

ISSN 1229-6090

간 호 학 논 집

KOREA UNIVERSITY NURSING JOURNAL

2010년 제12권



고려대학교 간호학연구소

Nursing Research Institute
College of Nursing, Korea University

발 간 사

유 호 신
(간호학연구소 소장)

안녕하십니까?

2010년도 고려대학교 간호학연구소의 주요 활동은, 연구활동과 전문교육훈련활동으로 크게 구분됩니다. 연구활동에서는 국내외 국의 학술심포지움을 2차례 시행하였고, 또한 교수님들의 연구비지원 연구에 대한 학술연찬회가 4차례 개최된 바 있습니다. 뿐만 아니라 간호학연구소의 자체 연구비 발주로 총 3편의 연구성과를 이룩하였습니다. 전문교육훈련활동 분야의 2010년도 가장 큰 성과는 서울시 중등보건교사를 대상으로 한 직무연수교육으로서 하계와 동계 방학기간을 활용하여 2차례 시행한 바 있습니다. 또한 하계와 동계에 걸쳐 요양시설 거주 노인의 이상징후 관리라는 주제로 각 분야의 전문가를 모시고 교육프로그램을 개최하였습니다.

이러한 성과에 힘입어 고려대학교 연구처에서 주관한 연구소 평가에서 2008년도에 이어 2009년도에도 연이어 의학계열 연구소 중 2위의 높은 점수로 우수연구소 인증을 획득한 바 있습니다.

2011년에도 간호학연구소는 ‘만성질환관리와 건강증진사업 전반에 걸친 이론과 실무에 대한 연구를 통하여 한국 간호학 발전에 이바지하고 간호대상자의 건강 증진을 지향한다.’는 설립목적을 달성하기 위한 노력을 지속함으로써 간호학의 학문적 발전 및 나아가 사회기여의 책임과 의무를 다하기 위한 노력을 지속할 것입니다.

이러한 노력의 결실로 올해에도 고려대학교 간호학연구소 논문집을 발간하게 되었습니다. 그동안 성원을 주셨던 것처럼 올 한 해에도 고려대학교 간호학연구소의 발전을 위하여 지속적인 관심과 지지를 당부 드립니다.

2010. 12

목 차

- 발 간 사
- 파킨슨병 환자의 극복력과 영향요인
..... 김성렬, 정선주, 신나미, 신혜원, 김미선, 이숙자 ... (7)
- 청소년의 분노 • 분노표현 유형과 정신 • 신체 • 사회적 건강
..... 박영주, 한금선, 신나미, 강현철, 천숙희, 윤지원, 신현정 ... (17)
- 한국과 일본의 지역사회간호 연구 동향 고찰
..... 유호신, 田中美加, 有田久美, 조정현 ... (29)
- 생의주기별 흡연유형 및 흡연유형별 흡연관련 변수에 관한 연구
..... 김근면, 장성옥, 김순용, 임세현 ... (39)
- 지역사회 거주 만성정신질환자의 희망, 우울, 자살사고의 상관관계
..... 한금선, 박영희, 임희수, 주기영, 배문혜, 강현철 ... (53)

Contents

- ◇ **Resilience in Patients with Parkinson's Disease** (7)
Kim, Sung Reul / Chung, Sun Ju / Shin, Nah-Mee / Shin, Hae-Won / Kim, Mi Sun / Lee, Sook Ja
- ◇ **Anger, Anger expression and Biopsychosocial Health in Korean Adolescents** (17)
Park, Young Joo / Han, Kuem Sun / Shin, Nah Mee
Kang, Hyun Cheol / Chun, Sook Hee / Yoon, Ji Won / Shin Hyun Jeong
- ◇ **A Review of Community Health Nursing Research in Korea and Japan** (29)
Ryu, Ho Sihm / Tanaka, Mika / Arita, Kumi / Cho, Jeong Hyun
- ◇ **A Study on smoking types and smoking variables: Comparisons among groups by life cycle and smoking type** (39)
Kim, Geun Myun / Chang, Sung Ok / Khim, Soon Yong / Lim, Se Hyun
- ◇ **Hope, Depression and Suicidal ideation in chronic mental illness patients** (53)
Han, Kuem Sun / Park, Young Hee / Im, Hee Su / Bae, Moon Hye / Ju, Gi Young / Kang, Hyun Chul

파킨슨병 환자의 극복력과 영향요인

김성렬¹⁾ • 정선주²⁾ • 신나미⁵⁾ • 신혜원³⁾ • 김미선⁴⁾ • 이숙자⁶⁾

서 론

1. 연구의 필요성

파킨슨병은 흑질의 도파민성 신경세포의 소실을 초래하는 퇴행성 뇌질환으로 유병률은 전 세계적으로 인구 10만 명당 18~418명으로 보고되고 있으며 발병률은 1년에 10만 명당 4.9~26명으로 추정되고 있다(Jankovic & Tolosa, 2002). 최근 국내 보고 자료에 의하면 파킨슨병 환자의 국내 유병률은 연평균 13.9%씩 증가하여 2004년 39,265명이었던 환자의 수가 2008년 65,945명으로 약 1.7배 증가하였다(Health Insurance Review & Assessment Service, 2009).

파킨슨병의 증상은 운동성 증상과 비운동성 증상으로 나누어지며, 운동성 증상은 안정 시 진전, 서동증, 경직, 균형장애, 보행동결, 구부정한 자세 등이 있고, 비운동성 증상은 수면장애, 통증, 변비, 소변장애, 발한장애, 피로, 우울, 불안 등이 포함된다(Adler, 2005; Jankovic & Tolosa, 2002; Shulman, Taback, Bean, & Weiner, 2001). 파킨슨병 환자의 소실된 신경세포를 재생시키는 근본적인 치료법은 아직 없으며, 현재의 치료는 약물 혹은 수술적인 치료, 운동 치료를 통하여 증상을 조절하는 것이다(Presented by the Parkinson Study Group et al., 2009).

초기 단계의 파킨슨병 환자는 소량의 약물로 증상이 잘 조절되어 일상생활을 수행하는데 도움을 전혀 필요로 하지

않지만, 진행된 파킨슨병 환자는 기본적인 일상생활 등에 어려움을 경험하게 되고 이러한 일상생활의 장애는 질병이 진행됨에 따라 계속 증가한다(Koplas et al., 1999). 과거에는 파킨슨병 환자의 운동증상과 이에 대한 치료에 관한 연구가 주를 이루었으나 최근에는 파킨슨병 환자의 삶의 질이나 우울, 조기 은퇴로 인한 소외감, 가족 간의 갈등 등 환자들이 경험하는 사회심리적인 문제에 관한 연구들이 증가하고 있다(Calne, Lidstone, & Kumar, 2008; Koplas et al., 1999; Shulman et al., 2001; Sohng, Moon, Lee, & Choi, 2007).

Shapiro(2002)는 노인의 대다수와 18~44세 젊은 성인의 3분의 1에 해당하는 인구가 만성질환을 갖고 있다고 언급하면서 이들의 질병 및 증상관리에 도움을 줄 수 있는 사회심리적인 요인 중 극복력이 만성질환자와 가족에게 중요하다고 하였다. 극복력이란 개인이 역경으로부터 회복하여 긍정적인 적응결과를 가져오게 하는 사회 심리적 능력을 표현하는 개념으로(Kim & Yoo, 2004; Wagnild & Young, 1993) 생의 과정 가운데 어려운 상황이나 역경, 스트레스, 고통을 성장의 경험으로 전환하고 앞으로 나아가는 능력을 말한다(Polk, 1997). 또한 극복력은 모든 인간이 어려움이나 스트레스 상황에 처해 있을 때 이를 이겨낼 수 있는 긍정적인 힘과 강점을 지니고 있다는 전제 하에 위기에서 원래대로 되돌아갈 수 있는 능력, 끊임없는 도전을 극복하는 힘으로 언급되며, 위기와 도전에 대한 반응으로 인내하고 성장해 가는 역동적 과정

을 의미한다(Walash, 1998). 이처럼 극복력의 개념은 초기 연구에서는 개인이 타고난 선천적으로 획득된 고정적인 능력이나 특성으로 표현되었으나(Jacelon, 1997) 이후에는 결과(Vinson, 2002)나 발달 단계 및 환경에 따라 변화하는 대처과정의 다면적이며 역동적인 본질을 내포하고 있는 과정으로 설명되고 있다(Olsson, Bond, Burns, Vella-Brodrick, & Sawyer, 2003). Hardy, Concato와 Gill(2004)은 지역사회 거주 노인을 대상으로 극복력을 조사한 결과, 극복력은 우울 정도가 낮고 독립적인 일상생활 수행능력이 가능하며 자가 측정된 건강(self-rated health)의 정도가 높을수록 높다고 하였으며, Yoo(2004)는 류마티스 관절염 환자의 극복력을 연구한 결과, 환자의 극복력은 일상생활 정도, 우울과 상관관계가 있다고 하였다. 또한 암 환자의 극복력에 영향을 미치는 요인을 연구한 결과(Lee, 2005) 극복력은 환자의 연령, 결혼 상태에 따라 차이를 보이며 교육 정도가 높을수록 또 경제상태가 좋을수록 높게 나타났다고 하였다. Pollack, Stein과 Davidson(2004)는 불안장애 환자의 극복력은 정상인보다 낮다고 하면서, 불안장애 환자를 대상으로 2~3개월간 인지-행동 치료(Cognitive-behavioral therapy)와 약물요법을 병용한 결과 극복력이 유의하게 높아졌다고 보고하였다. 또한 극복력의 점수가 높은 집단은 효과적이며 대처기전을 사용하고, 긍정적인 감정을 가지며, 자기주도적이며, 부정적인 감정 및 우울 증상이 적고, 스트레스 수준이 낮다고 하였다(Steinhatdt & Dolbier, 2008).

이와 같이 파킨슨병은 혼란 만성 퇴행성 질환으로 완쾌가 어렵고 계속적으로 진행되는 경과를 거치며, 병의 주요 증상으로 우울과 불안을 동반하므로(Adler, 2005; Jankovic & Tolosa, 2002; Shulman et al., 2001), 파킨슨병 환자들이 자신의 질환을 이해하고, 질병 및 증상을 관리하는 데 있어 무엇보다 중요한 것이 극복력 증진이라고 사료된다. 그러나 현재 파킨슨병 환자의 극복력에 관한 연구는 거의 전무한 상태이므로 이들의 극복력 증진을 위해서는 어떠한 요인이 주요하게 고려되어야 하는지 우선적으로 연구되어야 할 필요가 있다.

따라서 본 연구자는 다양한 간호문제를 갖고 있는 파킨슨병 환자의 극복력 정도를 조사하고 이에 영향을 주는 주요 요인을 확인함으로써, 추후 파킨슨병 환자가 자신의 질병에 긍정적으로 대처하고 적응하도록 돕는데 기초자료를 제공하고자 본 연구를 시도하였다.

2. 연구목적

본 연구의 구체적인 목적은 다음과 같다.

- 파킨슨병 환자의 극복력 정도를 확인한다.
- 파킨슨병 환자의 극복력에 영향을 미치는 요인을 규명한다.

3. 용어정의

1) 극복력

생의 과정 중 어려운 상황이나 역경, 스트레스, 고통을 성장의 경험으로 전환하고 앞으로 나아가는 능력을 말하며(Polk, 1997), 본 연구에서는 Wagnild 와 Young(1993)이 개발한 극복력 측정도구를 Song(2004)이 번역하여 사용한 도구를 이용하여 측정한 값으로 정의한다.

2) 우울

자신에 대한 부정적인 인식의 결과로써 근심, 침울함, 실망감, 상실감, 무력감, 무가치함을 나타내는 정서적 상태를 의미하며(Beck, 1967), 본 연구에서는 Beck(1967)이 개발한 Beck Depression Inventory (BDI)를 Lee와 Song(1991)이 번역하여 사용한 도구를 이용하여 측정된 값으로 정의한다.

3) 불안

불안이란 불 특제적이고 의식적으로 인식할 수 없는 위협에 대한 긴장, 우려, 두려움 등의 정서적 반응으로써 생리적 각성과 함께 여러가지 유형의 두려운 행동과 감정이 혼합된 주관적 느낌으로(Spielberger, 1972), 본 연구에서는 Spielberger(1972)의 자가평가 불안 측정도구를 Kim과 Shin(1978)이 번역하여 사용한 도구를 이용하여 측정된 값으로 정의한다.

연구방법

1. 연구설계

본 연구는 파킨슨병 환자의 극복력 정도와 이에 영향을 미치는 요인을 확인하기 위한 서술적 조사연구이다.

2. 연구대상 및 자료수집

본 연구는 서울시내 소재 1개 3차 의료기관 신경과에 입원한 환자 및 외래를 방문한 파킨슨병 환자를 근접모집단으로 하여 다음과 같은 대상자 선정기준에 적합한 환자 150 명을 편의표출 하였다. 그 중 설문지의 완성도가 낮은 2부를 제외하여 실제 분석에 사용된 연구대상은 148명이다. 대상자 선정기준은 다음과 같다.

- 본 연구의 목적을 이해하고 서면동의 한 환자
- 비특이성 파킨슨증후군이나 파킨슨병 이외에 다른 질환이 없는 환자

* 본 연구는 2009년도 고려대학교 간호학연구소의 연구비를 지원받아 시행되었음. 본 논문은 성인간호학회지 제22권, 제1호, 2010년 2월호에 게재된 논문임.

주요어 : 파킨슨병, 극복력

1) 서울아산병원 신경과 임상전문간호사 • 고려대학교 간호대학 박사과정

2) 서울아산병원 신경과 전문의

3) 서울아산병원 신경과 전문의

4) 고려대학교 간호대학 조교수

5) 고려대학교 간호대학 교수 (교신저자 E-mail: scslee@korea.ac.kr)

6) 고려대학교 간호대학 교수 (교신저자 E-mail: scslee@korea.ac.kr)

투고일: 2010년 11월 17일 / 수정일 2010년 2월 8일 / 게재확정일 2010년 2월 15일

- 혼돈증상이 없으며 지남력이 정상인 환자
- 의사소통에 어려움이 없는 환자
- 파킨슨병을 진단받은 지 6개월 이상 경과한 환자
- 대상자의 진료기관에서 실시하고 있는 파킨슨병 관련교육을 1회 이상 받은 자

본 연구대상자의 수는 Cohen의 Power analysis 에 근거하여 유의수준 (α)=.05, 회귀분석의 중간 크기효과 .15, 검정력 (1- β)은 .80으로 www.power-analysis.com을 이용하여 계산하였으며, 최소 인원은 147명으로 산출되었고 실제 본 연구의 대상은 148명이었으므로 연구대상자의 수는 적절하다고 판단되었다. 또한 연구를 진행한 의료기관은 파킨슨병 환자에게 처음 내원하여 진료 받은 후 임상전문간호사나 코디네이터로부터 30분 정도 질환에 대한 개별 교육을 정기적으로 시행하고 있으므로, 본 연구대상자 선정기준에 이와 관련한 기준을 포함하였다.

3. 연구도구

본 연구에서 사용된 연구도구는 다음과 같다.

1) 극복력

본 연구에서 사용한 극복력 측정도구는 Wagnild와 Young (1993)이 개발한 극복력 측정도구를 Song (2004)이 번역하여 사용한 도구를 이용하였으며, 이메일을 통해 Wagnild의 허락을 받아 사용하였다. 이 도구는 노인을 대상으로 개발된 개인의 유능성과 자신의 삶에 대한 수용력을 평가하기 위한 척도로 극복력 측정에 가장 많이 이용되는 도구이다. 이 도구는 개인의 유능성에 관한 17문항과 자신의 삶의 수용에 관한 8문항의 총 25문항으로 각 문항은 '전혀 그렇지 않다' 1점에서 '매우 그렇다' 7점까지의 7점 척도로 구성되어 있다. 점수범위는 최저 25점에서 최고 175점까지로 점수가 높을수록 극복력 정도가 높은 것을 의미한다. 개발 당시 본 도구의 내적 일관성 신뢰도는 Cronbach's α =.91이었으며, Song (2004)의 연구에서는 Cronbach's α =.87, 본 연구에서는 Cronbach's α =.84이었다.

2) 우울

본 연구에서 사용한 우울측정도구는 Beck (1967)이 개발한 우울측정도구(Beck Depression Inventory, BDI)를 Lee와 Song (1991)이 번역하여 사용한 도구를 이용하였다. BDI는 정서적, 인지적, 동기적, 생리적 증후군의 4개 영역을 포함하여 총 21문항으로 각 문항은 0점에서 3점까지의 4점 척도로 구성되어 있다. 점수범위는 최저 0점에서 최고 63점까지로 점수가 높

을수록 우울 정도가 심한 것을 의미한다. 개발 당시 본 도구의 내적일관성 신뢰도는 Cronbach's α =.86이었으며, Lee와 Song (1991)의 연구에서는 일반인의 경우 Cronbach's α =.78, 우울 환자의 경우 Cronbach's α =.85이었고, 본 연구에서는 Cronbach's α =.88이었다.

3) 불안

본 연구에서 사용한 불안 측정도구는 Spielberg (1972)가 고안한 특성불안 척도를 Kim과 Shin (1978)이 번역하여 사용한 도구를 그대로 이용하였다. 이 도구는 자가보고형의 긍정적 문항 7문항, 부정적 문항 13문항의 총 20문항으로 각 문항은 '대단히 그렇다' 1점, '보통 그렇다' 2점, '조금 그렇다' 3점, '전혀 그렇지 않다' 4점까지의 4점 척도이며, 각 문항 중 1, 6, 7, 10, 13, 16, 19번 문항은 역으로 환산된다. 점수 범위는 최저 20점에서 최고 80점까지이며, 점수가 높을수록 특성불안이 높은 것을 의미한다. 본 도구의 내적 일관성 신뢰도는 Kim과 Shin (1978)의 연구에서 Cronbach's α =.86이었으며, 본 연구에서는 Cronbach's α =.88이었다.

4) 일반적 특성 질문지

(1) 인구나사회학적 특성

인구나사회학적 특성은 환자의 연령, 성별, 학력, 결혼상태, 종교, 가족의 월 소득과 여가활동 유무, 거주지, 직업의 유무 및 낮 동안 누구와 함께 시간을 소요하는지를 측정하였다.

(2) 임상적 특성

임상적 특성은 환자의 질병발병 연령, 유병기간, 레보도파를 이용한 치료기간, 파킨슨병 관련소요비용, 일일 레보도파 투여 용량, 운동 변동(motor fluctuation) 유무, 이상운동 유무, 환시 유무, 파킨슨병 중등도 단계, 일상생활 수행능력 및 인지기능 정도를 측정하였다. 그 중 일상생활 수행능력 및 인지기능 정도를 측정하기 위해 사용된 도구는 다음과 같다.

일상생활 수행능력: 일상생활 수행능력의 측정은 파킨슨병 환자에게 적합하게 만들어진 Schwab and England Activities of Daily Living Score (ADL)을 이용하였다. 이 도구는 10개의 척도로 구성되어 있으며, 100%는 모든 기능을 완벽히 할 수 있는 것을 의미하고, 0%는 도움없이 어떠한 행위도 할 수 없음을 의미한다(Watt & Koller, 1997).

인지기능 측정도구: 파킨슨병 환자의 인지기능 정도는 한국어판 간이정신상태 검사(Korean-Mini Mental State Examination, K-MMSE)를 이용하였다. 이 도구는 Kwon과 Park (1989)이 한국 노인들에게 적합한 6개 영역의 9개 문항으로, 시간 및 장소에 대한 지남력, 기억 동력, 주의력, 계산능력, 기억 회상, 언어 기능, 이해력, 판단의 항목으로 구성되어 있

다. 점수가 높을수록 인지기능 정도가 높은 것을 의미하며, 최고 30점 만점으로 평가한다.

4. 자료수집

본 연구의 자료수집기간은 2009년 4월 1일부터 8월 20일까지 약 5개월간으로, 연구변인에 대한 측정도구 설문지, 병록 기록지 및 환자와의 면담을 통해 자료수집하였다. 회수된 설문지 총 150부 중 설문지의 완성도가 낮은 2부를 제외한 148부를 본 연구분석 자료의 대상으로 하였다.

본 연구는 자료수집에 앞서 본 연구대상자가 등록되어 있는 해당 의료기관의 임상연구센터(IRB, Institute Review Board)의 심의과정을 통과한 후(AMC IRB 2009-0137), 신경과에 입원한 환자 및 외래 환자 중 임상전문간호사나 코디네이터 간호사로부터 본 연구의 목적을 듣고 서면 동의한 환자를 대상으로 설문지를 이용하여 자료수집하였다. 설문지를 작성하는 장소는 외래나 병동의 조용한 면담실을 이용하여 작성하도록 하였으며, 설문지 작성 시 보호자는 외래 대기실이 나 병동 휴게실에 있도록 하여 가능한 환자가 자신의 극복력 및 우울, 불안 상태를 있는 그대로 작성할 수 있도록 하였다. 설문지 작성 후 추가로 면담을 실시하여 환자의 임상적 특성을 확인하여 기록하였다.

5. 자료분석

수집된 자료는 SPSS/WIN 11.5 프로그램을 이용하여 다음과 같이 분석하였다.

- 인구나사회학적 특성 및 임상적 특성, 극복력, 우울, 불안 정도는 기술통계를 이용하여 분석하였다.
- 인구나사회학적 특성 및 임상적 특성에 따른 극복력은 t-test와 ANOVA로 분석하였다.
- 임상적 특성과 극복력, 극복력과 우울, 우울과 불안과의 관계는 Pearson's correlation coefficients를 이용하였다.
- 극복력에 영향하는 요인은 단계별 다중회귀분석을 이용하여 분석하였다.
- 본 연구에서 사용한 도구의 내적일관성 신뢰도는 Cronbach's α 계수를 이용하였다.

연구결과

1. 파킨슨병 환자의 일반적 특성

본 연구대상자의 일반적 특성 중 인구나사회학적 특성 및

임상적 특성에 대한 연구결과는 다음과 같다.

1) 인구나사회학적 특성

본 연구대상자의 인구나사회학적 특성 중 성별은 남자가 62명(41.9%), 여자가 86명(58.1%)이었으며, 평균 연령은 62.2±9.5세이었다. 학력은 초등학교 졸업이 41명(28.7%), 고졸 39명(27.3%), 대졸 30명(21.0%), 중졸 26명(18.2%)이었다. 결혼 상태는 기혼이 111명(75%)이었고, 종교가 있는 환자는 113명(76.4%)이었다. 또 직업을 갖고 있는 환자는 15명(10.1%)이었고, 배우자와 거주하는 경우가 110명(74.3%), 혼자 거주하고 있는 환자 11명(7.4%), 간병인과 거주하는 환자 6명(4.1%)이었다. 낮 시간을 배우자와 함께 보내는 환자가 54명(36.5%), 혼자 시간을 보내는 환자가 43명(29.1%)이었다. 취미 생활을 하는 환자는 63명(42.6%)이었고, 대도시 에 거주하는 환자가 74명(50%)이었다(Table 1).

2) 임상적 특성

본 연구대상자의 임상적 특성 중 평균 유병기간은 8.8±5.6년, 파킨슨병의 평균 발병연령은 53.4±11.8세이었다. 레보도파를 이용한 치료 기간은 평균 7.7±5.4년이었으며, 일일 레보도파 투여 용량은 평균 797.4±383.6 mg 이었다. 환자 중 운동변동 증상을 보이는 환자는 83명(56.1%), 이상운동 증상을 동반한 환자는 73명(49.3%), 약으로 인한 환시를 동반하고 있는 환자는 13명(8.8%)이었다. 대상자들은 한 달 평균 13.1±20.9만원의 비용을 파킨슨병으로 소요하고 있었으며 최대 200만원의 비용을 소요하고 있는 환자도 있었다. 또 파킨슨병의 중등도 단계(Median Hoehn and Yahr 단계)는 평균 2단계로 환자의 양측에 증상은 있으나 중심 잡는 기능은 유지된 환자가 가장 많았다. 일상생활 수행능력은 평균 86.4±7.3%이었고, 한국어판 간이정신상태 검사로 측정한 인지기능의 평균 점수는 26.9±2.8(범위, 18-30)이었다(Table 2).

2. 파킨슨병 환자의 우울 및 불안

본 연구대상자의 우울 점수는 평균 12.9±9.3점으로 최소값은 0점, 최대값은 40점이었으며, 불안 점수는 평균 41.9±11.1으로 최소값은 20점, 최대값은 68점 이었다.

3. 파킨슨병 환자의 극복력

본 연구대상자 전체의 극복력 정도는 평균 127.7±21.6점으로 최소값은 72점, 최대값은 172점이었으며, 그 중 남자 환자의 극복력 점수는 130.6±21.4점, 여자 환자의 극복력 점수는 125.5±21.7기이었다.

Table 1. Differences of Resilience Scores by General Characteristics

(N=148)					
Characteristics	Categories	n (%)	M±SD*	t or F	p
Sex	Male	62 (41.9)	130.6±21.4	1.411	.160
	Female	86 (58.1)	125.5±21.7		
Age (year)	31~40	4 (2.7)	130.5±20.2	0.555	.735
	41~50	10 (6.7)	134.0±26.4		
	51~60	42 (28.4)	125.5±22.4		
	61~70	59 (39.9)	126.7±23.1		
	71~80	30 (20.3)	130.3±16.7		
	81~90	3 (2.0)	138.3±11.7		
Educational level (n=143)	None	7 (4.9)	127.9±17.7	1.466	.216
	Elementary	41 (28.6)	126.1±22.5		
	Middle	26 (18.2)	120.3±24.9		
	High	39 (27.3)	130.5±17.8		
	College	30 (21.0)	133.3±23.1		
Marital status	Not married	2 (1.4)	130.5±24.7	0.699	.554
	Married	111 (75.0)	129.1±22.5		
	Divorced	10 (6.7)	123.4±20.4		
	Bereaved	25 (16.9)	122.9±17.5		
Religion	Yes	113 (76.4)	127.5±22.5	-0.123	.902
	No	35 (23.6)	128.1±18.8		
Household income (10,000 won/month) (n=123)	<100	41 (33.3)	122.5±22.3	4.002	.009
	≥100~<200	27 (22.0)	124.8±24.2		
	≥200~<300	12 (9.7)	122.4±22.1		
	≥300	43 (35.0)	136.9±19.9		
Job	Yes	15 (10.1)	133.6±18.2	1.130	.260
	No	133 (89.9)	127.0±21.9		
Cohabitant	Spouse	110 (74.3)	128.7±22.7	0.397	.810
	Son or daughter	19 (12.8)	122.2±18.2		
	Alone	11 (7.4)	126.2±19.3		
	Private caregiver	6 (4.1)	128.8±15.3		
	Parents	2 (1.4)	127.0±29.7		
Primary caregiver	Spouse	54 (36.5)	131.0±24.2	1.601	.177
	Alone	43 (29.1)	123.4±19.4		
	No need	29 (19.6)	132.3±19.6		
	Private caregiver	11 (7.4)	124.6±23.2		
	Son or son-in-law	11 (7.4)	118.9±16.4		
Hobby (extra activities)	Yes	63 (42.6)	134.3±19.4	-3.300	.001
	No	85 (57.4)	122.8±21.9		
Residence area	Large city	74 (50.0)	129.2±21.1	0.939	.394
	Small city	44 (29.7)	128.4±22.0		
	Rural	30 (20.3)	122.9±22.2		

*Standard deviation.

1) 인구사회학적 특성에 따른 극복력 정도

본 연구대상자의 인구사회학적 특성에 따른 극복력 정도는 가족의 월 수입 정도에 따라 통계적으로 유의한 차이를 보였으며 ($F=4.002$, $p=.009$), 운동교실, 노래교실, 복지관을 이용한 취미 생활을 하고 있는 환자는 이러한 시설을 이용하지

않는 환자보다 극복력 점수가 높은 것으로 나타났다 ($t=-3.300$, $p=.001$). 또한, 학력에 따른 극복력 점수는 유의한 차이를 보이지 않았으나 저학력 (무학, 초등학교 졸업, 중학교 졸업)과 고학력 (고등학교 졸업, 대학교 졸업)의 두 집단으로 구분하여 비교하였을 때 저학력 집단의 극복력 점수는

파킨슨병 환자의 극복력과 영향요인

124.2±22.9, 고학력 집단의 극복력 점수는 131.7±20.2로 두 집단 간에 통계적으로 유의한 차이를 보였다 ($t=-2.074$, $p=.040$). 낮 시간을 누구와 함께 보내는지에 따른 극복력 점수는 배우자와 함께 보내는 환자나 일을 하고 있는 환자 집단의 극복력 점수가 131.4±22.6로, 낮 시간을 혼자 보내거나 간병인, 자녀와 시간을 보내는 환자 집단의 극복력 점수 122.8±19.4보다 높게 나타났으며, 통계적으로도 유의한 차이를 보였다 ($t=2.443$, $p=.016$). 그 외에 환자의 성별, 연령, 결혼상태, 종교의 유무, 직업의 유무, 거주자에 따른 극복력 점수는 통계적으로 유의한 차이를 보이지 않았다 (Table 1).

2) 임상적 특성에 따른 극복력 정도

본 연구대상자의 임상적 특성에 따른 극복력 정도는 운동변동 유무, 이상운동 유무, 환시 유무, 파킨슨병 증증도 단계에 따라 통계적으로 유의한 차이를 보이지 않았다 (Table 2).

4. 파킨슨병 환자의 극복력에 영향하는 요인

1) 극복력과 임상적 특성과의 상관관계

본 연구대상자의 극복력과 임상적 특성과의 상관관계를 조사한 결과, 파킨슨병 발병연령이 낮을수록 극복력 점수가

Table 2. Differences of Resilience Scores by Clinical Characteristics

(N=148)					
Characteristics	Categories	n (%)	M±SD*	t or F	p
Motor fluctuation	Yes	83 (56.1)	125.1±21.4	1.633	.105
	No	65 (43.9)	130.9±21.5		
Dyskinesia	Yes	73 (49.3)	126.5±20.0	0.635	.527
	No	75 (50.7)	128.8±23.1		
Visual hallucination	Yes	13 (8.8)	120.5±18.9	1.248	.214
	No	135 (91.2)	128.4±21.8		
Hoehn and Yahr stage	0	2 (1.4)	148.5±10.6	0.996	.423
	1	7 (4.7)	137.7±32.4		
	2	98 (66.2)	127.9±21.2		
	2.5	17 (11.5)	124.2±21.5		
	3	21 (14.2)	125.5±20.2		
	4	3 (2.0)	115.7±21.2		

*Standard deviation.

Table 3. Pearson Correlation among Variables

Variables	Resilience score	
	r	p
Age of disease onset	.164	.046
Years of living with PD	-.262	.001
Activities of daily living	.154	.062
The length of treatment with levodopa	-.283	<.001
Daily levodopa equivalent dose	-.176	.032
Medical cost for PD treatment	.014	.880
Depression	-.531	<.001
Anxiety	-.572	<.001
Cognitive function	.052	.598

Table 4. Influencing Factors on Resilience by Stepwise Multiple Regression

Variables	R	Adj R ²	β	t	p	F	p
Anxiety	.595	.349	-.043	-7.185	<.001	28.551	<.001
Household income	.630	.386	.155	3.066	.005		
The length of treatment with levodopa	.649	.406	-.026	-2.218	.028		

낮은 것으로 나타났으며 ($r=.164$, $p=.046$), 유병기간이 짧을수록 ($r=.262$, $p=.001$), 레보도파를 이용한 치료기간이 짧을수록 ($r=.283$, $p<.001$), 일일 레보도파 투여용량이 적을수록 ($r=.176$, $p=.032$) 극복력 점수가 높은 것으로 나타났다. 그러나 임상적 특성 중 파킨슨병의 운동변동 유무와 이상운동 유무, 환시 유무, 파킨슨병 중증도 단계, 일상생활 수행능력, 파킨슨병 치료비용, 한국어판 간이정신상태검사에 의한 인지기능은 환자의 극복력과 상관이 없는 것으로 나타났다(Table 3).

2) 극복력과 우울 및 불안과의 상관관계

본 연구대상자의 극복력과 우울 및 불안과의 상관관계를 조사한 결과, 우울 점수가 높을수록 극복력 점수가 낮은 것으로 ($r=-.531$, $p<.001$), 또 불안 점수가 높을수록 극복력 점수가 낮은 것으로 나타났다($r=-.572$, $p<.001$) (Table 3).

3) 극복력의 영향요인

본 연구대상자의 극복력에 영향을 미치는 요인을 예측하기 위하여 인구사회학적특성, 임상적 특성, 우울 및 불안을 단계별 다중회귀분석으로 분석한 결과, 극복력에 가장 큰 영향을 미치는 요인은 불안(Adj $R^2=.349$, $p<.001$)으로 전체변량의 34.9%를 설명하고 있었으며, 그 다음으로는 가족의 월수입(Adj $R^2=.386$, $p=.005$), 레보도파를 이용한 치료기간(Adj $R^2=.406$, $p=.028$)으로 전체 변량의 40.6%를 설명하는 것으로 나타났다(Table 4).

또한 본 연구에서는 단계별 다중회귀분석의 다중공선성(multicollinearity) 여부를 확인하기 위해 독립변수 간의 상관관계, 허용도(tolerance), 분산팽창지수(variance inflation factor, VIF), Durbin-Waston test를 실시하였다. 독립변수의 상관관계는 0.80 이상인 설명변수가 없어 서로 독립적임을 알 수 있었으며, 회귀분석의 허용도는 .920~.973으로 0.4 이하인 변수는 없었으며 VIF는 1.028~1.087로 기준을 만족하였다. Durbin-Waston test에서는 값이 1.775로 나타나 오차항들 간에 자기상관의 문제가 없음을 확인하였다.

논 의

본 연구결과 파킨슨병 환자의 극복력 점수는 175점 만점에 127.7±21.6로 측정되었다. 이것은 Wagnild와 Young (1993)이 도구개발 당시 지역사회에 거주하는 노인을 대상으로 조사한 결과 극복력 점수가 147.9±16.8로 측정된 점수보다 낮게 나타났으며, Wagnild (2003)가 소독에 따른 극복력의 차이를 알아보기 위하여 지역사회에 거주하는 노인을 대상으로 극복

력을 측정한 결과 극복력이 141.2~149.1로 측정된 점수보다 낮은 점수이다. 이는 Wagnild (2003)등의 지역사회 거주노인 연구대상자들과 본 연구의 대상자인 파킨슨병 환자들의 경우 정상적인 노화과정으로 인한 신체 심리사회적 변화 이외에 지속적으로 진행되는 질병의 경과 때문에 일상활동 등에 제한을 받아 사회심리적으로 많이 위축되었기 때문에 초래된 결과로 해석된다.

또한 파킨슨병 환자의 극복력은 본 연구결과 인구사회학적 특성과 임상적 특성, 그리고 우울 및 불안과 모두 관련이 있는 것으로 나타났다.

인구사회학적 특성과 극복력과 관계에서는 특히 가족의 경제적인 능력, 즉 월 수입이 파킨슨 환자의 극복력과 상관이 있는 것으로 나타났는데, 이는 암 환자를 대상으로 극복력과 경제 상태를 연구한 Lee (2005)의 연구결과와 일치하는 결과이다. 이러한 결과는 만성질환자의 경우 오랜 투병기간으로 인한 병원치료비용 등의 지속적인 경제적 부담이 주요한 요인으로 기여했기 때문인 것으로 사료된다. 본 연구에서 파킨슨 환자의 극복력 정도는 배우자 및 주간호자에 따라 유의한 차이를 보여 낮게 배우자와 시간을 보내는 환자의 극복력 점수가 혼자 시간을 보내거나 간병인과 시간을 보내는 환자 또는 자녀와 시간을 보내는 환자의 극복력 점수보다 높은 점수를 보였다. 이것은 Lee (2005)의 연구에서 배우자가 주 간호자인 환자의 극복력 점수가 그렇지 않은 환자의 극복력 점수보다 높다고 보고한 결과와 맥락을 같이 한다. 따라서 배우자와 주간호자에 따른 환자의 극복력에 관한 추후 연구가 필요할 것으로 생각된다. 또한 본 연구결과에서는 복지관을 이용한 운동교실이나 노래교실, 요가 등 취미생활 및 봉사활동을 하고 있는 환자의 극복력 점수가 그렇지 않은 환자의 극복력 점수 보다 높은 것으로 나타났으므로 파킨슨 환자가 이와 같은 취미활동을 적극적으로 활용할 수 있도록 하는 방법을 모색하는 것도 환자의 극복력을 증진시킬 수 있는 방법 중 하나로 생각된다.

임상적 특성과 극복력과 관계에서는 질병 발병연령이 낮을수록, 유병기간이 짧을수록, 레보도파를 이용한 치료기간이 짧을수록, 일일 레보도파 투여용량이 적을수록 극복력 점수가 높은 것으로 나타나, 파킨슨병의 중증도가 높을수록 극복력이 낮음을 알 수 있었다. 따라서 파킨슨병의 중증도에 따른 사회 심리적 측면의 차별화된 간호요구의 파악 및 중재가 고려되어야 한다고 본다. 또한 본 연구에서는 일상생활 수행 능력과 극복력 간에 통계적으로 유의한 상관관계를 보이지 않았는데, 이러한 결과는 Hardy 등 (2004)이 지역사회에 거주하는 노인을 대상으로 극복력 정도를 연구한 결과 독립적인 일상생활 수행능력을 가진 노인의 극복력이 그렇지 않은 노인의 극복력보다 유의하게 높다고 보고한 연구결과와 다소

차이를 보였다. 이는 Hardy 등 (2004)의 연구에서는 일상생활 수행능력을 측정하기 위해 Independence in Instrumental Activities of Daily Living 도구가 사용되었으며, 본 연구에서는 파킨슨병 환자를 대상으로 개발된 Schwab and England Activities of Daily Living Score 도구를 사용하였기 때문에 측정도구 사용의 차이에 따른 결과에 기인했을 가능성으로 판단되어 두 측정도구에 대한 동일 대상자의 반응을 확인하기 위한 반복연구가 필요할 것으로 생각된다.

본 연구에서는 파킨슨병 환자의 우울과 불안을 측정하여 극복력과 상관관계를 조사한 결과, 우울, 불안, 극복력의 세 변수 간에는 통계적으로 유의한 상관관계를 보였다($r=-.531$, $r=-.572$). 이는 Kim과 Yoo (2004)가 신중후군 환아를 대상으로 극복력과 우울의 관계를 조사한 결과, 극복력이 높을수록 우울 점수는 낮게 나타났다고 보고한 결과와 일치하며, 지역사회 거주노인을 대상으로 한 Hardy 등 (2004)의 연구에서 극복력이 높을수록 우울 점수는 낮게 나타났다고 한 결과와도 일치하는 결과이다. 본 연구결과 파킨슨병 환자의 불안은 극복력과 유의한 부적 상관관계가 있으며, 극복력에 영향을 미치는 요인 중 가장 중요한 요인으로 나타났다. 이것은 Pollack 등 (2004)의 연구에서 불안 환자의 극복력이 낮게 나타난 것과 맥락을 같이 한다. 따라서 파킨슨병 환자의 극복력 증진을 위한 간호중재 개발 시 환자의 불안을 초래하는 요인을 파악하고 이를 완화시키는 간호중재가 포함되어야 할 것으로 사료된다.

본 연구에서 단계별 다중회귀분석을 실시한 결과 환자의 극복력에 가장 큰 영향을 미치는 요인은 불안(Adj $R^2=.349$, $p<.001$), 가족의 월수입(Adj $R^2=.386$, $p=.005$), 레보도파를 이용한 치료기간(Adj $R^2=.406$, $p=.028$) 순으로 나타났으며, 전체 설명력은 40.6%로 낮게 나타났다. 따라서 본 연구에는 포함시키지 않았으나 극복력에 사회적 지지와 자아존중감이 영향한다고 보고한 연구결과(Steinhatdt & Dolbier, 2008)를 고려하여 본 연구에서 밝혀진 영향요인 이외에 이들 개념을 포함하여 극복력에 영향을 미치는 요인을 추후 연구해 볼 필요가 있다고 생각된다.

보통 노인들은 정상적인 노화과정과 동반된 질환으로 일상생활에서의 기능이 손상되기 쉬우므로 변화된 기능적인 손상에 적응하고 이를 극복해 내는 능력이 중요하다(Foster, 1997). 이러한 측면에서 노인 환자에게 호발하는 파킨슨병은 계속적으로 진행되는 질병과정을 거치므로, 그 어떤 만성질환보다 환자가 자신의 병을 받아들이고 이겨내는 능력이 중요하다. 이러한 관점에서 본 연구는 파킨슨병 환자의 긍정적인 사회 심리적 측면을 극복력을 통해 측정하고 이에 영향을 미치는 요인을 밝힘으로써, 극복력이 낮은 환자의 특성을 알아내어 이들에게 적절한 간호를 제공할 수 있는 기초자료를 제공하

였다는 점에 본 연구의 의의가 있다. 이상의 연구결과를 토대로 다음과 같이 제언하고자 한다.

첫째, 본 연구는 서울시 소재 1개 3차 의료기관을 방문한 환자만을 대상으로 하였으므로 파킨슨병 환자 전체를 대상으로 결과를 일반화할 때는 신중을 기해야 할 것이다.

둘째, 환자의 질환에 대한 이해 및 지식은 병을 받아들이고 극복하는데 중요한 요인이나 본 연구에서는 해당 의료기관에서 파킨슨병에 대한 교육을 1회 이상 받은 환자로 대상자를 제한하였기 때문에 환자의 질환에 대한 지식 정도를 연구변인에 포함시키지 않았다. 따라서 파킨슨병에 대한 지식 정도와 태도에 따른 극복력에 대한 추후 연구가 필요할 것으로 생각된다.

결론적으로, 파킨슨병 환자의 극복력은 인구사회학적 특성, 임상적 특성, 심리 정서적 특성에 의해 영향을 받음을 알 수 있었으며 이 중 환자의 불안과 가족의 월 수입, 레보도파를 이용한 치료기간이 중요한 요인임을 확인하였다. 따라서 파킨슨병 환자의 극복력에 대한 세심한 주의가 필요하며, 영향 요인을 고려한 효율적인 극복력 증진 간호중재 프로그램의 개발이 모색되어야 한다고 사료된다.

결론 및 제언

본 연구는 파킨슨병 환자의 극복력 정도를 파악하고 이에 영향을 미치는 요인을 확인함으로써, 파킨슨병 환자를 위한 효과적인 극복력 증진을 위한 간호중재 프로그램 개발의 기초자료를 제공하고자 시도되었다.

본 연구결과 파킨슨병 환자의 극복력에 가장 큰 영향을 미치는 요인은 불안(Adj $R^2=.349$, $p<.001$), 가족의 월수입(Adj $R^2=.386$, $p=.005$), 레보도파를 이용한 치료기간(Adj $R^2=.406$, $p=.028$)순으로 나타났으며, 이 세 변수가 전체 변량의 40.6% 정도를 설명하였다.

그러므로 파킨슨병 환자의 극복력 증진을 위해서는 극복력에 영향을 미치는 요인을 고려한 간호중재의 개발이 요구된다. 즉 본 연구결과에서 유의한 영향요인으로 나타난 불안과 경제능력, 치료기간 이외에도 본 연구에 포함되지는 않았으나 파킨슨병 환자의 극복력에 영향을 줄 수 있는 다른 요인들을 포함하는 추후 연구와 파킨슨병 환자의 극복력을 증진시킬 수 있는 효율적인 간호중재 프로그램의 개발을 제언한다.

REFERENCES

Adler, C. H. (2005). Nonmotor complication in Parkinson's

- disease. *Movement Disorder*, 20, 23-29.
- Beck, A. T. (1967). *Depression: clinical, experimental and theoretical aspects*. New York: Harper & Row.
- Calne, S. M., Lidstone, S. C., & Kumar, A. (2008). Psychosocial issues in young-onset Parkinson's disease: Current research and challenges. *Parkinsonism and related disorders*, 14, 143- 150.
- Foster, J. R. (1997). Successful coping, adaptation and resilience in the elderly: An interpretation of epidemiologic data. *Psychiatric Quarterly*, 68(3), 189-219.
- Hardy, S. E., Cancato, J., & Gill, T. M. (2004). Resilience of community dwelling older persons. *Journal of American Geriatric Society*, 52, 257-262.
- Health Insurance Review & Assessment Service (2009). *Ministry for health, welfare and family affairs*. Retrieved October 26, 2009, from <http://www.mw.go.kr>
- Jankovic, J., & Tolosa, E. (2002). *Parkinson's disease & Movemet disorders* (4th ed.). LWW.
- Jacelon, C. S. (1997). The trait and process of resilience. *Journal of advanced Nursing*, 25, 123-129.
- Kim, D. H., & Yoo, I. Y. (2004). Relationship between depression and resilience among children with nephrotic syndrome. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 34(3), 534-40.
- Kim, J. T., & Shin, D. K. (1978). A study based on the standardization of the STAI for Korea. *New Medical Journal*, 21(11), 69-75.
- Koplas, P. A., Gans, H. B., Wisely, M. P., Kuchibhatla, M., Cutson, T. M., & Gold, D. T., Taylor, C. T., & Schenkman, M. (1999). Quality of life and Parkinson's disease. *Journal of Gerontology*, 54, 197-202.
- Kwon, Y. C., & Park, J. (1989). Korean version of minimal state examination (MMSE-K) part I: Development of the test for the elderly. *Journal of the Korean Neuropsychiatric Association*, 28, 125-135.
- Lee, E. K. (2005). *A study on the factors affecting the cancer patients*. Unpublished master's thesis, Chungang University, Seoul.
- Lee, Y. H., & Song J. Y. (1991). A study of the reliability and the validity of the BDI, SDS, and MMPI-D scales. *Korean Journal of Clinical Psychology*, 10(1), 98-113.
- Olsson, C. A., Bond, L., Bums, J. M., Vella-Brodrick, D. A., & Sawyer, M. (2003). Adolescent resilience: A concept analysis. *Journal of adolescence*, 26, 1-11.
- Presented by the Parkinson Study Group, Huntington Study Group, Dystonia Study Group, Myoclonus Study Group, Tourette Syndrome Study Group, Cooperative Ataxia Group, and Tremor Research Group (2009). Program: Twenty third annual symposium on etiology, pathogenesis, and treatment of Parkinson's disease and other movement disorders. *Movement Disorder*, 24(12), 1870-1880.
- Polk, L. V. (1997). Toward a middle-range theory of resilience. *Advances in Nursing Science*, 19, 1-13.
- Pollack, M. H., Stein, M. B., & Davidson, J. R. T. (2004). New challenges for anxiety disorders: Where treatment, resilience, and economic priority converge. *CNS Spectrums*, 9(4), 1-10.
- Shapiro, E. R. (2002). Chronic illness as a family process: A social-developmental approach to promoting resilience. *Psychotherapy*, 58(11), 1375-1384.
- Shulman, L. M., Taback, R. L., Bean, J., & Weiner, W. J. (2001). Comorbidity of the nonmotor symptoms of Parkinson's disease. *Movement Disorder*, 16, 507-510.
- Sohng, K. Y., Moon, J. S., Lee, K. S., & Choi, D. W. (2007). The development and effects of a self-management program for patients with Parkinson's Disease. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 37(6), 891-901.
- Song, Y. S. (2004). *Determinants of resilience of the physically disabled at home*. Unpublished master's thesis. Kosin University, Pusan.
- Spielberger, C. D. (1972). *Anxiety on emotional state, anxiety, current trends in theory and research 1*. New York: Academic press.
- Steinhardt, M., & Dolbier, C. (2008). Evaluation of a resilience intervention to enhance coping strategies and protective factors and decrease symptomatology. *Journal of American college health*, 56(4), 445-453.
- Vinson, J. A. (2002). Children with asthma: Initial development of the Child Resilience Model: Practice applications of research. *Pediatric Nursing*, 28, 149-158.
- Wagnild, G. M. (2003). Resilience and successful aging: Comparison among low and high income older adults. *Journal of Gerontology Nursing*, 12, 42-49.
- Wagnild, G. M., & Young, H. M. (1993). Development and psychometric evaluation of the Resilience scale. *Journal of Nursing Measurement*, 1, 165-178.
- Walash, F. (1998). *Strengthening family resilience*. New York: Guilford, 3-27.
- Watts, R. L., & Koller, W. C. (1997). *Movement disorders: Neurologic principles and practice*. McGraw-Hill.
- Yoo K. H. (2004). A study on the relationship between mastery and activity of daily life in rheumatoid arthritis patients. *The Korean Journal of Rehabilitation Nursing*, 7(2), 207-212.

Resilience in Patients with Parkinson's Disease

Kim, Sung Reul¹⁾ · Chung, Sun Ju²⁾ · Shin, Nah-Mee⁵⁾ · Shin, Hae-Won³⁾ · Kim, Mi Sun⁴⁾ · Lee, Sook Ja⁶⁾

1) Clinical Nurse Specialist, Asan Medical Center · Doctoral student, College of Nursing, Korea University.

2) Assistant Professor, Department of Neurology, Asan Medical Center,

3) MD, Department of Neurology, Asan Medical Center,

4) Coordinator, Asan Medical Center,

5) Assistant Professor, College of Nursing, Korea University

6) Professor, College of Nursing, Korea University

Purpose: The aim of this study was to investigate the level of resilience and related factors in patients with Parkinson's disease (PD) in Korea. **Methods:** Data were obtained from 148 patients using the Resilience Scale (RS), Beck's Depression Inventory (BDI), and Spielberger's Anxiety Inventory (AI). **Results:** The mean scores of the RS, BDI, and AI were 127.7±21.6, 12.9±9.3, and 41.9±11.1, respectively. The RS score was strongly correlated with the BDI score ($r=-.531$, $p<.001$) and the AI ($r=-.572$, $p<.001$). The resilience was significantly revealed by household income ($F=4.002$, $p=.009$) and presence of a hobby ($t=-3.300$, $p=.001$). In addition, resilience was significantly correlated with age of disease onset ($r=.164$, $p=.046$), years of living with PD ($r=-.262$, $p=.001$), and the length of treatment with levodopa ($r=-.283$, $p<.001$). From the stepwise multiple regression analysis, the most important factors related to the RS score were the AI score, household income, and length of treatment with levodopa. **Conclusion:** Understanding these factors is essential for developing effective interventions to improve resilience in patients with PD.

Key Words : Parkinson's disease, Resilience

Address reprint requests to : Lee, Sook Ja, College of Nursing, Korea University, 126-1 Anam-dong 5ga, Sungbuk-gu, Seoul 136-705, Korea.

Tel: 82-2-3290-4914, Fax: 82-2-927-4676, E-mail: scslee@korea.ac.kr

상태를 예측할 수 있는 보다 민감한 건강지표를 이용하여 분노가 청소년의 건강에 미치는 영향을 확인하는 연구가 수행될 필요가 있다.

분노와 건강의 관계기전에 대해 선행문헌들은 부적절한 습관적 분노대응, 즉 좋지 않은 분노표현 기술을 가진 사람은 분노를 잘 표현하고 싶지만 이를 능숙하게 잘 표현할 수가 없어 이러한 기술부족으로 인해 자신 스스로에 대해 공격적이 되는 한편, 적절히 반응하는 방법을 알지 못한 자신을 스스로 비난하게 되는 악순환적인 갈등을 초래하며, 이러한 갈등은 교감신경계 활동(sympathetic activity)의 지연과 연계되어 혈청내 총 콜레스테롤, 저밀도 지질단백(low density lipoprotein: LDL) 상승 등 생리적 건강을 위협할 수 있다(Muller et al., 1995)고 설명하고 있다. 또, 적대적인 사람은 대인관계 및 상호작용 과정에서 더 많은 갈등을 유발하고 이는 인지적 행동적 과정을 통해 사회적지지 자원을 손상시키게 되어 사회적 건강을 악화시키게 된다고 설명하고 있다(Smith, Ruiz, & Gallo, 2004).

이 점에서 본 연구는 청소년기의 분노·분노표현의 결과로서 정신, 신체, 사회적 건강의 일면을 나타내는 민감하면서도 유의미한 개념으로, 먼저, 청소년들의 사회적 건강을 반영하는 하위개념으로 변화와 역경에 쉽게 적응하거나 회복하는 능력으로 학교생활 적응을 반영하는 유의미한 개념(Kim, Lee, & Choi, 2004)인 유연성(resilience)과, 정신적 건강을 반영하는 하위개념으로 우울(depression)과, 그리고 신체적 건강을 반영하는 하위개념으로 정신신체증상을 측정함으로써, 청소년들의 분노와 건강간의 관계에 대하여 경험적으로 검증된 자료를 제시하고 이를 통해 한국 중고등학교의 청소년기 보건교육정책에 구체적인 방향을 제시하고자 한다.

2. 연구목적

따라서, 본 연구의 구체적 연구목적은 다음과 같다.

첫째, 서울시내 행정구역울 고려하고 대단위 표본에 근거하여 우리나라 중·고등학생의 분노, 분노표현 유형을 파악한다.

둘째, 우리나라 중·고등학생의 분노, 분노표현과 정신·신체·사회적 건강과의 관계를 확인한다.

연구방법

1. 연구 설계

본 연구는 서울시내 청소년의 분노·분노표현 유형을 파악

하고, 분노·분노표현과 정신·신체·사회적 건강의 관계를 파악하기 위한 횡단적 조사연구(cross-sectional survey)이다.

2. 연구대상

서울특별시에서 소재하는 중학교 363개교(379,118명)와 고등학교 292개교(일반 고등학교 214개교 283,153명, 실업계 고등학교 78개교 69,870명)를 합치면 (Seoul Metropolitan Office of Education, 2005) 총 655개교(732,141명)가 있다. 연구대상 선정은 이들 중에서 서울시 교육청의 협조를 얻어 서울시 25개 구 가운데 23개구에 위치한 고등학교 23개교(인문계: 17개교, 실업계: 6개교), 12개 교육청 산하 36개 중학교, 총 59개교의 재학생들로 하였다. 이 학생들에게 본 연구의 목적을 설명하고 연구 참여에 동의한 학생들을 대상으로 하였으며 응답을 완료한 학생들은 중학생 11,627명과 고등학생은 7,667명으로 총 19,294명이었다. 이중 불완전한 응답을 한 중학생 332명과 고등학생 210명을 제외한 후 최종 분석에 이용된 대상자는 중학생 11,295명과 고등학생 7,457명으로 총 18,752명이었다.

3. 연구도구

1) 분노·분노표현의 측정: 본 조사에서 분노와 분노표현의 측정은 Chon, Hahn, Lee와 Spielberger (1997)에 의해 표준화된 한국판 상태-기질 분노표현 척도(state-trait anger expression inventory-Korean version: STAXI-K)를 이용하였다. 이 척도는 상태분노 10문항과 기질분노 10문항, 그리고 분노표현(anger expression)을 측정하는 분노억제(anger-in) 8문항, 분노표출(anger-out) 8문항 및 분노조절(anger-control) 8문항으로 총 44문항으로 구성되어 있다. 분노는 분노유발 상황에서 나타나는 즉각적인 반응으로 근육 긴장 및 자율신경계의 활성화를 수반하면서 경증의 초조함이나 흥분에서부터 격렬한 분노에 이르기까지 다양한 강도의 주관적 감정으로 나타나는 정서적 상태(Spielberger, 1996)로 상태분노는 검사당시 분노감정의 정도를 의미하고, 기질분노는 평상시의 분노의 빈도나 분노를 느끼는 정서 상태를 의미한다. 분노표현은 분노가 표현되는 빈도를 의미하는 것으로 분노억제는 분노감정을 참거나 억압하는 빈도, 즉 내향화된 분노를 뜻하는 한편 분노표출은 주위의 타인이나 물건에 분노를 표현하는 빈도, 즉 외향화된 분노를 의미하며 분노조절은 개인의 분노표현을 조절하려고 시도하는 빈도를 의미한다. 분노와 분노표현의 각 차원을 측정하는 문항의 응답 범위는 ‘거의 전혀 아니다’ 1점에서 ‘거의 언제나 그렇다’ 4점의 4점 척도로 구성되어 있으며 점수 범위는 상태분노와 기질분노가 각각 10점에서 40점이다. 이 도구에서 분노표현은 표현의 방향과 관계없이 [(분노억제+분노표출) -

청소년의 분노 · 분노표현 유형과 정신 · 신체 · 사회적 건강

박 영 주¹⁾, 한 금 선¹⁾, 신 나 미²⁾, 강 현 철³⁾, 천 숙 회⁴⁾, 윤 지 원⁵⁾ 신 현 정⁶⁾

서 론

1. 연구의 필요성

청소년기는 성장발달 과정에서 신체적, 정신적으로 성인으로 급속히 성장하는 과도기로 외적 스트레스가 많고 감정의 기복이 심한 때인 동시에 부모의 기대와 사회적 요구에 처음으로 직면하는 시기로 알려져 있다(Lee, 2003). 더욱이 한국의 청소년들은 입시위주의 교육환경으로 인해 공부, 장래 및 진학문제, 학교생활, 가정 문제 등의 학업 및 생활 스트레스(Hong, 2004)와 무방비로 노출되는 정보, 유해한 사회적 환경 등으로 정신·신체적 건강문제 및 비행, 폭력, 약물남용, 자살 등의 문제행동이 나날이 증가되고 있다. 이러한 청소년기 건강문제와 문제행동 증가에 대하여 일부 국내의 연구자들은 내재된 분노(anger) 정서가 관계될 수 있음을 지적하고 있다. 이를테면, Musante와 Treiber (2000)는 사춘기 청소년을 대상으로 분노대응 방식(분노표현, 분노억제)과 생활양식(운동, 흡연, 음주, 카페인 섭취)의 관계를 조사한 연구에서 분노억제 성향이 높은 10대는 음주 빈도와 양은 높은 반면, 운동시간은 적으며, 분노표출 성향이 높은 10대는 소다와 커피 등과 같은 음료 소모가 높은 경향이 있음을 보고하면서 과도한 분노억제나 표출은 인생초기에 분별없는 생활양식과 관계가 있을 수 있음을 보고하였다. Kerby, Brand와 John (2003)도 청소년기의 외향적 분노반응은 흡연과 같은 건강위험행위와 관계가

있다고 하였으며, Eftekhar, Turner와 Larimer (2004)도 외향적 분노표출은 음주, 마리화나 및 기타 물질남용과 관계가 있음을 보고한 바 있다. 국내에서는 Park, Han, Shin, Kang과 Moon (2004)이 분노표출, 분노억제와 같은 역기능적인 분노표현 방식을 사용하는 여고생에게서 정신신체증상 지표가 바람직하지 않고 비행행동이나 흡연 및 음주 등의 문제행동이 더 많을 수 있음을 보고한 바 있다.

그러나 청소년을 대상으로 한 분노연구의 대부분은 이들의 문제행동과 분노의 관계를 파악하고 있는 것으로, 분노 정서와 관련된 연구의 대부분을 차지하는 성인 대상의 연구들이 분노와 건강의 직접적 관계를 확인하고자 하는 것에 비하면 청소년 대상의 분노연구는 건강과의 직접적인 관계를 확인하고자 시도된 경우는 소수라고 할 수 있다. 분노연구의 주요 대상이 되어온 중년층 성인을 대상으로 수행된 선행 연구에서 분노와 관계있는 것으로 보고되어온 건강개념으로는 혈압, 심박동수 등의 심혈관 건강(Everson, Goldberg, Kaplan, Julkunen & Salonen, 1998; Stoney & Engebreston, 2000; Williams et al., 2000), 부정적인 지질지표, 혈당(Muller, Rau, Brody, Elbert & Heinle, 1995; Siegman et al., 2002), 대사증후군(Raikkonen, Matthews & Kuller, 2002), 경동맥경화증(Raikkonen, Matthews, Sutton-Tyrrell, & Kuller, 2004)등이다. 그러나 이들 건강문제는 청소년기의 분노의 결과로 확인될 수 있는 민감한 건강지표(sensitive health indicator)는 아니므로, 청소년들의 현재 건강 상태를 나타내거나 또는 미래 건강

* 본 연구는 한국보건사회연구원 건강증진사업지원단의 지원으로 수행되었음(R 0600181). 본 논문은 정신간호학회지 제19권, 1호, 2010년 3월에 게재된 논문임.

주요어: 분노, 정신신체증상, 우울, 유연성

1) 고려대학교 간호대학 교수 2) 고려대학교 간호대학 조교수 (교신저자 Email: nshin@korea.ac.kr) 6) 고려대학교 간호대학 시간강사

3) 호서대학교 정보통계학과 부교수 4) 상지대학교 간호학과 전임강사 5) 수원여자대학교 간호학과 전임강사

투고일: 2010년 2월 10일 / 수정일 1차: 2010년 3월 12일, 2차: 2010년 3월 19일 / 게재확정일: 2010년 3월 20일

분노조절 + 16]로 계산되도록 개발당시 제시되어 있으며, 이의 계산에 의한 분노표현 점수는 0점에서 72점의 범위를 갖게 되고, 점수가 높을수록 역기능적 분노표현이 많음을 의미하는 것으로 해석된다. 분노표현의 영역별 점수 범위는 분노억제, 분노조절 및 분노 표출 각각 8점에서 32점이다. STAXI-K의 내적 일관성 신뢰도는 분노억제가 Cronbach's alpha가 .69이었으나, 그 이외의 영역은 .70 이상으로 높은 것으로 보고되었다. 본 연구에서 Cronbach's alpha는 상태분노 .95, 기질 분노 .83, 전반적인 분노표현 .78, 분노조절 .84, 분노억제 .66, 그리고 분노표출 .73이었다.

2) 사회적 건강의 측정: 본 연구에서의 사회적 건강의 측정은 유연성 척도를 이용하였다. 유연성은 변화와 역경에 쉽게 적응하거나 회피하는 능력으로 청소년들이 다양한 스트레스 상황에서 긍정적으로 적응하도록 이끌어주는 특성으로, 본 연구에서는 청소년이 갖고 있는 유연성의 수준과 특성(trait)을 알아보기 위하여 California department of education 산하에 있는 WestED에서 개발된 Healthy kids resilience assessment를 Suh (2002)가 번역한 도구를 이용하였다. 이 도구는 사회적 유능감 9문항, 자신에 대한 지각 6문항, 목표의식 3문항으로 총 세 영역의 18문항으로 구성되어 있다. 응답범위는 '전혀 그렇지 않다.' 1점에서 '항상 그렇다.' 4점의 4점 척도로 점수 범위는 18~72점으로 구성되어 있다. Suh(2002)의 연구에서 보고된 신뢰도는 전체가 .82, 영역별 신뢰도가 사회적 유능감 .71, 자신에 대한 지각 .84, 목표의식 .63이었다. 본 연구에서의 신뢰도는 Cronbach's alpha .91 이었고 영역별 신뢰도는 사회적 유능감 .84, 자신에 대한 지각 .82, 목표의식 .78이었다.

3) 정신건강의 측정: 본 연구에서 정신건강의 측정은 우울 척도, The center for epidemiology studies depression scale (CES-D)를 이용하였다. 이 도구는 Radloff (1977)가 일반인을 대상으로 우울정서를 식별하기 위하여 개발한 것으로 Chon과 Lee (1992)가 한국 상황에 맞게 표준화한 한국판 CES-D를 이용하였다. 이 도구는 지난 1주일동안의 우울경험을 측정하는 20문항의 4점 척도로 구성되어 있다. 거의 드물게(1일 이하) 1점, 때때로(1-2일) 2점, 상당히(3-4일) 3점, 대부분(5-7일) 4점으로, 점수범위는 20~80 점이고 점수가 높을수록 우울정도가 높음을 의미한다. Chon과 Lee (1992)의 연구에서 신뢰도 Cronbach's alpha는 .89였으며, 본 연구에서 신뢰도는 Cronbach's alpha가 .89이었다.

4) 정신신체 건강 측정: 본 연구에서 정신신체 건강의 측정은 정신·신체증상 척도를 이용하였다. 정신신체증상은 정신·

신체적으로 경험하는 불편감으로, 본 연구에서는 Kim 과 Kim (1999)이 개발한 한국 청소년의 성격특성 측정도구 중 정신신체증상 호소성향 영역의 10문항을 이용하였다. 응답범위는 6점 척도로 '매우 그렇다' 6점에서 '전혀 그렇지 않다' 1점으로 점수범위는 최저 10점에서 최고 60점이고 점수가 높을수록 정신신체증상이 많은 것을 의미한다. 도구 개발 당시 신뢰도 Cronbach's alpha는 .86이었으며, 본 연구에서도 Cronbach's alpha가 .86 이었다.

5) 일반적 특성 질문지: 본 연구에서는 학생의 연령, 성별, 종교, 경제상태, 부모학력, 부모 결혼상태, 부모 직업 등을 묻는 문항으로 구성되었다.

4. 자료수집

본 연구의 자료 수집은 2006년 4월부터 6월까지 3개월에 걸쳐 서울시 교육청의 협조를 얻어 서울시 23개구 소재 중학교 36개교와 고등학교 23개교 (인문계: 17개교, 실업계: 6개교), 총 59개교를 대상으로 해당학교 생활지도 담당교사, 교장 또는 교감 선생님께 연구목적을 설명하고, 대상자로부터 연구 참여 동의를 받은 후 질문지를 배부하였다. 배부된 설문지 수는 학교별 350부 총 20,650부였으나 회수된 설문지 수는 19,294부로 93.4%의 회수율을 나타냈으며, 이중 불완전한 응답지 542부 (중학교: 332부, 고등학교: 210부)를 제외한 18,752부가 분석에 이용되었다.

5. 자료분석

수집된 자료는 코드화한 후 pc-SAS program (Version 9.1)을 이용하여 분석하였으며, 구체적인 분석방법은 다음과 같다. 대상자의 일반적 특성, 분노, 분노 표현 및 유연성, 우울, 정신신체증상의 분포 특성은 실수, 백분율, 평균 및 표준편차 등의 기술통계를 이용하였다. 대상자의 분노표현 유형은 군집분석(cluster analysis)을 이용하였다. 군집화를 위한 방법은 Ward's minimum variance method를 이용하였고, R2, Pseudo-F 및 Pseudo-t2 등을 기초로 군집의 개수를 결정하였다. 대상자의 일반적 특성에 따른, 그리고 기질분노와 분노표현 유형에 따른 유연성, 우울, 정신신체증상의 차이분석은 t-test, ANOVA와 Scheffé's test를 이용하였다.

연구결과

1. 대상자의 일반적 특성

본 연구의 대상자인 중·고등학생의 일반적 특성은 Table 1에 정리되어 있다. 먼저 성별 분포는 남학생 57.8% (10,830명), 여학생 42.2% (7,922명)이었다. 평균 연령은 14.5세였고, 학년별 분포는 중학생 60.1% (11,273명), 고등학생 39.7% (7,444명)이었다. 종교는 기독교가 33.6% (6,304명)로 가장 많았고, 종교가 없다고 응답한 학생은 41.7% (7,824명)이었다. 연구대상 학생을 포함한 형제자매 수는 평균 2.2명이었으며, 2명인 경우가 69.6%로 가장 많았다. 부모의 경제수준은 월 수입 200만원 이상 300만원 미만인 경우가 11.8%로 가장 많았으나 과반수의 학생들은 '알지 못한다.'고 응답하였고, 부모의 결혼 상태는 함께 사는 경우가 87.8% (16,465명) 인 반면, 별거, 이혼 및 사별 등에 의해 편부모이거나 부모 모두 돌아가신 경우가 9.42% (1,770명)이었다. 부모의 평균연령은 아버지는 45.7세, 어머니는 42.8세였으며, 아버지의 학력은 51.3% (9,611명)가 전문대 이상이었고 어머니의 학력은 고등학교 중퇴 또는 고졸 이상이 47.8% (8,963명)로 가장 많았다. 아버지의 직업은 사무직 또는 기술직이 31.0% (5,816명)로 가장 많았고 어머니의 49.7% (9,316명)가 주부로 보고되었다.

2. 중·고등학생의 분노, 유연성, 우울 및 정신신체증상

중·고등학생의 분노 평균점수는 기질분노 19.3점, 상태분노 12.6점이었으며, 분노 표현 공식에 의해 계산된 분노표현 점수는 26.9점이었고, 각 영역별 평균 점수는 분노조절 18.7점, 분노억제 15.4점, 분노표출 14.2점으로 조사되었다. 또한 유연성은 평균 48.4점으로 중간 수준 이상을 나타냈고, 학생들이 경험하는 우울정도는 38.2점, 정신신체증상은 23.8점으로 나타났다(Table 2).

3. 중·고등학생의 분노표현 유형

중·고등학생의 분노표현 유형을 확인하기 위해 분노표현의 하위 항목인 분노 조절, 분노억제 및 분노표출 점수의 평균을 구하고 평균의 표준화 점수를 구한 후 군집분석을 실시하였고, 그 결과 R2가 급격히 증가하다가 증가분이 완만하게 되고, Pseudo-F 값이 국부적 최고점에 대응되며, pseudo-t2가 상대적으로 작은 지점을 고려할 때 군집의 개수는 3~6개 정도가 적절할 것으로 판단되었다. 덴드로그램에서 역시 군집의 개수는 3~6개가 적절한 것으로 나타났으나 표본의 크기가 충분히 커서 군집의 개수를 6개로 하였다. 본 연구에서는 각 6개 군집을 분노표현 유형으로 보고, 총 분노표현 점수, 분노

조절 점수, 분노억제 점수 및 분노표출 점수를 기준으로 각 유형을 명명하였다(Table 3).

먼저, 군집 1에는 대상자의 9.5% (1,650명)가 포함되었고, 총 분노표현 점수는 23.8점으로 상대적으로 중간수준의 점수를 나타냈고, 각 분노표현 영역별 점수에서는 분노조절 25.5점, 분노억제 19.7점, 분노표출 13.7점으로, 분노억제가 타 군집에 비해 가장 높은 특징을 보였다. 따라서 고 분노억제형(high anger-in type)으로 명명하였다.

군집 2에는 28.3% (4,937명)의 학생이 포함되어 대상자중 가장 많은 학생이 이 유형으로 분류되었다. 이 유형의 총 분노표현 점수는 23.9점으로 상대적으로 중간 수준의 점수를 보였고, 각 영역별 분노표현 점수는 분노조절 16.0점, 분노억제 12.2점, 분노표출 11.6점으로 분노조절, 분노억제 및 분노표출 점수 모두 다른 군집에 비해 상대적으로 낮은 수준을 나타냈다. 따라서 중등도 비특이적 분노표현형(moderate but nonspecific anger expression type)으로 명명하였다.

군집 3에는 18.6% (3,236명)의 학생이 포함되었으며, 총 분노표현 점수는 36.7점으로 가장 높았고 각 영역별 분노표현 점수에서도 분노조절 18.2점, 분노억제 19.7점, 분노표출 19.3점으로, 역기능적 분노표현 방식으로 설명되는 분노억제와 분노표출 점수가 가장 높은 집단이었다. 따라서 군집 3은 역기능적 분노억제/표출형(dysfunctional anger-in-out type)으로 명명하였다.

군집 4에는 19.5% (3,393명)의 학생이 포함되었고, 총 분노표현 점수는 24점으로 군집 1과 군집 2와 함께 중간수준의 분노표현 점수를 나타냈다. 각 영역별 점수는 분노조절 20.8점, 분노억제 16.1점, 분노표출 12.7점으로 분노조절과 분노억제가 중간 이하이지만 분노표출보다는 많이 사용하는 특징을 보였다. 따라서 중등도 분노조절/억제우세형(moderate but anger-control/in dominant type)으로 명명하였다.

군집 5에는 17.0% (2,931명)이 포함되었으며, 총 분노표현 점수 31.8점으로 높은 수준을 나타냈고 각 영역별 점수는 분노조절 14.6점, 분노억제 14.0점, 분노표출 16.3점으로 분노조절 점수가 가장 낮고, 분노표출이 상대적으로 높은 유형이었다. 따라서 고 분노표출형(high anger-out type)으로 명명하였다.

군집 6에는 7.3% (1,273명)의 학생이 포함되었고, 총 분노표현 점수는 13.4점으로 가장 낮았다. 각 영역별 점수는 분노조절 26.3점, 분노억제 13.3점, 분노표출 10.5점으로 분노억제 및 분노표출이 낮고, 분노조절이 가장 높은 유형으로 분류되었다. 따라서 기능적 분노조절형(functional anger-control type)으로 명명하였다.

<Table 1> Demographic Characteristics of Korean Adolescents

(N = 18,752)

Variables		n (%)	Mean(SD)	Range	Characteristics		n (%)	Mean(SD)
Gender	Male	10,830(57.75)			Father's age (yr)			45.7 (3.94)
	Female	7,922(42.25)			Mother's age (yr)			42.8 (3.74)
Age(yr)			14.5(1.50)	12.0~19.0	Father's Education Level	≤ Elementary school	340(1.81)	
School	Middle school	11,273(60.11)				Middle school	952(5.08)	
	High school	7,444(39.70)				High school	6,831(36.43)	
	No response	35(0.19)				College	6,052(32.27)	
						Graduate school	3,559(18.98)	
Religion	Christian	6,304(33.62)				No response	1,018(5.43)	
	Roman catholic	1,973(10.52)			Mother's Education Level	≤ Elementary school	365(1.95)	
	Buddhism	2,222(11.85)				Middle school	1,137(6.06)	
	None	7,824(41.72)				High school	8,963(47.80)	
	Others	258(1.38)				College	4,967(26.49)	
	No response	171(0.91)				Graduate school	2,223(11.85)	
Number of siblings			2.2(0.7)	1.0~8.0		No response	1,097(5.85)	
Monthly Household Income(won)	Less than 1 million	557(2.97)			Father's Job	Unemployment	303(1.62)	
	1~2 millions	1,950(10.40)				Technician	827(4.41)	
	2~3 millions	2,214(11.81)				Independent enterprise	5,310(28.32)	
	3~4 millions	1,507(8.04)				Officer	5,816(31.02)	
	4~5 millions	967(5.16)				Professional	1,738(9.27)	
	More than 5 millions	1,471(7.84)				Laborer	335(1.79)	
	Don't know	9,490(50.61)				Others	3,154(16.82)	
	No response	596(3.18)				No response	1,269(6.76)	
living with	Both parents	16,465(87.80)			Mother's Job	Housewife	9,316(49.68)	
	Separate/divorce	1,372(7.32)				Part-time	1,815(9.68)	
	Single parent by death	379(2.02)				Full-time	6,363(33.93)	
	No parents by death	19(0.10)				No response	1,258(6.70)	
	No response	517(2.80)						

- 21 -

청소년의 분노·분노표현 유형과 정신·신체·사회적 건강

<Table 2> Anger, Ager Expression and Biopsychosocial Health of Korean Adolescents

(N = 18,752)

Variables	n	Mean	S.D.	Range(Min ~Max)
Trait anger	18,168	19.3	5.34	10 ~ 40
State anger	18,596	12.6	5.18	10 ~ 40
Anger expression* (AE)	18,733	26.9	7.82	0 ~ 72
Anger-in(AI)	18,154	15.4	3.88	8 ~ 32
Anger-out(AO)	18,298	14.2	3.91	8 ~ 32
Anger-control(AC)	18,213	18.7	4.98	8 ~ 32
Resilience	17,843	48.4	10.07	18 ~ 72
Depression	17,658	38.2	10.22	20 ~ 80
Psychosomatic symptoms	18,198	23.8	10.06	10 ~ 60

* AE= [(AI + AO) - AC]÷16]

<Table 3> Means of Three Anger Expression Dimensions by Six Anger Expression Types

(N=17,420)

Anger expression type	n(%)	Anger expression		Anger-control		Anger-in		Anger-out	
		Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD
High anger-in type	1,650(9.5)	23.8	4.33	25.5	3.14	19.7	2.71	13.7	2.79
Moderate but nonspecific anger expression type	4,937(28.3)	23.9	3.68	16.0	3.03	12.2	2.10	11.6	2.02
Dysfunctional anger-in/out type	3,236(18.6)	36.7	6.38	18.2	3.99	19.7	3.30	19.3	3.70
Moderate but anger- control/in dominant type	3,393(19.5)	24.0	4.66	20.8	3.04	16.1	2.30	12.7	1.93
High anger-out type	2,931(17.0)	31.8	4.13	14.6	2.93	14.0	2.30	16.3	2.30
Functional anger-control type	1,273(7.3)	13.4	2.95	26.3	2.89	13.3	2.23	10.5	1.78

4. 기질분노 수준과 분노표현 유형에 따른 유연성, 우울 및 정신신체증상

기질분노 수준과 군집분석 결과로 확인된 6개 분노표현 유형에 따른 유연성, 우울 및 정신신체증상 점수의 차이분석 결과는 Table 4와 같다. 먼저, 본 연구에서는 조사 대상 학생의 기질분노 수준을 Williams 등(2002)의 연구에서 이용된 기준에 따라 10~14점을 '저 기질분노군(low trait anger group)', 15~21점을 '중등도 기질분노군 (moderate trait anger group)', 22~40점을 '고 기질분노군(high trait anger group)'의 3집단으로 분류하였다. 그 결과 조사대상 청소년들의 기질분노의 평균 점수는 중등도 기질분노군에 포함되었으며, 각 군별 대상자수는 고 기질분노군 28.5% (5,186명), 중등도 기질분노군 53.5% (9,728명), 저 기질분노군이 17.9% (3,254명)로 분류되었다. 분류된 기질분노 수준별 3개 집단에 대한 유연성, 우울 및 정신

신체증상 점수의 차이를 분석한 결과는 다음과 같다.

먼저 유연성에서는 고 기질분노군 48.4점, 중등도 기질분노군 48.0점, 그리고 저 기질분노군 49.6점으로 저 기질분노군의 유연성 점수가 가장 높았고 통계적으로도 유의한 차이가 있었다 ($F=28.53$, $p<.001$). 우울에서는 고 기질분노군 42.4점, 중등도 기질분노군 37.4점 그리고 저 기질분노군 33.9점으로 고 기질분노군의 우울점수가 가장 높았으며, 통계적으로 유의한 차이가 있었다($F=774.27$, $p<.001$). 정신신체증상에서도 고 기질분노군 27.6점, 중등도 기질분노군 23.4점 그리고 저 기질분노군 19.1점의 순이었으며, 통계적으로도 유의한 차이가 있었다 ($F=778.56$, $p<.001$).

한편, 6개 분노표현 유형에 따른 유연성, 우울 및 정신신체증상의 차이검증 결과는 다음과 같다. 유연성에서는 기능적 분노조절형의 점수가 53.8점으로 가장 높았으며, 6개 유형 간에 통계적으로 유의한 차이가 있었다($F=143.20$, $p<.001$). 우울에서는 역기능적 분노억제/표출형이 43.9점으로 가장 우울성향이

<Table 4> Resilience, Depression and Psychosomatic Symptoms according to Three Trait Anger Groups and Six Anger Expression Types

Variables	Resilience			Depression			Psychosomatic symptoms		
	M(SD)	F(p)	Scheffe	M(SD)	F(p)	Scheffe	M(SD)	F(p)	Scheffe
Trait anger group (N= 18,168)									
High trait anger group(n=5,186)	48.4(9.94)	28.53	B	42.4(11.23)	774.27	A	27.6(10.71)	778.56	A
Moderate trait anger group(n=9,728)	48.0(9.58)			37.4(9.28)			23.4(9.33)		
Low trait anger group(n=3,254)	49.6(11.49)			33.9(8.72)			19.1(8.75)		
Anger expression type (N= 17,420)									
High anger-in type(n=1,650)	50.9(9.43)	143.20	C	41.1(11.02)	416.27	A	26.8(10.09)	424.87	A
Moderate but nonspecific anger expression type(n=4,937)	46.6(10.29)			35.1(8.32)			20.4(8.61)		
Dysfunctional anger-in/out type(n=3,236)	48.4(9.73)			43.9(11.34)			29.3(10.84)		
Moderate but anger-control/in dominant type(n=3,383)	49.0(9.04)	< .0001	C	37.3(9.39)	< .0001	C	23.8(9.24)	< .0001	C
High anger-out type(n=2,931)	46.9(9.87)			38.6(9.39)			24.4(9.44)		
Functional anger-control type(n=1,273)	53.8(10.33)			32.9(8.99)			19.1(8.79)		

<Table 5> Resilience, Depression and Psychosomatic Symptoms according to Demographic Variables

(N = 18,752)

Variables	Resilience		Depression		Psychosomatic symptoms	
	M(SD)	F (p)	M(SD)	F (p)	M(SD)	F(p)
Gender						
male	47.6(10.36)	131.41	37.6(9.96)	95.54	22.9(9.93)	208.69
female	49.4(9.58)	<(.001)	39.1(10.49)	<(.0001)	25.1(10.10)	<(.001)
School level						
Middle school students	48.3(10.35)	3.34	37.0(10.06)	346.34	22.8(9.77)	304.61
High school students	48.5(9.64)	(.07)	39.9(10.20)	<(.0001)	25.4(10.28)	<(.001)
Monthly family income (Won)						
less than 1 million	45.9(10.37)		41.6(11.22)		26.3(10.95)	
1~2 million	47.1(9.80)		39.5(10.59)		24.9(10.13)	
2~3 million	48.8(9.67)	47.04	38.6(10.37)	13.35	24.3(10.14)	8.09
3~4 million	49.7(9.89)	<(.001)	38.4(10.25)	<(.0001)	24.1(9.92)	<(.001)
4~5 million	50.6(9.90)		37.4(10.17)		23.1(9.88)	
more than 5 million	51.4(10.11)		38.4(11.06)		24.8(10.74)	
Living with						
both parents	48.6(10.06)		38.0(10.12)		23.7(9.99)	
single parent by separate or divorce	46.5(9.74)	25.42	40.1(10.83)	21.47	25.4(10.53)	13.84
single parent by death	46.3(10.48)	<(.001)	39.7(10.61)	<(.0001)	25.5(10.25)	<(.001)
no parents by death	42.1(14.37)		43.8(14.96)		24.5(10.10)	

- 23 -

청소년의 분노·분노표현 유형과 정신·신체·사회적 건강

높았고, 기능적 분노조절 형의 우울점수가 32.9점으로 가장 낮았으며, 6개 유형 간에 통계적으로 유의한 차이가 있었다 ($F=16.27$, $p<.001$). 정신신체증상 역시 역기능적 분노억제/표출 형이 29.3점으로 가장 높은 정신신체증상 점수를 보인 반면, 기능적 분노조절형은 19.1점으로 가장 낮은 점수를 보였고, 6개 유형 간에 통계적으로 유의한 차이가 있었다 ($F=424.87$, $p<.001$).

6. 일반적 특성에 따른 유연성, 우울 및 정신신체증상

대상자의 일반적 특성에 따른 유연성, 우울 및 정신신체증상의 차이 분석결과는 (Table 5)와 같다. 먼저, 유연성에서는 여학생이 49.4점으로 남학생 47.6점보다 높은 것으로 나타났다($F=131.41$, $p<.001$), 고등학생이 48.5점으로 중학생 48.3점에 비해 더 높았으나 통계적으로는 유의한 차이가 없었다($F=3.34$, $p=.07$). 가정경제수준에서는 월수입 100만원 미만인 군의 유연성은 45.9점으로 가장 낮으며, 500만원 이상인 군의 유연성은 51.4점으로 가장 높은 것으로 나타났다($F=47.04$, $p<.001$), 부모가 함께 거주하는 군은 유연성이 48.6점으로 가장 높았던 반면 부모가 모두 사망한 군은 42.1점으로 가장 낮은 것으로 나타났다($F=25.42$, $p<.001$).

우울에서는 여학생은 39.1점, 남학생은 37.6점으로 여학생이 남학생에 비해 우울 정도가 더 높았다($F=95.54$, $p<.001$). 학년별로는 중학생 37.0점, 고등학생 39.9점으로 두 군 모두 중간이하의 낮은 수준이기는 하나 중학생에 비해 고등학생의 우울 정도가 더 유의하게 높았다($F=346.34$, $p<.001$). 가정경제수준에는 부모의 월수입이 100만원 미만인 군은 41.6점으로 우울 점수가 가장 높았는데, 이 점수는 전체학생의 평균 우울 점수보다 3점 이상 높은 것이었다($F=13.35$, $p<.001$). 부모의 결혼 상태에서는 부모 모두 사망한 경우가 43.8점으로 가장 높았고, 부모가 함께 거주하는 경우가 평균 38.0점으로 가장 낮았으며, 통계적으로 유의한 차이가 있었다($F=21.47$, $p<.001$).

정신신체증상에서 여학생 25.1점, 남학생 23.0점으로 여학생이 더 많은 증상을 경험하고 있었다($F=208.69$, $p<.001$). 학년별로는 중학생이 22.8점, 고등학생이 25.4로 고등학생이 더 많은 정신신체증상을 경험하는 것으로 나타났다($F=25.43$, $p<.001$). 가정경제수준에서는 부모의 경제수준이 100만원 미만인 군이 평균 26.3점으로 다른 군에 비해 가장 정신신체증상 호소가 많은 것으로 나타났다($F=8.09$, $p<.001$). 부모의 결혼 상태에서는 부모가 별거이혼한 경우가 25.4점, 사별한 경우가 평균 25.5점으로 높았으며, 부모가 함께 거주하는 경우가 23.7점으로 가장 낮았으며, 통계적으로 유의한 차이가 있었다 ($F=13.84$, $p<.001$).

논 의

본 연구결과 조사대상 청소년의 기질분노 점수는 평균 19.3점, 상태분노 점수는 평균 12.6점으로 조사되었다. 분노표현 양상을 나타내는 분노표현에서는 분노조절이 평균 18.7점, 분노억제가 평균 15.4점, 분노표출이 평균 14.2점으로 나타났다. 이 점수는 본 조사와 동일한 Spielberger (1996)의 분노척도를 이용하면서 기질분노를 수준에 따라 분류한 Williams 등(2000)의 연구에서 사용한 기준-10~14점을 낮은 기질분노 수준, 15~21점을 중등도의 기질분노 수준, 22~40점을 높은 기질분노 수준으로 분류-을 고려하면, 연구대상인 우리나라 청소년의 기질분노 수준은 중등도 기질분노에 해당된다. 실제 Williams 등 (2000)의 연구에서는 연구대상을 45~64세의 미국인 중년 남성 여성 12,986명으로 하고 있어서 본 연구의 청소년들과 직접 비교하는 것은 제한적이기는 하나 이 연구에서 보고된 평균 기질분노 수준이 16.0 이었던 점을 고려한다면 우리나라 청소년의 기질분노 수준이 상대적으로 높다고 해석할 수 있다. 한편, 본 연구결과에서 나타난 우리나라 청소년의 분노표현 영역별 점수를 본 연구와 동일한 Spielberger (1996)의 분노척도를 이용하고 같은 아시아 문화권에 속하는 일본에서 수행된 Ohira 등(2002)의 연구결과와 비교해보면 분노 표현에서도 우리나라 청소년이 분노억제 또는 분노표출과 같은 바람직하지 못한 분노표현 방식을 상대적으로 많이 사용하고 있다고 해석할 수 있다. 구체적으로 비교하면, 위에 인용된 Ohira 등(2002)의 연구에 포함된 연구대상은 일본의 도시와 농촌지역에 거주하는 30~74세의 성인 4,374명이어서 본 연구의 대상인 청소년의 결과와 직접적으로 점수를 비교하는 것은 제한적이기는 하나 Ohira 등(2002)의 연구 참여자들의 분노표출 점수가 11.2~12.7점, 분노억제 점수가 13.2~13.4점을 고려하면, 분노표현에 있어서도 한국의 청소년들이 분노표출이나 분노억제와 같은 바람직하지 않은 역기능적인 분노표현을 더 많이 사용하고 있는 것으로 해석이 가능해진다.

특히 본 연구는 분노표현의 세 영역인 분노억제, 분노표출 및 분노조절을 이용하여 군집분석을 수행한 결과 청소년의 분노표현을 6개 유형으로 보고하였다. 이 유형에서 가장 바람직한 분노표현 방식으로 볼 수 있는 기능적 분노조절형은 전체 학생의 7.3%에 불과한 반면, 바람직하지 못한 분노표현 방식으로 볼 수 있는 '역기능적 분노억제/표출형'은 18.6%, '고분노 억제형' 9.5%, '고분노표출형' 16.8%로 나타났다. 조사대상 전체 학생의 약 45%가 분노경지에 대하여 비교적 바람직하지 않은 대응방식을 사용하고 있는 것으로 나타났다.

결국, 한국 청소년들의 분노와 분노표현 방식에 대한 본 연구결과를 요약하면, 이들의 기질분노 수준이 상대적으로 높은 수준이며, 분노경지에 대한 대응방식도 바람직하지 않은 것은

로 분류되는 분노억제나 분노표출과 같은 분노표현을 많이 사용하고 있다고 할 수 있다. 한편, 기질분노 수준이 높은 학생은 긍정적 적응능력을 의미하는 유연성이 낮고, 우울 및 정신 신체 증상 호소가 많았다. 분노표현에 있어서 바람직하지 않은 분노표현 유형으로 분류되는 ‘억기능적 분노 억제/표출형’, ‘고 분노 억제형’ 및 ‘고 분노표출형’에 포함되는 학생은 우울 및 정신신체 증상 호소가 높고, 유연성 점수는 낮은 것으로 나타나 청소년에서도 분노·분노표현 방식과 정신, 신체 사회적 건강 간에 직접적 관계가 있을 수 있음을 보여주고 있다.

그동안의 분노와 건강 간의 연구는 주요연구대상이 중년을 포함한 성인으로 청소년을 대상으로 수행된 연구는 소수이었다. 연구방법에서도 중년층 성인을 대상으로 한 연구에서는 심혈관 건강, 혈액지질지표 등의 건강결과와의 관계를 규명하는 것에 비해, 청소년 또는 성인초기를 대상으로 하는 경우에는 인위적인 통제상황에서 일시적으로 변화되는 신체반응을 측정하거나 비교적 단시간 내에 변화를 보이는 건강변수들의 측정을 통해 분노와 건강의 관계를 간접적으로 예측하여 왔다. 예를 들면, Abel, Larkin과 Edens (1995)는 76명의 성인초기인 18~24세의 건강한 여대생에게 인위적인 스트레스원으로 *mental arithmetic stressor*를 제공한 후 분노표현과 심혈관 반응으로써 혈압과 심박동수의 변화를 조사한 결과, 중등도 수준의 분노표출 점수를 보고한 여대생은 높은 수준과 낮은 수준의 분노표출 점수를 보고한 여대생에 비해 스트레스원에 대한 혈압반응이 낮았고, 심박동수에서도 높은 수준의 분노표출 점수를 보고한 여성보다 심박동수가 유의하게 낮았음을 보고함으로써 분노표현과 혈압의 관계가 유의함을 보고하였다. 또한 Muller 등(1995)은 청소년의 공격성이 총 콜레스테롤, 저밀도 지질단백(LDL)과 고밀도 지질단백(high density protein: HDL)의 비율과 유의한 관계가 있고, 통제된 정서는 콜레스테롤, LDL과 유의한 관계가 있다고 보고하였다. Mueller, Grunbaum과 Labarthe (2001)도 14세의 청소년 167명을 대상으로 민족성, 키, 몸무게, 체지방율, 성적 성숙도를 통제한 후 분노표현과 혈압의 관계를 확인한 결과 분노표현과 혈압의 관계는 확인할 수 없었으나, 분노조절과 같은 바람직한 분노표현 방식을 많이 사용하는 소녀들에게서 체지방율(percentage of body fat)이 낮음을 확인하였다. 그러나 앞에 인용된 연구들과는 달리 Porter, Arthur와 Schwartz (1999)는 100명 (남자 42, 여자 58명)의 성인초기에 있는 대학생들을 대상으로 한 연구에서 남학생과 여학생 간에 분노억제와 분노표출 점수의 차이를 발견할 수 없었고, 기질분노 또는 상태분노와 혈압의 관계에서도 유의미한 관계를 확인할 수 없었다고 보고하고 있어서 청소년 또는 성인초기를 대상으로 더 많은 연구가 수행될 필요가 있음을 선행 연구들이 제안하고 있는 것으로 사려된다. 이 점에서 본 연구는 정신, 신체, 사회적 건강을 측정함에 있어서 생리적 변수보

다는 주관적 자가 보고에 의존하고 있는 제한점은 있으나, 대단위 표본에 근거하여 청소년 또는 성인초기에서 분노와 건강의 관계를 경험적으로 확인하였다는 점에서 연구의 의의가 높다고 할 수 있다.

종합하면, 우리나라 청소년들의 기질분노가 중등도 수준이며, 억기능적 분노표현 방식을 사용하는 학생이 많고, 기질분노 수준이 높으며 바람직하지 않은 분노표현 방식을 많이 사용하는 청소년은 정신·신체·사회적 건강이 이미 좋지 않거나 위협받을 수 있는 위험에 처해 있음을 본 연구결과가 보여주고 있다고 요약할 수 있다. 그러나 한국의 중고등학교의 보건교육 실체는 Park 등(2006)의 보고에서 미루어 예측할 수 있듯이 이를 잘 관리할 수 있는 상황은 아직 아닌 것으로 보인다. Park 등(2006)은 우리나라 중·고등학교 보건교육에서 실시율이 높은 내용은 성교육과 약물 오·남용 교육이 각각 98.9%, 95.3%인 반면, 정신건강과 관련된 보건교육은 53.7%로 낮은 것이라, 중·고등학교에서 공히 활용 가능한 보건교육(안)에서 정신건강과 관련된 교육내용 역시 불충분하다고 지적하고 있다. 따라서 본 연구 결과는 향후 우리나라 청소년들의 보건교육에서 분노정서와 같은 부정적 정서를 학생 스스로 관리할 수 있는 능력을 배양할 수 있도록 돕는 교육방안이 모색되고 강화되어야 함을 반영하고 있다고 할 수 있다.

결론 및 제언

결론적으로 우리나라 청소년들의 기질분노 수준은 중등도 수준으로 높고, 분노 표현 유형도 조사대상 중고등학생의 약 45%가 바람직하지 않은 유형이라고 할 수 있는 억기능적 분노억제/표출형, 고 분노억제형, 고 분노표출형으로 분류되어 부적절한 분노 대응방식을 많이 사용하고 있다고 할 수 있다. 또한 분노의 결과로서 정신·신체·사회적 건강의 하위개념으로 측정된 유연성, 우울 및 정신신체증상에서도 기질분노가 높은 학생이, 그리고 바람직하지 않은 분노표현 유형을 사용하는 학생이 유연성이 낮고, 우울 및 정신신체증상 호소가 유의하게 높은 것으로 나타나 본 연구 결과는 분노와 정신·신체·사회적 관계가 유의함을 보여주고 있다. 종합하면, 본 연구 결과는 우리나라 중고등학교 보건교육에 청소년의 건강문제나 문제행동의 직접적인 관리 외에도 장기적인 관점에서 이를 스스로 관리할 수 있는 자기 관리능력을 높일 수 있는 보건교육이 요구되며, 이 교육에는 분노정서 등과 같은 개인의 부정적 정서를 관리할 수 있는 능력을 향상시킬 수 있는 정신건강 교육이 강화되어야 함을 시사하고 있다고 할 수 있다. 따라서 본 연구결과가 우리나라 학교 보건교육의 내용 개선 및 방향을 제시하는 중

요한 기초 자료로 활용되기를 기대한다.

참고문헌

- Abel, J. L., Larkin, K. T., & Edens, J. L. (1995). Women, anger, and cardiovascular responses to stress. *J Psychosom Res*, 39(3), 251-259.
- Chon, K. K., Hahn, D. U., Lee, J. O., & Spielberg, C. D. (1997). Korean adaptation of the State-Trait Anger Expression Inventory: Anger and blood pressure. *Korean J Health Psychol*, 2, 60-78.
- Chon, K. K., & Lee, M. K. (1992). Preliminary development of Korean version of CES-D. *Korean J Clin Psychol*, 11(1), 65-75.
- Eftekhari, A., Turner, A. P., & Larimer, M. E. (2004). Anger expression, coping, and substance use in adolescent offenders. *Addict Behav*, 29(5), 1001-1008.
- Everson, S. A., Goldberg, D. E., Kaplan, G. A., Julkunen, J., & Salonen, J. T. (1998). Anger expression and incident hypertension. *Psychosom Med*, 60(6), 730-735.
- Hong, Y. S. (2004). *The effects of the stress and psychosocial resources for adolescent suicidal behaviors*. Unpublished doctoral dissertation, Yonsei University, Seoul.
- Kerby, D. S., Brand, M. W., & John, R. (2003). Anger types and use of cigarette smokers and smokeless tobacco among Native American adolescents. *Prev Med*, 37, 485-491.
- Kim, H. S., & Kim, H. S. (1999). Development of instrument for measuring personality factor related to juvenile delinquency. *J Korean Acad Psychiatr Ment Health Nurs*, 8(1), 190-201.
- Kim, S. J., Lee, C. S., & Choi, B. S. (2004). A study of factors influencing increase of school resilience for the development of adolescent community mental health service model. *J Korean Acad Psychiatr Ment Health Nurs*, 13(3), 291-303.
- Lee, K. J. (2003). *Psychological characteristics of high risk group in adolescent suicide*. Unpublished master's thesis, Catholic University of Korea, Seoul.
- Mueller, W. H., Grunbaum, A., & Labarthe, D. R. (2001). Anger expression, body fat, and blood pressure in adolescents: Project heart beat. *Am J Hum Biol*, 13,

531-538.

- Muller, M. M., Rau, H., Brody, S., Elbert, T., & Heinle, H. (1995). The relationship between habitual anger coping style and serum lipid and lipoprotein concentration. *Biol Psychol*, 41, 69-81.
- Musante, L., & Treiber, F. A. (2000). The relationship between anger-coping styles and lifestyle behaviors in teenagers. *J Adolescent Health*, 27(1), 63-68.
- Ohira, T., Iso, H., Tanigawa, T., Sankai, T., Imano, H., Kiyama, M., et al. (2002). The relationship of anger expression with blood pressure levels and hypertension in rural and urban Japanese communities. *J Hypertens*, 20, 21-27.
- Park, E. S., Park, Y. J., Ryu, H. S., Han, K. S., Hwang, R. I., Lim, Y. J., et al. (2006). A Nationwide survey on current conditions of school health education. *J Korean Acad Nurs*, 36(2), 381-388.
- Park, Y. J., Han, K. S., Shin, H., Kang, H. C., & Moon, S. H. (2004). Prediction on the negative outcomes of anger in female adolescents. *J Korean Acad Nurs*, 34(7), 1234-1242.
- Porter, L. S., Stone, A. A., & Schwartz, J. (1999). Anger expression and ambulatory blood pressure: A comparison of state and trait measures. *Am Psychosom Soc*, 61(4), 454-463.
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1, 385-401.
- Raikkonen K., Matthews K. A., & Kuller L. H. (2002). The relationship between psychological risk attributes and the metabolic syndrome in healthy women: Antecedent or consequence? *Metabolism*, 51(12), 1573-1577.
- Raikkonen, K., Matthews, K. A., Sutton-Tyrrell, K., & Kuller, L. H. (2004). Trait anger and the metabolic syndrome predict progression of carotid atherosclerosis in Healthy Middle-Aged Women. *Psychosom Med*, 66(6), 903-908.
- Seoul Metropolitan Office of Education (2005). *Educational Statistics*.
- Siegman, A. W., Malkin, A. R., Boyle, S., Vaitkus, M., Barko, W., & Franco, E. (2002). Anger and plasma lipid, lipoproteins and glucose levels in healthy women: The mediating role of physical fitness. *J Behav Med*, 25(1), 1-16.
- Smith, T. W., Ruiz, J. M., & Gallo, L. C. (2004). Hostility, anger, aggressiveness, and coronary heart disease: Perso-

nality, Emotion, and Health. *J Pers*, 72(6), 1217-1270.

Spielberger, C. D. (1996). *Manual for the state-trait anger expression scale*. Port Huron, MI: Sigma assessments system.

Stoney, C. M., & Engebretson, T. O. (2000). Plasma homocysteine concentrations are positively associated with hostility and anger. *Life Sci*, 66(23), 2267- 2275.

Suh, J. Y. (2002). *A study on the influence of parental divorce*

on children's adaptation: Focusing on resilience. Unpublished master's thesis, Yonsei University, Seoul.

Williams, J. E., Paton, C. C., Siegler, I. C., Eigenbrodt, M. L., Nieto, F. J., & Tyroler, H. (2000). Anger proneness coronary heart disease risk- perspective analysis from the Atherosclerosis Risk in Communities(ARIC) study. *Circulation*, 101, 2034-2039.

Anger, Anger expression and Biopsychosocial Health in Korean Adolescents

Park, Young Joo¹⁾ · Han, Kuem Sun¹⁾ Shin, Nah Mee²⁾ · Kang, Hyun Cheol³⁾ · Chun, Sook Hee⁴⁾ · Yoon, Ji Won⁵⁾ · Shin Hyun Jeong⁶⁾

1) Professor 2) Assistant Professor 6) Part-time Lecturer, College of Nursing, Korea University
3) Associate Professor, Department of Informational Statistics, Hoseo University,
4) Full-time Lecturer, Department Of Nursing, Sangji University
5) Full-time Lecturer, Department Of Nursing, Suwon Women's College

Purpose. The purpose of this study was to explore status and relationships of anger and its expression type to biopsychosocial health in Korean adolescents. **Methods.** This cross-sectional study used four reliable survey questionnaires that measure anger, depression, resilience, and psychosomatic symptoms. Data were collected from 18,752 students of 36 middle schools and 23 high schools located in 23 administrative districts in Seoul, Korea. **Results.** The Korean adolescents who completed the questionnaires indicated moderate level of trait anger. Forty-five percent of them demonstrated using one of three undesirable types of anger expression such as dysfunctional anger-in and anger-out, high level anger-in, or high level anger-out. Also, level of trait anger and types of anger expression are significantly associated with resilience, depression, and psychosomatic health status. **Conclusions.** School-based mental health education such as anger management programs for Korean adolescents, might be necessary to help them develop desirable and effective coping skills and strategies.

Key words : anger, anger expression, psychosomatic symptoms, depression, resilience

Address reprint requests to : Shin, Nah Mee, College of Nursing, Korea University, 126-1 Anam-dong 5ga, Sungbuk-gu, Seoul 136-705, Korea. Tel: 82-2-3290-4924, Fax: 82-2-927-4676, E-mail: nshin@korea.ac.kr

한국과 일본의 지역사회간호 연구 동향 고찰

유호신¹⁾ · 田中美加²⁾ · 有田久美²⁾ · 조정현³⁾

서 론

1. 연구의 필요성

지난 2007년 11월, 한국과 일본의 지역사회간호학회 발전을 위한 국제학술대회가 개최된 이래, 매 2년을 주기로 양국간 학술교류를 활성화하기로 하였다. 지역사회간호학회 공동으로 처음 시도된 국제학술교류에서는 양국 공동 관심사로서 ‘고령화 시대에 대비한 지역사회간호의 비전과 전망’에 대한 주제강연 (Kanagawa, 2007; Kim, 2007)과, 지역사회간호사업 (Lee, 2007; Okamoto, 2007) 및 가정, 방문간호사업 (Ryu, 2007; Shimanouchi, 2007)에 대한 발제강연이 있었다. 연이어 산업간호, 학교간호, 건강증진 및 노인건강 분야 등 지역사회간호 관련 세부 주제에 대한 분과 발표가 진행되었는데, 이 과정에서 주제 및 발제 강연에 채택된 내용 외에 산업간호나 학교간호 등 세부전공분야별로는 지역사회 간호실무나 연구분야에 있어 양국 모두 구체적인 정보가 부족하다는 점이 확인되었다. 한국과 일본에서는 양국 모두 지역보건간호 분야나 가정, 방문간호 분야는 지역사회간호의 세부전공 영역으로 확실하게 자리 잡고 있었으나, 산업간호나 학교간호 등은 서로 다른 양상을 갖고 있음을 알게 되었다. 지역사회간호연구는 실무 현장은 물론 간호교육 제도를 개발시키고 개선시킬

수 있는 정책 대안을 제시해 주고 있다. 따라서 지역사회간호연구 동향을 파악하는 것은 앞서 경험한 좋은 선례 혹은 부족한 실정을 파악할 수 있는 가이드가 되고 이를 통해 지역사회간호 교육 제도나 실무 혹은 연구 분야를 발전시키는 데 기여할 수 있다. 특히 날로 심각해져가고 있는 고령사회 문제를 극복하기 위한 다양한 정책대안을 마련해야 하는 지역사회간호 분야에서는 일본의 앞선 경험이나 노하우 또는 한국의 새로운 전략과 효율적인 정책 활용 등 상호 지역사회간호 발전을 위해 다양한 연구 성과를 기반으로 할 때 그 역량을 더욱 발휘할 수 있기 때문이다. 특히 양국의 간호는 각국의 강점과 약점이 매우 상이하다. 즉, 간호 교육 제도나 정책 분야가 더 강할 것으로 판단되는 한국의 간호와 실무 분야가 더 강할 것으로 판단되는 일본의 간호가 서로의 장단점을 보완하여 발전을 위한 윈윈 전략을 모색해 보고자 한다면 보다 구체적이고 정확한 상대국의 정보 파악이 선행되어야 한다. 특히 관련 연구 분야의 구체적인 정보가 매우 중요함에도 지금까지 관련 연구에 대한 구체적인 결과 보고서나 참고문헌 등 상대국의 정보가 매우 미약한 실정이다. 이러한 현실에서 본 연구는 비록 초기단계의 시도에 불과하지만, 양국의 지역사회간호 관련 연구 결과물들에 대한 구체적인 비교를 통해 발전 전략을 모색해 볼 수 있는 기초자료를 제공하고자 시도되었다.

* 본 논문은 2009년 한국학술진흥재단의 대학교수해외방문연구지원(KRF-2009-E00050) 연구비의 일부와 2010년 고려대학교 간호학연구소의 연구비 지원을 받아 수행하였음. 본 논문은 지역사회간호학회지 제21권, 제4호, 2010년 12월호에 게재된 논문임.

주요어: 지역사회간호, 연구 동향, 문헌조사, 한국, 일본

1) 고려대학교 간호대학 교수 (교신처자 E-mail: hosihn@korea.ac.kr)

2) 일본 후쿠오카대학교 의과대학 간호학과 강사

3) 고려대학교 간호대학 박사과정

투고일: 2010년 9월 20일 / 수정일: 2010년 12월 17일 / 게재확정일: 2010년 12월 17일

2. 연구목적

본 연구는 지역사회간호 관련 전문학술지로서 심사과정에 서 통과되어 학술지에 출판된 논문, 즉 원저(original article)만을 선택하여 한국과 일본의 지역사회간호연구 동향을 고찰하여 지역사회간호연구의 발전에 기여할 수 있도록 세부 전공 영역별 국제학술교류를 위한 기초자료를 제공하고자 하였으며, 구체적인 연구목적은 다음과 같았다.

- 한국과 일본의 지역사회간호연구 동향을 고찰한다.
- 한국과 일본의 지역사회간호연구의 주제념을 비교한다.
- 한국과 일본의 지역사회간호연구방법을 비교한다.

연구 방법

1. 연구설계

본 연구는 한국과 일본의 지역사회간호 학술지에 보건의료, 가족간호(가정간호, 방문간호, 방문보건 포함), 산업간호, 학교간호, 그리고 기타 지역사회간호를 주 연구 개념으로 하여 출판된 지역사회간호 연구의 주제와 방법 등에 대한 연구 동향을 고찰한 문헌조사연구이다.

2. 연구 대상 및 자료수집

본 연구목적을 달성하기 위하여 지역사회간호학자들이 운영주체가 되어 발간되는 학술지를 다음과 같은 기준으로 선택하여 분석대상에 포함하였다. 일본의 지역사회간호학회지는 한국의 지역사회간호학회지에 비해 약 10여 년 이후인 1998년에 창간되었기 때문에 본 연구 분석에서 제시한 총량적 논문 수의 비교는 지난 10년 동안 출판된 연구 논문(원저) 수로 한정하였다. 그러나 일본 지역사회간호학회지 발간 초기에는 원저의 편수가 워낙 적어 연구설계 등 구체적인 연구방법에 대한 비교 분석은 양국 모두 최근 5년간 출판된 원저만을 선택하여 제시하였다. 결과적으로 본 연구 분석에 포함된 학술지는 한국은 지역사회간호학회지, 한국보건간호학회지, 산업간호학회지, 한국가정간호학회지, 그리고 한국의 대표적 학술지인 대한간호학회지 등 간호계 대표학회지 5개를 선정하였다. 일본도, 동일한 기준을 적용하여 지역사회간호학회지, 일본재택케어학회지, 일본가족간호학회지, 일본사회재해간호학회지, 일본간호복지학회지, 그리고 한국의 대한간호학회지와 유사한 일본간호과학회지와 일본간호연구학회지 등 간호계 대표학회지 7개를 선정하여 분석에 활용하였다. 선정된 근거는 일본가족간호학회지는 한국가정간호학회지와 유사하며 일본

사회재해간호학회지는 한국의 산업간호학회지와 유사한 특성을 갖고 있는 것으로 연구팀 간 합의가 이루어졌기 때문이었다. 본 분석에 활용한 원저는 해당 학회지 홈페이지를 통해 원문을 다운받아 사용하였다.

3. 분석 기준 및 방법

본 분석에서는 지역사회간호연구의 주제념인 보건간호, 가족간호(가정간호와 방문간호, 방문보건 포함), 산업간호, 학교간호, 그리고 기타 지역사회간호 등 5개 영역을 기준으로 분석하였다. 4개의 주제념 이외에 기타 지역사회간호 개념 모두를 포함시킨 이유는 본 연구는 지역사회간호학자들의 연구 동향을 파악하는 데 목적을 두었으므로 지역사회를 기반으로 한 건강증진과 노인간호 등 본 연구 분석에 선정된 학술지에 발표된 모든 원저를 포함시켰기 때문이었다. 여기서 참언하고 싶은 내용은, 한국의 경우 발표된 논문 대부분이 논문심사위원의 심사과정을 통과한 원저만을 수록하고 있는 데 비해, 일본의 간호학술지는 다양한 수준의 원고를 수록하고 있다는 점이다. 이와 같은 수준의 원고에 대한 설명으로 일본의 간호학술지에서 가장 많이 적용하고 있는 Ichushi database의 분류 기준에 의하면, 논문심사위원의 심사과정을 통과한 원저(原著論文, original article) 외에도 학회주관 학술회의 등의 회의록(會議錄, proceedings), 그림해설(圖說, atlas), 강의(講義, lecture), 해설(解説, commentary), 총설(總說, review), 일반 좌담회(一般座談會, round-table discussion), Q&A, 편집자에게 보내는 편지(letter to editor), 그리고 임상사례연구(症例檢討會, case study) 등 다양한 형식과 수준의 원고를 수록하고 있다. 그리고 연구방법을 비교하기 위한 분류 기준은 Burns와 Grove (2005)의 간호연구방법 분류 중에서 간호연구의 과학적 지식체의 주 개발단계별로 구분한 기술적 차원의 연구(description level), 설명적 차원의 연구(explanation level), 예측적 차원의 연구(prediction level) 그리고 바람직한 결과를 유도하기 위해 조절가능한 차원의 연구(control level) 분류기준을 적용하였고, 분석결과는 빈도와 백분율로 제시하였다.

4. 연구의 제한점

본 연구는 양국 모두 지역사회간호 관련 학회지에 게재된 논문을 중심으로 비교 분석한 결과를 제시하고자 하였으므로, 본 분석 자료에는 지역사회간호학자의 연구 범주로 분류하기 모호한 논문과 학회지는 포함시키지 않았다. 따라서 한국은 물론 일본의 지역사회간호 연구 활동 모두 보건계열이나 의약계열 학회지 뿐만 아니라 영문판 국제 학술지 등에도 다양하게 활동하고 있다는 점을 감안하여 본 연구결과 해석 시

신중하게 고려되어야 한다.

연구 결과

1. 논문 게재 현황

우선 지난 10년 동안 지역사회간호연구 관련 논문 수를 단순하게 출판된 논문 수만을 비교 분석한 결과는 다음과 같았다. 즉, Table 1에 제시된 바와 같이 한국 학자들의 논문 수는 총 2,291편이었고 일본의 경우는 총 843편으로 출판된 논문의 양적인 편 수만을 단순 비교한다면 단연 한국이 우위를 점하고 있다. 이 결과는 지역사회간호연구의 주 개념인 지역사회간호, 보건간호, 가족간호(가정간호, 방문간호, 방문보건), 산업간호, 그리고 학교간호 등 5개의 세부 전공 영역만을 선별한 것으로서, 한국의 경우 대한간호학회지, 지역사회간호학회지, 한국보건간호학회지, 산업간호학회지, 한국가정간호학회지 등 총 5종의 관련 학회지를 분석한 결과이다. 일본의 경우도 한국과 동일한 기준을 적용하여 일본간호과학회지와 일본간호연구학회지, 그리고 지역사회간호학회지와 일본재택케어학회지, 일본가족간호학회지, 일본사회재해간호학회지, 일본간호복지학회지 등을 분석 제시하였다.

2. 연구의 주 개념

최근 5년 동안 발표된 지역사회간호연구의 세부 전공 영역에 대한 분석 결과, Table 2에 제시된 바와 같이 양국 모두 연도별 변화 추세는 엇 볼 수 없었다. 다만, 한국은 건강증진이나 노인건강 등 기타 지역사회간호연구 개념의 비중이 가장 많았으며(28.4%), 그 다음 순으로 학교간호, 보건간호, 산업간호, 가족간호(가정간호, 방문간호, 방문보건 포함) 등의 순으로 많았으나, 일본은 보건간호가 38.9%로 가장 많은 비중을 차지하였고, 그 다음이 기타 지역사회간호, 가족간호(가정간호, 방문간호, 방문보건 포함), 산업간호, 학교간호 순으로 나타나 양국의 지역사회간호연구 영역에 차이가 있음을 알 수 있었다. 분석 결과 중 주목할 만한 점은 일본의 지역사회간호연구에서는 학교간호 연구가 한국에 비해 매우 저조한 점이었다. 참고로, 당초 본 연구의 세부 전공영역을 파악하기 위하여 주 개념 분석은 MeSH(www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html)에 등재된 용어를 기준으로 분석하고자 시도하였으나 적지 않은 연구 결과보고에서 MeSH에 등재된 용어를 제시하고 있지 않은 실정이어서 부득이 원저자가 원저에 명시한 주요어(key word)를 기준으로 분석하였다.

3. 연구방법

연구설계 방법에 있어서는 Table 3에 제시된 바와 같이 양국 간 확연한 차이를 보여 주었다. 즉, 한국의 지역사회간호 연구에서는 양적인 연구설계 방법이 대다수를 이루고 있는 반면, 일본의 지역사회간호 연구에는 질적 연구설계 방법으로 제시된 연구보고가 많았다. 그러나 일본의 원저에 제시된 연구설계 방법은 저자가 밝힌 바와 같이 진정한 의미의 질적 연구설계 방법이라기 보다는 설명 혹은 기술적인 차원의 내용분석(content analysis) 연구설계 수준이 대부분을 차지하였다. 양적 연구설계 방법에 있어서, 한국은 예측수준(predictive level)의 연구설계 방법이 25.1%로 가장 많았고, 설명적 차원의 연구(explanatory level)가 23.3% 수준으로 그 뒤를 잇고 있으며 유사실험연구(quasi-experimental study) 방법을 활용한 조절 즉, 처방(control 혹은 prescriptive) 수준의 간호중재 프로그램 개발과 효과를 측정한 연구도 22.2% 수준이었다. 반면, 일본에서는 설명적 수준과 예측 수준의 연구가 각각 23.0%와 14.2%로 타 연구설계 방법에 비해 비교적 많았고 간호중재연구의 효과 검증 등을 수행한 처방 수준의 연구설계를 적용한 연구보고는 거의 없었다.

자료수집 방법에 있어서는, Table 4에서 볼 수 있는 바와 같이, 한국은 구조화된 설문지에 의한 조사연구가 57.8%로 가장 큰 비중을 차지하였으나, 일본은 기술적 차원의 내용 분석을 수행한 질적 연구방법이 가장 많았다. 따라서 조사방법에 있어서도 개별 면담이 35.4%로 가장 많이 시행되었음을 알 수 있었다. 같은 맥락에서 간호중재서비스에 대한 효과 측정을 위한 자료수집 방법에 있어서도 한국은 21.5%로 비교적 많았던 반면에 일본은 5.3% 수준에 불과하였다. 표본추출방법에 있어서는, <표 5>에서 볼 수 있는 바와 같이, 양국 모두 (임의)편의추출방법을 가장 많이 수행하였으나(한국 85.1%, 일본 94.7%), 한국의 논문에서는 전수조사(6.9%)와 무작위추출방법(5.1%), 그리고 문헌분석연구(2.5%) 등 다양한 표본추출방법을 수행한 데 비해 일본은 거의 대부분 편의추출방법을 활용하였다. 연구 대상 표본 수에 있어서도 한국은 전수조사도 19건(6.9%) 정도 수행되었고 무작위 표본추출방법도 14건(5.1%)이 수행되었던 데 비해, 일본의 경우는 단 한 건도 없었다. 한국의 경우 연구대상이 100-499명(50.5%)의 표본 수를 적용한 원저가 절반 정도 시행되었던 데 비해 일본은 30건 미만의 소규모 표본 수에 의한 연구대상을 적용한 원저가 절반 정도나 되었음을 알 수 있었다.

Table 1. A Comparison the Number of Community Health Nursing Research between Korea and Japan for 10 years from related Journals

Source Year	Korea						Japan							
	JKAN ⁽¹⁾	JKACHN ⁽²⁾	JKAPHN ⁽³⁾	KJOHN ⁽⁴⁾	JKAHHN ⁽⁵⁾	Total	JJANS ⁽⁶⁾	JJSNR ⁽⁷⁾	JJACHN ⁽⁸⁾	JJAHC ⁽⁹⁾	JJARFN ⁽¹⁰⁾	JJSDN ⁽¹¹⁾	JJSNS ⁽¹²⁾	Total
1999	120	40	25	17	7	209	13	3	14	11	-	-	-	41
2000	126	43	35	16	7	227	11	13	11	11	-	-	-	46
2001	96	70	32	13	12	223	14	12	27	16	4	8	-	81
2002	93	50	35	13	12	203	15	16	26	15	5	6	3	86
2003	120	66	27	16	15	244	8	13	18	16	7	5	21	88
2004	148	57	29	12	6	252	22	14	23	13	8	3	26	109
2005	150	47	31	14	12	254	27	18	19	23	6	3	4	100
2006	133	50	17	14	6	220	19	22	22	9	4	10	7	93
2007	126	60	22	25	11	244	19	22	26	18	11	6	7	109
2008	96	61	21	25	12	215	17	16	23	12	14	4	4	90
Total	1,208	544	274	165	100	2,291	165	149	209	144	59	45	72	843
%	52.7	23.7	12.0	7.2	4.4	100.0	19.6	17.7	24.8	17.1	7.0	5.3	8.5	100.0

JKAN=Journal of Korean Academy of Nursing; JKACHN=Journal of Korean Academy of Community Health Nursing; JKAPHN=Journal of Korean Academy of Public Health Nursing; KJOHN=Korean Journal of Occupational Health Nursing; JKAHHN=Journal of Korean Academic Society of Home Health Care Nursing; JJANS=Journal of Japan Academy of Nursing Science; JJSNR=Journal of Japan Society of Nursing Research; JJACHN= Journal of Japan Academy of Community Health Nursing; JJAHC=Journal of Japan Academy of Home Care; JJARFN=Journal of Japanese Association for Research in Family Nursing; JJSDN=Journal of Japan Society of Disaster Nursing; JJSNS=Journal of Japanese Society for the study of Nursing and Social Work.

Table 2. A Comparison of the Major Key Concept for Community Health Nursing Research between Korea and Japan for 5 years

Source Year	Korea						Japan					
	Public health nursing	Industrial health nursing	School health nursing	Family health nursing	Others in Community health nursing	Total	Public health nursing	Industrial health nursing	School health nursing	Family health nursing	Others in community health nursing	Total
2004	14	6	7	8	22	57	9	2	0	9	3	23
2005	2	10	11	6	18	47	6	2	0	5	6	19
2006	10	8	15	1	16	50	7	1	0	3	11	22
2007	10	8	21	3	18	60	13	1	0	4	8	26
2008	8	3	19	4	27	61	9	3	2	3	6	23
Total	44	35	73	22	101	275	44	9	2	24	34	113
%	16.0	12.7	26.5	8.0	36.8	100.0	38.9	8.0	1.8	21.2	30.1	100.0

PHN=public health nursing; IHN=industrial health nursing; SHN=school health nursing; FHN=family health nursing; OCHN=others in community health nursing.

Table 3. A Comparison of the Specific Research Design for Community Health Nursing Research between Korea and Japan for 5 years

Research design	Korea		Japan	
	n	(%)	n	(%)
Quantitative				
Descriptive level	64	(23.3)	26	(23.0)
Instrument development (Including meta analysis)	4	(1.5)	5	(4.4)
Secondary analysis (Including literature review)	10	(3.6)	5	(4.4)
Program development	8	(2.9)	0	(0.0)
Correlative level	40	(14.5)	2	(1.8)
Predictive level	69	(25.1)	16	(14.2)
Quasi-experiment	61	(22.2)	5	(4.4)
Qualitative				
Qualitative descriptive research	0	(0.0)	43	(38.1)
Phenomenological research	5	(1.8)	0	(0.0)
Grounded theory research	5	(1.8)	5	(4.4)
Ethnographical research	1	(0.4)	3	(2.7)
Historical research	0	(0.0)	1	(0.9)
Q-method	2	(0.7)	0	(0.0)
Others (including action research)	0	(0.0)	2	(1.8)
Outcome Research				
	6	(2.2)	0	(0.0)
Total Number	275	(100.0)	113	(100.0)

Table 4. A Comparison of the Data Collection Method for Community Health Nursing Research between Korea and Japan for 5 years

Methods for data collection	Korea		Japan	
	n	(%)	n	(%)
Nursing intervention	59	(21.5)	6	(5.3)
Questionnaire survey	159	(57.8)	6	(5.3)
Mail survey	9	(3.3)	32	(28.3)
Record analysis	6	(2.2)	3	(2.7)
Secondary (nursing bill etc.)	9	(3.3)	0	(0.0)
Personal in-depth interview	16	(5.8)	40	(35.4)
Focus group interview	0	(0.0)	1	(0.9)
Program development	6	(2.2)	0	(0.0)
Expert opinion	2	(0.7)	0	(0.0)
Others	7	(2.5)	19	(16.8)
Combination	2	(0.7)	6	(5.3)
Total	275	(100.0)	113	(100.0)

Table 5. A Comparison of Sampling Method and Size for Community Health Nursing Research between Korea and Japan for 5 years

	Korea		Japan	
	n	(%)	n	(%)
Sampling method				
Total sampling	19	(6.9)	0	(0.0)
Randomized sampling	14	(5.1)	0	(0.0)
Convenient sampling	234	(85.1)	107	(94.7)
Literature review	7	(2.5)	0	(0.0)
Others	1	(0.4)	6	(5.3)
Total	275	(100.0)	113	(100.0)
Sample size				
Under 30	26	(9.5)	54	(47.8)
30 ~ 49	20	(7.3)	11	(9.7)
50 ~ 99	31	(11.3)	7	(6.2)
100 ~ 499	139	(50.5)	22	(19.5)
500 ~ 999	26	(9.5)	9	(8.0)
1,000 over	31	(11.3)	4	(3.5)
Others	2	(0.7)	6	(5.3)
Total	275	(100.0)	113	(100.0)

논 의

한국과 일본의 국제학술교류는 한국에서 개최한 2007년 국제 공동 학술대회를 시작으로 가시화되었다. 지역사회간호의 국제학술교류는 노령사회에서 차지하는 지역사회간호사의 역할과 기능이 더욱 중요해져 가고 있는 시점에서 볼 때 매우 중요하고 시의적절한 노력이라고 사료된다. 이러한 관점에서 본 연구에서 제시한 양국 지역사회간호연구 동향에 대한 고찰은 비록 기초단계의 수준에 불과하지만 이를 기반으로 향후 보다 구체적이고 전문적인 다양한 정보를 교환할 수 있는 계기를 마련하게 되었다. 앞서 언급한 바와 같이, 본 연구를 시도할 당시 저자는 적어도 일본의 지역사회간호연구와 한국의 지역사회간호연구를 비교함에 있어서 어느 정도 연구의 양적 혹은 질적인 측면으로 연구 성과물들이 균형을 이루거나 혹은 일본의 지역사회간호연구가 더 앞선 수준으로 우리가 벤치마킹 할 만한 내용이 있지 않을까 하는 기대감으로 시작한 것이었다. 왜냐하면, 개인적인 판단으로는 보건지표의 수준이 한국에 비해 일본이 우수하기 때문에 적어도 보건간호분야의 실무적인 측면에서는 일본이 한국의 보건간호 실무 분야에 비해

더 발전되었을 것으로 인식 해 왔기 때문이었다. 다시 말하면 적어도 실무적인 측면에서는 우리보다 앞서가고 있다고 판단하고 있었기 때문에 지역사회간호연구 측면에 있어서도 연구 주제의 다양성이란가 실무와 연구가 연계 된 정책 개발 연구 혹은 연구설계 방법적 측면에 있어서 참고할 만한 것들이 있지 않을까하는 막연한 기대감이 있었다. 뿐만 아니라 일본의 지역사회간호교육의 제도적 측면에 있어서도 보건간호사가 되기 위해서는 임상간호사와는 달리 4년제 학제에서 1년 과정의 보건간호학을 더 이수하거나 3년제 학제를 졸업한 이후 4년제 간호학과에 편입하여 1년 과정의 보건간호사 (일본에서는 보건사로 칭함) 교육과정을 필요 이수해야 하는 특성을 갖고 있기 때문에 적어도 지역사회간호학자들의 연구 수준이 우리 보다 다양하거나 혹은 벤치마킹 할 만한 내용이 있지 않을까 하는 기대감이 있었다. 그러나 본 분석 결과에서 볼 수 있듯이 지역사회간호연구 개념의 다양성 측면에 있어서나 연구설계 등 연구방법 상에 있어서 우리보다 비교적 단순한 수준임을 확인할 수 있었다. 이러한 문제는 비단 지역사회간호학자들의 학술활동 수준만이 아니라 일본 간호 연구의 전반에서 엿볼 수 있는 문제라고 사료되었다. 이러한 주장을 뒷받침 할 수 있는 배경으로는 4년제 학제가 1994년도에 총 30개에 불과한 간

호교육기관이 불과 10 여년 뒤인 2006년도엔 146개로 증가되었고, 최근에 이르러 4년제 간호교육기관만이 급격하게 늘어나고 있다는 점과, 박사과정을 개설한 교육기관수가 1990년도 초에는 2개교에 불과하였으나 최근에는 40여 개소 이상으로 최근에 급증되고 있다는 점 (Japanese Nursing Association [JNA], 2010)을 들 수 있겠다. 뿐만 아니라 일본의 간호교육제도는 의과대학 혹은 보건(건강)대학 혹은 사회복지관련 학과 등에 소속된 간호학과 체제의 운영 특성을 갖고 있어서, 독립된 단과대학으로 운영되지 못하고 있는 실정은 간호교육기관의 최고 책임자가 의과대학교수이거나 타 전공교수요원으로 구성된 점 등이 일본의 간호연구의 발전에 저해 요인으로 작용되고 있지 않나 하는 개인적인 우려를 갖게 해 주었다. 이러한 논지의 근거는 본 연구결과에서도 제시되었듯이 전체 지역사회간호연구 중 절반 정도가 표본 수 30명 이하의 내용분석 (content analysis) 연구가 대다수를 차지하고 있었으며, 질적 연구설계 방법에 있어서도 진정한 의미의 질적 연구설계 방법을 활용한 것이 아니고 단순한 사례분석 연구가 대다수를 차지하고 있었기 때문이다.

1998년 일본 지역사회간호학회지가 창간 된 이후의 시점을 기준으로 양적인 논문 수를 비교한 결과와 비교적 원저의 출판이 활발해지기 시작한 최근 5년간의 연구 결과에 대한 구체적인 분석을 통해 파악한 일본의 연구 동향에 대한 고찰 결과에서 그 시사점을 찾아 볼 수 있었다. 간호학자들의 학술활동의 근간이 되는 학회지 활동에 있어서 한국은 한국간호과학회에서 출판하고 있는 대한간호학회지를 기반으로 8개 전공분야별 주 학술지를 발간하고 있는 데 반해 일본은 한국간호과학회와 동급의 수준에 해당하는 일본간호과학회지와 일본간호연구학회지로 나뉘어 발간되고 있으며, 그 이외에 전공영역별로는 발달단계별(4종), 질병 및 신체기능별(6종), 구급도별(5종), 기능 및 영역별(16종) 및 대학기반학회(4종)등 총 37개 학회가 각자의 특성과 목적을 갖는 학술 활동과 학회지를 발간하고 있다. 이러한 실정에서 지역사회간호학자들이 주로 관여하는 학술 모임을 파악한 결과, 한국과 같이 가장 주가 되는 지역사회간호학회와 그 외에 일본구급간호학회, 일본재해간호학회, 일본가족간호학회, 일본재택케어학회, 일본간호복지학회 등이 있으며 이와 유사한 활동으로서 한국은 한국보건간호학회, 한국산업간호학회, 한국가정간호학회 등이 있다. 물론 지역사회간호학 영역의 학술분야는 간호학문분야 중에서도 다학제 간 활동의 폭이 매우 다양한 특징을 갖는 학문으로서, 한국만 해도 학교보건교육학회, 보건학협의회, 건강증진학회, 농촌지역학회 등 보다 넓은 영역에서 다양하게 학술 활동을 펼치고 있으며, 일본의 경우도 보건위생학 등 보건계열과 의학계열 학술 활동에 적극적으로 활동하고 있다. 특히 일본의 경우는 일본공중보건학회와 일본위생학회 등에 참여하여 의학자들과 공동으

로 활동해 오다가 1998년에서야 비로서 단독으로 지역사회간호학회지를 발간하게 된 실정에서 다학제 간 참여를 활발하게 해 왔음을 알 수 있었다.

또한 2008년 4월 통계에 의하면, 167개의 4년제 간호교육기관과 11개소의 전문간호교육과정 (advanced course in junior college), 그리고 27개소의 special training school 등 총 450여 개의 간호교육기관 중 205개의 간호교육기관에만 지역사회간호교육을 실시하고 있으므로 (JNA, 2008), 대체적으로 지역사회간호학자는 약 반 정도의 간호교육기관에서만 재직하고 있음을 시사한다. 이는 임상전공의 타 전공분야 간호학자들에 비해 지역사회간호학자들의 수가 적어 학술활동의 양적인 면에서도 타 전공간호 분야에 비해 취약할 수 밖에 없음을 시사한다.

본 연구결과에 제시된 바와 같이 일본 지역사회간호연구 개념에서 가장 큰 비중을 차지한 것은 보건간호 영역으로서, 연구대상이 주로 보건간호사의 활동과 관련 된 특수성이나 보건간호사의 업무 능력 등에 관한 주제가 많았다. 이러한 배경에는 현재, 일본의 사회적 요구의 변화로 인해 보건간호사의 업무가 확대되고 있으며 이에 따라 보건간호사의 다양한 활동을 타 직종과 제휴하는 기회가 증가되고 있는 사회현상과 맞물려 있다. 타 직종과의 제휴에 대한 내용에는 보건간호사의 조정자 역할에 대한 업무내용이 주를 이루고 있다 (Asahara, 2010; Murashima, Matsumoto, & Arata, 2010). 뿐만 아니라 본 연구 결과에서도 확인할 할 수 있듯이 일본은 한국에 비해 학교간호 연구가 매우 저조한 편이었는데, 이러한 양상은 한국이 일본의 간호계에 비해 보건교사의 역할과 기능이 매우 활발한 양상과 맞물린 현상으로 추측된다. 한국의 학교간호 연구분야는 본 분석에서 활용한 주 학회지외에도 학제간 팀웍으로 발간하고 있는 학교보건학회지에도 상당한 비중으로 학교간호 연구가 많이 수록되고 있으나 본 연구분석에서 제외시켰음에도 불구하고 일본에 비해 한국의 학교간호 연구 성과물이 큰 비중을 차지하고 있다는 점은 한국의 학교간호 분야가 일본에 비해 매우 높은 수준임을 시사하고 있다. 참고로, 본 연구에서 제시하고자 했던 연구의 주 개념은 McSH에 등재된 용어를 사용하여 분석하고자 시도하였으나 양국 모두 적지 않은 연구결과에서 McSH에 등재된 용어를 제시하고 있지 못해 부득이 원저자가 명시한 주요어(key word)를 기준으로 분석한 점도 본 연구의 제한점으로 언급하고자 한다.

참고로 일본에서는 많은 건강교육 프로그램이 제공되고 있지만 그에 대한 효과평가 연구나 중재프로그램을 검증한 실험 연구 등은 매우 적은 실정이었다. 일부 2008년부터 시작된 특정 건강진단 프로그램과 특정 보건지도에 대한 효과평가 연구는 대규모이고 체계적인 시도라고 볼 수 있으나 아직은 분석 단계에 있으며, 향후 다양한 연구설계 방법 등이 이루어져 실

제 지역사회 간호사들의 보건지도의 유효성이나 질 관리 방안 혹은 기여도 등에 대한 근거제시가 매우 필요한 실정임을 알 수 있다. 보다 구체적인 내용 분석 결과에 의하면, 표로 제시 는 못 하였으나 2000년 이후 노인장기요양제도의 도입으로 인 하여 고령자나 개호자와 관련된 연구주제가 많은 점도 엿 볼 수 있었는데, 이러한 결과 역시 초고령사회로 이미 진입한 일 본의 특수성이라고 판단할 수 있었다 (Tsuiji, 2007).

종언하면, 한국의 지역사회간호연구는 일본의 지역사회간호 연구와 단순 비교한다면 다양한 방법의 연구설계와 다양한 주 제 및 대규모 연구대상을 분석단위로 연구를 수행한 것으로 분석되었으나 연구개발의 기반이 되는 질적 연구설계 방법을 활용한 연구는 매우 부족한 것으로 고찰되었다. 질적 연구의 생산이 거의 없다는 점은 지역사회간호연구의 대상 혹은 사업 내용에 대한 근본적인 탐색적 차원의 연구가 부재하다는 의미 가 된다. 이에 반해 일본의 지역사회간호연구는 다양한 연구설 계 방법의 활용이 부족하고 질적 연구설계 방법에 있어서는 진정한 의미의 질적 연구설계 방법을 활용하지는 못하고 있었 지만, 일본의 연구는 비록 소규모 연구대상자에 대한 내용분석 연구가 대부분이었지만, 이러한 소규모 대상자에 대한 탐색적 연구결과는 후일 양적연구를 발전시킬 수 있는 기반이 될 수 있을 것으로 사료된다.

결론 및 제언

지난 10년 동안 출판된 원저를 중심으로 한국과 일본의 논 문 편수만의 양적인 단순 비교 분석 결과에 있어서는 한국의 지역사회간호연구가 일본에 비해 많았으며, 이는 지역사회간호 관련 학자들의 양적인 수와 비교한다면 한국의 지역사회간호 관련 학회지에 출판된 연구 성과가 일본에 비해 매우 활발한 수준이었다. 하지만 이러한 결론은 전제 지역사회간호 학자들 의 논문 성과를 비교 고찰한 결과가 아니므로 단정적인 결론 은 유보하고자 한다. 다만, 지난 5년 동안의 연구 주제 및 연구설계 방법 등 구체적인 연구방법에 대하여 고찰한 결과 한 국의 지역사회간호연구의 주 내용은 건강증진과 노인간호 등 기타 지역사회기반의 간호와 학교간호 등 비교적 고르게 수행 된 반면에 일본은 보건간호가 가장 큰 비중으로 다루어지고 있음을 확인할 수 있었다. 특히 언급하고 싶은 내용은 한국의 지역사회간호연구는 양적인 연구설계가 거의 대부분을 차지하 고 있는 반면에, 일본은 설명 혹은 기술적인 차원의 내용분석 (content analysis) 연구가 절반 정도를 차지하고 있는 점으로 양국 간 연구의 특징적 차이를 엿 볼 수 있었다. 이상의 고찰 을 기반으로 다음과 같은 내용을 제언하고자 한다. 첫째, 양국

모두 다양한 연구설계 방법을 적용한 연구수행이 이루어져야 하겠다. 이를 구체적으로 제언하면, 한국은 지역사회간호연구 의 대상이 되는 특성에 대한 본질적 차원의 규명을 제시할 수 있는 질적 연구방법을 적용한 탐색수준의 연구 생산이 필요하 다. 그리고 일본의 경우는 분석대상 30명 수준에 대한 내용분 석 연구에서 벗어나 이제는 이전의 내용분석 연구에 기반한 다음 단계수준의 다양한 연구설계 방법, 그 중에서도 지역사회 간호 관련 정책개발 연구나 간호중재 서비스를 개발하고 이의 효과를 검증해 제시할 수 있는 처방 혹은 조절 수준의 연구 생산이 필요하다. 둘째, 본 연구결과에서 제시하고 있는 양국 의 지역사회간호연구 동향에 대한 고찰은 향후 양국 지역사회 간호연구의 국제 간 학술교류 시에나 혹은 개인 간 협력연구 시 기초자료로 활용할 것을 권의한다.

References

- Asahara, K. (2010). National examination of the perspectives on public health nursing and education for public health nurse. *Japanese Journal of Public Health*, 57(10), 933-935.
- Burns, N., & Grove, S. K. (2005). *The practice of nursing research: Conduct, critique, & utilization* (5th Ed.). Philadelphia: W. B. Saunders company.
- Japan Academy of Community Health Nursing. *Journal of Japan Academy of Community Health Nursing*. Retrieved September 20, 2009, from <http://jachn.umin.jp/>
- Japan Academy of Home Care. *Journal of Japan Academy of Home Care*. Retrieved September 20, 2009, from <http://jahhc.umin.jp/>
- Japan Academy of Nursing Science. *Journal of Japan Academy of Nursing Science*. Retrieved September 20, 2009, from <http://jans.umin.ac.jp/>
- Japanese Association for Research in Family Nursing. *Journal of Japanese Association for Research in Family Nursing*. Retrieved September 20, 2009, from <http://square.umin.ac.jp/>
- Japanese Nursing Association. (2008). *Nursing Statistics*. Retrieved May 10, 2009, from <http://www.nurse.or.jp/toukei/pdf/toukei13.pdf>
- Japanese Nursing Association. (2010). *Basic nursing education in Japan*. Retrieved March 10, 2010, from <http://www.nurse.or.jp/jna/english/nursing/education.html#education>
- Japanese Society for the study of Nursing and Social work. *Journal of Japanese Society for the study of Nursing and Social work*. Retrieved September 20, 2009, from

- <http://kangofukushi.sakura.ne.jp/>
- Japan Society of Disaster Nursing. *Journal of Japan Society of Disaster Nursing*. Retrieved September 20, 2009, from <http://www.jsdn.gr.jp/>
- Japan Society of Nursing Research. *Journal of Japan Society of Nursing Research*. Retrieved September 20, 2009, from <http://www.jsnr.jp/>
- Kanagawa, K. (2007, November). *Prospect of community health nursing in aging era*. Paper presented at the meeting of the 1st Korea-Japan Joint Conference on Community Health Nursing, Seoul.
- Kim, H. J. (2007, November). *New vision of community health nursing for aging era*. Paper presented at the meeting of the 1st Korea-Japan Joint Conference on Community Health Nursing, Seoul.
- Korean Academic Society of Home Health Care Nursing. *Journal of Korean Academic Society of Home Health Care Nursing*. Retrieved September 15, 2009, from <http://www.kahhn.or.kr/>
- Korean Academic Society of Occupational Health Nursing. *Korean Journal of Occupational Health Nursing*. Retrieved September 15, 2009, from <http://www.ksohn.or.kr/>
- Korean Academy of Community Health Nursing. *Journal of Korean Academy of Community Health Nursing*. Retrieved September 15, 2009, from <http://www.kchn.or.kr/>
- Korean Society of Nursing Science. *Journal of Korean Academy of Nursing*. Retrieved September 15, 2009, from <http://www.kan.or.kr/>

- Korean Society of Public Health Nursing. *Journal of Korean Academy of Public Health Nursing*. Retrieved September 15, 2009, from <http://www.ksphn.or.kr/index.php>
- Lee, J. Y. (2007, November). *Community health care program on the public health center in Korea*. Paper presented at the meeting of the 1st Korea-Japan Joint Conference on Community Health Nursing, Seoul.
- Murashima, S., Matsumoto, T., & Arata, Y. (2010). The board of directors' seminar, Public health nurses who tackle and prevent the health problems of the society: What is their model and how can we educate them?. *Journal of Japan Academy of Community of Nursing*, 13(1), 7-17.
- Okamoto, R. (2007). *Community health care program on the public health center in Japan*. Paper presented at the meeting of the 1st Korea-Japan Joint Conference on Community Health Nursing, Seoul.
- Ryu, H. S. (2007). *Home health nursing care and home health care in Korea*. Paper presented at the meeting of the 1st Korea-Japan Joint Conference on Community Health Nursing, Seoul.
- Shimanouchi, S. (2007). *Home health nursing care and home health care in Japan*. Paper presented at the meeting of the 1st Korea-Japan Joint Conference on Community Health Nursing, Seoul.
- Tsuiji, T. (2007). Health care issues: Japan's aging society and appropriate countermeasures. *Japan Journal of Nursing Science*, 4(2), 71-73.

A Review of Community Health Nursing Research in Korea and Japan

Ryu, Ho Sih¹⁾ · Tanaka, Mika²⁾ · Arita, Kumi²⁾ · Cho, Jeonghyun³⁾

1) Professor, College of Nursing, Korea University, Korea,
2) Lecturer, Department of Nursing, Faculty of Medicine, Fukuoka University, Japan
3) Doctoral Student, College of Nursing, Korea University, Korea,

Purpose: The purpose of this study was to compare similarities and differences in research trends for community health nursing between Korea and Japan. **Methods:** Comparison was made in terms of research design, data collection and sampling method, and key concepts from community health nursing research by literature review. We analyzed original articles from representative Journals covering community health nursing research from 2004 to 2008. **Results:** We found that research design was quite different between the two countries. Quantitative research design was dominant in Korea, while qualitative and qualitative research designs were used equally in Japan. In particular, outcome research was found only in Korean papers. **Conclusion:** Based on the comparison, the following recommendations are suggested related to the strengths and weaknesses of research concepts and methods observed in each country. It is suggested that future collaboration should be undertaken especially to improve the diversity of research design and method. More diverse research designs should be used in both countries. Particularly in today's aged society, evidence based research and outcome research are needed for community health nursing in both countries.

Key Words: Community health nursing, Trends, Review, Korea, Japan

Address reprint requests to : Ryu, Ho Sih, College of Nursing, Korea University, 126-1 Anam-dong 5ga, Sungbuk-gu, Seoul 136-705, Korea.
Tel: 82-2-3290-4917, Fax: 82-2-927-4676, E-mail: hosihn@korea.ac.kr

생의주기별 흡연유형 및 흡연유형별 흡연관련 변수에 관한 연구

김근면¹⁾ · 장성옥²⁾ · 김순용³⁾ · 임세현⁴⁾

서 론

흡연이 대표적인 건강유해행위로 인체에 해로운 줄 알면서도 흡연자는 담배를 쉽게 끊지 못한다. 그러한 이유는 흡연은 사회적, 환경적, 심리적 및 생물학적 요인에 영향을 받는 복합적인 과정이기 때문이다(Haire-Joshu, Morgen, & Fisher, 1991). 따라서, 금연전략도 이러한 흡연에 영향을 미치는 요인을 고려하여 이루어져야 한다. 2008년도 한국의 흡연율은 남성 20대가 43.1%, 30대가 52.1%로 특히 남성흡연율은 매우 심각한 수준이며(<http://www.kash.or.kr>, 2008), 높은 흡연율을 보이고 있고, 흡연은 청소년기에서 시작되어, 성인기에 고착되고, 습관화 되어, 중년기, 노년기에 이르기까지 지속되는 대표적인 불건강행위로, 보건복지가족부는 건강증진 사업의 일환으로 금연정책을 시행하여 각 보건소에서 금연클리닉을 운영하도록 하고 있으며, 가장 흡연율이 높은 성인기 남성 흡연율 40.9%에서 2010년 까지 30%이하로 감소시키는 것을 목표로 하고 있다.

금연은 대상자의 자발적인 동기를 활용하여 시도하는 것이 가장 효과적(Hughes, 2003)인 중재로 금연에는 흡연자의 흡연에 대한 태도 및 신념이 중요한 요인이 된다. 즉 금연 전략에는 흡연자가 어떻게 흡연행위를 유지하고 인지하는지에 대한 탐구가 매우 중요함이 흡연관련 연구에서는 지속적으로 제시되고 있다. 따라서 흡연자가 흡연을 지속하는 현상 탐구

를 위해 흡연자의 주관성을 Q 방법론을 적용하여, 흡연자의 흡연에 대한 태도, 신념을 중심으로 흡연 유형을 파악한 연구가 국내에서 장성옥, 신성례와 김상숙(2003)에 의해 수행되어, 흡연자의 흡연에 대한 주관성에 근거한 흡연유형 별 흡연특성이 연구되었다.

그러나 주관성 연구는 관련현상에 대한 폭넓은 이해를 제공해 주지만 조사 연구와 같이 결과를 일반화하여 구체적 전략을 수립하는 점에서는 문제점이 제기되고 있다. 이에 대한 대안으로 제시되는 것이 Q분류를 통해 확인된 유형을 측정하기 위한 도구인 Q-블록이다(Q-block)이다(Talbot, 1963). 그러나 Q-블록으로 구성된 도구는 대상자에게 조사하여 분석했을 때 내적 일치도가 낮기 때문에 이에 대한 대안으로 각 유형을 잘 설명하는 진술문을 구성하여 Q-도구를 통하여 대상자가 자신의 주관성 특성을 스스로 선택하는 방법이 유용도와 신뢰도가 높은 것으로 제시되고 있다(김홍규, 2008).

연구를 통한 지식의 기능은 궁극적으로 새로운 지식을 자극하는 것이며, 기존 연구를 바탕으로 진보된 연구를 통하여 이미 있는 현상을 효과적으로 확인하고 해석하게 하는 것이다(Johnson & Webber, 2001). 주관성 연구를 조사연구와 병합하여 탐구하는 연구는 보다 광범위한 대상자의 흡연유형별 분포 및 특성을 확인하게 함으로 금연을 위한 건강증진 사업 및 임상현장에서의 흡연자 관리에 대한 실무 방향 정립을 위한 보다 구체적 계획을 세울 수 있어 금연을 위한 중재개발의 기본 방향성 마련에 기초자료를 제공해 줄 것으로 기대된

※ 본 연구는 2010년도 고려대학교 간호학 연구소의 연구비 지원을 받아 시행되었음. 본 논문은 한국시스템다이내믹스 연구

제9권, 제1호에 게재된 논문임.

주요어 : 흡연, 생의주기

1) 극동대학교 간호학과 조교수

3) 고려대학교 간호대학 간호학과 교수

투고일: 2008년 1월 25일 / 심사완료일: 2008년 3월 30일

2) 고려대학교 간호대학 간호학과 교수 (교신저자 Email: sungok@korea.ac.kr)

4) 고려대학교 간호대학 대학원 박사과정

다.

본 연구에서는 흡연인의 흡연에 대한 가치, 신념에 대한 이해를 도출한 흡연유형에 대한 주관성 연구(장성옥, 신성래, 김상숙, 2003)의 결과 적용을 보다 확장하여 연령층을 중심으로 생의 주기별 흡연 대상자의 흡연유형 분포를 확인하고, 흡연에 영향을 미치는 변수를 아울러 조사함으로써 생의 주기별 흡연 대상자의 흡연에 대한 태도 및 신념 그리고 흡연관련 변수의 영향을 고려한 효과적인 금연전략 수립에 대한 이해감을 제고하고자 한다.

흡연관련변수 선택은 흡연과 관련된 선행연구를 참고하였다. 흡연과 관련된 선행 연구에서 흡연행위를 지속하는 것에 대해 여러 가지 요인이 제기되고 있으며, 가장 많이 언급되는 것은 흡연자의 금연하고자 하는 의도를 나타내는 금연을 위한 변화단계이다(김근면, 2006; 장성옥 등, 2001). 금연을 위한 변화단계는 프로체스카와 디클레멘테Prochaska와 DiClemente (1983)가 범이론적 모델(Transtheoretical Model)에서 제안한 중요변수로 변화란 일련의 단계를 통해 계속 진행되는 과정으로 행위를 변화하려는 의도에 따라 순차적인 5가지 변화단계를 가진다고 하였다. 이를 단계 별로 보면 현재 금연을 하고 있지 않으며 앞으로 6개월 이내에 금연을 할 의도가 없는 계획 전 단계, 현재 금연을 하고 있지 않으나 앞으로 6개월 이내에 금연을 하고자 하는 의도를 가지고 있는 계획단계, 현재 금연을 하고 있지는 않지만 30일 이내에 금연을 시작할 의도를 가지고 있는 준비단계, 현재 금연을 하고는 있지만 금연한 지 6개월이 지나지 않은 실행단계, 금연을 6개월이 넘도록 지속하고 있는 유지단계의 5단계로 구성되어 있다. 금연을 위한 변화단계와 함께 흡연을 지속하는데 중요변수로 제시된 변인은 흡연을 지속하고 금연을 하고 있다가도 상황에 따라 강하게 흡연하고자 하는 니코틴 의존도(박한주, 2007; 장성옥, 김은주, 서문경에, 이수정, 박창승, 2006)와 금연을 할 수 있다는 효능감과 반대적 개념으로, 흡연과 연관된 상황을 접할 때 강하게 흡연하고자 하는 욕구를 갖는 정도를 의미하는 흡연욕(장성옥, 2004)이 금연증제에서 주요 변수로 제시되고 있다.

그 외 흡연자 특성으로 흡연시작연령과 흡연량(Fagerstrom & Schneider, 1989)이 흡연자의 주요 특성 변인으로 제시되고 있다.

본 연구의 목적은 흡연자의 흡연에 대한 주관적인 구조(태도, 가치, 신념)를 기반으로 한 흡연자의 흡연유형을 Q-도구로 국내 생의주기별 흡연 대상자(청소년, 성인, 중년, 노년)의 흡연유형 분포를 확인하고, 금연증제를 위해 고려하여야 할 흡연관련 변수를 유형별로 분석함으로써 주관성 연구와 조사연구를 연계하여 생애 주기별, 흡연유형별, 효과적인 금연 증제

를 위한 주요변수를 제안하고자 진행되었으며, 구체적인 목적은 다음과 같다.

- 1) 생의 주기별 청소년기(20세 이하), 성인초기(20세-40세), 중년기(40세-60세), 노년기(60세 이상) 흡연자의 흡연에 대한 주관성의 특성에 따른 흡연유형의 분포를 확인한다.
- 2) 생의 주기별 청소년기, 성인초기, 중년기, 노년기 흡연자의 흡연유형별 흡연관련 영향변인(금연을 위한 준비단계, 니코틴 의존도, 흡연욕, 흡연량, 흡연시작 연령)을 확인한다.

연구방법

연구 설계

본 연구는 흡연자의 흡연에 관한 태도가 흡연자 자신의 주관적인 태도와 흡연에 대한 신념에 의해 이루어진다는 것에 근거한 연구이다. 따라서 흡연자를 대상으로 흡연 대한 신념, 가치의 주관적 구조를 탐색하고자 Q 방법론을 적용하여 시도한 흡연자의 흡연유형 연구에 기반 하여 Q-도구를 구성한 후 생의주기 즉, 청소년기, 성인기, 중년기, 노년기 대상자의 흡연유형 별 흡연관련 변수를 조사연구로 확인하는 Q 방법론 연구와 조사연구를 병행한 탐색적 조사연구이다.

연구절차

본 연구에서는 흡연유형에 관한 연구(장성옥 등, 2003)를 기반으로 Q-도구 구성과정과 구성된 Q-도구 구성을 통한 설문지로 생의 주기별 흡연 대상자를 조사한 연구로 구성되었다.

- 1) Q 방법론 연구의 흡연유형을 기반으로 한 Q-도구 구성
Q-도구 구성의 근거를 기술하기 위해서 흡연에 관한 주관성 연구(장성옥 등, 2003)에서의 유형형성과정과 유형에 기반한 Q-도구 구성을 기술하면 다음과 같다.

(1) 흡연에 대한 주관성 연구의 Q모집단 구성 및 Q 표본 구성

흡연에 대한 신념 및 가치에 대한 주관성 탐구를 위한 Q모집단은 흡연이 심각한 집단인 20세 이상 60세 이하 청년초기부터 성인초기, 중년기 흡연자를 대상으로 모집한 흡연에 대한 태도, 가치, 신념에 대한 진술문으로 구성되었다.

(2) Q모집단 구성

생의주기별 흡연유형 및 흡연유형별 흡연관련 변수에 관한 연구

Q모집단 구성은 1차로 흡연과 관련된 문헌고찰에 근거한 개방형 질문지 그리고 2차로 흡연자의 개별면담을 통해 구성되었다. 개방형 질문지를 통한 자료 수집은 20세 이상 60세 이하의 자신을 흡연자로 정의한 자, 금연을 고려하는 정도가 흡연을 하는 가치와 구조에 의해 영향받는다라는 점을 고려하여 프로테스카와 디클레멘테Prochaska와 DiClemente(1983)가 제시한 금연동기에 따라 대상자를 분류한 금연의 단계인 전체적 단계부터 유지단계에 이르는 5단계의 금연단계에 속하도록 선정된 197인으로부터 수집되었다. 197인의 금연단계별 분포는 전체획단계가 87인, 계획단계가 67인, 준비단계가 23인, 실행단계가 4인, 유지단계가 16인이었다. 2차로 수행한 개별면담은 성인 흡연자 2인을 선정하여 흡연에 대한 태도, 금연결심 동기, 흡연욕, 금연을 위한 전략을 중심으로 각각 1시간에서 2시간의 개별 면담을 통해 수집되었다. 개방형 질문구성 및 개별 면담시 Q 모집단 구성을 위한 초기 질문은 기존의 연구보고에서 흡연과 연관된 흡연동기, 금연결심 동기, 흡연에 대한 인지 및 태도로 제시된 특성 (DiClemente & Prochaska, 1985; DiClemente, Prochaska & Gibertini, 1985; Marcus, Simkin, Rossi, & Pinto, 1996)을 근거로 다음과 같이 구성되었다. 즉 어떤 상황에서 금연할 수 있습니까?, 흡연욕을 극복하기 위해서 본인이 하는 것은 무엇입니까?, 금연에 도움을 주는 경험은 어떤 것이 있었으며 왜 그것이 효과적이었다고 생각하십니까?, 흡연할 때는 본인의 흡연행위를 어떤 마음으로 받아들이십니까?,흡연은 왜 지속하게 됩니까?,담배를 끊어야겠다고 생각하신 것은 무엇에 영향 받은 것입니까?,어느 상황에서 가장 담배를 피우고 싶은 생각이 듭니까?,금연하기가 왜 꺼려지십니까?, 담배를 끊기 어렵게 만드는 것은 무엇입니까? 등과 같은 질문들을 활용하였다. 위의 과정을 통해 결과적으로 207개의 흡연에 대한 가치, 신념, 인지에 관한 Q모집단을 추출하였다.

(3) Q-표본의 선정

수집한 207개의 Q모집단의 진술문에서 Q-표본 진술문을 선정하기 위해 각 진술문들을 자세히 반복하여 읽고 범주화 하여 분류한 결과 21개의 범주로 분류되었다. 연구자들은 21개 범주 내 진술문 중 범주를 대표할 수 있다고 생각되는 78개의 Q-표본 진술문을 1차로 추출하였다. 선정된 78개의 진술문을 간호학 관련 교수 2인과 간호학 박사 과정생 1인의 자문을 구하여 각 범주를 가장 잘 대표할 수 있다고 판단되는 진술문으로 최종적으로 43개의 Q-표본 진술문을 선정하였다.

2) Q 요인의 형성과 Q-도구의 구성

(1) Q-유형의 형성: P-표본의 선정 및 Q분류

연구 대상자가 되는 P-표본의 선정은 20세 이상 60세 이하의 흡연자로 자신을 정의한 자료 금연의 전체적 단계에서 유지단계에 속하는 27명의 대상자로 선택하였다. 43개 Q-표본의 진술문을 카드에 인쇄하여 P-표본 대상자에게 각 카드를 읽은 후 Q 분류의 분포가 강제 정상 분포되도록 하였다. P-표본 대상자가 Q-분류를 완성 한 직후 개별면담을 통하여 일반적 특성과 흡연과 관련된 개별적 정보를 수집하였다. 이때 Q-분류 내용과 상반되는 내용이 있을 경우 이를 재확인하였고 강한 동의와 비동의를 보인 항목에 대하여 부연할 내용에 대해 면담하였다. 자료의 분석은 PC-QUANL Program을 이용하여 43개의 Q항목을 P-표본을 축으로 하는 주요인 분석방법을 이용하여 요인 분석하였다. 흡연자의 흡연유형의 주관성을 분석한 결과 4개의 Q-요인에서 5개의 유형으로 분류되었다. 유형별 설명력은 Q-요인 I이 25.56%, Q-요인 II가 16.15%, Q-요인 III이 7.66% 그리고 Q-요인 IV가 6.02%로 전체 유형의 설명력은 55.38%로 나타났다. 유형의 형성은 Q-요인I, II, III은 각각 유형 I, II, III을 형성하였고 Q-요인 IV에서 유형 IV가 형성되고 요인IV의 항목 중 부정적인 항목이 추출되어 긍정적으로 항목으로 전환한 것으로 유형V를 형성하여 총 5개의 유형이 형성되었다. 유형의 명명은 형성된 Q-요인의 각 진술문의 표준점수와 각 진술문별 강한 동의와 비동의에 대해 면담한 자료를 근거로 하였다. 본 연구에서는 장성옥 등(2003)의 요인명명을 흡연과 연계하여 I유형 : 주변인 배려로 금연 고려 형, II 유형 : 흡연으로 심리적 위안 추구형, III 유형 : 흡연에 습관적 탐닉형, IV 유형 : 흡연을 매개로한 사회적 관계 추구형, 그리고 V 유형 : 흡연에 대한 자기 조절 자신형으로 각 유형을 재명명하였다<표1, 표2 참조>. 장성옥(2003)의 연구에서 P-표본 27인의 흡연인의 유형별 금연의 단계 분포정도는 유형 I에 전체적 단계 1인, 실행단계 5인, 유지단계 5인, 유형 II에 전체획단계 4인, 계획단계 1인, 준비단계 2인, 행동단계 1인, 유형 III에 전체획단계 1인, 계획단계 4인, 유형IV에 전체획단계 1인, 준비단계 1인, 유형 V에 전체획단계 1인이 분포하여, 주관성연구로 확인된 흡연유형은 금연결심과 행동을 대변하는 금연의 변화 단계와 연관은 갖지만, 동일한 분류로 간주할 수 없음이 확인되었다.

표 1. Q-표본과 유형별 Z-점수

Q-표본	유형 p-표본 Z-점수	Type I N=11	Type II N=8	Type III N=5	Type IV N=2	Type V N=1
1. 나는 스트레스 받을 때 흡연하고 싶다.		-.68	2.09	1.29	1.45	1.00
2. 나는 우울할 때 흡연하고 싶다.		-.46	.87	-.75	-.95	.00
3. 나는 식사 후에는 흡연하고 싶다.		-.95	1.63	1.23	-.05	1.00
4. 나는 생각할 때 흡연하고 싶다.		-.98	.76	-.02	1.00	-.50
5. 나는 불안할 때 너무 느낄 때 흡연하고 싶다.		-1.48	-.82	-.26	.53	-.50
6. 나는 누군가가 내 앞에서 흡연하고 그것을 즐기는 것을 볼 때 흡연하고 싶다.		-1.27	.57	1.46	-.58	.00
7. 나는 내가 행복하고 자축할 것이 있을 때 흡연하고 싶다.		-1.09	-.76	-.16	2.03	-1.00
8. 나는 혼자 생각할 시간이 있을 때 흡연하고 싶다.		-.38	1.12	-.68	.53	.00
9. 나는 술 마실 때 흡연하고 싶다.		-.91	2.16	1.08	1.95	1.00
10. 나는 마음에 평안을 얻고자 흡연한다.		-1.12	.49	.25	-1.48	.00
11. 나는 매일 일상화된 습관으로 흡연한다.		-.12	1.33	.93	-.50	.50
12. 나는 전에 같이 흡연하던 친구와 함께 있을 때에도 금연할 수 있다고 생각한다.		.35	-.44	-1.88	-1.93	.50
13. 나는 담배를 피우고자 하는 것이 니코틴의 중독성 때문이라고 생각한다.		.61	-.41	.52	.50	2.00
14. 나는 흡연하고자 하는 것이 흡연 습관의 한 부분이라고 생각한다.		1.70	.30	2.17	-.60	.00
15. 나는 흡연유혹을 느낄 때에도 금연할 수 있다고 생각한다.		.33	-.50	-1.57	-.93	1.00
16. 나는 내가 성공적으로 금연한 경험을 상기할 때 금연에 대한 자신감을 느낀다.		.58	-1.28	.06	-1.03	.50
17. 나는 흡연유혹을 물리칠 자신감이 있다.		1.13	.09	1.28	-2.11	1.00
18. 나와 나의 가족을 생각하면 나는 금연할 수 있다.		1.66	.45	1.28	-.05	-.50
19. 흡연하는 것은 즐거운 일이다.		-1.47	-.23	.13	-.03	-2.00
20. 흡연하면 일에 좀더 집중하게 되어 일을 더 잘하게 된다.		-.87	.35	.42	.98	-.50
21. 한동안 금연한 후에 담배를 피우면 기분이 좋아진다.		-1.25	-.97	-.05	-.48	.50
22. 내가 흡연으로 인해 병을 얻는다면, 나와 가까운 이들이 고통받을 것이다.		1.42	.08	.72	-.03	-1.00
23. 나의 흡연은 주변 사람들의 건강에 영향을 준다.		1.24	.77	.61	.03	-.50
24. 흡연의 건강 위해성의 경도가 흡연에 대한 나의 마음을 움직이게 한다.		.79	.99	-1.65	1.60	-.50
25. 나는 사회가 금연자가 살아가기 좋도록 변화되고 있음을 느낀다.		.74	.03	-.20	1.50	-1.50
26. 금연해야 한다는 강박관념이 나한테는 스트레스이다.		-.04	-.05	-.12	.50	-1.00
27. 나는 금연하면 신체적 금단증상으로 힘들어 진다.		-2.00	-2.54	-.24	-.53	.00
28. 나는 금연한다면, 흡연하고 싶을 때 별다른 노력없이 담배를 피우지 않도록 참을 수 있다.		.63	-1.13	-1.22	-.95	1.50
29. 나는 금연한다면, 금연하기 위해서 의도적으로 담배를 사지 않는다.		.06	.56	-1.21	.05	.00
30. 나는 금연할 때 담배피우고 싶을 때마다 껍을 씹거나, 은단을 복용하거나, 이를 닦는다.		-.19	-1.39	-.58	-1.45	-1.50
31. 금연은 매일 조금씩 담배를 줄여 나가면서 할 수 있다.		-1.94	-.47	-1.84	-1.43	1.50
32. 금연은 하루 아침에 담배를 딱 끊어야 할 수 있다.		1.70	.87	1.42	.93	.50
33. 내가 금연을 결심할 때, 운동이나 취미에 몰두하려고 노력한다.		.31	.12	-.20	.03	.00
34. 담배를 끊으려 할 때는 보통 때보다 물을 좀더 마신다.		.68	-.29	.45	-.50	1.50
35. 담배를 끊으려고 할 때, 나는 좀더 나를 이완시키고 노력한다.		-.09	.01	-.15	-1.00	-.50
36. 내가 흡연으로 인해 쇠약해짐을 느낄 때, 마음이 쓰인다.		.53	1.55	-1.12	.55	-2.00
37. 나는 내가 힘든 일로 스트레스를 받을 때에도 금연할 수 있다고 생각한다.		.62	-.13	-.37	-.50	-1.00
38. 금연한다는 것을 주변 사람들에게 알리는 것은 금연하기에 효과적인 방법이라고 생각한다.		1.26	-.37	1.39	-.08	.00
39. 나는 유명 연예인이 폐암에 걸려서 초라해진 모습을 보았을 때 남의 일 같지 않았다.		.65	-1.43	-1.69	.60	.50
40. 나는 내가 금연하고자 할 때 금연할 수 있다고 스스로 확신을 건다.		1.18	-1.02	.58	.45	2.00
41. 내가 금연한다면 주변 사람들이 좋아할 것이다.		-.55	-1.17	-.25	.00	-1.50
42. 흡연으로 내 례가 손상되는 것을 상상하면 혐오감을 느낀다.		.07	-.54	-.29	2.00	.50
43. 때때로 담배를 피울 때, 나는 내가 담배의 유해성으로 죽을 수 있다고 생각한다.		-.39	-1.25	-.78	1.03	-1.00

(2) Q-도구의 구성

Q-도구를 구성하기 위해서 각 유형을 가장 대표할 수 있는 진술문을 구성하였고, Q-도구를 구성한 질문지를 개발하였다<표2> 참조.

표 2. 유형별 유형 특성에 따른 Q-도구 진술문 구성

유형명	유형 특성	Q-도구 진술문
I 유형 : 주변인 배려로 금연 고려 형	제 I 유형은 담배를 피우고 싶은 것이 습관으로 인한 것이라 생각하고 금연은 하루아침에 담배를 끊는 방법으로 이루어져야 한다는데, 동의하고, 가까운 주변인이 내가 흡연으로 건강을 잃는다면 피로워 할 것이라는데서 타유형과 비교하여 강한 동의를 보인 유형이다. 이 유형에 속한 대상자의 대부분은 금단증상을 크게 경험한 적이 없었으며, 흡연 중에도 금연을 염두에 두고 있었고, 또한 여러 번 금연을 시도한 경험을 가지고 있었다. 유형 I은 흡연은 하나의 습관이라는 관점에서 금연에서 의지의 중요성을 강조하지만 특히 자신의 건강과 흡연으로 인한 피해로 사랑하는 가족 등 주변인이 갖게 되는 힘든 점을 주로 고려한다.	흡연을 끊기 어려운 습관이라고 생각하며, 담배를 피지만 주변사람 생각해서 금연은 언제나 염두에 두고 있다.
II 유형 : 흡연으로 심리적 위안 추구형	제 II 유형은 술 마실 때, 스트레스 쌓일 때 흡연하고 싶다는데 동의하고, 타 유형과 비교해서 흡연 때문에 체력이 허약해짐을 느끼지만, 우울할 때 흡연하고 싶다는데 강한 동의를 보인 유형이다. 이 유형에 속한 대상자들은 금연의 의지가 약하며 자신이 없거나 힘들 때 담배로 인해서 위안을 얻는다고 하였고, 스트레스를 담배와 연관하여 주로 표현하여 스트레스의 주 관리방법이 흡연이었으며 전반적으로 건강에 자신감이 없음을 표현하였고, 금연을 하고 싶다면 건강 때문이라고 하였다. 따라서 제 II 유형은 흡연을 통해서 스트레스를 풀고 정신적 안정감을 느끼기를 원하는 유형이다.	담배를 피우면서 스트레스가 풀리고 정신적으로 편안해지는 것을 느낀다.
III 유형 : 흡연에 습관적 탐닉형	제 III 유형은 담배를 피우고 싶은 것은 습관이 되어서, 누군가가 담배를 피우고 그것을 즐기는 것을 볼 때 흡연하고 싶다는데, 강한 동의를 하였고, 타 유형에 비해 담배를 피우는 것은 기본 좋은 일이라는 것에 동의한 반면, 담배로 인해서 생기게 되는 각종 질병이 두렵다는데 타 유형과 달리 비 동의한 유형이다. 이 유형에 속한 대상자들은 그동안 금연시도는 여러 번 있었음을 진술하였고 금연을 시도할 때 다시 흡연하고자 하는 유혹과 습관화된 흡연행위가 극복하기 힘든 것으로 표현하였으며, 금연을 시도하였으나 대부분 실패했던 경험을 갖고 있었다. 식사 후 등 일상생활과 흡연행위를 연관시키고 있었으며 무의식적으로 흡연하고자 했던 경험을 표현하였다. III 유형은 습관화된 흡연행위로 금연의 어려움을 느끼고 있으며 따라서 금연을 성공하기가 어렵고 흡연행위를 좋아하고 일상생활에서 흡연이 생활화된 유형이다.	일상생활에서(식후, 화장실에서) 담배 피는 것이 습관이 되어 버려 금연이 매우 어렵다.
IV 유형 : 흡연을 매개로한 사회적 관계 추구형	제 IV 유형은 자축하고 싶을 때 흡연하고 싶다는데 동의하고 같이 담배 피우면서 대화하던 친구와 있을 때에도 금연할 수 있다는 비동의한 유형이다. 제 IV 유형은 흡연유혹을 강하게 받고, 또한 담배를 피우는 분위기를 즐기며, 사회적 관계의 질을 흡연으로 인해서 증가시키려는 유형이다.	주로 사람을 만날 때 흡연을 즐기며 사람들을 만나면서 담배를 피우고 어울리면 사회적 관계가 좋아진다.
V 유형 : 흡연에 대한 자기 조절 자신형	제 V 유형은 담배를 피우고 싶은 것이 니코틴이 갖는 중독성 때문이라고 생각한 다와 금연할 때 나는 할 수 있다고 스스로에게 확신을 거는 것이 효과적이라고 생각한다는데 동의하고, 담배를 피우는 것은 기본 좋은 일이라는 비동의한 유형이다. 타 유형과 비교하여 금연할 때 담배를 조금씩 줄여나가야 한다는데 동의하고 흡연하는 친구와 있을 때에도 금연할 수 있다는데 동의를 보인 유형이다.V 유형은 흡연을 지속하기는 하지만 흡연을 즐긴다거나 의존적 이라기 보다는 스스로 흡연을 조절할 수 있다는 조절감을 갖고 있는 유형이다.	담배를 피지만 나는 내가 원하면 언제든지 끊을 수 있다는 자신감이 있다.

2) 흡연유형 Q-도구를 통한 생의주기 대상자-청소년, 성인초기, 중년기, 노년기 흡연대상자의 흡연유형 분포 및 흡연유형별 흡연관련 변인 조사연구

본 조사 연구는 흡연에 대한 주관적 특성에 따른 흡연유형을 기초로 생애주기별 흡연자의 흡연에 대한 주관적 특성에 따른 흡연유형을 측정하는 도구를 구성하여 각 생애주기별 흡연 유형 분포를 확인하고 금연을 위한 준비성인 금연의 변화단계, 흡연에 가장 강력한 영향요인인 니코틴 의존도와 흡연유혹 그리고 흡연관련 개인적 특성인 흡연 량과 흡연시작 연령을 조사하여 흡연에 대한 주관적 특성 유형에 영향을 미칠 수 있는 변인을 조사한 조사연구이다.

(1) 연구대상자 및 자료수집방법

본 연구의 자료수집은 2006년 3월부터 7월까지 5개월에 걸쳐 시행되었다. 서울 S 구 보건소의 협조를 얻어 연구 참여자를 모집하였다. 연구대상자는 연구의 취지를 이해하고, 참여를 동의한 자신을 흡연자로 정의한 대상자로 20세 이하의 청소년기 대상자의 경우 흡연이 비행행위로 간주된다는 점을 고려하여 S구 관할 소재 중고등학교에서 8개 고등학교와 6개 중학교를 대상으로 학교 생활지도 교사와 교장선생님 또는 교감선생님의 동의를 얻어 1~5개 반 학생을 대상으로 전수 조사하여 설문지에 흡연자로 분류된 대상자를 본 연구의 연구대상자로 하였으며, 성인초기는 20세 이상 40세 이하로 S구 관내 대학교과 군부대, 보건소와 금연 협약장을 중심으로 연구대상자를 모집하였다. 중년기의 경우 40세 이상 60세 이하로 S구 보건소와 2개 금연 협약장, 보건소가 운영하는 금연클리닉 방문 대상자를 중심으로 연구대상자를 모집하였으며, 노인기는 60세 이상으로 S구 관내 6개 사회복지관과 관내 17개동 경로당 및 10개 대 단위 아파트 및 주택가를 대상으로 조사원을 파견하여 연구대상자를 모집하였다. 자료수집 방법은 설문조사를 통하여 이루어졌다.

(2) 연구도구

· 흡연유형 Q-도구

흡연에 대한 주관적 특성에 따른 흡연유형을 확인하기 위한 도구로 장성욱 등(2003)의 연구에서 제시된 5개 유형 특성을 근거로 흡연에 대한 주관적 특성유형을 표현하는 진술문 5개를 구성하여 흡연자가 자신의 흡연에 대한 주관적 특성을 반영하는 1개의 흡연유형을 나타내는 문장을 선택하게 하는 1개 문항의 도구를 사용하였다(표2). 흡연유형 Q-도구의 유용성을 평가하기 위해서 청소년기, 성인기, 중년기, 노년기 흡연인 30-40인을 대상으로 5개의 흡연유형 별 특성 외에 해당 없음의 6개 항목을 도구로 한 질문지를 조사하여, 해당 없음이 없음을 확인하고 흡연유형 Q-도구를 구성하여 사용하였다.

· 금연변화단계 측정도구

대상자가 현재 속해있는 금연의 변화단계를 의미하며 현재

흡연을 하고 있으며 6개월 내에도 금연을 하고자하는 의도나 의지를 갖고 있지 않은 계획전 단계, 현재 흡연을 하고 있으나 6개월 내에 금연을 계획하고 있는 계획단계, 현재 흡연을 하고 있지만 1개월 안에는 금연을 계획하고 있는 준비단계, 현재 금연을 하고 있고 금연을 시작하지 6개월이 지나지 않은 실행단계, 현재 금연을 하고 있고 금연을 시작하지 6개월이 지난 유지단계의 5개 단계로 구분된다. 본 연구에서는 대상자의 금연 단계를 구분하기 위하여 데클레멘테 DiClemente 등(1991)이 개발하여 사용한 단축형 금연의 변화단계도구를 사용하였으며 5단계별 정의를 기술하여 그중 대상자가 자신의 금연단계에 따라 맞는 단계를 선택하도록 한 1개의 문항도구를 사용하였다.

· 흡연관련특성

대상자의 흡연과 관련된 특성으로 하루 흡연량과 흡연시작 연령을 조사하였다.

· 흡연유혹 측정도구

흡연유혹은 흡연을 하고 싶은 상황에서 느끼는 욕구에 대한 것으로 (Velicer et al, 1990) 본 연구에서는 벨리서, 디클레멘테, 로시와 프로세스카 Velicer, DiClemente, Rossi 와 Prochaska(1990)가 개발한 5점 척도의 9문항으로 구성된 도구를 사용하였다. 점수가 높을수록 흡연에 대한 유혹이 높음을 의미한다.

· 니코틴의존도 측정도구

니코틴의존도는 파고스트롭과 스나이더Fagerstorm, Schneider (1989)가 개발한 8개 문항으로 구성된 도구를 사용하였다. 이 중 5문항은 2점 척도로 각 문항은 0점에서 1점 범위이며 3문항은 3점척도로 각 문항은 0점에서 2점척도로 구성되었다. 니코틴 의존 점수는 0점에서 14점까지 분포하며 점수가 높을수록 니코틴의존도가 높음을 의미한다.

(3) 자료분석방법

수집된 자료는 SPSS Program Window 12.0을 이용하여 전산처리하였으며 구체적인 분석방법은 다음과 같다.

1) 생애주기별 흡연유형분포는 빈도와 백분율을 이용하여 분석하였다.

2) 흡연유형에 따른 연구 제 변수 특성은 빈도분석, 카이제곱 검정, ANOVA와 Duncan's multiple comparison test를 이용하여 분석하였다.

연구결과

1) 생의주기 대상자-청소년기, 성인초기, 중년기, 노년기의 흡연유형 분포 및 흡연유형별 흡연관련 변인 특성

생의주기별 흡연유형 및 흡연유형별 흡연관련 변수에 관한 연구

(1) 대상자의 일반적 특성 및 흡연관련 특성

본 연구의 대상자는 청소년 274명, 성인초기 328명, 중년기 220명, 노인기 303명이었다.

청소년의 경우 남학생이 142명(51.6%), 여학생 133명(48.4%)로 비슷하게 분포하였으며 이중 고3이 128명(46.7%)로 가장 많았고 중3이 63명(23%), 고1이 41명(15%), 중2가 21명(7.7%), 고2가 15명(5.5%), 중1이 6명(2.2%)순으로 분포하였다. 성인초기는 남자가 302명(92%), 여성이 26명(8%)로 남성이 월등히 많았다. 중년기의 경우 남성이 186명(84.5%), 여성이 34명

(15.5%), 노인기의 경우 남성이 223명(73.6%), 여성이 80명(26.4%)으로 모두 남성이 월등히 많았다.

(2) 흡연유형 분포

흡연유형의 분포는 청소년과 성인초기, 중년기 모두 ‘주변인 배려로 금연고려형’이 각각 101명(17.8%), 105명(28.9%), 64명(26.9%)으로 가장 많았으며 노인기의 경우 ‘흡연으로 인한 심리적 위안추구형’이 120명(38.5%)으로 가장 높은 분포를 보이고 있었다(표 3, 그림 1참조).

표 3. 생애주기별 흡연유형 분포

	흡연유형	흡연유형명명	청소년		성인기		중년기		노인기	
			빈도	백분율	빈도	백분율	빈도	백분율	빈도	백분율
흡연을 끊기 어려운 습관이라고 생각하며, 담배를 피지만 주변사람 생각해서 금연은 언제나 염두에 두고 있다.	주변인 배려로 금연고려형	주변인 배려로 금연고려형	101	17.8	105	28.9	64	26.9	67	21.5
담배를 피우면서 스트레스가 풀리고 정신적으로 편안해지는 것을 느낀다.	흡연으로 심리적 위안 추구형	흡연으로 심리적 위안 추구형	30	5.3	74	20.4	59	24.8	120	38.5
일상생활에서(식후, 화장실에서) 담배를 피는 것이 습관이 되어 버려 금연이 매우 어렵다.	흡연에 습관적 탐닉형	흡연에 습관적 탐닉형	79	13.9	58	16.0	38	16.0	79	25.3
주로 사람을 만날 때 흡연을 즐기며 사람들을 만나면서 담배를 피우고 어울리면 사회적 관계가 좋아진다.	흡연을 매개로 한 사회적 관계 추구형	흡연을 매개로 한 사회적 관계 추구형	39	6.9	36	9.9	27	11.3	25	8.0
담배를 피지만 나는 내가 원하면 언제든지 끊을 수 있다는 자신감이 있다.	흡연에 대한 자기 조절 자신형	흡연에 대한 자기 조절 자신형	25	4.4	55	15.2	32	13.4	12	3.8

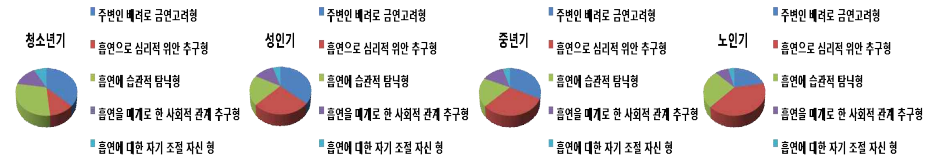


그림 1. 생애 주기별 흡연유형의 분포

(3) 생애주기별 흡연 유형에 따른 금연변화단계 분포

생애주기별 흡연유형에 따른 금연변화단계별 분포는 <표 4>와 같다.

청소년의 경우 ‘주변인 배려로 금연고려형’은 계획단계가 47명(46.5%)으로 가장 많았으며 준비단계 22명(21.8%), 계획전 단계 18명(18.8%), 유지단계 8명(7.9%), 실행단계 6명(5.9%)의 순으로 나타났다. ‘흡연으로 인한 심리적 위안추구형’은 계획단계가 18명(60%)으로 가장 많았으며 계획전단계 4명(13.3%), 준비단계 4명(13.3%), 유지단계 3명(10%), 실행단계 1명(3.3%)의 순으로 나타났다. ‘흡연에 습관적 탐닉형’은 계획단계가 30명(38%)으로 가장 많았으며 준비단계 15명(19%), 계획전단계 13명(16.5%), 유지단계 13명(16.5%), 실행단계 8명(10.1%)의 순으로 나타났다. ‘흡연을 매개로 사회적 관계추구형’은 계획전단계가 19명(48.7%)가 가장 많았으며 계획단계 9명(23.1%), 준비단계 6명(15.3%), 유지단계 4명(10.3%), 실행단

계 1명(2.6%)의 순으로 나타났다. ‘흡연에 대한 자기조절 자신형’은 실행단계 9명(36%)과 유지단계 9명(36%)으로 가장 많았으며 준비단계 6명(24%), 계획전단계 1명(4%), 계획단계 0명의 순으로 나타났다.

성인초기대상자의 경우 ‘주변인배려로 금연 고려형’은 계획단계가 46명(43.8%)으로 가장 많았으며 준비단계 27명(25.7%), 계획전단계 26명(24.5%), 실행단계 5명(4.7%), 유지단계 1명(1%), 의 순으로 나타났다. ‘흡연으로 인한 심리적 위안추구형’은 계획전단계가 27명(36.5%)으로 가장 많았으며 계획단계 24명(32.4%), 준비단계 10명(13.5%), 실행단계 9명(12.1%), 유지단계 4명(5.4%)의 순으로 나타났다. ‘흡연에 습관적 탐닉형’은 계획전단계가 25명(43.1%)으로 가장 많았으며 계획단계 20명(41.4%), 준비단계 8명(13.8%), 실행단계 4명(6.9%), 유지단계 1명(1.7%)의 순으로 나타났다. ‘흡연으로 매개로 사회적 관계 추구형’은 실행단계가 10명(27.8 %)으로 가장 많았으며 준비단

계 8명(22.2%), 계획전단계 7명(19.4%), 계획단계 7명(19.4%), 유지단계 4명(11.1%)의 순으로 나타났다. ‘흡연에 대한 자기 조절 자신형’은 계획단계가 17명(30.9%)으로 가장 많았으며 계획전 단계 13명(23.6%), 실행단계 13명(23.6%), 준비단계 10명(18.2%), 유지단계 2명(3.6%)의 순으로 나타났다.

중년기 대상자의 경우 ‘주변인 배려로 금연고려형’은 계획단계가 31명(48.4%)으로 가장 많았으며 계획전단계 14명(21.9%), 준비단계 10명(15.6%), 실행단계 9명(14.1%), 유지단계 0명의 순으로 나타났다. ‘흡연으로 심리적 위안 추구형’은 계획전단계 22명(37.3%)으로 가장 많았으며 계획단계 19명(32.2%), 실행단계 9명(15.3%), 유지단계 7명(10.9%), 준비단계 2명(3.4%)의 순으로 나타났다. ‘흡연에 습관적 탐닉형’은 계획전단계 11명(28.9%), 계획단계 11명(28.9%), 실행단계 11명(28.9%)로 3개 단계가 공통적으로 가장 많았으며 유지단계 3명(7.9%), 준비단계 2명(5.3%)의 순으로 나타났다. ‘흡연을 매개로 사회적 관계추구형’은 유지단계가 9명(33.3%)으로 가장 많았으며 계획단계 6명(22.2%), 실행단계 6명(22.2%), 계획전단계 4명(14.8%), 준비단계 2명(7.4%)의 순으로 나타났다.

‘흡연에 대한 자기조절 자신형’은 계획단계가 12명(37.5%)로 가장 많았으며 준비단계(25%), 유지단계(15.6%), 계획전단계 4명(12.5%), 실행단계 3명(9.4%)의 순으로 나타났다.

노인기 대상자의 경우 ‘주변인 배려로 금연 고려형’은 계획

<표 4> 생애주기별 금연 변화단계에 따른 흡연 유형 분포

대상자	변화단계	흡연 유형					χ^2	df	P
		주변인 배려로 금연 고려형 N(%)	흡연으로	흡연에	흡연을	흡연에 대한			
			심리적 위안 추구형 N(%)	습관적 탐닉형 N(%)	매개로 사회적 관계 추구형 N(%)	자기 조절 자신형 N(%)			
청소년	계획 전단계	18(18.8)	4(13.3)	13(16.5)	19(48.7)	1(4)	76.37 4	16	.000* **
	계획 단계	47(46.5)	18(60)	30(38)	9(23.1)	0(0)			
	준비 단계	22(21.8)	4(13.3)	15(19)	6(15.3)	6(15.3)			
	실행 단계	6(5.9)	1(3.3)	8(10.1)	1(2.6)	9(36)			
	유지 단계	8(7.9)	3(10)	13(16.5)	4(10.3)	9(36)			
성인초기	계	101	30	79	39	25	44.78 0	16	.000* **
	계획 전단계	26(24.5)	27(36.5)	25(43.1)	7(19.4)	13(23.6)			
	계획 단계	46(43.8)	24(32.4)	20(41.4)	7(19.4)	17(30.9)			
	준비 단계	27(25.7)	10(13.5)	8(13.8)	8(22.2)	10(18.2)			
	실행 단계	5(4.7)	9(12.1)	4(6.9)	10(27.8)	13(23.6)			
중년기	유지 단계	1(1)	4(5.4)	1(1.7)	4(11.1)	2(3.6)	49.24 2	16	.000* **
	계	105	74	58	36	55			
	계획 전단계	14(21.9)	22(37.3)	11(28.9)	4(14.8)	4(12.5)			
	계획 단계	31(48.4)	19(32.2)	11(28.9)	6(22.2)	12(37.5)			
	준비 단계	10(15.6)	2(3.4)	2(5.3)	2(7.4)	8(25)			
노인기	실행 단계	9(14.1)	9(14.1)	11(28.9)	6(22.2)	3(9.4)	70.05 3	16	.000* **
	유지 단계	0(0)	7(10.9)	3(7.9)	9(33.3)	5(15.6)			
	계	64	59	38	27	32			
	계획 전단계	15(22.3)	69(57.5)	62(85.7)	14(56)	4(33.3)			
	계획 단계	44(65.7)	37(30.8)	13(16.5)	7(28)	5(41.7)			
노인기	준비 단계	7(10.4)	6(5)	4(5.1)	2(8)	1(8.3)	70.05 3	16	.000* **
	실행 단계	1(1.5)	4(3.3)	0(0)	1(4)	0(0)			
	유지 단계	0(0)	4(3.3)	0(0)	1(4)	2(16.7)			
	계	67	120	79	25	12			

P<.05 *, P<.01 **, P<.001 ***

(4) 흡연 유형별 연구 제 변수 차이

흡연관련 특성 중 흡연량은 청소년($F=5.737$, $P=.00$)과 중년기($F=3.709$, $P=.003$)에서 통계적으로 유의한 차이를 나타내었다. 청소년의 경우 Duncan 사후분석결과 3개의 집단으로 나뉘었으며 이중 ‘흡연으로 심리적 위안추구형(14.00±10.72)’이 가장 흡연량이 많았으며 ‘흡연에 대한 자기조절 자신형(3.64±2.79)’로 가장 적은 흡연량을 나타내었다. 중년기의 경우 Duncan 사후검정결과 역시 3개의 집단으로 분류되었으며 ‘흡연에 습관적 탐닉형(20.39±12.89)’ 가장 흡연량이 많았으며 ‘흡연에 대한 ‘흡연에 대한 자기조절 자신형(12.55±5.13)’이 가장 흡연량이 적은 것으로 나타났다.

흡연시작연령은 생애주기별 집단과 흡연 유형에 따라 통계적으로 유의한 차이가 없었으며, 니코틴 의존도의 경우 각 생애 주기별 집단과 흡연유형에 따라 모두 통계적으로 유의한 차이를 보였다. 특히 성인초기와 중년기, 노인기의 집단의 경우 ‘흡연에 습관적 탐닉형’이 각각 평균 5.16(±2.12), 4.72(±2.47), 5.08(±2.64)로 가장 높게 나타나 니코틴의존도가

높음을 의미하였다. Duncan 사후 검정결과 청소년의 경우 3개의 집단으로 분류되었으며 ‘흡연을 매개로 한 사회적 관계 추구형’이 니코틴 의존도가 가장 높았으며 ‘흡연에 대한 자기조절 자신형’이 가장 낮은 것으로 나타났다. 성인초기의 경우 Duncan 사후 검정결과 3개의 집단으로 분류되었으며 ‘흡연에 습관적 탐닉형’이 니코틴 의존도가 가장 높고 ‘흡연에 대한 자기조절 자신형’이 가장 낮은 것으로 나타났다. 중년기와 노인기의 경우 Duncan 사후 검정결과 2개의 집단으로 분류되었으며 ‘흡연에 습관적 탐닉형’이 가장 니코틴 의존도가 높고 ‘흡연에 대한 자기조절 자신형’이 가장 낮은 것으로 나타났다.

흡연 유혹의 경우 성인초기($F=5.505$, $P=.000$)와 노인기($F=3.265$, $P=.007$)에서 통계적으로 유의한 차이를 나타내었다. 성인초기의 경우 Duncan 사후검정 결과 ‘흡연에 습관적 탐닉형’이 가장 높고 ‘흡연에 대한 자기조절 자신형’이 가장 흡연 유혹이 낮은 것으로 분류되었다. 그러나 노인기의 경우 Duncan 사후검정결과 1개의 집단으로 분류되어 집단 내 차이는 없는 것으로 나타났다.(표5 참조).

<표 5> 생애주기별 흡연 유형에 따른 흡연관련 특성 및 니코틴 의존도, 흡연유혹

변인	흡연유형	청소년				성인초기				중년기				노인기			
		MSD	F	P	Duncan	MSD	F	P	Duncan	MSD	F	P	Duncan	MSD	F	P	Duncan
하루 흡연량 (개)	주변인 배려로 금연 고려형	8.82±5.17 ^a				14.06±7.50				17.22±6.42 ^c				17.38±7.50			
	흡연으로 심리적 위안 추구형	14.00±10.72 ^b				13.22±7.55				15.61±6.74 ^b				17.06±9.23			
	흡연에 습관적 탐닉형	8.74±7.08 ^a	5.737	.000***	a<b<c	16.07±6.89	1.555	.173		20.39±12.89 ^c	3.709	.003**	a<b<c	19.63±10.55	1.46 ^a	.201	
	흡연을 매개로 한 사회적 관계추구형	9.75±8.25 ^a				12.29±6.83				18.85±7.50 ^b				18.04±12.30			
	흡연에 대한 자기 조절 자신형	3.64±2.79 ^a				12.43±11.06				13.67±7.14 ^a				12.55±5.13			
흡연 시작 연령	주변인 배려로 금연고려 형	14.67±1.50				19.69±2.81				22.92±4.76				24.30±8.23			
	흡연으로 심리적 위안 추구형	15.00±1.75				19.81±3.56				23.84±6.09				28.22±11.57			
	흡연에 습관적 탐닉형	14.77±1.61	.265	.888		18.37±3.11	1.818	.109		21.82±5.73	1.704	.135		23.86±7.91	1.46 ^a	.201	
	흡연을 매개로 한 사회적 관계추구형	14.66±1.90				19.44±2.79				21.35±5.01				24.42±9.78			
	흡연에 대한 자기 조절자신형	14.90±1.80				19.33±3.42				24.48±5.75				26.17±10.54			
니코틴 의존도	주변인 배려로 금연고려형	4.47±2.11 ^{2a}				4.02±1.98 ^{2b}				4.62±2.28 ^{2c}				4.38±2.33 ^{2b}			
	흡연으로 심리적 위안 추구형	4.22±2.66 ^{2b}				4.39±2.25 ^{2b}				4.31±2.40 ^{2b}				4.50±2.37 ^{2b}			
	흡연에 습관적 탐닉형	3.65±2.35 ^{2a}	3.493	.009	a<b<c	5.16±2.11 ^{2c}	8.262	.000***	a<b<c	4.72±2.46 ^{2b}	2.399	.039*	a	5.08±2.64 ^{2c}	2.591	.026*	a<b
	흡연을 매개로 한 사회적 관계추구형	4.97±2.15 ^{2c}				3.39±1.84 ^{2a}				4.13±2.54 ^{2c}				3.80±2.75 ^{2a}			
	흡연에 대한 자기 조절자신형	3.13±1.89 ^{2a}				2.94±1.62 ^{2a}				2.89±2.23 ^{2a}				3.27±2.83 ^{2a}			
흡연 유혹	주변인 배려로 금연 고려형	30.07±11.054				31.78±6.74 ^{6b}				30.76±7.644				29.05±7.14 ^{2c}			
	흡연으로 심리적 위안 추구형	25.24±6.988				32.58±6.97 ^{8b}				30.69±8.975				32.73±7.224 ^c			
	흡연에 습관적 탐닉형	28.69±9.088	1.991	.097		32.64±8.98 ^{2c}	5.505	.000***	a<b	28.06±9.075	1.407	.223		33.31±7.454 ^c	3.26 ^a	.007*	a
	흡연을 매개로 한 사회적 관계추구형	30.03±11.831				28.24±6.86 ^{7b}				31.93±7.980				31.70±7.74 ^{8b}			
	흡연에 대한 자기 조절자신형	24.83±11.480				27.16±6.211 ^a				30.37±5.957				28.83±6.520 ^a			

P<.05 *, P<.01 **, P<.001 ***

결론 및 제언

본 연구의 결과를 통해서 생애 주기를 통한 흡연자의 흡연 유형 별 분포와 흡연 관련변인간의 관계가 제시되었다. 생애 주기별 흡연유형의 분포에서는 청소년과 성인초기, 중년기 모두 ‘주변인 배려로 금연 고려형’이 가장 많았으며 노인기의 경우 ‘흡연으로 심리적 위안 추구형’이 가장 많았다. 주관성 연구를 통한 흡연유형의 특성을 고려할 때, ‘주변인 배려로 금연 고려형’의 특징은 흡연은 하나의 습관이라는 관점에서 금연에서의 의지의 중요성을 인식하고 있고, 자신의 건강과 가족과의 관련성을 자신의 흡연행위 및 금연에 대한 고려와 연관하는 유형이고, 건강문제와 흡연의 해로움에 관한 정보를 많이 갖고 있으며, 흡연의 유해성에 대한 경각심을 갖는 유형이다. 이 유형에 속한 흡연인은 금연프로그램의 효과가 가장 클 수 있는 대상자로 흡연의 유해성을 강조하고, 이를 가족과의 가족애와 연관시킴으로 비교적 짧고 효율적인 금연 프로그램을 수행할 수 있는 대상자이다. 이를 고려한다면, 한국에서 주요 금연전략인 흡연의 유해성을 알리는 금연운동과 가족적 지지가 노년기를 제외한 전 생애 연령대에서 금연에 가장 효과적이 될 수 있다는 것을 확인할 수 있다.

반면 노년기 흡연자에게 가장 많이 분포하는 ‘흡연으로 심리적 위안 추구형’은 흡연을 통해서 스트레스를 풀고 정신적 안정감을 느끼기를 원하는 유형이며, 금연의 의지가 약하고, 스트레스 관리 방법이 금연전략에 포함되어야 하는 유형인데, 이 유형이 노인기 흡연자에게 가장 많은 분포를 갖는다는 것은 노인기 금연관리전략에 새로운 관점을 제시하는 결과라고 볼 수 있다. 그동안 노인기를 대상으로는 신체적인 질환과 은퇴 등으로 인한 역할상실을 주요 이유로 주로 우울을 중심으로 한 조사연구가 주요 연구였으며, 이를 흡연과 연계시킨 연구는 수행되지 않았었다. 이와 같은 결과는 본 연구에서 금연을 위한 준비단계 변인과 생애주기별 분포에서도 확인되는데, ‘주변인 배려로 금연 고려형’은 금연을 생각하거나 시도하고 있는 계획단계 및 준비단계에 분포되어 있지만 ‘흡연으로 심리적 위안 추구형’은 금연을 전혀 고려하고 있지 않은 계획전단계에 분포하고 있고, 노인기의 경우 계획전 단계 분포가 가장 많은 결과에서도 나타나고 있다. 흡연이 심리적 위안을 받는 데 활용되는 불 건강 행위 인 노인집단의 경우 자기 스스로 금연에 대한 필요성을 느끼지 못하거나, 느끼더라도 행동에 옮기지 않는 경우이므로, 보건소를 내방하는 대상자 중심으로 하는 금연교실만으로 금연중재를 할 수는 없으며, 보건소에서 방문간호 대상자로 분류하는 독거노인이나 취약한 계층의 노인들의 방문서비스에 금연을 위한 방문호서비스를 제공할 필요가 있다.

흡연유형과 흡연관련 변인과의 분석에서 가장 니코틴 중독이 두드러져 금연이 어려운 유형인 흡연에 습관적 탐닉형이

금연을 위한 주요 집단으로 확인되고 있다. “흡연에 습관적 탐닉형”은 담배의 습관성이 흡연 유지의 주요요소가 되는 유형이며 일상생활에서 흡연행위를 좋아하는 유형으로 일정 기간을 갖는 금연프로그램으로는 그 효과를 기대하기가 어려운 유형이다.

니코틴 의존도와 흡연유혹 분석에서 니코틴 의존도는 성인 초기와 중년기, 노인기의 경우 ‘흡연에 습관적 탐닉형’이 니코틴 의존도가 가장 높게 나타 있고, 흡연유혹은 성인 초기와 노인기의 흡연에 습관적 탐닉형에서 가장 높게 나타난 것은 흡연의 니코틴 중독이 일상화된 흡연습관을 형성하여, 지속적으로 흡연유혹을 느끼게 해서 습관화되는 니코틴 중독이 한국의 흡연의 주요 문제가 됨을 나타내는 결과라고 사료된다. 기존의 금연에 영향을 미치는 요인을 탐구한 간호문헌에서 금연시도에 영향을 미치는 요소로 제시된 것 중 하나는 니코틴 의존도였는데, 니코틴 의존도가 낮을수록 금연 성공률이 높은 것으로 보고되고 있다(장성옥, 김은주, 김숙영, 서문경애, 이수정, 2005)). 그러나 니코틴 의존도만을 변수로 연구했을 때, 결과는 생리적인 면이 강조된 것인지 일상생활의 활동에서 담배가 하나의 생활유형으로 고착이 된 것인지를 분명히 제시하지는 않는다. 그러나 본 연구 결과를 근거로 한국의 성인기에서 노년에 이르는 연령층은 생활관습과 흡연행위의 고착에서 니코틴 중독이 중요요인이 되고 있고, 금연시 니코틴 중독으로 분류된 경우에는 니코틴 대체요법이 필요하다는 연구(박미경, 강경숙, 김남영, 2007) 결과를 고려할 때, 니코틴 대체요법과 더불어 흡연과 연관된 일상생활의 사건과의 연결을 끊을 수 있는 행동요법이 병행되어야 하는 금연전략이 수립되어야 함을 추론할 수 있다. 반면 청소년기의 경우 ‘흡연을 매개로 한 사회적 관계추구형’이 니코틴 의존도가 가장 높았다는 점은 ‘흡연을 매개로 한 사회적 관계 추구형’이 흡연유혹상황이 사회적 친교와 연결되어 흡연행위를 지속하는 유형인 점을 고려할 때, 청년기는 흡연하는 친구와의 만남이 흡연을 지속시키는 주요 사건이 될 수 있다는 점을 제시하는 것으로 볼 수 있어, 흡연이 특히 청소년기의 사회적 관계의 매개가 되지 않도록 학교에서의 흡연 예방 전략에 적극적으로 고려할 점이라고 사료된다. 또한 현재 보건소 산하 금연교실에서는 성인기부터 니코틴 대체요법을 권장하고 있으며, 청소년기를 대상으로는 학교를 통한 흡연예방정책과 흡연자를 위한 금연교육을 장려하고 있다. 그러나 청소년기 흡연자에게 따라서 금연교육과 홍보활동만으로 청소년의 흡연행동을 극적으로 변화시키는 데에는 한계가 있다는 것을 본 연구를 통하여 확인할 수 있다. 즉 청소년기를 포함한 생애 주기 전 대상자에게 직접적인, 경회흡수제제인 니코틴 패치나 니코틴 껌과 같이 신체생물학적인 접근이 필요하다. 선행연구에서 약물요법인 니코틴 대체요법이 금연에 필요함을 제시하고 있다(Stephenson, 1998). 따라서 흡연 청소년의 증가를 방지하고 예방하기 위해서는 정부차원의 제도적, 행정법상의 장치가 필요하며 이에 따라 허부기관들이 니코틴 패치나 니코틴 껌 등의 니코틴 대체용품의 무상지원 등

과 함께 금연교육프로그램의 지속적인 홍보 및 활동 등의 적극적인 노력이 요구될 것으로 사료된다.

성인 초기 대상자의 대부분을 차지하는 대학생의 경우 친한 친구 중 흡연자가 많을 수록, 음주횟수가 많을수록 흡연의 가능성이 많다고 하는(정창근 외, 1999)연구를 고려할 때, 성인초기 대상자의 금연행위를 위한 대학교 내 건물은 물론 교정에서도 흡연을 완전금연하게 하고, 대학 내 보건실에서 금연상담을 하거나 금연 클리닉 센터를 운영할 수 있는 금연전문 인력이 비치되어야 하는 것을 제안할 수 있다. 또한 현행의 학교 주변의 음식점이나 주점을 금연지역 설정이 권고아 아닌 금연구역으로 지정하는 보다 구체적인 강력한 시행령이 필요할 것으로 사료된다. 뿐만 아니라 이들의 스트레스나 지루함을 해소시킬 수 있는 각종 체육시설이나 여가활용시설 등을 마련하여 그들의 흡연동기나 지속이유를 감소시켜 줄 수 있을 것으로 사료된다.

중년기 흡연대상자의 경우 직장내 금연 방법은 먼저 흡연과 기업의 경제력이 밀접한 관련이 있음을 알게 하는 고용주의 인식전환이 요구되며 이에 대한 직장 내 중년기 흡연대상자의 금연에 대한 동기를 불러 일으켜 줄 금연자 수상 혹은 포상이나, 직장 동료 간 담배 권하지 않기 등의 직장내 금연 분위기 확산 등을 고용주와 직장인 모두에게 홍보하고 교육해야 할 것으로 사료된다.

생애주기 전 연령층에서 비교적 적은 분포를 보이는 흡연 유형은 ‘흡연에 대한 자기조절 자신형’이었다. ‘흡연에 대한 자기 조절 자신형’은 흡연을 즐긴다거나 의존적 이라기보다는 스스로 흡연을 조절할 수 있다는 조절감을 갖고 있는 유형이다. 이 유형의 경우 언제든 금연의 필요성이 강하게 제시되면 금연을 수행할 수 있는 유형이다. 그러나, 본 연구에서 이 유형은 전 생애주기의 흡연자 중에서 가장 낮은 분포를 보이지만, 장성옥 등(2003)의 연구에서 ‘흡연에 대한 자기조절 자신형’에 속한 대상자는 흡연을 앞으로 6개월 내에도 고려하지 않는 전계획 단계에 속한 대상자였으며, 본 연구의 조사연구에서도 전계획단계부터 유지단계까지 분포하여 있었다. 이는 흡연에 대한 자기조절감을 갖는 대상자가 금연행위로 유도할 수 있는 동기를 주는 방법이 금연중재에서 개발되어야 한다는 점을 제안해 주고 있다.

본 연구결과는 주관성연구에서 확인된 흡연유형을 Q-도구로 도구화하여 청소년기에서 노인기에 이르는 전 연령 층 대규모 표본으로 그 분포를 확인하고, 흡연관련 변수와의 관련성을 분석한 연구로 연구결과해석에 기존의 조사연구보다는 많은 정보를 제공해주고, 주관성 연구에 비해 연구결과를 일반화하여 추론할 수 있는 근거를 제시해주는 연구라고 사료된다.

금연은 범국가적 건강증진 과제로 인식되고 있으며, 효과적인 금연전략을 수립하기 위해서는 흡연이 사회적 행위와 연관된 불 건강행위인 만큼 연령층에 따른 사회적 변인과 더불어 흡연자의 흡연을 지속시키는 주관적, 사교, 신념이 전략수립에 고려되어야 한다. 본 연구결과는 효과적 금연전략 수립에 중요

한 정보를 제공한다고 사료되어, 본 연구 결과를 고려한 생애주기별 금연전략 구성과 이의 효과성을 검증하는 연구를 제안한다.

참고문헌

- 김근면(2006). 노인의 금연 변화단계별 변화과정, 자아효능감, 흡연유혹, 의사결정 균형에 관한 연구, *노인간호학회지*, 8(2), 146-160
- 김홍진(1996). Q방법론의 유용성 연구. *주관성 연구*, 1, 15-33
- _____(2008). Q-블록과 Q-도구의 일치도 연구, *주관성연구*, 16, 5-16
- 박미경, 강경숙, 김남영(2007). 금연프로그램이 흡연근로자의 흡연량과 니코틴의존도 및 자아효능감에 미치는 효과, *대한간호학회지*, 37(7), 1073-1079
- 박한주(2007). *흡연남성의 스트레스에 대한 내적 반응이 니코틴 의존도에 미치는 영향* 박사학위논문, 대전 충남대학교
- 장성옥, 박창승 (2001). 중년 흡연 남성의 금연 단계에 따른 흡연 유혹, 니코틴 의존도. *기본간호학회지*, 8(1), 69-80.
- 장성옥, 신성래, 김상숙(2003). 성인흡연자의 흡연유형에 대한 연구, *기본간호학회지*, 10(1), 57-67
- 장성옥 (2004). 흡연유혹의 개념개발. *대한간호학회지*, 34(1), 160-171.
- 장성옥, 김은주, 김숙영, 서문경애, 이수정 (2005). 금연의 준비 단계 영향변인: 범이론적 모형을 중심으로, *대한간호학회지*, 35(7), 1414-1421.
- 정창근, 이윤지, 김영선, 박기홍, 성낙진(1999). 2개 전문대학생에서 흡연여부와 흡연지속에 끼친 가족의 영향, *가정의학회지*, 20(4), 358-367
- DiClemente, C.C. & Prochaska, J.O.(1985). Processes and stages of change: Coping and competence in smoking behavior change In S.Shiffman & T.A. Wills(Eds.), *Coping and Substance abuse*. New York: Academic Press.
- DiClemente, C.C., Prochaska, J.O. & Gibertini, M.(1985). Self-efficacy and the stages of self-change of smoking. *Cognit & Res*, 9, 181-200.
- DiClement, C.C., Prochaska, J.O. & Fairhurst, S., Velicer, W.F., Velasquez, M. & Rossi, J. (1991). The process of smoking cessation: An analysis of precontemplation, contemplation and preparation stage of change. *J Consult and Clin Psychol*, 59, 295-304.
- Fagerstrom, K.O., & Schneider, N.G.(1989). Measuring nicotine dependence: a review the Fagerstrom Tolerance Questionnaire, *J Behav Med*, 12(2),159-182.
- Haire-Joshu, D., Morgan, G., & Fisher, E. B. Jr. (1991).

- Determinants of cigarette smoking. *Clinic Chest Med*, 12(4), 711-725.
- Hughes, J. R. (2003). Motivating and helping smoking to stop smoking. *J General Internal Med*, 18(12), 1053- 1057.
- Johnson, B.M. & Webber, P.B.(2001). *An introduction to theory and reasoning in nursing*, New York: Lippin- cott Williams & Wilkins
- Marcus, B.H., Simkin, L.R., Rossi, J.S., Pinto, B.M.(1996). Longitudinal shifts in employee's stages and processes of exercise behavior change. *Am J Health Promotion*, 10(3), 195-200.
- Ministry of Health & Welfare (2008). *The book of support and evaluation for smoking cessation*. Seoul: The Smoking-Cessation Research Team.
- Prochaska, J.O. & DiClemente, C.C.(1983). Stage and processes of self change of smoking: Toward an integrative model. *J Consulting Clin Psychol*, 51, 390-395.
- Stephen, J.(1998). Nicotine withdrawal, *Journal of American Medicine Association*, 279(23), 1857
- Talbot, A.(1963). *The Q block method of indexing Q-typologies*, Michigan: Communication research center, Michigan State University
- Velicer, W. F., DiClemente, C. C., Rossi, J. S. & Prochaska, J. O.(1990). Relapse situation and self-efficacy: an integrative model. *Addict Behav*, 15, 271-283. <http://www.kash.or.kr>, 2008

지역사회 거주 만성정신질환자의 희망, 우울, 자살사고의 상관관계

한금선¹⁾ • 박영희²⁾ • 임희수²⁾ • 주기영³⁾ • 배문혜⁴⁾ • 강현철⁵⁾

서론

1. 연구의 필요성

통계청(2007)의 조사에 따르면 우리나라는 OECD 가입국 중 자살률 1위 국가이다. 이러한 통계 자료가 의미하듯 최근 잇따른 사회 주요 인사들의 자살과 이를 모방한 자살이 이어지면서 자살은 우리가 당면한 큰 사회적 문제라는 공감대를 형성하고 있다. 2007년 국내 자살률은 인구 10만 명당 24.8명으로 1997년 13.1명과 비교하면 52% 이상 증가하였으며, 국내 전체 사망자의 사망원인 순위에 있어서도 자살은 4위로 지난 10년 동안 자살로 인한 사망률은 다른 사망원인에 비해 급속도로 증가하고 있다. 이와 같이 자살률은 매년 증가하고 있으며 더 큰 문제는 자살이 가족과 사회에 미치는 충격과 파급효과가 크다는 것이다.

특히 자살은 정신 장애와 밀접한 관계를 가지고 있다. 자살은 정신 장애를 가진 환자의 높은 사망률의 중요한 원인이며, 거의 모든 정신 장애는 자살 위험을 증가시킨다(Jae, 2004). 우리나라는 정신질환 유병률이 매우 높으며 대부분의 정신질환자들은 단기간에 완치되는 경우가 드물고 지속적인 증상과 반복된 재발을 통해 만성화 과정을 거치게 된다는 점에서 자살은 더욱 심각한 문제로 고려된다. 정신과적 병력과 자살과의 관계에서 자살기도자의 95%가 정신 장애를 진단 받

았으며 정신과 환자에서의 자살 위험도는 일반인에 비해 3~12배 정도 높다(Min, 2006). 자살은 정신과 환자에게 있어서 최악의 임상적인 결과이므로 자살 위험을 예측하고 예방하는 것은 매우 중요한 일이다. 따라서 최근에는 자살사고로 자살의 위험성을 예측하려 하고 있으며, 자살사고는 자살 시도, 자살행위로 이어지는 연속적인 범위로 보았다(Harwood & Jacoby, 2000).

자살행동과 밀접한 관련이 있는 정서적 요인으로 우울이 있으며, 자살은 주요 우울장애의 핵심 증상 중의 하나로, 자살자의 60%가 우울증과 연관이 있는 것으로 보고되고 있다(Lang & Hensrud, 1996). 우울증이 있다고 해서 반드시 자살을 하는 것은 아니지만 매년 자살을 시도하는 7만여 명 중 우울로 인한 자살시도가 약 80%에 달하고 있다(Korean Association for Suicide Prevention, 2006)는 점에서 우울과 자살 간의 상호 관련성에 주목할 필요가 있다. 또한 우울장애 환자의 약 15%, 정신분열병 환자의 약 10%, 불안장애 환자의 약 11%, 양극성 장애 환자의 약 19%가 자살로 생을 마감하는 것으로 알려져 있다(Jae, 2004). 이는 정신질환과 자살 간의 관련성을 시사하고 있다.

정신질환의 경험에 대한 환자들의 자가보고(Gallo, 1994)와 체험연구(Czuchta & Johnson, 1998)는 낙인, 소외, 정신적 아픔, 한계성의 삶, 복합적 상실, 만성적 슬픔 등으로 표현되는 정신질환을 가지고 살아가야 하는 사람의 고통을 잘 보여주고 있다. 이런 가운데 Steen (1996)의 연구는 정신질환자들의

A Study on smoking types and smoking variables: Comparisons among groups by life cycle and smoking type

Geun Myun Kim¹⁾ • Sung Ok Chang²⁾ • Soon Yong Khim³⁾ • Lim Se Hyun⁴⁾

- 1) Assistant Professor, Department of Nursing, Far-East University
2) Professor, Nursing Department, College of Nursing, Korea University
3) Professor, Nursing Department, College of Nursing, Korea University
4) Doctoral course, Graduate School, Korea University

Purpose. This study intended to identify influential variables on types of smoking(Concerning significant others; Pursuing psychological comfort; Habitual craving; Pursuing social relation and Maintaining self control) among groups by life cycle, which have been derived from Q methodology study. **Literature Review.** Smoking behavior has been suggested to be closely related to smoker's subjective value and attitude on smoking **Research Design.** Constructing Q-tool and A survey were conducted with 274 adolescent smokers, 328 early adult stage smokers, 220 middle adult stage smokers, and 303 later adult stage smokers at community settings in Seoul from March to July 2006. **Results.** The most dominant distribution of smoking types among the groups by life cycle except the later adult smoker group was Concerning significant others and the least dominant distribution of smoking types was Maintaining self control. Smoking type; Habitual craving was closely related to nicotine addict among the groups by life cycle except adolescent smoker group. **Conclusion.** Smoking intervention strategies specific to groups by life cycle based on smoking types' characteristics have been identified and suggested.

Keywords: Smoking, Life Cycle

Address reprint requests to : Chang, Sung Ok, College of Nursing, Korea University, Anam-dong 5ga, Sungbuk-gu, Seoul 136-705, Korea.
Tel: 82-2-3290-4918, Fax: 82-2-927-4676, E-mail: sungok@korea.ac.kr

* 본 연구는 고려대학교 간호대학 연구비 지원으로 수행되었음. 본 논문은 정신간호학회지 제19권, 제2호, 2010년 6월에 게재된 논문임.

주요어 : 만성정신질환자, 희망, 우울, 자살

- 1) 고려대학교 간호대학 교수
2) 고려대학교 간호대학 대학원 박사과정 (교신저자 박영희 Email: gml@korea.ac.kr)
3) 안산시 정신보건센터 팀장
4) 문경대학 간호학 교수

5) 호서대학교 정보통계학과 교수

투고일: 2010년 3월 3일 / 수정일 1차: 2010년 6월 9일, 2차: 2010년 6월 14일 / 투고일: 2010년 6월 14일

삶의 제적에서 희망으로 향하는 전환점을 발견한 매우 의미 있는 결과를 제시하며, 정신질환자의 회복은 생물학적·의학적 접근 뿐 아니라 인간에 대한 전인적인 이해를 바탕으로 상처를 치유하고 희망을 복돋우어 줄 때 극복될 수 있다는 것을 시사한다. 정신건강분야에서 희망은 정신요법을 성공적으로 이끄는 열쇠로 여겨졌고, 정신장애에 있어서 매우 중요한 증세수단인 정신사회재활과정에서 회복으로 나아가기 위해 없어서는 안 될 필수요건으로 여겨져 왔으며(Anthony, Cohen & Farkas, 1990), 희망이 정신질환을 앓고 있는 환자와 가족에게 회복의 필수적인 요소라는 것은 여러 연구들에서 거듭 강조되고 있다(Ahern & Fisherm 2001).

따라서 만성정신질환자의 희망과 우울 정도는 자살사고와 상관관계가 있을 것으로 사료된다. 이에 본 연구는 만성정신질환자를 대상으로 희망, 우울, 자살사고의 정도를 확인하고, 희망, 우울, 자살사고 간의 상관관계를 규명함으로써 앞으로 만성정신질환자의 자살예방에 대한 간호중재 전략의 기초자료를 제공하고자 시도되었다.

연구목적

본 연구의 목적은 만성정신질환자의 희망, 우울, 자살사고 간의 관계를 파악하는데 있으며 구체적인 목적은 다음과 같다

- 만성정신질환자의 희망, 우울, 자살사고의 정도를 파악한다.
- 만성정신질환자의 희망, 우울, 자살사고 간의 관계를 파악한다.
- 만성정신질환자의 자살사고 정도에 영향을 미치는 요인을 파악한다.

연구방법

연구 설계

본 연구는 만성정신질환자가 지각한 희망, 우울, 자살사고 간의 관계를 파악하기 위한 서술적 상관관계 연구이다.

연구대상 및 표집 방법

본 연구의 대상자는 만성정신질환자로서 DSM-IV의 진단 기준에 따라 정신질환으로 진단 받은 후 경기도 A시에 소재

하는 정신보건센터에 등록된 회원들을 편의 추출하여 200명을 대상으로 2009년 7월 27일부터 2009년 8월 21일까지 설문조사를 시행하였다. 질문지 회수율은 100%였으며, 회수된 질문지 중 질문지의 완성도가 낮은 12부를 제외한 188부를 분석하였다. 본 연구의 대상자수는 유의수준 α 는 .05, 효과크기 1.00, 검정력 .80로 하였을 때 43명의 대상자가 필요하므로 (Cohen, 1987), 본 연구의 대상자 수는 적절한 것으로 확인되었다.

연구대상자의 구체적인 기준은 다음과 같다.

- 만 18세 이상 65세 이하의 성인
- 만성정신질환으로 진단 받고 유병기간이 최소 2년을 경과하여 치료중인 자.
- 국문 해독이 가능하며 질문지의 내용을 이해하고 의사소통이 가능한자.
- 본 연구의 목적을 이해하고 연구에 참여하기를 수락한 자.

연구도구

희망

Snyder 등(1996)에 의해 개발된 상대희망 척도는 모두 6문항으로 이루어져 있으며 경로사고 요인 3문항, 주도적 사고 요인 3문항으로 구성되어 있다. 본 연구에서는 Kim (2004)이 수정하여 사용한 희망척도를 사용하였다. 이 희망척도는 일반적인 자신의 생각을 질문한 것으로 Kim (2004)의 연구에서 희망척도의 전체 신뢰도는 Cronbach α =.86, 경로사고 신뢰도가 Cronbach α =.80, 주도적 사고 신뢰도가 Cronbach α =.77로 나타났다. 본 연구에서 사용된 희망척도는 총 18문항으로 구성되었으며 Cronbach α =.81이었다. 최고 점수는 70점, 최저 점수는 38점이며 점수가 높을수록 희망이 높음을 의미한다.

우울

Beck, Ward, Mendelson, Mock과 Erbaugh (1961)가 개발한 Beck의 우울 척도(Beck Depression Inventory: BDI)를 Shin, Kim과 Park (1993)이 수정한 것으로 우울증의 인지적, 정서적, 신체적 그리고 행동적 증상들을 포함하는 21문항으로 이루어진 자가 보고형 척도이다. 각 문항은 증상의 심한 정도에 따라 4점 척도로 점수가 높을수록 우울 정도가 심한 것을 의미한다. Shin 등(1993)의 연구에서 신뢰도는 Cronbach α =.90이었으며 본 연구에서 Cronbach α =.78이었다.

지역사회 거주 만성정신질환자의 희망, 우울, 자살사고의 상관관계

자살사고

Beck, Kovacs와 Weissman (1979)이 개발한 자살사고 척도(Scale for Suicidal Ideation: SSI)는 자살시도 전의 자살에 대한 심각성을 측정하는 도구로 자살에 대한 생각이 반드시 자살시도를 이끄는 않지만 검사결과는 이후에 보인 자살행동의 중요한 예언지표가 될 수 있고, 자살 위험에 대한 임상가의 평가와 높은 상관관계가 있음이 보고되었다(Beck et al., 1979). 본 연구에서는 Beck 등(1979)이 개발한 SSI를 Shin, Park, Oh와 Kim (1990)이 자가 보고형 질문지로 변형시킨 것으로 3점 척도의 19문항으로 구성된 도구이며 점수가 높을수록 자살사고 정도가 높은 것을 의미한다. Shin 등(1990)의 연구에서 신뢰도는 Cronbach α =.91이었으며 본 연구에서 Cronbach α =.85이었다.

자료분석 방법

- 수집된 자료는 SPSS 12.0을 통해 전산처리 하였다.
- 만성정신질환자의 일반적 특성은 빈도와 백분율을 구하였다.
- 만성정신질환자가 지각한 희망, 우울, 자살사고의 정도는 평균과 표준편차를 구하고, 범위를 제시하였다.
- 만성정신질환자의 자살과 희망, 우울 간의 상관관계를 파악하기 위하여 Pearson correlation coefficient를 구하였다.
- 만성정신질환자의 자살에 영향을 미치는 요인은 단계적 다중회귀분석(Stepwise multiple regression) 하였다.

연구결과

대상자의 일반적 특성

대상자의 인구학적 특성으로 성별, 연령, 경제상태, 동거상태, 종교, 진단명, 입원 횟수, 정신장애등급, 단순 정신과적 평가 척도(Brief Psychiatric Rating Scale: BPRS), 전반적 기능평가 척도(Global Assessment Function: GAF) 등을 조사하였다. 성별은 남자가 115명(61.2%), 여자가 73명(38.8%)이었다. 연령은 10-19세가 5명(2.7%), 20-29세가 22명(11.7%), 30-39세가 54명(28.7%), 40-49세가 63명(33.5%), 50-59세가 35명(18.6%), 60세 이상이 9명(4.8%)으로 나타났다. 경제 상태는 상위 수준이 108명(57.5%), 중위 수준이 70명(37.2%), 하위 수준이 10명(5.3%)이었다. 동거가족은 가족과 동거하는 경우가 151명(80.3%), 독거인 경우가 22명(11.7%), 기타 15명(8.0%)의 순으로 나타났으며 종교는 기독교와 무교가 각 79명(42.0%)으

Table 1. General Characteristics

		(N=188)
Characteristics	Category	N (%) or Mean ($\pm$ SD)
Gender	Male	115(61.2)
	Female	73(38.8)
	10~19	5(2.7)
	20~29	22(11.7)
	30~39	54(28.7)
Age	40~49	63(33.5)
	50~59	35(18.6)
	≥ 60	9(4.8)
Economic status	Higher	108(57.5)
	Middle	70(37.2)
	Lower	10(5.3)
	Family	151(80.3)
Residence with	Alone	22(11.7)
	Others	15(8.0)
Religion	Christian	79(42.0)
	Buddhism	8(4.3)
	Catholic	15(8.0)
	Have not	79(42.0)
	Schizophrenia	156(80.3)
DSM-IV diagnosis	Bipolar disorder	18(9.6)
	Major depression disorder	14(7.4)
Number of admission	once	56(29.8)
	2-5	93(49.5)
	6-10	31(16.5)
	≥ 11	8(4.3)
Disorder grade	Yes	91(48.4)
	No	97(51.6)
BPRS		36.3 $\pm$ (13.02)
GAF		57.2 $\pm$ (12.86)

Table 2. The Degree of Hope, Depression and Suicidal ideation		
Variables	Mean ($\pm$ SD)	Range(Min-Max)
Hope	3.1($\pm$ 0.55)	1-5
Depression	1.7($\pm$ 0.57)	1-4
Suicidal ideation	0.5($\pm$ 0.45)	0-2

로 대다수를 차지하였고, 천주교가 15명(8.0%), 불교가 8명(4.3%)로 나타났다. 진단명은 정신분열병이 156명(83.0%)로 가장 많았고, 양극성 장애가 18명(9.6%), 우울증이 14명(7.4%)의 순으로 나타났다. 입원횟수는 1회가 56명(29.8%), 2-5회 입원이 93명(49.5%), 6-10회 입원이 31명(16.5%), 11회 이상 입원 경험이 8명(4.3%)이었다. 장애등급을 받은 경우가 91명(48.4%), 장애등급을 받지 않은 경우가 97명(51.6%)이었다. 대상자의 정신병리 평가 척도인 BPRS는 36.3±13.02으로 정신병리적인 증상이 약간 의심되는 수준이었다. 대상자의 전반적 기능평가 척도인 GAF는 57.2±12.86 중간 정도 수준으로 사회적, 직업적, 학교 기능에서의 중간정도 어려움이 있는 것으로 나타났다(Table 1).

연구변수의 서술적 통계

만성정신질환자의 희망 정도는 평균 3.1±0.55점(범위 1-5)으로 나타났으며 우울 정도는 평균 1.7±0.57점(범위 0-3)이었다. 자살사고는 평균 0.5±0.45점(범위 0-2)로 나타났다(Table 2).

희망, 우울, 자살사고 간의 상관관계

만성정신질환자의 희망, 우울이 자살사고와 상관관계가 있는지를 알기 위해 Pearson's correlation coefficient로 분석한 결과는 Table 3과 같다. 만성정신질환자의 희망은 자살사고와 역상관관계가 있고($r=-.17$, $p=.019$), 우울은 자살사고와 순상관관계가 있었다($r=.67$, $p<.001$). 즉 희망수준이 낮을수록 우울정도가 높을수록 자살사고정도가 높음을 의미한다.

대상자의 자살사고에 영향을 미치는 요인

만성정신질환자의 희망, 우울이 자살사고에 미치는 영향을 알아보기 위해 단계적 다중회귀분석을 실시한 결과는 Table 4와 같다. 만성정신질환자의 자살사고에 대한 유의한 예측요인은 우울($\beta=.046$, $t=11.39$, $p<.001$)이었으며, 44.7%의 설명력을 나타냈다.

Table 3. Correlation of Hope, Depression and Suicidal ideation

Variables	Hope $r(P)$	Depression $r(P)$	Suicidal ideation $r(P)$
Hope	1		
Depression	-.27* ($<.001$)	1	
Suicidal ideation	-.17* (.019)	.67* ($<.001$)	1

Table 4. Predictors of Suicidal ideation

Variable	R	R Square	β	t	p
Depression	.528	.447	.046	11.39	<.001

논 의

본 연구에서는 만성정신질환자들을 대상으로 희망, 우울, 자살사고를 조사하고 희망과 우울이 자살사고에 미치는 영향을 파악하였다. 연구 결과, 만성정신질환자의 자살사고는 희망, 우울과 높은 상관성을 보였다. 또한 만성정신질환자에게 희망과 우울이 자살사고에 미치는 영향을 알아보기 위해 단계적 다중회귀분석을 실시한 결과 만성정신질환자의 자살사고에 유의한 예측요인은 우울이었으며, 44.7%의 설명력을 나타냈다. 본 연구에서 나타난 주요한 결과들을 중심으로 다음과 같이 논의하고자 한다.

첫째, 본 연구에서 만성정신질환자들을 대상으로 희망 점수를 조사한 결과 평균 3.13점으로 자살사고 혹은 자살시도 등을 연구한 선행연구에서 희망과 관련하여 보고한 논문이 없으므로 본 연구에서 나타난 희망의 점수와 비교는 어려운 실정이다. 본 연구에서와 같은 희망 측정도구를 사용한 Kim (2004)의 연구에서 학교 부적응 청소년의 평균 희망 점수가 3.29점으로 보고되어, 본 연구 대상자인 만성정신질환자의 희망 정도가 낮은 편에 속하는 것을 알 수 있다. 여러 연구자들은 희망이 정신요법을 성공적으로 이끄는 주요 요소이며, 정신질환으로부터 회복으로 나아가는데 없어서는 안 될 정신사회재활의 필수요인으로 여기고 있다. 정신분열병은 불치병이 아니라, 시간이 지날수록 호전될 수 있는 질병이며, 본질적으로 장기적인 질병과정을 거친 후에는 많은 사례가 상당 수준

지역사회 거주 만성정신질환자의 희망, 우울, 자살사고의 상관관계

혹은 완전히 회복된다는 결과를 보여주어(Kruger, 2000), 정신분열병환자에게 회복에 대한 새로운 희망을 제시해주고 있다. 본 연구의 결과 만성정신질환자의 희망과 자살사고 간의 상관성을 조사한 결과, 유의한 역상관관계가 있는 것으로 나타나 희망수준이 높을수록 자살사고정도가 낮음을 의미하였다. 이는 Hyun, Lee와 Park (2003)의 연구에서 청소년의 희망과 정신건강 문제는 역상관관계가 있어, 희망점수가 높을수록 정신건강점수가 높다고 보고한 것과 그 결과가 일맥상통한다. 또한 Choe, Kim과 Noh (2005)의 연구에서 정신분열병환자의 희망 개념 분석을 통해 '희망 없음'으로 인한 사고의 부정적 결과로서 자살사고, 행동의 부정적 결과로 인한 자해 및 자살을 보고하였으며, 여러 문헌에서 우울이나 자살과 같은 행위가 희망의 부재와 매우 밀접한 관련이 있음을 강조하여(Cutcliffe & Herth, 2002) 본 연구와 일치된 결과를 보였다. 이와 같이 희망은 정신 장애를 가진 환자의 높은 사망률의 중요한 원인인 자살과 밀접한 관련을 가지고 있으며, 정신질환자들의 회복에 없어서는 안 될 중요한 요건으로 여겨지고 있지만, 정신질환자들을 대상으로 희망을 연구한 국내 연구들을 살펴보면 희망의 영향요인 분석(Hong, 2001), 희망의 개념 분석(Choe et al., 2005), 희망 측정 도구 개발 예비 연구(Choe et al., 2006), 희망과 사회적지지, 삶의 질과의 관계 연구(Jeong, 2008)가 있으며, 연구는 활발하게 진행되고 있는 않은 실정이다. 본 연구에서 만성정신질환자들에게 희망과 자살과의 관계를 규명함으로써 희망의 중요성이 더욱 강조되는 계기가 되며, 만성정신질환자들이 회복을 향한 희망을 고취시킬 수 있는 프로그램을 개발하여 제공하는 것이 필요하다고 사료된다.

둘째, 우울은 가장 흔한 정신과적 문제로 보고되고 있으며, 본 연구에서 만성정신질환자들을 대상으로 우울 점수를 조사한 결과 우울 정도는 평균 1.7점으로 Beck 등(1961)의 우울정도 분류에 따르면 심한 우울상태에 속한다. 만성정신질환자의 우울과 자살사고 간의 상관성을 조사한 결과, 두 변인 간에 유의한 수준의 높은 상관성을 보여, 우울은 자살사고와 순상관 관계를 보여 우울 수준이 높을수록 자살사고의 수준이 높은 것으로 이해할 수 있다. 이는 자살자의 90% 이상에서 정신질환이 있고 주요우울증이 60-70%이었다는 보고(Roberts, Yeager, & Seigel, 2003)와 관련성이 있으며, 자살사고는 자살 시도, 자살행위로 이어진다는 맥락에서 살펴볼 때 많은 선행연구에서 정신질환자의 우울증상과 자살행동은 밀접한 관련성이 있다는 연구결과(Schwartz & Cohen, 2001; Lee, 2002)와 일치한다. 또한 우울이 높을수록 자살 사고가 높아진다는 본 연구의 결과는 자살의 예측인자를 밝히기 위해 자살 시도자를 대상으로 진행된 국내외의 다양한 연구들에서 우울증, 조울증, 정신분열병 및 성격장애 등의 정신질환 병력을 자살의

가장 큰 위험 요인으로 보고한 연구들을(Oquendo, Malone, & Mann, 1997; Qin, Agerbo, Westergaard-Nielsen, Eriksson, & Moertensen, 2000) 뒷받침한다.

셋째, 본 연구에서 만성정신질환자의 자살사고는 평균 0.55점으로 보고되었다. 이는 Shin 등(1990)의 연구에서 일반인을 대상으로 자살사고를 조사한 결과 보다 높은 점수로서 일반인과 비교하여 만성정신질환자의 자살사고가 더 높은 것을 알 수 있다. 만성정신질환자의 자살사고에 영향을 미치는 요인을 확인한 결과, 만성정신질환자의 우울이 44.7%의 설명력을 갖고 있는 변수로 나타났다. 이러한 조건은 우울이 만성정신질환자의 자살사고에 영향을 미치는 중요한 지표임을 반영하고 있다. 그러므로 자살사고가 자살행동으로 이어진다는 맥락에서 살펴볼 때, 우울이 만성정신질환자의 자살 위험성을 사정하는 데 있어 일차적 위험요소로 규명할 수 있겠다.

본 연구에서 만성정신질환자의 희망과 우울이 자살사고와 높은 상관성을 가질 뿐만 아니라 우울이 자살사고의 유의한 예측요인이라는 결과에 비추어볼 때, 간호사들은 임상이나 지역사회에서 만나는 만성정신질환자들을 간호함에 있어 희망 수준을 높이는 중재를 시행하고, 우울을 면밀히 사정함으로써 대상자의 자살사고를 예측할 수 있으리라고 본다. 특히 정신질환자들의 경우 자기표현이 서투른 경우가 많아 우울은 표현되어지지 못하고, 정신질환 증상의 일부로 여겨지는 경우가 많아서 정신질환자의 우울 사정은 어려운 일이다. 따라서 만성정신질환자의 우울을 민감하게 사정하고, 치료하는 것은 매우 중요한 일이라고 하겠다. 그러므로 만성정신질환자를 대상으로 희망을 증진시키고, 우울을 민감하게 사정하여 중재하는 것은 자살을 예방하고 통제하는 중요한 수단이 될 수 있을 것이다. 또한 우울을 효과적으로 관리하여 궁극적으로 만성정신질환자의 자살을 방지할 수 있는 간호중재의 개발이 필요하며 그 효과에 대한 추후연구가 요구된다.

결 론

본 연구는 만성정신질환자의 자살예방을 위한 간호중재 개발의 지침을 제공하기 위해 만성정신질환자의 희망, 우울과 자살사고 간의 관계를 규명하고자 한 서술적 상관관계연구이다.

본 연구 결과, 만성정신질환자의 희망 정도는 평균 3.1점, 우울 정도는 평균 1.7점으로 중앙값 보다 약간 높은 편이었으며, 자살사고 정도는 0.5점으로 중앙값 보다 낮게 나타났다. 또한 만성정신질환자의 희망과 자살사고 간에는 유의한 수준의 역상관관계가 있고, 우울은 자살사고와 유의한 수준의 강

한 순상관관계를 보였다. 그리고 만성정신질환자의 자살생각에 영향을 주는 가장 중요한 예측요인은 우울(44.7%)로 나타났다. 결론적으로 만성정신질환자의 희망과 우울 자살사고는 중간 수준에 해당하는 것으로 나타났다. 이들의 자살사고는 희망, 우울과 높은 상관성을 보였으며 특히 우울은 만성정신질환자의 자살사고에 유의한 예측요인으로 나타났으므로, 간호사들은 만성정신질환자를 간호함에 있어 우울을 주요 간호 문제로 다루어 면밀히 사정해야 하며, 희망과 우울 등을 자살 사고와 관련지어 이해하는 것이 결과적으로 자살을 예방할 수 있는 중요한 간호과제임을 시사하고 있다.

Reference

- Ahern, L., & Fisher, D. (2001). Recovery at your own pace. *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services*, 39(4), 22-31.
- Anthony, W., Cohen, M., & Farkas, M. (1990). *Psychiatric rehabilitation journal*. Boston: Center for Psychiatric rehabilitation.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- Beck, A. T., Kovacs, M., & Weissman, A. (1979). Assessment of suicidal intention: the scale for suicidal ideation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47, 343-32.
- Choe, K. S., Kim, H. J., & Noh, C. H. (2005) Hope in people with schizophrenia: concept clarification. *Journal of Korean Academy of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 14(4), 417-427.
- Cutcliffe, J., & Herth, K. (2002). The concept of hope in nursing 2: hope and mental health nursing. *British Journal of Nursing*, 11(13), 885-893.
- Czuchta, D. M., & Johnson, B. A. (1998). Restructuring a sense of self in the patient with chronic mental illness. *Perspectives in Psychiatric Care*, 34(3), 31-36.
- Gallo, K. M. (1994). First person account: Self- stigmatization. *Schizophrenia Bulletin*, 20(2), 407-410.
- Harwood, D., & Jacoby, R. (2000). Suicidal behavior among the elderly. In Keith Hawton(ed.), *The international handbook of suicide and attempted suicide*. John Wiley & Sons. Ltd.
- Hong, J. A. (2001). *The analysis of influencing factors of psychiatric inpatients' hope*. Unpublished master dissertation, Catholic University, Seoul.
- Hyun, M. Y., Lee, J. E., & Park, S. N. (2003). A study on the adolescents' hope and mental health. *Journal of Korean Academy of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 12(2), 116-123.
- Jae, Y. M. (2004). Suicide and psychiatric disorder. *Korean Journal of Biological Psychiatry*, 10(1), 3-10.
- Jeong, H. K. (2008). *Relationships among schizophrenic patients' hope, social support, and the quality of life*. Unpublished master dissertation, Korea University, Seoul.
- Johnson, M. (1998). Being mentally ill: A phenomenological inquiry. *Archives Psychiatric Nursing*, 12(4), 195-201.
- Kim, T. H. (2004). *The effects of hope and meaning of life on adolescent's resilience*. Unpublished doctoral dissertation, Hanyang University, Seoul.
- Korean association for suicide prevention. (2006, September). Release copy of Korean association for suicide prevention Web site: http://www.suicideprevention.or.kr/notice/notice_2_view.htm?idx=16&article_num=12&bbs_id=notice_02&bbs_kind=notice
- Kurger, A. (2000). Schizophrenia: recovery and hope. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 24(1), 29-37.
- Lang R. S., & Hensrud D. D. (1996). *Clinical preventive medicine* (2nd ed.). American Medical Association.
- Lee, E. S. (2002). *Construction of structural model about adolescent's alienation depression and suicidal thought*. Unpublished doctoral dissertation, Kyunghee University, Seoul.
- Min, S. G. (2006). *Modern psychiatry*. Seoul: Ilchokak.
- Oquendo, M. A., Malone, K. M., & Mann, J. J. (1997). Suicide: risk factor and prevention refractory major depression. *Depress Anxiety*, 5, 202-211.
- Park, H. S., Koo, H. Y., & Schepp, K. G. (2005). Predictors of suicidal ideation among high school students by gender South Korea. *Journal of School Health*, 76(5), 181-188.
- Qin, P., Agerbo, E., Westergaard-Nielsen, N., Eriksson, T., & Moertensen, P. B. (2000). Gender differences in risk factors for suicide in Denmark. *The British Journal of Psychiatry*, 177, 546-550.
- Roberts, A. R., Yeager, K., & Seigel, A. (2003). Obsessive-compulsive disorder, comorbid depression, substance abuse, and suicide attempts: Clinical presentations, assessments, and treatment. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 3(2), 145-168.
- Schwartz, R. C. and Cohen, B. N. (2001). Psychosocial correlates of intent among patients with schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry*, 42(2), 118-123.
- Shin, M. S., Kim, Z. S., & Park, K. B. (1993). The cut-off score for Korean version of Beck Depression Inventory. *Korean Journal of Clinical Psychology*, 12(1), 71-81.
- Shin, M. S., Park, K. B., Oh, K. J., & Kim, Z. S. (1990). A student of suicidal ideation among high school students: the structural relation among depression, hopelessness, and suicidal ideation. *Korean Journal of Clinical Psychology*, 9(1), 1-19.
- Statistics Korea. (2008). *Statistics Annual Report*. Unpublished manuscript.
- Steen, M. (1996). Essential structure and meaning of recovery from clinical depression for middle-adult women: Phenomenological study. *Issues in Mental Health Nursing*, 15, 359-371.
- Snyder, C. R., Simpson, S. C., Ybasco, F. C., Border, T. F., Babyak, M. A., & Higgins, R. L. (1996). Development and validation of state scale. *Journal of Personality and Social psychology*, 70, 321-335.

Hope, Depression and Suicidal ideation in chronic mental illness patients

Han, Kuem-Sun¹ · Park, Young-Hee² · Im, Hee-Su² · Bae, Moon-Hye³ · Ju, Gi-Young⁴ · Kang, Hyun-Chul⁵

¹ Professor, College of Nursing, Korea University, Seoul

² Doctoral student, College of Nursing, Korea University, Seoul

³ Team Manager Community Mental Health Center, Ansan,

⁴ Professor, Department of Nursing, Munkyeong College, Mungyeong

⁵ Senior Lecturer, Department of Informational statistics, HoSeo University, Asan

Purpose: The purpose of this study was to identify the relationship between hope, depression and suicidal ideation in chronic mental illness patients. **Methods:** The subjects were 188 chronic mental illness patients in community mental health center. The data were collected from 27th July, 2009 to 21th August, 2009. Data was analyzed using descriptive statistics, pearson correlation coefficients, and stepwise multiple regression. **Results:** There was found significant and negative correlation among hope and suicidal ideation; significant and positive correlation among depression and suicidal ideation; significant and negative correlation among hope, depression and suicidal ideation. Depression were significant predictors of suicidal ideation. **Conclusion:** Hope, depression and suicidal ideation in chronic mental illness patients, and significant correlations between their relationships. Based on the outcomes of this study, it is necessary to design an intervention program that emphasizes increasing the hope and decreasing the depress in order to prevention suicidal ideation in chronic mental illness patients.

Key words: **Chronic mental illness patients, Hope, Depression, Suicide**

Address reprint requests to : Park, Young Hee, College of Nursing, Korea University, Anam-dong 5ga, Sungbuk-gu, Seoul 136-705, Korea.
Tel: 82-2-3290-4910, Fax: 82-2-927-4676, E-mail: gml@korea.ac.kr

간 호 학 논 집 제 12 권

인 쇠 : 2010. 12. 23.

발 행 : 2010. 12. 30.

발행처 : 고려대학교 간호대학 간호학 연구소
서울시 성북구 안암동 5가 126-1

Tel: 02-3290-4751, Fax: 02-3290-4909

E-mail: nursing_research@korea.ac.kr

발행인 : 유 호 신
