

호스피스 대상 환자들에 대한 목회자들의 인지도*

윤 영 일**

1. 서 론

1. 연구의 필요성

의학의 발달과 병원 수의 증가, 전국민 의료보험 실시, 맞벌이 가정증가와 핵가족화 등으로 환자들은 병원에서나 가정에서 때로는 혼자 죽음을 맞이하는 경우가 많아졌다.

임종환자는 죽어가는 동안에도 신체적, 정신적, 영적, 사회적 도움과 안정을 바라는 중에 가족과 의료팀, 기타 주변인들과 의미 있는 대화를 나누며 생을 정리하기를 원하지만(이은숙, 1995) 많은 말기환자들은 때로 삶의 존엄성이 배제된 가운데서 외롭고, 소외되고, 버려진 상태에서 여러모로 인간적인 대우를 받지 못하는 형편에 있다.

이런 문제들을 해결해주고 복지적 측면에서도 제기된 해결책중의 하나가 바로 호스피스(Hospice)이다. 영국에서는 20세기 초부터 신앙적인 입장에서 말기 환자에 대한 인간성 회복 운동의 하나로 운영되어 왔으며 미국에서는 죽음에 대한 새로운 인식과 함께 고도의 첨단과학을 앞세운 현대의학에 대한 '대안적 의료체계'의 하나로서 환자의 요구를 대변하는 일종의 사회운동으로 출발되었다. 우리나라에서도 호스피스에 대한 관심이 고조되고 있는 실정이다(조현, 1993).

그러나 말기환자들이 의학적으로 단순한 생명연장 치료행위로 인해 의미를 찾지 못하고 생명의 존엄성을 생각할 여유도 없이 죽음과 죽음이후의 문제 등에 대해 두려움에 휩싸여 있을 뿐 별다른 도움을 얻지 못할 때가 많이 있다. 호스피스팀에 속한 사람들은 팀으로서 전인적 접근을 하고 있지만 개별적으로는 그들이 맡은 분야에 봉사하는 것이 고작인 경우가 많다. 죽음이 확실한 만큼 여기서 가장 중요한 문제는 영적인 문제인데도 전문가라 할 수 있는 목회자들의 관심과 참여는 실로 미미한 가운데 있는 실정이다.

예수님께서 이 땅위에 계시는 동안에 하신 주요한 사역중의 하나는 영육의 치료였는데 오늘날의 교회는 육신의 치료는 아예 병원에 맡겨놓고 대책없이 바라보는 식의 대처가 대부분인 실정이다. 물론 의술의 도움으로 치료되는 환자에 대해서야 별다른 조치를 취할 수 없다 하더라도 일반적으로 환자는 좀 더 특별한 관심을 기울이는 대상인데 특히 육신의 치료가 의학적으로 불가능한 이들에 대해서는 당연히 더 많은 관심을 가져야 할 것이다. 의학적 치료 불가능 상태의 환자를 기적적 치료의 방향으로 인도하지는 것보다는 그들이 죽음의 과정을 잘 받아들이고 소망중에 죽음을 맞이할 수 있도록 도와주는 일은 당연히 교회가 맡아야 될 일인 것이다. 그리고 한국적인 풍토상 담임목회자가 인식의 변화를 가져와야 전 교회적인 영향력을 미칠 가능성이 많이 있다.

따라서 본 연구에서는 먼저 문헌적인 고찰을 통해

* 고신대학교 대학원 석사학위논문

** 고신호스피스실장

호스피스와 호스피스 대상환자들의 전인적 필요성을 살펴보고 임종환자들의 요구를 충족시켜주어야 하는 입장에 있는 목회자들의 호스피스나 말기환자들의 전인적(특히 영적) 요구에 얼마만큼 부응하고 있는가를 살펴보고자 한다. 이를 통해 호스피스가 당연한 목회 사역의 한 부분으로 인식되는 기회가 되기를 소망한다.

2. 연구 목적

본 연구에서는 호스피스에 대한 문헌적 이해와 조사 연구로서 이상의 목적을 달성하기 위해 다음과 같은 구체적 목표를 갖는다.

- 1) 호스피스에 대한 문헌고찰을 통해 살펴본다.
- 2) 목회자들의 말기질환과 호스피스에 대한 태도를 살펴본다.

II. 이론적 고찰

1. 호스피스에 대한 이해

죽음은 모든 인생의 자연적이고 정상적인 생의 한 과정이다. 많은 사람들은 죽음에 관한 문제를 언급하기를 회피해왔지만 죽음은 엄연한 현실로서 최근에 와서는 이런 죽음에 대한 태도에 변화가 오기 시작했는데 Hospice care의 발전이 그 한 원인이다(St. Francis Hospice). 이제 죽음의 문제는 하나의 학문으로 정착되어 '죽음학'(Thanatology)이라는 이름으로 연구의 대상이 되어 그 영역을 넓혀가고 있다(죽음과 임종에 관한 상담, 상담과 선교, 1993). 그러므로 생의 필연적 과정으로서의 이 죽음에 근접해 있는 소위 임종을 앞둔 환자들을 돕는 일들이 갈수록 그 중요성을 더해 가는 것은 당연한 귀결이라 할 것이다. 그러나 고통이 수반된 수명 연장에만 치중하는 비인간적인 대우와 고도로 발달한 현대과학 기술로 인한 비인간화 내지는 비인격적인 현상에 대한 반응으로 일어난 운동이 호스피스 운동이라 하겠다(이은숙, 1995). 호스피스의 개념은 장소의 개념에서 Care의 개념으로 바뀌었는데 임종환자와 그의 가족을 전문 의료진들과 자원봉사자들이 팀을 이루어 돌보는 것을 의미하게 된 것이다. 이 호스피스 프로그램에는 수많은 요인들이 복합적으로 관련되어 있기 때문에 일률적으로 정의하기는 어렵다. 1978년 미

국에서 결성된 National Hospice Organization(NHO)에 의한 호스피스의 정의를 살펴보면 "호스피스는 말기 환자를 위한 것으로 기존 의료체계의 보다 나은 대안이며 의료지식을 포함한 모든 필요 전문지식을 동원하여 말기 환자의 삶의 질을 높이게 하여 환자로 하여금 죽음을 부정하도록 하는 것이 아니라 임종시까지의 삶을 확인시킨다... Hospice는 임종환자와 가족의 신체적, 정신적, 사회적, 영적 간호를 제공하는 완화와 지지의 서비스이며 이러한 서비스는 가정이나 기관에 입원하여 받을 수 있고 시간제, 간헐적, 정규적 그리고 계속적으로 서비스를 받을 수 있다. 또한 Hospice Care는 서비스를 돕는 사람에게는 삶, 고통, 죽음에 대해 성숙한 의식을 갖게 해주는 죽음에 대한 계몽운동이며 Hospice Care는 건강관리의 한 부분 혹은 하위문화이다"라고 하였다(변영순 외, 1994). 미국 Arizona의 Tucson시에 있는 Hill Heaven Hospice에서 일하는 Ferry Miller간호사는 "호스피스는 사람이 죽기 전에 찾아와서 휴식하는 곳이다. 동시에 자신의 인생을 결말짓는 장소이기도 하다"라고 설명하고 있다. 또한 다른 사람은 "암이라는 악몽에서 구제되는 것이다. 직원 전원이 가지고 있는 힘을 모아 임종환자와 그의 가족에 대해 인격을 갖춘 인간으로서 간병하는 장소이다"라고 말한다(조유향).

Douglas Mckell은 "호스피스는 특별한 장소를 의미하는 것이 아니라 Care의 이념을 의미한다. 호스피스 Care의 목적은 동통을 경감하는 것에 의해서 환자와 그의 가족이 인간답게 살도록 하는 것에 두고 있다. 호스피스는 말기환자에게 관여하고 있는 육체적, 사회적, 정신적, 종교적 문제에 대응해 가는 것이다. 호스피스 Care의 대상에는 환자뿐만 아니라 가족도 포함되어 있다. 가족에 대해서는 사랑하는 사람이 죽음에 임하는 과정에 따라서 가능한 한 안심하고 지낼 수 있도록 배려된 환경이 준비된다"고 정의를 내리고 있다(조유향).

그 외 몇몇 정의를 소개해보면 '인위적으로 수명을 연장시키거나 단축시킴 없이 자연스런 임종의 환경을 제공하는 것'(Cohen, 1979), '신체적 영적 그리고 정신적 간호를 통하여 환자로 하여금 자신의 죽음을 인간답게 수용할 수 있도록 하는 것'(Franco, 1979), '말기환자 및 그 가족에 대한 전인적 간호'(Mount, 1983), '한계 수명을 가진 환자에 대한 병원진료와 가정 간호를 병행하는 것'(Adams, 1985)등으로 말하여지고 있다(조현, 1993).

호스피스란 한마디로 정의하기 힘든 것은 여러 사람들의 견해 소개에서도 밝혀진 것이지만, 사람에 따라서 뿐만 아니라 시대적 배경에 따라서도 달라지고 있기 때문임을 알 수 있다. 호스피스 초기에는 환자를 중심으로 한 철학적, 종교적 가치관과 개념이 주가 되었지만, 현대에 이르러서는 의료자원의 효율적 배분문제와 환자의 경제성을 고려하여 원래의 철학적 개념보다는 호스피스의 경제적 효율성에 더욱 관심이 기울어지고 있는 경향이 있다.

호스피스의 가장 큰 특징으로는 기존의 의학 및 의료 시스템에서는 입증 그 자체를 부정적으로 취급하고 있는데 반해 호스피스에서는 임종을 자연스런 삶의 한 과정으로 긍정적으로 수용하여 환자 개인의 존엄성을 고양하고 주어진 삶의 내용을 보다 충실히 하려고 노력함에 있다(조현, 1993). 호스피스는 본질적으로 죽음의 문제를 부정하거나 회피하는 것이 아니라 정면으로 긍정하는 것이며 이러한 활동을 통해 죽음에 대한 새로운 가치관을 만들어가게 되는 것이다.

호스피스는 근본적으로 완화요법을 목표로 하고 있으며 환자의 증상조절과 밀접한 연관이 있다. 그러나 환자의 증상은 신체적인 것 뿐만 아니라 정서적, 사회적, 경제적, 영적인 제반문제들을 포함하고 있다. 우선 환자는 암과 같은 만성질환에 따른 심한 동통과 호흡 곤란, 구토 등의 지속적인 증상에 의해 고통을 받게 되며 이 같은 신체적 고통을 완화시키는 것이 호스피스 돌봄의 일차적인 목표가 된다.

말기 환자는 정신적 고통을 겪게 되는데 불안과 공포, 고독감, 우울증 등 질병으로 야기되는 증상이 있다. 죽음에 대한 공포는 사전 경험이 있을 수 없는 또 한 번뿐인 경험으로써 자신의 죽음과 홀로 맞서야 하는 고통은 심신을 극한 상태로 몰아가게 된다. 여기서 호스피스는 신과의 관계와 인간관계의 신뢰할만한 관계 확립을 통해 환자들의 고통을 덜어줄 수 있도록 노력해야 하는 것이다.

호스피스 팀은 조정자(Coordinator)를 중심으로 팀을 구성하는데 전문팀으로 행정자, 의사, 간호사, 간호조무사, 성직자, 사회사업사, 치료사(물리치료사, 언어치료사, 작업치료사, 음악 예술치료사등), 약사, 영양사 등이 있으며 비전문팀에는 환자, 가족, 자원봉사자가 있다(조현, 1993).

호스피스 프로그램의 유형별 특징을 Alfons-Deeken은 3가지로 나누고 있는데 '말기환자의 가정을 찾아가

서 도와주는 경우와 호스피스 건물을 가지고 환자를 수용하여 전적으로 보살피는 호스피스가 있고 일반 병원안에 호스피스 병동을 가지고 있는 경우 등이 있다고 했다(Alfons-Deeken, 1992). 또 다른 유형별 분류는 독립형 호스피스, 병원내의 산재형 호스피스, 병원내의 병동 호스피스, 가정 호스피스, 시설 호스피스, 혼합형 등이 있다(김수지 외, 1997).

2. 성경적인 관점에서 본 호스피스

호스피스 제도 자체를 성경에서 찾을 수는 없지만 호스피스 정신은 성경적인 근거를 가지고 있다고 본다. 먼저 인간관에서 살펴본다.

인간은 어떤 경우에 있어서도 全人的인 차원에서 이해되어야 한다. 육체적인 질병을 앓고 있는 환자의 경우에도 정신적인 영역과 영적인 영역을 고려하지 않으면 안된다. 인간을 분리할 수 없는 통합된 존재로 볼 때 순수한 육체만의 질병이나 정신만의 질병, 혹은 영적차원만의 질병은 존재할 수 없기 때문이다. 점차 전문화, 세분화 되어 가는 현대 의학은 환자를 진단함에 있어서 그 증상에 따른 분류와 세밀한 분석과정을 통해 인간으로서 가지는 환자의 존재와 요구를 간과하기 쉽다. '병을 가진 환자'라는 말에서 현대의학은 '환자'보다는 '병'만을 보는 경향이 많다. 그러나 성경은 인간이 하나님의 형상을 따라 지음 받았기에 하나님과 인격적인 관계를 맺을 수 있는 유일한 존재로 본다. 현대 심리학과 정신분석학의 발달이 환자를 객관적으로 관찰하는 데는 기여했지만, 영적인 면은 간과하고 있는 점을 착안한 스위스의 정신과 의사인 Paul Tournier는 "인간은 하나님의 특별한 피조물이다. 인간은 단순한 육체적, 정신적 유기체가 아니다. 인간은 영적인 차원을 가진 존재이다. 왜냐하면 하나님께서 자신의 형상대로 인간을 창조하셨기 때문이다."고 말했다(Tournier, 1954).

Dorothy Phillips(1960)도 '언제나 우리들의 선택'(The Choice is Always Ours)이란 책에서 기독교적인 방식과 심층심리학간의 일치점들에 대한 매우 흥미있는 연구를 기술하고 있다. 즉, 기독교적인 신앙의 위대한 구절들이 심층심리학과 동일한 경험과 통찰들을 표현하고 있다는 점을 구체적 비교를 통해 강조하고 있다. '인간이 정신적, 신체적으로 건강하기를 원한다면 심리적으로 뿐만 아니라 종교적으로 온전함을 추구하는 길

을 고수해야만 한다'는 것이다(박윤수).

전인건강이란 인간의 육체적인 것과 정신적인 것, 사회적, 영적인 것들이 서로 균형과 조화를 이루며 상호 정상적인 관계를 유지하고 있는 상태를 말한다. 그러므로 질병과 건강은 한 개인이 주어진 여건 속에서 어떻게 전인적인 균형과 조화를 유지하는가에 따라 결정되는 산물이라고 할 수 있다. 질병은 개인의 전인적인 관점을 떠나서는 생각할 수 없는 것이다.

Viktor E. Frankl(1966)은 “인간은 세가지 차원을 살아가는데 육체적, 정서적 그리고 영적인 차원이 그것이다. 특히 영적 차원을 간과해서는 안되는 데 그 까닭은 그것이 있음으로써 우리는 인간일 수 있기 때문이다.”고 말했다. 인간만이 영적인 차원을 소유하고 있고 이 인간의 영적차원은 인간으로 하여금 삶의 의미와 목적을 추구하게 하여 우리의 존재근거가 하나님께 있게 하며, 우리에게 주어지는 생의 모든 문제를 수용하고 그 문제 해결을 위한 노력을 가능하게 해준다. 인간의 건강에 있어서 영적인 차원은 그의 신앙에 달려 있다고 할 수 있다. 인간을 치료하고자 하는 하나님의 뜻은 성경을 통해 나타나 있는데, 하나님의 형상대로 창조함을 받은 인간은 하나님과 올바른 관계를 맺음으로써 그의 온전하심처럼 온전해 질 수 있는 것이다. Parker는 ‘거룩함’(Holiness)과 ‘전인적’(Wholeness)이란 말은 같이 사용되는 동전의 양면과 같은 것이라면서 “육체적, 정신적 그리고 영적인 차원이 균형과 조화를 이루는 온전한 건강은 하나님의 성령을 통해서만 성취될 수 있다.”고 보았다.

창조이후 하나님께 도전하는 인간은 결국 스스로 파멸을 자초하게 되었고, 이 영적인 반항이 결국 인간에게 질병과 고통을 가져오게 되었다. 욥은 “인간은 고난을 위해 났나니”(욥기 5장7절)라고 하였다(Parker, 1974).

인간은 이 세계를 떠나서 살 수 없으며 이 세계의 모든 질병과 악의 세력을 피할 길이 없지만 하나님의 돌보심과 치유의 약속은 여전히 인간과 함께 하고 있는 것이다. 구약성경에서 보면 모든 축복이 하나님께로부터 오는 것처럼 모든 질병도 하나님께로부터 오고 있음을 지적하고 모든 질병의 치료 또한 하나님의 선물로 기술하고 있다(Folta, 1995).

용서해 주심과 함께 질병을 치료해 주시는 이것이 인간을 향하신 하나님의 전인적 접근이며, 인간을 치료하시는 전인적인 치료요법이다. 이상에서 개괄적으로 살펴본 질병과 관련된 성경적 인간관은 한마디로

전인적인데, 호스피스에서 보는 인간관 역시 전인적이다. 세분화, 전문화되어 가는 의학적 측면에서 인간을 특히 환자를 보는 시각은 차츰 비인간화되어지는 면이 많다. 정신과 등 몇몇 예를 제외하면 육체적인 면만 보는 것이 고작이다. 이에 대한 정당한 반응으로서 호스피스에서는 비록 죽음을 앞두고 있는 절박한 상황이지만 그리하여 자칫 비인간화가 촉진되어질 수 있는 상황이지만 마지막 순간에서도 환자는 인간임을 선언한다. 전인으로서 돌봄을 시행해야 한다는 것이 호스피스의 정신이다. 육체적인 통증을 조절해 줌은 물론 정신적, 사회적, 영적 고통을 가진 인격체로 보아 환자의 모든 통증을 완화시키고자 팀을 이루어 접근하는 것이다. 특별히 영적인 면에 더 관심을 두는 것은 그가 하나님의 형상을 따라 지음 받은 존재며, 하나님 앞에 조만간에 서야 할 존재로 보기 때문이다.

다음으로 생각해 보고자 하는 것은 예수님의 말씀과 사역에서 호스피스의 근거를 발견할 수 있다는 것이다. 예수님의 오심 그 자체가 넓은 의미에서의 호스피스로 보아진다. “보라 처녀가 잉태하여 아들을 낳을 것이요 그 이름을 임마누엘이라 하리라 이를 번역한즉 하나님이 우리와 함께 계시다 함이라.”(마1:23)

죄와 허물로 죽은 인간, 죄로 병들어 지쳐있는 인간들을 향해 임마누엘이 되신 예수님의 모습은 곧 호스피스의 전형이라 하겠다. 치료되어지지 않으므로 버려진 사람들, 멸망의 자식이기엔 별다른 처방도 없고, 세상의 부귀영화나 향락에 젖어있는 사람들을 근본적으로 치료해 주시고 돌보시기 위해서 인간의 몸을 입고 친히 이 세상에 오신 임마누엘, 예수님의 모습은 치료 불가능이 선언되어 의미 없는 생명 연장작업에 맡겨져 인간의 존엄성도 찾지 못한 채 죽음을 맞이하는 환자 곁에 가는 호스피스의 모습이다. 이상적인 호스피스는 환자 곁에 가고 그와 같이 있어주고, 그의 아픔을 이해하고 끝까지 동행하는 것이다. 그의 전인적인 아픔에 동참하여 그의 삶이 가치 있음을 깨우쳐 주는 고귀한 사역이다. 이사야 53장 3절, 4절에서는 “질고를 아는 자”, “질고를 지고” 등 직접 고난을 당하실 분으로서의 모습이 예언되어져 있고 마태복음 8장 16절, 17절에서는 예수님의 사역에서 그 예언이 성취되었음을 보여주고 있다. 이런 점에서 예수님의 임마누엘 되심은 호스피스의 전형인 것이다.

예수님은 치유하시는 사역을 통해 인간을 어떤 존재로 보시고 접근하셨는가를 보여주고 있다. 인간본성의

통일성을 보면서 영혼과 육체를 포함한 전인 목회를 하였다. 그의 목회의 궁극적인 목적은 인간을 고통에서 해방시켜 주는 것이었다(신명기 29:20-22). 예수님은 영혼이 병들 때 육체가 병든다는 사실을 너무도 잘 알고 있었고, 불안과 공포라는 심리적 문제가 인간의 자유를 제한하고 있음도 알고 있었다. 그는 인간을 하나하나 주체적 인격자로 있는 그대로 받아들이고 자기 자신을 주시고 죄를 용서하시며 그들에게 새로운 생명을 주어 믿음과 사랑 속에 성장할 수 있도록 하였다.

중풍병자를 고친 사건을 통해 보면 (누가복음 5장 17절~26절) 먼저 죄사함을 선언하고 그리고 육체적인 질병을 고쳐주고 있다. 이는 환자가 상당기간 자신의 내면 세계에서 갈등과 죄책감을 경험하며 살아왔음을 암시하는 것이다. 즉, 육체적인 질병의 원인이 내적인 갈등과 고민에 있었던 것이다. 예수님을 통해 중풍병자는 죄사함을 받았을 때(영적문제 해결), 내면 세계의 평화를 되찾았고(정신적문제 해결), 걸어갈 수 있게 된 것이다(육체적문제 해결).

비단 이 경우만 아니라 시각 장애자, 중풍병자, 나환자, 열병 앓는자, 지체장애자(앓은뱅이), 청각장애자 등을 고치실 때 공홀히 여기는 마음을 가지고 육체적인 면과 영적인 면, 정신적, 사회적(나환자들의 경우 사회에서 격리되어 살다가 다시 복귀할 수 있게 됨) 요구를 채워 주시고, 도덕적 치유(38년된 병자를 고치실 때에 “다시는 죄를 범치말라”(요한복음 5장 14절)고 하심을 통해 재발 방지)를 하셨다.

이상이 치유의 측면에서 많이 설명되었지만 예수님의 환자를 향한 접근 방법은 전인적이었던 것이다. 육체의 질병만 보신 것이 아니었고, 죄책감에 시달리는 영혼만 본 것도 아니었다. 치료 행위도 육체만 아니라 영도 더 나아가 정신적, 사회적 문제까지도 관심을 보이신 것이다. 호스피스에 근본정신이 예수님의 이런 관점과 맥락을 같이하고 있다.

그러나 호스피스의 전형을 보여주는 성경의 예는 누가복음 10장 25절 이하에 나와있는 선한 사마리아인의 경우이다. 강도 만나 거반 죽게 된 자를 제사장도 레위인도 피하여 갔지만 선한 사마리아인은 “... 그를 보고 불쌍히 여겨 가까이 가서 기름과 포도주를 그 상처에 붓고 싸매고 자기 짐승에 태워 주막으로 데리고 가서 돌보아 주고 이튿날에 데나리온 둘을 내어 주막 주인에게 주며 가로되 이 사람을 돌보아 주라 부비가 더 들면 내가 돌아올 때에 갚으리라.”(33절~35절)하였다.

그의 행위를 세세히 따지지 않더라도 이 선한 사마리아인이야말로 호스피스 돌봄을 일찍이 실현한 예인 것이다. 불쌍히 여기는 사랑의 마음으로 가까이 갔고, 기름과 포도주를 상처에 붓고 싸매는 응급처치를 행한 후에 밤새 곁에서 돌보아 주었다. 자기 돈을 더 들이면 서까지 돌보아 줄 것을 부탁하는 모습은 호스피스 자원 봉사자들의 모델이다(호스피스 자원 봉사자들은 무료로 봉사하며, 시간과 정열, 때로 물질적인 기여도 한다).

호스피스 환자의 예를 성경에서 든다면 이사야 38장 1절~22절과 열왕기하 20장에 병들어 사형선고를 받은 히스기야왕의 경우로 하나님과 타협하는 부분이 그것이다. 그가 이사야 선지자를 통해 죽음이 임박했음을 깨달았을 때 심히 통곡하며 하나님 앞에 진심과 전심으로 선한 행위를 하였음을 기억하셔서 생명을 살려 주시기를 하나님께 간구하여 15년의 생명까지 연장 받았다.

시편 6, 8, 88편 1~2절에는 다윗이 하나님께 간구하기를 다시 살려주시면 그가 하나님을 찬양하고 또 다른 사람들이 하나님을 찬양할 수 있도록 말하겠노라고 약속의 기도를 드리는 말씀에서도 타협(협상)의 모습을 볼 수 있다.

요컨대 몇몇 예를 통해서 보다는 호스피스의 본격적인 시작 자체가 십자군 원정으로 지친 이들에게 그리스도의 사랑으로 상처를 싸매주고 쉬게 하며 돌보아 주던데서 유래된 점이나 호스피스의 인간관, 호스피스의 사역관등이 성경의 흐름과 상당한 부분 같은 맥락을 유지하고 있는 것을 알 수 있다. 물론 호스피스가 기독교의 전유물이 아니고, 꼭 기독교적이라고 말하기에는 나름대로의 한계가 많이 있지만, 인간존중과 전인적 돌봄의 대상으로서 사람을 전인적으로 도와주는 점등에서 말씀에 크게 벗어나지 않고, 성경적 관점에서 실천할 수 있는 좋은 방법임에는 틀림이 없다.

3. 호스피스에 있어서 목회자의 필요성

호스피스는 팀으로 사역한다. 팀으로 사역하는 이 호스피스에서 중추적인 역할을 감당하는 사람들은 의료진들이다. 그러나 대부분의 의료진들은 전통적인 치료 위주의 교육을 받았기 때문에 치료가 불가능한 환자를 만나게 되면 기피하게 되는 것이 보통이다.

전인적 돌봄을 지향하는 호스피스에서 육체의 통증

조절을 담당하는 의료진이 제대로 역할을 감당한다해도 정신적, 사회적, 영적 돌봄은 공백으로 남게되는 경우가 대부분이다.

환자가 질병으로 고통과 불안한 가운데 있을 때는 정신적으로 누군가가 옆에 있어주기를 바라고 또 의지하고 싶어진다. 의지하고 싶을 때 곁에 아무도 없으면 외로움과 절망감을 느끼게 되고 이 절망감은 삶에 대한 용기와 의미의 상실로 이어지게 된다. 곁에 있어 인생길을 동행해 줄 사람이 필요하다. 의료적 접근이 죽음 앞에서 무력하며, 죽음의 의미에 대해서 아무 말도 못한다. 의료적 접근은 고통을 경감시키지만 고통의 의미에 대해서 답하지 못한다. 그러나 영적 접근을 통해 죽음과 고통의 의미를 이해하고 결국에는 죽음과 고통을 받아들이고 극복할 수 있다.

환자가족들이 이 부담을 안고 가기에는 감당해야 할 짐이 너무 크고 많다. 자원봉사자와 사회사업사들이 일정부분 그 역할을 감당할 수 있다. 그러나 전인적 접근을 해야 할 환자 또 그 가족들의 돌봄에는 미흡함이 남는다. 특히 영적 접근은 중요한 일임에도 목회자의 참여가 없이는 힘들 때가 많다. 살아있는 동안에 생의 의미를 발견하고 가치 있는 죽음을 맞이할 수 있도록 돕는 일, 죽음 이후의 문제를 해결하도록 도와주므로 평화로운 죽음을 맞이하도록 돕는 일, 기도해주고, 말씀 소개해 주며, 예배를 인도해 주고, 필요하면 세례를 베풀어주는 일, 교회 공동체가 참여하므로 원활한 간호가 이루어지도록 돕는 일, 임종 후 장례식을 인도하는 일, 임종전이나 이후의 가족들에 대한 영적 돌봄을 행하는 일... 이 방대한 일들이 삶의 마지막 여행을 떠나는 환자와 그 가족들에게 호스피스 팀의 구성원으로서 목회자가 일조해야 할 일들이다.

성직자가 죽음을 앞둔 환자들에게 필요한 존재이기는 하지만 일반적인 인식의 오류가 존재한다는 지적도 겹쳐서 받아들여야 한다(히구치 가즈히코, 1995). 목회자는 깊은 믿음, 죽음에 대한 실제적인 인식, 감수성, 인간 특히 환자에 대한 통찰력을 가지고 있어야 한다. 이러한 사역에 대해 목회자들은 호스피스에 대해 과연 어떤 관점과 어떤 인식과 태도를 가지고 있는가를 살펴보고자 한다.

Ⅲ. 연구방법

1. 연구대상

본 연구의 대상은 부산시내에 거주하는 목회자들과 K신학 대학원 학생들을 대상으로 하였다. 용어의 사용에 있어서 편의상 '목회자'라 했는데 이에에는 목사, 강도사, 전도사를 모두 포함하고 있음을 밝혀둔다.

2. 연구도구

본 연구에 사용된 도구는 연구자가 선행문헌을 통해 연구목적에 맞게 제작한 구조화된 설문지를 사용했으며 그 내용은 임종환자와 호스피스에 대한 목회자들의 인식 및 태도를 조사하는 것으로서 설문지는 목회자들이 암 혹은 암환자나 호스피스에 대해 어느 정도 이해하고 있는지를 광범위하게 질문하는 형식으로 만들어 졌다.

3. 자료수집

본 연구의 자료수집기간은 1997년 10월 20일부터 1997년 11월 10일까지였으며 총 700부를 발송하여 우편 혹은 직접 회수한 결과 149부가 회수되었다(회수율 약 21%).

4. 자료처리 및 분석방법

회수된 설문지 149부를 중심으로 백분율만을 구함으로 단순한 수치를 통한 단편적 결과만 얻는 유감스런 면이 있다. 실제로는 매 설문항목을 SPSS 방식에 따라 분석하여 χ^2 이나 p값을 구해 보았으나 유의한 관련성이 있다고 결과가 나온 항목이 많지 않았고 그나마 문제와 답자체가 유의한 관련성을 찾기에 원만하지 못한 미숙함이 많아 도표화하여 기록함을 포기하였다.

Ⅳ. 연구결과 및 논의

1. 대상자의 제특성

대상자의 일반적인 특성으로 성별, 연령, 직분, 목회경력, 교파에 대한 분석결과는 뒷면의 <표 1>과 같다.

성별은 남 141명(94.6%), 여 8명(5.4%)로 현격한 차이가 있었다. 조사의 특성상 교회로 발송된 설문지에는 목사의 응답이 대부분이고 여자 교역자의 경우는 답할 기회가 적었을 것으로 보인다. 연령분포는 단답식으로 물었으나 통계의 편의상 20대, 30대, 40대, 50대이상으로 나누었는데 24-29세군이 43명(29.3%), 30-39세군이 65명(44.2%), 40-49세군이 26명(17.7%), 50세 이상군이 13명(7.5%)를 나타내어 20-30대가 70%이상을 차지하고 있었다. 무응답이 2명(1.3%)이었다. 직분은 목사가 42명(28.2%), 강도사 2명(1.3%), 전도사 104명(69.8%)이었고 무응답이 1명(0.7%)이었다. 우편발송 회수율은 현저히 낮고 신학교에서 현장방문을 통한 회수율이 높은데서 전도사의 비율이 높은 것으로 보여진다. 목회경력 은 10년미만이 103명(69.1%), 20년이상이 12명(8.1%), 무응답이 14명(9.4%)이었다. 무응답은 신학생중 목회경력이 없는 사람이 있었을 것으로 보인다. 교파는 고신, 기타로 분류하였다. 고신이 106명(71.1%), 기타 41명(27.6%), 무응답이 2명(1.3%)이었다.

<표 1> 대상자의 제 특성

일반적 특성		응답자수	백분율(%)
성별	남	141	94.6
	여	8	5.4
연령	20-29	43	29.3
	30-39	65	44.2
	40-49	26	17.7
	50세이상	13	7.5
	무응답	2	1.3
직분	목사	42	28.2
	강도사	2	1.3
	전도사	104	69.8
	무응답	1	0.7
목회경력	10년 미만	103	69.1
	10년이상-20년미만	20	13.4
	20년 이상	12	8.1
	무응답	14	9.4
교파	고신	106	71.1
	기타	41	27.6
	무응답	2	1.3

질병관련 특성		응답자수	백분율
중질병 경험	있다	9	6.0
	없다	140	94.0
입원 경험	있다	58	38.9
	없다	90	60.4
	무응답	1	0.7
직계가족 암경험	있다	43	28.9
	없다	105	70.4
	무응답	1	0.7
교인이나 친지 암경험	있다	121	81.3
	없다	26	17.4
	무응답	2	1.3
임종경험	있다	73	49.0
	없다	76	51.0
암환자 교육경험	있다	28	18.8
	없다	119	79.9
	무응답	2	1.3
환자 봉사경험	있다	41	27.5
	없다	108	72.5
유언장작성. 소지	있다	9	6.0
	없다	140	94.0
환자 심방만족 여부	있다	97	65.1
	없다	38	25.5
	무응답	14	9.4

대상자의 제 특성중에서 질병관련 특성은 <표 1>에 서와 같이 중질병경험, 입원경험, 직계가족암경험, 교인이나 친지 암경험, 임종경험, 암환자 교육경험, 환자 봉사경험, 유언장 작성소지, 환자 심방만족 여부 등에 대해 알아보았다. 암을 포함한 중한병을 앓아본 경험이 있었느냐는 질문에 있다는 대답이 9명(6.0%), 없다가 140명(94.0%)이었다. 대부분의 목회자가 중병을 앓아 본 경험은 없었던 것으로 나타났다. 자신의 질병 때문에 병원에 입원한 경험을 물었는데 58명(38.9%)이 있다고 했고 90명(60.4%)이 없다고 했으며 무응답이 1명(0.7%)이었다. 40%가까이가 중한 병으로든지 경한 병으로든지 병원에 입원한 경험이 있다는 결과가 나왔다. 직계가족이 암으로 투병하고 있거나, 암으로 사망한 경우에 대해서 43명(28.9%)이 있다고 대답했고, 없다는 대답이 105명(70.4%), 무응답이 1명(0.7%)이었다. 직계가족의 경우 28.9%가 암으로 투병하고 있거나 사망했다는 경험은 수치상 상당히 높은 것으로 보인다.

직계가족이 아닌 교인이나 친척, 친구중 암으로 투병하고 있거나 암으로 사망한 경우를 물었을 때 121명(81.3%)가 있다고 대답했고, 없다는 26명(17.4%), 무응답이 2명(1.3%)이었다. 가까이 있는 사람들이 암으로 투병하거나 사망한 경험이 80% 이상으로 나타났는데 암으로 인한 고통을 어느 정도 보고 느꼈을 것으로 생각된다. 말기 암 환자의 임종전후에 환자 곁에 있어 보았는가를 질문했는데 있다는 대답이 73명(49.0%)이었고, 없다는 76명(51.0%)이었다. 직계가족이나 교인, 친지나 친구의 암투병후 임종을 맞을 때 곁에 있어 본 경험자가 49%나 되었는데 암환자를 더 잘 이해할 수 있는 기회였을 것으로 보여진다. 암환자의 심리나 고통에 대해 집중적으로 듣거나 교육을 받은 적이 있는나고 물었을 때 있다가 28명(18.8%)이었고, 없다가 119명(79.9%)이었으며, 무응답이 2명(1.3%)이었다. 임종경험이 암환자에 대한 더 좋은 교육이 될 수 있겠으나 암 사망자가 전체 사망자 숫자의 수위를 차지하고 있고, 많은 암 사망자들이 호스피스 대상일 가능성이 높은 점을 감안할 때 암환자의 심리나 고통에 대해 듣거나 교육받은 일이 20%를 밑도는 것은 낮은 수치로 보여진다. 이 수치는 교인이나 친척, 친구가 암 경험이 있는 경우는 물론 직계가족의 암 경험 숫자보다 훨씬 낮은 것이다. 암환자 곁에서 환자의 분비물(침, 가래, 대소변 등)을 받아 내 본적이 있느냐는 질문에 있다가 41명(27.5%), 없다가 108명(72.5%)이었다. 특별한 경우가 있을 수 있었겠지만 교인, 친척, 친구는 물론 직계 가족의 간병에서도 환자를 더 가까이 대하면서 지켜보지 않은 경우도 있는 것으로 보아진다. 교육을 받은 경우를 보아서나 직접 봉사 경험 정도를 볼 때 상당수의 목회자가 암 환자에 대한 이해를 피상적으로 하고 있는 것으로 보여진다. 유언장을 작성해 보았거나 평소에 소지하는지의 여부에 대해서는 있다가 9명(6.0%)이었고, 없다가 140명(94.0%)으로 유언장을 작성해 보았거나 소지하는 목회자가 의외로 적었다. 어떤 학자들의 조사에 의하면 '의사들이나 간호사, 의료 전문인들이 죽음에 대해서 다른 사람들보다 더 두려움을 갖고 있으며, 실제로는 죽음을 항상 병원에서 보고 있지만 이것을 자신과는 무관한 것으로 인식한다'고 하였다(김옥라, 1990). 유언장의 작성 경험이나 소지여부가 모든 사실을 말해주는 것은 아니지만 천국에 대한 소망을 가지고 살아가는 목회자들도 은연중 암이나 죽음을 남의 일로만 생각하는 것은 아닐까 하는 느낌이 있었다.

심방을 통해 환자의 아픔에 동참하고 만족시켜준다고 생각하느냐고 환자의 느낌이 아닌 목회자의 주관적 느낌을 물었을 때 아픔에 동참하고 만족시켜 준다고 대답한 경우가 97명(65.1%)이었고, 없다가 38명(25.5%)이었다. 무응답이 14명(9.4%)으로 다른 질문에 비해 높았는데 자신의 사역에 대해 겸손한 표현을 한 것으로 보여진다.

설문을 분석해 본 결과로는 많은 목회자들이 호스피스에 대해 아는 것 같으면서도 중요한 원리와 정신을 사실 잘 모른다는 것이다. 그러므로 '세상 모든 사람의 가는 길'로 가야되는 인류 공통의 운명, 그 운명의 짐을 힘겹게 지고 가는 못 영혼들을 목회자들이 앞장서서 돌보아 주어야 할 책임과 사명이 있다. 이 사실을 제대로 인지하고 도와주는 일에 직접, 간접으로 역할을 하도록 목회자 교육과 훈련이 선행되어야 한다. 일선 목회자들만을 교육시키는 일이 힘들다면 일반 봉사자 교육에 참여시킨다든지, 애초에 신학교에서부터 죽음학을 비롯한 환자와 관련된 제반 학문을 가르쳐야 할 것이다. 호스피스가 절대적인 것이 아니요, 호스피스만을 해야 한다는 것이 아니라 성경적으로 볼 때도 주님이 기뻐하실 중요한 사역임을 생각할 때 목회자들이 지금까지의 무지와 무관심에서 벗어나도록 일깨워 주어야 할 것이다.

2. 대상자의 말기 환자와 죽음에 대한 태도

1) 임종시 돌봄의 우선 순위

목회자들이 말기 환자와 죽음에 대해 어떤 생각과 태도를 가지고 있는가 알아보았다. 조사 대상자들이 임종을 앞두고 전인적인 고통을 호소하는 환자들을 어디에 우선 순위를 두고 돌볼 것인가에 대한 응답결과는 <표 2>와 같다.

<표 2> 임종시 돌봄의 우선 순위

특 성	응답자수	백분율(%)
영적문제	107	71.8
정신적문제	18	12.1
육체적문제	19	12.7
사회적문제	1	0.7
무응답	4	2.7
계	149	100

목회자들답게 임종환자의 전인적 아픔에서 영적 문제를 가장 우선시 해야 할 것으로 71.8%가 대답하였다. 물론 이 질문에 대하여 목회자들로서 어떤 돌봄을 가장 우선시 해야 되느냐로 생각한 가운데 답한 것일 수 있겠지만 일반적인 호스피스 상식과는 거리가 있다. 영적인 문제를 중요시해야 함은 사실이지만 먼저 관심을 가지고 해결해 줄려고 노력해야 될 부분은 육체적 문제이다. 우선 육체의 동통을 완화시킨 후 정신적, 영적, 사회적 접근을 이루어야 한다는 것이 원칙이다. 표로 나타내지는 않았지만 목회 경력이나 연령 직분에 상관없이 영적 문제를 한결같이 우선순위에 두었으며 높은 비율을 보였다. 다만 전도사들의 경우 영적문제에 대한 선택비율이 71%, 정신적 문제 14%, 육체적 문제 14%, 사회적 문제 1% 등으로 비교적 범위가 넓게 대답했다. 20년이상 목회 경험자인 전도사가 사회적 문제에 우선순위를 두어야 한다고 대답한 것이 특이했다. 비교적 신세대로 보이는 전도사들이 정신적 문제와 육체적 문제를 우선시 한 점이 나타났다.

2) 말기질환 고지에 대한 태도

의학적으로 소생할 가능성이 없는 환자를 만났을 경우 환자에게 그 상황을 고지하는 태도를 질문하였다. 분석결과를 살펴보면 <표 3>과 같다.

<표 3> 말기질환 고지에 대한 태도

종 류	응답자수	백분율(%)
현재 상황을 그대로 알려서 준비하도록 한다	83	55.7
힌트(암시)를 주어 알게 한다	5	3.4
사실 여부보다는 소망을 가지도록 격려한다	55	36.9
병에 대해서는 아무 얘기도 않는다	0	0
무응답	6	4.0
계	149	100

현재상황을 그대로 알려서 환자가 진실을 알고 죽음을 준비할 수 있도록 도와야 된다는 대답이 83명(55.7%)이었고, 알게 하되 언저시 암시만 주어서 환자가 알도록 해야 한다는 대답이 5명(3.4%)이었다. 병에 대해서 아무 얘기도 않는다는 대답은 없었지만 병을 이야기하기보다는 소망 쪽으로 관심을 돌리도록 하고 오히려 격려한다는 응답이 55명(36.9%)이었다. 임종환자를 두고 진실을 말해야 한다는 원칙에는 대체로 동

의하는 경향이다. 진실을 말해야 한다고 주장하는 사람들은 불확실한 경우 그 자체가 환자로 하여금 불안을 느끼게 하는 만큼 진정한 사실을 앞으로서 위기 상황을 직면하거나 갈등 중에도 희망을 유지하기 위해 필요한 힘과 자원을 스스로 찾는 데 도움이 된다는 것이다. 감추어 둘 때 시간이 흐를수록 불신감, 외로움, 무력감등이 생기는 문제가 발생하고 관계된 모든 사람들 사이에 긴장감이 야기되는 것이다. 암시를 주어 알게 한다는 경우는 목회자들이 선택을 적게 했지만 실제로 임상에서 보면 힌트만으로 환자가 알게 되는 경우도 있지만 오히려 불안감을 더 주는 경우도 많다. 사실 여부보다는 소망을 가지도록 격려하는 점은 어떤 면에서 고지하는 일을 회피하는 면도 있는데 한국적 상황에서 흔히 보이는 현상인 것 같다. 한국인의 암환자로서 보여주는 심리현상이 아직 연구 발표된 바 없지만 한국인은 암 선고를 받을 경우 부정, 분노, 협상도 하지만 체념과 포기를 많이 보이고 있다. 체념과 포기가 우울과 겹쳐질 때 호스피스 대상자로서 돌봄을 행하기가 어려운 실정이다. 그것을 감안해서 당장 알리지는 않는 쪽으로 선택하는 숫자가 많은 것으로 보이나 호스피스에서는 되도록 환자가 자신의 병을 알고 공포감을 의식하기 전에 사실을 알게 하는 것이 좋다고 본다(Folta, 1995).

문제는 여기서 누가 이 사실을 환자에게 알려야 하는 것인가 하는 것이다. 이 점을 물어본 결과(질문지 6번) 의사가 알려야 한다가 60명(40.3%), 간호사가 알려 주어야 한다는 없었다. 가족이 알려 주어야 한다가 33명(22.1%)이었으며, 목회자가 알려주는 것이 좋다고 답한 사람이 46명(30.9%)이었다. 기타 자원봉사자나 친구 등 가족 외의 가까운 사람들이 알려 주어야 한다고 대답한 경우 2명(1.3%)이었고 무응답이 8명(5.4%)이었다.

의사가 알려 주어야 한다는 것이 임상에서의 대체적 시각이고 가족도 이에 포함되는데, 목회자들은 죽음과 죽음 이후의 문제까지 포함해서 목회자 자신이 환자에게 말기 암의 상황을 설명해 주어야 한다는 것이 30.9%가 응답한 이유로 보여진다. 무응답 5.4%는 그래도 알려 주지 않아야 된다는 생각이거나 누가 알려줄 것인가를 깊이 고민하는 것으로 보여진다.

3) 말기환자 심방의 장애요인

목회자들의 경우 말기 환자를 심방하는 것이 꺼려진

다면 무슨 이유 때문이라고 생각하느냐는 질문에 대한 대답을 분석해보면 <표 4>와 같다.

<표 4> 말기 환자 심방의 장애요인

특 성	응답자수	백분율(%)
환자 심방이 애초부터 꺼려져서	6	4.0
말기일 경우 곧 운명할지 모르므로	13	8.7
혹시 전염되거나 전염은 안되더라도 유쾌한 일이 못되어서	9	6.1
죽음에 대해서 자꾸 생각하게 만들므로	18	12.1
만나서 무슨 말을 할지 몰라서	63	42.3
무응답	40	26.8
계	149	100

표에는 나타나지 않았지만 만나서 무슨 말을 할지 모른다는 대답은 경력, 연령, 직분, 교파에 관계없이, 심지어 중질병의 경험이 있는 경우이나 가까운 가족, 친지, 교인, 친구의 투병이나 암사망 경험이 있는 경우, 말기 환자 임종경험이 있는 경우 모두에 높은 응답을 하였다. 무응답을 제외한 응답자의 58.7%가 환자를 만나서 할말이 없음을 심방의 장애요인으로 지목하고 있다. 특이한 것은 20년이상 목회 경험자의 경우는 28.6%만 만나서 무슨 말을 할까 하는 것을 문제로 꼽았고 42.9%가 죽음을 자꾸 생각나게 한다고 했고 곧 운명할지 모르기 때문에 28.6%였다. 중질병 경험자의 경우 애초부터 꺼려진다는 대답과 죽음을 자꾸 생각나게 한다는 대답이 각각 14.3%였으나 곧 운명할지 모르기 때문에 심방하기 힘들다는 대답은 없었다. 다른 질문보다 무응답이 40명(26.8%)로 높았는데 환자 심방이 꺼려지지 않는다는 본인의 의지와 일반적으로 목회자를 좋게 평가하는 관점의 반영으로 보여진다. 임상에서 환자 심방이 잘 이루어지지 않는 환자를 종종 보는데 장애요인을 고려한 교육과 홍보의 필요성을 더욱 느끼게 된다.

4) 말기 질환의 치료에 대한 태도

말기 환자에게 의사가 (소생술을 포함한) 치료 행위를 하는 것에 대해 어떻게 생각하는지를 물은데 대한 응답은 <표 5>에 나타나 있다.

<표 5> 말기 질환의 치료에 대한 태도

특 성	응답자수	백분율(%)
끝까지 최선의 치료를 해야 한다	112	75.2
치료행위를 하되 적당히	5	3.4
일체의 치료 행위 중단	1	0.7
치료행위 보다는 통증관리 위주로	23	15.4
무응답	8	5.3
계	149	100

말기환자란 통상 임종선고를 받고 의학적 치료가 어려운 환자들을 일컫는 말이다. 이 질문은 말기 환자에 대한 태도를 묻는 것이기도 하지만 사실은 호스피스 대상 환자에 대한 목회자들의 태도를 질문해본 것이다. 끝까지 최선의 치료를 해야 한다는 것은 의학적 사명이요 우리의 평소의 기대수준이지만 새로운 개념의 호스피스에 접근하지 못하고 있는 반증이다. 112명(75.2%)가 이에 찬성하고 있는 것은 현 한국실정에서 호스피스가 정착해서 새로운 대체의료로서의 역할 정립에 상당한 어려움이 있음을 보여주는 예라 생각된다. 호스피스 프로그램에서는 죽음을 앞둔 환자에게 단순히 그 생명을 연장시키려는 의학적인 기술을 동원한 약물 요법 등의 치료행위 보다는 그 증상을 잘 파악하여 통증을 조절하고 고통을 덜어 주는데 있다. 삶의 질을 중시하는 것이다. 그래도 23명(15.4%)이 호스피스적 접근을 한 대답을 준 것은 고무적이라 생각한다.

3. 대상자의 호스피스에 대한 인식과 태도

1) 호스피스에 대한 이해

목회자들에게 호스피스에 대한 기본 개념을 얼마나 파악하고 있는지 알아보기 위해 호스피스가 무엇인지 어느 정도 아느냐는 질문에 대한 대답은 <표 6>과 같다.

<표 6> 호스피스에 대한 이해

이 해 정 도	응답자수	백분율(%)
확실히 안다	30	20.1
대강 들어서 안다	88	59.1
들어보기는 했는데 잘모르겠다	18	12.0
들어보지 못했지만 짐작은 된다	5	3.4
전혀 모르겠다	3	2.0
무응답	5	3.4
계	149	100

목회자들 가운데 호스피스에 대한 이해도는 상당히 높은 것으로 나타났다. 확실히 안다와 대강 들어서 안다를 합칠 경우 118명(79.2%)로서 호스피스에 대해서 알고있는 사람은 80% 가량 되는 것이다.

<표 7>에서 목회자들이 호스피스에 대해 알게 된 방법이다.

호스피스에 대해 확실히 안다고 대답한 목회자는 30명이었는데 직접 교육을 받은 경우는 7명, 전체의 4.7%에 불과했다. 대중매체를 통해 알게 된 경우는 (전파매체 + 인쇄매체) 82명(55%)를 점유하고 있다. 대중매체의 위력을 다시 한 번 더 느끼게 된다. 목회자들끼리의 교류를 통해서 (5.4%)보다는 자원봉사자 혹은 아는 사람들을 통해서 정보를 획득한 경우(26.8%)가 훨씬 많아 눈길을 끈다.

<표 7> 대상자의 호스피스에 대해 알게된 방법

방 법	응답자수	백분율(%)
직접 교육을 받았다	7	4.7
T.V나 라디오를 통해	34	22.8
신문이나 잡지를 읽고	48	32.2
다른 목회자의 설명을 듣고	8	5.4
자원봉사자 혹은 아는 사람으로부터	40	26.8
무응답	12	8.1
계	149	100

그러나 <표 6>에서 살펴본 대로 호스피스 대상 환자에 대한 치료 태도에서는 여전히 전통적인 것을 볼 때 현실과 이론의 괴리로 보아야 할지 직접 교육을 통한 인식제고의 필요성으로 보아야 할지 판단은 명확히 되지 않으나 목회자부터 호스피스에 대한 바른 인식은 도모할 필요성이 큰 것만은 사실이라 보아진다. 이런 목회자들에게 호스피스 시설을 이웃에 건설하려고 한다면 어떻게 하겠느냐고 물었더니 (설문지 16번) 적극 찬성이 48명(32.2%), 찬성이 72명(48.3%), 상관없겠다가 20명(13.4%), 반대가 1명(0.7%), 적극 반대는 없고, 무응답이 8명(5.4%)이었다. 호스피스시설 설치에 대해 80%이상이 찬성하는 좋은 반응을 보였다. 호스피스에 대한 이해에서나 시설 설치 등에서 목회자들에게는 긍정적이라 하겠다.

2) 호스피스팀 내의 목회자의 역할

호스피스가 팀으로 운영되는 프로그램인데 팀의 일

원인 목회자가 호스피스팀에서 어느 정도 중요한 역할을 감당한다고 생각하는나는 질문에 대한 대답은 <표 8>과 같다.

<표 8> 호스피스 팀내의 목회자의 역할

역할의 중요도	응답자수	백분율(%)
매우중요	79	53.0
중요	44	29.6
그냥 필요한 정도	7	4.7
없어도 상관없는 정도	2	1.3
잘 모르겠다	7	4.7
무응답	10	6.7
계	149	100

80%이상의 목회자들이 호스피스팀 내에서 목회자의 역할이 중요함을 인식하고 있다. 호스피스가 전인적 접근을 해야하고, 그 중에서도 영적 접근의 중요성을 생각할 때 호스피스 팀 내에서의 목회자의 역할은 실로 중요하다. 호스피스 팀에서 목회자의 역할의 중요성을 인식하는 수치와 호스피스에 대해 이해하는 목회자의 숫자가 비슷한 점에서 전부는 아닐 수 있지만 대체로 호스피스를 이해할 때 호스피스에서의 목회자 역할을 이해하는 것으로 보아 무방할 것 같다.

3) 호스피스 봉사의 장애요인

교인들이 호스피스 자원봉사자 교육을 받고 실제로 자원봉사를 하려고 할 때 여러 가지 걸림돌이 있다. <표 9>을 통해 교인들을 통한 호스피스 봉사의 장애요인을 분석해 보았다.

<표 9> 호스피스봉사의 장애요인

종 류	응답자수	배분율(%)
본 교회일이 우선이므로 다른 일에 신경 쓸 여유가 없어서	27	18.2
교인들이 호스피스 봉사를 꺼리므로	10	6.7
목회자의 이해부족	62	41.6
교인들 생활이 바빠서	30	20.1
호스피스 봉사보다 더 중요한 일이 많아서	2	1.3
무응답	18	12.1
계	149	100

현대교회 교인들의 특징중 하나는 '바쁘다'는 것이

라고들 한다. 교회일이든 개인적인 일이든 언제나 바쁘게 움직이며 생활한다. 목회자들의 20.1%가 교인들의 생활이 바빠서 호스피스 자원봉사를 할 수 없을 것으로 보았다. 임상에서 느끼는 것이지만 교회교인들은 지교회 일에만 열중하고 외부의 다른 일들은 금지하는 목회자들의 방침에 따라 교회에서 공개적으로 자원봉사하는 일을 말하지 못하는 자원봉사자들이 많이 있다. 본 교회일이 우선이므로 다른 일에 신경 쓸 여유가 없어서 교인들이 자원봉사를 못한다고 보는 목회자들의 답이 18.2%나 되는데서 그 의문을 해결하게 된다. 그러나 실제로 호스피스 자원봉사자들은 봉사 자체를 통해 신앙의 성숙을 이루고 진실한 봉사의 결과로 하나님의 교회 확장에도 큰 역할을 감당하고 있다. 임종환자들의 정신적, 사회적 영역은 물론 목회자의 참여가 미미하여 생긴 영적면까지 지지해주며, 특히나 가족들이 환자결을 잠시 떠나 쉬거나 급한 불일을 보는 경우 절대적인 역할을 자원봉사자들이 감당하고 있다. 그런 점에서 볼 때 목회자들이 호스피스와 호스피스 봉사를 잘 이해하지 못해서 교인들의 호스피스 자원 봉사가 잘 이루어지지 않는다고 답한 62명(41.6%)의 반응이 옳다.

실제로 호스피스에 대한 목회자들의 이해와 참여도를 보여주는 예가 있다. 1995년 3월 7일부터 1997년 6월 30일 사이에 고신대학교 복음병원(고신의료원)에서 시행한 3차례의 호스피스 자원봉사자 교육에서 교육 이수자들을 대상으로 설문조사를 시행한 바 있었다. 총 174명의 응답자 중에서(유효 응답자 153명) 호스피스교육을 받게 된 동기를 묻은 결과 4가지 종류의 답을 얻었다. 호스피스가 무엇인지 배우고 알아보기 위해서가 56명(유효응답자의 36.6%), 친구나 친지의 소개를 받고가 31명(유효응답자의 20.3%), 목회자의 권유를 받고가 8명(유효응답자의 5.2%), 교육받고 봉사하고 싶어서가 58명(유효응답자의 37.9%)이었다. 목회자의 권유를 받고 교육을 받게 된 경우를 전체 응답자에 대한 비율로 계산해보면 4.5%에 불과하다.

물론 봉사프로그램이 있다는 것을 알게 된 동기중에 교회 게시판에 부착된 홍보물을 보거나 주보에 실린 것등 교회를 통해 알게 된 것이 90명(전체응답자의 51.7%)이 되어 간접적인 목회자의 권유도 이 속에는 포함되어 있었지만 직접적으로 목회자의 권유비율이 적었던 것은 무엇을 뜻하는가? 호스피스의 중요성이나 목회자 역할의 중요성은 알고 있지만 막상 말기 암환자의 심리나 고통에 대한 교육을 집중적으로 받은 적

이 없거나(79.9%) 호스피스 교육을 직접 받은 분은 4.7%에 불과한데서 연유하는 것으로 보여진다.

4) 교인들 자원봉사 활동에 있어서 목회자의 역할

교인들이 호스피스 자원 봉사자 교육을 받고 봉사를 하는데 있어서 목회자의 역할을 어느 정도로 보느냐는 데 대한 답을 <표 10>에서 분석하였다.

<표 10> 교인들 자원봉사 활동에 있어서 목회자의 역할

역할정도	응답자수	백분율(%)
절대적이다	29	19.5
중요하다	98	65.8
그러 그렇다	6	4.0
전혀 상관이 없다	3	2.0
무응답	13	8.7
계	149	100

교인들이 자원봉사자 교육을 받는데 있어서 그리고 봉사하는데 있어서 목회자의 역할에 대한 목회자 자신의 자기 인식은 대체로 긍정적이다. 절대적이다가 29명(19.5%), 중요하다가 98명(65.8%)으로 무려 85.3%의 목회자가 중요하다는 생각 이상을 가지고 있는 것이다.

실제로 한국교회 실정상 교인들의 대외활동은 교역자의 상당한 영향권 아래에서 이루어지는 경향이 있으므로 목회자의 인식변화는 호스피스 활성화를 위해 중요한 역할을 할 수 있다. 그러나 <표 10>에서 목회자의 호스피스에 대한 인식부족이 큰 비율을 점하고 있었던 점이 큰 부담으로 남는다.

5) 호스피스 봉사 참여나 권유 의사

목회자가 호스피스 봉사에 직접 참여하거나 교인들로 하여금 봉사에 참여하도록 권유할 의사가 있는가를 물었다. <표 11>에서 그 결과를 분석하였다.

<표 11> 호스피스 봉사 참여나 권유 의사

종 류	응답자수	백분율(%)
본인이 의사가 있다	17	11.4
본인도 있고 교인들에게 권유하겠다	86	57.7
본인은 못하고 교인들에게 권유하도록 하겠다	25	16.8
관심이 별로 없다	7	4.7
무응답	14	9.4
계	149	100

호스피스 봉사 의사에 대한 질문 중 목회자와 교인의 참여 의사가 있는 경우의 86명(57.7%)은 상당히 고무적인 수치로 생각된다. 본인이 의사를 가지고 있는 경우까지 감안하면 (17명, 11.4%) 많은 수의 목회자들이 호스피스에 관심을 가지고 직접, 간접으로 참여하겠다는 것으로 볼 수 있다. 현재 호스피스 대상 환자 수는 늘어나고 있는데 따라 육체적 치료나 통증조절 측면 등에서는 어느 정도 담당할 수 있는 시설들(대, 소병원들)이 곳곳에 생겨나서 호스피스적 사고로의 전환이 이루어지면 큰 문제가 없을 것이다. 하지만 사회적, 정신적, 영적 부분을 감당할 목회자와 일반 자원봉사자의 숫자가 턱없이 부족한 상황임을 고려할 때 더 많은 목회자와 성도들의 참여가 절실히 요청되고 있다. 무관심(4.7%), 무응답(9.4%)을 제외하면 85%를 넘는 직접 간접의 참여의사가 있는 만큼 단순한 수치의 절대화는 위험하겠으나 좀 더 활성화된 호스피스의 미래를 기대해 볼 만하다.

V. 결론 및 제언

본 연구는 호스피스에 대한 목회자들의 호스피스에 대한 인지 정도를 알아보기 위해 시도되었다.

연구대상은 부산시내에 거주하는 목회자들과 K 신학대학원 학생들 149명을 대상으로 하였다. 여기서 목회자라 함은 목사, 강도사, 전도사를 의미한다.

본 연구에 사용된 도구는 연구자가 선행문헌을 통해 연구목적에 맞게 제작한 구조화된 설문지를 사용했으며 그 내용은 임종환자와 호스피스에 대한 목회자들의 인식 및 태도를 조사하는 것으로서 설문지는 목회자들이 암 혹은 암환자나 호스피스에 대해 어느 정도 이해하고 있는지를 광범위하게 질문하는 형식으로 만들어 졌다.

본 연구의 자료수집기간은 1997년 10월 20일부터 1997년 11월 10일까지였으며 총 700부를 발송하여 우편 혹은 직접 회수한 결과 149부가 회수되었다(회수율 약 21%).

자료처리는 회수된 설문지를 중심으로 실수와 백분율만을 구하였다.

조사결과는 다음과 같았다.

1. 임종시 돌봄의 우선순위는 영적문제를 가장 우선

- 적으로 돌보아야 한다고 했다.
2. 말기환자에 대한 고지에 대한 태도는 현재 상황을 그대로 알려서 준비하도록 해야 한다가 가장 높았다.
3. 말기환자의 심방장애요인으로는 만나서 무슨 말을 해야 할지 모른다가 가장 많았다.
4. 말기질환의 치료에 대한 태도는 끝까지 최선을 다 해야 한다가 많았다.
5. 호스피스에 대한 이해는 대강 들어서 안다고 했다.
6. 호스피스에 대한 정보 획득 방법은 신문이나 잡지가 가장 많았다.
7. 호스피스팀내 목회자의 역할은 중요함을 인식하고 있었다(80%).
8. 호스피스봉사의 장애요인은 목회자의 이해부족과 성도들이 너무 바빠서가 대부분이었다.
9. 교인들의 자원봉사 활동에 있어 목회자의 역할은 대부분 중요하다고 했다.
10. 호스피스봉사 의사는 목회자와 교인에게도 참여를 권하겠다고 했다.

이상에서 목회자들의 호스피스에 대한 이해와 태도를 분석한 결과 몇 가지의 제언을 하고자 한다.

첫째로 목회자를 대상으로 호스피스 교육과 홍보가 필요하다. 호스피스가 무엇인지 알고 있다는 목회자도 많고, 목회자가 호스피스에서 중요한 역할을 수행하는 것을 인지하고 있으며, 교인들이 자원봉사 교육을 받고 봉사하는데 있어서 목회자의 역할이 중요하다고 인정하면서도 목회자가 호스피스와 호스피스 봉사를 잘 이해하지 못하여 일반교인들의 호스피스 참여에 장애가 되고 있는 현실을 보았다. 목회자가 죽음에 대해서나 호스피스의 철학, 호스피스 대상환자에 대한 분명한 이해 등을 확실히 가져야 한다.

둘째는 목회자가 호스피스 활동에 좀 더 적극적으로 참여해야 한다. 단순히 교육을 받고 인식을 제고하는 차원에서만 아니라 직접적으로 목회자와 교회 공동체가 이 일에 참여해야 할 것이다. 병원이 혹은 교회 단독으로 말기환자를 돌보는 시설을 건립, 운영하는 계획도 세워야 한다. 그리하여 말기 환자들의 육체적, 정신적, 사회적, 경제적, 영적 돌봄을 제공하는 것이다. 동시에 환자 가족도 쉼을 얻거나 재충전 할 수 있는 기회를 제공해 주어야 한다.

마지막으로 성경적으로 호스피스에 대해 더욱 철저히 분석·접근하는 것과 호스피스가 영혼구원과 참여

자의 신앙 성숙 등 실제적인 신앙의 유익을 주는 부분에 대한 연구와 호스피스에 대한 목회자들의 이해와 태도를 좀 더 체계적으로 살펴서 현장에 연결함으로써 더 좋은 결과를 얻을 수 있도록 하는 문제 등은 다음에 더 연구해야 할 과제로 남겨둔다.

참 고 문 헌

「통전적 치유목회학」, 서울: 치유, 1994.

이정숙. “죽음과 임종에 관한 개념적 이해와 그에 따르는 사회사업적 접근에 관한 고찰.” 「이화여대 논총」 37집, 1980.

조 현. “우리나라 호스피스 프로그램의 개발에 관한 연구.” 보건학 박사학위논문. 서울대학교 대학원, 1993.

조금옥. “Hospice 사역의 목회적 접근에 관한 연구.” 석사학위논문. 총신대학 신학대학원, 1993.

최화숙. “입원환자의 영적간호 요구에 관한 연구.” 석사학위논문. 이화여자대학교 대학원, 1986.

하은영. “죽음에 관한 심리와 종교” 「신학전망」 1975년 제 31호

주제별 성서활용 사전. 보문편찬위원회편. 서울: 보문출판사, 1985.

가시와키 데즈오. 「호스피스」, 박수길 역. 서울: 오상출판사, 1994.

강정호. “암환자의 영적 안녕 상태에 관한 조사연구.” 석사학위논문. 부산대학교대학원, 1996.

“건강, 치유, 온전함.” 「기독교사상」 1990년 11월호.

고경봉. “암환자들과 비암환자들간의 질병행동의 비교연구.” 「신경정신 의학」 30(4), 1990.

김경호. “죽음의 이해와 목회적 돌봄.” 석사학위논문. 아세아 연합신학 연구원, 1993.

김기복. 「임상목회 교육」, 서울: 전망사, 1993.

김수지, 오송자, 최화숙. 「호스피스」, 서울: 수문사, 1997.

김옥라 편. 「호스피스」, 서울: 수문사, 1990.

김옥라. 「왜 죽음교육이 필요한가?」, 서울: 각당복지재단, 1994.

김용학. “목회적 돌봄에 있어서 시한부 임종자와 그의 가족의 위기관리에 관한 연구.” 석사학위논문.

문. 아세아 연합신학 연구원, 1994.

김춘원. 「병리학」, 서울: 신광출판사, 1983.

김현주. “Hospice Care에 있어서 임종환자에 대한 간호의 기독교 신앙적 접근.” 석사학위논문. 아세아 연합신학 연구원, 1993.

박행렬. 「전인치유사역」, 서울: 나임, 1994.

박홍준. “호스피스 대상 환자에 대한 목회적 돌봄.” 석사학위논문. 아세아 연합신학 연구원, 1993.

서울대학교 의과대학편. 「종양학」, 서울: 서울대학교출판부, 1989.

신명호. “말기환자에 대한 원목의 역할.” 박사학위논문. 풀러신학대학원, 1996.

「아가페 성경사전」, 서울: 아가페 출판사, 1991.

오성진. 「질병 치유와 건강의 올바른 성서적 방법」, 서울: 요단출판사, 1986.

왕매련 외. “호스피스 Care에 대한 평가연구.” 「대한간호」 29(4), 1990.

윤택구. 「암의 연구는 어디까지 왔나?」, 서울: 대한 암협회, 1985.

이경식. “암환자의 통증조절.” 「대한의학 협회지」 38(7), 1995.

이광자. 「위기조정」, 서울: 신광출판사, 1982.

이명수. 「치유와 선교」, 서울: 나임, 1994.

이성훈. 「내적치유」, 서울: 은혜와 문화, 1993.

이은숙. “호스피스 자원봉사 활동이 봉사자와 가족에게 미치는 영향.” 석사학위논문. 중앙대학교 사회개발 대학원, 1995.

이화여자대학교 간호학 연구소편. 「임종과 간호」, 서울: 수문사, 1990.

자원봉사자 교육교재 St. Francis Hospice. 하와이.

전인건강연구회편. 「종양학」, 서울: 전인건강연구회, 1997.

조유향. 「호스피스」, 서울: 현문사, 1994.

“죽음과 임종에 관한 상담.” 「상담과 선교」 1993년 여름.

한윤복, 노유자, 김문실. 「암환자」, 서울: 수문사, 1986.

한국 사회복지협의회편. 「자원봉사의 기초」, 서울: 한국사회복지협의회, 1997.

“호스피스 사역의 기본적 이해.” 「상담과 선교」 1996년 봄.

호스피스 자원봉사자 교육교재. 부산: 고신호스피스, 1994.

“호스피스와 임종목회.” 「목회와 신학」 1992년 11월호.
 황나미, 노인철. 「호스피스의 제도화 방안」 서울: 한
 국보건사회연구원, 1995.
 황성주. 「암의 재발을 막으려면」 서울: 호도]에, 1996.
 허구치 가스히고. 「죽음에의 대비 교육」 이원호 역.
 서울: 문음사, 1995.
 _____. *Death : The Final stage of Growth*. New
 Jersey: Prentice-Hall Inc., 1975.
 _____. 「죽음과 임종에 대한 의문과 해답」 이인복
 역. 서울: 홍익제, 1983.
 Alfons-Deeken. 「알폰스 데케인 박사 강연집」 서울:
 문화지평사, 1992.
 Bird, Brian. 「환자와의 대화」 이무석 역. 서울: 집현
 전, 1996.
 Cassileth, B. R. 「암환자의 가정간호」 노유자 역. 서
 울: 현문사, 1995.
 Clements, Willyian M. *Care and Counseling of the*
Aging. Philadelphia : Fortress Press, 1979.
 Collins, Gary R. 「크리스찬 카운셀링」 두란노 편역.
 서울: 두란노 서원, 1990.
 Collins, Gary R. 「마음탐구」 허영자 역. 서울: 두란노
 서원, 1989.
 Conrads, N. "Spiritual Needs of the Terminal Ill".
 「The Nursing Clinics of North America」.
 Jun., 1985.
 Davidson, Glen W., ed. *The Hospice Development and*
Administration. New York : McGraw-Hill
 International Book Company, 1985.
 Folta, Ruth H. 「영적간호」 정정숙 역. 서울: 현문사,
 1995.
 Frankl, Viktor E. *The Doctor and The Soul*. New
 York : Alfred A. Knopf, 1966.
 Kübler-Ross, E. 「인간의 죽음」 성염 역. 서울: 분도출
 판사, 1990.
 Kübler-Ross, Elisabeth. *On Death and Dying*. New
 York : MacMillan Company, 1971.
 Lloyd-Jones, David Martyn. 「의학과 치유」 정득실
 역. 서울: 생명의 말씀사, 1991.
 Moster, Mary Beth. 「암진단을 받은 사람과 그 가족
 을 어떻게 해야 하는가?」 서울: 나침반사,
 1990.
 Oates, Wayne E. *Pastoral Care and Counseling in*

Grief and Separation. Philadelphia : Fortress
 Press, 1973.
 Oden Clifford. 「암을 주신 하나님」 노용찬 역. 서울:
 임마누엘, 1992.
 Osteen, Dodie. 「암병에서 치유받은 여자」 오태용 역.
 서울: 베디니 출판사, 1997.
 Parker, Michael Wynnee. *Healing and Wholeness of*
Man. London and New York : Regency
 Press, 1974.
 Piacus, L. 「죽는이와 남는 이를 위하여」 이인복 역.
 서울: 고향서원, 1979.
 Rawlings, Maurice. 「죽음을 준비하는 그리스도인」
 변진협, 윤향연 역. 서울: 아가페 출판사, 1993.
 Robbins, Joy. *Care for the Patient and the Family*.
 New York : Harper and Row, 1989.
 Rosenbann, E. H. 「암! 나는 극복할 수 있다」 정태준
 역. 서울: 세진사, 1985.
 Tournier, Paul. *A Doctor's Casebook in the Light of*
the Bible. New York : Harper and Row, 1954.

ABSTRACT

Key Word : Hospice, Conception, Minister

Ministers' Conception about the Hospice Patient

Yoon, Young Ill

This paper has surveyed above all what the patients call for physically, psychologically, and socially and researched how the ministers have acknowledged on cancers, their patients and hospice by means of enquete.

To the difficulty the pastors should give their hands. This study researched what thoughts and behaviors the ministers actually had by the method of questionnaire. It was done from October 20, 1997 through December 10, 1997 on seven thousand of questionnaire paper of which 149 given back on the

line of post or firsthandly were analyzed. The questionees consisted of 141 men(94.6%), 8 women (5.4) and 104 pastor on apprentice(69.8%). There were 58 questionees(38.9%) who were hospitalized of their own diseases ,and 121 questionees(81.3%) who had cancer patients hospitalized among their church people, relatives, or friends. Most of all the questionees(79.9%) had not any experience, such as they took some instruction about cancer patients. 72.5% of all the questionees had not ever served patients around them. The followings are the contents of the enquete: the questionees' view to chronic patients and death, where they put the priority in the case of that they look after patients who are under terrible pain ahead of death, what they think of such a situation as a patient has no technical possibility to be recuperated, why they think pastors do not like to visit chronics, which

therapy they choose, whether they mainly control their pain or they do their best in order to heal their diseases, how much the questioned ministers know hospice, where and how they get the information on it, how much important role they play in the hospice team, whether the volunteers for hospice have not worked on account of pastors' misunderstanding to hospice service, whether the ministers want to take part in hospice service with their church people or not, and so forth.

Suggestion: First, the education and P. R. about hospice are requested for the ministers. Second, the ministers must participate in hospice activities actively.

Therefore the ministers and the churches must firsthandly take part in hospice activities beyond the education only and the raising of the recognition to them.