

만성통증 환자의 통증 조절 *

은 영**

I. 서 론

1. 연구의 필요성

통증 환자에 대한 사정과 적절한 중재를 통해 통증 환자들의 고통을 덜어주는 것은 간호학에서 매우 중요한 문제이다. 그런데 통증 경험의 가장 중요한 특징은 그것이 철저히 개인적인 경험이라는 점이다. 이는 객관적인 언어로 표현하기가 어려운 개별적인 경험으로서 다른 사람에게 이것 이다라고 지시할 수 있는 공통의 대상을 찾지 못하는 경험이라고 할 수 있다. 또한 통증 경험은 근본적으로 수동적이어서 마음대로 만들거나 피할 수 있는 경험이 아니고 통증속에서 인간은 자신의 약함과 한계성을 강하게 느낀다는 것이다. 따라서 통증 경험은 이를 피하고자 하는 무수한 행동과 생각을 하게 한다(손봉호, 1992). 통증 경험은 같은 병명을 가진 환자들에게도 서로 다른 통증 양상을 관찰할 수 있고 비슷한 형태로 시작한 통증도 다른 형태로 진행되는 것을 볼 수 있다. 또한 통증 치료의 효과도 환자마다 차이가 있다.

특히 만성 통증의 경우에 의료진이 통증을 조직 손상에 대한 반응으로만 판단하여 이를 제거하

려는 접근은 실패하는 경우가 많다(Engelbart, Vrancken, 1984; Parker, Frank, Beck, 1988). 치료과정에서 보이는 환자의 일관성없는 통증 호소와 환자의 행위사이에는 거의 관련이 없는 것 처럼 보이고(Holm, Cohen, Dudas, 1989), 치료진들은 만성통증 환자를 치료하지 불이행자, 공격적이고 화가난 환자, 우울한 환자등으로 잘못 분류하기도 한다(Kodiath, M., 1991; Anderson, Keefe, 1988). 실제로 만성 통증 환자들은 정서의 변화, 우울등과 관련한 행위의 변화, 사기저하, 무력감, 사회적 고립감 등을 경험하고, 과다한 치료, 수술을 위한 빈번한 입원, 약물을 남용하는 등의 질병행위를 보일 수 있다(Drowkin, 1991). 또한 계속되는 고통속에서도 적절한 치료를 받지 못하는 환자들은 전통적인 치료기관과 비전통적인 치료기관을 전전하게 되며 이는 더욱 더 통증 행위를 이해하기 어렵게 한다(Kotarba, 1980).

우리나라 만성통증의 문제로서 두통, 요통, 신경통, 관절통등을 들 수 있는데 이중 특히 류마티스 관절염 등과 같은 진행성 근골격계의 질환은 발생연령의 특징점은 없지만 장년층에서 많이 발견할 수 있으며 골관절염을 포함하여 우리나라 만

* 본 연구는 은영, 1994. 만성통증 환자의 통증 경험, 서울대학교 박사학위 논문의 일부임.

** 기독교병원 간호 전문대학 교수.

성질환의 30%정도를 차지하고 있다(간협신보, 1992. 10. 1). 류마티스 관절염은 수술등의 치료법의 발달에도 불구하고 완치를 목표로 하기보다는 증상의 조절이 주요 목표로 제시되는데(Lambert, 1991) 특히 통증을 견디어 내고 조절할 수 있는 능력이 병의 예후를 결정하기까지 한다(Skevington, 1986). 만성통증은 환자의 통합성과 자아실현을 위협하는 경험입은 물론 삶의 모든 면에서 대처를 요구하기 때문에 전인적인 통증 간호가 요구된다.

간호 중재란 인간 존재에 초점을 두는 것이며 인간의 삶의 잠재력을 보다 효과적으로 채울 수 있도록 인간과 환경을 재형태화하는 것(Rogers, 1970)에서 만성통증 환자의 간호 역시 삶의 잠재력을 극대화 시킬 수 있는 방향으로 이루어져야 한다. 그러나 지금까지의 연구들은 고통을 줄여야 한다는 것에만 관심을 두어서 고통 그 자체와 고통을 경험하는 인간 그 자체에 대해서는 상대적으로 무관심하였다. 따라서 통증 환자가 자신의 통증을 관리하도록 돕기 위해서는 비단 통증의 양을 줄이는 것 뿐아니라 통증이 환자의 삶에 미치는 영향을 조절하고 환자의 삶의 잠재력을 높일 수 있는 간호가 제공되어야 한다. 이를 위해서는 통증 환자들이 통증을 조절하면서 어떻게 살아가고 있는지를 이해하는 것이 필요하다.

2. 연구의 목적

본 연구는 우리나라 만성통증 환자의 통증 경험을 밝히기 위해 류마티스 관절염 환자의 통증 조절 경험을 서술하는 것이다.

II. 이론적 배경

통증 경험의 이해를 위한 이론적인 배경의 구성은 통증경험의 정의, 통증 경험의 구성, 자연주의적 연구 방법론으로 구성되었다.

1. 통증 경험의 정의

통증에 대한 정의는 매우 다양하며, 통증 현상

의 복합적인 특성으로 인해 통증 현상을 설명하기 위한 이론 또한 다양하다(이은옥, 1987). IASP(International Association for the study of Pain, 1986)에서는 통증은 '실제적이거나 잠재적인 조직 손상과 관련된 불유쾌한 감각적 정서적 경험'으로 정의한다. 특히 통증이 환자의 삶을 지속적으로 방해하는 경우를 만성 통증이라고 하는데 McCaffery(1989)는 만성 통증에 대한 조작적 정의를 '통증이 6개월이상 지속되며, 생을 위협하는 기질적인 질환은 아니며, 일반적으로 환자의 일생 내내 지속되는 통증'이라고 하였다. Engelbart와 Vrancken(1984)는 일생동안 지속적인 통증은 병리적 통증 반응에 의해서 시작되지만 만성 통증의 통증 기능은 단순히 신체적인 증상이 이상으로 다시 범주화되고 환자의 생의 양식에 합병하여 지속적인 통증 경험을 진행하게 된다고 하였다. 따라서 만성통증은 통증의 감각적 요소, 동기적, 정의적, 인지적 관점이 시간의 흐름에 따라 통합되어 주관적으로 경험되는 것이라고 정의할 수 있다.

통증은 불유쾌한 경험으로서 이를 피하고자 하는 많은 행위로 대처를 하게 되며 이를 포괄적으로 통증 경험이라고 한다. Cupples(1992)는 통증 경험을 고통스런 경험(hurtful experience)이라고 정의하고 통증으로 인한 고통은 신체적인 통증만이 아니라, 정서적인 통증, 슬픔, 고뇌(anguish)를 모두 포함한다. 통증의 경험은 고통스런 것으로서 Cassel(1982)은 통증으로 인한 고통은 개인의 완전성(intactness)을 위협하는 사건과 관련된 심각한 괴로움(distress)의 상태라고 정의하였다. 그러나 고통과 통증은 같은 의미로 사용되는 것은 아니고, 고통은 통증이라는 신체적인 경험없이도 경험할 수 있으며 주로 정신적인 측면이 강조된다면, 통증은 신체적인 괴로움의 측면으로 접근하였다. 이에 대해 손봉호(1992)는 고통의 현상학이라는 연구에서 대부분의 서양어에서는 고통(suffering)과 통증(아픔, pain)을 구별하지만 우리말에서는 통증과 고통을 그렇게 엄격하게 구분하지 않고 고통이란 용어속에 고통과 통증을 다같이 포함한다고 보았다. 그 이유는 고통과 통증이 엄격하게 구분되지 않고 서

로 상관관계가 있는데 통증을 느끼는 사람은 고통 속에 있고 고통과 통증은 별개의 느낌이 아니라 범위가 넓은 동일한 느낌의 양극으로 이해될 수 있으며, 그 상태를 모두 고통이라고 표현할 수 있으므로 통증은 포괄적으로 고통스러운 경험이라고 하였다.

흔히 만성통증으로 분류되는 통증으로는 관절통, 요통, 두통, 신경통 등을 들 수 있으며, 이중 관절통을 일으키는 질환으로 류마티스관절염은 의학에서는 병인을 자가면역현상, 류마티스 유발 인자의 존재, 유전적인 소인등으로 추정하고 있다(김동집, 1986). 류마티스 관절염은 완치를 목표로 한 치료는 계속적인 연구중에 있으나, 일반적으로 통증을 감소시키면서 기능의 유지 증진을 통해서 회복을 유도한다는 입장을 보인다. 따라서 류마티스 관절염 환자들에게는 다른 만성질환에서와 같이 병의 불확실함을 견디고 증상 조절의 지각을 증진시키는 것이 치료의 목표로 제시되고 있다. 그러나 류마티스관절염 환자들의 통증경험 또한 다른 만성통증의 경험에서와 같이 통증 정도의 지각은 의료적인 상태와 일치하지 않으며(Parker, Frank, Beck, 1988; Skevington, 1986), 통증은 우울, 무기력, 불안등의 심리적인 요소들과(Bradley, Young, Anderson, et al, 1986; Beutler, 1986), 질병의 심각함에 대한 지각과 기능장애의 정도(Anderson, Keefe, 1988), 나이, 수입, 결혼상태등의 사회적 요인(Creed, 1990) 등에 영향을 받는다는 연구들이 보고되어있으나, 연구 결과가 항상 일관되지는 않아서 통증경험은 신체 심리 사회 문화적인 경험으로서 다차원적으로 접근하는 것이 요구되었다. 또한 간호학에서는 류마티스 관절염 환자들의 통증은 삶의 질, 안녕감등의 주관적인 건강에 영향을 미치는 요소로서(Lambert, 1985; Pollock, 1986; Laborde & Powers, 1985; Burkhardt, 1985) 자존심, 심리적인 강인성, 사회적 지지 등의 심리사회적인 요인들 영향에 의해서 통증경험이 달라질 수 있음을 보였다.

2. 통증 경험의 구성

통증 환자들은 자신의 통증이 자신의 삶에 미치는 영향을 처음에는 잘 알지 못한다. 그러나 통증이 진행되면서 환자들은 통증의 의미를 묻고, 통증에서 벗어나기 위한 전략을 갖게 된다.

질병 경험에 대한 의학적인 모델에서는 질병을 증상에 대한 개인적인 경험으로 간주한다. 이 관점은 환자의 증상 호소를 통해서 숨겨진 질병을 밝혀내는 것이다(Morse & Johnson, 1991). 그러나 이 모델은 질병 경험을 증상이라는 신체적인 사건으로만 간주하기 때문에 총체적인 인간에 대한 접근에는 한계점을 갖고 있다.

질병 경험에 대한 또 다른 접근은 인간에 초점을 둔 질병 행위 모델로서 질병과정에 대한 인간의 반응과 대처능력을 질병 경험으로 간주하는 것이다(Mechanic, 1972). 이 관점은 질병을 신체적, 심리적, 문화적 스트레스원으로 간주하며 질병의 신체적인 경험은 물론이고 질병에 대한 인간의 심리 사회적인 경험을 포함한다. 질병 경험은 이를 피하고자 하는 대처를 하게 하는데 대처란 인지론자의 관점으로는 문제(problem)나 정서(emotion)를 관리하려는 목적으로 취해지는 사고(thought)나 행위(behavior)이다(Lazarus & Folkman, 1984). 이는 적응(adjustment)과 제어(mastery)라는 개념과는 구별되는 것으로 늘 행하는 숙련된 행동이기 보다는 문제를 일으키는 상황에서 적절하게 당황하지 않고 즉각적인 파멸로 가지 않도록 조절하는 기전이다(Geach, 1987).

만성 통증 행위를 질병 행위 모형으로 접근한 Dworkin(1991)은 통증 행위를 생리 심리 사회적인 관점으로 접근하였다. 즉 통증 환자 대처 과정은 증상 경험의 시기, 환자 역할 가정의 시기, 의료적 접촉단계, 의존적인 환자역할 단계, 회복과 재활의 단계등으로 이루어지며, 이 과정은 통증자극을 처음에 느끼고, 통증자극을 해석하는 개인의 인지적인 과정과, 정서상태와 상황적인 배경이 작용하여, 자극의 의미가 굳어지고, 의미에 작용하고 있는 문화적인 영향력에 합당한 통증 대처 행위를 한다고 보았다.

사회학 이론에서는 통증 대처 행위는 환자들이 의료체계와의 상호작용속에서 형성하는 환자역할로서, 먼저 Parsons(1951)의 구조주의에서는 의사와 환자의 관계가 사회의 구조를 유지하는데 좋은 방향으로 진행되는 것으로, '환자역할'이라는 개념으로 설명하였다. 즉 통증 환자에게 부여된 좋은 환자의 역할은 환자가 일정기간 책임을 갖지 않는 것이며, 환자들의 일정기간의 역할면제가 통증행위를 설명한다고 하였다. 특히 만성 통증환자들의 통증 행위는 주로 통증 호소에 의한 이차적인 이득(일을 쉬는 것, 책임을 면제하는 것)을 얻기 위한 환자역할이라고 간주되기도 하고, 반대로 통증은 주관적이고 드러나지 않는다는 점에서 환자역할이 적절히 허용되지 않아서 환자들이 여러 치료기관을 찾아 다니면서 자신의 통증을 증명하고자 하는 통증행위를 보인다고 설명하였다.

두번째로 맑시스트의 관점은 경제적인 분석을 위한 관점으로 환자행위를 이해득실을 따지는 경제적인 선택행위로 설명할 수 있다고 하였다. 세번째의 상징적 상호작용론자들은 통증 행위가 의사와 환자의 상호 작용속에서 구성되는 것(Strauss, Fagerhaugh, 1977)으로 보았으나, Kortaba(1983)는 의사와 환자의 상호작용에만 지나치게 의존함으로써 환자의 내적 자아는 없는 것으로 보인다고 비판하였다.

네번째 의사결정 모델은 Mechanic(1968)의 연구모형인데, 10가지의 요소들이 상호작용을 하여 의사결정이 이루어진다고 보는 것이다. 이 모형은 보이는 것, 인지하는 것, 이상한 증상의 지각적인 분명함, 증상의 심각성, 이용할 수 있는 치료자원, 물리적인 근접성, 심리적이고 경제적인 비용등에 따라서 환자역할을 선택하고 의료진과 상호작용을 한다고 하였다. 이때의 의사와 환자와의 관계는 도움을 주고 받는 상호지지적인 관계로 고정하고 있다.

그러나 Kortaba(1980)은 통증경험은 의사와 환자와의 관계가 일정하지 않고 상황에 따라 약속, 철회, 갈등의 관계등으로 변화되어감으로 위의 네이론으로 보다는 실존적인 이론으로 설명할 수 있다고 주장하였다. 환자들은 의사와의 만남에서 통증의 의미를 찾으려 하지만 또한 그 만남에

의해서 통증의 의미는 변화되고 다시 만들어진다. 따라서 만성 통증 경험은 일상 생활속에서 계속적으로 변화하는데 이 과정에서 환자들은 통증 경험의 육화(embodiment)를 통해서 자신의 새로운 자아(self)를 만들어간다고 보았다.

종합하면 통증 경험은 환자의 증상의 지각과 통증자극을 해석하는 개인의 인지적인 과정과, 정서상태와 상황적인 배경이 작용하여, 의료체계와의 상호작용을 통해서 통증 대처 행위가 된다.

통증 경험은 의료체계에 의해서만이 아니라 가족과의 상호작용에 의해서도 영향을 받는다(Kleinman, 1987). 통증 환자들은 자신의 증상과 비슷한 증상을 가족에게서 발견하는 경우가(68%), 다른 만성질환을 앓고 있는 환자(44%)에 비해서 더 많았다(Violon & Giurgea, 1984). 또한 환자의 가족과 친한 친구들이 동정을 하고 관심을 기울임으로서 통증 환자들은 다른 사람을 조절하고, 다른 사람들에게 의존하고, 다른 사람의 관심을 끄는 등의 이차적인 이득을 얻기 때문에 가족들이 통증환자에 대한 태도를 바꿈으로서 환자의 통증행위를 줄일 수 있다고 보았다(Fordyce, 1976). 또한 통증 환자의 가족들은 초기에는 다른 급성의 질환과 마찬가지로 환자를 지지하고, 치료를 찾는데 도움을 주지만, 만성통증이 지속되면서 환자의 통증의 의미가 밝혀지게 되면 철저한 동정에서 주의와 동정이 혼합된 지지로 바뀌게 된다. 또한 치료를 찾는 것은 일반적으로 환자가 주도권을 가지고 있지만, 가족은 치료가 비싸지 않을 것, 가족의 건강 가치관에 비해서 치료가 특이하지 않을 것, 지나치게 파괴적이지 않은 치료를 지지하는 것을 보임으로서(Kortarba, 1983) 환자들의 대처행위를 변화시킬 수 있다. 또한 가족들도 통증 환자로 인해 영향을 받는데, 배우자들은 건강한 사람들의 배우자에 비해서 우울한 정서를 보이고, 통증의 불확실성에 직면해 있어서 무력감과 무기력함을 느낀다는 것이다(Flor, Turk, Rudy, 1987). 또한 통증 경험은 성적 불만족을 초래할 수도 있는데 만성통증 환자의 2/3정도는 성적활동의 빈도의 감소와 질의 감소를 호소하였고, 1/3은 결혼생활에 장애를 주는 수준까지 악화되었음을 보고하였다. 이는 당뇨병

과 같은 만성질환자와 비교하였을 때에도 현저한 차이를 보이는 것으로, 통증 환자에게 나타나는 특징적인 점이라고 지적하고 있다(Maruta, Osborne, Swanson, Halling, 1978). 이 연구들은 가족간의 관계가 일방향이 아니라는 점에서 통증 대처는 가족과의 상호작용에 의해서 만들어지고 변화되어간다는 것을 의미하였다. 특히 한국인의 특성으로 가장 현저한 것이 가족주의적 사고및 행동으로서 집의 일원으로서 행동한다는 점이 타 문화와 구별된다고 하는 점에서, 통증 대처에 가족간의 상호작용은 어떠한가를 살펴보아야 한다.

질병치료에 대한 사회적인 상호작용에서 Moore (1990)은 54명의 환자와 31명의 치과의사를 인터뷰하여 통증에 대한 대처를 알아보았는데, 통증대처는 의사와 환자사이에 차이가 있고, 환자들간에는 인종에 따라 차이가 있었다. 즉 의사들은 통증치료에 전문적인 교육에 의한 사회화 과정이 영향을 주어서 인종적인 차이에도 불구하고 통증대처가 같지만, 환자들은 백인과 중국인들의 대처가 달랐다. 백인들은 약을 먹는 등의 내적인 조절을 원하는 반면, 중국인들은 약을 바르거나 찜질을 하는등의 외적인 치료를 더 선호하였다고 보고하였다. Lipton(1984)은 인종간에 금욕적인 성향과 표현적인 성향이 차이가 있는데, 인종내에서는 의료문화에 대한 이입정도가 통증대처를 달리 한다고 하였다. 이를 Zborowski(1952)는 통증표현이 아메리카인, 이태리인, 유대인, 아일랜드인 사이에 차이가 있으며, 이런 차이는 환자들의 문화에 의한 차이라고 지적하고, 나아가 질병 경험은 문화에 따라 다르다는 것을 주장하였다. 이점은 우리나라의 환자들의 통증대처는 인종간 차이가 기대되는 것은 아니지만, 의료문화가 병원중심의 치료와, 민간치료체제로 구분되어 있으며, 만성병에 대해서는 병원을 찾기보다는 민간의료를 통해서 치료를 찾는 것(윤순영, 1978)과 관련을 해서, 통증 대처는 한국 의료문화속에서 어떻게 이루어지는가를 살펴보아야 한다.

또한 통증은 일을 방해하고, 통증으로 인한 사회적인 고립이 초래된다는 점에서 통증대처에 대한 사회적 지지가 많이 연구되었다(Lambert, 1985 ; Larborde & Power, 1983) Burkhardt

(1985)는 류마티스관절염 환자의 삶의 질에 대한 연구에서 통증강도에도 불구하고 지각한 사회적 지지의 지지가 좋을 때는 삶의 질이 고양된다고 보고 하였다. 또 우리나라 관절염 환자의 사회적 지지의 지각정도와 정신건강의 연구에서도 정적인 상관관계가(김상미, 1988)있었다. 사회적 지지의 내용으로 125명의 여성 만성질환자(유방암, 류마티스관절염, 당뇨병)의 가족의 지지와 주변의 도움에 대한 연구에서는 여성환자들은 주로 배우자로부터 정서적인 지지를 받고 친구들은 질병행위의 긍정과 확인해 주는 관계였다(Primomo, Yates, Wood, 1990). 특히 우리나라의 농촌지역의 환자치료행위에 대한 연구에서는 환자들의 치료에 대한 의사결정에 도시에 있는 친척과 이웃사람들로 구성된 이차집단이 적극 참여하고 있다(윤순영, 1978)는 점등은 통증 경험과 사회적 지지와의 관계를 이루는 과정에 대한 연구가 필요하다. 또한 사회적 지지는 같은 문제를 가진 환자들과의 관계를 강화화하기도 하는데 Egan과 Katon(1987)은 만성통증 환자들에게 자조집단의 활동은 경미한 증후와 중요한 증후를 구별하도록 도와주며 심한 약물추구를 감소시키는 등의 자가간호를 증진시키는데 도움이 된다고 하였다. 따라서 사회적 지지란 양과 질의 측면에서 그리고 내용과 형식의 측면에서 통증 대처에 미치는 영향을 규명해야 한다.

3. 자연주의적 연구 방법론

본 연구는 인간장(human field)에 촛점을 둔 사례연구이며, 이때의 패러다임으로는 자연주의적 탐색이다. 연구자의 입장에서 어떠한 조작도 가하지 않고, 결과에 대해 어떠한 우선적인 단위를 부과하지 않고, 환자의 경험을 그대로 드러낸다는 관점이다.

본 연구의 연구법으로서 자연주의적 연구방법의 채택의 근거는 주관적인 통증 경험이 어떻게 생활세계에서 이루어지는가에 대한 접근이 이루어지지 않아서 발견의 맥락이 강조된다는 점이다.

이 연구 접근법은 1985년 Lincoln과 Guba에 의해 발표된 이래로 경험 세계의 연구에 조작을

가하지 않고, 자연적인 접근으로 연구 대상을 드러낸다는 점에서 큰 반응을 불러일으키고 있다.

이 연구법의 자연주의적 패러다임이란 실증주의에 반하여, 특정한 세팅의 혼합된 특성을 이해하고자 할때, 질적인 자료를 수집하여, 사례보고를 하는 것으로 이루어진다. 이때 혼합된 특성이란 부분의 합 그 이상의 것임을 의미한다. 이 방법은 해석의 기준을 갖지는 않아서 간호학에서 소개되고 있는 현상학적 방법과 현상을 그대로 드러내어 이해하는 점에 대해서는 일치하지만(Miller, 1992) 그 경험의 본질의 해석에서 자연주의적 입장은 비교적 자유로우며, 상대적이다.

자연주의적 연구 방법이란 자연주의적 패러다임에서 시작하는데 자연주의적 패러다임은 5가지의 공리를 가지고 있다. 첫째, 실재(reality)의 본질은 다중적이고, 구성적이며, 총체적이다. 둘째, 연구자와 연구 대상자는 상호 작용을 하며, 서로에게 영향을 미쳐 분리할 수 없는 관계를 설정한다. 셋째, 시간과 맥락이 결부된 표의적인 진술이 가능하다는 점에서 일반화의 가능성을 갖는다. 넷째, 인과의 가능성에서는 모든 실체는 상호 동시적인 형태이므로 원인과 결과를 분리할 수 없다. 다섯째, 연구하는 것은 가치와 묶여 있다(value-bound)(Guba & Lincoln, 1985).

다섯 공리를 기초로 하여 연구에 적용되는 논리적인 특징으로는 첫째 연구는 자연스러운 세팅에서 행해진다는 점, 둘째 연구의 도구가 연구자라는 점, 셋째, 직관, 느낌 등의 무언의 지식을 활용할 수 있다는 점, 넷째, 질적인 연구 방법을 선택한다는 점으로 심층 면접, 관찰, 문서, 기록 등을 사용한다. 다섯째, 목적적인 표집을 한다는 점, 여섯째, 자료분석은 귀납적으로 한다는 점, 일곱째, 이 자료로부터 근거이론을 만들 수 있다는 점, 여덟째, 연구 디자인은 미리 구성하기 보다는 드러나는 대로 디자인을 한다는 점, 아홉째, 결과의 의미와 해석에 대해 대상자와 타협할 수 있다는 점, 열번째, 사례연구로 결과를 보고할 수 있다는 점, 열한번째, 연구의 결과는 법칙의 발견, 혹은 일반화의 발견보다는 구체적인 해석을 통하여 연구자와 대상자간의 상호 작용, 배경 등을 포함한 가설로 진행할 수 있다는 점, 열두번

째, 이를 통해 결과의 임시적인 적용이 가능하고, 열세번째, 부각되는 초점에 기초하여 연구의 경계선을 설정한다는 점, 열네번째, 연구를 신뢰할 수 있는 가치에 대한 특별한 증거를 가지는 것으로 이 증거는 연구의 평가 기준으로서 신뢰성(credibility), 전이성(transferability), 의존성(dependability), 확정가능성(confirmability)이다(Lincoln & Guba, 1985).

따라서 자료의 분석방법은 수집된 자료를 내용 분석과 내용간의 계속적인 비교분석을 통해서 내적으로 일관성있는 범주를 만들어내고, 그 범주의 속성을 명제로 만드는 작업을 진행하는 것이다. 이렇게 만들어진 범주는 서로 비교분석을 통해서 다른 범주와 구별이 되는지를 확인하면서 그 경험의 실재를 밝혀내는 것이다(Lincoln & Guba, 1985).

Ⅲ. 연구의 방법 및 절차

1. 연구 대상자

본 연구는 만성 통증 환자의 경험을 서술하기 위하여 류마티스 관절염 환자 20명을 대상으로 하였으며 이중 17명은 평균 통증 기간이 15년이었고, 3명은 3년미만(4년과 8년)이었다. 10년 미만의 통증 경험자는 만성통증 경험의 기간을 설정하기 위하여 목적으로 표집하였다. 대상자의 연령은 32세에서 62세로 평균 연령은 48.8세이다. 대상자의 성별은 남자 3명과 여자 17명으로 구성되었으며, 이는 류마티스 관절염의 발생비율(김동집, 1986)과 자료의 포화상태에 근거한 목적적인 표집이었다. 대상자들은 모두 기혼자들이며, 병이 나기전에 남편과 이혼(1명), 사별(1명)이 포함되었다. 학력은 국문해독에서 대학 졸업까지이며 사회경제적인 수준은 교육정도와 관련이 있었다. 대상자들의 종교는 기독교, 천주교, 불교, 기타 신앙생활 등으로 나눌수 있었는데 병이 나기 전부터 종교를 가지고 있었던 경우 3명, 병이 나서 종교를 갖은 경우 6명, 병이 나서 종교를 바꾸었던 경우 2명, 종교가 없는 경우 9명이었다.

2. 연구의 절차

본 연구는 두단계로 이루어졌는데 먼저 예비연구는 1991년 10월에서 1992년 6월경까지 3명의 류마티스 관절염 환자를 가정, 병원에서 관찰과 면담을 지속하여 연구 문제의 범위와 절차를 탐색하였다. 이 과정에서 주요한 연구의 질문은 '환자들의 통증 경험은 일상 생활과 어떠한 상호작용을 하고 있는가?'였다. 이 과정에서 확인한 내용은 통증은 능동적/수동적인 경험이라는 점이다.

연구의 두번째 단계는 1992년 10월 부터 1993년 6월까지의 자료수집과 분석 그리고 1993년 12월까지의 자료 분석과 연구 결과의 서술로 이루어졌다. 연구에 참여하는 대상자와의 만남은 10년 이상의 통증 경험을 가진 류마티스 관절염 환자로서 1시(연구자의 거주지/중도시 규모)의 종합병원에서 진단이 확인되고 연구의 참여를 승낙한 11명과 1시에 거주하면서 2시(대도시)의 종합병원에 등록된 환자들, 2시에 거주하면서 종합병원에 등록된 환자들 중 9명의 대상자들에게서 반복적으로 자료를 수집하였다.

3. 자료 수집

연구 대상자와의 만남은 병원의 기록지를 참조하여 주소와 전화번호를 확인한 다음 입원중인 환자는 직접 만나서 재가 환자는 전화로 연구의 목적을 설명하고 동의를 얻었으며, 입원환자는 병실과 퇴원후 가정에서 재가 환자는 가정을 방문하고, 직장인(남자 대상자 1명)은 직장 근처의 다방과 가정을 방문하여 자료를 수집하였다.

자료의 수집 방법은 주로 비구조적인 면담과 준구조화된 면담지를 사용한 면담과 관찰로 이루어졌다.

면담의 주 내용은 대상자들의 일상생활속에서 통증이 미치는 영향과 통증에 대한 대처과정의 지각이 어떻게 구성되어 있는가로 이루어졌다. 이를 위해 일상활동, 가족간의 관계, 사회생활, 치료생활에서 통증의 상호작용에 대한 지각을 면담하고 관찰하였다.

1회에 소요한 면담의 시간은 평균 2시간 정도

였으나 면담이 길어진 대상자의 경우 4-5시간이 소요된 경우도 있었다. 면담은 주로 2-3회에 동안에 이루어졌으며 두명의 대상자에게는 4회의 면담이 이루어지도 하였다.

면담은 대상자의 양해 아래 녹음을 원칙으로 하였으나 대상자가 거절하는 경우에는 녹음을 하지 않고 되도록이면 대상자의 말을 그대로 옮겨 적으려고 노력하였다. 녹음된 자료는 면담후 즉시 기록으로 옮겨졌으며 면담시의 보조기록과 관찰이 포함된 보조노트를 참고하여 자료집을 만들었다.

4. 자료의 분석

자료의 분석은 자연주의적 연구 방법론에서 제시한 자료 분석방법을 기초로 단위화(unitizing)와 범주화(categorizing)를 하였다. 먼저 각 대상자들의 통증 경험을 사례별로 정리하였다. 정리된 사례는 일상생활에 통증이 미치는 영향과 반응을 분석의 단위로 하여 통증과 일상생활, 통증과 가정 생활, 통증과 치료생활, 가족의 사람들과의 관계로 범주화하였으며, 범주화 내용을 명명하는 작업으로 진행하였다.

IV. 연구의 결과

1. 통증 다스리기

1) 일상생활의 재배치

대상자들의 일상생활은 식사, 수면, 활동으로 이루어졌으며 통증이 미치는 영향을 조절하기 위하여 일상생활을 재배치하였다.

① 식사의 재배치

통증은 식사를 방해하는 것으로 먼저 식욕이 없어지면서 통증이 시작을 하기도 하고 통증이 심해지면서 식욕이 없어지기도 하였다. 통증이 심할 때는 '아파서' 먹을 수가 없기도 하지만 '마누라가 먹여주는 것을 받아 먹고 있으려니까 처량해서 입맛이 떨어지고' '통증 속에서 밥을 먹을 여유가 없어서' 등이 식사를 방해하기도 하였다. 또한 식사에 영향을 미치는 것은 치료제의 부작용이라고 생각하는 '속이 쓰리다', '소화가 안된다' 등으로 소

화장에는 치료제(병원치료제)를 중단하게 하는 가장 큰 이유가 되며 병원치료를 받을 때 가장 걱정하는 문제였다.

대상자들은 소화장애가 있을 때 혹은 소화장애를 우려하여 우유를 마시거나 소화제와 제산제를 복용하거나 경우에 따라서는 죽을 먹는다. 속쓰림을 막기 위해서 '고깃국'을 끓여서 먹거나 '영지'를 달여서 먹거나 식사시간을 일정하게 하였다. 이를 한 대상자는 '약을 먹어야 하나까 식구들이 들어오지 않아도 혼자서라도 시간을 맞춰서 밥도 먹어요'라고 하였다.

또한 식사를 통해서 영양상태를 유지할 수 없다고 판단하면 병원에 가서 영양주사를 맞기도 하고 영양제를 복용하기도 하고, 가끔 한약(보약)을 지어먹기도 하였다. 특히 보약은 통증이 더 심해지는 조시가 느껴지는 계절이 오기전에 미리 먹기도 하지만 규칙적이지는 않았다.

식사에는 오곡밥, 된장찌개, 콩, 채식, 야채쥬스등을 먹고, 조미료를 넣지 않고, 방부제가 들어있는 음식을 피하고, 자연식을 하는 것이 병에 도움이 된다고 생각하였다. 또 돼지 고기, 닭고기, 기름기 많은 음식, 새우젓등의 한방치료에서 '염증에 좋지 않다'라고 하는 식품은 먹지 않아야 한다고 생각하였으며, 한 대상자는 로얄제리, 인삼 등의 열을 내는 음식은 먹지 않아야 한다고 하였다. 그러나 인삼, 꿀등을 보약으로 생각하는 대상자들도 있었고, 약을 먹기 때문에 날마다 꿀을 한 숟가락씩 먹어서 몸을 보한다는 대상자도 있었다. 식이에 대한 정보는 주로 민간치료자들의 권유에 의해서 같은 환자들끼리 정보를 교환하여 책, 신문, 텔레비전등의 매스 미디어를 통해서 얻게 된다. 대상자들은 '서로 모이면 뭐 먹는것이 좋다... 나쁘다 그러고...' 하여 식이에 대한 많은 관심을 가지고 있었다. 그러나 식사를 준비하는데 신체적으로 무리가 되거나 가족들이 싫어하면 지속하기가 어렵다고 하였다.

② 수면의 재배치

통증은 식사와 마찬가지로 수면에도 영향을 미친다. 통증이 있으면 잠을 잘 수가 없고, 또한 잠이 오지 않으면서 통증이 시작하기도 한다. 특히 통증이 있는 밤은 낮보다도 괴롭고 '밤이 징그럽

게도 길다'고 하기도 하며 '새벽 4시쯤 되면 아픈 것이 줄어들니까 시계만 보고 산다'라고도 하였다. 더욱이 밤에 혼자서 통증으로 잠을 못자면서 미움, 원망등의 정서적인 갈등도 더 심해져서 더욱 고통스럽다고 하였다.

수면중의 통증은 주로 움직임이 줄어들면서 느끼는 것으로 '돌로 내려 누르듯이 굳어진다', '자다가 아파서 깜짝 놀라서 깬다' 등이었다. 또한 제한된 몸의 움직임은 수면에도 영향을 미쳐 서너시간을 같은 자세로 자면 다시 일어나서 자세를 바꾸어 누워야 하고, 또 똑바로 누운 자세에서는 옆으로 돌아 누울 수 없기 때문에 다시 일어나서 옆으로 누워야 하고, 자주 깨고 깊은 잠을 잘 수 없다. 대상자들은 자면서 굳어진 몸을 풀기 위해서 일어날 때 가벼운 운동을 하기도 하는데 '꼼지락 거려서' 등으로 미리 움직였다. 자고 일어나서 느끼는 통증 정도는 하루의 기분을 좌우하기도 하는데 '자고 일어나서 조금 덜 아프면 날아갈 것 같고 뭐든지 할 것 같은 의욕도 생기고... 아침에 조금 더 아픈 것 같으면 낭떨어지에 놓이는 것 같고...'

통증이 있으면 주로 약을 먹지만 기도를 하거나 찬송가를 듣거나 다른 사람들은 자고 나서 어떻게 하는지를 알아보기도 하였다. 또 낮에 잠을 자지 않고 몸을 피곤하게 하여 잠을 자는 것으로 통증을 잊으려고도 하였다. 수면은 몸의 상태, 통증 상태를 알려주는 것이기도 하고, 수면 상태를 통해서 치료제의 효과를 판단하기도 하였다.

수면을 도울 수 있고 통증을 줄일 수 있는 기구로서 침대, 자석요, 전기요, 대리석요 등을 사용하고 가벼운 침구, 여러개의 쿠션을 준비하였고 방에는 언제라도 누울 수 있게 항상 누울자리가 깔려져 있었다. 그러나 가끔은 통증 상태를 확인하고 관찰하기 위하여 전기요나 자석요를 깔지 않고 자보기도 하였다.

③ 활동의 재배치

활동은 가사일, 몸치장, 사회활동, 경제활동등으로 구성되는데 통증의 정도에 따라 활동의 범위가 제한되고 활동하는데 시간이 많이 걸리는 등의 활동 지체가 일어나기도 하였다.

활동의 범위를 제한하는 것은 '우산을 들 수 없게' '다림질은 하지 못하게' 등의 부분적인 제한으

로부터 대소변을 받아낼 만큼의 전신적인 제한이 있었다. 활동하는데 시간이 많이 걸리게 하는 활동 자체는 ‘빨리 걸을 수 없고’ ‘움직이는데 시간이 많이 걸리니까 하루에 한곳 이상을 나갈 수는 없고...’ 등이었다.

대상자들의 활동의 재배치는 일상활동의 범위를 선택하고, 활동의 정도, 활동하는 시간을 조절하고, 새로운 활동 방식을 익히고, 보조기구를 사용하고, 다른 사람의 도움을 받는 것으로 이루어졌다.

대상자들은 활동을 위하여 편한 옷(예 : 꼭조이지 않은옷), 편한 신발(예 : 낮은 굽, 폭신한 밑창), 편한 머리 모양, 내의입기, 고무장갑, 지팡이, 휠체어, 의자, 침대, 세탁기, 가벼운 비등의 기구를 사용하고 가족과 다른 사람의 도움을 받았다.

대상자들은 또한 활동속에서 통증 상태를 탐색하는 것으로 과거의 통증과 활동의 양, 활동을 하고 싶은 마음의 변화등을 통해서 비교하였으며 특히 새로운 치료제로 바꾸는 기간에는 활동을 통한 통증 상태의 탐색이 민감하게 이루어졌다.

2) 역할갈등의 감추기

① 가족의 돌보기와 갈등 감추기

여자 대상자들에게 배우자인 남편은 통증이 있을 때 주물러 주고, 통증을 잊게 하기 위해서 말을 많이 하고, 부부중심의 가정에서는 대상자가 일어날 수 없게 되었을 때 병수발을 완전히 떠맡아서 하기도 하는 <직접적인 간호>가 이루어졌다. <치료를 돕는 것>은 치료기관과 치료 방법을 알아보고 치료기관에 함께 가고 약을 지어와서 권하기도 하고, 몸에 좋다는 식품을 구입하고 먹기를 권하였다. 무거운 물건을 들거나, 칼질을 하거나, 청소를 하거나, 관공서 일을 다 맡아서 하는 등의 <가사일을 돕고>, 여가를 같이 보내거나 운동을 돕는 등의 <함께 지내기>를 하였다. 배우자는 아픈 것에 대해서 마음을 써서 배려하는 <관심>을 보이고, <위로>하는 것으로 주로 신체적인 변형을 위로하고 시댁과의 갈등을 위로하며, 부인이 아파서 생길 수 있는 가정 생활의 불편함을 <참고>, 치료비용을 제공하는 등의 <경제적인 지

지>를 하는 것이었다. 또한 환자들의 <사회활동을 도와서> 가정의 분위기를 바꿀려고도 하는데 사회활동은 주로 교회에 나가는 것 환자들끼리의 모임을 돕는 것이었다. 통증 환자에 대한 가정내에서의 돌보기는 직접적인 통증 간호와 가사일의 분담, 병의 치료를 돕기 위한 정보 제공과, 함께 하고 관심을 보이고 위로를 하고 참는 등의 정서적인 간호, 그리고 경제적인 지지와 사회활동을 지지하는 것으로 이루어졌다.

자녀들도 통증이 있을 때 주물러주고, 일상활동을 돕고, 치료를 위해서 약을 알아보고, 같이 가서 약을 구입하고, 걱정을 하고, 위로를 하였다. 특히 남편이 없고 경제적인 능력이 없을 때는 자녀들은 병수발을 위해서 직접적인 간호와 가계비의 충당을 맡게 되기도 하였으며, 한 대상자의 경우에는 아들이 다니던 직장을 그만 두고 병수발을 하기도 하였다.

가족중에 아픈 사람이 있는 것은 여간 힘든 일이 아니다. 대상자들이 느끼는 배우자의 어려움은 ‘가족들에게 말로 짜증을 내는 것’으로 특히 자녀들에게 짜증을 내어 화가 났음을 표현하는 것이었다. 또 술을 마시고, 화투를 치고 늦게 들어오거나, 집에서 말을 하지 않는 것과 술을 마시거나 친척이 모였을 때 ‘사는 것이 힘이 든다’ ‘복이 없다’라고 하소연을 하거나 심하면 이혼을 하자고 하기도 하였다. 특히 여자 대상자들 중에는 시댁 식구들이 ‘가사일을 제대로 하지 못하고 병으로 돈만 쓴다’고 성화를 대거나 ‘남편이 내가 이렇게 아파 누워있으니까 자기 어머니 고생한다’고 이혼을 하자고 하기도 하였다. 또 ‘내가 이렇게 누워있으니까 시어머니가 방구들을 파버린다고 쇠갈구리를 가지고 들어오고’ 하기도 하여 친정으로도 망을 가기도 하였다. 시댁 식구들 특히 시어머니와는 같이 살거나 그렇지 않거나 간에 병의 초기에는 치료를 위한 적극적인 지지자에서 점차적으로 긴장을 일으키는 관계로 변화하였다. 이는 시댁과의 관계를 점차로 멀어지게 하는 것으로 병이 나기전 혹은 병의 초기에는 시댁과 함께 살았던 경우는 병이 진행하면서 시댁에서 분가를 하였다.

자녀들 역시 부모의 병으로 인해 성격이 우울해지고 짜증이 많아지기도 하였으며, 부모가 통증

을 호소하면 삶은 내색을 하고 가사일을 돕지 않고 무관심하게 되기도 하였다. 그러나 통증 경험은 자녀와 부모와의 관계를 더욱 친밀하게 하기도 하는데 ‘엄마가 아프지만 항상 집에 있으니까 좋고...’ 라고 하여 부모가 집에 있는 것에서 안정감을 갖기도 하였다.

② 가정에서의 통증 호소와 갈등 감추기

만성통증 환자의 역할 갈등은 통증 환자로서 충분한 간호를 받아야 한다는 기대와 기존의 가족 내 역할을 수행하여야 한다는 것에서 발생하였다. 대상자들은 가족들의 간호를 받으면서도 갈등을 경험하기도 하는데 자신들의 통증 호소에 대해서 가족의 관심이 줄어들거나 무관심할 때 섭섭하고 화가나고 야속하고 불안하였다. 가족들은 병의 초기에는 치료적인 정보를 알아오고 병수발을 하는 등의 치료적인 정보를 공유하고 아플 때 함께 있으며, 배려하고, 위로하는 정서적인 지지에 적극적이었으나, 점차 통증 호소에 무관심해졌다. 대상자들 중 남편이나 시댁 식구들 때문에 병이 낫다고 생각하는 경우는 가족의 관심이 줄어드는 것에 대해 더욱 심각한 정서적인 갈등을 경험하였다.

대상자들은 배우자와의 갈등에 대해 ‘남편에 대해서 기대를 하지 않고’, ‘탓을 하지 않고’ ‘내색을 하지 않고’ 등의 ‘참는다’에서 ‘남편을 이해하고’ ‘남편에게 자신이 아프다는 것을 말하고 양해를 구하고’ 등으로 반응하였다. <참는다>는 기대를 하지 않고 탓을 하지 않고 내색을 하지 않음으로써 배우자와의 긴장을 피하고 정서적인 긴장으로 인해 악화될 수 있는 통증을 피하고자 하였다. 또한 대상자들은 자신을 변화시켜 배우자의 무관심을 <이해함>으로서 갈등을 피하기도 하였으며 보다 적극적으로 자신을 표현하여 <이해를 구함>으로서 통증을 호소하고 지지적인 관계를 확대하였다. 특히 배우자끼리 함께 지내는 시간이 많아서 남편이 부인의 고통스러운 모습을 항상 곁에서 볼 수 있었던 경우에 <이해를 구함>으로서 통증을 호소하였다.

또한 대상자들은 자녀에 대해서도 남편에게서와 같이 자녀들이 통증 호소에 대해서 무관심할 때 섭섭하고, 슬퍼지고, 괴롭고, 몸이 더 아파지

는 것을 경험하였다. 더욱이 자녀와의 갈등은 미래의 자녀와 대상와의 관계를 걱정하게 하기도 하였는데 ‘지금 이꼴도 못보는데 내가 늙으면 얼마나 더 구박을 할까’ 라는 생각을 하고 우울해하였다. 그러나 배우자에 대해 느끼는 원망, 분노등의 정서적인 갈등은 자녀와의 관계에서는 없었다.

대상자들은 자녀에 대한 갈등을 배우자에게서와 같이 ‘내욕심이다’고 스스로의 마음을 타이르는 <참는다>와 ‘진병에 효자 없다’ 고 생각하고 <이해하는> 것과 섭섭함을 말로 표현하면서 아픈 것에 대해 <이해를 구하기도> 하였다.

대상자들은 통증 환자로서의 환자 역할 뿐 아니라 기존의 가정내 역할들을 수행하고 있었다. 통증이 심하여 일어날 수 없었을 때 가정부를 두었던 대상자, 이틀에 한번 정도로 파출부의 도움을 받고 있는 대상자외에는 가사일을 직접 수행하고 있었다. 그러나 신체적인 무리를 주는 다림질하기, 빨래하기 옷 받아걸기, 외출하기 등을 할 수 없고, 자녀들을 위하여 간식을 만들기, 함께 놀아주기 등의 신체적인 무리가 따르는 일, 경제적인 의존, 아픈 부모로 인한 사회적인 오점을 남기는 것 등으로 제 역할을 다하지 못한다고 생각하였다. 이를 대상자들은 가정 경제를 책임을 짐, 가사일을 배분, 마음으로 배려함, 식단을 관리함, 가족의 건강에 유의함 등의 가정관리를 통해서, 또한 자녀를 통해서 삶의 의지를 갖고, 삶의 보람을 느끼며 제 역할을 유지하고자 하였다. ‘내가 누워서도 입으로 이리저리 하니까 이만만하게 사는 것이지...’

통증은 부부간의 성관계에도 영향을 미치는데 성관계후 ‘몸이 더 아프기 때문에’ 병이 난 후에 ‘욕구가 없어져서’ 또는 ‘치료를 위하여 금욕하는 사이에’ 등으로 성관계가 변화하였다. 성관계의 변화는 부부사이에 아쉽고, 불안한 마음이 들게하고, 가정의 불화를 일으키는 원인이 되기도 하였다. 대상자들은 변화한 성관계에 대해서 ‘남편의 요구에 수동적으로 참고 따름’으로서 갈등을 줄이려고 하거나, 같은 환자나 친구들과 이야기를 하여 정서적인 긴장을 풀려고 하거나, ‘몸이 나아지면 좋아질 것’으로 기대하는 것, ‘늙어가니까’라고 생각하고 변화를 받아들였다.

3) 치료생활의 균형화

대상자들은 통증을 느끼면서 통증을 줄이거나 없애기 위한 치료를 받게 된다. 대상자들의 치료는 병원(개인병원, 종합병원), 약국, 한방치료(한약, 침, 수지침, 부항, 뜸, 지압)등이고, 민간요법으로(약초, 담방약, 오리, 염소, 고슴도치, 뱀, 사슴뿔, 두더지 아이데, 오리탕, 홍삼, 로얄제리, 인삼, 고양이, 지렁이토룡탕, 호랑이똥, 호랑이고기, 홍어와 오동나무 삶은 물 등 다수), 건강보조식품, 종교적 치료(안수, 기도원)등으로 이루어졌다.

① 치료 선택의 균형화

병원의 치료는 개인병원, 종합병원등에서 약물치료, 물리치료, 수술 등이 이루어졌다. 대상자들이 통증을 느끼고 처음 치료처로서 병원을 찾은 경우는 13명(65%)이었고, 병원진단의 기간은 통증을 느낀 직후에서 부터 10여년까지 다양하였다.

병원치료의 선택은 주로 초기 통증의 지각시 진단과 치료를 받기 위해서(13명, 65%), 약초, 약국약, 민간치료, 한방치료 등의 다른 치료제가 효과가 없을 때(4명), 한방치료 등의 치료중에 주위사람들이 병원 진단 받기를 권유하여(3명) 등으로 이루어졌다. 병원의 선택은 환자들이 집에서 가까운 곳, 이름이 있는 큰 병원 등을 찾아가지만, 새로운 치료법을 권하는 주위의 사람들(친척, 같은 환자, 매스컴)의 권유에 의해서 찾아가기도 하였다.

현재 병원에서 정규적인 치료를 받고 있는 환자는 9명(45%)였으며, 병원치료제를 처방대로 복용하는 경우 2명, 병원치료제중 통증 조절제를 줄여서 복용하는 경우 6명, 병원치료제로 통증 조절이 되지 않아서 통증 조절약을 더 넣어서 먹고 있는 경우 1명이었다. 병원치료제를 줄여서 복용하고 있는 경우는 '3주치 약을 주지만 1달에 한번만 병원에 갈려고' 혹은 '병원약을 많이 먹는 것이 좋을 것은 없으니까 되도록 줄일려고 하고' 혹은 '약을 먹으면 부으니까 일이 많은 날은 제대로 먹고 그렇지 않은 날은 하루에 한봉이나 두봉은 줄이고' 였다. 대상자들의 정규적인 병원 치료 기간은 10여년에서 1년 정도의 기간이었으며, 초기 통

증 지각에서 부터 계속적으로 병원치료만을 받고 있는 경우는 없었지만, 2명의 대상자는 진단후 병원치료를 중단하고 다른 치료제(한방, 민간치료)로 바꾸면 곧 바로 심한 통증을 경험하여 다시 병원치료를 받았으며, 다른 대상자들은 통증을 지각하고 치료를 시작한지 평균 2년-5년후 부터 병원치료를 고정적으로 받기 시작하였다. 병원치료제만을 복용하는 경우는 3명이었으며, 비타민제, 칼슘제, 알로에와 같은 건강보조 식품, 홍어와 오동나무를 삶은 물, 약초를 다린 물, 호박에 미꾸라지 삶은 물, 소애저 등의 민간치료제를 병원치료제와 함께 사용하고 있는 경우는 6명이었다. 또한 병원에서 고정적인 치료를 받고 있지는 않지만 약국에서 약을 구입하여 통증을 조절하고 간헐적으로 병원에서 치료를 받는 경우(2명)는 오랫동안 병원치료와 민간치료를 받아왔으며, 현재는 자기조절하에 통증 조절약(비타민제, 진통소염제, 호르몬제, 위장약)을 복용하고 있었다.

한방치료는 한약, 침, 수지침, 지압, 뜸, 부항등으로 이루어졌으나, 반드시 전문 의료인에 의해서 행해지지는 않았고, 이때는 민간치료도 함께 이루어지기도 하였다. 한방치료를 통증을 느끼면서 처음 선택한 경우는 과거에 다른 질환으로 병원약의 부작용을 경험한 경우, 통증의 원인이 체질이나 일등에 의한 것이라고 생각한 경우에 병원치료에 앞서서 선택하였다(7명). 또한 병원치료중에 부작용을 경험하거나, 통증의 조절과 함께 체질을 바꾸거나, 원인을 찾아서 치료를 한다는 기대 속에 선택하였다. 또한 병원치료의 부작용을 줄이기 위해서 병원치료를 하면서 한방치료를 함께 하기도 하였다.

한방치료는 대상자가 스스로 판단하여 선택하기도 하지만 주로는 주위사람들의 권유에 의해서 이루어졌는데 치료처는 전국적이였다. 한방치료에서는 대상자들에게 '일을 하지 말아라' '아침에 일어날 때 운동을 해라' '성관계를 하지 말아라' '나을 수 있다' '치료기간이 오래 걸린다' '약을 먹으면서도 마음을 다스려라' 등을 함께 처방하였다. 따라서 치료는 오랜 시간 동안에 서서히 이루어지며, 환자의 절제하는 생활을 통해서 이를 수 있다는 점을 강조한다. 대상자들은 통증이 줄어들지

않거나 병이 악화되는 경우에 자신이 건강관리를 잘못해서 병이 낫지 않는다고 생각하기도 하였다.

민간요법은 주로는 관절염에 효과가 있다는 민간식품들, 관절염에 효과가 있다는 약초들, 민간치료술, 그리고 성분을 밝히지 않은 '담방약' 종류들이었는데, 주로 같은 환자들끼리 소개를 해서 먹거나, 주위사람들이 권해서 먹거나, 텔레비나 방송을 통해서 복용을 하는 경우도 있었다. 민간치료제의 효과는 대상자들마다 달랐으며, 일부의 담방약과 민간치료술은 치료동안에 병원치료제나 약국약을 복용하지 못하게 함으로서 통증이 더 심해져 일어날 수 없게 하거나, 부작용으로 몸이 붓거나, 두드러기가 나서 중단하기도 하였고, 값이 비싸서 그만 두는 경우도 있고, 주위사람들의 권유에 해서 중단하기도 하였다.

'담방약'과 같은 경우는 약의 성분을 밝히지 않는데 '좋은 것만 넣었다고 한다', '약 만든 사람의 자식들도 이 약을 먹는다'는 등의 '믿고 먹는다'라고 표현하였다. 대부분의 환자들은 통증 초기에 '담방약'을 복용을 한 경험이 있었으나 대상자중에는(3명) 지금도 여러 치료를 통해서도 통증이 조절되지 않았거나, 약의 부작용을 경험하였고, '위가 다 철어서 다른 약은 먹을 수가 없는데 이 약은 먹어도 속이 아프지 않으니까'라는 치료 대안으로, '민간치료를 통해서 완치가 된 사람을 보았다'와 '인연으로 만난 약'이라는 '운'과 '기대'로 복용하였다. 이들은 통증이 심할때는 며칠에 한번씩 소염진통제 주사를 맞으면서도, 이 약이 '더 이상 나빠지지는 않게 할 것'이라고 생각하고, 병의 진행이 중단할 것을 기대하였다. 한 대상자는 병원에서 3개월에 한번씩 피검사를 하면서 병의 진행 경과와 약의 효과를 관찰하기도 하였다.

건강보조식품은 치료제로 먹고 있는 경우는 거의 없고, 병원치료제, 한방치료제 등의 다른 치료제와 함께 먹었다. 주로 '양약의 독을 뺀다'든지, '체질이 개선되는 것'이라든지 '더 하지 말라고' 등으로 치료보조제로 먹고 있었다. 그러나 통증 초기에는 '무엇이 내 몸에 맞는 약인지 모르니까 여러 종류의 약을 함께 먹지 않고 한 종류의 약을 오래 먹어봐서 내 몸에 맞는 치료제를 찾아야 한다'고 하여 3-6개월씩 치료제로 복용하기도 하

였으며, 한 대상자는 '많이 먹으면 빨리 나올 것 같아서'라고 생각하여 과량을 복용하고 부작용으로 병원치료를 받기도 하였으며, 병원치료를 받고 있던 한 대상자는 빨리 나올 수 있다는 말을 믿고 병원치료를 중단하고 복용을 하고 있기도 하였다(1명). 선택은 주로 건강식품 판매원의 선전과, 책자를 보고 구입을 하거나, 주위사람들이 권하고, 남편과 친정식구들이 사다줘서 먹고 있었다.

기도원, 안수기도, 안찰, 점, 굶, 굶, 등의 종교적인 치료는 병의 원인이 스트레스 등의 정신적인 것이라고 생각을 하였을 때, 병원과 한방치료로도 통증이 조절되지 않을 때, 병의 원인을 알 수 없다고 생각하였을 때 주위사람들의 권유로 이루어졌다. 기도원과 안수기도, 굶을 통해서 직접 병이 낫기를 기원하기도 하고, 점을 쳐서 '언이 달는 치료처'를 찾아서 치료를 받기도 하였다. 그러나 통증이 더 심해지면 중단하였다.

② 치료의 유지와 중단

병원치료를 고정적으로 받을 수 있게 하는 요소로는 통증을 조절하고, 약의 부작용이 없고, 병과 통증에 대한 병식이 있고, 의료진의 지지가 있고, 병원치료를 받고 있는 다른 환자들의 지지가 있으며, 병원의 환경에 익숙하다는 것 등이었다. 이때 의료진의 지지란 환자의 치료과정(한방, 민간치료)을 비판하지 않고 들어주는 것, 나올 수 있다고 격려하는 것, 증상의 변화(통증의 변덕스러움, 몸의 부기, 속쓰림, 배아픔)에 따라 치료제를 곧 바꿔주는 것 등으로 '지지를 받을 수 있는 관계'라는 지각이 이루어지는 것이다.

그러나 통증이 있었던 초기부터 비교적 지속적으로 병원치료를 받은 환자들은 2명에 불과했으며, 그 환자들도 통증 초기에는 병원치료제와 함께 민간치료, 완치가 된다는 약 등을 찾았으나, 병원치료제를 중단하면 곧 바로 심한 통증을 경험하고 일상생활의 심한 장애를 겪음으로서 '병원약이 부작용이 많은 줄은 알지만 다른 방법이 없다'고 하여 통증 조절을 위한 선택적 대안이었다. 환자들의 치료과정은 통증을 지각-병원 진단-병원의 치료는 완치가 안된다, 부작용이 있다-한방치료와 민간치료제와 특별한 치료를 하는 곳-통증이 심해짐(신체적인 변화포함), 다른 치료제

의 부작용, 다른 치료제의 비용이 부담, 병식이 있음, 의사의 지지, 다른 환자들의 지지-병원등의 순서로 이루어졌다. 병원치료를 유지하게 하는 요소는 통증의 조절, 부작용의 조절, 비용의 부담이 적다는 점이지만 이를 위해서는 병식이 있고, 의료진을 신뢰할 수 있으며, 다른 환자들의 지지가 있을 때 유지되었다.

반면에 병원치료의 중단은 통증 초기에는 '일하지 않아야 한다', '원인을 알 수 없다', '병에 대한 설명이 없다' 등의 병에 대한 의료진의 소극적인 지지와 '한 의사는 낫는다고 하는데 한 의사는 낫지 못한다고...' 등의 의료진의 치료목표의 불일치는 병원에서는 낫지 못한다고 생각하게 하고, 치료를 중단하게 하였다. 더욱이 주위의 친지들, 같은 병을 앓고 있는 환자들 '병원약으로는 낫지 않는다' '병원약은 치료제가 아니다'라고 하면 곧 치료를 중단하고 다른 치료를 찾았다. 또한 병이 진행하면서 병원치료를 받는 경우에도 병원약을 먹고 '속이 쓰리다' '몸이 붓는다' 등의 약의 부작용을 경험하거나, 약의 부작용에 대한 우려가 심해지는 경우, '그 약을 먹어도 재리는 것이 없어 지지 않는다고 하는데도 계속 그 약을 넣어주고 약도 안바꿔주고', '약을 먹어도 깨끗하게 통증을 없애주는 것은 아니고' 등의 통증의 조절이 기대 수준에 미치지 못하면 병원치료를 중단하였다.

즉 병원치료의 중단은 통증 초기에는 환자들의 완치기대에 미치지 못하는 소극적인 의료진의 지지와 주위의 환자들의 치료 정보 제공은 병원치료 외의 다른 치료를 찾게 하였다. 또한 약의 부작용, 통증의 조절 특히 통증 특성에 따른 조절이 이루어지지 않으면 다른 치료의 중단과 마찬가지로 병원의 치료를 중단하였다.

한방치료의 유지는 병원치료제의 부작용을 두려워하여 '체질상' 병원약은 먹을 수 없다는 대상자들(3명)과 통증이 심할 때는 병원치료를 받지만 주로는 한방치료를 하여 체질 변화를 하는 것이 완치를 할 수 있을 것이라고 생각하는 대상자(1명)와 통증의 증상에 따라서 병원치료와 한방치료를 반복적으로 받고 있는 대상자(1명)들은 한방치료를 주로 자신들의 체질에 맞는 치료로서 한방치료를 선택하고 유지하였다.

그러나 한방치료가 약속한 치료기간내에 통증이 줄어드는 등의 치료효과가 없을 때, 통증이 더 심해질 때, 두드러기, 소화가 안되는 등의 부작용을 경험할 때, 뜸과 부항 등의 치료에서 기운이 없거나 너무 아프거나 등의 신체적인 무리가 될 때, 치료비가 부담이 될 때, 치료를 위해서 다른 사람의 도움이 지속적으로 필요할 때는 계속할 수가 없었다. 이는 병원치료에서와 같이 통증의 악화, 부작용 등을 경험하면 치료를 중단하게 되지만, 특히 한방치료에서는 치료기간이 장기간이면서 같은 기간의 병원 치료비에 비해서 비싸고, 뜸과 부항같은 경우는 집에서 치료를 도와줄 사람이 필요하기 때문에 중단하는 경우도 있었다.

③ 치료생활에서 가정 경제의 균형화

병으로 인한 지출에는 병원진료비를 포함한 약값 및 치료비, 의료기기 및 치료와 관련된 생활용품의 구입 비용, 그리고 인건비로 이루어졌다.

의료비의 규모는 정규적으로 한달에 3-4만원에서 40만원정도였으며, 구체적으로는 병원이나 약국약으로 치료를 하고 있는 경우는 한달에 평균 3-4만원에서 10만원 내외의 비용이 든다. 그러나 담방약, 건강 보조식품, 한방치료의 기간동안에는 비용이 증가되어 15만원에서 40만원 정도로 민간치료제의 비용이 병원치료비에 비해서 더 많이 지출되었다.

의료비는 주로 경상 생활비에서 지출이 되고 있으며, 생활비 규모 이상의 지출을 하는 경우로 자석요를 사거나, 물리치료 기계를 사거나, 수술을 하거나, 담방약, 고가의 치료제(주로 한약, 민간약 계통)를 먹는 경우, 병원에서 보험에 해당하지 않는 약제로 치료를 받는 경우에는 계를 타서 혹은 빚을 얻어서 지출을 하는 등 통증으로 인한 지출이 우선적으로 이루어졌다. 또한 일부의 여자 환자들의 경우에는 친정에서 친정 어머니, 친정 형제들이 직접 돈을 주어서 치료를 보조하기도 하고, 약을 사주거나, 영양식품을 사주거나, 담방약을 사주는 등의 도움을 주었다.

의료비는 가정 경제에 계속적으로 부담을 주는 것으로 돈이 없어서 충분한 치료를 받지 못했다고 생각하기도 하고, 현재의 기본적인 치료비도 가계에 부담이 된다고 생각하기도 하고, 앞으로의 노

후를 걱정하였다.

대상자의 의료비는 병의 초기에 많이 사용되어 '고쳐볼라고 이것저것 하느라고 돈을 다쓰고... 결국은 낫지도 않고...'라고 하였으나, '처음에는 낫는다는 소리만 들으면 돈이 얼마든지간에 해보고 싶어서 남편이랑 싸워가면서 그 기계도 샀는데... 지금은 노후도 생각하고 누가 좋다고 해도(새로운 치료) 돈도 따져지고...'라고 하여 통증경험이 가정경제에 미치는 영향을 조절하고자 하였다.

점차 치료처가 고정이 되면서 치료비는 줄어들게 되지만 민간치료제, 담방약, 치료보조 기구의 구입등에는 여전히 간헐적으로 많은 비용이 지출되었다. 특히 낮은 사회계층의 환자들에게 경제적인 어려움은 더욱 심각한 것으로 치료에 따른 경제적인 부담이 커지면 가족간의 갈등이 심화되기도 하고, 치료를 변경하거나 중단하기도 하였으며, '돈이 있으면 더 치료를 받아보고 싶고... 돈이 있으면 더 아프지는 않을 것인데...', '없는 사람이 이 병이 걸리면 치료도 제대로 못하고...'라는 아쉬움으로 남고 '뭐든지 먹고 싶고, 뭐든지 해보고 싶고...'라고 하여 병의 원인지각과 함께, 병이 치료되지 않는 것도 사회 경제적인 경험으로 생각하였다.

4) 사회적 관계의 단순화

통증 환자들이 병의 치료와 통증의 조절을 위해서 치료적인 정보를 공유하고 정서적인 교감을 나누는 사람들은 가족인 배우자와 자녀뿐 아니라 시댁식구, 친정식구등의 친지들과, 같은 통증을 경험하고 있는 환자들, 동네 사람들, 친구들이었으며 이외에도 방송, 텔레비, 신문, 잡지, 전문의 학서적들에서 치료를 위한 정보를 구하였다. 또 종교생활은 병과 관련하여 새로운 사회적인 관계를 제공하기도 하였다.

① 치료 정보의 교류를 위한 사회적 관계

치료에 대한 정보는 병의 초기에는 의료진으로부터 직접 혹은 가족으로 배우자, 혹은 자녀, 시댁 혹은 친정에서 주로 시어머니, 친정어머니로부터 직접 듣거나, 혹은 가족과 친지들이 동네 사람이나 친지로부터 혹은 매스컴으로부터 알게 된 내용을 전해주었다. 정보의 내용은 주로 치료 방

법과 치료를 위한 약물을 소개하는 것과 병의 원인에 대한 설명등으로 이루어졌다.

그러나 병이 진행하면서 혹은 여러 치료기관을 전전하면서 치료에 대한 정보는 대상자 스스로 구하는 경우가 늘어났으며 주요한 정보의 교류는 같은 병을 앓고 있는 환자들을 통해서 이루어졌다.

같은 병을 앓고 있는 환자들의 만남은 환자의 치료처(병원-외래와 입원중, 한약방, 건강식품점, 민간치료처, 목욕탕, 기도원 등)에서 치료를 기다리면서 직접 만나기도 하고, 친지들이 같은 병의 환자를 소개해 주기도 하였다. 환자들은 처음 만나서 서로의 통증정도를 비교하고 치료 기간을 비교하였으며 만남이 이루어진 치료처의 치료 효과를 비교하기도 하였다. 환자들은 서로 증상이 비슷하고, 나이가 비슷하고, 같은 치료처에서 계속적으로 만나거나, 입원을 통해서 알게 되면 서로 전화번호를 교환하여 연락처를 확보하는데 적극적인 경우의 한 환자는 자신이 많이 아플때는 환자 명부가 열권이나 있어서, 환자들끼리 전화를 하여 치료정보를 얻었다.

환자들의 치료 정보의 교류는 서로의 통증 경험을 비교하고, 치료법과 약물에 대한 정보를 교환하면서 자신의 병에 대한 지식을 얻고 치료 기관을 찾는 것에서 부터 치료처의 변경과 치료 유지에 영향을 미쳤다.

한 대상자는 '이 병에 대해서는 의사한테 들은 것이 아니고, 병원에 다니면서 환자들한테 들었제. 주로 무엇을 먹으면 좋다는 것과 잘 낫는데를 소개를 받기도 했는데... 내 병은 최악성인가 그런 약도 듣지도 않고... 나중에 보니까 이렇게 아픈 것은 그런 것이 소용없다고 나랑 똑같이 아픈 환자가 그러드라...' 라고 하여 통증 환자의 경험을 통해서 치료를 변경하였으며, 치료의 효과에 대해서도 배우게 되었다. 또한 '그 병원치료는 의사로 부터 말을 많이 들은 것은 없는데 대기하고 있으면서 그 병원에 다니는 환자들이 약을 먹는 동안에는 절대로 무리한 일을 하지 말아라, 약은 시작보다도 끊을 때가 더 중요하니까 약을 먹고 아픈 기가 줄어도 한꺼번에 끊지 말고 서서히 끊어라, 그 병원약은 10년을 먹었는데도 속이 쓰리거나 그러지 않으니까 믿고 먹어라 라고 그래서

나도 그렇게 할려고 해요...'라고 하여 치료 방법을 배우기도 하였다.

또한 치료제와 병에 대한 정보를 전달하는 것으로 텔레비, 방송, 잡지, 등의 역할도 점차로 늘어가고 있었다. 특히 대상자들은 매스컴미디어를 통해서 최신의 치료법과 건강식에 대한 정보를 얻었다. 이렇게 얻어진 정보는 환자들끼리, 동네사람들, 친정 식구들, 가족과 공동의 화제가 되어서 서로 이야기를 나눈 후에 치료를 변경하는데, 혹은 새로운 치료를 찾는데 사용하였다.

② 정서적인 지지를 위한 사회적인 관계

여자 대상자들에게 병을 앓고 있는 동안 가장 강력한 지지자는 친정 어머니이었다. 친정어머니는 약을 구하고, 치료를 알아보고 치료를 갈 때 함께 가고, 가사일을 돕고, 아이를 돌보아 주고 경제적인 도움을 준다. 또한 끊임없이 걱정을 하고, 신경질을 받아주는 등의 정서적인 지지를 하였다. 특히 결혼 전부터 아팠던 대상자들(2명)은 시집을 간 후에도 친정어머니와 같이 살거나 가까이 살면서 지속적인 지지를 받았다. 한 대상자는 시댁에서 살면서도 병수발을 위해서 친정어머니가 오시기도 하였다. '내가 이렇게 아프니까 엄마가 하루에 한번씩은 오시는데 못오시는 날은 전화를 하는데 내가 좀 늦게 받고 그러면 어디가 더 아프냐고 그러고... 집안을 와 보시고...' '그 팔십 노인이 내가 기도원을 간다니까 가서 수발한다고 따라 오시는데...'

특히 친정어머니의 체질을 닮아서 병이 났다고 생각한 대상자들은(2명) '이렇게 아파보니까 엄마가 얼마나 아프셨는지 알 것 같다'고 하기도 하고, 부모 역할을 하면서 자녀의 건강을 더 걱정하게 되었다는 환자들은 '내가 아프다고 할 때 우리 엄마가 얼마나 마음이 아팠겠는가를 알 것 같다'고 이해하는 마음이 깊어졌다. 친정형제들 또한 경제적인 상태와 시간적인 여유에 따라 대상자들을 위로하고 병수발에 관여하였지만 특히 대상자와 친정 부모간에 정서적인 갈등을 경험하면 부모를 대신해서 대상자에게 섭섭함을 표현하기도 하고, 부모와 환자간의 갈등을 중재하기도 하였다.

그러나 시댁 식구들 특히 시어머니와 여자 대상자들은 병의 경과에 따라서 정서적인 긴장이 고

조되기도 하여 긴장을 고조시키는 다른 사회적인 관계들에서와 같이 접촉이 줄어들고 멀어지게 되었다.

대상자들은 같은 병을 앓고 있는 환자와 통증경험과 치료제의 효과를 비교하는 것 외에도 서로의 처지를 비교하는데, 주로 경제적인 능력, 남편의 지지(여성대상자의 경우), 일할 수 있는 지등을 비교하고, 서로의 처지를 이해함으로써 통증경험이 주는 고통을 나누었다. 대상자들은 통증이 <보이지 않아서> 다른 사람들에게 고통을 알릴 수 없지만 같이 아픈 사람들끼리는 서로의 고통을 알 수 있어서 가까워진다고 하였다. 이는 병이 시작하는 시기에는 치료 정보적인 지지가 우선하였으나 치료의 고정은 환자들간의 교제가 지속적으로 이루어지게 하며, 서로 정서적인 지지를 할 수 있게 하였다. 특히 활동하는데 시간이 많이 지체되고, 활동의 범위가 제한적이고, 신체 외모가 변화한 점은 다른 사회 활동을 위축시키지만 같은 환자들끼리의 더욱 친해지게 하였다. 대상자들의 상호지지적인 관계는 나이가 비슷하고, 사는 곳이 비교적 가까우며, 경제상태가 비슷하고, 특히 병이 심한 정도가 비슷할 때 더욱 잘 이루어졌다. 병이 심한 정도는 앓은 기간을 통해서 비교하기도 하지만 주로는 약을 먹는 정도, 변형의 정도에 따라서 구별하였다. 이 과정에서 환자들은 친구가 되고 '우리 환자들'이라는 말을 통해서 같은 무리임을 표현하였다.

그러나 환자들끼리의 모임에서 서로의 모습을 통해서 자신이 병신이라는 것을 지각하기도 하고, 더 나빠지는 환자를 보면서 자신의 예후에 대한 불안이 증가하면 '회피'하고 싶은 마음이 드는데 특히 통증 조절이 이루어지면서 더 이상의 진행이 되지 않기를 바라는 마음이 강할 때 더욱 그러하였다. 또한 환자들은 자신보다 더 나빠지고 있는 환자들의 이야기를 피하였으며, 자신보다 더 아픈 환자가 좋아지고 있다는 것이 자신에게 가장 큰 희망을 주었다.

그러나 대상자들이 맺는 사회적인 관계에서 남자 대상자들은 주로 부인을 통해서 치료 정보를 얻었으며, 다른 환자에게 치료처에 대한 정보를 제공하기도 하였지만, 고통스러움을 호소하는 등

의 정서적인 지지관계를 형성하지는 않았다. 남자 대상자들의 통증 호소는 주로 의료진과 부인에게 이야기를 하거나, <참는다>로 이루어졌다. 특히 통증 경험은 남자 대상자들의 성격을 변화시키고 '젊었을 때의 기가 죽고 남의 눈치를 보게 된다'고 하여 아파서 사회적인 역할을 할 수 없다는 것으로 자존심이 저하되고, 정서적인 갈등을 경험하고 대인 관계가 줄어들었다.

③ 통증과 관련한 종교생활

통증경험은 종교적인 믿음을 통해서 병을 나을려고도 하고, 병을 낫기 위해서 종교를 바꾸기도 하였으며, 종교생활을 통해서 사회적인 관계를 넓히기도 하였고, 마음의 편안함을 얻기도 하였다.

20명의 대상자중 병이 나기 전에서 부터 계속적으로 종교를 가지고 신앙생활을 하고 있는 대상자는 3명(15%)이며, 병으로 인해서 새로이 종교를 갖게 된 대상자가 6명(30%)이며, 병이 나서 종교를 바꾼 대상자가 2명(10%)이었다. 현재 종교를 가지고 있지 않으며 앞으로도 종교를 가질 계획이 없다는 대상자는 7명(35%)였으며, 2명은 현재는 종교를 가지고 있지 않으나 앞으로 종교를 갖겠다는 계획을 하고 있었다.

기존의 신앙 생활을 하면서 병이 난 경우의 대상자들(3명)은 신앙을 통해서 통증 경험을 극복할 수 있다고 생각하였다. 일을 해서 아프다고 생각하는 한 대상자는 책임을 다하기 위해서 통증을 견디는데 필요한 힘을 종교로부터 얻을 것이라고 생각하기도 하였고, 오랫동안 골수염을 앓아 온 대상자는 신앙을 통해서 통증경험의 의미를 변화시키기도 하였다.

통증 경험의 의미를 변화시키는 것으로 '이렇게 아픈 것은 고통을 받는 사람을 위로하고, 그 고통을 느낄 수 있도록 하신 것이라고 생각도 하고... 물론 병원에서 약을 먹어도 낫지 않으니까 절망도 했는데... 다시 생각하면 죽으면 하나님 뵈 수 있으니까 괜찮고... 또 나를 필요로 하시면 그대로 두시겠지 싶기도 하니까 아파도 괜찮다 하는 마음이 들데요...'

대상자들은 처음 통증을 지각할 때는 다른 환자들과 함께 초조하고 불안하고 절망하기도 하였으나, 통증 경험이 지속되면서 차츰 신앙속에서

통증경험을 대처할 심리적인 안정을 얻기도 하였다. 통증이 심할 때 찬송가를 듣거나 성경책을 읽기도 하였으며, 교회사람들에게 기도를 부탁하기도 하였는데 신앙생활이 병에 대한 불안을 줄일 수 있었다.

대상자들중에는 병이 나서 종교를 가진 경우도 있었다(6명). 종교의 선택은 주로 주변의 친구들이 권유로 이루어졌는데 대상자들은 '믿음을 통해서 병이 나을 수 있다고 하더라' '기적을 바란다'고 하였으며, 병이 낫지 않으면 종교를 바꾸기도 하였다(2명). 그러나 처음에는 종교를 통해서 치료가 되기를 바라지만, 점차 통증을 수용하면서 신앙 생활은 사회 생활의 통로가 되기도 하는데 다른 사람들과 교제를 하고 정서적인 위로를 받을 수 있는 곳이 되기도 하며, 막연하게 '아마 나아주실지도...'라는 기대를 하기도 하였다.

'구역예배도 가고 그러면서 자연스럽게 다른 사람들 집도 가보고... 이렇게 아프면서 남의 집에 함부로 갈수도 없는데... 어쩔날은 말씀이 마음에 외달기도 하고... 그래서 꼭 빠지지 않고 다녀요'

대상자들 중에는 종교를 통해서 자신의 병을 나을 수 있으리라는 희망을 갖고 있는 경우도(2명) 있는데, 이들 역시 병이 나면서 새로이 종교를 갖은 것으로, 주로 자신의 병이 체질적인 것이고 운명적인 것이어서 일반적인 치료로 낫기를 기대하기 보다는, 종교적인 믿음을 통해서 나을 수 있으리라는 기대를 강하게 하였다. 이들은 종교에 의존하여 병이 치료되기를 바라기도 하고, 종교에 의존하여 민간치료제가 효과를 가질 것이라고 생각하기도 하였다. 또한 병을 치료하기를 기대하는 것과 함께 종교활동을 통해서 사회활동이 늘어나고, 다른 사람의 생활도 알 수 있게 되고, 교제도 넓혀져서 '나만 아프고 괴롭다고 생각하던 것'에서 벗어나 생활이 더 밝아지고 성격이 더 활달해지기도 하였다.

'체질적으로 아픈 것이고, 나을 수도 없다고 하니깐 낫게 해주라고 매달리는 수밖에 없다고 생각이 들어서 아주 기도생활에 미쳐버릴까 싶기도 해요... 또 교회를 나가니까 마음이 불안이 없어져요... 전에는 나 아픈 것만 생각되고 그랬는데 이렇게 아파도 내 생활이 있다 싶은 마음이 드니까...'

병으로 인해서 종교를 바꾼 경우(2명)중에는 병이 나서 교회를 다니면서 안수기도, 기도원 등을 다녔지만 통증이 더 심해져서 종교의 치료적인 효과가 없다고 생각하여 신앙생활을 중단하거나(1명), 통증 수용과 함께 치료를 고정하면서 병이 난 것이 자신의 운명(팔자)에 있다고 생각을 해서 보다 근본적으로 운명을 바꿀 수 있는 종교를 찾기도 하였다(1명).

‘내 팔자에 병이 들었다고 하고... 집을 바꿔도 나올 수는 없다고 해서... 아픈 것이야 약 먹고, 내가 잘 조절하면 될 것 같기도 한데... 옆집 아줌마가 이 교가 공덕을 많이 하고, 치성을 들이면 팔자를 바꿀수 있다고 해서... 내 발로 그곳을 찾아가서 공덕을 들이고 근행을 한다...’

앞으로 종교를 갖겠다고 계획하는 환자들(2명)은 통증이나 병을 낮게 해달라는 기대보다는 병으로 인한 제한된 사회활동을 극복하기 위해서, 주위사람들이 신앙생활을 하니깐 같이 해볼 생각이 있다고 하였다. 원하는 종교는 기독교와 천주교였다.

그러나 종교를 갖지 않았으며 앞으로도 계획하고 있지 않은 환자들(7명)은 ‘병이 교회간다고 낫는대요?’하고 묻기도 하고, ‘내 병은 내가 안다’고 하기도 하고, ‘마음이 뜨거워지지 않아서 다닐 수가 없다’하여, 종교와 병의 치료를 연관지었으며 병은 단순히 신체적인 문제일 뿐이고 자신은 병의 원인을 잘 알고 있다고 하였다.

2. 통증 다스리기의 종합

통증 다스리기는 일상생활, 가정생활, 치료생활, 사회적인 관계속에서 이루어지는 통증 조절의 과정으로 일상생활의 재배치, 역할갈등의 감추기, 치료생활의 균형화, 사회적 관계의 단순화로 구성된다.

일상생활의 재배치는 식사, 수면, 활동의 영역에서 이루어졌다. 통증은 대상자들의 식사, 수면 활동을 방해하였다. 대상자들은 통증 상태에 따라서 식사의 내용을 조절하고 식사시간을 일정하게 하였으며 영양제를 복용하고 보약을 먹었다. 수면

을 유지하기 위하여 수면시간을 일정하게 하기도 하였고 수면시에 보조기구를 사용하기도 하였다. 또한 활동의 조절을 위해서는 새로운 활동 방식을 고안하기도 하고 활동의 범위와 정도를 선택하였으며, 활동 시간을 조절하였으며 보조기구를 사용하고 다른 사람의 도움을 받기도 하였으나, 도움의 범위는 통증상태와 경제상태에 따라서 달라졌다.

또한 대상자들은 식사, 수면을 통해서 통증 상태를 탐색하고 치료제의 부작용을 관찰하기도 하였으며 활동을 통하여 통증 상태를 관찰하기도 하였다.

따라서 대상자들은 통증에 의해서 일상생활을 조절하고 일상에서 통증을 탐색하는 것으로 일상생활을 재배치하였다.

역할갈등의 감추기는 가정생활에서 이루어지는데, 통증 경험은 가정 생활을 대상자를 중심으로 하는 간호 중심적인 관계로 변화시킨다. 가족들의 돌보기는 배우자와 자녀의 직접적인 통증 간호, 치료정보의 제공, 가사일을 돕는 것, 함께 지내고, 배려하고 참아주고, 위로하는 등의 정서적인 지지와 사회활동을 돕고 경제적인 뒷바라지를 하는 것으로 이루어졌다. 대상자들의 가정생활에서의 역할 갈등은 환자 역할에 대한 대상자들의 기대와 가정내 역할 기대 사이의 갈등으로 대상자들의 통증 호소는 <참는다>, <이해한다>와 <이해를 구한다>로 이루어진다. 이런 통증 호소를 통하여 가정내의 역할 갈등의 감추기가 이루어졌다.

치료의 균형화는 통증 수용과정에서 통증 다스리기 과정으로 진행하면서 점차적으로 병원치료, 한방치료, 민간치료, 건강보조식품을 통한 치료, 기도원, 점, 굿, 등의 치료적 선택이 균형을 이루는 것이다. 또한 치료의 균형화는 통증의 조절, 병의 원인에 대한 지각, 의료진의 지지, 주의사람들의 정보제공, 그리고 치료비용이라는 요소들의 영향을 받았다.

사회적 관계의 단순화는 통증 환자들이 사회적 관계를 다스리는 형태이다. 대상자들은 병의 초기, 통증 초기에는 정보추구적인 사회관계에 집중되었던 사회적 관계가 점차적으로 정서 지지적인 관계로 변화하면서 신체적인 제한, 심리적인 긴

장, 물리적인 제한등은 사회적 관계를 단순화시키게 된다. 즉 신체적인 부담을 주는 관계, 정서적인 긴장을 일으키는 관계, 특징적으로 시대과의 관계, 병과 관련하지 않은 비용과 시간을 소요하는 사회적 활동은 축소되고, 신체적으로 부담스럽지 않고 정서적인 지지를 함께 할 수 있는 사회적 관계, 특징적으로 같은 병을 앓고 있는 환자들과의 관계가 깊어지는 것으로 사회적 관계의 단순화가 이루어졌다.

3. 연구의 진실성

본 연구에서는 연구의 신뢰성을 보이기 위하여 작업일지(reflexive journal)를 기록하였고, 동료들(간호대학 교수 3인)과 계속적인 자료 분석 및 서술에 대한 논의를 진행하였다. 또한 연구 과정에서 메모(jotted note)를 하면서 지적과정의 수행을 보이도록 하였고 작업일지와 메모 노트는 자료의 분석, 연구 결과의 서술, 연구의 평가 과정에서 계속적인 자료로 사용되었다. 연구의 결과를 대상자 2인에게 제시하고 동의하는지를 확인하였다. 또한 연구의 전이성과 의존성은 이 연구에 참여하지 않은 환자들의 경험에도 같은 조건에서는 동일한 해석이 가능한지의 여부를 가리기 위한 것으로 연구 대상자들과 동일한 상태의 환자 8명에게 동일한 자료 수집의 절차로 자료를 수집하고 분석하여, 자료의 포화상태를 통하여 확인하였다.

V. 논 의

통증은 대상자의 전 생활세계에 영향을 미치는 고통스러운 경험이다. 본 연구에서는 통증 경험의 제 단계(은 영, 1994)중 통증 다스리기 과정에 대한 연구이다. Charmaz(1990)은 만성질환의 경험 단계를 질환에 이름 붙이기, 증상을 다스리기, 질환에 몰입하기라는 단계로 구분하였으며, Kortaba(1983)는 만성통증 경험을 만성 질환의 진행과 비교하여 통증에 이름 붙이기, 증상을 다스리기, 통증에 대한 몰입으로 구분하였다. 본 연구의 통증 다스리기 과정은 증상을 다스리면서 통증에 몰입하는 단계를 함께 다룬 것이다.

통증 다스리기 과정은 통증 제거 몰두하는 의존적인 환자 역할의 단계에서 회복과 재활의 단계로 진행되는 것으로(Drowkin, 1991) 이 단계를 Wiener(1977)는 재정상화(renormalizing)라고 하여 통증과 불편감을 감추고 일상생활을 유지하고 할 수 있는 일을 조절하는 단계라고 보았다. Fagerhaugh(1977)은 의료진과 상호작용에 의해 점차적으로 통증 호소가 줄고 통증 표현이 소극적으로 된다고 보았다. 또한 이 단계를 Kortaba(1983)는 손상받은 자아의 재구성이라고 해석하였으며, Morse & Johnson(1991)은 자아를 찾기 위한 노력의 과정이라고 하였다. 이 과정에서는 병에 대한 병식을 갖고 자신을 보호하고자 하였으며, 역할을 협상하고, 치료의 목표를 조정하고, 자신의 상태를 재확인하고 안정시켜줄 자원을 찾는 단계라고 보았다. 본 연구는 연구의 방법면에서 차이가 있기 때문에 동일한 비교를 하기는 어렵지만 만성질환 특히 통증 경험은 시간이 경과하면서 혹은 의식이 확장하면서 보다 내적으로 몰입하고, 통증과 자신의 관계를 재설정하고 보다 주체적인 환자 역할을 이루어간다는 점에서는 동일한 결과를 갖는다고 하겠다.

본 연구의 통증 다스리기의 구성요소인 역할갈등의 감추기, 일상생활의 재배치, 사회적 관계의 단순화는 Wiener(1975)는 관절염 환자들의 재정상화 과정에서 사회적인 행동 전략으로 통증과 불편감을 '감추기', 일상생활을 '유지하기', 할수 있는 일을 '조절하기'등을 채택한다는 것과 같은 통증 조절 행위이다.

그러나 본 연구의 결과중 가정생활에서의 역할갈등의 감추기는 다른 연구의 결과에 비추어 문화적인 특색을 드러낸다고 보여진다. 우리나라 통증환자의 다스리기 과정에서는 재정상화, 자아의 재구성, 자아를 찾기위한 노력의 과정이 환자 중심으로 진행하기 보다는 가족과의 긴장을 줄이기 위하여 자신의 갈등을 숨기는 것, <참는 것>이 매우 중요하였다. 우리나라 가정에서의 부부 문화에 대한 연구에서 권희완(1992)은 한국의 가정에서 여성들의 남편에 대한 기대는 표출적인 기대로 정서적인 지지를 원하는 것이라면, 남성들의 부인에 대한 기대는 도구적인 기대로서 가사일과 자녀 교

육을 잘하는 것을 원하는 것으로 대표할 수 있다고 보았다. 특히 가정에서의 남편의 가장 큰 갈등의 요소는 부인이 건강이 나쁜 것이라면 부인의 가장 큰 갈등 요소는 술을 마시는 것이었다. 이 결과에 의하면 원만한 가정 생활을 위해서는 여자 대상자들의 경우 통증 호소는 <참는 것>으로 이루어짐으로서 가정내 갈등을 숨기는 것이 가장 일반적으로 선택될 수 있다는 것이다. 이를 이원희(1992)는 '푼다'라는 개념이 한국의 중년 여성들의 갈등의 대처 양상이라고 하였으며, 그 뿌리는 유교적, 불교적인 사상전통에 이어져 있음을 지적하기도 하였는데 이 점은 통증 환자들에게도 공히 적용될 수 있다.

이런 문화적인 배경은 가정내의 역할 갈등의 감추기로 일어나는 긴장을 같은 병을 앓고 있는 환자들과 나눌 수 있게 하는데, 같은 병을 앓고 있는 비슷한 나이, 비슷한 경제 상태의 환자들의 새로운 모임을 유도하게 된다. 이런 만남을 통하여 환자들은 자신의 문제를 객관화시킬 수 있고, 통증의 경험의 의미를 새롭게 변화시키게도 되는, 통증 경험의 사회화가 이루어지게 된다. 간호사들은 환자들의 이런 비공식적인 모임을 보다 조직적이고 체계적으로 만드는데 촉진자의 역할을 할 수도 있고, 간호 교육의 장으로 활용할 수도 있다. 즉 개별적인 통증 경험을 보다 사회화 시킴으로서 환자들이 합리적인 방향으로 스스로의 건강 잠재력을 증진시킬 수 있도록 도울 수 있으므로서 건강 증진의 궁극적인 목표를 달성할 수도 있다.

또한 통증 환자의 간호는 비단 통증 환자 개인에 국한된 것이 아니고 가정 간호와 함께 이루어져야 하는 것(Turk, Flor, Rudy, 1987)은 본 연구에서도 두드러진다. 치료정보의 전달 과정, 통증 경험과 역할 갈등의 발생, 사회적 관계의 단순화 등은 모두 가족간의 역동적인 관계속에서 이루어지므로 통증 환자들의 통증 경험의 단계에 맞춘 가족간호가 제공되어야 한다. 즉 통증 다스리기의 단계에서는 환자는 가족으로부터 정서적인 지지를 받고자 하는 요구는 증가하지만 가족의 관심이 줄어들어서 생길 수 있는 갈등과 가족의 갈등에 대한 사정과 중재가 필요하다는 점을 지적할 수 있다.

본 연구의 의의는 만성통증 경험의 구성 중 통증 다스리기 과정을 서술함으로써 통증 환자를 위한 간호 이론 개발에 기초적인 지식체를 제공하였다. 따라서 관절염 외의 다른 만성통증의 경험을 탐색함으로써 통증 경험의 구성을 보다 정교히 할 수 있을 것으로 사료된다. 또한 관절염 환자에 대한 경험적인 자료를 제시함으로써 관절염 환자의 교육, 가족 간호의 실무에 유용한 정보를 제공하였다고 보여진다.

그러나 본 연구는 통증 경험의 과정중 통증 다스리기 부분만으로서 전반적인 통증 경험에 대한 이해를 위해서는 제한적이다. 또한 질적 연구에 대해 제기될 수 있는 제 문제들에 대해서는 더 깊은 논의가 필요하다.

VI. 결론 및 제언

본 연구는 만성통증 환자의 통증 경험을 탐색하여 통증 환자를 위한 간호 지식체를 제공하기 위하여 류마티스 관절염 환자를 대상으로 일상의 통증 경험을 서술하였다.

본 연구의 기간은 예비 연구 기간을 포함하여 약 2년 3개월 정도였으며, 연구 대상자는 대도시 1곳의 종합병원에 등록된 환자, 중도시 3곳의 종합병원에 등록된 환자로 연구의 목적에 동의하는 20명의 환자들이었다.

자료수집은 자연주의적 연구 방법의 절차에 의해서 면담은 비구조적인 면담과 면담지를 이용한 준구조화된 면담으로 이루어졌으며, 관찰 기록과 병원의 기록지, 의무기록지, 잡지 등을 포함하였다.

면담을 위해 소요한 시간은 1회 평균 2시간 정도였으며 대상자의 양해 아래 녹음을 원칙으로 하였다.

수집된 자료는 사례별 정리후에 내용별 단위화와 범주화 작업으로 진행하였는데 대상자들의 일상생활, 가정생활, 치료생활, 사회적인 관계 등으로 분류하고 명명하는 작업으로 이루어졌다.

통증 경험중 통증 조절 행위는 통증 다스리기로 명명하였으며 이를 구성하는 범주는 일상생활의 재배치, 역할갈등의 감추기, 치료생활의 균

형화, 사회적 관계의 단순화로 이루어졌다.

일상생활의 재배치는 식사, 수면, 활동을 방해하는 통증을 다스리기 위하여 식사와 수면의 시간과 형태를 재배치하고, 새로운 활동 방식을 고안하고, 활동의 범위와 시간을 재배치하였다.

역할갈등의 감추기는 통증 환자로서의 역할기대와 가정내 기존의 역할 수행에서 빚어지는 긴장을 다스리기 위하여 역할갈등을 숨기는 것으로 <참는다>, <이해한다>로 이루어졌다.

치료생활의 균형화는 통증을 조절하기 위한 치료의 선택이 균형을 이루는 것으로 통증을 줄일 수 있으며, 그로인한 부작용을 경험하지 않을 치료, 경제적인 허용 범위내의 치료, 의료진과의 지지적 관계를 이루는 것이다.

사회적 관계의 단순화는 신체적, 정서적인 긴장을 일으키는 상황은 피하고 환자로서 지지를 받을 수 있는 관계로 단순화된다. 신체적인 긴장을 일으키거나 정서적인 긴장을 일으키는 관계(예 : 시대)는 줄어들고, 상호지지가 이루어지는 같은 병을 앓고 있는 환자들과의 관계는 확대되었다.

따라서 통증 환자의 간호는 통증의 지각 변화를 통한 조절 뿐 아니라 환자들의 역할 수행을 돕고 지지적인 사회적 관계를 확대시킴으로써 통증과 함께하는 삶을 최적의 상태로 이끌도록 도와주어야겠다.

제언으로 본 연구는 만성 통증 환자들의 통증 조절 행위를 초점으로 서술되었다. 연구의 결과 가족과의 상호작용이 통증 경험에 큰 영향을 미치는 것으로 나타났다. 따라서 다음의 연구에서는 통증 환자 가족의 통증 경험의 탐색을 통하여 가족 간호를 위한 보다 풍부한 자료가 제공되어야 할 것이다.

참 고 문 헌

- 권희완(1992). 부부관계의 인식에 대한 연구, 한국가족의 부부관계, 여성한국사회연구회편, 35-70.
- 김동목(1986). 류마치스양 관절염 환자의 약물치료, 대한의학협회지, 29, 1, 38-42.
- 김상미(1989). 만성관절염 환자의 정신건강 관련 요인에 대한 연구, 한양대행정대학원 석사학위논문
- 손봉호(1992). 「고통의 현상학」, 『생활세계의 현상학과 해석학』, 서울 : 서광사.
- 이은옥(1987). 「전통적인 통증 이론」, 『대한간호』, 26, 4, 7-11.
- 이원희(1992). 한국중년 여성이 경험하는 갈등과 대응양상, 성인간호학회지, 4(2), 136-146.
- 은 영(1994). 만성통증 환자의 통증 경험, 서울대학교 박사학위논문, 미간행.
- 윤순영(1978). 현대의료와 한국농촌의 의료문화, 이화대학교 의료원 지역사회보건위원회.
- Anderson, K.O., Keefe, F.J.(1988). Prediction of pain behavior and functional status of RA pts using medical status and psychological variables, Pain, 33, 25-32.
- Beutler, L.E., Engels, D.M., Oro-Beutler, E., et al.(1986). Inability to express intense affect : a common link between depression and pain, J. Cons. Clin. Psycho., 54, 6, 752-759.
- Bradley, L.A., Young, L.D., Anderson, K. O., et al.(1896). Development of an observation method for assessing pain behavior in RA pts, Pain, 24, 165-184.
- Burckhardt, C.S.(1985). The impact of arthritis on quality of life, Nursing Research, 34, 1-9.
- Cassel, E.J.(1882). The nature of suffering and the goals of medicine, The New England Journal of Medicine, 306, 11, 639-645.
- Charmaz, K.(1990). Discovering chronic illness : using grounded theory, loss of self : A fundamental form of suffering in chronically ill, Socio. Health Illness, 5, 169-195.
- Creed, F.(1990). Psychological disorders in rheumatoid arthritis : A growing conce-

- nsus?, *Annals of the Rheumatic Diseases*, 49, 808-812.
- Cupples, S.A.(1992). Pain as hurtful experience a philosophical analysis and implications for holistic nursing care, *Nursing Forum*, 27, 1, Jan-March, 5-11.
- Dworkin, S.F.(1991). Illness behavior and dysfunction : review of concepts and application to chronic pain, *Can. J. Physio. Pharmacol.*, 69, 662-671.
- Egan, K.J., Karton, W.J.(1987). Response to illness and health in chronic pain patients and healthy adults, *Psychosomatic Medicine*, 49, 470-481.
- Engelbart, H.J., Vrancken, T.K.(1984). Chronic pain from the perspect of health : a view based on systems theory, *Soc, Sci, Med.*, 19, 1, 1383-1392.
- Fagerhaugh, S.Y.(1975). Pain expression and control on a burn care unit, *Nursing Outlook*, 22, 10, 645-650.
- Flor, H., Turk, D., Rudy, T.(1987). Pain and families : assessment and treatment, *Pain*, 30, 29-45.
- Fordyce, W.E.(1976). Learning processes in pain, *The Psychology of Pain*, 49-71.
- Geach, B.(1987). Pain and coping, *Image*, 19, 1, 12-15.
- Holm, K., Cohen, F., Dudas, S., et al. (1989). Effect of personal pain experience on pain assessment, *Image*, Vol. 21, 2, Summer, 72-75.
- IASP(1986). Clinical aspect of pain in RA, in Sternbach(ed), *The Psychology of Pain*, 2nd, Raven : N.Y., 223-236.
- Kleinman, A., Brodwin, P.E.(1987). The social meanings of chronic pain, in Burrows, Elton, Stanley(ed), *Handbook of Chronic Pain Management*, Elsevier Science Publishers, B.V., 109-119.
- Kodiath, M.(1991). A new view of the chronic pain client, *Holistic Nurse Pract*, 6(1), 41-46.
- Kotarba, J.A.(1980). *The Chronic Pain Experience : management of the impaired self*, University of California San Diego, Dissertation Paper, Unpublished.
- Kotarba, J.A.(1983). Perceptions of death, belief systems and the process of coping with chronic pain, *Soc. Sci. Med.*, 17, 10, 681-689.
- Laborde, J.M., Powers, M.J.(1983). Evaluation of educational interventions for osteoarthritis, *Multiple Linear Regression View Points*, 12, 12-37.
- Laborde, J.M., Powers, M.J.(1985). Life satisfaction, health control orientation & illness-related factors in persons with osteoarthritis, *Research in Nursing & Health*, 8, 183-190.
- Lambert V.A.(1985). Study of factors associated with psychological well-being in rheumatoid arthritis women, *Image*, spring, 17, 2, 50-53.
- Lambert V.A.(1991). Arthritis, *Research on Nursing Practice*, 9, 3-18.
- Lazarus Folkman(1984). *Stress, Appraisal, and Coping*, Springer Pub. Co., NY. 141-180.
- Lincoln, Y.S., Guba, E.G.(1985). *Naturalistic Inquiry*, Sage Pub. Beverly Hills.
- Lipton, J.A. Marbach, J.J.(1984). Ethnicity and the pain experience, *Soc. Sci. Med.*, 19, 12, 1279-1298.
- Maruta, T., Osborne, D., Swanson, D., Halling, J.(1981). Chronic pain patients and spouses : marital and sexual adjustment, *Mayo Clinic Proc.*, 56, 307-310.
- McCaffery, M., Beebe, A.(1989). *Pain Clinical Manual for Nursing Practice*, The C.V. Mosby Co.

- Mechanic, D.(1968). *Medical Sociology*, Free Press, NY., 130-131.
- Mechanic, D.(1972). Social psychological factors affecting the presentation of bodily complaints, *New England Journal of Medicine*, 286, 25, 21, 1132-1139.
- Melzack, R., Casey, K.L.(1968). Sensory, motivational and central control determinants of pain : a new conceptual model, in Kenshalo, D.R. *The Skin Senses*, Springfield, Charles C.Thomas.
- Miller, W.L., Crabtree, B.F.(1992). Primary care research : a multimethod typology and qualitative road map, *Doing Qualitative Research*, Newbury Park, Sage, 3-28.
- Moor, R.(1990). Ethnographic assessment of pain coping perceptions, *Psychosomatic Medicine*, 52, 171-181.
- Morse, J.M., & Johnson, J.I.(Eds)(1991). *The Illness Experience-Dimensions of Suffering*, Sage Pub.,
- Parse, R.R.(1981). *Man-Living-Health*, John Willey & Sons, Inc., 18-73.
- Parsons, T.(1951). *The social system*, Free Press, NY., 436.
- Parker, J., Frank R., Beck. K.(1988). Pain in RA : relationship to demographic, medical and psychological factors, *The Jour. of Rheumatology*, 15, 3, 433-437.
- Pollock S.E.(1986). Psychological and neural mechanisms of pain, Raven Press, 50-88.
- Primomo, J., Yates B.C., Wood, N.F.(1990). Social support for women during chronic illness : the relationship among sources and types to adjustment, *Research in Nursing & Health*, 13, 153-161.
- Rogers. M.E.(1970). *The Theoretical Basis of Nursing*, F. A. Davis, Philadelphia, Pennsylvania.
- Skevington S.M.(1986). Psychological aspects of pain in RA : a review, *Soc, Sci, Med*, 23, 6, 567-575.
- Strauss, A., Fagerhaugh, S.Y.(1977). *Politics of pain management : staff-patient interaction*, Addison-Wesley Pub. Co., Menlo Park, California.
- Viola, A., Giurgea, E.(1984). Familial models for chronic pain, *Pain*, 18, 199-203.
- Wiener C.L.(1975). The burden of rheumatoid arthritis tolerating the uncertainty, *Soc. Sci. Med.*, 9, 97-104.
- Zborowski, M.(1952). Cultural components in response to pain, *Journal of Social Issue*, 8, 16-30.

- Abstract -

Chronic pain control in patients with rheumatoid arthritis*

*Eun, Young***

Rheumatoid arthritis is the one of the chronic diseases, one of its major symptoms is a chronic pain. Despite developing medical treatment and surgical techniques, it is suggested that to control the pain is the goal of the treatment.

But pain is an inner experience and even those closest to the patient cannot truly observe its progress or share in its suffering. The National Academy of Sciences Institute

* Doctoral Dissertation, Graduate School, Seoul National University.

** Professor Kwang-Ju Christian Hospital College of Nursing.

of Medicine's report on Pain and Disability concluded that there is no objective measure of pain—(exactly) no pain thermometer—nor can there ever be one, because the experience of pain is inseparable from personal perception and social influence such as culture.

To explore chronic pain experience is to understand the process and property of the patient's perception of pain through the response to pain, the coping with pain, and the adaptation to pain.

Therefore a qualitative study was conducted in order to gain an understanding of pain experience of patients with RA in Korea.

I used naturalistic inquiry as a research methodology, which had 5 axioms, the first is that realities are multiple, constructed, and holistic, the second is that knower and known are interactive, inseparable, the third is only time and context bound working hypotheses (idiographic statements) are possible, the fourth is all entities are in a state of mutual simultaneous shaping, so that it is impossible to distinguish causes from effects and the last is that inquiry is value-bound.

Purposive sampling was conducted as a sampling. 20 subjects who experienced pain over 10 years, lived in middle-sized city and big city in Korea, and 17 women and 3 men. The subject's age was from 32 to 62 (average 48.8), all were married, living with their spouse and children, except two—one divorced and the other widow before they became ill.

I collected data using in depth structured interview. I had interviews two or three times with each subject, and the interviews were conducted at each subject's home.

Each interview lasted about two hours on average. A recording was taken with the consent of the subject.

I used inductive data analysis—such as unitizing and categorizing. Unitizing is a process of coding, whereby raw data are systematically transformed and aggregated into units. Categorizing is a process whereby previously unitized data are organized into categories that provide descriptive or inferential information about the context or setting from which the units were derived. This process is used constant comparative method.

The pain controlling process is composed of behavior of pain control. The behaviors of pain control are rearranging of ADL, hiding role conflict, balancing treatment, and changing social relation.

Rearranging of ADL includes diet management, sleep management, and the adjustment of daily life activities. The subjects try to rearrange their daily activities by modified style of motions, rearranging time span & range of activities, using auxiliary facilities, and getting help in order to keep on the pace of daily life.

Hiding role conflict means to reduce conflicts between sick role and their role as a family member. In this process, the subjects use two modes, one is to control the pain complaints, and the other is to internalize the value which is to stay home is good for caring her children and being a good mother. To control pain complaints is done by 'enduring', 'understanding' the other family members, or making them understood in order to reduce pain.

Balancing treatment is composed of two aspects. One is to keep the pain within the endurable level, the other is to keep

in touch with medical personnel in order to get the information of treatment and emotional support.

Changing social relation is made by information seeking and sharing, formation of mutual support relation, and finally simplification of social relationships. The subjects simplify their social relationships by refraining from relations with someone who makes them physically and psychologically strained. In particular the subjects are apt to avoid contact with in-laws, and the change of relation to in-laws results in lessening the family boundary. In the course of this process, they confront the crisis of family conflict result in family dissolution. This crisis is related to the threat of self-existence.

Findings from this study contribute to understanding the chronic pain experience. To advance this study, we should compare this result with other cases in different cultural contexts. I think to interpret these results, Korean cultural background should be considered. Especially the different family concept, more broader family members and kinship network, and the traditional medical knowledge influences patients' behavior.

Key Words : chronic pain, experience of pain, pain control.