

관절염 환자의 통증 - 류마티스 관절염 환자를 중심으로 -

허 혜 경*

관절염은 만성 염증성 관절염인 류마티스 관절염, 퇴행성 관절염인 골관절염 그리고 특이성인 감염성 관절염(화농성 관절염, 결핵성 관절염, 진균성 관절염 등)으로 크게 분류된다. 본고에서는 이중 류마티스 관절염 환자의 통증을 이해하기 위해서 첫째, 류마티스 관절염 환자의 통증의 정도와 통증의 양상, 통증의 부위 등을 다른 만성 통증 질환과 비교하고, 둘째 통증과 심리적, 행동적 반응을 알아보고, 셋째로 통증중재를 위한 인지행동적 접근법에 대하여 조사하였다.

I. 류마티스 관절염 환자의 통증

류마티스 관절염은 결합조직의 만성적, 전신적, 자기면역성 질환으로서 세계적으로 약 2억의 사람들이 이 질병을 가지고 있다고 추정되며 이들 중 3/4이 여성들이다.

류마티스 관절염은 만성적이고 전신적인 염증성 질환으로 여러 관절에 비특이적인 염증성 반응을 만성적으로 야기하고, 통증과 강직(stiffness)이 특징적으로 나타나는 질환이며 만성 관절염 중 퇴행성 관절 질환 다음으로 흔히 볼 수 있는 질환이다. 본 질환의 특징은 연부조직, 특히 관절이나

건의 활액막에 비세균성 만성 염증 반응이 장기간 나타나면서, 관절통이나 종창이 악화와 호전을 반복하는 것이다. 초기에는 활액막이 증식하고 활액의 양이 증가하여 관절의 부종과 동통을 초래한다. 방치된 상태로 질병이 장기간 진행되면 관절의 연골과 골 그리고 관절 주위 조직이 증식된 비정상적인 활액막과 이차로 발생된 육아조직에 의해서 침투되고 파괴되어 관절의 강직이나 변형이 속발될 수 있다. 대부분의 경우 간헐적인 발열과 전신 증상이 나타나며 전신쇠약이 관찰될 수 있다.

류마티스 관절염의 발현양상은 매우 다양하여 여러 관절이 갑자기 부종, 동통 등 급성 관절염의 소견을 보이는 경우에서부터 몇 개월 또는 몇 년에 걸쳐 서서히 관절 강직 및 변형을 초래하는 것에 이르기까지 그 차이가 심하다. 관절에 대한 증상으로는 동통, 부종, 관절 강직, 운동 제한 및 기능 소실 등이 나타난다. 관절의 강직은 관절 자체의 손상으로 올 수도 있으나 주위 근육의 쇠약 및 위축으로 인한 경우도 있다.

일반적으로 침범되는 관절은 손의 근위지 관절, 중수지 관절, 수근 관절, 주관절, 견관절, 족부의 거골하 관절, 슬관절, 고관절, 족근관절 및

* 연세대학교 원주의과대학 간호학과 조교수

경추 등이다. 측두 하악관절, 흉쇄 관절도 간혹 침범한다. 다른 관절 질환에 비해 관절 침범이 대칭적인 것이 매우 특징적인 소견이나 항상 양측을 동시에 침범하는 것은 아니다. 또한 관절내 염증은 관절 연골 뿐 아니라, 인대, 건막 및 건 등 관절 주위 조직의 파괴, 근육의 쇠약 및 위축으로 인한 불균형, 건의 구축 등을 일으켜 관절에 변형이나 아탈구 등이 나타나게 된다. 또한 피하결절

과 더불어 근육 내에도 결절을 볼 수 있고, 간혹 비장 및 입과 결절의 비대도 보인다(대한정형학회, 1993).

류마티스 관절염의 진단은 1987년 미국 류마티스 학회에서 채택한 진단 기준 7개 항목 중<표 1 참조> 4개 이상이 나타나고 관절 증상이 적어도 6주 이상 지속된 경우를 류마티스 관절염이라 진단한다.

<표 1> 류마티스 관절염의 진단 기준(1987년 미국 류마티스 학회)

판정기준	정 의
1. 수면후 경직	수면후 강직이 최대한 좋아질 때까지 한 시간 이상 지속되는 경우
2. 세 부위 이상의 관절염	의사에 의해 관찰되는 관절의 부종과 연부 조직의 종창
3. 손의 관절들에 관절염	손목관절, 중수지간(MCP), 또는 근위지간(PIP) 관절의 종창
4. 대칭성관절염	PIP나 MCP가 이환된 경우에는 완전히 대칭일 필요는 없음
5. 류마토이드 결절 (rheumatoid nodule)	의사에 의해 관찰된 골 돌출부, 신전부위 및 관절 주위의 피하결절
6. 혈청 류마티스 인자	방법에 무관하게 혈중 RF의 확인
7. 방사선적 변화	손과 손목의 전후면 방사선상 이환된 관절 주위에서의 골 침식과 확실한 골다공증

출처 : 대한정형학회, 1993, p162.

류마티스 관절염과 다른 통증 유발 만성 질환과의 통증을 비교하기 위하여 골관절염, 요통, 암 통증에 대하여 간단하게 살펴보았다.

골관절염은 퇴행성 관절염, 퇴행성 관절 질환 또는 골관절증이라고 불리며 중년 혹은 노년에 주로 발생되고, 체중 부하 관절에 주로 침범하여 관절 연골의 퇴행성 변화와 관절 면의 과잉 골 형성을 특징으로 하는 질환이다. 방사선 사진 상으로 60세 이상 노인에서 약 80%, 75세 이상의 노인에서는 95% 이상이 퇴행성관절염의 소견을 보인다. 이들은 모두 임상증세를 나타내는 것은 아니고 약 1/4에서 관절염을 호소하고 고통을 받게 된다. 나이가 들수록 여성에게 더 많이 그리고 더 심하게 나타난다.

골관절염이 발생되면 일차증세로는 관절동통과 관절부종이 나타난다. 초기에는 간헐적으로 나타나나 점차 관절염이 진행되면 부종이 심해지고 관

절운동의 제한이 나타난다. 관절 면이 불규칙해지면 운동시 마찰음을 느낄 수도 있다. 증세의 결과는 완만하고 증세가 심해졌다 회복되었다 하는 등 간헐적인 경과를 취한다.

골관절염이 다른 관절염과 다른 것은 발병이 완만하고 경과가 만성적 간헐적으로 진행되며 전신증세는 별로 없는 것이 특징이다. 연골의 변화가 더욱 진행되면 하지관절인 경우 보행이 불편해지고 파행이 나타나며 하지근위축이 동반된다. 무릎관절에 골관절염이 생기면 다리는 내반슬(일명 안짱다리)로 변형이 일어나고 걸음걸이는 뒤뚱거리게 된다. 상지에 발생하는 것 보다 하지에 발생한 경우 환자는 더욱 고통스러워하며 체중부하로 인한 관절동통은 환자의 모든 활동을 극도로 제한하기도 한다(유, 1995). 그러나 골관절염은 서서히 진행되며 침범된 관절이 외상을 받거나 지나치게 사용되지 않는 한 급성으로 악화되는 경우는

거의 없다(정, 1995).

요통은 척추와 이에 속한 조직에서 발원되는 원인과 우리 몸의 다른 장기에서 생긴 질환이 하부요추에 관련통을 일으키는 경우와 심인성 원인에 의해서 생기는 경우가 있다. 척추와 관련된 조직의 병리적 현상으로 생길 때에는 방사통 즉 좌골신경통을 유발한다.

요천추부 염좌는 근조직, 인대 및 건 조직의 과신장 또는 파열이 동반되고 근육의 강직과 동통을 유발하게 된다. 급성기에는 부종과 근육의 경련을 일으켜 심한 동통이 생긴다. 대부분에서 관련통은 둔부나 서혜부나 대퇴부의 후방이나 외측으로 퍼져가는데 슬관절 이하로 방사되는 방사통은 드물고 하지 근육의 약화나 감각의 둔화 등 신경증상은 나타나지 않는다.

추간판 탈출증은 요통이 요천추부위 중심으로 생기지만 범발성인 경우가 많고 심할 때는 자세를 변경시키기도 힘들다. 이환 부위를 압박하거나 타진하면 국소 동통이 나타나고 이환된 하지에 관련통이나 방사통으로 뻗쳐가며 울리는 감이 느껴진다. 특히 좌골 신경의 주행을 따라 동통을 일으킨다. 그러나 연부 조직 손상이나 우리 몸의 다른 장기 질환으로 인하여 관련통을 발생한 경우에는 대체로 좌골 신경통을 일으키지 않는다(대한정형외과학회, 1993).

암으로 인한 통증은 흔히 만성적이고 진행적이어서 인생의 의미 상실과 역할의 수행을 어렵게 하고 대처차원을 파괴하는 힘을 갖는다. 암환자에서 통증은 암의 전 단계를 걸쳐서 조사해 보았을 때 40%의 발생 빈도를 나타내며 암이 상당히 진행된 상태에서 70%~90%의 발생 빈도를 나타낸다(황, 1995). 대부분의 암 환자는 신체 한곳 이상의 통증부위를 갖는데, 트로위스키는 암환자의 80%가 두 곳 이상의 통증부위를 갖고 있으며, 67%는 암의 확대에 통증이 발생되고 90%가 암의 진행과 관련된 통증이지만, 22%는 암과는 관련이 없는 통증이었음을 보고하였다. WHO의 1986년 통계에 따르면 진행된 암 환자의 70%가 통증을 경험한다고 하였다(노, 한, 안, 김, 1995).

Lee, Suh와 Kim(1995)은 병원에 입원한 암 환자 450명중에서 68.9%가 통증을 경험하였으며 평균 통증 강도는 5.0/15였으며, 진통제를 받는 환자는 6.2/15, 진통제를 받지 않는 환자는 3.5/15의 통증을 보고하였다. 연구자들은 다른 연구에서 보고 된 것 보다 통증 호소 환자의 비율이 높았다고 하면서 대상자의 암의 진행상태, 전이 기관, 자료가 수집된 기관(환자의 질병상태를 반영함)을 고려하여 자료를 해석할 것을 제안하였다.

류마티스 관절염 환자의 통증 정도와 통증 침범 관절수, 침범된 관절부위에 대하여 선행 연구를 통해 조사한 결과를 <표 2, 3, 4>에 제시하였다. 류마티스 관절염 환자와 요통과 암 환자의 통증 강도를 비교하기 위하여 <표 2>에 함께 통증을 조사하였으나 대상자의 질병 상태를 비교할 수가 없기 때문에 통증강도를 비교하는 것은 무리가 있다고 생각된다.

관절염 환자의 경우는 통증이 한 곳에서 일어나는 것이 아니라 신체의 관절에서 여러 곳에서 일어나므로 <표 3>, <표 4>에 침범 관절수의 평균과 부위를 제시하였다.

관절염환자의 통증은 질병이 급성기인 경우는 휴식 시에도 통증을 경험하지만 그 외의 단계에서는 휴식 시에는 통증을 느끼지 않고 있다가 움직일 때 통증을 느끼게 된다(<표 5 참조>). 실제로 이등(1997)이 관절염(류마티스, 퇴행성, 다발성, 기타 근골격계) 환자 995명을 대상으로 조사한 것에서는 통증이 없다고 한 대상자는 6.6%였으며, 사용할 때 사용 부위만 통증이 있거나 여러 부위에 통증이 있다고 한 대상자가 전체의 57.4%였으며, 사용하지 않아도 통증이 지속되고, 늘 누르는 듯한 통증, 움직임의 제한이 있다고 한 대상자가 33.0%, 전신통증, 계속적인 통증이 있다고 한 대상자가 2.1%였다. 본 저자의 류마티스 관절염 환자의 면접 경험에서는 대상자들이 약을 먹고 증상이 잘 조절되고 있을 때에도 관절부위의 통증이 완전히 가라앉지 않고 어느 정도는 있다고 하였다. 대상자들은 통증이 약하게 있을 때는 아

프다는 표현보다는 관절을 사용할 때 불편을 사용하였다. Leavitt 등(1986)이 Melzack의 어휘통증척도로 류마티스 관절염 환자가 통증을 표현하는데 사용한 어휘를 조사한 결과 aching(82%), stiff(64%), moving(64%),exhausting(52%), sore(50%), hunting(48%), throbbing(48%), penetrating(48%)의 순으로 보고하였다.

류마티스 질환의 환자들 간에 통증비교는 Hawley & Wolfe(1988)의 연구에서 손 골관절염 환자와 무릎 골관절염 환자의 통증이 류마티스 관절염 환자의 통증 보다 더 적었으며 일반적으로 불구도 더 적은 것으로 나타났다. Faucett

(1994)는 근막통증 장애 환자가 관절염(류마티스, 골관절염)보다 통증을 더 심하게 보고하였으며, 자신의 통증에 대해 자신에게 중요한 사람들이 처벌적 반응을 보인다고 응답한 사람이 더 많은 것으로 보고하였다.

Leavitt 등(1986)은 근통증 호소 환자와 류마티스 관절염 환자의 통증정도는 통계적으로 유의한 차이가 없었으며, McGill 통증 척도로 측정된 통증호소 어휘의 수는 근통증 호소 환자가 통계적으로 유의하게 더 많았다.

류마티스 관절염 통증과 암 통증의 큰 차이는 전자는 만성 비악성 통증이고, 후자는 악성 통증

〈표 2〉 선행연구에서 조사된 류마티스 관절염, 요통, 암 환자의 통증

연구자	연도	대상자 진단명	표본 크기	측정도구	최대 점수	통증 정도	평균점수 (±3.92)
이은옥 등 18인	1996	류마티스관절염 골관절염	203	이와 송 도표평정 도구	15		8.10 (±3.92)
임난형, 김성윤 이은옥, 이인숙	1996	류마티스관절염 실험군 대조군	52	이와 송	15	실	8.34
			45	도표평정도구 조조경직시간		대	7.76
				RAI	45	실	1.51
						대	1.55
					45	실	9.98
						대	9.53
김종업	1996	류마티스관절염 실험군 대조군	11	RAI	78	실	19.64
			10			대	20.40
최순희	1996	류마티스관절염	214	AIMS	24		16.1
전정자, 문미숙	1996	류마티스관절염	113	200mm 시각상사	200	통각	124.89
					200	불쾌감	113.51
강현숙	1995	관절염	27	200mm 시각상사	200	통각	온 125.3
							냉 123.9
							불편감 온 123.6
							냉 125.8
김종업	1994	류마티스관절염 실험군 대조군	17	이와 송의	90	실	31.59
			18	국어통증척도		대	26.56
				RAI	78	실	12.59
						대	17.56
				숫자통증척도	10	실	4.59
			대	6.11			

<표 2> 계속

연구자	연도	대상자 진단명	표본 크기	측정도구	최대 점수	통증 정도	평균점수		
정향미	1994	류마티스관절염 실험군	20	200mm	200	실	156.03		
			17	도표평정척도		대	133.85		
				연구자가	124	실	61.47		
				개발한 일상생활 활동시 통증		대	57.17		
문미숙	1994	류마티스관절염 골관절염	119	도표평정척도	200	통각	119 (±41.8)		
						불쾌감	109 (±48.9)		
				일상활동불편감	5		2.95		
				이은옥의 일상생활척도					
이은옥 등 9인	1992	요통과 관절통	520	시각	200	통각	105.4		
				상사측정	200	불쾌감	95.7		
이은옥 등 10인	1988	관절통호소자	405	시각	200	통각	109.1		
				상사측정	200	불쾌감	99.1		
Faucett	1994	myofacial pain disorder	67	MPI		MPD	27.8		
		류마티스+골관절염	83			관절염	20.7		
Hawley & Wolfe	1988	류마티스관절염	400	15cm 시각상사를 4점척도로 측정	3		1.24		
이경혜, 강현숙	1996	만성요통	15	10cm 시각상사	10	전체	5.47		
						전굴	5.67		
						후굴	5.87		
						측굴	5.07		
						회전	5.27		
						일상생활	5	선자세	2.68
						활동시		보행	2.47
						통증척도		앉기	2.33
								쪼그리고앉기	2.33
								누운자세	2.97
김인자, 이은옥	1995	만성요통	126	15cm 시각상사	15		8.12 (±3.45)		
박춘자	1995	요통	117	도표평정척도	15		9.39 (±3.74)		
Lee, Suh Kim	1995	암	310	도표평정척도	15	전체	5.0±3.3		
		진통제투여군	161			평균	6.2±3.5		
		진통제비투여군	149				3.5±2.3		

Key : RAI= Ritchie Articular Index

AIMS=Arthritis Impact Measurement Scale

실=실험군 대=대조군 은=은요법 적용군 냉=냉요법 적용군

〈표 3〉 선행연구에서 조사된 류마티스 관절염 환자의 침범 관절수

연구자	연도	대상자	표본수	통증 관절수	경직 시간	피하 결절수	종창 관절수
이은옥 등 ?	1997a	류마티스관절염	133	11.50(±10.05)			
이은옥 등 4인	1997b	관절염(류마티스, 퇴행성, 다발성, 기타	995	4.0(±5.2)	2.4 (h)		1.9
정향미	1994	류마티스관절염					
		실험군	20	12.00	85.65(m)	4.15	6.30
		대조군	17	9.35	42.35(m)	1.94	4.06
이은옥 등 9인	1992	요통과 관절통	520	3.6			
이은옥 등 10인	1988	관절통호소자	405	4.2			
Hawley & Wolfe	1988	류마티스관절염	400	6.5(±4.7)			
Leavitt 등	1986	류마티스관절염	50	11.9(±4.5)			

〈표 4〉 선행연구에서 조사된 관절염 환자의 침범된 관절 부위 (단위 %)

관절부위	실험군 ¹⁾ (n=52)	대조군 ¹⁾ (n=45)	Robert 등 (N=44)		이은옥 등 (1988)		이은옥 등 (1992)		Leavitt 등 (1986)
			1년	5년	우측	좌측	우측	좌측	
하악	9.6	3.8						18	
경추/흉곽	32.7	21.2							68
어깨/주관절	94.7	78.8	어깨	48	60	우측	24.7	19.2	54
						좌측	22.5	19.2	
손가락/손목 : 오른쪽	71.2	78.8	팔꿈치	44	47				66
			손목	88	88				84
			MCP	81	83				92
			PIP	52	54				
고관절/다리 : 오른쪽	55.7	40.4	고관절	23	25				38
			무릎	66	73	우측	50.7	39.0	80
	46.1	32.7				좌측	44.7	34.8	
발가락/발목	42.3	9.2	발목	11	13	우측	20.7		78
			TN	37	40				72
			MTP	66	67				
						요추	26.2	31.7	
						요추하부		41.2	22
						천골	36.3		
						우측골발		17.7	

출처 : 1) 임난영 등 3인(1996) p.11.

Key : MCP : metacarpophalangeal ; PIP : proximal interphalangeal ; TN : talonavicular ; MTP : metatarsalphalangeal.

이다. 여기서 만성 비악성통증은 통증이 6개월 이상 지속되고, 매일 통증이 있으며, 생명을 위협하지 않는 원인에 의해서 생기며, 이용 가능한 치료법에 잘 반응 안하고, 환자의 남은 생애동안 계속

되는 것이다(McCaffery & Beebe, 1987). 암 통증은 생명을 위협하는 원인에 의해서 생기고 암이 진행되면서 통증의 발생률이 높아진다.

<표 5> 류마티스 관절염의 질병 상태에 따른 임상 증상

	비활동성	약 합	보 통	매우 심함
호소증상	경직호소 없음		아침경직 심한피로	체중감소 열
통증	통증없음	관절을 누르면 아프다	관절을 움직이면 아프다	휴식 시에도 아프다 위축되어 있다.
부종의 특징	cool 관절부종 없음	두꺼워져 있다	warm 약간에서 보통 정도의 액체가 고임 /스펀지	warm 많은 액체 고임 / 스펀지

출처 : Ling, M. H. & Logigian, M. K. (1992) p6.

II. 통증과 심리적, 행동적 반응

관절염 환자들은 통증 때문에 움직이는 것으로 두려워하게 되고 몸을 도사리게 된다. 이러한 결과로 근육은 더욱 위축이 되고 근력은 저하되고 근육은 구축되어 관절을 더욱 오그라들게 하는 악순환을 가져오게 된다. 이환 되지 않은 근육도 사용하지 않기 때문에 근력이 감소되어 힘은 약해지고 근육은 위축되어(정, 1995) 기능장애를 초래한다. 통증과 기능장애는 류마티스 관절염환자에게 우울, 불안 등의 정서적 문제를 일으킨다.

이렇듯 만성 통증은 심리적 문제 특히 우울을 동반한 다는 것은 상식적인 경험이 되었다. 그러나 우울과 통증과의 관계는 우울이 통증을 예측하는 경우와, 반대로 통증이 우울을 예측하는 경우의 두 가지 가설이 존재한다. 전자는 만성 통증을 우울의 표현으로 생각하며, 후자는 통증이 우울을 일으키는 것으로 통증을 일차적 장애로 보는 것이다. Leino와 Magni(1993)가 이러한 두 가설을 검증하기 위하여 공장 직원 607명을 대상으로 수행한 10년간 종단적 연구에서는 우울과 스트레스가 목/어깨 통증, 요통, 상지 통증, 하지 통증을 예측하는 것으로 나타났으며, 근골격계의 통증은 우울과 스트레스를 예측하지는 못하였다고 하였다. 이는 대상자의 우울과 스트레스는 통증 외에 다른 요인에 의해서 영향을 받는 다는 것을 나타낸다고 생각한다.

Faucett(1994)의 근막 통증 장애 환자와 관절염(류마티스+골관절염)환자를 대상으로 한 연

구 결과에서는 우울의 반은 사회적 관계 요인에 의해서 설명되고, 반은 질병과 관련된 변인에 의해서 설명되었다. 여기서는 우울의 심각성이 통증의 심각성이나 통증 장애의 형태에 관계없이 환자와 가까운 사람과의 관계의 질과 관계된 다는 것을 보여주었다. 중요한 다른 사람과 통증 때문에 갈등이 있고 전반적인 사회적 지지가 낮으면 좀 더 심한 우울이 예측되었다.

Mackinnon, Avison & McCain(1994)의 연구에서는 류마티스 관절염 환자의 통증으로 인한 제한, 통증의 형태, 통증의 심각성, 통증 침범 관절 수와 우울은 순 관계가 있었으나 불안은 관계가 없었으며, 통증의 빈도와 통증으로 인한 제한과 생활만족과는 역관계를 보였다. 그리고 통증과 기능제한은 일의 패턴과 휴식을 방해하였으며, 수면은 통증에 의해서 방해를 받았으며, 매일의 일상생활과 여가생활은 기능제한에 의해서 영향을 받았다. 대상자의 우울과 불안, 삶의 만족은 통증보다는 기능제한과 관계가 더 유의하게 나타났다. Newman 등(1987)도 류마티스 관절염 환자의 우울의 가장 중요한 예측인자는 기능제한이라고 하였으며, 성별, 질병기간, 사회적 고립, 경제적 손실을 중요한 요인으로 포함하였다. 그리고 인구학적 특성과 불구정도를 통제하면 통증과 현재의 질병상태가 우울에 영향을 미치지 않는다고 하였다. Smith, Peck와 Ward(1990)는 환자의 무기력감이 질병의 심각성과 우울사이의 관계를 중재한다고 하였다.

Hawley와 Wolfe(1988)는 Fibrositis, 요통환

자, 류마티스 관절염 환자, 무릎 골관절염 환자, 손 골관절염 환자 사이에 불안과 우울이 차이가 없다고 하면서 오히려 우울이 류마티스 관절염의 임상적 특징보다는 사회경제적 요인과 강하게 관련이 있는 것을 발견하였다. 또한 불안과 우울은 불구정도와 상관관계가 있고, 관절 침범 수는 우울과 상관관계가 있었으나 관계 정도가 낮게 보고되었다.

이 등(1996)의 연구에서는 통증은 일상활동과 자기효능과 음의 관계가 있었고 우울과는 양의 관계가 있었다. 또한 통증을 예측할 수 있는 변수는 우울이었으며 자기효능감은 우울을 통하여 간접 영향을 미쳤다. 우울과 자기효능감은 서로 음의 관계에 있었으며 자기효능감으로 우울을 예측할 수 있었다. 따라서 자기효능감을 증진시키면 우울을 감소시켜 간접적으로 통증을 감소시킬 수 있고, 직접 일상활동을 증진시킬 수 있다고 하였다.

이렇듯 류마티스 관절염 환자의 통증은 우울과 불안 등의 정서적 문제를 일으키지만, 대상자의 다른 요인들 즉 인구사회학적 요인, 경제적 요인, 주위의 지지정도, 불구의 정도, 자기효능감 등이 우울과 불안에 관계되며 동시에 통증이 우울에 영향을 받는 사실을 알 수 있었다. 따라서 류마티스 관절염 환자의 통증과 심리적 문제의 발생과의 관계는 대상자의 통증과 다른 심리·사회적 요인과 함께 이해되어져야 하며 이는 류마티스 관절염 환자의 통증관리에서 인지 행동적 접근이 필요로 되는 이유를 제공한다.

Ⅲ. 통증관리의 인지 행동적 접근

류마티스 관절염 환자의 통증관리를 위해서는 만성 통증 관리에 사용되는 방법이 질병의 상태와 통증의 부위와 상태에 따라 적용될 수 있다. 통증에 사용되는 중재방법은 크게 나누어 약물의 사용, 통증부위에 직접 적용, 통증 주위 부위의 근육을 강화하는 훈련과 인지적 행동적 중재 방법이 있다.

인지적 행동적 접근에는 통증에 대한 대응으로

통증감소를 위한 적극적 행위 하기, 이완요법, 상상요법, 전환, 바이오 휘드백, 정서적지지, 감정 표현, 통증의 재해석, 영적 지지 찾기, 인지 재구조화 등이 있다.

인지의 재구조화와 통증 대응 기술의 훈련과 같은 인지치료 기술은 류마티스 관절염 환자의 파국적 대응을 수정하는데 효과적일 것이다. 인지의 재구조화는 통증과 정서적 스트레스를 악화시키는 비합리적이고 부정적인 생각을 체계적으로 찾아내도록 하여 합리적이고 긍정적인 대응적 생각을 하도록 격려하는 방법이다. 인지적 통증 대응 기술 훈련은 전환, 상상, 이완, 통증감각의 재해석 등과 같은 통증 대응의 인지적 방법에 대하여 교육을 하는 것이다. 환자는 통증 대응하는데 어려움에 부딪히면 새롭게 배운 기술을 적용하도록 격려 받는다.

Keefe 등(1989)은 류마티스 관절염 환자 223명을 대상으로 6개월 중단적 연구를 실시하여 파국적 대응을 많이 하는 대상자가 적게 하는 대상자 보다 6개월 후에 통증, 불구정도, 우울이 더 나쁘게 나타났다고 하였다. 또한 대상자들은 파국적 대응의 사용 정도가 6개월 동안 변하지 않은 것으로 나타나 파국적 행위를 많이 사용하는 사람은 계속해서 통증에 대해 부정적으로 생각하고 있었다. 그러므로 인지 행동적 중재를 통해서 파국적 대응의 사용을 감소시켜, 류마티스 관절염 환자의 통증을 감소시키고 신체적, 심리적 기능을 증진시켜야 할 것이다.

류마티스 관절염 환자 75명을 대상으로 수행된 Affleck 등(1992)의 연구에서는 자신의 통증을 조절할 수 있다고 생각하는 사람들이 이완요법을 더 많이 사용하였으며 정서적 표현의 방법을 적게 사용하고 있었다. 통증이 심한 사람들은 불구정도가 더 컸으며 자신의 통증이 잘 조절되지 않는 것으로 생각하고 있었다. 자신의 통증이 잘 조절되는 것으로 생각하고 있는 사람들은 기분이 더 좋게 나타났으며, 대응 전략의 종류 및 사용 횟수가 많은 사람들은 시간이 지나면서 통증도 좋아지고 기분도 향상되는 추세를 보였다.

류마티스 관절염 환자의 통증관리를 위해서는 자신의 통증에 대한 조절 감을 인지할 수 있도록 하며, 통증 및 통증조절에 대해서 긍정적 생각을 가지도록 하는 인지 행동적 전략이 다른 통증조절의 방법과 함께 사용되어야 할 것이다.

IV. 맺는말

류마티스 관절염 환자의 통증의 성격을 규명해 보고자 선행연구들을 고찰하여 다른 만성 통증 질환과 비교해 보고자 하였으나 시도에 불과하였다. 대상자들이 경험하는 통증의 강도는 전체적인 평균값만을 보여주고 있을 뿐 대상자의 질병의 상태와 침범된 관절의 위치에 따른 통증정도가 제시되지 않았기 때문에 다른 질환의 통증강도와 비교하기 어려웠다.

류마티스 관절염 환자의 통증은 관절의 여러 부위에서 생긴다는 것과, 급성 활동성 상태가 아니면 휴식 시에는 통증이 없으며, 관절부위의 통증으로 일상생활 활동에 제한을 주게 되며, 지금까지의 의학수준으로는 평생 동안 반복적으로 경험하게 될 것이며, 현재의 치료방법에 잘 반응하지 않으며, 그러나 인지 행동적 중재가 통증 조절에 도움이 되는 특성을 가지고 있었다.

앞으로 류마티스 관절염 환자의 통증의 성격을 규명하기 위하여 다른 질환으로 인한 통증의 성격과 비교하는 질적 연구의 시도가 필요로 됨을 제안한다. 류마티스 관절염 환자의 통증에 대한 철저한 이해는 통증간호중재를 안내(guide)할 수 있는 수준이 되어야 할 것이다.

참 고 문 헌

강현숙(1995). 관절염환자의 증상완화를 위한 온요법과 냉요법의 비교연구. 류마티스 건강학회지, 2(2), 147-159.

김인자, 이은옥(1995). 만성 요통 환자의 대처 유형과 건강 통제위, 자기효능감과의 관계. 류마티스 건강학회지, 2(1), 1-16.

김종임(1994). 자조집단 활동과 자기효능성 증진법을 이용한 수중운동 프로그램이 류마티스 관절염 환자의 통증, 생리적 지수 및 삶의 질에 미치는 영향. 류마티스 건강학회지, 1(1), 1-30.

김종임(1996). 가정간호 시범사업을 통한 류마티스 관절염 환자의 수중운동의 효과. 류마티스 건강학회지, 3(1), 23-36.

노유자, 한성숙, 안성희, 김춘길(1995). 호스피스와 죽음. 서울: 현문사.

대한정형학회(1993). 정형외과학. 서울: 최신의 학사.

문미숙(1994). 만성관절염 환자의 동통, 불편감, 우울과 대응양상의 관계. 류마티스 건강학회지, 1(1), 71-87.

박춘자(1995). 만성요통환자의 대처유형과 요통 지식 및 자기효능감에 대한 연구. 성인간호학회지, 7(1), 106-117.

유병철(1995). 골관절염 치료의 최신 경향. 류마티스 건강학회지, 2(2), 227-229.

이경혜, 강현숙(1996). 요가운동이 만성요통 환자에 미치는 영향. 류마티스 건강학회지, 3(2), 177-193.

이은옥 외 ?(1997a). 간호학회지 발표 예정자료.

이은옥, 강현숙, 이인숙, 은영, 이종수(1997b). 관절염 환자의 민속요법이용 형태. 간호학논문집, 11(1), 1-12.

이은옥 외 18인(1996). 만성 류마티스 관절염 환자의 자기효능감, 우울 및 일상활동과의 관계. 류마티스 건강학회지, 3(2), 194-208.

이은옥, 이선옥, 임난영, 최순희, 김달숙, 김순자, 한윤복, 김주희, 김광주, 박점희(1992). 만성 통증환자의 통증연관 행위를 이용한 통증척도의 민감성 및 타당성 조사. 간호학회지, 22(1), 5-16.

이은옥, 한윤복, 김순자, 이선옥, 김달숙, 김조자, 김광주, 김주희, 박점희, 임난영, 최순희(1988). 관절통환자의 통증정도와 통증연관 행위에 관한 연구. 간호학회지, 18(2), 197

- 임난영, 김성윤, 이은옥, 이인숙(1996). 병원중심 가정간호 사업의 평가 연구 : 외래 관절염 환자를 대상으로. 류마티스 건강학회지, 3(1), 4-22.
- 전정자, 문미숙(1996). 만성관절염 환자의 대응양상 정도와 관련변수 분석. 류마티스 건강학회지, 3(1), 90-103.
- 정진우(1995). 관절염에 대한 물리치료. 류마티스 건강학회지, 2(1), 107-117.
- 정향미(1994). 류마티스 관절염 환자의 적응에 미치는 근이완술의 효과. 류마티스 건강학회지, 1(1), 31-47.
- 최순희(1996). 류마티스 관절염환자의 우울에 대한 사회적 지지기능. 류마티스 건강학회지, 3(1), 63-89.
- 황애란(1995). 호스피스에서의 통증관리. 연세대학교 간호대학 가정간호연구소. 가정간호사를 위한 가정간호의 원리와 실제 : 월례 학술집담회 제2집.
- Affleck, G., Urrows, S., Tennen, H. & Higgins, P.(1992). Daily coping with pain from rheumatoid arthritis : patterns and correlates. Pain, 51, 221-229.
- Cassileth, B.R., Lusk, E.J., Strouse, T.B., et al(1984). Psychology status in chronic illness : Comparative analysis of six diagnostic groups. N Engl J Med, 311, 506-511.
- Faucett, J.A.(1994). Depression in painful chronic disorders : The role of pain and conflict about pain. Journal of Pain and Symptom Management, 9(6), 520-526.
- Hawley, D.F. & Wolfe, F.(1991). Pain, disability and pain /disability /relationships in seven rheumatic disorders : a study of 1, 522 patients. Journal of Rheumatology, 18, 1552-1557.
- Hawley, D.J. & Wolfe, F.(1988). Anxiety and depression in patients with rheumatoid arthritis : A prospective study of 400 patients. Journal of Rheumatology, 15(6), 932-941.
- Leavitt, F., Katz, R.S., Golden, H.E., Glikman, P.B. & Layfer, L.F.(1986). Comparison of pain properties in fibromyalgia patients and rheumatoid arthritis patients. Arthritis and Rheumatism, 29(6), 775-781.
- Leino, P. & Magni, G.(1993). Depression and distress symptom as predictors of low back pain, neck-shoulder pain, and other musculoskeletal morbidity : a 10 year follow up of metal industry employees. Pain, 53, 89-94.
- Ling, M.H. & Logigian, M.K.(1992). Rehabilitation of early rheumatoid arthritis. Boston : Little, Brown and Com.
- McCaffery, M. & Beebe, A.(1989). Pain : Clinical manual for nursing practice. St. Louise : Mosby Co, pp231-263.
- Mackinnon, J.R., Avison, W.R. & McCain, G.A.(1994). Pain and function limitation in individuals with rheumatoid arthritis. International Journal of Rehabilitation Research, 17, 49-59.
- Newman, S.P., Fitzpatrick, R., Lamb, R., & Shipley, M.(1989). The origins of depressed mood in rheumatoid arthritis. Journal of Rheumatology, 16, 740-744.
- Roberts, W.N., Daltory, L.H. & Anderson, R.J.(1988). Stability of normal joint findings in persistent classic rheumatoid arthritis. Arth Rheum, 31, 267.
- Smith, T.W., Peck, J.R., & Ward, J.R.(1990). Helplessness and depression in rheumatoid arthritis. Health Psychology, 9, 377-387.