

## 관절염환자의 삶의 질에 영향을 미치는 요인탐색

오 현 자\*

### I. 서 론

#### 1. 연구의 필요성

21세기를 맞이하여 경제발전과 과학문명의 발달로 삶의 질적 향상과 건강증진이라는 과제는 의료인의 관심주제로 부각되고 있다. 여기에 발 맞추어 의학적 치료와 간호의 목적도 단순히 질병의 치유와 생명유지 및 연장에 있는 것이 아니라 건강문제를 가진 대상자의 삶의 질에 관심을 가지게 되었다.

삶의 질은 신체적, 정신적인 면뿐만 아니라 사회 경제적 면을 모두 포함하고 있어 복잡적이고 주관적인 다차원의 개념으로 개인이 중요하다고 생각되는 삶의 부분에서의 만족이 삶의 질에서 매우 중요하다. 건강하게 오래 살고자 하는 바램은 인간의 공통심리이다. 우리나라도 노령화 사회로 진입하고 있으며 얼마나 오래 사느냐가 중요한 것이 아니라 얼마나 건강하고 행복하게 사느냐가 중요하다. 그러나 오늘날은 급성, 감염성질환에서 만성, 퇴행성질환으로 질병구조의 변화, 국민생활수준의 향상, 의료기술의 발전 및 새로운 의료기구 및 신약개발로 수명이 연장되어짐으로 만성질환이 증가추세에 있다.

관절염과 같은 진행성 근골격계의 질환은 만성질환의 30%를 차지하고 있으나(간협신보 1992. 10.1) 그 어떤 질환도 관절염에서와 같이 장기간의 장애는 일으키지 않으며 대개의 경우 완치를 바라는 것은 비현실적인 기

대이기 때문에 개인의 삶의 질에 더 많은 강조를 하여야 한다(Laborde & Power, 1985). 이 질환은 신체적 불편감을 겪게 하고 기능장애로 인하여 역할상실, 경제적 부담감, 노동력 감소, 업무만족 저하 등이 문제가 나타나 환자가 심리적 신체적으로 고통을 받고 있는 것은 사실이다(김화성, 1997). 게다가 관절염환자의 31%가 일상 생활에 제한을 받고 그 중 60%는 발병한 지 10년 이내에 직장을 그만 두게되어(Felt & Yale, 1989) 대상자들은 질병관리를 위해 또 다른 요구를 가지고 있으며 사회 의료적 문제로 제기된다. 따라서 관절장애 환자들의 간호는 일정기간을 통한 증례프로그램으로 충분하지 않고 오히려 의료기관을 떠난 후 지역사회에서 생활하면서 영구히 지속적으로 자기관리를 하도록 하기 위해 자기간호행위에 영향을 미치는 유용한 자원을 만들어야 하고 사회적 맥락에서 다양해야 할 것이다(Ockene, Sorenson & Kabit-Zinn, 1988).

따라서 관절염환자의 간호는 병 자체에 대한 부분적인 접근이 아니라 전인적으로 모든 관점에서 접근해야 하므로 삶의 질이 중요한 문제가 된다(오현수 김영란, 1997; Burckhardt, 1985). 관절염 환자는 정도의 차이는 있지만 대체로 다른 질환을 앓고 있는 환자들에 비해 삶의 만족도가 낮다는 사실이 보고된 바 있다(Laborde & Power, 1985)

만성관절염 환자의 주요 목표는 환자로 하여금 신체적, 정신적, 사회적 문제에 대한 접근방식을 함양시켜 호

\* 군산간호대학 부교수

과적으로 대처하고 관절염을 관리하는 능력을 길러 삶의 만족도를 높이는데 있다. 이는 관절염이라는 질병을 가지고 있는 스트레스 상황에서 대상자의 삶의 질 행위패턴에 영향을 주는 요인탐색의 필요성을 간접적으로 시사하는 것으로 관련요인의 규명을 위한 실증적 연구의 타당성을 지지하고 있다고 할 수 있다. 관절염 환자의 삶의 질과 관계가 있는 요인으로는 자기효능감, 사회적 지지, 통증, 건강증진, 자존감, 연령, 통증정도 등이 여러 연구(Burckhardt, 1985; Crisson & Keefe, 1988; 문명자, 1998 등)에서 고려되었으나 이에 대한 연구결과가 일치되고 있지 않아 삶의 질을 설명할 수 있는 영향요인을 규명하는 것이 필요하다.

따라서 본 연구에서는 대상자의 삶의 질을 조절할 수 있다고 추론되는 요인들 중 통증, 통제위 성격, 가족지지, 지각된 건강상태, 건강증진 생활양식, 일상생활 기능(ADL)의 요인을 선택하여 이들 변인이 삶의 질에 영향을 미치는지 검증하여 중재변인으로서의 가능성을 평가하고자 하였으며 나아가 성, 연령 등 일반적 특성과 질환과 관련된 특성에 따라서도 차이가 있는지도 아울러 검증하였다.

## 2. 연구의 목적

본 연구의 목적은 관절염으로 진단을 받고 치료 중인 환자가 질병을 가지고도 만족하면서 잘 적응하도록 하기 위해 삶의 질에 영향을 준다고 고려되는 요인 즉 통증, 통제위 성격, 가족지지, 지각된 건강상태, 건강증진 생활양식, 일상생활 기능(ADL) 및 일반적 특성 등을 선택하여 삶의 질에 어느 정도 영향을 미치는지를 검증하여 질적인 삶을 유지할 수 있도록 도움을 주기 위한 기초자료를 제공하고자 함이다.

# II. 문헌 고찰

## 1. 관절염

관절염은 만성질환의 점진적인 증가와 함께 관절염의 유병율이 전체 인구의 2.5 ~ 3%를 차지하고 있으며(석세일, 1995) 질병의 예방, 치료 및 재활의 일관성 있는 관리가 어려운 질병중 하나이다. 관절염 환자의 경우에는 만성적인 특성상 치료보다는 관리라는 시각으로 접근하여야 한다. 요즈음은 만성질환의 병리학적인 특성이

퇴행성이라는 성격도 포함하여 만성퇴행성질환이라 칭하기도 한다.(보건학강좌, 1992)

현재까지 알려진 관절염과 연관된 질환의 종류는 약 100여가지로 다양하며, 임상에서 흔히 볼 수 있는 대표적인 것으로는 류마티스관절염, 골관절염, 통풍성 관절염, 점액낭염, 섬유조직염, 강직성척추염, 루프스 등이 있다(이상헌, 1994). 관절염은 관절이나 그 주위를 침범하는 상태를 지칭하는 용어로서 미국에서 보고된 바에 따르면 25세에서 74세 사이의 성인 중 32.6%가 관절염 증상을 가지고 있다 하며 이중 12%가 골관절염이고 0.8%가 류마티스 관절염이라 한다(김원숙, 1997 재인용). 우리나라의 경우 아직 전국적인 역학조사 결과가 없어서 관절염의 정확한 발생율이 파악되지 않고 있으나 이상헌(1994)은 류마티스성 관절염만 전체 인구의 5~10%가량이 앓고 있는 것으로 추정하였다.

관절염은 수년 또는 수십년에 걸쳐서 주로 관절의 부종과 통증을 수반하는 만성염증성 질환으로 점차 진행됨에 따라 특징적인 관절변형 및 강직이 유발되고 부종, 활동제한 및 기능손실 등이 나타나 관절염환자의 31%가 일상생활에 제한을 받으며 그 중 60%는 발병한 지 10년 이내에 직장을 그만 두어야 했다(Felt & Yale 1989). 그래서 미래에 대하여 지나치게 염려하고 자기 수용과 사회적 적응에 어려움을 초래하는 등 삶을 유지할 수 있는 능력이 한정되며 가족구성원에게 매우 의존적이고 가족의 태도에 많은 영향을 받게 되므로(Burckhardt, 1985), 관절염환자의 간호는 병 자체에 대한 부분적인 해결이 아니라 전체적으로 모든 관점에서 접근해야 한다.

관절염 환자를 위한 중재프로그램이 많이 개발되었는데 Swezey(1990)는 통증을 완화하고 염증을 감소시키며 관절의 통합성을 유지하고 관절 기능을 극대화하기 위해 온도요법, 자극요법, 운동요법, 관절보호를 위한 치료, 심리사회적 상담, 직업적 상담 등을 강조하는 중재 프로그램을 주장하였다. 더불어 관절염 환자 관리에 있어 우선적인 목표는 통증조절이고, 두 번째가 운동회복이며 세 번째가 체력회복, 마지막이 기능보존이다. 이렇게 함으로써 가능한 정상적 생활양식으로 복귀하도록 하는 보다 효율적이며 현실적인 다양한 방식의 접근을 하여 의료적 관리 뿐 아니라 비의료적 관리에 대해서도 관심을 기울여 정상적인 삶을 유지하도록 하는 것이다. 중재 프로그램 중 교육프로그램의 제공은 약물이나 수술요법과 같은 의학적중재와 더불어 효과있는 중재로 인식되

어 왔으며(Mullen et al, 1987), 대상자가 자신의 질환이나 치료, 그리고 예후에 대해 교육을 받게되면 그렇지 않게 되는 경우보다 더 나은 건강상태를 이루게 된다는 가정이 이러한 교육적 중재를 관절염과 같은 만성질환자들에게 널리 적용하게 된 근거이다.

관절염 환자의 삶의 질을 높이기 위해서는 통증, 우울, 활동장애에 초점을 맞추어야 하며(오현수 김영란, 1999) 이 요인들은 중재프로그램들이 목표로 하는 대표적인 결과변수라 할 수 있다(Mullen et al, 1987). 이들 변수는 질환의 독특한 특성과 관련하여 나타나는 문제들로 각 각 독립적으로 대상자에게 영향을 주기도 하지만 한 문제가 다른 문제를 야기하는 등 연쇄적인 형태로 대상자들에게 영향을 미치기도 한다(오현수 등, 1987).

관절염은 계속적인 관리가 필요한 질환으로 다른 어느 질병보다 치료법 이행이외에 대상자들의 조절활동이 중요하며(Riemsma, Taal & Brus, 1997), 진단을 받은 초기보다 시간이 지날수록 스스로 건강을 증진하고자 하는 노력과 실행이 더욱 중요하므로 건강전문인들은 건강을 증진 유지하도록 도와야 한다. 간호를 행함에 있어 보존적 치료방법이나 신체적 안위증진에 대한 접근뿐만 아니라 만성질환자의 생의 의미와 만족스런 삶을 위한 간호방법의 모색이 필요하다. 또한 관절염환자가 처해 있는 환경이나 상황을 조정하며 바람직한 행동의 유발 및 바람직하지 않은 행동을 억제하는 등의 포괄적인 건강증진 프로그램을 개발하여 적용하는 것이 관절염을 가진 대상자의 건강상태와 삶의 질을 높이는데 있어 필수적인 중재이다(오현수 김영란, 1999)

## 2. 삶의 질

삶의 질은 인간실존의 모든 측면을 통합하는 광범위한 개념이다. 그래서 많은 연구자들은 삶의 질에 대하여 직관적으로 이해를 하기 때문에 그 정의를 내리는데 어려움이 많으며 만성질환자에게는 특히 중요하게 고려되어야 할 문제이다.

삶의 질의 문제는 1970년대 중반이래 선진 각국들은 그들 사회의 급박하고도 당면한 과제가 경제적 성장의 문제가 아니라, 인간의 삶에 있어서 질적 가치를 증진시키기 위한 이른바 사회개발에의 관심이 확대됨으로써 비롯되었는데(하재구, 1986) 간호학에서는 1980년대부터 간호행위와 건강관리의 주요 목표를 삶의 질의 증대에

두고 삶의 질을 질병과 관련시켜 문헌에 보고하기 시작하였다(Magivy, 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).

삶의 질은 인간의 삶에 대한 통합적인 개념으로 삶의 상태와 가치를 나타내는 복잡하고 어려운 개념이다. 삶의 질이란 '삶의 만족' '안녕감' 같은 의미로 사용이 되며 처음에는 사회복지 구현의 노력의 일환으로 사회 척도 개념으로 사용되었다.

오현수와 김영란(1998)은 관절염관리를 위한 총체적 모델의 궁극적인 목표로 삶의 질을 높이는 것을 제시하였으며 이 목표달성을 위해서는 신체 심리 사회적 차원에서 동시에 접근해야 한다는 사실과 이러한 총체적 접근은 대상자의 인지, 환경, 행동의 변화를 포함으로써 가능성을 설명하고 있다. 또한 만성관절염 환자들의 건강을 증진하기 위한 프로그램에는 기존의 잘못된 지식, 신념, 태도, 가치관과 같은 인지영역을 변화시키고 대상자의 환경을 조정하며 바람직한 행동의 유발 및 바람직하지 않은 행동을 억제하는 등의 과정들이 포함되어야 함을 제시하고 있다. 관절염환자들의 삶의 질을 향상시키기 위해서는 신체적, 정신적, 사회적 한계 속에서도 적응력을 기르고 잠재력을 높이는 여러 가지 지식 기술을 익혀 스스로 자신의 질병과 삶을 관리함으로써 이루어진다고 하였다. 즉 삶의 질을 높여야 하는 과정이 건강증진이라 할 수 있다.

Ferrans와 Powers(1985)는 삶의 질이란 안녕, 삶에 대한 만족이나 불만족, 혹은 행복이나 불행에 대한 개인의 느낌이라고 하였고, Dubos(1976)는 삶의 질을 일상생활활동으로부터 얻는 심오한 만족이며 매우 주관적인 가치판단이라고 하였으며 Young과 Longman(1983)은 삶의 질이란 현재 삶의 상황에 대한 지각된 만족정도라고 하였다. Calman(1976)은 삶의 질에는 질병과 치료의 영향도 포함된다고 했고 미래의 희망, 꿈, 야망에 따라 달라지며, 시간에 따라 달라지므로 성장의 잠재성에 대한 평가이며 Padilla와 Grant(1985)는 삶의 질이란 삶을 살아갈 가치가 있게 하는 것이며 환자를 총체적 존재로 다루는 간호의 돌봄의 측면을 내포한다고 했다. 노유자(1988)는 삶의 질의 개념을 대표할 수 있는 주관적인 안녕감, 행복, 만족을 같은 개념으로 간주하여 삶의 질을 긍정적인 정서의 우세성과 생활 중에 경험하는 신체적, 정신적 및 사회적, 경제적 측면에 대해 개

인이 지각하는 주관적 안녕(Subjective Well-being)이라고 정의하였다. 방활란(1991)은 삶의 질을 삶의 상황이나 경험에 대한 주관적 평가와 만족 혹은 행복이라 정의하였고, 임상에서는 환자의 삶의 질에 관한 여러 측면 중 특히 신체적 측면을 강조하기도 하였다.

삶의 질을 측정하는 연구에서는 연구자의 관점, 목적, 접근방법에 따라 다양하게 정의되고 있으나, 많은 연구자들은 일상생활 전반에 걸친 신체적 상태 및 심리적 안녕 수준을 주관적으로 평가하는 것을 삶의 만족으로 정의하고 있어(Campbell, 1976; Bruckhardt, 1985; Johanna & Ferdinand, 1985) 삶의 질을 삶의 상황이나 경험에 대해 주관적으로 느끼게되는 만족감 혹은 행복감이라고 요약할 수 있겠다.

### 3. 관절염 환자의 삶의 질에 영향을 미치는 변인

삶의 질에 영향을 주는 요인에 대해 간호학에서는 1980년대부터 관심을 두고 연구를 시작하였으며 최근 우리 나라에서도 만성질환을 대상으로 많은 연구(김귀분 전은영, 1998; 김희자, 1994; 문명자, 1998; 박선영, 박정숙, 2000 등)가 이루어지고 있다.

Burckhardt(1985)는 관절염 환자의 삶의 질에 미치는 구조모형의 경로분석결과 자존감(25%), 건강에 관한 내적 자기통제감(20%), 지각된 지지(10%), 부정적 태도(15%) 등은 삶의 질에 직접적인 영향을 주었다고 보고하였다. 관절염 증상의 영향을 최소화하는 긍정적인 조정요인으로는 내적통제위(Crission & Keefe, 1988), 자기효능감(Holman et al, 1989), 사회적지지(Fitzpatrick, 1991) 등이며, 부정적 조정요인으로는 우울과 불안, 무기력감(김중임과 김인자, 1995), 통증(문명자, 1998)이 있다. 이 외에도 자존감, 신체적 상태, 피로감, 소화상태, 수면상태 등이 보고되고 있다. 관절염환자들의 삶의 질을 저하시키는 근본적인 요인들은 통증, 우울, 활동장애가 제시되어 관절염 환자의 삶의 질을 향상시키기 위해서는 통증이나 우울을 감소시키고 기능정도를 증진시키는 것에 초점을 맞추어야 된다고 하였다(오현수, 김영란 1999). 따라서 본 연구에서는 관절염 환자의 삶의 질에 영향을 미치는 요인으로 통증, 통제위 성격, 가족지지, 지각된 건강상태, 건강증진생활양식, 일상생활기능 요인에 관해 간략히 고찰하고자 한다.

#### (1) 통 증

관절염 환자관리에 있어 가장 우선적인 목표는 통증관리라 하였다(Swezey, 1990). 또한 관절염 환자의 삶의 질에 부정적 영향을 미치는 요인들 가운데 대표적인 것이 통증이며, 이 통증이 만성적으로 경과할 경우 건강상태에 대한 불확실성으로 여러 복합적인 문제를 야기하는 것으로 평가되고 있다. 대상자가 통증을 느끼게 되면 우울, 정서적 변화, 사기저하, 무력감, 사회적 고립감, 활동제한을 경험하게 된다(Young, 1992).

통증은 통각뿐만 아니라 심리적 영역과 상호작용하는 종합적인 현상으로 볼 수 있으며 통증지각에 영향을 미치는 요인으로 생리적, 심리적, 사회문화적 요인과 함께 통증에 대한 과거 경험, 성격특성도 통증지각에 영향을 미친다(McCaffery, Beebe, 1989). 퇴행성질환의 대부분은 정상기능을 방해하는 통증이 따르므로 통증조절 여부가 삶의 질에 커다란 영향을 미치며(Forrest, 1995), Parker 등(1988)은 여러 심리적 변인 중 일상생활의 스트레스가 통증과 많은 관계가 있다고 하였다. 통증경험은 환자의 증상지각과 통증자극을 해석하는 개인의 인지적 과정, 정서상태, 상황적 배경이 작용하는 것(은영, 1995)으로, 만성통증은 부정적인 정서가 신체적 호소로 표현되는 신체적 전환형태라고 추측할 수 있다(Korff & Simon, 1996). 부정적 정서 외에도 소외, 자아갈등 등도 통증으로 표현될 수 있으며 류마티스 관절염과 같은 만성질환을 가진 많은 사람들에게 스트레스의 중요한 원인이 되는 것은 만성적인 통증성 관절염증이며, 이 환자들이 대처해야 할 가장 보편적인 스트레스원이 만성통증과 신체적 기능장애이다( Devins, G.M. et al, 1992). 그러나 관절염환자를 대상으로 연구(허혜경, 1999; 최혜경, 1987)한 결과 통증이 삶의 질을 미약하게 설명하였는데 그 이유로는 통증은 우울, 정서적 변화, 사기저하, 무력감, 활동제한을 경험하게 하거나(Young, 1992), 이 요인들에 의해 영향을 받으므로 통증이 삶의 질에 직접적으로 미치는 영향이 다른 요인에 의해 감소되어 나타난 것(허혜경, 1999)으로 보았다.

통증과 신체적 기능장애는 이 환자들의 중요한 후유증으로 일상활동이나 사회적 관계에 제한을 받게되므로 통증을 효율적으로 관리하기 위해 생에 대한 긍정적인 관점을 개발할 수 있는 증제와 인지적 증제로 약물에 대한 의존도를 낮추고 통증을 재해석하고 재인식하며 통증을 긍정적 의미로 수용할 수 있게 하는 비약물적 간호증제 개발이 필요하다.

## (2) 제위 성격

지각된 건강통제위란 자기의 건강상태가 자신의 행동 여하에 달렸다고 생각하거나, 아니면 건강은 자신의 행동과는 무관한 것이라고 생각하는 것을 말하는 것으로 통제위(Locus of Control)의 개념은 Rotter(1954)의 사회학습이론에서 도출되었다. Wallston 등(1976)은 건강분야에서 통제위 개념의 예측력을 높이기 위하여 일반적인 기대보다는 건강통제위에 대한 특정한 신념을 사정하는 척도인 건강통제위 척도(Health Locus Control)를 개발하였다. 처음 개발당시에는 내·외적 통제위만 있었으나 예측력을 높이기 위하여 Wallston, Wallston, DeVellis(1978)은 외적 통제위를 타인의존과 우연적으로 분리하여 다차원 건강통제위 척도(MHLC, Multidimensional Health Locus of Control)를 개발하였다.

Pender(1985)에 의하면 통제위는 자신의 행위수행이 행위결과에 영향을 미칠 것으로 기대하는 내적통제위와 자신의 건강은 건강전문인, 가족 등 타인과 운이나 우연성 등의 외부적인 힘이 더 큰 영향을 주는 것으로 믿는 외적통제위로 구분되어지며, 내적통제자는 개인 스스로의 통제에 더 높은 가치를 둔다(Phares, 1976). 통제위 성격의 일반적 특성을 서술하면 외적통제위 성격은 덜 신뢰적이고, 공격적이고 적대적이며 방어자세가 높고 과업위주의 대처행위가 낮으며(Hamsher, 1969; Feather, 1967; Anderson, 1977), 내적통제위 성격은 활동적 능동적 성취적이어서 효율적인 사회적응과 개인성취 지수와 관계가 있다(Hersh, 1967). Wallston 등은 건강행위와 통제위 간의 관계에 대해 내적 통제자가 외적 통제자보다 건강유지 및 질병에 대한 지식을 얻기 위하여 노력한다고 하였다.

박은숙 등(1998)의 연구에서 내적통제위 성향이 높을수록 삶의 질 정도가 높게 나타났다. 이는 건강통제위 형태가 건강행위에 영향을 미치고 건강증진과정이 삶의 질을 높이므로(오복자, 1997) 통제위 성향이 삶의 질에 예측적 지표가 될 수 있음을 시사한다.

통제위 성향과 건강증진행위와의 연구는 많았지만 통제위 성향이 삶의 질에 영향을 주는지에 대한 연구는 없었다. 대상자를 대하는 간호사를 포함한 의료인들은 환자의 건강통제위 특성을 알아 삶의 질 정도를 고려하면 간호중재를 계획하는데 도움이 되리라 사료된다.

## (3) 건강증진행위

최근 건강증진행위가 수명을 연장시키고 삶의 질을 증

진시키고 건강관리 비용을 감소시키는 이점이 있는 것으로 확인되면서 사회 전반적인 관심사가 되고 있다(김귀분의, 1998). 간호학에서도 건강증진개념이 강조됨과 더불어 긍정적인 건강행위와 건강증진생활양식의 중요성을 강조하기 위해 건강행위와 건강상태와의 관계를 밝히는 연구가 많이 행해지고 있다. 실제로 좋은 건강행위실천을 위한 행동변화프로그램에 참여할 때 성인병과 관련된 질환의 빈도가 감소됨이 보고되고 있다(김애경, 1994). 신체운동과 금연을 잘 하는 성인에게서 종양의 방어선 역할을 하는 자연 살세포(N.K cell)의 활동이 높게 나타났다(Kusaka, Kondow, Morimoto, 1992), 건강한 생활양식을 취하는 노인은 건강이 강화되고 불구가 감소되었다(Palmore, 1986)는 결과에 의하면 긍정적인 건강행위를 통합한 생활양식의 광범위한 채택은 건강을 증진시키고 만성질환을 예방하고 수명을 연장시킴을 알 수 있다. 그래서 건강증진은 간호분야에서 간호활동을 수행하는데 필수적인 분야이며 간호학문의 통합적 영역이다.

건강행위는 자신의 실제 건강상태나 지각된 건강상태와는 무관하게 목표에 있어 효과적이든 아니든간 건강을 유지, 증진시키기 위해 자발적으로 취해진 행위로 개념화(Kulbok, 1985)되며, 인간은 Maslow의 세가지 욕구와 관련된 건강행위를 하고 있어 자신의 건강지각, 건강개념, 건강가치에 따라 초점을 두는 건강행위가 다양하게 나타난다(Steel, Mc Brown, 1972, Laffrey, 1990). 그러므로 건강행위는 생의 목표달성의 가치있는 수단이 되므로 목표지향적인 행위가 되며(Eiser, Gentle, 1989) 다차원적이다. 즉 건강증진행위(건강증진 생활양식)란 자신의 건강에 유해한 행동을 통제하는 반면, 자신의 건강에 도움이 되는 행동을 증진하는 것이라 할 수 있다.

건강행위맥락에서 볼 때 생활양식은 개인의 건강에 영향을 주는 위험한 행위를 통제하는 분별력 있는 활동을 포함하며(Chao, 1990), 건강 행위프로그램 개발과 수정은 의식적이고 계획된 변화에 적용이 된다(Lawrence, Green, 1984). 성인병은 긍정적인 건강증진행위를 통하여 발병자체를 억제하거나 발병율을 5-20배까지 낮출 수 있다고 보고되고 있다(문정순, 1990). 미국의 보건위생국(Surgeon General's Report, 1990)에 의하면 매년 발생되는 질병의 50%정도가 불건강한 생활양식에서 기인하는 것으로 보고 있어 불건강한 생활방식이 건강유지의 중요한 결정요소임이 지적되었다.

불구나 만성질환의 경험은 개인이나 가족의 신체적, 사회적, 정신적, 경제적 그리고 직업적 상태에 영향을 미

치게 되어 생활양식의 변화를 가져온다(Dittmar, S., 1989). 장기간의 건강행위는 쉽게 건강습관이 되어질 수 있고 이미 고정된 건강습관의 변화와 유도에는 저항이 따르므로 가능한 한 바람직하지 못한 행위를 교정하고 좋은 건강행위를 수립하도록 돕는 것이 중요하다.

삶의 질에 대한 기준은 각 나라의 문화 사회적인 요인 및 생활양식 등에 따라 차이가 나타날 것이다. 문화는 사람의 사고, 판단, 감정, 태도, 대인관계 및 그 밖의 모든 가치관을 규정하므로, 인간이 어떻게 건강을 유지하며 질병상태에서 대처할 것인가에 크게 영향을 미치게 되어서 건강관리에 대한 인식이나 가치관 및 행동을 결정하게 된다(한상복, 1992). 오현수(1993)의 연구에서 삶의 질의 총 분산 중 15%가 건강증진 실천에 의해 설명되는 것으로 나타났으며, 오복자(1997)의 연구에서도 건강증진생활 양식과 삶의 질 사이에 상관관계가 있는 것으로 나타났다.

건강행위는 개인마다 다르고 자신의 건강개념에 따라 행위가 다르게 나타난다(Steel, Mc Brown, 1972)는 것을 염두에 두고, 앞으로의 간호전략은 환경적 요건, 유전적 요소, 건강관리 체계에 초점을 두어야 할 뿐 만 아니라 행위의 특별한 패턴이 건강문제와 장수를 좌우하므로 파괴적인 개인습관을 교정하고 건강에 공헌하는 생활양식을 증진하는 전략에 우선순위를 두어(Public Health Service, 1979) 궁극적으로 삶의 질을 높여야 할 것이다.

#### (4) 지각된 건강상태

인간은 자신이 인지하는 것에 따라 행동하기 때문에(Lee, 1991) 최근 건강과 관련된 행위를 예측함에 있어서 지각된 건강상태를 강조하는데, Pender(1987)의 건강증진모형에서 건강증진행위를 하는데 영향을 미치는 것은 개인의 심리적 요인으로 지각된 건강상태를 제시하여 간호대상자의 목표행위를 예측함에 있어 의미있는 예측인자라 하였다. 이와 관련하여 Pender는 지각된 건강상태와 건강증진행위를 행하는 빈도 및 강도는 서로 관련이 있다고 하였다.

관절염은 병세에 악화와 호전이 반복되는 질환으로 관절염을 지니고 있는 대상자들은 임상경과의 모호함으로 인한 불확실성 및 신체기능의 제한으로 자신의 건강상태를 부정적으로 인식하는 심리기전이 있어 개인의 지각정도에 따른 관리가 중요하다(김명자 외, 1999).

자신이 건강하다고 지각하는 사람은 객관적으로 건강이 좋지 않은 상황에서도 생활만족이 높은 반면에, 자신

이 건강하지 않다고 지각하는 사람은 객관적으로 건강해도 생활만족이 낮다고 하여 지각된 건강상태가 생활만족에 영향을 미침을 보고(Palmore & Luikart, 1972)하였다.

삶의 질과 관련된 영향요인에 대한 연구들을 살펴보면 성인 507명을 대상으로 생활만족도와 22개 변수와의 관련성을 조사한 결과 생활만족도에 지각된 건강상태, 사회 경제적 상태, 이웃, 친구와의 관계가 중요한 예측요인이라(Ewards : Klemmack, 1973)하였으며, 최근에 시행된 연구(박은숙 외, 1998)에서도 지각된 건강상태는 삶의 질에 대하여 설명력 있는 변수로 밝혀졌다.

위의 결과들은 삶의 질을 신체적, 정신적, 사회적, 경제적 측면에서 개인이 지각하는 주관적 안녕(노유자, 1989), 또는 주관적으로 느끼는 만족감(방할란, 1991)이라고 정의를 내린 것과 직접적으로 상통한다.

#### (5) 가족지지 기능

사회적 지지는 건강인 뿐만 아니라 신체적 질병에 대응하고 있는 사람들에게 부정적 영향을 완화시키는 가장 강력한 중재요인으로서 심리적 적응을 증가시키는데(Sarson, Pierce & Sarason, 1990) 사회적지지 중 가족에 의한 지지는 관절염환자에게서는 가장 유익한 지지로 인지되었다(Lanza, Schiaffino, Cameron, Revenson, 1991). 우리 나라와 같이 가족의 유대강화가 밀접한 나라에서는 만성질환자가 가족 내에 있을 경우는 가족원 도움을 주는 것은 당연하며 건강하지 못한 가족원을 돌보는 일은 가족의 일차적인 기능이며 역할이다.

사회적 지지는 사람들이 스트레스가 있는 생활환경에 직면해 있을 때 그들의 안녕감을 증진시키고 건강을 유지하는 대인관계의 과정을 의미하므로 스트레스 상황에서 심리적 안녕을 증진시키는 기능을 한다. 적절한 지지를 받은 사람은 긍정적인 건강결과를 나타낼 가능성이 높고, 효율적인 간호중재 없이 부적절한 사회적 지지를 받은 사람은 부정적인 건강결과를 초래할 가능성이 높다. 그러므로 다른 사람들과의 사회적 연대감과 지지는 신체적 장애를 영구적으로 지니고 살아가는 사람에게는 특히 중요하다(Agnes et al, 1994).

Weinberger, Hiner, Tierney(1986)도 골관절염으로 외래에 다니는 표본에서 사회적 조직의 관여정도가 심리적 안녕에 대한 예측요인임을 발견하고 적당한 사회적 접촉의 증가가 이들의 건강상태를 호전시킬 수 있다고 하여 특히 기능장애가 있는 환자들에게 광범위한 사

회적 관계유지의 중요성을 나타내 주고 있다.

사회적지지 만족이 류마티스 관절염을 지닌 여성환자들에게 심리적 안정과 관계가 있으며(Lambert and Lambert, 1987) 배우자로부터의 정서적 지지와 의료전문가로부터의 문제중심 지지(실체적인 지지)가 류마티스 관절염환자들에게 가장 유익한 것으로 인지되었으며, 최근에 진단 받은 환자들에게는 절친한 친구들로부터 원치 않거나 불필요한 충고가 도움이 되지 않는다고 하였다(Lanza, Schiaffino, Cameron, Revenson, 1991). 가족지지가 좋은 대상자는 가족에게 미안한 마음을 가지고 있었지만 질병에 대한 수용과 삶에 대하여는 긍정적이었으며 자기 가치감을 가지고 있었다(허혜경, 1997). 특히 만성질환자의 간호는 60-80%가 배우자 또는 딸에 의해 이루어지며(Morofflubkin, 1990) 가정에서 돌봄을 주로 받기 때문에 가족의 지지는 이러한 과정에 많은 도움을 줄 수 있을 것이다. 만성질환자에 있어 지지적 관계가 삶의 질에 영향을 미치는 주요한 요인임을 설명(Dimond, 1979)하였고, 관절염환자를 대상으로 한 연구(박선영과 박정숙, 2000)에서도 가족지지가 낮은 집단보다 높은 집단에서 삶의 질 정도가 높게 나타났다.

이상의 결과 사회적지지 중 가족지지는 대상자의 스트레스를 감소시켜 삶의 질이 증진되며 직무수행능력이나 자신감, 역할수행능력이 향상되는 것으로 나타났으며(이숙자, 1993), Lubkin(1990)도 삶의 질에 영향을 주는 요소 중의 하나로 가족이나 사회적 지지가 큰 의미가 있다고 주장하여 삶의 질에 영향을 미치는 중요한 요인임을 시사해 준다

#### (6) ADL(일상생활기능)

신체적 기능장애는 이 환자들의 중요한 후유증인데 이로 인해 일상활동이나 사회적 관계에 제한을 받게된다. 오와 김의 연구(1997)에서 신체 기능적 제한감이 질환에 대해 불확실감을 가중시키므로 삶의 질에 영향을 주는 것으로 제시되었는데 이는 기능측면의 수행능력을 향상시킬 수 있는 중재전략을 개발하여 적용하는 것이 삶의 질을 높이는데 있어 중요한 과제가 될 것으로 생각된다.

그 동안 여러 연구에서 류마티스 관절염환자들의 생활 변화 내용이 밝혀졌다. 이 환자들의 주요한 장애가 직업, 오락활동 및 가사관리영역에서 현저했으며, 이들의 거의 과반수 정도이상에서 걷기, 자가간호, 가사노동, 여가활동, 사회적 활동, 성행위 및 수면에 문제점을 보고했으나 오락활동, 사회적 상호작용, 성적행위에 미치는 영향은

종종 간과될 수 있다고 하였다(Deyo, R; Inui, T; Leininger, J. & Overman, S., 1982). 강신화(1996)의 연구에서 인공관절 전치환 수술을 받은 대상자들은 일상생활 수행 시 도움을 적게 받을수록 삶의 만족도가 높게 나타났고, 문명자(1998)의 연구에서도 일상생활정도를 많이 할수록 삶의 질은 높았다.

관절염 환자들에서 여가활동의 제한, 직업상태의 변화 및 가족상황의 변화가 매우 일반적임을 밝혔으며(Meenan et al, 1981), Liang 등(1984)의 연구에서도 중정도의 생활위기(43.3%)와 사회적 활동변화(39.1%)가 주요한 문제로 나타났다. 이러한 결과들에 의하면 관절염환자들은 직업, 재정, 사회 및 취미활동, 부부관계, 가족 및 가사관리의 측면의 문제로 인해 상당한 스트레스를 겪고 있음을 알 수 있었으며 일상생활활동을 독립적으로 수행할 수 있도록 도와줄 수 있는 간호활동이 필요하다.

문헌고찰 결과 삶의 질에 영향을 주는 인지 지각적 영역으로는 지각된 건강상태, 자아존중감 및 통제위 성격이고, 상황적 요소로는 사회적지지 및 사회 경제적 상태이며, 질병관련요인으로는 통증유무, 기능손상정도, 질병 단계 및 질병 기간 등이 삶의 질에 영향을 준다고 볼 수 있었다. 따라서 관절염 환자의 삶의 질에 긍정적, 부정적으로 영향을 미친다고 생각되는 요인들의 관계와 각 요인들이 삶의 질에 어느 정도 영향을 미치는가 파악하는 연구가 필요하다고 본다

### III. 연구 방법

#### 1. 연구설계

본 연구는 관절염환자를 대상으로 삶의 질에 영향을 미치는 요인을 탐색하기 위한 서술적 연구이다.

#### 2. 연구대상 및 자료수집

본 연구의 대상은 전북 J시, K시에 거주하면서 정기적 또는 간헐적으로 병원(대학병원, 대학부속한방병원, 250병상이상의 종합병원)을 방문하거나 입원중인 환자를 대상으로 하였으며 대상자는 다음과 같은 방법으로 선정하였다.

(1) 관절염의 진단을 받고 증상이 나타난 지 1년이 경과된 자

- (2) 18세 이상인 자
- (3) 부가적인 의학적 진단을 받지 않은 대상자
- (4) 인지적 장애가 없고 본 연구의 참여를 수락한 자

자료수집 기간은 1999년 4월 5일부터 4월 20 일까지 16일간 이었으며 자료수집은 보조연구원(본 연구자는 간호대학 졸업생 4명에게 측정도구 사용, 자료수집방법에 대해 교육)들이 직접 대상자를 방문하여 연구의 취지와 질문지의 내용을 설명하였고, 이 질문지는 자신이 직접 기입한 후 회수하였고 시력장애로 도움을 원하는 대상자나 설명을 요하는 대상자는 설문지를 읽어주며 답하도록 하였다. 본 연구의 자료수집을 위해 접근했던 대상자는 255명이었으나 이 중 응답이 불충분하거나 부적절한 자료를 제외한 231명의 응답자가 최종분석(231/255)에 사용되었다.

### 3. 연구도구

(1) 대상자의 특성변인 : 일반적 특성변인으로는 연령, 결혼상태, 교육수준, 경제상태등 9개 항목과 질병관련 변인으로는 통증정도, 운동시간 등 8개 항목에 대한 정보가 수집되었다.

#### (2) 통증정도

임상에서 통증을 측정할 때 민감도가 가장 높은 척도인 도표평정척도(Scott & Huskisson, 1976)를 이용하여 측정하였다. 통증정도는 150mm실선을 3등분하여 50mm까지는 “약간 아프다”, 그 다음 50mm까지는 “보통 아프다”, 마지막 50mm는 “심하게 아프다”로 표시하여 대상자가 지각하는 통증정도를 표시하게 하여 자로 재어 측정하였다.

#### (3) 통제위 성격

건강과 관련된 강화의 일반화된 기대를 재는 것으로 Wallston 외 3인(1976)의 건강통제위(Health Locus of Control)도구를 기본으로 황(1998)이 번역한 도구를 사용하였다. 내적통제위 5문항, 외적통제위 6문항으로 구성되었다. 외적 통제위 성향의 문항은 점수를 역으로 하여 총 통제위 점수가 높을수록 내적 통제위 성격의 소유자로 해석된다. 응답에 대한 측정은 5점 척도로 ‘전혀 그렇지 않다’ 1점, ‘대체로 그렇지 않다’ 2점, ‘중립이다’ 3점, ‘대체로 그렇다’ 4점, ‘확실히 그렇다’ 5점으로 점수화 하였다. 개발당시의 신뢰도는

.72였으며, 본 연구에서의 신뢰도는 Cronbach Alpha = .67이었다.

#### (4) 건강증진행위 측정도구

Walker, Sechrist & Pender(1987)가 개발한 Health Promoting Lifestyle Profile(HPLP)을 기초로 우리나라 실정에 맞게 수정 보완한 김 등(1996)이 개발한 도구를 분석하여 8개 요인으로 구성하여 이용하였다. 응답에 대한 측정은 5점 척도로 ‘전혀 그렇지 않다’ 1점, ‘대체로 그렇지 않다’ 2점, ‘보통이다’ 3점, ‘대체로 그렇다’ 4점, ‘확실히 그렇다’ 5점으로 점수화 되었다. 노인을 대상으로 한 선행연구(박은숙, 1998)에서의 신뢰도는 .93으로 나타났고, 본 연구에서의 신뢰도 Cronbach Alpha = .89이었다

#### (5) 가족지지

Moos와 Insel에 개발된 Family Environment Scale중 가족의 지지적 관계차원에서만 측정하도록 구성된 문항을 선택하였다. 가족의 지지적 관계는 가족의 결합과 가족의 표현에 관한 18개 문항으로 되어 있다. 가족의 결합은 가족구성원들이 서로서로 지지하고 도와주고 참여하는 정도를 측정하고 있으며, 가족의 표현은 가족구성원들이 그들의 감정을 직접적으로 표현하고 자유롭게 행동하도록 허용하는 범위를 측정하고 있다. 가족지지에 관한 문항에 대한 측정은 5점 척도로 ‘전혀 그렇지 않다’ 1점, ‘대체로 그렇지 않다’ 2점, ‘보통이다’ 3점, ‘대체로 그렇다’ 4점, ‘확실히 그렇다’ 5점으로 점수화 되었다.

이 도구는 많은 연구에서 사용되어졌고 신뢰도와 타당도는 여러 연구(원중순, 1986; 김승혜, 1983)에서 보고된 바 있으며, 본 연구에서의 신뢰도 Cronbach Alpha =.88이었다.

#### (6) 삶의 질

근골격계 통증환자의 삶의 질에 대한 측정은 노유자(1988)가 개발한 도구를 본 연구상황에 적절하지 않은 6문항을 제외한 42문항으로 구성하여 이용하였다. 정서상태, 경제생활, 자아존중감, 신체상태와 기능, 이웃관계, 그리고 가족관계요인으로 구성되었으며, 5점척도로 점수가 높을수록 삶의 질의 정도가 높음을 의미한다. 노유자(1998)가 개발할 당시 신뢰도는 .94 였으며, 본 연구에서의 신뢰도 Cronbach Alpha값은 .93이었다.

(7) 일상생활기능(IADL)

일상생활기능은 (Instrumental Activities of Daily Living)은 대상자가 독립적으로 살아가는데 필수적으로 요구되는 활동할 수 있는 능력이다. 본 연구에서는 Lawton과 Brody(1971)에 의해 만들어진 수단적 일상생활기능 측정도구로 측정된 값이며, 전화사용능력, 물건 구입, 가사, 세탁, 수송양식, 투약에 대한 책임, 재정을 다루는 능력의 7개 문항으로 구성하였으며 점수가 높을수록 일상생활기능이 높은 것을 의미한다. 노인을 대상으로 김희자의 연구(1994)에서의 신뢰도는 .70 이었으며, 본 연구에서의 도구의 신뢰도는 Cronbach Alpha=.83 였다.

(8) 지각된 건강상태

Palmore(1972)에 의하면 자신이 주관적으로 느끼는 건강상태는 타인의 평가보다 정확한 것이라 하였다. 단일 문항으로 대상자가 지각하는 건강상태를 5점 척도로 표시하게 하였고 점수가 높을수록 건강상태가 좋다고 인식하는 것이다.

4. 자료분석방법

수집된 자료는 SAS를 이용하여 특성변인과 삶의 질과는 t-test, ANOVA, Scheffe 검증을, 제 변수들과의 관계는 Pearson Correlation, 삶의 질에 영향을 미치는 요인을 예측하기 위해 Regression을 이용하여 분석하였다. 도구들의 신뢰도 검증을 위해서는 Cronbach Alpha를 구하였다.

<표 1> 인구사회학적 특성에 따른 삶의 질의 차이

변수	항목	빈도(명)	Mean	SD	T or F	P-value
성별	남	91	3.13	0.54	0.76	0.4499
	여	140	3.07	0.51		
나이	①10대-30대	18	3.08	0.31	5.13	0.0006
	②40대	26	3.22	0.47		
	③50대	65	3.29*	0.51		
	④60대	65	2.91*	0.58		
	⑤70대 이상	57	3.03	0.45		
종교	무	148	3.05	0.53	-1.69	0.0917
	유	154	3.13	0.53		
학력	①국졸 이하	120	2.96*#	0.50	6.49	0.0003
	②중졸	46	3.16	0.53		
	③고졸	40	3.29 #	0.50		
	④대졸	25	3.31*	0.47		
직업	무	148	3.05	0.53	-1.71	0.0885
	유	83	3.17	0.50		
결혼상태	①미혼	12	2.85	0.39	7.77	0.0005
	②결혼	155	3.18*	0.51		
	③기타(이혼사별등)	64	2.92*	0.52		
월수입	50만 이하	36	2.94	0.56	4.37	0.0020
	50-100만	86	2.98	0.46		
	100-200만	84	3.20	0.53		
	200-300만	14	3.34	0.40		
의료혜택	①보험	209	3.13*	0.52	4.85	0.0087
	②보호	16	2.77*	0.39		
	③일반	6	2.77	0.56		
지지자	①배우자	140	3.19*	0.53	4.39	0.0050
	②부모	12	3.11	0.32		
	③자녀·며느리	66	2.92*	0.52		
	④친구·기타	13	2.99	0.36		

\*, #: Scheffe test(같은 문자끼리 유의한 차이 있음 : P < .05)

<표 2> 질병관련 특성에 따른 삶의 질의 차이

변수	항목	빈도(명)	Mean	SD	T or F	P-value
통증관리	①진통제 복용	89	2.93*	0.53	5.92	0.0002
	②연고	100	3.15	0.41		
	③관심을 돌림	19	3.14	0.63		
	④즐거운 일 생각	5	3.59	0.48		
	⑤이완술 실시	18	3.43*	0.64		
통증 시기	아침	37	3.21	0.62	1.10	0.3560
	활동중	56	3.12	0.54		
	일과가 끝난 저녁	94	3.09	0.44		
	수면중	25	2.99	0.53		
물리치료요법	기타	19	2.95	0.62	3.25	0.013
	①온요법	99	3.02*	0.50		
	②운동요법	42	3.34*#	0.52		
	③치료하지 않음	69	3.04 #	0.54		
운동 실시여부	④기 타	20	3.14	0.47	-4.62	0.0000
	무	107	2.93	0.51		
운동규칙성 유무	유	124	3.24	0.49	-4.79	0.0000
	무	137	2.96	0.52		
운동 회수	유	94	3.28	0.46	6.29	0.0001
	①거의 하지 않음	59	2.87*#	0.57		
	②일상생활에서 요구하는 운동	66	3.00	0.46		
	③1회/1주	30	3.18	0.44		
	④2-3회/1주	25	3.33*	0.46		
	⑤4-5회/1주	9	3.33	0.53		
운동시간/1주	⑥거의 매일	42	3.30 #	0.48	4.62	0.0043
	①30분 이하	43	3.06*	0.45		
	②30-60분	39	3.30	0.51		
	③60-120분	32	3.27	0.46		
관절염 종류	④120분 이상	10	3.62*	0.40	1.19	0.3143
	퇴행성	122	3.06	0.52		
	류마티스성	65	3.20	0.50		
	감염성	10	2.94	0.61		
	통풍	11	3.34	0.56		
	기타	23	3.08	0.51		

\*, #: Scheffe test(같은 문자끼리 유의한 차이 있음 : P < .05)

#### IV. 결과 및 논의

##### 1. 삶의 질에 영향을 미치는 인구사회학적 특성

대상자의 일반적 특성은 <표 1, 표 2>과 같다.

삶의 질에 차이를 보인 일반적 특성은 연령(F=5.13, p=0.0006), 학력(F=6.49, p=0.0003), 결혼상태(F=7.77, p=0.0005), 월수입(F=4.37, p=0.0020), 의료혜택(F=4.85, p=0.0087), 지지자(F=4.39, p=0.0050)의 6개 항목에 차이가 나타났으며, 질병관련특성으로는 통증관리방법(F=5.92, p=0.0002), 물리치

료요법(F=3.25, p=0.013), 운동실시 여부(F=4.62, p=0.0000), 운동의 규칙성(F=4.79, p=0.0000), 운동횟수(F=6.29, p=0.0001), 운동시간(F=4.62, p=0.0043)의 6개 항목에서 유의한 차이가 나타났다.

50대에서 삶의 질에 대한 만족도가 가장 높았고 학력은 높아질수록 삶의 질의 점수가 높아졌으며, 배우자로부터 지지를 받은 대상자가 삶에 대한 만족도가 높았는데 이는 가족 중에서도 배우자의 도움이 설명력이 있다는 보고(Lanza 등, 1991)와 일치하였다. 통증이 있을 시 즐거운 일을 생각한 대상자와 이완술을 실시한 대상자, 물리치료요법으로는 운동요법을 실시한 대상자, 운동을 규

칙적으로 하면서 운동시간이 긴 대상자들이 삶의 질의 점수가 높았는데, 증상을 조절하려는 의지가 있는 대상자들이 삶의 의미를 긍정적으로 생각함을 엿볼 수 있었다.

삶의 질의 평균점수는 3.09점(최대점수 5점)으로 일반인을 대상으로 한 3.28점(노유자, 1998)보다 낮았으며, 박동(1998)의 연구에서 장루 보유자(3.03점), 함의 연구(1990)에서 혈액투석환자(3.06점)보다는 약간 높았는데, 이는 질병의 경중과 대상자의 평균 연령에 따라 차이가 나타난 것으로 생각된다.

본 연구의 통증정도는 15cm 실선에서 평균점수 8.03 ± 29.51로 류마치스 관절염환자를 대상(이은옥 외, 1996)으로 한 8.10점 보다 낮았다. 이것은 이(1996)의 연구에서는 평균연령은 47.62세였는데 본 연구에서는 평균연령이 노인기에 접어드는 59.7세로 연령과 관련이 있는 것으로 사려되며, 우리 나라 노인의 85.9%가 만성 질환을 앓고 있으며 가장 많이 나타나는 증상은 관절통(56.6%), 만성요통(31.2%)으로 나타나 일상생활에 지

장을 받고 있는 노인이 72.2%에 달하고 있다(김가옥 외, 1994)는 보고를 지지해 주고 있다.

부가적으로 관절염 종류에 따라서 질병특성변인, 통증관리방법, 물리치료방법에 대하여 분석하였다<표 3, 4, 5>.

관절염종류에 따른 통증정도는 유의한 차이(F=4.89, p=0.0008)가 나타났는데 감염성 관절염 환자가 통증을 가장 심하게 호소하였고 그 다음은 통풍, 류마치스성, 퇴행성관절염 순이었다. 통계학적인 차이는 약하지만 지각된 건강상태에서 '통풍'이 자신의 건강상태가 가장 양호하다고 지각하였으며 그 다음은 류마치스, 퇴행성, 감염성관절염 순 이었다(F=2.23, p=0.0669). 감염성 관절염은 여러 종류가 있는데 그 중 골수염은 주로 농포성 감염이 있을 시에 혈행으로 전파되는 것으로 통증이 심하고 항생제 사용에도 불구하고 치유하기가 어렵고, 통풍은 식이요법, 약물요법, 운동요법으로 꾸준히 치료를 하게되면 조절은 되지만 급성기에는 바람만 불어도 아프

<표 3> 관절염 종류에 따른 질병특성 변인과의 차이

	퇴행성		류마치스성		감염성		통풍		기타		F	P-value
	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD		
통증정도	79.98	28.78	82.89	27.67	107.0	26.57	83.54	17.27	61.35	34.25	4.89	0.0008
통증 관절수	3.20	1.88	3.20	2.05	2.90	2.38	2.82	1.60	2.30	1.61	1.21	0.3065
장애기간	7.30	7.31	5.43	6.08	3.50	3.27	5.18	5.27	5.57	8.60	1.44	0.2216
지각된 건강상태	2.34	0.80	2.51	0.75	2.20	0.92	2.91	0.54	2.65	0.93	2.23	0.0669

<표 4> 관절염 종류에 따른 통증관리방법

	진통제복용		연고		관심을 돌림		즐거워 일 생각		이완술 실시		합계
	빈도(명)	백분율	빈도(명)	백분율	빈도(명)	백분율	빈도(명)	백분율	빈도(명)	백분율	
퇴행성	44	(36.07)	59	(48.36)	8	(3.56)	2	(1.64)	9	(7.38)	122
류마치스성	25	(38.46)	26	(40.00)	6	(9.23)	2	(3.08)	6	(9.23)	65
감염성	6	(60.00)	4	(40.00)	0	(0.00)	0	(0.00)	0	(0.00)	10
통풍	6	(54.55)	5	(45.45)	0	(0.00)	0	(0.00)	0	(0.00)	11
기타	8	(34.78)	6	(26.09)	5	(21.74)	1	(4.35)	3	(13.04)	23
합계	89		100		19		5		18		231

<표 5> 관절염 종류에 따른 물리치료

	온요법		운동요법		어떤 치료도 하지 않음		기타		합계	
	빈도(명)	백분율	빈도(명)	백분율	빈도(명)	백분율	빈도(명)	백분율		
퇴행성	55	(45.08)	21	(17.21)	40	(32.79)	6	(4.92)	122	(100)
류마치스성	29	(44.62)	9	(13.85)	19	(29.23)	7	(10.77)	65	(100)
감염성	5	(50.00)	3	(30.00)	0	(0.00)	2	(20.00)	10	(100)
통풍	6	(54.55)	1	(9.09)	3	(27.27)	1	(9.09)	11	(100)
기타	4	(17.39)	8	(34.78)	7	(30.43)	4	(17.39)	23	(100)
합계	99		42		69		20		231	

다고 할 정도로 통증이 심하다(서문자 외, 2000). 그리고 통풍이나 류마치스환자는 질병진행도중 완화기가 나타나기 때문에 지속적으로 진행되는 퇴행성이나 감염성 관절염환자보다 자신들의 건강상태가 더 양호하다고 인지 한 것으로 생각된다.

대부분의 관절염에서 통증 시에는 진통제를 가장 많이 복용하였고 물리치료 요법 중에서는 온요법을 선호하였으나(조사결과 냉요법은 한명도 없었음) 감염성 관절염만 제외하고 어떤 치료도 하지 않는다는 비율도 높았다< 표 4, 표 5>. 만성관절염환자들은 통증을 조절하기 위해 대체요법으로 침요법, 약초요법, 수기요법, 찜질요법을 사용한다(이여진, 박형숙, 1999)고 하였는데 이에 대한 추후연구가 뒤따라야 할 것으로 사료된다.

## 2. 삶의 질과 제 변수와의 상관관계

삶의 질과 지각된 건강상태( $r=0.56, p=0.0001$ ), 건강증진행위( $r=0.53, p=0.0001$ ), 가족지지( $r=0.46, p=0.0001$ ), 운동시간( $r=0.36, p=0.0001$ ), ADL ( $r=0.36, p=0.0001$ ), 건강통제위( $r=0.32, p=0.0001$ ), 운동횟수( $r=0.32, p=0.0001$ )의 순으로 순상관 관계

를 나타냈고, 통증정도( $r=-0.32, p=0.0001$ ), 통증관절 수( $r=-0.19, p=0.0041$ ), 장애기간( $r=-0.14, p=0.0279$ )과는 역상관 관계로 나타났다<표 6>.

즉 자신의 건강상태가 좋다고 지각할수록, 건강증진행위를 많이 할수록, 가족의 지지를 많이 받을수록, 운동시간이 길수록, ADL를 많이 할수록, 내적통제위 성향일수록, 그리고 운동횟수가 많을수록 삶의 질의 점수가 높았다. 통증이 심할수록, 통증부위 수가 많을수록, 그리고 질병기간이 길수록 삶의 질의 점수는 낮았다.

건강상태가 좋다고 지각할수록 삶의 질의 점수가 높은 것은 여러 연구결과와 일치하였다. 노유자(1988)는 성인 2179명을 대상으로 지각된 건강상태와 삶의 질간의 관계를 분석한 결과 유의한 상관관계( $r=.459, p=.000$ )가 있음을 보고하였고, 김종숙(1987)의 65세 이상의 노인 519명을 대상으로 삶의 만족도를 조사한 연구에서 건강상태를 좋다고 평가할수록 생활만족도가 높은 것으로 나타났다. 혈액투석환자를 대상으로 한 연구(양승희, 1989)와 암환자를 대상으로 한 연구(Padilla 등, 1990)에서도 삶의 질을 연구한 결과, 건강상태가 좋다고 지각할수록 삶의 질 정도가 높은 것으로 확인되었다.

<표 6> 제 변수와의 상관관계

	삶의 질	통제위	가족 지지	건강증진생활양식	ADL	질병기간	통증정도	통증 관절수	운동횟수	운동시간	지각된 건강상태
	r (p)	r (p)	r (p)	r (p)	r (p)	r (p)	r (p)	r (p)	r (p)	r (p)	r (p)
삶의 질	1.00 (0.00)										
통제위	0.32 (0.0001)	1.00 (0.0)									
가족지지	0.46 (0.0001)	0.22 (0.0009)	1.00 (0.0)								
건강증진 생활양식	0.53 (0.0001)	0.22 (0.0009)	0.53 (0.0001)	1.00 (0.0)							
ADL	0.36 (0.0001)	0.28 (0.0001)	0.22 (0.0008)	0.19 (0.0037)	1.00 (0.0)						
장애기간	-0.14 (0.0279)	-0.05 (0.4082)	-0.18 (0.0071)	-0.07 (0.2873)	-0.28 (0.0001)	1.00 (0.0)					
통증정도	-0.32 (0.0001)	-0.18 (0.0054)	0.03 (0.6336)	-0.03 (0.6862)	-0.05 (0.4683)	0.26 (0.0001)	1.00 (0.0)				
통증 관절수	-0.19 (0.0041)	-0.16 (0.0135)	0.16 (0.0157)	0.03 (0.6792)	0.09 (0.1798)	0.03 (0.6873)	0.31 (0.0001)	1.00 (0.0)			
운동횟수	0.32 (0.0001)	0.18 (0.0048)	0.23 (0.0004)	0.33 (0.0001)	0.19 (0.0043)	-0.23 (0.0005)	-0.15 (0.0223)	0.07 (0.3084)	1.00 (0.0)		
운동시간	0.36 (0.0001)	0.13 (0.0502)	0.13 (0.0472)	0.30 (0.0001)	0.16 (0.0145)	-0.14 (0.0296)	-0.22 (0.0008)	-0.12 (0.0760)	0.54 (0.0001)	1.00 (0.0)	
지각된 건강상태	0.56 (0.0001)	0.27 (0.0001)	0.15 (0.0218)	0.23 (0.0005)	0.22 (0.0006)	-0.28 (0.0001)	-0.56 (0.0001)	-0.38 (0.0001)	0.19 (0.0047)	0.34 (0.0001)	1.00 (0.0)

본 연구에서 제 변수들의 상관관계는 만성관절염환자에서 침범부위 수가 많을수록, 통증정도가 심할수록 삶의 만족도가 낮다고 보고한 결과(최혜경, 1987)와 만성관절염환자에서 관절염을 앓은 기간과 삶의 질은 유의한 음의 상관관계(문명자, 1998)를 보인 연구들과 일치하였다. 가족지지가 좋을수록 삶의 질이 높아지고 통증이 낮았으며(임현자, 문영임, 1998), 또한 가족지지는 역할갈등과 삶의 질과의 부정적 관계에 대해서 완충효과를 나타내어 삶의 질을 증진시켰다(허혜경, 1999)는 보고들과 맥락을 같이하였다. 배우자를 지지자로 인식한 사람은 그렇지 않은 사람에 비하여 더 잘 적응하는 것으로 보고(Manne & Zaustra, 1989)되고 있어, 관절염 환자의 가족지지가 사회적 지지는 대상자의 삶의 질 평가에 중요한 영향을 미치는 요인이 되고 있다(Krol 등, 1993).

일상생활 기능을 많이 할수록 삶의 질의 점수가 높은 것은 김희자(1994)의 연구에서 일상생활기능정도에 따라 삶의 질에 차이가 있다는 것이 부분적으로 지지되어 본 연구결과와 상통하였다. 내적통제위 성향을 지닌 대상자는 활동적 능동적 성취적 이여서 효율적인 사회 적응과 개인성취 지수와 관계가 있어(Hersh, 1967), 건강 유지 및 질병에 대한 지식을 얻기 위하여 노력할 것이고 이로 인해 삶의 질의 점수가 높았던 것으로 사료된다.

3. 삶의 질에 영향을 미치는 변인에 대한 회귀분석

본 연구에서 관절염 환자의 삶의 질에 가장 유의한 영향을 미치는 요인은 대상자가 인지하는 지각된 건강상태로서 31.11%를 설명하고 그 다음은 건강증진행위(16.51%), 가족지지(3.87), ADL(2.52%), 성별(1.86%), 가

족수(1.36%), 통증정도(1.24%), 장애기간(1.08%), 교육정도(0.67%)의 순으로 위의 변인들이 60.22%의 설명력을 보여주고 있다.<표 7>

삶의 질을 설명하는 요인 중 지각된 건강상태가 설명력(31.11%)이 가장 높았는데 이는 지각된 건강상태가 좋으면 매일의 삶에서 기분 좋은 상태로 유지되는 경우가 많고, 이는 적극적인 활동과 사고를 갖게 하는 것으로 인식된다(김명자, 1990)고 한 주장과 암환자를 대상으로 한 연구(오복자, 1994)에서 지각된 건강상태가 삶의 질에 직접 영향을 미치는 변수로 나타났다고 한 연구와 일치하였다. 일반성인을 대상으로 조사한 연구(노유자, 1988)에서는 지각된 건강상태가 삶의 질을 20.96%를 설명하여 본 연구결과와 비슷하여 지각된 건강상태가 삶의 질에 주요 예측요인으로 재삼 확인되었다. Calman (1984)은 개인이 중요하다고 생각하는 영역에 대한 기대와 현실의 차이가 삶의 질을 결정하기 때문에 신체적 질병이나 사회적 여건이 나빠진 경우에 기대의 수준을 조정함으로써 삶의 질을 다시 유지할 수 있다고 하였다.

따라서 삶에 대한 만족에는 건강에 대한 지각이 큰 비중을 차지하고 있다는 것을 확인할 수 있었으며 의료인들은 삶의 질 증진을 위해서는 지각된 건강상태를 대상자의 현실에 맞게 다시 설정하도록 도와야 하며 불확실한 임상결과에 대한 대상자의 자기조절감을 향상시키기 위한 접근이 필요하다.

삶의 질에 대한 건강증진행위의 설명력은 16.51%로 지각된 건강상태 다음으로 영향력이 높았다. 여성관절염 환자의 건강증진과 삶의 질에 관한 연구(오현수, 1993)에서 대상자의 삶의 질과 자기 효능감, 건강증진이 양의 상관관계를 나타냈으나, 여러 변수들 중에서 오직 건강증진만이 삶의 질에 대해 직접적 효과를 갖는 것으로 나

<표 7> 삶의 질의 영향요인

	Partial $R^2$	$\beta$	SD ( $\beta$ )	F	P-value
지각된 건강상태	0.3111	0.187	0.037	25.75	0.0001
건강증진생활양식	0.1651	0.269	0.052	26.30	0.0001
가족지지	0.0387	0.179	0.046	15.21	0.0001
ADL	0.0252	0.811	0.149	29.78	0.0001
가족수	0.0136	0.048	0.015	9.74	0.0020
성별	0.0186	-0.157	0.051	9.37	0.0025
장애기간	0.0108	0.012	0.004	10.15	0.0017
통증정도	0.0124	-0.002	0.001	6.25	0.0131
교육정도	0.0067	0.041	0.024	3.10	0.0798
Model( $R^2$ )	0.6022			33.89	0.0001

타났으며, 삶의 질의 총 분산 중 15%가 건강증진 실천에 의해 설명되는 것으로 나타났다. 오복자(1997)의 연구에서도 건강증진 생활양식과 삶의 질 사이에 상관관계가 있는 것으로 나타났다. 건강증진 행위는 음식, 주거, 위생 안전뿐만 아니라 경제 사회적인 정책까지 확대되어 개인이나 집단이 건강에 적응하는 수준을 높이기 위해 행해지게 되므로 기본적인 건강요구를 해결해 줄 수 있어 궁극적으로는 수명연장, 잠재력 실현, 전반적인 안녕 수준을 높이는 데까지 기여하게 되어(변연순 장희정, 1992) 삶의 질 증진에 필수적이며 삶의 질에 직접적인 영향을 미치므로 적절한 건강증진 행위방안을 모색하기 위한 노력이 요구된다.

본 연구에서 가족지지가 삶의 질을 3.81% 설명하여 관절염환자를 대상으로 한 송경애와 김명자의 연구(1993)에서 가족지지가 9.11%, 최혜경(1987)의 연구에서는 15.32%, Burckhart(1985) 연구에서는 사회적 지지가 삶의 질을 10%를 설명한 것보다 낮게 나타났다. 이는 만성적 질병을 가지고 있는 환자의 관리는 대부분 가정에서 이루어지고, 질병상태를 매개로 형성되는 가족 구성원간의 상호작용의 질이나 형태가 대상자가 가족으로부터 취할 수 있는 관심과 배려의 정도로 인지되어 대상자의 질병관리 행태에 직간접으로 영향을 미치고 있음을 시사한다. 가족은 사회적 지지를 제공할 수 있는 가장 근원적인 일차집단으로 위기상황에 처한 개인은 무엇보다도 가족의 지지를 원하고 있기 때문에 가족은 실제적인 역할을 부여해 줄 수 있다(Robert, 1976)고 추론할 수 있다. 이렇듯 가족지지가 대상자들의 치료적 이행 행위에 있어 가장 의미있는 영향을 미치고 나아가 이러한 관심과 격려는 우호적인 가족관계를 통해 계속 지원될 수 있는 비타산적인 자원임을 고려할 때 관절염환자의 가족을 대상으로 한 지지행위의 동기화와 개발을 위한 프로그램의 활성화가 이루어져야 할 것이다.

일상생활기능이 삶의 질을 2.52% 설명하였는데 활동 제한을 받는 대상자들에게는 일상생활동작의 수행능력 향상은 일상생활을 유지하는데 있어 매우 중요한 의미를 가지며 조기의 재활치료와 연결되어진다. 본 연구에서 운동회수( $r=0.19$   $p=0.0043$ )와 운동시간( $r=0.16$   $p=0.0145$ )이 ADL과 양의 상관관계가 나타났는데, 관절염환자를 대상으로 한 운동프로그램이 활동장애를 완화시키는데 효과가 컸다(오현수 서연옥, 1998)는 연구를 지지해 주고 있어 지속적으로 운동을 수행할 수 있도록 특별한 관심을 갖는 간호중재는 무엇보다도 중요하고

또 시급한 일이라 생각된다. Torrance(1987)는 신체적 기능과 정서적 기능이 삶의 질에 직접 영향을 준다고 하였으며, Burchhardt(1985)는 기능손상정도는 자아존중감과 내적통제위에 영향을 주어 간접적으로 삶의 질을 25% 설명하였다고 하였으며, 그 이후(1989년)에 독립, 신체활동상태, 자기간호능력, 건강상태, 안전감, 긍정적인 상호작용, 타인과의 관계 및 인생의 의미가 삶의 질의 중요한 영역이라고 주장하였다. Padilla 등(1990)도 삶의 질을 높일 수 있는 영역으로 독립감, 정상생활 및 일할 수 있다는 점을 제시하였다. 최근의 연구에서도 일상생활정도를 많이 할수록 삶의 질은 높았다(문명자, 1998)고 보고하였으며, 오와 김의 연구(1997)에서는 신체기능적 제한감이 질환에 대해 불확실감을 가중시킴으로 삶의 질에 영향을 주는 것으로 제시되었는데 이는 기능측면의 수행능력을 향상시킬 수 있는 중재전략을 개발하여 적용하는 것이 삶의 질을 높이는데 있어 중요한 과제가 될 것으로 생각된다.

통증이 삶의 질에 대하여 1.24%의 설명력을 나타내 허혜경(1999)와 최혜경(1987)의 연구보다 약간 높게 나타났다. 허의 연구에서 통증이 삶의 질에 대한 설명력(0.02%)은 낮았으나 활동제한에 영향을 미치며, 활동제한과 함께 역할감등에 직접적인 영향을 미치는 요인으로 나타났으며, 최(1987)의 연구에서도 통증이 삶의 질을 0.6%밖에 설명하지 못하였다. 이는 관절염 환자의 통증은 삶의 질에 영향을 미치는 중요한 지표이기는 하나, 통증은 우울, 정서적 변화, 사기저하, 무력감, 사회적 고립감, 활동제한을 경험하게 하거나 활동제한에 영향을 받으므로 통증이 삶의 질에 직접적인 영향을 미치기는 하나 다른 요인에 의해서 감소되어 나타남을 보여준 것이다. 삶의 질에 관련된 간호중재에 대한 연구에서 Magilvy(1985)는 신체, 정신, 사회 경제적 영역 및 증상조절을 통한 중재법을 제시하였으나, 본 연구에서는 통증이 조절되어야지 삶의 질이 증진되므로( $r=-0.32$   $p=0.0001$ ) 통증정도에 영향을 주는 운동시간, 운동회수 등과 같은 요인들을 계속 추적하여 우리 나라 상황에 맞는 통증조절 간호 중재안이 제시되어야 할 것이다.

본 연구에서 삶의 질을 예측하는 설명변수로는 지각된 건강상태, 건강증진생활양식, 가족지지, ADL, 가족수, 성별, 장애기간, 통증정도, 교육정도로 나타났으며 이 중 지각된 건강상태가 삶의 질을 31.11% 설명하는 것으로 나타났으며 이들 9개 변수가 삶의 질을 60.22 % 설명하였다. 이는 기존의 여러 연구결과와 부분적으로 유사하

었다.

관절염 증상은 환자의 통합성과 자아실현을 위협하는 경험으로서 삶의 모든 면에서 대처를 요구하기 때문에 총체적인 접근이 필요하다. 즉 관절염은 완치를 목표로 하기보다는 증상의 조절이 가능하다고 믿는 신념을 배양함으로써 질병에 대한 자조적 반응의 습득과 그것을 통한 삶의 만족도를 향상시키는 것이 중요 목표라 할 수 있을 것이다.

이상의 결과로 볼 때, 관절염 환자에게는 삶의 질에 영향을 미치는 가장 중요한 변수로 지각된 건강상태와 건강증진생활양식이 고려되어야 함을 확인할 수 있으나 지각된 건강상태는 간호중재로 직접 변화시키기가 어려운 요인이므로 대상자의 기대수준을 결정하도록 하고 삶의 질에 영향을 미치는 건강증진행위, 가족지지 등을 간호중재의 표적으로 삼아야 할 것이다. 그리고 관절염환자의 삶의 질을 조절하기 위한 방안으로 이상의 중요 변수와 인구학적, 일반적 특성이 고려된 포괄적인 접근이 요구된다고 사료되며 관절염 환자의 삶의 질에 영향을 미치는 변인들을 반복 연구하여 간호중재시 포함시켜야 할 것이다.

## V. 결론 및 제언

본 연구는 관절염 환자를 대상으로 삶의 질에 영향을 미치는 변수들을 파악하여 궁극적으로는 대상자들이 질한을 가지고 있으면서도 긍정적인 생의 의미와 만족스런 삶을 증진시키기 위한 기초자료를 제공하고자 시도되었다.

연구대상은 전북 J시, K시에 거주하면서 관절염이라는 진단을 받고 병원에 입원하여 치료를 받고 있거나 통원치료를 하는 231명을 대상으로 하였다.

연구도구는 통증정도를 측정하기 위해 도표평정척도 (Scott & Huskisson, 1976), 통제위성격(Wallston et al, 1976), 건강증진행위 도구(소회영 등, 1996), 가족지지(Moss & Insel), ADL(Lawton & Brody, 1971), 삶의 질(노유자, 1988)의 측정도구를 수정하여 사용하였다. 수집된 자료는 SAS를 이용하여 특성변인과 삶의 질과는 t-test, ANOVA, Scheffe 검증을, 제 변수들과의 관계는 Pearson Correlation, 삶의 질에 영향을 미치는 요인을 예측하기 위해 Regression을 이용하여 분석하였고 도구들의 신뢰도 검증을 위해서는 Cronbach Alpha를 구하였다.

연구결과는 다음과 같다.

- 1) 삶의 질의 평균점수는 3.09점(최대점수 5점)이었고, 삶의 질에 차이를 보인 일반적 특성은 연령( $F=5.13, p=0.0006$ ), 학력( $F=6.49, p=0.0003$ ), 결혼상태( $F=7.77, p=0.0005$ ), 월수입( $F=4.37, p=0.0020$ ), 의료혜택( $F=4.85, p=0.0087$ ), 지지자( $F=4.39, p=0.0050$ )의 6개 항목에 차이가 나타났으며, 질병관련특성으로는 통증관리방법( $F=5.92, p=0.0002$ ), 물리치료요법( $F=3.25, p=0.013$ ), 운동실시 여부( $F=4.62, p=0.0000$ ), 운동의 규칙성( $F=4.79, p=0.0000$ ), 운동회수( $F=6.29, p=0.0001$ ), 운동시간( $F=4.62, p=0.0043$ )의 6개 항목에서 유의한 차이가 나타났다. 관절염 종류에 따른 통증정도는 유의한 차이( $F=4.89, p=0.0008$ )가 나타났는데 감염성 관절염 환자가 통증을 가장 심하게 호소하였고 그 다음은 통풍, 류마치스성, 퇴행성관절염 순이었다. 통계학적인 차이는 약하지만 지각된 건강상태에서 '통풍'이 자신의 건강상태가 가장 양호하다고 지각하였으며 그 다음은 류마치스, 퇴행성, 감염성관절염 순이었다( $F=2.23, p=0.0669$ ).
- 2) 삶의 질과 지각된 건강상태( $r=0.56, p=0.0001$ ), 건강증진행위( $r=0.53, p=0.0001$ ), 가족지지( $r=0.46, p=0.0001$ ), 운동시간( $r=0.36, p=0.0001$ ), ADL( $r=0.36, p=0.0001$ ), 건강통제위( $r=0.32, p=0.0001$ ), 운동횟수( $r=0.32, p=0.0001$ )의 순으로 순상관 관계를 나타냈고, 통증정도( $r=-0.32, p=0.0001$ ), 통증관절 수( $r=-0.19, p=0.0041$ ), 장애 기간( $r=-0.14, p=0.0279$ )과는 역상관 관계로 나타났다.
- 3) 관절염 환자의 삶의 질에 가장 유의한 영향을 미치는 요인은 대상자가 인지하는 지각된 건강상태로서 31.11%를 설명하고 있고 그 다음은 건강증진행위(16.51%), 가족지지(3.81%), ADL(2.52%), 성별(1.86%), 가족수(1.36%), 통증정도(1.24%), 장애 기간(1.08%), 교육정도(0.67%)의 순으로 위의 변인들이 60.22%의 설명력을 보여주고 있다.

이상의 결과로 볼 때, 관절염 환자에게는 삶의 질에 영향을 미치는 가장 중요한 변수로 지각된 건강상태와 건강증진생활양식이 고려되어야 함을 확인할 수 있으나 지각된 건강상태는 간호중재로 직접 변화시키기가 어려운 요인이므로 대상자가 기대수준을 결정하도록 하고 삶

의 질에 영향을 미치는 건강증진행위, 가족지지 등을 간호중재의 표적으로 삼아야 할 것이다.

#### 제 언

1. 대상자들의 지각된 건강상태, 건강증진행위, 가족지지 등을 높일 수 있는 프로그램 개발이 필요하다.
2. 우리 문화 속에서 관절염 환자의 삶의 질에 영향을 미치는 변인들을 지속적으로 탐색하여 간호중재시 포함시켜야 할 것이다.
3. 여러 연구에서 발견한 관절염 환자의 삶의 질에 영향을 미치는 변수들에 대한 반복연구가 더 필요하다.

### 참 고 문 헌

강신화 (1996). 인공관절 전치환 성형수술전후의 일상 활동장애정도 및 삶의 만족도 비교연구. 류마티스건강학회지, 3(1), 37-49.

김가옥 외 (1994). 노인생활실태 분석 및 정책과제. 한국보건사회연구원.

김귀분 전은영 (1998). 일반 성인의 지각된 건강상태 및 건강증진생활양식이 생활만족에 미치는 영향. 성인간호학회지, 10(3), 548-557

김명자 (1990). 건강증진과 간호학. 신광출판사.

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

김연숙 (1993). 당뇨병환자가 지각하는 사회적지지와 삶의질과의 관계연구. 동남보건전문대학 논문집, 312

김애경 (1994). 성인의 건강개념과 건강행위에 대한 서술적 연구. 간호학회지, 24(1), 70-84.

김원숙 (1997). 만성관절염 환자의 삶의 만족도에 관한 연구. 류마티스 건강학회지, 4(1), 87-97.

김중숙 (1987). 한국노인의 생활만족에 관한 연구. 이화여자 대학원 박사학위 논문.

김종임, 김인자 (1995). 만성류마티스 환자의 일상생활 활동과 심리적 요인과의 관계. 기본간호학회지, 2(2), 155-168.

김화성, 조규남, 왕대식, 탁정환, 최현숙 (1997). 만성 질환자의 질병력과 심리적 특성과의 관련성. 가정의학회지, 18(2), 202-210.

김희자 (1994). 시설 노인의 근력강화운동이 근력, 근지구력, 일상생활기능 및 삶의 질에 미치는 효과. 서울

대 대학원 박사학위논문.

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

문명자 (1998). 만성관절염 환자의 삶의 질과 일상활동, 우울 및 자기효능감과의 관계. 성인간호학회지, 10(2), 259-167.

문정순 (1990). 성인의 건강신념 측정도구 개발 연구. 연세대학교 박사학위논문.

박선영, 박정숙 (2000). 류마티스관절염 환자가 받는 가족지지정도에 따른 일상활동과 삶의 질 차이. 류마티스 건강학회지, 7(1), 63-76.

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

방활란 (1991). 말기 신질환자의 삶의 질 측정도구 개발, 서울대학교 대학원 석사학위 논문.

석세일 (1995). 정형외과학. 서울: 최신의학사

양승희 (1989). 혈액투석환자의 삶의 질 정도에 관한 조사연구. 고려대 석사학위논문.

오복자 (1997). 위암환자의 건강증진행위와 삶의 질 영향분석. 대한간호학회지, 27(4), 901-911.

오현수 (1993). 여성관절염 환자의 건강증진과 삶의 질. 간호학회지, 23(4), 617-639.

오현수, 김영란 (1997). 류마티스성 관절염환자의 삶의 질에 대한 구조모형. 간호학회지, 27(3), 614-626.

오현수, 김영란(1998). 관절염 건강증진프로그램. 서울 도서출판 정담.

오현수, 서연옥 (1998). 메타분석을 통한 만성관절염 환자의 통합프로그램과 운동프로그램의 효과비교. 간호학회지, 28(4), 941-957.

오현수, 김영란 (1999). 관절염환자를 위한 건강증진프로그램의 개발. 간호학회지, 29(2), 314-327.

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

이상헌 (1994). 관절염의 정의, 증상 및 진단. 류마티스 건강학회지, 1(1), 117-125.

이숙자 (1993). 지리적 간호행위가 혈액투석환자의 대처방식에 따라 우울과 삶의질에 미치는 영향. 연세대학교 대학원 박사학위논문.

이은옥, 박상연, 김종임, 김인자, 김명자, 송경애, 이은남, 최희정, 박정숙, 서문자, 김명순, 소희영, 이미라

- 박인혜, 김영재, 이인숙, 임난영, 이경숙, 허혜경, 정여숙, 서인선 (1997). 자기효능 증진 방법을 사용한 자조관리 과정이 관절염 환자의 건강증진에 미치는 효과. 류마티스 건강학회지, 4(1), 1-14.
- 이상헌 (1994). 관절염의 정의, 증상 및 진단. 류마티스 건강학회지, 1(1), 117-216.
- 임현자, 문영임 (1998). 강직성 척추염환자의 통증, 가족지지와 삶의 질의과의 관계. 간호학회지, 28(2), 329-343.
- 최혜경 (1987). 만성관절염환자의 가족지지 치료지시 이행 및 삶의 만족간의 관계연구. 간호학회지, 17(3), 218-226.
- 허혜경 (1997). 만성통증환자의 생활경험에 관한 탐색 연구. 대한간호학회지, 27(1), 13-25.
- 허혜경 (1999). 관절염 환자의 역할갈등, 가족지지와 삶의 질과의 관계. 성인간호학회지, 11(1), 63-72.
- 하재구 (1986). 서울 시민의 삶의 질의형태와 시정부의 공공 정책의 발전 방향에 관한 연구. 한양대 대학원 박사학위 논문.
- 한상복, 이문웅, 김광익 (1992). 문화인류학 개론. 서울: 출판부.
- Agnes, V. D., Johanness, W. G., Grietje, A., Floor, W. K., & Johanness, W. B. (1994). Physical disability and psychological well being in recent onset rheumatoid arthritis. J. of Rheumatology, 21, 28-32.
- Blatch, M. (1994). Alternative therapies offer more say in care. Modern Midwife.
- 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 chronnic illness: A psychometric study Research in nursing a health, 12, 347-354.
- Bestard, S., & Courtenay, M. (1990). Focussing on wellness. Canadian Nurse, 96(12), 24-25.
- Chao, J. & Zyzanski, S. J. (1990). Prevalence of lifestyle risk factors in a family practice. Preventive Medicine, 19, 533-540.
- Campbell, A. (1976). Subjective measurement of well-being. American Journal of Psychology, 3, 117-124.
- Calman, K. C. (1984). Quality of life in cancer patients-an hypothesis. Journal of Medical Ethics, 10, 124-127.
- Crission, J. E. & Keefe, F. J. (1988). The relationship of locus of control to pain coping strategies and psychological distress in chronic pain patients. Pain, 35, 147-154.
- Devins, G. M., Edworth, S. M., Guthrie, N. G., & Martin, L. (1992). Illness intrusiveness in Rheumatoid arthritis: Differential impact on depressive symptom over the lifespan . Journal of Rheumatology, 19(5), 709-715.
- Deyo, R., Inui, T., Leininger, J., & Overman, S. (1982). Physical and sychosocial function in rheumatoid arthritis. Archs Intern Med, 142, 879-882.
- Dobos, R. (1976). The state of health and quality of life. The western journal of medicine, 125(1), 8-9.
- Dimond, M. (1979). Social support and adaptation to chronic illness: The case of maintance Hemodialysis. Research in Nursing and Health, 2, 101-108
- Dittmar, S. (1989). Rehabilitation Nursing. St. Louis: Mosby.
- Edwards. J. N., & Klemmack, O. L. (1976), Correlations of satisfaction : A Reexamination Journal of Gerontology, 28(4), 497-502.
- Felts, W., & Yelin, E. (1989), The economic impact of the rheumatic disease in the United States. Journal of Rheumatology, 16, 867-884.
- Fitzpatrick, R., Newman, S., Archer, R., & Shopley, M. (1991). Social support, disability and depression : A longtudinal study of rheumatoid arthritis. Social Science Medicine, 27(4), 399-403.
- Forrest, J. (1995), Assessment of Acute and Chronic Pain in Older Adults. Journal of Geron-tological Nursing, 21(10), 15-20.
- Freed, M. M. (1984). Quality of life: The physician's dilemma. Archives of Physical

- Medicine and Rehabilitation, 65, 109-111.
- Hamsher(1969), Feather(1967), Anderson(1977)
- Hersh, P. D., & Schaibe, K. E. (1967). Reliability and validity of internal-external control as a personality dimension. Journal of consulting Psychology, 31(6), 09-613.
- Holmes, S. (1985). Pursuit of happiness. Nursing Mirror, 161(3), 43.
- Johanna, C. J. M., & Ferdinand, C. E. (1985). The Quality of cancer patients: areview of the literature. Social Science & Medicine, 20(8), 809-817.
- Kovar, P. A., Allegrante, J. P., & Mackezie, C. R. ( ?). Supervised fitness walking in patients with osteoarthritis of knee. Annals of International Medicine, 116(7), 529-534.
- Kusaka, Y., Kondow, H., & Morimoto, K. (1992). Health life style are associated with higher natural killer cell activey. Preventive Medicine, 21, 602-615.
- Kzulbok, P. P. (1985). Social resources, health resources and preventive health behavior : patterns and predictors. Public Health Nursing, 2(2), 67-81.
- Laffrey, S. C. (1990). An exploration of adult helthy-behaviors. Western J of Nursing Research, 12(4), 434-447.
- Lanza, A. F., Schiaffino, K. M., Camerron, A. E. & Revenson, T. A. (1991). Derterminants of helpful and unhelpful support for rheumatic disease patients. Paper presented at the Annual Meetings the American psychological Association. San Francisco, CA.
- Laborde, J., & Power, M. (1985). Life satisfaction, health control orientation, and illness-related factors in persons with osteoarthritis. Nursing and Health, 8, 183-190.
- Lambert, C. E., Jr., & Lambert, V. A. (1987). Hardiness : Its development and relevance to nursing. Image, 19, 92-95.
- Lubkin, I. M. (1990). Chronic illness, 2nd.ed., Boston, Jones and Barlett publishers.
- Manne, S., & Zautra, A. J. (1989). Spouse criticism and support: Their association with coping and pasychological adjustment among woman with rheumatoid arthritis. Journal of Person-ality and Social Psychology, 56, 608-617.
- McCaffery, M., & Beebe, A. (1989). Pain. St Louis, C. V., Mosby.
- Meenan, R. F., Yelin, E. H., Nevitt, M., & Epstein, W. V. (1981). The impact of chronic disease: A sociomedical profile of rheumatoid arthritis. Arithritis and Rheumatism, 24, 544-549.
- Moroflubkin Ilene (1990). Chronic Illness: impact and intervention (2nd Ed.), Jones and Bartlett Publishers, Boston.
- Mullen, P., Laville, E., Biddle, A., & Lorig, K. (1987). Efficacy of psychoeducational inter-ventions on pain, depression, and disability in people with arthritis: A meta-analysis. Journal of Rheumatology, 14, 33-39.
- 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.
- 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.
- Phares, E. J. (1976). Locus of control in personality. General Learning Press. Polit & Hunger(1978).
- Pender, N. J. (1987). Health promotion in Nussing Practicr(2nd ed.). Norwalk, CT: Appleton & Lange.
- Parker, J., Frank, R., Beck, K. (1988). Pain

- in RA; Relationship to demographic, medical and psychological factors. J. of Rheumatology, 15, 3, 433-437.
- Pender, N. J. (1985). Health promotion in nursing practice (Ed). Norwalk, CT; Appleton-century-Crofts.
- Riemsma, R. P., Taal, E., Brus, H. L. M., Rasker, J. J., & Wiegman, O. (1997). Coordinatted individual education with an arthritis paaport for patients with rheumatiod arthritis. Arthritis care & Rearch, 10(4), 238-249.
- Rotter, J. E. (1954). Social Learning and Clinical Psychology. Englewood Cliffs, NJ, Prentice-Hall.
- Robert, S. C. (1976). Behavioral concept and nursing throughout the life span, New Jersey Prentice-Hall Co.
- Sarason, I. G., Levin, H. M., Basham, R. B. (1983). Assessing social support : The social support questionnaire. J. Pers. Soc. Psychole, 44(1) 127.
- Sarason, B. R., Pierce, G. R., Sarason, I. G. (1990). Social Support : The sence of acceptance and the role of relationship. New York: wiley.
- Scott, J., Huskisson, E. C. (1976). Graphic representation of pain. Pain, 2, 175-184.
- Steele, J. L., Mc Brown, W. H. (1972). conceptual and empirical dimensions of health behavior. J. of Health Social Behavior, 13, 382-392.
- Torrance, G. N. (1987). Utility approach to measuring health-related quality of life Journal of Chronic Disease, 40(6), 593-600.
- Walker, S. N. Sechrist, K. R., & Pender, N. J. (1987). The Health-Promoting Lifestyle Pro-file: Development and Psychometric Character-istics. Nursing Research, 36(2), 76-81.
- Wallston, B. S., Wallston, K. A., Kaplan, G. D., Madies, S. A. (1976). Development and vail-dation of the health locus of control (HLC)scale, Journal of Consulting and Clinical Psy-chology, 44, 580-585.
- Wallston, K. A., Wallston, B. S., DeVellis, R. (1978). Developmont of the Multidimensional Health Locus of Control(MHLC)scales, Health Education Monographs, 6, 160
- Weinberger, Hiner, Tterney(1989)
- Weinberger, M., Hiner, S., & Tierney, W. (1986). Improving functional status in arthritis; the effect of social support. Soc Sci Med, 23, 899-904.
- Weinberger, M., Booher, P., Tierney, W. & Katz, B. (1986). Can the provision of information to patients with osteoarthritis improve functional status? Arthritis & Rheumatism, 32(12), 1577-1583.
- Young, L. D. (1992). Psychological factors in rheumatoid arthiritis. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60(4), 619-629.
- Young, K. J. Longman, A. J. (1983). Quality fo life and person with melanoma : pilot study. Cancer Nursing, 6, 219.

- Abstract -

Key concept : Arthritis, Quality of life

## Investigation on Factors Influencing the Quality of Life of Arthritis Patients

*Oh, Hyun Ja\**

In this paper, I will examine the variables influencing the Quality of Life of arthritis patients and present basic materials which help arthritis patients have positive thinking in life and ultimately lead a satisfactory life.

The subjects for this study are 231 inpatients and outpatients with arthritis living in J and K city in Chonbug Province.

For the analysis of collected data I employed the SAS program. The variables for characteristics and the quality of life were analysed by descriptive statistics, T-test and ANOVA, and the relations among variables were analysed through Pearson Correlation; the Regression method was employed to predict the factors affecting quality of life. For the validity of reliance on measuring equipment Cronbach Alpha was used.

The results of the study are as follows :

(1) The mean score of quality of life of arthritis patients is 3.09(5 in the maximum).

The general characteristics which affect the quality of life are age(F=5.13, p=0.0006), standard of education(F=6.49, p=0.0003), marriage status(F=7.77, p=0.0005), monthly pay(F=4.37, p=0.0020), medical benefits (F=4.85, p=0.0087), and supports(F=4.39, p=0.0050).

For the disease-related characteristics, there

is a significant difference in the 6 items: pain control method(F=5.92, p= 0.0002), physical therapy(F=3.25, p=0.013), whether or not patients exercise(F=4.62, p=0.0000), regularity of exercise(F=4.79, p=0.0000), frequency of exercise(F=6.29, p=0.0001), and amount of exercise(F=4.62, p=0.0043).

Depending on the type of arthritis, there is also a significant difference in the degree of pain felt. The patients with infectious arthritis suffer from pain the most, followed by those with gout, rheumatism and degenerative arthritis, in that order. Although statistics don't show any convincing evidence, those with gout perceive that they are in best health condition, followed by those with rheumatism, degenerative arthritis, and infectious arthritis, in that order(F=2.23, p=0.0669).

(2) The quality of life of arthritis patients is correlated positively with perceived health status(r=0.56, p=0.0001), health promoting behavior(r=0.53, p=0.0001), family support (r=0.46, p=0.0001), amount of exercise (r=0.36, p=0.0001), ADL(r=0.36, p=0.0001), HLOC(r=0.32, p=0.0001), frequency of exercise(r=0.32, p=0.0001)in that order, while correlated negatively with the degree of pain felt(r=-0.32, p=0.0001), the number of pain regions(r=-0.19, p= 0.0041), and the duration of pain(r=-0.14, p=0.0279).

(3) Regression analysis reveals that the most powerful predictor of the quality of life is perceived health status, which account for 31.11%. The other predictors of the quality of life, which account for 60.22%, are health promoting behavior(16.51%), family support(3.81%), ADL(2.52%), gender(1.86%), the number of family members(1.36%),

---

\* Kunsan College of Nursing

level of pain(1.24%), duration of pain (1.08%), and level of education(0.67%).

The results of the study show that perceived health status and health promoting behavior are the two most important variables. However, considering that the perceived health condition is difficult to control by nursing intervention, it is suggested that the level of expectation for patients, must be decided first, and the health

promoting behavior and the family support influencing the quality of life must be taken into account as targets for nursing intervention.

As a way of controlling the quality of life, I think that a more comprehensive approach comprising the above important variables along with demographic and general characteristics is needed. I also suggest that we must continue to explore the variables affecting the quality of life and include those variables in nursing intervention.