 Powell(1998)의 Death orientation의 측정도구를 노순희(2004)가 번역한 것을 사용하여 측정된 것으로 죽을 때의 고통, 죽은 후의 상태나 상황 또는 수술에 대한 두려움 등 총 25문항이고 4점 척도로서, 평균 점수가 낮을수록 죽음 인식이 낮으며, 죽음에 대한 불안이나, 두려움이 높은 것을 의미한다.

4) 삶의 질

삶의 질이란 개인의 삶이 총체적으로 얼마나 좋은가를 의미 한다(김분한 외, 2000). 본 연구에서는 윤경이(1997)가 개발한 말기 암환자의 삶의 질 측정도구를 토대로 만든 유승연(2001)의 삶의 질 도구를 사용하였다. 문항은 자신의 신체적 고통을 기술하고 정도를 측정하는 2문항과 정신적 차원을 보는 4문항, 자신의 자존감 등 실존적 차원을 보는 6문항, 주변의 지지 정도를 보는 지지적 차원 6문항, 영적차원을 묻는 4문항으로 총 22문항으로 구성 되었다.

II. 연구방법

1. 연구 설계

본 연구는 호스피스 환자를 돌보는 주 수발자의 죽음에 대한 인식이 호스피스환자의 삶의 질에 미치는 영향을 파악 하고자 시도한 서술적 조사 연구이다.

2. 연구 대상자

본 연구 대상은 현재 호스피스를 하고 있는 기관으로서 의료진이 있고 팀 회의가 이루어지는 전국 6개 도시에 있는 10개 호스피스 기관에 등록이 되어져 호스피스 돌봄을 받고 있는 환자 80명과 그의 주 수발자를 대상으로 하였으며 구체적인 연구대상자의 선정 요건은 다음과 같다.

- 1) 의사의 의뢰서와 간호사의 돌봄이 있는 호스피스

기관에 등록된 호스피스 환자와 그 환자의 주 수발자

- 2) 의식이 있고 의사소통이 가능한 환자와 주 수발자
- 3) 본 연구의 취지 설명을 듣고 설문에 동의한 호스피스 환자와 주 수발자

3. 조사방법

구조화된 도구를 이용하여 2006년 4월 16일부터 5월 15일까지 연구자가 직접 면담을 하였고 연구자가 직접 하기 어려운 곳은 대상 호스피스 기관의 전문 간호사에게 의뢰하여 자료를 수집하였다.

4. 연구도구

1) 대상자의 인구 사회학적 특성

대상자의 인수사회학적 특성은 호스피스 환자에 대한 13문항과 주 수발자에 대한 9문항을 포함하여 20문항으로 이루어졌다.

2) 주 수발자의 죽음에 대한 인식측정 도구

Thorson과 Powell(1988)의 Death Orientation 측정 도구를 노순희(2004)가 번역한 것으로 총 25문항으로 이루어졌다. 도구의 측정은 4점 척도로 1점은 '거의 그렇지 않다', 2점은 '대체로 그렇지 않다', 3점은 '대체로 그렇다', 4점은 '언제나 그렇다'이며 부정 문항은 역산을 하였으며, 점수가 높을수록 죽음인식이 높은 것을 의미한다. 도구의 신뢰도는 노순희의 연구에서 $\alpha=0.88$ 이었고 본 연구에서는 $\alpha=0.79$ 이었다.

3) 삶의 질 측정도구

삶의 질 측정 도구는 유승연(2001)의 말기암 환자 삶의 질 측정도구를 이용하였으며, 신체적 측면은 자가보고 형태로 자신의 증상과 정도에 대한 2개 문항이고, 우울이나 두려움에 관한 정서적 측면 4문항, 자신의 실존적 측면 6문항, 지지적 측면 6문항, 영적측면 4문항을 모두 포함하여 총 5개 측면의 22문항으로 이루어졌다. 각 문항은 0점은 '거의 없다', 10점은 '매우 심하다'이고 부정문항은 역산 처리하였다. 유승연(2001)의 삶의 질 측정도구 신뢰도는 신체적 측면의 Cronbach's $\alpha=0.73$ 이고 정신적 측 Cronbach's $\alpha=0.90$, 실존적 측면

의 Cronbach's $\alpha=0.78$, 지지적 측면 Cronbach's $\alpha=0.86$, 영적 측면 Cronbach's $\alpha=0.75$ 이었으며 본 연구에서는 신체적 측면 $\alpha=0.67$, 정신적 측면 $\alpha=0.91$, 실존적 측면 $\alpha=0.66$, 지지적 측면 $\alpha=0.77$, 영적 측면 $\alpha=0.67$ 으로 나타났다.

5. 자료 분석

수집된 자료는 SPSS-win 12.0 프로그램을 사용하여 분석하였다.

- 1) 호스피스 환자와 주 수발자의 인구 사회학적 특성은 빈도분석과 백분율을 산출하였다.
- 2) 호스피스 환자의 일반적 특성과 삶의 질과의 차이는 t-검정을 하였다.
- 3) 주 수발자의 일반적 특성과 주 수발자의 죽음에 대한 인식 차이는 t-검정을 하였다.
- 4) 주 수발자의 죽음에 대한 인식과 호스피스 환자의 삶의 질의 관계 Pearson correlation coefficient로 상관관계를 분석하였다.

III. 연구 결과

1. 호스피스 환자의 개인적 특성

호스피스 환자의 개인적 특성은 <표 1-1>에 나타난 바와 같이 성별의 경우 남자 48.8%, 여자 51.3%로 나타났으며, 연령은 66-75세 31.3%, 56-65세 28.8%, 75세 이상 17.5% 순으로 나타났다.

종교는 기독교가 50%로 가장 높게 나타났으며 다음으로는 종교 '없음'이 22.5%로 나타났다.

환자의 학력은 고졸이 25%, 무학 23.8%, 초등학교 졸업 22.5%, 중졸 20%로 고졸이 제일 많았고, 결혼 상태는 기혼이 60%, 사별이 22.5%의 결과를 보였다.

동거가족 수는 1명과 3명의 경우가 각각 23.8%로 가장 높게 나타났으며 다음으로 2명(22.5%)으로 가족 수는 많지 않았다.

수발자는 배우자가 36.3%로 가장 높았으며 다음으로는 딸(12.5%)이고 다음은 며느리(12.5%) 순이었다.

<표 1-1> 호스피스 환자의 일반적 특성 (N=80)

특성	구분	빈도	퍼센트
성 별	남자	39	48.8
	여자	41	51.2
연 령	45세 이하	10	12.5
	46-55세	8	10.0
	56-65세	23	28.8
	66-75세	25	31.3
종 교	75세 이상	14	17.5
	기독교	40	50.0
	천주교	11	13.8
	불교	11	13.8
학 력	종교 없음	18	22.5
	무학	19	23.8
	초교졸	18	22.5
	중졸	16	20.0
	고졸	20	25.0
결혼상태	대졸 이상	7	8.8
	미혼	7	8.8
	기혼	48	60.0
	사별	18	22.5
동 거 가족 수	이혼	7	8.8
	0명	6	7.5
	1명	19	23.8
	2명	18	22.5
	3명	19	23.8
	4명	14	17.5
	5명 이상	4	5.1

<표 1-2> 호스피스 환자의 일반적 특성 (N=80)

특성	구분	빈도	퍼센트
주 수발자	배우자	29	36.3
	부모	6	7.5
	아들	6	7.5
	딸	16	20.0
	며느리	10	12.5
	형제,자매	4	5.0
	기타(친지)	9	11.3
발병 전 직업 유무	없음	41	51.3
경제 상태	있음	39	48.8
	상	7	8.8
주택	중	40	50.0
	하	33	41.3
	자가	59	73.8
	전세	13	16.3
	월세	4	5.0
	기타	4	5.0

대상자의 발병 전 직업의 유무에서는 직업 '없음'이 51.3%이고, '있음'은 48.8%로 직업 없는 사람이 많았다. 경제 상태는 '중'이라고 한 환자가 50%로 많았고, 경제 상태가 '하'라고 한 환자는 41.3%로 나타났다. 주택은 자가 73.8%로 가장 높게 나왔고 다음으로는 전세로 16.3%였다.

대상자의 병명 및 투병기간은 폐암이 17.5%로 가장 높게 나타났으며 다음으로는 간암, 위암이 15%로 나타났고 대장암이 10.0%로 많았다. 기타로는 담낭 및 담도암(6.3%), 유방암(2.5%), 혈액종양(3.75%), 자궁경부암(2.5%), 피부암(1.3%), 후두암, 신장암, 비강암 등이었다. 투병기간은 1년 미만이 32.5%로 가장 높게 나타났으며 다음으로는 3-5년 미만 26.3%, 2년 21.3%의 순이었다<표 1-3>.

<표 1-3> 호스피스 환자의 병명 및 투병기간 (N=80)

특성	구분	빈도	퍼센트
병명	폐암	14	17.5
	위암	12	15.0
	간암	12	15.0
	대장암	10	10.0
	췌장암	8	7.5
투병기간	기타	24	30.0
	1년 미만	26	32.5
	1년	16	20.0
	2년	17	21.3
	3-5년	21	26.3

2. 호스피스 환자의 삶의 질

말기 암 환자의 신체적 차원에서의 삶의 질은 <표 2-1>에 나타난 바와 같이 남자 5.32점 여자 5.25점으로 남자가 높았으나 유의한 차이는 없었다.

연령에 따라서는 46-55세의 경우가 6.05점으로 가장 높았고, 66-75세의 경우가 4.78점으로 가장 낮았다. 학력은 중졸이 5.66점으로 가장 높았으며 초등교육이 4.93점으로 가장 낮았고 유의한 차이는 없는 것으로 나타났다.

종교는 불교가 5.37점으로 높게 나타났으며 종교가 없다고 한 경우가 5.09점으로 가장 낮았다.

투병기간의 경우는 3-5년에서 5.63점으로 가장 높았으며 2년이 5.15점으로 가장 낮았다.

정신적 차원에서의 삶의 질은 각 경우 모두 평균 점수가 낮았고 남자는 3.90점 여자 4.07점으로 여자가 높은 것으로 나타났다. 연령의 경우에는 46-55세의 경우가 5.15점으로 가장 높고 45세 이하에서 3.60으로 나타났다.

학력은 무학이 4.19점으로 가장 높게 나타났으며 중졸에서 3.73점으로 낮았으며 $p=.986$ 이었다. 종교에서는 기독교의 경우가 4.63점으로 높고, 종교 없음이 2.72점으로 나타나 정신적 차원에서 기독교가 가장 높게 나타났고 종교가 없음의 경우가 가장 낮게 나타나 종교별 유의한 차이가 있었다($p<.05$). 투병기간의 경우에는 1년이 4.96점으로 가장 높고 2년에서 3.54점으로 가장 낮았으며 유의한 차이가 없는 것으로 나타났다.

실존적 차원의 결과를 살펴보면 여자 4.50점으로 남자보다 높았으며 $p=.210$ 이었다. 연령은 46-55세에서 5.66점으로 가장 높았고 66-75세의 경우가 가장 낮았으며 $p=.035$ 로 나타나 통계적으로 유의한 차이를 보였다 ($p<.05$). 학력은 고졸의 경우가 4.74점으로 가장 높고, 무학이 3.60점으로 가장 낮게 나타났으며 통계적으로 유의한 차이가 없었다. 종교는 기독교가 4.30점으로 가

장 높게 나타났고 천주교에서 3.56이었으며 유의한 차이는 없는 것으로 나타났다. 투병기간의 경우에는 3-5년의 경우가 4.40점으로 가장 높은 것으로 나타났으며 2년에서 3.82점이었고 통계적으로 유의하지 않았다.

지지적 차원의 결과를 살펴보면 성별의 경우 남자 7.01점으로 높게 나타났으며 연령은 46-55세의 경우가 7.64점이고 45세 이하에서 6.13점으로 낮았으며 유의한 차이는 없는 것으로 나타났다. 학력의 경우 대졸이상 8.0점으로 가장 높게 나타났고 고졸이 6.67으로 낮았다. 종교는 천주교의 경우가 7.25점으로 가장 높은 것으로 나타났으며 역시 종교가 없음에서 6.54점으로 낮았다. 투병기간의 경우는 1년이 7.36점으로 가장 높게 나타났으며 3-5년에서 6.60점으로 낮게 나타나고 통계적으로 유의한 차이는 없는 것으로 나타났다.

영적차원은 여자가 6.22점이고 남자는 6.10점으로 유의한 차이가 없는 것으로 나타났다. 연령에서는 46-55세의 경우가 6.81점으로 가장 높았고 66-75세에서 5.92점으로 가장 낮았으며 차이는 통계적으로 유의하지 않았다. 학력은 대졸이상의 경우가 7.11점으로 영적 차원이 높게 나타났으며 초교 졸에서 5.48점으로 낮았

<표 2-1> 호스피스 환자의 일반적 특성에 따른 삶의 질

(N=80)

특성	신체적 차원			정신적 차원			실존적 차원			
	M±SD	t or F	p	M±SD	t or F	p	M±SD	t or F	p	
성별	남	5.32±1.58	.212	.833	3.90±2.54	.305	.761	3.76±1.89	-1.264	.210
	여	5.25±1.50			4.07±2.46			4.26±1.64		
연령	45세이하	5.55±1.23	1.346	.261	3.60±1.86	.651	.628	4.40±.68	2.728	.035*
	46-55세	6.05±1.50			5.15±2.46			5.66±1.85		
	56-65세	5.30±1.22			3.81±2.71			3.68±1.67		
	66-75세	4.78±1.81			3.72±2.53			3.55±1.70		
	76세이상	5.51±1.56			4.33±2.52			4.19±1.71		
학력	무학	5.35±1.45	1.346	.261	4.19±2.19	.084	.986	3.60±1.58	1.219	.310
	초교졸	4.93±2.14			4.05±2.52			3.84±1.78		
	중졸	5.66±1.13			3.73±2.58			3.95±1.70		
	고졸	5.33±1.49			4.01±2.33			4.74±1.86		
	대졸이상	5.04±.56			3.78±3.84			3.69±2.03		
종교	기독교	5.33±1.68	.122	.947	4.63±2.55	2.827	.044*	4.30±1.75	.735	.535
	천주교	5.34±1.58			3.45±2.68			3.56±1.47		
	불교	5.37±1.65			4.20±2.39			3.82±1.63		
	없음	5.09±1.12			2.72±1.82			3.78±2.07		
투병기간	1년미만	5.16±1.62	.487	.692	3.91±2.63	1.025	.386	3.97±2.10	.483	.695
	1년	5.16±1.81			4.96±2.54			3.79±2.14		
	2년	5.15±1.39			3.54±2.67			3.82±1.54		
	3-5년	5.63±1.33			3.75±2.05			4.40±1.15		

* $p<.05$

<표 2-2> 호스피스 환자의 일반적 특성에 따른 삶의 질

(N=80) 계속

특성	구분	지지적 차원			영적 차원		
		M±SD	t or F	p	M±SD	t or F	p
성별	남	7.01±1.30	.429	.669	6.10±1.95	-258	.797
	여	6.86±1.36			6.22±2.04		
연령	45세이하	6.13±1.39	1.489	.214	5.95±2.42	.517	.724
	46-55세	7.64±1.31			6.81±1.36		
	56-65세	6.74±1.83			6.02±2.38		
	66-75세	7.22±1.25			5.92±1.85		
	76세이상	6.92±1.37			6.60±1.52		
학력	무학	6.86±1.37	1.027	.399	6.05±1.85	1.257	.295
	초교졸	6.89±1.44			5.48±1.70		
	중졸	6.92±1.53			6.01±2.05		
	고졸	6.67±1.55			6.65±2.13		
	대졸이상	8.00±1.84			7.11±2.25		
종교	기독교	7.02±1.52	.582	.629	7.02±2.00	7.899	.000***
	천주교	7.25±1.59			6.30±1.73		
	불교	6.96±1.36			4.72±1.31		
	없음	6.54±1.57			5.06±1.41		
투병기간	1년미만	7.03±1.29	.781	.508	5.06±2.01	.402	.752
	1년	7.36±1.71			6.40±2.06		
	2년	6.79±1.87			5.90±2.00		
	3-5년	6.62±1.29			6.46±1.97		

***p<.000

다. 종교는 기독교의 경우가 7.02점으로 가장 높았고, 불교 4.72점, 종교 없음 5.06점이고 통계적으로 유의한 차이를 나타냈다(p<.001). 투병기간은 3-5년의 경우가 6.46점으로 가장 높으며 2년에서 5.90점이었다<표 2-2>.

호스피스 환자들이 주로 호소하는 제 1증상은 통증(60.0%)이었고 다음으로는 오심/구토로 10.0%였다. 그 다음 호흡곤란(5.0%), 기타로 변비, 피로, 복수, 불면증, 기운 없음, 연하곤란 등이 있었다<표 2-3>.

<표 2-3> 호스피스 환자의 제 1 증상 (N=80)

증상	빈도	퍼센트
통증	48	60.0
오심/구토	8	10.0
식욕부진	5	6.5
호흡곤란	4	5.0
기타	13	16.3
증상(-)	2	2.5

두 번째로 불편한 증상에서는 식욕부진(23.8%)과 오심/구토(23.8%)가 제일 많았고 다음 통증이 10.0%를

나타냈으며, 변비 7.5%, 기타(호흡곤란, 피로, 복수, 헛소리, 설사, 구갈) 등이 25.0% 있었다<표 2-4>.

<표 2-4> 호스피스 환자의 제 2증상 (N=80)

증상	빈도	퍼센트
식욕부진	19	23.8
오심/구토	19	23.8
통증	8	10.0
변비	6	7.5
기타	20	25.0
증상(-)	10	12.5

3. 주 수발자의 일반적인 특성

주 수발자 중 남자는 28.8%이었고, 여자가 71.3%로 훨씬 높게 나타났으며 연령은 36-45세(25%), 46-55세(23.8%), 56-65세(21.3%) 순으로 나타났다. 종교는 기독교가 42.5%로 가장 높게 나타났으며 다음 종교가 '없음'이 35%로 나타났다. 결혼 상태는 기혼이 77.5%로 가장 높았고 이혼이 2.6%로 낮았다. 소득은 200-300만원 미만이 26.3% 가장 높았고, 100-200만원 미만에서 22.5%로 다음으로 높게 나타났으며 400만원 이상이

6.3%로 제일 낮았다. 주택의 경우는 자가의 경우가 73.8%로 가장 높았고 월세가 1.3%로 가장 낮았다<표 3-1>.

<표 3-1> 주 수발자의 일반적 특성 (N=80)

특성	구분	빈도	퍼센트
성 별	남자	23	28.8
	여자	57	71.3
연 령	35세이하	13	16.3
	36-45세	20	25.0
	46-55세	19	23.8
	56-65세	17	21.3
	66세이상	11	13.8
종 교	기독교	34	42.5
	천주교	7	8.8
	불교	11	13.8
	없음	28	35.0
학 력	무학	6	7.5
	초교졸	9	11.3
	중졸	12	15.0
	고졸	26	32.5
결 혼 상 태	대졸 이상	27	33.8
	미혼	9	11.3
	기혼	62	77.5
	사별	7	8.8
환자돌보기 전 직업유무	이혼	2	2.6
	없음	31	38.8
	있음	49	61.3
소 득	100만원 미만	25	31.3
	100-200만원 미만	18	22.5
	200-300만원 미만	21	26.3
	300-400만원 미만	11	13.8
	400만원 이상	5	6.3
주 택	자가	59	73.8
	전세	18	22.5
	월세	1	1.3
	기타	2	2.5

4. 주 수발자의 일반적 특성에 따른 죽음에 대한 인식

죽음에 대한 인식은 여자 3.33점 남자 3.09점으로 여자가 남자보다 높았고 통계적으로 유의한 차이를 나타냈다(p<.05).

연령은 66-75세의 경우가 3.34점으로 가장 높게 나타났으며 76세 이상은 3.26점이었고 유의한 차이는 없

었다. 학력은 초등교 졸업이 3.38점으로 가장 높았고 무학에서 3.12점으로 나타나 가장 낮았지만 점수 차이는 유의하지 않았다. 종교는 기독교의 경우가 3.39점으로 죽음에 대한 인식이 가장 높은 것으로 나타났으며 종교 '없음'의 경우가 3.09점으로 가장 낮았고 통계적으로 유의한 차이를 나타냈다(p<.05). 소득의 경우에는 300-400만원 미만의 경우가 3.33점으로 가장 높았고 400만원 이상이 3.12점으로 낮았으며 유의한 차이가 없는 것으로 나타났다<표 3-2>.

<표 3-2> 주 수발자의 일반적 특성에 따른 죽음에 대한 인식 (N=80)

특성	구분	N	평균	표준편차	t/F	p
성별	남자	23	3.09	.553	-2.280	.025*
	여자	57	3.33	.362		
연령	45세 이하	13	3.32	.377	.431	.786
	46-55세	20	3.26	.582		
	56-65세	19	3.16	.483		
	66-75세	17	3.34	.268		
학력	76세 이상	11	3.26	.346	.797	.531
	무학	6	3.12	.407		
	초교졸	9	3.38	.228		
	중졸	12	3.29	.425		
종교	고졸	26	3.33	.387	2.728	.050*
	대졸 이상	27	3.17	.534		
	기독교	34	3.39	.417		
	천주교	7	3.25	.379		
소득	불교	11	3.31	.285	.251	.908
	없음	28	3.09	.477		
	100만원 미만	25	3.27	.362		
	100-200만원 미만	18	3.22	.563		
	200-300만원 미만	21	3.28	.289		
주택	300-400만원 미만	11	3.33	.333	3.12	.936
	400만원 이상	5	3.12	.936		

*p<.05

5. 주 수발자의 죽음에 대한 인식이 환자의 삶의 질과의 관계

주 수발자의 죽음에 대한 인식과 환자의 삶의 질 하위 영역과의 관계를 보면 신체적 차원의 경우 r=-.173로 부적인 관계였고, 정신적 차원 r=.157, 실존적 차원 r=.004, 지지적 차원 r=.033, 이었으며 영적차원과는 r=.220으로 나타났다<표 4-1>.

<표 4-1> 주 수발자의 죽음에 대한 인식과 호스피스 환자의 삶의 질 하위 영역과의 관계

	죽음에 대한 인식	신체적 차원	정신적 차원	실존적 차원	지지적 차원	영적 차원
죽음에 대한 인식						
신체적 차원	-.173					
정신적 차원	.157	.323(**)				
실존적 차원	.004	.431(**)	.369(**)			
지지적 차원	.033	.048	.154	.106		
영적 차원	.220	.188	.213	.402(**)	.382(**)	

** p > 0.01 .

IV. 논 의

1. 호스피스 환자의 일반적 특성

본 연구 대상자인 말기 암 환자는 남자가 48.8%이고 여자가 51.3%로 여자가 많았는데 고영란(2002), 김금숙(2003), 김정민(2004), 박희명(2003), 정혜숙(2003), 샘물호스피스 학술위원회(2003), 채진성 외(2005), 허혜경 외(2003), Netta Bentur 외(2005)의 연구에서도 여자가 많이 나타나고, 최화숙 외(2005)에서는 남자가 많게 나타났다. 많은 연구에서는 여자가 높았으나 2001년도 국민건강보험공단에서에서 조사한 전체 암 환자의 남녀비율에서는 51.4%와, 48.6%로 나타났다.

암 환자의 연령은 66-75세가 31.3%로 가장 많고 다음으로 56-65세에서 28.9%로 많이 나타났는데, 김금숙(2003)에서는 60대에서 33.3%이고 50대가 28.5%로 본 연구의 결과와 비슷하게 나타났다. 정혜숙(2003)에서는 40대가 41%로 높았지만 김분환(2000), 김정희, 최영순(2000), 김영순(1988)의 연구에서 60대, 유승연(2000)에서는 60대 이상, 김정이(2003)에서는 70-74세가 높게 나왔다. 그리고 노유자, 김춘길(1998), 김정이(2003)에서는 70대가 높게 나타난 것으로 대부분의 연구에서 60대 이상의 환자가 많은 것으로 보여 지고 있어 노화 과정에서 암 환자의 발생이 높음을 볼 수 있었다. 또한 나이가 들면서 건강검진율이 늘어 암환자의 진단이

이루어지어 노인에게서 많이 나타나는 현상이라고 생각된다.

학력은 고졸이 25%이고 반면 무학도 23.8%로 높았다. 연령대가 60대 이상이 많아서 학력에서 무학도 많았던 것으로 생각된다. 김영순(1988), 노유자, 김춘길(1998)에서도 역시 고졸이 제일 높았고, 박희명(2003)에서는 고졸과 대졸이 같이 높았다.

종교에서는 기독교가 50%로 높았고 종교가 '없음'도 22.5%였다. 김정희, 최영순(2000)과 샘물호스피스 학술위원회(2003), 최화숙 외(2005), 유승연(2000)에서도 기독교가 높았다. 김민정(2004)에서는 가톨릭이 39.1%로 가장 높고 기독교, 불교 순 이었다. 호스피스를 운영하는 기관이 대부분 종교를 중심으로 활동하는 곳이 많아, 의뢰 되어져 돌봄을 받는 환자가 자신의 종교와 같은 기관을 택하는 경향이 있어 조사되어지는 단체의 성격에 따라 차이가 있다고 보여 진다.

환자의 결혼 상태는 기혼이 60%였고 사별이 22.5%로 나타났으며 노유자, 김춘길(1998), 정혜숙(2003), 김민정(2004)등에서는 기혼이 높았으나 유승연(2000)에서는 기아가 50.0%로 가장 높았다.

동거 가족 수는 1명에서 3명까지 23.8%, 22.5%, 23.8%큰 차이가 없었고 김정희, 최영순(2000)은 3명이 36.1%로 가장 높았고 김정이(2003)에서도 1-3명의 동거 가족수가 43.8%로 가장 높았다. 핵가족화 되면서 동거 가족의 수는 많지 않았다. 그로인해 환자를 주로 돌볼 주 수발자의 역할에서 교대 없이 계속 환자를 돌보아야 하는 어려움이 있어 주 수발자의 소진이 염려되어 봉사자의 도움이 절실 하다고 하겠다.

주 수발자는 배우자가 36.3%로 가장 높고 딸, 며느리 순 이었다. 이는 고영란(2002)에서도 배우자가 제일 높고 다음이 자녀로 나타났다. 김금숙(2003), 정혜숙(2003), 최화숙 외(2005)에서도 배우자가 제일 높고 다음이 자녀 순 이었다. 그러나 김민정(2004)에서는 주 수발자는 배우자, 자녀 순이지만 낮에 주로 돌보는 사람은 42.7%가 자원 봉사자 이었다. 즉 가족이 일차적인 책임을 갖고 배우자, 자녀 순으로 돌보지만 핵가족화 되면서 생계유지를 위한 직장생활로 낮에는 자원 봉사자의 도움을 받는 것이 호스피스 기관에서는 가능하게 되었다.

호스피스 환자들이 힘들어하는 제일 증상에서는 통증이 60.0%로 가장 높았고 다음이 오심/구토(10.0)이며 다음은 호흡곤란으로 5.0%였다. 제 2 증상으로 식욕부

진과 오심/구토가 각각 23.8%로 가장 높았고 다음으로 통증(10.0%) 그리고 변비 순으로 호소하였다. 기타로는 호흡곤란을 비롯하여 피로, 복수, 헛소리, 구갈 등을 들었는데 김정희, 최영순(2000)에서도 통증이 89.4%로 가장 많았고 다음이 식욕부진(61.9%)이고 변비(54.0%)순으로 나타났다. 이와 같이 통증이 가장 힘든 증상으로 호소하는 점을 감안 할 때 통증 완화를 하는 것이 매우 중요하다고 본다. 또한 오심/구토와 함께 식욕부진을 힘들어하는 증상의 하나로 많이 느끼고 있어 통증 완화와 함께 식욕증진을 계획하는 것이 환자에게 도움이 된다고 보며, 채진성 외(2005)의 연구에서도 수행능력이 떨어진 환자에서 식욕을 증진 시키는 것이 가장 중요한 것으로 나타났다. 식욕을 증진시키기 위한 처방과 함께 음식의 다양화와 조리의 다양성을 추구 할 필요가 있다고 사료된다.

경제 상태에서는 환자들의 51.3%가 발병 전에 직업이 없었고 50.0%에서 중정도의 경제 상태라고 느끼고 41.3%는 하의 상태라고 나타났다. 또한 허혜경 외(2003)에서는 100만원 이하가 61.2%로 높았으나 고영란(2002)에서는 중정도가 80.0%로 매우 높았고, 김정이(2003)에서도 상과 중정도가 37.5%로 같이 높았다. 그러나 본 연구의 결과에서 나타난 말기 암환자의 투병기간 동안 경제적 부담은 매우 컸으며 사회적 지지가 필요하다고 보며 따라서 현재 실시되고 있는 암환자의 의료수가 혜택은 큰 도움이 되고 있으며 호스피스 팀으로서의 사회복지사의 역할도 필요하다고 생각한다.

투병 기간은 1년 미만이 32.5%로 가장 높았고 3-5년이 26.3%나 되었고, 김분한 외(2000)에서도 1-10개월이 59.2%로 가장 높았다. 노유자, 김춘길(1998), 최화숙 외(2005), 김미정(2005)등에서도 1년 미만의 기간이 가장 높은 것으로 나타났다. 이러한 결과를 볼 때 암환자들이 상당히 진행된 상태에서 진단을 받게 되어 투병기간이 짧은 것으로 보이며 3-5년의 기간도 많이 나온 것은 조기 암 진단으로 치료를 하였다가 재발을 하여 투병을 하는 경우도 꽤 많이 있다고 볼 수 있다.

2. 호스피스 환자의 삶의 질

본 연구에서는 정신적 차원에서 종교와($p<.05$) 유의한 차이를 보여주었고, 실존적 차원은 연령에서($p<.05$) 유의한 차이를 보여주었으나 다른 특성과는 유의한 차

이가 없는 것으로 나타났다. 영적 차원에서는 종교에서($p<.001$) 매우 유의한 차이를 보여주었다. 이로써 호스피스 팀의 적절한 영적 지지가 환자에게 큰 힘이 된다고 보고 적절하고 지지적인 프로그램이 필요하겠다.

최화숙 (2005)에서는 삶의 질과 교육정도와 신체적 불편감, 치료비 부담과 유의한 것으로 나타나 본 연구와는 조금 다른 결과를 보여주었다.

신체적인 면과 삶의 질이 유의하지 않게 나온 것은 불편한 증상을 완화하기 위한 노력보다는 어쩔 수 없는 것으로 여기는 경향이 있는 것으로 보여 증상 완화를 위한 적극적인 설명과 대처가 필요하다고 본다.

3. 주 수발자의 일반적 특성

성별은 남자가 28.8%, 여자가 71.3%로 여자가 거의 두 배 정도로 많았다. 김미정(2005)에서도 여자가 75.3%로 월등히 많았고, 최지홍(2002), 조종현(2002)에서도 여자가 많게 나타났다. 아직 돌보는 역할은 여자의 역할이라는 정서가 강하다고 보여 진다.

연령은 36-45세, 46-55세, 56-65세 순으로 많았다. 최지홍(2002)에서 30-39세가 가장 많았고, 김민정(2004)에서는 50대가 가장 높고 40대가 다음으로 높게나와 역시 환자를 돌보는 주 수발자의 연령은 중년 이후로 나타났다.

종교는 기독교가 42.5%로 가장 높았고 종교 '없음'이 28%, 불교가 13.8%, 천주교가 8.8%로 나타났다. 김분한(2002), 김민정(2004)김미정(2005)에서도 기독교가 높게 나타났다.

학력은 대졸이 33.8%, 고졸이 32.5%로 근소한 차이를 보였고 무학이 6.5%로 가장 낮았다. 김미정(2005)에서도 고졸이 35.4%이고 대졸이 25.8%로 많았다. 주 수발자의 연령대가 36-45세가 가장 높은 것으로 젊은 세대인 관계로 대학 졸업이 많은 것으로 나타났다.

결혼 상태는 기혼이 77.5%로 가장 많았고 미혼이 11.3%로 많았으며 이혼이 2.6%로 가장 적었다.

환자를 돌보기 전에 직업이 있었던 주 수발자가 61.3%였다. 김미정(2005)에서는 주부를 제외하고 39.2%가 직업이 있었다. 본 연구에서 환자를 돌보기 위하여 직장을 퇴직하여 경제적인 수입이 줄어들고 병원비로 인해 지출은 늘어나므로 경제적인 어려움이 가중된다고 하겠다.

소득은 100만원 미만이 31.3%로 가장 높았고 400만

원 이상이 6.3%로 가장 낮았다. 또한 김미정(2005)에서 도 201만원-300만원의 수입이 27.5%로 가장 높았다.

주택은 환자에서와 같이 자가가 73.8%로 높았고 월세가 1.3%로 가장 낮았다.

4. 주 수발자의 죽음에 대한 인식

주 수발자의 죽음에 대한 인식은 남자의 경우 3.09/4이었고 여자의 경우는 3.33/4 으로 나타나 죽음에 대한 불안정도는 크지 않다고 볼 수 있다. 주 수발자의 특성별 죽음에 대한 인식에서 성별로는 남자보다는 여자가 높게 나타났으며 유의한 차이를 보여 주었다($p=.025$). 종교별로도 기독교, 불교 천주교 순서로 높게 나타났고 종교가 없는 집단이 가장 낮게 나타났으며 유의한 차이를 보여주었다($p=.050$). 이는 남자보다는 종교를 가진 사람들이 종교가 없는 사람보다 죽음에 대해 불안감이 적음을 의미하는 것이다. 이러한 경향은 호스피스 돌봄이 개입되어 주 수발자에게도 긍정적인 영향을 준 것으로 볼 수도 있다. 그러나 그 외 다양한 환경에서 주 수발자는 환자의 돌봄 과정에 어려움과 갈등을 겪고 있다. 그러므로 호스피스 간호사는 환자는 물론 가족 돌봄 제공자로서 전문성과 존경심을 갖고, 주 수발자에 대한 간호도 수행하여야 할 것이다 (Raudonis, B. M. & Kirschling, J. M. 1996).

5. 주 수발자의 죽음에 대한 인식과 호스피스 환자의 삶의 질과의 관계

주 수발자의 죽음에 대한 인식과 말기 암 환자의 삶의 질과는 유의한 상관성이 나타나지 않아 연구자가 예측하였던 것이 지지 되지는 못하였다.

그러나 타 문헌에서 보고한 바에 의하면 가족지지와 말기 암 환자의 삶의 질과는 유의한 상관관계가 있음을 보여 주었고(최화숙 외, 2005), 태영숙 외(2001)에서는 종교의 효과와, 치료 방법, 병의 정도, 사회적 지지, 가족의 지지, 등과 모두 유의한 상관관계를 보여 주었다. 기독교 신앙이 말기환자의 삶의 질에 미치는 영향의 연구에서도 상관관계가 있는 것으로 나타났다. 그러나 신체적인 면과 정신, 사회적인 면에서는 유의하지 않은 것으로 나타났으며, 신앙과의 관계에서도 정서적인 면과 신체적인 면과 유의하지 않았고 영적인 부분에서만 유의한 것으로 나타났다(박희명, 2003).

V. 결론 및 제언

1. 결론

본 연구는 호스피스 환자를 돌보는 주 수발자의 죽음에 대한 인식이 호스피스 환자의 삶의 질에 미치는 영향을 파악하고자 시도한 조사연구이다.

연구 대상은 서울을 비롯한 전국 6개 도시에서 호스피스 팀이 운영되고 있는 기관에 등록하고 호스피스 돌봄을 받고 있는 환자 80명과 주 수발자 80명이었다.

자료 수집은 본 연구자 및 호스피스 간호사, 호스피스 사회복지사의 직접 면담으로 이루어졌으며 2006년 4월 10일부터 5월 15일 까지 이루어졌다.

연구결과는 다음과 같다.

1) 말기 암 환자의 일반적 특성

성별은 여자가(51.3%) 많았고, 연령은 56-65세가(28.8%) 가장 많았으며 종교는 기독교가(50.0%) 가장 많았고, 학력은 고졸이(25.0%) 가장 많았다. 결혼 상태는 기혼이(60.0)이 가장 많았고 동거 가족 수는 1명과(23.8%) 3명이(23.8) 같이 높았다. 주 수발자로는 배우자가(36.3) 가장 많았고 경제상태는 중정도(50.0%)와 하(41.3%)가 대부분 이었다. 주택은 73.8%가 자가이었다.

2) 말기 암 환자의 삶의 질

말기 암 환자의 고통스러운 제1증상은 통증이고(55.1%) 다음이 식욕부진이었다. 제2증상으로 먼저 호소한 것은 식욕부진이고(23.8%), 다음으로 오심/구토였다. 인구사회학적 특성과 삶의 질에서 신체적 차원과 지지적 차원은 유의한 차이가 없었고 정신적 차원에서는 종교와 유의한 차이를 보여주었다. 연령은 실존적 차원과 종교는 영적 차원에서 유의한 차이를 보여주었다.

3) 주 수발자의 일반적 특성

주 수발자는 여자가(71.3%) 월등히 많았고 연령은 36-45세가(25%) 많았으며 종교는 기독교가(42.5%) 많았다. 결혼 상태는 기혼이(77.5%) 제일 많았고 소득에서는 200-300만원이(26.3%) 많았으며 주택은 자가가(73.8%) 제일 많았다.

4) 주 수발자의 죽음에 대한 인식

주 수발자의 죽음에 대한 인식은 평균점수가 남자 3.09, 여자 3.33 점으로 죽음에 대한 인식이 높은 것으로 나타났으며 연령과 종교에서 유의한 차이가 나타났다.

5) 주 수발자의 죽음에 대한 인식이 호스피스 환자의 삶이 질에 미치는 영향

주 수발자의 죽음에 대한 인식이 환자의 삶의 질과 Pearson correlation 분석에서 유의한 상관성은 나타나지 않았다.

결론적으로 주 수발자의 죽음에 대한 인식과 호스피스 환자의 삶의 질의 관계는 통계적으로 유의한 상관성은 발견하지 못하였다. 이러한 결과는 본 연구대상이 호스피스 기관에 등록되어 호스피스의 돌봄을 받고 있기 때문에 호스피스 대상인 환자는 물론 주 수발자의 경우도 호스피스의 의료진이나 호스피스 팀, 봉사자들에 의해 죽음에 대한 인식과 삶의 태도 전반에 걸쳐 영향을 받고 있기 때문에 주 수발자의 죽음에 대한 인식과 환자의 삶의 질의 상관성이 유의하게 나타나지 않은 것으로 사료된다.

2. 제언

상기 결과를 감안하여 다음을 제언한다.

- 1) 호스피스 돌봄을 받고 있지 않은 환자와 그 주 수발자를 대상으로 한 연구가 필요하다.
- 2) 호스피스 돌봄의 질을 높이기 위하여 본 연구의 주제와 함께 주 수발자와 호스피스 환자와의 역동관계의 영향에 대한 연구가 필요하다.
- 3) 호스피스 환자를 돌보는 주 수발자의 죽음에 대한 인식이 호스피스 대상 환자와의 사별한 후 주 수발자가 보이는 태도와 어떤 관계가 있는지 연구가 필요하다.

간호 실무의 측면에서 다음을 제언한다.

- 1) 본 연구에서 나타난 영적 돌봄의 중요성에 대해 재인식을 하고 호스피스 간호에서 간호사의 역할 범위의 재정립과 역할의 체계화를 위한 노력을 제언한다.

- 2) 환자가 인지하는 삶의 질에서 신체적인 부분보다 정서적, 지지적, 영적인 면의 영향이 중요하다는 점을 기초로 호스피스 간호교육 시 인간 이해와 정서적, 지지적 돌봄을 제공할 수 있는 표준화된 호스피스 교육과정의 정립을 제언한다.

참고문헌

고영란(2002). 말기 암 환자의 삶의 질의 호스피스 케어가 미치는 영향에 관한 연구. 경기대학교 대학원 사회복지학과 노인복지 전공 석사학위 논문.

김금숙(2003). 암 환자가 지각하는 가족지지와 삶의 질과의 관계 연구. 대전대학교 대학원 석사학위 논문.

김미정(2004). 호스피스 전문인의 사회적지지가 가족의 스트레스에 미치는 영향에 관한 연구(가족지지도와 영적안녕의 매개효과를 중심으로) 연세대학교 행정대학원 석사학위 논문.

김분한, 김태수, 김의숙, 정연(2000). 지역사회재가 암 환자 가족의 사회적지지 스트레스, 건강상태 및 삶의 질과의 관계. 한국호스피스 완화 의료학회 3(2) : 144~151

김민정(2004). 종말기 입원환자 및 주 수발자의 가정 호스피스 욕구에 관한 연구. 인하대학교 사회복지대학원 석사학위 논문.

김수지(2001). 호스피스 : 사랑의 돌봄. 서울: 수문사.

김영순(1989). 말기 암 환자의 죽음에 대한 태도 조사 연구. 이화여자대학교 간호대학원 석사학위 논문.

김정미(2003). 사회적 지지를 중심으로 한 가정 호스피스 활동이 노인의 죽음태도에 미치는 영향. 호남대학교 행정대학원 석사학위 논문.

김정희, 최영순(2000). 가정 호스피스기관의 활동에 관한 연구. 한국호스피스완화의료학회지 ; 3(1): 28~38.

김준석(1998). 호스피스와 기존 의료전달체계와의 관계. 한국호스피스 완화의료 학회지 ; I (1): 90~91.

노순희(2004). 일부지역 대학생들의 죽음의식과 태도 및 호스피스에 대한 인지도. 부산 가톨릭 대학교 간호대학원 석사학위 논문.

노유자, 한성숙, 안성희, 김춘길(1995). 호스피스와 죽

- 음. 현문사.
- 노유자, 김남초, 이선미(1996). 한국 호스피스의 현황과 전망에 관한 연구. 가톨릭대학교 간호대학 호스피스 교육 연구소. 호스피스 논문집; I: 5~7.
- 노유자, 김춘길(1998). 입원 및 가정 호스피스 환자 가족의 삶의 질 비교 연구. 대한간호학회지; 28(3): 773-785
- 보건복지부(2002). 말기 암 환자 호스피스 완화의료 사업의 본격화 자료.
- _____ (2003). 호스피스 시범사업을 위한 워크샵 자료.
- _____ (2006). 말기 암 환자 호스피스기관 지원 대상 선정계획 자료.
- 박선희(2001). 호스피스 자원봉사자의 죽음의식에 관한 비교연구: 호스피스 교육 이수자와 비이수자를 중심으로. 대구 가톨릭대학교 보건 과학대학원 석사 학위 논문.
- 박창승(1995). 암 환자 가족의 죽음 태도 유형에 관한 연구. 고려대학교 대학원 석사학위 논문.
- 박희명(2004). 기독교 신앙이 말기환자의 삶의 질에 미치는 영향. 합동신학대학원 석사학위 논문.
- 샘물호스피스 학술위원회(2003). 시설호스피스에 있어서 가족지지가 말기 암 환자의 삶의 질에 미치는 영향. 한국호스피스학술지; 3(1): 31~41.
- 신혜숙, 박혜자, 박명희, 연기순, 김훈교, 문한림, 송혜향(1999). 두경부 암 환자의 항암 요법에 따른 삶의 질 변화. 가톨릭대학교 간호 대학 호스피스교육 연구소 호스피스논문집; 4: 23~34.
- 심규미(2000). 환자, 보호자와 의료인들의 호스피스에 관한 인지도연구. 경희대학교 대학원 석사학위 논문.
- 안중운(2001). 일부대학생들의 호스피스에 관한 인지도연구. 경희대학교 대학원 석사학위 논문.
- 오기원(1998). 암 환자의 삶의 질과 건강증진 행위 및 가족지지의와의 관계. 가톨릭 대학교 석사학위 논문.
- 윤승연(2001). 호스피스 간호가 말기 암 환자의 삶의 질에 미치는 영향. 연세대학교 대학원 석사학위 논문.
- 윤경이(1997). 말기 암 환자의 삶의 질 측정 도구 개발. 연세대학교 대학원 간호학과 박사학위 논문.
- 이소우 외(1995). 한국형 호스피스 케어 개발 연구 및 시범사업. 보건의료 기술 연구 보고서.
- 이소우(1997). 한국형 호스피스 케어 개발을 위한 기초 조사 연구.
- 이용주(2003). 죽음과 호스피스에 대한 간호사의 인식 및 태도 조사연구. 대전 대학교 대학원 석사학위 논문.
- 이재광(2005). 호스피스 환자의 죽음에 대한 가족의 이해. 한남대학교 신학대학원 석사학위 논문.
- 이지영(2004). 죽음에 대한 노인의 인식연구. 성공회 대학교 대학원 석사학위 논문.
- 정혜숙(2003). 암 환자의 삶의 의미와 죽음 불안 및 역기능적 의사소통과의 관계. 경성대학교 석사학위 논문.
- 조유향(1994). 개정판 호스피스, 현문사.
- 조종현(2000). 주 수발자 교육 프로그램 참여 의향 정도에 영향을 미치는 요인들에 관한 연구(노인 주간보호시설을 중심으로). 한림대학교 사회복지 대학원 석사학위 논문.
- 지경애(2003). 간호사의 영적건강. 정신건강. 죽음의식이 호스피스 태도에 미치는 영향. 대전대학교 경영행정. 사회복지 대학원 석사 학위 논문.
- 채진성, 정규철, 신선현, 염창환(2005). 말기암 환자에서 수행능력에 따른 삶의 질 비교. 한국호스피스 완화의료 학회지; 8(2) : 183~189.
- 최공욱(1991). 말기 암 환자의 임종 경험에 관한 연구. 연세대학교 대학원 박사학위 논문.
- 최지홍(2002). 말기 암 환자 수발 경험에서 나타난 주 수발자의 심리사회적 문제에 관한 연구. 강남대학교 대학원 사회복지학과 석사학위 논문.
- 최화숙(1999). 한국 호스피스 전달체계 모형개발. 중앙대학교 대학원 박사 논문.
- 최화숙, 문도호, 이문숙, 김혜진, 정혜민, 박우정, 심혜진, 전화연(2005). 암 환자가 지각하는 가족지지가 암 환자의 삶의 질에 미치는 영향. 한국호스피스 협회학술지; 5(1): 1~13.
- 큐브러 로스(1998). '인간의 죽음' 성 엄(역). 서울 분도 출판사.
- 태영숙, 강은실, 이명화, 박금자(2001). 암 환자가 지각한 사회적 지지, 희망과 삶의 질과의 관계. 재활간호학회지; 4(2): 219-231.
- 통계청(2004). 사망자의 사망원인.

한국 호스피스 협회(2003). 호스피스 총론, 한국 호스피스 협회 출판부.

한윤복, 노유자, 김남초, 김희승(1990). 중년기 암 환자의 삶의 질에 관한 연구. 간호학회지; 20(3): 399-413.

허혜경, 김대란, 김대희(2003). 암환자와의 치료부작용, 가족지지[1], 삶의 질과의 관계 연구. 대한간호학회지; 33(1): 71~78.

황나미, 노인철(1995). 말기환자 관리를 위한 호스피스의 제도화 방안. 한국보건사회연구원.

A. Bezzak, P.Ng, R. Skeel, A. D. DePetrillo, R. Comis, K.M. Taylor(2001). Oncologists' use of quality of life information: Results of a survey of Eastern Cooperative Oncology Group physicians. Quality of life Research ; 10: 1~13.

Kirschling J. M.(1997). Issues in hospice caregiving : families & Nurses 호스피스 논집; 2: 54~61.

Marie T. Nolan(2006). A conceptual framework for end of life care 가톨릭 호스피스 교육연구소 10주년 기념 세미나 자료.

Netta bentur and Shirli Resnizky(2005). Validation of the McGill Quality of life Questionnaire in home hospice settings in Israel. Palliative Medicine 19:538~544.

Raudonis, B. M. & Kirschling, J. M.(1996). Family caregivers' perspectives on hospice nursing care. Journal of Palliative Care 12(2): 14~19.

Sinead Donnelly, Lisa Rybicki, Declan Walsh(2001). Quality of life measurement in the palliative management of advanced cancer. Support Care Cancer 9: 361~365.

Susan Catt, Martin Blanchard, Julia Addington-Hall, Maria Zis, Robert Blizard, Michael King(2005). Older adults attitudes to death, palliative treatment and hospice care. Palliative Medicine 19: 402~410.

Abstract

Relationship Between Death Orientation of First Care Giver and Quality of Life of Hospice Patients

Choi Young Soon*

In Korea, there are constantly increasing number of cancer patients with reaching 65,000 deaths and it was 26.3% of the total number of death in 2004. Many cancer patients suffer from surgery, chemotherapy, and radiotherapy after being diagnosed as cancer. And many of them are facing fear of death because they can't be perfectly cured.

Due to patients' physical, psychological, and spiritual pain, quality of life drops dramatically. Patients' families also suffer from huge medical expenses while they have to take care of patients' suffering from pain. At the same time, family's attitude can influence on the quality of patients' life.

The purpose of this study is to investigate the relationship between the death orientation of first care giver and the quality of life of hospice patient.

The subjects of the study were 80 hospice patients registered at ten hospice institutions with hospice team and medical practitioners in six cities including Seoul as well as their first care givers.

This study used 13 questions for the hospice patients and nine questions for the first care givers to recognize general characteristic. To measure

* The graduate school of nursing University of Gachon medicine and science Directed by professor Young Soek Kim

death orientation of the first care giver the tool developed by Noh, Soon-hee (2003) was used. And to measure quality of life of the hospice patients Yoo, Seung-yeon's structured tool was used. The data were collected for a month through interview method.

SPSS win 12.0 was used to analyze the data by using frequency, percentage, t-test, Pearson correlation.

The study result is as follows.

In relationship between general characteristic of hospice patient and quality of life, the highest suffering was pain (60%) and the second suffering was anorexia (23.8%). There was no significant relationship between physical pain and general characteristics of hospice patient. In psychological aspects, religion ($p=.044$) showed significant difference ($p<.05$). In existential aspects, age

($p=.035$) showed significant difference ($p<.05$). There was no significant difference variable in support aspects. And religion ($p=.000$) was statistically significant variable in spiritual aspects ($p<.001$). Age ($p=0.025$) and religion ($p=.050$) were the variable showed significant difference according to general characteristics of first care giver's death orientation.

Although the relation between death orientation of first care giver and quality of life of hospice patient was not statistically significant correlation.

In conclusion, while death orientation of first care giver and hospice patient's quality of life are not statistically significant in correlation analysis.

key ward : hospice patient, first care giver, death orientation, quality of life.