

말기 암환자와 가족을 위한 집단상담 프로그램 - 서울대학교병원 경험의 분석 -

서울대학교병원 사회사업실, 내과*, 호스피스실†, 약제부, 영양과, 한일병원 가정의학과‡

이영숙 · 허대석*† · 윤영호‡ · 김현숙 · 최경숙 · 윤여정

Abstract

The Group Counseling Program for Terminal Cancer Patients and their Family Members in the Seoul National University Hospital

Young Sook Lee, Dae Seog Heo, M.D.*†, Young Ho Yun, M.D.†, Hyun Sook Kim, R.N., Kyung Sook Choi and Yeo Jung Yun

Seoul National University Hospital : Department of Social Work, Internal Medicine, Hospice†, Pharmacy, Food Service and Nutrition Care Hanil Hospital : Department of Family Medicine‡*

Purpose: Seoul National University Hospital developed a group counseling program for the terminal cancer patients and their family members. This program consists of each of doctor, nutritionist, nurse, pharmacist, and social worker to provide them with the information and to enhance their ability to cope with terminal cancer. This research aims to introduce this new program *per se*, and to appreciate its validity and applicability to the terminal cancer patients and their family members by analyzing the concerns and specific questions of the participants.

Methods: The methodological approach employed in this research is 1996 content analysis of the group counseling reports, and interview of the 312 participants. The analysis includes the general characteristics of the subjects, family relationship to the patients, times of attendance to the group session, source of information to the program.

Results: The participants consist of 261 family members(84%) and 51 patients(16%). Majority responded to the program with a single-attendance. Diagnosis are mainly lung cancer, stomach cancer, liver cancer. The ratio of participants by family members is decreased in the order of spouse, children, daughter-in-law, brothers and sisters, and parents. The source of information to the program is largely through medical staff(69%) as compared with posters in the hospital (26%). The participants are interested primarily in the medical information. Their interests are various, such as pain control, patient care, nutrition, psychosocial problem and etc.

Conclusion: This program is characterized largely as a family-supporting program which primarily offers information for terminal cancer. This program is a sort of a hospice program, which maximizes the present quality of living of the terminal cancer patients as long as life continues by encouraging them to live with terminal cancer. Thus, this group program can be employed as an active support network for the patients and their family.

In order to develop comprehensive care-giving services, it is required to have 24-hour telephone

service, hospice facilities, home care service, and communication between the referral hospitals and the primary care physicians, in particular. Such a development of services is the ultimate goal for improving care. But the immediate goal of the program is to make possible better education for the patients and their family to live with terminal cancer.

Key Words : Terminal cancer patient, Group counseling program, General hospital

서 론

암은 명백한 원인이 밝혀지지 않은 채 발생률과 사망률이 꾸준히 증가하여 사망원인 1위를 차지하고 있다[1]. 따라서 암이라는 진단자체가 죽음과 동일시 되어 받아들여지고 있으므로 환자와 그의 가족은 진단이 내려진 후 커다란 충격을 받게 되어 신체적, 정서적인 위기상황을 겪게 된다[2]. 특히 말기상태의 암환자는 질병의 양상이 점진적으로 회복이 불가능하게 되어 무력감이나 절망감을 느끼게 된다. 한편 이러한 상황에서 말기암환자 가족은 환자와 죽음과 관련된 의사소통을 나누기가 어려우며 더욱 의존적인 환자로 인해 가족구조의 해체를 겪기도 하고 생활상의 변화로 인한 적응의 어려움, 환자를 임종까지 돌보아야 하는 등 많은 문제를 안고 있다. 게다가 급성단계의 환자는 의료기관에서 질병을 치료, 관리하게 되나 이 시기가 지나면 가정에서 질병을 관리하게 되는 경우가 많기 때문에 병원이나 집 외에 갈 곳이 없는 현실에서 가족은 환자를 돌보는 부담감이 많다.

그러므로 환자는 물론 가족은 위기에 처한 하나의 단위로서 그들이 겪고 있는 당면한 문제에 관심을 가지고 필요한 정보를 제공하고 문제해결능력을 위한 중재전략이 필요하다. 그러나 우리의 의료현실은 말기환자의 입장에서는 삶의 존엄성이 배제된 상황에서 인간성의 상실, 수동적인 수명 연장 등 많은 문제를 내포하고 있다[3]. 말기암환자 및 가족들은 진료의 연속성, 호스피스 진료, 가정진료, 24시간 상담전화 등 다양한 의료서비스를 원하고 있음에도 불구하고 의료체계가 제도적으로 뒷받침하지 못하고 있다[4]. 그 결과 환자

와 가족들은 불안한 상태에서 민간요법 혹은 새로운 실험적인 치료법에 의존하기도 하기도 하고 심지어 치료를 중단하는 일이 발생하기도 한다. 이는 환자와 가족이 암에 충분한 정보와 전략이 부족하여 제대로 대처하지 못하고 있음을 보여준다.

이런 현실에서 서울대학교병원은 1991년 5월부터 의사, 간호사, 약사, 영양사, 사회사업가가 팀을 이루어 말기암환자와 가족을 대상으로 올바른 정보를 제공하고 대처능력을 향상시키고자 집단상담 프로그램을 계획하여 실행하고 있다. 이는 말기암환자와 가족에 대한 집단상담 프로그램이 거의 전무한 상황에서 실제로 개발되어 적용되고 있다는 점에서 의의가 있다.

외국의 경우 집단상담 프로그램은 1905년 Massachusetts General Hospital에서 결핵 환자를 위한 집단치료가 시작된 이래 현재까지 다양하게 조직되고 이용되고 있다[5]. 이러한 집단상담은 집단 경험이 개인의 사회적 기능을 향상케하며, 그들이 당면한 문제들을 보다 효과적으로 대처해나갈 수 있도록 도와주기 때문에 의료기관에서 많이 활용되고 있다[6]. 특히 집단상담은 비슷한 상황에 있는 다른 사람들과 공통적인 관심사를 나누게 하고 수용과 지지를 제공한다. 동일한 질병으로 모인 집단은 질병에 대해 배우고, 질병에 따르는 자신의 감정을 더 이해할 수 있게 한다. 또한 자신이 처해있는 상황을 수용하고 더 직접적으로 다룰 수 있게 된다[7].

암환자와 가족의 경우 역시 다양한 방법으로 프로그램이 조직되고 이용되고 있다. 소아암환아 부모 집단상담[8], 말기암환자 집단 상담[9], 신환인 암환자 가족과 친구들을 위한 적응지도 프로그램[10], 암환자와 가족을 위한 집단상담[11] 등이 있다. 이러한 집단의

유형은 전문가와 도움자에 따라 치료집단, 교육집단, 자조집단 등의 형태가 있을 수 있는데, 정보와 지지를 제공하는 목적으로 조직되는 경우 교육집단의 형태로 이용된다[12].

따라서 본 집단상담의 성격은 집단성원간에 정보교환과 지지가 이뤄지거나 일차적으로 정보제공에 비중을 두고 있기 때문에 교육집단에 속한다고 볼 수 있다. 본 연구는 서울대학교병원 말기암환자와 가족을 위한 집단 상담 프로그램을 소개하고, 현황 및 문제점을 파악하여 우리실정에 적합한 말기암환자와 가족을 위한 집단상담 프로그램의 접근 방향을 제시하고자 한다.

대상 및 방법

1. 대상

서울대학교병원에 입원중인 또는 외래를 다니는 말기암환자와 그들의 가족을 대상으로 하였다. 말기암환자의 판정은 혈액종양내과분과 전문의에 의해 이루어졌는데 적극적인 항암치료(즉 수술, 방사선치료, 항암화학요법 등)의 실시가 더 이상 환자의 경과에 도움을 줄 수 없고, 암병변이 점점 진행되는 환자로 국한하였다.

2. 방법

1996년 집단 상담 프로그램에 참석했던 312명의 말기 암환자와 가족을 대상으로 환자의 특성, 가족 관계, 참석할 횟수, 프로그램에 참석하게된 경로를 살펴보고, 집단상담 기록지의 내용을 분석하여 참석자들의 질문 사항들을 살펴본다.

결 과

1. 말기암환자 가족을 위한 집단 상담 프로그램

본 집단상담의 목적은 의료적 정보의 제공, 정서적 지지, 부정적인 감정을 나누기, 대처기술의 향상이다.

1) 의료적 정보의 제공

환자와 가족은 말기암의 정의, 예상되는 치료과정 및 결과에 관한 교육이 필요하다. 의료적 정보의 제공은 말기암환자를 돌보는 가족의 힘을 강화시킨다. 또한 병원의 기능과 의료전달체계에 관한 정보제공은 가족이 병원의 기대를 파악하고 협조할 수 있게 해준다.

2) 정서적 지지

암환자에 대한 최대의 지지는 비슷한 위기와 상실에 직면하고 있는 다른 암환자에 의해 주어질수 있다 [13]. 마찬가지로 암환자가족은 비슷한 문제를 가진 동일한 가족을 만나는 것 자체가 지지를 준다. 그들은 집단을 통해 환자를 돌보는 부담감, 미래의 불안감, 재정적인 어려움 등에 대해서 서로 격려를 제공할 수 있다.

3) 부정적인 감정을 나누기

암은 분노, 무기력감, 우울감, 죄책감, 소외감등 부정적인 감정과 관련되어 있다. 상담과정은 서로를 지지하는 과정에서 혼자만의 고통이 아니라는 것을 발견해준다. 집단상담은 이런 부정적인 감정을 표현하도록 즉각적인 출구를 제공하고 좌절감을 발산시킨다.

4) 대처기술의 향상

암환자와 가족은 살아오면서 암과 같은 중대한 사건을 경험한 적이 없고 대개 어떤 자원을 이용할지조차 모르는 경우가 많다. 따라서 새로운 기술이 요구된다. 특히 말기상태의 암환자는 극도의 통증을 호소하기도 하고, 적당한 영양을 유지하는데 어려움이 많다. 따라서 어떻게 통증을 조절해야할 지, 어떤 식사방법이 도움이 되는지, 의사와 어떻게 협조해야 할지에 대해 도와줄 많은 것들이 있다. 이런 상황에서 올바른 의료정보와 경험들의 공유는 새로운 기술을 배우는 것이다. 가족 또한 서로 환자를 케어하는 문제들에 대해 의견을 교환할 수 있다.

위와 같은 목적으로 의사, 영양사, 약사, 사회사업가가 모여 3회의 준비모임을 가졌으며, 1991년 5월 월 2회 격주로 나누어 1회 2시간씩 실시하게 되었다. 이때

주된 대상자는 외래환자의 가족으로 하였고, 첫째주는 의사, 영양사가 세째주는 약사, 사회사업가가 상담을 진행하였다. 그러나 가족들의 참석이 저조하여 집단간 간격이 길다고 판단하고 1996년부터 주1회로 조정하였다. 현재 주1회 실시, 화요일 오후 3시에 한 시간 반 동안 진행하고 있다. 그 동안 참석한 환자와 가족은 1991년 부터 1996년까지 104회를 진행하여 684명이 참석하였다. 가족이 621명, 환자가 63명으로 가족이 압도적으로 많은 숫자를 차지하고 있다. 여기서 의사의 해외연수 관계로 1993년 이후 2년 정도 프로그램이 중단된 적이 있다(Table 1).

장소는 1차적으로 강당을 사용했으나 장소가 넓고 환자와의 피드백이 이뤄지지 않아 소규모 교육실인 환자교육실로 변경하였다.

상담제공자는 중앙학 내과 의사, 가정의학과 전문의(1996년과 1997년), 영양사, 약사, 간호사(1995년부터), 사회사업가로서 이들은 본 병원에 근무한 또는 근무경력이 있는 직원으로서 해당부서의 추천자들로 구성되어 있다. 최소한 경력이 3년 이상된 자로 하였다. 여기서 사회사업가는 프로그램 진행, 일시·장소의 조정, 자료집 준비와 월 1회 팀미팅을 조정하는 역할을 담당하고 있다. 상담의 진행은 사회사업가가 집단의 목적과 진행을 설명한 후 참석자들이 프로그램에 오게된 목적, 환자 정보, 질문사항을 간단히 소개 한다. 소개는 2, 3분 정도로 진행되며 소개가 끝나면 상담제공자 별로 정보를 제공하고 질문에 대한 추가적인 상담이 제공되고 있다.

프로그램 과정은 다음과 같이 설명될 수 있다(Fig.

1).

2. 프로그램 내용

프로그램에 참석했던 환자와 가족들의 질문을 참고로 하여 1996년 상담자료집을 만들었다. 자료집은 다음과 같은 내용을 포함하고 있다.

1) 말기암환자의 의료문제

말기암의 정의/ 종합병원의 이용절차의 장단점과 집에서 환자를 돌볼 경우의 장단점/ 3차 의료기관과 1,2차 의료기관의 진료 특성/ 대체요법(민간요법)의 문제점

2) 통증과 약

암환자의 통증/ 통증과 진통제의 복용/ 진통제의 종류/ 마약성진통제 복용시 주의사항/ 부작용과 대처법

3) 말기암환자의 식사관리

좋은 영양을 위한 식사/ 식사상 문제가 있을 때/ 보충식의 종류

4) 말기암환자의 가정 간호

통증/ 수면장애/ 변비/ 열/ 설사/ 숨가쁨/ 욕창/ 부종/ 활동정도/ 가정간호/ 임종시기

5) 말기암을 가지고 살아가기

환자가 말기암에 대처하기/ 가족이 가진 어려움/ 임종통고문제/ 호스피스 정보

3. 참석자 현황

1996년도 한 해동안 참석한 환자와 가족은 312명으로서 가족은 261명(84%), 환자는 51명(16%)로 가족이

Table 1. Participants in the Program (N=684)

Period	Sessions	Patient	Family
1991.5 ~ 1993. 6	36	5	219
1995.4 ~ 1995.12	21	7	141
1996.1 ~ 1996.12	47	51	261
Total	104	63	621

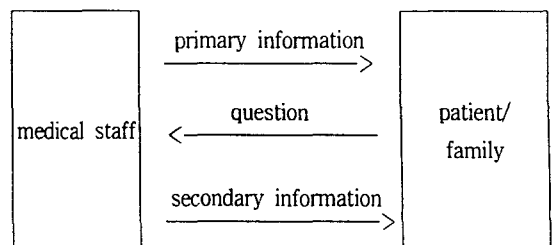


Fig. 1. The Framework of the group program.

환자에 비해 4배 정도 많았다. 참석 횟수는 1회 277명, 2회 32명, 3회 3명으로 대부분 1회만 참석하고 있음을 보여준다.

참석한 환자의 특성, 가족 관계, 프로그램에 참석하게 된 경로, 참석자들의 질문 내용을 살펴보면 다음과 같다.

1) 환자의 특성

참석한 환자와 가족이 소개한 환자의 특성은 다음과 같다. 환자의 수는 환자당 가족이 한명 또는 그 이상이 참석하고 있기 때문에 실제 참석자의 수보다 적다. 213명의 환자중 남자는 141명(66%), 여자는 72명(34%)이다. 연령별로는 10대 2명(1%), 20대 6명(3%), 30대 12명(6%), 40대 38명(18%), 50대 65명(30%), 60대 74명(35%), 70대 이상이 16명(7%)으로 50대, 60대가 많은 비율을 차지하고 있다(Fig. 2).

환자의 의학적 특성은 폐암 49명(23%), 위암 43명(20%), 간암 40명(19%), 직장암 9명(4%), 췌장암 9명

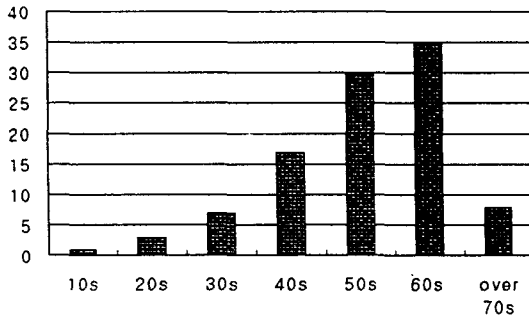


Fig. 2. The status of terminal cancer patients.

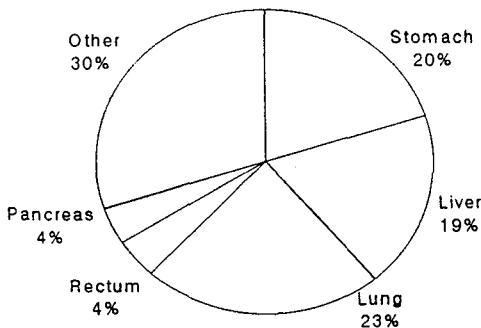


Fig. 3. The diagnosis of cancer(N=213).

(4%), 기타 여러 종류의 암이 73명 (30%)이다(Fig. 3).

2) 가족 관계

참석한 261명의 가족관계를 보면 배우자 120명(46%), 자녀 78명(30%), 며느리 24명(9%), 형제자매 18명(7%), 부모 13명(5%), 기타 8명(3%)로 배우자, 자녀, 며느리, 형제자매, 부모순이었다(Fig. 4).

3) 프로그램에 참석하게된 경로

환자와 가족 312명중 의사의 권유에 의해 온 경우가 215명(69%), 병원게시판을 보고 온 경우 81명(26%), 기타 매스컴이나 신문을 보고 온 경우 16명(5%)이었다(Fig. 5).

4) 가족의 질문 내용

참석자들이 흔히 질문하는 내용을 10가지 이내로 정리하면 다음과 같다.

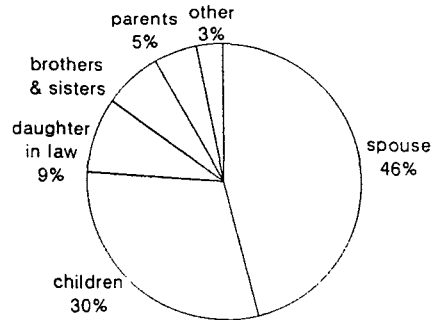


Fig. 4. Family relationship(N=216).

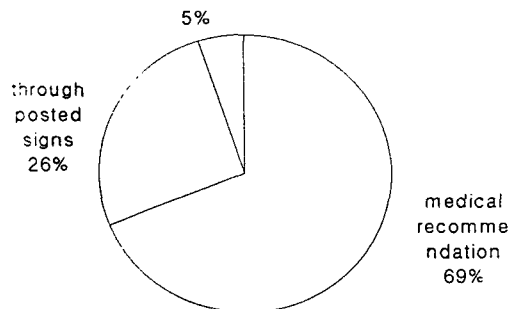


Fig. 5. The Source of information to the program(N=312).

(1) 의료적인 질문

- 말기로 진단받으면 얼마나 살 수 있나요?
- 말기암으로 진단 받으면 더 이상 치료방법은 없나요?
- 암은 어떤 원인에 의해 발생하나요?
- 통증이 너무 심한데 조절될 수 있나요?
- 통증이 언제 오나요?
- 암도 전염이 되나요?
- 암도 유전이 되나요?
- 암환자는 가까운 병원에서 받아주지 않습니다. 어떻게 하나요?
- 왜 항암제 치료를 하다가 중단하나요?
- 유전자 치료법(또는 새로운 치료법)은 어떤 것인가요?

(2) 통증과 약에 관한 질문

- 진통제를 먹고나면 너무 졸려서 일상생활이 불가능해요
- 진통제는 언제부터 먹기 시작해야 하나요?
- 진통제를 계속 먹으면 내성이 나타날까봐 아플 때만 먹고 있어요
- 진통제를 먹어도 통증이 계속되고 있어요 어떻게 하나요?
- 민간요법(한약, 생약 등)은 과연 선전처럼 효과가 있나요?
- 환자가 힘이 없는데 영양주사 및 알부민 주사를 맞아도 되나요?
- 마약성진통제가 떨어지면 약국에서 살 수 있나요?
- 같은 물핀이라도 먹는 약보다 주사가 더 강력한 것같은데 주사 좀 놔주세요
- 오심, 구토가 심해서 진통제를 먹을 수 없어요 어떻게 하나요?

(3) 식사와 관한 질문

- 고기가 암을 크게 만든다고 하는데 고기를 먹어도 되나요?

- 육류의 섭취시 통증이 커지나요?
- 무염식을 하는 방법은?
- 식사량이 많아지면 부담스러워요
- 물도 못먹고 토하고 있어요
- 변비가 있는데 녹즙이 도움이 되나요?
- 개고기를 먹으면 안되나요?
- 생선회를 먹을 수 있나요?
- 짜고 매운 음식을 먹어도 되나요?
- 음식냄새가 너무 나서 식사를 할 수 없어요

(4) 간호에 관한 질문

- 증상에 따라 어떻게 간호해야 하나요?
- 효과적인 통증조절 방법이 있나요?
- 집에서 간호하기가 힘든데 의료진이 와서 도와줄 수 없나요?
- 딸국질이 심한데 어떻게 하나요?
- 변비가 심할 경우 어떻게 해야 좋을까요?

(5) 심리사회적인 질문

- 집에서 환자를 돌볼 경우 이용할 수 있는 제도가 있나요?
- 말기 환자라는 사실을 본인에게 알려야 하나요?
- 진단을 알릴 경우 어떻게 알려야 하나요?
- 말기라고 알고 있는데 매우 불안해하고 있어요 어떻게 하나요?
- 입원하고 싶은데 입원이 잘 안된다고 해요 어떻게 하면 되나요?
- 남은 기간을 어떻게 보내야 하나요?
- 환자가 직장을 계속 다니고 싶어해요 언제까지 다녀야 하나요?
- 가족으로서 너무나 힘이 들어요 어떻게 해야 좋을지 모르겠어요
- 호스피스 시설을 이용할 수 있나요?
- 지방에서 이용할 수 있는 병원을 소개해주세요

고 찰

본 연구는 상담프로그램의 참석자들이 어떤 특성을 갖고 어떤 정보적인 욕구를 갖고 있는지를 알아보기 위해 실행되었다. 1996년의 참석자는 가족(84%)이 환자(16%)보다 4배 이상을 차지하였다. 환자의 참석율이 저조한 것은 말기암인 경우 가족이 환자에게 진단을 숨기는 경우가 많고, 외래의 경우 가족이 환자보다 먼저 의사로부터 임종통고 사실을 알게 되기 때문에 가족만 따로 오게 되기 때문이라고 판단된다. 실제로 참석한 환자와 가족간의 상호작용은 대개 참석한 환자들이 자신의 진단을 알고 오는 경우가 많아서 진행하는데 어려움이 없었다. 이런 결과 본 프로그램은 환자보다 가족이 주된 교육 대상자라고 볼 수 있다.

실제로 상담프로그램은 참석자들이 원할 경우 계속 참여할 수 있는 개방집단상담(open-ended group)이었다. 그러나 참석자들은 대부분 1회 참석에 그치고 있었다. 이것은 상담과정이 비슷하게 반복되고 있다는 점도 있지만 가족이 환자를 돌보는 어려움으로 병원까지 오기가 쉽지 않기 때문이라고 판단된다. 외국의 경우 시애틀의 정형외과 병원은 소아암환자부모 집단 프로그램에서 일주일에 한번씩 6주 프로그램을 진행하고 있고(J.W. Ross, 1979), Masonic Memorial Hospital의 암환자와 가족을 위한 집단상담 프로그램은 매주단위로 화요일, 수요일, 목요일 오후로 3회(session)를 구성하여 진행하고 있다(E.M. Johnson etc. 1980). Fairfax Hospital은 병이 진행되는 모든 단계동안 자유롭게 드나들수 있도록 매주 한시간반동안 진행하고 있다(J.M. Berger 1990). 이런 프로그램과 비교해보면 본 상담은 1회적인 성격이 강한 프로그램이라고 할 수 있다. 이것은 말기암인 경우 여러차례 참석하는 것이 어렵고 따라서 여러 번 참석하도록 구성하는 것보다 한번에 상담을 제공하는 것이 효과적임을 시사한다. 실제로 프로그램 실시 초기에 월 단위로 격주 2회 프

로그램을 실시하였는데, 대부분 1회만 참석하였다. 그러나 가족은 상담후에도 수시로 상담해주기를 원하고 있었다. 가족은 가정에서 환자를 돌보는 어려움으로 그때 그때마다 즉각적인 상담을 필요로 하였다. 그러므로 24시간 상담 전화를 개설하여 지속적인 상담을 제공할 필요가 있다.

가족 또는 환자가 프로그램에 참석하게된 경로를 보면 의사의 권유(69%), 병원 게시판(26%)을 보고 온 경우가 많았다. 여기서 의사가 참석자들을 참여시키는데 중요한 역할을 담당하고 있는 것을 보여주고 있다. 이는 Masonic Memorial Hospital에서 실시한 평가결과와 일치한다. 따라서 상담프로그램의 활성화를 위해 의사의 협조가 중요하고 의사의 적극적인 참여 유도가 필수적이라고 사료된다.

참석자들의 질문은 다양하지만, 우선적으로 의료적인 정보에 관한 관심이 많았다. 보편적인 의료적인 질문은 말기암의 정의, 암의 원인, 항암치료를 중단한 이유, 얼마나 살 수 있나, 민간요법의 효과, 새로운 치료법, 통증과 약에 관한 것이었다. 이는 윤영호(1996)가 의료진으로부터 환자에 대한 정확한 정보전달이 안되고 있다는 결과를 뒷받침한다[14]. 특히 말기암이라는 상황에서 환자와 가족들은 민간치료 및 새로운 실험적인 치료방법에 대한 관심이 많았는데, 매스컴이나 선전물을 통한 경우가 많아서 이에 대한 대책이 시급하다. 또한 가족들은 임종을 통고할 것인지 말것인지에 대한 질문이 많았다. 이 문제는 짧은 집단 시간에 충분히 논의하기가 어렵고, 환자마다 개별적인 상황이 고려되어야 하므로 개별상담이 도움이 될 것이다.

상담결과 가족들은 실제적인 도움을 많이 요구하고 있었다. 가족들은 정보제공만으로 해결될 수 없는 여러가지 어려움을 겪고 있었다. 예를 들면 집에서 환자를 돌봐줄 사람이 없는 문제, 입원하기 힘든 문제, 이용가능한 호스피스 서비스 시설 등에 대해 관심이 많았다. 그러나 이를 도와줄 수 있는 제도적인 뒷받침이 매우 부족한 상황이다. 외국과는 달리 우리나라의 경

우는 만성질환자를 위한 중간시설, 즉 전문요양시설, 재할시설 등의 부재로 퇴원후 집으로 갈 수 밖에 없는 상황이므로 환자나 가족들은 퇴원 자체를 매우 불안하게 여긴다. 따라서 자신의 상태와는 관계없이 가능한 병원에 오래 머물러는 현상을 보이고 있다[15]. 그 결과 종합병원은 병상부족으로 환자와 갈등관계에 놓이거나 적절한 퇴원계획없이 환자를 집으로 보내는 현상을 보이고 있다[14]. 따라서 3차 병원과 지방병원, 3차병원과 1,2차 병원의 연계가 필요하며 가정간호서비스의 확대, 호스피스 시설 등이 제도화되어 집에서 환자를 돌보는 가족들의 어려움을 도와줄 수 있어야 한다.

실제로 상담을 제공하면서 어려웠던 점은 참석자들이 많이 올 경우 정해진 시간 안에 종결하기 힘든 경우를 들 수 있다. 이 경우 자칫하면 상담이 예정 시간보다 길어지거나, 개인별로 충분한 상담을 제공하지 못한 채 종결하는 일이 발생한다. 이런 경험을 토대로 상담자들은 원칙적으로 각자 정해진 순서와 시간 안에 상담을 제공하기로 하고, 시간이 부족할 경우 상담이 끝난 후 개별적인 상담을 해주기로 합의하였다. 때로 당일 참석한 사람들의 관심사에 따라 질문내용이 한쪽으로 치우친 경우가 발생한다. 이 때는 진행을 맡은 사회사업가가 정해진 상담 순서와 상관없이 우선 많이 나온 질문을 다뤄주도록 상담자 순서를 조정해주었다. 그 밖에 상담시간에 충분히 제공되지 못한 부분은 배부한 자료집을 참조하도록 하였다.

주목할 만한 것은 1991년 7월부터 1993년 4월까지 본 집단상담 프로그램에 참여한 117명을 대상으로 실시한 만족도 조사에서 92%가 도움이 되었다는 보고가 있다[16]. 이는 암환자와 가족에 대한 집단 상담 프로그램이 거의 전무한 상태에서 동일한 질병을 겪고 있는 환자와 가족이 함께 모여 경험을 나누고, 의료진으로부터 필요한 정보를 제공받는 과정이 실제적인 도움이 되고 있음을 보여준다. 특히 외래에서 의사의 권유에 의해서 참석한 사람들은 상담을 통해서 의료진과

관계형성의 증진을 가져왔다. 그러므로 집단상담의 이용은 환자와 가족을 위한 적극적인 지지망(Network)으로 활용할 가치가 높다. 또한 집단상담의 이용은 많은 재원이 필요하지 않으며 원내의 의료진을 활용하므로써 의료진 상호간의 팀웍과 암환자에 대한 인식을 증진시킨다. 따라서 다른 의료 기관에서도 시도할 수 있는 서비스라고 판단된다. 차후 작업은 프로그램의 효용성 검증과 참석자의 욕구를 반영하는 방향으로 집단상담 프로그램이 진행되어야 할 것이다.

요 약

목 적 : 본 연구는 서울대학교병원의 말기암환자와 가족을 위한 집단상담 프로그램을 소개하고, 현황 및 문제점을 파악하고자 하였다.

방 법 : 1996년 한 해동안 상담에 참석한 말기암환자 및 가족들의 상담기록지를 중심으로, 연구자들이 상담한 내용을 분석하였다.

결 과 : 참석자 312명은 가족(84%)이 환자(16%)의 4배 이상 참석했고, 대부분 1회만 참석하고 있음을 보여주었다. 참석한 환자 또는 가족이 돌보는 환자의 현황은 나이별로 60대, 50대, 40대가 많았고, 암의 종류는 폐암, 위암, 간암 순으로 많았다. 가족의 특성은 261명으로 배우자, 자녀, 며느리, 형제자매, 부모순으로 많았다. 프로그램에 오게된 경로는 의사의 권유(69%), 병원 포스터(26%), 기타 순이었다. 이것은 의사가 환자와 가족을 집단에 참여시키는데 중요한 역할을 담당하고 있음을 보여준다. 질문은 우선적으로 의료적인 정보에 대한 욕구가 많았다. 이것은 환자나 가족이 의료진으로부터 정보를 제대로 전달받지 못하고 있음을 보여준다. 또한 가족은 환자를 돌보는데 있어서 정보의 제공만으로 해결될 수 없는 여러가지 실제적인 어려움을 겪고 있었다. 그 결과 계속적인 24시간 전화상담 서비스, 호스피스 시설, 가정간호 서비스의 확대, 3차 의료기관과 1,2차 의료기관과의 의뢰 체계 등을 필

요로하고 있었다. 따라서 병원에서 제공될 수 있는 프로그램과 지역사회에서 제공될 수 있는 자원 호스피스 시설과의 연계가 필요하며 이를 관리해줄 수 있는 환자 관리 전담 인력이 필요하다.

결론: 본 프로그램은 1회(single-session)적인 성격이 강하지만 환자와 가족이 궁금해하는 점들을 만족시켜주므로써 암에 대한 인식이 증가하고 대처능력이 향상되고 있음을 볼 수 있다. 이것은 이 프로그램이 위기에 처한 말기암환자와 가족을 지지하는 프로그램으로서 활용가치가 높다고 볼 수 있다. 추후 연구는 프로그램의 효용성에 대한 평가가 검토되어야 할 것이며, 다른 병원에서도 각 병원의 특성과 참석자들의 특성을 고려하여 보다 발전된 프로그램이 나오기를 바란다.

참 고 문 헌

- 통계청. 1994년 사망원인 통계원보. 서울: 통계청. 1995:14-27.
- 한윤복, 노유자, 김문실. 암환자. 수문사, 1986.
- 조 현. 우리나라 호스피스 프로그램의 개발에 관한 연구. 서울대학교 보건대학원, 박사학위 논문, 1993.
- 허대석. 한국의 말기암환자 현황. 한국 호스피스·완화의료학회 창립총회 자료집. 1998:39-40.
- H. Northen. Social Work Groups in Health Setting: Promises and Problems. Social Work in health Care 1983;8(4):107-121.
- 남세진. 집단지도방법론. 서울대학교출판부, 1986.
- Eidith M. Johnson & Dorette E. Stark. A Group Program for Cancer Patients and Their Family Members in an Acute Care Teaching Hospital.. Social Work in Health Care 1980;5(4):335-349.
- Judith W. Ross. Coping with Childhood Cancer: Group Intervention as an Aid to Patients in Crisis. Social work in health Care 1979;4(40): 381-391.
- Irvin D. Yalom & Carlos Creaves. Group Therapy with the terminally ill. Am J Psychiatry 1997;134(4):396-400.
- Lissa Parsonnel and Janet O'Hare. A Group Orientation Program for Families of Newly Admitted Cancer Patients. Journal of the National Association of Social Work 1990;35(1): 39-40.
- Jeanne Manchester Berger. Crisis Intervention: A Drop-in Support Group for Cancer Patient and Their Families. Social Work in Health Care 1984;10(2):81-91.
- Helen Northen. Social Work Group in health Settings: Promises and Problems. Social Work in Health Care 1983;8(4):107-121.
- D.G. Zimpfer. Working with Group. The Journal for Specialists in Group Work. 1989;14(2):98-104.
- 윤영호, 허대석. 말기암환자의 3차의료기관 입원의 문제점. 가정의학회지 1996;17(5):294-303.
- 황숙연. 만성질환자에 대한 의료사회사업가의 퇴원 계획과정에 관한 연구. 서울대학교 사회복지과. 박사학위논문, 1994.
- 이영숙. 말기암환자 가족을 위한 집단프로그램. 제 16차 대한의료사회사업가협회 워크샵, 1996:92-99.