

주요용어 : 고통, 간호사, 말기 암 환자

말기 암 환자를 간호하는 간호사의 고통경험 척도개발

조 계 화*

I. 서 론

1. 연구의 필요성

암 환자 간호는 고통의 관점에서 이해와 연민으로 접근될 때 가능하다. 본 연구자는 말기 암 환자를 간호하는 간호사들이 자신의 헌신적인 노력으로도 환자의 아픔이 경감되지 않을 때 심한 좌절감과 고통을 경험하는 것을 임상에서 자주 보아왔다.

Kang(1997)은 책임감과 부담감이 높을수록 고통을 더 심하게 경험하고, 자신에게 중요한 사람 및 외부환경과 관련된 차원의 고통 정도가 더 심하다고 하였는데, 상태에 호전이 없는 환자를 간호하는 간호사는 환자와의 관계가 두터울수록 더욱 심한 고통을 경험한다고 볼 수 있다. 말기암 환자 간호의 목적이 남아있는 생존시간을 보다 의미 있고 안락하게 지내도록 도와주는 것(Morris, Suisa, Sherwood, Wright, & Greer, 1986) 이라고 볼 때 간호사의 고통 경험은 간호사 자신의 건강이나 효율적인 환자 간호에 부정적인 영향을 미칠 수 있다. 따라서 말기 암 환자를 간호하는 간호사의 고통경험을 알아보는 것이 필요하며, 이를 위해서 간호사의 고통경험을 측정하는 것이 시급하다.

간호문헌에 고통 개념이 다루어지기 시작한 것은 1970년대부터이나 간호학에서 중요한 개념으로 받아들

여지지 않았으며, 1982년에 와서야 Cumulative Index to Nursing Literature Activity 분류항목으로 색인되었다(Kahn & Steeves, 1995). 1990년 이전의 문헌을 보면 고통(suffering)을 통증(pain)과 연관된 것으로 다루고 있으며(Copp, 1990a), 말기암환자를 간호하는 간호사들이 지속적으로 고통경험 현상 안에 있음에도 불구하고 우리나라에서는 간호사의 스트레스와 역할갈등에 관한 척도개발 연구가 있을 뿐 간호사의 고통경험 척도개발 연구는 없는 실정이다. 그러므로 고통을 경험하는 대상자의 문제를 가장 가까이에서 해결하고자 하는 간호사가 경험하는 고통의 의미와 이에 대한 반응을 파악하는 것은 간호실무 측면에서 매우 중요하다.

Petrosino(1986)는 호스피스 간호연구에서 임상간호사들의 임상경험을 구체적으로 밝힌 연구가 없다고 토로하면서 이러한 연구의 필요성을 강조하였고, Song(1997)은 호스피스 간호의 본질은 이론에 바탕을 두기 보다는 실제 경험에서 이끌어져야 하므로 호스피스 환자를 직접 간호하는 간호사들의 실제 임상 경험을 밝히는 것은 간호지식을 발견하는데 의미가 있다고 하였다.

우리나라에서 말기 암 환자를 간호하는 간호사와 일반간호사의 고통경험 정도를 비교한 연구는 없으나 임종환자와 함께 한 경험이 있는 간호사의 죽음태도가 일반간호사보다 더 긍정적이었음은(Han, 1999) 대상자에 대한 공감의 정도가 다른 것으로 볼 수 있으며 죽음에

* 대구가톨릭 대학교 간호학과

투고일 2001년 9월 10일 심사외피일 2001년 10월 11일 심사완료일 2002년 4월 8일

대한 깊은 사고와 민감성은 죽음현상을 경험하면서 배양될 수 있음을 시사한다.

이에 본 연구자는 우리나라의 사회, 문화적 배경을 고려하고 신뢰도와 타당도가 검증된 간호사의 고통경험 척도를 개발하여 말기 암 환자 간호를 통한 그들의 고통 정도를 측정함으로써, 보다 효율적이고 실제적인 간호를 위한 기초자료를 제공하고자 한다.

2. 연구의 목적

본 연구는 말기 암 환자를 간호하면서 체험한 간호사의 고통경험의 의미를 다차원적으로 측정할 수 있는 척도를 개발하고자 함이며 구체적인 목적은 다음과 같다.

- 1) 고통에 대한 개념을 고찰하여 개념적 기틀을 구성한다.
- 2) 개념적 기틀에 근거하여 고통 경험 척도를 개발한다.

II. 문헌 고찰

1. 고통의 정의와 의미

고통의 사전적 정의를 살펴보면 고통은 통증, 고통, 비탄으로서 몸이나 마음의 피로움과 아픔 상태이다(Lee, 1982). 또한 고통은 개인이 겪는 피로움의 상태, 통증이나 피로운 느낌을 경험하는 것, 또는 상실을 경험하는 것이며, 슬픔, 욕구불만, 갈등 등 여러 가지 심리적 원인에 의해서도 생기는 것으로서 통각자극의 감각 그 자체와는 구별되는 것이라고 정의하고 있다(Kang, 1997)

문헌(Rogers & Cowles, 1997)에 나타난 고통은 심원하고 개인의 통합성과 자율성의 상실 혹은 삶이나 상황을 조절할 수 있는 힘을 상실함을 포함한다. 고통경험을 통해 대상자들은 그들이 인간상실의 과정 안에 있음을 인식하게 되고 이러한 모든 것들은 인간적인 품위와 관련된다. Loewy(1991)는 이와 같은 고통의 어려움 때문에 고통이 일어날 수 있는 모든 경험으로부터 도망치고 싶거나 피하고 싶다고 서술했다.

고통의 의미나 개념에 대한 학자들의 정의가 다양하지만 인간 자신의 자아 또는 존재가 위협 당하는 위기의 국면에서 경험되어지는 극심한 피로움의 상태라는 것은 공통적으로 일치한다(Kang, 1997).

고통의 선행요인은 자아 혹은 개인적 정체성과 관련된 상실이나 위협이다(Cassell, 1982; Kahn & Steeves, 1995). 흔히 고통은 신체적 질병, 불구, 의

모의 손상 등으로 나타나(McHenry, 1991), 통증은 고통의 전구증상으로 표현되었다(Copp, 1990b).

고통의 결과는 가치관이나 현실감의 변화를 초래한다. 대부분 부정적 반응으로서 움츠러들, 기능장애, 무력해지거나, 삶의 질이 급격히 저하된다(Williams 1991). 한편 긍정적 반응으로서 개인적 성장, 종교적 신념과 헌신의 증가, 가치관과 견해의 변화를 가져온다(Cassell, 1982).

고통의 종교적 의미에서 종교는 고통의 기원에 대한 이해의 기초를 제공할 뿐만 아니라 인간이 고통에 대응하는 방법에도 영향을 미치므로, 고통에 대한 인간의 반응을 인식하기 위해서 고대 부족사회, 유교와 도교, 힌두교, 불교, 유태교, 기독교, 이슬람교의 고통에 대한 설명을 종합하면 첫째, 인간이 행한 잘못, 태만, 악에 대한 보응, 또는 신이 내린 벌로서 고통이 온다고 인식함으로 이에 대한 죄책감과 죄의식으로 신에게 불신과 분노를 느끼거나 신과 조화를 이루기를 원하는 인간의 태도를 볼 수 있다. 둘째 고통은 영적인 성장의 기회를 제공한다는 견해로 이 두 가지가 거의 보편적인 것으로 볼 수 있다(Kang, 1997).

사회적 차원에서의 고통은 건강한 세계와의 단절, 직업상실, 경제적 문제, 정보의 부족, 사회적 지지체제와의 불화, 미래계획의 포기, 변화된 일상생활 등으로 경험되며, 심리적 차원에서의 고통은 통제에 대한 상실감, 질병에 대한 분노, 소외감, 불확실성, 죄책감, 수치감, 두려움, 불안, 우울, 절망, 슬픔, 무력감이 있는데 특히 우울, 불안, 절망감은 암 환자의 주된 총체적 고통 표현 방식이다(Twycross & Lack, 1983).

고통에 대한 간호학적 견해는 고통 그 자체를 독특하고 필연적인 것이며, 개별적 경험과 문화적 가치 기준에 의해 영향 받는 자아의 경험이고 신체, 정서, 심리, 사회, 영적 측면을 포함하는 총체적 개념으로 보았는데(Kang, 1997), 각각의 개념들은 서로 상호작용하며 그 영향이 개인의 완전성에 위협이 되는 것은 고통이 될 수 있다고 보았다.

이상을 종합해 보면 고통은 인간의 근원적인 경험으로 개별화된 복합적인 경험이며, 고통의 선행요인 또한 특정한 한가지의 원인에서 오는 것보다는 다양한 원인에 의해서 다양한 표현방식으로 나타난다고 볼 수 있고, 그 결과 또한 부정적인 측면과 긍정적인 측면으로 해결될 수 있음을 알 수 있다. 특히 고통이 개인의 완전성을 위협하는 사건과 연관된 비탄상태나 자아 통합성의 급박한 분열의 인식에서 비롯된다고 볼 때 말기 암 환자를 간호

하는 간호사의 고통경험은 간호사 자신은 물론 간호를 받는 환자에게도 영향을 미칠 수 있음을 시사한다.

그러므로 간호사의 고통경험의 의미를 파악하고 고통경험 정도를 측정할 수 있는 도구를 개발하는 것은 간호 현장에서 스스로에 대한 고통인식과 대처, 환자에 대한 책임감, 보다 효율적이고 질적인 간호를 제공하기 위한 중요한 문제라고 사료된다.

2. 고통경험의 영향

말기 암 환자의 임종을 통한 간호사의 고통은 고도로 개별화된 경험으로서 문화, 종교, 가치관 등에 의해 영향을 받게되어 고통과 죽음에 대한 긍정적 혹은 부정적 태도를 초래하게 된다 (Williams, 1991; Han, 1999).

간호사들은 암 환자를 대할 때 환자들의 통증, 고통, 두려움의 에너지가 자신에게 흡수됨을 경험하고 환자들의 좌절감과 분노에 자주 반응한다(Joseph, 1991). 환자의 요구가 클수록 간호사의 에너지는 고갈될 수 있으며 환자의 고통에 공감하기 위한 자기왜신과 자기관리 기술의 부족은 간호사를 비참하게 위축시키는 경향으로 이끌 수 있고 이러한 경우 간호사들은 고통 당하는 대상자와 함께 있는 것보다는 업무와 시술에 초점을 둘 수 있다(Joseph, 1991). 임종환자와 많은 시간을 공유하는 간호사는 임종환자와 접근하게 됨으로써 생기는 불안과 공포 때문에 이러한 상황에서 자신을 방어하고, 환자의 통증과 고통의 느낌을 회피하려는 경향이 있음(Gadow, 1989)을 기술하면서 간호사로 하여금 철저히 환자와 함께 하도록 의식적인 선택을 하거나 고통 당하는 환자와 연민의 관점에서 충분히 자신을 개방하도록 용기와 헌신의 자세를 권유한다.

Davitz, Davitz, Rubin(1980)은 환자의 고통에 대한 반응을 간호의 중심 관점으로 밝혔다. 이들은 “환자의 신체적 통증과 정신적 고통에 대한 대처는 전문직 간호실무의 중요한 측면이고, 간호사가 어떻게 환자의 고통을 이해하는가의 과정을 보는 것이므로 중요하다”고 기술함으로써 고통받는 대상자를 통한 전문직업관의 확립을 긍정적 영향으로 보았다.

Cassell(1991)은 실무에서 간호사가 환자의 고통을 안다는 것은 한 개인의 개별성에 대한 이해와 언제 고통을 전체적, 위협적, 혹은 파괴적으로 느끼는가에 대한 완전한 통찰을 요구한다고 하며 이러한 이해는 고통받는 환자의 정체성, 사고와 관련하여 과거, 현재, 미래의 관

점, 타인과의 관계, 환경과의 관계, 생의 목표, 예측할 수 있는 행위들의 지식을 얻는데 필수적이라고 했다. 이는 고통을 통한 대상자와의 공감대형성에 긍정적 영향을 미치는 것으로 보인다.

Donley(1991)는 간호 업무는 간호사 자신을 인간고통과의 직접적인 대면으로 이끌지만 이러한 고통의 현존과 고통에 대한 지식은 간호사의 일부분으로서의 연민을 보증하는 것은 아니라고 했다. 더욱이 고통에 대한 영적 반응은 간호사로 하여금 고통받는 이와와 친교와 연대를 형성하기 위해 고통의 실재 안으로 들어가기에 요구한다(Donley, 1991). 이와 관련하여 Han(1999)은 죽음에 대한 교육과 임종환자 고통경험의 결합은 간호사의 죽음태도의 중요한 변수임을 지적했다.

Jo와 Han(2001)은 간호사의 고통경험 영향으로 의식의 확대, 가족과의 공감대 형성, 전문직관에 대한 도전, 가치관의 변화, 영적승화, 무력감, 죽음에 대한 거부 반응 등을 제시한 바 있으며, 인간에 대한 간호의 관점을 가치, 기대, 헌신, 지식, 행위, 결과의 측면에서 바라볼 때 간호사는 개인의 신체, 마음, 영혼을 움직이게 함으로써 다른 이의 고통경험에 참여한다고 보며 이러한 간호의 관계형성은 고통받는 이와 즉각적이고 생생한 현실의 한 부분으로서 함께 존재함을 나타낸다고 볼 수 있다.

이상에서 환자의 고통이 간호사에게 반향되어 다양한 반응을 나타냄을 알 수 있다. 간호의 패러다임은 임상적 치료를 요구하는 병리적 문제로서만 고통을 보지 않으며 오히려 존재론적인 측면에서 객관적이고 주관적인 실재로서의 고통을 본다. 따라서 간호사의 개인적, 문화적 가치와 기준이 고통경험과 의미에 영향을 준다고 볼 수 있으며 이를 고려한 간호사의 고통경험 정도를 측정할 수 있는 도구를 개발하는 것은 효율적이고 질적인 간호 제공을 위해 의미가 있다고 사료된다.

III. 연구 방법

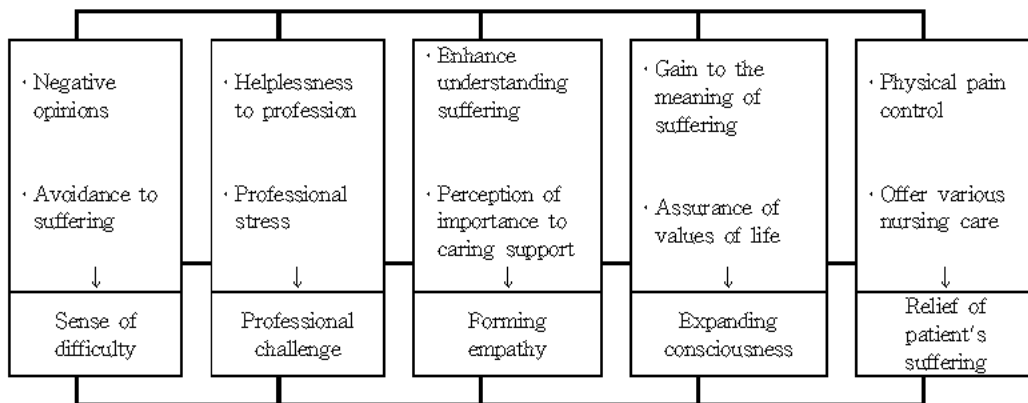
1. 연구설계

본 연구는 말기 암 환자를 간호하는 간호사의 고통경험 정도를 측정하기 위한 척도를 개발하기 위한 방법론적 연구(Methodological Research)로, 고통의 개념적 기틀과 고통경험의 의미를 밝히는 질적 연구를 근거로 문항을 개발하고, 이들의 신뢰도와 타당도를 조사하였다.

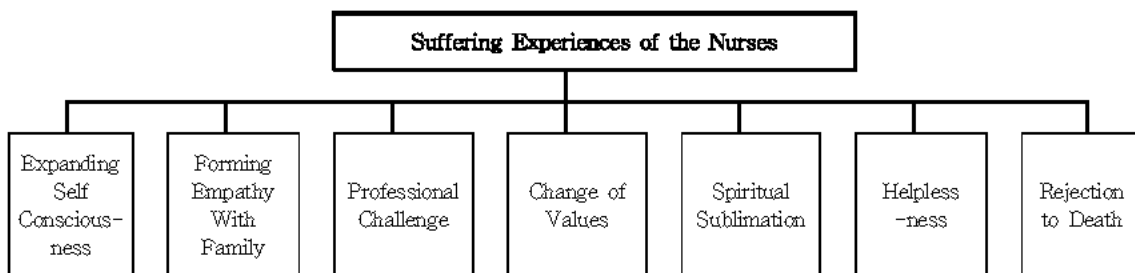
2. 척도개발 진행과정

<Table 1> Attributes of the concept of suffering and example themes

Attribute	Themes
Individualized	Peculiar to the one suffering (Loewy, 1991) Unique to each individual (Kahn & Steeves, 1995) Varies from person to person (Ferrell, 1990)
Subjective	Difficult to assess/measure (Ferrell, 1990) Subjective (Loewy, 1991) Must be inferred (multiple authors)
Complex	Multidimensional, complex (Ferrell, 1990) Composite (Loewy, 1991) Involves physical, psychological, and interactional aspects (Benedict, 1989) physical pain (Davitz et al., 1976) psychological distress (Davitz et al., 1976) loss of autonomy or control (Williams, 1991) strong religious connotations (Copp, 1990b)
Meaning (Intensely negative)	Involves meaning and personal values (Benedict, 1989) Destruction of person (Cassell, 1982) Losing one's humanity (Copp, 1990a) Meaning given to pain (Sarano, 1970) Changing meaning may ameliorate suffering (Bates et al., 1989)



<Figure 1> Meaning of Suffering experienced by nurse from qualitative research



<Figure 2> Conceptual framework of Suffering experienced by nurses

본 척도를 개발하기 위한 연구진행 과정은 다음과 같다.

1) 개념적 기틀의 개발단계

예비문항의 작성 전에 Rogers와 Cowles(1997)의 문헌에서 파악된 교통 개념의 4가지 속성<Table 1>과 Jo와 Han(2001)의 간호사의 교통경험에 관한 질적 연구(Figure1)를 토대로 말기 암 환자를 간호하는 간호사의 교통경험의 속성과 내용별 영역을 재구성하여 개념적 기틀을 개발하였다(Figure 2).

2) 예비문항 작성 및 내용타당도 검증단계

예비문항의 내용적 다양성을 기하기 위해 문헌고찰 이외에도 말기 암 환자를 간호한 경험이 있는 간호사 25명과의 심층면담, 개방적 질문지를 사용하여 기초자료를 수집한 결과 총 165개의 진술문이 추출되었다. 수집된 진술문을 간호학 교수의 자문을 얻어 어의분석에 따라 범주화하였으며 그 범주를 대표하는 64개의 1차 예비문항을 선정하였다.

위에서 선정된 64문항에 대한 내용타당도를 판정하기 위해 중앙내과 전문의 1명, 간호학 교수 3명, 간호사 3명, 박사 과정생 2명으로 구성된 총 9명의 전문가 집단을 선정하였는데, 이는 Lynn(1986)이 내용타당도의 검증을 위한 전문가의 수는 3명 이상 10명 이하가 바람직하다고 제안한 것에 근거하였다.

각 문항의 타당도를 '매우 타당하다' 4점, '대체로 타당하다' 3점, '약간 타당하다' 2점, '전혀 타당하지 않다' 1점으로 평가하도록 하였고, 그 결과를 가지고 각 문항에 대한 내용타당도 계수(Index of Content Validity: CVI)를 산출하여 내용타당도 계수가 70% 이상인 문항만을 채택하였다. 또한 내용타당도의 검증과정에서 문항의 표현이 부적절하거나 중복되었으며 영역의 구분이 명확하지 않다고 지적된 문항을 제외시켜 58개의 문항을 예비문항으로 선정하였다.

3) 최종문항 선정단계

전문가 집단을 통해 내용 타당도를 검증 받은 예비문항 58개를 문항분석(item analysis)과 요인분석(factor analysis) 결과를 토대로 최종 44문항을 선정하여 내적 일관성 신뢰도 계수(Cronbach's alpha)를 산출하였다.

3. 연구대상 및 자료수집

도구의 신뢰도와 타당도 검증을 위한 자료수집 기간

은 2001년 4월 20일부터 2001년 7월 10일까지였다. 대상자는 대구 경북지역의 대학병원과 종합병원에 근무하면서 말기 암 환자를 간호한 경험이 있는 간호사로서 본 연구에 동의한 220명을 의도 표출하여 설문 조사를 실시하였다.

위에서 최종적으로 선정된 척도의 문항은 '동의하지 않는다' 1점, '별로 동의하지 않는다' 2점, '대체로 동의한다' 3점, '동의한다' 4점의 점수를 부여하였다. 이는 5점 척도의 경우 중립적 자세를 취하기 쉬운 경향이 있어 응답의 분산이 극소화될 수 있다는 점을 고려하여 중립적인 '보통이다'의 유무를 제외시킨 4점 척도를 이용하였다. 각 문항의 점수를 합하여 점수의 합이 높을수록 말기 암 환자를 간호한 간호사의 교통 경험이 부정적임을 의미한다.

4. 자료분석 방법

수집된 자료는 SPSS-WIN8.0을 이용하여 전산처리하였다.

- 1) 대상자의 일반적 특성은 기술통계를 이용하여 빈도와 백분율로 제시하였다
- 2) 척도의 신뢰도 검증은 Chronbach's α 계수를 산출하였다.
- 3) 척도의 구성타당도 검증은 Factor analysis를 실시하였으며, 요인모델은 eigen value 1.0이상인 항목을 varimax rotation을 적용하여 요인부하량이 .40 이상인 문항을 선택하였으며, 도구 문항의 개념적 기틀에 근거하면서 각 요인을 요인부하량의 순으로 정리한 후 요인을 명명하였다.

IV. 연구 결과

1. 대상자의 인구사회학적 특성

연구대상자의 근무경력은 1-2년이 28.6%, 3-4년이 19%, 5-6년이 11.4%, 7-8년이 9.5%, 9-10년이 5.4%, 10년 이상이 25.9%였고 근무 부서로는 내과병동 35.4%, 외과병동 29.1%, 중환자실 11.4%, 기타 24.1%로 내 외과 병동이 전체의 65.4%로 나타났다. 직위는 일반간호사가 75.9%로 가장 많았고, 수간호사가 11.8%, 책임간호사가 10.4%, 팀장이 1.8%의 순으로 나타났다. 종교는 있음이 57.7%, 없음이 42.3%로, 결혼상태는 미혼이 61.4%로 높게 나타났으며, 즉

음에 대한 경험은 있음이 72.7%로 대부분의 간호사가 죽음 경험을 한 것으로 드러났다. 혈액형은 A형이 34.1%, O형이 29.5%, B형이 24.1%, AB형이 12.3%의 순으로 나타났으며 경제상태는 88.6%가 중이라 했고 교육상태로는 전문대졸이 73.6%, 대졸이 20.9%였다.

2. 말기 임환자를 간호하는 간호사의 고통경험 척도의 신뢰도 검증

총 44개 문항으로 구성된 예비도구의 신뢰도에 대한 Cronbach Coefficient Alpha 값은 .8665로 나타났으며 이는 Nunnally(1978)가 초기 Cronbach alpha 계수가 .70이상은 되어야 한다는 점과 응용연구 분야에서 채택될 수 있는 일반적 기준의 .70이상을 충분히 만족하여 척도의 내적 일관성 정도가 높은 신뢰성을 확보하였다.

3. 말기 임환자를 간호하는 간호사의 고통경험 척도의 타당도 검증

본 도구의 구성 타당도를 검증하기 위해 수집된 자료를 주성분 분석(principal component factor analysis)을 실시하였다. 여기서 표본적절성 측정치인 Kaiser-Meyer-Olkin(KMO)의 값이 .814로 비교적 높게 나타났고, Bartlett 검증 통계치의 유의수준이 .001보다 작게 나타나 요인분석에 적합하다고 판단되었다. 주성분 분석 결과 고유치(eigen value)가 1이상인 요인 18개가 추출되었고, 이것이 전체변량의 67.6%를 설명하였으나 스크리 검사(Scree Test)를 수행한 결과 요인수를 7개로 정하는 것이 좋다고 판단되었다. 최종 요인구조를 얻기 위해 Varimax 방법을 이용하여 회전시켜 요인적재치가 .40이하인 문항은 삭제하여 최종적으로 44문항을 얻었다. 예비문항의 문항분석 결과 전체 47개 문항 중 '41. 머리 감기기, 맞사지 등 신체적 접촉이 환자와의 관계형성을 강화시킨다', '8. 환자의 죽음 뒤에 보호자가 감사의 인사를 할 때 받을 자격이 없는 것 같아 죄스럽다', '21. 환자로 인해 나도 모르게 기도가 나올 때가 있다'의 3개 문항을 제외한 44문항을 다시 Varimax 회전방법을 통하여 요인분석을 수행한 결과 7개의 요인으로 구별되었다. 각 요인에 가장 높은 요인적재량을 보인 문항부터 순서대로 7개 요인 적재량을 제시하고 각 요인을 명명한 것을 보면<Table 2>와

같다.

제 1 요인은 자기의식 확대라고 명명하였으며 항목으로는 '자신을 열고 나면 환자는 나에게 전폭적인 신뢰를 한다', '자신을 열면서 편협적인 데서 벗어나게 되고 조건 없이 주게된다', '환자를 위해 유머 감각을 살리려고 애를 쓴다', '지금 내가 하는 간호가 결코 남에게 하는 것이 아니라 스스로에게 하는 것이다' 등 12문항이 추출되었다. 이들 요인의 고유값은 5.73이었으며 전체변량의 9.88%의 설명력을 갖는 것으로 나타났고 각 문항의 요인 적재치는 .451에서 .714로 나타났다.

제 2 요인은 '가난하여 경제적 어려움을 겪을 때 가족의 고통은 가중된다', '돈 때문에 환자가 모든 치료를 거부할 때 간호사로서 한계를 느낀다', '죽음을 앞둔 환자를 두고 경제적 문제로 가족들이 싸움을 할 때 어쩔 수 없는 환경에 화가 난다', '가족 없는 상태에서 죽음을 맞이하는 환자를 보면 가슴이 아프다' 등으로 총 9문항이 추출되었으며 가족과의 공감대 형성으로 명명하였다. 이들 요인의 고유값은 4.94이었으며 전체변량의 8.52%의 설명력을 갖는 것으로 나타났고 각 문항의 요인 적재치는 .415에서 .700으로 나타났다.

제 3 요인은 총 8개의 문항이 추출되었으며 항목으로는 '간호사라는 직업을 왜 택했을까 라는 회의가 들 때가 있다', '환자의 죽는 모습을 보면서 지금의 내 삶에 대한 회의가 온다', '환자의 죽음 뒤 평평 울고 싶을 때 못 울고 태연한 척 해야될 때 나 자신이 너무 싫다', '내가 왜 여기 있어야 하는지 모를 때가 있다' 등으로 죽음 전문직에 대한 도전으로 명명하였다. 이들 요인의 고유값은 3.89이었으며 전체변량의 6.71%의 설명력을 갖는 것으로 나타났고 각 문항의 요인 적재치는 .422에서 .656으로 나타났다.

제 4 요인은 총 4 개의 문항이 추출되었으며 항목으로는 '삶의 의의가 어디에 있는지 질문으로 다가온다', '우리가 추구하는 현세적인 것이 죽음 앞에 가치가 있는지 스스로에게 물게된다' 등으로 나타나 가치관의 변화로 명명하였다. 이들 요인의 고유값은 3.57이었으며 전체변량의 6.15%의 설명력을 갖는 것으로 나타났고 각 문항의 요인 적재치는 .413에서 .669였다.

제 5 요인은 '편안한 임종을 볼 때 이 세상이 끝이 아니라는 것을 확인한다', '종교의 힘이 고통을 겪는데 도움이 된다' 등 총 5 개의 문항이 추출되었으며 영적 승화로 명명하였다. 이들 요인의 고유값은 3.15이었으며 전체변량의 5.43%의 설명력을 갖는 것으로 나타났고 각 문항의 요인 적재치는 .415에서 .606이었다.

제 6 요인은 총 2 개의 문항이 추출되었으며 항목으로는 '환자의 고통을 덜어주기 위해 무언가 해 보려고 노력해도 한계를 느낀다', '환자의 고통 앞에서 아무 것도 해 줄 수 없는 자신이 무기력하고 죄책감마저 든다'로 나타나 무력감으로 명명하였다. 이들 요인의 고유값은 2.44이었으며 전체변량의 3.87%의 설명력을 갖는 것으로 나타났고 각 문항의 요인 적재치는 .820에서 -.839로 나타났다.

제 7 요인은 총 3 개의 문항이 추출되었으며 항목으로는 '죽음에 대한 생각은 하기 싫다', '아무하고도 죽음에 관해 논의하기는 싫다', '어떤 스트레스 보다 딸기 환자의 죽음을 대할 때 받는 스트레스가 더 크다'로 나타나 죽음 거부로 명명하였다. 이들 요인의 고유값은 2.22이었으며 전체변량의 3.83%의 설명력을 갖는 것으로 나타났고 각 문항의 요인 적재치는 -.403에서 .644로 나타났다.

V. 논 의

본 연구는 간호현장에서 딸기 암 환자를 간호하는 간호사의 고통경험 척도를 개발하고, 개발된 척도의 타당도와 신뢰도를 검증하고자 실시되었다.

고통 개념을 다룬 구체적인 선행연구들이 미비하므로 외국의 문헌고찰과 선행연구의 결과를 토대로 연구자가 고통경험의 개념적 기틀을 마련한 후 이를 기초로 도구 문항을 개발하였으며 통계적 분석을 통하여 도구를 확정, 개발하였다.

우선 척도의 구성타당도 검증을 위해 본 연구에서는 딸기 암 환자를 간호한 경험이 있는 간호사 25명과의 면담, 개방적 질문지를 통하여 작성된 예비문항을 9명의 전문가 집단에게 내용타당도 검증과정을 거친 결과 타당도 계수(Content Validity Index: CVI)가 70% 이상인 문항만을 선정하였다. 또한 문항과 전체문항과의 상관계수 및 특정 해당문항을 제외했을 때의 Chronbach's α 값을 고려하여 분별력이 높은 문항만을 선정함으로써 척도의 타당성을 높이는 절차를 충분히 거쳤다고 판단된다.

또한 요인분석을 적용하기 위한 적절한 표본의 크기는 각 문항에서 5명 이상의 표본을 취하는 것, 즉 최종 문항의 5배 이상의 표본 크기가 적절한 것으로 Nunnally(1994)는 제시하고 있는데, 본 연구의 최종 문항이 44문항임을 감안할 때 220명의 표본 수를 선정 한 것은 타당하다고 할 수 있다.

위의 대상자들을 통해 요인 분석을 실시한 결과 7개의 요인으로 구분되었는데, 제 1요인과 5요인은 '자기의 식 확대'와 '영적 승화'의 요인으로 확인되었다. 이는 고통에 대한 긍정적 반응으로서 고통을 통한 자기수용과 이해를 거쳐서 삶의 의미를 발견하고 개인적 성장과 가치관의 변화를 가져온다는 Cassell(1982)의 견해와 일치한다. '자신을 열고 나면 환자는 나에게 전폭적인 신뢰를 한다', '현재의 모습, 위치, 입장은 다르지만 환자와 나는 다르지 않다고 느낀다', '고통은 그것을 보는 이로 하여금 무언가를 느끼게 하므로 교환적이고 가치있는 것이다', '편안한 임종을 볼 때 이 세상이 끝이 아니라는 것을 확인한다', '고통을 통해서 영적으로 승화되고 더욱 헌신적이 된다'와 같은 문항을 통해 대상자들은 고통을 극복해야하는 능동적 자세로 보았으며 인간의 취약성, 고통, 질병, 심지어 죽음까지도 인간을 위축시킨다고만 볼 수 없고 오히려 의식이 확장될 수 있는 전환점으로 삼았다. 이는 고통과정에서 간호사의 중재가 미치는 영향이 크다는 것을 예측 할 수 있다. 이러한 신념을 소지한 간호사들은 임종을 맞이하는 환자들의 의식을 확대하고 죽음에 대한 고통을 가법적 해 주는 힘이 강화된다고 본다.

제 2요인으로는 '가족과의 공감대 형성' 요인이 확인되었다. 이는 환자의 고통을 지켜보면서 가족지지의 중요성, 사회적 경제적 지지의 필요성 등 지지간호의 중요성을 인식하여 고통으로 인해 가족과 동질의 공감대를 경험한다고 하였다. 높은 설명력을 나타내는 항목을 보면 '가난하여 경제적 어려움을 겪을 때 가족의 고통은 가중된다', '가족이 없는 상태에서 죽음을 맞이하는 환자를 보면 가슴이 아프다', '부모보다 먼저 죽는 환자를 보면 어떤 죽음보다 가슴이 아프다'등으로 나타났는데 이는 한국의 가족적 문화가 배경이 됨을 선행연구(Park, 1995; Kim & Chun, 1996)를 통해 알 수 있다. 이러한 경우 간호사들을 위해서는 가족의 심리적 간호를 함께 수행할 수 있는 프로그램의 개발과 구체적으로 가족관리 능력을 갖도록 도와주어야 할 것이다.

제 3요인과 6요인으로는 '전문직에의 도전', '무력감' 요인으로 확인되었는데 고통받는 환자를 보면서 고통완화를 위해 해줄 수 있는 능력의 한계는 직업적 한계성을 느끼게 되고, 환자의 죽음 뒤 경험하는 후회와 죄책감의 교차, 등을 통하여 직업적인 회의감에 빠져들어서 직업적 스트레스를 겪는 고통을 경험한다고 하였다. 딸기 암 환자 간호의 간호목표달성에 있어 간호사의 간호수행만으로 도달할 수 있는 결과에 한계가 있다는 것을 깨닫

2002년 4월

게 되면 간호사는 무력감, 좌절감 등을 경험하게 된다. 이때 그 무력감에 적절하게 대처하지 못하면 직업적인 스트레스를 경험하게 되며 또한 지속적인 간호사의 고통

경험은 간호사 자신의 건강이나 효율적인 환자간호에 부정적인 영향을 줄 수 있다. 따라서 말기환자를 간호하는 간호사의 업무와 관련된 고통경험에 대해 적절한 대응책

<Table 2> Varimax Rotated Component Matrix

Item	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7
	Expanding self consciousness	Forming Empathy With Family	Professional Challenge	Change of Values	Spiritual Sublimation	Helplessness	Rejection to Death
12. After opening my mind, the patients entirely become trustful to me.	.714						
37. Since I opened my mind, I've got free from narrow mindedness and given to them unconditionally.	.684						
30. I try to use a sense of humor.	.623						
1. I think my nursing care for those patients is not for others but for myself.	.601						
41. I guess I am not different from a patient in suffering though our current figures, positions and situations differ from each other.	.562						
13. I feel as if I am a companion who joins in their suffering.	.554						
29. It seems to communicate a simple concern and truth between patients and me, not curiosity toward patients.	.537						
2. I think human being is essentially lonely and brethren.	.519						
42. Suffering is didactic and worthwhile because nurses who watch patients' suffering are made to be thoughtful.	.474						
28. I think everything goes by turns, hence I now help others and someday I will be given help by others.	.470						
3. When a patient said "see you later"... died and wasn't in his bed, I know the preciousness of the moment.	.467						
14. Hospice has to work because the human being is too precious.	.451						
15. The suffering of the family seems to be aggravated for their financial trouble.		.700					
31. I feel the limit of my ability as a nurse when the patients deny the treatment for the money.		.683					
4. I feel upset of the reality that the members of family fight each other before the patient faced death on account of money.		.674					
38. Dying patients without their families wring my heart.		.661					
43. I think there ought not to be patients who are dying for want of money.		.612					
16. Patients who die earlier than their parents make me sad.		.524					
32. The terminal patient's family who hope the patient's recovery wring my heart.		.522					
5. It is the most difficult to overcome suffering when patients have no one to share their suffering with.		.460					
27. I think family support in dying patient is important.		.415					
17. I am skeptical about why I chose the job of the nurse.			.666				
6. When I see the patient's death, I have skepticism about my current life.			.633				
33. I am disappointed with myself... I pretended to act with composure in order not to cry when I wish to weep.			.614				
18. There are times I don't understand for the reason why I should be here.			.600				
7. I want to avoid sufferings if possible.			.548				
39. I often fall into dilemma.			.547				
44. I have a guilty conscience as to that I didn't provide active care to him after patient's death.			.529				
26. It seems to be untruthful that I approach the patient without spiritual confidence.			.422				
19. Suffering makes me ask questions about meaning of life.				.689			
34. I ask for myself earthly things we are seeking is valuable before death.				.680			
8. I often think of myself how to live in the future.				.666			
25. I think the meaning of suffering is different according to person who suffers.				.514			
40. I'd like to ask really whether those who are good die young.				.413			
20. I get identified that our life does never end in this world when I witness the moment of peaceful death.					.606		
9. Religion is helpful to relieve suffering.					.596		
24. I think that death is noble.					.543		
35. It seems that the person which helps patients at each level of suffering is neither patients nor the nurses, but grace.					.430		
21. I become more dedicated and am sublimed spiritually through suffering.					.415		
10. I feel my limitation even if I try to relieve patient's suffering.						.339	
22. I feel helpless and guilty when I can do nothing for patient's suffering.						.320	
11. I don't like to think of death.							.644
36. I don't want anyone to discuss death.							.604
23. A stress from death of patient is greater than any other stressors.							.403
Eigen value	5.73	4.94	3.89	3.57	3.15	2.44	2.22
% of Variance	9.28	8.52	6.71	6.15	5.43	3.87	3.33
Cumulative %	9.28	18.40	25.10	31.25	36.68	40.54	44.38

이 요구되며 이는 향상된 질적 간호를 수행함에 있어 의의가 있다.

제 4요인과 7요인은 '가치관의 변화'와 '죽음거부'로 확인되었는데 중요 항목들을 보면 '삶의 의의가 어디에 있는지 질문으로 다가온다', '우리가 추구하는 현실적인 것이 죽음 앞에 가치가 있는지 스스로에게 묻게된다', '죽음에 대한 생각은 하기 싫다' 등이었다. 이들은 대부분 부정적 반응으로서 고통을 통해 가치관이나 현실감의 변화를 가져온다는 Williams(1991)의 연구와 환자의 통증과 고통의 느낌을 회피하려는 경향이 간호사에게 있다는 Gadow(1989)의 견해와 간호사의 업무는 간호사 자신을 인간 고통과의 직접적인 대면으로 이끈다고 한 Donley(1991)의 연구 결과와 일관된다.

이상을 통해서 간호사의 고통경험은 긍정적 측면과 부정적 측면을 포함하고 있음을 알 수 있다. 간호사는 말기 암 환자의 고통을 통해 현실을 수용하고 긍정적으로 전환할 수 있는 반면 직업적, 가치체계의 도전을 경험할 수도 있다. 따라서 간호사의 개인적, 문화적 가치와 기준이 고통경험과 의미에 영향을 주므로 이를 포함한 예측변인을 확인하는 연구들이 시도되어야 할 것으로 사료된다.

본 연구는 말기 암 환자를 간호하는 간호사의 고통경험의 다차원적 속성을 구체적 요인 7 가지로 제시함으로써 말기 환자의 질적 간호를 위한 기초자료를 제시했으며, 우리나라에서 처음으로 간호사의 고통경험을 측정하는 도구를 개발하였다. 본 척도의 신뢰도는 Cronbach alpha 값이 .8665를 나타냄으로써 Nunally(1978)가 초기 Cronbach alpha 값이 .70 이상은 되어야 한다는 점과 응용연구 분야에서 채택될 수 있는 일반적 기준의 .70 이상을 만족하여 척도의 내적 일관성 정도가 높은 신뢰성을 확보하고 있다. 또한 본 연구에서 개발된 말기 암 환자를 간호하는 간호사의 고통경험 척도의 총 설명량은 44%이므로 다른 요인을 찾기 위한 꾸준한 연구가 이루어져야 할 것이며 추후 반복적인 연구를 통하여 신뢰성과 타당성의 재검증과 도구의 보안을 위한 연구가 요구된다.

본 연구에서 개발된 말기 암 환자를 간호하는 간호사의 고통경험 측정 도구는 간호사의 관점을 반영시킨 포괄적인 내용으로 말기 환자의 질적 간호를 위한 기초자료로 유용하게 사용될 것으로 사료된다.

VI. 결론 및 제언

본 연구에서는 말기 암 환자를 간호한 경험이 있는 간호사에게 그들의 고통경험에 관한 심층 면담과 포괄적인 문헌고찰을 통해 말기 암 환자를 간호하는 간호사의 고통경험 측정도구 개발을 시도하였다.

척도개발을 위해 개념적 기틀의 구성, 예비문항의 작성, 최종문항의 선정 단계를 거쳐 58개 문항으로 구성된 예비척도로 척도의 타당도와 신뢰도를 측정하였다.

도구의 신뢰도와 타당도 검증을 위한 자료수집은 대구와 경북지역의 2개 대학병원과 5개 종합병원에서 말기 암 환자를 간호한 경험이 있는 220명을 대상으로 실시하였으며 자료수집 기간은 2001년 4월 20일부터 7월 10일까지였다.

도구의 타당도와 신뢰도 검증결과는 다음과 같다.

1. 도구의 내용타당도 검증을 위해 문헌고찰 및 면담을 통해 구성된 1차 예비문항 64항목에 대해 전문가 집단 9명을 통해 내용타당도 검증계수 70% 이상의 문항을 고려하여 58문항이 채택되었다.
2. 구성타당도의 검증을 위해서 문항분석과 척도의 구성타당도 검증은 varimax 회전을 통한 요인분석을 실시하였다. 문항분석은 문항과 전채문항간의 상관계수를 고려하여 47문항이 선택되었다. 1차 요인분석에서 문항들의 요인 적재량이 .40 이상의 유의수준을 보이는 문항을 선정하고, 각 문항의 요인적재치가 요인간의 뚜렷한 구별을 보이지 않는 문항을 제외시켜 44문항을 선정하였다. 최종적으로 선정된 문항에 대한 varimax 회전을 통한 2차 요인분석 결과 고유값이 1.0 이상인 7개 요인이 확인되었다. 7개 요인의 전체누적 변량은 44%였고, 제1요인은 '자기 의식의 확대', 제2요인은 '가족과의 공감대 형성', 제3요인은 '전문직 도전', 제4요인은 '가치관의 변화', 제5요인은 '영적 승화', 제6요인은 '무력감', 제 7요인은 '죽음거부'로 명명하였으며 이는 본 연구의 개념적 기틀과 일치되고 있다.
3. 신뢰도 검증결과 Cronbach alpha 값이 .8665로 나타나 내적 일관성이 높은 도구임이 확인되었다.

이상의 결과를 토대로 다음과 같이 제언하고자 한다.

1. 본 척도의 타당도와 신뢰도의 재검증과 보안을 위한 반복적 연구가 필요하다.
2. 말기 암 환자를 간호하는 간호사 이외의 다양한 간호분야에 종사하는 대상자를 선정하여 고통경험을 비교 연구할 것을 제언한다.

References

- Bates, A., Burns, D. D., & Moorey, S. (1989). Medical illness and the acceptance of suffering. *International J of Psychiatry in Medicine*, 19, 269-280.
- Benedict, S. (1989). The suffering associated with lung cancer. *Cancer Nurs*, 12(1), 34-40.
- Cassell, E. J. (1982). The natures of suffering and the goals of medicine. *New England J of Medicine*, 306, 639-645.
- Cassell, E. J. (1991). Recognizing suffering. *Hastings Cent Rep.* 21, 24-31.
- Copp, L. A. (1990a). The nature and prevention of suffering. *J of Professional Nurs*, 6, 247-249.
- Copp, L. A. (1990b). The spectrum of suffering. *American J of Nurs*, 90, 35-39.
- Davitz, L. J., Sameshima, Y., & Davitz, J. (1976). Suffering as viewed in six different cultures. *American J of Nurs*, 76, 1296-1297.
- Davitz, L. L., Davitz, J. R., & Rubin, C. F. (1980). *Nurses' Responses to Patients' Suffering*. New York, NY: Spring.
- Donley, R. (1991). Spiritual dimensions of health care: Nursing's mission. *Nurs Health Care*, 12, 178-183.
- Ferrell, B. R. (1990). Commentary for Steeves, Kahn & Benoliel, 'Nurses interpretations of the suffering of their patients'. *Western J of Nursing Research*, 12, 729-730.
- Gadow, S. (1989). Clinical Subjectivity. *Nurs Clin North Am*, 24, 535-541.
- Han, M. S. (1999). *An analysis of cancer care unit nurses' perception of death*. Unpublished a master's thesis. University of Han-Yang, Seoul.
- Jo, K. H. & Han, H. J. (2001). Nurses' painful experiences through terminal patient. *J Korean Acad Nurs*, 31(6), 1055-1066.
- Joseph, L. (1991). The energetics of conscious caring for the compassionate healer. In: Gaut DA, Leininger MM, eds. *Caring: The Compassionate Healer*. New York, NY: National League for Nursing.
- Kahn, D. L., & Steeves, R. H. (1995). The significance of suffering in cancer care. *Seminars in Oncology Nurs*, 11(1), 9-16.
- Kang, K. A. (1997). Concept analysis and development of suffering application of Hybrid Model Method. *J Korean Acad Nurs*, 26(2), 290-303.
- Kim, H. J., & Chun, J. Y. (1996). A study on body image, spouse support and psychological adjustment of patients in mastectomy. *J of Adult Nurs*, 8(2), 394-409.
- Lee, H. S. (1982). *Korean Dictionary*. Seoul: Min Jung Seo Rim.
- Loewy, E. H. (1991). The role of suffering and community in clinical ethics. *J of Clinical Ethics*, 2(2), 83-89.
- Lynn, M. R. (1986). Determination and quantification of content validity. *Nursing Research*, 35(6), 382-385.
- Morris, J. N., Suissa, S., Sherwood, S., Wright, S. M., & Greer, D. (1986). Last days : A study of the quality of life of terminally ill cancer patients. *J. Chron Dis*, 39(1), 47-62.
- Nunally, J. (1978). *Psychometric theory*. 2ed. New York: McGraw-Hill Comp.
- Nunally, J. (1994). *Psychometric theory*. New York: McGraw-Hill Comp.
- Pak, J. H. (1995). The degree of helplessness and family support perceived by the cancer patient. *Medical Journal of Kyungbuk university*, 36(4), 635-644.
- Petrosino, B. M. (1986). Research challenges in hospice nursing. *Hospice J*, 2(1), 1-36.
- Rogers, B. L., & Cowles, K. V. (1997). A conceptual foundation for human suffering in nursing care and research. *J of Advanced Nurs*, 25, 1048-1053.

Sarano, J. (1970). *The Hidden Face of Pain*. Judson, Valley Forge, Pennsylvania.

Song, H. H. (1997). Research methodology of hospice care. *Paper collections of hospice*, 2, 5-12.

Twycross, R. T., & Lack, S. A. (1983). *Symptom control for advanced cancer : Pain relief*, London. Pitman.

Williams, J. R. (1991). When suffering is unbearable : Physicians, assisted suicide and euthanasia. *J of Palliative Care*, 7(2), 47-49.

- Abstract -

Development of A Nurse's Suffering Experience Scale

Jo, Kae-Hwa*

Purpose: The purpose of this study was to develop Nurse's Suffering Experience Scale and to test the reliability and validity of the instrument. Method: The subjects used to verify the scale's reliability and validity were 220 nurses who were taking care of the end stage cancer patients, while working at university and general hospitals in Daegu and

Kyungbuk province from April 20. to July 10, 2001. The data was analyzed by the SPSS/WIN 8.0 program. Results: A factor analysis was conducted, and items that had a factor loading more than .40, and an eigen value more than 1.0. were selected. The factor analysis classified a total of seven factors statistically, and it's communality was 44%. The explanation of factors based on the conceptual framework and item content are as follows: The first factor was expanding self consciousness, the second factor was forming empathy with family, the third factor was professional challenge, the fourth factor was change of values, the fifth factor was spiritual sublimation, the sixth factor was helplessness, and finally the seventh factor was rejection to death. Cronbach's α coefficient to test reliability of the scale was .8665 for total of 44 items. The Scale for Nurse's Suffering Experience developed in the study was identified as a tool with a high degree of reliability and validity. Therefore this scale can be effectively utilized for the evaluation of the degree of nurse's suffering experience in clinical settings.

Key words : Suffering, Nurse, Cancer patient

* Department of nursing, Daegu Catholic University