

존엄중재가 말기 환자의 심리적 · 실존적 디스트레스에 미친 효과: 메타분석

오복자 · 신성례

삼육대학교 간호학과

Effects of Dignity Interventions on Psychosocial and Existential Distress in Terminally ill Patients: A Meta-analysis

Oh, Pok Ja · Shin, Sung-Rae

Department of Nursing, Sahmyook University, Seoul, Korea

Purpose: This study was done to evaluate the effects of dignity interventions on depression, anxiety and meaning of life in terminally ill patients. **Methods:** PubMed, Cochrane Library CENTRAL, EMBASE, CINAHL and several Korean databases were searched. The main search strategy combined terms indicating dignity intervention, presence of terminal illness and study design. Methodological quality was assessed using Cochrane's Risk of Bias for randomized studies and Risk of Bias Assessment tool for non randomized studies. Data were analyzed by the RevMan 5.2.11 program of Cochrane Library. **Results:** Twelve clinical trials met the inclusion criteria with a total of 878 participants. Dignity intervention was conducted for a mean of 2.2 weeks, 2.8 sessions and an average of 48.7 minutes per session. Effect sizes were heterogeneous and subgroup analysis was done. Dignity interventions had a significant effect on depression ($ES = -1.05$, $p < .001$, $I^2 = 15\%$) and anxiety ($ES = -1.01$, $p < .001$, $I^2 = 0$). For meaning of life, dignity interventions were effective ($ES = -1.64$, $p = .005$) and effect sizes were still heterogeneous. **Conclusion:** Results support findings that dignity interventions can assist terminal ill patients in reducing emotional distress and improving meaning of life. Further well-designed dignity studies will lead to better understanding of the effects of treatments on spiritual well-being.

Key words: Terminally ill, Dignity, Intervention studies, Meta-analysis

서 론

1. 연구의 필요성

오늘날 임종이 가정으로부터 병원으로 옮겨지면서 환자의 죽음

은 가족과 더불어 의료인들의 역할이 필요하게 되었고 이러한 시점에서 호스피스완화 돌봄은 임상적으로 매우 중요하다. 치유가능성이 없거나 죽음이 예견되는 말기 환자의 경우 통증을 비롯한 다양한 증상을 경험하고 빈번한 입원과 추후 관리로 인한 경제적 부담, 죽음에 대한 두려움, 인간 삶의 본질과 의미에 대한 의문 등 총체적

주요어: 말기 환자, 존엄, 중재연구, 메타분석

*본 논문은 2014년도 삼육대학교 연구진흥기금에 의해 수행됨.

*This paper was supported by the Sahmyook University Research Fund in 2014.

Address reprint requests to : Shin, Sung-Rae

Department of Nursing, Sahmyook University, 815 Hwarang-ro, Nowon-gu, Seoul 139-742, Korea

Tel: +82-2-3399-1588 Fax: +82-2-3399-1594 E-mail: shinsr@syu.ac.kr

Received: June 3, 2014 Revised: June 18, 2014 Accepted: July 25, 2014

This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution NoDerivs License. (<http://creativecommons.org/licenses/by-nd/4.0>)

If the original work is properly cited and retained without any modification or reproduction, it can be used and re-distributed in any format and medium.

인 고통을 경험한다[1,2]. 치료중심의 의료시설에서는 이러한 총체적인 돌봄이 어려운 실정이지만, 호스피스완화 돌봄으로 인해 기존의 의료체제와 상호보완 관계를 유지하면서 말기 환자들의 존엄과 삶의 질을 고려한 총체적인 돌봄이 가능하게 되었다. 호스피스완화 돌봄은 인간존엄성 회복운동의 일환으로 생이 얼마 남지 않은 말기 환자 및 가족에게 신체적, 심리사회적 및 영적 측면의 총체적 돌봄을 제공해 줌으로써 남은 삶을 보다 충만하게 보낼 수 있도록 안위를 제공하는 것을 목적으로 하고 있다[3]. 그러나 오늘날 호스피스완화 돌봄이 직면하고 있는 큰 도전 중의 하나는 말기 환자의 심리적·실존적 디스트레스(distress)의 완화와 대상자의 존엄성을 어떻게 유지하도록 도와주는 것인가이다[4]. 심리적·실존적 디스트레스는 말기 환자가 정신적, 정서적, 영적으로 겪는 고통을 말하는 것으로, 우울, 불안, 절망감 등으로 나타난다[4]. 선행 연구들에서 말기 환자의 존엄성의 훼손은 우울, 불안, 자살, 절망감, 부담감 및 전반적인 삶의 질의 저하와 관련성이 있음을 제시하여[4], 말기 환자의 존엄성 유지와 회복은 매우 중요함을 알 수 있다. 특히, 죽음이 임박한 환자들이 직면하는 중요한 이슈는 통증이나 신체적인 증상보다 심리적·실존적 디스트레스라는 것을 제시하고 있는데[5-7], 미국 국립의학연구소(Institute of Medicine)에서 삶의 질, 영적 평온감 및 영적안녕감이 말기 환자를 위한 질적 돌봄의 중요 요소라고 제시하였다. 또한, 말기 환자의 인식조사에서도 영적 평온감, 부담감 완화 및 사랑하는 사람들과의 관계증진이 가장 중요한 것으로 보고하여[5], 말기 환자 돌봄의 초점을 확인할 수 있다.

일반적으로 심리사회적중재는 인지행동요법, 심리교육, 지지·표현(경험·실존)치료 등으로 크게 분류된다[8]. 이들 중재는 1) 불안과 두려움의 표현 지지, 2) 질병과 치료에 대한 정보제공, 3) 행동적 적응전략, 4) 인지적응전략 등을 통해 우울이나 불안 등 심리적 디스트레스의 감소와 삶의 질 증진에 효능이 있음을 메타분석 연구에서 제시하고 있다[9]. 그러나 이들 심리사회적중재는 메타분석 결과 평균 8.4주 기간에 평균 9.1회를 적용하고 1회당 평균 93.4분으로 수행되어[9] 기대수명이 짧고 고통 중에 있는 말기 환자의 중재로는 한계가 있다. 또한, 내용면에 있어서도 말기 환자에게 필요한 실존적 중재를 포함하고 있지 않아 새로운 심리중재가 필요함을 알 수 있다. 그 동안 호스피스완화 의료 영역에서 시행된 호스피스 간호중재 및 치료 프로그램은 다학제적 전인적 접근으로 포괄적인 프로그램을 실시하여 신체적·실존적 중재를 포함하고 있으나 운영시간이 100분 이상으로 긴 것으로 나타났다[10]. 이러한 현실에서 2000년대에 말기 환자의 품위 있는 죽음(well-dying)과 건강상태를 고려하여 단기적으로 적용 가능한 새로운 심리중재법으로 존엄중재가 대두되었다[11,12]. 존엄중재의 종류에는 말기암 환자를 대상으로 생애 회고요법을 적용한 단기생애회고요법(Short-term life review)[1] 말기

암 환자를 대상으로 존엄성의 실증적 개념들을 통해 개발한 존엄요법(Dignity therapy)[4]이 있다[12]. 두 중재의 공통점은 심리적, 실존적 디스트레스 완화 전략으로 호스피스완화 돌봄의 핵심가치인 존엄성[4]과 실존적 디스트레스의 핵심요소인 의미[13]에 초점을 두고 2-3회의 만남에서 회기 당 30-60분간 단기적으로 생애회고요법을 적용하는 것이다[1,4,12]. 이 과정에서 중재는 말기 환자들의 삶의 의미와 관련된 기억 혹은 가장 중요한 이슈라고 생각하는 것들을 이야기하고 평가함으로써 삶에 대한 긍정적인 인식과 조화를 되찾는 기회를 제공하며 죽음을 준비하면서 삶의 새로운 의미를 발견하도록 한다[14].

그 동안 존엄중재를 적용한 연구들에서 심리적 디스트레스와 실존적 디스트레스의 완화, 의미감 증진 및 존엄감 증진을 보고하여 말기 환자의 품위 있는 죽음에 존엄중재의 유의성을 제시하고 있다. 메타분석 결과는 최선의 근거(best evidence)를 제공해주므로 이를 기반으로 한 실무의 제공은 의료의 질 향상과 나아가 의료비 감소에도 기여할 수 있으므로 이에 대한 활성화는 매우 필요한 시점이다[9]. 그 동안 인지행동요법 등 흔히 활용되는 심리사회적중재는 암 환자 대상으로 5년[15] 혹은 10년 단위로 체계적고찰 및 메타분석 연구를 통해 중재의 유용성과 근거를 제시하여 왔으나, 말기 환자 대상의 존엄중재를 메타 분석한 연구는 없는 실정이다. 따라서, 본 연구는 현재까지 말기 환자를 대상으로 존엄중재를 시도한 연구들을 체계적인 방법으로 개관하는 메타분석을 수행하여 말기 환자의 품위 있는 죽음의 중재 방법으로 제시하고자 한다.

2. 연구 목적

본 연구는 존엄중재연구가 말기 환자의 심리적 디스트레스와 실존적 디스트레스에 미치는 효과 크기를 메타분석 하는 것으로, 첫째, 존엄중재연구의 일반적 특성을 파악한다. 둘째, 존엄중재의 중재 적용방법을 파악한다. 셋째, 존엄중재가 심리적 디스트레스(우울, 불안)에 미친 효과크기를 분석한다. 넷째, 존엄중재가 실존적 디스트레스 완화(영적안녕)에 미친 효과크기를 분석한다.

3. 용어 정의

1) 존엄중재(Dignity intervention)

말기 환자의 품위 있는 죽음(well-dying)과 건강상태를 고려하여 단기적으로 적용하는 심리중재법으로 호스피스완화 돌봄의 핵심가치인 존엄성과 실존적 의미에 초점을 두고 생애회고요법을 적용한 것을 의미한다[11,12]. 본 연구에서는 단기생애회고요법(Short-term life review)과 존엄요법(Dignity therapy)을 의미한다.

연구 방법

1. 연구 설계

본 연구는 말기 환자의 심리적·실존적 디스트레스에 미친 존엄중재의 효과 크기를 분석하는 메타분석 연구이다.

2. 자료의 선정기준

자료의 선정은 PRISMA (preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses)의 지침에 따라 진행되었는데 다음과 같다 [16].

첫째, 연구 참여자(P)는 18세 이상의 말기진단을 받은 후 호스피스완화 돌봄을 받고 있는 자

둘째, 대상자와 전문가간의 관계를 통해 회고요법 혹은 존엄요법이라는 이름으로 존엄중재를 중재 방법(I)으로 적용한 논문

셋째, 대조군(C)은 존엄중재를 받지 않은 혹은 위(sham)중재를 받은 말기 환자군

넷째, 결과(O)는 심리적 디스트레스로 우울, 불안을 측정하였고, 실존적 결과변수로 삶의 의미, 영적안녕, 존엄감 등을 측정하여 결과 값이 있는 논문

다섯째, 결과측정 시점(T)은 존엄중재 직후 혹은 추후 추적 기간 모두 포함

여섯째, 세팅(S)은 입원 및 지역사회 모두 포함

일곱째, 연구 설계(SD)는 무작위대조연구(Randomized controlled trial [RCT]), 비동등성대조연구(Non-randomized controlled clinical trial [Non-RCT]) 및 단일그룹임상연구

여덟째, RCT와 Non-RCT의 경우 실험군과 대조군의 효과크기를 산출할 수 있도록 평균값 혹은 표준편차가 있으면서 검정통계량 값 혹은 신뢰구간이 제시되어 있는 논문이다.

3. 자료 검색 및 자료 선정

1) 검색전략

자료 검색은 1차적으로 2013년 7월에 이루어졌고, 기관생명심의 위원회의 심의면제요청서의 승인(IRB No. SYU IRB2014-057)을 받은 후 2차적인 자료검색 및 수집을 2014년 2월부터 2014년 5월까지 수행하였다. 자료검색은 Cochrane의 한국지부 검색전략 전문가의 자문을 받은 후 메타분석 문헌검색 경험이 있는 연구자들과 연구 보조자에 의해 독립적으로 이루어졌다. 검색에 앞서 검색식은 말기 환자(P)와 존엄중재(I) 및 연구 설계를 나타내는 용어들을 병합하여

구성하였다. 먼저, MEDLINE에서 존엄중재의 통제어인 MeSH어를 확인한 후 관련 모든 MeSH어 4개("Psychotherapy, Brief", "Behavior Therapy", "Directive Counseling", "Terminal Care")를 포함하였다. 이후 초록에서 확인되는 관련 중심주제어(18개 용어)를 포함한 후 통제어와 OR로 연결하는 검색식을 구성하였다. 또한, 말기 환자와 연구 설계는 AND로 연결하는 검색식을 구성하여 관련 논문을 포괄적으로 검색할 수 있게 하였다. EMBASE에서는 Emtree에서 통제어(controlled vocabulary)를 확인한 후 위와 동일한 방법으로 이루어졌고, Cochrane Library CENTRAL과 CINAHL에서는 MEDLINE에서 확인된 MeSH어를 통해 검색이 이루어졌다. 국내의 경우는 1) 말기 OR 완화의료 OR 호스피스 OR 암 OR 종양 OR 신생물 AND, 2) 심리사회적중재 OR 치료 OR 요법 OR 간호 OR 존엄 OR 생애회고 OR 지지-표현 등을 병합하여 이루어졌다. 국내의 자료검색은 코리아메드, 한국학술논문데이터베이스, 학술연구정보서비스, 국회도서관, 한국학술정보 및 보건연구정보센터에서 이루어졌고, 국외전자검색은 핵심 전자DB인 EMBASE, MEDLINE, Cochrane Library CENTRAL 및 CINAHL을 통해 이루어졌다. 또한, 포괄적인 자료의 검색을 위해 검색된 논문의 참고문헌을 통해 자료검색을 보완하였고, 관련원문을 전자DB에서 찾을 수 없을 때는 사서의 도움으로 해외 벤더를 통해 확보하였다. 자료검색은 한국어와 영어로 제한하여 이루어졌고, 검색은 개별 전자DB에서 자료를 제공하는 년도부터 2014년 3월까지 출판된 자료로 하였다.

2) 자료선정 및 자료 추출

국내의 핵심 전자DB를 통해 확인된 관련논문은 문헌관리DB (reference management database [Refworks])에서 중복자료를 제거하였다. 논문의 제목과 초록을 통해 관련논문을 1차로 확인하고, 이후 선정기준에 따라 선정된 논문의 원문을 검토하였다. 이 과정에서 연구자들은 독립적으로 자료를 검색하고 선정하였으며, 최종 선정된 연구로부터 저자 및 발표년도, 연구가 수행된 국가, 연구 설계, 대상자의 나이, 대상자 수, 존엄중재의 특징 및 연구 결과를 추출하여 전자 코딩북에 기록하였다. 자료가 일치하지 않을 경우는 원문을 함께 검토하여 최종 결정하였다.

3) 논문의 질평가

Non-RCT 연구와 단일그룹임상연구인 경우는 한국보건의료연구원에서 개발한 8문항의 RoBANS (Risk of Bias Assessment tool for Non randomized Studies) 질평가 도구로 평가하였다[17]. RCT 연구인 경우 The Cochrane Bias Method Group이 개발한 7문항의 RoB (The Cochrane's Risk of Bias) 도구를 사용하였다. 질평가는 메타분석 연구 경험이 있는 연구자들이 2편 연구에 대해 pilot test를 실시한 후 별도로

각 문항에 대하여 비틀림 위험 낮음(+), 불확실(?), 높음(-)으로 평가한 후 일치되지 않은 문항은 원문을 검토한 후 재평가하였다.

4. 자료 분석 방법

1) 연구논문의 일반적 특성 및 중재 방법

연구논문의 일반적 특성은 빈도, 백분율 및 평균으로 분석하였고, 존엄중재의 중재 제공자, 중재양상(그룹 대 개인), 중재 방법에 대한 1회 중재 시간, 총 적용회수 및 총 적용 주수는 평균을 조사하였다.

2) 존엄중재의 효과크기 산출

중재의 효과크기는 Cochrane Library의 RevMan 5.2.11 프로그램으로 메타분석을 하였다. 분석대상은 동일한 측정도구를 사용한 논문이 3편 이상인 경우에 실시하였고, 하위그룹분석은 2편 이상일 때 수행하였다. 효과크기는 동질성이 확보되지 않은 경우 개별 연구들의 대상자들간 변동과 각 연구들간의 이질성을 고려하여 가중치를 재설정하는 임의효과모형(random effects model)으로 산출하였고, 동질성이 확인된 효과크기의 병합은 고정효과모형(fixed effects model)을 사용하였다[18]. 대상 연구들의 동질성 여부는 Cochrane의 카이제곱검정과 I² 검정을 통하여 확인하였고, I² 값은 이질성이 없을 때 0%가 되며, 30-60%는 중등도의 이질성, 75%이상인 경우는 이질성이 큰 것을 의미한다[18]. 자료입력 시 결과변수 측정을 사후에 2회 이상 실시한 경우는 평균값을 포함하였고, 표준편차는 pooled standard deviation 공식으로 산정하였다.

$$s_p^2 = \frac{\sqrt{(n_1-1)s_1^2 + (n_2-1)s_2^2 + \dots + (n_k-1)s_k^2}}{n_1 + n_2 + \dots + n_k - k}$$

효과크기(effect size [ES])의 통계적인 의미는 전체효과검정과 95% 신뢰구간(CI)으로 판단하였고, 유의수준 5%를 기준으로 하였다. 효과크기의 해석은 ES=0.20-0.50의 효과크기는 '작은 효과', ES=0.50-0.80의 효과크기는 '보통 효과', ES=0.80 이상이면 '큰 효과'를 의미한다[19].

3) 출판편향 및 효과크기에 대한 신뢰도 검증

출판편향(publication bias)을 점검하기 위해 funnel plot(깔때기 그림)을 사용하였는데, funnel plot의 X축은 각 연구에서 측정된 치료 효과를 의미하고 Y축은 해당 연구의 정밀성을 나타내는 척도(표본 수 혹은 표준오차)를 사용해 산점도(scatter plot)를 그린 것이다. 출판편향은 삼각형 모양 내에 연구가 골고루 분포되어 있으면 출판편향이 발생되지 않은 것으로 해석하고, 통계적으로 유의하지 않은 영

역에서 연구들이 결측되어 있으면 출판편향이 있다고 본다[20].

또한, 출판편향에 대한 신뢰도 검증으로 안전계수(Fail-safe number, Nfs)를 $Nfs = N(d - dc)/dc$ 공식으로 계산하였는데, 안전계수가 $5N + 10$ 이상이면 안전하다고 판단한다. 이는 현재까지 출판된 연구의 결과들로 산출된 효과크기가 출판되지 않은 결과들에 의해 효과크기가 유의하지 않게 나타나는 지를 살펴보기 위한 것으로 추가되는 논문수(안전계수)가 큰 경우에는 숨겨진 논문수가 많지 않으므로 메타분석에서 산출된 효과가 신뢰도를 가진 것으로 판정한다[21].

연구 결과

1. 자료선정

국외 자료의 경우 전자DB에서 논문제목과 초록을 통해 총 3,068편이 검색되었고, 2,919편의 중복자료가 제외되고 149편이 되었다. 국내 자료의 경우는 총 673편이 검색되었고, Refworks에서 중복된 자료를 제외한 후 172편이 되었다. 국내외 총 321편 중에서 271편은 선정기준에 적합하지 않아 제외하고 50편의 연구가 1차로 선정되었다. 1차 선정된 50편의 연구는 원문을 검토하였으며, 그 중 국내 연구 7편은 존엄중재가 아닌 연구 및 서술 연구가 6편, 동일 연구 1편으로 제외되었다. 국외의 경우는 존엄중재가 아닌 서술 연구 13편, 존엄중재가 아닌 중재 연구 11편, 결과변수가 관련 없는 연구 3편, 서술 연구 3편, 동일 연구 1편 등 선정기준에 적합하지 않는 연구 31편을 제외하였다. 따라서, 최종 국내 연구 1편, 국외 연구 11편 총 12편이 포함되었다(Figure 1).

2. 존엄중재 연구의 방법론적 질 평가

질평가는 RCT 연구 1편과 Non-RCT 연구 1편에 대하여 pilot test를 실시한 후 시행하였다. Pilot test는 먼저 평가기준을 설명하는 평가틀에 판단기준의 이유를 기술하면서 평가하였다. 연구자간 평가가 달랐던 '참가자 및 연구자의 눈가림' 문항은 연구자간 사전 합의를 통해 이후 연구들을 평가하였으므로 연구자간 평가 일치율은 100%였다.

RCT 논문(6편)의 방법론적 질 평가는 무작위, 배정순서 은폐, 참가자 및 연구자의 눈가림, 결과평가자 눈가림, 불완전한 결과자료, 선택적 결과보고 및 기타 비틀림으로 이루어졌다. 무작위는 모든 연구에서 자세히 기술되어 있었고, 배정순서은폐는 5편 연구(83.3%)에서 자세히 기술되어 있어 비틀림은 낮은 것으로 판단되었다. 참가자 및 연구자의 눈가림, 결과평가자 눈가림 문항은 비틀림이 모두

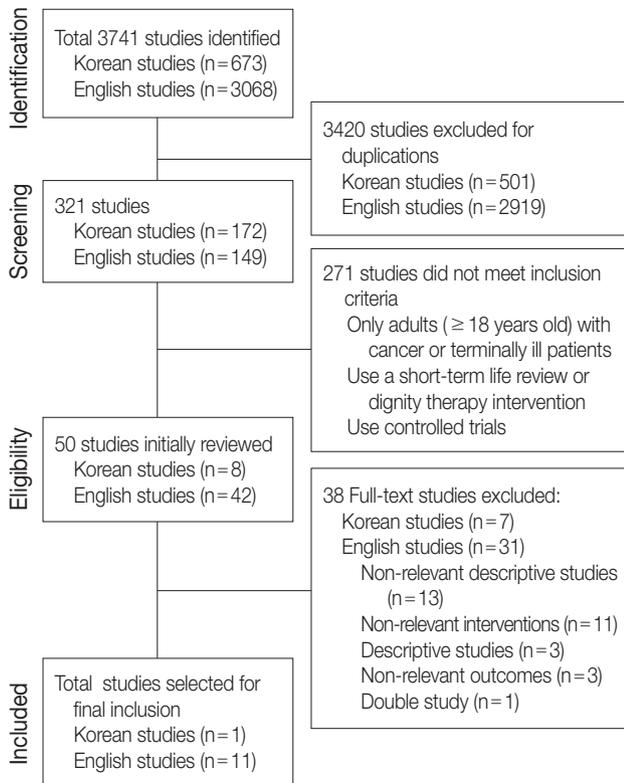


Figure 1. Flow of studies included from database search.

낮은 것(+)으로 판단하였다. 결과평가자의 눈가림 문항은 대부분 (83.3%)의 연구에서 이루어졌다. 탈락비뚤림은 비뚤림 낮음 80%, 비뚤림 높음 20%(실험군과 대조군의 탈락을 차이가 10% 이상)로 판단하였다. 선택적 결과보고는 없었고, 기타 비뚤림에서는 존엄중재에 대한 매뉴얼이 있고, 중재제공자의 전문성(훈련유무)으로 판단하였는데 비뚤림이 낮은 것으로 판단하였다. Non-RCT 연구 2편의 방법론적 질평가에서는 선택 비뚤림(selection bias)을 평가하는 '대상자 비교 가능성', '대상자 선정'에서 비뚤림이 낮았으나 '교란변수' 문항에서 1편(50%)연구에서 다른 병원의 대상자를 선정하여 비뚤림이 높은 것으로 판단하였다. 실행비뚤림(performance bias)에 해당되는 '중재측정'은 1편(50%)연구에서 면담간호사가 측정하였으므로 비뚤림이 높은 것으로 판단하였다. 결과확인 비뚤림(detection bias)의 '결과평가' 문항과 탈락비뚤림(attrition bias)의 '불완전 자료' 문항 및 '선택적 결과' 문항에서 모든 연구가 비뚤림이 없는 것으로 판단되었다. 단일그룹임상연구 4편의 질평가에서는 선택 비뚤림을 평가하는 문항에서 전후 대상자 집단이 동일하고, 중재 후 측정기간이 짧아 자연경과를 배제 할 수 있어 모두 비뚤림이 낮았다. 실행비뚤림에 해당되는 '중재측정'은 구조화된 면담으로 전문가가 실행하여 4편 연구에서 비뚤림이 낮았다. 결과확인 비뚤림의 '결과평가' 문항에서는 2편(50%)의 연구에서 조사자 맹검 유무가 불확실하였으나

이것이 결과에 영향을 주지 않으므로 비뚤림이 없는 것으로 판단되었다. 탈락비뚤림의 '불완전 자료' 문항 및 '선택적 결과' 문항에서 모든 연구가 비뚤림이 없는 것으로 판단되었다.

3. 말기 환자에게 적용한 존엄중재 연구의 특성

본 연구에 포함된 존엄중재 연구 12편의 일반적인 특성은 다음과 같다(Table 1). 연구의 출처는 국내 1편(8.3%), 국외 11편(91.7%)으로 일본에서 발표된 연구가 4편, 캐나다 2편, 포르투갈 2편순으로 나타났다. 연구 설계는 RCT 연구 6편(50%), Non-RCT 연구 2편(16.7%), 단일군 전후설계 연구 4편(33.3%)이었다. 연구 대상자는 말기암 환자가 10편(83.3%)으로 대부분을 나타냈으며, 대상자의 평균나이는 63.8세로 나타났다. 대상자의 존엄중재 후 생존기간은 50.2일로 나타났다. 총 연구 참여자수는 실험군 533명, 대조군 345명으로 총 878명이었으며, 실험군은 평균 44.4명, 대조군 평균 44.1명으로 나타났다. 존엄중재의 중재명은 단기생애회고요법(Short-term life review)으로 명명된 중재가 6편(50%), 존엄요법(Dignity therapy)으로 명명된 중재가 6편(50%)으로 조사되었고, 모든 중재는 개별 중재로 수행되었다. 존엄중재의 제공자는 임상심리사 5편(41.6%), 다학제적 중재제공 3편(25%), 간호사인 경우 2편(16.7%) 및 의사인 경우 2편(16.7%)으로 나타났다. 존엄중재의 적용 주수는 평균 1.9주, 적용횟수 평균 2.86회, 1회 평균 중재시간 48.75분으로 조사되었다. 결과변수는 우울 측정이 9편(75%), 불안 8편(66.6%), 영적안녕 5편(41.6%), 삶의 질 3편(25%), 존엄성 3편(25%)순으로 나타났다. 우울은 HADS로 측정된 연구가 7편, Zung의 우울척도 1편, 1문항으로 측정된 연구 1편으로 나타났다. 불안은 HADS로 7편, 1편의 연구는 1문항으로 측정하였다. 영적안녕은 4편은 FACIT-SP로 측정하였고 1편은 SELT-M (Skalen zur Erfassung von Lebens qualitat bei Tumorkranken-Modified Version)으로 측정하였다. 삶의 질 3편은 1-2문항으로 측정하였다. 존엄성은 PDI (Patient Dignity Inventory)로 측정하였다.

4. 효과크기의 추정

1) 존엄중재가 우울에 미친 효과크기

존엄중재가 우울에 미친 효과를 제시한 9편의 연구 중 2편은 단일 그룹으로 수행되어 메타분석에서 제외하고 7편의 연구로 분석을 실시하였다. 7편의 연구는 이질적인 것으로($\chi^2=23.00, p<.001; I^2=83%$) 나타나 하위그룹분석(subgroup analysis)을 통해 이질성을 탐색하고 효과크기를 분석하였다. 이질성 탐색은 중재유형(존엄요법 vs 단기생애회고요법), 중재제공자(심리사, 간호사, 의사) 및 연구 설계(RCT vs non-RCT)에 따른 하위그룹분석을 실시하였다(Figure 2). 출판편

(N = 12)

Table 1. Descriptive Summary of Included Studies

Study	Country	Participant	Design (survival time-mean)	Mean age (year)	Sample size (n)	Intervention			Control group	Outcomes (Scale)	Results
						Name	Format	Provider			
1. Ahn et al. (2012)	Korea	Terminal cancer	Non-RCT (Unclear)	Exp. (58.6) Cont. (56.6)	Exp. (18) Cont. (14)	Short term life review program	Individual	Nurse	60	Standard care	Spiritual well-being (FACIT), anxiety & depression (HADS) +/+
2. Ando et al. (2006)	Japan	Cancer	Non-RCT (Unclear)	Exp. (54) Cont. (67)	Exp. (15) Cont. (21)	Life review interviews	Individual	Clinical psychologist	60	No treatment	Depression (Zung's scale), self-esteem (Rosenberg's scale) +/+
3. Ando et al. (2007)	Japan	Terminal cancer	One group pre-post (Unclear)	(63)	(12)	Life review interviews	Individual	Clinical psychologist	Unclear	Unclear	QoL (one item), spiritual well-being (SELT-M) +/+
4. Ando et al. (2008)	Japan	Terminal cancer	One group pre-post (67days)	(74)	(30)	Short-term life review interview	Individual	Clinical psychologist	Unclear	Unclear	Spiritual well-being (FACIT-Sp), anxiety & depression (HADS), suffering, happiness (numeric rating scale) +/+ /+ /+
5. Ando et al. (2010)	Japan	Terminal cancer	RCT (Unclear)	Exp. (65) Cont. (64)	Exp. (34) Cont. (35)	Short term life review	Individual	Clinical psychologist	2 weeks	General support	Sense of meaning (FACIT-Sp), anxiety/depression (HADS), good death (NRS) +/+ /+ /+
6. Chochinov et al. (2005)	Canada & Australia	Terminal cancer	One group pre-post (Median 51 days)	(63.9)	(100)	Dignity therapy	Individual	Psychiatrist, nurse, psychologist	2 weeks	None	Suffering, depression, dignity, hopelessness, desire for death, anxiety (single-item instruments) Suffering: +/ depression: +/ others: no diff
7. Chochinov et al. (2011)	Canada, USA & Australia	Terminal cancer	RCT (110 days)	Exp. (64.2) Cont. (66.7)	Exp. (165) Cont. (140)	Dignity therapy	Individual	Psychiatrist, nurse, psychologist	7-10 days	Standard/client-centered care	Spiritual well-being (FACIT), dignity (PDI), anxiety & depression (HADS), quality of life (two items) no diff /+ /no diff /+
8. Hall et al. (2011)	England	Advanced cancer	RCT (218 days)	Exp. (64.9) Cont. (65.3)	Exp. (22) Cont. (23)	Dignity therapy	Individual	Palliative care team	Unclear	Standard palliative care	Dignity-related distress (Dignity inventory), anxiety & depression (HADS), QoL (2 items) no diff
9. Houmann et al. (2010)	Denmark	Advanced cancer	One group (104 days)	(60)	(20)	Dignity therapy	Individual	Psychologist	Unclear	Unclear	Testing the feasibility of dignity therapy Manageable, acceptable & relevant intervention
10. Juliao et al. (2013)	Portugal	Terminally ill	RCT (26.8days)	Exp. (66.5) Cont. (66.5)	Exp. (28) Cont. (31)	Dignity therapy	Individual	Doctor	7-10 days	Standard care	Depression, anxiety (HADS) +/+
11. Juliao et al. (2014)	Portugal	Terminally ill	RCT (25.4days)	Exp. (66.1) Cont. (66.1)	Exp. (39) Cont. (41)	Dignity therapy	Individual	Doctor	7-10 days	Standard care	Depression, anxiety (HADS) +/+
12. Xiao et al. (2013)	Hongkong	Advanced cancer	RCT (Unclear)	Exp. (59.7) Cont. (58.5)	Exp. (40) Cont. (40)	Life review program	Individual	Nurse	3 weeks	Unclear Routine care	Overall QoL (single-item scale), QoL concerns (End-of-life Questionnaire) +/+

Exp.=Experimental group; Cont.=Control group; RCT=Randomized controlled trials; Non-RCT=Non-randomized controlled trial; FACIT-Sp=Functional Assessment of Chronic Illness Therapy- Spiritual Well-Being Scale; HADS=Hospital Anxiety and Depression Scale; SELT-M=Skalen zur Erfassung von Lebensqualität bei Tumorkranken-modified version; NRS=Numeric Rating Scale; PDI=Patient dignity inventory; +=Statistically significant difference between two groups; No diff=No significant difference between two groups.

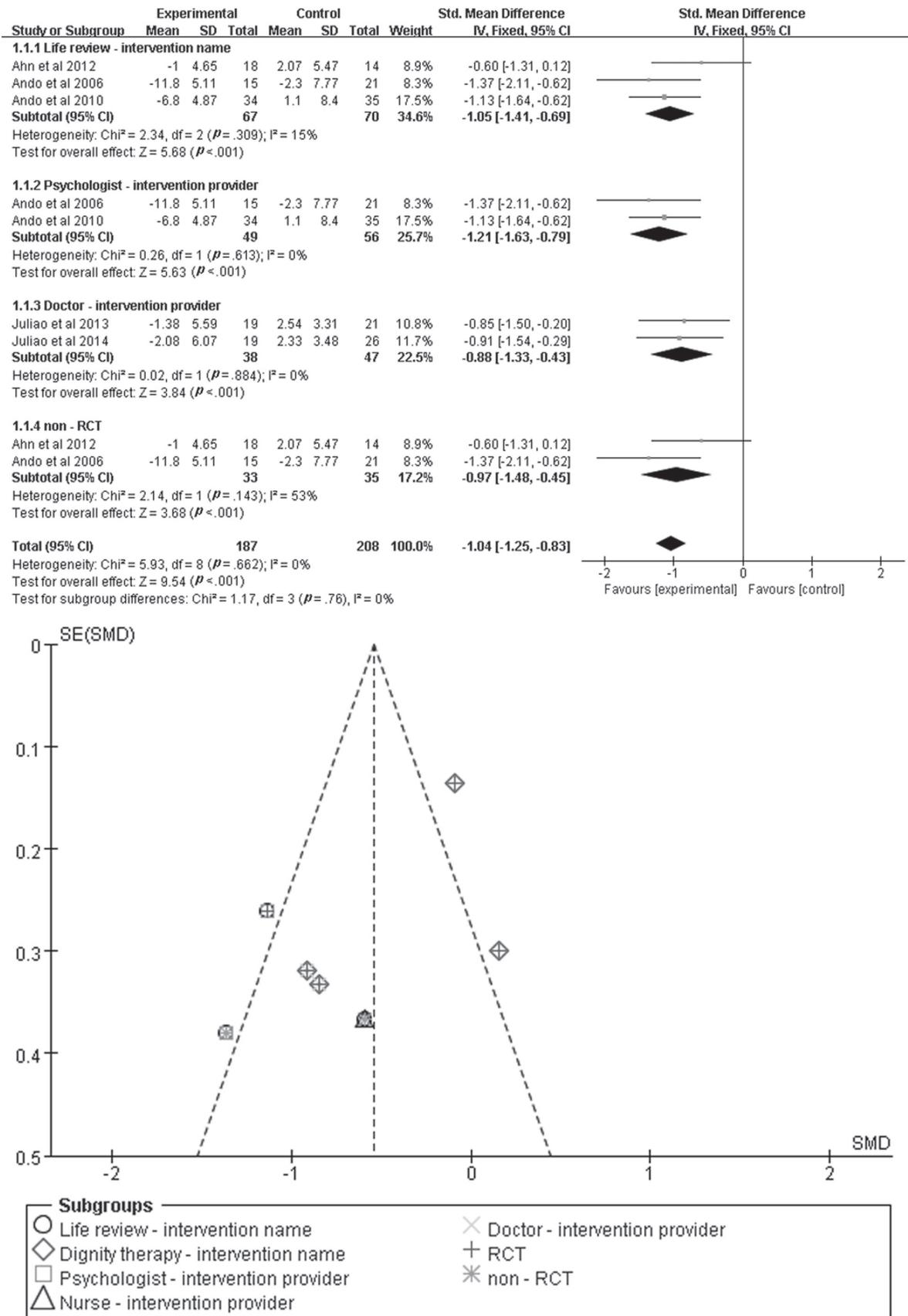


Figure 2. Forest plot of effect size and 95% CI by dignity intervention on depression and funnel plot of effectsizes by standard error.

향은 funnel plot을 살펴본 결과 출판편향은 대체로 없는 것으로 나타났다(Figure 2).

(1) 중재유형(존엄요법 vs 단기생애회고요법)에 따른 존엄중재의 효과크기

본 연구에서 존엄중재의 유형은 단기생애회고요법(n=3)과 존엄요법(n=4)으로 구분되었다. 단기생애회고요법을 시행한 연구 3편은 동질한 것으로($\chi^2=2.34, p=.309; I^2=15\%$) 확인되어 고정효과모형으로 효과크기를 산출하였고, 효과크기는 -1.05 (95% CI: -1.41, -0.69)로 통계적으로 유의하였다($p<.001$) (Figure 2). 안전계수(Nfs)는 12.7로 나타났다. 존엄요법을 시행한 연구 4편은 이질적인 것으로($\chi^2=10.68, p=.013; I^2=72\%$) 확인되어 임의효과모형으로 효과크기를 산출하였고, 효과크기는 -0.38 (95% CI: -0.87, 0.10)로 통계적으로 유의하지 않았다($p=.117$).

(2) 중재제공자(심리사, 간호사, 의사)에 따른 존엄중재의 효과크기

본 연구에서 우울을 결과변수로 하는 존엄중재의 중재제공자는 심리사(n=2), 의사(n=2), 간호사(n=1) 및 다학제팀(n=1)으로 구분되었다. 이들 중 2편 이상의 것을 분석한 결과 심리사가 중재한 경우 동질한 것으로($\chi^2=0.26, p=.613; I^2=0\%$) 확인되어 고정효과모형으로 효과크기를 산출하였고, 효과크기는 -1.21 (95% CI: -1.63, -0.79)로 통계적으로 유의하였다($p<.001$) (Figure 2). 안전계수(Nfs)는 10.1로 나타났다. 의사가 중재한 경우도 동질한 것으로($\chi^2=0.02, p=.884; I^2=0\%$) 확인되어 고정효과모형으로 효과크기를 산출하였고, 효과크기는 -0.88 (95% CI: -1.33, -0.43)로 통계적으로 유의하였다($p<.001$) (Figure 2). 안전계수(Nfs)는 6.8로 나타났다.

(3) 연구 설계(RCT vs non-RCT)에 따른 존엄중재의 효과크기

본 연구에서 우울을 결과변수로 하는 존엄중재의 연구 설계는 RCT 연구 5편과 non-RCT 연구 2편으로 나타났다. 이들 중 RCT 연구의 경우 통계적으로 유의하였으나($p<.001$) 이질적인 것으로($\chi^2=20.70, p<.001; I^2=81\%$) 확인되어 효과크기를 제시하지 않았다. non-RCT의 연구는 동질한 것으로($\chi^2=2.14, p=.143; I^2=53\%$) 확인되어 고정효과모형으로 효과크기를 산출하였고, 효과크기는 -0.97 (95% CI: -1.48, -0.45)로 통계적으로 유의하였다($p<.001$) (Figure 2). 안전계수(Nfs)는 7.7로 나타났다.

2) 존엄중재가 불안에 미친 효과크기

존엄중재가 불안에 미친 효과를 제시한 8편의 연구 중 2편은 단일그룹으로 수행되어 메타분석에서 제외하고, 6편의 연구로 분석을 실시하였다. 6편의 연구는 이질적인 것으로($\chi^2=32.84, p<.001; I^2=88\%$) 나타나 하위그룹분석을 통해 이질성을 탐색하고 효과크기를 분석하였다. 이질성 탐색은 중재유형, 중재제공자 및 연구 설계에 따른 하위그룹분석을 실시하였다(Figure 3). 출판편향은 funnel plot 상에서 다소 있는 것으로 나타났다.

(1) 중재유형(존엄요법 vs 단기생애회고요법)에 따른 존엄중재의 효과크기

본 연구에서 존엄중재의 유형은 단기생애회고요법(n=2)과 존엄요법(n=4)으로 구분되었다. 단기생애회고요법을 시행한 연구 2편은 동질한 것으로($\chi^2=0.67, p=.414; I^2=0\%$) 확인되어 고정효과모형으로 효과크기를 산출하였고, 효과크기는 -1.01 (95% CI: -1.43, -0.59)로 통계적으로 유의하였다($p<.001$) (Figure 3). 안전계수(Nfs)는 8.1로 나타났다. 존엄요법을 시행한 연구 4편은 이질적인 것으로

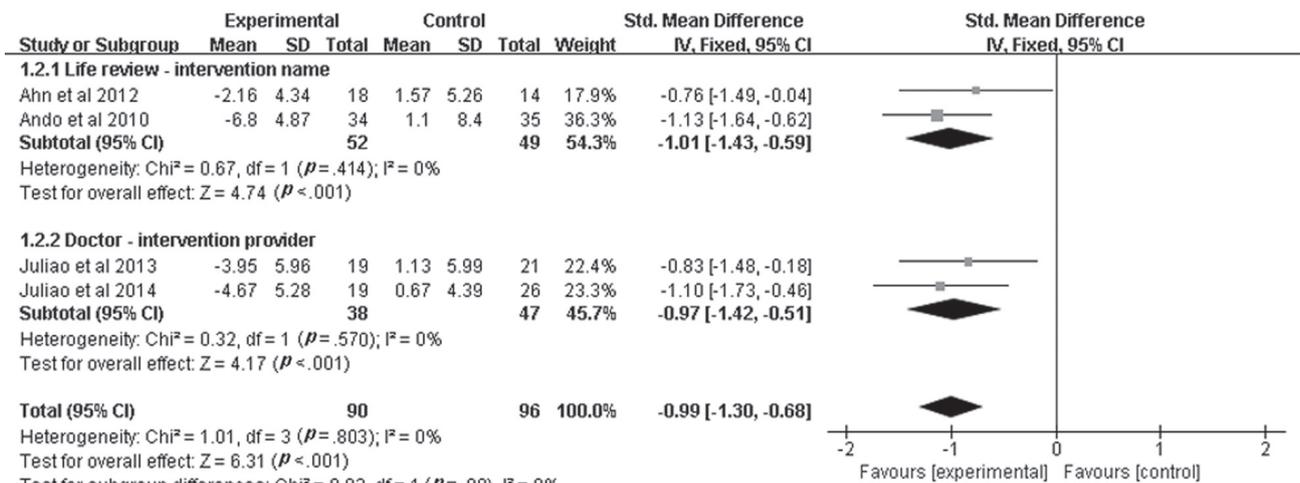


Figure 3. Forest plot of effect size and 95% CI by dignity intervention on anxiety.

($\chi^2=122.02, p<.001; I^2=86\%$) 확인되어 효과크기를 제시하지 않았다.

(2) 중재제공자(심리사, 간호사, 의사)에 따른 존엄중재의 효과크기
본 연구에서 불안을 결과변수로 하는 존엄중재의 중재제공자는 의사(n=2), 심리사(n=1), 간호사(n=1) 및 다학제팀(n=1)으로 나타났다. 이들 중 2편 이상의 연구가 있는 것을 분석한 결과 의사가 중재한 경우 동질한 것으로($\chi^2=0.32, p=.570; I^2=0\%$) 확인되어 고정효과모형으로 효과크기를 산출하였고, 효과크기는 -0.97 (95% CI: -1.42, -0.51)로 통계적으로 유의하였다($p<.001$) (Figure 3). 안전계수(Nfs)는 7.7로 나타났다.

(3) 연구 설계(RCT vs non-RCT)에 따른 존엄중재의 효과크기
본 연구에서 불안을 결과변수로 하는 존엄중재의 연구 설계는 RCT 연구 5편과 non-RCT 연구 1편으로 나타났다. RCT 연구의 경우 이질적인 것으로($\chi^2=37.16, p<.001; I^2=89\%$) 확인되어 효과크기를 제시하지 않았다.

3) 존엄중재가 영적안녕에 미친 효과크기

존엄중재가 영적안녕에 미친 효과를 제시한 5편의 연구 중 1편은 단일그룹으로 수행되어 메타분석에서 제외하고, 4편의 연구로 분석을 실시하였다. 4편의 연구는 이질적인 것으로($\chi^2=77.06, p<.001; I^2=96\%$) 나타나 하위그룹분석을 통해 이질성을 탐색하였으나 동질하지 않아 효과크기를 제시하지 않았다. 그러나 영적안녕의 삶의 의미 영역에 있어서는 3편의 연구가 이질성은 있었으나($I^2=90\%$) 존엄중재로 유의하게 증가되는 것으로 나타났다($ES=-1.64, p=.005$).

논 의

1. 존엄중재연구의 일반적 특성과 질평가

품위 있는 죽음은 말기 환자의 존엄과 삶의 질을 나타내는 척도로 볼 수 있으나 실제 임종을 앞둔 환자의 품위 있는 죽음을 위한 비약물적 중재는 거의 없다. 이러한 현실에서 존엄중재는 2000년대 새로운 심리중재로 제시되었다. 따라서, 본 연구는 호스피스완화 돌봄의 핵심가치인 존엄과 삶의 의미가 중재를 통해 어떠한 효과를 나타내고 있는지 확인하여 존엄중재의 근거기반의 활성화와 추후 연구의 방향을 제시하고자 시도하였다. 본 연구 결과 말기 환자에게 존엄중재를 제공하여 심리적·실존적 디스트레스의 효과를 제시한 연구는 국내 1편, 국외 11편으로 국내를 포함한 9개국에서 수행한 것으로 나타났다. 본 연구에서 존엄중재의 종류는 단기생애회고요법 6편[1]과 존엄요법 6편[4]으로 동일하게 수행되었으나 연구

가 수행된 나라에 있어서는 단기생애회고요법은 아시아권 국가 3개국, 존엄요법은 서구중심의 6개국에서 지속적으로 수행되고 있어 차이가 있었다.

이러한 존엄중재의 연구들은 방법론적인 질 평가에서 비풀림이 낮은 것으로 나타나 연구 결과를 종합하여 제시하는데 적합하였다. RCT 논문의 경우 대상자와 중재자의 눈가림은 심리사회적중재의 특성상 대상자와 중재자가 중재를 받는 군인지 아닌지를 알기 때문에 중재의 질 평가에서 제외하는 연구가 많은데[22], 결과평가자의 눈가림 문항은 중요하게 평가하고 있다. 본 연구에서도 대부분(83.3%)의 연구에서 결과평가자의 눈가림이 이루어져 이에 대한 비풀림은 낮은 것으로 판단되었다. 특히, 본 연구에서는 존엄심리중재의 특성에 따라 기타 비풀림문항으로 중재 매뉴얼 유무와 중재제공자의 전문성(훈련유무)을 추가로 포함하여[23] 분석하였는데 모든 연구에서 중재의 구조화된 체계성을 볼 수 있었다.

2. 존엄중재의 심리적 디스트레스(우울, 불안)와 영적안녕에 대한 효과 크기

본 연구에서 존엄중재가 우울에 미친 효과를 제시한 7편의 연구는 이질적인 것으로($I^2=83\%$) 나타나 이질성을 탐색하기 위한 하위그룹분석을 실시하였다. 하위그룹분석에서 중재 유형과 중재제공자 및 연구 설계에 따라 존엄중재가 우울완화에 유의한 효과가 있는 것으로 나타났다. 중재유형에서는 단기생애회고요법으로 명명한 존엄중재연구에서 존엄중재가 우울완화에 효과크기가 큰 것($ES=-1.05$)으로 나타났다. 또한, 존엄중재를 심리사($ES=-1.21$) 혹은 의사($ES=-0.88$)가 중재한 연구에서 존엄중재가 우울완화에 효과가 큰 것으로 나타났다. 간호사가 중재한 존엄중재연구는 1편으로 수행되어 메타분석 결과를 제시할 수 없으나 개별 연구 결과에서는 존엄중재 군에서 우울완화가 있었으므로 추후 더 많은 연구를 통해 검증될 필요가 있다. 이러한 결과는 존엄중재가 말기 환자들의 삶의 의미와 관련된 기억 혹은 가장 중요한 이슈라고 생각하는 것들을 이야기하고 평가함으로써 삶에 대한 긍정적인 인식과 자아통합을 돕는다[24]는 것을 지지한다. 본 연구에서 분석한 연구편수는 많지 않았으나 본 연구 결과를 의의 없는 것으로 반복시키는데 12.7편(안전계수)이 요구되므로 연구 결과는 대체로 신뢰할 만하다고 판단된다. 본 연구에서 존엄중재는 초기면담부터 사망까지 평균 생존 기간이 50.2일인 대상자에게 적용하여 우울이 감소되는 것으로 나타났다. 이러한 결과는 일반적으로 임종이 가까울수록 심리적 디스트레스가 악화되는 것과는 대조를 이루었다[25]. 이러한 과정에서 중재자는 대상자가 과거로부터 현재에 이르기까지 자신의 연속성을 갖게 하도록 하고 생의 끝(완성)을 받아들이게 하며 생

의 만족감을 느끼도록 돕는다. 우울은 말기 환자의 가장 흔한 심리적 디스트레스로서 자살의 주요 요인이 되며 환자와 가족에게 고통을 가중시킨다[4,26]. 따라서, 심리적 디스트레스가 심한 말기 환자에게 존엄증재를 제공하는 것은 큰 의미가 있다. 특히, 존엄증재의 우울에 대한 효과크기는 암 환자의 심리사회적 증재에서 흔히 활용되고 있는 인지행동증재의 우울효과($ES = -0.85$)보다 큰 것으로 나타났다[9]. 그러나 본 연구 중에는 non-RCT 연구도 포함되어 있어 효과크기가 과대평가되었을 가능성이 있으며 추후 더 많은 연구를 통해 검증할 필요가 있다. 본 연구에서 존엄증재는 증재의 적용 주수는 평균 1.9주, 적용횟수 평균 2.86회, 1회 평균 증재시간 48.75분로 조사되어, 선행 메타분석연구[27]에서 일반 심리사회적증재가 평균 8.4주 기간에 평균 9.1회를 적용하고 1회당 평균 93.4분으로 수행된 것에 비해 매우 단기에 이루어져 말기 환자에게 적합한 증재임을 알 수 있다. 일반적으로 생애회고는 3-12개월에 걸친 면담을 실시하지만[2] 존엄증재의 경우는 말기 환자의 건강악화와 체력적인 부담을 고려해 2회에 걸친 단기증재를 통해 심리적 디스트레스 완화에 효과가 있었다. 본 연구에서 존엄증재는 단기생애회고요법 3편[1]과 존엄요법 4편[4] 있었는데, 분석 결과 우울완화에 단기생애회고요법 증재가 더 큰 것으로 나타났다. 두 증재의 공통점은 존엄성 및 의미에 초점을 두고 단기적 생애회고요법을 적용하는 것인데, 차이점은 단기생애회고요법은 환자의 회고내용을 정리한 후 사진이나 그림을 첨부한 앨범형태로 제공하는데에 있다[1]. 앨범은 1차 증재에서 대상자의 인생회고와 관련하여 나온 주요단어를 기억을 자극하는 방법으로 사진이나 그림을 첨부하는데 이 과정에서 대상자의 적극적인 참여를 유도하고 생의 끝(완성)을 받아들여 하며 생의 만족감을 느끼도록 돕는 것과 관련된다고 생각된다. 그러나 추후 비교 연구를 통해 말기 환자의 심리적 디스트레스 완화에 효율적인 증재 방법을 모색할 필요가 있다.

본 연구에서 존엄증재는 말기 환자의 불안완화에 단기생애회고요법의 존엄증재연구($ES = -1.01$)와 의사가 증재한 연구($ES = -0.97$)에서 효과가 큰 것으로 나타났다. 이들 연구는 연구편수가 적어 일반화하기에는 제한점이 있으나 본 연구 결과를 의의 없는 것으로 반복시키는데 8편(안전계수)의 연구가 요구되므로 연구 결과는 대체로 신뢰할 만하다고 판단된다. 간호사가 증재한 단기생애회고요법의 존엄증재 연구($n=1$)에서도 존엄증재가 불안완화에 유의한 효과가 있는 것으로 나타났으나 메타분석은 2편 이상의 연구를 종합하여 결과를 제시하므로 추후 간호사가 증재하는 더 많은 연구를 통해 제시될 필요가 있다. 말기 환자는 통증이나 호흡곤란과 같은 신체적인 증상과 임박한 죽음으로 인해 불안에 직면하는데[11], 존엄증재는 말기 환자의 인생회고를 통해 조화를 되찾는 기회와 새로운 의미를 발견하는 기회를 제공하고[14], 가치감의 강화 및 지지를 통해 심리

적 불안을 완화시킨것으로 보인다. 이러한 결과는 말기 환자를 위한 심리사회적 증재가 부족한 현실에서 존엄증재는 심리사뿐 아니라 의사, 간호사 등 다양한 전문가가 쉽게 적용할 수 있는 접근으로 해석될수 있어 의의가 있다. 본 연구에서 존엄증재는 말기 환자의 불안보다는 우울완화에 효과가 더 큰 것으로 나타났는데 이는 암 환자에게 적합한 인지행동증재의 메타분석연구[9]에서 심리사회적증재가 우울완화에 효과가 더 큰 것으로 보고한 것과 일치한다.

본 연구에서 존엄증재는 실존적 디스트레스 완화에 통계적으로 유의하였으나 이질성이 있어 종합하여 효과가 있다고 제시하기에는 제한 점이 있다. 본 연구에서 존엄증재의 실존적 디스트레스는 종교적 안녕과 실존적 안녕(삶의 의미)으로 측정되었는데 종교적 안녕에는 유의한 영향이 없었다. 이는 존엄증재는 임종을 앞둔 말기 환자의 삶의 의미를 반추하고 지지하는 것에 초점을 두고 있으나 종교적 측면의 영적증재는 포함하고 있지 않다는 것과 관련된다. 말기 환자는 임종을 앞둔 상황에서 영적요구가 그 어느 때 보다도 높으므로 존엄증재와 더불어 종교적 영적 측면의 증재를 포함시킬 필요가 있다[2]. 영적증재와 심리적 증재는 대상자와 전문가간의 역동적 상호관계와 치료적 과정을 가진 다는 점에서 많은 유사성을 가지고 있으나 심리적 증재는 인간의 내외적 요소와의 관계에서 발생하는 심리적 현상을 중시하고 초월적 존재와의 관계성을 배제하고 있다는 점에서 영적증재와는 분명한 차이를 보이고 있다[28]. 따라서, 본 연구에서의 존엄증재는 초월적 존재와의 관계증진이 포함되지 않은 심리적 증재를 의미한다고 볼 수 있다.

본 연구에서 대상자의 존엄은 표준화된 도구가 부족하고, 이를 측정할 연구가 거의 없어 분석하지 않았으나 개별 연구들에서 조사한 대상자의 만족도에서 존엄증재를 받은 대상자군의 91%에서 만족감을 나타냈고, 76%는 존엄감 증진, 68%는 목적감, 67%는 의미감의 증진을 보고하였다[4].

이상의 결과를 토대로 존엄증재의 치료적 요소는 1) 회고 과정동안 긍정적 부정적 감정을 모두 표현하도록 지지하고, 2) 인생에서 가장 기억하고 싶은 중요한 것을 표현하고 평가하는 기회를 통해 자신의 역할과 가치감과 의미를 갖게 하며, 3) 사랑하는 자들에게 남기고 싶은 말이나 소망하는 것을 표현하고 정리함으로 생애마지막 시기에 자아통합을 이루도록 돕는다고 볼 수 있다[24]. 또한, 말기 환자의 총체적 고통에 대한 “즉시성”과 “관심”이 치료적 요소로 작용한다고 볼 수 있다[29]. 결론적으로 존엄증재는 단기간의 증재로 임종을 앞둔 말기 환자의 우울과 불안을 완화시키고 삶의 의미를 증진시키는 것으로 나타나 말기 환자의 존엄성회복과 삶의 질에 기여할 수 있는 호스피스완화 간호증재로 보여 진다. 총체적 인간 이해에 기초하고 있는 간호학에서는 간호대상자들에게 심리사회적간호를 포함한 전인간호를 목표로 하고 있다. 그러나 실제 간호 실무

에서 심리사회적측면의 간호 비중이 크지 않고 등한시되고 있는 현실이다. 호스피스완화 간호사의 직무분석연구에서 빈도가 가장 높은 일의 요소는 처방에 따른 약물요법 수행 및 부작용 관리하기로 나타났고, 빈도가 가장 낮은 항목은 의미요법 적용 및 사별가족의 재적응 돕기로 나타나 이를 지지하고 있다. 호스피스완화 간호사의 직무는 말기 환자와 가족의 삶의 질 증진과 고통경감 등 호스피스완화 돌봄의 역할이 포함되어 있으므로 교육과정에서도 통증 및 증상관리, 심리사회적 간호, 영적간호, 보완적 중재, 임종 및 사별간호 등의 주제가 포함되어 있다[30]. 본 연구를 통해 존엄중재는 말기 암 환자의 심리적·실존적 디스트레스를 완화시키는 효과가 제시되었으므로 간호 실무에서 조직적으로 존엄중재의 활성화에 초점을 둘 필요가 있다.

본 연구의 제한점은 다음과 같다. 첫째, 국외의 경우는 DB를 통해 검색된 연구만을 선정하여 학위논문은 포함한 회색논문이 포함되지 않았을 가능성이 있다. 둘째, 중재전의 심리적 디스트레스 정도는 중재효과의 매개요인이 될 수 있는데 분석논문에서 이에 대한 언급이 없었다. 셋째, 선택된 연구의 방법론적인 질 평가에서 RCT 연구의 맹검은 중요한 측면인데 존엄중재의 심리사회적중재의 특성으로 인하여 불충분하게 이루어 졌다.

결 론

국내외적으로 말기 환자의 심리적·실존적 디스트레스에 대한 호스피스완화 돌봄이 매우 필요한 시점에서 본 연구는 2013년까지 발표된 국내외의 12편의 존엄중재연구(총 878명)를 대상으로 효과를 분석하고 근거기반 실무의 활성화와 말기 환자의 품위 있는 죽음의 중재 방법으로 제시하고자 하였다. 존엄중재는 새로운 심리중재 방법으로 삶의 말기는 인생의 한 과정이며 이 과정에서 존엄과 의미의 상실이 발생되는데 중재를 통해 수정 가능한 것으로 제시하고 있다. 메타분석 결과 존엄중재는 2회의 중재로 말기 환자의 심리적 디스트레스(우울과 불안)를 완화시키는 것으로 나타나 임종을 앞둔 말기 환자에게 다양한 전문가들이 적용가능한 중재로 평가되었다. 그러나 본 연구 분석에서 non-RCT 연구가 포함되어 있으며, 대상자 크기가 크지 않았으므로 효과크기의 의미를 신중하게 해석할 필요가 있다. 추후 연구에서는 RCT 연구 설계로 말기 환자의 심리적 디스트레스 정도에 따른 효과검증을 시도할 필요가 있다. 특히, 대부분의 연구에서 말기대상자의 특성으로 인하여 대상자 크기가 크지 않았으므로 다기관 연구를 통해 충분한 대상자로 효과를 검증하는 연구가 필요하다. 또한, 실존적 안녕(삶의 의미)에는 통계적으로 유의하였으나 연구들 간에 이질성이 있어 추후 더 많은 연구들로 분석할 필요가 있다.

REFERENCES

1. Ando M, Morita T, Okamoto T, Ninosaka Y. One-week short-term life review interview can improve spiritual well-being of terminally ill cancer patients. *Psycho-Oncology*. 2008;17(9):885-890. <http://dx.doi.org/10.1002/pon.1299>
2. Ahn SH, An YL, Yoo YS, Ando M, Yoon SJ. Effects of a short-term life review on spiritual well-being, depression, and anxiety in terminally ill cancer patients. *Journal of Korean Academy of Nursing*. 2012;42(1):28-35. <http://dx.doi.org/10.4040/jkan.2012.42.1.28>
3. Ro YJ, Kim NC, Lee SM. The present status and the proposals of hospice in Korea. *Journal of Korean Academy of Adult Nursing*. 1996;8(2):338-349.
4. Chochinov HM, Hack T, Hassard T, Kristjanson LJ, McClement S, Harlos M. Dignity therapy: A novel psychotherapeutic intervention for patients near the end of life. *Journal of Clinical Oncology*. 2005;23(24):5520-5525. <http://dx.doi.org/10.1200/jco.2005.08.391>
5. Field MJ, Cassel CK, editors. *Approaching death: Improving care at the end of life*. Washington, DC: The National Academies Press; 1997.
6. Breitbart W, Rosenfeld BD, Passik SD. Interest in physician-assisted suicide among ambulatory HIV-infected patients. *The American Journal of Psychiatry*. 1996;153(2):238-242.
7. Meier DE, Emmons CA, Wallenstein S, Quill T, Morrison RS, Cassel CK. A national survey of physician-assisted suicide and euthanasia in the United States. *The New England Journal of Medicine*. 1998;338(17):1193-1201. <http://dx.doi.org/10.1056/nejm199804233381706>
8. Kim JN, I R. A review of research on the psychosocial interventions for the cancer patients. *The Korean Journal of Health Psychology*. 2008;13(2):329-357.
9. Oh PJ, Lee EA. Cognitive behavioral therapy for psychological distress, self care and quality of life in patients with cancer: A meta-analysis. *Korean Journal of Adult Nursing*. 2013;25(4):377-388.
10. Kim HC. The effect of hospice/palliative care on anxiety, depression and pain in some terminal cancer patient [dissertation]. Gwangju: Chosun University; 2008.
11. Julião M, Barbosa A, Oliveira F, Nunes B, Vaz Carneiro A. Efficacy of dignity therapy for depression and anxiety in terminally ill patients: Early results of a randomized controlled trial. *Palliative & Supportive Care*. 2013;11(6):481-489. <http://dx.doi.org/10.1017/s1478951512000892>
12. Akechi T. Psychotherapy for depression among patients with advanced cancer. *Japanese Journal of Clinical Oncology*. 2012;42(12):1113-1119. <http://dx.doi.org/10.1093/jjco/hys152>
13. Frankl VE. *Man's search for meaning: An introduction to logotherapy*. 4th ed. Boston, MA: Beacon Press; 1992.
14. Jenko M, Gonzalez L, Alley P. Life review in critical care: Possibilities at the end of life. *Critical Care Nurse*. 2010;30(1):17-27. <http://dx.doi.org/10.4037/ccn2010122>
15. Raingruber B. The effectiveness of psychosocial interventions with cancer patients: An integrative review of the literature (2006-2011). *ISRN Nursing*. 2011;2011:638218. <http://dx.doi.org/10.5402/2011/638218>
16. Liberati A, Altman DG, Tetzlaff J, Mulrow C, Gøtzsche PC, Ioannidis JP, et al. The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate health care interventions: Explanation and elaboration. *Annals of Internal Medicine*. 2009;151(4):W65-W94.

17. Kim SY, Park JE, Seo HJ, Seo HS, Son HJ, Shin CM, et al. NECA's guidance for undertaking systematic reviews and meta-analyses for intervention. Seoul: National Evidence-based Health Care Collaborating Agency; 2011.
18. Higgins JPT, Green S, editors. Cochrane handbook for systematic reviews of intervention version 5.0.0. London, UK: The Cochrane Collaboration; 2008.
19. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2nd ed. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates; 1998.
20. Lee J. Meta-analysis. *Journal of Korean Endocrine Society*. 2008; 23(6):361-378. <http://dx.doi.org/10.3803/jkes.2008.23.6.361>
21. Oh SS. Meta-analysis: Theory and practice. Seoul: Konkuk University Press; 2002.
22. Goedendorp MM, Gielissen MF, Verhagen CA, Bleijenberg G. Psychosocial interventions for reducing fatigue during cancer treatment in adults. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2009;1:CD006953. <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD006953.pub2>
23. Ranchor AV, Flear J, Sanderman R, Van der Ploeg KM, Coyne JC, Schroevers M. Psychological interventions for cancer survivors and cancer patients in the palliative phase (Protocol). *The Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2012;1:CD009511. <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD009511>
24. Haber D. Life review: Implementation, theory, research, and therapy. *International Journal of Aging and Human Development*. 2006;63(2): 153-171.
25. Hwang SS, Chang VT, Fairclough DL, Cogswell J, Kasimis B. Longitudinal quality of life in advanced cancer patients: Pilot study results from a VA medical cancer center. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2003;25(3):225-235.
26. Chung C, Lee S, Hwang S, Park E. Systematic review of exercise effects on health outcomes in women with breast cancer. *Asian Nursing Research*. 2013;7(3):149-159.
27. Oh PJ, Jang ES. Effects of psychosocial interventions on cortisol and immune parameters in patients with cancer: A meta-analysis. *Journal of Korean Academy of Nursing*. 2014;44(4):446-457. <http://dx.doi.org/10.4040/jkan.2014.44.4.446>
28. Kang SR. Concept analysis of spiritual care. *Journal of Korean Academy of Nursing*. 2006;36(5):803-812.
29. Chochinov HM, Hassard T, McClement S, Hack T, Kristjanson LJ, Harlos M, et al. The patient dignity inventory: A novel way of measuring dignity-related distress in palliative care. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2008;36(6):559-571. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2007.12.018>
30. Kim BH, Choe SO, Chung BY, Yoo YS, Kim HS, Kang KA, et al. Job analysis for role identification of general hospice palliative nurse. *Korean Journal of Hospice and Palliative Care*. 2010;13(1):13-23.

Appendix. Reviewed Paper List

Ahn SH, An YL, Yoo YS, Ando M, Yoon SJ. Effects of a short-term life review on spiritual well-being, depression, and anxiety in terminally ill cancer patients. *Journal of Korean Academy of Nursing*. 2012;42(1): 28-35. <http://dx.doi.org/10.4040/jkan.2012.42.1.28>

Ando M, Tsuda A, Moorey S. Preliminary study of reminiscence therapy on depression and self-esteem in cancer patients. *Psychological Reports*. 2006;98(2):339-346. <http://dx.doi.org/10.2466/pr0.98.2.339-346>

Ando M, Tsuda A, Morita T. Life review interviews on the spiritual well-being of terminally ill cancer patients. *Supportive Care in Cancer*. 2007;15(2):225-231. <http://dx.doi.org/10.1007/s00520-006-0121-y>

Ando M, Morita T, Okamoto T, Ninosaka Y. One-week short-term life review interview can improve spiritual well-being of terminally ill cancer patients. *Psycho-Oncology*. 2008;17(9):885-890. <http://dx.doi.org/10.1002/pon.1299>

Ando M, Morita T, Akechi T. Factors in the short-term life review that affect spiritual well-being in terminally ill cancer patients. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*. 2010;12(5):305-311. <http://dx.doi.org/10.1097/NJH.0b013e3181e53ae8>

Chochinov HM, Hack T, Hassard T, Kristjanson LJ, McClement S, Harlos M. Dignity therapy: A novel psychotherapeutic intervention for patients near the end of life. *Journal of Clinical Oncology*. 2005;23(24):5520-5525. <http://dx.doi.org/10.1200/jco.2005.08.391>

Chochinov HM, Kristjanson LJ, Breitbart W, McClement S, Hack TF, Hassard T, et al. Effect of dignity therapy on distress and end-of-life experience in terminally ill patients: A randomised controlled trial. *The Lancet Oncology*. 2011;12(8):753-762. [http://dx.doi.org/10.1016/s1470-2045\(11\)70153-x](http://dx.doi.org/10.1016/s1470-2045(11)70153-x)

Hall S, Goddard C, Opio D, Speck PW, Martin P, Higginson IJ. A novel approach to enhancing hope in patients with advanced cancer: A randomised phase II trial of dignity therapy. *BMJ Supportive & Palliative Care*. 2011;1(3):315-321. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjspcare-2011-000054>

Houmann LJ, Rydahl-Hansen S, Chochinov HM, Kristjanson LJ, Groenvold M. Testing the feasibility of the dignity therapy interview: Adaptation for the Danish culture. *BMC Palliative Care*. 2010;9:21. <http://dx.doi.org/10.1186/1472-684x-9-21>

Juliao M, Barbosa A, Oliveira F, Nunes B, Vaz Carneiro A. Efficacy of dignity therapy for depression and anxiety in terminally ill patients: Early results of a randomized controlled trial. *Palliative & Supportive Care*. 2013;11(6):481-489. <http://dx.doi.org/10.1017/s1478951512000892>

Juliao M, Oliveira F, Nunes B, Vaz Carneiro A, Barbosa A. Efficacy of dignity therapy on depression and anxiety in Portuguese terminally ill patients: A phase II randomized controlled trial. *Journal of Palliative Medicine*. 2014;17(6):688-695. <http://dx.doi.org/10.1089/jpm.2013.0567>

Xiao H, Kwong E, Pang S, Mok E. Effect of a life review program for Chinese patients with advanced cancer: A randomized controlled trial. *Cancer Nursing*. 2013;36(4):274-283. <http://dx.doi.org/10.1097/NCC.0b013e318268f7ba>