글로벌 건강과 간호 제2권 제2호, 2012년 7월
Global Health Nurs Vol. 2 No. 2, 82-93, July 2012 ISSN 2233-5560

말기 암 환자를 돌보는 간호사, 의사와 호스피스 자원봉사자의 호스피스 간호와 사전의사결정에 대한 인식

김대숙[1] · 박형숙[2] · 김정아[3] · 최주희[3] · 박미주[3]

부산대학교병원 부산지역암센터 입원진료실 간호팀장[1], 부산대학교 간호대학 교수[2], 부산대학교병원 부산지역암센터 입원진료실 간호사[3]

A Study on Nurses, Doctors and Hospice Volunteers's Perception of the Hospice Care and Advanced Directives about the Terminal Cancer Patients

Kim, Dae-Suk[1] · Park, Hyoung-Sook[2] · Kim, Jung-A[3] · Choi, Ju-Hee[3] · Park, Mi-Ju[3]

[1]Nursing Team Manager, Pusan National University Hospital, Yangsan
[2]Professor, College of Nursing, Pusan National University, Yangsan
[3]Nurse, Pusan National University Hospital, Yangsan, Korea

Purpose: The purpose of this study was to examine the perception of doctors, nurses, and hospice volunteers of hospice care and advance directives of terminal cancer patients. **Methods:** The data were collected from August 1 to September 31, 2010 using structured questionnaires. Subjects consisted of each of 100 nurses, doctors, and hospice volunteers and total 252 respondents (91 nurses, 80 doctors, and 81 hospice volunteers) participated in this study. The data were analyzed using descriptive statistics. **Results:** Compared to hospice volunteers, nurses and doctors have less comprehension of the needs of hospice ($F=12.47$, $p<.001$). In comparison to nurses and doctors, hospice volunteers had better understanding of the adjusting of advance directives ($p=.020$). **Conclusion:** Nurses and doctors didn't fully understand the notion of hospice care and advance directives. The findings of this study would provide the basis to educate nurses and doctors about hospice care and advance directives.

Key Words: Hospice care, Advance directives, Terminal care

서 론

1. 연구의 필요성

우리나라 연도별 암 발생건수는 2002년부터 2005년까지 3년간 23% 증가하였고 2008년 한 해 동안 암으로 사망한 사람이 전체 사망자의 28%를 차지하는 등 1983년 이후로 사망원인 1위를 차지하고 있다(보건복지부 중앙암등록본부, 2009). 평균 수명까지 생존할 경우, 평균수명 80세까지 10명 중 3명이 암에 걸릴 것이며, 성별로 살펴보면 남성은 76세까지 3명 중 1명, 여성은 83세까지 4명중 1명이 암에 걸릴 것으로 예상되고(보건복지부 중앙 암 등록본부, 2009), 암 환자 진료비가 2006년에는 2000년보다 2.8배로 상승한 바 있어(국민건강보험공단, 2007), 국민들이 떠맡아야 할 암 환자 진료비는 지속적으로 상승할 것으로 보인다.

말기 암 환자는 암 질환이 진행되어 더 이상 생명연장을 기

주요어: 호스피스 간호, 사전의사결정서, 말기 암 환자

Corresponding author: Park, Hyoung-Sook
College of Nursing, Pusan National University, 49 Busandaehak-ro, Mulgeum-eup, Yangsan 626-870, Korea.
Tel: +82-51-510-8336, Fax: +82-51-510-8308, E-mail: haedong@pusan.ac.kr

- 본 연구는 2010년 부산대학교병원 임상간호연구 발표논문임.

투고일: 2012년 5월 9일 / 심사완료일: 2012년 7월 18일 / 게재확정일: 2012년 8월 6일

© 2012 Research Institute of Nursing Science, Pusan National University

대하기 어려운 상태로, 현재의 의술로는 더 이상 완치가 불가능하다고 판명되어 몇 개월 내에 사망할 것으로 예상되는 환자이다. 대부분의 말기 암 환자들은 심한 동통과 호흡곤란, 구토 등의 많은 증상들을 지속적으로 경험하게 되므로, 이 시기에 기존의 적극적인 치료는 환자의 삶을 연장시키는 것이 아니라 오히려 고통 받는 기간만 연장시키는 연명 치료로 제시된다(허대석, 2001). 이들에게 정작 필요한 것은 항암 치료가 아니라 통증을 가라앉힐 진통제이다.

호스피스 간호 활동은 죽음이 예견되는 말기 환자를 대상으로 기존의 의료체계와 적극적인 상호보완 관계를 유지하면서 임종을 자연스런 삶의 한 과정으로 수용하고 통증과 증상을 조절하여 평안하고 질적인 삶을 유지하도록 환자의 존엄성을 고취시킬 뿐만 아니라 환자와 그 가족에게까지 돌봄을 제공한다(손덕승, 2008; 손선영, 2007; Saraiya, Bodnar-Deren, & Leventhal., 2008). 죽음이 가족과 친족으로부터 전문가에게로 판단되고 있는 현 의료상황에서 호스피스 간호는 그 필요성이 절실하고 임상적으로 중요한 영역으로 부각되고 있다.

사회적으로도 좋은 죽음과 존엄사에 대한 논의가 이루어지고 있다. 좋은 죽음에 대한 보편적인 속성은 인간의 존엄성이 지켜지는 것과 자기 조절감을 갖는 것으로, 죽음의 과정에서 인간으로서의 가치나 신념이 존중되고 전인적 인간으로 대우를 받으며 추한 모습을 보이지 않고 사생활을 보호받는 것을 포함한다(이경주, 황경혜, 라정란, 홍정아와 박재순, 2006). 또한 임종에 이르기까지 독립성을 유지하고 의식이 명료하여 자신을 통솔하고 자율성을 갖기 원하며, 사망 장소나 방법에 대해 자신의 의견이 반영되는 것을 포함한다. 이러한 좋은 죽음의 속성은 호스피스 철학과 일맥상통하며 무의미한 연명치료의 대안으로 호스피스 완화의료가 필요함을 알 수 있다.

무의미한 생명 연장에서 벗어나 환자 개인의 존엄을 최우선하는 관점에서 삶의 질, 품위 있는 죽음에 대한 결정권이 대두되면서 의학적 치료에 대한 환자의 자율성을 보장하여 의사를 미리 결정하는 사전의사결정이라는 개념이 대두되었다(손덕승, 2008). 판단 능력이 없어질 때를 대비하여 자신이 받고자 하는 치료를 기록으로 남기기 위하여 환자에 대한 의료행위를 구체적으로 지시하기 위해 임종 시기에 죽음의 진행과정을 지연시키고 고통만을 연장하는 과잉 진료를 받게 될지도 모른다는 두려움과 판단 능력이 없어질 때를 대비해 자기결정권을 지키기 위해서 건강한 시기에 자신이 받고자 하는 의료행위를 구체적으로 지시하는 사전의사결정서를 작성하거나 대리인을 지정하는 등 준비를 하려는 요구가 커지고 있어, 사전의사결정서를 사용하는 병원들이 점차 늘고 있고 이를 진료현장에 반영하려는 노력들이 계속되고 있다(구인회, 2008). 제도적으로는 2009년 2월 보건복지가족부령에 일률적으로 사전의사결정서 사항이 법안에 상정되었다.

환자의 가치관이 사전의사결정에 많은 영향을 미치지만 더 큰 영향을 주는 사람은 환자에게 정확한 정보를 줄 수 있는 의료인 즉 의사와 간호사이고(이지애, 2009), 효율적인 호스피스 사업을 위해서도 호스피스에 대한 의료진의 이해가 필요하기 때문에(한지영과 이내영, 2009) 말기 암 환자를 돌보는 간호사와 의사가 먼저 호스피스와 사전의사결정에 대해 널리 인식하고 있는 것이 중요하다. 간호사와 의사의 종교적 신념이나 호스피스 간호에 대한 인식은 환자의 치료 방향을 결정하는데도 영향을 미칠 수 있으므로(Christopher, 2010; McMillen, 2008), 학생 때 이에 대한 개념을 배우지 못하였거나, 배웠다고 하더라도 전공이 아닌 부분에 대해 지식이 부족하다면 양질의 호스피스 간호를 제공하기 위해 병원현장에서 추가적인 교육을 시행할 필요성이 있다.

한편, 환자를 침상 가까이에서 아주 친근하게 접근할 수 있는 호스피스 자원봉사자들은 우리나라 임상현장에서 말기 암 환자 돌봄에 의사, 간호사보다 가장 많은 시간을 환자와 가족과 함께 하며, 환자에게 정서적, 영적, 신체적, 사회적 돌봄을 제공하여 환자의 의사결정에 영향을 줄 수 있기 때문에(최외선, 최선남과 서월금, 2007) 이들의 호스피스 간호와 사전의사결정에 대한 인식여부도 중요할 것이다.

지금까지의 호스피스 간호와 사전의사결정 인식과 관련된 국내외 연구들은 주로 의료진의 호스피스 간호 인식(이용주, 2004; Wu & Volker, 2009)에 관한 연구가 주를 이루었으며 의료진을 대상으로 한 사전의사결정에 대한 인식(손덕승, 2008; 이지애, 2009)에 관한 연구는 적게나마 수행되고 있으나, 환자와 가족을 개별적으로 접촉하며 돌봄을 제공할 수 있어 지속적인 서비스의 제공을 가능하게 하는 중요한 역할을 하는 호스피스 자원봉사자들의 인식에 대한 접근은 죽음에 대한 태도 연구가 주를 이루고 있다(최외선, 최선남과 서월금, 2007).

이에 본 연구자는 말기 암 환자에게 정확한 지식과 정보를 제공하는 역할을 하는 간호사, 의사 및 환자와 가족들의 의사결정에 영향을 미칠 수 있는 호스피스 자원봉사자의 호스피스 간호와 사전의사결정 인식을 통해 어느 정도 그 역할을 수행하기 위해 준비가 되어 있는지 살펴보고, 호스피스 간호와 사전의사결정에 대한 인식 수준을 비교 분석하여 그 의미와 필요성에 대한 올바른 태도를 교육하기 위한 기초자료로 제공하고자 본 연구를 수행하였다.

2. 연구목적

본 연구의 목적은 말기 암 환자를 돌보는 간호사, 의사와 호스피스 자원봉사자의 호스피스 간호와 사전의사결정에 대한 인식정도를 파악하고자 하는 것으로 구체적인 연구목표는 다음과 같다.

- 연구대상자의 호스피스 간호에 대한 인식정도를 파악한다.
- 연구대상자의 호스피스 간호의 필요성에 대한 인식정도를 파악한다.
- 연구대상자의 사전의사결정과 의학적 선택 사항에 대한 인식정도를 분석한다.

3. 용어정의

1) 말기 암 환자

더 이상 암 치유를 위한 치료방법을 동원하는 것이 무의미하며 완치가 불가능한 경우의 암 환자로서, 완화요법을 적용하는 진행성 암을 진단받은 1년 이내의 예상 생존을 기대하는 환자이다(김화순, 2003). 본 연구에서는 부산광역시에 소재한 호스피스 완화 의료기관에 입원하여 담당의사로부터 1년 이내의 생존기간이 남았다고 진단된 환자이다.

2) 호스피스 간호

말기 환자들이 질병에 대응하면서 신체적, 정신적, 사회적, 영적으로 최대수준의 기능을 발휘하도록 전인간호를 지향하면서 남은 생애 동안 질적인 삶을 살 수 있도록 도와주는 의료철학 접근으로 궁극적 목표는 환자와 가족의 삶의 질을 높이기 위한 돌봄이다(손선영, 2007; Saraiya et al., 2008). 본 연구에서는 호스피스 간호에 대한 일반적 사항과 호스피스의 필요성에 대해 이해하는 정도를 분석하기 위해 이용주(2004)가 개발하고, 한지영과 이내영(2009)이 수정한 도구를 이용하여 점수와 백분율로 측정한 내용이다.

3) 사전의사결정

말기 암 환자들이 판단 능력이 없어질 때를 대비하여 자신이 받고자 하는 치료를 기록으로 남기기 위하여 환자에 대한 의료행위의 의사결정, 대리인의 지명, 심폐소생술 거절 및 원하지 않는 치료행위를 구체적으로 지시할 수 있는 것이다(구인회, 2008). 본 연구에서는 말기 암 환자의 사전의사결정에 대한 전반적인 사항, 대리인의 지명, 심폐소생술 거절, 의학적 선택 사항 등에 대한 인식 정도를 손덕승(2008)이 작성한 도구를 일부 수정한 항목과 부산대학교병원 사전의료지시서를 토대로 작성한 항목을 백분율로 측정한 내용이다.

연구방법

1. 연구설계

본 연구는 말기 암 환자를 돌보는 간호사, 의사와 호스피스 자원봉사자의 호스피스 간호와 사전의사결정에 대한 인식정도를 비교 분석하고자 하는 서술적 조사연구이다.

2. 연구대상자와 자료수집

본 연구의 조사대상은 2010년 8월 1일부터 2010년 9월 31일까지 2개월간 부산광역시에 소재하는 호스피스 완화의료기관인 P대학교병원과 S병원에서 근무하고 있는 간호사, 의사와 호스피스 자원봉사자이다. 진료과를 불문하고 말기 암 환자 간호와 진료를 해 본 적이 있는 임상경력 1년 이상인 간호사와 인턴에서부터 레지던트 4년차까지의 의사이다. 호스피스 자원봉사자는 경력 6개월 이상을 대상으로 하였다.

자료수집방법은 연구자가 P대학교병원의 IRB 승인을 받은 후 부산광역시 호스피스 의료기관인 P대학교병원과 S병원 간호부를 방문하여 연구의 목적을 설명하고 허락을 받은 후, 본 연구에 적합한 대상자에게 구조화된 설문지를 배부하여 수거하였다. 연구의 목적과 취지를 알리고, 무기명으로 처리됨과 연구 이외의 목적에 사용하지 않음을 설명한 후 질문지를 배부하였다. 대상자는 의사 100명, 간호사 100명, 호스피스 자원봉사자 100명이었으나 이 중 불충분한 자료를 제외하고 간호사 91명, 의사 80명, 호스피스 자원봉사자 81명을 최종 분석 대상으로 하였다.

3. 연구도구

1) 일반적 특성

연구대상자의 일반적 특성은 간호학과 교수 1인, 호스피스 전문간호사 1인의 조언을 구하여 성별, 연령, 결혼 상태, 종교, 근무 경력 및 호스피스 돌봄 경력 등의 6문항과 가족 중 말기 암으로 투병한 사람이 있는지의 유무, 최근 5년 이내에 가족의 죽음을 경험하였는지에 대한 유무, 최근 1년 이내의 환자 죽음에 대한 경험의 유무 및 환자의 죽음을 경험하였을

때의 느낌 등 4문항으로 구성하였다.

2) 호스피스 간호에 대한 인식

이용주(2003)가 개발하고 한지영과 이내영(2008)이 수정한 도구를 본 연구에 맞게 일부 수정하여 호스피스 간호에 필요한 지식이나 기술은 무엇이라 생각하는지, 호스피스가 활발하게 시행되기 위해서는 어떤 노력이 필요하다고 생각하는지, 가족이나 친지 중에서 호스피스 요원이 될 기회가 있으면 권유하겠는지에 대한 3문항으로 구성하였다.

3) 호스피스 간호의 필요성에 대한 인식

호스피스 필요성에 대해서는 총 9문항으로 대학병원과 종합병원에서 호스피스 병동의 필요성, 의료인으로서 호스피스 간호의 중요한 역할, 말기 환자의 생명연장 시술 무의미, 중환자·치료실에서 말기 환자 임종의 비윤리성, 말기 환자들의 자신의 외모에 대한 거부감, 말기 환자의 감정변화로 인한 병동의 필요성, 말기 환자들의 의료인과의 상담기회 부족에 대한 내용으로 구성되어 있다. '거의 그렇지 않다' 1점에서 '매우 그렇다' 5점의 5점 척도로 측정하였다. 점수가 높을수록 호스피스 필요성에 대한 인식정도가 높음을 의미하며, 한지영과 이내영(2008)의 연구에서 Cronbach's α=.64였고 본 연구에서는 Cronbach's α=.61이었다.

4) 사전의사결정과 의학적 선택 사항에 대한 인식

The University of Texas, MD Anderson Cancer Center의 'Advance Directives'와 서울대학교병원의 '의료행위에 대한 사전 지시서' 등의 문헌을 참고하여 손덕승(2008)이 개발한 설문지와 부산대학교 병원의 사전의사결정서 내용을 토대로 사용하였다. 사전의사결정에 대한 전반적인 사항 6문항은 사전의사결정에 대해 들어본 적이 있는지에 대한 유무, 사전의사결정 제도에 대한 찬성 유무, 사전의사결정 양식에 대한 필요성 유무, 구두 사전의사결정에 대한 효력 유무, 사전의사결정의 의사결정자에 대한 문항, 사전의사결정서 설명과 동의서 작성 시기에 대한 문항으로 구성되어 있다. 의료적 권한 법정대리인에 대한 사항 2문항은 의료적 권한 법정대리인 지정에 대해 들어본 적이 있는지에 대한 유무, 의료적 권한 법정대리인 지정 찬성 유무에 대한 문항으로 구성되어 있다. 심폐소생술과 심폐소생술 거부에 대한 2문항은 자신과 가족이 환자일 때 심폐소생술 선택 유무에 대한 문항으로 구성되어 있다.

의학적 선택 사항 13문항은 편안하고 통증 없는 돌봄을 원하는지, 의식불명 상태에서의 살기를 원하는지, 경관을 통한 인공 영양식의 공급을 원하는지, 정맥 수액 주사를 통한 인공 영양 공급을 원하는지, 수혈을 원하는지, 피검사와 방사선 검사를 원하는지, 방사선 치료를 원하는지, 항암치료를 원하는지, 투석치료를 원하는지, 승압제 사용을 원하는지, 인공호흡기 사용을 원하는지, 중환자실 사용을 원하는지, 심폐소생술을 원하는지에 대한 유무로 구성되어 있다. 의학적 선택 사항에 대한 13 문항의 Cronbach's α=.818이었다.

4. 자료분석

본 연구의 수집된 자료는 SPSS/WIN 18.0 프로그램으로 전산통계처리하여 다음과 같이 분석하였다.

- 연구대상자의 일반적 특성은 빈도와 백분율, 평균과 표준편차로 산출하였다.
- 연구대상자의 세 집단 특성에 따른 호스피스 간호와 호스피스 간호의 필요성에 대한 인식정도는 x^2-test, ANOVA, Scheffé test로 비교 분석하였다.
- 연구대상자의 세 집단 특성에 따른 사전의사결정과 의학적 선택 사항에 대한 인식정도는 x^2-test로 비교 분석하였다.

연구결과

1. 연구대상자의 일반적 특성

본 연구의 대상자인 간호사, 의사와 호스피스 자원봉사자의 일반적 특성은 Table 1과 같다.

대상자의 성별로는 간호사는 여성이 100%, 의사는 남성이 65%, 호스피스 자원봉사자는 여성이 93.8%였다. 평균 연령은 간호사가 27.5세, 의사가 29.7세, 호스피스 자원봉사자는 56.1세였다. 결혼 상태는 간호사의 86.8%와 의사의 72.5%가 미혼이었고 호스피스 자원봉사자의 87.7%가 기혼이었다. 종교는 간호사의 46.2%와 의사의 46.3%가 무교였고, 호스피스 자원봉사자의 64.2%가 가톨릭교였다.

대상자의 평균 경력은 간호사가 55.2개월, 의사가 35.1개월, 호스피스 자원봉사자가 56.9개월이었다. 호스피스 환자 돌봄 경험에 대해 간호사의 74.7%와 의사의 60%가 없다고 응답하였다. 간호사의 79.1%와 의사의 75%가 말기 암으로 투병한 가족이 없었지만, 호스피스 자원 봉사자의 50.6%가 가족 중 말기 암 환자가 있다고 응답하였다. 간호사의 36.3%,

Table 1. General Characteristics of Subjects (N=252)

Characteristics	Categories	Nurse (n=91)	Doctor (n=80)	HV (n=81)
		n(%) or M±SD	n(%) or M±SD	n(%) or M±SD
Gender	Male	0 (0.0)	52 (65.0)	5 (6.2)
	Female	91 (100.0)	28 (35.0)	76 (93.8)
Marital status	Unmarried	79 (86.8)	58 (72.5)	4 (4.9)
	Married	12 (13.2)	21 (26.3)	71 (87.7)
	Divorce, widowed	0 (0.0)	1 (1.3)	6 (7.4)
Religion	Protestant	10 (11.0)	16 (20.0)	3 (3.7)
	Catholic	17 (18.7)	15 (18.8)	52 (64.2)
	Buddhism	22 (24.2)	12 (15.0)	26 (32.1)
	None	42 (46.2)	37 (46.3)	0 (0.0)
Experience of caring hospice patients	Yes	23 (25.3)	32 (40.0)	81 (100.0)
	No	68 (74.7)	48 (60.0)	0 (0.0)
Experience of terminal cancer patient who is (was) family member	Yes	19 (20.9)	20 (25.0)	41 (50.6)
	No	72 (79.1)	60 (75.0)	40 (49.4)
Experience of family member's death within 5 years	Yes	33 (36.3)	26 (32.5)	39 (48.1)
	No	57 (62.6)	54 (67.5)	42 (51.9)
Experience of patient's death within 1 years	Yes	80 (87.9)	65 (81.3)	67 (82.7)
	No	11 (12.1)	15 (18.8)	12 (14.8)
Feelings when patients were dead†	Sadness	60 (66.7)	41 (54.7)	24 (30.0)
	Futility	70 (77.8)	55 (73.3)	28 (35.0)
	Apathy	19 (21.1)	21 (28.0)	2 (2.5)
	Despair	10 (11.1)	13 (17.3)	4 (5.0)
	Peace	8 (8.9)	6 (8.0)	39 (48.8)
	Fear	14 (15.6)	4 (5.3)	2 (2.5)
	The others	4 (4.4)	3 (4.0)	5 (6.3)
Age (year)		27.5±4.9	29.7±3.6	56.1±7.5
Career (month)		55.2±55.7	35.1±17.0	56.9±49.4
Numbers dead patients		13.7±19.5	23.4±36.6	10.8±19.4

† Multiple reponses.

의사의 32.5%, 호스피스 자원봉사자의 48.1%가 최근 5년 이내에 가족의 죽음을 경험하였다. 최근 1년 이내에 환자의 죽음을 경험한 적이 있는 대상자 중에서 간호사는 평균 13.7명, 의사는 23.4명 그리고 호스피스 자원봉사자는 10.8명의 죽음을 경험하였다고 응답하였다. 환자의 죽음을 경험하였을 때 간호사와 의사는 허무, 슬픔, 무감정을 가장 많이 느꼈고 호스피스 자원봉사자는 허무, 슬픔, 평화로움을 가장 많이 느꼈다고 응답하였다.

2. 호스피스 간호에 대한 인식 정도

호스피스 간호 인식정도에 관한 분석 결과는 Table 2와 같다. 호스피스 간호에 관하여 가장 필요한 지식 또는 기술은 무엇인지에 대한 의견으로 간호사의 79.1%, 의사의 68.8%, 호스피스 자원봉사자의 76.5%가 모두 환자심리라고 응답하였고 이는 통계적으로 유의한 차이가 없었다. 호스피스 간호에 관하여 두 번째로 필요한 지식 또는 기술에 대해 간호사와 의사는 의학적 지식이라고 답하였고 호스피스 자원봉사자는 간호학적 지식으로 응답하여 집단 간의 유의한 차이를 보였다 (x^2=30.71, p<.001).

우리나라 병원에서 호스피스 간호가 활발하게 시행되기 위해서 필요한 노력에 대한 다중응답 질문에 간호사, 의사와 호스피스 자원봉사자 모두 정부에서 호스피스 운영병원으로 경제적 지원이 필요하다고 가장 많이 응답하였다. 정부에서 병원측의 호스피스 간호 인식과 필요성을 고취시켜야 하는 부분 (x^2=10.62, p=.005)과 병원 측에서 환자들에게 호스피스 간

Table 2. Hospice Care according to the Three Groups (N=252)

Items	Nurse (n=91) n (%)	Doctor (n=80) n (%)	HV (n=81) n (%)	x^2	p
The most necessary knowledges or skills in hospice (Ranking)					
1st	PP 72 (79.1)	PP 55 (68.8)	PP 62 (76.5)		.152†
2nd	MK 40 (44.0)	MK 42 (52.5)	NK 37 (45.7)	30.71	<.001
3rd	NK 46 (50.5)	NK 55 (68.8)	NK 30 (37.0)	26.63	.001
The effort to be well control in the hospice‡					
Raising understanding and necessity of the hospice	44 (48.4)	21 (26.3)	38 (47.5)	10.62	.005
Economical support to hospital	49 (53.8)	45 (56.3)	49 (61.3)	0.78	.676
Promotion about hospice	44 (48.4)	31 (38.8)	44 (55.0)	3.99	.136
Inspiring confidence about the effects hospice care	44 (48.4)	22 (27.5)	41 (51.3)	10.16	.006
Support to hospice team	41 (45.1)	27 (33.8)	41 (51.3)	4.85	.088
Building up the hospice team's capacity	33 (36.3)	23 (28.8)	39 (48.8)	6.57	.037
Recommend family to hospice caregiver				53.59	<.001
Yes	41 (45.1)	29 (36.3)	69 (85.2)		
No	18 (19.8)	14 (17.5)	4 (4.9)		
Do not know	32 (35.2)	37 (46.2)	6 (7.4)		

HV=hospice volunteer; Pp=patient's psychology; MK=medical knowledge; NK=nursing knowledge.
† Fisher's exact test; ‡ Multiple reponses.

호효과에 대한 신뢰감을 심어줘야 한다는 부분(x^2=10.16, p=.006), 병원측에서 호스피스 팀 구성원의 역량을 강화시켜야 한다는 부분(x^2=6.57, p=.037)에서는 의사의 응답이 낮았다. 가족이나 친지 중에서 호스피스 요원이 될 기회가 있으면 권유하겠는지에 대한 질문에 간호사와 호스피스 자원봉사자는 '예' 라고 가장 많이 응답하였고 의사는 '모르겠다'라고 가장 많이 응답하였으며 간호사, 의사와 호스피스 자원봉사자 집단 간의 유의한 차이를 보였다(x^2=53.59, p<.001).

3. 호스피스 간호의 필요성에 대한 인식정도

호스피스 간호의 필요성에 대한 인식정도에 관한 결과는 Table 3과 같다.

호스피스 필요성에 대한 응답의 평균은 간호사가 3.96, 의사는 3.87이었고 호스피스 자원봉사자는 4.19로 나타나 호스피스 자원봉사자들이 호스피스 간호에 대한 필요성 정도에 대한 전반적인 인식정도가 간호사와 의사보다 높았다(F=12.47, p<.001).

호스피스 자원봉사자, 간호사와 의사 순으로 대학병원이나 종합병원에는 호스피스 병동이 반드시 있어야 한다고 응답했고(F=41.59, p<.001), 호스피스 자원봉사자들이 간호사와 의사에 비해 말기 환자에게 생명연장을 위한 시술은 의미가 없다는 점에 대해 인식정도가 높았다(F=16.22, p<.001). 호스피스 간호는 의료인의 중요한 역할이라는 점에 대해 의사가 호스피스 자원봉사자보다 인식정도가 낮았다(F=5.12, p=.007).

간호사는 말기 환자들이 자신의 외모를 다른 사람에게 보이기 싫어한다는 점(F=3.98, p=.020)과, 핵가족화로 인해 가족들이 말기 환자를 돌봐줄 시간이 적을 것이라는 점(F=4.40, p=.013)에 대해서는 호스피스 자원봉사자보다는 그 인식 정도가 낮았다. 말기 환자들이 자신의 문제에 대해 의료인과 상의하기를 원하나 충분한 시간과 기회를 갖지 못한다는 점에서는 호스피스 자원봉사자들이 간호사와 의사보다 인식정도가 낮았다(f=3.51, p=.032).

4. 사전의사결정에 대한 인식정도

사전의사결정서 인식 정도에 관한 결과는 Table 4와 같다.

사전의사결정에 대해 간호사는 84.6%, 의사는 71.3%, 호스피스 자원봉사자는 58.0%가 들어본 적이 있다고 응답하여 세 그룹간의 유의한 차이가 있었다(x^2=14.99, p=.001). 구두 사전의사결정도 효력이 있다고 응답한 간호사는 60.4%, 의사는 48.8%, 호스피스 자원봉사자는 77.8%로 유의한 차이가 있었으며(p<.001), 의사결정자에 대한 질문에서는 간호사

Table 3. The Needs of Hospice according to the Three Groups (N=252)

Items	Nurse (n=91) M±SD	Doctor (n=80) M±SD	HV (n=81) M±SD	F Scheffe	*p*
Need to keep hospice ward in general hospital	4.31±0.68[a]	3.53±1.37[b]	4.81±0.42[c]	41.59	<.001
Hospice care is one of the most important role of medical personnel	4.26±0.66	4.13±0.80[a]	4.48±0.67[b]	5.12	.007
No meaningful to extend the hospice patient's life	3.37±0.99[a]	3.29±1.10[a]	4.11±0.95[b]	16.22	<.001
Feel a great fear when hospice patients watch to die beside patients	4.38±0.68	4.28±0.89	4.15±0.88	1.80	.167
Dying in intensive care unit or treatment room is non ethical procedure	3.33±1.01	3.50±1.07	3.63±1.26	1.57	.210
Dislike showing their appearance of terminally ill patients to other people	3.65±0.72[a]	3.71±0.84	3.98±.82[b]	3.98	.020
Must have a separate ward beacause of fluctuating their feelings	4.07±0.76	3.99±0.82	4.25±0.87	2.15	.118
Because of the numbers of nuclear families, the family is the lack of time to care for terminally ill patients	4.16±0.67[a]	4.29±0.66	4.44±0.50[b]	4.40	.013
Not enough time to take up with medical team	4.10±0.67[a]	4.13±0.70[a]	3.83±1.00[b]	3.51	.032
Total	3.96±0.43[a]	3.87±0.45[a]	4.19±0.36b	12.47	<.001

HV=hospice volunteer.
[a, b, c]=Sample letters significantly different.

79.1%, 의사 68.8% 그리고 호스피스 자원봉사자 54.3%가 환자와 가족이라고 응답하였고 그룹간의 유의한 차이를 보였다 (p=.001).

사전의사결정서에 대한 설명의 시기에 대해서는 간호사 62.6%, 의사 63.8%와 호스피스 자원봉사자 48.1%가 말기 단계나 전이라고 진단받았을 때로 응답하여 유의한 차이를 보였고(p=.020), 동의서 작성의 시기에 대해서는 간호사 56.0%, 의사 61.3%, 호스피스 자원봉사자가 59.3%가 역시 말기 단계나 전이라고 진단받았을 때로 응답하여 유의한 차이를 보였다(p<.001).

의료적 권한 법정대리인의 지정에 대해 간호사의 85.7%, 의사의 57.5%가 들어보았다고 응답하였으나 호스피스 자원봉사자의 54.3%가 들어보지 못했다고 응답하여 유의한 차이를 보였다(x^2=31.85, p<.001). 의료적 권한 법정대리인 지정에 찬성하는 대상자 중 간호사의 66.2%, 의사의 51.9%, 호스피스 자원봉사자의 79.7%가 대리인은 환자의 의견을 가장 잘 아는 사람일 것이라고 응답하였고 그룹 간의 유의한 차이가 있었다(p=.026).

가족 중 한 사람이 말기 암 상황일 때 가족인 환자가 심폐소생술을 받기 원한다고 대답한 대상 중 간호사 69.6%, 의사 55.6%는 치료 과정에 최선을 다하기 위함이라고 응답하였으나 호스피스 자원봉사자의 66.7%는 가족으로서의 의무감이라고 응답하여 그룹간의 유의한 차이가 있었다(p=.043). 반면, 가족 중 한 사람이 말기 암 상황일 때 가족인 환자가 심폐소생술을 받길 원하지 않다고 응답한 대상자 중 간호사 54.4%는 심폐소생술로 인한 통증으로 환자의 삶의 질을 떨어뜨린다고 응답하였고, 의사의 50.8%와 호스피스 자원봉사자의 65.2%가 본인이 무의미한 생명연장을 원치 않다고 응답하여 세 그룹간의 유의한 차이가 있었다(p=.041).

5. 의학적 선택 사항 인식정도

의학적 선택 사항 인식정도에 관한 결과는 Table 5와 같다.

의학적 선택 사항에 대한 세 그룹 간의 유의한 차이를 보이는 항목은 다음과 같다. 간호사의 75.8%, 의사의 57.5%, 호스피스 자원봉사자의 92.6%가 경관(tube)을 통한 인공 영양식

Table 4. Advance Directives according to the Three Groups (N=252)

Items	Categories	Nurse (n=91)	Doctor (n=80)	HV (n=81)	x^2	p
		n (%)	n (%)	n (%)		
Heard of ADs	Yes	77 (84.6)	57 (71.3)	47 (58.0)	14.99	.001
	No	14 (15.4)	23 (28.8)	34 (42.0)		
Agree with ADs	Yes	90 (98.9)	80 (100)	79 (97.5)		.526†
	No	1 (1.1)	0 (0.0)	2 (2.5)		
Need of document ADs	Yes	89 (97.8)	75 (93.8)	74 (91.4)		.162†
	No	2 (2.2)	4 (5.0)	7 (8.6)		
	Do not know	0 (0.0)	1 (1.3)	0 (0.0)		
Effects of verbal ADs	Yes	55 (60.4)	39 (48.8)	63 (77.8)		<.001†
	No	36 (39.6)	41 (51.3)	16 (19.8)		
	Do not know	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (2.5)		
Decisionmaker of ADs	Patient	19 (20.9)	24 (30.0)	31 (38.3)		.001†
	Family	0 (0.0)	1 (1.3)	6 (7.4)		
	Patient & Family	72 (79.1)	55 (68.8)	44 (54.3)		
Time to explain ADs	Diagnose cancer	20 (22.0)	8 (10.0)	28 (34.6)		.020†
	First admission	6 (6.6)	12 (15.0)	11 (13.6)		
	Late stage or metastasis	57 (62.6)	51 (63.8)	39 (48.1)		
	Near death	7 (7.7)	8 (10.0)	1 (1.2)		
	The others	1 (1.1)	0 (0.0)	2 (2.5)		
	Do not know	0 (0.0)	1 (1.3)	0 (0.0)		
Time to fill in ADs	Diagnose cancer	10 (11.0)	1 (1.3)	15 (18.5)		<.001†
	First admission	3 (3.3)	5 (6.3)	9 (11.1)		
	Late stage, metastasis	51 (56.0)	49 (61.3)	48 (59.3)		
	Near death	26 (28.6)	23 (28.8)	7 (8.6)		
	The others	1 (1.1)	0 (0.0)	2 (2.5)		
	Do not know	0 (0.0)	1 (1.3)	0 (0.0)		
Heard of medical power attorney	Yes	78 (85.7)	46 (57.5)	37 (45.7)	31.85	<.001
	No	13 (14.3)	34 (42.5)	44 (54.3)		
Agree with medical power attorney						
Yes	They knows me well	45 (66.2)	28 (51.9)	47 (79.7)		.026†
	Family's decision is important	1 (1.5)	3 (5.6)	1 (1.7)		
	May have decision of financial consideration	19 (27.9)	14 (25.9)	9 (15.3)		
	They agree with me	3 (4.4)	8 (14.8)	2 (3.4)		
No	May be different decision about therapy	16 (69.6)	9 (52.9)	9 (42.9)		.242†
	I'm the only one have decision	5 (21.7)	4 (23.5)	9 (42.9)		
	May have decision of financial consideration	2 (8.7)	1 (5.9)	1 (4.8)		
	Not I but family want to extends life	0 (0.0)	3 (17.6)	2 (9.5)		
Need of CPR in terminal situation						
Yes	May make recovery	3 (100)	0 (0.0)	1 (25.0)		.114†
	Do my best to treat	0 (0.0)	0 (0.0)	3 (75.0)		
No	Impossible to recovery	14 (15.9)	11 (14.3)	11 (14.3)	2.09	.718
	Meaningless of extends life	66 (75.0)	55 (71.4)	60 (77.9)		
	Low quality because of CPR	8 (9.1)	11 (14.3)	6 (7.8)		
Need of CPR in terminal situation to family						
Yes	Do their best to treat	16 (69.6)	5 (55.6)	3 (25.0)		.043†
	Patient may want	2 (8.7)	1 (11.1)	1 (8.3)		
	A sense of duty	5 (21.7)	2 (22.2)	8 (66.7)		
No	Low quality because of CPR	37 (54.4)	32 (49.2)	23 (33.3)		.041†
	Meaningless of extends life	29 (42.6)	33 (50.8)	45 (65.2)		
	Financial consideration	1 (1.5)	0 (0.0)	1 (1.4)		

HV=hospice volunteer; ADs=advance directives; CPR=cardiopulmonary resuscitation.
† Fisher's exact test.

Table 5. Medical Options according to the Three Groups (N=252)

Items		Nurse (n=91) n (%)	Doctor (n=80) n (%)	HV (n=81) n (%)	x^2	p
Comfortable and painless care	Yes	90 (98.9)	80 (100.0)	77 (95.1)		.080†
	No	1 (1.1)	0 (0.0)	4 (4.9)		
Living when coma	Yes	3 (3.3)	3 (3.8)	2 (2.5)		.909†
	No	88 (96.7)	77 (96.3)	79 (97.5)		
Gavage	Yes	22 (24.2)	34 (42.5)	6 (7.4)	26.73	<.001
	No	69 (75.8)	46 (57.5)	75 (92.6)		
Intravenous nutrition	Yes	60 (65.9)	51 (63.8)	15 (18.5)	47.40	<.001
	No	31 (34.1)	29 (36.3)	66 (81.5)		
Transfusion	Yes	32 (35.2)	45 (56.3)	13 (16.0)	28.35	<.001
	No	59 (64.8)	35 (43.8)	68 (84.0)		
Blood and radiology test	Yes	40 (44.0)	50 (61.5)	17 (21.0)	30.30	<.001
	No	49 (53.8)	28 (35.0)	64 (79.0)		
Radiotherapy	Yes	31 (34.1)	40 (50.0)	16 (19.8)	16.26	<.001
	No	59 (64.8)	40 (50.0)	65 (80.2)		
Chemotherapy	Yes	34 (37.4)	45 (56.3)	14 (17.3)	26.26	<.001
	No	57 (62.6)	35 (43.8)	67 (82.7)		
Dialysis	Yes	29 (31.1)	37 (46.3)	12 (14.8)	18.71	<.001
	No	62 (68.9)	43 (53.8)	69 (85.2)		
Blood pressor agent	Yes	27 (29.7)	31 (38.8)	12 (14.8)	11.75	.003
	No	64 (70.3)	49 (61.3)	69 (85.2)		
Use an artificial respiration	Yes	6 (6.6)	12 (15.0)	7 (8.6)	3.59	.167
	No	85 (93.4)	68 (85.0)	74 (91.4)		
Use intensive care unit	Yes	7 (7.7)	20 (25.0)	4 (4.9)	17.82	<.001
	No	84 (92.3)	60 (75.0)	77 (95.1)		
CPR	Yes	3 (3.3)	3 (3.8)	3 (3.7)		1.000†
	No	88 (96.7)	77 (96.3)	78 (96.3)		

HV=hospice volunteer; CPR=cardiopulmonary resuscitation.
† Fisher's exact test.

의 공급을 원하지 않았고(x^2=26.73, p<.001), 간호사의 65.9%와 의사의 63.8%는 정맥 주사를 통해 인공영양의 공급을 원한다고 응답하였지만, 호스피스 자원봉사자의 81.5%는 원하지 않는다고 응답하였다(x^2=47.40, p<.001). 간호사의 64.8%와 호스피스 자원봉사자의 84.0%는 수혈을 원한다고 응답하였지만, 의사의 56.3%는 원하지 않는다고 응답하였다(x^2=28.35, p<.001). 피검사 및 방사선 검사에 대해서는 간호사 53.8%와 호스피스 자원봉사자의 79.0%는 원하지 않았고, 의사의 64.1%는 원한다고 응답하였다(x^2=30.30, p<.001). 간호사의 64.8%, 의사의 50%, 호스피스 자원봉사자의 80.2%가 방사선치료를 원하지 않았고(x^2=16.26, p<.001), 간호사의 62.6%와 호스피스 자원봉사자의 82.7%는 항암치료를 원하지 않았지만, 의사의 56.3%는 항암치료를 원한다고 응답하였다(x^2=26.26, p<.001). 승압제 사용에 대해서는 간호사의 70.3%, 의사의 61.3%와 호스피스 자원봉사자의 85.2%가 원하지 않았고(x^2=11.75, p=.003), 중환자실 사용에 대해서는 간호사의 92.3%, 의사의 75.0%와 호스피스 자원봉사자의 95.1%가 원하지 않는다고 응답하였다(x^2=17.82, p<.001).

논 의

말기 암 환자를 돌보는 간호사, 의사와 호스피스 자원봉사자의 호스피스 간호와 사전의사결정에 대한 인식정도를 비교하고자 수행한 연구결과를 중심으로 논의하고자 한다.

연구대상자의 일반적 특성 중 말기 암으로 투병한 가족이 있는지에 대한 응답에 간호사 20.9%, 의사 25%가 있다고 답하여 의사를 대상으로 한 손덕승(2008)의 연구에서 21.6%로 나온 것과 유사한 결과를 보이나, 호스피스 자원봉사자 50.6%와는 차이를 보였다. 이는 간호사, 의사의 평균 연령대와 호스피스 자원봉사자의 평균 연령대가 차이가 나는 점과 사별 경험이 많은 사람이 호스피스 자원봉사를 하길 원했다는 점에서 기인하는 차이로 보인다.

연구대상자의 종교에 대해서는 간호사 46.2%와 의사 46.3%로 무교가 가장 많았지만 의사와 간호사를 대상으로 한 김기현(2010)의 연구에서는 간호사의 경우 천주교 32.4%, 의사의 경우 무교 36.7%였던 것과 다소 차이가 있다. 호스피스 자원봉사자는 천주교가 64.2%로 가장 많았고 호스피스 자원봉사자를 대상으로 한 최외선 등(2007)의 연구에서도 천주교가 45.7%로 가장 많았다. 하지만 간호사를 대상으로 한 지경애와 김은주(2005), 이용주(2004)의 연구와 호스피스 자원봉사자를 대상으로 한 김명숙, 이정숙과 김형철(2007)의 연구에서 대상자들의 종교에 따른 호스피스 태도의 차이는 없었다.

호스피스 간호의 전반적인 인식에 대한 항목에서 호스피스 간호에 가장 필요한 지식이나 기술에 대해서 이용주(2004)의 간호사를 대상으로 한 연구에서 91.5%가 '환자심리'라고 응답한 것이 본 연구에서의 간호사, 의사와 호스피스 자원봉사자의 의견과 일치하였다. 호스피스 간호의 목표인 말기 환자의 인간으로서의 존엄성을 위한 총체적 돌봄이라는 맥락과 일치한다고 볼 수 있다. 호스피스 간호가 활발히 시행되기 위해서 필요한 노력에 대해 간호사, 의사와 호스피스 자원봉사자 모두 호스피스 운영 병원에 대한 정부의 경제적 지원을 가장 많이 선택하였는데, 이는 간호사를 대상으로 한 이용주(2004)와 간호학생을 대상으로 한 한지영과 이내영(2009)의 연구에서 호스피스 운영 주체는 각각 55.4%, 32.9%로 국가가 지원하는 종교 및 봉사단체라고 응답하여, 이는 호스피스 간호에 대한 인식이 높아짐에 따라 국가 지원의 필요성에 대한 요구가 증가된 것으로 생각된다. 호스피스 자원봉사자의 85.2%가 가족이나 친지 중에 호스피스 요원이 될 기회가 있으면 권유하겠다고 하여 간호사와 의사보다 높은 응답률을 보였는데, 연구자의 임상경험에 비추어 볼 때 호스피스 자원봉사자들은 중년으로서의 삶의 경험에서 자신감을 가지고 말기 암 환자를 돌보는 일에 의의를 두고 있기에 타인에게 권장하게 된다고 이해된다.

호스피스 간호의 필요성에 대해서 간호사는 평균 3.96, 의사는 평균 3.87, 호스피스 자원봉사자는 평균 4.19로 간호학생을 대상으로 한 한지영과 이내영(2009)이 제시한 평균 4.06보다 낮게 조사되었다. 책 또는 교과과정을 통해 이론적으로나마 호스피스 간호에 대해 알고 있는 간호학생에 비해, 병원 현장에서 근무하고 있는 간호사와 의사의 점수가 낮았다는 점은, 응답한 간호사의 74.7%와 의사의 60%가 호스피스 환자를 직접적으로 접한 경험이 없고, 각자의 영역에서 다양한 환자들을 돌보고 있어 상황적으로 호스피스 간호의 필요성에 대한 점수가 낮은 것으로 생각된다. 연구대상자들의 호스피스 간호 필요성에 대한 평균 점수와 몇몇의 개별 항목별 점수에서도 호스피스 자원봉사자의 점수는 간호사와 의사보다 유의하게 높았는데, 이는 대상자의 일반적 특성에서 밝혔듯이 종교의 특성을 떠나서, 호스피스 환자를 돌본 경험이나 자원봉사자들이 선택적으로 호스피스 간호라는 목표로 일련의 교육을 받고 자원봉사하고 있는 특성에서 기인한 것으로 생각된다. 호스피스 간호의 필요성에 대한 한지영과 이내영(2009) 연구의 Cronbach's α (.64)값과, 본 연구에서의 Cronbach's α (.61) 값이 낮게 측정되어 연구의 제한점이 있다. 앞으로의 유사연구에서는 임상에서의 호스피스 환자들에 대한 충분한 이해 및 추가적 접근으로 호스피스 간호의 필요성을 파악할 수 있는 항목 개발이 필요할 것이다.

사전의사결정에 대해 들어본 적이 있는가에 대한 응답에 호스피스 자원봉사자가 간호사와 의사보다 다소 낮은 응답률을 보여 의료진과 환자와 보호자 간의 의사소통인 사전의사결정서에 대한 호스피스 자원봉사자의 인지도가 다소 낮았던 것으로 보인다. 사전의사결정서의 필요성에 대해 대상자 대부분 찬성의 입장을 보인 것은 김기현(2010)의 연구에서 간호사 100%, 의사 86.7%의 결과와, 손덕승(2008)의 연구에서 의사 97.9%의 결과와 같아 대부분이 사전의사결정서에 대해 긍정적인 반응이 나타났다.

사전의사결정서의 의사결정자에 대해 간호사 79.1%, 의사 68.8%와 호스피스 자원봉사자 54.3%가 '환자와 가족 모두'라고 가장 많이 응답하였지만 그 정도에 대해서는 세 집단 간의 차이가 있었다. 김기현(2010)의 연구에서 간호사 73.5%, 의사 63.3%와 손덕승(2008)의 연구에서 의사 61.9%가 '환자와 가족 모두'로 응답한 것과 일치하게 나타났고, 우리나라의 경우 무의미한 연명 치료의 중단 시 환자의 자발적인 결정권보다는 가족이나 의사에 의해 주로 결정되고 있어, 환자의 자기 결정권을 보호하는 사전의사결정서의 도입이 필요하고, 본 연구의 호스피스 자원봉사자들의 38.3%가 환자의 자기 결정권을 존중하는 의미를 부여한 것으로 여겨진다.

사전의사결정서의 작성시기와 설명시기 모두 '말기단계나

전이라고 진단받았을 때'로 가장 많이 응답하였고 이는 김기현(2010)의 연구에서 간호사 58.8%, 의사 60%가 '말기단계나 전이라고 진단받았을 때'로 응답한 것과 일치한다. 사전의사결정서 작성의 시기로 두 번째로 많이 응답한 항목은 간호사 28.6%와 의사29.1%가 '임종에 임박했을 때'라고 하였고, 호스피스 자원봉사자의 18.5%는 '암이라고 진단받았을 때'라고 응답하였다. 사전의사결정서 작성의 목적이 환자 자신의 의지대로 치료를 선택할 수 없는 의식 상실 등 어떠한 특정 상황에 놓일 때를 대비하여 사전에 특정한 유형의 의료조치를 하거나 하지 말아 달라고 요청하는 것이고, 임종에 임박했을 때의 상황은 사전의사결정서 작성이 불가능할 것이다. 간호사와 의사는 호스피스 자원봉사자보다 사전의사결정서 존재에 대한 인식도는 높았지만 정작 그 목표나 취지에 대한 인식은 호스피스 자원봉사자보다 못한 것으로 사료된다.

의료적 권한 법정대리인 지정에 대해서는 손덕승(2008)과 김기현(2010)의 연구결과와 같이 긍정적으로 생각하고 있는 것으로 나타났다. 환자의 생각을 전달해준 가족을 의료적 권한 법정 대리인으로 지정(김기현, 2010)하여 법적으로 보호받고 가족들을 위해서나 자기 결정권을 보호할 수 있는 의료적 권한 법정 대리인의 제도가 필요하다.

대상자 본인을 말기 암 환자라고 가정하고 의학적 선택 사항에 대해 물은 질문에서 대상자들 모두 편안하고 통증없는 돌봄을 원하고, 의식불명 상태에서 살기 원하지 않는다는 점에서 김기현(2010)의 연구결과와 같았고 심폐소생술을 원하지 않는 부분에서도 손덕승(2008)과 김기현(2010)의 연구결과와 같았다. 경관으로의 영양 공급, 정맥으로의 영양 공급, 피검사 및 방사선 검사, 방사선 치료, 항암치료, 투석, 승압제 사용과 중환자실 사용 인식에서 간호사, 의사와 호스피스 자원봉사자간의 차이가 있었다. 공통적으로 발견되는 부분은, 호스피스 자원봉사자가 모든 항목에서 두드러지게 원하지 않는 입장을 보였는데, 연명치료 인식에 관한 부분과 연관해 본다면 호스피스 자원봉사자들은 원하지 않았던 항목들을 불필요한 부분으로 인식하고 있음을 알 수 있다.

본 연구결과를 통하여 볼 때 호스피스 자원봉사자들이 간호사와 의사에 비해 호스피스 간호의 필요성에 대한 인식이 높았고, 간호사, 의사와 호스피스 자원봉사자들의 사전의사결정에 대한 의견의 차이가 있음을 알 수 있었다. 또한 환자 치료에 직접적으로 관계하는 간호사와 의사의 호스피스 간호에 대한 필요성과 사전의사결정 인식수준 향상을 위한 정보제공이 필요하다고 생각한다.

결 론

본 연구는 말기 암 환자를 돌보는 간호사, 의사와 호스피스 자원봉사자의 호스피스 간호와 사전의사결정에 대한 인식정도를 비교 분석하고자 수행하였으며, 연구결과 말기 암 환자를 돌보는 의료인인 간호사와 의사가 호스피스 자원봉사자보다 호스피스 간호의 인식과 필요성에 대한 정도와 사전의사결정서 적용시기에 대한 이해 정도는 낮고 연명치료에 대한 요구는 높은 것으로 확인되었다.

이상의 연구결과로부터 다음과 같이 제언하고자 한다.

첫째, 간호사와 의사의 호스피스 간호의 필요성과 사전의사결정의 중요성에 대한 인식수준 향상을 위해 완화의료 환자를 전적으로 돌보는 소수의 의료진뿐만 아니라 그 외의 암 환자를 돌보는 모든 의료진 및 재학중인 간호대, 의대 학사 교과과정이나 임상교육현장에서 호스피스간호에 대한 정규적이고 체계적인 홍보 및 교육이 강화되어야 한다고 본다,

둘째, 말기 암 환자들의 남은 삶의 질 향상을 위해 호스피스 간호를 활성화하고 사전의사결정서를 적극적으로 도입할 것을 제언한다.

REFERENCES

구인회(2008). *독일과 오스트리아에서의 사전의료지시(학술대회자료).* 가톨릭대학교 가톨릭생명윤리연구소, 서울.

국민건강보험공단(2007). *건강보험 암 환자 분석 보도자료.* Retrieved April 23, 2012, from http://www.nhic.or.kr/portal/site/main/menuitem.31f14893bf4f6c38b31148b4062310a0/

김기현(2010). *폐암 환자, 가족, 의사, 간호사의 사전의료 지시서에 대한 반응비교.* 경기대학교 대학원 석사학위논문, 수원.

김명숙, 이정숙, 김형철(2007). 호스피스 자원봉사자 교육 프로그램 참여군과 비참여군의 호스피스에 대한 인식과 삶의 의미 비교. *종양간호학회지, 7*, 131-139.

김화순(2003). *말기 암 환자의 삶의 질 변화과정에 관한 연구: 근거이론 접근 방법으로.* 가톨릭대학교 박사학위논문, 서울.

보건복지부 중앙암등록본부(2009). *2006~2007년 암통계 보도자료.* Retrieved April 23, 2012, http://www.cancer.go.kr/cms/data/edudata/__icsFiles/afieldfile/2009/12/21/cancerstatistics_2006-2007 (a).pdf

손덕승(2008). *호스피스병동 암 환자 및 내과의사의 사전의사결정에 대한 인식.* 가톨릭대학교 석사학위논문, 서울.

손선영(2007). 호스피스 완화간호와 삶의 질. *간호학 탐구, 16*(2), 121-134.

이경주, 황경혜, 라정란, 홍정아, 박재순(2006). 좋은 죽음의 개념 분석. *호스피스교육연구소지, 10*, 23-39.

이용주(2004). *죽음과 호스피스에 대한 간호사의 인식 및 태도 조사연*

구. 대전대학교 석사학위논문, 대전.

이지애(2009). *말기 암 환자의 무의미한 연명치료중단과 사전의사결정에 대한 의료인(의사, 간호사)의 인식: 포커스그룹 인터뷰 분석기법.* 고려대학교 석사학위논문, 서울.

지경애, 김은주(2005). 간호사의 호스피스 태도에 영향을 미치는 요인. *정신간호학회지, 14*, 285-291.

최외선, 최선남, 서월금(2007). 호스피스 자원봉사자의 자기효능감과 죽음불안에 관한 연구. *한국가족복지학, 12*(2), 193-210.

한지영, 이내영(2009). 일부 간호학생의 죽음 관련 태도와 호스피스인식에 대한 실태조사. *종양간호학회지, 9*, 95-103.

허대석(2001). 무의미한 치료의 중단. *대한의사협회지, 44*, 956-962.

Christopher, S. A. (2010). The relationship between nurses' religiosity and willingness to let patients control the conversation about end-of-life care. *Patient Education and Counseling, 78*, 250-255.

McMillen, R. E. (2008). End of life decisions: nurses perceptions, feelings and experiences. *Intensive and Critical Care Nursing, 24*, 251-259.

Saraiya, B., Bodnar-Deren, S., Leventhal., E., & Leventhal., H. (2008). End-of-life planning and its relevance for patients' and oncologists' decisions in choosing cancer therapy. *Cancer, 113*, 3540-3547.

Wu, H. R., & Volker, D. L. (2009). Living with death and dying: The experience of Taiwanese hospice nurses. *Oncology Nursing Forum, 36*, 578-584.

- 부 록 -

설 문 지

안녕하십니까?

저희는 부산대학교병원 암센터 입원진료실에서 근무하고 있는 직원입니다.

본 설문지는 「말기 환자를 돌보는 간호사, 의사와 호스피스 자원봉사자의 호스피스 및 사전 의사결정에 대한 인식」을 조사하고자 작성된 것입니다. 귀하께서 주시는 모든 응답내용은 순수한 연구 목적으로만 사용될 것이며, 또한 무기명으로 실시되는 것이오니 바쁘시더라도 한 항목도 빠짐없이 솔직하게 응답해 주시면 감사하겠습니다.

진료 과를 불문하고 말기 암 환자를 간호해보신 적인 있는 분들의 의견들을 보고자 합니다.

그리고 귀하께서 주시는 모든 의견은 보다 나은 호스피스 간호를 위하여 유용한 자료가 되리라 생각합니다. 협조해주셔서 감사합니다.

본 연구 참여에 동의할 의사가 있으시면 아래 동의서에 서명하여 주시기 바랍니다.

본인은 연구에 참여할 의사가 있습니다. 설문조사 과정에서 참여자의 익명을 보장하고 연구 참여 도중 원하지 않을 경우 언제든지 거절할 수 있음을 연구자에게 설명 받았습니다.

2010년 월 일

참여자 성명 _____ 서 명 _____

2010년 8월

부산대학교 암센터입원진료실

(051-240-7720)

<간호사용 설문지>

NO. _____

1. 일반적 사항

1) 성　　별: ① 남　② 여
2) 연　　령: 만_____세
3) 결혼상태: ① 미혼　② 기혼　③ 이혼 또는 별거　④ 사별
4) 종　　교: ① 기독교　② 천주교　③ 불교　④ 무교　⑤ 기타 (　　)
5) 학　　력: ① 전문대학 졸업　② 대학교 졸업　③ 대학원 이상
6) 귀하의 근무 경력은 어떠합니까?
   현재: (　　)과 병동 근무 (　) 년 (　) 개월
   이전(모두기입 바랍니다.): (　　)
7) 호스피스 환자 돌봄 경험(경력)이 있습니까? 있다면, 그 기간을 적어주세요.
   ① 있다 (　　) 년 (　　)개월　② 없다
8) 가족 중 말기 암 투병한 분이 있습니까? ① 있다 ② 없다
9) 최근 5년 이내에 가족의 죽음을 경험한 적이 있습니까?
   ① 있다　② 없다
10) 최근 1년 이내에 환자의 죽음을 경험한 적이 있습니까?
   ① 있다　② 없다
   있다면, 약 몇 명의 환자의 죽음을 경험하셨습니까? (　　)명
11) 간호사로서 환자의 죽음을 경험하였을 때 어떤 감정을 느끼셨습니까? 있는 대로 모두 선택하여 주십시오.
   ① 슬픔　② 허무　③ 무감정　④ 절망감　⑤ 평화로움　⑥ 공포　⑦ 기타

<의사용 설문지>

NO. _____

1. 일반적 사항

1) 성　　별: ① 남　② 여
2) 연　　령: 만_____세
3) 결혼상태: ① 미혼　② 기혼　③ 이혼 또는 별거　④ 사별
4) 종　　교: ① 기독교　② 천주교　③ 불교　④ 무교　⑤ 기타 (　　)
5) 학　　력: ① 의과대학 졸업　② 의학전문대학원 졸업　(의전원 입학 이전 졸업학과: 　　)
6) 귀하의 경력은 어떠합니까?
   ① 인턴　② (　　)과 수련의 (　　)년차
7) 호스피스 환자 돌봄 경험(경력)이 있습니까? 있다면, 그 기간을 적어주세요.
   ① 있다 (　　) 년 (　　)개월　② 없다
8) 가족 중 말기 암 투병한 분이 있습니까?
   ① 있다　② 없다
9) 최근 5년 이내에 가족의 죽음을 경험한 적이 있습니까?
   ① 있다　② 없다
10) 최근 1년 이내에 환자의 죽음을 경험한 적이 있습니까?
   ① 있다　② 없다
   있다면, 약 몇 명의 환자의 죽음을 경험하셨습니까? (　　)명
11) 의사로서 환자의 죽음을 경험하였을 때 어떤 감정을 느끼셨습니까? 있는 대로 모두 선택하여 주십시오.
   ① 슬픔　② 허무　③ 무감정　④ 절망감　⑤ 평화로움　⑥ 공포　⑦ 기타

<호스피스 자원봉사자용 설문지>

NO. _____

1. 일반적 사항

1) 성　　별: ① 남　② 여
2) 연　　령: 만_____세
3) 결혼상태: ① 미혼　② 기혼　③ 이혼 또는 별거　④ 사별
4) 종　　교: ① 기독교　② 천주교　③ 불교　④ 무교　⑤ 기타 (　　)
5) 학　　력: ① 전문대학 졸업　② 대학교 졸업　③ 대학원 이상
6) 귀하의 호스피스 자원봉사경험 기간(경력)은 어떠합니까? (　　) 년 (　　) 개월
7) 호스피스 환자 돌봄 경험(경력)이 있습니까? 있다면, 그 기간을 적어주세요.
   ① 있다 (　　) 년 (　　)개월　② 없다
8) 가족 중 말기 암 투병한 분이 있습니까?
   ① 있다　② 없다
9) 최근 5년 이내에 가족의 죽음을 경험한 적이 있습니까?
   ① 있다　② 없다
10) 최근 1년 이내에 환자의 죽음을 경험한 적이 있습니까?
   ① 있다　② 없다
   있다면, 약 몇 명의 환자의 죽음을 경험하셨습니까? (　　)명
11) 호스피스 자원봉사자로서 환자의 죽음을 경험하였을 때 어떤 감정을 느끼셨습니까? 있는 대로 모두 선택하여 주십시오.
   ① 슬픔　② 허무　③ 무감정　④ 절망감　⑤ 평화로움　⑥ 공포　⑦ 기타

_____
_____

2. 호스피스 간호

> 죽음을 앞둔 말기환자와 그 가족을 사랑으로 돌보는 행위로써, 환자가 남은 여생 동안 인간으로서의 존엄성과 높은 삶의 질을 유지하면서 삶의 마지막 순간을 평안하게 임종을 맞이하도록 신체적 · 정서적 · 사회적 · 영적으로 도우며, 사별가족의 고통과 슬픔을 경감시키기 위한 총체적인 돌봄(holistic care)입니다.

1) 호스피스 간호에 관하여 가장 필요한 지식 또는 기술은 무엇이라고 생각하시는지 순서대로 나열해 주십시오.
   < → → → → >
   ① 환자심리　② 의학적 지식　③ 간호적 지식　④ 종교교리　⑤ 기타(　　)

2) 우리나라 병원에서 호스피스 간호가 활발하게 시행되기 위해서는 어떤 노력이 필요하다고 보시는지 있는 대로 고르십시오.
   ① 정부에서 병원 측의 호스피스 간호 인식과 필요성을 고취시킨다.
   ② 정부에서 호스피스 운영 병원으로 경제적 지원을 한다.
   ③ 병원에서 환자, 보호자 및 내원객들에게 호스피스 간호에 대한 홍보를 실시한다.
   ④ 병원 측에서 환자들에게 실제 적용한 예를 토대로 호스피스 간호 효과에 대한 신뢰감을 심어준다.
   ⑤ 병원 측에서 호스피스 팀에 관심을 가지고 지원을 한다.
   ⑥ 병원 측에서 집담회 및 보수교육 등을 실시하여 호스피스 팀 구성원의 역량을 강화시킨다.
   ⑦ 기타 (　　)

3) 가족이나 친지 중에서 호스피스 요원이 될 기회가 있으면 권유하시겠습니까?
   ① 예　② 아니오　③ 모르겠다

3. 호스피스 간호의 필요성

1) 다음은 호스피스 간호의 필요성을 설명한 것입니다. 다음 문항들을 읽으시고 해당란에 V표를 하시기 바랍니다.

번호	문 항	매우 그렇다	대체로 그렇다	보 통	대체로 그렇지 않다	거의 그렇지 않다
①	대학병원이나 종합병원에는 호스피스병동이 반드시 있어야 한다.					
②	호스피스 간호는 의료인의 중요한 역할 중 하나이다.					
③	말기환자에게 생명연장을 위한 시술은 의미없는 일이다.					
④	옆자리에서 임종하는 환자를 본 말기환자는 공포감이 클 것이다.					
⑤	말기환자에게 중환자실이나 처치실에서 임종을 맞게 하는 것은 비윤리적이다.					
⑥	말기환자들은 자신의 외모를 다른 사람에게 보이기 싫어한다.					
⑦	말기환자는 감정의 변화를 많이 겪는다. 그러므로 병동이 따로 있어야한다.					
⑧	핵가족화로 인하여 가족들이 말기환자를 돌보아줄 시간이 적다.					
⑨	말기환자들은 자신의 문제에 대해 의료인과 상의하기를 원하나 충분한 시간과 기회를 갖지 못한다.					

4. 사전의사결정에 대한 전반적 이해 -Advance Directives (ADs)

사전의사결정은 환자가 질병 등에 의해 의사결정력이 상실될 때를 대비하여 어떠한 의료 조치가 환자 자신에게 이루어지기를 원하는 가를 미리 밝혀 두는 것입니다. 세부사항으로는 본인을 대신할 의료적 권한 대행인을 세우는 문제, 생존 시 자신의 의지를 밝히는 생존 시 유언장, 심폐소생술에 대한 태도 및 여타 의학적인 선택사항이 포함되어 있습니다.

미국 호주, 일본, 대만 등에서는 사전의사결정이 보편화 되어 있으나 한국에서는 이의 개념조차 널리 알려져 있지 않습니다.

1) 사전의사결정에 대해 이전에 들어본 적이 있습니까?

① 없다 ② 있다

1-1) 들어본 적이 있다면 언제, 어떻게 알게 되었습니까? ( )

2) 사전의사결정 제도에 대해 찬성하십니까?

① 찬성 ② 반대

3) 사전의사결정에 대한 특정한 문서 양식이 필요하다고 생각하십니까?

① 필요하다 ② 필요하지 않다

4) 구두 사전의사결정도 효력이 있다고 생각하십니까?

① 예 ② 아니오

5) 사전의사결정의 의사결정자는 누가 되어야 한다고 생각 하십니까?

① 환자 ② 가족 ③ 환자 및 가족

6) 사전의사결정서에 대한 설명은 언제가 적절하며(1), 동의서 작성의 시기는 언제가 가장 적절한 시기(2)라고 생각하십니까?

< (1) 설명의 시기: (2) 동의서 작성의 시기: >

① 암이라고 진단받았을 때

② 암 치료를 위해 처음 입원할 때
③ 말기 단계나 전이라고 진단받았을 때
④ 임종에 임박했을 때
⑤ 기타 ( )

5. 의료적 권한 법정대리인(Medical power Attorney)

의료적 권한 법정대리인이란 환자가 의사결정력이 없을 때 환자를 대신하여 광범위한 의료적 결정을 내려줄 사람을 의미합니다.

1) 의료적 권한 법정대리인의 지정에 대해 들어 본 적이 있습니까?
① 예 ② 아니오

2) 의료적 권한 법정대리인의 지정에 대해 찬성하십니까?
① 찬성 ② 반대
2-1) 찬성하는 이유
① 대리인은 환자의 의견을 가장 잘 아는 사람일 것이다.
② 환자의 생각보다 가족들의 의견이 더욱 중요하다.
③ 대리인은 의료적 결정에 경제적 이유도 함께 고려할 것이다.
④ 기타 ( )
2-2) 반대하는 이유
① 치료결정에 있어 환자의 생각과 대리인의 생각이 다를 가능성이 있다.
② 환자 자신을 제외하고는 그 누구도 결정할 권리가 없다고 생각한다.
③ 경제적 이유로 환자 생각에 반대되는 결정이 내려질 수 있다.
④ 환자는 수명연장을 원하지 않는데, 가족들이 원할 수 있다.
⑤ 기타 ( )

6. 생존 시 유언장(Living Will)

생존 시 유언장이란 환자의 의사결정력이 없어질 때를 대비하여 의학적인 조치에 대한 환자의 의지를 미리 명기하는 서류입니다.

1) (내가 말기 암 환자라면)나는 내가 편안해 질 수 있도록 유지되는 모든 치료를 중단하거나 보류 할 것을 제안하며 나의 주치의는 내가 가능한 편안하게 사망할 수 있도록 협조해주길 부탁합니다.
① 예 ② 아니오

2) (내가 말기 암 환자라면)나는 말기 상황일 경우 나를 살릴 수 있는 모든 가능성을 동원하여 치료를 계속해주길 부탁합니다.
① 예 ② 아니오

7. 심폐소생술(CPR) / 심폐소생술거부 (DNR)

1) 당신이 환자라면, 말기 암 상황일 때 심폐소생술을 원하겠습니까?
① 예 ② 아니오
1-1) 예라고 답한 이유
① 회복의 가능성이 있을 수도 있으므로
② 치료를 적극적으로 수용하기 위하여
③ 기타 ( )

1-2) 아니오라고 답한이유
① 회복의 가능성이 거의 희박하므로
② 무의미한 생명연장을 원치 않으므로
③ 심폐소생술로 인해 삶의 질이 저하되므로
④ 금전적 부담으로 인해
⑤ 기타 ( )

2) 가족 중 한분이 말기 암 상황일 때 가족인 환자가 심폐소생술을 받기 원하십니까?
① 예 ② 아니오
2-1) 예라고 답한 이유
① 치료 과정에 최선을 다해야 한다고 생각하므로
② 가족환자가 심폐소생술을 원할 것 같아서
③ 가족으로서의 의무감이 있으므로
④ 기타 ( )
2-2) 아니오라고 답한 이유
① 심폐소생술로 인한 통증으로 환자의 삶의 질을 떨어뜨리므로
② 본인이 무의미한 생명연장을 원치 않으므로
③ 금전적 부담으로 인해
④ 기타 ( )

3) 심폐소생술거부 처방에 대한 의사결정은 누구 해야 한다고 생각합니까?
① 환자 ② 가족 ③ 환자와 가족 모두

4) 심폐소생술거부(DNR) 처방에 대한 설명 필요성과 심폐소생술거부(DNR) 동의서의 작성이 필요하다고 생각하십니까?
① 예 ② 아니오

8. 의학적 선택사항(Medical Option)

광범위한 의학적 선택사항에 대한 귀하의 생각을 명기하는 것입니다.

※ 귀하께서 말기 암 환자의 상태라고 가정하고, 다음 사항들에 대한 생각을 표기해 주십시오.

세부 항목	예	아니오
① 나는 편안하고 통증 없는 돌봄을 원한다.		
② 나는 의식불명 상태에 빠진다면 더 살기를 원한다.		
③ 나는 경관(tube)을 통해 인공 영양식의 공급을 원한다.		
④ 나는 정맥 수액 주사를 통해 인공 영양의 공급을 원한다.		
⑤ 나는 수혈을 원한다.		
⑥ 나는 피검사 및 방사선 검사를 원한다.		
⑦ 나는 방사선 치료를 원한다.		
⑧ 나는 항암치료를 원한다.		
⑨ 나는 투석치료를 원한다.		
⑩ 나는 혈압을 올리는 약물 사용을 원한다.		
⑪ 나는 인공호흡기 사용을 원한다.		
⑫ 나는 중환자실 사용을 원한다		
⑬ 나는 심폐소생술을 원한다.		

☺ 협조해주셔서 감사합니다.