

# 호스피스 개요

한 성 숙  
(가톨릭의대 간호학과)

## 1. 호스피스활동의 역사

호스피스활동의 역사는 흔히 중세기에 성지 예루살렘으로 가는 사람들을 위하여 하룻밤 편히 쉬도록 한 것에서 비롯하여 아픈 사람과 죽어 가는 사람들을 위해 숙박소를 제공해주고 필요한 care를 베풀어준 것으로 시작되었다. 그러나 중세 이전의 고대에서도 호스피스의 의미로 여행자들을 돌본 흔적을 보면서 유럽과 미국 그리고 우리나라의 호스피스 활동을 간략하게 보기로 하겠다.

고대: 호스피스의 개념에 대해서 서양세계는 긴 역사를 가졌다고 할 수 있겠다. 그 용어 자체가 손님을 환영하며 은혜를 베푸는 관습을 내포하고 있고 Greek과 Latin에서 유래된 단어다. Greece에서는 여행자들은 언제나 제우스신의 보호아래 있으며 그들에게 의, 식, 주를 제공하는 풍습이 있었다.

Roma에서도 주인과 손님 사이에는 특별한 관계가 있어 주피터신의 축복을 받는다고 믿었다. 이같은 태도와 풍습으로 명자에 대하여도 Greece와 Rome에서는 Aesculapia라는 성전은 치유의 성전으로 되어 있었고, Rome의 후기와 초대 크리스찬 시기에는 성지 순례자들에게 거주지를 제공하므로서 인도주의적인 봉사활동을 해오던 Xenodochia가 있었다. 현재 우리가 사용하고 있는 현대적 용어인 hospice는 Latin어의 어원인 hospes로부터 기인되어 주인과 손님 즉 인간이 서로 상호 caring하는 것을 상징한다.

중세: 고대 후반기와 중세 전반기에는 hospital, hostel, hospice라는 단어를 혼동해서 사용해 왔다. 십자군운동 시기에도 hospitia 즉 여행자의 휴식처로 음식, 옷 등을 제공하기도 했고 이 활동을 지속하기 위한 수도회가 창립되기도 했다.

11세기에 창립된 것으로서 유명한 것은 the Hospice of Great St. Bernard와 A. D. 962의 little St. Bernard로 아우구스틴 수도회에서 운영했다.

그 당시에는 성지 순례중에 죽는 사람은 특별한 존경심을 가지고 대했으며 더욱 세심한 care를 제공하였고 그들에게 가치를 부여하여 “앞으로 건진하는자”로서 대했다.

환자들은 “Our Lords of the Sick”로 불리웠으며 왕이나 왕자들도 특별한 약속을 하여 그들을 병문안하며 그들의 기도와 전구를 청했다.

임종직전의 환자에게는 천국의 문이 크게 열려있다고 믿은 그들의 신앙심 때문이었다.

유럽의 호스피스: 17세기초 St. Vincent de Paul은 “Sisters of Charity”를 창립하여 병자들을 돌보는 소명을 부여하였고 특히 거리에 소외되고, 버림받은 환자들을 돌보도록 했으며 이들은 전 불란서에 hospice를 떠나갔다고 할 수 있다.

1836년 독일에서는 Pastor Fliedner가 Kaiserwerth에 Diaconesses를 창립했다. 그는 첫 프로테스탄트병원을 설립하여 간호수녀회를 창립하고 소의되고, 병든자, 임종자들을 돌보도록 했다.

인도주의에 입각한 사회봉사를 위해 회원들을 특별히 훈련시키고 가르쳤다.

1840년 영국의 Elisabeth Fry는 Kaiserwerth를 방문하였고 F. Nightingale은 3달동안 Diaconesses와 머물면서 실습을 했고 또한 aris의 sisters of charity에서 배웠다. 그녀가 Crimia 전쟁시 함께 동반한 간호원 집단은 국제적인 것이었고 초교파적인 것이었다. 그들은 Elisabeth Fry와 Diaconesses, Sister of Charity에 의해 훈련된 그룹이었다.

현대간호의 창시자인 나이팅게일은 그 당시 단지 환자의 위생이나 신체적 요구를 위해서만 관심을 가진 것이 아니었다. 그녀의 유명한 진술을 보면 “치유할 수 없는 것을 견뎌야만 된다고 주장하는 것은 간호원에게 가장 위험한 나쁜 적이다. 그녀에게 있어서 인내와 포기는 부주의와 무관심의 또다른 단어인 것이다”라고 했는데 이것은 현대 hospice의 주된 개념이기도 한 것이다. 진정한 hospice의 정신은 “아무것도 더 이상 할 수 없다”는 포기의 말을 하지 않는 것이기 때문이다.

19세기에 Sisters of Charity는 Our Lady's hospice를 Dublin에서 열었고 특별히 임종자들을 돌보기 위해 헌신하도록 창립되었다.

Sister Mary Aikenhead는 나이팅게일의 동료로서 St. Vincent De Paul의 hospice를 방문하여 시간을 보냈으며 그후 영국의 Sisters of Charity는 London에 St. Joseph's Hospice를 설립했다. Cicely Saunders는 St. Joseph's Hospice에서 hospice에 대한 idea와 원칙을 다듬어서 현대 hospice care의 초석을 만들기 시작했다.

1935년 Cicely Saunders는 St. Luke에서 임종자들을 위해 drug에 대한 새로운 면을 발견했다. 즉 환자는 신체적, 정신적인 통증이 완화될때 그에따라 상대적으로 편안하게 지내며 죽는날까지도 분명한 의식으

로 남은 생을 보낼 수 있음을 알았다.

St. Luke에서 analgesis의 “Regular giving”은 1935년부터 정규적인 치료법으로 실시되었고 C. Saunders는 이것으로 현대 hospice의 pain-control, protocols로서 기초를 삼았다. 또한 그녀는 St. Joseph's hospice에서 발전시킨 program을 독립적으로 St. Christopher's Hospice에 도입시켰다.

1967년 St. Christopher's Hospice는 개방되었고 현대 Hospice운동의 시초가 되었다. 이 hospice는 초기 hospice에서 제공했던 간호의 영적인면의 지지 및 정서적지지에 참가하여 말기질환과 관련된 증상 조절에 초점을 두었던 것이다.

미국의 호스피스: 1963년 Cicely Saunders가 미국을 처음 방문하여 hospice에 대한 강연을 하여 대호응을 받았다. 1968년에 Yale New Haven에서 hospice home care를 시작했다. 그후 1969년 Dr. Elisabeth Kübler-Ross의 “On Death and Dying”의 출판으로 죽음의 개념과 말기환자의 care에 대한 관심이 높아졌다.

1971년 Connecticut home care가 시작되었고 1975년에는 the Second American Hospice Program으로서 St. Luke's Roosevelt Hospital (N.Y.)의 hospice는 유일한 미국의 hospice model이 되었다. 이것은 다른말로 the inpatient scattered-bed consultative model로 불리웠다. 1979년에는 connecticut hospice에서 44 beds의 inpatient시설을 갖추었다. 같은 해에 미국에는 210개의 hospice program이 있었고 1986년 NHO의 통계에 의하면 1400개 이상의 program이 있음을 발표한 바 있다.

우리나라의 호스피스: 1963년 강원도 강릉에서 마리아의 작은 자매회 수녀들에 의해 갈라리 의원이 세워져 임종자들을 간호하기 시작하여 1981년도에는 14개의 침상을 마련하여 본격적으로 임종자들을 돌보게 되었다. 1981년 8월 가톨릭대학 의학과, 간호학과

학생들 중심으로 의사, 원목실과 함께 hospice 활동이 시작되었다. 같은 해인 1981년 10월에는 가톨릭의대부속 성모병원에서 내과 병동 암환자를 중심으로 간호집담회를 열어 주 1회 모임으로 모두 19명의 인원이 처음 참가했고 1982년 6월부터 hospice 활동 모임이 시작되었다. 가톨릭의대 부속 강남성모병원에서도 1982년 4월부터 종양학(Oncology)의 집담회가 내과병동 간호원을 중심으로 시작되어 같은해 12월엔 hospice 활동으로 전개되어 현재에 이르고 있다.

## 2. 호스피스 개념과 철학

개념 : "Hospice"란 단어의 기원은 앞장에서 이미 언급했다. hospice는 죽음에 대한 고요한 통찰력을 내포하여 임종환자가 그의 마지막 생을 가족과 친지들로 둘러싸여 평온하게 최종의 날을 맞도록 하는 것이다.

Hospice는 caring community로서 정의되기도 하며 인간이 죽기전에 머물면서 쉬고 생을 정리하고 완성하여 조화를 이루는 작업을 하도록 시간과 공간을 마련하는 것이다. Fox에 의하면 환자와 그 가족의 정신적, 사회적, 영적 그리고 신체적 요구를 충족시켜주는 것이 hospice에의 투신이며 임종 환자의 죽음의 과정을 변화시켜 견딜 수 있고 의미가 충만한 경험이 되도록 해주는 것이 모든 hospice 참여자의 소명으로 말했다. 특히 근래에 와서 hospice는 장소나 건물이 아니고 하나의 개념이며 태도(attitude)로서 정의한다. 그것은 idea의 통합이고 holistic philosophy를 기반으로 한 service와 care의 태도를 형성하는 것이다. 영국과 미국에서는 1960년대부터 이 운동이 매력적으로 전개되기 시작했고 말기 환자나 임종환자의 비인간적인 대우에 대한 조직화된 반응으로 나타난 것이기도 했다.

또한 이 운동은 "인간 권리운동"으로서 임종환자뿐 아니라 기존 의료시스템에서 실

패한 고도의 과학기술에 의한 치료에서 벗어나 환자의 진정한 요구가 무엇인지 만나기 위한 운동이기도 했다.

다른 표현으로 이 운동은 "인간 실존회복운동", "인간의 존엄성 회복운동"이 된 것이다. 따라서 환자는 "holistic care"를 받게 되며 "Cure"를 중요시했던 과거에 비해 "Care"를 중심으로 환자를 돌보게 되었다. "more feeling, more concern, more empathy-that is an integral part of the whole hospice message".

철학 : 1) 말기환자와 임종환자 그리고 그 가족들을 care 하고 지지함을 목적으로 한다.

2) 그들의 남은 생을 가능한한 편안하게 하고 충만한 삶을 살도록 해준다.

3) 삶을 긍정적으로 받아들이며 죽음은 삶의 자연스런 일부분으로 받아들인다.

4) Hospice는 삶을 연장시키거나 단축시키지 않는다.

5) 환자와 그 가족의 요구에 부응하도록 가능한한 모든 자원을 이용하여 신체적, 사회심리적, 영적 요구를 충족시키며 지지하여 죽음을 준비하도록 돕는다.

## 3. Hospice Program 원칙과 표준(1982년 NHO)

원칙	표준
1. 지속적인 care	1. 지속적인 입원 간호와 가정 간호 2. 일일 24시간, 주 7일 간호
2. 환자와 가족은 care의 단위	3. 환자와 가족은 한 단위로서 care에 임함. 4. 입원 기준과 절차 a. 환자와 가족이 hospice care를 필요로하며 희망함. b. 의사의 참여

- c. 진단과 예후에 대하여 알립
- 5. 입종환자 간호 제공자를 선정
- 6. 환자와 가족의 믿음과 가치관을 존중
- 3. 인 원(인사관리)
- 7. 전문인/비전문인의 상호 훈련됨
- 8. staff support
- 9. 실무교육 및 계속교육
- 4. 증상관리 및 동통관리
- 10. 증상관리—통증관리
- 11. 환자와 가족의 신체적, 정서적, 사회적, 영적요구
- 5. 사별간호 (Bereavement)
- 12. 유가족 care  
—사별간호는 적어도 1년 동안 제공
- 6. 질보장
- 13. Q.A. Program 의 내용
  - a. Hospice 활동의 평가
  - b. 정규적인 chart 감사
  - c. 조직적인 측면
- 7. 기록
- 14. 정확하고 최근의 것을 통합한 records 를 유지
- 8. Physical Plant
- 15. 주 정부와 연합정부의 규정을 포함
- 16. Hospice inpatient unit
  - a. Patient/family privacy
  - b. visitation and viewing
  - c. 가족에 의한 음식준비

- B. 치료를 위해 적극 지지한다.  
—적극적인 조사연구  
—치료적인 조사연구  
—모든 system의 유지와 생명연장  
—조사, 진단, 치료, 치유
- B. 삶을 단축시키거나 연장시키지 않는다.  
현실적인 대면으로 적절한 치료를 고려한다.
- C. 질병의 과정에서 삶의 연장을 강조한다.
- C. 질적인 삶의 유지를 강조한다.  
—인간중심, 환자중심  
—Care Concept에 대한 강조  
—숙련된 의료기술로서 증상완화  
—숙련된 간호와 다양한 team 접근
- D. 기술의 강조와 기술의 발달을 강조한다.
- D. 환자를 하나의 인격으로 강조한다.

2) 죽음과 사별을 준비하는 동안 환자와 가족이 효과있는 삶을 살도록 돕는다.

전 통

Hospice

- A. “아무것도 알 수 없는 상태”라는 결단을 내렸을 때 패배를 강조한다. 의료의 실수로 간주 하거나 환자는 공포에 썩이거나 우울과 실의에 빠진다.
- A. 기회를 강조하고 통증완화, 증상관리, 실의, 두려움, 소외등에 대해 “항상 무엇인가 더 할수 있음”을 강조한다. 환자와 가족, 그의 staff 들에게 성장의 기간으로 간주된다.

3) 가족이 환자를 간호하도록 가르치며 서로가 그들의 신체적, 사회적, 정서적, 영적인 요구를 동일시하여 반응하도록 가르친다.

전 통

Hospice

“희망을 빼앗지 말라” “다른 것을 위해 희망을 갖는다.”

- A. “Conspiracy of Silence”를 실천하며
- A. 환자와 가족은 의사결정에 함께 한다: “미친

4. Goal of Hospice Program (PMC)

1) Hospice 는 환자와 가족이 그들의 삶을 가능한 한 충실히 살 수 있도록 돕는다. 치료와 통증관리, 증상관리, 환경과 동료선택에 참여하도록 격려하고 지지.

전통적인 개념

Hospice

- A. 죽음을 부정한다.
- A. 삶의 순환의 한 과정으로서 죽음을 받아들이는다.

예후의등을 보류하 다 못마친 일”을 하도  
고 억제한다. 록하며 예측되는 슬픔

에 참여토록 격려한다.

B. 신체구조 유지는 정 B. 개별적인 care로 길  
맥주사와 nasogast- 적인 삶을 위한 최대의  
ric tubes를 이용한 계획을 세운다. 환자가  
다. 반복되는 진단과 입원할 경우 환자의 생  
입상병리 검사와 체 활은 그의 식사, 수면,  
온을 정기적으로 측 방분 형태에 적응 시킨  
정하고 규칙적인 식 다.  
사와 수면 및 방문시  
간제한을 유지한다.

C. 치료와 생명지지를 C. 증상 치료단 (제공한  
위한 system을 정상 다.  
적으로 지속한다. (예) 통증의 완화나 중앙

의 간소를 위한 방사  
선 치료와 호흡의 편  
의를 위해 산소를 제  
공하지만 생명연장을  
위한 것은 아니다.

D. 통증은 제한된 투 D. 최대의 관심은 통증조  
약으로 필요시 제공 절이다. 연구에 의하면  
한다. 심리적 의존 중독은 만성통증에는 요  
이나 중독에 대한 두 인이 될 수 없으며 투약  
려움으로 목표는 통 을 중단하지 않는한 중  
증 감소시 통증의 제 득될 수 없다. 조심스럽  
거가 아니다. 고 지속적인 narcotic용

량조절은 개개인의 요구  
에 따라서하며 주기적인  
간격은 통증을 제거하고  
통증제발의 두려움을 제  
거한다.

E. 최종적인 정서적 E. 영적이며 신앙적문제를  
지지는 무시된다. 고려하도록 격려하나 강  
환자와 가족, 자신 요하지 않는다. “그들이  
의 영적인 삶, 믿음 어디에 있어야 하는지”  
의 삶을 무시한다. 보다는 “그들이 어디에  
있는지”에 대해 받아들  
인다.

4) 사별에 대한 개별적인 care제공

환자의 죽음에 따라 간호의 넓이와 깊이를  
결정해야 한다.

전 통

Hospice

A. 환자가 care의 A. 환자와 가족이 care의  
접이다. 촛질이다.

B. 죽음 앞에서 가족 B. Staff들이 장례식에 자  
과의 모든 접촉이 주 참석한다. 사별의 계  
끝난다. 속 프로그램을 통해 가  
족을 지지하도록 한다.

슬픔을 잘 감당하도록  
돕는다.

5) 전문인과 자원봉사자들의 지지와 교육은  
그들이 임종환자나 죽을병에 걸린 환자와  
그 가족을 돌보는 동안 해야한다.

교육은 통증관리, 증상관리, 지지적 ser-  
vice, 슬픔의 감당, 상실과 죽음 등의 영역  
에서 강조되어야 한다.

전 통

Hospice

A. 전문적기술의 숙 A. 기술적인 초점을 더하  
련에 있어서 짜임있 여 넓고 다양한 집근의  
는 교육 프로그램과 교육적 프로그램을 갖는  
계속적인 기술적 연 다.  
구가 필요하다.

B. Staff는 임종간 B. 팀 회의, Staff 지지 구  
호를 위해 극히 드 조, 지속적인 실무교육  
물게 지지되고 교육 은 강조된다.  
된다.

6) 가정간호를 위해 의사결정을 해야 할때 기  
존 기관을 필요로 한다.

전화로 주기적인(주 1회) 만남을 유지하  
도록 하며 가족에게나 관계기관에 서로 연락  
을 취하여 지속적인 환자 care와 가족의 지  
지들 가능토록 한다.

전 통

Hospice

A. 죽음을 앞둔 환자 B. 가능하다면 환자의 원  
의 또다른 선택은 중 의대로 환자의 집에서  
환자실, 양로원, 부 임종하도록 강조한다.  
주의한 가정간호 등 가정간호 팀에 의해 ho-  
me care지지, 24 hrs,  
7 days a weak 동안

staff 제공이 가능하다.

B. Care가 분산된다. B. 지속적인 care가 가능  
입원기간동안 staff 한다. 환자는 집에 있는  
과 전문인들과의 대 동안이나 양로원이나 병  
화가 결핍된다. 각 원에서도 소홀히 되지않  
기 다른 간호원들이 는다. Staff은 지속적이  
한 환자를 매일 ca 고 일관성있게 같은 환  
re한다. Staff은 한 자를 돌본다. 복잡한 의  
병동에서 다른 병동 료나 가족문제를 환자와  
으로 이동한다. 가족을 참여시키므로서

team member를 이룬  
다.

7) 가정간호 팀에게 환자를 보네어 후원할때  
가정에 머물도록 정하고, 도움이 필요하다  
면 방문할 수 있다. 자원봉사자는 가정간호  
팀과 함께 일하며 추후관리를 한다.

8) 환자가 재입원이 났을때 지속적인 Hospice  
Care 를 제공한다.

전 룡

Hospice

A. 임종환자들은 흔히  
소외된다. 메로는  
전문직요원들도 이  
러한 그룹의 환자들  
에게 주의를 덜 기  
울인다.

A. 의사소통과 지지를 강  
조한다. 평균 간호 시간  
보다 더많은 시간을 할  
애하게 된다. 자원봉사  
자들이 또한 주된 역할  
을 하며 가족들도 care  
에 참여한다. 방문시간  
의 제한이 없으며 아이  
들도 허락한다.  
가족은 위기에 처할 때  
밤을 세울 수 있다.

B. 환자의 치료에 주  
의를 덜 기울이며 질  
병이 진행됨에 따라  
자아신념이 감소된  
다.

B. 가능한한 최대의 안녕  
과 자아존엄의 느낌을  
갖도록 격려한다. 신체  
적, 직업적, 언어, 음악,  
연극 그리고 오락 치료  
로서 생을 즐길 수 있도  
록 한다.

C. 비인격화 현상이  
생긴다. 환자는 정  
해진 체제에 맞추도

C. 환자는 개별성을 표현  
하도록 격려하며 고유한  
특이성을 유지한다. 자

룩하며 규정에 따르 신이 살아온대로 죽을 수  
도록 기대한다.

(예) I.C:U.

있도록 허용하며 기관의  
규범에 꼭 따르도록 하  
지는 않는다.

D. 가족은 care에 관 D. 가족은 환자 care에 항  
제하지 않는다. 상 포함된다.

**5. Hospice Interdisciplinary team:**

**1. Hospice team 의 정의**

최근 몇년동안 건강전달 체제나 지식은 전인적  
care의 준비를 위해 필요한 기반이 되었고 그  
것은 양이나 복잡성에서도 증가되었다. 그 결과  
로 새로운 전문직 그룹이 환자와 그 가족의 care  
를 위한 다양한 요구를 만나기 위해 발전되었다.

이 전문직 그룹은 포괄적인 Health Care의  
전달을 위해 함께 일하기 시작했고 상호 훈련팀  
의 개념으로 혹은 상호전문직 팀(Interprofess-  
ional team)으로 발달되었다.

Ducanis와 Golin의 정의를 보면 interdiscip-  
linary team은 “기능적단위로서 care를 제공하  
며 서로의 활동을 조정하는, 다양하게 특수훈련  
이 된 개개인으로 구성된다”고 했다. 이 의미는  
개개인이 hospice의 팀을 이루지만 팀은 개개인  
의 통합을 초월한다. 그리고 지속적인 care를  
분담하기 위해 조정자가 있으며 팀 멤버들은 임  
종환자와 그의 가족에 대한 각자의 투신(comm-  
itment)이 있어야 한다. 그리고 가족과 함께  
caring community를 형성하기 위한 hospice  
철학의 적용이 필요하며 팀멤버들은 hospice 철  
학에 투신해야 한다.

팀의 기능은 포괄적간호(comprehensive he-  
alth care)를 제공하는데 있고 팀멤버들은 확고  
한 목표와 과업을 성취하기 위해 함께 활동하는  
데 있어 hospice 철학과 기본 idea 를 나누어야  
한다.

또 다른 정의를 보면 “an interprofessional  
team은 소그룹으로 구성된 인원이며, 각자는  
자기 다른 전문직훈련으로 키워지고, 유일한 기  
술을 소유하며 공동문제에 관해서는 일의 한

계가 조직화되어야 한다. 개개의 구성원들은 그들의 재능을 그룹에 기여해야하며 지속적인 상호의사소통, 팀 목적과 목표에 의해 제공되는 team활동의 범위에서 개인의 노력 평가, 결과에 대한 그룹책임등이 요구되고 있다”(Kane 1975. page3). 이러한 정의들은 팀멤버 개개인의 유일한 전문지식과 다른 멤버의 공헌을 수용하는 능력과 의사결정을 유도해 나가는 힘에 대한 중요성을 강조한다.

## 2) Hospice Interdisciplinary Team의 구성 및 역할

Hospice team은 Coordinator(조정자)가 있어서 팀멤버들을 조정하여 팀 멤버들간의 역할을 제대로 기능하도록 중재역할을 하며 팀이 통합되도록 한다. 팀에 포함되는 요원은 간호원, 사회사업가, 사목자, 의사, 자원봉사자, 그리고 그의 물리치료사, 약사, 영양사, 작업치료사 등이 포함되며 또한 환자와 환자 보호자가 참여하게 된다.

### Hospice구성원들의 역할

**Hospice Administrator or Coordinator :** Hospice 행정가는 여러측면의 care에 대해 조정하여 관리하게 된다. 이 행정가는 지역사회에 대해서도 hospice를 대표하여 다른 건강전달 체계에 대하여도 관계를 맺는다.

Hospice조정자는 호스피스 care plan을 평가하고 실행하여 조정하고 발전시키며 새로운 계획을 세우는데 책임이 있고 상담이나 교육계획을 통해서 지역사회 병원이 실시하는 hospice철학을 통합하는데 책임이 있다. 이 직위는 호스피스 요원의 활동을 감독하고 조정하며 호스피스 care도 직접 제공하며 Hospice team meeting을 주관한다. 미국내에서는 현재 hospice 행정가의 1/2이 간호원이며 다른 전문직요원으로서 조정자나 책임자는 별도로 훈련된 행정가로서 사회사업가나 상담자나 의사나 임상 사목자가 맡는 곳도 있다.

**Physician :** Hospice medical director로서 치료적인면 보다 지지적이고 완화를 위한 계획을 세우며 증상관리에 숙련가이어야 한다. 이 의사는 호스피스 의사의 대표자로서 호스피스에 참여하는 다른 의사들을 도우며 의뢰인과 호스피스 요원을 위해 교육시키고 계획을 세우는데 병원행정가와 상의한다.

**Nurse :** 환자와 가족들에게 기본적인 신체적간호를 제공하며 통증과 증상 조절을 하며 하루 24시간, 주 7일간 당직제로 필요할때마다 언제나 환자의 요구에 응하도록 준비되어야 한다. 간호원은 환자가 가정에 있던 병원에 있던 가장 자주 죽음에 직면한 환자와 가족을 접촉하게 된다. 따라서 간호원은 직접 care를 하며 가족들이 가정에서 환자 care를 하도록 지도를 하며 정보제공 및 상담도 할 수 있다. 병원 의뢰인과 모든 요원들이 효과적으로 대화를 유지하도록 도우며 필요시에는 호스피스 유가족들을 위한 계획에 참여한다. 또 다른 업무로는 간호보조원들과 자원봉사자들의 일을 조정하고 감독하며 환자와 가족 그리고 다른 팀 멤버 사이에서 중재역할을 담당한다.

**Aids :** 보조원들은 작은 기술을 필요로 하는 care의 부분을 수행함에 있어 전문직요원들이나 간호원들을 보조한다. 그들의 전형적인 업무는 침상목욕, ambulation, mouth care, feeding, companionship 등이다. 그들은 긴시간동안 환자와 밀접한 관계를 맺으며 업무수행을 하게되므로 그들의 업무는 잘 관찰이 되어져야하고 그들의 역할은 care에 큰 영향력을 줄 수 있음을 알아야 한다.

**Volunteers :** Volunteer는 Hospice program에서 매우 중요한 역할을 한다. 그들은 가정에서는 Hospice unit에서든 환자에게 다양한 service를 제공한다. Volunteers는 개별적인 care를 하며, 환자에게 책을 읽어주며 대화를 나누고 가정 program에서는 잔심부름도 한다.

그들은 또한 영적지지를 할 수 있고, 오락이나 예술·음악등 작업치료의 활동도 할 수 있다. 어떤 호스피스에서는 유가족 care team으로서 활동한다. 그들의 숫자와 다양성은 그들이 제공하는 services의 종류와 경험을 매우 귀중한 자원으로 제공하도록 한다. 어떤 이들은 상호 인간관계 기술이나 동료관계에서 우수할 수 있고 또 다른 이들은 hospice사무실에서 일하는 것에 더 적합하여 전화수발이나 서류정리, 타이핑등을 할 수 있다. 어떤 이는 hospice를 지역사회에 소개하거나 그들에게 강의를 하므로써 더욱 단속을 느낄 수 있겠다. 또 다른 봉사자는 기금마련을 위해 힘쓸 수 있다. 봉사자는 또한 staff회의나 지역사회 회의에 참석해야 한다.

Volunteers에 대한 기대는 매우 높은 것으로 그들을 조심스럽게 모집하고 선발하여 훈련시키며 감독하고 지지하도록 해야한다. 거의 모든 호스피스는 공식적으로 Volunteer훈련 program을 년 2~3회 진행시킨다. 이러한 orientation course는 6~10 Session으로 강의, 토의, 읽기, 소그룹작업 등으로 이루어진다. 주제는 hospice concept, 현대 건강전달 체제에서의 hospice care의 장소, hospice care의 요소로서 임원환자 care, 가정간호, 유가족간호, 신체간호 기술, 간호원으로부터 위임된 간호과정으로는 feeding이 있고 의사소통 기술, 영적, 윤리적 관심, 그리고 Volunteers의 역할 등이 포함된다.

Volunteers의 활동은 환자나 그의 가족에게 유일한 도움의 기회를 줄 뿐만 아니라 Volunteers 자신을 위해서도 매우 유익한 기회가 된다. 현재 많은 Volunteers들도 매일의 일상의 삶의 의미와 고마움을 호스피스의 활동을 통해서 느낀다. 그들은 그들 일의 의미를 이야기하며 개인적인 성장의 기회가 될을 말하며 그 일을 통한 만족과 충족감을 사람들에게 권위있게 이야기 하기도

한다.

**Chaplain** : 임상사목의 특수훈련을 받은 자이며 영적 care의 조정자로서 임종환자와 그의 가족의 영적요구를 만나 보조한다. 사목자는 신앙문제에 관하여 전문적으로 도움을 주며 상담을 하게 한다. 또한 사목자는 종교 단체에 환자와 그 가족을 소개하며 호스피스요원을 대표하여 Hospice Program을 지역사회 공동체에 소개하기도 한다. 그는 유가족 care를 지도할 수 있으며 staff 선택과 훈련에 참여하며 윤리적인 측면에서도 의사결정이 숙련가이어야 한다.

**Social Worker** : Social worker로서 자격이 있는 전문가이며 이들은 환자와 그 가족을 돕기 위해 가능한한 모든 자원을 찾으려 특히 재정적 문제, 법적문제, 보험관계 등의 문제를 해결하도록 특수훈련을 받은 자들이며, 이들은 사회심리적 측면의 도움을 주기위해 상담자 역할을 한다.

특히 유가족들이나 환자의 죽음의 슬픔, 상실에 대한 고통을 극복하도록 그들을 상담하며 직원을 위한 호스피스 교육계획에 참여하고 심리적, 정신적, 사회적인면 그리고 경제적인 면을 지지하며 상담하는 모든 program에 참여한다.

또한 유가족 care program에도 지도적 역할을 할 수 있다.

**Therapists** : 물리치료사, 언어치료사, 작업치료사, 음악, 예술치료사들은 환자들의 악화되는 신체적인면, 의사소통, 영적인면을 위해 최대의 노력을 기울인다. 그들은 환자들에게 많은 도움을 줄 수 있으며 환자들이 남은 삶을 가능한한 충만히 살도록 돕는다.

**영양사** : 환자들의 영양에 대한 요구를 보조하며 식이요법이 치료에 도움이 될 수도 안될 수도 있지만 질병의 단계나 정도에 의존하여 음식을 제한할 수 있다. 그들은 환자들이 식욕감퇴의 상태에 있음을 알지만 언제든지 환자들의 흥미를 끌 수 있는 음식을 제안할 수 있다.



약 사: 호스피스 환자를 위해서는 언제나 거의 예외적인 투약을 할 수 있다. Dilaudid Suppositories 나 high dose long-acting oral morphine을 사용할 수 있다. 약사는 호스피스 팀과 함께 연합하여 교육을 받으며 특히 현대적방법의 통증조절과 그들의 역할을 잘 적용하여 수행하도록 하는것은 중요하다.

### 3) 팀 기능에 영향을 주는 3가지 요소

#### (1) The Organizational Setting

호스피스 조직에서는 어떻게 팀이 구성되고 관리되며 인식되는가에 따라 커다란 영향을 받는다. 이 조직이 다 목적적인지 단일한 service 기구인지, 기능적으로 조직이 되는지, program 을 제대로 따르는지, 지시적인지 혹은 자발적인 것인지를의 요소들이 팀에 영향을 주는 요인이 된다. 환경적, 사회적인 요소들도 팀이 그들의 소명과 목적을 달성하는데 영향을 준다.

또한 권한의 유형, 의사결정, 의사소통, 가치관, 보수 등등의 모든 중요한 특징들이 평가되어야 한다.

#### (2) Team Composition

개개인이 팀에 연합될때 각 개인은 개별적인 가치와 유일한 삶의 경험을 가져온다. 더구나 그들의 전문적인 준비, 안정성, 직위, 역할기대 등은 모두 다르다.

그들의 전문지식의 준비, 기능, 기술 등은 역할 중복의 가능성을 내포하며 그 안에서 갈등과 이해의 부족이 발생할 수 있다.

(예) Volunteers와 전문인들 간에는 그들이 호스피스 활동을 하는 개인의 목적과 역할기대가 전혀 다를 수 있다. 때문에 이러한 일

들은 동의할 수 없는 충돌을 불러 일으킬수 있다.

#### (3) Client-Patients and Families

말기환자나 가족이 대면하는 특수한 요구들은 팀과 팀 멤버들의 특수한 훈련과 기술을 필요로 한다. Hospice care에 있어서 가족이나 환자들은 의사결정과 조절에 있어서 한 요소가 되어야 한다. 이들도 특수한 기술과 경험을 가지고 있기 때문에 문제해결에 있어서 보다 창조적일 수 있고 또다른 관점에서 볼 수 있는 능력이 있을 수 있다.

### 참 고 문 헌

1. Madalon O'Rawe Amenta, Nancy L.B. 1986. Nursing Care of the Terminally Ill. Little, Brown & Company Boston: Toronto. pp. 49~58, pp. 273~288.
2. 호스피스와 간호(1986년 보수교육), 한국가톨릭간호협회, 11면.
3. Ann. G. Blues. Joyce V. Hospice and Palliative Nursing Care. Grune & Stratton. pp. 67~80.
4. Hospice Education for Nurses. 1981. DHHS Publication no HRA 81~27. pp. 423~449.
5. Hospice Policy & Procedure. 1979. Mercy Medical Center. Philadelphia.
6. 한윤복·노유자·김문실(1986). 암환자, 수문사, 512~558면.
7. Hospice Volunteer Manual. 1985. Providence Medical Center. Seattle. pp. 6~10.
8. Standards of a Hospice Program of Care. 1982. National Hospice Organization. pp. 1~5.