

내적모형과 대응자원을 이용한 만성관절염 환자의 적극적 대응전략모형

문 미 숙*·임 난 영**

Active Coping Strategy Model for Chronic Arthritis : Appling Internal Model of World and Coping Resource

Mun, Mi Sook* · Lim, Nan Young**

Typical symptoms of rheumatic disease affect overall daily living and cause severe stress. Individuals afflicted with rheumatic disease have many illness-related stresses. Pain was the predominantly perceived stress followed by limitation in mobility, difficulties in carrying out activities of daily living, helplessness, dependency on others, threat to self-esteem, interference in social activity, interference in family relationships, difficulties performing at work, and discomfort of the treatment. Patients with chronic arthritis are subjected to long periods of continuous stress, which may require the management by the health care provider. In these cases, the purpose of the nursing is helping to promote health through supporting patient's coping.

Therefore, for the nursing intervention to be effective, it is critical to build a theoretical framework that describes stress-coping for chronic arthritis.

Thus, the purpose of this dissertation is to present a theoretical framework which describes the stress-coping processes and to empirically test pathes of this framework for the people with chronic arthritis. The foundation upon which this framework is built in the Erickson, Tomlin, and Swain(1983) theory of Modeling and role-Modeling.

The subjects were 275 patients with rheumatoid arthritis or osteoarthritis who

* 청주과학대학 간호과 조교수(Assistant Professor, Department of Nursing, Chongju National College of Science and Technology)

** 한양대학교 의과대학 간호학과 교수(Professor, Department of Nursing, Han Yang University)

visited the outpatient clinic. A hypothetical model of stress-coping was tested by covariance structure analysis with PC-LISREL 8.12 program. As a result, the overall fit was good (Chi-square=94.49, $P=0.00$, RMR=0.067, GFI=0.95, AGFI=0.91, NNFI=0.93, NFI=0.91) for the hypothetical model.

The results of hypothesis testing were as follows :

Basic need satisfaction had a statistically significant influence on illness-related experience, emotional stress and coping resources. Internal health locus of control had a statistically significant influence on coping resources.

However, independent variables (basic need satisfaction, internal health locus of control, illness-related experience, emotional stress and coping resource) did not have significantly influence on coping.

And then, the hypothetical model was modified by considering both the theoretical implication and statistical significance of the parameter estimates. The revised model had a better fit to the data (Chi-square=83.11 ($P=0.00$), RMR=0.061, GFI=0.96, AGFI=0.92, NNFI=0.95, NFI=0.92).

Hypothesis emerged from the revised model was tested. The results of hypothesis testing were as follows :

Basic need satisfaction had a statistically significant influence on illness-related experience, emotional stress and coping resources. Internal health locus of control had a statistically significant influence on illness-related experience and coping resources.

Internal health locus of control, illness-related experience, emotional stress and coping resources had a significantly influence on coping.

According to the results of this dissertation, basic need satisfaction and internal health locus of control play a central role in appraisal of illness-related experience and coping resources. And illness related-experience, emotional stress, and coping resources affect on coping activities.

In summary, nursing interventions to enhance basic need satisfaction and internal health locus of control will decrease illness related experience and emotional stress and increase coping resources. Increased coping resources will prompt coping activities.

I. 서 론

1. 연구의 필요성

관절염은 관절에 염증을 일으키는 현상을 말하고 염증이란 병든 부위에 부종, 홍조, 발열, 동통과 같은 병리학적인 반응을 특징으로 한다(이상헌, 1994). 이와같은 전형적인 증상은 일상생활의 모든 면에 영향을 미칠 수 있으며, 종종 상당한 스트레스의 원인이 되기도 한다(Smith & Wallston, 1992; Downe-Wamboldt & Melanson, 1995). 관절염 환자들의 스트레스를 조사한 결과, 통증이 가장 현저하게 지각되는 스트레스였으며, 그 다음은 기동성장애, 일상활동 수행 장애, 무력감, 타인에게 의존, 자아존중감 위협, 사회적 활동 장애, 가족관계 장애, 업무수행상의 어려움 그리고 치료의 불편함 등으로 나타났다(Mahat, 1997).

이러한 스트레스는 장기적으로 반복되는 것으로 의료인에 의한 지속적인 관리가 요구되는데, 이러한 경우 간호의 목적은 대상자로 하여금 적절한 적응을 하도록하여 건강이 회복되고 향상될수 있도록 돕는 것이므로, 간호의 가장 중심적인 역할은 대상자의 대응을 돕는것이다(Roy & Robert, 1981; Newbold, 1996). 김인자와 서문자(1998)의 연구에서는 단순한 치료법 이행보다는 자기조절 활동이 신체적 심리사회적 적용에 중요한 것으로 나타났다. 특히 질병 기간이 경과할수록 스스로 건강을 조절하기 위하여 시행하는 여러 활동들이 더 중요하다는 것을 알 수 있었다.

따라서 관절염 환자의 바람직한 대응을 촉진시키는 간호중재를 수행하기 위해서는 대응과정 에 대한 포괄적인 이해를 통해 간호중재가 가능한 요소를 규명해야 할 필요가 있다.

대응이란 일련의 과정이며, 스트레스 사건의 맥락에 따라 다양하다. 즉, 스트레스를 일으키는

어떤 환경적 요구와 압력에 대한 반응의 정도와 그것에 대한 대응양상은 개인차와 집단 차가 있다(김정희 역, 1994). 이러한 대응양상의 차이는 스트레스 경험에 대한 인지방법(Long and Sangster, 1993), 통제감(Menaghan, 1982), 신념의 차이(Williams & Keefe, 1991), 정서장애(Downe-Wamboldt & Melanson, 1998), 통증과 우울한 정서의 결합(Weickgenant et al., 1993), 통증, 일상활동시 불편감 및 우울 정도(문미숙, 1994)에 의해 나타났다. 또한 대응양상은 자기효능과 결과기대(김인자, 1997; Lin & Ward, 1996), 지각된 사회적 지지와 기본욕구 충족(Keck, 1989)에 의해 영향을 받는다. 이밖에 질병기간(김인자와 서문자, 1998) 및 인구사회학적 변수의 차이(종교, 나이, 결혼 상태)에 따라 대응양상이 달랐다(문미숙, 1994).

이상의 선행연구에 의하면 대응양상은 상황에 따라 다양하게 가변성있게 나타난다는 것이 일관성있게 지지되고 있다. 그러나 선행연구의 대부분은 일련의 과정으로 이루어지는 대응의 일부분만을 연구한 것이 대부분이다. 즉, 인간의 신념이나 인지방법 등과 같은 인간의 기본적인 인지적·정서적 구조와 대응양상의 관계를 또는 통증, 활동장애, 우울, 자기효능, 결과기대 등과 같은 인지평가의 결과와 대응양상의 관계를 밝히고 있다.

그러나 이와같이 대응양상에 영향을 주는 요소들의 효과를 각각 분리해서 이해하는 것은 전인적 관점에서 개별적인 간호접근을 시도하는데 다소 제한점이 있다고 본다.

따라서 개인의 특성에 따른 즉, 대상자의 맥락에서 이루어진 만성 관절염 환자들의 인지적 평가와 그 평가에 대한 대응양상을 이해할 수 있는 통합적인 이론적 틀의 구축이 요구된다. 특히 여러 가지 대응양상 중 대체적으로 행위를 직접 시도하거나 정보를 찾아내기 위하여 노력하는 문제 중심적 대응 그리고 정서 중심 대응

중 자신을 조절하는 인지적 대응방법이 긍정적인 적응상태를 예측하고 있으므로(김인자, 1997), 여러 가지 대응양상 중 적극적인 행동적·인지적 대응양상의 과정을 포괄적으로 이해할 수 있는 대응모형이 필요하다.

따라서 본 연구는 MRM이론을 기틀로 적극적인 대응전략모형을 구축하고 실제 자료를 이용하여 모형을 검증하여, 만성 관절염 환자를 위한 개별적인 간호중재의 방향을 제시하고자 한다.

2. 연구의 목적

본 연구는 만성적인 건강문제가 있는 관절염 환자들의 개인적인 내적모형에 따른 질병경험과 정서적 스트레스를 파악하고, 개인의 내적모형과 질병경험, 정서적 스트레스 그리고 대응자원과 적극적 대응전략간의 인과관계를 규명하기 위함이며, 구체적으로 다음과 같은 목적을 갖는다.

- 1) 만성 관절염 환자의 정서적 스트레스, 질병 경험, 대응자원, 적극적 대응전략을 파악한다.
- 2) 만성 관절염 환자의 정서적 스트레스에 영향을 미치는 변수를 확인한다.
- 3) 만성 관절염 환자의 질병경험에 영향을 미치는 변수를 확인한다.
- 4) 만성 관절염 환자의 대응자원에 영향을 미치는 변수를 확인한다.
- 5) 만성 관절염 환자의 대응전략을 설명하는 가설적 모형을 검증한다.

3. 용어의 정의

1) 인간의 내적모형

Modeling and Role Modeling(MRM) 이론에 의하면, 인간의 내적 모형이란 인간내에 이미 존재하는 의식적 그리고 무의식적 지식, 경

험, 인지능력, 느낌 등을 말한다. 인간의 내적모형은 유입된 모든 자극에 의미를 부여하고, 반응을 일으키고 정서적 및 행위적 표현을 포함한 스트레스 반응의 형태와 강도를 결정한다(Kline Leidy, Ozbolt, & Swain, 1990).

본 연구에서 인간의 내적모형이란 기본적인 욕구충족 정도와 내적 건강통제위 성격을 의미한다.

(1) 내적 건강통제위

· 이론적 정의 : 건강통제위 성격은 생의 발달단계를 통해 형성된 사회심리적인 특성과 태도로 건강이 일반적으로 무엇에 의해 좌우되는지를 나타내는 특성을 말하는 것으로 3가지 차원의 성향으로 구분되는데, 이 중 내적 건강통제위는 자신의 건강은 자신에 의해 좌우된다고 믿는 성향이다.

· 조작적 정의 : Wallston, Wallston & DeVellis(1978)에 의해 개발된 다차원적 건강통제위(multidimensional health locus of control) 측정도구 중 내적 건강통제위와 관련된 6개 문항으로 측정된 평균점수이며, 점수가 높을수록 내적통제위 성격이 강하다.

(2) 기본욕구 충족

· 이론적 정의 : 인간의 공통된 욕구 즉, 생리적 욕구, 안전과 안정의 욕구, 소속 및 사랑의 욕구, 자존감의 욕구 그리고 자아실현의 욕구가 충족된 정도를 말한다.

· 조작적 정의 : 이윤(1984)의 기본욕구 측정도구를 토대로 김종임(1994)의 삶의 질 측정도구와 송애량(1984)이 번역한 Rosenberg의 자아존중감 측정도구를 참고하여, 본 연구자가 수정 보완한 기본욕구 측정 도구에 의해 측정된 점수이며, 점수가 높을수록 기본욕구 충족 정도가 높다는 것을 의미한다.

2) 정서적 스트레스

· 이론적 정의 : 일상 생활속에서 지각되는 불쾌

한 정서적 반응인 일반적인 스트레스와 역할 갈등 정도에 의해 예측된 스트레스를 말한다.

- 조작적 정의 : 본 연구에서는 일반적인 스트레스는 Abell(1991)이 개발한 Index of Clinical Stress(ICS)를 번역한 측정도구에 의해 측정된 점수를 의미하고, 역할갈등 정도는 Caldwell(1988)이 개발한 Family Well-Being Assessment(FWA) 도구에서 연구목적에 적합한 역할갈등 관련 문항을 발췌하여 작성한 도구로 측정된 점수이다. 점수가 높을수록 정서적 스트레스 정도가 높다는 것을 의미한다.

3) 질병경험

- 이론적 정의 : 질병과정 동안의 인간 반응으로 신체적인 경험은 물론이고 질병에 대한 인간의 심리 사회적인 경험을 포함한다.
- 조작적 정의 : 질병과정 동안에 경험한 통증 정도와 일상활동 장애 정도이며 점수가 높을수록 질병경험의 심각성이 크다. 통증 정도는 15cm의 직선을 15등분하여 '약간아프다, 보통아프다, 매우아프다'라고 표시한 도표 평정 척도로 측정된 점수이고, 일상활동 장애 정도는 환자의 기능상태를 측정하는 Katz Scale (Katz, Downs, Cash & Grotz, 1970)과 Barthel Index(Barthel, 1973)를 이은옥 등 (1997)이 수정보완한 도구로 측정된 점수이다.

4) 대응자원

- 이론적 정의 : 평가된 스트레스를 다스리기 위하여 무엇을 할 수 있으며 무엇을 해야 하는지를 평가하는데 이용되는 내·외적인 자원이다.
- 조작적 정의 : 내적자원은 만성 관절염 환자들이 질병과정에서 수행하는 행동에 대한 구체적인 자기효능감이며, 이 변수는 Lorig, Chastin, Ung, Shoor & Holman(1980)

이 개발한 도구를 김종임(1994)과 이은옥 등 (1997)이 수정 보완한 구체적 자기효능 척도로 측정된 점수이며 점수가 높을수록 내적자원이 강하다는 것을 말한다.

외적자원은 인지된 가족지지 정도를 의미하며, 강현숙(1984)이 개발한 가족 지지 척도로 측정하였고 점수가 높을수록 외적자원이 강하다는 것을 의미한다.

5) 적극적 대응전략

- 이론적 정의 : 인간이 개인의 자원을 청구하거나 초과하는 것으로 평가되는 특수한 내·외적 문제를 다스리기 위한 일련의 행위 및 인지적 노력이다.
- 조작적 정의 : 본 연구에서는 Lazarus & Folkman(1984)이 제시한 대응전략 체크리스트 67개 문항 중 적극적인 대응인 행동적 대응과 인지적 대응에 해당하는 항목을 발췌하여 작성한 도구로 측정된 점수이다. 점수가 높을수록 적극적 대응을 많이 하고 있다는 것을 의미한다.

4. 연구의 제한점

- 1) 선행연구에서 대응양상 및 관련변수들에 영향을 미친다고 보고된 인구사회학적 요인을 모형에 포함시키지 못했다.
- 2) 통제위 성격은 내적 건강통제위만으로 측정하였고, 적극적 대응전략도 하나의 측정변수를 사용하였으므로 그 이론변수들의 속성이 충분히 반영되지 못하였다.

II. 문헌 고찰

1. 대응 전략

대응이란 개인의 자원을 청구하거나 초과하는

것으로 평가되는 특수한 외적 및 내적 요구를 다스리기 위하여 부단히 변화하는 인지적 및 행동적 노력이다(Folkman & Lazarus, 1984). 이 정의에 의하면 대응은 개인의 자원을 청구하거나 초과하는 것으로 평가되는 요구에 한정된 것으로서 대응과 자동화된 적응 행동은 구분되며, 결과에 상관없이 요구를 다스리기 위하여 부단히 변화하는 인지적 및 행동적 노력이라는 측면에서 과정-지향적이라는 것을 알 수 있다. 따라서 대응은 스트레스적 사건의 맥락에 따라서 즉, 개인-환경의 관계가 변화함에 따라서, 어떤 때는 방어적 전략과 같은 대응 유형에 좀 더 크게 의존하고 또 다른 때는 문제 해결적 전략에 의존해야만 하는, 변화하는 과정인 것이다. 문미숙(1998)이 Walker and Avant(1988)의 개념분석 과정에 따라 대응의 개념을 분석한 결과 다음의 특성들이 있는 것으로 분석되었다.

- ① 상대(내외적 자극 또는 요구)를 완화하거나 충족시키기 위한 인지적 행동적 반응 과정이다.
- ② 반응과정에는 결과에 상관없이 내·외적인 다양한 자원을 활용하는 노력이 포함된다.
- ③ 대응양상은 일정기간 다양한 형태로 나타난다.
- ④ 대응의 형태는 상대의 특성 및 이용 가능한 자원, 개인적 특성에 따라 차이를 나타낸다.
- ⑤ 긍정적 또는 부정적 속성이 있다.

이와같은 특성은 다음과 같은 선행연구에서 나타나고 있다. Easton, Rawl, Zemen, Kwiatkowski & Burczyk(1995)이 퇴원 후 재활이 요구되는 환자를 대상으로 대응양상을 4개월 간격으로 조사한 결과, 8가지의 대응유형이 나타났으며, 대상자의 90% 이상이 모든 종류의 대응방법을 사용한다고 하였다. 은영(1995)이 만성관절염 환자의 통증 조절행위에 관하여 조사한 결과, 단순히 통증을 조절하는 행위 뿐만 아니라 통증으로 인해 수반되는 일상생활속의 문제들에 대해서도 대응하고 있는 것으로 나타났다. 즉 통증이 미치는 영향을 조절하기 위하

여 일상생활을 재배치하고, 역할갈등을 감추고, 치료생활의 균형화(치료의 선택의 균형화, 치료의 유지와 중단, 치료생활에서 가정 경제의 균형화), 사회적 관계의 단순화등으로 분류되었다. Folkman & Lazarus(1984)는 문제-집중적 대응과 정서-집중적 대응으로 분류하였다. 일반적으로 문제중심적 대응은 변화를 받아들일 수 있고 자신의 통제 영역에 있다고 인지될 때 더 적절한 방법이고, 반면에 정서중심적 대응은 자신의 통제권밖에 있다고 인지되는 상황에 더 적절할 것이라고 했다. 이 두 가지 대응은 스트레스 반응 중에 항상 상호작용 하는데 대응이 동시에 활성화되거나 서로에 의해 방해받기도 한다(Jalowiec, Power & Murphy, 1984).

2. 내적모형과 관련변수와의 관계

본 연구의 가설적 모형에서는 내적모형을 내적 건강통제위와 기본욕구 충족 정도로 구성하였으므로 이 두 변수 각각이 질병경험과 정서적 스트레스 그리고 대응자원과 적극적 대응전략에 어떤 영향이 있는지에 관한 고찰을 하고자 한다.

1) 내적 건강 통제위에 따른 질병경험과 정서적 스트레스

통제위 개념은 인간의 사회적 현상을 이해하려는 사회 학습이론으로부터 발전된 개념이며(송애랑, 1984), 귀인이론의 영역에서 통제위는 사람들이 스스로의 체험을 어떤 식으로 판단하는지를 이해하기 위한 중요한 열쇠이다. 통제위는 어떤 사건들의 영향력이 개인적 통제하에 있는 정도에 대해 개인적으로 갖고있는 신념으로 정의되어왔다.

건강통제위는 건강이 일반적으로 무엇에 의해 좌우되는지를 나타내는 특성을 말하는 것으로, 자신의 건강을 통제하는 능력이 어디에 있는가에 대해 일반적으로 갖게되는 신념이다. 건강에

관계된 행동의 영역에서 외적 통제위 성격의 사람들은 스스로 행동의 결과를 통제할 수 없다고 예상하기 때문에 다른 사람들에게 더 기꺼이 의존한다. 따라서 외적 통제위 성격의 사람들은 남들이 부과하는 구조에 더 잘 반응한다. 반면에, 내적 통제위 성격의 사람들은 건강메세지에 더 예민하고, 건강조건에 관한 더 많은 지식을 가지고 있고, 신체상태를 향상시키기 위하여 더 많이 노력한다(홍숙기, 1988).

이은희, 임숙빈, 김인자, 이은옥(1993)이 1982년부터 1992년 까지의 국내 간호학자에 의해 연구된 92편의 건강통제위 관련논문을 분석하였는데, 통증지각에 관한 2편의 연구 모두에서 내적통제위와 통증지각간에 유의한 관계가 나타나지 않았으며, 질병으로 인한 불편감에 대한 연구 3편 중 내적 통제위일수록 불편감을 덜 보고한 연구는 1편이었다. 스트레스와의 관계를 본 8편의 연구 모두에서 내적통제위와 스트레스는 유의한 관계가 없었던 반면에 우연통제위 점수가 높을 때 스트레스를 높게 지각하였다. 반면에, Lefcourt, Martin, & Saleh(1984)의 연구에서는, 오히려 내적통제위 성향이 있는 대상자들에게서 부정적 사건이 정서장애에 중요한 영향을 미치는 것으로 나타났다.

한편, Johnson & Sarason(1978)이 34명의 남자대학생과 90명의 여자 대학생을 대상으로 연구한 결과, 긍정적인 생활의 변화와 우울 또는 불안사이의 관계는 없었으나, 부정적인 생활의 변화는 외적 통제위 성향의 사람들에게선 우울과 관계가 있었다. 또한 Lefcourt, Martin, & Saleh(1984)의 연구에서도 외적통제위 성향이 높은 대상자에게선 부정적인 생활사건과 정서장애간에 강한 상관관계가 있었다.

이상의 연구결과를 종합해보면 외적 통제위 성격은 부정적 생활사건에 대한 민감한 반응과 더 많은 정서장애와 관련이 있다. 반면에 일관되지는 않지만 대체로 내적통제위 성격은 질병

경험 또는 우울과 같은 정서적스트레스를 다소 경감시키는 효과가 있는 것을 알 수 있다.

2) 내적 건강 통제위에 따른 대응자원과 대응 전략

본 연구에서 대응자원 변수는 자기효능과 가족지지로 구성되었으므로, 내적 건강통제위와 자기효능의 관계 또는 내적 건강통제위와 가족지지의 관계를 고찰하였다.

이은희 등(1993)의 연구자료에 의하면, 건강 통제위 개념과 사회적지지 및 가족지지에 대한 연구는 6편으로, 내적 통제위가 강할수록 지지에 대한 지각이 높다고 보고한 것이 4편, 타인의 존 통제위와 우연 통제위와는 유의성이 없는 것이 각 4편, 5편이었다.

최영희(1984)의 결핵환자를 대상으로 환자역할 행위에 영향을 미치는 매개변수의 효과를 분석한 결과, 환자의 성격특성이 내적통제위일수록 지각된 이익이 높고, 지식이 높고 그리고 지각된 가족지지가 높았고 이에 따라 환자역할행위가 달랐다. 김금자(1987)의 연구에서도 내적 통제위 성격이 강할수록 지각된 가족지지정도가 높았으며, 가족지지 지각정도가 높을수록 입원 스트레스 정도가 낮았다.

자기효능 이론(Bandura, 1977)에 의하면, 자기효능은 자신의 직접적인 성취경험과 대리경험, 언어적인 설득과 생리적 상태에 대한 정보에 의해 결정된다. 이 중 자신의 성취경험은 자기효능 판단의 가장 영향력있는 결정인자이며, 자신의 능력에 대한 확신이 부족할 경우, 모델링에 의한 대리경험이 효능에 대한 판단을 변화시킨다. 그리고 언어적 설득과 생리적 상태는 자기효능 평가에 부분적으로 영향을 주는 요소들이다(구미옥, 유재순, 권인각, 김혜원, 이은옥, 1994).

구미옥과 은영(1998)이 건강한 성인을 대상으로 건강 통제위 반응유형별 건강증진행위를

분석한 결과, 내적 건강 통제위는 전체 건강증진행위 및 스트레스 관리에 유의하게 긍정적인 영향을 주었다. 또한 중·고등학교 학생을 대상으로 건강통제위와 건강증진 생활양식에 관하여 조사한 결과, 건강통제위 중에서 내적 건강통제위 성격은 자아실현, 지지적 대인관계, 영양, 운동, 스트레스 관리등과 유의한 상관관계를 보였지만, 타인 의존 건강통제위 성격과 우연 건강통제위 성격과는 상관관계를 보이지 않았다(김일여, 1996). 즉 내적 건강통제위 성격이 강할수록 건강증진 생활양식을 잘 이행한다고 할 수 있었다.

이상의 선행연구 결과에 의하면 통제위 성격 중 내적 건강통제위성격은 대응자원에 대한 긍정적 지각을 증가시키는 요인이며, 적극적인 대응전략을 예측하고 설명하는데 적합한 성격 특성이라는 것을 알 수 있다.

3) 기본욕구 충족에 따른 질병경험과 정서적 스트레스

Maslow(1970)에 의하면 기본욕구의 결핍은 위협, 불안, 압박감등으로 특성화되는 현저한 동기결여로 나타날 수 있다. 다른 조건들이 대등할 때, 안전하고 소속되어 있지만 거부되고 사랑받지 못한 사람보다 안전하고 소속되고 사랑받는 사람이 더 건강한 것은 분명하다.

만성 질환자들의 주요 관심사는 가능한 한 정상적으로 생활하려고 하는 것이며, 정상적인 생활을 유지하려면 여러 증상들과 치료과정에 대응하는데 많은 시간과 에너지가 요구된다(Strauss 등, 1984). 만성관절염 환자의 경우 근골격계 염증과 기형으로 단추 잠그기, 신발 끈 매기, 식사 그리고 계단오르기 등과 같은 활동에 많은 시간과 에너지가 소요된다. 이처럼 만성질환으로 인한 신체적 결함은 이미 소모된 하부체계로부터 상당한 에너지를 소모시킨 결과이며 따라서 만성질환은 신체적 욕구 뿐만 아니

라 심리사회적 욕구에도 영향을 미친다(Keck, 1989). 결과적으로 만성 질환의 병태생리적 변화들은 불가역적인 것으로 기본욕구 결핍의 원인이 되며, 이러한 상태는 스트레스 평가에 영향을 미치게 된다.

Kline Leidy(1990)의 COPD환자를 대상으로 한 연구결과 상대적으로 기본욕구 충족 수준이 낮을수록 더 높은 수준의 스트레스를 인지하였고 인지된 스트레스는 증상경험과 유의미한 관계가 있었다. 또한 MRM이론을 적용한 Kline(1988)의 연구에서도 기본욕구 충족과 질병경험 간에는 음의 상관이 있었으며, 인과관계 분석결과 기본욕구 충족수준이 높을수록 지각된 스트레스 사건 및 질병경험이 감소하였다.

그리고 만성 질환자들의 주된 걱정은 쓸모없다는 느낌과 가족과 친구들에게 짐이 된다는 두려움이었으며(Charmaz, 1983), 쓸모없다는 느낌은 외로움 때문이었다. 왜냐하면 사회적 고립감은 배척된 느낌과 중요치 않은 느낌의 결과이기 때문이다(Weiss, 1973). 따라서 만성 질환자들은 소속 및 사랑의 욕구 결핍을 경험하게 되는 것이다. Simmons, Klein, & Simmons(1977)가 신장이식환자의 가족과의 친밀감에 관한 연구결과 가족과의 친밀감 즉, 소속 및 사랑의 욕구 충족은 낮은 불안과 긍정적인 관계가 있었다. 한편 Lefcourt, Martin, and Saleh(1984)의 연구에서는 우호관계에 대한 욕구 즉, 소속 및 사랑의 욕구가 결핍된 대상자들은 부정적인 생활사건으로 인해 정서장애를 경험하지만 소속 및 사랑의 욕구가 충족된 대상자들에게는 부정적인 생활사건이 정서장애에 영향을 미치지 않는 것으로 나타났다.

또한 만성질환자들이 표현하는 쓸모없다는 느낌은 자아존중의 기본욕구 결핍과도 관계가 있었다(Keck, 1989). 자아존중의 기본욕구 결핍은 자기 불신, 신체적인 의존, 제한된 생활방식, 권위저하 그리고 사회적 회피에 의한 것이었다

(Charmaz, 1983 ; Miller, 1983). 오복자(1984)가 암환자를 대상으로 내외 통제성격과 자아존중감 및 우울과의 관계를 연구한 결과, 자아존중감 정도가 높을수록 우울정도가 낮은 것으로 나타났다.

이처럼 기본욕구 충족 정도는 만성질환자의 질병경험과 정서적 스트레스에 영향을 주기 때문에 질병경험과 정서적 스트레스의 개인차를 이해하는데 중요한 요소임을 알 수 있다.

4) 기본욕구 충족에 따른 대응자원과 대응전략 Erickson 등(1983)의 MRM이론에 의하면 기본욕구가 결핍된 상태에 있는 사람들은 스트레스에 직면할 경우 자가간호 자원을 동원할 수 있는 능력이 부족할 수 있고 따라서 스트레스 사건을 도전이라기 보다는 위협적이고 불쾌한 것으로 인식하기가 더 쉽다. 반대로 기본욕구가 충족될수록 대응자원은 많아질 것이라는 것을 예측할 수 있다.

그런데 몇몇 선행연구에서는 5단계의 기본욕구 중 일부와 대응자원과의 관계를 규명하였을 뿐이다. 즉, 기본욕구 개념 중 자아존중감 또는 자아실현과 대응자원(가족지지, 자기효능)의 상관성을 제시하고 있다. 송병선(1991)이 청각장애 청소년의 가족지지와 자아존중감과의 관계를 연구한 결과, 자아존중감과 가족지지 사이에 다소 유의한 상관관계가 있었고, 장혜경(1989)이 암환자를 대상으로 자아존중감과 가족지지와의 관계를 연구한 결과에서도 자아존중감과 지각된 가족지지간에 높은 상관관계가 있었다.

그리고 전체적인 기본욕구 충족과 대응전략과의 관계를 규명한 Keck(1989)의 연구결과 기본욕구 충족 정도의 대응전략에 대한 설명력은 8%였다. 또한 일반인을 대상으로 건강증진 생활양식에 관한 연구 결과, 자아존중감은 건강증진 생활양식 변수의 16.9%를 설명하였다(박인숙, 1995). 즉, 기본욕구 충족정도는 대응양상에

영향을 미치는 중요한 요인으로 적극적인 대응 전략의 시도를 증가시킬것이라고 본다.

3. 질병경험 및 정서적 스트레스와 대응전략

관절염은 전형적인 만성질환 중 하나로서 전형적인 병태생리적인 증상뿐만 아니라 전신권태, 비정상적인 피로, 쇠약, 전반적인 불편감 등을 경험하게 된다(O'dell, 1977). Mckenna & Wright(1985)의 연구에서는 류마치스 관절염 환자의 66%가 통증을 가장 심각한 문제로 인지하고 있었고, Revenson 와 Felton(1989)의 연구에서는 제한된 생활방식(82.2%), 기동성 장애(51.2%) 그리고 통증(31.1%)등을 가장 빈번하게 경험하는 것으로 나타났다. 또한 만성 관절염 환자는 이와같은 문제에 대한 지속적인 투쟁으로 과도한 에너지를 소모하게 되므로 일상생활의 다른 영역에 대해서 무기력함을 느끼게 되며(오현수, 1993), 우울이나 불안등과 같은 정서적인 스트레스도 경험하게 된다(Mindham, 1981). 이에 더불어 관절염의 만성적인 특성은 막대한 의료비 지출에 따라 경제적 손실 뿐 아니라 직장이나 생산성의 상실로 인한 간접적인 비용손실을 초래하여 개인, 가족 및 사회에 심각한 경제적 사회적, 정서적 스트레스를 야기시킨다(Wolfe, 1984).

Mahat(1997)의 연구결과, 관절염 환자들에게 가장 문제가 되는 경험은 통증이었고, 기동성 제한과 일상활동상의 곤란함, 무력감, 타인에게 의존된 상태, 자아존중감의 위협, 사회활동 장애, 가족관계상의 충돌, 업무수행의 어려움, 그리고 치료의 불편함 등이었다. 이러한 문제와 대응전략간의 상관관계를 분석한 결과 : 가족관계상의 충돌과 회피적 대응전략과 관련이 있으며, 자아존중감의 위협과 두가지 대응전략 즉, 회피적 대응전략과, 정서적 대응전략간에 관계가 있었다. Downe-Wamboldt & Melanson

(1998)이 60세 이상의 관절염 환자를 대상으로 12개월 간격으로 종적인 연구결과에서도, 질병으로 인한 손상정도는 대응전략 선택에 간접적인 영향을 주는 것으로 나타났다.

4. 대응자원과 대응전략

자기효능과 대응전략

자기효능 개념은 Bandura에 의해 제안되었다. 자기효능 이론은 인간의 행동과 동기에 대한 자기-평가의 효과에 관한 이론이다. 이 이론에서는 자신의 능력에 대한 인지는 어려운 상황에서 그들의 동기, 행동방식, 사고유형 및 정서반응에 영향을 미친다고 가정하고 있다 (Bandura, 1977). 인간은 자신의 자기효능을 추정한 바에 의거하여, 즉 자신의 능력평가를 토대로 행동한다. 자기효능에 대한 평가는 행동 여부를 결정할 뿐만 아니라, 얼마나 오래 버틸지, 그 행동을 수행할 때 얼마나 많은 처벌을 감수할지를 결정하기도 한다(홍숙기, 1987).

최근 자기효능감 개념이 간호실무 영역에서 건강행위의 강한 예측인자로서 고려되어지고 있으며, 특히 자기관리가 요구되는 만성적인 건강문제가 있는 대상자의 건강관련 행위를 증진시키는 매개변수로서 행위의 선택과 지속 그리고 행위 변화에 강력한 영향을 미치는 것으로 나타났다(구미옥 등, 1994).

Brown & Nicassio(1987)의 류마티스 관절염 환자를 대상으로 한 연구에서 적극적인 대응을 하는 사람은 자기효능성이 높고, 반면에 소극적 대응을 하는 사람은 자기효능성이 낮았다. 또한 오현수(1993)의 여성 관절염 환자를 대상으로 한 연구에서도 자기효능에 대한 신념과 건강증진 행위간에 유의한 상관관계가 있었으며, 회귀분석을 이용하여 자기효능이 건강증진 행위에 미치는 영향력을 분석한 결과 자기효능은 대상자의 건강증진 행위를 설명하는 가장 중요한

변수였다. 김인자(1997)의 연구에서도 자기효능은 대응에 유의한 영향을 미치는 선행요인이었다.

또한 다른 만성 환자를 대상으로 자기효능의 영향력을 평가한 연구에서도 일치된 결과들이 보고되었다. 구미옥(1992)의 당뇨 환자의 자기간호행위와 대사조절에 대한 구조모형 검증에 의하면 자기효능은 자가간호행위에 가장 큰 영향을 주는 것으로 나타났다. 노유자와 김춘길(1995)의 노인을 대상으로 한 연구에서도 자기효능정도가 높을수록 일상생활활동 정도가 높아짐을 알 수 있었다. 만성통증 환자를 대상으로 한, Jensen, Turner, & Romano(1991)의 연구에서 높은 자기효능은 적극적인 대응전략 사용과 관련이 있었고, Lin & Ward(1996)의 연구에서 대응행위에 대한 자기효능은 사용하고 있는 모든 대응행위의 유지와 일관성 있게 순상관 관계가 있음이 확인되었다.

가족지지와 대응전략

사회적 지지는 스트레스를 조절할 때 이용되는 사회적 자원 즉, 대응자원으로 고려되어서며 (Thoits, 1995). 여러 연구에 의해서 사회적 지지는 효과적인 대응을 촉진시키는 것으로 나타났다(Cobb, 1976 ; Keck, 1989).

여러 가지 형태의 사회적지지 중 가족지지는 일생을 통해 계속되는 사회적 지지체계로서의 중요한 작용을 한다(Hamburg, 1967). 왜냐하면 가족은 사회적 지지의 기능을 수행하는 가장 좋은 집단으로서 사회적 지지의 주된 근원이기 때문이다(Dean & Lin, 1977).

여러 연구에서 사회적 지지는 인지된 사회적 지지의 효과로 연구되었고, 정서적 지지에 대한 인지나 신념은 실제로 제공되는 사회적 지지보다 정신건강에 더 큰 영향을 미치는 것으로 보고되고 있다(Dunkel-Schetter and Bennett, 1990 ; Wethington and Kessler, 1986). McNett(1987)는 인지된 사회적 지지의 이용

가능성, 인지된 사회적 지지의 효과 그리고 사회적 지지의 이용에 대한 제한이 위협의 정도와 대응반응에 미치는 영향과 대응의 효과를 분석한 결과, 인지된 사회적 지지의 이용 가능성은 위협의 정도와 대응반응을 예측하는데 중요한 변수로 확인되었다. 또한 인지된 사회적 지지의 이용 가능성은 대응반응(문제중심 대응과 정서중심 대응)을 통하여 대응효과와도 유의미한 관계가 있는 것으로 나타났다.

5. MRM이론

1) 이론적 개요

간호이론인 Modeling and Role Modeling (Erickson, Tomlin, & Swain, 1983)은 신체적 스트레스 적응, 심리사회적 발달 그리고 인문주의적 심리학과 그밖의 여러 이론으로부터 개념을 합성한 것으로 마슬로우(Abraham Maslow), 에릭 에릭슨(Eric Erickson), 밀튼 에릭슨(Milton Erickson), 피아제(Jean Piaget), 엔젤(George Engel), 셀리(Hans Selye) 등의 영향을 받았다(이소우, 김주현, 이병숙, 이은희, 정면숙, 1997).

MRM이론의 주요개념으로는 모델링, 역할모델링, 전인적 인간, 자가간호, 소속-개별화(affiliated-individuation) 등을 볼수 있다. 이들 개념중 본 연구의 기틀이 되는 개념을 살펴보고자 한다.

모델링은 흔히 모범이 되는 것을 모방하는 것 또는 어떤 표현이나 묘사를 모방하는 것이라고 정의되어진다. MRM이론에 따르면 각 개인은 자신의 세계에 대한 독특한 모델을 가지고 있다. 인간의 내적모델(model of the world)은 자극의 의미를 부여하고, 반응을 일으키고 정서적 그리고 행위적 표현을 포함한 스트레스 반응의 형태와 강도를 결정한다(이소우 등, 1997). 이러한 인간의 내적모델속에는 변하기 쉬운 개념

(variable concepts)으로 기본적 욕구충족, 사회심리적 발달 수준과 인지적 발달수준 등이 포함되며, 이는 각각 Maslow, Erikson, Piaget의 이론으로부터 영향을 받은 것이다(Stein,1989). 이 이론에 의하면, 모든 인간은 본능적인 생물학적·심리학적 욕구의 단계를 경험하며 이는 행동을 유도하게된다. 그런데 각 개인은 서로 다른 생활 경험을 하게 되므로, 각각의 기본적 욕구의 충족 수준 또는 심리사회적 발달 수준 차이에 따라서 경험과 행동 등이 다양하게 나타나게 된다. 그래서 기본적인 욕구가 충족되고 탁월한 성장 동기를 경험했다고 인지하는 사람들은 도전적인 태도와 자아 실현에 대한 열망을 나타낸다. 반면에 그렇지 못한 사람들은 더 손상되기 쉽고(more fragile), 동기의 결핍(deficiency motivation)을 경험한다. 이러한 사람들은 질병을 일으키는 상황과 질병과 치료로부터 발생하는 특별한 상황 그리고 신체적인 건강 문제 그 자체 이외의 상황에 의해서 압도당할 위험이 있다(Leidy, Ozbolt & Swain, 1990).

자가-간호(self-care)는 자가간호 지식, 자가간호 자원 그리고 자가간호 행위의 세 영역을 포함한다. 자가간호 지식은 대부분의 경우, 인간은 어느 정도까지는 무엇이 자신을 아프게 하고 효율성을 저하시키고 성장을 방해하는가를 아는 것이다. 또한 무엇이 자신을 평안하게 하고 주어진 환경에서 최적 상태를 갖게하고 성장을 증진시키는 지도 안다. 자가간호자원은 매우 다양한 내적자원(예, self strengths, feeling states, and physiological states)과 외적자원(예, social network, support system, and health care system)을 포함하고 있다(Erickson, Tomlin, & Swain, 1983). 개인은 자기간호 활동을 통하여 간호지식과 자원을 개발하고 이용하며 추가적인 자원을 요구함으로써 총체적인 최적의 건강상태를 회복하고, 유지, 증진할 수 있다(이소우 등, 1997).

이상의 MRM이론에 대한 고찰 결과, 이 이론은 건강과 질병에 대한 접근방법으로 스트레스-적응을 제시하고 있다. 즉, 기본적 욕구 충족, 심리적 및 인지적 하부체계의 발달 그리고 전인적 건강상태와 안녕을 유지하기 위해서 스트레스원에 대해 효과적으로 대처하는 개인의 능력 사이의 복잡한 상호관련성을 설명하고 있다. 스트레스원에 효과적으로 대응하는 인간의 능력은 기본적 욕구 충족의 정도와 성취된 심리적 인지적 발달에 따라 결정되므로(Stein, 1989), 성장과 발달을 촉진하고 개인이 효과적으로 적응하는 능력을 증가시키도록 하는 세분화된 간호중재의 가능성을 제시하고 있다.

2) MRM이론을 적용한 선행연구

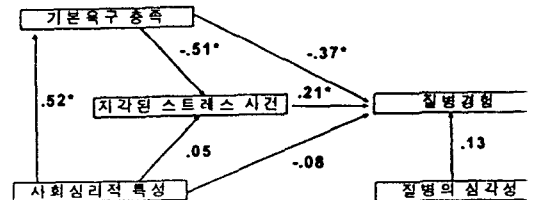
Kline(1988)은 MRM이론을 적용하여 만성 폐쇄성폐질환(COPD)이 있는 대상자의 질병경험을 설명하기위한 모형을 검증하였다. Kline의 연구모형에 포함된 변수는 만성폐쇄성폐질환(COPD)의 심각성, 기본욕구 충족, 사회심리적 특성, 지각된 스트레스 사건 그리고 질병경험이다. 이 연구에 참여한 대상자는 남자 56명, 여자 112명으로 총 168명이었으며, 변수간 상관관계를 분석한 결과는 다음과 같았다.

질병의 심각성과 질병경험간에 양의 상관성이 있었고, 기본욕구 충족과 질병경험간에는 음의 상관성이 있었다. 또한 기본욕구 충족 그리고 기본욕구 충족과 지각된 스트레스 사건과의 상호작용의 효과는 질병경험에 영향을 주는 것으로 나타났다. 그리고 독립변수의 집합(질병의 심각성, 지각된 스트레스 사건, 기본욕구 충족, 사회심리적 특성, 성별 그리고 지각된 스트레스 사건과 기본욕구 충족의 상호작용 그리고 지각된 스트레스 사건과 사회심리적 특성의 상호작용)과 질병경험간에 선형관계가 확인되었고, 회귀분석결과 질병경험에 대한 설명력은 38%였다.

그러나 지각된 스트레스 사건 그리고 사회심

리적 특성 과 질병경험간에는 통계적으로 유의한 상관성이 없었다.

이상의 결과는 변수들간의 복합적인 상호관련성을 설명하는데 불충분하므로 경로분석을 통해 다음과 같이 인과관계 경로를 검증하였다.

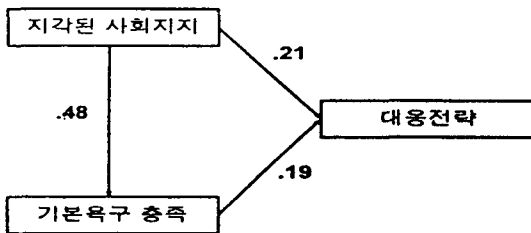


이상의 경로분석 결과, 사회심리적 특성이 강할 수록 기본욕구 충족 수준은 높고, 기본욕구 충족 수준이 높으면 지각된 스트레스 사건 및 질병경험이 감소되었다. 그리고 지각된 스트레스 사건은 질병경험을 증가시켰다. 그러나 사회심리적 특성은 지각된 스트레스 사건이나 질병경험에 영향을 주지 않는 것으로 나타났다. 이와같은 결과는 부분적이지만 MRM이론에서 제시한 인간의 내적모형(model of the word)에 따라 스트레스 반응이 다르다는 이론적 근거를 지지하는 결과이다.

Keck(1989)은 MRM이론을 적용하여 유방암 진단을 받은지 1년이상된 그리고 암이 전이되어 항암요법을 받고 있는 환자 89명을 대상으로, 지각된 사회지지, 기본욕구 충족 그리고 대응전략의 세 변수간의 상관관계 및 경로분석을 통한 인과관계를 검증하였다.

수집된 자료를 단계적 단순회귀분석한 결과, 지각된 사회적 지지와 대응전략간에 유의한 상관성이 있었고, 5가지 영역의 사회지지 중 친밀한 관계에 있는 사람으로 부터의 사회지지가 주된 작용을 하는 것으로 밝혀졌다. 그리고 기본욕구 충족 정도와 대응전략간에도 유의한 관련성이 있었고, 5단계의 기본욕구 중 자아실현 욕구 충족이 주된 작용을 하는 것으로 나타났다.

또한 아래의 모형에 제시된 변수들간의 인과 관계를 검증하기 위해 회귀분석을 하였다. 분석 결과 지각된 사회적 지지는 기본욕구에 영향을 미치고 23%의 설명력이 있었다. 지각된 사회적 지지(경로계수=.21)와 기본욕구 충족 정도(경로계수=.19)가 대응전략에 미치는 영향은 비슷하며, 두 변수의 대응전략에 대한 설명력은 각각 8%로 총 16%의 설명력이 있었다.



이상의 연구결과를 종합하면, 기본욕구 충족 정도는 질병경험과 지각된 스트레스 사건에 대한 평가와 대응전략에 영향을 미치는 요인이라는 것을 알 수 있다. 또한 대응전략은 지각된 사회적 지지 즉 대응자원에 대한 인지평가에 의해서도 영향을 받았다.

Ⅲ. 연구의 이론적 개념들과 가설적 모형

만성 관절염 환자의 대응양상을 대상자의 관점에서 포괄적으로 이해하고자, 즉 인간의 내적 모델과 내·외적 자원에 따른 스트레스 반응 및 대응전략간의 복합적인 관계를 고려한 상태에서 변수들간의 인과관계를 규명하기 위하여 간호이론인 Modeling and Role Modeling(Erickson, Tomlin, & Swain, 1983) 이론과 대응에 관한 선행연구를 기초로 적극적 대응전략 모형을 구축하였다. 모형 구축과정에서 MRM이론의 자가간호 자원 개념과 자가간호 활동 개념은 MRM이론의 명제가 지지된 Keck(1989)의 연구모형을 참고하여 대응자원과 대응양상으로 개

념을 대체하였다.

대응이란 내적 혹은 외적 요구를 다스리기 위한 인지적 행위적 노력이므로 MRM 이론의 자가간호 활동과 일치하는 개념이다. 또한 대응행위는 상황을 극복하고자 하는 시도뿐 아니라 최소화하고, 회피하고, 인내하고, 수용하는 것도 포함(Lazarus & Folkman, 1984 : 김인자, 1997)하고 있으므로 대응행위 개념은 자가간호 활동 개념을 포함하고 있는 더 포괄적인 개념이라 할 수 있겠다. 따라서 자가간호 활동을 대응행위 개념으로 확대하고 자가간호 자원을 대응행위에 대한 대응자원 개념으로 대체하는 것이 적절하다고 판단하였다.

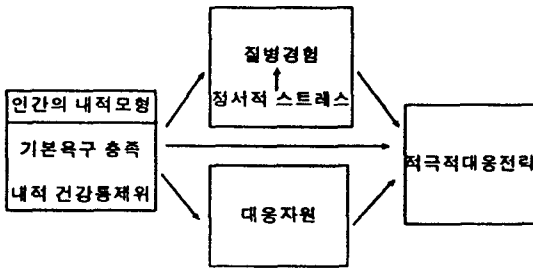
1. 연구의 이론적 개념들

본 연구의 이론적인 개념 들은 그림 1과 같다. 주요 구성개념은 내적 건강통제위, 기본욕구 충족, 정서적 스트레스, 질병경험, 대응자원, 그리고 적극적 대응전략이다. MRM이론에 의하면 인간의 특성을 구체화하는 세계에 대한 내적모형이 있으며, 이것에 의해서 유입되는 정보에 대한 인식, 조합 그리고 해석이 결정된다. 본 연구에서는 인간의 내적모형을 기본욕구 충족과 내적 건강통제위로 구성하였다. 통제위 성격은 심리적 인지적 발달과정에서 형성되어 인간의 일정한 특성으로 통합된 성격의 일부이다. 3가지 유형의 건강통제위 개념중 내적 건강통제위는 선행연구에서 건강증진 행위에 가장 긍정적인 영향을 미치는 것으로 밝혀진 개념이므로, 통제위 성격의 긍정적인 영향을 평가하기 위하여 선정하였다.

그리고 만성 관절염 환자들의 주된 간호문제를 질병경험과 정서적 스트레스로 보았다. 질병경험에 대한 예측변수는 통증과 일상 활동장애이며 정서적 스트레스에 대한 예측변수는 일상생활 속에서 경험하는 일반적인 스트레스와 역

할갈등이다.

그리고 개념대체 과정을 통해 자가간호 자원은 대응자원으로 그리고 자가간호 활동은 대응행위로 개념화 하였다.



<그림 1> 적극적 대응전략에 관한 이론적 개념들

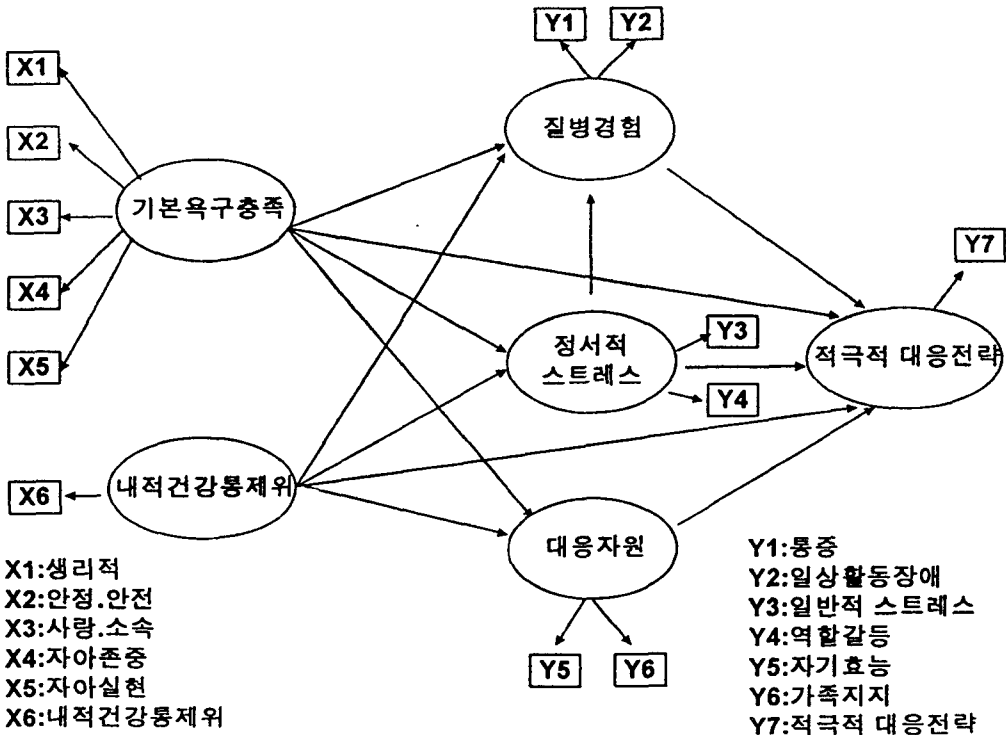
2. 연구의 가설적 모형

이상의 이론적 근거에 의한 개념들을 근거

로 본 연구에서 검정하고자 하는 가설적 모형은 다음과 같다(그림 2).

가설적 모형은 적극적 대응전략과 적극적 대응전략에 영향을 미치는 요인으로 구성되었다. 본 연구의 목적은 간호가 가능한 대응관련 변수를 확인하는데 있으므로, 가설적 모형 구축시 인구사회학적 변수를 포함시키지 않았다. 단 성별을 여자로 제한하여 성별에 따른 영향을 통제하였다. 적극적 대응전략에 영향을 미치는 일차적인 요인으로 대상자의 내적 모형 즉, 기본욕구 충족 상태와 내적 건강통제위로 개념화하였다.

기본욕구 충족 정도에 대한 측정변수는 Maslow의 이론에 근거하여 인간의 공통된 욕구 즉, 생리적 욕구, 안전과 안정의 욕구, 소속 및 사랑의 욕구, 자아존중의 욕구 그리고 자아실현의 욕구가 충족된 정도로 구체화 하였다.



<그림 2> 적극적 대응전략에 관한 가설적 모형

질병경험에 대한 측정변수는 통증정도, 일상 활동 장애로 그리고 정서적 스트레스 변수는 일상생활 속에서 경험하는 일반적인 스트레스와 역할갈등으로 구체화 하였다.

대용자원은 내적 자원 개념으로 자기효능감을 그리고 외적 자원 개념으로 가족지지를 측정변수로 하였다. 적극적 대응전략은 적극적인 행동적·인지적 전략을 평가하는 한가지 측정변수로 측정하도록 하였다.

이상의 측정변수로 예측되는 이론변수들간에 예상되는 인과관계를 12개의 경로로 표시하였다.

IV. 연구 방법

1. 연구 설계

본 연구는 만성관절염 환자가 개인의 자원을 청구하거나 초과하는 것으로 평가되는 특수한 내·외적 요구를 다스리기 위한 일련의 적극적 대응전략과 관련된 변수를 규명하고 적극적 대응전략에 관한 모형을 설정하고, 횡단적인 자료 수집을 통하여 모형의 적합성과 모형에서 제시한 가설들을 검증하는 구조모형 검증연구이다.

2. 연구 대상

관절염 환자로 서울시 소재 일 대학 부속병원 류마티스센터 외래에 내원한 환자를 유한 모집단으로 하여 다음과 같은 기준에 의하여 유의표출하였다. 대상자의 성별을 여자로 제한하였다. 선행연구에서 남녀의 비율이 1:3.8(최혜경, 1987) 이었고, 미국의 경우 관절염의 발병율이 여자가 남자보다 적어도 60%이상되는(Callahan, 1996) 등 여러 연구에서 남녀의 발병율이 현격하게 차이가 있었다. 이렇게 만성 관절염은 여자에게 흔히 발병하는 질병이므로 여성건강 관리의 관점으로 접근해야 할 것이다. 따라서 본

연구에서는 여자 관절염 환자의 대응전략에 영향을 미치는 요인을 파악하고자 여자환자로만 제한하였다.

- 1) 20세 이상의 여성으로 류마티스성 관절염 또는 퇴행성 관절염으로 치료를 받고 있는 자
- 2) 질문지의 내용을 이해하고 응답할 수 있는 자
- 3) 본 연구의 목적을 이해하고 참여를 수락한 자

위의 기준에 근거해서 자료수집된 대상자는 총 282명이었고, 수집된 자료 중 무응답 있는 자료를 뺀 나머지 275명의 자료가 공분량 구조분석법을 이용한 대응양상 모형 검증에 이용되었다.

3. 연구 도구

연구 도구의 신뢰도는 Cronbach Alpha 값을 이용하였다. 도구의 신뢰도를 높이기 위해 전체 문항과의 상관계수(correlation with total) 값이 0.15보다 작은 경우의 문항을 제거하였다(표 1).

1) 외생변수 측정 도구

(1) 내적 건강통제위

Wallston, Wallston & DeVellis(1978)에 의해 개발된 6점 척도로 되어있는 다차원적 건강통제위(multidimensional health locus of control) 측정도구 중 내적통제위와 관련된 6개 문항 중 전체문항과의 상관계수값이 0.15 이하인 문항을 제거한 5개 문항의 점수가 모형분석을 위해 사용되었다. 도구의 신뢰도는 Cronbach Alpha=0.68 이었다.

(2) 기본욕구

Maslow의 기본욕구 이론에 근거하여, 생리적 욕구, 안정 및 안전의 요구, 소속 및 사랑의 욕구, 자아존중감 욕구 그리고 자아실현의 욕구를 측정하기 위해, 이윤(1984)의 기본욕구 측정도구를 토대로 김종임(1994)의 삶의 질 측정도구

〈표 1〉 측정 도구의 신뢰도

	측정도구(척도의 범위)	초기문항수	분석에 이용한 최종문항수	Standardized Alpha
외생변수	내적 건강 통제위(6점)	6	5	0.68
	기본욕구 충족(5점)	25	22	0.85
내생변수	질병경험			
	- 일상활동 장애(4점)	20	20	0.94
	정서적 스트레스			
	- 일반적 스트레스(7점)	24	24	0.94
	- 역할갈등(6점)	11	9	0.82
	대응자원			
	- 자기효능(100점)	15	15	0.93
	- 가족지지(6점)	11	11	0.87
대응양상(4점)	24	24	0.83	

와 송애량(1984)이 번역한 Rosenberg의 자아 존중감 측정도구를 고찰하여 개발하였다. 자료 수집시 사용된 도구는 총 25문항으로 구성된 5점 척도이다. 도구의 신뢰도를 검정한 결과 상관관계수값이 0.15이하인 3문항 제거되고, 22문항이 모형 분석을 위해 사용되었다.

22개의 문항의 신뢰도는 Cronbach Alpha = 0.85이고, 생리적 욕구 3문항의 Cronbach Alpha = 0.56, 안정 및 안전의 욕구 2문항의 Cronbach Alpha = 0.54, 소속 및 사랑의 욕구 5문항의 Cronbach Alpha = 0.77, 자아존중감 욕구 6문항의 Cronbach Alpha = 0.69, 자아실현의 욕구 6문항의 Cronbach Alpha = 0.65이었다.

2) 내생변수 측정 도구

(1) 질병경험

질병경험은 통증 정도와 일상활동 장애 정도를 측정하였다. 통증 정도는 15cm의 직선을 15등분한 도표 평정척도로 측정하였고, 일상활동 장애 정도는 환자의 기능상태를 측정하는 Katz Scale(Katz, Downs, Cash & Grotz, 1970)과 Barthel Index(Barthel, 1973)를 이은옥 등(1997)이 수정보완한 4점 척도의 20문항으로 구

성된 건강사정 질문지로 측정된 결과 신뢰도는 Cronbach Alpha = 0.94 이었다.

(2) 정서적 스트레스

일반적 스트레스는 Abell(1991)이 개발한 Index of clinical stress(ICS)를 번역한 것으로 원래 도구는 25문항으로 구성되어 있으나, 번역한 결과 의미가 비슷하여 1문항을 제거하고 본 연구에는 7점 척도로 24문항이 사용되었으며, 신뢰도는 Cronbach Alpha = 0.94 이었다.

역할갈등 정도는 Caldwell(1988)이 개발한 Family Well-Being Assessment(FWA) 도구에서 연구목적에 적합한 역할갈등과 관련된 11개 문항을 발췌하여 6점 척도로 작성한 도구를 사용하였고, 도구의 신뢰도를 높이기 위해 전체 문항과의 상관계수(correlation with total) 값이 0.15보다 작은 2개의 문항을 제거한 결과 9개 문항의 신뢰도는 Cronbach Alpha = 0.82이었다.

(3) 대응자원

대응자원은 개인적인 심리적 자원으로 자기효능감을 사회적 자원으로 가족지지 정도를 측정하였다.

자기효능감은 Lorig, Chastin, Ung, Shoor & Holman(1980)이 개발한 도구를 김중임

(1994)과 이은옥 등(1997)이 수정 보완한 100점 척도의 15문항으로 구성된구체적 자기효능 척도로 측정하였고, 신뢰도는 Cronbach Alpha = 0.93 이었다.

가족지지 정도는 강현숙(1984)이 개발한 6점 척도의 11개 문항으로 구성된 도구를 사용하였고, 신뢰도는 Cronbach Alpha = 0.87 이었다.

(4) 적극적 대응전략

Lazarus & Folkman(1994)가 제시한 4점 척도의 대응방식 체크리스트 67개 문항 중 적극적인 행동적 또는 인지적 대응에 해당되는 24개의 문항을 선택하여 작성한 도구를 사용하였다. 도구의 신뢰도는 Cronbach Alpha = 0.83 이었다.

4. 자료수집 기간 및 방법

본 연구를 시작하기 전에 예비조사를 실시하였다. 예비조사에 참여한 대상자는 18명이었다. 질문지를 완성하는데 소요된 시간은 30분 정도였다. 예비조사를 통해 연구도구의 신뢰도를 검증하였고 예비조사 동안에 대상자들이 문항의 의미를 정확하게 이해하지 못하는 것은 어떤 것인지를 확인하였다. 예비조사 결과 기본욕구 충족 정도를 측정하는 도구의 문항 중 2문항은 내적 일치도가 낮았으며 대상자들이 의미 파악이 모호하여 수회 질문을 한 문항이기도 하였다. 따라서 '개인위생 관리 상태는 어떻습니까?' 와 '불확실한 것을 참고 견딜 수 있다'는 내용을 삭제하고 25문항을 사용하였다. 그리고 자료수집을 도와줄 보조자와 함께 예비조사를 함으로써 자료수집의 방법 및 유의점을 지도하였다. 자료수집 보조자는 간호학과 졸업생 1명과 화공과 3학년 생으로 휴학중인 학생이었다.

본 연구 자료는 1998년 8월 26일부터 9월 7일까지였으며, 자료수집자는 설문지 작성과정에서 대상자들의 질문을 받기도 하고 일부 대상자에게 설문지 내용을 읽어 주고 답할 수 있도록

도와주는 역할을 하였다.

5. 자료분석 방법

- 1) SAS를 사용하여 대상자의 일반적 특성 및 연구변수들의 서술적 통계를 산출하였다.
- 2) 가설적 모형의 부합도 검정 및 가설 검정은 LISREL 8.12를 이용하여 공분량 구조분석으로 검정하였다.

V. 연구 결과

1. 대상자의 일반적 특성, 질병특성, 연구변수의 서술적 통계

본 연구 대상자의 일반적 특성 및 질병특은 <표 2>와 같고, 연구변수의 서술적 통계자료는 <표 3>과 같다.

<표 2> 대상자의 일반적 특성 및 질병특성

(N=282)

특 성	구 분	빈도(명)	백분율(%)
나 이	20-35	52	18.4
	36-45	91	32.3
	46-55	93	33.0
	56 이상	46	16.3
학 력	중졸이하	77	27.3
	고 졸	134	47.5
	대졸이상	71	25.2
결혼상태	미 혼	29	10.3
	기 혼	253	89.7
직업상태	있 음	59	20.9
	없 음	223	79.1
종 교	기독교	102	36.2
	천주교	41	14.5
	불 교	73	25.9
	없 음	66	23.4

<표 2> 계속 (N=282)

특 성	구 분	빈도(명)	백분율(%)
질병의 종류	류마티스 관절염	234	83
	퇴행성 관절염	48	17
질병기간	3년 미만	64	22.7
	3년이상-6년미만	65	23.0
	6년이상-10년미만	71	25.2
	10년 이상	82	29.1

<표 3> 연구변수의 서술적 통계

측정변수	평균	표준편차	점수범위
외생변수			
내적 건강통제위	4.67	0.72	1-6
기본욕구 충족	3.54	0.43	1-5
- 생리적	3.31	0.69	
- 안정·안전	3.23	0.61	
- 사랑·소속	3.69	0.61	
- 자아존중	3.80	0.50	
- 자아실현	4.30	0.53	
내생변수			
정서적 스트레스			
- 일반적 스트레스	2.98	0.98	1-7
- 역할갈등	2.98	0.88	1-6
질병경험			
- 통증	8.04	3.29	0-15
- 일상활동 장애	1.55	0.44	1-4
대용자원			
- 자기효능감	62.0	16.01	10-100
- 가족지지	4.99	0.71	1-6
적극적 대응전략	2.59	0.38	1-4

<표 4> Lambda-X의 추정치(t-value)

	N1	N2	N3	N4	N5	ILOC
BN	0.52(8.38)	0.54(10.34)	0.63(10.34)	0.65(10.83)	0.52(8.14)	
ILOC						1.00(23.40)

N1 : 생리적욕구 N2 : 안정·안전욕구 N3 : 사랑·소속욕구 N4 : 자아존중욕구
 N5 : 자아실현욕구 BN : 기본욕구 LOC : 내적 건강 통제위

3. 가설적 모형의 검정결과

1) 측정변수의 적절성

가설적 연구모형에 제시된 이론변수에 대한 측정변수가 적절하게 선택되었는지를 알아보기 위하여 외생변수의 특징수 매트릭스(Lambda-X)와 내생변수의 특징수 매트릭스(Lambda-Y)의 추정치와 t-value를 살펴보았다. 본 연구에서는 측정변수들간의 측정단위가 다양하고 차이가 있으므로 측정단위를 표준화하여 변수들의 상대적인 효과 크기를 비교하기 위해 표준화된 값(standardized solution)을 사용하였다. 여기서 추정치는 요인계수(factor loading)를 의미하고 이 계수의 유의도는 t의 절대값이 2이상인 경우로 판단하였다(표 4)(표 5).

2) 가설적 모형의 인정 가능성 검토

본 연구의 이론모형은 이론변수가 6개이므로 정보의 수는 $6(6+1)/2=21$ 이고, 미지수의 수는 16개로 정보의 수가 미지수의 수보다 크므로 본 연구의 이론모형은 모형의 인정가능성의 필요조건을 만족시킨다. 본 연구의 측정모형은 측정변수가 13개이므로 정보의 수는 91개이고 미지수의 수는 25개이다. 따라서 전체 미지수의 수는 41개이고 정보의 수는 91개이므로 자유도는 50이 된다. 이로서 간명 가능성을 보임을 알 수 있고, 모형인정의 필요조건이 충족된다.

3) 가설적 모형의 부합도 평가

모형의 부합도를 평가하는데 이용되는 부합지

〈표 5〉 Lambda-Y의 추정치 (t-value)

	GS	Role	Pain	ADL	Effi	FS	CO
ES	1.00(12.73)	0.44(7.27)					
DZ			0.60(9.47)	0.86(12.15)			
CR					0.82(2.67)	0.11(1.68)	
CP							1.00(1.56)

ES : 정서적 스트레스 DZ : 질병경험 CR : 대응자원 CP(이론변수) : 적극적 대응전략
 GS : 일반적 스트레스 ROLE : 역할갈등 Pain : 통증 ADL : 활동장애
 Effi : 자기효능감 FS : 가족지지 CO(측정변수) : 적극적 대응전략

수에는 전반적 지수와 세부적 지수가 있다. 본 연구의 가설적 모형의 부합도 평가를 위한 자료는 다음과 같다.

(1) 전반적 지수

가설적 모형이 수집된 자료에 잘 맞는지를 나타내 주는 부합지수들은 수십 개가 있는데, 본 연구에서는 가장 널리 사용되는 Chi-square (χ^2)와 그 확률치(p-value), 원소간 평균차이(RMR : root mean square residual), 기초부합치(GFI : goodness of fit index), 조정부합치(AGFI : adjusted goodness of fit index), 비표준부합치(NNFI : non-normed fit index), 표준부합치(NFI : normed fit index)를 이용하였다(표 6).

Chi-square(χ^2)는 표본크기의 함수로 표시되는 결합이 있으므로, 본 연구에서도 통계적으로 유의성이 없게 나타난 것으로 평가된다. 그 밖의 부합도 평가지수에 의하면 전반적으로 모형이 실제자료에 잘 부합되는 것으로 나타났다.

〈표 6〉 가설적 모형의 전반적 부합지수

CHI-SQUARE = 96.488 (P = 0.0000874)
ROOT MEAN SQUARE RESIDUAL (RMR) = 0.067
GOODNESS OF FIT INDEX (GFI) = 0.951
ADJUSTED GOODNESS OF FIT INDEX (AGFI) = 0.910
NON-NORMED FIT INDEX (NNFI) = 0.927
NORMED FIT INDEX (NFI) = 0.910

원소간 평균차이(RMR)의 값이 0.067로 통계적 유의성이 있다는 0.05 보다 다소 큰 값으로 나타나서 모형과 실제 자료간에 약간의 차이가 있다는 것을 보여주었다.

(2) 세부적 지수

세부적 부합지수(focused measures of goodness of fit)는 모형을 수정할 필요가 있을 때 도움을 주는 정보로서 본 연구에서는 표준잔차(standardized residual)와 Q-Plot, 추가지수(modification Index)를 이용하여 평가하였다.

표준잔차는 모형에 의해 재생산된 상관계수와 수집된 자료의 상관계수간의 차이를 표준화한 것이며 이 값이 2.58이상이면 그에 해당하는 공변량이 모델 경로에서 잘못 표시되었음을 의미한다. 본 연구에서 2.58이상인 값이 10개이다(표 7).

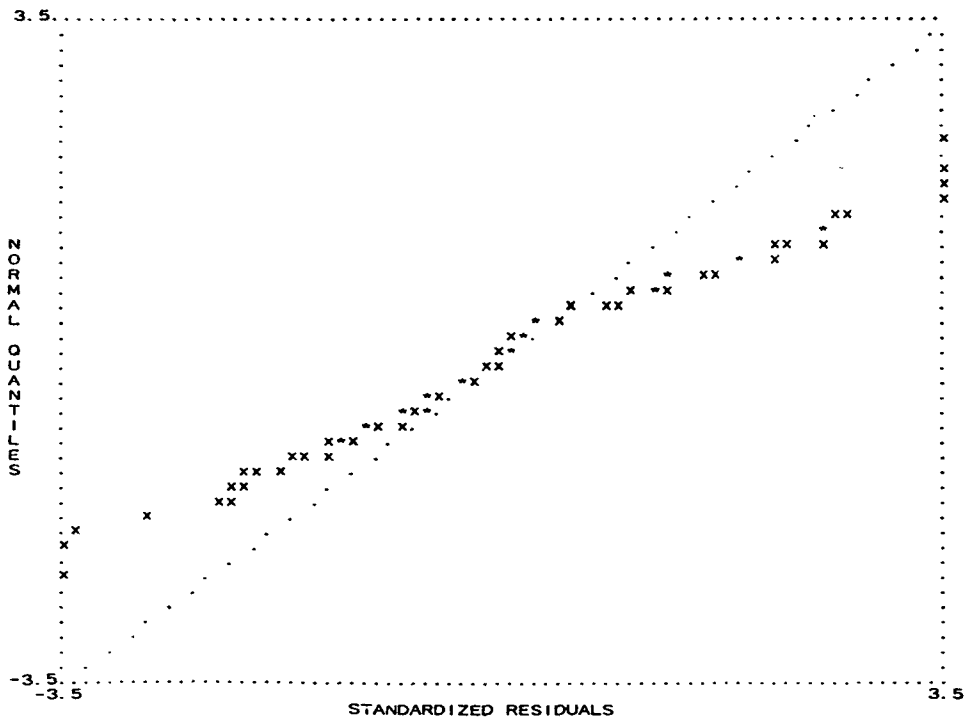
표준잔차를 그림으로 표시한 Q-plot은 X축에는 표준잔차, Y축에는 정상분포에 따른 차이(normal quantile)의 발생을 표시한다. 본 연구의 Q-plot에 의하면 기울기가 1보다 작으므로 모형이 자료에 잘 안맞는 부분을 살펴봐야 할 것이다(그림 3).

추가지수(modification Index)는 적어도 5이상, 보수적인 경우에는 10이상일 때, 그 지수 및 이론적으로 그 특징수가 미지수로 되는 것이 타당한지를 먼저 평가해야 한다. 본 연구에서는 Lambda-Y 매트릭스에 추가지수가 10이상인

〈표 7〉 표준잔차

	GS	Pain	ADL	ROLE	Effi	FS	CO	N1	N2	N3	N4	N5	ILOC
GS	0.000												
PAIN	-1.124	0.033											
ADL	-1.162	2.130	0.039										
ROLE	3.867	-0.065	0.906	0.910									
EFFI	2.571	-2.250	-2.041	-0.806	0.000								
FS	-3.799	1.168	2.733	-3.949	1.305	0.087							
CO	-2.130	-1.370	0.431	-0.225	1.269	1.898	-2.130						
N1	-0.596	-0.510	-1.378	-0.486	1.707	1.559	-0.973	0.000					
N2	-0.315	1.259	0.454	-1.992	-0.808	2.535	-0.859	2.141	0.000				
N3	-0.092	0.873	0.862	-3.371	-0.262	4.994	0.149	0.244	-0.177	-0.027			
N4	-1.808	-0.092	-1.567	-1.083	0.536	3.610	-0.574	-2.797	-0.650	-0.092	0.000		
N5	2.646	0.399	-1.281	-0.611	1.824	2.300	4.036	0.691	-0.328	-0.215	0.170	0.016	
ILOC	0.000	-0.003	0.003	-1.716	-2.068	2.552	0.000	0.22	-1.300	1.046	-0.654	1.218	0.0

GS : 일반적 스트레스 Pain : 통증 ADL : 일상 활동장애 ROLE : 역할갈등 Effi : 자기효능
 FS : 가족지지 CO : 적극적 대응전략 N1 : 생리적욕구 N2 : 안정·안전욕구 N3 : 사랑·소속욕구
 N4 : 자아존중욕구 N5 : 자아실현욕구 ILOC : 내적 건강 통제위



〈그림 3〉 가설적 모형의 표준잔차 Q-plot

경우가 3부분에 있었다(표 8). 그러나 본 연구의 이론적틀에 의해서 설명할 수 없는 부분이므로 모형 수정에는 고려하지 않았다.

<표 8> Lambda-Y에 대한 추가지수

	ES	DZ	CR	CP
PAIN	0.446		0.003	1.491
ADL	0.446		0.003	1.491
GS		7.368	7.514	0.285
ROLE		2.876	3.002	0.181
EFFI	9.248	24.452		0.110
FS	14.952	22.438		3.682
CO				

ES : 정서적 스트레스 DZ : 질병경험 CR : 대응자원
 CP(이론변수) : 적극적 대응전략 GS : 일반적 스트레스
 Pain : 통증 ADL : 일상 활동장애 ROLE : 역할갈등
 Effi : 자기효능 FS : 가족지지
 CO(측정변수) : 적극적 대응전략

4) 가설적 모형에서의 가설검정
 연구의 가설적 모형에 제시된 경로계수인 특

정수(Gamma, Beta) 추정치와 t 값, 각 내생변수의 다중상관자승치(sequard multiple correlation : SCM), 직·간접 효과에 대한 분석을 통해 가설적 모형에 제시된 경로계수의 유의성 즉, 본 연구에서 설정된 각 가설의 검정결과는 다음과 같다(표 9, 그림 4).

가설 1. 기본욕구 충족정도가 높을수록 질병경험의 심각성은 낮을 것이다. 직접효과($\gamma_{11} = -0.471, t = -7.51$)가 통계적으로 유의하였으며, 정서적 스트레스를 경유한 역방향의 간접효과에도 불구하고 총효과가 통계적으로 유의하여 지지되었다.

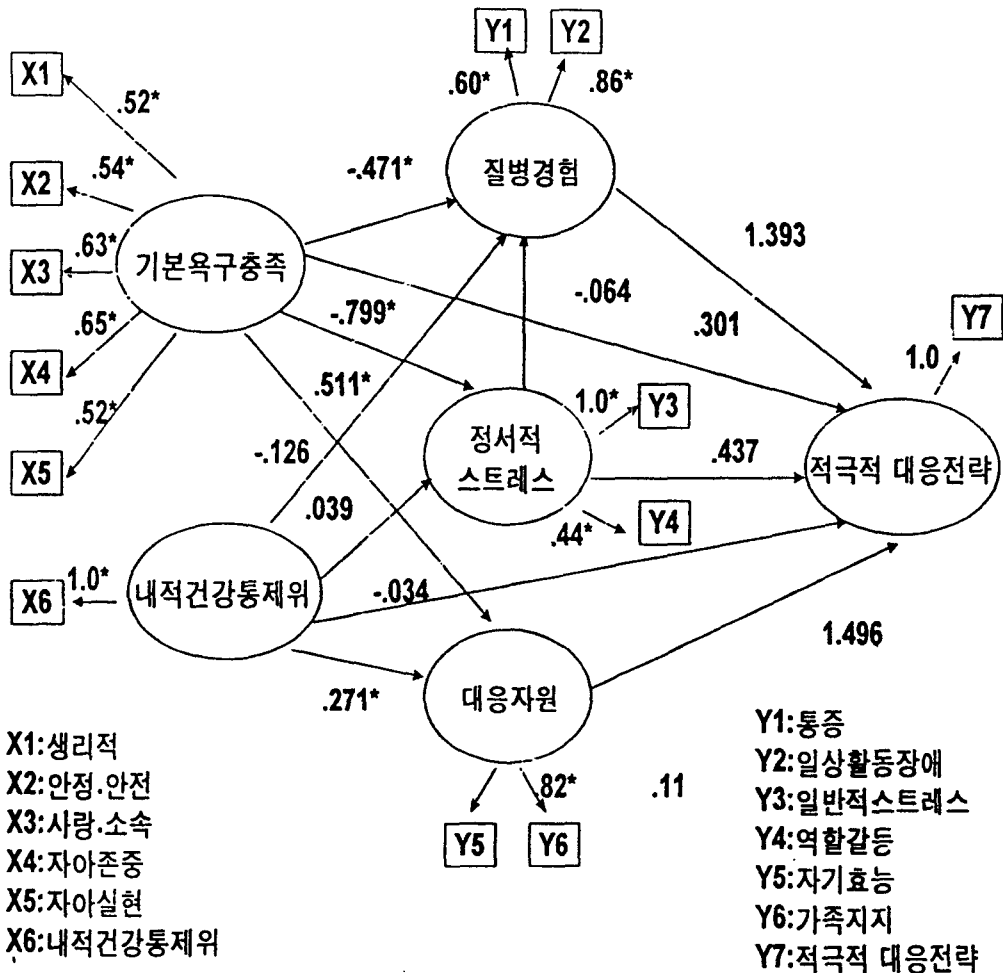
가설 2. 내적 건강 통제위 성격이 강할수록 질병경험의 심각성은 낮을 것이다. 직접효과($\gamma_{12} = -0.126, t = -1.77$)가 통계적으로 유의하지 않아 기각되었다.

가설 3. 정서적 스트레스가 높을수록 질병경험의 심각성은 높을 것이다. 직접효과($\beta_{12} = -0.064, t = -0.57$)가 통계적으로 유의하지 않

<표 9> 가설적 모형의 각 예측변수의 효과계수 및 다중상관자승치(SMC)

	직접효과 또는 특징수 추정치	간접효과	총효과	SMC
질병경험				0.22
기본욕구충족	-0.471(-3.11)*	0.051	-0.419*	
내적 건강 통제위	-0.126(-1.77)		-0.126	
정서적 스트레스	-0.064(-0.57)		-0.064	
정서적 스트레스				0.63
기본욕구충족	-0.799(-7.51)*		-0.799*	
내적 건강통제위	0.039(0.71)		0.039	
대응자원				0.40
기본욕구충족	0.511(2.45)*		0.511*	
내적 건강통제위	0.271(2.21)*		0.271*	
적극적 대응전략				0.22
기본욕구충족	0.301(0.17)	-0.169	0.132	
내적 건강통제위	-0.034(-0.01)	0.246	0.212	
정서적 스트레스	0.437(0.36)	-0.090	0.348	
질병경험	1.3933(0.09)		1.393	
대응자원	1.4966(0.09)		1.496	

* t의 절대값 > 2



〈그림 4〉 가설적 모형의 경로도해

아 각각되었다.

가설 4. 기본육구 충족정도가 높을수록 정서적 스트레스는 적을 것이다. 직접효과($\gamma_{21} = -0.799$, $t = -7.51$)가 통계적으로 유의하여 지지되었다.

가설 5. 내적 건강 통제위 성격이 강할수록 정서적 스트레스는 적을 것이다. 직접효과($\gamma_{22} = 0.039$, $t = 0.71$)가 통계적으로 유의하지 않아 각각되었다.

가설 6. 기본육구 충족정도가 높을수록 대응자원이 많을 것이다. 직접효과($\gamma_{31} = 0.511$, $t =$

2.45)가 통계적으로 유의하여 지지되었다.

가설 7. 내적 건강 통제위 성격이 강할수록 대응자원이 많을 것이다. 직접효과($\gamma_{32} = 0.271$, $t = 2.21$)가 통계적으로 유의하여 지지되었다.

가설 8. 기본육구 충족정도가 높을수록 적극적 대응을 많이 할 것이다. 직접효과($\gamma_{41} = 0.301$, $t = 0.17$)가 통계적으로 유의하지 않아 각각되었다.

가설 9. 내적 건강 통제위 성격이 강할수록 적극적 대응을 많이 할 것이다. 직접효과($\gamma_{42} = -0.034$, $t = -0.01$)가 통계적으로 유의하지 않

아 기각되었다.

가설 10. 정서적 스트레스가 높을수록 적극적 대응을 많이 할 것이다. 직접효과($\beta_{42}=0.437$, $t=0.36$)가 통계적으로 유의하지 않아 기각되었다.

가설 11. 질병경험의 수준이 높을수록 적극적 대응을 많이 할 것이다. 직접효과($\beta_{41}=1.393$, $t=0.09$)가 통계적으로 유의하지 않아 기각되었다.

가설 12. 대응자원이 많을수록 적극적 대응을 많이 할 것이다. 직접효과($\beta_{43}=1.496$, $t=0.09$)가 통계적으로 유의하지 않아 기각되었다.

이상의 가설검정 결과 12개의 가설중 4개의 가설이 지지되었다.

이와같은 가설검정의 결과와 가설적 연구모형 측정자료에 대한 여러가지 부합지수 및 이론적 고찰을 통해, 본 연구의 가설적 모형을 수정하여 현실을 설명하는 데 더 바람직한 모형을 찾고자 시도하였다.

6) 가설적 모형의 수정

본 연구의 수정모형은 가설적 모형에서 경로계수의 통계적 유의성이 낮은 4개의 경로 즉, 기본욕구 충족에서 적극적 대응전략으로 가는 경로($\gamma_{41}=0.301$, $t=0.17$), 내적 건강 통제위에서 정서적 스트레스로 가는 경로($\gamma_{22}=0.039$, $t=0.71$), 내적 건강 통제위에서 적극적 대응전략으로 가는 경로($\gamma_{42}=-0.034$, $t=-0.01$), 그리고 정서적 스트레스에서 질병경험으로의 경로($\beta_{21}=-0.064$, $t=-0.57$)를 제거하였다. 4개의 경로 제거는 실제적인 자료에 의해 통계적으로 검증된 경로계수와 선행연구 결과를 참고로 이루어졌다.

기본욕구 충족에서 적극적 대응전략으로 가는 경로는 특정 질병이 없는 사람의 경우에 부합되는 관계의 방향이라는 제한점이 있었다. 만성관절염 환자들은 그들의 의지와 필요에 따라 행

동할 수 없는 신체적인 제한점을 이미 갖고 있으므로 안전과 안정의 욕구가 완전히 충족될 수 없는 상태이다. 또한 기본적으로 안전과 안정의 욕구가 결핍된 상태에서도 다른 영역의 욕구 충족 정도가 높을 경우 전반적인 기본욕구 충족 정도는 높다고 평가될 수 있다. 따라서 본 연구의 가설적 모형에서 만성 관절염 환자의 욕구 충족 수준이 증가할수록 적극적 대응을 더 많이 할 것이라는 것을 예측하는데는 제한점이 있음을 알 수 있다. 그러므로 추후 연구를 통해 각 영역별 기본욕구 충족 정도는 어떤 대응전략과 관련이 있는지를 파악할 필요가 있다.

내적 건강 통제위에서 정서적 스트레스로 가는 경로계수가 통계적으로 유의하지 못한 결과가 나타난 것은 측정도구상의 제한점이 있다고 본다. 본 연구에서 내적 건강 통제위 변수는 하나의 측정변수로 측정되었고, 또한 이 도구는 정서적 스트레스에 대한 통제의 소재를 예측하는 것이 아니라 건강 통제의 소재를 묻는 문항으로 구성되어있으므로 정서적 스트레스에 대한 통제위와는 관련성이 미약하다고 본다. 대부분의 선행연구에서는 부정적인 성격(예, 외적통제위, 기질불안) 성향이 강할수록 부정적인 생활사건과 정서장애간에 강한 상관관계가 있다고 보고되었고, 긍정적 성격 성향이 강할수록 생활사건에 대한 정서장애 정도가 감소했다는 보고는 없다.

이와 같은 선행연구의 결과에 의하면 내적 건강 통제위는 부정적인 정서적 스트레스를 예측하는 변수로는 부적합한 면이 있다고 판단되어 이 경로를 제거하였다.

내적 건강 통제위에서 적극적 대응전략으로 가는 경로계수가 통계적으로 유의하지 못한 결과가 나타난 것은 측정 변수 및 측정도구상의 제한점이 있었다고 본다. 또한 본 연구의 대상자들은 스스로 통제하기 어려운 만성적인 유해한 자극을 받고 있으므로 그 자극을 조절하기

위한 대응은 단순히 통제의 소재에 의해 좌우되는 것이 아니라 주위 사람들뿐만 아니라 사회경제적인 여건에 따라서도 달라질 가능성이 많다. 즉 통제위 성격 단독으로는 적극적 대응전략을 예측하는데 제한점이 있다고 본다. 따라서 수정 모형에서는 내적 건강 통제위 성격이 질병경험과 대응자원을 경유하여 적극적 대응전략에 미치는 간접적인 영향을 파악하고자 경로를 수정하였다.

만성질환자에게 정서적 스트레스와 질병경험은 거의 동시에 체험되어지는 것이다. 따라서 정서적 스트레스로 인해서 질병과 관련된 증상경험이 악화되는지, 질병증상 악화로 정서적 스트레스가 더 커지는지 그 방향을 명확하게 하기에 상당히 어려운 문제이다. Sternbach(1977)는 만성 통증이 우울을 유도한다거나 우울이 만성통증을 일으킨다는 결론을 필연적으로 내릴 필요는 없다고 경고하였다. 이 둘 변수간에 인과관계의 방향을 명확하게 하는데 제한점이 있으므로, 인과관계의 방향을 제거하고, 각각의 변수가 대응양상에 직접적으로 미치는 영향력만을 평가하기 위해 모형의 경로를 수정하였다.

(1) 수정모형의 부합도

가설적 모형을 수정한 결과 전반적인 부합지수로 보아 자유도가 증가하고 대체로 지수들의 값이 좋아져서 수정모형이 자료에 잘 부합되는 것을 확인할 수 있었다. 또한 추가지수로 Lambda-Y 매트릭스에 10이상인 3부분 중 두 부분 즉, 이론변수인 질병경험에 대해 이론변수인 대응자원을 예측하기위한 측정변수인 자기효능과 관련된 추가지수 값이 24.45에서 19.87로, 가족지지와 관련된 추가지수 값이 22.42에서

19.87로 작아졌다. 또한 표준잔차를 이용한 Q-plot에 의한 기울기도 거의 1에 가까워 졌다.

Lambda-Y의 추정치도 개선되었다. 가설적 모형에서 대응자원 변수에 대한 가족지지의 Lambda값이 0.11(t=1.68)에서 0.18(t=2.68)로, 그리고 대응양상 변수에 대한 측정변수의 Lambda값이 1.00(t=1.56)에서 1.00(t=14.96)으로 변화되어서 수정모형에서는 모든 측정변수들이 통계적으로 의미있는 요인계수로 나타났다. 따라서 자료에 의해 가설적 모형이 지지받는다는 것으로 확인되었다(표 10).

(2) 수정모형에서의 특징수 추정치 및 효과분석을 통한 가설검정

수정을 통해 특징수 추정치가 유의수준으로 변화된 경로는, 내적 건강 통제위가 질병경험에 미치는 영향력이 -0.126(t=-1.77)에서 -0.147(t=-2.26)로 개선되었다.

가설적 모형에서는 대응양상에 영향을 미치는 변수들의 추정치가 통계적으로 의미있는 영향력이 없었으나 수정모형에서는 기본욕구의 충족 정도의 간접효과를 제외한 모든 변수들이 통계적으로 유의미한 영향력을 갖고있는 것으로 나타났다(표 11, 그림 5). 그 결과 수정모형에 따른 가설은 모두 지지되었다.

VI. 논 의

본 장에서는 가설적 연구모형과 수정모형을 검증한 결과와 선행연구를 토대로 각 이론변수에 영향을 미치는 예측변수의 영향력을 분석하고, 만성관절염환자의 간호문제와 이 문제를 해결하는데 영향을 미치는 요인을 분석함으로써

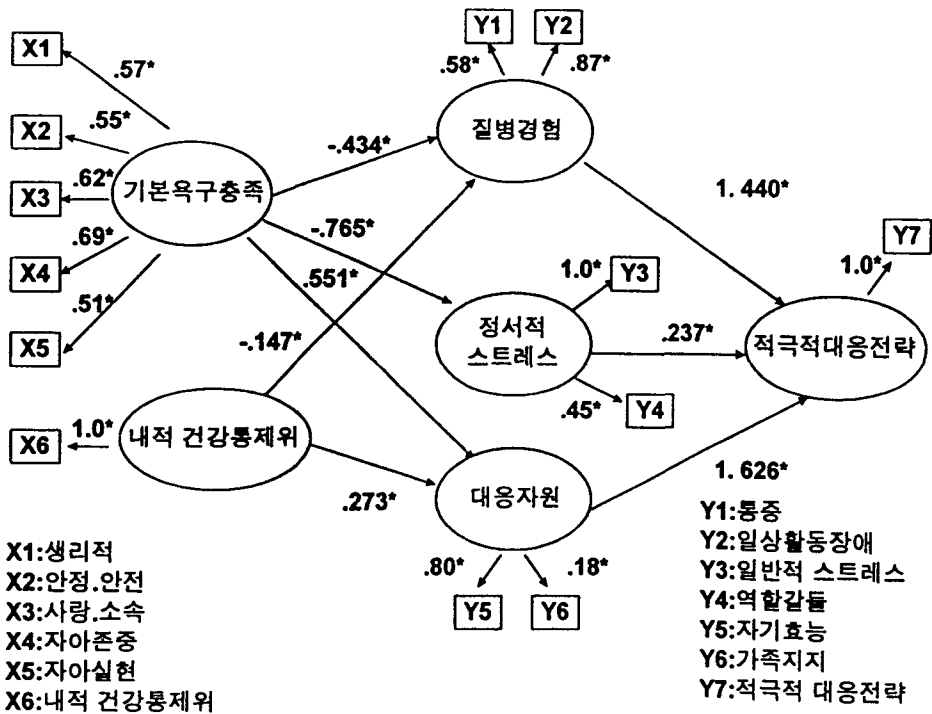
<표 10> 가설적 모형과 수정 모형의 부합지수 비교

	Df	χ^2 (p-value)	RMR	GFI	AGFI	NNFI	NFI
가설적 모형	50	96.488(0.00)	0.067	0.951	0.910	0.927	0.910
수정 모형	52	83.107(0.00)	0.061	0.956	0.923	0.953	0.922

〈표 11〉 수정 모형의 각 예측변수의 효과계수 및 다중상관자승치(SMC)

	직접효과	간접효과	총효과	SMC
질병경험				0.24
기본욕구충족	-0.434(-5.29)*		-0.434*	
내적 건강통제위	-0.147(-2.26)*		-0.147*	
정서적 스트레스	제거됨			
정서적 스트레스				0.59
기본욕구충족	-0.765(-8.50)*		-0.765*	
건강통제위	제거됨			
대응자원				0.45
기본욕구충족	0.551(5.84)*		0.551*	
내적 건강통제위	0.273(3.91)*		0.273*	
대응양상				0.18
기본욕구충족	제거됨	0.090	0.090	
내적 건강통제위	제거됨	0.233	0.233*	
정서적 스트레스	0.237(2.36)*		0.237*	
질병경험	1.440(2.40)*		1.440*	
대응자원	1.626(2.40)*		1.626*	

*t의 절대값>2



〈그림 5〉 수정모형의 경로도해

간호중재 방향을 모색하고자 한다.

1. 질병경험과 정서적 스트레스에 영향을 미치는 요인

가설적 연구모형에서 내적 건강 통제위, 기본 욕구 충족 정도 그리고 정서적 스트레스 중 기본욕구 충족 정도($\gamma_{11} = -0.471$, $t = -7.51$)만 질병경험에 유의한 영향력이 있는 것으로 나타났다. 수정모형에서는, 정서적 스트레스에서 질병경험으로 가는 경로를 제거한 결과, 내적 건강 통제위 성격($\gamma_{12} = -0.273$ $t = -2.26$)과 기본 욕구 충족 정도($\gamma_{11} = -0.434$ $t = -5.29$)가 질병경험에 유의한 영향력이 있는 것으로 나타났다. 수정모형에서 질병경험에 대한 예측변수 중 정서적 스트레스 변수를 제거했음에도 불구하고 질병경험에 대한 다중상관 자승치가 0.22에서 0.24로 증가된 것으로 보아, 정서적 스트레스 정도는 질병경험(통증, 일상활동장애)을 예측하는데 큰 영향을 미치지 못하는 변수라고 할 수 있다.

가설적 모형에서 정서적 스트레스 정도에 대한 다중상관자승치는 0.63이었고, 정서적 스트레스를 예측하는 변수(기본욕구 충족 정도, 통제위 성격) 중 기본욕구 충족 정도만 유의한 영향력($r_{21} = -.799$, $t = -7.51$)이 있는 것으로 나타났다. 수정모형에서는 정서적 스트레스의 예측변수 중 내적 건강 통제위 성격 변수를 제거한 결과, 기본욕구 충족 변수 하나로 설명되는 다중상관자승치는 0.59로 다소 감소하였으나 여전히 높은 설명력을 보여주었다. 본 연구자료에 의해 검증된 가설적 모형과 수정 모형 모두에서 기본 욕구 충족 정도는 정서적 스트레스를 감소시키는 예측변수라는 것이 명확하게 나타났다. 반면에 내적 건강통제위 성격은 질병경험을 감소시키는 효과는 다소 있지만 정서적 스트레스를 감소시키는 효과는 거의 없다고 평가할 수 있다.

본 연구의 결과와 선행연구 결과를 종합하여

분석하면, 본 연구에 사용된 내적 건강통제위 성격은 부정적인 인간반응을 예측하는 변수로는 다소 부적합한 예측변수였다고 본다. 따라서 추후 연구를 통해 외적 또는 우연적 통제위 성격이 만성관절염 환자의 질병경험 및 정서적 스트레스에 미치는 영향을 확인할 필요가 있으며, 만성 관절염 환자의 간호문제를 사정하는 과정에서 대상자의 기본욕구 충족 정도와 통제위 성격의 영향을 반드시 고려해야 할 것이다.

2. 대응자원에 영향을 미치는 요인

가설적 연구 모형과 수정모형 모두에서 내적 건강통제위 성격과 기본욕구 충족 정도가 대응자원을 예측할 수 있는 유의한 영향력이 있는 것으로 나타났다.

선행연구에서도 내적통제위 성격이 강할수록 지각된 가족지지정도가 높았으며(김금자, 1987), 내적통제위일수록 지각된 가족지지가 높았고 이에 따라 주관적 이행행위가 높았다(최영희, 1984)

이상의 결과에 의하면, 인지된 대응자원(자기 효능, 가족지지)은 개인의 성격특성인 내적 건강 통제위와 기본욕구 충족 정도에 따라 차이가 있는 것으로 나타났다. 따라서 기본욕구를 충족시키고, 내적 건강 통제위 성격을 강화시키는 간호중재를 통해 대응자원을 증가시킬 수 있을 것이다. 특히 여러 연구(Dunkel-Schetter and Bennett, 1990; Wethington and Kessler, 1986)에서 정서적 지지에 대한 인지나 신념은 실제로 제공되는 사회적 지지보다 정신건강에 더 큰 영향을 미치는 것으로 나타났으므로 간호중재는 실제적인 대응자원(예: 가족지지)을 증가시키는 중재뿐만 아니라 대상자의 인지를 변화시키는 간호중재가 필요하다고 본다.

따라서 선행연구자들에 의해 실시된 관절염 환자를 위한 자조관리과정에 대상자의 건강 통제위 성격을 내적 성향으로 전환시키도록 하는

내용과 대상자의 기본욕구 충족 수준을 평가하고 결핍된 욕구를 충족 시키도록 돕는 간호중재를 포함시킬 필요가 있다.

3. 대응양상에 영향을 미치는 요인

수정모형에서 정서적 스트레스, 질병경험 그리고 대응자원은 대응양상을 예측하는데 직접적인 영향력이 있으며, 건강 통제위 성격은 간접적인 효과가 있는 것으로 나타났다.

내적 건강 통제위 변수는 대응양상에 대해 직접적인 효과는 없으나 간접적인 효과만 있었다. 이러한 결과는 선행연구에서도 유사한 결과로 나타났다.

질병경험과 정서적 스트레스 정도는 가설적 모형에서는 대응양상에 유의한 영향력이 없었으나, 수정모형에서는 양의 방향으로 적극적 대응 전략을 예측하고 있다. 이와 같은 결과에 의하면 문제가 많을수록 그 문제를 해결하기 위해 대응시도를 더 많이 하는 것이라고 해석할 수 있다. 이 결과는 Frank 등(1987)의 연구에서 모든 대처를 다 사용하는 그룹이 모든 대처를 다 사용하지 않는 경향이 있는 그룹보다 우울이나 정신적 고통이 더 크다는 결과와 유사하다. 그러나 Pearline & Schooler(1978)는 대응방법이 많은 경우가 훨씬 현실에 적절히 반응하며 또한 잘 적응하게 되고 감정을 잘 조절하여 대응 행위를 많이 할수록 잘 적응하게 된다고 하였다. 따라서 단순히 문제가 많아서 더 많은 시도를 하는 것은 아니라고 본다.

그리고 본 연구에서는 대응의 효과를 평가하지는 않았지만, 선행연구를 고찰한 결과 대응의 효과 역시 문헌마다 명백한 일치를 나타내지는 않는다. 일부 연구에서는 문제중심적 대응이 심리적 스트레스를 감소시키거나 질병으로부터 빠른 회복을 촉진시킨다고 보고하고 있다. 반면에, Coyne & Downey(1991)는 대응전략들이 유의

한 효과 보다 오히려 손상을 가져오는 것 같다고 했다. 일부 연구에서는 정서중심적 대응이 단기적으로는 유용하지만 장기적으로는 해로운 결과를 초래한다고 나타났다(Aneshensel and Huba, 1983; Clark, 1994; Rodin and Salovey, 1989). 또한 어떤 대응 전략은 스트레스에 대한 심리적인 증상을 완화시키는데 비효과적이거나 다른 문제와 충돌이 될 때는 유해하기도 했다(Pearlin and Schooler, 1978; Menaghan, 1983). 김인자(1996)의 연구에서도 대응은 신체적 적응과 사회심리적 적응에 영향을 미치지 않는 것으로 나타났다.

그러나 대응자원(가족지지, 자기효능)은 대응 또는 적응에 긍정적인 영향을 미치는 것으로 일관성 있게 나타나고 있다(이숙정, 1994; 오현수, 1993; 구미옥, 1992).

결과적으로 대응행위는 질병경험을 포함하여 직면하게되는 스트레스 상황 및 대응자원의 형태에 좌우되며, 대응효과 또한 다르게 나타나게 된다. 일반적으로, 어떤 대응전략 또는 대응 양상의 효과는 스트레스원(예, 만성과 급성, 통제 가능한 것과 통제불능의 것)의 관념적 특성에 따라서, 특수한 스트레스원의 유형(예, 사랑하는 사람의 죽음, 질병, 인간관계의 문제)에 따라서, 또는 두가지 혼합에 따라 달라질 수 있다. 그리고 본 연구에서는 직접적인 영향이 확인되지는 않았지만, 간접적으로 또는 다른 관련변수에 영향을 주었던 통제위 성격과 기본욕구 충족 정도 등과 같은 개인의 성격 특성과 욕구에 의해서도 대응전략이 달라질 수 있다.

따라서 만성관절염 환자가 적절한 대응을 통해 적응할 수 있도록 돕기 위해서는 대상자의 성격 특성 및 욕구를 포함한 여러 가지 요인을 고려해야 할 것이다. 즉, 대상자의 견지에서 간호문제를 규명하고, 그 대상자에게 적합하고 효과적인 대응전략이 어떤 것인지를 확인해야 하며, 이용할 수 있는 대응자원을 활용할 수 있는

방향으로 간호중재를 해야 할 것이다.

4. 간호학적 적용 및 의의

본 연구결과에 따르면 만성 관절염 환자를 이해하고 그들의 대응을 촉진시키기 위한 간호중재를 개발하고자 할 경우, 대상자의 독특한 특성 즉 개인차를 고려하지 않은 상황에서 만성관절염 환자들의 문제와 그에 따른 대응양상을 이해하고 또한 간호중재를 하려고 시도한다면 많은 오류를 범할 수 있다. 왜냐하면 개인의 특성은 질병경험과 정서적 스트레스 정도 및 대응자원에도 영향을 미치고 있다. 또한 질병경험과 정서적 스트레스 그리고 대응자원은 적극적 대응 전략에 영향을 미치는 것으로 나타났기 때문이다.

간호연구의 측면에서 본 연구의 의의는 만성 관절염 환자가 갖고있는 질병경험(통증, 일상활동장애)과 지각된 스트레스(일반적 스트레스, 역할갈등) 등과 같은 간호문제를 각 개인의 관점에서 이해할 수 있는 이론적 틀을 제공하는데 있다.

간호실무 측면에서 볼 때, 본 연구는 공변량 구조분석을 이용하여 변수들간의 인과관계를 검증하였으므로 만성관절염 환자의 적극적인 대응 촉진 및 질병경험 완화를 위한 간호중재 개발을 위한 기본적인 지침이 되었다는데 그 의의가 있다고 본다.

Ⅶ. 결론 및 제언

1. 결 론

본 연구의 가설적 연구모형은 간호이론인 Modeling and Role Modeling(Erickson, Tomlin, & Swain, 1983)과 선행연구를 기초로 구축되었다. 가설적 모형을 검증하기 위하여 경험적 자료를 이용하여 공변량구조분석을 통하여

실제자료와 가설적 모형의 부합도를 분석한 결과 가설적 모형의 수용가능성이 검증되었고, 본 연구의 가설적 모형을 통해 설정된 12개의 가설 중 4개의 가설이 통계적으로 유의한 수준으로 지지되었다. 지지된 가설에 의하면, 인간의 내적 모형인 기본욕구 충족 정도는 질병경험과 정서적 스트레스를 감소시키는 효과가 있었다. 그리고 인간의 내적 모형인 기본욕구 충족 정도와 내적 건강 통제위 성격은 인지된 대응자원을 촉진하는 효과가 있었다.

이상의 가설적 연구모형 검증결과와 이론적 고찰을 통해 통계적 유의성이 낮은 경로계수를 제거한 수정모형에 의해서는 내적 건강 통제위 성격과 정서적 스트레스, 질병경험 그리고 대응자원이 대응양상에 영향을 미치는 것으로 나타났다. 하지만 대응양상을 설명하는 예측변수들이 매우 미약했다($SMC=.0.18$). 이는 대응양상을 설명하는 변수가 모형에 더 포함되어야 하거나 측정변수의 선택에 문제가 있었다고 볼 수 있다. 가설적 모형에 의해 지지된 가설은 다음과 같다.

가설 1. 기본욕구 충족정도가 높을수록 질병경험의 심각성은 낮을 것이다. 직접효과($\gamma_{21}=-0.434, t=-5.29$)가 통계적으로 유의하여 지지되었다.

가설 2. 기본욕구 충족정도가 높을수록 정서적 스트레스는 적을 것이다. 직접효과($\gamma_{11}=-0.765, t=-8.50$)가 통계적으로 유의하여 지지되었다.

가설 3. 기본욕구 충족정도가 높을수록 대응자원이 많을 것이다. 직접효과($\gamma_{31}=0.551, t=5.84$)가 통계적으로 유의하여 지지되었다.

가설 4. 내적통제위 성격이 강할수록 질병경험의 심각성은 낮을 것이다. 직접효과($\gamma_{22}=-0.147, t=-2.26$)가 통계적으로 유의하여 지지되었다.

가설 5. 내적통제위 성격이 강할수록 대응자

원이 많을 것이다. 직접효과($\gamma_{32}=0.273$, $t=3.91$)가 통계적으로 유의하여 지지되었다.

가설 6. 정서적 스트레스가 높을수록 적극적인 대응을 많이 할 것이다. 직접효과($\beta_{41}=0.237$, $t=2.36$)가 통계적으로 유의하여 지지되었다.

가설 7. 질병경험의 심각성이 높을수록 적극적인 대응을 많이 할 것이다. 직접효과($\beta_{42}=1.440$, $t=2.40$)가 통계적으로 유의하여 지지되었다.

가설 8. 대응자원이 많을수록 적극적 대응을 많이 할 것이다. 직접효과($\beta_{43}=1.626$, $t=2.40$)가 통계적으로 유의하여 지지되었다.

이상의 연구결과로 볼 때 본 연구의 가장 큰 의의는 만성 관절염 환자들의 주된 문제인 질병 경험의 심각성을 감소시킬 수 있는 긍정적인 중재 요인을 파악한 것이다. 본 연구의 가설적 모형과 이에 대한 수정모형 모두에서 기본욕구 충족 정도는 질병경험과 정서적 스트레스를 완화시키는 직접적인 요인일 뿐만 아니라 대응자원을 증가시키는 중요한 요인이라는 것이 밝혀졌다. 특히 기본욕구 충족 정도와 내적 건강 통제 위 성격은 간호중재가 가능한 요인이라는데 그 의의가 크다고 본다.

이와같은 결과는 MRM이론의 기본적 가정에 일치하는 것이다. MRM이론에 따르면 각 개인은 자신의 세계에 대한 독특한 내적 모형을 가지고 있으며, 내적모형은 유입되는 정보의 인식과 해석에 영향을 미친다는 것이다. 따라서 대상자가 세계를 어떻게 보는지 이해하기 위해 대상자의 세계에 대한 이해와 이미지를 발전시키는 간호활동이 선행되어야함을 강조하고 있다.

2. 제 언

MRM이론과 본 연구 결과를 토대로 다음과 같은 제언을 하고자 한다.

1) 인간의 사회심리적인 특성 중 스트레스 반응

과 대응양상의 차이를 예측할 수 있는 요인을 파악하는 연구가 있어야 할 것이다.

2) 본 연구의 가설적 모형에 포함된 이론변수에 대한 측정변수를 달리하여 모형 내의 가정을 검증하는 연구가 필요하다.

3) 만성관절염 환자들의 기본욕구 중 질병증상 완화 및 긍정적 대응을 하는데 결정적인 역할을 하는 요인이 무엇인지를 찾아내고, 이 요인과 관련된 기본욕구를 충족시킬 수 있는 간호중재 방안을 모색해야 할 것이다.

4) 인간의 독특한 내적 모형에 따른 반응의 차이와 대응양상의 차이를 규명하고 그러한 개인차를 고려할 때 각 개인에게 보다 적합하고 긍정적인 적응결과를 가져올 수 있는 대응양상을 파악해야 할 것이다.

참 고 문 헌

- 강현숙 (1984). 재활강화교육이 편마비환자의 자가간호 수행에 미치는 효과에 관한 실험적 연구. 연세대학교 대학원, 박사학위논문.
- 구미옥 (1994). 당뇨병 환자의 자기효능, 자기조절, 상황적 장애, 자가간호행위간의 관계. 대한간호학회지, 24(4), 635-651.
- 구미옥, 유재순, 권인각, 김혜원, 이은옥 (1994). 자기효능 이론이 적용된 건강행위 관련 연구의 분석. 간호학회지, 24(2), 278-302.
- 구미옥, 은 영 (1998). 한국 성인의 건강통제 위 반응유형별 건강증진행위. 대한간호학회지, 28(3), 739-750.
- 김금자 (1987). 입원환자가 지각한 가족지지, 스트레스 및 건강통제위성격간의 관계연구. 이화여자대학교 대학원, 석사학위논문.
- 김순애, 윤 진 (1987). 성인기의 연령 증가와 상황 평가에 따른 대처행동 양식의 차이. 한국심리학회지, 6(1), 1-9.

- 김원숙 (1997). 만성관절염환자의 삶의 만족도에 관한 연구. 경희대학교 행정대학원 석사학위논문.
- 김은영 (1996). 성인 당뇨병 환자가 지각한 가족지지와 자가간호역량과의 관계. 전북대학교 대학원, 석사학위논문.
- 김은희, 임난영, 이은옥 (1998). 류마티스 관절염과 운동. 류마티스건강학회지, 5(1), 110-119.
- 김인자 (1997). 류마티스 관절염 환자의 적응 예측모형. 서울대학교 대학원 박사학위논문.
- 김인자, 서문자 (1998). 류마티스 관절염 환자의 질병기간에 따른 대처 유형과 적응과의 관계. 류마티스건강학회지, 5(1), 26-38.
- 김인자, 이은옥 (1995). 만성 요통 환자의 대처 유형과 건강통제위, 자기효능감과의 관계. 류마티스건강학회지, 2(1), 1-16.
- 김일여 (1996). 청소년들의 건강통제위와 건강증진 생활양식에 관한 연구. 이화여자대학교 대학원 석사학위논문.
- 김정희 역 (1994). 스트레스와 평가 그리고 대처. 서울, 대광문화사.
- 김종임 (1994). 자조집단 활동과 자기효능성 증진법을 이용한 수준운동 프로그램이 류마티스 관절염 환자의 통증, 생리적 지수 및 삶의 질에 미치는 영향. 서울대학교 대학원, 박사학위논문.
- 김화성, 조규남, 왕대식, 탁정환, 최현숙 (1997). 만성질환자의 질병력과 심리적 특성과의 관련성. 가정의학회지, 18(2), 202-210.
- 남정자, 이상호, 제훈방, 문병윤, 황나미, 오영호 (1998). 서울시민의 보건의료 수준. 한국 보건사회 연구원.
- 노유자, 김춘길 (1995). 가정노인과 양로원노인의 체력, 자기효능, 일상생활활동능력 및 삶의 질에 관한 연구. 대한간호학회지, 25(2), 259-278.
- 문미숙 (1994). 만성관절염 환자의 동통, 불편감, 우울과 대응양상과의 관계. 한양대학교 석사학위논문.
- 문미숙 (1998). 대응(coping)개념 분석. 한양대학교 간호발전연소지, 3(1), 2-10.
- 박오장 (1985). 사회적지지가 당뇨환자의 역할행위 이행에 미치는 영향에 관한 연구. 연세대학교 대학원, 박사학위논문.
- 박인숙 (1995). 건강증진 생활양식에 관한 연구. 부산대학교 대학원, 박사학위 논문.
- 서문자 (1989). 편마비 환자의 퇴원후 적응상태와 관련요인에 대한 분석적 연구. 서울대학교 대학원, 박사학위논문.
- 서문자 (1995). 류마티스 관절염환자의 간호중재 -간호과정적용 중심으로-. 류마티스건강학회지, 2(1), 100-106.
- 서양숙 (1995). 심장질환자의 가족지지, 자아존중감, 삶의 만족도간의 관계 연구. 전북대학교 대학원 석사학위논문.
- 손성자 (1987). 당뇨병환자의 건강통제위, 지식 정도, 건강관리 이행과의 관계분석. 부산대학교 대학원, 석사학위논문.
- 송경애와 김명자 (1992). 만성관절염 환자의 삶의 질과 관련된 영향변수 분석. 카톨릭간호, 13, 13-23.
- 송변신 (1991). 일부 청각장애 청소년의 가족지지와 자아존중감과의 관계연구. 연세대학교 교육대학원 석사학위논문.
- 송애랑 (1984). 건강통제위성격, 자아존중감 및 자가간호행위의 관계분석-폐결핵 환자를 중심으로-. 이화여자대학교 대학원, 석사학위논문.
- 오현수 (1993). 여성 관절염 환자의 건강증진과 삶의 질. 대한간호학회지, 23(4), 617-630.
- 유명철 (1995). 골관절염 치료의 최신 경향. 류마티스건강학회지, 2(2), 227-229.

- 은 영 (1995). 만성통증 환자의 통증 조절. 류마티스건강학회지, 2(1), 17-40.
- 이상헌 (1994). 관절염의 정의, 증상 및 진단. 류마티스건강학회지, 1(1), 117-127.
- 이소우, 김주현, 이병숙, 이은희, 정면숙 (1997). 간호이론의 이해. 수문사.
- 이숙정 (1994). 복막투석환자의 가족지지와 자가간호행위 및 삶의 질간의 관계연구. 연세대학교 보건대학원, 석사학위논문.
- 이영휘 (1986). 본태성 고혈압 환자의 건강지각 및 건강 통제위 성격과 치료이행과의 관계 연구-서울시 2개 종합병원을 중심으로. 연세대학교 대학원, 석사학위논문.
- 이의숙 (1991). 고혈압 환자의 사회적 지지와 건강통제위 성격이 치료지시 이행에 미치는 영향. 한양대학교 행정대학원, 석사학위논문.
- 이원희 (1992). 한국 중년 여성이 경험하는 갈등과 대응양상. 성인간호학회지, 4(2), 136-146.
- 이 윤 (1984). 지체 부자유 청소년의 기본욕구에 관한 일연구. 연세대학교 교육대학원, 석사학위논문.
- 이은옥, 박상연, 김종임, 김인자, 김명자, 송경애, 이은남, 최희정, 박정숙, 서문자, 김명순, 소희영, 이미라, 박인혜, 김영재, 이인숙, 임난영, 이경숙, 허혜영, 정여숙, 서인선 (1997). 자기효능 증진방법을 사용한 자조관리 과정이 관절염 환자의 건강증진에 미치는 효과. 류마티스건강학회지, 4(1), 1-14.
- 이은희, 임숙빈, 김인자, 이은옥 (1993). 건강통제위 개념의 국내 간호연구 분석. 간호학회지, 23(4), 694-712.
- 장혜경 (1989). 암환자의 자존감과 가족지지 및 질적 삶의 관계 연구. 고려대학교 대학원 석사학위 논문.
- 전정자, 문미숙 (1996). 만성관절염 환자의 대응양상정도와 관련변수 분석-원점수와 상대점수를 이용한 비교-. 류마티스건강학회지, 3(1), 90-103.
- 조대봉 역 (1992). 인간의 동기와 성격. 교육과학사.
- 주정란 (1993). 투석환자가 지각한 가족지지와 삶의 질에 관한 연구. 전남대학교 대학원, 석사학위논문.
- 지영숙 (1987). 입원환자의 스트레스 대처방법 및 통제위 성격의 상관관계 연구. 연세대학교 대학원, 석사학위논문.
- 최영희 (1984). 지지적 간호중재가 가족지지행위와 환자역할 행위에 미치는 영향에 관한 연구. 연세대학교 대학원, 박사학위논문.
- 현명선 (1991). 퇴원한 만성 정신질환자가 지각한 가족지지와 사회적 적응과의 관계 연구. 연세대학교 대학원, 석사학위논문.
- 홍근표 (1984). 간호원의 소진 경험에 관한 분석적 연구. 연세대학교 대학원 박사학위논문.
- 홍숙기 역 (1987). 성격심리학. 박영사, 350-496.
- 홍원희 (1992). 성격특성의 스트레스 및 스트레스 대처방식에 미치는 영향. 성신여자대학교 대학원 석사학위논문.
- Abell, N. (1991). The Index of Clinical Stress : A brief measure of subjective stress for practice and research. Social Work Research and Abstracts, 27, 12-15.
- Abraido-Lanza, A. F., Guier, C., & Revennson, T. (1996). Coping and social support resources among Latinas with arthritis. Arthritis and care research, 9(6), 501-508.
- Adams, P. F., & Marano, M. A. (1994).

- Current estimates from the national health interview survey.
- Afflect G., Pfeiffer C., Tennen H., & Fifield J. (1988). Social support and psychosocial adjustment to rheumatoid arthritis : quantitative and qualitative findings. Arthritis care and research, 1 (2), 71-77.
- Antonovsky, A. (1977). Health, stress, and coping. Washington : JosseyBass.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy : Toward a unifying theory of behavioral change. Psychological Review, 84, 191-215.
- Brown, G. K., & Nicassio, P. M. (1987). Development of a Questionnaire for the assessment of active and passive coping strategies in chronic pain patients. Pain, 31, 53-64.
- Brunner, L. S., & Suddarth, D. S. (1983). Textbook of medical-surgical nursing. Philadelphia : New York.
- Caldwell, S. M. (1988). Measuring Family Well-Being : Conceptual Model, Reliability, Validity, and Use. In Waltz, C. F. & Strickland O. L. (Eds), Measurement of Nursing Outcomes. New York, Springer Publishing Company.
- Charmaz, K. (1983). Loss of self : A fundamental form of suffering in the chronically ill. Sociology of health and illness, 5(2), 168-195.
- Cobb S. (1976), Social support as a moderator of life stress. Psychosomatic medicine, 38, 300-314.
- Cohen S. C., & Mckay G. (1984), Social support, stress and the buffering hypothesis : An Empirical and Theoretical analysis. In Baum, A., Singer, J. E., & Taylor, S. E., (Eds), Handbook of psychology and health(vol.4) : Social psychological aspects of health, : Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum.
- Corbin, J., & Strauss, A. (1988). Unending work and care : Managing chronic illness at home. SanFrancisco: Jossey-Bass.
- Counte M. A., Bieliauskas L. A., and Pavlou M. (1983), Stress and Personal attitudes in chronic illness. Arch Phys Med Rehabil, 64, 272-275.
- Csef H., & Klett U. (1995), Coping with the illness by patients with chronic polyarthritis. Forms of coping and therapeutic implications. Z Rheumatol, 54 (5), 310-318.
- Dean, A., & Lin, N. (1977), Stress-buffering role of social support. Journal of Nervous and Mental disease, 165(6), 403-417.
- Downe-Wamboldt B. L., & Melanson P. M. (1995), Emotions, coping and psychological well-being in elderly people with arthritis. Western Journal of Nursing Research, 17, 250-265.
- Downe-Wamboldt B. L., & Melanson P. M. (1998), A causal model of coping and well-being in elderly people with arthritis. Journal of Advanced Nursing, 27, 1109-1116.
- Easton K. L., Rawl S. M., Zemen D., Kwiatkowski S., & Burczyk B. (1995), The effects of nursing follow-up on the coping strategies used by rehabilitation patients after discharge. Rehabilitation

- Nursing Research, 4(4), 119-127.
- Erickson, H., Tomlin, E., and Swain, M. A. (1983). Modeling and Role-Modeling : A theory and paradigm for nursing. New Jersey : Prentice-Hall.
- Gard, D., Edwards, P. W., Harris, J. & McCormack, G. (1988). Sensitizing effects of pretreatment measures on cancer chemotherapy nausea and vomiting. Journal of consulting and clinical psychology, 56, 80-84.
- Glass, D. C. (1977). Behavior patterns, Stress and Coronary disease, Hillsdale, New Jersey. : Erlbaum.
- Goodkin, K. A., Antoni, M., & Blaney, P. (1986). Stress and hopelessness in the promotion of cervical intraepithelial neoplasia to invasive squamous cell carcinoma of cervix. Journal of Psychosomatic Research, 30, 67-76.
- Gregg, E. W., Kriska, A. M., Narayan, K. M. & Knowler, W. C. (1996). Relationship of locus of control to physical activity among people with and without diabetes. Diabetes Care, 19(10), 1118-1121.
- Gruman, J. C. & Sloan, R. R. (1983). Disease as justice : Perceptions of the victims of physical illness. Basic and Applied Social Psychology, 4(1), 39-46.
- Hamburg, P. A. (1967). A perspective on coping behavior. Archives Gen. Psychiatry, 17, 277-284.
- Jalowiec, A., Power, M. J., & Murphy, S. P. (1984). Psychometric assessment of the Jalowiec coping scale. Nursing Research, 3(3), 157-161.
- Jenson, M. P., Turner, J. a. & Romano, J. M. (1991). Self-efficacy and outcome expectancies : relationship to chronic pain coping strategies and adjustment. Pain, 44, 263-269.
- Johnson J. & Sarason I. (1978). Life-stress, depression and anxiety : Internal-external control as a moderator variable. Journal of Psychosomatic Reserch, 22, 205-208.
- Keck V. E. (1989). Perceived social support, basic needs satisfaction, and coping strategies of the chronically ill. Doctoral dissertation, University of Michigan.
- Kline Leidy N. (1990). A structural model of Stress, Psychosocial resources, and Symptomatic experience in chronic physical illness. Nursing Research, 39 (4), 230-236.
- Kline Leidy N., Ozbolt, J., & Swain, M. A. (1990). Psychophysiological process of stress in chronic physical illness : A theoretical perspective. Journal of Advanced Nursing, 15, 478-486.
- Kline N. W. (1988). Psychophysiological process of stress in people with a chronic physical illness, Doctoral dissertation, University of Michigan.
- Kobasa, S. (1979). Stressful life events, personality, and health : An inquiry into hardiness. Journal of Personality and Social Psychology, 37, 1-11.
- Landau, R. (1995). Locus of control and socioeconomic status : does internal locus of control reflect real resources and

- opportunities or personal coping ability?, Soc Sci Med, 41(11), 1499-1505.
- Lazarus R. S. & Folkman S. (1984). Stress, Appraisal, & Coping. Springer, New York.
- Lefcourt, H., Martin, R., & Saleh, W. (1984). Locus of control and social support : Interactive moderators of stress. Journal of Personality and Social Psychology, 47, 378-389.
- Lefcourt, H., (1973). The function of the illusions of control and freedom. American Psychologist, 28, 417-425.
- Lin C. C. & Ward S. E. (1996). Perceived self-efficacy and outcome expectancies in coping with chronic low back pain. Research in nursing & health, 19(4), 299-310.
- Lin M. and Ensel W. M. (1989). Life stress and health : Stressors and Resources. American sociological review, 54, 382-399.
- Long B. C. & Sangster J. I. (1993). Dispositional optimism/pessimism and coping strategies : predictors of psychosocial adjustment of rheumatoid and osteoarthritis patients. Journal of Applied Social Psychology, 23, 1069-1091.
- Lubkin, I. M. (1990). Chronic illness : Impact and Intervention(2nd ed). Jones and Bartlett Pub.
- Mahat G. (1997). Perceived stressors and coping strategies among individuals with rheumatoid arthritis. Journal of Advanced Nursing, 25, 1144-1150.
- Man, S. L. & Zautra, A. J. (1990). Couples coping with chronic illness women with rheumatoid arthritis and their health husbands. Journal of Behavior Medicine, 13, 327-342.
- Maslow, A. H. (1970). Motivation and personality, New York : Harper & Row.
- Mattlin, J. A., Elaine, W., & Ronald, C. K. (1990). Situational determinants of coping and coping effectiveness. Journal of Health and Social Behavior 31, 103-122.
- McFarlane, H., Norman, G., Streiner, D., Roy, R., & Scott, D. (1980). A longitudinal study of the influence of the psychosocial environment on health status : A preliminary report. Journal of health and social behavior, 11, 124-133.
- McNett S. C. (1987). Social support, Threat, and coping responses and effectiveness in the functionally disabled. Nursing research, 36(2), 98-103.
- Menaghan E. (1982). Measuring coping effectiveness : a panel analysis of marital problems and coping efforts. Journal of health and social behavior, 23, 220-234.
- Miller, J. F. (1983). Coping with chronic illness, In J. F. Miller(Ed.), Coping with chronic illness : Overcoming powerlessness. Philadelphia : F. A. Davis.
- Newbold D. (1996). Coping with rheumatoid arthritis. How can specialist nurses influence it and promote better outcomes?, Journal of clinical Nursing, 5 (6), 373-380.
- Parker, J., McRae, C. Smarr, K., Beck, N., Frank, R., Anderson, S., & Walker, S.

- (1988). Coping strategies in rheumatoid arthritis. Journal of Rheumatology, 15, 1376-1383.
- Pearlin L. & Schooler C. (1978). The structure of coping. Journal of health and social behavior, 19, 2-21.
- Revenson, T. A. & Felton, B. J. (1989). Disability and coping as predictors of psychological adjustment to rheumatoid arthritis. Journal of consulting and clinical psychology, 57, 344-348.
- Rotter J. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. Psychological Monographs, 80(1), 1-28.
- Roy, S. C. & Roberts, S. L. (1981). Theory construction in nursing : An adaptational model. Prentice-Hall Inc, Englewood Cliffs.
- Scharloo M., Kaptein A. A., Weinman J., Hazes J. M., Willems L. N., Bergman W. & Rooijmans H. G. (1998). Illness perceptions, coping and functioning in patients with rheumatoid arthritis chronic obstructive pulmonary disease and psoriasis. Journal Psychosom Research, 44(5), 573-585.
- Schmale, A. H. & Iker, H. P. (1971). Hopelessness as a predictor of cervical cancer. Social Science and Medicine, 5, 95-100.
- Simmons, R., Klein, S., & Simmons, R. (1977). The gift of life, New York: Wiley-Interscience.
- Smith C. & Wallston K. (1992). Adaptation in patients with chronic rheumatoid arthritis : application of a general model. Health Psychology, 11(3), 151-162.
- Stein, K. F.(1989). Modeling and Role Modeling : The Erickson, Tomlin, and Swain Model, Fitzpatrick, J. J. & Whall, A. L.(2Ed), Conceptual Models of Nursing : Analysis and Application (331-346).Appleton & Lange.
- Strauss, A., Glaser, B., Fagerhaugh, S., Suczek, B., Weiner, C., Corbin, J., & Maines, D. (1984). Chronic illness and the quality of life. St. Louis, Mo : Mosby.
- Tan S. (1982). Cognitive and cognitive-behavioral methods for pain control : a selective review. Pain, 12, 201-228.
- Thoits P. A. (1995). Stress, coping and social support processes : Where are we? What next?, Journal of health and social behavior, (Extra Issue), 53-79.
- Verbrugge, L. M. (1995). Women, men and osteoarthritis. Arthritis Care Research, 8, 212-220.
- Wallston, K. A. Wallston, B. S., & DeVellis, R. (1978). Development of the Multidimensional Health Locus of Control(MHLC) scales, Health Education Monographs, 6, 160-170.
- Weickgenant A. L., Slater M. A., Patterson T. L., Atkinson J. H., Grant I. and Garfin S. R. (1993). Coping activities in chronic low back pain : relationship with depression. Pain, 53, 95-103.
- Weiss, R. S. (1973). Loneliness : The experience of emotional and social isolation, Cambridge, MA: MIT Press.
- Wheaton, B. (1982). A comparison of the

moderating effects of personal coping resources on the impact of exposure to stress in two groups. Journal of community Psychology, 10, 293-311.

White N. E., Richter J. M. and Fry C. (1992). Coping, Social support, and Adaptation to chronic illness. Western

journal of nursing research, 14(2), 211-224.

Williams D. A., & Keefe F. J. (1991). Pain belief and the use of cognitive-behavioral coping strategies. Pain, 46, 185-190.