

만성 요통 환자의 대처 유형과 건강 통제위, 자기효능감과의 관계*

김 인 자** · 이 은 옥***

I. 서 론

1. 연구의 필요성

최근 경제와 문화 수준의 향상과 의학의 발달로 평균 수명이 길어지고 질병 양상이 바뀌면서 일어난 특징 중의 하나가 만성 질환자의 증가이다. 우리나라도 만성 질환으로 인한 사망이 1970년대 이후 계속 증가하고 있어(김정순, 1987) 이에 대한 간호계의 관심이 증가되고 있다.

만성 질환은 급성 질환과는 달리 증상은 조절할 수 있으나 완치시킬 수는 없다. 따라서 환자들은 증상 조절 및 질병 상태에 적응하기 위해 끊임 없이 노력해야 한다. 만성 환자가 증상을 조절하여 자신의 상태에 적응할 수 있도록 도와주는 간호중재로 환자들의 바람직하지 않은 대처 방법을 수정하거나 바람직한 대처 방법을 증진시키기 위한 간호는 간호학의 독자적 분야 중 하나이다.

대처는 스트레스라고 인지한 사건을 다루기 위한 노력이다(Lazarus & Folkman, 1984). 만성 통증 환자들도 자신의 통증이나 통증과 관련된 스트레스원을 견디고, 최소화하고, 줄이는 방법을 개발한다. 그러나 환자들이 사용하는 모든 대처가 긍정적인 결과만을 가져오는 것은 아니어서 어떤

사람들은 계속되는 통증에 비교적 잘 적응하여 살아가지만 어떤 사람들은 만성 통증에 의해 기능 장애가 일어나고 우울에 빠지는 등 부정적인 결과가 야기되기도 한다.

여러 학자들이 이와 같은 결과를 대처 유형과 연관지어 설명하고자 환자들의 대처를 그룹으로 묶어 각 대처 유형이 환자의 적응에 미치는 영향에 대해 보고하였다. 결과가 일관되지는 않지만 대부분의 연구에서 적극적인 대처자들은 통증 호소와 우울이 적고, 신체적, 사회적으로 잘 적응하는 것으로 나타났다(Brown & Nicassio, 1987; Brown, Nicassio & Wallston, 1989; Rosentiel & Keefe, 1983).

요통은 전형적인 만성 통증 질환 중 하나로서 여러 기질적인 원인, 정신적인 요인, 자세 변동, 나쁜 체위 등에 의하여 발생하며 기질적인 원인이나 부상을 치료한 후에도 계속되어 만성 요통으로 진전하는 경우도 적지 않아 만성 통증으로 인한 기능 장애, 우울 등 특징적인 문제들이 나타난다(민, 1975; 주, 1967; Heaton et al, 1982; Lefebvre, 1981). 또한 심리적인 요인이나 대처 유형이 중요한 역할을 하여(정 등, 1984) 같은 병리적인 기전이 있는 사람도 통증으로 인한 기능 장애나 정신 장애 정도가 다르고, 겉으로 나타난

* 서울대학교 대학원 석사학위 논문임.

** 서울대학교 대학원 박사과정생.

*** 서울대학교 간호대학 교수.

기질적인 원인이나 부상의 정도와 호소하는 통증 정도도 일치하지 않았다.

요통 환자와 같이 완치가 어려운 만성 통증 환자에게 통증을 극복하여 정상적으로 기능할 수 있도록 돕는 독자적인 간호 중재를 계획하기 위하여는 우선 통증 환자들이 사용하는 대처 유형과 그 대처 유형을 구별하는 요인들을 이해하여야 한다. 그러나 우리 나라의 경우 통증 환자들이 사용하는 대처 유형에 대한 연구 뿐 아니라 대처 유형을 구별할 수 있는 요인에 대한 연구도 전혀 이루어져 있지 않다. 따라서 그 첫 단계로 전형적인 만성 통증 환자인 만성 요통 환자를 대상으로 그들의 통증 대처 유형과 그 대처 유형 그룹간에 차이가 무엇인지를 규명하여 만성 통증 환자들의 통증 조절을 위한 인지 행위 간호 중재에 근거를 제공하고자 한다.

2. 연구 목적

본 연구에서는 만성 요통 환자들의 통증 대처 유형을 규명하고 이 대처 유형과 건강 통제위, 자기 효능감, 통증 정도, 인구학적 변수와의 관계를 규명하고자 한다.

3. 용어 정의

통증 대처 : 만성 요통 환자들이 통증을 줄이고, 최소화하고, 견디기 위하여 노력하는 방법으로 본 연구에서는 연구자가 개발한 통증 대처 척도에 나타난 방법들이다.

적극적 인지 대처 : 스스로 행하는 인지적인 방법으로 통증을 이겨내려고 하는 대처로 본 연구에서는 적극적 인지 대처 문항(7항목)의 점수가 높은 경우를 일컫는다.

적극적 행위 대처 : 스스로 행하는 행위로 통증을 조절하려는 대처로 본 연구에서는 적극적 행위 대처 문항(5문항)의 점수가 높은 경우를 일컫는다.

소극적 인지 대처 : 다른 사람이 통증을 조절해 주기를 바라는 방법으로 직접 행위로 시행하는 것이 아니라 인지적으로 바라기만 하는 대처 방법이

다. 본 연구에서는 소극적 인지 대처 문항(5문항)의 점수가 높은 경우를 일컫는다.

소극적 행위 대처 : 다른 사람이 통증을 조절해 주기를 바라 직접 행하여 도움을 받는 방법으로 본 연구에서는 소극적 행위 대처 문항(6문항)의 점수가 높은 경우를 일컫는다.

건강 통제위 : 건강이 무엇에 의해 좌우된다고 생각하는가에 대한 일반적인 기대이다.

내적 통제위 : 건강이 자기 자신에 의해 좌우된다고 믿는 성향으로 본 연구에서는 건강 통제위 척도 중 내적 통제위 문항(6문항)의 점수가 높은 경우가 해당된다.

타인 통제위 : 건강이 영향력있는 타인에 의해 좌우된다고 믿는 성향으로 본 연구에서는 건강 통제위 척도 중 타인 통제위 문항(6문항)의 점수가 높은 경우가 해당된다.

우연 통제위 : 건강이 운이나 요행에 의해 좌우된다고 믿는 성향으로 본 연구에서는 건강 통제위 척도 중 우연 통제위 문항(6문항)의 점수가 높은 경우가 해당된다.

자기 효능감 : 특정한 행위를 수행할 수 있는 자신의 능력에 대한 신념이다. 본 연구에서는 연구자가 개발한 자기효능감 척도 점수가 높을수록 자기 효능감이 높다는 것을 의미한다.

II. 문헌 고찰

1. 대처 유형

Lazarus와 Folkman은 스트레스 적응 모형에서 스트레스를 평가하여 대처하는 유형을 크게 문제 중심(problem focused)과 정서 중심(emotional focused)으로 나누었다. 문제 중심 대처는 능동적으로 정보를 찾아 문제에 대처하는 유형이고, 정서 중심 대처는 바람을 이루는 환상(wish-fulfilling fantasy) 등을 통해 정서적인 고통에서 벗어나려는 인지적인 대처 방법이다. 그들이 대처 방법을 조사하기 위하여 개발한 대처 도구는 42항목으로 이루어져 있으며 대처 방법을 5가지로 분류하였다. 즉, 1) 문제 중심, 2) 자기 책

망, 3) 회피, 4) 바라는 상황 상상, 5) 사회적 지지 추구이다(Vitaliano, et at, 1985).

스트레스 상황에 적응하는데 중요한 요소 중 하나인 대처 과정과 능력은 만성 통증 환자에게 대하여도 연구되어 왔다. 많은 전문가들이 통증 환자들은 자신의 통증을 견디고, 최소화하거나 줄이기 위한 방법을 개발한다고 보고하였다(Brown & Nicassio, 1987; Copp, 1974; Felton & Revenson, 1984; Keefe et al, 1987a, 1987b; Revenson & Felton, 1989; Rosenstiel & Keefe, 1983; Spinhoven et al, 1989; Turner & Clancy, 1986).

구체적으로 Copp(1974)은 급·만성 통증 환자의 면담에서 대상자의 대부분이 통증을 다루기 위하여 인지적, 행위적으로 대처한다고 보고하였다. Rosenstiel과 Keefe(1983)는 선행 연구들을 바탕으로 통증 환자들이 통증을 다루기 위해 사용하는 대처 방법 질문지(Coping Strategies Questionnaire, CSQ)를 개발하였다. 그들은 대처 방법을 인지적 대처와 행위적 대처로 분류하였다. 인지적 대처는 1) 주의 전환, 2) 통증 감각의 재해석, 3) 자기 진술, 4) 통증 감각 무시, 5) 기도나 바램, 6) 파괴적인 생각 등이고, 행위적 대처는 1) 활동의 증가, 2) 통증 행위 증가 등이다. 이들을 요인 분석한 결과 대처 유형의 3요인이 분리되었다. 첫 요인은 변량의 35%에 해당하며 통증 감각 무시, 자기 진술, 통증 감각의 재해석 등의 항목 점수가 높은 경우로 '인지적 대처와 억압'으로 명명하였다. 두번째 요인은 변량의 21%에 해당하며 파괴적인 생각 항목 점수가 높고 통증 조절의 효율 정도를 낮게 표시하며 활동 증가 항목 점수가 낮아 비활동적인 경우로 '무력감'으로 명명하였다. 세번째 요인은 변량의 12%에 해당하며 주의 전환과 기도나 바램 항목 점수가 높은 경우로 '주의 전환과 기도'로 명명하였다.

Rosenstiel과 Keefe(1983)의 측정 도구를 만성 요통 환자에게 적용한 결과 환자가 선택하는 3가지 대처 행위 유형이 통증 기간, 불구 정도, 수술 경험 등 환자 병력과는 상관이 없는 것으로 나타났다. 대처 행위가 적응 정도를 어느 정도 설명할 수 있는가를 평가하기 위해 적응 변수로 본

평균 통증 정도, 우울, 상태 불안, 기능적인 능력 등과 회귀 분석을 시행한 결과는 대처 행위가 상태 불안을 61%, 평균 통증 정도를 37%, 우울을 23%, 기능적 능력을 19% 설명하였다.

그 후 Keefe 등(1987b)은 관절염 환자를 대상으로 CSQ를 사용하여 두 요인을 추출하였다. 첫번째 요인은 변량의 40%에 해당하며 CSQ 하부 척도에 명시된 대부분의 대처 행위를 자주 사용한다고 보고한 경우로 '대처 시도'라고 명명하였다. 두번째 요인은 변량의 20%에 해당하며 통증 조절 능력과 감소 능력의 점수가 높으며 파괴적인 생각 항목의 점수가 낮은 경우로 '조절과 합리적인 사고'로 명명하였다.

그러나 최근의 연구에서 Lawson 등은(1990) CSQ를 사용하여 기본적인 3요인을 추출하였다. '의식적 인지적 대처'라 명한 첫번째 요인은 통증 무시, 자기 진술 항목에 점수가 높고, '자기 효능 신념'이라 명한 두번째 요인은 통증을 조절하는 능력과 통증을 감소시키는 능력 항목에 점수가 높고, '통증 회피'라 명한 세번째 요인은 주의 전환과 기도나 바램 항목의 점수가 높은 경우이다.

이처럼 CSQ를 사용하여 만성 통증 환자들의 대처 행위를 요인 분석한 결과는 일치하지 않는 경향이 있으며 이 요인과 신체적인 기능, 심리적인 기능과의 관계도 일관된 결과를 보이지는 않았다(Lawson et al, 1990). 그러나 대체로 적극적으로 자신이 통증을 조절하려는 사람들이 적응 변수인 통증, 우울, 기능 장애 점수가 낮게 나타나 잘 적응하는 것으로 보고되었다.

Brown과 Nicassio(1987)는 Rosenstiel과 Keefe(1983)가 제시한 만성 통증 환자들의 인지적 행위적 대처를 유형에 상관없이 통증의 지표와 정신 사회적인 기능과의 관계를 근거로 적응적인 대처와 비적응적인 대처로 나눌 수 있을 것이라고 가정하였다. 그들은 이 가정을 바탕으로 적극적 대처와 소극적 대처를 조사하는 설문지(Vanderbilt Pain Management Inventory, VPMI)를 개발하였다. 만성 관절염 환자 361명을 대상으로 조사한 연구에서 요인 분석을 통하여 18항목이 두 요인 중 하나에 유의하게 속하였다. 이 중 7항목은 '적극적인 대처'로서 통증에도 불구하고

환자 자신이 기능하기 위하여 노력하거나 스스로 통증에 대해 관심을 갖는 행위이며 : 11항목은 '소극적인 대처'로 통증 조절을 위해 다른 사람에게 의지하는 행위이다. 적극적 대처와 소극적 대처는 내적으로 일관성이 있었고, 6개월 후에도 충분히 안정된 것으로 나타났다.

Brown과 Nicassio(1987)는 우울, 무력감의 심리적 변수들, 통증, 신체적 기능 장애와 대처 유형과의 관계를 조사하여 두 유형의 대처를 구분할 수 있는 상관 관계 양상을 보고하였다. 즉 적극적 대처는 일반적인 자기 효능감 척도로 측정된 높은 자기 효능감, 낮은 우울과 무력감과 상관 관계가 있었으며 소극적 대처는 낮은 내적 통제위, 높은 우연 통제위, 낮은 자기 효능감과 관련되어 있었다. 또한 예측 타당도를 조사하기 위해서 6개월 간격으로 측정된 심리적 변수들(우울, 무력감), 통증, 기능장애 자료와 대처 유형 자료를 다중 회귀 분석한 결과 적극적 대처는 낮은 우울, 낮은 우연 통제위, 높은 내적 통제위와 자기 효능감을 예측하였고 반면 소극적 대처는 더 심한 통증, 높은 우울, 높은 강력한 타인 통제위와 우연 통제위, 낮은 자기 효능을 예측하였다. 또한 소극적 대처로 신체적 활동의 감소와 일상 생활 활동의 감소를 예측하였다.

VPMI를 류마티스 환자를 대상으로 연구한 결과에서는 소극적인 대처가 우울과 정적인 상관 관계가 있는 것으로 나타났으나 이 관계는 통증이 심한 환자에서만 유의하여 통증 정도가 대처 유형과 우울과의 관계에 영향을 주는 것으로 나타났다. 6개월 후 시행한 종단 연구에서도 같은 결과를 보고하였다(Brown, Nicassio, & Wallston, 1989).

이처럼 VPMI를 이용한 적극적 대처와 소극적 대처는 연구가 제한되어 있긴 하지만 일관되게 내적 통제위, 자기 효능감, 통증, 우울 등의 정도를 구분하였고 적극적 대처가 적응적인 대처 방법으로 보고되었다.

2. 대처 유형 예측 요인

대처를 예측할 수 있는 중요한 변수로 1) 통증

상태, 2) 건강 통제위, 3) 자기 효능감, 4) 인구학적 변수가 문헌을 통해 보고되었다.

1) 통증 상태

통증 정도와 기간이 해당하는 통증 상태 변수가 대처 방법을 선택하는데 미치는 영향을 조사한 Crisson과 Keefe(1988)는 CSQ와 McGill 통증 설문지를 사용하여 측정된 결과 통증 정도나 기간이 대처 요인을 유의하게 예측하지 못하였다고 보고하였다($R^2=.004$).

그러나 Brown 등은(1989) 자신들이 개발한 VPMI를 류마티스 관절염 환자를 대상으로 연구한 결과 적극적인 대처가 우울과 정적인 상관 관계가 있는 것으로 나타났으나 이 관계는 통증이 심한 환자에서만 유의하였다. 6개월 후 시행한 종단 연구에서도 같은 결과를 보고하였다. 그러나 통증을 앓은 기간과 대처와는 유의한 관계가 나타나지 않았다. Jensen과 Karoly(1991)의 연구에서도 통증이 적은 환자들에서만 대처 방법이 활동 수준으로 측정된 적응과 긍정적인 상관 관계가 있었다고 보고하여 통증이 간접적인 영향을 미치는 것으로 보고하였다.

Lawson(1990) 등이 CSQ를 요인 분석한 결과에서도 자기 효능 신념이라 명한 두번째 요인이 여러 연구에서 비교적 일관되게 통증 정도와 역관계가 있는 것으로 보고되었다. 그러나 Jensen, Turner 및 Romano(1991)의 연구에서 8가지 대처 방법 중 통증 정도로 유의하게 예측되는 것은 휴식 대처 뿐이었다.

이처럼 통증 상태 변수 중 통증 정도는 일관되지는 않지만 환자들이 사용하는 대처에 영향을 주는 것으로 나타났다. 그러나 통증을 앓은 기간은 일관되게 모든 연구에서 유의한 영향을 미치지 않았다고 보고되었다.

2) 건강 통제위

통제위 개념은 처음 Rotter에 의해 소개되었다. 이 개념에 따르면 내적 통제위는 자신의 행위와 경험하는 결과 사이에 긍정적인 인과 관계가 있다고 생각하는 반면 외적 통제위는 자신의 행위와 결과의 관계를 믿지 않고 강력한 타인이나 운

과 같은 외적 요인에 의해 통제된다고 생각한다 (Rotter, 1954 ; 1966).

Wallston, Wallston 및 DeVellis(1978)는 건강 통제위를 측정하기 위하여 Multidimensional Health Locus of Control(MHLC) 척도를 개발하였다. 이 척도는 내적 통제위 뿐만 아니라 건강 전문가와 같은 강력한 타인과 운이나 우연 요인을 분리하여 외적 통제위를 측정할 수 있도록 고안되었다.

통제위 개념은 만성 통증 경험과 특히 관련되어 있어 통증 경험에 대한 통제위 연구는 일관된 결론을 제시하고 있다. 즉 만성 통증 환자 중 내적 통제위 소유자는 통증으로 인한 앞으로의 과정에 자신이 영향을 줄 수 있다고 생각하고, 통증 강도, 통증 기간, 성, 연령을 통제한 연구에서 외적 통제위 소유자보다 덜 우울하고(Crisson & Keefe, 1988 ; Frank et al, 1987), 삶에 더 만족하며(Laborde & Powers, 1985), 치료 결과가 양호하다고(Harkapaa et al, 1991) 보고되었다.

통제위에 따른 대처 연구에서도 내적 통제위를 가진 사람들이 외적 통제위를 가진 사람들보다 통증에 대해 적극적인 대처 방법을 개발하여 사용한다고 보고되었다(Copp, 1974). Crisson과 Keefe(1988)는 만성 통증 환자 62명을 대상으로 한 연구에서 인구학적 변수, 의학적 상태, 통증 강도를 통제하여 통제위의 영향을 조사한 결과 우연 통제위를 가진 사람들이 자신들이 통증을 조절하는데 있어서 다른 집단보다 더 무력하다고 여기며 통증에 관심을 갖지 않거나 기도/바렘과 같은 비적응적인 대처 방법을 사용하고 우울, 불안, 강박적인 증상을 더 보인다고 보고하였다.

이처럼 건강 통제위와 대처 방법과의 관계 연구에서는 건강 통제위를 대부분 세 유형(내적, 우연, 강력한 타인)으로 나누어 설명하고 있으며 비교적 대처 유형을 잘 예측하는 변수로 나타났다.

3) 자기 효능감

Bandura(1986)는 사회 학습 이론에서 대처 과정을 이해하는데 적용할 수 있는 이론적인 모델을 제시하였다. 이 모델에 의하면 자기 효능감과

결과 기대감이 행위를 결정하는데 중요한 역할을 한다. 자기 효능감은 특정한 행위를 수행할 수 있는 자신의 능력에 대한 신념으로, 결과 기대감은 행위를 수행한 결과에 대한 신념으로 정의할 수 있다. 사회 학습 이론에 의하면 자신이 대처할 능력이 있다고 믿고 이 행위가 긍정적인 결과를 가져올 것이라고 생각하면 그 행위를 하게 된다는 것이다.

Jensen, Turner, Romano(1991)는 만성 통증 환자를 대상으로 자기 효능감과 결과 기대감이 대처에 미치는 영향을 조사하였다. 자기 효능감을 측정하는 구체적인 표준 도구가 없으므로 8가지의 대처 방법, 즉 1) 능동적인 운동(달리기, 빠르게 걷기, 자전거 타기), 2) 신장 운동(발 끝 만지기, 옆구리 운동, 앞으로 굽히기), 3) 휴식, 4) 진통제 투약, 5) 다른 일로 바쁘게 지냄, 6) 근육 강화 운동(역기, 윗몸 일으키기), 7) 통증 무시, 8) 능동적인 이완 운동(biofeedback, 자가 최면, 이완 운동)을 선택하여 각 행위를 수행할 수 있다고 믿는 정도를 5점 평정 척도에 표시하게 하여 측정하였다. 결과 기대감은 즉각적인 결과에 대한 것과 장기적인 결과에 대한 것을 분리하여 측정하였다. 즉각적인 결과에 대한 기대감은 대처 후 즉각적으로 통증이 어떻게 변할 것인가에 대한 지각이며 장기적인 결과에 대한 기대감은 오래 계속 대처했을 때 통증이 어떻게 변할 것인가에 대한 지각이다.

결과 기대감을 독립 변수로, 대처 방법을 종속 변수로 하여 MANOVA한 결과 환자들의 대처 방법 8가지 중 5가지에 대한 즉각적 결과에 대한 기대감과 장기적 결과에 대한 기대감에는 유의하게 차이가 있었다. 즉 대상자들의 휴식과 진통제 투약에 대한 기대감은 즉각적인 결과에 대한 기대감이 장기적인 결과에 대한 기대감보다 더 높았다. 근육 강화 운동, 능동적 운동, 신장 운동에 대한 결과 기대감에서는 장기적인 결과에 대한 기대감이 즉각적인 결과에 대한 기대감보다 유의하게 높아 이 대처 방법을 사용하면 통증이 즉각적으로는 더 나빠지지만 장기적으로는 영향을 주지 않는다고 생각했다. 이 결과는 대처 방법을 예측하는데 즉각적인 결과에 대한 기대감과 장기적인 결과

에 대한 기대감을 분리해서 고려해야 한다는 것을 암시한다. 자기 효능감과 결과 기대감이 대처 방법을 예측할 수 있는지를 평가하기 위해 통증 정도를 통제한 상태에서 분석한 결과 자기 효능감은 모든 대처 방법을 유의하게 예측하였다. 즉 즉각적인 결과에 대한 기대감을 통제하였을 때는 적게는 10%에서 많게는 41%(중앙값 26.5%), 장기적인 결과에 대한 기대감을 통제하였을 때는 적게는 13%에서 많게는 52%(중앙값 26.5%) 예측하였다. 통증을 통제한 상태에서 8가지 각 대처 방법 중 진통제의 즉각적인 결과에 대한 기대감과 휴식의 장기적 결과에 대한 기대감만이 대처 방법을 유의하게 예측할 수 있었다. 통증과 자기 효능감을 통제한 상태에서 즉각적인 결과에 대한 기대감과 장기적인 결과에 대한 기대감 모두 대처 전략의 설명력을 유의하게 증가시키지 못했다.

Dolce, Crocker, Moletteire, Doleys(1986)는 만성 통증 환자의 행위 치료 프로그램에서 프로그램 진행에 따라 환자들의 자기 효능감과 운동 참여도가 증가한다는 것을 관찰하였다. 치료 중에 측정된 운동, 직업, 대처 능력에 대한 자기 효능감이 치료 후 작업 상태, 운동 수준에 긍정적으로 연관되어 있으며 치료 후 약물 복용과는 부정적으로 관련되어 있었다.

Council 등(1988)은 자기 효능감은 움직일 수 있는 자신의 능력에 대한 신념으로, 결과 기대감은 행위시 동반되는 통증의 정도에 대한 신념으로 조작화하여 요통 환자를 대상으로 간단한 10가지 행위(예, 발끝 허리굽혀 잡기, 윗몸 일으키기 등)에 대한 기대감과 기능적 장애와의 관계를 연구하였다. 그 결과 자신의 능력에 대한 신념으로 측정된 자기 효능감과 행위시 동반되는 통증의 정도에 대한 신념으로 측정된 결과 기대감은 역상관 관계가 있었다($r = -0.65, p < 0.001$). 자기 효능감은 비디오로 관찰한 행위 수행과 직접적으로 연관되어 있었고($r = 0.55, p < 0.001$), 행위를 하는 동안 관찰한 통증 행위와는 역상관이 있었다($r = -0.62, p < 0.001$). 자기 효능과 결과 기대감을 독립 변수로 하고 행위 수행과 통증 행위를 종속 변수로 하여 회귀 분석하였을 때 자기 효능만이 유의하게 두 변수를 예측하였다(행위 수행 : $R^2 = 0.$

302, $F = 16.45, p < 0.001$, 통증행위 : $R^2 = 0.382, F = 22.87, p < 0.001$). 행위시 동반되는 통증의 정도에 대한 신념으로 측정된 결과 기대감은 행위 수행과 관련되어 있었지만($r = -0.54, p < 0.001$) 자기 효능감을 통제한 상태에서는 행위 수행이나 통증 행위를 유의하게 예측하지 못하였다.

이와 같은 결과를 설명하기 위해 Council 등(1988)은 자기 효능감이 결과 기대감과 기능 사이의 관계를 증대한다고 가정하였다. 즉 통증에 대한 행동의 결과 기대감이 이 활동에 대한 자기 효능감에 영향을 주고 그것이 실제 행위 시작에 영향을 준다고 가정하였다. 그들은 이 모델을 경로 분석을 통하여 보여 주었다.

이상에서 살펴본 바와 같이 자기 효능감과 통증 환자의 대처 행위는 일관성있게 상관 관계가 보고되었다. 즉 자기 효능감이 높은 행위는 그 행위의 수행을 유의하게 예측하였다. 그러나 결과 기대감은 자기 효능감에 영향을 주고 그 자기 효능감이 실제 행위 시작에 영향을 준다고 보고되었으며 대부분의 연구에서 행위와 직접적인 관계가 나타나지 않았다.

4) 인구학적 변수

인구학적 변수 중 통증 신념이나 대처 방법에 차이가 나타나는 것은 성이라고 보고되었으나 일관된 결과를 보이고 있지는 않았다. 통증 신념과 대처 방법간의 관계를 조사한 Williams와 Keefe(1991)의 연구에서 통증 신념이 뚜렷이 다른 3그룹에서 차이가 있는 인구학적 변수는 성이었다. 즉 그룹 1(통증은 지속적이고 이해할 수 있다)에 유의하게 남자가 더 많았다. 다른 두 그룹(통증은 지속적이고 이해할 수 없는 것이라고 생각하는 그룹과 통증은 일시적이고 이해할 수 있다고 생각하는 그룹)에서는 유의한 차이가 없었다.

Buckelew 등(1990)의 연구에서는 정신적인 장애 정도를 MANOVA한 결과 성에 있어 유의한 차이가 나타났다. 남자가 여자보다 우울, 신체화, 정신증 정도가 더 높았고, 반면 여자들은 자신들을 남자들보다 가사일, 운동에 더 기능 장애가 있다고 보고하였다. 대처 방법에서도 유의한 차이가 있어 여자들이 남자들보다 더 인지적인 재

구성과 정보 추구 방법을 사용하였다. 연령, 결혼 상태, 직업 만족 점수에서는 두 성간에 유의한 차이가 없었다.

Brown과 Nicassio(1987)의 만성 통증 환자의 대처 연구에서도 여자가 남자보다 적극적인 대처 척도 점수가 높았으며, 소극적인 대처 척도에서도 여자가 남자보다 더 점수가 높았다.

그러나 만성 통증 환자의 대처 방법과 심리적인 적응과의 관계를 본 Crisson과 Keefe(1988)의 연구와 류마티스 관절염 환자의 통증 대처 전략을 연구한 Keefe 등(1987a) 이와같이 일관되어 있지는 않지만 성은 통증 신념, 대처 방법 등에서 차이가 있다고 보고되었다.

Ⅲ. 연구 방법

1. 대상자

대전과 이리 소재 2개 한방 병원 침구과와 1개 종합 병원 정형외과에 요통을 주소로 통원 치료하거나 입원한 대상자 중 1) 요통으로 진단받은지 6개월 이상되었으며, 2) 한글을 읽을 수 있거나 질문하였을 때 이해할 수 있고, 3) 정신과적인 문제로 치료를 받은 적이 없는 환자 중 연구에 참여하기로 동의한 126명이 연구 대상이었다.

2. 자료 수집 방법

자료 수집은 1993년 8월 1일에서 31일까지 시행하였으며 병원을 직접 방문하여 연구 목적과 내용을 설명한 후 직접 설문지를 작성할 수 있는 사람에게는 대상자가 직접 기록하도록 하고, 직접할 수 없는 경우에는 면담자가 설문지를 읽어주며 답하도록 하였다.

3. 측정 도구

1) 통증 대처 척도

Brown과 Nicassio(1987)가 개발한 만성 통증 환자의 적극적 대처와 소극적 대처 질문지(Vanderbilt Pain Management Inventory)를

주축으로 하고 Rosenstiel과 Keefe(1983)의 CSQ를 참고하여 연구자가 통증 대처 척도를 고안하였다. 총 23항목으로 환자들이 통증이 있을 때 행하는 행위적 대처와 인지적 대처를 3점 척도-1(전혀 사용하지 않는다), 2(가끔 사용한다), 3(아주 자주 사용한다)-에 표시하게 하였다. 이 중 7항목은 적극적 인지 대처(예, 속으로 숫자를 센다, 즐거웠던 상황을 상상한다 등)이며 5항목은 적극적 행위 대처이다. 나머지 11항목 중 5항목은 소극적 인지 대처(예, 통증이 줄어들게 해달라고 기도한다, 통증이 없어지지 않을 것 같아 걱정한다)이며 6항목은 소극적 행위 대처이다(예, 약물을 복용한다, 늘상 하던 일을 다른 사람에게 의존한다). 도구의 내적 일관성 신뢰도는 Cronbach's=0.59이었다.

2) 통증 척도

15cm의 직선을 15등분하여 “약간 아프다-보통 아프다-매우 아프다”라고 표시한 도표 평정 척도(graphic rating scale)를 이용, 0점에서 15점 사이에 대상자가 지각하는 통증 정도를 측정하였다.

3) 건강 통제위 척도

Wallston, Wallston과 DeVellis(1978)가 개발한 Multi dimensional Health Locus of Control Scale (MHLC) A 형식을 사용하여 6점 Likert 척도에 표시하게 하였다. 내적 통제위, 우연 통제위, 타인 통제위가 각각 6문항씩 있으며 각 통제위에 해당하는 문항의 점수를 합하여 나타낸다. 각 통제위 영역별 신뢰도는 내적 통제위가 0.77, 강력한 타인 통제위가 0.62, 우연 통제위가 0.68이었다.

4) 자기 효능감 척도

Lorig 등이(1989) 관절염 환자를 대상으로 개발한 자기 효능 척도 중 통증 하부 척도를 수정한 6항목 척도를 사용하였다. 점수의 합이 클수록 각 대처 전략의 자기 효능감이 높다는 것을 나타낸다. 본 연구에서의 내적 일관성 신뢰도는 Cronbach's=0.73이었다.

4. 분석 방법

SPSS PC+를 이용하여 다음과 같은 순서로 분석하였다 :

- i) 대상자의 특성을 분석하였다.
- ii) 대처 점수에 대한 중앙값을 기준으로 대처 유형을 규명하였다.
- iii) 규명된 대처 유형 그룹의 건강 통제위, 자기 효능감, 인구학적 변수, 통증 상태 변수에 차이가 있는지 ANOVA로 분석하였다.

IV. 연구 결과

1. 대상자의 특성

대상자 126명의 연령은 15세에서 82세까지 분포되어 있으며 평균 연령은 42세였다. 이들 중 남자가 66명으로 52.4%였으며 82.9%가 기혼이었다. 경제 상태는 74.6%가 월수입 100만원 이하였고 평균 교육 연한은 10.9년이었다. 요통으로 진단받은 지는 2년에서 5년 사이가 대상자의 34.9%로 가장 많았고 다음은 1년 이하로 대상자의 23.8%가 해당되었다.

각 변수들에 대한 대상자의 특성을 살펴보면 건강 통제위 점수는 내적 통제위가 28.72점(± 4.51), 타인 통제위가 26.14점(± 4.35), 우연 통제위가 18.44점(± 5.60)으로 Wallston 등(1978)이 표준 점수로 제시한 내적 통제위 25.20점, 강력한 타인 통제위 20.45점, 우연 통제위 15.50점보다 모두 높았다. 자기 효능감 점수 평균은 가능한 최대 평균이 100점인데 대상자의 평균은 33.34 ± 8.60 으로 비교적 낮았다. 지각한 통증 정도는 15점 만점에 8.12 ± 3.45 였으며 대처 방법은 적극적인 인지 대처가 총 평균 21점 중 10.16(48.38%)점, 적극적인 행위 대처는 총 평균 18점 중 8.05(44.72%)점, 소극적인 인지 대처가 총 15점 중 9.44(62.93)점, 소극적 행위 대처가 총 평균 15점 중 13.31(88.73)점으로 적극적 대처에 비해 소극적 대처를 더 많이 사용한다고 보고하였으며 가장 많이 사용한다고 보고한 방법은 소극적 행위 대처였다(표 1).

〈표 1〉 각 변수들의 획득 점수

변 수	평균(표준편차)	최대 점수	백분율
내적 통제위 :	28.72(± 4.51)	48.00	59.83
타인 통제위 :	26.14(± 4.35)	48.00	54.46
우연 통제위 :	18.44(± 5.60)	48.00	38.42
자기효능감 :	33.34(± 8.60)	100.00	33.34
통 증 :	8.12(± 3.45)	15.00	54.13
적극적 인지 대처	10.16(± 2.32)	21.00	48.38
적극적 인지 대처	8.05(± 1.62)	18.00	44.72
소극적 행위 대처	9.44(± 1.85)	15.00	62.93
소극적 행위 대처	13.31(± 2.24)	15.00	88.73

2. 대처 유형 특성

대상자들의 대처 점수 중앙값을 이용하여 대처 유형을 분류하였다. 이론적으로 가능한 16그룹 중 10명 이상이 해당하는 그룹을 추출한 결과 6그룹이 추출되었다. 적극적 인지 대처 점수가 가장 높은 적극적 인지 대처형 11명, 적극적 인지·행위 대처 점수가 다 높은 범적극적 대처형 11명, 모든 대처 점수가 다 높은 다영역 대처형 30명, 소극적 행위 대처 점수가 가장 높은 소극적 행위 대처형 14명, 소극적 인지·행위 점수가 다 높은 범소극적 대처형 30명, 모든 대처 점수가 다 낮은 다영역 비대처형 17명으로 나타났다(표 2).

여섯 가지 대처 유형간 성, 나이, 교육 정도, 경제적 상태, 결혼 상태, 통증을 앓은 기간에는 유의한 차이가 없었다. 그러나 내적 통제위($p=0.00$), 자기 효능감($p=0.00$), 통증 정도($p=0.01$)에는 그룹간 유의한 차이가 나타났다(표 3).

적극적 인지 대처형은 다른 대처 방법에 비해 적극적 인지 대처, 즉 참아낼 수 있다고 생각하거나 다른 상황을 상상하는 방법으로 통증을 조절하려는 그룹으로 내적 통제위는 높은 편에 속하나 통계적으로는 범소극적 대처형과만 유의하게 차이가 있었다(30.18 ± 4.07). 자기 효능감도 높은 편에 속하며 통계적으로는 소극적 행위 대처형, 범소극적 대처형, 다영역 비대처형과 유의하게 차이가 있었다(37.09 ± 5.92). 통증은 가장 적게 호소하였으며(5.73 ± 3.00) 범적극적 대처형을 제외한 모든 다른 그룹보다 통계적으로 유의

〈표 2〉 대처 유형별 특성

그룹(n)	내적통제위	타인통제위	우연통제위	자기효능감	통 증
적극적 인지 대처형(11)	30.18±4.07	23.18±5.33	16.82±3.16	37.09±5.92	5.73±3.00
범적극적 대처형(11)	30.27±4.36	26.00±5.10	15.64±5.61	38.55±4.99	6.27±3.13
다영역 대처형(30)	30.30±2.82	27.40±3.87	19.30±5.79	36.90±6.28	8.87±2.80
소극적 행위 대처형(14)	30.36±3.73	25.36±4.48	15.79±6.35	28.21±7.06	8.50±3.61
범소극적 대처형(30)	26.23±5.61	26.07±4.53	18.73±5.00	29.27±8.30	9.33±3.37
다영역 비대처형(30)	27.00±3.98	25.82±3.43	19.59±5.06	31.12±8.01	8.24±3.56

〈표 3〉 각 변수들에 대한 F test

	내적 통제위	타인 통제위	우연 통제위	자기 효능감	통 증
F	4.40	1.61	1.77	7.02	3.07
p	0.00	0.16	0.12	0.00	0.01

df=5.107

하게 차이가 있었다(표 4).

범적극적 대처형은 적극적인 인지 대처와 행위 대처 모두를 많이 사용하는 그룹으로 내적 통제위는 높은 편에 속하며 통계적으로는 범소극적 대처형과 다영역 비대처형보다 유의하게 높았다(30.27±4.36). 자기 효능감은 모든 그룹 중 가장 높으나 유의하게 차이가 있는 그룹은 소극적 행위 대처형, 범소극적 대처형, 다영역 비대처형이었다(38.55±4.99). 통증은 적극적 인지 대처형을 제외한 다른 모든 그룹보다 적게 호소하여(6.27±3.13) 전반적으로 적극적 인지 대처 그룹의 특성과 유사하였다(표 4).

다영역 대처형은 모든 대처 방법을 다 많이 사용한다고 보고한 그룹으로 내적 통제위는 높은 편에 속하며 통계적으로는 범소극적 대처형과 다영역 비대처형보다 유의하게 높고(30.30±2.82); 강력한 타인 통제위도 유의하지는 않지만 모든 그룹 중 가장 높으며(27.40±3.87); 자기 효능감은 적극적 대처 그룹을 제외한 모든 그룹보다 유의하게 높았다(36.90±6.28). 또한 통증도 많이 호소한 편에 속해(8.87±2.80) 적극적 대처 그룹들보다도 통계적으로 유의하게 통증을 많이 호소하였다(표 4).

소극적 행위 대처형은 다른 대처방법에 비해 소극적 행위 대처, 즉 약물이나 다른 사람에게 의존하여 통증을 조절하려는 방법을 많이 사용하는

그룹으로 내적 통제위 점수가 모든 그룹 중 가장 높게 나타났다(30.36±3.73). 통계적으로는 적극적 대처 그룹들이나 다영역 대처형과는 유의한 차이가 없었지만 범소극적 대처형이나 다영역 비대처형보다는 유의하게 높았다. 자기 효능감은 모든 그룹 중 가장 낮은 것으로 나타났다. 통계적으로는 범소극적 대처형이나 다영역 비대처형과는 유의한 차이가 없었으나 적극적 대처 그룹들과 다영역 대처형보다는 유의하게 낮았다(28.21±7.06). 통증은 적극적 대처 그룹들보다 유의하게 많이 호소하였으나(8.50±3.61) 그의 다른 그룹들과는 유의한 차이가 없었다(표 4).

범소극적 대처형은 소극적 행위 대처와 소극적 인지 대처를 모두 다 많이 사용한다고 보고한 그룹으로 내적 통제위가 다른 그룹에 비해 가장 낮았다. 통계적으로는 다영역 비대처형을 제외하고 다른 모든 그룹보다 유의하게 내적 통제위 점수가 낮게 나타났다(26.23±5.61). 자기 효능감도 적극적 대처 그룹들과 다영역 대처형보다 유의하게 낮았으며(29.27±8.30); 통증도 다른 그룹에 비해 가장 많이 호소하였으나(9.33±3.37) 유의하게 차이가 있는 그룹은 적극적 인지 대처형과 범적극적 대처형이었다(표 4).

다영역 비대처형은 모든 대처 방법을 다 적게 사용한다고 보고한 그룹으로 내적 통제위가 낮은 편에 속하나(27.00±3.98) 유의한 차이를 보인

그룹은 범적극적 대처형, 다영역 대처형, 소극적 행위 대처형이었다. 자기 효능감이 낮은 편에 속하며(31.12±8.01) 유의하게 차이가 있는 그룹은 적극적 대처 그룹들과 다영역 대처형이었다. 통

증도 많이 호소한 편에 속하나(8.24±3.56) 유의한 차이가 있는 그룹은 적극적 인지 대처형으로 전반적으로 범소극적 대처 유형의 특성과 유사하였다(표 4).

〈표 4〉 대처 유형 그룹의 비교

	적극적 인지대처형	범적극적 대처형	다영역 대처형	소극적 행위대처형	범소극적 대처형	다영역 대처형
적극적 인지대처형						
범적극적 대처형						
다영역 대처형	c	c				
소극적 행위대처형	bc	bc	b			
범소극적 대처형	abc	abc	ab	a		
다영역 대처형	bc	ab	ab	a		

- a : 내적 통제위에 유의한 차이(p=0.00)
- b : 자기효능감에 유의한 차이(p=0.00)
- c : 통증 정도에 유의한 차이(p=0.01)

V. 논 의

만성 요통 환자들의 통증 대처를 연구한 결과 소극적인 행위대처, 즉 약물에 의존한다는가, 가족이나 다른 사람에게 의존하여 해결하려는 대처 방법을 가장 많이 사용하는 것으로 나타났다. 대부분의 다른 연구에서 적극적 대처가 소극적 대처보다 우울, 통증, 기능 장애, 삶의 질 등 만성 통증으로 야기될 수 있는 비적응적인 상태가 적다고 보고되었기 때문에(Brown & Nicassio, 1987; Brown, Nicassio & Wallston, 1989; Rosenstiel & Keefe, 1983) 요통 환자들에게 스스로 조절하며 살아갈 수 있도록 간호하여야 함을 암시하였다. 따라서 간호학에서 이미 그 효과를 인정받아 사용하고 있는 이완법이나 전환 요법 등을 환자 스스로 할 수 있도록 적극적으로 활용하여 자신의 상태를 받아들이고 생활에 적응하는데 도움을 주어야 할 것이다.

통증 대처 방법은 특징적인 몇 유형으로 분류되었다. 즉 스스로 해결하려는 인지적인 방법을 가장 많이 사용하는 적극적 인지 대처형, 스스로 해결하려는 인지 및 행위 방법 모두를 많이 사용하는 범적극적 대처형, 모든 대처를 다 많이 사용하는 다영역 대처형, 다른 사람에게 의지하여 해

결하는 소극적 행위 대처형, 다른 사람에게 바라거나 의지하는 범소극적 대처형, 모든 대처를 다 사용하지 않는다고 보고한 다영역 비대처형으로 분류되었다. 이와같은 대처 유형이 만성 통증 환자에 독특한 것인지, 아니면 정상인에서도 유사한 유형으로 분류할 수 있는지에 대하여는 더 연구할 필요가 있다.

대처 유형의 특성을 구분할 수 있는 변수는 자기 효능감, 통증 정도 및 건강 통제위 중 내적 통제위였다. 선행 연구들(Brown & Nicassio, 1987; Brown, Nicassio, & Wallston, 1989)과 마찬가지로 적극적인 대처 그룹들이 내적 통제위와 자기 효능감 점수가 높고 통증 호소가 적었다. 통증이 적어서 적극적으로 대처할 수 있는 것인지 아니면 적극적으로 대처하여서 통증을 적게 호소한 것인지에 대한 결론을 내리기가 아직은 어렵지만 이 과정 자체가 순환하는 과정이기 때문에 이에 대한 확정적인 답을 내리기 위하여는 우울이나 무력감, 기능장애 등 적응 상태를 결정할 수 있는 다른 변수들과 함께 전향적인 연구가 더 필요하다.

적극적 인지 대처형과 범적극적 대처형, 범소극적 대처형과 다영역 비대처형은 본 연구 변수들과의 관계에서 유사한 특성을 보였다. 즉 적극적 인지 대처형과 범적극적 대처형은 범소극적 대처

형과 다영역 비대처형보다 내적 통제위, 자기 효능감이 유의하게 모두 높고, 통증 호소가 모두 유의하게 적었다.

소극적 그룹은 소극적 행위 대처를 많이 사용하는 소극적 행위 대처형과 소극적 인지·행위 대처를 모두 많이 사용하는 범소극적 대처형으로 나눌 수 있었는데 범소극적 대처형은 다른 연구들(Brown & Nicassio, 1987; Brown, Nicassio, & Wallston, 1989)과 같이 내적 통제위와 자기 효능감이 낮고 통증을 많이 호소하는 것으로 나타났다. 그러나 소극적 행위 대처형은 내적 통제위는 다른 그룹에 비해 특징적으로 높는데 자기 효능감은 특징적으로 가장 낮고 통증도 적극적인 유형들에 비해 많이 호소하였다. 즉 건강은 자신의 행위에 따라 달라진다고 느끼면서도 자신의 능력에 대하여는 자신이 없으므로 다른 사람이나 약물에 의존하는 소극적인 행위 대처를 사용하는 그룹이라 해석할 수 있다. 이는 이전의 실패 경험 등에 영향을 받아 무력감을 학습하게 되어 나타나는 유형으로 볼 수 있다. 이처럼 소극적인 그룹은 두 유형으로 생각할 수 있는데 첫째, 신념 자체도 자신의 행위가 결과에 별로 영향을 미치지 않을 것이라고 생각하여 자기 효능감이 낮은 그룹과 둘째, 신념 자체는 자신의 행위가 결과에 영향을 미칠 것이라고 생각하지만 여러 요인에 의해 자기 효능감이 낮아진 경우이다. 따라서 첫 유형의 사람들에게는 통제위 신념도 고려하여 조절할 수 있다는 신념도 강화하는 간호가 이루어져야 하며, 두번째 유형의 대상자에게는 자기 효능감을 경험하게 하는 간호가 강조되어야 할 것이다.

자기 효능감은 상황에 따라 쉽게 조작할 수도 있고(Weinberg et al, 1984) 치료 결과에도 많은 영향을 미치므로(Rokkie et al, 1991) 간호학에서 적극적으로 활용할 개념으로 생각된다. 이전의 실패 경험으로 무력감을 학습한 그룹이나 아직 실패의 경험이 없는 나이가 어린 대상자와 통증을 앓은 지 오래 되지 않은 대상자들에게도 이와 같은 간호가 더욱 강조되어야 할 것이다. 이를 위해 우선 상황에 따라 대상자의 자기 효능감을 정확히 측정할 수 있는 도구를 개발하여 이를

근거로 개별적인 접근이 이루어져야 할 것이다.

모든 대처를 사용한다고 보고한 다영역 대처형은 Wallston 등(1982)이 'believer in control'이라고 명한 그룹, 즉 내적 통제위와 강력한 타인 통제위 점수가 모두 높아 누군가에 의해서든 통증을 조절할 수 있다고 믿는 사람들에 해당된다. 따라서 이들은 통증을 조절하기 위해 자신이 스스로 하든 다른 사람에게 의존하여 하든 모든 대처 방법을 사용한다. 이와 같은 그룹이 적극적 대처 그룹들과 같이 통증을 적게 호소할 것으로 예상되었으나 적극적 그룹이나 모든 대처를 다 적게 사용한다고 보고한 그룹보다 통증을 많이 호소하는 것으로 나타난 결과는 의외였다. 이 결과는 두 방향으로 해석할 수 있다. 하나는 특징적인 'yea sayer'들이어서 대부분의 질문에 다 긍정적으로 대답한 경우로 생각할 수 있다. 이는 유의하지는 않았지만 우연 통제위도 다른 그룹보다 높았던 점으로 미루어 생각할 수 있다. 다른 하나는 지역 사회 표본을 대상으로 한 Folkman 등(1986)의 연구 결과와 같이 대처를 많이 시도할수록 통증이 많다고 호소하고 건강이 나쁘다고 호소한다고 할 수 있다. 이는 통계적으로 유의한 차이가 나타나지는 않았지만 모든 대처 점수가 낮은 그룹이 이 그룹보다 통증을 적게 호소하는 것으로 짐작할 수 있다. 확실한 것은 모든 대처를 다 사용하는 그룹은 적극적으로 대처하는 그룹과는 특성상 차이가 있으므로 다른 간호 접근이 필요하다는 것이다. 즉 자기 조절을 통해 성공감을 경험할 수 있는 자기 효능감을 증진하는 간호가 더 강조되어야 한다.

적극적인 대처가 만성 통증으로 인한 신체적, 심리적 적응과 연관되어 있다는 결과(Brown et al, 1989; Keefe et al, 1987a, 1987b; Turner & Clancy, 1986)에 근거하여 스스로 조절하려는 적극적인 간호 중재를 계획하기 위하여는 대상자가 사용하는 대처 방법을 정확하게 사정하는 것이 중요하다. 그러나 Jensen 등(1991)이 지적하였 듯이 통증 환자의 대처를 사정하는 도구가 대처, 평가, 적응을 복합적으로 평가하는 점, 대상자가 사용하는 특정한 대처 행위를 사정하지 못한다는 점, 자가 보고에 근거한 사정 도구여서

객관적인 대처 방법을 사정할 수 없는 점 등이 문제로 남아있다. 즉 '스트레스를 다루기 위하여 행하는 의식적인 노력'이라는 현재 대처 행위를 정의하는 관점에서 보면(Lazarus & Folkman, 1984) '통증때문에 일어나는 좌절감이나 우울감을 나타내지 않는다'나 '통증을 조절하기 위하여 내가 할 수 있는 일은 아무 것도 없다고 생각한다'와 같은 문항은 대처 방법이라기 보다는 평가라 할 수 있다. 또한 '쉬기 위하여 눕는다'나 '약물을 복용한다'와 같은 반응은 적응이나 결과로 볼 수 있다. 본 연구에서 사용한 대처 유형 측정 도구는 통증 대처를 측정하기 위하여 지금까지 개발된 두 도구를 모두 고려하여 개발하였으나 전체 신뢰도가 cronbach $\alpha=0.59$ 로 그다지 높지 않고 적극적 대처와 소극적 대처 신뢰도도 각각 0.56, 0.53에 그쳐 우리 나라 통증 대상자들이 사용하는 대처 방법에 대한 기본적인 연구와 함께 타당성 있고 신뢰도가 높은 도구 개발도 필요한 것으로 나타났다.

본 연구 결과 만성 통증 환자가 사용하는 대처 행위를 '스스로 조절하려는 대처', '타인에게 의존하여 해결하려는 대처', '자신이든 타인이든 조절할 수 없을 것이라고 생각하여 조절을 포기하는 대처'로 나누어 사정하는 도구를 개발하는 것도 한 방법일 것 같다. 이것은 최근 은 등(1992)이 일반인을 대상으로 연구한 통증에 대한 유형 연구에서 의존형, 수동적 수용형, 극복형으로 분류한 결과와도 일치하는 방법이다. 통증에 대해 대처하는 각 유형에 해당하는 구체적인 행위를 조사하고 이 행위들과 적응 변수와의 관계를 연구하면 대상자들에게 조절할 수 있다는 신념을 유지시켜 주는 간호를 시행하는데 도움이 될 것이다.

VI. 결론 및 제언

본 연구는 만성 통증의 전형적인 대상자인 만성 요통 환자들이 자신들의 통증에 어떻게 대처하는 지를 알아보기 위하여 시행되었다. 대전과 이리 소재 한방 병원과 종합 병원에 요통을 주소로 통원 치료하거나 입원한 환자들 126명을 대상

으로 연구자가 개발한 통증 대처 척도를 사용하여 조사하였다.

선행 연구 결과를 토대로 대처를 적극적 인지 대처, 적극적 행위 대처, 소극적 인지 대처, 소극적 행위 대처로 나누어 조사한 결과 대상자들은 적극적 대처에 비해 소극적 대처를 더 많이 사용하였으며 가장 많이 사용한다고 보고한 대처는 소극적 행위 대처였다.

대상자들의 통증 척도 점수의 중앙값을 기준으로 대처유형을 분류한 결과 적극적 인지 대처형, 범적극적 대처형, 다영역 대처형, 소극적 행위 대처형, 범소극적 대처형, 다영역 비대처형으로 나눌 수 있었다.

위의 통증 대처 유형을 구분할 수 있는 변수들은 내적 통제위, 자기 효능감, 통증 정도였다. 즉 범적극적 대처형과 적극적 인지 대처형은 내적 통제위와 자기 효능감이 높고, 통증을 적게 호소하는 것으로 나타났다. 범소극적 대처형과 다영역 비대처형은 내적 통제위와 자기 효능감이 낮고, 통증을 많이 호소하는 것으로 나타났다.

모든 대처를 다 사용한다고 보고한 다영역 대처형은 Wallston 등(1982)이 통제위의 반응 유형에 따라 구분한 "believer in control"에 해당하여 내적 통제위, 강력한 타인 통제위, 자기 효능감이 모두 높은 것이 특징이었다. 통증도 다른 그룹들에 비해 많이 호소하였는데 이는 특징적인 "yea sayers"로 해석할 수도 있고 대처를 많이 사용할수록 통증 호소가 많다는 Folkman 등(1986)의 결론을 뒷받침한다고 할 수도 있다.

소극적 행위 대처형은 내적 통제위는 높는데 자기 효능감이 가장 낮은 것이 특징이며 통증도 많이 호소하여 이전의 경험에 의해 학습된 무력감 개념을 뒷받침하였다.

이처럼 본 연구 결과 다른 연구에서 볼 수 없었던 특징적인 그룹이 추출되었는데 이는 통제위 연구에서 단순히 각 척도에 대한 개인의 점수와 결과를 비교하기 보다는 전체 척도에 대한 개인의 반응 유형에 따라 결과를 보는 것이 더 타당하다는 Wallston 등(1982)의 제언을 뒷받침한다.

전체적으로는 스스로 조절하려는 적극적 대처에 비해 다른 사람이나 약물에 의존하는 소극적

행위 대처를 가장 많이 사용하는 것으로 나타나 적극적 대처에 대한 교육이 필요함을 암시하였다. 즉 간호학에서 이용하고 있는 심상 요법이나 이완 요법, 운동 요법, 자기-이야기(self-talk) 등을 실무에서 적극적으로 시행하여야 할 뿐만 아니라 그 결과를 측정하는 임상 연구도 이루어져야 할 것이다. 이와 같은 대처 방법이 만성 통증 환자 뿐 아니라 급성 통증 환자나 병원에서 흔히 만나게 되는 일시적인 상황에서의 불안 환자에게도 적용할 수 있는지에 대한 연구도 필요하다. 이와 같은 대처를 가르치기에 앞서 대상자의 자기 효능감이 조절될 수 있다는 신념을 증진하는 간호도 중요하다는 것도 알 수 있었다.

만성 통증 환자의 간호에서 대처 유형을 사정하여 이를 근거로 중재를 계획하는 것이 유용하므로 대처 유형을 사정하는 정교화된 도구도 개발되어야 한다. 또한 지금까지의 연구에서와 같이 적응적인 대처를 찾기 위한 노력뿐 아니라 이를 대상자에게 시행하여 그 결과를 측정하는 실험 연구도 시행되어야 할 것이다.

참 고 문 헌

- 김정순, 만성 퇴행성 질환, 의학신문, 1987. 11. 26일자 게재
- 민병근(1975). 요통의 정신 역동, 대한 의학 협회지, 18(7), 308-315.
- 은 영, 김금순, 권경남, 김선애, 임은숙, 임혜경, 오상은, 이은숙, 정귀애(1992). 통증의 의미. 간호학 논문집, 6(1), 81-96.
- 정형진, 김병직, 서광윤.(1984). 만성 요통 환자에서 실시한 심리 검사의 임상적 고찰, 대한 정형 외과 학회지, 19(2).
- 주정화.(1967). 요통. 대한 의학 협회지, 10(10), 31-34.
- Bandura, A.(1986). Social Foundations of Thought and Action. Prentice Hall, Englewood Cliffs, NJ.
- Brown, G.K., & Nicassio, P.M.(1987). Development of a questionnaire for the assessment of active and passive coping strategies in chronic pain patients. Pain, 31, 53-64.
- Brown, G.K., Nicassio, P.M., Wallston, K. A.(1989). Pain coping strategies and depression in rheumatoid arthritis. J. Consult. Clin. Psychol., 37(5), 652-657.
- Buckelew, S.P., Shutty, M.S., Hewitt, J., Landon, T., Morrow, K. & Frank, R.G. (1990). Health locus of control, gender differences and adjustment to persistent pain, Pain, 42, 287-294.
- Copp, L.A.(1974). The spectrum of suffering, American Journal of Nursing, 74, 491-495.
- Council, J.R., Ahern, D.K., Follick, M.J., and Kline, C.L.(1988). Expectancies and functional impairment in chronic low back pain, Pain, 33, 323-331.
- Crisson, J.E., & Keefe, F.(1988) The relationship of locus of control to pain coping strategies and psychological distress in chronic pain patients, Pain, 35, 147-154.
- Dolce, J. J., Crocker, M. F., Moletteire, C., and Doleys, D. M.(1986). Exercise quotas, anticipatory concern and self efficacy expectancies in chronic pain : a preliminary report, Pain, 24, 365-372.
- Felton, B.J., Revenson, T.A.(1984). Coping with chronic illness : A study of illness controllability and the influence of coping strategies on psychological adjustment J.Consult. Clin. Psychol., 52 (3), 343-353.
- Folkman, S., Lazarus, R.S., Gruen, R. J. & DeLongis, A.(1986). Appraisal, coping, health status, and psychological symptom. Journal of Personality and Social Psychology, 50, 571-579.

- Frank, R.G., Umlauf, R.L., Wonderlich, S. A., Askanazi, G.S., Buckelew, S.P., & Elliott, T.R.(1987). Differences in coping styles among persons with spinal cord injury : A cluster-analytic approach. J.Consult. Clin. Psychol., 55, 727-731.
- Harkapaa, K., Jarvikoski, A., Mellin, G., Hurri, H. & Luoma, J.(1991). Health locus of control beliefs and psychological distress as predictors for treatment outcome in low-back pain patients : result of 3-month follow-up of a controlled intervention study. Pain, 46, 35-41.
- Heaton, R.K., Getto, C.J., Lehman, R.A. W., Fordyce, W.E., Brauer, E. & Groban, S.E.(1982). A Standardized evaluation of psychosocial factors in chronic pain. Pain, 12, 165-174.
- Jensen, M.P., Turner, J.A. & Romano, J. M.(1991). Self efficacy and outcome expectancies : relationship to chronic pain coping strategies and adjustment. Pain, 44, 263-269.
- 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.
- Jenson, M.P., & Karoly, P.(1991). Control beliefs, coping efforts, and adjustment to chronic pain. J.Consult. Clin. Psychol., 59(3), 431-438.
- Keefe, F.J., Caldwell, D.S., Queen, K.T., Gill, K.M., Martinez, S., Crisson, J.E., Ogden, W. & Nunley, J.(1987a). Osteoarthritic knee pain : a behavioral analysis, Pain, 28, 309-321.
- Keefe, F.J. & Caldwell, D.S., Queen, K.T., Gil, K.M., Martinez, S., Crisson, J.E., Ogden, W. & Nunley, J.(1987b). Pain coping strategies in osteoarthritis patients, J. Consult. Clin. Psychol., 55, 208-212.
- Laborde, J.M., & 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.
- Lawsons, K., Ressor, K.A., Keefe, F.J. & Turner, J.A.(1990). Dimensions of pain related cognitive coping : cross-validation of the factor structure of the Coping Strategies Questionnaire. Pain, 43, 195-204.
- Lazarus, R.A., & Folkman, S.(1984). Stress, Appraisal, and Coping. Springer, New York.
- Lefebvre, M.F.(1981). Cognitive distortion and cognitive errors in depressed psychiatric and low back pain patients. J. Consult. Clin. Psychol., 49(4), 517-525.
- Lorig, K., Chastain, R.L., Ung, E., Shoor, S. & Holman, H.R.(1989). Development and evaluation of a scale perceived self efficacy in people with arthritis. Arthritis Rheumatology, 32, 37-44.
- Revenson, T.A. & Felton, B.J.(1989). Disability and coping as predictors of psychological adjustment to rheumatoid arthritis. J.Consult. Clin. Psychol., 57, 344-348.
- Rokkie, P.D., Absi, M.A., Lall, R. & Oswald, K.(1991). When does a choice of coping strategies help? The interaction of choice and locus of control. Journal of Behavioral Medicine, 14(5), 491-504.
- Rosenstiel, A.K., & Keefe, F.J.(1983). The Use of coping strategies in chronic low

back pain patients : Relationship to patient characteristics and current adjustment, Pain, 17, 33-44.

Rotter, J.B.(1954). Social Learning and Clinical Psychology. Prentice-Hall, Engelwood Cliffs, N.J.

Rotter, J.B.(1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement, Psychol. Monogr., 80(1).

Spinhoven, P., Ter Kuile, M.M., Lissen, A. C.G. & Ga zen dam, B.(1989). Pain coping strategies in a Dutch population of chronic low back pain patients, Pain, 37, 77-83,

Turner, J.A. and Clancy S.(1986). Strategies for coping with chronic low back pain : relationship to pain and disability, Pain, 24, 355-364.

Vitaliano, P.P., Russo, J., Carr, J.E., Maiuro, R.D. & Becker, J.(1985). The Ways of coping checklist : revision and psychometric properties. Mult. Behav. Res., 20, 3-26.

Wallston, B.S., & Wallston, K.A. & DeVellis, R.(1978). Development of the multidimensional health locus of control(MHLC) scales. Health Education Monographs, 6, 160-170.

Wallston, B.S. & Wallston, K.A.(1982). Who is responsible for your health? The construct of health locus of control. In G. Sanders & J. Suls(Eds), Social psychology of health and illness, 65-95, Hillsdale, NJ : Erlbaum.

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

Weinberg, R.S., Hughes, H.H., Critelli, J. W., England, R., & Jackson, A.(1984).

Effects of preexisting and manipulated self efficacy on weight loss in a self control pro gram. Journal of Research in Personality, 18, 352-358.

- Abstract -

Coping Patterns in Chronic Low Back Pain : Relationship with Locus of Control and Self-Efficacy*

*Kim, In Ja** · Lee, Eun Ok****

Coping patterns were investigated in a sample of 126 patients with chronic low back pain by means of self-reported questionnaire. Based on the previous researches, coping patterns were divided into the active cognitive coping, the active behavioral coping, the passive cognitive coping, and the passive behavioral coping. While all the above coping patterns were used, the passive behavioral coping was found to be used most frequently.

Six subgroups were identified by cluster analytic procedure using their scores of the coping scale : active cognitive copers, general active copers, passive behavioral copers, general passive copers, multidimensional copers, and multidimensional non-copers.

Six subgroups were compared regarding locus of control, self-efficacy, pain and

* Doctoral student, Graduate School Seoul National University.

** Master's thesis, Graduate School Seoul National University.

*** Professor, College of Nursing Seoul National University.

demographic variables. Distinct differences appeared among subgroups in internal locus of control, self-efficacy, and pain.

General active copers and active cognitive copers had higher internal locus of control, higher self-efficacy, and lower pain. General passive copers and multidimensional non-copiers had lower internal locus of control, lower self-efficacy, and higher pain.

Passive behavioral copers had higher internal locus of control, lower self-efficacy, and higher pain. It supports the concept of learned helplessness due to prior experiences.

Multidimensional copers had higher internal locus of control, higher self-efficacy, and higher pain. So it corresponds to 'believer in control' group identified by Wallston et al (1982). Unexpectedly this group also complained more pain. It could be interpreted in two ways. The more coping methods they use, the more they complain pain; which is the result of Folkman et al

(1986). Or they might be typical 'yesayers'.

These unique groups—passive behavioral copers and multidimensional copers—identified by this study supports the suggestion of Wallston et al (1982) about locus of control: individual's pattern of responses across the three scales may be more predictive than his or her scores on each of the scale separately.

The fact that passive coping was used more than active coping also suggests that self-controlled active coping is encouraged to chronic patients as well as acute patients. And it is necessary to articulate the coping scale and self-efficacy scale. It is also necessary to study the relationship of coping and adjustment by experimental design.

Key Words : coping, coping pattern, locus of control, self-efficacy