

가정 호스피스 팀 기록지 개발

이종은 · 한성숙 · 박재순 · 유양숙 · 최상옥* · 이미송 · 김성은 · 이선미

가톨릭대학교 간호대학 호스피스 교육연구소, *강남성모병원 호스피스센터

Development of Records for Home Hospice Care Team

Jong-Eun Lee, Ph.D., Sung-Suk Han, Ph.D., Chai-Soon Park, Ph.D., Yang-Sook Yoo, Ph.D., Sang-Ok Choe, M.S.N.*, Mi-Song Lee, M.S.N., Seong-Eun Kim, B.S.N. and Sun-Mi Lee, Ph.D.

Research Institute for Hospice/Palliative Care, The Catholic University of Korea College of Nursing, *Hospice Center, The Catholic University of Korea, Kangnam St Mary's Hospital, Seoul, Korea

Purpose: To develop the standardized record forms for home hospice team members, made up of nurse, doctor, social worker, minister and volunteer, to share information and communicate efficiently in their specialized field. **Methods:** A methodological study revising and complementing initially developed record forms by obtaining content validity from the experts in each field. **Results:** Reflecting total 27 experts' opinions, final 11 types of home hospice team documents (registration form, visiting record form for a nurse, initial assessment form for a doctor, progress note for a doctor, initial assessment form for spiritual care, visiting record form for a minister, care note for social worker, visiting record form for a volunteer, final summary note, initial assessment form for bereaved family, and follow-up record form for bereaved family) have been developed. **Conclusion:** It is believed that this study initiated effective communication between home hospice team members and enhanced quality of home hospice service and its records. (Korean J Hosp Palliat Care 2008;11:12-29)

Key Words: Home hospice, Standardized record forms

서 론

가정은 가족 구성원이 신체적, 정신적, 정서적인 요구를 충족시킬 수 있는 장소로서, 특히 위기와 손상 그리고 죽음의 위험이 있을 때 함께 할 수 있는 최상의 인식처이다. 죽음을 앞둔 환자들은 의료기관에서 임종을 맞이할 수도 있으나 대부분은 친숙한 환경인 가정에서 가족의 돌봄을 받으며 편안한 죽음을 맞이하기를 희망하고 있다.¹⁾ 질병의 치료보다는 말기환자의 신체적, 정서적, 사회적, 영적 증상 완화와 더불어 존엄하고 평화로운 죽음을 맞이하는 것이 호스피스의 목표라는 점에

서 낮설고 비용이 많이 드는 병원의 호스피스보다는 가정 호스피스가 그 목표에 적합할 수도 있다.

최근 가정 호스피스에 대한 관심이 높아지면서 이에 대한 시도가 점차 증가하고 있는데, 그 이유로 병원보다 저렴한 비용으로 의료 서비스를 이용할 수 있다는 것과, 입원 시의 불편함 대신 편안하고 안정된 가정에서 서비스를 받을 수 있다는 것을 들 수 있다. 또한 입원 치료보다 환자와 가족에게 더 가치가 있다는 점과 개인의 비밀이 보장되고 가족이 능동적으로 참여해서 도움을 주고받으며, 죽음의 과정을 함께 겪으면서 임종자와 자연스러운 이별이 가능할 수 있다는 것도 이유로 들 수 있다. 이외에도 가정에서 환자를 도와주는 가족의 건강도 돌볼 수 있을 뿐 아니라 임종환자를 최선을 다해 돌보았다는 안도감을 가족에게 부여함으로써 죄책감을 완화시킬 수 있는 점도 간과할 수 없다.²⁾ 이러한 가정 호스피스의 장점은 병원에서 제공되는 것과 같은 호스피스 팀의 적절한 도움이 부가된다면 더 효과적일

접수일: 2007년 11월 8일, 승인일: 2008년 2월 13일
교신저자: 이선미

Tel: 02-590-1266, Fax: 02-590-1297

E-mail: leesunmi@catholic.ac.kr

이 논문은 2006년도 가톨릭대학교 간호대학 호스피스 교육연구소의 연구비 지원을 받았음.

수 있다.¹⁾

호스피스 활동은 다른 건강전달 체계와 달리 팀 접근을 통해 대상자를 돌보며, 특히 전문가와 비전문가들이 협동하여 임종환자에게 전인적 돌봄을 제공하는 것을 그 목적으로 한다. 호스피스 팀은 각 개인으로 구성되지만 지속적인 돌봄을 분담하고 통합하기 위한 조정자와 팀 구성원들이 임종환자와 그의 가족에게 투신하면서 협조적으로 활동할 때 시너지 효과를 일으킨다. 그 구성 요원으로 간호사, 의사, 사회복지사, 사목자, 약사, 영양사, 심리학자, 특수 치료사 등의 전문가와 환자, 가족 및 자원봉사자 등의 비전문가가 포함되며 이들에게 가족과 함께 돌봄의 공동체를 형성하기 위한 호스피스 철학의 적용과 헌신이 요구된다. '전문직 팀'은 각자 다른 전문직 교육을 받고, 특정 전문기술을 소유한 소집단으로 구성되고, 공동문제에 관해서는 조정자를 통해 일의 한계가 조직화되어야 한다.

또한 각 구성원은 집단 내에서 자신의 재능을 발휘해야 하며, 지속적인 상호 의사소통, 팀 목적과 목표에 의해 제공되는 팀 활동의 범위 내에서 개인의 노력을 평가하고, 그 결과에 대한 집단의 책임이 요구된다고 하였다.³⁾ 팀 구성원 개인은 환자의 요구를 위해서 최선을 다할지라도 자신의 지식이나 기술의 한계에 대해 인식하고 있어야 한다. 결과적으로 호스피스 팀원 간의 상호 의사소통이 자신의 한계를 보충해 줄 수 있는 중요한 역할을 하게 된다. 호스피스 팀 모임은 정보의 전달뿐만 아니라 서로 토론하여 문제를 해결하고, 상호간에 도움을 주고받으며, 앞으로의 일을 계획하고 조정하는 시간을 제공한다. 팀 모임을 통해 팀원들은 소속감을 더욱 강하게 하고, 다학제간(multidisciplinary) 접근의 중요성을 다시 확인하게 되며, 팀원이 함께 하는 의사결정과정을 공고히 해 준다.⁴⁾

현재 우리나라는 아직 호스피스의 제도화가 이루어지지 않고 있지만 다양한 형태의 호스피스 기관이 운영되고 있는 가운데, 가정 호스피스는 활성화되지 못하고 있고 더욱이 팀 접근방식을 적용하여 가정 호스피스 서비스를 제공하는 기관은 많지 않다. 가정 호스피스는 그 특성상, 병동 호스피스와는 달리 팀 구성원들이 모두 모이는 팀 모임을 자주 갖지 못하는 어려움으로 팀 모임에서 얻을 수 있는 정보가 누락되거나 또는 팀원들 간에 정보의 중복이 있을 수 있다. 따라서 팀원들 간의 적절한 의사소통과 팀원 간의 긴밀한 조화를 위해서는 각자의 전문 영역에 맞는 적절하고 정확한 기록이 필요하다. 돌봄 과정에서의 기록의 유용성은 널리 인정되고

있으나 기록의 양이 많으면 시간의 소요가 많고, 팀원 간에 중복되는 비슷한 질문을 반복하게 되는 경우 환자와 가족들에게 불편감을 줄 수 있다. 가정 호스피스와 일반 가정간호 대상자의 간호중재 기록 비교한 용진선 등⁵⁾은 가정간호사가 같은 내용의 간호중재를 방문 때마다 반복해서 기록해야 하며, 또한 수행을 하고도 중재 내용을 기록하지 않아 미비한 기록으로 남을 수 있음을 지적하고 간편하고도 특성화된 기록지 개발의 필요성을 제시한 바 있다.

이에 본 연구는 의사, 간호사, 사회복지사, 사목자, 자원봉사자 등으로 구성된 가정 호스피스 팀원들이 가정 호스피스 서비스를 제공할 때, 팀 내 의사소통 수단으로서 각자의 전문 영역에서 중복되지 않으면서 필요한 정보를 효과적으로 공유할 수 있는 표준화된 기록지를 개발하여 호스피스 대상자들에게 적절한 돌봄이 제공되는데 도움을 주고자 수행되었다.

대상 및 방법

1. 연구설계

본 연구는 초기 개발된 기록지를 문헌 고찰과 전문가 집단의 자문을 통해 수정 보완하는 델파이 기법을 이용한 방법론적 연구이다.

2. 개발 절차

1) 초기 개발 정보: 2000년부터 C 대학병원 가정간호팀에서 가정호스피스 간호를 위해 개발하여 사용하여 오던 간호사용 방문 기록지와 국외 호스피스 기관 기록지(호주 Daw House) 등을 참조로 환자 일반정보, 가정 호스피스 간호사 방문기록지, 가정 호스피스 봉사자 방문 기록지, 사별가족 일반정보, 사별가족 관리 기록지 등을 C 호스피스 완화센터 실무위원회에서 수정 보완하였으며, 추후 사회복지사 기록지, 영적 돌봄 기록지, 의사 기록지 등도 초안을 작성하여 총 10종류의 가정 호스피스 기록지를 2006년 1월에 완성하였다.

2) 기록지 수정 보완 절차: 기록지의 수정 보완 절차는 아래와 같은 단계를 거쳐 수행되었다.

(1) 1단계 - 문헌 고찰 및 분석; 초기 개발된 기록지들을 수집하여, 본 연구팀이 집담회를 통해 분석하여 전체적인 틀과 문항 내용을 다듬고, 기존에 개발된 환자일반 정보 기록지에 포함되어 있던 환자 종결기록을 분리하여 환자 등록정보와 종결기록지로 나누어 작성하여 총 11종류의 기록지를 작성하였다.

(2) 2단계 - 전문가 집단 자문; 가정 호스피스 기록지 수정 보완을 위해 총 30명의 전문가를 선정하여 의뢰하였다. 전문가 선정은 본 연구소에서 이루어진 12년간의 호스피스 관련 교육강사 인력 pool과 1~12기 호스피스 상급교육과정 졸업생 목록을 근거로 하여, 각 분야에서 5년 이상 근무한 의사, 간호사, 사목자, 사회복지사 리스트를 선정하였고, 이중 현재 호스피스 실무자로 근무하고 있는 전문가로 최종 리스트를 작성하였다. 처음에 각 전문가들에게 전자메일로 연구의 취지를 설명한 안내문을 발송한 후 승락 메일을 받은 경우 연구소에서 수정 보완한 기록지와 이를 평가할 수 있는 평가지를 전자메일로 발송하였으며, 결과물을 메일로 수거하였다.

자문위원 1인당 3종류의 기록지를 평가하도록 하였으며, 30명의 자문위원에게 메일을 발송한 결과 그 중 27명의 자문위원에게 연구참여에 동의하는 답신을 받았으며, 결과적으로 총 27명의 자문위원에게 기록지 평가를 받았다. 각 전문가별 자문 분야는 아래의 표 1과 같다.

각 기록지별 평가 문항은 각 문항별로 5점 Likert scale (4점- 매우 필요; 3점- 필요; 2점- 보통; 1점- 불필요; 0점- 전혀 불필요)로 구성하였으며, 각 문항별로 주관적인 개선 및 기타 의견을 기록할 수 있도록 하였고, 주관적인 문항으로 '기록지 명칭'에 대한 제안과 '기록지 전체 형식 및 포맷에 대한 제안' 및 '추가 항목에 대한 제안' 항목을 두어 각 전문가들의 의견을 들을 수 있도록 구성하였다.

(3) 3단계 - 분석; 본 연구팀이 3차례의 워크숍을 통해 자문위원들의 평가결과를 토대로 3점 이하의 항목에 대해서 기록지에서 삭제하였으며, 기타 의견 등을 반영하여 새로운 항목을 추가하거나 수정 보완하였다. 그러나 일부 항목의 경우 3점 이하이더라도 outlier를 확인하여

실무에서 꼭 필요하다고 판단되는 항목은 그대로 보존하였다.

결 과

총 11개의 가정 호스피스 팀 기록지를 수정보완하여 개발하였으며, 그 결과는 아래와 같다.

1. 등록 기록지

초기개발 당시 환자 등록 정보였던 기록지의 제목을 등록기록지로 변경하였으며, 가정호스피스의 특성을 살려 ID번호나 주민등록번호를 기재할 수 있도록 기록지 상단에 박스를 만들었다. 연락처의 상세 기재를 위해 환자 및 보호자의 전화번호를 나누어 기재하도록 하였으며, 의식상태와 병식상태에 대한 항목은 비의료 호스피스팀원이 환자등록을 받을 경우를 고려하여 언어적 의사소통 가능도와 병식 유무, 호스피스 인식 유무를 기록할 수 있도록 하였다. '주요병력'은 '주요 과거력'으로 명칭 변경을 하였으며, '주거형태' 항목은 평균 2.9점으로 삭제하고, '가족력'을 '가족정보'로 명칭 변경하였다(표 2).

2. 초기 평가 기록지(의사용)

초기 개발 기록지에 기재되었던 '전이부위'는 자문위원들의 평가 결과 평균 3점으로 기록지에서 삭제하였으며, 암진단일 및 이진치료 기록항목인 '수술명', '화학요법', '방사선요법' 등은 3~3.25점으로 제외하였다. 또한 통증의 정도, 부위, 성격 및 원인에 대하여는 표준형 성인 암성 통증 평가 도구(K-CPAT)⁶⁾양식을 적용하였다. '투약상태'에 대한 기록은 좀더 구체적인 항목을 적용하여 기록하도록 하였으며, '최근 임상병리검사 소견',

표 1. 전문가별 자문 분야 및 인원.

초기 기록지 명칭	변경 기록지 명칭	전문가	인원
환자 등록 정보	등록기록지	간호사, 사목자	9
의사용 초기 평가기록지	초기 평가기록지(의사용)	의사	4
의사용 경과기록지	경과기록지(의사용)	의사	4
간호사 방문 기록지	방문기록지(간호사용)	간호사	9
영적 돌봄 초기면담지	영적돌봄 초기면담지	사목자	4
사목자 방문기록지	방문기록지(사목자용)	사목자	4
사회적 돌봄 면담지	사회적돌봄 면담지(사회복지사용)	사회복지사	5
봉사자 방문 기록지	방문기록지(봉사자용)	간호사	9
사별가족 면담지	사별가족 초기면담지	간호사, 사회복지사	10
사별 관리 기록지	사별가족 돌봄기록지	간호사, 사회복지사	10
종결 기록지	종결 기록지	간호사, 의사	9

표 2.

등록기록지

등록번호/주민등록번호 :

이름(나이/성별) :

진단명 :

주소			전화	환자	집)	HP)
				보호자	집)	HP)
의뢰처 (의뢰일)			진료병원 (주치의)			
언어적 의사소통	가능()불가능()	병식	유() 무()	호스피스 인식	유() 무()	
주요 문제	신체					
	심리/영적					
	사회/가족					
	기타					
주요 과거력						
투약 및 검사소견						
종교		사회/ 의료보장		경제수준	상 중 하	
가족정보						
관계	성별/나이(이름)	동거여부	가족 상태(환자에 대한 태도, 병식 등)			
방문자팀 성명	간호사: 사회복지사:	봉사자: 사목자:	의사: 기타:			

기록일:

기록자:

‘최근 방사선 검사소견’ 및 ‘예후 및 생존가능 기간’ 등의 항목은 자문위원 평가 결과 평균이 2.5~2.67점으로 기준이 모호하며, 가정 호스피스의 특성상 대부분의 환자들이 상세 내용을 모르고 있다는 자문위원들의 의견을 반영하여 삭제하였다(표 3).

3. 경과 기록지(의사용)

경과기록지의 항목 중 ‘임종 전 증상’ 기록부분은 각 항목이 2.7~3.3점으로 평균 점수 이하였으며, 대상자들이 입원상태가 아니므로 실제로 임종 전 증상을 기록하기가 어렵다는 의견을 반영하여 항목이 모두 삭제된 것을 제외하고는 나머지 항목들은 위치만 수정하였으며, 기존 기록지에서는 통증 조절을 위한 약물만을 기록하게 되어 있었으나, 약물 외의 다른 통증 조절 방법을 기록하는 부분이 필요하다는 자문위원들의 의견을 들어 ‘약물 외 기타방법’ 기재란을 추가하였다(표 4).

4. 방문 기록지(간호사용)

간호사용 방문기록지는 앞면과 뒷면을 나누어 앞면은 활력증후, 활동상태, 의식상태, 투약상태, 신체증상, 정신 영적증상, 지역사회 연계 및 중재내용을 기록하게 하였으며, 뒷면은 K-CPAT[®]에서 사용하는 암성 통증 평가 항목을 삽입하여, 대상자의 주요 문제인 통증을 정확히 사정할 수 있도록 하였다. 또한 새로운 개정 기록지에는 대상자들이 지니고 있는 각종 삽관들을 기재하여, 추후 팀원들이 돌봄 제공시 환자에 대한 정보를 파악하는데 도움이 되도록 하였으며, 신체증상 각 항목의 단위 및 횟수를 명확히 명시하고, 욕창 정도를 더욱 구체적으로 사정할 수 있도록 자문위원들의 의견을 반영하였다. 그리고, 기록지의 ‘방문내용’은 ‘중재내용’으로 ‘평가/소감’ 항목은 ‘추후계획’으로 변경하고, 날짜별 구체적인 방문내용 기재항목은 삭제하였다(표 5).

5. 영적돌봄 초기 면담지

소속 종교기관명을 기재하는 항목은 평균 2.5점으로 삭제되었으며, 기존 영적활동 내용에 포함되었던 입교년도, 직분, 세례년도, 견진년도, 종교력 등의 항목은 2~2.5점으로 제외되었다. 또한 원하는 영적돌봄 형태의 선택사항을 ‘중복가능’으로 표시하여 다양한 선택이 가능하게 하였으며, ‘정보제공’과 ‘의뢰’는 분리시켜 기록하게 하고, ‘가족들의 영적지지’, ‘명상’, ‘종교방송’ 및 ‘자연과 친교’ 항목을 추가하였다. ‘원하는 영적대화 주제’ 항목 역시 ‘중복가능’을 표시하였으며, ‘인생 회고와 의

미’ 항목에 ‘목적’을 추가하였다. 또한 영적돌봄제공자의 구분항목에서 ‘평신도’를 ‘가족/친지/친구’로 변경하고, ‘의료진’과 ‘호스피스봉사자’를 추가하였다(표 6).

6. 방문 기록지(사목자용)

환자상태를 ‘정신/영성’ 부분과 ‘영적 고통’으로 나누어 기재하였으며, 영적돌봄 초기 면담지의 돌봄내용에 준하여 돌봄내용 항목을 작성하였다. 또한 방문내용 기재항목 및 구체적인 방문내용 기재항목은 중복된다는 의견이 있어 ‘평가/소감’ 항목만 남기고 모두 삭제하였다(표 7).

7. 사회적 돌봄 면담지(사회복지사용)

‘학력’ 선택란에 미취학이 있을 수 있으므로 기타 항목을 추가하였으며 ‘공적부조 및 의료보장’ 항목은 현제도에 맞추어 수정하였으며, ‘수입원/수입정도’ 항목을 ‘수입원 및 충족도’로 수정하고, ‘사후 준비여부’ 항목을 추가하였다. 물리적 자원의 ‘기타 서비스 수혜현황’은 분류기준이 모호하므로 자유 기재 항목으로 남겨두었다. 지지체계는 공적과 사적으로 나누어 구분하여 기재하였다(표 8).

8. 방문 기록지(봉사자용)

개정된 기록지에서는 정신영역의 돌봄내용 항목 중 웃음요법의 평균점수가 3.2점으로 제외되었으며, 날짜별로 구체적인 방문내용을 기재하게 되어있던 항목은 ‘방문내용 및 보고사항’ 항목과 중복된다는 의견을 반영하여 삭제하였다(표 9).

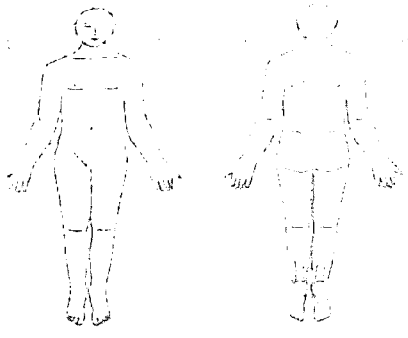
9. 사별가족 초기 면담지

관계를 표시하는 항목에서 이름이 필요하다는 자문위원들의 의견을 수용하여 ‘환자와의 관계 및 이름’을 기재하도록 하였다. 고인친밀도를 묻는 문항에서 ‘친밀도’는 3.6점으로 그대로 유지하기로 하고, 나머지 ‘양가감정’, ‘고인의존’, ‘사전갈등화해’ 항목은 3.25~3.38점 등으로 삭제하였으며, 신체 항목의 ‘병명’ 및 ‘투약상태’에 대한 질문 역시 3.2점, 2.8점이었으므로 삭제하고, 정신영역의 ‘전반적 정신건강상태’ 항목은 평균인 3.3점으로 평가자의 주관성이 개입된다는 의견을 반영하여 삭제하였다. 사회경제 영역에서는 ‘재정적 문제’와 ‘법적 문제’를 Likert 척도로 작성하기 보다는 free text 칸으로 바꾸었다. 기존 기록지의 영적상태 항목의 평균은 2.5~3.44점으로 평균점수 이하였으므로, ‘신앙심’은 영적안

표 3.

초기 평가 기록지(의사용)

등록번호/주민등록번호.:
 이름(나이/성별) :
 진단명:

현재 상태	의식상태 (1-4)	1:alert ()	활동상태 (ECOG 0-4)	0:정상 활동이 가능()		
		2:drowsy ()		1:약간 증상은 있으나 거의 완전히 거동가능한 상태()		
		3:stupor ()		2:낮 시간 동안 50% 미만 누워 지내는 상태()		
		4:coma ()		3:낮 시간 동안 50% 이상 누워 지내는 상태()		
				4:완전히 누워 지내는 상태 ()		
	통증	정도 (VAS/NRS) (0-10점)			신체 검진	
		부위				
		성격	1. 체성통증(Somatic pain)			
			1) 뼈개지는 듯하다	4) 쭈시다		
			2) 찢어지는 듯하다	5) 찌르다		
3) 묵지근하다			6) 걸리다			
2. 내장성 통증(Visceral pain)						
1) 뻘근하다			4) 쭈시다			
2) 뒤틀리다			5) 묵직하다			
3) 쥐어짜는듯하다			6) 쓰리다			
3. 신경병성 통증(Neuropathic pain)						
1) 화끈거리다	4) 저리다					
2) 달기만 해도 아프다	5) 뻘치다					
3) 찌릿찌릿하다						
원인						
기타증상 및 징후						
투약 및 치료	진통제 종류 및 투여회수					
	기타치료					
	특기사항(과거 약물력 및 부작용 등)					
수액 및 영양공급						

기록일:

기록자:

표 4.

경과 기록지(의사용)

등록번호/주민등록번호 :

이름 (나이/성별) :

진단명 :

200		년	월	일	/	/	/	/
Vital Sign	B.P. (mmHg)							
	P.R. (/min)							
	R.R. (/min)							
	B.T. (°C)							
M/S	Mental Status							
	Orientation							
ECOG (0-4)								
VAS/NRS (0-10)								
Symptom	Anorexia							
	Dry mouth							
	Stomatitis							
	Nausea / Vomiting		/	/	/	/	/	/
	Constipation							
	Ascites							
	Cough / Sputum		/	/	/	/	/	/
	Dyspnea							
	Insomnia							
	Drowsiness							
	Anxiety							
	Depression							
	Delirium							
	Weakness							
	Skin wound							
	Edema							
	Dysphagia							
	Hiccup							
	Dysuria							
	Diarrhea							
Itching								
Seizure								
기타								
Medication	Opioid :							
	PRN :							
	NSAIDs :							
	Adjuvant :							
	기타약물:							
약물외 기타방법								
Comment								
기록자								

표 5.

방문 기록지(간호사용) - 앞면

ID No. :
이름 (나이/성별) :
진단명 :

200	년	월	일	/	/	/	/
Vital Sign							
활동상태 (0-4)							
의식상태 (1-4)							
참 고				Tube삽관			
의식 상태	1. alert	활동 상태 (ECOG)	0점: 정상 활동이 가능		L-Tube (), Gastrostomy tube ()		
	2. drowsy		1점: 약간 증상은 있으나 거의 완전히 거동 가능한 상태		PTBD (), PCN()		
	3. stupor		2점: 낮 시간 동안 50% 미만 누워 지내는 상태		Tracheostomy ()		
	4. coma		3점: 낮 시간 동안 50% 이상 누워 지내는 상태		Subclavian cath ()		
			4점: 완전히 누워 지내는 상태		Foley (), O2 Tube (ℓ/min)		
기타 ()							
주요 투약							
신체 증상 (v표)	식욕부진 / 구강건조		/	/	/	/	/
	속쓰림						
	Ascites		cm	cm	cm	cm	cm
	오심						
	구토		회/일	회/일	회/일	회/일	회/일
	변비						
	설사		회/일	회/일	회/일	회/일	회/일
	기침 / 가래		/	/	/	/	/
	호흡곤란 / 수면장애		/	/	/	/	/
	어지러움증 / 섬망		/	/	/	/	/
	부종						
	목창		부위	부위	부위	부위	부위
			크기()cm()cm	크기()cm()cm	크기()cm()cm	크기()cm()cm	크기()cm()cm
			색	색	색	색	색
			Stage(1, 2, 3, 4)	Stage(1, 2, 3, 4)	Stage(1, 2, 3, 4)	Stage(1, 2, 3, 4)	Stage(1, 2, 3, 4)
전신허약							
기타							
정신 영적 증상 (0-4)	초조 / 불안		/	/	/	/	/
	우울 / 두려움		/	/	/	/	/
	분노 / 수치감		/	/	/	/	/
	슬픔 / 외로움		/	/	/	/	/
	양가감정 / 죄책감		/	/	/	/	/
	기타()						
지역 사회 연계	병원 및 호스피스기관						
	보건소						
	복지관						
	종교기관						
	기타()						
증재내용							
추후계획							
기록자							

표 5. 계속.

방문기록지(간호사용) -뒷면(통증 평가 기록지)

초기 통증평가									
위치			양상						
			1. 체성통증(Somatic pain)						
			1) 빼개지는 듯하다		4) 쭈시다				
			2) 찢어지는 듯하다		5) 찌르다				
			3) 묵지근하다		6) 걸리다				
			2. 내장성 통증(Visceral pain)						
			1) 뻣근하다		4) 쭈시다				
			2) 뒤틀리다		5) 묵직하다				
			3) 쥐어짜는 듯하다		6) 쓰리다				
			3. 신경병성 통증(Neuropathic pain)						
			1) 화끈거리다		4) 저리다				
			2) 달기만 해도 아프다		5) 뻗치다				
			3) 찌릿찌릿하다						
			No	날짜	위치	강도(VAS/NRS)	빈도/기간	양상	완화요인/악화요인
			#1						
			#2						
#3									
#4									
과거 통증관리방법									
약물요법									
비약물요법									

정상대로 바꾸고, ‘가치체계와 종교에 대한 혼란’ 및 ‘필요로 하는 영적지지’ 항목을 삭제하는 대신, 영적돌봄면담지의 영적고통 항목을 추가하였다(표 10).

10. 사별가족 돌봄 기록지

‘사별관리 기록지’의 명칭은 ‘사별가족 돌봄 기록지’로 변경하였으며, 투약상태에 대한 기재항목은 3.3점으로 제외하였다. 정신영역의 사정항목 중 ‘전반적 정신건강’, ‘사별 후 적응도’는 객관적인 측정이 어렵다는 자문위원들의 의견을 반영하여 삭제하였으며, 사회경제

영역에서는 ‘직장생활/경제상태’를 ‘직장생활적응도’로 변경하고, ‘사별 후 경제수준 악화정도’를 추가하였다. 또한 영적상태 영역에서는 기존 기록지의 영적요구에 대한 항목을 제외하는 대신, 영적고통에 대한 항목을 추가하였으며, ‘방문내용’을 ‘돌봄내용’으로 바꾸고, ‘평가/소감’ 항목 역시 ‘추후계획’으로 수정하였다(표 11).

11. 종결 기록지

종결기록지는 환자 종결 및 사별가족관리 종결 모두에 사용할 수 있도록 조정하였다. 종결사유 선택항목에

표 6.

영적돌봄 초기면담지

등록번호/주민등록번호 :

이름(나이 /성별) :

진단명 :

종교(세례명)								
정신/영성	영적안녕상태[0-4 (4점: 매우 좋음)]:____ 신앙심[0-4 (4점: 매우 좋음)]:____							
영적 고통 (0-4) 4점:매우 심함	신과 신앙에 대한 분노/불신:____ 죽음에 대한 두려움:____ 좌절/절망:____ 가치관혼란:____ 기타:_____				죄책감:____ 외로움/소외감:____ 무력/의기소침:____ 슬픔/상실감:____			
원하는 영적돌봄 형태 (중복가능)	기도:____ 종교예식:____ 영적 독서:____ 성가/찬송가 등:____ 성물/영적환경:____ 의뢰:____				정보제공:____ 가족들의 영적지지:____ 명상:____ 종교방송:____ 자연과 친교:____ 기타:_____			
원하는 영적대화 주제 (중복가능)	투병 생활동안의 영적 체험:____ 신에 대한 믿음:____ 인생 회고와 의미/목적:____ 기도 등의 신앙생활 방법:____				화해와 용서:____ 희망:____ 기타:_____			
	구체적인 내용:							
영적돌봄 제공자	구분	방문빈도	이름(소속)	연락처	구분	방문빈도	이름(소속)	연락처
	신부				가족 및 친지			
	목사 및 전도사				친구			
	수녀				의료진			
	승려				호스피스 봉사자			
	수사				기타			
가족 및 중요한 이와의 영적 관계								
힘과 희망을 주는 사람은?								
용서를 주고받을 사람은?								

기록일:

기록자:

표 7.

방문 기록지(사목자용)

등록번호/주민등록번호 :
이름 (나이/성별) :
진단명 :

200		년	월	일	/	/	/	/
환 자 상 태	정신/ 영성 (0-4) 0:없음 4:매우 높음/ 깊음	영적안녕상태						
		신앙심						
	영적고통 (0-4) 0:없음 4:매우 심함	신, 신앙에대한 분노,불신						
		죽음에 대한 두려움						
		가치관 혼란						
		죄책감						
		좌절/절망						
		외로움/소외감						
		슬픔/상실감						
		기타 ()						
방 문 내 용	영적 돌봄	기도						
		영적독서						
		종교예식()						
		성가/찬송가						
		성물/영적환경조성						
		정보제공						
		가족들의 영적지지						
		의뢰						
		영상						
		종교방송						
		자연과 친교						
		기타 ()						
	영적 대화	투병생활 동안의 영적체험						
		신에 대한 믿음						
		인생회고와 의미/목적						
		기도 등의 신앙생활						
		화해와 용서						
		희망						
	임종 전후 관리	기타()						
		임종전 돌봄						
		입관기도						
		연도						
			장례예식					
평가 / 소감								
기록자								

표 8.

사회적 돌봄 면담지(사회복지사용)

등록번호/주민등록번호:
이름(나이/성별):
진단명:

내담자 (환자와의 관계/이름)				
일반적사항	학 력	무학() 초등졸 () 중등졸 () 고등졸 () 대졸이상() 기타 ()		
	혼인여부	미혼 () 기혼 () 별거 () 사별 () 이혼 () 기타 ()		
	주거상태	자가 () 전세() 월세() 기타()		
	공적부조 및 의료보장	수급자() 조건부수급자() 차상위계층() 해당없음() 건강보험() 건강보험료미납() 의료특례() 의료급여()		
가계도와 외부체계도(가족 발달과업, 가족내 문화적 특성, 개인의 강점, 대인관계특성 등)				
물리적 자원	수입원 및 충족도		사보험 가입여부	사후준비 여부 추가
	기타 서비스 수혜현황			
지지체계	공적	종교단체() 동사무소() 복지관() 사회단체() 기타()		
	사적	배우자() 아들() 딸() 친척() 이웃 () 기타 ()		
주요문제 및 계획				

기록일:

기록자:

표 10.

사별가족 초기 면담지

등록번호/주민등록번호 :
 의뢰자 이름 (나이/성별) :
 관계 : 고인의 ()

고인어름	사망일		사망원인		
방문팀성명	간호사: 사회복지사:	봉사자: 사목자:	의사: 기타:		
주소			전화	집) HP)	
고인친밀도	___점 (0-4, 4:매우높음)	유가족 죽음준비도	___점 (0-4, 4:매우높음)	이전사별경험 유(), 무()	
주요문제					
신체 (0-4) 4:매우나쁨	전반적 신체 건강상태:___ 사별 후 건강악화:___ 수면상태:___ 식욕상태:___ 체중:___ (사별전 체중(kg), 사별후 체중(kg)) 무력감:___ 피로도:___ 가슴앓이(통증):___ (유, 무) 기타 증상:_____				
정신	우울:___ 죄책감:___ 분노:___ 그리움/슬픔:___ 불안:___ 기타:_____				
	(0-4, 4:매우나쁨) , (0-4, 4:매우심함)				
사회경제	정신/사회적 지지제공자: 무)___ 유)___ 관계)___ 지지정도(0-4)___ 직장생활: 무)___ 유)___ 종류)___ 적응정도(0-4)___ 취미나 여가활동: 무)___ 유)___ 종류)___ 재정적 문제: _____ 법적 문제: _____ 사별 후 경제 수준 악화정도(0-4, 4:매우악화) : _____				
영적상태 (0-4) 4:매우심함	영적안녕상태(0-4, 4점 매우 좋음): _____ 신과 신앙에 대한 분노/불신: _____ 죄책감: _____ 죽음에 대한 두려움: _____ 외로움/소외감: _____ 좌절/절망: _____ 무력/의기소침: _____ 가치관혼란: _____ 슬픔/상실감: _____ 기타: _____				
특이사항 (예: 알코올 및 약물남용, 과거력, 현병력등)					
사별관리시 요구사항					
가족관계					
관계	성별/나이(이름)	종교	연락처	동거 여부	가족 상태(사별 적응도, 고위험요인 등)

기록일:

기록자:

서 ‘병원입원’ 항목이 ‘타기관 의뢰’ 항목에 포함될 수 있으므로 삭제하였으며, 사별가족의 종결사유도 기록할 수 있도록 하였다. 또한 ‘돌봄내용 요약’ 부분은 ‘임종 상황 및 기타의견’과 ‘사별관리 종결상황 및 기타의견’ 항목으로 나누어 기재하도록 하였다(표 12).

고 찰

가정 호스피스에서의 팀 기록은 호스피스 돌봄에 참여하는 돌봄제공자 간에 대상자에 대한 정보를 효율적으로 전달하는 기본 요소이다. 연구 초기 탐색과정에서 현재 국내 각 호스피스 기관에서는 환자들의 효율적인 관리를 위해 의무기록지를 이미 자체적으로 개발하여 사용하고 있으나 실제 팀 접근을 적용하는 기관의 수는 적으며, 각 기관의 상황에 따라 기록지의 구성 항목도 다양하고 직능별로 중복이 되어 사정하는 경우가 많음을 확인하였다. 성경원 등⁷⁾은 입원한 호스피스 암 환자를 대상으로 의무기록지를 개발하였으나, 이는 호스피스 환자의 통증 및 증상 조절 여부, 투여중인 약물, 치료의 부작용 등에 대한 파악은 용이한 장점이 있다. 그러나 입상의 의사나 간호사와 같은 전문 의료인들이 사용할 수 있는 기록지이며, 호스피스 팀 내에 속해있는 비전문가 팀원들이 사용하기에는 무리가 있으므로, 특히 가정에서 돌봄을 받고 있는 호스피스 대상자를 위한 효율적인 기록지의 개발이 시급함을 인식하게 되었다.

호스피스 팀에서 의사의 주요 업무는 통증 및 증상 조절, 호스피스 대상자 여부 재점검, 개업의사와의 연계활동, 호스피스 교육 및 의료 연구활동 등이며,⁷⁾ 간호사의 역할은 대상자의 신체적, 심리적 문제와 가족간호 문제에 중점을 두고 있다.⁸⁾ 또한 사회복지사는 사회심리적, 법적, 경제적 도움 제공과 지역사회 자원 연계 및 사별가족 간호를 담당하고, 사목자는 죽음에 대한 영적 지지 및 장례예식 등의 종교적 서비스에 초점을 두고 있으며,⁹⁾ 자원봉사자는 마음의 평안함을 줄 수 있고 사랑과 관심을 줄 수 있는 긍정적인 서비스 즉 정서적이고 영적인 돌봄을 유지할 수 있는 신념있는 봉사활동을 요구한다고¹⁰⁾ 보고한 여러 연구결과에 비추어 볼 때, 본 연구에서 개발된 11종의 가정 호스피스 팀 기록지(등록 기록지, 초기 평가기록지(의사용), 경과기록지(의사용), 방문 기록지(간호사용, 봉사사용), 영적돌봄 초기 면담지, 방문 기록지(사목사용), 사회적 돌봄 면담지(사회복지사용), 사별가족 초기 면담지, 사별가족 돌봄 기록지, 종결 기록지)는 호스피스 팀을 구성하는 다학제간 전문

가들의 의견을 반영하여 팀원간의 중복 기록을 피하고, 비전문인이 포함된 호스피스 팀원들도 쉽게 사용할 수 있는 총체적인 팀 기록지를 개발했다는 점에서 의미가 있다고 하겠다.

호스피스 돌봄은 무리한 치료에 중점을 두기보다 심신의 안위와 영적 치유 이외에도 반복해서 계속 생기고 해결되기도 하는 많은 문제들에 초점을 맞추어야 한다.¹¹⁾ 따라서 본 기록지는 각 전문가별로 초기 기록에 더불어 경과기록의 형태로 기록지를 개발하여 대상자의 상태를 방문일별로 파악하기 쉬운 경과 기록양식을 적용하였다.

본 기록지는 임상에서 사용되는 통증 사정 및 기타 증상 사정을 모두 포함하면서 팀 접근에서 다룰 수 있는 영성, 사회적 돌봄까지 총 망라하여 기록할 수 있으며, 또한 사별 관리에 대한 기록지 양식을 포함시켜, 호스피스 대상자의 사후 관리까지 지속적으로 할 수 있도록 하였다.

본 연구에서 개발된 가정 호스피스 팀 기록지는 일목요연하게 정리되어 있고, 각 분야에서 대상자 사정을 가장 적절히 할 수 있는 전문가 중심으로 항목이 구성되어 있다. 따라서, 누락이나 중복 기록을 최소화할 수 있으며, 비전문가 팀원을 위해 체크 형식으로 기록지를 구성하여 시간이 절약되고, 좀 더 쉽게 기록을 할 수 있도록 구성하였다. 이 기록지의 사용은 호스피스 대상자와 그의 가족을 위한 호스피스 팀원들 사이의 대화 근거나 법적인 근거는 물론이고, 호스피스 대상자 연구의 기초자료가 될 수 있으리라 생각된다.

궁극적으로 이상적인 호스피스 팀 기록지는 호스피스 대상자와 호스피스 팀원들에게 도움이 되어야 하고, 사실적이고 객관적이며 간단하면서도 풍부한 정보가 수록되어 있어야 하며, 결국 호스피스 대상자를 위한 돌봄을 향상시키는데 기여할 수 있어야 한다. 특히 병원과는 달리 의료팀이 각각 떨어져서 대상자의 가정에서 돌봄을 제공하는 가정 호스피스 간호 영역에서는 효율적인 의사소통이 더욱 절실히 요구된다.¹²⁾ 돌봄 제공의 계속성과 독자적인 돌봄 제공을 위해서, 대상자가 받고 있는 돌봄 내용 등에 대한 구체적이고 정확한 기록은 호스피스 돌봄 내용의 규명 및 수가 산정에도 크게 기여할 것으로 기대된다.¹³⁾ 또한 추후 팀 기록지의 실용화를 위해서는 향후 여러 기관에서 실제 대상자에게 적용함으로써 대상자에게 적용하는 데 무리가 없는지 확인하여 이용가능성을 타진해 봐야 하는 과제가 남아있으며, 이 기록지를 통한 다양한 연구 또한 필요하다.

감사의 글

본 연구에서 기초 자료로 사용된 초기 가정 호스피스 기록지는 2005년 6~7월에 가톨릭 호스피스·완화센터/가정호스피스 실무위원회에서 작성된 것으로 초기 실무위원회 위원으로 기록지 개발에 애써주신 홍진의, 박영혜, 조영이, 강영숙, 백선희 간호사님 감사드리며, 또한 2005년 8~9월에 2차 기록지 개발을 위해 도움을 주신 차진숙 사회복지사님, 가톨릭 호스피스·완화센터/가정호스피스 운영위원이신 이승찬 신부님, 최경자 수녀님, 유인자 수녀님, 성빈센트병원 임상사목교육센터장이신 정무근 신부님, 강남성모병원 호스피스 센터의 사인 이경식, 교수진 선생님 감사드립니다.

요 약

목적: 본 연구는 의사, 간호사, 사회복지사, 사목자, 자원봉사자로 구성된 호스피스팀원들이 각자의 전문영역에서 중복되지 않으면서 필요한 정보를 효과적으로 공유할 수 있는 표준화된 기록지를 개발하여 호스피스 대상자들에게 적절한 돌봄을 제공하는데 도움을 주고자 수행되었다.

방법: 초기 개발된 기록지를 근거로 문헌 고찰과 전문가 집단 의 자문을 통해 수정 보완하는 델파이 기법을 이용한 방법론적 연구이다

결과: 각 전문가별로 총 27명의 전문가의 의견을 수렴하여 최종 11가지 가정 호스피스 팀 기록지가 개발되었다: 등록기록지, 초기 평가기록지 (의사용), 경과기록지 (의사용), 방문 기록지 (간호사용, 봉사자용), 영적돌봄 초기 면담지, 방문 기록지 (사목자용), 사회적 돌봄 면담지 (사회복지사용), 사별가족 초기 면담지, 사별가족 돌봄 기록지, 종결 기록지.

결론: 본 연구를 통해 개발된 11종의 호스피스 팀 기록지는 가정호스피스 팀원간의 의사소통을 원활히 하

고 질 높은 서비스를 제공하는데 기여할 수 있으리라고 기대된다.

중심단어: 가정 호스피스, 표준기록지

참 고 문 헌

1. 노유자, 한성숙, 안성희, 김춘길. 호스피스와 죽음. 서울:현문사;1994. p. 145-64, 335-51.
2. 가톨릭중앙의료원 가톨릭 가정호스피스 완화센터. 가정호스피스 시범사업 봉사자교육 자료집. 2005. p. 13-7.
3. Kane RL, Klein SJ, Bernstein L, Rothenberg R, Wales J. Hospice role in alleviating the emotional stress of terminal patients and their families. Med Care 1985;23(3):189-97.
4. Kilbrun LH. Hospice operations manual:hospice for the next century. Iowa:Kendall/Hunt Publishing Company;1997.
5. 용진선, 노유자, 한성숙, 김명자. 가정 호스피스 대상자와 일반 가정간호 대상자에게 제공된 간호중재 비교. 대한간호학회지 2001;31(5):897-911.
6. 최운선, 이준영, 박진노, 이명아, 염창환, 장세권. 표준형 성인 암성 통증 평가 도구(K-CPAT) 설문조사의 신뢰도 및 타당도 평가. 한국 호스피스·완화의료학회지 2003;6(2):152-63.
7. 성정원, 최운선, 홍성문, 김시완, 김정아, 박준철 등. 호스피스 암환자를 위한 의무기록지의 개발. 한국 호스피스·완화의료학회지 2004;7(1):49-63.
8. 최화숙. 보건의료전달체계 내에서의 호스피스 인력에 대한 연구. 간호학탐구 1999;8(2):91-115.
9. 김분한. 말기 암환자 호스피스 케어의 일례. 대한간호 1997;36(3):32-7.
10. 노유자, 한성숙, 유양숙, 용진선. 호스피스 팀 구성원의 직무지침 개발. 한국 호스피스·완화의료학회지 2001;4(1):26-40.
11. 최광희. 말기암환자의 호스피스 자원봉사자 서비스에 대한 요구도와 만족도 조사[석사학위논문]. 전남:전남대학교 대학원;2003.
12. 강창희. 병원중심 가정간호 기관의 기록체계 개발-미국 일개 종합병원을 대상으로-. 한국보건간호학회지 1992;6(2):58-69.
13. 김혜숙. 병원포괄수가제 도입에 대비한 산육부 및 신생아 가정간호 기록지 개발. 여성건강간호학회지 1996;2(1):21-35.