

호스피스 간호가 말기 암환자의 삶의 질에 미치는 효과에 관한 연구

소 외 속·조 결 자*

I. 서 론

1. 연구의 필요성

오늘날 현대의학의 눈부신 발달에도 불구하고 암은 뚜렷한 원인이 밝혀지지 않은 채 암의 발생률과 사망률이 꾸준히 증가하고 있다. 매년 세계적으로 600만명의 암환자가 발생하고 있으며 전체 사망율의 10%(430만명)가 암으로 사망하고 있다(Stjernsward, 1988). 미국의 경우, 1989년도 암환자는 1백1만명에 이르며 암은 사망원인 2위로써 약 40만명이 사망하였고(Wingate & Lackey, 1989). 일본의 경우, 1988년도 암은 사망원인 1위로써 약 20만명이 사망하였다(下稻葉 康之, 1989). 한편, 우리나라에서는 1989년도 약 5만명의 암환자가 발생하였으며 사망원인 중 제2위로써 36,595명이 사망하였다(경제기획원 조사통계국, 1987; 보건연감, 1989).

암이라는 진단은 죽음을 연상하게 되어 이에 따른 정서적 반응은 환자나 그의 가족들에게 육체적, 심리적 안녕에 커다란 위협을 줄 뿐 아니라 신체적, 정신적, 영적인 면에 걸친 전체의 삶에 지대한 영향을 받는다(Sharon & Shelly, 1980).

특히 암이 상당히 진행된 말기 암환자는 동통, 연하곤란, 식욕부진, 오심, 구토, 육창 등의 신체적 문제가 증가함에 따라 분노, 무기력, 절망, 고립감, 죽음에 대한

두려움 등의 심리적 문제가 수반된다. 이러한 사람은 언젠가 임종을 직면하게 된다는 예감과 함께 서서히 영적인 문제에도 관심을 돌리게 된다. 또한 그는 자신의 과거와 현재의 생활을 돌아보며 남은 여생의 의미를 발견하고자 노력하면서도 동시에 일종의 죄의식, 알 수 없는 두려움, 무기력감 등에 휩싸이게 된다(Cicely, 1976).

그러므로 말기 암환자를 간호하는 간호사는 암환자들이 질병에 대응하면서 신체적, 정신적, 사회적, 영적으로 최대 수준의 기능을 발휘하도록 전인간호를 지향하면서 단지 질병의 치유와 생명 연장뿐 아니라 남은 생애 동안 질적인 삶을 살 수 있도록 도와 주어야 한다(한윤복, 노유자, 김남초, 김희승, 1990).

그런데 인간의 죽음은 개인의 사건만은 아니며 가정과 사회와 관련되기 때문에, 인간의 존엄성을 강조하면서 회복될 가망성이 없는 환자는 물론 환자의 가족들도 가까운 사람의 죽음을 앞두고 오랫동안 환자를 간호하면서 느끼는 죄의식, 두려움, 분노, 소진(burnout), 경제문제 등을 극복할 수 있도록 신체적, 정신적, 영적으로 지지해주고 안위를 도모해 주는 임종간호의 필요성에 따라 호스피스 간호가 영국에서 시작 되었으며 미국 등 구미지역에서 활발히 전개되고 있다(왕매련, 김조자, 이원희, 유지수, 허혜경, 1985).

호스피스는 하나의 간호철학으로서 임종을 앞둔 환자와 가족들에게 지지와 간호를 제공하기 위한 새로운 사

*경희대학교 의과대학 간호학과

회기구(social mechanism)로써 그 전반적 목표는 임종 환자의 삶의 질을 높이기 위한 것이다(Aroskar, 1985). 그러므로 호스피스간호는 생명의 연장을 위한 치료에 의존하기 보다는 환자의 개인적 간호(personal care)에 초점을 맞추고 있다. 왜냐하면 질병에 대응하고 있는 동안 그들이 살고 있는 삶의 질에 관한 암환자의 주관적인 느낌은 치료를 계획하고 평가할 때 고려해야 할 중요한 근거가 되기 때문이다(Burckhardt, 1989).

또한 호스피스 간호는 더 이상 입원치료가 필요없는 환자가 가정에서 편안하게 임종하기를 원하기 때문에(Dolan, 1983) 국가의 건강관리 전달체계(health care delivery system)적 차원에서 그 중요성이 인정되어야 한다. 미국의 경우 1982년 미국의회에서 인간적인 건강관리를 위한 입법으로 호스피스 법안(hospice bill)이 통과되었으며(변영순, 1990), 의료보험의 혜택은 210일로 정하였고(Corless, 1985), 하와이 주에서는 국가건강기획개발부(State Health Planning and Development Agency)에서 호스피스 사업을 권장하고 있다(왕매련 외 4인, 1985). 우리나라는 종교적 설립이념을 가진 소수 의료기관에서 주로 병원에 입원한 암환자를 중심으로 호스피스 간호를 시도하고 있고, 궁극적으로 지향하는 이상적인 임종환자를 위한 가정간호는 극히 미미한 실정이며, 임종환자 간호는 의료수가나 보험 등에서 취급되고 있지 않은 실정이다. 앞으로는 암 전문 가정간호사의 역할을 통해 가족을 포함한 가정에서의 임종간호가 확대, 실시되기를 기대하고 있다. 따라서 본 연구자는 이제 시작 단계에 있는 우리나라의 호스피스 간호가 말기 암환자의 삶의 질에 미치는 영향을 연구함으로써 의료인들과 일반인들에게는 호스피스 간호의 필요성을 알리고 말기 암환자를 돌보는 관련 종사자들에게는 우리나라 실정에 맞는 간호 계획을 세우는데 필요한 자료를 제공하고자 한다.

2. 연구의 목적

본 연구는 말기 암환자에게 행해지는 호스피스 간호가 삶의 질에 미치는 효과를 검증하고자 하며 다음과 같은 구체적인 목적을 갖는다.

- 1) 호스피스 간호가 말기 암환자의 삶의 질(신체적, 심리적, 영적)에 영향을 주는지를 분석한다.
- 2) 호스피스 간호 효과와 대상자의 일반적 특성과의

관계를 분석한다.

3. 연구의 가설

본 연구를 위해 설정된 가설은 다음과 같다.

- 1) 주가설 : 말기 암환자의 삶의 질은 호스피스 간호를 받기 전과 받은 후에 차이가 있을 것이다.
- 2) 부가설 :
 - (1) 신체적 영역의 삶의 질은 호스피스 간호를 받기 전과 받은 후에 차이가 있을 것이다.
 - (2) 심리적 영역의 삶의 질은 호스피스 간호를 받기 전과 받은 후에 차이가 있을 것이다.
 - (3) 영적 영역의 삶의 질은 호스피스 간호를 받기 전과 받은 후에 차이가 있을 것이다.

4. 용어의 정의

1) 호스피스 간호

호스피스 간호란 임종 환자와 그의 가족들을 위해 신체적, 정신적, 사회적, 영적인 면에 대응적이며 지지적인 도움을 제공하는 것으로(N.H.O, 1979), 본 연구에서는 호스피스 자원봉사자 교육을 받은 간호사와 자원봉사자가 일주일에 평균 3~4회 신체적, 정신적, 영적인 면의 포괄적인 간호를 포괄하는 완화요법을 제공하는 것을 말한다.

2) 삶의 질

삶의 질이란 신체적, 정신적 및 사회경제적 영역에서 각 개인이 지각하는 주관적 안녕을 말하는 것으로써(노유자, 1988) 본 연구에서는 신체적, 심리적 및 영적 영역에서의 안녕상태를 연구자가 개발한 도구에 의해 평가하여 점수가 높을수록 삶의 질이 높은 것을 의미한다.

3) 말기 암환자

암의 진단을 받아 생명의 위협을 받고 있는 상태에 있어 의료적인 측면에서 회복의 가망이 없고 포괄적인 특별한 봉사가 요청되는 잔여 생존기간 6개월 미만인 환자로서(Wellington Health Services Advisory Committee, 1981) 본 연구에서는 담당의사로부터 호스피스 파에 의뢰된 암환자들로써 호스피스 간호사와 자원봉사자에 의해 간호를 제공받는 환자들이다.

II. 이론적 배경

1. 호스피스 간호

1) 어원과 정의

호스피스는 라틴어의 hospitum에서 유래한 것으로서 영어의 "hospital", "hospitable"이 파생되었으며, 그 의미는 "따뜻한 대접", "치료한다", "봉사한다" 등의 뜻을 내포하고 있다. 즉, 호스피스의 어원적 의미에서 볼 때, 의료는 따뜻하게 대접하는 마음으로 봉사하는 자세를 가지고 임해야 할 全人格의 태도를 말한다(下稻葉康之, 1989). 또 하나의 어원적 의미에는 hospes가 있는데, 이것은 인간이 상호 돌보는 것을 상징하는 것이다(변영순, 1990). Teresa Plane(1984)도 호스피스 정신을 "to help", "to heal", "to serve"로 정의하면서 현대의 호스피스는 완화요법에 준하여 죽음을 앞둔 환자를 돌보는 것과 그 가족들의 정서적, 영적 안녕을 위해 힘쓰는 것이라 하였다.

Rodek과 Jacob(1983)은 호스피스는 우리 세대가 경험해 온 보건의 간호에 대한 일반적 개념 이상의 것으로서, 그것은 치료방법을 포함하여 환경과 생활양식을 환자-가족이 지배한다는 면에서 독특하다고 하였다.

Masters and Shontz(1989)는 호스피스란 지정된 어떤 機關(Institution)이나 장소, 건물의 개념이라기 보다는 간호(Care)라는 하나의 개념이며, 전인적(全人的) 철학에 기초한 봉사와 간호이며 치료(Cure)보다는 간호(Care)중심의 개념이라고 하였다.

2) 역 사

호스피스 간호의 첫 창시자로 불리는 Cicely Saunders는 1968년 London에서 St. Christopher의 호스피스를 간호의 개념으로 발전시켰다. 그녀는 간호사로, 사회사업가로, 의사로서 활동하였으며, 특히 말기 암환자의 삶의 질을 향상시키는데 헌신 하였다(Masters & Shontz, 1989). 그녀의 활동은 인간을 단순한 생물체로 보면서 질병만을 대상으로 하는 현대 의학의 기술적인 면(technology)에 대한 도전으로서 새로운 의미를 부여하였고, 가정과 같은 환경에서 말기 암환자의 총체적 요구에 응하고자 시도되었다. 즉, 인간은 궁극적으로 죽음을 피할 수 없는 존재라는 것을 직시하고 신체적 고통을 완화시키고 동시에 사회적, 정신적, 영적인 면에서 적극적인 간호를 하고자 했다(下稻葉康

之, 1987). Saunders를 중심으로 호스피스 간호를 시작한 사람들은 좋은 호스피스 간호를 위하여는 훈련받은 손(Trained Hands), 훈련된 정신(Trained Minds), 그리고 교육받은 마음(Educated Hearts)이 요청된다고 하였다(김수지, 1989). 영국 호스피스 운동의 발달에 있어 주요한 특징들중의 하나는 강력한 종교적 결연(affiliation)이었다. 반면, 미국 호스피스 운동의 특징은 사회복지정책과 의료보험제도가 일찌기 마련되어 있었기 때문에 종교적 경향보다는 다원화되고 현실적인 전통이 더 중시되었다. 즉, 임종환자들의 특수하고 다양한 요구를 충족시키려는 시도외에 의료비 상승, 평균수명의 연장, 의료장비의 고급화에 따른 정부의 의료비 지출을 감소시키기 위해 대체 의료서비스의 한 방안의 모색으로 호스피스 프로그램이 더 활성화 되었다(O'Connor, 1986).

1963년 미국에서 Saunders의 "죽음과 종말의 의미"라는 강연을 시발점으로 여러 형태의 호스피스 간호를 시작하는 계기가 되었다. 1968년 미국 New Haven에서 호스피스 가정간호를 시작하였고, 1974년 처음으로 Connecticut주의 Connecticut Hosp. Inc.,가 설립되었으며, 캐나다 몬트리얼에서도 12병상의 호스피스 병동이 설립되었다. 1974년 미국에서 호스피스 운동이 발전된 이래, 말기 환자의 간호는 중요한 변화를 맞이 하였다. 이 운동의 핵심은 생애의 마지막 단계에 있는 사람들을 위한 가정 간호의 對案이었다. 이 운동이 일어나기 전까지는 죽어가는 환자들을 돌볼 여지도 없이, 고도의 기술적인 생명구조 장치들을 채택하는데 주안점을 두었다(변영순, 1990). 그러나 아주 최근에 건강관리체계(Health Care System)는 말기 환자의 경비를 후원단체나 각종 기금에서 부담하는 경향과 함께 응급간호 환경(Acute Care Settings)에서 일찍 퇴원시켜 가정에서 암 전문 간호사의 역할을 통해 임종 간호가 계속 연결되도록 강조하고 있다(Masters & Shontz, 1989).

3) 역할과 방향

Wingate and Lackey(1989)는 호스피스 간호는 환자와 가족단위의 독특한 요구가 간호계획의 초점이 되고 있으므로 간호사의 역할은 그에게 맡겨진 환자-가족의 문제점들과 장점에 대한 지식을 바탕으로 일차 간호를 계획하고 제공하여 진정한 全人的 접근 방식을 취하는 것이라고 하였다. 왜냐하면, 호스피스의 가치는 환자들의 개인적인 필요를 강조하기 때문이다. 환자들은 우리가 생각하는 방식대로 생각하는 것을 원하지 않고

그들 나름대로의 인생 행로속에서 좀 더 깊게 생각하기를 원하기 때문이다(Saunders, 1983). 결과적으로 호스피스 간호는 삶의 기간이 얼마 남아 있든지간에 삶의 질을 높이는데 그 주안점을 두어야 된다(O'Connor, 1986).

Dolan(1983)은 대부분의 환자들이 자신이 살아온 삶의 터전이요 안식처인 가정에서 임종하기를 원하므로 일차간호를 가까운 가정에서 가족들이 환자의 치료를 담당한다는 것은 의미있는 일이라고 말하면서 가족의 역할을 강조하였다. 그러나 어떤 가족에게는 환자 방의 역겨운 냄새, 죽음에 대한 공포 등 가족 전체의 삶에 미치는 부정적인 요인들도 있을 수 있으므로 가정간호의 장단점을 인식하면서 환자가 원하는 마지막 요청을 거절하지 않는 것이 중요하다(김수지, 1986).

최근, 미국을 중심으로 호스피스에 대한 연구가 꾸준히 계속되면서 호스피스 전문 잡지가 발행되었다. 하나는 The Hospice Journal-Physical, Psychosocial and Pastoral Care of the Dying(1985)이며, 다른 하나는 The American Journal of Hospice Care(1985)이다. 이 두 잡지의 편집의도는 영적간호의 역할을 강조하였다. 이 기사들의 공통적인 강조점은 영적간호가 원목실(院牧室)에만 국한되는 것이 아니라 호스피스 팀 요원들과 자원봉사자들의 역할도 포함한다는 것이다(O'Connor, 1986).

下稻葉(1989)은 최근의 호스피스 운동의 방향은 새로이 발전된 흐름이라기 보다는 오히려 technology 중심으로 편향하면서 의료를 본래의 흐름에 돌려 놓으려고 하는 원점회귀운동으로 생각한다고 하였다.

Allan Gray(1990)는 앞으로 호스피스의 방향은 의학의 주류의 하나로서 인식되어야지 분리된 간호제도(A separated system of care)로 여겨져서는 안된다고 강조하였으며, 이 중요한 목표들을 이루기 위해서는 교육이 꼭 필요하고, 이런 교육을 받은 어떠한 의사나 간호사도 말기 암환자를 위한 양질의 완화적 간호를 제공할 수 있어야 된다고 하였다.

변영순(1990)은 간호학에서 한국적 간호이론을 정립해 보려는 노력이 시도되고 있는 만큼 호스피스 간호도 우리문화가 주체가 되어 수용될 수 있는 임종환자의 간호전략을 모색하는 방향으로 나가야 된다고 하였다.

3. 말기 암환자의 삶의 질

모든 사람은 그 생명이 지속되는 한 질적인 삶을 영위

할 권리가 있지만, 국가나 문화마다 역사적 발전과 문화가치가 다르기 때문에(노유자, 1988) 똑같은 정의를 정확히 내릴 수 없을 만큼 삶의 질이란 개념은 복잡하고 다루기 어려운 개념이다(Burckhardt, 1984). 그러나 삶의 질이란 신체적, 정신적, 사회경제적 영역에서 각 개인이 지각하는 주관적 안녕으로 정의할 수 있다.

근래에 이르러 의료분야에서도 환자의 질적 삶에 많은 관심을 보이기 시작하였다. 왜냐하면, 현대문명의 부산물과 의학기술의 발전으로 평균수명의 연장과 함께 급성질환자는 감소를 보인 반면 만성질환자가 증가하게 되어, 의학적 기술의존도가 많은 만큼 치료방법에 있어 거기에 수반되는 부작용을 피할 수 없게 되었기 때문이다. 따라서 전통적으로 생명의 보존과 수명의 연장에 역점을 두어왔던 종래의 의학적 가치관에서 탈피하여 차츰 생의 의미와 환자의 질적 삶을 더 중요시해야 한다는 주장을 펴게 되었다(Freed, 1984). 이에 따라 간호영역에서도 환자의 안위와 건강증진을 위한 간호를 행함에 있어 보존적 치료방법이나 신체적 안위증진에 대한 접근 뿐만 아니라 만성질환자의 삶의 의미와 만족스러운 질적 삶에 대한 간호방법이 필연적으로 대두되었다(전시자, 1987).

Levy(1975)는 만성질환자(혈액투석 환자)의 삶의 질을 생애의 전반적인 만족감에 대한 주관적인 측정이라고 하였다.

Campbell(1977)은 만성질환자의 삶의 질은 개인의 행복에 달려 있으며 행복과 만족을 동의어로 보았다.

만성질환 중 1980년 이후 부터 세계 사망률의 수위를 차지한 암은 거의 치명적 질환으로 여겨왔기 때문에 암환자에 대한 연구는 주로 치료에 대한 환자의 생존률 또는 죽음과 관련된 내용들이 그 중심이 되어 왔다(Johnson 등, 1985).

암으로 진단받은 환자는 단지 신체적 측면 뿐만 아니라 정서적, 사회적, 경제적 측면에 걸친 전반적인 삶의 질에 영향을 받게 된다. 또한 환자 개인 뿐만 아니라 가족 전체에도 위협적으로 작용하여 안녕상태가 깨어지게 된다. "삶의 질"이라는 말은 생애를 가치있는 삶으로 만드는 간호의 돌보는 측면(caring aspects of nursing)이 내포되어 있다. 왜냐하면, 간호는 생명보전과 질병을 감소시키는 것, 그리고 쉼인 간호에까지 관계하고 있기 때문이다. 그러므로 간호사의 역할은 자주 치료의 부작용을 조절하도록 도와주고 신체상, 신체의 기능과 외모의 끊임없는 변화에 적응할 수 있도록 도와주는 것이다. 따라서 삶의 질은 환자의 타고난 개인적인 활력

(strengths)과도 관계가 있지만, 간호사가 환자로 하여금 필요되는 변화에 얼마만큼 적응할 수 있도록 도와주는 것과 큰 관련이 있다. 그러므로, 잔여 삶의 기간 동안에 환자의 삶의 질을 높여 주는 방법을 연구해야 한다(Holmes & Dickerson, 1987). 왜냐하면, 삶의 질은 암환자 간호의 효과를 평가하기 위한 도구이기 때문이다(Padilla & Grant, 1985).

Lewis(1982)는 암환자의 삶의 질에 기여하는 요인은 개인의 조절경험과 자아존중감이라고 하였다.

Schmale(1983)은 암환자의 삶의 질은 건강인에 비해 자아조절감이 낮고 건강염려가 높다고 하였다.

Padilla 등(1985)은 암환자의 삶의 질에 기여하는 요인은 신체적 기능, 개인의 질병에 대한 태도, 정서 상태, 안녕감, 성생활에 대한 주관적 만족도, 일상생활의 활동에 따르는 만족감이라고 보고하였고, 단 하나의 요인으로 선택한다면 생의 만족감에 대한 주관적 측정이 가장 중요하다고 하였다.

최근에 Padilla 등(1990)은 41명의 통증이 있는 암환자의 삶의 질 영역을 분석하였는데, 삶의 질에 기여하는 것은 신체적인 면으로 건강하다는 느낌, 독립감, 정상생활을 할 수 있고 일할 수 있다는 점, 심리적 면으로는 즐거움, 영적 지지, 안정감, 조절감이라고 했다. 따라서 질병이 암환자의 삶의 질에 영향을 미치는 것은 하지만 암환자의 삶의 질을 사정하여 현재의 상황에 잘 적응할 수 있도록 지지해주는 일은 삶의 질을 향상시키는 중요한 간호중재라 할 수 있다.

암과 투병하는 환자를 돕기 위하여는 암의 발생 및 치료로 인해서 발생하는 신체적 및 정신적 욕구를 이해하고 그에 적절한 최선의 접근방안을 모색하여 적용하는 것이 필수적이다(김매자, 1988). 통증에 대한 불안과 두려움은 통증 그 자체보다 더 환자를 괴롭히며 개인의 갈등, 가족의 갈등, 죄의식 등은 통증을 더 가중시키는 경우가 허다하다. 이와 같이 통증은 신체적, 심리적, 사회적, 영적, 경제적 요소의 영향을 받게 된다(유지수, 1986).

따라서 신체적 삶의 질을 다루는 것은 말기 암환자의 삶을 의미있게 해 주는데 있어 요긴한 것이다. 모든 말기 암환자들은 예외없이 치유할 수 없는 질병에 대한 불안, 두려움, 고독감이 있다. 이것을 치유할 수 있는 길은 하나는 종적인 관계, 즉 신과의 관계이고, 다른 하나는 횡적인 관계, 즉 주위 사람들, 가족, 의료진과의 인간관계를 통하여 되는 것이다(下稻藥康之, 1989).

그러므로 말기 암환자의 삶의 질은 신체적, 심리적

(정신적), 영적 영역에서 다루어져야 한다. 이것은 호스피스 간호와 밀접한 관계가 있다. 왜냐하면, 호스피스 간호는 임종을 앞둔 환자와 관련된 모든 환경, 즉 환자와 마찬가지로 신체적, 정신적, 영적으로 고통을 받는 그 가족까지도 함께 치료함을 목적으로 하기 때문이다.

앞서 논의된 말기 암환자의 호스피스의 개념과 삶의 질을 요약하면, 호스피스 간호의 이상적 목표는 치료할 수 없는 질병에 관심을 두는 것이 아니라 인간의 존엄성을 인정하고 사랑을 실천하는 휴머니스틱 간호이며, 죽음이 끝이 아니라 새로운 시작이 될 수 있음을 일깨워 주어 삶의 질이 충만하도록 도와주는 것이며, 또한 신체적, 심리적, 사회적, 영적간호를 포괄하여 제공하는 포괄적 간호(Comprehensive Care)이다(변영순, 1990). 그러므로 말기 암환자의 삶의 질에 대한 연구 동향은 삶의 질을 향상시킬 수 있는 중요한 간호중재인 호스피스 간호와의 지속적인 연구와 병행되어야만 바람직한 결과를 기대할 수 있다.

Ⅲ. 연구방법

1. 연구설계

본 연구의 설계는 호스피스 간호가 말기 암환자의 삶의 질에 영향을 주는지를 연구하기 위한 단일군 전후설계(one-group pretest-posttest design)이다.

2. 연구대상

본 연구 대상은 서울시 종합병원 중 호스피스과가 있는 Y병원, S병원에 입원하여 잔여 생존예상기간 6개월 미만의 말기 암환자로 진단받고 호스피스과에 의뢰된 환자들 중 본 연구의 목적을 이해하고 연구에 참여하기로 동의한 41명을 대상으로 하였다. 이 중 사전조사 후 사망했거나 상태가 악화되어 의사소통이 불가능한 자, 혹은 조기퇴원 등으로 사후조사가 불가능했던 9명을 제외한 32명이 최종 대상자였다.

3. 연구도구

본 연구의 자료를 수집하기 위하여 사용된 도구는 구조화된 질문지로서 대상자의 일반적 특성에 관한 16문항, 삶의 질에 관한 42문항, 총 58문항으로 구성되었다.

삶의 질을 측정하기 위한 도구는 연구자에 의해 개발

된 3 영역 42문항의 5점 척도로써 점수가 높을수록 삶의 질 정도가 높은 것을 의미한다. 도구의 개발은 신체적 영역에서 Betty R. Ferrell 외 3인(1989)의 「Quality of Life Instrument for Patients with Pain」의 도구, 신체적 및 심리적 영역에서 Stein Kaasa 외 4인(1988)의 「Validation of a Quality of Life Questionnaire for Use in Clinical Trials for Treatment of Patients with Inoperable Lung Cancer」의 도구, 심리적 영역에서 William Breitbart(1989)의 「Prevalence of Psychiatric Disorders and Pain」의 도구, 영적 영역에서 최화숙(1987)의 영적 간호요구의 측정도구와 Pamela(1987)의 「Spiritual Perspective Scale」의 도구를 토대로 우리나라 상황에 적합하도록 수정, 보완하여 제작하였다. 도구의 내용 타당도를 높이기 위해 간호학교수 4명과 간호학전공 대학원생 3명의 의견을 참조하였으며, 삶의 질에 관한 도구는 신체적 측면 11 문항, 심리적 측면 15문항, 영적 측면 16문항 등, 총 42문항으로 구성되었다. 본 도구는 5점 척도로써 “매우 그렇다”(5점), “대체로 그렇다”(4점), “보통이다”(3점), “대체로 그렇지 않다”(2점), “전혀 그렇지 않다”(1점)로 측정하였으며, 부정적 문항에서 이와 반대로 측정하였다. 점수가 높을수록 삶의 질 정도가 높은 것을 의미한다.

본 도구의 신뢰도 검사를 위해 호스피스과에 의뢰된 말기 암환자 16명을 대상으로 예비조사하여 Cronbach's α 값이 0.849이었다(신체적 요인은 $\alpha = .607$), 심리적 요인은 $\alpha = .643$, 영적 요인은 $\alpha = .933$).

4. 자료수집기간 및 방법

본 연구의 자료수집 기간은 1989년 9월 26일부터 1991년 3월 20일까지 1년 6개월이 소요되었으며, 직접 면담법을 통해 자료를 수집하였다. 자료수집 절차는 본 연구자가 2개 병원의 호스피스과에 의뢰된 16명의 환자를 방문하여, 예비조사를 실시하여 도구를 수정, 보완하였다. 그 후 본 연구자가 대상자에게 직접 연구의 목적을 설명한 후 구조화된 설문지를 읽어주고 대답한 것을 기록하였다.

사전조사가 끝난 환자는 훈련받은 간호사와 자원봉사자들이 일주일에 평균 3~4회 방문하여 호스피스 간호를 제공하였다. 사전조사 후 1~1.5개월 만에 본 연구자가 다시 직접 방문하여 사전조사와 동일한 설문지를 이용하여 사후조사를 실시하였다(사전 조사 후 사후조사 시기를 1~1.5개월로 정한 이유는 가톨릭의대 신경정신

과 교실에서 호스피스 환자의 불안을 경감시키려면 적어도 6회 이상의 방문이 바람직하며 호스피스 활동이 임종환자의 불안을 해결하는데 도움이 되었다는 연구결과와, 실제로 2년 이상 호스피스과에 봉사하고 있는 자원봉사자의 경험과, 어떤 사실에 대한 인지(cognition)의 변화에서 행동으로의 변화에는 1~3개월이 걸린다는 이론에 근거하였다). 질문지 작성에 소요된 시간은 환자의 상태가 계속 대답하기 어려운 말기 암환자이었으므로 보통 1~2시간, 때로는 2~3일이 걸리는 환자도 있었다.

5. 자료 분석 방법

1) 대상자의 일반적 특성을 파악하기 위하여 실수(實數)와 백분율, 평균, 표준편차를 산출하였으며, 가설을 검정하기 위한 호스피스 간호 전후의 삶의 질 정도의 차이 검정은 Paired t-test로 하였다.

2) 대상자의 일반적 특성에 따른 호스피스 간호 전후의 삶의 질 변화는 Paired t-test, ANOVA, Pearson correlation으로 분석하였다.

6. 연구의 제한점

본 연구는 잔여 생존 예상기간이 6개월 미만인 말기 암환자를 대상으로 하였으므로 그 표본 추출의 대상자의 수가 많지 않은 점을 고려하여 본 연구결과를 확대 해석할 때는 신중을 기해야 한다.

IV. 연구결과

1. 대상자의 일반적 특성

대상자의 일반적 특성은 <표 1>과 같다. 즉, 성별로는 남녀 같은 비율(50%)이었고, 연령은 40-49세가 31.3%로 가장 많았으며, 50세 이상(28.1%), 20-29세(25.0%)의 순이었으며, 30-39세가 15.6%로 가장 낮은 분포이었다.

종교를 가진 대상자는 개신교(40.6%)와 천주교(50.0%)의 기독교인이 다수를 차지하였고 무종교인은 9.4%이었다. 교육정도별로는 대졸 이상(53.1%), 중, 고졸(43.8%), 국졸(3.1%)의 순으로써 과반수 이상이 대졸 이상의 학력 조시자이었다. 결혼상태는 기혼(75%)이 가장 많았고, 상업, 서비스직이 21.9%, 회사원과 공

〈표 1〉 대상자의 일반적 특성

일반적 특성	구 분	실 수	백 분 율	평균±표준편차
성 별	남	16	50.0	
	여	16	50.0	
연 령(만)	20-29	8	25.0	41.13±1.32
	30-39	5	15.6	
	40-49	10	31.3	
	50-	9	28.1	
학 력	국 줄	1	3.1	
	중·고졸	14	43.8	
	대졸이상	17	53.1	
결혼상태	미 혼	6	18.8	
	기 혼	24	75.0	
	이 혼	2	6.2	
미혼자녀수 (명)	0	7	21.9	2.47±1.19
	1	11	34.4	
	2	9	28.1	
	3	2	6.2	
	4	3	9.4	
종 교	개 신 교	13	40.6	
	천 주 교	16	50.0	
	무	3	9.4	
직 업	상업, 서비스직	7	21.9	
	회사원, 공무원	6	18.8	
	전문직	6	18.8	
	주부, 학생 무	13	40.5	
주택소유	자 가	24	75.0	
	전 세	5	15.6	
	월 세	3	9.4	
동거 가족수 (명)	1-3	12	37.5	4.16±1.53
	4-6	18	56.3	
	7-9	2	6.2	
혈액형	A	12	37.5	
	B	4	12.5	
	AB	5	15.6	
	O	11	34.4	
건강상태 (입원전)	상	20	62.5	
	중	7	21.9	
	하	5	15.6	
치료방법	단독요법	11		
	약물	6	18.8	
	방사선	3	9.4	
	수술	2	6.3	
	병합요법	21	65.5	
	약물+방사선	4	12.5	
	약물+방사선+수술	4	12.5	
	약물+수술	11	34.3	
	약물+면역	1	3.1	
	기 타	1	3.1	

일반적 특성	구 분	실 수	백 분 율	평균±표준편차
통증횟수 (회)	0	11	34.4	2.59±1.50
	1	6	18.8	
	2	5	15.6	
	3	5	15.6	
	4	5	15.6	
현재 가장 중요한 관심사	건강	27	84.4	
	자녀	1	3.1	
	종교	3	9.4	
	기타	1	3.1	
종교행사 참여도	교회(성당)에서 하는 집회는 거의 참석	13	40.6	
	주일예배(미사)에만 참석	9	28.1	
	특별행사(부활절, 성탄절)만 참석	3	9.4	
	집에서 기도만하고 교회(성당)은 거의 안감	7	21.9	

무원 및 전문직이 각각 18.8%이었다. 주택의 소유별로 보면, 자가주택 75%, 전세 15.6%, 그리고 월세가 9.4%이었다.

입원전 지각된 건강상태는 상(62.5%), 중(21.9%), 그리고 하(15.6%)의 순이었다. 혈액형의 유형별로는 A형(37.5%)과 O형(34.4%)의 두 혈액형이 비슷한 분포를 보였다. 치료방법의 유형으로서는 여러가지 치료법을 혼합하고 있는 병합요법(65.5%)이 가장 많은 반면, 단독요법으로는 약물치료(18.8%), 방사선치료(9.4%), 그리고 수술치료(6.3%)의 순이었다. 통증회수는 하루 불규칙하게 오는 것(34.4%)과 규칙적으로 1회(18.8%)의 순이었으며, 규칙적으로 오는 통증회수 중 2, 3, 4회는 동물(각 15.6%)이었다. 암환자의 분포는 위암 8명, 자궁암 3명, 직장암 3명, 폐암 3명, 난소암 2명, 간암 2명, 췌장암 2명, 백혈병 2명, 콩팥암 1명, 대장암 1명, 임파선암 1명, 골수암 1명, 설암 1명, 척추암 1명, 종담관암 1명 등이었다.

현재의 가장 중요한 관심사로는 건강이 84.4%로 단연 으뜸이었고, 다음은 종교(9.4%)와 자녀(3.1%)의 순이었다. 종교행사 참여도는 교회(성당)의 집회에 거의 참석한다가 40.6%이었고, 주일예배만 참석(28.1%), 집에서 기도만하고 교회(성당)에 거의 안감(21.9%), 특별행사(부활절, 성탄절 등)에만 참석(9.4%)의 순으로 나타났다.

2. 호스피스 간호의 삶의 질에 대한 효과분석

호스피스 간호의 효과를 규명하기 위한 가설 검정 결과는 다음과 같다.

1) 주가설 검정 : “말기 암환자의 삶의 질은 호스피스 간호를 받기 전과 후에 차이가 있을 것이다”에 대한 검정 결과는 <표 2>와 같이, 호스피스 간호를 받은 후에 삶의 질 평균치(157.72)가 받기 전 평균치(137.97)보다 높았으며 이는 통계적으로 유의한 차이를 나타내어 본 연구의 주가설은 지지되었다($t=6.82, df=31, p=.000$). 즉, 호스피스 간호 후에는 간호 전보다 전체적인 삶의 질이 증진되었음을 보여 주었다.

2) 부가설 검정 :

부가설 1 : “신체적 영역의 삶의 질은 호스피스 간호를 받기 전후에 차이가 있을 것이다”

이 가설에 대한 검정 결과는 <표 2, 그림 1>과 같이 통계적으로 유의한 관계($t=.07, df=31, p=.946$)가 없음을 나타냄으로써 (부가설 1)은 기각되었다. 즉, 호스피스 간호는 신체적인 면에 효과를 주지 못하였다.

삶의 질 변화에 대한 호스피스 간호의 효과는 <표 3 참조> 호스피스 간호 전후의 평균차가 클수록 그 효과가 높다고 볼 수 있다. 신체적 영역의 11문항 중 호스피스 간호제공 전후의 삶의 질 평균차가 가장 큰 항목은 “탈모를 심각하게 생각함”(사후 3.38, 사전 2.75, 평균차 0.63), “체중감소에 대하여 걱정함”(사후 3.06, 사전 2.50, 평균차 0.56), “수면시간이 충분함”(사후 3.28, 사전 2.91, 평균차 0.37)의 순이었다. 이는 호스피스 간호로 보다 편안한 마음을 가질 수 있으며 이로 인한 신체적 변화는 큰 문제로 지각하지 않고 있다고 사료된다. 한편, 각 항목 중 전후차가 가장 낮은 항목은 구토, 메스꺼움이 심함(전후차 -0.34) 이었는데, 이는 병이 진전됨에 따라 전반적인 신체 상태와 관련이 있다고 사료된다.

부가설 2 : “심리적 영역의 삶의 질은 호스피스 간호를 받기 전후에 차이가 있을 것이다”
 이 가설에 대한 검정 결과는 <표 2, 그림 1>과 같이 통계적으로 유의한 관계($t=4.69, df=31, p=.000$)가 있

음을 나타냄으로써(부가설 2)는 지지되었다. 즉, 호스피스 간호 후에는 간호 전보다 심리적인 면의 삶의 질이 증진되었음을 보여주었다.

<표 2> 호스피스 간호 효과 검증

삶의 질 요인	호스피스 간호	실 수	평균	표준오차	평균평점	T-값	자유도	유의도
신체적 영역 (11 문항)	전	32	34.63	1.12	3.14	.07	31	.946
	후	32	34.56	1.03	3.15			
심리적 영역 (16 문항)	전	32	49.63	1.55	3.10	4.69	31	.000
	후	32	55.16	1.35	3.45			
영적 영역 (15 문항)	전	32	53.78	2.55	3.59	6.64	31	.000
	후	32	67.94	1.45	4.53			
전체적 영역 (42 문항)	전	32	137.9	3.94	3.29	6.82	31	.000
	후	32	157.72	2.83	2.83			

심리적 영역의 16문항 중 호스피스 간호제공 전후의 삶의 질 평균차가 가장 큰 항목은 “불안감을 느낌”(사후 3.41, 사전 2.63, 평균차 0.78)이었으며, “자신의 고통스런 문제나 내적 갈등을 대화를 통해 나누고 싶음”(사후 3.75, 사전 3.06, 평균차 0.69), “질병으로 인한 환경변화에 잘 적응한다고 생각함”(사후 3.72, 사전 3.06, 평균차 0.66), “뜻있는 생활을 하고 있음”(사후 2.53, 사전 1.88, 평균차 0.65)의 순으로 그 차는 작아지고 있었다. “불안감을 느낌”에서 간호제공 전후차가 가장 큰 것을 의미하는 것은 호스피스 간호의 효과로 말기 암환자의 불안이 크게 감소된 것을 의미한다(평균차 0.78). 한편, 호스피스 간호제공 전후의 평균차가 가장 낮은 항목인 “부부관계가 원만함”(사후 3.23, 사전 3.54, 평균차 -0.31)은 오히려 호스피스 간호전보다 간호후가 더 나빠진 점수를 보여 주었다. 이는 대상자의 분포가 이혼 2명, 미혼 6명, 기혼 24명 중 재혼 및 별거 상태에 있는 대상자가 5명인 것과 관련이 있으며 병의 악화되는 것과 관련이 있다고 사료된다.

부가설 3 : “영적 영역의 삶의 질은 호스피스 간호를 받기 전후에 차이가 있을 것이다”

이 가설에 대한 검정 결과는 <표 2, 그림 1>과 같이 통계적으로 유의한 관계($t=6.64, df=31, p=.000$)가 있음을 나타냄으로써(부가설 3)는 지지되었다. 즉, 호스피스 간호 후에는 간호 전보다 영적인 면의 삶의 질이 증진되었음을 보여 주었다.

영적 영역의 15문항 중 호스피스 간호 제공 전후의 삶의 질 평균차가 가장 큰 항목은 “죽음은 끝이 아니라 새로운 삶(영생)이 시작된다고 생각함”(사후 4.47, 사전 3.13, 평균차 1.34)이었으며, “신에게 의지함으로 마음에 위로받음”(사후 4.81, 사전 3.60, 평균차 1.21), “과거에 자신에게 잘못된 사람을 용서해 주고 싶음”(사후 4.56, 사전 3.44, 평균차 1.12), “신의 존재를 인정함”(사후 4.75, 사전 3.71, 평균차 1.03)의 순이었다.

3. 대상자의 일반적 특성과 호스피스 간호와의 관계

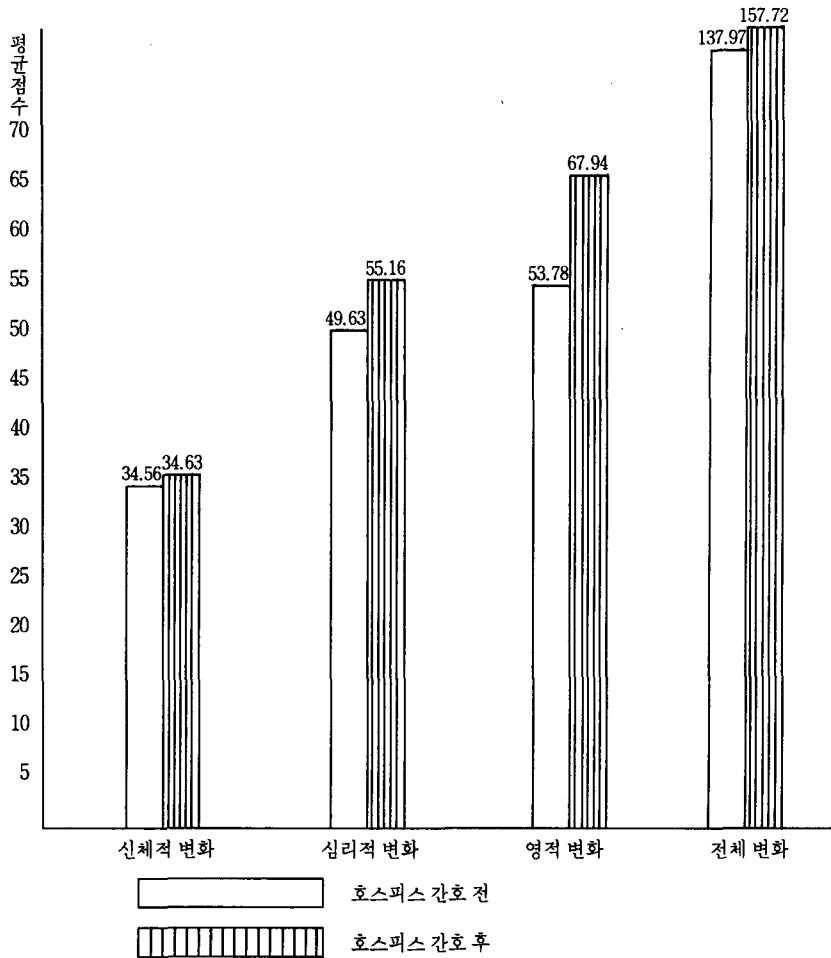
1) 전체적인 삶의 질과 학력과는 유의한 관계가 있었다($F=3.34, df=2/29, p=.05$). 중고 졸업자의 경우 점수차가 가장 높았고(25.93), 국졸의 경우 가장 낮았다(-9.0).

2) 일반적 특성 중 신체적인 측면의 삶의 질과 호스피스 간호의 효과는 유의한 관계를 볼 수 없었다.

3) 일반적 특성 중 연령과 동거가족수의 특성만은 통계적인 유의한 관계를 보여 주었다. 즉 심리적 측면의 삶의 질과 연령과는 유의한 역상관 관계를 보여 주었다($r=-0.35, p=.025$). 다시말해서 연령이 높을 수록, 심리적 삶의 질 정도는 낮아졌다.

4) 일반적 특성 중 영적 삶의 질과 종교와는 유의한 관계가 있었다($F=5.06, df=2/29, p=.013$).

<도 1> 호스피스 간호 전후의 삶의 질 변화 비교



<표 3> 호스피스 간호 전후의 삶의 질 비교

영역	항 목	사전	사후	사후사전
		평균±표준편차	평균±표준편차	평균차
신 체 적 적	1. 수면시간이 충분함	2.91±1.23	3.28±1.17	0.37
	* 2. 체중감소에 대하여 걱정함	2.50±1.30	3.06±1.29	0.56
	* 3. 입맛이 없어 고생함	2.44±1.24	2.22±1.21	-0.22
	4. 대변, 배뇨상태가 양호함	3.19±1.20	3.38±1.16	0.19
	* 5. 구토가 심함	3.41±1.24	3.09±1.63	-0.32
	* 6. 메스꺼움이 심함	3.22±1.29	2.88±1.52	-0.34
	* 7. 탈모를 심각하게 생각함	2.75±1.50	3.38±1.36	0.63
	* 8. 음식 삼키기가 곤란함	3.72±1.49	3.50±1.50	-0.22
	* 9. 욕창으로 많이 고생함	4.72±0.73	4.53±0.92	-0.19
	10. 대부분의 시간을 병상에서 보냄	2.56±1.16	2.44±1.30	-0.12
	* 11. 일상생활(옷입는 일, 머리빗기, 화장실, 식사)등 도움이 필요함	3.16±1.51	2.88±1.48	-0.28
소 계	34.56±6.33	34.63±5.86	0.07	

영역	항 목	사전	사후	사후사전
		평균±표준편차	평균±표준편차	평균차
심 리 적	12. 가족, 친지들로부터 소외당함	3.50±1.57	3.88±1.41	0.38
	13. 질병으로 인한 염려 : 재정, 가사	2.63±1.16	3.13±1.48	0.5
	14. 가정에서 자신의 위치가 중요함	4.09±1.30	4.53±1.11	0.44
	15. 가족들의 뒷바라지에 만족함	3.94±1.39	4.19±1.20	0.25
	16. 투병 중, 취미 및 여가선용 가능성	2.22±1.26	2.13±1.21	-0.09
	17. 자신이 소중하다고 생각함	3.69±1.31	4.16±1.05	0.47
	18. 불안감을 느낌	2.63±1.29	3.41±1.39	0.78
	19. 우울감을 느낌	3.03±1.36	3.38±1.39	0.35
	20. 외로울 때 가족, 친구들의 변함없는 사랑을 받고 싶음	3.72±1.14	3.75±1.37	0.03
	21. 이유 없이 화가 남	3.00±1.27	3.47±1.19	0.47
	22. 부부 관계가 원만함	3.54±1.56	3.23±1.73	-0.31
	23. 자녀와의 관계가 원만함	3.60±1.50	3.80±1.53	0.2
	24. 질병으로 인한 환경변화에 잘 적응한다고 생각함	3.06±1.32	3.72±1.40	0.66
	25. 뜻있는 생활을 하고 있음	1.88±1.10	2.53±1.50	0.65
26. 자신의 고통스러운 문제나 재적 갈등을 대화로 통해 나누고 싶음	3.06±1.46	3.75±1.48	0.69	
27. 자신의 과거 이야기를 마음놓고 털어 놓을 수 있는 사람 필요함	3.13±1.59	3.58±1.39	0.43	
	소 계	49.63±8.79	55.16±7.63	5.53
영 적	28. 신의 존재를 인정함	3.72±1.28	4.75±0.51	1.03
	29. 신에게 의지함으로 마음에 위로 받음	3.60±1.24	4.81±0.47	1.21
	30. 신은 사람의 죽음 문제를 해결함	3.63±1.34	4.56±0.84	0.93
	31. 누구나 인간의 존엄성을 가지고 자신을 대해 주기를 원함	3.94±1.22	4.28±1.11	0.34
	32. 죽음은 끝이 아니라 새로운 삶(영생이 시작이 된다고 생각함)	3.13±1.50	4.47±0.80	1.34
	33. 자신을 위해 기도해 주기를 바람	3.72±1.28	4.72±0.63	1.00
	34. 기도를 통해 자신의 소원을 신에게 말하고 싶음	3.81±1.38	4.84±0.52	1.03
	35. 과거의 자신에게 잘못된 사람을 용서해 주고 싶음	3.44±1.46	4.56±0.88	1.12
	36. 마음의 평강을 위해 명상을 함	2.97±1.36	3.91±1.35	0.94
	37. 신을 알 수 있는 책을 읽기 원함	3.09±1.49	4.09±1.28	1.00
	38. 사람의 잘못을 용서하는 신이라면 기꺼이 받아들이겠음	3.91±1.17	4.72±0.58	0.81
	39. 종교적 음악을 들으면 마음의 평안을 누림	3.75±1.32	4.50±0.72	0.75
	40. 성직자의 방문을 원함	3.63±1.34	4.40±0.98	0.77
	41. 성직자가 와서 종교의식(기도, 미사, 성찬예식, 안수기도)을 해주 기 원함	3.59±1.27	4.59±0.80	1.00
42. 자신의 생활에 신앙이 중요함	3.88±1.45	4.72±0.73	0.84	
	소 계	53.78±14.45	67.94±8.22	14.16
	총 계	137.97±22.27	157.72±16.02	

V. 논 의

1. 호스피스 간호의 삶의 질에 대한 효과

본 연구 결과, 말기 암환자의 신체적, 정신적, 영적인 면을 합한 전체적인 면의 삶의 질에 미치는 호스피스의 간호는 효과가 있었다($t=6.82, df=31, p=.000$).

박(1988)은 불치의 질병인 암으로 인하여 임종에 직면하고 있는 환자에게 신과의 역동적 관계를 형성할 수 있

도록 정서적, 영적인 도움, 즉 호스피스 간호를 제공하면 그 환자들의 신체, 정서, 영적인 고통, 갈등 및 불안이 현저하게 감소되어 좀 더 편안한 자세로 자신의 질병을 수용하여 임종에 대한 준비를 할 수 있다고 발표하여 본 연구의 결과와 일치하였으며, 이와같이 임종에 대한 준비를 시키는 것은 간호사의 임무라고 할 수 있다. 그러므로, 삶의 질을 신체적, 심리적, 영적인 면에서 호스피스 간호와 연결지어서 논하고자 한다.

(1) 신체적 영역의 삶의 질

신체적 영역의 삶의 질은 호스피스 간호를 받기 전후에 차이가 없었다($t=6.82, df=31, p=.946$).

신체적 영역에서 호스피스 간호 전후에 가장 문제가 되는 항목은 "입맛이 없어 고생함"과 "대부분의 시간을 병상에서 보내는 것"과 "메스꺼움이 심한 것"이었다. 즉, 병이 진행됨에 따라 화학요법, 방사선요법의 부작용으로 인해 식욕이 억제되거나 오심, 구토 등으로 만성 식욕부진이 오기 쉽다. 본 연구에서도 호스피스 간호 후에 입맛이 없어 더 고생하고 구토가 더 심해졌으며, 메스꺼움이 더 심해졌고 음식 삼키기가 더 곤란해졌으며, 대부분의 시간을 병상에서 보내는 일이 많아졌다. 이는 호스피스 간호의 효과가 없는 것이다. 그러나, 호스피스 간호 제공 전후에 삶의 질 평균치가 가장 큰 항목(호스피스 간호 효과가 가장 크게 나타난 항목)은 "탈모를 심각하게 생각하는 것"과 "체중감소에 대하여 걱정함"이었다. 즉, 호스피스 간호제공 전에는 신체의 외모에 신경을 쓰거나 걱정하는 일이 많았으나 간호제공 후에는 훨씬 감소하여 전후 차이가 증가하였다. 이것은 호스피스 간호의 효과를 보여주는 것으로, 말기 암환자가 호스피스 간호를 받고 그의 삶의 질의 의미가 새로워지면 외면적인 문제(체중감소, 탈모 등)에는 별로 신경을 쓰지 않고 내면적인 문제(영적, 심리적)에 더 관심을 가지게 되는 것으로 사료된다. 한편 각 항목 중 전후차가 가장 낮은 항목은 "구토, 메스꺼움 심함(전후차 -0.34)"이었다. 이는 항암제나 방사선 요법과 병의 악화 등 부작용에 수반되는 증상으로 시간이 지날수록 신체적 활동이 힘들어지는 것으로 사료된다. 말기 암환자는 시간이 경과함에 따라 신체적 증상이 더욱 악화되어 전신상태가 악화되어가는 과정에서 신체적 영역의 효과를 기대하기가 매우 어렵기 때문인 것으로 사료된다.

박(1988)의 연구에서도 호스피스 간호를 제공받은 환자군과 제공받지 않은 환자군의 신체적 치료에 대한 바람의 정도에 있어서 통계적으로 유의한 차이가 없었던 점은 본 연구의 결과와 일치하였다. 이러한 결과의 주원인은 두 집단의 환자가 모두 암환자라는 공통점을 가지고 있기 때문인 것으로 판단된다. 즉, 암환자의 80%가 둘 또는 그 이상의 통증 부위를 갖고 있을 뿐만 아니라 화학요법으로 인한 부작용을 경험하고 있으며 임종을 앞두고 있기 때문으로 사료된다. 박(1988)의 질병에 관련된 제반 상태를 비교한 결과 신체적 증상 및 종류수, 신체적 통증의 유무 및 통증 지각상태 등에서도 두 집단이 비슷하였으며, 단지 호스피스 간호를 제공받지 않은

환자들이 제공받은 환자군에 비하여 과거와 현재에 있어서 약물요법의 의존도가 유의하게 높은 것을 알 수 있다(과거 37.0% : 28.4% ; 현재 84.8% : 56.7% ; $p=.021$)고 하였다. 이는 호스피스 간호를 제공받은 환자들이 약물요법에 따르는 부작용에 더 이상 시달리지 않고 심리적, 영적으로 지지를 받아 평안히 임종을 수용하는 자세와 관련이 있는 것으로 사료된다고 해석하였다.

Tom Wachtel(1988)은 말기 암환자에게 가장 무서운 것은 통증이라고 하였다. 그런데 왕 등(1984)의 연구에서도 살가망이 없는 환자와 그 가족에게 해결되지 않는 문제는 통증감소이었다. 상기의 연구들을 종합해 볼 때, 호스피스 간호가 신체적 통증감소에 효과적이지 못한 이유는 호스피스 팀의 중추적 역할의 한 사람인 의사의 수가 거의 전무한 상태여서 의사의 처방에 의존해야만 되는 통증해결이 거의 불가능하며, 또한 간호의 독자적 간호 업무를 수행할 수 없을 뿐만 아니라 호스피스 전문병원도 없기 때문이라 생각된다. 이것은 다음에 논의 될 심리적, 영적 영역에서는 간호의 독자적 영역에 속하는 것으로 볼 수 있는 호스피스 간호가 큰 효과를 본 것과 좋은 대조를 이룬다.

(2) 심리적 영역의 삶의 질

심리적 영역의 삶의 질은 호스피스 간호를 받기 전후에 차이가 있었다($t=4.69, df=31, p=.000$).

왕 등(1985)의 연구에서 환자 및 가족, 의료팀 525명 중 95%(490명)가 환자의 불안이나 걱정을 이해시킬 의무가 있다고 보고하였다. 또 살가망이 없는 환자의 정서적 요구에 대한 태도조사에서도 응답자들의 해결되지 않은 문제로 정서적 지지부족을 들었다. 그러나 박(1988)의 연구에서는 호스피스 간호를 제공받은 환자군은 제공받지 않은 환자군에 비하여 정서적 반응정도가 유의하게 높은 것으로 나타나($p=.050$) 본 연구의 심리적 측면의 결과와 일치하여 호스피스 간호의 효과가 환자의 정서에 미치는 영향이 아주 높은 것으로 생각된다.

심리적 영역에서 호스피스 간호 전후에 가장 문제가 되지 않는 항목은 "가정에서 자신의 위치가 중요함", "가족들의 뒷바라지에 만족함"이었다. 한 등(1990)의 연구에 의하면, 중년기 암환자의 삶의 질 구성요인 중 가족관계 요인이 평균평점 3.50으로 높게 나타나 본 연구의 결과와 일치하였다. 우리나라와 같은 가족간의 유대관계가 강한 대가족 제도하에서는 환자와 가족을 한 단위로 보는 호스피스의 간호철학에 비추어 가족을 호스피스 팀에 가담시켜야 한다. 그리하여 가족을 통한 정

서적, 영적 지지를 얻어 환자가 평안한 임종을 맞도록 도와주는 방법을 강구해야 할 것이다.

최근, 한 등(1990)의 연구에서는 일반적 예상과는 달리 암과 암치료가 삶의 질에 영향을 덜 미칠 수도 있다는 가능성을 시사하였다. 그러나 말기 암환자의 대부분은 질병이 진전됨과 동시에 화학요법, 방사선 요법 등 각종 치료로 인한 부작용에 시달려 질병에 대처하려는 자신의 노력에 한계를 느낀다. 또한 시간이 경과함에 따라 건강에 대한 통제력이 상실되고 무기력해진다. 이 무기력한 상태의 계속은 반응성 우울을 초래하게 되며 결과적으로 정서적 요인이 장애를 받게 된다. 본 연구의 심리적 영역 중 호스피스 간호제공 전후차의 효과가 있는 항목이 “우울감을 느낌”(사후 3.38, 사전 3.03, 평균차 0.35), 소외감(3.88, 사전 3.50, 평균차 0.38), 질병, 재정, 가사에 대한 염려(사후 3.13, 사전 2.63, 평균차 0.50), 불안감을 느낌(사후 3.41, 사전 2.63, 평균차 0.78), 이유없이 화가 남(사후 3.47, 사전 3.00, 평균차 0.47) 등으로써 호스피스 간호가 암환자의 정서적 요인 장애 해소에 도움이 되는 것으로 나타났다.

아직까지 말기 암환자를 전적으로 수용하여 신체적으로나, 정신적으로, 또 영적으로 편하게 되어 임종을 두려움이 없이 맞이하도록 도와주는 장소나 기관이 없는 우리나라 실정에서는 거의 임종시까지 병원을 전전하며 부분적 완화요법에 의존한다. 이때 느끼는 환자의 고통은 그 가족과 모든 의료진들에게 똑같은 마음의 부담을 느끼게 한다. 이 결과를 분석해 보면, 호스피스 간호를 제공받은 환자군은 의사, 간호사, 가족, 성직자, 자원봉사자 등과 밀접한 상호관계를 형성하여 충분한 의사소통을 하고 정서적 지지를 받는 기회가 많은 반면, 제공받지 않은 환자군은 그들과 상호관계를 형성할 기회를 적게 갖기 때문에 정서적 지지를 받고자 하는 요구가 높은 것으로 풀이된다. Torrens(1985)는 호스피스 간호를 제공받은 환자는 정서적 측면에 있어서 불만을 적게 경험한다고 보고하였다. 박(1988)은 호스피스 간호를 제공받은 환자들이 제공받지 않는 환자들에 비하여 질병을 수용하는 비율이 높다고 하였는데, 이것은 본 연구의 심리적 항목 중, “질병으로 인한 환경변화에 잘 적응한다고 생각함”(사후 3.72, 사전 3.06, 평균차 0.66)을 지지하는 것으로 사료된다. 뿐만 아니라, 죽음을 완전히 받아들이는 과정에서 자신의 고통스런 문제나 내적 갈등을 대화를 통해 나누며, 무엇인가 뜻있는 생활을 갈망하면서 질병으로 인한 환경변화에 적응하려함을 알 수 있다.

(3) 영적 영역의 삶이 질

영적 영역의 삶의 질은 호스피스 간호를 받기 전후에 차이가 있었다($t=6.64, df=31, p=.000$).

영적 영역에서 호스피스 간호 전후차가 가장 큰 항목은 “죽음은 끝이 아니라 새로운 삶(영생)이 시작된다고 생각함”과 “신에게 의지함으로 마음의 위로를 받음”, “과거에 자신에게 잘못된 사람을 용서해주고 싶음”이었다. 이것은 종교를 가진 대상자가 주류를 이루었기 때문에 대부분의 응답자들이 죽음 이후의 문제에 대하여 자신있는 대답을 주었다고 생각된다. 또한 종교인들은 대부분 평안한 마음으로 죽음을 준비하고 있었으며, 특히 과거에 잘못된 사람을 용서할 수 있다고 하는 것은 기독교의 기본정신을 잘 반영하는 것이라 할 수 있다. 신의 존재에 대한 인정은 환자의 절망을 희망으로 바꾼 큰 동기가 되었다. 그러므로 호스피스 간호의 영적인 영역은 가장 중요한 삶의 질의 변화를 가져다주는 요인이 된다고 볼 수 있다.

왕 등(1985)의 말기환자관리에 대한 태도조사에서 “죽음에 임박하여 누구의 도움을 받고 싶는가”라는 질문에서 총 457명 중 종교적 도움을 받겠다고 응답한 사람이 45%(247명), 가족 26%(134명)인 반면, 전문의의 도움을 받겠다고 응답한 사람은 14.7%(76명)에 불과했다. “살 가망이 없다는 사실을 누구에게 들어야 하는가”라는 질문에서 전문의 68.7%(346명), 가족 13.3%(67명), 성직자 8.7%(44명)의 순이었다. 이 두 결과를 비교해 보면, 살 가망이 없다는 사실은 전문의에게서 들어야 한다고 생각하고 있으나 그 후에 도움을 기대할 수 있는 곳은 종교와 가족이라고 답하였다. 이것은 의료인이 환자를 간호할 때 종교적 접근을 이용하여 가족을 포함시켜야 함을 보여주고 있다.

권(1989)은 영적간호를 “죽음을 수용하도록 돕는 간호”라고 정의하였으며, 또한 죽음을 직면하는 일이 환자가 겪는 영적 위기 중의 하나라고 하여 말기 암환자에게 영적간호의 필요성을 강조하고 있다. 박(1988)의 연구에서 호스피스 간호를 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 간호를 제공하여 임종을 앞둔 환자로 하여금 평안한 영적 상태를 유지하도록 도와야 한다고 하였다. 위의 두 연구의 결과는 본 연구의 영적 영역에 관한 문항들 중 “죽음은 끝이 아니라 새로운 삶(영

생)이 시작된다고 생각함”(사후 4.81, 사전 3.13, 평균차 1.34), “신에게 의지함으로 위로받음”(사후 4.81, 사전 3.60, 평균차 1.21)의 문항이 전후차가 가장 높은 항목으로 나타난 본 연구의 결과와 일치하였고, 또한 호스피스 간호가 삶의 질의 영적 측면에 큰 효과가 있음을 보여 주었다.

박(1988)은 호스피스 간호를 제공받지 않은 환자군이 제공받은 환자군에 비하여 의사, 간호사, 가족, 성직자로부터 환자 자신의 정신적, 영적 문제 해결을 위한 도움을 받고자 하는 정도가 유의하게 높게 나타났다. 즉, 호스피스 간호를 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 요구가 강한 것이다. 권(1989)은 영적간호의 개념을 종교적 신앙에 기초하여 대상자가 절대자와 개인적이고 의미 있는 관계를 유지하게 하는 간호라고 하였는데, 이것은 본 연구에서 호스피스 간호후 평균점수가 제일 높은 것이 “기도를 통해 자신의 소원을 말하고 싶음”(4.84), “신에게 의지함으로 마음의 위로를 받음”(4.81) 등으로 나타나 위의 두(박, 권) 사람의 연구 결과와 일치하였다.

2. 대상자의 일반적 특성과 호스피스 간호와의 관계

본 연구 결과 전체적인 삶의 질과 학력과는 유의한 관계가 있었다($F=3.34$, $df=2/29$, $p=.033$). 즉, 학력이 높은 경우 삶의 질도 높은 것으로 나타났는데, 이는 한 등(1990)의 연구와 일치하였다.

본 연구에서 심리적 측면의 삶의 질과 동거가족수는 유의한 순상관 관계가 있었다($r=0.33$, $p=.033$). 즉, 대상자의 동거가족수가 많을수록 심리적 지지도가 높았다. Padilla와 Grant(1985)가 건강인, 당뇨외래환자, 입원한 암환자를 대상으로 Quality of Life Index를 가지고 삶의 질을 측정된 결과, 가족관계 요인과 이웃관계 요인은 암환자가 건강인보다 약간 높은 것으로 나타났다. 이는 건강했을 때 보다 병들었을 때 지지체계가 더 강하게 결속되기 때문인 것으로 추정된다. 특히 우리나라는 대가족 중심의 문화적 배경이 강하기 때문에 가족수에 따른 가족의 지지가 중요한 변인이 된다. 그러므로, 앞으로 호스피스 간호에서 가족의 위치를 더욱 고려해야 될 필요성이 있다. 한 등(1990)의 연구에서도 가족

관계 요인이 가장 높은 점수를 나타낸 것에 비추어 본 연구의 것과 일치하였다.

본 연구 결과 심리적 측면의 삶의 질과 연령과는 유의한 역상관 관계가 있었다($r=-0.35$, $p=.025$). 즉, 연령이 높을수록 심리적 측면의 삶의 질은 낮아지는 것으로 나타났다. 이는 한 등(1990)의 연구 결과인 연령이 증가함에 따라 삶의 질이 낮아지는 경향이 있다는 것과 일치하였다. 한 등(1990)의 연구에서는 정신상태 요인에 대한 만족도가 40대 보다 50대가 높았으나 50대 이후를 대상으로 한 연구가 없었으므로 본 연구의 결과와는 비교할 수 없었다.

본 연구의 조사대상자 32명 중 31명이 “중요한 관심사”로 건강을 들었다. 이는 한 외 3인의 연구(1990)에서 건강지각을 암환자의 삶의 질에 영향을 주는 주요 요인으로 본 것과 일치하였다. 또 서울 시민을 대상으로 삶의 질을 측정 한 하(1986)의 연구에서도 건강상태는 가장 중요한 관심 영역이었고, 생활전반에 대한 행복에서도 큰 비중을 차지하였다. 한편, Padilla 등(1999)의 통증 있는 42명의 암환자를 대상으로 행한 조사에서도 삶의 질의 구성영역에 대한 분석 중 건강하다는 느낌이 삶의 질을 높인데 가장 큰 비중을 차지한 것으로 나타나 건강지각은 동서양을 막론하고 삶의 질을 예측하는 중요한 변인임을 보여줌으로써 본 연구의 결과와 일치하였다.

VI. 결론 및 제언

본 연구는 호스피스 간호가 말기 암환자의 삶의 질에 미치는 효과를 파악하고, 호스피스 간호의 일반적 특성과의 관계를 조사하기 위한 목적으로 시도되었다.

연구대상은 서울시내에 소재하고 있는 종합병원 중 호스피스과가 있는 Y 병원과 S 병원에 입원한 말기 암환자 41명을 대상으로 설문지를 통한 직접면담 방식에 의해 사전사후 조사를 하였다. 그들은 담당의사로부터 호스피스과에 입원하도록 요청된 41명이었으며, 이 중 사전조사 후 사망했거나 상태의 악화로 의사소통 불능의 환자들은 제외되어 최종적으로 조사를 마친 32명이 연구의 대상이 되었다.

조사기간은 1989년 9월 28일부터 1991년 3월 20일까지 약 1년 6개월 동안 본 연구자가 직접 병원을 방문하여 실시하였다.

연구도구는 Betty R. Ferrell 등(1989)의 삶의 질 측정도구와 Stein Kaasa 등의 삶의 질 측정도구와 Palm

Pamela의 Spiritual Perspective Scale(1988) 및 최화숙(1987)의 영적 간호요구의 측정도구를 수정, 보완하고, 이론적 배경을 토대로 간호학과수와 대학원생들의 의견을 참조하여 만든 58문항을 16명을 대상으로 예비조사후에 사용되었다(Crombach's $\alpha = .894$).

수집된 자료는 연구목적에 따라 일반적 특성에 대해 실수(實數)와 백분율을 사용하였고, 일반적 특성과 호스피스 간호 전후 삶의 질 변화 정도에 관해서는 t-test, ANOVA, Pearson correlation을 사용하여 분석하였으며, 결과는 다음과 같다.

1) 호스피스 간호 전후와 삶의 질과의 관계를 규명하기 위한 가설검정 결과는 다음과 같다.

(1) 주가설 : “말기 암환자의 삶의 질은 호스피스 간호를 받기 전과 후에 차이가 있을 것이다”는 지지되었다($t=6.82, df=31, p=.000$).

(2) 부가설

제 1 부가설 :

“신체적 영역의 삶의 질은 호스피스 간호를 받기 전과 후에 차이가 있을 것이다”는 기각되었다($t=0.07, df=31, p=.946$).

제 2 부가설 :

“심리적 영역의 삶의 질은 호스피스 간호를 받기 전과 후에 차이가 있을 것이다”는 지지되었다($t=4.69, df=31, p=.000$).

제 3 부가설 :

“영적 영역의 삶의 질은 호스피스 간호를 받기 전과 후에 차이가 있을 것이다”는 지지되었다($t=6.64, df=31, p=.000$).

2) 호스피스 간호의 효과로 대상자의 삶의 질에 영향을 준 일반적 특성은 연령(심리적 영역 $r=-0.35, p=.025$), 동거 가족수(심리적 영역 $r=0.33, p=.033$), 학력($f=3.34, df=2/29, p=.05$), 종교(영적 영역 $F=5.06, df=2/29, p=.014$)이었다. 즉, 연령이 높을수록 호스피스 간호로 인한 심리적 삶의 질은 낮았으며, 동거 가족수가 많을수록 호스피스 간호로 인한 심리적 삶의 질은 높았다.

즉, 우리나라는 대가족 제도에서 핵가족 중심으로 점차 변하고 있는 실정이지만, 호스피스 간호의 경우에는 확대 가족제도가 훨씬 장점이 많으므로 우리나라 문화권에서는 이 분야의 연구가 필요하다고 사료된다. 그리고 학력이 높을 경우에 전체적인 삶의 질은 높았으며, 종교가 있을 경우 영적인 삶의 질은 높았다.

이상의 결과를 통해서 볼 때, 호스피스 간호의 효과가

신체적 영역의 삶의 질에 거의 미치지 못했음을 알 수 있었고, 심리적, 영적 영역의 삶의 질에는 좋은 효과가 나타났다.

앞으로 증가하는 암환자의 질적인 삶을 영위하도록 하기 위해서는 진통 해소를 위한 다각적 접근 방식이 요청되며, 우리나라의 실정에 맞는 가정간호의 중재로 진통, 육창, 식욕부진, 오심, 구토 등 제반 증상의 완화를 위한 간호중재가 연구의 과제가 되어야 할 것이다.

Ⅶ. 제 언

우리나라의 여건상 호스피스 간호사업은 병원 요원보다는 자원봉사자를 잘 훈련시켜 모든 암환자들의 기본 욕구를 충족시키면서 심리적, 사회적, 영적 지지를 넓히는 것이 필요하다고 생각되며, 이것이 국가적 차원에서 이루어진다면 더욱 바람직한 일이 될 것이다.

특히 암병동에 근무하는 간호사들의 끊임없는 보수교육을 통해서 말기 암환자들을 위한 호스피스 간호가 보다 더 실제적이며 구체적인 간호진단 및 간호계획을 세워 진정한 간호, 곧 전인적 간호가 이루어지게 되기를 기대하며 다음과 같이 제언한다.

1. 호스피스 간호는 독자적인 간호활동이므로 간호교육 과정에 호스피스 간호 내용을 포함시킴으로써 자격 있는 암전문 간호사의 양성이 시급하다.

2. 한국의 전통적 대가족 제도에서는 가족간의 긴밀한 유대가 강하므로 가족에 대한 호스피스 교육을 강화할 수 있는 방법이 강구되어야 한다.

참 고 문 헌

- 권혜진, 죽음의식에 관한 연구, 간호학회지, 1980, 10(2), 21-39.
- 권혜진, 간호사 및 간호학생의 영적간호 인지조사 연구, 간호학회지, 1989, 19(3).
- 김매자, 암환자의 신체적 욕구, 대한간호, 1988, 27(1).
- 김기순, 호스피스 간호에 대한 간호장교와 간호생도의 태도 조사연구, 국군사관학교 논문집, 1988, 8.
- 김명자, 박재순, 호스피스 개요, 대한간호, 1984, 23(3), 51-56.
- 김수지, Hospice-Home Care(임종간호 워크샵), 이화여자대학교 간호대학, 1989.
- 김순영, 임종간호 및 그 환자가족의 심리적 간호욕구가 충족되지 못한 이유에 관한 문헌고찰, 대한간호,

- 1980, 23(3).
- 김영순, 말기 암환자의 죽음에 대한 태도조사연구, 이화여자대학교 대학원, 1989.
- 김효빈, 영적간호중재가 암환자의 통증감소에 미치는 영향, 이화여자대학교 대학원, 1989.
- 노유자, 호스피스 대상자의 심리간호, 대한간호, 1988, (1, 2), 41-46.
- 노유자, 서울지역 중년기 성인의 삶의 질에 관한 연구, 연세대학교 대학원, 1988.
- 로스, E., 퀴블러, 죽음의 순간, 권순만 역, 자유문학사, 1981.
- 민 순, 암환자의 영적상호작용과 불안과의 관계, 이화여자대학교 대학원, 1987.
- 박혜자, 암환자를 위한 호스피스케어에 관한 탐색적 연구, 대한간호, 1988, 28(3).
- 왕매련, 김조자, 이원희, 유지수, 허혜경, 말기환자관리에 대한 태도 조사연구, 간호학논집, 1985, 제8집.
- 이경식, 종합병원에서의 호스피스케어, 대한간호, 1980, 23(3).
- 이소우, 임종환자에 대한 심리적 영적간호, 호스피스와 간호, 한국가톨릭 협회, 1986.
- 전산초, 김조자, 유지수, 전경애, 죽음과 삶 가망이 없는 환자에 대한 간호원의 태도조사 연구, 간호학논집, 연세대학교 간호학 연구소, 1980, 5(1).
- 전시자, 만성질환자의 질적 삶에 관한 고찰, 적십자 간호전문대 논문집, 1987, (9).
- 중앙대학교 의과대학 간호학과, Hospice Care, 중대간호, 1988, (7), 24-43.
- 최공옥, 삶 가망이 없는 환자 간호에 대한 교육이 간호 학생의 태도에 미치는 영향에 관한 일 연구, 대한간호, 1980, 19(1), 50-59.
- 최화숙, 입원환자의 영적간호 요구에 관한 연구, 이화여자대학교 대학원, 1987.
- 편집부 제공, 호스피스란?, 월간간호, 1985, 1(3).
- 하재구, 서울 시민의 삶의 질의 실태와 시 정부의 공공정책의 발전방향에 관한 연구, 한양대학교 대학원, 1986.
- 한상임, 호스피스 대상자의 신체증상 관리, 대한간호, 1987, 14-20.
- 한성숙, 호스피스 개요, 대한간호, 1988, 27(1).
- 한영란, 암환자의 기독교신앙과 절망감과의 관계 연구, 이화여자대학교 대학원, 1987.
- 한윤복, 노유자, 김문실, 암환자, 수문사, 1986.
- 현오석, 삶의 질 측정에 관한 연구, 서울대학교 행정대학원, 1975.
- Boulay, Shirley & Cicely Saunders, The Tounder of the Modern Hospice Movement. New York : The Amaryllis Press, 1984.
- Brietbart, William, Psychiatric Management of Cancer Pain, Cancer Journal Supplement, 1987, (63).
- Burckhardt, C.S., The Impact of Arthritis on Quality of Life, Nursing Research, 1984, 34(1).
- Cassidy, Sheila, Sharing the Darkness(The Spirituality of Caring) London : Darton, Lonman, and Todd, 1988.
- Conard, Nancy L., Spiritual Support for Dying, The Nursing Clinics of North America, 1985, 20(2), 415-424.
- Dolan, Marion, If your Patients want to die at Home, Nursing 83, 1983, April, 50-55.
- Dush, David M., The Hospice Journal, The Haworth Press, Inc., 1988, 4(4).
- Ferrans, C.E. and Powers, W.J., Quality of Life Index : Development and Psychometric Properties, Advance in Nursing Science, 1985, 8(1).
- Ferrell, Betty R. and Wisdom, Cherye and Wenzl, Carol, Quality of Life as an Outcome Variable in the Maragement of Cancer Pain, Cancer, 1989, 63(11).
- Gray, Alan, Hospice Care Whose Pespnsibility?, Mary Potter Hospice, Wellington, New Zealand, 1990.
- Holmes, Susan and Dickerson, John, The Quality of Life : Design and Evaluation of a Self-Assessment Instrument for Use with Cancer Patients, Int. J. Nurs. Stud., 1987, 24(1).
- Kassa, Stein, Arne Maste, Stokke, Inger, and Nees, Siri Validation of a Quality of Life Questionnaire for use in Clinical Trials for Treatment of Patients with Inoperable Lung Cancer, Eur. J. Cancer Clin. Oncol., 1988, 24(4).
- Kilburn, Linda H., Hospice Operational Manual, National Hospice Organization, 1988.
- Lewandosky, Wendy and Jones, Susan L., The Family with cancer, Cancer Nursing, 1988, 11(6).
- Lewis, Frances Marcus, Experienced Personal Con

- trol and Quality of Life in Late-stage Cancer Patients, *Nursing Research*, 1982, 31(2).
- Manning, Doug, Taking the Easy way out, *Hospice*, 1990, 1(1).
- Masters, Marcia and Shontz, Franklin C., Identification of Problems and Strength of the Hospice Clients, Caregivers, and Nurses : Implication for Nursing, *Cancer Nursing*, 1989, 12(4).
- Padilla, G.V., Presant, C., Grant, M.M., Metter G., Lipsett, J., and Heide, F., Quality of Life Index for Patients with Cancer, *Research in Nursing and Health*, 1983, (6), 117-126.
- Padilla, G.V., and Grant M.M., Quality of Life as a Cancer Nursing Outcome Variable, *Advances in Nursing Science*, 1985, 8(1), 45-60.
- Parker, Andrew T., Palliative Care and Family Support in Hospice, *Thanatos*, 1989, 14(3).
- Priestman, T.J., *Evaluation of Quality of Life in Women with Breast Cancer*, In Aaronson and Beckman, *The Quality of Life Cancer Patients*, New York : Raven Press, 1987.
- Perlman, R.A., and Johnson, A., The Use of Quality of Life Considerations in Medical Decision Making, *Journal of the American Geriatrics Society*, 1985, 33(5), 344-350.
- Perrolaz, Laverne E. and Mollica, Margaret, Public Knowledge of Hospice Care, *Nursing Outlook*, 1981, Jan.
- Reed, Panala G., Spiritually and Well-being the Terminally Ill Hospitalized Adults, *Research in Nursing and Health*, 1987, (10).
- Rodek, C. and Jacob, S., Perspective on Hospice, *Cancer Nursing*, 1983, 6(3).
- Saunders, Judith M. and McCorkle, *The Nursing Clinics of North America*, Edinburg : Macdonald Publishers, 1985.
- Sherman, Deborah Witt and Melissa, Shalom, Comforting the Terminally Ill Leukemia Patients, *Nursing*, 88, 1988, June.
- Steinkaasa, Arne Mastekaasa, Ingerstokke, and Siri Naess, Validation of a Quality of Life Questionnaire for Use in Clinical Trials for Treatment of Patients with Inoperable Lung Cancer, *European Journal Clinical Oncology*, 1988, 24(4).
- Storey, Porter, Hospice Pysciciaus Current Literature Review, *The American Journal of Hospice & Palliative Care*, 1990, 7(3).
- Stott, Nigel C.H. and Finlay, Illora G., *Care of the Dying : A Clinical Handbook*, Edinburgh, London : Chruchill Livingstone, 1984.
- Wachtel, Tom ; Allen-Materson, Susan ; Reuben, David ; Goldbery, Richard ; Mor Vincent, The End Stage Cancer Patient : Terminal Common Pathway, *The Hospice Journal*, 1988, 4(4).
- Wingate, Anita L. and Lackey, Nancy R., A Description of the needs of Noninstitutionalized Cancer Patient and Their Primary Care Giver, *Cancer Nursing*, 1989, 12(4), 216-225.
- Wolfelt, Alan D., Dispelling Five Common Myths About Grief, *Thanatos*, 1989, 14(3).
- Woods, Nancy F. and Lewis, Frances Marcus and Ellison, Edytje S., Living with Cancer, Family Experiences, *Cancer Nursing*, 1989, 12(1).

- Abstract -

A Study on The Effects of Hospice Care for the Quality of Life of the Terminally - Ill Patients

So, Woi Sook · Cho, Kyoul Ja*

The purposes of this study were to find out the effects of hospice care for the quality of life of the terminally-ill patients and to analyze the relationship between the effect of hospice care and the general characteristics of subjects.

The subjects of the study were 32 terminally-ill patients hospitalized in the two general hospitals in

* Department of Nursing, The Graduate School, Kyung Hee University.

Seoul, which have the hospice care unit.

The data were collected using the questionnaire with interviews. They were done from Sept. 28, 1989 to March 20, 1991.

The tools used for the research were 17-item questionnaire regarding general characteristics, 42-item questionnaire about the quality of life (11-item for physical, 16 for psychosocial, and 15 for spiritual). The questionnaires were to measure the quality of life by means of the measurement instruments of Betty R. Farewell(1989), Stein Kaasa(1988), Palm Pamela(1987), and Hwa-sook Choi(1987). 42 items were used after pre-test.

In accordance with each purpose in this study, frequency and percentage were used on the general characteristics of subjects. ANOVA, t-test, and Pearson correlation were employed to evaluate the general characteristics of subjects and different level of quality of life before-and-after hospice care.

The results of the study may be summarized as follows :

1. The effects of hospice care.

Main Hypothesis : "The quality of life of the terminally-ill patients will be different from before-and-after hospice care" was supported($t=6.42, df=31, p=.000$).

Sub Hypothesis 1 : "The quality of life of the terminally-ill patients in the physical aspects will

be different from before-and-after hospice care" was not supported($t=0.07, df=31, p=.946$).

Sub Hypothesis 2 : "The quality of life of the terminally-ill patients in the psychosocial aspects will be different from before-and-after hospice care" was supported($t=4.69, df=31, p=.000$).

Sub Hypothesis 3 : "The quality of life of the terminally-ill patients in the spiritual aspects will be different from before-and-after hospice care" was supported($t=6.64, df=31, p=.000$).

2. Relationship between the general characteristics of subjects and the effects of hospice care.

- (1) The more the number of family, the higher the quality of life in the psychosocial aspects.
- (2) The higher the age of the patient, the lower the quality of life in the psychosocial aspects.
- (3) The high educational level of patients enjoy the high quality of life in general.
- (4) The high religious level of patients enjoy the high quality of life in the spiritual aspects.

As a results of analysis above :

1. The most effective aspects of the hospice care to the terminally-ill patients was spiritual aspects. The next effective aspects was psychosocial area.

2. The least effective aspects of the hospice care to the terminally-ill patients was physical aspects.

Further study is needed to improve the quality of life in the physical aspects.