

근골격계 만성통증 환자가 지각한 통증, 가족지지 및 삶의 질과의 관계

오 현 자*

I. 서 론

1. 연구의 필요성

인간은 신체, 정신, 사회, 그리고 영적으로 통합된 총체적 존재로서 인간을 중심으로 하는 환경과 상호작용을 함으로써 성장과 발전을 계속하며 궁극적으로는 만족스럽고 행복한 삶을 추구하는 존재이다(이은옥, 서문자, 임난영, 김채숙, 1980).

최근 신상에 대한 개념은 생명보존과 수명연장에 초점이 맞추어진 의학적 가치관으로 부터 어떻게 하면 보다 불편감을 적게 느끼면서 만족스러운 양질의 삶을 살 수 있는 지에 관한 관심으로 바뀌어지고 있다.

그런데 통증은 건강에 대한 정상적인 느낌만을 방해하는 것이 아니고 외부세계에 대해 살뜰한 판단이나 규율에 노출되게 한다. 특히 만성통증은 의료진에게 주어지는 어려운 문제중의 하나로서 급성통증에 사용되는 치료법이 대체적으로 만성통증에는 효과가 없기 때문에 의료인에게 어려움을 준다. 또한 만성적인 통증은 인간에게 많은 고통을 줄 뿐만 아니라 통증으로 오는 피해는 인력의 손실, 의료비의 증가 등으로 사회경제적 영향이 크고 마약중독, 알콜중독 혹은 자살까지도 유발할 수 있어 의료인들의 지속적인 돌봄이 필요하다(이은옥외, 1992).

특히 근골격계에 만성통증이 있는 환자들은 통증으로 인한 활동제한, 심리적 어려움, 질병과정의 불확실성 등으로 통증에 잘 내쳐할 수 없을 때는 여러가지 가지치는 활동에 참여하는 것을 줄이거나 완전히 포기하게 된다. 활동을 방해하는 일들은 개인의 안전과 삶의 즐거움에 위협을 줄 수 있고 인지된 삶의 질 뿐만 아니라 개인 위신상의 감정에 있어서도 다른 손실의 원인

을 가져올 것이고, 따라서 상당한 감정적 어려움을 유발 할 것이다(Turk et al., 1995).

외국의 경우 보건 의료진에서 만성통증의 행동적·심리적 요인에 대한 관심이 증가하는 이유는 통증이 약물요법이나 외과적 수술등 만으로는 설명이 어려운 점 때문이다. 우리나라에서도 통증을 호소하는 환자가 증가하고 있으며 각 대학부속병원 혹은 종합병원에 통증치료실(pain clinic)이 설치되어 통증을 관리하고 있다(이은옥외, 1992).

통증은 간호실무에서 대단히 중요한 개념이므로 무엇보다 통증에 대한 이해가 필요하며 환자가 경험하는 통증의 정도가 어느 정도인지를 파악하는 것이 요구된다. 이러한 통증자체는 스트레스에 해당한다. 통증이 있을 시에 주위에 있는 구성원으로부터 지지를 받게 되면 스트레스 대응에 관여하여 스트레스나 그 위협에 대한 평가가 약화되며 문제해결 방법을 제공받거나 문제의 심각성이 약화됨으로써 위협적인 반응을 제거하는 것으로 보고되고 있다(House, 1981).

행복한 삶을 위해 삶의 상태를 개선시키고자 하는 인간의 노력은 삶의 질에 대한 관심으로 이어지며, 삶의 질을 높이고자 하는 노력이 현대사회와 여러 학문분야의 중심목표가 되고 있다(노유자, 1988). 삶의 질은 생리적, 심리적, 사회경제적 영역에서의 인간의 안녕과 복지의 정도를 구체적으로 표현하는 개념으로 생명은 연장되나 질병을 지닌 채 살아가는 만성질환자들에게 매우 중요하게 고려되어야 할 문제이다(Molzahn, 1991).

우리나라는 서구사회와 달리 가족주의 가치가 지배적이고 가족간의 유대관계가 밀접하며 대부분의 의료기관에서는 가족구성원이 상주하면서 간호하는 것이 당연시되어 있는 등 질병에 대한 책임을 가족에게 위임하고 있는 실정이다. 가족지지는 위

* 군산간호대학 교수

기에 처해 있는 개인을 위기에 적응하게 함으로써 건강한 삶을 유지할 수 있게 한다는 것을 알 수 있다.

즉 통증이 삶의 질에 영향을 미치기는 할 지라도 적절한 중재로 잘 지지해 준다면 어느 정도 삶의 질을 향상시켜 줄 수 있음을 시사한다. 또한 간호중재시에는 가치관에 대한 내적기준의 변화를 꾀하는 돌봄의 강화나 지지를 통하여 삶의 질을 높여 주어야 한다. 통증환자의 간호중재는 통증자체를 감소시키는 것도 중요하지만 통증이 환자의 삶에 미치는 영향을 조절하고, 환자 자신이 자신의 건강관리를 하도록 동기를 부여할 수 있도록 도와야 한다.

본 연구는 많은 사람들이 일반적으로 통증을 경험하고 있으면서도 주위사람들로 부터 특별한 관심과 간호를 받지 못하는 근골격계 통증환자를 대상으로 그들이 지각하는 가족지지와 삶의 질과의 관계를 규명함으로써 가족, 간호실무자, 간호대상자에게 기초자료를 제시하여 만족스런 삶을 조성할 수 있도록 하고 포괄적인 간호중재방안 모색에 기여하고자 한다.

2. 연구의 목적

본 연구의 목적은 근골격계 통증환자의 통증정도와 가족지지 및 삶의 질과의 관계를 규명하여 효과적인 간호중재안을 개발하고자 시도되었으며 구체적인 목적은 다음과 같다.

- 1) 대상자의 통증정도, 가족지지, 삶의 질정도를 파악한다.
- 2) 통증정도, 가족지지와 삶의 질과의 관계를 파악한다.
- 3) 대상자의 통증정도, 가족지지, 삶의 질에 영향을 미치는 일반적 특성을 파악한다.

3. 연구가설

본 연구의 가설은 다음과 같다.

- 제 1 가설 "통증정도가 낮을수록 삶의 질의 점수는 높을 것이다."
- 제 2 가설 "가족지지가 높을수록 통증정도는 낮을 것이다."
- 제 3 가설 "가족지지가 높을수록 삶의 질의 점수는 높을 것이다."

4. 용어정의

본 연구에서 사용된 용어는 연구의 목적에 따라 다음과 같이 정의한다.

· 만성통증: 현재의 주 통증이 시작된지 6개월 이상, 간헐적 혹은 지속적인 통증이 있는 경우(교통사고 대상자는 제외)를 말한다

· 근골격계 환자 : 목, 어깨, 몸통, 상지, 하지 등의 근육과 골격에 통증이 유발되었으며, 현재 보조기구 없이 보행이 가능하며, 통증 치료 및 완화를 위해서 병원의래를 주기적, 간헐적으로 내원하거나 병원에 입원중인 대상자이다.

· 가족지지 : 가족 구성원으로 이루어진 가족체계가 가족 구성원들간의 상호작용을 통하여 환자를 돌보아 주며 사랑하며 존중하며 가치감을 갖도록 해 주는 것으로 인정된 사람과 지지의 교환이라는 주요 기능을 하는 것(최영희, 1983)으로 정의되며 환자가 가족구성원들에게 느끼는 지지의 정도를 말한다.

· 삶의 질 : 삶의 질이란 신체적, 정신적, 사회적, 경제적 영역에서 각 개인이 지각하는 주관적인 안녕을 의미한다(노유자, 1988). 본 연구에서는 근골격계 통증환자가 지각 하는 주관적인 안녕을 정서상태, 경제상태, 자아 존중감, 신체상태와 기능, 이웃관계, 가족관계 등의 6개 영역이 포함된 노유자(1988)의 삶의 질 도구를 본 연구자가 수정한 질문지에 의해 측정된 점수를 의미한다.

Ⅱ. 이론적 배경

간호는 건강과 질병선상에 있는 인간의 적응과정을 도움으로써 그들로 하여금 건강한 삶을 유지하도록 하는 것(Roy & Robert, 1981)이다. 그런데 근골격계의 만성통증은 스트레스 원으로 작용하여 삶의 적응과정에 부정적 영향을 주므로 관리되어야 한다.

1. 통증

통증은 간호사가 가장 흔히 당면하게 되는 환자문제중의 하나로 많은 질환과 치료과정중에 어느 연령층에서나 발생하는 현상이다. 통증의 문제는 심리,사회문화적 변수에 의해 영향을 받으며 앓고 있다는 것을 신속하게 알려주는 표시로서 자신이 이 환되었음을 느낄 수 있고 판단할 수 있는 감각으로 절박한 것이다(김정선 최영희, 1991).

통증은 한 마디로 표현될 수 없고 매우 복잡한 현상이다. 통증이란 다양한 특성을 내포하고 있는 추상적이고 주관적인 개념으로 개인적이고 사적인 통감과 현재 또는 임박한 조직손상을 알려주어 인체가 손상받지 않게 보호하려는 반응형태를 의미한다(박옥, 1994).

통증은 급성통증과 만성통증으로 구분되는데 급성통증은 수술, 골절 등에서와 같이 급격히 발생하여 짧은 기간동안 지속하

는데 비해 만성통증은 퇴행성 질병이나, 암 및 기타 기질적 원인이 없이 발생하며 장기간 지속된다(황애란, 1996). 그리고 만성 통증이 있는 사람의 90%는 근골격계의 통증을 경험하였으나 (Andersson et al, 1993)고 하였다. 어떠한 통증이든 통증이 제거되거나 완화되지 않는 경우에는 불안, 두려움, 피로를 유발하게 되어 만성화되면 인체내에 지속적인 스트레스 반응이 나타나게 되므로 여러 장기에 악영향을 미칠 뿐만 아니라 분노, 무력감 및 우울을 유발하게 되어 많은 사회 경제적 문제를 야기하게 되므로(Carrieri-Kohlman, Linsey & West, C.M., 1993) 만성통증에는 특히 관심을 두어야 한다.

현재 주목받고 있는 통증이론은 1965년 Melzack와 Wall에 의해 처음 제시된 관문통제 이론으로 통증을 결정하는 요소로서 감각구분요소, 농기유발정의 요소 및 중추조절요소를 제시하였다. 이 이론은 자극형태에 대한 통증역치는 누구나 일정하지만 중추에서 최종적으로 인지하는 통증의 강도는 각 개인의 정서상태와 통증에 대해 부여하는 의미 등의 인지상태에 의해 조정될 수 있음을 증명한 것이다.

결국 통증경험의 반응요인은 신체보다는 심리적이므로 인지적 과정(recognitive process)에 의해 영향을 받게 되고, 주위 사람에게 영향을 주어 새롭게 강화되는 자극으로 역할하게 되어 하나의 환(cycle)의 개념을 갖게 된다(이은옥, 1983). 더욱이 통증은 문화적 학습, 상황의 의미 및 개인의 독특한 다른 요인들에 따라 좌우되는 고도로 개인적인 경험이기 때문에 통증의 예측, 표현, 관리 모두가 문화적 상황과 밀접하게 관련된다고 볼 수 있다(김정선, 최영희, 1991). 그래서 통증은 각 개인에게 독특한(unique) 것이고 묘사하고 평가하기란 매우 어렵다. Latham에 따르면 통증의 정도 뿐만 아니라 통증의 존재여부도 어느 정도 환자의 진술(testimony)에 따라야 한다(Heidrich & Perry, 1982)는 것이다. 이는 결국 통증경험의 강도에 대한 판단을 개별화 해야함을 지적해 주고 있다.

통증환자를 돕기 위해서는 정확하게 통증사정을 해야 할 필요가 있다. 통증을 사정하는 도구로는 단순보고형척도, 시각적 척도(VAS), 도표척도(GRS), MPQ(McGill Pain Questionnaire), 현재통증강도 (Present Pain Intensity), 국어통증척도, CHEOPS(Children's Hospital of Eastern Ontario Pain Scale) 등이 있는데 여러 방법 중에서 대상자가 자신의 통증에 대해 주관적으로 보고하는 것이 가장 의미있다고 하였다(Yorkston & Sergeant, 1969). 이 중 주관적 보고형인 도표평정척도가 임상에서 통증을 측정하거나 통증의 감소를 측정할 때 민감도가 높은 주관적 보고척도로 알려져 있어(이은옥,

1992; Scott & Huskisson, 1976) 본 연구에서는 도표평정척도로 통증을 사정하였다.

주관적인 통증경험을 사정하는 일은 통증반응의 개인자 때문에 쉬운 일이 아니다. 통증을 사정하는 데는 여러 가지 요인이 관련되는데 통증의 주관적인 특성, 정확한 사정과 측정을 위한 측정도구의 문제, 통증에 대한 의료요원의 다양한 태도(Holmes, 1989), 통증을 유발하는 질환, 부상으로 오는 불안과 공포, 통증의 과거경험, 인식, 문화적 배경, 의료인에 대한 신뢰, 경제적·가정적 안정상태(카톨릭 의학총서 : 1982)등이 영향을 미친다고 지적하였다. 또한 Heyward는 생물학적인 요인(나이, 성별, 물리적인 상처), 심리적인 요인(불안, 성격, 암시) 그리고 사회문화적인 요인이 영향을 미친다고 하였다(Walding, 1991, 재인용). 또한 가속구성원이나 의사, 간호사, 주위사람들의 부정적이거나 왜곡된 태도는 특히 만성통증을 가진 환자의 통증을 사정하는 데 장애요인이 된다. 그리고 임상실무에서 간호사들이 급성 통증을 가진 환자의 생리적인 양상만을 상투적으로 관찰하는 점도 만성통증을 정확하게 사정하는 데 장애가 된다.

만성통증은 6개월이상 지속되는 통증을 의미하지만 그 기간에는 논란이 많다. McCaffery (1979)는 통증을 "그 사람이 경험하고 존재한다고 말하는 무엇"이라고 정의하고, 6개월이상 지속되는 만성통증은 병리적 원인과 관계가 있고 그 성질은 제한적이고 간헐적 또는 지속적이라고 했다. 만성 통증이란 6개월 이상 계속되는 통증으로서 고식적·전통적 치료나 수술에 반응하지 않는 통증(Payne & Norfleet, 1986) 이라고 정의된다.

최근에 이르러 만성통증은 심리적 요인이나 행위적 양상의 중요성에 대한 인식이 높아지고 있다(Holden, 1978). 만성통증 행위 사정과 치료법이 크게 관심을 끌고 있는 이유는 첫째, 만성통증행위 문제를 정확하고 객관적인 방법으로 확인할 수 있고, 둘째, 통증행위 문제를 조절하는 데 있어서 사회환경적 요인의 작용을 규명하는 데 도움을 줄 수 있으며, 셋째, 통증행위 측정은 내과적 또는 외과적 치료에 대해 반응을 보이지 않는 만성통증환자를 성공적으로 치료할 수 있기 때문이다(Keefe, 1982).

통증의 심각도와 부정적 기분 및 긍정적 기분간의 관계를 규명한 결과 통증의 심각도가 부정적 기분과 긍정적으로 상호관련된 것에 비해 긍정적 기분과는 관련되지 않았으나 부정적 기분은 긍정적 기분에 대해 독립적이었다. 또한 불안이 급성통증과 관련된 대부분의 경험인 반면에 만성통증의 심각도는 우울과 관련된 것으로 실증되었으며 특히 만성통증은 적대감(hostility)

과 관련되어 만성 통증상태를 발생하게 된다(Shachm & Dar, 1984).

이러한 통증을 제거하거나 조절하지 못하면 부정적인 감정(예:우울, 불안, 무력감)을 경험하게 되고 불평과 약물남용, 전반적인 안녕에 부정적으로 영향을 미치고 육체적, 사회적 활동의 회피와 같은 행동으로 진전될 수 있고 통증이 만성화될 때(6개월 이상) 사람들은 통증으로부터 자유로워 질 수 없게 될지도 모른다는 생각을 한다(David, 1992). 또한 만성통증을 겪는 사람들은 정서의 변화, 우울과 관련된 행위의 변화, 사기저하, 무력감, 사회적 고립감을 경험하며 개인의 인간관계 능력에 해로운 영향을 끼친다. 인간은 또한 통증속에서 자신의 약함과 한계성을 강하게 느끼므로(은영, 1995), 통증 그 자체가 아닌 전인(Whole person : holistic)의 치료를 요구한다(Wright, 1987). Roy이론(1976)에 근거하여 살펴보면 통증은 피할 수 없는 인간 삶의 일부분이고 또한 상호의존성의 양식으로 가족이 다른 사람을 돌보는 것은 필수적이며 통증 완화 방법은 인간과 주위 환경과의 균형을 유지하여 긍정적인 적응방식을 유도하여 삶의 질을 높이도록 하여야 한다.

그러므로 통증이 있는 대상자를 간호할 때는 통증의 의미와 영향을 주는 요인을 이해하여 통증을 정확하게 사정하고 평가하여 대상자를 도울 수 있는 간호중재법을 개발할 필요가 있다.

2. 가족지지

인간은 타인과의 사회적 상호작용을 통해서만이 충족될 수 있는 기본적 욕구를 지니고 있으며, 이러한 욕구를 충족시켜 주기 위해서는 사회적 지지가 요구된다.

사회적 지지의 정의나 유형에 관해서 많은 학자들이 언급하였으며(Caplan, 1974 ; Waker, Macbride & Vachon, 1977), 사회적 지지의 대전제는 모두 사회적 지지가 스트레스를 겪고 있는 사람에게 유용하다(Cobb, 1976)는 것이다.

사회적 지지란 대상자로 하여금 (1)자신이 보호를 받고 있다든가 애정을 받고 있다고 믿게 해주고, (2)자신이 존경받고 있으며 가치있는 존재라고 느끼게 해주고, (3)의사소통의 연결망 속에 있다고 믿게 해 주는 것으로(Cobb, 1976) 간호실무에서는 원하는 치료결과를 획득하도록 환자를 도우려는 의도를 갖고 환자의 가족 구성원 또는 가까운 친구에 의해 제공되는 투입이라고 정의하였다(Wierenga, 1979).

사회적 지지 유형도 매우 다양한데 그것은 사회적 지지의 형태와 양이 시간이 지남에 따라 변화하는 역동적인 개념이기 때문이다(Mishel & Braden, 1987). 사회적 지지의 유형을 학자

들간의 공통된 이해를 바탕으로 요약해 보면 크게 정서적지지, 정보적지지, 물질적 지지의 세유형으로 구분하거나 여기에 평가적 지지를 포함하여 네 유형으로 구분 짓고 있다(Kahn & Antonucci, 1980 ; Sarason & Levin & Basham, 1983 ; 박지원, 1985 ; 김정아, 1989).

즉, 사회적 지지는 복합적인 차원의 개념으로 사회적 지지제와의 상호작용을 통하여 대상자에게 주어지는 정서적이며 실제적인 도움이라 할 수 있고, 대상자가 목적을 달성할 수 있도록 가족을 포함한 의미있는 사람에 의해 직접 제공되는 어떤 투입이라고 요약될 수 있다.

사회적 지지를 제공해 주는 지원원에 따른 분류로는 배우자나 친척, 친구들과 같이 개인을 둘러싸고 있는 개별적인 차원에 의한 지지와 의료전문가들이나 지지기관 등의 전문적인 지원에 의한 지지로 나누어 볼 수 있다(오가실 등, 1994). 태영숙(1985)은 이러한 지원원에 따른 분류에 근거를 두어 가족지지와 의료인지지로 구분하였다. Dean & Lin(1977)도 사회적 지지의 기능을 수행하는 집단으로 일차그룹을 말하였는데, 그중 가족은 일차 그룹의 가장 좋은 예가 된다고 하여 가족이 사회적 지지의 주된 근원이 된다는 것을 지적하고 있다.

사회적 지지의 개념은 사람의 연결망과 대인관계의 성격이 속성으로 들어가게 되는데 우리나라의 경우 전통적으로 농경사회였으며 대가족 제도와 유교 및 불교의 영향으로 인하여 대인관계 양상이나 인식이 서구문화와 많은 차이가 있다. 한국에서의 '나'라는 개념은 서구에서 말하는 개인주의적 '나'와는 다르다고 지적되고 있는데, 한국인의 자아는 포괄적이며 가족이라는 집단의식을 가지고 있어서 '남'이란 단순히 타인을 말하는 것이 아니며 '가족이 아닌 사람' 또는 '나와 가족같이 지내는 사람이 아닌 사람'을 의미한다. 이러한 가족주의로 인한 인간관계에서 타인의 존재는 한국인에게 거의 무시할 정도로 관심의 대상이 되지 않기 때문에 폐쇄적이고 배타적인 인간관계를 지닌 것으로 인식된다(이규태, 1991).

가족이란 친족이라는 연계성을 가지고 모여사는 생물, 심리, 문화, 사회적인 공동체이며 구성원의 성장발달에 시대한 영향을 미치고 가치관과 신념을 전달하며 발전시키는 데 중요한 매체가 되는 사회의 기본단위이다. 가족은 사회의 일차집단으로서 관계를 유지하므로 인격이 정서적으로 밀착되어 있으며, 가족구성원들 사이에는 공리적이고 타산적일 수 없고 가족중의 한 사람이 불건강상태에 처하면 진 가족이 영향을 받는다(김금자, 1987). 위기상황에 있는 환자는 위기로부터 벗어나기 위해 무엇보다도 더 가족을 필요로 하므로 가족은 환자에게 어떤 힘을 줄 수 있

는 역할을 할 수 있어(Robert, 1976), 개인에 있어 가장 유력한 지지체계가 되며 개인은 가족을 통해 내적, 외적 긴장을 해소하고 안정감을 갖게 되며 이러한 위축작용을 통해 가족은 개인의 건강을 유지하는 데 공헌한다고 볼 수 있다. 이러한 점에서 가족은 개인적으로 또는 집단적으로 그 가족 성원을 지지하고 보호하는 능력을 가지고 위기에 적응하도록 일생을 통해 계속되는 사회적 지지체로서의 중요성을 갖는다(Hamburg, 1967). 가족 지지란 가족구성원에 의해 제공되는 것으로 가족체계내에서의 상호작용을 통하여 스트레스를 경험하는 상황에 노출된 개인을 정서적, 정신적으로 보호하는 방패나 완충역할을 함으로써 개인의 위기나 변화에 대한 적응을 도와주는 속성을 가진다(홍강의, 1984)고 하였다.

환자의 스트레스를 해결하기 위한 간호중재방법으로 지지개념이 많이 이용되고 있다. 지지는 건강문제에 대한 개인의 스트레스 충격을 감소 또는 완충할 수 있는 속성을 갖추어 스트레스나 그 위협에 대한 평가를 약화시키고, 문제해결방법을 제공하거나 문제의 심각성을 약화시킴으로써 위협적인 반응을 제거하는 것으로 보고되고 있다(House, 1981). 따라서 지지체계로서의 가족은 건강상태와 심리적 상태에 영향을 미치며 가족구성원의 위기를 조절하고 스트레스를 완화시키며 환자역할행위를 촉진시키고 여러가지 정서적 체문제를 예방 및 감소시켜 준다. 그래서 환자가 자신의 증상과 질병을 가지고 있음에도 불구하고 가능한 한 정상 생활을 하고 질적인 생활을 하도록 하는 데 중요한 기능을 하고 있다고 말할 수 있다.

가족내의 요소들과 에너지의 상호작용에 의하여 영향받는 가족역동은 그 가족이 안정되어 있는 건강한 가족인가 아닌가를 결정짓게 되며, 가족이 인간의 기본적인 안정과 보호 그리고 정서적인 지지의 제일의 중요한 공급처라는 것을 생각한다면 가족의 항상성이 가족 구성원의 건강에 필수조건임을 알 수 있다. 가족역동은 질병의 치료와 그 과정에 크게 영향을 미치며 또한 질병의 회복기에 정상기능 및 활동에로의 적응과 재할 및 사회복지 과정에 중요한 역할을 하며, 가족 역동에 따라서 회복기간이 단축되거나 연장될 수 있다(홍강의, 1986, Christman, 1990).

위의 여러 학자들의 연구결과에 의하면 개인은 가족을 통해 기본적인 욕구를 충족하고 가족은 개인을 보호하고 가족은 개인에 있어서 가장 유력한 지지체계가 되며, 개인은 가족을 통해 내적, 외적 긴장을 해소하고 안정감을 갖게 된다.

근골격계 계통의 만성통증에 관한 간호 및 치료는 치료적인 상호작용으로만 이루어지는 것이 아니고, 가족과의 상호작용을

통해서도 이루어지므로 가족은 여러가지 적응기제와 능력을 제공해 줌으로써 건강을 해치는 어떤 스트레스와 생활변화에 완충작용을 할 수 있다

이러한 의미에서 볼 때 통증이라는 스트레스 상황에서는 가족지지가 건강상태와 심리적 상태에 영향을 미치는 중요한 주요인자임을 시사해 준다.

3. 삶의 질

삶의 질의 문제는 1970년대 중반이래 선진각국에 있어서 그들 사회의 급박하고도 당면한 과제가 경제적 성장의 문제가 아니라, 인간의 삶에 있어서 질적 가치를 증진시키기 위한 이른바 사회개발에의 관심이 확대됨으로써 비롯되었으며 사회복지적도 개념으로 사용되었다(하재구, 1986) 간호학에서는 1980년대부터 간호행위와 건강관리의 주요 목표를 삶의 질의 증대에 두고 삶의 질을 질병과 관련시켜 문헌에 보고하기 시작하였다(Magilvy, 1985). 또한 생명의 보존과 수명연장에만 역점을 두었던 종래의 의학적 가치관에서 차츰 수명의 연장보다는 생의 의미와 대상자의 질적인 삶이 더 고려되어야 한다고 주장하기에 이르렀다(Freed, 1984). 최근 우리나라에서도 만성질환자를 대상으로 한 간호중재 및 가족지지와 삶의 질에 대한 많은 연구들이 수행되고 있다(노유자, 1988 ; 김은영, 1997 ; 김인희, 1989 ; 김옥수, 1993 등).

삶의 질은 연구자의 관점, 목적, 접근방법에 따라 다양하게 정의되었으며, 인간의 삶에 대한 통합적인 개념으로 삶의 상태와 가치를 나타내는 복잡하고 어려운 개념이다.

Campbell(1976)은 삶의 질을 자신의 전반적인 상황이나 삶의 경험들에 대한 개인적이고 주관적인 평가이며 만족이라 했고, Young과 Longman(1983)은 신체적, 정서적인 면 외에 사회적 활동과 경제적인 활동을 포함시켜 각 영역에서 개인이 지각하는 안녕이라고 했다. Calman(1987)은 삶의 질은 주어진 시점에서 개인의 희망 및 기대와 개인의 경험 사이의 차이를 측정하는 것이며 지각된 목표와 실제적 목표의 차이를 의미하며 성장 잠재력을 사정하는 것이라고 하였다 또한 삶의 질에는 질병과 치료의 영향도 포함되고 미래의 희망, 꿈, 야망, 시간에 따라 달라지므로 성장의 잠재성에 대한 평가이기도 하다고 했다. Padilla와 Grant(1985)는 삶을 살아갈 가치가 있게 하는 것이며 환자를 총체적 존재로 다루는 간호의 돌봄의 측면을 내포한다고 했다. Alexander와 Willems(1981)는 삶의 질과 관련된 중요한 영역으로 육체적 안녕, 다른 사람들과의 관계, 사회적 활동, 개인적 발전과 성취, 여가활동, 경제적 상황, 안전이라고

했다. 김옥수(1993)는 삶의 질을 신체적, 정신적, 사회 경제적 영역에서 각 개인이 지각하는 자신의 상황과 경험에 대한 주관적인 평가와 만족이라고 정의하였다.

삶의 질의 영향요인을 연구한 보고를 살펴보면 인간 삶의 다양한 측면이 내포되므로 그 속성에도 여러 측면이 관여되어 있다. Torrance(1987)는 신체적 기능과 정서적 기능이 삶의 질에 직접 영향을 준다고 하였으며, Burchhardt(1989)는 독립, 신체활동상태, 자기간호능력, 건강상태, 안전감, 긍정적인 상호작용, 타인과의 관계 및 인생의 의미가 삶의 질의 중요한 영역이라고 하였다. Padilla등(1990)은 삶의 질을 높힐 수 있는 영역으로 신체적 측면에서의 건강하다는 느낌, 독립감, 정상생활 및 일할 수 있다는 점과 심리적 측면의 즐거움, 영적지지, 안전감, 조절감을 제시하였다. Edwards와 Klemmack(1973)은 성인 507명을 대상으로 생활만족도와 22개 변수와의 관련성을 조사한 결과 생활만족도에 사회, 경제적 상태, 지각된 건강상태, 이웃, 친구와의 관계가 중요한 예측요인이라고 보고하였다. Burckhart(1985)는 관절염 환자 94명을 대상으로 삶의 질을 연구한 결과, 자아존중감이 삶의 질을 25%, 내적통제위가 20%, 질병에 대한 부정적인 태도가 15%, 사회적 지지가 삶의 질을 10% 설명하였다고 하였다. 질병과 관련된 변수인 기능손상 정도는 자아존중감과 내적통제위에 영향을 주어서 간접적으로 삶의 질을 25% 설명한다고 하였다. Lewis(1982)는 암환자 57명을 대상으로 삶의 질을 연구한 결과 자아존중감이 높고, 조절경험이 높을수록 삶의 질은 높다고 보고하였고, Padilla등(1990)의 연구에서도 41명의 통증이 있는 암환자를 대상으로 삶의 질을 연구한 결과, 건강하다는 느낌이 삶의 질에 주요 요인으로 확인되었다. Lubkin(1990)은 삶의 질에 영향을 주는 요소 중의 하나로 가족이나 사회적 지지가 큰 의미가 있으며, 가족중에서 특히 배우자와의 관계가 삶의 질에 중요한 영향을 미친다고 하였다.

우리나라에서도 삶의 질의 영향요인을 분석한 연구가 이루어지고 있다. 노유자(1988)는 성인 2179명을 대상으로 지각된 건강상태와 삶의 질간의 관계를 분석한 결과 유의한 상관관계가 있음을 보고하였고, 이 외에도 월수입, 직업, 자가주택소유, 종교가 삶의 질에 영향을 미치며, 지각된 건강상태가 삶의 질을 20.96% 설명하는 주요 요인임을 보고하였다. 오현수(1993)도 건강증진과 삶의 질 사이에는 긍정적인 상관관계가 있음을 밝혔다. 김종숙(1987)은 65세 이상의 노인 519명을 대상으로 삶의 만족도를 조사한 연구에서 건강상태를 좋다고 평가할수록 생활만족도가 높은 것으로 나타났다.

이상의 내용들을 요약해 보면 사회적 지지정도, 통증유무, 금

정적 자아개념, 건강통제위, 지각된 건강상태, 사회활동, 경제 상황, 직업, 신체적 증상(DeNour & Shanana, 1980), 연령, 교육정도, 치료형태, 질병단계, 질병기간, 결혼상태, 주택소유 여부 등(Evans et al., 1985)이 삶의 질에 영향을 줄 수 있다고 본다.

삶의 질에 관련된 간호중재에 대한 연구에서 Magilvy(1985)가 신체, 정신, 사회 경제적 영역 및 증상조절을 통한 삶의 질의 중재법을 제시하고 지지망으로 부터의 사회적 지지를 많이 받을 수록 삶의 질이 높아졌음을 보고하였다. 삶의 질은 인간실존의 모든 측면을 통합하는 광범위한 개념으로, 의학적 치료와 간호의 목적이 환자의 치유와 생존 뿐 아니라 진본적인 인병상태를 유지하는 데 중요하다(Johanna & Ferdinand, 1985).

그런데 만성근골격계통증환자들은 전반적인 건강의 변화로 인하여 여가활동의 참여가 제한되고 신체적, 정신적 불편감을 초래하며 미래에 대하여 지나치게 염려하고 자기수용과 사회적 적응에 어려움을 초래하는 등 삶의 모든 영역에 부정적인 영향을 받게 되므로 그들을 도울 수 있도록 이해하는 것이 중요하다(Holmes, 1985). 간호영역에서도 환자의 안위와 증진을 위한 간호를 행함에 있어서 보존적 치료방법이나 신체적인 안위증진에 대한 접근뿐만 아니라 만성질환자의 생의 의미와 만족스러운 삶을 위한 간호방법의 모색이 필연적으로 필요하게 되었다(진시자, 1987).

특히 우리나라 만성질환의 30%를 차지하고 있는 근골격계 통증(간협신보 92.10.1)과 사회적 지지기능을 수행하는 가족지지와 삶의 질과의 관계에 영향을 미치는 요인을 다각적 측면에서 고찰하는 것이 요구되며 그 관계를 규명하는 것이 필요하다.

Ⅲ. 연구방법

1. 연구설계

본 연구는 근골격계 통증환자를 대상으로 대상자가 지각한 통증, 가족지지와 삶의 질과의 관계를 규명하기 위한 서술적 상관관계 연구이다.

2. 연구대상 및 자료수집

본 연구의 대상은 전북 전주시에 거주하면서 정기적 또는 간헐적으로 병원을 방문하거나 병원에 입원중인 환자를 대상으로 실시하였으며 대상자는 다음과 같은 방법으로 155명을 선정하였다.

1) 교통사고를 제외한 근육과 골격에 6개월이상의 만성통증이 있는 18세 이상의 남녀

2) 부가적인 이하저진단을 받지 않은 대상자

3) 인지적 장애가 없고 연구의 참여에 동의 하는자.

자료수집기간은 1998년 8월 5일부터 8월 14일까지 10일간 이었으며 자료수집은 대상자를 방문하여 준비된 설문지를 자신이 직접 기입하도록 한 후 회수하였고 시력이 약하거나 설명이 필요한 대상자는 설문지를 읽어주며 답하도록 하였다.

3. 연구도구

1) 본 연구 대상자들의 인구사회학적 특성 10문항과 질환과 관계되는 4문항은 본 연구자가 작성하였다.

2) 통증척도

임상에서 통증을 측정할 때 민감도가 가장 높은 척도인 도표 평정척도(Scott & Huskisson, 1976)를 이용하여 측정하였다. 통증정도는 150mm 실선을 3등분하여 50mm까지는 "약간 아프다", 그다음 50mm까지는 "보통 아프다.", 마지막 50mm는 "심하게 아프다"로 표시하여 대상자가 지각하는 통증정도를 표시하게 하여 자로 재어 측정하였다.

3) 가족지지 측정도구

가족지지 도구로는 최영희(1983)가 개발한 도구를 사용하였으며 전체문항은 11문항으로 되어 있다. 각 문항은 5점척도로 구성하였으며 점수가 높을수록 가족지지 정도가 높음을 의미한다. 본 도구의 신뢰도 Cronbach Alpha는 0.86으로 나타났다.

4) 삶의 질 측정도구

근골격계통증환자의 삶의 질에 대한 측정은 노유자(1988)가 개발한 도구를 본 연구상황에 적절하지 않은 6문항을 제외한 41문항으로 구성하여 이용하였다. 정서상태, 경제생활, 자아존중감, 신체상태와 기능, 이웃관계, 그리고 가족관계요인으로 구성되었으며, 5점척도로 점수가 높을수록 삶의 질의 정도가 높음을 의미한다. 노유자가 개발할 당시 삶의 질 47문항에 대한 Alpha값은 0.94이었으며, 본 연구 41문항에 대한 Alpha값은 0.88이었다.

4. 자료분석방법

수집된 자료는 SAS를 이용하여 통계처리하였으며, 다음과 같이 분석하였다.

1) 대상자의 일반적 특성과 통증 관련문항은 실수와 백분율을 구하였다.

2) 통증정도, 가족지지, 삶의 질은 최대값 최소값 평균점수와 표준편차를 구하였다.

3) 대상자가 지각한 통증정도, 가족지지, 삶의 질과의 관계는 Pearson correlation으로 분석하였다.

4) 일반적 특성에 따른 가족지지와 삶의 질과의 차이는 t-test 와 ANOVA로 분석하였다.

5) 삶의 질에 통증정도와 가족지지와 어느 정도 영향을 미치는지 설명력을 알아보기 위하여 회귀분석을 하였다.

6) 사후검정방법으로 다중비교(LSD)를 실시하였다.

IV. 연구결과

1. 대상자의 일반적특성

본 연구대상자의 일반적 특성은 (표1) 과 같다.

대상자중 남자는 41.3%이며, 여자는 58.7%이었다. 평균연령은 47.5세로 60세 이상이 41.2%로 가장 많았으며 20세 미만이 16.3%, 40-50세 미만이 13.1%이었다. 대상자의 63.2%는 종교를 가지고 있었으며, 학력은 국졸이하가 41.5%로 가장 많았다. 직업을 가지고 있는 대상자는 42.6%였고 가정주부를 포함하여 직업이 없는 대상자는 36.8%, 학생은 20.6%였다. 결혼을 하여 배우자가 있는 대상자는 54.5%였고, 수입은 50만-100만원이하가 35.4%로 가장 많았다. 자신을 포함한 가족총수는 4-5명이 52.6%로 가장 많았으며 의료보험은 84.5%가 가입하고 있었다.

통증과 관련된 일반적 사항을 살펴보면, 통증을 느낄 때 대상자에게 도움을 준 지원원은 84.5%가 가족이라고 응답하였으며 10.3%는 친구 장애인 등이었다. 통증기간은 1-5년 사이가 42.2%로 가장 많았으며, 대상자의 35.7%는 다리가 가장 많이 아프다고 호소하였으며 그 다음은 몸통이 21.4%, 온몸은 17.5%순 이었다. 통증을 느끼는 시기로는 일과가 끝난 저녁에 44.5%로 가장 많이 느끼며 활동중이 32.3%로 나타났다.

표1. 대상자의 일반적 특성 (N=155)

특 성	구 분	실 수	백분율(%)
성 별	남	64	41.3
	여	91	58.7
나 이	20대 미만	25	16.3
	20~30대	17	11.1
	30~40대	15	9.8
	40~50대	20	13.1

	50~60대	13	8.6
	60대이상	63	41.2
종 교	유	98	63.2
	무	57	36.8
학 력	국졸	59	63.2
	중졸	22	15.5
	고졸	40	28.2
	대졸이상	21	14.8
직 업	유	66	42.6
	무	57	36.8
	학생	32	20.6
결혼상태	미혼	40	26.0
	결혼	84	54.5
	사별	30	19.5
수 입	50만원 이하	42	28.6
	50~100만원 이하	52	35.4
	100~300만원	41	27.9
	300만원 이상	12	8.2
가족총수	1명	10	6.5
	2~3명	37	24.0
	4~5명	81	52.6
	6명 이상	26	16.9
의료보험	의료보험	131	84.5
	의료보호	17	11.0
	일반	7	4.5
도움을 준 분	가족	139	89.7
	기타	16	10.3
통증기간	1년 미만	50	32.5
	1~5년	65	42.2
	20~15년	13	8.4

	15년 이상	6	3.9
통증부위	팔	15	9.7
	다리	55	35.7
	몸통	33	21.4
	목	12	7.8
	손	0	0
	발	5	3.2
	온몸	27	17.5
	기타	7	4.5
통증시기	아침	13	8.4
	활동 중	50	32.3
	일과가 끝난 저녁	69	44.5
	수면 중	15	9.7
	기타	8	5.2

2. 통증정도, 가족지지 및 삶의 질 점수

대상자의 통증정도를 15cm 도표평정척도를 사용해서 측정했을 때 최소점수는 3이고 최대점수는 13.9였고 평균은 8.02±3.76이었다. 대상자가 지각하는 가족지지의 최소점수는 1.73이고 최대점수는 5.00이었으며 평균은 3.88±0.69이었다. 대상자가 인지하는 삶의질의 최소점수는 1.93이고 최대점수는 4.46이었으며 평균은 3.07±0.45이었다.

표2. 가족지지와 삶의 질의 평균과 표준편차

특 성	최소값	최대값	평 균	표준편차
통증정도	3.00	13.9	8.02	37.55
가족지지	1.73	5.00	3.88	0.69
삶의 질	1.93	4.46	3.07	0.45

3. 가설검정

제 1가설 "통증정도가 낮을수록 삶의 질의 점수는 높을 것이다."는 지지되었다.

통증정도와 삶의질의 관계를 분석한 결과 역상관관계($r = -.2178, p = .0065$)를 나타내어 통증정도가 낮을수록 삶의질의 점수는 높았다.

제 2 가설 “가족지지가 높을수록 통증정도는 낮을 것이다.”는 기각되었다.

가족지지와 통증정도의 관계를 분석한 결과는 약한 역상관 관계를 나타냈지만 통계적으로 유의하지 않았다. ($r = -.0376, p = .6425$)

제 3 가설 “가족지지가 높을수록 삶의 질의 점수는 높을 것이다.”는 지지되었다.

가족지지와 삶의 질과의 관계는 순상관관계 ($r = .3212, p = .0001$)를 나타내어 가족지지를 많이 받을수록 삶의 질은 증가되었다.

표3. 통증정도, 가족지지, 삶의 질간의 상관관계

특 성	통증정도	가족지지	삶의 질
통증정도	1.0000		
가족지지	-.0376	1.0000	
삶의 질	-.2178**	.3212***	1.0000

* : $p < 0.05$ ** : $p < 0.01$ *** : $p < 0.001$

그리고 대상자가 지각한 통증정도와 가족지지가 삶의 질에 영향을 미치는 예측인자로 어느정도의 설명력을 지니는지 알아보기 위해 회귀분석을 한 결과는 (표4)와 같다.

즉 가족지지가 삶의 질을 10.31% 설명하고 있었고, 통증정도는 삶의 질을 4.74% 설명하고 있음을 알 수 있다.

표4. 삶의 질을 종속변수로 한 회귀분석

변 수	회귀계수	표준화회귀계수	R-square	F
가족지지	0.79	0.32	0.1031	17.597***
constant	92.31	0.00		
통증정도	-0.11	-0.22	0.0474	7.619**
constant	134.43	0.00		

* : $p < 0.05$ ** : $p < 0.01$ *** : $p < 0.001$

4. 대상자의 일반적 특성과 제 변수와의 관계

1) 일반적 특성과 통증정도와와의 관계

대상자의 일반적 특성에 따른 대상자의 통증정도를 보면 표5와 같다.

대상자의 일반적 특성에서 나이($F=6.58, p = .0001$), 학력($F=9.29, p = .0001$), 직업($F=5.81, p = .0037$), 결혼상태($F=8.09, p = .0005$), 가족수($F=5.73, p = .001$), 의료혜택

($F=4.09, p = .00186$), 통증기간($F=9.52, p = .0001$), 통증부위($F=2.33, p = .0352$), 통증시기($F=3.08, p = .0181$)가 대상자가 지각한 통증정도와 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다. 대상자의 일반적 특성중 성별, 종교, 수입, 도움을 준 분은 대상자가 지각하는 통증정도와 차이가 없는 것으로 나타났다.

대상자의 연령이 증가할수록 통증을 심하게 호소하였으며 60세 이상에서 가장 높은 통증정도를 나타냈으며, 사후검정으로 다중비교를 실시한 결과 50세이상과 50세미만이 차이가 있었다. 그리고 학력에서는 초등학교만 졸업한 대상자가 가장 높은 통증을 호소하였으며, 사후검정한 결과 국졸이하그룹과 중졸이상그룹간에 차이가 있었다. 직업에서는 직업의 유무에서는 차이가 없었으며 학생그룹과 학생이 아닌 그룹간에 차이가 있었다.

결혼상태에 따라서는 사후검정 결과 3그룹간에 매우 유의한 차이가 있었다. 사별한 경우에 통증을 가장 심하게 나타냈고 그 다음은 결혼, 미혼순이었다. 가족수에 따른 통증정도를 보면 4-5명인 경우에 통증정도가 가장 낮았으며, 사후검정결과 4-5명 그룹과 나머지 그룹간에 차이가 있었다. 의료보험이나 의료보호의 혜택을 받은 군이 보험 혜택을 받지 않은 일반보다 통증을 더 심하게 호소하였으며, 사후검정결과 두그룹간에 차이가 있었다.

통증기간이 길어질수록 통증정도를 심하게 호소하여 15년이상 통증을 느낀 대상자가 통증정도를 가장 심하게 호소하였으며, 사후검정결과 1년미만 통증을 호소한 그룹과 나머지 그룹은 차이가 나타났다. 몸전체가 아파다고 호소한 대상자와 수면중에 통증을 호소한 대상자가 통증을 가장 심하게 호소하였다

2) 일반적 특성과 가족지지

일반적 특성에 따른 가족지지의 정도는 표5와 같다.

대상자의 일반적 특성에서 성별($t=3.195, p = .0017$), 도움을 준 분($t=3.26, p = .0014$), 통증시기($F=4.52, p = .0018$)만이 가족지지에 차이가 있었다. 나이, 종교, 학력, 직업, 결혼상태, 수입, 가족총수, 의료혜택, 통증기간, 통증부위에는 차이가 없었다. 성별에 있어 남자는 44.95점, 여자 41.16점으로 남자가 가족지지를 더 많이 받는다고 지각하였다. 가족에게 도움을 받은 대상자가 43.37점으로 기타 그룹에서 도움을 받는 것 보다 지지를 더 많이 받는다고 지각하였다. 수면중에 통증을 호소한 대상자들이 35.80점으로 가족지지를 가장 적게 받는다고 지각하였으며, 사후검정결과 수면중에 통증을 호소한 그룹과 그외 그룹사이에는 차이가 있었다.

3) 일반적 특성과 삶의 질

대상자의 삶의 질에 영향을 미치는 영향을 미치는 일반적 특성은 (표5)와 같다.

대상자의 일반적 특성에서 성별($t=1.95, p=.0539$), 종교유무($t=3.11, p=.0022$), 의료혜택($F=3.61, p=.0029$), 통증기간($F=3.03, p=.019$)에서 삶의 질에 차이가 있었다. 나이, 학력, 직업, 결혼상태, 수입, 가족수, 도움을 준 분, 통증부위, 통증시기에는 차이가 없었다.

남자가 129.45점 여자는 123.42점으로 남자가 삶의 질의 점

수가 높았으며 보험혜택을 받지 않는 일반이 142.43점으로 의료보험 125.68점과 의료보호 120.88점 보다 삶의 질의 점수가 높았다. 통증기간이 1년미만인 대상자의 삶의 질 점수가 131.98점으로 가장 높았으며, 사후검정결과 1년미만과 1-5년, 5-10년에서 차이가 있었다.

표5. 일반적 특성과 통증, 가족지지 및 삶의 질의 점수

특성	구분	통증		가족지지		삶의 질	
		평균±표준편차	t/F	평균±표준편차	t/F	평균±표준편차	t/F
성별	남	79.61±36.57	-0.16	44.95±7.80	3.20**	129.45±20.86	1.95
	여	80.59±38.42		41.16±6.87		123.42±15.96	
나이	20대 미만	67.28±47.51		41.28±6.48		128.00±20.44	
	20-30대	57.29±26.52		43.06±5.79		124.47±22.98	
	30-40대	60.40±26.77	6.85***	42.13±6.58	0.67	129.53±15.87	0.46
	40-50대	68.70±43.19		45.10±8.21		128.30±27.81	
	50-60대	93.15±35.53		43.69±4.25		121.31±17.80	
	60대 이상	96.46±27.69		42.49±8.54		124.87±12.78	
종교	유	78.72±40.42	-0.67	42.56±7.14	-0.37	129.31±17.51	3.11**
	무	82.70±32.21		43.02±8.09		120.07±18.36	
학력	국졸	96.61±31.48		43.37±8.50		123.93±14.78	
	중졸	74.91±38.84	9.29***	42.95±5.78	0.91	126.86±23.51	2.21
	고졸	62.15±40.44		42.05±6.68		123.18±19.62	
	대졸 이상	64.52±29.63		45.29±6.20		135.00±19.64	
직업	유	80.48±36.42		43.07±7.63		126.32±17.88	
	무	89.82±31.12	5.81**	42.79±7.97	0.26	123.46±16.21	1.12
	학생	62.41±44.46		41.90±6.34		129.43±22.33	
결혼상태	미혼	63.60±43.40		41.92±6.60		126.80±21.17	
	결혼	81.94±36.07	8.09***	43.18±7.31	0.45	125.62±18.56	0.11
	사별	98.17±22.14		42.20±8.94		124.73±13.10	

수 입	50만원이하	82.88±40.58			41.88±7.57		124.59±20.99		
	50 - 100만원	79.46±38.27	0.48		42.63±8.20	0.90	126.61±18.27		
	100 -300만원	76.00±34.01			43.70±5.43		125.10±16.88		
	300만원이상	69.67±34.73			42.25±6.26		129.00±18.22		
가족 총 수	1 명	94.60±30.10		A	40.30±8.98		129.20±17.09		
	2 - 3 명	92.73±32.74	5.73***	A	42.70±8.53	2.19	121.35±16.93	2.21	
	4 - 5 명	68.48±36.73		B	43.85±6.76		129.06±19.43		
	6 명이상	90.77±38.15		A	39.96±6.97		121.50±15.88		
	의료보험	81.54±36.98		A	43.20±7.32		125.68±17.97		
A	의료보험	의료보호	85.59±38.28	4.09**	A	39.41±7.83	1.99	120.88±14.64	3.61*
A		일 반	41.71±28.32		B	42.00±8.68		142.43±25.70	
B									
도움을 준 분	가 족	81.12±37.47	0.91		43.37±7.10	3.26**	126.12±18.63	0.41	
	기 타	72.13±38.51			37.13±8.60		124.13±15.84		
A	1년 미만	56.52±34.65		A	43.44±6.79		131.98±22.77		
	1 - 5 년	89.06±32.40		B	42.50±7.49		123.89±14.43		
B	통증기간	5 - 10년	90.25±29.91	9.52***	B	41.35±8.90	0.73	116.70±17.77	3.03
B		10 - 15년	101.46±31.03		B	44.00±7.06		125.84±12.79	
		15년 이상	103.17±60.48		B	39.17±8.61		123.50± 9.35	
통증부위	팔	64.73±29.00		B	43.80±6.86		132.47±17.69		
	다 리	85.56±34.57		B	41.35±7.55		122.87±13.84		
	몸 통	73.94±40.32			44.93±6.72		127.79±20.64		
	목	73.08±41.48	2.33*		43.33±7.01	1.08	133.83±28.33	1.14	
	손	56.20±46.05			46.00±6.36		121.60±16.35		
	온 몸	96.62±35.30		A	41.96±7.92		123.85±19.64		
	기 타	65.00±40.91			42.28±9.67		122.71±12.78		
통증시기	아 침	56.15±36.92		C	45.30±6.82		B	130.31±18.57	
	활동 중	81.58±39.72		B	43.04±7.18		B	127.72±22.19	
	일과가 끝난 저녁	77.46±33.43	3.08*		43.78±6.83	4.52**	B	125.96±16.78	
	수면 중	101.47±36.83		A	35.80±7.77		A	117.33± 9.11	
	기 타	94.13±41.48			40.50±9.14			123.12±14.92	

* : p < 0.05 ** : p < 0.01 *** : p < 0.001

V. 논 의

1. 대상자의 통증정도, 가족지지 및 삶의 질 점수

본 연구의 대상자의 통증정도는 15cm 실선에서 평균점수 8.03 ± 3.76 으로 만성요통 환자가 지각한 통증정도(고미혜, 1996)보다 낮게 나타났는데, 이는 신체 일부분에 국한하지 않고 전반적인 근골격계통을 다루었기 때문이라 생각된다.

본 연구에서 가족지지 점수는 평균 3.88점으로 김옥수(1993)의 연구에서 혈액투석환자가 지각하는 가족지지(평균 4.15), 권영은(1990)의 연구에서 암환자가 지각하는 가족지지(평균 4.35)와 간경변환자가 지각하는 가족지지(4.33)점수보다 낮게 나타났다. 이것은 근골격계 통증대상자는 어느정도 일상생활을 수행할 수가 있고 통증을 느끼지만 절망적인 상황은 아니어서 가족들의 관심의 정도가 다른 질환보다 낮은 것으로 사료된다.

본 연구에서 삶의 질의 평균은 3.07점으로 노유자(1998)가 일반인을 대상으로 한 3.28점보다는 낮았으며, 박동(1998)의 연구에서 장루보유자(3.03점), 함의 연구(1990)에서 혈액투석 환자(3.06점)보다는 약간 높았다. 만성관절염환자는 다른 환자들에 비해 질병의 경증으로 보아 삶의 만족도가 낮다는 연구와는 비슷하였다(Larborde & Powers, 1985).

2. 제변수 관계

통증정도와 삶의 질과는 역상관 관계($r = -0.2178$ $p = .0065$)를 나타내어 통증정도를 낮게 인식할수록 삶의 질이 높다는 가설이 지지받았다. 만성관절염환자에서 통증정도가 심할수록 삶의 만족도가 낮다는 연구(최혜경, 1987)와는 일치하였고, 자신이 스스로 지각한 건강상태가 삶의 만족도의 여러 영향인자 중 중요한 변인이라고 연구한 결과(Palmore & Lukikart, 1972)와 맥락을 같이 하였다.

가족지지를 높게 인지할수록 삶의 질의 점수는 높아($r = 0.3221$, $p = .0001$) 가설은 지지받았다. 이는 신장이식환자와 만성관절염환자를 대상으로 한 연구에서 가족지지가 높을수록 삶의 질이 높다는 보고(조현숙, 1987; 최혜경, 1987; 김명자와 송경애, 1993)와 일치하였다. 본 연구에서 가족지지가 삶의 질을 10.31%를 설명하였는데 Burckhart(1985)가 관절염환자를 대상으로 연구한 결과 사회적지지가 삶의 질을 10% 설명한다고 한 보고와 일치하였다. 그러나 암환자를 대상으로 한 연구에서는 사회적 지지가 25.3%를 설명한다(권영은, 1990)

고 하였으며 특히 가족중에서도 배우자의 도움이 설명력이 있다(김영혜 권숙희 이은남, 1990)고 하였다.

본 연구에서 대상자가 지각하는 통증정도의 가족지지와는 상관관계가 없었는데 강직성 척추염환자를 대상으로 한 연구(임현자와 문영임, 1998)에서는 통증과 가족지기간에는 역상관관계가 있다는 보고와는 차이가 있었다. 통증정도와 가족지지의 관계는 추후에 심층적인 연구를 해야할 것으로 사료되고, 이 부분에서 간호사에 의한 증제가 실시되어야 할 것으로 생각된다.

본 연구의 결과에서 근골격계의 만성통증환자는 통증정도가 낮을수록 가족지지가 높다고 지각할수록 삶의 질정도가 높고, 대상자의 일반적 특성에 따라 통증정도의 차이가 있으므로 간호연구실무자들은 대상자의 통증정도를 낮추고 가족지지를 높게 받아 삶의 질을 높일 수 있는 간호증제의 대상지 가족들을 위한 교육프로그램 등을 개발하여 대상자가 만성통증에 잘 적응하고 신체적 정신적 안녕을 유지하도록 효과적인 간호전략을 세워야 할 것이다.

3. 대상자의 일반적 특성과 통증정도, 가족지지 및 삶의 질과의 관계

세변수에 영향을 미치는 일반적 특성에 관하여 고찰하면 다음과 같다.

성별에 있어 본 연구에서는 남성과 여성의 통증정도에는 차이가 없었는데 이는 남성과 여성의 통각역치에는 큰 차이가 없다는 이론(이은옥 최명애, 1993)과 일치하였다. 그러나 남자가 여자보다 통증정도가 높다는 연구(박송자, 1987)와 여성이 남성보다 통증을 더 많이 보고한다(Vallerand 1995)는 연구와는 일치하지않았다. 대부분의 문화권에서는 남성이 여성보다 더 잘 참아야 한다고 교육을 받고 자랐으므로 통각내인성이 남자가 높다고 여러 연구 결과에서 밝혀졌다(이은옥 최명애, 1993) 통증에 영향을 미치는 요인들은 아직 불명확하므로 문화와 성별에 따른 통증반응 및 표현에 대한 심층적 연구가 더 필요하다.

남성이 여성보다 가족지지정도($t = 3.1948$, $p = 0.0017$)를 더 높게 지각하였고 삶의 질 점수($t = 1.9438$, $p = 0.0539$)도 높았는데 이것은 여성이 남성보다 사회적 지지정도와 삶의 질이 더 높았다는 연구(서미혜 오가실, 1993)와는 상반되었다

연령과 통증정도와 관계에서 연령이 많을수록 통증정도가 심하였고 50대 이상과 50대 미만은 차이가 나타났다. 이는 동통내인성 연구에서 남녀차이없이 연령이 증가할수록 동통내인성이 떨어진다고 보고(Kenneth, et al, 1975)한 것과 일치하였다. 그리고 노인의 동통호소는 근골격계부위를 호소한 경우가

82.3%였다고 보고(김주희 양경희 이현주, 1996)한 것과 맥락을 같이하였다.

종교를 가진 대상자들이 삶의 질의 정도가 더 높다고 지적하였는데 ($t=3.11, p=0.0022$) 이는 신앙심과 종교단체 참여로 주관적인 안녕상태와 절대자의 사랑과 보호를 믿기 때문이라 사료된다.

직업의 유무에 따라서는 통증정도에 차이가 없었고, 학생그룹과 학생이 아닌 그룹과는 차이가 있었다. 이것은 연령별 분포에서 60대 이상이 41.2%를 차지하고 있어 직업의 유무에는 차이가 나타나지 않았을 것으로 추측되며 학생그룹과 차이가 난 것은 통증기간과 관련이 있는 것으로 생각되며 추후에 연구해 보아야 할 것이다.

결혼상태도 통증정도에만 3그룹간에 유의한 차이가 있었는데 사별한 경우에 통증정도를 가장 심하게 호소하였고 그 다음은 배우자가 있는 대상자, 미혼 순이었다. 암환자나 혈액투석환자는 기혼군이 삶의 질이 높았다(김인희, 1988)라는 연구가 있었는데, 본 연구에서 결혼상태가 가족지지와 삶의 질에 영향을 미치지 않은 것은 추후에 다각적인 방법으로 연구해 보아야 할 것으로 사료된다.

수입은 통증정도 가족지지 삶의 질에 아무런 영향을 미치지 못하였는데 이것은 수입은 극도로 가난한 수준에만 영향을 미치며 일단 기본적인 욕구가 충족되면 더 이상 영향을 끼치지 않는다고 연구(하재구, 1986; Freedman, 1978)한 학자들의 주장과 의견을 같이할 수 있다고 본다.

가족총수는 4-5명인 경우가 통증정도가 가장 낮았는데 가족수가 세 변수에 영향을 미치는 연구는 추후에 해 보아야 할 것으로 사료된다.

의료혜택을 받지 않는 일반이 통증정도가 가장 낮았고 삶의 질 점수는 높았는데 이는 표본수의 불균형 때문에 차이가 난 것인지 추후에 연구해 보아야 할 것이며 본 연구에서는 통증정도와 삶의 질과의 관계를 시사해 준 것으로 생각된다.

통증기간이 길어질수록 통증을 심하게 호소하였는데 이는 통증기간이 김수록 도움요청전략을 많이 사용한다(최귀윤, 1997)고 보고한 연구와 맥락을 같이 하였다. 통증기간이 1년 미만에서 삶의 질의 점수가 높았고 1년이상 10년사이에서는 통증기간이 길어질수록 삶의 질 점수가 낮아진 것은 유병기간이 길어질수록 삶의 질이 낮아진다(함인귀, 1989)는 연구와 일치하였다.

이 연구에서 흥미로운 결과는 수면중에 통증을 호소한 대상자가 통증정도를 가장 높게 지적하였으나 가족지지는 가장 낮게 받는다고 응답하였다는 것이다. 이것은 노인을 대상으로 한 연

구에서 36.7%가 휴식시 통증이 줄어든다고 응답한 결과(김주희 양경희 이현주, 1996)와는 일치하지 않았다. 이 결과에 대한 것은 추후에 연구를 하여야 할 것으로 사료되며, 대상자의 통증정도를 가족에게 알려 지지를 받도록 하는 간호중재가 중요하다는 것을 시사해 준다.

VI. 결론 및 제언

본 연구는 근골격계 만성통증환자의 통증, 가족지지와 삶의 질과의 관계를 파악하고, 대상자가 지각한 통증과 가족지지가 그들의 삶의 질에 어느정도 영향을 미치는지 규명하여 궁극적으로 만족스런 삶을 살아가도록 간호중재를 마련하는 데 기초자료를 제공하고자 시도된 서술적 조사연구이다.

연구대상자는 전주시에 거주하며 근골격계의 통증으로 인해 병원에 입원해 있거나 장기적 또는 긴헐적으로 외래에 방문하는 155명을 대상으로 하였으며, 1998년 8월 5일부터 8월 14일까지 10일동안 실시하였다.

연구도구는 통증정도를 측정하기 위하여 Scott & Huskisson(1976)이 개발한 도표평정척도, 가족지지를 위해 최영희(1983)가 개발한 가족지지도구, 삶의 질을 측정하기 위해 노유자(1998)가 개발한 삶의 질 측정도구를 수정하여 사용하였다.

수집된 자료는 SAS를 이용하여 대상자의 일반적 특성은 실수와 백분율, 대상자가 지각한 통증정도, 가족지지와 삶의 질 정도는 최소값, 최대값, 평균과 표준편차를 산출하였으며 이들의 관계는 t-test, ANOVA, Pearson Correlation, Simple Regression으로 분석하였다. 도구의 신뢰도 검증을 위해 Cronbach Alpha를 구하였다

연구결과는 다음과 같다.

1. 대상자의 통증정도는 15cm 도표평정척도로 하였을 때 평균 8.02, 가족지지는 평균 3.88(5점척도), 삶의 질은 평균 3.07(5점척도)으로 나타났다.

2. 가설검증

제 1 가설

"통증정도가 낮을수록 삶의 질 점수는 높을 것이다."라는 가설은 지지되었다.

통증정도와 삶의 질은 역상관관계($r = -.2178, p = .0065$)를 나타내어 통증정도가 낮을수록 삶의 질의 정도는 높았고, 대상자가 지각한 통증정도는 삶의 질을 4.7% ($F=7.619$,

p=.0065) 설명가능하였다.

제 2 가설

“가족지지가 높을수록 통증정도는 낮을 것이다.”라는 가설은 각각(r =-.0376, p = .6425)되어 통증정도와 가족지지와는 관계가 없는 것으로 나타났다.

제 3 가설

“가족지지가 높을수록 삶의 질 점수는 높을 것이다.”라는 가설은 지지되었다

가족지지와 삶의 질과의 관계는 순상관관계를 나타내어 (r=.3212., p = .0001) 가족지지를 많이 받을수록 삶의 질은 증가되었으며, 대상자가 지각한 가족지지는 삶의 질을 10.31% (F=17.597, p= .0001) 설명가능하였다.

3. 대상자의 일반적 특성에 따른 통증정도 가족지지 삶의 질

대상자가 지각한 통증정도에 통계적으로 차이가 나타난 일반적 특성은 나이(F=6.85, p= .0001), 학력(F=9.29, p= .0001), 직업(F=5.81, p= .0037), 결혼상태(F=8.09, p= .0005), 가족수(F=5.73, p= .001), 의료(혜택(F=4.09, p= .0019), 통증기간(F=9.52, p= .0001), 통증부위(F=2.33, p= .0352), 통증시기(F=3.08, p= .0181)였고, 성별, 종교, 수입, 지지원과는 차이가 없는 것으로 나타났다.

대상자가 지각한 가족지지에 통계적으로 차이가 나타난 일반적 특성은 성별(t=3.20, p= .0017), 지지원(t=3.26, p= .0014), 통증시기(F=4.52, p= .0018)였고, 나이, 종교, 학력, 직업, 결혼상태, 수입, 가족총수, 의료혜택, 통증기간, 통증부위는 통계적으로 차이가 없었다.

대상자가 지각한 삶의 질과 통계적으로 차이가 나타난 일반적 특성은 종교(t=3.11, p= .0022), 의료혜택(F=3.61, p= .0293), 통증기간(F=3.03, p= .0195)이었고, 나이, 학력, 직업, 결혼상태, 수입, 가족총수, 지지원, 통증부위, 통증시기는 통계적으로 차이가 없었다.

이상의 결과에서 간호사나 가족들은 근골격계 만성통증환자를 간호할 때 대상자의 일반적 특성을 고려하여 가족에게 가족지지의 중요성을 강조하는 한편, 대상자가 최적의 인병상태를 유지될 수 있도록 간호중재를 하면 삶의 질이 향상될 것이다.

그러므로 근골격계의 만성통증환자를 간호하는 데 가족지지와 삶의 질을 높일 수 있는 간호중재가 필요한 것으로 사료된다.

연구결과를 바탕으로 다음과 같은 제언을 하고자 한다

1) 더 많은 대상을 표본으로 만성통증에 영향을 주는 요인을 규명하는 장기적이고 다각적인 반복연구가 필요하다.

2) 우리문화속에서 만성통증을 어떻게 조절하는지에 대한 심층적인 연구가 필요하다.

3) 근골격계 통증환자의 삶의 질을 증진할 수 있는 간호중재 개발이 요구된다.

참 고 문 헌

고미혜(1996). 만성요통환자의 통증정도와 대처행위간의 관계연구. 최신의학, 39(6).

권영은(1990). 암환자가 지각하는 사회적지지와 삶의 질과의 관계. 연세대학교 석사학위논문.

김금자(1987). 입원환자가 지각한 가족지지, 스트레스 및 건강상태 위 성격간의 관계연구. 이화여대, 석사학위논문.

김명자, 송경애(1993). 만성관절염 환자의 삶의 질과 관련된 영향 변수 분석. 가톨릭간호, 13, 13-23

김영혜, 권숙희, 이은남(1990). 사회적지지가 결장루형성술을 받은 환자의 사회적 적응에 미치는 효과에 대한 연구. 부산의사회지, 26(12), 37-51.

김옥수(1993). 혈액투석환자가 지각하는 사회적 지지와 삶의 질과의 관계연구. 서울대대학원 석사학위논문.

김정선, 최영희(1991). 소화성궤양 환자의 통증표현 양상에 관한 연구. 간호학회지, 21(2), 230-246.

김정아(1989). 지기간호가 균요통 pt의 우울기분만족에 미치는 영향. 연세대대학원 박사논문.

김종숙(1987). 한국노인의 생활만족에 관한 연구. 이화여대 대학원 박사학위논문.

김주희, 양경희, 이현주(1996). 노인의 동통에 관한 조사연구. 간호학회지, 26(4), 878-887.

김은영(1997). 간경변증환자가 지각한 가족지지와 삶의 질과의 관계. 성인간호, 9(3), 512-529

김인희 (1989). 투석환자의 삶의 질에 관한 연구. 연세대 교육대학원 석사학위논문

노유자(1988). 서울지역 중년기 성인의 삶의 질에 관한 분석 연구. 연세대학교 대학원 박사 학위 논문

박송자(1987). 환자의 수술후 경과시간에 따른 통증반응의 관찰. 최신의학, 26(1), 107

박정숙, 박청자, 양혜주(1998). 장루보유자의 삶의 질과 성생활만족도. 성인간호학회지, 10(1), 85-95

- 박 옥(1994). 암성통증의 치료역학과 약물치료. 대한통증학회지, 제6권 1호.
- 박지현(1985). 사회적지지 척도 개발을 위한 일 연구. 연세대 박사학위 논문.
- 조현숙(1987). 신장이식환자가 인지하는 가족지지와 삶의 질과의 관계연구. 연세대 석사학위논문.
- 오가실, 서미혜, 이선록, 김정아, 오경옥, 정추자, 김희순 (1994). Social support의 한국적 의미. 간호학회지, 24(20), 264-277.
- 오현수(1993). 여성관절염 환자의 건강증진과 삶의 질. 간호학회지, 23(4), 617-630.
- 은 영(1995). 만성통증환자의 통증조절. 류마티스 건강학회지, 2(1), 17-36.
- 이규태(1991). 한국인의 의식구조. 신원문화사.
- 이은옥, 서문자, 임난영, 김채숙 (1980). 만성 및 제한간호. 서울: 수문사.
- 이은옥외(1992). 만성통증환자의 통증. 간호학회지, 22(1), 5~15.
- 이은옥, 윤순영, 송미순(1983a). 동통반응평가도구 개발을 위한 연구(1). 최신의학, 26(8), 1111-1138.
- 이은옥, 송미순(1983b). 동통반응평가도구 개발을 위한 연구(2) - 한국통증어휘별 강도순위의 유의도 및 신뢰도. 간호학회지, 106-118.
- 이은옥, 최명애(1993). 통증. 서울: 신광문화사
- 임현자, 문영임(1998). 강직성 척추염환자의 통증, 가족지지와 삶의 질과의 관계. 간호학회지, 28(2), 329-343.
- 전시자(1987). 만성질환자의 질적 삶에 관한 문헌고찰. 저십자간호전문대학 논문집, 9, 46-69.
- 최귀윤(1997). 만성통증이 있는 근골격계 환자의 대처와 무력감. 대한간호, 36(4), 88-98.
- 최혜경(1987). 만성관절염환자의 가족지지 치료지시 이행 및 삶의 만족간의 관계연구. 간호학회지, 17(3), 218-226.
- 최영희(1983). 지리적 간호중재가 가족지지 행위와 환자역할 행위에 미치는 영향에 관한 연구. 연세대학교 대학원 박사학위 논문.
- 태영숙(1985). 암환자가 지각한 사회적 지지와 우울과의 관계. 이화여대 석사학위논문
- 하재구(1986). 서울 시민의 삶의 질의 형태와 시정부의 공공정책의 발전 방향에 관한 도구. 한양대 대학원 박사학위논문.
- 함인귀(1989). 혈액투석환자가 지각하는 배우자의 지지와 삶의 만족과의 관계연구. 이화여대 교육대학원 석사학위논문
- 황애란(1996). 통증관리 의 실태와 과제. 간호전문직: 발전과 전망, 대한간호협회.
- 홍강의(1988). 가족역동과 건강. 지역사회 의학, 서울대 출판부.
- Alexander, J. L., Willems, E.P(1981). Quality of life : Some measurement requirements archives of physical medicine, a Rehabilitation, 62, 261-265.
- Andersson H. I., Ejlertsson G., Leden I. & Rogenberg C. (1993). Chronic Pain in a geographically defined general population. The Journal of Pain , 9, 174-182.
- Burchardt , C.S.(1985). The Impact of arthritis on quality of life. Nursing Research, 34(1), 11-16.
- Burkhardt, C.S.(1989). Quality of life adults with chronic illness: A psychometric study. Research in nursing a Mealth, 12, 347-354.10.
- Calman, K.C.(1987). Definitions and dimensions of quality of life. In N.K. Aaronson & J. Beckman(Eds), The quality of life of cancer patients(p.4), New York: Raven Press.
- Campbell, A.(1976). Subjective measurement of well-being. American Journal of Psychology, 3, 117-124.
- Caplan, G(1974). Support System and community mental Health. New York, Human Science Press.
- Carrieri-Kohlman, G. Lindsey, A.M. & West, C. M.(1993). Pathophysiological phenonena in nursing(2nd ed.). Philadelphia:Saunders Co.
- Christman, N.J(1990). Uncertainty and adjustment during radiotherapy. NursingResearch, 39, 17-20.
- Cobb, S.(1976). Social support as a moderator of life stress. Psychosomatic Medicine, 38(5), 300-314.
- David, G.C.(1992). The meanig of pain management : A concept analysis. ANS, 15(1), 77-86.
- Dean, A. & Lin,N. (1977). Stress-buffering role of social support, Journal of Nervous and Mental Disease, 165(96), 403-417.
- Denour, A.K. Sharnan, J.(1980). Quality of life of dialysis transplanted patients, Nephron. 25, 117-120.

- Edwards, J.N., & Klemmack, O.L.(1973), Correlations to life satisfaction : re-examination. Journal of Gerontology, 28(4), 497-502.
- Evans, S.W., Manninen, D.L., Garrison, L.P., Hart, L.G.(1985). The quality of life of patient with ESRD. The England Journal of medicine, 125, 8 9.
- Freed, M. M.(1984). Quality of life : The physician's dilemma. Archives of Physica Medicine and Rehabilitation, 65, 109-111.
- Hamburg, D. A.(1967). A Perspective on coping behavior. Archives General Psychiatry, 17, 277-284.
- Heidrich, George & Perry, Samuel(1982). Helping the patient in pain. American Journal of Nursing, December, 1828-1833.
- Holden, C.(1978). Pain, dying and the Health care System. Science, 203, 984-985.
- Holmes, S.(1985). Pursuit of happiness. Nursing Mirror, 161(3), 43.
- House, J. S.(1981). Work stress and social support. California : Addison-Wesleg Publishing Company.
- Johanna, C. J. M. & Ferdinand, C.E.(1985). The Quality of life of cancer patients: a review of the literature. Social Science & Medicine ,20(8), 809-817.
- Keefe, F.J.(1982). Behavioral assessment of chronic pain : Current Status and Future Directions. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 50(6) 896-911.
- Laborde J. J. & Powers M. J.(.). Satisfaction with life for patients undergoing hemodialysis and patients suffering from osteoarthritis, Research in nursing and health, 3. 19-24.
- Lewis, K.(1983). Grief in Chronic illness and disability. J. Rehabilitation, July/Aug/Sept, 8-11.
- Lubkin, I. M.(1990). Chronic illness, 2nd.ed., Boston, Jones and Bartlett publishers. McCaffery, M. & Beebe, A.(1989). Pain. St. Louis : Mosby Co
- Magilvy, J.K.(1985). Quality of life Hearing impaired older women. Nursing Research, 34(3), 140-144.
- Melzack, R. & Wall, P.D.(1965). Pain mechanism : A new theory. Science, 50(3699), 971-979.
- Mishel, M. H. Braden, C.J.(1987). Uncertainty : A mediator between support and adjustment western. Journal of Nursing Research, 9(1) 43-57.
- Molzahn, A. E.(1991). The reported quality of life of selected home hemodialysis patients. American Nephrology Nurses' Association, 18(2), 173-180.
- Padilla, G. V., Ferrell, B., Grant, M. M., Rhiner, B.(1990). Defining the Content Domain of quality of life of Cancer patients with pain. Cancer Nursing, 13(2), 108-115.
- Padilla, G. V. Grant, M. M.(1985). Quality of life as a cancer nursing outcome variable. Advances in Nursing Sciences, 8(1), 45-60.
- Palmore, E. & Luikart, C.(1972). Health and social factors related to life satisfaction. Journal of Health and Social Behavior, 13, 68 80
- Payne, B., Norfeet, M. A.(1986). Chronic pain and the family. Pain, 26(1), 1-12.
- Robert, S. C.(1976). Behavioral concept and nursing throughout the life span, New Jersey Prentice-Hall Co.
- Roy, C.(1976). Introduction to Nursing : An Adaption Model. New Jersey : Prentice-Hall,
- Roy, C., Robert, S. L.(1981). Theory Construction in Nursing, An Adaption Nursing, Prentice, Inc.
- Sarason, I. G., Levin, H. M., Basham, R.B.,(1983). Assessing social support : The social support questionnaire. J. Pers. Soc. Psychol., 44(1) 127.
- Scott, J., Huskisson, E.C(1976). Graphic representation of pain. Pain, 2, 175-184.
- Shachm, Saya, Dar., Reuven.(1984), The relationship of mood state to the seerith of clinical pain. Pain, 187-197.
- Torrance, G.N.(1987). Utility approach to measuring health- related quality of life Journal of Chronic Disease, 40(6), 593-600.
- Turk, D. S., Okifuji, A. and Scharff, L.(1995) Chronic pain and depression : Role of perceived impact and perceived control in different age cohorts, Pain, 61, 93-101.
- Vallerand, A. H.(1995). Gender Difference in Pain. Journal of Nursing Scholarship, 235-237.
- Walding, M. F.(1991). Pain, anxiety and powerlessness. Journal of Advanced Nursing, 16, 388- 397.
- Walker, K., MacBride, A., Vachon, M.(1977). Social

support networks and the crisis of bereavement. Soc. Med., 11, 35-41.

Wierenga, M.E.(1979). The interrelationship between multidimensional health locus of control, knowledge of diabetes, perceived social support after the a`rthor : University of Michigan.

Wright, Susan, M.(1987). The Use of therapeutic touch in the management of pain Nursing clinics of north American, 22(3)..

Yorkston, N.J., & Sergeant, H. G. S.(1969). A simple method of relaxation. The Lancet, 1319-1321.

Young, K.J. Longman, A.J.(1983). Quality fo life and person with melanoma : pilot study. Cancer Nursing . 6. 219.

- Abstract -

The Relationship between Pain Level and Perceived Family Support and Quality of Life in Musculoskeletal Patients with Chronic Pain

*Oh, Hyun-Ja**

The purpose of study is to identify the relation between pain level and perceived family support and quality of life in musculoskeletal patient with chronic pain.

The subjects for the study consist of 155 patients with musculoskeletal pain that received medical treatment in hospital or by attending hospital in Chon-ju.

The data were collected during the period from August 5 to August 14, 1998 by means of interviews with structured questionnaire.

Data analysis was done by descriptive statistics, t-test, ANOVA, Pearson's correlation, Regression, Cronbach alpha using the SAS program.

The result of this study were as follows :

1. The mean score of pain was 8.02, family support was 3.88 and quality of life was 3.07.

2. Hypothesis :

The first hypothesis that ' The lower pain level is, the

higher quality of life is' was accepted ($r = -.2178$, $p = .0065$)

In addition, pain level of musculoskeletal patient with chronic pain provided predicted 4.7%($F = 7.619$, $p = .0065$) of quality of life

The second hypothesis that 'The higher perceived family support is, the lower pain level is' was rejected ($r = -.0376$, $p = .6425$)

The third hypothesis that 'The higher perceived family support is, is higher quality of life is' was accepted ($r = .3212$, $p = .0001$)

In addition, perceived family support of musculoskeletal patient with chronic pain provided predicted 10.31%($F = 17.597$, $p = .0001$) of quality of life

3. General characteristics related pain were age($F = 6.85$, $p = .0001$), educational-level($F = 9.29$, $p = .0001$), occupation($F = 5.81$, $p = .0037$), marriage status($F = 8.09$, $p = .0005$), family numbers($F = 5.73$, $p = .001$), benefits of medical care($F = 4.09$, $p = .0019$), pain period($F = 9.52$, $p = .0001$), part of pain($F = 2.33$, $p = .0352$), pain period($F = 3.08$, $p = .0181$).

4. General characteristics related pain were sex($t = 3.20$, $p = .0017$), support sources($t = 3.26$, $p = .0014$), pain period($F = 4.52$, $p = .0018$).

5. General characteristics related pain were religion($t = 3.11$, $p = .0022$), benefits of medical care($F = 3.61$, $p = .0293$), pain duration($F = 3.03$, $p = .0195$).

In conclusion, perceived family support in musculoskeletal patient with chronic pain is an important factor that can improve their quality of life.

Therefore, nurses must establish nursing plan included patient's family when nurses carry out nursing intervention and education for patient so that a patient promote quality of life by maintaining optimal well-being.

Key word : pain, family support, quality of life

* Kunsan College of Nursing