



임종환자를 돌보는 병원간호사의 경험: 감정에 충실하면서 자신 추스르기*

이 명 선¹⁾

서 론

최근 우리나라도 객사를 꺼리며 집에서 사망해야 한다는 전통적인 관습에서 벗어나 병원에서 사망하는 환자 수가 늘어나고 있다. 2001년 Yoon, Yun, Ou, Koh와 Huh는 1998년도 통계청의 사망신고 자료를 이용하여 임종장소를 분석한 결과, 병원이 28.5%로 나타났는데, 이는 89년 12.8%이었던 것에 비하면 2배 이상 증가한 수치이다. 한편, Choi, Byeon, Lee와 Han(2001)이 서울시내 노인여성을 대상으로 조사한 결과에서는 무려 61.9%가 병원을 임종장소로 원하는 것으로 나타났다. 이러한 결과는 앞으로 병원간호사들이 임종 환자를 돌보는 기회가 급격히 늘어날 것임을 반증하고 있다. 그 뿐 아니라 다양한 의료기술의 발달로 인하여 죽음의 과정이 길어짐으로써 간호사가 임종환자를 돌보는 시간 또한 길어지고 있다.

그러나 대부분의 의료기관은 아직도 질병치료 중심에서 벗어나지 않은 상태로서, 회복이 불가능하거나 죽어간다고 판단되는 환자들은 의사뿐 아니라 간호사로부터 소외되거나 방치되는 현상을 종종 보게된다. 그러나 죽음은 피할 수 없는 부분이라고 볼 때, 죽음을 어떻게 수용하며 다루어야 하는가는 대단히 중요한 문제이고, 특히 죽음과 항상 접해 있을 수밖에 없는 의료 종사자에게는 더욱 중요한 주제가 된다고 할 수 있다.

대부분의 임종환자들은 다양한 부정적인 사회적, 심리적 반응, 즉 고립과 외로움, 절망감, 불안과 공포 등을 경험한다(Zack, 1991). 1969년 Kubler-Ross는 임종과 죽음에 대한 단계

를 부정, 분노, 타협, 우울, 수용의 5가지로 단계로 구분함으로써 죽어 가는 과정에 대한 이해를 증진시키고 있다. 죽음은 가족에게도 크게 영향을 미치는데, 이들은 슬픔과 낙담, 위축감을 경험하게 되고, 가족 전체는 상실이라는 최대 위기를 맞게 되기도 한다(Benoliel, 1985; Cho, Kim & Martinson, 1992). 이와 같이 임종환자와 가족은 다양한 심리적 사회적 어려움을 안고 있어 고도의 숙련된 간호를 필요로 한다. 그럼에도 불구하고 일부 병원간호사들은 이들을 방치할 뿐 아니라 자신들도 많은 고통과 어려움을 겪는 것으로 알려져 있다(Saunders & Valente, 1994). 특히 중환자실, 신생아 중환자실, 암병동 등 임종환자의 비율이 비교적 높은 병동에 근무하는 간호사는 매우 심한 스트레스나 고통을 받는다고 보고되고 있다(Downey, Bengiamin, Heuer & Juhl, 1995; Haberman, Germino, Maliski, Stafford-Fox & Rice, 1994; Jo & Han, 2001). 이러한 스트레스와 고통은 직업적 소진과도 관련되고 있으며, 심지어 이직과도 관련되는 것으로 보고되고 있다(Munley, 1985; Rasmussen, Norberg & Sandman, 1995; Yasko, 1983). 그러나 간호사들이 이러한 어려움을 적절히 극복하도록 돕기 위한 지지는 거의 이루어지지 않고 있으며(Saunders & Valente, 1994; Vachon, 1987), 이를 해결하기 위하여 일부(Astrom, Jansson, Norberg, & Hallberg, 1993; Cruchet, 1994; Raeside, 2000)에서는 자문과 상담의 필요성을 제시하고 있다. 그러나, 이러한 지지를 효율적으로 계획하고 운영하기 위해서는 임종환자 돌봄 경험에 대한 심층적인 이해가 선행되어야 한다. 특히 이들의 실제 경험을 이해하고 설명할 수 있는 이

주요어 : 간호사, 임종간호, 감정이입

* 이 연구는 2001년도 서울대학교 발전기금 및 간접연구경비에서 지원되는 연구비에 의하여 수행되었음.

1) 서울대학교 간호대학 교수, 서울대학교 간호과학 연구소 연구원.

투고일: 2002년 7월 16일 심사완료일: 2003년 8월 4일

론적인 모형개발은 연구결과를 효율적으로 활용하는데 유용하다고 할 수 있다.

본 연구는 임종환자를 돌보는 병원간호사들의 경험세계를 탐구하여 실체이론을 개발하는 것을 목적으로 하고 있다. 구체적인 연구질문은 다음과 같다: 병원간호사들은 임종환자 및 가족들과 어떻게 상호작용하며, 이들이 경험하는 주요 문제점들은 무엇이고, 또 이러한 문제점들을 어떻게 대처해 가는가?

연구 방법

임종환자를 돌보는 병원간호사들의 경험을 탐구하기 위하여 상징적 상호작용론적 견해에 바탕을 둔 근거이론을 이용하였다.

표집

연구참여자는 암병동, 중환자실, 신생아 중환자실, 소아병실 등 많은 환자들이 사망하는 병동에 근무하는 임상간호사로 하였다. 효율적인 참여자 선정을 위하여 자료수집의 초기에는 McCracken(1988)이 제시한대로 이미 알려진 일반적인 기준이나 특성, 즉 나이, 결혼여부, 종교, 임상경험 기간, 병동 특성 등을 토대로 하였다. 또한 연구 참여자로부터 경험이 풍부한 간호사를 소개받는 눈덩이식 표집(Patton, 1990)을 이용하였다. 모든 연구참여자의 인간적 권리를 보장하기 위하여, 자료수집을 시작하기 전에 본 연구의 목적, 연구에 대한 자발적 참여 및 비밀보장 등에 대한 정보를 제공하였다. 표집은 연구가 진행됨에 따라 중요하게 나타나는 범주 혹은 개념을 중심으로 이들을 잘 설명할 수 있는 사건 혹은 대상자를 찾아가는 이론적 표집(Strauss & Corbin, 1990)을 이용하였다.

자료수집 기간은 2001년 7월에서 2002년 5월까지 이루어졌다. 참여자는 모두 15명의 여성으로서, 평균나이는 30.2세이었으며, 그 범위는 최소 24세에서 최고 39세이었다. 기혼이 8명이었으며, 이 중에서 6명이 자녀를 두고 있었다. 종교는 기독교, 카톨릭, 불교의 순이었고 4명은 종교가 없었다. 학력은 3년제 대학 6명, 4년제 대학 7명, 그리고 석사 2명이었다. 대부분이 종합병원 혹은 대학병원에 근무하는 일반간호사로서 평균 임상경력 기간은 6.8년이었으며, 그 기간은 최소 10개월에서 최고 13년까지 다양하였다.

자료 수집 및 분석

자료는 자연적인 상황에서 개인심층면담을 통하여 수집하였으며 면담시간은 1-3시간 걸렸다. 면담장소는 병원의 조용한 상담실 등 연구참여자의 선택에 의하여 정해졌다. 심층면담은 Spradley(1979)와 McCracken(1988)이 제시한 절차 및 전략들

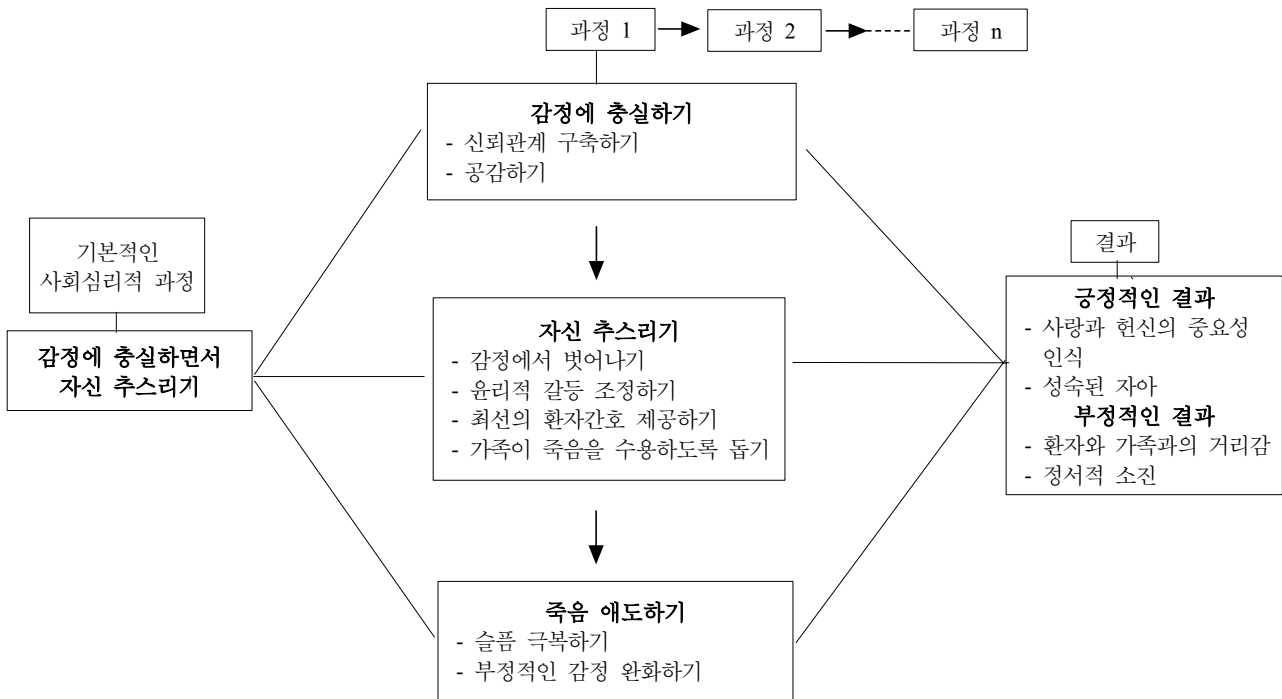
을 이용하였다. 초기에는 설명적인 질문을 통하여 임종환자들을 돌보았던 경험을 생각나는 대로 이야기하도록 함으로써 연구자의 편견이나 선입견을 최소화하고자 하였다. 그러나 연구가 진행됨에 따라 분석된 내용을 확인하고 더욱 자세하게 파악하기 위하여 구조질문이나 대조질문을 이용하였다. 모든 면담은 참여자의 양해 하에 녹음한 후 필사하였다.

자료분석은 지속적인 비교분석방법(Glaser & Strauss, 1967; Strauss & Corbin, 1990)을 이용하였다. 특히 Strauss와 Corbin(1990)이 제시한 개방코딩, 연결코딩, 선택코딩, 그리고 메모와 도식 등을 이용하였다. 자료수집과 분석은 동시에 이루어졌는데, 이는 작업가설을 검증하기 위한 기회를 늘리고, 동시에 연구자의 편견이 개입될 소지를 줄이는 등 여러 가지 측면에서 효율적이었다(Miles & Huberman, 1994). 분석초기에는 주로 개방코딩을 이용하여 참여자가 한 말을 직접 분석하면서 면담내용의 일반적인 코드가 전부 추출되도록 하였다. 이 코드들을 지속적으로 비교분석하면서 범주를 구성하였으며 각 범주의 속성과 차원을 개발하였다. 연결코딩에서는 추출된 범주들의 본질과 다른 범주들과의 관계를 연결 지었으며, 마지막으로 선택코딩에서는 “임종환자를 돌보는 병원간호사들의 경험은 어떠한가?”에 대한 핵심 범주, 혹은 기본적인 사회심리적 과정(basic social-psychological process, BSPP)을 찾아낸 후, 이와 관련하여 하위 범주들을 연결하였다.

연구 결과

임종환자를 돌보는 병원의 일반간호사 15명으로부터 나온 자료를 지속적인 비교분석 방법을 이용하여 분석한 결과, 기본적인 사회심리적 과정은 “감정에 충실하면서 자신 추스르기”로 나타났다. 이 과정은 임종간호에서 간호사들이 겪는 핵심적인 딜레마를 나타내고 있다. “감정에 충실”함은 간호사들이 임종환자와 가족들이 겪는 느낌이나 행동을 적극적으로 인식함을 의미하며, 이러한 인식에는 환자와 가족에 대한 동정심과 연민의 정 등 다양한 감정을 포함하게 된다. 그러나 간호사들은 이러한 “감정에 충실”하다 보면 자신의 감정을 통제하기 어려운, 즉 자신을 추스르기 어려운 상황에 직면하게 된다. 반면 “감정에 충실”하지 않으면 결코 좋은 임종간호를 제공할 수 없는 딜레마를 보여주고 있다.

이러한 딜레마를 해결해 나가기 위한 “감정에 충실하면서 자신 추스르기”의 과정은 그림 1에서 제시되는 바와 같이 “감정에 충실하기,” “자신 추스르기,” 그리고 “죽음 애도하기”의 세 단계로 나타나고 있다. 이 과정은 매우 역동적이며, 전 단계가 충실히 이행되어야 다음 단계가 수월하게 진행된다. 제 1단계인 “감정에 충실하기”는 “신뢰관계 구축하기”와 “공감하기”의 범주를 포함한다. 제 2 단계인 “자신 추스르기”는 임종



〈그림 1〉 임종환자를 돌보는 간호사의 경험: 감정에 충실하면서 자신 추스리기

환자와 가족에 대한 공감으로 인하여 생기는 부정적인 “감정에서 벗어나기,” “윤리적 문제 조정하기,” “최선의 환자간호 제공하기,” 그리고 “가족이 죽음을 수용하도록 돕기”로 구성되어 있다. 제 3단계인 “죽음 애도하기”는 환자 사망 후의 “슬픈 감정 극복하기”와 자신이 제공한 간호에 대한 미안함, 죄책감, 그리고 무력감 등의 “부정적인 감정 완화하기”를 포함한다.

〈그림 1〉에서 제시하는 과정 1, 과정 2, 그리고 과정 n은 “감정에 충실하면서 자신 추스리기” 과정이 임종환자를 돌볼 때마다 나타나는 현상임을 보여주고 있으며, 이전의 임종환자 경험이 후의 간호에 영향을 미치면서 연속적으로 진행됨을 내포한다. 이러한 연속 과정을 통하여, 결국 일부 간호사들은 과학이나 지식보다는 사랑과 헌신이 임종환자 간호에 더 중요하다고 인식하게 되고 동시에 자신이 성숙하는 계기도 얻게 된다. 그러나 다른 일부에서는 정신적 소진과 함께 환자 및 가족들로부터 신체적, 정서적으로 멀어짐을 경험한다.

제 1단계 : 감정에 충실하기

- 신뢰관계 구축하기 : 모든 참여자들은 환자 및 가족에 대한 신뢰관계 구축이 임종환자 간호의 가장 기본이 되는 요소라고 생각하였다. 그 이유는 신뢰관계 구축은 환자와 가족에 대한 공감을 얻는 데 필수적일 뿐 아니라 환자에게 최선의 간

호를 제공하는 데에도 핵심적인 요소가 되기 때문이었다.

보호자, 특히 엄마한테 잘 못 보이면 거의 인생 끝장이거든요. 그리고 그 간호사가 일당 그 엄마한테 지적이 되면, 그 간호사가 아무리 노력을 해도 그게 극복이 안되더라구요. 보호자한테는 일당은 대인관계가 좋아야겠다는 생각이 드는데...

이러한 신뢰관계 구축은 간호사가 환자와 가족을 인격적으로 대할 수 있는 능력이 있을 때 나타나며, 이는 인간애를 기본 바탕으로 하고 있었다.

보호자를 인간으로 생각하는 그런 관점이 필요한 것 같아요... 환자나 그 부모를 한 인격으로 생각할 수 있는 관점을 가질 수 있다면, 환자 부모로만 보지 않고, 그 입장에서 생각해 볼 수 있다면 좋겠지요.

- 공감하기 : 참여자들은 임종환자와 신뢰관계를 형성하면서 이들이 경험하는 감정을 공유하고자 하였는데, 이는 공감을 통하여 환자에 대한 이해를 넓힐 수 있기 때문이었다. 그러나 환자에 대한 공감의 정도는 환자의 나이나 특성에 따라 다르게 나타났다. 환자가 아동인 경우, 특히 의사소통이 어려운 신생아나 영아인 경우에는 공감의 정도가 낮은 편이었다. 의사소통이 어느 정도 가능한 학령기 혹은 청소년인 경우에도 공감 형성이 낮았는데, 이들은 자신의 죽음을 거의 예측하지 못하거나, 부모가 알려주지 않아 죽음을 전혀 인식하지 못

하기 때문이었다. 이에 비하여 성인환자에게는 이미 공유하는 삶이 많아 공감의 정도가 큰 편이었으며, 그 외에도 환자와의 원활한 의사소통, 그리고 환자의 죽음에 대한 인식으로 인하여 공감하기가 더욱 수월하였다. 그러나 아주 고령인 경우에는 공감의 정도가 낮은 편이었다.

참여자들은 임종환자 이외에 그 가족과도 공감하고자 노력하였다. 특히 환자가 아동인 경우에는 그 부모에 대한 공감이 컸으며, 그 정도는 성인환자 가족보다 큰 편이었다. 이는 대부분의 간호사들이 환자 부모와 연령과 경험이 비슷하기 때문이었으며, 특히 참여자가 기혼으로서 출산과 양육 경험이 있는 경우는 미혼인 경우보다 부모와의 공감이 훨씬 컸다.

일단은 딱 눈물이 나기도 해요. 정말 내 애하고 비슷한 또래거나, 나하고 연령이 비슷한 내 또래 보호자가 어떤 어려움을 겪는 것을 보면 눈물이 저절로 나올 수도 있고, 저절로 손을 짚어주고, '엄마나 힘드세요!' 하는 소리가 정말 저절로 나왔어요. 예전에는 의식적으로 많이 했었어요. 오늘은 가서 저 보호자와 신도 있는 대화를 해봐야지! 하고 경신을 하고 갔었는데, 경신을 하고 애들 낳아보고 나니 그게 정말 무려나고, 이런 경험을 다른 간호사들도 느껴봤으면 하는 생각이 들기도 하더라고요.

종합적으로 볼 때, 제 1단계인 “감정에 충실하기”는 간호사의 특성에 따라 다르게 나타났다. 주로 신규간호사나 숙련된 간호사는 자신의 감정에 충실한 편이었다. 그러나 일부 신규간호사나 동기유발이 적은 간호사는 환자와 신뢰관계를 구축하고 공감하기를 꺼려하였다. 그 이유는 감정에 충실함으로써 오는 부정적인 감정, 즉 허무감, 안타까움, 공포와 불안, 두려움과 슬픔, 미안함과 죄책감, 더 나아가 무력감 때문이었다.

간호사로 저는 처음에는요 그런 생각을 많이 해 봤어요. 살면서 나는 전생애 나쁜 짓을 많이 했나보다. 왜 이렇게 이쁜 것 많이 볼 젊은 나이에 이런 것을 많이 봐야 되나! 그리고 이렇게 딱 얼마든 눈물 글썽이고 가는 것을 볼 때마다 너무 힘들어지니까 그런 생각을 많이 했거든요. 그리고 동료들 볼 때도 너희들 참 볼쌍하다는 생각을 많이 했어요.

다른 이유는 환자와의 신뢰관계 형성과 공감이 이루어지면 환자와 가족들의 요구가 많아지므로 자신의 업무가 가중되기 때문이었다. 따라서 이들은 의식적으로 이들과 거리를 두고자 하였다. 그 외에도 대부분의 참여자들은 환자와의 공감대 형성에 장애를 주는 요인으로 과중한 업무를 지적하였다.

우리는 환자 죽으면 그 자리가 빈 자리가 되고 그러니까, 또 병실에서 내려오니까 영혼 치우고 또 그새 환자를 받고 그러니까, 또 그런 마음이 죽음에 대해서 깊이 생각해 보는 기회가 없는지도 모르겠어요.

제 2단계 : 자신 추스르기

• 감정에서 벗어나기 : 대부분의 참여자들은 임종환자 간호를 제대로 하려면, 임종환자 간호로부터 생겨나는 자신의 감정에 충실해야 하지만, 동시에 여기서 나타나는 다양한 부정적인 감정을 통제하는 것이 아주 중요하다고 생각하였다. 자신의 감정을 통제하지 못하면, 자신이 곧 환자나 가족과 동일시됨으로써 간호사의 역할을 제대로 수행할 수 없기 때문이었다. 이는 주로 경험이 적은 신규간호사에게서 많이 나타났다.

장기 환자가 될수록 보호자와 친해지잖아요 그런데 보호자와 너무 친해진 상황에게 그게 내 일이 되어버린 거예요. 그러면 보호자 눈을 쳐다보기가 너무 힘들어요. 뭐 그 나쁜대로는 더 친해져서 애기를 더 해줄 경우도 생기기도 하지만 아님 경우도 있더라고요.

부정적인 감정에서 벗어나기는 경력간호사에게도 그리 쉬운 일이 아니었다. 다음은 소아 중환자실에 5년째 근무하고 있는 한 참여자의 고백이다.

물론 사랑은 좋은데, 내가 해줄 수 있는 게 뻔한 것 같다는 생각이 들어요. 살릴 수 없다는 것, 내가 더 이상 애를 살릴 수 없고, 부모하고 함께 애를, 애를 놓아줄 수 있는 그런 시간이 없다는 걸 알게 되니까, 너무, 더 부모 면회시간에 부모를 댈라는 게 너무너무 힘들어요. 사실 부모 없을 때 애 보는 거는 사실 내 나쁜대로 처신을 다해서 하니까 이렇게 뭐 힘들거나 이제 내 자신이 애가 뭐 안 좋아지는구나 이런 정도로 힘든데, 면회시간 때가 되면 제일 힘든 것 같아요. 그러구 너무 미안한 거예요. 나에게 맡겨졌잖아요 사실은. 면회시간 딱 그 15분, 30분 이것만 보고 나머지 시간은 나한테 맡겨졌는데 애기는 더 좋아지지 않고 계속 나쁜 길로만 가는 것 같고, 뭐 하여튼 면회시간 때가 제일 힘든 것 같아요. 면회하기 전에 오늘은 어떻게 해야되나 뭐 그리고 상황이 안 좋을 때는 도망가고 싶은, 아예 피할 경우도 있어요. 뭐 물어보고 그런 것은 상관없는데 그냥 내가 저스럽기도 하고 미안하기도 하고 그냥, 그런 상황에 대해서 내가 감당할 수 없는 두려움이, 아휴 모르겠어요, 그 때는 왜 그랬는지... 내 마음에서 감당이 안 되더라고요. 지금도 그래요. 지금은 피하는 정도까진 아니지만 뭐 부모님이면 그냥 그 옆에 가만히 서 있고, 뭐 어떻게 해 줄 수도 없고.

그러나 경력이 있을수록 부정적인 감정에서 벗어나기가 수월하였는데, 이들은 주로 영화감상이나 운동 등의 기분전환, 동료 및 상사와의 대화 등을 통하여 자신의 감정을 통제할 수 있었다.

이와 같이 자신의 감정에서 벗어나면, 비로소 참여자는 자신보다는 타인, 즉 환자와 가족을 우선 생각하고 배려할 수 있는 여유를 갖게 되었다.

지금은 좀 이쁘게 보내고 싶다는 감정 때문에, 슬프다 이런 느낌은 아니에요. 어차피 예견된 죽음이라면 이쁘고 덜 상처받고 주위사람들이나 개나 그 아이나, 서로가 마음 상처 덜 입고 갔으면, 그리고 진짜 다음에 건강하게 태어났으면 하지요.

• 윤리적 갈등 조정하기 : 모든 참여자들은 임종환자에게 치료중심의 의료행위를 할 수밖에 없는 병원의 현실을 안타까워하면서 심한 윤리적 갈등을 경험하였다. 이러한 윤리적 갈등은 치료를 중시하는 의사와의 관계 혹은 가족과의 관계에서 많이 나타났다.

일단 의료진하구의 트러블이 꽤 있었던 것 같아요. 변히제는 치료를 받는다기 보다는 편안하게 죽음을 맞이하게 해주는 것이 나쁜 처사이라고 생각하는데 환자가 뭐가 증상을 호소하면 주치의한테 보고를 하면 1년 차나 레지던트들이 불필요한 검사처방을 내거나 아이가 통증을 심하게 호소하는데 placebo를 준다거나 아니면 적절할 때 약 처방을 안 내주거나 했을 때, 중간에 가서 아이한테 가서 뭐라고 하고 시간을 끌어야 되나 하는 게 힘들었던 것 같아요.

이와 같은 어려움과 갈등에도 불구하고, 참여자 대부분은 법적인 보호를 받는 한도 내에서 치료보다는 환자의 고통이나 안위를 증진시키는데 주력하였다. 이는 의식이 있는 환자뿐 아니라 무의식 환자인 경우에도 환자의 인간적 권리를 보장하고 이들의 입장에 서서 간호를 제공하려는 노력을 기울였다.

• 최선의 환자간호 제공하기: 참여자들은 나름대로의 최선의 간호를 환자에게 제공함으로써 자신을 추스르고자 하였다.

그러니까 열심히 한다는 생각을 많이 했던 거 같아요. 그런 생각이 도움이 됐던 것 같아요. 그러니까 내가 최선을 다하니까 더 이상 할 수는 없다! 없다! 없지않 그래도 내가 할 수 있는 한 열심히 돌아야겠다!

참여자들은 임종환자 간호를 신체적인 측면에 주로 초점을 맞추었다. 즉, 환자에게 통증을 완화시켜 준다거나 신체적으로 편안하게 해 주는 것에 중점을 두고 있었다. 그리고 의학적인 치료에서 최선을 다하고 있다고 생각하므로 임종환자에게 더 이상의 신체간호는 해 줄 것이 없다는 만족감을 갖는 경우도 많았다. 그러나 이들이 제공하는 신체간호의 질은 환자의 의식수준에 따라 다르게 나타나기도 하였다. 즉 의식이 없는 환자인 경우에는 간호가 소홀해지거나 방치되는 경향이 있었다. 따라서 일부에서는 이를 방지하기 위하여 오히려 더 정성스럽게 간호를 제공하고자 노력하였다.

의식이 없는 사람일수록 더 조심스러운 게 있더라고요. 의식이 없으니까요. [무의식] 환자 분을 대하는 게 쉬워요. 형

양을 재도 양을 재도 하다 못해 position change를 해줘도 fluid IV를 꽂아도 너무 쉬워요. 그래서 전반적인 manage가 아주 peer해져 수가 있더라고요. IV 잦았던 자리가 phlebitis도 생기고 edema로 피부가 벗겨지진 않나 sore도 완전히 black으로 변했어요... 그런 경우에 정말 더 조심스럽다는 생각이 들더라고요, 항부로 하게 되니까.

신체적인 측면의 간호 이외에도 일부 간호사들은 심리적, 정서적 간호에도 초점을 맞추면서 전인적인 환자간호를 제공하고자 노력하였다. 예를 들어 환자가 경험할 수 있는 소외감이나 격리감을 감소시키기 위하여 관심을 기울여주었다. 그리고 성인이고 예후에 대한 인식이 있는 경우에는 삶을 정리할 기회를 제공하고자 노력하였다. 그러나 가족이 환자에게 죽음을 통보하기 꺼리는 경우에는 이것이 가능하지 않았다.

보통은 보호자들이 ‘알면 쇼크로 쓰러진다!’ 이런 식의 애기를 해요. 그래서 아예 [죽으리라는 이야기]를 해주면 안 된다. [보호자가] 딱 기겁을 하시는 경우도 있고, 그런 경우가 많아요, 나이가 젊을수록.

한편 환자의 나이가 아주 고령인 경우에는 오히려 환자보다 가족이 죽음을 쉽게 수용함으로써 나이에 따라 가족이 갖는 죽음의 인식을 이해하며, 환자보다는 가족의 감정을 공유하는 편이었다.

나이가 많으시면, 연세가 많으시면, 제가 지금 이번 달에도 두 분이 사망하셨는데, 연세가 많으신 경우, 오히려 보호자 분들이 오셔서 환자 분한테 이제 마음놓고 가시라고 애기를 하세요. 미리 안병을 하시는 거예요, 환자 분이 하시기 전에.

임종환자가 아동인 경우에는 만져주고 속삭여주고, “다음에는 건강한 아기로 태어나라!” 라는 등의 소원을 진심으로 빌면서 최선의 간호를 제공하고자 하였다.

말 못하는 애라면 제가 해 줄 수 있고 가장 필요한 것은 우선 사랑받고 있다는 것을 표현해주고 싶어요 애기한테. 그냥 누워있어도 뭐 ‘잘 잤나? 얼마나 영마나 널 사랑하는지 알지? 오늘은 내가 참 어떻게 보이는구나!’ 뭐 그렇게 말해주고 제가 담당하는 애라면, 죽을 걸 뻔히 내가 알다면, ‘좋은 데가 있단다, 거기 가서 몇 년만 기다리면 얼마나 잘 거니까 거기 가 있어, [그 곳은] 좋은 곳이야!’ 딱 이렇게 좀 그렇게 해 줬어요.

그러나 환자가 사망하면 참여자들은 심리적으로 큰 어려움을 경험하였는데, 특히 신규간호사인 경우에는 극심한 두려움과 혐오감까지도 경험하였다. 그러나 숙련된 간호사들은 자신의 감정을 조절하면서 최선의 사체간호를 제공할 수 있었다.

‘다음에 태어날 때는 건강하게 태어나라!’ 보통은 그런 간호사가 많아요. 아기들이니까 expire하고 나면 다 덮여서 새 옷 입혀서 상쳐 낄 곳은 께매서, 피나는 곳은 놓여서, 그 다

음에 웃 입혀서 보호자 다시 보여주고 영양실 아저씨가 와서 데려가거든요. 거기까지 할 때는 그 때에는 감정 추스르고 애기 이쁘게 해주려고 하는 거예요.

• 가족이 죽음을 수용하도록 돕기 : 참여자들은 임종환자 간호에 가족을 적극적으로 포함시켰다. 특히 환자가 아동인 경우에는 부모에 대한 간호가 환자보다 더 중요하였다. 그런데 이들 간호의 주요 목표는 가족이 환자의 죽음을 수용하도록 돕는 것이었다. 그 주된 이유는 가족이 환자의 죽음을 수용하면, 환자는 가족으로부터 보다 나은 정서적 지지를 받을 뿐 아니라, 보다 품위있는 죽음을 맞이할 수 있다고 생각하기 때문이었다. 이 목표는 환자가 아동이거나 젊은 성인인 경우에 더욱 중요하였다. 따라서 참여자들은 가족에게 정보를 제공하는 것 이외에도 이들을 경청하고 격려하며, 신체적 접촉을 통한 정서적 지지를 제공해 주었다. 또한 가족이 죄책감이나 자책감을 가질 경우, 거기서 벗어나서 죽음을 현실로 받아들일 수 있도록 적극적으로 도와 주었다. 다음은 부모가 환자의 호흡기 떼기를 결정한 후 갖는 죄책감을 감소시키기 위한 정서적 지지의 한 예이다.

이제 얼마나 지금까지 하신 거 최선을 다해서 잘 하신거냐구. 이렇게 ‘애가 얼마, 아빠 맞넌 걸 너무 행복하게 생각했거다’라고. 그렇지않, ‘이제 다시 시작을 하는 라정이니까 나머지 얼마나 시간이 있을지 모르지만 우리가 같이 최선을 다해서 애한테 사랑을 주고 갈 때 편안히 갈 수 있도록 우리가 한번 노력해보자’고 [이야기 하지요].

이와 같이 가족이 환자의 죽음을 수용하게 되면 간호사는 치료보다는 돌봄 중심의 간호를 원활히 수행할 수 있었다. 예를 들어 좋은 죽음을 맞이하는 방향을 환자와 가족들에게 제시할 수 있었고, 일부 병원에서는 DNR(do not resuscitate)을 조언해 줌으로써 보다 편안하게 환자가 임종을 맞이할 수 있도록 도와주었다. 한편, 가족이 환자의 죽음을 수용하지 않는 경우도 종종 있었다. 그러나 이 때에도 참여자 대부분은 최선의 간호를 제공하고자 하였으며, 동시에 자신이 최선을 다하고 있음을 가족들에게 확실하게 보여주고자 하였다.

부모들이 끝까지 아이를 살리려고 하는 경우도 있는데 그런 경우에는 마지막까지 저희가 최선을 다했다는 것을 어떤 기계적으로나 눈으로 확인시켜 드리는 정도까지만 하고요.

참여자들은 환자가 사망한 후에도 가족을 지지하여 주었는데 주로 가족의 죄책감을 감소시켜주는 것에 초점을 맞추었다. 그 외에도 가족들간의 원만한 관계, 지지 집단 알선, 영적인 지지 등을 통하여 가족을 지지하고자 하였다. 그러나 죽음을 수용하지 못한 가족인 경우에는 적절한 간호를 제공하기 어려웠다.

보호자들이 뭐 어떤 사람은 그냥, 뭐 내 아들 딸 죽어났으

니까 ‘죽을 놈! 살려 내라! 누가 그랬냐? 데리고 와라!’ 딱 목도 하고 그러잖아요. 좀 심했던 거는 딱 한장실에 가 갔고 마포 대경계 그거 있잖아요, 그거 가지고 딱 휘둥그고 그랬던 기억도 있어요... [그래서 우리들은] 다 도망가 있고 그런 경험도 있었어요.

죽음 애도하기

비록 대부분의 참여자들은 “자신 추스르기” 단계에서 자신의 감정에서 벗어나면서 최선의 환자와 가족간호를 제공하지만, 환자가 사망하면 다시금 환자의 죽음을 수용하기 위한 애도 과정을 필요로 하였다.

• 슬픔 극복하기 : 참여자들은 환자의 죽음을 슬퍼하였으며, 특히 공감의 정도가 컸던 환자와 가족인 경우에는 슬픔의 정도가 더욱 컸다.

정말 제 친조카 같고 그런데 그런 애들이 안 좋게 됐을 때는 진짜 눈물이 나고 뭐라고 말할 수가 없어요.

이러한 슬픔을 극복하기 위하여 일부 간호사들은 살아있음으로 인하여 갖는 환자의 고통을 생각하며 오히려 안도감을 느끼고자 하였다. 또한 대부분은 자신이 최선의 간호를 제공하였다고 자부함으로써 슬픈 마음을 극복하고 담담해질 수 있었다.

애들이 대부분 이제 통증을 느끼다가 가니까 저희들도 아휴, 이제 저 애도 편안한 세상으로 갔구나 하는 안도감도 한 편으로는 느끼기도 하구요. 얼마들이 울고불고 할 때 저는 더 편안한 나라도 갖을 거다, 다행이라고 생각할 수 있도록, 그런 쪽으로 유도했어요.

• 부정적인 감정 완화하기 : 모든 참여자들은 환자의 죽음으로 인한 슬픔 이외에도 다양한 부정적인 감정, 즉 분노, 죄책감, 그리고 무력감 같은 것을 경험하였다. 가족이 죽음을 수용하지 못하고 사망한 경우에는 그 가족에 대한 죄책감도 컸다. 그러나 이러한 죄책감도 그동안 자신이 환자간호에 최선을 다했다는 인식을 통하여 극복될 수 있었다. 또한 자기반성을 통하여 후의 다른 환자들에게 최선을 다해야겠다는 다짐으로 바뀌면서 부정적인 감정을 완화할 수 있었다.

그 때는 내가 더 잘 해줄 수 있었는데. 뭐 그 애기 얼마 손 한 번 더 잡아주고, 내가 개한테 뭐 뭐래도 더 해줄 수도 있고 그랬는데 못 했던 게 기억에 남아요. 기억에 남고 참 떠올라요 그 순간이. 더 잘 할 수 있었는데 제가 딱 못하고 넘어갔던 게 기억이 나요... 내가 좀 문이 막혀서 문이 컨디션이 떨어지고 그걸 때에는 한 번 더 갈 것을 두 번에 미처서 한번에 가고, 그런 게 막 죄책감이 드는 거예요. 아! 내가 그 때 한 번 더 갔으면 제가 좀 더 오래 있거나 살

수 있지 않았나 그런 처책감이 있잖아요. suction을 30분만에 갔는데 15분만에 한 번 더 갔으면 혹시나 그렇지 않았을까? 더 좋아지지 않았을까? 이런 생각도 해요. 처책감이 들어요. 그런 거 잘못하면 완벽하게 잘 못했다는 그런 생각 있잖아요. 그런 게 좀 많이 남아요. 처책감에 사로잡혀 그런 애들 보면... 다른 care를 해주었으면 어땠을까? 이런 거 애길하면서. 그런데 어떡하냐! 그런 ‘좋은 데 갔으면 좋겠다!’ 우리가 그 대신 최선을 다했으니깐 다행히 보면 다른 애들 오면 더 열심히 하자 이런 생각을 하죠.

그 외에도 영화감상이나 운동 등의 기분전환, 동료 및 상사와의 대화 등을 통하여 부정적인 감정을 완화할 수 있었다.

참여자들은 임종환자를 간호할 때마다 “감정에 충실하면서 자신 추스르기”과정을 거치게 되고, 이러한 과정이 연속적으로 되풀이되면서 긍정적인 결과와 부정적인 결과의 두 가지 종류로 나타났다. 긍정적인 결과를 얻은 참여자들은 임종환자와 그 가족에 대한 간호는 “지식이나 과학보다는 사랑과 헌신이 더 중요함을 깨닫게 되는 기회를 얻었으며, 동시에 자신들의 삶도 보다 성숙된 방향으로 나아가고 있음을 깨닫게 되었다.

우리가 너무나 평범하게 숨쉬고 먹고 자고 배설하고 웃고 울고 하는 것들이 정말 아무나 누구한테나 주어지는 것이 아니구나! 하는 생각을 하게 되었구요, 그래서 그런 일을 당했을 때는 ‘메사를 감사하게 받아들이고 최선을 다하면서 살아야겠다’ 하는 그런 마음을 갖는 기쁨이 되는 것 같아요.

그러나 부정적인 결과의 참여자들은 자신의 감정에 충실하지 않고 회피함으로써 환자 및 가족들과 신체적, 정서적으로 멀어지는 것을 경험하거나 혹은 자신의 감정에 충실하지만, 이를 통제하지 못하여 나타나는 부정적인 감정만을 지속적으로 경험하면서 정서적으로 소진하게 되었다.

논의 및 결론

본 연구의 목적은 병원간호사들의 임종환자 간호 경험에 대한 실체이론을 구축하는 것이었다. 기본적인 사회심리적 과정은 “감정에 충실하면서 자신 추스르기”로서, 이는 세 가지 단계, 즉 “감정에 충실하기,” “자기 추스르기,” 그리고 “죽음 애도하기”를 거치는 것으로 나타났다.

본 연구결과 나타난 기본적인 사회심리적 과정인 “감정에 충실하면서 자신 추스르기”는 타인의 느낌과 행동을 객관적이고 직관적으로 인식하는 감정이입과도 유사한 개념이다. 또한 Benoliel(1967)이 제시한대로 간호사는 죽어가는 환자간호의 고통을 피하기 위하여 자신의 감정을 통제하고, 환자로부터 멀어지기 위한 전문적인 이탈을 개발한다고 보고한 것과도 어느 정도 유사하다. 그러나 본 연구에서는 임종환자를 돌보는 간호

사들이 구체적으로 어떻게 감정이입을 도모하면서 자신의 감정을 통제해 가는지에 대한 과정을 자세하게 설명함으로써 임종환자 간호에 대한 보다 심층적인 이해를 돕고 있다.

Jo와 Kim(2001)은 임종환자의 고통 인식에 대한 간호사의 유형을 자아의 한계인식형, 고통완화형, 관계회복형, 의미추구형으로 구분하였으며, 이 중에서 자아의 한계인식형은 본 연구결과, 부정적인 감정을 통제하지 못하는 경우와 관련되는 것으로 볼 수 있다. 한편 Jo와 Kim의 고통완화형은 간호사가 환자의 신체간호, 특히 통증완화 및 안위에 중점을 두는 본 연구결과와 일맥상통한다고 할 수 있다.

본 연구 결과 일부 간호사는 환자와의 공감을 통하여 나타나는 자신의 감정에 충실함과 동시에 이러한 감정을 통제하면서 임종환자에게 최선의 간호를 제공해 줄 수 있음을 보여주고 있으며, 동시에 이는 적어도 몇 년간의 경험과 자기 반성을 통하여 이루어지고 있음을 보여주고 있다. 그런데, 다른 일부 간호사들은 환자와의 공감을 꺼리거나, 공감한 경우에도 자신의 감정을 통제하기 어려워 고통스러워함을 보여주고 있다. 이러한 결과는 임종간호에 대한 스트레스와 고통은 직업적 소진, 그리고 이직과도 관련되는 것으로 보고된 연구들(Munley, 1985; Rasmussen, Norbery & Sandman, 1995; Yasko, 1983)과 맥을 같이 하고 있다.

본 연구에서는 죽어가는 환자를 위한 윤리적 의사결정이 중요한 범주로 나타났는데, 이는 Astrom 등 (1993)의 연구와 유사한 것으로서, 현대 의료기술의 발달과 생명연장 도구의 사용으로 삶과 죽음의 의미에 관한 논란이 크게 증폭되고 있는 현실적 상황과도 크게 연계되어 있다.

본 연구결과를 간호실무에 다양한 함축성을 제시하고 있다. 첫째, 다른 연구(Astrom et al., 1993; Raedside, 2000; Saunders & Valente, 1994)에서도 지적되어 왔듯이 임종환자를 돌보는 간호사를 위한 지지체계 구축이 절실히 필요하다. 간호행정가들은 임종환자를 돌보는 간호사들의 어려움과 문제점을 인식하고, 이들이 어려움을 극복할 수 있도록 도와줄 수 있는 자문과 상담제도를 마련할 필요가 있다. 또한 Kim(1999)이 제시하는 비판적 성찰탐구(critical reflective inquiry)를 이용하는 것도 임종환자를 돌보는 간호사들이 어려움을 극복하는데 도움을 줄 것이다.

둘째, 본 연구결과 임종간호의 핵심은 지식과 과학보다는 사랑과 헌신이 더욱 중요함을 일깨워 주고 있다. 그리고 인간애를 바탕으로 한 신뢰관계 구축이 간호의 본질적 요소 중의 하나임을 잘 반영하고 있다. 따라서 인간애와 신뢰관계 구축의 중요성을 보다 강조하는 간호교육 및 실무교육이 필요함을 보여주고 있다.

셋째, 좋은 임종간호를 제공하는 숙련된 간호사들을 역할모델로 제시함으로써, 신규간호사들이 임종간호에 대한 부담을

줄이고, 양질의 간호를 제공할 뿐 아니라 간호사 자신의 성숙에도 도움이 될 수 있도록 하는 것이 필요하다.

넷째, 본 연구결과 간호사들은 자신들의 감정을 추스르기 위한 중요한 전략의 하나로 최선의 간호제공을 이용하고 있다. 그러나 과중한 업무가 최상의 임종간호를 제공하는데 장애가 되는 요인으로 인식하고 있다. 따라서 간호행정가들은 간호사와 환자의 비율을 적절히 유지함으로써 최선의 간호를 제공할 수 있도록 적극 지원해야 할 것이다.

마지막으로 의사와 간호사, 그리고 환자와 가족들이 서로 협력하여 죽음과 관련된 윤리적 의사결정이 보다 원활히 이루어질 수 있도록 도와 줌으로써, 결국 환자가 품위있는 죽음을 맞이하도록 하는 것이 필요하다. 그리고 무엇보다도 임종환자에게 치료보다는 돌봄 중심의 간호를 제공할 수 있는 제도적 뒷받침이 마련되어야 한다고 생각한다.

References

- Astrom, G., Jansson, L., Norberg, A., & Hallberg, I. R. (1993). Experienced nurses' narratives of their being in ethically difficult care situations. *Cancer Nurs*, 16(3), 179-187.
- Benoliel, J. Q. (1967). *The nurse and dying patient*. New York, NY: MacMillan.
- Benoliel, J. Q. (1985). Loss and terminal illness. *Nurs Clin North Am*, 20(2), 439-447.
- Cho, Y. S., Kim, S., Martinson, I. (1992). The experience of parents whose child is dying with cancer. *J Korean Aca Nurs*, 22(4), 491-506.
- Choi, J. H., Byeon, J. J., Lee, S., & Han, S. H. (2001). Preferred place of death of elderly women in Seoul. *J Korean Acad Fam Med*, 22(6), 939-945.
- Cruchet, D. (1994). Peer support helps oncology nurses deal with dying patients. *Can Oncol Nurs J*, 4(4), 164-7.
- Downey, V., Bengiamin, M., Heuer, L., & Juhl, N. (1995). Dying babies and associated stress in NICU nurses. *J Neonatal Nurs*, 14(1), 41-6.
- Glaser, B., & Strauss, A. (1967). *The discovery of grounded theory*. Chicago: Aldine.
- Haberman, M. R., Germino, B. B., Maliski S., Stafford-Fox, V., & Rice, K. (1994). What makes oncology nursing special? Walking the road together. *Oncol Nurs Forum*, 21, 41-7.
- Jo, K., & Han, H. (2001). Nurses' painful experience through terminal patient. *J Korean Acad Nurs*, 31(6), 1055-1066.
- Jo, K., & Kim, M. J. (2001). The perception of suffering by hospice nurses. *J Korean Acad Funda Nurs*, 8, 35-50.
- Kim, H. S. (1999). Critical reflective inquiry for knowledge development in nursing practice. *J Adv Nurs*, 29, 1205-1212.
- Kubler-Ross, E. (1969). *On death and dying*. New York, NY: Simon & Schuster.
- McCracken, G. (1988). *The long interview*. Newbury Park: Sage Publication Inc.
- Miles, M. B., & Huberman, A. M. (1994). *Qualitative data analysis* (2nd ed.). Thousand Oaks: CA, Sage Publications, Ltd.
- Munley, S. A. (1985). Sources of hospice staff stress and how to cope with it. *Nurs Clin North Am*, 20(2), 343-355.
- Patton, M. Q. (1990). *Qualitative evaluation and research methods* (2nd ed.). Sage Publications, Ltd.
- Raeside, L. (2000). Caring for dying babies: Perceptions of neonatal nurses. *J Neonatal Nurs*, 6(3), 93-9.
- Rasmussen, B. H., Norbery, A., & Sandman, P. O. (1995). Stories about becoming a hospice nurse. *Cancer Nurs*, 18(5), 344-354.
- Sand, R. B., Blackall, G. F., Abrahm, J. L., & Healey, K. (1998). A survey of physicians' education in caring for the dying: Identified training needs. *J Cancer Educ*, 13(4), 242-247.
- Saunders, J. M., & Valente S. M. (1994). Nurses' grief. *Cancer Nurs*, 17(4), 318-325.
- Spradley, J. P. (1979). *The ethnographic interview*. Orlando, FL: Holt, Rinehart and Winston, Inc.
- Strauss, A., & Corbin, J. (1990). *Basics of qualitative research: Grounded theory procedures and techniques*. Newbury Park: Sage Publications.
- Vachon, M. L. S. (1987). Team stress in palliative/hospice care. *Hospice Journal- Physical, Psychosocial and Pastoral Care of the Dying*, 3, 75-103.
- Yasko, J. M. (1983). Variables which predict burnout experienced by oncology nurse specialists. *Cancer Nurs*, 6(2), 109-116.
- Yoon, H. K., Yun, Y. H., Ou, S. W., Koh, H. J., & Huh, B. Y. (2001). Factors associated with the place of death in Korea: A population-based study. *J Korean Acad Fam Med*, 22(7), 1077-1085.
- Zack, M. V. (1991). *The experience of loneliness in adult, hospitalized, dying persons*. Case Western Reserve University. Ph. D. Thesis.

Nurses' Experience of Caring for Dying Patients in Hospitals*

Yi, Myungsun¹⁾

1) Professor, College of Nursing, Seoul National University; Researcher, Research Institute of Nursing Science, Seoul National University.

Purpose: To develop a substantive theory that represents hospital nurses' experience on caring for dying patients. **Method:** Grounded theory method guided the data collection and analysis. A purposeful sample of 15 hospital nurses participated during the period of 2001-2002. The data were collected by semi-structured individual interviews. All interviews were audio taped and transcribed verbatim. Constant comparative analysis was employed to analyze the data. **Result:** "Putting oneself into shape while being faithful to feelings and emotions" emerged as the basic social-psychological process. Three different phases were identified: being faithful to own feelings and behaviors; putting oneself into shape; and mourning death. The first phase includes the categories of "establishing trust relationships" and "sympathizing with dying patients and their family members." The second phase consists of "controlling feelings," "adjusting ethical conflicts," and "providing best patient-care," and "helping family accept the death." And the third phase consists of "overcoming sadness" and "releasing other negative feelings." **Conclusion:** The result of this study will help health professionals develop efficient support programs that support nurses caring for dying patients in hospitals. Further study needs to be done to verify findings.

Key words : Nurses, Terminal Care, Empathy

* This research was supported by Seoul National University Fund in 2001.

• Address reprint requests to : Yi, Myungsun

Associate Professor, College of Nursing, Seoul National University

28, Yongon-Dong, Chongno-Gu, Seoul 110-799, Korea

Tel: +82-2-740-8829 Fax: +82-2-765-4103 Email: donam@plaza.snu.ac.kr