

말기 암환자의 총체적 고통

연세대학교 간호대학, 간호정책연구소

이 원 희

Abstract

Total Pain of Patient with Terminal Cancer

Won-Hee Lee, RN Ph.D.

Yonsei University, College of Nursing, Nursing Policy Research Institute

Purpose: The purpose of this study was to describe a total pain model in patients with terminal cancer and to identify factors relating to total pain using the Twycross Pain Management Model, which included physical, psycho-social and spiritual pain.

Method: The study was a retrospective descriptive study. The first stage included 87 patients who received hospice service at Y hospital in 1997. The second stage included five model patients who suffer severe pain as selected by the four hospice nurses. Data collection was from 1) chart analysis and 2) in-depth interviews with the hospice nurses about their selected patients. Data analysis was performed using SPSS-WIN and content analysis.

Result: 1) The main problems of 3 patient with terminal cancer were pain(77%), constipation (25.3%), family coping(35.6%), psycho-spiritual distress(17.2%) and other symptoms. 2. The Twycross model was a useful model. However, new items were added; loneliness, depression, and no improvement in condition as depression factors. In anger, new items were anger due to family neglect, at God and in relationships. The case studies identified the followings; 1) Patient suffer from physical pain as well as multiple other symptoms when cancer is advanced. 2) Body concept, role change, threat to self concept, fear of pain, fear of death, anxiety, family conflict, financial burden, spiritual distress, hope for a cure, are all affected.

Conclusion: 1) It is believed that the Twycross model is useful but further tests and revisions are necessary for deciding priorities in the care plan. 2) Pain management must improve culturally appropriate and family support, psychological, spiritual care are imperative for patient with terminal cancer. 3) Further study is recommended to test correlations of depression, anxiety, spiritual distress and family coping using valid instruments. A qualitative study on the spiritual journey of the patient with terminal cancer is also recommended.

Key Words: Total pain, Terminal cancer

연구의 필요성

이 논문은 1995년도 연세대학교 학술연구 과제임.

책임저자: 이원희, 서울시 서대문구 신촌동 134

연세대학교 간호대학

Tel: 02)361-8143

E-mail: leewhn508@yumc.yonsei.ac.kr

총체적 고통의 개념은 신학과 철학에서 비롯된 것으로서 사회·심리학자들에 의해 그 특성이 연구되기

시작하였으며, 1960년대 이후 건강분야에서 관심을 가지게 되었다. 호스피스의 선구자인 Saunders는 총체적 고통(Total pain)의 개념을 도입하였고 Twycross와 Lack[1]은 말기 암환자의 통증은 신체적 통증과 심리, 사회, 경제, 영적 고통이 포함된 개념이며 따라서 통증을 완화하기 위해서는 신체적, 심리적 치료가 동시에 팀으로 이루어져야함을 주장하였다.

고통은 모든 인간이 피할 수 없는 근원적인 경험으로서 개인의 경험과 의미, 문화적 가치와 기준에 의해 영향을 받는다. 인간이 독특하고 전인적인 존재이므로 고통 또한 개별적이면서도 통합된 자아의 경험으로서 신체적, 정서·심리·사회적 및 존재론적·영적 차원을 포함한 다차원적이고 총체적인 개념으로 이해되고 접근되어야 한다.

고통의 사전적 정의를 살펴보면 고통은 괴로움과 아픔(한국어 대사전, 1976)이고 동통, 고통, 비탄(뉴윌드 한영대사전, 1979)으로서 몸이나 마음의 괴로움과 아픔(국어대사전, 1982)상태이며, 동통, 비탄, 상해로 인해 발생하는 것(Webster's New world Dictionary, 1984)이다. 또한 고통은 '개인이 겪는 괴로움의 상태, 동통이나 괴로운 느낌을 경험하는 것 또는 상실을 경험하는 것'(American Heritage Dictionary, 1981)이며, '슬픔, 욕구불만, 갈등 등 여러 가지 심리적 원인에 의해서도 생기는 것으로서 통각자극의 감각 그 자체와는 구별되는 것'(동아 백과사전, 1989)이라고 정의하고 있다. 이상을 종합해 볼 때, 고통에 대한 사전적 의미는 참아내는 수동적이고 침묵하는 속성이 있는 것으로서 슬픔, 비탄, 상해, 갈등, 상실감 등이 고통의 원인이 되며, 고통을 괴로움으로 제시하고 있다.

Twycross와 Lack[1]은 통증이란 감각지각과 이에 대한 정서적 반응의 두가지 요소를 포함하는 것이라고 정의하며 신체적 통증과 불안, 우울을 야기시키고 있어서 수면장애를 초래하는 악순환의 현상을 설명하는 총체적 고통을 서술하였다. 또한 말기 암환자의 경우 죽음에 대한 두려움과 불안이 가중되어 삶 전체에 영

향을 준다고 주장하며 통증과 고통을 구별 없이 쓰고 있다. 임종을 당면한 환자들의 영적 요구는(심한 통증 조절에 마약이 필수적인 것과 마찬가지로) 정확히 사정되어야 하고 전문인력의 도움이 필요하다. 종교는 영적 요구를 충족시켜 주는 한 체제로써 고통에 대응하는 방법에도 영향을 미치므로[2] 고통의 종교적 의미를 살펴보는 것은 고통에 대한 인간의 반응을 인식하기 위해서 필요하다. 고대 부족사회에서는 생활자체가 종교생활이었는데, 잡신들, 죽은 조상, 동물, 식물, 무생물들이 서로 조화를 이루며 하나의 사회적 역할을 하였다[3]. 이 원시사회의 조화는 탐욕으로 인해 파괴되어지고 그 결과 분노, 불신, 결국에는 모든 형태의 고통이 초래된다고 보고 단지 무당만이 사회의 조화를 유지·회복하기 위한 의사소통의 힘과 통찰력을 가지므로 고통 당하는 자는 무당과의 사회적인 관계회복을 통하여 고통이 경감될 수 있다고 믿었다[2].

힌두교에서는, 개인의 태만과 잘못으로 질병과 상해가 초래되고 그 결과로서 고통이 온다고 보고 이를 위한 효과적인 방법은 없지만 고통을 극복하기 위해서는 모든 망상을 버리고 'Brahman'과 화해해야 한다고 믿는다[4]. 불교는 Hinduism에서 기인된 것으로서 주된 관심을 '두카(고통과 아픔)'에 두고 있다. 모든 삶 자체가 고통이며, 고통은 욕망에서 비롯되고 이 욕망은 맹목적인 집착과 자신을 믿을 때 초래되며[5] 출생·노화·병듦·죽음이 슬픔을 초래하게 되고 세상에서는 계속적인 슬픔과 갈등이 연쇄적으로 일어나는데 단 하나의 탈출방법은 8정도(Eightfold Path:바른 믿음·결심·말·행동·생활·노력·사고·명상)를 꾸준히 실천하는 것이라고 본다[6]. 유교는 공자철학의 가장 핵심적인 개념으로서 교육이 도덕과 철학을 채울 수 있으며, 하늘과 인간사이를 연계할 수 있기 때문에 교육을 강조한다. 하늘과 인간사이의 다리를 형성함에 있어서 '본질 수양'을 강조한다. 유교주의자들은 인간의 본질이 자기수양과 노력을 통하여 완전해질 수 있다고 보고 사람이 충분히 교육된다면, 악이나 고통은 없다

고 본대[7]. 유대교에서는 인간은 자신에게 부여된 자유의지를 악하게 남용하여 죄를 짓고[4] 그 결과로 세상에 고통이 왔다고 본다. 개인의 잘못으로 초래된 것이지만 하나님의 뜻을 알 수 있는 기회이므로 고통을 정의로운 하나님의 선물로서 받아들여야 한다고 믿는다[8].

이에 반해 기독교에서는 유대교에서 부정하는 예수를 믿으며, 하나님의 고통의 제물로서 예수 그리스도가 십자가에 돌아가심을 강조하므로 인간의 죄됨, 하나님의 공의로우심과 인간에 대한 하나님의 사랑의 본질을 재해석한다[2].

이슬람교는 인간 죄의 결과로 고통이 비롯된다고 보고, 이 인간의 죄와 고통의 가장 커다란 원인을 불신과 불의로 본대[4, 9]. 이 불신과 불의는 현세계 뿐만 아니라 영원한 세계에서도 벌을 받아야 하는데 이것은 알라의 동정에 의해서만 경감될 수 있고, 경감될 수 없는 고통은 인내해야 할 부분이라 인식하고 끝까지 인내할 때 보상이 있다고 본대[2].

현대 과학 기술적 문화에서는 고통은 비도덕적인 원인과 인간의 잘못이나 욕심의 결과 또는 외부의 위협을 인식하고 통제하는데 실패한 결과일 수 있다고 본다. 고통은 죽음과 함께 끝나며, 고통의 원인은 생존의 끝이 되면 추정할 수 있다고 보며, 질병의 고통은 개인적인 문제로 해석한다[10].

종교에 따라 고통의 원인과 극복·해결을 위한 처방은 다를지라도 모든 인생의 역경들은 인생의 궁극적인 의미설명의 논리로 집약된다[4, 9]. 종교적 의미에서의 고통은 인간이 행한 잘못·태만·악에 대한 보응이나 신이 내린 벌로서 인식함으로써 신에게 불신과 분노를 느끼거나, 그와 대조적으로 신과 조화와 화평을 이루기를 원하는 인간의 모습과 고통은 영적인 성장 기회를 제공한다는 두 가지 견해로 볼 수 있다[10].

고통의 사회·심리·의학적 의미를 살펴보면, 사회학에서는 사회제반 문제에 관련된 고통의 속성에 대해 제시하고 있는데, 빈곤문제는 사회문제이며 빈곤으로

인해 경제적 고통을 당한다고 보는데[11] 즉, 고통의 원인을 빈곤으로 인해 인간이 느끼는 고통경험 상황으로 설명하고 있다. 또 고통은 사회적으로 형성된 선입견과 차별로 인해서도 올 수 있으며, 고통이 개인적일 때는 각 개인에게 도움을 주는 중재를 하면 해결되지만 그 고통이 사회적 것에서 비롯될 때에는 사회적 치료가 있어야 한다[12].

사회적 차원에서의 고통은 건강한 세계와의 단절, 직업상실, 경제적 문제, 정보의 부족, 사회적 지지체계와의 불화, 미래계획의 포기, 변화된 일상생활 등으로 인한 것으로서, 특히 사회적으로 왕성한 활동을 하는 시기에 있는 암환자일수록 가족 특히 자녀에 대한 책임을 다하지 못하는 것으로 인한 부담감이 가중되어 그들이 당하는 고통은 다른 어떤 환자들보다도 극심하다[10]. 이러한 고통은 사회의 개성, 자율성, 자아 불만족감에 의해 형성되며 사회의 둔감함에 의해 더 악화되어지는 것으로 본대[13]. 예를 들어 만성질환이 있을 때 주위 사람들의 천대와 대상자의 요구에 대해 건강전문인의 도움이 소홀할 때 자신에 대해 희망이 없고 무기력한 존재라는 경험을 하게 되고 그로 인해 고통이 일어난다.

심리학자 Justice[14]는 심리적 폭력으로 인해 정신적 상해, 수치감, 억압감, 불안, 낮은 자아존중감이 형성되며, 자신에 대한 확신이 무너져 내부자아가 파괴되고 수치감을 느끼게 된다고 보고 이것이 침묵하는 특성을 보이게 한다고 한다.

심리적인 차원에서의 고통은 통제에 대한 상실감, 질병이 온 것에 대한 분노, 소외감, 불확실성, 죄책감, 수치감, 두려움, 불안, 우울, 절망, 슬픔, 무력감이 있는데, 특히 우울, 불안, 절망감은 암환자의 주된 총체적 고통 표현 방식이다[1].

의료인과 의학기술로 초래되는 고통은 의사가 대상자의 통증을 정당화하지 않을 때 일어난다고 보고[15] 인간의 질병을 전인적이 아닌 국소적인 현상으로 봄으로써 대상자의 고통을 유발시키게 한다고 Reiser[16]

은 주장한다. 또한 고통이 전인적인 경험임에도 불구하고 의학에서 고통의 이해·연구가 등한시되는 이유는 이원론(dualism)의 영향 때문이다[15].

한국에서 호스피스가 시작된지도 30여년이 되었고 Saunders, Twycross의 총체적 고통 개념을 많이 인용하고 있으나 이 모델을 근거로 한 연구는 찾아볼 수 없었다. 말기 암환자들의 고통을 전인적으로 다루는 연구를 통해 총체적 고통을 신체적, 심리, 사회, 영적인 고통에 대한 현상을 파악하고 team접근의 타당성을 제시하여 효과적인 호스피스 서비스를 제공할 기초 자료를 제공하고자 이 연구를 시도하였다.

목 적

말기 암환자가 경험하는 고통에 대한 전반적인 이해는 암환자의 삶의 질을 향상시키는 간호중재를 계획하기 위하여 필요하다. 이 연구의 목적은 Twycross 모델을 근거로 말기 암환자의 총체적 고통에 대한 현상을 파악하기 위한 것으로 구체적인 목적은 다음과 같다.

- 1) 말기 암환자의 총체적 고통의 내용을 파악한다.
- 2) 총체적 고통의 관련요인을 파악한다.

용어의 정의

1. 총체적 고통

말기 암환자의 신체적 통증은 심리, 사회, 영적 고통이 동시에 수반되는 것으로 다차원적이고 총체적인 개념이다[1, 17].

2. 말기 암환자

주치 의사에 의해 호스피스에 의뢰된 암환자를 의미한다.

방법 및 분석

본 연구는 호스피스 서비스를 받은 말기 암환자의 의무기록지를 분석하는 후향적·서술적 연구이다.

연구의 표본은 1단계에서는 1997년에 일개 대학에서 운영하는 호스피스 사업소에서 호스피스 서비스를 받은 등록된 환자전수를 대상으로 하였고 2단계에서는 4명의 호스피스 간호사에 의해 선정된 가장 고통이 심한 5명의 환자를 대상으로 하였다.

자료 수집 방법은 Twycross model을 근거로 만든 구조화된 분석 틀을 사용하여 호스피스 환자의 의무기록지를 분석하고 5명의 환자들을 담당하였던 호스피스 간호사와의 심층면담을 통해 의무기록지의 내용을 깊이 있게 보충하여 자료를 수집하였다. 또한 호스피스 정규 Team meeting시 case conference를 통하여 고통의 내용과 관련요인을 확인하였다.

자료의 분석은 SPSS를 이용하여 인구학적 특성, 증상 발현과 빈도를 서술적 통계를 사용하여 분석하였고 간호사와의 심층면담은 내용을 분석하였다.

결 과

1. 일반적 특성

연구 대상자는 87명으로 평균 연령은 52.2세였고 성별은 남자가 43.7%(38명), 여자가 56.3%(49명), 종교는 45.9%가 기독교, 11.6% 구교, 6.9% 불교, 9.2%는 무교였다. 사망 장소는 45.9%가 병원, 25.2%가 가정으로 나타났다.

진단은 위암 19.5%, 간암 13.8%, 폐암 13.8%, 대장암 6.9%, 난소암 5.7%, 그 외 유방·방광·췌장·담낭암 등으로 거의 대부분인 80%의 환자가 전이된 상태였다.

2. 주요 문제와 빈도

환자들의 주요 문제를 파악하기 위해 총환자수 87명의 의무기록지 요약지를 분석하였다. 1인당 평균 care기간은 47.4일이었다.

주요 문제와 빈도를 살펴보면 pain이 67회(77%)로 가장 많았고 family coping이 31회(36%), psycho-spiritual distress가 15회(17%)로 나타났다. Bowel elimination의 경우는 빈도수는 31회로 나타났으나 암으로 인한 것이라기 보다는 약물의 부작용으로 인해 초래되는 것으로 통증과 같은 맥락에서 이해되는 것이었다. 따라서 말기 암환자들이 주로 경험하는 주요문제들은 통증과 변비, 가족대응, 영적 고뇌(우울, 불안 등) 등으로 통증조절뿐만 아니라 가족의 대응 및 지지, 심리적·영적 지지와 함께 다른 증상조절에 필요한 적절한 간호중재가 요구됨을 나타내고 있다. 주요문제의 빈도수는 중복응답으로 처리되어 총 87회 이상이며 기타의 문제는 다음과 같다(Table 1).

3. Twycross model에 의한 증상과 빈도

Twycross와 Lack이 제시한 총체적 고통 model의 분류 틀을 근거로 주요 문제와 관련된 증상, 징후, 관련 요인들을 파악하고자 의무기록지와 진행기록지에 나타난 문제들의 빈도를 분석하였다(Table 2).

Table 1. Frequency of Problems (N=87)

Major problems	Frequency(%)
1 Pain	67(77.0)
2 Family coping	31(35.6)
3 Elimination: Bowel	22(25.3)
4 Psycho-spiritual distress	15(17.2)
5 Dyspnea	15(17.2)
6 Skin integrity	10(11.5)
7 Nausea, vomiting	9(10.3)
8 Ascites	8(9.2)
9 Edema	6(6.9)
10 Urinary problem	5(5.7)
11 Oral mucosal integrity	3(3.4)

Table 2에서 보는 것과 같이 체성 원인에서는 암으로 인한 통증이 54%로 가장 많았고, 암으로 인한 합병증의 병리적 요인이 48.3%, 최악의 증상이 42.5%, 치료의 부작용이 18.4%로 나타났다.

Table 2. Factors and Frequency Related to Total Pain by Twycross Model (N=87)

	Classification	Frequency(%)
Somatic source	Cancer	47(54.0)
	Non cancer pathology	42(48.3)
	Symptom of debility	37(42.5)
	Side effects of therapy	16(18.4)
Depression	Chronic fatigue and insomnia	30(34.5)
	Sense of helplessness	23(26.4)
	Depression*	23(26.4)
	Loneliness*	20(23.0)
	Loss of role in family	12(13.8)
	Disfigurement	8(9.2)
	No changes in improvement*	7(8.0)
	Loss of social position	1(1.1)
	Loss of job (prestige and income)	0(0.0)
	Anger	Anger with relationship*
Perceived neglect from family*		12(13.8)
Therapeutic failure		9(10.3)
Anger at God*		3(3.4)
Unavailable doctors		1(1.1)
Friends who do not visit		1(1.1)
Bureaucratic bungling		0(0.0)
Anxiety	Delays in discharge	0(0.0)
	Fear of death	34(39.0)
	Fear of pain	30(34.5)
	Uncertainty about future	27(31.0)
	Worry about family	22(25.3)
	Spiritual unrest, guilty	17(19.5)
	Family finances	14(16.0)
	Loss of dignity and bodily control	12(13.8)
	Fear of hospital	1(1.1)

*New items

우울에서는 만성피로와 불편증, 무력감, 우울, 역할 상실, 신체 변화, 외로움이 주요 요인으로 나타났으며 이중 증상변화가 없는 것, 우울, 외로움은 새롭게 파악된 항목들이었다.

분노에서는 인간관계에서 느끼는 섭섭함과 배신감으로 표현되는 분노가 가장 높았고 가족에 대한 기대가 어긋나는 것에 대한 분노, 신에 대한 분노가 새롭게 추가된 항목으로 나타났으며 일부 치료실패에 대한 분노도 나타났다.

불안의 내용은 죽음에 대한 불안이 가장 높게 나타났고 통증에 대한 불안, 불확실한 미래에 대한 불안, 가족에 대한 불안, 영적인 죄책감과 죄에 대한 심판에 대한 불안이 나타났다. 또한 소수였으나 재입원에 대한 병원에 대한 두려움도 나타났다. 질병의 단계가 진행된 상태이므로 직업상실, 진단의 지연 및 퇴원지연 항목에는 해당되는 것이 없었다.

이러한 결과는 분석한 의무기록지의 정확성과 완전성에 대한 제한점을 제시할 수 있겠다. 또한 간호사의 개인적 지식, 신념, 가치, 인식의 차이에 따라 다를 수 있고 간호사의 면접기술과 환자, 가족과의 신뢰관계 형성, 간호사가 환자의 표현을 어떻게 해석하는가에 따라 상당한 차이가 있을 수 있다. 가족이 자신에 대해 소홀함, 신에 대한 분노 표현도 외부인에게 솔직히 표현하는가에 따라 차이가 있을 수 있겠다. 대상자의 응답은 중복응답으로 처리되었다.

Twycross model이 문화적인 차이가 있는 한국에도 정도의 차이는 있지만 죽음이라는 사실을 당면한 환자에게 유용한 model로 사료된다. 그러나 환자상태, 환자사정에 대한 의료인의 능력, 서술능력, 문화적 영향의 차이를 중요하게 다루어야 한다.

의무기록지로 인한 분석의 제한점은 고통의 차원과 속성을 과정(process)의 관점에서 나타내기에는 충분하지 않아 통증조절이 안되고 고통이 심했다고 판단되는 환자를 담당간호사에 의해 선정하여 환자에 대한 심층면담내용을 분석하였다. 따라서 다음의 사례연구

는 Twycross model을 근거로 고통의 관련 요인을 분석하여 이해를 돕고자 한 것이다.

1) 사 례 1.

정○○는 65세의 여자환자로서 Cervix Cancer with bone and spine metastasis의 진단하에 10개월 간의 호스피스 Care를 받았다. 처음에 Uterine cervical cancer with iliac area metastasis 진단 받고 1회의 방사선 치료요법과 3회의 항암요법치료를 받았으나 Both knee and leg pain과 Lower back pain, both greater trachanter area에 욕창을 지니고 있는 상태이었다.

거주환경이 매우 열악하며 환자를 간호할 caregiver가 없는 상황으로 2남 3녀중 큰딸은 미국에 이민을 갔고 큰아들은 수감중이며 둘째 아들이 경제적인 도움을 주고 있는 상태이다. 둘째와 셋째 딸 모두 사망하였으며 현재 환자는 남편과 큰아들의 손자, 손녀와 같이 생활하고 있었다.

약물 치료로는 MS contin 120mg #2, Tridol 3T #3, Trimax 3T #3, Alaxyl 1p #1 경구 복용하고 있으며 3일에 한번씩 Durogesic patch를 교환하여 붙이고 있었다.

최초 방문시에는 Rt. greater trochanter부위에 7×8×0.5cm의 2단계 욕창이 있었으며, Lt. greater trochanter 부위에는 표피까지만 침범된 1단계 욕창이 있었으나 2주후 방문시에는 양측 모두 2단계이상으로 악화된 상태였다.

처음 방문시 환자는 주로 복부와 등, 그리고 양측 다리의 통증에 대해서만 호소하였는데 이때 Visual Analog Scale 로 사정시 8 정도로 나타났다. 환자는 경구용 진통제(MS contin 120mg #2, Tridol 3T #3, Durogesic patch)를 정기적으로 병원에서 타다가 복용하고 있었는데 적절한 Caregiver가 복용상태를 관리 해주지 않아서인지 불규칙하게 복용하고 있었다. 따라서 방문시마다 복용상태를 확인하고 약을 복용하도록 도왔으며, Durogesic patch를 3일마다 교환할 수 있

도록 하였다. 비교적 약물로 조절이 가능하였으며 결과도 양호하였다.

그러나 양측 고관절 부위의 욕창이 점차 악화되면서 환자는 심한 통증을 호소하여 이때 VAS는 10정도였는데 특히 dressing change시 고통스러워하였다. 이후에는 약물중재가 큰 효과를 보지 못하는 것 같았고 환자는 '아파서 죽겠다'는 말을 자주 하였다.

또한 환자는 일상생활동작에 있어서 도움을 필요로 하였는데, Dressing change후 환자의 머리를 감기고 세수를 시키며, 옷을 갈아 입히거나 시트를 교환하고 나면 환자는 다소 평안한 모습을 보였는데 아마도 같은 자세로 누워만 있다가 이러한 방법으로 전체적인 환기가 되는 것이 환자의 통증을 경감시키는데 효과가 있는 것 같았다. 가족들이 이러한 기본적인 간호를 제공한다면 환자의 통증은 더욱 경감될 수 있어야 더 효과적일 것이다.

환자는 현재 남편, 손자, 손녀와 동거하고 있으나 집안일을 돌보는 사람이 특별히 없는 실정이다. 가족 각자가 의·식을 해결하고 있으며 모두가 환자를 돌보는 것에 무관심하였고 약 복용여부에 대해서도 관심을 두지 않아서 제대로 복용하지 못하고 있었다. 또한 환자는 Caregiver가 없어 자신의 일차적인 간호문제가 해결되지 않기 때문에 무력감을 느꼈다. 따라서 방문 때마다 최대한 환자가 침상생활을 편히 할 수 있도록 마실 물을 떠다 놓고, 약을 챙겨서 가까이에 놓고 휴지와 기저귀를 손닿는 곳에 놓아주었다.

우울은 환자의 지식들과 관련된 슬픔반응과 동반되어 나타났는데, 둘째 딸이 두달전(최초 방문당시) 사망한 것과 관련하여 환자는 딸 이야기가 나올 때마다 눈물을 글썽였으며, 큰아들에 대해서도 가슴아파하였다. 환자가 좀 더 내적인 감정에 대해 표현하면 좋을 것 같아 여러 차례 표현을 격려하고 안아 드렸더니 한참이나 울고 계셨다. 호스피스 간호사를 손꼽아 기다리시고 이렇게 서로 교감을 이루는 모습에서 호스피스 간호사만이 유일한 지지자임을 실감했다.

환자는 또한 심한 통증과 외로움을 호소하였으며, 더욱이 남편과 사이가 좋지 않을 때는 방문시 많은 눈물을 흘리며 '빨리 죽고 싶다'고 하며 낙담하였다. 그리고 가끔씩은 한숨 쉬인 말로 '내가 죄를 많이 지어서 그래'라며 죄책감을 표현하기도 하였다. 환자는 현재의 남편과는 재혼으로 전 남편과는 사별하였으며 아들이 하나 있었다고 하면서 마음 깊은 곳에 죄책감을 갖고 있다고 하였다.

환자의 둘째 아들은 환자의 큰아들과 관련된 여러 가지 문제의 해결과정에서 드는 비용 및 둘째 딸의 병원비, 환자의 병원비 등을 대느라 경제적 어려움이 많았으며 이로 인해 부인과의 사이도 안 좋아졌다고 한다. 당연히 부인(환자의 며느리)은 시택일에 더 이상 관여하고 싶지 않으며 경제적 도움을 안주고 있는 실정이라고 토로하였다. 이런 둘째 아들 내외에 대해 환자는 화가 나고 분노하였으며, 남편의 난폭성과 인색함에 대해서도 무섭고 화가 난다고 하였다.

손자와 손녀딸에 대해서도 가끔 욕하면서 화를 내었다. 그러나 이 말을 분석해보면 욕같이 들리지만 실은 손녀의 장래를 걱정하고 있는 것이었으며, 자신에게 무엇인가를 해주지 않아서 화를 내는 것은 아니었다.

손자와 손녀는 어려서 부모님의 이혼으로 할머니, 할아버지 집에서 살게 되었고 아버지는 살인죄로 수감중이고 할머니까지 불치의 병으로 죽음을 앞두고 있어서 미래에 대한 희망조차 꺾인 채 생활하고 있어서 그들 또한 간호가 요구되는 대상이었다.

환자는 병상에서도 가족들, 특히 손녀에 대해 많은 걱정을 하고 있었으며, 감옥에 간 큰아들 얘기가 나올 때 한숨을 쉬며 눈물을 글썽거렸다. 언젠가 환자가 기도할 때 '다시 한 번만 살려 주세요 가족이 다같이 모여 한 번만 살아 보았으면 원이 없겠습니까' 라고 말하였는데, 기도후 '큰아드님이 보고 싶으세요?' 라고 물어보자 많이 보고 싶으며 큰 걱정이라고 말하였다. 환자는 큰아들이 감옥에 간 이후 한 번도 면회를 가보지 않았으며, 현재는 그것이 불가능한 상태였다.

여기에서 환자에게 행했던 영적인 간호중재 ‘기도’에 대해 언급하고자 한다. 환자는 매우 낙담하고 위축되어 있을 때에는 스스로 기도하려 하지 않았는데, 이때 ‘무엇을 위해 기도할까요?’ 라고 물어보면, ‘빨리 나를 좀 데려가 달라’ 고 말하면서 서럽게 울었다. 그러나 그 다음에 환자를 방문하였을 때에는 ‘인간 정〇〇를 한번만 살려 주세요 꼭 한번만 다시 나아서 걸을 수 있게 해 주세요’ 라며 아주 간절하게 기도 드리는 것이었다. 방문자들한테는 한결같이 ‘빨리 죽고 싶다’ 고 표현한 것과는 정반대로 하나님 앞에서 절실한 삶을 간구하는 환자의 모습을 볼 수 있었다.

또 다른 불안의 원인을 살펴 보면, 환자는 양쪽 육창부위의 통증과 드레싱교환시 통증을 심하게 호소하며 너무나 아파서 죽고 싶다고 말하였는데 이러한 통증에 대한 두려움이 점차 심해지고 있었다. 실제로 계속 육창간호를 시행했음에도 불구하고 환자의 육창 정도는 더욱 심해져서 이로 인한 통증이 심해지고 있었다.

장차 가정의 경제에 대해서도 환자는 많은 걱정을 하고 있었다. 현재 특별히 경제력을 가진 사람이 없고 둘째 아들로부터도 규칙적인 생활비가 오고 있는 것이 아니므로 가정환경은 점차 어려워지고 있었다. 이 문제를 해결하기 위해 사회사업가에게 의뢰하였다.

질병으로 인한 미래의 불확실성에 관련된 질문을 하곤 하였는데, 특히 육창에 대해 자주 물었다. 그러나 비교적 침착하게 현실을 받아들였다.

정〇〇 환자의 통증을 맡기 암환자의 총체적 고통의 견지에서 살펴본 결과 환자는 신체적 손상뿐만 아니라 우울, 다양한 정서적 요인, 사회적 요인 그리고 영적인 요인을 가지고 있으므로 통증을 이해하기 위해서는 보다 포괄적인 사정이 요구되며, 통증경감과 영적 지지는 결코 분리되어 수행될 수 없는 상황이었다.

본 사례의 경우에는 Twycross와 Lack의 model에서 제시하는 항목중 통증과 우울, 분노, 불안이 모두 특징적으로 나타나 있었으며 가족기능 문제, 경제적

어려움, 외로움, 삶의 애착이 나타났다.

2) 사례 2

박〇〇는 49세 남자로서 Nasopharyngeal cancer로 진단 받고 방사선치료를 받았으나 다시 재발되어 MS contin으로 통증을 조절하며 심한 고통중에서 3개월 23일간의 호스피스 care를 받았다. 기독교인이며 부인과 3녀의 가장이었으나 현재는 형수가 경제활동을 하고 있다.

약물치료는 MS contin 120mg #2으로 하고 있으나 통증은 VAS 7~8로 심한 상태로 조절되지 않지만 환자는 성격상 참고 지내는 편이다. 환자는 뇌신경장애로 인해 얼굴·혀의 마비가 왔으며, 시력이 심하게 감소되었고, 오른쪽 안구가 돌출 되었으며, 청력소실 변비, 오심 구토, 연하곤란, 수면장애, 구강호흡으로 인해 심한 구갈·호흡곤란 코로 배출되는 분비물과 객담으로 인한 심한 악취를 호소하였다.

환자는 가장으로서 경제적 활동을 하지 못함으로 인해 경제적으로 어려움을 당하였으며, 형수가 야채 장사를 하는데 어머니를 비롯한 온 식구가 그 수입에 의존하고 있었다. 환자를 돌보는 가족간의 갈등 또한 있었는데, 특히 환자의 부인과 환자의 간호제공자인 어머니 사이의 갈등이 심한 상태였다. 또한 이들을 간호하는 어머니도 허리가 아프고 힘든 상태이어서 우울하고 괴로워했다.

환자는 호스피스 care를 받기 6개월전 세례를 받고 천국에 대한 확신이 있으며, 신앙에 관한 Tape을 들으면 마음이 평안해진다고 하여 영적 지지에 대한 강한 요구가 있음을 시사하였다.

환자는 수술하기를 간절히 원했는데 수술을 받고 코를 통해서 한번만 숨을 쉬고 싶다고 하면서도 실제 의료진에 의해 제시된 방사선 요법에 대해서는 거부하였으며, 침, 뜸, 적열기 등의 민간요법을 이용하여 자치료를 하고 있었다.

자신의 모습을 보고 지나가는 아이들이 자신을 가리키며 웃는다며 자신을 저주받은 인간이라고 표현하

였다. 환자는 자신의 모습과 자신에게서 나는 악취에 대해 비판하며 새로운 시술이 있으면 자신이 치료대상이 될길 원하면서도 한편으로는 자다가 죽게 해달라고 기도하기도 해서 죽음에 대한 양가감정을 나타내었다. 기적과 같은 치료가 나타나기를 희망하는 삶에 대한 강한 애착을 가진 채 더욱 심해지는 통증과 가족에 대한 죄책감속에서 환자는 서서히 체념하며 신체·정신적으로 쇠약해져 갔다.

자신의 현 상태에 대한 절망감으로 환자는 심하게 자존감이 상해 있으며 이로 인해 간호제공자인 어머니나 가족들로부터 소외되는 것 같아 분노하고 우울해 하였다. 또한 어머니도 힘들어하고 짜증스러워 하였는데 이들의 모습은 서로간의 의사소통이 원활히 이루어지지 않은 결과였다. 결국 환자는 자신의 상태를 체념하고 우울해하며 모든 것을 포기한 채 고통 속에서 사망하였다.

위의 사례에서는 신체적인 통증보다는 가족으로부터의 소외되고 신체상의 변화로 인해 무가치하게 여겨지는 것에 대한 불안과 우울에 대한 양상이 특징적으로 나타났으며 이러한 것이 신체적인 통증을 더욱 악화시키는 요인으로 작용하였다고 보여진다. 경제적 어려움에도 불구하고 새로운 치료에 대한 희망이 끝까지 있는 것이 확인되었다.

3) 사 례 3

오○○는 22세의 여자환자로서 Advanced gastric cancer로 진단 받고 치료 중에 호스피스에 의뢰되어서 40일 동안의 Care를 받은 후 사망하였다.

환자는 옆구리, 등, 서혜부의 종양으로 인한 통증과 변비, 전신 허약, 오심, 구토, 수면장애, 요통, 복부 팽만, 호흡곤란의 신체적 증상을 보였으며, 이로 인해 Morphine 30mg #2, Epidural catheter로 통증을 조절하고 있었으나, VAS 5~6정도의 통증이 지속되었다.

통증이 더 심해짐에 따라 환자는 전신적인 불편감과 호흡곤란이 악화되었는데 이에 따라 마음도 전혀 열지 않고 절망속에서 보냈다. 환자는 어릴 때 종교적

갈등(여호와증인)으로 가출해버린 어머니와 회사에 다니는 언니조차도 집과는 연락이 되지 않은 상태여서 낮에는 큰엄마들이 번갈아서, 저녁에는 남동생과 아버지가 돌보고 있었다.

엄마에 대한 원망과 분노, 불평, 거부가 나타났고 큰소리로 소리지르며, 보호자에게 억지부리고 불평하였으며, 자신의 심정에 대해 토로해 볼 것을 권유하면 짜증내며 말문을 막아버리곤 했다. 엄마에 대한 분노의 한편에는 또한 그리움이 있어서 호스피스 간호사가 엄마와의 만남을 주선하려 하였으나 아버지의 강한 반대로 이루지 못하였다.

환자는 자신의 미래와 예후에 대한 불안과 공포로 인해 신경이 과민한 상태였으며 자신의 죽음을 인정하려 하지 않았다. 또한 죽음과 통증에 대한 두려움과 불안이 가중되었음에도 불구하고 영적인 측면이나 죽음에 대한 언급에 대해서는 거부적이었다.

계속적으로 더해 가는 통증과 전신 쇠약, 신경과민, 수면장애, 분노, 또한 자신의 신체상의 손상(특히 PCA로 진통제 단 것에 대해)으로 인해 우울해하고 절망하였다.

환자는 불안과 공포가 극심한 상태임에도 불구하고 마음을 전혀 열지 않았으며, 일정한 간호제공자가 없어서 진정한 가족지지가 이루어지지 않았고 가족 파탄의 원인이 종교적인 것에 있었기 때문에 자신의 죽음에 대한 영적인 요구가 있음에도 불구하고 끝까지 이 문제를 해결하지 못한 채 사망하였다.

본 사례의 경우에는 환자의 분노가 극심한 상태에서 통증과 우울, 불안의 양상이 나타났다고 볼 수 있다.

4) 사 례 4

손○○는 기독교를 가진 33세의 남자로 10년전 B형 간염을 진단 받은 후 별다른 증상 없이 지내다가 Hepatoma로 진단 받았고, 내원 10일전 Rupture되어 입원시에 이미 'Hopelessness' 상태로 호스피스 센터로 의뢰되어 13일간의 Care를 받은 후 사망하였다.

환자는 오른쪽 상복부의 심한 통증, 극심한 호흡곤

란, 배뇨장애, 복부 팽만, 심한 황달, 점상출혈, 하지부종, 금식에 따른 갈증이 있어서 Morphine 10mg q 4 hrs, Nubain 1/2 amp/iv q3hrs의 약물 처방에도 불구하고 VAS 7~8의 심한 통증은 계속되었다. 환자는 항상 짜증난 얼굴로 신경질을 자주 내고 모든 것에 귀찮아하고 거부적이어서 대화하기가 어려웠다.

환자의 가족으로는 부인과 6살의 아들이 있었으며, 이들이 종교적 문제로 인한 양가부모의 극심한 반대를 무릅쓰고 결혼하였기 때문에 이에 따른 갈등이 매우 심한 상태였다. 가족간의 지지가 미비하고 서로가 원망하고 서로에 대한 불신이 계속되었다. 부인은 시댁에 대한 분노와 환자에 대한 죄책감과 정서적 지원체계의 부족으로 난감해하고, 지치고 짜증스런 상태였다.

환자는 6세의 아들에 대한 미안함과 가장으로서의 역할을 하지 못함에 대한 부담감으로 인해 우울해 했으며, 가족간의 갈등속에서 소외되고 외로운 나날을 보냈다. 또한 죽음에 대한 공포, 질병의 예후에 따른 자신의 미래에 대한 절망감, 가족에 대한 걱정, 통증으로 인한 자신의 조절능력 상실로 인해 초조하고 불안해했다.

이 사례의 경우 환자는 영적 요구사정이 안된 상태에서 불안과 분노, 갈등을 적절히 해결하지 못한 채 고통속에서 의뢰된 지 2주도 못되어 사망하였다.

5) 사 례 5

강○○는 70세의 여자로 진단명은 Lung cancer였으며 종교로 기독교를 가진 환자이다. 암을 진단 받은 후 방사선 치료와 화학치료를 시행하고 외래를 통해 추후 관리를 해오다가 전신의 뼈로 전이가 심해져서 통증조절을 위해 호스피스에 의뢰되어진 상태이다.

전이로 인한 오른쪽 팔의 심한 통증, 오심, 구토, 오른쪽 슬개골의 통증, 호흡곤란, 변비, 전신 쇠약, 복부 통증, 점상출혈, 욕창, 심한 객담 등의 신체적 불편을 호소하였다.

이에 따라 Durogesic patch, Anaprox 2T #2, PI 10mg, ativan의 약물을 투여하나 VAS 3~6정도의 통

증은 계속되었다.

남편은 20년전에 간암으로 사망하였고 자녀는 1남 3녀인데 며느리는 직장에 다닐 뿐아니라 아들과 며느리에 대한 갈등이 있어서 거의 얼굴도 안보고 지내는 편이며 병원에서 퇴원후 둘째 딸과 살고 있었다. 그러나 환자를 간호하는 딸은 다른 형제들의 비협조와 남편과의 관계로 인해 몹시 지쳐 있었으며, 환자가 이기적이고 요구가 많고 자신의 입장을 이해해주지 않는다고 호소하였다. 시간이 지날수록 가족들의 무관심은 더해가고, 이곳 저곳(다른 딸집으로)으로 옮겨 다녔는데 그 속에서 환자는 자존감이 상하고 우울하고 외롭게 지냈다. 결국 환자는 '나는 갈곳이 마땅치 않아 그냥 병원에 있고 싶어요' 하며 퇴원하기를 할 때마다 몹시 불안해하였으며, 아침에 일어나면 하루가 시작된다는 것이 지겹다고 표현해서 우울이 심한 상태임을 알 수 있었다.

이러한 가족들의 소홀함 속에서도 크게 분노하거나 화내는 일없이 스스로 차분히 인내하며 지내는 모습이었으나, 때로는 우울해하며 죽고 싶다고 토로하기도 하였다. 이때 기독교 방송이나 찬송가를 들려주면 좀 나아진다고 하고 친구나 간호사가 기도해주면 평안해진다고 했다.

환자는 자신이 지은 죄가 많았음과 교회에 잘 나가지 않은 것에 대해 회개했다고 말하면서도 때로 하나님을 원망한다고 했다. 또한 죽음에 대한 막연한 불안과 통증이 더욱 심해질 것에 대한 걱정과 불안으로 수면장애가 심한 상태였다.

이 사례의 경우 환자는 사회적 관계형성의 단절로 인한 분노와 영적 요구의 불충족으로 인한 신에 대한 원망까지 표현하였으며 죽음에 대한 불안과 우울이 심한 것으로 분석되었다.

말기 암환자 5명의 사례에서 나타난 패턴은 다음과 같다.

① 통증조절이 필요한 환자들은 통증으로 인해 죽고싶은 심정을 경험하고 있다. 또한 질병의 진전과 함

게 육창, 복수, 호흡곤란, 변비, 배뇨장애, 부종, 식욕 부진, 기동장애 증상이 복합적으로 나타나고 서서히 쇠약해지는 것을 나타내고 있다.

② 외모의 변화, 역할상실과 관련하여 신체상, 자아 존중감의 위협을 느끼며 비참한 모습, 침묵속에 내재된 슬픔, 절망으로 전지기 힘든 경험이 내재되어 있다.

③ 죽음에 대한 공포, 불안은 통증을 더욱 악화시킬 지도 모른다는 두려움으로 불안을 가중시켰다.

④ 가족관계에서 배우자와의 갈등, 자녀, 시댁관계의 갈등, 가족들의 무관심이 분노, 섭섭함, 우울로 표현되고 있다.

⑤ 경제적인 어려움을 극복해야 하는 고통을 수반하고 있다.

⑥ 영적인 면에서는 영적 갈등의 다양성을 볼 수 있다. 또한 표현방법의 차이도 있으나 평안히 죽기 위한 기도와 살려달라는 기도를 같이 하는 것, 하나님에 대한 원망과 자비를 구하는 것, 또한 신뢰와 의심이 엇갈리는 모습을 나타내고 있다.

⑦ 삶의 애착은 끝까지 있다. 통증으로 죽고싶은 만큼 살고싶은 욕구가 있으며 새로운 치료법에 대한 희망을 끝까지 가지고 있는 것과 각종 민간요법을 통해 삶을 연장하고자 하는 양상이 나타나고 있다.

고 찰

고통은 인간에게서 경험되어지는 것으로서, 단순히 신체에 의한 것일 뿐 아니라 사회적·정신적 본질을 완성하기 위한 인간의 전체성을 위협하는 것일 수 있으며 개인의 어떤 면(사회적 역할영역, 집단역, 자아, 신체, 가족과의 관계, 타인과의 상호관계, 의미추구 근원 유무)에 따라 발생될 수 있는 것으로서 개인의 중요된 파괴가 인지되었을 때 나타나며 부조화의 위협이 지나가거나 그가 다른 방법으로 재회복될 때까지 계속 되는 것이다.

Copp[18]는 '고통은 통증, 상해, 손실을 견디는 사

람의 괴로운 상태'라고 정의하고, 통증과 고통은 다른 것으로서 단지 통증에 대한 반응이라기 보다는 통증을 예상하는 상태에서 고통스러우나, 통증과 고통의 구별은 매우 어려우며, 그 개념은 명확하지 않고 혼란스럽다고 하였다[19]. 이 연구의 결과에서 나타난 것과 같이 통증이 77%로 가장 높게 나타났고, 가족갈등, 대응(35.6%), 심리, 사회적, 영적 고뇌(17.2%)가 높은 빈도를 나타냈다.

또한 고통은 삶의 질·의미와 밀접하게 연관되어 있는데, 많은 경우의 고통은 신체적 통증과 함께 시작되나[20] 신체적 통증만이 아닌 보다 복잡한 현상으로서, 사회적으로 수용되지 못하는 것 등을 포함하는 것이다. 많은 경우 고통을 겪는 환자에게서 오심이 나타나는데 이것은 단지 불유쾌한 느낌이 아니라 받아들일 수 없는 행위에 대한 저항이다. 고통은 그 개인이 많은 문제를 가지고 있는 경우 더 증가될 것이며 신체적 통증, 외모의 손상, 사회적 고립 등의 여러 문제를 경험하게 된다. 아울러 그들이 영적으로 고통 당할 수 있으므로 간호사는 영적 간호를 위해 자신을 준비시켜야 한다[21~24].

특히, 말기 암환자 사례에서 공통적으로 나타난 현상은 고통은 단편적이고 단순한 한 영역의 문제가 아니라 총체적 의미의 고통을 시사하는데, Brallier[25]는 첫째, 휴식으로 인해라도 경감되지 않는 극도의 피로감과 압으로 인해 움직이지 못하는 것, 암 치료약물의 부작용, 통증이 말기 암환자들의 신체적 고통의 원인이 되며 둘째, 통제에 대한 상실감, 소외감, 두려움, 불안, 우울, 절망, 슬픔은 심리적 고통의 한 형태이며 셋째, 사회적 차원의 고통은 건강한 세계와의 단절과 소외감, 원하지 않는 방문, 사회적 지지 체계와의 불화 등이 그 요인이며 넷째, 영적인 차원의 고통은 고통의 의미를 깨닫지 못하는 것이 원인이 된다고 설명하였다. 사례 3의 경우 환자의 어린 나이와 성장배경에 의한 상처가 너무 깊은 상황과 사례 4처럼 어린 자녀를 두고가는 아픔이 극심한 상황에서 고통의 의미를 깨닫

기를 기대하는 것은 무리일 수 있다. 또한 끝까지 삶에 대한 애착이 죽음의 부정으로 나타난다[27].

이에 반해, 강경아[10]는 말기 암환자들에 있어서의 고통을 다른 관점으로 분류하고 있다. 즉, 고통을 개인의 내면적인 고통, 외부환경과 관련된 고통, 인생의 궁극적인 의미와 관련된 고통의 세 가지 차원으로 분류하고 있다.

사례 1과 3에서 나타난 것과 같이 자신의 내면적 요인과 관련된 고통은 과거의 기억과 현재의 실제적인 신체적 고통뿐 아니라 공상적인 사건 및 앞날에 대한 비참한 예측을 통해서도 위협받을 수 있다.

사례 4는 자신에게 중요한 사람 및 외부 환경과 관련된 고통이 자신에게 주어진 역할에 대한 갈등, 경제적 빈곤, 뜻밖의 죽음, 이혼, 파산, 수술상황 등에 의해 개인을 위협할 때 고통이 되는 것[15, 26]이나 강경아[10]의 연구에서는 가족과 관련된 고통과 외부 환경과 관련된 두 차원으로 나타났으며 자신에게 중요한 사람에 대해서 책임을 이행 못하는 고통과 자신의 질병으로 인해서 가족에게 주는 부담감과 관련되어진 고통으로 나타나고 있다.

사례연구에서 4명 환자의 종교적 배경이 기독교였으나 그 배경은 다양하였다. 특히 사례 1, 2, 5에서 종교적 행위로 인해 위로와 평안이 오는 것은 일시적인 것 같이 보여진다. 고통의 의미에 대한 해결이 없이 통증에 시달리며 살기 위해 기도하면서 죽고싶기도 한 현상이고 사례 3은 거부하는 만큼 숨겨진 깊은 욕구도 있지 않은가 생각된다.

결론 및 제언

본 연구의 결과 Twycross model이 한국적 상황에서의 총체적 고통을 설명하는데 유용하였으나 효(孝) 사상이 강조되는 한국의 문화적 특성을 따른 새로운 요인들이 첨가되었으므로 한국의 암환자에 대한 계속적이며 심층적인 평가가 필요하다.

본 사례연구의 결과에 의해 고통의 요인과 차원이 분류될 수 있다.

개인적 차원의 고통은 인간의 피할 수 없는 사실로써 통증을 주관적이고 개인의 독특한 특성을 가지고 있다. 내면적인 고통은 침묵의 속성이 있다[10].

사회적, 환경적 차원의 고통은 나이, 가족의 특성과 지지와 관련이 있으나 시간과 공간에 관계없는 경험으로 환자의 안전성에 위협이 될 때 수치감, 좌절, 절망, 외로움을 느끼는 경험이다.

영적 차원의 고통은 인생의 궁극적 의미상실, 죽음에 대한 두려움, 죄에 대한 심판의 두려움으로 겪는 속성을 포함하고 있다.

신체적 고통과 심리, 사회, 영적 고통이 동시에 다루어져야 삶의 의미, 삶의 질, 삶의 가치를 증진시키는 호스피스 철학을 실현시키는 의료 서비스가 되겠다.

본 연구의 결과를 토대로 다음을 제언하고자 한다.

① 말기 암환자의 통증관리와 삶의 질에 관련되는 요인들의 관계연구를 타당한 도구를 선택하여 할 것을 제언한다.

② 말기 암환자의 영적 요인, 가족기능에 대한 연구를 제언한다.

③ 한국인에게 적합한 고통모형과 중재 개발을 제언한다.

요 약

목 적 : 연구의 목적은 말기 암환자의 총체적 고통의 내용과 총체적 고통의 관련요인을 파악하는 것이다.

방 법 : 본 연구는 후향적 · 서술적 연구로 연구의 표본은 1단계에서는 1997년에 일개 대학에서 운영하는 호스피스 사업소에 등록된 환자전수를 대상으로 하였고 2단계에서는 4명의 호스피스 간호사에 의해 선정된 가장 고통이 심한 5명의 환자를 대상으로 하였다. 자료 수집 방법은 Twycross model의 분류 틀을 사용하

여 호스피스 환자의 의무기록지를 분석하고 5명의 환자들을 담당하였던 호스피스 간호사와의 심층면담을 통해 의무기록지의 내용을 보충하였다. 또한 호스피스 정규 Team meeting시 사례연구를 통하여 고통의 내용과 관련요인을 확인하였다. 자료의 분석은 SPSS를 이용하여 서술적 통계를 사용하였고 간호사와의 심층면담은 내용을 분석하였다.

결 과 : 말기 암환자들이 주로 경험하는 주요문제들은 통증과 변비, 가족대응, 영적 고뇌(우울, 불안 등) 등으로 통증조절뿐만 아니라 가족의 대응 및 지지, 심리적·영적 지지와 함께 다른 증상조절에 필요한 적절한 간호중재가 요구됨을 나타내고 있다. Twycross model이 문화적인 차이가 있는 한국에도 정도의 차이는 있지만 죽음이라는 사실을 당면한 환자에게 유용한 총체적 고통 model로 사료된다.

결 론 : 본 연구의 결과 Twycross model이 한국적 상황에서의 총체적 고통을 설명하는데 유용하였으나 새로운 요인들이 첨가되었으므로 한국의 말기 암환자에 대한 평가가 필요하다.

감사의 글

연구에 도움을 준 목혜원, 김옥겸, 김인혜, 유승현, 이미라 선생님께 감사를 드립니다.

참 고 문 헌

1. Twycross, R.G. & Lack, S.A.(1983). Symptom control for advanced cancer: Pain relief. London, Pitman.
2. Heitman, E.(1992). The influence of values and culture in responses to suffering. In P. L. Stark, & J. P. McGovern (Eds.), The hidden dimension of illness: human suffering. New York: NLN.
3. Sproul, B. C.(1979). Primal myths: creating the world. San Francisco. CA: Harper & Row, Publishers.
4. Carmody, D. L., & Carmody, J. T.(1988). How to live well: Ethics in the world religions. Belmont. CA: Wadsworth Publishing Co.
5. Pandya, S. K.(1987). Hindu Philosophy on pain. Acta Neurochirurgica, Suppl, 38, 136-146.
6. 이청범(편역). (1989). 불교 문답. 서울: 진영사.
7. 이혜숙(1998). A Critique of Korean Attitudes towards Suffering and the Implications for Korean Professional Caregivers. Trinity Theological College(Singapore) 신학과 석사학위논문.
8. Green, R. M.(1987). Theodicy. In M. Eliade (Ed.), The encyclopedia of religion, Vol.14 (pp.430-441). New York: Macmillan Publishers.
9. Bemporad, J.(1987). Suffering. In M. Eliade (Ed.), The encyclopedia of religion, Vol.14 (pp.99-104). New York: Macmillan Publishers.
10. 강경아(1995). 고통개념 분석과 개발. 연세대학교 박사학위 논문.
11. 차경수, 송대영, 이미나(1991). 현대사회의 제문제. 서울: 한국방송통신대학.
12. 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.
13. Starck, P. L. & McGovern, J. P.(1992). Forward. In P. L. Stark, & J. P. McGovern(Eds.), The hidden dimension of illness: human suffering(xix-xii). New York: NLN.
14. Justice, B.(1992). Suffering in silence and the fear of social stigma: survivors of violence. In P. L. Stark, & J. P. McGovern(Eds.), The hidden dimension of illness: human suffering. New York: NLN.
15. Cassell, E. J.(1982). The nature of suffering and the goal of medicine. New England Journal of Medicine, 306, 639-645.
16. Reiser, S. J.(1992). Technological environments as causes of suffering: the ethical context. In P. L. Stark, & J. P. McGovern (Eds.), The hidden dimension of illness: human suffering. New York: NLN.
17. Twycross, R. G.(1979). Hospice care-redressing the balance in medicine. Journal of Research in Society and Medicine, 73(7), 475-481.
18. Copp, L. A.(1974). The spectrum of suffering. American Journal of Nursing, 74, 491-495.
19. Kahn, D. L., & Steeves, R. H.(1986). The experience of suffering: conceptual clarification and the theoretical definition. Journal of Advanced Nurs-

- ing, 11, 623-631
20. MacDonald, N.(1995). Suffering and Dying in Cancer Patients: Research Frontiers in Controlling Confusion, Cachexia, and Dyspnea. *West Journal of Medicine*, 163(3), 278-286.
 21. Lindholm, L., & Erikson, K.(1993). To understand and alleviate suffering in a caring culture. *Journal of Advanced Nursing*, 18, 1354-1361. 24)
 22. Wallace, B.(1995). Suffering, meaning, and the goal of hospice care. *The American Journal of Hospice & Palliative Care*, May/June, 6-9.
 23. 이옥자 외(1995). 말기 암환자의 체험에 관한 현상학적 연구: 파스(Parse)의 인간되어감 연구방법론. 이화여자대학교 간호학과 박사학위논문.
 24. Kahn, D. L., & Steeves, R. H.(1994). Witnesses to Suffering: Nursing Knowledge, Voice, and Vision. *Nursing Outlook*, 42(6), 260-264.
 25. Brallier, L. W.(1992). The suffering of terminal illness: cancer. IN P. L. Stark, & J. P. McGovern(Eds), *The hidden dimension of illness: human suffering*. New York: NLN.
 26. Benedict, S.(1989). The suffering associated with lung cancer. *Cancer Nursing*, 12(1), 34-40
 27. 최공옥(1991). 말기 암환자의 임종 경험에 관한 연구. 연세대학교 박사학위 논문.