

2008년 2월
박사학위논문

호스피스/완화치료가 일부 말기
암환자의 불안과 우울, 통증에 미치는
효과

조선대학교대학원

보건학과

김형철

호스피스/완화치료가 일부 말기
암환자의 불안과 우울, 통증에 미치는
효과

*The Effect of Hospice/Palliative Care on Anxiety,
Depression and Pain in Some Terminal Cancer Patients.*

2008年 2月

조 선 대 학 교 대 학 원

보 건 학 과

김 형 철

호스피스/ 완화치료가 일부 말기
암환자의 불안과 우울, 통증에 미치는
효과

*The Effect of Hospice/Palliative Care on Anxiety,
Depression and Pain in Some Terminal Cancer Patients.*

지도교수 : 강 명 근

이 논문을 보건학 박사 학위신청 논문으로 제출함

2007年 10月

조 선 대 학 교 대 학 원

보 건 학 과

김 형 철

김형철의
박사학위논문을 인준함

위원장 조선대학교 교수 인

위 원 조선대학교 교수 인

위 원 조선대학교 교수 인

위 원 조선대학교 교수 인

위 원 조선대학교 교수 인

2007年 12月

조선대학교 대학원

목 차

표목차	1
그림목차	1
ABSTRACT	1
I. 서론	1
1. 연구의 필요성	1
2. 연구의 목적	3
II. 이론적 배경	4
1. 호스피스/완화의료	4
2. 불안	6
3. 우울	8
4. 통증	10
III. 연구방법	12
1. 연구설계	12
2. 연구대상	13
3. 실험군에서 실행한 호스피스/완화치료	13
4. 자료수집 방법 및 조사도구	15
5. 분석 방법	17
IV. 연구결과	18
1. 실험군과 대조군의 일반적 특성비교	18
2. 실험군과 대조군의 질병 및 치료내용 비교	18
3. 실험군과 대조군의 실험전 불안, 우울 및 통증 비교	21

4. 실험군과 대조군에서의 불안, 우울, 통증 및 사회적 지지변화의 실험 전후의 차이의 유의성	22
5. 실험전후 불안, 우울, 통증정도 변화에 있어서 실험군과 대조군간에 차이 유의성	24
V. 고찰	25
VI. 요약 및 결론	28
참고문헌	30
부록(설문지)	37

표 목 차

Table 1. Need of care by four dimensions of pain.	5
Table 2. Schedule and contents of hospice/palliative care program for end-of-life patients.....	14
Table 3. Comparison of general characteristic between experimental and control group	19
Table 4. Comparison of kind of disease and treatment between experimental and control group	20
Table 5. Comparison of degree of anxiety, depression, social support and pain before intervention between experimental and control group	21
Table 6. Comparison of mean change in anxiety, depression, pain and social support between before and after intervention in experimental and control group	23
Table 7. Comparison of mean changes with adjusting covariates in anxiety, depression and pain between experimental and control group	24

그림 목차

Figure 1. Study design .	12
--------------------------	----

ABSTRACT

The Effect of Hospice/Palliative Care on Anxiety and Depression, Pain in Some Terminal Cancer Patients

Kim, Hyung-Chul

Advisor : Kang, Myuong-Geun MD, Ph.D.

Department of Public Health,

Graduate School of Chosun University

The purpose of this study was to identify the effectiveness hospice/palliative care on terminal cancer patients such as relief of anxiety, depression and pain by non-equivalent quasi-experimental study design, eventually providing a baseline evidence required in developing proper hospice/palliative programs that let them spend rest of their life meaningful.

The study was performed for 32 hospice patients selected as experimental group, who hospitalized and received hospice/palliative care in J hospital in Gwangju city from Oct. 1st 2006 to Jul. 27th. 2007. Evaluation was performed based on the information collected at initial admission date and after 1 week from admission. The control group included 32 terminal cancer patients who have been treated in B, C, and J. general hospitals in Gwangju city, Korea, either by out-patient or inpatient based services and provided with home care nursing service at the same time, without any kind of hospice care. Evaluation was performed with preliminary assessment, followed by subsequent reassessment after 1 week.

Collected data was statistically analyzed by SPSS version 12.0, with

descriptive analysis, χ^2 -test and t-test, paired t-test, and ANCOVA.

The result were shown as follows;

1. Anxiety score decreased significantly(-5.09 ± 11.02 , $p < 0.05$) in hospice group but not in control group.
2. Depression score decreased significantly in hospice group(-3.34 ± 8.62 , $p < 0.05$) but not in control group.
3. Severity of pain was decreased significantly(-1.19 ± 2.71 , $p < 0.05$) in hospice group, but not in control group.
4. Social support indicator was significantly increased (-1.66 ± 4.34 , $p < 0.05$) between initial value and one week later value in control group while no significant change in experiment group.
5. But as the results of ANCOVA designated mean differences between baseline value and value after a week as dependent variables with adjusting covariates, there were no significant differences in anxiety, depression, and pain severity between experiment group and post experiment group.

In conclusion, significant decreases of anxiety, depression and pain severity between before and after hospice/palliative care were found, although the difference of change in post-intervention from pre- intervention was not statistically significant. So, more well-designed with adequate samples would be necessary to prove the value of hospice/ palliative care.

Key Words: hospice/palliative care, terminal cancer, anxiety, depression, pain relief

I. 서 론

1. 연구배경 및 필요성

암은 우리나라 국민의 사망원인 가운데 1위를 차지하는 중요한 질병으로서 (통계청 2002), 최근 10년간 암으로 인한 사망률은 1995년 10만 명당 110.8명에서 2005년 134.5명으로 급격히 증가하고 있다(통계청, 2005). 또한, 우리나라 암 생존율 통계에 의하면 1년 생존이 가능한 환자는 10명 중 6명, 5년 생존이 가능한 환자는 4명이었다(한국 중앙암등록본부, 2003). 아울러, 암의 조기진단과 치료방법의 발달이 암환자의 생존기간을 연장시켜 왔다는 점을 고려하면 우리나라의 암 투병 환자의 수도 증가하고 있을 것으로 예측해 볼 수 있다.

이제 암이 곧 죽음이라는 인식은 점점 줄어들었으나 암환자들은 여전히 질병으로 인한 신체적 고통과 치료의 부작용, 재발에 대한 우려 및 치료의 장기화 등으로 인해 어려움을 겪고 있으며 신체적 측면뿐만 아니라 정서적, 사회적, 경제적 측면에 걸친 전반적인 삶의 질에도 영향을 받고 있다(유승연, 2001).

이처럼 인간의 수명은 연장되었으나 연장된 수명이 모두 건강수명은 아니며, 생명경시 풍조와 인간 존엄성의 상실은 날로 심각해지고 있는 상황 속에서 현대의학이 치료를 포기한 환자들은 연장된 수명이라는 빛의 그림자로 존재하면서 보살핌의 사각지대에서 인간으로서의 존엄성을 누리지 못하고 방치되어 있는 실정이다. 호스피스 운동은 이러한 급격한 과학과 사회변화로 인한 비인간화의 문제, 노인 소외, 기타 가치관과 윤리관의 변화 특히, 말기환자를 포함한 임종자의 문제에 대한 경시에 따른 반응으로 출현한 것이다. 이러한 점에서 현재 서구에서 활발히 전개되고 있는 호스피스 활동은 흔히 인간의 권리와 존엄성 회복운동의 일환으로 전개되어왔다고 볼 수 있다(Saunders, 1976).

이 중 말기환자의 경우에는 급성기 환자보다도 더 많은 도움을 필요로 하지

만 현행 의료전달 체계 내에서는 이들의 진정한 요구가 충족되지 못하고 3차 의료기관에서 의미 없는 생명연장을 위한 치료중심의 의료서비스를 받고 있거나 장기입원으로 경제력을 상실한 후에는 가정에서마저 방치되고 있는 실정이다(윤영호와 허대석, 1996; 1998; 이소우 외, 1998).

또한 말기 환자는 병원에서 조기퇴원을 권유받음으로써 더 이상의 의학적 치료가 불가능한 상황임을 간접적으로 선고받게 되며 환자는 통증과 여러 가지 신체적으로 불쾌하고 괴로운 증상, 심리적으로 불안한 상태에서 죽는 순간까지 고통을 받고 있다(이원희, 1999). 선행연구에 따르면 말기 암환자의 경우, 100명 중 85%의 환자들에게 통증이 있었고, 68%의 환자들이 중등도 이상의 통증을 갖고 있었으며, 38%가 불충분한 통증관리를 받고 있었으며 통증의 정도가 심할수록 오히려 불충분한 통증관리를 받고 있었다(윤영호 외, 1998). 통증뿐만 아니라, 암 치료의 부작용과 암 자체의 증상으로 동반되는 오심과 구토가 환자를 지속적으로 신체적 고통으로 몰아넣게 된다(가톨릭대학교 호스피스/완화의료 연구소, 2006). 아울러 말기 암 환자의 경우, 가장 주된 정서적 장애로서 우울, 불안, 외로움과 소외감 등이 그 고통을 배가시킨다(Nelson et al, 2001; 김정희 외, 2000). 삶의 의미나 고통에 대한 의미 찾기 등 영적인 고통도 말기 암 환자들이 경험하는 중요한 문제들이다(가톨릭대학교 호스피스/완화의료 연구소, 2006). 이렇듯 말기 암으로 진단받는 순간부터 사망에 이르기까지 환자들은 신체적, 심리사회적, 정서적, 영적측면에서 총체적 고통을 경험한다.

최종적으로 말기환자의 삶을 지지하는 가족들 또한 어려움과 부담을 갖게 되므로 환자가 인간으로서의 존엄을 유지하고 남은 생애를 의미 있게 마감하는데 있어 유력한 조력자의 역할을 수행하기 어렵게 된다. 아울러, 이 과정에서 스스로 좌절감과 비합리적 정당화의 과정을 경험하게 된다. 이렇게 환자와 환자가 관계하고 있는 인간관계의 고통을 포함하여 말기 암 환자의 총체적 고통을 완화해주는 역할로서 호스피스 간호는 절대적으로 필요한 것이며(김수지 외 1997; 윤영호, 1998), 말기 암환자 간호는 총체적 차원에서 이루어져야 하고 총체적 안녕유지와 회복의 효과를 낼 수 있는 간호중재가 요구된다(Lin &

Bauer-Wu, 2003).

또한 환자의 정신적 고통은 자신의 병에 원인을 둔 불안과 공포, 고독감 등이고 정도의 차이는 있으나 모든 말기 환자가 이러한 증상을 지닌다. 죽음에 대한 공포, 죽음 후의 세계에 대한 불안 등으로 환자의 마음은 심하게 흔들리고 있다. 죽음은 어디에서도 겪지 못했던 단 한 번의 경험으로 자신의 죽음을 현실로 마주한 상태에서 심신은 극한 상태에 이르러 있게 된다. 이 같은 고통을 달랠 수 있는 방법 중의 하나는 종적으로는 하느님과의 관계, 그리고 횡적으로는 신뢰에 넘친 인관관계의 확립이며 호스피스에 이러한 방법을 통해 환자들의 고통을 덜어줄 수 있다고 보고(Patricia, 1985)되고 있음을 감안하여 볼 때 호스피스/완화의료는 말기 암환자를 위해서 필수적인 중재임을 알 수 있다.

이에 본 연구는 호스피스/완화치료를 받으면서, 말기 암에 있어서의 임종을 준비하는 사람들이 어느 정도의 우울, 불안, 통증에 도움을 받고 있는지를 파악하고자 한다.

2. 연구의 목적

본 연구는 광주지역의 일부 종합병원에서 치료받고 있는 말기 암환자로 호스피스/완화치료를 받고 있는 자와 그렇지 않는 자의 불안과 우울, 통증 경감의 정도를 비동등성 유사 실험연구를 통하여 비교분석함으로써, 말기 암환자에 대한 호스피스/완화치료가 미치는 효과를 구명하기 위한 목적으로 시행되었으며 이에 따른 연구의 세부목적은 다음과 같다.

- 1) 호스피스/완화치료가 환자 불안에 미치는 영향을 파악한다.
- 2) 호스피스/완화치료가 환자 우울에 미치는 영향을 파악한다.
- 3) 호스피스/완화치료가 환자 통증에 미치는 영향을 파악한다.

II. 이론적 배경

1. 호스피스/완화의료

고대 전반기와 중세 전반기에 사용하던 hospital, hostel, hotel이라는 단어는 모두 같은 라틴어의 어원에서 기원하였으며, 현재 우리가 사용하고 있는 현대적 용어인 호스피스는 라틴어 hospes(손님) 또는 hospitum(손님접대, 손님을 맞이하는 장소)에서 유래하였다(한국가톨릭호스피스협회, 2005).

호스피스는 역사적으로 병들도, 집도 없이 임종하는 환자를 돌보던 것으로 유럽에서 시작되었고, 현대적 의미의 호스피스/완화의료는 영국의 런던에서 시실리 손더스에 의해 1960년부터 시작되어 암환자에 대한 체계적인 통증조절이 시작되었다. 이후 미국에서는 엘리자베스 퀴블러 로스가 ‘죽음과 임종’이라는 저서를 발표하면서 말기 환자의 돌봄에 대한 대중의 인식이 증가하게 되었다(가톨릭대학교 호스피스/완화의료 연구소, 2006).

그리고 호스피스/완화의료는 인간존엄성 회복운동의 일환으로 생이 얼마 남지 않은 말기 환자 및 가족에게 신체적, 심리사회적 및 영적 측면의 총체적 돌봄을 제공해 줌으로써 남은 삶을 보다 충만하게 보낼 수 있도록 안위를 제공하는 것을 목적으로 하고 있다(가톨릭대학교 호스피스/완화의료 연구소, 2006).

인간은 고귀하게 살고 또 그렇게 죽기를 원한다. 그러나 말기 암환자에게는 이러한 고귀함이란 찾아볼 수 없을 만큼 고통에 시달리고 있음을 많은 문헌을 통해 알 수 있다. 그것은 말기 암환자에 대한 체계적인 관리가 방치되었기 때문에 소홀할 수밖에 없었던 것이다. 이에 대한 가장 바람직한 대안이 호스피스 운동이라 할 수 있다(이원희, 1999). 남은 삶의 질에 대한 가치와 의미가 더욱 중요하게 대두될 것으로 생각되며 호스피스/완화의료의 역할 또한 점차 늘어날 것으로 전망된다(Hadorn DC. 1991).

완화치료는 치유될 수 없는 질환을 가진 환자에게 적극적인 전인치료를 시행하는 것이다. 그러기 위해서는 통증은 물론 다른 증상들과 환자가 가지고 있는 심리적, 사회적, 영적 문제들의 해결하도록 도와준다. 완화치료의 목표는 환자와 그 가족들로 하여금 최상의 삶의 질을 유지하도록 하는 것이다. 완화의료의 많은 부분은 질병의 초기부터 항암치료와 함께 적용하는 것이 가능하다 (WHO, 1990).

Twycross(1995)는 호스피스/완화의료가 신체적, 심리적, 사회적, 영적, 측면에서 죽음을 앞둔 환자가 그들이 할 수 있는 최대한 건설적으로 살도록 간호하는 것이라 정의 하였으며 4차원적인 면을 고려하는 것이라 하였다.

Table 1. Need of care by four dimensions of pain.

Dimensions of pain	Need of care
Physical Pain	Pain Relief, Symptom Control
Psychological Pain	Family Support, Counselling , Bereavement Care, Emotional Care, Giving information according to individual need.
Spiritual Pain	Respect for privacy, dignity and Religious and Cultural beliefs. The discovery of meaning and direction, forgiveness and reconciliation, affirmation ,acceptance.
Social Pain	Economic issues. Social contact and families contact. Focus today rather than tomorrow. reduce guilt feeling.

신체적인 고통 측면은 통증경감과 증상조절, 심리적 고통 측면에서는 가족지지와, 상담, 사별간호, 정서적 간호 그리고 개인의 필요한 정보를 제공하는 것이다. 영적인 고통 측면에서는 존엄성과 사생활, 종교와 문화적 신념을 존중하는 것이다. 용서와 화해, 공감과 수용을 통해서 삶의 방향과 의미를 찾도록 돕는다. 사회적 고통 측면은 경제적인 측면과 가족과 사회의 접촉 그리고 죄책감을 줄이고, 내일 보다는 오늘에 초점을 맞춘다(Table 1).

2. 불안

불안은 자율신경계의 각성으로 일어나는 내적 불편, 두려움, 불안한 예감의 주관적인 상태를 말한다(Gurian & Miner, 1991). 또 불안은 알지 못하거나 경험이 없는 새로운 상황이나 역할에 직면하고 있을 때 또는 인간 존재의 기본 요소가 위협받는 어떠한 상황에서 심리적 요구가 충족되지 못할 때 야기되기도 하며(이은숙과 이향련, 1994), 불안정서의 특징은 앞으로 일어날 일에 대한 위협을 느끼는 불쾌한 감정으로서 행동적으로 긴장되거나 경계적인 반응을 나타내는데 흔히 두려움, 호흡곤란, 혼란, 염려, 집중력 결핍, 심장이 멎을 것 같은 두려움, 참을 수 없는 공포감, 불면증, 안절부절, 발한, 떨림증, 오심과 공포반응 등의 교감신경계 자극반응이 나타난다((Derogatis, 1986; 권석만, 1996).

불안은 심한 공포나 염려 상태를 말하며, 말기 암환자의 25%에서 심각한 우울이나 불안이 생기고 혹은 이중 둘 다 생기는 경우가 있다고 보고하였고(Peter, 1994), 그리고 중환자실에 입원한 말기 암환자의 63%가 불안을 경험하고 있다고 보고하였다(Nelson et al, 2001).

말기 암환자의 불안은 죽음에 대한 두려움, 극심한 통증, 미래에 대한 불확실성, 가족에 대한 걱정, 영적 불안정과 죄책감, 가족의 경제문제, 자신의 위엄성 상실과 신체 조절 능력 상실, 치료의 중단, 증상의 악화로 인해 발생되고(Chibnall, Videen, Duckro, Miller, 2002; Palice, 2002; 이원희, 2002) 있으며, 인간의 불안은 긴장에 대한 반응으로 일어나는 인지적, 정서적, 행동적 반응의 연속과 관계있는 하나의 과정으로 관찰될 수 있고, 인간은 또한 자신의 불쾌한 감정을 기술하여 보고할 수 있는 것으로 보았으며, 불안을 상태불안과 기질 불안으로 설명하였다(Spielberger, 1972, 1975).

특히 말기 암환자들은 극심한 통증의 발생, 새로운 치료와 죽음에 대한 불안과 두려움의 시간을 갖으며 과거의 불편감이 현재의 증상들을 더욱 악화시킬 수 있다는 정서적 고통은 모든 삶 자체를 못 견디게 할 수 있다(Madocks, 1999).

그리고 김정택과 신동균(1978)은 주관적인 상태불안은 객관적인 위험도와는

상관이 낮지만, 객관적인 상황의 위험도에 관계없이 주관적으로 위험하다고 지각하며 불안이 높아지고, 반면에 주관적으로 위험하지 않다고 지각하면 불안이 낮아진다고 하였다.

불안의 생리학적인 영향은 자율신경계를 활성화시키므로 교감신경계와 시상하부가 자극을 받게 되나, 개인에 따라 증상과 증후가 다르게 나타난다. 이러한 불안은 혈액 내 에피네프린과 노에피네프린 분비가 증가됨으로써 심박출량 증가, 혈당증가, 기관지 확장, 말초혈관 수축, 혈압상승, 피부 창백 등의 생리적 반응을 나타낸다(박상연, 1979).

특히 치유가 불가능한 환자는 신체적 통증과 임종이 가까워지고 있다는 예감, 금지의 결여, 고립 등으로 극심한 정서적 변화를 겪으며(하혜경, 1982), 암 그 자체는 하나의 위기로써 질병에 대한 공포를 갖게 되며, 생체 체계의 통합성에 심한 도전을 받는데 이 모든 상황은 결국 불안 상태로 이끈다(Rawsley, 1982).

말기 암환자의 정서적 장애를 완화하기 위해 호스피스에서 제시하는 가장 효과적인 방법은 심리요법, 행동요법, 약물요법을 병행하는 복합 형태인데 그 정도가 심하지 않을 경우 비 약물요법부터 시작하는 것이 가장 적절하고, 만일 심할 경우에는 약물요법을 병행하는 것이 효과적인 것으로 설명하고 있다 (Sheehan & Forman, 1996).

3. 우울

우울은 자신에 대한 부정적인 인식의 결과를 의미하는 것으로 근심, 침울함, 실패감, 무력감, 무가치함으로 나타나는 정신적 장애를 말하기도 하며(Feibel & Springer, 1982), 우울 정서의 특징은 주로 상실에 대한 정서 반응으로서 슬픔, 좌절감, 실망감, 침체감 등을 포함하며, 생리적 기능 수준이 저하되고, 일상생활에 대한 관심과 흥미 상실, 용구저하, 무가치함, 자살하고픈 생각 등의 위축 행동과 소극적 반응의 인지적 행동양상으로 나타나며, 이러한 우울은 자신과 가

죽들의 삶을 더욱 악화시키고 무력하게 만드는 위험성이 높아 치료를 필요로 한다(Derogatis, 1986).

특히 말기 암환자는 주로 극심한 신체적 고통, 사회적 관계의 상실에서 오는 소외감, 죽음과 미지의 세계에 대한 공포로 인해 우울과 불안을 경험하며(김수지외, 1997), 말기 암환자는 심한 통증과 가족에 대한 경제적 부담과 책임감 그리고 자신의 상태가 회복을 기대할 수 없음을 인지하는 데서 오는 죽음에 대한 본능적인 두려움 등이 가중되어 우울해 지기도 하고, 자기 통제를 하지 못하게 될 것을 두려워하여 불안을 경험한다고 설명하였다(최공옥, 1991).

또 우울은 삶의 질에 부정적인 영향을 미치며, 신체적 장애에 중요한 무력감을 더해준다(Penninx, 2000). 그리고 이는 노인들의 자살의 이유가 되기도 하며, 우울은 또한 사망률의 독립적인 예보가 되기도 하며(Cuijpers & Smit, 2002), 또한 효과적인 치료가 존재한다 할지라도 우울은 잘 인지하지 못하고 있으며, 말기 암환자에서의 우울은 종종 낙관적이라고 말할 수 없다(Baldwin 2002).

말기 암환자들이 경험하는 정서적 문제를 조사한 결과 불안, 공포, 우울, 섬망이 주로 나타나는 것으로 보고하였다.(Kaut, 2002). 말기 암환자의 우울발생 원인은 주로 조절되지 않는 만성통증, 변비, 식욕부진, 피로 등의 신체적 증상이나 기능장애 혹은 심리사회적 제한이나 경제적 압박, 사회적 지지 부족, 영적 갈등 등 총체적 차원과 관련되어 있으며(Paice, 2002), 말기 암환자는 여러 가지 이유에 의한 완화되지 않은 통증의 이유에 의해서 충격에 빠질 수도 있으며, 암성 통증은 꾸준히 지속되고 더 나빠질 수 있다. 이는 정신적, 육체적인 피로를 가져온다. 환자는 점점 더 황폐화되고, 공포의 증가와 심한 불안, 우울 그리고 망상이 생긴다(Massie & Holland 1992, Heim & Oei 1993).

불면은 또한 우울의 두드러진 특징이 될 수 있다. 병원에서의 불안과 우울의 검진에 의해서 암환자의 우울을 돕는 것은 불안 경감제 보다 항 우울제가 도움이 될 것이다(Massie 1990).

암환자 중에서 과거의 병력이나 최근의 불안과 우울, 자살 생각 등이 있다면

이러한 암환자는 심리적인 지지가 필요하며, 우울은 말기 암환자의 25%에서 생긴다고 하였고(Massie 1990), 말기 암환자의 주된 정서적 문제로 35.4%가 우울을 경험하고 있고(김정희 외, 2000), 중환자실에 입원한 말기 암환자의 39%가 우울을 경험하고 있는 것으로 보고하여 우울이 주된 정서적 장애임을 알 수 있다(Nelson et al, 2001).

말기 암환자의 정서적 장애를 완화하기 위해 호스피스 분야에서 제시하는 가장 효과적인 방법은 심리요법, 행동요법, 약물요법을 병행하는 복합 형태인데 그 정도가 심하지 않을 경우 비 약물요법부터 시작하는 것이 가장 적절하며, 만일 심할 경우일 때는 약물요법을 병행하는 것이 효과적인 것으로 설명하고 있다(Sheedan & Forman, 1996).

4. 통증

통증은 복합적이고 주관적인 현상이므로 실질적이거나 잠재적인 조직손상과 관련된 불쾌한 감각적, 정서적 경험이다(Bonica, 1990). 또 통증은 손상에 대한 개개인의 특징적인 감각으로 유해한 자극에 대하여 실질적인 조직손상이나 예견되는 손상을 표시함으로써 몸을 보호하고자 하는 본능적인 철회반응이다(김은정, 1999).

이렇게 볼 때 통증은 감각적, 정의적, 인지적 요소를 포함하는 다차원적 주관적 경험이며(Melzack, 1975), 이는 불분명하고 복잡한 경험으로 모든 환자에게 공통적이다. 그렇지만 각 개인에게 독특한 것이므로 통증을 묘사하고 평가하기란 매우 어렵다. 결국 통증은 그것을 느끼는 사람에 의해 잘 정의되며, 환자가 통증을 호소하면 그것을 믿어야 한다(McCaffery, 1980).

또한, 이러한 통증의 여러 측면, 즉 신체적, 정서적, 사회적, 영적인 요소를 통합한 통증을 총체적 통증으로 묘사한 후 호스피스에서 중요시하게 되었다(Saunders, 1990; 이원희, 2000).

통증은 총체적 차원의 여러 문제를 유발시키게 하는데 가장 우선적으로는 일상생활 동작의 제한, 수면장애, 지적 기능을 요구하는 업무 수행의 방해, 사회생활 등의 위축 등으로 자기 존재의 자율성과 위엄성을 유지할 수 없게 되며, 이로 인해 불안, 존재에 대한 공포, 자율성 상실에 대한 두려움을 가중시키며, 급성 통증은 흔히 불안을 유발하고, 조절되지 않는 만성 통증은 우울을 유발하며, 통증의 강도와 부정적인 정서문제는 확실한 관계가 없는 것으로 나타났다(Strang, 1998; Susan,1996; Cleeland, et al, 1994).

결국 호스피스환자의 통증은 단순히 신체적 증상으로만 구분하지 않고, 불안, 우울, 분노 등의 정서적, 영적 요소와 연관되어 나타나는 것으로 총체적 고통에 따르는 적절한 간호중재가 요구된다고 하였다(이원희, 1995; 2000).

자주 통증을 경험하는 호스피스 환자들이 마약류가 많이 함유된 처방을 받고 있지만, 여전히 신체적 통증을 가지고 있다는 것이 경험적으로 입증되었다. 즉, 신체적, 정신적, 영적인 요소들이 함께 복합되어오는 통증은 총체적으로 관리되지 않는 한 대부분 조절되지 않는다(Pitorak, 1997).

그러므로 말기 암환자의 관리에 있어서 가장 중요한 것은 통증관리이다. 호스피스 환자의 대부분은 암 환자이며, 암으로 인한 통증은 흔히 만성적이고 진행적이어서 인생의 의미상실과 역할의 수행을 어렵게 하고 대처자원을 방해하는 파괴적인 힘을 갖는다(Sanders, 1978; Twycross, 1979 ; Bonica, 1980). 또한 현재의 극심한 통증이 앞으로 다가올 죽음에 대한 공포보다 더 무섭기 때문에 오히려 죽음을 원하거나 자살을 기도하는 경우도 있다(박예리자, 1994).

통증은 말기 암환자가 경험하는 고통 중 가장 힘들어하는 것으로(김현숙 외, 2001), 특히 임종이 가까울수록 통증 강도가 더 증가하는 경향이 있는 것으로 보고 되었다(최윤선 외, 1998). 말기 암 환자 100명중 85%의 환자들에게 통증이 있었으며, 68%의 환자들이 중등도 이상의 통증을 갖고 있었고, 38%가 불충분한 통증관리를 받고 있었으며 통증의 정도가 심할수록 불충분한 통증관리를 받고 있었고(윤영호 외, 1998), 많은 의료비가 소요되는 급성기 환자의 바쁜 치료 일정에 휩쓸려 말기질환에는 거의 관심을 두지 않는 실정이다(Maddocks,

1999).

호스피스에 입원한 암환자 72명을 대상으로 한 연구에서 입원환자의 가장 흔한 신체적 증상은 통증으로 66명(86.3%)이고 그다음인 기운 없음 52명(68.4%)을 호소하였으며, 정신적 증상으로는 불안 57명(75%)으로 가장 높게 나왔고, 그 다음으로는 우울 41명(53.9%)이었다. 영적인 증상으로는 36명(47.4%)이 신에게 의지하고 싶어 함 이라고 대답하였다(김형철 외, 2007).

암성 통증의 원인은 65-70% 정도가 주로 암 자체의 진행과 관련되어 있고, 10% 정도는 수술, 검사, 약물치료, 방사선 치료와 관련이 있으며, 그 외 암과 직접 관계없는 근막 통증, 어깨 통증, 권태, 고독감, 우울, 분노, 경제적 부담, 사회적 지위 상실 및 종교적 갈등 등이 통증을 가중시키는 요인으로 보고 되었다(윤덕미, 2004).

Ⅲ. 연구방법

1. 연구설계

본 연구는 말기 암 환자를 대상으로 호스피스/완화치료를 제공 받은 군과 제공받지 않은 군의 중재 전후의 불안, 우울, 통증 수준의 변화를 비교해 봄으로써 중재효과를 알아보기 위한 유사 실험 연구(quasi-experimental study)로 비동등성 대조군 전후시차설계(non-equivalent control group pre-post design)로 시행되었으며, 이를 도식화하면 <Figure 1>과 같다.

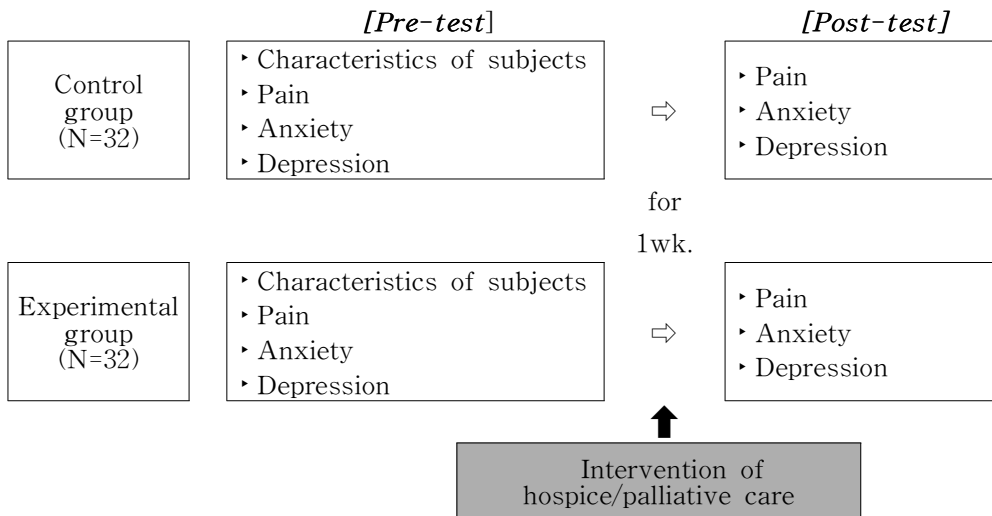


Figure 1. Study design.

2. 연구대상

본 연구 대상자는 말기 암으로 진단받은 18세 이상 85세 미만의 성인으로서, 의식이 명료하고 본 연구에 참여하기를 서면으로 동의한 사람으로 선정하였다. 실험군은 2006년 10월 1일부터 2007년 7월 27일까지, 광주시내에 위치한 J병원 호스피스 병동에 입원한 32명이었고, 대조군은 광주시내에 위치한 B, C 종합병원에 입원중이고, 가정간호를 받고 있는 말기 암으로 치료중인 사람 중에서 입원중심의 호스피스 간호가 전혀 개입되지 않은 32명을 대상으로 하였다.

3. 실험군에서 실행한 호스피스/완화의료

호스피스/완화의료는 간호사, 의사, 사회사업가, 성직자, 자원봉사자 등의 여러 분야로 구성된 팀이 신체적, 정신적 증상의 관리뿐만 아니라 영적 요구와 경제적, 법적 분야의 부수적인 문제들을 다루게 되며, 가족 중심이 되어 환자와 가족은 호스피스 팀의 일원이 된다(Frank-Stromberg, 1984). 그 외 정신과 전문의, 심리학자, 물리치료사, 전문치료사 등이 제공한 프로그램을 말한다.

본 연구에서는 호스피스 팀이 매일, 매주 제공하는 전문적인 치료를 포함한 포괄적인 간호를 말하며, 이는 회상요법, 영적간호, 원목서비스, 가족상담, 향료요법, 종교의식, 심리치료, 발 및 림프부종 마사지 등이 포함된다(Table 2).

Table 2. Schedule and contents of hospice/palliative care program for end-of-life patients

Frequencies	Activities	Minutes
Once at first day	-Introducing hospice/ palliative care	30
Daily	-Feet massages	15
	-Bath	20
	-Pastoral care	5
	-Nurses(8 times)	
	-Doctors(2 times)	
	-Volunteers(2 times)	
	-Religious ritual	15
	-Spiritual care	20
Two or three times /week	-Aroma therapy	30
	-Lymphedema Massage	30
Weekly	-Family Meeting	20
	-Reminiscence	15
	-Psychological Therapy	15

4. 자료수집 방법 및 조사도구

사전조사는 실험군과 대조군 모두 입원 첫날 담당간호사에 일절 조사양식을 제공하여 환자 또는 보호자에게 질문하여 응답을 받도록 하였으며 사후조사는 사전조사 후 1주일 이 경과하여 동일한 조사양식으로 조사케 하였다. 본 연구에 이용한 조사도구는 다음과 같다.

1) 불안

Spielberger(1975)가 개발한 상태-특성 불안척도 (State-Trait Anxiety Inventory : STAI)를 김정택과 신동균(1978)이 한국어로 번안한 도구를 사용하였다. 상태불안 측정도구는 20문항으로 구성되어 있으며, 4점 척도의 평정법

을 이용하여 최저 20점에서 최고 80점으로 평점되며 점수가 높을수록 불안 정도가 높음을 의미한다. 김정택과 신동균(1978)에 의해 번안된 도구의 상태불안의 신뢰도 Cronbach's alpha계수는 0.87이었다. 이영자(1996)의 연구에서는 .87이었다. 본 연구에서 Cronbach's α 계수는 사전 0.902이고, 사후 0.914이었다.

2) 우울

우울은 Beck(1967)의 우울척도 (Beck Depression Inventory Scale : BDIS)를 이영호(1993)가 우리말로 번역한 한국어판 BDIS를 이용하여 측정하였다. 이 척도는 정서적, 인지적, 동기적, 생리적 증후군 등 21개 영역을 포함하고 있고, 점수 범위는 0에서 63점까지 있을 수 있다. Beck(1967)은 9점 이하는 우울하지 않는 것으로, 경우울증은 10-15점, 우울증은 16-23점, 중우울증은 24-63점으로 분류하고 있다(김연, 1985).

신뢰도는 Beck 등(1961)이 개발한 초기 우울증 측정표와의 상관계수는 .65에서 .67이었고, 이영호(1993)의 수정문항을 대학생 125명에게 실시한 결과, Cronbach's α 계수=0.98, 반분신뢰도 계수=0.91이었으며 일반인 256명에게 실시한 결과, Cronbach's α =0.84였었다. 본 연구에서는 Cronbach's α 계수는 사전은 0.805이고, 사후는 0.838이었다.

3) 통증

통증 강도의 평가는 최윤선(2003)이 개발한 표준형 성인 암성 통증 평가도구 (Korean Cancer Pain Assessment tool; KCPAT)의 시각적 통증 등급(Visual Analogue Scale, VAS, 0-10cm)을 이용하였다. 이 도구는 측정대상자가 0(통증 없음)부터 10(상상 할 수 없을 정도의 가장 심한 통증)까지 기입된 10cm 눈금자로 자신이 현재 느끼는 통증 강도를 표시하도록 하였다. 통증 외 동반 증상은 KCPAT에서 제시한 한국 암 환자에게 가장 흔한 증상 12개다.

4) 사회적 지지 척도

사회적 지지는 Abbey 외(1985)에 의해서 개발된 6개의 사회적 지지문항을 전지아(1990)가 우리말로 국역한 도구를 유성은(1997)이 일부 수정한 11문항의 사회적 지지척도를 이용하여 측정하였다. 유성은(1977)의 연구에서의 신뢰도는 0.76이었고 본 연구에서는 Cronbach's α 계수가 사전은 0.821, 사후는 0.878이었다.

5. 분석 방법

수집된 자료는 SPSS Version 12.0를 이용하여 통계처리 하였다.

- 1) 대상자의 일반적인 특성, 질병 및 치료적 특성, 종교적 특성은 실수와 백분율로 산출하고 실험군과 대조군의 동질성은 χ^2 과 t-검정으로 하였다.
- 2) 실험군과 대조군의 각각 불안, 우울, 통증 강도의 전·후비교는 paired-t 검정을 이용하였다.
- 3) 실험군과 대조군 간에 동질적이지 않은 요인을 보정한 후, 실험군과 대조군의 호스피스 중재 후 우울, 불안, 통증을 비교하는 것은 공분산분석(ANCOVA)을 이용하였으며, 이때 실험군과 대조군의 효과비교 모형의 종속변수는 전·후의 평균차이(mean difference)를 이용하였다.

IV. 연구 결과

1. 실험군과 대조군의 일반적 특성분포 및 동질성 검정

연구대상자의 일반적 특성을 성별로 보면 남자가 33명(51.6%), 여자가 31명(48.4%)이었고, 연령별로는 70세 이상이 27명(42.2%)로 가장 많았으며, 그 다음으로 60세 이하가 20명(31.3%)이었다. 직업으로는 36명(56.3%)에서 직업을 가지고 있었다. 교육은 초등학교 졸업이 22명(34.4%)이었으며, 그 다음이 고등학교 졸업이 19명(29.7%)이었다. 배우자는 43명(67.2%)이 배우자가 있었고, 21명(32.8%)에서 배우자가 없었다. 수입은 38명(59.4%)에서 월 100만원 이상의 수입이 있었다. 종교로는 가톨릭과, 불교, 무교에서 17명(26.6%)씩 이었고, 기독교가 13명(20.3%)이었다(Table 3). 실험군과 대조군 간에 유의한 분포차이가 있는 일반적 특성변수는 없어 두 군은 사회 인구학적으로 동질하다고 평가하였다.

2. 실험군과 대조군의 질병 및 치료내용 분포 및 동질성 검정

질병 및 치료적 특성은 과거에 수술 받은 경험이 없는 사람이 41명(65.1%)으로 수술 받은 사람 22명(34.9%)보다 많았다. 치료방법으로는 34명(53.1%)이 항암요법으로 치료를 하였고, 다음으로는 17명인(26.6%)에서 방사선 치료와 항암을, 9명(14.1%)에서 보존요법을, 4명(6.3%)에서 방사선 요법을 시술받았다. 영적간호의 경우, 44명(68.8%)은 받은 경험이 없었고, 20명(31.3%)은 영적간호를 받은 경험이 있었다. 수면시간은 하루 8-10시간의 수면을 취하고 있는 경우가 25명(39.1%)으로 가장 많았다. 진통제는 41명(64.1%)에서 강한 마약성 진통제를 투약하고 있었으며, 9명(14.1%)에서 약한 마약성 진통제를 투여하고 있었고, 8명(12.5%)에서는 아무런 진통제를 투여하고 있지 않았으며, 6명(9.4%)에서 소

염진통제를 사용하였다. 전체적으로 50명(78.2%)이 마약성 진통제를 투약 받고 있었다. 마약성 진통제의 경우, 실험군은 32명(100%) 모두가, 대조군에서는 18명(56.3%)이 투약을 받고 있었다. 암의 종류로는 40명(62.5%)가 소화기계 암으로 가장 많았으며, 다음으로는 15명(23.4%)가 호흡기계, 9명(14.1%)가 기타 암으로 자궁암 2명, 담도암 2명 뇌종양 1명, 악성흑색종 1명, 혈액종양 1명, 악성부신종양 1명, 그 외가 1명이었다(Table 4).

Table 3. Comparison of general characteristic between experimental and control group

		unit : frequency(%)				
Characteristics		Experimental	Control	Total	X ²	p
Gender	Male	13 (40.6)	20 (62.5)	33 (51.6)	3.065	0.080
	Female	19 (59.4)	12 (37.5)	31 (48.4)		
Age	Less 60	13 (40.6)	7 (21.9)	20 (31.3)	3.674	0.159
	Less 70	9 (28.1)	8 (25.0)	17 (26.6)		
	Above 70	10 (31.3)	17 (53.1)	27 (42.2)		
Job	Presence	18 (56.3)	18 (56.3)	36 (56.3)	0.000	1.000
	Absence	14 (43.8)	14 (43.8)	28 (43.8)		
Education	None	4 (12.5)	7 (21.9)	11 (17.2)	2.801	0.592
	primary	11 (34.4)	11 (34.4)	22 (34.4)		
	Middle School	3 (9.4)	3 (9.4)	6 (9.4)		
	High School	12 (37.5)	7 (21.9)	19 (29.7)		
	College	2 (6.3)	4 (12.5)	6 (9.4)		
Spouse	Presence	22 (68.8)	21 (65.6)	43 (67.2)	0.071	0.790
	Absence	10 (31.3)	11 (34.4)	21 (32.8)		
Income won/month	less million	11 (34.4)	15 (46.9)	26 (40.6)	1.036	0.309
	over million	21 (65.6)	17 (53.1)	38 (59.4)		
Family members	None	5 (15.6)	2 (6.3)	7 (10.9)	1.444	0.230
	above 1	27 (84.4)	30 (93.8)	57 (89.1)		
Religion	Christianity	8 (25.0)	5 (15.6)	13 (20.3)	2.751	0.432
	Catholicism	6 (18.8)	11 (34.4)	17 (26.6)		
	Buddhism	8 (25.0)	9 (28.1)	17 (26.6)		
	None	10 (31.3)	7 (21.9)	17 (26.6)		
Total		32 (100.0)	32 (100.0)	32 (100.0)		

Table 4. Comparison kind of disease and treatment between experimental and control group.

		unit : cases(%)				
Characteristic		Experimental	Control	Total	X ²	p
Operations	Yes	12 (38.7)	10 (31.3)	22 (34.9)	0.386	0.535
	No	19 (61.3)	22 (68.8)	41 (65.1)		
Anti-cancer therapeutic modalities	chemotherapy	14 (43.8)	20 (62.5)	34 (53.1)	2.641	0.450
	radiotherapy	2 (6.3)	2 (6.3)	4 (6.3)		
	chemo+radiotherapy	11 (34.4)	6 (18.8)	17 (26.6)		
	conservative	5 (15.6)	4 (12.5)	9 (14.1)		
Spiritual care	experienced	11 (34.4)	9 (28.1)	20 (31.3)	0.291	0.590
	not experienced	21 (65.6)	23 (71.9)	44 (68.8)		
Sleep time hr./day	less 5	6 (18.8)	3 (9.4)	9 (14.1)	8.571	0.036
	5~7	4 (12.5)	10 (31.3)	14 (21.9)		
	8~10	10 (31.3)	15 (46.9)	25 (39.1)		
	over11	12 (37.5)	4 (12.5)	16 (25.0)		
Analgesics	None		8 (25.0)	8 (12.5)	18.233	0.000
	NSAIDs		6 (18.8)	6 (9.4)		
	Weak opioids	5 (15.6)	4 (12.5)	9 (14.1)		
	Strong opioids	27 (84.4)	14 (43.8)	41 (64.1)		
Type of cancer	digestive	23 (71.9)	17 (53.1)	40 (62.5)	4.278	0.118
	respiratory	4 (12.5)	11 (34.4)	15 (23.4)		
	other cancer	5 (15.6)	4 (12.5)	9 (14.1)		
	Total	32 (100.0)	32 (100.0)	64 (100.0)		

3. 실험군과 대조군의 실험전 불안, 우울 및 통증 비교.

실험군과 대조군의 개입 전의 종속변수의 차이를 비교함으로써 동질성을 검증하였다. 불안 정도는 실험군(58.78 ± 8.53)과 대조군(48.81 ± 10.41)간에 차이가 없어 두 집단의 개입전 우울수준은 동질적이었다($t=0.584$, $p=0.448$).

우울 정도는 실험군(26.91 ± 7.69)과 대조군(21.63 ± 8.92)으로 역시 두 집단 간 차이는 없어 실험전 우울수준은 동질적이었다($t=0.234$, $p=0.630$). 통증정도는 실험군(4.28 ± 3.03)과 대조군(3.78 ± 2.48) 간에 차이가 없었고 두 집단은 동질적이었다($t=2.316$, $p=0.133$)(Table 5).

Table 5. Comparison of degree of anxiety, depression, and pain before intervention between experimental and control group

Unit : Mean \pm SD

Variables	N	Experimental	Control	t	p
Anxiety	32	58.78 \pm 8.53	48.81 \pm 10.41	0.584	0.448
Depression	32	26.91 \pm 7.69	21.63 \pm 8.92	0.234	0.630
Pain	32	4.28 \pm 3.03	3.78 \pm 2.48	2.316	0.133

4. 실험군과 대조군에서의 불안, 우울, 통증 및 사회적지지변화의 실험전후의 차이 비교

실험군과 대조군의 불안감, 우울감, 통증 및 사회적지지의 처치 전/후 점수 차이를 각각 분석한 결과는 다음과 같다.

실험군의 경우, 처치 전과 비교할 때 처치후의 불안감, 우울감, 통증 점수가 유의하게 감소하였으나 사회적 지지점수에는 유의한 변화가 없었다. 이에 반해 대조군은 불안감, 우울감, 통증강도 점수의 처치 전후 차이가 없었으나 사회적 지지는 처치전과 비교할 때 처치후의 점수가 유의하게 증가하였다.

실험군과 대조군의 불안감, 우울감, 통증강도, 사회적 지지의 처치전후 점수 차이(평균변화)를 비교한 결과, 불안감, 우울감, 사회적 지지는 두 집단 간에 차이가 없었으나 통증은 실험군이 대조군에 비해 평균변화가 컸으며 이는 경계역 수준에서 유의하였다.

불안감 변수에 대해서는 실험군에 대한 사후변화에서 평균이 5.09점 감소하는 현상으로 나타나 차이를 보였다($t=2.615$, $p=0.014$). 또한 우울감에서는 3.34점이 사후에 감소했으며($t=2.195$, $p=0.036$), 통증강도 역시 1.19가 감소함으로써 실험전과 실험후의 값이 변화하는 것으로 나타났다($t=2.483$, $p=0.019$). 대조군에 대해서는 사전과 사후 검증 결과 사회적지지 변수에만 1.66의 상승 변화가 나타났다($t=2.156$, $p=0.039$) (Table 6).

Table 6. Comparison of mean change in anxiety, depression, pain and social support between before and after intervention in experimental and control group

Unit : Mean±SD

Variables		Experimental	Control
Anxiety	pre	58.78 ± 8.53	48.81 ± 10.41
	post	53.69 ± 11.05	47.38 ± 9.00
	Δ(post-pre)	-5.09 ± 11.02	-1.44 ± 5.70
	t(p)	2.615(0.014)	1.428(0.163)
Depression	pre	26.91 ± 7.69	21.63 ± 8.92
	post	23.56 ± 7.75	20.47 ± 9.86
	Δ(post-pre)	-3.34 ± 8.62	-1.16 ± 5.89
	t(p)	2.195(0.036)	1.111(0.275)
Pain severity	pre	4.28 ± 3.03	3.72 ± 2.48
	post	3.09 ± 2.83	3.63 ± 2.81
	Δ(post-pre)	-1.19 ± 2.71	-.09 ± 1.82
	t(p)	2.483(0.019)	0.291(0.773)
Social support	pre	41.25 ± 6.63	42.13 ± 6.33
	post	42.16 ± 5.80	43.78 ± 7.25
	Δ(post-pre)	.91 ± 5.89	1.66 ± 4.34
	t(p)	0.870(0.391)	2.156(0.039)

5. 실험전후 불안, 우울, 통증정도 변화에 있어서 실험군과 대조군 간에 차이 유의성.

동질성 검정결과 실험군과 대조군 간에 유의한 차이(유의수준 0.10)가 있는 변수를 통제한 상태에서 불안감, 우울감, 통증강도 점수의 평균변화의 차이를 분석한 결과를 제시하였다. 불안감과 우울감은 대조군에 비해 실험군에서 감소폭이 더 컸으나 이러한 평균변화의 차이는 통계적으로 유의하지 않았다. 통증강도의 경우에도 처치전과 비교한 처치후의 점수 감소폭이 대조군에 비해 실험군이 더 컸으며 이는 경계역 수준에서 유의하였다(F=3.358, p=0.072). (Table 7).

Table 7. Comparison of mean changes with adjusting covariates in anxiety, depression and pain between experimental and control group

unit : Mean±SD

variables		experimental	control	F	p
anxiety	pre	58.78 ± 8.53	48.81 ± 10.41		
	post	53.69 ± 11.05	47.38 ± 9.00		
	Δ(post-pre)	-4.36 ± 1.53	-1.21 ± 1.47	1.980	.165
depression	pre	26.91 ± 7.69	21.63 ± 8.92		
	post	23.56 ± 7.75	20.47 ± 9.86		
	Δ(post-pre)	-2.55 ± 1.39	-1.13 ± 1.34	.484	.489
pain	pre	4.28 ± 3.03	3.72 ± 2.48		
severity	post	3.09 ± 2.83	3.63 ± 2.81		
	Δ(post-pre)	-1.04 ± 0.40	0.04 ± 0.39	3.358	.072

* The presented values above were calculated by adjusting the covariates such as kind of sedatives used, sleeping times a day, baseline level of social support

V. 고 찰

최근 국내에서는 말기 암환자에 대한 전반적인 관심은 증가되고 있는 추세로서 그에 따라 말기 암환자의 통증, 식욕변화, 체중변화, 무기력, 불면증 등의 다양한 신체적 증상 및 부정, 분노, 우울, 슬픔 등의 감정 변화 등의 환자의 삶의 질에 직접적인 관련이 있는 부분에 대해서는 많은 연구가 이루어져 왔다 (Axelsson, 1998; 정진규 외, 2006). 특히 호스피스 병동 입원환자가 경험하는 요구도 조사에서 신체적 증상은 통증이 86.8%로 가장 많았으며, 정서적 증상으로는 불안이 75.0%이었고, 우울이 53.9%, 영적 증상은 신에게 의지하고 싶어 함이 47.4%이었다(김형철 외, 2007). 말기 암환자의 호스피스 병동에 입원하게 된 동기로 대다수가 통증완화를 지적했다(노유자 외, 2001).

통증은 불안, 우울을 유발시키며 불안이나 우울은 또한 통증을 가속시키는 원인이 될 수 있으므로 통증완화를 최대한 도울 수 있는 방안을 모색해야 한다고 하였다(이원희, 1999). 국내에서도 WHO의 통증관리 원칙에 따른 암환자들의 통증조절이 효과가 있다는 점이 입증된 바가 있으며, (홍영선 외 1985; 한지연, 1996). 통증완화에 있어 호스피스가 기존 의료 기관보다 더 효율적이고 환자의 정서적 안정, 고립감의 해소에 좋은 영향을 준다는 사실은 이미 여러 연구에서 밝혀졌다(Butler et al, 1996).

본 연구의 결과도 불안감 변수에 대해서는 실험군에 대한 사후변화에서 평균이 5.09점 감소하는 현상으로 나타나 차이를 보였다($t=2.615$, $p<0.05$). 또한 우울감에서는 3.34점이 사후에 감소했으며($t=2.195$, $p<0.05$), 통증 역시 1.19가 감소함으로써 실험전과 실험후의 값이 변화하는 것으로 나타났으며($t=2.483$, $p<0.05$), 소외숙 외(1990)의 연구와 동일한 결과를 얻었다.

호스피스 환자들이 마약성 진통제를 많이 처방을 받고 있지만 여전히 신체적 통증을 겪고 있다고 하였다. 이는 신체적, 정신적, 영적인 요소들이 함께 복합

된 총체적인 통증은 총체적으로 관리되지 않는 한 대부분 조절되지 않는다는 결과라고 생각한다(Pitorak, 1997).

본 연구에서는 강도에는 차이가 있지만 실험군의 32명 모두에게 마약성 진통제를 투여하였고, 대조군은 18명(56.3%)이 마약성 진통제를 쓰고 있었다. 정정미(2000)의 연구에서도 통증이 있는 암환자의 반 이상이 진통제를 사용하고 있으나 진통제의 종류, 투약경로, 주사 횟수 및 투약간격에 있어 계획성 있게 이루어지지 않고 있으며 통증완화 정도는 불충분하다고 밝혔다. 말기환자가 호스피스 서비스를 받으며 통증조절이 잘되고 있는 환자의 경우에는 임종의 순간에도 편안하게 죽을 수 있으며, 임종 전 통증의 정도가 일반병동에 입원한 말기 환자에 비해 호스피스 기관에 등록된 환자에게서 현저히 낮게 나타났다(염창환 외, 2000). 이러한 이 결과들로 볼 때 호스피스/완화의료에서는 마약성 진통제가 꼭 필요하지만 이를 보다 계획적이고 총체적으로 이용해야 할 필요성이 있음을 알 수 있다.

또 호스피스/완화의료 간호 전후의 차이를 보았을 때 심리적 영역에서 우울감, 소외감, 염려, 불안감, 이유 없이 화가 남 등 호스피스 간호가 암환자의 정서적 요인 장애해소에 도움이 되었다고 하였다(소외숙 외, 1990). 본 연구의 결과도 실험군에서 우울감은 평균(-3.34±8.62)의 차이를 보였으며, 불안도 평균(-5.09±11.02)의 차이를 보였다.

최성은(2005)의 연구에서 개발한 호스피스 간호중재 프로그램은 대상자의 통증 및 불안을 완화시키고 자아존중감과 영적안녕을 향상시켜 전인적 차원에서 그 효과가 확인되었다. 또 정정숙(2005)의 연구에서도 영적간호 중재는 말기 암환자의 영적안녕을 증진시키고 우울을 감소시키는 효과가 있는 것으로 확인되었으며, 본 연구도 비슷한 결과를 얻었다. 위의 결과로 볼 때 호스피스/완화치료는 통증, 우울, 불안 감소에 도움이 되었다고 볼 수 있으며 말기 암환자의 통증은 전인적인 측면에서 다루어야 함을 반증하고 있다.

그러나 본 연구에서는 대조군과는 달리 호스피스/완화치료를 받은 말기 암환자들에서 불안, 우울, 통증이 유의한 감소가 있었으나, 평균변화를 비교한 결과

통증강도에 있어서만 경계역 수준에서 효과가 있는 것으로 확인이 되었다. 이는 실험군이 더 많은 마약성 진통제를 쓰고 있기 때문에 비롯된 결과일 수 있으나 진통제의 사용여부를 통제한 결과이므로 오히려 표본수가 적어 통계적 검정력이 낮았기 때문으로 판단이 된다. 향후 표본수를 적절하게 높인 연구가 필요할 것으로 본다. 이는 호스피스/완화치료는 삶의 질에 영향을 미치는 요인 중 통증강도에 가장 효과적으로 작용하는 것으로 보인다. 이는 실험군의 경우 마약성 진통제를 사용하였기 때문에 비롯한 결과일 수도 있다.

그러나 대조군의 경우 경증도가 낮고 마약성 진통제 사용여부를 통제 한 후에도 동일 결과를 보였다. 이는 호스피스/완화치료가 통증의 조절에 효과적으로 작용한다는 추론이 가능하다. 그러나 본 연구에서는 실험군의 경우 임종까지의 기간이 너무 짧아 적절한 표본수를 확보하기가 어려움이 있었다.

VI. 요약 및 결론

본 연구의 목적은 말기 암 중에서 호스피스/완화치료를 받고 있는 실험군과 그렇지 않는 대조군을 비교하여 불안과 우울, 통증에 어느 정도의 영향을 미쳤는지 파악함으로써 말기 암환자들이 남은 시간을 의미 있게 보냈는지 효과를 분석하고 결과적으로 환자나 의료인에게 완화치료의 인식을 주기위한 기본 자료를 제공하기 위함이다.

본 연구의 방법으로는 2006년 10월 1일부터 2007년 7월 27일까지 광주광역시 내에 위치한 J병원 호스피스 병동 암환자 실험군 32명을 임의 표집하여 입원 시점과 호스피스/완화치료를 시작한지 1주일이 지난 후에 불안, 우울, 통증, 사회적 지지 정도를 비교하였으며, 대조군은 광주시내에 위치한 B, C, J 종합병원 외래나 입원 중이거나, 가정간호를 받고 있는 말기 암으로 치료중인 사람 중에서 호스피스/완화치료를 적용하고 있지 않은 32명을 적용하고 선정, 임의 표집하여 사전조사와 그 후 1주일이 지나 사후조사를 통해 동일한 문장으로 비교하였다.

수집된 자료는 SPSS Version 12.0을 이용하여 기술통계, χ^2 -test 과 t-test 그리고 paired t-test, ANCOVA 및 평균차이를 사용하여 분석하였다.

본 연구의 결과는 다음과 같다.

1. 불안정도는 실험군에서는 개입 전에 비해 $5.09(\pm 11.02)$ 점 감소하였으며 ($p=0.014$), 대조군에서도 개입전보다 감소하였으나(-1.44 ± 5.70) 유의한 감소는 아니었다. 두 군의 개입 전후의 차이정도는 비교한 결과는 유의한 차이가 아니었다.
2. 우울정도는 실험군에서는 개입 전에 비해 보다 $3.34(\pm 8.62)$ 점 감소하였으나 ($p=0.036$) 대조군에서는 개입전보다 감소(-1.16 ± 5.89)으나 유의한 차이는 아

니었다. 두 개군의 개입 전후의 차이정도는 비교한 결과는 유의한 차이가 아니었다.

3. 개입군에서는 통증정도는 개입전보다 개입 후에(-1.19 ± 2.71)만큼 통계적으로 유의하게 감소하였으며($p=0.019$) 대조군에서는 통증정도는 개입전보다 개입 후(-0.09 ± 1.82) 만큼 감소하였다. 이는 통계적으로 경계역 수준에서 유의하였다($p=0.062$).
4. 사회적 지지는 대조군에서 초기값과 1주일 이 지난 후 값은 증가하였으나 (-1.66 ± 4.34 , $p < 0.05$) 실험군에서는 특별한 변화가 없었다.
5. 불안감, 우울감 통증에서의 개입전후 차이가 몇 가지 요인을 통제한 상태에서 통계적으로 유의한지를 파악하기 위해 공분산분석을 시행한 결과 모두 유의한 차이가 없었다.

이상의 결과를 요약하면 호스피스/완화치료를 시행한 군과 시행하지 않은 군에 있어서 시행 전 후의 불안, 우울 및 통증정도는 통계적으로 유의하였으나 시행 전 후 차이를 실험군과 대조군 간에 비교분석한 결과 통계적으로 유의하지 않았다. 따라서 최근 말기 암환자에게 점차 더 많이 권장되는 호스피스/완화의료의 효과를 좀 더 명확히 증명하기 위해서는 충분한 수의 조사대상에서 보다 섬세한 연구방법을 통해 규명되어야 할 것으로 사료된다.

참 고 문 헌

- 김은정 (1999). 등 마사지가 자궁 적출술 환자의 통증과 불안에 미치는 영향.
서울대학교 대학원 석사학위논문.
- 김연 (1985). 우울증의 귀인모형에 관한 연구. 고려대학교 박사학위논문
- 김정희, 최영숙(2000). 가정 호스피스기관의 활동에 관한 연구. 한국 호스피스/완화의료학회지, 3(2);28-38.
- 김현숙, 이소우, 윤영호, 유수정, 허대석 (2001). 성별에 따른 암환자의 통증 차이. 한국 호스피스/완화의료학회지, 4(1);14-25.
- 김형철, 김은숙, 박광희(2007). 한국 호스피스/완화의료학회지,10(3);137-144.
- 김정택, 신동균(1978). STAI의 한국표준화에 의한 연구. 최신의학, 21(11); 69-75.
- 권석만, (1996). 우울과 불안의 관계; 유발 생활사건과 인지내용에 있어서의 공통점과 차이점. 심리과학, 5(1),13-38.
- 박예리자(1994). 암환자의 통증지각에 대한 간호사의 인식. 가톨릭 대학교 대학원 석사학위논문.
- 박상연 (1979), 성별, 수술부위, 출산계획이 다른 수술환자와의 상황불안 비교. 간호학회지 9(1);9-21.
- 소외숙, 조결자 (1990), 호스피스 간호가 말기암환자의 삶의 질에 미치는 효과에 관한 연구. 대한간호학회지 21;418-35
- 이영호, 송종용(1991). BDI, SDS, MMPI-D 척도의 신뢰도 및 타당도에 대한 연구. 한국 심리학회지: 임상 10권 1호,98-113.
- 윤매옥. (2000), 영적 간호중재가 호스피스환자의 통증과 불안에 미치는 효과. 원광대학교 환경보건대학원, 석사학위논문.
- 윤덕미 (2004). 암성 통증관리, 호스피스 학술지, 4(1);91-93.
- 윤영호, 허대석(1996). 말기 암 환자의 3차 의료기관 입원의 문제점. 가정의학 회지 17(5);294-303

- 윤영호 (1998). 말기 암 환자의 이해와 가정 의학적 접근. 가정의학회지 19(11);979-986
- 윤영호, 허대석, 김홍수, 오상우, 유대우, 김유영, 허봉렬(1998). 말기 암환자의 통증 및 통증관리에 영향을 미치는 요인. 한국호스피스/완화의료 학회지 1(1);23-29.
- 유성은 (1997). 완벽주의적 경향, 사회적 지지, 스트레스에 대한 대처방식이 중년 여성의 우울에 미치는 영향. 고려대학교 석사학위논문.
- 유승연 (2001). 호스피스 간호가 말기 암환자의 삶의 질에 미치는 영향. 연세대학교 석사학위논문.
- 이소우, 이은옥, 박현애, 오효숙, 안효심, 허대석, 윤영호, 김달숙, 노유자 (1998). 가정 호스피스 케어 환자 방문간호 조사 분석. 한국호스피스/완화의료학회지, 1(1);39-80.
- 이영자(1996) 스트레스, 사회적 지지, 자아존중감과 우울 및 불안과의 관계. 서울대학교 박사학위 논문
- 이원희(1995). 호스피스 서비스의 분석, 가정간호연구소 학술대회, 가정간호; 연구와 사업보고서,72-80.
- 이원희, 호스피스의 현재와 미래. 간호학 탐구, 89-31.
- 이원희 (1999) 통증조절과 간호중재, 한국호스피스/완화의료학회지 2(1); 58-62.
- 이원희 (2000). 말기 암 환자의 총체적 고통, 한국 호스피스/완화의료 학회지, 3(1),60-73.
- 정정미, (2000).암환자의 통증 양상에 관한 연구, 전북대학교대학원 석사학위논문.
- 정정숙 (2005). 영적 간호중재가 말기 암환자의 영적 안녕, 우울, 불안 및 통증에 미치는 효과. 전남대학교대학원 박사학위논문.
- 정진규, 김종성, 김성수, 강동수, 김성민, 이동훈 등. 말기 암환자 가족 간병인의 삶의 질. 한국 호스피스/완화의료 학회지 2006,9(1);1-9.
- 최공옥 (1991). 말기 암환자의 임종경험에 관한 연구. 연세대학교대학원 박사학위논문.

- 최성은 (2005). 병동형 호스피스 대상자를 위한 전인적 호스피스 간호중재 프로그램의 개발 및 효과. 고신대학교대학원, 석사학위논문.
- 최윤선 (2003) 표준형 성인 암성 통증 평가도구 (K-CPAT): 개발과정, 한국 호스피스/완화의료학회지 6;82-87.
- 최윤선, 손근주, 김명자, 이준영, 이재복, 김수현, 김정아, 정희연, 최승완(2005) 유방암환자의 통증, 우울 및 불안 증상조절에 아로마자가치료의 효과. 한국 호스피스/완화의료학회지. 8(1);18-29.
- 최윤선, 홍명호, 한하자, 홍종숙 (1998). 호스피스 암환자의 통증조절. 한국 호스피스/완화의료학회지, 1(1);111-112.
- 통계청. (2002). 사망원인 통계연보.
- 통계청. (2005). 사망원인통계. 사회통계국 인구동향과.
- 하혜경. (1982). 암환자의 불안과 우울에 관한 연구. 신경정신의학 21(4); 665-673.
- 한지연, 김재유, 강진형, 문한림, 홍영선, 김훈교 외(1996), 호스피스병동에 입원한 말기 암환자의 통증조절. 대한암학회지 28(2);295-300.
- 한국중앙암등록본부. (2003).
- 홍영선, 문한림, 전승석, 유덕기, 윤명진, 김훈교 외(1985) 암환자의 통증조절. 대한대과학회잡지 29(3):335-341.
- 한국 가톨릭 호스피스 협회 (2005), 호스피스의 이해, 현문사 p17.
- 한국 가톨릭 호스피스 협회 (2005), 호스피스의 이해, 현문사 pp14-15.
- 허대석, (1998). 한국말기 암 환자의 현황 가정의학회지 19(11);987-991
- Axelsson B, Sjoden PO. (1998). Quality of life of cancer patients and their spouses in palliative home care. *Palliative Medicine*. 12;29-39
- Abbey A, Abramis DJ, Caplan RD. (1985). Effects of different sources of social support and social conflict on emotional well-being. *Basic & Applied Social Psychology*, 6, 111-129.
- Beck AT. (1967). Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects. New York: Harper & Row.

- Bonica JJ. (1990). Definition and taxonomy of Pain. *in* The management of pain, 2 edn. Lea & Febiger, Philadelphia, p. 18-27.
- Bonica J. (1980). Cancer pain *in* Bonica J.(ed.) Pain, New York, Raven Press, pp335-362.
- Butler RN, Burt R, Foley K. M, Morris, Morrison RS. (1996). Providing care when cure is not possible. *Geriatrics* 51;33-44.
- Chibnall JT, Videen SD, Duckro PN, Miller DK. (2002). Psychosocial-spiritual correlates of death distress in patients with life-threatening medical conditions. *Palliative Medicine*. 16(4);331-338.
- Choi YS, Lee JY, Park JN, Lee MA, Yeom CH, Jang SK. (2003). Reliability and validity of evaluation of Korean Cancer Pain Assessment Tool (KCPAT). *The Korean Journal of Hospice/Palliative Care* 6;152-62.
- Cleeland CS, Gonin R, Hatfield AK, Edmonson JH, Blum RH, Stewart JA, Pandya KJ. (1994). Pain and its treatment in outpatients with metastatic cancer. *New England Journal of Medicine*, 330; 592-596.
- Cuijpers P, F.(2002) Excess mortality in depression; a meta-analysis of community studies. *Affective Disorders*, 72; 227-236.
- Derogatis LR. (1986). Clinical Psychopharmacology. Menlo Park, Addison-Wesley Publication.
- Feibel JH, Springer CJ. (1982). Depression and failure to resume social activities after stroke. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 63;276-278.
- Frank-Stromberg M. (1984). Selecting on instrument to measure quality of Life. *Oncology Nursing Forum*, 13;88-91.
- Gurian B, Miner JH. (1991). Clinical presentation of anxiety in the elderly; treatment and research. New York, Springer.

- Hadorn DC. (2001). The Oregon priority-setting exercise: quality of life and public policy. *Hastings Center Report*, 21;S11-6.
- Heim HM, Oei TPS. (1993). Comparison of prostate cancer patients with and without pain. *Pain*, 53:159-162.
- Maddocks I. (1999) Hospice personnel education & palliative care, 가톨릭 대학교 간호대학 호스피스 연구소.
- Kaut KP. (2002). Religion, Spirituality and Existentialism near the End of Life. *American Behavioral Scientist*, 46(2);220-234.
- Lin H, Bauer-Wu SM. (2003). Psycho-Spiritual Well-Being In Patients with Advanced Cancer. An Integrative review of the Literature. *Journal of Advanced Nursing*, 44(1);69-80.
- Massie MJ, Holland JC. (1992). The Cancer Patients with Pain; Psychiatric Complications and their Management, *Journal of Pain and Symptom Management* 7;99-109.
- Massie M,J (1990). Depression Handbook of Psycho-oncology. Oxford University Press, Oxford, pp283-290.
- McCaffery M. Understanding Your Patients Pain. *Nursing*, Sep, 1980.
- Melzack Ronald. (1975). The McGill Pain Questionnaire ; majou properties & scoring methods, *Pain*, pp227-299.
- Nelson JE, Meier D, Oei EJ, Nierman DM, Senzel RS, Manfredi PL. Davis SM, Morrison RS. (2001). Self-reported symptom experience of critically ill cancer patients receiving intensive care. *Critical Care Medicine*, 29(2);277-282.
- Paice JA. (2002). Managing psychological condition in palliative care. *AJN*, 102(11)36-42.
- Peter K. (1994). A to Z of hospice and palliative medicine. EPL Publications, p20.
- Patricia E. Green (1985). The pivotal role of the nurse in hospice care, ACS

- Professional Education, American Cancer Society, 85-50M-No.3441-PE, pp30-31.
- Pennix BW, Deeg DJ, van Eijk JT. (2000). Changes in depression and physical decline in older adults: a longitudinal perspective. *Journal of Affective Disorder*, 61;1-12.
- Pitorak EF (1997). Historical background and hospice services in America, The development of hospice/palliative care, 가톨릭 대학교 호스피스 학술세미나 자료집 pp1-12, pp67-83.
- Rawsley M. (1982). Brief psychotherapy for persons with recurrent cancer; a holistic practice model. *Advanced in Nursing Science*, Oct.;69-76.
- Research Institute For Hospice & Palliative Care, College of Nursing, The Catholic University. (2006). Hospice and palliative care. Seoul, Koonja Publishing Company.
- Saunders C. (1990). Hospice and palliative care: an interdisciplinary approach. London, Edward Arnold.
- Saunders C. (1976). The nursing of patients dying of cancer. *Nurs Times* 72(2);19-21.
- Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE. (1970). Manual for the state-trait anxiety inventory. Pal, Alto, CA, Consulting Psychologist Press.
- Spielberger CD. (1972). Anxiety on emotional State *in* Spielberger CD. (ed.). Anxiety: current trends in theory and research. New York, Academic Press, pp481-493.
- Sheehan DC, Forman WB. (1996). Hospice and palliative care; concepts and practice. Sudbury, Jones and Bartlett Publication.
- Strang P. (1998). Cancer pain—a provoker of emotional, social and existential distress. *Acta Oncologica*, 37(7/8);641-644.
- Susan M. (1996). Pain and pain relief experienced by hospice patients with cancer. *Cancer Nursing*, 19(4);298-307.

Twycross RG. (1995). *Introducing palliative care*. Oxford, Radcliffe Medical Press. p36.

Yeom CH, Choi YS, Lee HR, Shin JY, Hong YS, (2000). Medical costs and quality of life in terminal cancer patients; a comparison of four care, *Progress in Palliative Care* 8:5-11.

부 록

설 문 지

I. 암 환자의 일반적 특성

1. 성별: 1) 남 () 2) 여 ()
2. 연령: 만 () 세
3. 아프기 전 직업: () 없음 ()
4. 교육정도 1)무 () 2) 국졸 () 3)중졸 () 4) 고졸 () 5) 대졸 ()
6)대학원 이상 ()
5. 결혼상태 1) 미혼() 2) 기혼() 3) 이혼() 4) 사별() 6) 별거 ()
6. 가족 월 평균수입:1)100만원미만() 2)100~200만원() 3)200~300만원 ()
4)300~400만원() 5)400만원 이상()
7. 현재 함께 살고 있는 가족 수: 1) 없음 () 2) 있음 (명)
8. 종교적 특성
 - 1) 기독교 () 2) 천주교 ()
 - 3) 불교 () 4) 없음. ()
 - 5) 기타 ()

II. 질병 및 치료적 특성

1. 진단 명; () 처음 진단 받은 날자 ; (년 월.)
2. 진단명과 과 관련된 수술 경험 ;1) 있음()2)없음 .()수술 명()
3. 치료방법 ; 1)항암요법() 2)방사선요법;()4항암및 방사선()
4)보존요법 ()
4. 진단 받은 후 몇 번 입원 ; (번)
5. 일반 병동에 있는 경우 영적간호를 받은 경험 유무 1) 있다.() 2) 없다 ()
6. 최근 1주일간 하루 평균 수면 시간 ; (시간)
7. 진통제투여 여부; (간호사가 작성)
 - 1) 진통제 사용 안함. () 2) 비 마약 성 진통제 ()
 - 3) 약한 마약 성 진통제() 4)강한 마약성진통제 ()

IV. 불안 설문지. (STAI)

아래 문장들은 자신을 표현하는데 사용하는 것입니다. 귀하가 지금 이 순간에 느끼고 있는 상태를 잘 나타내주는 항목에 O 를 하십시오.

문항	전혀 그렇지 않다	조금 그렇다	보통으로 그렇다	대단히 그렇다
1. 나는 마음이 차분하다. *	1	2	3	4
2. 나는 마음이 든든하다. *	1	2	3	4
3. 나는 긴장이 되어있다.	1	2	3	4
4. 나는 후회스럽고 서운하다.	1	2	3	4
5. 나는 마음이 편안하다. *	1	2	3	4
6. 나는 당황해서 어찌할 바를 모르겠다.	1	2	3	4
7. 나는 마음이 놓인다. *	1	2	3	4
8. 나는 불안하다.	1	2	3	4
9. 나는 앞으로 불행이 있을까 걱정이 된다.	1	2	3	4
10. 나는 편안하게 느낀다. *	1	2	3	4
11. 나는 자신감이 있다. *	1	2	3	4
12. 나는 짜증스럽다.	1	2	3	4
13. 나는 극도로 긴장되어 있다	1	2	3	4
14. 나는 마음이 조마조마하다.	1	2	3	4
15. 내 마음은 긴장이 풀려 푸근하다. *	1	2	3	4
16. 나는 만족스럽다. *	1	2	3	4
17. 나는 걱정하고 있다.	1	2	3	4
18. 나는 흥분되어 어쩔 줄 모르겠다.	1	2	3	4
19. 나는 즐겁다. *	1	2	3	4
20. 나는 기분이 좋다. *	1	2	3	4

* : 역 환산 문항

V. 우울 설문지 (BDIS)

이 질문지는 여러분이 일상생활에서 경험할 수 있는 내용들로 구성되어 있습니다. 아래 글들을 잘 읽어보시고, 4개의 글 중 요즈음 (오늘을 포함하여 지난 일주일 동안) 자신의 기분을 잘 나타내고 있다고 생각되는 글의 번호에 O표시하여 주십시오.

- 1) 0. 나는 슬프지 않다.()
 1. 나는 슬프다.()
 2. 나는 슬픔에서 벗어나기가 어렵다.()
 3. 나는 너무나 슬프고 불행해서 도저히 견딜 수 없다.()

- 2) 0. 나는 미래에 대해서 비관적이지 않다. ()
 1. 나는 미래에 대해서 약간 비관적이다. ()
 2. 나는 미래에 대해서 기대할 것이 거의 없다. ()
 3. 나는 미래는 아주 절망적이고 나아질 가망이 전혀 없다.()

- 3) 0. 나는 실패자라고 생각하지 않는다. ()
 1. 나는 다른 사람들보다. 더 많이 실패한 것 같다. ()
 2. 지난 일들을 돌이켜 보면 생각하는 것은 실패뿐이다. ()
 3. 나는 인간으로서 완전한 실패자인 것 같다. ()

- 4) 0. 나는 전과 같이 일상생활에서 만족하고 있다. ()
 1. 나는 일상생활은 약간 만족스럽지 못하다. ()
 2. 나는 요즈음 어떤 것에도 만족을 얻지 못한다. ()
 3. 나는 모든 것이 다 불만스럽고 만사가 지겹다. ()

- 5) 0. 나는 별로 죄책감을 느끼지 않는다. ()
 1. 나는 죄책감을 느낄 때가 많다. ()
 2. 나는 죄책감을 느낄 때가 아주 많다. ()
 3. 나는 항상 죄책감을 느낀다. ()

- 6) 0. 나는 별을 받고 있다고 생각하지 않는다. ()
 1. 나는 어쩌면 별을 받고 있는지도 모른다. ()
 2. 나는 별을 받고 있는 것 같다. ()
 3. 나는 지금 확실히 별을 받고 있다고 생각한다. ()

- 7) 0. 나는 나 자신에게 실망하고 있지 않다. ()
 1. 나는 나 자신에게 실망하고 있다. ()
 2. 나는 나 자신이 싫다. ()
 3. 나는 나 자신을 증오했다. ()
- 8) 0. 나는 내가 다른 사람 보다 못한 것 같지는 않다. ()
 1. 내 약점이나 실수에 대해서 나 자신을 탓하는 편이다. ()
 2. 나는 내가 잘못된 일이 있을 때 대부분 나를 탓한다. ()
 3. 내 주변의 모든 안 좋은 일을 항상 내 탓으로 돌린다. ()
- 9) 0. 나는 자살 같은 것은 생각하고 있지 않다. ()
 1. 나는 자살 하고 싶은 생각이 가끔 든다. ()
 2. 나는 자살 하고 싶은 생각이 자주 든다. ()
 3. 나는 기회만 있으면 자살 하겠다. ()
- 10) 0. 나는 평소보다 더 울리는 않는다. ()
 1. 나는 평소 보다 더 많이 운다. ()
 2. 나는 요즈음 항상 운다. ()
 3. 나는 전과는 달리 울고 싶어도 너무 지쳐서 울 수도 없다. ()
- 11) 0. 나는 요즈음 평소보다 더 짜증을 내는 편은 아니다. ()
 1. 나는 평소보다 더 쉽게 짜증이 난다. ()
 2. 나는 요즈음 항상 짜증이 난다. ()
 3. 나는 전과는 달리 너무 지쳐서 짜증조차 나지 않는다. ()
- 12) 0. 나는 다른 사람에게 여전히 관심을 가지고 있다. ()
 1. 나는 평소보다 다른 사람들에 대한 관심이 줄었다. ()
 2. 나는 다른 사람들에 대한 관심이 거의 없어졌다. ()
 3. 나는 다른 사람들에 대한 관심이 완전히 없어졌다. ()
- 13) 0. 나는 평소처럼 결정을 잘 내린다. ()
 1. 나는 결정내리는 것이 전보다. 약간 힘들다. ()
 2. 나는 결정내리는 것이 전보다. 훨씬 힘들다. ()
 3. 나는 이제는 아무 결정도 내릴 수가 없다. ()

- 14) 0. 나는 평소보다 내 모습이 더 보기 싫어진 것 같지는 않다. ()
1. 내 모습은 호감을 줄 수 없게 변해버린 것 같다. ()
 2. 나는 나이 들어 보이거나 호감을 못 줄 것 같아 걱정이다. ()
 3. 내 모습이 형편없이 추하다고 확신한다. ()
- 15) 0. 나는 평소처럼 일을 할 수 있다. ()
1. 어떤 일을 하려면 평소보다 더 힘이 든다 ()
 2. 무슨 일이든 하려면 무척 힘이 든다. ()
 3. 나는 전혀 아무 일도 할 수가 없다. ()
- 16) 0. 나는 평소처럼 잠을 잘 수가 있다. ()
1. 나는 평소처럼 잠을 자기가 약간 어렵다.()
 2. 나는 평소보다 한두 시간 가량 더 일찍 깨고 다시 잠들기가 어렵다. ()
 3. 나는 평소보다 두 시간 이상 더 일찍 깨고 다시 잠들 수가 없다. ()
- 17) 0. 나는 평소보다 더 피곤하지 않다. ()
1. 나는 평소보다. 더 쉽게 피곤해진다. ()
 2. 나는 무엇을 해도 언제나 피곤해 진다. ()
 3. 나는 너무나 피곤해서 아무 일도 할 수가 없다. ()
- 18) 0. 내 식욕은 평소와 다름이 없다. ()
1. 나는 요즈음 식욕이 많이 떨어졌다. ()
 2. 나는 요즈음 평소보다 식욕이 좋지 않다. ()
 3. 나는 요즈음 식욕이 전혀 없다. ()
- 19) 0. 요즈음 체중이 별로 줄지 않았다. ()
1. 전보다. 몸무게가 2킬로그램 가량 줄었다. ()
 2. 전보다. 몸무게가 5킬로그램 가량 줄었다. ()
 3. 전보다 몸무게가 7킬로그램 가량 줄었다. ()
- *. 나는 현재 음식조절로 체중을 줄이고 있는 중이다. 예 _____ 아니요 _____
- 20) 0. 나는 전보다 건강에 대해 더 걱정하지 않는다. ()
1. 나는 여러 가지 통증, 소화불량 또는 변비 등으로 건강이 걱정된다. ()
 2. 나는 건강이 매우 걱정되어서 딴 일을 생각하기 어렵다. ()
 3. 나는 건강이 너무 걱정되어서 딴 일은 생각조차 할 수 없다. ()

- 21) 0. 나는 요즈음 성(sex)에 대한 관심이 예전과 같다. ()
1. 나는 평소보다 성(sex)에 대한 관심이 줄었다. ()
2. 나는 요즈음 성 (sex)에 대한 관심이 상당히 줄었다. ()
3. 나는 성 (sex)에 대한 관심을 완전히 잃었다. ()

VI. 사회적 지지 척도.

귀하의 생각과 같은 곳에 0표하세요.

	아주 조금	조금	보통	많이	아주 많이
1. 주위 사람들이 내가 하는 일들에 대해 고맙게 생각했다.	1	2	3	4	5
2. 주위 사람들이 나를 존중해 주었다.	1	2	3	4	5
3. 주위 사람들이 나를 염려해 주었다.	1	2	3	4	5
4. 주위 사람들이 나에게 필요한 정보와 충고를 주었다.	1	2	3	4	5
5. 내가 너무도 많은 일을 한꺼번에 해야 했을 때 주위사람들이 도와주었다.	1	2	3	4	5
6. 중요한 고민이나 감정들을 털어놓고 싶었을 때 주위사람들이 내 이야기를 들어주었다.	1	2	3	4	5
7. 주위 사람들과 다투었다.	1	2	3	4	5
8. 주위사람들이 나의 신경을 건드렸다.	1	2	3	4	5
9. 주위 사람들이 나의 생각이나 느낌을 잘못 이해했다.	1	2	3	4	5
10. 내가 옳다고 생각하는 것과는 달리 못마땅한 방식으로 주위 사람들이 일을 처리했다.	1	2	3	4	5
11. 주위 사람들이 나를 불쾌하거나 화난 태도로 대했다.	1	2	3	4	5

저작물 이용 허락서

학 과	보건학과	학 번	20057521	과 정	박사
성 명	한글: 김 형 철 한문 : 金 亨 哲 영문 : Kim Hyung-Chul				
주 소	전남 담양군 담양읍 양각리 59번지 용육노인전문요양원				
연락처	E-MAIL : hckim_2001@hanmail.net				
논문제목	한글 : 호스피스/완화치료가 일부 말기 암환자의 불안과 우울, 통증에 미치는 영향 영어 : The Effect of Hospice/Palliative Care on Anxiety, Depression and Pain in Some Terminal Cancer Patients				

본인이 저작한 위의 저작물에 대하여 다음과 같은 조건아래 조선대학교가 저작물을 이용할 수 있도록 허락하고 동의합니다.

- 다 음 -

1. 저작물의 DB구축 및 인터넷을 포함한 정보통신망에의 공개를 위한 저작물의 복제,기억장치에의 저장, 전송 등을 허락함
2. 위의 목적을 위하여 필요한 범위 내에서의 편집·형식상의 변경을 허락함. 다만, 저작물의 내용변경은 금지함.
3. 배포·전송된 저작물의 영리적 목적을 위한 복제, 저장, 전송 등은 금지함.
4. 저작물에 대한 이용기간은 5년으로 하고, 기간종료 3개월 이내에 별도의 의사 표시가 없을 경우에는 저작물의 이용기간을 계속 연장함.
5. 해당 저작물의 저작권을 타인에게 양도하거나 또는 출판을 허락을 하였을 경우에는 1개월 이내에 대학에 이를 통보함.
6. 조선대학교는 저작물의 이용허락 이후 해당 저작물로 인하여 발생하는 타인에 의한 권리 침해에 대하여 일체의 법적 책임을 지지 않음
7. 소속대학의 협정기관에 저작물의 제공 및 인터넷 등 정보통신망을 이용한 저작물의 전송·출력을 허락함.

동의여부 : 동의(o) 반대()

2008년 2월

저작자: 김 형 철 (서명 또는 인)

조선대학교 총장 귀하