

병동호스피스 환자와 가정호스피스 환자의 영적 안녕과 삶의 질 비교

김복희¹ · 박희옥²

계명대학교 간호대학 · 포항성모병원¹, 계명대학교 간호대학 · 간호과학연구소²

Comparison in Spiritual Well-being and Quality of Life between Hospital and Home Hospice Patients

Kim, Bok Hee¹ · Park, Heeok²

¹College of Nursing, Keimyung University, Daegu · Pohang St. Mary's Hospital, Pohang

²College of Nursing · Research Institute of Nursing Science, Keimyung University, Daegu, Korea

Purpose: The purpose of this study was to compare the spiritual well-being and quality of life between hospital and home hospice patients. **Methods:** A total of 116 patients from 4 hospice hospitals in D city and P city participated in this study from January to April 2012. To measure spiritual well-being, an instrument developed by Paloutzian and Ellison (1982) and revised by Park (2005) was used. To measure quality of life, an instrument developed by Cho (1993) and revised by Sun (2003) was used. The data were analyzed by using descriptive statistics, t-test, χ^2 -test, and ANCOVA. **Results:** Spiritual well-being and quality of life were higher in home hospice patients than in hospital hospice patients, but they were not statistically significant. Higher education and having religion were significantly related to higher spiritual well-being in both groups. Having religion and pain history for the past one week were significantly related to higher quality of life in both groups. **Conclusion:** For hospice patients, participation in religious activities needs to be encouraged to improve their spiritual well-being and quality of life. Assessing the hospice patients' pain history with close observation and managing the pain are suggested.

Key Words: Hospice care, Spirituality, Quality of Life

서론

1. 연구의 필요성

호스피스란 말기암종 환자에게 안위로운 환경을 제공하고 이들 가족이 환자의 죽음을 수용하고 사별에 잘 대처할 수 있

는 전문적인 간호를 제공하는 것이다(Ro & Kim, 1998). 또한 임종 과정을 정상적인 삶의 일부과정으로 보고 남아 있는 삶의 질을 높이는데 초점을 맞추는 것이지 죽음을 재촉하거나 연기하지는 않는다(National Hospice and Palliative Care Organization [NHPKO], 2011). 우리나라 호스피스는 최초로 1965년 '마리아의 작은 자매 수도회'가 강릉 갈바리 의원

주요어: 호스피스 환자, 영적안녕, 삶의 질

Corresponding author: Park, Heeok

College of Nursing, Keimyung University, 1095 Dalgubeol-daero, Daegu 704-701, Korea.

Tel: +82-53-580-3924, Fax: +82-53-580-3916, E-mail: hopark@kmu.ac.kr

- 이 논문은 제 1저자 김복희의 석사학위논문을 수정하여 작성한 것임.

- This article is a revision of the first author's master's thesis from Keimyung University.

투고일: 2013년 5월 8일 / **심사완료일:** 2013년 7월 17일 / **게재확정일:** 2013년 9월 8일

This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/3.0>), which permits unrestricted non-commercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

에서 14개 병상으로 시작하였으나 최근 핵가족화, 임종간호 개념의 변화, 호스피스 간호의 인식확대로 전국 43개의 병원 에서 운영되고 있다(Moon et al., 2006). 우리나라 호스피스 환자는 대부분 말기 암 환자로서 1999년 10만 명당 219.9명 에서 2008년 286.8명으로 연평균 3.3%의 증가율을 보이고 있는데 이러한 암 환자 수의 증가는 곧 호스피스 환자 수의 증가로 이어지고 있다(Statistics Korea, 2010).

현재 우리나라 호스피스의 유형은 크게 병동, 산재, 가정, 시설호스피스의 4형태로 분류되는데 이들 중 가장 대표적인 병동호스피스는 병원 내 일부 병동에서 호스피스 간호를 제공하는 것으로 의사 및 간호사가 호스피스 목적 하에 환자와 그 가족을 돌보는 형태이다. 병동호스피스는 1988년 강남성모병원 호스피스 병동에서 10병상이 신설된 것을 시작으로(Hong, Yeom, & Lee, 2000). 최근 전국 43개 병원에서 운영 중에 있으며(National Cancer Center [NCC], 2011), 전국적으로 병동 호스피스 대상자는 2000년부터 2010년까지 6,564명으로 전체 말기 암 환자의 9%정도이다(Chung, 2011). 병동호스피스는 기존 시스템의 자원 활용이 용이하고 응급 시 빠른 대처로 의료 인력의 활용이 용이하지만, 별도의 공간과 많은 인력을 필요로 하는 단점이 있다.

가정호스피스는 호스피스 팀이 환자가정을 직접 방문하여 환자 및 그 가족을 전인적으로 돌보는 형태로(Hong et al., 2000), 이용자는 전체 말기 암 환자의 5% 정도로 추정되고 있다(Chung, 2011). 가정호스피스는 환자측면에서는 병원보다 저렴한 비용으로 편안하고 안정적인 가정에서 서비스를 받을 수 있다는 장점이 있고(Yong, 2005), 병원측면에서는 사업시작 비용이 저렴하고 병상 회전을 증가시킴으로서 비용 효과적인 장점이 있지만, 가족의 24시간 돌봄을 필요로 함으로서 가족의 부담감을 야기시킬 수 있다(NCC, 2011). 최근 우리나라의 1인 가족, 독거노인 가족, 취업여성 증가 등으로 가족 돌봄 여건의 변화로 인해 현실적으로 다양한 문제에 직면하고 있다(Kim, 2006). 가정호스피스는 1988년 세브란스 암센터에서 가정간호 호스피스 프로그램을 제공한 것으로, 1992년에는 이화여자대학교 간호대학에서 가정간호사가 본격적인 가정호스피스사업을 시작하였고, 2012년 2월부터는 서비스표준개발을 뒷받침하기 위해 호스피스 전문간호사에 의한 가정호스피스 제공의 필요성이 대두되어 현재 전국 3개 병원에서 시범적으로 운영되고 있는 실정이다(Koh, 2011).

호스피스 환자의 영적안녕은 종교, 자신, 타인과의 관계에서 조화로운 상호관계를 형성함으로써 삶에 만족하며 인간의

내적 자원 전체가 건강한 것을 의미하는 것으로 특히 암 환자 에게 있어 영적안녕은 신체적, 정신적, 심리적인면에 대한 부정적 요소를 완화시키는데 중요한 개념이다(Kang, 2009). 영적안녕은 인간의 전 존재에 영향을 미치는 것으로, 인간이 총체적으로 건강한 상태를 의미하며, 희망, 의미, 사랑을 완성하도록 하는데 필요하다(Oh, 1997). 특히, 말기암 환자의 영적요구는 용서, 사랑, 희망과 관련이 있으며, 이들의 영적요구는 종교, 자기 자신, 타인, 사회 혹은 환경과의 관계가 충족될 때 안녕감을 느끼게 된다. 한편, 삶의 질은 호스피스 환자에게 있어 안녕감과 관련된 개념으로 신체적, 정신적, 사회적, 영적 측면에 대해 개인이 지각하는 주관적 안녕을 의미한다(Ro, Kim, & Lee, 1999). 삶의 질은 신체적, 정신적, 사회적, 영적 측면에 대해 개인이 지각하는 주관적 안녕으로 특히, 암 환자의 삶의 질은 종교, 통증, 신앙 유무에 의해 영향을 받는다(Ro et al., 1999).

호스피스 환자의 영적 안녕과 삶의 질은 투병생활과 시기에 따라 다르고 연속적으로 변화하는 개념으로, 환자의 성별, 교육, 종교, 수입 등의 일반적 특성에 따라 달라질 수 있고, 또한 이들의 통증, 지각된 건강상태, 투병기간, 항암요법 등의 질병특성에 따라서도 달라질 수 있다(Bae & Park, 2007; Jang & Kim, 2003; Park et al., 2000). 호스피스 환자의 영적 안녕과 삶의 질은 호스피스 간호의 질을 결정하는데 중요한 개념으로 이들의 높은 영적 안녕과 삶의 질을 유지하기위해 영적간호 프로그램, 전인적 호스피스 간호중재 프로그램 등 다양한 노력들이 필요하다(Choi & Kang, 2009; Yoon, 2004). 그러나 호스피스 환자의 영적 안녕과 삶의 질에 대한 대부분의 선행연구들은 병동호스피스 환자를 대상으로 수행되었고, 가정호스피스 환자를 대상으로 한 연구는 주로 가정간호사에 의해 제공되고 호스피스 전문간호사에 의한 연구는 부족한 실정이다.

최근, 우리나라에서 가정호스피스 환자가 증가하고 있고, 호스피스 환자 대부분은 가정에서 죽음을 맞이하고자하는 바람을 가지고 있어(Ahn, 2002), 가정호스피스 환자의 영적 안녕과 삶의 질을 파악하는 것이 필요하다. 특히, 2012년 2월부터 서비스표준개발을 뒷받침하기 위하여 호스피스 전문간호사가 가정호스피스를 제공하는 것이 필요하므로 가정호스피스 환자의 안녕감과 삶의 질을 파악하여 병동호스피스 환자의 안녕감과 삶의 질을 비교할 필요가 있다. 따라서, 본 연구는 병동호스피스 환자와 가정호스피스 환자의 영적안녕과 삶의 질을 비교함으로써 각 대상자에게 적합한 호스피스간호를 제공하기 위한 기초자료로 활용하고자 한다.

2. 연구목적

본 연구의 목적은 병동호스피스 환자와 가정호스피스 환자의 영적안녕과 삶의 질을 비교함으로써 각 환자에게 적합한 호스피스 간호를 수행하기 위한 기초자료를 제공하고자 하는 것으로 구체적인 연구의 목적은 다음과 같다.

- 병동호스피스 환자와 가정호스피스 환자의 영적안녕과 삶의 질 정도를 비교한다.
- 대상자의 특성에 따른 병동호스피스 환자와 가정 호스피스 환자의 영적안녕과 삶의 질 정도를 비교한다.

연구방법

1. 연구설계

본 연구는 병동호스피스와 가정호스피스 환자의 영적안녕과 삶의 질 정도를 비교 분석하기 위한 비교 조사연구이다.

2. 연구대상

본 연구대상자는 2012년 1월부터 4월까지 D광역시와 P시에 소재한 4개 종합병원에 소속된 병동호스피스 환자와 가정호스피스 환자 총 140명으로 구성되었다. 이들 종합병원은 K도 2개의 도시에서 병동호스피스와 가정호스피스를 동시에 운영하고 있는 종합병원으로 선정되었다. 본 연구자가 4개의 종합병원 호스피스 환자를 대상으로 연구목적과 과정을 간략히 설명한 후 총 140명의 환자가 서면동의 한 후 자료수집이 시작되었고 구체적인 대상자 선정기준은 아래와 같다.

1) 병동호스피스 환자

- 만 18세 이상의 성인 호스피스 대상자
- 설문지를 읽고 응답할 수 있거나 의사소통이 가능한 자
- 주치의로부터 병원호스피스 팀에 의뢰된 말기 암 환자로 예측 잔여 생존기간이 6개월 미만인 자
- 가정호스피스 간호를 받은 적이 없는 자

2) 가정호스피스 환자

- 만 18세 이상의 성인 호스피스 대상자
- 설문지를 읽고 응답할 수 있거나 의사소통이 가능한 자
- 주치의로부터 가정호스피스 팀에 의뢰된 말기 암 환자로

예측 잔여 생존기간이 6개월 미만인 자

- 병동호스피스 간호를 받은 적이 없는 자

총 140명의 참석자 중 연구과정을 통해 무응답(22명)과 부적절한 응답(2명)을 제외한 총 116명의 환자(병동호스피스 60명과 가정호스피스 환자 56명)가 자료분석에 포함되었다. 대상자 표본크기의 적절성을 확인하기 위해 본 연구대상자 표본크기 산정기준은 G*Power 3.1 프로그램을 이용하여 유의수준(α) .05, 효과크기(ES) .50, 검정력($1-\beta$) .80을 적용한 결과 최소 표본 크기가 102명이 제시되어 본 연구의 대상자 수는 충분한 것으로 판단된다.

3. 연구도구

1) 영적 안녕

영적안녕 측정도구는 Paloutzian과 Ellison (1982)이 개발한 영적안녕 측정도구를 Park (2005)이 수정·보완한 도구를 사용하였다. 본 도구는 총 20문항으로 2개의 하위영역인 종교적 안녕 영역 10문항(1~10번)과 실존적 안녕 영역 10문항(11~20번)으로 구성되었고 Likert 5점 척도로 각 문항은 '전혀 그렇지 않다' 1점부터 '매우 그렇다' 5점으로 측정하였다. 9개의 부정적 문항은 역환산하였고, 점수범위는 1~5점이고 점수가 높을수록 영적안녕 정도가 높음을 의미한다. 개발 당시 Cronbach's α 값은 전체 영적안녕 .89, 종교적 안녕 .87, 실존적 안녕 .78이었고(Paloutzian & Ellison, 1982), 본 연구에서 Cronbach's α 값은 전체 영적안녕 .88, 종교적 안녕 .81, 실존적 안녕 .78로 나타났다.

2) 삶의 질

삶의 질 측정도구는 Cho (1993)이 개발한 삶의 질 도구를 Sun (2003)이 수정·보완한 것을 사용하였다. 본 도구는 총 24문항으로 3개의 하위영역인 신체적 영역 8문항(1~8번), 사회·정서적 영역 12문항(9~20번), 영적 영역 4문항(21~24번)으로 구성되었고 Likert 5점 척도로 각 문항은 '전혀 그렇지 않다' 1점부터 '매우 그렇다' 5점으로 측정하였다. 14개의 부정적 문항은 역환산하였고, 점수범위는 1~5점으로 점수가 높을수록 삶의 질 정도가 높음을 의미한다. 개발당시 도구의 신뢰도 Cronbach's α 값은 전체 삶의 질 .82, 신체적 영역 .76, 정신적 영역 .73, 영적 영역 .84였고(Cho, 1993), 본 연구에서 Cronbach's α 값은 전체 삶의 질 .81, 신체적 영역 .66, 정서·사회적 영역 .79, 영적 영역 .82로 나타났다.

4. 자료수집

본 연구의 자료수집은 D광역시 K대학병원의 의학연구윤리심의위원회(Institutional Review Board: IRB)의 승인(No. 11-326) 후 2012년 1월 10일부터 4월 14일까지 4개월에 걸쳐 수행되었다. 본 연구자가 D광역시와 P시에 소재한 병동호스피스와 가정호스피스를 동시에 운영하고 있는 기관 간호부 팀장에게 사전 연락하였고 승낙을 받은 4개 기관에 소속된 병동호스피스 환자와 가정호스피스 환자가 참여하였다. 본 연구자가 연구대상자를 직접 방문하여 연구의 취지와 목적, 익명성 보장, 연구참여자로써의 권리 등을 설명하고, 자의적으로 연구참여에 수락한 자에게 연구참여 동의서를 받은 후 자가 보고형 설문지를 배부하였다. 대상자가 주로 설문지에 직접 응답하였고 기관절개술 등 건강상의 문제로 직접 응답하기 어려운 경우 연구자, 가족, 혹은 의료진이 질문지 내용을 읽어주고 대상자의 대답에 따라 대신 작성하였다. 병동호스피스 환자의 경우는 환자병실, 교육실, 면담실에서 설문지에 답하였고 가정호스피스 환자의 경우는 이들의 침실 혹은 거실에서 설문지에 답하였다. 설문지 작성에 소요된 시간은 약 10~15분 정도였다.

5. 자료분석

수집된 자료는 SPSS/WIN 18.0 프로그램을 이용하여 다음과 같이 분석하였다.

- 병동호스피스 환자와 가정호스피스 환자의 특성은 기술적 통계로 분석하였고 동질성 검증은 χ^2 -test와 Fisher's exact test로 분석하였다.
- 병동호스피스 환자와 가정호스피스 환자의 영적안녕과 삶의 질 정도 비교는 t-test와 ANCOVA로 분석하였다.
- 병동호스피스 환자와 가정호스피스 환자의 특성에 따른 영적안녕과 삶의 질 차이는 t-test, ANOVA로 분석하였고, 사후 검증은 Tukey로 분석하였다.

%, 결혼 상태는 기혼이 76.6%, 종교는 무교가 43.4%로 가장 많았고, 종교를 믿은 기간 10년 이상이 50%, 종교기관에서의 직분은 없음이 85.3%로 가장 많았다. 또한, 병동호스피스 환자는 '지난 일 주일간 통증 있음'이 91.7%, '경제적 부담정도는 크다'가 45.0%, 간병가족이 배우자인 경우가 63.4%로 가장 많았다. 한편, 가정호스피스 환자의 경우 성별은 남자가 58.9%, 연령분포는 65세 이상이 44.7%, 학력은 초졸과 중졸이 각각 25.0%, 직업은 없음이 96.4%, 결혼 상태는 기혼 66.1%, 종교는 기독교가 46.4%로 가장 많았고, 종교를 믿은 기간 10년 이상이 63.6%, 종교기관에서의 직분은 없음이 77.3%로 가장 많았다. 또한, 가정호스피스 환자의 경우 '지난 일 주일간 통증 있음'이 91.1%, '경제적 부담정도가 보통'이 51.8%, 간병가족이 배우자인 경우가 48.3%로 가장 많았다. 대상자 특성에 대한 두 그룹 간 동질성 검증 결과 결혼 상태($\chi^2=10.03$, $p=.016$), 종교($\chi^2=16.53$, $p=.002$), 간병가족($\chi^2=8.87$, $p=.027$)에 있어 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다.

2. 병동호스피스 환자와 가정호스피스 환자의 영적안녕과 삶의 질 비교

병동호스피스 환자와 가정호스피스 환자의 영적안녕과 삶의 질 비교 결과는 Table 2와 같다. 병동호스피스 환자의 영적 안녕 정도는 3.13점이고 가정호스피스 환자의 영적 안녕 정도는 3.28점으로 가정호스피스 환자의 영적 안녕 정도가 약간 높은 것으로 나타났으나, 대상자 특성에서 두 그룹 간 유의한 차이를 보인 결혼상태, 종교, 간병가족 특성을 공변량 처리하여 ANCOVA 검정을 실시한 결과 두 그룹 간 영적 안녕 정도에 유의한 차이가 없는 것으로 나타났다. 또한, 병동호스피스 환자의 삶의 질은 3.10점이고 가정호스피스 환자의 삶의 질은 3.26점으로 가정호스피스 환자의 삶의 질 정도가 약간 높은 것으로 나타났으나, 대상자 특성에서 두 그룹 간 유의한 차이를 보인 결혼상태, 종교, 간병가족 특성을 공변량 처리하여 ANCOVA 검정을 실시한 결과 두 그룹 간 삶의 질에 유의한 차이가 없는 것으로 나타났다.

연구결과

1. 일반적 특성

대상자의 일반적 특성과 동질성 검증 결과는 Table 1과 같다. 병동호스피스 환자의 경우 성별은 남자가 60%, 연령은 65세 이상이 48.3%, 학력은 중졸이 26.7%, 직업은 없음이 96.7

3. 대상자 특성에 따른 병동호스피스 환자와 가정호스피스 환자의 영적 안녕 비교

대상자 특성에 따른 병동호스피스 환자와 가정호스피스 환자의 영적 안녕 비교 결과는 Table 3과 같다. 병동호스피스 환자의 영적 안녕은 학력($F=3.57$ $p=.012$), 종교($F=12.15$,

Table 1. Subjects' Characteristics and Homogeneity Test

(N=116)

Characteristics	Categories	Total (n=116)	Hospital (n=60)	Home (n=56)	χ^2	p
			n (%)	n (%)		
Gender	Male	69 (59.5)	36 (60.0)	33 (58.9)	0.01	.906
	Female	47 (40.5)	24 (40.0)	23 (41.1)		
Age (year)	< 36	1 (0.9)	1 (1.7)	-	1.63	.741 [†]
	36~50	12 (10.3)	7 (11.7)	5 (8.9)		
	51~65	49 (42.2)	23 (38.3)	26 (46.4)		
	> 65	54 (46.6)	29 (48.3)	25 (44.7)		
Education	None	26 (22.4)	14 (23.3)	12 (21.4)	0.71	.966
	Elementary school	29 (25.0)	15 (25.0)	14 (25.0)		
	Middle school	30 (25.9)	16 (26.7)	14 (25.0)		
	High school	21 (18.1)	11 (18.3)	10 (17.9)		
	≥ College	10 (8.6)	4 (6.7)	6 (10.7)		
Job	Yes	4 (3.4)	2 (3.3)	2 (3.6)	0.01	1.000 [†]
	No	112 (96.6)	58 (96.7)	54 (96.4)		
Marriage status	Never married	1 (0.9)	1 (1.7)	-	10.03	.016 [†]
	Married	83 (71.5)	46 (76.6)	37 (66.1)		
	Divorce	8 (6.9)	1 (1.7)	7 (12.5)		
	Bereavement	24 (20.7)	12 (20.0)	12 (21.4)		
Religion	Christian	34 (29.3)	8 (13.3)	26 (46.4)	16.53	.002
	Catholic	14 (12.1)	8 (13.3)	6 (10.7)		
	Buddhist	26 (22.4)	16 (26.7)	10 (17.9)		
	None	38 (32.8)	26 (43.4)	12 (21.4)		
	Others	4 (3.4)	2 (3.3)	2 (3.6)		
Period of religion	After cancer diagnosed	8 (10.3)	4 (11.8)	4 (9.1)	1.93	.611 [†]
	< 5 years	7 (9.0)	3 (8.8)	4 (9.1)		
	> 10 years	83 (57.6)	43 (50.0)	40 (63.6)		
	Church kids	18 (23.1)	10 (29.4)	8 (18.2)		
Position in religion	Yes	15 (19.2)	5 (14.7)	10 (22.7)	0.79	.404
	No	101 (80.8)	55 (85.3)	46 (77.3)		
Pain since 1 week	Yes	106 (91.4)	55 (91.7)	51 (91.1)	0.01	1.000
	No	10 (8.6)	5 (8.3)	5 (8.9)		
Burden in economic status	Low	17 (14.7)	7 (11.7)	10 (17.8)	2.83	.256
	Middle	55 (47.4)	26 (43.3)	29 (51.8)		
	High	44 (37.9)	27 (45.0)	17 (30.4)		
Care-giver	Spouse	65 (56.1)	38 (63.4)	27 (48.3)	8.87	.027 [†]
	Children	28 (24.1)	16 (26.7)	12 (21.4)		
	Sibling	3 (2.6)	2 (3.3)	1 (1.8)		
	Parents	7 (6.0)	2 (3.3)	5 (8.9)		
	Others	13 (11.2)	2 (3.3)	11 (19.6)		

Hospital=hospital hospice patients; Home=home hospice patients.

[†] Fisher's exact test.

Table 2. Difference in Spiritual Well-being and Quality of Life between Hospital Hospice Patients and Home Hospice Patients (N=116)

Characteristics	Categories	Total (n=116)	Hospital (n=60)	Home (n=56)	F [†]	p
		M±SD	M±SD	M±SD		
Spiritual well-being	Religious well-being	3.23±0.64	3.14±0.58	3.32±0.68	0.00	.974
	Existential well-being	3.17±0.56	3.11±0.50	3.24±0.61	3.47	.065
	Total	3.20±0.56	3.13±0.49	3.28±0.62	0.87	.352
Quality of life	Physical	3.02±0.55	2.94±0.59	3.11±0.50	0.02	.886
	Emotional/social	3.08±0.56	3.08±0.53	3.07±0.60	0.09	.758
	Spiritual	3.79±0.88	3.46±0.84	4.14±0.78	0.42	.518
	Total	3.18±0.44	3.10±0.43	3.26±0.43	0.12	.727

Hospital=hospital hospice patients; Home=home hospice patients.

[†] ANCOVA with marriage status, religion, and care-giver values as covariate.

$p < .001$), 지난 일주일간의 통증 유무($t = -2.60, p = .012$)에 따라 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다. 대졸 이상 학력이 그렇지 않는 경우에 비해 영적 안녕 정도가 높고, 종교가 있는 환자가 무교 환자에 비해 영적 안녕 정도가 높으며, 통증이 없는 환자가 있는 환자에 비해 영적 안녕이 높은 것으로 나타났다. 한편, 가정호스피스 환자의 영적 안녕은 학력($F = 4.59, p = .003$), 직업($t = 2.69, p = .009$), 종교($F = 13.00, p < .001$), 종교기관 직분($t = 3.50, p < .001$)에 따라 유의한 차이가 있는

것으로 나타났다. 학력이 높은 환자(중졸, 대졸 이상)가 그렇지 않은 경우에 비해 영적 안녕 정도가 높고, 직업이 있는 환자가 없는 환자에 비해 영적 안녕 정도가 높은 것으로 나타났다. 종교가 있는 환자가 무교 환자에 비해 영적 안녕 정도가 높고, 종교기관 직분이 있는 환자가 없는 환자에 비해 영적 안녕 정도가 높은 것으로 나타났다. 따라서, 병동호스피스 환자와 가정호스피스 환자 모두 학력과 종교 형태에 따라 영적 안녕 정도에 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다.

Table 3. Difference in Spiritual Well-being between Hospital Hospice Patients and Home Hospice Patients according to Subjects' Characteristics (N=116)

Variables	Categories	Hospital (n=60)				Home (n=56)			
		M±SD	t or F	p	Tukey	M±SD	t or F	p	Tukey
Gender	Male	3.13±0.56	0.17	.866		3.30±0.64	0.27	.786	
	Female	3.11±0.38				3.25±0.60			
Age (year)	< 36	2.91±0.00	0.98	.409		-	0.60	.547	
	36~50	2.89±0.52				3.47±1.02			
	51~65	3.09±0.46				3.33±0.63			
	> 65	3.22±0.51				3.19±0.52			
Education	None ^a	3.03±0.47	3.57	.012	a, c, d < e	2.97±0.21	4.59	.003	a, b < c, e
	Elementary school ^b	3.20±0.51				3.00±0.58			
	Middle school ^c	2.99±0.30				3.63±0.45			
	High school ^d	3.07±0.48				3.24±0.79			
	≥ College ^e	3.90±0.63				3.80±0.69			
Job	Yes	3.08±0.18	-0.14	.883		4.38±0.60	2.69	.009	
	No	3.13±0.50				3.24±0.59			
Marriage status	Never married	2.80±0.00	2.30	.087		-	0.38	.684	
	Married	3.14±0.50				3.33±0.61			
	Divorce	4.25±0.00				3.21±0.73			
	Bereavement	3.00±0.38				3.16±0.62			
Religion	Christian ^a	3.71±0.51	12.15	.001	a, b, c > d a > c	3.64±0.55	13.00	.001	a, b > d a > c
	Catholic ^b	3.51±0.44				3.48±0.39			
	Buddhist ^c	3.18±0.42				3.08±0.24			
	Others ^d	3.03±0.18				3.38±0.46			
	None ^d	2.80±0.26				2.54±0.37			
Period of religion	After cancer diagnosed	3.28±0.54	1.20	.324		3.58±0.43	1.05	.381	
	< 5 years	3.48±0.25				3.19±0.48			
	> 10 years	3.25±0.37				3.44±0.51			
	Church kids	3.60±0.65				3.71±0.55			
Position in religion	Yes	3.66±0.59	1.45	.156		3.93±0.52	3.50	.001	
	No	3.32±0.46				3.35±0.44			
Pain since 1 week	Yes	3.08±0.46	-2.60	.012		3.27±0.57	-0.30	.764	
	No	3.65±0.59				3.36±1.08			
Burden in economic status	Low	3.23±0.34	0.48	.619		3.52±0.61	2.87	.065	
	Middle	3.17±0.56				3.36±0.68			
	High	3.06±0.46				3.00±0.42			
Care-giver	Spouse	3.14±0.49	1.09	.368		3.32±0.58	0.85	.497	
	Children	3.13±0.28				3.41±0.81			
	Sibling	2.93±0.18				2.40±0.00			
	Parents	2.58±0.25				3.04±0.63			
	Others	3.55±0.99				3.23±0.47			

Hospital=hospital hospice patients; Home=home hospice patients.

4. 대상자 특성에 따른 병동호스피스 환자와 가정호스피스 환자의 삶의 질 비교

대상자 특성에 따른 병동호스피스 환자와 가정호스피스 환자의 삶의 질 비교 결과는 Table 4와 같다. 병동호스피스 환자의 삶의 질은 종교(F=3.20 $p=.019$), 종교 기간(F=5.57, $p=.004$), 지난 일주일간의 통증 유무($t=-4.49$, $p<.001$)에 따라 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다. 기독교 환자가 무교 환

자에 비해 삶의 질이 높고, 모태 신앙인 환자가 10년 이상 종교생활 한 환자보다 삶의 질이 높으며, 통증 없는 환자가 있는 환자에 비해 삶의 질이 높은 것으로 나타났다. 한편, 가정호스피스 환자의 삶의 질은 학력(F=3.90 $p=.008$), 직업($t=2.39$, $p=.020$), 종교(F=3.79 $p=.009$), 종교기관 직분(F=4.56 $p<.001$), 지난 일주일간의 통증유무($t=-2.24$, $p=.029$), 경제적 부담(F=5.18, $p=.009$)에 따라 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다. 학력이 높은 환자(중졸, 대졸 이상)가 무학 환자에 비

Table 4. Difference in Quality of Life between Hospital Hospice Patients and Home Hospice Patients according to Subjects' Characteristics (N=116)

Variables	Categories	Hospital (n=60)				Home (n=56)			
		M±SD	t or F	p	Tukey	M±SD	t or F	p	Tukey
Gender	Male	3.17±0.48	1.44	.154		3.29±0.52	0.49	.621	
	Female	3.00±0.34				3.23±0.27			
Age (year)	< 36	2.92±0.00	0.21	.884		-	0.74	.480	
	36-50	3.11±0.50				3.29±0.40			
	51-65	3.05±0.34				3.33±0.44			
	> 65	3.14±0.50				3.19±0.43			
Education	None ^a	3.05±0.45	0.80	.528		3.03±0.15	3.90	.008	a < b, c
	Elementary school	3.01±0.46				3.13±0.36			
	Middle school ^b	3.14±0.38				3.49±0.47			
	High school	3.11±0.43				3.20±0.42			
	Graduate ^c	3.43±0.50				3.61±0.56			
Job	Yes	3.19±0.32	0.28	.775		3.96±0.77	2.39	.020	
	No	3.10±0.44				3.24±0.41			
Marriage status	Never married	3.25±0.00	1.58	.202		3.24±0.42	0.22	.798	
	Married	3.12±0.43				3.26±0.36			
	Divorce	3.83±0.00				3.34±0.54			
	Bereavement	2.94±0.40				3.34±0.43			
Religion	Christian ^a	3.47±0.49	3.20	.019	a > b	3.43±0.43	3.79	.009	a > b
	Catholic	3.15±0.26				3.47±0.46			
	Buddhist	3.17±0.48				3.13±0.32			
	Others	2.67±0.35				2.90±0.32			
	None ^b	2.96±0.35				2.98±0.34			
Period of religion	After cancer diagnosed	3.16±0.37	5.57	.004	a < b	3.39±0.41	0.71	.551	
	< 5 years	3.58±0.46				3.04±0.35			
	> 10 years ^a	2.96±0.27				3.37±0.46			
	Church kids ^b	3.53±0.52				3.39±0.35			
Position in religion	Yes	3.27±0.59	0.31	.758		3.79±0.37	4.56	.001	
	No	3.20±0.45				3.21±0.35			
Pain since 1 week	Yes	3.03±0.37	-4.49	.001		3.23±0.39	-2.24	.029	
	No	3.83±0.49				3.67±0.65			
Burden in economic status	Low ^a	3.42±0.39	2.82	.068		3.49±0.49	5.18	.009	a > b, c
	Middle ^b	3.12±0.48				3.33±0.45			
	High ^c	3.00±0.37				3.01±0.22			
Care-giver	Spouse	3.14±0.47	0.81	.521		3.23±0.40	0.75	.560	
	Children	2.96±0.24				3.44±0.66			
	Sibling	2.98±0.38				3.00±0.00			
	Parents	3.29±0.94				3.11±0.22			
	Others	3.35±0.68				3.25±0.28			

Hospital=hospital hospice patients; Home=home hospice patients.

해 삶의 질이 높고, 직업이 있는 환자가 없는 환자에 비해 삶의 질이 높으며, 기독교 환자가 무교 환자에 비해 삶의 질이 높은 것으로 나타났다. 또한, 종교기관 직분이 있는 환자가 없는 환자에 비해 삶의 질이 높고, 통증 없는 환자가 있는 환자에 비해 삶의 질이 높으며, 경제적 부담이 적은 환자가 그렇지 않은 환자에 비해 삶의 질이 높은 것으로 나타났다. 따라서 병동호스피스 환자와 가정호스피스 환자 모두 종교와 통증 유무에 따라 삶의 질에 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다.

논 의

본 연구는 K도 D시와 P시에 위치한 병동호스피스와 가정호스피스를 동시에 운영하고 있는 4개의 종합병원에서 치료 중인 호스피스 환자를 대상으로 이들의 영적 안녕과 삶의 질 정도를 비교하기 위해 수행되었다.

본 연구에서 병동호스피스 환자와 가정호스피스 환자의 영적 안녕 정도를 비교한 결과 가정호스피스 환자의 영적 안녕이(3.28) 병동호스피스 환자의 영적 안녕(3.13)보다 높았으나 통계적으로 유의한 차이를 보이지 않았다. 이는 가정호스피스 환자를 대상으로 제공되는 호스피스간호의 구성 내용이 의료기기 무료 대여와 차량봉사지원을 제외하고는(Choi, 2011) 병동호스피스 환자에게 제공되는 간호 프로그램과 대부분 유사한 것으로 영적 안녕정도 차이에 영향을 미칠 정도로 큰 차별성이 없기 때문으로 사료된다. 그러나 호스피스 환자의 대부분이 자신의 집에서 생을 마감하고 질적인 간호를 제공받자 하는 것을 고려할 때(Kim, 2006), 호스피스 전문간호사들이 가정호스피스를 위해 병동호스피스 간호와는 차별화된 가정호스피스를 제공하기 위해 프로그램을 구체적으로 작성하는 것이 필요하다고 사료된다.

삶의 질에서 병동호스피스 환자와 가정호스피스 환자를 비교한 결과 가정호스피스 환자의 삶의 질(3.26)이 병동호스피스 환자의 삶의 질(3.10)보다 높았으나 통계적으로 유의한 차이를 보이지 않았다. 이는 대상자의 삶의 질에 다양한 변수가 영향을 미치므로 두 그룹 간의 삶의 질을 단순 비교하는 것은 어려우나, 가정호스피스 환자의 삶의 질정도가 조금 높게 나타난 결과는 이들이 가족과 함께 편안하고 익숙한 환경에서 호스피스간호를 받고 있기 때문으로 사료된다(Lee, Lee, & Kim, 2000). 그러나 가정호스피스 환자의 삶의 질정도가 병동호스피스 환자의 삶의 질보다 통계적으로 유의하게 높게 나타나기 위해서는 삶의 질과 관련된 여러 변수들을 호스피스간호 구성내용에 포함시키려는 노력이 필요하겠다.

본 연구결과 대상자의 특성에 따른 영적 안녕 정도의 차이를 살펴보면, 병동호스피스 환자와 가정호스피스 환자 모두 학력과 종교에 따라 영적안녕 정도에 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다. 본 연구에서 대졸 이상 환자가 무학이나 초졸 환자에 비해 영적 안녕 정도가 높은 것으로 나타났고 이는 학력이 높을수록 영적 안녕 정도가 높은 것으로 보고된 선행연구결과와 일치하였다(Kim & Song, 2003). 또한, 종교가 있는 환자가 무교인 환자보다 영적 안녕 정도가 높은 것으로 나타났고 이는 암 환자의 영적안녕이 종교가 있는 경우 더 높다고 보고한 선행연구결과와도 일치하였다(Kim & Song, 2003; Yoo, 2001). 기독교인 환자가 종교가 없는 환자에 비해 영적 안녕 정도가 높은 것으로 나타난 것은 국내 호스피스 간호가 종교를 가진 병원 중심으로 활성화되어지고 있고 종교적 특성을 포함한 호스피스간호를 제공하고 있기 때문으로 사료되나 구체적인 원인을 파악하기 위해 더 많은 반복연구수행을 통한 결과해석이 필요할 것으로 생각된다.

대상자 특성에 따른 삶의 질 차이를 살펴보면 병동호스피스 환자와 가정호스피스 환자 모두 종교와 통증유무에 따라 삶의 질 정도에 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다. 병동호스피스 환자와 가정호스피스 환자의 경우 모두 기독교 환자가 무교 환자에 비해 삶의 질 정도가 높은 것으로 나타났고, 이는 암 환자의 삶의 질에 종교가 중요한 영향을 미친다고 보고된 선행연구결과와 부분적으로 일치한다(Yoo, 2001). 호스피스 환자가 거주하는 곳이 병동 혹은 가정 등의 장소와 무관하게 호스피스 환자의 종교생활을 적극적으로 지원하고 격려함으로써 이들의 영적 안녕과 삶의 질을 유지하도록 돕는 것이 호스피스 간호사의 중요한 역할이라고 볼 수 있겠다. 또한, 두 그룹 모두 통증이 없는 환자가 있는 환자보다 삶의 질이 높은 것으로 나타났는데 이는 암 환자의 삶의 질이 이들의 통증 혹은 신체적 불편감 정도와 유의한 상관관계가 있다고 보고된 선행연구결과와 일치한다(Byun & Kim, 2012). 따라서 호스피스 환자의 통증을 적절한 시점에 효과적으로 관리함으로써 이들의 삶의 질을 향상시키기 위한 노력이 요구되어진다. 특히, 호스피스 전문간호사는 가정호스피스 환자를 간호하는 경우 통증조절을 위해 상시대기하고 이들의 간호요구에 즉각적으로 반응하고 대처하는 것이 필요하겠다.

본 연구결과 가정호스피스 환자의 경우 종교기관 직분의 유무에 따라 영적 안녕과 삶의 질에 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다. 이는 환자가 호스피스간호를 받기 전 단순히 종교생활을 하는 것 뿐 아니라 이들이 속한 종교기관을 통해 특정 직분을 맡고 책임감 있게 신앙생활을 한 경우 호스피스간

호를 제공 받는 중에도 영적안녕과 삶의 질이 높다고 추정할 수 있겠다. 따라서, 호스피스간호사는 암 환자가 호스피스를 받는 동안에도 최대한 종교생활에 참여할 수 있는 기회를 부여하고 환자 자신의 역할을 충실히 수행할 수 있도록 격려함으로써 이들의 영적안녕과 높은 삶의 질이 유지될 수 있도록 돕는 것이 필요하겠다.

또한, 가정호스피스 환자의 경우 경제적 부담정도에 따라 삶의 질에 유의한 차이를 보이는 것으로 나타났다. 가정호스피스 환자는 경제적으로 부담을 적게 느끼는 경우가 그렇지 않은 경우에 비해 삶의 질이 높은 것으로 나타났는데, 이는 가정호스피스 환자의 경우 치료비 부담과 경제적 어려움을 더 많이 느끼기 때문에(Lee et al., 2000; Yong, 2005) 이러한 경제적 부담이 삶의 질에 영향을 끼치는 것으로 사료된다. 가정호스피스 환자의 경우 병동호스피스 환자와 마찬가지로 호스피스간호에 필요한 용품을 구입하거나 관련기관으로부터 대여를 받아야 하는 실정이므로 이들 역시 많은 경제적 부담을 경험하고 있는 실정이다. 따라서 가정호스피스 환자가 관련 기관으로부터 특정 의료물품을 무료 사용하거나 대여할 수 있는 제도적 장치를 마련하여 경제적 부담을 줄여줌으로서 이들의 영적 안녕과 삶의 질 향상에 기여할 필요가 있겠다.

본 연구는 가정호스피스 환자의 영적 안녕과 삶의 질 정도를 파악하고 이를 병동호스피스 환자의 영적 안녕과 삶의 질 정도와 비교함으로써 호스피스간호 유형에 따른 영적 안녕과 삶의 질 정도를 비교하였는데 그 연구적 의의가 있겠다. 그러나 본 연구는 일부 지역의 호스피스 환자를 대상으로 수행된 연구로 그 연구결과를 다른 지역 환자에게 일반화하고 적용하는데 제한점이 있겠고, 호스피스 환자의 영적 안녕과 삶의 질에 영향을 미치는 변수를 총체적으로 분석하여 통제하지 못한 것에 제한점이 있겠다. 본 연구결과를 바탕으로, 호스피스간호사는 호스피스 환자가 거주하는 장소와 상관없이 환자의 종교생활과 통증관리를 적극적으로 돕고 지지함으로써 이들의 영적 안녕과 삶의 질 향상에 기여할 것을 제안한다.

결론 및 제언

본 연구는 병동호스피스 환자와 가정호스피스 환자의 영적 안녕과 삶의 질 정도를 비교하기 위해 2개 도시에 위치한 4개의 종합병원에서 116명의 호스피스 환자를 대상으로 수행되었다.

본 연구결과 병동호스피스 환자의 영적 안녕 정도는 3.13 점이고 가정호스피스 환자의 영적 안녕 정도는 3.28점으로 가

정호스피스 환자의 영적 안녕정도가 약간 높은 것으로 나타났으나 두 그룹 간 영적 안녕에 유의한 차이가 없는 것으로 나타났다. 삶의 질 에서도 병동호스피스 환자의 삶의 질 정도는 3.10점이고 가정호스피스 환자의 삶의 질 정도는 3.26점으로 가정호스피스 환자의 삶의 질 정도가 약간 높은 것으로 나타났으나 두 그룹 간 유의한 차이가 없는 것으로 나타났다. 병동호스피스 환자와 가정호스피스 환자 모두 교육과 종교형태에 따라 영적 안녕 정도에 유의한 차이가 있는 것으로 나타났고, 두 그룹 모두 종교와 통증여부에 따라 삶의 질 정도에 차이가 있는 것으로 나타났다.

본 연구는 호스피스 환자에게 있어 중요한 간호개념인 영적 안녕과 삶의 질 정도를 파악하였고 특히 호스피스 환자의 대부분이 거주하고 있는 병동호스피스와 가정호스피스 환자를 대상으로 영적 안녕과 삶의 질을 비교 분석하였는데 그 의의가 있다. 본 연구결과는 호스피스 환자를 병동과 가정으로 구별하여 환자특성에 따른 영적 안녕과 삶의 질 정도를 파악함으로써 각 환자에게 적합한 호스피스간호중재를 개발하기 위해 필요한 기초자료를 제공하였는데 그 의의가 있겠다.

본 연구결과를 바탕으로 호스피스 환자의 영적 안녕과 삶의 질 향상을 위해 지속적인 종교 활동과 참여를 권장할 것을 제안한다. 특히, 가정호스피스 환자의 경우 적극적인 종교 활동 뿐 아니라 최근 통증 정도가 삶의 질에 유의한 관련이 있는 것으로 나타났으므로 향후 가정호스피스 환자 간호중재 프로그램 개발 및 적용 시 의료인들에게 환자 통증관리의 중요성을 더욱더 인식시키고 지속적이고 효율적인 통증관리가 제공될 수 있도록 교육하는 것이 바람직하겠다.

REFERENCES

- Ahn, K. A. (2002). A study on the attitudes and preparation for death among the aged in rural areas. *Journal of Research Institute for Hospice and Palliative Care*, 6, 39-52.
- Bae, S. H., & Park, J. S. (2007). Symptom distress and spiritual well-being in patients with cancer according to illness and treatment. *Journal of Korean Academy of Fundamentals of Nursing*, 14(4), 457-465.
- Byun, H. S., & Kim, G. D. (2012). Impacts of fatigue, pain, anxiety, and depression on the quality of life in patients with breast cancer. *Asian Oncology Nursing*, 12(1), 27-34.
- Cho, H. (1993). *A study on the development of Korean hospice program*. Unpublished doctoral thesis, Seoul National University, Seoul.
- Choi, S. E., & Kang, E. S. (2009). Effects of holistic hospice nurs-

- ing intervention program on self esteem and spiritual well-being for inpatients of hospice palliative care unit. *Korean Journal of Hospice and Palliative Care*, 12(4), 209-219.
- Choi, Y. S. (2011). Hospital-based home hospice care business. In J. Y. Hahn(Ed.), *The retrospect and prospect of home hospice and palliative care*(pp. 41-44). Seoul: Korean Hospice and Palliative Nurses Association.
- Chung, J. H. (2011). The retrospect and prospect of home hospice care in Korea. In J. Y. Hahn (Ed.), *The retrospect and prospect of home hospice and palliative care* (pp. 41-44). Seoul: Korean Hospice and Palliative Nurses Association.
- Hong, Y. S., Yeom, C. H., & Lee, K. S. (2000). Past, present of hospice in Korea. *Korean Journal of Hospice and Palliative Care*, 3(2), 113-117.
- Jang, I. S., & Kim, S. M. (2003). Study on spiritual well-being of elderly people in the community. *Journal of Korean Gerontological Nursing*, 5(2), 193-204.
- Kang, M. H. (2009). *A study on spiritual well-being and factors affecting of spiritual well-being in the elderly*. Unpublished master's thesis, Kyungpook National University, Daegu.
- Kim, C. N., & Song, M. O. (2003). A study on the spiritual well-being of the hospice patients. *Journal of Korea Community Health Nursing Academic Society*, 17(2), 255-265.
- Kim, H. K. (2006). The comparison of characteristics of family members by the generation and the type of living arrangement. *Social Welfare Policy*, 27, 55-77.
- Koh, S. J. (2011). Developing standard service for home hospice care. In J. Y. Hahn(Ed.), *The retrospect and prospect of home hospice and palliative care* (pp. 47-66). Seoul: Korean Hospice and Palliative Nurses Association.
- Lee, T. W., Lee, W. H., & Kim, M. S. (2000). Comparison of the costs of care and nursing services for terminally ill patients receiving home hospice care in comparison to institutional care. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 30(4), 1045-1054.
- Moon, D. H., Lee, M. A., Koh, S. J., Choi, Y. S., Kim, S. H., & Yeom, C. H. (2006). Doctor's attitudes toward hospice and palliative care for terminal cancer patients. *Korean Journal of Hospice and Palliative Care*, 9(2), 93-100.
- National Cancer Center. (2011). *Definition of hospice and palliative care*. Retrieved October 23, 2012, from <http://hospice.cancer.go.kr>
- National Hospice and Palliative Care Organization. (2011). *Preamble to NHPCO standard of practice & hospice philosophy statement*. Retrieved October 23, 2012, from <http://www.nhpco.org/i4a/pages/index.cfm?pageid=5308>
- Oh, P. J. (1997). A study of the correlation between spiritual well-being and quality of life in people with cancer. *Journal of Korean Academy of Adult Nursing*, 9(2), 189-198.
- Paloutzian, R. F., & Ellison, C. W. (1982). Loneliness, spiritual well-being and the quality of life. In L. A. Peplau, & D. Perlman (Eds.), *Loneliness: A source book of current theory, research and therapy* (pp. 224-237). New York: Wiley Interscience.
- Park, J. S. (2005). *A correlation study among loneliness, spiritual well-being, and quality of life in the elderly*. Unpublished master's thesis, Korea University, Seoul.
- Park, T., Song, H. H., Ra, J. R., Seo, I. O., Cho, Y. Y., Park, M. H., et al. (2000). Quality of life changes in patients admitted to the hospice unit. *Korean Journal of Hospice and Palliative Care*, 3(1), 18-27.
- Ro, Y. J., & Kim, C. G. (1998). A comparison of quality of life between the families of hospital hospice patients and those of home-based hospice patients. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 28(3), 773-785.
- Ro, Y. J., Kim, C. G., & Lee, Y. S. (1999). An analysis of nursing research related to quality of life reported in Korea from 1987 to 1996. *Journal of Korean Academy of Adult Nursing*, 11(4), 743-767.
- Statistics Korea. (2010). *The causes of death*. Retrieved October 23, 2012, from <http://www.kostst.go.kr>.
- Sun, J. J. (2003). *Changes in pain and quality of life of terminal cancer patients through hospice home care*. Unpublished master's thesis, Chonnam National University, Gwangju.
- Yong, J. S. (2005). Analysis of major complaints, reasons for referring home hospice, and nursing diagnosis of home hospice patients. *Journal of Research Institute for Hospice and Palliative Care*, 9(1), 8-17.
- Yoo, S. Y. (2001). *The effects of hospice care on quality of life in terminal cancer patients*. Unpublished master thesis, Yonsei University, Seoul.
- Yoon, M. O. (2004). The effect of spiritual nursing intervention on the meaning of life and spiritual distress of the terminal cancer patients. *Journal of Research Institute for Hospice and Palliative Care*, 8, 54-67.