

간호사의 통증관리에 대한 주관성 연구*

박 경 숙** · 송 미 승*** · 김 경 희**

I. 서 론

1. 연구의 필요성

통증은 감각적, 정서적, 인지적 요소를 포함하는 다차원적 주관적 경험이며, 이는 불명확하고 복잡한 경험으로 모든 환자에게 공통적이다(Melzack, 1986).

대부분의 통증은 신체적, 정신적 자극이 혼합된 결과이며, 유발된 통증은 전신적인 신체반응을 일으키고(McCaffery & Beebe, 1989) 여러 가지 전신적인 반응들은 다시 통증에 영향을 미칠 수 있다(대한간협, 1991).

간호사는 환자 가까이에서 통증을 사정하고 통증의 부정적 영향을 관찰할 수 있다는 위치에 있으므로 통증의 정확한 사정과 적절한 간호중재의 제공은 환자의 통증관리 간호에 필수적이다. 통증을 정확하게 사정하는 일은 어려운 일이지만 환자의 통증을 사정하고 평가하는 일이 정확한 진단과 적절한 치료방법을 택하는데 도움을 주기 때문에 중요한 간호사의 임무이다.

그러나 실무에서 통증을 호소하는 대부분의 환자들은 적절한 통증관리를 받지 못하고 있는 것으로 나타났다(김종임과 김순임, 1985; 이은옥과 최명애, 1996; Donovan, Dillon & McGuire, 1987). 환자들의 통증

이 제대로 관리되지 못하고 있는 이유는 간호사 및 의사들이 통증을 정확하게 사정하지 못해서 간과하거나 과소평가하며(김종임과 김순임, 1995; Zalon, 1993) 또한 진통제에 대한 편견 특히 마약성 진통제의 부작용들에 대해서 의사 및 간호사들이 지나치게 두려워하기 때문에 투여량이나 투약회수도 무의식적으로 최소량을 쓰는 경향이 있다(Marks & Sachar, 1973; Myers, 1985).

김민정(1997)의 연구에서는 간호사보다 환자가 표시한 통증점수가 더 높고 실제 임상에서 정확한 통증사정이 되지 않으며 통증관리 또한 소극적이므로 과소관리되고 있음을 보여주고 있다.

이는 통증관리에 사용되고 있는 약물과 증독에 대한 지식이 정확하지 않으며 통증사정 및 간호중재에 대한 정보가 부족하여(김지윤, 1993; 박영숙과 신영희, 1994; 서순림, 서부덕 및 이현주; 1995; 허혜경, 1994; 현주, 1998; Kim, Suh; Lee, O. K., Kim, J. I., Kang, H. S. & Park, H. A., 1993) 환자의 통증관리에 있어서 간호사의 사정과 중재를 통한 다각적인 접근이 이루어지지 못하고 있는 실정이다.

효과적인 통증관리를 위하여 의료인들의 통증관리에 대한 지식교육, 사정도구 개발, 통증 중재법에 대한 지식과 기술을 포함한 교육 프로그램 개발의 요구는 있으나(박영숙과 신영희, 1994; 김주희와 김진경, 1995; 김

* 이 논문은 2000년도 중앙대학교 학술연구비 지원에 의한 것임.

** 중앙대학교 의과대학 간호학과 교수

*** 중앙대학교 일반대학원 박사과정생

민정, 1997), 지금까지 통증관리에 대해 간호사의 주관적인 관점에서 그들의 실제적인 경험에 근거한 연구는 거의 없는 실정이다.

이에 본 연구는 각 개인의 경험이나 지각에 따라 다르게 인식할 수 있는 추상성이 높은 개념을 객관화하기에 유용한 연구 방법인 Q-방법론(김홍규, 1990)을 적용하여 환자에 대한 간호사의 통증관리를 그들의 주관적인 관점에서 이해하고 분석함으로써 효율적인 통증관리를 위한 간호중재안 개발의 기초자료로 활용하고자 시도하였다.

2. 연구목적

본 연구의 구체적 목적은 다음과 같다.

- 1) 간호사의 통증관리에 대한 주관성을 구조적 특성에 따라 분류한다.
- 2) 간호사의 통증관리에 대한 주관성의 유형별 특성을 기술하고 분석한다.

II. 문헌 고찰

통증은 통증을 경험하고 있는 사람이 호소할 때마다 존재하며, 표현하는 그 자체(McCaffery, 1979)라고 하는 바와 같이 주관적이고 개인적인 경험으로써 환자의 호소를 그대로 믿고 적절한 통증을 조절해 주는 것은 의료인의 중요한 임무이다.

특히 간호사는 환자와 가장 많은 시간을 보내고 환자의 상태를 가장 잘 파악하고 있으므로 통증을 사정하고 적절히 중재하며 그 효과를 평가하는데 있어서 매우 중요한 위치에 있다. 그럼에도 불구하고 여러 연구결과들은 간호사가 전반적으로 이 분야의 지식이 부족하다고 보고하고 있다(박영숙과 신영희, 1995).

부적절한 통증관리가 최근 세계적인 문제점으로 대두되고 있는데, W.H.O.(1990)의 발표에 의하면, 수많은 수술후 환자 또는 말기 암환자들이 불필요한 통증을 겪고 있으며, 이들의 90%가 적절한 관리를 통하여 통증으로부터 벗어날 수 있을 것이라고 한다. 이는 의료인들의 편견과 정보부족으로 인하여 진통제의 습관성이나 의존성에 대한 지나친 우려와 통증관리에 대한 지식부족 때문이라고 지적하고 있다(McCaffery & Ferrell, 1990; McCaffery & Ferrell, O'Neil-Page, Lester & Ferrell, 1990; Dalglish, 1990; Watt-Watson,

1987; Hauck, 1986; Myers, 1985).

통증관리가 잘 안되는 이유로 간호사들이 환자의 통증 정도를 정확히 사정하지 못하는 것을 들 수 있는데, 김주희와 김진경(1995)이 얼굴그림동통척도를 이용하여 정형외과 병동의 환자와 간호사를 대상으로 동통의 인지 정도를 살펴 본 결과, 간호사는 평균 2.77점/5점, 환자는 3.02점/5점으로 간호사의 동통인지 정도가 환자가 인지하는 동통인지 정도보다 낮은 것으로 나타났으며($t=3.22$, $p<0.001$), Zalon(1993)도 시각적 상사 척도(VAS)를 사용하여 119명의 간호사와 복부수술 환자를 대상으로 통증을 사정한 결과, 간호사와 환자간의 통증 사정 상관정도는 $r=.304(p<.01)$ 로서 환자의 통증을 9.25%로 설명했으며, 간호사는 환자의 통증 정도를 5.29/10, 환자는 자신의 통증을 6.18/10이라고 하여 간호사가 환자의 통증을 과소평가하는 것으로 나타났다($t=2.09$, $p<0.05$). 또한 간호사의 통증사정이 부족한 것은 간호기록을 통하여 볼 수 있는데, 양명숙(1995)이 통증환자에 대한 간호기록을 살펴본 결과, 간호사들이 특별한 통증사정도구를 사용하지 않고 단지 환자가 말한 것을 그대로 간호기록에 옮기고 있으며 따라서 통증에 대한 양상, 강도 등에 대한 사정을 정확히 하지 못하고 있었으며, Camp와 O'sullivan(1987)은 각각 30명을 대상으로 간호사의 통증사정과 암환자의 지각관의 일치 정도를 조사한 결과, 간호사는 통증에 관해 18.5% 이하로 기록하였고($n=30$, $Z=-4.93$, $p<.05$), 환자의 통증에 대한 서술과 일치되는 정도는 14%이하로서($n=30$, $Z=-5.29$, $p<.05$)간호사는 통증 사정기록을 제대로 하지 않았으며 기록된 내용도 충분치 않은 것으로 나타났다.

Marks와 Sachar(1973)는 허혈성 심질환, 심이지장 궤양, 폐경색, 신성통증, 암 등의 내과적인 진단을 받고 입원한 환자 37명의 마약성 진통제에 대한 조사에서 진통제 복용 후에도 환자의 32%는 매우 심한 통증을, 41%는 중정도의 통증을 겪고 있다고 보고하므로써 73%의 환자가 불필요한 통증을 겪고 있음을 밝혔다. 이 연구자들은 다시 환자 기록지를 조사해 본 결과 의사들은 진통제를 적정양보다 훨씬 적게 처방하고 간호사 또한 최저량을 투여하고 있음이 드러났다. 이는 의료인들이 진통제 효과에 대해서 부정확한 지식을 가지고 있거나 약물중독이나 과잉 진정효과에 관해서 두려워하고 있다는 결론을 내렸다.

내과, 신경외과에 근무하는 106명의 간호사들에게 설문조사한 연구결과 역시 간호사들이 통증사정과 마약성

진통제 투약에 관한 지식이 부족함이 나타났다. 이들은 약물중독 증세의 발생빈도를 과잉으로 주장하는 경향이 있고, 흔히 사용하고 있는 마약성 진통제의 효과가 어느 정도 오랫동안 지속하는지 혹은 등가진통제 용량에 대해서 지식이 부족함을 드러냈다(Watt-Watson, 1987).

입원환자의 통증경험과 진통제 사용에 대한 국내 연구에서도 통증환자의 51.9%만이 하루에 1번 진통제를 복용하였고, 진통제 사용량이 미국 문헌에 비해 과소투여되고 있었다. 그 이유는 부적절한 교육, 몰핀제제 투약을 두려워하는 태도였다고 했다. 이에 따라 대부분의 의사가 PRN처방을 내고 간호사는 환자가 요구할 때만 투약하고 있으며 그 투약 횟수나 진통제 용량이 부족하다고 하였다(Kim et al., 1994).

김지윤(1993)은 악성종양 환자의 통증과 진통제 투여 실태에서 통증환자의 51.0%만이 진통제를 사용하며 진통제를 사용하는 환자의 25%가 일주일간 계속 PRN으로 처방받고 있어 의료인의 진통제 투여에 대한 지식이 부족함을 간접으로 시사하고 있으며, 박영숙과 신영희(1994)는 226명의 간호사에게 통증관리에 관한 지식을 조사한 결과, 평균 13.87/25였으며 통증사정에 관한 지식 5문항은 평균 3.48/5이었고 진통제 투약방법, 약물작용, 마약성 진통제의 습관성 발생빈도 등에 관한 문항에서는 평균이 각각 2.67/7, 2.48/6, 0.09/1로 낮게 나타났다.

Fife, Irick와 Painter(1993)는 500명의 의사와 471명의 간호사를 대상으로 통증관리에 관한 태도를 비교조사 하였다. 그 결과 중앙성 통증에 대한 의사, 간호사간의 반응에는 현저한 차이가 있었다. 먼저 간호사(84%)가 의사(73%)보다 통증을 더 주요한 문제로 보았다. 간호사는 대부분의 환자가 통증을 가지고 있다고 의사보다 더 믿으며, 의사는 간호사보다 통증은 치료에 의해 더 많이 경감된다고 믿었다. 통증의 원인에 대해서 간호사는 암자체가 76%, 암치료로 인한 것이 21%로 보는데 반해 의사는 암자체는 91.7%, 암치료로는 7.2%로 두 집단간에 차이를 보였으며($p < .001$), 진통제 투여시 심리적 의존감, 중독에 대해서는 두 집단 모두 인식이 부족한 것으로 나타났다.

간호사의 수술후 통증관리에 대한 태도 연구에서는 166명의 간호사들을 대상으로 통증자체, 통증사정, 진통제 사용에 대한 태도 등을 연구한 결과, 통증의 사정이 98.8% 필요하나 61.9%가 진통제 사용시 중독과 부작용을 많이 걱정하여 통증이 인체에 미치는 영향, 통증사정 및 통증조절에 적극적으로 입하는 태도와 진통제 투

여에 관해 잘 모르고 있음을 시사했다(허혜경, 1994).

서순림 등(1995)은 간호사 238명을 대상으로 통증사정 및 증계에 관한 지식, 태도를 살펴본 결과, 정답율은 총36문항에서 최고가 32점, 최저는 9점으로 평균 21.87(60.75%)이었고 간호사정은 12.68/22(57.64%), 간호증계는 9.19/14(65.64%)이었다. 통증측정 도구들에 관한 지식은 16% - 46% 정도로 전반적으로 매우 낮게 나타났으며, 통증에 관한 태도 및 신념에 대해서는 환자의 통증 호소를 모두 믿을 수 없으며(18.5%), '환자가 통증에 대해 거짓이나 피병을 부릴 수 있다'(20.6%)고 한 문항에서는 정답율이 비교적 낮았으나 '환자의 통증호소를 그대로 믿는다'에 대해서는 55.9%가 정답을 나타냈으며 그러면서도 '의료인이 통증사정을 정확히 할 수 있다' 문항에서는 71.4%의 높은 정답율을 보였다. 이처럼 환자의 호소를 그대로 믿지도 않고 그렇다고 해서 의료인만이 정확히 통증을 사정한다고도 보지 않는 애매한 태도를 지니고 있으므로 통증관리에 관한 보다 확고한 태도와 신념이 필요하다고 하였다.

1990년 임상간호사회에서 발간한 암환자 통증에 관한 정책방침서에서는 간호 교과과정 속에 암환자 통증관리에 관한 이론과 실재를 포함시켜 간호사가 통증사정은 물론 통증완화, 그리고 평가를 자신감 있게 수행할 수 있도록 해 주어야 하며 대학원 과정에서는 통증에 관한 연구를 다루어야 한다고 피력했다. 또한 통증사정과 관리의 간호전문직으로서의 책임이며 윤리적인 책임이므로 이를 회피해서는 안된다고 밝혔다.

이상에서 살펴본 바와 같이 국내의 연구경향에서 통증관리에 대한 의료인의 지식부족, 정확한 통증사정과 효율적인 증계의 부재와 실제적인 수행방안 요구, 적극적인 태도와 신념의 필요성을 제시하고 있다. 이에 이 모든 제 변수들을 포괄적으로 포함한 효율적인 통증관리를 위해서는 간호사의 통증관리에 대한 주관성을 규명해 볼 필요성이 제기된다고 본다.

III. 연구 방법

1. Q - 표본의 구성

본 연구의 Q-모집단은 간호사의 통증관리와 관련된 서적이거나 선행 논문, 잡지, 기사등의 문헌을 통한 자료와 환자·보호자·간호학생·의사·간호사·일반인에게 간호사의 통증관리에 대한 생각을 서면 및 심층면담을 통

<표 1> Q-표본으로 선정된 진술문

Q-진술문 내용	
1.	통증감소를 위해 심리적 환경적으로 편안한 환경을 만들어 주는 것이 좋다.
2.	환자가 아플 때 필요시 처치하는 것보다는 정규적으로 진통제를 투약하는 것이 좋다.
3.	위약은 환자를 속인다는 생각이 들어 사용하기 싫다.
4.	내가 경험한 통증이 환자의 통증관리에 도움이 안된다.
5.	진짜 통증이 있는지를 알기 위해 위약을 사용한다.
6.	마약성 진통제는 한 번 쓰기 시작하면 내성이 생기므로 계속 사용하게 된다.
7.	말기 환자의 통증관리를 위해서는 진통제를 제한하지 않고 사용하는 것이 좋다.
8.	통증관리를 위해서는 가장 먼저 원인을 파악 한다.
9.	통증을 호소하면 우선 진통제를 투여해 주는 것이 원칙이다.
10.	환자가 자신의 통증에 관하여 이야기 할 때 환자가 무슨 말을 하든 환자와 논쟁하지 않는다.
11.	환자가 원하는 대로 진통제를 사용하면 과용량이 될 수 있으므로 더 이상 사용하지 않는다.
12.	진통제 투여 후에 환자가 계속 통증을 호소하면 함께 있어준다.
13.	통증을 호소할 때 의료인이 들어주는 것은 통증감소에 도움이 된다.
14.	말기 환자가 통증을 심하게 호소해도 진통제를 남용하지 않는 범위내에서 투여해야 한다.
15.	통증관리가 잘 안되는 것은 의료인들이 통증관리에 대한 지식정도가 낮기 때문이다.
16.	환자가 아프다고 하면 의료인은 신속하게 대처해 주어야 한다.
17.	진통제로 통증관리를 하면 100% 효과가 있다.
18.	환자들이 통증을 경험할 때 의료인은 환자의 통증을 알아주어야 한다.
19.	심한 통증에는 주사가 가장 효과적인 방법이다.
20.	통증 감소를 위해 맞사지, 이완요법, 심상요법 등을 시도해 본 적이 없다.
21.	환자가 아프다고 하면 원인, 부위, 기간, 정도 등을 충분히 사정한다.
22.	환자가 통증을 호소할 때 가족들에게 협조를 구한다.
23.	통증이 있을 때 최대한 참아보게 한다.
24.	내과계 환자보다 외과계 환자의 통증이 간호하기가 수월하다.
25.	반복해서 통증을 호소하는 환자에 대해서는 피병을 의심해본다.
26.	통증을 호소할 때 진통제를 즉각적으로 사용하는 것이 좋다.
27.	마약성 진통제는 환자의 통증정도에 따라서 사용하는 것이 좋다.
28.	만성 통증 환자는 통증에 둔해져서 잘 견디는 편이므로 급성통증환자보다 신속하게 대처하지는 않는다.
29.	아프다고 호소할 때 의료인들이 해결해 주는 시간은 지연된다.
30.	말기 환자가 극심한 통증이 있는 경우 해줄 것이 없다.
31.	통증이란 주관적인 표현이므로 환자의 개인적인 성향에 대한 사정이 필요하다.
32.	진통제 없이도 통증을 없애는 방법이 여러가지가 있다.
33.	아플 때 의료인들이 옆에 있어주면 심리적인 지지가 된다.
34.	아프다고 할 때 환자의 표현을 그대로 받아들이고 인정하는 편은 아니다.
35.	계속해서 아프다고 호소하는 환자는 진통제를 사용하기 전에 우선 통증을 경감시키는 다른 방법들을 사용해 본다.

하여 조사하였으며 총 223개의 Q-모집단이 구성되었다. 이는 내용의 명확성과 중복여부, 타당성을 고려한 후 최종 35개의 Q-표본이 추출되었다<표 1>.

P-표본은 2000년 8월 21일부터 11월24일까지 본 연구방법을 이해하고 Q-분류가 가능하며 연구에 참여하기로 동의한 서울시내 C 대학부속병원에서 근무하는 내과병동, 외과계열 병동 간호사 41명을 임의 표출하여 조사하였다.

2. P-표본의 구성 및 Q-분류과정과 방법

<표 2> 카드 배열 및 점수 부여

	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4
	적극반대								적극찬성
카드수	2장	3장	4장	5장	7장	5장	4장	3장	2장
점수	1	2	3	4	5	6	7	8	9

Q-분류는 대상자에게 진술문 카드와 조사표를 주고 연구자의 설명에 따라 적극 찬성(+4)에서부터 적극반대(-4)에 이르기까지 카드를 분류토록 하였다<표 2>.

3. 자료처리 및 분석방법

P-표본으로 표집된 41명에 대한 자료를 data file로 입력시켰다. 자료분석은 PC QUANL 프로그램을 사용하여 처리하였으며, Q-요인분석(Q-factor analysis) 및 주성분분석(Principal Component Analysis)방법을 이용하였다.

IV. 연구결과 및 논의

1. Q-유형의 형성

간호사의 통증관리에 대한 주관성을 Q-요인 분석한 결과 3개의 유형으로 나타났다. 이와같은 결과로 얻어진 3개의 유형은 통증관리에 대하여 같은 의견이나 생각,

태도를 가진 간호사들로 묶어지기 때문에 각 유형 하나 하나는 각각의 특성을 설명하고 이해하게 한다. 분석 결과 나타난 3개의 유형은 전체 변량의 56.27%를 설명하고 있다<표 3>.

<표 3> 유형별 Eigen value와 변량의 백분율

	유형 1	유형 2	유형 3
Eigen value	18.9428	2.5577	2.1317
변량의 %	.4510	.0609	.0508
누적 빈도	.4510	.5119	.5627

3개의 유형간의 상관관계는 다음과 같다<표 4>.

<표 4> 유형별 상관관계

	유형 1	유형 2	유형 3
유형 1	1.000	.670	.232
유형 2	.670	1.000	.134
유형 3	.232	.167	1.000

<표 5> P-표본의 인구사회학적 특성 및 인자가중치

유형	순위	대상자 번호	인자가중치	직위	근무병동	종교	통증교육 경험	수술 경험
I	1	VAR17	3.9686	일반간호사	정형외과	없음	무	유
	2	VAR12	2.6164	일반간호사	정형외과	없음	무	무
	3	VAR26	2.4231	일반간호사	정형외과	기독교	무	무
	4	VAR23	2.2441	일반간호사	신경외과	없음	무	무
	5	VAR28	2.2084	일반간호사	정형외과	천주교	무	무
	6	VAR11	1.9413	일반간호사	일반외과	없음	무	무
	7	VAR39	1.8982	일반간호사	신경외과	없음	무	무
	8	VAR24	1.5807	일반간호사	신경외과	기독교	무	유
	9	VAR15	1.4719	일반간호사	정형외과	없음	유	무
	10	VAR19	1.3829	일반간호사	내과병동	없음	무	무
	11	VAR5	1.2488	일반간호사	내과병동	기독교	유	무
	12	VAR3	1.2299	일반간호사	내과병동	없음	무	무
	13	VAR34	1.1527	책임간호사	내과병동	없음	무	무
	14	VAR36	1.1526	일반간호사	신경외과	기독교	무	무
	15	VAR14	1.1061	일반간호사	정형외과	없음	무	무
	16	VAR1	1.0443	일반간호사	일반외과	기독교	유	유
	17	VAR35	1.0133	일반간호사	내과병동	기독교	유	유
	18	VAR22	0.9367	일반간호사	신경외과	천주교	무	유
	19	VAR10	0.8807	일반간호사	일반외과	기독교	무	무
	20	VAR25	0.8451	일반간호사	신경외과	없음	무	무
	21	VAR29	0.8034	일반간호사	일반외과	없음	무	무
	22	VAR27	0.7952	일반간호사	일반외과	불교	무	유
	23	VAR9	0.7854	일반간호사	일반외과	기독교	무	무
	24	VAR37	0.7275	일반간호사	일반외과	없음	무	무
	25	VAR20	0.6876	일반간호사	신경외과	기독교	무	무
	26	VAR13	0.4777	일반간호사	정형외과	천주교	무	무
	27	VAR21	0.2610	일반간호사	신경외과	기독교	유	무

<표 5> P-표본의 인구사회학적 특성 및 인자가중치

유형	순위	대상자 번호	인자가중치	직위	근무병동	종교	통증교육 경험	수술 경험
II	1	VAR30	1.7610	수 간호사	일반외과	불교	유	유
	2	VAR38	1.4254	일반간호사	내과병동	천주교	무	무
	3	VAR31	1.1202	수 간호사	내과병동	기독교	유	유
	4	VAR18	1.0738	일반간호사	신경외과	기독교	유	무
	5	VAR2	0.9459	일반간호사	일반외과	기독교	무	무
	6	VAR40	0.9332	일반간호사	내과병동	기독교	무	무
	7	VAR33	0.9224	일반간호사	내과병동	불교	무	무
	8	VAR32	0.9039	일반간호사	내과병동	없음	무	무
	9	VAR42	0.6914	일반간호사	일반외과	기독교	무	무
	10	VAR7	0.6167	일반간호사	내과병동	기독교	무	무
	11	VAR41	0.5544	일반간호사	내과병동	기독교	무	무
III	1	VAR8	1.2857	일반간호사	내과병동	기독교	무	무
	2	VAR6	1.2665	일반간호사	내과병동	없음	무	무
	3	VAR4	0.5866	일반간호사	내과병동	기독교	무	무

이들 각 유형에 분류된 간호사들의 인구사회학적 특성과 인자가중치(factor weight)는 <표 5>와 같다. 여기서 인자가중치가 높은 사람일수록 그가 속한 유형에 있어서 전형적인 사람(prototype)임을 의미한다.

2. 유형별 분석

1) 제 1유형 : 객관성 판단형

제 1유형으로 분류된 간호사의 인구 사회학적 특성을 보면 외과계열 간호사 22명, 내과병동 간호사 5명으로 대부분이 외과계열 병동에서 근무하고 있으며 통증교육 경험과, 수술경험이 거의 없는 것으로 나타났다. 유형 1에 속한 대상자들이 가장 높은 동의도를 보인 진술문은 ‘환자가 아프다고 하면 원인, 부위, 기간, 정도 등을 충분히 사정한다’(Z=+2.09)였고 다음은 ‘통증관리를 위해서는 가장 먼저 원인을 파악 한다’(Z=+1.79)등의 순으로 나타났다. 반면 가장 강하게 반대한 진술문은 ‘통증감소를 위해 마사지, 이완요법, 심상요법 등을 시도해 본 적이 없다’(Z=-1.44)였고 다음은 통증관리가 잘 안 되는 것은 의료인들이 통증관리에 대한 지식정도가 낮기 때문이다’(Z=-1.32)등의 순으로 제시되었다<표 6>.

또한 유형 1의 특성은 이 유형이 나머지 다른 유형에 비해 동의의 정도가 높거나 낮게 나타난 항목들에서 확실하게 나타나고 있는데 유형 1이 다른 유형에 비해 긍정적 동의도가 높아 간호사들의 통증관리에 대한 태도의 차이가 가장 큰 항목을 보면 ‘통증감소를 위해 심리적 환경적으로 편안한 환경을 만들어 주는 것이 좋다’(차이

+2.924)였고 다음은 ‘환자가 아프다고 하면 의료인은 신속하게 대처해 주어야 한다’(차이 +1.867)순으로 나타났다. 반면 유형 1이 다른 유형에 비해 부정적 동의를 높게 보인 항목을 보면 ‘말기 환자의 통증관리를 위해서는 진통제를 제한하지 않고 사용하는 것이 좋다’(차이 -2.184)였고 다음은 ‘통증을 호소할 때 진통제를 즉각적으로 사용하는 것이 좋다’(차이 -1.906)순으로 제시되었다.

이와 같은 결과에서 유형 1은 똑같은 통증도 환자에 따라서 느끼는 정도가 다르므로 먼저 원인을 파악해야 하며 그러한 통증 원인에 따른 대처 방법이 다르다고 하였다. 따라서 문제해결을 위해서는 원인, 부위, 기간, 정도 등을 충분히 사정하는 것이 중요하다고 하였다. 또한 통증을 호소할 때 원인을 사정하지 않고 무조건 진통제를 투여하면 증상을 숨길 수 있으므로 오진의 원인이 될 수도 있다고 하였다. 이는 환자의 통증을 정확하게 사정하고 평가하는 일이 정확한 진단과 적절한 치료방법을 택하는데 도움을 준다고 보고한 Chapman, Gunenan, Scott과 Basford(1987)의 선행연구의 결과와 일치된다. 유형 1은 환자가 호소하는 통증을 있는 그대로 수용하기 보다는 환자의 호소가 객관적으로 타당성이 있는지를 규명하려고 노력한다.

그리하여 환자가 통증을 호소할 때에 즉각적으로 대처하기보다는 통증의 원인을 파악하는 등 통증을 충분히 사정한 다음에 간호사의 사정 결과에 따라 환자의 통증을 관리하는 것으로 나타났다. McCaffery와 Ferrell(1999)은 JCAHO가 2000년에 통증관리를 위한 수정된 표준을 확산시킬 것이라고 하였고 이 연구는 간호사

<표 6> 유형 1이 강하게 동의하거나 반대하는 진술문

항목 번호	Q-진술문	표준점수
21.	환자가 아프다고 하면 원인, 부위, 기간, 정도 등을 충분히 사정한다.	2.09
8.	통증관리를 위해서는 가장 먼저 원인을 파악한다.	1.79
16.	환자가 아프다고 하면 의료인은 신속하게 대처해 주어야 한다.	1.44
35.	계속해서 아프다고 호소하는 환자는 진통제를 사용하기 전에 우선 통증을 경감시키는 다른 방법들을 사용해 본다.	1.40
31.	통증이란 주관적인 표현이므로 환자의 개인적인 성향에 대한 사정이 필요하다.	1.34
1.	통증감소를 위해 심리적 환경으로 편안한 환경을 만들어 주는 것이 좋다.	1.32
18.	환자들이 통증을 경험할 때 의료인은 환자의 통증을 알아주어야 한다.	1.13
13.	통증을 호소할 때 의료인이 들어주는 것은 통증감소에 도움이 된다.	1.09
3.	위약은 환자를 속인다는 생각이 들어 사용하기 싫다.	-1.06
28.	만성 통증 환자는 통증에 둔해져서 잘 건디는 편이므로 급성통증환자보다 신속하게 대처하지는 않는다.	-1.11
17.	진통제로 통증관리를 하면 100% 효과가 있다.	-1.16
9.	통증을 호소하면 우선 진통제를 투여해 주는 것이 원칙이다.	-1.26
30.	말기 환자가 극심한 통증이 있는 경우 해줄 것이 없다.	-1.28
15.	통증관리가 잘 안 되는 것은 의료인들이 통증관리에 대한 지식정도가 낮기 때문이다.	-1.32
20.	통증감소를 위해 맞사지, 이완요법, 심상요법 등을 시도해 본 적이 없다.	-1.44

가 환자의 통증을 정확히 사정하고 적절하게 증재하는 것이 바람직하다고 제시하고 있다.

실무에서 통증을 호소하는 대부분의 환자들은 적절한 통증관리를 받지 못하고 있는 것으로 나타났는데(김종임, 김순임, 1985; 이은옥, 최명애, 1996; Donovan et al., 1987), 이에 대해 김주희, 김진경(1995)은 간호사 및 의사들이 통증을 정확하게 사정하지 못해서 간과하거나 과소 평가하기 때문이라고 하였다. 이들 연구결과에서 보여주고 있듯이 통증관리에 대한 대부분의 선행연구에서는 통증에 대한 정확한 사정 및 지식의 중요성을 강조하고 있다(김지윤, 1993; 박영숙과 신영희, 1994).

따라서 간호사가 임상에서 실제로 통증 환자를 관리할 때에도 이러한 영향으로 인하여 환자의 통증호소를 수용하면서 이해하기보다는 객관적으로 판단하려는 경향일 높게 나타나는 것으로 사료된다.

2) 제 2 유형 : 주관성 수용형

제 2유형으로 분류된 간호사의 인구 사회학적 특성을 보면 외과계열 간호사 4명, 내과병동 간호사 7명으로 내과병동에서 근무하는 간호사가 더 많았으며 통증교육경험, 수술경험도 거의 없는 것으로 나타났다. 유형 2에 속한 대상자들이 가장 높은 동의도를 보인 진술문은 '환자가 아프다고 하면 의료인은 신속하게 대처해 주어야 한다.'(Z=2.02)였고 다음은 '말기 환자의 통증관리를 위

해서는 진통제를 제한하지 않고 사용하는 것이 좋다'(Z=1.78) 등의 순으로 나타났다<표 7>. 반면 유형 2가 가장 강하게 반대한 진술문은 '통증이 있을 때 최대한 참아보게 한다'(Z=-1.46)였고 다음은 '통증 감소를 위해 맞사지, 이완요법, 심상요법 등을 시도해 본 적이 없다'(Z=-1.39) 등의 순 이었다. 이와 같은 결과에서 환자에게 객관적인 증상이 나타나기 전에 환자 스스로가 느끼는 증상이 있을 수 있으므로 환자가 아프다고 하면 신속히 대처해서 악화될 수 있는 상태를 예방해야 하며 아울러 통증은 개인의 안위에 가장 민감한 부분이므로 당연한 의무라고 생각하였다. 한편 말기환자에게는 최대한 진통제를 써서 통증을 관리해 주어야 한다고 하였는데 그것은 임상에서 실제로 환자를 간호할 때 환자들이 매우 괴로워하고 힘들어하기 때문이라고 하였다. 이는 통증은 통증을 경험하는 사람이 호소할 때마다 존재하며, 표현하는 그 자체이다(McCaffery, 1979)는 보고와 일맥상통하는 것으로, 주관적이고 개인적인 경험으로서 환자의 호소를 그대로 믿고 적절한 통증 조절을 수행하는 것은 의료인의 중요한 임무임을 잘 인식하고 있는 것으로 사료된다.

또한 유형 1이 '말기 환자의 통증관리를 위해서는 진통제를 제한하지 않고 사용하는 것이 좋다'의 항목에 부정한 반면 유형 2에서는 긍정적인 태도를 보였다. 이는 의료인들이 진통제에 대해서 편견을 가지고 있어 투여량

이나 투약회수도 무의식간에 최소량을 쓰는 경향이 있다는 보고(Marks & Sachar, 1973; Myers, 1985)에 대해 상반되는 결과를 보여주었다. 따라서 유형 2에 속한 대상자들은 통증은 통증을 겪는 사람이 통증이 있다고 말할 때마다 존재하는 것이다(Meinhart & McCaffery, 1983)라는 보고와 유사한 태도를 보임으로써 환자의 주관적인 통증지각을 최대한 존중하여 관리하는 것으로 사료된다.

이와 같은 특성은 유형 2가 나머지 다른 유형에 비해 동의 정도가 높거나 낮게 나타난 항목들에서 확실하게 나타나고 있는데 유형 2가 다른 유형에 비해 가장 긍정적인 동의도가 높은 항목을 보면 '통증감소를 위해 심리적 환경적으로 편안한 환경을 만들어 주는 것이 좋다'(+2.672)이었으며 다음은 '환자가 아프다고 하면 의료인은 신속하게 대처해 주어야 한다'(+2.447), '통증을 호소하면 우선 진통제를 투여해 주는 것이 원칙이다'(+2.037)의 순으로 나타났다. 반면 유형 2가 다른 유형에 비해 부정적 동의 정도가 높게 나타난 항목을 보면 '통증이 있을 때 최대한 참아보게 한다'(-3.547), '진통제 없이도 통증을 없애는 방법이 여러 가지가 있다'(-1.787)의 순으로 나타났다.

이와 같은 결과에서 유형 2는 통증을 참는 것은 스트레스의 가장 큰 원인으로 식욕감퇴, 혈압상승 등의 다른

합병증을 유발시킬 수 있고 환자와의 불신감 형성을 초래할 수 있다고 하였다. 또한 환자들의 통증자체를 인정하여 통증이 있는 환자에 대해 매우 신속하고 빠른 해결을 해주며, 통증을 해결하는 방법으로 즉각적인 진통제 투여를 하는 것으로 나타나 '통증을 호소할 때 진통제를 즉각적으로 사용하는 것이 좋다'에 부정적 동의를 나타낸 유형 1과 상이한 결과를 나타내었다.

McCaffery(1979)는 통증은 환자가 호소할때마다 존재하는 것이라고 하였으며 환자들이 자신의 고통은 언제든지 의료인에게 말할 수 있고 또한 환자의 통증 호소를 그대로 받아들여준다면 통증의 관리는 훨씬 수월하게 될 수 있다고 하였는데, 이는 유형 2의 특성과 일치됨을 알 수 있다.

이와 같이 간호사가 환자의 통증호소를 있는 그대로 수용하여 신속히 대처해줌으로써 통증으로 인한 환자의 불편감을 최소화 시키주는 것이 효율적인 통증관리이다. 이러한 효율적 관리가 실제적으로 행해지기 위해서는 통증에 대한 환자의 주관성을 수용해 주어야 한다.

따라서 우선적으로 환자가 실제 경험하는 환자 중심의 연구가 더 이루어져 이에 대한 이론을 체계적으로 정립하고 이를 근거로 한 간호중재의 방안을 수립하는 것이 필요하다고 사료된다.

<표 7> 유형 2가 강하게 동의하거나 반대하는 진술문

항목 번호	Q-진술문	표준점수
16.	환자가 아프다고 하면 의료인은 신속하게 대처해 주어야 한다.	2.02
7.	말기 환자의 통증관리를 위해서는 진통제를 제한하지 않고 사용하는 것이 좋다.	1.78
21.	환자가 아프다고 하면 원인, 부위, 기간, 정도 등을 충분히 사정한다.	1.28
26.	통증을 호소할 때 진통제를 즉각적으로 사용하는 것이 좋다.	1.24
31.	통증이란 주관적인 표현이므로 환자의 개인적인 성향에 대한 사정이 필요하다.	1.13
8.	통증관리를 위해서는 가장 먼저 원인을 파악한다.	1.11
1.	통증감소를 위해 심리적 환경적으로 편안한 환경을 만들어 주는 것이 좋다.	1.07
29.	아프다고 호소할 때 의료인들이 해결해 주는 시간은 지연된다.	-1.13
34.	아프다고 할 때 환자의 표현을 그대로 받아들이고 인정하는 편은 아니다.	-1.16
17.	진통제로 통증관리를 하면 100% 효과가 있다.	-1.24
28.	만성 통증 환자는 통증에 둔해져서 잘 견디는 편이므로 급성통증환자보다 신속하게 대처하지는 않는다.	-1.26
14.	말기 환자가 통증을 심하게 호소해도 진통제를 남용하지 않는 범위내에서 투여해야 한다.	-1.28
30.	말기 환자가 극심한 통증이 있는 경우 해줄 것이 없다.	-1.36
4.	내가 경험한 통증이 환자의 통증관리에 도움이 안된다.	-1.37
20.	통증 감소를 위해 맞사지, 이완요법, 심상요법 등을 시도해 본 적이 없다.	-1.39
23.	통증이 있을 때 최대한 참아보게 한다.	-1.46

<표 8> 유형 3이 강하게 동의하거나 반대한 진술문

항목 번호	Q-진술문	표준점수
23.	통증이 있을 때 최대한 참아보게 한다.	2.09
8.	통증관리를 위해서는 가장 먼저 원인을 파악한다.	1.99
32.	진통제 없이도 통증을 없애는 방법이 여러 가지가 있다.	1.67
2.	환자가 아플 때 필요시 처치하는 것보다는 정기적으로 진통제를 투약하는 것이 좋다.	1.28
18.	환자들이 통증을 경험할 때 의료인은 환자의 통증을 알아주어야 한다.	1.18
15.	통증관리가 잘 안 되는 것은 의료인들이 통증관리에 대한 지식정도가 낮기 때문이다.	-1.24
30.	말기 환자가 극심한 통증이 있는 경우 해줄 것이 없다.	-1.28
19.	심한 통증에는 주사가 가장 효과적인 방법이다.	-1.37
9.	통증을 호소하면 우선 진통제를 투여해 주는 것이 원칙이다.	-1.57
1.	통증감소를 위해 심리적 환경적으로 편안한 환경을 만들어 주는 것이 좋다.	-1.60
17.	진통제로 통증관리를 하면 100% 효과가 있다.	-1.80

3) 제 3유형 : 우려형

제 3유형으로 분류된 간호사의 인구 사회학적 특성은 간호사 모두가 내과병동에서 근무하고 있었으며 통증교육경험이나 수술 경험은 모두 없는 것으로 나타났다. 유형 3이 가장 높은 동의도를 보인 진술문은 '통증이 있을 때 최대한 참아보게 한다'(+2.09)였고 다음은 '통증관리를 위해서는 가장 먼저 원인을 파악한다'(+1.99), '진통제 없이도 통증을 없애는 방법이 여러 가지가 있다'(+1.67)등의 순으로 나타났다. 반면 유형 3이 가장 강하게 반대한 진술문은 '진통제로 통증관리를 하면 100% 효과가 있다'(-1.80)였고 다음은 '통증감소를 위해 심리적 환경적으로 편안한 환경을 만들어 주는 것이 좋다'(-1.60)순으로 제시되었다<표 8>.

이와 같은 결과에서 유형 3은 통증은 주관적인 표현이어서 개인적 차이가 크기 때문에 실제로 통증의 강도가 크지 않아도 크게 표현할 수 있다고 생각하며 따라서 환자 스스로 조절해 본 다음에 진통제를 투여하면 투약의 효과도 극대화시킬 수 있다고 하였다. 그러므로 환자가 통증을 호소할 때 최대한 참도록 하고 진통제 없이도 통증을 없애는 방법이 있다고 생각하여 약물을 사용한 통증관리를 가능한 하지 않는 것으로 나타나 간호사들이 통증관리에 사용되고 있는 약물과 중독에 대한 지식이 정확하지 않아 실무에서 통증을 호소하는 대부분의 환자들은 적절한 통증관리를 받지 못하고 있다는(서순림 외, 1995) 연구결과와 일치하였고 권인각(1999)의 연구에서도 환자의 통증이 심해지는 것은 질병악화와 연관지어 생각하고 진통제에 의한 내성, 중독에 대한 염려, 암으로 인한 통증은 불가피하다고 생각하는 경향, 통증보고와

진통제 투여에 대해 우려하는 경향을 보이는 것으로 나타나 간호사의 통증사정과 그에 따른 통증관리에 대한 교육을 체계적으로 해야 하겠다.

또한 통증완화를 위해 마약성 진통제를 복용한 환자의 1% 미만만이 중독이 된다는 연구에도 불구하고 많은 간호사는 그 비율을 훨씬 더 높게 생각하고 있으며 특히 암성통증으로 6개월 또는 그 이상동안 마약을 복용했던 환자의 경우 중독에 대한 두려움이 중요한 관심사이었으며 간호사들은 신체적인 의존과 내성의 차이와 중독의 가능성이 드물다는 것에 대한 충분한 지식을 갖추고 있을 필요가 있다고 지적하였다(McCaffery & Ferrell, 1999).

이와 같이 통증관리에 대한 간호사의 기본적 지식 부족은 문제점으로 드러나고 있으므로 통증관리에 대한 지침을 수립하고 통증관리의 질 보장을 위한 위원회를 구성하는 등의 적극적인 관리 체계가 이루어져야 할 것으로 사료된다.

V. 결론 및 제언

본 연구는 환자에 대한 간호사의 통증관리를 그들의 주관적인 관점에서 이해하고 분석함으로써 효율적인 통증관리를 위한 간호중재안 개발의 기초자료로 활용하고자 시도하였다.

자료는 2000년 8월 21일부터 11월 24일까지 35개의 Q-표본을 이용하여 서울시내 C 대학 부속병원 내과병동, 외과계열 병동 간호사를 대상으로 연구자가 임의 표출한 41명의 P-표본으로부터 수집하였으며 연구결과

3개의 유형으로 구조화되었다.

제 1유형은 '객관성 판단형'으로 똑같은 통증도 환자에 따라서 느끼는 정도가 다르므로 먼저 원인을 파악해야 하며 그러한 통증 원인에 따른 대처 방법이 다르다고 하였고 따라서 문제해결을 위해서는 원인, 부위, 기간, 정도 등을 충분히 사정하는 것이 중요하다고 하였다. 또한 통증을 호소할 때 원인을 사정하지 않고 무조건 진통제를 투여하면 증상을 숨길 수 있으므로 오진의 원인이 될 수도 있다고 하였다. 환자가 통증을 호소할 때에 우선적으로 대처하기보다는 통증의 원인을 파악하는 등 통증을 충분히 사정하여 사정 결과에 따라 환자의 통증을 관리하는 것으로 나타났다.

제 2유형은 '주관성 수용형'으로 환자에게 객관적인 증상이 나타나기 전에 환자 스스로가 느끼는 증상이 있을 수 있으므로 환자가 아프다고 하면 신속히 대처해서 악화될 수 있는 상태를 예방해야 하며 아울러 통증은 개인의 안위에 가장 민감한 부분이므로 통증이 있을 때 신속하게 대처해 주어야 함은 당연한 의무라고 생각하는 것으로 나타났다. 한편 말기환자에게는 최대한 진통제를 써서 통증을 관리해 주어야 한다고 하였는데 그것은 임상에서 실제로 환자를 간호할 때 환자들이 매우 괴로워하고 힘들어하기 때문이라고 하였다. 통증을 참는 것은 스트레스의 가장 큰 원인으로 식욕감퇴, 혈압상승 등의 다른 합병증을 유발시킬 수 있고 환자와의 불신감 형성을 초래할 수 있다고 하였다. 또한 환자들의 통증자체를 인정하여 통증이 있는 환자에 대해 매우 신속하고 빠른 해결을 해주며, 통증을 해결하는 방법으로 즉각적인 진통제 투여를 하는 것으로 나타나 '통증을 호소할 때 진통제를 즉각적으로 사용하는 것이 좋다'에 부정적 동의를 나타낸 유형 1과 상이한 결과를 나타내었다. 따라서 유형 2는 통증을 호소하는 환자들에 대해 공감을 형성하려고 노력하며 환자의 통증을 있는 그대로 이해하고 수용함으로써 통증으로 인한 환자의 불편함을 최소화하려고 노력하였다.

제 3유형은 '우려형'으로 통증은 주관적인 표현이어서 개인적 차이가 크기 때문에 실제로 통증의 강도가 크지 않아도 크게 표현할 수 있다고 생각하며 따라서 환자 스스로 조절해 본 다음에 진통제를 투여하면 투약의 효과도 극대화시킬 수 있다고 하였다. 그러므로 환자가 통증을 호소할 때 최대한 참도록 하고 진통제 없이도 통증을 없애는 방법이 있다고 생각하여 약물을 사용한 통증을 가능한 하지 않는 것으로 나타났다.

이러한 연구결과를 통해 간호사의 통증관리는 3개의 유형에서 나타난 바 각각의 구조적 특성이 있음을 알 수 있다. 각 유형별 특성은 환자들이 호소하는 통증을 받아들이는 인식과 대처하는 방식에 있어서 각기 다른 태도가 있음을 나타내며 그들의 가치관, 통증에 대한 교육 유무, 근무하는 병동 등이 영향을 미칠 것으로 사료된다.

따라서 본 연구의 의의는 환자들의 통증관리에 대한 간호사의 주관적 특성을 발견함으로써 효율적인 통증관리를 위한 간호중재안의 기초자료를 마련하였다는 것이다. 따라서 본 연구 결과를 바탕으로 환자의 통증관리를 위한 실제적이고 효과적인 중재안 개발에 대한 후속연구가 이루어져야 할 것을 제언하는 바이다.

참 고 문 헌

- 권인각 (1999). 의료인과 환자에게 제공된 통증교육이 암환자 통증관리에 미치는 효과. 박사학위 논문. 서울대학교 대학원.
- 김민정 (1997). 임상간호사의 통증중재법 실행에 관한 연구. 성인간호학회지, 9(2), 209-224.
- 김종임, 김순임 (1985). 환자간호계획을 위한 간호요구도에 관한 조사연구, 최신의학, 28(5), 109-114.
- 김주희, 김분한 (1994). 얼굴그림 동통척도의 타당도 및 신뢰도 연구(어린이 동통척정을 중심으로). 성인간호학회지, 3, 54-69.
- 김주희, 김진경 (1995). 얼굴그림 동통척도를 이용한 환자와 간호사의 동통인지에 관한 연구. 성인간호학회지, 7(1), 49-60.
- 김지윤 (1993). 악성종양환자의 통증과 진통제 투여실태. 석사학위논문, 서울대학교 대학원.
- 김홍규 (1990). Q방법론의 이해와 적용. 언론문화연구. 서강대학교 언론문화연구소, 8, 20-57.
- 대한간호협회 (1991). 통증환자간호(보수교육 교재), 14-19.
- 박영숙, 신영희 (1994). 통증관리에 관한 간호사의 지식. 성인간호학회지, 6(2), 299-309.
- 서순림, 서부덕, 이현주 (1995). 통증환자의 사정과 중재에 대한 간호사의 지식과 태도. 성인간호학회지, 7(1), 61-70.
- 양명숙 (1995). 암환자의 통증관리 과정에 대한 연구. 석사학위 논문. 연세대학교 대학원.
- 이은옥, 최명애 (1996). 통증-이론 및 중재. 서울: 청구

- 출판사, 359-376.
- 허혜경 (1994). 간호사의 수술후 통증관리에 대한 태도. 성인간호학회지, 6(2), 236-250.
- 현주 (1998). 임상간호사의 통증관리에 대한 지식과 태도. 석사학위 논문. 중앙대학교 대학원.
- Camp, L. D., & O'sullivan, P. S. (1987). Comparison of medical, surgical and oncology patient' description for pain and nurses' documentation of pain assessments. J. Adv. Nurs., 12, 593-598.
- Chapman, P., Gunenan, A., Scott, R., & Basford, K. (1987). Attitudes and knowledge of nursing staff in relation to management of postoperative pain. Aust. NZJ Surg, 57, 447-450.
- Dalglish, S. (1990). Pain teaching project. Canadian Nurse, 86, 16.
- Donovan, M., Dillon, P. & McGuire, D. (1987). Incidence and characteristics of pain in a sample of medical surgical inpatients, Pain, 30(1), 69-78.
- Ericksen (1992). Witnessing family violence : the children's experience. J. Adv. Nurs., 17, 1200-1209.
- Fife, B. L., Irick, N. & Painter, J. P. (1993). A comparative study of the attitudes of physicians and nurses toward the management of cancer pain. Journal of pain and symptom management, 8(3), 132-139.
- Hauck, S. (1986). Pain : Problem for the person with cancer. Cancer Nurs., 9, 66-76.
- Kim, J. Y., Suh, S. R., & Lee, E. O. (1994). Patterns of pain experience and use of analgesics among the hospitalized cancer patients in two geographical areas. 서울대 간호학 논문집, 8(1), 33-40.
- Lee, O. K., Kim, J. I., Kang, H. S., & Park, H. A. (1993). Factors influencing nurses' decision making related to PRN pain medication for postoperative patients. 대한통증학회지, 3, 53-60.
- Marks, R. M., & Sachar, E. J. (1973). Undertreatment of medical inpatients with narcotic analgesics. Ann Intern. Med., 78, 173-181.
- McCaffery, M. (1979). Nursing management of the patient with pain, 2nd, Philadelphia, JB Lippincott Co.
- McCaffery, M., & Beebe, A. (1989). Pain : Clinical manual for nursing practice, Mosby.
- McCaffery, M., & Ferrell, B. (1990). Do you know a narcotic when you see one?. Nurses, 19, 62-63.
- McCaffery, M., Ferrell, B., O'Neil-Page, E. & Lester, M. (1990). Nurses' Knowledge of opioid analgesic drugs and psychological dependence, Cancer nursing, 13(1), 21-27.
- McCaffery, M., & Ferrell, B. (1999) Opioid and pain management. Nursing, 29, Mar. 48-52.
- Meinhart, N. T., & McCaffery, M (1983). Pain : A Nursing Approach to Assessment & Analysis, Norwalk, A-C-C.
- Melzack, R. (1986). Neurophysiological foundations of pain. R. A. Sternbach. The Psychology of pain. 2nd Ed. 1-24.
- Myers, J. S. (1985). Cancer pain : Assessment of nurses' knowledge and attitudes. Oncology nursing form, 12(4), 62-66.
- W.H.O (1990). Cancer pain relief and palliative care. Report of a W.H.O expert committee, Geneva, Switzerland : W.H.O, 1-75.
- Watt-Watson, J. (1987). Nurses' Knowledge of pain issues : A survey, J. pain symptom manage, 2, 207-211.
- Zalon, M. L. (1993). Nurses' assessment of postoperative patients' pain. Pain, 54, 329-334.

- Abstract -

Key concept : Nurse, Pain management

A Study on the Subjectivity of Pain Management of Nurse*

*Park, Kyung Sook** · Song, Mi Seung***
Kim, Kyung Hee***

The purpose of this study is to analyze the structural pattern of nurses' pain management with patients who experience pain.

As a research method, the Q methodology, which is useful for an objective view of a highly abstract concept, was applied.

The data collecting activity of this study was from August, 21st, 2000 to November, 24th 2000. The Q-population, the previous thesis and a literature review were done. Questions about pain management by the nurse on the patients, caregivers, nursing students, doctors, nurses, and others were asked in documentary work and in-depth interviews. In all, 223 units of the Q-population were formed, and the last 35 units of the Q-population were extracted.

The data on the P-sample was collected from 41 nurses who worked in the medical and surgical units of a hospital that belongs to C university in Seoul. The research results were constituted in 3 types.

Type I was the 'pattern of judging by objectivity'. The statement on which most of the people highly agreed for those patterns was shown by 'If patients said that they are suffering from pain, we sufficiently performed an assessment about the etiology, location, duration

and degree'. For type I, the same pain was found in different locations according to the patients, so the etiology of the pain should be identified first place. Since ways of coping are different according to pain etiology, it was thought that it is important to assess sufficiently the pain etiology, location, duration, and degree.

Therefore, when patients complain of pain, the pain etiology should be identified and assessed; according to the result, pain management should be performed systematically.

Type II was the 'pattern of accepting by subjectivity'. The statement on which most of the people highly agreed for those patterns was shown as 'If patients said that they are suffering from pain, the medical treatment should be performed rapidly and speedily.' For type II, when the patient complains of pain, treatment should be performed quickly in order to prevent the condition getting worse, and it is thought that activity is a reasonable duty. Further, by trying to show empathy after pain is admitted and by understanding and coping rapidly with the pain of patients, an attitude which matched the altruistic morals of nurses is being shown.

Type III was the 'pattern of worrying about', and the statement on which most of the people highly agreed for those patterns was shown is 'When there is a pain, to help patients to tolerate the pain to the highest degree.' In type III, the pain is a subjective expression, so there is a difference according to every individual. Therefore, actually if there is no measurement of pain, it could be exaggerated so nurses should help patients to tolerate it to the utmost. Even if there is a way to remove pain without an analgesic drug, nurses were reluctant to perform pain management as they possibly could.

Through these research results, pain

* The Research was supported by the Chung-Ang University Research Grants in 2000

** Professor, Department of Nursing, college of Medicine, Chung-Ang University

*** Doctoral Candidate, Department of Nursing, Chung-Ang University

management of nurses was classified in 3 types, and structural characteristics in each type were discovered. Based upon the characteristics

according to the type, an individualized pain management intervention strategy should be established and the follow up work performed.