

일 지역 주민의 죽음에 대한 태도 및 호스피스에 대한 인식

한 영 란* · 김 인 흥*

I. 서 론

1. 연구의 필요성

인간은 누구나 출생 후 성장하여 나이가 들거나 병들어 사망하게 된다. 이처럼 죽음은 삶의 과정 속에 존재하는 한 부분으로 누구도 피할 수 없는 보편적인 문제로서 언제 어떤 모습으로 다가올지 모르는 것임에도 불구하고 대부분의 인간은 죽음에 대해 무관심하거나 회피하려고 한다. 특히 급격한 사회발전과 함께 발달된 생명공학 및 첨단의료기술은 인간의 수명을 연장시킨 반면 인간 존엄성의 상실을 강화하고 있으며 점차 죽음을 부정적인 것으로 인식하도록 사회적 분위기를 조성하여 일반인들은 죽음에 대한 관심이 거의 없다(Lee, 2003). 그러나 피할 수 없는 죽음을 인간이 어떻게 인식하는가에 따라 삶을 영위하는 방식이 달라지기 때문에 그리고 평소 죽음에 대한 준비가 되어있지 않은 경우 흔히 죽음을 앞두고 조금이라도 더 생명을 연장하려고 부질없는 노력을 하다 생을 정리하지도 못한 채 죽음을 맞이하게 되므로 죽음준비 과정을 통해 죽음에 대한 올바른 태도를 형성하는 것이 중요하다(Jeon, 2000; Kim, 2002).

죽음에 대한 태도는 죽음의 보편성에도 불구하고 객관적이고 보편적일 수가 없다. 죽음에 대한 태도는 시

대, 학문적 배경, 죽음의 성격, 죽는 자와의 관계, 특히 문화와 종교에 따라 다르며, 이 외에도 개인의 성별, 교육수준, 건강상태, 경제상태, 생활만족도, 지지체계, 심리상태 및 가치관 등 다양한 요인에 따라 달라진다(Kil, 1993; Kim, 2002; Kim, 2005; Jeon, 2000). Kübler-Ross(1969)는 죽음에 대한 태도는 개인의 성격과 살아온 발달사적 경험 및 처한 상황에 따라 달라지나 신앙이 깊거나 철저한 무신론자의 경우에만 죽음을 받아들이기가 비교적 쉽고 대부분의 사람들은 죽음을 받아들이는 과정에서 죽음의 공포로 괴로워한다고 하였다. 죽음을 두려워하는 이유는 죽는 과정과 관련된 두려움 그리고 죽음의 결과와 관련된 공포로 설명될 수 있다(Lee & Choi, 1995; Suh, 1990). 죽음에 대한 이러한 부정적 감정은 삶 전체에 부정적 영향을 미치게 되어 삶의 만족도를 저하시키는 중요한 요인이 되므로 죽음에 대한 올바른 태도를 형성할 필요가 있다. 한편 죽음에 대한 연구는 죽음에 대한 태도, 불안, 공포, 죽음기피 및 죽음수용 등 학자에 따라 다양하게 표현되어 왔다(Jeon, 2000; Kim, 2002; Park, 1992; Suh, 1990). 지역사회간호사는 지역주민들이 죽음을 평안하게 맞이할 수 있도록 돕기 위해서 뿐 아니라 재가 말기환자를 좀 더 이해하고 잘 돌보기 위해 대상자들의 죽음에 대한 태도를 이해하는 것이 매우 중요하다(Lee, 2004).

* 동국대학교 의과대학 간호학과 부교수(교신저자 한영란 E-mail: hanyr@dongguk.ac.kr)

경제발전 및 의학의 발달이 인간의 건강증진과 수명 연장에 기여한 것은 사실이나 증가된 평균수명이 죽음에 대한 인간의 모든 문제를 해결한 것은 아니다. 치료가 불가능한 말기 환자들은 질병의 예방과 치료에 최우선의 목적을 두는 현대 의학에 의해 억지로 생명이 연장되는 고통을 겪게 될 수도 있으며, 이러한 현상은 환자들이 인간적 품위를 유지하고 평화로운 죽음을 맞이하는 것을 방해할 수도 있다. 또한 치료중심의 의료 시설에서 기계화와 비인간화, 수동적인 임종기간의 영위 등은 임종자의 신체, 정신 및 영적 요구를 충족시켜주지 못하고 단지 의료비 부담을 가중시켜 임종자와 그 가족의 삶의 질이 매우 저하되기 때문에 인간적인 품위를 유지하면서 평화로운 죽음을 맞이하기 위해서는 또 다른 준비가 필요하다.

2005년 우리나라의 노인인구 비율은 9.1%로 이미 고령화 사회에 진입하였고, 2020년에는 15.1%로 고령 사회로 접어들 전망으로(Korea National Statistical Office, 2006) 노인 인구가 점차 증가하고 있다. 이와 함께 호스피스·완화의료의 주 대상인 말기 암환자는 세계적으로 1년에 약 600만 명이 사망하고 있으며, 우리나라에서도 최근 10년간 사망률이 가장 많이 증가하여 암으로 1995년 인구 10만 명당 100.8명에서 2005년에는 134.5명으로 사망자가 23.7명으로 0.03%가 증가하였다(Ministry of Health and Welfare, 2005). 암 환자의 70~90%는 통증조절이 가능함에도 불구하고 대부분이 불충분한 통증 관리로 고통을 받고 있으며, 말기환자들은 신체적 고통 뿐 아니라 사회·정서적 및 영적 고통 등 총체적 고통을 겪고 있음에도 우리나라 의료체계는 말기환자와 가족이 편안하고 손쉽게 이용할 수 있는 임종시설이나 프로그램이 부족하다. 때문에 대부분의 말기 환자는 어쩔 수 없이 3차 진료기관을 비롯한 대형병원에 입원을 하게 되고, 이로 인해 말기 환자의 욕구가 충족되지 못해 마지막 삶의 질 저하와 함께 사회적인 의료자원의 부족, 가족들의 경제적 부담이 증가하고 있어 호스피스 사업에 대한 필요성이 점점 증가되고 있다(Kim, 2002; Lee, 2003). Chon(2000)은 우리나라 호스피스의 여러 문제점 가장 큰 문제가 호스피스에 대한 인지도가 낮은 것이라고 하였으며 Kim(2002)과 Lee(2003)도 호스피스 활성화를 위해서는 의료인 뿐 아니라 일반인

의 호스피스에 대한 인식도를 높여야 한다고 강조하였다. 이에 본 연구는 G시 지역주민들의 죽음에 대한 태도와 호스피스에 대한 인식을 파악하여 지역주민들을 위한 죽음준비 교육과 호스피스 사업의 활성화를 위한 기초자료를 제시하고자 시도되었다.

2. 연구 목적

본 연구의 구체적 목적은 다음과 같다.

첫째, 대상자의 죽음에 대한 태도와 호스피스에 대한 인식 정도를 파악한다.

둘째, 대상자의 일반적 특성에 따른 죽음에 대한 태도와 호스피스에 대한 인식의 차이를 파악한다.

II. 연구 방법

1. 연구 설계

본 연구는 횡단적 조사로 설문지를 이용한 서술적 조사연구이다.

2. 연구대상 및 자료수집

G시 총 12개동 282,955명 인구 중 각 동 주민 수의 0.026%에 해당하는 주민 732명을 대상으로 죽음에 대한 태도와 호스피스에 대한 인식을 조사하였다. 자료는 자료수집에 대한 기본교육을 받은 연구보조자가 각 동의 가정을 방문하여 수집하였고, 일부는 동사무소와 지역 내 슈퍼마켓 이용주민을 대상으로 수집하였다. 해당 지역 보건소에서 작성한 공문을 가지고 대상자에게 연구목적을 설명하였고 이에 동의한 주민들에게 설문조사를 실시하였으며, 연구대상자에 대한 익명성이 보장됨을 설명하였다. 수집된 자료 중 답변이 부실한 7부를 제외한 725부(99%)를 최종 분석하였다.

3. 연구 도구

1) 호스피스에 대한 인식 조사도구는 Lee(2000)가 사용하였던 설문지 중 기본적인 항목 4문항을 선별하여 사용하였다. 내용은 호스피스에 대하여 들

어본 경험, 가족, 친지 중 호스피스 수혜 경험, 호스피스의 정의 그리고 자신 및 가족이 치유할 수 없는 말기 암일 때 원하는 서비스 방법 등이다.

2) 죽음에 대한 태도는 1969년 Collect와 Lester가 만든 FODS(Fear of Death Scale)를 Suh(1990)가 한국어로 번역한 죽음에 대한 공포 조사도구 36문항 중 Kim(2003)이 16문항을 선정한 것을 사용하였으며 5점 척도로 점수가 높을수록 죽음에 대한 태도는 부정적이며, 낮을수록 긍정적임을 의미한다. Kim(2003)의 연구에서는 Cronbach- α 가 중재 전에는 .77, 중재 후에는 .81이었고, 본 연구에서는 Cronbach- α 값이 .69이었다.

4. 자료 분석방법

수집된 자료는 SPSS for Windows 14.0 프로그램을 이용하여 분석하였다.

첫째, 대상자의 일반적 특성, 죽음에 대한 태도 그리고 호스피스에 대한 인식을 파악하기 위하여 실수, 백분율, 평균 및 표준편차 등의 기술통계를 이용하였다.

둘째, 대상자의 일반적 특성에 따른 죽음에 대한 태도 수준의 차이를 알아보기 위하여 t-test 및 ANOVA

를 실시하였으며 유의한 차이가 있는 변수들 간에는 Scheffe를 실시하였다.

셋째, 대상자의 일반적 특성에 따른 호스피스에 대한 인식의 차이를 알아보기 위하여 χ^2 -test를 실시하였다.

III. 연구 결과

1. 대상자의 일반적 특성

대상자의 일반적인 특성은 <Table 1>에 제시되었다. 여자가 65.8%(477명)로 남자보다 상대적으로 많았으며, 연령은 '30세 미만'이 29.7%(215명)로 가장 많았으며, '30대' 24.1%(175명), '40대' 21.8%(158명)의 순으로 나타났다. 평균 연령은 39.9세(± 14.4)이고 최소 15세에서 최고 91세까지 분포하였다. 기혼이 61%(442명)로 가장 많았으며, 종교는 불교가 47.3%(343명)로 가장 많았고, 기독교와 천주교가 25.2%(183명)이었다. 학력은 전문대졸 이상이 42.6%(309명)로 가장 많았고 고등학교 졸업이 34.1%(247명)의 순으로 분석되었다. 직업은 직장인이 30.2%(219명)로 가장 많았고 가정주부가 29.4%(213명),

<Table 1> General characteristics of the subjects

(N=725)

Category		N(%)
Sex	Male	248 (34.2)
	Female	477 (65.8)
Age	15~29 year	215 (29.7)
	30~39 year	175 (24.1)
	40~49 year	158 (21.8)
	50~59 year	103 (14.2)
	60~91 year	67 (9.2)
	No response	7 (1.0)
Religion	Christian or catholic	183 (25.2)
	Buddhism	343 (47.3)
	None	187 (25.8)
	No response	12 (1.7)
Educational level	Elementary school graduation	50 (6.9)
	Middle school graduation	61 (8.4)
	High school graduation	247 (34.1)
	Above college graduation	309 (42.6)
	Etc	58 (8.0)
Marital status	Married	442 (61.0)
	Unmarried	255 (35.2)
	Separation by death or divorce	27 (3.7)
	No response	1 (0.1)

<Table 1> General characteristics of the subjects(continued)

(N=725)

Category		N(%)
Job	Farming or fishery	11 (1.5)
	Homemaker	213 (29.4)
	Student	161 (22.2)
	Office worker	219 (30.2)
	None	52 (7.2)
	Etc	65 (9.0)
	No response	4 (.4)
Disease	No	603 (83.2)
	Yes	112 (15.4)
	No response	10 (1.4)
Perceived health status	Healthy	621 (85.7)
	Not healthy	99 (13.7)
	No response	5 (0.7)

학생이 22.2%(161명)의 순으로 분석되었다. 질병이 없다고 응답한 대상자가 83.2%(603명), 주관적으로 건강하다고 응답한 대상자가 85.7%(621명)로 대상자의 대부분이 질병이 없고 주관적으로 건강한 것으로 나타났다.

2. 대상자의 죽음에 대한 태도 및 호스피스에 대한 인식

대상자의 죽음에 대한 공포 전체와 하위 영역인 '자신의 죽음에 대한 공포', '자신이 죽어가는 과정의 공포', '타인의 죽음에 대한 공포' 그리고 '타인이 죽어가

는 과정의 공포'를 분석한 결과는 <Table 2>와 같다.

<Table 2> The level of fear of death of the subjects

(N=725)

Content	M(SD)	
Fear of death (total)	3.17(.47)	
Subcategory	Death of self	3.03(.66)
	Dying of self	2.98(.66)
	Death of others	3.51(.63)
	Dying of others	3.14(.63)

죽음에 대한 공포 전체는 5점 만점에 평균 3.17(±.47)로 다소 높게 나타나 대체로 죽음에 대하여 공포를 느끼는 것으로 나타났으며, 하위변인별로는 '타인

<Table 3> Recognition of hospice of the subjects

(N=725)

Content	Category	N(%)
Had ever heard of hospice	Yes	482(66.5)
	No	243(33.5)
Had ever received hospice care among family and relatives	Yes	40(5.5)
	No	673(92.8)
	No response	12(1.7)
Definition of hospice	To extend a patient's life when patients are incurable terminal stage	22(3.0)
	Passive Euthanasia	16(2.2)
	Endless effort to overcome the human death.	26(3.6)
	To help the terminal patient have a comfortable life during rest of the patient's live	500(69.0)
	I don't know	146(20.1)
	No response	1(0.1)
What kind service do you want if you and your family have a incurable terminal cancer	Hospice ward	189(26.1)
	Home visiting by hospice team	146(20.1)
	Hospice facilities	146(20.1)
	Family care at home	208(27.1)
	Etc	20(2.7)
	No response	16(2.2)

의 죽음에 대한 공포가 3.51(±.63)로 가장 높게 나타났으며, 다음으로 '타인이 죽어가는 과정의 공포'가 평균 3.14(±.63), '자신의 죽음에 대한 공포'가 3.03(±.66) 그리고 '자신이 죽어가는 과정에 대한 공포'가 2.98(±.66)의 순으로 나타났다. 즉, 타인의 죽음과 죽어가는 과정에 대한 공포가 가장 컸으며, 다음으로 자신의 죽음과 자신이 죽어가는 과정에 대한 공포를 느끼는 것으로 나타나 자신보다 타인의 죽음에 대한 공포가 높았다.

호스피스에 대한 인식조사 결과는 <Table 3>과 같다. 대상자들이 호스피스에 대해 들어본 경험이 있는 경우가 66.5%(482명)였고, 가족이나 친지 중 호스피스 간호를 받아 보았다고 응답한 대상자는 5.5%(40명)였다. 호스피스에 대해 어떻게 정의 하고 있는지에 대한 문항에서도 '환자의 남은 생을 끝까지 충만하게 살고 편안한 죽음을 맞도록 돕는 일'이라고 정확하게 답을 한 경우가 69%(500명)로 높은 비율의 주민이 호스피스의 정의에 대하여 잘 이해하고 있었다. 자신이나 가족이 말기 암일 경우 원하는 서비스 방법에 대한 문항에서는 '집에서 가족간호'가 27.1%(208명)로 가장 많았으며 호스피스 병동 26.1%(189명), 호스피스 팀의 가정 방문과 독립된 호스피스 시설의 입소가 각각 20.1%(146명)의 순으로 나타났다.

3. 일반적 특성에 따른 대상자의 죽음에 대한 태도 및 호스피스에 대한 인식

1) 일반적 특성에 따른 죽음에 대한 태도

대상자의 일반적 특성에 따른 죽음에 대한 공포수준의 차이를 확인한 결과는 <Table 4>와 같다. 대상자의 일반적인 특성 중에서 유일하게 종교에 따라 죽음 전체에 대한 공포수준에 유의한 차이가 있는 것으로 분석되었다($F=3.91, p<.05$). Scheffé test를 실시한 결과 불교를 믿는 대상자(3.22±.44)가 기독교·천주교(3.10±.47)를 믿는 대상자보다 죽음에 대한 태도가 부정적인 것으로 나타났다. 죽음에 대한 공포의 하부변인 별로 살펴보면, '자신의 죽음에 대한 공포'에서 일반적 특성 중 종교에서 통계적으로 유의한 차이를 보였다($F=3.40, p<.05$). Scheffé test를 실시한 결과 불교(3.08±.07)가 기독교·천주교(2.91±.70)보다 자신

의 죽음에 대한 공포가 심한 것으로 나타났다. '자신이 죽어가는 과정에 대한 공포'에서 일반적 특성 중 종교와 학력에서 통계적으로 유의한 차이를 보였다($F=3.04, p<.05, F=3.14, p<.05$). Scheffé test를 실시한 결과 불교(3.03±.61)가 기독교·천주교(2.89±.66)보다 '자신이 죽어가는 과정에 대한 공포'가 심한 것으로 나타났고, 전문대졸 이상보다(2.89±.67) 기타(3.22±.63)가 '자신이 죽어가는 과정에 대한 공포'가 심한 것으로 분석되었다.

2) 일반적 특성에 따른 호스피스에 대한 인식

대상자의 일반적 특성에 따른 호스피스에 대한 인식의 차이를 확인한 결과는 <Table 5>와 같다. 호스피스에 대해 들어본 경험이 있는지에 대한 문항은 일반적 특성 중 성별($\chi^2=43.73, p<.001$)에서 통계적으로 유의한 결과를 보여 여자(74.8%)가 남자(50.4%)보다 호스피스에 대해 들어본 경험이 많은 것으로 나타났다. 연령($\chi^2=58.16, p<.001$)에서도 유의한 결과를 보여 40대(80.4%)가 가장 많이 들어보았다고 했고 30대(76%), 50대(68%)순으로 나타났다. 교육수준($\chi^2=85.22, p<.001$)에서도 유의한 결과를 보여 전문대졸 이상(80.3%), 고졸(66.4%)순으로 학력이 높은 경우 더 많이 들어본 경험이 있는 것으로 나타났고, 직업($\chi^2=56.34, p<.001$)에서도 유의한 결과를 보여 기타(75.4%), 가정주부(74.2%), 직장인(72.1%) 순으로 호스피스에 대해 들어본 경험이 많은 것으로 나타났다. 질병 유무($\chi^2=29.11, p<.001$)와 주관적 건강상태($\chi^2=15.51, p<.001$)에서도 유의한 결과를 보였으며 질병이 없고(70.6%), 건강이 좋다고 응답한 대상자(69.6%)가 호스피스에 대해 들어본 경험이 많은 것으로 분석되었다.

가족이나 친지 중 호스피스 수혜경험의 문항에서는 일반적 특성 중 질병유무($\chi^2=4.51, p<.05$)에서 통계적으로 유의한 차이를 보여 질병이 있는 경우(10%)가 없는 경우보다 수혜경험이 약간 더 많았던 것으로 분석되었다. 호스피스에 대한 정의 문항에서는 일반적 특성 중 결혼상태($\chi^2=16.11, p<.05$)에서 통계적으로 유의한 차이를 보여 미혼(75.2%)의 경우가 호스피스에 대해 바르게 알고 있는 경우가 더 많은 것으로 나타났다. 마지막으로 말기 암환자 돌봄 방법의 문항에서

〈Table 4〉 Difference of level of fear of death according to general characteristics of the subjects (N=725)

Category	Fear of death (total)		Death of self		Dying of self		Death of others		Dying of others		
	M ±SD	t/F	M ±SD	t/F	M ±SD	t/F	M ±SD	t/F	M ±SD	t/F	
Sex	Male	3.18±.48	.58	3.04±.73	.36	2.98±.68	.85	3.51±.63	.87	3.16±.63	.66
	Female	3.16±.46		3.02±.69		2.97±.66		3.50±.62		3.13±.64	
Age	15~29	3.21±.47		3.06±.73		3.01±.68		3.56±.63		3.16±.60	
	30~39	3.09±.47		2.97±.65		2.92±.68		3.43±.63		3.05±.63	
	40~49	3.13±.46	.11	2.95±.74	.83	2.90±.65	.23	3.51±.58	.34	3.14±.68	.32
	50~59	3.21±.45		3.05±.62		3.03±.66		3.52±.69		3.17±.59	
	60~69	3.22±.41		3.11±.70		3.07±.57		3.49±.56		3.21±.67	
Religion	Christian or catholic ^a	3.10±.47	3.91*	2.91±.70	3.4*	2.89±.66	3.04*	3.46±.66		3.08±.64	
	Buddhism ^b	3.22±.44	b)a+	3.08±.70	b)a+	3.03±.61	b)a+	3.56±.60	2.21	3.19±.63	2.02
	None ^c	3.14±.46		3.02±.66		2.96±.72		3.46±.62		3.11±.60	
Educational level	Elementary school graduation ^a	3.13±.45		2.95±.71		3.04±.76		3.40±.62		3.16±.56	
	Middle school graduation ^b	3.18±.45		3.14±.69		3.01±.64		3.53±.61		3.09±.62	
	High school graduation ^c	3.19±.41	.63	3.04±.64	.84	3.00±.62	3.14*	3.48±.63	.68	3.18±.62	.42
	Above college graduation ^d	3.14±.50		2.99±.74		2.89±.67	d(e)+	3.54±.61		3.13±.65	
	Etc. ^e	3.23±.46		3.07±.72		3.22±.63		3.50±.65		3.09±.64	
Marital status	Married	3.16±.44		3.02±.69		2.97±.64		3.49±.61		3.15±.64	
	Unmarried	3.17±.48	.94	3.03±.71	.69	2.96±.69	.43	3.51±.63	.90	3.13±.61	.56
	Separation by death or divorce	3.15±.56		2.91±.78		3.13±.72		3.50±.70		3.01±.68	
Job	Farming or fishery	3.22±.26		3.29±.47		3.11±.47		3.40±.70		3.18±.62	
	Homemaker.	3.16±.44		3.04±.64		3.02±.62		3.47±.65		3.14±.66	
	Student	3.20±.47	.81	3.09±.72	.18	3.00±.71	.44	3.54±.65	.74	3.15±.61	.83
Disease	Office worker	3.13±.48		2.92±.72		2.91±.69		3.51±.59		3.09±.63	
	None	3.18±.36		3.03±.66		2.99±.63		3.44±.51		3.18±.63	
	Etc	3.17±.52		3.06±.80		2.89±.63		3.58±.64		3.20±.62	
Perceived health status	Yes	3.14±.45	.48	2.98±.75	.44	2.97±.59	.99	3.47±.63	.53	3.13±.67	.63
	No	3.18±.47		3.04±.75		2.98±.68		3.51±.63		3.14±.63	
Not healthy	Healthy	3.16±.47	.76	3.02±.71	.83	2.96±.68	.13	3.52±.63	.39	3.14±.65	.69
	Not healthy	3.18±.39		3.04±.67		3.07±.59		3.46±.62		3.12±.51	

Note: * p < .05 +Scheffe test

(Table 5) Difference of level of recognition of hospice according to general characteristics of the subjects (N = 725)

Category	Had ever heard of Hospice			Had ever received Hospice Care			
	Yes	No	Total	Yes	No	Total	
Sex	Male	125(50.4)	123(49.6)	248(100)	19(7.7)	227(92.3)	246(100)
	Female	357(74.8)	120(25.2)	477(100)	21(4.5)	446(95.5)	467(100)
Age	15~29	126(58.6)	89(41.4)	215(100)	11(5.2)	199(94.8)	210(100)
	30~39	133(76.0)	42(24.0)	175(100)	7(4.1)	165(95.9)	172(100)
	40~49	127(80.4)	31(19.6)	158(100)	10(6.5)	145(93.5)	155(100)
	50~59	70(68.0)	33(32.0)	103(100)	7(6.8)	96(93.2)	103(100)
	60~69	23(34.3)	44(65.7)	67(100)	5(7.6)	61(92.4)	66(9.3)
Religion	Christian or catholic	122(66.7)	61(33.3)	183(100)	12(6.8)	165(93.2)	177(100)
	Buddhism	227(66.2)	116(33.8)	343(100)	19(5.6)	321(94.4)	340(100)
Educational level	None	123(65.8)	64(34.2)	187(100)	6(16.2)	178(96.7)	184(100)
	Elementary school graduation	13(26.0)	37(74.0)	50(100)	3(6.3)	45(93.8)	48(100)
	Middle school graduation	24(39.3)	37(60.7)	61(100)	4(6.7)	56(93.3)	60(100)
	High school graduation	164(66.4)	83(33.6)	247(100)	10(4.1)	232(95.9)	242(100)
	Above college graduation	248(80.3)	61(19.7)	309(100)	18(5.9)	288(94.1)	306(100)
	Etc	30(57.7)	22(42.3)	52(100)	3(5.9)	48(94.1)	51(100)
Marital status	Married	316(71.5)	126(28.5)	442(100)	27(6.2)	409(57.4)	436(100)
	Unmarried	161(63.1)	94(36.9)	255(100)	13(5.2)	237(94.8)	250(100)
	Separation by death or divorce	5(18.5)	22(81.5)	27(100)	0(0.0)	26(100)	26(100)
	Farming or fishery	5(45.5)	6(54.5)	11(100)	0(0.0)	11(1.6)	11(100)
Job	Homemaker	158(74.2)	55(25.8)	213(100)	11(5.3)	197(94.7)	208(100)
	Student	97(60.2)	64(39.8)	161(100)	9(5.8)	147(94.2)	156(100)
	Office worker	158(72.1)	61(27.9)	219(100)	13(6.0)	204(94.0)	217(100)
	None	13(25)	39(75)	52(100)	4(7.7)	48(92.3)	52(100)
	Etc	49(75.4)	16(24.6)	65(100)	3(4.6)	62(94.4)	65(100)
Disease	No	426(70.6)	177(29.4)	603(100)	29(4.9)	564(95.1)	593(100)
	Yes	53(47.3)	59(52.7)	112(100)	11(10.0)	99(90.0)	110(100)
Perceived health status	Healthy	432(69.6)	189(30.4)	621(100)	34(5.6)	577(94.4)	611(100)
	Not healthy	49(49.5)	50(50.5)	99(100)	6(6.2)	91(93.8)	97(100)

Note: * p<.05, ** p<.01, *** p<.001

(Table 5) Difference of level of recognition of hospice according to general characteristics of the subjects(continued) (N=725)

Category	Definition of hospice					Total	χ^2	
	1	2	3	4	5			
Sex	Male	8(3.3)	3(1.2)	8(3.3)	180(74.4)	43(17.8)	242(100)	4.06
	Female	14(3.0)	13(2.8)	18(3.8)	320(68.4)	103(22.0)	468(100)	
	15~29	2(1.0)	6(2.9)	9(4.3)	157(75.8)	33(15.9)	207(100)	
Age	30~39	3(1.8)	4(2.3)	7(4.1)	121(70.8)	36(21.1)	171(100)	17.33
	40~49	7(4.5)	2(1.3)	4(2.5)	110(70.1)	34(21.7)	157(100)	
	50~59	6(5.8)	1(1.0)	4(15.4)	68(66.0)	24(23.3)	103(100)	
	60~69	3(4.6)	3(4.6)	2(3.1)	41(63.1)	16(24.6)	65(100)	
	Christian or catholic	5(2.8)	5(2.8)	5(2.8)	126(70.8)	37(20.8)	178(100)	
Buddhism	15(4.4)	10(2.9)	15(4.4)	226(66.7)	73(21.5)	339(100)		
None	1(0.6)	1(0.6)	5(2.8)	140(77.3)	34(18.8)	181(100)		
Educational level	Elementary school graduation	2(4.1)	3(6.1)	1(2.0)	29(59.2)	14(28.6)	49(100)	21.04
	Middle school graduation	4(7.0)	3(5.3)	1(1.8)	36(63.2)	13(22.8)	57(100)	
	High school graduation	5(2.1)	3(1.2)	8(3.3)	178(25.3)	49(20.2)	243(100)	
	Above college graduation	10(3.3)	4(1.3)	14(4.6)	215(70.5)	62(20.3)	305(100)	
	Etc	2(4.1)	3(6.1)	1(2.0)	29(59.2)	14(28.6)	49(100)	
Marital status	Married	14(3.2)	11(2.5)	14(3.2)	295(67.5)	103(23.6)	437(100)	16.11*
	Unmarried	5(2.0)	5(2.0)	12(46.2)	185(75.2)	39(15.9)	246(100)	
	Separation by death or divorce	3(11.5)	0(0.0)	0(0.0)	19(73.1)	4(15.4)	26(100)	
	Farming or fishery	0(0.0)	2(18.2)	0(0.0)	7(63.6)	2(18.2)	11(100)	
	Homemaker	7(3.3)	6(2.8)	6(2.8)	137(64.9)	55(26.1)	211(100)	
Job	Student	3(2.0)	4(2.6)	6(3.9)	119(78.3)	20(13.2)	152(100)	35.35
	Office worker	7(3.2)	2(0.9)	9(4.2)	154(71.3)	44(20.4)	216(100)	
	None	4(7.8)	2(3.9)	0(0.0)	35(68.6)	10(19.6)	51(100)	
	Etc	1(1.5)	0(0.0)	4(6.2)	46(70.8)	14(21.5)	65(100)	
	No	19(3.2)	11(1.9)	22(3.7)	419(70.7)	122(17.4)	593(100)	
Yes	3(2.8)	5(4.7)	4(3.7)	72(67.3)	23(15.9)	107(100)		
Perceived health status	Healthy	21(3.5)	12(2.0)	22(3.6)	430(70.7)	123(20.2)	608(100)	3.45
	Not healthy	1(3.0)	4(4.1)	4(4.1)	67(69.1)	21(21.6)	97(100)	

Note: 1. To extend a patient's life when patients are incurable terminal stage

2. Passive Euthanasia

3. Endless effort to overcome the human death

4. To help the terminal patient have a comfortable life during rest of the patient's live

5. I don't know

*p<.05

는 통계적으로 유의한 관계가 있는 일반적 특성이 없었다.

IV. 논 의

죽음에 대한 공포는 평균 3.17(5점 만점)로 죽음에 대하여 다소 높은 공포를 느끼는 것으로 분석되었다. 노인을 대상으로 Kim(2005)이 25문항의 FODS(fear of death scale)를 가지고 죽음에 대한 공포를 조사한 연구에서는 평균 3.23(5점 만점), Han(2007)이 15 문항의 FODS로 조사한 연구에서는 3.18(5점 만점)로 본 연구결과보다 죽음에 대한 공포가 더 높았고, 한·미 노인에게 Suh(1990)가 36문항의 FODS로 조사한 결과 여자 노인은 평균 94, 남자 노인은 100(144점 만점)으로 본 연구결과보다 공포 수준이 높았다. 또한 본 연구와 동일하게 16문항으로 구성된 FODS를 가지고 가정 호스피스에 의뢰된 노인 대상자에게 조사한 연구에서 사회적 지지 제공 전에는 죽음에 대한 공포가 평균 3.34로 높게 나타났다. 문항 수에 다소의 차이가 있으나 동일 도구를 가지고 죽음에 대한 공포를 측정된 결과 말기 환자가 죽음에 대한 공포가 가장 심했고 다음으로 노인, 일반 주민의 순으로 죽음에 대한 공포가 높은 것으로 나타나 죽음에 임박할수록 죽음에 대한 공포가 높은 것으로 나타났다.

일반 주민을 대상으로 한 본 연구에서는 하위변인 중 '타인의 죽음에 대한 공포'가 가장 높게 나타났으며, '타인이 죽어가는 과정의 공포', '자신의 죽음에 대한 공포' 그리고 '자신이 죽어가는 과정에 대한 공포'의 순으로 나타났는데, 한·미 노인을 대상으로 한 Suh(1990)의 연구에서는 타인이 죽어가는 과정에 대한 공포와 타인의 죽음에 대한 공포가 높게 나타난 반면 자신의 죽음 및 자신이 죽어가는 과정에 대한 공포는 상대적으로 낮게 나타나 본 연구결과와 유사한 결과를 보였다. 반면 Kim(2003)의 말기 환자의 경우는 '자신이 죽어가는 과정'에 대한 공포가 가장 높았고 그다음으로 '타인의 죽음'과 '타인의 죽어가는 과정'에 대한 공포 그리고 '자신의 죽음'에 대한 공포의 순으로 나타나, 말기 환자의 경우 자신의 죽음 자체보다 '자신이 죽어가는 과정'에 대한 공포가 가장 높은 것은 죽어가는 과정의 총체적인 고통을 실감하고 있기 때문인 것으로 해

석된다. 한편 Kim(2003)의 연구에서 말기 환자에게 사회적 지지를 제공한 후 '죽음에 대한 전체 공포 수준'이 3.43에서 2.72로 감소되고, 가장 높은 점수를 보였던 '자신의 죽어가는 과정'에 대한 공포도 서비스 제공 전 3.70에서 서비스 제공 후 2.63으로 감소되므로 죽음에 대한 공포가 증채될 수 있음을 확인할 수 있었다. 이처럼 대상자에 따라 죽음에 대한 공포수준과 공포의 내용이 다르므로 일반 주민, 노인, 죽음을 앞둔 말기환자 등 상태에 따라 다양한 죽음준비 프로그램이 준비되어 제공되어야 한다.

본 연구결과 불교를 믿는 신자들의 죽음에 대한 공포가 타 종교에 비해 유의하게 높게 나타났다. 기독교와 천주교는 죽음을 고난의 끝이요 부활이며 새로운 삶의 시작으로 보는 반면, 불교는 사후의 존재를 강조하기보다는 죽음에 대한 새로운 차원의 인식(해탈)을 강조하기 때문에 죽음을 도피 혹은 자기멸절로 보고 있다. 즉 해탈에 이르는 것이 궁극적 목표이나 전생의 업이 청산될 때까지는 반복되는 윤회의 과정을 거쳐야 하며, 자신의 업에 따라 후생이 결정되므로 죽음에 대한 공포가 기독교 또는 천주교에 비해 상대적으로 죽음에 대한 공포가 높은 것으로 해석된다(Kim, 2002; Buddhism Compilation Committee, 1997). 죽음에 대한 하위영역 중 '자신의 죽음에 대한 공포'와 '자신이 죽어가는 과정'에 대한 공포 영역에서도 통계적으로 유의하게 종교에 따라 죽음에 대한 공포가 다른 것으로 분석되었다. 즉 불교가 기독교 또는 천주교보다 두 영역에서 모두 높은 공포수준을 보였으며 이는 앞에서 설명한 바와 같이 죽음이 자신의 문제임에 직면할 때 종교별 죽음의 의미가 다르기 때문으로 해석된다. 한편 하위영역 중 '자신이 죽어가는 과정'에 대한 공포가 학력에 따라 유의수준에서 다르게 나타나, 전문대졸이상보다 기타 학력의 죽음에 대한 공포가 높아 학력이 높은 경우 자신이 죽어가는 과정에 대한 공포가 낮은 것으로 분석되었다. Kim(2005)의 연구에서는 학력이 높은 경우 죽음에 대한 전체 공포가 높게 나타나 본 연구결과와 상이한 결과를 보였으며 학력과 죽음의 공포간의 관계에 대해서는 일관된 결과를 보이지 않았다.

본 연구에서 호스피스에 대한 인식을 분석한 결과, 호스피스에 대해 들어본 경험이 있는 경우가 66.5%, 가족이나 친지 중 호스피스 간호를 받아 보았다고 응

답한 대상자가 5.5%였다. 호스피스에 대한 정의를 바르게 답한 경우가 69%였으며, 자신이나 가족이 말기 암일 경우 원하는 서비스 방법에 대한 문항에서는 '집에서 가족간호'가 27.1%, 호스피스 병동 26.1%, 호스피스 팀의 가정 방문과 독립된 호스피스 시설의 입소가 각각 20.1%로 나타났다. 말기 암환자 가족을 대상으로 한 Kim(2005)의 연구에서는 대상자의 78%가 호스피스에 대해 들어본 경험이 있었고, 80.5%가 호스피스의 정의에 대해 바르게 알고 있었다. 서비스 수혜경험이 있는 경우가 19.5%로 나타났으며 41.5%의 대상자가 집에서 가족의 돌봄을 받으며 임종을 맞이하고 싶어 했다. 본 연구 결과와 비교할 때 Kim(2005)의 연구대상자는 암환자의 가족이므로 본 연구결과보다 호스피스에 대한 인식이 높고 서비스 수혜경험이 높은 것은 당연한 것으로 해석되며, 조사대상자 중 30대~50대에서 호스피스에 대한 인지도가 높은 것은 본 연구결과와 일치되고 있다. 이는 우리나라에서 호스피스가 지역사회 뿐 아니라 병원을 중심으로 정착하기 시작한 것이 1980년대 초이며, 30대~50대가 인생에서 왕성한 활동을 하는 시기이므로 새로운 정보에 접할 기회가 많아서 이러한 결과가 나왔다고 해석할 수 있다. 또한 가족의 간호를 받으며 집에서 임종하기를 원한다는 비율이 비교적 높게 나온 것은 본 결과와 일치되는 것으로 한국의 가족문화를 반영한 것으로 해석할 수 있다. 의료인을 대상으로 한 Kim(2002)의 연구에서 가정은 환자에게 가장 친밀하고 편한 곳으로 존엄하게 임종을 맞을 때까지 호스피스 팀이 가정을 방문하여 서비스를 제공하는 것이 널리 권장되어야 한다고 강조하여 본 연구결과와 일치되는 보고를 하였다. 또한 Kim(2002)의 연구에서 의료인들의 85%가 호스피스에 대해 알고 있다고 응답하였는데, 이는 조사 대상자가 의료인이므로 일반인 보다 호스피스에 대해 알 수 있는 기회가 많았기 때문으로 해석된다. 한편 노인을 대상으로 한 Ahn(2000)과 Lee(2007)의 연구에서 단지 5~6%만이 호스피스에 대해 들어본 경험이 있었던 반면, 대학생들을 대상으로 한 Roh와 Lee(2004)의 연구에서는 70.6% 그리고 일반 성인을 대상으로 한 Yun 등(2004)과 Lee(2000)의 연구에서는 각각 59.4%, 87.4%가 호스피스에 대해 알고 있다고 응답하였다. 또한 호스피스의 정의에 대해서 노인

들은 거의 모른다고 답한 반면 Lee(2000)의 연구에서는 92.4%, Roh와 Lee(2004)의 연구에서는 75.3%가 호스피스의 정의에 대해 바르게 알고 있어, 호스피스에 대해 잘 모르는 국민 특히 노인들을 대상으로 대중매체를 이용한 홍보 뿐 아니라 노인대학, 경로당과 마을회관 등 노인들이 모인 장소를 찾아가 집단교육과 홍보를 실시하는 등 다양한 방법을 동원해 호스피스에 대한 홍보를 할 필요가 있다.

본 연구에서는 일반적 특성 중 성별, 연령, 교육수준, 직업, 질병유무 및 주관적 건강상태에 따라 호스피스를 들어본 경험이 유의하게 다른 것으로 분석되었으나, Lee(2007)의 연구에서 학력, Lee(2000)의 연구에서는 종교와 학력에 따라 차이가 있는 것으로 보고 되어 학력이 높을수록 호스피스에 대해 들어본 경험이 많은 것이 일치하였다. 또한 본 연구에서는 일반적 특성 중 결혼 상태에 따라 유의수준에서 호스피스의 정의를 다르게 반응한 반면, Lee(1998)의 연구에서는 연령 및 종교에서 유의수준에서 차이가 있는 것으로 나타나 호스피스의 정의와 일반적 특성간의 관련성에서는 일관된 결과를 보이지 않았다.

본 연구결과 일반 지역주민의 죽음에 대한 공포가 다소 높게 나타났고, 공포의 내용도 대상자에 따라 다르게 나타나 일반 주민을 대상으로 한 죽음준비 교육이 매우 필요하며, 이를 실시할 때 종교와 일반적 특성을 고려하여 접근해야 함을 확인할 수 있었다. 또한 죽음준비 프로그램에 말기 환자를 위한 호스피스 사업의 내용이 반드시 포함될 필요가 있으며, 이와 함께 호스피스 사업이 활성화될 수 있는 제도적 여건이 형성될 수 있도록 사회적 활동을 함께 할 필요가 있다. 호스피스에 대하여 바르게 인식하고 있는 대상자의 비율이 높은 편이었으나, 우리나라에서 호스피스의 정착과 활성화를 도모하기 위해서는 남자, 60세 이상 노인, 저학력, 무직 등 상대적으로 호스피스를 잘 알고 있지 못한 대상자들에게 호스피스에 대한 교육 및 홍보를 집중 실시하고, 점차 전 국민을 대상으로 호스피스를 홍보할 필요가 있다.

V. 결론 및 제언

본 연구는 일 지역 지역주민들의 죽음에 대한 태도

와 호스피스에 대한 인식을 조사한 서술적 조사연구로서 연구결과는 다음과 같다.

1. 조사 대상자 725명 중 여자가 65.8%(477명), '30세 미만'이 29.7% (215명)로 가장 많았다. 기혼이 61% (442명)이었고, 종교는 불교가 47.3% (343명)로 가장 많았다. 학력은 전문대졸 이상이 42.6%(309명)로 많았고, 직업은 직장인이 30.2% (219명), 가정주부 29.4%(213명), 학생 22.2% (161명)의 순으로 분석되었다. 질병이 없다고 응답한 대상자가 83.2%(603명), 주관적으로 건강하다고 응답한 대상자가 85.7%(621명)이었다.
2. 죽음에 대한 태도는 평균 3.17(5점 만점)로 다소 높게 나타나 대체로 죽음에 대하여 공포를 느끼는 것으로 나타났으며, 하위변인별로는 '타인의 죽음에 대한 공포'가 3.51, '타인이 죽어가는 과정의 공포'가 3.14, '자신의 죽음에 대한 공포'가 3.03 그리고 '자신이 죽어가는 과정에 대한 공포'가 2.98로 나타났다.
3. 호스피스에 대해 들어본 경험이 있는 경우가 66.5%, 가족이나 친지 중 호스피스 간호를 받아 보았다고 응답한 대상자가 5.5%였다. 호스피스에 대해 어떻게 정의 하고 있는지에 대한 문항에서 정확하게 답을 한 경우가 69%였다. 자신이나 가족이 말기 암일 경우 원하는 서비스 방법에 대한 문항에서는 '집에서 가족간호'가 27.1%, 호스피스 병동 26.1%, 호스피스 팀의 가정 방문과 독립된 호스피스 시설의 입소가 각각 20.1%로 나타났다.
4. 일반적인 특성 중 종교와 죽음 전체에 대한 공포수준 간에 유의한 차이가 있는 것으로 분석되었다 ($F=3.91$, $p<.05$). '자신의 죽음'에 대한 공포와 종교 간에 유의한 차이를 보였고($F= 3.40$, $p<.05$), '자신이 죽어가는 과정'에 대한 공포는 종교와 학력에서 통계적으로 유의한 차이를 보였다 ($F=3.04$, $p<.05$, $F=3.4$, $p<.05$).
5. 호스피스에 대해 들어본 경험이 있는지에 대한 문항은 성별($\chi^2=43.73$, $p<.001$), 연령($\chi^2=58.16$, $p<.001$), 교육수준($\chi^2=85.22$, $p<.001$), 직업($\chi^2=56.34$, $p<.001$), 질병유무($\chi^2=29.11$, $p<.001$)와 주관적 건강상태($\chi^2=15.51$, $p<.001$)에서 통계적으로 유의한 결과를 보였다. 가족이나 친지 중

호스피스 수혜경험과 질병유무($\chi^2=4.51$, $p<.05$)에서 유의한 차이를 보였고, 호스피스에 대한 정의와 결혼상태($\chi^2=16.11$, $p<.05$)에서 유의한 차이를 보였다. 말기 암환자 돌봄 방법의 문항에서는 통계적으로 유의한 관계가 있는 일반적 특성이 없었다.

본 연구결과를 기반으로 일반 주민을 대상으로 한 죽음준비 교육이 필요하며, 프로그램 중에 호스피스 내용이 반드시 포함되어야 함을 확인할 수 있었다. 또한 프로그램을 실시할 때 대상자 층에 따라 다양한 내용과 접근이 이루어져야 하며, 상대적으로 호스피스를 잘 알고 있지 못한 지역 주민들에게 호스피스에 대한 교육 및 홍보를 집중 실시하고, 점차 전 국민을 대상으로 호스피스를 홍보할 필요가 있다.

본 연구는 일 지역 주민에 한정하여 자료를 수집하였으므로 연구결과를 일반화하는데 한계가 있다. 앞으로 죽음을 앞둔 말기 환자, 노인 뿐 아니라 일반 지역 주민을 위해 한국 실정에 맞는 다양한 죽음 준비프로그램이 마련되어 실시될 필요가 있으며 그 효과를 측정하는 연구를 할 필요가 있다. 또한 본 연구결과 말기 환자들은 자신의 집에서 가족의 돌봄을 받고 싶어 하고 호스피스 팀의 가정방문을 원하는 비율이 높으므로 재가 호스피스 사업이 특히 활성화될 수 있도록 지역 사회보전사업이 전개될 필요가 있다.

References

- Ahn, K. A. (2000). *A study on the attitudes and preparation for death among the aged in rural areas*. Unpublished master's thesis Kangnam University, Seoul.
- Buddhism Compilation Committee. (1997). *Understanding of buddhist philosophy*. BulJiSa: Seoul.
- Chon, Y. H. (2000). *Analysis of actual condition of korean hospice and its improvement methods*. Unpublished master's thesis, Dankook University, Seoul.
- Han, Y. R. (2007). Subjective health status, religiosity and fear of death of the elderly in rural community. *J Korean Comm Nurs*,

- 18(3), 363-372.
- Jeon, Y. G. (2000). *A study of factors influencing the death anxiety in the old age*. Unpublished master's thesis, Mokwon University, Daejeon.
- Kil, S. Y. (1993). *A study on attitudes towards death*. Unpublished master's thesis, Korea University, Seoul.
- Kim, H. (2005). *A study on the attitudes of families with a terminal cancer patient to hospice*. Unpublished master's thesis, Wonkwang University, Iksan.
- Kim, H. M. (2002). *A study on the recognition and attitudes for the death among the aged: With the aged who live in Su-Won City*. Unpublished master's thesis, Kangnam University, Seoul.
- Kim, J. E. (2003). *An influence of home visiting hospice on the basis of social support on the old people's attitude toward death*. Unpublished master's thesis, Honam University, Gwangju.
- Kim, M. S. (2005). *Effect of a religion on the ego integrity and the attitude toward death of Korean senior citizens*. Unpublished master's thesis, Sam Yook University, Seoul.
- Kim, O. K. (2002). *A study of medical profession's knowledge and attitudes to hospice home care*. Unpublished master's thesis, Yonsei University, Seoul.
- Korea National Statistical Office. (2006). *Future population estimation result*. Daejeon: Korea National Statistical office.
- Kubler-Ross, E. (1969). *On death and dying*. The Macmillan Company, New York.
- Lee, I. J., & Choi, H. K. (1995). *Human behavior and social environment*. Paju: Naman Publishing House.
- Lee, E. J. (1998). *A study of spot-survey towards the attitude of hospice*. Unpublished master's thesis, Wonkwang University, Iksan-Si.
- Lee, S. S. (2000). *A study on the cognition and nursing needs of the hospice*. Unpublished master's thesis, Chung-Ang University, Seoul.
- Lee, Y. J. (2003). *Attitudes and cognition of nurses towards death and hospice*. Unpublished master's thesis, Daejeon University, Daejeon.
- Lee, J. S. (2004). *Death and hospice care*. Iredotcom. Seoul: Iredotcom.
- Lee, I. R. (2007). *Attitude toward death and cognition of the hospice*. Unpublished master's thesis, Dongguk University, Seoul.
- Ministry of Health and Welfare. (2005). *National cancer control program and cancer control policy for home stayed cancer patients in Korea*. Cancer control division of Ministry of Health and Welfare
- Park, S. C. (1992). *A study on the death orientation of hospice volunteers*. Unpublished master's thesis, Korea University, Seoul.
- Roh, S. H., & Lee, J. J. (2004). *A study about what university students have an orientation and an attitude on death, and what they think of hospice*. Unpublished master's thesis, Catholic University, Pusan.
- Suh, H. K. (1990). Attitude of male and female older adults concerning death. *J Korean Soc Health Educ Promt*, 7(2), 89-102.
- Yun, Y. H., Rhee, Y. S., Nam, S. Y., Chae, Y. M., Heo, D. S., Lee, S. W., Hong, Y. S., Kim, S. Y., & Lee, K. S. (2004). Public attitudes toward dying with dignity and hospice palliative care. *KSHPC*, 7(1), 17-28.

ABSTRACT

Attitude toward Death and Recognition of Hospice of Community Dwellers

Han, Young Ran(Associate professor, Department of Nursing, Dongguk University)

Kim, In Hong(Associate professor, Department of Nursing, Dongguk University)

Purpose: To investigate the attitude toward death and recognition of hospice of community dwellers and to examine the differentiation between the attitude, recognition, and demographic variables. **Method:** This study was a cross-sectional descriptive study using a questionnaire. The Fear of Death Scale (FODS) made by Collect & Lester (1969) and translated and revised by Kim (2003) was used to measure the fear of death. The data were analyzed using SPSS. **Results:** The subjects were 725 community dwellers, 65.8% female with a mean age of 39.9 years. The mean FODS score was 3.17 out of 5, showing a slightly high negative attitude to death. There was a statistically significant difference between the type of religion and total FODS ($F=3.91, p=.02$). Of the respondents, 66.5% had heard of hospice and 5.5% had received hospice care. **Conclusion:** Based on the study results, various types of death education program for community dwellers, including the content of hospice care, should be developed. In addition, public relations for the settlement of desirable dying culture and hospice service need to be activated.

Key words : Hospice, Attitude to death, Community