

암환자가 지각하는 원인지각과 자기효능에 관한 연구

류 은 정* · 윤 은 자**

I. 서 론

1. 연구의 필요성

암이 발병하면 사람들은 이를 곧 죽음으로 생각하고 공포에 사로잡히는 경우가 많으며, 여러 가지 가족·사회·경제적 문제로 힘들어하고 심리적 타격으로 인해 올바른 해결방향을 찾기보다는 비관적인 관점에서 자포자기하거나 병의 심각함을 부정하며 적절한 치료를 거부하고 긴장을 줄이기 위해 음주·흡연 및 물질남용을 하는 등의 행동을 하고 치료시기를 놓치는 경우가 허다하다. 그러나 여러 가지 당면 문제를 속에서도 암에 심리적으로 잘 적응하는 사람들은 낙관적인 인생관을 가지고 자신의 건강을 책임감 있게 돌보면서 질병에 잘 적응한다. 이렇듯 똑같은 상황에서도 스트레스를 지각하고 대처하는 방식이 각자 다르다.

많은 연구들에서 진단이 같고 질병정도가 비슷한 대상자라도 신체적 상태, 다른 사람들과의 관계, 또는 자신의 역할에 영향받는 정도가 다양하여 생활양식의 변화나 정신적 고통의 정도가 다르게 보고되고 있다(Ell & Haywood, 1984; Felton, Revenson & Hinrichsen, 1984; Fontana, Kerns, Rosenberg & Colonese, 1989; Lorish, Abraham, Austin, Bradley, & Alarcon, 1991). 이러한 차이는 객관적인 스트레스 양

보다는 인간의 스트레스 지각정도가 더욱 중요함을 알 수 있다. 이것은 인간의 인지능력이며 이는 환경을 지배할 수 있는 능력을 제공해준다(Averill, 1973; Burger, 1989; Thompson, 1981).

이러한 인지능력으로 원인지각(causal attribution)과 자기효능을 포함시킬 수 있는데, 원인지각은 자기 자신이나 다른 사람들이 왜 그와 같은 행동을 하는지에 관한 또는 왜 그와 같은 사건이 일어나는지에 관한 설명이나 추론을 말한다(Weary, Edwards & Riley, 1994). 그리고 자기효능은 인지작용을 통해 인간의 행동과 동기를 매개하는 개념이며 개인이 어떤 결과를 산출하기 위해 요구되는 행동을 성공적으로 수행할 수 있다는 신념(Bandura, 1977, 1981, 1986)이다. 이는 주어진 상황을 처리하기 위해 개인이 갖는 인지적 자원, 동기 혹은 다양한 행동과정들을 동원할 수 있다는 자신의 능력에 대한 판단 및 신념을 말하며 사람의 동기, 사고유형, 그리고 행동을 매개하는 중재변인이다. 원인지각이 현재 발생한 행동에 대한 평가라면 자기효능은 미래의 수행능력과 관련된 개념이다.

원인지각은 부정적 사건에 대한 개인의 반응 특히 회복에 중요한 역할을 하기 때문에(Kim, 1998) 후속 행동을 좀 더 긍정적인 방향으로 이루어지도록 원인지각과 자기효능과 같은 인지 반응을 변화시키는 노력이 필요하다. 그러나 최근까지 암환자를 대상으로 한 원인지각 연

* 조교수, 전국대학교 의과대학 간호학과, 주저자

** 부교수, 전국대학교 의과대학 간호학과

투고일 2000년 9월 25일 심사일 2000년 11월 7일 심사완료일 2001년 4월 3일

구는 질적연구를 통한 원인지각의 내용(Kim, 1993)과 건강상태를 성공여부로 원인지각의 세 차원별 분석연구(Lowery & Jacobsen, 1985) 및 대처효과성에 영향을 미치는 변수를 연구한 논문(Ryu, 1999) 등으로 원인지각과 미래의 수행능력과 관련된 자기효능 연구는 거의 수행되지 않았다.

따라서 본 연구에서는 암이라는 질병상황에서 암환자들의 원인지각과 자기효능 두 인지변수들이 실제로 서로 유의한 관계가 있는지를 확인함으로써 암환자들의 적응행위에 미치게 될 영향 연구와 미래지향적인 행동변화를 위한 인지적 중재전략 연구에 중요한 기초자료를 제시하고자 한다.

2. 연구의 목적

본 연구는 암환자의 암진단 자체를 스트레스로 보고 암에 대한 원인지각과 자기효능이 서로 미치는 영향을 확인함으로써 인지변수인 원인지각과 자기효능의 변화와 추후 이들의 적응 행위에 미치게 될 영향 연구의 기초자료가 될 것이다. 이에 따른 본 연구의 구체적인 목적은 다음과 같다.

1. 암환자의 일반적 특성별 원인지각의 차이를 확인한다.
2. 암환자가 지각하는 원인지각의 세 차원과 자기효능 정도를 확인한다.
3. 암환자가 지각하는 원인지각의 세 차원과 자기효능과의 상관관계를 확인한다.

3. 용어의 정의

1) 원인지각(causal attribution)

자기 자신이나 다른 사람들이 왜 그와 같은 행동을 하는지 또는 왜 그와 같은 사건이 일어나는지에 관한 설명이나 추론이다(Weary, Edwards & Riley, 1994). 본 연구에서는 원인지각 측정을 위하여 암환자의 원인지각에 대한 기존의 문헌고찰(Kim, 1993)과 의료진들이 생각하는 암의 원인을 개별 면담을 통해 확인한 후 '가장 중요하다고 생각되는 암의 원인'과 이에 대한 지각을 묻기 위해 원인지각의 개념을 인과의 소재, 안정성, 통제성으로 나눈 McAuley, Duncan 및 Russell (1989)의 CDS-II를 바탕으로 8가지 항목의 척도를 구성하였다.

- (1) 인과의 소재: 원인이 행위자의 내부에 존재하느냐 혹은 외부에 존재하느냐에 관한 차원으로

내·외적 원인으로 나뉜다.

- (2) 안정성: 원인이 비교적 변함이 없는 안정된 것이냐 혹은 수시로 변하는 불안정한 것이냐에 관한 차원이다.
- (3) 통제성: 원인이 행위자 혹은 타인에 의해서 통제가능한 것이냐 불가능한 것이냐에 관한 차원으로 내·외적 통제로 나뉜다.

2) 자기효능(self-efficacy)

개인이 어떤 결과를 산출하기 위해 요구되는 행동을 성공적으로 수행할 수 있다는 신념(Bandura, 1977, 1981)으로써 주어진 상황을 처리하기 위해 개인이 갖는 인지적 자원이나 동기 혹은 다양한 행동과정들을 동원할 수 있다는 자신의 능력에 대한 판단 및 신념을 말한다.

본 연구에서는 암환자의 자기효능은 선행연구와 문헌을 기초로 하여 Oh(1994)가 작성한 도구로 측정함 점수이다. 점수가 높을수록 자기효능이 높다는 것을 의미한다.

4. 연구의 제한점

성인 암환자를 표본으로 선정할 때 치료상태, 질병단계 혹은 진단의 측면(예, 국소적 병소, 전이, 재발여부 등)에서 이질적이기 때문에 결과를 적용할 수 있는 범위에 한계가 있다.

II. 문헌 고찰

1. 원인지각

어떠한 행동이나 사건의 원인과 결과에 대하여 이해하고자 하고 더 나아가 그러한 현상 속에서 어떠한 법칙성을 끌어내어 앞으로 일어날 수 있는 행동이나 상황에 대하여 보다 잘 예측하고자 하는 것은 인간의 기본동기라 할 수 있다(Lee, 1987). 이렇게 사람들이 어떠한 행동을 하는 것을 보고, 혹은 자신이 처해 있는 상황에 있어서 그 행동이나 상황의 진실한 원인이 어디에 있는지를 추론하는 과정을 귀인(attribution)이라고 하며, 이것은 원인지각, 탓, 원인귀속과 같은 의미로 사용된다(Lee et al., 1987). 원인지각은 사회지각, 자기지각 및 심리학적 인식론의 질문을 평가하는 한 방법으로(Frieze & Bar-Tal, 1979; Kelly, 1973), Kelly

(1973)는 사람들이 “왜”라고 시작하는 질문에 어떻게 대답하는지를 설명하는 것으로 원인지각 이론을 기술하였다.

사람들은 원인의 규명을 통하여 사건을 이해하고 미래를 예측하여 이에 대한 대비책을 세우기 때문에 (Kelley, 1971), 규명된 사건의 원인은 우리가 앞으로 어떤 행동을 어떻게 할 것인가를 결정하는 중요한 요인이 된다. 그러나 같은 사건일지라도 그것을 일으킨 원인이 무엇이냐에 대한 생각은 사람마다 다를 수 있기 때문에 앞으로의 행동은 객관적인 원인보다는 자기 나름대로 판단한 원인 즉 지각된 원인(perceived cause)에 의하여 좌우된다. 그러므로 같은 일에 대한 대비책이 사람마다 다를 수 있다. 따라서 원인지각 이론가들은 무엇이 개인으로 하여금 각각 다른 원인지각을 하게 하는가? 개인은 어떤 유형의 원인지각을 하는가? 그리고 원인지각은 정신적 사회적 삶에 어떠한 결과를 초래하는가를 탐구한다.

원인지각에 대한 많은 이론들 중에서 Weiner의 성취-정서 귀인 이론은 성취상황에서 개인의 동기와 경험하는 정서가 대부분 귀인에 의하여 결정되고 있음을 인식하고 원인지각 연구를 성공과 실패에 대한 전형적인 원인지각 반응에서부터 원인지각과 정서의 관계에 대한 탐구에 이르기까지 그 폭을 확장시켰다. 따라서 이 이론을 동기·정서 귀인이론(attributional theory of motivation and emotion)이라고 한다(Weiner, 1985). Weiner(1979)는 기본적으로 성취상황에서 성공과 실패에 대한 가장 두드러진 원인으로 능력, 노력, 파제의 난이도, 그리고 운이라는 Heider(1944)의 분석을 받아들였다. 그러나 그는 특정한 결과를 설명할 수 있는 원인은 이들 외에도 무수하게 많기 때문에 네 가지 원인요소가 원인 모두를 포괄하지는 못한다는 것을 지적하고 있다. 이에 Weiner는 여러 원인지각 연구자들이 논의해 왔던 원인의 분류체계를 그 동안 이루어진 이론적, 경험적 연구들을 바탕으로 성취상황에 맞는 체계로 발전시켰다. 그는 원인요소들을 그 속성의 공통성에 따라 세 차원으로 분류하였다. 이들 세 차원은 원인이 행위자의 내부에 존재하느냐 혹은 외부에 존재하느냐에 관한 인과의 소재 또는 내재성(locus of causality or internality) 차원, 원인이 비교적 변함이 없는 안정된 것이냐 혹은 수시로 변하는 불안정한 것이냐에 관한 안정성(stability) 차원, 원인이 행위자 혹은 타인에 의해서 통제가능한 것이냐 불가능한 것이냐에 관한 통제성(controllability) 차원이다.

원인지각에 관한 최근의 연구경향도 원인지각 유형의 차원적 접근방법에 중점을 둔다(Bulman & Wortman, 1977; Elder, 1973; Lowery & Jacobsen, 1985; Mumma & McCorkle, 1983; Peterson, Bettes & Seligman, 1985). 한 개인에게 운은 외적이고 불안정한 것으로 해석될 수 있으나 다른 사람에게는 내적이고 안정된 속성으로 해석될 수도 있다. 즉, 암이라는 진단 자체를 불운으로 지각하지만 운이라는 것 자체를 우연하게 찾아오는 것이라고 해석하는 사람이 있기도 하고 자신은 항상 불운한 사람으로 앞으로도 계속 불운할 것으로 해석하는 사람도 있다. 이처럼 원인지각의 차원은 사람마다 상황에 따라 다를 수 있다. 그러나 원인의 속성에 따른 해석은 사람이나 상황에 따라 다름에도 불구하고 개인에게 일정한 심리적 의미를 부여한다(Weiner, 1985). 그리고 대상자의 독특한 현상학을 획득할 수 있고(Weiner, 1983), 생산적이고 중요한 통찰력을 계속 해서 산출할 수 있으며, 원인지각 측정방법의 용이성과 분석의 이해를 높일 수 있다는 장점이 있다.

2. 원인지각과 자기효능과의 관계

인간의 행동을 설명하고 예언하는데 중요한 동인(動因)으로서 사회인지이론에서 관심이 고조되고 있는 개념이 자기효능이다. 이는 개인이 어떤 결과를 산출하기 위해 요구되는 행동을 성공적으로 수행할 수 있다는 신념(Bandura, 1977, 1981, 1986)으로써 주어진 상황을 처리하기 위해 개인이 갖는 인지적 자원이나 동기 혹은 다양한 행동과정들을 동원할 수 있다는 자신의 능력에 대한 판단 및 신념을 말한다.

자기효능 개념이 건강행위와 관련된 국내 문헌에 제시되기 시작한 것은 1992년으로써 연구들에서 이 개념은 대상자의 건강행위변화와 치료이행에 유의한 예측인자로 보고되고 있다. Gu(1992)의 당뇨병 환자를 대상으로 한 경로분석 결과를 보면, 자기효능이 자기 간호에 가장 큰 영향을 주었으며, 자기 효능은 지각된 장애성과 상황적 장애성에 의해 부정적 영향을 받았고, 가족지지와 자기 조절에 의해 긍정적 영향을 받은 것으로 나타났다. Oh(1994)는 위암환자의 건강증진행위에 대한 유의한 직접적인 영향요인으로써 자기효능을 제시하고 있으며 특히 건강증진행위에 영향을 미친다고 보고된 자기효능, 자아존중감, 지각된 장애성 중에서 가장 중요한 영향요인으로 확인되었다. 그리고 Strecher, Devellis, Becker 및 Rosenstock(1986)은 효능기대와 건강행위

와의 관계를 조사한 21개 연구를 고찰한 후 효능기대, 금연, 체중조절, 피임, 금주, 운동행위를 성공적으로 수행하는데 중요한 요인임을 확인하였다.

따라서 자기효능은 미래의 수행능력과 관련된 개념으로 정의할 수 있으므로 현재 발생한 행동에 대한 평가로써 원인지각을 정의할 때 두 변수간의 관계가 아주 중요함을 알 수 있다. 선행연구들에서 원인지각과 자기효능과의 관계는 높은 수준의 자기효능을 가진 사람들은 실패경험과 같은 부정적 사건에 대해 내적 혹은 안정적 원인지각을 잘 하지 않는 것으로 나타나고 있다(Alden, 1986; Bandura, 1986; McAuley, Duncan & McElroy, 1989).

교사들의 스트레스성 사건에 대한 원인지각에 따른 소진정도를 조사한 연구에서는 인과의 소재가 자기효능과 유의한 양의 관계가 있는 것으로 밝혀졌으며 정서를 매개변수로 한 경로에서 유의한 간접적 관계가 있는 것으로 나타났다(Chwalisz, Altmaier & Russell, 1992).

원인지각은 부정적 사건에 대한 개인의 반응 특히 회복에 중요한 역할을 하기 때문에(Kim, 1998) 후속 행동을 좀 더 긍정적인 방향으로 이루어지도록 원인지각과 자기효능과 같은 인지 반응을 변화시키는 노력이 필요하다. 자기효능 증진프로그램을 통해 금연, 체중조절, 피임, 금주, 운동 행위 등을 성공적으로 수행할 수 있었던 것(Strecher et al., 1986)과 같이 원인지각 역시 재훈련 프로그램을 통해 부정적 사건에 대해 부정적 원인지각을 피함으로써 긍정적인 정서 상태를 조성할 수 있다. Weiner(1986)는 원인지각 재훈련 프로그램을 통해 긍정적 정서 상태를 조성하고 유지하기 위해 자신감을 훼손시키지 말아야 한다고 제안하고 있다. 그러므로 구체적 상황에서의 자신감인 자기효능과 원인지각과의 관계는 매우 중요하다. 그러나 질병상황에서 원인지각과 자기효능과의 관계 연구가 이루어지지 않아 보다 더 많은 연구들의 시행을 통해 그 결과를 검증해 볼 필요가 있다.

IV. 연구 방법

1. 연구설계

본 연구는 암환자가 지각하는 원인지각과 자기효능의 관계를 확인하는 서술적 상관연구이다. 자료수집은 서울 소재 6개 종합병원에서 연구자와 연구보조원 1명이 함

께 자료수집을 하였다. 설문 도중 대상자들이 어려움을 나타내면 즉시 연구자와 연구보조원이 설명을 하였고, 원인지각 측정도구의 경우 어려움이 많아 정확한 자료수집을 위해 대상자의 이해를 돕기 위해 수집하기 전에 설명을 미리 해주었다. 질문지 완성 소요시간은 일인당 대략 20~30분이었다.

2. 연구대상

본 연구의 대상자는 전문의로부터 암진단을 받은 환자로서 본인 스스로가 진단명을 정확히 알고 있으면서 약물요법이나 방사선 치료를 적어도 한 번 이상 받은 사람들로, 의식이 명료하고 연구목적에 이해하고 참여할 것을 동의한 사람들로 하되, 이상의 대상자 중 치료단계에서 극도로 쇠약하거나 전이로 인한 합병증이 심각한 증환자는 제외하였다. 따라서 이 기준을 근거로 대상자는 서울 소재 6개의 종합병원에서 편의추출하였다. 총 208명으로부터 자료를 수집하였으나 부적합한 자료를 제외한 194명의 자료로 최종 분석하였다.

3. 연구도구

1) 원인지각(causal attribution)

원인지각에 해당하는 세차원인 인과의 소재, 안정성, 통제성은 the Causal Dimension Scale(MaAuley, Duncan & Russell, 1989)을 바탕으로 하여 인과의 소재를 다시 내적 인과소재와 외적 인과소재로 각 1항목씩, 안정성 2항목, 그리고 통제성 역시 내적 통제와 외적 통제 각 2항목씩 총 8항목으로 수정보완하여 측정하였다. 각 원인차원별로 높은 점수는 내·외적 인과의 소재, 안정적 및 통제가능한 원인을 나타낸다. 일부 연구들에서 the Causal Dimension Scale의 신뢰도와 타당도가 지지되었으며(Abraham, 1985; Mark, Mutrie, Brooks & Harris, 1984; Russell, MaAuley & Tarico, 1987; Kim, 1996), 본 연구에서는 인과의 소재 $\alpha=0.67$, 안정성 $\alpha=0.81$, 통제성 $\alpha=0.68$ 이었다.

2) 자기효능(self-efficacy)

암환자의 구체적 자기효능과 일반적 자기효능을 모두 포함하여 측정하였다. 구체적 자기효능은 오복자(1994)가 위암환자를 대상으로 사용한 9개 문항의 도구를 사용하였다. 문항자체가 특정 암환자를 대상으로 구분되어

있지 않았기 때문에 간호학 교수와 상의를 통해 수정하지 않고 그대로 사용하였다. 일반적 자기효능은 Shere와 Maddux(1982)가 일반적 상황에서 자기효능을 측정하고자 개발한 도구를 Oh(1994)가 번역하여 사용한 도구를 간호학 교수와 상의하여 그대로 사용하였다. 따라서 본 연구에서 사용한 자기효능 도구의 문항은 총 19개로 점수가 높을수록 자기효능이 높음을 의미한다. 본 연구에서 자기효능 도구의 신뢰도는 $r=0.92$ 이었다.

4. 자료분석

SPSS WIN 9.0 프로그램을 이용하여 대상자의 특성 및 연구변수에 대한 서술적인 특성을 분석하고, 대상자의 특성별 원인지각의 차이는 t-test와 ANOVA 검증으로 분석하였으며 각 변수들의 상관관계는 Pearson's

correlation 분석을 사용하였다.

V. 연구 결과

1. 대상자의 특성

대상자의 연령은 46세 이상이 49.5%로 가장 많고 25세 이하가 4.6%로 작았다. 성별은 남자가 96명과 98명으로 거의 동일하게 선정되었으며 결혼상태는 기혼이 83.0%로 가장 많았는데, 암진단후 직장을 그만둔 상태인 대상자가 많았으며 여성의 경우 학생의 경우를 제외하고는 거의가 주부였다. 교육정도는 고졸이 41.2%, 대졸 이상이 33.0%로 많았으며, 종교는 기독교와 불교가 34.0%와 30.9%로 많았다. 본인의 월수입은 대상자가 주로 암진단후 직장을 그만둔 사례가 많

<Table 1> Demographic Characteristics (n=194)

Variables	Item	Frequency	Percentile
Age	> 25	9	4.6
	26 - 45	89	45.9
	< 46	96	49.5
Gender	male	96	49.5
	female	98	50.5
Marital status	not married	26	13.4
	married	161	83.0
	others	7	3.6
Education	< 7 years	25	12.9
	< 10 years	25	12.9
	< 13 years	80	41.2
	< 17 years	64	33.0
Religion	protestant	66	34.0
	catholic	27	13.9
	buddism	60	30.9
Income of subjects (won/month)	others	41	21.1
	none	101	52.1
	< 1,000,000	29	14.9
	1,010,000 - 2,000,000	41	21.3
Income of spouse (won/month)	> 2,010,000	23	11.9
	none	98	50.5
	< 1,000,000	31	16.0
Duration of illness (year)	1,010,000 - 2,000,000	39	20.1
	> 2,010,000	26	13.4
Frequency of chemotherapy		13.16±20.0*	
		5.86±9.8*	
Frequency of radiation therapy		6.06±10.54*	

* mean ± standard deviation

아 월수입이 없는 경우가 52.1%이었으며, 배우자의 월수입도 없는 경우가 50.5%이었다. 진단을 받은 후의 질병기간이 평균 13.16(±20.0)개월이었으며, 진단 후 약물요법을 받은 회수는 평균 (5.86±9.8)번, 방사선 치료를 받은 회수는 6.06(±10.54)번이었으나 개인적으로 편차가 컸다<Table 1>.

2. 대상자의 특성별 원인지각의 차이

대상자의 특성에 따른 원인지각의 각 차원별 차이를 t-test와 ANOVA 검정 및 사후 다중비교 검정으로 LSD 검정을 시행한 결과는 <Table 2>와 같다. 대상자의 특성중 성별에 따라 내적원인(t=-2.85, p=.005),

<Table 2> Differences between causal attribution and characteristics (n=194)

Variable	Item	frequency	Internal locus	External locus	Stability	Internal controllability	External controllability
Gender	male	96	2.17±1.36	2.72±1.50	2.80±1.15	3.23±1.26	3.21±1.44
	female	98	2.77±1.55	2.73±1.56	3.46±1.26	3.46±1.26	3.34±1.45
	t		-2.85	-.02	-.69	-1.24	-.62
	p		.005	.98	.49	.21	.53
Age	> 25	9	1.56±.73	2.56±1.67	2.89±1.27	2.89±1.17	3.78±1.64
	26 - 45	89	2.66±1.57	2.62±1.53	2.72±1.25	3.36±1.16	3.40±1.42
	< 46	96	2.37±1.42	2.84±1.51	2.98±1.18	3.37±1.36	3.11±1.44
	F		.21	.56	1.06	.62	1.50
Marital status	not married	26	2.19±1.27	2.92±1.74	2.65±1.32	3.19±1.27	3.81±1.20
	married	161	2.53±1.52	2.73±1.21	2.91±1.21	3.38±1.23	3.20±1.47
	others	7	2.20±1.64	2.20±1.64	2.80±.45	2.80±2.05	3.20±1.30
	F		.74	.77	1.17	.66	1.51
Education	< 7 years	25	2.20±1.29	2.88±1.59	2.84±1.18	3.56±1.29	3.28±1.21
	< 10 years	25	2.64±1.68	2.52±1.43	3.04±1.49	3.60±1.47	2.68±1.44
	< 13 years	80	2.48±1.60	2.55±1.63	2.89±1.25	3.36±1.22	3.41±1.60
	< 17 years	64	2.50±1.33	2.97±1.39	2.75±1.08	3.14±1.19	3.34±1.30
Religion	F		.39	1.14	.37	1.16	1.72
	p		.76	.34	.78	.33	.16
	protestant	66	2.33±1.46	2.83±1.62	2.98±1.22	3.27±1.23	3.35±1.44
	catholic	27	2.77±1.61	2.73±1.48	2.69±1.16	3.12±1.24	2.96±1.40
Income of subjects (won/mon)	buddism	60	2.37±1.39	2.78±1.58	2.78±1.25	3.42±1.28	3.42±1.48
	others	41	2.68±1.57	2.51±1.36	2.90±1.20	3.51±1.31	3.22±1.42
	F		.93	.62	.95	.51	1.13
	p		.45	.65	.44	.73	.34
Income of spouse (won/mon)	none	101	2.51±1.61	2.84±1.60	2.91±1.25	3.48±1.29*	3.38±1.45
	< 1,000,000	29	2.62±1.50	2.34±1.32	2.90±1.26	3.59±1.32	3.66±1.32
	1,010,000 - 2,000,000	41	2.49±1.34	2.56±1.48	2.76±1.18	3.24±1.14	2.95±1.48
	> 2,010,000	23	2.00±1.00	3.23±1.54	2.69±1.49	2.77±1.01*	2.62±1.45
Income of spouse (won/mon)	F		.58	1.08	.19	2.48	1.87
	p		.68	.37	.94	.04	.12
	none	98	2.14±1.34*	2.69±1.52*	2.88±1.15	3.12±1.27*	3.29±1.43
	< 1,000,000	31	2.45±1.48	2.81±1.56‡	2.68±1.22	3.97±1.25*‡	3.06±1.48
	1,010,000 - 2,000,000	39	2.95±1.59	2.59±1.58	2.79±1.25	3.41±1.19	3.28±1.57
	> 2,010,000	26	2.82±1.55*	3.65±1.32*‡	2.94±1.09	3.12±1.17‡	3.53±1.12
	F		3.38	2.85	.56	3.24	.32
	p		.01	.02	.69	.01	.86

*, ‡ : Output after LSD test(p<.05)

<Table 3> Correlations between causal attribution and self efficacy (n=194)

Causal attribution		mean±s.d.	mode	self efficacy	
				r	p
Locus of causality	Total	2.69±1.08	3	-.013	.863
	internal	2.47±1.48	1	-.065	.375
	external	2.73±1.52	5	-.011	.908
Stability	Total	2.86±1.22	2	-.016	.827
Controllability	Total	2.90±1.03	3	.166	0.02
	internal	3.35±1.26	3	-.047	.054
	external	3.28±1.44	5	-.189	.008
Self efficacy		71.03±14.39		1.000	

본인수입에 따라 내적통제(F=2.48, p=.04), 배우자 수입에 따라 내적 원인소재(F=3.38, p=.01), 외적 원인소재(F=2.85, p=.02), 및 내적 통제(F=3.24, p=.01)이 통계적으로 유의한 차이가 있었다. 그리고 사후검정 시행결과 본인 월수입은 내적 통제에서 없음과 201만원 이상 군이 차이가 있었으며, 배우자 월수입은 내적 원인소재에서 없음과 201만원 이상 군이, 외적 인 파소재에서는 없음과 201만원, 100만원 이하와 201만원 이상 군이, 그리고 내적 통제에서 없음과 100만원 이하군과 100만원 이하에서 201만원 이상에서 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다<Table 2>.

3. 원인지각과 자기효능과 상관관계

대상자들의 원인지각 각 차원별 자기효능 점수와 상관관계는 <Table 3>과 같다. 본 연구의 대상자들은 원인지각의 각 차원을 중에서 인파의 소재의 최빈값은 3(평균 2.69)으로 보통이다, 안정성의 최빈값은 2(평균 2.86)로 그렇지 않다, 통제성의 최빈값은 3(평균 2.90)으로 보통이다를 나타냈다.

자기효능 점수는 71.03으로 높은 편이었다. 원인지각의 각 차원들과 자기효능과의 상관관계는 통제성이 유의한 양의 상관관계(r=.166, p=.002)가 있었고 특히 외적 통제가 자기효능과 음의 유의한 상관관계(r=-.189, p=.008)를 나타냈다. 다른 차원들과는 유의한 관계를 보이지 않았다.

VI. 논 의

본 연구는 암이라는 질병상황에서 원인지각과 자기효능의 두 인지변수들이 실제로 서로 유의한 관계가 있는지를 확인함으로써 암환자들의 적응 행위에 미치는 영향 연구와 미래지향적인 행동변화를 위한 인지적 중재

전략 연구에 중요한 기초자료를 제시하고자 한다.

본 연구 대상자는 26-45세의 연령이 45.9%이고 46세 이상이 49.5%로 95% 이상이 직장을 가질 수 있는 연령이다. 그러나 본인 월수입과 배우자 월수입이 없는 경우가 각각 52.1%와 50.5%로 암환자와 그 가족들의 경제상태가 매우 낮음을 알 수 있었다.

연구대상자의 특성별 원인지각은 성별과 경제상태가 차이가 있는 것으로 나타났다. 특히 성별은 내적 원인소재와 유의한 차이가 있었는데 이는 스포츠 경기의 승패에 남녀의 원인지각이 차이가 있다는 연구결과(Kim, S., Chung, 1997)와 류마티스 관절염 환자의 원인지각에서 성별의 차이가 뚜렷한 차이가 있었던 연구결과(Eun, 1996)와 일치한다.

질병의 원인지각 과정은 삶의 과정 중에 질병에 대한 대응으로 혹은 질병과 함께 삶의 과정(Eun, 1994)으로써 자신의 설명체계 내로 질병경험을 통합하는 정상화의 과정으로 볼 수 있다(Eun, 1996). 반면에 남성과 여성의 사회적인 역할의 차이는 여성환자들의 경우에 환자 역할로의 이행이 남성에 비해서 느리게 진행되고 환자 역할로 인한 역할 면제가 이루어지기보다는 오히려 사회적인 일탈자로 낙인이 찍히게 되어 결국 환자 역할을 통한 이차적인 획득(휴식, 경제적인 이익 등)보다는 병으로 인한 일차적인 상실이 더 큰 경험이 된다(Conner, 1985).

질병의 원인 지각에서 대상자들의 경제적인 상태가 중요한 영향을 미치는 것으로 나타났는데 본인의 월수입보다는 특히 배우자의 월수입과 차이가 있는 것으로 나타났다. 이는 질병의 원인지각에 계층간 차이가 분명히 존재한다는 Elder(1973)의 연구와 일치하며 류마티스 관절염 환자에게서도 경제적 상태가 중요하게 영향을 미친다는 Eun(1996)의 결과와도 일치한다.

이러한 성별 경제상태별 원인지각의 차이는 사회적 스트레스의 측면으로 이해할 수 있다고 할 수도 있는데

사회적 스트레스 상황에서는 자동적인 활동으로 신체적 감각을 고도화시키고 자신들이 경험하고 있는 바가 무엇인가를 설명하고자 하는 요구를 강하게 하므로 (Mechanic, 1972), 여성과 낮은 경제적 계층에서 암에 대해 민감하게 지각하리라고 생각할 수 있다.

본 연구에서 암환자들은 인과의 소재 차원에서 자신보다는 외적인 것에서 원인지각을 더 많이 하는 것으로 나타났으며 통제성의 차원이 내·외적 모두 점수가 높으면서 세 가지 차원에서 가장 점수가 높았다. 일반적으로 암환자들은 암의 원인에 대한 인과적 설명을 발견하려고 하고, 암에 대한 책임을 그들 자신이나 외적인 것에 돌리려고 한다. 유방암, 폐암, 결장직장암 환자를 대상으로 질병의 의미를 풀었을 때 전형적인 반응은 암의 원인과 관련된 것으로 유전, 신의 의지, 유전, 성격, 과거행위, 운명, 삶의 양식, 별, 개인적·정서적 요인들로 나타났으며, 특히 유방암의 경우는 식사, 스트레스, 암 소인, 유방 구타, 폐암의 경우는 흡연, 잘 모름, 석면, 공기오염, 유독가스로 나타났다(Taylor, 1993). 그러나 우리 나라 암환자들의 암의 원인에 대한 지각은 전통문화 및 신앙과 관련된 원인지각, 절대자에 대한 원인지각, 자신과 타인 등에 대한 원인지각, 유전적·퇴행적 원인지각, “원망과 탓이 없다, 자신과의 싸움이다”라는 진술로써 누구에게도 탓하지 않으면서 자신의 병을 이기려는 의지 등 다섯 가지 유형으로 나타나(Kim, 1993) Weiner(1985)의 이론에서 제시된 원인의 인과적 소재 차원과는 다소 상이한 점을 보여주고 있다. 이는 대상자들의 민족문화적 배경이 암환자의 인과적 설명에 중요한 영향을 미치고 있음을 보여주고 있다.

원인지각의 각 차원과 자기효능과의 관계는 통제성 차원이 유의한 양의 상관관계를 보였으며 통제성 중에서도 외적 통제는 자기효능과 유의한 음의 상관관계가 있는 것으로 나타났다. 이것은 암의 원인이 외적 통제가 가능하다고 인지할수록 자기효능 점수가 낮은 것을 의미한다. 이는 자기효능감이 높은 사람이 경기에서 승리했을 때 내적으로 통제 가능한 요인에 원인지각하는 경향을 보이고 있다고 한 연구결과(Kim, 1996; Alden, 1986; McAuley, Duncan & McElroy, 1988)나 자기효능이 높은 사람은 실패를 통제가능한 불충분한 노력으로 원인지각을 하고, 자기효능이 낮은 사람은 실패를 통제불가능한 외적요인이나 능력부족으로 지각한다고 한 연구(Lee & Bobko, 1994)의 연구들과 비교했을 때 일부 일치한다. 이들 연구결과는 승패와 관련된 경기상황이었기 때문에 암환자의 경우와 전부 일치한다고는 볼

수 없을 것이다. 그러나 질병상황과 관련된 연구들에도 원인지각과 자기 효능은 상호영향을 미칠 수 있다고 주장한다(Covington & Olemich, 1984). 특히 인과의 소재 차원이 자기효능과 양의 관계를 나타냈는데 (Chwalisz et al., 1992) 그들의 연구에서는 통제성이 자기효능과 음의 관계가 나타나 본 연구결과와는 일치하지 않았다.

이상에서 본 연구는 암환자의 원인지각과 자기효능과의 관계를 살펴보았는데, 기존의 원인지각 이론은 승패와 관련된 이분화된 상황에서 연구가 이루어진 반면, 본 연구에서는 암이라는 질병상황을 적용하였기 때문에 그러한 이분법으로 명확해지지 않을 뿐만 아니라, 암환자가 어떤 용어로 스트레스 사건을 설명하는지 알 수도 없다. 또한 Weiner의 성취상황에 따른 인과의 소재 차원을 암환자에게 적용하면, 암의 원인을 ‘유전’으로 지각할 때는 내적으로 원인지각을 한 것으로 판단되며, 반대의 해석을 할 수도 있다. 따라서 본 연구에서는 원인요소와 원인지각 차원과의 관계를 검증하지는 않았다. 그리고 같은 원인이라 할지라도 대상자가 그 원인을 각 차원별 해석하는 것과 연구자가 해석하는 것이 다를 수 있기 때문에 본 연구의 결과를 일반화하기에는 무리가 있다.

원인지각이 다양한 상황에 걸쳐 결과에 영향을 주는 개인의 능력에 대한 비교적 안정된 신념이라면, 자기효능은 특정상황에서 특정행동을 수행하기 위한 개인의 능력에 대한 신념으로 정의할 수 있다(Wallston, Wallston, Smith & Dobbson, 1987). 그리고 원인지각은 부정적 사건에 대한 개인의 반응 특히 회복에 중요한 역할을 하기 때문에(Kim, 1998) 후속 행동을 좀 더 긍정적인 방향으로 이루어지도록 원인지각과 자기효능과 같은 인지 반응을 변화시키는 노력이 필요하다.

자기효능 증진프로그램을 통해 금연, 체중조절, 피임, 금주, 운동 행위 등을 성공적으로 수행할 수 있었던 것 (Strecher et al., 1986)과 같이 원인지각 역시 재훈련 프로그램을 통해 부정적 사건에 대해 부정적 원인지각을 피함으로써 긍정적인 정서 상태를 조성할 수 있다. Weiner(1986)는 원인지각 재훈련 프로그램을 통해 긍정적 정서 상태를 조성하고 유지하기 위해 자신감을 훼손시키지 말아야 한다고 제안하고 있다. 그러므로 구체적인 상황에서의 자신감인 자기효능과 원인지각과의 관계는 매우 중요하다.

따라서 본 연구에서는 암이라는 질병상황에서 암환자들의 원인지각과 자기효능 두 인지변수들이 실제로 서로 유의한 관계가 있는지를 확인함으로써 암환자들의 긍정

적 정서 상태에 영향을 줄 수 있는 원인지각 재훈련 프로그램이나 자기효능 증진 프로그램 개발을 위한 인지적 간호중재 개발연구의 필요성을 제시하였다.

VII. 결론 및 제언

본 연구에서는 암이라는 질병상황에서 암환자들의 원인지각과 자기효능 두 인지변수들이 실제로 서로 유의한 관계가 있는지를 확인함으로써 암환자들의 적응 행위에 미치게 될 영향 연구와 미래지향적인 행동변화를 위한 인지적 중재전략 연구에 중요한 기초자료를 제시하고자 시도하였다.

본 연구의 대상자는 서울 소재 6개의 종합병원에서 편의추출한 총 208명이다. 자료는 설문지를 통해 수집하였으며 부적합한 자료를 제외한 194명의 자료를 빈도 분석, 분산분석, t 검정 및 상관분석을 통해 최종 분석하였으며 연구결과 다음과 같다.

1. 대상자의 특성중 성별에 따라 내적원인($t=-2.85$, $p<.005$), 본인수입에 따라 내적통제($F=2.48$, $p<.04$), 배우자 수입에 따라 내적 원인소재 ($F=3.38$, $p<.01$), 외적 원인소재($F=2.85$, $p<.02$), 및 내적 통제($F=3.24$, $p<.01$)이 통계적으로 유의한 차이가 있었다. 그리고 사후검정 시행결과 본인 월수입은 내적 통제에서 없습과 201만원 이상 군이 차이가 있었으며, 배우자 월수입은 내적 원인소재에서 없습과 201만원 이상 군이, 외적 인과소재에서는 없습과 201만원, 100만원 이하와 201만원 이상 군이, 그리고 내적 통제에서 없습과 100만원 이하군과 100만원 이하에서 201만원 이상에서 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다.
2. 본 연구의 대상자들은 원인지각의 각 차원들 중에서 인과의 소재의 최빈값은 3(평균 2.69)으로 보통이다, 안정성의 최빈값은 2(평균 2.86)로 그렇지 않다, 통제성의 최빈값은 3(평균 2.90)으로 보통이다를 나타냈다. 자기효능 점수는 71.03으로 높은 편이었다. 원인지각의 각 차원들과 자기효능과의 상관관계는 통제성이 유의한 양의 상관관계($r=.166$, $p<.002$)가 있었고 특히 외적 통제가 자기효능과 음의 유의한 상관관계($r=-.189$, $p<.008$)를 나타냈다. 다른 차원들과는 유의한 관계를 보이지 않았다. 이상의 결과를 통해 대상자의 성별 경제상태별 원인지각의 차이는 사회적 스트레스의 측면으로 이해할 수 있으며 암이라는 질병상황에서 암환자들의 원인지각과 자기효

능 두 인지변수들이 실제로 서로 유의한 관계가 있는지를 확인함으로써 암환자들의 긍정적 정서 상태에 영향을 줄 수 있는 원인지각 재훈련 프로그램이나 자기효능 증진 프로그램 개발을 위한 인지적 간호중재가 개발된다면 그들의 적응에 특히 도움이 될 수 있을 것이다.

Reference

- Abraham, I.L. (1985). Causal attributions of depression: reliability of the causal dimension scale in research on clinical inference. Psychological Reports, 56, 415-418.
- Alden, L. (1986). Self-efficacy and causal attributions for social feedback. Journal of Research in Personality, 20, 460-473.
- Averill, J.R. (1973). Personal control over aversive stimuli and its relationship to stress. Psychological Bulletin, 80, 286-303.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. Psychological Review, 84, 191-215.
- Bandura, A. (1981). Self-reference thought: a developmental analysis of self-efficacy. In J. H. Flavell & L.D. Ross(Eds.) Cognitive social development: frontiers and possible futures(pp. 200-239). New York: Cambridge University Press.
- Bandura, A. (1986). Social foundational of thought and action: A social cognitive theory. Prentice-Hall, Inc., Englewood Cliffs, N.J.
- Bulman, R., & Wortman, C. (1977). Attributions of blame and coping in the "real world": severe accident victims react to their lot. Journal of Personality and Social Psychology, 35, 351-363.
- Burger, J.M. (1989). Negative relations to increases in perceived personal control. Journal of Personality and Social Psychology, 56(2), 246-256.
- Chung, B.L. (1991). Adjustment process of women with breast cancer. Yonsei

- University Doctoral Dissertation; Seoul.
- Chwalisz, K., Altmaier, E.M. & Russell, D.W. (1992). Causal attributions, self-efficacy cognitions, and coping with stress. Journal of Social and Clinical Psychology, 11(4), 337-400.
- Connors, D.D. (1985). Woman's sickness: a case of secondary gains or primary losses. Advanced Nursing Science, 7(3), 1-17.
- Covington, M.V., & Omelich, C.L. (1984). An empirical examination of Weiner's critique of attribution research. Journal of Educational Psychology, 76, 1214-1225.
- Elder, R. (1973). Social class and lay explanations of the etiology of arthritis. Journal of Health and Social Behavior, 14(3), 28-38.
- Ell, K., & Haywood, L.J. (1984). Social support and recovery from myocardial infarction: A panel study. Journal of Social Services Research, 7(4), 1-19.
- Eun, Y. (1994). Chronic pain experience in patients with rheumatoid arthritis. Seoul National University Doctoral Dissertation; Seoul.
- Eun, Y. (1996). A qualitative study on the acknowledgement of the cause of the illness in the patients with RA. The Journal of Rheumatology Health, 3(2), 151-165.
- Felton, B.J., Revenson, T.A., & Hinrichsen, G.A. (1984). Stress and coping in explanation of psychological adjustment among chronically ill adults. Social Science & Medicine, 18, 8889-8898.
- Fontana, S., Kerns, R.D., Rosenberg, R.L., & Colonese, K.L. (1989). Support, stress and recovery from coronary heart disease: A longitudinal causal model. Health Psychology, 8, 175-183.
- Frieze, I., & Bar-Tal, D. (1979). Attribution theory: past and present. In I. Frieze, D. Bar-Tal, & J. Carrolo(Eds.), New approaches to social problems(pp. 1-20). San Francisco: Jossey-Bass.
- Gu, M.Y. (1992). A structural model for self care behavior and metabolic control in diabetic patient. Seoul National University Doctoral Dissertation; Seoul.
- Heider, F. (1944). Social perception and phenomenal causality. Psychological Review, 51, 358-374.
- Kelly, H.H. (1971). Attributional in social interaction. General Learning Press, New York.
- Kelly, H.H. (1973). The processes of causal attribution. Amer. Psychol, 28, 107-128.
- Kim, B.H. (1993). An inquiry into causal perceptions of cancer. Ewha Women's University Doctoral Dissertation; Seoul.
- Kim, S. (1996). Attributions and emotional experiences in the individual and team sport competition. Korean Journal of Sport Psychology, 7(1), 45-67.
- Kim, S. (1998). Sport Psychology. Taelum Pul.; Seoul.
- Kim, S., & Cheong, K. (1997). Success and failure in individual sport and team sport competitions. Korean Journal of Sport Psychology, 8(2), 81-95.
- Lee, C., & Bobko, D.C. (1994). Self-efficacy beliefs: comparison of five measures. Journal of Applied Psychology, 79, 364-369.
- Lee, S.Y. et al. (1987). Psychology- understanding of human. Pyungmin Co.; Seoul.
- Lorish, C.D., Abraham, N., Austin, J., Bradley, L.A., & Alarcon, G.S. (1991). Disease and psychosocial factors related to physical functioning in rheumatoid arthritis. The Journal of Rheumatology, 18(8), 1150-1157.
- Lowery, B.J., & Jacobsen, B.S. (1985). Attributional Analysis of Chronic Illness Outcomes. Nursing Research, 34(2), 82-88.
- Mark, M., Mutrie, N., Brooks, D., & Harris, D. (1984). Causal attributions of winners and losers in individual competitive sports: toward a reformulation of the self-serving

- bias. Journal of Sports Psychology, 6, 184-196.
- McAuley, E., Duncan, T., & Russell, D.(1989). The revised causal dimension scale(CDS II). University of Oregon.
- McAuley, E., Duncan, T.E., & McElory, M (1989). Self-efficacy cognitions and causal attributions for children's motor performance: an exploratory investigation. The Journal of Genetic Psychology, 150, 65-73.
- Mechanic, D. (1972). Social psychologic factors affecting the presentation of bodily complaints. The New England Journal of Medicine, 286(21), 1132-1139.
- Mumma, C., & McCorkle, R. (1983). Causal Attribution and Life-Threatening Disease. International Journal of Psychiatry in Medicine, 12, 311-319.
- Oh, B.J. (1994). A model for health promoting behaviors and quality of life in people with stomach cancer. Seoul National University Doctoral Dissertation; Seoul.
- Peterson, C., Bettes, B., & Seligman, M (1985). Depressive symptoms and unprompted causal attributions: content analysis. Behavior Research and Therapy, 23(4), 379-382.
- Russell, D. W., McAuley, E., & Tarico, V. (1987). Measuring causal attributions for success and failure: a comparison of methodologies for assessing causal dimensions. Journal of Personality and Social Psychology, 52, 1248-1257.
- Ryu, E. (1999). A theoretical sturcutre model of coping effectiveness in cancer patients using causal attribution and self-efficacy. Chuna-Ang University Doctoral Dissertation; Seoul.
- Shere, M., & Maddux, J.E. (1982). The self efficacy scale: Construction & validation. Psychological Reports, 51, 663-671.
- Strecher, V.J., Devellis, B.M., Becker, M.H. & Rosenstock, I.M. (1986). The role self efficacy in achieving health behavior change. Health Education Quarterly, 13(1), 73-91.
- Taylor, S.E. (1993). Adjustment to Threatening Events: A Theory of Cognitive Adaptation. American Psychology, 38, 1161-1173.
- Thompson, S.C. (1981). Will it hurt less if I can control it? A complex answer to a simple question. Psychological Bulletin, 90, 89-101.
- Wallston, K.A., Wallston, B.S., Smith, S., & Dobbion, C.J. (1987). Perceived control and health, Current Psychological Research and Review, 6, 5-25.
- Weary, G., Edward, J.A., & Riley, S. (1994). Attribution. Encyclopedia of Human Behavior. Academic Press, Vol. 1.
- Weiner, B. (1979). A theory of motivation for some classroom experiences. Journal of Educational Psychology, 71, 3-25.
- Weiner, B. (1983). Some methodological pitfalls in attribution research. Journal of Educational Psychology, 75, 530-543.
- Weiner, B. (1985). An attributional theory of achievement motivation and emotion. Psychological Review, 92(4), 548-573.
- Weiner, B. (1986). An attribution theory of motivation and emotion. Springer series in social psychology. Springer-Verlag NY: Prentice-Hall.

- Abstract -

A Study on Causal Attribution and Self-Efficacy in the Patients with Cancer

Ryu, Eun-Jung* · Yew, Eun-Ja**

When people undergo stressful situations such as a cancer diagnosis, they ask, "why me?" The causal attributions people make about cancer influence what kind of coping strategies are chosen. Weiner (1979) suggested three dimensions of causal attributions: focus of causality, stability, and controllability. The purpose of the present study was to test the relation between causal attributions and self-efficacy in patients with cancer.

The subjects were 194 patients who had been diagnosed cancer one year ago and attended an outpatient clinic.

1. Each mean score of causal attribution dimensions (focus of control, stability, controllability) that each patient made about cancer was 2.47, 2.73, 2.86, 3.35, and 3.28. The mean score of self-efficacy was 71.03.
2. There was a significant negative correlation between self efficacy and controllability. Particularly, there was a significant negative relationship between self efficacy and external controllability.

Based upon these results, it is recommended that the developing nursing interventions to change causal attribution and self-efficacy is necessary. A number of theoretical relationships and empirical finding are confirmed by this data, and future proposals in research is suggested.

Key words : Cancer, Causal attribution, Self-efficacy

* Assistant Professor, Dept. of Nursing Science, Konkuk University
** Associate Professor, Dept. of Nursing Science, Konkuk University