

재가암환자 질병관련 특성에 따른 증상 경험 및 제공받은 서비스 분석

김우정¹ · 김민영² · 장원영³

¹제주대학교병원 응급의학과, ²제주대학교 간호대학, ³제주대학교병원 제주지역암센터

Analysis of Symptoms and Provided Services in Home-Based Cancer Patients

Kim, Woo Jeong¹ · Kim, Min Young² · Chang, Weon Young³

¹Department of Emergency Medicine, Jeju National University Hospital; ²College of Nursing, Jeju National University; ³Jeju Regional Cancer Center, Jeju National University Hospital, Jeju, Korea

Purpose: This study was to identify symptoms and provided services of home-based cancer patients in J province. **Methods:** 1,350 data points for 167 home-based cancer patients were analyzed retrospectively. 13 symptoms and 39 service items were measured by tools for home-based cancer patients suggested by the Ministry for Health, Welfare and Family Affairs. **Results:** The mean number of provided services was 7.4 ± 9.1 . The most common symptoms were fatigue, anorexia, and pain. Patients whose duration after diagnosis was over 6 years, who had metastasis, or who underwent terminal care had more symptoms. Patient education, emotional and spiritual support, and basic assessment and services were provided most often. Frequency of provided services in patients whose duration after diagnosis was over 6 years or who had metastasis was higher. Services such as symptom and pain control, or death of the patient/the bereaved were provided with more support with patients who underwent terminal care. **Conclusion:** There were some differences in provided services according to medical characteristics. Patients experienced diverse symptoms, but services regarding these symptoms seemed to be insufficient. For more effective services, cooperation between organizations for home-based cancer patients is needed to form a better management model based on the merit of each facility or patient characteristics.

Key Words: Home Care Services, Neoplasms, Nursing Services, Signs and Symptoms

서 론

1. 연구의 필요성

2011년 암으로 사망한 사람은 총 71,579명으로 전체 사망자의 27.8%가 암으로 사망하고 있으며, 암으로 인한 사망률은 인구 10만 명당 142.8명으로 사망원인 1위이며 최근 10년간 사망률이 가장 많이 증가한 사인이다.¹⁾ 또한 2008년 건강보험 암 진료비는 2001년에 비해 3.34배 증가할 정도로 사회적 부담이 되고 있으며, 진단기술 및 치

료방법의 발전으로 전체 암환자 31만 명 중 25만 명이 재가암환자로 나타나 증가 추세를 보이고 있다.²⁾ 이러한 재가암환자들은 가족에 대한 의존이 크고, 신체적 문제 관리 외에도 경제적 지원 등에 대한 요구도가 높아³⁾ 더욱 적극적인 관심이 필요한 대상이라 할 수 있다.

국내 암환자의 경우 서울 지역 의료기관의 환자 몰림 현상이 두드러지는 경향이 있어 보건복지부는 지방거주 암환자의 서울집중 현상을 완화하고 경제적 비용을 절감하기 위하여 지역암센터를 지정·운영하고 있으며, 매년 지역암센터 운영에 대한 평가를 시행하고 있다. 지역암센터 평가는 진료부문, 지역암관리 사업 부문, 교육 부문, 연구 부문에 대해 이루어지며, 이 중 지역암관리 사업 부문에서 기존 재가암환자지원 사업에 해당하는 가정간호 사업에 대해 평가하고 있다. 즉 가정에서 계속적인 치료와 관리가 필요한 암환자에게 지역암센터에 구성된 전담팀이 가정으로 방문하여 서비스를 제공하고 있는지, 연간 방문건수가 200건 이상이 되는지, 보건소 재가암환자 관리사업과의 연계는 어느 정도인지 등에 대해 평가하는 것이다.⁴⁾ 보건소는 지역사회 대상자의 건강 증진을 위한 목적으로 설립되었으며, 1999년부터 재가 암환자 관리사업을 시행하여 왔는

주요어: 재가 서비스, 암, 간호서비스, 증상

*본 논문은 2010년도 제주대학교병원 학술연구지원사업에 의하여 연구되었음.

*This work was supported by the research grant of Jeju National University Hospital in 2010.

Address reprint requests to: Kim, Min Young

College of Nursing, Jeju National University, 102 Jejudaehak-ro, Jeju 690-756, Korea

Tel: +82-64-754-3750 Fax: +82-64-702-2686 E-mail: musemy2@jejunu.ac.kr

투 고 일: 2013년 2월 25일 심사완료일: 2013년 6월 24일

게재확정일: 2013년 6월 26일

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

데, 보건소에서 제공하는 서비스를 이용할 경우 구조화된 서비스를 가까운 지역에서 무료로 제공받을 수 있다는 장점이 있다.⁵⁾ 그러나 저소득층 위주로 이루어져 왔고, 환자들은 응급상황 대처, 마약 처방, 죽음 등에 대한 불안감 때문에 보건소보다는 병원이나 병원 내 호스피스 병동을 선호하는 경향을 보이며, 보건소와 의료기관 및 호스피스 센터와의 협조 체계가 부족하다는 등의 이유로 암환자들의 요구는 충족되지 못하고 있는 것으로 보고되고 있다.⁶⁾

J 지역은 섬 지역으로 외부 지역과의 교류가 어려워 자체적으로 의료 시설이나 인력을 해결해야 하는 상황이다. 이러한 상황에서 2006년 지역암센터 지정 이후 암환자 자체충족률은 52.6%에서 2011년 현재 74.0%로 빠르게 증가하였으나,⁴⁾ 아직 가정간호 서비스를 운영하는 기관이 없고 섬이라는 지리적 특수성으로 인해 다른 지역에서 서비스를 받는데 제약이 있어, 재가암환자들은 재가서비스가 필요한 경우 대부분 보건소와 지역암센터를 이용하고 있다. 그 중 지역암센터는 이 지역에서 암환자의 상태에 따라 적정 수준 이상의 전문적인 방문 서비스를 제공할 수 있는 유일한 기관으로, 보건소 외에도 시청, 지역암센터를 운영하는 의료기관 등에서 의뢰되는 암환자에게 재가암환자 관리 서비스를 제공하고 있다. 의뢰되는 환자의 경우 보건소에서 관리하는 암환자에 비해 중증도가 다소 높거나 좀 더 전문적인 의료서비스가 필요한 것으로 보이며, 실제로 보건소의 경우 주로 경한 암환자나 장기 암생존자 위주로 방문 서비스가 이루어지고 있고, 일정 수준 이상의 서비스 제공이 필요한 경우에는 지역암센터로 의뢰되는 것으로 보이나 현재까지 이와 관련한 대상자의 특성이나 지역암센터에서 제공하는 서비스에 대해 구체적인 보고나 분석이 시행되지 못하였고, 이 지역 암환자의 요구도나 관련 기관의 재가암 관리 현황 중 인력 및 물품 관련 현황 정도만 파악된 상태이다.^{3,7)}

국내 재가암환자 관련 연구는 주로 보건소 중심으로 이루어져 왔으며, 환자의 요구도 조사,⁸⁾ 증상 및 간호서비스 분석,²⁾ 서비스 평가⁵⁾ 등에 대한 내용이었다. 재가암환자 관리를 위해 여러 기관의 인적, 물적 자원을 효율적으로 운영하기 위한 방안으로 보건소 직접 수행모델, 외부기관위탁모델, 외부기관협력모델 등이 제시된 적은 있으나,⁶⁾ 실제 위탁모델이나 협력모델 등이 운영된 사례는 많지 않고, 일부 연구에서 보건소와 호스피스 센터의 연계로 서비스를 제공하여 재가암환자의 만족도가 높았음을 보고한 바 있다.⁹⁾

재가암환자 관리는 여러 기관에서 이루어질 수 있으나, 재가암환자를 관리하는 기관마다 환자의 의학적 상태 등 대상자 특성이 다르고, 이에 따라 제공하는 서비스에도 차이가 있을 것으로 생각된다. 이러한 차이는 기관별 핵심 서비스의 내용을 선정하고, 관련 인력 교육 등에 반영되어야 할 중요한 요소일 것이다. 따라서 지역암센터의 재가암환자 관리팀에서 관리하는 환자의 특성과 환자가 제공

받은 서비스의 내용을 파악하고, 향후 이를 토대로 기관별로 한정된 자원을 적절히 활용하고, 환자의 상태에 따라 효율적인 서비스를 제공하기 위한 모델을 제시하여 지역사회 암환자 관리에 공헌하기 위한 방안을 모색할 필요성이 있다.

2. 연구 목적

본 연구는 J 지역 재가암환자를 대상으로 환자의 특성과 제공된 재가암환자 관리 서비스를 분석하여 향후 효율적인 재가암환자 관리 모델을 개발하는데 기초자료를 제공하고자 시도되었다. 구체적인 목적은 다음과 같다.

- 1) 재가암환자의 특성, 증상 경험 및 제공받은 서비스를 파악한다.
- 2) 재가암환자의 질병관련 특성에 따른 증상 경험 및 제공받은 서비스를 분석한다.

연구 방법

1. 연구 대상

J 지역암센터의 재가암환자 관리팀의 서비스 제공이 시작된 2008년 6월 1일부터 2011년 5월 31일까지 총 3년 동안 지역암센터 재가암환자 관리팀에 의해 서비스를 받은 암환자 167명의 방문기록 1,350건을 대상으로 하여 후향적으로 분석하였다. 지역암센터는 2008년 6월부터 간호사 1인, 사회복지사 1인으로 구성된 재가암환자 관리팀이 운영되어 왔다. 팀원들의 질관리를 위해 암환자 간호, 호스피스 환자 간호와 관련된 교육을 주기적으로 이수토록 하였으며, 타기관 의뢰나 본인 신청에 따라 재가암환자로 등록이 되면 주기적으로 방문하여 무료로 서비스를 제공하였고, 방문 횟수는 암환자의 상태나 요구에 따라 결정되어 1회에서 67회까지 다양하였다. 방문 시 증상관리, 정서적지지, 영적지지, 환자와 보호자 교육, 사별 간호 등을 제공하였으며, 간호사는 수액 주입이나 카테터 소독과 같은 의료적 처치가 필요하거나 증상관리를 위해 추가적인 약물이 필요한 경우 전문의의 처방을 받아 서비스를 제공하였다. 본 연구를 위해 지역암센터의 자료 사용 허가를 받았으며, 대상자의 자료는 개인을 식별할 수 있는 정보를 제외한 내용만을 컴퓨터 파일로 작성하여 분석에 이용하였고, 파일은 비밀번호를 설정하여 보관하고 연구진 이외에는 접근할 수 없도록 하였다.

2. 연구 도구

보건복지부는 재가암환자 관리 지침에서 지역사회에서 제공 가능한 보건의료서비스를 통합적이고 지속적으로 제공하기 위하여, 재가암환자에 대한 증상 평가지를 기준으로 문진을 시행하여 환자의 상태를 파악하고 이에 따라 서비스 유형을 결정하고 있다.¹⁰⁾ 따

라서 본 연구에서는 재가암환자에게 이미 시행되고 있는 이 도구를 적극 활용하고자 하였다.

1) 재가암환자 증상 평가지

보건복지부¹⁰⁾의 증상 평가지에 제시된 통증, 피로, 메스꺼움, 수면장애, 괴로움, 숨가쁨, 건강증, 식욕부진, 졸음, 입이 마른 느낌, 슬픔, 구토, 무감각이나 저린 느낌 등 13가지 항목에 대해 매 방문 시 대상자가 호소하는 증상의 경험 여부로 파악하였다.

2) 재가암환자 서비스 기록지

보건복지부¹⁰⁾의 재가암환자 서비스 기록에서 제시한 7개 영역, 39개 항목을 이용하였다. 기본평가 및 서비스 영역은 체위 변경과 안위 간호 하부 영역의 구강 간호, 안전 간호, 체위 변경, 운동 지도 등 4개 항목, 투약 하부 영역의 투약/연구 적용 1개 항목, 비약물적 통증 완화 요법 하부 영역의 냉온요법, 이완요법 등 2개 항목 등으로 총 7개 항목이다. 증상 및 통증 조절 영역은 의사 서비스 하부 영역의 의사 진료, 통증 조절의 2개 항목, 의사 처방(통증 관리) 하부 영역의 비스테로이드성 항염제, 약한 마약성 진통제, 강한 마약성 진통제, 진통보조제, 기타 투약 등 5개 항목 등으로 총 7개 항목이다. 특수간호 서비스 영역에는 기관절개관 관리, 비위관 관리, 유치도뇨관 관리, 장루 간호, 방광루/신루 간호, 단순 도뇨, 관장, 상처 부위 소독, 관절운동, 산소요법, 욕창 관리 등 11개 항목, 정서적·영적지지 영역에는 정서적 지지, 영적 지지 등 2개 항목, 임종 및 사별가족 지지 영역에는 임종간호, 사별가족 상담 및 지지, 사망진단서 발급 등 3개 항목, 환자/가족교육 영역에는 교육자료 제공, 환자 상담, 가족 상담의 3개 항목, 기타 서비스 영역에는 의료장비 대여, 이동 목욕 서비스, 일상생활 지원 서비스, 병의원 의뢰, 자원봉사자 연결, 영양식 등 6개 항목이 포함되어 있다.

3. 연구 수행 방법

2011년 10월 18일부터 2012년 1월 11일까지 연구보조원이 지역암센터를 방문하여 총 16회에 걸쳐 1,350건의 방문기록을 대상으로 환자의 성별, 나이, 서비스 제공 횟수, 서비스 제공 기간, 의료보험 유형, 서비스 의뢰 기관, 암의 유형, 암 진단 후 경과 기간, 암의 병기, 전이 여부, 항암치료 유무, 방사선 치료 유무, 수술 유무, 치료 상태 등을 조사하였고, 연구도구를 이용하여 13가지 암환자 증상과 39개의 재가암환자 서비스 항목을 분석하였다. 서비스 제공 횟수는 1회부터 67회까지 다양하게 나타나 통상적인 빈도 구분인 5 단위로 분류하였고, 16회 이상은 수가 작아 통합하여 최종적으로 5회 이하, 6-10회, 11-15회, 16회 이상 등으로 구분하였고, 추가로 평균값을 제시하였다. 서비스 제공 기간은 6개월 이하, 7-12개월, 13개월 이상 등으로

구분하였고, 의료보험 유형은 건강보험과 의료보호로, 서비스 의뢰 기관은 보건소, 시청, 의료기관, 환자나 가족이 직접 신청한 경우 등으로 구분하였다. 암의 유형은 폐암, 위암, 갑담도계암, 유방암, 대장암, 여성생식기암, 기타암 등으로 구분하였고, 암 진단 후 경과 기간은 1년 이하, 2-3년, 4-5년, 6년 이상 등으로 구분하였다. 서비스 시작 당시의 암의 병기는 1-4기로, 치료상태는 치료 중, 치료 종료, 말기 치료 등으로 구분하였다. 환자의 증상 경험 및 제공된 서비스의 횟수와 내용에 영향을 줄 것으로 생각되는 진단 후 경과 기간, 전이 여부, 치료 상태 등에 대해 연관성을 분석하였다.

4. 자료 분석

수집된 자료는 SPSS 14.0 Windows program으로 분석하였다. 대상자 특성, 증상 경험 및 제공된 서비스 빈도는 서술통계를 이용하였고, 암 진단 후 경과 기간, 전이 여부, 치료 상태로 나누어 ANOVA와 t-test를 이용하여 증상 경험 및 제공된 서비스 내용을 분석하였다. ANOVA 분석 결과 유의한 차이가 있는 경우 사후 분석으로 Turkey를 시행하였다. 모든 통계의 유의수준은 $p < .05$ 로 하였다.

연구 결과

1. 대상자 특성

연구 대상자는 총 167명으로 남성 92명(55.1%), 여성 75명(44.9%)이었으며, 평균 연령은 64.0 ± 13.8 세로 최소 17세부터 최대 98세였다. 환자당 서비스 제공횟수는 평균 8.1 ± 9.2 회였으나 최소 1회에서 최대 67회로 다양하게 나타났다. 서비스를 제공받은 기간은 평균 4.5 ± 6.5 개월이고, 6개월 이하인 대상자가 129명으로 전체의 77.2%를 차지하였다. 의료보험 유형은 128명(76.6%)이 건강보험, 39명(23.4%)이 의료보호였다. 의료기관에서 의뢰된 경우는 109명(65.3%)이었고, 보건소에서 의뢰된 경우는 44명(26.3%), 시청에서 의뢰된 경우는 13명(7.8%), 환자나 가족이 직접 신청한 경우는 1명(0.6%)으로 나타났다.

진단은 폐암이 33명(19.8%)으로 가장 많았으며, 첫 서비스 시작 시기를 기준으로 진단 후 1년 이내인 환자가 77명(46.4%)으로 가장 많았으며, 2-3년이 52명(31.3%)이었다. 서비스 시작 당시 암의 병기는 4기가 149명(95.5%)로 가장 많았으며, 140명(83.8%)이 전이가 있는 상태였고, 107명(64.1%)은 항암화학요법이나 방사선 치료 등 치료 중이었으며, 58명(34.7%)은 말기암으로 진단받고 증상 조절만을 하고 있는 상태였다. 81명(48.5%)이 암 수술 경험이 있었고, 115명(69.9%)이 항암화학요법을 받은 경험이 있었으며, 47명(28.1%)은 방사선요법 치료 경험이 있었다(Table 1).

2. 대상자가 경험한 증상

본 연구에서는 암환자 증상을 전체 환자에서의 증상 경험 환자 비율로 하지 않고 서비스 제공과 관련된 증상의 비율로 하였다. 이는 본 연구에서 파악하고자 하는 것이 재가암환자에게 제공된 서비스 내용이었기 때문이며, 실제 13개 증상을 보이는 환자의 수보다 서비스를 요구하는 다빈도 증상을 파악하는 것이 더 의미가 있는 것으로 판단했기 때문이다.

1,350건의 서비스 제공 시 사정된 대상자의 증상을 살펴보면 피로가 1,256건(93.0%), 식욕부진 1,044건(77.4%), 통증 975건(72.2%), 괴로움 710건(52.6%), 슬픔 703건(32.1%), 수면장애 571건(42.3%), 입이 마른 느낌 510건(37.7%)의 순으로 나타났다(Fig. 1). 167명의 대상자가 경험한 증상을 진단 후 경과 기간, 전이여부, 치료 상태에 따라 분석한 결과는 Table 2와 같다.

진단 후 경과 기간에 따라 피로($F=9.80, p<.001$), 통증($F=8.65, p<.001$), 식욕부진($F=5.36, p=.002$), 괴로움($F=4.26, p=.006$), 슬픔($F=4.50, p=.005$), 무감각이나 저린 느낌($F=3.01, p=.032$), 메스꺼움($F=2.78, p=.043$), 구토($F=9.34, p<.001$) 등에서 그룹 간 유의한 차이가 나타났다. 이를 사후분석한 결과, 피로와 통증, 식욕부진, 괴로움, 슬픔, 무감각이나 저린 느낌 모두 6년 이상인 군에서 증상 경험이 많았다. 진단 후 경과기간에 따라 경험한 증상의 수는 유의한 차이가 없었다.

전이 있는 군에서 경험한 증상의 수는 13가지 중 8.14 ± 2.78 개로 전이가 없는 군의 6.33 ± 3.43 개에 비해 유의하게 많았으며($t=-2.96, p=.004$), 13가지 증상 모두에서 전이가 없는 군에 비해 전이가 있는 군에서 증상 경험이 더 많았다. 또한 치료 중인 군에 비해 말기 치료군에서 증상 경험의 수가 9.22 ± 2.88 개로 유의하게 더 높게 나타났다($t=-4.81, p<.001$), 말기 치료군에서 13가지 증상 중 10개 증상의 경험 횟수가 유의하게 높았다.

3. 제공된 서비스 분석

1,350건에 대해 제공된 서비스를 분석한 결과는 Table 3과 같다. 7개 서비스 영역 중 가장 많이 제공된 서비스 영역은 환자 교육으로 1,013건(75.0%)을 차지하였고, 다음으로 정서적·영적지지 948건(70.2%), 기본 평가 및 서비스 706건(52.3%), 증상 및 통증 조절 372건(27.6%)의 순이었다. 기본 평가 및 서비스 영역에서는 체위 및 안위 간호가 496건(36.7%)으로 가장 많았고, 증상 및 통증 조절 영역에서는 의사 진료가 340건(25.2%)으로 가장 많았다. 이를 구체적 서비스 항목으로 분석한 결과 가장 많이 제공된 서비스는 정서적 지지로 821건(60.8%)이었으며, 환자 상담 735건(54.4%), 의사 처방 308건(22.8%), 가족 상담 268건(19.9%), 체위 변경 225건(16.7%), 이완 요법 185건(13.7%), 운동지도 149건(11.0%)의 순으로 나타났다. 특수간호

Table 1. General and Medical Characteristics of Participants (N=167)

Variable		N	%	M ± SD
Gender	Male	92	55.1	
	Female	75	44.9	
Age (yr) (min: 17, Max: 98)	≤ 49	25	15.5	64.0 ± 13.8
	50-59	27	16.2	
	60-69	48	28.7	
	70-79	51	30.5	
	≥ 80	16	9.6	
Frequency of service (min: 1, Max: 67)	≤ 5	100	59.9	8.1 ± 9.2
	6-10	34	20.4	
	11-15	10	6.0	
	≥ 16	23	13.8	
Duration of service (Month)	≤ 6	129	77.2	4.5 ± 6.5
	7-12	18	10.8	
	≥ 13	20	12.0	
Insurance type	Health insurance	128	76.6	
	Insurance payment	39	23.4	
Contact department	Public health center	44	26.3	
	City hall	13	7.8	
	Hospital	109	65.3	
	Patient or family	1	0.6	
Diagnosis	Lung Cancer	33	19.8	
	AGC*	32	19.2	
	Hepatobiliary cancer	28	16.8	
	Breast Cancer	13	7.8	
	Colorectal Cancer	12	7.2	
	Cancers related to female reproductive organs†	9	5.4	
	Others‡	40	24.0	
Duration after diagnosis (yr) (N=166)	≤ 1	77	46.4	
	2-3	52	31.3	
	4-5	20	12.0	
	≥ 6	17	10.2	
Cancer stage (N=156)	Stage I	4	2.6	
	Stage II	1	0.6	
	Stage III	2	1.3	
	Stage IV	149	95.5	
Metastasis	No	27	16.2	
	Yes	140	83.8	
Medical status	Under treatment	107	64.1	
	Completion of treatment	2	1.2	
	Terminal care	58	34.7	
Operation experience	No	86	51.5	
	Yes	81	48.5	
Chemotherapy experience	No	52	31.1	
	Yes	115	69.9	
Radiation therapy experience	No	120	71.9	
	Yes	47	28.1	

*AGC=advanced gastric cancer; †Cancers related to female reproductive organs=cervix cancer, uterine cancer, ovarian cancer; ‡Others=brain tumor, renal cell cancer, tongue cancer, bladder cancer, esophageal cancer, urethral cancer, melanoma, nasopharyngeal cancer, tonsillar cancer, pancreas cancer, lymphoma, leukemia.

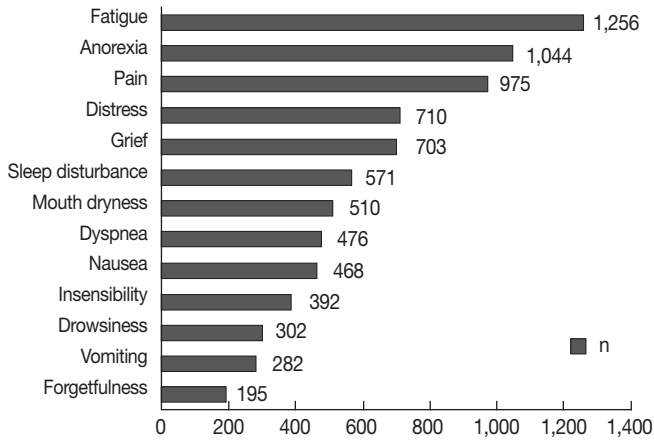


Fig. 1. Symptoms of participants (N=1,350).

서비스 영역 중 가장 많이 제공된 서비스는 유치 도뇨관 관리(91건, 6.7%)와 상처 부위 관리(89건, 6.6%)였다. 제공된 서비스를 167명의 진단 후 경과기간, 전이 여부, 치료 상태에 따라 분석한 내용은 Table 4와 같다.

진단 후 경과 기간에 따라 제공된 서비스 횟수는 그룹 간 유의한 차이가 있었고, 특히 다른 세 군에 비해 6년 이상인 군에서 서비스 제공 횟수가 16.94 ± 17.52 회로 높았다($F=9.34, p<.001$). 진단 후 경과 기간별로 제공된 서비스 내용을 분석한 결과, 7개 서비스 영역 중 기본 평가 및 서비스($F=6.32, p<.001$), 특수간호 서비스($F=11.07, p<.001$), 정서적·영적지지 ($F=4.43, p=.005$), 기타 서비스($F=3.18, p=.025$)에서 유의한 차이가 있었으며, 기본 평가 및 서비스 영역의 하위 항목인 체위변경 및 안위 간호($F=6.51, p<.001$), 비약물적 통증 완화 요법($F=4.33, p=.006$)도 진단 시기별로 유의한 차이가 있었다. 이를 사후분석한 결과, 나머지 세 군에 비해 진단 후 6년 이상인 군에서 기본평가 및 서비스, 특수간호 서비스, 기본평가 및 서비스 영역의 하부 항목인 체위변경 및 안위간호, 비약물적 통증 완화요법이 더 많이 제공된 것으로 나타났다.

전이 여부에 따른 서비스 제공 횟수는 전이가 없는 군 3.00 ± 2.43 회, 전이가 있는 군 8.26 ± 9.67 회로 전이가 있는 군에서 유의하게 높았다($t=7.87, p=.006$). 전이 여부에 따라 제공된 서비스를 분석한 결과, 7개 서비스 영역 중 특수간호 서비스($t=-3.50, p=.001$), 정서적·영적 지지($t=-4.61, p<.001$), 임종 및 사별가족 지지($t=-5.79, p<.001$), 환자/가족 교육($t=-5.29, p<.001$), 기타 서비스($t=-2.85, p=.005$)가 전이가 있는 군에게 유의하게 더 많이 제공되었으며, 기본 평가 및 서비스 영역의 하부 영역인 비약물적 통증 완화 요법($t=-2.98, p=.003$), 증상 및 통증 조절 영역의 의사 진료($t=-2.57, p=.012$)도 전이가 있는 군에게 더 많이 제공되었다.

치료 상태에 따른 서비스 제공 횟수는 유의한 차이가 없었으며, 제공된 서비스를 분석한 결과 7개 서비스 영역 중 증상 및 통증 조

Table 2. Symptoms According to Duration after Diagnosis, Metastasis and Treatment Status

	Duration after diagnosis					Metastasis				Treatment status			
	Below 1yr (N=77)	2-3yr (N=52)	4-5yr (N=20)	Above 6yr (N=17)		F	p	No (N=27)	Yes (N=140)	t	p	Under Treatment (N=107)	Terminal care (N=58)
	Mean \pm SD	Mean \pm SD	Mean \pm SD	Mean \pm SD				Mean \pm SD	Mean \pm SD			Mean \pm SD	Mean \pm SD
Number of Sx.	7.36 \pm 3.24	8.58 \pm 2.50	7.65 \pm 2.70	8.35 \pm 2.71	2.00	.117	6.33 \pm 3.43	8.14 \pm 2.78	2.96	.004		7.05 \pm 2.72	9.22 \pm 2.88
Fatigue	5.19 \pm 5.47 ^a	8.42 \pm 8.41 ^a	6.50 \pm 5.36 ^a	16.94 \pm 16.82 ^b	9.80	<.001	3.19 \pm 2.62	8.36 \pm 9.38	5.51	<.001		6.83 \pm 7.80	8.74 \pm 10.61
Pain	3.69 \pm 4.28 ^a	7.25 \pm 8.24 ^a	4.95 \pm 5.35 ^a	12.65 \pm 12.48 ^b	8.65	<.001	1.85 \pm 2.14	6.61 \pm 7.84	6.09	<.001		5.40 \pm 7.25	6.64 \pm 7.88
Anorexia	4.34 \pm 5.22 ^a	7.52 \pm 7.74 ^{ab}	5.45 \pm 5.55 ^a	12.35 \pm 16.72 ^b	5.36	.002	74 \pm 2.25	3.74 \pm 5.82	5.56	<.001		3.09 \pm 6.33	8.29 \pm 10.75
Sleep disturbance	2.73 \pm 3.86	3.81 \pm 5.92	2.92 \pm 4.59	6.18 \pm 9.40	2.04	.110	1.74 \pm 2.25	3.74 \pm 5.82	3.06	.003		2.51 \pm 4.63	4.98 \pm 6.49
Distress	3.14 \pm 4.27 ^a	5.08 \pm 7.29 ^{ab}	3.00 \pm 2.77 ^a	8.41 \pm 9.80 ^b	4.26	.006	2.04 \pm 2.50	4.68 \pm 6.53	3.61	<.001		3.45 \pm 5.71	5.57 \pm 6.72
Grief	2.79 \pm 3.67 ^a	5.37 \pm 7.82 ^{ab}	3.45 \pm 3.65 ^a	8.18 \pm 10.13 ^b	4.50	.005	2.04 \pm 2.21	4.63 \pm 6.72	3.65	<.001		3.56 \pm 6.01	5.34 \pm 6.64
Mouth dryness	2.62 \pm 3.70	4.04 \pm 6.24	3.55 \pm 4.88	1.59 \pm 1.87	1.67	.176	1.15 \pm 1.51	3.41 \pm 5.00	4.42	<.001		2.25 \pm 3.29	4.38 \pm 6.34
Insensibility	1.57 \pm 3.29 ^a	2.83 \pm 5.78 ^{ab}	1.65 \pm 2.64 ^{ab}	5.35 \pm 9.05 ^b	3.01	.032	1.19 \pm 1.84	2.57 \pm 5.41	2.40	.018		1.73 \pm 4.17	3.55 \pm 6.25
Forgetfulness	1.06 \pm 3.17	1.52 \pm 3.02	0.90 \pm 1.62	0.94 \pm 1.48	0.39	.759	0.52 \pm 1.09	1.29 \pm 3.04	2.34	.021		0.64 \pm 1.46	2.17 \pm 4.21
Dyspnea	2.36 \pm 3.80	3.06 \pm 5.78	2.65 \pm 5.02	4.82 \pm 6.67	1.18	.318	1.41 \pm 2.01	3.13 \pm 5.31	2.91	.004		1.82 \pm 3.53	4.66 \pm 6.52
Drowsiness	1.30 \pm 3.30	2.75 \pm 4.37	1.80 \pm 4.53	1.35 \pm 1.46	1.70	.171	0.48 \pm 1.12	2.06 \pm 3.98	3.96	<.001		0.73 \pm 1.47	3.83 \pm 5.47
Nausea	2.01 \pm 3.56	4.33 \pm 6.03	2.65 \pm 4.64	2.06 \pm 3.93	2.78	.043	0.74 \pm 1.26	3.20 \pm 5.00	5.05	<.001		1.93 \pm 3.23	4.33 \pm 6.35
Vomiting	5.06 \pm 5.56 ^a	8.15 \pm 8.77 ^{ab}	6.15 \pm 5.33 ^a	16.94 \pm 17.52 ^b	9.34	<.001	0.19 \pm 0.56	1.98 \pm 4.57	4.47	<.001		0.71 \pm 1.97	3.52 \pm 6.32

a,ab,b Means with the different letter are significantly different by Turkey test.
Number of Sx. = number of experienced symptom among 13 symptoms.

Table 3. Provided Service Types to the Participants (N = 1,350)

Service content	N (%)	Service categories	N (%)
Basic assessment and services	706 (52.3)		
Positioning and comfort nursing	496 (36.7)	Mouth care	65 (4.8)
		Safety nursing	57 (4.2)
		Change position	225 (16.7)
		Exercise guidance	149 (11.0)
Medication	1 (0.1)	Medication/ointment application	1 (0.1)
Non-pharmacologic pain relief method	209 (15.5)	Cold & heat therapy	24 (1.8)
		Relaxation	185 (13.7)
Symptom and pain control	372 (27.6)		
Services of doctor	340 (25.2)	Physician's prescribing	308 (22.8)
		Pain control	32 (2.4)
Physician's prescription (pain control)	32 (2.4)	NSAID	21 (1.6)
		Mild opioid analgesic	4 (0.3)
		Strong opioid analgesic	7 (0.5)
		Pain relief supplemental agents	0 (0.0)
		Other medication	0 (0.0)
Special nursing services	290 (21.3)	T-cannular management	0 (0.0)
		L-tube management	3 (0.2)
		Foley catheter management	91 (6.7)
		Colostomy care	35 (2.6)
		Cystostomy/nephrostomy care	0 (0.0)
		Nelaton catheter insertion	0 (0.0)
		Enema	0 (0.0)
		Wound-site disinfection	89 (6.6)
		ROM exercise	26 (1.9)
		Oxygen therapy	14 (1.0)
		Bed sore management	31 (2.3)
Emotional and spiritual support	948 (70.2)	Emotional support	821 (60.8)
		Spiritual support	127 (9.4)
Death of the patient /the bereaved support	183 (13.5)	Hospice nursing	77 (5.7)
		Counseling and support of the bereaved	84 (6.2)
		Issue death certificates	22 (1.6)
Patient education	1,013 (75.0)	Supply of educational material	10 (0.7)
		Counseling of patient	735 (54.4)
		Counseling of family	268 (19.9)
Other services	69 (5.1)	Rental medical equipment	7 (0.5)
		Mobile bath services	0 (0.0)
		Daily-living supportive service	12 (0.9)
		Referral of hospital	35 (2.6)
		Volunteer linking	13 (1.0)
		Nourishing meal	2 (0.1)

NSAID=nonsteroidal antiinflammatory drug; ROM=range of motion.

절($t = -2.22, p = .037$), 임종 및 사별가족 지지($t = -3.41, p = .001$)가 말기 치료군에게 유의하게 더 많이 제공되었으며, 증상 및 통증 조절 영역의 하부 영역인 의사 진료($t = -2.14, p = .036$)도 말기 치료군에게 유의하게 많이 제공된 것으로 나타났다.

Table 4. Provided Services according to Duration after Diagnosis, Metastasis and Treatment Status (N = 167)

Frequency	Duration after diagnosis				Metastasis				Treatment status			
	Below 1yr (N=77)		2-3 yr (N=52)		4-5 yr (N=20)		Above 6 yr (N=17)		F		p	
	Mean ± SD	Mean ± SD	Mean ± SD	Mean ± SD	Mean ± SD	Mean ± SD	Mean ± SD	Mean ± SD	Yes (N=140)	No (N=27)	t	p
BAS	5.06 ± 5.56 ^a	8.15 ± 8.77 ^a	6.15 ± 5.33 ^a	16.94 ± 17.52 ^b	10.88 ± 16.56 ^b	7.18 ± 9.08 ^b	3.71 ± 7.78 ^b	3.00 ± 2.43	8.26 ± 9.67	3.63	7.87	.006
PCN	3.00 ± 4.63 ^a	3.87 ± 4.08 ^a	4.20 ± 5.72 ^a	10.88 ± 16.56 ^b	7.18 ± 9.08 ^b	3.71 ± 7.78 ^b	3.00 ± 2.43	1.85 ± 2.54	4.67 ± 7.60	3.63	7.87	.059
Med	1.97 ± 3.18 ^a	2.77 ± 3.35 ^a	3.65 ± 5.45 ^a	7.18 ± 9.08 ^b	3.71 ± 7.78 ^b	3.00 ± 2.43	1.85 ± 2.54	1.44 ± 1.93	3.25 ± 4.98	3.22	-3.22	.065
NPM	0.00 ± 0.00	0.02 ± 0.14	0.00 ± 0.00	0.00 ± 0.00	0.00 ± 0.00	0.00 ± 0.00	0.00 ± 0.00	0.00 ± 0.00	0.01 ± 0.08	0.01 ± 0.08	-0.44	.662
SPC	1.03 ± 2.08 ^a	1.08 ± 1.68 ^a	0.55 ± 1.23 ^a	3.71 ± 7.78 ^b	4.41 ± 10.36	3.18 ± 5.66	1.24 ± 5.09	0.96 ± 2.05	2.47 ± 5.42	2.03	-2.98	.003
SD	1.81 ± 4.06	2.23 ± 4.04	2.10 ± 4.20	4.41 ± 10.36	3.18 ± 5.66	1.24 ± 5.09	9.29 ± 16.42 ^b	0.89 ± 1.97	2.26 ± 4.44	-2.57	-0.40	.012
PP	1.77 ± 4.05	2.10 ± 3.85	2.05 ± 4.21	3.18 ± 5.66	1.24 ± 5.09	9.29 ± 16.42 ^b	14.94 ± 15.35 ^b	0.07 ± 0.39	0.21 ± 1.79	-3.50	-0.40	.687
SNS	0.04 ± 0.25	0.13 ± 0.44	0.05 ± 0.22	1.24 ± 5.09	9.29 ± 16.42 ^b	14.94 ± 15.35 ^b	1.05 ± 3.80 ^a	0.15 ± 0.53	2.04 ± 6.77	11.07	-3.50	.001
ESS	0.55 ± 1.67 ^a	1.31 ± 3.32 ^a	1.05 ± 3.80 ^a	9.29 ± 16.42 ^b	14.94 ± 15.35 ^b	1.05 ± 3.80 ^a	8.70 ± 8.42 ^{ab}	4.81 ± 4.20	10.80 ± 12.02	4.43	-4.61	<.001
DS	6.83 ± 7.56 ^a	12.73 ± 14.03 ^{ab}	8.70 ± 8.42 ^{ab}	14.94 ± 15.35 ^b	1.05 ± 3.80 ^a	8.70 ± 8.42 ^{ab}	1.41 ± 2.98	0.07 ± 0.27	1.29 ± 2.42	0.30	-5.79	<.001
EDU	0.95 ± 2.21	1.25 ± 2.20	1.05 ± 2.06	1.41 ± 2.98	8.88 ± 8.98	0.76 ± 1.20	0.76 ± 1.20	0.81 ± 0.42	0.56 ± 1.58	2.48	-2.85	.005
Other [†]	5.10 ± 5.80	7.04 ± 6.20	4.90 ± 4.25	8.88 ± 8.98	0.76 ± 1.20	0.76 ± 1.20	0.76 ± 1.20	0.81 ± 0.42	0.56 ± 1.58	2.48	-2.85	.005
	0.16 ± 0.54	0.92 ± 2.34	0.40 ± 0.75	0.76 ± 1.20	0.76 ± 1.20	0.76 ± 1.20	0.76 ± 1.20	0.81 ± 0.42	0.56 ± 1.58	2.48	-2.85	.005

^{a,b}Means with the different letter are significantly different by Turkey test; [†]Frequency of provided services; [†]Other services.

BAS=basic assessment and services; PCN=positioning and comfort nursing; Med=medication; NPM=non-pharmacologic pain relief method; SPC=symptom and pain control; SD=services of doctor; PP=physician's prescription (pain control); SNS=Special nursing services; ESS=emotional and spiritual support; DS=death of the patient/the bereaved support; EDU=patient/family education.

논 의

본 연구는 지역암센터 재가암환자 관리팀의 서비스 제공 기록 전수를 후향적으로 분석하여 환자 특성에 따라 제공받은 서비스 내용을 파악하고, 향후 지역사회에서 각 기관의 특성을 살린 효율적인 재가암환자 관리모형을 개발하기 위한 기초자료를 제공하기 위해 시도되었다. 본 연구가 시도된 지역의 재가암환자를 대상으로 한 연구가 미흡하고, 보건소 정책은 지역에 상관없이 관리 대상이나 제공 서비스의 내용이 유사하므로, 본 논의에서는 타지역의 재가암환자를 대상으로 한 연구 결과를 주로 이용하였다.

증상 조절 등 의학적 중재가 필요한 암환자의 경우 방문간호 서비스보다 병원이나 병원중심 서비스를 선호하는 경향이 있으나, 국내 의료 시스템은 급성기 케어에 초점이 맞추어져 있어 말기암 환자들은 종종 일반적인 서비스에서 제외되는 경향이 있고 의료 서비스가 말기암 환자의 요구에 부응하고 있지 못한 것이 현실이다.^{2,5)} 또한 재가암환자의 74%는 집에서 증상 조절을 받기를 원하나,¹¹⁾ 실제 많은 재가암환자들이 증상 조절을 받기 위해 응급실을 방문하거나 입원하며, 특히 임종 직전 증상 조절을 위해 의료기관에 입원하여 사용하는 의료비 지출은 경제적으로도 문제가 된다.¹²⁾ 말기암 환자 관리에서는 효과적인 증상 조절이 가장 우선적인 일이며, 이는 삶의 질을 증진시키는 중요한 요소로 알려져 있다.¹³⁾ 본 연구 결과 지역암센터는 재가암관리팀 운영을 통해 말기암으로 적극적인 증상 관리가 필요한 암환자에게 방문 간호를 제공함으로써 재가암환자들의 요구에 상당부분 부응하고 있는 것으로 보여진다.

본 연구결과 지역암센터에서 관리하는 암환자는 보건소에서 관리하는 암환자와 특성이 다소 다른 것으로 나타났다. 보건소 등록 환자의 경우 의료보호가 61.5% 정도를 차지할 정도로 저소득층 위주로 서비스가 제공되었으나,²⁾ 본 연구 대상자 중 의료보호는 23.4%로 보건소와 연계하여 병원 호스피스센터에서 관리하는 대상자의 18.6%⁹⁾와 유사하게 나타났다. 의학적 특성 또한 보건소 등록 암환자와 차이가 있었는데, 본 연구 대상자는 암 진단 후 경과기간 3년 이하인 대상자가 77.7% 정도를 차지하였으며, 95.5%가 4기, 83.8%가 전이가 있었고, 치료 중(64.1%)이거나 말기암(34.7%)으로 적극적인 증상 관리가 필요한 대상자가 주를 이루었으나, 보건소 대상자의 경우 진단 후 경과기간이 4년 이상인 경우가 전체의 49.5%, 전이가 있는 대상자는 8.4%, 말기암은 2.7%, 치료가 종료된 경우나 완치자가 41.3%로 다수를 차지하여 지역암센터에서 관리하는 대상자의 중증도가 보건소 등록 암환자보다 높음을 보여주고 있다.

본 연구 대상자는 93.0%가 피로를, 70% 이상이 식욕부진, 통증을 경험하였는데, 이는 기존 재가암환자들의 주 호소가 피로, 통증, 피로, 식욕부진, 수면장애 등으로 나타난 것과 유사하며,^{2,9,14)} 가정 호

스피스 대상자,⁹⁾ 재가암환자,^{2,13)} 일반 암환자¹⁵⁾가 가장 많이 호소하는 증상이 피로로 나타난 것과도 비슷하다. 암환자의 증상은 치료 후 시간이 지남에 따라 다소 완화되는 양상을 보이나, 피로 증상은 시간이 지나도 여전히 가장 많은 것으로 나타나고 있다.¹⁵⁾ 암환자의 피로 경험은 매우 높고, 정상인의 피로와 달리 휴식으로 쉽게 해소되지 않으며, 삶의 질을 저하시키는 요인으로 널리 알려져 있음에도 불구하고,¹⁶⁾ 여전히 효율적으로 관리되고 있지 않은 것으로 보인다. 현재 보건소 재가암관리 지침에도 피로 관리에 대한 내용은 부족하므로,²⁾ 재가암환자에게 적절한 활동이 피로 관리 및 삶의 질에 긍정적인 영향을 미치는 결과들을 바탕으로,¹⁷⁻¹⁹⁾ 에너지 보존 활동 및 활동 가이드라인에 대한 세부 지침을 마련하고 이를 프로토콜화하여 지속적으로 관리할 필요가 있을 것이다.

본 연구에서는 진단 후 6년 이상이거나 전이가 있고, 말기 치료로 증상 조절만 하는 군이 그렇지 않은 군에 비해 증상 경험의 횟수가 많았고, 특히 전이가 있는 경우에는 13개 증상 모두에서 전이가 없는 군에 비해 유의하게 증상 경험이 더 많았으며, 전이가 있거나 말기 치료 중인 경우에는 13가지 증상 중 8개 이상의 증상을 경험하는 것으로 나타났는데, 이는 기존 연구^{2,20)}에서 말기암 군과 전이가 있는 경우 암증상 정도가 더 높게 나타난 것과 유사한 결과이다. 이처럼 암환자의 의학적 특성에 따른 증상 경험은 유의한 차이가 있으므로, 환자 특성에 따른 접근이 이루어져야 할 필요가 있다. 다만 기혼이거나 동거인이 있는 경우, 주관적 건강상태를 낮게 인식하는 경우 증상을 높게 보고하거나,²⁾ 진단명에 따라 증상 경험 정도가 다르다는 보고도 있으므로,¹⁵⁾ 이러한 요인에 대해서도 좀 더 파악할 필요가 있을 것이다.

그러나 다빈도 증상에 대한 서비스는 다소 미흡한 것으로 나타났다. 즉 진단 후 6년 이상이거나 전이가 있고, 말기 치료로 증상 조절만 하는 경우 그렇지 않은 경우에 비해 증상 경험이 많았음에도 불구하고 제공된 서비스는 환자 교육이나 정서적·영적 지지에 집중되어 있었고, 신체적 증상과 관련된 서비스인 증상 및 통증 조절 영역의 서비스는 27.6%로 미흡한 것으로 나타났다. 이는 사정된 대상자의 상태와 제공된 서비스 내용이 다소 불일치하는 것이므로, 보건소의 경우 통증 관리 시스템이 갖추어져 있지 않아 증상 관리가 원활히 되지 못하는 것처럼,⁷⁾ 간호사들이 여러 가지 증상을 사정해도 처방을 하기 위한 연계 시스템이 되어 있지 않은 문제로 인해 간호사 주도로 가능한 중재인 비약물적 중재나 교육, 정서적·영적 지지 등에 의존하는 것인지, 말기 치료 중인 환자들의 경우 환자나 의료진 개인이 약물 사용에 대해 주저하는 경향으로 인해 생기는 것인지 등 여러가지 각도에서 원인을 파악할 필요가 있을 것이다.

본 연구 대상자가 지역암센터에서 가장 많이 제공받은 서비스는 환자교육이었고, 정서적·영적지지, 기본평가 및 서비스, 증상 및 통

증 조절, 특수간호 서비스 순으로 나타났다. 선행 연구에서도 의료 상담이나 보건교육 서비스,^{6,9)} 정서적 지지,^{8,20,21)} 기본평가 및 서비스, 환자 및 가족교육, 정서적·영적지지²⁾ 등이 주로 제공되었다. 일상생활지원서비스가 주로 제공되고 증상 및 통증 조절은 취약한 보건소²⁰⁾에 비해 본 연구에서는 의사처방률이 상대적으로 높게 나타났다. 여전히 피로나 식욕부진, 통증을 호소하는 대상자가 각각 70% 이상으로 나타났다. 특히 통증 경험이 72.2%로 높게 나타났으나 관련 처방은 매우 낮게 나타나, 통증 조절을 위한 의사 진료는 2.4%, 마약성 진통제 처방은 0.8%에 불과하였으며, 비스테로이드성 항염제나 기타 다른 약물 처방 또한 매우 미미한 것으로 나타났고, 이는 보건소 방문간호사의 서비스에서도 낮게 나타났다.²⁾ 외국의 진행성 암환자를 대상으로 한 연구²²⁾에서는 통증, 식욕부진, 기타 다른 증상 경험이 50% 이하로 다소 낮게 나타났는데, 이는 해당 대상자들의 마약성 진통제 사용률이 86%, 스테로이나 비스테로이드성 항염제 사용이 각각 68%였던 것으로 미루어 볼 때, 증상 조절을 위한 약물이 적극적으로 사용되고 있는 것과 관련이 있는 것으로 생각된다. 따라서 증상 조절을 위한 처방이 미진한 원인에 대해 여러가지 원인을 고려함에 있어 재가암관리팀에 의한 처방이 아닌 다른 기관에서 개인적으로 처방을 받는 경우가 있는지에 대해서도 파악할 필요가 있을 것이다. 또한 이미 처방된 약물의 경우 대상자들의 약물 이행 정도를 확인하여 증상 관리에 영향을 주는지를 파악하고, 주로 제공되는 서비스인 교육 중 증상 관리에 대한 내용을 구체적으로 점검하여, 좀 더 적극적으로 증상 관리를 하기 위한 방안을 마련할 필요가 있을 것이다.

본 연구에서 대상자에게 제공된 서비스 횟수는 평균 7.4회였으나 최소 1회에서 최대 67회로 편차가 심하게 나타났으며 이는 기존 연구와 유사한 결과이다.⁹⁾ 또한 진단 후 경과기간이 길수록, 전이가 있을수록 방문 횟수가 많은 것으로 나타났으나, 치료 상태에 따른 방문 횟수에는 유의한 차이가 없었다. 이는 말기암 환자일수록 방문 빈도가 잦고, 치료중이거나 완치된 경우에 비해 단기간에 더 많은 방문 빈도를 보이는 것²⁰⁾과는 다소 상이한 결과이다. 재가암환자는 조절되지 않는 증상이 있을 시 중점적으로 관리되어야 하며, 전문적인 간호처치가 필요 없고 기능상태가 양호하다 하더라도 장기적인 관점에서 주기적인 환자 모니터링과 정서적 돌봄, 상담 등이 규칙적으로 제공되어야 할 필요가 있다.¹³⁾ 장기적으로 운동 프로그램이 재가 위암 환자의 피로와 불안을 감소시키고, 면역세포의 수와 삶의 질을 증진시키는 긍정적인 효과가 있음이 보고되었으며,¹⁷⁾ 주기적인 상담이나 교육 자료 제공만으로도 재가암환자의 2차암 발생 예방, 기능 상태 증진, 정신적 안녕 등에 긍정적인 효과가 있는 것으로 보고되고 있다.⁷⁾ 따라서 등록된 재가암환자에게 주기적인 교육과 상담을 제공할 필요가 있으며, 이를 위해 환자의 의학적 특성을

고려하여 최소한의 방문의 간격 및 활동에 대한 지침을 마련할 필요가 있을 것이다.

재가암환자들은 정서적 서비스, 교육 및 정보제공에 대한 요구가 높고 이는 보건소 서비스로 어느 정도 충족되지만, 신체적 서비스 중 통증조절에 대한 요구도는 충족되지 못하고 있다.⁸⁾ 보건소 서비스가 증상 완화와 삶의 질에 긍정적 영향을 주는 것으로 보고되었으나, 더 나은 서비스를 위해 의료기관이나 호스피스 센터와의 연계가 필요함이 제기되었고,⁵⁾ 병원 호스피스 센터와 보건소가 연계하여 서비스를 제공한 경우 간호사의 방문 횟수가 자원봉사자나 성직자에 비해 높고, 서비스에 대한 만족도 또한 전반적으로 매우 높게 나타났다.⁹⁾ 특히 증상 관리 측면에서 보면, 전국 225개 보건소에서 제공하는 재가암환자 서비스는 주로 보건교육, 의료상담, 봉사단체연계 업무로 통증관리 서비스를 제공하는 경우는 15%에 불과하였고, J지역의 경우 호스피스 완화의료기관 2개 기관에서는 통증관리가 가능하나 마약성 진통제를 투여하고 있는 보건소는 6군데 중 단 1군데 뿐이었다. 그러나 J 지역에서 보건소 등록 재가암환자 중 응급상황이나 입원관리가 필요한 경우 J지역암센터에 연계된 건수는 2008년도 7건에 불과한 것으로 나타났다.⁷⁾ 이는 환자 중심의 서비스 제공을 위해 병원과 가정, 보건소, 관련 기관의 효율적인 연계가 필요함³⁾을 보여주는 것이다. 2011년부터는 지역암센터가 지역 내 보건소의 재가암환자 관리사업을 위탁 수행하는 것이 가능해졌으므로,²³⁾ 이러한 점을 고려해 볼 때 환자 중심의 서비스 제공을 위해 대상자 특성, 재가암환자를 담당하는 각 기관의 서비스 특성을 고려하여 지역사회 암환자를 더욱 효율적으로 관리하기 위한 방안

결론

본 연구는 지역암센터에서 재가암환자 관리팀을 운영한 이후 등록된 재가암환자 전수를 대상으로 시도되었으며, 외부접촉이 제한된 J지역의 특성상 교란요인을 감소시킬 수 있었을 것으로 생각된다. 다만 대상자들이 경험하는 증상을 후향적으로 파악하는 과정에서 증상의 강도에 대해 명시되지 않은 자료들이 존재하여 부득이하게 증상의 유무만을 파악할 수밖에 없었던 제한점이 있다.

본 연구 결과 재가암환자 서비스는 대상자의 의학적 특성에 따라 유의한 차이를 보였고, 다양한 증상 경험이 많았으나 각 증상에 대한 적극적인 서비스 제공은 충분치 않았고, 약물 중재보다 비약물적 중재나 교육이 주로 제공되는 것으로 나타났다. 따라서 서비스 내용에 대한 구체적 분석을 통해 대상자의 증상 관리에 대한 내용을 강화한 프로토콜을 제시하고, 중증도에 따른 효율적인 서비스 제공을 위해 간호인력을 증원할 필요성이 있을 것이다. 또한 J지역

은 지리적인 특성 상 다른 지역에 비해 서비스 제공을 위한 이동 거리가 짧아 여러 유형의 기관들이 협조 체계를 잘 구축하고 있다면 매우 효율적으로 재가암환자를 관리할 수 있을 것으로 생각된다. 따라서 효율적인 재가암환자 서비스를 위한 모델 개발을 위하여 기관 간 연계가 필요할 것으로 생각되며, 이를 위해 향후 보건소 등 재가암관련 기관의 암환자 특성 및 서비스 특성 등에 대해 직접적으로 비교하여 각 기관의 대상자 특성 및 운영의 장단점을 파악하고, 환자 관리에 대한 공감대를 형성하여, 가장 효율적으로 재가암환자를 관리할 수 있는 모델을 만들어가야 할 것이다.

REFERENCES

1. Statistics Korea. Cause of mortality report in 2011. Seoul: Statistics Korea; 2011.
2. Park JS, Oh YJ. An analysis of cancer symptoms, perceived health status, and given nursing services for community dwelling cancer patients who are registered in a public health center. *J Korean Oncol Nurs*. 2010; 10:48-58.
3. Kim WJ, Kim MY, Chang WY, Choi JH. Needs and satisfaction of cancer patients on the medical services in Jeju special self-governing province. *Korean J Hosp Palliat care*. 2010;13:153-60.
4. Ministry for Health, Welfare and Family Affairs. Service evaluation guide of regional cancer center. Seoul: Ministry for Health, Welfare and Family Affairs; 2011.
5. Kim SH, Chung BY, Xu Y. Evaluation of a home-based hospice and palliative care program in a community health center in Korea. *Asian Nurs Res*. 2009;3:24-30.
6. Cho H, Son JY, Heo JD, Jin EH. Development of an efficient management program for the home-based cancer patient management project of public health centers. *Korean J Hosp Palliat care*. 2007;10:128-36.
7. Huh JS, Kim HJ. Current status of home-based cancer patients management in Jeju. *Korean J Hosp Palliat care*. 2010;13:76-80.
8. Cho H, Son JY, Heo JD, Jin EH. A study on demand and the supply for home-based cancer patient management projects of public health centers. *Korean J Hosp Palliat care*. 2007;10:195-201.
9. Lee HS, Park SH, Chung YS, Lee BK, Kwon SH. Evaluation of a community-based cancer patient management program: collaboration between a hospice center and public health centers. *Korean J Hosp Palliat care*. 2010;13:216-24.
10. Ministry for Health, Welfare and Family Affairs. 2009 tailored home visiting health service. Seoul: Ministry for Health, Welfare and Family Affairs; 2008.
11. Yun YH, Heo DS, Kim HS, Ou SY, Yoo TY, Kim YY, et al. Factors influencing terminally ill patients' pain and pain management. *Korean J Hosp Palliat care*. 2001;2:23-9.
12. Youn YH. The direction of policymaking for hospice and palliative care. Paper presented at the 2002 symposium on standardization of hospice and palliative care in Korea. <http://www.mohw.go.kr>. Accessed August 17, 2012.
13. Peters L, Sellick K. Quality of life of cancer patients receiving inpatient and home-based palliative care. *J Adv Nurs*. 2006;53:524-33.
14. Kim TS, Yang BK, Jeong EK, Park NR, Lee YS, Lee SK. Need assessment of home-based cancer patients. *Korean J Hosp Palliat care*. 1999;2:36-45.
15. Molassiotis A, Zheng Y, Denton-cardew L, Swindell R, Brunton L. Symptoms experienced by cancer patients during the first year from diagnosis: patient and informal caregiver ratings and agreement. *Palliat Support Care*. 2010;8:313-24.
16. Yabro CH, Forgue MH, Goodman, M. Cancer symptom management 3rd ed. (Kim EH, Kwon IK, Kim JH, Seol MI, Chun MH, Ham YH, et al. Trans). Seoul: Hyunmoonsa; 2011.
17. Morey MC, Snyder DC, Sloance R, Cohen HJ, Peterson B, Hartman TJ, et al. Effects of home-based diet and exercise on functional outcomes among older, overweight long-term cancer survivors. *JAMA*. 2009;301: 1883-91.
18. Pinto BM, Frierson GM, Rabin CR, Trunzo JJ, Marcus BH. Home-based physical activity intervention for breast cancer patients. *J Clin Oncol*. 2005;23:3577-87.
19. Choi JY, Kang HS. Effects of a home-based exercise program for patients with stomach cancer receiving oral chemotherapy after surgery. *J Korean Acad Nurs*. 2012;42:95-104.
20. You SM. An analysis of nursing care service for low income home-based cancer patient management project in a rural community [dissertation]. Seoul: Hanyang Univ.; 2008.
21. Ministry for Health, Welfare and Family Affairs. The management for home-based cancer patients. Seoul: Ministry for Health, Welfare and Family Affairs; 2008.
22. De Conno F, Caraceni A, Groff L, Brunelli C, Donati I, Tamburini M, et al. Effect of home care on the place of death of advanced cancer patients. *Eur J Cancer*. 1996;32:1142-7.
23. Ministry for Health, Welfare and Family Affairs. Administration guide of regional cancer center. Seoul: Ministry for Health, Welfare and Family Affairs; 2011.