

영적 간호중재가 호스피스 환자의 불안과 우울에 미치는 효과

윤 매 옥*

1. 서 론

1. 연구의 필요성

현대사회는 과학과 의료기술, 생명공학의 발달로 인해 치료가 불가능한 환자라 할지라도 생명을 연장시킬 수 있게 되었고 장기간의 돌봄을 필요로 하는 말기상태의 환자들이 많아지고 있다. 그런데 가족구조가 대가족에서 핵가족으로 변하고 여성의 사회진출이 증가됨에 따라 가정 내에서 말기환자를 지속적으로 돌보기가 어려워 가족의 부담과 갈등을 초래하고 있다(차영남 외, 2002). 이러한 현실 속에서 죽음을 맞이하는 환자는 대부분 적절한 대책 없이 방치될 수밖에 없어 신체적 불편과 경제적 고통 정신적 외로움 그리고 영적인 두려움 속에서 임종을 맞이하며 가족 또한 이를 감당하기 힘든 가운데 생명의 경시와 존엄성 상실은 날로 심각해지고 있다.

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(이원희, 1999b).

Stedeford(1978)는 49명의 임종환자를 관찰한 결과 공포와 고립감, 적개심을 보인다고 하였으며 Craig와

Abeloff(1974), Davies(1973)등도 암환자의 주된 정서반응은 불안과 우울이라고 밝혔다.

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

연구자는 10년 간 임상 실무현장에서 말기 환자들을 간호하면서 말기환자들이 극심한 증상, 증음과 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 말기 환자들이 인간다운 돌봄을 제대로 받지 못하고 생을 마감하는 것을 보게 되었다.

모든 인간은 종교에 상관없이 신에게 의존하려 하며, 모든 일에 사랑하고 감사하며 죄의 문제를 해결하고자 하는 영적 요구를 갖고있으며(Carson,1980), 특히 말기 단계에서는 죽음을 인지하면서 미지의 세계에 대한 극심한 불안감을 느끼며, 생을 정리하는 과정에서 인생의 어느 순간보다도 높은 영적 요구를 갖게 된다.

* 전주 예수병원 수간호사

호스피스 환자는 남은 여생동안 질병과 함께 살아가면서 죽음을 연상하며 미래의 불확실성에 대한 두려움과, 불안, 절망감등 다양한 정서적 변화와 함께 고통을 겪는다. 따라서 호스피스환자들은 다른 환자에 비해 많은 신체적, 사회·심리적 스트레스로 인하여 영적 요구가 높아지게 되며 영적 위기를 초래하게 된다. 또한 호스피스 환자는 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(민순, 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(노유자 외, 1999; 이원희, 2000; Sbelton RL, 1981). 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 임종환자들이 신체적, 정신 사회적인 본질을 초월하는 인생원리에 대한 의미를 찾도록 도와 주기를 원한다(최공옥, 1991).

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 연구에만 국한되어 왔고 정서불안 및 우울, 그리고 영적 측면의 간호연구는 일반적인 입원환자나 암환자를 대상으로 수행되어 왔으며, 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 간호중재개발에 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 파악한다.
- 2) 영적 간호중재가 호스피스 환자의 우울에 미치는 효과를 파악한다.

3. 용어의 정의

1) 영적 간호중재

기독교적 신앙에 기초하여 대상자가 하나님과 개인적이고 의미 있는 관계를 갖도록 하거나 유지하도록 돕는 일련의 간호활동으로서(김수지 역, 1980), 본 연구에서는 신, 이웃, 환경, 자신과의 관계와 관련된 3가지 영적 기본요구(3-Basic Spiritual need)를 간호과정에서 따라 자원을 활용하는 간호 중재활동을 의미한다.

2) 호스피스 환자

불치의 진단을 받고 의료적인 측면에서 회복의 가능성이 없고 포괄적인 특별한 봉사가 요청되는 잔여 생존기간이 6개월 미만인 환자(Wellington Health Services Advisory Committee, 1981)를 의미한다.

3) 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)를 김정택과 신동균(1978)이 표준화한 도구를 사용하여 측정된 점수를 말한다.

4) 우울

자신에 대한 부정적인 인식의 결과를 의미하는 것으로 근심, 침울함, 실패감, 무력감, 무가치함으로 나타나는 정신적 상태(Han 등, 1986)를 말하는 것으로 본 연구에서는 Zung(1965)의 자기보고형 우울척도(Self Rating

Depression Scale)를 태영숙(1985)이 번역 수정한 도구를 사용하여 측정된 점수를 말한다.

II. 문헌고찰

1. 호스피스 환자의 불안과 우울

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(이원희, 1999).

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

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

호스피스는 치료를 목적으로 하는 의학적 진료와 달리 말기환자가 인간답게 죽음을 맞이할 수 있도록 신체적, 정신적, 영적 지지 및 보호를 제공하는 것이므로 호스피스 환자는 반드시 치료가능성이 없는 말기 환자만을 대상으로 등록 시 환자의 의식이 분명하고 의사소통이 가능해야 하며 치료방침의 전환에 대한 환자와 가족의 동의가 필요하다(장현숙 외, 2000).

호스피스 환자는 불치의 진단을 받고 의료적인 측면에서 회복의 가능성이 없고, 포괄적인 돌봄이 요구되는 잔여생존 기간이 6개월 미만인 자(Wellington Health Services Advisory Committee, 1981)이며, 호스피스 대

상자는 더 이상 의료적인 치료가 불가능한 환자와 그의 가족과 친지를 포함한다. 즉 호스피스의 대상자는 질병에 의한 결과이든 그렇지 않은 죽음을 앞둔 모든 사람들이며, 환자뿐만 아니라 환자의 가족까지 포함된다(Zimmerman, 1986; NHO, 1994).

호스피스환자의 증상은 신체적, 심리적, 영적, 사회적, 경제적, 법적인 여러 근원으로부터 발생하는 총체적인 것이므로 이러한 총체적 고통의 완화를 위해서는 다(多)직종 전문가 팀이 구성되어 함께 접근해야 효과적인 간호가 이루어지는 종합적이며 다 학문적인 활동이다(원주희, 1999; 최화숙, 1999). 호스피스는 임종환자를 돌보는 일이므로 우울하고 고통스러운 것으로 연상하기 쉬우나 임종자의 남은 시간, 남은 삶을 어떻게 충만하고 의미 있게 살도록 하느냐에 관심을 모으는 일이므로 따뜻하고 평온하며 쉼을 연상시키며 인생의 긴 여정에 환자가 마지막으로 참된 쉼을 찾도록 하고 의미와 사랑을 느끼도록 돕는 것이다(노유자 외, 1995).

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

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

또한 호스피스 환자들은 이러한 신체적 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, 궁지의 결여, 고립감등으로 극심한 정서적 변화를 겪으며(하혜경, 1982), 암환자의 주된 정서반응은 불안과 우울이라고 볼 수 있다(Craig, T. J. & Abelloff, M. D., 1974). 암 그 자체는 하나의 위기로써 질병에 대한 공포를 갖게 되며, 생체 체제의 통합성에 심한 도전을 받는데(Rawsley, M. Brief, 1982), 이 모든 상황은 결국 불안 상태로 이끈다.

Black과 Champman(1976)에 의하면, 암환자의 불안과 통증에 대한 공포, 고독, 질병의 이해부족, 슬픔, 상실 등은 밀접한 관계가 있으므로 통증을 치료하기 위해서는 먼저 환자의 불안을 감소시켜야 한다고 하였다(오홍근, 1995).

우울은 흔히 일상생활에서의 슬픈 감정 상태와 심한 정신병적 상태를 양극으로 하는 하나의 연속선상에서 설명되는 것으로서 죽음을 생각하고 싶거나 죽고 싶은 욕망, 무력감과 죄의식, 사고와 집중력 감퇴, 피로감, 식욕감퇴, 체중감소, 성욕감퇴, 수면장애, 정신운동의 변화를 가져오는 정서 장애이다(Swanson, 1982).

또한 우울은 암환자의 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 된다(Krumm, 1982). 김בח(1992)도 암환자와의 면담에서 우울이 부정적 정서반응의 하나로 표현된다고 하였다. 호스피스 환자의 이러한 불안, 우울, 영적불편감 등을 감소시키기 위해서는 적절한 영적 간호중재가 요구된다고 본다.

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, Rebecca, 1988).

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

영적 위기는 자신과 타인 그리고 신과의 관계에서 부조화를 일으켜 삶의 의욕이 상실되며, 기쁨이나 사랑, 소망이 없는 무의미하고 침체된 상황을 가져온다

(Fish, S., Shelly, J. A., 1979). 호스피스 대상자인 말기 환자는 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(민순, 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(김בח, 1999).

영적 간호는 개인의 삶의 의미와 목적을 찾으며, 신과의 관계를 유지하는데 있어서 필요한 도움을 제공함으로써 영적 고통을 최대한 감소시키고 영적 안녕 상태를 유지 증진시키는 것을 말하며(Fish, S., Shelly, J. A., 1979), 나아가서 총체적인 건강을 유지하거나 건강회복에 도움이 되고 삶의 질을 높이는 효과가 있다고 알려져 있다(강은실, 1985).

Carson(1989)은 영적 간호는 모든 환자가 받아야 할 기본권리중 하나이며, 호스피스 환자를 위한 영적 간호중재는 더욱 중요하다고 하였다, 인간이 질병이나 생의 위기상황, 즉 죽음에 직면하게 되면 그 누구보다도 높은 영적 요구를 지니게 되므로 임종환자를 간호할 때 환자가 경험하는 영적 문제를 충분히 이해하고 영적 요구를 파악하여 영적 안녕을 유지하도록 도와야 한다(김수지, 1979; Folta Ruth H, 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(이원희, 2000). 영적 간호중재로 선행연구에 따르면, 자신의 치료적 사용, 기도의 사용, 성경의 사용, 찬송의 사용 등 4가지 자원을 사용하여 접근하였다.

첫째, 자신의 치료적 사용은 인간 상황에 대한 깊은 이해와 영적 간호에 대한 확신을 가지고 환자에게 의미를 발견하도록 도와야 한다는 신념이 필요하다(이원희, 1988). 또한 환자를 개인적으로 인간 대 인간적인 면에서 자신의 이익을 추구하지 않고 관계하는 것을 의미하며, 더욱 효과 있게 사용하기 위해서는 민감하고 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 실재를 통해서 얻어지는 기술이며, 이러한 능력의 원천은 믿음을 통해 하나님으로부터 온다. 그러나 믿음만으로 숙련된 기술을 창조 할 수 없으며, 교육과 실재는 신앙에 기초하여 돕고자 하는 내용과 방향제시에 필요하다(Shelly, 1979).

둘째, 기도의 사용은 하나님과 인간 사이에 갖는 아주 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.

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

셋째, 성경의 사용은 예수그리스도를 통하여 하나님과 역동적이고 개인적인 관계를 설정하도록 돕고, 하나님과 자신 그리고 이웃과 조화를 이룬 관계를 어떻게 유지 할 것인가를 가르쳐 주며, 질병으로 인한 불안을 감소하며, 의미와 목적, 사랑과 용서의 요구를 갖게

하고, 환자의 요구를 더 효과적이고 적절하게 충족시켜 줄 수 있다. 또한 지지, 위로, 격려가 되며, 용기를 북돋워 준다.

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

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

찬송은 가사의 내용이 환자의 요구나 상황과 직접 관련된 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 상상력을 불러일으키며, 칸타타나 오라토리오와 같은 종교음악을 듣는 동안 깊은 영적교감을 자극받기도 하고, 가사가 없는 음악은 가사가 주는 의미보다 자유롭게 독자적으로 상상할 수 있는 장점이 있다.

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

III. 연구방법

1. 연구설계

본 연구는 원시실험설계(pre-experimental design)로 단일군 전·후설계(one group pretest-posttest)이다.

2. 연구대상

2000년 7월 10일부터 9월 25일 사이에 전주시에 소재한 1개 종합병원의 호스피스 환자 37명을 대상으로 하였다.

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) 영적 간호중재

본 연구에서 사용된 영적 간호중재는 Fish & Shelly(1979), Folta(1995), 김효빈(1989)의 영적 간호중재의 내용을 종합하여 영적 요구 사정, 영적 요구표현, 영적 자원활용 등의 내용을 간호과정에 따라 일주 3회씩 3주 동안 총 9회, 1회 평균 30분씩 본 연구자가 직접 제공하는 것이다.

2) 불안

Spielberger(1975)가 개발한 상태-기질 불안도구(State-Trait Anxiety Inventory)를 김정택과 신동균(1978)이 한국어로 번안한 도구를 사용하였고, 상태불안 측정도구는 20문항으로 구성되어있으며, 4점 척도의 평정법을 이용하여 최저 20점에서 최고 80점으로 점수가 높을수록 불안이 심한 것을 의미한다.

3) 우울

Zung(1965)의 자기보고형 우울척도(Self rating Depression Scale)를 태영숙(1986)이 번역·수정한 것을 사용하였다. 이 도구는 총 20문항으로 4점 척도로 구성되었고 최저 20점에서 최고 80점으로 점수가 높을수록 우

울이 심한 것을 의미한다.

4. 자료수집방법

2000년 7월 10일부터 9월 25일 사이에 호스피스 간호사에게 의뢰된 환자를 방문하여 연구의 목적을 설명하고 동의를 얻은 후 자료수집을 실시하였다. 사전조사로는 대상자의 일반적 특성, 불안, 우울을 측정하였으며, 실험처치로 3주간의 영적 간호중재를 제공하였고 사후 조사로는 불안과 우울을 측정하였다.

5. 분석방법

수집된 자료는 연구목적에 따라 SPSS/PC+를 이용하여 전산 통계처리 하였으며 대상자의 일반적특성은 실수, 백분율을 구하고, 호스피스환자의 중재전·후의 불안과 우울의 비교는 paired t-test로 분석하였다.

IV. 연구결과

1. 연구대상자의 일반적 특성

1) 대상자의 일반적 특성

본 연구 대상자의 특성은 다음과 같다<표 1>.

성별은 남자가 19명(51.4%), 여자가 18명(48.6%)이었다. 연령은 최저 20세에서 최고 80세로 평균 연령은 59.6세였다. 직업은 있는 경우가6명(16.2%), 없는 경우가 31명(83.8%)이었다. 교육수준은 중졸 이하가 22명(59.5%), 고졸 이상이 15명(40.5%)이었다. 결혼 상태는 기혼이 25명(67.6%), 이혼이 3명(8.1%), 사별이 9명(24.3%)이었다. 월수입은 150만원 미만이 30명(81%), 150만원 이상이 7명(18.9%)이었다. 동거가족 수는 2~3명 이하가 20명(54.1%), 4~5명 이상이 17명(45.9%)이었다.

(2)질병 및 치료적 특성

진단 명은 간암, 간경화가 12명(32.4%)으로 가장 많았고, 6명(16.2%)으로 그 다음 순이었다. 수술을 받은 경우가 20명(54.1%), 받지 않은 경우가 17명(45.9%)이었다. 치료방법은 약물요법이 12명(32.4%), 방사선 요법이 6명(16.2%), 기타가 19명(51.4%)이었다. 입원회수

〈표 1〉 대상자의 일반적 특성

(N = 37)

특 성	구 분	실수(백분율)
성 별	남	19(51.4)
	여	18(48.6)
연 령		59.59 ± 10.74 (M ± S.D)
직 업	유	6(16.2)
	무	31(83.8)
교육 수준	무	5(13.5)
	국	11(29.7)
	중	6(16.2)
	고	12(32.4)
결혼 상태	미	25(67.6)
	혼	3(8.1)
	이	9(24.3)
수 입	사	9(24.3)
	100만원 미만	17(45.9)
	100~150만원미만	13(35.1)
	150~200만원미만	5(13.5)
동거 가족수	200만원 이상	2(5.4)
	독	1(2.7)
	신	19(51.4)
	2~3명	15(40.5)
	4~5명	15(40.5)
	6명 이상	2(5.4)

〈표 2〉 대상자의 질병 및 치료적 특성

(N = 37)

특 성	구 분	실수(백분율)
진단명	간	9(24.3)
	암	3(8.1)
	경	6(16.2)
	화	2(5.4)
	위	2(5.4)
	암	2(5.4)
	방	2(5.4)
	암	2(5.4)
	도	2(5.4)
수 술	자	2(5.4)
	궁	2(5.4)
	암	2(5.4)
	직	2(5.4)
	장	2(5.4)
치료 방법	대	2(5.4)
	장	2(5.4)
	암	2(5.4)
	체	2(5.4)
	장	7(18.9)
	암	20(54.1)
	타	17(45.9)
	유	12(32.4)
입원 회수	무	6(16.2)
	약물 요법	19(51.4)
	방사선 요법	3(8.1)
수면 시간	기	20(54.1)
	타	14(37.8)
	1회 미만	8(21.6)
진통제 투여	2~3회	9(24.3)
	4회 이상	20(54.1)
	4시간 미만	8(21.6)
	5~8시간	7(18.9)
	9시간 이상	5(13.5)
진통제 투여	진통제 사용안함	4(10.8)
	비 마약성 진통제	21(56.8)
	약한 마약성 진통제	5(13.5)
	강한 마약성 진통제	4(10.8)

는 2~3회가 20명(54.1%), 4회 이상이 14명(37.8%), 1회 미만인 6명(20.0%) 이었다. 수면시간은 5~8시간이 20명(54.1%), 4시간 미만이 9명(24.3%), 9시간 이상이 8명(21.6%)이었다. 진통제 투여는 강한 마약성 진통제 투여가 21명(56.8%)으로 가장 많았고, 비 마약성 진통제 투여가 5명(13.5%), 약한 마약성 진통제 투여가 4명(10.8%), 진통제 투여하지 않는 대상자는 7명(18.9%)이었다<표 2>.

3) 종교적 특성

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<표 3>.

<표 3> 대상자의 종교적 특성 (N = 37)

특 성	구 분	실수(백분율)
종 교	기 독 교	20(54.1)
	천 주 교	5(13.5)
	불 교	2(5.4)
	무	10(27.0)
	신앙의 중요성	전혀 중요하지 않다.
	별로 중요하지 않다.	13(35.1)
	그저 그렇다.	11(29.7)
	중요하다.	9(24.3)
	매우 중요하다.	

2. 영적 간호중재가 불안에 미치는 효과

중재 전 상태불안은 평균 59.54(±15.03)점이었고, 중재 후 상태불안은 평균 45.08(±10.01)점으로 중재 후가 중재전보다 유의하게 낮았다(t=6.237, p<0.001)<표 4>.

<표 4> 중재 전·후의 상태불안 점수변화 (N = 37)

변 수	중재 전	중재 후	t	p
	평균±표준편차	평균±표준편차		
상태 불안	59.54±15.03	45.08±10.01	6.237	0.000

3. 영적 간호중재가 우울에 미치는 효과

중재 전 우울은 평균 60.84(±6.07)점이었고, 중재 후 우울은 평균 42.95(±5.37)점으로 중재 후가 중재 전보다 유의하게 낮았다(t=18.58, p<0.001)<표 5>.

<표 5> 중재 전·후의 우울 점수 변화 (N = 37)

변 수	중재 전	중재 후	t	p
	평균±표준편차	평균±표준편차		
우 울	60.84±6.07	42.95±5.37	18.58	0.000

V. 논 의

본 연구는 호스피스 간호를 받고있는 말기환자에게 영적 간호중재를 제공함으로써 불안과 우울감소에 미치는 효과를 검증하기 위하여 실시하였다.

영적 간호중재가 호스피스 환자의 불안 반응에 미치는 효과를 분석한 결과 영적 간호중재 후의 상태불안이 중재 전보다 유의하게 낮았다(p= 0.000). 이는 민순(1988)의 연구에서 암환자가 간호사, 방문객 및 신과의 영적 상호관계의 정도가 증가할수록 불안의 정도는 낮아진다(p<0.001)는 결과와 일치하였고, 성인환자의 영적 간호충족 정도가 높을수록 불안정도가 낮아진다(r=-.244, p= .000)는 정정숙(1990)의 연구결과와도 일치하였다.

민순(1988)은 암환자의 기독교 신앙성숙정도가 높을수록 불안의 정도는 낮아진다고 하였으며, 마테오 린(1988)은 심한 불안을 가지고 있는 환자가 신과의 상호 관계를 가짐으로써 절망감이 감소됨을 보여주었다.

정정숙(1990)은 인간의 3가지 영적 기본요구로는 사랑과 관심의 요구, 삶의 의미와 목적의 요구, 용서의 요구가 있으며, 영적 기본요구들은 서로 영향을 미치는 통합의 관계에 있음을 밝혔다.

또한 이원희(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 영적간호중재를 계획할 때는 이러한 내용을 참고로 해야 할 필요가 있다.

영적간호중재가 호스피스 환자의 우울반응에 미치

는 효과를 분석한 결과, 영적간호 중재 후의 우울이 중재 전보다 유의하게 낮았($p = .000$) 것으로 나타났다. 이는 김효빈(1989)의 연구에서 암환자가 영적간호 중재를 받은 실험군은 영적간호 중재를 받지 않은 대조군보다 우울정도가 유의하게 낮아진다고 한 결과와 일치하였다. 양복순(1999)의 연구에서도 영적안녕 정도와 우울은 유의한 역 상관관계가 있는 것으로 나타났다.

이러한 결과는 영적 간호중재가 호스피스 환자의 우울을 감소하는데 효과적임을 나타낸다. Peek(1972)는 50명의 방사선치료를 받는 암환자를 개별 면접한 결과가 가장 주된 반응은 불안이고, 두 번째가 우울로써 이 두 정서반응은 동반되어 나타나는 경향이 있으며 그 외에 죄책감, 분노 등의 정서도 보인다고 하였다.

영적간호 중재는 환자와 하나님과의 역동적 관계에서 영적요구를 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 효과적인 것으로 사료된다.

VI. 결론 및 제언

본 연구는 영적 간호중재가 호스피스 환자의 불안과 우울 감소에 미치는 효과를 파악하여 호스피스 대상자에게 전인적이고 개별화된 간호를 제공하기 위하여 시도된 단일군 전후설계의 연구이다.

2000년 7월 10일부터 9월 25일 사이에 전주시내에 소재 하는 1개 종합병원의 호스피스 환자 37명을 대상으로 하였다. 사전에 일반적 특성, 불안과 우울을 측정하였고 일주일에 3회를 평균 30분씩 3주 동안 영적 간호중재를 제공하였으며, 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 paired t-test로 분석하였다.

본 연구의 결과를 요약하면 다음과 같다.

- 1) 영적 간호중재 후 호스피스 환자의 상태불안은 유의하게 낮았다($t=6.237, p=0.000$).
- 2) 영적 간호중재 후 호스피스 환자의 우울은 유의하게 낮았다($t=18.58, p=0.000$).

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 영적간호중재법의 개발이 필요하다고 본다.

참 고 문 헌

- 강은실(1985). 수술환자의 영적 상호작용과 건강상태의 회복에 관한 연구. 복음간전대 논문집, 3집, 21-38.
- 김분한(1992). 암의 원인지각에 대한 탐색적 연구. 이화여자 대학교 간호학 박사학위논문.
- 김분한(1999). 말기 암환자 호스피스 케어의 사례. - 간호사, 자원봉사자, 목회자의 케어 사례 비교 -. 한국 호스피스·완화의료학회지, 2(1), 46-53.
- 김수지(1979). 참 간호. 대한간호, 18(2), 33-38.
- 김효빈(1989). 영적 간호중재가 암환자의 통증감소에 미치는 영향. 이화여자대학교 대학원 석사학위논문.
- 노유자, 안성희, 한성숙, 용진선(1999). 일부 지역주민들의 호스피스에 대한 인지와 태도 및 간호요구조사. 한국 호스피스·완화의료 학회지, 2(1), 23-35.
- 민순(1987). 암환자의 영적 상호작용과 불안과의 관계 연구. 이화여자대학교 대학원석사학위 논문.
- 민순(1988). 암환자의 기독교 신앙 성숙과 불안과의 관

- 계 연구 : 간호연구. 대한 간호학회지, 19(1), 118-126.
- 양복순(1999). 중년여성의 영적 안녕, 자아개념, 우울에 관한 연구. 전북대학교 대학원 석사 학위논문.
- 오홍근(1995). 통증의학·대한 통증학회. 군자출판사.
- 윤영호(1998). 말기 암환자의 이해와 가정 의학적 접근. 가정의학회지, 19(11), 979-986.
- 이경식, 홍영선, 한성숙(1996). 알기쉬운 호스피스와 완화의학 - 말기 환자를 어떻게 돌볼까?-. 성서와 함께.
- 이소우, 이은옥, 박현애, 오효숙, 안효섭, 허대석, 윤영호, 김달숙, 노유자(1998). 가정호스피스 케어 환자 방문간호 조사분석. 한국호스피스·완화의료 학회지, 1(1), 39-46.
- 이원희(1999a). 호스피스의 현재와 미래. 간호학 탐구, 8(2), 9-31.
- 이원희(1999b). 통증조절과 간호중재. 한국 호스피스·완화의료 학회지, 2(1), 58-62.
- 이원희(2000). 말기 암 환자의 총체적 고통. 한국 호스피스·완화의료 학회지, 3(1), 60-73.
- 장현숙, 박실비아, 유선주(2000). 호스피스 프로그램 운영현황 조사. 한국 호스피스·완화의료학회지, 3(1), 4-17.
- 정정숙(1990). 입원환자의 영적간호 충족도와 불안과의 관계연구. 최신의학, 33(1), 153-165.
- 조현(1993). 우리나라 호스피스 프로그램의 개발에 관한 연구. 서울대학교 보건 대학원 박사 학위논문.
- 최공욱(1991). 말기 암 환자의 임종경험에 관한 연구. 연세대학교 대학원 박사 학위 논문.
- 한운복, 노유자, 김문실(1986). 암환자 간호. 서울: 수문사.
- 하혜경(1982). 암환자의 불안과 우울에 관한 연구. 신경정신의학, 21(4), 665-673.
- 한홍무, 염태호, 신영우, 김교현, 윤도준, 정근재(1986). Beck's Depression inventory의 한국판 표준화 연구 신경정신의학, 25, 487-502.
- Banks, Rebecca(1980). Health and Spiritual Dimension : Relationship and Implications for Professional Preparation.
- Carson, V. B.(1989). Spiritual Dimensions of Nursing Practice. Philadelphia: W. B. Saunders Company.
- Craig, T. J. & Abeloff, M. D.(1974). Psychiatric symptomatology among hospitalized cancer patients. Am. J. Psychiat., 131 : 1327-7
- Davies, R. K., Quinlan, D. M., McKegney, P., Kimball, C. P.(1973) : Prganic factors and psychological adjustment in advanced cancer patients. Psychosom. Med., 35 : 464-471.
- Fish, S. & Shelly, J. A.(1979). Spiritual Care : The Nurse's Role. New York : I. V. P.
- Folta, Ruth H.(1995). - 호스피스와 영적 케어·한국 호스피스 협회 워크샵, 1-5.
- Forester, N.M.(1978). : Psychiatric aspects of radiotherapy, AM, J. Psychiat, 135 : 960-963.
- Krumm S.(1982). Psychosocial adaptaion of the adult with cancer, Nursing Clinics of North America 17(4), 729-737.
- 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. pp.69-76.
- Reele, B. L.(1994). Effect of Counseling on quality of life for individuals with cancer and their families. Cancer Nursing, 17(2), 101-112.
- Sbelton, R. L.(1981). The patient's Need of faith at death. Topic in Clinical Nursing, Oct, p.56.
- Stedeford A, Block S.(1979). The psychiatrist in the Terminal Care Unit. Br J Psychiatry 135:1-60.
- Zimmerman J. M.(1986). Hospice-Complete Care for the Terminally Ill. Urhen & Schwarzenberg, Maryland.
- Zung, w.w.k.(1965). A selp-rating depression scale, Archives of General psychiatry, Vol.12, p.63-70.

ABSTRACT

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

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

Yoon, Mae Ok

Purpose : The purpose of this study was to elucidate the effects of spiritual nursing intervention on anxiety and depression of the hospice patients. This study was devised one group pretest-posttest design. The data was collected during the period from July 10 to September 25 in 2000 at the general hospital in cheonju city. The subjects were thirty-seven patients who referred the hospice service.

Method : 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 use of self over a period of three weeks. Data were analyzed by frequency, percentage, mean, standard deviation, paired t-test.

Results :

1. After the spiritual nursing intervention, state anxiety of hospice patients was reduced ($t=6.237, p=0.000$).
2. After the spiritual nursing intervention, depression of hospice patients was reduced ($t=18.58, p=0.000$).

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