주요개념 : 만성통증노인, 자기효능, 삶의질

만성통증을 지닌 노인의 자기효능과 삶의 질에 관한 연구*

김 경 희** · 정 혜 경*** · 최 미 혜** · 권 혜 진**

Ⅰ. 서 론

1. 연구의 필요성

1990년대 말기에 우리 나라의 65세 이상 노인인구는 약 305만 1천여명으로 전체 인구의 6.6%이었지만 2000년에는 약 7%, 2022년에는 약 13.2% 정도로 증가될 것으로 예측하고있다(통계청, 1996). 또한 노인의 평균수명도 1990년대에는 남자가 67세, 여자가 75세 이었지만 2020년대에는 남자가 75세, 여자가 79세 정도로 늘어날 것으로 전망하고 있다(조선일보, 1991).

이렇듯, 노인인구의 급격한 증가는 정상적인 노화과정과 이에 수반되는 다양한 변화들에 노인들이 성공적으로 대처하여 보다 질적인 삶을 영위할 수 있도록 도와주는 중재방안이 시급히 모색되어야 할 필요성을 제시해 주고 있다. 따라서 이러한 시대적 요구에 부응하기 위해서는 우선적으로 노인의 건강에 관심을 가져야 한다.

노인의 건강은 성장발달 단계를 통하여 누구나 겪게되는 노화과정과 밀접한 관계가 있다. 노화의 정도는 인체의 조직기능에 영향을 미치게 되며 이로 인한 인체조직의 기능저하, 기능장애, 기능상실 등은 조직에 병리적인 변화를 초래하게 되어 다양한 건강문제를 야기 시킨다(이경미, 1987).

노인들에게 주로 야기되는 건강문제들은 관절염, 골 관절염, 암이나 말초혈관 질환 등과 같은 만성퇴행성 질환들이다. 그리고 이들 질환의 대부분은 정상적인 기능을 방해하는 통증을 수반하게 되는데, 실제로 대상자들은 이러한 만성통증으로 인하여 정서상태의 변화, 우울등과 관련된 행위의 변화, 사기저하, 무력감, 사회적 고립등을 경험하게 된다(Dworkin, 1991; Forman & Stratton, 1991; Forrest, 1995).

이와 같이 만성통증을 지닌 노인들은 삶의 다각적인 측면에서 발생되는 다양한 문제들에 직면하게 된다. 따라서 이들이 자신의 통증을 효율적으로 관리하면서 질적인 삶을 유지해 나갈 수 있도록 하기 위해서는 만성통증을 지닌 노인의 삶의 질을 최대화시킬 수 있는 중재방안이 모색되어야만 한다.

이를 위해서는 먼저 만성통증을 지닌 노인의 삶의 질에 영향을 미치는 관련요인이 규명되어야 한다.

* 이 논문은 1999학년도 중앙대학교 학술연구비 지원에 의한 것임.
** 중앙대학교 의과대학 간호학과
*** 중앙대학교 의과대학 간호학과 박사과정

그런데 만성통증에 대한 지금까지의 연구들을 살펴보면, 국외의 경우에는 만성통증조절에 관한 생리심리학적인 연구(Kauffman, 1980; Keefe & Gill, 1986; Pinskey, 1977), 만성통증 환자의 통증경험 측정도구(Davis, 1989; Kerns, Turk & Rudy, 1985)와 만성통증 환자의 대처(Jensen, Turner, Romano & Karoly, 1991; Miller, 1983)에 관한 연구가 주를 이루고 있다.

국내의 경우에는 만성통증에 관한 조사연구(김명애, 박경민, 김효정, 1998; 김주희, 양경희, 이현주 ;1996), 만성통증환자의 통증조절, 통증정도와 통증연관행위, 통증척도 및 간호중재 프로그램 적용에 관한 연구(김종임, 1994; 은영, 1995, 이미라 1995, 이은옥 외 10인, 1988; 이은옥 외 9인, 1992)들이 이루어져 왔으나, 만성통증을 지닌 노인을 대상으로 그들의 삶의 질에 영향을 미치는 관련요인을 파악한 연구(김명자와 송경애, 1993; 최혜경, 1987)는 드문 실정이었다.

이에 본 연구는 만성통증을 지닌 노인의 삶의 질 정도와 이에 영향을 미치는 관련요인을 파악하기 위하여 노인의 삶의 질을 증진시키는 일상활동수행능력을 향상시키는 데에 주요한 영향요인으로 확인된 자기효능(김희자, 1994; 노유자와 김춘길, 1995)이 만성통증을 지닌 노인의 삶의 질에 미치는 영향을 알아보고 이들간의 관계를 규명해 봄으로써, 만성통증을 지닌 노인들을 위한 효율적인 간호중재안 개발의 기초자료로 활용하기 위하여 시도되었다.

2. 연구의 목적

본 연구의 구체적인 목적은 다음과 같다.

1) 만성통증을 지닌 노인의 자기효능과 삶의 질 정도를 파악한다.
2) 만성통증을 지닌 노인의 자기효능과 삶의 질과의 관계를 파악한다.
3) 만성통증을 지닌 노인의 일반적 특성에 따른 자기효능을 파악한다.
4) 만성통증을 지닌 노인의 일반적 특성에 따른 삶의 질을 파악한다.

3. 용어의 정의

1) 만성통증을 지닌 노인

만성통증은 6개월 이상 지속되는 것으로 고식적, 전통적 치료나 수술에 반응하지 않는 통증을 의미하며(Payne & Norfleet, 1986), 노인은 생의 주기에서 신체적, 생리적, 심리적, 사회적 및 지각적인 측면에서 노화과정에 있는 남녀를 말한다(윤 진, 1985). 우리 나라에서는 전통적으로 60세 이상의 연령군을 노인으로 간주한다.

본 연구에서는 만성통증(관절통, 요통, 두통, 신경통등)을 지닌 60세 이상의 연령군을 만성통증 노인이라고 정의하였다.

2) 자기효능

자기효능은 설정된 목표를 성취하기 위하여 특정한 행위를 수행할 수 있는 자신의 능력에 대한 신념이다(Bandura, 1977).

본 연구에서는 Sherer 와 Maddux(1982)가 개발한 자기효능 일반적 척도와, Lorig 등(1989)이 개발한 자기효능 구체적 척도를 본 연구대상자의 특성에 맞추어 연구자가 수정·보완한 도구로 측정한 점수이며, 점수가 높을수록 자기효능이 높음을 의미한다.

3) 삶의 질

삶의 질은 생활 중에 경험하는 신체적, 정신적, 사회적 및 경제적 영역에서 개인이 지각하는 주관적 안녕 상태이다(노유자, 1988).

본 연구에서는 노유자(1988)가 개발한 도구를 본 연구대상자의 특성에 맞추어 연구자가 수정·보완한 도구로 측정한 점수이며, 점수가 높을수록 삶의 질이 높음을 의미한다.

Ⅱ. 문헌 고찰

1. 만성통증과 자기효능

만성통증은 기간의 예측이 불가능하며 대상자 삶의 일부분이 되는데, 이러한 통증에 대한 반응은 개

인에 따라 독특한 양상으로 나타난다. 하지만 일반적으로 통증은 대상자의 일상생활활동에 지장을 초래하게 되고 이에 따른 활동상의 제한은 대상자로 하여금 신체적, 정서적, 사회심리적인 측면에서 심한 불편감을 경험하게 한다. 따라서 이러한 경험에 지속적으로 노출되게 되면 대상자는 점점 나약해지면서 자신의 능력에 대한 한계와 무력감을 강하게 느끼게 된다(은 영, 1995; Skevington, 1983; Walding, 1991).

이와 같이 만성통증은 대상자 삶의 다각적인 측면에서 다양한 문제들을 야기 시킨다. 그리하여 이에 대한 효율적인 대처방안을 모색하기 위한 연구들이 시행되면서 통증을 효과적으로 조절할 수 있다고 믿는 개인의 신념, 즉 대상자의 자기효능은 만성통증에 대한 대처 뿐만이 아니라 대상자의 건강증진 행위와도 관련이 있음이 여러 연구(김인자와 이은옥, 1995; 박춘자, 1995; 오현수, 1993)결과에서 보고되었다.

Bandura(1977, 1986)는 자기효능은 자신이 어떤 행위를 할 수 있다는 자신의 능력에 대한 신념으로서 어떤 행위의 변화 또는 지속에 중요한 역할을 한다고 하였다. 그리하여 자기효능에 대한 지각이 낮으면 자신의 성격적인 결함에 집착하고 잠재적인 어려움의 가능성을 실제 이상으로 두려워하여 자신의 잠재력을 최대한 발휘할 수 없게 되고, 자기효능에 대한 지각이 높으면 더 많은 노력을 하도록 하는 자극을 받으면서 그 상황에 필요한 주의력을 갖고 스스로 노력하게 된다고 주장하였다.

이러한 자기효능과 만성통증에 관한 연구들을 살펴보면, 만성요통환자 126명을 대상으로 한 김인자와 이은옥(1995)의 연구에서는 통증환자의 대처유형과 자기효능이 서로 상관관계가 있음이 규명되었으며, 자기효능은 통증에 대한 대처유형을 구분해주는 변수들 중의 하나로서 범적극적 대처형과 적극적 인지대처형은 자기효능이 높았고, 범소극적 대처형과 다영역 비대처형은 자기효능이 낮은 것으로 나타났다.

또한 박춘자(1995)의 연구에서도 만성요통 환자들의 통증 대처유형과 자기효능은 순상관관계가 있었고, 자기효능과 통증은 역상관관계가 있었다. 그리하여 자기효능이 높은 사람은 통증에 대해 보다 적극적으로 대처하는 반면에 자기효능이 낮은 사람은 통증에 대한 호소를 더 많이 하는 것으로 보고되었다.

뿐만 아니라 오현수(1993)도 자기효능은 건강증진 행위를 설명하는 가장 중요한 변수로서 질병으로 인한 붕괴감이 건강증진에 미치는 장애를 완충시키는 효과가 있기 때문에 자기효능은 건강증진을 통해 삶의 질에 간접적인 영향을 미치게 된다고 하였다.

이와 같이 자기효능은 만성통증 환자의 대처유형 및 건강증진 행위에 영향을 미치는 주요요인이었으며, 이러한 사실은 만성통증 환자들의 자기효능에 많은 관심을 갖도록 하는 계기가 되었다.

그리하여 만성통증 환자들을 위한 다양한 종류의 자기효능 증진프로그램들이 개발되었고 이를 실제로 대상자들에게 적용하여 프로그램의 효과를 검증해보는 연구(Allegrante, Kovar, Mackenzie, Peterson & Gutin, 1993; 김종임, 1994)들이 진행되었다.

2. 만성통증과 삶의 질

삶의 질은 그 정의나 개념상에서 지금까지 학자들간에 일치를 보지 못하고 있으나, 일반적으로 신체적, 정신적, 사회적, 경제적인 측면에서 개인이 지각하는 주관적인 안녕 상태라고 정의한다. 이와 더불어 삶의 만족, 긍정적 정서, 행복 및 주관적 안녕 등은 삶의 질과 상호 관련되는 동등개념으로서 삶의 질의 속성을 나타내준다고 본다(노유자, 1988).

이러한 삶의 질은 여러 요인에 의해서 영향을 받게 된다. 그 중에서도 특히 통증이 수반되는 만성질환을 앓고 있는 대상자들은 전반적인 건강상의 변화로 인한 다양한 문제들, 즉 기능적인 불능, 통증, 독립성의 상실, 우울, 불안등과 같은 심리적인 문제, 가족기능과 사회적 활동의 변화, 작업불능 및 경제적인 문제등에 직면하면서 질적인 삶을 유지해 나가는데 한계를 느끼게 된다(Anderson, Bradley, Young, McDaniel & Wise, 1985; Cornelissen, Rasker & Valkenburg, 1988).

그리하여 만성통증 대상자들이 보다 질적인 삶을 영위할 수 있도록 도와주기 위한 방안이 모색되어야

할 필요성이 절실해지면서 만성통증이 대상자의 삶의 질에 미치는 영향을 알아보기 위한 연구들이 이루어졌다.

흔히 만성통증으로 분류되는 통증으로는 관절통, 요통, 두통, 신경통등 을 들 수 있는데, 이러한 만성통증을 지닌 대상자의 삶의 질에 관한 연구들을 살펴보면 Laborde와 Powers(1985)는 골관절염 환자가 장기적으로 혈액투석을 받는 환자 보다 삶의 질이 더 낮다고 하면서, 골관절염 대상자의 만성통증, 감소된 기동성, 질병에의 집착등이 이러한 결과를 초래한다고 보고하였다.

또한, 만성관절염 환자를 대상으로 연구 한 최혜경(1987)도 가족지지, 침범부위, 치료지시이행 및 통증정도는 만성관절염 환자의 삶의 질에 영향을 미치는 요인이라고 하였다.

그리고 관절염 환자를 대상으로 한 Burckhardt (1985)의 연구에서도 긍정적인 자존감, 건강에 대한 내적통제감, 질병에 대한 부정적 태도 및 지각된 지지는 삶의 질에 직접적인 영향을 미치는 요인이었고, 통증의 심각성과 기능손상의 심각성은 질병에 대한 부정적 태도에 영향을 미치는 것으로 나타났다.

뿐만 아니라 강직성 척추염 환자의 통증, 가족지지와 삶의 질과의 관계를 연구한 임현자(1998)도 만성질환자의 삶의 질에 영향을 미치는 요인들은 통증, 가족지지, 자조, 우울, 건강증진, 경제상태, 질병에 대한 불확실성이라고 보고하였다.

이와 같이 만성통증은 신체적 기능, 질병과 치료에서 나타나는 증상들, 직업적, 사회적 상호작용, 행복이나 만족과 같은 안녕에 대한 전체적인 평가, 정서를 포함하는 정신적 변수들로 구성되는 삶의 질(Smart & Yates, 1987)에 영향을 미치는 주요 요인이다.

따라서 만성통증을 지닌 노인의 자기효능과 삶의 질 정도와 이에 영향을 미치는 요인을 알아보고 이들의 자기효능과 삶의 질과의 관계를 규명해 보는 것은 만성통증 노인의 간호중재안 개발을 위한 기초자료로서 중요한 의의가 있을 것이다.

Ⅲ. 연구 방법

1. 연구대상

본 연구의 대상자는 서울 지역에서 현재 6개월 이상 통증을 경험하고 있는 60세 이상의 노인 100명을 대상으로 하였다. 연구 대상자의 선정은 병원과 가정을 방문하여 연구에 참여하기로 동의하고 의사소통이 가능하며 질문지 내용을 이해할 수 있는 노인 중에서 성별 분포를 고려하여 편의표집 하였다. 자료수집은 1999년 8월 1일부터 10월 30일까지 실시하였다.

2. 연구도구

1) 자기효능 측정도구

본 연구에서는 Sherer & Maddux(1982)가 개발한 자기효능 일반적 척도와, Lorig 등(1989)이 개발한 자기효능 구체적 척도를 본 연구대상자의 특성에 맞추어 수정·보완하여 사용하였다. 일반적 척도와 구체적 척도는 각각 14문항이며, 응답범위는 '전혀자신없다' 10점에서 '완전히 자신있다'의 100점으로 점수가 높을수록 자기효능이 높음을 의미한다. 본 연구에서의 Cronbach's alpha는 일반적 척도 .95, 구체적 척도 .78이었다.

2) 삶의 질 측정도구

본 연구에서는 노유자(1988)가 개발한 삶의 질 측정도구를 본 연구 대상자의 특성에 맞추어 수정·보완하여 사용하였다. 이 측정도구는 44문항이며 '매우불만' 1점에서 '매우만족' 5점으로 점수가 높을수록 삶의 질이 높음을 의미한다(44문항 중 11문항은 부정문항으로 점수 계산시에 역으로 환산하였다). 본 연구에서의 Cronbach's alpha는 .91이었다.

3. 자료수집

자료수집을 위해 간호학과 2학년 학생 2명을 연구보조원으로 활용하였다. 본 연구자는 측정도구의 사용 및 자료수집방법에 대한 훈련을 위해 연구보조원 2인에게 프로토롤을 작성하여 시범을 보였다.

연구보조원은 대상자에게 연구목적을 설명하고 연

구참여에 대한 동의를 얻은 후 설문지를 읽어주어 주면서 내용을 설명하고 대상자가 직접 작성하도록 하였다. 대상자가 설문지를 작성하는데 어려움이 있거나, 혹은 대상자가 원할 때에는 대상자의 응답내용을 연구보조원이 설문지에 기입하였다. 대상자 한 명 당 자료수집에 소요된 시간은 평균 40-50분이었다.

4. 자료분석

수집된 자료는 SAS PC program을 이용하여 전산처리 하였다. 구체적인 방법은 다음과 같다.

1) 대상자의 일반적인 특성은 실수와 백분율로 분석하였고, 연구변수인 자기효능과 삶의 질의 정도는 평균과 표준오차 등의 서술적 통계를 구하여 분석하였다.
2) 대상자의 자기효능과 삶의 질과의 관계는 Pearson Correlation Coefficient로 연구변수들 간의 상관관계를 분석하였다.
3) 대상자의 일반적 특성에 따른 자기효능 및 삶의 질은 t-test와 ANOVA로 분석하였다.

Ⅳ. 연구 결과

1. 대상자의 일반적 특성

대상자는 만성통증을 지닌 노인 100명으로, 이 중 남자가 47.0%, 여자가 53.0%이었다. 연령별로는 60-65세가 39.0%, 66-70세가 17.0%, 71-75세가 19.0%로 전체 대상자의 75.0%를 차지하였다. 종교별로는 기독교가 33.0%, 불교가 32.0%로 비슷한 분포를 보였으며 직업은 없는 경우가 81.0%로 대다수를 차지하였다. 교육정도는 무학이 33.3%, 국졸이 31.0%로 절반이상을 차지하였으며 대졸인 경우는 6.0%이었다. 배우자는 있는 경우가 55.0%, 없는 경우가 45.0% 이었으며 자녀와의 동거상태는 75.0%로 거의 대부분이 자녀와 동거하고 있었다. 거주형태는 자택이 97.0%로 가장 많았고 경제상태는 중 정도가 54.0%를 차지하였으며 생활형태는 자녀나 국가의 생활보조금에 의존하는 경우가 63.0%로 과반수 이상을 차지하였다〈표 1〉.

〈표 1〉 대상자의 일반적 특성 (실수=100)

구 분		실수(백분율)
성별	남	47(47.0%)
	여	53(53.0%)
연령	60-65세	39(39.0%)
	66-70세	17(17.0%)
	71-75세	19(19.0%)
	76-80세	15(15.0%)
	81세이상	10(10.0%)
종교	기독교	33(33.0%)
	천주교	12(12.0%)
	불교	32(32.0%)
	무(기타)	23(23.0%)
직업	유	19(19.0%)
	무	81(81.0%)
교육 정도	무학	33(33.0%)
	국졸	31(31.0%)
	중졸	14(14.0%)
	고졸	16(16.0%)
	대졸이상	6(6.0%)
배우자	유	55(55.0%)
	무	45(45.0%)
자녀동거 상태	유	75(75.0%)
	무	25(25.0%)
거주 형태	자택	97(97.0%)
	기타	3(3.0%)
경제 상태	상	17(17.0%)
	중	54(54.0%)
	하	29(29.0%)
생활 형태	자기수입으로 생활	37(37.0%)
	자녀에게 일부의존	14(14.0%)
	자녀에게 완전의존	47(47.0%)
	국가의 생활보조금	2(2.0%)

2. 자기효능과 삶의 질 정도

대상자의 자기효능 정도는 구체적 자기효능의 경우에는 문항별로 100점 만점에 남자가 평균 67.1점, 여자가 63.8점으로 남자가 높았으나, 일반적 자기효능의 경우에는 문항별로 100점 만점에 남자가 평균 52.3점, 여자가 54.6점으로 여자가 더 높았다.

삶의 질 정도는 문항별로 5점 만점에 남자가 평균 3.14점, 여자가 3.07점으로 남자의 삶의 질 정도가 더 높았다〈표 2〉.

〈표 2〉 자기효능과 삶의 질 정도 (실수=100)

구 분		실 수	평 균(표준오차)
자기효능			
구체적 척도	남	47	67.1(2.68)
	여	53	63.8(2.21)
일반적 척도	남	47	52.3(3.76)
	여	53	54.6(3.40)
삶의 질			
	남	47	3.14(3.515E-02)
	여	53	3.07(3.535E-02)

3. 자기효능과 삶의 질과의 관계

대상자의 전체 자기효능은 삶의 질과 긍정적 상관관계 (r=0.366, P=0.000)가 있는 것으로 나타났다. 또한 자기효능의 하부영역인 구체적 자기효능(r=0.384, P=1.000)과 일반적 자기효능(r=0.311, P=0.002) 역시 삶의 질과 긍정적 상관관계를 보였다〈표 3〉.

〈표 3〉 자기효능과 삶의 질과의 상관관계 (실수=100)

	자기효능	구체적 척도	일반적 척도	삶의 질
자기효능	1.000			
구체적 척도	0.897 (0.000)	1.000		
일반적 척도	0.953 (0.000)	0.723 (0.000)	1.000	
삶의 질	0.366 (0.000)	0.384 (0.000)	0.311 (0.002)	1.000

4. 일반적 특성에 따른 자기효능

대상자의 자기효능과 관련이 있는 일반적 특성으로는 연령, 직업의 유무, 교육정도, 배우자의 유무, 경제상태, 생활형태이었다.

자기효능은 구체적, 일반적 자기효능 모두에서 70세 이하의 연령군에서 더 높게 나타났으며(구체적 F=6.108, P=0.000; 일반적 F=6.987, P=0.000), 직업이 있는 경우가 없는 경우에 비해 더

〈표 4〉 일반적 특성에 따른 자기효능 (실수=100)

일반적 특성		자기효능 평균(표준오차)		t, F		p	
		구체적	일반적	구체적	일반적	구체적	일반적
연령	60-65세	71.12(2.46)	61.23(3.55)				
	66-70세	74.47(3.10)	68.82(5.21)				
	71-75세	56.73(3.84)	41.35(5.80)	6.108	6.987	0.000	0.000
	76-80세	57.29(4.04)	44.38(4.90)				
	81세이상	56.00(5.97)	33.93(7.95)				
직업	유	73.03(2.81)	71.09(3.80)	-2.817	-4.722	0.007	0.000
	무	63.33(1.99)	48.81(2.80)				
교육 정도	무학	56.19(2.83)	43.55(4.16)				
	국졸	65.86(2.66)	48.53(4.24)				
	중졸	68.37(4.63)	57.44(7.20)	6.169	6.273	0.000	0.000
	고졸	74.02(3.95)	69.77(4.25)				
	대졸이상	83.21(3.91)	81.07(4.39)				
배우자	유	69.37(2.28)	60.25(3.16)	3.940	4.961	0.023	0.009
	무	60.38(2.51)	44.70(3.86)				
경제상태	상	73.49(3.66)	65.55(5.20)				
	중	66.04(2.27)	54.66(3.29)	3.936	4.245	0.023	0.017
	하	59.36(3.27)	44.24(4.85)				
생활 형태	자기수입으로 생활	70.39(2.39)	64.77(3.40)				
	자녀에게 일부의존	64.08(5.52)	55.36(6.43)	1.846	0.144	5.268	0.002
	자녀에게 완전의존	61.71(2.59)	44.65(3.73)				
	국가의 생활보조금	67.50(1.07)	39.29(7.86)				

높았고(구체적 t=-2.817, P=0.007; 일반적 t=-4.722, P=0.000), 교육정도가 높을 수록 더 높게 나타났다(구체적 F=6.169, P=0.000; 일반적 F=6.273, P=0.000). 배우자도 있는 경우가 없는 경우에 비해 더 높았으며(구체적 t=3.940, P=0.023; 일반적 t=4.961, P=0.009), 경제상태 또한 좋은 군에서 그렇지 못한 군에 비하여 더 높았다(구체적 F=3.936, P=0.023; 일반적 F=4.245, P=0.017). 생활형태에서는 구체적 자기효능의 경우에는 유의한 차이를 보이지 않았으나 일반적 자기효능의 경우에는 자립적인 군이 의존적인 군에 비하여 자기효능 정도가 더 높은 것으로 나타났다(일반적 F=5.268, P=0.002)〈표 4〉.

5. 일반적 특성에 따른 삶의 질

대상자의 삶의 질과 관련이 있는 일반적 특성으로는 종교, 교육정도, 자녀동거상태, 경제상태이었다.

삶의 질은 기독교, 불교, 천주교 등의 종교를 가진 군이 그렇지 않은 군에 비하여 높았으며(F=3.493, P=0.019), 교육정도에 따라서도 대상자의 삶의 질 정도는 차이를 나타내고 있었다(F=2.790, P=0.031). 자녀동거상태에서는 동거하고 있는 군이 동거하고 있지 않은 군에 비해 삶의 질이 높았고(t=5.933, P=0.017), 경제상태도 좋을수록 삶의 질 정도가 더 높은 것으로 나타났다(F=11.715, P=0.000)〈표 5〉.

V. 논 의

본 연구의 자료분석 결과 연구 대상자의 자기효능 정도는 문항별로 100점 만점에 구체적 자기효능의 경우에는 남자(평균 67.1점)가 여자(평균 63.8점)보다 더 높았고, 일반적 자기효능의 경우에는 남자(평균 52.3점)와 여자(평균 54.6점)가 거의 비슷하게 나타났다. 이는 통증이 있는 노인을 대상으로 한 연구에서 통증과 자기효능은 부적상관관계가 있다고 보고한 육미경, 김상순 과 양은주(1998)의 연구결과 와 노인의 성별 만성동통 호소의 차이에 대한 조사연구에서 여자는 남자에 비해 동통호소율 과 동통강도가 더 높고 동통을 호소하는 부위도 더 많다고 하면서, 여자는 동통관리를 위해서 더 적극적인 해소 방법을 찾는다고 보고한 김명애, 박경민 과 김효정(1998)의 연구결과들과도 관련이 있는 것으로 사료된다. 그리하여 통증을 더 많이 호소하는 여자 노인의 경우에 남자 노인에 비해서 구체적 자기효능이 더 낮은 것으로 해석된다.

또한 삶의 질 정도는 문항별로 5점 만점에 남자가 평균 3.14점, 여자가 3.07점으로 남자의 삶의 질 정도가 더 높았다. 이러한 결과 또한, 골관절염 환자

〈표 5〉 일반적 특성에 따른 삶의 질

일반적 특성		삶의 질 평균(표준오차)	t, F	p
종교	기독교	3.11(4.782E-02)	3.493	0.019
	천주교	3.05(6.507E-02)		
	불교	3.20(3.418E-02)		
	무(기타)	2.99(5.437E-02)		
교육정도	무학	3.00(4.050E-02)	2.790	0.031
	국졸	3.11(4.879E-02)		
	중졸	3.15(6.905E-02)		
	고졸	3.24(4.612E-02)		
	대졸이상	3.14(9.358E-02)		
자녀동거상태	유	3.11(2.679E-02)	5.933	0.017
	무	3.08(6.108E-02)		
경제상태	상	3.25(4.919E-02)	11.715	0.000
	중	3.14(3.035E-02)		
	하	2.94(4.621E-02)		

를 대상으로 질병관련요인, 건강통제위, 삶의 만족도에 대해 연구 한 Laborde와 Powers(1985), 만성관절염 환자를 대상으로 가족지지, 치료지시 이행 및 삶의 만족간의 관계를 연구한 최혜경(1987), 강직성 척추염 환자의 통증, 가족지지와 삶의 질과의 관계를 연구 한 임현자(1998), 관절염 환자를 대상으로 삶의 질을 연구 한 Burckhardt(1985) 등과 같은 만성통증과 대상자의 삶의 질에 관한 다수의 선행 연구에서 제시해주는 바와 같이 통증은 대상자의 삶의 질에 영향을 미치는 주요 요인이므로 통증을 더 많이 호소하는 여자 노인의 경우가 남자 노인에 비해서 삶의 질 정도가 더 낮게 나타나는 것으로 보여진다.

이와 같은 대상자의 자기효능과 삶의 질과의 상관관계를 살펴보면, 구체적 자기효능(r=0.384, P=1.000)과 일반적 자기효능(r=0.311, P=0.002) 모두에서 자기효능은 대상자의 삶의 질과 긍정적 상관관계가 있음을 보여주었다. 삶의 질은 다차원적인 개념으로 그 정의가 다양하지만 많은 연구자들은 주관적으로 평가하는 일상생활 전반에 걸친 삶의 만족으로 정의하고 있다(Burckhardt,1985). 그리하여 Burckhardt(1989)는 독립성, 신체활동상태, 자기간호능력, 건강상태, 안전감, 긍정적인 상호작용, 타인과의 관계 및 인생의 의미가 삶의 질의 중요한 영역이라고 하였다. 일반적으로 만성통증 대상자는 통증으로 인해 초래되는 다양한 측면의 문제들로 인하여 그들의 삶의 질에 부정적인 영향을 받게 된다. 그러므로 이들의 삶의 질을 높여주기 위해서는 Burckhardt(1989)가 제시하고 있는 영역들을 증진시키기 위한 방안이 모색되어야 한다. 그런데 이들 영역의 증진을 위해서는 대상자의 건강증진 행위가 필수적으로 요구된다. 따라서 대상자의 삶의 질을 높이기 위한 건강증진 행위와 대상자의 자기효능과는 상호 밀접한 관련이 있으므로 대상자의 삶의 질과 자기효능과는 긍정적 상관관계가 있는 것으로 사료된다. 이러한 사실은 자기효능이 흡연, 체중조절, 운동, 알코올 섭취등과 관련된 건강행위의 변화에 가장 큰 영향요인 이라고 확인한 Strecher, DeVellis, Becker 와 Rosenstock(1986), 자기효능이 노인의 일상활동수행능력의 향상에 주요한 영향요인이라고 확인한 김희자(1994), 노유자와 김춘길(1995), 자기효능이 건강증진 행위를 설명하는 가장 중요한 변수라고 확인한 오현수(1993)의 연구결과들을 통해서도 지지된다.

본 연구에서 대상자의 자기효능과 관련이 있는 일반적 특성으로는 연령, 직업의 유무, 교육정도, 배우자의 유무, 경제상태, 생활형태 등이었다. 구체적 자기효능과 일반적 자기효능이 70세 이하의 연령군에서 더 높게 나타났으며, 직업이 있는 경우가 없는 경우에 비해 더 높았고, 교육정도가 높을 수록 더 높게 나타났다. 배우자도 있는 경우가 없는 경우에 비해 더 높았으며, 경제상태 또한 좋은 군에서 그렇지 못한 군에 비하여 더 높았다. 생활형태에서는 구체적 자기효능의 경우에는 유의한 차이를 보이지 않았으나 일반적 자기효능의 경우에는 자립적인 군이 의존적인 군에 비하여 자기효능 정도가 더 높은 것으로 나타났다. 이는 연령이 증가할수록 자기효능이 낮아진다고 한 노유자와 김춘길(1995)의 연구와, 연령이 높을수록, 교육정도가 낮을수록, 사회적 모임에 참여하지 않을수록 새로운 행위의 시작이나 유지, 변화가 어려워진다고 한 육미경, 김상순 과 양은주(1998)의 연구결과 와도 일치한다. 또한 Bandura(1977)는 자기효능은 어떤 행동을 취할 것인가를 결정할 때나 어려움에 처했을 때에 개인의 노력의 정도와 그 행위의 지속정도를 결정하는데 영향을 미치며, 사고능력이나 정서적 반응, 자신의 미래를 형성하는 기능에 영향을 준다고 하였다. 이를 감안해 볼 때에 대상자의 자기효능은 사회적 지지와도 관련이 있다고 볼 수 있다. 이는 육미경, 김상순과 양은주(1998)의 연구를 통해서도 지지된다. 이 연구에 의하면 통증이 있는 노인의 사회적 지지와 유의한 관계가 있는 일반적 특성은 배우자유무, 교육정도라고 하였다. 그리하여 배우자가 있는 노인일수록, 교육정도가 높은 노인일수록 사회적 지지를 더 많이 지각한다고 하였으며, 통증이 있는 노인의 사회적 지지와 자기효능과는 긍정적 상관관계가 있다고 하였다. 따라서 이들 선행연구들은 본 연구의 자료분석 결과인 대상자의 자기효능과 관련이 있는 일반적 특성들을 지지해 주는 것으로 해석된다.

그리고 대상자의 삶의 질과 관련이 있는 일반적

특성으로는 종교, 교육정도, 자녀동거상태, 경제상태이었다. 삶의 질은 기독교, 불교, 천주교 등의 종교를 가진 군이 그렇지 않은 군에 비하여 높았으며, 교육정도에 따라서도 대상자의 삶의 질 정도는 차이를 나타내고 있었다. 자녀동거상태에서는 동거하고 있는 군이 동거하고 있지 않은 군에 비해 삶의 질이 높았고, 경제상태도 좋을수록 삶의 질 정도가 더 높은 것으로 나타났다. 이는 기존의 연구결과를 분석하여 노인의 삶의 질과 관련된 인구사회학적 변수는 성별, 연령, 교육상태, 경제상태, 배우자 유무 등이라고 보고 한 박은숙등(1998)의 연구, 만성관절염 대상자의 삶의 질에 중요한 영향을 미치는 변수는 자존감, 경제상태, 가족지지라고 보고한 송경애와 김명자(1993)의 연구와 유사한 결과를 보여주었다. 이와 같이 연구마다 일치된 결과를 제시해주는 변수들은 만성통증 노인을 간호할 때에 간호사가 반드시 고려하여야 사항으로 간주된다.

결론적으로 노인의 삶의 만족이란 바람직한 결과를 얻기 위해 요구되는 행위를 자신이 성공적으로 수행할 수 있다는 신념을 가지고 늙어간다는 현실에 성공적으로 적응함으로서 신체적, 심리적, 사회경제적인 측면에서 얻을 수 있는 만족상태라고 볼 수 있다.

따라서 만성통증을 지닌 노인이 그들이 당면한 많은 문제들에 적절히 대처하면서 남은 여생을 보다 질적으로 살아가도록 도와주기 위해서는 본 연구를 통하여 규명된 만성통증을 지닌 노인의 삶의 질 과 자기효능에 영향을 미치는 관련요인들을 이들을 위한 간호중재안 마련에 효율적으로 활용하여야 할 것으로 사료된다.

Ⅵ. 결론 및 제언

1. 결론

본 연구는 60세 이상의 만성통증을 지닌 노인 100명을 대상으로 만성통증을 지닌 노인의 삶의 질과 자기효능의 정도 및 이에 영향을 미치는 관련요인을 알아보고 이들간의 관계를 규명해봄으로써 만성통증을 지닌 노인을 위한 효율적인 간호중재안 개발의 기초자료로 활용하기 위하여 시도하였다.

자료수집을 위한 도구로 자기효능 측정도구는 Sherer 와 Maddux(1982)가 개발한 자기효능 일반적 척도와 Lorig 등(1989)이 개발한 자기효능 구체적 척도를 본 연구대상자의 특성에 맞추어 연구자가 수정·보완한 도구를 사용하였고, 삶의 질 측정도구는 노유자(1988)가 개발한 도구를 본 연구대상자의 특성에 맞추어 연구자가 수정·보완한 도구를 사용하였다.

자료분석은 SAS PC program을 이용하여 대상자의 일반적인 특성, 연구변수인 삶의 질 과 자기효능의 정도는 서술적 통계를 구하여 분석하였고, 자기효능과 삶의 질과의 관계는 Pearson Correlation Coefficient로 상관관계를 구하였으며, 일반적 특성에 따른 자기효능 및 삶의 질은 t-test와 ANOVA로 분석하였다.

본 연구의 결과는 다음과 같다.

1) 대상자의 자기효능 정도는 구체적 자기효능의 경우에는 남자가 여자보다 높았으나, 일반적 자기효능의 경우에는 남자와 여자가 비슷한 점수로 나타났다. 삶의 질 정도는 남자의 삶의 질 정도가 여자보다 더 높았다.
2) 대상자의 자기효능과 삶의 질과의 관계는 구체적 자기효능과 일반적 자기효능 모두에서 삶의 질과 긍정적 상관관계를 보였다.
3) 대상자의 자기효능과 관련이 있는 일반적 특성으로는 연령, 직업의 유무, 교육정도, 배우자의 유무, 경제상태, 생활형태이었다. 자기효능은 구체적, 일반적 자기효능 모두에서 70세 이하의 연령군에서 더 높게 나타났으며, 직업이 있는 경우가 없는 경우에 비해 더 높았고, 교육정도가 높을수록 더 높게 나타났다. 배우자도 있는 경우가 없는 경우에 비해 더 높았으며, 경제상태 또한 좋은 군에서 그렇지 못한 군에 비하여 더 높았다. 생활형태에서는 구체적 자기효능의 경우에는 유의한 차이를 보이지 않았으나 일반적 자기효능의 경우에는 자립적인 군이 의존적인 군에 비하여 자기효능 정도가 더 높은 것으로 나타났다.
4) 대상자의 삶의 질과 관련이 있는 일반적 특성으로는 종교, 교육정도, 자녀동거상태, 경제상태이

었다. 삶의 질은 기독교, 불교, 천주교 등의 종교를 가진 군이 그렇지 않은 군에 비하여 높았으며, 교육정도에 따라서도 대상자의 삶의 질 정도는 차이를 나타내고 있었다. 자녀동거상태에서는 동거하고 있는 군이 동거하고 있지 않은 군에 비해 삶의 질이 높았고, 경제상태도 좋을수록 삶의 질 정도가 더 높은 것으로 나타났다.

결론적으로 노인의 삶의 만족이란 바람직한 결과를 얻기 위해 요구되는 행위를 자신이 성공적으로 수행할 수 있다는 신념을 가지고 늙어간다는 현실에 성공적으로 적응함으로서 신체적, 심리적, 사회경제적인 측면에서 얻을 수 있는 만족상태라고 볼 수 있다.

따라서 만성통증을 지닌 노인이 그들이 당면한 많은 문제들에 적절히 대처하면서 남은 여생을 보다 질적으로 살아가도록 도와주기 위해서는 본 연구를 통하여 규명된 만성통증을 지닌 노인의 삶의 질 과 자기효능에 영향을 미치는 관련요인들을 이들을 위한 간호중재안 마련에 효율적으로 활용하여야 할 것이다.

2. 제언

만성통증을 지닌 노인을 위한 간호중재 방안을 다각적인 측면에서 보다 실제적으로 개발하기 위해서는 상황관련, 상황생성 이론수준의 연구가 이루어져야 한다. 따라서 이를 위한 체계적인 계속적 연구를 제언한다.

참 고 문 헌

김명애, 박경민, 김효정 (1998). 노인의 성별 만성동통 호소의 차이에 대한 조사연구. 대한간호학회지, 28(2), 369-379.

김명자, 송경애 (1990). 류마티스양 관절염 환자의 불편감, 자기존중감, 성격 및 삶의 만족도간의 관계. 대한간호학회지, 20(2), 185-194.

김인자. 이은옥 (1995).만성요통환자의 대처유형과 건강통제위, 자기효능감과의 관계. 류마티스건강학회지, 2(1), 1-16.

김종임 (1994). 자조집단 활동과 자기효능성 증진법을 이용한 수중 운동프로그램이 류마티스관절염 환자의 통증, 생리적 지수 및 삶의 질에 미치는 영향. 서울대학교 박사학위논문, 서울.

김주희, 양경희, 이현주 (1996). 노인의 동통에 관한 조사연구. 대한간호학회지, 26(4), 878-888.

김희자 (1994). 시설노인의 근력강화운동이 근력, 근지구력, 일상생활기능 및 삶의 질에 미치는 효과. 서울대학교 대학원 박사학위논문, 서울.

노유자 (1988). 서울지역 중년기 여성의 삶의 질에 관한 분석 연구. 연세대학교 박사학위논문, 서울.

노유자, 김춘길 (1995). 가정노인과 양로원 노인의 체력, 자기효능, 일상생활활동능력 및 삶의 질에 관한 연구. 대한간호학회지, 25(2), 259-278.

박은숙, 김순자, 김소인, 전영자, 이평숙, 김행자, 한금선 (1998). 노인의 건강증진행위 및 삶의 질에 영향을 미치는 요인. 대한간호학회지, 28(3), 638-649.

박춘자 (1995). 만성요통 환자의 대처유형과 요통지식 및 자기효능감에 대한 연구. 성인간호학회지, 7(1), 106-117.

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

오현수 (1993). 여성 관절염 환자의 건강증진과 삶. 간호학회지, 23(4), 617-630.

육미경, 김상순, 양은주 (1998). 통증이 있는 노인의 일상생활활동과 자기효능 및 지각된 사회적지지. 경북간호과학지, 2(2), 57-70.

윤 진 (1985). 성인노인심리학. 서울: 중앙적성출판사.

은 영 (1995). 만성통증환자의 통증조절. 류마티스건강학회지, 2(1), 17-36.

이경미 (1987). 노인의 자아존중감과 건강상태에 관한 연구. 연세대학교 석사학위논문, 서울.

이미라 (1995). 근력강화운동프로그램이 퇴행성 슬관절염 대상자의 근력, 통증, 우울, 자기효능감 및 삶의 질에 미치는 영향. 충남대학교 석사학위논문, 대전.

이은옥, 한윤복, 김순자, 이선옥, 김달숙, 김조자,

김광주, 김주희, 박점희, 임난영, 최순희 (1988). 관절통 환자의 통증정도와 통증연관행위에 관한 연구. 간호학회지, 18(2), 197-209.

이은옥, 이선옥, 임난영, 최순희, 김달숙, 김순자, 한윤복, 김주희, 김광주, 박점희 (1992). 만성통증 환자의 통증연관행위를 이용한 통증척도의 민감성 및 타당성 조사. 간호학회지, 22(1), 5-15.

임현자 (1998). 강직성 척추염 환자의 통증, 가족지지와 삶의 질과의 관계. 간호학회지, 28(2), 329-341.

조선일보 (1991). 1991년 인구 및 주택 센서스 부분별 동향, 1991년,4/13,19면.

최혜경 (1987). 만성관절염 환자의 가족지지, 치료지시 이행 및 삶의 만족간의 관계연구. 간호학회지, 17(3), 218-226.

통계청 (1996). 장래인구추계.

Allegrante, J. P., Kovar, P. A., Mackenzie, C. R., Peterson, M. G. E., & Gutin, B. (1993). A Walking Education Program for Patients with Osteoarthritis of the Knee: Theory and Intervention Strategies. Health Education Quarterly, 20, 63-81.

Anderson, K. O., Bradley, L. A., Young, L. D., McDaniel, L. K., & Wise, C. M. (1985). Rheumatoid Arthritis : Review of Psychological Factors Related to Etiology, Effects and Treatment. Psychological Bulletin, 98, 358-387.

Bandura, A. (1977). Self-Efficacy : Toward a Unifying Theory of Behavioral Change. Psychological Review, 84(2), 191-215.

Bandura, A. (1986). Social Foundation of Thought and Action, A Social Cognitive Theory. New Jersey : Prentice-Hall Inc.

Burckhardt, C. S. (1985). The Impact of Arthritis on Quality of Life. Nursing Research, 34(1), 11-16.

Burckhardt, C. S. (1989). Quality of Life of Adults with Chronic Illness : A Psychometric Study. Research in Nursing & Health, 12, 347-354.

Cornelissen, P. G. J., Rasker, J. J., & Valkenburg, H. A. (1988). The Arthritis Sufferer and The Community : A Comparison of Arthritis Sufferers in Rural and Urban Area. Annals of the Rheumatic Disease, 47, 150-156.

Davis, G. C. (1989). Measurement of The Chronic Pain Experience: Development of An Instrument. Research in Nursing and Health, 12, 221-227.

Dworkin, S. F. (1991). Illness Behavior and Dysfunction: Review of Concepts and Application to Chronic Pain. Can. J. Physio. Pharmacol, 69, 662-671.

Forman, W. B., & Stratton, M. (1991). Current Approaches to Chronic Pain in Older Patients. Geriatrics, 46(7), 47-52.

Forrest, J. (1995). Assessment of Acute and Chronic Pain in Older Adults. Journal of Gerontological Nursing, 21(10), 15-20.

Jensen, M. P., Turner, J. A., Romano, J. M., & Karoly, P. (1991).Coping with Chronic Pain:A Critical Review of The Literature. Pain, 47, 249-283.

Kauffman, R. E. (1980).Pediatric Therapy, Pain in H.C. Shirkey(eds), 6th., St.Louis : C.V. Mosby, 283-287.

Keefe, F. J., & Gill, K. M. (1986). Behavioral Concepts in The Analysis of Chronic Pain Syndromes. J. Con Clin Psycho, 54, 776-783.

Kerns, R. D., Turk, D. C., & Rudy, T. E. (1985). The West Harven-Yale Multidimensional Pain Inventory. Pain, 23, 345-356.

Laborde, J. J., & Powers. M. J. (1985). Life Satisfaction, Health Control Orientation and Illness-Related Factors in Persons

with Osteoarthritis. Research in Nursing and Health, 8, 183-190.

Lorig, K., Chastain, R. L., Ung, E., Shoor, S., & Holman, H. R. (1989). Development and Evaluation of A Scale to Measure Perceived Self-Efficacy in People with Arthritis. Arthritis and Rheumatism, 32(1), 37-44.

Miller, J. F. (1983). Coping with Chronic Illness. F.A. Davis co.: Philadelphia.

Payne, B., Norfleet, M. A. (1986). Chronic Pain and The Family, A review. Pain, 26, 1-12.

Pinskey, J. J. (1977) Aspect of the psychology of pain, Chronic pain, In B.L.Crue(ed), SP Medical and Scientific Pub. : NY.

Shere, M., & Maddux, J. E. (1982). The Self Efficacy Scale:Construction & Validation. Psychological Report, 51, 663-671.

Skevington, S. M. (1983). Chronic Pain and Depression : Universal or Personal Helplessness?. Pain, 15, 309-317.

Smart, C. R., & Yates, J. W. (1987). Quality of Life. Cancer, 60(3), 620-622.

Strecher, V. J., DeVellis, B. M., Becker, M. H., & Rosenstock, I. M. (1986). The Role of Self-Efficacy in Achieving Health Behavior Change. Health Education Quartery, 13(1), 73-91.

Walding, M. F. (1991). Pain, Anxiety and Powerlessness. Journal of Advanced Nursing, 16, 388-397.

Abstract

Key concept : Aged chronic pain patients, Self-efficacy, Quality of life

A Study on Self-Efficacy and Quality of Life in the Elderly Patients with Chronic Pain

Kim, Kyung Hee* · Chung, Hae Kyung**
Choi, Mi Hye* · Kwon, Hye Jin*

The subjects of this study were 100 elderly people who were over 60 years of age and had chronic pain. The study examined the matter of quality of life and self-efficacy of elderly patients with chronic pain including the influence of related factors on these variables. Also, by examining their relation, it provides basic data for the development of efficient nursing interventions for the elderly patients with chronic pain.

The tools were the general self-efficacy scale by Sherer & Maddux(1982) and a specific self-efficacy Scale(Lorig et al, 1989) modified to better suit the subjects of this study. The quality of life scale by You-Ja Ro(1988) modified to better suit the subjects of this study was used.

The data were collected from August to October 1999. Four researchers and two research assistants developed a data collection protocol subjected to a pilot study for confirmation of validity. In this study, the research assistants read the questionaire to the subjects and recorded the responses

* Department of Nursing, College of Medicine, Chung-Ang University
** Doctoral Candidate, Department of Nursing, College of Medicine, Chung-Ang University

themselves. The interviews lasted 40-50 minutes on an average.

The data thus collected were analyzed in terms of t-test, ANOVA, Pearson's correlation coefficient, using the SAS PC program.

The major findings are as follows:

1) For self-efficacy it was found that males had higher self-efficacy than females for specific self-efficacy. But for general efficacy, males and females showed similar results. The the quality of life was found to be higher for males than females.
2) A positive correlation was identified between the specific self-efficacy, general self-efficacy and quality of life.
3) The general characteristics affecting the self-efficacy of elderly patients with chronic pain were employment, age, level of education, spouse, economic status and income. Self-efficacy was higher among those who were employed, aged between 66-70, well-educated, married and rich or having their own income.
4) The general characteristics affecting the quality of life of elderly patients with chronic pain were lodging with children, religion, level of education and economic status. The quality of life was higher among those who lived with their children and were Buddhists, were well-educated and rich.