

## 제주지역내 재가암환자관리를 받은 환자와 보호자에게 제공되는 프로그램 만족도와 요구

김현주<sup>1</sup>, 허정식<sup>2\*</sup>

<sup>1</sup>제주대학교 의학전문대학원 가정의학교실, <sup>2</sup>제주대학교병원 의학전문대학원 비뇨기과학교실

### Satisfaction and Needs of Cancer Patients and Caregivers under Home-based Cancer Patients Management in Jeju

Hyeon-Ju Kim<sup>1</sup>, Jung-Sik Huh<sup>2\*</sup>

<sup>1</sup>Department of Family Medicine, School of Medicine, Jeju National University

<sup>2</sup>Department of Urology, School of Medicine, Jeju National University

**요약** 본 논문은 일개 지역암센터에서 제공되는 재가암환자관리프로그램의 만족도와 요구에 대한 조사를 통해 프로그램의 질 향상을 높이기 위해 시행하였다. 재가암환자관리에 등록된 된 환자와 보호자를 대상으로 2015년 3월부터 2015년 10월까지 자체적으로 개발된 설문지를 통해 면대면으로 조사를 시행하였다. 환자 59명과 보호자 41명, 총 101명을 대상으로 설문 조사가 이루어졌다. 암종에서는 유방암이 주된 암이었으며 재가암환자의 방문회수에 대하여 51명(86%)의 환자와 36명(85%)의 환자 보호자가 만족하였다. 서비스 신청경로는 환자의 경우 암센터홍보지가 22명(37.29%), 보호자의 경우에는 주변 사람의 권유가 11명(26.19%)으로 가장 많았다. 환자에게 직접 제공되는 처치를 제외하고 가장 선호하는 것은 심리상담이었으며, 나들이와 암종별 교육의 만족도도 높게 나타났다. 프로그램의 만족도는 5점 척도에서 4.14±1.21로 비교적 높게 나왔으며 환자가 보호자보다 높았으나 통계적으로 의미는 없었다(4.29±1.11, 3.93±1.31, p=0.141). 자아존중감은 보호자가 환자보다 높았으나 통계적으로 유의하지 않았다. 향후 재가암환자와 보호자들의 삶의 질을 높일 수 있도록 심리상담과 환자의 경제적 인 상황을 고려한 맞춤형 프로그램개발이 필요할 것이다.

**Abstract** This study was conducted to improve the quality of home-based cancer management programs through a survey of satisfaction and needs of the program provided by a regional cancer center. From March 2015 to October 2015, we conducted face to face surveys of patients and caregivers enrolled in home-based cancer management. A total of 101 patients, 59 patients and 41 caregivers, were enrolled. Breast cancer was the main cancer and 51 (86%) patients and 36 (85%) caregivers were satisfied with the number of visits for home-based cancer management. For the service application route, 22 patients (37.29%) obtained information through the cancer center publicity paper and 11 caregivers (26.19%) received recommendations from acquaintances. Except for treatment provided directly to the patients, psychological counseling was the most preferred, and satisfaction regarding picnic and cancer education were also high. Satisfaction with the program provided by regional cancer center was relatively high (4.14 ± 1.21 on a 5-point scale). Additionally, satisfaction of the patients was higher than that of the caregivers, but this difference was not significant (4.29 ± 1.11, 3.93 ± 1.31, p = 0.141). Self-esteem was higher among caregivers than patients, but this difference was not significant. To improve the quality of life of cancer patients and caregivers, it is necessary to develop customized programs considering patients' economic situations and need for psychological counseling.

**Keywords** : Home care services, Cancer, Satisfaction, Health service needs, Caregiver

본 논문은 2018학년도 제주대학교 교원성과지원사업에 의하여 연구되었음.

\*Corresponding Author : Jung-Sik Huh(Jeju Univ.)

Tel: +82-64-754-8152 email: urohjs@jejunu.ac.kr

Received May 14, 2018

Revised (1st June 14, 2018, 2nd July 11, 2018)

Accepted August 3, 2018

Published August 31, 2018

## 1. 서론

대부분의 사람들이 바라는 바람직한 임종의 모습은 오랫동안 살아온 정든 집에서 가족들의 보살핌을 받으며 지내다가 인간적인 존엄을 유지하며 죽는 것이다. 2015년 암환자 352명의 임종에 대한 연구는 가정에서 가족과 같이 임종과정을 겪은 경우가 병원에서 사망한 환자보다는 평안하고 슬픔이 덜하다고 보고하였다[1]. 항암치료와 이로 인한 합병증 등으로 중환자실에서 인공호흡기 및 집중치료를 받는 말기 암환자의 의료비 지출이 임종 마지막 1년간 의료비의 29-60%가 마지막 1-2개월 전의 의료비용이 차지하고 있다[2,3]. 우리나라의 경우 객사라고 하여 병원보다는 집에서 임종을 맞이하는 경우가 많았으나 사회적, 문화적인 변경 등으로 의료기관에서 삶을 마감하는 경우가 더욱 증가되는 추세이며 각 나라마다 이러한 추세로 변화하고 있다.

우리나라에서 품위 있는 죽음에 대한 연구에 의하면 환자의 이상적인 임종장소는 자택이 54.8%, 병원이 8%, 호스피스기관이 7.9%, 요양원이 6.5% 순으로 보고되었고 자택을 선택한 이유로 사랑하는 가족들과 같이 임종을 할 수 있다는 것이 가장 높게 보고하였다[4]. 영국과 미국 캐나다의 경우, 집에서 생을 마무리하기를 원하는 경우가 많으나 일본, 독일, 포르투갈은 의료기관 즉 병원에서 삶을 마감하는 경우가 늘어나고 있다[5-8]. 1992-1997년 동안 암환자의 죽음을 맞이하는 장소에 대한 연구에서 73.7%가 병원에서 임종을 맞이하였고 26.3%는 병원이 아닌 곳에서 임종을 맞이한 것으로 보고하였으며 점차 병원에서 임종을 맞는 비율이 증가될 것으로 예측하였다[9]. 이러한 차이는 현재 앓고 있는 질환의 정도와 개인적인 요소 즉 교육정도, 사회적 지위 등과 사회적인 뒷받침, 즉 의료정책, 의료돌봄의 정도와 결혼, 동거 상태 등의 환경적인 요소가 영향을 미치고 있다[10-11].

많은 말기암환자들은 가능한 한 가정에서 생활을 하면서 임종을 맞길 원하지만 응급상황에 대한 불안함, 핵가족화로 인한 돌봄 제공자의 부재 등을 이유로 병원을 떠나지 못하고 있다. 또한, 의료서비스의 접근도 향상, 의료보장성 강화, 입원 서비스 수준 향상 등의 요인들도 이런 현상을 부추기고 있다. 이를 반영하듯 현재 우리나라의 호스피스완화의료돌봄도 입원 서비스를 중심으로 제공되고 있다. 일부 기관에서 무료 재가암환자 서비스를 제공하고 있으나, 자발적인 소수 기관에 국한되어 있

어 오랜 기간 확대되지 못하고 있었다. 가정을 중심으로 한 가정호스피스를 활성화를 위해 2014년 암관리법 개정, 2015년 7월15일 말기암환자 호스피스·완화의료 수가 적용 등 말기암환자 호스피스·완화의료 제도가 본격적으로 정비되면서 가정 호스피스도 필수적인 서비스 항목으로 주목받게 되었다.

최근 호스피스완화의료 및 연명의료결정에 관한 법률이 2016년 2월 3일 제정이 되어 암뿐만 아니라 후천성 면역결핍증, 만성폐쇄성질환, 만성 간경화, 그 밖에 보건복지부령으로 정하는 질환으로 지정되어 있다[12,13]. 그러나 우리나라의 가정 호스피스돌봄은 각 기관마다 의료돌봄의 편차가 크고, 수가에 대한 제도적 근거도 미비하며 시범사업으로 운영 중에 있다. 또한, 입원 서비스에 대한 의료 보장성 강화, 병원의 통합간병서비스 확대 등의 제도적 변화와 주거 환경이나 가족구성의 변화 등 가정 호스피스 제공 환경도 급변하였다. 지역암센터 및 병원, 전문기관, 보건소에서 재가암관리를 시행하고 있으며, 다양한 서비스가 환자와 보호자에게 제공되고 있으나 각 기관마다 여건과 체계, 의료진의 관심도 등이 달라 이로 인해 많은 차이가 있다[14].

최근 들어 재가암과 가정호스피스에 대한 연구가 증가되고 있으나 대부분의 경우 가정호스피스의 실무자나 이용자 특성 및 서비스 제공 실태에 대한 재가암 환자 중심으로 한 연구가 많으나 환자와 보호자의 의료돌봄 및 제공되는 프로그램에 대한 만족도조사는 많지 않다[15-17]. 이에 본 연구에서는 재가암환자 돌봄을 받고 있는 재가암환자와 가족에 대한 프로그램 선호도와 기대 등을 조사하여 현재 우리나라 재가암돌봄 및 제공 프로그램의 의료서비스 향상을 위한 기초자료를 제공하고자 한다.

## 2. 대상 및 방법

### 2.1 조사대상

제주지역암센터에는 특성화 사업으로 재가암관리 프로그램이 필요한 환자에 대하여 지속적인 돌봄서비스를 제공하고 있다. 본 연구는 이러한 재가암환자 돌봄서비스를 받고 있는 환자 및 그 가족들 중 연구에 동의한 분들을 대상으로 자료를 수집하였으며, 59명의 환자와 42명의 환자보호자를 대상으로 총 101명에 대한 설문조사를 시행하였다.

## 2.2 연구방법

재가암환자 돌봄서비스를 받고 있는 환자 및 보호자를 대상으로 면대면 설문을 통하여 자료를 수집하였다. 재가암 의료서비스에 대한 만족도에 평가하는 객관화된 설문조사지가 없어 자체적으로 설문지를 개발하였으며, 기관 연구윤리심의위원회의 심의를 거쳐 2015년 3월부터 2015년 10월까지 설문조사를 진행하였다.

설문지의 구성은 일반적인 특징인 성별, 연령, 교육정도, 월수입, 종교, 결혼여부, 거주자의 구성, 현재 앓고 있는 암종 등이다. 재가암환자관리는 재가암신청경로, 상치소독과 환자에게 삽입된 관의 처치, 상담, 수액처치 등 등록을 한 원인, 직접방문을 원하는 병원 직종, 의료적인 처치를 제외한 돌봄서비스와 재가암서비스의 기간을 포함하고 있으며 기관에서 환자 및 보호자에게 제공되는 프로그램의 만족도, 즉 방문간호, 암종별 혹은 전체 암의 자조모임, 암과 관련된 교육, 영양교육 등을 포함하였다.

설문지는 만족도의 경우에는 5점 척도로 점수가 높을수록 만족도가 높게 구성되었다. 재가암방문의 경우에는 주 1회를 원칙으로 하고 있으며 필요시 자주 방문하는 경우가 있다.

## 2.3 분석방법

재가암환자와 보호자의 일반적인 특징을 분석하였고, 환자와 보호자를 두 군으로 나누어 재가암관리에 대한 신청사유, 신청 경로 및 방문횟수와 제공되는 프로그램의 만족도, 자아 존중감 등에 대하여 비교하였다. 환자와 보호자에 대한 비교는 범주형 변수에 대해서는 카이제곱 검정을 시행하였으며, 연속형 변수에 대해서는 독립표본 T 검정을 하였고, 통계처리는 SPSS version 20으로 하였다.

없는 경우도 있었다. 기혼의 경우가 75명(74.25%)으로 가장 많았으며 사별을 한 경우도 총 14명(13.86%)이었다. 배우자와 같이 사는 경우가 68명(67.32%)로 가장 많았고 단독으로 거주하는 경우도 15명(14.85%)이었다. 재가암 서비스를 받은 평균기간은 환자의 경우 26±18.9개월이었으며 보호자의 경우 18±13.3개월이었다(Table 1).

다빈도 암종은 유방암이 16명(27.12%)으로 가장 많았으며 위암, 폐암 순이었다. 일부 환자의 경우 2가지 이상의 암종으로 진단받은 경우도 6명이었다. 기타 암종으로는 비인강암, 혈액암 등이 있었다(Fig. 1).

Table 1. General Characteristics of the Participants

		Patient (N=59)	Caregiver (N=42)	Total (N=101)
Sex	Male	14(23.7)	11(28.2)	25(24.8)
	Female	45(76.3)	31(73.8)	76(75.2)
Age(yr)	30-49	7(11.9)	9(21.4)	16(15.8)
	50-69	32(54.2)	20(47.6)	52(51.5)
	≥70	20(34.5)	13(30.9)	33(32.7)
Education	≤Elementary	19(32.2)	14(33.3)	33(32.7)
	Middle School	9(15.5)	5(12.2)	14(13.9)
	High School	26(44.0)	14(33.3)	40(39.6)
	≥College	5(8.5)	9(22.0)	14(13.9)
Income (1,000won)	<1000	34(57.6)	19(45.2)	53(52.5)
	1000-2000	17(28.8)	14(33.3)	31(30.7)
	>2000	8(13.6)	9(21.4)	17(16.8)
Religion	None	12(20.3)	8(19.0)	20(19.8)
	Catholicism	13(22.0)	9(21.4)	22(21.8)
	Protestant	13(22.0)	11(26.2)	24(23.8)
Marriage	Buddhism	21(35.6)	14(33.3)	35(34.7)
	Married	46(78.0)	29(69.0)	75(74.3)
	Non-married	2(3.4)	4(9.5)	6(5.9)
Housemate	Divorced/Separated	3(5.1)	2(4.8)	5(5.0)
	Spouse	44(74.6)	24(57.1)	68(67.3)
	Relatives	14(23.7)	15(35.7)	19(18.8)
Duration of services(month)	Alone	10(16.9)	5(11.9)	15(14.9)
		26.2±18.9	18.0±13.3	22.9±17.2

## 3. 결과

### 3.1 재가암환자의 일반적인 특징

환자와 보호자의 여성비율이 각각 76.26%, 73.8%로 나타나 모두 여성이 높은 비율을 차지하였다. 연령은 50-60대가 52명(51.5%)으로 가장 많은 부분을 차지하였다. 교육수준은 고졸이상이 가장 많았으며, 경제수준은 월수입이 100만원 미만의 비율이 가장 높아 경제적으로 저소득층이 많았다. 종교의 비율은 불교(34.6%), 기독교(23.76%), 가톨릭(21.78%) 순이었으며 특정한 종교가

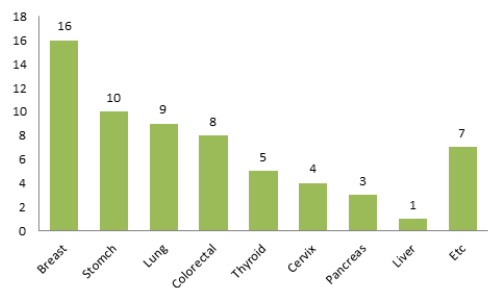


Fig. 1. Distribution of Patients' Cancer Type(Only Patients)  
Y axis: Number of patient  
Some patients have two types of cancer.

Table 2. Survey Contents Related with Home-based Cancer Patient Program

	Patient (N=59)	Caregiver (N=42)	Total (N=101)	P-value
Route of Application	Doctor	5(11.9)	18(17.8)	0.021
	Public Health	8(13.6)	13(12.9)	
	Cancer center publicity	22(37.3)	7(16.7)	
	Acquaintance	8(13.6)	11(26.2)	
	Etc	8(13.6)	14(33.3)	
Causes of Application	Treatment(dressing)	11(17.7)	22(21.8)	0.468
	Fluid(IV)	7(9.0)	11(10.7)	
	Health consultation	42(53.8)	23(37.1)	
	Pain consultation	14(17.9)	14(22.6)	
	Etc	4(5.1)	7(5.0)	
Desired person	Doctor	8(16.7)	23(27.1)	0.171
	Pharmacist	2(4.2)	2(2.4)	
	Social worker	11(22.9)	8(21.6)	
	Nutritionist	8(16.7)	3(8.1)	
	Volunteer	11(22.9)	8(21.6)	
Desired services	Etc	8(16.7)	13(15.3)	0.354
	Psychological counseling	27(57.4)	17(45.9)	
	Economic counseling	6(12.8)	4(10.8)	
	Supporter for housework	6(12.8)	5(13.5)	
	Volunteer for bath	3(6.4)	8(21.6)	
Program satisfaction	Etc	5(10.6)	8(9.5)	0.141
	Self-esteem	3.87±0.912	3.97±0.834	
			4.14±1.21	0.606

### 3.2 재가암 환자와 보호자에게 제공되는 의료 서비스와 프로그램

재가암환자 방문서비스 신청경로는 환자의 경우 암센터홍보지가 22명(37.29%)으로 가장 많았으며 환자의 담당주치의의 추천으로 등록된 경우가 13명(22.03%)이었으며, 보호자의 경우에는 주변사람의 권유가 11(26.19%)명으로 가장 많았고, 암센터홍보지가 7명(16.67%)순이었다. 환자와 보호자간의 신청경로는 통계적으로 차이를 보였다(p=0.021).

재가암 방문서비스 신청사유로는 환자의 경우 영양 및 식이 등에 대한 건강상담이 42명(71.19%)이었고 통증상담이 14명(23.73%)이었다. 보호자의 경우에는 건강상담이 23명(54.76%), 통증상담 14명(33.33%), 수액과 처치 등이 11명(26.19%) 순이었다. 방문횟수에 대한 만족도는 대부분 만족을 보였으며 매우 불만족의 경우는 환자의 경우 1명이 있었다. 방문간호사이외의 재가암 방문을 원하는 경우에는 환자의 경우 사회복지사와 자원봉사자가 각각 11명(18.64%)이었고 보호자의 경우에는 의사가 15명(35.71%), 사회복지사가 8명(19.05%)으로 보호자의 경우에는 의사의 방문을 원하는 경우가 높았다.

이러한 운영프로그램의 만족도는 5점 척도에서 4.14±1.21로 비교적 높게 나왔으며 환자의 경우가 보호자보다 높았으나 통계학적으로 의미는 없었다(4.29±1.11, 3.93±1.31, p=0.141). 재가암환자와 가족의 자아 존중감은 보호자가 환자보다 높았으나 통계적으로 의미는 없었다(3.97±0.83, 3.87±0.91, p=0.606)(Table 2). 처치와 치료 이외의 희망서비스는 환자와 보호자 모두 심리상담을 가장 원하였다. 기관에서 제공하는 만족도 높은 프로그램은 환자와 보호자 모두 나들이와 암종별 교육, 노래자랑 순이었다(Table 3).

Table 3. Most Satisfied Program for Participants

Programs	Patient N(%)	Caregiver N(%)	P-value
Education of cancer	18(31.0)	13(31.7)	0.551
Gardening	3(5.2)	4(9.8)	
Art and craft	0(0.0)	2(4.9)	
Picnic	22(31.9)	13(31.7)	
Singing contest	13(22.4)	7(17.1)	
Watching movie	2(3.4)	2(4.9)	

#### 4. 고찰

의료기술의 발달로 인해 평균수명이 증가되었고 또한 이로 인해 만성질환이 증가되고 암의 발생률도 날로 증가되는 추세이다. 제주지역에서도 마찬가지로 암이 발생이 증가되고 있다[18].

다른 질환도 정도의 차이는 있지만 암의 경우, 환자 본인뿐만 아니라 그 가족들에게도 신체적, 정신적, 경제적인 고통이 많이 발생되고 있다. 암정복을 위한 많은 사업이 진행되고 있으며 최근 암관리법과 호스피스에 대한 법률이 제정되면서 법적인 뒷받침은 기틀을 잡고 있다. 호스피스완화의료의 경우 의료보험수가가 법적으로 되면서 많은 혜택을 입게 되었다[19]. 이로 인해 호스피스 완화의료기관은 2008년 19개 282병상에서 2016년 77개 기관 1,298병상으로 확대되었으며 암으로 인한 사망환자에 대한 이용실적은 2008년에 7.3%에서 2015년 15.0%로 증가되었다[17].

그러나 많은 부분이 입원형 호스피스에 우선하는 정책이 대부분이었으며 재가암의 경우에는 보건소, 지역암센터와 호스피스전문기관의 일부에서 실시하고 있다. 재가암환자의 의료서비스는 각 기관마다 여건과 인력구성, 제공되는 서비스와 재가암환자관리를 담당하는 팀원들의 관심 정도에 따라 많은 차이가 있다.

제주지역에서는 2007년부터 재가암환자 등록을 시작하여 점차 재가암환자 등록인원이 증가되고 있고 본 연구의 경우, 직접 우리센터에서 직접 재가암돌봄서비스를 받은 환자와 보호자가 대상이었고 여성비율이 각각 76.26%, 73.8%로 여성이 더 많이 포함되어 있으며 입원형 호스피스 환자와 도내 암환자 중 보건소에서 의뢰된 환자가 포함되어 있다. 제주지역의 다빈도암 중 대장암이 가장 많이 발생되고 있으나, 본 연구에서는 유방암이 가장 많았으며 위암, 폐암의 순서였다. 이는 여성 비율이 본 연구에서 많은 것으로 사료된다.

본 연구팀의 이전 연구에서 보건소의 경우 재가암환자관리를 하고 있으나 환자의 통증치료를 할 수 있는 마약금고 없는 경우가 많고 단순하게 환자에게 필요한 물품제공이나 혈압, 혈당측정 등의 일반적인 의료서비스가 주된 것이었고 재가암환자 관리를 위한 인력의 전문적인 교육의 필요성이 중요하다고 기술하였다[14]. 재가암환자관리에서 일반적으로 가정에서 직접 환자에게 제공되는 의료서비스는 환자의 몸에 삽입된 관의 관리와

상처 소독, 도뇨관 관리, 흡입술 등과 환자용침대와 산소통 등의 대여와 통증 및 증상에 대한 교육과 관리, 약제의 적절한 복용 등에 대한 상담 등이다[15]. 본 기관에서의 재가암환자관리는 의사, 간호사, 사회복지사가 한 팀을 이루고 있으며 주로 간호사가 가정을 방문하는 경우가 많으며 타기관과 유사한 의료서비스를 시행하고 있으며 환자와의 처치와 상담이 어려운 경우 팀이 같이 방문하기도 한다. 가정방문간호사가 현장에서 환자처치가 어려운 경우 담당의사나 재가암환자관리를 담당하고 있는 의사와 직접 상담을 통하여 환자에게 알맞은 의료서비스를 제공하고 있다. 전화방문과 재가암관리환자가 입원을 한 경우에는 병동방문, 입종이후에 문상과 사별방문을 시행하고 있고 보건소와 지역사회 완화의료기관의 연계를 통해 환자와 보호자의 편의를 도모하고 사회경제적인 어려움에 대한 복지상담을 겸하고 있다.

본 연구에서 재가암관리를 받기 위해 등록은 담당주치의가 추천하는 경우가 18명(17.82%)으로 적은 편이며 암센터의 홍보자료를 통하여 등록이 된 경우가 많았다. 이는 의료진들이 대부분 환자의 질병의 진단, 예방, 교육 등에 관심에만 집중되는 경우가 많아 병원내 의료진에 대한 재가암환자관리의 목적과 중요성에 대한 교육이 절실히 필요하다[12]. 암환자를 담당하는 담당의사의 관심을 유발시켜 환자가 입원을 하지 않더라도 간단한 처치와 상담 등을 충분히 가정에서 의료진의 돌봄을 받을 수 있다는 확신을 주어야 할 것이다.

Kim 등[17]은 가정호스피스완화돌봄을 받은 암환자의 주된 심각한 문제로는 통증과 같은 신체적 증상이었으며 이외 정서적 요구, 사회적 요구, 영적 요구 등이 필요하다고 보고하였다. 본 연구에서도 환자의 경우 영양 및 식이 등에 대한 건강상담에 대한 요구가 더 높았으며 통증조절에 대한 상담도 필요로 하고 있고 보호자의 경우에도 건강상담과 통증상담, 수액과 상처 등에 대한 처치 등으로 유사하게 나타났다. 가정 적절한 방문횟수는 환자의 상태에 따라 다르지만 현재 제공되는 방문횟수에 대부분 만족하는 경우가 많았다. 방문횟수에 불만족한 경우는 환자가 욕창과 같은 상처가 있는 경우 매일 처치가 필요하지만 인력의 한계로 어려운 점이 있으며 보건소의 재가암환자관리와 연계가 더 필요로 하게 될 것이다.

재가암 환자의 경우에는 주로 경제적으로 어려운 환자를 대상으로 하는 경우가 많아 경제적인 도움이 절실한 경우가 많으며 경제적 부담정도와 관련되어 삶의 질

과 유의한 차이를 보여 경제적 부담을 줄여줄 수 있는 것이 삶의 질을 향상시키는 중요한 요소이다[17,20]. 재가 호스피스 완화돌봄 대상자들의 사회경제적인 취약군으로 대상자의 특성에 따른 차별화된 통합적 전략이 필요한 경우가 많다[21]. 본 연구에서도 월 소득이 100만 원미만인 경우가 많아 경제적인 어려움을 호소하는 경우 많으며 보건소에서 의뢰된 환자의 경우에는 경제적으로 어려운 환자가 많아 경제적인 지원방법 즉 지방자치단체 혹은 후원회 연계 등이 필요할 것이다.

재가암 환자를 돌보는 보호자의 역할이 매우 중요하며 심리적 안정에 영향을 미치는 요인은 가족의 협조부족, 자아존중감, 연령, 직업, 환자와의 관계, 월평균 수입 등이다[22]. 본 연구에는 환자본인의 자아존중감은 보호자보다는 감소되어 있어 암으로 인한 보호자에 짐이 된다는 부담감, 경제적 어려움으로 인한 것으로 환자와 보호자의 자아존중감을 키워주는 상담 혹은 교육이 필요하다.

본 기관에서 제공되는 프로그램의 만족도에 대한 조사에서 환자의 경우 나들이가 선호되며 이것은 경제적인 어려움과 신체적인 고통 및 전신쇠약으로 인해 가정과 병원이외의 다른 곳을 방문하는 것이 힘든 경우가 많을 것으로 판단된다. 재가암환자관리가 의사, 간호사, 사회복지사가 한팀으로 구성되어 있으나 현실적으로 가정방문 간호사 위주로 이루어지고 있다. 이로 인해 간호사이외에 필요로 하는 직종으로 환자의 경우에는 사회복지사와 자원봉사자를 선호하는 것이 많은 것은 환자본인이 가족들에게 부담을 조금이라도 줄여주기 위한 것이고 환자보호자의 경우는 의사를 선호하는 경우가 많은 것은 환자의 증상치료가 주된 관심이 되는 것으로 환자와 가족들의 주된 관심의 차이가 있었으나 통계적으로 의미는 없었다.

이 연구의 제한점으로 연구대상수가 적으며 지역의 한계성이 있고, 각 암종의 병기와 말기암의 여부가 불명확한 점과 객관적인 도구를 이용한 것이 아니고 자체적으로 개발한 설문조사를 토대로 단편적인 분석만을 기술한 점이다. 앞으로 재가암관리를 위해 가정방문을 위한 팀 즉 의사, 간호사, 사회복지사 등이 팀이 실제로 돌봄을 제공하여 지속적인 돌봄의 질관리를 통하여 신체적인 고통과 처치, 경제적인 어려움 및 심리적인 지지를 위한 노력이 필요할 것이다.

## 5. 결론

재가암환자와 그 가족은 입원치료 뿐만 아니라 퇴원 이후에도 암과의 많은 투병이 지속되며 신체적, 정신적, 경제적인 고통을 안고 있어서 이에 대한 이해의 폭을 넓히며 입원과 마찬가지로 퇴원한 경우에는 돌봄의 연속성이 담보되어야 한다. 병원보다는 가정에서 충분하게 의료서비스를 제공받아 편안하고 따뜻한 가정이라는 환경속에서 환자의 신체적, 정신적, 영적, 사회적인 고통에 대한 돌봄에 대한 지속적인 연구와 적용이 필요하며 환자를 직접 치료하고 있는 담당주치의의 관심이 더욱 필요하며 이를 위해 각 기관마다 의료진에 대한 재가암환자관리에 대한 교육이 필요할 것이다. 향후 재가암환자와 보호자들의 삶의 질을 높일 수 있도록 심리상담과 환자의 경제적인 상황을 고려한 맞춤형 프로그램개발이 필요할 것이다.

## References

- [1] B. Gomes, N. Calanzani, J. Koffman, I. J. Higginson. "Is dying in hospital better home in curable cancer and what factors influence this? A population-based study," *BMC Medicine*, vol.16, no.3, pp. 279, Sep. 2015. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12916-015-0466-5>
- [2] N. R. Park, Y. H. Yun, S. Shin, E. K. Jeong. "Medical expenses during the last 6 months of life in cancer patients," *Korean Journal of Hospice and Palliative care*, vol.2, no.2, pp.109-113, Dec. 1999.
- [3] S. H. Long, J. O. Gibbs, J. P. Crozier, D. I. Cooper Jr, J. F. Newman Jr, A. M. Larsen. "Medical expenditures of terminal cancer patients during the last year of life. Inquiry," *Inquiry*, vol.21, no.4, pp. 315-327, Winter, 1984.
- [4] Y. H. Yun, Y. S. Rhee, S. Y. Nam, Y. M. Chae, D. S. Heo, S. W. Lee, Y. S. Hong, S. Y. Kim, K. S. Lee. "Public attitudes toward dying with dignity and hospice palliative care," *Korean Journal of Hospice and Palliative care*, vol.7, no.1, pp.17-28, Jun. 2004.
- [5] B. Gomes, I. J. Higginson, N. Calanzani, J. Cohen, L. Deliens, B. A. Daveson, D. Bechinger-English, C. Bausewein, P. L. Ferreira, F. Toscani, A. Meñaca, M. Gysels, L. Ceulemans, S. T. Simon, H. R. Pasman, G. Albers, S. Hall, F. E. Murtagh, D. F. Haugen, J. Downing, J. Koffman, F. Pettenati, S. Finetti, B. Antunes, R. Harding; PRISMA. "Preferences for place of death if faced with advanced cancer: a population survey in England, Flanders, Germany, Italy, The Netherlands, Portugal and Spain," *Annals Oncology*, vol.23, no.8, pp.2006-2015, Aug. 2012. DOI: <https://doi.org/10.1093/annonc/mdr602>
- [6] J. Flory, Y. X. Yinong, I. Gurol, N. Levinsky, A. Ash,

E. Emanuel. "Place of death: US trends since 1980," *Health Affairs*, vol.23, no.3, pp.194-200, May, 2004.

[7] D. M. Wilson, C. D. Truman, R. Thomas, R. Fainsinger, K. Kovacs-Burns, K. Froggatt, C. Justice. "The rapidly changing location of death in Canada, 1994-2004," *Social Science & Medicine*, vol.68, no.68, pp.1752-1758, May, 2009.  
DOI: <https://doi.org/10.1186/s12916-015-0466-5>

[8] L. Yang, N. Sakamoto, E. Marui. "A study of home deaths in Japan from 1951 to 2002," *BMC Palliative Care*, vol.5, no.1, pp.2, Mar. 2006.  
DOI: <https://doi.org/10.1186/1472-684X-5-2>

[9] F. Burge, B. Lawson, G. Johnston. "Trend in the place of death of cancer patients, 1992-1997," *Canadian Medical Association Journal*, vol.168, no.3, pp.265-270, Feb. 2003.

[10] B. Gomes, I. J. Higginson. "Factors influencing death at home in terminally ill patients with cancer: systematic review," *BMJ*, vol.332, no.7540, pp.515-521, Mar. 2006.  
DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.38740.614954.55>

[11] J. Cohen, D. Houttekier, B. Onwuteaka-Philipsen, G. Miccinesi, J. Addington-Hall, S. Kaasa, J. Bilsen, L. Deliens. "Which patients with cancer die at home? A study of six European countries using death certificate data," *Journal of Clinical Oncology*, vol.28, no.13, pp.267-273, May, 2010.  
DOI: <https://doi.org/10.1200/JCO.2009.23.2850>

[12] J. S. Huh. "The overview of hospice care as urologist," *The Korean Journal of Urological Oncology*, vol.15, no.1, pp. 16-20, Apr. 2017.  
DOI: <https://doi.org/10.22465/kjuo.2017.15.1.16>

[13] C. G. Kim. "Hospice & palliative care policy in Korea," *Korean Journal of Hospice and Palliative care*, vol.20 no.1, pp.8-17, Mar. 2017.

[14] J. S. Huh, H. J. Kim. "Current status of Home-based cancer patients management in Jeju," *Korean Journal of Hospice and Palliative care*, vol.13, no.2, pp.76-80, Jun. 2010.

[15] H. S. Kim, K. J. June, Y. S. Son. "Home-based hospice care provided by free-standing hospice center: patients' characteristics and service conditions," *Korean Journal of Hospice and Palliative care*, vol.19, no.2, pp.145-153, Jun. 2016.  
DOI: <https://doi.org/10.14475/kjhpc.2016.19.2.145>

[16] S. H. Kang, H. Y. Lee, J. S. Kim, J. K. Lee, H. K. Jung. "Home-based hospice-palliative care service administered at university-based family practice," *Journal of the Korean Academy of Family Medicine*, vol.27, no.11, pp.889-894, Nov. 2006.

[17] B. H. Kim, H. J. Kang. "Experience of home-based hospice care of terminal-cancer patients," *Korean Journal of Hospice and Palliative care*, vol.17, no.4, pp.223-231, Dec. 2014.  
DOI: <https://doi.org/10.14475/kjhpc.2014.17.4.223>

[18] K. K. Park, S. D. Kim, Y. J. Kim, H. J. Kim, J. S. Huh. "Trends in urogenital cancer incidence in Jeju(1992-2012)," *The Korean Journal of Urological Oncology*, vol.14, no.1, pp.27-31, Apr. 2016.  
DOI: <https://doi.org/10.14475/kjhpc.2017.20.1.08>

[19] C. G. Kim. "Hospice & palliative care policy in Korea,"

*Korean Journal of Hospice and Palliative care*, vol.20, no.1, pp 8-17, Mar. 2017.

DOI: <https://doi.org/10.14475/kjhpc.2017.20.1.8>

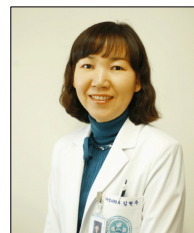
[20] B. H. Kim, H. O. Park. "Comparison in spiritual well-being and quality of life between hospital and home hospice patients," *Journal of Korean Academy of Community Health Nursing*, vol.24, no.3, pp.292-301, Sep. 2013.  
DOI: <https://doi.org/10.12799/jkachn.2013.24.3.292>

[21] S. O. Choi, S. N. Kim. "Analysis of characteristics and symptoms in home-based hospice palliative care patients registered at local public health centers," *Korean Journal of Hospice and Palliative care*, vol.18, no.4, pp.329-334, Dec. 2015.  
DOI: <https://doi.org/10.14475/kjhpc.2015.18.4.329>

[22] K. H. Kim, Y. S. Shin. "The effect of caregiver reaction on psychological well-being among family caregivers of cancer patients," *Korean Journal of Adult Nursing*, vol.29, no.6, pp.647-656, Dec. 2017.  
DOI: <https://doi.org/10.7475/kjan.2017.29.6.647>

**김 현 주(Hyeon-Ju Kim)**

[정회원]



- 1993년 2월 : 인제대학교 의학과 (의학사)
- 1999년 8월 : 서울대학교 보건대학원 (보건학석사)
- 2009년 2월 : 인제대학교 의학과 (의학박사)
- 2008년 4월 ~ 현재 : 제주대학교 의학전문대학원 가정의학교실 교수

<관심분야>

건강증진, 금연, 노인의학, 보건학

**허 정 식(Jung-Sik Huh)**

[정회원]



- 1992년 2월 : 경희대학교 의학과 (의학사)
- 1996년 8월 : 경희대학교 (의학석사)
- 2003년 2월 : 경희대학교 의학과 (의학박사)
- 2006년 3월 ~ 현재 : 제주대학교 의학전문대학원 비뇨기과학교실 교수

<관심분야>

호스피스완화의학, 비뇨기종양, 남성과학, 의학교육