주요용어 : 영적간호중재, 호스피스, 불안, 우울

영적 간호중재가 호스피스 환자의 불안과 우울에 미치는 효과*

윤 매 옥**·박 정 숙***

I. 서 론

1. 연구의 필요성

현대의학 기술의 발달과 사회경제적 수준의 향상으로 만성 질환자와 말기환자의 수는 급속히 증가되고 있다. 만성 질환자나 말기환자의 경우에는 급성기 환자보다도 더 많은 도움을 필요로 하지만 현행의료발달 체계 내에서는 이들의 진정한 요구가 충족되지 못하고 3차 진료기관에서 치료중심의 의료서비스를 받고 있거나 장기 입원으로 경제력을 상실하게 되면 가정에서 방치되고 있는 실정이다(Lee et al., 1998). 또한 말기 환자는 병원에서 조기퇴원을 권유받음으로써 더 이상의 의학적 치료가 불가능한 상황임을 간접적으로 선고받게 되며 환자는 통증과 여러 가지 신체적으로 불쾌하고 괴로운 증상, 심리적으로 불안정한 상태에서 죽는 순간까지 방치됨으로써 환자는 물론 가족까지 고통을 겪는다(Lee, 1999-b).

Lee(2000)는 87명의 말기암 환자를 대상으로 한 연구에서 영적 고통은 인생의 궁극적 의미상실, 죽음에 대한 두려움, 죄에 대한 심판의 두려움으로 겪는 속성을 포함하고 있음을 밝혔다. Craig와 Abeloff(1974)는 암 환자의 주된 정서반응은 불안과 우울이라고 밝혔으며, Kim과 Choi(2000)의 호스피스환자 113명을 대상으로 한 연구결과에서도 심리적 영적 문제로 우울과 불안이 가장 많았다고 하였다.

말기환자는 더 이상 치료받을 수 없다는 절망감과 사회적 고립감, 말기 질환과 치료의 부작용 등으로 인해 유발되는 여러 가지 불편한 증상들과 죽음의 본질에 대한 의문과 의미를 추구하는 질문들을 가지며 가족 또한 어려움과 부담을 갖게 되었다. 즉, 이러한 어려움을 해결하기 위해서 말기환자들의 총체적 고통을 완화해 주는 호스피스 간호는 절대적으로 필요한 것이다(Lee, 2000).

연구자는 10년 간 임상 실무현장에서 말기 환자들을 간호하면서 말기환자들이 극심한 증상, 죽음과 임종과정, 사랑하는 가족과의 이별, 사후세계에 대한 불확실성 등으로 인해 인생에 있어서 가장 큰 두려움, 좌절, 불안, 우울 및 절망의 상태를 표현하며 의료인이나 주변인들은 고통 속에 있는 그들의 요구에 부응하지 못하고 결국 많은 말기환자들이 인간다운 돌봄을 제대로 받지 못하고 생을 마감하는 것을 보게 되었다.

모든 인간은 종교에 상관없이 신에게 의존하려 하며 모든 일에 사랑하고 감사하며 죄의 문제를 해결 받고자 하는 영적 요구를 갖고 있으며(Carson, 1980), 특히

* 이 논문은 2001년도 계명대학교 대학원 학생 학술연구 장학금에 의해 연구되었음.
** 전주예수병원
*** 계명대학교 간호대학 교수
투고일 2002년 2월 27일 심사의뢰일 2002년 3월 11일 심사완료일 2002년 7월 8일

말기 단계에서는 죽음을 인지하면서 미지의 세계에 대한 극심한 불안감을 느끼며, 생을 정리하는 과정에서 인생의 어느 순간보다도 높은 영적 요구를 갖게 된다. 호스피스 환자는 남은 여생동안 질병과 함께 살아가면서 죽음을 연상하며, 미래의 불확실성에 대한 두려움과 불안, 절망감 등 다양한 정서적 변화와 함께 고통을 겪는다. 따라서, 호스피스환자들은 다른 환자에 비해 많은 신체적, 사회 심리적 스트레스로 인하여 영적 요구가 높아지게 되며(Reele, 1994), 영적 위기를 초래하게 된다. 또한 호스피스 환자는 극심한 정서적 변화를 경험하며 심각한 증상 악화상태에 처해 있기 때문에 신체, 정서, 영적 측면에 관련된 포괄적인 전인간호가 요구되며 그들이 가지고 있는 영적 요구를 파악하여 필요에 따라 영적 간호를 해야한다(Min, 1987). 그러므로 말기환자를 위한 간호는 처치에 따른 고통을 최소로 줄이고 편안한 죽음을 맞이할 수 있도록 신체적, 정신적 간호뿐만 아니라 잘 조직된 영적 간호를 제공해야 한다(Lee, W. H., 2000).

일반적으로 말기환자에게서 간호요구는 통증 조절이 주된 신체적 요구로 나타나지만 죽음의 문제에 직면하게 되면 극도의 불안과 우울을 동반하면서 영적 요구가 강하게 되며 이러한 영적 요구에 대한 정확한 규명과 이에 대한 책임 있는 간호중재가 결과적으로 증상 완화를 가져올 수 있다. 오늘날 늘어가는 말기환자를 위하여 영적 간호를 제공하여 그 결과를 확인해 보는 것이 중요한 과제이나 지금까지 국내에서의 호스피스 간호연구는 신체적 요구나 통증완화와 관련된 연구 혹은 불안, 우울 등의 정서적 문제와 관련된 연구(Lee, 1999-b)가 주로 이루어져 왔고, 영적 간호중재의 효과를 측정한 연구는 대부분 입원환자나 암환자를 대상으로 연구되어서(Kim, 1989), 생존기간이 6개월 미만의 호스피스 환자에 대한 정서불안 및 우울, 그리고 영적 간호중재의 연구는 거의 미미한 실정이다.

따라서 본 연구는 호스피스 환자에게 영적 간호중재를 적용하여 불안과 우울을 완화시키는지 파악하여 간호중재 개발에 실증적인 자료를 제공하고자 한다.

2. 연구목적

본 연구는 호스피스 간호를 받는 환자에게 적용한 영적 간호중재가 불안과 우울을 완화시키는지 규명함으로써 임상에서 영적 간호중재를 활용할 수 있는 기초자료를 제시하기 위함이며, 구체적인 목적은 다음과 같다.

1) 영적 간호중재가 호스피스 환자의 불안에 미치는 효과를 규명한다.
2) 영적 간호중재가 호스피스 환자의 우울에 미치는 효과를 규명한다.

3. 용어의 정의

1) 불안

자율신경계의 각성으로 일어나는 내적 불편, 두려움, 불길한 예감의 주관적인 상태(Gurian & Miner, 1991)를 말하는 것으로 본 연구에서는 Spielberger (1975)의 상태불안 측정도구(State-Anxiety Inventory Scale)로 측정한 점수를 말한다.

2) 우울

자신에 대한 부정적인 인식의 결과를 의미하는 것으로 근심, 침울함, 실패감, 무력감, 무가치함으로 나타나는 정신적 상태(Feibel & Springer, 1982)를 말하는 것으로 본 연구에서는 Zung(1965)의 자기보고형 우울척도(Self Rating Depression Scale)로 측정한 점수를 말한다.

3) 호스피스 환자

불치의 진단을 받고 의료적인 측면에서 회복의 가망이 없고 포괄적인 특별한 봉사가 요청되는 잔여 생존기간이 6개월 미만인 환자를 의미한다.

4) 영적 간호중재

기독교적 신앙에 기초하여 대상자가 하나님과 개인적이고 의미 있는 관계를 갖도록 하거나 유지하도록 돕는 일련의 간호활동으로서(Fish & Shelly, 1979) 본 연구에서는 신, 이웃, 자신, 환경과의 관계와 관련된 3가지 영적 기본요구(3-Basic Spiritual need)를 간호과정에 따라 자원을 활용하는 간호 중재활동을 의미한다.

Ⅱ. 문헌 고찰

1. 호스피스 환자의 불안과 우울

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 지지해주어 신체적, 정신 사회적인 본질을 초월하는 인생원리에 대한 의미를 찾도록 도와주기를 원한다(Choi, 1991). 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 수 밖에 없었던 것이다. 이에 대한 가장 바람직한 대안이 호스피스 운동이라 할 수 있다(Lee, 1999-a).

호스피스 대상자는 불치의 진단을 받고 의료적인 측면에서 회복의 가망성이 없고 포괄적인 돌봄이 요구되는 잔여생존 기간이 6개월 미만인 자이며, 더 이상 의료적인 치료가 불가능한 환자와 그의 가족과 친지를 포함한다. 즉 호스피스의 대상자는 질병에 의한 결과이든 그렇지 않든 죽음을 앞둔 모든 사람들이며 환자뿐만 아니라 환자의 가족까지 포함된다(NHO, 1994).

호스피스 환자들은 신체적으로 고통스런 증상과 통증, 죽음, 사후세계에 대한 불확실성, 가족과의 이별, 상실에 대한 걱정과 두려움으로 심리적 압박감과 불안을 느끼게 된다. 치유가 불가능한 환자는 신체적 통증과 임종이 가까워지고 있다는 예감, 긍지의 결여, 고립감등으로 극심한 정서적 변화를 겪으며(Ha, 1982), 암환자의 주된 정서반응은 불안과 우울이라고 볼 수 있다(Craig & Abelloff, 1974). 암 그 자체는 하나의 위기로써 질병에 대한 공포를 갖게 되며, 생체 체제의 통합성에 심한 도전을 받는데(Rawsley, 1982), 이 모든 상황은 결국 불안 상태로 이끈다.

Lee, P. S.(2000)의 연구에서는 말기 암환자의 불안으로 죽음에 대한 불안이 가장 높게 나타났고, 통증에 대한 불안, 불확실한 미래에 대한 불안, 가족에 대한 불안, 영적인 죄책감과 죄의 심판에 대한 불안이 나타났다. Black과 Champman(1976)에 의하면, 암환자의 불안과 통증에 대한 공포, 고독, 질병의 이해부족, 슬픔, 상실 등으로 밀접한 관계가 있으므로, 통증을 치료하기 위해서는 먼저 환자의 불안을 감소시켜야 한다고 하였다.

또한 우울은 호스피스 대상자의 정서장애 중 매우 흔한 것으로서 불안과 마찬가지로 신체적으로나 정서적으로 부정적인 영향을 미칠 뿐 아니라 사회적 적응에도 어려움을 주며 암 진단을 받고 생의 위기에 직면하면 약한 정도에서 중 정도의 우울감을 경험하게 된다고 알려져 있다(Krumm,1982).

2. 영적 간호중재

인간은 육체와 정신, 영혼이 불가분의 관계 속에서 결합된 유기체로서, 신, 자신, 이웃 그리고 자연과 조화를 이루며 살아가도록 창조된 전인적인 존재이며 인간의 영적 측면은 개인의 신체적, 정신 사회적 측면들을 통합하는 근본적인 힘으로서 개인의 안정상태를 결정하는데 중요한 역할을 하며, 다른 모든 측면들의 근원인 핵심이 된다(Banks, 1988).

인간의 영적 요구란 새로운 상황이나 문제에 부딪힐 때 더욱 혼란이 오고 대내외적으로 불균형과 부조화로 인해 인간의 전체적 평형이 깨질 때 영적 요구는 더욱 커진다. 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).

영적 위기는 자신과 타인 그리고 신과의 관계에서 부조화를 일으켜 삶의 의욕이 상실되며 기쁨이나 사랑, 소망이 없는 무의미하고 침체된 상황을 가져온다(Fish & Shelly, 1979). 호스피스 대상자인 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 해야한다(Min, 1987).

임종환자의 영적 지지의 목적은 죽음에 대한 두려움을 감소시키고 수용함으로서 위엄 있고 평안한 죽음을 맞이할 수 있도록 돕는데 있으며, 영적 지지는 인간의 사회 심리적 측면의 간호를 초월하여 절대자와의 관계가 포함된 것이다. 그러므로 환자의 영적 요구를 해결해주기 위해서 다양한 종교, 문화적 배경에 대한 이해와 지식이 필요하며 이러한 이해는 간호제공자 자신의 종교관, 문화적 배경을 초월한 개방적 사고 하에서 이루어질 수 있을 것이다(Kim, 1999).

영적 간호는 개인의 삶의 의미와 목적을 찾으며, 신과의 관계를 유지하는데 있어서 필요한 도움을 제공함으로 영적 고통을 최대한 감소시키고 영적 안녕 상태를 유지 증진시키는 것을 말하며, 나아가서 총체적인 건강을 유지하거나 건강회복에 도움이 되고 삶의 질을 높이는 효

과가 있다고 알려져 있다(Fish & Shelly, 1979). 영적 간호는 모든 환자가 받아야 할 기본권리중 하나이며 호스피스 환자를 위한 영적 간호중재는 더욱 중요하다. 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(Folta, 1995).

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. 이는 간호사가 24시간 환자 곁에 있으면서 필요 즉시 어느 때든지 의미 있는 간호를 신속하게 제공할 수 있는 위치에 있으며, 환자들은 늘 가까이 있는 간호사에게 자신들을 솔직하게 표현하고 싶어하기 때문이다(Folta, 1995).

따라서 영적 간호는 영적 요구를 전제로 설명되며, 이는 대상자의 순간적인 문제 개입이라고 하기보다는 그의 전 생애를 다루는 전체적인 간호영역에 해당되므로 간호사는 자신의 종교적 입장을 초월하여 하나님, 자신, 이웃, 환경과의 올바른 관계를 인식하고 영적 안녕 상태에서 희망을 가지고 평온한 죽음을 맞이하도록 대상자의 영적 요구를 민감히 인식하고 이를 충족시킬 수 있는 영적 간호지식과 기술 및 태도를 잘 갖추어야 한다(Lee, P. S., 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. 또한 환자를 개인적으로 인간 대 인간적인 면에서 자신의 이익을 추구하지 않고 관계하는 것을 의미하며 더욱 효과 있게 사용하기 위해서는 민감하고 기꺼이 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 실제를 통해서 얻어지는 기술이며 이러한 능력의 원천은 믿음을 통해 하나님으로부터 온다. 그러나 믿음만으로 숙련된 기술을 창조 할 수 없으며 교육과 실제는 신앙에 기초하여 돕고자 하는 내용과 방향제시에 필요하다(Fish & Shelly, 1979).

둘째, 기도의 사용은 하나님과 인간 사이에 갖는 아주 친밀한 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.

Lee 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.

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.

넷째, 찬송의 사용은 근육이완을 증진, 불안과 통증의 느낌을 감소시키며 호흡을 도와주고 편안함을 주면서 찬양하는 노래는 영혼의 힘을 얻도록 해 준다(시22:26). 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).

찬송은 가사의 내용이 환자의 요구나 상황과 직접 관계된 것으로 실제적인 도움이 되는 것이며 자신이 잘 알고 익숙하게 사용할 수 있는 것이다. 노래는 내부의 감정을 밖으로 표현하며 질병으로부터 생기는 우울감을 없애고 태도와 감정을 변화시키고, 기분을 전환시키며 긴장감을 풀어준다. 큰 소리가 아닌 허밍(humming)으로 찬송하며 간호하는 것은 매우 효과적이다.

음악을 듣는 것은 마음을 환기시키는 효과를 가져오며, 무질서한 행동과 분위기를 바로 잡아준다. 무감동한 마음에 느낌을 갖도록 자극하여 용서, 화합, 만족감을 느끼게 한다. 따라서, 찬송은 영적인 느낌을 고양시키고 상

상력을 불러일으키며 칸타타나 오라토리오와 같은 종교 음악을 듣는 동안 깊은 영적 교감을 자극 받기도 하고, 가사가 없는 음악은 가사가 주는 의미보다 자유롭게 독자적으로 상상할 수 있는 장점이 있다.

이상을 통해서 볼 때 영적 간호중재는 호스피스 환자 간호를 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. 연구 방법

1. 연구설계

본 연구는 비동등성 대조군 전후설계(non-equivalent control group pre-post design)이다.

2. 연구대상

2000년 7월 10일부터 9월 25일 사이에 전주시에 소재한 1개 종합병원의 호스피스 환자 67명을 대상으로 실험군 37명, 대조군 30명을 입원순서에 따라 양군에 할당하였다.

대상자 선정기준은 다음과 같다.

1) 18세 이상 80세 미만인 자
2) 의사가 생존기간이 6개월 이내라고 의사가 판단한 말기환자
3) 의사소통이 가능한 자
4) 연구 참여에 동의한 자

3. 연구도구

1) 불안

Spielberger(1975)가 개발한 상태-기질 불안도구(State-Trait Anxiety Inventory)를 사용하였고, 상태 불안 측정도구는 20문항으로 구성되어있으며 4점 척도의 평정법을 이용하여 최저 20점에서 최고 80점으로 점수가 높을수록 불안이 심한 것을 의미한다.

2) 우울

Zung(1965)의 자기보고형 우울척도(Self Rating Depression Scale)로 사용하였다. 이 도구는 총 20문항으로 4점 척도로 구성되었고 최저 20점에서 최고 80점으로 점수가 높을수록 우울이 심한 것을 의미한다.

3) 영적간호중재

Fish와 Shelly(1979), Folta(1995), Kim(1989)의 영적 간호중재 내용을 종합하여 본 연구자가 고안한 내용으로서 영적요구, 사정도구, 영적상태표현, 영적간호중재내용(자신의 치료적 사용, 성경구절, 기도, 찬송) 및 방법 등을 호스피스를 담당하는 성직자 2인, 의사 1인, 간호사 1인, 간호학 교수 2인에게 의뢰하여 타당성을 검토 받았다.

4. 자료수집방법

1) 준비단계

호스피스 환자 2명에게 불안과 우울 측정도구를 사전조사한 결과 별 다른 어려움이 없어 그대로 사용하기로 하였다. 호스피스 환자에게는 동일한 간호제공자가 영적 간호를 하고 간호의 계속성을 보장하는 것이 중요하므로 모든 영적간호중재 제공과 측정은 연구자가 하였다.

2) 처치단계

2000년 7월 10일부터 9월 25일 사이에 호스피스 간호사에게 의뢰된 환자를 방문하여 연구의 목적을 설명하고 동의를 얻은 후 자료수집을 실시하였다. 홀수 날에 입원한 환자는 실험군에 할당하여 사전조사로 불안과 우울 정도를 측정하였다. 이때 본 연구자가 구조화된 질문지를 읽어주고 대상자가 대답하는 대로 기록하였다. 그 후 3주간의 영적 간호중재를 제공하였는데 간호과정에 따라 1주 3회씩 3주 동안 평균 30분씩 제공하였다, 3주 후에 사후조사를 실시하였다. 짝수 날에 입원한 환자는 대조군에 할당하여 사전조사를 하고 3주 후에 다시 사후조사를 실시하였다. 대조군 환자에게는 실험처치를 제외한 일반적인 호스피스간호를 제공하였으며 자료수집이 끝난 후 원하는 대상자에게 다시 영적 간호중재를 제공하였다.

3) 영적 간호중재

본 연구에서 사용된 영적 간호중재는 영적 요구 사정, 영적 요구표현, 영적 자원활용 등의 내용을 간호과정에 따라 1주 3회씩 3주 동안 총 9회, 1회 평균 30분씩 본

연구자가 직접 제공하는 것으로서 세부적인 내용은 다음과 같다.

(1) 주관적/객관적 자료수집
주관적 자료수집-인터뷰
객관적 자료수집-행동, 태도, 환경 관찰

(2) 사정
3가지 기본 영적 요구(삶의 의미와 목적 요구, 사랑과 관심 요구, 용서의 요구)사정

(3) 계획 및 수행
연구자 자신을 치료적으로 사용, 성경 읽기, 기도하기, 찬송 부르기

(4) 평가
조사, 순환, 기록

5. 분석방법

수집된 자료는 연구목적에 따라 SPSS/PC+를 이용하여 전산 통계처리 하였으며 대상자의 일반적특성은 실수, 백분율을 구하고, 실험군과 대조군의 동질성은 χ^2과 t-test, 불안과 우울의 비교는 t-test로 분석하였다.

Ⅳ. 연구 결과

1. 연구대상자의 일반적 특성 및 동질성 검증

본 연구 대상자 특성은 <Table 1>과 같다.

성별은 남자가 더 많았고, 평균 연령은 실험군이 59.6세, 대조군이 55.9세였다. 교육수준은 고졸에서 실험군은 32.4%, 대조군은 33.3%로 가장 많았고, 결혼상태는 기혼, 사별, 이혼 순위였다. 월 수입은 실험군에서 100만원 미만이 45.9%로 가장 많았고, 대조군에서는 100만원~150만원 미만이 63.3%로 가장 많이 차지하였다.

진단 명은 간암, 간경화가 실험군이 32.4%, 대조군

<Table 1> Equivalent Test of the Experimental and Control Group

Characteristics		E/G(N=37) N(percentage)	C/G(N=30) N(percentage)	x^2	p
Gender	Male	19(51.4)	17(56.7)	0.188	0.664
	Female	18(48.6)	13(43.3)		
Age		59.59±10.74 (M±SD)	55.87±13.70 (M±SD)	1.249	0.216
Vocation	yes	6(16.2)	10(33.3)	2.670	0.102
	no	31(83.8)	20(66.7)		
Education	no	5(13.5)	2(6.7)	1.821	0.769
	elementary school	11(29.7)	8(26.7)		
	middle school	6(16.2)	5(16.7)		
	high school	12(32.4)	10(33.3)		
	above college	3(8.1)	5(16.7)		
Marital Status	unmarried		1(3.3)	1.823	0.610
	married	25(67.6)	22(73.3)		
	divorced	3(8.1)	2(6.7)		
	part by death	9(24.3)	5(16.7)		
Income	<million	17(45.9)	7(23.3)	8.149	0.086
	<1~1.5million	13(35.1)	19(63.3)		
	<1.5~2million	5(13.5)	3(10.0)		
	>2million	2(5.4)	1(3.3)		
Religion	protestant	20(54.1)	10(33.3)	3.353	0.340
	catholicism	5(13.5)	5(16.7)		
	buddhism	2(5.4)	4(13.3)		
	none	10(27.0)	11(36.7)		
Degree of faith	not important.			0.802	0.425
	little important.	4(10.8)	4(13.3)		
	recklessness.	13(35.1)	8(26.7)		
	important.	11(29.7)	17(56.7)		
	very important.	9(24.3)	1(3.3)		

<Table 1> Equivalent Test of the Experimental and Control Group(continued)

Characteristics		E/G(N=37) N(percentage)	C/G(N=30) N(percentage)	x^2	p
Diagnosis	hepatoma	9(24.3)	7(23.3)	3.332	0.950
	liver cirrosis	3(8.1)	5(16.7)		
	stomach ca.	6(16.2)	2(6.7)		
	breast ca.	2(5.4)	2(6.7)		
	cholangio ca.	2(5.4)	3(10.0)		
	cervix ca.	2(5.4)	1(3.3)		
	rectal ca.	2(5.4)	2(6.7)		
	colon ca.	2(5.4)	1(3.3)		
	pancreatic ca.	2(5.4)	1(3.3)		
	others	7(18.9)	6(20.0)		
Operation	yes	20(54.1)	10(33.3)	2.512	0.113
	no	17(45.9)	20(66.7)		
Therapeutics	medication	12(32.4)	9(30.0)	0.538	0.764
	radio therapy	6(16.2)	7(23.3)		
	others	19(51.4)	14(46.7)		
Times be hospitalized	<1 time	3(8.1)	6(20.0)	2.951	0.229
	2~3times	20(54.1)	11(36.7)		
	>4times	14(37.8)	13(43.3)		

* Experimental Group(E/G) ** Control Group(C/G)

이 40%로 가장 많았고, 암환자가 실험군이 92%, 대조군이 83%를 차지하였다. 치료방법은 기타가 실험군이 51.4%, 대조군이 46.7%로 가장 많았고 방사선 요법이 가장 적은 비율로 나타났다. 입원횟수는 4회 이상이 실험군은 37.8%, 대조군은 43.3%로 가장 많다.

실험군의 종교는 기독교가 20명(54.1%), 천주교 5명(13.5%), 불교 2명(5.4%), 무종교 10명(27%)이었다. 신앙의 중요성은 '그저 그렇다'가 13명(35.1%)으로 가장 높았고, '중요하다' 11명(29.7%), '매우 중요하다' 9명(24.3%), '별로 중요하지 않다'가 4명(10.8%)이었다.

대조군의 종교는 기독교 10명(33.3%), 천주교 5명(16.7%), 불교 4명(13.3%), 무종교 11명(36.7%)이었다. 신앙의 중요성은 '중요하다'가 17명(56.7%)으로 가장 높았고, '그저 그렇다' 8명(26.7%), '별로 중요하지 않다' 4명(13.3%), '매우 중요하다'가 1명(3.3%)이었다. 실험군과 대조군의 특성은 모두 유의한 차이가 없어서 두 집단이 동일한 것으로 나타났다.

다음으로 실험군과 대조군의 종속변수 사전점수의 동질성을 살펴보면 <Table 2>와 같이 두 집단 간의 사전 상태불안점수와 사전 우울점수는 유의한 차이가 없었다. 곧 실험군의 상태불안은 평균 59.54(±15.03)점이었고, 대조군의 상태불안은 평균 57.53(±12.88)점으로 유의하지 않았으며(t=0.579, p>0.05), 실험군의 우울은 평균 60.84(±6.07)점이었고, 대조군의 우울은 평균 60.87(±3.93)점으로 유의하지 않았다(t=-0.022, p>0.05).

2. 영적 간호중재가 불안에 미치는 효과

실험처치 후 실험군의 상태불안은 평균 45.08(±10.01)점이었고, 대조군의 상태불안은 평균 61.00(±11.66)점으로 실험군이 대조군보다 유의하게 낮았다(t=-5.987, p<0.001)<Table 3>.

3. 영적 간호중재가 우울에 미치는 효과

<Table 2> Equivalent Test of subordinate variable in the Experimental and Control Group

	E/G	C/G	t	p
prior anxiety	59.54±15.03	57.53±12.88	0.579	0.565
prior depression	60.84± 6.07	60.87± 3.93	-0.022	0.982

* Experimental Group(E/G) ** Control Group(C/G)

<Table 3> State anxiety comparison of the Experimental and Control Group after Intervention

Variable		E/G(N=37) M±SD	C/G(N=30) M±SD	t	p
after intervention	State anxiety	45.08±10.01	61.00±11.66	-5.987	0.000

*Experimental Group(E/G) **Control Group(C/G)

<Table 4> Depression comparison of the Experimental and Control Group after Intervention

Variable		E/G(N=37) M±SD	C/G(N=30) M±SD	t	p
after intervention	depression	42.95±5.37	56.43±6.72	-9.128	0.000

* Experimental Group(E/G) ** Control Group(C/G)

실험처치 후 실험군의 우울은 평균 42.95(±5.37)점이었고, 대조군의 우울은 평균 56.43(±6.72)점으로 실험군이 대조군보다 유의하게 낮았다(t=-9.128, p<0.001)<Table 4>.

Ⅴ. 논 의

본 연구는 호스피스 간호를 받고있는 말기환자에게 영적 간호중재를 제공함으로써 불안과 우울감소에 미치는 효과를 검증하기 위하여 실시하였다. 영적 간호중재로는 연구자 자신을 치료적으로 사용하였으며 기도와 성경구절 그리고 찬송을 사용하여 대상자의 영적 기본요구에 따라서 시행하였다. 이때 경청, 감정이입, 민감성, 친절, 겸손, 헌신 등의 태도를 나타내면서 영적 간호에 임하였다.

영적간호 중재가 호스피스 환자의 불안 반응에 미치는 효과를 분석한 결과 영적 간호중재 후 실험군의 상태불안이 대조군보다 유의하게 낮은 것으로 나타났다. 이는 Min(1987)의 연구에서 암환자가 간호사, 방문객 및 신과의 영적 상호관계의 정도가 증가할수록 상태불안의 정도는 낮아진다는 결과와 일치하였고, 성인환자의 영적 간호충족 정도가 높을수록 불안정도가 낮아진다는 Jung(1990)의 연구결과와도 일치하였다.

Min(1988)은 종교가 있는 암환자는 없는 환자에 비해 불안의 정도가 낮았으며, 암환자의 기독교 신앙성숙 정도가 높을수록 불안의 정도는 낮아진다고 하였다. Jung(1990)은 인간의 3가지 영적 기본요구로는 사랑과 관심의 요구, 삶의 의미와 목적의 요구, 용서의 요구가 있으며, 영적 기본요구들은 서로 영향을 미치는 통합의 관계에 있음을 밝혔으며, 환자에 대한 간호사의 영적 요구인식과 적극적 간호활동은 환자 스스로가 자신, 타인, 환경과의 관계에서 안녕상태를 이룰 수 있는 통합능력을 갖게 할 것이라고 하였다.

또한 Lee(2000)는 말기 암 환자의 총체적 고통에서 불안의 내용은 죽음에 대한 불안이 가장 높았고, 가족에 대한 불안, 영적인 죄책감과 죄의 심판에 대한 불안이 높이 나타났음을 밝혔다. 호스피스 대상자를 위한 영적 간호중재를 계획할 때는 이러한 내용을 참고로 해야 할 필요가 있다.

영적 간호중재가 호스피스 환자의 우울 정도에 미치는 효과를 분석한 결과, 영적간호 중재 후 실험군의 우울이 대조군보다 유의하게 낮은 것으로 나타났다. 이는 Kim(1989)의 연구에서 암환자가 영적간호 중재를 받은 실험군은 영적간호 중재를 받지 않은 대조군보다 우울정도가 유의하게 낮아진다고 한 결과와 일치하였다.

Han 등(1986)은 영적안녕이 우울증과 역 상관관계가 있으며 자신의 종교에 관해서 적극적 태도를 갖는 환자는 소외감이 낮아지고 대인관계 행동이 적극적으로 되며 환자의 역할행동이 긍정적으로 된다고 하였다. Yang(1999)의 연구에서도 영적 안녕정도와 우울은 유의한 역 상관관계가 있는 것으로 나타났다.

Han(1986)은 암환자를 대상으로 연구한 조사한 연구에서 기독교 신앙과 절망감의 관계가 있음을 밝혔으며, 개인적 종교 지향성 중 내재적 신념 지향성 정도와 내재적 행동 지향성 정도가 높을수록 절망감의 정도는 낮았고, 외재적 지향성과 행동 지향성이 높을수록 절망감이 높았다고 하였다. 또한 암환자의 기독교 신앙에 대한 성숙도가 높을수록 절망감의 정도는 낮았음을 밝히면서 이에 대한 지식과 이해를 갖고 알맞은 영적간호가 필요함을 주장하였다.

이것은 영적으로 안녕할수록 외로움, 우울, 절망감 등의 부정적인 심리변수가 낮음을 의미하며, 영적 간호중재가 호스피스 환자의 우울을 감소하는데 효과적임을 나

타낸다. 따라서 말기환자들을 대하고 있는 간호사들은 불안과 우울의 고 위험군을 미리 예상하여 자주 사정하고 이에 대한 효과적인 간호중재를 제공할 수 있어야 할 것이다.

Kang(1998)은 암환자의 삶의 의미와 영적 고통과의 관계연구에서 대상자의 종교만이 영적 고통과 유의한 차이가 있었으며, 종교가 있는 사람이 없는 사람보다, 종교인 중에서도 기독교, 천주교, 불교 순으로 영적 고통정도가 낮았음을 밝혔다. 이러한 결과는 종교가 영적 고통을 감소시키는데 중요한 요소이며 신앙과 종교적 활동은 인간의 심리적, 정서적 및 영적 안녕에 긍정적인 영향을 미치고 있음을 알 수 있다.

이상의 연구결과와 문헌 고찰을 통해서 볼 때, 영적 간호중재는 환자와 하나님과의 역동적 관계에서 영적 요구를 사정하여 삶의 의미와 목적, 고통의 의미, 가치관, 위로, 격려, 사랑, 희망, 힘을 제공함으로써 불안과 우울을 완화시킬 수 있다. 본 연구의 결과는 영적 간호중재가 정서적 고통을 완화시키는 것과 일치된 결과로서 호스피스 환자를 위해 간호제공자가 직접 제공하는 영적 간호중재가 효과적임을 나타낸 것이다.

삶과 죽음의 기로에 있는 호스피스 환자에게 영적 간호중재를 통해 영적 안녕을 제공하고 삶을 성공적으로 마무리지으면서 죽음을 원만히 맞아들이도록 하는 것이 절실히 필요하나 현 상황에서 신체적, 정서적 간호에 비해 영적 간호가 아직 보편화되어 있지 못한 것이 사실이다. 호스피스 환자들에게 영적 간호를 제공하려면 간호사 자신이 영적으로 건강하고 자신을 치료적 도구로 사용하여 영적 간호를 제공할 수 있어야 하는데, 종교에 기반을 둔 소수의 간호사들만이 영적 간호에 관심을 가지고 있을 뿐이고 많은 간호사들이 영적 간호를 제공하는 것을 어려워하고 있는 실정이다. 모든 인간은 영적 요구를 다 가지고 있으므로 호스피스 환자뿐만 아니라 위기에 처한 많은 환자들이 영적 요구를 가지고 있다고 볼 수 있다. 향후 영적 간호에 대한 체계적인 교육프로그램을 개발하여 모든 간호사에게 교육해야 할 필요가 있으며 이때 영적 간호는 구체적인 종교에 따른 영적 간호뿐만 아니라 모든 인간에게 공통적으로 적용될 수 있는 영적 간호의 연구가 필요하다고 사료된다.

Ⅵ. 결론 및 제언

본 연구는 영적 간호중재가 호스피스 환자의 불안과 우울감소에 미치는 효과를 파악하여 호스피스 대상자에게 전인적이고 개별화된 간호를 제공하기 위하여 시도된 비동등성 대조군 전후설계의 연구이다.

2000년 7월 10일부터 9월 25일 사이에 전주시내에 소재 하는 1개 종합병원의 호스피스 환자67명을 대상으로 실험군 37명, 대조군 30명으로 할당하였다. 사전에 일반적 특성, 불안과 우울을 측정하였고 실험군에게 일주일에 3회를 평균 30분씩 3주 동안 영적 간호중재를 제공하고, 대조군에게는 일반적인 호스피스 간호만 제공하였다. 중재 후 상태불안과 우울의 정도를 측정하였다.

연구도구는 Spielberger(1975)의 상태불안 측정도구를 사용하였고, 우울정도에 대해서는 Zung(1965)의 자기보고형 우울척도(self-rating depression scale)를 사용하였으며, 영적 간호중재는 본 연구자가 개발하였다.

자료분석 방법은 실수, 백분율, 평균, 표준편차 등의 서술통계와 χ^2-test, t-test로 분석하였다.

본 연구의 결과를 요약하면 다음과 같다.

1. 실험군은 대조군보다 영적 간호중재 후 상태불안이 유의하게 낮았다(t=-5.987, p=0.000).
2. 실험군은 대조군보다 영적 간호중재 후 우울이 유의하게 낮았다(t=-9.128, p=0.000).

이로써 영적 간호중재는 호스피스 환자의 불안과 우울을 완화시키는데 효과적인 간호중재법으로 확인되었다.

본 연구의 결론을 통해 다음과 같은 제언을 하고자 한다.

첫째, 호스피스환자의 불안, 우울 완화를 위해 영적 간호중재를 독자적인 간호중재로 임상실무에서 적극 활용할 필요가 있다.

둘째, 영적 간호중재 횟수에 따른 호스피스 환자의 불안, 우울의 변화시점을 탐색하는 연구가 필요하다.

셋째, 본 연구는 영적 간호중재를 기독교적 입장에서만 적용하였으므로, 추후 어떤 대상자에게도 활용할 수 있는 공통적 영적 간호중재법의 개발이 필요하다고 본다.

References

Banks, R. (1988). *Health and Spiritual Dimension* : Relationship and Implications for Professional Preparation.

Black, R., Champman, P. (1976). *SAD index for clinical Assessment of Pain.*

Carson, V. B. (1980). Meeting the spiritual

needs of hospitalized psychiatric patients. *Perspective In Psychiatric Care, 18*(1), 18.

Craig, T. J., & Abeloff, M. D. (1974). Psychiatric symptomatology among hospitalized cancer patients. *Am. J. Psychiat.,* 131, 1327-7.

Choi, G. O. (1991). *The dying experience of terminally ill patients with cancer.* Doctoral Dissertation of Yonsei University.

Feibel, J. H., & Springer, C. J. (1982). Depression and failure to resume social activities after stroke. *Arch of Phy Medi Reha,* 63, 276-278.

Fish, S., & Shelly, J. A. (1979). *Spiritual Care : The Nurse's Role.* New York : I. V. P.

Folta, R. H. (1995). Hospice and spiritual care. *The workshop, Korean Hospice Association* 1-5.

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.

Ha, H. K. (1982). Anxiety and depression of the hospitalized cancer patients. *J Korean Neuropsychiatr Assoc, 21*(4), 665-673.

Han, Ro, Kim. (1986). The Cancer Patient. Seoul: Soo Mun Pub.

Han, Y. R. (1986). *The study on the relationship between christian faith and hopelessness of the cancer patient.* Master's thesis of Ewha University.

Jung, J. S. (1990). Analysis of the relation between spiritual satisfaction and anxiety of adult hospitalized patients. *The New Medical Journal, 33*(1), 153-165.

Kang, K. A. (1998). A study on the relationship between the meaning of life and spiritual distress in cancer patients. *The Korean Nurs, 37*(4), 85-95.

Kim, B. H. (1999). The comparison of hospice care by nurse, volunteer and minister. *The Korean Journal of Hospice and Palliative Care, 2*(1), 46-53.

Kim, H. B. (1989). *The effect of spiritual nursing care on the perception of pain of patients with cancer.* Master's Thesis of Ewha Women's University.

Kim, J. H., Choi, Y. S. (2000). Activities of a home hospice organization. *The Korean J of Hospice and Palliative Care, 3*(1), 28-38.

Krumm, S. (1982). Psychosocial adaptaion of the adult with cancer, *Nursing Clinics of North America 17*(4), 729-737.

Lee. S. W., Lee. E. O., Park. H. A., Oh. H. S., Ahn. H. S., Huh. D. S., Yun. Y. H., Kim. D. S., Ro. Y. J. (1998). A study on home visiting hospice care of the terminally ill patients. *The Korean Journal of Hospice and Palliative Care, 1*(1), 39-46.

Lee, W. H. (1999-a). Hospice: Present and future. *Korean Journal of Nursing Query, 8*(2), 9-31.

Lee. W. H. (1999-b). Pain control and nursing intervention. *The Korean Journal of Hospice and Palliative Care, 2*(1), 58-62.

Lee. W. H. (2000). Total pain of patient with terminal cancer. *The Korean Journal of Hospice and Palliative Care, 3*(1), 60-73.

Lee. P. S. (2000). Spiritual care in hospice. *The Korean Journal of Hospice and Palliative Care, 3*(1), 102-107.

Min, S. (1987). *The relationship between spiritual interaction and anxiety of cancer patients.* Unpublished Master's thesis of Ewha Women's University.

Min, S. (1988). The relationship between maturity of christian faith and anxiety of patients with cancer. *J Korean Acad Nurs 19*(1), 118-126.

NHO (1994). Standards of hospice program of care. *The Hospice Journal,* 9(4), 39-74.

Rawsley, M. (1982). Brief Psychotherapy for persons with Recurrent Cancer : A Holistic Practice Model. *Advanced in Nursing*

Science, Oct. 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.

Spielberger, C. D. (1975). Anxiety: State-Trait Process, Inc. Spielberger and I. Srason ed. Stress and Anxiety, 1, New York: John Willy and Sons Inc., 115-143.

Yang, P. S. (1999). *A study on spiritual well-being, self concept, depression of the middle aged women.* Master's thesis of Chonbuk National university.

Zung, W. W. K. (1965), A selp-rating depression scale, *Archives of General psychiatry,* 12, 63-70.

- Abstract -

The Effect of Spiritual Nursing Intervention on Anxiety and Depression of the Hospice Patients*

*Yoon, Mae-Ok** · Park, Jeong-Sook****

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

Method: It was devised with a quasi-experimental design using non-equivalent control group pre-post design. The data was from July 10 to September 25 in 2000 at the general hospital in CheonJu city. Subjects were 37 members of the experimental group and 30 members of the control. The tools were used Spielberger's State Anxiety Scale and Zung's Depression Inventory. The spiritual nursing intervention was carried out through Hymn, Scripture, Prayer, the therapeutic ues of self. Data were analyzed by mean, standard deviation, χ^2-test, t-test.

Result: 1. After the spiritual nursing intervention, state anxiety of the experimental group was lower than those of the control (t=-5.987, p=0.000). 2. After the spiritual nursing intervention, depression of the experimental group were lower than those of the control (t=-9.128, p=0.000).

Conclusion: The hospice patients who were offered spiritual nursing intervention had lower anxiety & depression than not offered it. According to these results, it can be regarded as an effective one that relieved anxiety and depression of the hospice patients.

Key words : Spiritual Nursing Intervention, Hospice, Anxiety, Depression

* This research was funded by Keimyung University Graduate School Research Fund.

** Presbyterian Medical Center(Jesus Hospital)

*** Keimyung University, College of Nursing