주요용어 : 통증경험, 고통추론

간호사의 통증경험에 따른 고통추론 연구*

류 언 나**·박 경 숙***

I. 서 론

1. 연구의 필요성

고통은 자아의 완전성에 위협이 되는 상실, 훼손, 통증을 경험할 때 인간이 느끼는 극심한 괴로움의 상태로, 이중 특히 통증으로 인해 환자들은 고통을 겪게 된다(Kim, 1997). 간호의 목적은 대상자가 처한 환경에서 최적의 삶을 영위하도록 도와주는데 있기 때문에 대상자의 고통을 정확히 파악하는 것은 간호수행에 있어서 매우 중요하다(Kang, 1997).

그러므로 통증 환자의 고통을 정확히 파악하는 것이 요구되며 이를 위해 환자의 고통추론에 대한 연구가 필요하다.

통증은 임상 현장에서 가장 많이 사용되는 간호 진단으로(Park & Lee, 1989) 간호사들이 실무에서 빈번히 부딪히는 간호문제가 통증사정과 관리이다. 통증은 실제적으로 또는 잠재적인 조직손상과 관련 있거나, 혹은 이 같은 손상으로 기술되는 불쾌한 감각 및 정서적 경험(International Association for the Study of Pain, 1986)으로서 환자의 통증을 제대로 인식하려면 신체적, 심리적 측면을 모두 고려해야 한다.

통증 환자에게 있어서 고통은 통증이 환자를 괴롭히거나 걱정하게 하는 정도를 뜻하는 것이고, 통증환자에게서 고통의 정도를 사정하기 위해서는 통증의 강도, 통증에 대한 환자의 내인성, 표현방식 사이의 차이점과 복잡한 연관성을 이해해야 하고(Lee & Choi, 1993) 통증 환자의 고통완화를 위해서는 통증관리가 중요하다.

이러한 통증관리에 있어서 중요한 기초가 되는 것은 통증 사정이다. 통증사정은 통증관리라는 건물의 기초가 되는 벽돌과 같은데(Gregg, 1998) 이것은 정확한 통증사정이 이루어져야 적절한 통증중재를 선택하고 제공할 수 있을 것이며 또한 제공된 통증 중재의 효과에 대한 평가를 위해 다시 통증사정이 이루어지기 때문이다.

통증사정에 대한 연구를 보면 간호사의 통증사정이 철저하거나 체계적이지 못하고(Carr, 1990) 환자의 통증을 과소 평가한 것으로 나타났다(Iafrati, 1986; Holm, Cohen, Dudas, Medema & Allen, 1989; Choiniere, Melzack, Girard, Rondeau & Paquin, 1990; Bergh & Sjostrom, 1999; Hovi & Laure, 1999; Rundshagen, Schnabel. Standl & Esch, 1999; Park, 1994; Park, 1999; Son, 1999). 통증

* 본 논문은 2002년 2월 중앙대학교 석사학위 논문 요약임
** 서울대학병원 간호사
*** 중앙대학교 간호학과 교수

사정은 환자와 간호사의 상호작용이라고 할 수 있는데, 환자만이 정확히 알 수 있는 통증에 대한 일차적인 자료는 환자의 자가보고이다. 그러나 간호사는 환자의 자가보고보다는 간호사 자신이 관찰한 환자의 신체적인 증상이나 행동을 더 확신하는 경향이 있다(Lee & Choi, 1993). 간호사는 환자로부터 얻은 여러 자료를 객관적으로 해석해야 하고 이러한 환자의 통증 호소를 해석하는 과정에 간호사의 특성은 중요한 영향을 미치게 되는데 환자의 통증을 과소 평가하는 요인을 알아낸다면 정확한 통증 사정이 이루어질 것이다.

Holm 등(1989)의 연구에서는 간호사의 46.3%가 자신의 개인적 통증경험이 환자의 통증사정에 영향을 주었다고 나타났다. Teske, Daut & Cleeland(1983)연구에서도 환자의 통증에 대한 인식에 간호사들의 개인적 통증경험이 영향을 미친다고 보고하였다. 또한 Lenburg, Burnside & Davitz(1970)의 연구에서는 업무하면서 얻은 전문적 경험이 통증환자의 비언어적 행동을 인식하는데 영향을 준다고 보고하여 간호사의 전문적 통증경험이 환자의 통증사정에 영향을 미친다고 하였다. 이는 환자가 통증으로 인해 느끼는 고통에 대한 간호사의 추론은 고통에 대한 간호사의 후천적인 믿음과 간호사 자신의 심리적 특성 즉 간호사의 통증경험에 의해 직접적이거나 간접적으로 영향을 주기 때문이다.

위에서 언급한 여러 연구를 보면 간호사의 개인적 통증경험과 업무하면서 얻은 전문적 경험이 통증사정에 영향을 준다고 하였는데, 여기에서 간호사의 통증경험이 통증환자의 고통을 추론하는데 어떠한 영향을 미치는지 연구하여 그 결과를 통증사정을 하는 간호사들에게 알려준다면 간호사 자신의 개인적인 통증경험과 전문적 통증경험으로 인해 생길수 있는 환자의 통증호소를 과소 평가하는 편견을 없앨수 있을 것이다.

통증사정에 대한 국내연구(Park, 1994; Park, 1999; Son, 1999)는 환자와 간호사의 통증사정을 비교한 것들이고 간호사의 통증경험에 대한 고통 추론 연구는 아직 이루어지지 않았다.

본 연구는 여러 연구에서 언급한 간호사의 통증경험이 환자의 신체적 통증과 심리적 디스트레스(distress)인 고통을 인식하는데 미치는 영향을 연구하여 보다 정확한 통증사정과 효과적인 통증관리와 간호중재 전략을 세우는데 기초 자료를 제공하고자 시도되었다.

2. 연구의 목적

본 연구의 목적은 간호사의 통증 경험에 따른 고통 추론을 알아보는데 있으며, 그 결과를 정확한 통증사정과 효과적인 통증관리의 기초자료로 활용하기 위함이며 구체적인 목적은 다음과 같다.

1) 간호사의 개인적 통증경험(personal pain experience)에 따른 고통추론(suffering inference)을 파악한다.
2) 간호사의 전문적 통증경험(professional pain experience)에 따른 고통 추론을 파악한다.

3. 용어의 정의

1) 간호사의 통증경험

간호사의 통증경험을 개인적 통증경험과 전문적 통증경험으로 나눌 수 있다.

(1) 간호사의 개인적 통증경험

현재나 과거에 자신이 직접 경험한 통증으로 약을 복용하거나 치료가 필요했던 통증경험을 말한다(Wessman & McDonald, 1999).

본 연구에서는 현재나 과거에 자신이 직접 경험한 통증과 가족이나 친구가 경험한 통증을 말하며 개인적 통증경험의 유무, 경험한 통증의 종류와 강도, 통증중재로도 완화되지 않은 통증경험 유무, 그리고 가족이나 친구의 통증경험 유무로 구성되어 있다.

(2) 간호사의 전문적 통증경험

통증환자를 간호하면서 긍정적 또는 부정적 인상을 남긴 통증과 관련된 전문경험이나 사건을 말한다(Wessman & McDonald, 1999).

본 연구에서 사용한 도구에 제시된 환자들의 질환이 내과, 일반외과, 정형외과로 구분되어 있다.

그러므로 본 연구에서는 내과, 일반외과, 정형외과 질환등 특정 질환의 통증을 가진 환자를 간호한 전문적 경험을 말하며 현재나 과거에 내과, 일반외과, 정형외과 근무경력 유무에 따라서 각과별로 특정질환의 통증환자를 간호한 경험을 말한다.

2) 고통추론

고통추론은 자아의 완전성에 위협이 되는 상실, 훼손, 통증을 경험할 때 인간이 느끼는 극심한 괴로움의 상태(Kang, 1997)인 고통을 대상자가 어느 정도 가지고 있는지 간호사가 추론하는 것을 말하며, 이러한 고통은 신체적 통증과 심리, 사회, 영적 차원의 고통으로 분류할 수 있다(Brallier, 1992).

본 연구에서는 고통 추론에 대한 표준 측정 질문지(The Standard Measure of Inference of Suffering Questionnaire)를 사용하여 가설적인 상황에서 환자의 고통을 추론하는 것으로 환자의 진단명과 환자가 처한 상황을 적은 짧은 글을 읽고 간호사가 환자의 고통이 어느 정도인지 추론하는 것이다. 즉 환자의 신체적 통증과 심리적 디스트레스를 간호사가 어느 정도 인식하고 있는지 측정하는 것이다.

4. 연구의 제한점

본 연구는 서울 시내 1개 병원의 간호사를 대상으로 한 것이므로 연구결과를 확대 해석할 때는 신중을 기하여야 한다.

Ⅱ. 연구 방법

1. 연구설계

본 연구는 간호사의 통증경험에 따른 고통추론을 파악하기 위한 서술적 조사연구이다.

2. 연구대상

본 연구의 대상은 서울 시내에 소재한 1개 대학 부속병원에 근무하는 간호사 184명을 대상으로 하였다.

3. 연구도구

1) 통증경험에 대한 질문지

통증경험에 대한 질문지는 문헌고찰과 선행 연구를 바탕으로 연구자가 개발한 설문지를 사용하였는데, 설문지의 신뢰도와 타당도를 높이기 위해 간호학 교수 1인의 자문을 받아 내용을 수정한 후 다시 간호사 20명에게 사전조사를 하여 다시 수정하였다. 내용은 개인적 통증경험 유무, 경험한 통증의 종류와 강도, 완화되지 않은 통증경험 유무, 전문적 통증경험에 대한 내용이다. 통증의 강도는 10점 숫자 척도(Numerical Rating Scale)를 사용하였다. 고통추론에 대한 질문지에서 제시된 환자들의 질환별 상황이 내과, 일반외과, 정형외과로 구분되어 있어서 전문적 통증경험을 내과, 일반외과, 정형외과에서 1년이상 근무한 경험이 있는지를 조사하였다.

2) 고통추론에 대한 질문지

환자의 고통을 추론하는 질문지는 Davitz & Davitz(1981)가 개발한 고통 추론에 대한 표준 측정 질문지를 사용하였다. 개발 다시 신뢰도 계수는 .96이었으며 번역은 간호학 교수 1인의 자문을 받아 본 연구자가 하였다.

도구는 총 60문항으로 질환별로 심혈관계, 감염, 정신질환, 외상, 암으로 구성되어 있으며, 질환별 환자들이 처한 상황에 따라 다시 내과, 일반외과, 정형외과, 정신과로 구분할 수 있다. 같은 질환에 따라 나이(4-12세, 30-45세, 65세 이상)와 성(남, 여)을 달리해서 반복하여 환자의 상황을 제시하였다. 질문지에 제시된 환자의 진단명과 환자가 처한 상황을 읽고 신체적 통증과 심리적 디스트레스 정도를 추론하는데, 7점 척도로 “없음”에서 “매우 심함”으로 되어 있어 점수가 높을수록 고통 추론 점수가 높은 것을 의미하는 것이다.

특수 부서를 제외한 일반 병동의 20명 간호사를 대상으로 한 사전조사를 실시하였는데 정신과 근무경력이 없는 간호사들은 정신질환중 중증도의 불안환자는 사정하기가 어렵고 환자의 상황을 이해하기가 어려운 것으로 나타나 이 질환 6문항은 제외시켰다. 본 도구의 총 문항수는 54문항이고 신뢰도 계수는 .95로 나타났다.

4. 자료수집

자료 수집 기간은 2001년 8월 15일부터 8월 22일까지였다. 자료는 1개 대학병원 간호부의 허락을 받은 후 특수 부서를 제외한 일반 병동 간호사들에게 설문지를 배부하여 수집하였다.

설문지는 215부를 배부하였으며 회수되지 않거나 응답이 불성실한 설문지 31부를 제외하고 총 184부를 자료로 이용하였다.

5. 자료분석 방법

자료분석을 위해 SPSS window 10.0을 이용하였다. 통증경험 유무와 통증강도와 통증형태에 따른 집단간의 고통추론 평균점수와 환자 특성별 고통추론 평균점수는 t-test, ANOVA를 이용하여 분석하였다.

Ⅲ. 연구 결과

1. 간호사의 개인적 통증경험에 따른 고통추론

1) 간호사의 개인적 통증경험

대상자에 따라서 경험한 통증의 종류가 한가지 혹은 두 가지 이상일 수 있기 때문에 질문지에 제일 기억에 남는 통증의 종류 한 가지로 답하게 하였다.

개인적 통증경험이 있는 대상자들의 통증 종류를 보면 생리통이 40명(25.0%), 분만통이 28명(17.5%), 복통이 21명(13.0%), 치통이 14명(8.8%), 요통이 12명(7.5%), 두통이 12명(7.5%), 수술 후 통증이 10명(6.3%), 관절통이 5명(3.1%), 골절로 인한 통증이 5명(3.1%), 근육통이 5명(3.1%), 감염으로 인한 통증이 4명(2.5%), 외상으로 인한 통증이 2명(1.3%), 신경통이 1명(0.6%), 기타가 1명(0.6%)이다. 생리통이 전체의 25%로 가장 많았다.

통증이 있을 때 사용한 통증완화 방법을 보면 '그냥 참는다'가 40명(25.0%), '약을 투약한다'가 95명(51.6%), 기타(물리치료, 이완요법 등)가 25명(15.6%)으로 '약을 투약한다'가 가장 많았다. '약을 투약한다'중에서 비마약성 진통제는 40명(21.7%), 마약성 진통제는 10명(6.3%), 진통소염제는 45명(28.1%)이었다.

경험한 통증의 강도는 10점 숫자 통증척도(Numerical Rating Scale)로 체크하였는데, 10점은 29명(18.1%), 9점은 22명(13.8%), 8점은 48명(30.0%), 7점은 33명(20.6%), 6점은 13명(8.1%), 5점은 10명(6.3%), 4점은 2명(1.3%), 3점은 2명(1.3%), 2점은 1명(0.6%)으로 8점이 가장 많았다.

통증강도 1-3점을 약한 통증, 4-7점을 보통 통증, 8-10점을 심한 통증으로 다시 구분해 보면, 약한 통증은 3명(1.9%), 보통 통증은 58명(36.3%), 심한 통증은 99명(61.9%)으로 심한 통증 경험이 가장 많았다.

개인적 통증경험이 있는 간호사를 전체로 보았을 때 통증이 있을 때 사용한 통증완화 방법(진통제 투여나 여러 가지 처치)이 전혀 도움이 되지 않았던 경험 즉 완화되지 않은 통증경험이 있는 경우는 67명(41.9%), 통증완화 방법으로 통증완화가 잘 된 경험이 있는 경우 즉 완화되지 않은 통증경험이 없는 경우는 93명(58.1%)이다<Table 1>.

<Table 1> Personal pain experience of nurses (N=160)

item	classes		N(%)
pain type	menorrhalgia		40(25.0)
	Labor pain		28(17.5)
	abdominal pain		21(13)
	dental pain		14(8.8)
	back/neck pain		12(7.5)
	headache		12(7.5)
	postoperative pain		10(6.3)
	arthralgia		5(3.1)
	pain by fracture		5(3.1)
	myalgia		5(3.1)
	pain by infection		4(2.5)
	pain by trauma		2(1.3)
	neuralgia		1(0.6)
	other		1(0.6)
pain relief method	no treatment		40(25.0)
	drug medication	opioid	10(6.2)
		non-opioid	40(25.0)
		NSAID	45(28.1)
	other		25(15.6)
type of pain experience	pain intensity	mild(1-3 point)	3(1.9)
		moderate(4-7 point)	58(36.3)
		severe(8-10 point)	99(61.9)
	unrelieved pain experience	yes	67(41.9)
		no	93(58.1)

<Table 2> Suffering inference scores by personal pain experience (N=184)

item		N(%)	physical pain				psychological dirstress			
			Mean	±SD	t	p	Mean	±SD	t	p
personal pain experience	yes	160(87)	3.93	±.71	-.775	.439	4.78	±.67	-.965	.336
	no	24(13)	4.05	±.58			4.92	±.53		
pain experience of family(or friend)	yes	129(70.1)	3.85	±.70	-2.73	.007	4.77	±.62	-.632	.528
	no	55(29.9)	4.15	±.64			4.84	±.74		

<Table 3> suffering inference scores by pain type (N=160)

type	item	N(%)	physical pain				psychological distress			
			Mean	±SD	t/F	p	Mean	±SD	t/F	p
pain intensity	mild	3(1.9)	3.63	±.52	4.062	.019	4.74	±.55	2.612	.077
	moderate	58(36.3)	3.73	±.66			4.62	±.67		
	severe	99(61.9)	4.05	±.73			4.87	±.67		
unrelieved pain experience	yes	67(41.9)	4.10	±.76	2.621	.010	4.95	±.61	2.762	.006
	no	93(58.1)	3.80	±.66			4.65	±.69		

2) 개인적 통증경험 유무와 형태에 따른 고통추론 점수

개인적 통증경험 유무에 따른 고통추론 점수는 <Table 2>와 같다. 자신의 통증경험이 없는 간호사가 신체적 통증, 심리적 디스트레스 모두에서 각각 4.05점, 4.92점으로 통증경험이 있는 간호사보다 높았으나 통계적으로 유의하지 않았다.

대상 간호사의 가족이나 친구의 통증경험이 없는 간호사가 신체적 통증, 심리적 디스트레스 모두에서 각각 4.15점, 4.84점으로 경험이 있는 간호사보다 더 높았으며, 신체적 통증에서는 통계적으로 유의하였다(p=.007).

경험한 통증의 형태(통증강도, 통증완화 유무)에 따른 고통추론 점수는 <Table 3>과 같다. 통증강도(약함, 보통, 심함)에 따른 고통추론 점수를 보면, 신체적 통증은 약한 통증경험, 보통 통증경험, 심한 통증경험을 한 간호사가 각각 3.63점, 3.73점, 4.05점으로 더 높은 강도의 통증을 경험한 간호사일수록 신체적 통증 추론 점수가 높았으며 통계적으로 유의하였다(p=.019).

심리적 디스트레스는 약한 통증경험, 보통 통증경험, 심한 통증경험을 한 간호사가 각각 4.74점, 4.62점, 4.87점으로 심한 통증경험을 한 간호사가 가장 높은 심리적 디스트레스 추론 점수를 보였으나 통계적으로 유의하지 않았다.

통증 완화유무에 따른 고통추론 점수는 개인적 통증경험이 있는 간호사중에서 통증중재(여러 가지 처지나 진통제 투약)로 완화되지 않았던 통증경험 유무에 따른 고통추론 점수를 보는 것이다. 이것은 통증이 있었을 때 통증완화가 잘 되었는지 아니면 완화가 잘 되지 않았는지에 따른 고통추론 점수를 보는 것이다.

신체적 통증은 완화되지 않은 통증경험이 있는 간호사와 완화되지 않은 통증경험이 없는 간호사가 각각 4.10점, 3.80점, 심리적 디스트레스는 각각 4.95점, 4.65점으로 완화되지 않았던 통증경험이 있는 간호사가 더 높았으며 통계적으로 유의하였다(p=.010, p=.006).

2. 간호사의 전문적 통증경험에 따른 고통추론

본 연구 도구의 고통추론에 대한 질문지가 내과, 일반외과, 정형외과 질환으로 구분되어 있어 간호사의 특정 질환 환자별 전문적 통증경험을 내과, 일반외과, 정형외과로 구분하였다.

간호사의 전문적 통증경험에 따른 고통추론 점수는 <Table 4>와 같다. 간호사의 전문적 통증경험 즉 분야별(내과, 일반외과, 정형외과) 근무경험 유무에 따라서 분야별 질환 환자에 대한 고통추론 점수를 보는 것이다.

과거나 현재에 내과 근무 경험이 있는 간호사와 내과 근무 경험이 없는 간호사의 내과질환 환자에 대한 신체적 통증 추론 점수는 각각 3.64점, 3.81점이고, 심리적 디스트레스 추론 점수는 각각 4.97점, 5.20점으로 나타났다. 내과 질환의 전문적 통증경험이 없는 간호사가 내과 질환의 전문적 통증경험이 있는 간호사보다 내과 질환 환자의 고통을 더 높게 추론하여 신체적 통증은 통계적으로 유의하지 않았으나 심리적 디스트레스는 통계적으로 유의하였다(p=.044).

<Table 4> suffering inference scores by professional pain experience (N=184)

clinical practice experience	item	N=(%)	physical pain				psychological distress			
			Mean	±SD	t	p	Mean	±SD	t	p
internal medicine	yes	109(59.2)	3.64	±.81	1.421	.157	4.97	±.80	2.032	.044
	no	75(40.8)	3.81	±.75			5.20	±.67		
general surgery	yes	57(31.0)	4.24	±.74	-.239	.812	4.16	±.74	.950	.344
	no	127(69.0)	4.21	±.79			4.29	±.85		
orthopedic surgery	yes	33(17.9)	4.29	±.81	2.234	.027	4.52	±.65	.842	.401
	no	151(82.1)	4.61	±.75			4.63	±.67		

과거나 현재에 일반외과 근무 경험이 있는 간호사와 일반외과 근무 경험이 없는 간호사의 일반외과질환 환자에 대한 신체적 통증 추론 점수는 각각 4.24점, 4.21점이고, 심리적 디스트레스 추론 점수는 각각 4.16점, 4.29점으로 나타났다. 신체적 통증은 일반외과 질환의 전문적 통증경험이 있는 간호사가 일반외과 질환의 전문적 통증경험이 없는 간호사보다 높았으나 그 차이가 작았으며, 심리적 디스트레스는 일반외과 질환의 전문적 통증경험이 없는 간호사가 더 높았으나 통계적으로 유의하지 않았다.

과거나 현재 정형외과 근무 경험이 있는 간호사와 정형외과 근무 경험이 없는 간호사의 정형외과 질환에 대한 신체적 통증 추론 점수는 각각 4.29점, 4.16점이고, 심리적 디스트레스 추론 점수는 각각 4.52점, 4.63점으로 나타났다. 정형외과 질환의 전문적 통증경험이 없는 간호사가 정형외과 질환의 전문적 통증경험이 있는 간호사보다 정형외과 질환의 고통을 더 높게 추론하였으며 신체적 통증은 통계적으로 유의하였다(p=.027).

이상의 결과를 요약해 보면 개인적 통증경험이 없는 간호사가 통증경험이 있는 간호사보다 환자의 고통을 더 높게 추론하였으나 통계적으로 유의하지는 않았다. 가족이나 친구의 통증경험이 없는 간호사는 통증경험이 있는 간호사보다 환자의 고통을 더 높게 추론하였으며 신체적 통증에서는 통계적으로 유의하였다.

간호사가 경험한 통증의 강도가 높을수록 환자의 고통을 더 높게 추론하여 신체적 통증은 통계적으로 유의하였다. 경험한 통증이 완화되지 않은 통증경험일수록 환자의 고통을 더 높게 추론하여 신체적 통증과 심리적 디스트레스 모두 통계적으로 유의하였다.

분야별 전문적 통증경험이 없는 간호사(내과, 일반외과, 정형외과)는 전문적 통증경험이 있는 간호사보다 해당 분야별 환자의 고통을 더 높게 추론하였다.

Ⅳ. 논 의

1. 간호사의 개인적 통증경험에 따른 고통추론

개인적 통증경험과 가족이나 친구의 통증경험 모두에서 통증경험이 없는 간호사가 높은 고통추론 점수를 나타냈으나 통계적으로 유의하지 않았으며 개인적 통증경험이 있는 간호사는 87%, 개인적 통증경험이 없는 간호사는 13%로 두 집단간의 차이가 크며 통계적으로도 유의하지 않았으므로 통증경험이 있었느냐 없었느냐 하는 통증경험유무 자체가 고통추론에 영향을 미친다고 결론내리는데 신중을 기해야 할 것이다.

그러나 고통추론 점수는 간호사들이 경험한 통증의 강도에 따라서 큰 차이를 보였는데 경험한 통증의 강도가 높을수록 고통추론 점수가 높았는데 신체적 통증에서는 통계적으로 유의한 차이를 보였으나(p=.018) 심리적 디스트레스에서는 통계적으로 유의하지 않았다.

통증경험을 한 간호사중에서 여러 가지 통증중재로 완화가 잘 되었는지 잘 되지 않았는지에 따라서 신체적 통증과 심리적 디스트레스 모두 완화되지 않은 통증경험이 있는 간호사가 유의하게 높았다(p=.009, p=.006). 완화되지 않은 통증경험이 환자의 통증사정에 영향을 미치는지 조사한 연구가 없어 본 연구결과와 비교할 수 없지만 완화되지 않은 통증경험도 환자의 고통추론에 영향을 주었다고 볼 수 있는데 심한 통증과 마찬가지로 완화되지 않은 통증경험은 간호사 자신에게 무척이나 고통스러운 통증으로 기억되어 환자의 고통을 더 잘 인식한다고 할 수 있다.

Ketrovuori(1987)의 연구에서는 수술 후 상처 통증의 경험을 한 간호사가 이전 통증경험이 없는 간호사보다 더 낮게 통증강도로 환자를 평가했다고 보고하여 통증경험 유무에서 통계적으로 유의한 차이를 보이지 않은 본 연구결과와는 다른 결과를 보였다. Davitz &

Davitz(1981)와 Holm 등(1989)의 연구에서는 경험한 통증강도에 따라서 신체적 통증과 심리적 디스트레스 모두에서 유의한 차이를 보였는데 경험한 통증강도가 높을수록 환자의 통증이 더 높을 것이라고 추론하여 경험한 통증의 강도가 통증사정에 영향을 미친다고 하여 본 연구결과가 같은 결과를 보였다. Ketrovuori(1987)의 연구결과는 Davitz & Davitz(1981)와 Holm 등(1989)의 연구결과와 서로 상반된 결과로 보이는데 Ketrovuori(1987)연구에서 사용한 도구를 살펴보면 간호사의 통증경험 유무만을 가지고 조사했을뿐 통증의 강도나 통증완화 유무에 대한 것은 조사되지 않았다. 만약 Ketrovuore(1987)연구에서 통증경험 유무뿐 아니라 통증의 강도나 통증완화 유무도 같이 조사를 했다면 본 연구와 같은 결과(통증형태에 따른 고통추론의 점수)가 나오지 않았을까 하는 생각을 해본다. Holm등(1989)연구결과를 보면 통증경험이 있는 간호사들과 통증경험이 없는 간호사들간의 통증사정 점수차이에 대한 언급이 제시되지 않고 다만 간호사들이 경험한 통증강도에 따른 통증사정 점수차이만을 제시하였다.

본 연구에서 '간호사의 통증경험이 통증사정에 영향을 준다'라고 대답한 간호사가 140명(76.1%)으로 이들 중 통증경험이 있다고 답한 간호사는 126명(90.0%)이다. 즉 개인적 통증경험이 있는 간호사들 대부분이 환자의 통증사정에 자신의 통증경험을 반영한다는 것이다.

통증경험이 있는 간호사는 환자도 자신이 경험한 통증강도의 고통만큼 경험할 것으로 생각하는 것이다. 즉 높은 강도의 통증을 경험한 간호사는 일반적으로 환자의 고통에 공감적(sympathetic)이라고 말할 수 있다. 그러나 실무에서 통증사정을 할 때 가장 큰 문제는 간호사들이 환자의 통증을 과소평가하는 것인데 낮은 통증경험을 한 간호사는 본 연구결과와 같이 환자의 통증을 과소평가할 오해의 소지가 있다는 것을 알아야 한다. 비록 통계적으로 유의하지는 않았지만 통증경험이 없는 간호사는 통증경험이 있는 간호사보다 더 높은 고통추론 점수를 보였다. 통증경험이 없다는 것은 통증이라는 경험 자체가 없는 것이지 통증척도에서 말하는 통증 "0"을 의미하는 것은 아니다. 그래서 통증경험이 없는 간호사는 통증이라는 경험 자체가 없으므로 환자의 통증호소를 그대로 믿고 잘 인식하지만 통증경험이 있다면 자신이 경험한 통증정도 만큼만 환자도 통증을 경험할 것이라고 생각하게 된다. 그러나 간호사 자신의 통증경험 유무가 중요한 것이 아니라 경험한 통증이 얼마나 고통스러웠느냐가 중요한 것이다. 즉 통증의 강도가 높고 여러 가지 통증중재로도 완화가 되지 않았다면 그 통증경험은 더 고통스러웠을 것이다.

위의 결과들을 종합해 보면, 간호사의 개인적 통증경험은 환자의 고통추론에 영향을 미치는데 통증경험 유무가 중요한 것이 아니라 경험한 통증의 고통정도가 중요하다.

높은 강도의 통증이고 쉽게 완화되지 않은 통증을 경험한 간호사는 환자의 고통을 더 잘 인식할 수 있지만 낮은 강도의 통증이고 쉽게 완화가 된 통증을 경험한 간호사는 오히려 통증경험이 편견으로 작용하여 환자의 고통을 과소 평가할 소지가 높으며 이러한 편견은 통증경험이 없는 간호사들보다 더 환자의 고통을 과소 평가할 수 있다. 그러므로 간호사들은 자신이 이러한 과소평가를 할수 있는 통증경험의 특성을 가지고 있다면 이를 염두해두고 통증사정을 해야 하며 그 결과 환자의 통증호소를 과소평가하는 경우는 줄어 들것이다.

2. 간호사의 전문적 통증경험에 따른 고통추론

과거나 현재에 내과 근무경력이 있는 간호사는 내과질환의 통증에서 내과 근무경력이 없는 간호사보다 더 낮은 고통추론을 보였으며 정형외과도 동일하였다. 내과는 심리적 디스트레스가 통계적으로 유의하였으며(p=.044) 정형외과는 신체적 통증이 통계적으로 유의하였다(p=.027).

간호사로 근무하면서 얻은 전문적 통증경험에 따른 고통추론은 같은 질환의 통증환자에 반복적으로 노출될수록 환자의 통증에 대한 민감도가 떨어진다고 볼 수 있다. Iafrati(1986)의 연구는 화상병동에서 간호사가 환자의 통증사정을 비교한 것으로 신규간호사나 화상병동에 새로온 간호사는 환자의 통증을 더 높게 인식하고 있었고, 화상병동의 숙련간호사들 대부분은 환자보다 더 낮게 통증을 인식하는 것으로 나타나서 본 연구와 같은 결과를 보였다. 이것은 단순한 근무경력이 아니라 통증환자를 간호하면서 업무적으로 경험한 통증경험에 따른 유의한 차이라고 할 수 있다.

그러므로 같은 질환 환자를 많이 간호한 경험이 있는 간호사는 동일 질환 환자 간호에 숙련은 되었지만 동일 질환 환자의 통증 호소에는 둔감해지고 있다는 것을 알아야 한다.

V. 결 론

본 연구는 간호사의 통증경험에 따른 고통추론을 알아보기 위한 서술적 조사연구이다. 연구 대상자는 서울 시내에 소재한 1개 대학 부속병원 일반병동에 근무하는 간호사 184명이었다.

연구도구는 고통 추론에 대한 표준측정 질문지(The Standard Measure of Inferences of Suffering Questionnaire)를 사용하였으며 질문 문항을 총 54문항으로 내과, 일반외과, 정형외과 질환 환자들의 상황이 제시되어 있으며 각 문항마다 신체적 통증과 심리적 디스트레스를 추론하게 하였다. 수집된 자료는 SPSS로 전산 처리하여 t-test, ANOVA로 분석하였고 연구결과는 다음과 같다.

1. 간호사의 개인적 통증경험이 없는 간호사는 통증경험이 있는 간호사보다 고통추론 점수가 높았으나 통계적으로 유의하지 않았다. 그러나 경험한 통증의 강도가 높을수록 높은 고통추론 점수를 보였고 신체적 통증은 통계적으로 유의하였으며(p=.019), 완화가 잘 되지 않은 간호사가 완화가 잘 된 간호사보다 더 높은 고통추론 점수를 나타냈으며 신체적 통증과 심리적 디스트레스 모두 통계적으로 유의하였다(p=.010, p=.006). 즉 간호사의 통증경험 자체보다 경험한 통증의 형태 즉 통증으로 인한 고통이 클수록 고통추론 점수가 높았다.
2. 간호사의 분야별 전문적 통증경험(내과, 일반외과, 정형외과)이 없는 간호사는 전문적 통증경험이 있는 간호사보다 해당 분야별 환자의 고통추론 점수가 더 높은 것으로 나타났으며 내과 질환의 전문적 통증경험은 내과 질환 환자의 심리적 디스트레스에서 통계적으로 유의하였고(p=.044), 정형외과 질환의 전문적 통증경험은 정형외과 환자의 신체적 통증에서 통계적으로 유의하였다(p=.027). 즉 반복적으로 같은 질환 환자의 통증을 다룬 경험이 있는 간호사는 동일 질환 환자의 고통을 낮게 추론하였다.

위의 결과는 간호사의 개인적 통증경험이 통증사정에 영향을 미치지만 간호사 자신이 직접 경험한 통증 유무보다는 경험한 통증의 강도가 높을수록, 완화되지 않았던 통증경험일수록 고통추론 점수가 높았다. 즉 경험한 통증자체보다는 경험한 통증이 얼마나 고통스러웠느냐가 통증사정에 영향을 주는 것으로 나타났다. 특정 분야별 근무 경력이 있는 간호사는 특정 분야별 환자의 고통을 낮게 추론하였는데, 이것은 간호사가 같은 질환 환자의 통증호소에 반복적으로 노출될수록 환자의 통증에 둔감해진다고 할 수 있다.

결론적으로 낮은 강도의 통증경험이나 통증완화가 잘 된 경험을 가진 간호사는 자신의 통증경험이 편견으로 작용하여 환자의 통증을 과소평가하는 경향이 있고, 같은 분야에 오랫동안 근무한 간호사는 동일 질환 환자를 간호하는데는 익숙해지지만 환자의 통증에는 둔감해져 과소평가할 소지가 있다는 것을 알고 통증사정을 해야한다.

References

Bergh, I, Sjostrom, B. (1999). A comparative study of nurses' and patients' rating of pain and tolerance, *J Gerontol Nurse*. 25(5), 30-6.

Brallier, L. W. (1992). *The suffering of terminal illness*:cancer in P.L.Stark & J.P.McGovem (Eds.), The hidden dimension of illness human Suffering. New York:LNL.

Carr, E. C. (1990). Postoperative pain: Patients' expectations and experiences. *J of Advanced Nursing*, 15, 89-100.

Choiniere, M., Melzack, R., Girard, N., Rondeau, J., & Paquin, M-J. (1990). Comparison between patients' and nurses' assessment of pain and medication efficacy in severe burn injury, *Pain*, 40, 143-152.

Davitz, J. R., Davitz, L. L. (1981). *Inference of patient's pain and psychological distress*, Studies of nursing behaviors, New York: Springer company.

Gregg, T. L. (1998). Pediatric Pain Management in an Adult Critical Care unit. *Critical Care Nursing Quarterly*, 21(2), 42-54.

Holm, K., Cohen, F., Dudas, S., Medema, P., & Allen, B. (1989). Effect of personal pain experience on pain assessment. Image: *J of Nursing Scholarship*, 12, 72-75.

Hovi, S. L., Laure, S. (1999). Patients' and

nurses' assessment of cancer pain, *Eur J Cancer Care(Engl)*, 8(4): 213-9.

Iafrati, N. (1986). Pain on the burn unit: patient vs. nurse perceptions, *J Burn Care Rehail.*, 7, 413-416.

International Association for the Study of Pain (1986). Classification of chronic pain: Descriptions of chronic pain syndromes and definition of pain terms. *Pain*(supplement), 3.

Kang, K. A. (1997). Concept Analysis of Suffering, The Korea Nurse, 36(2), 39-48.

Kim, C. S. (1997) Pain-psychology: *What is pain?* Chung ang seok sung company

Ketovuori, H. (1987). Nurses' and patients' conceptions of wound pain and the administration of analgesics. *J of pain and symptom management*, 2(4), 213-218.

Lenburg, C., Burnside, H., & Davitz, L. (1970). Inference of physical pain and psychological distress in relation to the stage of the patient's illness and the occupation of the perceiver. *Nursing Research*, 19, 392-398.

Lee, E. O., & Choi, M. A. (1993). *Pain theory and intervention*, Sinkang Company

Park, K.S. & Lee, C.H. (1989). An Analysis of Nursing Diagnoses Using NANDA Classification, *The Korean Adult Nursing Academic Society*, 1, 72-89.

Park, M. S. (1999). A study on postoperative patient' pain and nurses' assessment in pain, *Nursing Science*, 11(1), 32-42.

Park, Y. R. J. (1994). *Nurses' Perception about Pain Perceived by Cancer paitents*, Catholic University of Korea, Seoul.

Rundshagen, I., Schnabel, K., Stand, T. & Esch, J. S. (1999). Patients' vs nurses' assessments of postoperative pain and anxiety during patient-or nurse-controlled analgesia, *British J Anaesthesia*, 82(3), 374-380.

Son, K. S. (1999). *Pain perceived difference of ishchemic heart patients and nurses*, Catholic University of Korea, Seoul.

Teske, K., Daut, R., & Cleeland, C. S. (1983). Relationship between nurses' observation and patients' reports of pain, *Pain*, 16, 289-296.

Wessman, A. C., McDonald, D. D. (1999). Nurses' Personal Pain Experiences and Their Pain Management Knowledge. *J of Continuing Education in Nursing*, 31(4), 152-157.

- Abstract -

Study of Suffering Inference by Nurses' pain Experience

Ryoo, Eon-Na · Park, Kyung-Sook***

Purpose: The purpose of this study was to determine the effect of nurses' pain experience on the inference of their patients' suffering.

Method: Study subjects were sampled from 184 nurses who worked in general wards in one S university hospital located at Seoul. Nurses' pain experience consists of personal pain experience and professional pain experience. The Standard Measure of Inference of Suffering (Davitz & Davitz, 1981) was used for suffering inference measure, and patients' suffering which consists of physical pain and psychological distress.

Result: Suffering inference scores of nurses without personal pain experience revealed a higher value than that of nurses with personal pain experience. But these differences were not statistically significant. The higher intense pain was experienced, the higher were suffering inference scores. This physical pain inference

* Nurse, Seoul National University Hospital

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

score was statistically significant(p=.044). Of the nurses who had personal pain experience, suffering inference scores of nurses with unrelieved pain experience revealed a higher value than that of nurses with relieved pain experience. Physical pain and psychological distress inference scores were statistically significant(p=.010, p=.006). Suffering inference scores of nurses without professional pain experience(internal medicine, general surgery, orthopedic surgery) revealed a higher value than that of nurses with professional pain experience. Professional pain experience of internal medical illness was statistically significant in psychological distress of internal medical illness (p=.044), and professional pain experience of orthopedic surgical illness was statistically significant in physical pain of orthopedic surgical illness(p=.027).

Conclusion: Nurses who have experienced low pain intensity or good pain relief are inclined n to underestimate patient′ pain. Although nurses who care for the same patient over a long time deal skillfully with that patient, nurses are inclined to underestimate that patients′ pain. Nurses need to be aware of possible biases related to pain assessment as a result of pain experience.

Key words : Pain experience, Suffering inference