



팀 접근을 통한 말기 암환자 통증중재 개발

이원희¹⁾ · 미미라²⁾ · 이창결³⁾ · 김영진⁴⁾

I. 서 론

1. 연구의 필요성

2004년 현재 사망 원인 1위인 암은 한국 국민 4명 중 1명의 사망 원인이 되고 있다(통계청, 2002). 암 발생률과 사망률의 증가와 함께 더 이상의 치료가 의미 없는 말기 암환자의 수도 지속적으로 증가되고 있다.

이러한 말기 암환자와 그 가족은 통증, 호흡곤란, 변비, 식욕부진, 영적 고뇌, 비효율적인 가족 대응, 섬망과 같은 수많은 문제를 동반하게 된다. 이 중에서 가장 공통적이고, 심각한 문제는 통증이며, 말기 암환자의 경우, 진통제를 투여 받고 있는 상태에서도 중정도 이상의 통증을 경험하고 있어 통증 관리에 대한 만족도가 매우 낮다. 또한, 그들의 50~90%는 통증으로 인한 고통으로 삶의 질이 크게 저하된 상태이다(Muir, Krammer, Cameron, & Von Gunten, 1999; Weitzner, Moody & McMillan, 1997; Bruera & McDonald, 1988; Baumrucker, 1998; 이원희와 이창결, 2003).

이에 따라 조절되지 않는 말기 암환자 통증을 해결하기 위한 많은 선행연구가 시행되었으나, 주로 통증 사정에 대한 도구와 방법 또는 진통제 사용에 대한 환자·간호사·

의사의 지식과 태도의 차이에 관한 것이었다(권인각, 1999; Fife, Irick & Painter, 1993; 이은옥 외, 1999; 서순림, 정복례와 박진미, 1996). 이러한 선행연구에서의 한계는 말기 암환자의 통증을 진통제로만 단순하게 해결될 수 있는 단일 차원의 문제로 보고 있다는 것이다. 실제적으로, 말기 암환자의 통증은 신체적·사회적·정서적·영적인 요소가 포함된 다중적 개념으로서(Clark, 1999; 이원희, 2000) 이에 대한 중재 또한 단순하지 않다. 따라서 다중적이면서도 복합적인 말기 암환자의 통증을 효과적으로 조절하기 위해서는 다학제간의 팀 접근이 요구되며, 특히 팀에서 주축을 이루는 간호사와 의사의 말기 암환자 통증에 대한 인식의 일치와 그에 따른 상호 협력적 중재접근은 가장 기초적이면서도 필수적이다. 그러므로 총체적 통증(total pain) 개념에 기초한 통증 중재의 개발과 이에 대한 말기 암환자를 위한 팀구성원간 인식차이의 파악과 상호 협력 방안에 대한 연구가 요구된다.

따라서, 본 연구는 총체적 통증 개념에 기반된 통증 중재를 개발하고자 시도되었으며, 총체적 통증 개념에 기초한 통증 중재에 대한 간호사와 의사의 인식의 차이를 파악하여 상호협력적 팀 접근을 통한 효과적인 말기 암환자 통증 중재 방안을 제시하고자 한다.

주요어 : 말기 암환자, 통증 중재, 팀 접근

1) 제 1저자 : 연세대학교 간호대학 교수, 2) 연세대학교 간호대학 박사과정, 3) 연세대학교 의과대학 교수, 4) 원주 연세대학교 간호학과 강사

2. 연구 목적

본 연구는 가정 호스피스를 제공받는 말기 암환자를 위한 표준화된 프로토콜 개발 연구(이원희와 이창걸, 2003)의 일부로, 그 목적은 다음과 같다.

- 1) 총체적 통증 개념에 기반된 암환자 통증 중재를 파악한다.
- 2) 총체적 통증 개념에 기반된 암환자 통증 중재에 대한 간호사와 의사간 인식의 차이를 파악한다.
- 3) 팀원(간호사, 의사)간에 합의된 최종적 암환자 통증 중재를 개발한다.

3. 용어 정의

- 1) 팀 접근: 호스피스에서의 팀 접근의 의미는 의사, 간호사, 사회복지사 및 약사 등의 각 학문 분야의 전문가들과 자원봉사자가 팀을 이뤄 대상자를 돌보는 것을 의미하며, 본 연구에서는 의사와 간호사를 주축으로 한 팀 접근을 의미한다.
- 2) 통증 중재: 본 연구에서 의미하는 말기 암환자의 통증은 신체·정신·사회·영적 측면을 포함하는 총체적 통증을 의미하며, 통증 중재는 통증의 모든 측면을 사정하여 그에 대한 중재를 제공하는 것을 의미한다.

II. 문헌고찰

1. 말기 암환자의 통증

Saunders(1962)는 말기 환자는 기존의 전통적인 의학적 지식으로는 해결하기 어려운 많은 문제를 수반한다고 지적하고 따라서 통증의 의미에 대해 관심을 갖는 의학적 노력이 요구된다고 하였다.

통증은 호스피스 환자들에게 가장 일반적이고 일차적일 뿐 아니라 가장 두렵게 하는 증상이다(Levin, Krainovich, Bahreburg & Mitchell, 1989; 이원희와 이창걸, 2003). 그러므로 주된 호스피스활동은 대상자들이 경험하고 있는 만성통증 관리에 중점을 두어왔다. 통증은 감각지각과 이에 대한 정서적 반응의 요소를 포함하는 것이며 신체적 통증과 불안, 우울, 수면 장애를 초래하는 악순환의 현상이

다. 특히, 말기 암환자의 경우 죽음에 대한 두려움과 불안이 기증되어 삶 전체에 영향을 미치며, 임종을 맞는 환자에 있어서는 특히, 영적 요구가 극대화되므로 이에 대한 중재가 요구된다(Twycross & Lack, 1983). 통증에서 공통되는 특성은 보호적인 행위, 이전 활동과는 다른 변화, 흥분, 골격 근육의 긴장, 불안, 불안정, 통증이 있는 부위의 장애, 안절부절함, 신체적 무기력, 수면 양상의 변화, 다시 상처받을 것에 대한 공포 등이다.

통증은 급성 통증과 만성 통증으로 구분되는데, 급성 통증은 부적응이나 부적절한 기능으로서 나타나지만, 만성 통증은 죽음을 앞둔 말기 환자에서 의미의 수준으로서 특별히 더 중요하다(Clark, 1999). 호스피스 환자를 대상으로 한 이원희(2000)의 연구에서는 환자들의 통증문제를 단순히 신체적 증상으로만 구분하지 않고 불안, 우울, 분노의 정서·영적 요소와 연관되어 나타나는 증상으로 따로 분리하였다. 또한, 호스피스 대상자중 임종시까지 조절되지 않는 통증은 개인의 죽음에 대한 대처문제, 영적 고통, 가족 갈등과 의료진의 무관심과 관련된 것으로서, 이러한 통합적인 통증을 총체적 고통으로 제시하였다.

Beniel(1995)는 임상 연구와 실무에서 통증 완화로부터 통증 관리로의 사고의 전환을 제기하고 통증의 심리적 측면을 강조하는 간호학적 관점을 주장하였다. 또한, 통증의 사회 문화적 측면에 대한 연구와 통증 중재를 위한 다학제간의 접근의 중요성을 강조하였다. 죽어가는 환자에서의 다른 해결되지 않은 문제들의 표현으로서의 만성 통증은 특별히 강조되어야만 하며, 이를 해결하기 위해서는 다양한 중재가 필요하다. 이러한 의미에서 '총체적 통증(total pain)'의 개념이 형성되었으며, 총체적 통증은 신체적, 심리적, 사회적, 정서적, 영적 구성요소를 포함한다(Saunders, 1962).

최초의 현대식 호스피스 기관의 창시자일 뿐 아니라 임종자들에게 대한 새로운 접근을 계몽하여 국제적인 운동을 일으킨 Saunders는 통증은 어쩔 수 없는 불가결한 암의 일부라는 주장에 반기를 들고, 마약성 진통제 사용과 그것의 규칙적인 투여 이외의 접근 필요성과 임종 환자들의 정신적 고뇌에 대한 의문을 제기하였다. 그러나, 정신적 고뇌는 어떤 것보다도 가장 다루기 어려운 통증일 것이며, 그러한 문제들은 '경청하기'와 같은 특별한 임상적 기술이 요구되며, 특히 간호사는 환자들의 고뇌를 들어줄 수 있는 위

치에 있음을 지적하였다. 정신적 고뇌에 대한 질문은 환자의 상태에 대해 얼마나 많이 알고 있는냐에 달려있으며 신중하게 접근되어야 한다. 이러한 초기적 접근은 포스트모더니즘 현대 사회에서, 말로 표현하는 것 뿐 아니라 대상자 자체에 관심을 갖는 침묵의 중요성을 강조한다. 때로, 침묵은 말로 표현되어지는 것보다 환자의 문제를 이해하는데 더 큰 도움이 된다(Clark, 1999).

통증 완화가 정기적이고 주기적으로 주어지는 호스피스에서는 기존의 의학적 측면에서는 어려운 이 문제가 조절될 수 있고, 또한 새로운 접근으로 변화시킬 수 있는 힘이 있는 것으로 보인다(Clark, 1999). 그러나, 호스피스 돌봄을 받는 말기 환자조차도 통증 관리가 이루어지지 않는 현실이다. 특히, 우리 나라의 경우, 미국인을 대상으로 한 연구(Elliott et al., 1995; Ward et al., 1998)와 비교할 때 통증 정도가 높은 것으로 나타나며(노유자, 김남초, 홍영선과 용진선, 2001), 특히 말기 암환자의 통증 정도가 높은 것으로 보인다.

2. 통증 중재

서순림 외(1996)의 연구에서는 실무에서 간호사와 의사 모두 적절한 통증 사정을 수행하지 못하며, 통증관리도 다양한 방법으로 수행하지 못하는 것으로 나타났다. 통증 관리를 위해 임상현장에서 간호사가 이용하고 있는 방법은 '진통제' 45%, '청취/심리적 지지, 환경 조성' 31%였으며, 의사는 77%가 '진통제 사용', 단지 6.25%만이 '심리적 정서적인 방법'을 적용하였다.

통증에 대한 지식 부족과 단편적인 관리문제는 Von Renn, Cleeland, Gonin, Hatfield와 Pandya(1993)의 연구에서도 제시되었는데, 즉 의과 대학 재학시와 수련의 과정에서 통증 관리 교육이 빈약하므로 말기 암환자를 위한 표준화된 통증 관리 교육이 절실함이 보고 되었다. 이소우 외(1998)의 연구에서는 가정 호스피스 대상자들의 통증 완화를 위한 간호중재방법을 약물투여, 열·냉요법, 마사지, 부동, 방사선요법, 이완술, 생체회환술, 전환요법으로 구분하여 조사하였다. 그 결과 전체의 84.6%가 약물요법을, 열·냉요법이 15.3%를 차지했다. 진통제는 타이레놀, Fentanyl Patch, M-S contin, Codein 등이 이용되고 있었다.

말기 암환자 통증 관리의 두 원칙은 통증의 경감보다는 예방에 초점을 둔 것과 이용할 수 있는 통증-완화 약물에 대한 완전한 이해에 관한 것이다. 지속적인 통증은 지속적인 통증 조절이 요구되며, 통증 관리를 위해서는 폭넓은 health care 맥락에서의 접근이 요구된다. 통증 조절에 대한 의학적 측면의 중요한 측면은 약물에 관한 것으로서 말기 환자에 있어서 가장 효과적인 것으로 알려진 마약에 관한 것이다. 그러나, 이러한 약물은 중독, 과도한 안정 또는 과잉행동과 같은 다른 문제들을 야기하므로, 중간 용량의 정기적인 투여로 인격변화와 같은 부작용을 최소화할 수 있다(Clark, 1999).

호스피스 대상자에 대한 치료적 중재는 주로 약물 요법을 통해 이루어지며 특히, 암성 통증은 더욱 그러하다. 세계보건기구(WHO)에서는 경구투여, 규칙적 투여, 진통제 사다리에 따른 단계적인 약물, 각 개인에 맞는 용량, 보조 약물의 사용 등의 암성통증 조절시 약물 사용의 일반적 원칙을 제시하고 있다. 말기 암환자에게 주로 이용되는 진통제는 아세트아미노펜·비스테로이드 소염제와 같은 비마약성 진통제, 모르핀(피하, 경구용), Durogesic patch와 같은 마약성 진통제, 진통 보조제이다. 진통보조제는 진통제는 아니지만, 부가적으로 진통효과를 나타내는 약물로서 스테로이드, 항우울제, 항불안제, 항경련제, 부정맥 치료제 등이 있다. 비용과 진통효과 면에서 탁월한 마약성 약물요법은 약물중독, 호흡억제, 오심·구토·변비 등의 위장관 장애, 원치 않는 중추신경계 반응(졸림, 흥분, 불쾌감, 어지러움), 배뇨곤란 등의 부작용을 초래한다. 그러므로, 소량을 반복적으로 사용해야 하며, 부작용시 마약성 진통제 길항제로 치료해야 한다. 또한, 암성 통증이 약물치료, 물리치료, 행동치료 등의 치료로 조절되지 않거나 신경압박·골절 예방을 목적으로 방사선 요법이 이용된다(한국 호스피스 완화의료학회, 2003).

말기 암환자의 통증 관리가 미흡함은 대부분의 의료인들이 인식하고 있는 상태이지만(서순림 외, 1996), 현재까지는 호스피스 대상자인 말기 환자에 대한 중재는 통증의 신체적 측면에만 국한된 약물 치료에 한정되어 있는 상태이며 그에 대한 연구도 제한적이라는 것을 선행연구 고찰을 통해 알 수 있다.

3. 간호사와 의사의 통증에 대한 인식과 태도의 차이

통증에 대한 간호사와 의사의 지식과 태도에 관한 선행 문헌의 대부분은 약물 중재에 관한 두 그룹간의 지식과 태도에 관한 연구였다. 치료를 통한 통증 완화율에 대하여 간호사의 46%, 의사의 52%가 통증이 완화된다고 보았으며, 통증 정도를 가장 정확하게 판단할 수 있는 것은 '환자 자신'이라고 본 간호사는 90%, 의사는 70%로 두 군간에 유의한 차이가 있었다. 특히, 의사 자신이 환자의 통증 정도를 정확하게 판단할 수 있다고 응답한 경우도 20%였다(서순림 외, 1996).

대부분의 간호사는 마약성 진통제를 분류하는 지식과 약리작용에 대한 구체적인 지식이 부족하고(McCaffery, Ferrell, O'Neil-Page, Lester & Ferrell, 1990; 이원희, 1999), Fife 외(1993)의 연구에 의하면 간호사의 84%, 의사의 73%가 통증 자체를 암환자의 주요한 문제로 보았다. 의사는 간호사보다 통증 치료를 통해 더 많이 경감된다고 믿었다. 또한 서순림, 서부덕과 이현주(1995)는 통증 관리에 대한 실무간호사의 기초지식이 100점 만점에 60.8점으로 매우 부족한 상태를 지적하고, 특히 통증 이론, 측정 도구, 구체적인 투약시간에 대한 지식 등과 진통제와 관련된 지식이 낮다고 하였다. 통증 관리와 관련된 간호사와 의사의 지식과 태도를 분석한 이은옥 외 (1999)의 연구에서는 통증 관리에 대한 간호사와 의사의 정답률은 각각 70.3%, 71.6%로 의사가 유의하게 높았으며, 간호사와 의사 모두 환자의 통증을 믿지 않으려는 경향을 보였다.

간호사와 의사간의 팀워크와 학제간 협력은 의료비용을 감축할 수 있을 뿐 아니라 의료의 질과 팀의 효율성을 증진할 수 있으며(Hojat 외, 2000), 또한, 어느 문화에서나 전문직들간의 의사소통과 만족도를 향상시킨다(Baggs 외, 1997; Rosenstein, 2002). 따라서, 이러한 간호사와 의사의 역할을 상호 이해하고 경험 공유를 증진할 수 있는 전문학제간 교육(inter-professional education)이 요구된다. 특히, 말기 암환자 통증의 적절한 사정과 치료에서는 간호사와 의사간의 상호협력이 매우 중요한 문제로 대두된다(Fife 외, 1993). 미국, 이스라엘, 이탈리아, 멕시코에서의 의사-간호사 협력에 관한 간호사와 의사의 태도를 비교하는 Hojat 외(2003)의 연구에 의하면, 이들 4 나라의 간

호사와 의사 모두가 의사-간호사 협력의 필요성과 이를 위한 교육과정의 개발이 필요한 것으로 제시되었다.

이상의 선행 연구고찰을 통해, 통증 사정 및 관리에 대한 지식 부족이 통증 관리가 미흡한 주 요인으로 제시되었고, 간호사와 의사의 통증 관리 지식을 높이기 위한 연구가 주류를 이루어 왔으나, 가장 중요한 문제인 말기 환자의 총체적 통증에 대한 간호사와 의사의 이해와 상호협력을 통한 효율적 통증 관리에 대한 선행연구는 전무한 상태이다.

III. 연구방법

1. 연구 설계

본 연구는 '가정 호스피스 서비스의 표준화된 프로토콜 개발' 연구의 일부로서 총체적 통증 개념에 기반하여 간호사와 의사의 팀 접근을 통한 전인적 측면의 통증 중재를 개발하기 위한 방법론적 연구이다.

2. 연구 참여자

본 연구는 1~4차에 걸친 전문가 내용타당도를 거쳐 이루어졌으며, 1~2차 내용타당도 참여자는 호스피스 실무에 종사하고 있는 전문간호사 17인과 일개 대학 병원 호스피스 센터 책임자인 종양 방사선과 의사 1인이었다. 3~4차 내용타당도에는 한국 호스피스·완화의료학회 이사로 구성된 의사 14인, 호스피스 전문 실무간호사 20인, 암환자 간호학 교수 3인을 포함한 총 37인이 참여하였다.

3. 연구 절차 및 도구

일개 호스피스 기관의 기록지(n=541)를 기초로 하여 참고문헌과 성인간호학 교수 1인, 호스피스 실무 5년 이상의 경력을 가진 간호사 4인, 성인간호학 박사 과정생과 석사 학위자 각각 1인의 의견을 수렴하여 예비 프로토콜을 작성하였다. 예비 프로토콜은 총체적 통증 개념에 근간을 두고, 호스피스 대상자 기록지에서 파악된 말기 암환자를 위한 실제적인 관련요인·증상 및 징후·중재와 NANDA(North America Nursing Diagnosis Association), NIC(Nursing Intervention Classification)의 중재명과

중재에 대한 정의를 이용하여 수정·보완하여 작성되었다. 즉, 호스피스 대상자 기록지에서 도출된 건강 문제와 그에 따른 중재를 연계함에 있어서 참고문헌에서 제시하지 않았지만 대상자 기록지에서 확인된 중재와 기록지에서 확인되지 않았지만 문헌상에 언급되어 있는 내용을 첨가·보완·수정하여 통증 중재 예비 프로토콜을 작성하였다. 1~2차에 걸친 내용타당도는 호스피스 전문 의사와 간호사에게 예비 프로토콜 목록을 제시하고, 점수(5점: 매우 중요하다, 4점: 중요하다, 3점: 보통이다, 2점: 중요하지 않다, 1점: 전혀 중요하지 않다)를 주도록 하여 Fehring 방법(Fehring, 1987)을 이용하여 분석하였다. Fehring의 방법은 Likert scale에 따라 1에서 5까지 등급을 매기고, 5=1, 4=.75, 3=.50, 2=.25, 1=0의 기본값을 적용한 후 각 항목에 응답한 점수를 합친 다음 총 응답자수로 나누어 각 항목에 대한 가중비율 Index of Content Validity (ICV)를 계산하는 방식이다.

ICV로 산출된 결과에서 ICV=0.75(80% 합의률) 이상인 항목은 '주요 중재'로, ICV=0.75 미만인 항목은 '선택적인 중재'로 선택하였다. 1~2차 내용타당도를 통해 수정·보완된 예비 프로토콜은 Delphi 방법을 이용한 3~4차 내용타당도 단계를 거쳤으며, 이 단계에서 파악된 간호사와 의사의 인식의 차이를 호스피스의 철학에 기반한 팀 접근의 방식으로 상호 조정함으로써 최종적인 통증 중재 프로토콜로 개발하였다.

4. 자료 분석

내용타당도에 참여한 호스피스 전문가의 일반적 사항은 SPSS 11.0을 이용한 기술적 통계로 분석하였으며, 내용타당도는 Fehring의 방법을 이용하여 분석하였다.

IV. 연구결과

1. 연구 참여자의 일반적 특성

연구 참여자의 일반적 특성을 표로 제시하면 <표 1>과 같다.

<표 1> 연구 참여자의 일반적 특성

(n=37)

변 수	구 분	간호사 23명 n(%)	의사 14명 n(%)
연령(세)	34세 미만	0(0)	0(0)
	35~40	7(30.4)	3(21.4)
	41~45	3(13.0)	2(14.3)
	46~50	12(52.2)	4(28.6)
	51~55	1(4.3)	3(21.4)
	무응답	0(0)	2(14.3)
성별	남	0(0)	9(64.3)
	여	23(100)	5(35.7)
종교	기독교	12(52.2)	2(14.3)
	천주교	10(43.5)	6(42.9)
	불교	0(0)	2(14.3)
	무교	1(4.3)	3(21.4)
	무응답	0(0)	1(7.1)
학력*	박사	3(13.0)	0(0)
	전문의	0(0)	13(92.9)
	석사	6(26.1)	1(7.1)
	학사	6(26.1)	0(0)
	전문대	6(26.1)	0(0)
	기타	2(8.7)	0(0)
직무*	기관운영(행정)	6(26.1)	0(0)
	직접 제공	16(69.6)	2(14.3)
	연구	7(30.4)	3(21.4)
	교육	14(60.9)	4(28.6)
	상담 또는 자문	10(43.5)	4(28.6)
	무응답	0(0)	1(7.1)
근무지*	병동(산재형) 호스피스	8(34.8)	4(28.6)
	가정방문 호스피스	17(73.9)	1(7.1)
	대학	3(13.0)	11(78.6)
	기타	2(8.7)	1(7.1)
	무응답	0(0)	0(0)
임상경력 기간(년)	1~5	8(34.8)	0
	6~10	5(21.8)	1(7.1)
	11~15	7(30.4)	3(21.4)
	16~20	2(8.7)	3(21.4)
	21~25	0(0)	4(28.6)
	26~30	0(0)	2(14.3)
	무응답	1(4.3)	1(7.1)
호스피스 활동기간(년)	1~2	4(17.4)	1(7.1)
	3~4	5(21.8)	2(14.3)
	5~6	5(21.8)	1(7.1)
	7~8	1(4.3)	0(0)
	9~10	3(13.0)	7(50.0)
호스피스 교육이수기간 (개월)	1~6	8(34.8)	0(0)
	6~12	11(47.8)	1(7.1)
	교육받지 않음	4(17.4)	13(92.9)

* 복수 응답

총체적 통증 개념에 기반한 중재 개발에 참여한 호스피스 전문가는 총 37명이었으며, 이중 간호사가 23명(62.2%)이었고, 의사가 14명(37.8%)이었다. 간호사 평균 연령은 43.7세였고, 의사는 45.3세이었고, 두 그룹의 연령 분포는 35세 이상 55세 미만으로 차이가 없었다. 간호사의 95.7%가 종교를 가진 반면에 의사의 경우엔 무교와 무응답이 전체의 28.5%를 차지했다. 직무에 있어서는 간호사가 직접제공과 교육에 참여하는 비율이 높은 반면에, 의사는 연구, 교육, 상담 및 자문 등의 각 분야에서 비슷한 비율을 나타냈다. 임상 경력은 간호사의 87%가 15년 이하인 반면에, 64.3%의 의사가 16년 이상의 임상경력을 가진 것으로 파악되었다. 또한, 호스피스 활동기간에 있어서는 44%의 간호사가 3~6년인 반면에, 50%의 의사가 9~10년으로 가장 높은 비율을 차지하였다. 호스피스 교육에 대한 질문에서는 간호사의 82.6%가 교육기관에서 운영하는 호스피스

교육을 받은 반면에, 7.1%의 의사만이 호스피스 교육에 참여한 것으로 나타났다.

2. 통증 중재 예비 프로토콜

본 연구에서는 총체적 통증 개념에 기반된 전인적 측면에서의 예비 통증 중재를 개발하였으며, 이를 제시하면 <표 2>와 같다. 총체적 통증 개념에 기반된 예비 통증 중재는 신체, 심리, 사회, 영적 측면에서의 통증 측면을 포함하는 중재로서 총 22개 항목으로 이루어졌다. 즉, 신체적 측면 11개, 신체/심리적 측면 4개, 심리적 측면 1개, 심리/사회적 측면 4개, 심리/영적 측면 1개, 영적 측면 1개 항목으로 구성된 총체적 통증 개념에 부합된 예비 통증 중재를 개발하고 중재에 대한 인식을 돕기 위해 정의와 함께 제시하였다.

<표 2> 통증 중재 예비 프로토콜

통증		
정의 : 신체적 고통 또는 괴로움, 상처 받음이 기대한 것보다 더 오랫동안 계속되는 것		
간호목표 : 낮에는 휴식이 가능하고, 운동시에는 편안하며, 밤에는 수면할 수 있다.		
자원	중재명	정의
신체	1-1 통증 조절	상처나 상해에 대한 반응관리
신체	1-1-1 통증 사정	통증의 정도를 파악하는 활동(예 : 통증도구 이용)
신체	1-1-2 투약(마약성 또는 보조)	처방된 약물을 투여하는 활동
신체	1-1-3 체위변경	신체 체위의 변화를 관리하는 과정
심리	1-1-4 불안감소	일어날지도 모르는 위협에 대한 막연한 걱정, 공포, 불길한 예감 및 불안감을 최소화하기
신체	1-1-5 배변관리	변 배설의 규칙적 양상을 설정하고 유지하기
신체	1-1-6 가스생성 감소	가스 형성을 예방 및 과도한 가스를 내 보내게 촉진시키기
심리/사회	1-2 환경안전주의	환경적 손상을 예방하거나 감소시키기 위해 추천되는 주의
심리/사회	1-2-1 안전감 강화	환자의 신체적, 심리적 안정감을 강화시키기
신체/심리	1-2-2 수면돕기	취침, 기상시간의 규칙화 도모하기
신체/심리	1-3 안위간호	안녕을 증진시키기 위한 활동
신체	1-3-1 열/냉찜질	통증, 근육경련, 또는 염증을 줄이기 위해 열 또는 냉기로 피부와 그 하부조직을 자극하기
신체/심리	1-3-2 단순마사지	통증을 줄이고, 긴장을 완화시키며, 혈액순환을 촉진시키기 위해 지압의 강도를 조정해 가며 피부와 하부조직을 자극하기
신체/심리	1-3-3 이완요법	통증, 근육경련, 또는 불안과 같은 바람직하지 못한 증상들을 줄이기 위하여 긴장완화를 위한 기술을 사용하기
	1-4 정서적 지지	스트레스를 받는 동안 위로 및 격려 제공하기
심리/영적	1-4-1 희망주입	주어진 상황에서 긍정적인 견해를 발전시키도록 도와주기
심리/사회	1-4-2 함께 있기	필요할 때 다른 사람 곁에 있어주기
심리/사회	1-4-3 적극적 경청	환자의 말과 무언의 메시지를 주의깊게 살피고 의미를 찾기
영적	1-5 영적안위	영적 긴장을 재개 또는 증진하기 위한 위로활동
신체	1-6 활력경후	혈압, 맥박, 체온, 호흡의 관리
신체	1-7 의사 접촉	의사와의 의사소통
신체	1-8 약물 부작용	처방된 약물로부터의 기대하지 않았던 상태 또는 반응의 조절
신체	1-9 방사선치료 간호	통증조절을 위한 방사선 치료에 대한 반응을 감시하기 위해 행하는 행위

3. 통증 중재 타당성에 대한 간호사와 의사의 인식 차이

총체적 통증 개념에 기반된 통증 중재 예비 프로토콜은 1~2차 내용타당도 과정을 통해 총 19항목으로 수정되었다. 이 과정에서 ICV점수에 따라 13개의 주요 중재와 6개 선택적 중재로 분류되었으며, 전문가들의 합의하에 호스피스 대상자에게 자주 이용되는 약물을 프로토콜 내용에 첨부하여 실무자들이 효율적으로 이용할 수 있도록 하였고, '통증조절'은 세부적 중재명 보다는 포괄적 범주로 구분하였다. 또한 중복된다고 여겨지는 '불안감소', '안전감 강화', '안위간호' 중재는 삭제되었으며, 정확한 의미 전달을 위하여 '영적 안위는 '영적 지지'로, '의사 접촉'은 '의사 협진 및 의뢰'로, '환경안전주의'는 '환경관리'로, '약물

부작용'은 '약물 부작용 관리'로 중재명을 변경하였다. '응급 상황 관리' 중재명은 1~2차 전문가 내용타당도를 통해 추가되었다.

호스피스 전문 간호사 24인과 의사 13인이 참여한 3차 전문가 내용타당도 검증 과정에서 파악된 간호사와 의사의 인식 차이를 ICV점수로 표시하면 <표 3>과 같다. 의사에서 ICV점수 0.75(80% 합의률) 미만인 항목은 '가스생성 감소, 활력 징후, 영적 지지, 열/냉찜질, 단순마사지, 이완 요법, 방사선치료 간호'로 총 7항목이었으며, 간호사는 '수면 돕기, 열/냉찜질, 방사선 치료 간호' 3항목이었다. 또한 간호사와 의사가 ICV점수 불일치를 보인 항목은 총 6항목으로 '가스 생성 감소, 활력징후, 영적 지지, 수면 돕기, 단순마사지, 이완요법'이었다.

<표 3> 통증 중재 타당성에 대한 간호사와 의사의 인식 차이

구분	중재명	정 의	ICV	
			간호사(23명)	의사(14명)
통증				
정의 : 신체적 고통 또는 괴로움이 지속되는 것				
증상 : 급성 또는 만성 통증				
목표 : 낮에는 휴식이 가능하고, 운동시에는 편안하며, 밤에는 수면할 수 있다.				
주요				
신체	통증조절	상처나 상해에 대한 반응관리		
	- 통증사정	통증도구(예 : 10점 척도)를 이용하여 통증 정도를 파악하는 활동	1.00	1.00
신체	- 투약 (처방된 약물의 투여)	1단계 : pontal, acetaminophen, naxen, tridol, tridol retard, ibuprofen, tarasyn, aspirin, talwin 2단계 : codein, tacopen, myprodol, oxycontin(10mg), DHC 3단계 : ms-contin, oxycontin(40mg), durogesic patch, morphine 항우울제 : etravil 항불안제 : xanax	1.00	0.92
	- 체위변경	통증을 최소화하기 위한 체위 유지	0.81	0.85
신체	- 배변관리	변 배설의 규칙적 양상을 설정하고 유지하기	0.94	0.88
신체	- 가스생성 감소	가스 형성을 예방 및 가스 배출 촉진하기	0.75	0.67*
신체	활력징후	혈압, 맥박, 체온, 호흡의 측정 및 관리	0.88	0.73*
신체	약물부작용 관리	투약된 약물로 인하여 기대하지 않았던 상태 또는 반응에 대한 조절(예 : 변비, drowsiness)	1.00	0.90
신체	정서적 지지	막연한 걱정, 공포, 불길한 예감 및 불안감을 최소화하기 위해 제공되는 중재활동		
심리/사회	- 함께 있기	필요할 때 대상자 곁에 있어주기	0.88	0.83
심리/사회	- 적극적 경청	환자의 말과 무언의 메시지를 주의깊게 살피고 의미를 찾기	1.00	0.90
심리/영적	- 희망주입	주어진 상황에서 긍정적으로 생각하도록 돕기	0.81	0.79
영적	영적 지지	초월적인 힘(절대자)과의 균형, 관계성을 느끼도록 돕기	0.81	0.67*
신체	의사협진 및 의뢰	효과적인 통증 조절을 위한 의사와의 의사소통	1.00	0.98
신체	응급 상황 관리	갑작스럽고 기대하지 않은 문제를 관리하기 위한 활동(예 : 긴급 호출 방법 교육)	0.88	0.94
선택				
신체	수면돕기	취침/기상시간의 규칙화를 도모하고, 수면을 돕기 위한 활동(예 : 따뜻한 음료제공)	0.63*	0.75
신체	열/냉찜질	통증, 근육경련, 또는 염증을 줄이기 위해 열 또는 냉기로 피부와 그 하부조직을 자극하기	0.69*	0.63*
신체/심리	단순마사지	통증을 줄이고, 긴장을 완화시키며 혈액순환을 촉진시키기 위해 지압의 강도를 조정해 가며 피부와 하부조직을 자극하기	0.88	0.67*
신체/심리	이완요법	통증, 근육경련, 또는 불안과 같은 바람직하지 못한 증상들을 줄이기 위하여 긴장 완화를 위한 기술을 사용하기	0.81	0.65*
신체	방사선치료 간호	통증조절을 위한 방사선 치료에 대한 반응을 관리하기 위해 행하는 행위	0.69*	0.67*
심리/사회	환경 관리	통증을 최소화하는 편안하고 안전한 주위환경을 조성하기	0.81	0.77

* 간호사와 의사간의 ICV점수 0.75(80% 합의률) 불일치 항목

※ 간호사와 의사 모두 ICV점수 0.75(80% 합의률) 미만인 항목

4. 최종 통증 중재

총체적 통증 개념에 기반된 예비 통증 중재에 대한 간호사와 의사의 불일치 항목에 대해서는 동일한 전문가 집단(n=37명)에게 재의뢰하는 Delphi 기법을 통해 내용타당도를 검증하였으며, 연구팀원간의 합의를 통해 보완·도출된

최종적인 통증 중재를 제시하면 <표 4>와 같다. Delphi 기법을 통한 4차 타당도에서도 3차 타당도에서 간호사와 의사의 불일치를 보였던 6항목 모두 여전히 불일치를 보였다. 따라서, 본 연구팀은 호스피스 기본 철학과 총체적 통증 개념에 기반하여 불일치를 이룬 항목을 선택적 중재로 변경하여 최종 프로토콜을 개발하였다.

<표 4> 최종 통증 중재

통증		
정의 : 신체적 고통 또는 괴로움이 지속되는 것		
간호목표 : 낮에는 휴식이 가능하고, 운동시에는 편안하며, 밤에는 수면할 수 있다.		
관련요인 : 생물학적 손상(압 전이, 감염, 부종, 복부팽만, 장폐색), 물리적 손상(부동, 골절), 심리적 손상(불안, 우울), 영적 손상(죽음에 대한 두려움)		
중상 : 급성 또는 만성 통증		
자원	중재명	정의
주요		
신체	통증 조절	상처나 상해에 대한 반응관리
	-통증사정	통증도구(예 : 10점 척도)를 이용하여 통증 정도를 파악하는 활동 1단계 : pontal, acetaminophen, naxen, tridol, tridol retard, ibuprofen, tarasyn, aspirin, talwin
신체	-투약(처방된 약물의 투여)	2단계 : codein, tacopen, myprodol, oxycontin(10mg), DHC 3단계 : ms-contin, oxycontin(40mg), durogesic patch, morphine 항우울제 : etravil 항불안제 : xanax
	-채위변경	통증을 최소화하기 위한 채위 유지
신체	-배변관리	변 배설의 규칙적 양상을 설정하고 유지하기
신체	약물 부작용 관리	투약된 약물로 인하여 기대하지 않았던 상태 또는 반응에 대한 조절(예 : 변비, drowsiness)
신체	정서적 지지	막연한 걱정, 공포, 불길한 예감 및 불안감을 최소화하기 위해 제공되는 중재활동
심리/사회	-함께 있기	필요할 때 대상자 곁에 있어주기(예 : 적절한 침묵 사용하면서, 관심 표현 격려하기)
심리/사회	-적극적 경청	환자의 말과 무언의 메시지를 주의깊게 살피고 의미를 찾기(예 : 비언어적 메시지와 감정 청취하기)
심리/영적	-희망주입	주어진 상황에서 긍정적으로 생각하도록 돕기(예 : 내세적 소망 공유하기)
신체	의사 협진 및 의뢰	효과적인 통증 조절을 위한 의사와의 의사소통
신체	응급 상황 관리	갑작스럽고 기대하지 않은 문제를 관리하기 위한 활동(예 : 긴급호출 방법 교육)
선택		
신체	가스 생성 감소	가스 형성을 예방 및 가스 배출 촉진하기
신체	활력징후	혈압, 맥박, 체온, 호흡의 측정 및 관리
영적	영적 지지	초월적인 힘(절대자)과의 균형, 관계성을 느끼도록 돕기(예 : 종교적 자원 이용 격려)
신체	수면돕기	취침/기상시간의 규칙화를 도모하고, 수면을 돕기 위한 활동(예 : 따뜻한 음료제공)
신체	열/냉찜질	통증, 근육경련 또는 염증을 줄이기 위해 열 또는 냉기로 피부와 그 하부조직을 자극하기
신체/심리	단순마사지	통증을 줄이고, 긴장을 완화시키며, 혈액순환을 촉진시키기 위해 지압의 강도를 조정해가며 피부와 하부조직을 자극하기
신체/심리	이완요법	통증, 근육경련 또는 불안과 같은 바람직하지 못한 증상들을 줄이기 위하여 긴장완화를 위한 기술을 사용하기
신체	방사선치료 간호	통증조절을 위한 방사선 치료에 대한 반응을 관리하기 위해 행하는 행위
심리/사회	환경 관리	통증을 최소화하는 편안하고 안전한 주위환경을 조성하기(예 : 소음 차단하기)

V. 논 의

본 연구는 말기 환자를 위한 최선의 대안으로 제시된 (Saunders, 1962) 호스피스에서 가장 중요하고 공통적인 문제인 통증을 관리하기 위한 중재 개발 연구로서, 간호사와 의사의 인식 차이를 서술하고 상호 보완적 팀 접근을 통한 최선의 통증 중재를 제시하기 위한 연구이다. 본 연구는 말기 암환자들의 통증을 이해함에 있어 기존의 단편적인 개념들에서 벗어나 총체적인 통증 개념으로 이해할 뿐 아니라, 인간을 전인적으로 보는 관점에 입각하여 효과적인 통증 관리를 위한 중재를 개발하였다. 이러한 연구는 선행 연구에서 시도되지 않았던 것으로서 말기 환자의 총만한 삶과 삶의 질에 그 목표를 두는 호스피스의 철학과 일치한다. 또한, 부분의 합이 아닌 통합체로서의 인간은 몸, 마음, 영혼이 밀접한 유기적 관계를 형성하고 있으며 각 영역의 변화는 서로 다른 영역에 영향을 주게 된다는 간호학적 관점에 기반한다.

따라서 본 연구에서 제시된 통증 중재는 통증의 신체적 측면 뿐 아니라 심리, 사회, 영적 측면을 포함하는 총체적 통증 개념들을 근간으로 하여 총 22개 항목의 통증 중재를 예비 프로토콜에서 제시하였다. 이 과정에서 말기 암환자 통증 관리를 위한 대체·보완요법에 대한 논의가 있었으나 그 효과에 대한 과학적인 입증이 되지 않은 상태이므로 예비 프로토콜에서 제외할 것에 합의를 이루었다. 전체 전문가 중 90% 이상이 간호사로 이루어진 1~2차 전문가 내용 타당도 단계를 통하여 총 19개의 중재로 수정되었으며, '통증 사정'을 비롯한 신체적 측면에서의 중재 11개, 신체/심리적 측면 4개, 심리적 측면 1개, 심리/사회적 측면 4개, 심리/영적 측면 1개, 영적 측면 1개 항목이었다. 간호사 23명(62.2%)과 의사 14명(37.8%)이 참여한 3차 타당도 후 간호사와 의사의 불일치 항목은 6항목이었다. 즉, 간호사와 의사가 합의를 80%(ICV점수 0.75)에 도달하지 못한 항목은 '가스생성 감소, 활력징후, 영적 지지, 수면 돕기, 단순마사지, 이완요법'이었다. 의사 그룹에서는 신체적 영역에서의 '가스생성 감소, 활력징후, 열/냉찜질과 방사선 치료 간호', 신체·심리적 측면의 '단순마사지와 이완요법', 영적 측면의 '영적 지지'로 총 7항목이었고, 간호사 그룹은 신체적 측면에서의 '수면돕기, 열/냉찜질, 방사선치료 간호' 3항목에서 80% 이하의 합의를 보였다.

두 그룹간의 불일치 항목 중, '가스생성 감소, 활력징후, 영적 지지, 단순마사지, 이완요법'의 5항목에서 의사 그룹 ICV 점수 0.75미만을 나타냈다. 그러나 연구팀의 합의하에 이러한 중재를 총체적 통증 개념에 근거한 통증 중재에 포함시킨 근거는 다음과 같다. '가스 생성 감소'는 대부분의 말기 환자들이 경험하는 가스로 인한 통증을 완화시키기 위한 중재로서 이미 기존 연구 결과에서 밝혀진 바이다. 즉, 말기암 환자에 있어서 통증은 한 부위나 2 부위 이상일 수 있으나 한 부위인 경우가 45% 정도이며, 통증이 가장 많이 발생하는 부위는 복부로서 전체의 28.9%이다. 이러한 복부 통증은 암의 발생 또는 전이 부위와 상관없는 것이라는 최숙경(1997) 연구 결과와 541개의 호스피스 기록지 분석 결과를 통해 필요한 중재로서 포함되었다. '활력 징후'는 완전하지는 않지만 통증의 객관적 상태를 판단할 수 있는 기준으로서 이용할 수 있는 척도로 인정되어 중재에 포함되었다. 또한, '영적지지'는 호스피스 환자와 같이 죽음에 임박한 대상자들은 영적 측면이 가장 최우선적인 요구라는(조인향, 2002) 인식에 기인하며, 죽음에 대한 두려움의 표현으로서 조절되지 않는 통증이 나타나므로(이원희, 2000) 말기 환자의 통증 중재로 필수적이다. '단순 마사지와 이완요법'은 통증 관리를 위한 신체/심리적 중재로서 제시되었으며, 신체적 이완을 통하여 심리적 통증도 관리할 수 있는 중재 방법으로서 제시되었다.

의사 그룹에서 낮은 합의율을 나타낸 항목을 재분석하면 신체적 영역에서의 '가스 생성 감소와 활력 징후', 영적 측면에서의 '영적 지지', 신체/심리 측면에서의 '단순마사지와 이완요법'을 들 수 있다. 그 결과를 볼 때, 호스피스에 참여하는 호스피스 전문가라 할지라도 대상자의 신체적 영역에 국한해서 보는 의학적 관점을 고수하고 있음을 알 수 있었다. 즉, 전체의 64.3%가 임상경력이 16년 이상이고 말기 환자의 고통을 완화하고 삶의 질을 향상시키기 위한 호스피스에 참여하지만, 말기 환자들이 경험하는 통증을 총체적 통증으로 보지 않고 의학적인 파라다임으로만 인식한다는 한계를 보였다. 이와 같은 결과는 의사와 간호사의 통증에 대한 지식과 태도가 효과적인 통증 관리에 미흡함을 지적하고, 의사와 간호사에게 통증 관리에 대한 교육을 시행한 후 두 그룹의 지식과 태도의 변화를 본 권인각(1999)의 연구결과와 일맥상통한다. 교육 후, 의사 군에서는 지식은 향상되었으나 태도는 변화하지 않은 반면에 간

호사 군에서는 교육 전에 비해 통증 관리에 대한 지식과 태도가 유의하게 향상되었다. 또한 의료의 대상자인 인간을 통합된 한 인간으로 인식하고 그에 따른 통증 중재를 제공하기 위해서는 의사에 대한 지식적 교육보다는 인식의 변화를 가져올 수 있는 의사 교육 과정이 필요하다는 Von Roenn 등(1993)의 연구결과와 유사한 결과이다. 호스피스 철학의 철학과 대상자들의 실제적 문제에 대한 인식을 돕기 위해 수행되는 호스피스 교육을 이수한 간호사가 82.6%인 반면에 의사 비율이 7.1%와 관계가 있는 것으로 보이므로 호스피스 철학에 기인된 인식의 전환을 유도할 수 있는 의사 교육 프로그램이 강구되어야 할 것이다.

간호사와 의사 그룹간의 불일치 항목중 간호사 그룹에서 낮은 점수를 보인 항목은 신체적 측면의 '수면 돕기'였으며, 말기 환자들은 통증으로 인해 많은 경우에 수면 장애를 경험하며 수면 장애로 인해 통증이 더 가중되므로 수면 돕기는 통증 중재로서 포함되어야 한다. 그러나 수면을 이루는 그 자체가 통증이 완화된 근거가 되지는 않는다는 통증에 대한 지식도 필요하다(이은옥 외, 1999). 이러한 결과는 간호사는 의사에 비해 통증에 대한 지식이 부족하다는 선행연구(서순림 외, 1995; McCaffery 외, 1990; 이은옥 외, 1999)와 일치하는 결과로 볼 수 있다.

따라서 본 연구에서는 간호사와 의사에서 의견의 불일치를 이룬 6 항목 중 주요중재에 포함되었던 '가스생성 감소, 활력징후, 영적지지' 항목을 선택적 중재로 변경하였으며, 선택적 중재에 포함되었던 '수면돕기, 이완요법, 단순마사지'는 변함없이 선택적 중재에 포함시켰다.

본 연구결과를 통하여 효과적으로 말기 환자 통증을 관리하기 위해서는 통합된 전인적 관점으로 인간을 보는 간호사와 인간의 신체적 측면에서의 통증에 대한 지식이 상대적으로 높은 의사 그룹간의 상호 협력이 필수적이라는 결론에 도달할 수 있다. 이러한 결과는 Bostrom, Hinic, Lundberg와 Fridlund(2003)의 간호사 중심 또는 의사 중심의 말기 암환자 돌봄을 비교했을 때 통증강도·통증의 특성 및 건강관련 삶의 질에는 유의한 차이가 없었으나 간호사 중심에서 생존 기간이 유의하게 증가되었다는 결과와 연관하여 볼 때 상호 보완적 팀 접근을 통해서만 효과적인 통증 중재를 제공할 수 있다. 또한 어떤 문화에서든 간호사와 의사의 상호협력을 통해서 의료의 질과 의료비용의 효율성을 가져올 수 있다는 Rosenstein(2002)의 연구를 뒷

받침한다.

결론적으로 간호사와 의사의 상호협력과 총체적 통증 개념에 입각한 중재는 의사나 간호사의 판단에 의한 의료인 주도의 지속적인 통증 조절에서 환자 중심의 통증 관리를 가능하게 함으로써 대상자의 자율성에도 크게 영향을 주어(Clark, 1999) 말기 암환자의 자율성과 긍정적인 자아 개념 형성에 기여할 것이다. 이러한 과정을 통해 결국 말기 암환자 돌봄의 궁극적인 목표인 끝까지 통증 없이 충만하고 편안한 삶을 유지·증진할 수 있다.

VI. 결론 및 제언

총체적 통증 개념에 근거하여 간호사와 의사의 팀 접근을 통한 말기 암환자 통증 중재 개발 연구이다. 본 연구에서 개발된 최종적인 말기 암환자 통증 중재는 총 19개 중재로서 신체적 측면 12개, 신체/심리적 측면 2개, 심리/사회적 측면 3개, 심리/영적 측면 1개, 영적 측면 1개이다. 이중 주요 중재는 '통증 사정, 투약, 체위변경, 배변 관리, 약물 부작용 관리, 의사 협진 및 의뢰, 응급상황 관리'의 신체적 측면 7개 중재와 '함께 있기, 적극적 경청'의 심리 사회적 측면 2개, '적극적 경청'의 심리/영적 측면 1개를 포함한 10개 중재이며, 선택적 중재는 9개이다. 본 연구는 말기 암환자 통증 관리를 위해서는 팀 접근이 필수적이라는 인식하에, 간호사와 의사의 통증 중재에 대한 상호간의 견해의 차이를 조정·보완하여 합의된 통증 중재를 개발하였다.

간호사와 의사간의 팀 접근과 학제간 협력은 비용을 감축할 수 있을 뿐 아니라 의료의 질과 팀의 효율성을 증진할 수 있는 원천이 된다. 간호사와 의사는 동일한 대상자의 건강과 삶의 질 향상을 위해 상호 협력이 필수적인 협력 공동 전문가이다. 특히 말기 암환자를 돌보는 호스피스에서는 다학제간의 팀 접근을 원칙으로 하므로, 팀의 핵심이 되는 의사와 간호사간의 인식의 일치와 상호협력은 매우 중요하다. 따라서 의사의 통증기전과 약물에 대한 지식과 간호사의 전인적 인간을 보는 관점을 바탕으로 한 총체적 통증 개념에 대한 이해와 같은 상호 장점을 이해하고, 상호 보완을 위한 지속적인 노력을 통해 호스피스 말기 환자들의 통증을 최소화하고 보다 효율적인 의료를 제공할 수 있을 것이다.

참고문헌

- 권인자(1999). *의료인과 환자에게 제공된 통증 교육이 암환자 통증 관리에 미치는 효과*. 서울대학교 박사학위논문.
- 노유자, 김남초, 홍영선, 용진선(2001). 호스피스 병동에 입원한 말기 암환자의 통증에 영향을 미치는 요인. *대한간호학회지*, 31(2), 206-220.
- 서순림, 서부덕, 이현주(1995). 통증 환자의 사정과 중재에 대한 간호사의 지식과 태도. *성인간호학회지*, 6(2), 236-250.
- 서순림, 정복례, 박진미(1996). 간호사와 의사의 악성 종양성 통증관리 실태. *경북의대지*, 37(3), 399-418.
- 이소우, 이은옥, 박현애, 오효숙, 안효섭, 허대석, 윤영호, 김달숙, 노유자(1998). 가정 호스피스케어 환자 방문 간호 조사분석. *한국호스피스완화의료학회지*, 1(1), 39-46.
- 이원희(1999). 간호사의 암환자 통증관리 교육 프로그램 개발 및 효과. *성인간호학회지*, 11(4), 718-729.
- 이원희(2000). 말기 암환자의 총체적 고통. *한국호스피스완화의료학회지*, 3(1), 60-73.
- 이원희, 이창걸(2003). *가정 호스피스 프로토콜 개발*. 보건복지부 암정복 연구.
- 이은옥, 허대석, 김순자, 김열홍, 윤성수, 권인자, 조석구, 박명희, 박정윤(1999). 통증 관리에 대한 의사와 간호사의 지식과 태도 비교. *한국호스피스완화의료학회지*, 2(1) 7-15.
- 조인향(2002). *암환자 인식에 관한 연구 : 간호사, 의사를 중심으로*. 한양대학교 석사학위논문.
- 최숙경(1997). 호스피스 병동에 입원한 말기암환자의 통증 관리. *호스피스논집*, 2, 14-22.
- 통계청(2002). *사망원인 통계연보*, 서울 : 통계청.
- 한국호스피스 완화의료학회(2003). *편안한 죽음 - 호스피스 안내* -. 서울 : 한국의학원.
- Baggs, J. G., Shmitt, M. H., Mushlin, A. I., Eldregde, D. H., Oakes, D., Hutson, A. D. (1997). Nurse-physician collaboration and satisfaction with the decision-making process in three critical care units. *American J of Critical Care*, 6, 393-399.
- Baumrucker, S. (1998). Management of intestinal obstruction in hospice care. *American J of Hospice & Palliative Care*, 4, 232-235.
- Benoliel, J. Q. (1995). Multiple meanings of pain and complexities of pain management. *Nurs Clin North Am*, 30(4), 583-96.
- Bostrom, B., Hinic, H., Lundberg, D., Fridlund, B. (2003). Pain and health-related quality of life among cancer patients in final stage of life : a comparison between two palliative care teams. *J of Nursing Management*, 11, 189-196.
- Bruera, E., McDonald, R. N. (1988). Nutrition in patients advanced cancer : An update and review of our experiences. *J of Pain and Symptom management*, 3, 133-140.
- Clark, D. (1999). 'Total pain', disciplinary power and the body in the work of Cicely Saunders, 1958-1967. *Social Science & Medicine*, 49, 727-736.
- Elliott, T. E., Murray, D., Elliott, B., Braun, B., Oken, M., Johnson, K., Post-White, J., Lichtblau, L. (1995). Physician knowledge and attitude about cancer pain management : A survey from the Minnesota cancer pain project. *J of pain & symptom management*, 10(7), 494-504.
- Fehring, R. J. (1987). Method to validate nursing diagnosis. *Heart & Lung*, 16(6), 625-629.
- Fife, B. L., Irick, N., Painter, J. D. (1993). A comparative study of the attitude of physicians and nurses toward the management of cancer pain. *J of Pain and Symptom Management*, 8(3), 132-139.
- Hojat, M, Gonella, J. S., Nasca, T. J., Field, S., Cicchetti, A., Scalzo, A., Taroni, F., Amicosante, A., Macinati, M., Tanqucci, M., Liva, C., Ricciardi, G., Eidelman, S., Admi, H., Geva, H., Mashlach, T. (2003). Comparisons of American, Israeli, Italian and Mexican physicians and nurses on the total and factor scores of the Jefferson scale of attitudes toward physician-nurse collaborative relationships. *International J of Nursing Studies*, 40, 427-435.
- Hojat, M., Gonella, J. S., Veloski, J. J., Louis, D. Z., Nasca, T. J., Rattner, S. L. (2000). Physicians' perceptions of the changing health care system : comparisons by gender and specialties. *J of Community Health*, 25, 455-471.
- Levin R. F., Krainovitch B. C., Bahrenburg E., Mitchell C. A. (1989). Diagnostic content validity of

- nursing diagnoses. *Image J Nurs Sch*, 21(1), 40-4.
- McCaffery, M., Ferrell, B., O'Neil-Page, E., Lester, M., Ferrell, B. (1990). Nurses' knowledge of opioid analgesic drugs and psychological dependence. *Cancer Nurs*, 13(1), 21-7.
- McCloskey, J. C., Bulechek, G. M.(3rd Eds.). (2000). *Nursing Interventions Classification(NIC)*. Philadelphia : Mosby.
- Muir J. C., Krammer L. M., Cameron J. R., Von Gunten C. F. (1999). Symptom control in hospice-state of the art. *Hospice Journal*, 14(3-4), 33-61.
- Rosenstein, A. H. (2002). Nurse-physician relationship : impact on nurse satisfaction and retention. *American J of Nursing*, 102, 26-34.
- Saunders, C. (1962). And from sudden death. *Nursing Times*, 17. August, 1045-46.
- Twycross R. G., Lack, S. A. (1983). *Symptom control for advanced cancer: Pain relief*. London : Pitman.
- Von Roenn, J. H., Cleeland, C., Gonin, R., Hatfield, A., Pandya, K. (1993). Physician attitudes and practice in cancer pain management : A survey from the estern cooperative group. *Annals of Internal Medicine*, 119, 121-126.
- Ward, S. E., Carlson-Dakes, K., Hughes, S. H., Kwekkeoom, K. L., Donovan, J. S. (1998). The impact on quality of life patient-related barriers to pain management. *Research in nursing & Health*, 21, 405-413.
- Weitzner, M., Moody, L., McMillan, S. (1997). Symptom management issues in hospice care. *American J of Hospice & Palliative Care*. 4, 190-195.

Pain Interventions for Patients with Terminal Cancer Using Team Approach

Lee, Won Hee¹⁾ · Lee, Mi Ra²⁾ · Lee, Chang Geol³⁾ · Kim, Young Jin⁴⁾

1) Professor College of Nursing, Yonsei University, 2) Doctoral candidate, College of Nursing, Yonsei University

3) Professor College of Medicine, Yonsei University, 4) Instructor, Department of nursing, Yonsei University in Wonju

Purpose: This study investigated differences in perspectives of cancer pain management between nurses and physicians as characterized by interventions for multidimensional pain symptoms in patients diagnosed with terminal cancer. **Method:** 23 nurses and 14 physicians, Korea's best hospice specialty groups, were asked to choose relevant interventions for cancer pain using clinical protocol questionnaire consisting of physical, psychosocial, and spiritual interventions. A clinical protocol questionnaire was drawn up by examining the records of the terminal patients in one of the home hospice organizations and by reviewing relevant nursing interventions and medical treatments in literatures. **Result:** Significant differences concerning the perspective were found. Physicians scored the importance of psychosocial and spiritual interventions significantly lower than nurses. The nurses identified various of the non-pharmacological interventions for cancer pain management in terminal stage. **Conclusion:** The results are discussed in light of psychosocial and spiritual dimensions regarding perspective differences in pain management. These findings indicate the need for collaborative team approach in hospice care. Further study is needed on the effectiveness of multi-dimensional pain and non-pharmacological interventions in terminal patients.

Key words : Intervention, Team approach, Cancer Pain, Terminal care

• Corresponding author : Lee, Won Hee

College of Nursing, Yonsei University

134, Sinchondong, Seodaemun-gu, Seoul 120-749, Korea

Tel : 82-2-361-8143, E-mail : leewhn508@yumc.yonsei.ac.kr