

## 고통(suffering)과 영적접근

김 명 자\* · 조 계 화\*\*

### I. 서 론

#### 1. 연구의 필요성

인간의 건강에 대하여 관심을 갖고 있는 의료인이라면 고통(suffering)과 관련된 괴로움(hardship) 또는 인간이 얼마나 심각한 문제를 제기하는지에 접해본 경험이 있을 것이다. 특히 건강선상의 부정적 영역인 죽음이라는 현실로부터 초래되는 고통은 질병으로 인한 경험까지를 포함하는 포괄적인 개념이다. 고통으로 인해 어찌할 수 없는 괴로운 상태가 되면 대부분의 사람들은 어떠한 방법으로든지 자신이 경험하고 있는 고통으로부터 벗어나려고 하는데 이러한 고통의 성격을 신체적, 정신적, 정서적 그리고 영적인 범위로 나누어 볼 수 있다(강경아, 1997; Cassell, 1992).

일반적으로 사람들은 고통을 해결하기 위해 의료인을 찾아 약물을 처방 받거나 가까운 이웃과 대화를 나누거나 종교적 행위를 택하는 등 온갖 노력을 하게 된다. 그러나 이러한 방법으로도 고통이 해결되지 않는 경우에는 차라리 죽는 것이 나을 것이라는 생각에까지 이르기도 한다. 근대과학의 도입이후 의료인들은 대상자들의 고통을 대부분 신체적 문제에서 비롯된 것으로 보기 때문에 우선 의학적 평가를 받도록 조언하는 것이 보통이다. 그

러나 고통을 우선적으로 신체적 문제로 접근하는 것에는 문제가 있다고 본다.

인간을 대상으로 하는 인간과학의 경우, 의식을 소지하고 있는 인간은 단순히 물질적인 존재로만 파악될 수 없다는 전제하에 인간의 존엄성에 관한 측면과 개인의 특성 그 자체를 전체로 보려는 총체적 접근(holistic approach)에 최근 관심이 집중되고 있다(김명자, 1996; Elberson & Williams, 1996; Sarter, 1987; Hall & Allan, 1994). 간호학은 학문적 특성상 건강상태에 대한 대상자의 의식상태와 인지 기능을 중요시하는 인간과학의 학문적 특성을 근간으로 하면서 특히 인간의 의식에 관한 이해를 추구하고 있다. 진정한 돌봄을 추상적인 생각, 철학, 이데올로기가 아니라 실제 상황 안에서 고통에 직면하는 구체적인 일(Eriksson, 1992)이라고 볼 때 건강전문인들에게는 고통을 경험하는 대상자에 대한 관심과 이해, 함께 머물러 있으면서 신뢰를 쌓는 경험들이 전제되어야 할 것이다.

그러나 고통경험에 관한 연구는 극히 드문 실정이며 특히 정서적 측면에 대한 간호에 중요한 비중을 두는 간호학에서도 간호의 영적 영역과 관련하여 정서적 간호에 관해 종종 언급하고는 있으나 구체적인 실무에서 무엇이 이루어지고 있는지, 혹은 전문직에 들어서는 학생들에게 무엇을 어떻게 가르쳐야 있는지에 관한 연구는 드문

\* 가톨릭대학교 간호대학

\*\* 대구가톨릭대학교 간호학과

실정이다. 특히 간호실무의 상황에서 대상자들의 간호 요구에 적절하게 반응하기 위해 그들의 고통 경험에 대한 구체적인 이해가 필수적임에도 불구하고, 고통 개념이 지니는 다양한 측면들에 대한 깊은 이해를 제공하려는 노력은 아직까지 드문 실정이다. 이러한 맥락에서 간호 대상자의 의식을 확장시킬 수 있는 영적인 중재방안을 마련하는 것이 요구되며, 이를 위해서 대상자들이 경험하는 고통의 특성을 넓은 학적인 맥락에서 확인하는 것은 의미 있는 작업이 될 것이다.

## 2. 목적

본 고에서는 간호 대상자들이 경험하고 있는 고통의 특성을 좀 더 폭넓게 이해하기 위하여 문헌을 통해 인간이 경험하는 고통의 의미에 관해 살펴보고자 한다. 특히 이에 대한 기초적 접근 방안으로서 종교적, 영적 측면을 모색하고자 한다.

# II. 본 론

## 1. 고통의 의미

문헌상으로 파악되는 고통은 인간이 피할 수 없는 근본적인 경험으로서 자신의 내면적 요인, 자신에게 중요한 사람들, 외부환경, 그리고 인생의 궁극적 의미와 관련된 상실, 훼손, 그리고 신체적 통증이 자아의 완전성을 유지하는데 위협이 될 때 경험되는 건디기 힘든 격심한 괴로움의 상태로 나타나며, 유사한 맥락에서 사회적인 상황과 맥락 속에서 비롯되며(Zola, 1992) 주관적이며 개별화된 복합적인 경험적 본질(Cassell, 1992)로 정의된다. 또한 고통의 현상으로는 슬픔, 우울, 절망감, 비참함, 죄책감, 위축감, 무력감, 두려움, 불안, 분노 등이 나타나며 이러한 고통경험에 대한 대상자들의 반응은 쇼크와 부정으로부터 이해와 수용을 통해 의미를 찾는 것까지 단계적 진전이 따른다. 이와 같이 과정으로 파악되는 고통은 무감정, 부정, 텅빈과 같은 초기단계로부터 고통이 가장 심해지는 혼란단계를 거치면서 서서히 회복단계에 이르게 되는 것이다. 특히 회복의 단계에서 고통에 대한 태도의 변화를 통한 자기수용과 이해를 거쳐서 자아인식의 확대와 성장을 가져오고 마침내 삶/인생의 의미를 발견하게 된다고 한다(강경아, 1997).

인간이 겪는 고통의 의미를 보다 심도있게 파악하려는

작업에 있어서 인간을 전체적인 관점에서 바라보는 종교적인 논의가 도움을 제공해 줄 수 있을 것이다. 고통의 문제에 관하여 불교에서는 인생에는 본질적으로 괴로움(苦)이 있으므로 우울해 하거나 성내거나 못 견디 하지 말라고 가르치며, 이슬람교에서는 인생이란 알라신이 정해준 운명이기에 고통에 대한 해결책을 강구하기 보다는 주어진 고통을 참아 견디라고 설교한다. 그리스도교는 고통 한가운데서도 하느님과 함께 인생을 걸어가야 한다고 가르친다. 이처럼 주요한 종교는 고통을 어떻게 피해야 하는가의 문제가 아니라 어떻게 겪어야 하는가의 문제로 접근하고 있음을 알 수 있다. 즉, 고통을 하나의 문제로 보기보다는 인간실존의 현실로 보고 신에 대한 믿음을 견지하면서 고통을 감수해야 한다고 가르치고 있는 것이다(송봉모, 1998; Taylor & Watson, 1989).

특히, 그리스도교적인 해석은 고통을 선(goodness)의 어떤 결핍이나 제한 또는 왜곡이라고 지적함으로써(John Paul II, 1984) 고통을 개인적인 차원 이외에도 집단적인 차원을 지니고 있는 것으로 바라볼 수 있는 길을 열어주며, 이를 통해 고통의 세계가 '고유한 연대성'을 지니고 있음을 알 수 있다. 이를테면 고통 중에 있는 사람들은 다른 사람들이 자신과 유사한 시련의 상황(과정)에 처해 있다는 것을 발견함으로써 인간 존재는 근본적으로 서로가 유사하다는 것을 알게 된다는 것이다. 이처럼 고통의 문제는 객관적-사회적인 차원과 주관적-개인적인 차원의 두 가지 측면을 가지고 있다.

고통의 객관적인 차원은 어떻게 이해되고 있는가? 이에 관련하여 Gadow(1984)는 개인자신이 가지고 있는 건강상태와 관련된 의학적인 사고 즉 질병이나 병리적인 문제를 객관적 고통으로 볼 수 있다고 했다. 이러한 맥락에서 객관적인 고통은 치료를 전제로 하며 치료가 진행된다는 것은 전문적인 치료의 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 대상으로서의 가치를 잃게 되며(Taylor & Watson, 1989), 이 결과 인간의 내면에 내포되어 있는 인격적 주체로서의 주관적인 차원이 간과될 가능성이 높다고 볼 수 있다.

Neuman(1989)은 그녀의 '뉴만 체계모델'에서 인간의 모든 면에는 영성(spirituality)이 스며있으며, 인간

은 끊임없이 자신의 안녕을 추구하는 존재라고 파악한다. 안녕의 추구는 개인적으로 이루어진다기보다는 다른 사람들과의 사회적 관계 안에서 이루어지며, 사람들은 스스로의 열의와 활동의 결과로 '영혼(soul)'을 통하여 삶에 필요한 에너지를 얻게 된다는 것이다. 여기서 고통은 질병, 상실, 슬픔 혹은 통증이 인간을 격타할 때, 이러한 에너지가 고갈되어 버리는 현상이며, 이러한 상황에 처한 개인의 영혼은 영적 요구상태에 놓이게 되어 결과적으로 이에 대한 관심이 발생하게 된다. 같은 맥락에서 Watson(1985)의 돌봄 철학은 영적 간호과정의 영역이 추상적이라는 비판을 받기는 하지만, 인간의 영적인 면을 포용함으로써 기술적이고 의료적인 치료위주의 접근으로 인해 조각나버린 인간 존엄성을 보존하고, 인간성을 회복시켜 보존하는데 관심을 가진다는 면에서 의미를 가진다고 영적간호의 필요성을 역설하고 있다.

이상을 종합하면, 고통은 물질적인 차원에서의 자극에서 비롯된 것이라기 보다는 개별화된 인간의 복합적인 경험으로 이해되어야 하며 이는 몸과 마음의 통합체로 파악되는 인간의 중층적인 속성을 고려할 때 더욱 그러하다. 또한 인간은 외부환경 또는 장(場 : field)으로 파악되는 다양한 영역과 끊임없이 영향을 주고받는 존재이므로 고통받는 주체에 대한 주관적인 평가에 따라 세분화되어 이해되어야 하며, 이러한 맥락에서 인간의 고통은 이를 겪어야 하는 수동성과 그 고통을 극복하려는 능동성으로 나누어 이해될 수도 있다(Watson, 1988). 여기에 인간 존엄성에 뿌리를 둔 총체적 돌봄 개념이 강조되며 의료인으로서 스스로에 대한 자각, 타인을 돕고자 하는 책임감, 그리고 전문적 돌봄을 제공하는데 필요한 지식과 기술이 요구됨을 알 수 있다. 이러한 중재의 결과로서 인간으로서의 대상자는 고통의 실체를 넘어 확장된 의식을 갖게 될 것이다.

## 2. 죽음의 의미와 과정

고통을 분류하는 또 다른 접근법은 고통을 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 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 아픔

으로서의 죽음과 대면하고 있는 호스피스 대상자 또는 모든 인간에게서 제기되는 근원적인 것이라 하겠다. 이러한 모든 고통 중에서 가장 절정을 이루는 것은 바로 죽음에 대한 두려움일 것이다.

죽음은 자연사와 외인사(外因死)로 대별되는데 현실적으로 인간이 죽음을 면할 수는 없기 때문에 노쇠하여 죽는 것은 기본적으로 건강의 한 양상이며 의료의 의무는 인간이 건강하게 죽어 가도록 하는데 있다고 본다. 죽음의 필연성에 대한 탐구와 관련된 논쟁에도 불구하고 죽음과 대면하고 있는 인간의 고통은 의학적, 생물학적, 심리학적으로는 물론 철학이나 신학 어느 하나의 분과학문적 지식으로 간단하게 설명될 수 있는 현상은 아니다. 오히려 인간의 본질로서의 고통은 자연과 관계되어 있는 것으로 삶의 과정에서 필연적으로 연루되는 하나의 '신비'라고 보는 편이 옳을 듯하다(박승찬, 1999).

어떤 의미에서 죽음이란 고통으로부터의 해방으로서, 육체적인 유기체로서의 문제나 심리적인 문제들이 종결된다는 의미를 지니고 있다는 것을 부인할 수 없다. 종결의 의미로서의 죽음은 일차적으로 인간의 심신적 결합의 '해체'라는 의미를 내포하고 있으며, 여기서 너는 흙에서 난 몸이니 흙으로 돌아가라(창세 3, 19)란 성경 구절을 상기할 수 있다. 그러나 죽음이 현세적인 고통의 한 형태는 아니며 어떤 의미에서 고통의 모든 형태를 초월하는 것이라고 하더라도, 인간으로서의 죽음에 대한 경험은 필연적이면서 총체적인 성격을 띠고 있다고 하겠다.

일반적으로 임종이 가까운 환자가 죽음을 감지하게 될 경우, 또는 자신의 병이 치명적인 것임을 알게 되었을 때 대부분의 사람들은 커다란 충격으로 그 사실을 부인하는 일종의 자기방위의 자세를 보인다. 그러나 그러한 사실이 현실임을 자각하게 되면 보고 듣는 것 등 모든 정보에 대해 한없는 분노를 일으키는 경우가 많다. 분노는 자신과 가까이 연결되는 모든 사람, 모든 사물로 투사되는 바 그 중에서도 가장 가까이 많은 시간을 함께 하고 있는 간호사에게 현실적인 분노가 발산될 가능성이 높다. 이와 같은 절박한 상황에 대한 하나의 대안으로서 자신의 목숨이 연장만 된다면 무엇이든 감당하겠다는 거래(협상)의 모습을 잠깐 보이기도 하는데 그러한 과정 동안에도 더욱 쇠약해져 가는 자기자신을 느끼면서 더할 수 없이 소중한 것을 잃어간다는 상실감으로 완전히 기(氣)가 꺾이게 되어 무력감에 빠지게 된다. 때로 이러한 무력한 상태의 지속이 우울로 이어지면서 자신의 삶이 억울하다는 생각을 하기도 한다. 이러한 상태가 되면 이

미 더 이상 위로의 말은 도움이 되지 않고 그저 환자의 손을 잡고 옆에 앉아서 대상자가 '죽음에 대한 고통과 불안'을 피로워하는 것'을 돕는 것 이외에는 별다른 방법이 없는 것으로 보인다.

죽음이 예견되는 대상자에게 인간의 내적 자원(inner healing resource) 또는 에너지(氣)에 대한 이해를 높여 이에 의존하게 함으로써 상상요법으로 평화로운 상태가 유도되도록 하는 것이 의미 있는 방법일 수 있다(Achterberg et al., 1994; Shames, 1996). 이러한 상태로 진입하게 되면 이미 감정은 거의 없어져 아무 이야기도 하고 싶지 않은 초월상태 또는 무욕의 상태가 되면서 삶을 마감하는 종언적 나르시시즘에 도달하게 된다. 한편 동양적 죽음관은 개인의 입장에서의 죽음을 질서에서 무질서로의 변화로, 자연의 입장에서는 무질서에서 질서로의 환원으로 파악한다. 결국 죽음이란 개인의 생명에서 자연의 생명으로 전환되는 것으로서, 인간을 소우주로 보고 자연을 대우주라 전제할 때 인간의 생명은 비록 유한하지만 자연의 생명은 무한하므로 자연에의 합일(合一)을 목적으로 하는 장례의식을 통해 유한한 개인의 죽음이 무한한 자연과 연결된다고 볼 수 있다(김인락, 1989).

이상에서 살펴본 죽음의 과정은 대상자에 따라서 그 지속시간이 다르거나 몇 가지 양상이 병존하기도 하지만 대개 어느 정도의 '희망'이 지속적으로 유지되고 있음이 관찰된다. 따라서 의료인을 포함한 주위의 모든 사람들은 입종자가 죽음에서 비롯된 고통을 경험하면서도 소지하고 있는 희망(Adams & Partee, 1998; Corson, Soeken & Grimm, 1988)의 특성에 적합하게 응답하여 최후까지 진지하게 들음을 제공하여야 한다. 종종 불치병이나 사망 통보를 받은 대상자들의 경우, 좌절로 인해 아무것도 할 수 없게 되는 것이 아니라, 오히려 더욱 내적인 성숙성과 영적인 힘을 드러내는 것을 볼 수 있다. 이런 경우에 의료인들은 제한된 시간 안에서 대상자들과 의료인들의 지속적인 관심과 인내를 통해 주변사람에게 생명의 가치를 새롭게 가르쳐 줌으로써 큰 감동을 얻게 되는 체험을 하기도 한다. 그러므로 죽음의 고통을 경험하고 있는 대상자에게 언제 다가가야 하는지를 파악하는 것 즉 상호작용의 시기를 적절하게 포착하는 것이 중요하다. 왜냐하면 대상자의 자각 정도와 준비성에 따라 성장상태가 다르기 때문에 복잡성을 증가시킬 수 있는 적합한 시기선택의 문제가 제기되는 것이다(Cassell, 1992). 다시 말해서 주어진 상황에서 대상자에게 접근

할 시기가 언제이고 이제 충분하다라고 느껴지는 때를 민감하게 아는 것이야말로 간호사가 습득해야 할 중요한 기술의 하나인 것이다. 이 때 대상자의 건강경험을 변화시킬 수 있는 무조건적인 사랑은 고통을 완화시킬 수 있는 구체적 방법의 하나라 하겠다(Schwarz, 1989).

인간을 몸과 마음의 중층적 속성을 가진 개방적 존재로 정의해 볼 때 몸에 관한 것은 생물-생리학적 속성으로서 의학 및 관련분야의 일차적 관심 영역이요 마음을 소지한 인간으로서 환경과 상호 교류하는 속성은 간호학 및 종교, 사회학 등 관련분야의 관심영역이라 할 수 있다. 이와 같이 개방체제로서의 인간은 환경장과 계속적으로 에너지를 교환하면서 변화되어 가는(becoming being) 인지적 존재(cognitive being)이므로 끊임없이 변화될 수 있다는 가능성을 소지한 대상으로 접하게 되면 진정한 의미의 사랑을 실천하는 간호가 이루어지게 될 것이다(Skobe, 1997).

### III. 접근방법

이미 언급했던 바와 같이 죽음을 앞두고 있는 대상자가 체험하는 고통은 총체적이며 궁극적으로는 영적 성격을 띤 아픔의 문제라 할 수 있다. 이들이 체험하고 있는 영적 고통은 종교적, 문화적 결속으로부터의 분리와 믿음(belief) 및 가치체계에 대한 일종의 도전이라 할 수 있으므로 이러한 영적 고통이 영적 안녕상태로 전환되도록 하는 것이 중요하다(김수지, 오송자, 최희숙, 1997; Carr, 1993).

영적 안녕은 종교적 요소인 신과의 관계와 실존적 요소로서의 자신과 타인, 그리고 삶의 목적과 의미에 초점을 둔다. 영적 안녕은 또한 신과 자신, 그리고 공동체적 환경과의 관계 안에서 비록 죽음과 같은 부정적인 상황이라 해도 삶에 대해서 긍정적인 느낌과 태도를 갖게 한다. 영적 건강은 따라서 이와 같은 인간의 영적 본성이 최대한으로 개발되어 자신을 둘러싼 환경(신, 이웃, 자연)과 올바른 관계를 유지하면서 통합과 질서, 조화, 평화를 이루는 안녕의 상태를 의미한다(Ellison, 1983).

본 장에서는 고통을 체험하고 있는 대상자에의 접근방법을 종교적 측면과 영적 측면으로 살펴보고자 한다.

#### 1. 종교적 측면

종교심은 인간 누구에게나 태어날 때부터 주어진 것으

로 인간의 마음 깊은 곳에 자리잡고 있으며 이는 주로 사람에게 대한 사랑과 낯의 처지를 헤아리는 동정심과 온유함으로 표현된다. 이에 대해서 프롬(E. Fromm: 1900~1980)은 종교를 인간의 형이상학적인 여러 욕구를 궁극적으로 충족시켜 마음의 안정과 의지할 곳(安心立命)을 가져다주는 가르침이라고 설파했다. 이는 오늘날 날처럼 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 내재되어 있는 근원적 문제를 해결해 왔다고 볼 수 있다. 이는 토인비(Toynbee: 1889~1975)가 역사적 사실과 인간성의 본질에 입각하여 세계적으로 잘 알려진 종교의 공통적인 특성 즉 종교의 의미를 인간존재의 모든 성격을 총괄하는 인간계(界)에 관한 배려라고 분석한 것으로부터 이해가 가능하다.

문헌에 의하면 Thorson과 Powell(1990)은 종교성이 죽음에 영향을 미친다고 보고하고 있으며, 최공옥(1991)의 연구에서도 임종자들이 죽음을 수용하게 되면 신과의 관계가 이루어지고 내세에 대한 확신을 가지게 된다고 보고한 바 있다. Reed(1986)는 일찍이 인생의 말기 동안에 적절하고 이용 가능한 간호의 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 성격을 띠므로 영적 돌봄을 소홀히 해서는 안된다고 주의를 환기시키면서 호스피스 대상자들이 종교 또는 종교심을 자신들이 체험한 영적 안녕을 지탱하는 내적 힘의 근원으로 경험하게 된다고 보고한 바(Kastenbaum, 1986), 종교와 영적 안녕을 일관된 관계로 접근하고 있음을 알 수 있다.

서양이나 동양의 각 종교는 인간의 고통에 대한 해답을 제시하기 위해 부단히 노력해 왔다. 예를 들면 붓다는 인간을 고통으로부터 해방시키고자 인간의 생노병사라는 사실을 직시하기 위해서 출가하여 고통의 원인과 해결방안을 제시하려는 시도를 했다. 이에 반해 그리스도교는 인간의 고통으로부터 해방되고자 하는 욕망을 그리스도의 십자가상 부활과 연결시켜 설명하려 한다(심상태, 1989).

인간이 고통과 대면하면서 궁극적으로 벽에 부딪치게

되는 것은 바로 신체적, 정신적 고통에 대한 근원적인 문제이며 이러한 문제를 결정적으로 해결하기 위해서는 이성의 힘만이 아니라 신(神: God)이라고 불려온 초월적 절대자의 도움이 중요하게 작용하는 현상이 설명되어야 한다. 바로 여기서 인간의 고통 중 죽음에 대한 고통을 설명하고자 하는 건강 전문가들은 인간의 마음속 깊은 곳에 자리하고 있는 종교심이라 일컬을 수 있는 사랑의 에너지장인 영적 영역의 장(spiritual field)을 인정하게 된다(Carr, 1993). 이러한 장은 여러 경험에 비추어 볼 때 어떤 힘(에너지)을 발휘하고 있음을 알게 되며, 이러한 상태는 또한 자신의 내적자원(energy: 氣)과 자신의 밖에 있는 天地인 우주세계(신: cosmos)가 감응하여 교류함으로써 특이한 에너지를 만들어 낸다고 볼 수 있다(김용옥, 1985; Carlson & Shield, 1989; Krieger, 1981).

이와 같이 무한한 존재: 신과의 접촉이 이루어지는 장(場: field)을 자각하는 수준이 되면 인간으로서 궁극적인 성장이 이루어지게 된다는 신념을 소지하게 될 것이다. 따라서 이러한 상태는 질병이나 노령으로 죽음을 앞둔 대상자의 신체적 고통을 경감시키려는 여러 의료적 조치가 더욱 효과를 발휘하는 데 도움이 될 것이다. 다음으로 죽음의 고통으로 야기된 울적한 대상자의 심기가 발산되도록 하는 일이 중요한데 이는 대상자의 감정을 가능한 한 최대로 이해하고자 하는 노력, 즉 대상자의 감정표현을 그대로 수용하려는 관심과 동정심에 의해 가능해질 것이다. 그러나 고통받고 있는 대상자가 아직 자신이 처한 상황을 받아들이지도 못한 상태에서 신(하느님)의 섭리를 지나치게 강조하거나 종교적인 필연성을 이해시키기 위해서 신정론의 입장에서 하느님을 옹호하는 자세는 자칫 대상자들의 솔직한 느낌을 억누를 위험이 있다(박승찬, 1999). 여기서 대상자와의 친밀한 연대 관계를 만들어 내는데 있어서 간호사의 내적 성찰과 대상자에 심리상태에 대한 민감성이 지니는 중요성을 이해할 필요가 있다.

종교가 일상생활에 미치는 영향에 있어서, 대상자가 종교를 중요하게 생각할수록 영적 요구도가 높았음이 보고되었고(김태희, 1986), 질병 상태에서의 고통의 정도가 신과의 관계를 더욱 추구하게 되는데 이러한 상태는 질병의 기간이 길어질수록 더욱 증가하는 것으로 보인다(김경옥, 1989).

## 2. 영적 측면

인간의 의식양상을 다른 생명체와 비교해 볼 때, 인간의 몸과 마음은 환경과 상호작용하는 것으로 파악되며, 또한 무한한 정보 수용력을 가지고 있고 영적인 범위를 포함하는 거대한 체계(일종의 에너지 체계 : 우주)로서 보다 더 높은 수준으로 발달해 가는 복잡성을 지니고 있는 것으로 이해된다(Newman, 1994; Prigogine, 1980; Rogers, 1970). 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 잠재력에 대한 자각(awareness)정도 및 몰입(concentration)의 정도가 일상생활에서의 창조력과 치유력을 결정하는데 있어서 중요하게 작용한다(Achterberg et al., 1994; Carlson & Shield, 1989; Shames, 1996).

Moore(1992)는 영(혼)의 돌봄(soul caring)이란 대상자를 치료하여 바로 잡아주고 변화시켜 문제가 없는 상태로 하는 것이 아니라 현재의 상태 그대로를 수용하고 인내하는 것 즉, 일상적인 삶 그 자체인 매일의 삶을 잘 살아가도록 하는 것으로 파악했다. 따라서 일상생활 중에 고통스럽고 불가능해 보이는 상황을 겪고 있거나 이로 인하여 깊은 갈등 상태에 처해 있는 대상자를 돌보려면 건강전문가들 특히 간호사는 그러한 고통과 모순을 감싸 안을 수 있는 인간적인 성숙의 일정 수준에 도달해야 하며 한편 인간과 신의 관계에 대한 일정한 종교적 이해까지 포괄할 수 있는 포용력을 지니는 내적인 수련이 전제되어야 한다고 본다. 이상과 같이 준비된 경우, 돌봄의 예술(caring art)을 구사할 수 있게 되는데, 이는 폐쇄적인 자아와 관련된 강박관념을 떨쳐 버리고 무한한 존재에 대한 경외심과 인간에 대한 존엄성으로 마음을 열게 되는 상태(Moss, 1981)로 이어진다. 마음을 연다는 것은 한편으로는 섬세한 정서상태로 인해 쉽게 상처받거나 민감한 상태로 되는 것을 말하는데(Watson, 1979; Newman, 1994) 바로 이러한 속성이 인간성(humanness)의 원래 특성이며 이러한 상태는 인간 대 인간으로서 돌봄의 관계(human-to-human care process)가 이루어지는 것을 돕는다(Carlson & Shield, 1989; Shames, 1996; Watson, 1985).

한편 인간은 대부분 주어지는 고통을 피하려는 속성이 있기 때문에 가능한 한 고통을 피하려 하지만 이러한 도피

의 행위는 오히려 고통 자체를 초월하는 보다 높은 수준의 의식으로 옮겨가는데 방해요인이 될 수 있다(Watson, 1990). 그러므로, 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 작용할 수 있다는 데에 관심을 기울일 필요가 있다. 의료분야에서 의식의 확장으로 기대하는 상태는 건강하게 확장된 의식상태(healthy expanding consciousness)인데 이러한 상태는 영적인 영역의 확장을 포함하며 환경 또는 개인의 건강상태와는 무관하게 초래된다고 볼 수 있다. 이와 같은 맥락에서 고통에 접근하는 경우 신체 의학적 접근(biomedical approach)을 수용하지 않을 수도 있다(Newman, 1992). 이러한 접근은 신체 의학적으로 파악되는 건강의 차원을 뛰어넘어 존재자체에 의미를 부여하는 것을 기본 전제로 삼고 있기 때문에, 질병상태를 포함한 인간의 의식상태에 관심을 갖는 총체적 모델을 수용하게 된다(Elberson & Williams, 1996).

간호사들이 인간에 대한 총체적 모델을 받아들인다면, 영적 간호를 제공해야 하는 윤리적 책임이 뒤따르게 된다. 간호는 실수가 중요시되며 이는 필수적으로 도덕적 요소를 요구하기 때문이다(Bishop & Scudder, 1990). Pettigrew(1990)는 웅변적으로 인간의 중요한 부분으로서 영적인 요구를 무시하거나 이에 대한 인식을 도외시하는 간호는 비윤리적이며 간호의 특성에 필수적인 성실의 원리가 파괴된 것이라고 주장하면서 간호사들이 영적간호에 적용해야 할 4가지의 윤리적 원칙을 선행(자선), 피해를 끼치지 않는 것(불가해), 자율성, 그리고 옹호로 제시하였다. 선행에는 환자와의 상호작용 안에서 성심껏 자신의 행위를 제공하는 헌신이 포함된다. 두번째 원칙인 다른 이에게 해를 주는 것을 피하는 것은 비-중재의 관점과는 구분되어야 하며, 이러한 맥락에서 자신의 영적 손상(상처받기 쉬움)이 두렵기 때문에 영적간호를 보류하는 것은 유해하지 않음이라는 두번째 윤리적 원칙을 위반하는 것이라고 했다. 환자의 자기-결정 권리인 자율성의 원칙을 따르는 것은 환자들의 요구를 알기 위해 간호사의 개인적 신념과 가치들을 환자 자신의 의미를 파악하는 과정과 구분하고, 이러한 상태에서 환자가 영적간호에 대하여 바라는 것이 무엇인지 사정하는 것을 의미한다. 이러한 자율성의 원칙은 대상자 스스로가 그들의 영적 요구와 질문을 표현하도록 격려하되 간호사 자신의 생각을 환자에게 강요하지 않는 것을 지시

한다. 영성의 다른 윤리적 원칙인 옹호는 환자를 능동적으로 돕는 것으로서 의미, 희망, 그리고 영적 신념과 가치를 보다 명확하게 파악하려는 환자를 조력함으로써 결과적으로 자율성이 길러진다는 신념에 기초하고 있다. 이러한 영적 돌봄의 과정은 의료인과 대상자 모두에게 영성이 함께 작용하도록 한다(Jacobson & Burkhardt, 1989). 영성은 인간을 활기 있게 하므로 재활상태를 포함하는 건강유지에 필수적이며(Davis, 1994) 자신과 개인의 가치세계에 대해 배우고 이러한 지식을 개인의 삶에서 의미 있는 목적을 추구하는 데 적용하는 과정이다(Seaward, 1991).

Wright(1998)는 간호사들의 경우 특히 직업적으로 영적간호를 제공하는데 책임이 있음에도 불구하고 영적간호를 제공하는데 필요한 기술사용과 개발을 꺼려해 왔다고 보았으며 그 요인으로서 영적간호 교육의 부족(Dorff, 1993; Piles, 1990), 환자의 프라이버시를 침범하는데 대한 두려움(Carr, 1993; Dorff, 1993), 시간의 부족(Piles, 1990), 그리고 간호사 자신이 영성을 인식하는데 부족함이 있다는 것을 지적하였다. 영성이란 자신이나 다른 이들과의 관계, 자연적인 질서 그리고 창조적인 표현이나 유사한 정신활동, 의미있는 일 그리고 종교적인 신념을 포함하는 높은 수준의 개인적인 의식상태를 지시한다. 김강미자와 이병숙(1998)은 영성의 속성으로서 자기, 또는 다른 존재 및 신과의 교통, 자기 초월성, 절대가치에 대한 믿음 등을 확인하였고, 영성의 선행요인으로는 '인생의 의미에 대한 깊이 있는 탐구'로 보았으며 영성의 결과로는 기쁨, 희망, 자존감, 사랑 등을 들고 있다.

이상으로부터 의료인들의 영적 돌봄에 대한 책임은 아무리 강조해도 지나치지 않음을 알 수 있다. 임상에서 적용할 수 있는 호스피스 대상자의 중재방안으로서 함께 함(presence)을 들 수 있다. 아무 말 없이 옆에 앉아서 환자와 같이 있어 주는 것, 즉 의료관련 전문인과 대상자가 공유하는 공간에서 진정으로 함께 하는 것(true presence)은 Parse(1994)가 말하는 인간되어짐(human becoming)의 한 측면으로서 인간 상호 연결성의 우주적 경험을 강조하는 영적인 요소인 것이다. 또한 이러한 행위는 삶 속에서 친밀감(intimacy)을 공유할 누군가가 있다는 안전감 혹은 편안함을 제공하기 때문에 대상자의 기분을 좋게 하기 때문에, 진정한 함께 있음은 대상자를 돌보는데 있어 매우 중요한 간호 행위가 된다(조계화, 1999; Mitchell, 1995). 이외에도 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 제공하는 좋은 예가 될 것이다.

#### IV. 결론 및 제언

본 고에서는 고통에 대한 이해와 영적 접근에 대한 의식확장의 필요성을 이해하기 위해서 관련된 문헌을 살펴 보았다. 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. 전인적, 총체적으로 인간을 이해하는 것은 대상자의 건강과 관련된 의사결정과 치유과정에 필수적인 요소라 할 수 있다.

살펴본 바와 같이, 건강관련분야 특히 만성적 건강문제를 해결하기 위한 방안의 모색으로서 총체적 모델(holistic model)에 대한 관심이 증대하고 있다(김명자, 1996; Elberson & Williams, 1996; Newman, 1994). 이는 인간을 하나의 전인으로 통합된 체계 즉 신체와 정신 그리고 영적인 요소가 하나로 통합되어(body-mind-spirit integration) 각 개인의 특성이 결정된다고 보는 이론체계를 말한다. 이러한 이론체계에 대해서 기계론적 사고에 익숙해져 있는 대부분의 사람들은 강한 회의를 제기한다. 신체적 위기 상태에 있어서 특히 의식이 없는 경우에는 전적으로 외적인 요소 즉 의료전문가가 주도하는 신체적 요소에 대한 교정이 우선적으로 진행되기 때문이다. 그러나 기초과학과 생명과학의 성과에 힘입은 첨단의료기기와 치료대책의 진행에 따른 문제점이 제기되고 있는 현 시점에서 통합된 존재로서의 인간의 욕구를 보완해 주는(Gaut, 1986; Watson, 1988) 의료인들의 역할이 중요한 의미를 갖는다.

결론적으로 대상자들이 제기하는 여러 의문과 고통에 언어적 또는 비언어적으로 적절하게 반응하는 것은 대상자들의 자신들의 죽음을 편안하게 수용하게 하며 더 나아가 종교적 신념이 있는 경우에는 영원한 생명에 대한 희망을 소지하게 되어 평화스러운 죽음을 맞이하는 상태를 유도하게 된다. 이때 대상자가 인간의 본성이라고 말할 수 있는 종교성, 즉 영성의 차원에 대한 이해를 가지게 되면 죽음의 의미, 죽은 후의 세계에 대한 직관력이

생기게 된다고 Kubler-Ross(1979)가 많은 사례경험을 통해 서술한 것이 시사하는 바 크다. 따라서 대상자의 의식을 확대시킬 수 있는 영적 속성에 대한 이해로 인간이 경험하는 고통을 가볍게 해주는 힘이 강화된다는 신념을 소지하는 것은 대상자에게 보다 가까이 다가갈 수 있는 채비가 될 것이다.

인간은 죽음을 체험하면서 궁극적인 고통과 대면하게 되는데 이러한 문제를 해결하기 위해서는 의료적 조치인 이성의 힘만이 아니라 절대자인 신(God; 하느님)과의 관계 안에서의 모색이 이루어져야 할 것이라고 본다. 고통을 겪고 있는 대상자들은 의료인의 따뜻한 마음과 전인적인 포용력을 요구하는 인간적인 특성이 있기 때문에 의료인들은 인간의 마음속 깊은 곳에 자리하고 있는 종교심 또는 영적 영역의 장을 인정하고 이를 통해 고통에 대한 의식을 확장하고 발전시키고자 하는 신념을 소지할 필요가 있다.

본 고를 토대로 호스피스 대상자를 중심으로 고통의 궁극적 특성에 관한 영적인 체험연구가 이루어져야 하겠으며 이를 바탕으로 하여 대상자의 의식확장에 도움을 줄 수 있는 구체적 방안이 모색되어야 할 것이다.

### 참 고 문 헌

- 강경아 (1997). 고통(suffering) 개념분석과 개발 : 혼종모형(Hybrid Model) 방법적용. 대한간호학회지, 26(2), 290-303
- 김강미자, 이병숙 (1998). 영성(spirituality)의 개념분석. 성인간호학회지, 10(3), 460-468.
- 김명자, 정영 역 (1994). 간호철학:돌봄과학으로서의 간호학. Jean Watson(1979). Nursing : Philosophy & Science of Caring. 서울:현문사
- 김명자 (1996). 인간과학으로서의 간호학과 총체적 접근. 가톨릭대학교 의과대학 논문집, 49(2), 499-514.
- 김용욱 (1985). 氣哲學이란 무엇인가? 고려대학교 중국학 연구회, 중국학 논총 제2집.
- 김인락(1989). 東洋醫學의 生死論 연구. 경희대학교 대학원 박사학위논문.
- 김수지, 오송자, 최화숙 (1997). 호스피스 : 사랑의 돌봄. 수문사
- 김태희 (1986). 입원환자의 영적요구와 그 충족도에 관한 연구. 이화대학교 대학원 석사학위 논문.
- 박승찬 (1999). 인간고통의 의미. 인간연구 1, 159-189.
- 손봉호 (1992). 「고통에 대하여」 서울대학교 학생생활 연구소 편, 『대학상황의 설계』 서울대학교 출판부.
- 심상태 (1989). 인간-신학적 인간학 입문. 서광사, 인간과 고통(11장), 235-271.
- 송봉모 (1998). 성서와 인간 4 : 고통 그 인간적인 것. 서울 : 바오로의 딸
- 조계화 (1999). Nurse Presence 프로그램이 혈액투석 환자의 우울, 스트레스, 삶의 질에 미치는 효과. 가톨릭대학교 대학원 박사학위논문.
- 최공욱 (1991). 말기 암환자의 임종경험에 관한 연구. [학위논문] 연세대학교 대학원.
- Achterberg, J., Dossy, 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. Journal of Psychosocial Nursing, 36(4), 29-32.
- Bishop, A. H. & Scudder JR. (1990). The practical, moral, and personal sense of nursing : A phenomenological philosophy of practice. Albany : State University of New York Press.
- Buckingham, R. B. (1996). The handbook of hospice care. New York : Promethers Books.
- Carr, K. (1993). Integration of spirituality of aging into a nursing. Gerontology & Geriatrics Education, 13(3), 33-45.
- Carlson, R. & Shield, B. (1989). Ed. Healers on healing. New York: St. Martin's Press.
- 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.
- Corson, VB, Soeken, KL & Grimm, PM. (1988). Hope and its relationship to spiritual well-being. Journal of Psychology & Theology, 16(2), 159-167.
- Davis, MC. (1994). The rehabilitation nurses role in spiritual care. Rehabilitation Nursing,



- 19(5), 298-301.
- Dorff, E. (1993). Religion at a time of crisis. A nursing challenge. Spiritual Well-being, 2(3), 56-59.
- Elberson, K. L. & Williams, S. A. (1996). Innovative strategies for promoting clinical scholarship : A holistic approach. Holistic Nursing Practitioner, 10(3), 33-40.
- Ellison, C.W. (1983). Spiritual well-being: Conceptualization and measurement. Journal of Psychology & Theology, 11, 330-340.
- Eriksson, K. (1992). The alleviation of suffering : The idea of caring. Scandinavian Journal of Caring Science, 6(2), 119-123.
- Fromm, E. (1976). 「인간상실과 인간회복」. 이극찬 옮김. 현대상사.
- Gadow, S. (1984). Existential advocacy, technology, truth and touch. In R.L. Taylor & J. Watson (1989). Ed., They shall not hurt. Colorado Associated University Press.
- Gaut, D. A. (1986). Evaluating caring competency in nursing practice. Advanced in Nursing Science, 8, 77-83.
- Hall B. A. & Allan J. D. (1994). Self in relation : A prolegomenon for holistic nursing. Nursing Outlook 42, 110-116.
- Jacobson, G., & Burkhardt, A. (1989). Spirituality : Cornerstone of holistic nursing practice. Holistic Nursing Practitioner, 3(3), 18-26.
- John, Paul II (1984). On human suffering : apostolic letter of Pope John Paul II on the christian meaning of human suffering. The Pope Speaks 29, Vatican.
- Kastenbaum R. J. (1986). Death, Society and Human Experience, (3rd. ed.), Bell & Howell Co. Columbus, 117-133.
- Kruger, D. (1981). Foundations for holistic health nursing practice. J.B. Lippincott Co.
- Kubler, Ross E. (1979). Death & Dying. 「죽음의 이해」. 성염 옮김, 분도 출판사.
- Mitchell, G. J. (1995). Quality of Life : Intimacy in the nurse-person process. Nursing Science Quarterly, 8(3), 102-103.
- Moore, T. (1992). Care of the soul. New York : Harper Collins.
- Moss, R. (1981). The I that is we. Millbrae, CA : Celestial Arts.
- Neuman, B. (1989). The Neuman systems model (2nd ed.). Norwalk, CT: Appleton- Lange.
- Newman, M. A. (1994). 2nd ed. Health as expanding consciousness. New York : NLN.
- Newman, M. A. (1992). Prevailing paradigms in nursing. Nursing Outlook, 40(1), 10-14.
- Pettigrew, J. (1990). Intensive nursing care: The ministry of presence. Critical Care Nursing Clinics of North America, 2(3), 503-508.
- Piles, C. (1990). Providing spiritual care. Nurse Educator, 15(1), 36-41.
- Prigogine, I. (1980). From being to becoming. San Francisco : W. H. Freeman.
- Reed, P. G. (1986). Religiousness among terminally ill and healthy adult, Research in Nursing and Health, 35-41.
- Rogers, M. E. (1970). An introduction to the theoretical basis of nursing. Philadelphia : Davis Co.
- Sarter, B. (1987). evaluationary idealism : A philosophical foundation for holistic theory, Advance in Nursing Science, 9, 1-9.
- Schwarz, L. (1989). Healing, love, and empowerment. In R. Carlson & B. Sheild(Eds). Healers on healing. New York:St. Martins Press.
- Seaward, B. L. (1991). Spiritual well-being : A health education model. Journal of Health Education, 22(3), 166-169.
- Shames, K. H. (1996). Ed. Creative imagery in nursing. New York : Delmar Pub.
- Skobe, (1997). When nurse is not enough : Why the hospice interdisciplinary team may be a nurse's best gift. American Journal of Hospice & Palliative Care. July/Aug., 201-204.
- Taylor, R. L., & Watson, J. (1989). They shall

not hurt. Colorado Associated University Press.

Thorson, J. A. & Powell, F. C. (1990). Meaning of death and intrinsic religiosity. Journal of Clinical Psychology, 46(4), 379-387.

Toynbee, A. J. (1993). 「세계 종교 속의 기독교」. 마경일 역. 서울 : 전광사.

Watson, J. (1985). Nursing : Human science and human care. Norwalk : Appleton - Century - Crofts.

\_\_\_\_\_ (1988). New dimensions in human caring theory. Nursing Science Quarterly, 1(4), 175-181.

\_\_\_\_\_ (1990). Transpersonal caring : A transcendent view of person, health, and nursing. In M. E. Parker(ed), Nursing theories in practice(pp. 277-288). New York: N.L.N

Wright, K. B. (1998). Professional, ethical, and legal implications for spiritual care in nursing. Image : Journal of Nursing Scholarship, 30(1), 81-83.

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-

Key concept : Suffering, Death, Spiritual approach

## Suffering and Spiritual Approach

Kim, Myung Ja\* · Jo, Kae Hwa\*\*

Although the general concept of suffering care includes palliative care technology for terminally ill person to alleviate his pain, it is much more holistic including emotional, spiritual and other life dimension. This inclusive concept of caring can be possible with the fundamental reflection on the human suffering. Far from the concept of pain understood in the context of materialist medical approach, human suffering has many dimensions including aesthetic, psychological, and religious: its meaning is holistic. With this perspective, the experience of the suffering client must be reconsidered before one starts with an objective side or a subjective side of suffering. Indeed, the actual strategies of suffering care can be different depending on the definition of human suffering accepted by practitioners. In this caring perspective, 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 for dying person, his family members and the caring team.

Despite this impending importance of the inclusive understanding of human suffering, the actual nursing practice still does not reflect this growing understanding of human suffering. This approach, which tried to pursuit the more fundamental meaning of human suffering, can contribute to the development of nursing education and practice which pay attention to the more inclusive view of human suffering.

\* College of Nursing, Catholic University  
 \*\* Department of Nursing, Taegu Catholic University