

## 부산시민이 인식하는 좋은 죽음과 호스피스에 대한 연구\*

백정원<sup>1</sup>, 김숙남<sup>2</sup>‡, 최순옥<sup>2</sup>, 류지선<sup>3</sup>

<sup>1</sup>부산가톨릭대학교 산학협력단, <sup>2</sup>부산가톨릭대학교 간호학과, <sup>3</sup>부산가톨릭대학교 노인복지보건학과

### A Study on the Perception of Hospice Palliative Care and what Constitutes a Good Death of the Citizenry of Busan

Jeong-Won Baik<sup>1</sup>, Sook-Nam Kim<sup>2</sup>‡, Soon-Ock Choi<sup>2</sup>, Ji-Seon Ryu<sup>3</sup>

<sup>1</sup>*Catholic University of Pusan Industry-Academic Cooperation Foundation,*

<sup>2</sup>*Department of Nursing, Catholic University of Pusan,*

<sup>3</sup>*Department of Aging and Social Work, Catholic University of Pusan*

#### <Abstract>

**Objectives** : In this study, the awareness of hospice and the perceptions on the need for visiting palliative care and what constitutes a good death of the citizens of Busan were investigated. The purpose of this study was to develop a hospice system based on the needs of the citizenry of Busan by seeking solutions for current hospice strategies. **Methods** : One thousand Busan citizens from 20 to 80 years of age were surveyed in this study. **Results** : Busan citizens defined a good death as spending less than one month of time in the actual process of dying at home between the ages of 80-89 years. They knew about hospice a little and were aware of its necessity. They also knew about the necessity of visiting palliative care and were interested in receiving it when appropriate but did not know much about it. **Conclusions** : First, there is a large difference between Busan citizens' expectations on what constitutes a good death and what a good death really is. Second, Hospice palliative care should be provided to the community. Third, the older the patient is, the more palliative care visits are necessary. Fourth, 40s and 50s must make preparations for hospice palliative care in their future.

---

**Key Words** : Good Death, Hospice Palliative Care, Busan Citizens

\* 본 연구는 보건복지부의 재원으로 한국보건산업진흥원의 보건의료기술연구개발사업 지원에 의하여 이루어진 것임 (HI14C3399).

‡ Corresponding author : Sook-Nam Kim(snkim@cup.ac.kr) Department of Nursing, Catholic University of Pusan

• Received : May 31, 2016

• Revised : Jun 24, 2016

• Accepted : Jul 15, 2016

## I. 서론

### 1. 연구의 필요성

인간은 누구나 출생 후 성장하며 사망하게 된다. 태어남과 동시에 죽는다는 것은 모든 인간이 경험해야 하는 자연스러운 과정이며, 죽음은 개별 인간에게 일어나는 고유한 사건이자 타인이 대신할 수 없는 지극히 개인적인 사건이다. 따라서 삶이 존엄한 것처럼 죽음 또한 존엄하다. 그러므로 죽음의 존엄성에 대한 고민은 현재의 삶의 모습과 방향에 상당한 영향을 미치며 생의 마지막 순간까지 이어진다[1].

이처럼 죽음의 존엄성과 보편성에도 불구하고 대부분의 인간은 죽음에 대해 무관심하거나 회피하려고 한다[2]. 긍정적인 미래를 상상하며 많은 시간과 노력을 투자하지만 자신의 죽음에 대해서는 시간을 들여 고민하지 않는다. 가족과 친구의 갑작스러운 사망 같은 중대한 사건에 직면하지 않는 한 죽음을 고민하는 기회는 많지 않다. 대중매체에서도 현재를 잘 사는 것(well being<Table 1>에 대한 이야기는 자주 다루어지는 반면, 잘 죽는 것에 대한 언급은 미미하다. 이는 죽음이 각자에게 먼 미래의 모습으로 간주될 뿐만 아니라, 사회적으로도 죽음에 대한 대화나 논의를 터부시하는 문화와 맞물려서 나타난 현상으로 설명된다.

그러나 인간의 수명이 길어지고 죽음 문화의 부재에 관한 문제 인식이 확산되면서 인문학, 사회학, 간호학, 사회복지학 등 다양한 학문에서 '좋은 죽음'을 논의하고자 하는 시도들이 이루어지고 있다. 인문학은 죽음의 본질을 논의하고[3][4], 간호학에서는 좋은 죽음의 준비과정으로서 호스피스완화케어에 집중하며, 사회복지학에서는 사회복지의 궁극적 목적으로서 잘 사는 것이 곧 좋은 죽음과 하나라는 접근을 하고 있다[5]. 이러한 연구들은 공통적으로 행복과 죽음이 별개의 것이 아니라 행복

한 삶의 끝에 행복한 죽음이 있음을 보여준다[6]. 즉, 사람들은 '잘 살기'위해 후회와 미련이 남지 않도록 최선을 다해 살고자 하는 심리적 안녕, 건강을 잘 관리하려는 신체적 안녕, 긍정적인 마음으로 살고자 하는 정서적 안녕들은 결국 잘 죽기 위한 노력과 다름없다.

실제로 한국인에게 좋은 죽음이란 자연사, 70세 이후의 임종, 내가 원하는 임종장소를 선택할 수 있는 것, 빨리 죽는 것(dying suddenly), 가족과의 좋은 관계 유지[7][8] 등을 의미한다. 이는 영국 생애말기 돌봄전략 연구소에서 제시하고 있는 좋은 죽음의 요소인 고통 없이, 익숙한 환경에서, 존엄과 존경을 유지한 채, 가족·친구와 함께 임종을 맞이하는 것과 매우 유사하다. 2015년 죽음의 질 지수 1위를 기록한 영국의 경우 2000년대 초반부터 생애말기 돌봄 전략을 작성하고 호스피스 완화케어 등 다양한 프로그램을 진행하고 있다.

이에 반해, 우리나라는 죽음의 질을 높이기 위한 사회적 활동들이 비교적 미약하다. 대표적인 제도로서 호스피스 서비스가 있지만 이용률은 전체 말기 암환자의 13.8%에 불과 하고[9], 비암성 환자들은 호스피스 서비스에 대한 접근 가능성이 낮은 상태이다. 실질적으로 많은 암환자와 만성질환자들이 병원이 아닌 지역사회 안에서 생활하고 있다는 점을 감안할 때, 호스피스 서비스는 접근용이성도 낮은 편이다. 익숙한 환경에서 죽음을 맞이하는 것이 좋은 죽음의 구성요소라고 볼 때, 호스피스 서비스 또한 익숙한 환경에서 제공될 필요가 있다. 하지만, 대부분의 사람들이 집이 아닌 낯선 병실에서 죽음을 맞이하며, 그 중 일부만 호스피스 서비스의 혜택을 받고 있는 실정이다. 그나마 최근 가정 호스피스에 대한 시범사업이 시행되고[10], 2018년 2월부터는 완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률(웰다잉법)이 시행되면서 좋은 죽음을 준비할 수 있는 기반이 마련되기 시작하였다.

지금까지 좋은 죽음에 대한 인식 및 호스피스 서비스에 대한 요구도를 조사한 연구는 주로 병원에 입원한 암환자 중심으로 진행되어 왔으며, 죽음의 보편성에도 불구하고 호스피스 서비스에 진입하지 못하는 대다수의 시민을 대상으로 조사된 연구는 거의 없었다. 이러한 시점에서 일반시민을 대상으로 좋은 죽음에 대한 인식 및 호스피스 요구도를 파악하는 것은 지역사회 기반 호스피스 서비스 제공 전략을 위한 시사점을 제공할 수 있다는 의의를 가진다.

따라서 본 연구의 목적은 부산 시민이 인식하는 '좋은 죽음'의 의미를 탐색 하고, 호스피스 서비스에 대한 인식 및 방문형 호스피스 요구도를 파악하는 것이다. 또한, 연령에 따른 좋은 죽음 인식 및 호스피스 요구도 차이를 규명함으로써 연령별 서비스 제공 전략을 위한 시사점을 얻고자 한다. 이에 따른 연구 질문은 다음과 같다.

첫째, 부산시민의 좋은 죽음에 대한 인식은 어떠한가?

둘째, 부산시민의 호스피스에 대한 인식은 어떠한가?

셋째, 부산시민의 방문형 호스피스에 대한 요구도는 어떠한가?

넷째, 부산시민의 좋은 죽음 인식, 호스피스 인식, 방문형 호스피스 요구도는 연령별로 차이가 있는가?

## II. 연구방법

### 1. 연구설계

본 연구는 부산광역시민의 좋은 죽음 및 호스피스에 관한 인식을 파악하기 위한 기술적·탐색적 조사이다.

### 2. 연구대상 및 자료수집방법

본 연구는 부산광역시에 거주하는 시민을 모집단으로 설정하고, 행정자치부의 주민등록 인구통계를 기준으로 만 20세부터 만 79세에 해당하는 부산 시민 1,000명을 대상으로 성별, 연령별로 비례 층화표집을 실시하였다. 이 중 인터넷 접근이 용이한 만 20세부터 만 59세까지는 온라인 조사를 진행하였으며, 만 60세부터 만 79세까지는 일대일 면접조사를 진행하였다. 현재 호스피스 관련 업계에 종사하는 경우는 연구대상에서 제외하였다. 자료 수집은 2015년 9월 한 달 간 이루어졌다.

### 3. 연구 참여자에 대한 윤리적 고려

본 연구는 부산가톨릭대학교 생명윤리심의위원회의 승인(CUPIRB-2015-038)을 받았다. 연구 참여자들에게는 응답한 내용이 연구 이외의 목적으로는 사용되지 않는다는 점을 고지하고 자발적인 참여를 위해 개인정보의 비밀 유지 및 익명성 보장에 대해 충분한 설명과 동의 절차를 거쳐 자료를 수집하였다.

<Table 1> Target population and Method

Gender	Age(yrs.)	Online survey				interview survey		Total
		20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	
Male		86	91	102	108	71	37	494
Female		77	87	103	115	76	48	506
Total		162	178	205	223	147	85	1,000

#### 4. 연구도구 및 자료 분석

연구도구는 응답자의 일반적 특성 및 의료적 특성 12문항, 좋은 죽음에 대한 인식 4문항, 호스피스 서비스에 대한 인식 8문항, 호스피스 이용의향 3문항, 방문형 호스피스 요구도 5문항 등으로 구성되었다. 문항은 국민건강보험공단에서 2015년 실시한 전국조사[11]의 설문문항을 토대로 작성되었으며 연구목적에 맞게 수정하여 사용하였다.

수집된 자료는 SPSS 통계패키지 22.0 프로그램을 사용하여 기술통계를 통해 빈도, 백분율, 평균을 보았고, 연령대별 차이는 카이제곱 검정을 실시하였다.

### III. 연구결과

#### 1. 인구사회학적 특성

본 연구의 대상자는 부산 시민 1,000명이며 전체 응답자의 나이의 평균은 46.9세이다. 남성 49.4%, 여성 50.6%의 비율을 나타내고 있다<Table 2>. 연

령별 구성은 20대가 16.2%, 30대가 17.8%, 40대가 20.5%, 50대가 22.3%, 60대가 14.7%, 70대가 8.5%였다. 교육수준별로는 초등학교 졸업이 9.3%, 중학교 졸업 7.3%, 고등학교 졸업 23.3%, 전문대학 졸업 10.9%, 대학교 졸업 43.2%, 대학원 졸업이 6.0%였다. 응답자의 혼인상태는 기혼 62.8%, 이혼 1.3%, 사별 5.1%, 미혼이 30.7%이다. 종교는 불교 30.0%, 천주교 6.3%, 개신교 13.2%, 무교 50.0%로 종교가 없는 사람이 가장 많았다. 종교가 일상에 차지하는 비중에 대한 문항은 전혀없다 28.1%, 거의없다 22.3%, 보통이다 26.3%, 약간 있다 15.4%, 매우 많다 7.9%이다. 가정의 월수입은 200만원 미만인 25.8%, 200-400만원이 35.2%, 400-600만원이 25.9%, 600-800만원이 10.4%, 1,000만원 이상이 2.7%였다.

응답자의 의료적 특성을 살펴보면, 의료보장 형태는 건강보험 가입자가 91.3%, 의료급여 수급자가 8.6%였다. 자신이 건강하다고 응답한 사람은 전체 응답자의 82%이며 건강하지 않다고 응답한 사람은 12.5%였다. 현재 질병을 가지고 있는 응답자는 77.7%, 질병이 없는 응답자는 22.3%였다.

<Table 2> Respondent's sociodemographic and medical characteristics (N=1,000)

Variables		N	%	Variables		N	%
Gender	Male	494	49.4	Religion	Buddhist	300	30.0
	Female	506	50.6		Catholic	63	6.3
Age (yrs.)	20-29	162	16.2		Protestant	132	13.2
	30-39	178	17.8		No religion	505	50.5
	40-49	205	20.5	Not at all important	281	28.1	
	50-64	223	22.3	Not very important	223	22.3	
	65-69	147	14.7	Moderately important	263	26.3	
	70-79	85	8.5	Important	154	15.4	
Education	Elementary school graduate	93	9.3	Very important	79	7.9	
	Middle school graduate	73	7.3	Below 2 million won	258	25.8	
	High school graduate	233	23.3	2-4 million won	352	35.2	
	College degree/ College student	109	10.9	4-6 million won	259	25.9	
	Bachelor's degree /university student	432	43.2	6-8 million won	104	10.4	
Master's degree /graduate school student	60	6.0	Over 10 million won	27	2.7		
Marital Status	Married	628	62.8	Type of medical security	Health insurance	913	91.3
	Divorced	13	1.3		Medical care assistance	86	8.6
	Separation by death	51	5.1		Others	1	1
	Single	307	30.7	Subjective Physical Condition	Not at all healthy	11	1.1
Disease					Not very healthy	114	11.4
					Moderately healthy	363	36.3
				Healthy	457	45.7	
			Very healthy	55	5.5		
			Have	223	22.3		
			Do not have	777	77.7		

## 2. 좋은 죽음에 대한 인식

좋은 죽음에 대한 부산시민의 인식을 묻는 문항은 죽음의 형태, 시기, 장소 및 임종기 기간 등 네 가지로 구성되어 있다<Table 3>.

부산시민이 생각하는 좋은 죽음은 '나이가 들어서 자연스럽게 사망하는 것(95.1%)', '사고로 사망하는 것(1.8%)', '질병으로 사망하는 것(1.7%)'이며 연령에 따른 유의미한 차이는 없는 것으로 나타났다.

좋은 죽음의 시기에 대한 부산시민들은 '80-89세(49.4%)', '70-79세(25.6%)', '90세 이후(19.9%)'의 순으로 응답하였다. 60대 이상 고령자의 65.5%가 좋은 죽음의 시기로 80-89세를 선택한 반면, 20대와 30대, 40대와 50대는 각각 40.9%와 47.4%로 나타나 큰 차이를 보였다.

좋은 죽음을 맞이하는 장소로는 '집(59.8%)', '병원(15.4%)', '호스피스 시설(15.4%)', '요양시설(6.2%)' 순으로 선호되었다. 모든 연령대에서 '집'이라고 응답한 사람이 가장 많지만 연령이 높아질수록 병원이나 요양시설의 비율이 상대적으로 높게 나타났다. 또한 호스피스시설에 대한 선호도는 40-50대가 23.8%로 가장 높은 것으로 나타났다.

좋은 죽음을 위한 적절한 임종 기간은 '1개월 미만(41.2%)', '1~6개월 미만(21.8%)', '예고 없이 갑자기 사망하는 것(18.3%)' 순으로 나타났다. 연령에 따라 적절한 임종 기간에 대한 인식은 통계적으로 유의미한 차이를 보여준다( $\chi^2=131.476$ ,  $p<.001$ ). 60대 이상은 다른 연령에 비해 1개월 미만 혹은 갑작스런 죽음이라고 응답한 비율이 각각 52.1%와 21.7%로 상대적으로 높게 나타났다.

<Table 3> Awareness of good death by age bracket

Variable	N (% of age bracket)				$\chi^2$	
	20s-30s	40s-50s	60s-70s	total		
Type of death	Disease	2(0.6)	8(1.9)	7(3.0)	17(1.7)	28.754
	Accident	10(2.9)	8(1.9)	0(0.0)	18(1.8)	
	Natural causes	316(92.9)	410(95.8)	225(97.0)	951(95.1)	
	Others	12(3.5)	2(0.5)	0(0.0)	14(1.4)	
Age of death(yrs.)	before 60	12(3.5)	2(0.5)	0(0.0)	14(1.4)	53.035***
	60-69	20(5.9)	13(3.0)	4(1.7)	37(3.7)	
	70-79	92(27.1)	119(27.8)	45(19.4)	256(25.6)	
	80-89	139(40.9)	203(47.4)	152(65.5)	494(49.4)	
	after 90	77(22.6)	91(21.3)	31(13.4)	199(19.9)	
Place of death	Home	234(68.8)	249(58.2)	115(49.6)	598(59.8)	69.267***
	Hospital	41(12.1)	46(10.7)	67(28.9)	154(15.4)	
	Hospice facility	40(11.8)	102(23.8)	31(13.4)	173(17.3)	
	Nursing facility	19(5.6)	24(5.6)	19(8.2)	62(6.2)	
	Others	6(1.8)	7(1.6)	0(0.0)	13(1.3)	
Period of Dying	Sudden death	59(17.4)	72(17.1)	52(21.7)	183(18.3)	131.476** *
	below 1 month	100(29.4)	187(44.5)	125(52.1)	412(41.2)	
	1-6 months	78(22.9)	101(24.0)	39(16.3)	218(21.8)	
	7-12 months	44(12.9)	31(7.4)	15(6.3)	90(9.0)	
	13-24 months	28(8.2)	11(2.6)	7(2.9)	46(4.6)	
	25-36 months	6(1.8)	8(1.9)	2(0.8)	16(1.6)	
over 3 years	25(7.4)	10(2.4)	0(0.0)	35(3.5)		

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

### 3. 호스피스 인식

부산 시민의 호스피스 인식과 관련한 내용은 호스피스에 대한 인식, 호스피스 서비스를 받을 의향, 호스피스 서비스 인프라에 관한 의견 등으로 구성되며 <Table 4>와 같다.

먼저, 호스피스에 대한 인식 수준은 전혀 모른다 14.3%, 잘 모른다 34.1%, 어느 정도 알고 있다 44.7%, 매우 잘 알고 있다 6.9%로 나타났다. 연령별로도 유의미한 차이가 있는 것으로 나타났는데 ( $\chi^2=187.517$ ,  $p=0.000$ ), 40~50대에서 호스피스를 안다고 응답한 비율(68.1%)이 다른 집단에 비해 월등하게 높다. 호스피스의 개념을 묻는 질문에는 '치료가 불가능한 말기 환자들의 생명을 연장시켜주는 것' 9.1%, '남은 생을 끝까지 충만하게 살고 편안한 죽음을 맞도록 하는 것' 78.4%, '죽음을 극복하고자 하는 끝없는 노력' 4.3%, '전혀 모르겠다' 8.2%의 응답을 보였다. 연령별로는 60~70대 집단에서 '전혀 모르겠다(16.7%)'는 응답과 '생명을 연장시켜주는 것(20.8%)'이라는 응답의 비율이 다른 집단에 비해 상대적으로 높다( $\chi^2=110.653$ ,  $p=0.000$ ). 호스피스의 필요성에 대한 응답은 '전혀 필요하지 않다' 1.0%, '필요하지 않다' 6.4%, '필요하다' 70.2%, '반드시 필요하다' 19.6%, '잘 모르겠다' 2.8%였다. 40~50대는 필요하다 혹은 반드시 필요하다고 응답한 비율이 92.6%에 이르며 다른 연령대에 비해 높게 나타났다( $\chi^2=42.388$ ,  $p=0.000$ ).

다음으로 호스피스 서비스 이용의향과 관련한 질문을 살펴보면, 호스피스 서비스 이용을 원한다(82.5%)는 답변이 가장 높게 나타났으며 연령별로 차이가 있었다( $\chi^2=66.417$ ,  $p=0.000$ ). 호스피스 서비스를 원한다고 응답한 비율이 가장 높은 연령은 40~50대로 87.9%로 나타났다. 호스피스 서비스를 원하는 이유를 다중응답 분석한 결과 '가족에게 심리적 부담을 주지 않으려고' 23.2%, '가족이나 의미 있는 사람과 함께 있으려고' 13.4%, '삶을 잘

마무리하려고' 28.0%, '가족의 경제적인 부담을 줄이기 위해' 12.8%, '통증으로부터 해방되고 싶어서' 12.4%, '무의미한 생명연장치료를 중단하고 싶어서' 10.3%였다. 호스피스를 받을 의향이 없는 이유에 대해서 다중응답 분석 결과, '비용이 부담 될 것 같아서' 44.7%, '조금이라도 더 살고 싶어서' 8.4%, '죽음에 대한 두려움 때문에' 18.1%, '호스피스 도움 없이 죽음을 잘 준비할 수 있을 것 같아서' 26.2%, '기타' 2.5%였다.

부산시민이 호스피스 서비스를 받고 싶어 하는 장소에 대한 다중응답분석 결과, 2,3차 병원 21.7%, 동네의원 12.0%, 전문요양시설 48.6%, 가정 23.9%, 호스피스전문기관 60.9%, 보건소 8.5%로 나타났다. 호스피스전문병원이 필요하다고 응답한 비율은 87.4%였다. 60~70대는 다른 연령 집단에 비해 불필요하다고 응답한 비율(14.6%)이 상대적으로 높았다( $\chi^2=26.225$ ,  $p=0.001$ ). 우리나라 현실에서 적합한 호스피스 형태로는 호스피스만 하는 동네의원 14.3%, 보건소의 가정방문을 통해 호스피스를 제공하는 유형 13.2%, 종합병원 내에 있는 호스피스를 제공하는 병동의 유형 37.5%, 노인요양병원이나 시설에서 호스피스가 이루어지는 유형 34.8%의 응답이 나타났다. 60~70대는 호스피스만 하는 동네의원을 선호하는 비율(20.8%)이 다른 연령에 비해 상대적으로 높은 반면, 20~30대는 노인요양병원이나 시설에서 호스피스가 이루어지는 유형에 대한 응답비율(28.2%)이 상대적으로 낮게 나타났다( $\chi^2=26.351$ ,  $p=0.001$ ). 호스피스 서비스 제공자로서 선호하는 전문 인력에 대해서 다중응답분석 결과 의사 19.0%, 간호사 28.9%, 사회복지사 20.5%, 종교인 10.4%, 자원봉사자 20.5%로 나타났다. 지역사회의 생애말기에 필요한 서비스에 대해서는 의료지원서비스가 전체응답의 21%, 영적지원서비스가 7.4%, 가족지원서비스가 14.6%, 죽음준비를 위한교육이 15.7%, 경제적·사회적 서비스가 19.1%, 심리적·정서적 서비스가 22.1%의 비율로 나타났다.

A Study on the Perception of Hospice Palliative Care and what Constitutes  
a Good Death of the Citizenry of Busan

<Table 4> Awareness about hospice palliative care service by age bracket

Variable		20s-30s	40s-50s	60s-70s	total	$\chi^2$
Awareness	Not aware at all	37(10.9)	17(4.0)	89(37.1)	143(14.3)	187.517***
	Not well aware	140(41.2)	117(27.9)	84(35.0)	341(34.1)	
	Somewhat aware	133(39.1)	258(61.4)	56(23.3)	447(44.7)	
	Well aware	30(8.8)	28(6.7)	11(4.6)	69(6.9)	
Awareness	Definition					110.653***
	Extension the lives	21(6.2)	20(4.8)	50(20.8)	91(9.1)	
	Preparation for good death	271(79.7)	377(89.8)	136(56.7)	784(78.4)	
	Effort to overcome death	17(5.0)	12(2.9)	14(5.8)	43(4.3)	
Necessity	Unknown	31(9.1)	11(2.6)	40(16.7)	82(8.2)	42.388***
	Not necessary at all	4(1.2)	3(0.7)	3(1.3)	10(1.0)	
	Not necessary	17(5.0)	14(3.3)	33(13.8)	64(6.4)	
	Necessary	251(73.8)	289(68.8)	162(67.5)	702(70.2)	
	Absolutely necessary	54(15.9)	104(24.8)	38(15.8)	196(19.6)	
Intention to receive	Unknown	14(4.1)	10(2.4)	4(1.7)	28(2.8)	66.417***
	Not desired	37(10.9)	19(4.5)	54(22.5)	110(11.0)	
	Desired	271(79.7)	369(87.9)	185(77.1)	825(82.5)	
	Unknown	32(9.4)	32(7.6)	1(0.4)	65(6.5)	
intention to receive services	Reasons for wanting†					-
	to reduce family's caregiving burden	133(49.1)	195(52.8)	104(56.2)	432	
	to be with family or meaningful persons	101(37.3)	108(29.3)	40(21.6)	249	
	To prepare death	172(63.5)	240(65.0)	109(58.9)	521	
	To reduce financial burdens	72(26.6)	117(31.7)	49(26.5)	238	
	To be released from pain	69(25.5)	81(22.0)	81(43.8)	231	
	To stop treatment for life extension	66(24.4)	101(27.4)	25(13.5)	192	
	Financial burdens	36(52.2)	26(51.0)	44(80.0)	106	
Reasons for not wanting†					-	
Wanting to live more	10(14.5)	6(11.8)	4(7.3)	20		
Due to fear of death	19(27.5)	11(21.6)	13(23.6)	43		
	Not necessary	22(31.9)	22(43.1)	18(32.7)	62	
	Others	5(7.2)	1(2.0)	0(0.0)	6	

<Table 4> Awareness about hospice palliative care service by age bracket (Continued)

Variable		20s-30s	40s-50s	60s-70s	total	$\chi^2$
Desired place†	Tertiary care or secondary care	143(42.1)	148(35.2)	136(56.7)	427	-
	Primary care in a community	25(7.4)	32(7.6)	63(26.3)	120	
	Long-term care facility	152(44.7)	224(53.3)	110(45.8)	486	
	Home	97(28.5)	117(27.9)	25(10.4)	239	
	Hospice facility	232(68.2)	244(58.1)	133(55.4)	609	
	Community health center	37(10.9)	26(6.2)	22(9.2%)	85	
	Others	1(0.3)	1(0.2)	0(0.0%)	2	
hospice hospital	Not necessary at all	2(0.6)	2(0.5)	3(1.3)	7(0.7)	26.225***
	Not necessary	24(7.1)	25(6.0)	32(13.3)	81(8.1)	
	Necessary	249(73.2)	292(69.5)	165(68.8)	706(70.6)	
	Absolutely necessary	46(13.5)	84(20.0)	38(15.8)	168(16.8)	
	Unknown	19(5.6)	17(4.0)	2(0.8)	38(3.8)	
infra structure service provider	Local clinic for hospice services	46(13.5)	47(11.2)	50(20.8)	143(14.3)	26.351***
	Home visiting from community health center	48(14.1)	61(14.5)	23(9.6)	132(13.2)	
	Hospice care unit in a hospital	149(43.8)	149(35.5)	77(32.1)	375(37.5)	
	Hospice services in long term care facilities	96(28.2)	162(38.6)	90(37.5)	348(34.8)	
	Others	1(0.3)	1(0.2)	0(0.0)	2(0.2)	
personnel†	Doctor	181(53.2)	131(31.2)	82(34.2)	394	-
	Nurse	222(65.3)	219(52.1)	150(62.5)	591	
	Social worker	137(40.3)	162(38.6)	120(50.0)	419	
	Clergy	46(13.5)	91(21.7)	75(31.3)	212	
	Volunteer	116(34.1)	198(47.1)	104(43.3)	418	
	Others	5(1.5)	4(1.0)	0(0.0)	9	
services†	Medical support	199(58.5)	256(61.0)	166(69.2)	621	-
	Spiritual support	61(17.9)	97(23.1)	61(25.4)	219	
	Support for family	179(52.6)	192(45.7)	60(25.0)	431	
	Education and information	165(48.5)	220(52.4)	79(32.9)	464	
	Social-economic support	198(58.2)	230(54.8)	136(56.7)	564	
	Psychological-emotional support	244(71.8)	307(73.1)	102(42.5)	653	

† Multiple Response \* p<.05, \*\*p<.01, \*\*\*p<.001



#### 4. 방문형 호스피스 서비스 요구도

부산시민의 방문형 호스피스 인지도 분석 결과 <Table 5>, 잘 알고 있다는 응답자가 48.4%, 어느 정도 알고 있다 38.1%, 들어봤지만 잘 모른다 12.6%, 전혀 모른다 0.6%를 차지하였다. 방문형 호스피스 서비스의 이용의향을 살펴보면, 이용하지 않겠다는 의견은 24.3%, 이용할 것이라는 의견은 66.3%였다. 60~70대는 다른 연령에 비해 이용하지 않겠다는 의견이 상대적으로 높게 나타났으며 (40.4%), 통계적으로 유의미한 차이를 보였다( $\chi^2=74.604, p=.000$ ). 방문형 호스피스를 이용할 의향이 없는 이유에 대한 다중응답분석 결과, 가족이 불편할 것 같아서 16.2%, 병원보다 질이 낮은 서비

스를 받을 것 같아서 13.4%, 비용적으로 부담이 될 것 같아서 22.0%, 집에 돌볼 사람이 없어서 11.2%를 차지하였다. 방문형 호스피스 서비스 기관으로 적절한 형태를 묻는 질문에, 집 근처 가까운 의원 31.9%, 보건소가 33.3%, 종합병원 34.8%를 차지해 비슷한 분포를 보였지만, 연령별로는 유의미한 차이를 나타냈다( $\chi^2=35.609, p=.000$ ). 20~30대는 일반 병원을(41.5%), 40~50대는 보건소를(42.1%), 60~70대는 집 근처 의원(38.8%)을 가장 선호하는 것으로 나타났다. 방문형 호스피스를 제공하는 적절한 인력에 대한 다중응답분석 결과 의사 15.7%, 간호사 29.1%, 간호조무사 13.8%, 사회복지사 21.2%, 자원 봉사자 19.8%로 제시되었다.

<Table 5> Needs for visiting palliative care by age bracket

Variable		20s-30s	40s-50s	60s-70s	total	$\chi^2$
Awareness about service	Well aware	137(40.3)	161(38.3)	186(77.5)	484(48.4)	111.038
	Somewhat aware	148(43.5)	189(45.0)	44(18.3)	381(38.1)	
	Not aware	53(15.6)	63(15.0)	10(4.2)	126(12.6)	
	Not aware at all	2(0.6)	7(1.7)	0(0.0)	9(0.9)	
Intention to receive service	Will never use	10(2.9)	7(1.7)	17(7.1)	34(3.4)	74.604***
	Will not use	68(20.0)	61(14.5)	80(33.3)	209(20.9)	
	Will use	211(62.1)	261(62.1)	133(55.4)	605(60.5)	
	Absolutely, will use	15(4.4)	36(8.6)	7(2.9)	58(5.8)	
Reasons for not wanting†	Unknown	36(10.6)	55(13.1)	3(1.3)	94(9.4)	-
	Caregiving burden of family	64(56.1)	75(61.0)	59(59.0)	198	
	Uncertainty in emergency	33(28.9)	31(25.2)	26(26.0)	90	
	Fear of inferior medical care compared with hospital	26(22.8)	14(11.4)	34(34.0)	74	
	Cost burden	39(34.2)	43(35.0)	40(40.0)	122	
	No caregiver at home	23(20.2)	26(21.1)	13(13.0)	62	
Appropriate service provider	Others	6(5.3)	2(1.6)	0(0.0)	8	35.609***
	Local clinic near home	98(28.8)	128(30.5)	93(38.8)	319(31.9)	
	Community health center	101(29.7)	177(42.1)	55(22.9)	333(33.3)	
	General hospital	141(41.5)	115(27.4)	92(38.3)	348(34.8)	
Appropriate service personnel†	Doctor	158(46.5)	106(25.2)	66(27.5)	330	-
	Nurse	219(64.4)	259(61.7)	134(55.8)	612	
	Nurse's aid	88(25.9)	103(24.5)	99(41.3)	290	
	Social worker	151(44.4)	186(44.3)	109(45.4)	446	
	Volunteer	123(36.2)	196(46.7)	98(40.8)	417	
	Others	5(1.5)	2(0.5)	0(0.0)	7	

† Multiple Response \* p<.05, \*\*p<.01, \*\*\*p<.001

#### IV. 고찰

지금까지 좋은 죽음 및 호스피스 서비스에 대한 인식을 조사한 연구는 주로 호스피스관계자(보건인력, 정책인력)에 대한 연구가 주를 이루었고 [12][13][14][15], 잠재적 서비스 대상자인 일반시민들을 대상으로 하는 연구는 부족하였다[5][16]. 이를 보완하기 위해, 본 연구는 지역사회에 거주하고 있는 부산 시민 1,000명을 대상으로 좋은 죽음 및 호스피스에 대한 인식과 서비스 요구도를 파악하고, 연령별 차이를 규명하여 이에 따른 호스피스 서비스 제공 모델 개발의 기초자료로 활용하고자 실시되었다. 본 연구의 주요 분석 결과를 중심으로 논의하면 다음과 같다.

첫째, 부산시민이 생각하는 좋은 죽음과 현실의 사망 형태 간에는 차이가 있으며, 이를 극복하기 위한 정책적 접근이 필요하다. 부산시민이 생각하는 좋은 죽음은 나이가 들어서 자연스럽게 80세-89세 사이에 1개월 미만의 임종기를 가지고 집에서 사망하는 것으로 나타났다<Table 3>. 이러한 결과는 Kim & Lee[8], Kim et al.[6]의 연구에서 좋은 죽음의 요소로서 공통적으로 제시되는 통증 없는 죽음, 가족과 타인에게 부담되지 않는 삶, 자식들의 무탈, 본인 및 주변 사람들에게 부담을 주지 않는 죽음 등과 유사한 의미를 지닌다. 그러나 좋은 죽음의 요소 중 현실적으로 제어 가능한 사망 장소의 경우 현실과 상이하게 나타나고 있다. 2015년 사망통계에 따르면 우리나라 전체 사망자의 74.7%가 의료기관에서 사망하였으며 주택은 15.6%에 불과하였다. 또한 2015년 EIU(Economist Intelligence Unit)가 발표한 세계 죽음의 질 지수 보고서에서 우리나라는 세계 18위에 머물러 좋은 죽음을 위한 정책적 접근의 필요성이 제기하였다.

둘째, 호스피스 서비스가 지역사회로 확대되어야 한다. 필요한 경우 호스피스 서비스를 받겠다는 응답자는 전체 조사 대상의 82.5%로 서비스 욕구

가 매우 높게 나타났다<Table 4>. 그러나 2016년 현재 부산지역의 호스피스 병상은 총 87병상에 불과하여 서비스 이용의향에 비해 인프라가 부족한 실정이다. 한편, 부산 시민이 생각하는 좋은 죽음을 맞이하는 장소는 가정(59.8%), 호스피스시설(17.3%), 병원(15.4%), 요양시설(6.2%) 순으로 나타났는데, 이는 호스피스 서비스가 병원을 벗어나 가정이나 기타 지역사회 내에서 임종할 수 있도록 돕는 방향으로 재편될 필요가 있음을 시사한다. 따라서 호스피스 서비스가 부산시민의 좋은 죽음을 지원할 수 있는 제도로 자리매김하기 위해서는 병원뿐만 아니라 가정, 지역사회의 보건소 및 방문형 호스피스 등의 다양한 서비스 제공형태가 요구된다는 것을 확인할 수 있다. 이는 지역사회와 연계된 가정 호스피스와 해당 병원 기관 등 연계 및 의뢰체계를 담당할 수 있는 재가복지와 연계된 서비스가 필요하다는 Kim[23]의 연구 내용과도 일치한다.

셋째, 고령일수록 방문형 호스피스 제도가 필요하다. 최근 가정 호스피스 제도가 시작되기는 하였지만 방문형 호스피스 제도는 아직 시작단계에 불과하다. 부산시민의 방문형 호스피스 서비스에 대한 인지도는 86.5%로 높은 편이지만 이용의향은 66.3%로 나타났다. 방문형 호스피스 서비스를 이용하지 않겠다는 응답이 가장 높은 연령대는 60~70대이며 주요한 이유로 가족의 부담과 경제적 부담을 꼽았다. 하지만, 다른 연령에 비해 방문호스피스를 위한 적절한 기관으로 집 근처 의원에 대한 선호도가 높았는데 이는 이동성 및 접근성의 문제로 종합병원 등을 이용하기가 불편하기 때문으로 추측된다<Table 5>. 또한, 호스피스 서비스 제공 주체로서 적절한 기관을 묻는 질문에 호스피스서비스를 하는 지역 의원이라고 응답한 비율도 다른 연령에 비해 가장 높게 나타났다<Table 4>. 결국, 가족부담과 경제적 부담의 문제가 해소된다면 고령자일수록 집과 가까운 곳에서 호스피스 서비스

를 받기를 원하는 것으로 설명할 수 있고, 이는 곧 삶의 질, 좋은 죽음과도 연결될 수 있다[24].

넷째, 40~50대 연령층의 호스피스 서비스 욕구에 대한 대응책이 마련되어야 한다. 40~50대 부산 시민은 58.2%가 가정에서 사망하기를 희망하였으며, 호스피스 시설에서 사망하기를 원하는 비율도 23.8%에 이르렀다<Table 3>. 호스피스 서비스에 대한 인식 및 필요성, 이용의향도 다른 연령대와 유의미한 차이를 보이며 가장 높은 수준을 나타냈다<Table 4>. 방문형 호스피스 서비스 이용의향도 다른 연령대에 비해 높았으며, 방문형 호스피스 서비스 제공기관으로 보건소에 대한 선호도가 눈에 띄게 높게 나타났다<Table 5>. 전체적으로 볼 때, 40~50대는 부모세대가 생애 말기에 있거나 이미 사망을 경험하였으며, 본인의 노후를 준비해야 할 시기임을 감안할 때 이들의 서비스 욕구는 실질적 수요와 연결될 가능성이 높을 것으로 예상된다. 따라서 이러한 수요에 대응할 수 있는 호스피스 서비스 및 서비스 전달체계가 적절하게 구축되어야 할 것이다.

다섯째, 호스피스 서비스는 의료지원 뿐만 아니라 다양한 욕구에 대응하여야 한다. 부산 시민들의 호스피스 서비스 요구도에 대응하기 위해서는 호스피스 서비스 부문에서 서비스 제공인력의 다양성 및 전문성을 확보하여야 한다. 일반적으로 호스피스는 말기 환자들을 위한 의료적 서비스의 필요성이 높을 것이라고 인식되지만, 조사 결과에 따르면 의료지원 서비스뿐만 아니라 심리적·정서적 서비스(65.3%), 경제적·사회적서비스(56.4%), 죽음을 위한 준비교육 (46.4%), 가족지원서비스(43.1%), 영적지원서비스(21.9%) 등 다양한 서비스 욕구가 있음을 알 수 있었다<Table 4>. 특히, 심리정서적인 서비스와 더불어 경제사회 서비스에 대한 요구도가 높고 이러한 서비스를 제공하는 전문인력으로 간호사와 사회복지사, 자원봉사자에 대한 요구도가 높은 것으로 나타났다. 따라서 호스피스 완화케어

를 전문으로 하는 간호사, 사회복지사를 양성하고, 전문 인력을 보조하는 호스피스 자원봉사자 양성이 더욱 확대되어야 한다.

여섯째, 좋은 죽음과 호스피스에 대한 교육·홍보가 필요하다. 부산시민의 과반수 이상이 호스피스 서비스에 대해서 알고 있는 것으로 나타났다<Table 4>. 호스피스 서비스를 안다고 응답한 비율은 51.6%로 이는 대국민 인식 조사[22]에서 나타난 58.8%보다는 다소 낮은 수치이다. 또한, 호스피스란 삶을 연장하기 위한 것(9.1%), 죽음을 극복하고자 하는 끝없는 노력(4.3%), 잘 모르겠다는 경우(8.2%) 등 호스피스에 대한 이해가 다소 부족함을 알 수 있다. 따라서 부산시민의 좋은 죽음 지원 및 호스피스 제도 정착을 위해서는 지속적인 홍보와 교육 기회가 제공될 필요가 있으며, 건강보험정책 연구원의 호스피스완화의료 활성화 방안[22]에서도 국민의 인식 개선을 위한 전략 개발의 필요성에 대해 다양한 방안을 제시하고 있다. 특히, 60~70대의 경우 호스피스 서비스에 대한 이해를 높이는 방향의 교육 및 홍보가 필요하며, 대부분의 영역에서 요구도가 높게 나타난 40-50대와 미래세대인 20~30대의 경우 좋은 죽음을 준비할 수 있도록 인식 개선의 방향에서 홍보활동이 요구된다.

## V. 결론

본 연구는 부산 시민의 좋은 죽음 인식 및 호스피스 서비스에 대한 요구도를 분석하여 부산 시민을 위한 호스피스 서비스 모델을 구축하기 위한 기초연구이다. 본 연구를 통해 부산시민이 생각하는 좋은 죽음이란 나이가 들어서 자연스럽게 80세-89세 사이에 1개월 미만의 임종기를 가지고 집에서 사망하는 것임을 확인할 수 있었다. 그리고 부산시민의 과반수 이상이 호스피스에 대해서 알고 있었으며, 호스피스를 좋은 죽음을 위한 준비과정으로 인식하고 호스피스가 필요하다고 생각하는

것으로 나타났다. 호스피스 서비스 이용의향 또한 높고 병원 뿐만 아니라 다양한 곳에서, 간호사, 사회복지사, 자원봉사자 등 다양한 인력으로부터 심리적·정서적 지원, 사회경제적 지원, 영적 지원 등을 받기를 원하고 있었다. 방문형 호스피스에 대해서도 인지도 및 이용의향은 높은 편이었으며 일반 병원 뿐만 아니라 보건소, 집 근처 지역 의원 등을 통해 서비스를 제공받기를 원하는 것으로 나타났다. 60~70대에 비해 40~50대의 호스피스 인식 및 요구도가 높게 나타나 40~50대가 생애 말기에 접어드는 시점에는 실질적 수요가 높을 것으로 예상되었다. 이러한 결과를 바탕으로 호스피스 서비스가 병원에서 벗어나 지역사회로 확대되어야 하며, 고령일수록 방문형 호스피스 제도가 필요하고 40~50대 연령층은 호스피스 서비스 욕구가 높기 때문에 이에 대한 대응책이 필요하다는 것을 시사한다. 또한, 다양한 서비스 전달체계 및 인력 등 인프라 구축과 더불어 부산시민의 좋은 죽음을 위한 홍보 및 교육의 필요성도 제기된다.

본 연구는 호스피스 서비스에 대한 부산 시민 1,000명을 대상으로 조사했다는 점에서는 일 지역의 호스피스 서비스 모델 전략을 세우기 위한 기초자료를 제공한다는 의의를 지닌다. 또한 연령별 차이를 알아봄으로써 연령별 대처전략을 세울 수 있는 시사점을 제공하였다. 하지만 호스피스 서비스 요구도에 영향을 미치는 요인들에 관한 다차원적 분석이 부족하다는 점에서는 연구의 한계가 있다. 따라서 후속연구로서 일 지역 시민의 호스피스 인식 및 요구도에 영향을 미치는 요인들의 영향력을 다차원적으로 분석할 수 있는 연구가 진행되어야 할 것이다.

## REFERENCES

1. I.H. Ku(2012), Philosophical Understanding of Death. *Journal of Biomedical Law & Ethics*, Vol.6(1);49-67.
2. J.Q. Benoliel(1991), Multiple meanings of death for older adults(Ch.8), In Baines, E. M.(Ed), *Perspectives on gerontological nursing*, Newbury Park: Saga, pp.22-47.
3. J.T. Oh(2011), Our Society Lacks Greatly in Understanding Death, *Korean journal of hospice and palliative care*, Vol.4(3);131-137.
4. M.S. Kim(2012), Characteristics of the Korean's Representation and Understanding on Happiness and Good Death, *The Journal of Humanities Studies*, Vol.86(1);307-352.
5. M.H. Kim, G.J. Kwon., Y.O. Lim(2003), Study on 'Good Death' that Korean Aged People Recognize-Blessed Death, *Korean Journal of Social Welfare*, Vol.56(2);195-213.
6. S.M. Kim, Y.J. LEE, E.S. Kim(2003), Attributes Considered Important for a Good Death among Elderly, *Journal of the Korea Gerontological Society*, Vol.23(3);95-110.
7. L.M. Wiles(1993), Nurses' descriptions of death scene, *Journal of Cancer Care*, Vol.2(1);11-16.
8. S. Kim, Y. Lee(2003), Korean nurses' attitudes to good and bad death, life-sustaining treatment, an advance directives. *Nursing Ethics*, Vol.5(2);33-42.
9. Ministry of Health and Welfare of Korea(2011), *Guidelines for home-based cancer patient management project*, Ministry of Health and Welfare of Korea: Seoul, pp.57-59.
10. Ministry of Health and Welfare of Korea, [www.mohw.go.kr](http://www.mohw.go.kr)
11. National Health Insurance(2015), *Hospice and Palliative Care Activation Plan*, pp.1-318.
12. H.J. Lee(2013), A Study on the Nursing Student' Attitude Toward Death and Perception on Hospice Care, *Journal of East-West Nursing Research*, Vol.19(2);88-95.

13. Y.E. Lee, E.J. Choi, J.S. Shin., S.H. Shin(2013), Perception and Knowledge of Hospice Care and Attitude toward Death Held by Medical Professionals from the Same Region in Korea, The Korean journal of hospice and palliative care, Vol.16(4);242-252.
14. M.H. Jang, Y.M. Han, K.E. Yun, Y.H. Yun(2010), The Korean journal of hospice and palliative care, Vol.13(3);143-152.
15. J.H. Kim, C.H. Lim, H.R. Jung(2014), A Study about Hospice Perception of Nursing University Student, Journal of Digital Convergence, Vol.12(2);391-396.
16. Y.R. Han, I.H. Kim(2008), Attitude toward Death and Recognition of Hospice of Community Dwellers, Journal of Korean Academy of Public Health Nursing, Vol.22(1);49-61.
17. N.Y. Han, E.W. Park., Y.S. Cheong, S.M. Yoo., H.J. Yoon(2002), Perception of a Good Death in the Elderly, Korean Journal of Family Medicine, Vol.23(2);769-777.
18. K.M. Shim(2000), A Study on the Hospice Care Perceived by Patients and Health Professions in Koreas, Doctoral Dessetation, Kyung hee University, pp.25-27.
19. H.J. Lee(2003), The Study on attitude of nurses on death and hospice, Journal of Hospice Education, Vol.7(1);87-104.
20. D.H. Moon, M.A. Lee, S.J. Koh, Y.S. Choi, S.H. Kim, C.H. Yeom(1998), Doctor's Attitudes toward Hospice and Palliative Care for Terminal Cancer Patients, Korean journal of hospice and palliative care, Vol.9(2);93-100.
21. H. Kim(2004), Study on the attitudes of families with a terminal cancer, Doctoral Dessetation, Kyung hee University, Seoul, pp.78-80.
22. Y.H. Yoon(2004), Public Attitudes Toward Dying with Dignity and Hospice Palliative Care, Korean journal of hospice and palliative care, Vol.7(1);17-28.
23. G.H. Kim(2011), Hospice for terminal cancer patients, institutionalization of human rights problems in the research, Journal of Welfare for Human Rights, Vol.10;109-150.
24. H.E. Nam, J.W. Baik, J.S. Ryu(2012), The Effects of the College Students' will for the Improvement of Health Playing on Self-Efficacy, Happiness, Life Satisfaction and Leisure Satisfaction, The Korean Journal of Health Service Management, Vol.6(1);173-183.