

고통(suffering)과 영적 간호

김 명 자¹⁾ · 양 남 영²⁾

서 론

연구의 필요성

근대과학의 도입이후 의료인들은 질병의 경과 중 특히 죽음의 위협을 느끼는 대상자들의 고통을 대부분 신체적 문제에 기인한 것으로 파악하며, 따라서 우선적으로 의학적 평가를 받도록 조언하는 것이 보통이다. 그러나 많은 사람들은 고통으로 인해 어찌할 수 없는 괴로운 상태에 처하게 되면 이로부터 벗어나기 위하여 의학적 해결 방식을 넘어서는 다양한 시도들을 행하며, 이러한 다양함은 고통을 물리적, 신체적 차원 이외에 정신적, 정서적, 그리고 영적인 차원으로도 접근해야 하는 필요성을 지시하는 것으로 보인다(Cassell, 1992; Kang, 1997). 일찍이 아퀴나스(T. Aquinas; 1225~1274)가 인간이란 본능적이고 신체적인 고통에 한정되어 있는 동물과는 달리 정신적인 고통 때문에도 괴로워하는 존재라고 설파한 것은 바로 이러한 맥락에서이다. 실제로 사람들은 고통을 해결하기 위해 약물을 처방 받는 이외에도 가까운 이웃과 깊은 대화를 나누거나 종교적 행위에 몰입하는 등 온갖 노력을 하게 되는데, 이와 같은 여러 가지 방법으로도 고통이 해결되지 않는 경우에는 차라리 죽는 것이 낫겠다는 생각에까지 이르기도 한다. 이처럼 임박한 죽음이라는 현실로부터 초래되는 고통은 질병으로부터 직접적으로 초래되는 물리적, 신체적 고통 이외에도 한 인간으로서의 생을 마감한다는 절박함까지를 포함하므로 다차원적인 개념이라고 할 수 있다. 고통을 다차

원적 개념으로 이해할 때, 대상자의 고통(suffering)과 직접적으로 마주하게 되는 돌봄의 행위는 개념, 철학, 이데올로기에 대한 추상적인 사유가 아니라 실제 상황 안에서 구체적인 고통을 경험하는 대상자와 전면적으로 대면하는 일(Eriksson, 1992)이 된다. 특히 다양한 돌봄의 행위들 중 조만간 죽음이 예견되는 대상자와 그 가족을 돌보는 호스피스 케어의 경우 고통을 경험하는 대상자에 대한 깊은 관심은 물론 대상자와 함께 머무르면서 돌보는 과정에서 형성되는 특수한 경험들에 대한 이해가 필수적으로 요구된다. 대상자들이 경험하고 있는 고통을 거의 물리적인 통증(pain)과 연관된 것으로 다루어 왔던 초기의 호스피스 간호에 비해서, 최근의 호스피스 간호는 대상자들이 경험하는 흔한 문제로서 신체적인 고통과 불편감의 직접적 완화 이외에도 포괄적인 영적 차원에서의 돌봄의 필요성을 언급하고 있는 것은 이와 같은 맥락에서 이해할 수 있다(Kang, 1997; Kim, Oh & Choi, 1997). 그 요구도가 증가하고 있는 가정 내 호스피스 간호에서 인간의 고통 경험에 관한 연구 특히 임종을 앞두고 있는 호스피스 대상자의 정서적 간호에 관해 관심을 가지는 것은 바람직한 움직임이지만, 실제로 다양한 차원을 지니고 있는 대상자들의 고통을 돌보기 위하여 무엇을 어떻게 행하여야 하는지, 또는 돌봄 관련 전문직에 들어서려는 학생들에게 무엇을 어떻게 가르쳐야 할 것인지에 관한 실무차원의 연구는 물론 이론적인 연구 역시 드문 실정이다. 이러한 맥락에서 대상자들이 경험하는 고통의 특성을 확인하는 한편, 이러한 고통을 중재할 수 있는 간호전략의 하나로서 대상자의 내적 자원(inner resource)을 활

주요어 : 고통, 영적 간호

1) 가톨릭대학교 간호대학 교수

2) 건양대학교 간호학과 부교수(교신저자 E-mail: nyayang@konyang.ac.kr)

투고일: 2009년 5월 20일 수정일: 2009년 6월 4일 게재확정일: 2009년 6월 12일

성화함으로써 영적 의식을 확장시킬 수 있는 간호 중재방안의 마련이 요구된다고 본다.

연구 목적

고통을 다차원적인 개념으로 파악하고 이에 대한 이해를 추구하는 작업은 고통의 경험을 돌봄의 과정 안으로 포섭함으로써 보다 포괄적인 간호중재방안을 모색하려는 작업에 있어서 핵심적인 중요성을 지닌다. 따라서 본고에서는 우선 죽음의 과정을 밟고 있는 대상자들이 경험하고 있는 고통의 특성을 좀 더 폭넓게 이해하기 위하여 다양한 문헌들을 통해 고통의 근원적 의미와 영적 건강이란 무엇인지에 관해 살펴보고자 한다. 문헌 연구를 통해 얻어진 고통의 영적, 종교적 차원에 대한 보다 심층적인 이해는 다차원적 개념인 고통을 보다 포괄적으로 이해하는 데 도움을 주며, 나아가 고통을 경험하는 대상자에 보다 가까이 접근하고 그 고통을 경감시켜 줄 수 있는 영적간호 중재방안의 이론적인 토대를 마련하는데 기여할 것으로 기대된다.

본 론

고통과 영적 건강

● 고통의 의미

고통을 겪어본 사람은 누구나 알 수 있듯이 고통을 겪는 당시에는 그 자신이 해결해야 할 가장 절실한 문제라고 생각하게 된다. 이러한 맥락에서 고통을 인간 현상을 설명하는데 있어서 가장 기본적인 열쇠 가운데 하나(Park, 1999)가 된다. 고통은 우선 신체적 통증이 자아의 완전성을 유지하는데 위협이 될 때 경험되는 견디기 힘든 격심한 괴로움의 상태(Taylor & Watson, 1989)로 정의될 수 있지만, 또한 인간이 피할 수 없는 근원적인 경험으로서 시, 공간의 영향에 관계없이 자신의 내면적 요인에서 비롯되기도 하며, 자신에게 중요한 사람 및 외부환경, 인생의 궁극적 의미와 관련된 상실, 훼손에서 비롯되기도 한다. 때로 고통은 사회적인 상황과 맥락 속에서 비롯되기도 하며(Zola, 1992), 개별화되고 주관적이며 복합적인 경험적 본질로 정의되기도 한다(Cassell, 1992). 따라서 고통은 쉽게 관찰되거나 측정될 수 없는 매우 추상적이며 복합적인 특성을 지니는 동시에 신체적, 인지적/정신적, 정서적, 사회적, 영적인 요소로 구성되어 있음을 알 수 있다. 이처럼 다양한 방식으로 설명되고 있는 고통 개념들은 크게 객관적 차원과 주관적 차원의 두 가지 측면으로 구분 가능하다. 먼저 객관적인 고통 개념의 대표적인 경우는 의학적 관점에서 파악되는바 질병이나 병리적인 문제에서 직접적으로 초래

되는 고통이 이에 해당된다(Taylor & Watson, 1989). 여기서 객관적인 고통을 이해하고 이를 경감시키는 것은 의학적 사정과 치료를 통해서 이루어지며, 이러한 치료가 진행된다는 것은 고통을 경험하는 대상자가 전문적인 의료체계의 관계안으로 유입되는 것을 의미한다. 그러나 고통에 대한 객관적 접근은 다른 한편 개인의 내적 경험과 일상 생활세계의 주관적인 의미에 대한 타당성이 축소됨을 뜻한다. 즉 고통에 대한 객관적인 시각은 외적인 해석에 기초하는 임상적 판단에 크게 의존하기 때문에 신체, 정신, 영을 통합하는 의식을 소지하고 있는 인간의 주관적 의미로서 욕망과 무지, 미움으로 비롯하는 고통의 근본원인(Lama & Chan, 2004)이 간과될 가능성이 높다고 볼 수 있다.

고통 개념에 대한 주관적 차원의 접근법에서는 인간의 고통을 감각적인 의미의 고통과 정신적인 의미의 고통(고뇌)으로 분류한다(Park, 1999). 이는 특정 개인이 소위 객관적, 사회적인 평가기준으로는 어느 정도의 성공을 거두었다고 해도 자신과 관련된 인간의 근본적 제 조건에 따른 고통들은 피할 수 없다는 것을 기본전제로 한다. 이러한 고통은 개인의 내면세계와 외부세계와의 관계에서 자신의 마음대로 되지 않는 자유롭지 못한 상황으로 인한 일종의 아픔이며, 앞서 언급한 바 개인 자신의 독특한 의미 상실 또는 훼손에서 비롯되는 개별적이고 주관적인 경험들과 연결된다. 죽음이 임박한 호스피스 대상자들이 경험하는 고통이 이의 좋은 예가 될 것이다.

고통에 수반되는 현상으로는 슬픔, 우울, 절망감, 비참함, 죄책감, 위축감, 무력감, 두려움, 불안, 분노 등을 들 수 있다. 이러한 고통경험에 대한 대상자들의 반응은 초기 쇼크 상태와 자신이 고통 받고 있다는 사실에 대한 부정에서부터 점진적인 이해와 수용을 통해 고통의 긍정적인 의미를 찾는 수준까지 단계적 진전의 과정으로 이해할 수 있다. 이 과정은 무감정, 부정, 텅 빈과 같은 초기단계를 거쳐서 고통이 가장 심해지는 혼란단계로 이어지며, 이후 서서히 회복단계에 이르게 된다. 특히 고통 과정의 마지막 단계인 회복단계에 대해서는 고통에 대한 태도의 변화를 통한 자기수용과 이해를 거쳐서 자아인식의 확대와 성장을 가져오고 마침내 고통 속에서 새로운 삶의 의미를 발견하게 된다는 긍정적인 측면이 제시되기도 하였다(Achteberge, Dossey, & Kolkmeier, 1994).

고통에 대한 인간 경험의 본질과 그에 대한 반응과 관련하여, 주요 종교들은 인간 존재를 보다 근원적인 관점으로 바라보면서 인간이 겪는 고통에 대한 한층 다른 차원에서의 논의를 제시하고 있다. 예를 들어 불교는 인간의 고통과 그 고통의 의미에 대해서 인생은 본질적으로 고(苦)로 가득 차 있는 것이며 따라서 고통이 존재한다는 것에 대해 우울해 하거나 화를 내거나 못견디어 하지 말라고 가르치고 있다. 고통은 삶의 도처에 존재하는 만큼 피할 수 없는 것이며, 따라서 고통

을 불러일으키는 근본 원인을 이해함으로써 극복 또는 해소할 수 있는 것으로 이해하고 있는 것이다. 한편 그리스도교는 고통 한가운데서도 그것을 인내하고, 신이 자신에게 고통을 준 섭리를 이해하며 신과 함께 인생을 걸어가야 한다고 가르치며, 이와 유사한 방식으로 이슬람교에서도 인생이란 신이 정해준 운명이며 따라서 고통에 대한 해결책을 강구하기 보다는 주어진 고통을 참아 견디라고 가르친다. 이렇게 모든 종교는 고통을 피해야 하는 대상으로서의 아니라 그 의미를 발견하고 바르게 이해함으로써 보다 현명하게 경험해 나갈 수 있는가의 대상으로 접근하고 있음을 알 수 있다. 즉, 고통을 하나의 문제로 보기보다는 인간실존의 현실로 보고 신에게 믿음을 갖고 고통을 감수해야 한다고 가르치고 있는 것이다 (Smith, 1991). 특히 그리스도교는 고통을 선(goodness)의 결핍이나 제한 또는 왜곡의 상태로 보고 있는데(John Paul II, 1984), 이는 고통에는 개인적인 의미와 동시에 공통적인 의미가 있다는 것, 즉 고통은 '고유한 현대성'을 지니고 있다는 것을 암시하고 있는 것이다. 이를테면 고통 중에 있는 사람들은 자신들이 고유한 시련을 경험하고 있다고 생각하지만 사람들이 고통을 받고 있는 상황(과정) 자체는 근본적으로 유사하다는 것이다. 이러한 근본적인 유사성은 고통의 의미에 대한 개별적, 개인적인 성찰을 통해 궁극적으로 인간은 서로가 유사하다는 깨달음으로 이어지게 하는 것을 가능하게 하는데 (Park, 1999), 이러한 인간 고통의 근본적 유사성에 대한 종교적 통찰은 대상자의 고통을 이해하고 공감함으로써 그 고통을 경감시키는 것을 목표로 하는 영적 간호를 가능하게 하는 근거가 된다.

● 영적 건강의 의미

인간은 다른 동물들과 달리 섬세한 동작 능력 그리고 고도로 발달된 사고 체계와 정서 체계를 지니고 있다. 특히 동작 능력의 경우 때로 동물에서 인간 동작을 모방하는 등의 제한된 지적 능력이 발견되기는 하지만 정신(mind) 혹은 영(spirit)으로 불리는 차원의 완전한 발달은 인간에게만 부여된 특성이다. 인간에게 고유성을 부여하는 정신 혹은 영적인 차원은 오래 전부터 인간의 관심의 대상이 되어 왔다. 영(靈)은 Ruah, Pneuma, Anima 등의 고어에서 그 기원을 찾을 수 있는데 이들 고어들은 바람, 입김, 숨 그리고 생명의 본질을 의미하며, 철학적으로는 생기를 주는, 원기를 주는, 영감을 일으키는 등의 의미를 포함한다. 영성(spirituality)은 인간이 지닌 타고난 통합된 면으로서(Taylor, 2002) 개인의 신념, 가치의 관점에서 볼 때 한 인간으로서 전체로서의 삶을 살고 이해하는 방식이다(Fowler & Peterson, 1997). 이와 같이 영성이란 한 인간으로서의 신념과 가치의 차원에 의거하여 삶을 살고 이해하는 방식이며 초월적 가치를 추구하는 인간 본질의 한 부분이기

도 하다. 여기서 보다 종교적으로 파악되는 영성은 인생의 목적과 의미를 찾고 사랑과 용서를 통해 인간의 고통을 초월할 수 있게 하는 기능을 하는 것으로 이해된다.

영성은 신체 또는 유기체 단위로서의 개별 인간이라는 물리적 한계를 넘어서는 특성을 지닌다. 제한된 물리적 차원에서 환경과 상호작용하는 다른 생명체들과는 달리 인간의 의식은 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(Newman, 2003). 이러한 의식의 발달은 각 개인이 지닌 인간 고유의 잠재력에 힘입어 그가 속해 있는 물질세계에 대한 반응을 통찰, 통합하면서 끊임없이 이해력을 확장할 수 있게 한다. 이러한 개인 고유의 잠재력은 생명유지의 원천이 되며, 각 개인의 건강상태와 치유력을 결정하는데 중요하게 작용한다(Achterberg et al., 1994; Shames, 1996). 인간을 영을 소지한 존재 또는 영성(spirituality)을 지닌 존재로 이해할 때, 인간에게는 이러한 영성에 대한 신념을 유지하고 더욱 증가시키고자 하는 영적 요구가 있다고 할 수 있다. 안녕 상태는 바로 이러한 영적 요구가 충족되고 따라서 이로부터 활력을 얻음으로서 에너지가 충만한 상태로 이해되며, 같은 맥락에서 고통의 경험은 질병, 상실, 슬픔 등을 경험함으로써 초래된 인간의 영적인 결핍상태에 대한 경험으로 이해할 수 있다(Moore, 1992). 여기서 고통의 경감 및 극복은 결핍된 영적 요구를 다시 충족시킴으로써 안녕상태에 도달하는 것으로 이해되며, 영적 차원 혹은 영성을 지닌 인간에게 있어서의 영적 건강이란 영적으로 안녕한 상태로 자기 자신, 이웃 및 절대자와의 올바른 관계를 통하여 궁극적으로 편안함을 느끼고 사랑과 기쁨, 평화를 누리며 활기가 넘치며 삶의 목적을 설정하고 자기 성취적이며 충만한 느낌을 갖는 상태를 의미한다(Ellison, 1983).

이상의 서술에서 고찰한 바에 의하면 우리는 인간을 신체, 정신, 사회 그리고 영적인 측면을 가진 다차원적 존재(bio-psycho-social & spiritual being)로 이해할 수 있으며, 따라서 고통을 경험하는 질병 상황에서 대상자의 정신적, 영적 안녕에 대한 고려가 필요함을 알 수 있다. 특히 기존의 의학이 '병태 생리적 상태에 대한 처방'이라는 인과론적 접근 방식으로 질병 상황을 물리적인 원인 요소에서 비롯된 것으로 간주하여 신체적 처방에 집중함으로써 질병의 비물질적 요소인 심인적 요인의 개입을 간과해 왔던 것을 고려할 때, 인간을 정신·신체적 특성을 지닌 전체적인 존재로 이해하는 것은 보다 전인적이고 통합적인 간호 중재 이론 구축에 중요하다 하겠다.

고통은 단순히 물질적인 차원에서의 자극에 대한 반응 또는 그 결과인 생물적인 차원으로만 이해될 수 없다. 고통은

오히려 개별적인 신체를 넘어서는 정신적, 영적인 차원을 통합하는 복합적인 경험이며 이는 물리적인 신체와 영적인 마음의 복합체로 이해되는 인간의 중층적인 속성을 고려할 때 더욱 분명해진다(Wilber, 2006). 인간은 외부환경 또는 장(場 : field)으로 파악되는 다양한 영역과 끊임없이 영향을 주고받는 존재이므로 고통을 경험하는 대상자들에 대한 케어관리자의료인들의 보다 총체적인 평가와 이해 그리고 공감에 매우 중요함을 알 수 있다. 이와 같은 인간 경험과 고통의 복합성에 대한 이해는 간호사로서 보다 전문적인 케어를 제공하는데 필요한 지식과 기술 습득에 도움이 됨을 알 수 있다.

영적 간호

최근 건강관련분야 특히 만성적 건강문제를 해결하기 위한 방안의 모색으로서 건강에 대한 통합 모델(holistic model/integral model)에 대한 관심이 증대하고 있다. 통합적 모델은 인간을 하나의 전인으로 통합된 체계 즉 신체와 정신 그리고 영적인 요소가 하나로 통합(body-mind-spirit integration)된 존재로 보며, 이를 통해 각 개인의 특성을 이해할 수 있다고 본다(Jo & Kim, 2001). 앞서 언급한바 기계론적 사고에 익숙한 대부분의 사람들은 이러한 총체적 이론체계에 의거하여 포괄적 돌봄을 제공하는 것에 대해서 강한 회의론을 제기하는데, 현재 신체적 위기 상태에 처한 대상자들의 대부분에게는 의공학적 조치를 우선적으로 진행하기 때문이다. 그러나 기초과학과 생명과학의 성과에 힘입은 첨단의료기기와 인간에 대한 기계론적 이해에 기초한 치료가 해결하지 못하는 여러 문제들이 제기되고 있는 현 시점에서 대상자를 바라보는 통합적 시각에 기초한 의료인들의 가치관은 중요한 의미를 갖는다고 본다.

대상자들이 건강 문제와 관련하여 체험하는 고통은 영적 특성을 가진 인간으로서 직면하는 구체적인 경험이며, 이들이 체험하고 있는 고통은 또한 사회적, 공동체적, 종교적, 문화적 결속으로부터의 분리와 믿음(belief) 및 가치 체계에 대한 도전이라고 할 수 있다. 영적 안녕상태의 회복은 실존적 요소로서의 자신과 타인, 그리고 삶의 바람직한 목적과 의미를 회복하고 종교적 대상으로서의 신과의 관계를 유지하는 것에 초점을 둔다. 이러한 맥락에서 영적 건강은 이와 같은 인간의 본성이 최대한으로 개발되어 자신을 둘러싼 환경(신, 이웃, 자연)과 올바른 관계를 유지하면서 통합과 질서, 조화, 평화를 이루는 안녕의 상태를 의미하게 되며(Ellison, 1983), 영적 안녕의 유지는 따라서 질병 경과의 최후 단계인 죽음에 직면해서도 신과 자신, 그리고 공동체적 환경과의 관계 안에서 삶에 대한 긍정적인 느낌과 태도를 유지하는 것을 목표로 하게 된다(Wilber, 2006).

이와 같은 맥락에서 대상자들의 고통 경감을 목표로 하는 돌봄의 행위는 인간 존재 차원의 근본적 유사성에 바탕을 둔 동정심(compassion)의 표현이어야 하며, 이를 바탕으로 할 때 비로소 대상자의 영적 고통의 상태를 영적 안녕으로 바꿀 수 있을 것이다. 대상자의 영적 케어에 관심을 가지는 간호사는 따라서 타인의 영적 상태와 구체적인 고통의 경험에 주의를 기울이는 것은 물론 대상자의 고통을 어떠한 방식으로 이해하고 공감할 수 있는가와 관련하여 대상자를 대하는 자신의 태도와 경험에 대하여서도 많은 관심을 기울여야 하는바, 이는 대상자에 대한 통합적 돌봄을 지향하는 간호사에게는 큰 부담으로 여겨질 수 있다. 대상자의 영적인 차원에 특별한 관심을 기울이는 돌봄을 보다 수월하게 제공하기 위해서, 다음 단락에서는 영적 간호의 주요한 바탕이 되는 영적 측면과 종교적 측면이 구체적인 간호중재 상황에서 어떤 방식으로 적용되고 개입되는가를 살펴보고자 한다.

● 영적 측면

인간에게 고유한 영적 요구(need)에는 기존의 특정 종교 또는 종교성과 연결되지 않는 고유한 측면이 존재한다. 인간의 본성으로서의 영성을 자신이나 다른 이들과의 관계, 자연적인 질서 그리고 창조적인 표현이나 유사한 정신활동, 의미 있는 일 그리고 종교적인 신념을 포함하는 높은 수준의 의식 상태로 이해할 때, 영적 요구는 인간 존재 일반에 대한 궁극적인 관심사로서 자신의 삶의 의미와 목적을 발견하고, 자신과 동일한 요구를 지닌 타인과의 관계에서 사랑과 관심을 교환하며 궁극적으로 자신과 타인을 용서하게 하는 동기로 작용함을 알 수 있다(Smith & Maher, 1993). 영적 요구는 심각한 질병과정 중에 흔히 제기되며 자기 존재에 관한 의문이나 자신에게 일어나는 이해 불가능한 사건이 지닌 의미를 알고자 하는 요구로 나타난다. 질병으로 인해 불구나 죽음이 올지도 모른다는 생각이 들 때 인간은 극심한 고통과 함께 자신의 존재에 대한 강한 애착을 가지게 된다. 예를 들어 고통을 경험하는 대상자는 몸과 마음이 원활하게 기능하는 평범한 일상이 얼마나 소중한 것인가를 자각하게 되며, 또한 경험하고 있는 특정한 고통이 어떠한 이유로 특정한 시점에서 하필이면 자신에게 나타나게 되었는지에 대하여 심각한 의문을 제기하게 된다.

인간은 대부분 주어지는 고통을 가능하면 피하려 하지만 이러한 도피는 오히려 영적 안녕의 회복이나 보다 높은 수준의 의식으로 옮겨가는데 방해요인이 될 수 있다. 심각한 고통이 영적 위기를 초래하기는 하지만 오히려 이러한 위기의 극복을 통해 인격의 변화와 영적 성장을 가져올 수 있는 것이다. 따라서 인간의 취약성, 고통, 질병 심지어 죽음까지도 인간을 위축시킨다고만 볼 수는 없으며(Achterberg et al., 1994)

이러한 상황이 오히려 의식이 확장될 수 있는 전환점(turning point)으로 작용한다는 것에 관심을 기울일 필요가 있다. 실제로 Wayman과 Gaydos(2005)는 그들이 고안한 발견적 연구방법을 통해 대상자들이 고통으로 말미암아 삶의 전환점을 찾고 변화되면서 감사하는 마음 상태가 되는 일련의 과정을 제시했다. 의료분야에서 의식의 확장으로 기대하는 상태는 건강하게 확장된 의식상태(healthy expanding consciousness)로서 영적 영역의 확장을 포함하며 이러한 상태는 환경 또는 개인의 건강상태와는 무관하게 초래된다고 볼 수 있으며 존재자체에 의미를 부여하는 것이 기본 맥락이기 때문에 질병상태를 초월한 인간의 의식 상태에 관심을 갖는다(Watson, 2002; Newman, 2003).

대상자 스스로 이러한 영적 요구를 충족시키게 되면 안녕감 상태에 도달하게 되지만, 많은 경우 영적 요구 사항들 모두를 만족시키는 것은 매우 어려우며 따라서 요구들 중 어느 한 가지라도 상실되거나 부족하면 다른 사람이 개입하는 영적 지지 또는 영혼의 돌봄이 필요하게 된다. Moore(1992)에 의하면 영혼의 돌봄(soul caring)이란 대상자를 치료하여 바로 잡아주고 변화시켜 문제가 없는 원래의 상태로 돌리는 것이 아니라 현재의 상태 그대로를 수용하고 안내하는 것, 즉 삶 그 자체인 매일의 삶을 잘 살아가도록 지지해 주는 것이라고 정의하였다. 따라서 일상생활 중에 고통스럽고 불가능해 보이는 상황이나 깊은 갈등으로 인하여 고통을 경험하고 있는 대상자의 영적 측면을 돌보기 위해서는 그러한 고통과 모순을 감싸 안을 수 있는 인간적인 성숙과 함께 내적인 수련이 전제되어야 한다고 본다. 이상과 같은 수준이 되면 돌봄의 예술(caring art)을 구사할 수 있게 되는데, 이는 좁게 정의된 자아의 유지와 관련된 강박관념을 떨쳐 버리고 인간에 대한 존엄성과 보다 무한한 존재에 대한 경외심에 대하여 마음을 여는 상태를 말한다. 여기서 인간 존엄에 대하여 마음을 연다는 것은 한편으로는 섬세한 정서 상태를 가지게 된다는 것을 의미하는데, 이것이 바로 인간성(humanness) 본연의 특성이며 따라서 이러한 상태는 인간 대 인간으로서 진정한 돌봄의 관계(human-to-human care process)를 성립할 수 있게 한다(Shames, 1996; Watson, 2002). 죽음이 예견되는 대상자에게 인간의 내적 치유자원(inner healing resource)에 대한 이해를 높이고 상상요법을 적용하여 평화로운 상태가 되도록 하는 것도 영적 간호의 의미 있는 중재방법의 하나일 것이다(Achterberg et al., 1994; Shames, 1996). 이러한 상태로 진입하게 되면 대상자는 좁은 의미의 개인의 고통을 넘어서게 되며, 이후 자신의 운명 또는 삶에 대해서 억울함도 없고 분노도 느끼지 않는 수용의 상태가 된다. 이 시기가 되면 개인적인 호오의 감정은 거의 남아있지 않게 되며 아무 이야기도 하고 싶지 않은 초월상태 또는 무욕의 상태가 되는데, 이는 일종의 종언적 나르

시시즘 상태로 호스피스 케어로 도달하게 되는 최종 단계의 상태와 유사하다. 때로 아무 말 없이 대상자의 옆에 앉아서 함께 있어 주는 것, 즉 의료관련 전문인이 대상자와 진정으로 함께 하는(true presence) 행위는 인간되어짐(human becoming)의 한 측면으로서 영적 간호의 중요한 중재행위로 간주된다. 대상자들은 피할 수 없는 죽음이라는 절박한 상황을 수용하지 못하고 자신의 목숨이 연장만 된다면 무엇이든 감당하겠다는 거래(협상)의 모습을 보이는데, 이 단계에서도 한편으로는 더욱 쇠약해져가는 자기 자신을 느끼면서 소중한 것을 잃어간다는 상실감으로 완전히 기(氣)가 꺾이는 무력감에 빠지게 된다. 이러한 무력감 상태의 지속은 우울로 이어지면서 지금까지의 자신의 삶이 억울하다는 생각에 빠지기도 한다. 이러한 상태가 되면 위로의 말은 더 이상 도움이 되지 않으며 그저 환자의 손을 잡고 옆에 앉아서 대상자가 ‘죽음에 대한 고통과 불안을 괴로워하는 것’을 함께하는 것 이외에는 별다른 방법이 없는 것으로 보인다. 이러한 행위는 대상자에게 친밀감(intimacy)을 공유할 누군가가 있다는 안전감 혹은 편안함을 제공하여 사기를 진작시켜주는 효과가 있으며, 따라서 진정한 함께 있음은 대상자를 돌보는데 있어 매우 중요한 케어가 되는 것이다(Mitchell, 2004). 대상자의 기분이나 감정, 개인적인 조건 등에 특별한 관심을 갖고 적극적인 경청을 하는 것, 대상자의 감정에 초점을 맞추어 언어 이면의 감정을 알아차리는 것, 대상자를 있는 그대로 이해하려고 노력하는 마음 등은 의료인 자신을 치료적 도구로 사용하는 좋은 예가 될 것이다. 인간에 대한 영적 모델의 유효성을 받아들이는 간호사들에게는 대상자에게 적절한 방식으로 영적간호를 제공해야 하는 윤리적 책임과 함께 도덕적 요소가 요구된다(Taylor & Watson, 1989). 이와 같은 맥락에서 Wright(1998)는 많은 간호사들이 영적 간호를 제공하는데 필요한 기술사용과 개발을 꺼려해 왔으며 이는 영적 간호를 제공할 수 있는 충분한 시간의 결여에서 비롯되기도 하였지만 특히 영적 교육의 부족과 환자의 프라이버시 즉 영적 영역을 침범하는데 대한 두려움, 그리고 간호사 자신의 영성 인식 부족에서 비롯되었다고 지적하였다. 이에 대하여 Taylor와 Watson은 “인간의 중요한 부분인 영적 요구를 무시하거나 이에 대한 인식을 도외시하는 간호야말로 비윤리적이며 간호의 특성에 필수적인 성실의 원리가 파괴된 것이다”라고 주장하면서, 간호사들이 영적 간호에 적용해야 할 윤리적 원칙들로 선행(자선), 유해하지 않음(나쁘지 않음), 자율성, 그리고 옹호라는 네 가지 윤리적 측면들을 제시하였다. 선행에는 대상자와의 상호작용에 성실하겠다는 의미에서의 헌신이 포함되며, 대상자에게 해를 끼치는 것을 억제하는 것이 “비-중재”를 의미하는 것은 아니며, 마지막으로 자신의 영적 손상(상처 받기 쉬움)이 두렵기 때문에 영적간호를 보류하는 것은 유해하지 않음에 대한 윤리적

원칙을 파괴하는 것이라고 했다.

간호사가 환자의 자기-결정 권리인 자율성을 존중하는 것은 대상자들의 고유한 요구를 알기 위해서 자신의 개인적 신념과 가치를 분리함으로써 대상자가 영적간호에 대하여 진정으로 바라는 것이 무엇인지를 사정하는 것이다. 자율성 보호의 목표는 대상자 스스로가 그들의 영적 요구와 의문을 표현하도록 격려하되 간호사 자신의 생각을 환자에게 강요하지 않는 것을 의미한다. 영성의 다른 윤리적 원칙인 옹호는 환자를 능동적으로 돕는 것으로서 의미, 희망, 그리고 영적 신념과 가치의 명료화를 찾으려는 환자를 조력하는 것인데, 이를 통해 결과적으로 환자의 자율성이 신장된다고 본다. 이와 같이 간호사와 대상자와의 동등하면서도 밀접하게 연결된 상호관계를 중시하는 영적케어의 과정은 의료인과 대상자 모두에게 근본적으로 동일한 영성이 존재한다는 것을 전제로 하는 것이며(Jacobson & Burkhardt, 1989), 따라서 보편적이면서도 근본적인 인간 영성의 존재는 자신과 타인의 가치세계에 대해 배우고 이러한 지식을 삶에서 의미 있는 목적추구에 적용하는 것을 돕는 것으로 보인다.

● 종교적 측면

종교는 본래 삶과 죽음, 죄와 용서, 고통과 진정한 행복 등 인간에게 잠재해 있는 근원적 문제를 해결해 왔다고 볼 수 있다(Smith, 1991). 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. 종교를 인간본질에 대한 관심과 배려라고 할 때, 종교심은 어떤 초자연적인 존재나 능력에 대한 비이성적인 관심이나 숭배가 아니라 인간 누구에게나 태어날 때부터 주어진 것으로 인간의 마음 깊은 곳에 자리 잡고 있는 것으로 이해할 수 있다. 종교의 본질과 마찬가지로 종교심은 주로 사람에 대한 관심과 사랑, 그리고 남의 처지를 헤아리는 동정심과 운유함으로 표현된다. 앞서 언급한바 인간이 고통의 경험 속에서 궁극적으로 만나게 되는 것은 자신의 힘으로 통제 가능한 범위를 넘어서는 상황을 어떠한 방식으로 이해할 수 있으며, 그러한 상황이 초래한 신체적, 정신적 고통에 어떠한 방식으로 대처할 것인가라는 물음이다. 이러한 차원의 고통을 이해하고 또 경감시키기 위해서는 이성의 힘만이 아니라 신(神: God)이라고 불려온 초월적 절대자의 도움이 중요하게 되며, 이로부터 인간의 마음 속 깊은 곳에 자리하고 있는 종교심 또는 영적 영역(spiritual field)의 존재가 중요하게 된다. 이 영역은 특정한 힘(에너지)을 지니고 있는 것으로 알려져 있는데, 이 에너지는 개인의 영적인 내적자원(energy: 氣)과 자신의 밖에 있는 무한한 영적 세계인 우주(신: cosmos)

와 감응하고 원만하게 교류하는 상태의 결과로 이해할 수 있다(Shames, 1996; Wilber, 2006). 임박한 죽음의 고통을 불가피한 것으로 인정하고 수용한 상당수의 대상자들이 초월자적 존재로서의 신과의 관계를 회복 또는 새롭게 정립하고 내세에 대한 확신을 가지게 되면서 정신적 안녕상태가 호전되는 경우들이 보고된 바 있는데(Reed, 2001). 이러한 맥락에서 종교는 질병 경과의 말기 또는 인생의 말기에 처한 대상자들에게 적절하게 이용가능한 간호의 전략으로 채택될 수 있을 것이다. 우주/신과의 접촉이 이루어지는 장(場: field)을 자각하는 수준이 되면 인간으로서 궁극적인 구원에 이르는 길인 성장이 이루어지게 된다는 신념을 소지하게 될 것이며, 이러한 상태에 도달하게 되면 죽음을 앞둔 대상자의 신체적 고통을 경감시키려는 여러 의료적 조치가 더욱 효과를 발휘하게 될 것이다. Smith와 Maher(1993)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 긍정적 영향을 준 결과를 의미한다. 이러한 상태를 이끌어 내는데 있어서는 무엇보다도 고통을 겪으면서 죽어가는 사람이 가능한 한 평화로운 마음상태가 되어 희망을 소지하게 되는 한편(Adams & Partee, 1998), 괴로움을 덜 겪으면서 현실을 수용하도록 도움을 줄 수 있는 수준이 되도록 간호사 자신의 영적 감수성과 내적 성찰의 수준을 꾸준히 높여 나가는 것이 중요하게 된다.

고통을 경험하고 있는 대상자에게 영적, 종교적 차원의 간호를 제공하려면 우선 신(절대자)과 대상자 간의 화해를 위한 기회를 마련하는 것이 중요하며(Reed, 2001), 이를 위해 대상자에게 언제 다가가야 하는지 즉 상호작용의 효과적인 시기는 언제인지를 포착하는 것이 중요하다. 이는 대상자의 영성에 대한 자각 정도와 준비성에 따라 영적 간호중재에 대한 반응이 달라지기 때문이며, 또한 구체적인 영적 간호중재 과정은 그 중재를 시작하는 특정 시기의 대상자의 상태에 크게 좌우되기 때문이다. 다시 말해서 주어진 상황에서 대상자에게 접근할 시기가 언제이고 “이제 충분하다”라고 느껴지는 때를 민감하게 아는 것이야말로 간호사가 습득해야 할 중요한 기술이 되는 것이다. 특히 고통 받는 이들이 아직 자신이 처한 상황을 이해하거나 받아들이지 못한 상태에서 간호사가 신(하느님)의 섭리를 지나치게 강조하거나 대상자가 경험하는 고통이나 임박한 죽음의 필연성을 이해시키기 위해서 하느님을 옹호하는 것은 자칫 대상자들의 솔직한 느낌을 억누르고 정신적 안녕상태를 악화시킬 위험이 있으므로(Park, 1999), 대상자의 고통 상황에 대한 깊은 이해와 보다 신중한 간호사정이 요구된다고 하겠다. 대상자의 종교적 차원에 관심을 기울이는 간호의 구체적 중재 방법은 영적 간호와 마찬가지로 대상자와 함께 하면서 그들의 말을 경청하는 것이다. 경청의 자세는

대상자의 요구를 보다 쉽게 발견하고 이해하게 하는데, 이는 대상자에 대한 깊은 관심의 표현이며 대상자와의 관계를 독특하게 하는 데 도움이 된다. 보다 진정한 간호 중재 실천을 위해서 간호사는 대상자가 말하고자 하는 바를 빠르고 정확하게 이해할 수 있는 방법을 습득해야 하는데 이는 오랜 동안의 경험을 필요로 한다. 특히 대상자들이 질병의 고통 중에 제기하는 여러 의문과 어려움에 의료인들이 언어적 또는 비언어적으로 적절하게 반응하는 것은 고통을 편안하게 수용하게 하며 더 나아가 종교적 신념이 있는 경우에는 영원한 생명에 대한 희망을 소지하게 되어 평화스러운 죽음을 맞이하는데 도움이 된다. Kübler-Ross(1969)가 많은 경험적 사례 연구들을 통해 대상자가 인간의 영원성이라고 말할 수 있는 종교성에 대한 지혜에 눈 뜨게 되면 죽음의 의미, 사후의 세계에 대한 직관력이 생기게 되며 보다 편안한 영적 안녕 상태로 이행된다고 제안한 것은 주목할 만하다. 인간의 보편적 종교적 속성에 대한 폭넓은 이해와 함께 인간의 종교적 차원에 대한 이해가 대상자의 고통을 경감시킬 수 있다는 확신은 간호사로 하여금 대상자에게 보다 가까이 다가갈 수 있게 할 것이다. 종교적 차원에 관심을 기울이는 간호의 구체적 중재 방안으로 여러 가지 형식의 기도를 들 수 있다. 기도는 신과의 관계를 유지하는데 필수적인 대화이며, 따라서 인간의 근본 특징으로서의 영성을 받아들인 대상자는 기도를 통해서 신의 필요를 인식하고 자신의 한계를 인정하게 되며 궁극적으로 자신이 경험하고 있는 고통을 받아들이게 한다. 기도는 또한 종교적 간호 중재를 제공하는 간호사가 대상자와의 만남 이전에 요구되는 간호중재의 준비 단계로서 필요하며 대상자와의 개인적 관계를 형성하고자 할 때 그리고 대상자의 종교적 요구가 있을 때, 입원, 검사시, 수술이나 분만, 취침시, 임종의 시기에 필요하다. 언어 수단을 이용한 기도 이외에 각 종교에서 제시하고 있는 종교 음악을 사용하는 것도 권장할 만하다(Snyder & Lindquist, 2002). 종교적 차원의 간호중재로 가능한 방안 중의 하나는 대상자에 대한 종교적 사랑을 제공하는 것으로, 이는 대상자의 고통을 완화시킬 수 있는 구체적 방법의 하나가 된다. Hall(1997)이 여러 문헌들을 참조하여 제시한 바와 같이, 종교적 사랑을 간호중재 과정에서 적절하게 표현하기 위해서는 무엇보다 간호사 스스로가 종교적 영원성에 대한 신념을 소지할 필요가 있으며, 나아가 대상자의 영적 건강을 향상시키는 것을 목표로 하는 구체적인 중재 행위와 연결시킬 수 있는 전문적인 준비가 필요로 된다고 본다(Snyder & Lindquist, 2002). 자기 자신에 대한 신념과 사랑이 자리하고 있을 때 대상자 케어에 대한 종교적 간호중재의 폭이 확장될 수 있을 것이며, 이를 통해 대상자는 물론 간호사 자신의 영적인 안녕 상태가 강화될 수 있을 것이다(Highfield, 2000).

결론 및 제언

최근 건강관련분야 특히 만성적 질병상태나 임종을 앞둔 대상자에게 접근하는 기본 패러다임으로 통합적 모델에 대한 관심이 증대하고 있는데 이는 인간에 대한 존엄과 인간을 몸과 마음 그리고 영적인 요소가 하나로 통합된 존재로 보는 이론체계를 수용한다. 전인적 인간을 이해하는 것은 복합적인 특성을 지닌 대상자의 건강과 관련된 의사결정과 치유과정에 필수적인 요소라 할 수 있다. 인간은 질병을 체험하면서 인간 존재로서 궁극적인 고통인 죽음과 대면하면서 고통을 체험하게 되는데 이러한 문제를 해결하기 위해서는 의공학적 조치의 바탕을 이루는 객관적인 이성의 힘만이 아니라 복합적인 인간 본성으로서의 영성과 절대자인 신(God: 하느님: 우주)과의 관계에 대한 종교성을 포괄하는 주관적 의미의 차원에 대한 모색이 함께 이루어져야 할 것이다. 고통을 겪고 있는 대상자들은 의료인의 따뜻한 마음과 전인적인 포용력을 요구하는 인간적인 특성을 소지하고 있다. 따라서 영적 간호에 관심을 갖는 간호사들은 인간의 마음 속에 자리하고 있는 종교심 또는 영적 영역의 장을 인정하고 이에 대한 이해를 통해 인간 고통에 대한 감수성을 발전시켜야 할 필요가 있다.

간호사들이 고통에 직면하고 있는 대상자의 영적 차원의 요구에 언어적 또는 비언어적 수단을 통해 적절하게 반응하는 것은 대상자로 하여금 자신의 고통 경험과 죽음을 편안하게 수용하게 하며, 더 나아가 종교적 신념이 있는 경우에는 영원한 생명에 대한 희망을 소지하게 함으로써 더욱 평화스러운 상태로 죽음을 맞이하는 상태를 유도한다. 인간의 본성이라고 할 수 있는 영성 그리고 종교성에 대한 깊은 이해를 확보하는 것은 고통을 경험하는 대상자에게 보다 가까이 다가가는 대상자의 영적 안녕상태를 가능하게 하는 효과적인 간호중재를 가능하게 할 것이다. 최근 호스피스 케어를 중심으로 인간의 다차원적인 특성, 특히 영성과 종교성에 대한 관심이 증가하고 있는 것은 바람직한 현상이다. 그러나 영성과 종교성을 포괄하는 보다 효과적이고 전인적인 간호 중재의 개발을 위해서는 이 두 가지 인간의 근본적·보편적 본성에 대한 보다 깊은 이론적 이해와 이를 바탕으로 한 간호중재 개발의 가능성을 모색하는 작업이 요구된다. 본 논문에서 제시된 인간 영성과 종교성에 대한 이론적 논의와 이를 바탕으로 한 간호중재의 개발에 대한 논의를 토대로 고통의 궁극적 특성에 관한 많은 체험 연구가 이루어져야 하겠으며 이를 바탕으로 대상자의 의식 확장에 도움이 되는 구체적 간호중재 방안이 모색되어야 할 것이다.

References

- Achterberg, J., Dossey, B., & Kolkmeier, L. (1994). *Rituals of healing : using imagery for health and wellness*. New York: Bantam Books.
- Adams, S. M., & Partee, D. J. (1998). Hope: The critical factor in recovery. *J Psychosocial Nurs* 36(4), 29-32.
- Cassell, E. J. (1992). The nature of suffering : physical, psychological, social, and spiritual aspects. In P. L. Starck & J. P. McGovern (Eds.), *The hidden dimension of illness : human suffering*. New York: NLN.
- Ellison, C. W. (1983). Spiritual well-being: Conceptualization and measurement. *J Psycho & Theology*, 11, 330-340.
- Erikson, K. (1992). The alleviation of suffering: The idea of caring. *Scan J Caring Sci*, 6(2), 119-123.
- Fowler, M., & Peterson, B. S. (1997). Spiritual themes in clinical pastoral education. *J Train Supers in Ministry*, 18, 46-54.
- Hall, B. A. (1997). Spirituality in terminal illness. *J Holist Nurs*, 15(1), 82-96.
- Highfield, M. E. (2000). Providing spiritual care to patients with cancer. *Clin J Oncol Nurs*, 4(3), 115-120.
- Jo, K. W., & Kim, M. J. (2001). The perception of suffering by hospice nurses. *J Korean Fundam Nur*, 8(1), 35-50.
- Kang, K. A. (1997). Concept analysis and development of suffering: Application of hybrid model method. *J Korean Acad Nurs*, 26(2), 290-303.
- Kim, S. J., Oh, S. J., & Choi, W. S. (1997). *Hospice: Loving care*. Seoul: Soo Moon Pub. Co.
- Kübler-Ross, E. (1969). *On death and dying*. NY: Macmillan.
- Lama, D., & Chan, V. *Forgive*. Translated by Rue, S. W. (2004). Seoul: Old Future.
- Mitchell, G. J. (2004). An emerging framework for human becoming criticism. *Nurs Sci Q*, 17(2), 103-109.
- Moore, T. (1992). *Care of the soul*. New York: Harper Collins.
- Newman, M. A. (2003). A world of no boundaries. *Adv Nurs Sci*, 26(4), 240-245.
- Park, S. C. (1999). *Meaning of human suffering*. Seoul: The Catholic University of Korea Press. 159-189.
- Reed, P. G. (2001). Commentary: Spiritual care provided by parish nurses. *West J Nurs Res*, 23(5), 456-458.
- Shames, K. H. (Eds.). (1996). *Creative imagery in nursing*. New York: Delmar Pub.
- Smith, D. C., & Maher, M. F. (1993). Achieving a healthy death: The dying person's attitudinal contributions. *Hospice J*, 9(1), 21-32.
- Smith, H. (1991). *The world's religions*. San Francisco: Harper Collins Publisher.
- Snyder, M., & Lindquist, R. (4th. ed.). (2002). *Complementary/ alternative therapies in nursing*. NY: Springer Pub Co.
- Taylor, R. L., & Watson, J. (1989). *They shall not hurt*. Colorado : Colorado Associated University Press.
- Taylor, E. J. (2002). *Spiritual care: nursing theory, research and practice*. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
- Watson, J. (2002). Intentionality and caring-healing consciousness. A theory of transpersonal nursing. *J Holist Nurs*, 16(4), 12-19.
- Wayman, L. M., & Gaydos, H. L. (2005). Self-transcending through suffering. *J Hospice Palliat Nurs*, 7(5), 263-270.
- Wilber, K. (2006). *Integral spirituality*. Boston: Integral Books.
- Wright, K. B. (1998). Professional, ethical, and legal implications for spiritual care in nursing. *Image J Nurs Sch*, 30(1), 81-83.
- Zola, I. K. (1992). The social construct of suffering. In P. L. Strak & J. P. McGovern (Eds.), *The hidden dimension of illness: Human suffering*. New York: NLN

Suffering and Spiritual Care

Kim, Myung Ja¹⁾ · Yang, Nam Young²⁾

1) *College of Nursing, Catholic University*

2) *Department of Nursing, Konyang University*

Although the general concept of suffering care includes palliative care for the terminally ill that is designed to alleviate pain, it is much more holistic and encompasses emotional, spiritual and other life dimensions. Human suffering is multi-dimensional including spiritual and religious aspects, which diverge from the concept of pain understood in the context of materialistic medical approach. In this caring perspective, the body, mind and spirit are integrated so that objectivity and subjectivity can merge. The extended awareness with inner source or energy, and positive thinking about the personally-relevant God can be meaningful the dying person, family members and the caring team. Despite the importance of an inclusive understanding of human suffering, actual nursing practice still does not fully embrace the full understanding of human suffering. A more fundamental meaning of human suffering from the nursing perspective may fruitfully adopt a more inclusive view of human suffering.

Key words : Suffering, Spirituality

• *Address reprint requests to : Yang, Nam Young*

Department of Nursing, Konyang University

685, Gasoowon-dong, seo-gu, Daejeon, Korea

Tel: 82-42-600-6347 Fax:82-42-545-5326 E-mail: nyyang@konyang.ac.kr