



저작자표시-비영리-변경금지 2.0 대한민국

이용자는 아래의 조건을 따르는 경우에 한하여 자유롭게

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

다음과 같은 조건을 따라야 합니다:



저작자표시. 귀하는 원저작자를 표시하여야 합니다.



비영리. 귀하는 이 저작물을 영리 목적으로 이용할 수 없습니다.



변경금지. 귀하는 이 저작물을 개작, 변형 또는 가공할 수 없습니다.

- 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](#)

정 명 실 교수 지도
석사학위 청구논문

노인요양병원 간호사의 통증
사정과 관리 및 근거기반 실무에
대한 태도

2017

성신여자대학교 대학원

간 호 학 과

김 수 은

노인요양병원 간호사의 통증
사정과 관리 및 근거기반 실무에
대한 태도

정 명 실 교수 지도

이 논문을 석사학위 논문으로 제출함

2017년 5월

성신여자대학교 대학

간 호 학 과

김 수 은

인 준 서

김수은의 석사학위 논문으로 인준함

2017년 5월

심사위원장 _____ (인)

심 사 위 원 _____ (인)

심 사 위 원 _____ (인)

성신여자대학교 대학원

감사의 글

시간이 언제 지나갔는지도 모르게 최선을 다하다보니 여기까지 올 수 있었습니다. 처음 시작했을 때보다 많은 지식과 겸손함을 배울 수 있는 소중한 시간들이었습니다.

이 논문이 완성되기까지 처음부터 세심한 지도와 격려로 부족한 저를 이끌어 주신 정명실 지도교수님께 존경과 감사드립니다. 바쁘신 중에도 세심한 의견주시며 논문 심사 해주신 양승애 교수님, 임경춘 교수님께 머리 숙여 정말 감사드립니다. 그리고 대학원 생활을 통해 많은 가르침을 주셨던 모든 간호학과 교수님들께도 감사를 드립니다.

인증평가 중임에도 불구하고 자료수집에 협조해 주신 13개의 요양병원 선생님들께도 감사드리며, 석사과정을 하면서 한 교실에서 지지해주고 함께 해 준 성신여대 교우들 그 중에서 특히 학교 입학부터 지금까지 힘든 순간을 서로 위로하고 격려하면서 함께해준 이은석 선생님께 감사드립니다.

저를 항상 응원해 주신 부모님과 많은 용기와 지지를 해준 사랑하는 동생들에게도 고맙다는 말을 전합니다. 또한 끊임없는 격려와 지지로 든든한 울타리가 되어준 나의 모든 친구들에게도 감사드립니다.

오늘의 결실을 맺기까지 도움을 주시고 응원해주신 모든 분들께 감사드리고 열심히 노력하는 모습으로 보답하겠습니다.

2017년 6월

연구자 김수은 올림

논문개요

본 연구의 목적은 노인요양병원 간호사의 통증사정과 관리 및 근거기반 실무에 대한 태도를 파악하기 위한 서술적 조사연구이다.

본 연구의 대상은 경상북도에 100병상 이상 노인요양병원에 근무하는 간호사 241명을 대상으로 하였다. 자료수집은 연구자가 직접 구조화된 설문지를 가지고 노인요양병원에 방문하여, 2017년 1월 1일부터 2월 28일까지 실시하였다.

연구도구 중 근거기반 통증사정과 관리 수행도는 홍성정과 이은주(2012)가 국내타당성을 조사한 RNAO (2007) 가이드라인을 김희량 등(2016)이 수정·보완한 것을 사용하여 측정하였으며, 근거기반 실무태도는 Aarons (2004)가 개발하고 홍인화와 은영(2015)이 수정한 것을 사용하여 측정하였다.

수집한 자료는 SPSS WIN 22.0 프로그램을 이용하여 빈도분석, 기술통계 분석, t-test, ANOVA, Scheffe test, Pearson's correlation coefficient으로 분석하고, 신뢰도는 Cronbach's α 계수로 산출하였다.

본 연구의 주요 결과는 다음과 같다.

1. 통증사정 권고사항 수행도가 높은 항목은 통증사정기록(3.67 ± 0.59), 통증재사정(3.66 ± 0.65), 통증사정 파라미터(3.65 ± 0.65)에서 수행도가 높았다. 반면에 통증사정결과에 대한 의사소통(3.07 ± 0.67), 광범위한 통증사정(3.24 ± 0.74)이 다른 권고사항에 비해 수행도가 낮았다.
2. 통증관리 권고사항에서 수행도가 높은 항목은 효과적인 기록에 대한 수

행도(3.62 ± 0.74), 마약성 진통제에서 흔하게 나타나는 오심·구토에 대한 수행도(3.58 ± 0.60)이었다. 수행도가 낮은 항목은 통증관리 계획수립 항목에서 수행도(2.83 ± 0.76)와 약물적 관리에서 적절한 진통제 선택에 대한 수행도(2.94 ± 0.73)이었다.

3. 근거기반 실무에 대한 태도에서는 전체 평균 5점 만점에 3.15 ± 0.67 점이었다. 가장 태도가 높은 항목은 ‘내가 그것을 정확하게 상용하는 방법을 충분히 배웠다고 느끼면 적용할 것이다’가 3.65 ± 0.88 점, ‘이치에 맞다고 생각되면 적용될 것이다’가 3.37 ± 0.95 점이었고, ‘나는 대상자를 돕기 위해서 새로운 유형의 치료나 중재를 사용하는 것을 좋아한다’는 2.96 ± 0.97 점, ‘직관적으로 호감이 생긴다면 적용할 것이다’는 2.92 ± 1.00 점으로 낮았다.
4. 일반적 특성에 따른 통증사정 수행도는 유의한 차이가 없었다. 노인요양병원 근무특성에 따라서는 근무유형($F=3.13, p=.009$), 초과근무시간($F=3.95, p=.020$)에 따라 유의한 차이가 있었다. 통증관리 특성에서는 통증경험 있는 군($t=3.24, p=.001$), 통증관리교육이 필요하다고 한 군($t=4.39, p<.001$), 근거기반 통증관리 간호지침에 대해 알고 있는 군($t=3.50, p=.001$), 임상통증관리 지침을 준수하고 있는지에($F=3.48, p=.033$) 따라서 차이가 있었다.
5. 일반적 특성에 따른 통증관리 수행도는 직위($F=3.72, p=.026$)에 따라서 유의한 차이가 있었다. 통증관리 특성에 따라서는 통증교육 경험 유무($t=4.38, p<.001$), 통증관리교육이 필요하다고 한 군($t=3.97, p<.001$), 근거기반 통증관리 지침을 알고 있는 군($t=3.10, p=.002$), 통증관리 지침

을 임상에서 항상 준수하는 군이 다른 군보다 통증 수행도가 유의하게 높았다($F=3.41, p=.035$).

6. 일반적 특성에 따른 근거기반 실무에 대한 태도는 결혼상태($t=2.07, p=.039$), 이전병원 근무경력이 있는 군($t=2.08, p=.038$)에서 유의한 차이를 보였다. 노인요양병원 근무특성에 따라서는 현 요양병원 규모($F=3.83, p=.023$)와 근무유형($F=2.70, p=.021$)에서 유의한 차이를 보였다. 또한 호스피스병동이 있는 요양병원에서 근무하는 간호사가 그렇지 않은 간호사보다 긍정적인 태도를 보였다($t=2.18, p=.030$). 통증관리 특성에 따라서는 유의한 차이가 없었다.
7. 통증사정 수행도와 통증관리 수행도는 유의한 양의 상관관계가 있는 것으로 나타났으며($r=.75, p<.001$), 근거기반 실무에 대한 태도는 통증사정 수행도($r=.24, p<.001$)와 통증관리 수행도($r=.25, p<.001$)와의 유의한 양의 관계를 보여주었다.

결론적으로 근거기반 통증사정 및 관리에 대한 간호사의 통증사정 수행도(3.46 ± 0.48)는 통증관리 수행도(3.32 ± 0.52)보다 전반적으로 높았으며, 통증사정 결과에 대한 다학제팀과의 의사소통 부재로 인해 통증관리 계획수립이 제대로 이루어지지 않았다. 이를 위해 다학제팀과의 다양한 의사결정에 활용할 수 있는 통증사정과 관리에 대한 표준화된 양식의 개발 및 확산이 필요하고, 노인요양병원 간호사가 독자적 기능을 할 수 있는 비약물적 통증관리에 대한 프로그램 개발이 필요하다. 또한 노인요양병원 간호사는 근거기반 실무에 대해 소극적인 태도를 보이고 있어 지속적인 교육을 통해 근거기반 실무에 대한 인식을 개선하고 임상 적용성을 높이는 것이 필요하다.

목 차

논문개요

I. 서 론	1
1. 연구의 필요성	1
2. 연구의 목적	4
3. 용어의 정의	4
II. 문헌고찰	6
1. 노인의 통증	6
2. 간호사의 통증사정, 통증관리 및 태도	8
3. 근거기반 실무태도	11
4. 근거기반 간호실무 가이드라인	12
III. 연구방법	17
1. 연구 설계	17
2. 연구 대상	17
3. 연구 도구	17
4. 연구의 윤리적 측면	19
5. 표본의 크기 및 자료 수집기간	20
6. 자료 분석	20
7. 연구의 제한점	21

IV. 연구결과	22
1. 대상자의 일반적 특성, 요양병원 근무특성, 통증관리 특성	22
2. 제 연구변수의 기술통계	29
3. 대상자의 일반적 특성, 요양병원 근무특성 및 통증관리 특성에 따른 통증사정과 관리 수행도 및 근거기반 실무에 대한 태도	34
4. 통증사정과 관리 수행도 및 근거기반 실무에 대한 태도의 상관관계	46
V. 논의	47
VI. 결론 및 제언	55
VII. 참고문헌	
VIII. ABSTRACT	
IX. 부 록	

표 목 차

<표1> 근거기반 통증사정 및 관리 가이드라인 신뢰도	18
<표2> 대상자의 일반적 특성	23
<표3> 대상자의 노인요양병원 근무특성	26
<표4> 대상자의 통증관리 특성	28
<표5> 근거기반 통증사정 및 관리 수행도 기술적 통계분석	31
<표6> 근거기반 실무에 대한 태도의 기술적 통계분석	33
<표7> 일반적 특성에 따른 통증사정 수행도	35
<표8> 일반적 특성에 따른 통증관리 수행도	36
<표9> 일반적 특성에 따른 근거기반 실무에 대한 태도	37
<표10> 노인요양병원 근무특성에 따른 통증사정 수행도	39
<표11> 노인요양병원 근무특성에 따른 통증관리 수행도	40
<표12> 노인요양병원 근무특성에 따른 근거기반 실무에 대한 태도	41
<표13> 통증관리 특성에 따른 통증사정 수행도	43
<표14> 통증관리 특성에 따른 통증관리 수행도	44
<표15> 통증관리 특성에 따른 근거기반 실무에 대한 태도	45
<표16> 통증사정과 관리 수행도 및 근거기반 실무에 대한 태도의 상관관계	46

I. 서론

1. 연구의 필요성

우리나라의 생활수준이 높아지고, 보건의료서비스가 발달되면서 고령화 속도는 세계 어느 나라보다 빠르게 진행되고 있다(장성옥, 2007). 우리나라 65세 이상 노인인구는 2009년 5,163천명에서 2016년 6,585천명으로 13.4% 증가하였고, 2026년에는 노인인구가 10,218천명으로 20.8%에 도달하여 초고령 사회로 빠르게 진행될 것으로 전망되고 있다(통계청, 2016). 국내 요양병원의 수는 2002년 54개소에서 2016년 1,428개소로 약 26.4배 증가하였다(건강보험공단, 2016). 이러한 요양병원의 양적팽창은 질 높은 서비스의 요구로 이어졌고(이선희, 2009), 중요한 질 지표 중 통증은 노인들의 삶의 질을 저하시키는 주요한 요인이다(조현주 & 권소희, 2016; 최소영, 2004).

전체 노인 인구의 89.2%는 하나 이상의 만성질환을 가지고 있고(보건복지부, 2014), 노인의 만성질환으로 89%는 통증을 경험한다고 보고되고 있다(Herr, 2011). 미국 노인병학회(American Geriatrics Society, 2009)에서는 장기요양시설의 45~80%가 통증을 경험하고, 노인의 45%~80%는 하루에도 다양한 통증 강도를 경험하고 있다(Molony, Kobayashi, Holleran, & Mezey, 2005). 우리나라의 경우 류언나와 박경숙(2011)의 치매노인을 대상으로 한 통증사정 연구에서 약 80%가 통증 경험이 있고, 통증 유발 질환은 64%가 관절염이었다. 또한 조현주와 권소희(2016)의 노인을 대상으로 한 통증 실태 연구에서 80.5%가 통증을 경험하고, 허리통증을 33.5%로 가장 많이 호소하는 것으로 보고되고 있어 노인환자에 있어서 통증관리는 중요한 문제이다.

일반적으로 통증은 개인이 느끼는 주관적 증상이지만 대부분의 노인 환자는 통증을 노화로 생기는 것을 당연하다고 생각해 의료인에게 통증을 표현하지

않고 있다(Chen, Hayman, Shmerling, Bean, & Leveille, 2011). 선행연구에서 부적절한 통증관리는 수면장애, 우울증, 치유감소, 신체적 기능 감소, 삶의 질 감소에 영향을 미친다(Horgas, 2005; Frampton, 2003). 그러나 통증관리가 효율적으로 이루어지면 환자는 불안이 감소되고, 편안함과 만족도에도 긍정적인 영향을 주기 때문에(Chan & Leung, 2005) 환자와 가장 밀접하게 지내는 간호사는 노인의 통증을 적극적으로 정확하게 사정, 관리할 필요가 있다(김은경 & 박명화, 2012; 이경미 & 송준아, 2016; 이혜진 & 김계하, 2014).

노인 환자를 돌보는 대부분의 간호사는 노인환자의 통증으로 인한 행동을 구분하는데 어려움이 있고(Cohen-Mansfield & Creedon, 2002), 간호사는 노인 환자의 통증을 과소평가하는 경우가 많으며(김은경 & 박명화, 2012; Ruzicka, Sanchez-Reilly, & Gerety, 2007), 환자가 호소하는 통증을 평가하는데 자신의 판단에 더 의존하고 있다(송승순 & 박재순, 2010). 조현주와 권소희(2016)의 노인 통증관리 실태 연구에서 환자의 통증호소를 그대로 수용한다는 경우는 22.3%에 불과하고, 재가암 환자의 통증에 대한 연구(권인각, 황문숙, & 김지현, 2002)에서도 의료진의 주관적인 기준에 의해 환자의 통증이 해석되어지고 있다.

또한, Reed-Ash (1982)는 “통증관리는 환자가 통증에 대해서 어떤 인식을 가지고 있는가 보다는 오히려 의료인들이 통증관리에 대해서 어떤 태도를 가지고 있는가에 의해서 더욱 좌우된다” 라고 함으로써 통증간호의 수행에 영향을 주는 중요한 요인을 간호사의 태도라고 하였다. 통증에 대해 느끼는 정도와 강도는 개개인에 따라 다르기 때문에 개인별로 다르게 접근해야 한다(신원안, 2011). 그러나 통증관리에 있어서 의료진의 진통제 사용에 대해 부정적이고(김희진, 박인숙 & 강경자, 2012), 진통제 사용에 대해 주저하고 염려하는 소극적인 태도를 보였다(김선화 & 박상연, 2012). 따라서 간호사는 적극적인 태도와 환자가 호소하는 통증을 경청하고 올바르게 사정되어야 한다.

간호사의 임상 실무수행은 최상의 근거를 확인하고 평가함으로써 환자에게 양질의 간호를 제공하기 위해 과학적 근거를 임상 실무에 적용하는 근거기반 실무의 중요성이 강조되고 있다(이지은 & 박명화, 2011; Eaton & Tipton, 2009). 최근 환자의 통증관리에 대한 중요성이 증가됨에 따라 통증관리 지침을 개발하기 위한 노력이 늘어나고 있다(탁효희 & 김계하, 2012). 2008년부터 ‘통증관리’ 항목을 요양병원의 인증평가에 사용하도록 하여 모든 환자가 호소하는 통증에 적절한 관리를 갖추도록 하였다(의료기관평가인증원, 2016). 또한 근거기반 실무지침 주제의 우선순위 결정 연구에서(구미옥, 조명숙, 조영애, 정재심, 은영, 정이숙, 박정숙 & 김혜정, 2012) 5위안에 통증이 포함되어 있어 통증과 관련된 근거기반 지침 개발이 필요하다.

국내에서는 대한의학회를 중심으로 임상진료지침이 2013년 기준으로 115개 개발되었지만, 통증관리에 대한 권고안은 대상포진 및 대상포진 후 신경통 가이드라인(대한마취과학회, 2008)과 암성통증가이드라인(한국 호스피스 완화의료학회, 2012) 2개가 사용되고 있다.

국내 노인통증관련 연구는 치매노인의 통증사정에 대한 자가보고(류언나 & 박경숙, 2011), 치매환자 통증확인 유형(이수정 & 장성옥, 2010), 노인의 만성통증(장혜경, 2006; 양진향, 2004), 여성 치매노인의 통증관련요인(김성자, 2006)등에 대한 연구가 시행된 바 있다. 그러나 근거기반 노인통증에 관한 연구는 노인 급성통증관리 프로토콜 연구(손현지, 2004), 치매환자 통증관리 프로토콜 개발(장성옥, 2007), 병원 간호사의 근거중심 노인통증관리 지침에 대한 연구(김은경 & 박명화, 2012)로 미흡하다.

이에 본 연구는 노인요양병원 간호사들을 대상으로 통증사정과 관리 수행 정도, 근거기반 실무에 대한 태도를 파악하여, 추후 노인요양병원의 근거기반 실무의 확산 및 발전시키기 위한 전략을 마련하는데 기초자료로 활용하고자 한다.

2. 연구의 목적

본 연구의 목적은 노인요양병원 간호사의 통증사정과 관리 및 근거기반 실무에 대한 태도를 파악하기 위함이다. 구체적인 목적은 다음과 같다.

- 1) 노인요양병원 간호사의 일반적인 특성, 요양병원 근무특성과 통증관리 특성을 파악한다.
- 2) 노인요양병원 간호사의 통증사정과 관리 수행도를 파악한다.
- 3) 노인요양병원 간호사의 근거기반 실무에 대한 태도를 파악한다.
- 4) 노인요양병원 간호사의 일반적 특성, 요양병원 근무특성 및 통증관리 특성에 따른 통증사정과 관리 수행도, 근거기반 실무에 대한 태도의 차이를 파악한다.
- 5) 노인요양병원 간호사의 통증사정과 관리 수행도, 근거기반 실무에 대한 태도의 상관관계를 파악한다.

3. 용어의 정의

1) 통증사정 및 관리

가. 이론적 정의

통증사정이란 대상자의 통증상태를 체계적이고 지속적으로 자료 수집하는 것을 말하며(ANA & Oncology Nursing Society, 1996) 통증사정에 포함된 내용에는 통증부위, 강도, 특징 등이 있다(이은옥 & 최명애, 1993). 통증관리란 통증을 확인하여 제거 및 완화를 위한 진통제 투여, 마사지, 열과 냉의 적용 등의 생리적 방법과 이완술, 정보제공 등의 중재와 평가 방법을 말한다(McCaffery & Beebe, 1989).

나. 조작적 정의

본 연구에서는 캐나다 온타리오 간호사회(Registered Nurses Association of Ontario[RNAO], 2007)에서 개발한 통증사정 및 관리 가이드 라인을 홍성정과 이은주(2012)가 번안하여 국내 타당성을 검증한 권고안을 김희량, 송지은, & 소향숙(2016)이 수정, 보완한 도구로 측정할 것을 의미하며, RNAO 권고안을 중심으로 구성된 내용에 대해 간호사가 실무에서 수행하는 정도를 측정한 점수로, 점수가 높을수록 수행도가 높음을 의미한다.

2) 근거기반 실무에 대한 태도

가. 이론적 정의

근거기반 실무 가치에 대한 개인적 판단 및 임상현상에서의 장애 요인과 관련된 근거기반 실무에 대한 개인적인 태도를 의미한다(Upton & Upton, 2006).

나. 조작적 정의

본 연구에서는 Aarons가 개발한 근거기반 실무태도를 정은희(2008)가 번역-역번역하여 타당도와 신뢰도를 검증한 도구를 홍인화와 은영(2015)이 수정하여 사용한 도구로 측정할 것을 의미하며, 점수가 높을수록 근거기반 실무에 대한 태도가 긍정적인 것을 의미한다.

II. 문헌고찰

1. 노인의 통증

우리나라의 65세 이상 노인인구가 빠른 속도로 증가하고 있어, 고령인구의 비중은 1960년에 비해 2015년 13.1%로 4.5배 증가하였고, 2030년에는 24.3%, 2060년에는 40.1%로 증가할 것으로 보고되고 있다(통계청, 2016). 평균 수명의 연장과 더불어 노인의 삶의 질에 대한 관심이 증가하고 있다(차보경 & 박창승, 2011). 그 중 통증은 인권측면에서도 중요한 의미를 가지는 동시에(Brennan, Carr, & Cousins, 2007) 삶의 질을 구성하는 요소로 보고되고 있다(Ferrell, 1995; Katz, 2002; Zancocchi, Maero, Nicola, Martinelli, Luppino, Gonella, & Obialero, 2007).

국제통증학회에서는 통증을 ‘실제적인 조직의 손상 혹은 있음직한 조직의 손상에 따른 입증하기 어려운 주관적인 불쾌한 느낌이나 감정’이라 하였고(International Association for the Study of Pain, 1986), Melzack (1981)는 ‘몸의 어느 부분에 신경이 날카로운 자극을 받아 괴로움을 느끼는 상태나 증상으로 개인이 느끼는 주관적이며 복합적인 현상으로 다양한 원인에 의해 발생하는 불유쾌한 감각적이고 정서적인 경험’이라고 정의하고 있다.

미국에서 세 번째로 가장 큰 보건 문제가 통증이며(Douglas, 2001), CMS(Center for Medicare and Medicaid Services, 2015)는 통증관리는 질을 평가하는 중요한 지표 중 하나이고, 입소 노인의 통증이 발생하였을 시 노인의 안정된 요양을 돕는 것을 강조하고 있다. 특히, 노인요양병원에 입소한 환자 중 50%는 간헐적 통증을, 34%는 지속적인 통증, 71%는 매일 통증을 호소한다고 보고되고 있다(McCullers, 2012).

한국보건 사회연구원의 ‘2011년 노인 실태조사’에 따르면 65세 이상 노인

의 88.5%가 만성질환을 가지고 있으며, 이들 중 2개 이상의 만성질환을 보유한 복합 이환자가 68.3%, 3개 이상의 만성질환을 지닌 경우도 44.3%에 달하는 것으로 보고되었다(보건복지부, 2014). 이렇듯 삶의 질에 방해가 될 정도의 통증을 가지고 있는 노인이 외국의 경우, 50~80%정도(Mechel, Pautex, & Zekry, 2002; Blyth, March, Brnabic, Williamson, & Cousins, 2001), 국내의 경우 81%로 나타났다(김주희, 양경희, & 이현주, 1996).

위에서 본 바와 같이 통증은 건강문제 중에서도 노인에게 있어 중요한 문제임에도 불구하고(Ann & Amanda, 2004), 노인요양병원의 통증 유병율은 높은 것으로 나타나 노인의 통증관리가 적절히 이루어지지 않는 것으로 나타났다(조현주 & 권소희, 2016; Herr, 2011).

선행연구에서, 노인은 통증에 대해 민감성이 떨어지는 것보다 아픈 감각을 설명하는데 어려움이 있기 때문에(Horgas & Tsai, 1998) 타인에게 알리는 것이 쉽지 않으며 의료인이 인지하는 것보다 더 높은 통증은 경험하고 있어 의료인이 대상자의 통증을 과소평가하는 경우가 많다(류언나 & 박경숙, 2009). 노인은 통증의 증상이 비전형적으로 나타나고, 인지장애 또는 의사소통으로 통증을 호소함에 있어 제한을 느낄 수 있으며 노인 본인이나 가족들은 노화로 인해 통증이 생기는 것이 당연하다고 생각하여 의료인에게 통증을 표현하지 않은 경우도 많다(김성자, 2006). 또한 통증을 자주 호소할수록 의료진에게 나쁜 환자로 낙인찍히게 된 것이라는 두려움이 있거나 의료진이 너무 바빠 보여 통증을 호소할 수 없었다고 보고하는 대상자도 있었다(조현주 & 권소희, 2016). 이렇듯 부적절한 통증관리는 신체적 기능 감소, 수면방해 등의 삶의 질을 낮추는 주요 요인이 된다(류언나 & 박경숙, 2011; Cohen-Mansfield & Creedon, 2002; Chen et al., 2011).

이런 이유로 1990년대부터 미국에서는 노인요양병원 입원 환자의 통증에 관심을 가지고 노인환자의 통증사정을 위한 도구개발과 검증, 표준화된 통증

관리 방법을 진행하였고, 미국 노인병학회(AGS Panel on Persistent Pain in Older Person, 2002)에서는 노인의 통증관리 임상실무 지침서를 발표하여 통증 사정은 반드시 수행해야 한다고 강조하고 있다. 따라서 노인환자를 돌보는 간호사는 체계적인 통증사정 방법으로 환자가 경험하는 통증을 객관적으로 측정하고자 노력해야 한다.

2. 간호사의 통증사정, 통증관리 및 태도

노인요양병원은 24시간 의사가 상주하는 급성기 병원과는 다른 특성을 가지고 있기 때문에 간호사는 주 돌봄자로서의 역할이 더 중요해졌고(권선미, 2014; 조아라, 2013), 의사는 통증관련 약물을 처방하고, 간호사는 처방된 약물을 투약하고 있으므로, 이들 중 어느 누구도 편견을 가지고 있으면 환자의 통증관리에 문제가 생기게 된다(전명희, 박경순, 공성화, 이선희, 김연희, & 최진선, 2006). 따라서 환자와 가장 많은 시간을 보내고 환자의 상태를 잘 파악할 수 있는 위치에 있기 때문에 간호사의 통증사정과 통증관리는 매우 중요하다.

통증은 지극히 주관적인 경험이기 때문에 환자의 사회, 문화적 배경에 따라 반응이 다양하므로(김선화 & 박상연, 2012) 간호사는 환자가 표현하는 주관적 호소에 관심을 가지고 있는 그대로 믿어야 한다(권인각 등, 2002; 김선화 & 박상연, 2012). 이는 통증사정이 정확해야 적절한 중재를 선택하고, 제공된 중재에 대한 평가를 하는 것이 간호사의 주요 업무이기 때문에(황경희, 류언나, & 박경숙, 2007) 통증관리를 시행하기 전에 가장 중요한 것은 통증 사정이라고 볼 수 있다(Gregg, 1998).

그러나 선행연구에 따르면, 입원 환자의 절반 이상이 통증을 경험하고, 통증호소 환자의 50%만 진통제 처방을 받았고, 적절한 통증관리를 받은 환자는

20%뿐이었다(Strohbuecker, Mayer, Evers, & Sabatowski, 2005). 보건복지부(2007)에 따르면 통증 관리 원칙에 따라 통증조절을 하면 70~90%의 통증 경감이 될 수 있다고 보고되고 있지만, 적절한 통증을 받지 못하고 있는 실정이다.

효과적인 통증 조절이 이루어지지 않는 이유를 미국 보건의료 정책 연구기관에서는(The Agency for Health Care Policy and Research [AHCPR], 1994) 제도적 측면에서는 장비나 기술 부족, 마약사용에 대한 부정적인 인식, 환자 측면에서는 통증관련 지식 낮고, 진통제에 대한 오해나 편견, 의료인 측면에서는 마약성 진통제에 대한 중독이나 내성에 대한 두려움, 진통제에 대한 지식 부족과 사용 부족 등이 보고되었다(박현애, 고명자, 이현숙, 김영미, & 김문숙, 2003; 정경화, 2006; 조아라, 2013; 최소영, 2004; 황경희 등, 2007; Coker, Papaioannou, Turpie, Dolovich, Kaasalainen, & Burns, 2008). 이와 같이 다양한 문제로 인해 통증관리가 미흡한 것을 보여주고 있다.

ASPMN(American Society for Pain Management Nursing, 2006)은 의사소통이 힘든 환자의 통증 사정을 위해 자가 보고 할 수 있도록 도와주고, 통증의 원인을 찾고 행동을 관찰하는 것을 포함한 단계를 제시했다. 그러나 선행 연구에서 환자가 가진 기존의 통증에 대해 간호사는 사정하지 않았고(Coker et al., 2008), 통증사정 도구를 사용하지 않았다(남미숙, 2003). 노인병원 간호사는 노인이 활동적이지 않고 의존적이고 불평이 많으며 아프다고 생각해서(박향숙, 서순림, & 김수현, 2007) 환자가 호소하는 통증을 믿을 수 없고 환자의 행동 관찰에 의해 통증을 사정할 수 있다고 생각하는 간호사가 상당히 많다고 보고되었다(김성자, 2006; 신영희 & 박영숙, 1995).

환자의 통증에 대한 5개국의 실태를 조사한 McCaffery와 Ferrell (1995)의 연구에서는 공통된 문제점으로 간호사의 신뢰 부족이라고 지적하였는데, 미국과 캐나다에서는 간호사들의 90%이상이 환자의 통증을 가장 잘 아는 것은 환

자라고 답하였으나, 일본, 스페인, 호주에서는 환자보다 의료진이 통증을 가장 정확히 평가할 수 있다고 답한 경우가 71.4%에 이른 것으로 보고하였다. 또한 Vortherms, Ryan과 Ward (1992)의 연구에서 간호사의 22%가 환자들이 통증을 과장해서 표현한다고 믿고 있으며 이는 역설적으로 환자의 통증호소를 신뢰한다고 하면서도 환자 통증을 과소평가하고 있으며 환자의 통증을 의료인의 주관적인 기준으로 해석하는 경향이 있음을 보여준다(권인각 등, 2002).

통증관리에 대한 태도란 환자의 통증에 대한 태도와 진통제 사용에 대한 주저, 염려 등과 같은 진통제의 적극적인 사용 여부 등을 말한다(황경희 등, 2007). 즉 통증관리에 대한 태도가 높을수록 적극적으로 통증관리를 할 수 있다는 것(황경희 등, 2007)을 의미한다. 통증관리 태도에 부정적 영향을 주는 요인은 중독, 내성과 같은 마약성 진통제의 부작용에 대한 지식이 낮은 경우, 진통제 사용에 대해 주저하게 되는 등 통증관리에 대한 소극적 태도를 보이고 있다(조아라, 2013; 황경희 등, 2007; Abdalrahim, Majali, Stomberg, & Bergbom, 2011; Tsai, Tsai, Chien, & Lin, 2007). 이러한 결과는 의사의 지시에 의해 투여하는 진통제는 가장 많이 사용하는 중재법이지만 간호사의 독자적인 중재가 아니기 때문에(황경희 등, 2007) 간호사들은 진통제의 분류에 대해 정확히 알지 못하고 있는 경우가 많았으며 마약 투여 시 중독 발생률에 대해 바르게 알고 있는 간호사는 전체 25%이하로 나타났다(McCaffery, Ferrell, O'Neil-Page, Lester, & Ferrell, 1990).

노인요양병원 간호사의 노인에 대한 태도는 일반병원 간호사보다 부정적이었다(박향숙 등, 2007). 또한 환자의 통증 호소에 의해 간호사가 PRN을 처방에 따라 진통제 처방을 시행할 때 1회 통증을 호소할 때보다 2회 이상 호소할 때까지 기다렸다가 투여한다는 경우가 더 많아 환자는 통증 호소를 한 후에도 상당시간을 기다려야 하는 것이 심각한 문제로 나타났다(권선미, 2014; 남미숙, 2003; 전명희 등, 2006; 정경화, 2006). 전공의를 대상으로 한 연구에서

마약성 진통제 처방에 45.7%가 주저한 적이 있다고 하였다(윤영호 & 김철환, 1997). 이는 환자의 통증을 믿지 않는 의료인의 소극적 또는 부정적 태도가 통증조절에 방해요인이라고 볼 수 있다(문정호, 2011; 송승순 & 박재순, 2010).

통증관리에는 통증을 감소하기 위해서 약물적 중재방법과 비약물적 중재방법을 포함한 통증관리 수행을 포함한다(송호정, 2009). 선행연구를 살펴보면, 약물적 관리 영역에서 적절한 투여경로에 대한 인지도와 수행도는 높은 반면 적절한 진통제의 선택과 약물용량에 대한 정보 활용에 대한 인지도와 수행도는 낮게 나타났다(김은경 & 박명화, 2012). 비약물적 관리는 냉요법, 열요법에 대한 인지도와 수행도는 높았지만 심상요법이나 이완요법에 대한 인지도와 수행도는 가장 낮게 나타났다(김은경 & 박명화, 2012). 또한 요양병원 간호사는 PCA(Patient Controlled Analgesia)와 관련된 통증관리 수행에서 가장 낮은 점수를 보이고 있어 PCA에 대한 정확한 지식과 관리방법도 노인요양병원 간호사의 통증관리 교육에 포함되어야 함을 보여준다(정선진 & 김계화, 2014). 그리고 효과가 입증된 방법에 의해서 통증관리를 수행하기 보다는 자신의 판단에 의존하여 한다고 보고된 바 있다(Watson, 1987).

이상으로 종합하여 볼 때 노인요양병원 간호사들의 통증사정과 관리 및 태도가 통증조절의 장애요인으로(박현애 등, 2003; 황경희 등, 2007) 통증관리가 체계적으로 이루어져야 함을 시사한다.

3. 근거기반 실무태도

근거기반 실무에 대한 태도는 Upton과 Upton (2006)은 “근거기반 실무 가치에 대한 개인적 판단 및 임상현상에서의 장애 요인과 관련된 근거기반실무에 대한 개인적인 태도”라고 함으로써 근거기반 실천에 대한 행동주체,

즉 대상자의 태도는 호감도, 개방성, 불일치도, 요구도가 근거기반 실무태도에 중요한 영향을 미친다(Aarons, 2004). 따라서 후천적으로 습득된 경험을 통하여 개인의 성격, 욕구, 습득한 정보 등에 의해서 변화되고 형성된다(이민영, 1999). 한편, 근거기반 실무 수행의 장애요인을 시간부족, 통계부족, 지식부족 등으로 나타냈다(Spear, 2006).

선행 연구에서 외과 의사들을 대상으로 한 연구에서 근거기반 의학에 대해 긍정적인 태도를 갖고 있으나 근거기반의학에 대한 인식 증가, 의학문헌 접근 용이성, 근거기반 의학실천을 위한 훈련과 기초통계가 필요한 것으로 나타났고(Mittal & Perakath, 2010), 전공의들의 근거기반 실무에 대한 의학 데이터베이스 이용, 2차 문헌에 대한 지식, 검색능력은 선호도에 따라 영향을 미친다고 하였다(박진영, 2012).

간호학에서는 수간호사를 대상으로 한 근거기반 실무에 대한 태도 연구는 경력이 많을수록(Johansson, Fogelberg-Dahm, & Wadensten, 2010), 상급종합병원 간호사들을 대상으로 한 연구에서 교육수준이 높을수록 긍정적인 태도를 보였다(임경춘 등, 2011). 또한 간호 대학생들을 대상으로 한 근거기반 실무에 대한 태도 연구에서 비판적 사고 성향과 지식이 높은 상관성을 보였다(최미향, 김영혜, & 손현미, 2016). 따라서 근거기반 실무에 대한 태도를 향상시키기 위해서는 간호문제 상황에 대한 근거를 탐색하고 비교, 분석, 평가할 수 있는 적극적인 교육이 요구된다.

4. 근거기반 간호실무 가이드라인

최근 의료정보의 급속한 증가로 질 높은 의료서비스의 유지와 향상, 간호 대상자의 건강에 대한 인식과 관심이 높아짐에 따라 의료의 질적 제공과 효율성을 높이기 위해서 간호실무현장에서 근거기반 실무의 중요성이 강조되

고 있다(이지은 & 박명화, 2011; Coopey, Nix, & Clancy, 2006; Eaton & Tipton, 2009; Melynck, Fineout-Overholt, Feinstein, Li, Small, & Wilcox, 2004). 이는 간호실무와 간호이론 간의 격차를 감소시키고, 체계적인 중재로 건강관리전문가들이 수행하는 근거로 활용된다(Melnyk et al., 2004).

근거기반 간호는 ‘개별 대상자가 가지고 있는 관점과 요구를 고려하여 간호사가 가지고 있는 최신의, 최선의 연구결과에서 나온 임상지식을 가지고 활용 가능한 자원을 사용하여 의사결정을 내리고 적용하는 것’이라고 할 수 있다(박명화, 2004).

근거기반 간호의 기본이 되는 가정은 간호를 할 때 과학에 기초한 근거가 가장 성공적이면서 비용 효과적인 접근법을 알려주어 제한된 자원 내에서 최소의 비용으로 질적 간호를 제공할 수 있게 된다는 것이다(김경희, 2003).

근거기반 실무(Evidence-based practice[EBP])는 연구를 통한 최상의 근거를 사용하여 의료진의 전문적인 지식과 기술, 환자 개개인의 선호도와 가치를 고려하여 문제를 해결하는 접근법이다(Melnyk & Fineout-Overholt, 2011). 대부분의 유럽국가에서는 1990년대 초부터, 미국 캐나다 등의 선진국에서는 1990년대 후반부터 근거기반 실무를 위한 개발, 확산 및 실행과 관련된 국가적 지원이 이루어지고 있다(AGREE Collaborative Group, 2000). 미국의학협회(Institute of Medicine[IOM])에서는 2020년까지 임상 현장에서 필수적으로 근거 활용을 강조하며, 미국 간호사 자격 인증센터(ANCC)와 미국 의료기관 신임위원회(JCHAO)등 보건 관련 기관 단체에서는 우선순위 정책으로 근거기반 실무수행을 뽑고있다. 이는 임상 현장에서의 많은 의사결정을 해야 하는 간호사에게 근거기반 간호를 통해 대상자에게 비용 효과적이고 최상의 실무를 제공하기 위함이다(Melnyk & Fineout-Overholt, 2011). 그러나 국내의 경우는 2000년대 초 근거기반 실무라는 개념이 시작되어 아직 도입기 상태여서(박명화, 2004) 간호사들의 근거기반 실무 수행은 상당히 저조한 것으로 나타났다

(김은경 & 박명화, 2012). 실제 임상에서 연구 근거가 활용되는 수준은 20%이 고(Olade, 2004), 간호사들은 연구근거를 임상실무에 적용하는데 소극적이고, 또한 근거기반 실무를 임상에 확산시키기 위한 전략이 부족하다고 보고된 바 있다(Gerrish, Ashworth, Lacey, Bailey, Cooke, & Kendall, 2007; Tolson, Bennett, Currie, & Mohammed, 2009). 이를 해결하기 위한 전략 중의 하나로 근거기반 가이드라인을 개발하고 활용하는 것이다(Tolson et al., 2009).

근거기반 가이드라인은 의료인들이 과학적 근거를 임상실무에 쉽게 적용하기 위해 다양한 종류의 근거를 검색, 평가, 통합하여 개발된 지침이다(IOM, 1990). 즉 근거기반 임상실무 가이드라인(evidence based clinical practice guideline)이란 특정 임상환경에서 의료인의 의사결정을 돕기 위해 적절한 근거를 검색, 활용하여 평가하는 체계적인 접근법을 사용하여 개발한 지침으로(Field & Lohr, 1990) 합리적이고 효과적이며 최선의 중재를 제공할 수 있도록 도와주는 구체적인 방안이라 할 수 있다(김수미, 2011).

근거기반 가이드라인의 개발을 진행하고 있는 기관들 중 국가별 대표적인 기관들은 2002년에 설립된 국제기구인 Guideline International Network (G-I-N), 미국의 The National Guideline Clearinghouse Trade Mark (NGCTM), 영국의 The Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN), Royal College of Nursing (RCN), National Health Service National Institute for Clinical Excellence (NICE), 코크란 데이터베이스(Cochrane Database), 캐나다의 RNAO, 호주의 National Health and Medical Research Council (NHMRC) 등으로 체계적인 문헌고찰과 사례검증을 통해 표준화된 양질의 가이드라인을 개발하고, 개발된 가이드라인의 보급과 관리를 위해 전문적인 역할을 수행하고 있다(유재용, 2010).

외국의 활발한 근거기반 가이드라인 개발 움직임에 간호학 분야에서도 관심이 증가하고 있는 추세이고(McClarey, 1997; Von Degenburg & Deighan,

1995), 간호사에게 이러한 근거기반 가이드라인을 교육하여 효과를 비교한 결과 환자의 통증이 유의하게 감소하였고, 만족감도 증가하였다는 보고가 있다 (Bédard, Purden, Sauvé-Larose, Certosini, & Schein, 2006). 그러나 국내에서는 간호인력 부족과 재정적, 행정적 지원이 부족하기 때문에 근거기반 가이드라인 개발과 교육이 부족한 상태이다.

특히 고령화 사회에서 노인의 삶의 질에 영향을 주고, 돌봄의 질을 평가하는 통증에 대한 관심과 필요성이 증가됨에 따라 통증관리 지침을 개발하기 위한 노력이 늘어나고 있다(탁효희 & 김계하, 2012). 2008년부터 노인요양병원의 적정성 평가를 위해 평가 인증 문항에 ‘통증관리’를 시범항목으로 사용하도록 하였고, 2주기 요양병원 인증평가에 통증관리를 필수항목으로 하여 모든 환자가 호소하는 통증에 적절한 관리를 갖추도록 하였다(의료기관평가인증원, 2016).

국외에서 개발된 통증관리와 관계된 근거기반 가이드라인에는 캐나다의 온타리오주 간호사회(RNAO)에서 개발한 통증사정 및 관리 가이드라인, 소아마취학회(Association of Paediatric Anaesthetists, APA)에서 개발한 통증관리 가이드라인, 미국 보건의료 연구 및 품질 기관(AHRQ)의 National Guideline Clearinghouse (NGC)에서 개발한 노인 통증관리 가이드라인, 호주의 국가보건의료연구협의회(NHMRC)에서 개발한 급성통증 사정관리 가이드라인, 미국 통증학회(American Pain Society, APS)에서 개발한 만성통증 가이드라인, 국립제약학회(National Pharmaceutical Council, NPC)에서 개발한 급성통증과 만성 비암성 통증관리 가이드라인 등 다양한 가이드라인이 있다. 한편, 국내에서 통증관리에 대한 가이드라인은 대한마취과학회의 대상포진 및 대상포진 후 신경통 관리 가이드라인(2008)과 한국 호스피스 완화의료학회의 만성통증 관리 가이드라인(2012) 뿐이었다.

국내에서는 간호사를 대상으로 한 근거기반 간호실무지침에 대한 연구로 응

급실 간호사의 암성 통증관리에 대한 지식정도와 수행도(이경임, 2013), 병원 간호사의 근거중심 노인통증관리 지침에 대한 인지도와 수행도(김은경, 2012), 중소병원 임상간호사의 낙상간호실무지침에 대한 지식, 태도 및 이행연구(황인영, 2011), 중환자실 간호사의 감염관리 관련 근거기반 간호지식, 수행 및 인지도(유재용, 2010), 임상간호사의 병원감염관리에 대한 인지도와 수행도(최애리, 2003), 상급종합병원 간호사들을 대상으로 한 근거기반 실무에 대한 지식, 태도 및 수행(임경춘, 박광옥, 권정순, 정재심, 최명애, 김주현, & 이경숙, 2011)등의 연구가 이루어졌다.

또한 근거기반 노인통증지침에 관한 연구는 노인 급성통증관리 프로토콜의 국내 적용가능성 연구에 대한 연구(손현지, 2004), 치매환자 통증관리 프로토콜 개발(장성옥, 2007), 근거중심노인통증관리 지침에 대한 인지도와 수행도(김은경 & 박명화, 2012)가 전부이다.

이를 종합하여 보면 국외에서는 주로 전문가 단체에 의해 근거기반 지침 개발이 이루어지 것과 다르게 국내에서는 대학의 석·박사 학위논문으로 개발되어 의료기관에서 지침을 사용하는데 제한점을 갖고 있다. 또한 각 의료기관내에 간호절차를 중심으로 한 실무지침을 활용하고 있지만 그것이 근거기반 지침이라고 보기에 어려움이 있다(구미옥 등, 2012).

따라서 최근의 근거를 바탕으로 근거기반 간호의 장점을 최대한 적극적으로 활용하여 요양병원마다 상이한 통증지침을 표준화하여 적용하면 보다 효율적이고 질적인 간호를 제공할 수 있을 것이다.

Ⅲ. 연구방법

1. 연구설계

본 연구는 노인요양병원 간호사의 통증사정과 관리 수행도 및 근거기반 실무에 대한 태도를 파악하기 위한 서술적 조사연구이다.

2. 연구 대상

본 연구의 대상은 임의추출 방법에 의해 2017년 1월 1일부터 2017년 2월 28일까지 경상북도에 있는 100병상 이상의 노인요양병원에 근무하고 있는 간호사로서 구체적인 기준은 다음과 같다.

- 1) 환자 간호를 독립적으로 수행할 수 있는 총 임상 근무경력이 6개월 이상인 간호사
- 2) 본 연구의 목적을 이해하고, 연구 참여에 서면동의를 표한 간호사

3. 연구도구

1) 근거기반 통증사정 및 관리

근거기반 통증사정 및 관리 가이드라인은 캐나다 온타리오 간호사회(RNAO, 2007)에서 개발한 통증사정 및 관리 가이드라인을 사용하였다. RNAO 가이드라인(2007)은 통증사정과 관리를 위한 권고사항 75문항으로 구

성되어져 있으며 2013년 3번째 개정판이 출간된 상태지만, 홍성정과 이은주(2012)의 연구에서 2007년 개발된 RNAO 가이드라인(권고안)을 노인과 성인 대상자를 위해 국내 타당성을 검증한 도구로, 김희량 등(2016)이 RNAO 가이드라인(권고안)을 통증사정 권고사항 24문항(통증사정 1문항, 통증사정파라미터 6문항, 광범위한 통증사정 4문항, 재사정 6문항, 통증 사정기록 2문항, 의사소통 5문항) 그리고 통증관리 권고사항 43문항(통증관리 계획 수립 2문항, 약물적 관리 33문항, 비약물적 관리 4문항, 교육 4문항)으로 총 67문항으로 개작된 것을 사용하였다.

가이드라인의 수행도를 파악하기 위해 근거기반 통증사정 및 관리 가이드라인 권고안을 중심으로 구성된 내용에 대해 간호사가 실무에서 수행하는 정도에 따라 4점 Likert 척도로 ‘전혀 수행하지 않는다’ 1점, ‘거의 수행하지 않는다’ 2점, ‘가끔 수행한다’ 3점, ‘항상 수행한다’ 4점으로 측정된 점수를 의미하며, 점수가 높을수록 수행도가 높음을 의미한다.

김희량 등(2016)의 연구에서 도구의 신뢰도 Cronbach’s α 값은 통증사정이 .70~.86이었고, 통증관리는 .70~.82였다. 본 연구의 신뢰도 Cronbach’s α 값은 통증사정 .81, 통증관리 .94이었다<표 1>.

<표 1> 근거기반 통증사정 및 관리 가이드라인 신뢰도

Subscales	Item	Cronbach’s α
사정	통증에 대한 선별	1
	통증사정을 위한 파라미터	6
	광범위한 통증사정	4
	통증 재사정과 지속적인 사정	6
	통증사정에 대한 기록	2
	통증사정결과에 대한 의사소통	5
관리	통증관리 계획수립	2
	약물적 관리	33
	비약물적 관리	4
	교육	4

2) 근거기반 실무에 대한 태도

Aarons (2004)가 개발한 Evidence-Based Practice Attitude Scale(EBPAS)를 정은희(2008)가 번역-역번역하여 타당도와 신뢰도를 검증한 도구를 홍인화와 은영(2015)이 수정하여 사용한 도구를 사용하였다. 각 문항은 5점 Likert 척도로 ‘매우 그렇다’ 5점, ‘상당히 그렇다’ 4점, ‘그저 그렇다’ 3점, ‘약간 그렇다’ 2점, ‘전혀 그렇지 않다’ 1점으로 점수가 높을수록 근거기반 실무에 대한 태도가 긍정적인 것을 의미한다. 홍인화와 은영(2015)의 연구에서 도구의 신뢰도 Cronbach’s α 값이 .85이었고, 본 연구의 신뢰도 Cronbach’s α 값은 .91이었다.

4. 연구의 윤리적 측면

본 연구는 2016년 12월 19일 성신여자 대학교에서 기관생명윤리위원회 (Institutional Review Board [IRB])의 연구승인(IRB No: SSWUIRB 2016-068)을 받아 시행되었다. 근거기반 통증사정 및 관리 수행도, 근거기반 실무에 대한 태도 도구 사용을 위해 도구 개발자에게 연락하여 도구사용에 대한 승인을 받아 설문지를 제작하였다. 경상북도 노인요양병원의 해당 의료기관의 간호부장을 직접 방문하여 연구의 목적과 취지를 설명하고 허락을 받은 후, 각 병동 수간호사를 거쳐 간호사에게 설문지를 배부하였다.

본 연구자는 대상자에게 설문지를 연구목적으로만 사용할 것과 연구대상자의 개인정보 보호를 보장한다는 내용을 설명한 후 동의한 대상자에게만 진행하여 연구 대상자의 윤리적 측면을 고려하였다. 연구진행 중인 자료는 보안이 유지되는 곳에 보관하고 연구가 완료된 후에는 바로 폐기할 것임을 설명한 후 자료를 수집하였다.

5. 표본의 크기 및 자료 수집기간

표본크기 산정을 위하여 G*power 3.1.2.9 프로그램을 이용하여, 효과크기 .20, 검정력 .80, 유의수준 .05로 산출한 결과 최소 191명이 산출되었다. 탈락을 고려하여 264부의 설문지를 배부하여 응답하게 한 다음 일주일 후 재 방문하여 회수하였다. 설문지는 총 253부가 회수되어 자료의 편향이 있는 8부, 자료의 누락이 있는 4부를 제외한 총 241부의 자료를 최종 분석하였다. 자료 수집은 IRB 승인 후 2017년 1월 1일부터 2017년 2월 31일까지 경상북도에 있는 101개 노인요양병원에서 동의를 한 13개(A시 1, G시 1, W군 1, M시 1, S시 1, K시 2, P시 3, Y시 1, C군 1개)의 요양병원을 대상으로 조사하였다.

6. 자료 분석

수집한 자료는 SPSS WIN 22.0 프로그램을 이용하여 다음과 같이 분석하였다.

- 1) 대상자의 일반적 특성, 요양병원 근무특성, 통증관리 특성은 빈도와 백분율, 평균 및 표준편차로 분석하였다.
- 2) 도구의 신뢰도는 Cronbach's α 계수로 구하였다.
- 3) 대상자의 통증사정과 관리 수행도 및 근거기반 실무에 대한 태도는 평균, 표준편차로 분석하였다.
- 4) 대상자의 일반적 특성, 요양병원 근무특성, 통증관리 특성에 따른 통증사정과 관리 수행도 및 근거기반 실무에 대한 태도의 차이는 t-test, ANOVA로 분석하였고, 사후 검정을 위해 Scheffé test를 하였다.
- 5) 통증사정과 관리 수행도 및 근거기반 실무에 대한 태도의 상관관계는 Pearson's correlation coefficient로 분석하였다.

7. 연구의 제한점

본 연구는 1개 지역으로 임의표집 된 요양병원에 국한된 것이므로 결과를 전체 요양병원에 일반화하기에는 신중을 기할 필요가 있다.

IV. 연구결과

1. 대상자의 일반적 특성

1) 연구대상자의 인구사회학적 특성

대상자의 일반적 특성은 <표 2>와 같다.

성별은 여자 231명(95.9%), 남자 10명(4.1%)으로 여자가 많았다. 연령은 40~50세가 83명(34.4%), 30~40세 62명(25.7%), 50세 이상이 49명(20.3%), 30세 미만이 47명(19.5%)이었다. 종교는 무교가 124명(51.5%)이었고, 기독교 51명(21.2%), 불교 43명(17.8%), 천주교 23명(9.5%)이었다. 결혼상태는 기혼이 174명(72.2%), 미혼 67명(27.8%)이었다.

최종학력은 간호전문대학 134명(55.6%), 간호대학 98명(40.7%), 대학원 졸업 9명(3.7%)으로 나타났다. 직위는 일반간호사가 186명(77.1%)이었고, 수간호사 37명(15.4%), 책임간호사 18명(7.5%)이었다. 총 근무경력은 15년 이상이 79명(32.8%), 5~10년 미만이 63명(26.1%), 10년~15년 미만 53명(22.0%), 5년 미만이 46명(19.1%)이었다. 이전 병원근무경력이 있는 간호사가 217명(90.0%)이고, 없는 간호사가 24명(10.0%)이었다. 병원 근무경력이 있는 경우 종합병원 148명(61.4%), 노인요양병원 79명(32.8%), 개인병원 54명(22.4%), 대학병원 53명(22.0%)으로 나타났다. 대학병원에서 근무한 경력은 1년 미만이 167명(77.0%)으로 가장 많았고, 종합병원은 5년 이상(81명, 33.1%), 개인병원은 1년미만(168명, 69.7%), 노인요양병원은 1년미만(143명, 59.3%)이 가장 많았다.

<표 2 > 대상자의 일반적 특성

(N=241)

Characteristic	Categories	n	%	M ± SD	Range
성별	남	10	4.1		
	여	231	95.9		
나이(yrs)	<30	47	19.5	40.37±9.85	23-64
	30~<40	62	25.7		
	40~<50	83	34.4		
	≥50	49	20.3		
종교	불교	43	17.8		
	기독교	51	21.2		
	천주교	23	9.5		
	무교	124	51.5		
결혼상태	미혼	67	27.8		
	기혼	174	72.2		
최종학력	간호전문대학	134	55.6		
	간호대학	98	40.7		
	대학원 졸업	9	3.7		
직위	수간호사	37	15.4		
	책임간호사	18	7.5		
	일반간호사	186	77.1		
총 근무경력 (yrs)	<5	46	19.1	11.91±7.79	6month-30yrs
	5~<10	63	26.1		
	10~<15	53	22.0		
	≥15	79	32.8		

<표 2 > 대상자의 일반적 특성(계속)

(N=241)

Characteristic	Categories	n	%	M ± SD	Range
이전병원근무	유	217	90.0		
	무	24	10.0		
이전병원 근무 경력(yrs)*	-대학병원	53	22.0	9.98±24.23	2month-24yrs
	<1	167	77.0		
	1~<3	11	4.6		
	3~<5	9	3.7		
	≥ 5	30	12.4		
	-종합병원	148	61.4	4.78±6.10	1month-29yrs
	<1	76	31.5		
	1~<3	37	15.4		
	3~<5	23	9.5		
	≥ 5	81	33.6		
	-개인병원	54	22.4	1.36±3.25	1month-16yrs
	<1	168	69.7		
	1~<3	9	3.7		
	3~<5	16	6.6		
	≥ 5	24	10		
	-노인요양병원	79	32.8	1.36±3.25	1month-21yrs
	<1	143	59.3		
1~<3	23	9.5			
3~<5	20	8.3			
≥ 5	31	12.9			

* 중복응답

2) 대상자의 노인요양병원 근무특성

노인요양병원 근무특성은 <표 3>과 같다.

현 요양병원 근무경력은 7개월~1년 미만이 72명(29.9%), 1~3년 미만이 63명(26.1%), 5년 이상이 60명(24.9%), 3~5년 미만이 46명(19.1%)으로 나타났다. 요양병원 규모는 200병상 미만이 90명(37.3%), 200~300미만이 77명(32.0%), 300병상 이상이 74명(30.7%)이었다. 근무 유형은 3교대가 124명(51.5%), 상근직 41명(17.0%), 낮 근무전담은 33명(13.7%), 2교대가 29명(12.0%), 밤 근무전담이 12명(5.0%), 저녁 근무전담은 2명(0.8%)이었다. 초과 근무시간은 30분 미만이 163명(67.6%), 90분이상 40명(16.6%), 31분~90분미만 38명(15.8%)이었다. 담당 환자 수는 51명~100명 미만이 121명(50.2%), 50명 이하가 106명(44.0%), 100명 이상이 14명(5.8%)이었다. 요양병원 중 호스피스병동이 있는 기관에서 근무하는 간호사는 63명(26.1%), 그렇지 않은 간호사는 178명(73.9%)이었다.

<표 3> 대상자의 노인요양병원 근무특성

(N=241)

Characteristic	Categories	n	%	M ± SD	Range
현 요양병원 근무경력 (yrs)	< 1	72	29.9	3.13±3.45	1month-28yrs
	1~<3	63	26.1		
	3~<5	46	19.1		
	≥5	60	24.9		
현요양병원 규모(병상)	<200	90	37.3	254.76±106.63	120-500
	200~<300	77	32.0		
	≥300	74	30.7		
근무유형	상근직	41	17.0		
	2교대	29	12.0		
	3교대	124	51.5		
	낮 근무전담	33	13.7		
	저녁 근무전담	2	0.8		
	밤 근무전담	12	5.0		
초과 근무시간 (분)	≤30	163	67.6	34.92±56.56	0-340
	31~<90	38	15.8		
	≥90	40	16.6		
담당 환자 수 (명)	≤50	106	44.0	60.48±24.28	6-110
	51~<100	121	50.2		
	≥100	14	5.8		
호스피스병동	유	63	26.1		
	무	178	73.9		

3) 대상자의 통증관리 특성

통증관리 특성은 <표 4>과 같다.

분석결과, 통증교육 경험이 있는 간호사는 178명(73.9%), 교육경험이 없는 간호사는 63명(26.1%)이었다. 통증교육경험이 있는 간호사 중 통증경험 횟수는 2~3회가 79명(32.8%), 1회는 69명(28.6%), 4회 이상은 30명(12.4%)이었다. 교육 경험을 받은 장소는 보수교육이 107명(44.4%), 병원에서 105명(43.6%), 대학교 29명(12.0%)이었다. 통증 관리 교육을 받은 항목 중 통증사정이 157명(65.1%), 약물요법과 비약물요법 관련 통증중재가 150명(62.2%), 통증관리에 관한 지침 교육은 116명(48.1%), 통증발생기전 교육은 118명(49.0%) 순으로 나타났다. 통증교육 중점 항목에 대해서는 통증중재방법이 123명(51.0%), 통증사정 80명(33.2%), 통증발생기전 29명(12.0%)이었다.

통증관리 교육이 필요하냐는 질문에 '있다'고 대답한 간호사가 239명(99.2%), '없다'고 대답한 간호사는 2명(0.8%)이었다. 근거중심 통증관리 간호지침에 대해 '안다'라고 대답한 간호사는 147명(61.0%), '모른다'라고 대답한 간호사는 93명(38.6%)이었다. 근거중심 통증관리 간호지침에 대해 알고 있는 간호사를 대상으로 임상에서의 통증관리지침을 준수하냐는 질문에 '항상 준수한다' 83명(34.4%), '가끔 준수한다' 61명(25.3%), '거의 준수하지 않는다' 3명(1.2%)이었다.

<표 4> 대상자의 통증관리 특성

(N=241)

Characteristic	n	%	M ± SD	Range		
통증교육 경험	유	178	73.9			
	무	63	26.1			
-통증교육경험횟수 (회)	1	69	28.6	1.78±0.71	1-8	
	2~3	79	32.8			
	≥ 4	30	12.4			
-통증교육장소*	대학교	29	12.0			
	보수교육	107	44.4			
	병원	105	43.6			
-통증관리교육 항목*	통증발생기전	118	49.0			
	통증사정 (통증측정도구포함)	157	65.1			
	통증중재					
	- none	17	33.3			
	-약물요법	9	3.7			
	-비약물요법	2	0.8			
	-약물요법과 비약물요법	150	62.2			
	통증관리에 관한 지침	116	48.1			
	-통증관리교육 중점항목*	통증발생기전	29	12.0		
		통증사정	80	33.2		
통증중재방법		123	51.0			
근거기반 통증관리 간호지침	유	147	61.0			
	무	93	38.6			
임상통증관리지침	전혀 준수하지 않는다	0	0			
	거의 준수하지 않는다	3	1.2			
	가끔 준수한다	61	25.3			
	항상 준수한다	83	34.4			

* 중복응답

2. 제 연구변수의 기술통계

1) 근거기반 통증사정 및 관리 수행도 기술적 통계분석

본 연구의 제 변수의 기술적 통계분석을 살펴보면 다음과 같다<표 5>.

통증사정 수행도는 평균 3.46 ± 0.48 점, 통증관리 수행도 점수는 3.32 ± 0.52 점으로 전반적으로 통증사정 수행도가 높았다.

통증사정 권고사항은 통증사정, 통증사정 파라미터, 광범위한 통증사정, 재사정, 통증사정 기록 및 의사소통 부분으로 나뉘며, 이 중 통증사정 기록 (3.67 ± 0.59), 통증 재사정 (3.66 ± 0.65), 통증사정도구를 가지고 정해진 시간에 통증을 측정하는 것보다 통증을 호소하는 환자에게 통증의 부위, 강도, 진통제 용량, 부작용을 사정하는 통증사정 파라미터 (3.65 ± 0.65)에서 수행도가 높았다. 반면에 통증사정 결과에 대한 다학제팀과의 의사소통과 통증조절에 대한 환자의 의견 반영과 보고, 다학제팀에게 의뢰 등을 포함하는 통증사정결과에 대한 의사소통 (3.07 ± 0.67), 진단적 검사와 신체적 검사, 통증 과거력, 스트레스 및 사회심리적 요인 등을 포함하는 광범위한 통증사정 (3.24 ± 0.74)이 다른 권고사항에 비해 수행도가 낮았다.

통증관리 권고사항은 통증관리 계획수립, 약물적 관리, 비약물적 관리 및 교육 부분으로 나뉜다. 치료계획에 대한 자료를 환자나 가족 그리고 다학제팀에게 제공함으로써 통증관리에 적극적으로 참여하고 의사결정과정에서 환자와 가족의 참여를 증진시키고자 하는 항목인 통증관리 계획수립 항목에서 수행도가 가장 낮았다 (2.83 ± 0.76). 약물적 관리의 경우, 통증관리 전문가가 따로 활동하지 않고 있는 부분인 적절한 진통제 선택에 대한 수행도 (2.94 ± 0.73)도 낮았다. 진통제들 간의 동등 용량을 사용하기 위한 환산표를 사용하는 것보다 환자의

연령과 몸무게를 고려하여 마약성 진통제를 이용한 최적의 통증완화 수행도 (3.52 ± 0.91), 진통제 사용 부작용 모니터의 수행도(3.40 ± 0.59), 마약성 진통제의 일반적인 부작용에 대한 예견과 예방에 대한 수행도(3.43 ± 0.69)가 높았다. 마약성 진통제의 일반적 부작용 예방에 대한 중 혼하게 나타나는 오심 구토에 대한 수행도(3.58 ± 0.60), 변비에 대한 수행도(3.19 ± 0.64), 혼돈과 졸리움 (3.13 ± 0.78)에 대한 수행도가 높았다. 복잡한 통증 시 진통제 변경에 대한 제안, 검사 및 침습적 처치 시 통증에 대한 예견과 예방하는 항목(3.49 ± 0.62), 환자 와 가족을 대상으로 한 진통제 부작용에 대한 상담과 교육 수행도 (3.40 ± 0.68), 효과적인 기록에 대한 수행도(3.62 ± 0.74)가 높았다.

또한 비약물적 관리 즉 정신, 사회적 중재, 열요법, 마사지, 이완요법에 대한 수행도가(3.03 ± 0.77) 낮았고, 통증관리를 위한 교육 즉, 간호사의 통증사정 및 관리에 대한 지식, 기술, 태도가 변화되도록 통증관리 프로그램이 개발되어야 하고 통증관리 지식의 실무적용이 가능하도록 간호사를 지원하는 항목에서 수행도가 높았다(3.40 ± 0.69).

<표 5 > 근거기반 통증사정 및 관리 수행도 기술적 통계분석 (N=241)

Subscales	Item	Implementation	
		M ± SD	Range
사정		3.46±0.48	6-32.7
통증에 대한 선별	1	3.48±0.65	1-4
통증사정을 위한 파라미터	6	3.65±0.65	6-24
광범위한 통증사정	4	3.24±0.74	4-16
통증 재사정과 지속적인 사정	6	3.66±0.65	6-24
통증사정에 대한 기록	2	3.67±0.59	2-8
통증사정결과에 대한 의사소통	5	3.07±0.67	5-20
Subtotal	24	3.46±0.48	6-32.7
관리		3.32±0.52	10.7-50.2
통증관리 계획수립	2	2.83±0.76	2-8
약물적 관리			
- 적절한 진통제 선택	3	2.94±0.73	3-12
- 마약성 진통제를 이용한 최적의 통증완화	4	3.52±0.91	4-16
- 진통제 사용 부작용 모니터	4	3.40±0.59	4-16
- 마약성 진통제의 일반적인 부작용에 대한 예견과 예방	3	3.43±0.69	3-12
- 마약성 진통제의 일반적인 부작용 예방			
· 오심과 구토	3	3.58±0.60	3-12
· 변비	5	3.19±0.64	5-20
· 혼돈과 졸리움	2	3.13±0.78	2-8
- 처치와 관련된 통증에 대한 예견과 예방	3	3.49±0.62	3-12
- 환자와 가족에 대한 교육	5	3.40±0.68	5-20
- 효과적인 기록	1	3.62±0.74	1-4
비약물적 관리	4	3.03±0.77	4-16
교육	4	3.40±0.69	4-16
Subtotal	43	3.32±0.52	10.7-50.2
Total	67	3.37±0.48	67-268

2) 근거기반 실무에 대한 태도의 기술적 통계분석

본 연구의 근거기반 실무에 대한 태도의 기술적 통계분석을 살펴보면 다음과 같다<표 6>.

전체 평균 5점 만점에 3.15 ± 0.67 점이었다. 각 항목별 평균 점수를 살펴보면, ‘나는 연구자들이 개발한 다른 유형의 치료나 중재를 사용할 의향이 있다’는 3.16 ± 0.90 점, ‘임상적 경험이 매뉴얼화된 치료나 중재를 사용하는 것보다 중요하다’는 3.07 ± 0.95 점, 비록 치료 매뉴얼을 따라야 할지라도 나는 새로운 유형의 치료나 중재를 시도할 의향이 있다’는 3.04 ± 0.91 점, ‘나는 새로운 유형의 치료나 중재가 평소 내가 하던 것과 많이 다르더라도 시도해 볼 것이다’는 3.02 ± 0.90 점, ‘나는 대상자를 돕기 위해서 새로운 유형의 치료나 중재를 사용하는 것을 좋아한다’는 2.96 ± 0.97 점이었다.

어떤 새로운 치료나 중재에 대해 훈련을 받는다고 가정할 때 적용할 의향이 있는지를 묻는 영역의 각 항목별 평균 점수를 살펴보면, ‘내가 그것을 정확하게 상용하는 방법을 충분히 배웠다고 느끼면 적용할 것이다’는 3.65 ± 0.88 점, ‘이치에 맞는다고 생각되면 적용될 것이다’는 3.37 ± 0.95 점, ‘기관(병원)에서 요구한다면 적용할 것이다’는 3.23 ± 0.85 점, ‘자치단체나 국가가 요구한다면 적용할 것이다’는 3.22 ± 0.90 점, 동료나 새로운 방법에 대해 매우 만족했다고 하면 적용할 것 같다’는 3.20 ± 0.93 점, ‘상사가 요구한다면 적용할 것이다’는 3.01 ± 0.95 점, ‘직관적으로 호감이 생긴다면 적용할 것이다’는 2.92 ± 1.00 점이었다.

<표 6> 근거기반 실무에 대한 태도의 기술적 통계분석 (N=241)

Variables	M ± SD	Range
1. 나는 대상자를 돕기 위해서 새로운 유형의 치료나 중재를 사용하는 것을 좋아한다.	2.96±0.97	1-5
2. 비록 치료 매뉴얼을 따라야 할지라도 나는 새로운 유형의 치료나 중재를 시도할 의향이 있다.	3.04±0.91	1-5
3. 나는 연구자들이 개발한 새로운 다른 유형의 치료나 중재를 사용할 의향이 있다.	3.16±0.90	1-5
4. 임상적 경험이 매뉴얼화된 치료나 중재를 사용하는 것보다 중요하다.	3.07±0.95	1-5
5. 나는 새로운 유형의 치료나 중재가 평소 내가 하던 것과 많이 다르더라도 시도해 볼 것이다.	3.02±0.90	1-5
귀하께서 어떤 새로운 치료나 중재에 대해 훈련을 받는다고 가정해 봅시다. 다음과 같은 경우, 그것을 적용할 의향이 있으십니까?		
6. 직관적으로 호감이 생긴다면 적용할 것이다.	2.92±1.00	1-5
7. 이치에 맞는다고 생각되면 적용할 것이다.	3.37±0.95	1-5
8. 상사가 요구한다면 적용할 것 같다.	3.01±0.95	1-5
9. 기관(병원)에서 요구한다면 적용할 것 같다.	3.23±0.85	1-5
10. 자치단체나 국가가 요구한다면 적용할 것 같다.	3.22±0.90	1-5
11. 동료가 새로운 방법에 대해 매우 만족했다고 하면 적용할 것 같다.	3.20±0.93	1-5
12. 내가 그것을 정확하게 상용하는 방법을 충분히 배웠다고 느끼면 적용할 것 같다.	3.65±0.88	1-5
Total	3.15±0.67	1.3-5

3. 대상자의 일반적 특성, 요양병원 근무특성 및 통증관리 특성에 따른 통증사정과 관리 수행도 및 근거기반 실무에 대한 태도

1) 일반적 특성에 따른 통증 사정과 관리 수행도 및 근거기반 실무에 대한 태도

노인요양병원에 근무하는 간호사의 일반적 특성에 따른 통증사정 수행도는 성별, 나이, 종교, 결혼상태, 학력, 직위, 총 근무경력, 이전병원 근무경력에 따라서 유의한 차이가 없었다<표 7>.

반면, 통증관리 수행도에서는 직위($F=3.72, p=.026$)에 따라서 유의한 차이가 있었다. 수간호사가 책임간호사, 일반간호사보다 수행도가 낮았다<표 8>.

근거기반 실무에 대한 태도는 결혼 상태에 따라 기혼자가 미혼자보다 근거기반 실무에 대해 긍정적인 태도를 보이고 있고($t=2.07, p=.039$), 이전병원 근무경력이 있는 군이 없는 군보다 긍정적인 태도를 보여 유의한 차이를 보이는 것으로 나타났다($t=2.08, p=.038$). 그러나 성별, 나이, 종교, 학력, 직위, 총 근무경력에 따라서는 유의한 차이가 없었다<표 9>.

<표 7> 일반적 특성 따른 통증사정 수행도

(N=241)

Characteristic	Categories	Implementation	F/t	p
		M ± SD		
성별	남	3.23±0.87	-1.53	.126
	여	3.47±0.46		
나이(yrs)	<30	3.47±0.37	.99	.396
	30~<40	3.52±0.36		
	40~<50	3.47±0.52		
	≥50	3.36±0.62		
종교	불교	3.49±0.45	.71	.541
	기독교	3.39±0.52		
	천주교	3.55±0.37		
	무교	3.47±0.49		
결혼상태	미혼	3.41±0.50	1.00	.316
	기혼	3.48±0.47		
최종학력	간호전문대학	3.48±0.52	.30	.739
	간호대학	3.44±0.42		
	대학원	3.38±0.52		
직위	수간호사	3.39±0.49	.74	.475
	책임간호사	3.56±0.46		
	일반간호사	3.47±0.48		
총 근무경력(yrs)	<5	3.47±0.40	1.01	.385
	5~<10	3.42±0.48		
	10~<15	3.56±0.51		
	≥15	3.42±0.50		
이전병원근무경력	유	3.46±0.48	-.58	.557
	무	3.52±0.51		

<표 8> 일반적 특성 따른 통증관리 수행도

(N=241)

Characteristic	Categories	Implementation	F/t	p
		M ± SD		
성별	남	3.25±0.87	-.38	.700
	여	3.32±0.50		
나이(yrs)	<30	3.36±0.41	2.12	.098
	30~<40	3.43±0.39		
	40~<50	3.23±0.56		
	≥50	3.25±0.64		
종교	불교	3.30±0.43	.90	.439
	기독교	3.21±0.65		
	천주교	3.36±0.45		
	무교	3.35±0.50		
결혼상태	미혼	3.29±0.52	.35	.725
	기혼	3.32±0.52		
최종학력	간호전문대학	3.32±0.55	.22	.802
	간호대학	3.29±0.49		
	대학원	3.40±0.26		
직위	수간호사	3.10±0.57	3.72	.026
	책임간호사	3.35±0.40		
	일반간호사	3.35±0.51		
총 근무경력(yrs)	<5	3.35±0.46	2.27	.081
	5~<10	3.37±0.58		
	10~<15	3.39±0.47		
	≥15	3.19±0.58		
이전병원근무경력	유	3.32±0.51	.35	.720
	무	3.28±0.56		

<표 9> 일반적 특성에 따른 근거기반 실무에 대한 태도 (N=241)

Characteristic	Categories	M ± SD	F/t	p
성별	남	2.92±0.74	-1.12	.263
	여	3.16±0.67		
나이(yrs)	<30	3.09±0.65	.34	.791
	30~<40	3.22±0.62		
	40~<50	3.15±0.68		
	≥50	3.13±0.73		
종교	불교	3.21±0.68	1.44	.231
	기독교	2.99±0.73		
	천주교	3.09±0.75		
	무교	3.21±0.62		
결혼상태	미혼	3.01±0.68	2.07	.039
	기혼	3.21±0.66		
최종학력	간호전문대학	3.12±0.63	.57	.566
	간호대학	3.21±0.70		
	대학원	3.12±0.87		
직위	수간호사	3.21±0.62	1.58	.207
	책임간호사	3.40±0.61		
	일반간호사	3.12±0.68		
총 근무경력(yrs)	<5	3.03±0.62	1.16	.323
	5~<10	3.20±0.68		
	10~<15	3.26±0.63		
	≥15	3.12±0.71		
이전병원근무경력	유	3.18±0.66	2.08	.038
	무	2.88±0.69		

2) 대상자의 요양병원 근무특성에 따른 통증 사정과 관리 수행도 및 근거기반 실무에 대한 태도

요양병원 근무특성에 따른 통증사정 수행도를 분석한 결과, 근무유형 ($F=3.13, p=.009$)에 따라 유의한 차이가 있다. 2교대 근무가 다른 근무보다 통증사정 수행도 높게 나타났다. 사후 분석결과 저녁 근무전담간호사가 상근직, 2교대, 3교대, 낮 근무전담, 밤 근무전담의 근무유형보다 수행도가 월등히 낮게 나타났다. 또한, 요양병원 초과근무시간($F=3.95, p=.020$)에 따라서도 유의한 차이를 보였다. 초과근무시간이 30분 이하가, 91분 이상보다 수행도가 높게 나타났다. 사후분석 결과 31분~90분미만이 30분 이하, 91분 이상보다 낮게 나타났다<표 10>.

한편, 통증관리 수행도를 분석한 결과에서는 근무유형, 초과근무시간에 따라서는 유의한 차이가 없었다<표 11>. 그러나 근무유형 사후분석 결과 2교대 근무가 다른 근무 유형보다 통증관리 수행도가 높게 나타났다.

근거기반 실무에 대한 태도를 분석한 결과는 <표 12>와 같다.

요양병원 근무특성 중에서는 현 요양병원 규모와 근무유형에서 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다. 현 요양병원 규모는 200병상 미만인 요양병원에서 근무하는 간호사가 200~300병상 미만, 300병상 이상에서 근무하는 간호사보다 긍정적인 태도를 보이고($F=3.83, p=.023$), 근무유형에서 3교대 간호사가 상근직, 2교대, 낮 근무전담, 저녁 근무전담, 밤 근무전담 간호사보다 긍정적인 태도를 보이고 있는 것으로 나타났다($F=2.70, p=.021$). 또한 호스피스 병동이 있는 요양병원에서 근무하는 간호사가 그렇지 않은 간호사보다 더 긍정적인 태도를 보이는 것으로 나타났다($t=2.18, p=.030$).

<표 10> 요양병원 근무특성에 따른 통증 사정 수행도

(N=241)

Characteristic	Categories	Implementation M ± SD	F/t	p	Scheffé
현 요양병원 근무경력 (yrs)	< 1	3.48±0.53	.53	.659	
	1~<3	3.44±0.48			
	3~<5	3.53±0.52			
	≥5	3.42±0.39			
현요양병원 규모(병상)	<200	3.46±0.53	1.13	.325	
	200~<300	3.52±0.35			
	≥300	3.40±0.53			
근무유형	상근직 ^a	3.49±0.43	3.13	.009	e<f,d,c,a,b
	2교대 ^b	3.62±0.48			
	3교대 ^c	3.48±0.38			
	낮근무전담 ^d	3.35±0.66			
	저녁근무전담 ^e	2.45±0.23			
	밤근무전담 ^f	3.29±0.73			
초과근무시간 (분)	≤30 ^a	3.52±0.47	3.95	.020	b<c,a
	31~<90 ^b	3.28±0.48			
	≥91 ^c	3.41±0.50			
담당환자수(명)	≤50	3.48±0.43	.26	.771	
	51~<100	3.46±0.51			
	≥100	3.38±0.58			
호스피스병동	유	3.50±0.33	.68	.493	
	무	3.45±0.52			

<표 11> 요양병원 근무특성에 따른 통증 관리 수행도

(N=241)

Characteristic	Categories	Implementation	F/t	p	Scheffé
		M ± SD			
현 요양병원 근무경력 (yrs)	< 1	3.35±0.60	.30	.822	
	1~<3	3.33±0.54			
	3~<5	3.29±0.46			
	≥5	3.27±0.43			
현요양병원 규모(병상)	<200	3.28±0.49	.53	.588	
	200~<300	3.36±0.46			
	≥300	3.30±0.61			
근무유형	상근직 ^a	3.29±0.57	1.73	.128	e,d,f,a,c<b
	2교대 ^b	3.46±0.31			
	3교대 ^c	3.33±0.42			
	낮근무전담 ^d	3.19±0.75			
	저녁근무전담 ^e	2.54±0.18			
	밤근무전담 ^f	3.27±0.79			
초과근무시간 (분)	≤30	3.36±0.51	2.63	.074	
	31~<90	3.16±0.53			
	≥91	3.26±0.52			
담당환자수(명)	≤50	3.32±0.51	.25	.774	
	51~<100	3.32±0.51			
	≥100	3.22±0.61			
호스피스병동	유	3.35±0.36	.61	.539	
	무	3.30±0.56			

<표 12> 요양병원 근무특성에 따른 근거기반 실무에 대한 태도 (N=241)

Characteristic	Categories	M ± SD	F/t	p	Scheffé
현 요양병원 근무 경력 (yrs)	< 1	3.22±0.68	.47	.699	
	1~<3	3.08±0.68			
	3~<5	3.16±0.59			
	≥5	3.15±0.70			
현요양병원 규모 (병상)	<200 ^a	3.27±0.66	3.83	.023	c<b,a
	200~<300 ^b	3.17±0.65			
	≥300 ^c	2.99±0.67			
근무유형	상근직	2.96±0.65	2.70	.021	
	2교대	2.99±0.55			
	3교대	3.29±0.65			
	낮근무전담	3.15±0.76			
	저녁근무전담	2.58±0.35			
	밤근무전담	2.93±0.71			
초과근무시간(분)	≤30	3.15±0.67	.02	.972	
	31~<90	3.16±0.61			
	≥91	3.18±0.71			
담당환자수(명)	≤50	3.16±0.66	.07	.924	
	51~<100	3.16±0.66			
	≥100	3.08±0.83			
호스피스병동	유	3.31±0.66	2.18	.030	
	무	3.10±0.66			

3) 대상자의 통증관리 특성에 따른 통증 사정과 관리 수행도 및 근거 기반 실무에 대한 태도

통증관리 특성에 따른 통증사정 수행도는 통증경험이 있는 군이 통증경험이 없는 군에 비해 유의하게 높았고($t=3.24, p=.001$), 통증관리교육이 '필요하다'고 한 군이 '필요하지 않다'고 한 군보다 ($t=4.39, p<.001$) 유의하게 나타났고, 근거기반 통증관리 간호지침에 대해 '안다' 군이 '모른다' 군보다 수행도가 높게 나타났다($t=3.50, p=.001$). 근거기반 통증관리 간호지침에 대해 알고 있는 군에서 임상통증관리 지침을 '항상 준수한다' 군이 '가끔 준수한다', '거의 준수하지 않는다', '전혀 준수하지 않는다' 보다 수행도가 유의하게 높았다($F=3.48, p=.033$)<표 13>.

통증 관리 수행도에서도 통증교육 경험에 따라서 수행도가 유의하게 높았고($t=4.38, p<.001$), 통증관리교육이 '필요하다'고 한 군이 '필요하지 않다'고 한 군보다 유의하게 나타났고($t=3.97, p<.001$), 근거기반 통증관리 지침을 알고 있는 군이 모르는 군보다 수행도가 유의하게 높았다($t=3.10, p=.002$). 또한 통증관리 지침을 임상에서 '항상 준수'하는 군이 다른 군보다 수행도가 유의하게 높았다($F=3.41, p=.035$)<표 14>.

근거기반 실무에 대한 태도는 통증교육 경험, 통증관리 교육 필요 유무, 근거기반 통증관리 간호지침, 임상통증관리지침 준수에 따른 유의한 차이가 없었다<표 15>.

<표 13 > 통증관리 특성에 따른 통증사정 수행도

(N=241)

Characteristic	Categories	Implementation	F/t	p
		M ± SD		
통증교육 경험	유	3.52±0.41	3.24	.001
	무	3.29±0.62		
통증관리교육 필요	유	3.47±0.45	4.39	<.001
	무	2.02±1.44		
근거기반 통증관리 간호지침	유	3.54±0.43	3.50	.001
	무	3.32±0.52		
임상통증관리 지침	전혀 준수하지 않는다	0	3.48	.033
	거의 준수하지 않는다	3.12±0.81		
	가끔 준수한다	3.47±0.30		
	항상 준수한다	3.62±0.49		

<표 14 > 통증관리 특성에 따른 통증관리 수행도

(N=241)

Characteristic	Categories	Implementation M ± SD	F/t	p
통증교육 경험	유	3.40±0.43	4.38	<.001
	무	3.07±0.66		
통증관리교육 필요	유	3.33±0.50	3.97	<.001
	무	1.89±1.26		
근거기반 통증관리 간호지침	유	3.39±0.45	3.10	.002
	무	3.18±0.59		
임상통증관리 지침	전혀 준수하지 않는다	0	3.41	.035
	거의 준수하지 않는다	3.16±0.74		
	가끔 준수한다	3.29±0.39		
	항상 준수한다	3.48±0.47		

<표 15> 통증관리 특성에 따른 근거기반 실무에 대한 태도 (N=241)

Characteristic	Categories	M ± SD	F/t	p
통증교육 경험	유	3.16±0.67	.34	.728
	무	3.13±0.66		
통증관리교육 필요	유	3.16±0.66	1.30	.194
	무	2.54±1.70		
근거기반 통증관리 간호지침	유	3.20±0.71	1.29	.198
	무	3.09±0.59		
임상통증관리지침	전혀 준수하지 않는다	0	1.13	.324
	거의 준수하지 않는다	2.80±0.54		
	가끔 준수한다	3.13±0.66		
	항상 준수한다	3.27±0.75		

4. 통증사정과 관리 수행도 및 근거기반 실무에 대한 태도의 상관관계

본 연구에서 통증사정과 관리 수행도 및 근거기반 실무에 대한 태도의 상관관계를 분석한 결과는 <표 16>과 같다.

통증사정과 관리 수행도는 유의한 양의 상관관계가 있는 것으로 나타났으며($r=.75, p<.001$), 근거기반 실무에 대한 태도는 통증사정 수행도($r=.24, p<.001$)와 통증관리 수행도($r=.25, p<.001$)와의 상관관계도 통계적으로 유의한 양의 관계를 보여주고 있다.

<표 16> 통증사정과 관리 수행도 및 근거기반 실무에 대한 태도와의 상관관계 (N=241)

	통증사정 수행도 r	통증관리 수행도 r	근거기반실무에 대한 태도 r
통증사정 수행도	1		
통증관리 수행도	.75**	1	
근거기반실무에 대한 태도	.24**	.25**	1

** $p<.001$

V. 논 의

본 연구는 노인요양병원 간호사의 통증사정과 관리 및 근거기반 실무에 대한 태도를 파악하여 표준화된 근거기반 가이드라인 개발 및 실무적용을 위한 기초자료를 마련하고자 시행되었다. 그 결과를 중심으로 다음과 같이 논의하고자 한다.

본 연구대상자의 연령은 40세 이상이 54.7%로 과반수 이상이었고, 30세 미만이 19.5%이었고, 총 임상경력은 10년 이상이 54.8%로 요양병원 간호사를 대상으로 한 김현주 등(2013)의 연구에서 10년 이상 근무한 간호사가 52.4%였다는 결과와 유사하였다. 그러나 종합병원 간호사를 대상으로 한 김은경과 박명화(2012)의 연구에서 25세 이하가 36.6%, 36세 이상이 20.0%이었고, 김선화와 박상연(2012)의 연구에서 10년 이상의 임상경력이 20.8%인 결과들과는 차이가 있었다. 이는 종합병원 간호사들에 비해 요양병원 간호사들의 연령과 임상경력이 많음을 보여준다. 요양병원 간호사들은 다양한 임상현장을 경험하면서 합리적으로 문제를 해결하고 의사결정을 해야 하는 상황을 많이 접할 수 있었기 때문에 노인환자를 돌보는 간호에 긍정적인 영향을 미칠 것으로 사료된다.

본 연구에서 대상자의 직위는 수간호사가 15.4%, 책임간호사는 7.5%로 나타났다. 반면 김희량 등(2016)의 종합병원 간호사를 대상으로 한 연구에서 수간호사가 4.3%, 책임간호사가 5.7%로 나타난 결과와 차이가 있었다. 이는 노인요양병원은 간호조무사가 간호인력에 포함되기 때문에 관리자로서 간호사의 역할이 종합병원보다 많기 때문인 것으로 사료된다. Boström, Ehrenberg, Gustavsson과 Wallin (2009)이 간호사를 대상으로 한 근거기반 실무에 대한 실천 연구에서도 노인환자를 돌보는 기관이 병원보다 간호사가

많지 않아 감독과 같은 중요한 역할을 하고 있기 때문에 다른 의료기관보다 높게 나타났다는 연구결과와 같은 맥락을 갖는다. 즉 요양병원 간호사는 근거 기반 실무 변화를 이끌어 주는 리더로서의 중요한 역할을 해야 할 것으로 사료된다.

본 연구에서 일반적 특성에 따른 통증사정 수행도는 통계적으로 유의한 차이가 없었다. 반면 김희량 등(2016)의 종합병원 간호사를 대상으로 한 연구에서는 통증에 대한 경험이 많고 임상경험이 많을수록 통증사정 및 관리 수행도가 높게 나타났다. 요양병원 간호사들은 유희간호사로 간호현장을 떠나 있다가 요양병원에 재취업하여 경력의 부재로 실질적인 통증관련 교육이 필요한 것으로 사료된다.

본 연구에서 요양병원 근무특성에 따라서 3교대일수록, 초과근무시간이 30분 미만일수록 즉, 근무시간이 짧을수록 통증사정 수행도가 높게 나타났다. 이는 초과근무시간이 평균 약 35분으로 현장의 업무가 많고, 간호사 1인당 담당환자수가 평균 60명으로 근거 기반 실무를 수행할 수 있는 시간이 제한되어 있는 본 연구 결과와 박현애 등(2003)의 병원 간호사의 통증관리에 대한 연구와 Coker et al., (2008)의 노인환자의 통증관리 연구에서 간호사의 과다업무로 시간이 부족해서 통증관리가 잘 안되는 이유와 일치하였다. 이를 위해 조직체를 지지할 수 있는 기관의 정책이나 인력과 같은 구조적 지원을 마련되어야 함을 시사하고 있다.

본 연구에서 통증관리 특성에 따라서는 통증교육경험이 있고, 통증관리 교육이 필요하다고 인식할수록, 근거 기반 통증관리 간호지침을 알고 있을수록, 임상통증관리지침을 준수하는지에 따라 통증사정 수행도와 통증관리 수행도가 높게 나타났다. 이는 조현주와 권소희(2016)의 간호사를 대상으로 한 연구에서 통증교육 유무에 따라 통증관리 수행도가 높게 나타났고, 이미현과 박명화(2016)의 요양병원을 대상으로 한 통증연구에서 통증 지침서 사용

유무, 교육경험유무, 통증 수행정도에 따라 통증관리 수행도가 높게 나타난 결과와 유사하였다. 이는 요양병원의 인증평가제도가 도입되면서 인증지표에 포함된 통증과 관련된 실무를 수행하고 있기 때문일 것이다. 반면 양미라(2006)의 간호사를 대상으로 암환자 통증연구에서는 교육에 따라 수행도의 차이가 없다고 한 것과 상반된 결과를 보여 추후 재연구가 필요하다.

본 연구에서 일반적 특성에 따른 통증관리 수행도에서 수간호사가 책임간호사와 일반간호사보다 통증관리 수행도가 낮게 나타났다. 반면 김희량 등(2016)의 연구에서 수간호사와 책임간호사가 일반간호사보다 수행도가 높게 나타났다. 이는 요양병원에 먼저 취업한 간호사가 시간이 지남에 따라 나이와 경력에 상관없이 수간호사로 승진하여 통증관련 경험과 기술이 부족하기 때문일 것으로 사료된다.

본 연구에서 요양병원 근무특성에 따른 통증관리 수행도는 초과근무시간 30분미만인 경우 수행도에 영향을 주지만 통계적으로 유의한 차이가 없는 것으로 나타나 정확하게 통증관리 수행이 행해지는지에 대한 검토가 필요하다고 사료된다.

본 연구에서 일반적 특성에 따른 근거기반 실무에 대한 태도는 기혼일수록, 이전병원근무경력이 있을수록 긍정적으로 나타났다. 정은희(2008)의 정신보건서비스 대상자로 한 연구에서 경력이 많을수록 긍정적인 태도를 보이는 것과 유사한 결과를 보였다. 이는 경력자일수록 근거기반에 대한 인식이 높고, 실무변화에 민감하여 데이터베이스를 통한 새로운 문헌에 대한 지식을 접하는 노력을 많이 하기 때문에 근거기반실무에 대해 긍정적인 태도를 보인다고 사료된다. 요양병원 근무특성에 따라서 요양병원 규모가 200병상 미만일수록, 근무유형이 3교대일수록, 호스피스 병동이 있는 요양병원일수록 긍정적인 태도를 보이고 있었다. 홍인화와 은영(2015)의 중소병원 간호사를 대상으로 한 연구에서 종합병원에 근무하는 간호사보다 병원에 근무하는 간

호사가 긍정적이고, 근무부서는 특수부서에 따라 긍정적인 태도를 보였다. 또한, 상급종합병원 간호사를 대상으로 한 김정숙 등(2013)의 연구에서도 근무부서에 따라 즉, 내과계 병동이 외과계 병동보다 긍정적인 태도를 보였다. 이는 업무가 과중하면 문헌을 검색하는데 필요한 시간이 부족하기 때문일 것으로 사료된다. 통증관리 특성에 따른 근거기반 실무에 대한 태도는 통계적으로 유의한 차이가 없는 것으로 나타나 문정호(2011)의 병원에 근무하는 의료진을 대상으로 한 연구에서 연령별, 직위별, 최종학력, 근무년수, 통증유무에 따라 의료진의 태도는 통계적으로 유의하지 않아 본 연구 결과와 동일하였다. 반면 탁효희와 김계하(2012)와 권인각 등(2002)의 종합병원 간호사를 대상으로 한 연구에서 통증 교육 후 간호사의 태도가 향상되어 긍정적인 영향을 주는 것으로 나타났다. 이는 근거기반 실무에 대해 부정적이고 폐쇄적인 태도는 교육을 통해 긍정적인 태도로 변화된다고 한 Melnyk와 Fineout-Overholt (2011)의 연구결과에 따라 요양병원에서 표준화된 지침 마련과 업무개선을 통해 효과적인 교육방법이 고려되어야 한다고 사료된다.

본 연구에서 노인요양병원 간호사의 통증사정과 관리 수행도 및 근거기반 실무에 대한 태도는 통증사정 수행도와 통증관리 수행도는 유의한 강상관관계를 보였고, 근거기반 실무에 대한 태도는 통증사정과 통증관리와의 정적 상관관계가 있는 것으로 나타나 통증사정을 잘 할수록 통증관리가 높음을 알 수 있었다. 상관관계에 대한 세 변수 간의 선행연구가 부족하여 직접 비교할 수 없으나 홍인화와 은영(2015)의 중소병원 간호사를 대상으로 한 근거기반 통증관리 수행과 태도는 유의한 양의 상관관계로 나타난 연구결과와 유사하였다. 반면 조현주와 권소희(2016)의 연구에서 통증관리 지식, 태도와 수행은 유의한 상관관계는 없었지만, 낮은 통증관리 지식과 부적절한 태도에도 통증관리 실무를 수행하는 것으로 나타났다. 이는 Hallingbye, Martin과 Viscomi (2011)의 노인환자를 대상으로 한 통증 연구에서 통증사

정이 적절한 통증관리의 기본이 되지만, 통증사정을 하는 것으로 통증관리가 향상되지 않는다는 연구결과와 유사하였다. 또한 근거기반 실무에 대한 태도를 상급종합병원 간호사를 대상으로 한 김정숙 등(2013)연구에서 지식이 강력한 영향요인으로 나타났다. 따라서 효과적인 통증사정과 관리 및 근거기반 실무에 대한 긍정적인 태도를 향상시키기 위해서는 컨퍼런스, 워크숍, 보수교육 등을 통한 교육이 필요하다.

RNAO (2007)를 본 연구에서 사용한 결과 통증사정 권고사항이 통증관리 권고사항보다 수행도가 높게 나타났다. 이는 김희량 등(2016)의 연구결과와 유사하였다. 반면 홍성정과 이은주(2012)의 연구에서는 통증사정보다 통증관리 권고안이 높게 나타났다. 2010년부터 의료기관 평가 시 통증사정에 대해 정기적으로 평가하고, 의무기록이 강화되었기 때문인 것으로 사료된다.

통증사정 권고사항에서 수행도가 높은 항목은 통증사정 기록, 통증 재사정, 통증사정 파라미터 항목이었다. 이는 입원하는 모든 환자를 대상으로 통증척도를 이용해 통증사정 후 반드시 기록하고, 통증이 발생한 경우 그에 따른 중재 후 주사제는 15분 후, 경구약은 1시간 이내에 추가로 사정을 하고 기록을 하기 때문에 수행도가 높았을 것이다. 탁효희와 김계하(2012)의 종합병원 간호사를 대상으로 한 통증관리 수행과 방해요인을 연구와 홍성정과 이은주(2012)의 통증관리 근거중심 가이드라인 국내 타당성 검증의 연구, 홍인화와 은영(2015)의 중소병원 간호사의 통증관리에 대한 연구에서도 동일한 결과로 나타났다. 따라서 통증사정을 해서 기록하고, 재평가하는 것은 의무사항이기 때문에 잘 수행하고 있음을 보여준다.

반면, 통증사정 권고사항의 수행도가 낮은 항목은 김희량 등(2016)과 홍성정과 이은주(2012)의 연구결과와 일치하였다. 즉 진단적 검사와 신체적 검사, 질병에 대한 이해정도, 통증과거력, 통증관리 방법에 대한 개인의 선호

와 정보를 사정하기 어렵다고 한 광범위한 통증사정과 통증치료에 환자 참여를 유도하지 못하고, 다학제팀의 구성원과의 의사소통이 부족하다고 한 통증사정 의사소통이었다. 이는 요양병원의 다학제팀의 부재로 통증관리에 대한 계획을 협동해서 수립하는 것이 어렵기 때문에 다학제팀과의 의사소통을 높이는 방안이 필요하다.

다음은 통증관리 권고사항에서 수행도가 낮은 항목은 통증관리 계획수립이 가장 낮았다. 가족이나 환자를 포함하여 다학제팀과 협동하여 수립하는 항목은 홍성정과 이은주(2012)의 연구에서 43.3%의 수행도가 낮았고, 김희량 등(2016)의 연구에서도 수행도가 4점 만점에 2.78로 나와 본 연구에서의 4점 만점에 2.83점으로 나온 결과와 유사하였다. AHCPR (1994)에서 다학제팀이 참여하여 통증사정을 하는 것이 효율적으로 통증관리가 된다고 제안하였는데, 우리나라에서는 의사 처방에 의해 이루어지는 의사주도형 의료환경이기 때문에 통증관리 임상수행도가 낮은 실정이다. 따라서 통합적으로 간호사뿐만 아니라 다학제팀과 함께 사용할 수 있는 통증사정 및 관리가 개발되어야 할 것이다. 그리고 통증관리 권고사항 중 통증관리 프로토콜에 따라 적절한 진통제 선택에 대한 수행도 역시 낮은 점수로, 이는 요양병원에는 통증관리 전문가가 따로 활동하고 있지 않고, 병원이나 종합병원보다 마약성 진통제 사용이 많지 않기 때문일 것이다. 반면, 홍성정과 이은주(2012)의 연구결과에서는 72.9%로 높은 수행률을 보이고 있는데 이는 마약성 진통제를 많이 사용하는 복부수술환자를 대상으로 하였기 때문에 수행률이 높은 것으로 사료된다. 마지막으로 수행도가 낮은 항목은 마사지, 냉요법, 열요법, 유도심상법 등의 비약물적 통증 증재로 간호사의 독자적인 부분으로 수행될 수 있는 보완대체 요법들이 간호사에게 결여되어 있음을 알 수 있다. 대부분 많이 사용하고 있는 것은 냉·온요법을 이용한 증재이고, 이완요법, 심상요법, 음악요법은 적게 사용하고 있다(현주 & 박경숙, 2000). Jablonski와

Ersek (2009)의 미국 요양원 직원을 대상으로 한 근거기반 통증관리에 대한 연구, 김희량 등(2016)과 김은경과 박명화(2012)의 연구에서도 다른 항목에 비해 비약물적 관리영역의 수행도가 낮았고, 홍인화와 은영(2015)에서도 비약물요법이 적극적으로 필요하다고 하였다. 이는 한정된 근무시간에 비약물적 요법을 시행하는 것이 어려움이 있는 것을 의미하며, 본 연구에서 필요성을 느끼지 못한다고 하는 간호사들의 의견도 있어 근거기반 통증관리에 대한 정보와 자문을 제공할 수 있도록 기관의 노력과 지원이 많이 필요함을 시사하고 있다.

통증관리 권고사항에서 수행도가 높은 항목은 통증중재 기록과 마약성 진통제 부작용에서 오심과 구토에 대한 사정과 진통제로 적절한 통증완화에 대한 항목이었다. 김희량 등(2016)의 연구에서도 비슷한 결과가 나타났다. 이는 요양병원 간호사들이 마약성 진통제를 많이 사용하고 있지 않지만 진통제 부작용을 예측하고 관리할 수 있도록 기관에서 적극적인 교육이 이루어졌을 것으로 생각된다.

마지막으로 통증관리 권고사항에서 간호사를 대상으로 한 교육지원항목은 통증사정 및 관리에 대한 지식, 기술, 태도와 신념 등이 변화되어 간호사가 실무에 적용하도록 지원하는 것으로 본 연구대상자의 수행도가 높게 나타났다. 한편, 김희량 등(2016)과 홍성정과 이은주(2012)의 연구에서 수행도가 낮게 나타났다. 이는 요양병원에서 설문지를 받는 시점이 의료기관평가를 앞두고 있는 기관이 많아 간호사들을 대상으로 계속 교육이 이루어지고 있기 때문이라 사료된다. 그러나 교육 시 통증관리에 대한 가이드라인이나 지침이 기관의 정책으로 제시되지 않고 있어 표준화된 정책이나 지침이 필요하다고 사료된다.

본 연구에서 근거기반 실무에 대한 태도는 3.46점으로 홍인화와 은영(2015)의 중소병원 간호사들을 대상으로 한 연구에서 3.21점으로 비슷한 결

과를 보였다. 임경준 등(2011)의 상급종합병원 간호사를 대상으로 한 연구에서 측정도구가 동일하지 않아 정확한 비교는 어려우나 5점 척도로 환산한 결과 3.46점으로 동일한 결과를 보였다. 이는 요양병원 간호사들이 근거기반 실무가 친숙한 개념이 아님에도 불구하고 유사한 결과가 나타났다는 것은 요양병원 간호사들이 근거기반 실무에 대해 긍정적인 태도를 보인다고 할 수 있다. 점수가 낮은 문항을 보면 ‘나는 대상자를 돕기 위해 새로운 유형의 치료나 중재를 사용하는 것을 좋아한다’ ‘직관적으로 호감이 생긴다면 적용할 것이다’ 이다. 이는 간호사들이 과중한 업무로 새로운 근거를 받아들이고 시간을 할애하는데 어려움이 있는 것으로 사료된다.

이상으로 노인요양병원 간호사들이 RNAO (2007)에서 개발한 근거기반 통증사정과 기록은 잘 이루어지고 있으나 다학제팀과의 의사소통의 부재로 통증관리 계획수립이 원활하지 않는 것으로 파악되었고, 근거기반 실무에 대해 소극적인 태도를 보이고 있었다. 박향숙 등(2007)의 연구에서 노인에 대한 지식 수준이 높으면 노인에 대한 태도가 긍정적이었다는 것을 볼 때, 노인요양병원 간호사의 효과적인 통증관리를 위한 체계적인 교육이 필요하다고 사료된다. 또한, 노인요양병원 간호사들이 다학제팀과의 다양한 의사결정을 활용할 수 있는 의사소통 시스템이 구축될 필요가 있고, 통증사정과 관리에 대한 표준화된 양식의 개발 및 확산이 필요하다. 특히 독자적인 간호 영역인 비약물적 관리에 대한 간호사의 인지도를 높일 수 있는 교육프로그램이 개발되어야 하며, 인력과 시설, 지속적인 교육 지원이 필요하다. 기관의 체계화된 통증 관리 지침과 정책수립으로 표준화된 통증관리를 촉진하는 전산기록 시스템이 뒷받침되어 임상적용성을 높이는 것이 필요하다.

VI. 결론 및 제언

본 연구는 노인요양병원 간호사의 통증사정과 관리 및 근거기반 실무에 대한 태도를 파악하여 표준화된 근거기반 가이드라인 개발 및 실무적용을 위한 표준화된 양식을 제시하는 기초자료를 마련하기 위해 시행되었다.

본 연구의 결과는 다음과 같다.

첫째, 대상자의 일반적 특성으로는 특성으로 성별은 여자가 231명(95.9%), 나이는 40세 이상 50세 미만이 83명(34.4%), 종교는 무교가 124명(51.5%), 결혼상태는 기혼이 174명(72.2%), 최종학력은 간호전문대학이 134명(55.6%), 직위는 일반간호사 186명(77.1%)으로 많았다. 이전 병원 근무경력은 '있다'가 217명(90.0%)로 종합병원 61.4%, 노인요양병원 32.8%, 개인병원 22.4%, 대학병원 22.0% 순이었다.

노인요양병원 근무특성으로는 현 요양병원 근무경력이 1년 미만이 72명(29.9%), 요양병원 규모는 200병상 미만이 37.3%, 근무 유형은 3교대가 124명(51.5%), 초과근무시간은 30분 미만이 163명(67.6%), 담당환자수는 51명~100명 미만이 121명(50.2%)으로 많았다. 또한 호스피스 병동이 없는 요양병원 근무간호사가 178명(73.9%)으로 호스피스병동이 있는 요양병원에서 근무하는 간호사는 63명(26.1%)보다 많았다.

통증관리 특성으로는 통증교육 경험이 있는 간호사는 178명(73.9%), 통증 경험 횟수는 2~3회가 79명(32.8%), 교육받은 장소는 보수교육 107명(44.4%), 통증교육을 받은 항목 중 통증사정이 157명(65.1%), 통증교육 중점 항목에 대해서는 통증중재방법이 123명(51.0%), 통증관리 교육이 필요하냐는 질문에 '있다'고 대답한 간호사가 239명(99.2%), 근거기반 통증관리 간호

지침에 대해 ‘안다’라고 대답한 간호사는 147명(61.0%), 임상에서의 통증관리지침을 준수하냐는 질문에 ‘항상 준수한다’ 83명(34.4%)으로 많았다.

둘째, 통증사정 권고사항 수행도가 높은 항목은 통증사정기록(3.67 ± 0.59), 통증 재사정(3.66 ± 0.65), 통증사정 파라미터(3.65 ± 0.65)에서 수행도가 높았다. 반면에 통증사정결과에 대한 의사소통(3.07 ± 0.67), 광범위한 통증사정(3.24 ± 0.74)이 다른 권고사항에 비해 수행도가 낮았다.

셋째, 통증관리 권고사항 수행도가 높은 항목은 효과적인 기록에 대한 수행도(3.62 ± 0.74), 마약성 진통제에서 흔하게 나타나는 오심·구토에 대한 수행도(3.58 ± 0.60)이었다. 수행도가 낮은 항목은 통증관리 계획수립 항목에서 수행도(2.83 ± 0.76)와 약물적 관리에서 적절한 진통제 선택에 대한 수행도(2.94 ± 0.73)이었다.

넷째, 근거기반 실무에 대한 태도에서는 전체 평균 5점 만점에 3.15 ± 0.67 점이었다. 가장 태도가 높은 항목은 ‘내가 그것을 정확하게 상용하는 방법을 충분히 배웠다고 느끼면 적용할 것이다’가 3.65 ± 0.88 점, ‘이치에 맞는다고 생각되면 적용될 것이다’가 3.37 ± 0.95 점이었고, ‘나는 대상자를 돕기 위해서 새로운 유형의 치료나 중재를 사용하는 것을 좋아한다’는 2.96 ± 0.97 점, ‘직관적으로 호감이 생긴다면 적용할 것이다’는 2.92 ± 1.00 점으로 가장 낮았다.

다섯째, 일반적 특성에 따른 통증사정 수행도는 유의한 차이가 없었다. 요양병원 근무특성에 따라서는 근무유형($F=3.13$, $p=.009$), 초과근무시간($F=3.95$, $p=.020$)에 따라 유의한 차이가 있었다. 통증관리 특성에서는 통증 경험 있는 군($t=3.24$, $p=.001$), 통증관리교육이 필요하다고 한 군($t=4.39$,

$p < .001$), 근거기반 통증관리 간호지침을 알고 있는 군($t=3.50, p=.001$), 임상에서 통증관리 지침을 항상 준수하는 군이 다른 군보다 수행도가 유의하게 높았다($F=3.48, p=.033$).

여섯째, 일반적 특성에 따른 통증관리 수행도는 직위($F=3.72, p=.026$)에 따라서 유의한 차이가 있었다. 통증관리 특성에 따른 통증교육 경험 유무($t=4.38, p < .001$), 통증관리교육이 필요하다고 한 군($t=3.97, p < .001$), 근거기반 통증관리 지침을 알고 있는 군($t=3.10, p=.002$), 통증관리 지침을 임상에서 항상 준수하는 군이 다른 군보다 통증 수행도가 유의하게 높았다($F=3.41, p=.035$).

일곱째, 일반적 특성에 따른 근거기반 실무에 대한 태도는 결혼상태($t=2.07, p=.039$), 이전병원 근무경력이 있는 군($t=2.08, p=.038$)에서 유의한 차이를 보였다. 요양병원 근무특성에 따라서는 현 요양병원 규모($F=3.83, p=.023$)와 근무유형($F=2.70, p=.021$)에서 유의한 차이를 보였다. 또한 호스피스 병동이 있는 요양병동에서 근무하는 간호사가 그렇지 않은 간호사보다 긍정적인 태도를 보였다($t=2.18, p=.030$). 통증관리 특성에 따라서는 유의한 차이가 없었다.

여덟째, 통증사정 수행도와 통증관리 수행도는 유의한 양의 상관관계가 있는 것으로 나타났으며($r=.75, p < .001$), 근거기반 실무에 대한 태도는 통증사정 수행도($r=.24, p < .001$)와 통증관리 수행도($r=.25, p < .001$)와의 유의한 양의 관계를 보여주었다.

따라서 통증사정 및 관리 가이드라인(권고안)에 대한 간호사의 통증사정

수행도(3.46 ± 0.48)는 통증관리 수행도(3.32 ± 0.52)보다 전반적으로 높았으며, 통증사정 결과에 대한 다학제팀과의 의사소통 부재로 인해 통증관리 계획수립이 제대로 이루어지지 않았다. 이를 위해 노인요양병원 간호사들이 다학제팀과의 다양한 의사결정에 활용할 수 있는 통증사정과 관리에 대한 표준화된 양식의 개발 및 확산이 필요하다. 나아가 노인요양병원 간호사가 독자적 기능을 할 수 있는 비약물적 통증관리에 대한 프로그램 개발이 필요하다. 또한 노인요양병원 간호사는 근거기반 실무에 대한 태도에 대해 소극적인 태도를 보이고 있어 지속적인 교육을 통해 근거기반 실무에 대한 인식을 개선하고 임상 적용성을 높이는 것이 필요하다.

본 연구의 결과를 토대로 다음과 같은 제언을 하고자 한다.

첫째, 본 연구는 임의표집 된 요양병원에 국한된 것이므로 근거기반 가이드라인이나 지침을 사용한 도구로 조사지역을 확대 반복하는 연구를 제언한다.

둘째, 효율적인 통증관리의 수행도를 높이기 위한 근거기반의 표준화된 프로토콜 개발과 비약물적 통증관리에 대한 중재 프로그램을 적용하는 연구를 수행할 것을 제언한다.

셋째, 노인요양병원 간호사의 근거기반 실무에 대한 태도를 향상시키기 위한 지속적인 교육 프로그램을 개발하여 효과를 알아보는 연구를 제언한다.

참 고 문 헌

- 구미옥, 조명숙, 조용애, 정재심, 은 영, 정인숙, 박정숙, & 김혜정. (2012). 국내 근거기반 임상간호실무지침 주제의 우선순위 결정. *임상간호연구*, 18(1), 39-51.
- 권선미. (2014). 노인복지시설 간호사의 통증관리에 대한 지식, 태도, 중재 연구 (국내석사학위논문).
- 권연숙. (2003). 임상간호사의 통증 지식 및 통증 중재 실태조사: 대구경북지역중심으로 (국내석사학위논문).
- 권인각, 황문숙, & 김지현. (2002). 통증관리 교육이 재가 말기암 환자의 통증에 미치는 효과. *중앙간호학회지*, 2(1), 36-49.
- 김경희. (2003). 근거-중심간호(Evidence Based Nursing). *대한간호*, 42(6), 54-63.
- 김선화 & 박상연. (2012). 일개 대학병원 간호사의 암성통증관리에 대한 지식과 태도. *한국산학기술학회지*, 13(1), 254-263.
- 김성자. (2006). 유료 요양시설 여성 치매노인의 통증 관련요인에 관한 연구. (국내석사학위논문).
- 김수미. (2011). 혈액투석실 투석용수관리를 위한 간호실무가이드라인 개발 및 평가. *기본간호학회지*, 18(4), 463-471.
- 김은경. (2012). 병원 간호사의 근거중심 노인통증관리 지침에 대한 인지도와 수행도. *성인간호학회지*, 24(1), 20-30.
- 김은경 & 박명화. (2012). 병원 간호사의 근거중심 노인만성통증관리 지침에 대한 인지도와 수행도. *성인간호학회지*, 24(1), 20-30.
- 김정숙, 구미옥, & 조순연. (2013). 상급종합병원 간호사의 근거기반 실무 준비도에 대한 영향요인. *한국산학기술학회지*, 14(6), 2945-2957.

- 김주희, 양경희, & 이현주. (1996). 노인의 동통에 관한 조사연구. *한국간호과학회*, 26(4), 878-888.
- 김현주, 이해량, & 최순옥. (2013). 노인요양병원 간호사의 소진탄력성, 자아 존중감과 이직의도. *노인간호학회지*, 15(3), 218-226.
- 김희량, 송지은, & 소향숙. (2016). 내·외과 간호사의 근거기반 통증사정 및 관리 가이드라인 수행도. *성인간호학회지*, 28(5), 546-558.
- 김희진, 박인숙, & 강경자. (2012). 일개 상급종합병원 간호사와 의사의 암성 통증관리 지식 및 인식도. *중앙간호학회지*, 12(2), 147-155.
- 남미숙. (2003). 암 환자 통증관리에 대한 간호사의 지식 및 태도조사 (국내 석사학위논문).
- 류연나 & 박경숙. (2011). 치매노인의 통증사정에 대한 자가보고 도구의 타당도, 신뢰도 및 효율성 검증. *성인간호학회지*, 23(2), 111-122.
- 문정호. (2011). 의료진의 통증관리에 대한 지식과 태도 (국내석사학위논문).
- 문정희. (2014). 임상 간호사의 암성 통증관리에 대한 지식과 수행 (국내석사학위논문).
- 박명화. (2004). 근거중심 간호실무 가이드라인 전자문서화 모델개발. *대한의료정보학회지*, 10(2), 147-159.
- 박정숙 & 오윤정. (2003). 간호사의 통증지식에 관한 조사연구. *기본간호학회지*, 10(1), 87-95.
- 박진영. (2012). 근거중심의학(EBM) 정보서비스 도입을 위한 연구: 임상 전공의의 정보이용행태와 EBM에 대한 인식을 바탕으로. 명지대학교 대학원 석사논문.
- 박향숙, 서순림, & 김수현. (2007). 노인병원 간호사의 노인에 대한 지식과 태도 및 부정적 행동통제기술의 사용정도 간의 관계. *성인간호학회지*, 19(4), 614-623.

- 박현애, 고명자, 이현숙, 김영미, & 김문숙. (2003). 일개 병원 간호사의 암환자 통증관리에 대한 지식과 태도. *성인간호학회지*, 15(2), 205-214.
- 변영순 & 김미영. (2008). 유희 간호사 재취업 경험, *한국간호과학회지*, 38(5), 765-778.
- 손현지. (2004). NGC™에 등재된 근거중심 노인 급성통증 관리 가이드라인의 국내 적용가능성 (국내석사학위논문).
- 송명숙. (2013). 노인요양병원 간호사의 임파워먼트와 간호업무성과, 직무만족 및 이직의도와의 관련성. *한국산악기술학회지*, 14(5), 2301-2314.
- 송승순 & 박재순. (2010). 내·외과계 간호사의 통증관리에 대한 지식 및 태도. *가정간호학회지*, 17(1), 55-62.
- 송호정. (2009). 간호사의 암성 통증관리수행에 영향을 미치는 요인 (국내석사학위논문).
- 신영희 & 박영숙. (1995). 간호학생의 통증관리에 관한 지식. *대한간호학회지*, 25(1), 164-172.
- 신원안. (2011). 회복실 간호사의 수술 후 통증관리 태도에 관한 연구 (국내석사학위논문).
- 신인순. (2012). 국내 임상진료 지침의 개발동향과 당면과제. *대한의사협회지*, 55(4), 371-378.
- 양미라. (2006). 암 환자의 통증과 통증완화에 대한 간호사의 지식에 관한 연구. *조선의대논문집*, 31(1), 66-77.
- 양윤서 & 김덕희. (2013). 일 지역 요양병원 간호사의 간호행위 위임정도에 따른 전문직업성 및 직무만족도. *노인간호학회지*, 15(2), 175-184.
- 양인숙. (2011). 병원간호사의 연구활동, 근거중심 간호실무 및 정보자원의 접근성. *이화여자대학교 간호과학회지*, 23(2), 35-46.
- 양진향. (2004). 만성통증환자의 통증분류에 따른 통증, 우울 및 자기효능감

- 정도. *성인간호학회지*, 16(2), 202-210.
- 유재용. (2010). 증환자실 간호사의 감염관리 관련 근거기반 간호지식, 수행 및 장애요인. 연세대학교 대학원. 석사학위논문. 서울.
- 윤영호 & 김철환. (1997). 암성통증 관리에 관한 전문의들의 지식 및 태도. *대한가정의학회*, 18(6), 591-600.
- 이경미 & 송준아. (2016). 노인을 위한 비언어적 통증사정도구에 관한 문헌 고찰. *노인간호학회지*, 18(3), 147-158.
- 이경임. (2013). 응급실 간호사의 암성 통증관리에 대한 지식정도와 수행도. 동아대학교 대학원. 석사학위논문. 부산.
- 이미현 & 박명화. (2016). 요양병원 간호사의 공감능력과 치매환자 통증에 대한 태도 및 통증관리 수행도. *성인간호학회지*, 28(4), 388-398.
- 이민영. (1999). 사회복지전공자들의 빈곤에 대한 태도: 태도수준과 영향요인을 중심으로 (국내석사학위논문).
- 이영미. (2014). 노인요양시설 입소 노인의 통증, 우울 및 일상생활활동과의 관련성. *한국산학기술학회지*, 15(11), 6728-6738.
- 이은옥 & 최명애. (1993). *통증: 이론 및 중재*. 서울: 신광출판사.
- 이선희. (2009). 다수준 분석을 이용한 요양병원 서비스 질에 영향을 미치는 요인 분석. *한국간호과학회*, 39(3), 409-421.
- 이수정 & 장성옥. (2010). 노인요양시설 간호사의 치매환자 통증확인 유형. *기본간호학회지*, 17(4), 508-519.
- 이종경. (2007). 간호사를 대상으로 한 통증사정 교육프로그램의 효과. *성인간호학회지*, 19(1), 66-77.
- 이지은 & 박명화. (2011). 간호사의 정보자원 접근 및 활용정도와 근거중심 실무 장애요인 및 역량. *성인간호학회지*, 23(3), 255-266.
- 이혜진 & 김계하. (2014). 요양병원과 종합병원 간호사의 노인전문간호사에

- 대한 역할기대와 노인전문간호 수행 정도 비교. *성인간호학회지*, 26(6), 642-652.
- 임경춘, 박광옥, 권정순, 정재심, 최명애, 김주현, & 이경숙. (2011). 상급종합병원 간호사의 근거기반 실무에 대한 지식과 태도 및 수행. *임상간호연구*, 17(3), 375-387.
- 장성옥. (2007). 노인간호 요양시설에서의 치매환자 통증관리 프로토콜 개발 및 효과. *기본간호학회지*, 14(1), 29-43.
- 장혜경. (2006). 노인의 만성통증과 통증신념, 통증대처 및 피로에 관한 연구. *성인간호학회지*, 18(3), 377-385.
- 장혜경, 손정남, & 차보경. (2006). 노인의 만성통증과 통증대처, 피로, 자아존중감 및 우울의 관계연구. *기본간호학회지*, 13(1), 86-95.
- 전명희, 박경순, 공성화, 이선희, 김연희, & 최진선. (2006). 간호사와 의사의 암성 통증관리에 대한 지식과 태도. *한국간호교육학회지*, 12(1), 115-123.
- 정경화. (2006). 통증에 대한 간호사의 지식과 통증관리에 대한 태도 (국내석사학위논문).
- 정선진 & 김계화. (2014). 요양병원 간호사와 간호조무사의 암성 통증관리에 대한 지식 및 수행. *한국콘텐츠학회지*, 14(10), 649-660.
- 정은희. (2008). 증거기반실천 적용에 대한 지역사회 일선 정신보건서비스 종사자의 태도 연구: 리더십의 영향을 중심으로. *사회복지 학생연구논총*, 1, 205-227.
- 조명숙, 송미라, & 차선경. (2011). 일개 상급종합병원 간호사의 근거기반실무(Evidence-Based Practice) 촉진요인에 대한 인식. *기본간호학회지*, 18(3), 300-309.
- 조아라. (2013). 뇌졸중 후 중추성 통증에 대한 간호사의 지식과 태도 (국내석사학위논문).

- 조현주 & 권소희. (2016). 요양병원 간호사의 통증관리에 대한 지식, 태도, 수행정도. *한국호스피스·완화의료학회지*, 19(4), 322-330.
- 차보경 & 박창승. (2011). 만성통증이 있는 노인의 신체활동 수준에 따른 통증, 일상생활방해 및 피로. *지역사회간호학회지*, 22(2), 162-172.
- 최미향, 김영혜, & 손현미. (2016). 간호대학생에서 근거기반실무 태도에 영향을 미치는 요인. *한국간호교육학회지*, 22(3), 274-282.
- 최애리. (2003). 임상간호사의 병원감염관리에 대한 인지도 및 수행도. 이화여자대학교 대학원. 석사학위논문. 서울.
- 최소영. (2004). 간호사의 암환자 통증관리 및 통증지식에 관한 연구. *중앙간호학회지*, 4(1), 82-90.
- 탁효희 & 김계하. (2012). 일 지역 종합병원 간호사의 통증관리 수행실태와 간호수행 방해요인에 관한 연구. *이화여자대학교 간호과학회지*, 24(1), 23-34.
- 현주 & 박경숙. (2000). 임상간호사의 통증관리에 대한 지식과 태도. *성인간호학회지*, 12(3), 369-383.
- 홍성정 & 이은주. (2012). 통증관리 근거중심 가이드라인의 국내 타당성 검증 : 복부수술 환자를 대상으로. *임상간호연구*, 18(1), 159-170.
- 홍인화 & 은영. (2015). 중소병원 간호사의 근거기반 통증 관리 지식과 수행 및 근거기반 실무에 대한 태도. *한국임상보건과학회지*, 3(4), 476-489.
- 황경희, 류연나, & 박경숙. (2007). 통증관리에 대한 간호사의 지식과 태도에 관한 연구. *한국간호교육학회지*, 13(1), 41-51.
- 황인영. (2011). 중소병원 임상간호사의 낙상간호실무지침에 대한 지식, 태도 및 이행정도 (국내석사학위논문).
- Aarons, G. A. (2004). Mental Health Provider Attitudes Toward Adoption of Evidence-based Practice: The Evidence-based Practice Attitude

- Scale. *Mental Health Services Research*. 6(2), 61-74.
- Abdalahim, M. S., Majali, S. A., Stomberg, M. W., & Bergbom, I. (2011). The effect of postoperative pain management program on improving nurses' knowledge and attitudes toward pain. *Nurse Education in Practice*, 11(4), 250-255.
- Agency for Health Care Policy and Research. (1994). Management of Cancer pain. Clinical practice guideline, No. 9.(ver 2000). AHCPR Publication No. 94-0592. Rockville, MD: Author.
- AGREE Collaboration Group (2000). Appraisal of guidelines for research and evaluation instrument. Retrieved January 10, 2010, from <http://www.agreecollaboration.org>.
- American Geriatric Society. www.americangeriatrics.org
- American Medical Association. www.ama-assn.org
- American Society for Pain Management Nursing. www.aspmn.org
- American Pain Society (1995). Quality improvement guidelines for the treatment of acute pain and cancer pain. *Journal of the American Medical Association*, 274(23), 110-125.
- Ann, L. H., & Amanda, F. E. (2004). Pain assessment and management in persons with dementia. *The Nursing Clinics North America*, 39(3), 593-606.
- Bédard, D., Purden, M. A., Sauvé-Larose, N., Certosini, C., & Schein, C. (2006). The pain experience of post surgical patients following the implementation of an evidencebased Approach. *Pain Management Nursing*, 7(3), 80-92.
- Blyth, F. M., March, L. M., Brnabic, A. J. M., Williamson, M. &

- Cousins, M. J. (2001). Chronic pain in Australia: A prevalence study. *Pain, 89*, 127-134.
- Boström, A. M., Ehrenberg, A., Gustavsson, J. P., & Wallin, L. (2009). Registered nurses' application of evidence-based practice: A national survey. *Journal of Evaluation in Clinical Practice, 15*(6), 1159-1163.
- Bremman, F., Carr, D. B., & Cousins, M. (2007). Pain management: a fundamental human right. *Anesthesia & Analgesia, 105*(1), 205-221.
- Brown ST. (2000). Outcomes analysis of a pain management project for two rural hospitals. *Journal of Nursing Care Quality, 14*(4), 28-34.
- Chan B., & Leung P. (2005). Pain management. *Canadian Journal of Surgery, 48*(2), 98-99.
- Chen, Q., Hayman, L. L., Shmerling, R. H., Bean, J. F., & Leveille, S. G. (2011). Characteristics of chronic pain associated with sleep difficulty in older adults: The maintenance of balance, independent living, intellect, and zest in the elderly (MOBILIZE) Boston Study. *Journal of the American Geriatrics Society, 59*(8), 1385-1392.
- Cohen-Mansfield, J., & Creedon, M. (2002). Nursing staff members' perceptions of pain indication in persons with severe dementia. *The Clinical Journal of Pain, 18*, 64-73.
- Coker E., Papaioannou A., Turpie I., Dolovich L., Kaasalainen S., Taniguchi A. & Burns S. (2008). Pain management practices: older adults on acute medical unit. *Gerontological Nursing Association Perspective 32*. 5-12.
- Coopey M., Nix, M. P., & Clancy C. M. (2006). Translating research into evidence-based nursing practice and evaluating effectiveness. *Journal of Nursing Care Quality, 21*(3), 195-202.

- Douglas, C. E. (2001). Recognizing Pain in the Institutionalized Elder with Dementia. *Geriatric Nursing, 22*(2), 71-78.
- Eaton, L. H., & Tipton, J. M. (2009). Putting evidence into practice improving oncology patient outcomes. Pittsburgh, PA: Oncology Nursing Society.
- Ferrell, B. A. (1995). Pain evaluation and management in the nursing home. *Annals of Internal Medicine, 123*, 681-687.
- Field, M. J. & Lohr, K. N. (1990). Clinical Practice Guideline: Directions for A New Program. Washington, D.C: National Academy Press.
- Frampton, M. (2003). Experience assessment and management of pain in people with dementia. *Age and Ageing, 32*, 248-251.
- Gerrish, K., Ashworth, P., Lacey, A., Bailey, J., Cooke, J., & Kendall, S., et al. (2007). Factors influencing the development of evidence-based practice: A research tool. *Journal of Advanced Nursing, 57*(3), 328-338.
- Gorham, W. A. (1962). Staff nursing behavior contributing to patient care and improvement. *Nursing Research, 11*(2), 68-79.
- Gregg, T. L. (1998). Pediatric pain management in an adult critical care unit. *Critical Care Nursing Quarterly, 21*(2), 42-54.
- Hallingbye, T., Martin J., & Viscomi, C. (2011). Acute postoperative pain management in the older patient. *Aging Health, 7*(6), 813-828.
- Herr K. (2011). Pain Assessment Strategies in Older Patients. *The Journal of Pain, 12*(3), 3-13.
- Herr, KA. (2002). Pain assessment in cognitively impaired older adult. *American Journal of Nursing, 102*(12), 65-67.
- Herr, K., Titler, M. G., Schilling, M. L., Marsh, J. L., Xie, X., & Ardery,

- G., et al. (2004). Evidence-based assessment of acute pain in older adults: Current nursing practices and perceived barriers. *Clinical Journal of Pain*, 20(5), 331- 340.
- Horgas, A. L. (2005). Assessing pain in persons with dementia. *Dermatology Nursing*, 17(6), 472-473.
- Horgas, A. L., & Tsai, P. F. (1998). Analgesic drug prescription and use in cognitively impaired nursing home residents. *Nursing Research*, 47, 235-242.
- <http://www.bokjiro.go.kr/nwel/bokjiroMain.do> 노인실태조사
- <http://www.guideline.or.kr> 임상진료지침 정보센터
- <http://www.koiha.kr/member/kr/index.do> 의료기관평가인증원
- <http://www.kostat.go.kr> 통계청
- <http://www.kihasa.re.kr> 한국보건사회연구원
- <http://www.mv.go.kr> 보건복지부
- International Association for study of pain (2003). IASP Pain Terminology. Retrieved March 15, 2004, From the International Association for the Study of Pain Web site: <http://www.iasp-pain.org>
- Institute of Medicine (1990). Clinical practice guidelines: Directions for a new program. In Field, M. J., & Lohr, K. N. (Eds.). Washington, DC: National Academy Press.
- Jablonski, A., & Ersek, M.(2009). Nursing home staff adherence to evidence-based pain management practices. *Journal of Gerontological Nursing*, 35(7), 28-34.
- Johansson, B., Fogelberg-Dahm, M., & Wadensten, B. (2010). Evidence-based practice: The importance of education and leadership.

- Journal of Nursing Management*, 18(1), 70-77.
- Katz, N. (2002). The impact of pain management on quality of life. *Journal of pain and symptom management*, 24(1), 38-47.
- Kazuo, K. & Hanaoka, M. (2002). The present status and treatments of postoperative pain. *Pain Clinic*, 2(2), 102-105.
- Koehn, M. L. & Lehman, K. (2008). Nurses' perceptions of evidence-based nursing practice, *Journal of Advanced Nursing*, 62, 209-215.
- Lim, L. M., Chiu, L. H., Dohrmann, J., & Tan, K. L. (2010). Registered nurses' medication management of the elderly in aged care facilities. *International Nursing Review*, 57(1), 98-106.
- McCaffery, M. (1999). *Pain: Clinical Manual* (2nd ed). St. Louis: Mosby.
- McCaffery, M. & Beebe, A. (1989). *Pain: Clinical manual for nursing practice*. St. Louis: Mosby.
- McCaffery, M., & Ferrell, B. R. (1995). Nurses' knowledge about cancer pain: A survey of five counties. *Journal of Pain and Symptom Management*, 10(5), 356-369.
- McCaffery, M., & Ferrell, B. R., O'Neil-Page, E., Lester, M., & Ferrell, B. (1990). Nurses's knowledge of opioid analgesic drugs and psychological Dependence. *Cancer Nursing*, 13(1), 21-27.
- McClarey, M.(1997). Identifying priorities for guideline development as a result of nursing needs. *DQI Network News*, 6, p.4-5.
- McCullers, V. J. (2012). Safe and Effective Pain Management in Elders. *The Alabaam Nurse*, 11-12.
- Mechel, J. P., Pautex, S., & Zekry, D. (2002). End-of-life care of person with dementia. *The Journal of Gerontology Series A. Biological*

Science and Medical Science, 57A, 640-644.

- Melnyk, B. M., Fineout-Overholt, E., Feinstein, N. F., Li, H., Small, L., & Wilcox L., et al. (2004). Nurses' perceived knowledge, beliefs, skills, and needs regarding evidence-based practice: Implication for accelerating the paradigm shift. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 1(3), 185-193.
- Melnyk, B. M., Fineout-Overholt, E. (2011). Evidence-based practice in nursing & healthcare: *A guide to best practice*. 2nd ed. Philadelphia, PA: Lippicott Williams & Wilkins.
- Melzack, R. (1981). Recent concepts of pain. *Journal of medicine*, 13(3), 147-160.
- Mittal, R., & Perakath, B. (2010). Evidence-based surgery: Knowledge, attitudes, and perceived barriers among surgical trainees. *Journal of Surgical Education*, 67(5), 278- 282.
- Molony, S. L., Kobayashi, M., Holleran, N., & Mezey. M. (2005). Assessing pain as a fifth vital sign in long-term care facilities: Recommendations from the field. *Journal of Gerontological Nursing*, 31, 16-24.
- National Guideline Clearinghouse. (2006). Pain Management Guideline. Retrived June, 18, 2006, from <http://www.guideline.gov/content>
- Olade, R. A. (2004). Evidence-based practice and research utilization activities among rural nurses. *Journal of Nuring Scholarship*, 26(3), 220-225.
- Reed-Ash, C. (1982). Pain and the cancer patient. *Cancer Nursing*, 5, 170-180.
- Registered Nurses' Association of Ontario. (2007). Assessment and

Management of Pain. Retrieved December, 2007, from <http://rnao>.

- Reynolds, K.S., Hanson, L.C., DeVellis, R.F., Henderson, M., Steinhauser, K.E., & Nygaard, H. A., ET AL. (2008). Disparities in pain management between cognitively intact and cognitively impaired nursing home resident: Are nursing home patient with dementia diagnosis at increased risk for inadequate pain treatment ? *Journal of Pain and Symptom Management*, 35, 388-396.
- Ruzicka. S., Sanchez-Reilly, S., & Gerety, M. (2007). Holistic Assessment of Chronic Pain Among Elders. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*, 24(4), 291-299.
- Spear, H. J. (2006). Evidence-based nursing practice: Making progress and making a difference. *Worldviews on Evidence-based Nursing*, 3(2), 52-54.
- Strohbuecker, B., Mayer, H., Evers, G., & Sabatowski, R. (2005). Pain prevalence in hospital patients in a german university teaching hospital. *Journal of Pain and Symptom Management*, 29(5), 498-506.
- Todd B Monroe, Sumathi K Misra, Ralf C Habermann, Mary S Dietrich, Ronald L Cowan, Sandra F Simmons.(2014). Pain reports and pain medication treatment in nursing home residents with and without dementia. *Journal of Geriatrics Gerontology*, 14, 541-548.
- Tolson, D., Bennett, J., Currie, K., & Mohammed, T. A. (2009). Facilitating collaborative development in practice. *International Journal of Nursing Prctice*, 15(5), 353-358.
- Tsai, F. C., Tsai, Y. F., Chien, C. C., & Lin, C. C. (2007). Emergency nurses' knowledge of perceived barriers in pain management in taiwan.

Journal of Clinical Nursing, 16(1), 2088-2095.

Upton, D., & Upton, P. (2006). Development of an evidence-based practice questionnaire for nurses. *Journal of Advanced Nursing, 54(4), 454-458.*

Von Dgenberg, k., & Deighan, M. (1995). Guideline development: A model of multiprofessional collaboration. In: Deighan M, Hitch s (eds). *Clinical Effectiveness from Guidelines to Cost-Effective Practice. London: Department of Health, p.93-97.*

Vortherms, R., Ryan, P., & Ward, S. (1992). Knowledge of attitudes toward and barriers to pharmacologic management of cancer pain in a statewide random sample of nurses. *Reserch Nurses in Health, 15, 459-466.*

Watt-watson, J. H. (1987). Nurse's knowledge of pain issue: A survey. *Journal of Pain and Symptom Management, 2(4), 207-211.*

Zancocchi, M., Maero, B., Nicola, E., Martinelli, E., Luppino, A., Gonella, M., & Obialero, R. (2008). Chronic pain in a sample of nursing home residents: prevalence, characteristics, influence on quality of life(QoL). *Archives of gerontology and geriatrics, 47(1), 121-128.*

ABSTRACT

Pain Assessment and Management using Recommended Performance Guideline and Attitudes toward Evidence-based Practice among Nurses in Long-term Care Hospitals

Kim, Su Eun

Department of Nursing Science

Graduate School of Nursing

Sungshin University

This study aimed to explore the pain assessment and management using performance guideline and attitudes toward evidence-based practice among nurses in long-term care hospitals.

This is a descriptive study. The subjects were 241 nurses working at long-term care hospitals with over 100 beds in Gyeongsangbuk-do. The researcher collected data by visiting the long-term care hospitals in person with structured questionnaires from Jan 1 to Feb 28, 2017.

As for research tools, RNAO (2007) guideline was used which was investigated for the validity of Korea version by Hong Seong-jeong and Lee Eun-ju (2012). The revised and supplemented research by Kim Hee-ryang et al. (2016) was used for evidence-based pain assessment and management performance status, and the one developed by Aarons (2004)

and revised by Hong In-hwa and Eun Young (2015) was used for attitudes toward evidence-based practice.

The collected data were analyzed with descriptive statistical analysis, t-test, ANOVA, Scheffé test and Pearson's correlation coefficient using SPSS WIN 22.0 program.

The major results of this research are as follows:

1. Items with higher performance status of recommended pain assessment were pain assessment record (3.67 ± 0.59), pain reassessment (3.66 ± 0.65) and pain assessment parameter (3.65 ± 0.65). On the other hand, communication on the pain assessment result (3.07 ± 0.67) and extensive pain assessment (3.24 ± 0.74) showed lower performance status compared to other recommendations.
2. Items with higher performance status of recommended pain management were on effective record (3.62 ± 0.74), nausea and vomiting frequently occurred with narcotic analgesic (3.58 ± 0.60). Those with lower performance status included establishing plans for pain management (2.83 ± 0.76) and selecting proper analgesics in medicinal management (2.94 ± 0.73).
3. The attitude toward evidence-based practice was overall an average of 3.15 ± 0.67 out of 5 points. The item with the highest attitude was 'I would apply, if I think I have learned how to use it completely'

(3.65±0.88), followed by answers such as 'I would apply, if I think it is reasonable' (3.37±0.95), 'I like new types of treatment or intervention to help the targets' (2.96±0.97), and 'I would apply, if I have an intuitively' favorable impression (2.92±1.00).

4. There was no significant difference in performance status of pain assessment according to general characteristics. When it comes to the characteristics of work at long-term care hospitals, there was a significant difference according to work type ($F=3.13$, $p=.009$) and overtime work ($F=3.95$, $p=.020$). The characteristics of pain management showed differences by the group that experienced pain ($t=3.24$, $p=.001$), the group who answered that pain management training is required ($t=4.39$, $p<.001$), the group who was aware of nursing guidelines on evidence-based pain management ($t=3.50$, $p=.001$) and whether or not they complied with the guideline for clinical pain management ($F=3.48$, $p=.033$).

5. Performance status of pain management according to general characteristics showed significant differences based on position ($F=3.72$, $p=.026$). As for characteristics of pain management, whether or not to experience pain training ($t=4.38$, $p<.001$), the group answered that pain management training is necessary ($t=3.97$, $p<.001$), the group who was aware of the guideline for evidence-based pain management ($t=3.10$, $p=.002$) and the group who always complied with pain management guidelines at clinics showed

a significantly high pain performance status ($F=3.41$, $p=.035$) compared to other groups.

6. For the attitude towards evidence-based practice according to general characteristics, marital status ($t=2.07$, $p=.039$) and the group with former work experience ($t=2.08$, $p=.038$) had significant differences. In terms of the characteristics of work at long-term care hospitals, the size of the current care hospitals ($F=3.83$, $p=.023$) and work type ($F=2.70$, $p=.021$) showed significant differences. Moreover, nurses working at care hospitals with a hospice unit showed a more positive attitude than those without it ($t=2.18$, $p=.030$). As for characteristics of pain management, there was no significant difference.
7. It was revealed that performance status of pain assessment and pain management had a significant positive correlation ($r=.75$, $p<.001$), and the attitude towards evidence-based practice showed a significant positive correlation between performance status of pain assessment ($r=.24$, $p<.001$) and pain management ($r=.25$, $p<.001$).

In conclusion, the nurses' performance status of pain assessment on evidence-based pain assessment and management (3.46 ± 0.48) was higher than performance status of pain management (3.32 ± 0.52) in general. Due to a lack of communication with a multidisciplinary team on the results of the pain assessment, pain management plans were not established properly. For this, it is required to develop and disseminate standardized forms of pain

assessment and management that can be utilized for various decision-makings with a multidisciplinary team. Moreover, it is necessary to develop programs for non-pharmacological pain management that nurses in long-term care hospitals can apply independently. Furthermore, nurses in long-term care hospitals showed a passive attitude towards evidence-based practice; it is important to improve awareness of evidence-based practice through continuous training and increased clinical applications.

부 록

설문지

안녕하십니까?

바쁘신 시간 중에도 불구하고 귀중한 시간을 내시어 설문에 응답해 주심에 대하여 진심으로 감사드립니다.

저는 성신여자대학교 대학원 석사과정에 재학 중인 학생입니다.

본 설문지는 현재 근무하는 「노인요양병원 간호사의 통증사정과 관리 및 근거기반 실무에 대한 태도」에 대한 연구를 위하여 작성된 것입니다.

본 연구와 관련된 귀하의 개인적인 정보와 설문내용은 순수한 연구목적으로만 사용될 것이며 또한 조사가 무기명으로 통계처리되어 특정 개인이나 조직에 대해서는 철저히 익명성이 보장됨을 분명히 밝혀드립니다.

설문지에 대한 귀하의 응답은 연구에 소중한게 활용될 예정이오며 노인요양병원 실무에 적용시키기 위한 기초자료로 사용될 것입니다.

바쁘시더라도 부디 정확하고 성실하게 모든 질문에 답변해 주시길 부탁드립니다. 끝으로 항상 좋은 간호를 제공하기 위해 애쓰시는 선생님의 노고에 진심으로 감사드리며 간호부와 귀하의 무궁한 발전을 기원합니다.

2017년 1월

성신여자대학교 대학원

연구자 김수은

Tel:010 - 8578 - 2325

E-mail:99nisu@naver.com

※ 본 조사나 설문지에 대해 의문이 있으시면 위 연락처로 문의하시기 바랍니다.

대상자 서면동의서

연구제목: 노인요양병원 간호사의 통증사정과 관리 및 근거기반 실무에 대한 태도

1. 본인은 연구책임자 김수은에 의해 실시되는 본 연구의 목적, 예측효능, 연구방법 등 모든정보들에 관하여, 대상자 설명문을 읽고, 연구담당자로부터 자세한 설명을 들었으며 충분히 이해하였습니다.
2. 본인은 연구를 위해 수집된 자료가 개인 정보의 비밀 유지가 보장되는 범위 내에서 사용될 수 있으며, 연구의 목적으로 관련 규정이 정하는 범위 안에서 얻어진 설문자료가 이 연구의 관련 요원에게 비밀로 양도되는 것에 동의합니다.
3. 본인이 연구의 세부사항에 대해 의문이 있을 경우, 언제든지 연구 담당자에게 문의를 할 수 있으며, 본 연구에 참여하는 데 영향을 줄 수 있는 새로운 정보가 입수되면 즉시 본인에게 알려진다는 것을 알고 있습니다.
4. 본인의 연구 참여 여부 결정은 자발적인 것이며, 연구기간 중 언제든지 개인적인 사유 등으로 지속적인 참여를 중도에 거부하거나, 자유로이 참가를 중단할 수 있으며 이로 인해 어떠한 불이익도 받지 않음을 알고 있습니다.
5. 본인은 설문지의 모든 질문에 대하여 정직하게 답변하는 것에 동의합니다.

이에 본인은 자유로운 의사에 따라 본 연구에 참여할 것을 동의합니다.

2017 년 월 일

피험자(성명/자필 서명/날인)

성명:_____ 서명:_____

성신여자대학교 대학원

연 구 자 : 김 수 은

지 도 교 수: 정 명 실

Tel : 010-8578-2325

성신여자대학교 생명윤리심의위원회(IRB):(SSWUIRB 2016-068)

I. 다음은 노인요양병원 간호사의 통증사정과 관리에 관한 근거기반 가이드라인

권고사항에 대한 수행도를 묻는 문항입니다.

현재 본인이 근무하고 있는 임상현장에서 각 해당 권고를 어느정도 수행하고 있는지 체크해 주시고, 만약 수행하고 있지 않으면 그 이유를 적어 주십시오.

(① 전혀 수행하지 않는다 ② 거의 수행하지 않는다 ③ 가끔 수행한다 ④ 항상 수행한다)

★★ 수행하지 않는 이유 ★★

예) - 간호인력이 부족하다.

- 필요성을 못 느껴서

- 조직체의 지지부족

- 많은 업무로 인한 시간 부족

	권 고 사 항	임상에서의 수행정도	수행하지 않는 이유
1	통증, 아픔, 불편함이 있는지를 환자 혹은 가족, 보호자에게 물어봄으로써 적어도 하루에 한 번 통증위험이 있는 모든 환자를 사정한다.	① ② ③ ④	
2	통증에 대한 자가보고는 통증사정을 위한 1차 사정자료이다.	① ② ③ ④	
3	아래의 모든 요소들은 통증이 존재하는 한 지속적으로 모니터 되어야 한다.		
	1) 통증부위, 통증 수준	① ② ③ ④	
	2) 통증이 기능과 일상생활 활동에 미치는 정도	① ② ③ ④	
4	3) P(촉진요소), Q(통증의 질: 쿡쿡쑤시는), R(방사통), S(통증의 심한정도), 통증과 관련된 징후, 시간 (가끔씩, 간헐적, 지속적)	① ② ③ ④	
	통증강도를 사정하기 위해서는 타당성이 확보된 표준화된 도구를 이용해야 한다. - VAS, NRS, VS, 안면척도, 행위척도	① ② ③ ④	
5	자가보고를 할 수 없는 환자의 통증사정은 타당한 생리적 지표나 표준화된 행동지표를 포함시켜야 한다.	① ② ③ ④	
6	다음의 요소들은 전반적인 통증사정에 포함된다.		
	1) 신체검사, 관련 Lab과 진단적 검사	① ② ③ ④	
	2) 현재 질병에 대한 이해와 영향요인 확인 • 정신심리: 불안, 우울 등 • 영적인 영향 • 상황요인: 문화, 언어, 민족적 요소, 통증과 치료에 대한 경제적 영향, 환자의 선호도와 통증관리법에 대한 기대, 믿음, 미신, 대상자의 상태와 통증에 연관된 정보 제공에 대한 반응과 선호도	① ② ③ ④	
	3) 통증 과거력	① ② ③ ④	
	4) 스트레스와 통증에 대한 대처방안	① ② ③ ④	

	권 고 사 항	임상에서의 수행정도	수행하지 않는 이유
7	통증은 통증의 강도와 유형, 치료계획에 따라서 규칙적으로 재사정한다.		
	1) 통증의 강도와 기능(활동에 미치는 영향)은 이전에 통증을 관리하던 방법으로 완화되지 않거나, 통증 강도가 증가되거나 새로운 처치로 통증이 심해지는 경우에 재사정해야 한다.	① ② ③ ④	
	2) 중재의 효과 (약물적, 비약물적)가 최고점에 이를 때 통증을 재사정한다.(비경구 마약성제제 15-30분 후, 속효성 진통제 투여 1시간 후)	① ② ③ ④	
8	지속적인 통증의 경우, 아래의 요인은 통증사정 원칙에 따라 모니터 해야 한다.		
	1) 통증의 강도와 질, 위치	① ② ③ ④	
	2) 통증완화 정도와 반응(통증강도 감소)	① ② ③ ④	
	3) 치료계획을 수행하는 데 있어서의 장애요소	① ② ③ ④	
9	예상되지 않는 강한 통증, 특히 저혈압, 빈맥, 열과 같은 활력증상을 변화시키는 갑작스런 통증은 즉시 사정 되어야 한다.	① ② ③ ④	
10	환자의 통증에 대한 경험을 사정할 수 있는 표준화된 양식을 사용 한다. - 초기 사정, 종합적인 사정, 재사정 - 중재의 효율성을 추적할 수 있는 사정도구 (0~10점 척도)	① ② ③ ④	
11	규칙적, 일상적으로 하는 통증에 대한 사정은 환자 간호에 참여한 모든 의료인이 같이 이용할 수 있는 표준화된 양식을 사용 해서 기록한다.	① ② ③ ④	
12	개인이나 간호제공자에게 통증사정 결과를 보여줌 으로써 환자가 경험하는 통증이 반영되었는지를 검증한다.	① ② ③ ④	
13	구조화된 사정도구를 사용하여 얻은 통증의 양상과 통증 사정에 대한 결과를 다학제적 팀의 구성원과 의사소통 한다.	① ② ③ ④	
14	만약 통증이 완화되지 않으면 치료계획 변경에 대해 환자를 대신해서 환자의 의견을 반영 해야 한다. 이때 간호사는 적절한 근거를 제시 하여 자신의 제안을 뒷받침하고, 치료계획의 변경 필요성에 대해 명백한 근거를 제시 하여야 한다.	① ② ③ ④	

	권 고 사 항	임상에서의 수행정도	수행하지 않는 이유
15	환자나 보호자의 기록을 포함한 조직 내의 모든 적절한 의사소통 채널을 이용해서 완화되지 않는 환자의 통증에 대해 윤리적 책임 의식을 가지고 보고한다.	① ② ③ ④	
16	통증관리 표준지침에 따른 후에도 조절되지 않는 지속적인 통증을 가진 환자 는 특정통증에 대한 치료 전문가나 감정적, 사회심리적, 영적, 부수적인 내과적 요인을 해결하기 위한 다학제 팀에게 의뢰 를 한다.	① ② ③ ④	
17	환자나 가족의 통증완화 목표치와 일관되게 다학제적 팀과 협동하여 통증관리에 대한 계획 을 수립한다.	① ② ③ ④	
18	치료계획에 대한 자료 를 환자나 가족에게 제공함으로써 통증관리에 적극적인 참여와 의사결정에의 참여를 증진시킨다.	① ② ③ ④	
19	가장 효과적인 진통제 용량 스케줄에 대해 이야기하고 덜 침습적인 통증관리 방법을 선택한다.		
	1) 개인의 통증치료 요구와 치료환경에 따라 투여 경로를 조정한다. 2) 간헐적인 진통제를 투여하기 위해서는 Heparin cap 사용을 고려한다.	① ② ③ ④ ① ② ③ ④	
20	복잡한 통증에는 통증관리 전문가와의 상담의뢰를 제시한다.	① ② ③ ④	
21	진통제의 사용시점은 개인의 특성, 약물의 특성(작용기간, 약물의 최고효과, 반감기), 약물의 투여경로에 따라 다르다는 것을 고려해야 한다.	① ② ③ ④	
22	피부를 통해 흡수되는 펜타닐의 경우는 3일마다 조정한다.	① ② ③ ④	
23	관리되지 않은 오심과 구토 혹은 구강으로 약물 투여할 수 없을 때는 가장 효율적이고 최소한의 침습적인, 개인의 선호와 의료기관 비용, 자원 등을 고려하여 다른 경로로 투여되는 약물을 처방 받아야 한다.	① ② ③ ④	
24	최적의 통증완화에 장애가 발생하는 것을 예방하기 위해 약물중독, 내성, 의존성의 차이 를 구별할 수 있어야 한다.	① ② ③ ④	
25	마약성 진통제를 사용하고 있는 사람을 모니터 한다. - 통증이 없는 사람에게 마약성 진통제가 투여되고 있는지 - 용량을 초과하여 투여되고 있지 않은지 - 호흡을 중단시키거나 늦추지 않는지	① ② ③ ④	

	권 고 사 항	임상에서의 수행정도	수행하지 않는 이유
26	마약성 진통제의 잠재적 독성증상이 발생하고 있는지 모니터해야 한다. - 근 경련, 심방증상 등	① ② ③ ④	
27	규칙적인 간격, 용량의 변화, 투여경로, 혹은 투약시점에 따라 진통제의 통증완화 효능을 평가하고, 통증완화가 적절하지 않으면 진통제의 변경을 제안 해야 한다.	① ② ③ ④	
28	통증조절이 안되어 마약성 진통제의 증량을 요구하는 대상자는 통증전문가에게 의뢰 한다.	① ② ③ ④	
29	오심과 구토, 변비, 졸음 같은 마약성 진통제의 부작용은 조절될 수 있다는 것을 환자와 상담 하여 알려준다.	① ② ③ ④	
30	투약요법을 준수할 수 있도록 하기 위해 마약성 진통제의 부작용은 조절될 수 있다는 것을 환자와 상담 하여 알려준다.	① ② ③ ④	
31	마약성 진통제의 부작용과 비슷한 부작용을 지닌 약물을 투여받고 있는지를 확인하고, 마약성 진통제의 모든 잠재적인 부작용의 원인들을 구별하고 치료 해야 한다.	① ② ③ ④	
32	마약성 진통제를 복용하고 있는 모든 환자들은 오심과 구토가 있는지 사정 해야 한다. 특히 진통제의 투여시점과 증상과의 관계에 대해 특별한 관심을 기울여야 한다.	① ② ③ ④	
33	진통제의 효과가 있는지 규칙적인 간격으로 사정 하고, 적절한 치료에도 불구하고 지속적으로 증상이 나타나면 더 자세한 평가가 수행되어야 한다.	① ② ③ ④	
34	만약 오심과 구토 증상이 마약성 진통제와 연관성이 있다고 판단되거나, 적절한 용량의 진통제에도 불구하고 증상의 개선이 나타나지 않으면 처방 의사에게 다른 진통제로 변경을 의뢰한다.	① ② ③ ④	
35	금기가 아니면 변비예방을 위한 예방적 조치 를 하고, 이러한 부작용이 나타나는지 계속 모니터해야 한다.		
	1) 변비완화제는 정기적인 마약성 진통제 투여를 받고 있는 대상자에게 예방적 조치로 필요시 처방되어야 한다.	① ② ③ ④	
	2) 관장이나 좌약은 구강으로 섭취해야 하는 완화제를 사용하기 전에 사용될 수 있다.	① ② ③ ④	
	3) 식이섬유성 변비치료제는 아편약제를 복용하는 경우와 같은 장운동이 저하된 대상자에게는 사용을 금해야 한다.	① ② ③ ④	

	권 고 사 항	임상에서의 수행정도	수행하지 않는 이유
36	개인의 상황과 선호에 따라 연동운동을 증가시키는 식단에 대해 상담을 제공한다.	① ② ③ ④	
37	복부통증을 동반하거나 구토가 있으면서 조절되지 않는 변비가 있는 대상자들은 적절한 의료진에게 긴급히 의뢰한다.	① ② ③ ④	
38	마약성 진통제의 초기 사용이나 용량이 증가되면 졸음은 자주 발생하는 증상이며, 일시적인 진정(sedation)이라는 것을 가족이나 대상자에게 인식시키고 상담해 준다.	① ② ③ ④	
39	72시간 이상 지속되는 졸음이나 혼동이 있을 때는 정신과 전문의에게 보고하고 기저원인이 있는지를 조사한다.	① ② ③ ④	
40	내과적 검사와 드레싱 교환, chest tube제거, line삽입 • 제거 등과 같은 처치 시에는 통증이 발생할 수 있음을 예측할 수 있어야 한다. - 예방을 위해 약물적, 비약물적인 대안을 같이 사용한다. - 영아에게 처치를 수행할 때는 통증을 예상하고 예방해야 한다.	① ② ③ ④	
41	통증을 발생시키는 처치 시 진통제와 국소마취제의 사용은 약물적인 관리의 기본임을 인식한다.	① ② ③ ④	
42	대상자를 중간정도 진정(sedation)시키는 방법을 사용했다면, 전문적인 감독과 적절한 모니터링을 수행해야 한다.	① ② ③ ④	
43	개별화된 접근법을 사용하여 대상자나 가족에게 통증이나 통증을 다스리기 위해 사용되는 처치에 대한 정보를 제공한다.	① ② ③ ④	
44	환자가 경감되지 않는 통증, 변화된 통증, 통증의 유형이나 새로운 통증이 유발되거나 진통제 관련 부작용이 나타나면 즉각적인 보고가 필요하다는 것을 알고 있도록 해야 한다.	① ② ③ ④	

	권 고 사 항	임상에서의 수행정도	수행하지 않는 이유
45	통증관리를 위해 최상의 약물이용을 방해 할 수 있는 잘못된 신념을 감소시키기 위해 중독, 내성, 신체적 의존에 대한 차이를 구별 할 수 있어야 한다.		
	1) 중독은 정신적 의존이며, 지속적인 통증 시 마약제를 투여하는 사람에게는 드물게 발생한다.	① ② ③ ④	
	2) 통증조절을 위해 장기간 마약제제를 이용하는 사람은 내성의 증상이 나타나는 경우 용량의 증가가 필요할 수 있다. 내성은 문제가 되지 않으며, 오랜기간 동안같은 용량이 사용될 수 있다.	① ② ③ ④	
	3) 마약제를 장기간 사용 후 더 이상 필요하지 않는 대상자에게는 육체적 의존 증상이 발생할 수 있으므로 이를 예방하기 위해서 여러 주(week)에 걸쳐 서서히 용량을 감소시킬 필요가 있다.	① ② ③ ④	
46	모든 약물적 중재에 대한 내용을 체계적으로 통증기록지에 기록 해야 하며 이 기록은 적정량의 진통제 사용을 위해 다학제팀과 의사소통할 때 사용한다. 날짜, 시간, 통증의 중정도, 부위, 유형 등은 반드시 기록되어야 한다.	① ② ③ ④	
47	효과적인 통증관리를 위해 약물적 요법과 비약물적 요법(열요법, 마사지, 이완요법, 심상요법, 지압, 음악) 을 같이 사용한다.	① ② ③ ④	
48	치료과정 초기에 개인과 가족의 대처를 촉진시킬 수 있는 교육적이고 정신·사회적인 중재를 수행한다.	① ② ③ ④	
49	통증관리를 위한 전반적인 치료계획의 일부분으로 교육적이고 심리·교육학적인 중재를 수행한다.	① ② ③ ④	
50	다학제적 재활을 포함해서 인지행동적인 전략이 다른 방법과 같이 사용되어야 한다.	① ② ③ ④	
51	초보간호사도 통증사정과 관리원칙에 대한 지식을 가지고 있어야 한다.	① ② ③ ④	
52	통증사정과 관리의 기본원칙은 간호사 오리엔테이션 프로그램에 포함 되어야 하며, 병원에서도 보수교육과 같은 방법으로 제공해야 한다.	① ② ③ ④	
53	교육프로그램은 간호사의 통증사정·관리에 대한 지식, 기술, 태도, 신념을 변화시킬 수 있도록 개발되어야 한다.	① ② ③ ④	
54	교육 프로그램은 간호사가 지식을 실무에 이용할 수 있도록 지원 해야 하며, 실무를 지원하기 위해 필요한 자원(표준, 실무변경, reminder system, 장애의 제거 등)에 중점을 두어야 한다.	① ② ③ ④	

II. 다음은 근거기반 실무에 대한 태도에 대한 질문입니다. 매뉴얼화된 치료란 구체적인 가이드라인이나 내용이 매뉴얼 안에 정리되어 있거나 어떤 구조화된 방식을 따라야 하는 중재들을 의미합니다. 각 문항을 읽고 귀하의 생각과 가장 가까운 곳에 표시 ”√“를 하여 주십시오.

문 항	전혀 그렇지 않다	약간 그렇다	다소 그렇다	상당히 그렇다	매우 그렇다
1. 나는 대상자를 돕기 위해서 새로운 유형의 치료나 중재를 사용하는 것을 좋아한다.	①	②	③	④	⑤
2. 비록 치료 매뉴얼을 따라야 할지라도 나는 새로운 유형의 치료나 중재를 시도할 의향이 있다.	①	②	③	④	⑤
3. 나는 연구자들이 개발한 새로운 다른 유형의 치료나 중재를 사용할 의향이 있다.	①	②	③	④	⑤
4. 임상적 경험이 매뉴얼화된 치료나 중재를 사용하는 것보다 중요하다.	①	②	③	④	⑤
5. 나는 새로운 유형의 치료나 중재가 평소 내가 하던 것과 많이 다르더라도 시도해 볼 것이다.	①	②	③	④	⑤
(6~12번 문항) 귀하께서 어떤 새로운 치료나 중재에 대해 훈련을 받는다고 가정해 봅시다. 다음과 같은 경우, 그것을 적용할 의향이 있으십니까?	전혀 그렇지 않다	약간 그렇다	다소 그렇다	상당히 그렇다	매우 그렇다
6. 직관적으로 호감이 생긴다면 적용할 것이다.	①	②	③	④	⑤
7. 이치에 맞는다고 생각되면 적용할 것이다.	①	②	③	④	⑤
8. 상사가 요구한다면 적용할 것 같다.	①	②	③	④	⑤
9. 기관(병원)에서 요구한다면 적용할 것 같다.	①	②	③	④	⑤
10. 자치단체나 국가가 요구한다면 적용할 것 같다.	①	②	③	④	⑤
11. 동료가 새로운 방법에 대해 매우 만족했다고 하면 적용할 것 같다.	①	②	③	④	⑤
12. 내가 그것을 정확하게 상용하는 방법을 충분히 배웠다고 느끼면 적용할 것 같다.	①	②	③	④	⑤

⑤ 기타 (____년 ____개월 , _____)

8. 통증에 대한 교육을 받은 경험은? ① 유 ② 무 (9번 질문으로...)

1) **항목 8에서 "유"라고 답한 경우**, 통증에 대한 교육을 받은 경험이 있다면, 교육 받은 횟수는? ()회

2) **항목 8에서 "유"라고 답한 경우**, 교육 장소는? (해당 장소에 모두 표시)
① 대학교정규과정 ② 보수교육 ③ 병원 ④ 기타 ()

3) **항목 8에서 "유"라고 답한 경우**, 통증관리 교육에 포함되었던 내용은?

- ① 통증 발생 기전
- ② 통증사정 (통증측정도구포함)
- ③ 통증중재방법 : 약물요법 비약물요법
- ④ 통증관리에 관한 지침
- ⑤ 기타 : _____

4) **항목 8에서 "유"라고 답한 경우**, 통증관리 교육에서 중점을 두어야 할 항목은?

- ① 통증 발생 기전 ② 통증 사정 ③통증중재방법
- ④ 기타(_____)

9. 통증관리에 대한 교육이 필요하다고 생각하십니까? ① 예 ② 아니요

10. 근거중심 통증관리 간호지침에 대해 알고 있습니까? ① 예 ② 아니요

1) **항목 10에서 "예"라고 답한 경우**, 임상에서 통증관리지침을 준수합니까?

- ① 전혀 준수하지 않는다. ② 거의 준수하지 않는다.
- ③ 가끔 준수한다. ④ 항상 준수한다.

♠ 귀한 시간 할애하여 설문에 응해 주셔서 진심으로 감사합니다 ♠