

죽음에 대한 말기 암환자와 가족의 주관성*

이 은 주**·김 분 한***

I. 서 론

1. 연구의 필요성

인간은 죽어가는 과정을 통하여 상실감 및 신체적, 심리적, 사회경제적, 영적으로 큰 혼란을 초래할 수 있으며, 가족 또한 복잡하고 두려운 심리상태와 반응을 나타내고 견디기 힘든 어려운 상황에 처할 수 있으므로 한 인간이 죽음을 어떻게 맞이하느냐는 그의 생애에 중요한 과제라 할 수 있다(Kim, Chon, & Kang, 1997-b). 죽음에 대한 이해와 의미는 죽음을 실존적으로 경험하는 한 개인의 상황적 조건에 영향을 받는다. 즉, 죽음의 형태, 가치관, 종교, 성장발달수준, 사회적 지위, 삶의 의지와 방법, 관습, 독립성의 수준, 건강, 교육수준, 인과관계 등 여러 가지 요인에 의해 죽음에 대한 이해와 의미는 달라진다(Kim, 2002).

말기 환자는 죽어가는 과정을 통하여 신체적, 정서적, 사회적 상실감을 체험하게 되며 많은 두려움과 절망감으로 무기력해질 뿐 만 아니라 외적인 도움이나 활동을 필요로 하는 심리적인 요구에 접하게 된다(Ro, 1988). 또한 대부분의 말기 암환자들이 임종을 앞둔 마지막 2-3개월 동안은 심한 고통 속에서 지낼 뿐 아니라 곁에서 이

를 지켜보는 가족이나 주위사람들에게는 암과 죽음에 대한 공포감 내지 부정적인 정서로 인해 깊은 상처로 남는 경우가 허다하다(Kim, 2001). 말기 암환자의 죽음에 대한 태도로, 41.6%가 죽음은 내세이거나 평화로운 휴식이라며 긍정적인 반응을 보였으며, 43.1%가 죽음은 모든 것의 끝이라고 부정적인 반응을 보였고 대상자의 12.3%는 알 수 없는 신비의 세계라고 반응하였다(Kim, 1989).

일반환자 가족보다 말기환자 가족이 자신의 죽음에 대한 공포, 타인의 죽음에 대한 공포가 높으며, 두려움 또한 높은 수준으로 나타났다. 이는 말기환자 가족이 가족 구성원의 죽음 속에서 심한 두려움을 느끼고 아울러 자기 자신의 죽음을 고민하는 것으로 볼 수 있다(Lee, 1992). 특히 배우자인 경우에는 장기적인 투병생활로 인한 재정적 부담감, 심리적 안녕의 상실, 의료 구조적 모순을 심각하게 겪고 있었으며, 환자의 질병이 심각해짐에 따라 죽음에 대한 회피, 두려움, 죽음을 준비해주어야 한다는 부담감을 가지고 있었다(Choi, 1999).

가족은 상호 의존적이며, 한 구성원의 변화는 다른 가족 구성원의 변화를 초래한다. 따라서 가족은 다양한 방식으로 질병 과정에 영향을 끼치며, 질병의 발생은 가족 체계의 구조와 기능을 변화시킨다(Ramsey & Lewis,

* 2005년도 한양대학교 대학원 석사학위 논문임
** 한양대학교 간호학과 시간강사(교신저자 E-mail: esther1053@hanmail.net)
*** 한양대학교 간호학과 교수
투고일 2006년 7월 20일 심사회의일 2006년 7월 20일 심사완료일 2006년 11월 14일

1990). 또한 죽음에 직면한 말기 암환자와 그들을 돌보는 가족들은 신체적, 정서적, 사회적, 영적으로 서로간의 밀접한 상호작용을 하고 있다. 그러므로 죽음에 대한 태도도 서로에게 다양한 영향을 줄 것으로 사료된다. 그러나 국내 연구는 임종과 관련하여 환자의 경험(Kim, 1989; Lee, 1995; Choi, 1995; Lee et al., 1998; Jeon, 2003; Kim, 2004), 가족의 경험(Chang, 1998; Choi, 1999; Park & Hyun, 2000; Ahn, 2004) 등의 연구로 환자와 가족을 개별화하여 진행된 연구가 대부분이다.

이에 본 연구는 Q 방법론을 이용하여 말기 암환자와 가족을 대상으로, 죽음에 대한 의미를 유형화하고 그 특성을 설명하여 환자와 그 가족간의 죽음 유형에 대한 관련성을 비교 분석함으로써 호스피스 환자 및 가족의 간호중재를 위한 기초 자료를 제공하고자 한다.

2. 연구의 목적

본 연구의 목적은 죽음에 대한 말기 암환자와 가족의 유형을 규명하고 특성을 비교·분석하여 호스피스 간호중재를 위한 기초 자료로 제공하기 위함이며, 이에 따른 구체적인 목적은 다음과 같다.

- 1) 죽음에 대한 말기 암환자의 유형을 분류하며 유형별 특성을 파악한다.
- 2) 죽음에 대한 가족의 유형을 분류하며 유형별 특성을 파악한다.
- 3) 죽음에 대한 말기 암환자와 가족의 유형별 관련성을 비교·분석한다.
- 4) 말기 암환자와 그의 가족의 유형별 특성을 비교·분석한다.

II. 연구 방법

1. P-표본 선정

본 연구의 P 표본 선정기준은 O시 호스피스 관리사업 센터에 등록되어 있으며 가정에서 생활하고 있는 말기 암환자와 가족을 대상으로 하였다. 대상자는 Q 표본을 읽고 이해할 수 있으며 Q 분류를 할 수 있는 30세 이상의 성인으로, 본 연구에 참여하기를 동의한 말기 암환자 21명과 가족 19명(가족 12명, 연구 대상자인 말기 암환자의 가족 7명)으로 총 40명을 편의표집하였다. 면

담은 연구자가 직접 가정에 방문하여 실시하였으며, 연구기간은 2005년 4월 11일에서 5월 18일까지였다.

2. Q-표본 구성

죽음 의미에 대한 Q 표본으로 Kim, Kim과 Tak (1997-a)이 선정한 진술문 40개를 그대로 사용하였다.

Q 카드는 5×8cm의 크기로 Q 표본으로 선정된 진술문을 기입하여 대상자들이 한 장씩 선택하여 분류할 때 편리하게 사용할 수 있도록 제작하였다. Q 표본의 분포도는 대상자들이 40개의 진술문을 자신의 주관성에 따라 중요도에 맞추어 0을 중심으로 9점 척도상에 분류하여 정규분포에 좌우대칭이 되도록 준비하였다.

3. Q-sorting

말기 암환자는 연구자가 40개 진술문의 내용을 천천히 읽어준 후 대상자의 의견에 따라, 긍정, 중립, 부정으로 나누어 분리한 뒤 가장 부정하는 진술문과 가장 긍정하는 진술문을 먼저 놓도록 하였으며, 모든 분류가 끝난 뒤 면담을 통하여 가장 부정하는 진술문과 가장 긍정하는 진술문의 선택 이유를 설명하도록 한 후 연구자가 기록하였다.

가족은 자신이 진술문을 읽고 자신의 의견에 따라 긍정, 중립, 부정으로 나누어 놓도록 하였으며, 모든 분류가 끝난 후 가장 부정하는 진술문과 가장 긍정하는 진술문에 대한 선택이유를 대상자가 직접 기록하도록 하였다.

가족 중에서 연구대상자인 말기 암환자와 그의 가족인 경우에는 환자와 같은 장소에서 연구자가 설명을 한 후에 위의 방법과 같이 Q-sorting하였다.

4. 자료처리 및 분석 방법

P 표본으로 선정된 총 40명(환자 21명/가족 19명)에 대한 자료수집이 완료된 후 수집된 자료를 컴퓨터로 말기 암환자와 가족을 각각 코딩하였다. 코딩은 Q-표본분포도에 기록된 진술문항번호를 확인하여 가장 부정하는 경우는 1점(-4)으로 시작하여 2점(-3), 3점(-2), 4점(-1)까지이며, 중립은 5점(0), 6점(+1), 7점(+2), 8점(+3), 그리고 가장 긍정하는 경우는 9점(+4)을 부여하여 점수화하였다.

자료의 분석은 PC QUANL을 이용하여 말기 암환자

(21명)와 가족(19명)을 각각 처리하였으며, Q요인 분석은 주요인 분석방법(Principal Component Factor Analysis)을 이용하였다.

유형은 Eigen value 1.0 이상을 기준으로 요인 수를 다양하게 입력시켜 산출된 결과 중 최선이라고 판단된 유형을 선택하였다. 적합한 문항을 선정하기 위해 Z-score를 사용하였다.

Ⅲ. 연구 결과

1. 말기 암환자

1) 유형 분석

말기 암환자의 죽음유형에 대한 결과는 4개의 유형으로 분석되었으며, 이 4개 유형은 전체 변량의 52%를 설명하고 있고 각 유형별 설명력은 제 1유형이 27%, 제 2유형이 12%, 제 3유형이 8%, 제 4유형이 5%였다 <Table 1>. 총 21명의 대상자 중 제 1유형은 7명, 제 2유형은 6명, 제 3유형은 5명, 제 4유형은 3명으로 분류되었다 <Table 2>.

<Table 1> Eigen value, variance and cumulative percentage

	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4
Eigen Value	5.6671	2.4750	1.7219	1.0703
Total Variance	.2699	.1179	.0820	.0510
Cumulative Variance	.2699	.3877	.4697	.5207

<Table 2> Z-scores among factors

(N=21)

NO	Q-Statement	Factor			
		Factor 1 (n=7)	Factor 2 (n=6)	Factor 3 (n=5)	Factor 4 (n=3)
1	When and where die is a matter of fate.	.6	.4	.9	-.2
2	Without financial ability, we're better off dead.	-.1	-.9	.5	-.7
3	Death is the end and there is no life after death.	-.2	-1.9	.2	.9
4	Dying in a car accident or through an incurable illness is a pre-destined fate.	-.2	-.6	.0	.5
5	It's best to die at the peak of my life.	-1.8	-1.5	.0	-1.3
6	My own death is one of the things I don't like to think about.	.3	.4	-2.3	-.3
7	Whenever I die, I'd like to die instantaneously and painlessly.	2.5	1.0	2.2	2.1
8	Funeral rites or commemoration ceremonies should be carried out with dignity as a way of showing respect to the deceased.	-.1	.4	.6	-.5
9	If I go into a coma, I'd like to tell people beforehand not to put me in intensive care.	.9	.5	1.2	1.4
10	A person has the right to commit suicide.	.4	-2.2	-.3	1.2
11	It's better for family members or friends rather than the doctor to tell the patient about dying.	1.2	.6	1.2	-1.2
12	It's worthless to dedicate one's life to a faith or to justice.	-.4	.7	-.3	-.0
13	The existence of life after death stems from the fantasy of people longing to live eternally.	.4	-1.3	.2	-.1
14	A person has the right to commit suicide.	-.7	-1.1	-1.3	-1.6
15	When a person has cancer or an incurable illness it's better not to tell them the truth.	-1.5	-1.0	-1.3	-1.6
16	A minister rather than the doctor should talk to a person facing death.	-.3	1.5	-.1	.3
17	Death and life after death are the useless thoughts of irresponsible people.	-.6	-.5	-.8	.0
18	Modern medicine has tried to prevent and cure human diseases as well as to extend lives, but has failed.	-.2	-.0	.4	.1
19	Death is the end of life's agonies.	.4	-.3	.8	1.8
20	A fear of death is a mental state of neurotic or narrow-minded people.	-.6	-.1	-.1	.2
21	Suicide is the responsibility of negligent family members or society.	.4	-.1	-.2	-1.1
22	If I have a fatal illness, I wouldn't want my doctor to tell me.	-.7	-.8	-.6	-.8
23	I believe a person who does a lot of good in this life will be blessed in the next life, and a person who does badly will be punished.	-1.1	.2	.6	.2

<Table 2> Z-scores among factors(continued)

(N=21)

NO	Q-Statement	Factor 1 (n=7)	Factor 2 (n=6)	Factor 3 (n=5)	Factor 4 (n=3)
24	A person's body will die but not the spirit.	.6	2.1	-.3	.4
25	Patients in a lot of pain with no chances of recovery should not be given an easy way out, no matter what the family says.	-.6	.2	-2.4	-2.1
26	People say life is worth living but it's a fact that life is empty.	1.5	-.1	.8	-.4
27	As long as we're alive, there's no need to think about death; we just have to live earnestly.	.5	1.0	-.2	.3
28	A person's life is in essence noble, so it's better to get rid of the death penalty.	-1.6	-.6	-1.2	-1.4
29	A person so old as to be a burden to those around him is better off dead.	.3	.4	-.5	1.2
30	A person facing death should be given the chance to talk openly about it to his/her family, doctor, or minister so that they can prepare for it.	-.1	1.3	.6	-.0
31	Only religion can save a person from the fear of death.	-2.3	1.5	-1.0	1.0
32	Everyone experiences death once in their lifetime so it's nothing to fear.	1.3	1.6	1.2	1.8
33	It's not good for children's future to witness death.	-.2	-.1	-.5	.3
34	A hospital is the best place for a person to die because it's convenient for family members.	.0	.5	.7	.9
35	It scares me to think about the mental suffering that accompanies death(anxiety, fear, sadness about leaving).	.8	-1.5	-.7	-1.4
36	I will donate my organs(eyeballs, cornea, heart, kidney, etc.) to other people.	.8	.4	-1.0	-.2
37	If I contract a fatal illness, I'll try everything to cure it.	2.0	-.1	-.9	.9
38	I'll leave clear instructions on what to do after I die.	.3	.9	1.0	-1.0
39	I often think about dying.	-.0	.8	2.4	-.4
40	If I am dying, it's probably a punishment for my sins.	-1.8	-1.5	-.2	-1.2

2) 유형별 특성

(1) 제 1 유형: 삶 애착형

제 1유형의 특성을 가진 환자는 7명으로 그 중 5명이 남성이며, 4명은 종교가 없었다. 이들은 언제 죽든지 고통 없이 순식간에 죽기를 원하였고 가능하다면 모든 치료를 다 받기를 원했다. 또한 종교가 있어도 죽음의 공포에서 벗어날 수 없다고 생각하였으며, 인생의 황금기에는 죽음을 생각하기보다는 최선을 다해 열심히 살아가는 것이 좋다고 하였다<Table 2>.

다른 유형에 비하여 긍정적인 항목을 살펴보면, '죽을 병에 걸리면 가능한 한 모든 치료를 다 받아볼 것이다(2.042).', '죽을 때 겪게 되는 심리적 괴로움(불안감, 두려움, 이별에 대한 슬픔 등)들을 생각하면 겁이 난다(1.982).' 등이며, 부정적인 항목은 '종교만이 인간을 죽음의 공포에서 벗어나게 해준다고 생각한다(-2.769).', '이 세상에서 선한 일을 많이 한 사람은 저 세상에서 축복을 받고, 악한 일을 많이 한 사람은 벌을 받는다는 말을 믿고 있다(-1.444).' 등으로 나타났다.

따라서 이러한 특징을 고려하여 제 1유형을 '삶 애착형'이라고 명명하였다.

(2) 제 2 유형: 천국 소망형

제 2유형의 특성을 가진 환자는 6명이며 그 중 4명이 여성이고, 모두 종교(기독교)를 가지고 있었다. 이들은 종교를 통해서만이 죽음의 공포에서 벗어날 수 있으며, 영혼은 절대 죽지 않는다고 확신하였다. 죽은 후에는 반드시 천국에 가며, 임종 과정에는 의사보다 성직자와 대화하는 것이 좋다고 생각하였다. 또한 사람이 자살하는 것에 대해 강력하게 반대하였다<Table 2>.

다른 유형에 비하여 긍정적인 항목을 살펴보면, '종교만이 인간을 죽음의 공포에서 벗어나게 해준다고 생각한다(2.223).', '살아날 가망이 없고 고통이 심한 환자의 경우 환자나 그 가족이 원한다해도 안락사를 시키는 것은 좋지 않다(1.953).', '사람의 몸은 죽어서 썩어버리지만 영혼은 죽지 않는다(1.851).' 등이고, 부정적인 항목은 '인간에게는 자살할 권리가 있다고 생각한다(-2.584).', '죽음은 모든 것의 끝이며, 내세 같은 것은 없다고 생각한다(-2.214).', '사후세계가 있다는 말은 영원히 살고 싶은 인간의 희망에서 나온 환상에 불과하다(-1.419).' 등으로 나타났다.

이들의 특징은 가족의 제 1유형과 유사하나 죽음에

직면하고 있는 상태이므로 제 2유형을 ‘천국 소망형’이라고 명명하였다.

(3) 제 3 유형: 현실 체념형

제 3유형의 환자는 5명으로 모두 남성이고 그 중 2명은 주 간호제공자가 없으며, 3명은 가족간의 친밀도가 낮았다. 이들은 자신의 죽음에 대해 종종 생각하고 있었으며, 유언에 대해서도 준비하기를 원했다. 또한 언제 죽든지 순식간에 고통 없이 죽기를 희망하였으며, 임종에 대한 통보는 가족이 해주기를 바라고 있었다. 식물인간이 되더라도 치료를 받지 않을 것이며, 살아날 가망이 없고 고통이 심한 경우에는 안락사를 시키는 것이 좋다고 생각하였다<Table 2>.

다른 유형에 비하여 긍정적인 항목을 살펴보면, ‘나는 나 자신의 죽음에 대해 종종 생각한다(2.291).’, ‘나는 인생의 황금기에 갑자기 죽는 것이 좋다고 생각된다(1.601).’, ‘내가 만일 죽어가고 있다면 그것은 죄에 대한 일종의 처벌일 것이다(1.215).’ 등이며, 부정적인 항목은 ‘자신의 죽음은 생각하고 싶지 않은 일 중의 하나이다(-2.475).’, ‘죽을 병에 걸린다면 가능한 한 모든 치료를 받아볼 것이다(-1.864).’, ‘살아날 가망이 없고 고통이 심한 환자의 경우 환자나 그 가족이 원한다 해도 안락사를 시키는 것은 좋지 않다(-1.569).’ 등으로 나타났다.

따라서 이러한 특징을 고려하여 제 3유형을 ‘현실 체념형’이라고 명명하였다.

(4) 제 4 유형: 고통 회피형

제 4유형의 특성을 가진 환자는 3명이고 모두 종교(천주교, 대순진리교, 안식교)를 가지고 있었다. 이들은 죽음이 두렵지는 않으나 순식간에 고통 없이 죽기를 희망하고 있었다. 또한 죽으면 삶의 고통으로부터 해방될

수 있다고 생각하였으며, 식물인간이 되더라도 치료받지 않기를 원하였고 살아날 가망이 없고 고통이 심한 경우에는 안락사 시켜주기를 원하였다<Table 2>.

다른 유형에 비하여 긍정적인 항목을 살펴보면, ‘인간에게는 자살할 권리가 있다고 생각한다(1.869).’, ‘죽음은 모든 것의 끝이며, 내세 같은 것은 없다고 생각한다(1.560).’, ‘죽는다는 것은 삶의 고통으로부터 해방되는 것을 의미한다(1.555).’, ‘자살을 하는 사람은 용기 있는 사람이라고 생각한다(1.301).’ 등이며, 부정적인 항목은 ‘나는 죽은 후 처리해야 할 일에 대해 자세하게 지시를 남겨 놓겠다(-1.733).’, ‘나는 나 자신의 죽음에 대해 종종 생각한다(-1.505).’ 등으로 나타났다.

따라서 이러한 특징을 고려하여 제 4유형을 ‘고통 회피형’이라고 명명하였다.

2. 가족

1) 유형 분석

죽음에 대한 가족의 유형은 4개의 유형으로 분석되었으며, 이 4개 유형은 전체 변량의 55%를 설명하고 있고, 각 유형별 설명력은 제 1유형이 32%, 제 2유형이 10%, 제 3유형이 7%, 제 4유형이 6%였다<Table 3>. 총 19명의 대상자 중 제 1유형은 8명, 제 2유형은 5명, 제 3유형은 3명, 제 4유형은 3명으로 분류되었다<Table 4>.

<Table 3> Eigen value, variance and cumulative percentage

	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4
Eigen value	6.0971	1.9203	1.3044	1.1429
Total variance	.3209	.1011	.0687	.0602
Cumulative variance	.3209	.4220	.4906	.5508

<Table 4> Z-scores among factors

(N=19)

No	Q-Statement	Factor 1 (n=8)	Factor 2 (n=5)	Factor 3 (n=3)	Factor 4 (n=3)
1	When and where die is a matter of fate.	.0	.7	1.7	1.5
2	Without financial ability, we're better off dead.	.0	-.5	-1.1	1.1
3	Death is the end and there is no life after death.	-2.0	-.4	.9	.6
4	Dying in a car accident or through an incurable illness is a pre-destined fate.	.0	-.7	.1	-.7
5	It's best to die at the peak of my life.	-.7	.1	-1.7	-.7
6	My own death is one of the things I don't like to think about.	.1	.2	.3	.6
7	Whenever I die, I'd like to die instantaneously and painlessly.	1.5	2.1	1.0	.4
8	Funeral rites or commemoration ceremonies should be carried out with dignity as a way of showing respect to the deceased.	.8	.4	.4	.9

<Table 4> Z-scores among factors(continued)

(N=19)

No	Q-Statement	Factor 1 (n=8)	Factor 2 (n=5)	Factor 3 (n=3)	Factor 4 (n=3)
9	If I go into a coma, I'd like to tell people beforehand not to put me in intensive care.	.8	1.1	1.5	-1.0
10	A person has the right to commit suicide.	-1.6	-1.4	-1.2	.2
11	It's better for family members or friends rather than the doctor to tell the patient about dying.	.2	.9	-5	.6
12	It's worthless to dedicate one's life to a faith or to justice.	-.4	.1	.8	-1.4
13	The existence of life after death stems from the fantasy of people longing to live eternally.	-1.6	.3	-.6	-.5
14	A person has the right to commit suicide.	-1.7	-1.5	-1.4	1.8
15	When a person has cancer or an incurable illness it's better not to tell them the truth.	-.8	-1.0	-.6	.7
16	A minister rather than the doctor should talk to a person facing death.	1.5	-.3	-.0	1.0
17	Death and life after death are the useless thoughts of irresponsible people.	-1.3	-.8	.2	-1.1
18	Modern medicine has tried to prevent and cure human diseases as well as to extend lives, but has failed.	-.7	1.4	-1.1	-1.0
19	Death is the end of life's agonies.	1.0	.3	-.5	.0
20	A fear of death is a mental state of neurotic or narrow-minded people.	-.4	-.7	-.5	-1.3
21	Suicide is the responsibility of negligent family members or society.	.2	-1.5	.5	-1.6
22	If I have a fatal illness, I wouldn't want my doctor to tell me.	-1.5	-1.0	-1.0	.5
23	I believe a person who does a lot of good in this life will be blessed in the next life, and a person who does badly will be punished.	-.3	.6	-1.0	-1.3
24	A person's body will die but not the spirit.	1.9	.4	-.9	1.3
25	Patients in a lot of pain with no chances of recovery should not be given an easy way out, no matter what the family says.	-.7	-1.8	.3	.1
26	People say life is worth living but it's a fact that life is empty.	.2	.2	.5	-.1
27	As long as we're alive, there's no need to think about death; we just have to live earnestly.	-.1	1.7	1.3	1.3
28	A person's life is in essence noble, so it's better to get rid of the death penalty.	-.6	.2	.7	-.2
29	A person so old as to be a burden to those around him is better off dead.	-.0	-.6	1.5	-1.0
30	A person facing death should be given the chance to talk openly about it to his/her family, doctor, or minister so that they can prepare for it.	1.5	1.1	.7	.6
31	Only religion can save a person from the fear of death.	1.6	-.9	-1.4	-2.3
32	Everyone experiences death once in their lifetime so it's nothing to fear.	1.2	1.0	1.5	1.7
33	It's not good for children's future to witness death.	.0	.5	1.0	.0
34	A hospital is the best place for a person to die because it's convenient for family members.	.7	1.9	1.6	.7
35	It scares me to think about the mental suffering that accompanies death(anxiety, fear, sadness about leaving).	-.5	-.3	-.9	-.7
36	I will donate my organs(eyeballs, cornea, heart, kidney, etc.) to other people.	.8	1.3	-.6	-.9
37	If I contract a fatal illness, I'll try everything to cure it.	.2	-.2	.2	-.8
38	I'll leave clear instructions on what to do after I die.	1.2	.1	.9	.4
39	I often think about dying.	.5	-1.1	-.8	1.2
40	If I am dying, it's probably a punishment for my sins.	-1.2	-1.7	-1.6	-.3

2) 유형별 특성

(1) 제 1 유형: 종교 의지형

제 1유형의 특성을 가진 가족은 8명으로 그 중 7명이 여성이며, 6명은 환자의 배우자였다. 모두 종교(기독교)를 가지고 있어서 사람의 영혼은 죽지 않으며 종교를 통

해 죽음의 공포에서 벗어날 수 있다고 생각하였다. 죽음을 앞둔 사람은 성직자와 솔직하게 대화하기를 원했으며 내세나 사후세계를 인정하고 있었고, 인간은 자살을 할 권리가 없으며 자살을 하는 사람은 어리석은 사람이라고 생각하였다<Table 4>.

다른 유형에 비하여 긍정적인 항목을 살펴보면, ‘종교만이 인간을 죽음의 공포에서 벗어나게 해준다고 생각한다(3.112).’, ‘사람의 몸은 죽어서 썩어버리지만 영혼은 죽지 않는다(1.672).’, ‘임종을 앞둔 환자와 대화를 나누는 일은 의사보다 성직자에게 맡기는 것이 좋다(1.258).’ 등이며, 부정적인 항목은 ‘죽음은 모든 것의 끝이며, 내세 같은 것은 없다고 생각한다(-2.351).’, ‘사후세계가 있다는 말은 영원히 살고 싶은 인간의 희망에서 나온 환상에 불과하다(-1.381).’, ‘자살을 하는 사람은 용기 있는 사람이라고 생각한다(-1.335).’ 등으로 나타났다.

이들의 특징은 환자의 제 2유형과 유사하나 죽음에 객관적인 입장이므로 제 1유형을 ‘종교 의지형’이라고 명명하였다.

(2) 제 2 유형: 현실 충실형

제 2유형의 특성을 가진 가족은 5명이고 모두가 여성으로 구성되었고 그 중 3명은 종교가 없었으며, 모두 환자를 위해 적극적으로 간호하며 살아가고 있었다. 이들은 사람이 살아있는 한 죽음을 생각할 필요 없이 열심히 살면 된다고 생각하였으며, 임종장소는 사후처리가 용이한 병원이 좋다고 하였다. 또한 죽음을 앞둔 사람은 자신의 죽음을 준비할 수 있도록 다른 사람과 터놓고 이야기해야 한다고 하였으며, 죽은 다음 장기기증 하기를 원하고 있었다<Table 4>.

다른 유형에 비하여 긍정적인 항목을 살펴보면, ‘현대 의학은 인간의 질병을 예방, 치료하고 수명을 연장시키려 노력해왔으나 별로 이루어지지 못하고 있다(2.332).’, ‘죽은 다음 나의 장기(안구, 각막, 심장, 콩팥 등)를 다른 사람을 위해 기증하겠다(1.545).’, ‘이 세상에서 선한 일을 많이 한 사람은 저 세상에서 축복을 받고, 악한 일을 한 사람은 벌을 받는다는 말을 믿고 있다(1.476).’ 등이며, 부정적인 항목은 ‘살아날 가망이 없고 고통이 심한 환자의 경우 환자나 그 가족이 원한다 해도 안락사를 시키는 것은 좋지 않다(-1.677).’ 등으로 나타났다.

따라서 이러한 특징을 고려하여 제 2유형을 ‘현실 충실형’이라고 명명하였다.

(3) 제 3 유형: 운명 수용형

제 3유형의 특성을 가진 가족은 3명이며, 모두 환자의 배우자이었다. 이들은 사람이 언제, 어떻게 죽는 것은 타고난 운명이며, 식물인간이 되면 치료를 받지 않겠다

고 하였다. 또한 누구나 한번은 죽으므로 죽음은 두렵지 않으며, 인간은 자살할 권리가 없다고 하였다<Table 4>.

다른 유형에 비하여 긍정적인 항목을 살펴보면, ‘죽음은 모든 것의 끝이며, 내세 같은 것은 없다(1.516)’, ‘자살은 그렇게 하도록 방치한 가족이나 사회의 책임이라고 생각한다(1.495).’ 등이며, 부정적인 항목은 ‘사람의 몸은 죽어서 썩어버리지만 영혼은 죽지 않는다(-2.144).’, ‘현대의학은 인간의 질병을 예방, 치료하고 수명을 연장시키려 노력해왔으나 별로 이루어지지 못하고 있다(-1.030).’ 등으로 나타났다.

따라서 이러한 특징을 고려하여 제 3유형을 ‘운명 수용형’이라고 명명하였다.

(4) 제 4 유형: 현실 부담형

제 4유형의 특성을 가진 가족은 3명이며, 모두 기초수급자이었다. 이들은 자살을 하는 사람은 용기가 있으며, 누구나 한번은 죽기 때문에 죽음에 대한 두려움은 없다고 하였다. 그리고 자신의 죽음에 대해 종종 생각하고 있었으며, 살아갈 경제력이 없는 사람은 죽는 편이 낫다고 하였다. 또한 종교를 통해서도 죽음의 공포에서 벗어날 수 없으며, 자살은 그렇게 하도록 방치한 가족이나 사회의 책임은 아니라고 생각하였다<Table 4>.

다른 유형에 비하여 긍정적인 항목을 살펴보면, ‘자살을 하는 사람은 용기 있는 사람이라고 생각한다(3.309).’, ‘나는 나 자신의 죽음에 대해 종종 생각한다(1.680).’, ‘만일 내가 죽을병에 걸렸다고 진단받은 경우, 의사가 그 사실을 통고해주지 않기를 바란다(1.671).’ 등이며, 부정적인 항목은 ‘종교만이 인간을 죽음의 공포에서 벗어나게 해준다고 생각한다(-2.055).’, ‘하나밖에 없는 생명을 어떤 신념이나 정의를 위해 바친다는 것은 무모한 일로 생각된다(-1.541).’, ‘죽은 다음 나의 장기(안구, 각막, 심장, 콩팥 등)를 다른 사람을 위해 기증하겠다(-1.406).’ 등으로 나타났다.

따라서 이러한 특징을 고려하여 제 4유형을 ‘현실 부담형’이라고 명명하였다.

3. 죽음에 대한 말기 암환자와 가족의 유형별 관련성 비교

말기 암환자 유형은 삶 애착형, 천국 소망형, 현실 체념형, 고통 회피형으로 구분되었으며, 가족 유형은 종교 의지형, 현실 충실형, 운명 수용형, 현실 부담형으로 분

류되었다.

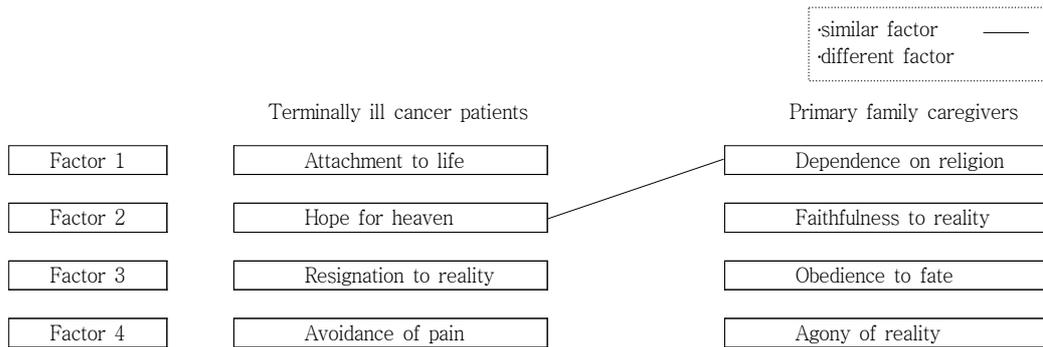
말기 암환자와 가족의 유형별 특성을 비교·분석해보면, 천국 소망형과 종교 의지형은 서로 유사한 양상을 보였으며, 삶 애착형, 현실 충실형, 현실 체념형, 고통 회피형, 운명 수용형, 현실 부담형은 서로 다른 양상을 나타냈다(Figure 1).

4. 말기 암환자와 그 가족의 유형별 특성 비교

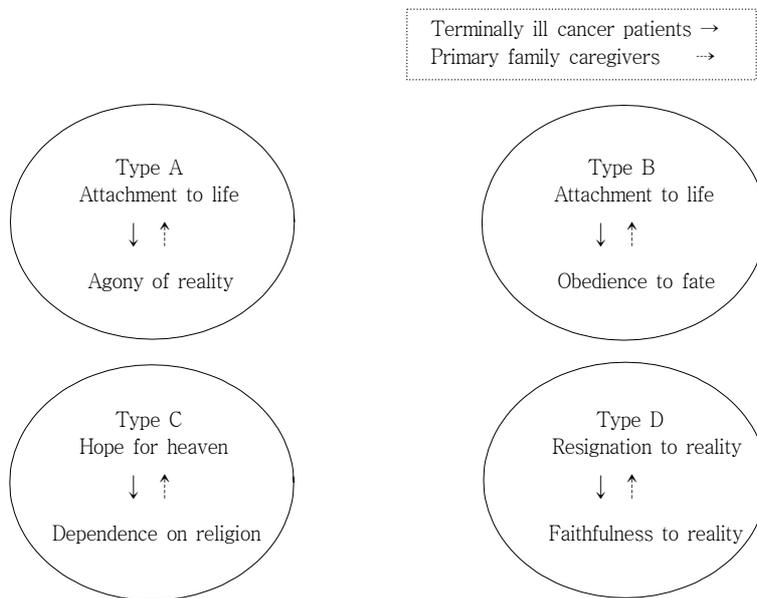
본 연구 대상자인 말기 암환자를 직접 돌보고 있는 그

의 가족은 모두 7가족이었으며, 그 가족 유형은 4유형으로 다음과 같이 도식화하여 비교 분석되었다(Figure 2).

A 유형은 1 가족으로 '삶 애착형과 현실 부담형'이며, 부부 관계로 종교는 모두 불교이다. 환자는 49세 남성으로 투병기간은 1년 11개월이고, 삶에 대한 애착이 강해 끝까지 치료 받기를 원하고 있었다. 부인은 가정주부로만 생활해왔으며, 가장인 남편이 말기 암 진단을 받은 사실에 충격을 받은 상태이고 경제적으로도 어려운 상황 이어서 앞으로 어떻게 살아야할지 막막하다는 입장이었다.



<Figure 1> Comparison in the subjectivity of death between terminally ill cancer patients and primary family caregivers



<Figure 2> Comparison of the group of terminally ill cancer patients and their family

B 유형은 1 가족으로 '삶 애착형과 운명 수용형'이며, 서로 부부 관계이다. 환자는 75세 여성으로 종교는 천주교이고 투병기간은 4년 7개월이며, 세상에서 살아가는 것이 죽는 것보다 좋다고 생각하고 있었다. 남편은 85세로 종교는 없으며 낮 동안 노인정에서 생활하고 있어 부인을 돌보는데 소극적인 태도를 가지고 있고 삶과 죽음은 운명이라고 생각하고 있었다.

C 유형은 4 가족으로 '천국 소망형과 종교 의지형'이었으며, 모든 가족의 종교는 기독교이었다. 첫 번째 가족은 부부이며 환자는 71세 남성으로 투병기간은 9개월이었고 부인은 교회에서 권사 직분을 가지고 있었다. 두 번째 가족 또한 부부이며, 환자는 50세 여성으로 투병기간은 1년 11개월이고 남편은 56세로 사업을 하면서 부인을 돌보고 있었다. 세 번째 가족은 모녀 관계로, 환자는 71세 여성으로 투병기간은 3년 6개월이며 딸은 35세로 5개월 전부터 직장을 그만두고 환자를 돌보고 있었다. 네 번째 가족은 부부이며, 환자는 63세 남성으로 투병기간은 2개월이고 부인은 59세로 남편과 함께 교회에서 권사 직분을 가지고 있었다. 이 유형의 모든 가족의 공통점은 환자는 죽음에 직면해 있지만 기독교의 중심 사상이 천국에 대한 소망을 가지고 희망 안에서 생활하고 있었으며, 가족 또한 종교를 의지하여 모든 문제를 하나님 안에서 해결하고자 노력하였고 천국에서 다시 만날 수 있다는 희망을 가지고 환자를 적극적으로 돌보고 있었다.

D 유형은 1 가족으로 '현실 체념형과 현실 충실형'이었으며, 부부 관계이고 모두 종교(대순진리교)를 가지고 있었다. 환자는 65세 남성으로 기초수급자이며 투병기간은 1년이다. 경제적인 어려움과 신체적 상태가 점점 악화됨에 따라 치료를 포기한 상태로 죽음을 기다리고 있었다. 부인은 56세로 일용직으로 일하고 있었으나 남편을 돌보기 위해 일도 나가지 않은 채 적극적으로 간호하고 있었다.

IV. 논 의

1. 죽음에 대한 말기 암환자의 유형

죽음에 대한 말기 암환자의 유형은 4가지 유형이며, 삶 애착형, 천국 소망형, 현실 체념형, 고통 회피형으로 분류되었다.

제 1유형은 삶 애착형으로, 말기 암환자 중 7명으로

가장 많은 대상자가 구성되어 있다. 모든 치료를 끝까지 다 받으며 최선을 다해 살아가기를 원했고, 종교가 없었으며 임종과정에서 나타나는 고통이나 괴로움에 대한 두려움을 가지고 있는 유형이다. 이에 호스피스 간호사는 환자에게 말기 증상에 대한 의학적인 상태와 증세를 정확히 알려주어(Briggs & Colvin, 2002), 자신의 상태를 인식할 수 있도록 돕는 중재가 요구된다. 또한 임종 과정에 느끼는 고통이나 두려움은 정상적인 감정의 반응을 알려주고 대상자가 자신의 감정을 충분히 표현할 수 있도록 편안한 환경을 조성해 줄 필요가 있다.

제 2유형은 천국 소망형으로, 하나님의 존재에 대한 확신과 천국에 대한 희망을 가지고 있었다. 종교를 통해서 죽음의 공포와 두려움을 극복해나갔으며, 의사보다는 성직자와 대화하기를 선호하였고 자살과 안락사는 강력하게 반대하고 있는 유형이다. 희망은 죽어가는 과정 속에서도 의미 있는 삶을 살다가 편안한 죽음을 맞이하는 중요한 요소(Ro, 1988)이기 때문에 호스피스 간호사는 주기적으로 성직자와 함께 방문하여 종교 예식을 행하여 환자가 영적인 안녕 상태를 유지하고 증진할 수 있도록 돕는 중재가 요구된다.

제 3유형은 현실 체념형으로, 가족과의 친밀도가 낮으며, 현재 자신의 신체적인 상태로 인해 죽음에 대해 종종 생각하였고 유언을 준비하고 있었다. 식물인간이 되면 치료를 받지 않을 것이며, 살아날 가망이 없고 고통이 심하면 안락사 해주시기를 원하는 유형이다. 이에 호스피스 간호사는 환자가 치료에 실패했다고 느끼지 않도록 간호하며, 평안과 품위를 유지하기 위한 시간을 가지도록 할 필요가 있다(Lickiss & Hacker, 2001). 또한 가족과의 친밀감을 향상시키기 위해 대화의 시간을 점차 늘리고 개방된 의사소통을 증진시키는 간호가 제공되어야 한다.

제 4유형은 고통 회피형으로, 모두 종교를 가지고 있으나 내세는 부인하고 있으며, 순식간에 고통 없이 편안하게 죽기를 희망하였다. 죽으면 삶의 고통에서 벗어날 수 있다고 생각하였으며, 고통이 심해 지금 당장이라도 안락사를 시켜주시기를 원했다. 그러나 평소 자신의 죽음과 유언에 대해서는 생각하지 않았으며, 의사에 대한 의존도가 높은 유형이다. 이에 호스피스 간호사는 먼저 고통의 원인이 무엇이며, 어느 정도인지 사정한 뒤 고통을 해결하기 위한 적절한 간호를 제공하며, 대상자가 자신의 종교 지도자와 자주 만날 수 있는 기회를 제공하여 내세에 대한 희망을 갖도록 돕는 중재가 필요하다.

2. 죽음에 대한 가족의 유형

죽음에 대한 가족의 유형은 4가지 유형이며, 종교 의지형, 현실 충실형, 운명 수용형, 현실 부담형으로 분류되었다. 전체 대상자 19명 중 16명이 여성이었으며, 13명이 배우자였다.

제 1유형은 종교 의지형으로, 종교적 특성이 강하여 내세와 사후세계를 인정하고 영혼은 죽지 않는다고 생각하였다. 임종시기에 성직자와 대화하기를 원하였으며, 자살에 강력하게 반대하는 유형이다. 이는 Lee(1985)가 일반인을 대상으로 죽음에 대한 태도 조사에서 사후세계를 믿고 의지하는 종교인들 및 Han(1999)이 암병동 간호사를 대상으로 분류한 죽음 인식 유형 중 종교적인 영향으로 내세관을 갖고 있으며, 영혼은 영원하다는 특징을 가진 종교 의존형과 일치한다. 이에 호스피스 간호사는 종교 생활을 지속적으로 유지할 수 있도록 적절한 영적인 간호를 제공할 필요가 있다.

제 2유형은 현실 충실형으로, 환자를 적극적으로 간호하며, 주어진 삶에 최선을 다해 열심히 살아가기 위해 노력하였다. 암이나 불치병에 대한 진단을 받은 경우에는 직접 통고 받기를 원하였고, 장기기증을 희망하였으며 죽음 준비는 의사와 함께 하기를 원하는 유형이다. 이는 Han(1999)이 암병동 간호사를 대상으로 분류한 죽음 인식 유형 중 죽음에 생각하고 사는 것보다 현재의 삶에 충실하게 살아야 한다는 현실 충실형과 일치한다. 이에 호스피스 간호사는 주간호제공자인 가족이 소진되지 않도록 다른 가족들이나 적절한 인력을 제공하여 적절한 휴식을 취하도록 돕는 중재가 요구된다.

제 3유형은 운명 수용형으로, 인간의 삶과 죽음은 타고난 운명이고 누구나 한번은 죽기 때문에 죽음은 두렵지 않다고 하였다. 식물인간이 되면 치료는 받지 않고 그 상태로 자연스럽게 받아들여기를 원하는 유형이다. Kim, Kim과 Tak(1997-a)이 연구한 호스피스 자원봉사자의 죽음 인식 중 죽음은 운명이며 죽음이 찾아올 때는 어쩔 수 없다고 생각하는 운명형, Yeun과 Kim(1998)이 의료인을 대상으로 한 연구에서 죽음은 타고난 운명이라고 한 운명 수용자와 일치한다. 이에 호스피스 간호사는 긍정적인 인생관을 가질 수 있도록 도우며, 대상자가 종교에 대한 관심을 가진다면 원하는 종교단체와도 연결해주어 희망적인 삶을 살아가도록 할 필요가 있다.

제 4유형은 현실 부담형으로, 모두 기초수급자로 어려

운 생활환경으로 인해 힘들어하였으며, 항상 자녀들을 고생시키지 않고 죽기를 희망하였다. 살아갈 경제력이 없는 사람은 죽는 편이 좋다고 생각하였으며, 죽을 병에 걸리더라도 의사가 직접 통고해주지 않기를 원하는 유형이다. 이에 호스피스 간호사는 사회복지사와 연결하여 지역사회에서 필요한 도움을 받을 수 있는 기회를 제공해주어 대상자의 삶의 질을 높여주는 중재가 요구된다. 또한 자주 방문하여 대상자와의 깊은 신뢰감을 형성하도록 하고, 이전의 활동을 지속시키며, 희망, 조절 능력 유지, 만족, 좋은 지지 체계(Proot et al., 2003) 등 적절한 간호를 제공해준다.

3. 죽음에 대한 말기 암환자와 가족의 유형별 관련성 비교

말기 암환자와 가족의 죽음에 대한 유형별 특성은 삶 애착형, 천국 소망형, 현실체념형, 고통 회피형, 종교 의지형, 현실 충실형, 운명 수용형, 현실 부담형 등으로 다양하게 나타났다.

그 중 천국 소망형과 종교 의지형은 서로 유사한 양상을 보였으며, 종교가 기독교로 동일하였고 종교관이 인간을 죽음의 공포에서 벗어나게 해준다고 믿고 있었다. 또한 영혼은 죽지 않고 반드시 천국으로 간다고 확신하고 있었다. 이는 말기 암환자가 종교적으로 하나님과 타협함으로써 죽음을 준비, 정리, 수용, 희망 등으로 죽음을 받아들인다는 Jeon(2003)의 결과와 같은 맥락이며, 가족도 종교를 통해 친밀한 관계를 유지할 뿐 만 아니라 천국에서 다시 만난다는 희망을 가지고 죽음을 수용하는 것으로 사료된다.

삶 애착형, 현실 체념형, 고통 회피형, 현실충실형, 운명 수용형, 현실 부담형은 서로 다른 양상이 나타났으며, 환자나 가족이 받아들이는 죽음에 대해 부정적인 태도를 가지고 있어서 서로에게 부담감을 주고 있다고 생각된다. 이에 호스피스 간호사는 개인마다 죽음을 수용할 수 있도록 적절한 간호를 제공해야 하며, 죽음 준비에 대한 개별적인 교육을 할 필요가 있다.

4. 말기 암환자와 그의 가족 유형별 특성 비교

본 연구 대상자인 말기 암환자를 직접 돌보고 있는 가족의 유형은 4개 유형으로 분류되었으며, A 유형은 '삶 애착형과 현실부담형'이며, B 유형은 '삶 애착형과 운명

수용형', C 유형은 '천국 소망형과 종교 의지형', D 유형은 '현실 체념형과 현실 충실형'으로 나타났다.

A 유형은 삶 애착형과 현실 부담형으로, 환자는 끝까지 치료를 받고 싶어하였으며, 이로 인해 가족은 여러 가지 부담감이 있어서 힘들게 생활하고 있었다. 이 유형은 환자는 삶에 대한 애착이 강하며 가족은 이에 대한 부담감을 가지고 있어 서로에게 고통을 주고 있으므로, 호스피스 간호사는 서로간의 개방적인 의사소통 시간을 가지도록 도울 필요가 있다. Fried, Bradley, O'Leary와 Byers(2005)에 의하면 89%의 말기 환자와 94%의 가족은 환자의 질환에 대해 서로 의사소통하는 것이 중요하다고 생각하나 23%의 환자와 37%의 암환자 가족에게 있어서 환자의 질환에 대해 의사소통하는 것이 어렵다고 하였다. 또한 가족간의 신뢰성을 회복하고 관계를 강화(Singer, Martin, & Kelner, 1999)하여 죽음을 수용할 수 있도록 적절한 간호를 제공한다.

B 유형은 삶 애착형과 운명 수용형으로, 환자는 이 세상에서 사는 것이 좋으며 삶에 대한 애착을 나타냈으며, 가족은 환자 돌봄에 소극적이고 삶과 죽음은 운명이므로 모든 것을 순리대로 받아들여야 한다고 생각하였다. 이 유형의 환자는 삶에 대한 지나친 애착을 가지고 있고 가족은 그것을 순리대로 받아들이고 있으므로, 호스피스 간호사는 환자에게 적극적인 청취, 신체적 접촉, 감정이입, 희망, 위로, 격려, 현재 함께 있어 주는 것 등 정서적인 지지를 제공해주며(Kuuppelomäki, 2003), 자신의 상태와 중재에 대해 알 수 있도록 정확한 정보를 제공한다. 가족에도 또한 환자 상태를 정확하게 알려주며, 환자를 돌보는데 필요한 정보를 주고 직접 간호할 수 있는 기회를 제공해줄 필요가 있다. Fukui(2004)는 82%의 말기 암환자 가족이 질환에 대한 정보를, 73%는 치료에 대한 정보를, 65%는 예후에 대한 정보를 원했으며, 시설보다는 가정에 있는 가족들, 특히 배우자가 더 많은 정보를 알기를 원하고 있다고 보고하였다.

C 유형은 천국 소망형과 종교 의지형으로, 환자는 모두 천국에 대한 확신을 가지고 있으며, 가족 또한 종교를 통해서 죽음의 공포를 극복하고 있었고 영혼은 살아 있다고 믿고 있었다. 이 유형은 환자와 가족이 같은 종교를 통해 죽음을 수용하고 있으므로, 호스피스 간호사는 환자와 가족이 종교를 통해서 계속 희망을 놓지 않도록 도우며, 서로간의 영적인 건강을 유지·증진할 수 있도록 그 가족에게 적합한 영적 간호를 제공하는 것이 요구된다. Weaver와 Flannelly(2004)는 종교적인 믿음

은 암환자에게 희망을 주고 삶의 질에 긍정적인 영향을 미치며, 환자 뿐 만 아니라 가족에게도 효과적인 대처기전을 제공해준다고 하였다. 또한 Taylor와 Mamier(2005)는 암환자와 가족의 영적간호 중에서 유머 사용, 조용한 시간이나 공간을 가지도록 돕는 것, 간호사가 사적인 시간 동안에 대상자를 떠올리며 기도해주는 것을 대상자들이 가장 원한다고 하였다.

D 유형은 현실 체념형과 현실 충실형으로, 환자는 자신의 상태가 악화됨에 따라 치료를 포기한 상태로 죽음을 기다리고 있으며, 가족은 환자를 적극적으로 돌보며 열심히 생활해나가고 있었다. 이 유형의 환자는 질병으로 인해 현실을 체념하고 있고 가족은 적극적으로 돌보고 있으므로, 호스피스 간호사는 종교를 통해 내세에 대한 희망을 주어 죽음을 수용할 수 있도록 하고, 가족에게는 지속적으로 정서적인 지지를 제공하며, 소진되지 않도록 다른 가족들이 환자를 교대로 돌보도록 하여 적절한 휴식을 제공할 필요가 있다.

이상의 연구결과 C 유형만이 가족간의 죽음에 대한 긍정적인 태도를 보였으며, 이는 종교가 있는 간호사가 종교가 없는 간호사보다 죽음에 대해 긍정적인 태도를 가진다고 보고한 Yoo(2004)의 결과와 같은 의미이다. 또한 환자와 그를 돌보는 가족의 특성에 따라 죽음 인식에 대해 서로간의 다양한 영향을 미치고 있음을 알 수 있었다. 그러므로 가족 유형에 따른 호스피스 간호사의 개별적인 간호중재와 죽음 수용을 위한 죽음준비교육이 우선적으로 필요하다.

V. 결론 및 제언

본 연구는 Q-방법론적 접근을 이용한 탐색학적 연구로, 말기 암환자와 주 간호제공자인 가족을 대상으로 죽음에 대한 주관성을 파악하여 다양한 유형별 결과를 분석하고 가족간의 죽음 유형의 관련성을 비교·분석하여 호스피스 간호의 기초 자료로 제공하고자 시행되었다.

P표본은 O시 호스피스 관리사업 센터에 등록된 말기 암환자 21명과 주 간호제공자인 가족 19명 등 총 40명이다. 자료분석은 QUANL PC Program을 이용하여 처리하였으며, Q요인 분석은 주요인 분석방법(Principal Component Factor Analysis)을 이용하였다.

본 연구의 결과로 죽음에 대한 말기 암환자와 그 가족의 주관성이 각각 4개의 유형으로 분류되었고, 말기 암환자와 그의 가족의 주관성 또한 4개의 유형으로 나타났

으며, 그 특성과 간호내용은 다음과 같다.

죽음에 대한 말기 암환자의 유형은 삶 애착형, 천국 소망형, 현실 체념형, 고통 회피형으로 분류되었으며, 가족의 유형은 종교 의지형, 현실 충실형, 운명 수용형, 현실 부담형으로 분류되었다.

말기 암환자 유형과 가족 유형별 특성을 비교분석해 보면, 천국 소망형과 종교 의지형은 서로 유사한 양상을 보였으며, 삶 애착형, 현실 체념형, 고통 회피형, 현실 충실형, 운명 수용형, 현실 부담형과 서로 다른 양상을 나타냈다.

본 연구 대상자인 말기 암환자를 돌보고 있는 그의 가족 유형은 4개 유형으로 분류되었으며, A 유형은 1가족으로 B 유형 1가족, C 유형 4가족, D 유형 1가족으로 구성되었다. A 유형은 '삶 애착형과 현실부담형'이며, B 유형은 '삶 애착형과 운명 수용형', C 유형은 '천국 소망형과 종교 의지형', D 유형은 '현실 체념형과 현실 충실형'으로 나타났다. 이 그룹 유형 중 C 유형만이 가족간의 죽음에 대한 긍정적인 태도를 보였으며, 나머지 3 유형의 가족은 죽음에 대해 다양한 양상으로 상호작용하고 있음을 알 수 있었다. 그러므로 각 가족간의 죽음 인식 특성에 따른 사정도구 및 간호중재 개발이 필요하며, 이에 적합한 죽음 준비 교육 및 호스피스 간호사의 개별적인 접근이 요구되고 있다.

본 연구 결과를 토대로 다음과 같이 제언한다.

1. 말기 암환자와 그 가족의 죽음 유형별 특성에 따른 사정도구 및 중재 개발이 필요하며, 이를 위해 말기 암환자와 가족을 대상으로 죽음 인식에 대한 반복적인 연구가 필요하다.
2. 말기 암환자와 가족의 죽음 인식의 특성에 따른 관련 요인들을 규명하기 위한 질적 연구가 필요하다.
3. 말기 암환자와 가족의 죽음 유형별로 적용 가능한 죽음 준비 교육 프로그램의 구축을 위한 후속 연구가 필요하다.

References

Ahn, E. J. (2004). *A study on burden and burnout of family caregivers for caring of terminal cancer patients*. Unpublished master's thesis, Chonnam National University, Gwangju.

Briggs, L. & Colvin, E. (2002). The nurse's role

in end-of-life decision-making for patients and families. *Geriatr Nurs*, 23(6), 302-310.

Chang, S. R. (1998). *A study of family caregivers' burden for the terminal cancer patients*. Unpublished master's thesis. Graduate School of Public Health, Seoul National University, Seoul.

Choi, G. O. (1995). The dying experience of a terminally ill patient with cancer. *Gyeonggi College J*, 23, 51-62.

Choi, P. S. (1999). *Experiences of families on the terminal cancer*. Unpublished master's thesis. Hanyang University, Seoul.

Fried, T. R., Bradley, E. H., O'Leary, J. R. & Byers, A. L. (2005). Unmet desire for caregiver-patient communication and increased caregiver burden. *J Am Geriatr Soc*, 53(1), 59-65.

Fukui, S. (2004). Information needs and the related variables of Japanese family caregivers of terminally ill cancer patients. *Nurs Health Sci*, 6, 29-36.

Han, M. S. (1999). *The meaning to death of cancer care nurses*. Unpublished master's thesis. Hanyang University, Seoul.

Jeon, H. W. (2003). *The meaning of death for Korean in view of novel and end stage cancer patient*. Unpublished doctoral dissertation. Hanyang University, Seoul.

Kim, B. H., Kim, H. K., & Tak, Y. R. (1997-a). Measuring the effects of hospice program on death. *Hy Nurs Res*, 2(2), 60-65.

Kim, B. H., Chon, M. Y., & Kang, H. J. (1997-b). A study on the death orientation of hospice care members. *J Korean Acad Adult Nurs*, 9(3), 453-461.

Kim, H. K. (2002). *The view and attitude about death in Korean*. Unpublished master's thesis, Dongguk University, Seoul.

Kim, J. W. (2004). *Relations between health locus of control and death anxiety of cancer patients in their final stages*. Unpublished

- master's thesis, Pusan National University, Busan.
- Kim, S. J. (2001). Systematization about facilities of special management. National Cancer Center and Korean Society for Hospice & Palliative Care(Ed.), *Hospice & Palliative Symposium 2001*(pp. 33-36). Ilsan: National Cancer Center and Korean Society for Hospice & Palliative Care
- Kim, Y. S. (1989). *Attitudes of terminally ill cancer patients toward death*. Unpublished master's thesis, Ewha Womans University, Seoul.
- Kuuppelomäki, M. (2003). Emotional support for dying patients—the nurses' perspective. *Eur J Oncol Nurs*, 7(2), 120-129.
- Lee, H. K. (1985). *Attitudes toward death*. Unpublished master's thesis, Hanyang University, Seoul.
- Lee, O. J. (1995). Lived experience of patients with terminal cancer: Parses Human Becoming Methodology. *J Korean Acad Nurs*, 25(3), 510-537.
- Lee, S. J. (1992). *Study of fear about death in families of terminally ill*. Unpublished master's thesis, Korea University, Seoul.
- Lee, S. W., Lee, E. O., Park H. A, Oh, H. S., Ahn, H. S., Heo, D. S., Yun, Y. H., Kim, D. S., & Ro, Y. J (1998). A study about home care for hospice patients. *Korean J Hospice Palliative Care*, 1(1), 39-46.
- Lickiss, J. N. & Hacker, N. F. (2001). Care of the patient close to death. *Best Pract Res Clin Obstet Gynecol*, 15(2), 333-340.
- Park, Y. H. & Hyun, H. J. (2000). Caregiver burden and family functioning of cancer patient. *J Korean Acad Adult Nurs*, 12(3), 384-395.
- Proot, I. M., Abu-Saad, H. H., Crebolder, H. F., Goldsteen, M., Luker, K. A., & Widder-shoven, G. A. (2003). Vulnerability of family caregivers in terminal palliative care at home; balancing between burden and capacity. *Scand J Caring Sci*, 17(2), 113-121.
- Ramsey, C. N. & Lewis, J. M. (1990). *Family structure and functioning. textbook of family practice(4th Ed.)*. Philadelphia: W. B. Saunders Corp.
- Ro, Y. J. (1988). Psychological care of hospice patients. *Korean Nurs*, 27(1), 41-46.
- Singer, P. A., Martin, D. K., & Kelner, M. (1999). Quality end-of-life-care-patients' perspective. *JAMA*, 282, 163-168.
- Taylor, E. J. & Mamier, I. (2005). Spiritual care nursing: what cancer patients and family caregivers want. *J Adv Nurs*, 49(3), 260-267.
- Weaver, A. J. & Flannelly, K. J. (2004). The role of religion/spirituality for cancer patients and their caregivers. *South Med J*, 97(12), 1210-1214.
- Yeun, E. J. & Kim, H. K. (1998). How people understand death: a coorientational look. *J Korean Acad Nurs*, 28(2), 510-537.
- Yoo, R. K. (2004). *Nurses' attitude toward death and their performance of hospice care*. Unpublished master's thesis, Hallym University, Chuncheon.

- Abstract -

Subjectivity of Terminally Ill Cancer Patients and Primary Family Caregivers on the View of Death*

Lee, Eun Ju**Kim, Boon Han***

Purpose: This study was designed to

* Master's thesis, Department of Nursing, Graduate School, Hanyang University

** Part Time Lecturer, Department of Nursing, Hanyang University

*** Professor, Department of Nursing, Hanyang University

systematically explore and elicit information about terminally ill cancer patients' and primary family caregivers' subjectivity of death. **Method:** Using Q-methodology, 21 terminally ill cancer patients and 19 primary family caregivers sorted 40 statements during personal interviews. **Results:** The results of this study show that terminally ill cancer patients have four factors ('Attachment to life', 'Hope for heaven', 'Resignation to reality', 'Avoidance of pain') of response and primary caregivers have four factors ('Dependence on religion', 'Faithfulness to reality', 'Obedience to fate', 'Agony of reality'). Comparing the subjectivities of death of terminally ill cancer patients and primary family caregivers, 'Hope for heaven' and 'Dependence on religion' reveal the similarities of their outlook. On the other hand, 'Attachment to life', 'Resignation to reality', 'Avoidance of pain', 'Faithfulness to reality', 'Obedience to fate',

'Agony of reality' reveals different aspects of their outlook. The group of terminally ill cancer patients and their families divided into four types. Type A was 'Attachment to life and Agony of reality', type B was 'Attachment to life and Obedience to fate', type C was 'Hope for heaven and Dependence on religion' and type D was 'Resignation to reality and Faithfulness to reality'. The positive group was C or 'Hope for heaven and Dependence on religion'. **Conclusion:** There are significant differences found in the subjective structure of death among terminally ill cancer patients and primary family caregivers. Therefore, it is necessary to develop an individualized nursing intervention for terminally ill cancer patients and family caregivers.

Key words: Death, Terminally ill, Cancer,
Family caregivers