

말기환자를 간호하는 간호사의 고통 경험

주 계 화* · 한 희 자**

I. 서 론

1. 연구의 필요성

간호문헌에 고통 개념이 다루어지기 시작한 것은 1970년대부터이나 간호학에서 중요한 개념으로 받아들여지지 않았으며, 1982년에 와서야 Cumulative Index to Nursing Literature Activity 분류항목으로 색인되었다(Kahn & Steeves, 1986). 1990년 이전의 문헌을 보면 고통(suffering)을 통증(pain)과 연관된 것으로 다루고 있으며(Copp, 1990), 말기환자를 간호하는 간호사들이 지속적으로 고통경험 현상 안에 있음에도 불구하고 간호사의 고통경험에 대한 연구가 거의 없는 실정이다.

본 연구자는 말기환자들을 간호하는 간호사들이 자신의 헌신적인 노력으로도 환자의 아픔이 경감되지 않을 때 심한 좌절감을 경험하게 되고 지속적인 긴장상태에서 고통을 경험하는 것을 임상에서 자주 보아왔다. Kang, Kyung-Ah(1997)는 책임감과 부담감이 높을수록 고통을 더 심하게 경험하고, 자신에게 중요한 사람 및 외부환경과 관련된 차원의 고통 정도가 더 심하다고 하여 상태에 호전이 없는 환자를 간호하는 간호사는 환자와의 관계가 두터울수록 더욱 심한 고통을 경험한다는 것을 뒷받침한다고 볼 수 있다. 말기환자간호의 목적이 남아있는 생

존시간을 보다 의미있고 안락하게 지내도록 도와주는 것(Morris, Suisa, Sherwood, Wright, & Greer, 1986) 이라고 볼 때 간호사의 고통 경험은 간호사 자신의 건강이나 효율적인 환자간호에 부정적인 영향을 줄 수 있다. 따라서 말기환자를 간호하는 간호사의 고통경험을 밝히는 것이 무엇보다도 시급하고 의미가 있다.

그러므로 고통을 경험하는 대상자의 문제를 가장 가까이에서 해결하고자 하는 간호사가 경험하는 고통의 본질을 파악하는 것은 간호실무 측면에서 매우 중요하다. 또한 말기환자를 간호하는 간호사들은 매일 고통을 겪는 환자들을 대하고 있어 지속적인 긴장상태에 놓이게 되어 삼성적인 환자가 될 수 있기에 말기환자를 간호하는 간호사의 고통경험을 이해하는 것은 매우 의의가 있다고 볼 수 있다.

Petrosino(1986)는 호스피스 간호연구에서 임상간호사들의 임상경험을 구체적으로 밝힌 연구가 없다고 토로하면서 이러한 연구의 필요성을 강조하였고, Song, Hae-Hyang(1997)은 호스피스 간호의 본질은 이론에 바탕을 두기보다는 실제경험에서 이끌어져야 하므로 호스피스 환자를 직접 간호하는 간호사들의 실제 임상경험을 밝히는 것은 간호지식을 발전하는데 의미가 있다고 하였다.

인간은 독특하고 전인적인 존재이므로 인간을 이해하기 위해서는 개별적이면서도 통합된 자아의 경험으로서

* 대구가톨릭대학교 의과대학 간호학과

** 부산대학교 의과대학 간호학과 대학원 박사과정생

투고일 2001년 8월 14일 심사완료일 2001년 10월 11일 심사완료일 2001년 12월 11일

신체적, 정서·심리적·사회적 및 존재론적·영적 차원을 포함한 다차원적이고 총체적인 개념으로 이해하고 접근하여야 한다. 현상학은 살아있는 인간 경험을 기술하는 것이며, 대상자의 실재에 접촉하는 총체적인 접근을 요구한다. 따라서 현상학적인 접근은 간호의 맥락과 일치하며 통합된 인간에 대한 간호개념을 파악하는데 가치가 있다.

따라서 본 연구는 현상학적 연구방법에 의해 말기환자를 간호하는 간호사의 고통경험 본질을 밝히고 기본구조를 파악하므로 추후 말기환자 간호를 위한 간호사의 내적자원 개발 및 간호사의 고통대처 방안모색을 위한 기초자료를 제공하고자 한다.

2. 연구목적

본 연구의 목적은 말기 암환자를 간호하면서 체험한 간호사의 고통경험의 본질을 분석하고 밝힘으로써 말기환자 간호를 위한 간호사의 내적자원 개발 및 간호사의 고통대처방안을 제시하기 위한 기초자료로 활용하기 위하여 간호사의 고통경험을 심층분석 함으로써 말기암환자를 간호하는 간호사의 고통경험의 본질을 밝혀 그 기본구조를 파악하는 것이다

이를 위한 구체적인 연구 문제는 “말기환자를 간호하면서 경험한 고통은 무엇인가?” “말기환자를 간호하는 간호사가 경험하는 고통의 의미는 무엇인가?” 이다.

II. 연구 방법

1. 방법론적 배경

본 연구는 인간의 살아있는 경험에 관한 철학적 배경으로 현상학적 방법론을 선택하였다. 현상학적 탐구영역은 경험이며 경험의 구조분석을 통해 경험의 근저에 있는 이성을 밝히려는 것이다. 현상학에서 말하는 경험이란 일반적인 뜻이 아니라 의식과 그 대상과의 가장 근원적이고 원초적인 관계를 의미한다. 즉 선입견이나 편견이 없는 경험을 일컫는다(Park, 1990).

이는 본 연구의 목적인 말기 암 환자를 간호하는 간호사의 고통현상을 생성한 경험을 통하여 그 본질을 있는 그대로 파악하고자 하는 방법을 충족시킬 수 있는 적합한 방법으로 본다.

또한 현상학은 인간의 경험을 기술하는 것으로 대상자의 실재에 접촉하는 총체적인 접근을 요구하므로 현상학적인 접근은 간호의 맥락과 일치하며 과학과 인본주의

간의 상호의존성이 두드러지는 간호학의 학문적 발전을 위한 의미 있는 시도가 할 수 있다.

따라서 말기 암 환자를 간호하는 간호사의 고통경험의 본질을 있는 그대로 파악하고 분석하기 위한 방법으로 현상학적 접근방법을 적용함은 매우 적절하다고 사료된다.

현상학적 연구방법의 자료분석방법은 Spiegeberg(1976), Van Kaam(1969), Giorgi(1970,1979), Colazzi(1978), Van Manen(1984), Benner(1984), Paterson & Zderad(1976)등이 제시하는 방법이 있으며(Choi, Yung Hee, 1993), 현상을 확인하고 구조화하여 결과를 서술하는 것은 거의 비슷하나 분석방법에 약간의 차이가 있다. 이 중 Colazzi(1978)의 분석방법이 심층면담내용에서 명확한 의미를 찾아내고 그 현상의 본질을 정확하게 진술하려는 본 연구의 목적에 적합하다 사료되어 선택하였다.

2. 연구설계

본 연구는 간호사의 고통경험의 본질과 기본구조를 밝히기 위해 현상학적 연구방법을 사용한 서술적 질적 연구이며 심층 면담법 및 관찰법을 이용하였다.

3. 연구 참여자

본 연구의 참여자는 대구의 일 대학병원 내외과 병동에서 말기환자를 간호한 경험이 있는 간호사로 연구에 참여하기를 허락한 이로 연구 참여자 수는 고통 경험에 관한 더 이상의 새로운 진술이 발견되지 않고 진술이 반복되는 시점인 9 명으로 하였다.

참여자의 일반적인 특성은 성별은 9명 모두 여성이고, 연령은 28 - 39세이며 평균연령은 34세였고, 결혼 유무는 미혼이 2명 기혼이 7명이었고, 간호사 경력은 5-16년, 말기환자 간호 경력은 2-13년으로 평균 7년이었다. 종교는 불교 2명 가톨릭 6명 기독교 1명이었다.

4. 참여자의 보호

본 연구의 참여자에게 연구의 목적과 취지를 설명하여 동의를 받았고, 연구의 본질, 수행시간에 대해 설명하고, 언제든지 연구의 참여 및 탈퇴할 수 있으며 진술한 내용에 대한 비밀의 유지와 익명보장, 연구목적 이외에는 사용되지 않을 것을 알렸다.

5. 자료수집 과정

본 연구를 위한 자료수집 기간은 2000. 8월에서 11월까지였으며 자료수집 방법은 대구의 일개 종합병원 내·외과 병동에 근무하는 간호사를 대상으로 심층면담 및 관찰방법으로 이루어졌다. 대상자의 경험세계에 들어가기 위해서는 대상자들과 신뢰감 있고 친근한 관계가 이루어져야 한다. 따라서 대상자를 1-2회 방문하면서 연구의 필요성과 기여도를 밝히고 친숙한 관계를 형성하였다. 심층면담은 간호사의 근무시간 이외에 오전과 오후에 이루어졌다. 면담장소는 본 연구자의 연구실로 하였고 차분하고 편안한 분위기에서 이루어졌다.

면담시 대상자의 언어를 직접 그대로 생생하게 기록하고 면담자료의 누락을 방지하기 위해 대상자의 동의하에 녹음기를 사용하였다. 참여자의 표정이나 몸짓, 억양, 제스처, 등의 비언어적인 반응 및 면담 상황들도 면밀히 관찰하여 상세하게 기록하였다. 면담내용의 신뢰도를 높이기 위해 면담시 연구자 2인이 함께 동석해서 한 사람은 참여자의 경험을 끌어내기 위한 대화를 이끌었고, 한 사람은 참여자의 동의하에 녹음을 하고 참여자의 표정이나 몸짓등의 비 언어적인 반응 및 면담 분위기를 집중적으로 파악하여 기록하였다.

연구자의 선입관이 작용할 가능성이 있기 때문에 판단중지(bracketing)를 위해 가능한 한 대상자 스스로 자신의 경험을 이야기하도록 하였으며, 참여자와의 대화를 강조하는 Colaizzi의 현상학적 방법론에 입각하여 연구자는 이야기를 계속하도록 유도하였으며 지속적으로 대화할 수 있도록 분위기를 유도하였다.

면담시간은 1회에 30분~2시간이었으며 대상자 1인당 면담횟수는 3회에서 5회까지였고 면담이 1시간이상 지속하는 경우에는 중간에 휴식시간을 가졌다.

녹음된 내용은 면담이 끝날 때 마다 바로 컴퓨터에 입력하였고 다음 면담시 물어보아야 할 질문과 주의해야 할 부분을 점검하고 참고하였다.

본 연구의 질문은 “말기환자를 간호하면서 경험한 공통은 무엇입니까?” “말기환자를 간호하면서 경험하는 공통의 의미는 무엇입니까?” 라는 질문으로 시작하여 참여자들의 경험을 진술하게 하였다.

6. 자료분석과정

자료분석은 Colaizzi(1978)가 제시한 방법에 따라 분석하였으며 그 절차는 다음과 같다.

- 제1단계 : 녹음한 테이프의 내용을 그대로 하나하나 옮겨적고 테이프 경청과 기록한 내용을 자세히 반복해서 읽고 그 의미를 탐구하여 의미있는 내용이라고 생각되는 부분에 밑줄을 그었다.
- 제2단계 : 조사하려고 하는 현상과 직접 관련이 있는 구절이나 문장을 찾고 표현에는 차이가 있으나 진술 내용이 거의 같은 경우는 통합시켰다. 말기암 환자를 간호하는 간호사의 공통경험 현상을 나타내는 원자료를 간호학 교수 2인과 연구자가 각각 여러차례 주의 깊게 읽으면서 의미있는 진술을 도출한 후 함께 상호 일치성을 논의하였다.
- 제3단계 : 참여자의 구체적인 언어를 과학적인 언어로 변형시키기 위해 의미있는 진술을 좀 더 일반적인 형태로 재 진술하였다. 재 진술된 각 의미있는 진술(significant statements)에서 중심의미(formulating meanings)를 찾아내었다.
- 제4단계 : 도출된 의미있는 진술을 중심의미, 주제(themes)와 주제군(clusters of themes), 범주로 조직하였다. 3, 4 단계에서는 타당도를 높이기 위해 원래의 기술로 돌아가 준거해 보았다. 또한 간호학 교수 2명, 간호학 대학원생 2명, 간호사 2명과 의 토의와 자문을 받아 타당도를 높였다.
- 제5단계 : 주제를 관심있는 현상과 관련시켜 진술을 완전하게 기술하기 위해 중심의미, 주제, 주제군, 범주에 대한 설명적인 통합을 하였다.
- 제6단계 : 분석의 전 단계를 통해 도출된 과정과 의미의 기술을 통합하여 본질적인 구조를 진술하였다. 가능한 한 조사한 현상을 명료한 진술로 서술하려고 노력하였다.
- 제7단계 : 각 참여자의 입장으로 돌아가 봄으로써 타당도를 높이는 단계이며, 여기에서는 분석과정을 통해 나온 본질적인 의미가 참여자의 경험과 일치하는지 연구 참여자에게 다시 확인하고 또 새롭게 나온 자료를 연구결과에 통합하는 단계이다. 본 연구의 경우에는 새롭게 나온 자료는 없었으며 재확인된 내용을 통하여 타당도가 높음을 알 수 있었다.

7. 연구의 제한점

본 연구의 참여자는 3차 의료기간에서 말기암환자를 간호하는 간호사들을 대상으로 하였으므로 호스피스 기관이나 기타 기관에서 말기암환자를 간호하는 간호사의 경험에는 차이가 있을 수 있다. 또한 참여자 모두 여성

이라는 사실도 연구결과와 적용에 제한점이 될 수 있다.

III. 연구결과 및 논의

9명의 연구참여자들에게 나타난 간호사의 고통경험은 "고통에 대한 힘겨움", "전문직 간호사로서의 직업적 도전", "고통을 통한 공감대 형성", "고통을 통한 의식확대", "환자의 고통을 덜어줌"의 5가지 범주로 분류되었으며 범주 1의 "고통에 대한 힘겨움"에 따른 주제군은 "고통에 대한 부정적인 경험", "고통을 거부함"이며, 범주 2의 "전문직 간호사로서의 직업적 도전"의 주제군은 "직업적인 무력감에 빠져들", "고통에 대한 직업적인 스트레스"이며, 범주 3의 "고통을 통한 공감대 형성"에 대한 주제군은 "고통을 통해 이해의 폭이 넓어짐", "고통에 대한 간호의 중요성 인식"이며, 범주 4의 "고통을 통한 의식확대"의 주제군은 "고통에 대한 의미부여", "고통으로 인해 삶의 가치를 느낌"이며, 범주 5의 "환자의 고통을 덜어줌"의 주제군은 "통증완화를 위한 생리적 통증조절", "고통경감을 위한 다양한 간호제공" 등 모두 10가지 주제에서 분류되었다(표 1). 이들 범주와 주제군을 중심으로 고찰하면 다음과 같다.

범주1 : 고통에 대한 힘겨움

첫 번째 주제군인 "고통에 대한 부정적 경험"은 '고통에 따른 상실감', '고통에 대한 억압된 경험'등의 주제에서 분류되었다. '고통에 따른 상실감'은 고통으로 인한 자기조절 능력 상실, 고통으로 인한 인간성 상실 등의 중심의미에서 분류되었고, '고통에 대한 억압된 경험'은

고통을 참아야만 하는 것을 슬퍼함, 솔직하지 못한 것에 대한 안타까움 등의 중심의미에서 분류되었다.

두 번째 주제군인 "고통을 거부함"은 '고통에 대한 두려움', '고통을 멀리하고 싶은 마음'등의 주제로부터 분류되었다. '고통에 대한 두려움'은 고통의 필연성, 고통상황의 답답함 등의 중심의미에서 분류되었고 '고통을 멀리하고 싶은 마음'은 고통에 대한 서먹함, 고통에 대한 회피 등의 중심의미에서 분류되었다.

이상의 범주1에 나타난 "고통에 대한 힘겨움"은 고통에 따른 상실감, 고통에 대한 억압된 경험으로 고통에 부정적 경험을 하게 되고, 고통에 대한 두려움, 고통을 멀리하고 싶은 마음 등으로 고통을 거부하고 힘겨워 하는 것으로 나타났다. Rogers & Cowles(1991)는 고통이 삶이나 상황을 조절할 수 있는 힘을 상실함을 포함한다고 하였고, 고통은 개인적 정체성과 관련된 상실이나 위협이 있을 때 느낀다고 하였으며(Cassell, 1982; Kahn & Steeves, 1986), 또한 고통은 가치관의 변화로서 무력해 지거나 움츠러드는 것이라 하였다(Bradbury & Catanzaro, 1989; Bresnahan, 1987; Williams, 1991). 그리고 고통은 인생의 궁극적 의미와 관련된 상실, 훼손, 통증이 자아의 완전성을 유지하는데 위협이 될 때 고통을 경험한다(Taylor & Watson, 1989; Kang, 1997)고 하였고, Loewy(1991)는 인간은 고통의 어려움 때문에 고통이 일어날 수 있는 모든 경험으로부터 도망치고 싶거나 피하고 싶어한다고 서술하여 본 연구결과와 여러 문헌과 맥락을 같이 함을 볼 수 있다.

〈표 1〉 말기환자를 간호하는 간호사의 고통경험에 대한 범주

의미있는 진술	중심의미	주제	주제군	범주
말기 환자를 보면, 자신의 의지대로 할 수 있는 것이라곤 하나도 없고 아주 사소한 작은것도 타인의 도움을 받아야하는 것을 보면 안타깝고 내 마음이 힘들어 저요	고통으로 인한 자기조절 능력상실	고통에 따른 상실감	고통에 대한 부정적 경험	고통에 대한 힘겨움
말기환자는 모든 것을 가족이나 의료인의 손에 의지해야하니까 질병으로 인한 자율성과 조절 능력을 상실할 때 고통이 더 큰 것 같아요. 고통이 심하여 환자가 자신의 상황을 받아들이지 못 할 때는 말불이기도 힘들고... 전에는 그렇지 않았는데.... 이상하게 변해 가는 모습을 보면 마음이 아파요.	고통으로 인한 인간성 상실			
시간이 지나면서 자신을 더욱 비참하게 여기면서 달라지는 환자의 모습에서 인간성 상실을 경험하게 되어요.				
힘들어 하는 환자의 고통을 보는 것이 너무나 힘들때는 피로워서 소리라도 지르면 나아질 것 같은데..... 어디 그럴 수 있나요.	고통을 참아야만 하는 것을 슬퍼함	고통에 대한 억압된 경험		
아픔을 아프다 하지 않고 오히려 우리(간호사)가 힘들까봐 고통을 참으며 아픈미소를 지우는 환자를 볼 때 하느님을 뵈는 것 같아요. 그런데 그것이 그렇게 나를 슬프게 하더라고요.				

〈표 1〉 말기환자를 간호하는 간호사의 고통경험에 대한 범주(계속)

의미있는 진술	중심 의미	주제	주제군	범주
환자의 죽음 뒤에 평평 울고 싶을 때 못 울고 태연한 척 해야하는 나 자신이 너무 싫었어요.	고통을 참아야만 하는 것을 슬퍼함			
자신의 죽음을 받아들이지 못하고 곧 퇴원할 수 있다고 믿는 환자에게 때로는 솔직하지 못할때도 있어요.	솔직하지 못한 것에 대한 안타까움	고통에 대한 억압된 경험	고통에 대한 부정적 경험	
가족들은 환자에게 관심도 없고 환자는 가족들을 애타게 기다리고 자꾸 연락해달라고 하고 매일 연락오지 않았냐고 물으면 말문도 막히고 불쌍하기도 하고 안되보여요.	고통의 필연성			
고통의 상황이 오면 피할 수 없고 두렵고 힘들지만 극복하는 길이 최선이라 생각해요.				
고통스러운 상황이 내가 해결 해야할 일이라고 생각하면 가슴이 답답하고 답답해서 힘이들어요 그러나 여차피 내가 할 일이라고 생각하면 고통도 조금은 들듬하게 느껴져요.	고통상황이 답답함	고통에 대한 두려움		고통에 대한 힘겨움
진통제를 수도 없이 맞고도 아픔을 이기지 못해 고통스러워하는 환자를 보면 안타깝고 안스럽고....				
환자의 괴로움을 보면 처음에는 이해하고 공감이 가지만 고통이 심하면 환자와의 관계를 갖는 것도 두렵고 보호자와의 관계도 서먹해 지곤 해요.	고통에 대한 서먹함		고통을 거부함	
환자의 고통이 너무 무서워서 통증을 호소하면 얼른 진통제를 주고나올 때도 있어요.				
고통은 될 수 있는 한 피하고 싶어요. 나는 죽을 때 어떤 모습일까 두려울 때가 있지만 아직 젊어서 그런지 죽음에 대한 생각은 하기 싫어요.	고통에 대한 회피	고통을 멀리하고 싶은 마음		
내가 근무하는 시간만이라도 고통스런 환자가 없기를 기도하는때도 있어요. 비겁한 생각이지만 환자를 위해서라기 보다는 환자의 고통을 감당할 자신이 없을 때 그런 기도를 하고 이내 돌아서서 하느님께 용서를 구하기도 하고 그래요.				
고통을 겪는 환자를 보면서 인간은 본질적으로 외롭다라는 생각이 듭니다. 7 누구도 아픔을 대신 할 수 없고 대신 죽을 수 도 없는 혼자 가야하는 고독한 인간임을 실감하게 되지요. 이 세상은 누구나 다 거쳐가야 하는 여행길에 불과해요. 나 역시 언젠가는 가야할 이 길이지요.	고통 받는 인간의 본질적 외로움	고통앞에서의 무력감	직업적인 무력감에 빠져들	
말기환자의 고통을 덜어주기 위해 무언가 해 보려고 노력해도 한계를 느끼고 환자의 고통 앞에서 아무 것도 해 줄 수 없는 자신이 무기력하고 죄책감마저 들어요. 환자가 죽어 가는 모습을 보면서 인간의 한계를 느끼게 됩니다.	고통경감에 대한 한계성 인식			
간호사인 제 자신도 영원성을 확신하지 못하니까 죽음에 대해 불안할 때가 있어요. 영적 확신이 없이 환자에게 다가가기란 스스로를 진실하지 못하게 만드는 것 같아요.	고통에 대한 영적 확신 부족에 자책	영적확신이 없음에 대한 자기비판		전문직 간호사로서의 직업적 도전
환자가 다음에 보자고 했는데 그 다음날 죽고 없는 것을 보고 순간의 귀중함을 깨달아요. 환자의 죽음을 보고 적극적인 간호제공을 하지 못하는데 대한 죄책감을 느끼게 되지요.	환자의 죽음에 대한 죄책감			
환자가 죽은 후 보호자가 감사의 인사를 할 때 받을 자격이 없는 것 같아 죄스러워요.		직업에 대한 회의		
환자의 고통앞에서 보호자가 간호사가 해 준 것이 무엇이냐고 책망할 때는 간호사로서 직업을 더 이상 계속할 수 없을 것 같았어요.	직업의 한계성을 느낌		고통에 대한 직업적인 스트레스	
온 정성을 다해 간호하고 보살피던 환자가 인사도 없이 죽음을 전할 때 자신이 흔들리는 것을 느껴요.				
말기의 신체적 쇠약함은 투약, 주사등 간호행위를 하는데 어려움이 많아요. 빠른 양상한 팔에 주사를 놓을때 눈물이 나기도 해요.	신체적 간호의 어려움	간호행위의 어려움		
고통을 어찌지 못해 연신 진통제를 찾아대는 환자를 보면 그 아픔의 몇배로 나 자신이 고통을 느끼기도 해요.				

〈표 1〉 말기환자를 간호하는 간호사의 고통경험에 대한 범주(계속)

의미있는 진술	중심 의미	주제	주제군	범주
환자를 보호자의 뜻에 맞춰 치료나 간호를 하라고 할 때 너무 힘이 들어요.	보호자의 요구에 대한 어려움	간호행위의 어려움	고통에 대한 직업적인 스트레스	전문직 간호사로서의 직업적 도전
고통을 겪는 환자를 보면서 인간은 본질적으로 외롭다라는 생각이 듭니다. 그 누구도 아픔을 대신 할 수 없고 대신 죽을 수도 없는 혼자 가야하는 고독한 인간임을 실감하게 되지요. 이 세상은 누구나 다 거쳐가야 하는 여행길에 불과해요. 나 역시 언젠가는 가야할 이 길이지요.	고통 받는 인간의 본질적 외로움	고통앞에서의 무력감	직업적인 무력감에 빠져들	
말기환자의 고통을 덜어주기 위해 무언가 해 보려고 노력해도 한계를 느끼고 환자의 고통 앞에서 아무 것도 해 줄 수 없는 자신이 무기력하고 좌절감마저 들어요. 환자가 죽어 가는 모습을 보면서 인간의 한계를 느끼게 됩니다.	고통경감에 대한 한계성 인식			
간호사인 제 자신도 영원성을 확신하지 못하니까 죽음에 대해 불안할 때가 있어요. 영적 확신이 없이 환자에게 다가가기란 스스로를 진실하지 못하게 만드는 것 같아요.	고통에 대한 영적 확신 부족에 자책	영적확신이 없음에 대한 자기비판		
환자가 다음에 보자고 했는데 그 다음날 죽고 없는 것을 보고 순간의 귀중함을 깨달아요. 환자의 죽음을 보고 적극적인 간호제공을 하지 못하는데 대한 죄책감을 느끼게 되지요.	환자의 죽음에 대한 죄책감			전문직 간호사로서의 직업적 도전
환자가 죽은 후 보호자가 감사의 인사를 할 때 받을 자격이 없는 것 같아 죄스러워요.		직업에 대한 회의		
환자의 고통앞에서 보호자가 간호사가 해 준 것이 무엇인냐고 책망할 때는 간호사로서 직업을 더 이상 계속할 수 없을 것 같았어요	직업의 한계성을 느낌		고통에 대한 직업적인 스트레스	
온 정성을 다해 간호하고 보살피던 환자가 인사도 없이 죽음을 전할 때 자신이 흔들리는 것을 느껴요				
말기의 신체적 쇠약함은 투약, 주사등 간호행위를 하는데 어려움이 많아요. 뼈만 앙상한 팔에 주사를 놓을땐 눈물이 나기도 해요.	신체적 간호의 어려움	간호행위의 어려움		
고통을 어찌지 못해 연신 진통제를 찾아대는 환자를 보면 그 아픔의 뭇배로 나 자신이 고통을 느끼기도 해요.				
환자를 보호자의 뜻에 맞춰 치료나 간호를 하라고 할 때 너무 힘이 들어요.	보호자의 요구에 대한 어려움			
호스피스에 인간이 너무 귀하기 때문에 해야 해요. 고통은 겪는 사람에 따라 독특한 의미가 있는 것 같아요.	개인적 고통의 독특성	고통의 개별성 확인		
현재의 모습, 위치, 입장은 다르지만 고통받는 환자와 나 자신은 다르지 않다고 생각합니다. 환자의 문제가 곧 자신의 문제로 여겨지는 때가 자주 있어요.	고통당하는 환자와의 감정이입	고통을 통한 동일시	고통을 통해 이해의 폭이 넓어짐	고통을 통한 공감대 형성
환자에 대한 호기심이 아니고 단순한 관심과 진실성이 서로를 통하게 하는가봐요. 아무 말 없이 오랫동안 앉아 있다가 방을 나오려는 순간 '나를 기다렸다'는 한 마디에 날아갈 것 같이 기뻐어요.				
말기환자에게 희망을 주고 내밀리는 보호자를 보면 가슴이 아픕니다. 그러한 보호자를 측은히 생각하는 환자를 보면 가슴이 미어지고 고통스러워요.			고통에 대한 지지간호의 중요성 인식	
환자의 고통을 지켜보는 보호자의 신적 고통이 얼마나 클까 짐작할 수 있어요.	고통을 지켜보는 가족의 아픔	고통에 대한 가족 지지의 중요성		
부모보다 먼저 죽는 환자를 보면 어떤 죽음보다 가슴이 아프고 또 가족이 없는 상태에서 혼자 죽음을 맞이하는 환자를 보는 것도 고통스러워요.				

〈표 1〉 말기환자를 간호하는 간호사의 고통경험에 대한 범주(계속)

의미있는 진술	중심의미	주제	주제군	범주
고통은 아픔을 나눌 대상자가 없을 때 가장 극복하기 힘들다 고 생각해요. 기쁨과 고통은 인간 상호작용 안에서 발생한다고 생각되거든요.	가족지지와 정서적 지지가 고통받는 환자에게 힘이 됨	고통에 대한 가족 지지의 중요성	고통에 대한 지지간호 의 중요성 인식	고통을 통한 공감대 형성
자주 고통을 통해서 얻었던 인간관계가 회복되고 가족과의 유대도 강화된 경우를 많이 보았어요				
소금 더 살 수 있는 환사를 돈이 없어 데리고 갈 때 세상이 원망스러워요. 돈 때문에 환자가 모든 치료를 거부할 때 간호사로서 한계를 느낍니다. 이 세상에 돈 없어 죽는 환자는 없어야 해요.	경제적 부담으로 인한 가족의 고통가중	고통에 대한 사히저지지의 중요성		
죽음을 앞둔 환자를 두고 경제적 문제로 가족들이 싸움을 할 때 어쩔 수 없는 환경에 화가 나요. 가난하여 경제적 어려움을 겪을 때 가족의 고통은 가중되는 것 같아요. 사회적 차원에서 이런것들을 해결할 수 있는 방법이 없다는게 안타까워요.				
환자의 모습을 보면서 삶의 자세와 본질에 대해 질문하게 됩니다. 과연 앞으로 어떻게 살 것인지를 생각하게되지요. 지금 내가 해 주는 것이 결코 남에게 하는 것이 아니라 스스로에게 하는 것이라고 생각해요. 세상은 놀고 도는데 내가 지금 도와주고 언젠가는 남에게 도움을 받았지요. 환자의 고통에 동참하는 동반자라는 느낌도 들고요. 환자의 고통이 나 자신을 더욱 성숙하게 만드는 것 같아요	고통을 겪는 환자를 돕는 것이 자신을 위한것으로 생각함	고통을 통한 인간 본질에 대한 성찰		고통에 대한 의미부여
원저의 마지막 모습을 보면서 지금의 내 삶에 대한 회의가 옵니다. 딜렘마에 빠질 때가 자주 있어요. 우리가 추구하는 현세적인 것이 죽음 앞에 가치가 있는지, 삶의 의의가 어디에 있는지 스스로에게 문해됩니다.	삶의 의미에 대한 재 도전			
말기환자는 대부분 자신이 벌받았다는 느낌과 버림받은 상태, 남에게 부담스런 존재이고 아무 쓸모 없는 인간이라는 생각을 많이 하게되는 것 같아요. 이런 환자의 모습이 나에게 질문과 도전으로 다가오지요. 자신의 존재가치를 따지며 괴로워하는 환자를 볼 때 떠르는 나는 왜 간호사라는 직업을 왜 택했을까 라는 회의가 들 때도 있어요. 내가 누군가라는 정체성을 찾지 못할 때가 가장 큰 아픔인 것 같아요.	고통으로 인한 자아정체감을 도전받음	고통을 통한 삶의 재인식		
고통의 단계마다 그 맥을 잡고 있는 힘은 환자도, 간호사도 아니고 은총인 것 같아요.	신앙의 중요성 인식	종교를 통한 고통 승화		
종교의 힘이 고통을 겪는데 도움이 되고 고통을 통해서 영적으로 승화되고 더욱 헌신적이 되는 것 같아요.				고통을 통한 의식확 대
착한 사람은 정말 하느님이 먼저 내려가시는가 묻고 싶을 때가 있어요. 고통을 잘 받아들이는 환자로 인해 나도 모르게 기도가 나올 때가 있지요.	종교의 힘이 고통을 겪는데 도움이 됨			
편안한 임종을 볼 때 이 세상이 끝이 아니라는 것을 확인하게 됩니다. 죽음은 고귀한 것이라는 생각이 들어요.	고통이 주는 가치를 인식			
환자의 고통은 그것을 보는 이로 하여금 무언가를 느끼게 하므로 교훈적이고 가치 있는 것이예요.				
나 자신을 열고 나면 환자는 나에게 전폭적인 신뢰를 하게되고, 환자가 주는 신뢰가 굉장하니까 만남이 기다려지고 더욱 마음을 열게 되는 것 같아요.	환자의 고통에 자신을 완전히 개방함	고통을 받아들임		고통으로 인해 삶의 가치를 느낌
제 마음 완전히 환자에게 개방하면서 편협적인 데서 벗어나게 되고 조건 없이 주게되지요. 그렇게 했을 때 비로소 환자가 죽어 가는 모습을 보면서 내가 처한 상황이 아무 것도 아니라고 재확인하고 새로 도전하고 용서도 먼저 하게 됩니다.				
환자가 이미 통증을 호소하면 그대로 받아들이고 진통제를 주는 편입니다. 환자들이 아픔을 호소 할때는 거의 대부분 신체적 아픔을 의미하는 것 같아요.	고통경감을 약물요법에 의존함	고통경감을 위한 신체적 접근	통증완화 를 위한 생리적 통증조절	
비록 정신적인 아픔이 신체적 아픔으로 표현된다고 할지라도 이미 환자가 고통을 경험하고 있다면 간호사는 환자의 고통을 덜어주기 위해 충분한 마약성 진통제를 주는 것이 좋다고 생각해요.				

〈표 1〉 말기환자를 간호하는 간호사의 고통경험에 대한 범주(계속)

의미있는 진술	중심 의미	주제	주제군	범주
말기환자에게 아픔을 참고 견디라고 말해야 하는 것은 그다지 의미있다는 생각이 안 들어요.	환자가 이픔을 참는 고통을 공감함	고통경감을 위한 신체적 접근	통증완화를 위한 생리적 통증 조절	
고통경감을 위해 이완요법이나 다른 방법을 사용해 본 적은 없어요	고통을 위한 지지요법			
통증완화를 위한 진통제외의 방법은 적어도 말기환자에게는 환자가 아픔을 호소하기 전에 시행하여 환자가 아픔느끼지 못할 때 의미가 있다고 생각해요.	시행시기의 중요성 인식	아픔에 대한 정서적 지지	통증경감을 위한 다양한 간호제공	환자의 고통을 덜어줌
환자가 고통을 호소할 때 함께 있어주는 것만이라도 위안을 줄 수 있다고 생각해요. 그래서 되도록 많은 시간을 환자와 함께 있으면서 유머 감각을 살리고 애를 쓰게 되어요.	고통받는 환자와 함께 있음			
머리 감기기, 마사지 등 신체적 접촉이 환자와의 관계 형성을 강화할 수 도 있어요.	환자와의 신뢰를 강화			
환자를 위해 뭔가 해 보려는 간호활동에서 말기 환자의 상황은 간호제공자의 예측을 뛰어 넘는 수가 있어요.	고통받는 환자를 위한 간호의 개별성 인식	개별적 간호를 제공		

범주2 : 전문직 간호사로서의 직업적 도전

세 번 째 주제군인 "직업적인 무력감에 빠져들"은 '고통 앞에서의 무력감', '영적 확신이 없음에 대한 자기비판' 등의 주제에서 분류되었다. '고통 앞에서의 무력감'은 고통받는 인간의 본질적 외로움, 고통경감에 대한 한계성 인식 등의 중심의미에서 분류되었고, '영적 확신이 없음에 대한 자기비판'은 고통에 대한 영적 확신부족에 대한 자책의 중심의미에서 분류되었다. 네 번 째 주제군인 "고통에 대한 직업적인 스트레스"는 '직업에 대한 회의', '간호행위의 어려움' 등의 주제에서 분류되었다. '직업에 대한 회의'는 환자의 죽음에 대한 죄책감, 직업의 한계성을 느끼 등의 중심의미에서 분류되었고, '간호행위의 어려움'은 신체적 간호의 어려움, 보호자의 요구에 대한 어려움 등의 중심의미에서 분류되었다.

이상의 범주 2에 나타난 "전문직 간호사로서의 직업적 도전"은 고통받는 환자를 보면서 인간의 본질적 외로움을 생각하게 되나, 환자의 고통완화를 위해 해줄 수 있는 능력의 한계는 직업적 한계성을 느끼게 되고, 환자의 죽음 뒤 경험하는 후회와 죄책감의 교차, 신체적 쇠약함으로 인한 간호행위의 어려움, 보호자의 지나친 요구 등이 어려움으로 고통을 경험하게 되며, 이러한 직업적인 무력감에 빠져들어서서 직업적 스트레스를 겪는 고통을 경험한다고 하였다. 고통의 결과는 가치관이나 현실감의 변화를 초래한다. 대부분 부정적 반응으로서 움츠러들, 기능장애, 무력해지거나, 삶의 질이 급격히 저하된다(Bradbury & Catanzaro, 1989; Bresnahan

1987; Williams 1991)고 하였고, Kang, Kyung-Ah (1997)는 책임감과 부담감이 높을수록 고통을 더 심하게 경험하고, 고통의 차원에서 자신의 내면적 요인과 관련된 고통이나 인생의 궁극적 의미와 관련된 영적인 고통에 비해 자신에게 중요한 사람 및 외부환경과 관련된 고통의 차원이 고통정도가 더 심하다고 하였다. 이는 환자의 상태에 호전이 없을 때 간호사는 자신이 간호하는 환자와의 관계가 두터울수록 더욱 심한 고통을 경험한다는 것을 뒷받침한다고 볼 수 있으며 본 연구의 결과를 지지한다.

말기 암 환자 간호의 간호목표달성에 있어 간호사의 간호수행만으로 도달할 수 있는 결과에 한계가 있다는 것을 깨닫게 되면 간호사는 무력감, 좌절감 등을 경험하게 된다. 예를 들면 간호사가 아무리 열심히 간호를 해도 환자의 병세는 점점 더 악화되어간다면 간호사는 자신의 간호가 무가치하다는 좌절감과 무력감에 빠지게 된다. 이때 그 무력감에 적절하게 대처하지 못하면 직업적인 스트레스를 경험하게 된다. 또한 계속적인 간호사의 고통경험은 간호사 자신의 건강이나 효율적인 환자간호에 부정적인 영향을 줄 수 있다. 따라서 말기환자를 간호하는 간호사의 업무와 관련된 스트레스 대처에 대한 적절한 대응책이 요구되며 이는 향상된 질적 간호를 수행함에 있어 의의가 있다.

범주3 : 고통을 통한 공감대 형성

다섯 번째 주제군인 "고통을 통해 이해의 폭이 넓어

짐'은 '고통의 개별성 확인', '고통을 통한 동일시'등의 주제에서 분류되었다. '고통의 개별성 확인'은 개인적 고통의 독특성의 중심의미에서 분류되었고, '고통을 통한 동일시'는 고통 당하는 환자와의 감정이입의 중심의미에서 분류되었다.

여섯 번째 주제군인 "고통에 대한 지지간호의 중요성 인식"은 '고통에 대한 가족 지지의 중요성', '고통에 대한 사회적 지지의 중요성'의 주제에서 분류되었다. '고통에 대한 가족 지지의 중요성'은 고통을 지켜보는 가족의 아픔, 가족지지와 정서적 지지가 고통받는 환자에게 힘이 됨 등의 중심의미에서 분류되었고, '고통에 대한 사회적 지지의 중요성'은 경제적 부담으로 인한 가족의 고통가중의 중심의미에서 분류되었다.

이상의 범주 3에 나타난 "고통을 통한 공감대 형성"은 고통받는 환자의 독특한 개별성을 확인하는 것, 환자의 문제가 곧 자신의 문제라고 여기는 것, 환자와의 진실성을 소중하게 여기는 것 등이 환자에 대한 이해의 폭을 넓히게 하고, 환자의 고통을 지켜보면서 가족지지의 중요성, 사회적 지지의 중요성 등 지지간호의 중요성을 인식하여 고통으로 인해 환자와 통질의 공감대를 경험한다고 하였다.

고통의 분야는 질병보다 훨씬 더 넓은 다차원적 개념이고(Cassell, 1992; Zola, 1992), 고통은 모든 인간의 피할 수 없는 근원적인 경험으로서 독특하고 개인적인 특성이 있다(Kang, 1997)고 하여 본 연구의 고통의 개별성 확인을 지지한다. 이는 고통을 받아들이기 위해서는 개인의 사회 문화적 측면의 요소를 고려하여 대상자의 개별성을 확인해야 함을 예시하며 또한 고통받는 이를 위한 개별화된 간호수행으로서 인간상호관계 기술, 존재론적인 함께 있음과 삶과 죽음에 관한 교육과 유머 감각을 익히기 위한 교육, 신체적 돌봄 기술, 이완요법 등 다양한 간호중재법을 개발할 필요성이 제기된다. 그러므로 임상간호사들이 가족의 심리적 간호를 함께 수행하여 공감대의 폭을 넓힐 수 있는 프로그램의 개발과 구체적으로 가족관리 능력을 갖도록 도와주어야 할 것이다.

범주4 : 고통을 통한 의식확대

일곱 번째 주제군인 "고통에 대한 의미부여"는 '고통을 통한 인간본질에 대한 성찰', '고통을 통한 삶의 재인식'의 주제에서 분류되었다. '고통을 통한 인간본질에 대한 성찰'은 고통을 겪는 환자를 돕는 것이 자신을 위한 것으로 생각함의 중심의미에서 분류되었고, '고통을 통한 삶의 재인식'은 삶의 의미에 대한 재조전, 고통으로 인한

자아정체감을 도전 받음의 중심의미에서 분류되었다.

여덟 번째 주제군인 '고통으로 인해 삶의 가치를 느낌'은 '종교를 통한 고통 승화', '고통을 받아들임'등의 주제에서 분류되었다. '종교를 통한 고통 승화'는 신앙의 중요성 인식, 종교의 힘이 고통을 겪는데 도움이 됨 등의 중심의미에서 분류되었고 '고통을 받아들임'은 고통이 주는 가치를 인식, 환자의 고통에 자신을 완전히 개방함 등의 중심의미에서 분류되었다.

이상의 범주 4에 나타난 "고통을 통한 의식확대"는 고통을 통한 자기수용과 이해를 거쳐서 삶의 의미를 발견하게 된다고 했다. 이는 고통에 대한 긍정적 반응으로서 개인적 성장, 종교적 신념과 천신의 증가, 가치관의 변화를 가져온다는 Cassell(1982)의 견해와 일치한다.

대상자들은 고통을 극복해야하는 능동적 자세로 보았으며 인간의 취약성, 고통, 질병, 심지어 죽음까지도 인간을 위축시킨다고만 볼 수 없고 오히려 의식이 확장될 수 있는 전환점으로 살았다. 이는 고통과정에서 간호사의 영적 중재가 미치는 영향이 크다는 것을 예측 할 수 있다. 이러한 신념을 소지한 간호사들은 임종을 맞이하는 환자들의 의식을 확대하고 죽음에 대한 고통을 가볍게 해 주는 힘이 강화된다고 보며 자신의 영성을 인식하고 확대할 수 있는 영적 간호 교육의 필요성이 제기된다고 할 수 있다.

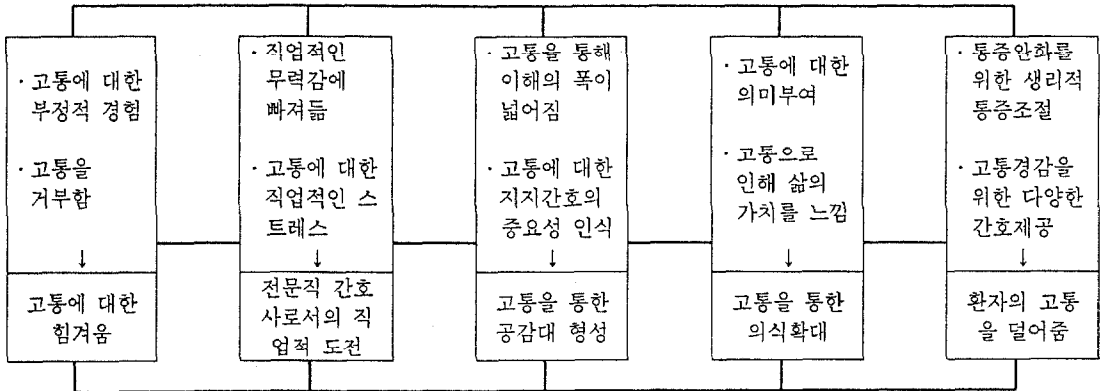
범주5 : 환자의 고통을 덜어줌

아홉 번째 주제군인 "통증완화를 위한 생리적 통증조절"은 고통경감을 위한 신체적 접근'의 주제에서 분류되었다. '고통경감을 위한 신체적 접근'은 고통경감을 약물요법에 의존함, 환자가 아픔을 참는 고통을 공감함 등의 중심의미에서 분류되었다.

열 번째 주제군인 "고통경감을 위한 다양한 간호제공"은 '아픔에 대한 정서적 지지', '개별적 간호를 제공'등의 주제에서 분류되었다. '아픔에 대한 정서적 지지'는 고통을 위한 지지요법 시행시기의 중요성 인식, 고통받는 환자와 함께 있음 등의 중심의미에서 분류되었고 '개별적 간호제공'은 환자와의 신뢰를 강화, 고통받는 환자를 위한 간호의 개별성 인식 등의 중심의미에서 분류되었다.

이상의 범주5에 나타난 "환자의 고통을 덜어줌"은 환자가 통증을 호소하면 통증완화를 위해 약물요법을 사용한다고 하였고, 이미 말기인 환자들에게 고통을 참아가며 통증을 참아내는 것은 의미가 크지 않다고 하였다. 또한 간호사들은 환자의 통증완화를 위해 약물에 의한 생리적 통증조절, 정서적지지, 그 외 다양한 신체적 간

〈표 2〉 고통경험의 구조



호환등을 하고 있는 것으로 나타났다. 이는 말기환자간호의 목적이 남아있는 생존시간이 보다 의미 있고 안락하도록 도와주는 것(Morris et al, 1986) 이라고 볼 때 통증경감을 위한 간호사의 적극적인 노력은 매우 긍정적이라 할 수 있다.

이상의 결과에서 주제군과 범주를 중심으로 말기환자를 간호하는 간호사의 고통 경험 현상에 대한 구조는 다음과 같다. 간호사의 고통경험은 “고통에 대한 힘겨움(A)”, “전문직 간호사로서의 직업적 도전(B)”, “고통을 통한 공감대 형성(C)”, “고통을 통한 의식확대(D)”, “환자의 고통을 덜어줌(E)”의 과정이 A→B→C→D→E의 일 방향으로 연속적으로 일어나는 것이 아니라 경험들이 서로 연관되고 얹혀서 순서 없이 이러한 현상들이 발생됨을 심층면담을 통해 알 수 있었다. 이를 구체적으로 서술하면 말기환자를 간호하는 간호사는 고통에 대한 부정적인 경험으로 고통을 거부하고 고통에 대한 힘겨움을 느끼며, 그것으로 직업적인 무력감에 빠져들고, 고통에 대한 직업적인 스트레스를 경험하고 전문직 간호사로서의 직업적 도전을 받게 된다. 고통 속에서 시간이 경과하게 되면 고통을 통해 이해의 폭이 넓어짐으로 고통에 대한 지지간호의 중요성을 인식하게 되고 고통을 통한 공감대를 형성하게 되고, 고통에 대한 의미를 부여하게 되면서 고통으로 인해 삶의 가치를 느끼게 되고 이러한 과정에서 고통을 통한 의식확대를 경험하게 된다. 이로써 통증완화를 위한 생리적 통증조절을 실시하며 고통경감을 위한 다양한 간호를 제공하게 됨으로써 환자의 고통을 덜어주게 되는 일련의 과정을 거치게 되나 발생 순서는 다양하며 서로 연관되어 있다(표 2).

IV. 결론 및 제언

본 연구는 말기환자를 간호하는 간호사의 생생한 고통경험의 본질을 분석하고 밝힘으로써 말기환자의 고통경감을 위한 효율적인 간호중재 방안을 제시하고 간호사의 고통대처방안을 제시하기 위한 기초자료로 활용하기 위하여 간호사의 고통경험을 심층분석 하여 고통경험의 본질을 밝혀 기본구조를 파악하고자 시도하였다.

연구방법은 현상학적 연구방법으로서 Colaizzi의 분석방법을 사용하였으며 연구참여자는 대구의 일 대학병원 내 외과 병동에서 말기환자를 간호한 경험이 있는 간호사 9명으로 자료수집 기간은 2000. 8-11월까지였다. 면담시 대상자의 언어를 직접 그대로 생생하게 기록하고 면담자료의 누락을 방지하기 위해 대상자의 동의하에 녹음기를 사용하였다. 면담시간은 1회에 30분~2시간이었으며 대상자 1인당 면담횟수는 3회에서 5회까지였다. 본 연구는 19개의 주제에서 10개의 주제군이 분류되었고 5개의 범주가 도출되었다.

본 연구를 통하여 나타난 결과는 다음과 같다.

간호사의 고통경험은 “고통에 대한 힘겨움”, “전문직 간호사로서의 직업적 도전”, “고통을 통한 공감대 형성”, “고통을 통한 의식확대”, “환자의 고통을 덜어줌”의 5가지 범주로 분류되었으며 범주 1의 “고통에 대한 힘겨움”에 따른 주제군은 “고통에 대한 부정적인 경험”, “고통을 거부함”이며, 범주 2의 “전문직 간호사로서의 직업적 도전”의 주제군은 “직업적인 무력감에 빠져들”, “고통에 대한 직업적인 스트레스”이며, 범주 3의 “고통을 통한 공감대 형성”에 대한 주제군은 “고통을 통해 이해의 폭이 넓어짐”, “고통에 대한 지지간호의 중요성 인식”이며, 범주 4의 “고통을 통한 의식확대”의 주제군은 “고통에 대한 의미부여”, “고통으로 인해 삶의 가치를 느낌”이며, 범주 5의 “환자의 고통을 덜어줌”의 주제군은 “통증완화

를 위한 생리적 통증조절", "고통경감을 위한 다양한 간호제공" 등 모두 10가지 주제에서 분류되었다.

이상의 결과를 근거로 말기환자를 간호하는 간호사의 고통 경험 구조는 시간의 흐름에 따라 "고통에 대한 힘겨움", "전문직 간호사로서의 직업적 도전", "고통을 통한 공감대 형성", "고통을 통한 의식확대", "환자의 고통을 덜어줌"의 단계를 거치는 것으로 나타났으며 이들 경험의 발생순서는 다양하고 서로 연관되어 있음을 알 수 있었다.

이상의 결론을 통하여 다음과 같이 제언하고자 한다

1. 말기 환자의 질적 간호에 도움을 주기 위해 임상간호사를 대상으로 죽음교육, 종교교육, 민감성 훈련, 대화기법 등 교육이 시급함을 제언한다.
2. 호스피스 간호사와 말기 환자의 고통 경험을 비교연구할 것을 제언한다.

References

- Bradbury, V. L. & Catanzaro M. (1989). The quality of life in a male population suffering from arthritis. *Rehabilitation Nur.* 14, 187-190.
- Bresnahan, J. F. (1987). Suffering and dying under intensive care : Ethical disputes before the courts. *Critical Care Nur Quarterly*, 10(2), 11-16.
- Cassell, E. J. (1982). The natures of suffering and the goals of medicine. *NEJM*, 306, 639-645.
- Cassell, E. J. (1992). The nature of suffering : physical, psychological, social and spiritual aspects. In P. L. Starck & McGovern, J. P. (Eds.), *The hidden dimension of illness : human suffering*. New York : NLN.
- Colaizzi, P. (1978). Psychological research as the phenomenologist views it. Valle, R. & King. (Ed.), *Existential phenomenological alternative for psychology*. New York : Oxford University.
- Copp, L. A. (1990). The nature and prevention of suffering. *J of Professional Nur.* 6, 247-249.
- Choi, Y. H. (1993). *Qualitative Nursing Research*. Seoul : Sumunsa
- Kahn, D. L. & Steeves, R. H. (1986). The experience of suffering : Conceptual clarification and theoretical definition. *J of Advanced Nur.* 11, 623-631.
- Kang, K. A. (1997). Concept Analysis and Development of Suffering-Application of Hybrid Model Method-. *J Korean Acad Nurs*, 26(2), 290-303.
- Loewy, E. H. (1991). The role of suffering and community in clinical ethics. *J of Clinical Ethics*, 2(2), 83-89.
- 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.
- Park, L. M. (1990). *Phenomenon and analysis philosophy*. Seoul : Iljogac.
- Petrosino, B. M. (1986). Research challenges in hospice nursing. *Hospice J.* 2(1), 1-36.
- Rogers, B. L., & Cowles, K. V. (1991). The concept of grief : an analysis of classical and contemporary thought. *Death Studies*, 15, 443-458.
- Song, H. H. (1997). Reach Methodology of Hospice care. *Paper collections of hospice*, 2, 5-12.
- Taylor, R. L., & Watson, J. (1989). *They shall not hurt : Human suffering and human care*. Colorado Associated University Press.
- Williams, J. R. (1991). When suffering is unbearable : Physicians, assisted suicide and euthanasia. *J of Palliative Care*, 7(2), 47-49.
- Zola, I. K. (1992). The social construct of suffering. In P. L. Stark, & J. P. McGovern (Eds.), *The hidden dimension of illness : human suffering*. New York : NLN.

- Abstract -

Nurses' Painful Experiences through Terminal Patient

Jo, Kae-Hwa · Han, Hee-Ja***

Purpose: The Purpose of this study is to understand the meaning and the essence of suffering as viewpoint and to find the meaning and structure of the experience from encounters with patients in their terminal stages of illness.

Method: A descriptive design based on the phenomenological approach model developed by Collaizzi was used. The period of data collection was from August to November of 2000. Data collection was conducted by open-ended and audio-taped interviews. The participants were

nine female nurses who were willing to take part in this study.

Results: Results of this study were classified into five main categories. The main category clusters were "difficulty in experiencing suffering," "professional challenges to expert nurses," "formation of empathic relationships," "expanding consciousness through suffering," and "alleviation of the patient's suffering."

Conclusion: In conclusion, the implications for providing nursing care to end-stage patients in the throes of suffering is both rewarding and stressful. However, sharing these research results may help other nurses discover and experience deeper meanings in their own practice and careers.

Key words : Suffering, Nurses

* Catholic University of Daegu. School of Medicine. Depart of Nursing

** Graduate Student (Doctor's Course), Department of Nursing, College of Medicine, Pusan National University