

의료인의 호스피스가정간호에 대한 지식과 태도 조사연구*

김 옥 겸**

1. 서 론

1. 연구의 필요성

고도의 과학 발달에 따른 현대의학의 발전은 질병으로부터 많은 생명을 구하였고 평균수명을 연장시켜 인류에게 큰 공헌을 하였지만, 인구의 고령화와 만성질환자의 증가를 불러오게 되었다. 특히 만성질환자 중에서도 말기 암이나 AIDS와 같이 치유나 재활이 불가능한 환자들은 필연적으로 죽음이라는 현실을 맞게 되는데, 그들이 겪는 고통은 죽음에 대한 두려움뿐이 아니라 통증, 영양결핍, 기동성 저하, 배설곤란 등의 신체적 고통과 사회와의 단절, 외로움, 고립감과 같은 사회정서적 문제, 신과의 관계 등 영적인 문제들을 포괄한다.

의료인들은 병원에서 말기 환자들을 가장 먼저 대하는 사람으로서, 죽음에 당면하게 된 환자를 접할 때 의료의 한계와 환자의 고통을 직접 피부로 느끼게 된다. 이때 호스피스에 대한 올바른 인식을 가지고 있지 않거나 의외할만한 호스피스 기관이 없는 경우, 무기력감 때문에 오히려 환자들로부터 멀어지려 하거나 무관심한 반응을 나타내고, 퇴원을 종용하게 될 수도 있다. 이러한 태도에 환자들은 믿었던 의료인들로부터 버림받은 듯한 느낌을 갖게 되고, 그것은 그들이 받는 고통을 가중시킬 수 있다. 실제로 현대의학의 체계 아래서

교육받은 의사들에게는 치유되지 않는 질환을 가진 환자는 의학 실패의 증거로 여겨지고 이를 곁에 두고 바라보는 것 자체가 힘든 일이 되고 있으며(홍영선, 1999), 자신은 환자나 보호자에게 질병상태와 예후에 대해 충분히 설명 해 주었다고 생각함에도 불구하고 환자는 그 의미를 이해하지 못하여 헛된 희망을 가짐으로써 상호간의 갈등을 야기 시키는 예도 많다고 한다.

삶과 죽음을 경험하는 현장에서 일하는 의료인이 먼저 죽음에 대해 올바르게 인식하고, 그러한 과정을 도와 주는 호스피스에 대한 정확한 개념을 가짐으로서 자신이 돌보아 오던 환자를 끝까지 도와주는 책임감 있는 태도를 가지고, 더 나아가 자신의 죽음에 대한 준비를 함으로써 성숙한 인간성을 소유하게 될 때 보다 나은 의료 서비스를 제공할 수 있을 것이다. 그러므로 의료인들이 호스피스에 대해 올바른 태도를 가지고, 그 개념을 바르게 이해하고 준비하는 일이 반드시 필요하다.

호스피스의 유형 중에서도 호스피스가정간호는 말기환자에게 특히 큰 의미가 있는데, 이는 가정이 가족, 친척, 가까운 이웃과 사랑을 나누는 따뜻한 장소 겸 피난처이며 환자를 가장 편안하게 해 주는 장소이기 때문이다. 특별히 전통적인 가족관이 생활 속에 많이 남아 있는 우리나라의 경우 임종환자들에게 가장 적합한 장소는 가정이라는 생각이 지배적이다(김영순, 1988, 김정희, 1990, 강은실 외, 1998, 최윤선 외, 1998).

* 연세대학교 교육대학원 석사학위논문

** 세브란스 호스피스 간호사

신체적인 고통이 적절히 조절될 수 있고, 임종 후에는 병원이나 시설영안실을 이용할 수 있다는 사실이 널리 알려진다면 누구나 자신이 일상생활을 해 나가던 장소, 지금도 사랑하는 가족이 함께 살고 있는 가정에서 남은 삶을 보내고 평안히 죽음을 맞이하기를 바랄 것이라고 생각되어진다. 따라서, 환자에게 가장 친밀하고 편한 환경인 가정에서 여생을 보내며, 존엄성 있게 임종을 맞을 때까지 육체적 어려움을 도와줄 수 있도록 의료인이 가정으로 방문하고, 의료비까지 절감되는 호스피스가정간호야말로 앞으로 널리 권장되어야 할 프로그램이다.

즉 호스피스가정간호는, 비록 치료는 불가능할지라도 인간의 존엄성을 최대한 존중하며 환자의 여생을 가능한 한 평안하게 하여 충만한 생활을 돕고 죽음을 삶의 일부로 자연스럽게 받아들이도록 하자는 호스피스 철학에 가장 부합되는 제도라고 할 수 있다. 따라서 호스피스가정간호에 대한 의료인의 지식과 태도를 조사연구 해봄으로써, 호스피스의 유형 중에서도 가장 바람직한 호스피스가정간호가 우리나라에서도 더욱 많이 확대, 발전되어 총체적인 고통을 겪고 있는 말기환자와 가족을 돕는 데에 기초자료가 되며, 더 나아가 의료인들의 교육에 도움이 되고자 한다.

2. 연구의 목적

- 1) 의료인의 호스피스 일반에 대한 지식을 조사한다.
- 2) 의료인의 호스피스가정간호에 대한 지식과 태도를 조사한다.
- 3) 의사와 간호사의 호스피스가정간호에 대한 지식과 태도를 비교한다.

II. 연구방법

1. 연구설계

본 연구는 의사와 간호사의 호스피스가정간호에 대한 지식과 태도를 파악하기 위해 질문지법을 이용해 조사한 서술적 조사 연구이다.

2. 연구대상

본 연구는 2002년 4월 22일부터 2002년 5월 10일까지

지 서울 소재의 일개 대학병원에서 근무 중인 의사와 간호사를 근접 모집단으로 하여 임의 표출하였는데, 이 병원에 근무하는 의사는 상근직과 비상근직을 포함하여 700 여명, 간호사는 1000 여명규모이다. 연구목적과 질문지의 내용을 이해하며 연구참여에 동의한 자로서 총 연구 대상자 수는 의사 100명, 간호사 127명이었으며, 대상자의 응답율은 의사 36.4%, 간호사 84.6%였다.

대상자로서 의사는 내과, 외과, 방사선 종양학과와, 비뇨기과, 가정의학과, 통증치료실, 이비인후과 등 말기 환자를 많이 만나는 진료과의 교수, 전공의와 수련의 100명이고, 간호사는 내과, 외과, 산부인과, 비뇨기과, 중환자실, 이비인후과 계의 병동에 근무하는 수간호사와 일반간호사 127명이다.

3. 연구도구

연구도구는 문헌고찰과 임상경험을 바탕으로 본 연구자가 개발한 연구도구를 사용하였다. 연구도구의 내용 타당도를 검증하기 위하여 개발된 도구를 호스피스에 경험과 지식이 많은 간호대학 교수 2인, 의과대학 교수 1인에 의해 검토하였고, 호스피스 가정간호사 3인의 자문을 구하여 수정, 보완하였다. 완성된 질문지를 의사 3인과 간호사 3인에게 사전 조사한 결과 걸리는 시간, 내용의 이해도나 질문의 문제점을 확인하고 수정 한 후 최종 도구로 확정하여 사용하였는데, 설문지 작성에 소요되는 시간은 10분 정도였다

본 연구에서 사용된 질문지는 크게 2가지로 나눌 수 있다.

1) 의료인의 호스피스가정간호에 대한 지식 측정도구

대상자의 일반적 특성 6문항과 함께 호스피스에 대한 일반적 지식 9문항이 포함되어 있으며, 호스피스가정간호에 대한 지식을 알아보기 위하여 호스피스의 유형, 근무병원의 호스피스 유형, 근무병원의 호스피스서비스에 대한 비용지불, 호스피스가정간호의 주요기능, 장점과 단점, 호스피스가정간호사의 역할, 일반가정간호와 호스피스가정간호의 구체적인 차이에 대한 질문 각각 1문항씩 8문항으로 구성되어 있다.

2) 의료인의 호스피스가정간호에 대한 태도 측정 도구

태도 측정도구는 의사와 간호사의 질문지가 다르게 만들어졌는데, 그 이유는 의사는 호스피스에 직접 의뢰 할 수가 있으나 간호사는 의뢰에 대해 제안만 가능하기 때문으로 간호사의 질문지에서는 의뢰대신 의뢰 제안으로 제시하였다.

의사와 간호사의 두 군의 비교가 가능한 질문으로는 4문항을 제시하였는데, 퇴원환자의 상태별로 일반가정간호와 호스피스가정간호 중 어디에 의뢰 또는 의뢰 제안 할 것인가에 대한 1문항과 치료될 수 없는 환자에 대한 퇴원 권유 문제와 말기환자에 대한 관심도, 앞으로의 호스피스가정간호에 대한 입장 등 3문항이다.

두 군간의 비교가 어려운 질문은 의사의 경우 호스피스가정간호 의뢰에 따른 4문항과 증상완화 전문의에게 의뢰할 의향 1문항의 5문항으로 되어있으며, 간호사의 질문지는 호스피스가정간호에 의뢰를 제안한 경험에 따른 3문항으로 구성되어 있다.

의뢰에 대한 다른 입장 때문에 간호사의 질문지는 총 24개의 문항으로 의사의 총 26문항보다 2문항이 적다.

4. 자료수집 방법 및 절차

본 연구의 자료배부와 수집 기간은 2002년 4월 22일부터 5월 10일까지 19일 간으로, 그 구체적인 방법은 다음과 같다.

준비된 질문지를 의사들에게는 교수와 전공의들에게 전자우편을 통하여 연구의 목적과 의의를 설명한 후에 각각 이름을 표기하여 메일 박스에 넣은 후 며칠에 걸쳐 각과 교실을 돌며 연구자가 직접 회수하였고, 그와 동시에 자료수집이 용이한 인턴의 교육시간에 배부하고 회수하는 방법도 병행하였다.

간호사들에게는 병원 간호부 교육연구소에 연구계획서를 제출하여 동의를 구한 후, 각 병동을 돌며 수간호사에게 연구목적과 의의를 설명하고 배부한 후 며칠의 기간을 두고 회수하였다.

그 결과 의사는 총 275부중 100부가 수거되어 회수율이 36.4%, 간호사는 총 150부중 127부가 회수되어 회수율이 84.7%였다.

5. 자료분석 방법

수집된 자료는 SPSS 10.0을 이용하여 전산통계처리하였으며 분석방법은 다음과 같다.

- 1) 대상자의 일반적 특성은 실수와 백분율로 나타내었다.
- 2) 호스피스가정간호에 대한 지식과 태도는 실수와 백분율로, 의사와 간호사 두 집단간의 지식과 태도 비교는 χ^2 -test로 분석하였다.
- 3) 퇴원하는 말기환자의 상태에 따른 의뢰 태도는 실수, 백분율, ANOVA로 분석하였다.
- 4) 일반적 특성과 호스피스가정간호에 대한 지식과 태도 비교는 실수와 백분율, χ^2 -test로 분석하였다.

6. 연구의 제한점

본 연구의 제한점은 다음과 같다.

- 1) 본 연구에 사용된 질문지는 연구자 자신이 문헌고찰과 경험을 통하여 제작하였으므로 표준화되지 못하였다.
- 2) 질문지법을 사용하였기 때문에, 자신의 태도보다는 사회적으로 바람직한 방향으로 응답하려는 (Social desirability) 데에서 발생하는 효과를 방지할 수 없었다.

III. 연구결과 및 논의

1. 대상자의 일반적 특성

연구 대상자의 일반적 특성은 다음과 같다<표 1>.

전체 대상자 227명 중 간호사는 127명, 의사는 100명이었고 성별은 간호사의 경우 100%가 여자였으며, 의사의 경우는 73%가 남자, 27%가 여자였다.

연령 분포로 간호사는 20~29세가 77명(61.1%)으로 가장 많았으며, 의사도 20~29세가 50명(50.0%)으로 가장 많은 분포를 보였다.

종교는 기독교가 112명(50.0%)으로 가장 많았는데 이것은 자료수집 병원의 설립이념이 기독교 정신이기 때문에 상대적으로 기독교인이 많았던 것으로 보인다.

결혼 상태는 미혼이 129명(56.8%)으로 미혼이 많이 분포하였다.

현재의 직위는 의사의 경우 수련의 59명(26.0%), 교

수직 32명(14.1%), 전문의 9명(4.0%) 순으로 분포하였으며, 간호사의 경우 일반간호사 120명(52.9%), 수간호사 7명(3.1%)의 분포를 나타냈다.

진료과목으로 의사는 내과 25명, 외과 10명, 방사선종양학과 6명 등이며, 인턴이 35명이었다. 간호사의 근무 부서는 내과계 73명, 외과계 27명, 산부인과 13명 등으로, 인턴을 제외하고는 의사나 간호사 모두가 내과가 가장 많았다.

임상경력은 3~10년 미만의 경력자가 82명(36.1%)으로 가장 많은 분포를 보였다.

2. 의료인의 호스피스가정간호에 대한 지식

1) 호스피스에 대한 일반적 지식

의료인의 호스피스가정간호에 대한 지식을 알아보기 위하여 호스피스에 대한 일반적 지식을 조사하였다.

〈표 1〉 대상자의 일반적 특성

N=227

특성	구분	의사		간호사		계	
		실수	(%)	실수	(%)	실수	(%)
성별	남	73	(73.0)	-	-	73	(32.2)
	여	27	(27.0)	127	(100)	154	(67.8)
연령	20~29세	50	(50.0)	77	(61.1)	127	(56.2)
	30~39세	28	(28.0)	39	(31.0)	67	(29.6)
	40~49세	13	(13.0)	8	(6.3)	21	(9.3)
	50~59세	8	(8.0)	2	(1.6)	10	(4.4)
	60세이상	1	(1.0)	-	-	1	(0.4)
종교	기독교	50	(50.0)	62	(50.0)	112	(50.0)
	천주교	15	(15.0)	18	(14.5)	33	(14.7)
	불교	5	(5.0)	6	(4.8)	11	(4.9)
	무	28	(28.0)	38	(30.6)	66	(29.5)
	기타	2	(2.0)	-	-	2	(0.9)
결혼상태	미혼	51	(51.0)	78	(61.4)	129	(56.8)
	기혼	49	(49.0)	49	(38.6)	98	(43.2)
	사별	-	-	-	-	-	-
	기타	-	-	-	-	-	-
현재의 지위	교수직	32	(32.0)	-	-	32	(14.1)
	전문 의사	9	(9.0)	-	-	9	(4.0)
	수련 의사	59	(59.0)	-	-	59	(26.0)
	수간호사	-	-	7	(5.5)	7	(3.1)
	일반간호사	-	-	120	(94.5)	120	(52.9)
진료과목	내과	25	(25.0)	73	(60.8)	98	(45.4)
	외과	10	(10.0)	27	(22.5)	37	(17.1)
	방사선종양학과	6	(6.0)	-	-	6	(2.8)
	비뇨기과	4	(4.0)	-	-	4	(1.9)
	이비인후과	2	(2.0)	1	(0.8)	3	(1.4)
	응급의학과	5	(5.0)	-	-	5	(2.3)
	인턴	35	(35.0)	-	-	35	(16.2)
	마취과(통증클리닉)	8	(8.0)	-	-	8	(3.7)
	산부인과	-	-	13	(6.0)	13	(6.0)
	중환자실	-	-	6	(2.3)	6	(2.8)
	기타	1	(1.0)	-	-	1	(0.5)
임상경력	1년 미만	37	(37.0)	8	(6.3)	45	(19.8)
	1년~3년	17	(17.0)	24	(18.9)	41	(18.1)
	3년~10년	16	(16.0)	66	(52.0)	82	(36.1)
	10년 이상	30	(30.0)	29	(22.8)	59	(26.0)
	계	100	(100)	127	(100)	227	(100)

호스피스에 대한 일반적 지식에 있어 의사와 간호사 두 군의 동질성 비교는 χ^2 -test를 이용하여 분석하였다.

호스피스 정의에 있어 85.4%가 '남은 여생동안 인간으로서의 존엄성과 높은 삶의 질을 유지하도록 돕는 것이다'라고 답하여 두 군간에 유의한 차이는 없었으며, '종교적으로 죽음을 잘 맞이하도록 돕는 것이다'에도 의사 13명(13%), 간호사 17명(13.5%)으로 답하여 호스피스를 종교적인 면으로만 이해하는 사람도 상당수 있었다.

호스피스 철학에서 217명(96.0%)이 '환자와 가족 모두를 대상으로 한다'에 가장 많이 답하였으며, 6가지의 철학 중 죽음을 연장시키거나 촉진시키지 않는다는 항목에 50.4%로 가장 낮게 응답하였다.

호스피스의 대상자에 대한 질문에는 95.6%가 '치유가 어려운 말기환자와 그 가족'이라고 답하여 매우 높은 지식수준을 보였다.

호스피스 의뢰기준에서는 34.2%만이 '잔여수명 6개월 미만으로 예상되는 환자'라고 응답하여 그 지식수준은 매우 낮았다. 호스피스의 의뢰기준은 '의사로부터 6개월 내지 1년 정도 살 수 있다는 진단을 받은 자'로 많은 문헌에 명시되어 있고(김수지 외, 2001, 노유자 외, 1995), 각 호스피스 기관에서도 이와 같은 요구를 '의식이 있어 대화가 가능한 자'와 함께 제시하는 경우가 많은데, 그 이유는 호스피스가 단순히 신체적인 중재만이 아니고 정신적, 사회적, 영적인 총체적 돌봄을 제공하기 때문에 대상자와 제공자 사이에 긴밀한 인간관계를 필요로 하므로 잔여수명이 너무 짧거나 의식이 없을 경우 총체적 돌봄이 불가능해지기 때문이다. 실제로 각 호스피스기관에서는 의료인의 너무 늦은 의뢰로 인해 이미 모든 고통의 과정을 겪고 심신이 파쇄해진 채 임종만을 앞둔 환자와 그 가족이 의뢰되는 예가 많아 좋은 호스피스 돌봄이 불가능한 경우를 본다. 그러므로 가능한 한 1년 또는 최소한 3개월~6개월 정도의 생존 예상기간을 가진 환자가 의뢰되어야 가장 바람직하다고 생각된다.

팀으로서의 호스피스 접근에 대한 지식을 조사해 보기 위해 호스피스 제공자는 누구라고 생각하는가 하는 질문에서는 간호사라고 응답한 비율이 94.3%로 가장 높았으며, 의사를 호스피스 제공자로 응답한 비율은 85.5%로 다른 제공자에 비해 낮은 응답율을 보였다. 응답율이 높은 순위로는 간호사, 자원봉사자, 목회자, 의사, 사회사업가의 순위로 나타나 의료인 뿐 아니라 병

원 전체 직원을 대상으로 조사해본 최상순 외(2001)의 연구에서 호스피스 팀원을 의사, 성직자(또는 목회자), 간호사, 사회사업가, 자원봉사자의 순위로 꼽은 결과와는 차이가 있었다.

호스피스를 알게 된 경로로는 35.7%가 학교에서 배웠다고 하였다. 이것은 의료인을 대상으로 한 연구에서 학교교육 31%, 병원실무교육 38%로 나온 심규미(2000)의 결과나, 학교교육 32%, 병원교육 48.0%로 나온 강은실 외(1998)의 연구결과보다는 다소 높은 분포를 보였다. 이러한 결과가 나온 것은 최근 호스피스에 대한 관심이 차츰 높아졌고 매스컴에서도 많이 홍보를 하고있으며, 이 병원이 속해있는 Y대학 의과대학과 간호대학에서 정규교과과정은 아니지만 암에 대하여 배울 때 호스피스에 대하여 교육을 하고 일부학생은 실습도 하기 때문인 것으로 보인다.

우리나라의 호스피스 활동이 어느 정도인지를 묻는 항목에서는 대학병원 중 일부에서만 시행되고 있다는 데에 64.0%가 답하여 그 활동이 활발하지 못하다는 것을 비교적 잘 알고 있었다.

호스피스의 도입이 저조한 이유로 '국가 차원의 제도화가 되지 못하였기 때문'에 73.1%, '일반 대중의 인식 부족'에 69.6%로 응답하였고 '의료인의 인식부족'에는 53.3%가 응답하여, 의료인 자신보다는 일반의 호스피스에 대한 인식부족을 더 이유로 지적하였다. 이에 대한 선행연구를 살펴보면, 정기화(1994)가 간호사와 의사를 대상으로 한 연구에서 호스피스 도입저조의 이유로 '병원당국의 인식부족'과 '호스피스의 필요성을 느끼지 않으므로'가 전체응답의 50.4%로 높게 나온 것, 또는 강은실(1998)이 의료인을 포함한 병원직원들을 대상으로 한 연구에서 '병원당국의 인식부족'과 '호스피스는 인식하되 필요성을 느끼지 않으므로'에 60.8%로 높게 응답한 것과 비교할 때 많이 개선된 편이나 아직도 의료인의 인식은 낮은 편이라고 보여진다.

호스피스가 활성화하려면 어떤 변화가 있어야 하는가 하는 질문에는 '일반인과 의료인의 호스피스에 대한 인식도를 높여야 한다'는 데 가장 많이 응답하였고(87.2%) '국가 차원에서 제도화(의료보험 등)를 실시해야 한다' '후원금 제도를 정착시켜야 한다' 순으로 답하였다. 이는 이은자(1998) 등의 선행연구에서도 일반과 의료인의 인식부족과 함께 병원의 경제성 고려 즉 국가차원의 제도화 미비가 호스피스를 활성화시키지 못하는 이유라고 한 결과와 일치하였다.

이 두 항목에서 볼 때 의료인이 보고있는 호스피스의 발전전략은 첫째로 국가차원의 제도화, 둘째로 호스피스에 대한 적극적인 홍보로 인식도를 높여야한다는 두 가지 방안이라는 것을 확인 할 수 있다.
의사와 간호사간의 호스피스에 대한 일반적 지식 차

이를 파악하고 비해 본 결과는 다음과 같다.
호스피스의 정의를 묻는 문항에서 의사는 85.0%, 간호사는 85.7%가 '남은 여생동안 인간으로서의 존엄성과 삶을 삶의 질을 유지하도록 돕는 것이다'라고 답하였으며 유의한 차이는 없었다.

<표 2> 호스피스에 대한 일반적 지식

N=227

특성	구분	의사	간호사	계	x ²	p
		실수 (%)	실수 (%)	실수 (%)		
호스피스의 정의	· 종교적으로 죽음을 잘 맞이함	13(13.0)	.17(13.5)	30(13.3)	3.322	.344
	· 의학적으로 생명을 연장, 유지	2(2.0)	-	2(0.9)		
	· 존엄성을 갖고 삶의 질 유지	85(85.0)	108(85.7)	193(85.4)		
	· 안락사와 비슷한 개념	-	1(0.8)	1(0.4)		
호스피스의 철학 a	· 임종예상되는 사람 대상	83(83.0)	105(83.3)	188(83.2)	.004	.947
	· 죽음을 연장, 촉진시키지 않음	50(50.0)	64(50.8)	114(50.4)	.014	.906
	· 치료보다 증상조절이 목표	59(59.0)	82(65.1)	141(62.4)	.878	.349
	· 환자와 가족 모두 대상	97(97.0)	120(95.2)	217(96.0)	.453	.501
	· 팀으로 접근	79(79.0)	86(68.3)	165(73.0)	3.267	.071
	· 사별관리까지 포함	51(51.0)	91(72.2)	142(62.8)	10.752	.001**
	· 종교적인 요구가 있는 사람	2(2.0)	3(2.4)	5(2.2)	6.413	.093
· 경제적으로 어려운 암환자	2(2.0)	-	2(0.9)			
· 치유가 어려운 말기환자	3(3.0)	-	3(1.3)			
· 치유가 어려운 말기환자/가족	93(93.0)	122(97.6)	215(95.6)			
호스피스 의뢰 기준	· 임종이 가까운 환자	23(23.0)	60(48.0)	83(36.9)	23.603	.000***
	· 잔여수명 1개월 미만	20(20.0)	6(4.8)	26(11.6)		
	· 잔여수명 3개월 미만	22(22.0)	17(13.6)	39(17.3)		
	· 잔여수명 6개월 미만	35(35.0)	42(33.6)	77(34.2)		
호스피스 제공자 a	· 의사	84(84.0)	110(86.6)	194(85.5)	.308	.579
	· 간호사	90(90.0)	124(97.6)	214(94.3)	6.045	.014*
	· 목회자	81(81.0)	121(95.3)	202(89.0)	11.634	.001**
	· 자원봉사자	90(90.0)	116(91.3)	206(90.7)	.119	.730
	· 사회사업가	81(81.0)	109(85.8)	190(83.7)	.955	.328
호스피스를 알게 된 경로	· 학교 교과과정	26(26.0)	55(43.3)	81(35.7)	31.352	.000***
	· 책이나 매스컴	31(31.0)	21(16.5)	52(22.9)		
	· 병원 실무교육	20(20.0)	46(36.2)	66(29.1)		
	· 기타	23(23.0)	5(3.9)	28(12.3)		
우리나라의 호스피스 활동	· 준 종합병원 수준 이상	1(1.0)	11(8.8)	12(5.4)	13.845	.003**
	· 대학병원 수준	11(11.3)	21(16.8)	32(14.4)		
	· 대학병원 중 일부	74(76.3)	68(54.4)	142(64.0)		
	· 종교단체 요양원 수준	11(11.3)	25(20.0)	36(16.2)		
호스피스 도입 저조 이유 a	· 국가차원 제도화 미비	71(71.0)	95(74.8)	166(73.1)	.412	.521
	· 의료인의 인식 부족	54(54.0)	67(52.8)	121(53.3)	.035	.852
	· 전문인력의 부족	61(61.0)	81(63.8)	142(62.6)	.185	.668
	· 일반 대중의 인식부족	66(66.0)	92(72.4)	158(69.6)	1.097	.295
호스피스 활성화를 위한 변화 a	· 후원금제도 정착	56(56.0)	57(44.9)	113(49.8)	2.766	.096
	· 호스피스 설립 의무화	20(20.0)	62(48.8)	82(36.1)	20.137	.000***
	· 호스피스에 대한 인식도 높임	82(82.0)	116(91.3)	198(87.2)	4.379	.036*
	· 종교인 주도	15(15.0)	23(18.1)	38(16.7)	.388	.533
	· 국가차원의 제도화	70(70.0)	111(87.4)	181(79.7)	10.485	.001**

*p<.05 **p<.01 ***p<.001

a : 다중응답

호스피스에 대한 지식을 묻는 문항에서는 전체적으로 높은 지식수준을 보였으나 '환자 사망 후 사별관리까지 포함한다'는 항목에서 의사가 51.0%, 간호사가 72.2%로 유의한 차이($\chi^2=10.752$, $p=.001$)를 보여주어 의사는 호스피스에 사별간호가 포함된다는 것에 간호사보다 낮게 응답하였다.

호스피스 의뢰기준을 묻는 항목에서 의사는 35.0%가 '잔여수명 6개월 미만으로 예상되는 환자'로 가장 많이 답하였으나 간호사는 '임종이 가까운 환자'에 48.0%를 답하여 두 그룹간의 유의한 차이를 보였다($\chi^2=23.603$, $p=.000$). 이는 의사보다는 간호사가 호스피스를 임종간호로 잘 못 이해하고 있다는 것을 보여준다. 그 다음 빈도로는 의사 군에서 23.0%가 '임종이 가까운 환자'를, 간호사 군에서는 33.6%가 '잔여수명 6개월 미만인 환자'로 답하였다.

호스피스 제공자에 대하여는 두 그룹 모두 의사보다는 간호사에 많은 응답을 하였는데, 의사 군 90명(90.0%), 간호사 군 124명(97.6%)으로 두 군간의 유의한 차이를 보였다($\chi^2=6.045$, $p=.014$). 특히 목회자가 호스피스 제공자라고 답한 비율은 의사 81.0%, 간호사 95.3%로 유의한 차이($\chi^2=11.634$, $p=.001$)를 보여 목회자가 호스피스의 중요한 팀원이라는 것을 모르는 의사가 많았다. 사회사업가가 호스피스 제공자라고 보는 비율은 83.7%로 의사를 제공자로 보는 예와 비슷하게 적은 편이었다. 이것은 홍영선(1999)이 호스피스를 간호사들과 비의료인들이 참여하는 고유영역으로 잘 못 인식하는 예가 많다고 지적한 것과 일치한 반응이라고 본다.

호스피스에 대해 알게 된 경로로는 의사가 책이나 매스컴, 학교 교과과정, 기타, 병원 실무 교육 순으로 응답한 반면 간호사는 학교 교과과정, 병원실무교육, 책이나 매스컴, 기타 순으로 응답하여($\chi^2=31.362$, $p=.001$) 의과대학보다는 간호대학에서 호스피스 교육을 더 많이 하고 있다는 것을 보여 주었으며, 간호사의 경우는 병원실무교육에서 호스피스를 알게 된 경우도 많은 것으로 나타나 의사에게도 실무교육에 호스피스교육이 필요함을 알 수 있었다. 이는 일반인을 대상으로 한 이성순(2000)의 연구에서, 일반인들이 매스컴에서 호스피스를 가장 많이 알게 된다고 37%가 응답한 사실에 비해 의료인들은 학교나 임상에서의 교육을 통해 호스피스에 대해 더 많은 지식을 갖게 된다는 것을 알 수 있다.

우리나라의 호스피스 활동이 어느 정도인지를 묻는

항목에서 의사는 76.3%, 간호사는 54.4%가 대학병원 중 일부에서만 시행되고 있다고 답해 유의한 차이($\chi^2=13.845$, $p=.003$)를 보였는데, 간호사는 모든 대학병원이나 종교단체에서도 호스피스 활동이 이루어지고 있다는 것으로 알고 있는 율이 높았다.

호스피스의 도입이 저조한 이유로는 '국가 차원의 제도화가 되지 못하였기 때문'과 일반 대중과 의료인의 인식 부족을 이유로 지적하여 두 군 사이에 유의한 차이가 없었다.

호스피스를 활성화시키기 위하여서는 특히 간호사 군에서 '각 병원에 호스피스 설립을 의무화하여야 한다'는 데에 48.8%가 답하여 의사의 20.0%와는 차이를 보였으며($\chi^2=20.137$, $p=.000$), '국가차원의 제도화가 되어야 한다'는 의견에도 의사 70.0%, 간호사 87.4%로 차이($\chi^2=10.485$, $p=.001$)를 보였다<표 2>.

2) 호스피스가정간호에 대한 지식

의료인의 호스피스가정간호에 대한 지식을 조사해 본 결과는 다음과 같다<표 3>.

호스피스 유형에 있어서 호스피스병동과 호스피스 가정간호에 대하여는 각각 89.4%, 92.1%의 높은 분포를 나타내었는데, 그 밖의 호스피스 유형에 대하여는 낮은 분포를 나타내었다.

대상자가 근무하는 병원의 호스피스유형을 묻는 질문에는 79.6%의 의료인이 호스피스가정간호가 있다는 것을 알고 있었으나, 호스피스 병동도 있다고 43.4%가 응답하여 인지도가 낮았다. 이는 1994년 Y대학 병원에 호스피스 병상이 11병상 마련되었다가 병원 운영상의 문제로 없어진 것 때문에 생긴 혼란으로 사료된다.

근무하는 병원의 호스피스 비용지불 방식은 무료라는 것에 30.1%만이 응답해 매우 적었다.

호스피스가정간호의 하는 일로는 89.4%가 '환자가 가정에 머물면서 증상을 조절하며 남은 날들을 편안히 지내도록 돕는다'에 답하여 호스피스 유형 중에서도 호스피스가정간호의 하는 일에 대해 잘 이해하고 있었다.

호스피스가정간호의 장점으로는 '환자가 자신의 가정에서 지낼 수 있기 때문에 안정될 수 있다'에 87.2%를 표하여 가장 높은 응답을 하였으며, '봉사자의 도움'도 84.3%로 응답하였다. 그러나 경제적 부담이 적을 것이라는 데에는 48.9%가 답하여 낮은 지식 정도를 보였다. 이는 '호스피스가 환자와 가족에게 경제적 부담을

덜어준다'고 의료인의 12.1%만이 답한 이은자(1998)의 연구와는 차이를 보였으나 호스피스가정간호가 비유면에서도 매우 유익하다는 이태화 등(2000)의 연구에 비해 아직도 의료인이 호스피스의 경제적 유익성에 대한 지식이 부족하다고 사료된다.

호스피스가정간호의 단점으로는 '응급상황에 대처가 늦을 수 있다'고 77.3%가 답하였고, '증상조절에 어려움이 있을 것이다'에 59.6%, 그리고 '환자를 돌보는

가족의 부담이 클 것이다'를 그 다음 단점으로 지적하였는데, 이는 호스피스가정간호가 증상조절에 주력하고 있고 응급상황에 대하여 부분적으로나마 응급방문을 시행하고 있으며, 봉사자가 가정으로 방문하여 가족을 돕는다는 것에 대해 의료인의 인지하지 못하기 때문인 것으로 사료된다.

호스피스가정간호사의 역할로는 '가정간호교육과 호스피스 교육을 받은 전문요원으로서 환자의 가정으

〈표 3〉 호스피스가정간호에 대한 지식

N=227

특성	구분	의사	간호사	계	x ²	P
		실수 %	실수 %	실수 %		
호스피스의 유형 a	· 호스피스 병동	93(93.0)	110(86.6)	203(89.4)	2.413	.120
	· 호스피스가정간호	87(87.0)	122(96.1)	209(92.1)	6.294	.012*
	· 병원 산재형	60(60.0)	71(55.9)	131(57.7)	.384	.535
	· 요양원 형태의 시설호스피스	57(57.0)	78(61.4)	135(59.5)	.453	.501
	· 독립형 호스피스	27(27.0)	39(30.7)	66(29.1)	.373	.541
근무병원의 호스피스 유형 a	· 호스피스 병동	43(43.4)	55(43.3)	98(43.4)	.000	.985
	· 호스피스가정간호	79(79.8)	101(79.5)	180(79.6)	.003	.960
	· 병원 산재형	58(58.6)	83(65.4)	141(62.4)	1.086	.297
	· 시설호스피스	3(3.0)	-	3(1.3)	3.900	.048*
근무병원의 비용 지불 방법	· 의료보험, 환자 공동부담	41(44.1)	63(51.2)	104(48.1)		
	· 환자부담	18(19.4)	29(23.6)	47(21.8)	3.263	.196
	· 무료	34(36.6)	31(25.2)	65(30.1)		
호스피스 가정간호의 하는 일	· 경제적인 도움	3(3.0)	1(0.8)	4(1.8)		
	· 적극적이고 기술적인 치료	4(4.0)	2(1.6)	6(2.6)	2.925	.403
	· 증상 조절하여 편안하게	87(87.0)	116(91.3)	203(89.4)		
	· 요청시 방문 처치	6(6.0)	8(6.3)	14(6.2)		
호스피스 가정간호의 장점 a	· 가정에서 지낼 수 있어 안정	84(84.0)	114(89.8)	198(87.2)	1.668	.197
	· 환자가 이동하지 않아도 됨	73(73.0)	85(66.9)	158(69.6)	.975	.324
	· 가정 방문 가능	76(76.0)	107(84.3)	183(80.6)	2.438	.118
	· 집에서 입종 가능	57(57.0)	96(75.6)	153(67.4)	8.800	.003**
	· 경제적 부담 적음	39(39.0)	72(56.7)	111(48.9)	7.009	.008**
호스피스 가정간호의 단점 a	· 증상조절에 어려움	66(66.7)	68(54.0)	134(59.6)	3.711	.054
	· 응급상황시 늦은 대처	75(75.8)	99(78.6)	174(77.3)	.250	.617
	· 가족의 부담 커짐	46(46.5)	73(57.9)	119(52.9)	2.928	.087
	· 집에서 장례 치러야 함	25(25.3)	27(21.4)	52(23.1)	.456	.499
호스피스 가정간호의 역할 a	· 주치의와 환자간의 가교	61(62.2)	87(68.5)	148(65.8)	.963	.327
	· 신체적, 정신적, 영적 돌봄	87(88.8)	124(97.6)	211(93.8)	7.445	.006**
	· 가정의 환자를 만나는 의료인	52(53.1)	81(63.8)	133(59.1)	2.629	.105
	· 전문적인 의료행위 방문 기술	24(24.5)	59(46.5)	83(36.9)	11.465	.001**
	· 가족간호 제공	47(48.0)	92(72.4)	139(61.8)	14.041	.000***
일반가정간호와 호스피스가정간호는 다른가?	예	87(87.0)	124(97.6)	211(93.0)	9.663	.002**
	아니오	13(13.0)	3(2.4)	16(7.0)		
구체적인 차이	· 구체적으로 모름	16(19.8)	9(7.3)	25(12.2)		
	· 치료, 재활 / 증상조절	56(69.1)	76(61.3)	132(64.4)	17.391	.001**
	· 경제적 능력의 유무	3(3.7)	4(3.2)	7(3.4)		
	· 종교적인 요구의 유무	6(7.4)	35(28.2)	41(20.0)		

*p<.05 **p<.01 ***p<.001

a : 다중응답

로 방문하여 신체적, 정신적, 영적 돌봄을 제공한다'에 가장 많은 답(93.8%)을 하여 호스피스가정간호사의 역할에 대한 인식은 높은 편이었다.

일반가정간호와 호스피스가정간호의 차이를 묻는 항목에서는 93.0%가 다르다고 답하였으나, 구체적인 차이에 대하여는 64.4%만이 일반가정간호는 치료와 재활이, 호스피스가정간호는 증상조절이 목적이라고 응답하였다<표 3>.

의사와 간호사간의 호스피스가정간호에 대한 지식을 비교해본 결과는 다음과 같다.

호스피스의 유형을 묻는 질문에 의사, 간호사 두 군 모두 호스피스병동과 호스피스가정간호의 유형을 가장 많이 응답했으나 그 순위는 의사 군 91.0%, 87.0%, 간호사 군 86.6%, 96.1%로 의사는 호스피스 병동에 대해, 간호사는 호스피스가정간호의 유형에 대해 더 많이 알고 있는 것으로 나타났으며 두 군간의 유의한 차이($\chi^2=6.294$, $p=.012$)가 있었다.

대상자가 근무하는 병원의 호스피스유형으로 의사 군과 간호사 군 모두 호스피스가정간호의 존재에 대해 지식수준이 높았으나 호스피스가정간호와 연결되어 병원 산재형도 병행하고 있다는 것은 의사 군에서 더 낮게 알고 있었다.

호스피스가정간호의 장점으로 경제적 부담이 적을 것이라는 항목에서도 의사 군은 39.0%, 간호사 56.7%로 유의한 차이를 보였는데($\chi^2=7.009$, $p=.008$), 이는 호스피스가 무료로 제공된다는 것을 모르기 때문에 나온 답인 것으로 사료된다.

호스피스가정간호사의 역할에서 '가족간호와 사별간호까지 포함한다'에 의사 47명(48.0%), 간호사 92명(72.4%)이 답하여 유의한 차이를 보였는데, 호스피스의 철학을 물을 때와 같은 결과로 호스피스가 가족간호와 사별간호까지 포함한다는 것을 의사 군이 잘 모른다는 것을 보여주며($\chi^2=14.041$, $p=.000$), 따라서 의과 대학의 호스피스교육시간에 가족간호와 사별간호를 강조하여 교육하는 것이 필요하다고 본다.

일반가정간호와 호스피스가정간호가 다르다고 생각하느냐를 묻는 항목에서 의사는 87.0%, 간호사는 97.6%가 '예'라고 답해 두 그룹간의 유의한 차이($\chi^2=9.663$, $p=.002$)를 보여 주었으며 '구체적으로 무엇이 다른지는 모르겠다'고 의사 16명(19.8%), 간호사 9명(7.3%)이 답해 의사는 간호사보다 일반가정간호와 호스피스가정간호의 구체적인 차이를 인지하지 못한다

고 볼 수 있었다. '호스피스가정간호는 종교적인 요구가 있는 사람이 대상이다'라고 답한 간호사는 28.2%로 의사의 7.4%보다 훨씬 많아 유의한 차이를($\chi^2=17.391$, $p=.001$) 보였는데, 이는 간호사 군이 호스피스가정간호를 의사 군보다 종교적인 견해로 보고 있음을 나타내었다<표 3>.

3. 의료인의 호스피스가정간호에 대한 태도

1) 퇴원하는 환자상태에 따른 의뢰

호스피스가정간호와 일반가정간호의 차이에 대한 지식과 태도를 알아보기 위해 퇴원하는 환자의 상태에 따라 호스피스가정간호 대상자로 8가지 건강문제를 가진 환자를 제시하였고, 일반가정간호 대상자로 10가지 건강문제를 가진 환자를 제시하여 어디에 의뢰하겠다는 것을 질문하였는데, 의사는 의뢰로, 간호사는 의뢰제안으로 답하게 하였다.

그 결과 평균 80% 이상이 적절한 의뢰, 또는 의뢰제안을 하는 것으로 나타났으나 '합병증이 생긴 AIDS환자'의 경우에는 63.8%만이 호스피스가정간호에 의뢰한다고 하여 AIDS환자에게도 봉사자의 도움과 영적인 간호를 포함한 총체적 간호가 필요하다는 것에 대한 의식이 낮음을 보여주었다.

의사 군과 간호사 군의 대상자에 따른 의뢰태도에 유의한 차이가 있는 항목을 살펴보면 다음과 같다<표 4>.

'불안감이 심한 말기환자'를 의사 군은 83.5%가 호스피스가정간호의 대상자라고 본 반면 간호사 군은 92.9%가 호스피스가정간호의 대상자라고 보아 유의한 차이($F=22.019$, $p=.000$)를 보였고, '종교적 요구가 많은 말기환자'에서도 의사 90.7%, 간호사 96.0%가 호스피스가정간호에 의뢰한다고 하여 유의한 차이를 보여($F=19.192$, $p=.000$) 앞에서의 결과와 같이 의사 군보다는 간호사 군이 호스피스를 영적인 측면으로 이해하려는 태도가 더 강하다고 볼 수 있었다.

'가족과 친지가 거의 없는 말기환자'의 경우에는 의사가 78.1%, 간호사는 94.4%가 가정간호에 의뢰한다고 하여 두 집단간에 차이($F=62.650$, $p=.000$)를 보였는데, 간호사는 돌보아 줄 사람이 없는 환자가 병원에서 지낼 때 호스피스 팀이 많이 도운 것을 보았기 때문인 것으로 사료된다.

또한 '정신적, 사회적으로 복합적인 문제가 많은 말기 환자'의 경우도 의사는 84.2%, 간호사는 96.0%가 호

〈표 4〉 환자상태에 따른 의사와 간호사의 의리태도

N=227

특성	구분	의사		간호사		계		F	p
		실수	%	실수	%	실수	%		
지역사회 자원을 필요로 하는 말기환자	호스피스가정간호	84	(88.4)	115	(92.0)	149	(90.5)	3.302	.071
	일반가정간호	6	(6.3)	6	(4.8)	12	(5.5)		
	잘 모르겠다	5	(5.3)	4	(3.2)	9	(4.1)		
불안감이 심한 말기환자	호스피스가정간호	81	(83.5)	119	(92.9)	198	(88.8)	22.019	.000***
	일반가정간호	10	(10.3)	7	(5.6)	17	(7.6)		
	잘 모르겠다	6	(6.2)	2	(1.6)	8	(3.6)		
종교적 요구가 많은 말기환자	호스피스가정간호	88	(90.7)	121	(96.0)	209	(93.7)	19.192	.000***
	일반가정간호	5	(5.2)	5	(4.0)	10	(4.5)		
	잘 모르겠다	4	(4.1)	-	-	4	(1.8)		
가족과 친지가 거의 없는 말기환자	호스피스가정간호	75	(78.1)	119	(94.4)	194	(87.4)	62.650	.000***
	일반가정간호	14	(14.6)	6	(4.8)	20	(9.0)		
	잘 모르겠다	7	(7.3)	1	(0.8)	8	(3.6)		
경제적으로 어려운 말기환자	호스피스가정간호	74	(75.5)	106	(84.1)	180	(80.4)	7.209	.008**
	일반가정간호	10	(10.2)	8	(6.3)	18	(8.0)		
	잘 모르겠다	14	(14.3)	12	(9.5)	26	(11.6)		
정신적, 사회적으로 문제가 많은 말기환자	호스피스가정간호	80	(84.2)	120	(96.0)	200	(90.9)	38.503	.000***
	일반가정간호	5	(5.3)	2	(1.6)	7	(3.2)		
	잘 모르겠다	10	(10.5)	3	(2.4)	13	(5.9)		
제입원한 경우에도 정신적지지가 필요한 환자	호스피스가정간호	69	(72.6)	93	(73.8)	162	(73.3)	.015	.903
	일반가정간호	21	(22.1)	26	(20.6)	47	(21.3)		
	잘 모르겠다	5	(5.3)	7	(5.6)	12	(5.4)		
이미 합병증이 생긴 AIDS 환자	호스피스가정간호	51	(53.7)	90	(71.4)	141	(63.8)	11.062	.001**
	일반가정간호	31	(32.6)	28	(22.4)	59	(26.7)		
	잘 모르겠다	13	(13.7)	8	(6.3)	21	(9.5)		
혈당조절이 필요한 당뇨병환자	호스피스가정간호	5	(5.3)	11	(8.7)	16	(7.2)	2.443	.120
	일반가정간호	86	(90.5)	115	(91.3)	201	(91.0)		
	잘 모르겠다	4	(4.2)	-	-	4	(1.8)		
뇌졸중의 후유증으로 편마비가 있는 환자	호스피스가정간호	9	(9.5)	22	(17.5)	31	(14.0)	11.062	.001**
	일반가정간호	81	(85.3)	103	(81.7)	184	(83.3)		
	잘 모르겠다	5	(5.3)	1	(0.8)	6	(2.7)		
계속적인 검사와 영양제공급이 필요한 환자	호스피스가정간호	10	(10.4)	13	(10.3)	23	(10.4)	.071	.790
	일반가정간호	80	(84.2)	111	(88.1)	191	(86.4)		
	잘 모르겠다	5	(5.3)	2	(1.6)	7	(3.2)		
정기검진 및 재활, 투약 등이 필요한 장기환자	호스피스가정간호	11	(11.6)	17	(13.5)	28	(12.7)	.236	.627
	일반가정간호	80	(84.2)	109	(86.5)	189	(85.5)		
	잘 모르겠다	4	(4.2)	-	-	4	(1.8)		
퇴행성 및 기능장애 노인환자	호스피스가정간호	14	(14.7)	32	(25.6)	46	(20.9)	9.248	.003**
	일반가정간호	76	(80.0)	90	(72.0)	166	(75.5)		
	잘 모르겠다	5	(5.3)	3	(2.4)	8	(3.6)		
물리치료가 필요한 환자	호스피스가정간호	10	(10.5)	15	(12.0)	25	(11.4)	.120	.729
	일반가정간호	79	(83.2)	107	(85.6)	186	(84.5)		
	잘 모르겠다	6	(6.3)	3	(2.4)	9	(4.1)		
수술 후 합병증 없이 실뺨기를 기다리는 환자	호스피스가정간호	5	(5.2)	8	(6.5)	13	(5.9)	3.217	.074
	일반가정간호	81	(84.4)	113	(91.1)	194	(88.2)		
	잘 모르겠다	10	(10.4)	3	(2.4)	13	(5.9)		
제왕절개술 후 3일 경과한 산모	호스피스가정간호	6	(6.3)	7	(5.6)	13	(5.9)	6.001	.015*
	일반가정간호	79	(82.3)	113	(90.4)	192	(86.9)		
	잘 모르겠다	11	(11.5)	5	(4.0)	16	(7.2)		
필리루빈 수치가 높은 신생아	호스피스가정간호	10	(10.5)	15	(12.0)	25	(11.4)	1.128	.289
	일반가정간호	71	(74.7)	102	(81.6)	173	(78.6)		
	잘 모르겠다	14	(14.7)	8	(6.4)	22	(10.0)		
정신질환이 있으나 증상이 심하지 않은 환자	호스피스가정간호	7	(7.4)	24	(19.4)	31	(14.2)	1.853	.175
	일반가정간호	74	(77.9)	90	(72.6)	164	(74.9)		
	잘 모르겠다	14	(14.7)	10	(8.1)	24	(11.0)		

*p<.05 **p<.01 ***p<.001

스피스가정간호에 의뢰한다고 보아 유의한 차이($F=38.503, p=.000$)를 보였다.

‘이미 합병증이 생긴 AIDS환자’의 경우에는 의사 53.7%, 간호사 71.4% 호스피스가정간호에 의뢰한다고 보아 유의한 차이($F=11.062, p=.001$)를 보여주었는데, 의사는 물론 간호사에서도 비교적 낮은 율을 보인 것은 아직은 AIDS환자가 많이 노출되지 않았기 때문인 것으로 보인다.

그 외에 일반가정간호의 대상인 ‘퇴행성 기능장애 노인환자’를 의사는 14.7%가 호스피스가정간호에, 간호사는 25.6%가 호스피스가정간호에 의뢰한다고 하여 유의한 차($F=9.248, p=.003$)를 보여주었다<표 4>.

2) 호스피스가정간호에 대한 태도

호스피스가정간호에 대한 의사의 태도를 조사해 본 결과는 다음과 같다.

‘환자가 치료 될 수 없고 병원에서도 더 이상 해줄 것이 없을 때 귀하는 퇴원을 권유합니까?’에 대한 답으로 ‘예’ 61명(62.9%), ‘아니오’ 7명(7.2%), ‘상황에 따라 다르다’ 29명(29.9%)이 답함으로써 말기환자에게는 퇴원을 권유하는 경우가 매우 많음을 보여주고 있으며, 퇴원을 권유할 때는 ‘호스피스가정간호에 의뢰한다’는 대답이 27명(44.3%), ‘지역의 작은 병원으로 옮기라고 한다’에 26명(42.6%)이 답함으로써 두 경우가 비슷한 비율로 나타났다.

퇴원하는 말기환자를 호스피스가정간호에 의뢰한 경험이 있는가를 묻는 질문에는 30명(30.6%)이 ‘예’, 68명(69.4%)이 ‘아니오’라고 답하였다.

호스피스가정간호에 의뢰한 경험이 있는 경우 그 내용에 만족하였는가를 묻는 질문에서는 응답자 29명 중 22명(75.9%)이 만족한다고 답하였는데, 그 이유는 17명(77.3%)이 ‘봉사자나 목회자 등이 도왔다고 생각하므로’에 답하였고 10명(45.5%)만이 ‘호스피스에서 증상조절을 해 주었다고 여겨지므로’로 답하여 봉사자, 목회자의 도움에 비중을 많이 두었고 다음으로 증상조절에 관심을 가진 것으로 나왔다.

이는 의사들은 호스피스를 증상조절을 해 주는 전문 의료인들이 중심이 된다는 생각보다는 종교적 측면이나 비의료인들의 도움이 중요하다고 생각하고 있음을 나타낸다고 생각된다.

반면, 호스피스가정간호에 의뢰하고 만족하지 못한

경우도 7명(24.1%)이 답하였는데 만족하지 못한 가장 큰 이유는 ‘어떠한 도움을 주었는지 모르기 때문에’(85.7%)로 나와 호스피스가정간호를 제공받는 결과가 의뢰한 의사에게 제대로 전달되지 못하고 있다는 것을 보여주고 있다. 실제로 병원과 달리 호스피스가정간호는 환자의 가정에서 이루어지기 때문에 의사는 환자를 직접 보지 못하고 간호사의 보고만을 받고 처방을 주는 예가 많으며, 환자가 가정에서 임종을 맞는 경우에는 그 환자가 어떻게 의료적, 비의료적 혜택을 받았는지 모르는 경우가 많다. 이는 현재 이 병원 호스피스에서 사용하고 있는 호스피스 퇴원요약지를 의사에게 보내는 방식 외에 의사소통의 또 다른 방법이 필요하다는 것을 알 수 있다.

호스피스가정간호에 의뢰하지 않은 이유를 묻는 문항에서는 의뢰 경험이 없는 68명 중 33명이 응답을 하였는데, 22명(66.7%)이 ‘호스피스가정간호에 의뢰하는 방법을 모르기 때문에’라고 답하여 호스피스가정간호에서 의사들에게 의뢰방법을 잘 홍보하지 못했기 때문이라고 볼 수 있으며, 한편으로는 응답자의 구성 중 아직 처방을 할 수 없고 진료과목이 정해지지 않은 경력 1년 미만의 인턴이 35명이나 되기 때문일 수도 있다고 본다.

의뢰하지 않은 경우 그 다음 이유는 ‘포기한다는 인상을 주어 신뢰감이 깨질까봐’도 9명(27.3%)이 응답하여 호스피스가정간호에 의뢰할 경우 환자는 의사가 자신을 포기하는 것으로 여긴다는 것을 간접적으로 보여주어 호스피스에 대한 교육이 환자와 가족을 포함한 일반에게도 시급히 필요함을 보여주었다.

반면 ‘의뢰한다고 증상조절이 될 것 같지 않으므로’에는 5명(15.2%)만이 답하여 호스피스가정간호에 대한 신뢰감은 비교적 높은 편으로 사료된다.

호스피스가정간호 환자를 일반가정간호에 의뢰한 경험을 묻는 질문에는 총 응답자 90명 중 23명(25.6%)이 ‘예’라고 대답하였고 그중 19명만이 이유에 대해 답을 하였는데, 7명은 ‘호스피스가정간호와 일반가정간호의 차이를 모르기 때문’이라고 하였고, ‘환자나 보호자가 호스피스라면 포기한다고 생각하여 거절할까 봐’라는 내용에는 5명(26.3%)이 답하여 의사군이 호스피스 가정간호에 대해 잘 모른다는 것과 환자와의 신뢰감이 깨지는 것이 두려워 호스피스가정간호에 잘 의뢰를 안 한다는 앞의 결과와 비슷한 결과를 보여주었다. 그 외에 ‘호스피스가정간호는 검사나 수액 등의 치료를 안

해줄 것이라고 생각해서'에도 7명(36.8%)이 답하여 말기환자에게 끝까지 검사와 수액을 제공하고 싶어하는 율도 꽤 높았다는 것을 보여준다.

이 외에 말기환자의 증상완화만을 전문으로 하는 의사가 있다면 의뢰하겠느냐를 묻는 질문에는 총 응답자 94명 중 89명(94.9%)이 '예'라고 대답하여 의뢰할 의향

이 매우 높음을 보여주었는데, 이는 말기환자의 증상조절이 의사 본인들에게도 매우 부담이 됨을 보여주는 예라고 볼 수 있으며 우리나라에도 완화전문의를 반드시 필요하다는 것을 보여주었다<표 5>.

간호사의 호스피스가정간호에 대한 태도는 다음과 같다.

<표 5> 호스피스가정간호에 대한 의사의 태도

n=100

특성	구분	의사	
		n	%
퇴원 권유	예	61	(62.9)
	아니오	7	(7.2)
	상황에 따라	29	(29.9)
'예'일 경우	외래나 응급실 권유	5	(8.2)
	호스피스가정간호 의뢰	27	(44.3)
	일반가정간호 의뢰	2	(3.3)
	지역의 작은 병원 이동	26	(42.6)
	대책 없이 퇴원	1	(1.6)
	중환자실로 이동	1	(50.0)
'아니오'일 경우	임종 때까지 동일 병실	-	-
	임종 직전에 1인실	-	-
	원하는 증상조절만	1	(50.0)
호스피스가정간호 의뢰 경험	예	30	(30.6)
	아니오	68	(69.4)
의뢰한 경우, 만족하였는가?	예	22	(75.9)
	아니오	7	(24.1)
'예'일 경우 a	환자퇴원의 구실	1	(4.5)
	증상조절	10	(45.5)
	경제적 부담 감소	4	(18.2)
	환자와 가족에게 도움	17	(77.3)
	결과를 알 수 없음	6	(85.7)
'아니오'일 경우 a	귀찮은 전화	-	-
	종교적 치우침	1	(14.3)
	order에 대한 부담	-	-
의뢰하지 않은 이유 a	신뢰감 저하	9	(27.3)
	낙담에 따른 상태악화	6	(18.2)
	방법을 모름	22	(66.7)
	증상조절에 대한 의구심	5	(15.2)
	종교를 강조	6	(18.2)
일반가정간호 의뢰 경험	예	23	(25.6)
	아니오	67	(74.4)
'예'일 경우	차이를 모르기 때문	7	(36.8)
	환자측의 거절 우려	5	(26.3)
	주치의가 바뀔까봐	-	-
	치료에 대한 의구심	7	(36.8)
증상완화전문의를 의뢰 의향	예	89	(94.7)
	아니오	5	(5.3)
계		100	(100)

a : 다중응답

치유가 불가능한 말기입원환자에게 주치의가 퇴원을 권유하는가를 묻는 문항에서 '상황에 따라 다르다'에 가장 많이(55.9%) 답하였으며, 퇴원을 권유할 때에는 '지역의 작은 병원으로 옮기라고 한다'에 총 67명의 응답자 중 33명이 응답(49.3%)하였고, '호스피스가정간호에 의뢰한다'에 14명(20.9%)이 답하였다.

주치의에게 호스피스가정간호에 환자의뢰를 제안한 경험은 46명(36.2%)이 있었고, 제안하지 않은 경우가 81명(63.8%) 있었는데, 제안한 이유로는 응답자 65명

중 34명(75.6%)이 '봉사자가 환자와 가족을 돕는다고 생각하므로'에 답하였고 20명(44.4%)이 '호스피스에서 증상조절을 해 줄 수 있다고 믿어지므로'에 답하여 의사의 경우와 마찬가지로 호스피스가정간호에 대해 증상조절 등의 전문적 증재보다는 봉사자들의 비전문적 증재를 더 큰 비중으로 보고 있다는 것을 나타내었다.

의뢰를 제안하지 않은 이유는 응답자 45명 중 20명(48.8%)이 '의사에게 제언하기 싫어서'라고 답하여 과반수 정도의 간호사가 의사에게 제언하는 것을 꺼린다

<표 6> 호스피스가정간호에 대한 간호사의 태도

n=127

특성	구분	간호사	
		n	%
퇴원 권유	예	49	(38.6)
	아니오	7	(5.5)
	상황에 따라	71	(55.9)
'예'일 경우	외래나 응급실 권유	1	(1.5)
	호스피스가정간호 의뢰	14	(20.9)
	일반가정간호 의뢰	15	(22.4)
	지역의 작은 병원 이동	33	(49.3)
	대책 없이 퇴원	4	(6.0)
호스피스가정간호 의뢰 제안 경험	예	46	(36.2)
	아니오	81	(63.8)
'예'일 경우 a	증상조절에 대한 신뢰	20	(44.4)
	환자에게 경제적 도움	4	(8.9)
	환자와 가족에게 도움	34	(75.6)
	주변의 이야기	7	(15.6)
	'아니오'일 경우 a	제언하기 싫어서	20
	낙담에 따른 상태악화	7	(17.1)
	영적 강요	1	(2.4)
	증상조절에 대한 의구심	12	(29.3)
	거절당한 경험	5	(12.2)
제안이 받아들여졌는가?	예	46	(95.8)
	아니오	2	(4.2)
'예'일 경우 a	생각지 않았던 대안	4	(8.7)
	도움에 대한 신뢰	30	(65.2)
	퇴원의 구실	2	(4.3)
	도움을 보아왔으므로	24	(52.2)
	간호사의 말 존중	4	(8.7)
'아니오'일 경우 a	도움에 대한 무지	-	-
	불신	-	-
	간호사의 제안	-	-
	알 수 없음	1	(0.8)
	앞으로 의뢰제안 의향	예	73
	아니오	1	(0.9)
	잘 모르겠다	36	(32.7)
	계	127	(100)

a : 다중응답

는 것을 보여주었다. 이러한 간호사들의 태도에 대하여 의사소통의 문제인지, 거절당할까 봐 두려운 때문인지 또는 제안하면 안될 것이라는 편견 때문인지 등에 대한 심층연구도 앞으로는 필요하다고 사료된다.

의뢰를 제안한 경우 주치의가 그 제안을 받아 들였는가 묻은 경우 46명이 '예'라고 응답하여 제안한 경험에 있는 46명과 같은 숫자를 보여주었는데, 이는 간호사들이 제안하기 싫어하는 데 비해 일단 제안을 받은 의사들은 그 제안을 매우 잘 받아들였다고 볼 수 있다.

이러한 관점에서 간호사의 제안은 환자가 호스피스 가정간호에 의뢰되는데 큰 영향을 끼친다고 볼 수 있으며, 환자의 상태와 개인적인 신상 및 가족관계를 비교적 잘 알고 있는 담당간호사는 환자가 호스피스 가정간호의 도움을 받을 수 있도록 적극적으로 주치의에게 의뢰를 제안하는 태도가 필요하다고 사료된다.

호스피스가정간호에 의뢰를 제안하지 않은 경우 앞으로는 의뢰를 제안할 의향을 묻는 질문에서는 66.4%가 '예'라고 대답하여 앞으로는 의사에게 의뢰를 하겠다고 답한 사람이 많았으므로 호스피스가정간호의 활성화를 위해 적극적 홍보 및 교육이 필요하다고 본다<표 6>.

의사와 간호사의 호스피스가정간호에 대한 태도를 비교해 본 결과는 다음과 같다<표 7>.

이 질문에서 의사는 본인의 태도를, 간호사는 병동

에서 객관적으로 의사를 보는 시각으로 답하게 하였는데, 치유가 불가능한 환자에게 퇴원을 권유하는가를 묻는 문항에서 의사는 62.9%가, 간호사는 38.6%가 그렇다고 대답하여 유의한 차이를 보여 주었고($\chi^2=15.204$, $p=.000$), '퇴원을 권유하지 않는다'에서는 의사 군 7.2%, 간호사군 5.5%로 큰 차이를 보이지 않았다. 이는 Y대학병원의 특성상 병상 회전을 높이기 위해 말기 환자에게 퇴원을 권유하는 경우가 90%가 넘음을 보여주는 것이라고 할 수 있다.

퇴원을 권유할 때 후후 어떠한 서비스를 제안하는가를 묻는 질문에 의사는 27명(44.3%)이 '호스피스가정간호에 의뢰한다'고 응답한 반면 간호사가 경험한 호스피스가정간호 의뢰는 14명(20.9%)에 불과해 유의한 차이를 보였으며($\chi^2=19.121$, $p=.001$), 오히려 '일반가정간호에 의뢰한다' 15명(22.4%), '지역의 작은 병원으로 옮기라고 한다' 33명(49.3%)으로 간호사가 보기에는 퇴원하는 말기환자가 호스피스가정간호에 의뢰되는 것보다 일반가정간호에 의뢰되는 경우가 조금 더 많다고 응답하였다.

이런 결과가 나온 것은 본 연구의 질문지에 응답한 의사는 호스피스에 평소 많은 관심과 호의를 가지고 있던 예가 많은 때문이고 간호사는 병원 전체에 전반적으로 고루 분포되어 좀더 객관적 시각으로 본 때문이 아닌가 사료된다.

<표 7> 호스피스가정간호에 대한 태도

N=227

특성	구분	의사	간호사	계	χ^2	p
		실수 (%)	실수 (%)	실수 (%)		
퇴원 권유	예	61(62.9)	49(38.6)	110(49.1)	15.204	.000***
	아니오	7(7.2)	7(5.5)	14(6.3)		
	상황에 따라	29(29.9)	71(55.9)	100(44.6)		
'예'일 경우	외래나 응급실 권유	5(8.2)	1(1.5)	6(4.7)	19.121	.001**
	호스피스가정간호 의뢰	27(44.3)	14(20.9)	41(32.0)		
	일반가정간호 의뢰	2(3.3)	15(22.4)	17(13.2)		
	지역의 작은 병원 이동	26(42.6)	33(49.3)	59(46.0)		
	대책 없이 퇴원	1(1.6)	4(6.0)	5(3.9)		
말기환자에게 보이는 관심도	· 100%	18(19.8)	22(17.3)	40(18.3)	5.509	.138
	· 75%	23(25.3)	31(24.4)	54(24.8)		
	· 50%	39(42.9)	43(33.9)	82(37.6)		
	· 25% 이하	11(12.1)	31(24.4)	42(19.3)		
호스피스가정간호에 대한 입장	· 관심없음	2(2.1)	3(2.4)	5(2.2)	.731	.866
	· 비적극적	34(35.4)	39(30.7)	73(32.7)		
	· 앞으로 관심, 제안	51(53.1)	70(55.1)	121(54.3)		
	· 이미 적극적 제안, 권유	9(9.4)	15(11.8)	24(10.8)		

p<.01 *p<.001

적극적인 치료를 할 때와 비교하여 말기환자에게 보이는 의사의 관심도는 '50% 정도로 떨어진다'에 의사 39명(42.9%), 간호사 43명(33.9%)이 답하여 가장 많은 비율을 보였으며, '25% 이하로 떨어진다'고 보는 의사와 간호사도 각각 12.1%, 24.4%나 되어 말기환자에 대한 의료인의 관심은 80% 이상이 적극적 치료 때와 달리 그 관심도가 매우 감소하고 있음을 보여주며 두 군 사이에 유의한 차이는 없었다. 이는 치유되지 않는 질환에 의사는 자신이 실패하였다고 생각하고 말기환자에게 마음을 쏟는 일은 시간낭비라고 생각하기 때문이라는 홍영선(1999)의 연구와도 관련 있는 응답이라고 생각된다.

호스피스가정간호에 대한 본인의 입장은 '앞으로는 관심을 갖고 환자를 의뢰하겠다'는 의사가 51명(53.1%), 간호사가 70명(55.1%)으로 비슷한 율을 보여 과반수 이상이 앞으로는 호스피스에 관심을 갖고 환자를 의뢰 또는 의뢰 제안 할 것이라는 태도를 보여주었다.

'관심은 있으나 별로 적극적으로 참여 할 것 같지는 않다'에는 의사 34명(35.4%) 간호사 39명(30.7%)이 응답하여 이들이 왜 호스피스에 적극적으로 참여하고 싶어하지 않는지에 대한 관심도 필요하다고 본다<표 7>.

IV. 결론 및 제언

본 연구의 결과 중 의미 있는 부분을 요약하면 다음과 같다.

1. 의료인의 호스피스 일반에 대한 지식을 조사해 본 결과는 다음과 같다.
 - 1) 전반적으로 의료인들의 호스피스에 대한 일반적 지식은 중간 이상이었는 데, 호스피스 정의에 있어 85.4%가 '남은 여생동안 인간으로서의 존엄성과 높은 삶의 질을 유지하도록 돕는 것이다'라고 답하여 지식수준은 높은 편이었으나 호스피스를 종교적인 면으로만 이해하는 의료인도 13.3% 있었다.
 - 2) 호스피스 철학의 핵심 개념들에 대하여 모두 70% 이상 알고 있었으나, '죽음을 연장시키거나 촉진시키지 않는다'에는 50.4%로 답하여 호스피스가 죽음을 연장 또는 촉진시키지 않는다는 것

을 철학으로 삼는 것에 대해 비교적 지식이 낮은 편이었으며, 의사 군은 호스피스에 사별간호가 포함된다에 대한 지식이 부족하여 간호사 군과 유의한 차이($x^2=10.752$, $p=.001$)를 보였다.

- 3) 호스피스의 대상자에 대한 질문에는 95.6%가 '치유가 어려운 말기환자와 그 가족'이라고 답하여 매우 높은 지식수준을 보였다.
- 4) 호스피스 의뢰기준에서는 34.2%만이 '잔여수명 6개월 미만으로 예상되는 환자'라고 응답하였고, 36.9%는 '임종이 가까운 환자'라고 응답하여 의뢰기준에 대한 지식이 가장 낮았으며, 의사보다는 간호사가 호스피스를 임종간호로 잘 못 이해하고 있어 유의한 차이($x^2=6.413$, $p=.000$)를 보였다.
- 5) 호스피스의 제공자는 간호사, 자원봉사자, 목회자, 의사, 사회사업가의 순위로 나타났으며 의사를 호스피스 제공자로 보는 비율은 85.5%에 불과해 자원봉사자나 목회자를 호스피스제공자로 보는 비율보다 적었다. 목회자를 호스피스 제공자로 보는 시각에는 의사와 간호사간에 유의한 차이($x^2=11.634$, $p=.000$)를 보여 간호사가 목회자를 호스피스 제공자로 보는 비율이 더 높았다.
- 6) 호스피스를 알게 된 경로에 대하여 의사 군과 간호사 군에 있어 유의한 차이를 보였는데($x^2=31.352$, $p=.000$), 의사는 책이나 매스컴에서 알게된 경우(31.0%)가 많은 반면 간호사는 학교에서 배운 경우(43.3%)가 많아 의사에 대한 학교교육이 간호사보다 부족함을 보여주었다.
- 7) 우리나라의 호스피스 활동은 대학병원 중 일부에서만 시행되고 있다는 데에 64.0%가 답하여 그 활동이 활발하지 못하다는 것을 비교적 잘 알고 있었으며, 의사 군과 간호사 군 사이에 유의한 차이($x^2=13.845$, $p=.003$)를 보여 주었다.
- 8) 호스피스의 도입이 저조한 이유로 국가 차원의 제도화가 되지 못하였기 때문 73.1%, 일반 대중의 인식 부족 69.6%, 전문인력의 부족 62.6%, 의료인의 인식부족 53.3%로 응답하여 호스피스의 도입이 저조한 이유를 비교적 잘 인식하고 있었으며 국가 차원의제도화가 되어야 한다는 의견에도 의사와 간호사간의 유의한 차이($x^2=10.485$, $p=.001$)가 있었다.
- 9) 호스피스의 활성화를 위해서는 일반인과 의료인의 호스피스에 대한 인식도를 높여야 한다는 데

87.2%, 국가 차원에서 제도화를 실시해야 한다고 79.7%가 응답하였으며, 국가차원의 제도화가 되어야 한다는 의견에 간호사 군에서 87.4%, 의사 군에서 70.0%가 답하여 두 군간의 유의한 차이 ($\chi^2=10.485$, $p=.001$)를 보였다.

2. 의료인의 호스피스가정간호에 대한 지식을 조사해 본 결과는 다음과 같다.

- 1) 전반적으로 호스피스 일반에 대한 지식보다는 조금 떨어져 중간정도의 지식수준을 보여주었다. 호스피스 유형에 대하여 병동호스피스(89.4%)와 호스피스가정간호(92.1%)에 대하여는 비교적 많이 알고 있었으나 병원 산재형 호스피스(57.7%)나 시설 호스피스(59.5%), 독립형 호스피스(29.1%)에 대하여 그 지식수준이 높지 않았으며 호스피스가정간호의 유형에 대하여는 의사와 간호사간에 유의한 차이가 있었다($\chi^2=6.294$, $p=.012$).
- 2) 대상자 자신이 근무하는 병원에 호스피스가정간호가 있다는 것은 많이 알고 있었으나(79.6%), 그와 연결되어 병원 산재형으로도 호스피스가 운영되고 있다는 것(62.4%)은 중간정도의 지식만이 있었고, 아직 운영이 되고 있지 않은 호스피스병동이 운영되고 있는 것으로 알고 있어(43.4%) 관심이 많지 않음을 보여주었다.
- 3) 대상자 자신이 근무하는 병원의 호스피스가정간호에 의뢰된 환자가 현재 상태에서 어떻게 비용을 지불하는가 하는 데 있어서 완전히 무료로 제공된다는 것은 30.1%만이 알고 있었으며 의료보험과 환자가 반반 씩 부담한다고 알고 있는 의료인이 48.1%로 더 많았다.
- 4) 호스피스가정간호의 하는 일은 환자가 가정에 머물면서 증상을 조절하며 남은 날들을 평안히 지내도록 돕는다는 것에 대해 89.4%가 응답해 지식이 높았다.
- 5) 호스피스가정간호의 장점으로는 87.2%가 환자가 가정에서 지낼 수 있기 때문에 안정될 수 있다고 응답하였는데 경제적 부담이 적을 것이라는 데에는 의사와 간호사가 유의한 차이($\chi^2=7.009$, $p=.008$)를 보였다. 단점으로는 응급상황시 대처가 늦을 수 있다는 것을 77.3%가 지적하였으며 유의한 차이는 없었다.
- 6) 호스피스가정간호사의 역할에 대해 가정간호교

육과 호스피스교육을 받은 전문요원으로서 환자의 가정으로 방문하여 신체적, 정신적, 영적 돌봄을 제공한다는 것에 93.8%가 응답해 높은 지식수준을 보였으나, 의사 군은 간호사 군에 비해 가족간호와 사별간호까지 제공한다는 것에 대하여 인식율이 낮았다($\chi^2=14.041$, $p=.000$).

7) 일반가정간호와 호스피스가정간호가 다른가를 묻는 질문에 의사는 87.0%, 간호사는 97.6%가 그렇다고 응답하여 유의한 차이($\chi^2=9.663$, $p=.002$)를 보여 주었으며, 구체적인 차이에 있어서도 의사와 간호사간의 유의한 차이($\chi^2=17.391$, $p=.001$)를 보여 주었다.

3. 의료인의 호스피스가정간호에 대한 태도 조사 결과는 다음과 같다.

- 1) 퇴원하는 환자의 상태에 따라 호스피스가정간호와 일반가정간호 중 적절하게 의뢰 또는 의뢰 제안하는 지를 알아보기 위한 문항에서 대부분의 의료인이 적절하게 응답하였으나, '불안감이 심한 말기환자'(F=22.019, $p=.000$)와 '종교적 요구가 많은 말기환자'(F=19.192, $p=.000$), '가족과 친지가 거의 없는 말기환자'(F=62.650, $p=.000$), '정신적 사회적으로 문제가 많은 말기환자'(F=38.503, $p=.000$), '퇴행성 및 기능장애가 있는 노인환자'(F=9.248, $p=.003$)의 경우에 의사 군과 간호사 군 사이에 유의한 차이가 있었으며, '이미 합병증이 생긴 AIDS환자'의 경우에는 호스피스가정간호에 의뢰한다는 비율이 63.8%로 가장 낮으면서 두 군간의 유의한 차이(F=11.062, $p=.001$)를 보여주었다.
- 2) 병원에서 해 줄 것이 없는 말기환자에게 의사는 62.9%가 퇴원을 권유하며, 간호사는 객관적인 시각으로 38.6%가 퇴원을 권유한다고 답하여 유의한 차이($\chi^2=15.204$, $p=.000$)를 보여주었고, 상황에 따라 다르다고 답한율이 간호사 71명(55.9%)으로 더 높았다.
- 3) 퇴원을 권유할 때 의사 군은 호스피스가정간호에 의뢰한다는 비율이 44.3%으로 지역의 작은 병원으로 옮기게 하는 비율 42.6%보다 높았고, 병동에서 객관적으로 바라본 간호사의 입장에서는 퇴원하는 말기환자를 지역의 작은 병원으로 옮기게 하는 비율이 49.3%로 훨씬 많다고 보아 유의한

차이를 보여주었다($\chi^2=19.121, p=.001$).

- 4) 의사는 호스피스가정간호에 의뢰한 경험이 30.6% 있었는데, 그 내용에 75.9%가 만족한다고 답하였다. 만족한 이유는 봉사자나 목회자의 도움 때문이라고 답한 비율이 77.3%로 가장 많아 증상조절 등(45.5%)의 의료적 중재보다는 비의료적 중재에 중점을 두어 평가하였다.

만족하지 못한 경우는 7명이 답하였는데, 그 이유는 호스피스가정간호의 제공 결과를 알 수가 없기 때문이라고 6명(85.7%)이 답해 호스피스가정간호의 결과를 의뢰한 의사에게 알리는 방법 개발이 필요함을 보여주었다.

- 5) 호스피스가정간호에 의뢰한 경험이 없는 의사들은 그 이유를 호스피스가정간호에 의뢰하는 방법을 모르기 때문이라고 22명(66.7%)이 답해 의뢰 방법에 대한 홍보가 필요함을 보였으며, 호스피스에 의뢰하려고 하면 환자가 자신을 포기하는 것으로 오해할 것 같아 의뢰하지 않는다는 의사도 6명(27.3%) 있었다.

호스피스가정간호 대상인 환자를 일반가정간호에 의뢰하는 경우도 23명(25.6%) 있었으며, 그 이유는 19명만이 답했는데 호스피스에 의뢰하면 환자나 보호자가 포기하는 것으로 생각하기 때문이라고 5명(26.3%)이 응답했으며 말기환자에게 끝까지 검사나 수액을 공급하기 위해서 일반가정간호에 의뢰한다는 응답도 7명(36.8%) 있었다.

- 6) 말기환자의 증상완화만을 전문으로 하는 의사가 있을 경우에 의사는 89명(94.9%)이 자신의 환자를 의뢰하겠다는 태도를 보여 완화전문의의 필요성을 거의가 인정하였다.

- 7) 간호사는 퇴원하는 말기환자를 호스피스에 의뢰하도록 제안한 경험이 46명(36.2%) 있었는데, 제안한 이유는 봉사자가 환자와 가족을 도울 것이라고 생각하기 때문이 34명(75.6%)으로 의사의 경우처럼 비의료적 중재에 중점을 두었으며 의뢰를 제안한 경우에 95.8%가 제안이 받아들여졌다고 응답하였다. 그에 비해 제안하지 않은 간호사는 81명(63.8%)이었는데, 그 이유는 의사에게 제안하기 싫었기 때문이라고 20명(48.8%)이 답하여 의사는 호스피스가정간호에 대해 간호사의 제안을 잘 받아들이는 반면 간호사는 제안 해 보려는 시도조차 하지 않는 예가 많음을 보여주었다.

- 8) 말기환자에게 보이는 의사의 관심도는 스스로의 평가와 간호사의 평가로 적극적 치료 때와 비교하여 50% 이하로 떨어진다는 데에 82명(37.6%)이 답하였고, 100% 그대로 관심을 보인다는 데에는 40명(18.3%)만이 응답하여 현대의학이 치유와 재활에만 더 큰 관심을 보인다는 것을 다시 한번 입증해 주었으며 두 군 사이에 유의한 차이는 없었다.

- 9) 호스피스가정간호에 대한 입장으로는 이미 적극적으로 참여하고 있는 의료인은 24명(10.8%) 뿐이었으나, 121명(54.3%)의 의료인이 앞으로 관심을 갖고 의뢰 또는 의뢰 제안하겠다고 답하였으며 두 군 사이에 유의한 차이는 없었다.

이와 같은 결과를 통해 본 연구자는 다음과 같은 제언을 한다.

- 1) 호스피스에 대한 일반적 지식은 선행연구에 비해 전반적으로 높은 비율로 나타나고 있으나, 의료인의 호스피스가정간호에 대한 지식은 아직 충분하지 못하므로 각 교육기관에서는 호스피스유형과 호스피스가정간호의 장점 및 경제효과에 대한 교육을 강화시키는 것이 필요하다.
- 2) 본 연구는 이미 호스피스가정간호가 15년째 시행되고 있는 일개 병원에서 시행된 것이므로 아직 호스피스가정간호가 시행되고 있지 않은 병원에서도 동일한 연구가 이루어져 본 연구와 비교해 봄이 필요하다.
- 3) Social desirability에 의한 효과를 배제할 수 있는 방법을 포함시킨 연구가 필요하며, 질문지법보다 인식변화를 갖고 올 수 있는 연구방법으로 시도해 볼 것을 제안한다.
- 4) 지식과 태도를 정확히 구분하는 것이 어려우므로 이를 측정할 수 있는 도구의 개발이 필요하다.

참 고 문 헌

- 강은실, 송희완, 서영애(1998). 병원직원들의 임종 및 호스피스에 대한 태도 조사연구. 정신간호학회지, 제7권 제1호, 60-80.
- 권인수, 은영(1998). 간호사가 지각한 암환자의 퇴원

- 후 가정간호 요구. 대한간호학회지, 28(3), 602-615.
- 김수지, 오송자, 최화숙(1997). 호스피스-사람의 돌봄. 서울: 수문사.
- 김수지 외(2001). 호스피스 총론. 서울: 한국호스피스 협회 출판부.
- 김영순(1988). 말기 암환자의 죽음에 대한 태도조사연구. 이화여자대학교 석사학위논문.
- 김정희(1990). 죽음 및 호스피스에 관한 의료인의 태도조사연구. 한양대학교 행정대학원 석사학위논문.
- 김정희(1998). 말기 암을 가진 노인의 가정호스피스 사례연구. 호스피스논집, 3, 42-51.
- 김주희, 전정자, 김분한(1992). 간호사와 간호학생의 임종환자 이해와 죽음에 대한 태도조사연구. 성인간호학회지, 4(1), 5-16.
- 김태숙, 양병국, 정은경, 박노래, 이영숙, 이영성, 이석구, 김영택, 윤영호, 허길자(1999). 제가 암환자 요구도 조사. 한국호스피스·완화의료학회지, 2(1), 36-45.
- 노유자, 한성숙, 안성희, 김춘길(1994). 호스피스와 죽음. 서울: 현문사.
- 노유자, 한성숙, 안성희, 용진선(1999). 일부 지역주민들의 호스피스에 대한 인지와 태도 및 간호요구 조사. 한국호스피스·완화의료학회지, 2(1), 23-35.
- 문지영, 배명자, 정호선, 김광주(2000). 호스피스에 대한 일반인의 인식 및 태도 조사연구. 경희간호연구지, 제23권, 1-31.
- 박후남(1994). 죽음과 임종환자 간호에 대한 간호사의 태도. 최신의학 Vol.37 No.6, 105-114.
- 송명순, 전시자(2001). 병원중심 가정간호사업의 이용 의사에 관한 조사 연구. 한국가정간호학회지, 8(1), 74-84.
- 심규미(2000). 환자, 보호자와 의료인들의 호스피스에 관한 인지도 연구. 경희대학교 행정대학원 석사학위논문.
- 왕매련, 김조자, 이원희, 유지수, 허혜경(1988). 말기환자 관리에 대한 태도 조사연구. 간호학논집, 연대간호학 연구소, 46-56.
- 유승연(2000). 호스피스간호가 말기 암환자의 삶의 질에 미치는 영향. 연세대학교 간호학과 석사학위논문.
- 이성순(2000). 호스피스에 대한 인지도 및 간호요구에 관한 연구. 중앙대학교 행정대학원 석사학위논문.
- 이소우, 이은옥, 박현애, 오효숙, 안효섭, 허대석, 윤영호, 김달숙, 노유자(1998). 가정 호스피스케어환자 방문간호 조사분석. 한국호스피스·완화의료학회지, 1(1), 39-46.
- 이소우, 이은옥, 안효섭, 허대석, 김달숙, 김현숙, 이해자(1997). 한국형 호스피스케어 개발을 위한 기초조사연구. 대한간호, 36(3), 49-69.
- 이은숙(2000). 호스피스 홍보교육참가자의 호스피스에 대한 인식. 간호과학 논집, 5(1), 87-104.
- 이은옥, 허대석, 김순자외6명(1999). 통증관리에 대한 의사와 간호사의 지식과 태도 비교. 한국호스피스·완화의료학회지, 2(1), 7-15.
- 이은자(1998). 호스피스에 대한 태도의 실태조사 연구. 원광대학교 행정대학원 석사학위논문.
- 이태화, 이원희, 김명실(2000). 말기 폐암환자를 대상으로 한 가정 호스피스와 병원입원치료의 비교: 간호정보학을 중심으로. 대한간호학회지, 30(4), 1045-1054.
- 정기화(1994). 호스피스 및 호스피스 프로그램에 대한 간호사 및 의사의 태도. 경북대학교 석사학위논문.
- 천영호(2000). 한국 호스피스 실태분석 및 개선방안. 단국대학교 행정대학원 석사학위논문.
- 최상순, 허혜경, 박소미, 김대란, 김기경, 노병선(2001). 일 병원직원들의 호스피스프로그램에 대한 인식. 한국호스피스·완화의료학회지, 4(2), 145-153.
- 최상옥(1993). 한국의 호스피스 운영 실태와 그 인지도에 관한 연구. 한양대학교 행정대학원 석사학위논문.
- 최윤선, 김장욱, 신승욱, 이영미, 이태호, 홍명호(1998). 말기환자 관리에 대한 의사들의 태도. 호스피스논집, 3, 25-32.
- 최화숙(1999). 한국 호스피스전달체계 모형 개발. 중앙대학교 간호학과 박사학위논문.
- 한복희(1993). 병원요원 및 환자의 가정간호사업에 대한 인식·태도 연구. 경희대학교 행정대학원 석사학위논문.
- 홍영선(1999). 호스피스의 현재와 미래, 의사의 관점

에서. 간호학탐구8(2), 32-43.

- Frommelt KH(1991). The effects of death education on nurses' attitudes toward caring for terminally ill persons and their Families. The American Journal of Hospice & palliative Care, Sep-Oct, 37-43.
- Ganz PA, Breslow DM, Crane La, Rainey LC(1986). Professional attitudes toward hospice care. Hospice Journal, Winter 1(4), 1-15.
- Ira Robert Byock(1986). Growth: The essence of hospice. The American Journal of Hospice Care, November/December, 16-21.
- Hilton J(1994). Which patients with terminal cancer are admitted from home care? Palliative Medicine, 8(3), 197-210.
- Higginson IJ, Astin P, Dolan S(1998). Where do cancer patients die? Palliative Medicine, Sep, 353-363.
- McWhinney, Stewart MA(1994). Canadian Family Physician, Feb:40, 240-246.
- Robert E. Enck, Daniel R. Longa, Matthew Warren, Barbara A. McCann(1988). DNR policies in healthcare organizations with emphasis on hospice. The American Journal of Hospice Care, November/December, 39-42.
- Robert J. Miller(1991). Ethics and hospice physicians. The American Journal of Hospice & palliative Care, January/February, 17-26.
- Richard W. Willams(1991). Why start a hospice: Is the need for a hospice real...or perceived? The American Journal of Hospice Care, March/April, 22-25.
- Schim SM, Jackson F, Seely S, Grunow K, Baker J (2000). Knowledge and attitudes of home care nurses toward hospice referral. Journal of Nursing Administration, May:30(5), 273-277.
- Wilma Bulkin, Herbert Lukashok(1991). Training physicians to care for the dying. The American Journal of Hospice & palliative Care, March/April, 10-15.

ABSTRACT

Key word : hospice home care

A Study of Medical Profession's Knowledge and Attitudes to Hospice Home Care

Kim, Ok Kyum*

The advances of medical technologies have not only prolonged human life span, but also extended suffering period for the patients with incurable medical diseases. Hospice movement was developed to help these patients keep dignity and lives peaceful at the end of their life. Since many patients prefer to spend the last moment of life at home with their family, hospice home care has become very popular worldwide.

The purpose of this study for a promotion and development of hospice home care in Korea, and features basic research on medical profession's knowledge and attitudes to hospice home care.

This study which was used for the research questionnaires developed by the researcher that were answered by 100 physicians and 127 nurses in a general hospital. Data were collected from April 22, 2002 to May 10, 2002. The SPSS was used to make a comparative analysis of the frequency, percentile, ANOVA, and χ^2 -test.

The results of the study were as follows;

1. The medical profession showed high level of knowledge of the definition and philosophy of hospice. However, the physician group of the examinees showed insufficient knowledge of the fact that hospice care includes bereavement care,

* Department of Nursing Education
The Graduate School of Education
Yonsei University
Directed by Professor Lee, Won Hee

while the nurse group's response to the same question showed a significant difference($\chi^2=10.752$, $p=.001$).

2. For whom the hospice home care is provided, 95.6% of the respondents showed very high level of knowledge as answering that the incurable terminal illness patients and their families are the beneficiaries of hospice care. The respondents counted nurses, volunteers, pastors, physicians and social workers, consecutively, as hospice care providers. More nurses were positive toward pastors than physicians in regarding as a hospice care provider by a significant difference($\chi^2=11.634$, $p=.001$).
3. For when to referral hospice home care to the patients, only 34.2% answered that patients with less than 6 months of survival time are advised to receive hospice care, reflecting very low level of knowledge. 23.0% of the physicians and 48.0% of the nurses answered that hospice care should be provided when death is imminent, making a significant difference between the two groups($\chi^2=6.413$, $p=.000$).
4. To promote hospice activities, 87.2% pointed out that it is crucial to make general people, including those engaging in the medical field, more aware of hospice. 79.7% answered that a national hospice management should be developed, marking a significant difference between the physician group and nurse group($\chi^2=10.485$, $p=.001$).
5. Advantages of hospice home care are 87.2% responded that patients can have better rest at home receiving hospice home care. Economical merit was brought forward as one of the advantages also, where there was a significant difference between the physicians group and

nurse group($\chi^2=7.009$, $p=.008$).

6. The medical professions' attitude to hospice home care are 92.8% of the physicians answered that they would advise incurable terminally ill patients to be discharged from hospital, with 44.3% of them advising the patients to receive hospice home care after leaving the hospital. From the nurses' point of view, 20.9% of the terminally ill patients are being referred to hospice home care after discharge, which makes a significant difference from the physicians' response($\chi^2=19.121$, $p=.001$).
7. 30.6% of physicians have referred terminally ill patients to hospice home care, 75.9% of whom were satisfied with their decision. Those physicians who have never referred their patients to hospice home care either did not know how to do it(66.7%) or were afraid of losing trust by giving the patients an impression of giving up(27.3%). 94.9% of the physicians responded that they would refer their last stage patients to a doctor who is involving palliative care.
8. Only 36.2% of nurses have suggested to physicians that they refer the terminally ill patients discharged from the hospital to hospice home care. Once suggested, 95.8% of the physicians have accepted the suggestion. Nurses were reluctant to suggest hospice home care to the physicians, as 48.8% of the nurses said they did not want to.

From the result of this study the following conclusion can be drawn, the medical profession's awareness of general hospice care has been increased greatly compared to the results of the previously performed studies. However, this study result also shows that their knowledge of hospice home care is not good enough yet.

There is a need for high recommended that medical education institute and develop regular courses on various types of hospice care. Medical field training courses for physicians and nurses will be very helpful as well. It is also important to train hospice experts such as palliative physicians and develop a national hospice management urgently in order to improve the hospice care in Korea.