

노인이 인식하는 ‘좋은 죽음의 장소’에 관한 인식 유형 분석: Q방법론을 중심으로

An Analysis of Older Adults' Perception Types of a 'Good Place to Die': A Q Methodological Approach

김현정¹(Hyun Jeong Kim) <https://orcid.org/0000-0002-1621-7648>

¹Department of Social Welfare Graduate school of Public Administration, Kookmin University, Associate Professor

<초 록>

본 연구는 Q방법론을 적용하여 노인이 ‘좋은 죽음의 장소’를 어떻게 인식하는지 분석하였다. 이를 위해 면담 및 문헌 분석을 통해 Q모집단을 구성하고, 40개 진술문으로 Q표본을 선정하여 Q분류조사를 실시하였다. Q분류조사에는 65세 이상 노인 26명이 P표본으로 참여하였으며, 일대일 면접 방식으로 진행되었다. 자료분석은 R의 qmethod 패키지를 활용하여 주성분분석과 varimax 회전을 실시하였고, 분석 결과 22명의 자료가 각 요인에 유의하게 적재되어 해석에 반영되었다. 자료분석결과 3개 요인 구조가 적합한 것으로 나타났으며, 이는 누적 변량의 45.59%를 설명하였다. 1유형은 익숙한 집에서 연명의료 없이 자연스럽게 임종하며 재택의료와 통증 관리를 중요시하는 ‘가정기반 자연임종 지향형’으로 나타났다. 2유형은 가족의 돌봄 부담을 줄이기 위해 전문 의료시설에서의 죽음을 선호하는 ‘전문시설기반 가족부담경감 지향형’으로 확인되었다. 3유형은 죽음과 관련하여 병원 중심 치료와 시설 중심 간병에 비판적인 태도를 보이며 자신에게 의미 있는 공간에 대한 선택권과 자기결정권을 강조하고 있어 ‘자기결정·영적돌봄기반 의미공간 지향형’으로 명명하였다. 본 연구는 노인이 원하는 ‘좋은 죽음의 장소’ 선택이 재택 및 시설 환경, 돌봄과 의료 지원, 가족 부담, 자기결정과 영성 등 복합적 기준에 의해 구성됨을 보여주며 이를 반영한 다차원적인 임종 지원체계 구축과 서비스 설계가 필요함을 제안한다.

▲주제어: 좋은 죽음, 죽음의 장소, 죽음의 질, Q방법론, 주관성연구

I. 서론

노년기의 연장고령 인구의 증가는 죽음의 질과 관련된 사회적 준비를 본격화하는 계기가 되었다. 의과학의 발전은 질병의 영역을 확장하며 장수의 가능성을 넓혔지만, 죽음이 의료의 개입 대상으로 포섭되면서 임종기에 과도한 의료행위가 일반화되는 문제도 함께 대두되었다. 그 결과 천수(天壽)를 다하는 죽음의 축복이 위협받고 있으며, 생애말기 ‘어떻게 죽을 것인가’의 질문은 ‘어디에서, 어떤 돌봄과 함께 죽음을 맞이할 것인가’로 확장되고 있다. 죽음은 삶의 일부분이며 삶의 질은 죽음의

질이 충족될 때 비로소 완결된다. 그러나 죽음의 의료화는 임종기의 위협에 첨단 의료기계가 해결책이 되면서 오히려 자연스러운 죽음 대신 비인간적인 죽음이 일반화되는 현상을 낳았다(서이중, 2016). 이에 생애 말기와 임종기에 지켜져야 할 인간의 위엄과 기품을 어떻게 지켜낼 것인가에 관한 문제의식은 죽음의 질에 관한 확대된 논의로 이어지고 있다. ‘좋은 죽음’은 단일한 정의없이 신체적 편안함, 존엄성 유지, 자기결정권, 가족과의 관계 정리, 영적 평안 등 여러 요인에 의해 실현될 수 있는 것으로 논의되어 왔다. ‘좋은 죽음의 장소’는 이러한 좋은 죽음의 조건들이 실현될 수 있는 환경적 맥락으로 단순한 물리적

* Corresponding Author: Hyun Jeong Kim, Department of Social Welfare Graduate school of Public Administration, Kookmin University, 77 Jeongneung-ro, Seongbuk-gu, Seoul, 02707, Rep. of Korea, Tel: +82-2-910-5789, E-mail: swjhkim@kookmin.ac.kr

[Received] March 17, 2026; [Revised] May 03, 2026; [Accepted] June 24, 2026

공간을 넘어 존엄과 기쁨이 보장되는 돌봄·의료·관계·의사 결정 환경을 포함하는 개념으로 재정의될 수 있다.

구체적으로 우리 사회의 실질적인 죽음의 질에 관한 제도적 준비는 2016년 연명의료결정법의 제정에서 시작되었고, 정부는 호스피스·연명의료 종합계획에 근거하여 매해 시행계획을 수립하고 있다(보건복지부, 2022). 그 내용을 살펴보면 의료적 관점에서 호스피스의 강화와 연명의료결정제도를 중요하게 다루고 있다(보건복지부, 2022). 그러나 연명의료결정과 호스피스 제도는 어떤 치료를 중단 또는 유지할 것인가에 상대적으로 강한 방점을 찍고 있어서 실제로 노인이 어디에서 어떤 지원과 함께 삶을 마무리할 것인가라는 총체적인 돌봄의 환경적 요소를 충분히 담아내지 못할 우려가 있다. 따라서 ‘좋은 죽음의 장소’에 대한 주관적 인식을 파악하는 일은 제도 중심 논의를 생활세계의 선택과 경험으로 연결하는 핵심 고려라 할 수 있다.

노년기 죽음준비에서 죽음의 장소는 당사자가 가능하다고 판단하는 곳에서 죽음의 질을 고려하여 스스로 선택하는 것이 중요하다(Munday et al., 2007). 노년기 죽음의 장소에 관한 통계자료를 살펴보면, 2022년 65세 이상 사망자 중 80%가 의료기관에서 사망하였고 주택에서의 사망은 14.1%에 그치며, 전체 연령대와 비교했을 때 병원에서의 사망 비율이 노인에게서 더 높게 나타났다(통계청, 2023:16). 병원에서의 사망자 비율에 문제의식을 갖고 있는 유럽 국가들의 통계현황에 따르면 네덜란드 34%, 스웨덴 42%, 영국 47%, 스페인 61% 수준(Kremeike et al., 2022)으로 한국의 병원 사망 비율이 상대적으로 높은 편이다.

선행연구들은 가장 선호되는 죽음의 장소가 집(Funk et al., 2022; Gomes et al., 2013; Hoare et al., 2015; Kremeike et al., 2022; Tsuchida et al., 2022)인 것으로 밝히고 있어 당사자의 욕구와 현실의 괴리가 상당히 큼을 확인할 수 있다. 나아가 원하는 죽음의 장소와 실제 사망 장소의 괴리는 개인의 선호만으로 설명되기보다 돌봄과 의료 접근성, 가족 부담, 제도적 편이성 등 구조적 요인과 결합해 형성될 가능성이 크다. 따라서 한국 사회에서 전반적인 돌봄 체계를 고려하였을 때 집이 곧 좋은 죽음의 장소임을 의미하지는 않으며 집이 좋은 장소가 되기 위해서는 적절한 지원이 구체적으로 갖추어져야 함을 시사한다. 한편, 가장 빈번한 죽음의 장소가 병원이라는 것은 임종기 의료 비용의 증가에 따른 사회적 부담이 가중될 수 있다는 우려의 목소리(Finkelstein et al., 2015; 한은정 외, 2018)에도 힘을 실어주고 있다.

더욱이 죽음을 치료의 대상으로 다루는 의료행위는 통증 관리에 초점을 맞추고 있어 집에서 죽음을 지원하는 서비스로의 대체가 효율적이라는 주장(Finkelstein et al., 2015)이

가세하면서, 집에서의 죽음을 지원하는 정책은 중요한 과제가 되고 있음을 해외 문헌에서 쉽게 찾아볼 수 있다. 실제로 노인과 호스피스를 받는 환자를 대상으로 한 연구에서 의료 행위에 의한 수명연장이 중요하기 때문에 병원을 죽음의 장소로 선호하는 경우는 소수에 불과하고, 대부분은 죽어가는 과정의 질적인 측면을 더 중요하게 인식하므로 집을 죽음의 장소로 가장 선호하는 것으로 나타났다(Higginson et al., 2017). 또한, 사망자 가족을 대상으로 한 연구에서는 집에서의 죽음이 당사자의 죽음의 질을 높이고, 병원에 비해 낮은 비용으로 가족의 부담을 낮추며, 전반적인 죽음의 질에 대한 만족이 병원보다 높은 것으로 나타난다(Kinoshita et al., 2015). 이러한 결과는 장소가 곧 서비스와 관계가 함께 작동하는 환경적 요소임을 보여주고 있다.

이렇듯 실제로 발생하는 죽음의 장소와 원하는 죽음의 장소가 상이한 것은 당사자의 사전 선택권보다 제도적 편이성에 초점이 맞춰졌기 때문일 가능성이 크다. 우리나라의 사망 관리체계와 죽음에 대처하는 서비스 현실이 죽음의 장소를 병원으로 수렴하게 하는 요인이 되기도 한다. 의사의 사망진단을 받기 위해, 혹은 요양원의 임종 기피, 병원에서 임종하면 장례식장 이용이 원활하다는 점 등 그 이유는 다양하다(박경숙 외, 2015). 이런 제도적 환경에서 죽음의 장소에 대한 개인적 준비가 미흡할 경우, 임종기 노인은 병원으로 이송되어 가족과 함께하지 못한 채 구급차 안, 응급실이나 중환자실에서 연명의료, 심폐소생술 등을 받으며 갑자기 뜻밖의 장소에서 죽음을 맞이하기도 한다(안경진, 2017).

임종기를 지나 죽음에 직면하는 과정에는 의료적 처치를 포함하여 다양한 방식의 돌봄이 필수적이다. 돌봄의 기본 특성은 돌봄을 받는 사람과 주는 사람 간의 상호 관계에 기반하므로 노인과 지지체계를 만족시킬 수 있는 ‘좋은 죽음의 장소’에 대한 논의가 현실적으로 중요하다.

선행연구들을 분석하였을 때 죽음의 장소에 관한 연구들은 세 가지 흐름으로 진행되었다. 첫째, 사망자를 대상으로 한 연구들은 실제 죽음의 장소에 영향을 미친 요인들을 밝히고 있다. 일본의 의존기 노인의 사망 장소를 분석한 결과, 인구당 가정간호서비스의 양이 많고 병상의 수와 요양시설의 근로자 수는 작은 지역일수록 집에서의 사망 비율이 상대적으로 높았다(Abe et al., 2022). 또, 싱가포르의 사망자 연구에서는 85세 이상의 고령이거나 여성의 경우 집에서 죽음을 맞이할 가능성이 높고, 가정완료의료의 접근성과 사전돌봄계획의 문서화가 원하던 죽음의 장소인 집에서 사망과 관련이 있는 것으로 나타났다(Tan et al., 2019). 스위스의 노인 사망자에 관한 연구에서는 노인 중 연령이 높고 여성인 경우

는 병원보다 요양시설에서의 죽음이 더 빈번하고, 지역사회에 요양시설의 입소정원이 높은 경우 병원에서의 사망자 수가 낮아지는 것으로 나타났다(Luta et al., 2016). 한편 집이 언제나 안전한 죽음의 장소는 아니어서 소수 인종인 경우 호스피스 케어를 받기 어려워 죽음의 고통을 더 크게 느낄 수 있으며(Enguidanos & Wilber, 2005), 노인세대와 빈곤층의 경우 집에서의 사망이 임종기 돌봄의 사각지대에서 취약한 죽음과 관련될 수 있음(Bannon et al., 2018)을 주지할 필요가 있다. 즉, 지역사회에서 죽음의 질과 관련하여 소외 대상의 발굴과 관련 서비스 체계를 갖추는 것이 중요함을 확인할 수 있다.

둘째, 어떤 요인에 따라 선호하는 죽음의 장소가 달라지는지를 밝히는 연구들이 진행되었다. 먼저 국가별 문화적 특성이 유의미한 요인이다. 유럽 국가들은 선호 수준에는 국가별로 차이가 있으나 죽음의 장소로 집을 가장 선호하고 요양원을 가장 선호하지 않는 것으로 나타났다(Calanzani et al., 2014). 독일은 죽음의 장소로 병원을 가장 비선호하지만 가장 많은 사람들이 죽음을 맞이하는 곳도 병원이며(Kremeike et al., 2022), 홍콩과 중국을 비교한 연구에서 홍콩은 의료기관을 선호하고 우한은 집을 더 선호하는 것으로 나타났다(Cheng et al., 2022).

또, 뉴질랜드의 80세 이상의 고령 노인의 경우 가족에게 짐이 되지 않는 죽음을 희망하는 경우 집을 죽음의 장소로 선호하는 경향이 낮아지는 것으로 나타났다(Gott et al., 2017). 국내의 노인실태조사에서도 도시 거주 노인이 읍면부 거주 노인에 비해 '가족이나 지인에게 부담을 주지 않는 것'을 좋은 죽음의 요소로 인식하는 경향이 커서(이윤경 외, 2020), 대도시의 경우 병원과 요양시설 등 집을 대체할 죽음의 장소로서의 자원이 상대적으로 풍부하다고 인식하여 나타나는 현상으로 이해할 수 있다(Munday et al., 2007).

한편, 집이 아닌 병원이나 요양시설을 죽음의 장소로 선호하는 노인의 특성을 파악한 선행연구는 건강 수준이 낮고 자가를 소유한 경우 병원을 더 선호하며, 대도시에 거주하는 경우 요양병원이나 장기요양시설, 호스피스 기관에 대한 선호가 상대적으로 높은 것(여유경, 고정은, 2022)으로 나타나 개인적 요인과 지역사회의 돌봄 여건에 따라 죽음의 장소에 대한 선호가 다르다.

셋째, 원하는 죽음의 장소와 실제 죽음의 장소가 일치하기 위해 어떤 사회적 노력이 필요한지 제언하는 연구들이 진행되었다. 먼저 지지체계의 역할이 중요한데, 죽음의 장소를 결정하고 준비하는 데 있어 가장 중요한 상의 대상은 가족(Kawaguchi et al., 2022)과 의사(Ho & Sanders, 2015)이며, 여성 노인은 가족, 남성 노인은 의사가 주된 상의 대상인 것으로 밝혀졌다(Moriki et al., 2021). 가족이나 의료진 등에게 죽

음준비 과정에서 어디에서 죽기를 희망하는지 미리 표현한다면 실제로 원했던 곳에서 죽음을 맞이할 가능성이 높아진다(Fukui et al., 2003; Karlsen & Addington-Hall, 1998). 물론 선호하는 죽음 장소에 관한 노인과 지지체계의 일치도를 높이기 위해서는 병의 예후에 대한 지식을 충분히 공유하고, 노인의 선택에 대한 존중, 임종기 돌봄에 가족 부담이 크지 않다는 의식의 공유가 수반되어야 원하는 곳에서 죽음을 맞이할 수 있다(Tang et al., 2010). 그밖에도 선행연구들은 가정 기반의 공공서비스, 호스피스 및 완화의료 환경의 적절한 준비 등 사회정책적 요인(Funk et al., 2022; Master et al., 2021)이 갖추어졌을 때 원하는 곳에서의 죽음이 보장될 수 있다고 설명한다.

본 연구는 한국 사회에서 죽음의 질 제고를 위해 '좋은 죽음의 장소'에 대한 다양한 인식을 파악하여, 노인돌봄지원체계 내에서 '좋은 죽음의 장소'를 조성하는 데 필요한 조건과 개입 방안을 도출하는 데 목적이 있다. 노인의 생애말기 삶의 공간이자 임종기 돌봄공간이 되는 다양한 장소들이 '좋은 죽음의 장소'가 될 때 노인의 죽음의 질을 확보할 수 있다는 점을 주지하여 '좋은 죽음의 장소'의 본질적 의미에 대한 주관성을 탐색하는 데 초점을 맞추고자 한다.

분석된 선행연구들은 대다수 해외 문헌들이고 국내에서는 죽음의 장소에 관한 학술적 논의가 충분히 이루어지지 않았다. 이는 죽음준비나 죽음과 관련된 서비스의 제도화가 아직은 낯설기도 하지만, 존엄한 죽음에 대해 여전히 불편한 시선이 있어 논의의 확장을 방해하는 것일 수 있다. 이런 학문적 현실에서 본 연구는 한국 사회에서 '좋은 죽음의 장소'에 관한 주관적 인식을 분석하는 데 초점을 맞추고자 한다. 이러한 연구 방향의 설정에는 두 가지 이유가 있다.

첫째, 연구의 시의성 측면에서 죽음의 장소에 관한 국내 연구가 불충분하여 '좋은 죽음의 장소'에 대한 인식을 탐색하는 것이 선행될 필요가 있다. 해외 선행연구들을 종합할 때 죽음의 장소와 관련하여 집에서의 죽음으로 전환되도록 그 방안을 찾는 것에 정책적 방향이 설정되어 있음을 확인하였다. 그러나 국내 연구로는 노인이 선호하는 죽음의 장소를 연구한 여유경과 고정은(2022)의 연구와 사망 노인의 죽음여정을 분석한 장경희와 동료들(2019)의 연구가 대표적이다. 이 연구들은 복합적인 요인에 의해 선호하는 죽음의 장소가 결정됨(여유경, 고정은, 2022)을 밝히고 임종기 돌봄 장소의 다양한 전환 유형을 분석하였으나(장경희 외, 2019) 당사자의 관점에서 그 다양성이 가지는 의미를 이해하기에는 한계가 있다. 즉, 우리 사회의 죽음의 질 보장을 위한 환경은 제도와 서비스를 만들어 가는 초기 단계이며 '집'을 좋은 죽음의 장소로 숙단하기에는 이르다. 오히려 한국 사회에서는 '중

은 죽음의 장소'에 대한 주관적 인식을 포괄적으로 살펴본다면 죽음의 질을 향상시킬 수 있는 공간적 특성과 돌봄 여건을 구체적으로 추적할 수 있을 것이다. 더욱이 노인의 관점에서 심도 있는 분석이 이루어질 때 정책 및 실천적 연계의 가능성이 높아질 것으로 기대한다.

둘째, 한국 사회의 노인돌봄 체계의 연속선에서 죽음의 질을 확보하기 위한 정책적 시도와 구체적인 실천 계획들이 어떻게 연계되는지 고려하여 각기 다른 죽음의 장소가 '좋은 죽음의 장소'로 기능하기 위해서는 어떤 요건을 충족해야 하는지 당사자의 관점에서 주관성을 연구할 필요가 있다. 일례로 서구의 연구에서는 요양원에서의 죽음을 '집이 아닌 곳'에서의 죽음으로 간주하지만, 국내 현실에서는 요양원이 '집과 같이 편안한 공간'으로 인식되기도 하여(김현정, 2021), 한국 사회의 노인돌봄체계 내 돌봄 공간과 죽음의 공간이 만날 때 '좋은 죽음의 장소'로서의 의미성은 개인이 처한 상황과 문화적 요인에 따라 다른 특성으로 나타날 수도 있다. 따라서 돌봄 공간 내의 죽음의 의미를 추적하여 죽음의 질 확보를 위한 실천 과제를 찾아낸다면 실효성을 높이는 데 긍정적일 것이다. 이에 본 연구는 한국 사회에서 노인이 인식하는 '좋은 죽음의 장소'에 대한 인식유형과 그 주관적 의미 분석에 초점을 맞추고자 한다. 이에 본 연구의 연구문제는 다음과 같다.

연구문제 1. 노인이 인식하는 '좋은 죽음의 장소'에 대한 주관적 인식 유형은 어떻게 나타나는가?

연구문제 2. 각 인식 유형의 특성과 유형 간 공통점 및 차별점은 무엇인가?

II. 연구방법

1. Q방법론

본 연구 주제인 '좋은 죽음의 장소'는 단순히 물리적 공간의 선호가 아니라 삶의 질을 완성하는 품위 있는 죽음에 이르기 위해 서로 다른 기준이 복합적으로 작용하여 형성되는 가치 판단에 근거하여 '좋은 죽음의 장소'에 관해 어떠한 다양한 인식 유형이 나타나는지 탐색하는 것에 초점을 맞춘다. 따라서 동일한 하나의 장소라도 개인이 중요하게 여기는 조건의 조합과 우선순위에 따라 의미는 다르게 해석될 수 있으며 이러한 차이는 평균 비교나 단일 변수 중심의 분석으로는 포착하기 어렵다(김홍규, 2008). 한편, Q방법론은 개인이 특정 현상에 대해 가지는 태도, 가치, 신념과 같은 주관적 관점의 구조를 체계적으로 탐색하고 유사한 관점의 패턴을 총체

적으로 유형화하는 연구방법으로(김홍규, 2008) 연구주제와 관련된 Q표본을 구성하여 연구참여자가 이를 상대적 중요도에 따라 배열하도록 하는 Q분류 과정을 거쳐서 사람 간의 상관에 기초한 요인분석을 통해 공통된 인식구조를 공유하는 집단을 유형으로 도출한다(김홍규, 2008). 따라서 Q방법론은 연구참여자가 '좋은 죽음의 장소'를 판단할 때 조건의 조합과 우선순위 패턴을 사람 중심으로 드러내고 노인이 인식하는 '좋은 죽음의 장소'의 주관성을 탐색하고 유형화하는 본 연구의 목적에 부합하는 접근방법이라 할 수 있다.

2. 연구과정 및 절차

1) Q모집단 구축과 Q표본

Q모집단은 노인이 인식하는 '좋은 죽음의 장소'에 대한 다양한 주관적 인식을 포괄하는 진술문의 총체를 의미한다. 본 연구에서는 좋은 죽음의 장소에 대한 인식이 단순한 장소 선호를 넘어, 신체적 편안함, 돌봄의 질, 가족관계, 자율성, 존엄성, 의료적 지원, 정서적 안정 등 복합적인 가치 판단에 기초한다고 보았다. 이에 따라 Q모집단을 가능한 한 폭넓게 구성하기 위하여 심층면접과 문헌고찰을 병행하였다.

우선 심층면접은 좋은 죽음의 장소에 대한 다양한 관점과 의미 구조를 확보하기 위해 실시하였다. Q방법론에서는 특정 주제에 대해 서로 다른 관심과 경험, 관점을 지닌 참여자들로부터 진술을 수집하는 것이 주관성의 범위를 넓히는 데 중요하므로(Thompson, 1966; 김홍규, 2008 재인용), 본 연구에서도 연구주제와 관련하여 상이한 경험과 입장을 지닌 대상자들을 포함하고자 하였다. 심층면접 대상자는 노인(1명), 노인돌봄 및 임종기 돌봄 관련 실천가(사회복지사 1명, 간호사 1명), 죽음 관련 분야 전문가(1명)로 구성하였다. 노인은 자신의 삶과 죽음에 대한 가치관, 선호, 우려를 바탕으로 '좋은 죽음의 장소'에 대한 직접적인 인식을 제공할 수 있는 핵심 집단이며, 실천가는 현장에서 노인의 돌봄 욕구와 가족의 역할, 돌봄 환경의 제약을 경험적으로 이해하고 있다는 점에서 포함하였다. 또한, 관련 전문가들은 죽음의 장소를 둘러싼 제도적·윤리적·정책적 쟁점을 반영할 수 있다는 점에서 면접대상에 포함하였다.

심층면접에서 노인에게는 생애말기 삶의 마무리, 죽음을 맞이하고 싶은 장소, 장소 선택에 영향을 미치는 조건, 가족 및 타인과의 관계, 돌봄과 의료에 대한 기대 등을 중심으로 질문하였다. 실천가와 전문가에게는 노인이 선호하는 임종 장소의 특성, 좋은 죽음의 장소를 구성하는 조건, 재가·의료기관·시설 등 장소별 장단점, 가족부담과 돌봄가능성, 제도적 지원 필요성 등에 대해 의견을 수집하였다. 면접은 반구조화된 방식으로 진

행하였으며, 참여자의 동의를 얻어 내용을 기록·정리하였다.

심층면접과 더불어 좋은 죽음, 임종돌봄, 죽음의 장소, 재가임종, 호스피스·완화의료, 노인의 생애말기 선호와 관련된 선행연구와 질적 자료를 검토하여 Q모집단 구축에 활용하였다. 문헌자료 검토를 병행한 것은 면접자료만으로 포착되기 어려운 개념과 사회문화적 맥락, 제도적 차원의 진술을 보완하고 Q모집단의 포괄성과 포화도를 높이기 위한 것이다.

이와 같은 과정을 통해 수집된 Q모집단은 총 111개였으며, 의미 중복이 높은 문항은 대표성이 있는 진술로 통합하고, 지나치게 포괄적이거나 추상적이어서 Q분류 시 변별력이 낮을 것으로 판단되는 문항은 삭제하였다. 선호되는 공간적 특성, 돌봄 조건, 가족 및 관계적 요소, 자기결정 및 영성, 죽음준비 및 절차적 요소 등 5개 영역을 포괄하도록 구성하여 상이한 관점을 대표할 수 있는 진술문을 선별하였다. 그 결과, 다양한 의미영역을 포괄하면서도 상호 변별성을 갖는 문항들로 Q표본 40개를 확정하였다. 마지막으로 확정된 문항들은 웰다잉에 관한 연구경험이 있는 연구자 1인의 검토를 받아서 연구의 목적에 적절한 문항들로 구성되었음을 검증받았다.

2) P표본과 Q분류

P표본은 Q분류에 참여하는 연구대상자를 의미하며, Q방법론에서는 연구대상자의 수가 모집단을 통계적으로 대표하는 데 목적이 있는 것이 아니라 특정 주제에 대한 다양한 주관적 관점을 드러내고 요인 간 비교가 가능할 정도면 충분하므로 소표본 원칙을 따른다(김홍규, 2008). 일반적으로 P표본의 수는 40~60명 정도가 활용되기도 하나 Q방법론에서는 Q표본의 수와 연구목적에 고려하여 설정하면 된다(Watts & Stenner, 2012). 본 연구에서는 노인이 인식하는 '좋은 죽음의 장소'에 대한 다양한 주관적 관점을 탐색하는 데 초점을 두고, 연구주제와 관련된 경험과 견해를 지닌 노인들을 P표본으로 선정하였다. 연구참여자 모집은 연구의 목적을 이해하고 자발적으로 참여 의사를 밝힌 노인을 중심으로 이루어졌으며 눈덩이표집으로 진행되었다.

Q분류는 연구참여자가 제시된 Q표본을 자신의 주관적 중요도 또는 동의 정도에 따라 배열하는 과정이다. 본 연구에서는 노인을 대상으로 Q분류가 진행되므로 연구참여자의 이해를 돕고 정확한 분류를 지원하기 위해 일대일 대면 방식으로 진행하였다. Q분류에 사용된 Q카드들은 각 카드마다 하나의 진술문이 제시되도록 구성하였으며 연구참여자가 각 문항의 의미를 충분히 이해한 후 분류할 수 있도록 연구자가 그 절차를 안내하였다.

Q분류 절차는 먼저 모든 진술문을 읽은 뒤, 각 문항에 대

해 자신의 생각과 비교하면서 동의, 중립 또는 모름, 비동의로 세 범주로 1차 분류하도록 하였다. 이후 동의한 문항들 중에서 가장 중요하거나 자신의 생각과 가장 가까운 문항을 선별하여 가장 동의하는 문항들부터 선별하도록 하고, 비동의 문항 역시 가장 비동의 하는 문항들부터 순차적으로 배치하도록 하였다. 나머지 문항들은 상대적 중요도에 따라 Q분포표의 형식에 맞추어 배열하도록 하였다. 모든 진술문이 강제분포 형식에 따라 배치되면 Q분류가 완료되었으며 Q분류가 끝난 후에는 연구참여자가 우선적으로 동의 또는 비동의 하는 문항 각 5개에 대해 그 이유를 추가로 설명하도록 하였다. 이러한 후속 면담 자료는 단순한 배열 결과만으로는 파악하기 어려운 참여자의 의미부여 방식과 판단 근거를 이해하여 해석의 정확도를 높이는 데 활용하고자 하였다.

표 1. Q분류 배치표

구분	←비동의				중립	동의 →			
진술문 카드수	2장	3장	5장	6장	8장	6장	5장	3장	2장
배점	1점	2점	3점	4점	5점	6점	7점	8점	9점

3) Q요인분석과 결과 해석

Q요인분석은 참여자들이 수행한 Q분류 결과의 유사성을 바탕으로 비슷한 방식으로 진술문을 배열한 사람들을 동일한 요인(유형)으로 묶어내는 분석 절차이다. 즉, 변수(문항) 간 상관성이 아니라 사람(참여자) 간 상관을 계산하여 '좋은 죽음의 장소'에 대한 공통된 인식구조를 공유하는 집단을 도출한다. 본 연구에서는 R의 qmethod 패키지를 활용하여 요인분석을 수행하였다. 요인추출은 주성분분석(Principal Component Analysis, PCA)을 적용하였고, 요인 구조의 해석 가능성을 높이기 위해 varimax 회전을 실시하였다. 요인의 수는 고유값(Eigen value), 누적 설명변량, 요인에 유의하게 적재된 Q분류(참여자) 수, 그리고 요인별 해석의 가능성을 종합적으로 고려하여 결정하였다.

자료분석 결과의 해석하기 위해 요인별 표준점수(z-score)를 산출하고 이를 근거로 유형의 전형성을 파악하였다. 구체적으로 각 요인에서 표준점수의 절대값이 1 이상($|z| \geq 1$)인 진술문을 우선적으로 추출하여 해당 요인이 무엇에 강하게 동의하거나 반대하는지를 중심으로 검토하고, 40개 진술문 전체를 동일한 비중으로 나열하기보다 유형을 가장 잘 드러내는 대표 진술문을 통해 인식구조를 효율적으로 설명하고자 한다. 대표 진술문을 중심으로 유형의 핵심 특성이 정리되면 나머지 진술문은 동의·비동의 수준의 배치 맥락 속에서 의미가 자연스럽게 해석되므로 연구자는 최종 단계에서 요인별 전체 진술문의

배치 구조를 재점검하여 해석의 모순이나 누락이 없는지 확인하였다. 즉, 해석은 대표 진술문에서 출발하여 전체 배치 구조로 확장되며 반복적으로 정련되는 과정으로 진행되었다.

또한, 본 연구에서는 Q분류조사 과정에서 수집한 추가의 견자료를 해석 과정에 활용하였다. 이를 통해 표준점수로 확인되는 유형별 특성이 실제 참여자의 설명과 어떻게 연결되는지 교차 확인하여 유형 해석의 타당성과 설명력을 높이고자 하였다. 최종적으로 이러한 해석 절차를 통해 각 요인의 핵심 의미를 종합하고 요인별 특성을 반영하여 유형명을 부여하였다. 해석된 결과는 Q방법론 전문가 1인에게 검토를 받아 해석의 타당도를 검증받았으며 그 결과 적절한 해석이 이루어진 것으로 확인되었다.

III. 연구결과

1. 자료분석결과

Q방법론에서는 유형 간 상관계수가 작을수록 각 유형이 비교적 독립적이며 독특한 인식구조를 지닌 것으로 해석할 수 있다. 다만 상관계수의 크기만으로 두 유형 간의 차이가 자동적으로 규정되는 것은 아니며, Q방법론의 핵심은 새로운 가설을 생성하고 관점의 구조를 드러내는 데 있으므로 상관관계는 유형 간 유사성과 상이성을 함께 이해하기 위한 보조적 지표로 활용된다(김홍규, 2008). 본 연구에서는 <표 2>와 같이 3개 유형의 상관관계를 확인한 결과, $p < .05$ 에서 1유형과 2유형의 상관은 .19, 1유형과 3유형의 상관은 .45, 2유형과 3유형의 상관은 .01로 나타나서 1유형과 3유형은 일부 공통된 인식 기반을 공유하면서도 구분되는 특성을 지닌 것으로 해석할 수 있다. 따라서 본 연구에서는 상관관계 결과를 참고하여 유형 간 공통점과 차별점을 함께 검토하고, 각 유형의 대표 진술문과 표준점수 패턴을 중심으로 인식 유형의 의미를 종합적으로 해석하였다.

표 2. 요인들 간의 상관관계

구분	1유형	2유형	3유형
1유형	1.00	.19	.45
2유형		1.00	.01
3유형			1.00

<표 3>에서 3요인 구조의 자료분석결과는 전체 변량의 45.59%를 설명하는 것으로 나타났으며, 총 26명의 Q분류자료 중 요인 적재값이 통계적으로 유의하지 않은 4명은 어느

한 유형에 편입하기 어려워 유의미하게 적재된 22명을 유형 해석에 최종 반영하였다. 1유형에 9명, 2유형에 9명, 3유형에 4명이 할당되었다.

표 3. 요인별 통계치

구분	1유형	2유형	3유형
Eigen Value	4.64	3.87	3.34
요인별 변량 비율(%)	17.85	14.88	12.86
누적 변량 비율(%)	17.85	32.73	45.59
P표본 수	9명	9명	4명

P표본 26명 중 3개 유형에 할당된 22명에 관한 주요 특성은 <표 4>와 같다.

표 4. 유형별 사례 현황

구분	no	연령	성별	종교	동거가족	자녀 수	가족유대수준
1 유형	5	66	남	없음	배우자	3명	보통
	6	67	남	없음	배우자	2명	매우 높음
	8	69	여	불교	배우자	3명	매우 높음
	17	71	여	없음	자녀	3명	보통
	18	73	남	없음	배우자	2명	보통
	21	74	여	기독교	없음	3명	매우 높음
	23	72	여	없음	없음	3명	매우 높음
	25	76	남	불교	없음	2명	보통
	26	77	여	없음	없음	3명	매우 높음
	2	66	여	없음	없음	3명	보통
2 유형	7	69	여	없음	배우자	2명	매우 높음
	9	68	남	없음	배우자	2명	보통
	10	73	남	천주교	배우자	2명	보통
	11	75	여	불교	없음	3명	매우 높음
	13	74	남	불교	배우자	3명	낮음
	16	72	여	불교	없음	2명	보통
	19	75	여	없음	없음	3명	매우 높음
	22	77	여	없음	없음	2명	보통
	2	67	남	기독교	배우자	2명	보통
	4	68	남	기독교	배우자	1명	보통
3 유형	12	77	여	천주교	배우자	2명	보통
	14	74	여	불교	없음	1명	매우 높음

각 유형의 특성을 해석하는 근거가 되는 Q표본의 유형별 표준점수는 <표 5>와 같으며, 각 유형별로 표준점수의 절대값이 1이상인 항목의 표준점수를 굵게 표시하였다.

표 5. 문항별 유형의 전형성(표준점수)

no	진술문	표준점수(Z점수)		
		1유형	2유형	3유형
1	나는 익숙하고 편안한 내 집에서 죽음을 맞이하고 싶다.	2.57	0.44	1.42
2	나는 가족과 지인들에게 둘러싸여 집에서 죽음을 맞이하고 싶다.	1.14	-1.44	1.07
3	나는 병원의 전문적인 의료 시스템 속에서 모든 치료를 받고 싶다.	0.14	-0.41	-1.84
4	나는 극심한 고통 없이 편안하게 죽을 수 있는 통증 관리가 잘 되는 장소를 선호한다.	1.50	1.69	2.00
5	나는 가족에게 부담을 주지 않기 위해 병원이나 요양시설에서 마지막을 보내고 싶다.	-0.41	1.08	-1.28
6	나는 죽음을 맞이할 때 품위 있는 모습으로 기억되고 싶으며, 이는 죽음의 장소 선택에 영향을 미친다.	0.17	-0.14	-0.77
7	나는 연명의료를 원하지 않으므로 집에서 자연스럽게 죽음을 맞이하고 싶다.	2.18	0.99	1.47
8	나는 죽음을 앞두고 남은 삶을 정리할 수 있는 조용하고 집중할 수 있는 장소를 선호한다.	1.92	-0.70	0.36
9	나는 의료진의 정기적인 방문과 재택의료 서비스가 충분하다면 집에서 죽음을 맞이하고 싶다.	1.17	-0.06	0.54
10	나는 죽음을 앞두고 심리 상담을 통해 마음을 정리하고 싶으며, 이러한 지원이 제공되는 장소를 선호한다.	0.08	-0.11	0.53
11	나는 간병 부담을 줄이고 심리적 안정감을 느끼기 위해 전문 돌봄 시설에서 죽음을 맞이하고 싶다.	-0.70	1.78	-0.46
12	나는 경제적 여유가 있다면 고급 호스피스 시설에서 품위 있는 죽음을 맞이하고 싶다.	-0.54	1.01	-1.96
13	나는 죽음 준비 교육을 통해 다양한 죽음의 장소와 그 장단점을 배우고 싶다.	-0.64	-0.70	-0.63
14	나는 나의 죽음에 대한 자기결정권을 행사하고 싶으므로, 죽음의 장소 선택에 내 의사가 최우선으로 반영되어야 한다.	-0.03	0.01	1.13
15	나는 사회적 고립이나 외로움 없이 죽음을 맞이하고 싶으며, 사람들과 소통하고 교류할 수 있는 장소를 선호한다.	0.30	-1.12	0.24
16	나는 장례 절차가 간편하게 진행된다면 집에서 죽음을 맞이하고 싶다.	0.63	-0.60	0.86
17	나는 죽음이 임박했다면 그 사실을 미리 알고 싶으며, 이를 준비할 수 있는 장소를 선호한다.	0.93	0.05	-1.02
18	나는 가족과의 갈등 없이 편안하게 지내고 싶으며, 가족이 동의하는 장소를 선택한다.	0.63	0.28	0.59
19	나는 완화의료를 통해 고통을 최소화하고 싶으며, 이를 위한 의료 지원이 잘 갖춰진 장소를 선호한다.	0.80	0.66	-0.31
20	나는 가족의 물질적 부담을 줄이기 위해 재산 정리를 고려하며, 이는 죽음의 장소 선택에 영향을 미친다.	0.17	0.75	-0.21
21	나는 장례 방식이나 묘지 등 구체적인 절차를 미리 정해놓고 싶으며, 이에 적합한 장소를 선택한다.	-0.51	0.71	-0.42
22	나는 종교에 의지하며 영적인 평안 속에서 죽음을 맞이하고 싶으며, 종교적 돌봄이나 환경이 제공되는 장소를 선호한다.	-1.66	-1.44	1.28
23	나는 시설의 확실적 돌봄이 아닌 개별 존중이 보장되는 집에서 죽음을 맞이하고 싶다.	0.44	-0.60	0.69
24	나는 환자의 의사보다 가족의 동의와 결정이 죽음의 장소 선택에 더 중요하다고 생각한다.	-0.11	-1.45	-0.75
25	나는 죽음을 앞두고 평소 하고 싶었던 취미 활동이나 여행 등을 자유롭게 하고 싶으며, 이러한 활동이 가능한 장소를 선호한다.	-0.26	0.95	0.28
26	나는 가족의 선호를 반영한 장소에서 죽음을 맞이하고 싶다.	-0.03	-0.90	-0.64
27	나는 후회 없는 죽음을 위해 내면의 정리가 중요하며, 죽음의 장소는 이를 지원해야 한다.	-1.17	-0.23	0.71
28	나는 죽음을 앞두고 주변 사람들에게 베풀며 살고 싶으며, 이를 실천할 수 있는 사회적 환경의 장소를 선택한다.	-0.55	0.99	-0.61
29	나는 의료진이 죽음에 대해 솔직하고 투명하게 이야기해 주는 것이 도움이 된다고 생각하며, 신뢰할 수 있는 의료진이 있는 장소를 선호한다.	-0.22	0.70	-0.27
30	나는 간병인이나 가족이 힘들지 않도록 전문 간병 서비스가 제공되는 시설에서 죽음을 맞이하고 싶다.	-0.96	2.29	-1.45
31	나는 집에서 죽음을 맞이하기 위해 지역사회 기반의 전문 지원 서비스가 필요하다고 생각한다.	-0.28	-0.69	0.91
32	나는 의료기관이 임종 과정을 상업적으로 이용한다고 생각하여 병원에서의 죽음을 피하고 싶다.	-1.51	-1.04	0.69
33	나는 신체적·정신적 고통을 줄이는 것이 가장 중요하며, 이를 위한 완화의료가 잘 제공되는 장소를 선호한다.	-0.40	1.07	0.37
34	나는 의료적 판단의 불확실성 때문에 연명의료 중단과 장소 선택에 신중한 지원이 필요하다고 생각한다.	-1.06	-0.32	-0.52
35	나는 죽음을 앞두고도 삶에 대한 희망을 잃지 않는 것이 중요하며, 치료 가능성이 있는 장소를 선호한다.	-0.75	-1.21	-0.55
36	나는 의료시스템이 환자의 존엄성과 삶의 질을 고려한 완화의료 중심으로 전환되어야 한다고 생각한다.	-0.31	-0.13	0.36
37	나는 회복 불가능한 상태라도 마지막까지 모든 치료를 받아야 한다고 생각하며, 병원에서의 죽음을 선호한다.	-2.16	-1.96	-2.31
38	나는 경제적 지원과 돌봄 서비스가 충분하다면 내가 원하는 장소에서 편안하게 죽음을 맞이하고 싶다.	-0.03	1.08	0.86
39	나는 가족이나 친구 등 주변 지인들의 사회적 지지가 풍부하게 제공되는 장소에서 죽음을 맞이하고 싶다.	-0.52	-0.75	0.37
40	나는 응급 상황에서 24시간 의료진 호출 서비스가 가능하다면 집에서 죽음을 맞이하고 싶다.	0.04	-0.52	-0.73

2. 각 유형별 특성

1) 1유형: 가정기반 자연임종 지향형

1유형은 '좋은 죽음의 장소'를 익숙한 집에서 맞이하는 것으로 강하게 인식하며(문항 1, $z=2.57$), 연명의료 없이 자연스럽게 집에서 죽음을 맞이하고자 하는 태도가 뚜렷하다(문항 7, $z=2.18$). 죽음을 앞두고 남은 삶을 정리할 수 있는 조용한 환경을 중요한 조건으로 보며(문항 8, $z=1.92$), 가족과 지인에게 둘러싸여 집에서 마지막을 보내고자 하는 관계적 지

향도 함께 나타난다(문항 2, $z=1.14$). 이와 동시에 1유형은 집이라는 물리적 공간만을 강조하기보다 고통 없이 편안한 죽음을 위한 통증 관리가 가능한 장소여야 한다는 점을 강하게 부각한다(문항 4, $z=1.50$, 문항 9, $z=1.17$). 다시 말해, 1유형에 속하는 사람들은 죽음의 순간에 가장 중요한 것은 '편안한 마음'이라고 언급하거나(사례 6, 26) 가장 편안한 곳은 '내 가족이 있는 곳'이라고 말해서(사례 8) 예상하기 어려운 죽음의 과정에서 편안한 상태를 유지하는 것이 중요하다고

표현하였다.

이처럼 1유형이 선호하는 ‘좋은 죽음의 장소’는 익숙한 관계 속에서 자연스럽게 삶을 정리할 수 있는 곳으로 그 의미를 해석할 수 있다. 이를 뒷받침하는 사례로 한 연구참여자(사)는 ‘나이가 들면서 죽음 자체가 두렵지는 않지만, 그 과정에서 겪어야 할 아픔은 여전히 두렵다’라고 언급하며 ‘임종기에 적극적인 통증 관리가 가능하기를 바란다’고 기대를 표현하였다(사례 17). 또한, 이러한 통증 관리에 대한 기대가 단순한 신체적 차원에 머물지 않으며 가족관계 속에서 죽음에 대한 두려움을 정의하기도 했는데, ‘자식에게 경제적으로 부담을 주거나 정서적인 상처를 주는 것’이라 언급하여(사례 26) 1유형의 죽음에 관한 두려움은 신체적 통증뿐 아니라 자신의 죽음이 자녀에게 남길 경제적·정서적 측면을 모두 고려하고 있음을 확인할 수 있다. 즉, 이들의 죽음에 관한 인식에는 신체적 소멸 뿐 아니라 정서적, 관계적 측면에서의 단절을 포함하여 인식하는 것으로 해석할 수 있다.

반면, 1유형은 회복 불가능하더라도 마지막까지 모든 치료를 받아야 한다는 병원 중심의 적극적 치료 지향에 강하게 비동의하며(문항 37, $z=-2.16$), ‘좋은 죽음의 장소’를 종교적 돌봄과 영적 평안 중심으로 구성하는 관점에도 동의하지 않는다(문항 22, $z=-1.66$). 이러한 반응은 1유형의 장소 선택이 종교적·의료적 논리가 아닌 생활세계의 자연스러움에서 비롯됨을 보여주는 소극적 지표로 해석되며, 의료기관이 임종 과정을 상업적으로 이용할 가능성 때문에 병원을 회피하려는 인식에는 비동의하므로(문항 32, $z=-1.51$) 병원 회피의 동기가 불신보다는 ‘집에서의 자연스러움’ 자체에 있음을 확인할 수 있다. 더불어 후회 없는 죽음을 위해 내면의 정리가 중요하다는 진술(문항 27, $z=-1.17$)이나 의료적 판단의 불확실성 때문에 연명의료 중단과 장소 선택에 신중한 지원이 필요하다는 진술(문항 34, $z=-1.06$)도 비동의하여, 1유형은 가치, 성찰, 불확실성 관리의 담론보다는 생활세계의 익숙함과 자연스러운 마무리를 중심으로 ‘좋은 죽음의 장소’의 핵심 요건을 구성하고 있는 것으로 볼 수 있다.

이러한 특성을 종합할 때 1유형은 ‘가정기반 자연임종 지향형’으로 명명할 수 있다. 이는 1유형이 죽음의 장소를 ‘집’이라는 공간적 속성, 연명의료를 지양하는 자연스러운 마무리, 익숙한 관계 속에서의 정서적 안정, 고통 경감을 위한 통증관리 등이 결합한 조건으로 인식하기 때문이다.

2) 2유형: 전문시설기반 가족부담경감 지향형

2유형은 ‘좋은 죽음의 장소’를 가족의 돌봄 부담을 경감하고 전문적 돌봄과 간병, 의료적 관리가 안정적으로 제공되는

공간으로 인식하는 경향이 두드러진다. 우선 2유형은 간병인이나 가족이 힘들지 않도록 전문 간병 서비스가 제공되는 시설에서 죽음을 맞이하고 싶다는 진술에 가장 높은 동의를 보였으며(문항 30, $z=2.29$), 간병 부담을 줄이고 심리적 안정감을 느끼기 위해 전문 돌봄 시설에서 죽음을 맞이하고자 하는 태도 역시 강하게 보인다(문항 11, $z=1.78$). 이는 2유형이 ‘좋은 죽음의 장소’를 가족 중심의 돌봄 관계 속에서 해결하기보다 전문 인력이 체계적으로 제공하는 돌봄 환경을 통해 확보하고자 하는 인식을 드러낸다. 또한, 2유형은 신체적, 정신적 고통을 줄이는 것이 가장 중요하다고 인식하며(문항 33, $z=1.07$), 극심한 고통 없이 편안하게 죽을 수 있도록 통증 관리가 잘 되는 장소를 강하게 선호한다(문항 4, $z=1.69$). 즉, 이 유형에서 ‘좋은 죽음’은 관계적·정서적 조건보다 고통 경감과 의료적 안정에 의해 우선적으로 정의되는 특징을 보인다.

더불어 가족에게 부담을 주지 않기 위해 병원이나 요양시설에서 마지막을 보내고 싶다는 진술도 긍정적으로 나타나서(문항 5, $z=1.08$) ‘좋은 죽음의 장소’를 선택함에 있어 가족의 부담을 최소화하는 것이 중요한 의사결정 요인임을 확인할 수 있다. 한편, 경제적 지원과 돌봄 서비스가 충분하다면 원하는 장소에서 편안하게 죽고 싶다는 조건부 진술에 동의하는 것(문항 38, $z=1.08$)은 ‘좋은 죽음의 장소’를 서비스와 자원의 충분성과 같은 경제적인 조건을 고려하여 탐색하고자 하는 실용적 관점을 보이는 것으로 해석할 수 있다. 실제로 경제적 여유가 있다면 고급 호스피스 시설에서 품위 있는 죽음을 맞이하고 싶다는 진술문에도 동의하는 것(문항 12, $z=1.01$)으로 보아 죽음의 장소 선택에 있어 서비스의 질과 환경 수준을 고려하는 경향이 드러난다.

이러한 적극적 지향은 다음의 사례에서 구체적으로 확인된다. 2유형에 속하는 사례 16의 경우 ‘죽음을 앞두고 가족간의 갈등을 만들고 싶지 않다’라고 언급하며 ‘자신을 돌보는 일에 자녀들이 경제적으로나 돌봄 역할에 있어서 부담을 느끼게 되면 가족갈등의 원인이 될 소지가 있음’을 조심스럽게 표현하였다. 이에 자녀들에게 전혀 부담이 되지 않는 환경을 ‘좋은 죽음의 장소’의 조건으로 꼽았다. 이는 2유형의 경우 자녀들의 임종기 돌봄 부담의 정도와 경제적 여건을 고려하여 품위 있는 죽음을 위한 전문서비스를 선택할 의사가 있는 뚜렷한 유형임을 보여주는 예라고 할 수 있다.

반면, 2유형은 병원을 죽음의 장소로 선호하되 그 이유가 적극적 치료 지향에서 비롯되지는 않는다. 실제로 회복 불가능하더라도 마지막까지 모든 치료를 받아야 한다는 진술에는 강하게 부정적이며(문항 37, $z=-1.96$) 치료 가능성이 있는 장소를 선호해 희망을 잃지 않는 것이 중요하다는 진술에도

낮은 동의를 보였다(문항 35, $z=-1.21$). 이는 2유형이 병원이나 시설을 선택하는 이유가 연명이나 치료 지속이 아니라 돌봄 부담경감과 통증 관리, 안정적 서비스 확보에 있음을 의미하는 것이다.

나아가 2유형은 '좋은 죽음의 장소'를 정서적 교류나 종교적 의미 중심으로 인식하지는 않는다. 가족과 지인들에게 둘러싸여 집에서 죽음을 맞이하고 싶다는 진술에 부정적이며(문항 2, $z=-1.44$) 사회적 고립이나 외로움 없이 사람들과 소통하고 교류할 수 있는 장소를 선호한다는 진술도 비동의한다(문항 15, $z=-1.12$). 종교적 돌봄이나 영적 평안 속에서 죽음을 맞이하고 싶다는 진술에도 비동의할 뿐 아니라(문항 22, $z=-1.44$) 죽음과 관련한 의사결정에 있어서 당사자보다 가족의 결정이 더 중요하다는 관점에도 강하게 비동의하고 있어서(문항 24, $z=-1.45$) 죽음을 신체적 소멸의 관점에서 바라보며 마지막까지 본인이 죽음에 관한 선택권을 갖기를 원하고 있다. 한편, 의료기관이 임종 과정을 상업적으로 이용한다고 보고 병원에서의 죽음을 피하고 싶다는 진술에도 부정적이어서(문항 32, $z=-1.04$), 병원을 회피하기보다는 의료·돌봄 서비스를 활용 가능한 자원 중 가능한 선택지의 하나로 받아들이는 것으로 해석할 수 있다.

종합하면 2유형은 '좋은 죽음의 장소'를 전문적인 돌봄과 간병 서비스가 제공되고 통증 및 고통이 효과적으로 관리되며 가족의 돌봄 부담을 실질적으로 줄일 수 있는 시설 기반 환경으로 인식하는 유형으로 해석된다. 이에 2유형은 '전문 시설기반 가족부담경감 지향형'으로 명명하였다.

3) 3유형: 자기결정·영적돌봄기반 의미공간 지향형

3유형은 '좋은 죽음의 장소'를 죽음과 관련한 고통의 문제를 효과적으로 관리하는 가운데 자연스럽게 의미 있게 자신의 삶을 마무리할 수 있는 공간으로 인식한다. 특히, 통증 관리가 잘 되는 장소를 가장 중요한 조건으로 강조하며(문항 4, $z=2.00$), 연명치료를 원하지 않고 집에서 자연스럽게 죽음을 맞이하기를 원하고(문항 7, $z=1.47$), 익숙하고 편안한 내 집에서 죽음을 맞이하고 싶다는 진술에도 높은 동의를 보여(문항 1, $z=1.42$) '집'이 갖는 익숙함과 안정감을 '좋은 죽음의 장소'의 핵심 요소로 인식한다. 가족과 지인들에게 둘러싸여 집에서 죽음을 맞이하고 싶다는 관계적 지향도 함께 나타나(문항 2, $z=1.07$), '좋은 죽음의 장소'가 단절된 개인의 공간이 아니라 관계 속에서 삶을 마무리하는 장면으로 구성된다. 이러한 3유형의 특성은 1유형과 유사한 특성이라 할 수 있다.

그러나 3유형은 집과 같은 환경에서 적절한 통증관리를 받으며 자연스럽게 죽음을 맞이하기 원한다는 공통적인 기

대에 더하여 '좋은 죽음의 장소'의 핵심 조건으로 영적 평안과 자기결정권을 중요하게 인식한다는 점에서 1유형과 구별된다. 3유형은 종교에 의지하며 영적인 평안 속에서 죽음을 맞이하고 싶다는 진술에 높은 동의를 보여서(문항 22, $z=1.28$) '좋은 죽음의 장소'를 구성하는 요소로 종교적 돌봄과 영적 환경을 중요한 조건으로 포함한다. 더욱이 죽음의 장소 선택에서 자신의 의사가 최우선으로 반영되어야 한다는 자기결정권 지향이 뚜렷하게 나타나서(문항 14, $z=1.13$) '좋은 죽음의 장소'를 개인의 가치·신념과 선택이 존중되는 의미 지향적 공간으로 이해하는 경향을 보인다. 즉, 1유형이 익숙한 생활세계와 정서적 편안함을 중심으로 장소의 의미를 구성한다면 3유형은 영성과 자기결정이라는 규범적 조건을 핵심 구성요건으로 더욱 중요하게 인식하는 것이다.

한편, 3유형은 병원과 시설을 '좋은 죽음의 장소'로 인식하는 논리와는 분명히 반대하는 인식을 보인다. 회복 불가능한 상태라도 마지막까지 모든 치료를 받아야 한다거나 병원에서의 죽음 선호는 가장 강하게 비동의하고(문항 37, $z=-2.31$) 병원의 전문적 의료시스템 속에서 모든 치료를 받고 싶다는 진술에도 강하게 비동의한다(문항 3, $z=-1.84$). 또한, 경제적 여유가 있다면 고급 호스피스 시설에서 품위 있는 죽음을 맞이하고 싶다는 진술에도 비동의 강도가 높아서(문항 12, $z=-1.96$) 3유형은 시설의 고급화나 서비스 수준보다 자신에게 의미 있는 공간에서의 삶의 마무리를 더 중시하는 경향을 강하게 보여준다. 전문 간병 서비스가 제공되는 시설에서 죽음을 맞이하고 싶다는 진술문에도 부정적으로 나타나서(문항 30, $z=-1.45$) 2유형처럼 전문시설 기반 돌봄에 기대기보다는 집과 의미 공간을 중심으로 한 삶의 마무리를 선호하는 것을 확인할 수 있다.

3유형은 가족에게 부담을 주지 않기 위해 병원이나 요양 시설에서 마지막을 보내고 싶다는 진술에도 낮은 동의를 보여(문항 5, $z=-1.28$) 가족 부담경감을 이유로 시설을 선택하는 방식에 동의하지 않는다. 이는 1유형이나 2유형이 가족관계 속에서 자녀에게 부담을 주지 않기 위해 '좋은 죽음의 장소'의 선택에 영향을 받는 것과 대조적으로 3유형은 가족 관련 요소를 장소 선택의 핵심 기준으로 전면화하기보다는 자기결정과 의미성, 영성을 우선시하는 방향으로 판단의 중심축을 형성하고 있다. 마지막으로 죽음이 임박했음을 미리 알고 준비하고 싶다는 진술에도 부정적으로 나타나서(문항 17, $z=-1.02$) 3유형은 죽음에 대한 정보나 절차적 준비보다 자연스러운 흐름 속에서의 영적 평안을 더 중시하는 경향이 있는 것으로 해석할 수 있다.

실례로 3유형에 속하는 사례 4의 경우 '죽음을 앞두고 더

치료를 받고 싶다는 것은 삶에 지나치게 매달리는 것'에 불과하며 '죽음을 위해 돈을 쓰는 것보다는 주변의 어려운 사람을 돌보는 데 쓰는 게 낫다'라고 의사를 표현하였다. 또, 사례 12는 죽음을 앞두고 '평생 기도하면서 보낸 집에서 함께 기도해 줄 수 있는 사람과 신의 뜻에 따르며 기쁘게 생을 마무리할 수 있는 곳'을 '좋은 죽음의 장소'라고 언급하여 사후 세계에 대한 인식하되 죽음의 불가지성에 대한 순응하며 영성에 기반하여 죽음을 받아들이는 모습을 보여주었다.

이와 같은 3유형의 특성을 종합하여 '자기결정·영적돌봄 기반 의미공간 지향형'으로 명명하였다. 1유형과 마찬가지로 집과 자연스러움, 통증관리를 '좋은 죽음의 장소'의 핵심 조건으로 공유하지만(문항 1, 4, 7, 2) 종교적 돌봄과 영적 평안, 자기결정권을 중심 요건으로 결합하여(문항 22, 14) '좋은 죽음의 장소'를 보다 의미 있고 가치 지향적인 곳으로 인식하는 유형이기 때문이다.

IV. 결론 및 제언

본 연구는 Q방법론을 적용하여 노인이 인식하는 '좋은 죽음의 장소'에 대한 주관적 의미를 유형화하였다. 이를 위해 면담 및 문헌 분석을 통해 Q모집단을 구성하고 40개 진술문을 Q표본으로 선정하여 Q분류조사를 실시하였다. Q분류조사에는 65세 이상 노인 26명이 참여하였으며, 자료분석 결과 22명의 자료가 각 요인에 유의하게 적재되어 해석에 최종 반영되었다. 자료분석은 R의 qmethod 패키지를 활용하여 주성분분석(PCA)과 varimax 회전을 실시하였고, 그 결과 3개

요인 구조가 적합한 것으로 나타났다. 3개 요인의 누적 설명변량은 45.59%였으며, 요인별 적재 인원은 1유형 9명, 2유형 9명, 3유형 4명으로 확인되었다. 각 유형별 특성은 <표 6>과 같다.

1유형은 익숙한 집에서 연명의료 없이 자연스럽게 삶을 마무리하고자 하며, 가족과 함께하는 익숙한 관계 속에서 정서적 편안함을 유지하는 것을 중요한 조건으로 인식한다. 동시에 통증 관리가 잘 이루어지는 환경이 확보되어야 '좋은 죽음의 장소'가 성립한다고 보았으며, 병원 중심의 적극적 치료 지속이나 영성 중심의 장소 구성에는 상대적으로 낮은 동의를 보였다. 이에 1유형은 '가정기반 자연임종 지향형'으로 명명하였다. 2유형은 가족의 돌봄 부담을 경감할 수 있는 전문시설을 중심으로 '좋은 죽음의 장소'를 구성하며 전문간병, 전문돌봄 서비스의 제공과 통증관리, 완화의료 등 안정적 관리가 가능한 환경을 핵심 조건으로 제시한다. 이 유형은 병원이나 시설을 선택하더라도 적극적 치료보다는 고통 경감과 부담 최소화, 서비스 제공의 안정성에 근거하여 장소를 판단하는 실용적 관점을 보였다. 반면 정서적 교류나 종교적 돌봄은 핵심 기준으로 두지 않았다. 이에 2유형은 '전문시설 기반 가족부담경감 지향형'으로 명명하였다. 3유형은 병원 중심 치료, 연명의료, 시설 기반 전문 간병, 서비스의 고급화(고급 호스피스)에 비판적이며, 가족 부담 경감 논리를 장소 선택의 핵심 기준으로 전면화하기보다 개인의 가치와 신념이 실현되는 의미 있는 공간에서 삶을 마무리하고자 하는 태도를 보였다. 이에 3유형은 '자기결정·영적돌봄기반 의미공간 지향형'으로 명명하였다.

이상의 '좋은 죽음의 장소'에 관한 노인의 인식 유형을 중

표 6. 각 유형별 특성

구분	1유형 가정기반 자연임종 지향형	2유형 전문시설기반 가족부담경감 지향형	3유형 자기결정·영적돌봄기반 의미공간 지향형
선호하는 공간적 측면	- 집 - 가족과 함께 할 수 있거나 익숙한 생활공간	- 전문시설(체계적 관리공간)	- 집을 포함하여 가치·신념 실현이 가능한 의미 있는 공간
죽음 인식 측면	- 신체적 소멸 뿐 아니라 정서적, 관계적 측면에서 죽음 인식 - 자연스러움·편안함 중시하나 연명의료 지양	- 신체적 소멸의 관점에서 죽음을 인식 - 고통 경감, 안정적 서비스 지원 중시	- 죽음 이후에 대해 인식 - 영성적 관점에서 바라봄
가족/관계적 측면	- 정서적 동반·익숙한 관계를 원함	- 가족 부담 최소화에 집중	- 관계는 중요하나 자기결정·가치 실현이 우선
전문서비스 (간병·돌봄) 측면	- 시설 전문 간병보다는 가정 기반의 보완 지원 선호	- 전문간병·전문돌봄이 필수적	- 시설화와 전문간병에 비판적
의료서비스 (통증·완화) 측면	- 통증관리와 재택의료 연계 중시	- 통증·완화의료 최우선하여 전문적, 안정적인 제공 중요	- 통증관리 최우선이나 병원 중심 치료나 연명의료에는 부정적
영성적·자기결정적 측면	- 중요하지 않음	- 가족과 독립된 판단의 차원에서 자기결정권 중시	- 영성과 자기결정권 매우 중시

합하면 단일한 물리적 공간의 선호를 넘어, 재택·시설 환경, 의료·돌봄 지원 조건, 가족 부담, 자기결정권, 영성 등 복합적 기준의 결합 양상에 따라 서로 다른 의미 구조로 구성됨을 확인할 수 있다. 특히, 1유형과 3유형은 '집'과 '자연스러운'을 공유하되, 1유형이 정서적 편안함과 삶의 정리, 통증관리의 결합에 방점을 둔 반면, 3유형은 자기결정과 영성을 핵심 요건으로 결합하여 '좋은 죽음의 장소'를 보다 가치 지향적으로 인식한다. 또한, 2유형은 집이 갖는 정서적 의미성보다는 가족부담을 경감시키고자 죽음에 있어 독립된 의사결정을 지향하며 그 결과로 전문서비스 제공과 부담경감의 현실적 조건을 우선시한다. 이러한 해석을 통해 '좋은 죽음의 장소'가 개인의 가치뿐 아니라 돌봄·의료 인프라 및 가족 부담 구조와 긴밀히 연결되어 있음을 보여준다. 따라서 본 연구에서 도출된 3개 유형은 상이한 가치와 조건 인식이 충돌하는 대립적 관점으로만 보기보다, '좋은 죽음의 장소'를 조성하기 위한 제도와 서비스 설계에서 상호 보완적으로 활용될 필요가 있다.

이와 같은 본 연구의 결과를 통해 다음과 같은 학술적 논의가 가능하다.

첫째, 본 연구에서 도출된 3가지 인식 유형은 선행연구가 죽음의 장소로서 집을 선호하지만, 현실에서는 병원이나 시설에서 죽음을 맞이할 수 있는 실제적인 괴리를 단순한 불일치로 보지 않고 그 괴리를 만들어내는 서로 다른 가치 기준과 선택 논리를 유형 분석을 통해 보여주고 있다. 우선 1유형과 3유형은 집을 선호하는 경향을 보였는데, 이는 다양한 국가·집단을 대상으로 한 연구에서 집이 가장 선호되는 죽음의 장소로 반복 보고된 결과와 상통한다(Calanzani et al., 2014; Funk et al., 2022; Gomes et al., 2013; Hoare et al., 2015; Kremeike et al., 2022; Tsuchida et al., 2022). 그러나 본 연구는 집을 선호하는 것이 단일한 이유에서 발생하는 것이 아니라 1유형은 관계 속 정서적 편안함과 자연스러운 마무리를 중심으로 집을 '좋은 죽음의 장소'로 인식하지만, 3유형은 자기결정과 영적 평안을 결합해 집(또는 의미 있는 공간)을 선호한다. 즉, 선행연구가 제시하는 '집 선호'라는 동일한 결론이 실제로는 서로 다른 가치 체계에 의해 돌봄의 욕구로 드러날 수 있음을 시사한다.

둘째, 전문시설 기반 가족부담경감 지향형인 2유형의 세부 특성을 고려할 때 돌봄부담 경감이 죽음의 장소를 결정하는 중요한 요인으로 작용하며 그로 인해 지역사회 돌봄 인프라의 형성에 중요한 시사점을 제공한다. 가족에게 짐이 되지 않는 것을 중요하게 여길수록 집 선호가 낮아질 수 있다는 결과(Gott et al., 2017)는 2유형의 핵심 논리인 전문서비스

를 통한 부담 경감과 직접적으로 맞닿아 있으며, 한국 대도시 여성 노인의 병원 선호 및 도시 거주 노인이 '부담 주지 않음'을 좋은 죽음의 요소로 더 강하게 인식한다는 결과(이윤경 외, 2020)와도 맥락을 공유한다. 더 나아가 대도시에서 집을 대체할 자원이 상대적으로 풍부하다고 인식될 수 있다는 논의(Munday et al., 2007)나 대도시 거주자의 요양병원, 장기요양시설, 호스피스 선호가 높다는 국내 연구(어유경, 고정은, 2022)는 2유형의 시설 선호가 개인의 취향이라기보다 지역 돌봄 인프라에 대한 인식과 가족 부담 규범이 결합된 실용적 선택임을 뒷받침한다. 이때 간과하지 말아야 할 것은 2유형의 경우 돌봄 부담의 최소화화 및 통증관리나 완화의료의 안정적인 조치와 같은 시설기반의 돌봄서비스에 대한 지향을 드러내지만 이는 가족부담을 경감을 위한 대체 가능한 전문서비스의 선택 논리로 작용함을 주지하여 당사자의 관점에서 이해하는 접근을 놓치지 말아야 한다는 사실이다.

셋째, 자기결정·영적돌봄기반 의미공간 지향형인 3유형의 특성을 고려할 때 '좋은 죽음의 장소'는 의료·돌봄 자원의 문제를 넘어 의사결정 과정과 가치, 신념에 의해 결정될 수 있음을 보여주고 있어 유의미한 논의점을 제시한다. 원하는 장소에서의 죽음을 위해 가족 및 의사와의 상의, 사전 의사표현, 선택 존중이 필요하다는 선행연구들(Fukui et al., 2003; Ho & Sanders, 2015; Karlsen & Addington-Hall, 1998; Kawaguchi et al., 2022; Tang et al., 2010)은 3유형이 강조하는 자기결정권의 중요성과 상통한다. 다만 3유형은 시설의 고급화나 병원 중심 치료를 통해 좋은 죽음을 확보하려는 접근에는 비판적이며, 종교적 평안과 자기결정이 결합된 의미 있는 공간을 지향한다는 점에서 절차 중심의 접근만으로는 충분하지 않을 수 있다. 따라서 3유형은 '좋은 죽음의 장소' 선택은 단순한 문서화를 넘어 개인의 가치와 신념(영성)을 토대로 돌봄 조건과 관계를 함께 구성해 가는 과정으로 이해될 필요가 있어서 죽음 준비를 위한 구체적인 실행방안의 수립에 있어서 당사자의 자기결정권이 침해되지 않는 윤리성의 확보가 중요함을 시사한다.

이와 같은 논의들에 이어 제도적이며 실천적 논의점을 제안하고자 한다.

첫째, '좋은 죽음의 장소'와 관련된 제도적 개입을 위해서 집 혹은 시설이라는 특정 장소의 선택을 확대하는 방향으로 설정하기보다 여러 조건의 결합을 충족시키는 방식으로 설계하여 돌봄의 지속성과 연속성이 체계화되도록 다차원적인 전략 구상이 필요하다. 집에서의 자연스러운 마무리가 현실에서 가능해지기 위해서는 재택 환경에서 통증관리와 완화의료의 안정적으로 제공될 수 있어야 한다. 이는 재택의료,

방문간호, 장기요양서비스가 분절적으로 운영되는 현실을 조정하여 말기 돌봄 단계에서 의료-돌봄 연계가 실제로 작동하도록 사례관리 기반의 통합지원이 마련되어야 한다. 또한, 응급상황에 대한 대응체계, 돌봄 공백을 메우는 단기돌봄이나 가족휴식지원 등 가족 부담 완화 장치가 결합될 때 집은 비로소 좋은 죽음의 장소로 기능할 수 있다. 한편, 현재의 우리 사회의 노인돌봄체계에서 전문시설이 ‘좋은 죽음의 장소’가 되기 위해서는 임종기의 돌봄의 질을 담보할 수 있도록 서비스 구축이 필요하다. 예컨대 통증관리와 완화의료와 노인의 죽음 발생이 빈번한 시설에서도 표준화하여 제공되도록 지원하고, 간병 부담을 가족에게 전가하지 않는 서비스와 비용 구조의 마련, 시설과 병원, 지역사회 간 전환 과정에서 연명의료결정과 같은 의사결정이 당사자의 의사에 따라 존중되도록 조정 체계를 갖출 필요가 있다. 이는 전문시설이 단지 ‘병원의 대체’가 아니라 가족 부담을 완화하면서도 존엄한 죽음을 가능케 하는 돌봄 환경이 되도록 하는 정책적 목표를 분명히 하는 데 기여하도록 제도적 보완이 필요하다.

둘째, 죽음준비를 교육, 상담, 의사결정 지원, 자원연계가 결합된 서비스로 구조화할 필요가 있다. 1유형은 정서적 편안함과 익숙한 관계의 의미를 명료화할 수 있도록 전문적인 상담이 필요하며, 2유형은 가족과의 협력을 통한 임종 관련 세부 계획을 수립할 수 있도록 의사결정 지원을 제공하고 3유형의 경우 자기결정권 행사를 위한 정보제공 등 유형별로 다각적인 개입방안을 고려할 수 있다. 최근 보건복지부는 지역사회통합돌봄과 관련하여 단계별 서비스 추진방안을 발표하였으며 노인을 위한 임종케어와 관련하여 2028년부터 추진될 것을 제안하고 있다(보건복지부, 2026). 그 실효성을 확보하기 위해 지역사회 통합돌봄의 사례관리 과정에 표준화된 죽음준비과정을 적용할 수 있도록 구체화된 실천방안이 제시될 필요가 있다. 구체적으로 초기 상담 단계에서 노인이 중요하게 여기는 가치와 선호를 파악하고 이를 바탕으로 ‘좋은 죽음의 장소’에 대한 개인별 맞춤 우선순위가 정해지고 건강상태나 가족돌봄상황, 경제적 여건 등의 변화에 따라 가변적으로 대응할 수 있는 개입 계획을 수립할 수 있을 것이다. 이때, 가족이 주요 지지체제로 작동하는 현실을 고려하여 가족상담을 병행하여 돌봄부담의 수준, 가족 내 돌봄역할분담, 갈등 가능성을 사전에 점검하고 노인의 의사가 가족에게 정확하게 전달되도록 의사소통을 지원도 중요하다. 나아가 지역사회의 서비스 실천가들은 죽음준비와 관련한 개별적 선호와 계획이 실현 가능하도록 재택의료, 방문간호, 장기요양서비스, 호스피스 및 완화의료, 가족휴식지원, 단기보호 등 지역사회 자원을 연계하고, 돌봄 공백이나 위기상황에 대비

한 지원체계 구축을 준비해야 할 것이다. 이러한 구체적인 실천방안은 ‘좋은 죽음의 장소’가 개인의 바람만으로 실현되지 않는다는 점을 전제로 하며 노인의 가치와 선택이 돌봄과 의료 환경 속에서 구체적 실행으로 이어지도록 돕는 사회복지서비스의 역할을 강화하는 데 기여할 것이다.

본 연구의 여러 함의점에도 불구하고 몇 가지 연구의 한계점이 있다. 첫째, 본 연구는 Q방법론을 통해 ‘좋은 죽음의 장소’에 대한 주관적 인식 유형 분석을 목적으로 한 탐색적 연구이므로 도출된 3유형의 분포나 비율을 전체 노인집단으로 일반화하는 데에는 한계가 있다. 둘째, 노인의 관점을 중심으로 ‘좋은 죽음의 장소’의 의미 구조를 분석하였으나 실제 장소 선택은 가족, 의료진, 돌봄 제공기관 등 여러 행위자의 상호작용과 제도적 조건에 의해 결정된다. 또한 본 연구의 결과는 주관성에 근거하여 도출되었으므로 실제 임종기 경험과의 일치 여부를 직접 검증하지 못했다는 한계가 있다.

끝으로 연구의 한계를 보완하기 위해 두 가지 후속연구를 제안한다. 첫째, 노인뿐 아니라 가족돌봄자, 의료진, 장기요양 및 지역사회 돌봄 실무자 등 이해관계자를 포함하여 ‘좋은 죽음의 장소’ 인식 유형을 비교할 필요가 있다. 이를 통해 유형 간 갈등 지점을 구조적으로 확인하고, 유형 간 조정 메커니즘의 설계 근거를 강화할 수 있을 것이다. 둘째, 도출된 유형이 실제 선택과 어떻게 연결되는지를 양적 자료와 결합해 검증하는 연구가 필요하다. 더 나아가 유형별로 차별화된 죽음준비 서비스나 재택 및 시설 연계 모델을 적용하고, 개인이 희망한 장소와 돌봄 방식이 실제로 얼마나 반영되었는지와 같은 성과를 검증하는 실증 연구가 후속으로 이루어질 필요가 있다.

참고문헌

- 김현정(2021). 활동적 노화의 관점에서 본 장기요양시설의 돌봄 유형 분석. *한국노년학*, 41(1), 85-105. <https://doi.org/10.31888/JKGS.2021.41.1.85>
- 김홍규(2008). *Q방법론: 과학철학, 이론, 분석 그리고 적용*. 서울: 커뮤니케이션북스.
- 박경숙, 서이중, 안경진. (2015). 연명 의료 결정의 딜레마와 그 사회적 맥락. *사회와이론*, 255-302. <https://doi.org/10.17209/st.2015.05.26.255>
- 보건복지부(2022. 4. 21). 존엄하고 편안한 생애말기 돌봄을 위해 「2022년도 호스피스·연명의료 시행계획」 수립 보도자료. https://www.mohw.go.kr/board.es?mid=a10503010100&bid=0027&act=view&list_no=371134&tag=&n

- Page=259에서 인출
- 보건복지부(2026. 3. 5). 지역사회 통합돌봄 추진 로드맵 https://www.mohw.go.kr/gallery.es?mid=a10606030000&bid=0003&tag=&act=view&list_no=379902에서 인출
- 서이중(2016). 고령사회와 죽음교육의 사회학: 한국 죽음교육의 비판적 고찰. *사회와이론*, 28, 69-103. <https://doi.org/10.17209/st.2016.05.28.69>
- 시사IN(2020. 11. 18). [특집] '죽음의 미래' - ③ 의학은 돌봄을 가르치지 않았다. <https://www.sisain.co.kr/news/articleView.html?idxno=43175>에서 인출
- 안경진(2017). **삶의 마지막 시기 돌봄 의사결정에 관한 연구**. 이화여자대학교 대학원 생명윤리정책협동과정 박사학위 논문.
- 여유경, 고정은(2022). 한국 노인의 선호 임종장소와 결정요인 분석. *한국산학기술학회논문지*, 23(8), 590-597. <https://doi.org/10.5762/KAIS.2022.23.8.590>
- 윤영호(2014). **나는 한국에서 죽기 싫다**. 서울: 엘도라도.
- 이윤경, 김세진, 황남희, 임정미, 주보혜, 남궁은하, 이선희, 정경희, 강은나, 김경래(2020). *2020년도 노인실태조사*. 세종: 한국보건사회연구원.
- 정경희, 김경래, 유재언, 이윤경, 서제희, 이선희(2019). *웰다잉을 위한 제도적 기반 마련 방안*. 세종: 한국보건사회연구원.
- 한은정, 황라일, 이정석(2018). 장기요양 인정자의 사망 전 의료 및 요양서비스 이용 양상 분석. *한국사회정책*, 25(1), 99-123. <https://doi.org/10.17000/kspr.25.1.201803.99>
- Abe, K., Kawachi, I., Taniguchi, Y., & Tamiya, N. (2022). Municipal characteristics of in-home death among care-dependent older Japanese adults. *JAMA Network Open*, 5(1), e2142273-e2142273. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.42273>
- Bannon, F., Cairnduff, V., Fitzpatrick, D., Blaney, J., Gomes, B., Gavin, A., & Donnelly, C. (2018). Insights into the factors associated with achieving the preference of home death in terminal cancer: A national population-based study. *Palliative & Supportive Care*, 16(6), 749-755. <https://doi.org/10.1017/S1478951517000876>
- Calanzani, N., Moens, K., Cohen, J., Higginson, I. J., Harding, R., Deliens, L., ... & Gomes, B. (2014). Choosing care homes as the least preferred place to die: A cross-national survey of public preferences in seven European countries. *BMC Palliative Care*, 13, 1-11. <https://doi.org/10.1186/1472-684X-13-48>
- Cheng, H. L., Kwong, E., Chan, K., Lai, C., Xi, X. X., & Lee, P. (2022). Preferences for end-of-life care and decision-making among Chinese community-dwelling older adults: A comparative cross-sectional study in Hong Kong and Wuhan in China. *Nursing & Health Sciences*, 25(1), 63-72. <https://doi.org/10.1111/nhs.12990>
- Enguidanos, S., Yip, J., & Wilber, K. (2005). Ethnic variation in site of death of older adults dually eligible for Medicaid and Medicare. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53(8), 1411-1416. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2005.53410.x>
- Finkelstein, E. A., Bilger, M., Flynn, T. N., & Malhotra, C. (2015). Preferences for end-of-life care among community-dwelling older adults and patients with advanced cancer: A discrete choice experiment. *Health Policy*, 119(11), 1482-1489. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2015.09.001>
- Fukui, S., Kawagoe, H., Masako, S., Noriko, N., Hiroko, N., & Toshie, M. (2003). Determinants of the place of death among terminally ill cancer patients under home hospice care in Japan. *Palliative Medicine*, 17(5), 445-453. <https://doi.org/10.1191/0269216303pm782oa>
- Funk, L. M., Mackenzie, C. S., Cherba, M., Del Rosario, N., Krawczyk, M., Rounce, A., Stajduhar, K., & Cohen, S. R. (2022). Where would Canadians prefer to die? Variation by situational severity, support for family obligations, and age in a national study. *BMC Palliative Care*, 21(1), 1-12. <https://doi.org/10.1186/s12904-022-01023-1>
- Gomes, B., Calanzani, N., Gysels, M., Hall, S., & Higginson, I. J. (2013). Heterogeneity and changes in preferences for dying at home: A systematic review. *BMC Palliative Care*, 12(1), 1-13. <https://doi.org/10.1186/1472-684X-12-7>
- Gott, M., Frey, R., Wiles, J., Rolleston, A., Teh, R., Moeke-Maxwell, T., & Kerse, N. (2017). End of life care preferences among people of advanced age: LiLACS NZ. *BMC Palliative Care*, 16, 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12904-017-0258-0>
- Higginson, I. J., Daveson, B. A., Morrison, R. S., Yi, D., Meier, D., Smith, M., ... & Normand, C. (2017). Social and clinical determinants of preferences and their achievement at the end of life: Prospective cohort study of older adults receiving palliative care in three countries. *BMC Geriatrics*, 17(1), 1-14. <https://doi.org/10.1186/s12877-017-0648-4>
- Ho, S. W., & Sanders, G. F. (2015). Preferences on end-of-life

- decisions among older Chinese in Macau. *Journal of Transcultural Nursing*, 26(2), 157-163. <https://doi.org/10.1177/1043659614526758>
- Hoare, S., Morris, Z. S., Kelly, M. P., Kuhn, I., & Barclay, S. (2015). Do patients want to die at home? A systematic review of the UK literature, focused on missing preferences for place of death. *PLOS one*, 10(11), e0142723. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0142723>
- Karlsen, S., & Addington-Hall, J. (1998). How do cancer patients who die at home differ from those who die elsewhere? *Palliative Medicine*, 12(4), 279-286. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0142723>
- Kawaguchi, K., Ide, K., & Kondo, K. (2022). Family social support and stability of preferences regarding place of death among older people: A 3-year longitudinal study from the Japan Gerontological Evaluation Study. *Age and Ageing*, 51(9), afac210. <https://doi.org/10.1093/ageing/afac210>
- Kinoshita, H., Maeda, I., Morita, T., Miyashita, M., Yamagishi, A., Shirahige, Y., ... & Eguchi, K. (2015). Place of death and the differences in patient quality of death and dying and caregiver burden. *Journal of Clinical Oncology*, 33(4), 357-363. <https://doi.org/10.1200/JCO.2014.55.7355>
- Kremeike, K., Ullrich, A., Schulz, H., Rosendahl, C., Boström, K., Kaur, S., ... & Voltz, R. (2022). Dying in hospital in Germany—optimising care in the dying phase: Study protocol for a multi-centre bottom-up intervention on ward level. *BMC Palliative Care*, 21(1), 67. <https://doi.org/10.1186/s12904-022-00960-1>
- Luta, X., Panczak, R., Maessen, M., Egger, M., Goodman, D. C., Zwahlen, M., ... & Clough-Gorr, K. (2016). Dying among older adults in Switzerland: Who dies in hospital, who dies in a nursing home?. *BMC Palliative Care*, 15(1), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12904-016-0156-x>
- Master, J. F., Wu, B., Ni, P., & Mao, J. (2021). The compliance of end-of-life care preferences among older adults and its facilitators and barriers: A scoping review. *Journal of the American Medical Directors Association*, 22(11), 2273-2280. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2021.05.007>
- Munday, D., Dale, J., & Murray, S. (2007). Choice and place of death: individual preferences, uncertainty, and the availability of care. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 100(5), 211-215. <https://doi.org/10.1177/014107680710000509>
- Tan, W. S., Bajpai, R., Low, C. K., Ho, A. H. Y., Wu, H. Y., & Car, J. (2019). Individual, clinical and system factors associated with the place of death: A linked national database study. *PloS one*, 14(4), e0215566. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0215566>
- Tang, S. T., Chen, C. C. H., Tang, W. R., & Liu, T. W. (2010). Determinants of patient-family caregiver congruence on preferred place of death in Taiwan. *Journal of Pain and Symptom Management*, 40(2), 235-245. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2009.12.018>
- Tsuchida, T., Onishi, H., Ono, Y., Machino, A., Inoue, F., & Kamegai, M. (2022). Factors associated with preferred place of death among older adults: A qualitative interview study in Tama City, Tokyo, Japan. *BMJ Open*, 12(5), e059421. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-059421>
- Watts, S., & Stenner, P. (2012). *Doing Q Methodological Research: Theory, Method & Interpretation*. London: Sage.

<Abstract>

This study aimed to analyze how older adults perceive the “good place for dying” by applying Q methodology. For this purpose, a Q population was constructed through interviews and literature analysis, and a Q-sorting survey was conducted by selecting 40 statements as the Q sample. A total of 26 older adults aged 65 years and over participated in the Q-sorting survey, which was carried out in a one-to-one interview format. For data analysis, principal component analysis and varimax rotation were performed using the qmethod package in R, and as a result of the analysis, data from 22 participants were significantly loaded on each factor and reflected in the interpretation. A three-factor structure was found to be appropriate, explaining 45.59% of the cumulative variance. Type 1 was identified as a “home-based natural end-of-life orientation,” which values dying naturally at a familiar home without life-sustaining treatment and emphasizes home-based medical care and pain management. Type 2 was confirmed as a “facility-based family burden-reduction orientation,” which accepts dying in professional medical facilities in order to reduce the family’s caregiving burden. Type 3 was named a “self-determined spiritual care orientation,” showing a critical attitude toward hospital-centered treatment and facility-based caregiving related to death, while emphasizing the right to choose a meaningful place for oneself and the right to self-determination. This study shows that older adults’ choices regarding a “good place to die” are shaped by multidimensional criteria, including home- versus facility-based settings, care and medical support, family burden, self-determination, and spirituality. These findings suggest the need for a multidimensional end-of-life support system and service design that reflect such diverse preferences and conditions.

▲Keywords : good death, place of death, quality of death, Q methodology, subjectivity study