

노인 호스피스의 이해

염혜아 교수
가톨릭대학교 간호대학

노년기의 특징

노화란 노령화 과정에서 나타나는 육체적, 심리적, 행동적 변화가 상호 작용하는 복합적 과정으로 모든 인간이 보편적으로 경험하는 현상입니다. 통상적으로 65세 이상의 개인을 노인이라 칭하며 75세를 기준으로 그 이전을 초기 노인, 그 이후를 중후기 노인으로 분류합니다. 중후기 노인을 조금 더 세분화해서 분류하자면 85세 이상은 후기 노인, 100세 이상의 개인은 센테나리언(centenarian)이라 칭합니다. 현재 우리나라는 65세 이상의 노인 인구가 전체 인구의 14% 이상을 차지하는 고령사회(Aged Society)이며, 노인이 전 인구의 20% 이상을 차지하는 초고령사회(Super-aged society)로의 진입을 4~5년 정도 앞두고 있습니다. 인간의 수명이 증가하고 있는 것은 세계적인 추세이며 우리나라도 지난 반세기 동안 평균 수명이 꾸준히 연장되어 현재 노인의 평균 수명은 남녀를 포괄하여 약 83세 정도입니다¹.

학자인 Erikson은 인간의 생애를 모두 8단계로 나누고 각 단계 별로 이루어야 할 발달과업을 제시했습니다. 생애주기별 발달과정에서 살펴보면 노년기의 가장 큰 발달과업은 자아 통합감(self-integrity)으로, 이는 노년기에 다른 개인이 지나간 일생을 돌이켜볼 때 본인이 스스로의 삶에 만족하며 자신의 삶이 최선을 다해 노력해 온 의미 있는 인생이었다는 느낌을 가질 때 형성됩니다². 자아 통합감이 높

은 노인은 달성하지 못한 일보다 생애 기간 동안 자신이 이룩한 일에 더 의미를 부여하며 매사 감사하는 자세를 보이는 특징이 있습니다. 반면 이러한 자아 통합감이 제대로 형성되지 않았을 때 노인은 상당한 절망감을 느끼며 자신의 삶에 대한 후회와 더불어 삶을 정리하고 죽음을 준비하는 것에 대해 상당한 어려움을 나타냅니다.

현재 우리나라 노인의 주요 사망 원인은 여전히 암성 말기 질환이 가장 높은 순위를 차지하지만, 기타 노인성 질환인 심장질환, 뇌혈관질환, 폐렴, 당뇨, 간경변증과 같은 비암성 말기 질환도 주요 사망 원인에 해당합니다. 평균 수명의 연장으로 살아 있는 나날의 양적인 연장을 이루었으나 사망하기 직전까지 아픈 상태로 지내야 하는 유병 기간 또한 늘어나고 있습니다. '살아 있으나 질병으로 인해 고통스러운' 시간에 대한 인지는 자연스럽게 노년과 웰다잉(peaceful well dying)에 대한 관심을 증가시켰고 노인의 '평화로운 죽음'을 둘러싼 다양한 논제들은 의료계와 지역사회의 큰 관심사입니다³. 노화에 따른 신체기능의 저하로 인해 노인은 만성 질병을 진단받은 후부터 임종 직전 호스피스 돌봄 단계에 이르기 전에 이미 장기간 여러 진료과의 완화의료의 대상으로 머무르며 의료진과 주 가족 돌봄자로부터 입원 기간 또는 일상생활에서 도움을 받습니다. 현재 우리나라 노인의 주 돌봄자는 배우자와 자녀이며, 이러한 가족 돌봄의 특성으로 인하여

노인 호스피스 사례의 주요 평가 요소에는 환자의 개인적 삶의 성찰 과정과 더불어 노인이 삶을 마감하는 과정에서 남겨지게 되는 가족과의 갈등 해소 및 가족 역동이 반드시 포함됩니다. 평화로운 임종을 준비함에 있어 노인이 어떠한 문화에 속하여 살아왔는지에 대한 부분이 특히 중요한데, 평소 명확한 구두 의사 표현을 자제하는 경향이 있는 노인의 경우 소극적인 감정적 표출로 인해 본인이 원하는 방식의 임종을 표현하는 것에 어려움을 나타낼 수 있습니다. 가족과 봉사자, 의료진의 입장에서 개별 노인이 가지고 있는 삶의 고통의 깊이와 의미를 이해하는 것은 어렵지만 매우 중요한 일입니다.

노인을 위한 생애 말기 돌봄

통상적으로 노인이 가지고 있는 죽음에 대한 공포는 임종 과정 그 자체, 홀로 갑작스러운 죽음을 맞이하는 것에 대한 두려움, 자신이 원치 않는 장소에서의 임종, 신체에 대한 통제력의 완전한 상실, 남겨진 가족에게 재정적인 부담을 주고 떠나는 것, 일상적인 일들을 미처 정리하지 못한 채 성급히 죽음을 맞이하는 것 등이 있습니다⁴. 따라서 노인에게 호스피스 돌봄을 제공하는 의료진과 봉사자는 노인의 다양한 임종과 관련된 요인들을 인지하여야 하며 이러한 노인의 개인적 요구들은 임종 전에 최대한 해결되어야 합니다. 호스피스의 목적은 말기 질환자가 평안한 임종을 맞이할 수 있도록 환자와 그 가족에게 전인적 돌봄을 제공하는 것이며, 생명의 인위적 단축이나 연장을 지양하고 환자의 고통 경감에 중점을 두는 것입니다⁵. 생애 주기의 마지막 단계에 해당하는 노년기의 특성상 노인 호스피스는 여성의 '풍요로움'에 초점을 두고 총체적 돌

봄을 제공하는데 주안점을 두게 됩니다. 아울러 노인의 요구는 기존의 주거 형태와 삶의 상황 안에서 파악되어야 하고 지역사회에서 활용이 가능한 자원 체계를 우선적으로 고려하여야 합니다. 구체적으로 적용할 수 있는 노인 호스피스 환자를 위한 생애 말기 돌봄은 다음과 같습니다:

- 노인이 바라는 방식의 생애 말기 돌봄 방식에 대한 존중
- 노인이 치료를 거부할 수 있는 권리를 인정
- 다른 연령대의 환자와 차별을 두지 않는 적극적인 통증 및 신체 증상 관리
- 주 돌봄자에 해당하는 가족의 요구에 대한 상세한 파악
- 영성(spirituality) 표출에 대한 허용 및 존중
- 평상시 노인의 삶의 질을 높여왔던 일상적 보완 대체 요법에 대한 수용
- 적시에 이루어지는 호스피스 기관으로의 전원
- 일관된 다학제적 접근

그러나 노인 호스피스 환자에게 구체적인 간호의 원칙을 일괄적으로 적용하는 데에는 어려움이 따를 수 있는데, 주 장애 요인으로는 인지기능 장애로 인한 구두 의사소통의 어려움, 노인과 가족 간의 생애 말기 돌봄 방식에 대한 의견 불일치, 연명 치료 중단에 대한 노인 자신의 양가감정, 비구두 의사소통의 의미에 대한 해석의 어려움 등이 있습니다. 이러한 장애요인을 극복하기 위해서는 우선 생애 말기 돌봄에 대한 노인 자신의 요구를 호스피스 이전 단계인 완화적 치료 단계에서부터 명확히 확인하고 연명치료 계획에 반영하는 것이

중요합니다. 인지 기능이 심하게 저하된 노인의 경우 의료대리인과의 적극적인 의사소통을 통해 간접적으로라도 노인의 간호요구도를 파악할 필요가 있습니다. 또한 정확한 환자 상태에 대한 호스피스팀 구성원 간 일관된 정보의 공유와 협조가 중요하며 지속적인 사례관리를 위해 케어 코디네이션(care coordination) 서비스의 적용도 고려해 볼 수 있습니다. 실제로 완화의료 단계에 해당하는 지역사회 거주 노인 암 환자들에게 케어 코디네이션 중재 서비스를 적용한 결과, 노인 암 환자의 일상생활 능력과 삶의 질이 유의하게 상승되었음이 보고되었습니다.⁶

노인 암 환자를 위한 케어 코디네이션의 세부 영역에는 증상 조절을 위한 복용 약제에 대한 이행, 신체 기능 및 기동성 유지, 사회심리적 지지, 질병 관련 지식의 확장, 의료서비스 이용 요구도 평가 등 다면적 요소가 포함됩니다. 신체 증상으로 인한 고통은 노인 호스피스 환자의 주요 문제이며 기존 노화 과정에서 오는 쇠약과 일상생활 수행 능력과 관련된 기능 감소는 노인 호스피스 환자의 신체적, 정신적 고통을 배가시킬 수 있습니다. 따라서 통증 조절 약제에 대한 평가, 기동성 유지, 심리적 및 영적 지지는 노인 케어 코디네이션의 영역 중에서도 호스피스 돌봄 단계의 노인 환자에게 우선적이고 지속적으로 적용해야 하는 부분입니다.

통증 조절 약제와 기동성 평가

노인 호스피스 환자가 경험하는 신체적 증상으로는 통증, 섬망, 호흡곤란, 피로, 연하장애, 소화장애, 식욕 부진 등이 있으며 그 외에도 개인 환자의 임상적 상태에 따라 다양한 증

상이 발현될 수 있습니다. 이 중 신체적인 통증(pain)은 노인이 임종 직전까지 신체적 고통을 느끼게 되는 주요 요인이며 통증의 정도를 파악하고 효과적으로 관리하는 것은 호스피스 간호의 주요 목적입니다. 인지능력이 저하된 치매 노인의 경우 구두로 자신이 경험하는 통증의 정도를 정확히 표현하는 것에 어려움이 있을 수 있어 호흡의 양상, 앓는 소리나 불평하는 등의 부정적 음성 반응, 얼굴 표정, 신체 언어, 환자를 진정시킬 때 반응하는 안정감의 정도로 통증을 평가할 수 있습니다.⁷ 평화로운 죽음을 위해서는 임종 직전까지 신체적 통증을 최소화 시키는 것이 중요하며 통증 조절을 위해 쓰이는 약제의 효과를 확인하는 것은 매우 중요합니다.

통상적으로 통증 조절 약제의 분류는 비마약성 진통제와 마약성 진통제로 나눌 수 있습니다. 비마약성 진통제는 경증에서 중증의 통증을 조절하는 데 효과적이며 다른 제제들과 함께 병용하여 사용할 수 있습니다. 비마약성 진통제에는 아세트아미노펜(acetaminophen)과 비스테로이드성 항염증 제제(NSAIDs)가 포함됩니다. 마약성 진통제(opioid)는 중등도 이상의 심한 통증에 사용될 수 있으며 WHO 권고에 의하면 현재 암성 통증 조절을 위해 가장 보편적으로 사용되는 제제는 모르핀(morphine)입니다.⁸ 마약성 진통제는 중추신경계 수용체 차단제이며 체내에서 통증 전파와 관련된 화학물질의 분비를 억제함으로써 통증을 조절합니다. 코데인(codeine), 모르핀(morphine), 하이드로 모르핀(hydromorphone), 펜타닐(fentanyl), 메타돈(methadone), 옥시코돈(oxycodone) 등의 약제가 마약성 진통제에 해당합니다. 통증 조절 약제를 투여하는 방식은 경구, 구강 점막, 피부 부착 패치, 연고, 정맥 주사, 경막하 주사,

척추 내 투여 등 다양합니다. 초고령 노인이라 할지라도 통증을 통상적으로 ‘견디어 내야’ 하는 주체로 무시되어서는 안되며, 임종 직전까지 노인이 경험하는 통증의 정도를 정확히 파악하고 다른 연령대 환자와의 차별 없이 적극적으로 통증 조절이 이루어져야 합니다. 호스피스팀 구성원은 통증 조절과 더불어 개인위생 관리가 노인 환자의 생애 말기 간호의 최우선 순위임을 기억하고 수분공급, 피부 통합성 유지, 변/요실금 관리를 일상적 돌봄의 형태로 지속적이고 규칙적으로 임종 직전까지 제공해야 합니다.

기동성(mobility)이란 독립적으로 신체를 이동할 수 있는 능력을 의미하며 생애 말기까지 지속되는 인간의 본질적 욕구입니다. 호스피스 단계에 있는 노인 암 환자라 하더라도 개인적으로 동기부여만 이루어지면 6분간 약 230미터 정도는 걸을 수 있는 것으로 보고된 바 있습니다⁹. 허약 수준에 따라 같은 암성 질환의 말기 환자라 하더라도 기동성의 정도가 노인마다 다를 수 있으며, 노인 호스피스 환자의 도보 기동성을 최대화하기 위해 주 돌봄자는 환자가 스스로 움직이는 것에 대해 충분한 시간을 주고 허용해야 하며 환자 스스로의 움직임을 독려하고 기다려 주어야 합니다.

심리적 지지와 영적 신념에 대한 존중

임종을 앞둔 노인은 다양한 정서적 문제를 나타낼 수 있습니다. 호스피스 돌봄 단계의 노인이 심리적인 고통을 경험하는 이유로는 존엄성의 침해, 가족과의 감정적 갈등, 기능적 독립성의 상실 등이 있습니다. 이러한 부정적인 감정의 정도는 노인이 가족과 돌봄 제공자에게 자신의 존재가 부담된다고 인지할 때 더욱

심해지는 경향이 있으며, 환자 개인의 과거 경험, 사회인구학적 배경, 종교적 신념과 개인의 철학, 노년기 이전의 삶의 방식에 의해 영향을 받을 수 있습니다¹⁰. 가족은 노인이 평안한 마음으로 자신의 삶을 정리하고 임종을 맞이할 수 있도록 심리적으로 ‘떠나감’을 허락해 주어야 합니다. 가족은 노인이 임종한 후에도 남아 있는 가족들이 노인의 바람 대로 화목하고 건강하게 잘 살아갈 것이라는 것을 긍정적인 방식으로 노인에게 전달해야 합니다. 호스피스팀은 노인이 예견되는 임종과 관련된 슬픔이나 절망감을 표현할 수 있도록 사적인 공간과 충분한 시간을 제공해 주어야 하며, 노인의 감정적 표출에 자신의 가치관이나 판단을 투영하지 않고 있는 그대로의 환자의 감정을 수용해 주어야 합니다. 또한 호스피스팀 구성원은 자신 스스로의 죽음에 대한 태도를 파악하고 성찰하여야 하며 일관된 방식으로 노인 환자가 겪는 심리적 고통을 인지하고 지지해 주어야 합니다.

개인의 영성은 종교적 영성과 실존적 영성으로 나누어 평가할 수 있습니다. 종교적 영성은 절대자와의 관계에서 평온함을 추구하는 영적 안녕의 방식이며, 실존적 영성은 현세의 삶 안에서 의미와 목적을 발견하는 것에 초점을 둔 영성을 의미합니다¹¹. 어떠한 형태의 영성이든 노인이 표출하고자 하는 영성과 관련된 의식과 활동은 존중되어야 합니다. 노인의 영성은 사후 장례와 관련된 요구와도 연관성이 있으며, 대개는 노인의 의사에 따라 임종 전에 장례 의식을 준비해 놓는 경우가 많고 장례 절차는 노인 자신의 종교적 신념과 정체성, 가족의 바람, 환자의 영적 신념의 정도에 영향을 받을 수 있습니다. 노인 호스피스 환자를 위한 영적 지지에는 돌봄자 자신이 환자를 위

해 기도하기, 노인의 영성과 관련하여 대화하기, 노인이 종교와 관련된 서적이거나 자료를 접할 수 있게 도와주기, 원목자와의 상담 연계해주기와 같은 활동이 포함됩니다.

결론적으로 노인 호스피스 환자를 위한 돌봄은 신체적, 심리적, 영적 영역에 걸쳐 다면적으로 이루어져야 하며 돌봄을 제공하는 과정에서 가장 우선시 되는 것이 노인 자신의 생애 말기 돌봄 방식이라는 것을 인지할 필요가 있습니다. 차후 장기 요양시설, 가정 등 임종이 이루어지는 장소에 따른 구체적인 노인 호스피스 간호 전략을 논의하는 것이 필요할 것으로 사료됩니다.

참고문헌

1. 통계청 (2020). KOSIS, 생명표.
https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=DT_1B41&vw_cd=MT_ZTITLE&list_id=&scrId=&seqNo=&lang_mode=ko&obj_var_id=&itm_id=&conn_path=E1&docId=01394&markType=S&itmNm=%EC%A0%84%EA%B5%AD
2. Erikson, E. (1982). *The life cycle completed: A review*. New York: Norton.
3. 이지은, 구애진, & 조비룡. (2016). 국내 말기 의료 현황과 웰다잉법. *J Korean Geriatr Soc*, 20(2), 65-70.
4. 한국노인간호학회 (2020). *노인간호학*. 현문사.
5. Saunders, C. (1978). Hospice care. *The American journal of medicine*, 65(5), 726-728.
6. Choi, H. G., & Yeom, H. A. (2021). Identifying optimal care coordination strategies for older adults with cancer. *Geriatric Nursing*, 42(6), 1349-1355.
7. Warden, V., Hurley, A. C., & Volicer, L. (2003). Development and psychometric evaluation of the Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD) scale. *Journal of the American Medical Directors Association*, 4(1), 9-15.
8. Fallon, M., Giusti, R., Aielli, F., Hoskin, P., Rolke, R., Sharma, M., & Ripamonti, C. I. (2018). Management of cancer pain in adult patients: ESMO Clinical Practice Guidelines. *Annals of Oncology*, 29, iv166-iv191.
9. Roh, S. Y., Yeom, H. A., Lee, M. A., & Hwang, I. Y. (2014). Mobility of older palliative care patients with advanced cancer: a Korean study. *European Journal of Oncology Nursing*, 18(6), 613-618.
10. Mauk, K. (2018). *Gerontological nursing: Competencies for care 4th edition*. Burlington: Jones & Bartlett Learning.
11. Ellison, C. W. (1983). Spiritual Well-Being: Conceptualization and Measurement. *Journal of Psychology and Theology*, 11(4), 330-338. <https://doi.org/10.1177/009164718301100406>