

생의 마지막 단계 · 삶의 완결 · 완화간호 모델

김 달 숙

충남대학교 간호대학

The Last Phase of Life · Life Completion · Palliative Care Model

Dal Sook Kim, Ph.D., R.N.

School of Nursing, Chungnam National University, Daejeon, Korea

Despite a recent increased nation's attention given to improving end-life care, we professionals need to be more critical and reflective on our realities surrounding hospice palliative care. The aim of this paper is to suggest that palliative care models can be used for patients/families in the last phase of life and examine whether they are appropriate for caring them in congruence with philosophy of hospice. The hospice experience model (HEM) of Eagan & Labyak and the developmental model of Byock are introduced and examined for their congruence with philosophy of hospice in applying to clinical practice. The HEM as a patient/family value-directed end of life care model emphasizes three principles; unique experience of patient/family, interactions/relationships among multiple dimensions of personhood and between family, and personal growth and development in the face of suffering through a life-completion. The developmental model stipulates dying as the last stage of living, a stage of life cycle in which patients/family may have growth through life-completion in multidimensional relationships of personhood. The model includes the developmental landmarks and tasks for life-completion as the framework to guide a means of professionals' to recognize their opportunity to grow. The landmarks and tasks include worldly and social affair, individual relationships, intrapersonal, and transcendent dimension. The models could work as appropriate palliative care models for patients/families in the last stage of living. The professionals need to be encouraged to apply the models to end of life care setting. (Korean J Hosp Palliat Care 2009;12:115-121)

Key Words: The last phase of life, Life completion, Palliative care model

서 론

1. 필요성

사람의 삶은 죽음을 전제로 하고 시작된다. 인간은 태어나서 늙어가고 늙어가면서 죽게 되는 일련의 필연적인 삶의 과정을 경험 한다(1). 그렇기 때문에 삶과 죽음은 이분법적인 사고보다는 통합된 하나로서 조망되어야 하며 죽음은 삶의 과정의 한 부분으로서 이해되어

야 한다. 인간이 다른 생물과 다른 점은 죽음을 삶의 일부로 인정하고 수용한다는 데 있다(2). 즉, 죽음을 동반하는 삶을 영위한다는 데 있다.

노인으로서 생의 마지막 단계에 있든, 젊은 나이에 불치병 진단을 받고 죽음을 눈앞에 두고 있든 이들 모두는 삶의 여정 끝에 있는 인간 존재인 것은 다를 바 없다. 이 사람들은 종교적 믿음이나 정치적 신념등과 관계없이 삶의 완결이라는 같은 목적과 의미를 가진 삶의 여정을 하고 있기 때문이다(3).

Byock(4,5)은 수년간 호스피스 의사로 일하면서 말기 환자들이 피할 수 없는 끔찍한 고통 속에서도 생의 마지막 단계의 환자와 가족들이 몸소 삶의 완결 감각을 발달시키는 것을 확인하였다. Byock(4)은 호스피스 완화간호에서 이러한 패러독스에 접근하는 것은 임종 환자

접수일: 2009년 8월 24일, 수정일: 2009년 8월 24일
승인일: 2009년 8월 27일
교신저자: 김달숙
Tel: 042-580-8327, Fax: 042-584-8915
E-mail: dskim@cnu.ac.kr

와 죽에게 삶의 완결과 성장의 기회를 줄 수 있다고 하였다. 이를 위해서는 호스피스 완화 간호에서 임종(dying)이 인간 발달 단계의 하나로서 고려되어야 한다는 것이다. 뿐만 아니라 삶의 완결과 관련된 발달 과업을 스스로 개발시킬 수 있도록 도와주고 지지하는 것 역시 개인 성장을 통한 좋은 죽음(dying well)을 맞이할 수 있게 한다고 하였다. 그러나 Byock(4)은 말기 환자와 가족이 고통 속에서도 성장하면서 삶의 완결을 하고 이를 도와주는 완화 간호를 제공하는 데 넘어야 할 과제와 현실이 있음을 지적하였다.

우선 현재의 의료 실무와 문화에서 말기 진단을 받으면 의미 있는 삶은 끝이라는 영수증을 받는 것으로 가정되는 경향이 있는데, 이러한 조망 속에서라면 환자는 죽음만을 기다리면서 안위의 측정정도에 희망을 걸고 남의 짐이 되는 것을 피하면서 살수밖에 없다고 하였다. 이러한 것은 호스피스 완화 철학과 어긋난다. 또한 그는 우리가 넘어야 할 도전 과제로 다음과 같은 사항을 제시하였다. 1) 의학교육이나 간호교육이 아직도 완치, 생명 연장, 기능 회복 등에 초점을 맞추고 있는 것, 2) 인간의 고통과 철학에 초점을 맞춘 정규교육의 부재, 3) 전인간호를 외치면서도 실제 실무나 실습에서는 데카르트의 마음과 신체를 따로 보는 이원론적인 사고로 접근하는 것, 4) 고통이 신체적 고통으로만 이해되고 있으면서도 실제 임종 환자의 통증이나 다른 신체적 관리에 의학적 및 간호교육과정의 일반적인 관리와 관련된 지식에 의존하고 있는 것 등이다.

그런데 Byock(4)이 1996년에 지적한 호스피스 완화간호에서 넘어야 할 과제와 현실이 지금 우리 호스피스 완화 간호가 넘어야 할 현실과 과제에 그대로 적용될 수 있는지의 여부를 검토할 필요가 절실하다.

호스피스 완화 간호에 대한 정책적 지원은 2003년 말기 암환자 호스피스 시범사업을 시작으로 비교적 최근에 시작되었다. 보건 복지부에서 2008년부터 시행하고 있는 호스피스 완화 의료지원 사업은(6) 말기 암환자와 그 가족의 고통을 줄이고 삶과 죽음의 질을 향상시키기 위한 호스피스 완화의료를 제도화하고 활성화할 수 있다는 점에서 매우 고무적이다. 이 지원 사업은 우선 일정기준을 만족하는 지원 대상 암환자 완화 의료기관을 선정하는 단계와 선정된 암환자 완화 의료기관의 서비스 질 평가 단계로 구성되어 있다. 그러나 관련 웹에서 제공한 호스피스 완화의료서비스 내용을 보면 의료, 간호, 사회복지, 영적상담 서비스가 따로 따로 분리되어 정리되었으며 특히 의료부분은 대부분이 진단 치료 등

의 의학 모델에 근거한 의료서비스에 한정되어 있었다. 이는 실제 실무에서 마음과 육체를 따로 보는 데카르트의 이원론적인 사고로 완화 간호에 접근하게 할 가능성을 배제시키고 있다. 또한, 호스피스 완화의료 사업 지원 평가단 교육 분과 위원회에서 개발한 '의사를 위한 호스피스 교육 프로그램'(7)과 '간호사를 위한 교육 프로그램'(8)의 내용을 살펴 본 결과 호스피스 철학과 관련, 호스피스 완화 간호를 위한 이론 교육에서 기본적으로 다루어져야만 할 '고통'이나 '삶의 완결' 등이 교육 목표에 포함되지 않은 문제점도 확인되었다. 간호사를 위한 교육 프로그램의 경우 이론 교육 48시간, 실습 교육 30시간으로 이론 교육시간에 비해 실습교육 시간의 비율이 상대적으로 낮았다. 뿐만 아니라 실습 내용 역시 기본 기술교육에만 치중하여 실습 교육이 되어 있는 고로 호스피스 철학에 근거한 완화간호의 진면목을 제대로 교육하지 못할 것으로 생각된다.

이제 우리는 '현실을 비판적으로 보고 신중한 준비를 한 후 고통 받는 말기 환자에게 접근하는 것이 환자에게 도움을 주고 의료팀이 자신 있는 임종 간호에 접근하게 하는 길'이라고 한 Byock(4)의 말을 되새기면서 호스피스 철학에 부합되는 호스피스 완화 간호의 정착과 발전을 위한 준비에 관심의 초점을 돌려야 할 때가 되었다고 생각된다.

이와 같은 문제에 도전하기 위하여 우선적으로 우리가 할 수 있는 일은 호스피스 완화 간호 철학에 부합되면서 완화 간호에 적합한 모델을 찾아보는 것이다.

2. 목적

본 연구는 호스피스 철학에 부합되는 완화 간호 모델을 찾아내어 소개하고 생의 마지막 단계에 있는 사람과 가족의 완화 간호에 적합한 모델인가를 심사하는 것을 목적으로 하였다. 여기에서 소개되고 심의될 모델은 Eagan과 Labyak(9)의 '호스피스 경험 모델: 환자/가족의 가치에 근거한 임종 간호 모델(The hospice experience model: A patient/family value-directed end of life care)'과 Byock(4,5)의 삶의 완결(life completion)을 위한 성장 모델이다.

3. 개념 정의

본 연구의 목적 달성을 위하여 「호스피스 간호」와 「완화 간호」는 여러 문헌에서 지적한 대로 같은 개념으로 사용한다. 「생의 마지막 단계」, 「호스피스 철학」, 「고통」에 대한 정의는 아래와 같다.

1) **생의 마지막 단계(The last phase of living or life):** Byock(4)이 임종(dying)은 삶의 일부라는 기본 전제 하에 개인과 가족의 삶의 단계의 하나로 언급한 임종 기간을 의미한다. 자신이 불치의 상태를 알게 되는 순간부터 혹은 죽는 사람의 가족과 친지가 죽음을 받아들이는 순간부터, 또는 생명 보존을 위한 시술을 중단하기 시작하는 그 순간부터 임종 과정이 시작된다(2)에 근거하여 임종시간은 몇 시간이나 며칠의 임종케도보다 긴 기간의 임종 케도에서 의미하는 기간을 말한다.

2) **호스피스 철학:** 미국 호스피스 및 완화 간호조직(NHPCO)에서 2000년 제정한 호스피스 프로그램을 위한 호스피스 실무 기준(NHPCO's Hospice Standards of Practice for Hospice Program 2000)에 명시된 호스피스 철학을 따른다(10). 호스피스는 불치병의 마지막 단계에 있는 사람들의 삶이 최대한 충만하고 편안할 수 있도록 지지와 돌봄을 제공한다. 호스피스는 임종 과정을 정상적인 삶의 일부로 보며 남아 있는 삶의 질을 높이는 데 초점을 맞춘다. 호스피스는 삶을 지지하고 죽음을 재촉하거나 연기하지 않는다. 호스피스는 환자 개인과 가족의 요구에 적절하고 민감한 간호를 제공함으로써 만족할 만한 수준의 죽음 준비에 도달할 수 있다는 희망과 믿음 속에 존재한다. 호스피스는 인간 성장과 발달이 생의 과정이 될 수 있음을 인정한다. 호스피스는 생의 마지막 단계 동안 개인과 가족의 성장에 대한 타고난 잠재력을 보존하고 장려하는 것을 추구한다. 호스피스는 나이, 성별, 국적, 인종, 성적 오리엔테이션, 불구, 진단, 일차 간호 제공자의 이용도, 지불 능력에 관계없이 개인과 가족에게 완화 간호를 제공한다.

3) **고통:** 건강과 관련한 Cassell(11)의 고통에 대한 정의를 따른다. 여기서 고통은 인간의 완전성(intactness)에 대한 위협을 받는 사건들과 관련된 심한 고난(distress)의 상태이다.

본 론

1. 호스피스 경험 모델: 환자와 가족의 가치에 근거한 임종 간호 모델

1) **모델 소개:** 호스피스 경험 모델은 환자/가족의 가치와 경험에 기초하여 생의 마지막 단계에 있는 환자와 가족 모두의 간호에 적용할 수 있는 말기 삶 모델이다(9). 이 모델은 3가지 원칙에 근거된다.

첫째, 질병, 간호 제공, 임종, 사별은 개인의 독특한 경험이다.

생의 마지막 단계에 있는 환자와 가족 개개인의 경험을 존중하는 원칙이다. 이 원칙은 생의 마지막 단계에서 개인의 경험이 다름을 인정한다. 개인의 가치관, 생각, 환경, 상황 변화에서 다를 수 있는 개인의 경험 하나하나를 모두 인정한다.

둘째, 사람들은 많은 영역들의 상호작용적 관련성의 마지막 단계와 이들 영역들의 상호작용을 통한 삶을 경험한다.

이 원칙은 Cassell(11)이 고통을 이해하기 위하여 기술한 personhood의 "topology"에 근거 하였다고 저자(9)는 기술하였다. 이 topology에서는 각 개인은 자아의 다 영역들의 역동적인 매트릭스로서 존재하며, 각 영역들은 다른 영역에 의미 있고 역동적인 영향을 주고 관계를 가진다.

이 원칙은 생의 마지막 단계의 인간은 다 영역적 존재로서 경험한다는 것에 그 근거를 가진다. 한 영역에 문제가 있을 때 그 한 영역의 문제는 다른 영역들과 상호 관계하며 다른 영역에 영향을 준다는 아이디어가 기본적인 생각이다. 예를 들면, 한 개인이 암으로 신체중상을 나타내면, 인간관계에 문제가 생기고, 이는 생활을 하는 데 영향을 주게 되고 그 결과 존재의 의미와 삶의 의미를 잃게 되고 이는 다시 신체적 기능을 악화시키게 되는 등의 영역들의 상호 작용 관계 속에서 사람들은 자신의 존재를 경험한다는 것을 말한다. 생의 마지막 단계에 있는 환자의 가족도 이와 같은 아이디어에 의하여 삶을 경험함을 의미한다. 한 영역의 문제가 다른 영역의 발전으로 개선될 수 있음도 가정된다. 또한 다 영역의 존재로서의 환자와 다 영역의 존재로서의 가족의 상호 연관성 및 상호 영향성도 인정한다. 예를 들면, 딸이 암에 걸려 병원에 입원하여 항암 요법을 받고 있다고 하자, 이때, 딸은 신체적 영역의 문제로 괴로워하면서 우울해지고(심리적 영역) 존재의 희망 없음을 엄마에게 호소한다. 이때 간호하는 엄마 또한 딸의 고통에 괴로워 같이 괴로워하게 되고(인간 관계적 영역) 두통과 피로를 호소한다(신체적 영역). 역으로 엄마와 딸 간의 그동안 가지고 있던 미움과 원망이 해결 되면(인간 관계적 영역) 엄마와 딸 모두가 마음의 평화와 존재의 의미를 갖게 되고 희망을 느낄 수 있다(영적 영역).

셋째, 생의 마지막 단계와 많은 영역들의 상호 관련성은 고통 앞에서 긍정적인 성장과 발달을 제공한다.

이 원칙은 말기 삶에서도 성장과 발달의 기회가 있다는 Byock(4,5)의 아이디어에 기초되었다는 것을 저자는 밝혔다. 그는 호스피스 의사로서의 경험에 의하여 임종

의 단계 즉 생의 마지막 단계에서도 인간은 성장할 수 있다고 본다.

삶의 완결에 대한 소개에서 Byock(4,5)의 아이디어는 자세히 기술된다.

2) 모델에 대한 평가: 환자나 가족의 측면에서 완화 간호에 접근하는 것이 삶의 질을 높일 수 있으며(12,13) 모든 사람의 죽음의 경험은 다르다는 점(14) 호스피스 경험 모델의 기본 아이디어를 타당화 시킨다.

이 모델의 원칙이 의미하는 바에 의하여 이 모델을 평가한다면 이 모델은 생의 마지막 단계에 있는 개인과 가족의 개개인 요구에 부합된 삶의 질 개선, 고통 제거, 삶의 완결, 좋은 죽음을 이끄는 완화 간호에 적합한 모델이 될 수 있다고 본다.

왜냐하면 이 모델은 환자, 가족, 의료 전문 생의 마지막 단계에 있는 개인과 가족의 한 인간으로서의 총체적인 독특한 경험을 존중하며 그 독특한 경험은 개인의 특성을 구성하는 다 영역의 역동적 상호 영향 및 관계에 의한다고 보기 때문이다. 연계하여 이 모델은 한 영역의 경험을 다른 영역의 경험과 연관시켜 사정할 수 있음으로써 대상자의 경험에서의 문제를 정확하게 파악하고 중재할 수 있게 가이드 할 수 있으며, 상호 작용하는 다른 영역의 경험을 개선함으로써 문제되는 영역의 경험을 개선하거나 해결할 수 있도록 가이드 할 수 있다고 본다.

한편 이 모델은 대상자의 경험을 신체적 심리 사회적 영역의 상호작용을 통한 총합적 경험으로 설명한다. 이러한 것은 개인의 요구나 개인의 독특한 경험에 부합되는 적절한 개인화된 전인적 완화 간호를 할 수 있게 하는 모델로 기능할 수 있다고 평가된다.

또한 이 모델은 자아의 상호 영역적 역동적 상호작용 안에서 환자와 가족의 성장을 촉진할 수 있다고 본다. 이러한 것은 개인의 요구와 대상자의 상황에 따른 개인의 성장 및 삶의 질 개선 및 삶의 완결을 탄력적으로 조정할 수 있게 할 수 있다고 본다. 이는 좋은 죽음의 결과를 낳는다.

따라서 이 모델은 호스피스 철학과 부합되는 완화 간호 모델로 고려될 수 있다.

3) 적용: 이 모델의 적용의 효과를 높이기 위하여 이 모델이 포함하고 있는 원칙들이 의미하는 바와 원칙들의 연관성을 철저히 고려하면서 사정과 중재를 하는 것이 필요할 것으로 보인다.

고려사항을 기술하면 아래와 같다.

- 개인/가족의 어떤 경험도 다른 사람과 똑같이 경험

하는 것이 아니라 그 또는 그녀만이 경험하는 유일한 것으로 이해하고 완화간호에 접근한다.

- 개인과 가족의 경험이 계속적으로 어떻게 변하여 가는지를 파악 한 후 변화에 적합한 중재를 시도한다.

- 개인 경험과 가족의 경험의 연관성을 파악하고 완화 간호에 접근한다.

- 개인/가족의 어떤 영역에 문제가 생기면 그 문제가 다른 영역의 어떤 문제와 연관되어 있는지와 현재 확인된 영역의 문제의 결과 다른 영역에 영향을 주지는 않았는지를 파악 한 후 중재한다. 이는 각 영역의 상호 영향과 관계를 파악한 후 상호 관계적 영향을 고려하여 완화 간호에 임하는 것을 의미한다.

- 대상자(개인/가족)에게 성장과 삶의 완결을 위한 갈등이 있는지를 파악한 후 그에 맞는 적절한 중재를 시도한다.

2. 삶의 완결

1) 삶의 완결: 인간의 삶은 개인으로서만이 아니라 사회적으로 이해되어야 한다(3). 인간은 그를 낳아 주고 키워준 부모와 사회에 의하여 참여되어진 세계 속에서 자신의 삶을 만들어내고 반대로 죽음으로써 같은 사회의 다른 개인들과의 합의적 책임을 가지고 참여된 존재로서의 책임과 의무를 완결하는 것이다. 죽는다는 것은 인간 실존의 완결이며 물리적 세계에서의 삶과 죽음을 긍정하는 것이고 다른 사람과의 관계 속에서 주관적으로 반응하는 개인의 자유에 근거한다. 죽음의 존재론적 의미는 삶의 완결을 확정하는 것이고 삶은 인간 실존 안에서 죽음의 의미를 검증하는 것이다. 인간 실존의 완결이란 삶의 어떤 특별한 목적을 어떻게 성취하는가에 초점을 맞추는 것이 아니라 최대한의 삶과 다른 사람과 관계된 실존을 통하여 죽음 속으로 소멸되어지는 것이다. 충분하게 귀의된 죽음은 충분한 실존이다(3).

암과 같이 생명을 위협하는 질병을 진단받은 사람은 완치되어 생존할 수 있게 되지 않는 한 질병 상태는 계속적으로 나빠지고 불치의 진단을 받게 될 가능성이 높다. 이러한 경우 환자는 암의 증상이 나타나고 진단 받고 치료받는 동안에 늘 마음을 잠식하여 왔던 죽음과 임종에 대하여 초점을 맞추게 되고 죽음에 대한 공포 속에서 의사가 보지 못한 치유가능성이 남아있을 수 있다고 생각하기도 하는 반면 잃어버린 삶과 남아 있는 삶을 찾기 위한 노력과 도전을 하기도 한다(1).

그러나, 삶의 여정의 마지막 시기인 생의 마지막 단계에서 인간은 최대한의 삶과 다른 사람과의 관계적 실

존을 통하여 태어나면서 가족과 사회와 합의된 책임과 의무를 완결하고 삶을 마감할 책임이 있다.

2) Byock의 성장 모델(Developmental model) · 이정표(landmarks) · 발달 과업(Task)

(1) 성장 모델 소개; 수년간 호스피스 의사로 일하면서 Byock(5)은 말기 환자들의 임종 과정을 광범위하게 경험하였다. 그는 생의 마지막 단계에 있는 환자와 가족들이 깊은 고통 속에서 해결하여야 할 내적, 인간 관계적 갈등을 경험하는 반면 그 갈등을 해결할 수 있는 가치 있는 정서적 전략이나 기술을 사용하면서 더 강해지고 안녕(wellness)과 평화(peace)의 감각을 경험하는 것을 확인하였다. Byock(5)은 이러한 패러독스한 생의 말기 환자와 가족의 모습에서 임종 환자와 가족이 임종 과정을 통하여 인간으로서, 가족의 구성원으로서 잠재력의 성장을 실현할 수 있음을 탐색하였다. 이 후 그는 생의 마지막 시기에 있는 환자들이 인간적인 성장을 하면서 좋은 죽음을 맞이할 수 있음을 피력하였다. 그러나 모든 사람이 고통 속에서 안녕을 찾고 평화를 찾는 것은 아니며 고통의 그늘에 가려 떠오르지 못하는 사람도 있을 수 있다. 따라서 변형을 하지 못한 채 죽을 수도 있다. Byock(4)은 호스피스 완화 간호에서 이런 사람들이 스스로 가지고 있는 잠재력을 발달시키고 삶의 완결의 감각과 만족, 자신의 삶의 정복의 감각을 느끼며 희망 안에서 죽어갈 수 있는 기회를 가질 수 있는 환경을 만들어 줄 필요성이 있다고 보았다.

이에 그는 죽음은 삶의 일부분이라는 전제하에 임종 기간을 성장 발달의 한 단계로 하는 완화 간호 모델을 제안하였다. 이 모델은 임종을 생의 마지막 단계로 인정하고 삶의 완결을 위하여 발달시켜야 이정표와 과업을 포함한다. 이정표와 과업들은 모든 사람들이 꼭 이루어야 할 과업으로 처방을 지시하기 위한 것이 아니라 생의 마지막 단계에 있는 환자와 가족의 측면에서 요구나 가치와 목표에 맞는 전문적 완화 간호를 위한 이론적 틀로서 임상 가이드의 역할을 하는 것으로 언급되었다. 그는 이정표와 과업이 삶의 완결과 관련하여 환자와 가족에 맞는 적절한 중재와 지지적 환경조성을 위한 가이드로 사용되는 임상 도구가 되어야 함을 강조하였다. 이정표와 과업들은 세속적인 일/사회적인 일/개인적인 관계들/개인 내재적인 영역(intrapersonal dimension)/초월적 영역들(transcendent dimension)에서 서서히 일어나는 삶의 변형을 반영한다(9).

삶의 완결을 위하여 발달시켜야 할 발달 이정표와 과업은 아래와 같다.

- 발달 이정표와 과업(4) -

- 세속적 일에 대한 삶의 완결 감각
 - 재정적, 법적, 공적인 사회적 책임의 이양 및 변경
 - 지역사회와의 관계에서 삶의 완결 감각
 - 다양한 사회적 관계 마감(고용, 거래, 조직, 회합).
- 포함될 내용: 후회와 용서의 표현
- 감사와 보은의 수용
 - 고별: 작별 인사
 - 개인 인생의 의미
 - 인생 회고
 - ‘자신의 이야기’ 구술
 - 지식과 지혜의 전승
 - 자기 사랑 경험
 - 자기고백(self-acknowledgement)
 - 자기용서(self forgiveness)
 - 타인 사랑 경험
 - 고귀함의 수용(acceptance of worthiness)
 - 가족과 친구 관계에서 삶의 완결 감각
 - 화해, 충만한 커뮤니케이션, 한 사람 한 사람이 중요한 관계였다는 최후 정리
 - 포함되어야 할 일: 후회와 용서의 표현, 감사와 보은의 수용과 표현, 애정의 표현
 - 고별: 작별 인사
 - 인생 종국의 수용
 - 개인 존재 수용
 - 죽음으로 대변되는 총체적인 개인 상실감 및 실존의 상실이란 개인적 고통 경험의 고백
 - 죽어가면서 나타나는 개인적 비극의 심도 표현
 - 세속적 일로 부터의 감정적 철회(decathexis)와 영속적 개념과의 감정적 연계(cathexis)
 - 의존성의 수용
 - 개인적 상실을 넘어선 새로운 자아(personhood) 감각
 - 인생의 일반적 의미에 대한 깨달음
 - 경외감 성취
 - 초월적 세계에 대한 인식
 - 혼돈과 함께한 편안 감의 개발/달성
 - 초월자, 불가자에 대한 승복
 - “떠나기”

(2) 모델의 평가 및 적용; Byock(4,5)의 성장 모델은 생애 마지막 삶에 대한 존중과 삶의 중요성, 삶의 완결, 성장 및 발달, 자아의 실현 등을 중심 개념으로 한다.

이 모델은 임종의 시기를 환자가 스스로 성장하고 완성시켜야 할 삶의 이정표와 과업이 있는 발달 단계로

보았으며 이정표와 발달 과업은 삶의 완결과 관련하여 환자와 가족에 맞는 적절한 중재와 지지적 환경조성을 위한 가이드로 전문 의료인에 의하여 사용되는 임상 도구임이 강조되었다. 이는 생의 마지막 단계에서 자신의 변화와 성장을 만드는 주체는 환자와 가족이며 전문 의료인은 그들이 성장의 기회를 놓치지 않고 성장할 수 있도록 도와주는 보체의 역할을 의미한다. 이 모델에서는 전문 의료인이 이정표 및 과업을 이용하여 성장의 주체의 변화를 얼마나 잘 파악하여 내고 도와주는가가 환자 및 가족의 성장의 열쇠가 되며 한 인간이 인간 실존 안에서 삶을 마칠 수 있게 만드는 결과를 낼 수 있다고 본다. 이는 한 인간이 태어나서 사회적 합의에 의한 의무와 책임을 다하고 좋은 죽음을 맞이하는 결과를 낳을 수 있음을 의미한다.

이러한 점들에서 이 모델은 호스피스 철학과 부합된다.

가족들도 환자와 똑같은 삶의 완결의 경험을 하며 삶의 완결의 경험을 많이 할수록 가족들은 간호제공의 의미를 많이 찾을 수 있음이 확인되었다(9). 이에 근거하여 이 모델을 임상에서 적용할 때 환자와 가족 따로따로보다는 환자와 가족의 상호 만남을 통하여 삶의 완결이 이루어지도록 고려할 필요가 있다고 본다.

이 모델에서 제공하는 이정표와 과업이 미국의 환자들에서 경험을 기본으로 만들어졌기 때문에 국내에서의 적용에 약간의 제한점이 있을 수 있다고 본다.

결 론

Eagan, Labyak의 호스피스 경험 모델과 Byock의 삶의 완결을 위한 성장 모델은 생의 마지막 단계에서 고통 속에 있는 환자와 그 가족에 대한 완화간호에 적절한 모델로서 기능할 수 있다고 본다. 결과적으로 이 모델들은 호스피스 철학에 부합되는 완화 간호의 모델이 될 수 있다고 본다.

요 약

근래의 호스피스 완화 서비스에 대한 국가의 관심과 지원 정책은 매우 고무적이다. 그럼에도 불구하고 호스피스 완화 의료의 정착과 발전이라는 명목을 가지고 우리는 호스피스 완화간호와 관련된 우리 주위의 현실에 비판과 반영의 눈으로 돌아볼 필요가 있다. 본 연구는 호스피스 철학에 부합되는 완화 간호 모델을 찾아내어

생의 마지막 단계에 있는 사람과 가족의 완화 간호에 적합한 모델인가를 심사하는 것은 목적으로 하였다. 소개되고 심사된 모델은 Eagan, Labyak의 호스피스 경험 모델과 Byock의 삶의 완결(life completion)을 위한 성장 모델이었다. 호스피스 경험 모델은 생의 마지막 단계에 있는 환자와 가족의 경험과 가치관에 근거한 임종 간호 모델로서 개개인의 경험의 독특성을 인정하며 환자·가족 개개인의 다 영역의 역동성과 상호작용적 관련성과 다 영역적 특성을 가진 개개인의 상호 관계성을 인정한다. 또한, 생의 마지막 단계에서도 다 영역적 상호 관계성은 긍정적인 성장과 발달을 만들 수 있음을 인정한다. 이 모델은 생의 마지막 단계에 있는 개인과 가족의 개인 요구에 부합된 삶의 질 개선, 고통 제거, 삶의 완결, 좋은 죽음을 이끄는 완화 간호를 이끌 수 있다고 평가되었다. Byock의 성장 모델은 임종의 시기를 마지막 삶의 발달 단계로 보았다. 이 모델은 생의 마지막 단계에 있는 개인과 가족을 삶의 완결의 과정을 경험할 수 있는 존재로 보았다. 모델은 세속적인 일/사회적인 일/개인적인 관계들/개인 내재적인 영역/초월적 영역들의 세부 항목으로 이루어진 이정표와 발달 과업을 포함한다. 이 모델에서는 전문 의료인이 이정표 및 과업을 이용하여 성장의 주체의 변화를 얼마나 잘 파악하여 내고 도와주는가가 환자 및 가족의 성장의 열쇠가 되며 한 인간이 인간 실존 안에서 삶을 마칠 수 있게 만드는 결과를 낼 수 있다. 그 결과 개인은 평화와 안녕 속에서 삶을 마감할 수 있다. 이 두 모델은 호스피스 철학에 부합되는 완화 간호의 모델로 고려되었다.

중심단어: 생의 마지막 단계, 삶의 완결, 완화간호모델

참 고 문 헌

1. DeSpelder LA, Strickland AL. The last dance: Encountering death and dying. 7th ed. Boston:McGraw Hill;2005.
2. Kim SJ. Death orientations of Korean elderly [dissertation]. Seoul: Seoul National Univ.; 1994. Korean.
3. Sillada DC. Death as the completion of human existence [Internet]: 2008. November 2. Available from: <http://dcsillada.multiply.com/journal/item/138>.
4. Byock IR. The nature of suffering and of opportunity at the end of life. Clin Geriatr Med 1996;12(2):237-51.
5. Byock I. Dying well: Peace and possibilities at the end of life. New York:Riverhead Books;1997.
6. Hospice palliative service support project [Internet]. Korea; National Cancer Information Center: 2009. July 25. Available from

- http://www.cancer.go.kr/cms/public_project/hospice/index.html.
7. Kim SH, Choi YS, Sin SW, Chong MK, Lee SN, Lee SW, et al. Development of education program for physicians based on the 2004 hospice palliative model project for terminal cancer. *Korean J Hosp Palliat Care* 2006;9(2):67-76.
 8. Choi ES, Yoo YS, Kim HS, Lee SW. Curriculum development for hospice and palliative care nurses. *Korean J Hosp Palliat Care* 2006;9(2):77-85.
 9. Egan KA, Labyak MJ. Hospice palliative care: A model for quality end-of-life care. In: Ferrell BR, Coyle N, eds. *Textbook of palliative nursing*. 2nd ed. New York:Oxford University Press; 2006. p. 13-46.
 10. Preamble and Philosophy: Preamble to NHPCO Standards of Practice & Hospice Philosophy Statement [Internet]. (originally from NHPCO's Hospice Standards of Practice for Hospice Program(2000) (cited 2009 Aug 23). Available from: <http://www.nhpc.org/i1a/pages/index.cfm?pageid=5308&openpage=5308>.
 11. Cassell EJ. *The nature of suffering and the goals of medicine*. 2nd ed. New York:Oxford University Press;2004.
 12. Gourdji I, McVey L, Purden M. A Quality end of life from a palliative care patient's perspective. *J Palliat Care* 2009;25(1): 40-50.
 13. Steinhauser KE, Christakis NA. In search of a good death: Observations of patients, families and providers. *Ann Intern Med* 2000; 132(10):825-32.
 14. McKechnie R, MacLeod R, Keeling S. Facing uncertainty: The lived experience of palliative care. *Palliat Support Care* 2007;5: 255-64.
-