

말기 암환자를 간호하는 간호사의 고통 인식에 관한 태도 : Q-방법론 적용

조 계 화* · 김 명 자**

I. 서 론

1. 연구의 필요성

호스피스 대상자에 대한 관심을 갖고 있는 간호사라면 고통(suffering)과 관련하여 괴로움(hardship)이 얼마나 심각한 문제를 제기하는지에 접해본 경험이 있을 것이다. 고통의 분야는 질병보다 훨씬 더 넓은 다차원적 개념이라 할 수 있다(Cassell, 1992; Zola, 1992). 고통으로 인해 어찌할 수 없는 상태가 되면 대부분의 사람들은 어떠한 방법으로든지 자신이 경험하고 있는 고통으로부터 벗어나려고 하는데 그러한 고통의 성격을 신체적, 정신적, 정서적 그리고 영적인 범위로 크게 나누어 볼 수 있다.

간호사들의 경우, 말기 환자들의 고통을 지켜보면서 이를 해결하기 위해 약물 처방을 받거나 대화를 나누거나 전환요법을 택하는 등 온갖 노력을 다 기울인다. 그러나 말기 환자를 다루는 호스피스 간호에서 고통을 우선적으로 신체적 문제로 접근하는 것에는 한계가 있다. 엄격한 의미의 호스피스 간호는 안위간호(comfort care)가 초점이지만 모든 완화간호를 호스피스 간호라 할 수는 없다(Raudonis,

1995). 이는 실제에 있어서 죽음을 앞두고 있는 고통이란 영신적 성격을 띤 아픔의 문제이며 단순히 정신적 고통과 육체적 고통이 함께 따르는 심리학적 차원의 아픔에 관한 문제만은 아님을 지적한다.

간호학의 학문적 특성상 인간에 대한 총체적 접근(holistic approach)과 건강상태에 대한 대상자의 인지를 중요시하고 있는바(김명자, 1996) 말기환자 간호에 있어서는 이러한 의식에 관한 인지적 특성에 더욱 관심을 기울여야 할 것이다. 진정한 돌봄은 추상적인 생각, 철학, 이데올로기가 아니라 실제 상황 안에서 고통에 직면하는 구체적인 일(Eriksson, 1992)이라고 볼 때 고통을 경험하는 대상자와 가장 가까이에서 그들의 문제를 해결하고자 하는 간호사가 지각하는 고통의 유형을 파악하고 그들의 주관성을 탐색해 보는 것은 간호실무 측면에서 매우 중요하다.

그러나 간호사들이 매일 고통을 겪는 사람들을 대하고, 다양한 간호상황에서 고통이 중요한 현상임에도 불구하고 이에 관한 연구는 제한적이며 1990년 이전의 문헌을 보면 고통(suffering)을 거의가 통증(pain)과 연관된 것으로 다루고 있으며(Copp, 1990a), 간호의 영적 영역에 관해 종종 언급하고

* 대구가톨릭대학교 의과대학 간호학과(교신저자 E-mail: jokw@cuth.cataegu.ac.kr)

** 가톨릭대학교 간호대학

있으나 실무에서 무엇을 의미하는지, 혹은 전문직에 들어서는 학생들에게 어떻게 가르쳐지고 있는지, 그리고 간호사가 고통을 인식하고 이에 관여하는데 도움을 주는 연구는 드문 실정이다. 또한 우리 나라의 경우, 호스피스 대상자들이 경험하는 혼란 문제들로서 고통과 불편감 그리고 영적인 요구를 제시하고 있을 뿐(강경아, 1997; 김수지, 오송자, 최화숙, 1997), 말기 환자를 접하면서 간호사가 겪는 고통과 한계성, 간호중재법에 관해서는 연구된 바가 없다.

본 연구는 고통이라는 현상의 존재론적인 측면을 고려해 볼 때, 말기 암환자를 간호하는 간호사의 고통에 대한 의미가 간호사 개인에 따라 다양하고 주관성의 구조가 다르게 형성될 수 있기에 Q-방법론을 통하여 호스피스 대상자를 간호한 경험이 있는 간호사의 고통에 관한 주관성의 구조적 유형을 분류하고, 이를 해석함으로써 고통을 체험하고 있는 대상자 간호의 질적 향상에 도움을 주기 위한 간호중재 방안을 마련하는데 기초자료를 제시하고자 한다.

2. 연구 목적

본 연구의 목적은 간호사가 지각하는 고통의 구조적 유형을 분석함으로써 말기환자의 고통경감을 위한 간호중재 방안 마련에 활용될 수 있는 기초자료를 제시하기 위함이다. 이를 위한 구체적인 연구의 목적은 다음과 같다.

- 1) 간호사가 지각하는 말기 암환자의 고통의 구조를 유형화한다.
- 2) 간호사가 지각하는 말기 암환자의 고통의 유형별 특성을 기술한다.

II. 문헌 고찰

고통은 인간이 피할 수 없는 근원적인 경험으로서 독특한 특성이 있으며 시, 공간의 영향에 관계없이 자신의 내면적 요인, 자신에게 중요한 사람 및 외부 환경, 인생의 궁극적 의미와 관련된 상실, 훼손, 통증이 자아의 완전성을 유지하는데 위협이 될 때 경험되는 건디기 힘든 격심한 괴로움의 상태(Taylor & Watson, 1989; 강, 1997)이며, 사회적인 상황

과 맥락 속에서 비롯되고(Zola, 1992), 개별화된 주관적이고 복합적인 경험적 본질(Cassell, 1992)로 정의된다. 고통이 쉽게 관찰되거나 측정될 수 없기에 추상적이며 복합적인 것으로 보이며 이는 신체적, 인지적, 정서적, 사회적, 영적 요소로 구성되어 있음을 암시한다.

또한 고통의 현상은 울음, 찡그림, 신체적 아픔, 정신적 고뇌, 슬픔, 우울, 절망감, 비참함, 죄책감, 타인과의 단절, 위축감, 무력감, 두려움, 불안, 분노, 죽어야 할 운명에 대한 의문, 종교적 신념에 대한 회의 등 부정적 반응으로 나타난다. 문헌(Rogers & Cowles, 1991)에 나타난 고통은 심원하고 개인의 통합성과 자율성의 상실 혹은 삶이나 상황을 조절할 수 있는 힘을 상실함을 포함한다. 고통경험을 통해 대상자들은 그들이 인간상실의 과정 안에 있음을 인식하게되고 이러한 모든 것들은 인간적인 품위와 관련된다. Loewy(1991)는 이와같은 고통의 어려움 때문에 고통이 일어날 수 있는 모든 경험으로부터 도망치고 싶거나 피하고 싶다고 서술했다.

고통의 선행요인은 자아 혹은 개인적 정체성과 관련된 상실이나 위협이다(Cassell, 1982; Kahn & Steeves, 1986). 흔히 고통은 신체적 질병, 불구, 외모의 손상 등으로 나타났으며(Bradbury & Catanzaro, 1989; McHenry, 1991), 통증은 고통의 전구증상으로 표현되었다(Copp, 1990b). 사회적 문제들은 종종 직업상실, 무주택, 가난, 사회로부터의 분리로 나타난다(Cassell, 1982; Rubin 1976).

고통의 결과는 가치관이나 현실감의 변화를 초래한다. 대부분 부정적 반응으로서 움츠러듦, 기능장애, 무력해지거나, 삶의 질이 급격히 저하된다(Bradbury & Catanzaro, 1989; Bresnahan 1987; Williams 1991). 한편 긍정적 반응으로서 개인적 성장, 종교적 신념과 헌신의 증가, 가치관과 견해의 변화를 가져온다(Cassell, 1982).

이상과 같이 고통경험에 대한 대상자들의 반응은 이해와 수용을 통해 쇼크와 부정으로부터 의미를 찾는 것까지 단계적 진전이 따른다. 강(1997)에 의하면 고통과정은 무감정, 부정, 텅빈 같은 초기단계를 거쳐서 고통이 가장 심한 혼란관계를 거치게 되며

서서히 회복단계에 이른다고 본다. 회복단계로는 태도변화를 통한 자기 수용과 이해를 거쳐서 자아인식의 확대와 성장을 가져오고 마침내 삶의 의미를 발견하게 된다고 했다. 이는 고통과정에서 간호사의 영적 증제가 미치는 영향이 크다는 것을 시사한다.

고통에 대한 간호학적 견해로는 고통 그 자체를 독특하고 필연적인 것이며, 개별적 경험과 문화적 가치 기준에 의해 영향받는 자아의 경험으로 신체, 정서, 심리, 사회, 영적 측면을 포함하는 총체적 개념으로 보았다(Taylor & Watson, 1989; 강, 1997).

고통의 의미문제에 관한 종교적 가르침을 보면, 불교에서는 인생에 괴로움과 고통은 있지만 우울해하거나 성내거나 못 견디 하지 말라고 하고 이슬람교에서는 고통이란 알라신이 정해진 운명이기에 고통에 대한 해결책보다는 주어진 고통을 참아 견디라고 가르친다. 그리스도교는 고통 한가운데서도 하느님과 함께 인생을 걸어가야 한다고 가르친다. 이렇게 모든 종교는 고통이란 어떻게 피해야 하는가의 문제가 아니라 어떻게 견뎌야 하는가의 문제로서 고통을 인간실존의 현실로 보고 자기가 믿는 종교의 신에게 믿음을 갖고 그 고통을 감수해야 한다고 가르친다(송봉모, 1998). 고통에 대한 그리스도교적인 반응은 선(goodness)의 어떤 결핍이나 제한 또는 왜곡이기 때문이라고 지적하는 것(John Paul II, 1984)으로 보아 고통의 세계가 개인적인 의미와 동시에 집단적인 의미가 있다는 것, 즉 고통의 세계는 '고유한 연대성'을 지니고 있음을 알 수 있다. 이를테면 고통 중에 있는 사람들은 운명의 시련을 당하고 있다는 상황의 유사성을 통하여, 또는 고통의 의미에 대한 끊임없는 물음을 통하여 서로가 비슷하게 된다는 것이다.

또한 고통의 문제는 객관적, 주관적인 두 가지 측면을 가지고 있다. 전자는 질병이나 그와 관련된 병리적인 문제를 고통으로 보고 치료를 전제로 한다. 즉 객관적인 시각은 외적인 해석에 기초하는 임상적 판단에 크게 의존하기 때문에 신체, 정신, 영을 통합하는 의식을 소지하고 있는 인간의 주관적 의미로서의 고통은 그 빛을 잃어버리게 된다고 볼 수 있으며(Taylor & Watson, 1989), 인간의 구체적이며

되풀이될 수 없는 내면에 내포되어 있는 하나의 인격적 사실로서의 주관적인 차원을 간과한다고 볼 수 있다.

이상을 종합하면, 고통은 개별화된 복합적인 경험으로서 고통받는 주체의 주관적인 면에 따라 세분화될 수 있으며 고통을 견뎌야 하는 수동성과 그 고통을 극복해야하는 능동성을 볼 수 있다. 여기에 인간 존엄성에 뿌리를 둔 총체적 돌봄 개념이 강조되며 간호사의 스스로에 대한 자각, 타인을 돕는 책임감, 그리고 전문적 간호를 제공하는데 필요한 지식과 기술이 요구됨을 알 수 있다. 예를 들어, 간호현장에 임할 때 고통을 경험하고 있는 대상자에게 간호사로서 언제 다가가야 하는지 즉 상호작용의 시기를 적절하게 포착하는 것이 중요하다. 또한 임종을 맞이하고 있는 대상자의 의식을 확대시킬 수 있는 영적 접근은 죽음에 대한 고통을 가볍게 해주는 힘이 강화된다고 보며 이러한 신념을 소지하는 것은 말기환자에게 보다 가까이 다가갈 준비가 될 것이다.

따라서 본 연구에서는 임상에서 호스피스 대상인 말기환자의 고통을 지켜보는 간호사들의 고통에 관한 인식이 환자의 고통경감과 의식확대에 영향을 미치고 있으므로 그 유형을 조사함으로써 각각의 유형에 따른 개별화된 간호중재 방안의 모색을 위한 기틀을 마련하고자 한다.

Ⅲ. 연구 방법

1. Q표본(Q-Sample)

Q모집단(Q-Population)은 환자, 보호자, 간호사를 포함한 건강관련전문인, 일반인을 대상으로 고통의 정의, 해결방법, 체험 등에 관한 심층면담(in-depth interview)을 하였으며 면담방법은 일정한 방향을 정하지 않은 채 중립적이며 심층적으로 하여 다양한 의견이 나올 수 있도록 하였으며, 한 사람 당 면담시간은 30분에서 60분 정도로 대상자의 허락 하에 면담내용을 기록하였으며 면담이 끝난 직후 내용을 검토하고 연구자의 느낌을 추가로 첨가하였다. 이 외에도 고통관련 선행연구와 전문서적, 국내외 전문 잡지 등을 통해 얻은 자료를 합하여 총

152개의 Q모집단을 구성하였다. Q표본의 선정을 위하여 준비된 Q모집단을 놓고 고통의 원인, 고통유발 상황, 고통의 결과 등에 초점을 두고 주제별로 혹은 진술문들이 범주(category)화 될 때까지 여러 번 반복해서 읽으면서 분류하였으며 분류결과 가치관의 변화, 인식의 확대, 관계형성의 변화, 죽음에 대한 태도, 경제적 어려움의 다섯 가지 범주로 분류되었다. 이 과정이 끝난 뒤 본 연구에 대한 충분한 이해가 있는 동료교수와 호스피스팀의 건강관련종사자들에게 분류결과를 의뢰하여 서로 의견교환 후 재조정하여 연구자가 자아참조적인 진술로 바꾸어 최종적으로 35개의 표본을 선정하였다.

2. P표본(P-Sample)

Q방법론은 개인간의 차이(interindividual difference) 보다는 개인내의 중요성의 차이(intraindividual difference in significance)를 다루기 때문에 P표본의 수에서는 아무런 제한을 받지 않으며(김홍규, 1996) 본 연구에서는 대구 경북 지역의 종합병원과 대학병원에서 산재형 호스피스간호를 하고 있는 간호사 38명을 선정하였다.

3. Q표본 분류(Q-sorting) 및 자료분석 방법

Q표본의 분포도는 연구대상자들이 Q표본으로 선정된 35개의 진술문들을 자신의 의견의 중요도에 따라 9점 척도 상에 분류하여 정규분포에 가깝도록 강제분포 시키는 Q방법론의 원리에 따라 준비하였다.

Q표본 분류는 Q표본을 먼저 읽은 후 긍정, 중립, 부정으로 크게 세 부분으로 나눈 다음 긍정(부정)진술문 중에서 가장 긍정(부정)하는 것을 차례로 골라 바깥에서부터(+4, -4) 안쪽으로 분류를 진행케 하여 중립부분(0)에서 마무리하게 하였다. 이때 양끝에 놓인 2개씩의 진술문 4개에 대한 선택 이유를 면담을 통해 받아두었다(표 1 참조).

코딩은 가장 반대하는 경우를 1점으로 시작하여 중립인 경우 5점, 가장 찬성하는 경우에 9점을 부여하여 점수화하였다.

자료분석은 Quanl PC 프로그램을 이용하여 처리하였으며, Q요인 분석은 주인자분석방법(Principal Component Analysis)을 사용하였다.

IV. 연구 결과

1. 간호사의 고통 인식에 관한 주관성의 구조

본 연구결과 호스피스 간호를 하는 간호사의 고통 인식에 관한 주관성의 구조는 4개의 유형으로 나뉘어졌다. 이들 4개 요인은 전체 변량의 45.9%를 설명하고 있으며, 각 유형별 변량은 제 1 유형이 29.4%, 2유형이 7.2%, 3유형이 5.2%, 4유형이 4.1%였다. 제 1 유형이 29.4%의 설명력을 가지므로 고통에 대한 간호사의 인식을 가장 많이 설명하는 유형으로 볼 수 있다(표 2 참조).

4개의 유형간의 상관관계는 <표 3>에서 제시하는 바와 같다. 이는 각 유형간의 유사성의 정도를 보여주는 것으로서 제1유형과 2유형의 상관계수는 .534

<표 1> Q- 표본분포

	비 동 의				중립	동 의			
점수	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4
카드수	2	3	4	5	7	5	4	3	2

<표 2> 유형별 Eigen value와 변량의 백분율

	제 1유형	제 2유형	제 3유형	제 4유형
Eigenvalues	11.1818	2.7439	1.9786	1.5397
Variance(%)	.2943	.0722	.0521	.0405
Cumulative	.2943	.3665	.4185	.4591

〈표 3〉 유형간의 상관관계

	제 1유형	제 2유형	제 3유형	제 4유형
제 1유형	1.000			
제 2유형	.534	1.000		
제 3유형	.601	.486	1.000	
제 4유형	.511	.403	.472	1.000

〈표 4〉 P-표본의 인구사회학적 특성 및 인자가중치

유형	순위	연구대상자 번호	근무 경력	근무병동	종교	결혼 상태	가족/친지에 대한 죽음경험	교육 정도	인자 가중치
I	1	VAR 7	6년	내 과	무	기혼	유	전문대졸	.7578
	2	VAR 11	5년	내 과	무	기혼	유	전문대졸	.7301
	3	VAR 24	4년	일반외과	개신교	미혼	무	전문대졸	.4213
	4	VAR 21	2년	내 과	가톨릭	미혼	유	전문대졸	.3965
	5	VAR 27	14년	일반외과	가톨릭	기혼	유	대졸	.3175
	6	VAR 35	7년	내 과	개신교	미혼	유	전문대졸	.3030
	7	VAR 4	6년	일반외과	무	미혼	무	전문대졸	.2999
	8	VAR 23	3년	일반외과	무	미혼	유	전문대졸	.2856
	9	VAR 9	2년	내 과	무	미혼	무	대졸	.2315
	10	VAR 33	4년	중환자실	무	미혼	유	전문대졸	.1848
	11	VAR 20	2년	내 과	가톨릭	미혼	유	대졸	.1734
	12	VAR 13	16년	내 과	가톨릭	기혼	유	전문대졸	.1207
II	1	VAR 26	2년	일반외과	무	미혼	유	전문대졸	.8883
	2	VAR 30	14년	산부인과	가톨릭	미혼	유	대졸	.7571
	3	VAR 3	12년	일반외과	가톨릭	기혼	유	전문대졸	.5385
	4	VAR 32	15년	호스피스과	가톨릭	미혼	유	대학원졸	.5227
	5	VAR 2	10년	내 과	가톨릭	기혼	무	전문대졸	.5104
	6	VAR 6	9년	내 과	무	기혼	유	전문대졸	.4489
	7	VAR 12	11년	내 과	가톨릭	기혼	유	전문대졸	.2920
	8	VAR 34	6년	중환자실	무	미혼	무	전문대졸	.2719
	9	VAR 1	5년	내 과	무	미혼	유	대졸	.2682
	10	VAR 28	13년	중환자실	가톨릭	기혼	유	전문대졸	.2586
	11	VAR 29	14년	내 과	개신교	미혼	유	대학원졸	.1636
	12	VAR 22	5년	내 과	불 교	미혼	유	전문대졸	.1619
	13	VAR 17	4년	내 과	무	미혼	유	전문대졸	.1608
III	1	VAR 10	4년	내 과	무	미혼	유	전문대졸	.8085
	2	VAR 18	2년	내 과	무	미혼	유	전문대졸	.7864
	3	VAR 36	6년	일반외과	무	미혼	유	대졸	.4512
	4	VAR 5	2년	내 과	불 교	미혼	유	전문대졸	.3343
	5	VAR 8	5년	내 과	개신교	미혼	유	전문대졸	.2883
IV	1	VAR 16	10년	내 과	가톨릭	미혼	유	대학원졸	1.0970
	2	VAR 31	7년	호스피스과	가톨릭	미혼	무	대졸	.9700
	3	VAR 14	21년	중환자실	가톨릭	기혼	유	대학원졸	.6437
	4	VAR 37	4년	일반외과	개신교	미혼	유	전문대졸	.5563
	5	VAR 19	2년	내 과	무	미혼	무	전문대졸	.5549
	6	VAR 15	8년	일반외과	가톨릭	미혼	유	대졸	.5124
	7	VAR 38	6년	일반외과	불 교	기혼	무	전문대졸	.4235
	8	VAR 25	8년	일반외과	무	기혼	무	대졸	.3245

이며, 제1유형과 3유형은 .601, 제1유형과 4유형은 .511, 제2유형과 3유형은 .486, 제2유형과 4유형은 .403, 제3유형과 4유형은 .472로 나타나 각 유형의 상관관계는 비교적 높게 나타남으로써 전체적으로 제1유형의 큰 축을 중심으로 2, 3, 4유형이 근접해 있음을 알 수 있다.

연구대상자의 구성(표 4 참조)은 제1유형 12명, 제2유형 13명, 제3유형 5명, 제4유형 8명으로 총 38명으로 구성되었으며, 각 유형 내에서 인자가중치(factor weight)가 가장 높은 사람일수록 그가 속한 유형의 전형적(prototype) 혹은 이상적(ideal)인 사람으로 그 유형을 대표함을 의미한다. 간호사의 고통인식에 대한 각 유형의 결과해석은 35개의 진술문 중 강한 긍정을 보이는 항목(z-score > +1.000)과 강한 부정을 보이는 항목(z-score < -1.000)을 중심으로 해석하였다. 또한 각 유형의 특성을 좀더 분명히 밝혀내기 위해 개별진술 항목에 대한 특정유형의 표준점수와 개별진술항목에 대한 다른 유형과의 차이점수(difference) 중 두드러진 항목 등도 참조하였다.

한편 각 유형의 특성을 해석할 때 Q 분류과정 당시 관찰 및 양극단의 의견에 대한 면담 결과를 근거로 하였다.

2. 고통인식에 대한 유형별 해석

1) 제1유형 : 자아의 한계 인식형

유형1이 강하게 동의를 보인 진술항목은 '말기환자의 고통을 덜어주기 위해 무언가 해 보려고 노력해도 한계를 느낀다', '환자가 고통을 호소할 때 함께 있어주는 것만이라도 위안을 줄 수 있다고 생각한다', '말기환자의 고통 앞에서 아무 것도 해 줄 수 없는 자신이 무기력하고 죄책감마저 든다', '가족이 없는 상태에서 죽음을 맞이하는 환자를 보면 가슴이 아프다', '말기환자에게 희망을 걸고 매달리는 보호자를 보면 가슴이 아프다', '종교의 힘이 고통을 겪는데 도움이 된다'의 순으로 6개 항목이었다(표 5 참조).

반대로 강한 비동의를 보인 항목은 '고통은 인간관계를 파괴하고 인간성을 상실하게 만든다', '고통은 가난하여 경제적 어려움을 겪을 때 경험된다', '고통은 신체적 아픔을 의미한다', '고통은 그것을 보는 이로 하여금 무언가를 느끼게 하므로 교훈적이고 가치 있는 것이다', '고통은 삶의 의미를 찾지 못할 때 가장 심하다', '영적 확신이 없이 환자에게 다가가기란 스스로를 진실하지 못하게 만드는 것 같다'의 6개 항목이었다(표 5 참조).

유형1이 다른 유형에 비해 특히 높은 점수차이를 보인 진술항목은 '환자의 고통을 지켜보는 보호자의 심적 고통이 더 크다고 생각된다', '환자가 고통을 호소할 때 함께 있어주는 것만이라도 위안을 줄 수 있다고 생각한다', '말기환자의 고통 앞에서 아무 것도

<표 5> 제 1 유형의 긍정적 동의와 부정적 동의를 보인 진술문

	Q 진술문	표준점수
11.	말기환자의 고통을 덜어주기 위해 무언가 해 보려고 노력해도 한계를 느낀다	1.94
34.	환자가 고통을 호소할 때 함께 있어주는 것만이라도 위안을 줄 수 있다고 생각한다	1.78
7.	말기환자의 고통 앞에서 아무 것도 해 줄 수 없는 자신이 무기력하고 죄책감마저 든다	1.50
27.	가족이 없는 상태에서 죽음을 맞이하는 환자를 보면 가슴이 아프다	1.47
29.	말기환자에게 희망을 걸고 매달리는 보호자를 보면 가슴이 아프다	1.30
2.	종교의 힘이 고통을 겪는데 도움이 된다	1.21
24.	영적 확신이 없이 환자에게 다가가기란 스스로를 진실하지 못하게 만드는 것 같다	-1.04
31.	고통은 삶의 의미를 찾지 못할 때 가장 심하다	-1.12
19.	고통은 그것을 보는 이로 하여금 무언가를 느끼게 하므로 교훈적이고 가치 있는 것이다	-1.36
15.	고통은 신체적 아픔을 의미한다	-1.67
16.	고통은 가난하여 경제적 어려움을 겪을 때 경험된다	-1.67
20.	고통은 인간관계를 파괴하고 인간성을 상실하게 만든다	-1.84

<표 6> 제1유형이 다른 유형에 비해 차이가 큰 진술문

Q 진술문/표준점수		유형1	다른유형	차이
9.	환자의 고통을 지켜보는 보호자의 심적 고통이 더 크다고 생각된다	.628	-7.38	1.366
34.	환자가 고통을 호소할 때 함께 있어주는 것만이라도 위안을 줄 수 있다고 생각한다	1.777	.620	1.157
7.	말기환자의 고통 앞에서 아무 것도 해 줄 수 없는 자신이 무기력하고 죄책감마저 든다	1.505	.505	1.000
14.	고통은 겪는 환자를 보면서 인간은 본질적으로 외롭다는 생각이 든다	-2.279	.757	-1.036
31.	고통은 삶의 의미를 찾지 못할 때 가장 심하다	-1.122	.365	-1.487
20.	고통은 인간관계를 파괴하고 인간성을 상실하게 만든다	-1.836	-.107	-1.728

해 줄 수 없는 자신이 무기력하고 죄책감마저 든다'였고 비동의 항목 중 점수차이를 보인 진술항목은 '고통은 인간관계를 파괴하고 인간성을 상실하게 만든다', '고통은 삶의 의미를 찾지 못할 때 가장 심하다', '고통을 겪는 환자를 보면서 인간은 본질적으로 외롭다는 생각이 든다'로 나타났다.<표 6 참조>.

유형1의 특성을 좀 더 구체적으로 이해하기 위해 인자가중치가 높은 연구대상자 7명이 가장 동의를 보인 항목을 보면 '말기환자의 고통 앞에서 아무 것도 해 줄 수 없는 자신이 무기력하고 죄책감마저 든다', '환자가 고통을 호소할 때 함께 있어주는 것만이라도 위안을 줄 수 있다고 생각한다' 등의 항목으로 나타난 반면 가장 비동의한 항목은 '고통은 신체적 아픔을 의미한다', '고통경감을 위해 이완요법이나 지지간호를 해 본적이 없다'였다. 유형1의 전형인 7번 대상자는 내과병동에서 6년째 근무하는 간호사로서 말기환자의 고통 앞에서는 옆에 있어주는 것 외에는 특별히 해 줄 것이 없다고 진술했다. 또한 환자가 죽음에 대한 두려움에 처할 경우 심리적 지지로서 덜 불안해질 수 있음을 자신의 분만경험으로 이해가 된다고 했다. 고통은 총체적인 것이기에 신체적인 것에 국한할 수 없다고 보고 자주 환자를 방문하여 아픔을 들어주고 정서적 지지를 한다고 했다. 말기환자의 질적 간호를 위해서는 환자의 감정을 읽을 줄 알아야 한다고 강조하면서 말기환자의 정신적, 정서적 문제에 대한 교육이 필요하다고 제시했다.

이상을 통해 유형1에 속한 간호사의 마음을 해석하는 실마리가 되는 중요한 자료로는 고통이라는 실재와 대면한 자신의 무력함과 한계성으로 설명할 수 있다. 고통은 개인의 내면세계와 외부세계와의 관계

에서 자유롭지 못한 상황에 대한 일종의 아픔으로 말기환자를 대하는 간호사의 임상체험을 반영한다고 볼 수 있어 '자아의 한계 인식형'이라 명명하였다.

2) 제2유형 : 고통완화형

유형2가 강하게 동의를 보인 진술항목은 '간호는 환자의 고통을 덜어주는 것이므로 말기환자에게는 충분한 마약성 진통제를 주는 것이 좋다고 생각한다', '부모보다 먼저 죽는 환자를 보면 어떤 죽음보다 가슴이 아프다', '고통은 피하고 싶다', '종교의 힘이 고통을 겪는데 도움이 된다', '고통은 아픔을 나눌 대상자가 없을 때 가장 극복하기 힘들다', '말기환자의 고통을 덜어주기 위해 무언가 해 보려고 노력해도 한계를 느낀다', '가족이 없는 상태에서 죽음을 맞이하는 환자를 보면 가슴이 아프다'의 순으로 7개 항목이었다<표 7 참조>.

반대로 강한 비동의를 보인 항목은 '고통은 그것을 보는 이로 하여금 무언가를 느끼게 하므로 교훈적이고 가치 있는 것이다', '고통을 통해서 얻었던 인간관계가 회복되고 가족과의 유대가 강화된다', '고통을 통해서 영적으로 승화되고 더욱 헌신적이 된다', '고통경감을 위해 이완요법이나 지지간호를 해 본적이 없다', '고통은 신체적 아픔을 의미한다', '고통은 가난하여 경제적 어려움을 겪을 때 경험된다'의 6개 항목이었다<표 7 참조>.

유형2가 다른 유형에 비해 특히 높은 점수차이를 보인 진술항목은 '간호는 환자의 고통을 덜어주는 것이므로 말기환자에게는 충분한 마약성 진통제를 주는 것이 좋다고 생각한다', '고통은 피하고 싶다'였고 비동의 항목 중 점수차이를 보인 진술항목은 '고통은

<표 7> 제 2 유형의 긍정적 동의와 부정적 동의를 보인 진술문

	Q 진술문	표준점수
10.	간호는 환자의 고통을 덜어주는 것이므로 말기환자에게는 충분한 마약성 진통제를 주는 것이 좋다고 생각한다	1.66
26.	부모보다 먼저 죽는 환자를 보면 어떤 죽음보다 가슴이 아프다	1.50
1.	고통은 피하고 싶다	1.50
2.	종교의 힘이 고통을 겪는데 도움이 된다	1.31
33.	고통은 아픔을 나눌 대상자가 없을 때 가장 극복하기 힘들다	1.25
11.	말기환자의 고통을 덜어주기 위해 무언가 해 보려고 노력해도 한계를 느낀다	1.22
27.	가족이 없는 상태에서 죽음을 맞이하는 환자를 보면 가슴이 아프다	1.03
16.	고통은 가난하여 경제적 어려움을 겪을 때 경험된다	-1.00
15.	고통은 신체적 아픔을 의미한다	-1.50
30.	고통경감을 위해 이완요법이나 지지간호를 해 본적이 없다	-1.52
35.	고통을 통해서 영적으로 승화되고 더욱 헌신적이 된다	-1.62
17.	고통을 통해서 없었던 인간관계가 회복되고 가족과의 유대가 강화된다	-1.86
19.	고통은 그것을 보는 이로 하여금 무언가를 느끼게 하므로 교훈적이고 가치 있는 것이다	-1.95

<표 8> 제2유형이 다른 유형에 비해 차이가 큰 진술문

	Q 진술문/표준점수	유형2	다른유형	차이
10.	간호는 환자의 고통을 덜어주는 것이므로 말기환자에게는 충분한 마약성 진통제를 주는 것이 좋다고 생각한다	1.665	-430	2.095
1.	고통은 피하고 싶다	1.496	-449	1.944
30.	고통경감을 위해 이완요법이나 지지간호를 해 본적이 없다	-1.516	-1.058	-458
34.	환자가 고통을 호소할 때 함께 있어주는 것만이라도 위안을 줄 수 있다고 생각한다	.408	1.076	-.668
13.	현재의 모습, 위치, 입장은 다르지만 고통받는 환자와 자신은 다르지 않다고 생각한다	-.606	.102	-.708
19.	고통은 그것을 보는 이로 하여금 무언가를 느끼게 하므로 교훈적이고 가치 있는 것이다	-1.949	-.960	-.989

그것을 보는 이로 하여금 무언가를 느끼게 하므로 교훈적이고 가치 있는 것이다. '현재의 모습, 위치, 입장은 다르지만 고통받는 환자와 자신은 다르지 않다고 생각한다', '환자가 고통을 호소할 때 함께 있어주는 것만이라도 위안을 줄 수 있다고 생각한다', '고통경감을 위해 이완요법이나 지지간호를 해 본적이 없다'로 나타났다.(표 8 참조).

유형2의 특성을 좀 더 구체적으로 이해하기 위해 인자가중치가 높은 연구대상자 26명이 가장 동의를 보인 항목을 보면 '부모보다 먼저 죽는 환자를 보면 어떤 죽음보다 가슴이 아프다', '가족이 없는 상태에서 죽음을 맞이하는 환자를 보면 가슴이 아프다' 등

의 항목으로 나타난 반면 가장 비동의를 한 항목은 '고통은 가난하여 경제적 어려움을 겪을 때 경험된다', '나는 죽을 때 어떤 모습일까 두려울 때가 있다'였다. 유형2의 전형인 26번 대상자는 내과병동에서 2년째 근무하는 간호사로서 고통받는 환자가 너무 아파하는 모습을 보기 힘들다고 하면서 진통제가 들어감에도 불구하고 통증을 호소할 때, 진통을 완화시켜주는 것 외에 간호로 편안함을 줄 수 없다고 느껴지고 현재 간호현장에서 자신이 해 줄 수 있는 것이 없다고 느낄 때 간호사로서 가장 고통스럽다고 했다. 이럴 때 극복하는 방법은 혼자 있을 때 울기도 하고 지금 자신이 겪고있는 이 상황이 죽을 만큼 힘들거

생각하면서 다시금 자신을 추스린다고 했다. 말기환자의 질적 간호를 위해서는 통증완화법, 가족지지, 임종을 도울 수 있도록 영적 교육의 필요성을 강조했다.

이상을 통해 유형2에 속한 간호사의 마음을 해석하는데 도움을 주는 자료로는 고통의 부정적 측면으로, 고통 그 자체는 인간의 삶을 불행하게 만드는 요인으로 인식하여 될 수 있는 한 고통을 피하려는 자세를 보인다. 따라서 신체적 통증을 없애주는 것이 말기간호에서 중요한 간호사의 역할로 설명할 수 있어 '고통완화형'이라 명명하였다.

3) 제3유형 : 관계회복형

유형3이 강하게 동의를 보인 진술항목은 '고통은 아픔을 나눌 대상자가 없을 때 가장 극복하기 힘들다', '말기환자에게 희망을 걸고 매달리는 보호자를 보면 가슴이 아프다', '말기환자의 고통 앞에서 아무 것도 해 줄 수 없는 자신이 무기력하고 죄책감마저 든다', '고통과 죽음은 이 세상 누구나 거쳐가야 하는 여정길이다', '말기환자의 고통을 덜어주기 위해 무언가 해 보려고 노력해도 한계를 느낀다'의 순으로 5개 항목이었다(표 9 참조).

반대로 강한 비동의를 보인 항목은 '고통은 신체적 아픔을 의미한다', '죽음에 대한 생각은 하기 싫다', '간호는 환자의 고통을 덜어주는 것이므로 말기환자에게는 충분한 마약성 진통제를 주는 것이 좋다

고 생각한다', '영적 확신이 없이 환자에게 다가가기란 스스로를 진실하지 못하게 만드는 것 같다', '고통은 그것을 보는 이로 하여금 무언가를 느끼게 하므로 교훈적이고 가치 있는 것이다', '고통경감을 위해 이완요법이나 지지간호를 해 본적이 없다'의 6개 항목이었다(표 9 참조).

유형3이 다른 유형에 비해 특히 높은 점수차이를 보인 진술항목은 '고통을 통해서 얻었던 인간관계가 회복되고 가족과의 유대가 강화된다', '고통은 아픔을 나눌 대상자가 없을 때 가장 극복하기 힘들다', '고통은 인간관계를 파괴하고 인간성을 상실하게 만든다'였고 비동의 항목 중 점수차이를 보인 진술항목은 '간호는 환자의 고통을 덜어주는 것이므로 말기환자에게는 충분한 마약성 진통제를 주는 것이 좋다고 생각한다', '영적 확신이 없이 환자에게 다가가기란 스스로를 진실하지 못하게 만드는 것 같다', '고통은 신체적 아픔을 의미한다'로 나타났다(표 10 참조).

유형3의 특성을 좀 더 구체적으로 이해하기 위해 인자가중치가 높은 연구대상자 10명이 가장 동의를 보인 항목을 보면 '말기환자에게 희망을 걸고 매달리는 보호자를 보면 가슴이 아프다', '고통은 아픔을 나눌 대상자가 없을 때 가장 극복하기 힘들다' 등의 항목으로 나타난 반면 가장 비동의를 보인 항목은 '고통은 신체적 아픔을 의미한다', '영적 확신이 없이 환자에게 다가가기란 스스로를 진실하지 못하게 만드는 것 같다'였다. 유형3의 전형인 10번 대상자는 내과병동

<표 9> 제 3 유형의 긍정적 동의와 부정적 동의를 보인 진술문

	Q 진술문	표준점수
33.	고통은 아픔을 나눌 대상자가 없을 때 가장 극복하기 힘들다	1.92
29.	말기환자에게 희망을 걸고 매달리는 보호자를 보면 가슴이 아프다	1.55
7.	말기환자의 고통 앞에서 아무 것도 해 줄 수 없는 자신이 무기력하고 죄책감마저 든다	1.48
22.	고통과 죽음은 이 세상 누구나 거쳐가야 하는 여정길이다	1.13
11.	말기환자의 고통을 덜어주기 위해 무언가 해 보려고 노력해도 한계를 느낀다	1.06
30.	고통경감을 위해 이완요법이나 지지간호를 해 본적이 없다	-1.20
19.	고통은 그것을 보는 이로 하여금 무언가를 느끼게 하므로 교훈적이고 가치 있는 것이다	-1.25
24.	영적 확신이 없이 환자에게 다가가기란 스스로를 진실하지 못하게 만드는 것 같다	-1.39
10.	간호는 환자의 고통을 덜어주는 것이므로 말기환자에게는 충분한 마약성 진통제를 주는 것이 좋다고 생각한다	-1.46
21.	죽음에 대한 생각은 하기 싫다	-1.92
15.	고통은 신체적 아픔을 의미한다	-2.51

〈표 10〉 제3유형이 다른 유형에 비해 차이가 큰 진술문

	Q 진술문/표준점수	유형3	다른유형	차이
17.	고통을 통해서 얻었던 인간관계가 회복되고 가족과의 유대가 강화된다	.829	-1.117	1.946
33.	고통은 아픔을 나눌 대상자가 없을 때 가장 극복하기 힘들다	1.920	.302	1.618
20.	고통은 인간관계를 파괴하고 인간성을 상실하게 만든다	.344	-.834	1.177
15.	고통은 신체적 아픔을 의미한다	-2.513	-1.510	-1.002
24.	영적 확신이 없이 환자에게 다가가기란 스스로를 진실하지 못하게 만드는 것 같다	-1.393	-1.71	-1.222
10.	간호는 환자의 고통을 덜어주는 것이므로 말기환자에게는 충분한 마약성 진통제를 주는 것이 좋다고 생각한다	-1.456	.610	-2.066

에서 4년째 근무하는 간호사로서 고통받는 환자를 보면서 가족의 지지체계가 있으면 고통을 참을 수 있고 살아야 하는 의지가 강해지나 그렇지 못하면 극복하기 어려운 경우를 보아왔다고 했다. 또한 희망이 없는 환자에게 기대하다가 죽음을 맞이하면 실망하면서 좌절하는 보호자를 보고 남은 가족을 생각해 빨리 정리하지 못하는 것이 안타깝다고 했다. 이럴 때 극복하는 방법은 그 자리를 피해버리거나 속으로 기도한다고 했다. 말기환자의 질적 간호를 위해서는 가족과 환자 모두가 죽음을 편안하게 받아들일 수 있도록 정서적, 영적 지지를 잘 할 수 있는 방법에 대해 호스피스 교육의 필요성을 강조했다.

이상을 통해 유형3에 속한 간호사의 마음을 해석하는 실마리는 인간상호 연결성의 경험을 중요시하는 것으로 삶 속에서 친밀감을 공유할 누군가가 있다는 안전감과 편안감이 고통을 극복하는데 도움을

준다고 본다. 이 유형은 고통을 복합적 경험으로 보고 가족이라는 울타리 안에서 고통의 연대성을 인식하고 고통을 통해 가족과의 유대가 강화됨으로 설명할 수 있다. 이는 우리 나라의 사회 문화적 배경을 바탕으로 한 혈연중심의 가족구조를 반영하고 있는 것으로 볼 수 있으며 가족지지체계의 중요성을 제시하여 '관계회복형'이라 명명하였다.

4) 제4유형 : 의미추구형

유형4가 강하게 동의를 보인 진술항목은 '고통과 죽음은 이 세상 누구나 거쳐가야 하는 여정길이다', '고통은 삶의 자세와 본질에 대해 질문하게 만든다', '편안한 임종을 볼 때 이 세상이 끝이 아니라는 것을 확인한다', '같은 고통이라 할지라도 겪는 사람에 따라 의미가 다르다고 생각한다', '고통은 삶의 의미를 찾지 못할 때 가장 심하다', '말기환자의 고통을 덜어

〈표 11〉 제 4 유형의 긍정적 동의와 부정적 동의를 보인 진술문

	Q 진술문	표준점수
22	고통과 죽음은 이 세상 누구나 거쳐가야 하는 여정길이다	1.88
12.	고통은 삶의 자세와 본질에 대해 질문하게 만든다	1.71
23.	편안한 임종을 볼 때 이 세상이 끝이 아니라는 것을 확인한다	1.53
5.	같은 고통이라 할지라도 겪는 사람에 따라 의미가 다르다고 생각한다	1.30
31.	고통은 삶의 의미를 찾지 못할 때 가장 심하다	1.07
11.	말기환자의 고통을 덜어주기 위해 무언가 해 보려고 노력해도 한계를 느낀다	1.03
1.	고통은 피하고 싶다	-1.07
30.	고통경감을 위해 이완요법이나 지지간호를 해 본적이 없다	-1.23
15.	고통은 신체적 아픔을 의미한다	-1.37
16.	고통은 가난하여 경제적 어려움을 겪을 때 경험된다	-1.92
21.	죽음에 대한 생각은 하기 싫다	-2.49

〈표 12〉 제4유형이 다른 유형에 비해 차이가 큰 진술문

	Q 진술문/표준점수	유형4	다른유형	차이
24.	영적 확신이 없이 환자에게 다가가기란 스스로를 진실하지 못하게 만드는 것 같다	.713	-.873	1.587
12.	고통은 삶의 자세와 본질에 대해 질문하게 만든다	1.709	.142	1.567
23.	편안한 임종을 볼 때 이 세상이 끝이 아니라는 것을 확인한다	1.528	.034	1.494
31.	고통은 삶의 의미를 찾지 못할 때 가장 심하다	1.069	-.365	1.434
19.	고통은 그것을 보는 이로 하여금 무언가를 느끼게 하므로 교환적이고 가치 있는 것이다	-.274	-1.518	1.244
6.	환자가 고통스럽다고 말하면 그대로 받아들이는 편이다	-.985	.082	-1.067
33.	고통은 아픔을 나눌 대상자가 없을 때 가장 극복하기 힘들다	-.229	1.018	-1.248
21.	죽음에 대한 생각은 하기 싫다	-2.488	-1.234	-1.254
1.	고통은 피하고 싶다	-1.072	.407	-1.479
7.	말기환자의 고통 앞에서 아무 것도 해 줄 수 없는 자신이 무기력하고 죄책감마저 든다	-.507	1.175	-1.682

주기 위해 무언가 해 보려고 노력해도 한계를 느낀다'의 순으로 6개 항목이었다(표 11 참조).

반대로 강한 비동의를 보인 항목은 '죽음에 대한 생각은 하기 싫다', '고통은 가난하여 경제적 어려움을 겪을 때 경험된다', '고통은 신체적 아픔을 의미한다', '고통경감을 위해 이완요법이나 지지간호를 해 본적이 없다', '고통은 피하고 싶다'의 5개 항목이었다(표 11 참조).

유형4가 다른 유형에 비해 특히 높은 점수차이를 보인 진술항목은 '영적 확신이 없이 환자에게 다가가기란 스스로를 진실하지 못하게 만드는 것 같다', '고통은 삶의 자세와 본질에 대해 질문하게 만든다', '편안한 임종을 볼 때 이 세상이 끝이 아니라는 것을 확인한다', '고통은 삶의 의미를 찾지 못할 때 가장 심하다', '고통은 그것을 보는 이로 하여금 무언가를 느끼게 하므로 교환적이고 가치 있는 것이다'였고 비동의 항목 중 점수차이를 보인 진술항목은 '말기환자의 고통 앞에서 아무 것도 해 줄 수 없는 자신이 무기력하고 죄책감마저 든다', '고통은 피하고 싶다', '죽음에 대한 생각은 하기 싫다', '고통은 아픔을 나눌 대상자가 없을 때 가장 극복하기 힘들다', '환자가 고통스럽다고 말하면 그대로 받아들이는 편이다'로 나타났다(표 12 참조).

유형4의 특성을 좀 더 구체적으로 이해하기 위해 인자가중치가 높은 연구대상자 16명이 가장 동의를

보인 항목을 보면 '고통은 삶의 의미를 찾지 못할 때 가장 심하다', '고통은 삶의 자세와 본질에 대해 질문하게 만든다' 등의 항목으로 나타난 반면 가장 비 동의한 항목은 '고통은 피하고 싶다', '죽음에 대한 생각은 하기 싫다'였다. 유형4의 전형인 16번 대상자는 내과병동에서 8년째 근무하는 간호사로서 가톨릭 신자이며 미혼이고 대학원을 졸업한 고학력자이다. 그는 인생은 한번뿐인 귀한 선물인데 살 가치를 못 찾을 때는 죽음밖에 없다고 하면서 삶의 의미를 중요시했고 죽음에 대한 생각을 자주 하여 언제 닥칠지 모르는 죽음 준비를 하는 것이 생의 의미와 연결된다고 했다. 또한 고통받는 환자의 힘겨워 하는 모습을 보고 인생에서 중요한 것이 무엇인지, 그리고 자신의 신원과 본질을 다시 생각하게 된다고 했다. 말기환자 간호 중 가장 고통스럽다고 느낄 때가 임종을 앞두고 자신의 처지와 상황을 받아들이지 못하고 끝까지 삶에 미련을 둘 때라고 했고 이를 극복하기 위해 사람의 존재에 대해 진지하게 생각해 보고 기도로서 해결되는 때가 많다고 하면서 삶과 죽음에 관한 교육과 유머 감각을 익히기 위한 교육, 영적 간호 교육의 필요성을 제시했다.

이상을 통해 유형4에 속한 간호사의 마음을 해석하는 실마리는 고통으로부터의 도피는 인간을 위축시키며 성장의 방해요인으로 설명할 수 있다. 고통스럽고 불가능해 보이는 상황이나 깊은 갈등이 있어

도 이러한 고통과 모순을 영적 확신으로 감싸 안을 수 있다면 임종을 맞이하는 대상자의 의식을 확대시킬 수 있고 고통을 가볍게 해주는 힘이 강화된다고 보는 신념을 지닌 유형으로 '의미추구형'이라 명명하였다.

위에서 기술된 네 가지 유형의 상관관계에서 공통점은 고통이라는 실재와 대면한 자신의 무력감과 한계성을 인식하는 것으로 나타나 본 연구에서 말기환자를 간호하는 간호사의 고통에 대한 전반적인 태도를 설명한다고 볼 수 있다.

V. 논 의

본 연구에서 말기환자 간호를 경험한 간호사의 고통인식에 관한 주관성의 구조는 네 가지 유형으로 구성되었다. 제1유형은 자아의 한계 인식형으로 말기환자의 고통 앞에서 간호사로서 아무 것도 해줄 것이 없고 자신의 무력함을 인정하는 역할 갈등을 표현한 유형이다. 이 유형의 구성원 대부분은 전문대를 졸업한 자들로 환자들이 '고통 없이 죽을 순 없나요'라고 할 때 간호사로서 해야 할 말이 생각나지 않아 부끄럽고 그 자리를 피하고 싶은 경험, 영적 문제나 종교적 문제에 대해 정신적 지지를 하지 못한 경험을 가진 유형이다. 이들은 고통 완화를 진통제 이외에 간호사가 말기환자에게 시행할 수 있는 간호중재법을 개발할 필요성을 제시함을 볼 수 있다.

이와 관련하여 간호사들이 영적간호를 제공하는데 필요한 기술 개발을 꺼려해 온 이유로 간호교육의 부족, 환자의 프라이버시를 침범하는데 대한 두려움, 시간부족, 간호사 자신의 영성을 인식하는데 부족함이 포함되었다(Dorff, 1993; Carr, 1993; Piles, 1990). Zerwekh(1995)는 말기환자 간호의 모델을 제시하면서 간호사의 자세로서 '마음 아파함', '주요받음', '자신의 일정에서 자유로움', '항상 건강하고 열려있음', '자신을 새로이 충전시킴'을 들고 있고 Rodgers와 Cowles(1991)는 고통받는 이를 위한 개별화된 간호 수행으로서 간호사-환자의 관계형성, 인간상호관계 기술, 존재론적인 '함께있음' 과 공감의 중요성을 밝혔다. 특히 고통을 겪는 이를 위한 적절한 상호작용방법이 연민(compassion)이라고 강조

한 문헌들이 다수 있다(Cassell, 1991; Copp, 1990c; Gadow, 1991; Loewy, 1991; Reich, 1989).

이 유형의 공통점은 말기환자를 간호하면서 경험하는 어려움의 우선 순위가 정신적, 정서적 지지문제, 영적, 종교적 측면의 문제, 신체적 간호 및 처치의 순서를 나타내어 영적, 정서적 간호중재의 시급함을 보여 주고있다.

제2유형은 고통완화형으로 확인되었는데 고통의 극심함을 인식하고 할 수 있는 한 해결해 주어야 할 부분으로 제시했다. '간호는 환자의 고통을 덜어주는 것이므로 말기환자에게는 충분한 마약성 진통제를 주는 것이 좋다고 생각한다'의 항목은 고통의 신체적 측면을 우선적으로 고려한 것으로 대상자들의 대부분이 통증(pain)으로 인한 고통을 호소할 때, 진통제가 별 도움이 안 될 때 가장 어렵다고 진술했다. 제2유형의 연구대상자와의 면담에서 말기환자가 통증으로 괴로워하면 안락사도 괜찮다는 의견을 제시했다. 통증을 해결해 주지 않을 경우 정서적으로 황폐해질 수 있고 가족과의 관계도 악화될 수 있다고 보았다. 한편 이들이 제시한 말기환자를 위한 간호사교육으로는 통증관리, 신체간호, 대화기법 등의 순으로 나타났다. 이와 유사한 연구로서 은미자 등(1999)은 간호사들은 환자의 통증에 대해 그 통증을 있는 그대로 받아들이고 우선 고통경감을 위해 신속한 처치가 가장 먼저 이루어지는 것이 중요하다고 보았다. 따라서 이러한 유형에 대해서는 약물요법 뿐 아니라 통증경감을 위한 적절한 간호중재법이 개발되어야 할 것이다.

제3유형은 관계회복형으로 구성원 모두는 미혼이며 가족 및 친지의 죽음을 경험한 대상자들로서 고통받는 환자와 가족과의 연대감을 체험한 그룹이다. '고통은 아픔을 나눌 대상자가 없을 때 가장 극복하기 힘들다', '말기환자에게 희망을 걸고 매달리는 보호자를 보면 가슴이 아프다', '고통을 통해서 얻었던 인간관계가 회복되고 가족과의 유대가 강화된다' 등의 항목은 한국의 가족적 문화가 배경이 됨을 알 수 있다. 이는 많은 보고(유양숙, 1991; 박점희, 1995; 김행자와 전진영, 1996)에서도 제시하고 있듯이, 말기환자에게 가족지지가 호스피스에서 중요

한 부분임을 시사하고 있으며 본 연구에서의 결과도 이를 반영한다. 따라서 이러한 유형의 간호사들을 위해서는 가족의 심리적 간호를 함께 수행할 수 있는 프로그램의 개발과 구체적으로 가족관리 능력을 갖도록 도와주어야 할 것이다.

제4유형은 의미추구형으로 확인되었다. 이 유형의 간호사들은 인생여정에서 고통과 죽음의 필연성을 강하게 인식하고, 고통을 피할 것이 아니라 적극적인 자세로 받아들여 이를 통해 더욱 성숙하고 의식을 확장할 수 있다는 점을 시사하고 있다. 이는 Cassell(1982)이 고통을 통한 개인적 성장, 종교적 신념과 헌신의 증가, 가치관과 견해의 변화를 가져온다고 지적한 바와 일치한다.

한편 Watson(1990)은 인간은 대부분 주어진 고통을 피하려는 속성이 있으며 특히 심각한 고통은 그러한 특성상황을 가능한 한 피하려는 조건이 되지 만 이러한 상태로부터의 도피는 오히려 보다 높은 수준의 의식으로 옮겨가는데 방해요인이 될 수 있다고 했다. 따라서 취약성, 고통, 질병 심지어 죽음까지도 인간을 위축시킨다고만 볼 수는 없기 때문에 (Achterberg et al, 1994) 이러한 상황으로부터 자신을 보호하기보다는 오히려 의식이 확장될 수 있는 전환점(turning point)으로 작용하도록 하는 것에 관심을 기울일 필요가 있다고 보는 견해와 제4유형은 일맥상통한다.

따라서 이 유형에서는 환자의 고통경감과 의식확대에 영향을 미칠 개별화된 간호중재 방안을 모색해야 할 것이고 죽어 가는 사람이 가능한 한 평화로운 마음상태가 되어 괴로움을 덜 겪으면서 현실을 수용하도록 도움을 줄 수 있는 수준이 되도록 간호사 자신을 개발해 나아가야 할 필요성이 제기된다.

위에서 살펴본 바와 같이 말기환자가 가지는 고통은 총체적 성격을 띤 아픔의 문제라 할 수 있다. 특히 호스피스 대상자에서 볼 수 있는 고통은 신체, 정신, 문화, 종교적, 결속으로부터의 분리과 믿음 및 가치 체계에 대한 도전으로 보았으며, 이들에 대한 연민(compassion)으로 표현되는 간호사의 돌봄 행위는 환자로 하여금 현재의 상태 그대로를 수용하고 긍정적으로 전환할 수 있다고 본다. 따라서 호스피스 간호사가 자신에 대해 민감하고 타인에게 주의를

기울이는 자세는 말기환자 간호의 실재에 대한 하나의 도전이 된다고 보며 이를 효율적으로 운영할 수 있는 교육 및 프로그램 개발이 절실히 필요하다고 본다.

이상에서 말기 암환자 간호중재의 기틀에 대한 연구자의 견해로는 인간 자체의 독특한 핵심 부분과 개인의 문화적 역사적 뿌리를 찾는 것에 기반을 두고 대상자의 관점에서 깊은 인식과 감각 안에서 고통을 이해하여 환자-간호사 사이의 친교가 전제된 후 고통경감과 안위제공을 해야 할 것이다.

VI. 결론 및 제언

본 연구는 간호사의 고통인식에 관한 주관성을 파악함으로써 호스피스 대상자의 질적 간호중재에 기초자료를 제공하고자 Q 방법론을 적용하여 시도되었다. 연구의 목적은 간호사가 지각하는 고통의 유형을 발견하고, 그 유형별 특성과 구조를 파악하는 것으로 관련된 문헌고찰과 환자, 보호자, 간호사, 일반인을 대상으로 개별적인 면담을 통해 수집된 항목들을 종합 분석하여 최종 추출된 진술문 35개를 간호사에게 분류하도록 하였다. Quanl 프로그램으로 분석하여 분류된 간호사의 고통인식 유형은 모두 4가지(자아의 한계 인식형, 고통완화형, 관계회복형, 의미추구형)로 나타났으며 이들 유형에 의해 설명된 전체 변량은 46%였다.

제1유형은 '자아의 한계 인식형'으로 말기환자의 고통 앞에서 아무 것도 해 줄 수 없는 간호사 자신의 부족함과 한계성을 인정하고 환자의 입장이 되어 공감대의 폭을 넓힐 수 있는 교육의 필요성을 인식하는 유형으로 확인되었다. 제2유형은 '고통완화형'으로 고통 그 자체를 부정적인 것으로 보고 될 수 있는 한 고통은 피해야 하고 신체적 통증을 없애주는 것이 말기 간호에서 우선적으로 고려되는 유형으로 확인되었다. 제3유형은 '관계회복형'으로 고통을 복합적 경험으로 보고 가족이라는 울타리 안에서 고통의 연대성을 인식하고 고통을 통해 가족과의 유대가 강화됨을 지적하며 가족지지체계의 중요성을 인식하는 유형으로 확인되었다. 제4유형은 '의미추구형'으로 고통과 죽음을 긍정적이며 필연적인 것으로

받아들이고 이를 대비하는 유형으로 고통을 통해 더욱 성숙하고 의식을 확장할 수 있다는 점을 인식하는 유형이다.

이상의 유형에서 밝혀진 간호사의 고통인식 유형은 간호실무 교육 차원에서 각 유형별 특성에 적합한 간호사 교육의 기초자료를 제공함으로써 말기환자의 질적 간호중재의 전략을 설정하는데 유용하게 활용될 것이다.

본 연구에서 분류된 간호사의 고통인식 유형에 대한 결과를 바탕으로 다음과 같이 제언하고자 한다.

1. 호스피스 간호사의 고통인식 유형에 적합한 간호중재의 개별적인 프로토콜 개발을 제언한다.
2. 말기환자의 질적 간호에 도움을 주기 위해 죽음교육, 종교교육, 민감성 훈련, 대화기법 등 임상에서의 간호사 교육이 시급함을 제언한다.
3. 호스피스 간호사와 말기환자의 고통인식을 비교 연구 할 것을 제언한다.

참 고 문 헌

강경아 (1997). 고통(suffering) 개념분석과 개발 : 혼종모형(Hybrid Model) 방법적용. 대한간호학회지, 26(2), 290-303.

김명자 (1996). 인간과학으로서의 간호학과 총체적 접근. 가톨릭대학교 의과대학 논문집, 49(2), 499-514.

김수지, 오송자, 최화숙 (1997). 호스피스 : 사랑의 돌봄. 수문사.

김행자, 전진영 (1996). 유방절제술 환자의 신체상, 배우자지지, 사회심리적 적응에 관한 연구. 성인간호학회지, 8(2), 394-409.

김홍규 (1996). 주관성 연구. 한국주관성연구학회 창간호.

박점희 (1995). 암환자가 지각하는 절망감과 가족 지지정도. 경북의대지, 36(4), 635-644.

송봉모 (1998). 성서와 인간4 : 고통 그 인간적인 것. 바오로의 딸.

유양숙 (1991). 유방절제술 환자의 우울과 신체상 및 배우자 지지와의 관계. 가톨릭대학 의학부 논문집, 44(3), 939-947.

은미자, 송미승, 지동옥, 조은숙, 박현옥, 양갑필, 정혜경, 김경희, 최미혜, 권혜진 (1999). 간호사의 통증인식에 관한 주관성연구. 중앙간호논문집, 3(2), 43-58.

Achterberg, J., Dossy, B., & Kolkmeier, L.(1994). Rituals of healing : Using imagery for health and wellness. New York :Bantam Books.

Bradbury, V .L. & Catanzaro M. (1989). The quality of life in a male population suffering from arthritis. Rehabilitation Nursing, 14, 187-190.

Bresnahan, J. F. (1987). Suffering and dying under intensive care : Ethical disputes before the courts. Critical Care Nursing Quarterly, 10(2), 11-16.

Carr, K. (1993). Integration of spirituality of aging into a nursing curriculum. Gerontology & Geriatrics Education, 13(3), 33-45.

Cassell, E. J. (1982). The natures of suffering and the goals of medicine. New England Journal of Medicine. 306, 639-645.

Cassell, E. J. (1991). Recognizing suffering. Hastings Center Report, 21(3), 24-31.

Cassell, E. J. (1992). The nature of suffering : physical, psychological, social, and spiritual aspects. In P. L. Starck & McGovern, J. P. (Eds), The hidden dimension of illness : human suffering. New York : NLN.

Copp, L. A. (1990a). The nature and prevention of suffering. Journal of Professional Nursing, 6, 247-249.

Copp, L. A. (1990b). The spectrum of suffering. American Journal of Nursing, 90, 35-39.

Copp, L. A. (1990c). Treatment, torture, suffering, and compassion. Journal of

- Professional Nursing, 6(1), 1-2.
- Dorff, E. (1993). Religion at a time of crisis. Quality of Life: A Nursing Challenge. Spiritual Well-being, 2(3), 56-59.
- Eriksson, K. (1992). The alleviation of suffering : the idea of caring. Scandinavian Journal Caring Science, 6(2), 119-123.
- Gadow, G. (1991). Suffering and interpersonal meaning. Journal of Clinical Ethics, 2(2), 103-107.
- John, Paul II (1984). On human suffering : apostolic letter of Pope John Paul II on the christian meaning of human suffering. The Pope speaks 29, Vatican.
- Kahn, D. L. & Steeves, R. H. (1986). The experience of suffering : Conceptual clarification and theoretical definition. Journal of Advanced Nursing, 11, 623-631.
- Loewy, E. H. (1991). The role of suffering and community in clinical ethics. Journal of Clinical Ethics, 2(2), 83-89.
- McHenry, C. (1991). Silent suffering. Nursing Times, 87(46), 21.
- Piles, C. (1990). Providing spiritual care. Nurse Educator, 15(1), 36-41.
- Raudonis, B. M. (1995). Nursing's contribution to the family focus of palliative care. Progress in Palliative Care : An International J, 3(5), 175-180.
- Reich, W. T. (1989). Speaking of suffering : A moral account of compassion. Soundings, 72(1), 83-108.
- Rogers, B. L. & Cowles, K. V. (1991). The concept of grief : an analysis of classical and contemporary thought. Death Studies, 15, 443-458.
- Rubin, L. B. (1976). Worlds of pain. New York : Basic Books.
- Taylor, R. L., & Watson, J. (1989). They shall not hurt : Human suffering and human care. Colorado Associated University Press.
- Watson, J. (1990). Transpersonal caring : A transcendent view of person, health and nursing. In M. E. Parker, Nursing theories in practice. New York : N. L. N., 277-288.
- Williams, J. R. (1991). When suffering is unbearable : Physicians, assisted suicide and euthanasia. Journal of Palliative Care, 7(2), 47-49.
- Zerwekh, J. V. (1995). A family caregiving model for hospice nursing. Hospice Journal, 10(1), 27-44.
- Zola, I. K. (1992). The social construct of suffering. In P. L. Stark, & J. P. McGovern(Eds.), The hidden dimension of illness : human suffering. New York : NLN.

Abstract

Key concept : Hospice, Suffering

The Perception of Suffering by Hospice Nurses

Jo, Kae-Hwa* · Kim, Myung-Ja**

The purpose of this study was to identify the perception of hospice nurses on suffering, the type of structure and characteristics of suffering.

* Catholic University of Daegu, School of Medicine, Department of Nursing

** Catholic University, College of Nursing

The research process is followed :

First, the researcher selected 35 statements on suffering using content analysis of in-depth interviews and a literature search. Second, the researcher asked 38 hospice nurses to classify the statement cards.

The result of the research showed that the hospice nurse's perception of suffering

can be divided into 4 types (Self-recognition, Suffering-elimination, Relation-restoration, and Meaning-endowment). The total explained variance was 46 percent.

In relation to this, nursing intervention skills could be presence, listening, touch, hope, reassurance, and comforting which result in positive effects between nurse and hospice client.