

고통과 호스피스 케어

김 명 자 · 정 인 숙*

가톨릭대학교 간호대학, *삼육간호보건대학 간호과

Suffering and Hospice Care

Myungja Kim, Ph.D., and In Sook Jung, Ph.D.*

College of Nursing, The Catholic University of Korea,

*Department of Nursing, Sahmyook Nursing & Health College, Seoul, Korea

Although hospice care includes palliative care technology in terminally ill person for pain, it is much more holistic including emotional, spiritual and other life dimension. Human suffering that experiencing the hospice client must be reconsidered whether one starts with an objective side or a subjective side of suffering, the strategies about the expanded consciousness is important. In the hospice caring perspectives, the body, mind and spirit are integrated so the objectivity and subjectivity can merge; the extended awareness with inner resource or energy, and the positive thinking about the God is meaningful especially dying person, family member, and the hospice team. (Korean J Hosp Palliat Care 2007;10:21-28)

Key Words: Suffering, Hospice care

서 론

1. 연구의 필요성

호스피스에 대하여 관심을 갖고 있는 의료인이라면 대상자들이 질병의 경과중에 죽음이 임박하고 있다는 고통(suffering)과 관련하여 괴로움(hardship) 또는 한 인간으로서 얼마나 심각한 문제를 제기하는지에 접해본 경험이 있을 것이다. 특히 죽음이라는 현실로부터 초래되는 고통은 질병으로 인한 경험과 한 인간으로서의 생을 마감한다는 절박함까지를 포함하므로 다차원적인 개념이라 할 수 있다. 고통으로 인해 어찌할 수 없는 괴로운 상태가 되면 대부분의 사람들은 자신이 경험하고 있는 고통으로부터 벗어나려고 모든 시도를 하게 되는데 이러한 고통의 성격을 신체적, 정신적, 정서적 그리고 영적인 범위로 나누어 볼 수 있다.^{1,2)} 일반적으로 사람들은 고통을 해결하기 위해 약물을 처방 받거나 가까운 이웃과 대화를 나누거나 종교적 행위에 몰입하는 등 온갖 노력을 하는데 이러한 방법으로 고통이 해결되지 않는 경우에는 차라리 죽는 것이 낫겠다는 생각에까지 이

르기도 한다.

근대과학의 도입 이후 의료인들은 고통을 호소하는 대상자들을 대부분 신체적 문제에 기인한 것으로 보기 때문에 우선 의학적 평가를 받도록 조언하는 것이 보통이다. 그러나 호스피스에서는 대상자가 고통을 호소하는 경우, 신체적 문제로 우선 접근하기보다는 안위관리(comfort care)에 초점을 두고 있다.³⁾ 이는 최근 미국 등의 국가에서 완화케어(palliative care)에 대한 관심이 높아지면서 사회일원에서 호스피스와 완화의료를 동일시하는 경향을 보이는 것과 같은 맥락이라 할 수 있겠다.

호스피스는 조만간 죽음이 예견되는 대상자의 여생과 그 가족의 삶의 질을 높이기 위해서 팀 구성원들이 총체적인 팀접근에 근거하여 포괄적으로 돌보는 사랑의 행위가 핵심을 이루고 있다.^{4,5)} 이러한 호스피스 케어는 대상자의 의식상태와 인지 기능을 중요시하기 때문에 호스피스 대상자를 돌보려는 사람들에게는 특히 인간의 존엄성에 관한 폭 넓은 이해를 촉구하고 있다. 진정한 돌봄이란 추상적인 생각, 철학, 이데올로기가 아니라 실제 상황 안에서 대상자의 고통에 직면하는 구체적인 일⁶⁾이라고 전제할 때 호스피스 팀요원들은 고통을

경험하는 대상자에 대한 관심과 깊은 이해로 함께 머물러 돌보면서 신뢰를 쌓은 경험이 축적되어야 할 것이다. 이러한 맥락에서 인간을 대상으로 하는 인간과학의 경우와 같이 의식의 소지를 전제로 하는 호스피스에서는 인간을 단순히 물질적인 존재로만 파악될 수 없다는 인간에 대한 존엄성에 관한 측면과 개인의 특성 그 자체를 전제로 돌보려는 총체적 접근(holistic approach)에 최근 관심이 집중되고 있다.

지금까지 호스피스 케어에서는 이들이 경험하고 있는 고통을 대부분 통증(pain)과 연관된 것으로 다루어 왔지만 이제는 여기서 벗어나 신체적, 정신적, 사회적, 영적 측면으로 다루어야 한다는 견해가 발표된 바 있으며,¹⁾ 우리나라의 경우에는 호스피스 대상자들이 경험하는 혼란 문제로서 고통과 불편감 그리고 영적인 케어에 대한 요구를 제시하고 있다.^{2,7)}

이상과 같이 고통경험에 관한 연구 특히 임종을 앞두고 있는 호스피스 대상자의 케어에 관해 종종 언급하고는 있으나 실무에서 무엇을 행하고 있는지, 혹은 전문직에 들어서려는 학생들에게 무엇을 어떻게 가르쳐야 할 것인지에 관한 연구는 드문 실정이다. 따라서 호스피스 대상자가 아름답게 생을 마감하도록 도와주는 것이 호스피스 케어의 핵심이요 봉사자들의 소망이라면 호스피스 대상자들이 경험하는 고통의 특성을 재확인한 후 대상자의 내적 자원(inner resource)을 활성화할 수 있는 적합한 중재방안의 마련이 요구된다고 본다.

2. 목적

본 고에서는 호스피스 대상자들이 경험하고 있는 고통의 의미를 좀 더 폭 넓게 이해하기 위하여 문헌을 통해 고통의 근원적 의미에 관해 살펴보고 이에 대한 접근 방안으로서 종교적, 영적 측면을 모색하여 고통에 대한 호스피스 케어의 이론적인 토대를 마련하고자 한다.

고통과 죽음

1. 고통의 의미

일찍이 토마스 아퀴나스는 인간이란 본능적이고 신체적인 고통에 한정되어 있는 동물과는 달리 정신적인 고통 때문에도 괴로워한다고 했다. 그는 특히 지성이나 상상력에 따른 정신적인 고통을 신체적 고통과 구별하였다. 고통을 겪어본 사람은 누구든지 알 수 있듯이 고통을 겪는 당시에는 그 고통 자체만이 자신이 해결해야

할 가장 절실한 문제라고 생각하게 된다. 따라서 고통은 “인간 현상을 해명하는데 있어서 가장 기본적인 열쇠 가운데 하나⁸⁾”임을 알 수 있다.

고통이란 인간이 피할 수 없는 근원적인 경험으로서의 독특한 특성이 있으며 시, 공간의 영향에 관계없이 자신의 내면적 요인, 자신에게 중요한 사람 및 외부환경, 인생의 궁극적 의미와 관련된 상실, 훼손, 그리고 신체적 통증이 자아의 완전성을 유지하는데 위협이 될 때 경험되는 견디기 힘든 격심한 괴로움의 상태⁹⁾이며, 사회적 상황과 맥락속에서 비롯되고,¹⁰⁾ 개별화된 주관적이고 복합적인 경험적 본질¹⁾로 정의된다. 이와 같이 고통은 쉽게 관찰되거나 측정될 수 없는 매우 추상적이며 복합적인 것으로서 신체적, 인지적/정신적, 정서적, 사회적, 영적인 요소로 구성되어 있음을 알 수 있으며 수반되는 현상으로는 슬픔, 우울, 절망감, 비참함, 죄책감, 위축감, 무력감, 두려움, 불안, 분노 등을 들 수 있다. 이러한 고통경험에 대한 대상자들의 반응은 이해와 수용을 통해 쇼크와 부정으로부터 고통의 의미를 찾는 수준까지 다양한 양상을 보이며 고통의 과정은 무감정, 부정, 텅빈 같은 초기단계를 거쳐서 고통이 가장 심해지는 혼란단계를 거치면서 서서히 회복단계에 이르게 된다. 회복단계에서 태도 변화를 통한 자기수용과 이해를 거쳐서 자아인식의 확대와 성장을 가져오고 마침내 삶의 의미를 발견하게 된다는 긍정적인 측면이 제시되기도 했다.¹¹⁾

인간이 겪는 고통의 의미를 보다 심도 있게 파악하려면 인간이라는 존재를 전체적인 관점에서 바라보는 종교적인 논의가 의미 있을 것이다. 고통의 의미문제에 관한 불교의 가르침은 인생에는 본질적으로 괴로움과 고(苦)가 있으므로 우울해 하거나 성내거나 못견뎌 하지 말라고 하고 이슬람교에서는 인생이란 알라신이 정해진 운명이기에 고통에 대한 해결책을 강구하기보다는 주어진 고통을 참아 견디라고 가르친다. 그리스도교는 고통 한가운데서도 하느님과 함께 인생을 걸어가야 한다고 가르친다. 이렇게 모든 종교는 고통을 어떻게 피해야 하는가의 문제가 아니라 어떻게 겪어야 하는가로 접근하고 있음을 알 수 있다. 즉, 고통을 하나의 문제로 보기보다는 인간실존의 현실로 보고 신에게 믿음을 갖고 고통을 감수해야 한다고 가르친다.¹²⁾

특히, 고통에 대한 그리스도교적인 반응은 선(goodness)의 어떤 결핍이나 제한 또는 왜곡이라고 지적하는 것¹³⁾으로 보아 고통의 세계가 개인적인 의미와 동시에 집단적인 의미가 있다는 것, 즉 고통의 세계는 ‘고유한

연대성'을 지니고 있음을 알 수 있다. 이를테면 고통 중에 있는 사람들은 고유한 운명의 시련을 당하고 있다는 상황(과정)의 유사성을 통하여 또는 고통의 의미에 대한 끊임없는 물음을 통하여 인간은 근본적으로 서로가 유사하다는 것을 깨닫게 된다는 것이다.⁸⁾

고통의 문제를 객관적인 차원과 주관적인 차원의 두 가지 측면으로 구분할 경우, 먼저 객관적인 측면의 고통에 대해서 우리는 무엇을 알고 있는가? 이에 대해서 Gadow¹⁴⁾는 개인으로서의 자신이 가지고 있는 건강상태에 대한 의미 또는 의학적인 사고 즉 질병이나 병리적인 문제를 객관적 고통으로 볼 수 있다고 했다. 따라서 객관적인 고통은 치료를 전제로 하며 치료가 진행된다는 것은 전문적인 의료체계의 관계 안으로 유입되는 것을 의미한다. 이러한 객관성은 다른 한편으로 볼 때 개인의 내적 경험과 일상 생활세계의 주관적인 의미에 대한 타당성이 축소됨을 뜻한다. 즉 객관적인 시각은 외적인 해석에 기초하는 임상적 판단에 크게 의존하기 때문에 신체, 정신, 영을 통합하는 의식을 소지하고 있는 인간의 주관적 의미로서의 고통은 그 빛을 잃어버리게 되므로, 인간의 내면에 내포되어 있는 인격적 주체로서의 주관적인 의미의 차원이 간과될 가능성이 높다고 볼 수 있다.

한편 인간의 의식양상을 다른 생명체와 비교해 볼 때 환경과 상호작용하는 인간의 몸과 마음은 무한한 정보 수용력을 가지고 있으며 또한 영적인 범위까지를 포함하는 거대한 체계(일종의 에너지 체계: 우주)로서 보다 더 높은 수준으로 발달해 가는 복잡성을 지니고 있다.^{15,16)} 이러한 의식의 발달은 각 개인 고유의 잠재력에 의해 그가 속해 있는 물질세계에 대한 반응을 통찰할 수 있는 이해력의 끊임없는 성장이 이루어지게 한다. 또한 개인 고유의 잠재력은 생명유지의 원천으로서 각 개인의 건강상태와 치유력을 결정하는데 중요하게 작용한다. 인간에게는 또한 영성(spirituality)이 스며있으며 안녕을 추구하는 관계형성 안에서의 열의와 움직임의 결과로 '영혼(soul)'을 통하여 에너지를 얻게 되므로 질병, 상실, 슬픔 혹은 통증이 인간을 격타하면 개인의 영혼은 영적인 결핍상태가 되기 때문에 이에 대한 도움이 요구된다.^{11,17)}

이상을 종합하면, 고통은 물질적인 차원에서의 자극에 의한 결과라기보다는 개별화된 신체, 정신, 영을 통합하는 복합적인 경험이며 이는 몸과 마음으로 대별되는 인간의 중층적인 속성을 고려할 때 더욱 분명해진다. 인간은 또한 외부환경 또는 장(場: field)으로 파악되

는 다양한 영역과 끊임없이 영향을 주고 받는 존재이므로 고통받는 주체를 향한 케어관리자/의료인들의 주관적인 평가가 중요하며 이 때 한 개인으로서 고통을 겪어야 하는 수동성과 그 고통을 극복하려는 능동성으로 나누어 볼 수도 있다. 따라서 인간 존엄성에 뿌리를 둔 총체적 돌봄 개념에 대한 이해가 강조되며 또한 의료인으로서 스스로에 대한 자각, 타인을 돕는 책임감, 그리고 전문적 케어를 제공하는데 필요한 지식과 기술이 요구된다는 것이다.

2. 죽음의 의미

고통을 분류하는 방법의 또 다른 접근방법은 감각적인 의미의 고통과 정신적인 의미의 고통(고뇌)으로 분류하여 접근해 들어가는 것이다. 이는 인간이 소위 사회적인 평가기준으로는 어느 정도의 성공을 거두었다고 해도 한 인간으로서 자신과 관련된 제조건에 따른 고통들은 피할 수 없다는 것을 기본전제로 한다. 이러한 고통은 개인의 내면세계와 외부세계와의 관계에서 자신의 마음대로 되지 않는 자유롭지 못한 상황으로 인한 일종의 아픔으로서 호스피스 대상자 또는 모든 인간에게서 제기되는 고통 중에서 가장 절정을 이루는 것은 바로 죽음에 대한 고통일 것이다.

죽음은 자연사와 외인사(外因死)로 대별되는데 현실적으로 인간이 죽음을 면할 수는 없기 때문에 노쇠하여 죽는 것은 기본적으로 건강의 한 양상이며 의료인의 의무는 건강하게 죽어 가도록 하는데 있다. 죽음의 필연성에 대한 탐구와 관련된 논쟁에도 불구하고 죽음에 이르는 인간의 고통은 의학적, 생물학적, 심리학적으로는 물론 철학이나 신학으로 간단하게 설명될 수 있는 현상은 아니다. 오히려 인간의 본질인 자연과 관계되어 있는 것으로 삶의 과정에서 필연적으로 나오는 하나의 '신비'라고 보는 편이 옳을 듯하다. 죽음이란 현세적인 고통으로부터의 해방을 의미하므로, 신체적인 유기체로서의 문제나 심리적인 면에 대한 종결이라는 것을 부인할 수 없다. 종결의 의미로서의 죽음은 일차적으로 인간의 심신적 결합의 '해체'라는 의미를 내포하고 있어 "너는 흙에서 난 몸이니 흙으로 돌아가리라"(창세 3, 19)란 성경 구절을 상기할 필요가 있다. 그러므로 죽음이 '현세적 의미에서 고통의 한 형태는 아니다'하더라도, '어떤 의미에서는 고통의 모든 형태를 초월한다'고 볼 수 있으므로, 인간의 죽음에 대한 경험은 필연적이면서 총체적인 성격을 띠고 있다고 하겠다.⁸⁾

일반적으로 임종이 가까운 대상자가 죽음을 감지하

게 될 경우, 또는 자신의 병이 치명적인 것임을 알게 되었을 때 대부분의 사람들은 커다란 충격으로 그 사실을 부인하는 일종의 자기방위를 보인다. 그러나 그러한 사실이 현실임을 자각하게 되면 보고 듣는 것 등 모든 정보에 대해 한없는 분노를 일으키게 된다. 분노의 대상은 자신과 가까이 연결되는 모든 사람, 모든 사물로 투사되며 이러한 과정을 통해 임종자와 가족 및 의료인들은 심각한 고통을 감당하게 되기도 한다.

한편 동양적 죽음관을 살펴보면 죽음이란 개인의 입장에서 볼 때 질서에서 무질서로의 변화이며, 자연의 입장에서 무질서에서 질서로의 환원이므로 개인의 생명에서 자연의 생명으로 전환되는 것으로 본다. 인간을 소우주로 그리고 자연을 대우주라고 전제하면서 개인의 생물학적 생명은 유한하지만 자연의 생명인 영혼은 무한하다고 보기 때문에 자연에 합일(合一)하려는 행위인 장례의식을 의미 있게 진행하게 된다.^{18,19)}

죽음의 과정은 대상자에 따라서 그 과정이 다르거나 몇 가지 양상이 병존하기도 하지만 대개 항상 '희망'을 소지하고 있다. 따라서 의료인이나 가족은 임종자가 죽음의 고통을 체험하면서도 그들이 소지하고 있는 희망²⁰⁾의 특성에 적합하게 응답하기 위해서 최후까지 진지하게 돌봄을 제공하여야 한다. 종종 불치병이나 사망 통보를 받은 대상자의 경우, 좌절감으로 인해 아무것도 할 수 없게 되는 것이 아니라, 오히려 엄청난 사랑과 인내를 통해 내적인 성숙과 영적인 힘을 드러내면서 고통으로부터 벗어나게 된다. 이러한 돌봄의 과정을 통해 의료인이나 봉사자들은 생명의 가치를 새롭게 느끼는 체험을 하게 된다.⁷⁾

대상자들이 체험하는 죽음에 대한 고통은 총체적인 것으로서 죽음 자체에 대하여 머물러 있다기보다는 문화적 결속으로부터의 분리와 믿음(belief) 및 가치 체계에 대한 도전이라 할 수 있으므로 이들에 대한 동정심(compassion)의 표현인 돌봄행위는 고통의 상태를 안녕상태로 전환할 수 있을 것이다.

호스피스 케어

1. 의료적 측면

호스피스 케어의 의료적 측면은 회복 차원이라기보다는 완화적 차원이다. 완화의료의 개념은 영국의 크리스토퍼 병원에서 발전되어왔다. 손더스(D.C. Saunders)를 중심으로 하여 병원에서 죽어 가는 환자들의 요구가 충족되지 않음을 인식하면서 점진적으로 악화되어가는

증상과 고통을 조절하기 위해서 포괄적인 접근 계획을 세우기 시작한 것이 계기가 되어 모르핀과 유사약물의 사용과 효과에 대한 자세한 관찰결과가 발표되면서 의학의 한 분야로 인정되기에 이르렀다.²¹⁾

입원 환자만을 대상으로 하던 호스피스 케어가 현재는 입원 환자와 가정에 머물러있는 대상자에 대한 가정 전문간호사 제도의 정착으로 가정 간호를 병합하고 있으며 독립가정호스피스 기관의 경우, 일차의료진과 긴밀하게 협력하고 있다.

대부분의 호스피스 대상자에서 신체의 통증은 여러 증상 중 하나이므로 이러한 통증의 경감은 이를 고통이라는 보다 포괄적인 상태로 보고 신체적, 정신적, 사회적, 심리적인 면을 모두 고려하는 접근을 한다. 신체적 고통을 다른 부분과 분리하여 치료할 수 없다는 것이 완화의학의 기본입장이므로 이를 우선적으로 접근하여 환자의 불안감이 부수적으로 낮아지도록 한다.

건강관련분야 특히 만성적 건강문제를 해결하기 위한 방안의 하나로 총체적 모델(holistic model)에 대한 관심이 증대하고 있다.^{16,22)} 이는 인간을 하나의 전인으로서 통합된 체계 즉 신체와 정신 그리고 영적인 요소가 하나로 통합되어(body-mind-spirit integration) 각 개인의 특성이 결정된다고 보는 이론체계를 말한다. 이러한 이론 체계에 의거하여 포괄적 돌봄을 제공하는 것에 대해서 기계론적 사고에 익숙해져 있는 대부분의 사람들은 강한 회의를 제기한다. 신체적 위기 상태인 경우에는 전적으로 외적인 요소 즉 의료전문가가 주도하는 치료적 조치를 우선적으로 진행하는 것만이 의미가 있다고 보기 때문이다. 그러나 기초과학과 생명과학의 성과에 힘입은 첨단의료기기와 치료대책의 진행에 따른 여러 문제점이 제기되고 있는 현 시점에서 호스피스의 특성에 대한 이해와 이들 대상자의 케어에 의료인들의 가치관이 매우 중요하게 작용을 한다고 본다.

자신에 대해 민감하고 타인에게 주의를 기울이는 돌봄의 자세⁹⁾는 호스피스 케어에 관심을 갖는 의료인에게 하나의 도전이 된다. 여기서는 죽음을 맞으면서 고통 중에 있는 호스피스 대상자에의 접근을 의료적 측면, 종교적 측면 그리고 영적 측면으로 살펴보고자 한다.

통증은 환자 자신이 아프다고 하는 바로 그것이며 질환의 범위가 통증의 정도와 일치하지는 않는다. 통증조절에 주는 진통제의 적절한 사용에 대한 경험이 중요하다. 규칙적으로 표준용량에서 시작하여 단계적으로 증량한다. 실제 임상에서 암 통증 조절 시 마약성 진통제

에 대한 내성은 심리적인 의존이나 기왕의 중독자 이외에는 별다른 문제가 없는 것으로 알려져 있다. 마약성 진통제의 독성으로는 설명이 안 되는 초조, 주변시야에 그림자가 보이는 것, 환청과 환시, 혼돈, 불수의적 근수축 등을 들 수 있다. 그밖에 호스피스 대상자들이 흔히 호소하는 신체적 증상으로는 구강 감염, 오심과 구토, 식욕부진, 변비와 설사 등의 소화계 증상과 호흡곤란, 기침, 객혈, 천명(stridor), 흉막이나 흉벽 통증 등의 호흡계 증상과 배뇨장애, 불면, 부종감 등이므로 이에 대한 적절한 의료적 조치와 간호가 시행되어야 한다.²¹⁾ 특히 생존 기간이 2주 정도인 시점부터 망상이 현저히 증가하면서 불안감도 고조되고 불면, 우울 등의 정신적 증상이 나타난다.

의식을 유지한 채로 고통이 완화되어 인간으로서의 품위를 유지하는 것이 호스피스 케어의 제1목표이므로 가능한 한 마지막까지 대상자와 가족이 언어적 의사소통을 할 수 있도록 방법을 모색하는 것이 중요하다. 그러나 사망이 가까워짐에 따라 여러 증상이 진행되면서 고통과 불안감으로 심각한 상태에 이르기도 한다. 이러한 경우에는 약제의 투여로 진정시키는 것이 고통을 완화할 수 있는 유일한 치료법이다. 대상자/환자의 의견을 우선으로 참조하는 진정제의 투여가 최선의 방법임을 가족과 타협해야 하며 이로 인해 생명이 단축되지 않음을 이해시켜야 한다.

2. 종교적 측면

종교심은 인간 누구에게나 태어날 때부터 주어진 것으로 인간의 마음 깊은 곳에 자리잡고 있으며 이는 주로 사랑에 대한 사랑과 남의 처지를 헤아리는 동정심과 온유함으로 표현된다. 오늘날처럼 사회의 각 분야가 고도로 분화되고 전문화되어 있어서 가치관의 혼란으로 어려움을 겪고 있는 현실에 비추어 볼 때 종교의 본질적이고 고유한 기능은 과연 무엇인가를 되돌아보게 한다. 본래 종교는 삶과 죽음, 죄와 용서, 고통과 진정한 행복 등 인간에게 잠재해 있는 근원적 문제를 해결해 마음의 안정과 의지할 곳을 제공해 왔다고 볼 수 있다.¹²⁾ 이는 토인비(Toynbee: 1889~1975)가 역사적 사실과 인간성의 본질에 입각하여 세계적으로 잘 알려진 종교의 공통적인 특성 즉 종교의 의미를 “인간존재의 모든 성격을 총괄하는 인간계에 관한 배려”라고 분석한 것으로부터 이해가 가능하다.

흔히 경험적으로 임종자들이 죽음을 수용하게 되면 신과의 관계가 이루어지고 내세에 대한 확신을 가지게

된다고 한 Reed²³⁾는 일찍이 인생의 말기 동안에 적절하고 이용가능한 전략으로 종교를 제시하기도 했다. 또한 미국의 임종과 죽음, 애도에 관한 연구모임인 IWG (International Work Group)나 NHDS (National Hospice Demonstration Study)도 죽음이란 생물학적 사건 이상의 것, 즉 인간적이고 사회적이며 영적인 것이므로 영적돌봄을 소홀히 해서는 안된다고 주의를 환기시키면서 호스피스 대상자들이 종교 또는 종교심을 자신들이 체험한 영적안녕을 지탱하는 내적 힘의 근원으로 경험하게 된다고 보고하여, 종교와 영적 안녕을 일관된 관계로 접근하고 있음을 알 수 있다.

서양이나 동양의 각 종교는 인간의 고통에 대한 해답을 제시하게 위해 부단히 노력해 왔다. 예를 들면 부처는 인간을 고통으로부터 해방시키고자 인간의 생로병사라는 사실을 직시하기 위해서 출가하여 고통의 원인과 해결방안을 제시하려는 시도를 했다. 이에 반해 그리스도교는 인간의 고통으로부터 해방되고자 하는 욕망을 그리스도의 십자가상 부활과 연결시켜 설명하려 한다.¹²⁾

인간이 고통과 대면하면서 궁극적으로 벽에 부딪치게 되는 것은 바로 신체적, 정신적 고통에 대한 근원적인 문제이며 이러한 문제를 해결하기 위해서는 이성의 힘만이 아니라 신(神: God)이라고 불려온 초월적 절대자의 도움이 작용하는 현상이 설명되어야 함을 인정하고 있다. 특히 호스피스에 관심을 갖는 전문가들은 인간의 마음속 깊은 곳에 자리하고 있는 종교심이라 일컬을 수 있는 사랑의 에너지장인 영적 영역(spiritual field)을 인정하게 되는데²⁴⁾ 이러한 영적 영역은 여러 경험에 비추어 볼 때 힘(에너지)을 발휘하며 자신의 밖에 있는 무한한 세계인 우주(신: cosmos)와 감응하여 교류하는 상태라고 볼 수 있다.

이와 같이 우주/신과의 접촉이 이루어지는 장(場: field)을 자각하는 수준이 되면 인간으로서 궁극적인 구원에 이르는 길인 성장이 이루어지게 된다는 신념을 소지하게 될 것이며, 이러한 자세는 죽음을 앞둔 대상자의 신체적 고통을 경감시키려는 여러 의료적 조치가 더욱 효과를 발휘하게 할 것이다. 또한 죽음과 대면하고 있는 대상자의 울적한 심기를 발산시키는 일이 중요한데 이는 호스피스 전문가로서 감정이입 하고자 하는 열정으로 이들의 감정표현을 그대로 수용하려는 자세에 의해 가능해질 것이다. 그러나 고통받는 이들이 자신이 처한 상황을 받아들이지도 못한 상태에서 신(하느님)의 섭리를 지나치게 강조하거나 필연성을 이해시키기 위해서

하느님을 옹호하는 것은 자칫 대상자들의 솔직한 느낌을 억누를 위험이 있다.⁸⁾

Smith와 Maher²⁵⁾는 임종을 맞는 사람들이 보이는 태도로부터 '건강한 죽음' 또는 '죽음으로 가는 건강한 태도'에 대한 연구를 진행하였다. 건강한 죽음이란 개인의 죽어가는 과정이 죽은 이와 주위의 사람들에게 긍정적인 영향을 준 결과를 의미하는데 이러한 상태를 이끌어 내려면 호스피스팀 요원들은 무엇보다도 죽어가는 사람이 가능한 한 평화로운 마음상태가 되어 괴로움을 덜 겪으면서 현실을 수용하도록 도움을 줄 수 있는 종교적 신념이 구축되어야 한다.

3. 영적 측면

Moore²⁶⁾에 의하면 영혼의 돌봄(soul caring)이란 대상자를 치료하여 바로 잡아주고 문제가 없는 상태로 변화시키는 것이 아니라 현재의 상태 그대로를 수용하도록 안내하는 것 즉, 일상의 삶 그 자체인 매일의 삶을 잘 살아가도록 하는 것이라고 했다. 따라서 일상생활이 고통스럽고 불가능해 보이는 상황에 노출되어 있거나 깊은 갈등에 놓여 있는 영혼을 돌보려면 그러한 고통과 모순을 감싸안을 수 있는 인간적인 성숙의 수준이 되는 한편 신과의 관계로까지 마음을 넓게 갖도록 하는 내적인 수련이 전제되어야 한다고 본다. 이상과 같이 준비된 경우, 돌봄의 예술(caring art)을 구사할 수 있게 되는데 이는 자아와 관련된 강박관념을 떨쳐 버리고 무한한 존재에 대한 경외심과 인간에 대한 존엄성으로 마음을 열게 되는 상태를 말한다. 마음을 연다는 것은 한편으로는 섬세한 정서상태로 인해 쉽게 상처받거나 민감한 상태로 되는 것으로서⁹⁾ 바로 이것이 인간성(humanness)의 특성이며 이러한 상태는 인간 대 인간으로서의 돌봄의 관계(human-to-human care process)가 이루어지게 한다.¹⁷⁾

한편 인간은 대부분 주어지는 고통을 피하려는 속성이 있지만 이러한 상태로부터의 도피는 오히려 보다 높은 수준의 의식으로 옮겨가는데 방해요인으로 작용하는 것으로 보인다고 한다. 그러므로, 인간의 취약성, 고통, 질병 심지어 죽음까지도 인간을 위축시킨다고만 볼 수는 없으며¹¹⁾ 이러한 상황이 오히려 의식이 확장될 수 있는 전환점(turning point)으로 작용한다는 것에 관심을 기울일 필요가 있다. 의료분야에서 의식의 확장으로 기대하는 상태는 건강하게 확장된 의식상태(healthy expanding consciousness)로서 여기에는 영적 영역의 확장이 포함되는데 이러한 상태는 환경 또는 개인의 건강상태와는 무관하게 초래되는 것으로 보인다. 이러한 상태는

건강의 차원을 뛰어넘어 존재자체에 의미를 부여하는 것이 기본 맥락이기 때문에 질병상태를 초월한 인간으로서의 의식상태에 관심을 갖는다.¹⁶⁾

인간에 대한 총체적 모델을 받아들인다면, 대상자에게 영적케어를 제공해야 하는 윤리적 책임이 뒤따르게 된다.⁹⁾ 영적케어의 과정에는 의료인과 대상자 모두의 영성이 함께 작용하므로²⁷⁾ 인간을 활기 있게 한다. 따라서 영적케어는 건강유지에 필수적이며 자신과 개인의 가치세계에 대해 배우게 하며 그러한 지식을 개인의 삶을 통해 의미 있는 목적추구에 적용하는 과정 그 자체임을 알 수 있다.

영성이란 자신이나 다른 이들과의 관계, 자연적인 질서 그리고 창조적인 표현이나 유사한 정신활동, 의미 있는 일 그리고 종교적인 신념을 포함하는 높은 수준의 의식상태로서 의료인들은 업무를 통해 영적케어를 제공하는데 윤리적 책임이 있음에도 불구하고 흔히 이를 제공하는데 주저하고 있다. 이러한 상태가 초래된 요인으로서 영적 교육의 부족, 환자의 프라이버시를 침해하는데 대한 두려움, 시간의 부족, 그리고 간호사 자신이 영성을 인식하는데 부족함이 있다는 자각을 들고 있다.²⁸⁾ 죽음이 예견되는 대상자에게 인간의 내적 치유자원(inner healing resource)에 대한 이해를 높여 상상요법을 적용하여 평화로운 상태가 되도록 하는 것도 의미 있는 방법의 하나일 것이다.^{11,17)} 이러한 상태로 진입하게 되면 무한한 존재인 신과의 관계로까지 연결되는 영적인 상태로의 진입이 유도되는 목적을 달성하게 되며 이후 대상자는 자신의 운명 또는 삶에 대해서 억울함도 없고 분노도 느끼지 않는 수용의 상태가 된다고 볼 수 있다. 이 시기가 되면 이미 감정은 거의 없고 아무 이야기도 하고 싶지 않은 초월상태 또는 무욕의 상태가 되면서 삶을 마감하는 종언적 나르시시즘에 도달하게 된다.

호스피스 대상자의 중재방안으로서 함께 함(presence)은 가장 기본이 되는 전략이다. 아무 말 없이 옆에 앉아서 환자와 같이 있어 주는 것, 즉 의료관련 전문인과 대상자가 진정으로 함께 함(true presence)은 Parse²⁹⁾가 말하는 인간 되어짐(human becoming)의 한 측면으로서 인간 상호 연결성과 우주적 경험을 강조하는 영적인 요소인 것이다. 또한 이러한 행위는 삶 속에서 친밀감(intimacy)을 공유할 누군가가 있다는 안전감 혹은 편안함을 제공하여 사기가 진작되므로 진정한 함께 있음은 대상자를 돌보는데 있어 매우 중요한 케어가 된다.³⁰⁾

죽음의 고통을 경험하고 있는 호스피스 대상자에게 언제 다가가야 하는지 즉 상호작용의 시기를 적절하게

포착하는 것이 중요하다. 왜냐하면 대상자의 자각 정도와 준비성에 따라 발달상태가 다르므로 복잡성을 증가시킬 수 있는 적합한 시기선택이 의미가 있기 때문이다. 다시 말해서 주어진 상황에서 대상자에게 접근할 시기가 언제이고 “이제 충분하다”라고 느껴지는 때를 민감하게 아는 것이야말로 의료인들이 습득해야 할 중요한 기술의 하나로서 자신을 치료적 도구로 사용하는 좋은 예인 것이다.

호스피스 대상자에게는 많은 시간을 그들과 함께 보내면서 그들의 일상생활 양상과 마음을 파악하여 건강 상태에 도움이 되는 직접적인 돌봄의 제공 또는 방향제시나 의사결정을 하여야 한다. 이 때 가족의 반응까지를 포함하여 협동적 돌봄(collaborative caring)을 진행하는 것이 의미가 있다. 대상자의 건강경험을 변화시킬 수 있는 무조건적인 사랑은 고통을 완화시킬 수 있는 구체적인 방법의 하나라 하겠다.⁹⁾

요약 및 결론

본 고에서는 보다 수준 높은 호스피스 케어를 위해서는 고통에 대한 포괄적인 이해와 영적 접근에 대한 의식확장이 전제되어야 한다는 가정 하에 관련된 문헌을 살펴보았다. 최근 건강관련분야 특히 만성적 건강문제에 접근하는 기본 패러다임으로 총체적 모델에 대한 관심이 증대하고 있는데 이는 인간에 대한 존엄과 인간을 몸과 마음 그리고 영적인 요소가 하나로 통합된 존재로 보는 이론체계를 수용한다. 따라서 전인적, 총체적으로 인간을 이해하는 것은 죽음을 앞둔 대상자의 건강과 관련된 의사결정과 치유과정에 필수적인 요소라 할 수 있으며 이 때 제기될 수 있는 윤리적 관점은 또다른 차원의 문제인 것이다.

인간은 죽음을 체험하면서 궁극적인 고통과 대면하게 되는데 이러한 문제를 해결하기 위해서는 의료적 조치인 이성의 힘만이 아니라 절대자인 신(God : 하나님 : 우주)과의 관계 안에서의 모색이 연결되어야 할 것이라고 본다. 죽음을 고통을 겪고 있는 대상자들은 의료인의 따뜻한 마음과 전인적인 포용력을 요구하는 인간적인 특성을 소지하고 있다. 호스피스에 관심을 갖는 의료인들은 인간의 마음 속 깊은 곳에 자리하고 있는 종교심 또는 영적 영역의 장을 인정하고 애정어린 몸짓으로 대상자의 고통에 함께 함으로써 보다 수준 높은 호스피스 케어가 이루어질 수 있으므로 그들의 곁에 있다는 것을 느끼게 해주는 한편 고통에 대한 의식을 확

장하고 발전시키고자 하는 신념을 소지할 필요가 있다.

중심단어: 고통, 호스피스 케어

참 고 문 헌

1. Cassell EJ. The nature of suffering: physical, psychological, social, and spiritual aspects. In: Starck PL, McGovern JP, eds. The hidden dimension of illness: human suffering. New York: NLN; 1992.
2. Kang KA. Concept analysis and development of suffering: Application of hybrid model method. Korean Acad Nurs 1997; 26:290-303.
3. Raudonis BM. Nursing's contribution to the family focus of palliative care. Progress in Palliative Care: An International J 1995;3:175-80.
4. Buckingham RB. The handbook of hospice care. New York: Premeheers; 1996. Books.
5. Jo KW, Kim MJ. The perception of suffering by hospice nurses. J Korean Acad Fund Nurse 2001;8:35-50.
6. Eriksson K. The alleviation of suffering: the idea of caring. Scan J Caring Sci 1992;6:119-23.
7. Kim SJ, Oh SJ, Choi WS. Hospice: loving care. Seoul: Soo Moon Pub. Co.; 1997.
8. Park SC. Meaning of human suffering. Seoul: Catholic University Press; 1999. (pp, 159-189.)
9. Taylor RL, Watson J. They shall not hurt. Colorado Associated University Press; 1989.
10. Zola IK. The social construct of suffering. In: Strak PL, McGovern JP, eds. The hidden dimension of illness: human suffering. New York: NLN; 1992.
11. Achterberg J, Dossey B, Kolkmeier L. Rituals of healing: using imagery for health and wellness. New York: Bantam Books; 1994.
12. Smith H. The world's religions. San Francisco: Harper Collins Publisher; 1991.
13. John, Paul II. On human suffering: apostolic letter of Pope John Paul II on the christian meaning of human suffering. Vatican: The Pope speaks 29; 1984.
14. Gadow S. Existential advocacy, technology, truth and touch. In: Taylor RL, Watson J, eds. They shall not hurt. Colorado: Associated University Press; 1989.
15. Prigogine I. From being to becoming. San Francisco: W. H. Freeman; 1980.
16. Newman MA. Health as expanding consciousness. 2nd ed. St Louis: Mosby; 1986.
17. Shames KH. Creative imagery in nursing. Ed. New York: Delmar Pub; 1996.
18. Kim IR. A study on the discussion on life and death of Oriental Medicine. Doctoral Dissertation. Graduate School of Kyunghee

- University; 1989.
19. Jo KW, Lee YJ, Lee HJ. Understanding thanatology. Seoul: Hakjisa; 2006.
 20. Adams SM, Partee DJ. Hope: the critical factor in recovery. *J Psychosocial Nurs* 1998;36:29-32.
 21. Choi YS. Hospice. Palliative medicine. Korea University Press; 2000.
 22. Kim MJ. Nursing as human science and holistic approach. *J Catholic Medical College* 1996;49:499-514.
 23. Reed PG. Religiousness among terminally ill and healthy adult. *Res Nurs & Health* 1986;35-41.
 24. Carr K. Integration of spirituality of aging into nursing. *Gerontology & Geriatrics Edu* 1993;13:33-45.
 25. Smith DC, Maher MF. Achieving a healthy death: the dying person's attitudinal contributions. *Hospice J* 1993;9:21-32.
 26. Moore T. Care of the soul. New York: Harper Collins; 1992.
 27. Jacobson G, Burkhardt A. Spirituality: conerstone of holistic nursing practice. *Holistic Nursing Practice* 1989;3:18-26.
 28. Wright KB. Professional, ethical, and legal implications for spiritual care in nursing. *Image: Nurs Scholarship* 1998;30:81-3.
 29. Parse RR. Quality of life: sciencing and living the art human becoming. *Nurs Sci Quar* 1994;7:16-21.
 30. Mitchell GJ. Quality of life: intimacy in the nurse-person process. *Nursing Science Quarterly* 1995;8:102-3.
-