

호스피스·완화의료 활성화를 위한 대국민 교육프로그램 효과평가

태윤희 (국민건강보험공단)
최영순 (국민건강보험공단)
김지윤 (혜전대학교)
임은실 (대구보건대학교)
이주현 (가톨릭대학교)

1. 서 론

우리나라에서는 전체 사망자의 63.5%가 그리고 암사망자의 74%가 병상에서 사망하고 있다. 영국 경제주간지 Economist 산하 EIU에서 2010년도 OECD 회원국을 포함하여 총 40개국 국민을 대상으로 조사한 죽음의 질(Quality of Death)에서 우리나라는 32위를 차지하였다. 그러나 2015년도 80개국을 대상으로 한 조사에서는 18위를 차지하여 죽음의 질의 상승한 것으로 보여 지나, 실질적으로 임종의 질 지표 중 완화의료 이용자의 비율을 살펴보면, 33위로 전체 사망자의 5.6%로 나타났다. 우리나라의 죽음의 질이 다른 국가들에 비해 현저히 낮게 평가되는 이유는 다양하지만, 말기환자의 대부분이 임종 직전에 병원에서 적극적인 치료를 받고 있으며, 임종이 가까워졌을 경우에 환자나 가족들은 임종 과정에서 나타나는 증상이 무엇인지, 그리고 환자에게 가족들이 어떻게 해 줘야 하는 지 등의 죽음의 과정을 알지 못하는 경우가 많아 죽음이 두렵기 때문이다. 또한 사회문화적인 특성으로 병원에서 환자가 사망하는 경우에는 환자가족들이 최선을 대해 병수발을 했고 ‘효’를 다했다는 인식이 확산된 이유가

* 태윤희, 국민건강보험공단 건강보험정책연구원 부연구위원
고려대학교 경제학과 박사 수료
관심 및 연구 분야 : 호스피스·완화의료, 건강보험 보장성 등

다. 이는 고도산업화로 의료기술과 사회는 발전하였으나 이로 인해 죽음의 과정이 상업화 되고 의료화 되었기 때문이다.

국민건강보험공단에서 2014년도에 실시한 ‘호스피스완화의료 인식도 조사’ 결과에 따르면, 죽음이란 ‘생을 마감하는 것’(30.7%), ‘이별로 인한 슬픔과 상실’(26.3%), ‘모든 것이 끝나는 것’(24.7%)으로 인식하고 있었다. 또한 죽음을 생각할 때에 가장 먼저 드는 느낌이 ‘두려움(59.5%)’인 것으로 조사 되었다. 이와 같이 국민들이 대부분의 생각이 죽음은 두렵고 피하고 싶은 것으로 인식하고 있다. 본 조사에 따르면, 호스피스 활성화를 위해 정부와 공단이 무엇을 해야 하는 지에 대한 역할에 대해 국민의 34.9%가 호스피스에 대한 건강보험 인정과 더불어 호스피스 제도 정착을 위한 교육과 홍보의 강화라고 응답하였다.

호스피스완화의료 활성화를 위한 교육이 필요한 이유는 여러 가지가 있다. 그 중에서 가장 핵심은 죽음에 대한 불안을 없애고 자신의 죽음을 존엄하게 맞이할 수 있는 환경을 선택하도록 돕는 것이다.

우리나라에서는 그간 연구자 또는 민간단체에서 자체적으로 죽음준비교육 프로그램을 개발하여 소속 학생들이나 노인을 대상으로 교육을 시행하여, 사전-사후 검증방법으로 교육의 효과를 측정하였다. 현은민(2005)은 노인 14명을 대상으로, 임찬란과 이기숙(2006)은 노인 16명을 대상으로 교육을 하였다. 그 결과 노인들의 죽음불안이 유의하게 감소하였고 생활만족도는 유의하게 증가하였다. 오진탁과 김춘길(2009)은 60세 이상 고령자 38명을 대상으로 죽음준비교육을 진행하였는데 죽음에 대한 태도와 우울정도가 모두 긍정적으로 증가하였다고 보고하였다. 박지은(2009)과 송양민과 유경(2011)은 60~90명의 노인들을 대상으로 죽음준비교육을 시행한 후에 사전-사후 검정을 통해 정서적 불안과 인지적 수용태도, 생활만족도, 심리적 안녕감 등의 영역에서 유의미한 효과를 확인했다. 김성희와 송양민(2013)은 60세 이상 노인 203명(교육 참여 120명, 비참여 83명)을 모집하여 연구를 진행하였다. 연구 결과 교육 참여자는 죽음불안이 유의하게 감소하였고, 생활만족도와 심리적 안녕감에 있어서도 긍정적으로 영향을 미쳤다고 보고하였다. 이렇듯 죽음준비교육은 마무리에 대한 불안과 우울의 감소와 함께, 생활만족도를 높일 수 있는 교육이라는 것을 방증하고 있다. 이에 본 연구에서는 5개 그룹(20~30대 1그룹, 65세 이상 2그룹, 65세 이하 2그룹)으로 나뉘어 죽음불안과 우울, 삶의 만족도, 호스피스완화의료에 대한 인식도 등이 얼마나 변화될 수 있는지 파악하고자 한다.

2. 대상 및 방법

1) 연구설계

본 연구는 죽음 불안, 우울, 삶의 마무리, 호스피스완화의료에 대한 인식 등의 효과를 검증하기 위한 비동등성 대조군 전후설계를 이용한 유사 실험연구이다.

2) 연구대상 및 표집 방법

본 연구에서는 ‘아름답고 존엄한 나의 삶(Beautiful & Dignity My Life, B&DML)’ 교육은 존엄한 죽음에 대한 사회적 관심을 확대하고, 당하는 죽음에서 맞이하는 죽음으로 국민들의 인식을 제고하기 위해 실시하였다.

연구 대상자 수는 G-power 3.1을 활용하여 실험군 총 45명(그룹당 9명) 대조군 45명을 총 90명이 최소표본으로 결정됨에 따라 교육이 가능한 서울 5개 지역을 대상으로 8주 동안 교육이 운영됨에 따라 중도 탈락률 등을 고려하여 5 그룹에서 120명으로 정하였다.

교육 시작을 위한 준비과정에서 교육의 의미를 설명하고 참여 동의를 받으며 본 연구에 중도 탈락하더라도 시범사업 기간에 수집된 개인정보는 연구목적 이외에 절대 사용하지 않으며, 개인정보보호법 제33조 및 제34조에 의거하여 비밀이 보장됨을 설명서와 동의서에 명시하였으며, 연구대상자 모집 절차는 첫 번째는 국민건강보험공단 서울지역본부와 협의를 통하여 교육이 가능한 5개 지역을 선정한 뒤 해당지역 담당자와 사전 협의하여 교육훈련 운영에 협조해 줄 것을 요청하였다. 두 번째는 본 교육에 대해 보도 자료를 교육이 운영되기 전에 배포하여 교육에 대한 정보를 제공하였으며, 공단 홈페이지에 교육 계획을 팝업창에 게시함으로써 교육의 홍보효과를 높였다. 세 번째는 보도 자료 및 홈페이지 팝업게시판을 확인한 후 자율적으로 교육에 참여할 것을 희망하는 모든 성인을 대상으로 모집하였다. 모집한 결과 서울 5개 지역을 대상으로 교육에 참여의사를 밝힌 156명을 대상으로 개발된 교육 프로그램을 운영하였으며, 효과평가를 위해 사전, 사후I, 사후II 조사를 실시하였다. 대상연령은 65세 이하 2그룹, 65세 이상 2그룹, 20~30대 1그룹을 운영하였다.

3. 연구도구

1) '아름답고 존엄한 나의 삶' 프로그램

교육 운영은 전체 7주로 이루어졌으며, 도입주, 1주~6주로 이루어져 있다. 도입주에는 오리엔테이션 시간으로 교육 프로그램에 대한 소개와 사전조사가 이루어졌다. 연구자가 교육 취지와 교육계획에 대해 설명하고 교육 참여 및 설문 동의서 작성 및 참석자의 자기소개 시간을 가졌다.

'아름답고 존엄한 나의 삶' 교육은 1주차에는 '나의 이야기'를 주제로 '나는 누구인가(1회기)', '삶의 과정(2회기)'에 대한 교육이 시행되었다. 자기 자신을 돌아 볼 수 있는 강의와 참여활동을 통하여 자신의 정체성을 확인하고 자존감 검사 등을 통해 자신의 삶은 자신이 선택하는 것임을 이해한다. 또한 자신의 삶을 되돌아보기 위해서 학습자료에서 제시한 연령대별로 자신의 삶에 대한 곡선을 그려보고, 에릭슨의 발달단계 이론 강의를 듣고 자신의 현재 발달 과정에 대한 지식을 습득한다.

교육 2주차는 '소중한 사람들'을 주제로 '가족, 또 다른 나(3회기)', '친구, 소중한 인연(4회기)'에 대한 강의를 진행하였다. 나의 뿌리인 가족에 대해서 살펴 본다. 남은 생애동안 가족과의 관계 유지 방법에 대해 생각해 본다. 또한 시대변화에 따라 변하는 친구의 역할과 중요성을 인식하고 지나 온 삶 속에서 소중한 마음을 주고 받았던 친구들을 찾아 본다. 소중한 친구가 되기 위한 방법을 알아보고 친구를 위한 버킷리스트를 작성한다.

교육 3주차를 맞아서 '아름다운 내 삶'을 주제로 '최선을 다한 나의 삶(5회기)', '내 삶을 어떻게 마무리 할 것인가?(6회기)'에 대한 강의를 진행하였다. 현재 자신의 삶을 돌아 보고 최선을 다해 살아 온 삶에 대해 의견을 나눈다. 자신의 삶이 30일만 남아 있다면 무엇을 할 것인가에 대해 정리를 해 보는 시간을 갖는다. 또한 삶의 유한하기 때문에 소중하며, 그 마무리 역시 아름답고 존엄해야 하므로 사랑, 용서, 화해가 중요함을 인식한다. 아름다운 마무리는 아름다운 삶이 선행되어야 하며 이를 웰빙, 웰에이징이라고 한다. 웰빙과 웰에이징을 위한 삶을 어떻게 설계할 것인지에 대해 고민하는 시간을 갖는다.

교육 4주차에는 '죽음 이해하기'를 주제로 '죽음의 철학(7회기)', '죽음의 이해, 죽음의 과정, 상실단계(8회기)'에 대해 알아보았다. 선조들의 죽음의 철학을 생각하고 죽음을 성찰하고 죽음준비를 어떻게 할 것인가?에 대해 생각해 보는 시간을 갖는다. 현대의 죽음에 대한 실태를 파악한 후 개선하는 방안에 대해 고민해 보는 시간을 갖는다. 또한 아름답고 존엄한 죽음이 무엇인지에 대해 고민해 보고 죽음의 과정과 상실단계를 이해한다. 상실을 어떻게 극복하는지에 대해서도 알아보는 시간을 갖는다.

〈표 1〉 ‘아름답고 존엄한 나의 삶(B&DML)’ 교육 프로그램 내용

주제	회기	담당 강사	시간	내용
[도입] 오리엔테이션/ 설문조사	소개	연구진	40분	- 과정 오리엔테이션, 교육참여·설문 동의서, 자기 소개
	사전조사		40분	- 설문도구 이용
[1주차] 나의 이야기	1회기	변OO	50분	- 나는 누구인가?
	2회기	김OO	50분	- 삶의 과정(탄생에서 죽음까지) · 에릭 에릭슨의 발달주기
	사진 자서전(1)	연구진	20분	- 부모, 유년시절 사진
[2주차] 소중한 사람들	3회기	이OO	50분	- 가족, 또 다른 나
	4회기	김O	50분	- 친구, 소중한 인연
	사진 자서전(2)	연구진	20분	- 학교 시절, 친구 사진, 결혼사진
[3주차] 아름다운 내 삶	5회기	강OO	50분	- 최선을 다한 나의 삶
	6회기	김OO	50분	- 내 삶을 어떻게 마무리 할 것인가? 사랑, 용서, 화해
	사진 자서전(3)	연구진	20분	- 자녀, 가족사진
[4주차] 죽음 이해하기	7회기	정OO	50분	- 죽음의 철학(유교적, 생사학적, 종교적 관점)
	8회기	강OO	50분	- 죽음의 이해, 죽음의 과정, 상실단계
	시	연구진	20분	- 시 읽기
[5주차] 존엄한 죽음	9회기	안OO	50분	- 임종 과정에서 나타나는 증상
	10회기	김OO	50분	- 존엄한 죽음 준비(연명의료, 호스피스 완화의료)
	사진 자서전(4)	연구진	20분	- 자녀, 조카, 친척 결혼사진
[6주차] 존엄유지를 위한 준비/ 수료식	11회기	최OO	50분	- 유서의 의미, 작성, 장례에 대한 의견서. 사전의료의향서의 의미, 작성
	사진 자서전(5)	연구진	20분	- 현재의 내 모습이 담긴 사진
	사후 조사(1)		50분	- 설문 도구 이용
	수료식			- 수료증, 자서전 전시회

5주차에는 ‘존엄한 죽음’을 주제로 ‘임종과정에서 나타나는 증상(9회기)’,과 ‘존엄한 죽음 준비(10회기)’에 대한 이해를 할 수 있는 강의를 진행하였다. 좋은 죽음에 대해서 이해하고 무의미한 연명의료의 문제점에 대해 고민해 본다. 말기의 의미와 죽음준비를 어떻게 해야 하는지에 대해 생각해 본다. 임종과정에서 나타나는 증상을 이해함으로써 편안한 죽음을 맞이 할 수 있도록 도와준다. 연명의료와 호스피스완화의료에 대해 알아보고 필요성을 인식하는 시간을 갖는다.

교육 6주차에는 ‘존엄유지를 위한 준비’를 주제로 ‘유서의 의미, 장례에 대한 의견서, 사전 의료의향서의 의미(11회기)’에 대한 교육을 진행하였다. 죽음준비의 필요성과 중요성에 대해 인식하고 여생을 어떻게 살아야 할지에 대한 삶의 우선순위와 가치관 재정립의 필요성을 인식한다.

또한 각 주별 주제에 맞는 사진 자서전 작성과 시 읽기 시간을 운영하였다.

2) 설문조사 도구

설문조사는 교육 프로그램 시범사업 전에 사전조사, 교육 프로그램 시범사업이 종료된 직후에 사후I조사, 그리고 교육 프로그램 시범사업 종료하고 1개월 뒤에 조사하는 사후II조사로 이루어졌다.

교육 참여자의 태도와 인식의 변화정도를 파악하기 위해 설문도구는 삶의 의미, 죽음불안, 우울, 호스피스완화의료에 대한 인식, 건강상태, 그리고 일반적인 특성으로 이루어져 있다.

〈표 2〉 사전/사후(II) 설문도구

구분	항목
인구사회학적 특성	성, 연령, 월평균 가구소득, 자격, 결혼상태, 종교 등
삶의 의미	생활, 인생목표, 삶의 만족도 등
마무리에 대한 불안	죽음에 대한 두려움, 죽음생각의 부인
우울	존재의 의미, 고립, 타인에 대한 염려, 능력상실, 부존재 등
호스피스 완화의료에 대한 기본지식	호스피스 완화의료에 대한 인식, 연명의료 등
건강상태	주관적 건강상태, 객관적 건강상태

가. 삶의 의미

일반적으로 삶의 의미란 자신이 위치한 세계에서 자신이 위치한 세계에서 자신의 삶이 가치 있다고 여기는 것이라 하였다(장성욱, 2000). 현대 사회의 급격한 변화는 많은 이들이 자신의 가치를 잃고 구체적인 삶의 목표를 상실한 채 살아가게 만들었다. 실존주의 철학자이자 정신의학자인 Frankl은 삶을 살아가는데 있어서 생의 의미를 갖지 않는다면, 인간이 존재해야 할 이유가 없다고 하였다(Frankl, 1988). 본 연구에서 살펴본 삶의 의미 척도는 Frankl(1988)의 관점을 토대로 최순옥 등(2005)이 개발한 삶의 의미 측정도구를 강경아 외(2007)가 수정한 도구로서 8개 요인, 33문항으로 구성하였다. 문항은 4점 리커트 척도로 점수가 높을수록 삶의 의미 인식정도가 높음을 의미한다. 도구개발에는 간호학과 교수 3인, 박사학위를 소지한

병원 간호과장 1인, 5년 이상의 임상 경험이 있는 간호사 2인이 참여하여 내용 타당도를 검증하였으며 CVI 계수는 80% 이상이었다. 8개 요인은 사랑의 체험(4문항), 목표 추구(5문항), 필요한 존재의 인식(5개 문항), 자기 유한성의 인식(4문항), 만족감(4문항), 관계경험(5문항), 긍정적 사고(4문항), 희망(2문항)으로 구성되었다. 개발 당시의 크론바흐 알파 값은 0.92였다.

나. 마무리에 대한 불안

인간은 태어난 순간부터 필연적으로 죽음을 향해 가는 것이다. 즉, 죽음은 피할 수 있는 것이 아닌 누구에게나 오게 되는 삶의 필연적 요소인 것이다. 하지만 대부분의 사람들은 죽음을 두려워하며, 죽음을 준비하는 것에 대해 소극적이며 회피하려고 한다. 노인을 비롯한 대부분의 사람들은 노화를 경험하게 되면서 자연스럽게 죽음에 대해 지각하게 되지만 동시에 죽음에 대해 불안해하며 부정하기도 한다(최영희 외, 2009).

마무리에 대한 불안은 기피, 혐오 등과 같은 부정적인 태도로서 넓은 의미로 사용되어왔으며, 죽음이 누구에게나 찾아오는 것이기에 갖게 되는 죽음과 관련된 불안 심리이다. 좁은 의미로는 존재의 상실에서 오는 두려움이라 할 수 있다(서혜경, 2008). Erikson(1982)은 노년기에 맞게 되는 죽음불안을 긍정적으로 해결해야할 발달과제로 해석하였다. 노년기에 접어든 노인에게 자신의 죽음에 관한 인식의 정립은 자아통합을 이루기 위한 필수적인 것이지만, 자신의 삶을 후회하고 부정한다면 오히려 죽음불안에 빠질 것이다.

본 연구에서 사용한 마무리에 대한 불안 척도는 전영기(2000)가 Telmper(1970)의 죽음불안 척도(Death Anxiety Scale : DAS)를 변안한 측정도구를 활용하여, 고효진 등(2006)과 주순례(2011)의 연구에서 사용한 4요인 구조로 구성하였다. 총 14문항으로 4점 리커트 척도(정의정, 2012)로 점수가 높을수록 죽음불안이 높음을 의미한다. 본 연구에서는 14문항 중 축약한 6문항으로 분석하였다. 해당연구에서의 크론바흐 알파는 0.80이었다.

다. 우울

우울 정도를 측정하기 위하여 CES-D(Center for Epidemiological Studies -Depression Scale, Radloff, 1977; Andresen, EM., et al, 1994 ; Chou K.L et al, 2004) 단축형을 사용하였다. CES-D는 원래 20문항으로 구성되어 있으나 노인의 응답 부담을 줄이기 위해 10문항으로 구성된 단축형이 개발되었는데 높은 수준의 신뢰도를 지니고 있는 것으로 검증되었다(Andresen, EM., et al, 1994). 이 척도는 리커트식 척도로 조사당시, 과거 1주일간의 우울과 관련된 내용의 문항에 응답하도록 구성되었다. 지난 1주일간의 우울 정도를 “극히 드물다”(0점)에서 “대부분 그랬다”(3점)로 측정하여 점수가 높을수록 우울정도가 높음을 측정하였다. 해당 연구에서의 크론바흐 알파는 0.82이었으며, 본 연구에서는 0.822로 나타났다.

라. 호스피스완화의료에 대한 기본지식

호스피스·완화의료에 대한 기본지식은 2004년(이경식 외), 2008년(한영란 외), 2013년(장윤정 외)도에 호스피스·완화의료에 대한 인식변화를 위해 사용한 설문내용을 사용하였다.

본 연구에서는 호스피스·완화의료에 대한 기본지식으로 사용한 설문문항 수는 13문항이고 크론바흐 알파는 0.518로 나타났다.

〈표 3〉 설문 항목별 문항의 척도

	척도
삶의 의미 (강경아 외 2007)의 삶의 의미 척도	1. 전혀 그렇지 않다 2. 그렇지 않다.
마무리에 대한 불안 (정의정(2012)의 죽음불안 척도)	3. 그렇다 4. 매우 그렇다.
우울 (윤현숙 & 구분미(2009)의 우울척도)	0. 극히 드물다(1일 미만) 1. 가끔 있었다(1~2일). 2. 종종 있었다(3~4일). 3. 대부분 그렇다(5일 이상)

〈표 4〉 내적 일관성 신뢰도 분석

	문항 수	Cronbach α
삶의 의미 (강경아 외 2007)의 삶의 의미 척도	33	0.909
마무리에 대한 불안 (정의정(2012)의 죽음불안 척도)	6	0.625
우울 (윤현숙 & 구분미(2009)의 우울척도)	10	0.822
호스피스 완화의료에 대한 기본지식	13	0.518

4. 결 과

교육프로그램 참여자 156명 중 무응답을 제외시켜 140명이었다. 이 중 사전조사와 사후2조사에 모두 응답한 경우는 91명이었다. 강의가 완료된 직후 사후1조사에 응답하지 않은 응답자를 대조군으로 설정하여 분석하였다. 사전조사에 응답하고 사후1조사에는 응답하지 않았

지만 사후2조사에 응답하였다고 하여 교육을 1회라도 듣지 않은 것은 아니라는 대조군 설정상의 한계점을 가지고 있다.

실험군은 사전조사 후 사후II조사를 실시한 표본수는 61표본으로 최소표본에 맞춰졌으나, 대조군은 30표본으로 당초 예상했던 최소 표본수인 45표본 대상자 수에 미치지 못하는 한계를 가지게 되었다.

1) 일반적인 특성에 대한 동질성 검증

실험군과 대조군의 일반적인 특성은 다음과 같다. 전체 대상자 실험군 60명, 대조군 31명 총 91명이었다. 평균 연령은 56세(16.26)이었으며, 남성 18명(20%)이고 여성이 72명(80%), 유배우자 71명(78.9%)이고 무배우자는 19명(21.1%)였으며, 종교가 있는 경우가 68명(74.7%)이고, 교육수준이 중졸이하가 20명(23.3%), 고졸이 30명(34.9%), 대졸 2명(25.6%), 대학원 이상이 14명(16.3%) 차지하였다.

〈표 5〉 실험군과 대조군의 일반적인 특성의 동질성 검증

		Total (N=140)	experimental (N=61)	control (N=30)	sub total (N=91)	p-value*
		N (%) or Mean ± STD				
age		55.6±17.2	54.1±17.6	59.6±12.9	56.0±17.2	0.1282 †
gender	male	26(18.6)	12(20.0)	6(19.4)	18(19.8)	1.000
	female	114(81.4)	48(80.0)	25(80.6)	73(80.2)	
marital status	spouse	104(74.3)	48(80.0)	24(77.4)	72(79.1)	0.7904
	spouseless	36(25.7)	12(20.0)	7(22.6)	19(20.9)	
religion	yes	111(79.3)	46(76.7)	22(71.0)	68(74.7)	0.6144
	no	29(20.7)	14(23.3)	9(29.0)	23(25.3)	
education level	middle school or less	30(21.4)	11(18.3)	9(29.0)	20(22.0)	0.5451 ‡
	high school	54(38.6)	23(38.4)	10(32.3)	33(36.3)	
	college	38(27.1)	17(28.3)	6(19.4)	23(25.3)	
	MA more	18(12.9)	9(15.0)	6(19.4)	15(16.5)	
income		1041.1±5751	1751.6±8286	329.3±250.4	1277.5±6782	0.3512

* χ^2 -test, † t-test, ‡ Fisher's exact test

실험군과 대조군의 일반적인 특성변수의 동질성 검증하기 위해 t-test, χ^2 -test, 기대빈도 5 이하인 항목인 교육수준에 대해서는 Fisher's exact test를 실시한 결과, 모든 변수에서 유의한 차이를 보이지 않아 동질성이 확인되었다. 월 평균 소득은 실험군에서 아웃라이어 값의 영향으로 표준편차가 크게 나타난 것으로 보인다.

2) 삶의 의미, 마무리에 대한 불안, 우울에서의 동질성 검증

교육 프로그램을 운영하기 전에 실험군과 대조군의 삶의 의미, 마무리에 대한 불안, 우울에서의 동질성 검증을 위해 t-test를 실시한 결과, 교육 실시 전에 삶의 의미는 실험군에서 2.93점이고 대조군에서 3.1점으로 나타나 두 집단에서 유의미한 차이가 있는 것으로 나타났으나, 마무리에 대한 불안은 실험군이 2.51점, 대조군은 2.58점으로 나타나 두 집단에서 유의미한 차이가 없는 것으로 나타났으며, 우울에서도 역시 실험군이 0.72점, 대조군이 0.80점으로 나타나 유의미한 차이가 없는 것으로 나타났다. 따라서 삶의 의미에서는 차이가 존재하지만, 마무리에 대한 불안이나 우울에서 유의미한 차이가 없는 것으로 판단하여 두 집단을 동질적인 집단으로 확인하였다.

〈표 6〉 실험군과 대조군의 삶의 의미, 마무리에 대한 불안, 우울에서의 동질성 검증

	experimental (N=61)	control (N=30)	total	p-value*
	Mean ± STD	Mean ± STD	Mean ± STD	
삶의 의미	3.01±0.33	2.85±0.33	3.05±0.37	0.036
마무리에 대한 불안	2.51±0.40	2.58±0.47	2.53±0.42	0.441
우울	0.99±0.47	1.00±0.52	0.75±0.53	0.878

3) 대국민 교육프로그램의 효과 검증

실험군의 사전조사와 사후1조사의 삶의 의미 변화정도를 살펴보면, 5% 유의수준에서 0.09만큼 증가한 것으로 나타났으나, 마무리에 대한 불안이나 우울은 감소하였지만, 유의한 차이를 보이지 않았다.

〈표 7〉 실험군의 사전/사후 평균 차이검정 결과

	pre-test		post1-test		diff (post1-pre)		p-value*
	Mean	STD	Mean	STD	Mean	STD	
삶의 의미	3.01	0.33	3.10	0.31	0.09	0.34	0.043
마무리에 대한 불안	2.51	0.40	2.47	0.44	-0.04	0.34	0.088
우울	0.99	0.47	0.92	0.54	-0.07	0.51	0.491

〈표 8〉 실험군/대조군의 사전/사후II 평균 차이검정 결과

		pre-test		post2-test		diff (post2-pre)		p-value*
		Mean	STD	Mean	STD	Mean	STD	
삶의 의미	실험군[A]	3.01	0.33	3.23	0.35	0.22	0.40	<0.001
	대조군[B]	2.85	0.33	3.00	0.26	0.15	0.37	0.002
	차이(A-B)	0.16		0.23		0.07		
	p-value*	0.036		0.042		0.920		0.058
마무리에 대한 불안	실험군[A]	2.51	0.40	2.31	0.52	-0.20	0.41	0.001
	대조군[B]	2.58	0.47	2.52	0.50	-0.08	0.45	0.003
	차이(A-B)	-0.07		-0.21		0.12		
	p-value*	0.441		0.882		1.000		0.064
우울	실험군[A]	0.99	0.54	0.55	0.39	-0.44	0.18	<0.001
	대조군[B]	1.00	0.51	1.27	0.33	0.27	0.22	<0.001
	차이(A-B)	-0.01		-0.72		-0.71		
	p-value*	0.878		0.846		0.930		<0.001

실험군과 대조군의 사전-사후조사(II)를 비교분석한 결과, 대조군이 0.15만큼 증가하였지만, 실험군에서 0.22만큼 증가하여 0.07만큼 더 증가하였고 유의수준은 5%수준에서는 유의하지는 않지만 10%수준에서는 유의미한 증가를 보임을 알 수가 있었다. 또한 마무리에 대한 불안에 대해서 실험군이 0.20만큼, 대조군이 0.08만큼 감소하였다. 10%유의수준에서 실험군이 0.12만큼 더 감소했고 유의미한 결과를 도출하였다. 우울에서는 사전조사에 비해 사후2조

사가 대조군에 비해 실험군에서 0.71만큼 더 감소하였고 5%유의수준에서 유의미한 결과를 도출하였다.

4) 호스피스완화의료 인식 변화

호스피스 인식 변화를 살펴본 결과, 사전-사후1-사후2조사 결과를 비교해 보고자 한다.

‘호스피스에 대해서 들어본 적이 있고, 잘 알고 계십니까?’에 대하여 사전-사후 I-사후II를 실시하였다. 교육 프로그램 시범사업 전에 실시한 사전조사에서는 29.4%가 ‘들어봤고 잘 알고 있다’라고 응답한 반면에 교육 프로그램 시범사업 종료 직후에 조사한 사후조사(I)에서는 85.7%로 응답하여 교육 후 56.3%가 상승하였다. 사후조사(II)는 교육이 완료된 후에 1개월이 지난 시점에 진행되었으므로 노인인 경우 기억력 감퇴를 감안해야 한다. 교육이 완료된 후 1개월 후에 조사한 사후조사(II)에서는 교육 직후 조사에 비해 점수가 낮아졌다. 하지만 사후조사(II)와 사전조사와 비교해 보면, 호스피스 완화의료에 대해 ‘들어봤고, 잘 알고 있다’에 대한 응답에서는 27.7%가 증가한 것으로 나타났다.

〈표 9〉 호스피스 완화의료 인식변화

(단위 : 명, %)

호스피스에 대한 인식	pre-test	post1-test	post2-test
1. 들어봤고, 잘 알고 있다.	37(29.4)	66(85.7)	60(57.1)
2. 들어봤지만, 잘 알지 못 한다.	76(60.3)	8(10.4)	44(41.9)
3. 들어보지 못했고, 잘 알지 못 한다.	13(10.3)	3(3.9)	1(1.0)
합계	126(100.0)	77(100.0)	105(100.0)

연령대별로 살펴보면, 20~39세 연령에서는 사전조사에서 4.8%만이 ‘1. 들어봤고, 잘 알고 있다’고 응답하였지만 사후조사(I)에서는 86.7%가 응답하여 교육 후 81.9%가 상승하였다. 40~64세 연령에서는 사전조사에서는 37.5%만이 ‘1. 들어봤고, 잘 알고 있다’고 응답하였지만 사후조사(I)에서는 91.9%가 응답하여 교육 후 54.4%가 상승하였다. 65세 이상 연령에서는 사전조사에서는 30.6%만이 ‘1. 들어봤고, 잘 알고 있다’고 응답하였지만 사후조사(I)에서는 76.0%가 응답하여 교육 후 40.6%가 상승하였다. 연령별 교육 후 효과는 20~39세 연령에서 가장 높게 나타났다. 사후조사(II)에서는 20~39세 연령에서 35.3%, 40~64세 연령에서 71.4%, 65세 이상에서는 48.7%가 ‘1. 들어봤고, 잘 알고 있다’라고 응답하였다. 사전-사후조사(II)를 비교해 보면 20~39세 연령에서 30.5%가, 40~64세 연령에서는 33.9%, 65세 이상 연령에서는 18%가 증가하는 것으로 나타났다.

〈표 10〉 연령별 호스피스 완화의료 인식변화

(단위 : 명, %)

		pre-test	post1-test	post2-test
20~39세	1. 들어봤고, 잘 알고 있다	1(4.8)	13(86.7)	6(35.3)
	2. 들어봤지만, 잘 알지 못 한다	14(66.7)	2(13.3)	10(58.8)
	3. 들어보지 못했고, 잘 알지 못 한다	6(28.6)		1(5.9)
	합계	21(100)	15(100)	17(100.0)
40~64세	1. 들어봤고, 잘 알고 있다	21(37.5)	34(91.9)	35(71.4)
	2. 들어봤지만, 잘 알지 못 한다	33(58.9)	3(8.1)	14(28.6)
	3. 들어보지 못했고, 잘 알지 못 한다	2(3.6)		
	합계	56(100)	37(100)	49(100.0)
65세 이상	1. 들어봤고, 잘 알고 있다	15(30.6)	19(76.0)	19(48.7)
	2. 들어봤지만, 잘 알지 못 한다	29(59.2)	3(12.0)	20(51.3)
	3. 들어보지 못했고, 잘 알지 못 한다	5(10.2)	3(12.0)	
	합계	49(100)	25(100)	39(100.0)

호스피스완화의료에 대한 기본 지식에 대한 13 문항을 실시하였다. 그 중 ‘호스피스완화의료는 말기환자의 통증관리를 위하여 마약성 진통제를 적극적으로 사용한다’의 사전-사후 분석결과, ‘예’라고 응답한 비율이 사전조사에서는 45.9%에서 사후조사(Ⅰ)에서는 69.6%로 응답하여 사후조사(Ⅰ)에서 보다 23.7%가 더 응답하였다. 사전-사후조사(Ⅱ)를 비교분석한 결과, 사후조사(Ⅱ)에서 ‘예’라고 응답한 비율이 12.4% 더 높았다.

<기본지식(3)>

호스피스 완화의료는 말기환자의 통증관리를 위하여 마약성 진통제를 적극적으로 사용한다.

〈표 11〉 호스피스 완화의료에 관한 기본지식(3)

(단위 : 명, %)

기본지식(3)	pre-test	post1-test	post2-test
예	17(45.9)	48(69.6)	35(58.3)
아니오	12(32.4)	16(23.2)	20(33.3)
모르겠다	8(21.6)	5(7.2)	5(8.3)
합계	37(100.0)	69(100.0)	60(100.0)

5. 고 찰

‘아름답고 존엄한 나의 삶(Beautiful & Dignity My Life, B&DML)’ 교육프로그램 운영 결과 삶의 의미, 마무리에 대한 불안, 우울, 호스피스·완화의료에 대한 인식이 개선되는 효과를 가져왔다. 교육 후에 삶의 의미가 증가했고, 마무리에 대한 불안과 우울의 감소를 가져왔다. 또한 호스피스·완화의료에 대한 인식의 변화를 가져왔다. 교육 후 호스피스·완화의료에 대해 ‘들어봤고, 잘 알고 있다’는 응답이 29.4%(사전)에서 85.7%(사후 1)로 약 3배 증가하였으며, 호스피스 완화의료에 관한 기본지식의 올바른 이해도 증가하였다.

국민들은 호스피스·완화의료 서비스가 살아 있는 사람을 대상으로 하는 서비스임에도 불구하고 임종과정에 있는 환자 또는 말기환자를 위한 서비스로 생각하는 경향이 있다. 이런 호스피스·완화의료에 대한 인식의 전환을 위해서는 호스피스·완화의료에 대한 홍보와 더불어 영국, 독일, 대만 등이 웰다잉 교육을 유치원과정부터 대학과정 그리고 일반인을 대상으로 하는 웰다잉 교육과정을 운영하고 있음을 참고하여 우리나라에서도 적극적으로 검토할 필요가 있을 것이다. 호스피스·완화의료에 대한 인식개선과 활성화를 위한 교육 프로그램을 활성화하여 생의 마지막 단계에서 이루어지는 불필요한 의료행위를 막음으로써 국민의 삶의 질 향상은 물론 국민의료비의 효율적인 이용측면에서도 크게 도움이 될 것으로 사료된다.

본 연구를 통해 국민이 보편적으로 접근 가능한 죽음준비교육 프로그램을 개발하고 제시하였다. 이 프로그램을 이용한 교육을 통해서 우리나라 국민이 갖는 죽음에 대한 두려움을 줄일 수 있을 것이다. 무엇보다도 국민은 자신의 ‘존엄한 죽음’, ‘아름다운 죽음’, ‘인간다운 죽음’을 선택할 수 있는 기회를 갖게 될 것이다. 본 연구가 전체 국민을 대상으로 죽음준비교육을 확대할 수 있는 단초를 제공할 수 있을 것으로 기대한다.

참고문헌

- 강경아. 2007. 청소년 대상 생의 의미 측정도구의 신뢰도 및 타당도 검증. 대한간호학회지 제 37권 제 5호, pp.625-634.
- 강경아. 2011. 중년층을 위한 죽음준비교육 프로그램 개발 및 효과. 한국호스피스완화의료학회지 제 14권 제 4호 pp.204-211.
- 계소신. 2012. “고령 한국인의 사망 장소에 영향을 미치는 요인”, 석사학위 논문, 서울대학교 보건대학원.
- 고승덕, 김은주, 김영규. 1999. 노인의 죽음준비교육이 죽음의 불안도에 미치는 요인분석 연구

- 구. 보건교육·건강증진학회지 제 16권 2호 pp.81~92.
- 김귀분. 1978. 노인들의 죽음에 대한 태도 조사 연구. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 8(1), 85-98.
- 김성희, 송양민. 2013. 노인죽음교육의 효과 분석. *보건사회연구*, 33(1), 190-219.
- 김숙남, 최순옥, 이정지, 신경일. 2005. 죽음교육이 대학생의 죽음에 대한 태도와 생의 의미에 미치는 효과. *보건교육·증진학회지 제 22권 제 2호* pp.141-153.
- 김형숙. 2012. 『도시에서 죽는다는 것』, 뜨인돌.
- 노석균. 2013. 웰다잉(Well-dying)을 위한 죽음준비교육과 사회복지사의 역할. *남서울대학교 대학원 아동청소년복지학과 석사학위논문*. 40-45
- 박지은. 2009. 죽음준비교육이 노인의 죽음에 대한 정서, 인지, 행동에 미치는 효과. *사회복지 실천*, 8(단일호), 79-109.
- 박진홍. 2007. 죽음 준비교육 프로그램의 효과성 분석. *목원대학교 대학원 사회복지학과 석사학위논문*. pp.15-19
- 방선자. 2012. 죽음준비교육이 죽음에 대한 태도에 미치는 영향에 관한 연구. *인제대학교 사회복지대학원 석사학위논문*. pp.16-22
- 안향란. 1999. 노인의 죽음에 대한 태도와 영향을 미치는 요인과 죽음준비교육 프로그램 개발. *정신간호학회지 제 8권 1호* pp.44-68.
- 서혜경. 2008. 성별과 배우자 유무가 죽음불안도 4가지 세부영역에 미치는 영향에 관한 연구. *노인복지연구*. 제39권 1호 pp249-271.
- 송양민, 유경. 2011. 죽음준비교육이 노인의 죽음불안과 생활만족도, 심리적 안녕감에 미치는 효과 연구, *한국노인복지학회* 54, 111-134.
- 오진탁, 김춘길. 2009. 죽음준비교육이 노인의 죽음에 대한 태도와 우울에 미치는 효과. *한국 노년학* 제 29권 1호 제 65호 pp.51-69.
- 오진탁. 2008. 웰다잉 전문강사 양성프로그램 모색. *한림대학교 생사학 연구소 웰다잉세미나 자료집*, 49-69.
- 윤매옥. 2009. 죽음준비교육 프로그램이 성인의 죽음, 불안 영적 안녕 및 삶의 의미에 미치는 효과. *지역사회간호학회지*, 20(4), 513-521.
- 오진탁. 2014. 죽음, 어떻게 이해할 것인가. *한림대학교 출판부*. p.143-164
- 윤현국, 윤영호, 오상우, 고희정, 허봉렬. 2001. 한국인의 사망 장소와 관련된 요인. 『*가정의학 회지*』, 22권 7호, pp 177-85.
- 이경식 외. 2004. 품위있는 죽음과 호스피스·완화의료에 대한 일반 국민들의 태도. *한국호스피스완화의료학회*. 제7권 제1호. pp. 17-28
- 이기숙. 2001. 중, 노년기 가족 대상의 ‘죽음대비 교육 프로그램’ 개발을 위한 예비적 고찰.

- 신라대학교 사회과학 연구소. 사회과학연구. 제5호.
- 이윤주, 조계화, 이현지. 2006. 죽음 교육 모형 탐색. 아시아교육연구. 7(3). 121-138
- 임송자. 2012. “죽음준비교육이 죽음에 대한 태도와 죽음불안 및 삶의 만족도에 미치는 영향”, 박사학위논문, 호서대학교 벤처전문대학원.
- 임찬란. 2006. 죽음준비교육 프로그램의 개발과 평가. 신라대학교 사회복지대학원 가족상담학과 석사학위논문. pp. 18-23
- 장성욱. 2000. 노인의 생애의 의미에 대한 연구. 한국간호과학회. 제 30권 2호 pp. 259-271.
- 장신화. 2009. 성인의 죽음준비교육에 관한 연구. 한양대학교 행정자치대학원. 석사학위논문 28-37
- 장윤정 외. 2013. 말기암환자 완화의료 지원사업 평가 및 중장기 계획 수립. 보건복지부 전병술 역. 2001. 죽음, 그 마지막 성장, 傅偉勳 (1993), 死亡的尊嚴與生命的尊嚴, 서울: 궁리.
- 정의정. 2012. 웰다잉을 위한 프로그램의 효과분석. 벤처창업연구 제 7권 제 2호 통권24호, 189-194.
- 정재걸. 2010. 삶의 완성을 위한 죽음교육. 한국방송통신대학교 출판부. 서울. pp. 27-35.
- 조유향. 1994. 호스피스. 서울: 현문사.
- 조원규 편저. 2015. 웰다잉의 이해와 실천. 책과 나무. pp. 359-392
- 최순옥, 김숙남, 신경일, 이정지. 2005. 생의 의미 측정도구의 개발 II. 대한간호학회지, 35(5), 931-942.
- 최영순, 최정규, 태윤희, 김지윤, 김정덕. 2014. 『호스피스 완화의료 활성화 방안』, 국민건강보험공단 건강보험정책연구원.
- 최영순, 태윤희, 김지윤, 임은실. 2015. 『호스피스 완화의료 활성화를 위한 대국민 교육 프로그램 개발』, 국민건강보험공단 건강보험정책연구원.
- 최영희, 신경림, 김옥수, 고성희, 공은숙. 2009. 노인과 건강(4th ed.). 현문사.
- 한영란, 김인홍. 2008. 말기 암 환자의 삶의 질과 주 돌봄자의 부담감에 관한 보건소 호스피스사업의 효과. 『농촌의학, 지역보건』, pp. 59-70
- 현은민. 2005. 노인 죽음준비교육 프로그램 개발에 관한 연구. 한국가족관계학회지, 10(2), 31-56.