

말기암 환자 가족에 대한 호스피스 팀의 정보적 지지 제공 효과

이 혜 원* · 김 정 남** · 박 명 화***

I. 서 론

1. 연구의 필요성

말기암 환자나 그 가족은 암진단과 함께 병원이라는 새로운 세계에 적응하면서 여러가지 어려운 의사결정과 더불어 신체적, 정신적, 사회적, 영적 갈등을 겪게 되고 빈번한 입원과 계속적인 추후 관리로 인해 환자는 물론 그를 돌보는 가족까지 경제적 부담감, 가족 역할 변화에 따른 당혹감, 사회적 활동범위의 제한과 비효율성이 초래되어 환자 자신은 물론 전 가족체계의 역동성에 긴장과 불균형을 초래하게 된다(이소우 등, 1997). 말기암 환자를 돌보는 가족들은 환자를 돌보는 것뿐만 아니라 가족 구성원들 자신이 상실감을 지닌 채로 일상적인 생활을 해야하기 때문에 상당한 긴장과 스트레스를 받게 되어 피로, 슬픔, 우울, 불안, 두려움, 죄의식 등 신체적, 정서적, 사회적 및 영적 고통, 즉 전인적 고통을 경험하게 된다(권성복과 이미라, 1987; 조현, 1993; 이소우 등, 1997; Northus, 1984; Vachon, 1996; Carson, 1997). 말기암 환자와 가족이 경험하는 전인적 고통을 완화시키기 위하여 그들이 의료인에게 바라는 요구에 민감하여야 하며, 의료인이 이를 바탕으로 체계적으로 기획된 정보적 지지 프로그램을 개발하여 효과적으로 수행할 때에 말기암 환자와 가족의 요구가 충족될 수 있을 것이다.

정보적 지지는 질병과 관련된 정보나 적절한 치료기관에 대한 정보 및 질병으로 인해 유발될 수 있는 정서적, 사회·경제적, 영적 문제 등에 대한 전문적인 상담이나 조언을 포함하며(이동숙, 1996), 또한 이는 스트레스를 완화시키므로 피로, 슬픔, 우울, 불안, 두려움, 죄의식 등을 감소시키고, 어려움에 잘 대응할 수 있는 능력을 개발하도록 도움을 주며 지지적 관계를 강화하여 전인적 안녕을 도모해 주는 역할을 한다(김희순, 1988; Sarason & Sarason, 1985).

또한 간호사는 말기암 환자와 가족이 경험하는 여러가지 문제를 이해하고 수용하여 이들 환자와 가족에게 힘이 되어주고 평안을 도모해 주는 지지적 간호를 제공하여야 하는데 이러한 요구를 충족시키기 위해서는 불치의 병으로 죽음을 앞둔 환자의 신체적, 정서적, 사회적, 영적인 측면에 관련된 지지와 돌봄을 제공하는 전인적인 간호인 호스피스 케어가 가장 효과적인 중재 방법이며 이러한 전인적인 접근을 위하여서는 간호사, 의사, 목회자, 사회사업가, 영양사, 자원봉사자 등의 호스피스 팀에 의한 팀접근 방법이 가장 바람직한 방법으로 추천되고 있다(김정남, 1991; 김수지, 오송자 및 최화숙, 1997). 호스피스 케어는 호스피스 간호사 단독으로 케어하는 경우보다 호스피스 팀에 의하여 제공될 때 보다 효과적인 역동이 일어난다. 그러므로 체계적으로 기획된 정보적 지지 프로그램을 호스피스 팀에 의하여 제공하는 중재개발의 필요성이 대두되게 되었다.

* 계명대학교 간호학부 조교

** 계명대학교 간호학부 지역사회간호학 교수

*** 미국 아이오와 대학교 간호대학 박사과정

이에 본 연구는 말기암 환자를 주로 돌보는 가족을 대상으로 호스피스 팀에 의한 정보적 지지를 제공한 후, 말기암 환자 가족에게 미치는 효과를 파악하기 위한 목적으로 실시되었다.

2. 연구목적

본 연구의 목적은 말기암 환자를 주로 돌보는 가족에게 호스피스 팀에 의한 정보적 지지를 제공하여 대상자의 지각된 사회적 지지, 불안, 우울 및 영적 안녕에 미치는 효과를 파악하는 것이다.

3. 연구 가설

제 1 가설 : 말기암 환자 가족의 지각된 사회적 지지 점수는 정보적 지지 제공전보다 정보적 지지 제공후가 더 높을 것이다.

제 2 가설 : 말기암 환자 가족의 불안 점수는 정보적 지지 제공전보다 정보적 지지 제공후가 더 낮을 것이다.

제 3 가설 : 말기암 환자 가족의 우울 점수는 정보적 지지 제공전보다 정보적 지지 제공후가 더 낮을 것이다.

제 4 가설 : 말기암 환자 가족의 영적 안녕 점수는 정보적 지지 제공전보다 정보적 지지 제공후가 더 높을 것이다.

4. 용어 정의

1) 말기암 환자 가족

말기암 환자란 현재의 의술로는 더 이상 완치가 불가능하다고 판명된 암질환이 진행하여 의미 있는 생명연장이 현실적으로 기대하기 어려워 몇 개월내로 사망할 것으로 예상되거나 증상조절 및 잔여 생존 기간의 삶의 질을 향상시킬 목적으로 한 치료를 필요로 하는 환자(윤영호, 1998)이며, 본 연구에서는 적극적 치료 즉 수술, 방사선 치료, 항암 요법 등의 실시가 더 이상 환자의 치료나 생명연장을 기대할 수 없다고 중앙내과전문의에 의해 판정된 환자로 호스피스 등록을 하지 않은 대상자를 의미한다. 말기암 환자 가족은 말기암 진단을 받은 환자의 가족으로 상호 인정한 역할을 통해 가족원의 생리적, 심리·사회적, 정서적 및 영적인 과정에 동참하는 사회단위이며(Rawlins, 1991), 본 연구에서는 말기암 환자에 대한 책임을 지고 있는 배우자, 부모, 형제·자매, 며느

리, 자녀 중 말기암 환자를 주로 돌보는 가족으로서 18세 이상의 성인 1인을 의미한다.

2) 호스피스 팀

호스피스 팀은 전문직과 비전문직 요원이 협동하여 전인적 차원에서 임종환자를 돌보는 것을 목적으로 호스피스 환자와 그 가족에게 돌봄을 제공하며 서로의 활동을 조정하는 다양한 분야에서 교육을 받은 개인으로 구성된 기능적 단위이며(노유자와 김춘길, 1998; Ducanis & Golin, 1979), 본 연구에서는 말기암 환자와 그 가족에게 호스피스 케어를 제공하는 목회자, 호스피스 간호사, 의사, 사회사업가, 영양사, 자원봉사자로 구성된 팀을 말한다.

3) 정보적 지지

대상자의 욕구를 인지하고 대상자의 행동이나 지각 등에 대하여 경청, 공감으로 반응하며 건강에 관련된 정보를 제공하고, 대상자와 언어적, 비언어적인 반응을 공유하는 일련의 대인 관계적 상호 작용이며(김정아, 1989; Gradner & Wheeler, 1981), 본 연구에서는 연구자가 문헌고찰 및 D의료원 호스피스 팀, 간호학 교수 2인의 자문을 받아 제작된 교육용 소책자를 사용하여 목회자, 호스피스 간호사, 의사, 사회사업가, 영양사, 자원봉사자가 각 1회씩 대상자를 방문하여 교육과 상담을 통한 정보적 지지를 제공하는 프로그램을 말한다.

4) 지각된 사회적 지지

필요할 때 가족, 친구, 이웃, 의료인, 기타 사람들에 의해 제공되는 여러 형태의 도움이나 감정적인 동조를 얻을 수 있다는 신념이며(Sarason, Levine, Basham & Sarason, 1983), 본 연구에서는 Weinert(1988)의 Personal Resource Questionnaire-II를 김주현(1995)이 번안한 지각된 사회적 지지 척도로 측정할 값을 말한다.

5) 불안

심리적 스트레스의 하나로서 실제적 또는 상상적으로 위협적인 상황에서 일어나는 불쾌감으로 시간의 경과에 따라 상태가 변하는 인간의 정서상태이며(Spielberger, 1966), 말기암 환자를 주로 돌보는 가족이 주관적으로 경험한 정서반응으로 본 연구에서는 Spielberger(1966)의 기질 및 상태불안 척도 중 상태불안 척도로

측정한 값을 말한다.

6) 우울

자기에 대한 부정적인 인식의 결과를 의미하는 것으로 근심, 침울감, 실패감, 무력감, 무가치함을 나타낼 수 있는 정신적 장애를 말하며(한홍무 등, 1986), 본 연구에서는 미국 정신 보건원(1971)이 개발한 우울 측정 도구를 바탕으로 전점구와 이민규(1992)가 한국에 맞도록 다시 개발한 한국판 The Center for Epidemiological Studies Depression Scale로 측정된 값을 말한다.

7) 영적 안녕

영적 안녕이란 인간의 영적 본성을 최대한으로 개발시키는 능력이며 총체적으로 인간에게 영향을 미치는 삶의 원리와 동일한 것으로, 시간과 공간을 초월하여 존재하는 절대자, 자신, 이웃, 환경과의 관계에서 조화된 삶을 영위하는 것으로서 사람의 내적 자원이 총체적으로 건강한 상태를 말하며(Soeken & Carson, 1987; Burkhardt, 1989), 본 연구에서는 Ellison과 Paloutzian (1982)이 개발한 영적 안녕 척도를 최상순(1990)이 번안한 6점 척도로 측정된 값을 말한다.

5. 연구의 제한점

대상자의 심리상태에 영향을 미치는 말기암 환자의 질병 진행에 따른 상태 변화를 통제할 수 없었던 점과 대상자의 특성상 대조군을 두지 않는 단일 실험연구인 점이 본 연구의 제한점이다.

II. 문헌 고찰

1. 말기암 환자 가족

사회단위로서 가족은 가치와 신념체제를 발달시키고, 건강과 질병에 대한 태도를 설정한다. 가족은 구성원에게 건강을 지지하는 물리·정신·사회적 환경을 유지하고, 질병에 대한 의견을 결정하고, 영적 요구에 대한 준비를 하며 건강장애를 인식하고 질병간호에 임한다(Lanscaster, 1988). 가족과 같은 상호의존적인 체계에서 한 가족 구성원의 변화는 다른 가족원의 변화를 야기시켜 가족 전체의 구조와 기능에 변화를 초래한다(황영빈, 1990). 그 중에서도 환자를 직접 돌보는 가족원이

신체적, 정신적으로 큰 영향을 받게 되고(양영희, 1995) 특히 말기암 진단을 받은 후에는 사랑하는 가족의 예기된 죽음으로 인한 스트레스가 더욱 높아진다(Biegel, Sales & Schuz, 1991).

많은 연구에 의하면 말기질환자를 주로 돌보는 사람은 주로 가족이며(김영미와 김명희, 1990; 조현, 1993; 이소우 등, 1995; 김춘길, 1997; 이소우 등, 1997). 이들은 많은 부담감과 문제를 호소하고 있다. 이소우 등(1995; 1997)의 연구에 의하면 이들이 가장 많이 호소하고 있는 문제는 육체적 피로(71.3%), 염려(50%), 불안(46.3%), 두려움(45.4%), 경제적 어려움(36.1%), 우울(31.5%), 환자의 임종에 대한 걱정(30.6%), 환자의 죽음을 수용하지 못함(29.6%), 탈진(24.1%) 등의 순이었고, 조현(1993)의 연구에 의하면 슬픔(46%), 두려움(42%), 우울(40%), 경제적 어려움(36%) 순이었다. 이는 말기환자를 간호하는 가족의 문제로 육체적 피로, 탈진 등의 신체적 문제 뿐 아니라 슬픔, 염려, 불안, 두려움, 우울 등의 정서적 문제들도 높은 빈도로 호소하고 있음을 보여주고 있다.

말기질환자 가족원이 도움 받고 싶어하는 내용의 빈도에 있어서 가족원 자신을 위한 도움보다 환자를 위한 도움을 더 많이 요청하고 있다(이소우 등, 1997). 김영미와 김명희(1990)의 임종환자 가족의 요구 분석에서는 정서적 안정, 최선의 치료, 회복, 역할변화, 환자의 안위, 정보제공, 자식의 결혼, 지지와 위로, 경제적 도움 및 장례의식에 대한 요구 등이 있었으며, 정보에 대한 요구가 임종환자보다 그를 돌보는 가족에게서 더 높게 나타났다.

2. 정보적 지지

정보적 지지는 사회적 지지의 일부로서 많이 정의되어 왔으며, 대체로 개인 상호간의 신뢰와 도움이 바탕이 되는 감정적인 결속으로 이루어지는 관계를 뜻하며 어떤 스트레스나 위기에 직면했을 때 여러 가지 정보와 심리적 지지를 주어 위기에 대처하고 변화에 적응하도록 촉진시키며 인생주기에 이어 예기치 못한 위기나 변화를 경험하는 개개인을 보호하여 평형을 이루게 함으로서 신체적, 정신적 건강을 유지하게 하는 것으로 설명되고 있으며(김주현, 1995), 사회적 지지를 구성하는 하부개념이며, 질병과 관련된 정보나 적절한 치료기관에 대한 정보, 경제적 문제에 대한 상담이나 조언이 포함되며, 질병

으로 인해 생겨날 수 있는 여러 문제상황을 위한 전문적인 상담이나 조언이라고 볼 수 있다(이동숙, 1996).

정보적 지지 방법의 하나인 환자에 대한 사전간호정보 제공은 지식(손행미, 1990), 불안(이소우, 1982; 김금순 1990; 이명숙, 1994), 불확실성과 우울(성은희와 홍미순, 1995) 등에 효과가 있음이 밝혀졌다. Hockley, Dunlop and Davis(1988)는 의사, 전문간호사, 사회사업가 및 비서로 구성된 다학제간 호스피스 팀이 말기 질환자와 그 가족들을 지지하고 증상조절에 대한 조언을 제공한 결과 말기 케어와 관련된 가족들의 불평빈도가 감소되었다고 보고하였다.

따라서 말기암 환자 가족을 위한 정보적 지지 내용에는 환자의 직접적인 간호방법에 대한 정보와 정서적·사회적 지지, 영적인 지지와 호스피스에 관한 정보가 포함되어야 하며 이를 위하여서는 다양한 대상자의 요구를 파악하고 충족시킬 수 있는 호스피스 팀에 의한 정보적 지지 방법이 유용할 것으로 생각된다.

3. 호스피스 팀

호스피스는 임종단계에 있는 환자가 남은 생애를 끝까지 충만하게 살고 인간의 품위를 유지하며 평화롭게 자신의 죽음을 맞을 수 있도록 환자의 신체적, 정서적, 사회적, 영적인 문제와 환자가족, 죽음과 동통 관리 등 여러 측면의 문제점을 동시에 증재해야 하므로 간호사, 의사, 목회자, 사회사업가, 영양사, 자원봉사자 등의 종합 팀으로 그 간호가 이루어져야 한다(김보한 등, 1995).

호스피스 팀은 돌봄을 제공하며 서로의 활동을 조정하는 다양한 분야에서 교육을 받은 개인으로 구성되는 기능적 단위이다(Ducanis & Golin, 1979). 즉 각 개인이 모여 팀이 구성되는데 호스피스 케어의 분담과 통합을 위한 조정자인 팀장이 있으며 팀 구성원은 임종환자와 그 가족에게 헌신할 수 있어야 한다. 어떤 분야의 전문가라고 할지라도 혼자서는 호스피스 케어를 잘 수행할 수 없으며 다른 구성원의 전문적 기술을 인정하고 함께 일할 수 있어야 한다(김수지 등, 1997).

박혜자(1989)는 호스피스 케어를 제공받는 암환자군이 받지 않는 암환자군보다 정서적 지지를 더 많이 받는다고 인식하며, 이는 그들이 간호사, 의사, 가족 및 성직자와 보다 밀접한 상호관계를 유지함에 기인한다고 하여 호스피스 팀의 중요성을 말하고 있다.

이상의 문헌고찰 결과 정보적 지지는 다양한 상황에서

지식의 증진뿐 아니라 불안, 우울, 불확실성, 기분, 만족감 등 정서적 적응의 증진에 효과가 있음을 알 수 있다. 또한 말기암 환자를 주로 돌보는 가족을 대상으로 정보적 지지의 효과를 입증한 연구는 거의 없었을 뿐만 아니라 호스피스 팀에 의하여 정보적 지지를 제공하고 그 결과를 검증한 연구는 없었다.

Ⅲ. 연구 방법

1. 연구설계

본 연구는 원시실험설계로 단일군 전·후 설계이다(그림 1).

| | 사전조사 | 처치 | 사후조사 |
|-----|-----------------|----|-----------------|
| 실험군 | Ye ₁ | X | Ye ₂ |

〈그림 1〉 연구설계

2. 연구대상

본 연구의 대상자는 각 병원의 환경 및 특성이 측정변수에 미치는 영향을 최대한으로 줄이기 위하여 대구광역시 소재의 3차 의료기관인 D의료원에서 입원치료를 받고 있는 말기암 환자를 주로 돌보는 가족으로 아래의 기준을 만족하는 자를 편의 표출하였다.

- 1) 종양내과 전문의에 의해 말기암 진단 후 치료를 받고 있으며 의식이 있는 환자의 배우자, 부모, 형제·자매, 자녀, 며느리 중 말기암 환자를 주로 돌보는 가족으로서 18세 이상의 성인인 자.
- 2) 연구의 목적을 이해하고 연구에 참여할 것을 동의한 자.
- 3) 정신병 및 의사의 정기적 약물처방을 요하는 중병을 앓고 있지 않는 자.
- 4) 질문지를 읽고 응답할 수 있으며 의사소통이 가능한 자.

3. 연구도구

1) 교육용 소책자

연구자가 다수의 호스피스 관련 참고문헌을 검토하고 간호학 교수 2인의 자문을 거쳐 교육용 소책자를 제작한 후, 대구광역시 소재 D의료원 호스피스 팀 구성원에게 전공영역별 내용을 검증 받아 수정, 보완하였다. 교육용

소책자의 내용은 '말기암 환자의 전반적인 증상과 통증, 식사 관리를 포함한 신체적 돌봄, 정서적·사회적 돌봄, 영적 돌봄 및 호스피스 안내'로 구성되어 있다.

2) 정보적 지지 프로그램

호스피스 팀에 의한 정보적 지지 프로그램은 연구자가 제작한 교육용 소책자를 중심으로 연구자와 호스피스 팀이 4주에 걸쳐 총 7회의 교육과 상담을 통한 정보적 지지를 제공한 프로그램을 말한다(그림 2).

구체적인 정보적 지지 프로그램은 아래와 같다.

(1) 제 1회 : 연구자가 연구 첫째 주에 말기암 환자를 주로 돌보는 가족에게 프로그램의 목적을 설명한 후 대상자에게 증대된 설문지를 작성하게 하였다. 그 후 호스피스 팀을 소개하였고 교육용 소책자의 내용을 중심으로 정보적 지지를 제공하였다. 제 1회 교육에 소요된 시간은 약 2시간이었으며, 주변환경의 방해로 피하기 위하여 호스피스 사무실에서 교육을 실시하였다.

(2) 제 2회부터 제 7회까지 : 연구 둘째 주에서 넷째 주 사이에 목회자, 호스피스 간호사, 의사, 사회사업가, 영양사 및 자원봉사자가 각 1회씩 대상자를 직접 방문하여 교육과 상담을 통한 정보적 지지를 제공하였다. 정보적 지지에 소요된 시간은 회당 30분에서 1시간이었으며, 환자가 입원해 있는 병실에서 이루어졌다.

3) 지각된 사회적 지지 측정 도구

본 연구에서 지각된 사회적 지지는 Weinert(1988)에 의해 개발된 PRQ-II를 김주현(1995)이 25문항 4점 척도로 번안한 것을 사용하였으며, 도구의 개발당시 신뢰도는 Cronbach' α 가 0.87이었고, 김주현(1995)의 연구에서는 0.87이었으며, 본 연구에서는 0.86이었다.

4) 불안 측정 도구

본 연구에서 불안은 Spielberger(1966)가 개발한 기질 및 상태불안 척도 중 20문항 4점 척도인 상태불안 척도를 사용하였으며, 도구의 개발 당시 신뢰도 Cronbach' α 는 0.87이었으며 본 연구에서는 0.88이었다.

5) 우울 측정 도구

본 연구에서 우울은 미국 정신 보건원(1971)이 개발한 우울 측정 도구를 바탕으로 전점규와 이민규(1992)가 한국에 맞도록 다시 개발한 한국판 CES-D를 사용하였다. 0에서 3점 척도로 최저 0점에서 최고 60점 범위에 있으며, 우울과 정상 상태를 구분하는 기점이 24점으로 제시되어 있다. 도구의 개발당시 일반인대상에서 도구의 신뢰도 Cronbach' α 는 0.85, 한국판 CES-D연구(전점규와 이민규, 1992; 신승철 등, 1991)에서는 0.80~0.89이었고 본 연구에서는 0.91이었다.

6) 영적 안녕 측정 도구

본 연구에서 영적 안녕은 Ellison과 Paloutzian(1982)이 개발한 영적 안녕 척도를 최상순(1990)이 한국인에 맞게 번안한 척도를 이용하였으며, 도구의 개발 당시 신뢰도 Cronbach' α 는 0.93이었고, 최상순(1990)의 연구에서는 0.91이었으며 본 연구에서는 0.96이었다.

4. 연구진행 절차

연구의 프로그램 진행은 연구자와 대구광역시에 있는 D의료원 호스피스 팀이 함께 실시하였다.

자료수집 기간은 2000년 8월 16일부터 2000년 10

| 주(회수) | 프로그램 내용 | 접근차원 | 교육 및상담 장소 | 소요시간 |
|-------|---|------|-----------|---------|
| 1주 1회 | · 연구 목적 설명 · 교육용 소책자 배부 · 호스피스 프로그램 및 구성원 소개 · 교육용 소책자를 중심으로 정보적 지지 제공 | | 호스피스 사무실 | 약 2시간 |
| 2주 2회 | | 개인 | | |
| 3주 3회 | · 대상자의 요구 파악 및 경청 | | | |
| 4주 4회 | · 호스피스 팀의 지지-목회자, 호스피스 간호사, 의사, 사회사업가, 영양사, 자원봉사자가 증대 | | 환자의 병실 | 30분-1시간 |
| 5주 5회 | · 중 각 1회씩 방문하여 정보적 지지 제공 | | | |
| 6주 6회 | | | | |
| 7주 7회 | | | | |

<그림 2> 호스피스 팀에 의한 정보적 지지 프로그램 절차

월 28일까지였으며 다음의 순서로 연구를 진행하였다.

1) 1단계: 호스피스 팀의 지원 - 연구를 실시하기 전에 호스피스 팀장(목회자)과 팀 구성원(간호사, 의사, 사회사업가, 영양사, 자원봉사자)에게 연구의 목적을 설명하고, 입원한 말기암 환자를 대상으로 정보적 지지 프로그램 참여에 대해 팀장 및 팀 구성원 전원의 동의와 지원을 받았다.

2) 2단계 : 대상자 선정 - 입원한 암환자 중 종양내과전문의에 의해 연구에 적합한 말기암 환자임을 확인 받았고 또한 연구대상자로 선정해도 좋다는 허락을 받았다. 환자의 병실을 방문하여 환자를 주로 돌보는 가족이 연구대상 선정기준에 적합한자인 경우 대상으로 선정하여 연구 목적을 설명한 후 연구에 참여할 의사가 있는지를 확인하여 선정하였다.

3) 3단계 : 중재전 조사 - 선정된 대상자를 미리 약속된 시간에 방문하여 말기암 환자 가족과 관련된 일반적 특성, 지각된 사회적 지지, 불안, 우울, 영적 안녕에 관한 항목으로 구성된 중재전 조사를 자가보고 형식으로 실시하였다.

4) 4단계 : 정보적 지지

(1) 제 1회 : 호스피스 팀을 소개하였고 교육용 소책자의 내용을 중심으로 정보적 지지를 제공하였다. 제 1회 교육에 소요된 시간은 약 2시간이었으며, 주변환경의 방해로 피하기 위하여 호스피스 사무실에서 교육을 실시하였다.

(2) 제 2회부터 제 7회까지 : 연구 둘째 주에서 넷째 주 사이에 목회자, 호스피스 간호사, 의사, 사회사업가, 영양사, 자원봉사자가 각 1회씩 대상자를 직접 방문하여 교육과 상담을 통한 정보적 지지를 제공하였다. 정보적 지지에 소요된 시간은 회당 30분에서 1시간이었으며, 환자가 입원해 있는 병실에서 이루어졌다.

5) 5단계 : 중재후 조사 - 총 7회의 방문이 종결되면 대상자를 방문하여 설문지를 작성하게 한 후, 연구의 종결을 알린 후 설문지를 수거하였다.

5. 자료분석 방법

자료는 SPSS Win 10.0을 이용하여 분석하였다.

- 1) 일반적 특성은 실수와 백분율 산출을 하였다.
- 2) 가설을 검증하기 위한 중재 전·후의 비교는 Wilcoxon Signed Ranks Test로 검증하였다.

IV. 연구 결과

1. 대상자의 일반적 특성

중재전 조사대상자는 29명이었으나 중재 도중 모두 7명이 탈락되어 중재후 조사까지 응답한 대상자는 총 22명이었다.

대상자 22명 중 여자가 18명(81.8%)이었으며, 평균 연령은 48.59(±12.71)세였다. 학력은 고등학교 졸업이상이 59.1%이었고, 직업이 없는 대상자가 100%였으며, 종교를 가진 대상자가 72.8%이었다. 자신의 건강상태를 보통이라고 응답한 대상자가 72.7%였으며, 경제상태가 보통정도라고 지각하는 대상자가 81.8%였다. 기혼이 90.9%를 차지하였고, 환자와 동거하는 가족수는 1-2명이 가장 많았고, 말기암 환자를 주로 돌보는 가족은 배우자 54.5%, 자녀 31.8%, 며느리 9.1%, 형제·자매 4.5% 순 이었다(표 1).

〈표 1〉 대상자의 일반적 특성 (N=22)

| 일반적 특성 | 구 분 | 실수(%) |
|---------------|--------|-----------|
| 성 별 | 남 | 4(19.2) |
| | 여 | 18(81.8) |
| 연 령 | 30세 미만 | 2(9.1) |
| | 30-39세 | 1(4.5) |
| | 40-49세 | 11(50.0) |
| | 50-59세 | 2(9.1) |
| | 60세 이상 | 6(27.3) |
| 종 교 | 기독교 | 6(18.2) |
| | 천주교 | 4(18.2) |
| | 불교 | 6(27.3) |
| | 없음 | 6(27.3) |
| 결 혼 상태 | 기혼 | 20(90.9) |
| | 미혼 | 2(9.1) |
| 학 령 | 무학 | 2(9.1) |
| | 초등졸 | 5(22.7) |
| | 중등졸 | 2(9.1) |
| | 고등졸 | 13(59.1) |
| 경 제 상태 | 중 | 18(81.8) |
| | 하 | 4(18.2) |
| 직 업 유 무 | 유 | 0(-) |
| | 무 | 22(100.0) |
| 건 강 상태 | 상 | 3(13.6) |
| | 중 | 16(72.7) |
| | 하 | 3(13.6) |
| 환자를 주로 돌보는 가족 | 배우자 | 12(54.5) |
| | 자녀 | 7(31.8) |
| | 형제·자매 | 1(4.5) |
| | 며느리 | 2(9.1) |
| 환자와 동거하는 가족수 | 1-2명 | 12(54.5) |
| | 3-4명 | 4(18.2) |
| | 5-6명 | 6(27.3) |

2. 가설검증

1) '말기암 환자 가족의 지각된 사회적 지지 점수는 정보적 지지 제공전보다 정보적 지지 제공후가 더 높을 것이다'의 제 1 가설은 중재전 지각된 사회적 지지 점수가 평균 69.93점에서 중재후 75.45점으로 유의하게 높게 나타나 지지되었다($z=-3.045, p=0.002$)<표 2>.

<표 2> 정보적 지지 전·후의 대상자의 지각된 사회적 지지 점수 (N=22)

| 구분 | 사건 | | Z | p |
|------------|----------------|----------------|--------|-------|
| | 사전 평균(표준편차) | 사후 평균(표준편차) | | |
| 지각된 사회적 지지 | 69.93(9.35) | 75.45(6.29) | -3.045 | 0.002 |

2) '말기암 환자 가족의 불안 점수는 정보적 지지 제공전보다 정보적 지지 제공후가 더 낮을 것이다'의 제 2 가설은 중재전 불안 점수가 평균 51.86점에서 중재후 평균 46.00점으로 유의하게 낮게 나타나 지지되었다($z=-3.348, p=0.001$)<표 3>.

<표 3> 정보적 지지 전·후 대상자의 불안 점수 (N=22)

| 구분 | 사건 | | Z | p |
|----|----------------|----------------|--------|-------|
| | 사전 평균(표준편차) | 사후 평균(표준편차) | | |
| 불안 | 51.68(6.94) | 46.00(3.98) | -3.348 | 0.001 |

3) '말기암 환자 가족의 우울 점수는 정보적 지지 제공전보다 정보적 지지 제공후가 더 낮을 것이다'의 제 3 가설은 중재전 우울 점수가 평균 31.24점에서 중재후에 평균 22.86점으로 유의하게 낮게 나타나 지지되었다($z=-3.641, p=0.000$)<표 4>.

<표 4> 정보적 지지 전·후의 대상자의 우울 점수 (N=22)

| 구분 | 사건 | | Z | p |
|----|----------------|----------------|--------|-------|
| | 사전 평균(표준편차) | 사후 평균(표준편차) | | |
| 우울 | 31.24(8.43) | 22.86(4.17) | -3.641 | 0.000 |

4) '말기암 환자 가족의 영적 안녕 점수는 정보적 지지 제공전보다 정보적 지지 제공후가 더 높을 것이다'의 제 4 가설은 중재전 영적 안녕 점수가 평균 74.66점

서 중재후 평균 72.73점으로 낮게 나타나 통계적으로 유의한 차이를 보이지 않아 기각되었다($z=-0.422, p=0.673$)<표 5>.

<표 5> 정보적 지지 전·후의 대상자의 영적 안녕 점수 (N=22)

| 구분 | 사건 | | Z | p |
|-------|----------------|----------------|--------|-------|
| | 사전 평균(표준편차) | 사후 평균(표준편차) | | |
| 영적 안녕 | 74.66(20.58) | 72.73(9.77) | -0.422 | 0.673 |

VI. 논 의

1. 대상자의 지각된 사회적 지지, 불안, 우울 및 영적 안녕

본 연구에서 말기암 환자 가족이 지각한 사회적 지지 점수는 득점 가능 범위 최저 25점에서 최고 100점 중 평균 69.93점으로 나타났다. 이는 호스피스 간호사가 말기암 환자 가족에게 정보적 지지를 제공한 김현숙(1999)의 연구에서 이들이 지각한 사회적 지지 평균점수 74.37점보다 낮았으며, 김정순(1997)의 연구에서 말기암 환자 가족이 아닌 항암요법을 받고 치료중인 암환자들이 지각한 사회적 지지 평균점수 76.88점보다도 낮게 나타났다. Cobb(1976)은 대부분의 성인들이 그들이 받는 사회적 지지의 근원을 직장 동료들, 가족구성원들, 지역사회 전문가들이라고 언급하였다. 본 연구에서 대상자들 전원이 직업을 가지고 있지 않아 직장 동료들로부터 사회적 지지를 받을 수 있는 기회가 없었고, 환자와 동거하고 있는 가족수가 1-2명인 경우가 54.5%나 차지하여 가족들로부터 제공받을 수 있는 사회적 지지의 기회도 빈약하였던 것으로 예측된다.

말기암 환자 가족의 불안 점수는 득점 가능 범위 최저 20점에서 최고 80점 중 평균 51.68점으로 나타났다. 말기암 환자 가족을 대상으로 한 김현숙(1999)의 연구의 불안 평균점수 63.31점보다 상당히 낮은 결과를 보였다. 이는 김현숙(1999)의 연구에서는 외래통원치료와 병실입원치료를 받고 있는 말기암 환자의 가족 모두를 대상으로 하였으며 가정에서 외래 통원치료를 말기암 환자를 돌보는 가족들은 의료인들의 직접적인 관리에서 벗어난 상태에서 환자의 증상조절과 사망을 맞이해야 하는 부담감 등으로 인하여 더욱 많은 스트레스 상황에 노출되어 있어 입원치료중인 환자의 가족만을 대상으로 실시

된 본 연구결과보다 불안 점수가 높게 나타난 것으로 사료된다.

대상자의 우울 점수는 득점 가능 범위 최저 0점에서 최고 60점 중 평균 31.24점으로 나타났는데 이는 신승철(1991)의 한국판 CES-D의 표준화 연구에서 제시한 우울과 정상상태의 구분점인 24점보다 상당히 높았으며, 전경규와 이민규(1992)가 우울증 환자를 대상으로 실시한 연구결과와 우울 평균점수 30.70점과 유사하였으며, 김현숙(1999)의 연구에서 말기암 환자의 가족의 우울 평균점수 32.16점보다는 조금 낮게 나타났다. 이는 암진단을 받은 대부분의 환자들은 질병이 진행됨과 동시에 여러 가지 치료가 실패로 돌아가고 자신의 노력이 보상받지 못하여 건강문제에 있어 조절력을 상실하게 되어 무력감을 경험하게 되며 이러한 상태는 반응성 우울을 야기하게 되고, 질병이 환자 당사자에게 직접적인 생명의 위협을 주는 동시에 가족에게 강한 불안의 정서상태를 유발한다는 최남희 등(1990)의 연구결과와 본 연구결과가 맥락을 같이 하였다.

Reele(1994)은 말기암 환자 가족은 다른 상황의 대상자와 비슷한 정도의 사회적 지지를 지각한다 하더라도 불안과 우울은 병적인 수준으로 높기 때문에 위기중재가 필요한 대상자들과라고 언급하였다. 본 연구대상자들은 사회적 지지 정도가 낮으면서 불안과 우울 점수가 높게 나타났으므로 말기암 환자 가족을 돌볼 때에는 사회적 지지체계를 더욱 강화시켜주어야 하며 동시에 적절한 위기 중재 전략 프로그램을 개발·적용하여야 하겠다.

말기암 환자 가족의 영적 안녕 점수는 득점 가능 범위 최저 20점에서 최고 120점 중 평균 74.66점으로 나타났다. 말기암 환자 가족을 대상으로 한 영적 안녕에 관한 연구는 지금까지 실시되어 있지 않아 비교할 수는 없으나 노인을 대상으로 한 성미순(1999)의 연구의 영적 안녕 평균점수(64.40점)보다는 높게 나타났고, 성인을 대상으로 한 최상순(1990)의 연구에서의 영적 안녕 평균점수(81.22점), 암환자를 대상으로 한 강정호(1996)의 연구(80.16점), 김정순 등(1999)의 연구(83.80점), Fernsler 등(1999)의 연구(83.00점) 보다는 낮게 나타났다.

2. 호스피스 팀에 의한 정보적 지지 제공 효과

호스피스 팀에 의한 정보적 지지의 제공효과를 검증하기 위하여 말기암 환자 가족의 지각된 사회적 지지, 불

안, 우울 및 영적 안녕 점수를 비교하였다.

대상자가 지각한 사회적 지지 점수는 사전조사에서 평균 69.93점, 사후조사에서 평균 75.45점으로 사전, 사후간 5.52점의 점수 차이를 보여 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다($z=-3.045, p=0.002$). 말기암 환자 가족을 대상으로 호스피스 케어의 정보적 지지를 제공한 후 그 효과를 검증한 김현숙(1999)의 연구에서는 중재 후 지각된 사회적 지지정도가 유의하게 증가하지는 않은 것으로 나타났다. 말기암 환자 가족에게 제공되는 간호는 환자의 질병경과에 수반되는 신체적 증상을 조절하고 환자에게 정서적, 사회적, 영적 지지를 포함한 전인적이고 총체적인 간호가 제공되어야 하며 호스피스 간호사 단독으로 정보적 지지를 제공하는 것보다는 다양한 전문, 비전문인에 의해 구성된 팀에 의해 정보적 지지를 제공하였을 때에 말기암 환자 가족이 지각하는 사회적 지지 점수가 훨씬 높게 나타났다.

대상자의 불안 점수는 사전조사에서 평균 51.68점, 사후조사에서 평균 46.00점으로 사전, 사후간 5.68점의 점수 차이를 보여 유의한 차이가 있는 것으로 나타났으며($z=-3.348, p=0.001$), 대상자의 우울 점수는 사전조사에서 평균 31.24점, 사후조사에서 평균 22.86점으로 사전, 사후간 8.38점의 점수 차이를 보여 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다($z=-3.641, p=0.000$). 이는 말기암 환자 가족을 대상으로 호스피스 케어의 정보적 지지 제공후 그 효과를 검증한 김현숙(1999)의 연구에서 불안과 우울이 통계적으로 낮게 나타난 결과와 유사하다.

그러나 대상자의 영적 안녕 점수는 사전조사에서 평균 74.66점, 사후조사에서 평균 72.73점으로 통계적으로 유의한 차이가 없는 것으로 나타났으며, 사전, 사후간 오히려 1.93점의 영적 안녕 점수의 감소를 보였다($z=-0.422, p=0.673$). 이 결과는 질병경과에 따른 암환자와 그 가족의 영적 안녕 상태에 관한 연구가 실시되지 않았고 또한 지지적 간호중재 전후에 영적 안녕 정도를 파악하는 연구 또한 이루어지지 않아 그 효과에 대하여 비교할 수가 없었다. 다만 본 연구의 중재기간이 영적 간호를 제공하여 그 효과를 파악하기에는 다소 짧은 기간이었다 할 수 있으며, 시간의 경과에 따라 말기암 환자의 상태가 악화되면서 가족들은 사별의 고통 등의 여러 가지 상황에 직면하게 된다는 김정순(1997)의 진술에서와 같이 환자의 임종시간이 가까워짐에 따라 오히려 환자를 지켜보는 가족의 영적 고통이 심화된 것이

아닌가 추측된다. 또한 영적 안녕에 대한 인식이 없이 말기암 환자를 돌보아 오던 중 교육과 상담을 통해 제공 받은 정보적 지지 내용 가운데 영적인 영역에 접하여 영적 안녕에 대한 인식을 갖게 되면서 나타난 결과가 아닐까하고 추측해 본다.

이상에서 논의한 바와 같이 호스피스 팀에 의한 정보적 지지 제공은 말기암 환자를 주로 돌보는 가족의 지각된 사회적 지지를 높이며, 불안, 우울 등 정서적 스트레스 증상을 완화시켜준다는 긍정적인 결과가 도출되었다. 그러므로 말기암 환자를 주로 돌보는 가족을 위한 정보적 지지 프로그램은 호스피스 팀에 의하여 제공하는 것이 바람직하며, 말기암 환자의 일차적인 간호제공자인 가족의 소진과 스트레스를 경감시키는 효과적인 간호중재방법이라 사료된다. 이를 위하여 호스피스 병동을 신설하고 전문적인 호스피스 팀을 구성하여 말기암 환자와 가족에게 적절한 교육과 상담을 통한 지지를 제공하는 프로그램이 확대·적용되어야 하며 이를 위한 경제적·정책적 지원체제도 마련되어야 할 것이다.

VI. 결론 및 제언

본 연구는 말기암 환자를 주로 돌보는 가족에게 호스피스 팀에 의한 정보적 지지 제공이 지각된 사회적 지지, 불안, 우울 및 영적 안녕에 미치는 효과를 규명하기 위해 시도된 원시실험설계로 단일군 전·후 설계이다.

연구대상자는 대구광역시 소재 1개의 3차 의료기관인 D의료원에서 입원치료중인 말기암 환자 가족으로 모두 22명이었으며 자료수집은 2000년 8월 16일부터 2000년 10월 28일까지 실시하였다.

연구결과는 다음과 같다.

1. 정보적 지지 제공후 말기암 환자 가족의 지각된 사회적 지지는 정보적 지지 제공전보다 유의하게 높게 나타나 제 1 가설은 지지되었다($z=-3.045, p=0.002$).
2. 정보적 지지 제공후 말기암 환자 가족의 불안은 정보적 지지 제공전보다 유의하게 낮게 나타나 제 2 가설은 지지되었다($z=-3.348, p=0.001$).
3. 정보적 지지 제공후 말기암 환자 가족의 우울은 정보적 지지 제공전보다 유의하게 낮게 나타나 제 3 가설은 지지되었다($z=-3.641, p=0.000$).
4. 정보적 지지 제공후 말기암 환자 가족의 영적 안녕 점수는 정보적 지지 제공전보다 낮게 나타나 제 4 가설은 기각되었다($z=-0.422, p=0.673$):

결론적으로 말기암 환자를 주로 돌보는 가족에게 호스피스 팀에 의한 정보적 지지를 제공하였을 때 지각된 사회적 지지는 높아지고, 불안과 우울은 낮아지는 결과를 얻어 호스피스 팀에 의한 정보적 지지 제공 프로그램이 말기암 환자를 주로 돌보는 가족에게 효과적인 프로그램임이 입증되었다.

이상의 연구 결과를 바탕으로 다음과 같이 제언하고자 한다.

1. 본 연구의 중재 방법으로 사용된 정보적 지지 프로그램을 투입하여 말기암 환자와 가족의 영적 안녕 수준을 향상시킬 수 있는 간호중재방법을 개발하는 연구가 필요하다.
2. 본 연구에서 개발된 호스피스 팀에 의한 정보적 지지 프로그램의 타당도를 규명하기 위하여 대상자 수를 확대하여 반복 실험연구를 실시할 것을 제언한다.
3. 본 연구에서 실시된 호스피스 팀에 의한 정보적 지지 프로그램을 확대·적용할 수 있는 전략을 개발이 시급하다 하겠다.

Reference

- 강정호 (1996). *암환자의 영적 안녕 상태에 관한 조사 연구*. 부산대학교 대학원 석사학위논문.
- 권성복, 이미라 (1987). *중환자 가족의 요구 요인 분석 연구*. *간호학회지*, 17(2), 122-136.
- 김금순 (1990). *심도자 검사에 관한 사전·사후정보 제공이 스트레스 감소에 미치는 효과*. 서울대학교 대학원 박사학위논문.
- 김분한, 정태준, 김문실, 탁영란, 이정섭, 김남초, 황애란 (1995). *호스피스와 실제*. 서울: 수문사.
- 김영미, 김명희 (1990). *임종환자와 그 가족의 간호요구에 대한 탐색적 연구*. *부산의대 학술지*, 30(2), 287-303.
- 김수지, 오송자, 최화숙 (1997). *호스피스-사랑의 돌봄*. 서울: 수문사.
- 김정아 (1989). *지기간호가 군 요통환자의 우울·기분·만족에 미치는 영향*. 연세대학교 대학원 박사학위논문.
- 김정남 (1991). *죽음에 관한 문헌고찰*. *동산간호전문대학 논문집*, 7, 113-134.
- 김정순 (1997). *항암화학요법 환자에 대한 가정방문의 효과 : Cisplatin 투여환자에게 수액공급과 영양지*

- 도 실시. 서울대학교 대학원 박사학위논문.
- 김정순, 전성숙, 황보선, 김은영 (1999). 암 환자가 지각한 가족 지지와 영적 안녕. *보건교육·건강증진학회지*, 16(2), 67-68.
- 김주현 (1995). 혈액투석환자에게 적용한 지시적 심상요법의 효과. 서울대학교 대학원 박사학위논문.
- 김춘길 (1997). 암환자 가족 및 호스피스 환자 가족의 삶의 질 비교. *성인간호학회지*, 9(3), 545-557.
- 김희순 (1988). 정서·정보적 지지 모음이 만성질환아 어머니의 스트레스에 미치는 영향. 연세대학교 대학원 박사학위논문.
- 김현숙 (1999). 말기암환자 가족에 대한 호스피스케어의 정보적 지지 제공 효과. 서울대학교 대학원 석사학위논문
- 노유자, 김춘길 (1998). 입원 및 가정 호스피스환자 가족의 삶의 질 비교연구. *대한간호학회지*, 28(3), 773-785.
- 박혜자 (1989). 암환자를 위한 호스피스 케어에 관한 탐색적 연구. *대한간호*, 28(3), 52-67.
- 성미순 (1999). 노인의 영적안녕, 희망 및 지각된 건강 상태에 관한 연구. 계명대학교 대학원 석사학위논문.
- 성은희, 홍미순 (1995). 정보제공이 위암 수술환자의 불확실성과 불안 및 우울에 미치는 영향. *성인간호학회지*, 7(2), 245-257.
- 손행미 (1990). Slidetape을 이용한 사전간호정보제공이 지식 및 불안에 미치는 효과에 대한 연구. 서울대학교 대학원 석사학위논문.
- 신승철, 김만권, 윤관수, 김진학, 이명선, 문수재, 이민준, 이호영, 유계준 (1991). 한국에서의 The Center for Epidemiological studies - Depression Scale(CES-D)의 사용: 표준화 및 요인구조에 대한 횡문화적 검토. *신경정신의학*, 30(4), 752-767.
- 양영희 (1995). 만성환자를 돌보는 가족원의 돌봄의 상황과 가족원의 스트레스 및 사회적 지지와의 관계. *성인간호학회지*, 7(1), 85-105.
- 윤영호 (1998). 말기암 환자의 이해와 가정의학적 접근. *가정의학회지*, 19(11), 979-986.
- 이동숙 (1996). 위암환자의 질병과정에 따른 사회적지지 요구 및 지각된 사회적지지. 서울대학교 대학원 석사학위논문.
- 이명숙 (1994). 사전 정보제공과 의도적 접촉이 수술직전 환자의 불안에 미치는 영향. 서울대학교 대학원 석사학위논문.
- 이소우 (1982). 계획된 간호정보가 수면량에 미치는 효과에 관한 연구: 개심술 환자를 중심으로. 연세대학교 대학원 박사학위논문.
- 이소우, 이은옥, 안효섭, 허대석, 김달숙 (1995). 한국형 호스피스 케어 개발연구 및 시범사업. 1995년도 보건의료기술 연구 개발사업보고서.
- 이소우, 이은옥, 안효섭, 허대석, 김달숙, 김현숙, 이해자 (1997). 한국형 호스피스 케어 개발을 위한 기초 조사연구. *대한간호*, 36(3), 49-69.
- 이소우, 이은옥, 허대석, 노국희, 김현숙, 김선례, 김성자, 김정희, 이경옥, 이은희, 정은자, 조문숙, 전경구, 이민규 (1992). 한국판 CES-D 개발 연구 I. *한국임상심리학회지*, 11(1), 65-76.
- 조현 (1993). 우리나라 호스피스 프로그램의 개발에 관한 연구. 서울대학교 보건대학원 박사학위논문.
- 최남희, 이남희, 김희숙 (1990). 스트레스 사건의 경험 이 주의(attention)변화에 미치는 영향. *간호학회지*, 20(2), 214-226.
- 최상순 (1990). 일 지역 성인의 영적 안녕, 희망 및 건강상태에 관한 관계 연구. 연세대학교 대학원 박사학위논문.
- 한홍무, 염태호, 신영우, 김교현, 윤도준, 정근재 (1986). Beck's Depression inventory의 한국판 표준화 연구. *신경정신의학*, 25, 487-502.
- 황영빈 (1990). 입원환자가족의 가정문제에 관한 연구. *한국보건간호학회지*, 4(2), 79-99.
- Biegel, D. E. Sales, E., & Schulz, R. (1991). *Family Caregiving in Chronic Illness*. Newbury Park, CA: Sage publications.
- Burkhardt, M. A. (1989). Spirituality : an analysis of the concept. *Holistic Nursing Practice*, 3(3), 69-77.
- Carson, V. B. (1997). Spiritual care : the needs for the caregiver. *Seminars in Oncology Nursing*, 13(4), 271-274.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38(5), 300-314.
- Ducanis, A. J., & Golin, A. K. (1979). *The Interdisciplinary Health Care Team : A*

- Handbook*. Germantown, Md. : Aspen Systems Corporation, 3.
- Fernsler, J. I., Klemm, P., & Miller, M. A. (1999). Spiritual well-being and demands of illness in people with colorectal cancer. *Cancer Nursing*, 22(2), 134-42.
- Gradner, K. G., & Wheeler, E. (1981). *The meaning of caring in the Need, Thorofare*. New Jersey: Charles B Slack, 69-79.
- Hockley, J. M., Dunlop, R., & Davis, R. J. (1988). Survey of distress symptoms in dying patients and their families in hospital and the response to a symptom control team. *British medical journal*, 296, 1715-1717.
- Lancaster, S. (1988). *Community Health Nursing*. St. Louis: Mosby.
- Northus, I. I. (1984). Mastectomy patients and the fear of cancer recurrence. *Cancer Nursing*, 7, 213-220.
- Rawlins, S. R. (1991). Using the connecting process to meet family caregivers needs. *Journal of Professional Nursing*, 7(4), 213-220.
- Reele, B. L. (1994). Effect of counseling on quality of life for individuals with cancer and their families. *Cancer Nursing*, 17(2), 101-112.
- Sarason, L. G., Levine, H. M., Basham, R. B., & Sarason, B. R. (1983). Assessing social support : The social support questionnaire. *Journal of Personal, Social, Psychology*, 44(1), 127.
- Sarason, I. J., & Sarason, B. R. (1985). Social support : theory, research, and application. *NATO ASI Series*, 24, 39-50.
- Soeken, K. L., & Carson, V. J. (1987). Responding to the spiritual needs of the chronically ill. *Nursing Clinics of North America*, 22(3), 603-611.
- Spielberger, C. D. (1966). *Anxiety and Behavior*. New York: Academic Press.
- Vachon, M. (1996). *Emotional problems in palliative medicine: patient, family, and professional*. In D. Doyle, G. Hanks, N. Macdonald(Eds.). Oxford textbook of palliative medicine(pp. 575-605). Oxford university press.
- Weinert, C. (1988). *Measuring social support: Revision and further development of personal resource questionnaire*. In C. F. Waltz & O. L. Strickland (Eds.). Measurement of nursing outcomes(pp. 309-327). Vol 1. New York: Spring Publishing Co.

- Abstract -

Effect of Informational Support by Hospice Team on Family Caregivers of Terminally Ill Cancer Patient

Lee, Hye Won* · Kim, Chung Nam**
Park, Myung Hwa***

To evaluate the effect of informational support by hospice team on family caregivers of terminally ill cancer patients, 22 family caregivers of D University Hospital in Daegu city were participated.

The research was conducted from Aug. 16th to Oct. 28th 2000 by using self-reported questionnaires.

The instruments used in this study were the Weinert's scale of perceived social support, Spielberger's state anxiety inventory, CES-D, and Ellison and Paloutzian's spiritual well-being scale.

* Teach assist, Faculty of Nursing, Keimyung University

** Professor, Faculty of Nursing, Keimyung University

*** Ph D Candidate, College of Nursing, Iowa University

The intervention was designed to give educational and counselling program up to 7 times within 4 weeks. Educational and counselling booklets which made by the researcher were used step by step by hospice team.

The data were analysed frequency, percentage, Wilcoxon Singed Ranks Test with SPSS Win 10.0/PC.

The results obtained from this study were as follows :

1. The perceived social support of family caregivers was significantly increased after ready planned informational support was applied by hospice team($z=-3.045$, $p=0.002$).

2. The anxiety of family caregivers was significantly reduced after ready planned informational support was applied by hospice team($z=-3.348$, $p=0.001$).

3. The depression of family caregivers was significantly reduced after ready planned informational support was applied by hospice team($z=-3.641$, $p=0.000$).

4. The spiritual well-being score of family caregivers was not significantly improved after ready planned informational support was applied by hospice team($z=-0.422$, $p=0.673$).

In conclusion, the results of this study clearly suggests that the informational support provided by hospice team not only increased the family caregivers' who are caring for terminally ill cancer patients.

Therefor the informational support program designed by researcher for family caregivers who are caring for terminally ill cancer patients should be utilized and expended.

Key words : Family Caregivers of Terminally Ill Cancer Patient, Hospice Team, Informational Support