

암환자를 위한 호스피스 케어에 관한 탐색적 연구

박 혜 자
(강동성심병원 간호과장)

목 차

- I. 서 론
 - A. 연구의 목적
 - B. 용어의 정의
- II. 이론적 배경
 - A. 호스피스 케어(Hospice Care)
 - B. 암환자의 간호요구
- III. 연구방법
 - A. 연구설계 및 대상자
 - B. 연구도구
 - C. 자료수집 및 분석방법
- IV. 연구결과 및 고찰
 - 참고문헌
 - 영문초록

I. 서 론

중세기에 '성지 예수살렘을 방문하는 사람들이 쉬어 가도록 만든 숙소'라는 어원을 가진 호스피스는 '임종을 앞둔 사람을 마지막까지 편안하게 쉬어가도록 도와 준다'는 의미로 사용되고 있다(김명자, 1984; 이경식, 1984). 20세기 후반에 접어들면서 호스피스 케어는 임종환자의 신체·심리·사회·영적인 측면에 관련된 포괄적인 간호로서 간호대상자인 인간을 전체적으로 통합된 인격체의 존재로 간주하는 전인간호 개념에 입각하여 신체의 안녕 및 정서와 영혼의 안녕을 동시에 도모하는 데에 그 역점을 두고 있다(김수지, 1979; 방용자, 1979).

인간의 신체·심리·사회·영적인 상태는 항상 역동적인 상호관계를 형성하고 있으므로 심각한 불건강 상태에 처한 환자나 죽음을 앞둔 임종환자는 신체적 측면에만 단순한 영향을 받는 것이 아니라 사회·정서적인 면과 영혼 등 전체의 삶에 영향을 받게 된다(Fish

& Shelly, 1978).

호스피스 케어는 임종을 앞둔 환자에 관련된 모든 환경 즉 환자와 마취가지로 신체적·정신적으로 고통을 받는 그 가족까지도 함께 치료함을 목적으로 한다(이경식, 1984; 간호사 보수교육교재(임종간호), 1983).

한국의 호스피스 케어의 효시는 1978년 「마리아의 작은 자매회」 수도회의 수녀들에 의해 강원도 강릉에 위치한 '갈바리' 의원에서 시작된 소규모의 임종환자 간호를 들 수 있다(병원협회지, 1983).

국내에서 호스피스 케어에 관한 개념이 전국적으로 다루어진 것은 1979년 연세대학교 간호학 연구소에서 실시한 임종간호 세미나에서였으며(임종환자 간호를 위한 전국 워크샵, 1979), 실무에서 본격적으로 시작된 것은 1982년 가톨릭 의대 부속병원에서 호스피스팀을 조직하여 실시한 것이라 볼 수 있다. 최근 수년 동안 호스피스 케어가 점진적으로 발전 및 확산되고 있으나 아직도 체계적인 호스피스 케어를 실시하는 의료기관이 별로 없으며 종교단체와 연관된 몇몇 종합병원에서 부분적으로 실시하고 있는 실정이다. 이러한 현 상황에서 부분적으로나마 실시되고 있는 호스피스 케어의 효과를 측정하여 한국 상황에 적절하게 적용할 수 있는 호스피스 케어를 발전시켜야만 할 것이다. 따라서 앞으로 호스피스 케어의 개념과 목적 및 철학에 부합하는 간호를 발전시키기 위해서는 호스피스 케어에 관련된 다각적인 연구와 고찰이 선행되어야만 한다(이경식, 1984). 이에 현재 실시되고 있는 호스피스 케어의 효과를 내용면과 이에 따른 정도면에서 파악하고 비교해 보기 위하여 본 연구를 실시하게 되었다.

본 연구는 16~85세의 호스피스 케어를 제공받고 있는 암환자 67명과 제공받고 있지 않은 환자 46명의 암환자들을 연구 대상으로 임의 선택하여 그들의 신체적 치료에 대한 바램, 정서적 반응, 개인적 종교 지향성,

일반적 특성 및 질병에 관련된 제반상태를 다각적으로 분석하여 호스피스 케어에 필요한 구체적인 방향을 제시하고자 실시되었다.

A. 연구의 목적

본 연구의 목적은

첫째, 호스피스 케어를 제공받고 있는 환자군과 제공받고 있지않은 환자 군간에 압과 관련된 신체적, 정서적, 영적 측면에서 다른 것들이 있는가를 탐색하고 둘째, 호스피스 케어를 제공받고 있는 환자군과 제공받고 있지않은 환자군간에 다른점이 있다면 어떤면에서 어떻게 또는 얼마나 다른가를 비교해 보기 위함이다.

B. 용어의 정의

1. 호스피스 케어 : 불치의 병으로 임종을 앞둔 환자에게 신체·정서·종교적 측면에 관계된 종합적인 돌봄을 의미한다.

2. 신체적 치료에 대한 바램 : 의료인을 통한 치료, 약물 및 방사선 치료, 한약, 민간요법 등을 통하여 압을 치유하고자 하는 소망을 의미한다.

3. 정서적 반응 : Kübler-Ross가 제시한 임종환자가 경험하는 5단계의 심리적 반응인 부정, 분노, 타협, 우울, 수용과 그의 의사, 간호사, 가족, 성격자로부터 정서적인 지지를 얻고자 하는 환자의 마음상태를 의미한다.

4. 개인적 종교지향성 : R. Fleck가 연구 개발하고, 정 확성이 번역하여 사용한 개인적 종교지향성의 분류로서, 종교적 신념이 개인의 삶에 중반되어 있음을 의미하는 내재적 행동지향성, 종교적 신앙을 자신의 인생판으로 삼는 태도를 취하는 것을 의미하는 내재적 신념지향성, 자신의 사회 경제적 이득을 취하기 위하여 종교적 참여를 하는 것을 의미하는 외재적 종교지향성, 그리고 제도화된 종교적 관례와 의식에 정규적으로 참여만 할 뿐 경제적인 이득을 취하기 위한 수단으로써 종교를 선택하는 형식적 종교지향성 등 전반적으로 종교에 관한 관심도 즉 신앙심의 정도를 의미한다.

II. 이론적 배경

A. 호스피스 케어(Hospice Care)

1. 호스피스 케어란 무엇인가?

19세기 초에 아일랜드의 자선 수녀회에서 호스피스 케어를 하여 죽어가는 사람들을 위한 숙소를 마련하고 돌보았으며 근대적인 호스피스 케어는 1967년 영국의 여의사인 Cecily Saunders가 암환자들을 위하여 St. Christopher's Hospice를 세움으로서 본격적으로 시작되었다(Torrens, 1985 ; Saunders, 1978). 특히 1969년 Dr. Kübler Ross에 의한 죽음에 대한 연구는 임종환자의 정서상태를 파악하는데 많은 도움을 주어 호스피스 케어에 크게 기여하였으며 또한 통증조절 방법이 다양하게 실시되어 신체적인 증상완화가 본격적으로 됨으로써 말기 암환자들에게 많은 도움을 주어 사회적으로 큰 영향을 미치게 되었다.

호스피스 케어를 제공받는 대부분의 환자가 암환자들이었기 때문에 암 병종에는 호스피스팀이 있어 임종환자들의 전인치료를 담당하는 기구로 점차 인식되어지고 있다. 특히 현대의학의 기계 및 기술적인 발전으로 인해 비인간화된 현상에서 죽어가는 암환자가 가족과 격리가 되므로써 초래되는 대화의 부족, 부적당한 통증조절, 환자 가족의 정신적 지지결여, 치료법의 거부부족 등의 여러 문제점을 해결하기 위하여 호스피스팀이 발전하게 되었으며 이는 여러 분야의 사람들, 즉 사회사업가, 성직자, 간호사, 봉사자, 의사들이 한 팀이 되어 임종환자를 돌보게 되었다(Torrens, 1985). 또한 호스피스 케어는 임종환자와 그의 가족들을 위해 신체적·정신적·사회적·영적인 돌봄을 제공하기 위해 완화적이며 지지적인 봉사 프로그램을 중심으로 운영하는 것이 특색이다(National Hospice Organization, 1979). 그러므로 호스피스 케어는 평화스럽게 죽을 수 있도록, 즉 죽어가는 환자가 죽을 때까지 가능한 한 편안하게 살 수 있도록 도와 주는 간호행위이다. 다시 말하면, 죽어가는 환자일지라도 병이 진전되는 과정에만 급급하게 대처하는 것이 아니고 환자를 한 사람의 인간으로서 대해주는 것이다. 그러므로 환자가 신체적으로 편안하고 위엄을 가지고 평화스러운 마음으로 죽을 수 있게 도와주는 간호 행위인 것이다(임종환자 간호를 위한 전국워크샵, 1979). 따라서 호스피스 케어의 주된 활동에는 i) 죽어가는 환자를 끝까지 계속적으로 보살피는 일, ii) 신체·정서·영적인 불편감을 덜어주고 이에 관련된 증상을 조절하는 일(Craven & Wald, 1975 ; Ward, 1978), iii) 죽음에 임박한 환자와 같이 지내며 간호하는 일(Walker, 1973), iv) 유가족을 위한 간호, 즉 환자의 임종으로 인해 유가족이 항의(protest), 절망(despair), 이탈(detachment)의 여

극과정을 거치게 되고 사별기간을 지나게 될 때, 호스피스 팀이 이들을 도와주는 일(이경식, 1984; 한윤복·노유자·김문실, 1986; Marshall, 1969; Ward, 1978) 등이 포함된다.

호스피스 케어는 다섯 가지의 형태로 운영되고 있는데 완전히 독립된 호스피스 병원, 큰 병원에 부착되어 있으면서 독립된 호스피스 병원으로 있는 경우, 큰 병원 안에 호스피스 unit이 개설된 경우, 병원안에 호스피스 팀이 있는 경우와 가정에서 제공되는 프로그램 등이다. 한국에서는 후자의 세 경우에서 실시되고 있으나, 앞으로 한국의 사회, 문화적 배경에 적합한 유형으로 변용, 적응되어야 할 것으로 본다(이경식, 1985).

2. 호스피스 철학 및 종교와의 관계

A way of looking at life and death

Terminal care	Death	Future
Love-Life orientated program	Natural process	Eternity

도 1. 호스피스의 철학

호스피스 케어의 철학 및 종교는 도 1과 도 2에서와 같이 죽음을 자연스런 과정으로 받아들이고 임종말기 치료를 삶의 과정에 초점을 맞추어 돌보며, 영생을 얻도록 도와주는 것이다(이경식, 1985). 그러므로, 호스피스 케어는 죽음 그 자체에 초점을 두는 것보다는 살고 있는 동안 보다 인간답게, 가치있게 살 수 있도록 도와주는 것이다. 따라서 호스피스 케어는 죽음을 자연스런 과정으로 받아들이고 남은 여생을 경화롭게 지내도록 전인적으로 치료하는 관점에서 제공된다.

	Terminal care	Death	Future
Patient	Body-Physical care →		
	Mind-emotional care →		
	Soul-spiritual care →		
Family	Grief →		
	Bereavement →		
Hospice team			

도 2. 호스피스에 대한 개념

즉 심한 신체적 통증은 진통제 등의 과감한 약물 사용을 통하여 완화시키도록 하며, 경서적 간호는 환자가 갖는 경서적 반응인 부정, 분노, 타협, 우울, 수용 등을 이해해 주어 그들의 마음의 고통을 같이 나누려고 한다(Goffnett, 1979). 영적인 치료는 종교적인 면에서 도와주는데 기독교인 경우 성직자들이 부활한 예수에 대한 믿음을 갖도록 도와주나 종교가 없는 환자나 그 가족은 어디까지나 그들 중심으로 도와주어야 한다(Pumphrey, 1979).

호스피스 케어의 개념은 환자를 주축으로 환자를 한 인격체로 돌봐주는 것이므로 환자가 원할 때 같이 있어주고, 면회시간도 자유롭게 갖도록 배려해 주며, 환자 가족과 함께 가정적인 분위기 속에서 일종을 맞게 해 준다(Copperman, 1980).

호스피스 케어는 우리에게 생소한 프로그램이 아니라 한국 고유의 전통과 같이 가족에 둘러싸여 환자가 편안하게 선종하도록 돕는 것이라 할 수 있다. 즉 인간의 존엄성을 지켜주며 인간이 인간답게 죽을 수 있도록 도와주는 데 호스피스 케어의 철학이 있다.

B. 암환자의 간호요구

암이란 비정상적으로 성장한 조직으로써 숙주의 정상 조직에 피해를 주는 악성 신생물을 의미한다(Kastenbaum, 1981).

암의 발생빈도는 미국의 경우 네명 중 한 사람이 발생하며 세 가족 중에 두 가족에서 암에 걸리는 사람이 있고 또 사망 원인으로 보면 심장병 다음으로 두번째 순위로 나타나 있다(Kastenbaum, 1981).

한국에서도 사망원인 중 세번째가 암이므로 현대 생명과학이 있어서 매우 중요한 위치를 차지하고 있다(보건사회부, 1983). 보건사회부에서 발표된 한국인 암등록 조사자료 분석 보고서에(1982.7.1~1987.6.30)에 의하면 총 175,515명의 암환자를 분석한 결과, 악성 종양 총 123,044명 중 남자 66,154(53.8%), 여자 56,493(45.9%)이고, 연령별로 보면 전체적으로 55~59세가 13.7%로 제일 많았고, 50~54, 60~64세의 순이었다.

1982~1987년 암등록자의 발생 부위별 빈도에 있어서 전체환자의 순위는 ① 위암 24.1%, ② 자궁경부암 12.8%, ⑤ 간암 10.1%, ④ 폐암 9.0%, ③ 대장암 6.0%순이었다. 남녀별로 보면 남자는 ① 위암, ② 간암, ③ 폐암, ④ 조혈기판암, ⑤ 직장·항문암 순이었으며 여자는 ① 자궁경부암, ② 위암, ③ 유방암,

④ 감상선암, ⑤ 간암의 순서로 나타나 있다.

암환자는 임종을 직면하고 있기 때문에 신체적 치료 이외에도 정서, 영적인 치료를 필요로 한다. 또한 암환자로 인하여 그 가족 구성원에게 사회, 경제적인 심각한 갈등 및 문제가 대두되며, 이러한 갈등과 문제해결을 돕는 전인간호를 질실히 필요로 하게 된다(매리암, 1983). 암환자는 신체적으로 통증을 경험받기를 원하며 심리적으로는 정서적 반응상태인 느낌을 이해해 주고 또 지지받기를 바라며 영적으로는 죽음 및 죽음 후의 세계와 관련된 두려움을 감소시켜 주는 믿음을 갖기를 원한다. 그러므로 말기 암환자를 간호하는 호스피스 간호사는 환자의 신체·정서·영적인 요구를 파악하여 전인간호를 주요 목적으로 하기 때문에 호스피스 케어를 제공할 수 있는 암환자 전문간호사의 역할이 대단히 중요한 영향을 미치게 된다(Henke, 1980).

암환자의 간호요구에 따른 호스피스 간호사의 주요한 역할로는 첫째 신체적인 안위를 제공하는 것이다. 이는 주르 마약을 사용하며 통증조절을 할 뿐만 아니라 신체적 상태를 사정하여 이에 대처하는 역할을 한다. 암환자의 통증은 치료받고 있는 환자의 경우 약 38%, 진행된 환자의 60%가 통증을 경험한다(Foley, 1982). 이 중 약 78%가 직접적인 종양 확대, 50%에서 뼈까지 전이된 질환, 25%에서 침윤으로 인한 신경 압박, 나머지 3%에서 장기로 확대되어 통증이 일어난다고 했다. 그리고 통증문제의 19%는 암치료와 관련이 있고 3%는 암이나 암치료에 관계없이 경험한다(Foley, Tyler & Houghton, 1979).

통증은 암환자에게서 흔히 발생하는 신체적 증상으로 심각한 불안, 분노, 우울 등의 정서장애를 일으킬 수 있다(Chapman, 1979). 미국 통계에 의하면 병원에 입원하고 있는 암환자들의 50% 정도만이 어느 정도 통증조절이 되고 있는데 이는 의료진과 환자들의 약물사용에 대한 교육과 인식부족에 있으며 증증 환자, 보호자, 의료인에게 좌절감을 주기도 한다(Clelland, 1984).

통증조절은 암치료에서 가장 중요한 문제이며, 특히 호스피스 같이 말기 치료에서는 통증조절이 우선적으로 되어야 한다. 통증조절에는 여러가지 방법이 있으나 약물치료가 가장 대표적인 것으로 충분한 마약과 적극적인 방법을 사용하면 90~95% 환자에게서 통증조절이 가능하다고 한다(홍영선 외 7명 1985).

암환자의 간호요구에 따른 호스피스 간호사의 둘째 역할은 호스피스팀의 일원으로서 사회사업가, 성격자, 봉사자와 밀접한 관계를 갖고 말기환자 및 가족원의

심리적, 정서적 측면에 관련된 고통을 함께 조절하는 것이다. 임종환자의 정서적인 반응의 5가지 단계를 1969년 Dr. Kubler Ross가 『On Death and Dying』에서 부정, 분노, 타협, 우울, 수용이라고 제시했으며, 이는 임종을 앞둔 사람들의 정서적 반응에 관한 연구에 획기적인 자료를 제공하였다. 이들 임종환자의 정서적인 반응의 5단계를 간단히 설명하면 다음과 같다.

- i) 1 단계; 부정—‘나는 병에 걸렸다고 믿을 수가 없다(No, not me).’
- ii) 2 단계; 분노—‘왜 내가 병에 걸려야 하는지 이해할 수 없다(Why me)?’
- iii) 3 단계; 타협—‘병이 나오면 좋은 일을 하겠다(Yes, me but...).’
- iv) 4 단계; 우울—‘병을 생각하면 우울하고 절망적인 느낌이 든다(Yes, me(Finds himself depressed)).’
- v) 5 단계; 수용—‘병의 결과가 어찌든 받아들일 것이다(My time's close now and it's all right).’

그러므로 암환자를 다루는데 있어서 이상의 다섯 단계에 걸친 그 환자의 정서상태를 이해하여야만 올바르게 파악하고 도와줄 수 있다. 예를 들면, 어떤 환자가 분노의 상태에 있어서 간호사에게 까닭없이 화를 자주 낼 때 이는 그 사람의 성격이 나쁘기 때문이 아니라, 이 환자가 죽음을 받아들이기에는 너무나 정신적으로 준비가 되어 있지 않으므로 그가 받아들이기 전까지 분노의 시기가 필요한 과정으로 이해하여야 하며, 이 시기를 잘 지낼 수 있도록 도와주어야 한다(간호사 보수교육 교재(임종간호), 1983).

암환자의 간호요구에 따른 호스피스 간호사의 세번째 주요역할은 환자의 영적요구를 파악하여 이를 충족시켜주는 데 활동을 하는 것이다. 이는 죽음과 연관된 두려움 및 위기감을 감소시킴으로써 평안한 임종을 맞도록 도와주는 것이다.

이러한 차원에서 환자의 믿음상태 즉 종교지향성을 사정하는 것은 필수적이다. 종교지향성은 종교에 관한 관심도 즉 신앙심을 의미하며(Fleck, 1981) 이는 종교적 신념이 개인의 삶에 충만되어있어 이러한 종교적 가치가 그 개인의 인생목표, 사고 및 행위에 가장 우선적으로 영향을 미치며 또한 최선을 다하여 신을 섬기고 타인을 배려하며 종교적 또는 인격적으로 성숙한 자세를 갖게 되고 종교적 가치를 자신의 가치로 내재화하여 삶과 종교를 밀접한 관계로 유지하게 된다(Fleck, 1981). 따라서 호스피스 케어를 제공받은 환

자는 제공받지 않은 환자에 비하여 개인의 인생목표, 사고방식 및 행위내용에 영향을 미치는 정도가 유의하게 높고 종교적 가치를 개인의 인생관으로 내재화하려는 정도가 높을 것이라는 가설을 도출할 수 있게 된다.

Ⅲ. 연구방법

A. 연구설계 및 대상자

본 연구는

첫째, 앞에서 언급한 연구목적 중 첫번째 목적을 달성하기 위하여 호스피스 케어를 제공받는 암환자 58명과 제공받지 않은 암환자 44명을 대상으로 직접면담을 하므로써 문제를 파악하는 단계의 서술적 연구를 기했다.

둘째, 첫번째 단계 과정에서 파악한 내용을 중심으로 하여 구조화된 질문지를 작성하였다. 그리고 호스피스 케어의 개념과 철학에 완전히 부합되는 조직적인 체계를 갖추지는 못하였지만 부분적으로 호스피스 케어를 제공하는 종교단체와 관련된 4개 병원에 입원하고 있는 암환자 67명과 호스피스 케어를 제공하지 않지만 제공하는 병원과 유사한 여건(대학부속병원, 법인, 칠상수 등)을 갖춘 4개 병원에 입원하고 있는 암환자 46명을 무작위 추출하여 그들로부터 질문지의 응답내용을 수집한 후 호스피스 케어를 제공받는 암환자 군과 제공받고 있지 않은 암환자 군의 차이를 비교·분석하는 Ex Post Facto 연구설계이다.

연구 대상자는 1개 특별시 및 2개시에 소재한 8개의 대학부속병원에 입원 중인 16~85세의 암환자 400명 중에서 무작위 추출된 120명이었으나 층도에 응답을 포기한 대상자와 통증이 극심한 대상자를 제외한 113명의 암환자였다. 이 중에서 67명(K병원 18명, S병원 18명, P병원 16명, Y병원 15명)은 호스피스 케어를 실시하는 4개 병원에 입원중이었고 46명(KS병원 19명, C병원 10명, D병원 5명, H병원 12명)은 호스피스 케어를 실시하지 않는 4개 병원에 입원중이었다. 이들 113명의 암환자들은 본 연구의 목적과 설문지 문항을 이해하여 문항에 응답할 수 있고, 자신의 상태와 요구를 표현할 능력을 갖고 있었다.

B. 연구도구

첫번째 단계의 서술적 연구에서는 면접을 통한 주관적 통증정도 및 조절정도, 신체적 치료에 대한 바렘, 부형증 실시한 치료내용, 질병 치유에 대한 신념정도,

정서적 반응, 주관적으로 인지하는 타인의 도움정도 및 종교적 지향성 등에 관한 개방식 질문을 이용하였다.

두번째 단계 연구에서는 서술적으로 파악된 내용을 기초로 하여 작성된 설문지를 사용하였다. 이 설문지는 총 67문항으로 구성되었다. 문항구성은 일반적 특성 11문항, 질병과 관련된 제반상태 10문항, 신체적 치료에 대한 바렘 13문항, 정서적 반응 13문항, 개인적 종교지향성 20문항으로 되어 있다.

1. 신체적 치료에 대한 바렘 : 13문항이며 i) 질병에 관한 가족과의 상의 유무, 기도원 방문 유무, 민간요법 및 한약 사용 유무에 관련된 8문항에 대한 응답선택은 '예', '아니오'였으며 총 점수가 16점에 가까울수록 가족과의 상의, 기도원 방문, 민간요법 및 한약 사용에 대한 시도를 한 것을 나타낸다. ii) 의료인을 통한 치료, 약물 및 방사선치료, 한약, 민간요법이 질병을 치유시킬 것이라고 믿는 정도에 관한 5문항의 응답선택은 '전혀 믿지 않고 있다', '거의 믿지 않고 있다', '약간 믿고 있다', '상당히 믿고 있다', '꼭 믿고 있다'였으며 실제 점수가 높을수록 의료인을 통한 치료, 약물, 방사선치료, 한약, 민간요법이 질병을 치유시킬 것이라고 믿는 정도가 높음을 나타낸다.

2. 정서적 반응은 13문항이며 질병의 부정 및 수용 시기에 관한 5문항의 응답선택은 '병 초기', '현재', '병 초기와 현재'이었다. 또한 의사, 간호사, 가족, 성직자가 연구 대상자 자신의 질병치유에 도움이 된다고 믿는 정도에 관한 4문항과 의사, 간호사, 가족, 성직자에게 정신적·영적 문제를 좀더 적극적으로 해결해 줄 것을 소망하는 정도에 관한 4문항의 응답선택은 '전혀 바라지 않는다', '거의 바라지 않는다', '보통이다', '바란다', '매우 바란다'였으며 실제 점수가 높을수록 의사, 간호사, 가족, 성직자에게 정신적 도움과 정신적·영적 문제를 좀더 적극적으로 해결해 줄 것을 소망하는 정도가 높은 것을 의미한다.

정서적 반응에 관한 13문항 중 5문항은 한국어로 번역된 Kübler Ross의 임종환자의 심리적 반응인 부정, 분노, 타협, 우울, 수용에 관한 내용은 입원 중인 15명의 암환자를 대상으로 사전조사를 실시하였으며, 이에 대한 내적 일관성인 Cronbach ALPHA는 .68이었다.

3. 개인적 종교지향성은 20문항이며 이는 정확실(1986)이 한국어로 번역한 R. Fleck의 개인적 종교지향성 척도로 이는 내재적 행동지향성 및 내재적 신념지향성에 관한 14문항, 외재적 종교지향성 및 형식적 종교지

항성에 관한 6문항으로 구성되어 있으며 응답선택은 '절혀 그렇게 생각하지 않는다', '거의 그렇게 생각하지 않는다', '약간 그렇게 생각한다', '대체로 그렇게 생각한다', '확실히 그렇게 생각한다'로 실제점수가 높을수록 각각 분류에 따른 종교지향성 정도가 높은 것을 나타낸다. 개인적 종교지향성 20문항에 대한 내적 일관성인 Cronbach ALPHA는 .86이었다.

C. 자료수집 및 분석방법

자료수집자는 본 연구자를 포함한 5명의 간호사로 구성되었다. 본 연구자 이외의 자료 수집자들은 본 연구자로부터 자료수집자를 연구 대상자에게 소개하는 방법과 태도, 연구 대상자와 개방식 면담을 하는 방법과 태도, 연구 대상자에게 설문지 내용을 읽어준 후 응답을 얻는 방법과 태도에 관한 교육과 훈련을 받았다. 이러한 자료수집 교육과 훈련을 마친 후 5명의 자료수집자 상호간의 안면 타당도를 거쳐 약 40일 동안 8개의 대학부속병원 병실에서 113명의 암환자로부터 자료를 수집하였다.

자료수집 시에 자료수집자가 연구 대상자에게 설문지 내용을 읽어주고 대상자로부터 응답을 얻었다. 또한 면담을 통하여 자료수집자가 연구 대상자에게 문항에 응답할 원인과 배경을 물어서 그 내용을 기록하였다.

수집된 자료를 코딩 카아드에 부호화한 후 S.P.S.S. Program을 이용하여 전산 통계 처리하였다. 각 문항에 대한 대상자들의 응답 내용을 비교·분석하기 위하여 실수와 백분율을 산출하였고 χ^2 -test, t -test 및 Pearson Correlation Coefficient를 사용하였다.

IV. 연구결과 및 고찰

A. 호스피스 케어(H.C)를 제공받은 환자군과 H.C를 제공받지 않은 환자군 간의 일반적 특성 비교.

두 집단 간에 남녀의 비율, 연령구성, 학력수준, 종교상태, 결혼상태, 의료보험 혜택여부, 가족의 총수, 주거상태, 직업구성 비율 등의 차이를 통계적으로 유의한 차이가 있는지 검정한 결과 일반적 특성이 비슷함을 알 수 있었다. 단, 경제 상태면에서만 호스피스 케어를 제공받은 환자군이 제공받지 않은 환자군 보다 월수입에 있어서 약간 높게 나타나 호스피스 케어를 제공받은 환자군에서 상류층의 비율이 높음을 알 수 있었다.

B. 호스피스 케어(H.C)를 제공받은 환자군과 H.C를 제공받지 않은 환자군 간의 질병에 관련된 제반상태 비교

두 집단간의 질병에 관련된 제반상태를 비교한 결과 진단명, 진단과 관련된 수술경험 유무, 약물 또는 방사선 치료회수, 신체적 증상 및 종류수, 신체적 통증의 유무 및 통증지각 상태 등에서는 두 집단이 비슷하였다. 단, H.C를 제공받지 않은 환자군이 제공받은 환자군에 비하여 과거와 현재에 있어서 약물요법을 받는 비율이 유의하게 높음을 알 수 있었다(과거 37.0% ; 28.4%, 현재 84.8% ; 56.7%, $p=.021$). 이는 H.C를 제공받은 환자들이 약물요법에 더 이상 매달리지 않고 오히려 편안히 임종을 수용하는 자세와 관련이 있다고 사려된다. 또한 통증조절 정도에 있어서 H.C를 제공받은 환자군과 제공받지 않은 환자군의 '통증이 조절되지 않는다' 비율이 각각 32.9%, 25.8%로 H.C를 제공받은 환자군에서 높음을 볼 수 있는데 이는 H.C를 제공받은 환자군에서 암 말기에 처한 대상자의 비율이 높기 때문에 통증조절이 안되는 비율이 높은 것으로 분석된다.

C. 호스피스 케어(H.C)를 제공받은 환자군과 H.C를 제공받지 않은 환자군의 신체적 치료에 대한 바람 정도의 비교.

1. H.C를 제공받은 환자군과 H.C를 제공받지 않은 환자군의 신체적 치료에 대한 바람 정도의 비교.

H.C를 제공받은 환자군과 제공받지 않은 환자군의 신체적 치료에 대한 바람의 정도에 있어서 통계적으로 유의한 차이가 없는 것으로 나타났다. 이러한 결과의 주 원인은 두 집단의 환자가 모두 암환자라는 공통점을 가지고 있기 때문인 것으로 판단된다. 즉 암환자의 80%가 들 또는 그 이상의 통증부위를 갖고 있을 뿐만 아니라(Twycross, 1982). 화학요법으로 인한 부작용을 경험하고 있으며(한윤복·노유자·김준실, 1986) 임종을 앞두고 있기 때문으로 사려된다.

2. H.C를 제공받은 환자군과 제공받지 않은 환자군에 있어서 민간요법 및 한약의 사용 및 복용을 했던 집단과 안했던 집단간의 민간요법이나 한약이 질병을 치유시킬 수 있다고 믿는 정도의 비교.

표 1의 결과에 의하면 호스피스 케어를 제공받은 환자군의 경우 민간요법 사용 및 한약 복용 여부에 따른 민간요법이나 한약이 질병을 치유할 수 있다는 믿

표 1. 호스피스 케어를 제공받은 환자군과 제공받지 않은 환자군에 있어서 민간요법 및 한약의 사용 및 복용을 했던 집단과 안했던 집단간의 민간요법이나 한약이 질병을 치유시킬 수 있다고 믿는 정도의 비교

분 류	호스피스케어를 제공받은 환자군				호스피스케어를 제공받지 않은 환자군			
	실수(%)	Mean±SD	T	P	실수(%)	Mean±SD	T	P
민간요법이 자신의 질병을 치유시킬 수 있다고 믿는 정도(최저 1점, 최고 5점)								
민간요법을 사용했던 집단	49(73.1)	2.20±1.02	.13	.894	38(82.6)	2.00±1.04	-2.30	.025*
민간요법을 사용하지 않았던 집단	18(26.9)	2.17±0.98			8(17.4)	3.00±1.41		
계	67(100.0)				46(100.0)			
한약을 복용했던 집단	36(53.7)	2.16±1.05	-.72	.475	25(54.3)	1.60±0.64	-3.07	.050*
한약을 복용하지 않았던 집단	31(46.3)	2.35±1.08			21(45.7)	2.47±1.16		
계	67(100.0)				46(100.0)			

*p≤.05

표 2. 호스피스 케어(H.C)를 제공받은 환자군과 제공받지 않은 환자군간의 정서적 반응정도의 비교

분 류	실수(%)	정서적반응 정도(최저 8점, 최고 40점)		T	P
		Mean±SD			
H.C를 제공받은 환자군	67(59.2)	30.57±5.00		-1.91	.050*
H.C를 제공받지 않은 환자군	46(40.8)	32.41±5.14			
계	113(100.0)				

*p≤.05

음 정도의 차이가 없음을 파악할 수 있다. 이에 반해 호스피스 케어를 제공받지 않은 환자군의 경우 민간요법이나 한약을 사용하지 않았던 집단이 사용한 집단에 비하여 민간요법이나 한약이 자신의 질병을 치유시킬 수 있다고 믿는 정도가 유의하게 높게 나타났다. 이 결과를 통하여 호스피스 케어를 제공받지 않은 환자군 중 민간요법이나 한약을 사용하지 않았던 환자는 민간요법이나 한약을 사용하고 싶은 바램을 높게 갖고 있으며 민간요법이나 한약을 사용하여 암을 치유할 수 있다고 믿는 정도가 높음을 알 수 있다. 또한 한국에서 사용되는 한약 중에서 인삼을 제외한 한약은 항암 효과에 있어서 과학적 근거가 없으며, 개소주, 토룡탕, 흑염소 등의 민간요법은 항암작용에 있어서 과학적 근거가

없고 다만 단백질 공급에 도움을 준다는 연구 결과(Olson, 1977; Yun, 1986)를 고려해 볼 때 암환자나 가족을 위한 건강교육 프로그램을 체계적으로 적용할 필요성이 있다고 사료된다.

D. 호스피스 케어를 제공받은 환자군과 제공받지 않은 환자군 간의 정서적 반응의 비교

1. 호스피스 케어를 제공받은 환자군과 제공받지 않은 환자군 간의 정서적 반응 정도의 비교

표 2에 의하면 호스피스 케어를 제공받지 않은 환자군이 제공받은 환자군에 비하여 정서적 반응 정도가 유의하게 높은 것으로 나타났다. 이 결과를 분석해 보면 호스피스 케어를 제공받은 환자군은 의사, 간호사,

표 3. 호스피스 케어(H.C)를 제공받은 환자군과 H.C를 제공받지 않은 환자군의 질병을 알게 된 시기에 따른 정서적 반응 단계 비교

분 류		H.C를 제공받은 환자군							
정서적 반응		나는 병에 걸렸다고 믿을 수가 없다							
정서적 반응시기 질병을 알게된 시기	병초기		현 재		병초기와 현 재		계	χ^2	P
	실수(%)	실수(%)	실수(%)	실수(%)	실수(%)	실수(%)			
1~ 3개월전	6(9.0)	0(0.0)	2(3.0)	2(3.0)			67(100.0)	22.72	.0069**
4~ 6개월전	4(6.0)	3(4.5)	0(0.0)	9(13.4)					
7~12개월전	3(4.5)	0(0.0)	4(6.0)	6(9.0)					
13개월 이상	18(26.9)	2(3.0)	1(1.5)	7(10.4)					
정서적 반응		병의 결과가 어떻든 받아들일 것이다							
정서적 반응시기 질병을 알게된 시기	병초기		현 재		병초기와 현 재		계	χ^2	P
	실수(%)	실수(%)	실수(%)	실수(%)	실수(%)	실수(%)			
1~ 3개월전	1(1.5)	3(4.5)	1(1.5)	5(7.5)			67(100.0)	19.71	.0198*
4~ 6개월전	0(0.0)	6(9.0)	5(7.5)	5(7.5)					
7~12개월전	0(0.0)	4(6.0)	0(0.0)	9(13.4)					
13개월 이상	1(1.5)	19(28.4)	3(4.5)	5(7.5)					
분 류		H.C를 제공받지 않은 환자군							
정서적 반응		나는 병에 걸렸다고 믿을 수가 없다							
정서적 반응시기 질병을 알게된 시기	병초기		현 재		병초기와 현 재		계	χ^2	P
	실수(%)	실수(%)	실수(%)	실수(%)	실수(%)	실수(%)			
1~ 3개월전	7(15.2)	0(0.0)	1(2.2)	4(8.7)			46(100.0)	4.34	.8876
4~ 6개월전	9(19.6)	1(2.2)	1(2.2)	5(10.9)					
7~12개월전	7(15.2)	0(0.0)	0(0.0)	2(4.3)					
13개월 이상	7(15.2)	0(0.0)	0(0.0)	2(4.3)					
정서적 반응		병의 결과가 어떻든 받아들일 것이다							
정서적 반응시기 질병을 알게된 시기	병초기		현 재		병초기와 현 재		계	χ^2	P
	실수(%)	실수(%)	실수(%)	실수(%)	실수(%)	실수(%)			
1~ 3개월전	0(0.0)	10(21.7)	0(0.0)	2(4.3)			46(100.0)	10.64	.3007
4~ 6개월전	0(0.0)	11(23.9)	2(4.3)	3(6.5)					
7~12개월전	1(2.2)	8(17.4)	0(0.0)	0(0.0)					
13개월 이상	1(2.2)	5(10.9)	0(0.0)	3(6.5)					

**p<.01, *p<.05

가족, 성직자와 밀접한 상호관계를 형성하면서 충분한 의사소통을 하고 정서적인 지지를 받는 기회가 많은 반면에 호스피스 케어를 제공받지 않은 환자군은 의사, 간호사, 가족, 성직자와 더불어 상호관계 형성을 할 기회를 적게 갖기 때문에 정서적 지지를 받고자 하는

요구를 높게 갖고 있는 것으로 풀이된다. 또한 본 연구결과는 정서적 지지를 받지 못하는 환자는 의료전문가나 가족에게 정서적 지지에 관한 요구를 많이 나타낸다는 연구결과(Mechanic, 1977)와 매우 유사하다. 그리고 본 연구결과 호스피스 프로그램은 환자의 정서

표 4. 호스피스 케어를 제공받은 환자군과 제공받지 않은 환자군의 정신적·영적 문제를 적극적으로 해결해 주기를 바라는 정도의 비교

분	류	실수(%)	정신적·영적 문제를 적극적으로 해결해 주기를 바라는 정도(최저 4점, 최고 20점) Mean±SD	T	P
호스피스, 케어를 제공받지 않은 환자군	46(40.8)	15.97±3.46			

*p≤.01

표 5. 호스피스 케어를 제공받은 환자군과 제공받지 않은 환자군의 정신적·영적 문제해결에 대한바람의 비교

문	항	구	분	호스피스 케어를 제공 받은 환자군	호스피스 케어를 제공 받지 않은 환자군	x ²	P
				실수(%)	실수(%)		
의사가 정신적·영적문제를 좀 더 적극적으로 치료해 주기를 바란다			바라지 않는다	15(22.4)	4(8.7)	9.02	.0110*
			보통이다	13(19.4)	3(6.5)		
			바란다	39(58.3)	39(84.8)		
			계	67(100.0)	46(100.0)		
간호사가 정신적·영적문제를 좀더 적극적으로 치료해 주기를 바란다			바라지 않는다	14(20.9)	5(10.9)	11.76	.0029*
			보통이다	16(23.9)	2(4.3)		
			바란다	37(55.3)	39(84.8)		
			계	67(100.0)	46(100.0)		
가족이 정신적·영적문제를 좀 더 적극적으로 치료해 주기를 바란다			바라지 않는다	15(22.4)	5(10.9)	10.49	.0053*
			보통이다	18(26.9)	4(8.7)		
			바란다	34(50.8)	37(80.4)		
			계	67(100.0)	46(100.0)		
성직자가 정신적·영적문제를 좀더 적극적으로 치료해 주기를 바란다			바라지 않는다	15(22.4)	14(30.4)	5.07	.0791
			보통이다	19(28.4)	5(10.9)		
			바란다	33(49.3)	27(58.7)		
			계	67(100.0)	46(100.0)		

*p≤.05

적 측면의 요구를 어느 정도 충족시킬 수 있기 때문에 호스피스 케어를 제공받은 환자는 정서적 측면에 있어서 불만을 적게 경험한다는 연구결과(Torrens, 1985)와 깊은 관련이 있다고 분석된다. 그러므로 모든 암환자에게 호스피스 케어를 제공하는 일이 우선되어야 할 것을 주장하는 바이다.

2. 호스피스 케어를 제공받은 환자군과 제공받지 않은 환자군의 질병을 앓게 된 시기에 따른 정서적 반응 단계의 비교

표 3의 결과에 의하면 H.C를 제공받은 환자군이 제공받지 않은 환자군에 비하여 질병을 앓게 된 시기가 13개월 이상(말기환자)인 경우 질병 초기와 현재에

표 6. 호스피스 케어를 제공받은 환자군과 제공받지 않은 환자군의 개인적 종교지향성(내재적 행동지향성, 내재적 신념지향성) 정도의 비교(최저 7점, 최고 35점)

종교적 지향성	호스피스 케어를 제공받은 환자군		호스피스 케어를 제공받지 않은 환자군	
내재적 행동지향성	실수(%)	67(59.2)		46(40.8)
	Mean±SD	24.53±5.11		22.78±7.00
			T 1.77	
			P .034*	
내재적 신념지향성	실수(%)	67(59.2)		46(40.8)
	Mean±SD	24.40±5.73		22.65±7.74
			T 1.82	
			P .026*	

*p≤.05

표 7. 호스피스 케어(H.C)를 제공받은 환자군과 제공받지 않은 환자군에 있어서 기독교인과 비기독교인의 정서적 반응정도의 비교

호스피스 케어를 제공받은 환자군					호스피스 케어를 제공받지 않은 환자군						
정서적 반응 정도(최저 8점, 최고 40점)											
분	류	실수(%)	Mean±SD	T	P	분	류	실수(%)	Mean±SD	T	P
기독교인		41(61.2)	32.42±4.55			기독교인		23(50.0)	34.00±5.09		
비기독교인		26(38.8)	27.65±4.31	4.26	.000*	비기독교인		23(50.0)	30.82±4.77	2.18	.035*
계		67(100.0)				계		46(100.0)			

*p≤.05

‘나는 병에 걸렸다고 믿을 수가 없다’(부정)와 ‘병의 결과가 어떻게 받아 들이겠다’(수용)에 응답한 비율이 높게 나타났다. 즉 H.C를 제공받은 환자군에서 임종에 대한 정서적 반응은 질병에 대한 부정의 단계에서 수용의 단계로 이동되었음을 파악할 수 있다. 반면에 H.C를 제공받지 않은 환자군 중 질병을 앓게 된 시기가 13개월 이상(말기 환자)인 경우 임종에 대한 정서적 반응은 거의 변화하지 않음을 파악할 수 있다. 따라서 H.C를 제공받은 환자들이 제공받지 않은 환자들에 비하여 질병을 수용하는 비율이 높음을 알 수 있다. 그러므로 모든 암환자의 정서적 안정을 도모하기 위하여 H.C가 필요하다고 판단된다.

E. 호스피스 케어를 제공받은 환자군과 제공받지 않은 환자군의 정신적·영적 문제를 적극적으로 해결해 주기를 바라는 정도의 비교<표 4 참조>

F. 호스피스 케어를 제공받은 환자군과 제공받지 않은 환자군의 정신적·영적 문제해결에 대한 바램

의 비교<표 5 참조>

표 4와 표 5의 결과에 의하면 H.C를 제공하지 않은 환자군이 제공하는 환자군에 비하여 의사, 간호사, 가족, 성직자로부터 환자 자신의 정신적·영적 문제해결을 위한 도움을 받고자 하는 정도가 유의하게 높게 나타났다. 이 결과는 표 5의 결과와 매우 깊은 관계가 있는 것으로 풀이된다. 즉 호스피스 케어를 제공받지 않은 환자군은 제공받은 환자군에 비하여 의사, 간호사, 가족, 성직자로부터 정신적·영적 문제해결을 위한 도움을 받을 기회가 적고 임종에 관련된 불안과 갈등을 해결할 수 있는 기회가 적기 때문에 이들에게 자신의 정신적·영적 문제를 의지하고 싶은 요구를 높게 갖고 있다. 그러므로 모든 암환자에게 호스피스 케어를 제공하여 그들의 정신적·영적 문제를 해결해 주기 위한 도움의 기회를 부여함으로써 암환자들로 하여금 편안한 임종을 맞이할 수 있도록 해야만 한다.

또한 현대의 생명과학이 인간의 전체성을 소홀하게

여기고 있는 경향이 농후하며(권양순, 1986), 간호사는 환자와 그 가족으로 하여금 고통과 질병 가운데에서 의미를 찾도록 도와주어야 한다는 주장(Travelbee, 1966)과 암환자의 심리적 상태가 암환자의 생존기간에 중요한 영향을 미친다는 연구결과(Derogatis and Melisarates, 1979)를 고려해 볼 때 호스피스 케어가 더욱 더 절실하게 필요되는 바이다.

G. 호스피스 케어를 제공받은 환자군과 제공받지 않은 환자군의 개인적 종교지향성의 비교

1. 호스피스 케어를 제공받는 환자군과 제공받지 않은 환자군의 개인적 종교지향성(내재적, 행동 지향성, 내재적 신념 지향성, 외재적 종교지향성, 형식적 종교지향성) 정도의 비교

표 6의 결과에 의하면 호스피스 케어를 제공받은 환자군이 제공받지 않은 환자군에 비하여 내재적 행동 지향성 및 내재적 신념지향성 정도가 유의하게 높게 나타났다. 즉 호스피스 케어를 제공받은 환자군이 제공받지 않은 환자군에 비하여 종교적 가치가 개인의 인생목표, 사고방식 및 행위내용에 영향을 미치는 정도가 유의하게 높고, 종교적 가치를 개인의 인생관으로 내재화 하려는 정도가 유의하게 높게 나타났다. 그러므로 의료인과 종교인은 호스피스 케어를 제공하여 암환자나 임종을 앞둔 환자로 하여금 편안한 영적상태를 유지하도록 돕고, 그 이외의 환자로 하여금 자신의 질병을 좀더 의미있게 수용할 수 있도록 도와야 한다.

따라서 호스피스 케어의 필요성 및 제도적 준비와 체계적 수행이 요구된다고 사료된다.

H. 호스피스 케어를 제공받은 환자군과 제공받지 않은 환자군에 있어서 기독교인과 비기독교인의 정서적 반응 정도의 비교

표 7의 결과에 의하면 호스피스 케어를 제공받은 환자군과 제공받지 않은 환자군 모두에서 기독교인이 비기독교인에 비하여 정서적 반응 정도에 있어서 유의하게 높은 반응을 나타내고 있다. 이에 따른 주요 원인은 기독교인은 비기독교인에 비하여 정서에 관련된 제반문제 및 갈등을 이웃, 성직자, 신과 함께 상의하고 해결하는 생활습관을 갖고 있기 때문에 입원 동안에도 의료인, 가족, 성직자에게 자신의 정서에 관련된 상황을 자주 표현하여 그들로부터 도움을 받고 있음을 알 수 있다. 그렇지만 모든 인간은 정서적 존재이기 때문에 자신, 가족, 이웃, 성직자, 신과의 단념을 통하여

정서적인 요구를 충족하고자 한다. 그러므로 기독교인이거나 비기독교인인 모든 암환자의 정서적 요구 충족을 위한 간호가 요청되는 바이다.

I. 호스피스 케어를 제공받은 환자군과 제공받지 않은 환자군에 있어서 신체적 치료에 대한 바램 정도, 정서적 반응 정도, 개인적 종교지향성(내재적 행동지향성, 내재적 신념지향성, 외재적 종교지향성, 형식적 종교지향성) 정도 간의 상관관계

호스피스 케어를 제공받은 환자군과 제공받지 않은 환자군의 정서적 반응 정도와 내재적 행동지향성 정도($r=.5512, p=.000; r=.3566, p=.007$), 정서적 반응 정도와 내재적 신념지향성 정도($r=.4795, p=.000; r=.3430, p=.010$), 내재적 행동지향성 정도와 내재적 신념지향성 정도($r=.8986, p=.000; r=.9723, p=.000$)간에 유의한 순 상관관계가 있는 것으로 나타났으며, 내재적 행동지향성 정도와 외재적 종교지향성 정도($r=-.4218, p=.000; r=-.5083, p=.000$), 내재적 신념지향성 정도와 외재적 종교지향성 정도($r=-.4383, p=.000; r=-.5013, p=.000$)간에 유의한 역 상관관계가 있는 것으로 나타났다. 또한 호스피스 케어를 제공받은 환자군의 경우, 외재적 종교지향성 정도와 형식적 종교지향성 정도($r=.2640, p=.015$)간에 유의한 순 상관관계가 있는 것으로 나타났으며 내재적 행동지향성 정도와 형식적 종교지향성 정도($r=-.4597, p=.000$), 내재적 신념지향성 정도와 형식적 종교지향성 정도($r=-.5424, p=.000$)간에 유의한 역 상관관계가 있는 것으로 나타났다. 또한 H.C를 제공받지 않은 환자군의 경우, 정서적 반응 정도와 외재적 종교지향성 정도($r=-.2862, p=.027$)간에 유의한 역 상관관계가 있는 것으로 나타났다.

위의 결과를 관찰해 보면 의료인과 성직자로부터 정서적 지지를 받거나 하는 정도가 높은 것과 인격적·신앙적으로 성숙된 정도가 높은 것이 상관관계가 있음을 알 수 있다. 또한 자신의 사회 경제적 이득을 얻기 위하여 종교단체에 참여하는 정도가 높을수록 그 개인의 안위를 얻기 위하여 제도화된 종교의식에 참여하는 정도가 높음을 알 수 있다. 그리고 종교적·인격적으로 성숙된 정도가 높을수록 종교단체를 통하여 사회경제적 이득을 취하거나 종교를 내재화하지 않는 정도가 낮음을 알 수 있다.

그러므로 의료인 및 종교인은 암환자에게 호스피스 케어를 제공하여 환자의 정서적 반응 정도, 내재적 행

동지향성 정도 및 내재적 신념지향성 정도를 고양지킴으로써 그들로 하여금 질병과 고통의 의미를 신앙적 차원에서 받아들이도록 도와서 편안한 임종을 맞이하도록 지지해야 할 것으로 사료된다.

본 연구의 결과를 포괄적으로 고찰해 보면 불치의 질병인 암으로 인하여 임종에 직면하고 있는 환자에게 신과의 역동적 관계를 형성할 수 있도록 경서적·영적인 도움, 즉 호스피스 케어를 제공하던 그 환자들의 신체·경서·영적인 고통, 갈등 및 불안이 현저하게 감소되어 그 환자들은 좀더 편안한 자세로 자신의 질병을 수용하여 임종에 대한 준비를 할 수 있게 될 것으로 본다.

그리브트 호스피스 케어는 암환자의 전인치료를 위하여 반드시 모든 의료기관에서 실시되어야만 한다.

참 고 문 헌

- 권양순(1986), "기독교적 관점에서 본 전인치유의 효과적 방법 연구", 아세아 연합 신학대학 대학원 석사학위논문, pp.46~47.
- 김태배사(1983), "호스피스 활동의 역사", 한국 가톨릭 병원 협회지, Vol. 14, No. 1, pp.4~8.
- 김명자, 박계순(1984), "호스피스 개요", 대한간호, 제23권 제 3호, pp.51~56.
- 김수지(1979), "참 간호" 대한간호, 제18권 제 2호, pp.33~38.
- 김수지(1979), "임종 환자의 영적요구의 가족을 위한 간호", 임종환자 간호를 위한 전국워크샵, pp.13~19.
- 김수지 역(1980), 영적간호: 간호사의 역할, 대한간호협회, pp.110.
- 김수지(1981), 영적간호의 이론과 실제 I, 월간간호, (8), pp.34~35, II, (9), pp.35~36.
- 김영숙(1984), "입원환자의 영적 건강 사정에 관한 연구", 연세대학교 교육대학원 석사학위논문, pp.21~22.
- 대한민국 보건사회부(1989), "한국인 암 등록 조사 자료 분석보고서", *Journal of Korean Cancer Research Association*, 제21권 제 1호, pp.151.
- 대한민국 보건사회부(1983), KIPH Mortality Force and Cause of Death in Korea, "암 예방 및 환자 관리", 한·미 합동 심포지움.
- 메리암(1983), "호스피스", 한국 가톨릭병원 협회지, 제14권 제 1호, pp.9~13.
- 방용자(1979), "정신적 종교적 측면에서의 참 간호", 대한간호, 제18권 제 2호, pp.39~44.
- 윤택두(1986), "Anticarcinogenic effect of Korean Red Ginseng, Korea-U.S.A. joint symposium on Cancer Prevention and Treatment.
- 이경식(1983), "의사와 호스피스 활동", 한국가톨릭 병원협회지, 제14권 제 1호, pp.14~17.
- 이경식(1984), "호스피스, 의료에서의 필요성과 방향에 대해", 한국가톨릭병원협회지, Vol.15(1,2), pp.23~33.
- 이경식(1984), "Hospice for Terminal Care, 가톨릭 의과대학 대학원 학동강의.
- 이경식(1985), "암치료의 보조요법과 호스피스", *Medical post graduates*, Vol. 13 No. 3.
- 이경식(1984), "종합병원에서의 호스피스 케어", 대한간호, 제23권 제 3호, pp.57~61.
- 임종간호(1983), 보수교육교재, 대한간호협회, pp.5~19.
- 정확실(1986), "한국 기독교 대학생의 신앙과 가치관 변화에 관한 연구", 연세대학교 대학원 박사학위 논문.
- 조원정(1979), "호스피스 케어", 임종환자 간호를 위한 전국워크샵, pp.9.
- 한윤복·노유자·김문실(1986), "치료와 간호", 암환자, pp.72~193, pp.419.
- 홍영선 외 7명(1985), "암환자의 통증조절", 대한내과학회잡지, 제29권 제 3호, pp.335~339.
- Chapman, C. (1979), "Psychologic and behavioral aspects of cancer pain", in Bonica, J. and Ventafridda, V(eds), *Advances in pain Research and Therapy*, New York: Raven Press, pp.45~46.
- Cleenland, C.S.(1984), "The Impact of Pain on the Patient with Cancer", *Cancer*, Vol. 54, pp.2635~2641.
- Copperman, H. (1989), "To tell or not to tell", *Journal of Community Nursing*, Oct. pp.26~27.
- Craven, Joan & Waid, F.S.(1975), "Hospice Care for Dying Patients", *American Journal of Nursing*, Oct. pp.1816~1822.
- Derogatis, L.R. and Melisarates, N. (1979), "Ps-

- ychologic Coping Mechanism and Survival Time in Metastatic Breast Cancer", *JAMA*, 242 : 1504 ~1508.
- Fish, Sharon & Shelly, Judith Allen(1980), "The Nurses Personal Spiritual Resources", *Spiritual Care*, pp.137.
- Fleck, J.R. (1981), "Dimensions of Personal Religion: A trichotomous View", in Fleck J.R. and Corter, J.D. (ed), *Psychology and Christianity*, Nashville: Abingdon.
- Foley, K.M. (1982), Management of Pain of Malignant Origin In: Tyler, H.R., Dawson, P.M., eds. *Current Neurology*, Vol. 2, Boston: Houghton Mifflin, 1979, pp.279.
- Forester, B.M., Kornfeld, D.S. and Fleiss, J. (1978), "Psychiatric Aspect of Radiotherapy", *American Journal of Psychiatry*, 135 : 8, pp. 960~963.
- Goffnett, Carol (1979), "Your Patient's dying now What?", *Nursing*, Nov. pp.27~33.
- Hadlock, D.C. (1985), The Hospice: Intensive Care of a different Kind, *Seminar in Oncology*, Vol. 12 No. 4, pp.357~367.
- Henke, Connie(1980), "Emerging role of the nurse in Oncology", *Seminar in Oncology*, Vol. 7 No. 1, pp.4~8.
- Kastenbaum, Beatrice(1981), "Nursing People Experiencing Neoplastic Disorder", *Medical Surgical Nursing*, Vol. 1, Luck Mann & Sorensen.
- Kübler Ross (1969), *On Death and dying*, New York, Macmillian, 정열 역(1979), 인간의 죽음, pp.65~137.
- Levy, Michael H.(1985), "The Palliative-Curative Interface", *Seminar in Oncology*, Vol. 12 No. 4, pp.355~356.
- Marshall, J. (1969), "Helping the Griefstricken", *Post graduate Medicine*, Feb. pp.138~143.
- Mc Corkle R.(1978), Hospice: A British reality and an American dream, in Kellogy C, Sullivan B(eds) : Current Prospectives in *Oncology Nursing*, Vol. 2, St. Louis, Mosby, pp.125~131.
- Mechanic, D. (1977), "Illness behavior Social adaptation and the management of illness", *Journal of Nervous & Mental disease*, Vol. 165 No. 2, pp.79~87.
- National Hospice Organization(1979), *Standards of a Hospice program of Care*(6th Revision), Washington, D.C.
- Nowles, E.A. (1978), *Odyssey to Mare Street: Lessons Learned at St. Joseph's Hospice*, in Kellogy C, Sullivan B(eds) : Current Perspectives in *Oncologic Nursing*, Vol. 2, St. Louis, Mosby, pp.132~138.
- Olson, K.B.(1977), Drug, Cancer and Charlatans, *Clinical Oncology*, edited in John Hortoz, pp. 182~191.
- Pumphrey, John (1977), "Recognizing Your Patient's Spiritual needs", *Nursing*, Dec. pp.1~3.
- Rovinski, C.A.(1979), Hospice Nursing: Intensive Caring, *Cancer Nursing*, 2(1) : 19~26.
- Saunders, C. (1978), "Hospice Care", *The American Journal of Medicine*, Nov. Vol. 65.
- Twycross(1982), "Management of Pain or malignant Origin In: Tyler, H.R., Dawson, P.M., eds. *Current Neurology*, Vol. 2, Boston: Houghton Mifflin, pp.279.
- Torrens(1985), "Hospice Program", Selected Topics of important in *Cancer treatment*, pp.963 ~970.
- Travelbee, Joyce(1966), *Interpersonal Aspects of Nursing*, Philadelphia: F.A. Paris Co, pp.20.
- Walker, M.(1973), "The Last hour before Death", *American Journal of Nursing*, Sep. pp.1592~1593.
- Ward, Barbara J. (1978), Hospice home care program, *Nursing Outlook*, Oct.

<Abstract>

An Exploratory Study of Hospice Care to Patients with Advanced Cancer

Park, Hyea Ja

(Nursing Director of Kangdong Sacred Heart Hospital, Hallym University)

True nursing care means total nursing care which includes physical, emotional and spiritual care. The modern nursing care has tendency to focus toward physical care and needs attention toward emotional and spiritual care.

The total nursing care is mandatory for patients with terminal cancer and for this purpose, hospice care became emerged.

Hospice care originated from the place or shelter for the travellers to Jerusalem in medieval stage. However, the meaning of modern hospice care became changed to total nursing care for dying patients. Modern hospice care has been developed in England, and spreaded to U.S.A. and Canada for the patients with terminal cancer.

Nowaday, it became a part of nursing care and the concept of hospice care extended to the palliative care of the cancer patients.

Recently, it was introduced to Korea and received attention as model of total nursing care.

This study was attempted to assess the efficacy of hospice care. The purpose of this study was to prove a difference in terms of physical, emotional and spiritual aspect between the group who received hospice care and who didn't receive hospice care.

The subject for this study were 113 patients with advanced cancer who were hospitalized in the 8 different hospitals. 67 patients received hospice care in 4 different hospitals, and 46 patients didn't receive hospice care in another 4 different hospitals.

The method of this study was the questionnaire which was made through the descriptive study.

The descriptive study was made by individual contact with 102 patients of advanced cancer for 9 months period.

The measurement tool for questionnaire was made by author through the descriptive study, and included the personal religious orientation obtained from chung(originated R. Fleck) and 5 emotional stages before dying from Kübler Ross.

The content of questionnaire consisted in 67 items which included 11 for general characteristics, 10 for related condition with cancer, 13 for wishes for physical therapy, 13 for emotional reactions and 20 for personal religious orientation.

Data for this study was collected from Aug. 25 to Oct. 6 by author and 4 other nurse's who received education and training by author for the collection of data.

The collected data were analysed using descriptive statistics, X²-test, t-test and pearson correlation coefficient.

Results of the study were as follows:

“H.C Group” means the group of patient with cancer who received hospice care.

“Non H.C Group” means the group of patient with cancer who did not receive hospice care.

1. There is a difference between H.C Group and Non H.C Group in term of the number of physical symptoms, subjective degree of pain sensation and pain control, subjective beliefs in physical cure, emotional reaction, help of present emotional and spiritual care from other personal, needs of emotional and spiritual care in future, selection of treatment method by patients and personal religious orientation.
2. The comparison of H.C Group and Non H.C Group
 - 1) There is no difference in wishes for physical therapy between two groups($p=.522$). Among Non H.C Group, a group who didn't receive traditional therapy and herb medicine was higher than a group who received these in degree of belief that the traditional therapy and herb medicine can cure their disease, and this result was higher in comparison to H.C Group($p=.025$, $p=.050$).
 - 2) Non H.C Group was higher than H.C Group in degree of emotional reaction($p=.050$). H.C Group was higher than Non H.C Group in denial and acceptant stage among 5 different emotional stages before dying described by Kübler Ross, especially among the patient who had disease more than 13 months($p=.0069$, $p=.0198$).
 - 3) Non H.C Group was higher than H.C Group in demanding more emotional and spiritual care to doctor, nurse, family and pastor($p=.010$).
 - 4) Non H.C Group was higher than H.C Group in demanding more emotional and spiritual care to each individual of doctor, nurse and family ($p=.0110$, $p=.0029$, $p=.0053$).
 - 5) H.C Group was higher than Non H.C Group in degree of intrinsic behavior orientation and intrinsic belief orientation of personal religious orientation($p=.034$, $p=.026$).
 - 6) In H.C Group and Non H.C Group, the degree of emotional demanding of christians was significantly higher than non christians to doctor, nurse, family and pastor($p=.000$, $p=.035$).
 - 7) In H.C Group there were significant positive correlations as following;
 - (1) Between the degree of emotional demandings to doctor, nurse, family & pastor and the degree of intrinsic behavior orientation in personal religious orientation($r=.5512$, $p=.000$).
 - (2) Between the degree of emotional demandings to doctor, nurse, family & pastor and the degree of intrinsic belief orientation in personal religious orientation($r=.4795$, $p=.000$).
 - (3) Between the degree of intrinsic behavior orientation and the degree of intrinsic belief orientation in personal religious orientation($r=.8986$, $p=.000$).

- (4) Between the degree of extrinsic religious orientation and the degree of consensus religious orientation in personal religious orientation($r = .2640$, $p = .015$).

In H.C. Group there were significant negative correlations as following;

- (1) Between the degree of intrinsic behavior orientation and extrinsic religious orientation in personal religious orientation ($r = -.4218$, $p = .000$).
 - (2) Between the degree of intrinsic behavior orientation and consensus religious orientation in personal religious orientation($r = -.4597$, $p = .000$).
 - (3) Between the degree of intrinsic belief orientations and the degree of extrinsic religious orientation in personal religious orientation($r = -.4388$, $p = .000$).
 - (4) Between the degree of intrinsic belief orientation and the degree of consensus religious orientation in personal religious orientation($r = -.5424$, $p = .000$).
- 8) In Non H.C Group there were significant positive correlation as following;
- (1) Between the degree of emotional demandings to doctor, nurse, family & pastor and the degree of intrinsic behavior orientation in personal religious orientation($r = .3566$, $p = .007$).
 - (2) Between the degree of emotional demandings to doctor, nurse, family & pastor and the degree of intrinsic belief orientation in personal religious orientation($r = .3430$, $p = .010$).
 - (3) Between the degree of intrinsic behavior orientation and the degree of intrinsic belief orientation in personal religious orientation($r = .9723$, $p = .000$).

In Non H.C Group there were significant negative correlation as following;

- (1) Between the degree of emotional demandings to doctor, nurse, family & pastor and the degree of extrinsic religious orientation in personal religious orientation($r = -.2862$, $p = .027$).
- (2) Between the degree of intrinsic behavior orientation and the degree of extrinsic religious orientation in personal religious orientation($r = -.5083$, $p = .000$).
- (3) Between the degree of intrinsic belief orientation and the degree of extrinsic religious orientation in personal religious orientation($r = -.5013$, $p = .000$).

In conclusion above datas suggest that hospice care provide effective total nursing care for the patients with terminal cancer, and hospice care is mandatory in all medical institutions.