

# 임종환자 및 그 가족의 심리적 간호요구가 충족되지 못하는 이유에 관한 문헌고찰

—American Journal of Nursing을 중심으로—

김 순 용  
(고려의대 간호학과)

## 차 례

### I. 서 론

### II. 본 론

1. Hospice care의 史的 배경
2. 자료수집 및 분석방법
3. 임종환자 및 그 가족의 간호요구
4. 임종환자 및 그 가족의 간호요구가 충족되지 못하는 이유

### III. 결론 및 제언

참고문헌  
영문초록  
부 록

## I. 서 론

간호에 있어 가장 어려운 문제중의 하나는 임종환자와 그의 가족을 보살피는 일이다. 예를 들어서, 병동에서 우리가 임종환자를 책임지게 되면 우리들의 마음은 왠지 모르게 편치 않게 된다. 예전에는 확대가족(extended family)제도였고 또 많은 사람들이 병원에서 보다는 집에서 임종을 해 환자는 낯설지 않은 주위환경, 사랑하는 가족, 자녀들로부터 둘러 싸였다. 이러한 환경 밑에서의 임종은 환자에게만 편안한 것이 될 뿐 아니라 또한 가족들에게도 의미가 있었다. 즉, 어린 아이들은 죽는 사람에 대한 예비애통(preparatory grief)을 어른들과 같이 나눌 수 있는 기회가 되며, 이런 경험을 가진 아이들은 죽음이 인생의 한 부분이라는 것을 자연스럽게 배우면서 성장하게 된다. 그러나 요

즘에는 핵가족(nuclear family)제도로 가족내에서 이런 임종을 접할 기회가 적어졌고 또 아픈 환자는 병원으로 가게 되는데, 예를 들어 중환자실에서는 환자 방문이 엄격히 제한되어 있고 어린 아이들은 병원 방문 자체가 허락되지 않아 임종과 죽음을 접할 기회가 없어진다. 이러한 결과로 아동기, 사춘기, 장년기 등을 인생의 한 부분으로 자연스럽게 받아들이는 것같이 몇몇 실정에서는 죽음이 삶의 한 부분이라고 받아 드릴지 못하는 많은 시간을 앓아고 있어 임종이 쓸쓸하고 외로운 것이 될 뿐 아니라, 기계화되어 가고 있는 현실이다.

우리 행동의 대부분은 배워서 습득했고 또 상황에 따라서 다르게 기능을 하는 것도 배웠다.<sup>1)</sup> 간호역할 및 지식습득의 중요성을 고려할 때 우리 간호원들도 죽음을 금기(taboo)하지 말고 여기에 대한 지식을 좀더 늘려야 하며 그러므로 결과적으로 임종환자나 그 가족에 대한 간호원의 태도에 변화를 기대할 수 있게 된다.

임종환자 간호는 환자가 죽을 때까지 "살수 있게 하는 것"을 포함하고 있다.<sup>2)</sup> 여기에는 신체 간호는 물론 마음(mind), 그리고 영혼(spirit) 간호가 포함된다. 이러한 간호들은 서로 연결되어 있어 따로 분리해서 생각할 수 없고, 가족 구성원 개인은 가족이라는 복합체와 energy를 끊임없이 교환하므로 가족중의 한 사람이 임종하였다 할지라도 간호에 있어 가족은 한 단위(unit)가 되어야 하므로 이중 가장 중요한 요소는 임종환자 및 그 가족이 환영을 받고, 믿고 지낼 수 있는 환경이어야 한다는 것이다. 이에 본 연구자는 미국간호협회 기관지인 American Journal of Nursing에서 임종 및 죽음에 대한 내용만을 수집, 이중 임종환자 및 그 가족의 서술, 저자의 관찰사항을 분석해서 구체적인

으로 어떤 간호행위가 도움이 되었는지 파악하여 그들의 간호요구 및 이러한 요구가 충족되지 못하는 이유가 무엇인가를 확인함으로써 간호학생교육을 위한 기초자료로 삼는 데 목적을 두었다. American Journal of Nursing에 수록된 간호행위는 다양하였으므로 전의상 Rynearson<sup>4)</sup> 제시한 목록을 중심으로 분류하였다.

## II. 본 론

### 1. Hospice care의 史的 배경

죽음을 앞두고 일상생활을 계속해야 하는 사람이 가장 필요로 하는 것은 동통이나 여러가지 증상으로 부터 해방되고, 안정된 환경, 능숙한 간호의 유지, 그리고 '자신이나 가족들이 "내버려진" 상태가 안될 것'이라는 확신을 받는 것이다.

Hospice라는 말은 중세기에 聖地인 예루살렘에 가는 사람들을 위하여 하루 밤을 편히 쉬도록 했다고 해서 기인된 말인데 지금은 한 장소에서 다른 장소로 여행하는 여행자에게 문이 개방되어 있다는 것을 의미하고 또 이것은 의학적인 치료만큼 영적·정서적 간호가 중요함을 강조하고 있다.

Hospice는 19세기 중기에 Ireland의 수도인 Dublin에 세워진 것이 처음이지만 현재까지도 알려진 병원은 영국 London의 St. Christopher에서 행해지고 있는 것으로 이곳에서는 죽어가는 환자 뿐만 아니라 허약한 노인 환자들도 간호해 주고 있고 또 교육 및 연구 시설도 갖추고 있는 것이다. 미국에서도 Hospice운동이 전개되기 시작하였고 또 병원內에 Hospice unit를 따로 두어 이곳에서 임종을 앞둔 환자들을 돌보아 주는 추세이다.

Hospice에서는 질병의 진단이나 완치를 목적으로 하지 않으며 평화로운 가운데서 임종을 맞이하도록 하며 또 죽어가는 환자가 죽을 때까지 가능한 최대 한도로 편안하게 살 수 있게 도와 주는 것을 목적으로 하며 이러한 목적은 환자가 갖고 있는 증상을 완화시켜 주므로써 그리고 특별한 종류의 간호를 통해서 실현되고 있다.

#### (1) 증상완화

인생의 질(quality)이란 생의 마지막까지 의미있었는지 여부에 따라 결정되어 진다고 한다. 만약 환자가 여러가지 증상으로 인해서 고통을 받고 있다면 자신을 존경하는 마음, 자기 스스로 일상생활을 조절할 수 있

는 능력, 해방감, 그리고 독립성 등을 상실하게 된다. 증상을 완화시켜 주므로써 환자를 편안하고 의식을 명료하게 하며 일상생활을 활기있게 해준다. 임종을 앞둔 환자들이 나타내는 일반적인 증상으로는 동통, 우울, 식욕부진, 허약, 무감동, 호흡곤란, 그리고 소화기계장애 등이며 이러한 증상은 단독으로 나타나거나 혹은 복합적으로 나타나기도 한다.

증상완화에서 중요한 것은 환자가 언제 투약을 필요로 하는지 결정하는 것이다. 약물의 양(dosage) 많아져서 '독성(Toxicity)'이 생기게 되면 순환이 울혈되고 배설량은 감소된다. 그러므로 환자에게 아주 적은 양의 투약으로도 편안함을 유지하고 의식이 명료해지게 하므로써 임종때까지 사랑하는 가족, 친지들과 함께 의미있는 순간들을 갖게 해준다. 이러한 조절은 환자 가족들의 적응능력과 숙련된 간호원이 충분히 마련해 줄 수 있다. 증상의 약물학적 조절은 간호원의 질적 간호, 환자가족 및 의료요원들의 흥미도, 그리고 환자가 믿고 안정감을 느낄 수 있는 환경없이는 그 효과를 기대할 수 없다.

(2) 환자의 증상을 조절해 주는 것은 하스피스 간호의 일부본에 불과하고, "caring"이 주요소인데 그 본질은 다음과 같이 정의할 수 있다.

· caring은 참여의식과 삶은 일도 자진해서 하는 것을 필요로 하는데 교육이나 경력이 하기 싫은 일도 할 수 있도록 만들어 주는 것은 아니다. 의식상실 환자가 때번의 실금이 있으면 모든 간호원들은 이 환자를 깨끗이 해 주고 싶은 마음이 생긴다. 그러나 때번의 실금이 하루에도 여러번 계속되고, 자기를 깨끗하게 해 준 것에 대해서 간호원에게 감사하다는 표현도 하지 못할 때 환자를 깨끗이 해 준다는 것이 쉬운 일이 아니다. 또 다른 예로 출혈이 심한 환자 옆에 앉아 있는 것도 어려운 일이다. 간호원들에게는 의식이 있는 환자와의 활기 있는 대화가 더 만족스러워 보이고 또 시간을 효과적인 방법으로 사용한 것 같이 느껴질 수 있으나 환자를 계속해서 깨끗하게 해 주는 것이나 혹은 출혈이 있는 환자옆에 같이 있어 주는 것이 우리가 가장 해야 할 "caring"이 된다.

· caring은 환자 뿐만 아니라 환자의 주위 환경까지 신경 쓰는 것을 의미한다.

환자 침상 주위는 정돈되어 있고 깨끗한가? 환자 주위 환경을 가정적인 분위기로 변화시키는데 필요한 것은 무엇인가? 깨끗한 색깔을 주고 생을 의미하기도

한다. 환자들에게 화려한 잠옷을 입도록, 또 침상 주위에 환자가 항상 쓰던 물건들을 갖다 놓도록 격려해 준다. 움직이지 못하는 환자의 침상 주위에서 환자가 죽을때 의료 요원들이 같이 생일 파티를 열고 축하해 준다.

Hospice에서 일하면서 발견된 사랑은 환자의 정신은 환경을 바꾸어 줌으로써 교조된다는 것이었다. 때로는 환자본 복도, 현관, 병원내 상점, 병원내 교회, 병원 정원으로 데리고 간다. 거리를 산보하고 상점에서 원하는 조그만 물건을 스스로 사게 하므로써 한 환자의 살려고 하는 소망에 활기를 넣어 줄 수 있다.

· caring은 정서적 고통을 완화시켜 주는 것이다.

인간은 통합된 하나이기 때문에 충족되지 못한 육체적, 사회적, 정신적 요구가 정서적 안녕에 영향줄 수 있다. 육체적인 악화가 계속해서 일어나고, 임종이 다가 오는 것을 느끼므로 환자에게 정서적 부담을 주고 모든 일을 자기 스스로 할 수 없고 타인에게 의존해야 함으로 생기는 노여운 감정이 의료요원들에게 직접적으로 나타나기도 하는데 이러한 노여움이 의료요원 개인에 대한 것이 아니라라는 것을 깨달음으로써 의료요원과 환자 사이의 이해를 증진시킬 수 있다.

· caring은 환자의 말에 귀를 기울이는 것과 세심한 관찰을 필요로 한다.

환자의 주 문제에 대해서 의료요원이 주의를 기울이면 환자가 논의하기를 원하는 것에 대해서 예민해야 한다. 전통적으로 간호원은 육체적으로 움직이는 것으로 되어 있는데 간호원도 반드시 환자 옆에 앉아서 환자애기를 경청하는 것을 배워야 한다. 말없이 조용히 듣는 태도는 환자가 자신의 정서적 갈등을 계속적으로 표현하도록 하는데 도움이 된다.

caring은 신뢰할 수 있는 것을 뜻한다.

즉, 약속한 대로 이행하는 것으로 만약 간호원이 끈진통제를 가지고 오겠다고 약속했으면 그렇게 한다. 지속적인 간호와 의료요원의 참여 의식은 환자에게 안정감을 주고 임종이 닥아올 때 따라 "내버려진"상태가 될까봐 염려하는 것을 해소시켜 주는데, 환자가 안정감을 갖게 되면 편안한 임종에 대한 희망을 현실에서 느낄 수 있게 되기 때문이다.

· caring은 가족요원이나 환자의 가까운 친구에게도 가능해야 한다.

죽음이 임박해 오면, 환자의 사회적 접촉은 가족과 가까운 친구들로 제한되어 있는데 간호원은 이들과 환자와의 관계를 적절히 사정(assessment)해서 도와 주

어야 한다. 임종하기 전에 이들과의 긴장된 관계나 의사소통의 부족을 해소시키려는 노력은 비현실적인 것이나, 이들에게 적은 도움을 줄 수는 있다. 즉, 환자는 무의식 상태이지만 정작은 남아 있다는 것을 말해 줌으로써 전에는 표현할 수 없었던 불편한 느낌이나 마지막으로 의미있는 대화를 같이 나눌 수 있게 된다.

· caring은 임종 환자의 정신적 요구를 아는 것이다.

환자의 정신적 요구(spiritual needs)를 의료요원과 같이 나눌 수 있도록 환자를 격려할 수 있다. 환자가 입을 수 없는 상태 일때, 환자가 좋아하는 성경구절을 읽어 줄 수도 있고, 환자의 요청에 따라서 환자와 같이 기도를 하므로써 환자의 소외감을 감소시켜 주고 희망을 주게 된다. 복사가 주도하는 예배를 환자, 가족, 의료요원이, 함께 보는 것은 참여한 모든 사람들에게 깊은 의미를 준다.

· caring은 값비싼 것이다.

caring은 많은 육체적, 정서적, 정신적 energy를 필요로 하고 있다. 임종환자 및 그 가족의 요구를 충족시켜 주기 위해서는 간호원들도 support system 즉, 동료로부터 또 간호원 주위의 모든 사람들로 부터 지지(support)를 받아야 한다. 자신을 알므로써 자신을 보호할 수 있게 되기 때문에 임종환자 및 그 가족들을 간호하는 사람들은 자신의 한계와 장단점을 알아야 한다. 간호하는 사람 자신도 죽음을 피할 수 없고, 그 사실이 자신의 철학(philosophy)을 재사정(reassess)하도록 요구하며 인생에 궁극적으로 중요한 것이 무엇인지를 생각하게 한다. 이에 대한 해답은 없지만 그렇게 하므로써 임종 환자 간호를 편안하게 해 주는데 영향하게 된다.

Hospice team의 구성원은 각 환자의 특별한 요구를 충족시켜 줄 수 있는 의사, 간호원, 사회사업가, 약사, 정신과 의사, 목사, 환자직제가족 그리고 자원자(volunteer)들로 구성되어 있다.

또 Hospice에서 중요한 부분은 "가정방문 간호 프로그램"인데 이것은 환자가 집에 가기를 원할때 그렇게 할 수 있고 또 어떤 때는 환자의 상태가 나빠질 때까지 집에 머무른 후에야 Hospice에 들어 올 수도 있다. 환자 자신의 장래에 희망이 없다는 것이 질병 그 자체보다 환자를 더 쇠약하게 하고 우울하게 하는 것 같이 이것은 가족에게도 마찬가지로 적용되므로 환자나 가족이 지금의 상황을 어떻게 견디어 내고 있는가를 알기 위해서도 가정방문 간호를 한다. 즉, 환자 가

죽으로 하여금 여러가지 방법으로 지지를 받고 환자에게 간호를 제공하는데 팀의 한 요원으로 참여하도록 용기를 주고, 환자가 임종한 후에도 가족의 요구도에 따라서 일정기간 동안 가족들과 연락을 취하며 만나서 슬픔을 나눌 수 있는 기회를 주며 또 신체적, 정신적인 문제가 가족 중에 있을 때 필요한 경우 진찰 받도록 상담해 주며, 환자의 기일(忌日)에는 해마다 서신을 보내고 있다.

## 2. 자료수집 및 분석방법

1960년 부터 1980년 8월까지 American Journal of Nursing에 실린 73개의 article을 내용별로 나누었고 이중 실제 임종환자 및 그 가족 열에서 경험한 53개의 article을 이 연구의 문헌으로 이용하였다.

### 내용별로 본 분류

*임종환자 및 그 가족에 대한 간호원의 태도	2
*임종환자 및 그 가족에 대한 사례연구	26
*임종환자 자신의 느낌	2
*임종환자 행동수정의 원칙	1
*임종환자 가족들의 grief reaction	4
*임종환자 간호에 있어 장애요소들	11
*Hospice care	4
*A lost life style	1
*Art를 매개체로 한 임종환자와의 의사소통	1
*임종환자를 원하는 장소에 대한 연구	1
죽음에 대한 저자의 철학	4
교육—임종환자간호에 대한	6
Death에 대한 詩	8
Books to help Children Understand Death	1
Perinatal death	1
*본 연구에 문헌으로 이용된 것임.	

## 3. 임종환자 및 그 가족의 간호요구

Rynearson이 제시한 임종환자 간호의 기준 :

1. 환자는 위엄, 존경 및 인간미를 지키면서 임종해야 한다.
2. 환자는 최소한의 동통만이 있어야 한다—증상완화(이 기준은 본 연구의 목적이 아님으로 이곳에서 취급하지 않았다)
3. 임종환자는 반드시 자신의 즐거웠던 과거를 회상할 기회가 있어야 한다. 이때 환자가 원하면 가족과 친구들은 반드시 환자를 방문해서 같이 기회를 나눌 수 있어야 한다.

4. 환자는 인간관계를 뚜렷이 할 수 있어야 한다.

즉, 자신의 회상을 표시하고 지나간 감상적인 일을 같이 나눈다.

5. 환자의 죽음으로 인해 나머지 가족에게 생기는 변화에 대해서 환자와 그 친척들은 이성적인 계획을 세워야 한다.

6. 환자는 가능하면 환자가 익숙해 있는 분위기에서 임종해야 한다; 그러한 여건이 아니면, 환자의 가정과 비슷한 분위기를 최대한으로 제공해야 한다.

7. 마지막으로, 그러나 중요하게 나머지 가족들의 느낌(feeling)에 대해서도 고려해야 한다.

### 1. 환자는 위엄, 존경 및 인간미를 지키면서 임종해야 한다.

임종환자들은 자신의 일상생활을 스스로 조절할 수 있고, 위엄을 유지하면서 임종을 맞기를 원한다. 이 요구를 충족시키는데 필요한 간호의 원칙은, 첫째, 임종을 앞두고 있는 환자는 더 적은 것이 아닌 더 많은 관심을 필요로 한다. 이들은, 자신들을 거의 죽은 상태가 아닌 살아있는 사람으로 대우해 주도록써 존엄과 위엄을 유지할 수 있다고 말한다.

임종을 앞둔 환자를 가족과 환자의 privacy를 지켜볼 목적으로, 또 임종을 다른 환자가 목격하므로 생기는 심리적 타격을 예방할 목적으로, 독방으로 전실시키므로써 환자를 더 고립시키고 있고, 또 이 사람들을 간호원실에서 멀리 떨어진 방에 두는 것은 옳으나, 대화를 나눌 상대자를 찾는 이들의 요구에 (p. 130참조) 완전히 역행하는 현상이다. 실제로 임종환자들은 더 많은 침상간호를 현저히 필요로 한다. 침상목욕, 침상갈기, 자세변경, feeding등..... 경달트, 소변·배변으로 더럽혀진 시트위에 불편하게 누워 있는 환자가 얼마나 풀위가 있으며, 환자의 call light가 간호원의 반응도 없이 계속 켜져 있을때 환자는 얼마나 위엄을 지킬 수 있는 것일까? 다시 말해서 간호원들이 call light에 반응을 보이는 정도를 수일 관찰한 결과, 죽음과 관계가 없는 환자에게는 빨리 반응은 보이고, 임종이 임박한 환자의 call light에는 반응이 아주 느린것을 발견하였다. 간호원들에게 이러한 관찰 결과를 얘기해 주었더니 이 사실을 완강히 부인하였다. 물론 간호원들의 이러한 행동은 의식적인 것은 아니였으나, 죽음에 대한 그들의 무의식적인 표현이 된다고 볼수 있다. 그 외에 "내가 갖고 있는 이 모든 tubes(예 nasal catheter, foley catheter, chest tubes...)없이 위엄을 지키면서

임종을 맞았으면 좋겠습니다.”라는 환자 자신의 요구가 있었다.

두번째 간호의 원칙은, 가능한 환자 자신의 일상생활을 스스로 해나갈 수 있도록 해준다. 임종을 맞이하는 환자들은 자신의 생활을 주관할 수 없는 불가항력에 직면하게 된다. 결과적으로 이 사람들이 갖는 스스로 하고 싶어하는 욕망은 이들을 육체적 정신적으로 강하게 해준다. 이것의 실례로, “12시간 이상을 생존하지 못하리라 예상했던 환자가 있었는데, 해외에서 이틀이나 걸려서 돌아오는 막내아들을 보고 싶다고 말했다. 환자는 이 아들이 돌아온지 2시간후에 임종준비가 되었다고 얘기한 다음 사망하였다”는 것이다.

또 다른 예로, 병원에서 임종하기를 거부한 환자가 스스로 집으로 퇴원해서 자신의 응접실에 앉아서 “잘 가십시오”라고 얘기하러 오는 친척·친구들을 만났다는 수면중 조용히 사망하였는데 이 환자는 자신의 방법대로 임종한 것이다. 즉, 이 환자에게는 몇개의 취사선택권이 남아있었는데 그것을 실천함으로써 최대한의 위엄을 유지하면서 임종했다. 모든 사람들이 이런 방법을 택할 수 있는 것은 아니나 semicomatose가 되어 임종前 단계가 될 때까지는 인생의 존엄성, 의미, 質을 유지하기 위해서 가능한 한 일상생활을 많이 조절할 수 있도록 실천하고 싶은 요구가 임종환자에게는 있다.

3. 임종환자는 반드시 자신의 즐거웠던 과거를 회상할 기회가 있어야 한다. 이때 환자가 원하면 가족과 친구들은 반드시 환자를 방문해서 같이 기회를 나눌 수 있어야 한다.

간호원은 환자의 정서적 요구를 충족시켜 주기에 앞서 생명을 구할 수 있어야 하는 것을 알기 때문에 나는 기계적으로 준비한 Aldomet을 I.V.를 통해서 주었고 그후 일정한 간격으로 혈압을 측정하였다. 그러는 동안 주—우 환자는 계속해서 얘기했는데도 나는 그의 말에 귀를 기울이지 않았다. 내가 내 일을 끝낸 후 나오려고 돌아서는 순간, 환자가 이렇게 얘기하는 것 같이 느껴졌다. 즉, “당신 자신의 문제로 인한 일들은 옆으로 돌려 놓으세요. 나도 아주 특별한 요구가 있습니다.” 그러나 그 환자가 실제로 얘기한 것은 “네 주치의한테 물어 볼 말이 있었는데, 간호원인 당신이 지금 나를 도와줄 수 있습니다.”였다. 그래서 나는 privacy을 유지하기 위해서 환자 주위에 커튼을 치고 그가 얘기하는 것을 들었는데 환자는 죄책감을 갖고 죽었던 시절과 나빴던 시절의 자신의 과거를 도리켜

보았다. 즉, 십대 소년 시절, 첫번째 부인, 현부인과 의 별거를 회상하면서 또 현재의 병을 생각하면서 눈물을 흘리기도 하였다.

4. 환자는 인간관계를 뚜렷이 할 수 있어야 한다. 즉, 자신의 희망을 표시하고 지나간 감상적인 일을 함께 나눈다.

5. 환자의 죽음으로 인해 나머지 가족에게 생기는 변화에 대해서 환자와 그 친척들은 이성적인 계획을 세워야 한다.

본 연구에 이용된 문헌에서는 Rynearson이 제시한 위의 기준에 대한 간호행위의 기록이 없다.

6. 환자는 가능하면 환자가 익숙해 있는 분위기에서 임종해야 한다 ;그럴 여건이 아니면, 환자의 가정과 비슷한 분위기를 최대한도로 제공해야 한다.

임종환자 및 그 가족들은 terminal stage에서 환자가 머물기를 원하는 장소와 임종할 장소를 가정으로 택했다. 환자들이 가정을 택하는데 영향을 준 중요한 요소는 가족 및 친구와 함께 지낼 수 있고 자신의 집에 있는 것이 가장 중요한 요소라고 하였다. 이들은 임종의 시간을 병원에서 느끼는 의로움, 소외감으로부터 떠나서 배우자 및 자녀들과 같이 지내는 시간이라고 보고 있고 또 가정은 일생의 작업을 의미하고, 의의와 동일시(identity)를 유지할 수 있는 곳, 또 자신의 임종을 조절할 수 있는 곳이라고 믿는다. 가족요원중에서 전문적인 도움을 줄 수 있으면, 가정이 임종환자 및 그 가족에게 안정되고, 친밀감을 주며, 그리고 가장 편안한 환경을 제공해 줄 수 있다고 믿으며 가정 다음으로 임종하기를 원하는 장소는 병원이라 하였다. 한 예로, 많은 환자들은 말하기를 “어느 것 보더라도”집에 돌아가기란 원하나, 집에 돌아간 후 “무슨 일이” 일어날까봐 두려워서 그렇지 할 수가 없다고 얘기한다.

7. 마지막으로, 그러나 중요하게 나머지 가족들의 느낌(feeling)에 대해서도 고려해야 한다.

환자가 아동일 경우 가족내 어머니는 아픈 아이를 간호하기 때문에 흔히 아이들과 동일시되고 나머지 아이들은 친척집, 혹은 친구들과 같이 지내게 되므로 아버지관 소외된 상태가 되기 쉽다. 이때 아버지 자신이 거부당하고 있는 느낌을 다음과 같이 표현하였다. “우리 가족이 단지 나를 필요로 하는 시간은, 구형이나 새우치 등에 가야할 일이 있을때 뿐입니다.”

또 임종환자가 아동일 때 형제, 자매도 거부당하는 느낌을 갖는다는 것을 고려해야 한다. 즉, 친척이나 친구들이 방문할 때마다 반복해서 듣는 얘기는, “Georgia는 좀 어때요?” “주치의는 뭐라고 해요?” “Georgia가 오늘은 훨씬 나아보이는군요?” 등등— 그러나 아무도 Georgia의 형제에게는 관심을 보이지 않는다.

노인환자의 경우 집에서 그 배우자로부터 간호를 받을 수 없을까, 가족내 자녀들중의 하나가 그 환자를 간호하게 된다. 이런 경우 아프지 않는 배우자는 아무런 가치도 없다는 기분으로 한쪽 구석으로 밀려져 있는 것을 흔히 본다. 한 부부의 가정에서 간호를 준 사람이 남편이었다면, 남편은 흔히 딸에게 간호를 맡게 되며 이 남편이 부인과 함께 어려움을 지냈다고 할지라도 지금 이 남편은 자신이 방황해왔다고 느낀다. 모든 관심은 부인의 동통에 있고, 또 딸이 간호를 하기 때문에 관심은 딸에게 집중된다. 이 남편도 애용하고 있고 또 간호를 필요로 한다는 것이 결여되어 있다.

가족들은 임종이 임박해오며 따라 환자가 더 고통을 당할 것이라는 두려움이 있다. 이때 간호원은 “환자를 편안하게 해 주기 위해서 우리가 최선을 다하고 있습니다.”라고 얘기해 주므로써 환자가 부당하게 고통을 받지 않는다는 것을 세 확인해 주어야 한다. 임종 순간에 “환자는 더 이상 고통을 받지 않을 것입니다.” 혹은 “곧 쉬게 될 것입니다.”라고 말하므로써 임종이 곧 임박한 것을 알려줄 수 있고 가장 좋은 방법은 아무말도 하지 않는 것이다. 그러나 “나는 간호를 해주고 있고 환자가 늘 편안하기를 원합니다.”라는 진실된 태도를 언제나 보이는 것이다.

임종후 추후 간호를 위한 가정방문이 필요하다. 사랑하는 사람, 특히 배우자를 잃고 난후 1년내에 더 많은 질병이 발생하는 것이 명백해졌고, 근친을 여위고 애용하는 기간중에 hospice팀이 전화통하고 정기적으로 방문하는 것이 혼자 남아 있음으로써 생기는 anxiety를 완화시키는데 근본이 된다. 예를 들어서, 가정방문중에 애용하던 가족이, 자기는 편안한 상태이고 주위의 모든 일이 잘 되어 가고 있으므로 다른 사람들과 얘기 할 필요가 없다고 하면서도 이 여자는 자신의 느낌과 가족에 대해서 45분간이나 쉬지 않고 계속 얘기하는 것을 목격했다. 그 외에 서술된 내용은

“환자가 사망한지 8개월이 되었는데, 그후 적어도 한달에 한번씩은 그 가족들과 대화를 나누었다. 환자가 입원해 있는 동안 그 가족들과의 접촉으로써, 이 가족은 추후 방문을 필요하다는 것을 사정(assessment)

할 수 있었다.”

위의 내용은 Rynearson이 제시한 것에 준하였고, 그 외에 문헌상 반복적으로 언급된 내용은 다음과 같다.

임종환자들은 자신의 얘기를 조용히 들어줄 사람을 원하거나, 같이 대화를 나누기를 원하거나 혹은 단지 옆에 계속 있어 주므로 소외되고, 격리되고, “버려진 상태”가 되지 않기를 원한다.

“여기, 지금 좀 앉으세요.” “지금”이라는 말에 강조를 하면서 환자가 얘기했음에도 불구하고 우리가 언제나 한번 식대로 반응했다. 즉, 내일(來日) 학생들과 같이 이 환자를 방문하기로 약속한 날이기 때문에 나는(정신과 의사) 내 자신의 요구만을 채우기 위해서 다른 환자일로 바빠 주위를 돌아 다녔다. 그리고 이 환자에게는 “안퇴겠는데요, 지금은 머물수가 없고 내일(來日) 다시 오겠습니다.” 이렇게 대답하고는 그 방을 나왔다. 학생들과 같이 그 다음날 환자를 보러 갔을 때는, 이미 너무 늦은 상태였다. 환자는 산소 공급을 받고 있었고, 숨쉬기가 어려워 했고, 환자가 단지 할 수 있었던 얘기는, “하어튼 와 주어서 고맙습니다”였다. 그후 잠시 후에 환자는 임종했다. 언어적 의사소통(verbal communication)은 아니었지만 이 환자가 우리에게 가르쳐 준 사실은, 임종을 맞는 환자가 “지금, 좀 앉으세요.”라고 얘기할때 우리들은 지금 이 시간에 앉아야 한다는 것이다. 왜냐하면 이런 환자들은 “지금”이 그들이 얘기할 수 있는 시간이라는 걸 느끼기 때문이다. 이러한 시간이 다시는 돌아오지 않을 수도 있으므로, 간호원이 단지 2~3분만 환자옆에 앉아 줄 수 있어도, 임종환자에게는 많은 의미를 준다는 것이다. 이러한 환자들의 느낌에 대해서는 다음의 내용이 잘 뒷받침해 준다. “죽음을 의미하는 확실한 증상이 나타나기 전에 자신의 임종을 간호하는 나에게 미리 얘기해 준 몇명의 환자가 있다. 내가 이 사람들로 부터 배운 것은 환자가 나는 죽을 거예요”(동통으로 인한 것이 아닌)라고 얘기하면 이 환자는 보통 24시간내에 죽었다는 것이다. 이때의 느낌을 서술해 보라고 하였더니, 환자는 서술은 못하겠지만, 임종할 것을 단지 안다고 얘기했다.”

또 다음은 환자옆에 가족 및 동료가 계속있어 주기를 원하는 내용이다.

“환자가 혼자 있게 된다고 느낄 때는 하찮은 일에도 야단 법석을 떨고, 요구가 많아지며, 번기나 담배를 계속적으로 요구한다. 이러한 것이 옆에 사람이 있어

주기를 원할때, 환자가 혼자 있게 된다고 느낄때 나타나는 행동들이라는 것을 이 환자를 계속 간호하면서 알았다. 이 환자방을 떠날때는 항상 어디를 가고, 얼마나 오래 있다 온 것인가를 얘기하고 가도 불안이 눈에 띄게 나타나는 것을 관찰할 수 있었다.”

“보통 임종을 맞는 환자들은 우리의 판단이나 우리의 설명을 원하는 것이 아니라, 우리의 이해(understanding), 흔히 조용히 들어주는 것만을 원한다. 이들은 우리가 무엇을 생각하고 있는지 알기를 원치 않으며 그들의 생각에 우리가 흥미있어 하는지를 알기 원한다.”

“가족들이 환자 주위에서 환자를 도와주면서, 환자는 가족들이 옆에 있어 주기를 원한다는 것을 알았다”

임종환자 및 가족들은 진실성 있는 배도를 원한다.  
즉, 신뢰할 수 있고 약속한대로 이행해 주기를 원한다.

이 임종환자는 입원해 있는 동안 동통 완화의 목적으로 Darvon이라는 진통제에 의존해 있었다. 어느날 Darvon이 다 떨어졌을 때 환자가 이것을 요구해 다른 병실에서 빌려와야 한다는 것을 얘기 했더니 환자는 끈기 있게 기다렸다. 그 다음날 저녁에 내가 순회를 할 때 Darvon이 지금 준비되어 있는지 환자가 물어서 투약장을 먼저 확인해 보지도 않고 “네, 있습니다.”라고 말했다. 환자가 자기전에 이것을 요구할때 나는 투약장에 있는 Darvon약병이 아직 채워지지 않은 것을 발견하고는 환자 한테는 말하지 않은채 열른 다른 병실에서 약을 빌려다 투약했는데 명시보다 많은 시간이 걸렸기 때문에 환자는 이미 알고, 노해 있었다. 환자에게 약을 준비해 놓겠다고 약속해 놓고 거짓말을 시킨 결과가 되었다. 환자가 확란 것은 당연한 것이었지만, 환자의 요구는 정당하다는 사실과 환자를 상실 시켰기 때문에 나 자신도 기분이 언짢아 있었다. 환자는 간호 감독에게 이 사실을 전화로 보고 하였고, 간호감독은 즉시 환자방으로 가서 자세한 내용을 들은 후 간호원실에 와서 나에게 왜 빈병을 미리 채워 두지 않았는지 의문을 나타내었다. 여기서 간호감독과 나는 이 환자가 지금 진통제를 요구하고 있다는 사실은 워로 미루어 놓고 약들이 채워지지 않은 과정만을 얘기 했는데, 이때 환자는 다시 부르짖는 것이었다. “나를 뜨기 하지 마세요. 나는, 아직 죽지. 않고 살아 있습니다”

임종환자가 온하게 호소하는 것 중의 하나가 친구, 친척, 특히 의료요원들이 “내일 내가 또 오겠습니다.”

“내가 집에 가기전에 또 들르겠습니다.”라고 얘기해 놓고는 나타나지 않거나 혹은 약속을 지킬 수 없다는 것을 미리 환자한테 알려주지 않는다는지, 오지 못하는 이유를 설명해 주지 않는 것 등이다.

임종환자들은 아래와 같은 진실을 원하고 있다. 즉, “당신의 동통이 나아지는 경향이니까 아직까지는 당신의 상태에 만족하고 있습니다.”

“우리는 최선을 다하고 있습니다. 당신한테 더 효과가 있다고 생각되는 약물을 드리겠습니다.”

“지금은 당신의 상태를 단정하기가 너무 이르나, 일 주나 혹은 이주 후에 다시 나한테 물어보면 그때는 반드시 말씀해 드리겠습니다.”

와 같은 진실을 원하고 있다.

또 환자 가족들은 의료요원들의 진실성에 대해서 다음과 같이 말한다.

사실은 그렇지도 않은데 “모든 것이 잘되고 있습니다.”라고 얘기해 주는 것이 아니라 있는 그대로 진실을 얘기해 주기를 바란다. 환자 가족들이 환자절을 떠난 사이에 환자에게 생긴 변화, 또 환자는 무엇을 원했는지 등에 대해서 얘기해 주기를 원한다. 환자 가족이 밤에 집에 돌아갈때 “환자한테 어떤 변화가 생기면 전화를 걸어 드릴게요.”라고 친절히 얘기하고 그것을 이행하는 간호원에게 고마움을 느끼면서 이런 사람이 내 가족을 돌봐 주기 때문에 안심할 수 있다고 한다.

그외에 가족들은 다음과 같은 것을 얘기하고 있다. “간호원들은 우리에게 진실을 말해 주었는데, 그 점이 지금까지 감명깊게 느껴집니다. 내 가족이 입원해 있는 동안 만약의 경우 대비하는 것이따라 환자 상태에 대해서 두번이나 직접 접으로 전화해 주었습니다.”

“가족들이 집에 가 있는 동안, 환자 상태가 궁금하면 언제든지 전화해도 된다고 격려해 주곤 했습니다. 그리고 우리가 환자였을 잠시 떠난 사이에 일어났던 일을 얘기해 주었는데 그것은 그저 일반적인 내용만은 아니었습니다.”

“환자 가족들에게 진실을 얘기해 주는 것은 중요합니다. 내 환자가 오늘은 상태가 더 나빠진 것 같다고 걱정스럽게 물어면, 간호원들은 흔히 괜찮아요. 라고 대답하는데, 그사람들이 가족의 위치에 있다면 이러한 반응은 만족스럽지 못한 것이라고 느낄 것입니다. 간호원들은 환자 가족들과 함께 슬직해졌으면 좋겠고 모든 것이 잘 되어갑니다. 라는 얘기는 하지 말았으면 좋겠어요.”

#### 4. 임종환자 및 그 가족의 간호요구가 충족되지 못하는 이유

임종이 가까워 질수록 환자 및 그 가족에게 행하는 간호 및 치료는 점점 줄어들고 있다. 특히 임종환자가 무의식 수준이 됨에 따라 의사소통을 할 수 없기 때문에 사망한 것처럼 취급하고 있다. 물론 이 환자는 사회적으로 더 이상 존재하지 않으나, 사회학자 Sudnow는 말하기를, 환자가 반응을 보이지 않는 것은 외부의 자극을 받는 능력이 상실되어서가 아니라 반응할 수 있는 능력을 상실했기 때문이라고 한다. 임종환자들은 가족에 둘러싸여 있어도 또 여러가지 치료 행위에 개입되어 있어도 정서적으로는 고립되어 있는데 병원에서 이런 종류의 간호와 치료를 주는데 영향하는 요소들은 무엇인가? 아래의 순서는 영향력이 높은 것에 따라 나열한 것이 아니다.

첫째, 우리가 살고 있는 사회는 젊은이들 위주로 되어 있고 병원에 있는 임종환자들은 젊음과 삶이 영원히 계속되지 않는다는 것을 상기시키므로 자신의 미래를 예보하는 임종환자 앞에서 의료원들은 편안한 마음이 될 수 없다. 임종 및 죽음을 대하면 무언가 표현하기 어려운 심정이 되는데 그 감정은 거기에 누워있는 환자에 대한 걱정은 아니고, 그것을 통해서 "나도 언젠가는 저렇게 될 것이다."라는 자신의 죽음을 상징하는 것이다. 이것은 심리적 타격(psychological trauma)이며 그래서 의료원들은 가능한한 이것에 대한 주제나 상황을 피하려고 한다.

둘째, 많은 종합병원들은 건강과 생명만을 되찾는데 노력하지 죽음에는 별로 신경을 쓰지 않는다. 이러한 사회적 요청으로 정교한 기구들이 발명되었고, 또 의료원들은 흔히 희귀한 질병이나 호기심이 많은 질병의 치료만을 원하고 있어 노인환자 및 임종환자의 정서적지지(emotional supportive care) 이것들과 비교했을 때 빛이 바랜 것같이 보인다. 또 종합병원에서 흔히 볼 수 있는 것으로서 만성진행성 질환을 가진 임종환자는 병원의 넓은 위치에 두는 경향이며 또 간호원실에서 제일 멀리 떨어진 방에 두고, 의사는 회진시 잠깐들러 chart을 드려라 볼과 동시에 즉시 떠난다. 이러한 의료원들의 일반적인 태도는, "이 환자한테 해 줄 수 있는 것은 아무것도 없다. 아무래도 이 환자는 죽을 것이니까."이다. 또 어느 한 수간호원은 임종

환자간호에 대해서 다음과 같은 반응을 보였다. "우리 병실에는 27명의 환자를 돌봐야 하는데 이 사람들은 모두 실 사람이다." 이러한 생각은 간호에 있어 중요한 것은 **質**이지 **量**이 아님을 깨닫지 못한다고 볼 수 있다.

우리 모두는 인정 받기를 원하고, 그러므로 인정되지 않는 간호는 잘 하려하지 않는다. 극단적인 예로, 생명만을 위주로 하는 병원에서는 임종환자 간호가 "시간낭비"라는 죄의식을 갖게끔 만들기도 한다. 이러한 분위기는 임종환자 자신도 느낄 수 있어 임종환자들은 의료원들이 건강위주이고(health-orientation) 그리고 희귀한 질병이나 호기심이 많은 질병의 치료만을 좋아하는 것을 알고 있다. 한 예로 "내 상태가 좋아지지 않으면, 나한테서 등을 돌리시겠지요?" "이상하게도, 아무도 나를 쳐다 보려고 하지 않습니다."와 같은 임종환자의 반응은 임종환자가 느끼고 있는 죄의식, 실패감, 그리고 거부당하고 있는 느낌을 단면으로 나타내주고 있으며 이것이 장기 만성질환을 가진 사람의 일반적인 느낌이기도 하나 한편 의료원들의 태도를 반영하는 것이라고도 볼 수 있다.

또 흔히 중환자실에 근무하는 간호원의 "제빠른 기술"을 칭찬하는 것은 흔히 볼 수 있는 일이나, "임종간호"에 대해서 칭찬하는 일은 우리 주위에서 흔치 않은 일이다.

셋째, 병원의 조직은 의료순서를 기점으로 구성되므로 환자간호는 이러한 조직에 맞추어야 한다. 즉, 첫째, 간호원들은 일일 3부교대인데 각 근무반에는 각각의 임무가 따로 있으며 분담 맡은 모든 간호는 이 시간내에 끝나야 한다. 이러한 조직내에서 임종환자 간호가 소홀해지는 것은 간호원의 생각이 모자라서도 또 임종환자 간호가 싫어서도 아니다. 다시 말해서, 간호원이 일하는 환경은, 병원의 상황에 의한 것이라고 볼 수 있다. 초번 근무할 때의 예를 들어 보자. 밤 10시에 심근경색증으로 고통받는 중년환자가 입원을 하였다. 벽의 산소는 제 기능을 하지 못해 손으로 운반할 수 있는 산소통을 빌려왔고, 같이 일하는 간호보조원은 일을 제대로 수행하지 못해 P.R.N nurse를 간호 감독이 보내 주었고 환자의 담담 의사는 어느곳에 있는지 확인되지 않아 방송으로 찾아야 했다. 이러한 모든 결과로 인해서 병동의 일은 어수선했고 이미 밤번이 나왔을 때는 초번의 일이 앞으로도 1시간정도 분이 밀린 상태였다. 투약도 해야 되고, charting도 남아 있었는데 늘 주장하는 정서적지지간호(emotionally



supportive care)는 이미 누락된 상태였다. 또 다른 예로, T.부인은 아침번에 내가 분담받은 다섯명의 환자 중 한 사람이었다. 다섯명 환자중 이 환자를 제일 먼저 morning care하기로 결정 했는데 왜냐하면 sacrum에 생긴 욕창으로 밤새 내내 불편해 했기 때문이다. T.부인은 거구(巨軀)였고, A.M care하는데 많은 시간이 소요되었지만 T.부인의 간호가 거의 끝났을때 이 환자가 편안하더라는 생각에 '간호하는 나도 기분이 좋았다. 이 환자 간호를 마무리 짓고 다른 환자로 옮겨가려 할때 T.부인은 숨이 박히는 듯하면서 벼개 튀로 고개를 젓히고 무의식 상태로 빠졌다. 담당의와 나는 최선의 노력을 했으나 환자는 소생하지 않았다. 이 환자를 간호한 나는 굉장히 우울해졌으며 내가 행했던 모든 간호는 아무것도 아니라는 기분도 들고 아직도 남아 있는 나머지 네 환자의 간호를 생각하며 내가 다른 환자부터 시작했더라면…… 하는 생각도 들었다.

두번째, 임종환자와의 interview에서 임종시 사랑하는 가족 및 친지가 옆에 있어 주기를 원하는 것이 보고 되었음에도 불구하고, 병원 정책은 방문객 및 방문시간을 제한하므로써 앞의 간호요구에서도 지적되었듯이 임종환자가 가장 두려워 하는 외롭고, 소외되고, "버려진 상태"를 초래하고 있다. 그리스인들은 죽어가는 과정이 무서운 것이 아니라, 아무도 없이 혼자서 쓸쓸히 죽는게 무섭다고 한다.

네째, 간호행정가들은 임종환자간호를 증진시키기 위한 측면에서 간호원을 배치하지 않는다. 임종환자간호를 P.R.N nurse에게 맡기므로써 간호원과 환자의 사기를 저하시키고 환자는 외로움을 느끼고, 환자를 고택시키는 결과가 되며, "버려진 상태"를 초래하게 된다. 환자를 잘 파악하고 있는 간호원이 그 환자간호를 맡지 않을때 환자는 새로운 사람들과 새로운 관계를 형성해야 하므로써 "버려진 상태"가 되기 쉽다는 것이다. 죽어가는 과정이 길면 길수록 "버려진 상태"는 더 커지는 것을 관찰할 수 있는데 임종환자에게 좋은 간호는 한(같은) 간호원이 계속해서 간호하므로써 환자 및 그 가족과 만족스러운 관계를 형성할 수 있다 그러나 임종 환자만을 계속해서 간호한다는 것은 정서적 긴장을 애기시킬 수도 있으므로 죽음이 빈번히 일어나는 중환자실이나 급성내과 병동에 근무하는 간호원들은 "휴가"와 같은 일시적 휴식이 필요하다는 것도 간호행정가들이 알아야 한다.

다섯째, 임종환자에게 행하는 심리적 지지 간호에 영

향하는 요소는 간호교육이다. 환자가 환자 가족이 격려되지 않고 "버려진 상태"가 되지 않고 의로움을 느끼지 않게하기 위해서는 효과적인 언어, 비언어적 의사소통 방법을 이용해야 하는데, 효과적인 의사소통 기술을 습득하는 첫 단계가 기초간호 교육이다. 향상된 의사소통 방법을 효과적으로 배우기 위해서는 간호원과 환자사이에 상호작용을 분석하는 것이다. 그러기 위해서는 학생들을 가르키기 전에 교수들 자신부터 이러한 기술을 습득해야 한다.

간호원이 되기 전에, 간호원들도 일반 사람들과 마찬가지로 죽음에 대한 반응이 과거의 경험에 의해서 영향을 받은 것인데 간호원이 되었다고 해서, 단순히 하루 아침에 과거의 영향이 없어지는 것은 아니므로 죽음의 의미를 기초간호교육에서부터 말하고, 보고, 연구하지 않고서는 이해 깊은 심리적 지지를 임종환자나 그 가족에게 행할 수 없고 임종환자간호를 행하는 간호원 자신의 느낌도 해결할 수 없게 된다. 흔히 간호원들은 죽음에 대해서 논의하므로써 환자들에게 심리적 타격을 줄까봐 염려 하는데 이것은 환자들이 답변할 수 없는 질문을 해오는 것에 대한 간호원 자신의 불안은 의미하고 있다. 이러한 간호원의 걱정은 환자에게 어떤 얘기를 해 주어야 하는지도 환자의 말을 경청하는 방법을 배우므로써 감소될 수 있다.

여섯째, 임종환자 개인의 사회적 가치는 병원의 의료요원들이 반응을 보이는 또 다른 요소가 된다. 그 외에 개인의 도덕성(Moral character)까지도 그 환자가 받은 간호에 영향을 주는데 예를들어, 분만실에서 젊은 여자가 소리를 지르고 있었는데 알고보니 매춘부였다. 산실에 입원한 다른 환자들 한테는 적절한 간호를 해 주었지만 이 사람 한테만 적절한 간호를 행한 것을 그 환자 방에 들어가는 것 자체가 "올바르지 못한" 느낌을 갖게 한다고 한 간호원이 설명하였다. 現 사회는 연령, 피부색갈, 인종, 교육, 직업, 사회적위치, 美, 인격, 재능, 그리고 성취도에 가치를 두어 병원 사회에서 "평등"은 없는데 예를 들어서 존경받는 사업가의 임종과 빈민굴 낙오자의 임종에 대하는 의료요원의 태도는 현저한 차가 있다. 즉, 사회적 가치의 정도에 따라 임종환자가 경험하는 외로움, 소외감 정도에 영향하고 있으며, 또 사회적 가치에 따라 생명연장術(Life-prolonging technique) 혹은 소생술(revival technique)에도 영향하며 이 術을 적극적으로 사용하거나 혹은 어떤 개인에게는 전혀 사용하지 않는 경우

도 있다.

일곱째, 임종환자에 대한 의료요원간에 부적절한 의사소통이 요인이 되고 있다. 의사들은 자신이 결정을 내리고 다른 사람들은 그 결정에 따르기만을 기대 하는데, 많은 경우에서 이것은 어려운 일이다. 흔히 환자들은 계속적인 간호를 준 간호원에게 친밀감을 느껴 자신의 상태에 대해서 알고 싶으면 간호원에게 접근하고 있는데 간호원은 환자의 상태를 충분히 파악하지 못하고 있는 실정이다. 동시에 환자 가족들도 고통을 받고 있다. 즉, “환자가 얼마 만큼 알고 있나요?” “환자가 죽어가고 있는 거냐고 물으면 내가 뭐라고 대답해야 하나요?” 등, “또환자 가족내 모든 요원들이 따로따로 간호원에게 질문을 해온다. 우리가 병원에 머물러 있어야 하는지, 아니면 집이 타 도시인데 다녀올 수 있는지? 환자는 소생할 건지? 가망이 없는지? 간호원들로서는 여기에 일일이 답하기도 어렵고, 그리고 무엇이라고 얘기해 주어야 하는지도 모른다. 그래서 간호원들 반응의 대부분은 하나의 “처방”처럼 되어 있는데, 즉, “환자는 밤새 잘 잤어요.” “환자의 상태는 변화가 없습니다.” 등등 의미없는 답변을 해 주고 있다.

여덟째, 간호원이 임종환자 및 그 가족에게 이용하는 방어 작용이 요인이 된다. 임종환자에 대한 간호원의 정서적 개입(emotional involvement) 의료요원 중 누구보다 더 많은 것을 본다. 의사들은 임종환자와 보내는 시간이 극히 제한되어 있지만 간호원들은 그렇지 않아서 간호원이 정서적 개입으로 갖는 상실감은 우리가 인식하고 있는 것보다는 더 클 수도 있다. 환자가 죽어가고 있다는 것을 아는 간호원은 그 환자 간호를 맡기 시작 할때부터 슬픈 마음을 갖게 되는데 임종환자로부터 자신을 보호하기 위해서 사용하는 방어 작용이 흔히 상황으로부터의 철회(withdrawl)이다. 간호원들은 낯선 것에 대해서 얘기하는 것이 다가올 죽음에 대해서 얘기하는 것보다 더 쉬운 것이 사실이어서 간호원의 가면, 가장(pretending)과 모르논체 하는 의사소통 방법은 환자가 경험하는 외로움, 소외감을 더욱 키우는 요소가 된다. 여기에 첨가해서, 간호원들은 대화를 억제하는 수단으로 의사의 권위적 위치를 합법적 도구로 사용하는 것을 배우는데 다음의 인용이 이것의 좋은 예이다. “옛날에 환자는 죽어서 천당엘 갔는데, 그가 어디에 있는지 확실히 않았다. 당황한 끝에 옆에 서 있는 간호원에게 물어 보았다. ‘간호원,

내가 죽었습니까?’ 간호원이 해준 대답은: ‘당신 주치의에게 물어 보셨습니까?’ 간호원이 사용하는 또 다른 방어 작용은 ‘임종환자를 비인격적(impersonality)으로 다룬다는 것이다. 즉, 간호원들은 환자를 “case” 혹은 “disease”로 취급하므로써 간호원 자신들은 안정감을 느낀다는 것이다.

아홉째, 환자에게 진단명이나 예후에 대해서 얘기해 주지 않을 때 환자는 외로움, 소외감을 느끼고 고립상태가 된다. 진단명이나 예후에 대해서 환자 본인에게 알리지 않을 때 환자를 간호하는 간호원 자신이 불편한 마음이 된다고 흔히 얘기하고 있다. 즉, “환자와의 대화중에 죽음에 대한 얘기는 피해야만 한다. 의사들은 회진시 환자를 잠시 둘러보고 걸음으로는 이것을 당연하고 정상적인 상황으로 돌리므로써, 임종환자와 최소한의 대화만 나누게 되므로 이러한 압박감을 피할 수도 있다. “또 환자가 짧은 기간 동안만 입원해 있거나 혹은 자신에게 일어나고 있는 것에 대해 간호원들에게 물어오지 않는다면 큰 문제가 없는데, 환자가 수 주 혹은 수개월 입원해 있게 되면, 질문할 기회는 많아지게 된다. 결과적으로 진단명이나 예후를 얘기해 주지 않는 환자에게는 되도록 환자와 접촉할 기회를 줄임으로써 불편한 상황을 피하려고만 하게 된다.” 또 다른 예로, 정서적으로 불안정한 환자였기 때문에 주치의는 이 환자에게 암이라는 진단명을 알려주지 않기를 원하고 간호원들에게도 그렇게 말했다. 그러나 환자는 직적을 통해서 자신의 증상으로 미루어 보아 암이라는 확신을 가지고 간호원에게 여러가지 질문을 해올 때 간호원은 의사와 환자사이에서 이 환자에게 무엇보다 얘기해야 좋을지 몰라 당황하게 된다. 이때 간호원은 불편한 상황에 처할 뿐만 아니라, 좌절감, 무력감, 우울감을 느끼게 된다. 간호원들이 이러한 상황에서 도피하려고 하는 것은 납득할 만한 일이나 이러한 기피현상이 임종환자에게 중요한 결과를 초래하고 있다. 즉, 간호원이나 환자가족은 그 환자가 아픈지는 하나 죽지 않을 것처럼 행동하려고 의식적으로 노력해야 하며 행위에 주의를 기울여야 한다. 환자는 간호원들이 자기를 피한다는 것을, 혹은 질문하지 못하게끔 대화가 이끌어져 나간다는 것을 느끼므로 소외감과 외로움을 느끼게 된다.

Dr. Kübler-Ross는 환자들은 그들의 진단명이나 예후를 얘기해 주지 않아도 환자 주위에서 일어나는 일들이 암시를 해주기 때문에 자신이 죽어가는 과정에

있다는 것을 모두가 알고 있다고 얘기했다. 가족은 환자에게 진단명이나 예후를 알려주지 않기로 결정하였음에도 불구하고 환자는 원복에게 “내 병은 암이고, 내가 죽을 것을 압니다.”라고 말하였다. 그후 원복은 이 환자를 정기적으로 방문하였고 이 환자도 자신의 죽음에 대해서 목사님과 얘기를 하였지만 자신의 가족과 의료요원과는 죽을때까지 모든 것을 모르는채 하면서 죽어갔다.

환자에게 진단명이나 예후에 대해서 얘기해 주지 않으므로써, 환자가 의로움, 소외감을 느끼고 고립상태가 될뿐 아니라 Rynearson이 제시한 3,4,5번째 사항은 이루어질 수 없게 된다. 즉, “안녕히 계십시오.”라는 마지막 말이나 혹은 환자 및 가족이 함께 남은 가족의 미래에 대한 계획을 타놓고 세울수가 없게 되며 의료요원들도 이런 마지막 사회적 경험을 '임종환자와 함께 나눌 수가 없게 된다.

열째, 임종환자의 소란스러운 태도가 요인이 되고 있다. 임종환자가 자신의 죽음에 대해서 긍정적인 태도를 가지면 죽음에 대해서 거부와 노한 반응을 나타내는 것보다 의료요원들로부터 더 많은 관심을 갖게 되는 것이 관찰되었다. 임종 환자의 태도가 주위 사람을 불안하게 하므로써 간호원들에게 긴장감을 주고 그러므로써 좋은 간호가 이루어지지 않는다는 것이다. 분노감을 표시하고 요구가 많은 환자들이 여기에 속한다고 할 수 있는데, 즉, 현실을 현실로서 받아들일 수 없는 사람과 주위의 사람들을 안절부절 못하게 하는 환자들이 있는데 이런 환경 밑에서는 간호원들은 임종환자에게 진절할 태도로서 편안하게 해 주려고 노력은 하면서도 한편으로는 자기 자신, 담당의 그리고 주위의 모든 사람들에게 노여움을 투사하게 된다. 이렇게 행동하는 환자들은 가능하면 피하게 되도록 환자는 고립되고 또 의사와 간호원들에게 많은 긴장 분위기를 조성시킨다.

죽음을 앞둔 환자들은 매척하고 피하게, 피며 피상적으로 대하는 경향인데 왜냐하면 이 환자를 간호하는 사람이 환자에게 무엇을 얘기해야 할지 모르거나 혹은 틀린 것을 얘기할까봐 두려워서 그렇다. 결과적으로 환자의 소란스러운 행동을 참아야 하는 데 이렇게 인정하므로써 환자는 외로움과 소외감을 더 느끼고 자신의 미래에 대한 현실적인 계획을 세울수가 없게 되고, 또 자신이 갖는 두려움이나 느낌을 가족과 같이 나눌 수 없게 된다.

### Ⅲ. 결론 및 제언

이 연구의 목적은 실제 경험한 보고서를 통해서 임종을 앞둔 환자와 그 가족이 원하는 간호 내용(행위)을 파악하므로써 심리적 요구를 알고, 또 이러한 요구가 충족되지 못하는 이유를 파악하기 위함이다. 임종환자의 신체적 간호는 간호학 교과서에 자세히 서술되어 있기 때문에 이 연구에 포함시키지 않았다.

임종환자가 있는 곳은 어디거나 하스피스의 원칙과 철학을 적용할 수 있으므로 우선적으로, 하스피스의 語源, hospice care의 구성내용 및 저자들은 hospice care의 본질을 무엇이라고 하는지 살펴보았으며 문헌 분석을 돕기 위해서 관련된 article을 내용별로 분류하였는데 자료수집 및 분석방법에서 열거된 내용이 정도의 차는 있으나 각 article마다 중복되므로 주(主)된 내용에 따랐다.

임종환자 및 그 가족의 간호요구에서 발견된 사항은, 1. Rynearson이 제시한 위엄있는 임종의 의미는 서술된 간호 내용(행위)을 통해서 언어적 장벽을 극복할 수 있었다. 2. Rynearson이, 마지막으로 제시한 임종환자 가족의 요구는 두 측면으로 고려되어야 하는데 즉, 환자가 아픈 기간 중 나머지 가족에 대한 느낌 및 임종후 가족 구성원내에서 혹은 가족 구성원밖의 system에서 적절한 지지를 받고 있는지 확인해야(follow-up care) 한다. 3. 임종환자들은 옆에 같이 있어줄 상대자를(companionship) 원하는데, 이들이 원하는 companionship은 Rynearson의 3,4번째항보다는 더 광범위한 의미가 있어 따로 분류했고 이 Rynearson 제시한 기준의에, 새로이 첨가된 요구로는 “의료요원들의 진실성있는 태도”이다.

임종환자 및 그 가족의 간호요구가 충족되지 못하는 이유로는, 1. 우리가 살고 있는 사회는 젊은이론 위주로 되어 있고 병원에 있는 임종환자들은 젊음과 삶이 영원히 계속되지 않는다는 것을 상기시킨다. 2. 많은 병원들은 건강과 생명만을 위주로 하고, 죽음에는 별로 신경을 쓰지 않는다. 3. 구조적으로, 병원은 의료순서에 기초를 두므로 환자 간호는 이러한 조직에 맞추어야 한다. 4. 간호행평가들은 임종환자 간호를 증진시키기 위한 측면에서 간호원을 배치하지 않는다. 5. 임종환자에게 행하는 심리적 지지 간호에 영향하는 요소는 기초간호교육이다. 6. 임종환자개인의 사회적 가치에 따라 받는 간호가 다르다. 7. 임종환자에 대한

의료요원간에 부적절한 의사소통이 요인이 되고 있다.  
 8. 간호원이 임종과 죽음이라는 상황아래에서 자신을 보호하기 위해서 사용하는 방어작용이 요인이 된다.  
 9. 환자에게 진단명이나 예후를 얘기해 주지 않기 때문이다. 10. 임종환자의 소란스러운 태도가 요인이 된다.

## 제 언

문헌고찰을 통해서 본바와 같이, 의료요원들의 죽음에 대한 개념이 자신의 비도 및 환자와 가족이 받는 간호에 영향하므로 임종환자 및 그 가족의 요구를 충족시키기 위해서는 죽음에 대한 간호원 자신들의 느낌이 어떤지 재평가해야 한다. 이르기 위해서는 이론을 입증하려고 노력하기 보다는 언어 및 비언어적 의사소통의 구성요소에 주력한 간호원과 각각 다른 임종환자 및 그 가족과의 상호작용을 書文化하여 이것을 분석하고 평가하므로써 Rynearson이 제시한 사항외에 더 많은 환자 및 그 가족의 요구, 환자에게 영향을 주는 성격·양성적 간호행위를 파악할 수 있으며 또 실재를 효과적으로 배울 수 있게 되는데, 본 연구의 문헌으로 이용된 53개의 article이 실제 경험한 보고서임에도 불구하고 많은 간호행위가 지적되지 않은 것은 (특히 Rynearson의 4,5번째항은 전혀 지적되지 않았다) 이

러한 의사소통의 구성요소에 주력한 내용이 아니었기 때문으로 사려된다.

본문에, 지적된 임종환자 및 그 가족이 원하는 간호는 外國 문헌을 통해서 外國 것을 살펴본 것이므로 문화적 배경의 차이를 고려할때 한국문화권내에서 실제 임종환자 옆에서 보고, 듣고, 경험한 내용을 분석하고 또 우리나라 건강사업 전달체제(Delivery of Health Services)내에서 이들의 요구가 충족되지 못하는 이유를 분석해서 우리에게 합당한 임종환자 간호를 모색해야 되겠다.

## References

1. Shinner, B.F. *Science and Human Behavior*. Macmillan Company, New York, 1953
2. Middlebrook, P.N. *Social Psychology and Modern Life*. Alfred A. Knopf, New York, 1973
3. Saunders, Lively. "The Last Stages of Life," *American Journal of Nursing*. March, 1965
4. Rynearson, Edward H. "You are standing at the Beside of a Patient Dying of Untreatable Cancer," *Cancer Journal for Clinicians*. 9: 87 (May-June), 1959

## —ABSTRACT—

### A Literary Review of Obstacles to Providing Psychological Care for Dying Patient and His Family

#### —According to American Journal of Nursing—

The purpose of this study is to find out most wanted nursing contents (behavior) of the dying patient and his family and to discover the obstacles to helping the dying as analysis of 53 factual reports on the care of dying patients on American Journal of Nursing from 1960 to 1980.

Since it is possible to apply hospice principle and philosophy wherever someone is dying, primarily reviewed origin of hospice care, component of care, and its principles from the authors' viewpoint. The nursing contents are reviewed according to the criteria to be met as suggested by Rynearson, and significant findings are;

1. It is possible to overcome language barrier about the meaning of death with dignity by

reviewing described specific nursing contents.

2. There should be concern for the family (Ryner's last suggestion) into two aspects-during the crises, and after the crises (follow-up care)
3. The dying patient needs continuous comrade.
4. The dying patient needs truth from the health care team members. This is a totally new finding. The obstacles to providing psychological care are;
  1. We live in a society which focuses on youth, and dying patient is a reminder that youth and life are not lasting forever.
  2. Hospitals are oriented to health and life, not to death.
  3. Organizationally, hospitals are based on medical order, and dying patient must fit into it.
  4. Nurse administrators do not consider staffing policies in order to improving the care of dying patients.
  5. Basic nursing education contributes to the psychologically unsupportive care giving to patients.
  6. The social worth of an individual is the factor in staffs' responses.
  7. Inadequate communication about the dying patient is the factor among health team members.
  8. The defenses nurses use to protect themselves from awkward situation is the factor.
  9. Patients who do not know their prognosis can receive negative effect.
  10. Patients whose dying behavior is disturbing can have negative effect,

#### Suggestions

Since above conclusions are drawn from American Journal of Nursing, these findings should be validated within Korean context, and nurses should reassess their findings about the death. To achieve these goals, a nurse must sit beside the dying patient and learn facts from them rather than trying to prove theory, and she should observe communication components between nurse and her patient and family.

#### 부 록(본 연구에 문헌으로 이용된 Article)

- Baker, J., "A Patient's Concern with Death", July, 1963  
Engel, G., "Grief and Grieving", September, 1964.  
Geis, D., "Mother's Perceptions of Care Given Their Dying Children", Feb. 1965  
Saunders, C., "The Last Stages of Life", March, 1965  
Berg, R., "Let's Talk about Death", January, 1966  
Quint, J., "Obstacles to Helping the Dying", July, 1966  
Wygant Jr., W., "Dying, But not Alone", March, 1967  
Kneisl, C., "Thoughtful Care for the Dying", March, 1968  
Sharp, D., "Lessons from a Dying Patient", July, 1968  
Frankel, E., "I spoke with the Dead", Jan., 1969  
Braverman, S., "Death of a Monster", Aug., 1969  
Pomeroy, M., "Sudden Death Syndrome", Sept., 1969  
Goldfogel, L., "Working with the Parent of a Dying Child", August, 1970

Blewett, L., "To Die at Home," December, 1970  
 Kübler-Ross, E., "What is it Like to be Dying?", Jan., 1971  
 Hoffman, E., "Don't Give up on Me!", Jan., 1971  
 Mervyn, F., "The Plight of Dying Patients in Hospitals", Oct., 1971  
 Sister Maxwell, M., "A Terminally Ill Adolescent and her Family", May, 1972  
 Domning, J., "Experiences With Dying Patients-A boy who couldn't talk", June, 1973  
 Stackman, J., "Experiences with Dying Patients Some patients prefer silence", June, 1973  
 O'Neill, P., "Experiences with Dying Patients-Won't Someone care?" June, 1973  
 Croushore, T., "Experiences with Dying Patients-It's hard to sit with death", June, 1973  
 Grenda, B., "Experiences with Dying Patients-When the hour comes", June, 1973  
 Carolan, M., "Experiences with Dying Patients-The Search for meaning", June, 1973  
 Pruitt, M., "Experiences with Dying Patients-It only takes a little time to listen", June, 1973  
 Zollman, J., "Experiences with Dying Patients Listening to those who can speak and those who cannot", June, 1973  
 Walker, M., "The Last Hour Before Death", September, 1973  
 Human, M., "Death of a Neighbor", November, 1973  
 Northrup, F., "The Dying Child", June, 1974  
 Jackson, P., "Chronic Grief", July, 1974  
 Whitman, H., "Behavior Modification for Terminally Ill Patients," Jan. 1975  
 Lacasse, C., "A Dying Adolescent", March, 1975  
 Gyulay, J., "The Forgotten Grievors", Sept., 1975  
 Craven, J., "Hospice Care for Dying Patients", Oct., 1975  
 Ufema, J., "Dare to Care for the Dying", Jan., 1976  
 Hendrickson, S., "A Philosophy of Death-Made Personal", Jan., 1976  
 Wentzel, K., "The Dying Are the Living", June, 1976  
 Bunch, B., "Dealing with Death-The Unlearned Role", Sept., 1976  
 Marks, M., "Dealing with Death-The Grieving Patient and Family", Sept., 1976  
 Nakushian, J., "Restoring Parents' Equilibrium After Sudden Infant Death", Oct., 1976  
 Johnson P., "The Long, Hard Dying of Joe Rodriguez", Jan., 1977  
 Paige, R., "Hospice Care for the Adult", November, 1977  
 Martinson, I., "Home Care for the Child", Nov., 1977  
 Grove, S. "Encounters with Grief-I am a Yellow ship", March, 1978  
 Kovalesky, A., "Encounters with Grief-That Night in the Neonate Nursery", March, 1978  
 Decker, D., "Grief-In the Valley of the Shadow", March, 1978  
 Kowalsky, E., "Grief-A Lost Life Style", March, 1978  
 Klepser, M., "Grief-How Long Does Grief go on?", March, 1978  
 McLaughlin, M., "Grief-Who Helps the Living?", March, 1978  
 Murphy, J., "Communicating with the Dying Patient", June, 1979  
 Ames, B., "Art and a Dying Patient", June, 1980  
 Putnam, S., "Home as a Place to Die", August, 1980  
 Dobihal, S., "Enabling a Patient to Die at Home", August, 1980