

영적 간호중재가 호스피스환자의 통증과 불안에 미치는 효과*

윤 매 옥**

1. 서 론

1. 연구의 필요성

생명연장기술을 비롯한 현대의학 기술의 발달과 사회경제적 수준의 향상으로 만성질환자와 말기환자의 수는 급속히 증가되고 있다. 그러나 만성질환자나 말기환자의 경우에는 급성기 환자보다도 더 많은 도움을 필요로 하지만 현행의료발달 체계 내에서는 이들의 진정한 요구가 충족되지 못하고 3차 진료기관에서 치료 중심의 의료서비스를 받고 있거나 장기 입원으로 경제력을 상실하게 되면 가정에서 방치되고 있는 실정이다(윤영호 외, 1996; 허대석, 1998; 이소우 외, 1998).

또한 말기 환자는 병원에서 조기퇴원을 권유받음으로써 더 이상의 의학적 치료가 불가능한 상황임을 간접적으로 선고받게 되며 환자는 통증과 여러가지 신체적으로 불쾌하고 괴로운 증상, 심리적으로 불안정한 상태에서 죽는 순간까지 방치됨으로써 대두되는 심각한 문제는 환자는 물론 가족까지 말기과정에서 수반되는 제반증상과 통증을 겪는 일이다(이원희, 1999).

말기 암 환자는 호스피스 환자를 중심으로 한 적절한 통증 조절이 필수이며, 임종이 가까울수록 통증정

도가 증가한다는 많은 연구들이 있다(염창환 외, 1996; 최윤선 외, 1998; 윤영호, 1998). 통증은 복합적이고 주관적인 현상으로 의미론적 차이가 있음에도 불구하고 전문의료진들 간에는 통증을 하나의 의학용어로만 통용되어왔으며 자연스럽게 받아들여지고 있는 실정이다. 더구나 간호사들은 종종 환자들의 겪는 통증에 대해 상식적인 신념을 가짐으로써 환자를 개별적으로 정확히 이해하는 데는 잘못된 인식을 가지고 있다(Boyle, 1989; 이은옥, 1999).

따라서 말기환자는 더 이상 치료받을 수 없다는 절망감과 사회적 고립감, 말기 질환과 치료의 부작용 등으로 인해 유발되는 통증을 비롯한 여러 가지 불편한 증상들과 죽음에 대한 인간 삶의 본질에 대한 의문과 의미를 추구하는 질문들을 가지며 가족들 또한 어려움과 부담을 갖게 되었다. 즉, 이를 위해서 말기환자들의 총체적 고통을 완화해 주는 호스피스 간호는 절대적으로 필요한 것이다(이경식 외, 1996; 김수지 외, 1997; 윤영호, 1998).

모든 인간은 종파에 상관없이 신에게 의존하려 하며, 모든 일에 사랑하고 감사하며, 죄의 문제를 해결받고자 하는 영적 요구를 갖고있으며(Carson, 1980; 이미라, 1998), 특히 말기 단계에서는 죽음을 인지하면서, 통증과 함께 미지의 세계에 대한 극심한 불안감을 느끼며, 생을 정리하는 과정에서 인생의 어느 순간보다

* 원광대학교 보건대학원 석사학위논문

** 전주예수병원 호스피스 수간호사

도 높은 영적 요구를 갖게 된다.

이러한 호스피스 환자들의 통증에 대한 간호와 더불어 죽음과 불안에 대한 시각이 필요한데, 이와 관련한 선행연구 등에서도 영적 간호에 대한 요구가 높은 것으로 나타났고, 불치병에 걸린 사람에 대한 간호는 고통을 최소로 줄이고 편안한 죽음을 맞이할 수 있도록 신체적, 정신적, 영적인 간호를 제공해야 한다(Sbelton, 1981; Fish & Shelly, 1988; 노유자 외, 1999; 이원희, 2000).

호스피스 환자들은 자신의 죽음에 임하여 오늘날과 같이 육안의 시간과 공간의 테두리 안에 제한된 시대에서 확인되지 않은 주관적인 믿음에 근거한 영역으로 간주되어 무시되기 쉬운 영적 요구를 존중하고 지지해 주어 임종환자들이 신체적, 정신 사회적인 본질을 초월하는 인생원리에 대한 의미를 찾도록 도와주기를 원한다(최공옥, 1991).

일반적으로 호스피스 간호 시 말기환자의 간호요구는 통증조절이 주된 신체적 요구로 나타나지만 죽음의 문제에 직면하게 되면 극도의 불안과 함께 영적 요구가 강하게 되며 이러한 영적 요구에 대한 정확한 문제 규명과 이에 대한 책임 있는 간호중재가 결과적으로 증상완화를 가져올 수 있다. 따라서 영적 간호의 제 원리들은 모든 환자에게 적용되지만, 특히 호스피스 환자에게는 기본적으로 필요하다.

그럼에도 불구하고 지금까지 국내에서의 호스피스 간호연구는 신체적 요구나 통증완화와 관련된 연구에만 국한되어 왔고, 영적 측면의 간호연구는 일반적인 입원환자나 암 환자를 대상으로 수행되어 왔으며, 생존기간이 6개월 미만의 호스피스 환자에 대한 영적 연구는 거의 미미한 실정이다.

따라서 본 연구는 호스피스 환자에게 영적 간호를 실시하여 통증과 불안을 감소시킬 수 있는 간호중재 개발에 실증적인 자료를 제공하고자 한다.

2. 연구목적

본 연구의 목적은 호스피스 간호를 받는 환자에게 적용한 영적 간호중재가 통증과 상태불안을 완화시키는 지 규명함으로써 입상에서 영적 간호중재를 활용할 수 있는 기초자료를 제시하기 위함이며, 구체적인 목적은 다음과 같다.

- 1) 영적 간호 중재가 호스피스 환자의 통증에 미치는 효과를 규명한다.

- 2) 영적 간호 중재가 호스피스 환자의 불안에 미치는 효과를 규명한다.

3. 용어의 정의

1) 통증

- (1) 이론적 정의 : 복합적이고 주관적인 현상으로써 실제적이거나 잠재적인 조직손상과 관련된 불쾌한 감각적, 정서적 경험이다(Bonica, 1979).
- (2) 조작적 정의 : 본 연구에서는 윤영호 등(1999)이 개발한 한국형 간이통증 조사지(Korean Version of Brief Pain Inventory, BPI-K)의 일부인 4개의 통증척도에 의한 점수를 의미한다.

2) 불안

- (1) 이론적 정의 : 자율신경계의 각성으로 일어나는 내적 불편, 두려움, 불길한 예감의 주관적인 상태를 말한다(Gurian & Miner, 1991).
- (2) 조작적 정의 : 본 연구에서는 Spielberger(1966)의 상태불안 측정도구(State-Anxiety Inventory)를 김정택과 신동균(1978)이 표준화한 도구를 사용하여 측정된 점수를 말한다.

3) 호스피스 환자

- (1) 이론적 정의 : 불치의 진단을 받고 의료적인 측면에서 회복의 가망이 없고 포괄적인 특별한 봉사가 요청되는 잔여 생존기간이 6개월 미만인 환자(Wellington Health Services Advisory Committee, 1981)이다.
- (2) 조작적 정의 : 본 연구에서는 담당의사로부터 호스피스에 의뢰되어 호스피스 간호사의 평가에 의해 등록되어진 말기 환자이다.

4) 영적 간호중재

- (1) 이론적 정의 : 기독교적 신앙에 기초하여 대상자가 하나님과 개인적이고 의미 있는 관계를 갖도록 하거나 유지하도록 돕는 일련의 간호활동이다(김수지 역, 1980).
- (2) 조작적 정의 : 신, 이웃, 환경, 자신과의 관계와 관련된 3가지 영적 기본요구(3-Basic Spiritual

need)를 간호과정에 따라 자원을 활용하는 간호 중재활동을 의미한다.

II. 문헌고찰

1. 호스피스

호스피스는 죽음을 앞둔 말기환자와 그 가족을 사랑으로 돌보는 행위으로써, 환자가 남은 여생동안 인간으로서의 존엄성과 높은 삶의 질을 유지하면서 삶의 마지막 순간을 편안하게 맞이하도록 신체적, 정서적, 사회적, 영적으로 도우며. 사별가족의 고통과 슬픔을 경감시키기 위한 총체적인 돌봄(Holistic care)이다(NHO, 1994; 노유자 외, 1995; Sontag, 1996).

인간은 고귀하게 살고 또 그렇게 죽기를 원한다. 그러나 말기 환자에게는 이러한 고귀함이란 찾아볼 수 없을 만큼 고통에 시달리고 있음을 많은 문헌을 통해 알 수 있다. 그것은 말기환자에 대한 체계적인 관리가 방치되었기 때문에 소홀할 수밖에 없었던 것이다. 이에 대한 가장 바람직한 대안이 호스피스 운동이라 할 수 있다(이원희, 1999a).

말기환자들에 대한 의료진들의 인식부족을 비롯하여 핵가족화와 아파트 생활에 따라 돌볼 가족이 없고 병상부족으로 입원하기가 어려운 이유(윤영호, 1995)로 자신의 고통스런 증상을 편안히 치료받고 인간으로서의 존엄성을 존중받으면서 임종을 기다릴 수 있는 장소가 거의 없는 실정이며(최숙경, 1997), 입원을 하더라도 여유병상이 없는 경우도 많아 인간적인 대접을 제대로 받지 못하는 현실이다(왕매련, 1990; 조현, 1993; 홍영선, 1996; 이경식 등, 1996).

말기환자와 가족은 위기에 처한 하나의 단위로서 그들이 겪고있는 당면한 문제에 관심을 가지고 필요한 정보를 제공하고 문제해결 능력을 위한 중재전략이 필요하다. 그러나 우리의 의료현실은 말기환자의 입장에서 삶의 존엄성이 배제된 상황에서 인간성의 상실, 수동적인 수면 연장 등, 많은 문제를 내포하고 있다(조현, 1993).

또한 호스피스는 치료를 목적으로 하는 의학적 진료와 달리 말기환자가 인간답게 죽음을 맞이할 수 있도록 신체적, 정신적, 영적 지지 및 보호를 제공하는 것이므로 호스피스 환자는 반드시 치료가가능성이 없는 말

기 환자만을 대상으로 등록시 환자의 의식이 분명하고 의사소통이 가능해야 하며 치료방침의 전환에 대한 환자와 가족의 동의가 필요하다(장현숙 외, 2000).

호스피스환자의 증상은 신체적, 심리적, 영적, 사회적, 경제적, 법적인 여러 근원으로부터 발생하는 총체적인 것이므로 이러한 총체적 고통의 완화를 위해서는 다(多)직종 전문가 팀이 구성되어 함께 접근해야 효과적인 간호가 이루어지는 종합적이며 다 학문적인 활동이다(원주희, 1999; 김수지 외, 1997; 최화숙, 1999).

호스피스는 임종환자를 돌보는 일이므로 우울하고 고통스러운 것으로 연상하기 쉬우나 임종자의 남은 시간, 남은 삶을 어떻게 충만하고 의미 있게 살도록 하느냐에 관심을 모으는 일이므로 따뜻하고 평온하며 쉽게 연상시키며 인생의 긴 여정에 환자가 마지막으로 참된 평화를 찾도록 하고 의미와 사랑을 느끼도록 돕는 것이다(노유자 외, 1995).

결국, 호스피스 프로그램은 인간의 본질인 존엄성과 인격성, 윤리성의 근본 출처와 종말과 영생, 사후세계를 깨닫게 해 주는 학습의 현장이며, 인간의 존엄성을 담고 있는 영혼에 초점을 두어 전인을 사랑으로 돌보는 섬김의 프로그램이다(이동익, 2000; 전재규, 2000).

2. 호스피스 환자의 통증

이병윤(1980)은 통증을 생리적, 심리적 개념으로서 뿐만 아니라 개개인의 성장과정에서 그들이 처한 사회적, 문화적, 철학적, 인류학적 요인에 의해서 큰 영향을 받을 수 있는 추상적인 개념으로 정의를 내리기도 한다. Wright(1987) 역시 통증이란 인간에게 일어나는 복잡한 현상으로 개인의 신체, 정신, 영혼에 영향을 줄 수 있으므로 통증 그 자체가 아닌 전인(whole person: holistic)의 치료를 요구한다는 것이다.

이렇게 볼 때 통증은 감각적, 정의적, 인지적 요소를 포함하는 다차원적·주관적 경험이며(Melzack, 1975), 이는 불명확하고 복잡한 경험으로 모든 환자에게 공통적이다. 그렇지만 각 개인에게 독특한(unique)것이므로 통증을 묘사하고 평가하기란 매우 어렵다. 결국 통증을 그것을 느끼는 사람에 의해 잘 정의되며, 환자가 통증을 호소하면 그를 믿어야 한다는 것이다(McCaffery, 1979).

또한, 이러한 통증의 여러 측면, 즉 신체적, 정서적, 사회적, 영적인 요소를 통합한 통증을 총체적 통증

(total pain)으로 묘사한 후 호스피스에서 중요시하게 되었다(Cicely Saunders, 1990; 이원희, 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 않는한 대부분 조절되지 않는다(Pitorak, 1997).

호스피스과에서 사망한 암환자 110명을 대상으로 한 연구에서 임종 전 5일 동안 가장 흔한 증상은 통증(88.2%)으로 호스피스는 환자를 중심으로 한 적절한 통증조절이 필수이며, 임종이 가까울수록 통증강도가 더 증가한다는 결과를 얻었다(최윤선 외, 1998).

그러므로 말기환자의 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(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).

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 있었다(윤영호 외, 1998).

호스피스 환자가 경험하는 통증의 정도는 대부분 중등도 이상의 통증을 갖고 있지만 적절한 통증 치료를 받지 못하고 고통을 받고 있는데 그것의 가장 중요한 이유는 의료진들의 인식 부족과 무관심(홍영선 외, 1985; 이경식, 1998), 환자가 경험하는 통증에 대해서 실제적 수준의 통증보다 낮게 평가하고 있으며, 통증에 대한 그릇된 신념을 가지고 적절한 중재를 하지 않는 경향이며(Seers, 1987), 지출을 장려하는 급성기 환자의 바쁜 care에 휩쓸려 말기질환에는 거의 관심을 두지 않는 실정(Ian Maddocks, 1999)이라고 할 수 있겠다.

WHO의 통계에 의하면 전 세계적으로 400만 정도의 암환자들이 통증으로 고생하고 있으며, 해결되리라 희망이 없는 극심한 통증은 음식을 먹고, 잠을 자고, 생각하며 다른 사람들과 관계를 가지면서 지낼 수 있는 능력을 발휘하지 못하게 함으로써 환자의 삶을

크게 손상시킨다(이경식, 1995; 허대석, 1998b; Corinne, 1992).

이렇듯 통증은 신체적 쇠약, 정서적 파괴, 기능적 제한, 사회적 불능을 가져오고, 말기암환자의 간호요구 중 1위를 차지하는 부분이며(왕매련 외, 1990; 조현, 1993; 이소우 외, 1998), 통증의 반응 및 표현 양상이 성, 연령, 인종, 사회 문화적 배경 등에 따라 개인차가 크므로 이에 대한 포괄적인 접근이 절실하다.

따라서 통증조절에 있어서 간호자는 환자의 삶의 질에 영향을 주는 저해요인을 파악하고, 팀간의 협력을 도모하여 적절한 통증조절을 위해 즉각적인 간호활동과 최대한의 자원을 활용하고 약물에 대한 잘못된 인식을 보완해주고 보조요법에 대한 정보제공의 기능을 하는 조정자, 옹호자, 교육자로서의 역할을 해야 한다(이원희, 1999).

3. 호스피스 환자의 불안

불안은 불 특정적이고 의식적으로 인식할 수 없는 위협에 대한 정서적 반응으로써 생리적 각성과 함께 여러 가지 유형의 걱정행동과 걱정 감정이 혼합된 주관적인 느낌이라고 할 수 있다(김은정, 1999).

그리고, 불안은 알지 못하거나 경험이 없는 새로운 상황이나 역할에 직면하고 있을 때 또는 인간 존재의 기본요소가 위협받는 어떠한 상황에서 심리적 요구가 충족되지 못할 때 야기된다(이은숙과 이향련, 1994).

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

호스피스 환자들은 이러한 신체적 고통스런 증상과 통증, 죽음, 사후세계에 대한 불확실성, 가족과의 이별, 상실에 대한 걱정과 두려움으로 심리적 압박감과 불안을 느끼게 된다.

Spielberger(1972, 1975)는 인간의 불안은 긴장에 대한 반응으로 일어나는 인지적, 정서적, 행동적 반응의 연속과 관계 있는 하나의 과정으로 관찰될 수 있고, 인간은 또한 자신의 불쾌한 감정을 기술하여 보고할 수 있는 것으로 보았으며, 불안을 상태불안과 기질 불안으로 설명하였다.

치유가 불가능한 환자는 신체적 통증과 임종이 가까

워지고 있다는 예감, 공지의 결여, 고립감등으로 극심한 정서적 변화를 겪으며(하혜경, 1982), 암환자의 주된 정서반응은 불안과 우울이라고 하였고(Craig & Abeloff, 1974), 암 그 자체는 하나의 위기로써 질병에 대한 공포를 갖게 되며, 생체 체계의 통합성에 심한 도전을 받는데(Rawsley, 1982), 이 모든 상황은 결국 불안 상태로 이끈다.

Black과 Champman(1976)의 이론에 의하면, 암환자의 신체적 고통에 관여되는 정서적 문제로서 불안과 우울이 나타나며, 불안은 환자가 통증에 대한 공포, 고독, 질병의 이해부족, 슬픔, 상실 등으로 나타나므로, 통증을 치료하기 위해서는 먼저 환자의 불안을 감소시켜야 한다고 하였다(오홍근, 1995).

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, 2000).

또한 호스피스 환자는 누구보다도 심한 신체적, 정서적, 영적인 문제를 가지고 통증과 불안에 빠지므로 포괄적인 전인간호가 확실하게 필요하다.

4. 영적 간호

인간은 육체와 정신, 영혼이 불가분의 관계 속에서 결합된 유기체로서(Fish & Shelly, 1978) 신, 자신, 이웃 그리고 자연과 조화를 이루며 살아가도록 창조된 전인적인 존재이다(Folta, 1995).

영(spirit)은 히브리어의 ruah, 헬라이어의 pneuma, 라틴어의 spiritus로서 신체조직에 활력을 불어넣어 주는 무형의 원리를 구성하며, 인간의 육체와 정신 그리고 마음에 의미를 부여하고, 서로의 관계를 융합하게 하는 것으로(Tourenier, 1969), 인간의 신체적, 정신적 활동의 원동력으로 여겨진 실체적 개념이라고 했다(세계철학 대사전, 1977).

영적인 것은 인간이 신체적, 사회 심리적 요구를 충족하고서도 무엇인가를 또 충족하려는 관심사가 되는 것을 의미하며(P. Tillich, 1952), 신학적인 차원에서의 영적 의미는 인간으로 하여금 절대자를 인식하고 선택할 수 있는 능력을 주며, 기독교에서는 신과의 영적 관계를 맺는 것으로 성령의 임재 함을 의미한다(이원희, 1988). 인간의 영적 측면은 개인의 신체적, 정신 사회적

측면들을 통합하는 근본적인 힘으로서 개인의 안정상태를 결정하는데 중요한 역할을 하며, 다른 모든 측면들의 근원인 핵심이 된다(Banks, 1980).

영성은 삶의 위기에 안정감을 주며, 안녕과 건강을 위협하는 상황과 같은 중대한 삶의 사건들 또는 하나님, 타인, 자신과의 관계에서 영적 곤경을 이겨내게 하는 촉진적 역할을 하는 것이며, 개인의 치유에 통합적인 에너지로서 중요한 역할을 하며, 개인의 영적 차원은 치유과정에 필수적이다(Goodlos & Arreola, 1992). 영적 건강은 인간의 영적 본성이 최대한으로 개발하도록 하는 능력으로 신(하나님, 초월적인 존재), 자신, 이웃, 자연(환경)과 올바른 관계를 유지하며, 통합, 질서, 조화, 평화를 이루는 안녕 상태이다(Hiatt, 1986).

인간은 신체적, 정서적, 사회적, 영적 상태가 서로 총체적으로 관련된 관계에 있기 때문에 이 모든 요구가 충족될 때 건강한 상태라고 할 수 있다. Conrad(1985)는 영적 요구를 신과의 역동적이고 개인적인 관계를 설정하고 유지하는데 필요한 요소가 결핍된 상태로, 의미와 목적을 갈망하는 요구, 사랑과 관계에 대한 요구, 용서받고 싶은 요구, 희망에 대한 요구로 분류하였다.

인간의 영적 요구란 새로운 상황이나 문제에 부딪힐 때 더욱 혼란이 오고 대내외적으로 불균형과 부조화로 인해 인간의 전체적 평형이 깨질 때 영적 요구는 더욱 커지는 상태이며, 인간의 영적 요구는 신과의 개인적이고 역동적인 관계 속에서 충족될 수 있고, 기독교적인 관점에서 볼 때 사랑과 관심의 요구, 용서의 요구, 의미와 목적의 요구로 분류할 수 있으며, 이러한 요구는 종교인이든 아니든 모든 사람에게 있는 것이다(Fish & Shelly, 1979).

의미와 목적을 갈망하는 요구는 인간이 특별히 건강의 위기가 오면 인생의 의미 또는 질병의 의미를 깨닫고자 한다. “왜 사는가? 왜 이러한 고통을 당하는가? 왜 병에 걸리는 가?”등의 의미를 찾는 일이 중요하며, 인간은 순간순간 삶의 현장에서 깨닫게 되는 의미에 따라서 자신이 해야 할 것이 무엇인가를 파악해야 하는 것이다. 키에르케고르는 의미와 목적을 찾지 못하고 절망에 빠져있는 상태를 죽음에 이르는 병이라고 했다(김수지, 1982b). 따라서 간호의 목적은 개인, 가족 또는 지역사회가 질병과 고통에 잘 적응하거나 예방하도록 하며, 이들 경험에서 의미를 찾도록 도와주는 것이다(Travelbee, 1971).

사랑과 관심에 대한 요구는 의미 있는 인간관계에서 충족되는 것으로 의미와 목적을 추구하려는 요구와 함께 병행한다. 모든 인간은 종족, 성, 문화, 나이에 무관하게 사랑을 주고받고자 하는 요구를 지니게 되는데 (Maslow, 1970), 이러한 요구가 충족 될 때 자신의 가치, 기쁨, 안녕감, 소속감, 희망, 용기, 힘 등을 경험하게 된다(Shelly, 1979).

용서받고 싶은 요구는 인간이 위기상황에 직면하게 되면 자신이 "무엇을 잘못했을까?"라는 생각이 드는데, 이것은 곧 죄의 용서를 받고싶은 요구를 보여주는 것이다. 현대사회에서 살아가는 모든 인간은 죄의식을 느끼며 이러한 죄의식의 자책으로 심리적 불안에 직면하게 되는데(Freud, 1960), 죄에 직면하고, 진심으로 고백하면 하나님의 용서를 받고, 면죄 받을 수 있게 된다(요 9:3; 약 5:16; 요일 1:9). 환자가 자기의 죄를 받아들일 수 있는 기도를 해주고 그 어떤 것보다도 죄로부터 해방되어 정결함을 얻는 것이 환자에게 자존감을 충족시켜 주게 된다.

하나님의 용서를 아는 사람은 하나님과 자신과 타인과 화평할 수 있고, 삶의 의미와 목적을 주시는 하나님에 대한 새로운 인식을 하게 되며, 하나님과 자신과 타인을 사랑하도록 하는 하나님의 사랑을 경험할 수 있게 되는 것이다.

이러한 영적 요구의 3요소는 서로 상호 관련되어 있으며, 질병의 회복 속도, 치료에 대한 환자의 태도, 고통의 의미, 정서 등이 영향을 미치게 되고(김수지, 1981; 이원희, 1988), 영적 요구가 충족되었을 때는 기쁨, 자유감, 가치 있는 존재의 확인, 안녕감, 희망, 소속감, 하나님과 교제 회복 등을 확신할 수 있다(Shelly, 1979). 반대로 영적 요구를 충족하지 못하면 여러 가지 증상들이 나타나게 되며 환자의 영적 요구를 강화시키거나 영적 위기, 영적 갈등을 초래할 수 있고, 또 질병으로 인하여서 이전에 하나님과 정상적인 관계를 가졌던 사람도 그 관계가 끊어질 수 있다(김수지, 1982b; 이원희, 1988).

영적 간호는 개인의 삶의 의미와 목적을 찾으며, 신과의 관계를 유지하는데 있어서 필요한 도움을 제공함으로써 영적 고통을 최대한 감소시키고 영적 안녕 상태를 유지 증진시키는 것을 말하며(Fish & Shelly, 1978) 나아가서 총체적인 건강을 유지하거나 건강회복에 도움이 되는 것으로 평가되며 삶의 질을 높이는 효과가 있다고 한다(최상순, 1990).

Carson(1989)은 영적 간호는 모든 환자가 받아야 할 기본권리중 하나이며, 임종환자를 위한 영적 간호중재는 더욱 중요하다고 하였다. 인간이 질병이나 생의 위기상황, 즉 죽음에 직면하게 되면 그 누구보다도 높은 영적 요구를 지니게 되므로 임종환자를 간호할 때 환자가 경험하는 영적 문제를 충분히 이해하고 영적 요구를 파악하여 영적 안녕을 유지하도록 도와야 한다(김수지, 1979; Folta, 1995).

Conrad(1985)는 임종과정중 환자를 지탱해주는 궁극적인 지지체계가 필요하므로 간호사가 위기에 처한 대상자를 간호할 때 영적인 것에 더욱 관심을 가져야 한다고 강조하고 있다.

호스피스환자는 남은 여생 동안 질병과 함께 살아가면서 죽음을 연상하며, 미래의 불확실성에 대한 두려움과 불안, 절망감 등, 다양한 정서적 변화와 함께 고통을 겪는다. 따라서, 호스피스 환자들은 다른 환자에 비해 많은 신체적, 사회 심리적 스트레스로 인하여 영적 요구가 높아지게 되며(Reele, 1994), 영적 위기를 초래하게 된다.

영적 위기는 자신과 타인 그리고 신과의 관계에서 부조화를 일으켜 삶의 의욕이 상실되며, 기쁨이나 사랑, 소망이 없는 무의미하고 침체된 상황을 가져온다(Fish & Shelly, 1978). 말기환자는 극심한 정서적 변화를 경험하며 심각한 증상악화상태에 처해 있기 때문에, 신체, 정서, 영적 측면에 관련된 포괄적인 전인간호가 요구되며, 그들이 가지고 있는 영적 요구를 파악하여 필요에 따라 영적 간호를 해야한다고 주장했다(최화숙, 1987; 민순, 1987).

그러나 간호실무에서는 시간부족으로 신체적 간호에 치우치며 영적인 간호는 어떤 특정인의 영역이라고 간주해버리거나 간호사 자신의 영적 신념의 불확실성, 영적 간호 능력의 부족함 및 영적 간호에 대한 소극적인 이해 등으로 영적 간호를 수행하지 않는 현상을 보여주고 있다(Granstrom, 1985).

또한 임종환자의 영적 간호가 제대로 수행되지 못하는 이유로 간호사의 영적 간호에 대한 이해와 교육이 부족하며 죽음에 대한 태도가 부정적인 것을 지적하였으며(김정남과 박경민, 1999; Carson, 1989), 영적 간호는 단지 목회자에게 환자의 영적 중재를 의뢰하거나 그들의 활동을 돕는 것만을 의미하지 않고 간호제공자 자신이 직접 영적 지지활동을 적극적으로 수행하며, 목회자와 서로 협력하고 보충하면서 책임을 같이 해야

한다.

따라서 영적 간호는 영적 요구를 전제로 설명되며, 이는 대상자의 순간적인 문제 개입이라고 하기보다는 그의 전 생애를 다루는 전체적인 간호영역에 해당되므로 간호자는 자신의 종교적 입장을 초월하여 하나님, 자신, 이웃, 환경과의 올바른 관계를 인식하고 영적안녕 상태에서 희망을 가지고 평온한 죽음을 맞이하도록 대상자의 영적 요구를 민감히 인식하고 이를 충족시킬 수 있는 영적 간호지식과 기술 및 태도를 잘 갖추어야 한다(이필수, 2000).

영적 간호중재로 선행연구에 따르면, 자신의 치료적 사용, 기도의 사용, 성경의 사용, 찬송의 사용 등 4가지 자원을 사용하여 접근하였다.

첫째, 자신의 치료적 사용은 인간 상황에 대한 깊은 이해와 영적 간호에 대한 확신을 가지고 환자에게 의미를 발견하도록 도와야 한다는 신념이 필요하다(이원희, 1988). 또한 환자를 개인적으로 인간 대 인간적인 면에서 자신의 이익을 추구하지 않고 관계하는 것을 의미하며, 더욱 효과 있게 사용하기 위해서는 민감하고 가까이 헌신할 수 있어야 하고, 자신의 역할을 권위로서 접근하기보다는 친절이 요구된다. 즉 자신을 치료적으로 사용하는데 필요한 중개념은 경험, 감정이입, 민감성, 친절, 헌신 등으로서 자신의 신앙, 교육 그리고 실재를 통해서 얻어지는 기술이며, 이러한 능력의 원천은 믿음을 통해 하나님으로부터 온다. 그러나 믿음만으로 숙련된 기술을 창조 할 수 없으며, 교육과 실재는 신앙에 기초하여 돕고자 하는 내용과 방향제시에 필요하다(Shelly, 1979).

둘째, 기도의 사용은 하나님과 인간 사이에 갖는 아주 긴밀한 대화로서 환자의 요청, 생각, 감정을 하나님께 드리는 말이나 다름없이 하나님의 뜻에 우리마음을 여는 것이다. 기도는 하나님의 사랑에 대한 우리의 반응이며, 우리인간의 한계점과 하나님을 필요로 하는 우리의 요구에 대한 인식이다.

이소우 등(1998)의 연구에서는 호스피스 케어 환자 방문 시 영적 간호요청에서는 기도가 90%정도로 가장 높은 순위였으며, 환자를 위한 간호사의 기도는 환자를 위로할 뿐만 아니라 하나님께서 자신의 기도를 응답해 주시기 때문에 대단히 중요하며, 함께 기도하는 것은 대인관계에 특별한 영향을 끼치는데, 이는 인간의 의사소통의 가장 심층적 형태의 하나이다(DeArment, 1974).

셋째, 성경의 사용은 예수그리스도를 통하여 하나님과 역동적이고 개인적인 관계를 설정하도록 돕고, 하나님과 자신 그리고 이웃과 조화를 이룬 관계를 어떻게 유지 할 것인가를 가르쳐 주며, 질병으로 인한 불안을 감소하며, 의미와 목적, 사랑과 용서의 요구를 갖게 하고, 환자의 요구를 더 효과적이고 적절하게 충족시켜 줄 수 있다. 또한 지지, 위로, 격려가 되며, 용기를 북돋워 준다.

성경 또한 하나님이 우리에게 하신 개인적인 의사소통이며, 질병 중에 흔히 경험하는 불안을 감소하며, 위기 중에서 희망을 주고 영적 요구를 충족 시켜준다(Shelly, 1979; Solomon, 1989).

넷째, 찬송의 사용은 근육이완을 증진, 불안과 통증의 느낌을 감소시키며, 호흡을 도와주고 편안함을 주면서 찬양하는 노래는 영혼의 힘을 얻도록 해 준다(시 22:26). 영적 간호에서 적절한 찬송가, 복음성가, 고전 종교음악, 교회음악 등을 환자의 영적 지지를 위해 적절히 선택하여 제공하는 것은 더욱 큰 영감과 확신을 보충해 줄 수 있다. 하나님을 믿는 자들은 찬송 중에 하나님이 함께 하심을 확신한다(시 22:3).

이상을 통해서 볼 때 영적 간호중재는 호스피스 환자간호를 위한 하나의 간호중재로서 활용될 수 있으며 특히 통증, 불안 등의 신체적, 심리적 안위를 도모하는데 매우 필요한 중재 도구가 될 수 있고 앞으로도 개별적, 전인적인 환자간호를 위한 중재로서 보다 심층적 연구가 요구된다.

III. 연구방법

1. 연구설계

본 연구는 호스피스 환자를 대상으로 실험군에게 영적 간호를 제공하여 통증과 불안에 미치는 효과를 알아보는 유사실험연구로 비 동등성 대조군 전후시차 설계(non-equivalent group non-synchronized design)이다.

2. 연구대상

본 연구의 대상자는 2000년 7월 10일부터 9월 25일 사이에 전주시에 위치한 1개 종합병원의 호스피스 환

자를 대상으로 실험군 37명, 대조군 30명을 임의 표출 하였다.

3. 연구도구 및 측정 방법

1) 영적 간호중재

본 연구에서 사용된 영적간호중재는 Fish & Shelly(1979)의 Spiritual Care, Stoll(1979)의 Spiritual Assessment Guide, Folta(1995)의 Spiritual Need Assessment & intervention, 김효빈(1989)의 영적 간호 중재를 종합하여 본 연구자가 고안한 내용으로써 영적 요구사정도구, 영적 요구상태(표현), 영적 간호중재의 자원활용 등의 내용을 간호학 교수 3인, 성직자 2인에게 의뢰하여 타당성을 검토 받았다. 시행방법은 간호 과정에 따라 일주일 3회로 3주동안 총 9회를 평균 30분씩 본 연구자가 직접 제공하였다.

2) 통증변수, 측정도구

(1) 통증

통증정도는 Brief Pain Inventory of the University of Texas M.D Anderson Cancer Center Pain Research Group을 서울대학교 의과대학에서 번역한 것을 윤영호 등(1999)이 한국형 간이 통증조사지(Korean version of Brief Pain Inventory, BPI-K)로 개발하였다. 통증정도는 간이통증 평가도구(Brief Pain Inventory)의 일부인, 지난 24시간동안 가장 심했을 때 통증, 지난 24시간동안 가장 약했을 때 통증, 평균 통증, 조사당시 바로 지금 느끼는 통증정도를 묻는 4개의 숫자 척도이다.

0-10까지 숫자가 표시되어 있고 왼쪽 끝의 숫자 0아래에는 통증이 없음, 오른쪽 끝의 숫자 10아래는 상상할 수 없을 정도의 심한 통증이라고 설명 되어있으며, 대상자가 느끼는 통증의 정도를 표시하도록 하는 것으로 점수가 높을수록 통증정도가 높음을 의미한다.

숫자 척도는 시각적 상사척도에 비해 통증정도 보고의 실패율이 낮고, 시각적 상사척도와의 상관관계는 0.86으로 보고되었다.

(2) 상태불안

Spielberger(1975)가 개발한 상태-기질 불안도구(State-Trait Anxiety Inventory)를 김정택과 신동균(1978)이 한국어로 번안한 도구를 사용하였다. 상태불안 측정도

구는 20문항으로 구성되어있으며, 4점 척도의 평정법을 이용하여 최저 20점에서 최고 80점으로 평점되며 점수가 높을수록 불안의 정도가 높다. 김정택과 신동균(1978)에 의해 번안된 도구의 상태불안의 신뢰도 Cronbach's α 는 .87이었다. 본 연구에서 사용한 상태불안 측정도구의 신뢰도(Cronbach's α)는 $\alpha=0.9681$ 이었다.

4. 자료수집 방법

본 연구의 자료수집기간은 2000년 7월 10일부터 9월 25일 까지 전주시 소재의 J종합병원 호스피스 간호사에게 의뢰된 환자를 방문하여 연구의 목적을 설명하고 동의를 얻은 후 자료를 수집, 질문지를 이용한 사전조사, 실험처치, 그리고 사후조사의 순서로 진행하였다.

5. 자료분석

수집된 자료는 연구목적에 따라 SAS를 이용한 전산처리를 통해 실수, 백분율을 구하고 실험군과 대조군의 동질성은 χ^2 와 t-test, 통증과 상태불안의 비교는 t-test, en 군간의 영적 간호중재 전·후의 통증비교 변화량은 paired t-test, 통증과 상태불안과의 상관관계는 Pearson's Correlation Coefficients로 분석하였다.

IV. 연구 결과

1. 연구 대상자의 특성

1) 대상자의 일반적 특성

연구 대상자의 일반적 특성은 실험군과 대조군간에 모두 유의하지 않아 두 군이 동질적인 것으로 나타났다<표 1>.

<표 1> 일반적 특성에 대한 실험군과 대조군의 비교분석

특 성	구 분	실험군(N=37) 대조군(N=30)		x ²	p
		실수(백분율)	실수(백분율)		
성 별	남	19(51.4)	17(56.7)	0.188	0.664
	여	18(48.6)	13(43.3)		
연 령		59.59±10.74 (M±S.D)	55.87±13.70 (M±S.D)	1.249	0.216
직 업	유 무	6(16.2)	10(33.3)	2.670	0.102
		31(83.8)	20(66.7)		
교육 수준	무	5(13.5)	2(6.7)	1.821	0.769
	국 출	11(29.7)	8(26.7)		
	중 출	6(16.2)	5(16.7)		
	고 출	12(32.4)	10(33.3)		
결혼 상태	미 혼		1(3.3)	1.823	0.610
	기 혼	25(67.6)	22(73.3)		
	이 혼	3(8.1)	2(6.7)		
사 별	9(24.3)	5(16.7)	8.149	0.086	
	100만원 미만	17(45.9)			
	100~150만원미만	13(35.1)			
	150~200만원미만	5(13.5)			
수 입	200만원 이상	2(5.4)	1(3.3)	2.466	0.481
	독 신	1(2.7)	3(10.0)		
	2~3명	19(51.4)	15(50.0)		
	4~5명	15(40.5)	9(30.0)		
가족수	6명 이상	2(5.4)	3(10.0)		

2) 질병 및 치료적 특성

질병 및 치료적 특성에서 실험군과 대조군은 유의하지 않은 동질적인 집단이라고 할 수 있다<표 2>.

<표 2> 질병 및 치료적 특성에 대한 실험군과 대조군의 비교분석

특 성	구 분	실험군(N=37) 대조군(N=30)		x ²	P
		실수(백분율)	실수(백분율)		
진단명	간 암	9(24.3)	7(23.3)	3.332	0.950
	간 경 화	3(8.1)	5(16.7)		
	위 암	6(16.2)	2(6.7)		
	유 방 암	2(5.4)	2(6.7)		
	담 도 암	2(5.4)	3(10.0)		
	자 궁 암	2(5.4)	1(3.3)		
	직 장 암	2(5.4)	2(6.7)		
	대 장 암	2(5.4)	1(3.3)		
	췌 장 암	2(5.4)	1(3.3)		
	기 타	7(18.9)	6(20.0)		
수 술	유 무	20(54.1)	10(33.3)	2.512	0.113
		17(45.9)	20(66.7)		
치료 방법	약물 요법	12(32.4)	9(30.0)	0.538	0.764
	방사선 요법	6(16.2)	7(23.3)		
	기 타	19(51.4)	14(46.7)		
입원 회수	1회 미만	3(8.1)	6(20.0)	2.951	0.229
	2~3회	20(54.1)	11(36.7)		
	4회 이상	14(37.8)	13(43.3)		
수면 시간	4시간 미만	9(24.3)	5(16.7)	1.116	0.572
	5~8시간	20(54.1)	20(66.7)		
	9시간 이상	8(21.6)	5(16.7)		
진통제 투여	진통제 사용안함	7(18.9)	10(33.3)	5.075	0.166
	비 마약성 진통제	5(13.5)	3(10.0)		
	약한 마약성 진통제	4(10.8)	7(23.3)		
	강한 마약성 진통제	21(56.8)	10(33.3)		

3) 종교적 특성

종교적 특성에 있어서 실험군과 대조군은 동질한 것으로 나타났다<표 3>.

<표 3> 종교적 특성에 대한 실험군과 대조군의 비교분석

특 성	구 분	실험군(N=37) 대조군(N=30)		x ²	P
		실수(백분율)	실수(백분율)		
종 교	기 독 교	20(54.1)	10(33.3)	3.353	0.340
	천 주 교	5(13.5)	5(16.7)		
	불 교	2(5.4)	4(13.3)		
	무	10(27.0)	11(36.7)		
신앙의 중요성	전혀중요하지않다.			0.802	0.425
	별로중요하지않다.4(10.8)	(M±S.D)	(M±S.D)		
	그저그렇다.13(35.1)	3.68±0.97	3.50±0.78		
	중요하다.11(29.7)				
매우중요하다.9(24.3)					

2. 영적 간호중재가 통증에 미치는 효과

1) 중재 전 통증

중재 전 실험군의 통증점수는 대조군의 통증 점수보다 모두 높았으며, 조사당시 바로 지금 느끼는 통증점수는 실험군이 4.03(±2.03)점이고, 대조군이 3.13(±2.56)점으로 통계적으로 유의하지 않았다(p=0.016)<표 4>.

<표 4> 중재 전 실험군과 대조군의 통증정도 비교

변 수	실험군(N=37) 대조군(N=30)		t	p
	평균±표준편차	평균±표준편차		
24시간동안가장심한통증	6.35±2.38	4.70±3.16	2.366	.022
24시간동안가장약한통증	2.95±1.49	1.87±1.57	2.879	.005
24시간동안 평균통증	4.92±2.17	3.63±2.51	2.249	.028
조사당시바로지금느끼는통증	4.03±2.03	3.13±2.56	1.594	.116

2) 중재 후 통증

실험군의 통증점수는 대조군의 통증점수보다 모두 낮았으며, 조사당시 바로 지금 느끼는 통증점수는 실험군이 2.51(±1.64)점이었고, 대조군은 4.13(±3.03)점으로 실험군이 대조군보다 유의하게 낮았다(t=-2.634, p<.05)<표 5>.

<표 5> 중재후 실험군과 대조군의 통증 정도 비교

변 수	실험군(N=37) 대조군(N=30)		t	p
	평균±표준편차	평균±표준편차		
24시간동안가장심한통증	4.76±2.11	5.67±3.27	-1.316	.194
24시간동안가장약한통증	2.05±1.37	2.33±1.81	-.699	.488
24시간동안 평균통증	3.57±1.80	4.40±2.62	-1.479	.146
조사당시바로지금느끼는통증	2.51±1.64	4.13±3.03	-2.634	.012

3) 중재 전·후 실험군과 대조군의 통증 변화

실험군의 중재 후 통증점수는 모두 낮아졌고, 대조군의 중재 후 통증점수는 모두 높아졌다<표 6>.

<표 6> 중재 전·후 통증정도에 대한 실험군과 대조군의 비교

변 수		실험군(N=37)		대조군(N=30)		
		평균±표준편차	t	평균±표준편차	t	p
24시간동안가장 심한통증	중재전	6.35±2.38		4.70±3.16		
	중재후	4.76±2.11	4.085	5.67±3.27	-2.896	.007
24시간동안가장 약한통증	중재전	2.96±1.49		1.87±1.57		
	중재후	2.05±1.37	4.020	2.33±1.81	-1.882	.070
24시간동안 평균통증	중재전	4.92±2.17		3.63±2.51		
	중재후	3.57±1.80	4.254	4.40±2.62	-2.571	.016
조사당시바로지금 느끼는통증	중재전	4.03±2.03		3.13±2.56		
	중재후	2.51±1.64	5.017	4.13±3.03	-3.218	.003

3. 영적 간호중재가 불안에 미치는 효과

1) 중재 전 상태불안

실험군의 상태불안은 평균 59.54(±15.03)점이었고, 대조군의 상태불안은 평균 57.53(±12.88)점으로 유의하지 않았다(t=0.579, p>.05).

2) 중재 후 상태 불안

실험군의 상태불안은 평균 45.08(±10.01)점이었고, 대조군의 상태불안은 평균 61.00(±11.66)점으로 실험군이 대조군보다 유의하게 낮았다(t=-5.987, p<.001)<표 7>.

<표 7> 중재 전·후 실험군과 대조군의 상태불안 비교

변 수		실험군(N=37) 대조군(N=30)		t	p
		평균±표준편차	평균±표준편차		
중재 전	상태불안	59.54±15.03	57.53±12.88	0.579	0.565
중재 후	상태불안	45.08±10.01	61.00±11.66	-5.987	0.000

4. 관계분석

실험군과 대조군의 중재 후 통증과 불안과의 상관관계를 Pearson's Correlation Coefficients로 검정한 결과, 조사당시 느끼는 통증은 24시간 동안 가장 심했을 때 통증과 불안(r=.556, p<.001), 24시간 동안 가장 약했을 때 통증과 불안(r=.448, p<.001), 24시간 평균 통증과 불안(r=.591, p<.001), 조사당시 지금 바로 느끼는 통증과 불안(r=.664, p<.001)은 유의한 정적 상관관계

(positive correlation)를 가지는 것으로 나타났다<표 8>.

<표 8> 중재 후 통증과 불안의 상관관계

		(n=67)	
변 수		상태불안	
		r(p값)	
중재 후	24시간동안가장심한통증	.556(.000)	
	24시간동안가장약한통증	.448(.000)	
	24시간동안 평균통증	.591(.000)	
	조사당시바로지금느끼는통증	.664(.000)	

V. 논 의

1. 영적 간호중재가 호스피스 환자의 통증에 미치는 효과

호스피스 케어를 받고 있는 환자에게 영적 간호중재를 시행한 결과 제공받은 환자는 제공받지 않은 환자보다 통증이 유의하게 감소한 결과를 얻었다. 조사당시 느끼는 통증($t=-2.634, p<.05$) 이는 김효빈(1988)의 연구에서 암 환자를 대상으로 영적 간호중재를 시행하여 실험군이 대조군보다 통계적으로 유의하게 통증의 감소를 보인 것과 일치되는 결과를 보였다($p<.05$).

영적 간호중재가 통증정도에 미치는 효과를 분석한 결과, 중재 전 실험군의 통증점수가 대조군의 통증점수보다 각각 높았는데, 이는 실험군에서 신체 상태가 약해지고 증상이 심해지며 삶의 질이 저하되고 있음을 나타내 주고 있으며, 대조군에 비해 질병의 진행속도가 빠르고 임종시기가 가까워지고 있음을 예측했기 때문이다.

윤영호 등(1998)의 연구에서는 말기 암 판정당시 85%의 환자들이 통증이 있었으며, 그 중에서 68%의 환자들이 중등도 이상의 통증을 경험하고 있음을 제시하였고, 박혜자(1986)는 주요 신체적 요구의 58.4%가 통증조절로 나타났고, 통증간호에 영적 간호중재가 중요함을 밝혔다.

이원희(1997)는 임종시까지 통증이 조절되지 않았다고 분류된 호스피스 환자를 대상을 연구하였는데, 끝까지 조절되지 않는 통증의 주요인은 영적 고통, 죽음의 문제, 가족갈등과 의료진의 무관심과 관련된 것으로 영적 간호가 통증간호에 중요함을 제시하였다.

Johnson(1972)은 유사실험연구에서 절차에 관련되는 정보와 경험되어질 감각(sensation)들을 서술하는 정보를 주었는데, 예상되는 고통을 감소시키는데 효과적임을 증명하였고, 김수지(1987)는 정보제공이 수술 전 교육과 잠재적으로 위협하는 사건들에 대해 환자를 준비시키고자 하는 중재들의 기초가 되며, 불안과 통증을 감소시킬 수 있는 방법임을 제안하였다.

한혜실(1988)의 연구는 분만 전 과정을 통해 교육을 받은 실험군의 통증점수(46.17)가 교육을 받지 않은 대조군의 통증점수(54.47)에 비해 통증을 느끼는 정도가 낮았으며, 통계적으로 유의한 차이를 보였다고 밝혔다. Steven & Heide는 교육은 증가되고 있는 고도의 통증을 조절하는 것 이상으로 진정한 정신진통 효과가 나타난다고 진술하였다(Worthington 1982).

이러한 결과는 복합적이고 개별적이며 독특한 양상의 통증을 경험하는 호스피스 환자에게 영적 간호중재가 효과적인 중재라는 것을 지지하고 있다.

2. 영적 간호중재가 호스피스 환자의 불안에 미치는 효과

영적 간호중재가 호스피스 환자의 불안 반응에 미치는 효과를 분석한 결과 상태불안이 중재 전 실험군은 59.54(± 15.03)점과 대조군은 57.53(± 12.88)점으로 큰 차이가 없었으나 ($p=0.565$), 영적 간호중재 후 상태불안이 실험군은 45.08(± 10.01)점과 대조군은 61.00(± 11.66)점으로 중재 후 상태불안이 대조군의 상태불안보다 유의하게 낮아졌다($p=.000$).

이는 민순(1989)의 연구에서 암환자가 간호사, 방문객 및 신과의 영적 상호관계의 정도가 증가할수록 불안의 정도는 낮아진다($p<0.001$)는 결과와 일치하였고, 정정숙(1990)의 연구에서도 성인환자의 영적 간호충족 정도가 높을수록 불안정도가 낮아진다($r= -.244, p=.000$)고 한 결과와 일치하였다.

민순(1988)은 암환자의 기독교 신앙성숙정도가 높을수록 불안의 정도는 낮아지고 마태오린(1988)은 심한 불안을 가지고 있는 환자가 신과의 상호관계를 가짐으로써 절망감이 감소됨을 보여주었다. 영적 간호중재 효과로 상태불안정도가 낮아지는 것은 서로 역 상관관계를 나타내고 있으며, 이와 같은 결과는 선행연구와도 일치하고 있다(민순, 1986; 전수진, 1988; 정정숙, 1990).

정정숙(1990)은 인간의 3가지 영적 기본요구인 사랑과 관심의 요구, 삶의 의미와 목적의 요구, 용서의 요구 충족에 대한 각 영역의 영적 간호 충족도 간의 관계는 유의한 순 상관관계를 이룬다고 했으며, 영적 기본요구들 간에는 비례적으로 영향을 미치는 통합의 관계에 있음을 밝혔다.

김재숙(1999)의 암환자 죽음불안과 희망에 관한 연구에서는 투병과정에 이르는 전 과정에 걸쳐서 심리, 사회적인 적응 과정을 조사한 다수의 보고에서 시간경과에 따른 정서적 고통이나 심리, 사회적 적응양상은 일관성을 보이지 않았으며 시간이 경과함에 따라 정서적 고통을 경험하는 것으로 보고하고 있음을 제시했다(Wordon & Weisman, 1977; Krouse & Krouse, 1982; Vachon, 1986).

이러한 결과는 영적 간호중재가 정서적 고통을 완화시키는 것과 일치된 결과로서 호스피스 환자를 위한 불안을 감소하는데 간호제공자가 직접 제공하는 영적 간호중재가 효과적일 수 있다고 사료된다.

3. 통증과 불안정도와의 상관관계

호스피스 환자가 경험하는 통증과 불안과는 강한 정적 상관관계를 나타내어 호스피스 환자의 통증이 높을수록 불안도 높아짐을 증명해 주었다.

한혜실(1988)은 산부가 경험하는 불안과 동통과의 관계는 정적상관관계($r = .44, p = .000$)를 나타냈으며, 이는 선행연구 결과에서도 불안은 동통에 직접 작용하며, 불안이 높을수록 동통 자극에 대한 반응이 크다는 결과를 보여 주었다(Melzack & Wall, 1965; Sternbach, 1968; Chapman & Cox, 1977; 이은옥, 1983; 이은옥과 최명애, 1993).

Martinez-Urretia(1975)는 불안과 동통 인지와의 관계를 보기 위한 연구에서 상황불안점수와 McGill 통증 척도의 감각 통증 점수와는 유의한 상관관계가 있음을 발견하였으며, Waldling(1991)의 통증과 불안의 관계 연구에 의하면 통증과 불안은 상호 영향을 주고 중재를 통해서 감소시킬 수 있다고 하였다.

이원희(1999b)는 호스피스 환자 통증의 문제를 단순히 신체적 증상으로 구분하지 않고 불안, 우울, 분노의 정서적, 영적 요소와 연관되어 나타나며, 통증은 불안, 우울을 유발시키고, 불안이나 우울은 통증을 가속화시키는 원인이 될 수 있다고 하였다. 이 같은 연구결과들

을 통해 통증과 불안은 밀접한 관계가 있는 것이 확인되었으며, 통증과 불안은 상호 영향을 주고, 중재를 통해서 감소시킬 수 있다고 해석 할 수 있다.

따라서, 영적 간호중재는 고통의 의미, 희망, 위로와 격려, 사랑, 용서, 힘 등을 제공하므로 호스피스 간호를 받고있는 말기환자의 불안정서를 완화할 수 있고, 결과적으로 통증을 감소시킬 수 있는 유용한 간호중재로 확인되었다.

VI. 결론 및 제언

본 연구는 영적 간호중재가 호스피스 환자의 통증과 불안감소에 미치는 효과를 파악하고 분석함으로써 호스피스환자의 안위를 도모하여 전인적이고 개별화 된 간호를 제공하는데 도움을 주고자 시도된 비 동등성 대조군 전후시차 유사실험연구이다.

연구대상자는 2000년 7월 10일부터 9월 25일 까지였고, 연구대상자는 전주시에 위치한 1개 종합병원의 호스피스 환자 실험군 37명, 대조군 30명으로 하였다.

연구방법은 호스피스에 의뢰된 후 실험군과 대조군 모두 일반적 특성, 질병 및 치료적 특성, 종교적 특성, 통증, 상태불안 정도를 조사하고, 실험군에게 조사당일부터 일주일에 3회를 평균 30분씩 3주 동안 영적 간호를 제공한 후 같은 도구로 통증, 상태불안정도를 측정하였다.

연구도구는 통증정도에 대해서는 윤영호 등(1999)이 개발한 한국형 간이 통증평가도구(Korean Version of Brief Pain Inventory, BPI-K)의 일부인 4개의 숫자 척도를 사용하였고, 불안정도에 대해서는 Spielberger(1975)의 상태-기질 불안 측정도구(State-Trait Anxiety Inventory)를 김정택과 신동균(1978)이 표준화한 도구를 사용하였다.

자료분석방법은 SPSS/PC+를 이용하여 통계 처리하였으며 연구결과는 다음과 같다.

1. 결론

- 1) 실험군과 대조군은 성별, 연령, 직업, 교육수준, 결혼상태, 수입, 동거가족수 등의 일반적 특성과 진단 명, 수술, 치료방법, 입원회수, 수면시간, 진

통계 투여 등의 질병 및 치료적 특성, 종교, 신앙의 중요성 등의 종교적 특성에서 유의하지 않았다.

- 2) 영적 간호중재가 호스피스 환자의 통증에 미치는 효과를 분석한 결과 중재 전 실험군의 통증점수는 중재 전 대조군의 통증점수보다 높았는데, 이는 실험군이 대조군보다 신체상태가 약해지고, 증상이 심해짐을 나타내고 있으며, 중재 후 실험군의 통증점수는 중재 후 대조군의 통증점수보다 낮았고, 조사당시 느끼는 통증은 실험군이 대조군보다 유의하게 낮았다($t=-2.534, p=.012$). 두 집단간의 중재 전·후 통증 변화를 비교한 결과 실험군은 중재 후에 통증점수가 모두 낮아졌고, 대조군은 중재 후에 통증점수가 모두 높아졌다.
- 3) 영적 간호중재가 호스피스 환자의 불안에 미치는 효과를 분석한 결과 중재 후 상태불안 점수는 실험군이 45.08(± 10.01)점이었고, 대조군은 61.00(± 11.66)점으로 실험군이 대조군보다 유의하게 낮았다($t=-5.987, p=.000$).
- 4) 호스피스 환자의 통증과 불안의 관계 분석결과 정적 상관관계가 있는 것으로 나타났다(조사당시 느끼는 통증 $r=.664, p=.000$).

결론적으로 영적 간호중재는 호스피스 환자의 통증과 불안감소에 효과적인 간호중재였다. 따라서 말기환자의 통증과 상태불안을 감소시키기 위해서 임상에서 적용할 수 있는 효과적인 간호중재로 나타났다.

2. 제 언

본 연구의 결론을 통해 다음과 같은 제언을 하고자 한다.

첫째, 말기환자의 통증, 불안 완화를 위해 영적 간호중재가 독자적인 간호중재로 임상실무에서 적극 활용할 필요가 있다.

둘째, 영적 간호중재 횟수에 따른 호스피스 환자의 통증, 불안의 변화시점을 탐색하는 연구가 필요하다.

셋째, 영적 간호중재 실시 후 통증, 불안 감소효과가 얼마나 지속되는지에 대한 추후연구를 할 필요가 있다.

넷째, 영적 간호중재를 기독교적 입장에서만 적용하

였으며 일개 종합병원의 호스피스 환자를 대상으로 하였으므로 확대 적용하여 반복연구가 필요하다.

참 고 문 헌

김수지(1979). 참 간호. 대한간호, 18(2), 33-38.

Fish, S. and J. A. Shelly, 김수지 역(1980). 영적간호: 간호원의 역할. 서울: 대한 간호협회 출판부.

김수지(1981). 영적간호. 영적간호 워크샵, 예수간호전문대학, 9-15.

김수지(1982). 영적간호의 수행. 영적간호 세미나, 예수간호전문대학, 73-78.

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

김은정(1999). 등마사지가 자궁 적출술 환자의 통증과 불안에 미치는 영향. 서울대학교 대학원 석사학위논문.

김재숙(1999). 암환자의 죽음불안과 희망. 가톨릭 대학교 대학원 석사학위논문.

김정남, 박경민(1999). 영적간호교육이 간호학생들의 죽음에 대한 태도변화에 미치는 영향. 한국보건 간호 학회지, 13(1), 114-127.

김정택, 신동균(1978). STAI의 한국표준화에 의한 연구. 최신의학, 21(11), 69-75.

김효빈(1989). 영적 간호 중재가 암환자의 통증감소에 미치는 영향. 이화여자대학교 대학원 석사학위논문.

노유자, 한성숙, 안성희, 김춘길(1995). 호스피스와 죽음. 서울: 현문사.

노유자, 안성희, 한성숙, 용진선(1999). 일부 지역주민들의 호스피스에 대한 인지와 태도 및 간호 요구조사. 한국 호스피스·완화의료 학회지, 2(1), 23-35.

민 순(1987). 암 환자의 영적 상호작용과 불안과의 관계연구. 이화여자대학교 대학원 석사학위논문.

민 순(1988). 암환자의 기독교신앙 성숙과 불안과의 관계 연구 : 간호연구. 대한 간호 학회지, 19(1), 118-126.

박예리자(1994). 암환자의 통증지각에 대한 간호사의 인식. 가톨릭대학교 대학원 석사학위논문.

- 박혜자(1986). 암환자를 위한 호스피스 케어에 관한 탐색적 연구. 이화여자대학교 대학원 석사학위논문.
- 세계철학 대사전(1997). 성균서판.
- 염창환, 문유선, 이혜리(1996). 말기암으로 입원한 환자에서 진통제 사용의 실태. 가정의학회지, 17(9), 827-883.
- 오홍근(1995). 통증의학·대한 통증학회, 군자출판사.
- 왕매련, 조원정, 김조자, 이원희, 유지수(1990). 호스피스 케어에 대한 평가 연구. 대한간호, 29(4), 51-72.
- 왕매련(1990). 호스피스 케어에 대한 평가연구 - 세브란스 호스피스 중심으로. 대한간호, 29(4), 51-69.
- 원주희(1999). 호스피스의 현재와 미래. 간호학 탐구, 8(2), 44-59.
- 윤영호, 허대석(1996). 말기암환자의 3차 의료기관 입원의 문제점. 가정의학회지, 17(5), 294-303.
- 윤영호(1998). 말기 암환자의 이해와 가정 의학적 접근. 가정의학회지, 19(11), 979-986.
- 윤영호, 허대석, 김홍수, 오상우, 유태우, 김유영, 허봉렬(1998). 말기 암환자의 통증 및 통증관리에 영향을 미치는 요인. 한국호스피스·완화의료학회지, 1(1), 23-29.
- 윤영호, 허대석, 박현애, 신호철, 유태우, 허봉렬(1999). 한국형 암통증 평가 도구 개발: 한국형 간이 통증 조사지의 타당도. 한국호스피스·완화의료학회지, 2(2), 182.
- 이경식(1995). 암환자의 통증조절 개요. 대한의학 협회지, 38(7).
- 이경식, 홍영선, 한성숙(1996). 알기쉬운 호스피스와 완화의학 - 말기 환자를 어떻게 돌볼까? -. 성서와 함께.
- 이경식(1998). 한국호스피스·완화의료의 과거, 현재, 미래. 호스피스 논집, 제 3권, 7-12.
- 이동익(2000). 호스피스에서의 영성적 돌봄. 한국호스피스·완화의료학회지, 3(1), 96-101.
- 이미라(1998). 영적간호 개론. 서울: 현문사.
- 이병윤(1980). 동통과 정신의학. 대한의학 협회지, 23(1).
- 이소우, 이은옥, 박현애, 오효숙, 안효섭, 허대석, 윤영호, 김달숙, 노유자(1998). 가정 호스피스 케어 환자 방문간호 조사분석. 한국호스피스·완화의료학회지, 1(1), 39-46.
- 이원희(1988). 영적간호. 대한 간호, 27(1), 21-27.
- 이원희(1999a). 호스피스의 현재와 미래. 간호학 탐구, 8(2), 9-31.
- 이원희(1999b). 통증조절과 간호중재. 한국 호스피스·완화의료학회지, 2(1), 58-62.
- 이원희(2000). 말기 암 환자의 총체적 고통. 한국 호스피스·완화의료학회지, 3(1), 60-73.
- 이은숙, 이향련(1994). 감각정보제공이 심혈관 조영술 검사환자의 불안 감소에 미치는 영향. 성인간호학회지, 6, 5-21.
- 이은옥(1983). 관문통제이론과 Fishbein의 모델을 이용한 동통표현예견에 대한 연구. 대한 간호학회지, 제 13권, 제 2호, 1-21.
- 이은옥, 최명애(1993). 통증-이론 및 중재. 신광출판사.
- 이은옥, 허대석, 김순자, 김열홍, 윤성수, 권인각, 조석구, 박명희, 박정윤(1999). 통증관리에 대한 의사와 간호사의 지식과 태도비교. 한국호스피스·완화 의료학회지, 2(1), 7-15.
- 이필수(2000). 호스피스에서의 영적 돌봄. 한국호스피스·완화의료학회지, 3(1), 102-107.
- 장현숙, 박실비아, 유선주(2000). 호스피스 프로그램 운영현황 조사. 한국호스피스·완화의료학회지, 3(1), 4-17.
- 전수진(1988). 암환자의 영적 상호작용과 불안과의 관계연구. 순천간호 전문대학 논문집, 12, 204-222.
- 전재규(2000). 전인적 치유와 건강. 대구: 보문 출판사.
- 정정숙(1990). 입원환자의 영적간호 충족정도와 불안과의 관계연구. 최신의학, 33(1), 153-165.
- Folta, Ruth H. 정정숙 역(1995). 영적간호, 기독교인/기독교간호사의 역할, 현문사.
- 조현(1993). 우리나라 호스피스 프로그램의 개발에 관한 연구. 서울대학교 보건대학원 박사학위논문.
- 최공욱(1991). 말기 암 환자의 임종경험에 관한 연구. 연세대학교 대학원 박사학위논문.
- 최상순(1990). 일지역 성인의 안녕, 희망 및 건강상태에 관한 연구. 연세대 박사학위논문.
- 최숙경(1997). 호스피스 병동에 입원한 말기 암환자의 통증관리. 가톨릭대학교 간호 대학 호스피스 교육연구소. 호스피스 논집, 2.
- 최윤선, 홍명호, 홍종복, 한하지(1998). 호스피스 암환자의 통증조절. 한국호스피스·완화의료 학회

- 지, 1(1), 111-112.
- 최화숙(1987). 입원환자의 영적간호 요구에 관한 연구. 이화여자대학교 대학원 석사학위논문.
- 최화숙(1999). 한국호스피스 전달체계 모형 개발. 중앙대학교 대학원 박사학위논문.
- 한혜실(1988). 분만시 호흡조절과 산부의 불안 및 진통에 관한 연구. 이화여자대학교 대학원 석사학위논문.
- 허대석(1998a). 한국의 말기 암환자의 현황. 가정의학회지, 19(11), 987-991.
- 허대석(1998b). 호스피스 완화의료: 증상조절. 대한의사 협회지, 41(11), 1125-1130.
- 홍영선, 문한림, 전승석, 유덕기, 윤명진, 김훈교, 이경식, 김동집(1985). 암환자의 통증조절. 대한내과 학회지, 29(3): 335-341.
- 홍영선(1996). 말기 종양환자의 통증조절. 개원의를 위한 연수강좌, 161-165.
- Banks, Rebecca(1980). Health and Spiritual Dimension : Relationship and Implications for Professional Preparation.
- Black R, Champman P. (1976). SAD Index for clinical assessment of pain.
- Bonica, J.(1979). The need of a taxonomy. pain, 6, 247-252.
- Bonica, J.(1980). Cancer pain, in Bonica. J.(ed) : Pain, New York : Raven Press, 335-362.
- Carson V.(1980). Meeting the Spiritual Needs of Hospitalized Psychiatric Patients. Perspective in Psychiatric Care, 18(1), p.18.
- Carson, V. B.(1989). Soiritual Dimensions of Nursing Practice. Philadelphia: W. B. Saunders Company.
- Chapman, C. A., & Cox, G. B.(1977). Determinants of anxiety in elective surgery patients. In Irwin G. Sardison and Charles D. Spielberger (eds) Stress and Anxiety, Vol.4, Washington : Hemisphere Publishing Corp.
- Conrad, N. L.(1985). Spiritual Needs of the Terminal ill. The nursing clinics of North America, June. p.10.
- Corinne, Haviley, Rosemary Macllan, Olive Jones, Kay Nyberg(1992). et Pharmacological management of Cancer Pain. Cancer Nursing, 15(5), 331-346.
- DeArment, D. C.(1974). Prayer and the dying patient: A way of Intimacy without Expose. Princeton Seminary Bulletin, 66(2), p.55.
- Fish, S. & Shelly, J. A.(1979). Spiritual Care : The Nurse's Role. New York : I. V. P.
- Folta, Ruth H(1995) - 호스피스와 영적 케어 · 한국호스피스 협회 워크샵, 1-5.
- Freud, S.(1960). Psychopathology of everyday life, In Standard edition, vol. 6, London: Hogarth Press.
- Gurian, B. & Miner, J. H.(1991). Clinical Presentation of Anxiety in the Elderly: Treatment and research. Edited by Salzman C. & Lebowitz B. D., New York, Springer.
- Granstrom, S.(1985). Spiritual care for oncology patients. Topics in Clinical Nursing, 7, 39-45.
- Hiatt, T. F.(1986). Spirituality, medicine & healing. Southern Medical Journal, 79(6), 42-54.
- Ian Maddocks(1999). Hospice personnel education & palliative care, 가톨릭대학교 간호대학 호스피스 연구소.
- Johnson, J. E.(1972). Effects of Structuring patients expactations on their reactions to threatening events. Nursing Research 21: 489.
- Krouse HJ, Krouse JH(1982). Cancer as crisis: The critical elements of adjustment. Nursing Research, 31, 96-101.
- Martinez-Urretia(1975). Anxiety and pain in Surgical patients. Journal of Consulting and Clinical psychology, 43, 437-442.
- McCaffery, M.(1980). Understanding your patients pain, Nursing, Sep.
- Melzack, R. & Wall, P. D.(1965). Pain Mechanisms; A New Theory Science, vol.150, 971-979.
- Melzack, Ronald(1975). The Mcgill Pain Questionnaire: majou properties & scoring methods, pain, 277-299.
- NHO(1994). Standards of hospice program of care. The Hospice Journal, 9(4), 39-74.
- Pitorak, E. F(1997). Historical Background and Hosoice Services in America, The Develop-

- ment of Hospice/palliative care, 가톨릭대학교 호스피스 학술세미나 자료집, 1-12, 67-83.
- Rawsley, M.(1982). Brief Psychotherapy for persons with Recurrent Cancer : A Holistic Practice Model. *Advanced in Nursing Science*, Oct. pp.69-76.
- Reele, B. L.(1994). Effect of Counseling on quality of life for individuals with cancer and their families. *Cancer Nursing*, 17(2), 101-112.
- Saunders, C. (1978). *The Management of Terminal Disease*, London: Edward Arnold.
- Saunders, C.(1990). *Hospice and Palliative Care: An Interdisciplinary Approach*. London: Edward Arnold.
- Sbelton, R. L.(1981). The patient's Need of faith at death. *Topic in Clinical Nursing*, Oct, p.56.
- Shelly, J. A.(1979). *Dilemma: A Nurse's Guide for Making Ethical Decisions*, Illinois: I. V. P., 96-97.
- Seers C. J. (1987). Perceptions of pain. *Nursing Times*, 83(48), 37-39.
- Sontag, Mary-Ann(1996). Hospice as Providers of total care in one western state. *The Hospice Journal*, 11(3), 71-94.
- Spielberger, C. D.(1972). Anxiety on emotional State in Spielberger C. D. *Anxiety; Current trends in theory and research*, 11, New York: Academic Press, 481-493.
- Spielberger, C. D.(1975). *Anxiety: State-Trait Process*, Inc. Spielberger and I. Sraon ed. *Stress and Anxiety*, 1, New York: John Willy and Sons Inc., 115-143.
- Sternbach, R. A.(1968). *Pain : Psychophysiological Analysis*. New York : Academic Press.
- Tillich, P(1952). *Courage to Be*. New Heaven: Yale University Press.
- Tournier P.A(1969). *Doctor's casebook in the light of the bible*. trans, Edwin Hudson, London: SCM Press.
- Travelbee, J.(1971). *Interpersonal Aspects of Nursing*, Philadelphia; F. A. Davis Co., P. 20.
- Twyross, R, G.(1979). *Hospice Care - redressing the balance in medicine*. *Journal of Research in Society and Medicine*, 73(7), 475-481.
- Vachon ML(1986). *A comparison of the impact of breast cancer and bereavement: Persnality, social support and Women*, New York Hemisphere Publishing Corporation.
- Waldling, M. F.(1991). Pain, anxiety and powerlessness. *Journal of Advanced Nursing*, 16, 388-397.
- Worden JW, Weisman AD(1977). The fallacy in postmastectomy depression. *American Journal of Mental Society*, 273, 169-175.
- Worthington, E. L., Martin, Glen, A and Michael Schumate(1982). Which prepared childbirth Coping Strategies are effectiveness?, *JOGN Nursing*, 82-85.
- Wright, Susan.M(1987). The use of therapeutic touch in the management of pain, *Nursing Clinics of North American*, 22(3).

ABSTRACT

Key Word : Spiritual care intervention, Hospice, pain, anxiety

The Effect of Spiritual Nursing Intervention on Pain and Anxiety of the Hospice Patients.

Yoon, Mae Ok

The purpose of this study was to elucidate the effects of spiritual nursing intervention on pain and anxiety of the hospice patients.

This study was devised with a quasi-experimental design using non-equivalent contrast group non-synchronized design.

The data were collected during the period from July 10 to September 25 in 2000 at the general hospital in CheonJu city.

The subjects were sixty-seven patients who referred the hospice service.

They were assigned to two groups, 36 members of the experimental group and 30 members of the contrast group.

They also did not any complication, were alert enough to be interviewed and agree willingly to participate in this study.

The tools used were Yoon's Korean Version of Brief Pain Inventory and Spielberger's State Anxiety Scale.

The spiritual care intervention was carried out through Hymn, Scripture, Prayer, the therapeutic use of self over a period of three weeks.

Data were analyzed by mean, standard deviation, χ^2 -test, t-test, paired t-test and Pearson's Correlation Coefficients.

The results of this study were as follows:

1. The examination of the same quality showed that there were not significant differences in the general characters, disease and therapeutic characters, religious characters between the experimental group and the contrast group.
2. After the spiritual nursing intervention pain

scores of the experimental group were remarkably lower than those of the contrast group(right now pain : $t=-2.634$, $p=0.012$).

3. Decreasing rate in the pain scores of the experimental group were remarkably lower than those of the contrast group(right now pain : $t=5.017$, $p=0.000$).
4. After the spiritual nursing intervention state anxiety of the experimental group were remarkably lower than those of the contrast group($t=-5.987$, $p=0.000$).
5. A positive correlation was found between reported pain and depression following the spiritual nursing intervention.

In conclusion, the hospice patients who were offered spiritual care became lower than those who were not offered spiritual care and confirmed to decrease pain.

According to these results, spiritual nursing intervention can be regarded as an effective nursing intervention that relieved pain and anxiety of the hospice patients.