



저작자표시-비영리-동일조건변경허락 2.0 대한민국

이용자는 아래의 조건을 따르는 경우에 한하여 자유롭게

- 이 저작물을 복제, 배포, 전송, 전시, 공연 및 방송할 수 있습니다.
- 이차적 저작물을 작성할 수 있습니다.

다음과 같은 조건을 따라야 합니다:



저작자표시. 귀하는 원저작자를 표시하여야 합니다.



비영리. 귀하는 이 저작물을 영리 목적으로 이용할 수 없습니다.



동일조건변경허락. 귀하가 이 저작물을 개작, 변형 또는 가공했을 경우에는, 이 저작물과 동일한 이용허락조건하에서만 배포할 수 있습니다.

- 귀하는, 이 저작물의 재이용이나 배포의 경우, 이 저작물에 적용된 이용허락조건을 명확하게 나타내어야 합니다.
- 저작권자로부터 별도의 허가를 받으면 이러한 조건들은 적용되지 않습니다.

저작권법에 따른 이용자의 권리는 위의 내용에 의하여 영향을 받지 않습니다.

이것은 [이용허락규약\(Legal Code\)](#)을 이해하기 쉽게 요약한 것입니다.

[Disclaimer](#)

2006년 2월
석사학위논문

암 환자의 통증과 통증완화에 대한
간호사의 지식에 관한 연구

조선대학교 보건대학원

보건학과 보건간호학전공

양 미 라

암 환자의 통증과 통증완화에 대한
간호사의 지식에 관한 연구

A Study on Nurses' Knowledge of Cancer Patients'
Pain and Pain-Palliation

2006년 2월

조선대학교 보건대학원

보건학과 보건간호학전공

양 미 라

암 환자의 통증과 통증완화에 대한 간호사의 지식에 관한 연구

지도교수 정 영

이 논문을 보건학 석사학위신청 논문으로 제출함.

2005년 12월 일

조선대학교 보건대학원

보건학과 보건간호학전공

양 미 라

양미라의 석사학위논문을 인준함

위원장	조선대학교 교수	인
위원	조선대학교 교수	인
위원	조선대학교 교수	인

2005년 12월 일

조선대학교 보건대학원

내용목차

내용목차.....	i
표 목차	ii
ABSTRACT.....	iii
I. 서론	1
A. 연구의 필요성	1
B. 연구목적	3
C. 용어정의	4
II. 연구방법	5
A. 연구설계.....	5
B. 연구대상.....	5
C. 연구도구.....	5
D. 자료수집기간 및 방법.....	6
E. 자료분석 방법.....	7
F. 연구의 제한점	7
III. 연구결과.....	8
A. 대상자의 일반적 특성.....	8
B. 대상자의 통증완화 교육 관련 특성.....	10
C. 대상자의 통증과 통증완화에 대한 지식.....	11
D. 대상자의 일반적 특성에 따른 통증과 통증완화에 대한 지식 정도의 차이	15
E. 대상자의 통증완화 교육 관련 특성에 따른 통증과 통증완화에 대한 지식 정도의 차이.....	18
IV. 논의.....	20
V. 결론 및 제언.....	25
참고문헌	27
부록	33

표 목 차

표 1. 대상자의 일반적 특성.....	9
표 2. 대상자의 통증완화 교육 관련 특성.....	10
표 3. 대상자의 통증과 통증완화 지식 점수	11
표 4. 대상자의 통증에 대한 지식 문항	13
표 5. 대상자의 통증완화에 대한 지식 문항	14
표 6. 대상자의 일반적 특성에 따른 통증에 대한 지식 정도 차이 검정 ...	15
표 7. 대상자의 일반적 특성에 따른 통증완화에 대한 지식 정도 차이 검정.....	17
표 8. 대상자의 통증완화 교육 관련 특성에 따른 통증에 대한 지식 정도 차이 검정.....	18
표 9. 대상자의 통증완화 교육 관련 특성에 따른 통증완화에 대한 지식 정도 차이 검정.....	19

ABSTRACT

A Study on Nurses' Knowledge of Cancer Patient' Pain and Pain-Palliation

Yang, Mi-La

Adviser : Chung, Young.

Major in Public Health Nursing

Department of Pubic Health,

Graduate School of Health Science,

Chosun University

This study is descriptive research designed to provide basic materials for developing clinical nurses' ability to make more active observation and report of cancer patients' palliation by examining their knowledge of cancer patient's pain and pain-palliation.

Data were collected from 247 clinical nurses serving for one general hospital in Gwangju Metropolitan City and one in Daegu Metropolitan City for 15 days from Sept. 1 to 15, 2005.

It used measuring instrument developed by Watson(1992), translated by Hyun Ju (1999) and recomposed to be suitable to purpose of this study as research instrument. Research instrument was composed of total 55 items including 8 of general characteristics, 2 of educational experiences of pains, 25 of knowledge of pains and 20 of pain-palliation.

Results of this study are as follows.

1. Average rate of right answer of pain was 79.88% and that of knowledge of pain-palliation was 54.85%.

2. On cancer patients' pain ;'ability to endure pain varied depending on individuals and individual situation' showed the highest rate of right answer (100%) and 'cancer patients' pain was mostly caused by surgery, chemotherapy and radiation therapy' showed the least rate of right answer rate (67.6%).

3. On knowledge of cancer patients' pain-palliation, the item that ' Tylenol used for pain-palliation was non-narcotic analgesic.' showed the highest rate of right answer (96.8%) and the item that 'when narcotic analgesics were used for pain-palliation, potential of opioid addiction was less than 1%' showed the least rate of right answer (10.9%).

4. Knowledge of cancer patients' pain by general characteristics showed no statistically significant differences depending on age, total working career, current career, position, nursing experience of cancer patients, education, religion and marital status.

5. Difference in knowledge of pain-palliation by general characteristics showed statistically significant difference in clinical nursing experience of cancer patients ($t=1.978$, $p=.049$) and type of degree ($F=5.380$, $p=.005$)

6. As a result of comparing knowledge of pain depending on presence and absence of experiences of pain-palliation education, scores of group without having pain education ($t=-3.130$, $p=.002$) were higher and statistically significant.

7. As a result of comparing knowledge of pain-palliation depending on presence and absence of experience of pain-palliation education, scores of group having pain education ($t=2.049$, $p=.042$) were higher and

statistically significant.

Accordingly, this study finds out that educational contents of cancer patients' pain showed no difference in knowledge between groups with and without education and thus a new approach for education of essence of pain and pain- palliation knowledge in cancer patients is needed.

I. 서론

A. 연구의 필요성

암은 진단 시부터 불치병으로 인식되는 질환으로 죽음에 대한 두려움을 갖게 하며 신체적, 심리적, 사회적, 경제적, 영적 안녕 상태를 저하시켜 삶 전체에 지대한 영향을 미치는 대표적인 질환이다(김현숙, 윤영호, 이소우, 허대석, 손행미, 허봉렬, 1999). 암은 질병의 특성상 초기에는 증상이 없거나, 경미한 정도이지만 조기에 발견하여 치료하지 못하면 질병이 다른 장기로 전이, 침윤되어 여러 가지 심각한 증상들을 초래하게 된다(문동언, 2002; 이경영, 1995; Bonica, 1985). 암환자에 있어 통증은 가장 높은 빈도로 나타나는 증상이며, 환자들이 가장 고통스러워하고 두려워하는 문제이다(Cleeland, Gorin, Hatfield, Edmonson, Blum, Stewart, Pandya, 1994).

우리나라 최근 10년간 각종 암에 의한 사망률은 1994년 인구 10만 명당 112.7명에서 2004년 133.5명으로 20.8명이 증가했다. 또한 2004년 우리나라에서 전체 사망자의 26.3%로서 사망원인 1순위이다(통계청, 2004).

통증은 감각적, 정의적, 인지적 요소를 포함하는 다차원적 주관적 경험이며 이는 불명확하고 복잡한 경험으로 모든 환자에게 고통스러운 것이며(Melzark, 1986), 또한 통증은 이해가 불완전하고 따라서 통증완화에 있어서도 어려움이 많다. 통증 조절이 안 되면 환자의 일상생활능력과 식욕이 감소되고 불면증이 생기며, 기분이 나빠져서 삶의 질이 저하된다(Kathleen & Foley, 1989; 서순림 박영숙, 박정희, 1994; 김훈교, 1995). 김훈교(1996)와 McCaffery(1992)에 의하면 암에 의한 통증은 질병의 진행도와 암의 종류에 따라 다르다. 암의 진단 초기에 있거나 혹은 적극적인 항암치료를 받고 있는 환자의 30-50%정도, 진행성인 경우에는 60-70%, 말기의 경우에는 80-90%정도가 통증으로 고통을 받고

있다고 하였다.

암 통증은 적절한 통증완화 원칙과 프로그램을 따르면 극소수를 제외하고 효과적으로 조절될 수 있음에도 불구하고(Jacox, Carr & Payne, 1994; Lavy, 1996), 아직도 환자의 40-50%가 충분한 통증조절을 받지 못하고 있는 것으로 알려져 있다(Larue, Colleau, Brasseur & Cleeland, 1995; Zenz, Zenz, Tryba & Strumpf, 1995). 암 환자 통증관리의 핵심은 치료원칙에 따라 적절한 진통제를 규칙적으로 적정 용량을 투여하면 95% 이상의 통증이 조절될 수 있다(황규현, 1993; Dolye, 1999; Donnelly S, Davis M, Walsh D & Naughton M, 2002).

의료인의 통증조절에 대한 지식과 태도는 효과적인 통증조절에 중요한 역할을 한다. Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG)의 조사에 의하면 암 환자의 통증을 조절하기 위해 투여하는 진통제가 실제 필요한 양보다 적게 처방되고 있으며(Van Roenn, Cleeland, Gonin, Hatfield & Pandya, 1994), 더 놀라운 사실은 의사의 86%가 이러한 사실을 알고 있으면서도 적절하게 처방을 하지 않는다는 것이다(Larue et al, 1995; 염창완, 문유선, 이혜리, 1995; 윤영호, 김철환, 1997).

AHCPR(1994)에 의하면 효과적인 암 환자 통증 조절이 이루어지지 못하는 원인은 의료인 측, 환자 측, 사회제도적인 장애요인이 존재하기 때문이라고 하였다. 이 중 의료인 측면은 통증조절에 대한 지식부족, 환자의 통증 호소를 제대로 평가하지 않음, 법적 규제에 대한 우려로 취급을 기피, 환자가 중독되지 않을까 하는 우려, 마약성 진통제의 부작용에 대한 우려이다. 특히 간호사는 의료인중 그 누구보다도 통증이 있는 환자와 함께 보내는 시간이 많으므로 통증완화와 안위증진에 관심을 가져야 하는데, 간호사의 마약성 진통제에 대한 지식부족, 중독 및 내성에 대한 두려움, 전체적인 통증사정 실패 등이 부적절한 통증 관리의 한 원인이 되고 있다(McCaffery & Ferrell, 1999). 그리고 실제 간호영역에서도 통증 평가가 정확히 이루어지지 않고 있으며 통증 관리도 소극적이고(김민정, 1997; 현주, 박경숙, 2000) 진통제는 참을 수 없는 경우에 투약하는(윤귀옥, 박

형숙, 1996; 박경숙, 송미승, 김경희, 2001) 것으로 인식하고 있었다.

간호사는 통증이 있는 환자와 가장 가깝게 접촉하는 전문인이고, 환자를 지속적으로 사정하여 관리하므로 환자의 통증 사정과 경감을 위한 중재는 간호사의 중요한 역할이며 윤리적인 책임이다.

따라서 본 연구는 임상 간호사들의 암 환자 통증완화에 대한 올바른 지식 정도를 조사하여 암 환자의 통증완화를 위한 적극적인 관찰과 보고를 할 수 있도록 기초 자료를 제공하고자 시도하였다.

B. 연구 목적

본 연구의 목적은 간호사들의 암 환자 통증완화에 대한 지식 정도를 파악하여 환자들의 통증완화를 위해 보다 적극적인 관찰과 보고를 할 수 있도록 기초 자료를 마련하기 위함이며, 본 연구의 구체적인 목표는 다음과 같다.

1. 대상자의 암 환자 통증과 통증완화에 대한 지식 정도를 파악한다.
2. 대상자의 일반적 특성에 따른 암 환자 통증과 통증완화에 대한 지식 정도의 차이를 파악한다.
3. 대상자의 통증완화 교육 관련 특성에 따른 암 환자 통증과 통증완화에 대한 지식 정도의 차이를 파악한다.

C. 용어 정의

1) 암 환자 통증

암 환자 통증은 암 환자가 종양 자체나 암 치료와 관련된 문제들로 인하여 경험하는 고통으로 생리적, 감각적, 정서적, 인지적, 행동적 그리고 사회 문화적 요소들을 포함하는 다양한 차원의 경험(Ahles, Blanchard and Ruckdel, 1983)으로 암으로 인해 발생하는 만성적인 통증이며 그 질과 강도가 심리적 요인과 사회 문화적 요인에 의하여 영향을 받는 하나의 추상적인 개념으로 주관적인 경험에 따른 행동 표현으로 나타난다(김청송, 1999).

본 연구에서는 암 자체에 의하여 발생하는 통증, 암과 연관되어 발생하는 통증, 암의 치료에 의하여 발생하는 통증, 암이나 치료와 무관하게 발생하는 통증 등 암 진단을 받은 환자가 호소하는 모든 종류의 통증을 의미한다(한국가톨릭호스피스협회, 2005).

2) 통증완화에 대한 지식

지식은 어떤 대상을 연구하거나 배우거나 실천을 통해 얻은 명확한 인식이나 이해 또는 인식에 의해 얻어진 성과, 사물에 대한 단편적인 사실적, 경험적 인식을 말하며 객관적 타당성을 요구할 수 있는 판단의 체계를 말한다(김인수 등, 1996). 본 연구에서는 Watt-Watson(1992)이 개발한 측정도구를 사용하여 측정된 점수를 의미한다.

II. 연구 방법

A. 연구 설계

본 연구는 암 환자의 통증과 통증완화에 대한 간호사의 지식을 조사하기 위한 서술적 조사 연구이다.

B. 연구 대상

본 연구의 대상자는 광주광역시에 소재하는 K종합병원과 대구광역시 K종합병원에 근무하는 임상 간호사 247명을 임의표집 하였다.

C. 연구 도구

연구도구의 내용은 일반적 특성 8문항, 통증완화 교육 관련 특성 2문항, 통증에 대한 지식 25문항(일반적인 지식 20문항, 암 환자 통증에 관한 지식 5문항), 통증완화에 대한 지식 20문항 등 총 55문항으로 구성하였다.

1. 통증과 통증완화에 대한 지식

연구 도구로 Watt-Watson(1992)이 개발한 측정 도구를 현주(1999)가 번역하고 수정한 도구로 본 연구의 목적에 적합하도록 문항을 재구성한 후 간호학 교수 2인과 예방의학과 교수 1인의 자문을 받아 타당도를 검증하였고, 간호사 20인에게 예비조사를 실시하여 문항을 수정하여 완성하였다. 도구 개발 당시의 신뢰도는 Cronbach's $\alpha=.82$ 였다.

1) 통증에 대한 지식 측정 도구

통증에 대한 지식 측정 도구는 통증에 대한 일반적인 지식 20문항과 암 환자의 통증에 대한 지식 5문항을 포함하여 총 25문항으로 구성되었다. 각 문항은 ‘예’, ‘아니오’로 응답하게 하였고, 예는 1점, 아니오는 0점으로 점수를 주었으며 점수가 높을수록 지식이 높은 것을 의미한다.

2) 통증완화에 대한 지식 측정 도구

통증완화에 대한 지식 측정 도구는 통증완화에 관한 전반적인 지식에 관해 총 20문항으로 구성되었다. 각 문항에 대해 ‘예’, ‘아니오’로 응답하게 하였고, 예는 1점, 아니오는 0점으로 점수를 주었으며 점수가 높을수록 지식 정도가 높은 것을 의미한다.

D. 자료수집 기간 및 방법

자료 수집 기간은 2005년 9월1일부터 9월15일까지 총 15일이었으며 자료수집은 광주광역시 K종합병원은 간호부장과 각 병동 수간호사에게 연구 목적을 설명하고 협조를 구한 뒤 본 연구에 동의한 임상 간호사 164명에게 설문지를 배부하였고, 대구광역시 K종합병원은 간호과장과 교육 수간호사에게 전화로 연구목적과 방법을 설명하고 허락을 받은 후 교육 수간호사를 통해 본 연구에 동의한 임상 간호사 120명에게 설문지를 배부하여, 총 284명에게 설문지를 배부하여 응답하게 한 후 회수하였으며, 회수되지 않거나 불성실하게 응답한 37부를 제외한 247부를 자료 분석에 이용하였다.

E. 자료분석 방법

수집된 자료는 SPSS WIN을 이용하여 분석하였으며, 분석에 사용된 방법은 다음과 같다.

- 1) 간호사의 일반적인 특성과 통증완화 교육 관련 특성은 빈도와 백분율로 분석하였다.
- 2) 간호사의 통증과 통증완화에 대한 지식은 평균, 표준편차로 분석하였다.
- 3) 간호사의 일반적 특성에 따른 통증과 통증완화에 대한 지식 정도에 대한 차이 검정은 t-test, ANOVA로 분석하였고 유의한 차이가 있는 변수는 Duncan's test로 사후검정을 하였다.
- 4) 간호사의 통증완화 교육 관련 특성은 빈도와 백분율로 산출 후 통증과 통증완화에 대한 지식 정도의 차이를 t-test, ANOVA로 분석하였다.

F. 연구의 제한점

본 연구의 대상자는 광주광역시에 위치한 1개 종합병원과 대구광역시에 위치한 1개 종합병원에서 근무하고 있는 간호사를 대상으로 하였으므로 연구결과를 전체 간호사에게 일반화할 때에는 신중을 기해야 한다.

Ⅲ. 연구 결과

A. 대상자의 일반적 특성

대상자들의 일반적인 특성은 다음과 같다<표1>.

대상자의 연령분포는 26-30세가 34%로 가장 많았고, 다음으로는 36세 이상 32.8%였다. 총 근무 경력은 5년 미만이 35.6%, 15년 이상이 24.7%이었으며, 현 부서 근무 경력은 2년 이상 4년 미만이 43.7%, 2년 미만이 34.8%였다. 암 환자 간호 경험은 있다가 83.8%였으며, 결혼상태는 미혼이 45.7%, 기혼이 54.3%로 나타났다.

최종 학력은 전문학사가 67.2%로 가장 많았고, 학사가 26.3%였다. 종교는 없음이 37.2%, 기독교 24.7%, 천주교 20.2%, 불교 13.4% 순으로, 62.8%가 종교를 가지고 있었다.

직위는 일반간호사가 81.4%로 대부분이었고, 근무부서는 외과가 34.0%로 가장 많았고, 다음으로 특수부서 26.7%, 내과 22.7% 순으로 나타났다.

<표1> 대상자의 일반적인 특성

			N=247
특 성	구 분	빈 도	백분율(%)
연령	25세 이하	48	19.4
	26-30세	84	34.0
	31-35세	34	13.8
	36세 이상	81	32.8
총 근무경력	5년 미만	88	35.6
	5년-10년 미만	50	20.2
	10년-15년 미만	48	19.4
	15년 이상	61	24.7
현 부서 근무경력	2년 미만	86	34.8
	2-4년 미만	108	43.7
	4-6년 미만	28	11.3
	6년 이상	25	10.1
근무부서	외과	84	34.0
	내과	56	22.7
	특수부서	66	26.7
	소아과	12	4.9
	요양병동	6	2.4
	기타	23	9.3
직위	책임간호사 이상	46	18.6
	일반간호사	201	81.4
암환자 임상간호경험	유	207	83.8
	무	40	16.2
학력	전문학사	166	67.2
	학사	65	26.3
	석사 이상	16	6.5
종교	기독교	61	24.7
	천주교	50	20.2
	불교	33	13.4
	무	92	37.2
	기타	11	4.5
결혼상태	미혼	113	45.7
	기혼	134	54.3

B. 대상자의 통증완화 교육 관련 특성

대상자의 통증완화 교육 관련 특성에 따른 결과는 다음과 같다<표 2>.

통증완화 교육 경험에서는 55.5%가 교육 경험이 있었으며 44.5%가 교육 경험이 없는 것으로 나타났다. 교육 횟수에서는 1회가 50.4%로 가장 많았으며, 교육 Program은 병원이 32.2%로 나타났고 다음은 정규과정 29.5%로 나타났다. 교육 받은 내용은 중재 방법이 34.7%로 가장 많았으며, 교육 시 필요한 항목에서는 통증 중재 방법이 61.1%로 나타났고, 통증완화 교육 필요성에 대해서 필요하다고 97.3%로 나타났다.

<표2> 대상자의 통증완화 교육 관련 특성

N=247			
특 성	구 분	빈 도	백분율(%)
교육 경험	유	137	55.5
	무	110	44.5
교육 횟수	1회	69	50.4
	2회	42	30.7
	3회 이상	26	19.0
교육 Program	정규과정	54	29.5
	보수교육	53	29.0
	병원	59	32.2
	기타	17	9.3
교육 내용	통증기전	96	30.9
	통증사정	96	30.9
	중재방법	108	34.7
	기타	11	3.5
교육 중점 사항	통증기전	25	12.6
	통증사정	50	25.3
	통증중재	121	61.1
	기타	2	1.0
교육 필요성	유	107	97.3
	무	3	2.7

C. 대상자의 통증과 통증완화에 대한 지식

대상자의 통증과 통증완화에 대한 지식 정도는 다음과 같다 <표3>.

통증에 대한 지식 정도는 최저 13점, 최고 25점, 평균 19.97점이었다. 이를 하위 영역별로 살펴보면, 일반적인 통증에 대한 지식은 최저 9점, 최고 20점, 평균 15.67점이었으며, 암 환자 통증에 관한 지식은 최저 2점, 최고 5점, 평균 4.30점으로 나타났다.

통증완화에 대한 지식 정도는 최저 5점, 최고 20점, 평균 11.36점이었다.

<표3> 통증과 통증완화 지식 점수

영역	문항 수	최저	최고	평균	표준편차	정답률(%)
통증에 대한 지식	25	13	25	19.97	2.00	79.88
일반적 통증에 관한 지식	20	9	20	15.67	1.81	78.35
암 환자 통증에 관한 지식	5	2	5	4.30	0.73	86.00
통증완화에 대한 지식	20	5	20	11.36	2.77	56.80

통증에 관한 일반적인 지식에서 보면 ‘통증을 참을 수 있는 능력은 개인에 따라 다르고 개인이 처한 상황에 따라 다르다.’항목에서 100%로 가장 높은 정답률을 보였으며, ‘통증에 따르는 환자의 생리적, 행동적 반응을 보고 통증의 유무와 강도를 파악할 수 있다.’항목에서 23.5%로 가장 낮은 정답률을 나타내었다. ‘환자의 불안이나 우울은 통증에 영향을 준다.’항목이 98.5%, ‘통증에 대한 과거의 경험이 환자의 현재 통증에 영향을 미친다.’항목이 98%로 비교적 높은 정답률을 나타내었다.

암 환자 통증에 대한 지식을 보면 ‘암 환자 통증은 연조직이나 혈관의 막힘과 변형 또는 내장 장기 폐쇄 등의 직접 침습으로 나타날 수 있다.’항목에서 97.2%로 가장 높은 정답률을 나타내었고, ‘암 환자 통증은 수술, 항암화학요법, 방사선요법 등으로 인해 발생 되는 경우가 많다.’항목이 67.6%로 가장 낮은 정답률을

나타내었다.

통증완화에 대한 지식을 보면 ‘통증 관리에 사용되는 Tylenol은 비마약성 약물이다’항목이 96.8%(239명)로 가장 높은 정답률을 나타내었으며, 그 다음으로 ‘진통제의 용량과 간격을 적절하게 정한다는 것은 가장 적은 용량의 진통제를 투여하고 간격을 가장 길게 하여 최소의 부작용으로 환자에게 만족을 줄 정도로 통증을 완화시키는 상태를 의미한다.’항목과 ‘중양성 통증 조절을 위해 비마약성 진통제를 사용하였으나 그 효과가 충분하지 않았을 때 다음 단계로 마약성 진통제를 투여한다.’항목이 88.7%로 높은 정답률을 나타내었으며, ‘통증 조절을 위해 진통제를 투여할 때 중독될 가능성은 1%미만이다.’항목이 10.9%로 가장 낮은 정답률을 나타내었다.

<표4> 통증에 대한 지식 문항

		N= 247	
항목 내용	오답율 N(%)	정답율 N(%)	
1 조직이 손상된 정도가 비슷하면 각 개인이 느끼는 통증도 비슷하다.	12 (4.9)	235 (95.1)	
2 통증에 따르는 환자의 생리적, 행동적 반응을 보고 통증의 유무와 강도를 파악할 수 있다.	189 (76.5)	58 (23.5)	
3 환자의 불안이나 우울은 통증에 영향을 준다.	3 (1.2)	244 (98.8)	
4 통증을 참을 수 있는 능력은 개인에 따라 다르고 개인이 처한 상황에 따라 다르다.		247 (100)	
5 환자는 통증이 있을 때 구체적으로 통증이라는 단어를 써서 표현한다.	77 (31.2)	170 (68.8)	
6 통증을 겪는 환자보다 관찰하는 간호사가 통증 정도를 더 정확히 알 수 있다.	15 (6.1)	232 (93.9)	
7 통증의 유무와 강도는 분명한 병리적 원인에 의해 결정된다.	45 (18.2)	202 (81.8)	
8 환자가 통증이 있다고 호소하는 경우 항상 그 신체적 원인을 확인할 수 있으며 확인 할 수 없는 경우는 심인성(psychogenic)원인에 의한 것이다.	149 (60.3)	98 (39.7)	
9 환자가 통증이 있으면 호흡을 얇게 하고 기침을 잘 안 한다.	70 (28.3)	177 (71.7)	
10 환자에게 통증이 있으면 잠을 못 자고 피곤해 한다.	13 (5.3)	234 (94.7)	
11 심인성통증(psychogenic pain)이란 실제 환자가 느끼는 통증은 없는데 환자가 아프다고 하는 것을 말한다.	82 (33.2)	165 (66.8)	
12 통증에 대한 과거의 경험이 환자의 현재 통증에 영향을 미친다.	5 (2.0)	242 (98.0)	
13 통증을 반복해서 겪으면 환자는 통증을 견디는 능력이 증가되고 통증에 대한 민감성이 낮아진다.	75 (30.4)	172 (69.6)	
14 통증이 있는 환자는 주변에 대한 관심이 줄어든다.	30 (12.1)	217 (87.9)	
15 만성 통증을 가진 환자들은 통증 시간이 지속될수록 사회적으로 더욱 고립된다.	13 (5.3)	234 (94.7)	
16 만성 통증 환자에게 발생하는 우울은 아침보다 낮에 더 증가하고 밤에 더욱 악화된다.	25 (10.1)	222 (89.9)	
17 통증은 환자의 예후에 나쁜 영향을 미친다.	59 (23.9)	188 (76.1)	
18 영아나 유아는 통증을 일으키는 사건을 기억하지 못한다.	51 (20.6)	196 (79.4)	
19 위약(placebo)으로 신체적 원인이 있는 심한 통증을 완화시킬 수 있다.	137 (55.5)	110 (44.5)	
20 만성통증을 가진 사람은 자살의 위험성이 있다.	19 (7.7)	228 (92.3)	
21 암 환자 통증은 암 환자가 종양 자체나 암 치료와 관련된 문제들로 인하여 경험하는 고통이다.	33 (13.4)	214 (86.6)	
22 암성통증의 강도는 원발성종양의 위치에 관계없이 전이성 뼈통증은 침습정도가 심할수록 통증은 감소한다.	28 (11.3)	219 (88.7)	
23 암 환자 통증의 발생 빈도는 병의 진전에 따라 초기보다 말기에 낮아진다.	25 (10.1)	222 (89.9)	
24 암성통증은 수술, 항암화학요법, 방사선요법 등으로 인해 발생하는 경우가 많다.	80 (32.4)	167 (67.6)	
25 암성통증은 연조직이나 혈관의 막힘과 변형 또는 내장 장기 폐쇄 등의 직접 침습으로도 나타날 수 있다.	7 (2.8)	240 (97.2)	

<표5> 통증완화에 대한 지식 문항

N=247

항목 내용	오답율 N(%)	정답율 N(%)
1 마약성 진통제 투여 시 환자가 Euphoria를 경험한다고 하는 경우 즉 시 진통제의 용량을 감소시켜야 한다.	124 (50.2)	123 (49.8)
2 진통제는 환자가 통증을 호소할 때마다 투여하는 것이 일정한 시간 간격으로 투여하는 것 보다 낫다.	75 (30.4)	172 (69.6)
3 중양성 통증 조절을 위해 비마약성 진통제를 사용하였으나 그 효과가 충분하지 않았을 때 다음 단계로 마약성 진통제를 투여한다.	28 (11.3)	219 (88.7)
4 정맥주사로 진통제를 투여 받는 환자가 오심과 구토 증세를 보이면 진통제는 계속 투여하면서 진통제를 투여한다.	127 (51.4)	120 (48.6)
5 Demerol은 Morphine 보다 부작용이 적다.	126 (51.0)	121 (49.0)
6 환자가 Morphine을 사용할 때 변비 문제가 심각하다.	98 (39.7)	149 (60.3)
7 마약성 진통제에 대한 내성의 증가는 곧 중독을 의미한다.	135 (54.7)	112 (45.3)
8 마약성 진통제 사용시 다른 증상 완화를 위한 보조 약물을 사용하는 것이 필요하다.	35 (14.2)	212 (85.8)
9 해열 진통제와 마약성 진통제를 함께 사용하면 치료효과가 커진다.	117 (47.4)	130 (52.6)
10 갑자기 통증이 극심해지는 경우라도 Morphine의 양은 조금씩 단계적으로 늘려야 한다.	197 (79.8)	50 (20.2)
11 Morphine 투여 용량에는 상한선이 있다.	169 (68.4)	78 (31.5)
12 Morphine은 근육 주사로 투여하는 것이 경구 투여보다 효과적이다.	162 (65.6)	85 (34.4)
13 진통제의 용량과 간격을 적절하게 정한다는 것은 가장 적은 용량의 진통제를 투여하고 간격을 가장 길게 하여 최소의 부작용으로 환자에게 만족을 줄 정도로 통증을 완화시키는 상태를 의미한다.	28 (11.3)	219 (88.7)
14 Acetaminophen보다 Aspirin은 통증 관리에 더 효과적이지만 위장관 자극과 출혈시간 증가 등의 부작용 때문에 사용하기 어려운 경우가 많다.	35 (14.2)	212 (85.8)
15 마약성 진통제에서 용량이 많거나 빈번하게 투약되는 것은 아주 위험하나, 낮은 용량은 안전하다.	85 (34.4)	162 (65.6)
16 통증 조절을 목적으로 Morphine을 장기적으로 다량 투여 했을 경우 호흡곤란으로 사망할 가능성이 높다.	197 (79.8)	50 (20.2)
17 환자가 한 번 마약성 진통제를 정맥으로 투여하기 시작하면 경구 약물로 전환하기가 어렵고 불가능하다.	114 (46.2)	133 (53.8)
18 마약성 진통제의 지속적 정맥 주입(continuous IV narcotic infusion)은 단지 가망이 없는 환자에게만 이용되어야 한다.	53 (21.5)	194 (78.5)
19 통증관리에 사용되는 타이레놀은 비마약성 약물이다.	8 (3.2)	239 (96.8)
20 통증조절을 위해 진통제를 투여할 때 중독될 가능성은 1%미만이다.	220 (89.1)	27 (10.9)

D. 대상자의 일반적 특성에 따른 통증과 통증완화에 대한 지식 정도의 차이

1. 대상자의 일반적 특성에 따른 통증에 대한 지식 정도 차이

대상자의 일반적 특성에 따른 통증에 대한 지식 정도의 차이를 분석한 결과는 다음과 같다<표 6>.

<표 6> 일반적 특성에 따른 통증에 대한 지식 정도 차이 검정

		N=247				
특 성	구 분	N	M	SD	t or F	p
연령	25세 이하	48	19.77	± 2.05	1.273	0.284
	26-30세	84	20.29	± 2.02		
	31-35세	34	20.06	± 1.91		
총 근무 경력	36세 이상	81	19.73	± 1.99	1.259	0.289
	5년 미만	88	19.94	± 2.02		
	5년-10년 미만	50	20.40	± 1.97		
	10년-15년 미만	48	19.63	± 1.86		
현 부서 근무 경력	15년 이상	61	19.93	± 2.09	0.480	0.697
	2년 미만	86	19.85	± 1.81		
	2년-4년 미만	108	20.06	± 1.98		
근무부서	4년-6년 미만	28	20.25	± 2.17	0.290	0.918
	6년 이상	25	19.72	± 2.56		
	외과	84	19.88	± 2.12		
	내과	56	20.23	± 2.04		
	특수부서	66	19.86	± 1.98		
	소아과	12	19.83	± 1.19		
직위	요양병동	6	19.83	± 2.32	-1.447	0.149
	기타	23	20.09	± 1.95		
	책임간호사 이상	46	19.59	± 2.03		
암 환자 임상간호경험	일반간호사	201	20.06	± 1.99	-0.356	0.722
	유무	207	19.95	± 2.02		
학력	무	40	20.08	± 1.95	0.026	0.975
	전문학사	166	19.98	± 2.07		
종교	학사	65	19.94	± 1.77	0.386	0.818
	석사 이상	16	20.06	± 2.32		
	기독교	61	20.02	± 2.11		
	천주교	50	19.82	± 2.02		
	불교	33	20.27	± 1.97		
	무	92	19.97	± 1.94		
결혼상태	기타	11	19.55	± 2.16	0.586	0.558
	미혼	113	20.05	± 2.04		
	기혼	134	19.90	± 1.98		
	합계	247	19.97	± 2.00		

2. 대상자의 일반적 특성에 따른 통증완화에 대한 지식 정도 차이

대상자의 일반적 특성에 따른 통증완화에 대한 지식 정도의 차이를 분석한 결과는 다음과 같다<표 7>.

일반적 특성에 따라 통증완화 지식을 분석한 결과, 암 환자 임상 간호 경험 ($t=1.978$, $p=.049$), 학력($F=5.380$, $p=.005$) 등에서 통계적으로 유의한 차이가 있었으며, 연령, 총 근무 경력, 현 부서 근무 경력, 근무 부서, 직위, 종교, 결혼 상태 등에서 유의한 차이가 없었다.

암 환자 임상 간호 경험에서는 간호 경험이 있는 군이 평균 11.52점으로 없는 군의 10.58점보다 점수가 높았다.

학력에서는 석사 이상 군(평균13.38점)이 학사 군(평균11.57점)보다 높았으며, 다음이 학사, 전문학사 순으로 점수가 높았다. Duncan 사후검정 결과 석사 이상 군과 그 이하 군과의 차이가 있는 것으로 나타났다.

<표 7> 일반적 특성에 따른 통증완화에 대한 지식 정도 차이 검정

N=247

특성	구분	N	M	SD	t or F	p	DMR
연령	25세 이하	48	11.31 ± 2.70		0.545	0.652	
	26-30세	84	11.17 ± 2.64				
	31-35세	34	11.18 ± 2.77				
	36세 이상	81	11.68 ± 2.97				
총 근무 경력	5년 미만	88	11.16 ± 2.62		2.353	0.073	
	5년-10년 미만	50	11.24 ± 2.72				
	10년-15년 미만	48	10.88 ± 2.38				
	15년 이상	61	12.15 ± 3.20				
현 부서 근무 경력	2년 미만	86	11.67 ± 2.88		1.387	.247	
	2년-4년 미만	108	11.42 ± 2.77				
	4년-6년미만	28	11.00 ± 2.84				
	6년 이상	25	10.48 ± 2.20				
근무부서	외과	84	11.46 ± 2.86		1.645	.149	
	내과	56	12.00 ± 3.25				
	특수부서	66	10.74 ± 2.13				
	소아과	12	11.00 ± 1.76				
	요양병동	6	10.17 ± 1.47				
	기타	23	11.74 ± 3.22				
직위	책임간호사 이상	46	11.74 ± 2.86		1.016	0.311	
	일반간호사	201	11.28 ± 2.75				
암 환자 임상간호경험	유	207	11.52 ± 2.81		1.978	0.049*	
	무	40	10.58 ± 2.43				
학력	전문학사 a	166	11.09 ± 2.68		5.380	0.005*	
	학사 a	65	11.57 ± 2.63				
	석사 이상b	16	13.38 ± 3.48				
종교	기독교	61	11.36 ± 2.91		0.544	0.704	a<b
	천주교	50	11.78 ± 3.13				
	불교	33	11.03 ± 2.60				
	무	92	11.34 ± 2.68				
	기타	11	10.73 ± 1.27				
	결혼상태	미혼	113	11.39 ± 2.69			
기혼	134	11.34 ± 2.85					
	합계	247	11.36 ± 2.77				

E. 대상자의 통증완화 교육 관련 특성에 따른 통증 및 통증완화에 대한 지식 정도의 차이

1. 대상자의 통증완화 교육 관련 특성에 따른 통증 지식 정도의 차이

대상자의 통증완화 교육 관련 특성에 따른 통증 지식 정도의 차이를 분석한 결과는 다음과 같다<표 8>.

대상자의 통증완화 교육 관련 특성에 따른 통증을 분석한 결과 통증교육 경험($t=-3.130$, $p=.002$)에서 유의한 차이가 있었으며, 교육 횟수, 교육 Program, 교육 내용, 교육중점사항, 교육 필요성 등에서 유의한 차이가 없었다.

통증교육 경험에서 통증교육을 받은 군이 평균 19.62점으로 통증교육을 받지 않은 군의 평균 20.41점보다 통증 지식 정도가 낮은 것으로 나타났으며 통계적으로 유의하였다($t=-3.130$, $p=.002$).

<표8>통증완화 교육 관련 특성에 따른 통증에 대한 지식 정도 차이 검정

N=247

특 성	구 분	N	M	± SD	t or F	p
교육 경험	유	137	19.62	± 1.94	-3.130	0.002*
	무	110	20.41	± 2.00		
교육 횟수	1회	69	19.68	± 1.96	0.980	0.378
	2회	42	19.81	± 1.45		
	3회 이상	26	19.15	± 2.52		
교육 Program	정규과정	54	19.61	± 1.91	0.587	0.625
	보수교육	53	19.45	± 2.02		
	병원	59	19.47	± 1.97		
	기타	17	20.12	± 1.32		
교육 내용	통증기전	96	19.71	± 2.00	0.311	0.818
	통증사정	96	19.53	± 1.72		
	중재방법	108	19.76	± 1.73		
	기타	11	19.82	± 1.83		
교육 중점 사항	통증기전	25	19.24	± 2.13	2.127	.098
	통증사정	50	19.94	± 1.93		
	통증중재	121	19.78	± 1.80		
	기타	2	17.00	± 5.66		
교육 필요성	유	107	20.41	± 2.02	0.066	0.947
	무	3	20.33	± 0.58		
계		247	19.97	± 2.00		

2. 대상자의 통증완화 교육 관련 특성에 따른 통증완화 지식 정도의 차이

대상자의 통증완화 교육 관련 특성에 따른 통증완화 지식 정도의 차이를 분석한 결과는 다음과 같다<표 9>.

대상자의 통증완화 교육 관련 특성에 따른 통증완화 지식을 분석한 결과 통증교육 경험($t=2.049$, $p=.042$)에서 유의한 차이가 있었으며, 교육 횟수, 교육 Program, 교육 내용, 교육중점사항, 교육 필요성 등에서 유의한 차이가 없었다.

통증교육 경험에서 통증교육을 받은 군이 평균 11.69점으로 통증교육을 받지 않은 군의 평균 10.96점보다 통증 지식 정도가 높은 것으로 나타났으며 통계적으로 유의하였다($t=2.049$, $p=.042$).

<표9>통증완화 교육 관련 특성에 따른 통증완화에 대한 지식 정도 차이 검정
N=247

특 성	구 분	N	M	± SD	t or F	p
교육 경험	유	137	11.69	± 2.83	2.049	0.042*
	무	110	10.96	± 2.66		
교육 횟수	1회	69	11.48	± 3.07	0.497	0.609
	2회	42	11.76	± 2.41		
	3회 이상	26	12.12	± 2.83		
교육 Program	정규과정	54	12.28	± 2.90	1.489	0.219
	보수교육	53	11.26	± 2.59		
	병원	59	11.51	± 2.70		
	기타	17	12.18	± 3.00		
교육 내용	통증기전	96	11.93	± 2.80	0.240	0.869
	통증사정	96	11.91	± 2.71		
	중재방법	108	11.93	± 2.73		
	기타	11	12.64	± 3.01		
교육 중점 사항	통증기전	25	11.84	± 2.64	0.608	0.610
	통증사정	50	12.40	± 3.07		
	통증중재	121	11.86	± 2.83		
	기타	2	13.50	± 7.78		
교육 필요성	유	107	11.01	± 2.65	1.077	0.284
	무	3	9.33	± 3.06		
계		247	10.98	± 2.80		

IV. 논의

본 연구는 임상간호사들의 암 환자 통증완화에 대한 지식에 관해 조사함으로써 환자들의 통증완화를 위해 보다 적극적인 관찰과 보고를 할 수 있도록 기초 자료를 마련하기 위하여 시도되었다.

통증에 대한 지식의 평균 정답률은 79.88%(평균19.97점)이었는데, 이는 281명을 대상으로 한 양 명숙(1995)의 연구에서 52.5%, 254명의 임상 간호사를 대상으로 한 현 주(1999)의 연구에서 61.46%, 281명을 대상으로 한 송 명희(1999)의 연구에서 68.63%, 권 인각(1999)의 연구에서 70% 보다는 높은 정답률을 보였으나, 273명을 대상으로 한 남 미숙(2003)의 연구에서 77.95%, 220명을 대상으로 한 안 승희(2004)의 75.70%로 비슷한 정답률을 보였다. 이처럼 임상간호사의 통증에 대한 전반적인 지식이 낮은 것은 통증에 대해 체계적인 교육이 필요하리라 사료된다. 미국의 경우 Wisconsin 대학병원의 Pain Resource Nurse (PRN) 훈련 프로그램(Gordon, Dahl & Stevenson, 2000)과 만성 비약성 통증완화를 위한 마약성 중재 관리(Portenoy, 1996)등과 같은 프로그램을 통해 의료인을 위한 통증교육이 체계적으로 이루어지고 있는 반면, 우리나라에서는 아직 체계적인 통증교육 프로그램을 실시하지 못하고 있으며 간호사의 암 환자 통증관리에 필요한 지식과 태도가 환자나 환자 가족의 기대와 상당히 거리가 있고 학교교육, 보수교육 및 직무교육 등에서도 적절히 다루어지지 않고 있다(박현애, 고명자, 이현숙, 김영미, 김문숙, 2003). 통증완화에 대한 지식은 평균11.36점(56.8%)으로 통증에 대한 지식 점수 평균19.97점(79.88%)에 비해 낮은 지식 수준을 보였다.

통증의 일반적인 지식 문항에서 ‘통증을 참을 수 있는 능력은 개인에 따라 다르고 개인이 처한 상황에 따라 다르다.’(100%)가 가장 높은 정답률을 나타내었는데, 이는 현 주(1999)의 96.5%, 송 명희(1999)의 96.9%, 남 미숙(2003)의 96.3%, 안 승희(2004)의 98.5%보다는 높은 정답률이다. 가장 정답률이 낮았던 항목은 ‘통증에 따르는 환자의 생리적, 행동적 반응을 보고 통증의 유무와 강도를 파악할 수 있다.’의 항목에서 23.5%만이 ‘아니오’라고 옳게 대답하였는데, 이

는 현 주(1999)의 15.4%, 안 승희(2004)의 8.9%보다는 높은 정답률이나, 남 미숙(2003)의 63.7%보다는 현저하게 낮은 정답률이다. 이러한 결과는 통증을 겪는 환자의 생리적 행동적 반응에 의해 통증 정도를 파악하기 보다는 간호사 자신의 판단에 더 의존하기 때문이라고 사료된다. 이는 통증완화에 관한 소극적 태도에서 비롯된 것이며, 암 환자 통증이 만성적으로 지속되는 경우에는 환자가 만성 통증에 적응한다는 것을 잘 모르고 있음을 알 수 있다.

암 환자 통증에 관한 지식 문항에서 ‘암성통증은 연조직이나 혈관의 막힘과 변형 또는 내장 장기 폐쇄 등의 직접 침습으로도 나타날 수 있다.’(97.2%)로 가장 높은 정답률을 나타냄으로서, 남 미숙(2003)의 91.9%, 안 승희(2004)의 98.0%의 정답률과 유사한 결과를 보였다. 가장 낮은 정답률을 보인 항목은 ‘암 환자 통증은 수술, 항암화학요법, 방사선요법 등으로 인해 발생하는 경우가 많다.’(67.6%)로 남 미숙(2003)의 86.4%, 안 승희(2004)의 93.1%보다 현저히 낮았다. 이러한 결과는 Warfield(1993)의 연구결과에 의하면 암 환자의 통증은 침습으로 인하여 60-80%가 유발되고, 수술, 항암화학요법, 방사선요법 등으로 인해 발생하는 경우가 15-25%이며, 종양과는 관련이 없는 경우와 치료를 위한 행위로 발생하는 경우가 10-15%로 나타났다. 본 연구에서 나타난 결과는 임상 간호사들의 암 환자 통증의 발생 원인에 대한 정확한 지식이 부족함을 의미하므로 암 환자 통증에 관한 새로운 내용의 교육이 요구된다.

통증완화에 대한 지식 문항은 ‘통증 관리에 사용되는 Tylenol은 비마약성 약물이다’항목에 대해 96.8%가 정답률을 나타내어 가장 높았는데 이는 현 주(1999)의 연구의 92.9%, 남 미숙(2003)의 연구에서 98.9%, 안 승희(2004)의 연구에서 99.0%의 정답률과 유사한 결과이다. 코데인(99.7%), 모르핀(99.7%)이 마약성 진통제인 것과 타이레놀(96.8%)이 비마약성 진통제인 것은 잘 알고 있었으나, 탈원(17.6%), 누바인(20.7%)이 마약성 진통제인 것은 잘 모르고 있었는데 이는 통상적으로 마약처방전을 기재하지 않기 때문에 상당수가 오해하고 있고, 또 탈원이 순수한 마약성 진통제가 아니라 효현-길항 복합성 마약(narcotic agonist -antagonist)이기 때문이라 사료된다. 이와 같은 마약성 효현-길항 복합제는 마약성 효현제인 모르핀이나 코데인 등과 병행하면 마약성 효현제의 작용을 감소시키므로 추천되지 않고 있다. 마약성 진통제와 비마약성 진통제를 혼합

하여 사용하면 진통효과를 한층 증진시킬 수 있기 때문에 환자의 통증을 효과적으로 관리해 주기 위해서는 진통제 분류에 대한 체계적인 교육이 요구된다.

가장 정답률이 낮은 항목은 ‘통증 조절을 위해 진통제를 투여할 때 중독될 가능성은 1%미만이다.’(10.9%)로 현 주(1999)의 8.3%, 박 영숙 등(1994)의 9.7% 보다는 높은 정답률을 보였으나 McCaffery et al(1990)과 Hamilton & Edgar (1992)의 연구 결과와 유사하였고, Kubecka, Simon & Boettcher(1996)의 29.3%, 남 미숙(2003)의 53.1%, 안 승희(2004)의 47.3%보다 현저하게 낮은 정답률을 보였다. 이로서 마약성 진통제로 인해 실제로 습관성이 되는 확률이 거의 없다는 사실을 모르는 간호사가 많은 것을 알 수 있었다. 실제로 통증이 존재하는 경우 통증이 완화될 정도의 용량을 정확히 투여한다면, 중독되는 사례가 단 한건도 없다는 연구결과에도 불구하고 많은 간호사는 그 비율을 훨씬 더 높게 생각하고 있음을 알 수 있었다(McCaffery et al, 1999). 다음으로 정답률이 낮았던 항목은 ‘통증 조절을 목적으로 Morphine을 장기적으로 다량 투여했을 경우 호흡곤란으로 사망할 가능성이 높다’ (20.2%)로 현 주(1999)의 7.9%보다는 높은 정답률을 보였으나, 남 미숙(2003)의 39.2%, 안 승희(2004)의 35.0%보다는 낮은 정답률을 보였다.

마약성 진통제 사용 시 나타날 수 있는 호흡곤란은 신체자극만으로도 충분히 회복될 수 있으며, 깨어 있으면 호흡 곤란에 빠지지 않고, 호흡곤란 등 부작용은 naloxone을 정주하면 치료될 수 있다. 또 진통제의 반복사용에 의해 초래된 생리적 변화는 심리적 의존성과 같은 것이 아니며 환자가 내성을 나타내면 더 많은 용량의 진통제가 필요하나 이것은 중독증은 아니다(이은옥, 최명애, 1996). 이러한 지식부족으로 호흡곤란에 대한 두려움 때문에 통증을 호소하는 환자에게 진통제 투여를 주저하게 하는 한 원인이 될 수 있다고 사료된다.

일반적 특성에 따른 통증완화 지식을 비교한 결과, 암 환자 임상 간호 경험 ($t=1.978$, $p=.049$)에서 암 환자 임상 간호 경험이 있는 군이 평균 11.52점으로 유의한 차이가 있었다. 이는 남 미숙(2003)의 연구와 유사한 결과를 보였으며, 차이가 없는 것으로 나타난 권 연숙(2003)의 연구와 상반된 결과를 나타냈다. 본 연구의 이러한 결과는 암 환자를 간호하면서 알게 된 임상 경험의 지식들이 축적되어 나타난 결과로 사료된다. 학력($F=5.380$, $p=.005$)에서 석사 이상 군이

평균13.38점으로 가장 높은 점수를 나타내어 유의한 차이가 있었다. 이는 현 주(1999), 남 미숙(2003)의 연구와 유사한 결과를 보여주었고 공성화 등(2004)의 연구에서는 학력이 통증완화지식에 영향을 주지 않는 것으로 나타나 본 연구와 상반된 결과를 나타냈다. 연령, 총 근무 경력, 현 부서 근무 경력, 근무 부서, 직위, 종교, 결혼상태에서는 유의한 차이가 없었다.

통증완화 교육 경험이 있는 간호사가 55.5%로 권 연숙(2003)의 39.3%보다는 높았으나, 남 미숙(2003)의 60.7%, 송 명희(2000)의 60.7%로 본 연구와 유사하게 나타났다. 통증교육 경험이 있는 55.5%의 간호사에서 대학교 정규 과정에서 배운 간호사가 29%, 병원에서 교육을 받은 경우가 32.2%, 보수교육이 29.0%로 서 순림 등(1995)의 연구에서 학교정규교육과정 51.3%, 간호협회 보수교육 68.1%보다 낮은 비율로 나타나 대학교 정규 교육 과정뿐만 아니라 실무에서 근무하고 있는 간호사를 대상으로 이루어지는 보수교육 및 병원 자체 교육에서의 통증교육에 대한 확대가 요구됨을 알 수 있었다.

대상자의 통증완화 교육 관련 특성에 따른 통증 지식을 비교한 결과 통증교육 경험($t=-3.130$, $p=.002$)에서 통계적으로 유의한 차이가 있었으며, 교육 횟수, 교육 Program, 교육 내용, 교육중점사항, 교육 필요성에서는 유의한 차이가 없었다. 본 연구에서 통증교육을 받은 군이 통증교육을 받지 않은 군에 비해 지식 점수가 낮게 나왔는데 이는 간호사들이 받았던 프로그램 중 통증에 대한 일반적인 지식 분야의 프로그램이 교육 효과가 없었던 것으로 해석할 수밖에 없는데 이에 대한 전반적 연구가 필요하다고 사료된다.

대상자의 통증완화 교육 관련 특성에 따른 통증완화 지식을 비교한 결과 통증교육 경험($t=2.049$, $p=0.042$)에서 유의한 차이가 있었으며, 현 주(1998)와 남 미숙(2003), 공성화 등(2004)의 연구에서도 통증교육 경험에 따른 지식 차이가 있는 것으로 나타났다. 교육 횟수, 교육 Program, 교육 내용, 교육중점사항, 교육 필요성에서는 유의한 차이가 없었다. 권인각(1999)의 연구에 따르면 교육 후 간호사의 통증 관련 태도가 상당히 향상된 것으로 나타났으며, 송명희(2000)의 연구에서도 교육 후 통증관리 능력이 향상되었다고 응답한 간호사가 47.7%였다.

본 연구에서도 통증완화 교육 경험이 있는 군에서 통증완화 지식 점수가 높게 나타난 것은 교육 프로그램의 효과로 볼 수 있을 것이다.

이상의 결과로 보아 암 환자 통증완화에 대한 간호사의 지식이 전반적으로 부족함이 드러났고 이것들이 통증완화의 장애요인이 되리라고 생각된다.

이에 대한 해결책으로 암 환자 통증완화에 대한 보다 새로운 내용의 체계적인 암 환자 통증완화 지침서를 활용한 통증완화 프로그램의 개발과 교육이 시급하다고 본다. 통증과 관련된 내용, 특히 암 환자 통증에 대한 교육을 여타 영역보다 시급히 준비하여 실시함으로써 증가하는 암 환자에 대한 질적 간호를 실천할 수 있는 새로운 교육 프로그램이 개발되어 간호사들에게 활용되어야 하리라고 본다.

이러한 결과는 환자와 가장 가까운 위치에서 지속적으로 환자 상태를 관찰하고 보고하고 통증을 완화해 주어야 하는 임상간호사로서, 진통제의 약리작용과 투약 및 통증완화에 대한 지식 부족은 간호사들로 하여금 환자의 통증을 올바르게 사정하지 못하고 통증 조절을 주저하게 되는 결과를 뒷받침하게 된다.

암 환자 통증완화를 위한 정확한 지식은 정확한 관찰의 선행조건이고 효과적인 통증완화의 필수적인 요건이므로 이러한 결과는 향후 간호사를 대상으로 새로운 통증 및 통증완화 교육을 통하여 적절한 사정도구를 사용하고 정확한 사정, 관찰, 보고를 내용으로 하는 교육 프로그램의 실시가 필요하다 (Doyle, 1999; 이경식 외, 2005).

이상의 결론을 근거로 통증 지식은 높았으나 통증완화 지식은 낮았기 때문에 이러한 지식수준을 높이기 위해서는 기존의 교육 프로그램을 적용하기 보다는 새로운 내용의 혁신된 교육 프로그램이 필요하고, 간호사들이 수행할 수 있는 효율적인 통증완화 교육 프로그램의 실시가 필요하다.

V. 결론 및 제언

본 연구는 임상간호사의 암 환자 통증완화에 대한 지식에 관해 조사함으로써 환자들의 통증완화를 위해 보다 적극적인 관찰과 보고를 할 수 있는 능력 함양을 위한 기초 자료를 제공하기 위하여 시도된 서술적 조사 연구이다.

자료 수집은 2005년 9월1일부터 9월15일까지 15일 동안 광주광역시에 위치한 1개 종합 병원과 대구광역시에 위치한 1개 종합병원에 근무하는 임상간호사 247명을 대상으로 하였고, 연구 도구로 Watt-Watson(1992)이 개발한 측정 도구를 현주(1999)가 번역하고 수정한 도구로 본 연구의 목적에 적합하도록 문항을 재구성한 후 사용하였으며, 일반적 특성 8문항, 통증완화 교육 관련 특성 2문항, 통증에 대한 지식 25문항(일반적인 지식 20문항, 암 환자 통증에 관한 지식 5문항), 통증완화에 대한 지식 20문항 등 총 55문항으로 구성되었다.

자료 분석 방법은 SPSS WIN을 이용하여 실수와 백분율, t-test, ANOVA로 분석하였고 유의한 차이가 있는 변수는 Duncan's test 로 사후검정을 하였다.

본 연구의 결과는 다음과 같다:

1. 대상자의 통증에 대한 지식의 평균 정답률은 79.88%였으며, 통증완화에 대한 지식은 54.85%의 정답률을 나타내었다.
2. 암 환자 통증에 대하여; '통증을 참을 수 있는 능력은 개인에 따라 다르고 개인이 처한 상황에 따라 다르다'는 항목에서 가장 높은 정답률(100%)을 보였고, '암 환자 통증은 수술, 항암화학요법, 방사선요법 등으로 인해 발생하는 경우가 많다'는 항목(67.6%)에 대한 가장 낮은 정답률을 보였다.
3. 암 환자 통증완화에 대한 지식에서는 '통증 관리에 사용되는 Tylenol은 비마약성 약물이다'는 항목이 가장 높은 정답률(96.8%)을 보였으며, '통증조절을 위해 진통제를 투여할 때 중독 될 가능성은 1% 미만이다'는 항목(10.9%)에서 정답률이 가장 낮았다.
4. 일반적 특성에 따른 통증완화 지식정도의 차이는 암 환자 임상간호경험

($t=1.978$, $p=.049$), 학력($F=5.380$, $p=.005$)에서 통계적으로 유의한 차이가 있었다.

5. 대상자의 통증완화 교육 관련 특성에 따라 통증 지식 정도의 차이를 분석한 결과 통증교육경험($t=-3.130$, $p=.002$)이 없는 군의 점수가 높았고, 통계적으로 유의하였다.

6. 대상자의 통증완화 교육 관련 특성에 따른 통증완화 지식 정도의 차이를 분석한 결과 통증교육 경험($t=2.049$, $p=.042$) 이 있는 군의 점수가 높았고, 통계적으로 유의하였다.

이상의 결론을 통하여 교육을 받은 군의 통증지식 수준이 낮은 것은 암환자 통증완화에 관한 기존의 교육내용이 교육받은 군과 받지 않은 군 간의 지식 차이를 보여주지 못하였음을 알았으며, 기존의 교육 프로그램을 적용하기 보다는 새로운 내용의 혁신된 교육 프로그램의 필요성이 요구되고, 암환자 통증의 본질과 통증완화 교육을 위한 새로운 접근방식이 필요함을 알게 되었다.

참고문헌

- 공성화, 방찌야, 서민숙, 현신숙, 김희정, 이미애¹, 이미애², 유현희, 허재경, 김은애, 박경숙(2004). 암 병동 간호사의 통증관리에 대한 지식과 태도. 성인간호학회지, 16(1), 5-16.
- 권연숙(2003). 임상간호사의 통증지식 및 통증 중재 실태조사: 대구·경북 지역 중심으로. 계명대학교 대학원 석사학위논문.
- 권인각(1999). 의료인과 환자에게 제공된 통증교육이 암 환자 통증관리에 미치는 효과. 서울대학교 대학원 박사학위논문.
- 김민정(1997). 임상간호사의 통증중재법 실행에 관한 연구. 성인간호학회지, 9(2), 209-224.
- 김성자, 홍승함, 성리나, 기은실, 홍은희, 염미라, 이은희, 우경숙, 유경순, 유명미, 이은옥(1997). 간호사 주도의 단계적 통증관리법 적용이 종양 환자의 통증관리에 미치는 효과. 성인간호학회지, 9(1), 148-160.
- 김인수 등 편(1996). 국어대사전. 은평어문연구소.
- 김청송(1999). 통증심리학. 중앙적성출판사.
- 김현숙, 윤영호, 이소우, 허대석, 손행미, 허봉렬(1999). 통증이 있는 암 환자의 우울 정도 및 우울에 영향을 미치는 요인. 한국호스피스·완화의료학회지, 2(2), 125-137.
- 김훈교(1995). 암환자의 통증조절<약물요법>. 대한의사협회지, 38(7), 846-851.
- 김훈교(1996). 호스피스병동에 입원한 말기 암 환자의 통증조절. 대한암학회지, 28(2), 295-300.
- 남미숙(2003). 암 환자 통증관리에 대한 간호사의 지식 및 태도조사. 연세대학교 대학원 석사학위논문.
- 노유자, 김남초, 홍영선, 용진선(2001). 호스피스 병동에 입원한 말기 암 환자의 통증에 영향을 미치는 요인: 입원 경과 시점에 따른 분석. 대한간호학회, 31(2), 206-220.

- 문동연(2002). 암 환자 통증의 치료. 대한통증학회지, 15(1), 1-12.
- 도일, 데렉(1999) 정 영, 최철희 역. 가정완화의료. 서울: 현문사, 17-41.
- 박경숙, 송미승, 김경희(2001). 간호사의 통증관리에 대한 주관성연구. 성인간호학회지, 13(1), 123-135.
- 박영숙, 신영희(1994). 통증관리에 관한 간호사의 지식. 성인간호학회지, 6(2), 299-307.
- 박현순, 원호택(1994). 임상통증의 측정에 관한 연구개관. 심리과학, 3(2), 1-22.
- 박현애, 고명자, 이현숙, 김영미, 김문숙(2003). 일개 병원 간호사의 암 환자 통증관리에 대한 지식과 태도. 성인간호학회지, 15(2), 205-214.
- 서순림, 박영숙, 박정희(1994). 암 환자의 우울과 불편감에 관한 연구. 성인간호학회지, 6(2), 287-298.
- 서순림, 서부덕, 이현주(1995). 통증환자의 사정과 중재에 대한 간호사의 지식과 태도. 성인간호학회지, 7(1), 61-70.
- 서순림, 정복례, 박진미(1996). 간호사와 의사의 악성 종양성 통증 관리 실태. 경북의대논문집, 37(3), 399-418.
- 송명희(2000). 조혈모세포 이식 간호사의 통증관리와 관계된 지식,태도연구. 연세대학교 대학원 석사학위논문.
- 안승희(2004). 암 환자 통증관리에 대한 간호사의 지식 및 태도. 경희대학교 대학원 석사학위논문.
- 양명숙(1995). 암 환자 통증관리 과정에 대한 연구. 연세대학교 보건대학원 석사학위논문.
- 유은주(2002). 암 환자의 NURSE PRESENCE, 영적 안녕 및 희망과의 관계. 대구가톨릭대학교 대학원 석사학위논문.
- 윤귀옥, 박형숙(1996). 악성 종양 환자의 통증 및 통증관리 실태에 관한 연구. 기본간호학회지, 3(2), 299-316.
- 윤양란(2002). 말기 암 환자의 통증 양상 및 관리에 관한 연구(호스피스기관대상자를 중심으로). 인제대학교 대학원 석사학위논문.

- 윤영호, 김철환(1997). 암 환자 통증에 대한 전공의들의 지식 및 태도. 대한가정의학회지, 18(6), 591-600.
- 이경식, 백승완, 최윤선, 윤영호, 김시영, 이근석, 박영석, 윤덕미, 이경진, 이명아 (2005). 완화의학. 서울: 군자출판사, 63-118.
- 이경영(1995). 암 환자 통증의 기전 및 치료. 대한통증학회지, 8(1), 8-17.
- 이선희(2005). 의료인의 통증 관리에 대한 지식과 태도. 대전대학교 대학원 석사 학위 논문.
- 이은옥, 최명애(1996). 통증: 이론 및 중재. 신광출판사.
- 이원희, 이미라, 이창걸, 김영진(2004). 팀 접근을 통한 말기 암 환자 통증중재 개발. 임상간호연구, 10(1), 172-183.
- 염창완, 문유선, 이혜리(1996). 말기 암으로 입원한 환자에서 진통제 사용의 실태. 대한가정의학회지, 17(9), 827-832.
- 정귀임, 박정숙, 김혜옥, 윤매옥, 문미영(2004). 암 환자 통증관리에 대한 의료인의 지식에 관한 조사 연구. 임상간호연구, 10(1), 111-124.
- 정영, 나덕미, 김진선, 양경미(2003). 화학요법을 받는 암 환자의 증상 및 통증 조절 현황. 한국호스피스·완화의료학회지, 6(2), 144-152.
- 최숙경(1997). 호스피스 병동에 입원한 말기 암 환자의 통증 관리. 호스피스교육 연구소지, 2, 14-22.
- 통계청(2004). 사망 원인 통계 연보.
- 한국가톨릭호스피스협회(2005). 호스피스의 이해. 현문사.
- 황경희(2005). 통증관리에 대한 간호사의 지식과 태도에 관한 연구. 중앙대학교 대학원석사학위논문.
- 황규현(1993). 암 환자를 위한 통증관리. 대한통증학회지, 3(1), 11-14.
- 허혜경(1994). 간호사의 수술 후 통증관리에 대한 태도. 성인간호학회지, 6(2), 236-250.
- 현주(1999). 임상간호사의 통증관리에 대한 지식과 태도. 중앙대학교 대학원 석사학위논문

현 주, 박경숙(2000). 임상간호사의 통증관리에 대한 지식과 태도. 성인간호학회
지, 12(3), 369-383.

Agency for Health Care Policy and Research(APCPR). U.S. Department of
Health and Human Services(1994). Management of Cancer Pain.
clinical Practice Guideline No9. Rocvville, MD : U.S. Government
Printing Office.

Ahles TA, Blanchard EB&Ruckdeschel JC(1983). The multidimensional
nature of cancer-related pain. Pain, 17, 277-288.

Bonica(1985). Treatment of cancer pain : current status and future needs
advances in pain research and therapy. ravin press.

Cleeland CS, Gorin J, Hatfield AK, Edmonson JH, Blum RH, Stewart
JA & Pandya KJ(1994). Pain and its treatment in outpatients with
metastatic cancer. N Engl J Med, 30(9), 592-596.

Donnelly S, Davix M, Walsh D, Naughton M(2002). Morphine in cancer
pain management : a practical guide. Support Care Cancer,
10, 13-35.

Gordon DB, Dahl JL, Stevenson KK(2000). Building an institutional
commitment to pain management. Madison :UW Board of Regents.

Hamilton J, Edgar L(1992). A survey examining nurses' knowledge of pain
control. J pain Symptom Manage, 7(1), 18-26.

Jacox A, Carr DB, Payne R(1994). New clinical guidelines for the
management of pain in patients with cancer. N Engl J Med, 330 (9),
651-655.

Kathleen M, Foley MD(1989). Controversies in Cancer Pain, Cancer 63,
2257-2265.

Kubecka KE, Simon JM & Boettcher JH(1996). Pain management
knowledge of hospital-based nurses in a rural appalachian area. J

- Advanced Nursing, 23, 861-867.
- Larue F, Colleau SM, Brasseur L, Cleeland CS(1995a). Multicentre study of cancer pain and its treatment in France. *BMJ*, 310, 1034-1037.
- Levy MH(1996). Pharmacologic treatment of cancer pain. *N Engl J Med*, 335(15), 1124-1132.
- McCaffery M(1992). Pain control :Barriers to the use of available information. *Cancer* 70, 1438-1449.
- McCaffery M & Ferrell BR (1990). Nurses' knowledge of opioid analgesics and psychological dependence. *Cancer Nursing*, 13(1), 21-27.
- McCaffery M & Ferrell BR (1999). Opioids and pain management. *Nursing*, 29(3), 48-52.
- Melzark. R. (1986). Neurophysiological foundations of pain. R. A. Sternbach. *The Psychology of pain*. 2nd Ed, 1-24.
- Portenoy RK(1989). Cancer pain :Epidemiology and syndromes. *Cancer* 63, 2298-2307.
- Portenoy RK(1996). Opioid Therapy for Chronic Nonmalignant Pain: Clinicians' Perspective. *J Law medicine Ethics*,24(4),296-309.
- Van Roenn JH, Cleeland CS, Gonin R, Hatfield AK, pandya KJ(1993). Physician attitudes and practice in cancer pain management : A survey from the Eastern Cooperative Oncology Group. *Ann Intern Med*, 119, 121-126.
- Warfield Carol A(1993). *Principles and practice of pain management*. New York ; McGraw-Hill.
- Watt-Watson JH, Donovan MI(1992). *Pain management : Nursing perspective*. MosbyYear book,Inc.
- Zenz M, Zenz T, Tryba M, Strumpf M(1995). Severe undertreatment of

cancer pain : A 3-year survey of the German situation. J pain
Symptom Manage, 10(3), 187-191.

<부록1> 설문지 정답

1.통증에 대한 일반적인 지식

	질문	예	아니오
1	조직이 손상된 정도가 비슷하면 각 개인이 느끼는 통증도 비슷하다.		*
2	통증에 따르는 환자의 생리적, 행동적 반응을 보고 통증의 유무와 강도를 파악할 수 있다.		*
3	환자의 불안이나 우울은 통증에 영향을 준다.	*	
4	통증을 참을 수 있는 능력은 개인에 따라 다르고 개인이 처한 상황에 따라 다르다.	*	
5	환자는 통증이 있을 때 구체적으로 통증이라는 단어를 써서 표현한다.		*
6	통증을 겪는 환자보다 관찰하는 간호사가 통증 정도를 더 정확히 알 수 있다.		*
7	통증의 유무와 강도는 분명한 병리적 원인에 의해 결정된다.		*
8	환자가 통증이 있다고 호소하는 경우 항상 그 신체적 원인을 확인 할 수 있으며 확인 할 수 없는 경우는 심인성(psychogenic)원인에 의한 것이다.		*
9	환자가 통증이 있으면 호흡을 얇게 하고 기침을 잘 안 한다.	*	
10	환자에게 통증이 있으면 잠을 못 자고 피곤해 한다.	*	
11	심인성통증(psychogenic pain)이란 실제 환자가 느끼는 통증은 없는데 환자가 아프다고 하는 것을 말한다.	*	
12	통증에 대한 과거의 경험이 환자의 현재 통증에 영향을 미친다.	*	
13	통증을 반복해서 겪으면 환자는 통증을 견디는 능력이 증가되고 통증에 대한 민감성이 낮아진다.		*
14	통증이 있는 환자는 주변에 대한 관심이 줄어든다.	*	
15	만성 통증을 가진 환자들은 통증 시간이 지속될수록 사회적으로 더욱 고립된다.	*	
16	만성 통증 환자에게 발생하는 우울은 아침보다 낮에 더 증가하고 밤에 더욱 악화된다.	*	
17	통증은 환자의 예후에 나쁜 영향을 미친다.	*	
18	영아나 유아는 통증을 일으키는 사건을 기억하지 못한다.		*
19	위약(placebo)으로 신체적 원인이 있는 심한 통증을 완화시킬 수 있다.	*	
20	만성통증을 가진 사람은 자살의 위험성이 있다.	*	

* : 정답

2. 암 환자의 통증에 대한 지식

	질 문	예	아니오
1	암 환자 통증은 암 환자가 종양 자체나 암 치료와 관련된 문제들로 인하여 경험하는 고통이다.	*	
2	암 환자 통증의 강도는 원발성 종양의 위치에 관계없이 전이성 뼈 통증은 단일 성질의 가장 흔한 통증으로 침습정도가 심할수록 통증은 감소한다.		*
3	암 환자 통증의 발생 빈도는 병의 진전에 따라 초기보다 말기에 낮아진다.		*
4	암성통증은 수술, 항암화학요법, 방사선요법 등으로 인해 발생하는 경우가 많다.	*	
5	암성통증은 뼈 또는 신경계에 침투하는 경우가 흔한 원인이지만 연조직이나 혈관의 막힘과 변형 또는 내장 장기 폐쇄 등의 직접 침습으로도 나타날 수 있다.	*	

* : 정답

3.통증완화에 대한 지식

	질 문	예	아니오
1	마약성 진통제 투여시 환자가 Euphoria를 경험한다고 하는 경우 즉시 진통제의 용량을 감소시켜야 한다.		*
2	진통제는 환자가 통증을 호소할 때마다 투여하는 것이 일정한 시간 간격으로 투여하는 것 보다 낫다.		*
3	중양성 통증 조절을 위해 비마약성 진통제를 사용하였으나 그 효과가 충분하지 않았을 때 다음 단계로 마약성 진통제를 투여한다.	*	
4	정맥주사로 진통제를 투여 받는 환자가 오심과 구토 증세를 보이면 진통제는 계속 투여하면서 진통제를 투여한다.	*	
5	Demerol은 Morphine 보다 부작용이 적다.		*
6	환자가 Morphine을 사용할 때 변비 문제가 심각하다.	*	
7	마약성 진통제에 대한 내성의 증가는 곧 중독을 의미한다.		*
8	마약성 진통제 사용시 다른 증상 완화를 위한 보조 약물을 사용하는 것이 필요하다.	*	
9	해열 진통제와 마약성 진통제를 함께 사용하면 치료효과가 커진다.	*	
10	갑자기 통증이 극심해지는 경우라도 Morphine의 양은 조금씩 단계적으로 늘려야 한다.		*
11	Morphine투여 용량에는 상한선이 있다.		*
12	Morphine은 근육 주사로 투여하는 것이 경구 투여보다 효과적이다.		*
13	진통제의 용량과 간격을 적절하게 정한다는 것은 가장 적은 용량의 진통제를 투여하고 간격을 가장 길게 하여 최소의 부작용으로 환자에게 만족을 줄 정도로 통증을 완화시키는 상태를 의미한다.	*	
14	Acetaminophen보다 Aspirin은 통증 관리에 더 효과적이지만 위장관 자극과 출혈시간 증가 등의 부작용 때문에 사용하기 어려운 경우가 많다.	*	
15	마약성 진통제에서 용량이 많거나 빈번하게 투약되는 것은 아주 위험하나, 낮은 용량은 안전하다.		*
16	통증 조절을 목적으로 Morphine을 장기적으로 다량 투여 했을 경우 호흡곤란으로 사망할 가능성이 높다.		*
17	환자가 한 번 마약성 진통제를 정맥으로 투여하기 시작하면 경구 약물로 전환하기가 어렵고 불가능하다.		*
18	마약성 진통제의 지속적 정맥 주입(continuous IV narcotic infusion)은 단지 가망이 없는 환자에게만 이용되어야 한다.		*

19	<p>다음 중 비마약성인 약은 어느 것인가?</p> <p>(1) Codein ____ (2) Tylenol * (3) Demerol ____ (4) Morphine ____ (5) Talwin ____ (6) Nubain ____</p>
20	<p>통증 조절을 위해 마약성 진통제를 투여할 때 중독될 가능성은 어느 정도인가?</p> <p>(1) 1%미만 * (2) 1-10% ____ (3) 11-50% ____ (4) 50%이상 ____</p>

* : 정답

<부록2> 설문지

암 환자 통증과 통증완화에 대한 간호사의 지식에 관한 연구

안녕하십니까?

저는 조선대학교 보건대학원에서 보건 간호를 전공하고 있는 양미라입니다.

본 설문지는 임상간호사를 대상으로 임상간호사의 암 환자 통증완화에 대한 전반적인 지식에 관해 알아봄으로써 올바른 통증관리를 통해 암 환자에게 적절한 간호를 제공하고자 합니다. 이 설문지는 무기명으로 처리되며 본 연구의 목적 이외에는 사용하지 않을 것이니 귀하의 솔직하고 성의 있는 답변을 부탁드립니다.

연구에 협조해 주셔서 진심으로 감사드립니다.

2005년 9월

연구자 양미라

조선대학교 보건대학원 보건학과 보건간호 전공

E mail : yml1969@hanmail.net

연락처 : 010-5600-9743

I 일반적 특성

- 1.연 령 : 만 _____ 세
- 2.간호사 근무 경력 : 총 근무경력 _____ 년 _____ 개월
현 근무부서 근무 경력 _____ 년 _____ 개월
- 3.근무 분야 : 외과병동 _____ 내과병동 _____ 중환자실 _____ 응급실 _____
소아과병동 _____ 산부인과병동 _____ 요양 병동 _____
기타 _____
- 4.직 위 : 수간호사 _____ 책임간호사 _____ 일반간호사 _____
- 5.암 환자 간호 경험 : 유 _____ 무 _____
- 6.최종 학력 : 전문학사 _____ 학사 _____ 석사과정 _____ 석사 _____ 박사과정 _____
박사 _____
- 7.종 교 : 개신교 _____ 천주교 _____ 불교 _____ 무 _____ 기타 _____
- 8.결 혼 : 미혼 _____ 기혼 _____ 별거/이혼 _____ 사별 _____ 무응답 _____

II.통증완화 교육 관련 특성

- 1.통증에 대한 교육을 받은 경험:
있다. _____
없다. _____ 교육 경험이 없는 경우 통증관리에 대한 교육이 필요하다고
생각하십니까? 예 _____ 아니오 _____
- 2.교육을 받으신 경우
 - ①교육을 받은 횟수는? _____ 회
 - ②교육 Program은? 정규과정 _____ 보수교육 _____ 병원 _____ 기타 _____
 - ③통증완화 교육에 포함되었던 내용은?
통증발생기전 _____ 통증사정(통증측정도구포함) _____ 통증중재방법 _____
기타 _____
 - ④통증완화교육에 중점을 두어야 하는 내용은?
통증발생기전 _____ 통증사정(통증측정도구포함) _____ 통증중재방법 _____
기타 _____

Ⅲ. 통증에 대한 지식

1. 통증에 대한 일반적인 지식

	질문	예	아니오
1	조직이 손상된 정도가 비슷하면 각 개인이 느끼는 통증도 비슷하다.		
2	통증에 따르는 환자의 생리적, 행동적 반응을 보고 통증의 유무와 강도를 파악할 수 있다.		
3	환자의 불안이나 우울은 통증에 영향을 준다.		
4	통증을 참을 수 있는 능력은 개인에 따라 다르고 개인이 처한 상황에 따라 다르다.		
5	환자는 통증이 있을 때 구체적으로 통증이라는 단어를 써서 표현한다.		
6	통증을 겪는 환자보다 관찰하는 간호사가 통증 정도를 더 정확히 알 수 있다.		
7	통증의 유무와 강도는 분명한 병리적 원인에 의해 결정된다.		
8	환자가 통증이 있다고 호소하는 경우 항상 그 신체적 원인을 확인 할 수 있으며 확인 할 수 없는 경우는 심인성(psychogenic)원인에 의한 것이다.		
9	환자가 통증이 있으면 호흡을 얇게 하고 기침을 잘 안 한다.		
10	환자에게 통증이 있으면 잠을 못 자고 피곤해 한다.		
11	심인성통증(psychogenic pain)이란 실제 환자가 느끼는 통증은 없는데 환자가 아프다고 하는 것을 말한다.		
12	통증에 대한 과거의 경험이 환자의 현재 통증에 영향을 미친다.		
13	통증을 반복해서 겪으면 환자는 통증을 견디는 능력이 증가되고 통증에 대한 민감성이 낮아진다.		
14	통증이 있는 환자는 주변에 대한 관심이 줄어든다.		
15	만성 통증을 가진 환자들은 통증 시간이 지속될수록 사회적으로 더욱 고립된다.		
16	만성 통증 환자에게 발생하는 우울은 아침보다 낮에 더 증가하고 밤에 더욱 악화된다.		
17	통증은 환자의 예후에 나쁜 영향을 미친다.		
18	영아나 유아는 통증을 일으키는 사건을 기억하지 못한다.		
19	위약(placebo)으로 신체적 원인이 있는 심한 통증을 완화시킬 수 있다.		
20	만성통증을 가진 사람은 자살의 위험성이 있다.		

2. 암 환자의 통증에 대한 지식

	질 문	예	아니오
21	암 환자 통증은 암 환자가 종양 자체나 암 치료와 관련된 문제들로 인하여 경험하는 고통이다.		
22	암 환자 통증의 강도는 원발성 종양의 위치에 관계없이 전이성 뼈 통증은 단일 성질의 가장 흔한 통증으로 침습정도가 심할수록 통증은 감소한다.		
23	암 환자 통증의 발생 빈도는 병의 진전에 따라 초기보다 말기에 낮아진다.		
24	암성통증은 수술, 항암화학요법, 방사선요법 등으로 인해 발생하는 경우가 많다.		
25	암성통증은 뼈 또는 신경계에 침투하는 경우가 흔한 원인이지만 연조직이나 혈관의 막힘과 변형 또는 내장 장기 폐쇄 등의 직접 침습으로도 나타날 수 있다.		

IV. 통증완화에 대한 지식

	질 문	예	아니오
1	마약성 진통제 투여 시 환자가 Euphoria를 경험한다고 하는 경우 즉시 진 통제의 용량을 감소시켜야 한다.		
2	진통제는 환자가 통증을 호소할 때마다 투여하는 것이 일정한 시간 간격으로 투여하는 것 보다 낫다.		
3	종양성 통증 조절을 위해 비마약성 진통제를 사용하였으나 그 효과가 충분하지 않았을 때 다음 단계로 마약성 진통제를 투여한다.		
4	정맥주사로 진통제를 투여 받는 환자가 오심과 구토 증세를 보이면 진통제는 계속 투여하면서 진토제를 투여한다.		
5	Demerol은 Morphine 보다 부작용이 적다.		
6	환자가 Morphine을 사용할 때 변비 문제가 심각하다.		
7	마약성 진통제에 대한 내성의 증가는 곧 중독을 의미한다.		

	질 문	예	아니오
8	마약성 진통제 사용시 다른 증상 완화를 위한 보조 약물을 사용하는 것이 필요하다.		
9	해열 진통제와 마약성 진통제를 함께 사용하면 치료효과가 커진다.		
10	갑자기 통증이 극심해지는 경우라도 Morphine의 양은 조금씩 단계적으로 늘려야 한다.		
11	Morphine투여 용량에는 상한선이 있다.		
12	Morphine은 근육 주사로 투여하는 것이 경구 투여보다 효과적이다.		
13	진통제의 용량과 간격을 적절하게 정한다는 것은 가장 적은 용량의 진통제를 투여하고 간격을 가장 길게 하여 최소의 부작용으로 환자에게 만족을 줄 정도로 통증을 완화시키는 상태를 의미한다.		
14	Acetaminophen보다 Aspirin은 통증 관리에 더 효과적이지만 위장관 자극과 출혈시간 증가 등의 부작용 때문에 사용하기 어려운 경우가 많다.		
15	마약성 진통제에서 용량이 많거나 빈번하게 투약되는 것은 아주 위험하나, 낮은 용량은 안전하다.		
16	통증 조절을 목적으로 Morphine을 장기적으로 다량 투여 했을 경우 호흡곤란으로 사망할 가능성이 높다.		
17	환자가 한 번 마약성 진통제를 정맥으로 투여하기 시작하면 경구 약물로 전환하기가 어렵고 불가능하다.		
18	마약성 진통제의 지속적 정맥 주입(continuous IV narcotic infusion)은 단지 가망이 없는 환자에게만 이용되어야 한다.		
19	다음 중 비마약성인 약은 어느 것인가? (1) Codein ____ (2) Tylenol ____ (3) Demerol ____ (4) Morphine ____ (5) Talwin ____ (6) Nubain ____		
20	통증 조절을 위해 마약성 진통제를 투여할 때 중독될 가능성은 어느 정도인가? (1) 1%미만 ____ (2) 1-10% ____ (3) 11-50% ____ (4) 50%이상 ____		

V.통증 척도와 중재법에 대한 지식 정도와 실행에 관한 질문

1.다음 중 알고 있는 통증 척도는 무엇입니까? (해당하는 곳에 모두 표시하십시오)

(1) 단순서술형 척도	(2) 숫자 척도	(3) 시각적 상사 척도	
(4) 통증 색깔 척도	(5) 국어 통증 척도	(6) 안면 동간 척도	
(7) 동통원 척도	(8) 기타 _____		

2.다음 중 실제 사용해 본 척도는 어떤 것입니까?(해당하는 곳에 모두 표시하십시오)

(1) 단순서술형 척도	(2) 숫자 척도	(3) 시각적 상사 척도	
(4) 통증 색깔 척도	(5) 국어 통증 척도	(6) 안면 동간 척도	
(7) 동통원 척도	(8) 기타 _____		

3.다음 중 알고 있는 통증중재법은 어떤 것입니까?(해당하는 곳에 모두 표시하십시오)

(1) 진통제 투여	(2) 냉온요법	(3) 마사지	
(4) Menthol 도포	(5) 지압법	(6) TENS	
(7) 지지적 접촉	(8) 치료적 접촉	(9) 위약사용	
(10) 정보제공 및 교육	(11) 이완요법	(12) 음악요법	
(13) 전환요법	(14) 심상요법	(15) 인지행동 접근법	
(16) 조건적 접근법	(17) 진동법	(18) 신경차단법	

4.다음 중 실제 적용해 본 통증중재법은 무엇입니까?(해당하는 곳에 모두 표시하십시오)

(1) 진통제 투여	(2) 냉온요법	(3) 마사지	
(4) Menthol 도포	(5) 지압법	(6) TENS	
(7) 지지적 접촉	(8) 치료적 접촉	(9) 위약사용	
(10) 정보제공 및 교육	(11) 이완요법	(12) 음악요법	
(13) 전환요법	(14) 심상요법	(15) 인지행동 접근법	
(16) 조건적 접근법	(17) 진동법	(18) 신경차단법	

VI. 통증완화에 대한 태도

	질문	예	아니오
1	환자가 수면 중일 경우에도 정규적인 마약성 진통제를 투여합니까?		
2	환자의 통증은 어쩔 수 없는 것으로 생각합니까?		
3	통증을 자주 호소하는 환자에게 위약(placebo)를 사용합니까?		
4	환자의 통증 호소를 표현 그대로 받아들입니까?		
5	환자가 통증 호소시 비마약성 진통제를 마약성 진통제보다 우선적으로 사용합니까?		
6	의사의 진통제 처방이 잘못되었을 때 이를 지적합니까?		
7	마약성 진통제를 복용하는 환자에게 있어 부작용(오심, 구토, 변비등)을 관찰해야 한다고 생각합니까?		
8	통증은 환자를 불안하게 하는 요인이 된다.		
9	평소에 환자에게 마약성 진통제를 투약하는 것을 주저합니까? (예)일 경우 이유는? _____		
10	심한 통증을 속효성 경구용 모르핀으로 조절하였다. 언제 통증을 재평가하겠습니까? (1)15분내 _____ (2) 30분내 _____ (3)60분내 _____ (4) 4시간후 _____		