

여성 관절염 환자의 건강증진과 삶의 질

오 현 수*

1. 서 론

1. 연구의 필요성

20세기에 들어서 많은 변화가 있었지만 치료가 어려운 장기 만성질환자가 많아졌다는 것도 하나의 변화로 꼽을 수 있다. 과학 문명의 급속한 발전은 인간의 수명을 연장하였으나 아울러 여러 종류의 만성질환을 가지고 살아가야 하는 사람들의 숫자를 증가 시켰다. 만성질환 중 성인기의 대상자에게 많이 나타나는 것으로 보고된 질환으로 관절염을 들 수 있는데 (Atchly, 1977; Wilder, 1973; Huh, 1982; Kim, 1986), 미국의 자료에 따르면 약 3700만명의 사람이 관절염을 앓고 있고 그중 약 800만명이 류마치스성 관절염을 앓고 있다고 한다 (Metropolitan Washington Chapter of the Arthritis Foundation, 1986). 관절염 대상자에 대한 우리나라에서의 정확한 수치는 알아내지 못했으나 관절염이 성인에 있어 자주 발생하는 만성질환임이 여러 보고서에서 확인되었다 (Huh, 1982; Kim, 1986).

관절염과 같은 만성질환은 생활양식이나 존재방식을 근본적으로 변화시킬 뿐 아니라 삶의 질에도 변화를 주며 대상자에게 사회심리적 부담감을 갖게 한다. 관절염의 경우 특히 지속적인 통증으로 고통을 받게 되는데 통증은 대상자의 활동범위나 정도를 제한하는 요소로도 작용하게 된다. 또한 통증과의 계속되는 투쟁은 과다한

에너지 소실을 초래하여 일상 생활의 다른 영역에 대해서는 무기력함을 느끼게 한다. 이와같이 대상자는 다른 어떤 질환 보다 많은 통증과 신체적 장애를 경험하게 되고 완치는 현실적으로 기대하기 어렵기 때문에 관절염을 가진 대상자에게 삶의 질은 중요한 이슈가 되어 왔다 (Burchhardt, 1985).

건강 관리 차원에서 강조하는 바는 과거의 질병 관리 및 예방적 단계에서 현재는 좀 더 긍정적인 방향인 건강 증진의 단계로 나아가게 되었다. 간호 분야에서도 간호 지식체가 축적되어짐에 따라 질병중심의 개념틀로부터 벗어나 건강 중심의 개념틀을 강조하게 되었고 (Hall & Allen, 1986) 대상자의 Self-Care Ability 를 중요시 하며 건강에 대한 결정권이 대상자 자신에게 있음을 인식 하기에 이르렀다. 또한 건강과 관련된 모든 분야에서 안녕감 (Wellness)의 향상과 건강증진을 위한 생활양식 실천에 초점을 맞추게 되었다.

건강증진을 위한 실천이 어떤 질환도 갖지 않은 대상자에게 중요하다면, 만성 질환을 가진 대상자에게는 더욱 중요한 주제일 것이다. 왜냐하면 그들은 삶의 질을 유지하고 독립된 삶을 살아가기 위해 Gerben과 Dejong (1980)이 묘사한대로 더욱 얇아진 건강의 여유분 "Thinner margin of health"에 의지해야 하기 때문이다. Baric (1969)은 "Risk Role"이라는 용어를 사용하여 만성질환을 가진 대상자의 상황을 설명했다. Risk Role은 적응하지 못하는 행동의 결과로 야기 되는 현상

* 순천향대학교 의과대학 간호학과

으로서 만성질환자의 경우 시간의 경과에 따라 효과적인 적응 기전이 형성되지 못했을때 나타난다고 한다. 또한 대상자는 평생을 통해 이 역할을 하게 될지도 모르므로 예방과 간호 중재가 필요하다. 생명체가 질병을 갖는다는 것은 사실 (Fact)이나 그 질병이 "Risk"로서 결과를 맺게되는 것은 확률적이다.

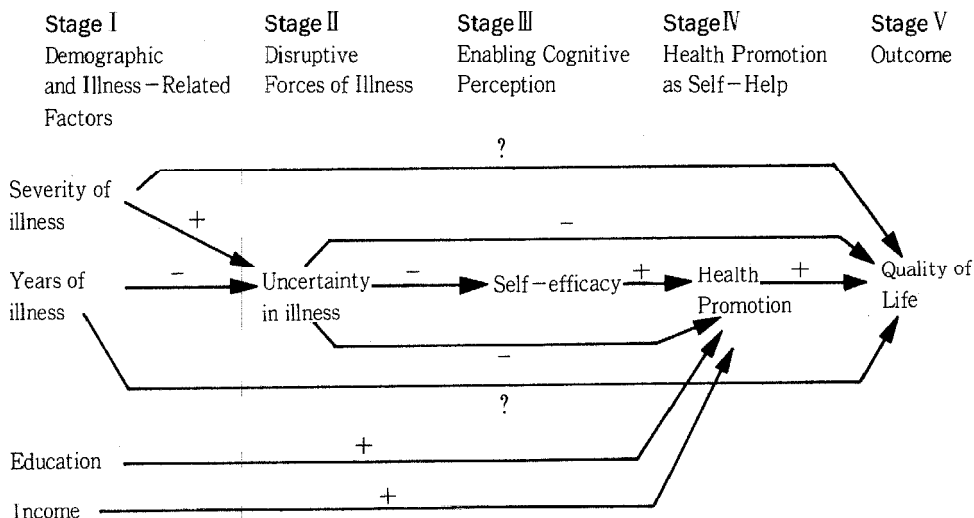
이에 대한 예로시는 여러 연구 조사 (Braden, 1990 ; Seligman, 1975 ; Rosenbaum, 1983)에서 시사된것 처럼 만성질환자 중 일부는 투병 생활을 통해 병을 이겨나가고 적응해 나가는 법(Learned Self-help response)을 터득해 나가는 반면 다른 편인 사람들은 같은 상황이거나 혹은 오히려 더 나은 상황에서도 무능력하고 무기력한 반응(Learned helpless response)을 보이게 된다. 따라서 만성질환을 가진 대상자에게 스스로 돕는 반응을 배우도록 함으로써 삶의 질을 높이도록 유도하는 것이 간호의 목표가 되어야 한다. 그러나 실제로 만성질환을 가진 대상자의 객관적 혹은 주관적 건강상태를 유지, 증진시키는 것이 중요함에도 불구하고 만성질환자의 건강 행위 및 태도에 대한 연구나 건강증진 행위와 삶의 질에 대한 조사가 거의 이루어 지지 않고 있다. 그러므로 관절염과 같은 만성질환을 가진 대상자의 삶에 영향을 미치는 중요한 요인으로서 건강 증진 행위에 대한 연구가 수행되어야 하며 더 나아가 건강 문제를 가진 대상자의 삶의 질을 유지, 증진시키기 위한 방안으로서 건강증진 행위에 관한 조사가 이뤄져야 한다.

2. 연구의 목적

본 연구의 목적은 관절염을 앓고 있는 여성 대상자들을 대상으로 배경 변수들 (인구학적 변수, 질병과 관련된 변수, 그리고 질병으로 인한 붕괴감)과 가능하다고 느끼는 인지감 (Enabling Cognitive Perception) 그리고 스스로 돕는 방인으로시의 건강증진 행위 등과 대상자가 인지하는 삶의 질 간의 상호관계를 분석, 조사하는 것이다. 또한 가능하다고 믿는 신념으로서의 자기 효능감이 질병으로 인한 붕괴감으로부터 건강 증진 실천에 미치게 되는 부정적 효과를 중간에서 완충시킬 수 있는지를 분석하고 건강 증진을 위한 실천 행위 역시 질병으로 인한 붕괴감이 대상자의 삶의 질 인지 정도에 미치게 되는 부정적 영향을 완충시킬 수 있는지를 검증 하기 위함이다.

3. 이론적 모형

연구를 위한 이론적 모형은 Pender (1982)의 Health Promotion Model과 Braden (1990)의 Self-Help Model 및 관련된 주제의 간호 연구 결과들을 통합함으로써 개발되었다(그림 1 참조). 5단계로 구성되어진 모형 중 3단계 까지는 만성질환자의 건강 증진행위를 예측하는데 중요한 결정 요인 (Determinant)들을 제시하고 있다.



〈그림 1〉 한국인 관절염 환자들의 건강증진과 삶의 질을 설명하기 위해 제안된 통합적 모델

특히 1단계와 2단계에서는 질환을 가진 대상자가 대면하고 있는 어려운 상황 (Adverse Situations)으로 부터 돌출되는 배경변수들을 포함하고 있다. 즉 1단계의 질병과 관련된 영향변수 (Illness-Related Factors)로는 병에 대해 심하다고 느끼는 정도 (Severity of Illness)와 질병 혹은 진단 경과 햇수 (Number of Years Ill or Diagnosis) 등이 포함되었으며 이들 변수들은 간호 연구 결과들 (Buckhardt, 1985; Braden, 1990; Pollock, 1990; Brooks & Matson, 1982)을 토대로 선택하였다. 질병과 관련된 변수들이 포함된 이유는 어떤 질병도 갖지 않은 대상자를 위해 개발된 Pender의 Health Promotion Model이 만성질환자의 건강증진 행위를 설명하기 위해서는 충분치 못하다는 인식에서 연유한다. 그러므로 이들 변수들이 일반 인구학적 변수들 보다 건강 증진 행위를 설명하기 위해 더욱 영향력이 있으리라 예측되었다.

그의 인구학적 변수들도 또한 1단계에 포함되었는데 나이, 성별, 경제 상태, 교육 정도 등이 그것이다. 이들 인구학적 변수들은 건강 증진 행위에 대해 각각의 독립적인 영향도 있겠지만 질병과 관련된 변수들과 상호 작용하므로써 미치는 영향도 있으리라 예견되었다.

제 2 단계의 질병으로 인한 붕괴감 (Disruptive Force of Illness)이라 함은 관절염 환자가 당면하고 있는 상황적 이슈인데 본연구 모델에서는 질병의 경로에 대해 느끼는 불확실감이 포함되었다. 불확실감은 상황적 암시가 부족해서 대상자가 결과를 정확히 예측할 수 없는 상태를 의미하며, 문헌에 의하면 질병 경과나 매일매일의 상태 변화 및 미래의 상태 변화를 전혀 예견할 수 없음이 관절염 환자가 당면하는 주된 상황적 이슈라고 했다 (Locker, 1983). 붕괴감은 자칫 Helpless한 반응으로 이어지게 되므로써 스스로 돕는 반응을 보이는데 장애가 되는것으로 예측된다.

제 3 단계의 가능하다고 느끼는 인지감(Enabling Cognitive Perception)은 본 연구 모델에서 건강증진 행위를 위한 세번째 결정인자 (Determinant)로서 포함되었는데 스스로 도울 능력이 있다고 느끼는 신념의 정도로 정의 되었고 대상자가 인지한 자기 효능감 (Perceived Self-Efficacy)이 측정되었다.

제 4 단계는 스스로 돕는 행위(Self-Help Behavior)로서 건강 증진 개념이 도입되었는데, 만성 질환을 가지고 있는 대상자들은 자신들의 상황으로 인해 붕괴감을 갖게되고 또한 이러한 붕괴감은 자칫 Helpless한 반응을 초래하기 쉬우므로 본연구에서의 건

강증진 행위는 질병으로 인한 붕괴감을 완충시키는 역할을 하는 스스로 돕는 행위로서 선택 되었다.

제 5 단계의 삶의 질은 건강증진 행위와 그 결정 인자들의 최종 결과 (Outcome)를 나타낸다. 아직 까지 건강증진 행위와 삶의 질과의 관계가 분명하게 연구되지 않았으나 여러 문헌에서 건강증진 행위가 모든 연령층을 망라하여 삶의 질을 잠재적으로 높이는 요소로 인식되어져 왔다 (McDaniel, 1987; Braden, 1990).

4. 연구 질문

연구모델을 기초로 제기되어지는 연구 질문은 다음과 같다: 어떤 예측 인자들(Predictor variables: 인구학적 인자들, 질병과 관련된 인자들, 자기효능감, 건강증진 행위)의 조합이 대상자의 삶의 질에 대한 설명력을 가장 높힐수 있는가?

5. 연구 가설

본 연구 모델에서 제시되었으며 이미 다른 연구들을 통해 확인된 인자들 간의 관계를 바탕으로 검증하게된 연구 가설은 아래와 같다.

- 1) 질병에 대해 심하다고 느끼는 정도 (Severity of Illness)가 클수록 질병에 대한 불확실함 (Uncertainty in Illness)도 크게 느낄 것이다.
- 2) 질병경과 시기(Number of Years ill /Diagnosis)가 오래수록 대상자가 느끼는 질병에 대한 불확실감이 적을 것이다.
- 3) 질병에 대한 불확실감이 클수록 대상자의 자기효능에 대한 신념 (Self-Efficacy)이 약할 것이다.
- 4) 질병에 대한 불확실감이 클수록 건강증진 실천도 (Health Promoting Behavior)도 떨어질 것이다.
- 5) 자기효능에 대한 신념이 높을수록 건강증진 실천도가 높을 것이다.
- 6) 건강증진 실천도가 높으면 삶의 질 (Quality of Life)에 대한 인지도도 높을 것이다.
- 7) 질병에 대한 불확실감으로 인한 붕괴감이 건강증진 실천에 미치게 되는 직접적이고도 부정적인 영향력 (Direct Negative Effect)이 자기효능감을 통해 건강증진 실천에 간접적으로 미치게 되는 부정적 영향력 (Indirect Negative Effect) 보다 클 것이다.
- 8) 질병에 대한 불확실감으로 인한 붕괴감과 건강증진 실천 사이의 직접적 /부정적인 효과 (Direct Nega-

tive Effect)보다 자기 효능에 대한 신념과 건강증진 실천사이의 직접적 / 긍정적 효과 (Direct Positive Effect)가 더 클 것이다.

- 9) 질병에 대한 불확실감으로 인한 불괴감이 대상자의 삶의 질 인지 정도에 직접 미치게 되는 부정적 효과보다 건강증진 실천과 삶의 질 인지 사이의 직접적이며 긍정적인 효과가 더 클 것이다.

이중 가설 7)과 8)은 자기효능감의 완충효과를 검증하기 위해 설정되었으며 가설 9)는 건강증진 실천 행위의 완충효과를 검증하기 위해 설정되었다.

6. 용어의 정의

- 1) 질병이 심하다고 느끼는 정도 (Severity of Illness) : 질병경로의 특성으로 인해 대상자가 인지하는 고통(Affliction)의 정도.
- 2) 질병에 대한 불확실감 (Uncertainty in Illness) : 질병과 관련된 상황의 의미를 정확히 판단할 수 없다고 느끼는 인지감.
- 3) 자기 효능감 (Self-Efficacy) : 바람직한 결과를 얻기 위해 필요로 되는 행위를 자신이 성공적으로 수행할 수 있다고 믿는 신념.
- 4) 건강증진 행위 (Health Promotion Behavior) : 대상자의 건강과 안녕감을 높이며 건강 잠재력을 향하게 하도록 하는 행위.
- 5) 삶의 질 (Quality of Life) : 삶의 전반에 대해 느끼는 만족감으로 정의되었다.
- 6) 여성 관절염 대상자 : 관절염 및 관련된 건강문제 (Rheumatoid Arthritis, Osteoarthritis, or Other Degenerative Joint Disease)를 가진 여성으로 정의되었다.

II. 문헌 고찰

1. 만성 질환자의 삶의 질 (Quality of Life with Chronic Illness)

만성 질환자의 삶의 질과 관련된 요인으로 질병에 대해 심하다고 느끼는 정도가 중요하다고 알려졌는데, Laborde와 Power (1985)는 통증의 정도나 질병이 침범된 정도 및 질병 기간등이 삶의 질에 미치는 영향을 조사하는 것이 특히 관절염 환자를 이해하는데 중요하다고 강조하였다.

Burckhardt (1985)는 관절염 환자 94명을 대상으로 한 연구에서 통증의 정도와 손상의 정도를 연구 모델에 포함하였는데 이 중 손상의 정도가 환자가 느끼는 삶의 질에 영향을 주는 것으로 보고되었다. 그런데 손상의 정도가 삶의 질에 직접적으로 영향을 주기 보다는 자존감 (Self-Esteem)이나 건강에 대한 내적통제감 (Internal Control over Health) 및 사회지지 등의 완충 변수들을 통해 간접적 효과를 가짐을 시사하였다. Burckhardt는 연구를 위해 인지적 개념틀 (Cognitive Framework)을 사용하였고 통증의 정도나 그 밖의 변수들 (지지에 대한 인지, 자존감, 건강에 대한 통제감 등)을 측정하기 위해서는 각 각에 대한 인지감을 묻는 주관적 도구를 사용하였으나 손상의 정도를 위해서 사용된 도구만은 객관적으로 측정하는 것이었다. 따라서 손상의 정도도 환자가 인지하는 정도를 측정하는 것이 연구 모델에 더욱 적합했으리라 보아진다.

Burckhardt는 통증의 정도가 연구 가정과는 달리 삶의 질에 중요한 영향을 주는 변수로 나타나지 않은 이유를 통증의 정도와 손상 정도 사이의 비교적 높은 상관관계 ($r = .52$)에 연유한다고 설명하였다. 즉 통증의 정도와 손상 정도 사이의 상관관계가 통증 정도가 대상자의 삶의 질에 미치게 되는 영향력을 억압한 것으로 보여진다고 하였다.

Burckhardt의 연구에서 특히 주목할 만한 사실은 심리적 완충요인들의 삶의 질에 대한 직접적인 공헌인데, 연구 결과에 의하면 통증이나 기능적 손상과 같은 질병과 관련된 변수들이 삶의 질에 미치게 되는 영향을 심리적 변수들 (즉 긍정적 자존감, 개인이 느끼는 통제감, 지지적 인간관계 등등)이 약화 시키거나 강화시키므로서 완충하고 있음을 볼 수 있었다.

그외 여러 간호문헌 (Tobin, Reynolds, Halroyd, and Creer, 1986; Brooks & Matson, 1982; Laborde & Power, 1985)에서 질병을 앓은 기간이 대상자의 삶의 질을 이해 하는데 중요하다고 제시하고 있다. 우선 Brooks와 Matson의 연구 (1982)에 의하면 질병 기간이 대상자의 사회/심리 기능과 긍정적 관계가 있으며, 질병 기간이 길수록 대상자는 질병 자체가 자신의 삶에 긍정적 영향을 주는 경험으로 보는 경향이 있음을 보고하였다. Laborde와 Power (1985) 역시 질병과 관련된 요인으로서 질병을 앓은 기간도 대상자의 삶의 질에 영향을 주는 변수 중 하나라고 강조하고 있다.

관절염을 앓는 대상자에게 특히 류마치스성 관절염을 앓는 환자에게 가장 문제가 되는 질병의 특성이라 한다

면 질병경로에 대한 불확실감을 들 수 있다. 관절염을 앓는 대상자는 상태가 나빠지리라는 것은 예상하나 그것이 완전히 의존적인 생활이 될지 혹은 그상태에 가가 전 자연적 회복기에 들어서게 될지를 전혀 예측하지 못한다. 그뿐 아니라 매일 매일의 상태에 대해서도 불투명하다. Locker의 관절염 환자를 대상으로한 질적 연구에 따르면 대상자는 통증이 계속있을 것이라는 사실만을 확신할 뿐이며 “어떤 부위가 얼마 만큼 심해질 것이며 또 어느 정도의 기동이 가능할 것인가?” 라는 등등에 대해서는 전혀 알길이 없음을 호소하고 있었다.

Mishel (1981, 1984, 1988)이나 Braden (1990)은 질병경로에 대한 불확실감이 질병과 관련하여 무력한 반응 (Helpless Response)을 배우는 정통적 요인이 됨을 강조하였다. 더 나아가 무기력한 반응을 배우게 된 대상자는 건강증진과 같은 스스로 돕는 행위나 성인역활의 행위 (Adult Role Behavior) 등을 실천하지 않는 경향이 있다고 하였다. Braden (1990)의 연구 결과에 따르면 질병에 대한 불확실감이 클수록 가능케하는 기술 (Enabling Skill)이나 스스로 돕는 행위 (Self-Help Behavior) 그리고 삶의 질이 낮아짐을 보였다.

Mishel과 Sorenson (1991)의 연구에 따르면 부인과 암을 가진 여성환자를 대상으로 조사한 결과 질병에 대한 불확실감이 대상자의 Sense of Mastery를 감소시킴을 볼수있었다고 보고하였다. 그러나 Mishel의 불확실감에 대한 재개념화에 의하면 병의 초기 단계에서는 불확실감이 붕괴감의 원인이 되지만 질병의 기간이 길어질수록 확실함에 의존하던 존재 방식에서 벗어나 새로운 질서 체계에 익숙해지므로서 불확실함에 대해 질병 초기단계에서 보다 편안하게 느끼게 된다고 설명하였다.

2. 만성질환을 가진 그룹의 건강증진 (Health Promotion with Chronic Illness)

건강증진에 대한 여러 정의들이 있었지만 Pender (1987, PP. 4)는 예방적 행위와 건강증진을 구분하여 포괄적으로 아래와 같이 정의하였다: “건강증진은 성숙을 위해서 대상자에 의해 주도되는 긍정적인 또는 역동적인 과정으로서 인간이 자신의 잠재력을 표현하고 높은 질의 삶을 갖기 위해 나아가는 과정이다”. 또한 건강증진의 세부적 영역으로 자기능동화 (Self-Actualiza-

tion), 건강책임 (Health Responsibility), 신체적 운동, 영양적 식습관, 사회적 지지, 스트레스 관리 등을 포함 시켰다.

최근에 들어서, 건강행위에 대한 연구들이 많이 시행되었다. Christiansen (1981)는 건강의 중요도와 인지된 건강 상태 및 다른 사람과 비교하여 사정한 건강 상태와 직업 그리고 가족의 크기 등을 성인의 건강 행위 실천에 중요한 변수로 보고하였다. Pender와 Pender (1980)는 예방적 혹은 증진적 Care에 대해 관심을 많이 표현할수록, 교육수준이 높을수록, 그리고 생활로부터의 스트레스가 적을수록 예방적인 서어비스와 건강 증진적인 서어비스를 이용하고자 하는 의도가 높았다고 보고 하였다.

그 외 Hanner (1986)는 노인그룹을 대상으로한 연구 결과에서 교육정도, 인지된 건강 상태, 자존감 등이 대상자 자신이 보고한 건강증진적인 생활습관의 실천과 상관 관계가 있음을 보고 하였다. 특히 지체가 부자유한 환자들을 대상으로 한 Becker의 다수 (1989)의 연구에 의하면 여러 건강의 개념 중에 적응적인 건강 개념 ((Adaptive Health Conception)를 가진 대상자에게서, 높은 자기 효능감을 가진 대상자 일수록, 그리고 건강 증진 실천에 대해 장애감을 덜 느끼는 대상자 일수록 건강증진의 실천 가능성이 높은 것으로 나타났다. 결론적으로 이 연구를 통해 건강증진이 지체가 부자유한 대상자에게 매우 중요한 것으로 보고되었으며 건강 행위에 대한 대상자 자신의 Sense of Mastery가 중요함을 알 수 있었다.

따라서 관절염을 가진 대상자에게서도 건강증진이 중요한 관건일 것으로 예측된다. 그리고 질병의 특성상 신체 부위의 부자유함을 자주 경험하게 되므로 앞서의 Becker의 다수의 연구 결과와 마찬가지로 자기효능감이 건강증진 실천을 설명하기 위한 필수적인 변수로 예견된다. 그뿐 아니라 자기효능감은 Burdckhardt (1985)의 연구에서의 다른 심리적 변수들 처럼 질병과 관련된 변수들로부터 건강증진 실천에 미치게 되는 부정적 영향을 약화시킬 수 있는 완충변수로 추론될 수 있다.

아울러 건강증진 행위와 삶의 질 간에 높은 상관관계가 있으리라는 일반적인 통념에도 불구하고 실제로 이 두 변수를 연관시킨 연구, 특히 관절염 환자를 대상으로 이루어진 연구는 거의 없었으며 두 변수사이의 상관관계에 대한 자세한 분석이 이루어지지 않았다.

III. 연구방법

1. 연구 대상자

서울에 있는 한 대학 병원의 류마치스 관절염 클리닉을 1992년 10월 1일에서 동년 10월 30일 사이에 방문한 여성 환자 96명을 대상으로 하였으며 여성으로 제한한 까닭은 집단의 동질성을 높이기 위한 목적이었다. 표본의 크기는 Sample Calc라는 프로그램을 사용하여 산출하였으며 자료 중 85% 이하로 답한 경우는 자료 분석에서 제외되었다.

대상자의 인구학적 특징은 다음과 같다. 전국 각지에서 류마치스성 관절염을 치료 받기 위해 온 여성들로 평균 연령은 46세였고, 연령범위는 22세에서 70세 사이였다. 대부분 기혼여성이었다고 (82.3%) 핵가족 형태를 가지고 있었다 (79%). 오직 13%만이 직업을 가지고 있었고 나머지는 가정주부였다. 66%가 고등학교 교육 혹은 그 이상의 교육을 받았고 41%가 50만원에서 100만원 사이의 가계수입을 보고하였으며 20%와 19%가 100만원에서 150만원 사이와 150만원에서 200만원 사이를 각각 보고하였다. 50만원 이하라고 보고한 여성도 4%였으며 이중 75%가 60세 이상으로 혼자 살거나 배우자하고 단 둘이 살고 있는 것으로 보고 하였다. 그러나 클리닉을 방문한 여성들의 가계 수입은 한국 전체의 수입 수준을 고려할때 모두 중간 계층(Middle Class)에 속한다고 볼 수 있었다.

2. 자료수집 방법

자료수집 방법은 연구자가 직접 설문지를 배부하여 쓰게 한 후 회수하였으며 대상자의 추출은 편리 표출법을 이용하여 클리닉의 간호사가 해당 대상자를 연구자에게 소개하는 방법을 사용했다. 마지막 일주일 간은 자료 수집을 위한 보조자로서 서울에 있는 일개 대학교 간호학과에 다니는 2학년 학생들을 교육하여 일부 수집하였다.

3. 연구 도구

대상자에게 배부된 질문지는 인구학적 질문외에 개별수준을 측정하기 위한 다섯 가지 도구들이 포함되었다.

1) 인구학적 질문

대상자의 나이, 교육 정도, 가계수입 등을 묻는 질문과 결혼 상태, 직업, 가족형태에 대한 질문이었다. 또한 질병과 관련된 정보도 포함되어있는데 즉 관절염의 종류, 다른 만성질환의 여부, 일상생활의 독립성 정도를 묻는 질문들이었다.

2) 질병에 대해 심하다고 느끼는 정도

Braden (1990)이 개발한 Disease Course Graphic Scale (DCGS)의 수정된 한국어 번역판이 사용되었다. DCGS 영어판 신뢰도 계수는 $\text{Alpha} = .73$ 였다. 본연구에서는 검증 과정과 선행조사 (Pretest)를 거쳐 한국어로 번역하였으며 원래 Visual analog 형태의 대답 형식을 Likert 형태로 수정하였고 신뢰도 계수는 .63였다. 본 연구에서 측정된 DCGS의 신뢰계수는 본래의 DCGS에 비해 비교적 낮은 것으로 나타났으며 이때문에 DCGS에 대한 자료해석은 매우 조심스럽게 이루어졌다. 이와같이 DCGS의 신뢰계수가 낮은 이유는 부정적 의미를 담은 질문이 대부분이어서 대상자들이 대답하는데 어려움을 느낀 때문으로 보인다. DCGS 전체 문항에 대한 합계 점수가 높을수록 질병에 대해 심하다고 느끼는 정도가 높음을 나타낸다.

3) 질병 경로에 대한 불확실감

Mishel의 28 문항 Uncertainty in Illness Scale-Community Form (MUIS-C) 한국어 판이 사용되었다. 본 연구를 위해 MUIS-C는 한국어로 번역되었는데 번역 타당도를 높이기 위해 4단계의 검증 과정을 거쳤다. MUIS-C의 영어판 신뢰도 계수는 $\text{Alpha} = .75-.90$ 으로 보고되었는데 본 연구에서는 .75였다. MUIS-C 전체 문항에 대한 합계 점수가 높을수록 불확실감의 정도가 높음을 나타낸다.

4) 자기효능감

Sherer의 다수(1982)에 의해 개발된 General Self-Efficacy Scale (GSES)이 사용되었다. GSES는 17 문항의 Likert 형태의 질문지로서 원 개발자인 Sherer의 다수의 보고에 따르면 신뢰도 계수가 $\text{Alpha} = .71$ 이었다. 본 연구에서는 4단계의 번역타당도를 검증하는 과정을 거쳐 한국어로 번역되었는데 신뢰도 계수는 .80이었다.

GSES 전체 문항에 대한 총 합계 점수가 높을수록 자기효능감이 높음을 나타낸다.

5) 건강증진의 실천

Walker와 다수 (1985)가 개발하고 하영수 (1989)에 의해 한국어로 번역된 48 문항의 Health Promoting Lifestyle Profile(HPLP)이 사용되었다. HPLP는 높은 신뢰도를 보인 것으로 보고되었는데 Alpha = .922 (Walker와 다수, 1985) 본 연구에서는 .93으로 측정되었다. HPLP 전체 문항에 대한 총 합계 점수가 높을수록 건강증진의 실천도가 높음을 나타낸다.

6) 삶의 질

안녕감에 대한 단일 문항 도구인 The Faces Scale이 사용되었다. 삶의 질이나 삶의 만족도를 측정 하기 위하여 여러 종류의 단일 문항 (Single Item) 도구들이 소개되었는데 Face Scale 또한 널리 사용되는 도구로서 대답하기 쉬운 잇점으로 해서 선택 되었다. Lehman와 다수 (1982)는 Alpha = .74-.87의 신뢰도를 보고하였고 본 연구에서는 단일 문항이기 때문에 Internal Consistency 신뢰도를 측정하지 않았다. 이 도구에 대한 문항의 점수가 높을수록 인지한 삶의 질 정도가 높음을 나타낸다.

4. 자료 분석 방법

SPSS /PC를 사용해 대상자의 일반적 특성은 서술적 통계에 의해 분석하였고 각 가설에 따라 Pearson Product Moment 계수를 구하고 회귀 분석을 시행하며 Path 계수를 구하여 검증하였다.

VI. 연구 결과

질병과 관련된 본 연구 대상자들의 일반적 상황에 대한 서술적 자료를 우선 소개하고 연구 결과는 연구 질문과 연구 가설에 따라 순서대로 기술하였다.

1. 질병과 관련된 서술적 자료

93%의 대상자가 류마치스성 관절염을 앓고 있다고 보고 하였으며 7%는 골성 관절염이나 퇴행성 관절염을 가지고 있는 것으로 답했다. 류마치스성 대상자만을 선택하여 자료 분석을 한 결과, 나머지 7%의 대상자들이 모든 변수에서 큰 차이를 초래하지 않아 모든 대상자를 자료 분석에 포함시켰다. 질병을 앓은 평균 해수는 7.5년 (Median=5.0, S.D.=5.9) 이었고 1년과 24년 사이로 분포되어서 있었다.

대상자의 30%가 관절염외에도 다른 질병을 가지고 있다고 답했고 이 중 가장 많은 빈도를 차지하는 것이 위장 계통의 문제였다. 일상 생활에서 도움이 필요한지는 4 단계의 정도로서 답하도록 하였다: "항상 남의 도움이 필요하다", "약간의 도움이 필요하다", "불편하지만 혼자 해결한다", "불편 없이 혼자한다". 이 질문에 대해 60%의 대상자가 "불편하지만 혼자 해결한다"는 항목에 속한다고 대답했다.

2. 연구 질문에 관련된 결과

우선 연구에 포함된 모든 변수들의 분포를 고찰한 결과 모든 변수가 다른 통계 분석에 의해 처리될 수 있는 적정 수준의 Skewness를 보임을 알 수 있었다. 또한 DCGS를 제외하고는 모든 도구가 비교적 만족스러운 수준의 신뢰도 계수를 갖는것으로 조사되었다. 따라서 다음과 같은 연구 질문 "어떤 예측 인자들 (Predictor variables : 인구학적 인자들, 질병과 관련된 인자들, 자기효능감, 건강증진 행위)의 조합이 대상자의 삶의 질에 대한 설명력을 가장 높힐수 있나?"에 답하기 위해 대상자의 삶의 질을 종속변수로 하여 회귀 분석을 시행하였다(도표 1 참조). 이때 회귀 분석의 기본 가정 (예측값과 예측 Errors사이의 Normality, Linearity,

<도표 1> 삶의 질을 위한 단계별(Stepwise) 회귀 분석(N=96)

Predictor	Rsqr	Adj. Rsqr	Beta ¹	F value ²	Sig ³
Health Promotion	.15	.14	.38**	13.4	.00

* Independent variables entered simultaneously : Education, Income, severity of illness, Years of illness, Uncertainty in illness, Self-efficacy, and Health promotion.

** Beta is significant for the equation at $p < .05$.

1. Final standardized Beta weight for the equation

2. F value for R square

3. significance level for R square

Homoscedasticity)은 Residual Scatter Plot으로 검증하였다. 또한 독립변수 사이에 다중공선성(Multicollinearity)은 높지 않은 것으로 나타났다. 삶의 질의 총 분산(Total variance) 중 15%가 회귀 분석 공식에 유일하게 들어간 건강증진 실천에 의해 설명되었다. 자유도로서 조정한 후의 설명 분산(Explained variance)은 14%였다.

3. 연구 가설과 관련된 결과

연구 가설 1), 2), 3), 4), 5), 그리고 6)을 검증 하기 위해 다중 상관계수를 구했다(도표 2 참조). 가설 2)만을 제외하고는 개념 모형에 있는 모든 관계들이 지지되었다.

가설 1)은 지지되었다: 질병이 심하다고 느끼는 정도와 질병에 대한 불확실감 사이에는 중간 정도이나 유의한 관계(.56, $P < .01$)가 있는 것으로 드러났다.

가설 2)는 지지 되지 못했다: 질병 경과 시기와 질병에 대한 불확실감 사이에는 통계적으로 유의한 관계가 없는 것으로 분석되었다 (.03, $P > .05$).

가설 3)은 지지 되었다: 질병에 대한 불확실감과 자기 효능감 사이에는 연구 모델에서 제시된대로 부정적이며 유의한 관계(-.32, $P < .01$)가 있는 것으로 나타났다.

가설 4)는 지지 되었다: 불확실감과 건강증진 실천 사이에도 부정적이며 유의한 관계(-.41, $P < .000$)가 있는 것으로 드러났다.

가설 5)도 지지 되었다: 자기효능과 건강증진 실천 사이에는 긍정적이며 유의한 관계(.46, $P < .000$)가 있는 것으로 나타났다.

가설 6)도 지지 되었다: 건강 증진과 삶의 질 사이에는 긍정적이며 유의한 관계 (.37, $P < .000$)가 있는 것으로 조사됐다.

가설 7)~9)를 검증 하기 위해 Path 분석적 방법이 사용되었다. Path 분석적 접근이 Pearson Product Moment 상관계수를 비교하는 것보다 가설 7)~9)를 검증 하는데 적절하다고 판단되어 선택되었다. 그 이유로는 변수들 간의 상관계수는 한 변수에서 다른 변수들에 미치는 모든 영향력(the product of all tracings)의 합계인 반면, Path 분석에서는 변수들 간의 상관 관계가 직접(direct), 간접(Indirect), 그리고 비원인

〈도표 2〉 주요 연구 변수들 사이의 Pearson Product Moment 상관계수

Variable	Severe	Year	Uncert	Effica	Promot	Quality
Year	.29**	1.00				
Uncert	.56**	.03	1.00			
Effica	-.30**	.04	-.32**	1.00		
Promot	-.40**	-.01	-.41**	.46**	1.00	
Qualit	-.27**	.11	-.11	.23*	.37**	1.00
Age	.11	.40**	-.02	-.02	-.13*	-.02
Edu	-.15	-.10	-.23*	.22*	.38**	.02
Incom	-.16	-.03	-.13	.13	.23**	-.02
Marri	.06	-.01	-.05	.17	.25**	.17
Move	-.22*	-.13	-.15	.11	.03	.11

Note, Index to variable names

Sever=Severity of illness

Year=Years of illness

Uncert=Uncertainty perceived in illness

Effica=Self-Efficacy

Promot=Health promotion

Qualit=Quality of life

Edu=Education

Incom=Household income

Marri=Marital status

Move=Ability in daily activities

* $P < .05$

** $P < .01$

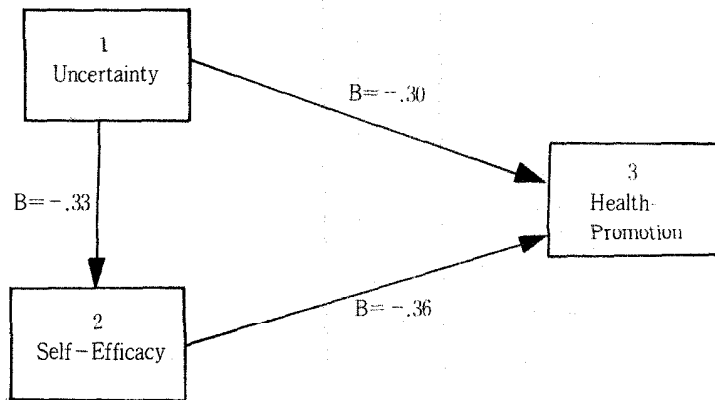
(non-causal) 영역으로 구분될 수 있기 때문이다. 따라서 직접 효과와 간접 효과의 비교가 가능하다. Path 분석을 위해서는 LISREL을 쓰는 것이 상례이나 LISREL의 기본 가정을 만족시키기 위해서는 최소한 대상자의 크기가 200명 이상이어야 하므로 본 연구에서는 회귀 분석을 이용하여 Path 계수(Coefficient)를 구했다. Munro와 다수(1986)는 회귀 분석상의 표준 Beta Weight가 Path 계수로 자주 이용됨을 주장하였다.

가설 7): “질병에 대한 불확실감으로 인한 붕괴감이

건강증진 실천에 미치는 직접적이며 부정적인 영향력이 자기효능감을 통해 건강증진 실천에 간접적으로 미치는 부정적인 영향력보다 클 것이다”를 검증하기 위해 우선 두 회귀 분석이 수행되었다. 자기효능감을 독립변수로 불확실감을 예측하기 위한 회귀 분석과 자기효능감과 불확실감을 독립변수로 건강증진 실천을 예측하기 위한 회귀 분석이 그것이다. 이 두 회귀 분석의 결과로 Path 계수가 구해졌다(도표 3 참조). <도표 3>을 그림으로 그려보면 <그림 2>와 같다.

〈도표 3〉 Path 계수를 구하기 위한 두 대의 단계별 회귀 분석(N=96)

Regression	Dependent vars	Independent vars	Betas
1	Self-Efficacy	Uncertainty	-.33(P21)
2	Health Promotion	Uncertainty	-.30(P31)
		Self-Efficacy	.36(P32)



〈그림 2〉 Path diagram of relationship among Uncertainty, Self-efficacy and Health promotion

도표 3의 Path 수치를 이용하여 직접 효과, 간접 효과, 그리고 총 원인 (total causal) 효과를 구하게 된다 <도표 4 참조>. 그림 2와 도표 4를 참조하면 불확실감과 건강증진 실천 사이의 상관관계 (r_{13})는 두 개의 Path를 가짐을 알 수 있다. 불확실감에서 건강증진으로 가는 직접적인 영향 ($P_{31} = -.30$)과 자기효능감을 통해 가는 간접적 영향 ($P_{21}P_{32} = -.12$)이 그것이다. 따라서 불확실감이 건강증진 실천에 미치는 총 효과 (total effect)는 $-.42$ 이다. 만약 총 효과와 본래의 상관계수 (r_{13}) 사이에 차이가 발생한다면 그것은 비 원인적 공분산 (non

causal covariation)이라고 한다 (Munro 외 다수, 1986, pp. 297). 결론적으로 도표 4에서 불확실감이 건강증진에 미치는 직접적이며 부정적인 효과 ($P_{31} = -.30$)가 불확실감이 자기효능감을 통해 건강증진에 미치는 간접적이며 부정적인 효과 ($P_{21}P_{32} = -.12$)보다 큼을 볼 수 있었다. 그러므로 가설 7)은 지지되었다.

가설 8): “질병에 대한 불확실감으로 인한 붕괴감과 건강증진 실천 사이의 직접적이며 부정적인 효과보다 자기효능감에 대한 신념과 건강증진 실천 사이의 직접적이며 긍정적인 효과가 더 클 것이다” 이에 관해서는

역시 도표 4를 가지고 설명 할 수 있다. 불확실감과 건강 증진 사이의 Path 계수는 $-.30$ 이고 자기효능감과 건강 증진 사이의 Path 계수는 $.36$ 이다. 따라서 자기효능과 건강증진 사이의 긍정적 효과가 불확실감과 건강증진 사이의 부정적 효과 (두 효과 모두 직접적 효과임) 보다 조금 큰 것을 알 수 있다. 그러므로 가설 8)은 지지되었다.

가설 9): “질병에 대한 불확실감으로 인한 붕괴감이 대상자의 삶의 질에 인지 정도에 직접 미치게 되는 부정적 효과 보다 건강증진 실천과 삶의 질 인지 사이의 직접

적이며 긍정적인 효과가 더 클 것이다”는 불확실감과 삶의 질 사이의 유의하지 못한 상관관계로 해서 검증되지 못했다. 독립변수 중 종속변수와 $.05$ 수준에서 유의한 관계를 갖는 변수가 회귀 공식에 들어가며 보유되는 기준에 미치지 못해 불확실감과 삶의 질 사이의 Path 계수를 회귀 분석을 통해 구할 수 없었다. 그러나 다중 상관 계수 매트릭스(도표 2)를 참조하면 건강증진과 삶의 질 사이의 상관계수는 $r = .37$ 로서 불확실감과 삶의 질 사이의 상관계수 $r = -.11$ 보다 큰 것을 알 수 있었다.

〈도표 4〉 불확실감과 자기효능감이 건강 증진에 미치는 직접, 간접 그리고 총 효과에 대한 분석(N=96)

r	Direct	Indirect	Total (Direct+Indirect)	Non causal
$r_{12} = -.33$	$P_{21} = .33$	-	$-.33$.00
$r_{13} = -.42$	$P_{31} = .30$	$P_{21} P_{32} = -.12$	$-.42$.00
$r_{23} = -.46$	$P_{32} = .36$	0	.36	.10

r_{12} : Correlation coefficient between Uncertainty and Self-Efficacy

r_{13} : Correlation coefficient between Uncertainty and Health Promotion

r_{23} : Correlation coefficient between Self-Efficacy and Health Promotion

P_{21} : Path coefficient between Uncertainty and Self-Efficacy

P_{31} : Path coefficient between Uncertainty and Health Promotion

P_{32} : Path coefficient between Self-Efficacy and Health Promotion

V. 논 의

연구 결과는 연구 모델의 대부분의 관계를 지지하였다. 인구변수, 질병과 관련된 변수들, 가능하다고 믿는 인지감, 그리고 건강증진 실천 등을 독립변수로 하여 대상자의 삶의 질을 설명하고자 한 단계별 회귀 분석(Stepwise Multiple Regression)에서는 독립변수 중 오직 건강증진만이 유의하게 회귀 분석 공식에 포함되었으며 본 연구 모델에서 제시되었던 “건강증진 실천이 증가 하면 아울러 삶의 질의 인지 정도도 높아질 것이다”라는 명제는 지지되었다.

그러나 삶의 질의 총 분산(Total Variance) 중 15%만이 설명됨으로 비교적 적은 영역의 삶의 질만이 이들 독립변수들에 의해 설명되었음을 알 수 있었다. 그 이유로 여러가지를 들 수 있는데 우선 삶의 질을 측정하는 도구가 단일 문항이었으므로 삶의 질이라는 개념이 가진 모든 영역(Domain)을 만족시킬 수 없었음을 들 수 있겠고 그외에도 단일 문항이므로 다문항(Multi-item) 도구에 비해 대답의 분산도가 떨어짐을 들 수 있을 것이

다. 그런데 분산도는 상관계수를 구하는데 기본이 되며 또한 상관계수는 회귀 분석을 위해 기초가 된다. 덧붙여 사회적으로 바람직한 방향으로 대답하고자 하는 심리가 대답의 범위를 좁힘으로써 분산도를 더욱 떨어뜨린 것도 이유가 될 수 있다. 마지막으로 가능한 이유라면 건강증진이 스스로 돕는 행위로서 개념화 되었고 또 그것을 위해 측정 되었는데 건강증진은 건강과 관련된 행위에 초점을 맞추므로 스스로 돕는 행위의 영역을 제한시켰을 수 있다.

연구 결과에 따르면 질병에 대해 심하다고 느끼는 정도가 클수록 질병에 대한 불확실감도 크게 느끼는 것으로($r = .56$) 나타났고 질병에 대한 불확실감이 높을수록 대상자 자신의 효능에 대한 신념이 떨어지는 것으로($r = -.32$) 나타났다. 또한 질병에 대한 불확실감이 높으면 건강증진 실천도가 떨어지나($r = -.41$) 자기 효능에 대한 신념이 높으면 건강증진 실천도도 높아짐을($r = .46$) 알 수 있었다. 이 모든 결과는 모델에서 제시된 것에 상응하는 것이나 질병 경과시기와 불확실감 사이에는 예측했던 것과는 달리 유의하지 못한 상관관계

($r = .03, P > .05$)가 있는 것으로 나타났다. 즉 질병을 앓은 시기가 길어 질수록 질병에 대해 느끼는 불확실감이 적어질 것이고 인지된 삶의 질 또한 높아질 것이라는 가설은 지지되지 못했다. 이 결과는 Mishel의 불확실감에 대한 새로운 이론 즉 질병 기간이 길어 질수록 대상자는 확률적 및 조건적 사고로 세상을 보게되며 확률적 사고의 결과로 불확실감의 속성을 인생의 자연적 리듬으로 받아들이게 되고 현실에 맞추어서 인생에 대해 계속적인 확실감을 기대하지 않는다는 명제에 부응하지 못하는 것이다. 논리적으로 합당한 명제임에도 본 연구 결과에서 지지되지 못한 이유로는 질병 경과 시기에 대한 서술적 자료를 검토한 결과 이 변수에 대한 반응 범위가 1-24년임에도 불구하고 대다수의 대상자 (50%)가 1-5년 사이에 속한 것을 알수있었다. 따라서 질병 경과 시기에 대한 반응의 범위가 좁으므로 해서 발생한 낮은 분산도 때문인 것으로 추론되었다.

그 밖에 연구 가설에는 설정되지 않았으나 건강증진이나 삶의 질에 대한 인구학적 변수의 영향도 조사 분석되었다. Pender의 Health Promotion Model에서 제시된 것과는 달리 인구학적 변수들이 인지 변수들을 수정함으로써 건강증진에 대해 간접적 영향을 주기 보다는 일부의 변수들이 건강증진에 대해 직접적인 효과를 갖는 것으로 조사되었다. 즉 교육정도가 높을수록, 결혼을 한 사람일수록 건강증진에 대한 실천도가 높은 것으로 나타났다.

건강증진 실천을 위해 중요한 설명변수인 자기효능감은 가설에서 설정되었던 대로 질병으로 인한 붕괴감이 건강증진에 미치는 장애감을 완충시키는 효과가 있음을 볼 수 있었다. 이러한 결과는 Self-Help Model의 명제 (Proposition): “충분한 수준의 가능케 하는 기술 (Enabling Skill)은 붕괴감으로부터 스스로 돕는 행위 (Self-Help)에 미치게 되는 부정적 영향을 완충시킨다”에도 상응하는 것이다.

연구 변수에 대한 상관계수 매트릭스 <도표 2>를 참조하면 질병과 관련된 변수들 중 질병에 대해 심하다고 느끼는 정도 (Severity of Illness)가 대상자의 삶의 질 인지 정도와 유의한 상관관계 ($r = -.27, P < .01$)를 가짐에도 불구하고 삶의 질을 설명하기 위한 회귀 분석상 유의한 변수로서 포함되지 못하고 오직 건강증진만이 유의한 변수로 포함되었음을 보았다(도표 1 참조). 한편 건강증진을 설명하기 위한 회귀 분석에는 질병에 대해 심하다고 느끼는 정도가 직접적인 효과를 주는 변수로 포함되었다 ($R \text{ square} = .16, P < .00$). 그것은 질병에

대해 심하다고 느끼는 정도가 대상자의 삶의 질에 영향을 미치나 그것은 직접적인 효과가 아님을 의미한다. 즉 질병에 대해 심하다고 느끼는 정도는 건강증진을 통해 간접적으로 대상자의 삶의 질 정도에 영향을 미친다는 의미이다. 그러므로 건강증진이 삶의 질에 대해 질병으로 부터의 부정적 영향을 완충시킨다는 가설을 직접 검증하진 못했으나 위의 사실에 입각해 추론할 때 최소한 질병에 대해 심하게 느끼는 정도가 삶의 질에 미치는 부정적 효과는 건강증진 행위에 의해 약화된으로써 완충되리라 볼 수 있었다.

건강증진 외에 질병과 관련된 변수들이 삶의 질을 설명하는 회귀 분석에 포함되지 못한 또 다른 가능한 이유는 질병에 대해 심하다고 느끼는 정도 (Severity of Illness)와 불확실감 (Uncertainty in Illness)이 건강증진과 높은 상관관계를 갖는 것들을 수 있다(도표 2 참조). 이 변수들과 건강증진 사이의 높은 상관관계가 삶의 질에 미치는 이 변수들의 직접적 혹은 총체적 효과를 억압했을 것으로 분석되었다.

VI. 결론 및 제언

1. 결론

건강증진과 삶의 질은 간호 분야의 주된 관심 분야임에도 이 두 개념의 상호관계를 조사 분석하는 연구가 많이 이루어지지 않았다. 특히 만성질환자를 대상으로는 거의 수행된 바가 없었다. 따라서 본 연구는 관절염을 앓고 있는 여성 환자들을 대상으로 배경 변수들(인구학적 변수들, 질병과 관련된 변수들, 질병으로 인한 붕괴감 등)과 가능하다고 느끼는 인지감 (Enabling Cognitive Perception) 그리고 스스로 돕는 중재로서의 건강증진 실천 등과 대상자가 인지하는 삶의 질간의 상호관계를 분석 조사하는 목적으로 수행되었다.

연구 방법으로는 1992년 10월 1일부터 1992년 10월 30일 사이 서울에 소재한 C대학교 부속 병원 류마치스성 관절염 클리닉을 방문한 여성 환자를 편리 표출 (Convenience Sampling)에 의해 100명을 추출하여 질문지를 이용해 자료 수집을 하였다. 연구 도구는 한국어로 번역하여 Pretest와 번역 타당도, 신뢰도를 검증하여 사용하였다. 수집된 자료는 SPSS/PC 통계 프로그램을 이용하여 분석되었고 서술적 분석 외에도 각 가설 검증에 따라 Pearson Product Moment 계수를 구하고 회귀 분석을 시행하며 Path 계수를 구하였다.

참 고 문 헌

자료 분석 결과로 얻은 결론은 다음과 같다: 가능하다고 인지하는 감각은 질병으로 부터의 붕괴감이 건강증진에 미치는 부정적 효과를 약화시키므로써 완충시킴을 볼 수 있었다. 대상자의 삶의 질을 설명하기 위해 채택된 연구 변수들 중 오직 건강증진만이 삶의 질에 대해 직접적 효과 ($R^2=.15, P<.00, \beta=.38$)를 갖는 것으로 나타났다. 연구 변수 중 질병에 대해 심하다고 느끼는 정도나 자기효능감에 대한 신념도 삶의 질에 영향을 미치는 변수들이긴 하나 그들의 영향력은 직접적인 것이 아니었고 건강증진을 통한 간접적인 것이었다. 따라서 건강증진은 이들 두 변수가 대상자의 삶의 질에 미치는 영향을 약화시키거나 강화시키므로써 완충한다고 추론할 수 있었다.

질병에 대해 심하다고 느끼는 정도가 클수록 질병에 대한 불확실감도 크게 느끼는 것으로 ($r=.56, P<.01$) 나타났고 질병에 대한 불확실감이 높을수록 대상자 자신의 효능에 대한 신념이 떨어지는 것으로 ($r=-.32, P<.01$) 나타났다. 또한 질병에 대한 불확실감이 높으면 건강증진 실천도가 떨어지나 ($r=-.41, P<.01$) 자기효능에 대한 신념이 높으면 건강증진 실천도도 높아짐을 ($r=.46, P<.01$) 알 수 있었다. 그러나 질병의 경과시키는 질병에 대한 불확실감과도 유의한 관계가 없고 ($r=.03, P>.05$) 대상자가 인지하는 삶의 질과도 유의한 관계가 없는 것으로 ($r=.11, P>.01$) 분석됐다.

2. 제언

본 연구 결과에 기초하여 추후의 연구에 대해 제언을 한다면 우선 질병의 종류에 따라 삶의 질에 영향을 미치는 변수가 달라질 수 있으므로 다른 만성 질환자들을 대상으로도 연구가 수행되어져 만성질환자의 삶의 질을 총체적으로 설명할 수 있는 이론 개발에 기여하여야 하리라 본다. 본 연구를 통해 건강증진 행위와 삶의 질 사이에 높은 상관관계가 존재함을 탐구적 (Exploratory) 차원에서 발견 하였으므로 실제로 관절염 대상자에게 적용될 수 있는 건강증진 프로그램을 계획/개발하여 간호 중재로서 적용하고 이에 대한 평가적 연구 (Evaluation Research)를 시행하여야 하리라 본다. 또한 관절염 환자의 건강증진 프로그램을 임상 실무에서 적용할 때 제언하고자 하는 것은 대상자의 자기효능에 대한 신념을 강화 시키는 방향으로 운영되면 성공률이 높을 것이라는 점이다.

- Andrew, F. & Crandall, R. (1976). The validity of measures of self-reported well-being. Social Indication Research, 3, 1-19.
- Andrew, F. & Withey, S. (1976). Social indicators of well-being. New York: Plenum Press.
- Becker, H. , Stuifbergen, A. , Ingalsbe, k. , & Sands, D. (1989). Health promoting attitudes and behaviors among persons with disabilities. International Journal Rehabilitation Research, 12(3), 235-250
- Braden, C. (1990). Learned self-help response to chronic illness experience: A test of three alternative learning theories. Scholarly Inquiry Nursing Practice: An international Journal, 4 (1), 23-41.
- Brooks, N. & Matson, R. (1982). Social-psychological adjustment to multiple sclerosis. Social Science Medicine, 16, 2129-2135.
- Burckhardt, C. (1985). The impact of arthritis on quality of life. Nursing Research, 34(1), 11-15.
- Christensen, K. (1981). The determinants of health-promoting behavior. Unpublished doctoral dissertation. Chicago. Rush University.
- Hall, B. & Allan, J. (1986). Sharpening nursing's focus by focusing on health. Nursing and Health Care, 7, 315-320.
- Hanner, M. (1986). Factors related to promotion of health-seeking behaviors in the aged. Unpublished doctoral dissertation. The University of Texas at Austin, Austin.
- Huh, J. (1982). Seniors and health: Welfare of seniors and modern society. Seoul: A-san Social Welfare Organization.
- Kim, H. Y. (1986). Diagnosis and differential diagnosis of rheumatoid arthritis. Journal of Korean Medical Association, 29(1), 15-20.
- Laborde, J. & Powers, M. (1985). Life satisfaction, health control orientation, and illness-related factors in persons with osteoarthritis. Research in Nursing and Health, 8, 183-190.
- Lehman, A. , Ward, N., & Linn, L. (1982). Chronic

— Abstract —

Health Promoting Behaviors and Quality of Life of Korean Women with Arthritis

Oh, Hyun Soo*

Factors related to health promotion activities and quality of life in Korean women with arthritis have not been clearly identified. Predictors of health promotion might be identified that will enhance the well-being of this group. Accordingly, the findings of the study will contribute additional information about the relationship between health promotion and quality of life and will add to the research on quality of life of individuals with a leading cause of disability -- arthritis.

The purpose of the study was to examine the relationship of selected background factors (years of illness, perceived severity of illness, uncertainty in illness), perceived self-efficacy, and health promoting behaviors to the quality of life of Korean women with arthritis.

A cross-sectional descriptive design was used in this study to investigate relationships among the variables of interest. The sample was composed of 96 women who had arthritis and visited large university hospital in Seoul for regular check up or prescription of medication. The purpose of a descriptive correlational design was to determine the absence or presence of relationships among variables that were measurable (Polit & Hungler, 1987, p. 147).

The design of this study was appropriate because it yielded answers to the research questions and hypotheses regarding the relationships among the model variables. The questionnaire contained demographic information, translated Mishel Uncertainty in Illness Scale-Community form (MUIS-C) (Mishel, 1987), translated and modified Disease

- mental patients: the quality of life issue. American Journal of Psychiatry, 139, 1271-1276.
- Locker, D. (1983). Disability and disadvantage: The consequences of chronic illness. London: Tavistock Publications, 14-42.
- McDaniel, R. (1987). Relationship of participation in health promotion behaviors to quality of life in older adults. Unpublished doctoral dissertation, The University of Texas at Austin, Austin.
- Mishel, M. (1988). Uncertainty in illness. Image, 20(4), 225-232.
- Mishel, M. & Sorenson, D. (1991). Coping with uncertainty in gynecological cancer: A test of the mediating functions of mastery and coping. Nursing Research, 40, 167-171.
- Munro, B., Visintainer, M., & Page, E. (1986). Statistical methods for health care research. Philadelphia: J. B. Lippincott Company, 290-305.
- Pender, N. (1982). Health promotion in nursing practice (2nd ed.). Norwalk, CT: Appleton & Lange.
- Pollock, S. (1990). Response to "Learned self-help response to chronic illness experience: A test of three alternative learning theories" Scholarly Inquiry for Nursing Practice, 4(1), 43-45.
- Sherer, M., Maddus, J., Mercandante, B., Prentice-Dunn, S., Jacob, B., & Rogers, R. (1982). The self-efficacy scale: Construction and validation. Psychological Reports, 51, 663-671.
- Tobin, D., Reynolds, R., Holroyd, K., & Creer, T. (1986). Self-management and social learning theory. In K. Holroyd and T. Creer (Eds.), Self-management of chronic illness. New York: Academic Press, 29-55.

* Dept. of Nursing, College of Medicine, SoonChunHyung University.

Course Graphic Scale(DCGS) which was developed by Braden (1990), translated Sherer, et al. 's General Self-Efficacy Scale (1982), The Health-Promoting Lifestyle Profile (HPLP), developed by Walker, Sechrist, and Pender (1987) and translated to Korean by Ha, and quality of life was measured by Face Scale (Andrews, 1976). Several steps of verification for the translation process were carefully conducted.

Data analysis included descriptive correlational

statistics and multiple regression techniques. Health promotion was the only contributor to predict quality of life. Results showed that enabling cognitive perceptual factor (self-efficacy) mediates the disruptive force (uncertainty in illness) on achieving a health promoting self-help behavior. The findings of this study also indicated that illness-related variable of severity of illness was mediated by health promotion, which buffered its impact on quality of life.