

두식환자의 학습된 무기력과 자가간호역량에 관한 관계 연구

김 은 만* · 서 문 자**

I. 서 론

1. 연구의 필요성

만성신부전은 점차적으로 신기능이 저하되어 투석이 니 이식이러는 치료만으로 생존할 수 있는 말기 신질환 환으로 환자의 적응과정에서 세심한 간호가 필요한 건강문제이다. 대부분의 만성질환과 같이 투석치료를 받는 만성신부전 환자 역시 의료진의 지도를 받으면서 계속적으로 자가간호를 수행하여 자신의 생활 양식과 행동을 재조정하도록 적응해야 한다(Kasl, 1974).

특히 생명유지를 위해 투석을 받아야 하는 환자들은 지속적인 죽음의 위협, 기계와 의료전에 대한 의존, 경제적 부담감, 치료에 필요한 시간과 엄격한 식이와 수분제한 등(Devins, Guttman, Hollomby, & Barre, 1981; Devins et al, 1984; Gurklis & Menke, 1988)의 많은 스트레스를 받게 되면서 자신의 삶을 위해 본인이 할 수 있는 것이 아무것도 없다고 느끼는 통제감 상실을 경험하게 된다(Devins, 1982). 대부분 통제감 상실은 학습된 무기력으로 표출되고 있는데(Abramson, Seligman & Teasdale, 1978; LeSage, Slimmer, Lopez & Eller, 1987). 학습된 무기력은 통제할 수 없는 사건에 노출되었을 때 그 자신은 사건해결에 아무런 영향도 미칠 수 없다고

인지하는 것으로(Abramson, Seligman & Teasdale, 1978). 만성 질환자의 경우에 건강행위를 이행하지 못하게 하는 동기적, 인지적, 정서적 결핍으로 반응되어 나타난다(McDermott, 1993; Barder, Slimmer & LeSage, 1994). 학습된 무기력은 한 인간의 생의 주적과정에서 나타나는 감정이므로 계속적으로 투석을 받는 환자에게 나타날 수 있는 통제감 상실이 학습된 무기력으로 진전되지 않도록 심리적 상태에 대한 세밀한 관찰과 적절한 간호가 요구된다(Rydholm & Pauling, 1991).

따라서 만성질환의 치유과정에서 환자의 상실된 통제력을 증진시킬 수 있는 간호전략이 요구되고 있다. 이러한 간호전략 탐색과정에서 통제력은 자가간호를 긍정적으로 이끌어가게 하는 중요 요소(Punamaki & Aschan, 1994)라는 점을 고려할 때, 학습된 무기력과 자가간호 수행과의 연관성을 파악하는 것이 선행되어야 할 것이다. 자가간호와 관련하여 Orem (1991)은 자가간호를 수행하는 개인의 능력을 자가간호역량으로 개념화하였으며 McDermott(1993)는 자가간호역량을 성인이 자신을 위해 자가간호 또는 자기관리를 할 수 있는 힘을 지각하는 것으로 이는 행동실천 중심 개념이라 하였다.

이러한 관점에서 당뇨환자(Haynes, 1987)와 신장 이식 환자(DeGeest 등, 1995)대상의 연구에서 자가

* 서울대학교 병원 간호부

** 서울대학교 간호대학

간호역량은 치료행위 이행과 정적 관계가 검증되었고, 또한 암환자(정연, 1993), 요실금 환자(정미자, 1996)의 경우에도 자가간호역량과 삶의 질간에는 정적인 상관 관계가 있다는 연구결과를 근거로 할 때 자가간호역량과 건강증진 행위는 정적인 상관관계가 있는 개념으로 보고 있다.

그러면 학습된 무기력 반응을 나타내고 있는 투석 환자의 경우 자신의 자가간호행위와 관계 있는 자가간호역량과의 관계는 어떠한가라는 연구질문이 도태된다. 이에 대하여 McDermott(1993)는 성인을 대상으로 학습된 무기력과 자가간호역량은 정적 상관관계가 있는 개념이라는 연구결과를 보고한 바 있고, 이는 삶의 질에 중요한 영향을 미치는 요소로 설명되고 있다(Peterson & Seligman, 1987).

따라서 투석환자의 경우에 학습된 무기력과 자가간호역량간에는 어떠한 관련성이 있는지 파악하고, 그 결과에 근거하여 자가간호 증진을 위하여 학습된 무기력에 대한 인지적 간호접근의 가능성을 추론하기 위한 기초적 연구가 필요하다고 본다. 이에 본 연구에서는 투석환자의 학습된 무기력 정도와 자가간호역량 정도를 파악하고, 두 개념간의 관계를 규명하고자 한다. 이 연구는 투석환자의 자가간호 증진을 위한 간호중재 전략 모색의 근거가 되는 자료를 제시하는 것에 의의를 두고 있다.

2. 연구의 목적

본 연구는 투석환자의 학습된 무기력과 자가간호역량 정도를 파악하고, 두 개념간의 관계를 규명하기 위함이며 구체적인 목적은 다음과 같다.

- 1) 투석환자의 학습된 무기력 정도 및 영향을 미치는 요인을 규명한다.
- 2) 투석환자의 자가간호역량 정도 및 영향을 미치는 요인을 규명한다.
- 3) 학습된 무기력과 자가간호역량과의 관계를 규명한다.

3. 용어 정의

1) 학습된 무기력

통제할 수 없는 사건을 경험하는 개인이 사건의 결과에 자신은 아무런 영향도 미칠 수 없다고 인지하게 되어 결국에는 미래에 대한 부적절한 기대가 발전하는 것을 말하는 것으로, 본 연구에서는 학습된 무기

력 측정도구로 측정된 점수를 의미한다.

2) 자가간호역량

자가간호를 수행하기 위한 개인의 복합적인 힘과 능력으로 조사, 판단, 의사결정 및 산출작용을 하는 능력을 의미한다. 본 연구에서는 Self-as-Carer Inventory(SCI)로 측정된 점수를 말한다.

4. 연구의 제한점

본 연구는 서울·인천 지역의 4개 병원에서 임의표출을 하였기 때문에 모든 투석환자에게 확대 해석하는데 제한이 있다.

II. 문헌 고찰

1. 투석환자들의 특성

신장기능이 비가역적으로 손상된 상태에서 투석치료를 받는 환자들은 많은 시간과 비용을 투자하면서도 근본적인 질환의 회복보다는 단지 생명유지를 목표로 삶을 살아가고 있다(김혜령, 1995). 투석환자들을 위한 간호 목표는 투석기간 동안 환자들이 만성적인 스트레스를 극복하면서 스스로 치료지사를 잘 이행하여 양질의 삶을 살아가도록 돕는데 있다. 질적인 삶을 지향하기 위하여 투석 환자들은 자신의 치료과정에 적극적으로 참여하고 임상적으로 처방된 건강행위를 철저히 이행하여야 한다(DeNour & Czacakas, 1972).

최근 투석 기술은 안전하고 효과적인 방법으로 발전되었으나 투석 환자들은 아직도 투석과정에서 수많은 스트레스에 직면하게 된다(Baldree, Murphy & Powers, 1982; Gurklis & Menke, 1988). 즉 투석환자는 계속적인 죽음의 위협, 기계와 의료진에 대한 의존, 경제적 부담감, 치료에 필요한 시간과 엄격한 식이와 수분제한 등(Devins, Guttman, Hollomby, & Barre, 1981; Devins et al, 1984; Gurklis & Menke, 1988)과 같은 스트레스 요인에 직면하고 있는 것이다. 뿐만 아니라 신장환자들은 질병과정에서 절제된 생활과 투석치료에 의존하는 결과 직업 상실로 인한 재정적 손실, 힘과 안녕감의 불균형과 부자유로 인하여 자유감을 상실하게 되면서 삶에 대한 의욕이 저하된다(Burns, 1983).

한편 투석유형에는 혈액투석과 복막투석이 있다.

혈액투석이란 의료진에 의한 수동적 치료 형태로 환자는 소극적인 방법으로 대처하는 경향이 있다. 복막투석이란 자신이 스스로 투석을 하는 형태로서, 환자들은 더 잘 배우려고 하거나 다른 해결법을 찾는 능동적으로 대처하는 경향이 있어 투석유형에 따라 대처의 양상이 다르게 나타나고 있어서 투석환자 간호시 유형요인을 고려해야 할 것으로 본다(Baldree, Murphy & Powers, 1982; Gurklis & Menke, 1988; Rydholm & Pauling, 1991).

이상에서 살펴본 투석환자의 특징은 통제감 상실로 인한 정서적 반응으로 우울과 절망감, 삶의 의욕상실 등의 심리사회적인 부작용 반응이 나타나고 이는 투석 유형별로 다소 차이가 있으므로 정확한 사정과 심리적인 간호중재가 요구된다.

2. 학습된 무기력

1) 개념과 연구경향

학습된 무기력은 개인이 통제할 수 없는 사건들을 경험할 때, 이러한 사건들의 결과에 자신은 아무런 영향을 미칠 수 없다고 학습되면서 결국은 미래의 사건에 대한 결과도 통제할 수 없다고 부정적으로 예측하는 것을 말한다(Abramson, Seligman & Teasdale, 1978).

학습된 무기력은 만성 질환자에게 필요한 건강관련 행위를 이행하지 못하게 하는 동기적, 인지적, 정서적 측면의 결핍으로 나타난다. 동기적 결핍이란 어떤 반응을 해보아도 아무런 효과가 없다고 예상하게 되어 자발적인 반응을 더 이상 주도하지 않게 되는 것을 말한다(Abramson, Seligman & Teasdale, 1978; Miller & Norman, 1979). 인지적 결핍이란 개인이 어떤 반응을 해보아도 바라는 결과를 전혀 얻을 수 없다는 인지적 셋트(cognitive sets)를 형성하게 되어 의사결정 능력이 저하되고, 성공을 해도 그것을 인정하지 못하고, 새로운 반응을 배우는 능력이 감소되는 것이다(Abramson, Seligman & Teasdale, 1978; Barder, Slimmer & LeSage et al., 1987, 1989). 정서적 결핍이란 반응과 결과가 전혀 관계가 없는 결과로 나타나 불안, 우울, 사회적 위축, 무력감, 성적 장애가 동반된다(Abramson, Seligman & Teasdale, 1978; McDermott, 1993). Miller와 Norman(1979)은 인지적 결핍과 동기적 결핍은 수행 결핍으로 나타난다고 하였다.

Barder, Slimmer와 LeSage(1994)는 노인들이 시설에 머물러 있던 기간과 시설의 종류가 학습된 무기력에 유의하게 영향을 미친다고 하였다. 만성 환자들의 경우 무기력해지면, 녹담적, 능동적 행위와 통제 행위가 저하되고 수동적 의존적 행위가 증가된다(Baltes & Skinner, 1983; Braden, 1990). 관절염 환자를 대상으로 한 Nicassio 등(1985)의 연구에서 학습된 무기력 환자의 통증($r=.38, p<.001$), 사지의 제한감 지각($r=.36, p<.001$), 우울($r=.38, p<.001$)과 불안($r=.31, p<.001$)은 정적 관계가 있다고 하였다. Lindroth 등(1994)은 관절염 환자 대상의 연구에서 학습된 무기력과 자가보고된 기능장애($r=.68, p<.001$)는 정적 관계가 있다고 하였다. 그리고 Engle 등(1990)의 연구에서 전신 흥반성 낭창 환자의 학습된 무기력은 자가보고된 통증($r=.44, p<.001$), 심리적 스트레스와($r=.30, p<.01$) 정적 관계가 있다고 하였다.

Hermann, Trenerry와 Colligan(1996)의 연구에서 간질 환자의 학습된 무기력이 우울과 관련이 있다는 결과를 보여 주었다. 투석환자들을 대상으로 한 연구에서 무기력한 상황이 우울, 낮은 자존감, 낮은 효능감과 유의한 관계가 있다고 보고하고 있다(Devins et al, 1982; Devins & Binik et al, 1984). 이러한 결과들로 미루어 보아 학습된 무기력에 관련된 변수들은 개인의 신체적, 심리적 측면으로 매우 다양하다고 보겠다. 또한 Raps, Peterson, Jonas와 Seligman(1982)은 입원 환자의 학습된 무기력 정도는 입원 기간과 인지된 통제감 감소와 비례한다고 하여 환경적 변수를 고려하였다. 그리고 McDermott (1993)는 학습된 무기력과 자가간호역량 사이($r=-.57, p<.001$)에는 부적 관계가 있다고 하여 개인의 능력을 학습된 무기력의 관련변수로 연구하였다.

이러한 연구 결과에 의하면 학습된 무기력은 환자의 신체적 증상과 우울 그리고 외적 환경과 자신의 내적 역량인 자가간호역량과 관련있는 개념으로 종합할 수 있다.

한편 Rydholm과 Pauling(1991)은 투석유형에 따른 학습된 무기력 정도를 조사하였다. 이들은 소집단 대상의 연구에서 Quinless와 McDermott가 개발한 학습된 무기력 도구로 복막투석 환자의 혈액투석 환자 사이의 학습된 무기력 정도를 비교하였다. 이 연구에서 혈액투석 환자가 복막투석 환자보다 학습된 무기력 정도가 더 높다고 하였는데, 이러한 결과에

의하면 학습된 무기력은 환자들의 자가간호 수행 정도와 관련이 있을 것이라고 하였다.

이상의 연구 결과를 고찰하면, 학습된 무기력은 만성질환자의 건강관련 행위를 저해하고 자존감 저하와 우울과 같은 부정적 정서 반응을 가져오는 개념이라고 볼 수 있겠다.

2) 학습된 무기력 도구

학습된 무기력을 측정하기 위하여, 흔히 우울과 같은 감정 척도나 통제위 척도를 이용하여 왔으며, 학습된 무기력 정도를 측정하기 위한 도구가 개발되기 시작한 것은 1980년대 중반부터이다.

학습된 무기력 이론을 바탕으로 만들어진 도구에는 Rheumatology Attitudes Index(Callahan, Brooks & Pincus, 1988), Learned Helplessness Scale(Quinless & Nelson McDermott, 1988)와 국내의 교육학 분야에서 개발된 학습된 무기력 진단 척도(신기명, 1990)가 있다.

Nicassio 등(1985)은 관절염 환자들의 학습된 무기력을 측정하기 위하여 Arthritis Helplessness Index를 개발하였는데, 이 도구는 후에 Callahan, Brooks와 Pincus(1988)에 의해 Rheumatology Attitude Index로 수정되었다. 이 도구는 15문항의 4점 척도로 구성되어 있다. 이 도구는 주로 관절염 환자들을 대상으로 한 연구에서 주로 사용되어졌으며, Cronbach's α 는 .68-.81이었다.

Quinless와 McDermott(1988)는 20문항의 학습된 무기력 도구를 개발하였다. 이 도구에서는 학습된 무기력이 어떤 한 면에 초점을 두기보다는 전반적인 행위를 측정하도록 개발되었다. 이 도구는 개발 당시 건강한 성인을 대상으로 신뢰도와 타당도가 검증되었고, 그 후 암환자 24명, 혈액투석 환자 30명, 척수손상 환자 20명 등의 작은 집단의 환자들에게 적용하여 타당도와 신뢰도가 조사되었다. 개발 당시 Cronbach's α 는 .85, 암환자, 혈액투석 환자, 척수손상 환자를 대상으로 조사하였을 때의 Cronbach's α 는 각각 .83, .92, .94였다.

국내의 학습된 무기력 도구로는 교육학 분야에서 개발된 도구가 있다. 이 도구는 신기명(1990)에 의해 개발된 45문항으로 구성되어있으며, 도구의 내용은 자신감 결여, 우울과 부정적 인지, 수동성, 통제력 결여, 지속성 결여, 과시욕 결여, 책임성 결여 항목으로 구성되어 있다.

이상의 도구 중 일반 성인을 대상으로 개발되었지만, 임상에서 여러 만성 질환자들에게 사용되어 신뢰도가 높았던 Quinless와 McDermott의 도구가 본 연구에 적절하다고 보고 이를 사용하고자 한다

3. 자가간호역량

1) 개념과 연구경향

Orem(1991)은 자가간호 결핍이론에서 자가간호, 자가간호결핍 개념과 함께 자가간호역량이라는 개념을 발전시켜왔다. 자가간호개념은 개인의 생활, 건강과 안녕감을 유지하기 위해 계속적 그리고 자발적으로 행하는 사려깊은 행위라고 정의되며(Orem, 1991), 나이, 발달단계, 성, 권징과 같은 기본적 조절요소(basic conditioning factor)에 따라 자가간호 행위의 수행이 결정된다. 자가간호역량이 치료적 자가간호를 충족시키기에 충분하면 자가간호 결핍은 존재하지 않고, 자가간호역량이 치료적 자가간호 요구를 충족시키기에 적절하지 않으면, 자가간호 결핍이 생기고 외부의 도움이 필요하다. 간호는 자가간호역량이 치료적 자가간호를 충족시키지 못할 때 도움을 제공하는 영역으로 인정되고 있다(Orem, 1991).

자가간호역량의 구성에서 처음 부분은 기초적인 능력과 소인이다. 이것은 유용한 행위의 기초를 제공하고 경계선을 형성한다. 그것은 본래 발달단계와 건강상태에 따라 다양하다(Orem, 1991). 능력과 소인에 영향을 미치는 다른 요소는 교육능력, 관련된 사건과 상태에 대한 지식, 이전 경험 등이 있다(Orem, 1991).

자가간호역량 구성의 두번째 부분은 10가지 힘의 구성요소(power component)이다. 힘의 구성요소는 기본적 능력에 의해 좌우된다. 각 힘의 구성요소가 존재하는 정도와 요소 사이의 관계는 개인이 자가간호의 행위를 얼마나 잘 수행하느냐를 좌우한다. 자가간호역량 구성의 세번째 요소는 자가간호를 수행하기 위하여 자가간호 행위시에 수행하는 자가간호 행위자의 능력이다.

한편 자가간호를 수행할 때는 다음의 두 단계의 행위과정을 거친다. 첫번째 행위단계는 주로 지적이며 탐색하는 것으로써 판단력이 포함되며, 특정한 자가간호 목적을 습득하기 위해서 반드시 수행되어야 하는 행위에 대한 판단들이 이루어진다. NDCG(Nursing Development Conference Group)에서는 제 1단계를 평가·진화 단계라 부르며, 이 단계에서는 자기

자신과 외부 환경에 대한 경험적 지식을 획득하고 사용하는 것이 필요하다.

두번째 행위단계는 주로 자기준비적이고 생산적이며 실제로 자가간호 행위를 수행하는 것과 관련된 조절과정이 포함된다(Orem, 1991). 제 2단계를 NDCG에서는 산출단계라고 부르며 개인이 단계를 계속할지 멈출지 또는 제 1단계로 다시 돌아가는 것이 필요할지를 결정한다.

이를 요약하면, 자기간호는 세 가지 자기간호 구성요소인 기본적 능력과 소인, 힘의 요소, 행위 능력이 있으며 자가간호 단계 사이의 상호작용을 통해 산출된다. 이러한 상호작용을 통해 치료적 자가간호를 충족시키고자 하는 목적은 건강을 유지하거나 질환이나 상태로부터 회복 또는 관련된 영향에 대한 대처를 하기 위한 것이다(Orem, 1991).

자가간호 역량과 관련된 연구에 의하면, 가족지지, 사회적지지, 의료인 지지는 자가간호역량과 유의한 상관관계($r=0.47, p<0.001$)가 있는 것으로 나타났다(김은영, 1995; 태영숙, 1989). 그리고 자가간호역량과 삶의 질간에는 유의한 정적 관계($r=0.337 - 0.374, p<0.001$)가 있는 것으로 보고되고 있다(정미자, 1996; 정연, 1993). De Geest 등(1995)의 연구에서 신장이식 환자의 이행과 자가간호역량간에 긍정적 상관관계 관계가 있는 것으로 나타났고, Davidson(1988)의 연구에서 자가간호역량과 건강증진 행위 사이에 유의한 긍정적 상관관계가 있음이 보고되었다.

이와 같이 자가간호역량은 만성 질환자들에게 중요한 이행행위와 건강증진 행위 및 삶의 질에 긍정적 영향을 미치는 중요한 요인이라 하였다.

2) 자가간호역량 도구

Orem의 이론에 기초한 자가간호역량을 측정하기 위한 도구는 1979년부터 개발되어 왔으며, 자가간호역량을 측정할 수 있는 도구개발에 대한 신행연구들을 살펴보면 다음과 같다.

Kearney와 Fleischer(1979)는 간호대학원생을 대상으로 ① 자아 책임감에 대한 태도, ② 자가간호에 대한 동기, ③ 자가간호 지식의 적용, ④ 건강 우선 순위의 평가, ⑤ 높은 자존감 등의 다섯가지 영역으로 구성된 43항목의 Exercise of Self-Care Agency 도구를 개발하였다. 우리나라에서는 이 도구를 이용하여 소향숙과 이은숙(1989)이 대학생 280명을 대상으로 그 예측요인 확인을 위한 연구를 실시하였다. 이 연

구에서 연구자는 도구를 34문항으로 수정하였으며, 도구의 신뢰도는 Cronbach's α 가 0.86이었다.

Hanson과 Bickel(1985)은 53문항의 The Perception of Self-Care Agency를 개발하였다. 이 도구는 개발당시 임원하지 않은 성인을 대상으로 요인분석을 하여 ① 인지적 능력, ② 인지적 제한, ③ 운동 능력, ④ 동기, ⑤ 기술의 레퍼토리 등의 다섯가지 영역을 확인하였다. 이 도구의 개발당시 Cronbach's α 는 .93이었다.

Geden과 Taylor(1988)는 44항목으로 구성된 Self-as-Carer Inventory라는 도구를 개발하였다. 이 도구는 44문항으로 구성되어 있으며, 요인분석을 통해 ① 자아에 대한 지식, ② 자가간호 산출에 영향을 미치는 판단과 결정, ③ 자아에 대한 주목, 인식, 그리고 자아 모니터, ④ 일상적인 자가간호의 물리적 기술과 만족감의 네가지 구성요소가 확인되었다. 우리나라에서는 소향숙(1992)이 같은 도구를 이용하여 남녀 성인을 대상으로 요인 분석한 결과 인지적 측면, 신체적 기술, 의사결정 및 판단과정, 정보추구행위, 자가조절에 대한 인식, 자가관리에 대한 주의력 등의 여섯가지 요인으로 확인되었다. 그리고 이 도구는 우리나라의 임환자와 당뇨환자를 대상으로 한 연구에서 Cronbach's α 가 각각 .90, .92였다.

본 연구에서는 이중에서 만성환자들에게 적용되어 신뢰도가 높았던 Geden과 Taylor의 자가간호역량 도구가 투석환자에게 적절하다고 보고 이를 사용하고자 한다.

III. 연구 방법

1. 연구 설계

본 연구는 투석환자를 대상으로 학습된 무기력과 자가간호역량 정도를 파악하고 관련요인과의 관계를 설명하기 위한 서술적 상관관계 연구이다.

2. 연구의 개념들

문헌고찰을 통해 인구학적 특성, 투석유형이 투석환자의 학습된 무기력과 자가간호역량 등의 요인과 어떠한 관계가 있는지를 연구하기 위해 <그림 1>과 같이 연구변수들간의 관계를 제시하는 연구 개념틀을 제시하고자 한다.

3. 연구 대상자

본 연구의 대상자는 서울과 인천에 있는 1개 대학 병원, 1개 3차 병원, 1개 2차 병원, 1개 투석전문병원에서 3개월 이상 통원 투석 치료를 받는 성인 남녀 환자로서 정신적 결함이 없으며, 국문 해독 능력이 있고 연구대상이 될 것에 동의한 사람으로 임의 표출하였다.

4. 연구 도구

1) 학습된 무기력 도구

학습된 무기력은 Quinless와 McDermott(1988)가 개발한 도구를 번안하여 사용하였다. 이 도구는 20문항 4점 척도로 점수의 범위는 20-80점이며 점수가 높을수록 학습된 무기력 정도가 높은 것을 나타낸다. 본 도구는 5개의 하부요인으로 구성되어 있으며, 하부개념은 내적-외적 항목, 전반성-특수성 항목, 안정성-불안정성 항목, 상황의 결과를 예상하거나 통제할 수 있는 고유의 능력과 관련된 개인의 신념과 관련된 항목, 상황에 대한 개인의 선택과 관련된 항목으로 구성되어 있다.

본 연구의 내용타당도를 위해 본 연구자가 번안한 내용을 4명의 간호학과 교수, 1명의 인공신실 수간호사, 2명의 인공신실 주임 간호사의 자문을 얻어 수정

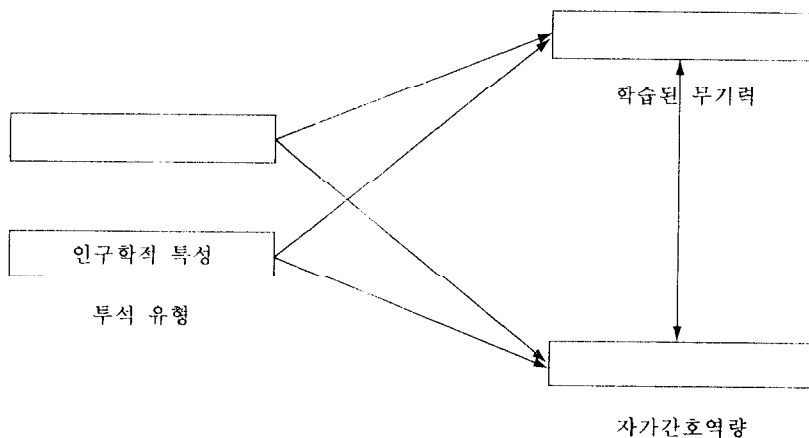
· 보완하였다. 수정·보완된 도구를 사용하여 5명의 혈액투석 환자와 4명의 복막투석 환자를 대상으로 예비검사를 거쳐 다시 수정·보완하였다.

도구의 신뢰도는 Quinless와 McDermott(1988)가 개발할 당시 건강인을 대상으로 조사한 내적일관성은 .82, 암환자, 혈액투석 환자, 척추손상 환자를 대상으로 조사한 내적일관성은 .83, .92, .94였으며, 본 연구에서 도구의 신뢰도는 .83이었다.

2) 자가간호역량 도구

자가간호역량도구는 Geden과 Taylor(1988)가 개발한 Self-as-Carer Inventory를 소향숙(1992)이 번안하여 사용한 것을 1명의 간호학 교수, 1명의 인공신실 수간호사, 2명의 인공신실 주임 간호사의 자문을 얻고, 5명의 혈액투석 환자와 4명의 복막투석 환자를 대상으로 예비조사를 거쳐 수정·보완한 33문항으로 구성된 도구이다. 본 도구는 6점 평정적으로 점수의 범위는 33-198점이다. 본 도구는 ①인지적 측면, ②신체적 기술, ③의사결정 및 판단과정, ④정보추구행위, ⑤자기조절에 관한 인식, ⑥자기관리에 대한 주의력 등에 대한 내용으로 구성되어 있다.

Geden과 Taylor(1988)가 도구개발 당시 내적일관성은 .96이었고, 소향숙(1992)이 번안하여 사용하였을 때 내적일관성은 .92였으며, 본 연구에서 내적일관성은 .92였다.



<그림 1> 연구의 개념틀

5. 자료수집 절차 및 방법

서울시내에 있는 1개 대학병원과 1개 3차병원, 1개 투석전문병원과 인천에 위치한 1개 2차 병원에서 외래로 투석 치료를 받는 말기 신부전 환자로 선정기준에 적합한 환자 176명을 대상으로 1998년 9월 2일부터 10월 8일까지 자료를 수집하였다. 이 중 부적절한 자료 8개를 제외한 168개(회수율 95.45%)의 자료를 이용하였다.

6. 자료분석방법

자료는 SPSSWIN 7.5를 이용하여 분석하였으며 자료분석을 위해 사용한 통계방법은 다음과 같다.

- 1) 대상자들의 일반적 특성은 실수와 백분율로 산출하였다.
- 2) 대상자의 학습된 무기력과 자가간호역량 정도는 최소값, 최대값, 평균값, 표준편차로 산출하였다.
- 3) 학습된 무기력도구와 자가간호역량 도구의 신뢰도는 Cronbach's α 를 이용하여 산출하였다.
- 4) 인구학적 변수와 학습된 무기력, 자가간호역량의 관계는 t test와 one-way ANOVA로 학습된 무기력과 자가간호역량 간의 관계는 Pearson Correlation 으로 검증하였다.

IV. 연구 결과

1. 대상자의 특성

본 연구 대상자는 총 168명으로 대상자의 특성은 <표 1-1>과 같고, 투석유형별 투석기간은 <표 1-2>와 같다. 대상자의 성별 분포는 남자가 63.7%, 여자가 36.3%이었고, 평균 연령은 45.74세이었다. 대상자의 대부분은 기혼 상태(73.7%)였고, 무직(59%)이 직업이 있는 사람(41%)보다 많았으며, 대상자의 경제 수준은 중정도가 69.6%로 가장 많았다. 교육 수준은 대졸 이상이 43.5%로 가장 많았고, 이어서 고졸(40.5%), 중졸(10.1%), 초졸(6.0%) 순이었다. 대상자의 대부분(64.9%)이 종교를 갖고 있었다. 대상자 중 복막투석 환자는 50.6%, 혈액투석 환자는 49.4%이었다.

본 연구 대상자의 평균 투석기간은 42.85개월이었다. 복막투석 환자들의 평균 투석기간은 28.65개월이었고, 혈액투석 환자들의 평균 투석기간은 57.40개월

로 두 투석유형별 투석기간 사이에는 유의한 차이가 있었다($F=18.837, p<.001$).

<표 1-1> 대상자의 일반적 특성

일반적 특성		n	%
성 별	남	107	63.7
	여	61	36.3
연 령	20 - 39	62	36.9
	40 - 59	78	46.4
	45.74±13.93*	60세 이상	27
결혼상태	미 혼	34	20.4
	기 혼	123	73.7
	이혼 및 사별	10	6.0
직업 여부	있 음	68	41.0
	없 음	98	59.0
경제상태	상	3	1.8
	중	117	69.6
	하	48	28.6
교육수준	초 졸	10	6.0
	중 졸	17	10.1
	고 졸	68	40.5
	대졸 이상	73	43.5
종 교	있 음	109	64.9
	없 음	59	35.1
투석유형	복막투석	85	50.6
	혈액투석	83	49.4
계		168	100

*: 평균

<표 1-2> 투석유형별 투석기간

투석유형	평균 투석기간(±표준편차)	T	p
복막투석	28.65 (±21.27)개월	-4.340	<.001
혈액투석	57.40 (±57.16)개월		
총대상자	42.85 (±45.16)개월		

2. 대상자 특성에 따른 학습된 무기력 정도

인구학적 특성에 따른 학습된 무기력 정도를 t-test와 ANOVA검증과 사후다중비교 검정으로 Scheffe 검정을 시행한 결과는 <표 2>의 같다. 본 연구대상 투석환자의 학습된 무기력 총평균은 총 80점 중 45.93점으로 중간 점수보다 높았다. 대상자의 학습된 무기력은 연령과 직업 유무에 따라 유의한 차이가 있었으

나, 성별, 결혼상태, 교육수준, 경제상태, 종교 유무에 따라서는 5% 수준에서 통계적으로 유의한 차이가 없었다. Scheffe 검정 결과, 20세에서 39세 연령군은 43.84점, 40세에서 59세 연령군은 46.64점이었으며, 60세 이상의 연령군의 학습된 무기력 정도는 48.26점으로 연령이 높아질에 따라 학습된 무기력 정도가 유의하게 높아짐을 볼 수 있다($F=4.335, p<.05$). 직업이 없는 사람의 학습된 무기력 평균은 47.92점, 직업이 있는 사람은 43.21점으로 직업이 있는 사람의 학습된 무기력 정도가 유의하게 높았다($t=-4.22, p<.001$).

투석유형별 투석환자의 학습된 무기력 정도의 분석 결과는 표 2와 같다. 총대상자의 학습된 무기력 총평균은 45.93점이었고, 복막투석 환자의 학습된 무기력 총평균은 45.35점, 혈액투석 환자의 학습된 무기력 총평균은 46.53점이었다. 두 집단사이의 학습된 무기력 정도는 통계적으로 유의한 차이가 없었다.

3. 대상자의 특성에 따른 자가간호역량 정도

대상자의 자가간호역량 정도는 총점 198점 중에서 총평균 142.48점으로 중간점수보다 높은 편이었다(표 3-1). 대상자의 인구학적 특성에 따라 자가간호역량 정도를 t-test와 ANOVA로 분석한 결과(표 3-1), 투석환자의 자가간호역량은 직업 유무에 따라 유의한 차이가 있었으나, 성별, 연령, 결혼상태, 교육수준, 경제상태, 종교 유무에 따라 유의한 차이가 없었다. 즉, 직업이 있는 사람의 자가간호역량은 평균이 147.69점으로 직업이 없는 사람의 평균 139.29점보다 유의하게 높았다($t=2.439, p<.05$).

투석 유형별 투석환자의 자가간호역량 정도는 복막 투석 환자의 경우 총평균은 146.67점에 비하여, 혈액투석 환자의 자가간호역량 총평균은 138.18점으로 복막투석 환자의 자가간호역량이 혈액투석 환자의 자가간호역량보다 유의하게 높게 나타났다($p<.05$).

〈표 2〉 대상자의 특성에 따른 학습된 무기력 (n=168)

특 성	평균±표준편차	F 또는 T	p	df	Scheffe결과	
성 별	남	46.05 ± 7.52	.260	.795	166	
	여	45.79 ± 7.35				
연 령	20 ~ 39	43.84 ± 6.67	4.335	<.05	165	20 ~ 39 : 60세 이상
	40 ~ 59	46.64 ± 7.70				
	60세 이상	48.26 ± 7.22				
결혼상태	미 혼	44.09 ± 7.49	1.787	.171	165	
	기 혼	46.55 ± 7.39				
	이혼 및 사별	44.10 ± 7.49				
교육수준	국 중	47.20 ± 7.51	.455	.714	164	
	중 졸	47.59 ± 7.31				
	고 졸	45.76 ± 7.49				
	대졸이상	45.53 ± 7.49				
직업유무	있 음	43.21 ± 6.99	-4.22	<.001	166	
	없 음	47.92 ± 7.20				
경제상태	상	48.00 ± 7.21	1.622	.201	165	
	중	45.26 ± 6.95				
	하	47.46 ± 8.45				
종 교	있 음	45.94 ± 7.78	.003	.998	166	
	없 음	45.93 ± 6.82				
투석유형	복막투석	45.35 ± 7.80	-1.026	.306		
	혈액투석	46.53 ± 7.04				
총대상자		45.93 ± 7.44				

(학습된 무기력의 범위 : 20 - 80)

〈표 3-1〉 대상자 특성에 따른 자가간호역량

(n=168)

특성	평균±표준편차	F 또는 T	p	df	
성별	남	142.55 ± 21.93	.058	.954	166
	여	142.34 ± 22.68			
연령	20 ~ 39	143.11 ± 19.56	.133	.876	165
	40 ~ 59	141.85 ± 24.30			
	60세 이상	144.22 ± 21.01			
결혼상태	미혼	140.06 ± 19.58	.335	.716	165
	기혼	143.41 ± 22.96			
	이혼 및 사별	142.57 ± 22.17			
교육수준	국졸	143.80 ± 22.31	1.945	.124	164
	중졸	135.00 ± 22.56			
	고졸	139.63 ± 22.45			
	대졸이상	146.63 ± 21.28			
직업유무	있음	147.69 ± 22.56	2.439	<.05	166
	없음	139.29 ± 21.36			
경제상태	상	155.00 ± 15.62	1.003	.369	165
	중	143.37 ± 22.26			
	하	139.52 ± 22.07			
종교	있음	143.24 ± 23.66	.645	.520	166
	없음	141.07 ± 19.10			
투석유형	복막투석	146.67 ± 22.36	2.525	<.05	
	혈액투석	138.18 ± 21.18			
총대상자	142.48 ± 22.14				

(자가간호역량의 범위 : 33 ~ 198)

자가간호역량을 5가지 하부개념별로 분석한 결과(표 3-2), 자가간호역량 중 인지적 측면은 총점 66점 중 평균 47.13점, 신체적 기술은 총점 48점 중 평균 32.29점, 의사결정 및 판단과정은 총점 30점 중 평균 21.23점, 정보주구 행위는 총점 24점 중 평균 17.96점, 자가조절에 관한 인식은 총점 6점 중 평균 4.08점이었으며, 자가관리에 대한 주의력은 총점 24점 중 평균 19.79점이었다.

〈표 3-2〉 자가간호역량의 하부개념 (n=168)

개념	평균±표준편차	측정 범위
인지적 측면	47.13±8.72	11 ~ 66
신체적 기술	32.29±7.38	8 ~ 48
의사결정 및 판단과정	21.23±4.42	5 ~ 30
정보주구행위	17.96±3.09	4 ~ 24
자가조절에 관한 인식	4.08±1.37	1 ~ 6
자가관리에 대한 주의력	19.79±2.96	4 ~ 24
총 자가간호역량	142.48 ± 22.14	33 ~ 198

4. 학습된 무기력과 자가간호 역량간의 관계

투석환자의 학습된 무기력과 자가간호역량사이의 상관관계를 Pearson Correlation으로 검정한 결과(표 4), 학습된 무기력은 자가간호역량 중 인지적 측면($r = -.183, p < .05$), 신체적 기술($r = -.335, p < .01$), 의사결정 및 판단과정($r = -.268, p < .01$), 자가조절에 관한 인식($r = -.222, p < .01$)과 통계적으로 유의한 음의 상관관계를 나타내었다. 그리고 총 자가간호역량도 학습된 무기력과 유의한 음의 상관관계가 있는 것으로 나타났다($r = -.270, p < .001$). 즉 학습된 무기력 정도가 높을수록 자가간호역량 정도가 낮았다.

VI. 논 의

본 연구는 투석 환자의 학습된 무기력과 이에 영향을 미치는 요인, 자가간호역량과 이에 영향을 미치는

〈표 4〉 대상자의 학습된 무기력과 자가간호역량이 상관관계

자가간호역량의 하부개념	학습된 무기력
인지적 측면	-.183*
신체적 기술	-.335**
의사결정 및 판단과정	-.268**
정보추구행위	.005
자가조절에 관한 인식	-.222**
자가관리에 대한 주의력	-.149
총자가간호역량	-.270**

* : $p < .05$ (2-tailed) ** : $p < .01$ (2-tailed)

요인을 파악하고, 학습된 무기력과 자가간호역량과의 관계를 규명하고자 시행되었으며, 연구결과에 대하여 다음과 같이 논의하고자 한다.

1. 학습된 무기력

투석환자 학습된 무기력 정도는 45.93점으로 중정도 이상으로 높았으나, Rydholm과 Pauling(1991)의 결과인 57.77점보다는 낮았다. 그러나 정상 성인을 대상으로 McDermott(1989)가 연구한 결과 37.08점과 다발성 경화증 환자를 대상으로 연구한 McGuinness(1995)의 37.80점보다 높았다. 따라서 투석환자의 경우는 정상인보다 학습된 무기력 정도가 높았고, 또한 만성질환의 하나인 다발성 경화증 환자보다 높아 이에 관심을 두고 간호해야 할 것으로 시료된다. 한편 학습된 무기력을 투석유형별로 비교할 때, 혈액투석 환자는 46.53점, 복막투석 환자는 45.35로 투석유형별로 학습된 무기력의 정도는 통계적으로 유의한 차이가 없어 학습된 무기력은 어떠한 형태의 투석방법에도 중간점수보다 높았다고 하겠다. 그러나 Rydholm과 Pauling(1991)의 연구에서는 혈액투석 환자의 무기력이 62점, 복막투석 환자의 무기력이 53.5점으로 혈액투석 환자가 통계적으로 유의하게 학습된 무기력 점수가 높은 것으로 나타났는데, 이는 Rydholm과 Pauling(1991)연구의 대상자가 20명으로 대상자 수가 적은 pilot 연구로 본 연구의 대상자 특성과 다르기 때문이라고 사료된다.

투석환자의 학습된 무기력은 환자의 연령과 직업 유무에 따라 유의한 차이를 보였으나 성별, 교육수준, 결혼상태, 경제수준, 종교 유무와는 유의한 차이가 없는 것으로 나왔다. 즉 학습된 무기력은 노화과정에서

점점 높아지고 있음을 주의해야 하며, 직업이 없는 경우에 경제적으로 생활의 의존도가 더욱 높아지므로 어떠한 형태이든 일이 주어지는 것이 바람직하다고 보겠다. 한편 교육수준과 학습된 무기력과는 유의한 차이를 보이지 않은 점은 본 연구대상자들의 교육 수준이 높아서 고졸 이상이 84%를 차지하고 있었기 때문이라고 사료된다.

학습된 무기력과 인구학적 특성과의 비교는 일관된 결과를 보이지 않고 있다(Nicassio et al, 1985; Callahan, Brooks, Pincus, 1988; Engle, Callahan, Pincus & Hochberg, 1990; McGuinness, 1995; McDermott, 1989). 투석환자의 학습된 무기력은 정상인보다 점수가 높고 이는 연령이 많을수록 그리고 직업이 없을 때 그 정도가 심해져서는 점을 근거로 환자의 학습된 무기력을 사정하여 간호계획을 수립해야 한다.

2. 자가간호역량

투석환자의 자가간호역량 정도는 총점인 198점 중 142.48점으로 중정도 이상이었는 데 이는 정상인인 대상으로 연구된 140.76점(소향숙, 1992)보다 높았다. 자가간호역량의 내용인 5가지 하부개념별로 볼 때, 인지적 측면이 평균 47.13점, 신체적 기술이 평균 32.29점, 의사결정 및 판단과정이 평균 21.23점, 정보추구 행위는 평균 17.96점, 자가조절에 관한 인식은 평균 4.08점, 자가관리에 대한 주의력은 평균 19.79점으로 나타나 모두 중정도 이상이었다.

투석유형에 따른 자가간호역량 정도는 복막투석 환자의 경우 146.67점이었고, 혈액투석 환자는 138.18점으로 복막투석 환자의 자가간호역량이 혈액투석 환자가 자가간호역량보다 통계적으로 유의하게 높았다. 이런 점으로 보아 주로 의료진에 의해 투석이 이루어지는 혈액투석 환자보다는 자신이 스스로 투석하는 복막투석 환자의 경우에 자가간호역량 정도가 높게 나타나 보다 적극적으로 자가간호를 하고 있다고 할 수 있겠다. 투석환자의 자가간호역량 정도는 암환자(정연, 1993)의 자가간호역량 정도 147.41점과 비슷하였고, 당뇨병 환자의(김은영, 1996) 152.32점보다는 낮게 나타나 질병간에 다소 차이가 있다고 보겠다. 한편 Geden과 Taylor(1991)는 건강을 건강한 수준, 아프지만 집에서 있는 수준, 병원에 입원한 수준으로 분리하여 자가간호역량 점수를 비교해 보았으나, 유

의한 관계가 없다고 한 점으로 보아 만성질환자의 경우 자가간호역량을 증가시켜줄 수 있는 환경과 간호를 통해 자가간호역량이 증가될 수 있음을 시사하고 있다. 이는 Hungelmann(1984)은 자가간호능력은 성공경험을 통해 획득되고 통합되는 양상으로 증가된다고 한 점을 근거로 설명할 수 있는 점이다.

Orem(1985)이 자가간호역량은 성별에 따라 유의한 차이가 있다고 한 점은 본 연구결과나 소향숙(1992), 김은영(1996)과 Chen(1996)의 결과와 일치되지 않았고, 강경자(1989), 정연(1993), 태영숙(1989)과 Lukkarinen과 Hentinen(1997)의 결과와 일치된 점으로 보아 자가간호역량은 성별에 따라 차이가 있는지에 대한 일관성이 없다고 보겠다. 연령에 있어서도 성별과 같이 일관성 있는 걸이게 제시되고 있지 않아서, 본 연구와 김은영(1996), McDermott(1993)의 연구에서는 연령에 따라 유의한 차이가 없었으나, 소향숙(1992), Lukkarinen와 Hentinen(1997)의 연구에서는 유의한 차이가 있었다. 그리고 본 연구와 김은영(1996), Chen(1996)의 연구에서는 결혼 상태에 따라 자가간호역량 간에는 유의한 차이가 없었으나, 다른 여러 연구(강경자, 1989; 소향숙, 1992; 정연; 태영숙, 1989; Lukkarinen & Hentinen, 1997)에서 결혼 상태에 따라 유의한 차이가 나타났다. 따라서 연령, 성별이나 결혼 상태 등의 변수와 자가간호역량과의 관계는 재확인할 필요가 있다.

한편 본 연구에서는 고졸 이상의 고학력자가 84.0%로 많았기 때문에 교육정도에 따라 자가간호역량에 유의한 차이가 없었으나, 김은영(1996), 소향숙(1992), 정연(1993), 강경자(1989), 태영숙(1989)의 결과에서는 유의한 차이가 나타나 교육정도는 자가간호역량 정도와 관계가 있을 것으로 추론된다. 그리고 투석환자가 직업을 가지고 있는 경우에는 자가간호역량이 높게 나타났는데, 이는 다른 연구들과 일관성 있게 일치되는 결과이다(김은영, 1996; 소향숙, 1992; Lukkarinen & Hentinen, 1997). 이런 점으로 보아 직업이라는 일상적인 활동을 계속하는 한 자가간호역량도 계속 지속될 수 있을 것으로 보아 직업이 없는 경우에도 일정하게 어떤 일이든 한다면 자가간호역량을 높일 수 있을 것으로 사료된다.

3. 학습된 무기력과 자가간호역량 간의 관계

학습된 무기력은 자가간호역량과 통계적으로 유의

한 유의 상관관계를 나타내고 있어서 학습된 무기력 정도가 높을수록 자가간호역량이 낮으므로 자가간호역량을 향상시키기 위해서는 학습된 무기력에 대한 인지적, 심리적 간호가 선행되어야 할 것으로 추론된다. 이는 건강한 미국 성인을 대상으로 실시한 연구(McDermott, 1989, 1993)나 Avorn과 Langer(1982)의 연구와 일치된 결과이다. 특히 Avorn과 Langer(1982)는 노인을 과도하게 도와주는 경우에는 수행능력에 대한 인식이 감소되어 기술적인 업무수행이 요구되는 자가간호역량이 결핍된다고 보고한 점으로 보아 무조건 도움만 주는 경우 학습된 무기력이 유발되어 자가간호역량이 저하된다고 추측함으로써, 환자들에게 보다 적극적으로 자기를 돌보게 하면 학습된 무기력이 저하되며 또한 자가간호역량도 향상될 것으로 본다.

한편 학습된 무기력과 자가간호역량의 내용별로 상관관계를 살펴본 결과, 자가간호역량의 인지적 측면, 신체적 기술, 의사결정 및 판단과정과 자가조절에 대한 인식과는 유의 상관관계를 보이고 있으나, 정보추구행위와 자가관리에 대한 주의력과는 유의한 상관관계가 없었다. 즉, 학습된 무기력이 높을수록 자가간호역량이 낮으며, 주로 학습된 무기력은 자가간호역량의 인지적 요소와 의사결정 및 판단과정과 관련이 있는 것으로 보인다. 관절염 환자(Goepfinger, Macnoe, Anderson, Boutaugh, & Stewart, 1995)와 섬유조직염(fibromyalgia) 환자(Burckhardt, 1994)를 대상으로 인지행동요법이 포함된 자가간호 교육과 자조집단 모임을 통해(Rothlis, 1984) 학습된 무기력을 감소시킨다는 결과는 간호의 인지적 요소의 중요성을 제시하고 있다.

이러한 결과로 미루어 보아, 학습된 무기력이 인지적, 동기적, 정서적 결핍을 초래한다. 따라서 자가간호역량은 이러한 내적 요소와 앞에서 제시한 개인의 일반적 특성에 따라 영향을 받는 것으로 추론하면서 이러한 결과를 학습된 무기력을 낮게 하고 자가간호역량을 향상시키고자 하는 간호중재 계획에 적용해야 할 것으로 본다.

결론적으로 투석환자에게는 자가간호 수행이 필수적이다. 따라서 환자들에게 자가간호역량을 증가시켜 줄 수 있는 간호중재가 요구되는데, 이를 위해서는 자가간호역량에 영향을 미치는 인구학적 특성과 학습된 무기력과 같이 자가간호역량에 영향을 미치는 내·외적요인을 파악하는 것이 중요하리라 생각된다. 그

리고 만성 질환자들에게 간호중재를 제공할 때, 통계감을 증가시키는 중재와 인지적 재구조화 등으로 학습된 무기력을 감소시켜주는 중재가 혼합된 자가간호교육이나 자가간호중재 프로그램의 개발과 그러한 중재를 제공하는 것이 중요하리라 생각된다.

Ⅶ. 결론 및 제언

본 연구는 투석환자의 학습된 무기력과 이에 영향을 미치는 요인, 자가간호역량과 이에 영향을 미치는 요인을 파악하고, 학습된 무기력과 자가간호역량 간의 관계를 규명하고자 시행되었다.

1998년 9월 2일부터 1998년 10월 8일까지 서울시내 일개 대학병원, 일개 3차병원, 일개 투석전문병원과 인천시내에 있는 일개 2차 병원 등에서 외래로 투석치료를 받고 있는 168명의 투석환자를 대상으로 설문지를 이용하여 자료수집하였다. 사용된 도구의 신뢰도는 학습된 무기력이 Cronbach's $\alpha = .83$, 자가간호역량이 Cronbach's $\alpha = .92$ 였다.

수집된 자료는 SPSSWIN 7.5을 이용하여 전산통계 처리하였으며, 인구학적 변수와 학습된 무기력, 자가간호역량의 관계는 t-test와 one-way ANOVA, Pearson Correlation으로 학습된 무기력과 자가간호역량 간의 관계는 Pearson Correlation을 이용하여 분석하였다.

1. 결 론

- 1) 투석환자의 학습된 무기력 총평균은 중간점수보다 높았으며, 이는 혈액투석 환자와 복막투석 환자간에 차이가 없었고, 투석환자의 학습된 무기력 정도는 직업이 없고 나이가 많을수록 높게 나타났다.
- 2) 투석환자의 자가간호역량은 중간정도였으며, 복막투석 환자의 자가간호역량이 혈액투석 환자의 자가간호역량보다 유의하게 높았고 자가간호역량은 직업이 있는 환자가 높게 나타났다.
- 3) 투석환자의 학습된 무기력과 자가간호역량 간에는 유의한 관계가 있어서 학습된 무기력 정도가 높을수록 자가간호역량이 낮게 나타났다.

이상의 결과에서 투석환자들은 중정도 이상의 학습된 무기력 정도와 중정도 이상의 자가간호역량을 보였으며, 투석 유형에 따라 학습된 무기력 정도는 차이가 없었으나 자가간호역량에는 차이가 있었다. 나

이가 많고, 직업이 없는 사람이 학습된 무기력 정도가 높았고, 직업이 있는 사람이 자가간호역량 정도가 높았다. 그리고 학습된 무기력이 높을수록 자가간호역량은 낮아지는 것으로 나타났다.

2. 제 언

- 1) 투석환자를 간호함에 있어서 학습된 무기력 정도들 기본적으로 사정하여 간호중재를 계획할 것을 제언한다.
- 2) 학습된 무기력 정도를 감소시킬 수 있는 간호중재의 개발과 적용을 위한 연구가 필요하다.
- 3) 투석환자의 학습된 무기력과 자가간호역량과의 결과 변수를 종합하여 이들 변수들 간의 판세를 검증하고 학습된 무기력을 설명하기 위한 모형구축이 필요하다.
- 4) 노인이나 다른 만성질환자들을 대상으로 학습된 무기력과 자가간호역량과의 관계를 조사하는 반복 연구를 제언한다.

참 고 문 헌

- 강경자 (1989). 방사선 치료를 받고 있는 암환자의 자가간호역량 조사. 부산대학교 대학원 석사학위 논문.
- 김은영 (1996). 성인 당뇨병 환자가 지각한 가족지지와 자가간호역량의 관계. 전북대학교 대학원 석사학위 논문.
- 소향숙 (1992). 자가간호역량의 도구개발과 그 예측요인에 관한 조사연구. 성인간호학회지, 4(2), 147-161.
- 소향숙, 이은숙 (1989). 지기간호역량의 행사측정도구의 타당성 및 예측요인 조사. 대한간호학회지, 19(3), 273-284.
- 윤진, 조궁호 (1990). 무기력의 심리. 서울: 탐구당.
- 정미자 (1996). 요실금 여성의 삶의 질과 자가간호역량. 전남대학교 대학원 석사학위 논문.
- 정연 (1993). 암환자의 자가간호역량과 삶의 질과의 관계. 한양대학교 대학원 석사학위 논문.
- 대영숙 (1989). 암환자가 지각한 가족지지와 의도전문인 지지 및 자가간호역량과의 관계. 복음간호전문대학 논문집, 6, 17-34.
- Abramson, L. Y., Seligman, M. E. P., &

- Teasdale, J. D. (1978). Learned helplessness in humans: critique and reformulation. Journal of Abnormal Psychology, 87(1), 49-74.
- Baldree, K. S., Murphy, S. P., & Powers, M. J. (1982). Stress identification and coping patterns in patients on hemodialysis. Nursing Research, 31(2), 107-112.
- Barder, L., Slimmer, L., & LeSage, J. (1994). Depression and issues of control among elderly people in health care settings. Journal of Advanced Nursing, 20, 597-604.
- Braden, C. J. (1990). Learned self-help response to chronic illness experience: A test of three alternative learning theories. Scholarly Inquiry for Nursing Practice, 4(1), 23-41.
- Callahan, L. F., Brooks, R. H., & Pincus, T. (1988). Further analysis of learned helplessness in RA using a "Rheumatology Attitudes Index". Journal of Rheumatology, 15(3), 418-426.
- Chen, Y. M. (1996). Relationships among health control orientation, self-efficacy, self-care, and subjective well-being in the elderly with Hypertension. Doctoral Dissertation, University of Texas.
- Davidson, J. D. U. (1988). Health embodiment: The relationship between self care agency and health-promoting behaviors. Doctoral Dissertation, Texas Women's university.
- Devins, G. M. (1982). Perceived self-efficacy, outcome expectancies, and negative mood states in ESRD. Journal of Abnormal Psychology, 91(4), 241-244.
- Devins, G. M., Binik, Y. M., Hutchinson, T. A., Guttman, R. D., Hollomby, D. J., & Barre, P. E. (1984). The emotional impact of ESRD: Importance of patient' perceptions of intrusiveness and control. International Journal of Psychiatry in Medicine, 13(4), 327-343.
- Devins, G. M., Guttman, R. D., Hollomby, D. J., & Barre, P. E. (1981). Helplessness and depression in ESRD. Journal of abnormal psychology, 90(6), 531-545.
- Engle, E. W., Callahan, L. F., Pincus, T., & Hochberg, M. C. (1990). Learned helplessness in SLE: Analysis using the rheumatology attitudes index. Arthritis and Rheumatism, 33(2), 281-286.
- Geden, E., & Taylor, S. (1991). Construct and empirical validity of the self-as-carer inventory. Nursing Research, 40(1), 47-50.
- Gocppinger, J., Macnoc, C., Anderson, M. K., Boutaugh, M., & Stewart, K. (1995). From research to practice: The effects of the jointly sponsored dissemination of of an arthritis self-care nursing intervention. Applied Nursing Research, 8(3), 108-113.
- Gurklis, J., & Menke, E. (1988). Identification of stressors and use of coping methods in chronic hemodialysis patients. Nursing Research, 37, 236-239, 248.
- Hanson, B., & Bickel, L. (1985). Development and testing of questionnaire on perception of self care agency, in Riehl-Sisca (ed): The science and art of self-care. Appleton-Century-Crofts.
- Haynes, L. A. (1987). The relationship between perceived exercise of self care agency of diabetics and reported compliance to the diabetic regimen. M.S.N., Medical college of Ohio.
- Kearney, B., & Fleischer, B. (1979). Development of an instrument to measure exercise of self-care agency. Res. Nurs. Health, 2, 25-34.
- LeSage, J., Slimmer, L. W., Lopez, M., & Ellor, J. R. (1987). Perceptions of learned helplessness. Journal of Gerontological Nursing, 13(5), 33-37.
- LeSage, J., Slimmer, L. W., Lopez, M., & Ellor, J. R. (1989). Learned helplessness. Journal of Gerontological Nursing, 15(5), 8-15.
- Lindroth, Y., Strombeck, B., Brossner, M., Gullberg, R., & Wollheim, F. A. (1994). Learned helplessness and its correlation to impairment, pain, anxiety and depression in RA. Scandinavian Journal of Rheumatology,

- Lukkarinen, H., & Hentinen, M. (1997). Self-care agency and factors related to this agency among patients with coronary heart disease. International Journal of Nursing Studies, 34(4), 295-304.
- McDermott, M. A. (1993). Learned helplessness as an interacting variable with self-care agency : Testing a theoretical model. Nursing Science Quarterly, 6(1), 28-33.
- McGuinness, S. D. (1995). Learned Helplessness in the multiple sclerosis population. M. S. N., University of Calgary.
- Nicassio, P. M., Callahan, L. F., Wallston, K. A., Herbert, M., & Pincus, T. (1985). The measurement of helplessness in RA. the development of the Arthritis Helplessness Index. Journal of Rheumatology, 12(3), 462-467.
- Orem, D. E. (1991). Nursing : Concept of practice, 4th ed., Mosby Year Book.
- Quinless, F. W., & McDermott Nelson, M. A. (1988). Development of a measure of learned helplessness. Nursing Research, 37(1), 11-15.
- Rydholm, L., & Pauling, J. (1991). Contrasting feelings of helplessness in peritoneal and hemodialysis patients : A pilot study. ANNA J., 18(2), 183-187, 200.
- Sacks, C. R., Peterson, R. A., & Kimmel, P. L. (1990). Perception of illness and depression in chronic renal disease. American Journal of Kidney Diseases, 15, 31-39.

- Abstract -

Key concept : Learned helplessness, Self-care agency

A Study on the Relationship Between Learned Helplessness and Self-care Agency in Dialysis Patients

Kim, Eun Man* · Suh, Moon Ja**

The purpose of this study was to identify the degree of learned helplessness and self-care agency in dialysis patients and the relationship between learned helplessness and self-care agency.

The subjects were 168 dialysis patients who were undergoing hemodialysis and peritoneal dialysis from 1 university hospital, 1 hospital, 1 hemodialysis center in Seoul, 1 hospital in Incheon, Korea.

The data were collected with two interview questionnaires which were Learned Helplessness Scale (LHS) and Self-as-Carer Inventory (SCI). The collected data were analyzed by descriptive statistics and t-test, One-way ANOVA and Pearson Correlation with SPSSWIN program.

Results were obtained as follows :

- 1) The mean scores of learned helplessness were 45.93(range 20-80). The mean learned helplessness scores of peritoneal dialysis patient and hemodialysis (HD) patient were not different significantly. However by the aging process, the mean scores of learned helplessness has a tendency to get higher and who had a job were likely to low score of learned helplessness.
- 2) The mean scores of self-care agency were 142.48 (range 33-198). The mean self-care agency scores of peritoneal dialysis (PD)

* Seoul National University Hospital, Nursing Department

** College of Nursing, Seoul National University

patient much higher than the score of it with hemodialysis. The score of self-care agency were significantly different between peritoneal dialysis patient and hemodialysis patient. The patients who have job were likely to be higher score of self-care agency than other groups.

- 3) There was significant relationship between the score of learned helplessness and self-care

agency.

In conclusion, there was an inverse relationship between learned helplessness and self-care agency in dialysis patients. Considering this, the high level of learned helplessness of dialysis patients should be intervened by nurse with a well developed educational program or cognitive behavioral therapy.