척수손상인의 사회적 재통합 설명모형

연세대학교 대학원

간 호 학 과

송 희 영

척수손상인의 사회적 재통합 설명모형

지도교수 김 조 자

이 논문을 박사학위 논문으로 제출함

2001년 12월 일

연세대학교 대학원

간 호 학 과

송 희 영

송희영의 박사 학위논문을 인준함

심사위원_____ 인

심사위원_____ 인

심사위원_____ 인

심사위원_____ 인

심사위원_____ 인

연세대학교 대학원

2001년 12월 일

감사의 글

결코 쉽지 않았던 이 길의 끝까지 저를 이끌어 주신 모든 분들께 감사드립니다.

석사과정부터 박사과정에 이르기까지 애정과 관심으로 이끌어 주시고 예리한 분별력과 세심함으로 주제선정부터 완성까지 추진력 있게 논문을 진행할 수 있도록 지도해주신 김 조자 교수님께 깊은 감사와 존경을 드립니다.

전문가로서의 조언을 아끼지 않으시고 바쁘신 가운데에도 부족한 부분을 꼼꼼하게 지적해 주신 박 창일 교수님, 논문의 이론적 기틀과 기본적인 형식에 이르기까지 세심하게 지도해 주시고 칭찬과 격려로 항상 용기를 주신 유 지수 교수님, 중요한 고비마다 명쾌한 해결을 제시하여 주시고 부드럽지만 예리한 가르침을 통해 논문의 방향을 잡아가도록 지도하여 주신 유 일영 교수님, 분석방법에 대한 해박한 지식으로 논문의 부족함을 채워주시고 용어와 구성에 대한 조언을 아끼지 않으신 포천중문 의과대학 강 형곤 교수님께도 머리숙여 감사드립니다.

또한 저를 간호학의 길로 이끌어 주시고 학문의 깊이를 더할 수 있도록 지도하여 주신 연세대학교 간호대학의 모든 교수님들께도 머리숙여 감사드립니다.

자료수집을 시작할 수 있도록 도와주신 연세대학교 원주의과대학 간호학부 최 상순 교수님과 서 미혜 교수님, 그리고 자료수집을 흔쾌히 허락해 주시고 적극적인 도움을 아끼지 않으신 연세대학교 원주의과대학 재활의학과 이 영희 교수님께도 진심으로 감사드립니다.

학위과정동안 배려하여 주신 포천중문의대 간호학과와 원주의과대학 간호학부 모든 교수님들께도 감사드립니다.

다급하게 도움을 청하는 단 한번의 편지에 흔쾌히 응답하여 주시고 적극적인 도움을 주신 관동대학교 간호학과 홍 윤미 교수님, 그리고 자신의 일처럼 최선을 다해 자료수집을 도와주시고 항상 격려하여 주신 리컴 메디칼 구 근회 실장님께 진심으로 머리숙여 감사드립니다.

무엇보다 결코 짧지 않은 질문지였음에도 불구하고 성의껏 응답하여 주시고 건강하고 치열한 삶의 모습을 통해 저에게 많은 것을 알게해 주신 수레바퀴 선교회 회원들과 참여하여 주신 척수손상 장애우 여러분께 진심으로 감사드립니다.

최선을 다하도록 격려하여 주신 시아버님과 부족한 며느리를 항상 이해하여 주신 시어머님, 두 분의 지지와 아낌없는 배려에 진심으로 감사드립니다.

학업을 계속하도록 용기를 주시고 삶의 모든 고단함을 4남매를 위해 기꺼이 감당하시면서 늘 성실한 삶을 통해 인생의 가르침을 주시고 자식들의 밑거름이 되어주신 부모님들의 사랑과 인내에 머리숙여 감사드립니다.

격려를 아끼지 않은 오빠 내외와 동생내외, 그리고 자신의 일을 열심히 하는 든든한 막내 민석에게도 감사의 마음을 전합니다.

하나님의 뜻으로 한가족이 된 시댁 형제분들과 형님의 관심과 격려에도 감사드리며, 만날 때마다 크게 웃을 수 있는 기쁨을 준 귀여운 조카들에게도 감사합니다. 기나긴 학위과정 동안 모든 불편함과 고단함을 기꺼이 감당해 준 남편의 배려와 사랑에도 마음깊이 감사합니다.

학위과정 동안 함께할 수 있었던 친구 동희와 자료수집을 위한 작업을 도와준 성미, 학문과 학교생활의 선배로서 늘 좋은 정보를 제공하여 준 김 기연 선생님, 논문학기의 부담을 함께 나눌 수 있었던 김 명아 선생님, 그리고 일일이 열거할 수 없지만 학위과정을 함께하고 논문을 쓰면서 의지할 수 있었던 모든 선배님과 동기들에게도 감사합니다. 항상 좋은 의논 상대가 되어주고 함께 고민하면서 최선의 도움을 주었던 남 경아 선생님에게도 진심으로 감사합니다.

논문 구성과 완성에 이르기까지 항상 진심어린 관심과 도움을 아끼지 않으신 박 소미 교수님, 그리고 멀리 캐나다에서도 관심을 가져주시고 늘 격려하여 주신 임 지영 교수님께도 머리숙여 감사드립니다.

부끄럽지만 이 작은 결실이 긴 여정의 끝이 아니라 새로운 시작임을 믿으며, 겸손함과 담대함으로 또 다른 출발을 다짐하여 봅니다.

오늘이 있기까지 항상 감사의 조건을 넘치게 하시고 환난 중에도 소망의 빛을 볼 수 있도록 인도하여 주시는 하나님께 감사와 찬송을 드립니다.

2001년 12월

올림

차 례

차 례 ····· iii
표 차 례 ····· v
그림차례 ····· v
부록차례 ····· v
국문요약 ····· vi

I. 서 론 ····· 1
A. 연구의 필요성 ····· 1
B. 연구의 목적 ····· 4
C. 용어정의 ····· 4

II. 문헌고찰 ····· 9
A. 척수손상인의 사회적 재통합 ····· 9
B. 척수손상인의 사회적 재통합 관련요인 ····· 13

III. 연구의 가설적 모형 ····· 29
A. 연구의 가설적 모형 ····· 29
B. 연구가설 ····· 37

IV. 연구방법 ····· 39
A. 연구설계 ····· 39
B. 연구대상 ····· 39
C. 연구도구 ····· 40
D. 자료수집 방법 및 절차 ····· 49
E. 자료 분석방법 ····· 51

V. 연구결과 ····· 52
A. **연구 대상자의 일반적 특성** ····· 52
B. **연구 대상자의 척수손상 관련 및 사회활동 관련 특성** ····· 54
C. **연구변수의 기술적 통계** ····· 56
D. **연구변수간의 상관관계** ····· 58
E. **가설적 모형의 검증** ····· 60
F. **수정모형의 검증** ····· 68
G. **가설검증** ····· 76
H. **척수손상인의 사회적 재통합 설명모형** ····· 80

VI. 논 의 ····· 84
A. **척수손상인의 사회적 재통합 설명모형** ····· 84
B. **연구의 의의** ····· 95

VII. 결론 및 제언 ····· 96
A. **결론** ····· 96
B. **제언** ····· 98

참고문헌 ····· 100
부 록 ····· 113
영문요약 ····· 122

표 차 례

표 1. 연구도구의 신뢰도 ····· 49
표 2. 연구대상자의 일반적 특성 ····· 53
표 3. 연구대상자의 척수손상 관련 및 사회활동 관련 특성 ····· 55
표 4. 연구변수의 기술적 통계 ····· 57
표 5. 연구변수간의 상관계수 ····· 59
표 6. 가설적 모형의 적합도 지수 ····· 61
표 7. 가설적 모형의 모수 추정치, t 값, 다중상관자승치 ····· 64
표 8. 가설적 모형의 각 예측변수의 효과계수 ····· 65
표 9. 수정모형의 적합도 지수 ····· 70
표 10. 수정모형의 모수추정치, t 값, 다중상관자승치 ····· 71
표 11. 수정모형의 각 예측변수의 효과계수 ····· 73

그림차례

그림 1. 연구의 가설적 모형 ····· 30
그림 2. 연구도구의 정제과정 ····· 41
그림 3. 가설적 모형의 경로도해 ····· 67
그림 4. 수정모형의 경로도해 ····· 75
그림 5. 척수손상인의 사회적 재통합 설명모형 ····· 83

부록차례

부록 1. 설문지 ····· 113

국문요약

척수손상인의 사회적 재통합 설명모형

본 연구는 척수손상인의 사회적 재통합을 설명하기 위해 관련 요인들을 규명하고, 요인들간의 경로와 영향력을 파악하여 인과관계를 규명함으로써 척수손상인의 사회적 재통합을 증진할 수 있는 간호중재의 근거를 제공하기 위한 공분산 구조분석 연구이다. 가설적 모형은 척수손상인의 사회적 재통합에 영향을 미치는 개인적·환경적 요인 중 자아 존중감, 지각된 사회적 불이익, 신체기능, 지각된 가족지지 및 지각된 정보지지의 5개의 외생변수와 척수손상에 대한 개인의 인지적 평가인 지각된 스트레스와 이에 대한 대처기전인 정서중심 대처와 문제중심 대처, 그리고 사회적 재통합의 4개의 내생변수들로 구성되었다.

연구의 자료수집은 2001년 8월 20일부터 11월24일까지 자가보고식 질문지를 이용하여 이루어졌으며 총 145개의 자료가 분석되었다. 가설적 모형검증과 수정모형의 검증은 LISREL 8.30 WIN program을 이용하였으며, 가설적 모형의 검증결과 수정이 필요하였고 수정과정을 거쳐 채택된 척수손상인의 사회적 재통합 설명모형은 수집된 자료와 잘 부합하였다.

본 연구결과에 따르면, 척수손상인의 사회적 재통합에 직접영향을 미치는 변수는 정서중심 대처, 지각된 가족지지, 지각된 정보지지, 지각된 스트레스 및 지각된 사회적 불이익이었으며 이 중 가장 영향력이 큰 변수는 정서중심 대처였다.

사회적 재통합이 이상의 예측변수들에 의해 설명되는 정도는 65%이었다. 또한 자아 존중감은 지각된 스트레스와 정서중심 대처를 경유하여 사회적 재통합에 영향을 미치는 주요변수임이 확인되었다.

연구결과에 비추어 볼 때 척수손상인의 사회적 재통합을 증진시키기 위해서는 본 연구에서 밝혀진 사회적 재통합에 영향을 미치는 요인들, 특히 정서중심 대처를 증진하는 중재에 초점을 맞출 것을 제안한다. 특히 자아 존중감은 지각된

스트레스를 감소시키고 정서중심 대처를 증진함으로써, 그리고 지각된 가족지지는 정서중심 대처를 증진함으로써 결과적으로 사회적 재통합을 증진하는 주요변수임이 확인되었고, 지각된 사회적 불이익이 사회적 재통합을 저해하는 주요 변수로 밝혀졌으므로 척수손상인의 사회적 재통합 증진을 위한 간호중재는 개인뿐만 아니라 가족과 사회적 차원까지 고려하여야 할 것이다.

핵심어 : 척수손상인, 사회적 재통합, 설명모형, 정서중심 대처

I. 서 론

A. 연구의 필요성

척수손상은 많은 인적 및 경제적 비용을 초래하는 비극적인 건강사건으로 우리나라의 경우 사고와 상해로 인한 척수손상은 전체 사고 중 그 비율이 91년 3.5%에서 96년 6.28%, 97년 8.93%로 계속 증가 추세에 있으며(노동부, 1998) 미국의 경우 10만명당 2.8 - 5명의 비율로 발생하는 것으로 보고되고 있다(Sullivan, 1999).

일단 척수손상을 입게되면 마비나 불구의 상태가 되어 자율적인 활동이 불가능하므로 손상부위에 따라 차이는 있으나 신체적으로 타인에게 의존하게 되며 이외에도 대소변 관리의 문제, 요로감염, 마비 부위의 통증과 욕창, 사지의 경직 및 성기능의 문제가 흔히 동반된다(구애숙, 1996; 황옥남, 1995). 그 외에도 재정적, 가족적, 그리고 직업적인 면에서도 급격한 변화가 초래될 뿐만 아니라 척수손상을 입은 자신을 받아들이고 생활에 재적응하는데 여러 가지 심리적, 사회적 어려움에 처하게 된다(Krause & Crewe, 1990; 박창일, 1998).

특히 최근 의학기술의 발전으로 인한 척수손상인의 생존률과 평균 수명의 연장(Sullivan, 1999)은 척수손상 후 신체적 장애(disability)를 가진 채로 신체적, 심리적 및 사회적 문제를 경험하며 살아가야 하는 기간이 연장되었음을 의미하는 것이다. 또한 척수 손상인 중 15세에서 24세 사이의 청소년과 성인 남성이 높은 비율을 차지하고 있는데(김애리, 1999; Sullivan, 1999), 이들 대부분이 건강하고 사회생활에 적극적으로 참여하고 있던 사람들임을 고려할 때, 척수 손상 후 급성기의 의학적인 문제가 해결된 이후에는, 육체적인 제약 안에서 가능한 독립적인 생활을 영위하면서 지역사회 구성원으로서 재적응 하는 것이 중요하다(DeVivo & Richard, 1992; Krause, 1997).

즉, 척수손상인의 재활은 단순히 신체적인 기능의 최대화 뿐만 아니라 심리, 사회적 제약을 극복하여 대상자의 잠재적 기능을 최대화시키고 무엇보다 가정과 사회활동에 참여하여 변화된 삶에 적응하는 것이 이들이 보다 나은 삶을 영위하도록 하는데 있어서 중요하다는 것이다.

따라서 척수손상인의 적응을 좀 더 포괄적으로 이해하고 그 관점을 확대하는 것이 필요하며(Krause, 1997) 이러한 관점의 변화추세에 따라 대두된 개념이 사회적 재통합(Social reintegration)으로 이는 자신이 속한 사회와 집단의 한 구성원으로서 적극적으로 기여하며, 정상적인 역할과 책임을 수행하면서 가족과 지역사회 생활의 주류가 되는 것이다(Drijkers, 1998; Whiteneck, Tate & Charlifue, 1999; Wood-Dauphinee et al., 1988).

그러나 기존 척수손상인의 적응(adaptation)관련 연구들을 살펴보면, 적응을 주로 기능적 독립성으로 정의하고 그 측정을 위해 척수손상인의 자가간호와 가동성(mobility)을 측정하여 왔으며(McKinley, Cifu, Keyser-Marcus, & Wilson, 1998; Middleton, Truman & Geraghty, 1998; Segal, Ditunno, & Staas, 1993), 이들 특정 개념과 관련요인들간의 관계를 단편적으로 보여주는 연구들이 주로 이루어져 왔다. 그 외 정신적 문제와 심리사회적 문제 및 그 관련요인에 대한 연구들(Frank & Elliot, 1987; Krause, 1997; North, 1999)이 대부분이고 최근 삶의 질 관련요인들을 파악하는 연구들이 이루어져 왔으며(Cushmann & Hasset, 1992; Dijkers, 1997; Stensman, 1994) 사회적 재통합과 예측 요인에 관한 연구들은 아직 부족하다. 특히 기존의 연구들에서 밝혀진 사회적 재통합 예측요인은 인구통계학적 변인들이 대부분으로(Rintala & Willems, 1987) 척수손상인의 재통합을 도울 수 있는 중재 변인으로서 활용하기에 제한이 따른다.

국내 연구들을 살펴보면 주로 대상자의 신체적 기능 및 성적상태, 우울과 같은 심리적 문제와 그 관련요인을 규명하는 연구(김조자, 박지원, 유지수, 1984; 김인자, 1994; 송충숙, 1991; 안진아, 1991; 정승은, 1990; 최규환, 1992; 한 주랑,

1989)와 심리 사회적 적응 및 관련요인에 대한 연구들(홍윤미, 1992)이 주로 이루어져 왔고, 그 외 척수손상인의 자기효능감 증진이나 척수손상인을 돌보는 가족원에 대한 지지와 관련된 중재를 다룬 연구들이 대부분이다(김귀분, 김호미, 1995; 황옥남, 1996). 이와같이 기존 연구들은 특정 개념이나 현상을 중심으로 척수손상인의 문제와 그 관련요인들을 주로 설명하고 있기 때문에 척수손상인의 적응의 일부 측면과 관련 요인들간의 단편적 관계만을 보여주고 있다고 할 수 있으므로 포괄적 개념에서의 척수손상인의 적응과 그 관련요인들 간의 관계를 총체적으로 보여주지 못한다는 한계가 있다.

한편 장애(disability)는 주요한 스트레스원(stressor)으로 장애를 가진 사람들은 일반인구에 비해 높은 스트레스를 경험하며 이는 개인의 반응에 부정적 영향을 미치는 것으로 보고되고 있다(Baxter, 1991; Gehart et al., 1999). 특히 척수손상 후 적응의 개인 차를 좀 더 잘 설명하기 위해서는 과정적 측면에 대한 조명이 필요하고, 이를 위해서는 대처 양식(coping style)과 같은 개인의 변수들이 고려되어져야 하며(Cairn & Bakers, 1993; Nieves, Charter & Aspinall, 1991), 척수손상인의 대처양식과 이에 영향을 미치는 요인들을 고려하여 그들의 적응을 포괄적으로 설명하는 연구가 필요하다고 하겠다.

따라서 본 연구에서는 개인의 질병 경험과 사회적 재통합 그리고 그와 관련된 요인들을 확인하여 설명 모형을 제시하고자 한다.

즉, 본 연구를 통해 사회적 재통합 관련요인을 확인함으로써 척수손상의 적응을 단순히 신체적 능력뿐만 아니라 심리, 사회적 측면을 포함하고 더 나아가 지역사회에서 최상의 독립성과 생활양식의 성취까지를 포함하는 사회적 재통합으로 조작화하고 이에 영향을 미치는 요인들간의 관계와 설명력을 총체적으로 보여 주고자 한다. 또한 본 연구에서 밝혀진 변인들을 근거로 척수손상인의 사회적 재통합 증진을 위한 프로그램을 개발한다면 효율적인 간호중재의 한 방안으로 적용될 수 있을 것이다.

B. 연구의 목적

본 연구의 목적은 문헌고찰과 선행연구에서 제시된 척수손상인의 사회적 재통합에 영향을 주는 변인들의 관련성을 이론적으로 가정한 후, 척수손상 환자를 대상으로 한 실증적 검증 과정을 통해 척수손상인의 사회적 재통합 설명모형을 구축하는 것으로 구체적 목적은 다음과 같다.

1. 문헌고찰과 Lazarus-Folkman의 스트레스-평가-대처 이론을 근거로 척수 손상인의 사회적 재통합에 영향을 미치는 요인들을 파악하여 가설적 모형을 구축한다.

2. 가설적 모형과 실제 자료간의 부합도를 검증하여 척수손상인의 사회적 재통합에 영향을 미치는 변인들간의 상호 인과적 관계 양상 및 그 강도를 밝힌다.

C. 용어정의

1. 외생변수

1) 자아 존중감

자아 존중감은 자신의 가치에 대한 스스로의 평가로서 사랑 및 인정을 받고 싶어하는 느낌(Samules, 1977)으로 본 연구에서는 Rosenberg(1965)의 자존감 측정 도구를 전병재(1974)가 번안한 도구에 근거하여 수정보완한 8문항의 4점 척도에 의해 측정된 점수로서 점수가 높을수록 자아 존중감 정도가 높음을 의미한다.

2) 지각된 사회적 불이익

지각된 사회적 불이익은 척수손상인에게 수반되는 사회 환경적 어려움으로 장애인에 대한 사회적 편견이나 오해(김애리, 1999), 장애인을 위한 편의 시설이나 재활 기관의 부족 등 환경 및 사회 문화적 변수들에 대한 지각을 의미한다(김애리, 1999; Fougeyrollas, 1995). 본 연구에서는 Fougeyrollas(1995)가 지역 사회에서 장애인들에게 핸디캡을 조장하는 환경 및 사회 문화적 변수로 제시한 내용을 토대로 연구자가 작성한 6문항의 5점 척도에 의해 측정된 점수로서 점수가 낮을수록 지각된 사회적 불이익이 낮은 것이다.

3) 신체기능

각 개인이 매일의 생활을 영위하기 위해 수행해야 하는 과업인 일상생활 수행(Activity of Daily Living, ADL)과 개인이 독자적으로 살아가기 위해 수행해야 하는 활동과 기술인 도구적 일상생활 수행(Instrumental ADL)(최영희, 2000)에 대한 자가 평가 정도이다. 본 연구에서는 비교적 포괄적인 내용을 포함하고 있고, 보편적으로 이용되고 있는 Modified Barthel Index와 Lawton의 도구적 일상생활 수행도구의 문항내용을 근거로 연구자가 수정보완한 총 17문항의 도구를 사용하여 측정된 점수를 의미하며 점수가 높을수록 신체기능이 높음을 의미한다.

4) 지각된 가족지지

지각된 가족지지는 가족(배우자, 형제, 자녀 및 부모)으로부터 제공되는 사회적 지지로서 돌보아 주고 관심을 갖는 정서적 지지, 존중하며 가치감을 갖게하는 존경지지, 의사소통과 상호 책임의 조직망에 속하는 일원임을 믿게하는 소속감 지지, 물질적, 물리적 조력을 제공하는 도구적 지지에 대한 지각정도를 의미한다

(Cobb, 1976).

본 연구에서는 강현숙(1984)이 개발한 가족지지 측정도구를 수정 보완한 6 문항의 5점 척도로 측정한 점수로 점수가 높을수록 가족지지가 높은 것이다.

5) 지각된 정보지지

지각된 정보지지는 지역사회에서 일상생활이나 문제해결 등 재활을 위해 필요로 되는 정보를 즉각적으로 얻을 수 있는 체계의 활용가능성과 효율성에 대한 개인의 지각을 의미한다(Brillhart & Johnson, 1997; McNett, 1987).

본 연구에서는 Cohen, Mermelstein, Kamarck, & Hoberman(1985)이 개발한 Interpersonal Social Evaluation List(ISEL) 중 정보적 지지를 측정하는 7문항을 연구자가 수정보완한 5점 척도로 측정한 점수로 점수가 높을수록 지각된 정보지지가 높은 것이다.

2. 내생변수

1) 지각된 스트레스

지각된 스트레스는 개인의 일상생활이나 정서, 태도 등에 미치는 질병의 영향에 대해 대상자가 주관적으로 인식하는 고유한 질병경험을 의미한다(McDowell & Newell, 1987).

본 연구에서는 척수손상이 자신의 안녕상태에 어떻게 영향을 미칠 것인가에 대한 대상자의 주관적 평가를 측정하기 위해 Folkmann 등(1986)이 개발한 Stress Questionnaire의 평가 항목에 근거하여 연구자가 작성한 2문항의 4점 척도로 측정한 점수를 의미하여 점수가 높을수록 척수손상에 대한 부정적 인지평가를 나타내는 것으로 지각된 스트레스가 높음을 의미한다.

2) 대처

대처는 직면한 스트레스적 사건을 다스리기 위한 개인의 인지 행동적 노력을 의미하는 것(Pearlin & Schooler, 1978)으로 문제중심 대처와 정서중심 대처가 있다.

(1) 문제중심 대처

문제를 규명하고 대안적 해결책을 만들고, 최선의 방법을 선택하는 것과 같은 문제적 상황을 다스리고 변화시키기 위한 행동지향적 특성의 대처반응으로 정의한다(김정희, 1991).

(2) 정서중심 대처

문제적 상황으로 야기된 정서적 고통을 감소시키기 위해 지향되는 정서반응의 통제적 특성을 갖는 대처반응으로 정의한다(김정희, 1991).

본 연구에서는 Lazarus & Folkman(1984)의 Ways of Coping Checklist를 김정희, 이장호(1987)가 표준화한 67문항을 본 연구자가 수정보완한 21문항의 4점 척도로 측정된 점수를 의미한다.

문제중심 대처방식 11문항과 정서중심 대처방식 10문항의 점수로 산출되며, 점수가 높을수록 각 유형의 대처 방법 이용이 높음을 의미한다.

3. 사회적 재통합

사회적 재통합(Social Reintegration)이란 가족과 지역사회 생활의 주류로서, 역할과 책임을 수행하고 자신이 속한 사회와 집단에 기여하는 활동적인 구성원이 되는 것이다(Dijker, 1998).

본 연구에서는 Whiteneck 등(1992)이 개발하여 척수손상인들에게 주로 적용해온 도구인 CHART(Craig Hospital Assessment Report Technique)와 Weissman(1971)의 SAS(Social Adjustment Scale)의 내용을 연구자가 수정보완한 15문항의 5점 척도로 측정된 점수로 점수가 높을수록 재통합의 정도가 높음을 의미한다.

II. 문헌고찰

A. 척수손상인의 사회적 재통합

1. 사회적 재통합

1980년 WHO에서 질병과 손상의 결과를 구분하는 ICIDH(International Clasaification of Impairmant, Disability, and Handicaps) Model을 제시하면서 치료와 중재의 초점이 병리적 상태의 단순한 진단 및 치료뿐만 아니라, 손상으로 인한 불능이나 장애(hadicap)를 감소시키는 것으로까지 확대되었다(Martelli, Zaster & Macmillan, 1998).

이로 인해 치료의 결과(outcome)가 광범위한 의미의 개념으로 확대하면서 최종적인 임상결과를 측정하는 많은 도구들이 신체적인 측면외에 심리적 및 기능적 결과에 초점을 두게 되었고 재활의 일차적 목적도 이러한 신체적 또는 심리적 기능수행과 관련된 측면을 고려하게 되었고, 더 나아가 손상 후나 질병의 제약 안에서 각 개인이 가능한한 자신의 삶으로 복귀하는 것이 바람직하므로 이러한 생활로의 복귀가 재활의 최종 목표가 되어야 한다고 제시되어져 왔다(Dijkers, Whiteneck & El - Jourdi, 2000; Trigg, Wood, & Hewer, 1999; Wood-Dauphinee & Williams, 1987; Wood-Dauphinee et al., 1988).

이와 같은 관점에서 Wood-Dauphinee & Williams(1987)는 기존 개념들을 포괄할 수 있는 개념으로 '정상생활로의 재통합(reintegration to normal living)'을 제시하고 이의 측정을 위한 도구를 개발하였다.

이들은 정상 생활로의 재통합(reintegration to normal living)은 무력화시키는 질병이나 손상 후에 개인이 생활에 잘 적응하여 복귀할 수 있도록 신체적, 심리적 및 사회적 특징을 재통합하는 것으로 정의할 수 있다고 하였다(Wood-

Dauphinee & Williams, 1987; Wood-Dauphinee et al., 1988).

또한 Dijkers(1998)는 자신이 속한 사회와 집단의 한 구성원으로서 적극적으로 기여하며, 자신의 역할과 책임을 수행하면서 가족과 지역사회 생활의 주류가 되는 것, 즉 지역사회 통합 또는 재통합을 정의하고 이의 측정은 도구적 일상생활 동작, 독립적 생활, 사회적 건강, 사회적 적응 및 삶의 질과 같은 개념들과 밀접하게 연관되어 있다고 지적하고 있다.

즉, 사회적 결과(social outcome)에 대한 개념적 정의는 매우 다양하며 몇가지 개념들이 혼용되어 왔는데(Dijkers et al., 2000; Weiseman & Bothwell, 1976) 이 중 가장 많이 사용되어 온 개념들을 정리하여 보면 다음과 같다.

사회적 활동, 사회적 안녕, 사회적 역할 기능 등을 포함하는 개념인 사회적 건강(soical health)(Russel, 1981; Dijkers et al., 2000), 사회적 역할에서 기능할 수 있는 개인의 능력(개인이 사회적 기대에 얼마나 부응할 수 있느냐 하는 것)을 측정하는 사회적 적응(Social adjustment)(Dickerson, 1987; Falconer, 1986), 그리고 개인이 자신이 속한 가족과 지역사회에서 활동적인 구성원이 되는 것인 사회적 재통합(social/ community reintegration)이 그것이다(Dijkers, 1998; Storey, 1993).

이상에서 공통되는 개념들을 정리하여 보면 사회적 결과는 타인과의 상호작용 속에서 기술을 학습하고 생활을 위해 필요한 모든 것을 타인과의 직, 간접적 교환을 통해 성취하는 것과 관련된 관계 형성, 역할과 기능 및 활동의 수행을 포함하는 개념이라고 할 수 있다.

이 중 사회적 재통합 또는 사회적 통합은 최근 재활 대상자들의 치료효과 측정이나 재활의 결과(outcome) 측정을 위해 적절하다고 제시되고 있는 개념으로(Wood-Dauphinee et al., 1988; Dijkers, 1998) 개인이 기능할 수 있는 능력, 즉 해야만 하거나 하고자 하는 것을 할 수 있는 능력을 의미하는 것이며(Wood-Dauphinee & Williams, 1987), 사회적 재통합에서의 기능이란 수행의 행동적 및 주관적 해석을 모두 반영하면서 신체적, 정신적, 정서적 및 사회적 차원

을 포함하는 것으로(Trigg et al., 1999), 사회적 건강이나 적응을 포괄하는 개념이라 할 수 있을 것이다.

이와같이 사회적 재통합 또는 사회적 통합은 정신 질환, 정신지체가 있는 대상자들 뿐만 아니라, 뇌손상을 비롯 갑작스럽게 발생하는 장애를 경험하는 대상자들에 대한 연구에서 많이 사용되어진 개념이나 아직 그 측정도구는 제한적이라고 할 수 있다(Dijkers et al., 2000; Karlovit & McColl, 1999).

기존의 문헌들에서 사회적 통합의 측정을 위해 가장 빈번하게 사용되어 온 개념은 경쟁적인 고용 상태로의 복귀(return to competitive employment)인데(Ville & Ravaud, 1996), 고용 상태는 확실하고 직접적인 측정방법이고 개인과 사회에 모두 중요하긴 하지만 척수손상인은 많은 경우 고용이 불가능하므로 척수손상인에서는 가정이외에서의 다양한 활동에의 참여로 여기에는 여가활동, 친구관계 등을 포함하는 활동으로까지 좀 더 초점을 확대하기를 제안하여 왔다(Dijkers et al., 2000). 그 외에 자신이 살아가고 있는 환경과의 통합으로 어떤 형태이든 개인이 선택된 생활 환경과 상황에 대한 개인의 적극적 참여와 관련된 것으로 여러 가지 가정운영과 관련된 활동의 측정을 포함하는 것이다(Dijkers et al., 2000; Willer et al., 1993).

이상 살펴본 바와 같이 사회적 재통합의 측정은 신체적 능력, 타인 및 가족과의 상호작용과 역할, 사회활동, 여가활동 및 생산적 활동을 통한 경제적 능력 등의 내용을 포함하는 것으로, 만성상태에 있거나 재활을 경험하는 환자의 실제적인 상황은 신체적 기능제한이나 심리적 결과에 국한되어 측정될 수는 없는 것이고 그 치료의 목적이 치유가 아니라 치료가 일생동안 이루어져야 하는 상황임을 고려할 때 재활의 최종 종착점에 대한 확대된 관점을 반영하는 것이라고 할 수 있을 것이며 따라서 척수손상인의 재활과 적응을 정의하는데 적절한 개념이라 하겠다.

사회적 재통합의 개념과 지역사회에서 최상의 독립성과 생활양식 성취라는

재활의 목적을 고려할 때, 척수손상 환자의 재활은 신체적, 심리적 및 사회적 기능, 그리고 환자의 만족을 포함하여 포괄적으로 정의되고 측정되어야 할 것이며, 재통합은 환자에게 가장 중요한 특정 영역을 지향하면서 주관적 및 객관적 현상을 포함하여 재활을 정의하고 측정할 수 있는 개념이라고 볼 수 있을 것이다.

2. 척수손상인의 사회적 재통합

사회적 재통합은 한 개인이 현재의 한계를 삶의 일상적인 부분으로 수용하면서 자신이 하고 싶은 것을 이루면서 만족할 수 있는 것으로(Dijkers, 1998; Whiteneck et al., 1999) 척수손상인 대부분이 건강하고 사회적으로 활동적인 생산연령층의 남성이라는 인구사회학적 특성을 고려할 때, 급성기 문제의 해결 후에는 지역사회로 돌아와 생활하는 것이 매우 중요하다고 할 것이다

척수손상인의 사회적 재통합 측정을 위해서 주로 사용되어 온 도구인 CHART(Craig Hospital Assessment Report Technique)는 척수손상인을 비롯하여 재활환자의 퇴원 이후 사회적 안녕에 대한 포괄적인 측정에 적절한 도구로 제시되어져 왔다(Dijkers et al., 2000; Hank, Rapport, Millis, & Deshpand, 1999; Whiteneck et al., 1992).

측정내용은 한 개인이 독립적으로 일상생활을 위해 필요한 신체적 욕구들을 관리하고 감당할 수 있는 능력인 신체적 독립성, 자신이 속한 환경, 즉 실내 또는 지역사회에서의 움직일 수 있는 용이성을 의미하는 환경내에서의 활동성, 사회적으로 이익이 되는 활동에 얼마나 참여하느냐 하는 것으로 직업 이외에 학교생활, 가사 일 그리고 친구들과 함께 다양한 활동에 참여하는 등의 여가 활동을 포함하는 사회활동 및 여가활동, 부모 역할을 비롯하여 가족내에서 역할인 가족내 역할, 그리고 경제적 독립성 여부인 경제적 자족이다.

이와같이 CHART는 앞서 언급한 사회적 재통합의 측정개념을 모두 포함하여 신체적, 정신적, 정서적 및 사회적 차원을 포괄하여 개인이 기능할 수 있는 능력

을 의미하는 것인데(Trigg et al., 1999; Wood-Dauphinee & Williams, 1987), 이 때 기능의 수준을 평가하는 것은 몇가지 문제점을 가진다.

즉, 그 사회의 가치나 규범을 기준으로 정상으로부터의 '이탈'이라는 가치판단이 포함될 수 있고, 장애를 입기 직전의 대상자의 상태와 현재의 상태를 비교하는 것이 바람직하겠지만, 이렇게 개인의 기억에 의존하는 것은 기억의 왜곡이나 과거에 대한 과장, 그리고 근거자료 부족 등의 문제가 있을 수 있다는 것이다(Drijkers et al., 2000). 따라서 이에 대한 대안으로 척수손상인의 사회적 재통합은 현재 수준에 대한 개인의 인식을 조사하는 것이 바람직하다(Drijkers et al., 2000; Willer et al., 1993).

이와같이 척수손상인의 사회적 재통합은 개인이 모든 불능이나 질병으로부터 자유롭거나 기계적 도구들의 도움없이 일정한 과업을 수행할 수 있느냐 하는 기존의 사회적 가치나 객관적 증거보다는 제한된 능력안에서 한 개인이 자신이 속한 지역사회에서 최상의 독립성과 만족할 만한 생활양식을 성취하느냐에 대한 개인의 인식에 의의를 두는 것이다(Schonherr, Groothoff, Mulder, & Eisma, 1999).

B. 척수손상인의 사회적 재통합 관련요인

척수손상인의 재활의 목표는 척수손상인들이 궁극적으로 사회와 가정으로 돌아와 한 구성원으로서 역할을 하는 것으로(홍윤미, 1992) 이는 사회적 재통합으로 정의할 수 있을 것이며 여기에는 다양한 요인들이 영향을 미친다.

기존 연구에서 척수손상인의 사회적 재통합에 직접적으로 영향을 미치는 요인들은 아직 잘 밝혀져 있지 않으며(Whiteneck et al., 1999), 주로 인구학적 요인들과 손상 특성 변수들이 제시되고 있다. 즉, 신경학적 손상이 적고, 나이가 젊으며, 백인으로서 교육수준이 높은 사람에서 사회적 재통합 정도가 높은 것으로 나타났다(DeVivo & Richards, 1992; Dijkers, 1998; Glass et al., 1997; Harrison & Kuric, 1989; Hasen et al., 1998; Hess et al., 2000; Whiteneck et al., 1999).

그러나 척수 손상 후의 재활을 신체적 기능의 향상뿐만 아니라 급성기 이후 사회에 재적응으로 정의한다고 할 때, 척수손상인의 재활에는 인구학적 요인들이나 손상정도 외에 많은 변수들이 관련될 것이며 따라서 척수 손상 후의 적응에 중요한 심리 및 인지적 요인들에 대한 탐색이 필요하다 하겠다.

따라서 본고에서는 척수손상인의 재활에 영향을 미치는 여러 요인들과 그 관련성을 선행연구와 문헌을 통해 살펴보고자 한다.

1. 자아 존중감

자아 존중감이란 승인적 태도나 부정적 태도를 표시하고 개인이 그 자신을 유능하고, 중요하며, 성공할 수 있고, 가치가 있다고 믿는 정도인 심리적 반응으로(Coopersmith, 1967; 박순주, 2001에서 재인용) 개인의 특성에 대한 평가를 강조하는 개념이라고 할 수 있다.

Pearlin, Lieberman, Menaghan & Mullan(1981)은 개인의 스트레스 반응에 관여하는 요인들로서 심리적 자원과 사회적 자원을 제시하면서 심리적 자원으로 자아 존중감의 중요성을 제시하였다. 특히 척수손상은 개인을 육체적으로나 정신적으로 모두 황폐화시킬 수 있는 상황으로 신체상, 자아 존중감, 또는 정체감을 표현하는 자아개념의 장애를 초래할 수 있으며(김애리, 1999) 장애를 유발하는 사건이후 기능적 능력과 외양의 변화에 대한 수용은 적응에 매우 중요하다(Swanson, Cronin-Stubbs, & Sheldon, 1989).

신체적 제한을 동반한 만성질환의 적응에서 자아 존중감의 중요성을 지지하는 연구결과들이 있다. 다발성 경화증 환자 103명에 대한 종단적 연구에서 질병을 수용하면서 대처하는 사람들이 자아 존중감이 높은 것으로 나타나 자신의 장애를 생활양식에 통합하는 능력은 자아 존중감과 관련된 것으로 보인다고 하였다(Matson & Brooks, 1982; Swanson et al., 1989에서 재인용). 또한 만성폐쇄성 폐질환자(COPD)를 대상으로 한 Weaver 등(1997)의 연구에서 자아 존중감은 우울에 영향을

미치는 주요 변수로 나타났으며, Anderson(1995)의 연구에서는 자아 존중감이 삶의 질에 직접효과를 나타내는 것으로 제시되었다.

척수손상인을 대상으로 한 이미화(1988)의 연구에서도 척수손상인의 자아 존중감은 신체적 기능장애를 수반하지 않는 다른 질병을 가진 환자보다 매우 낮은 반면, 불안정도는 매우 높다고 하였다(김애리, 1999). 또한 질적 면담을 통해 척수손상인의 적응을 증진하는 요인들을 조사한 결과 독립성, 교육, 사회화 및 자아 존중감이 척수손상인의 적극적이고 생산적인 삶으로의 복귀를 동기화(motivation)하는 주요 요인으로 나타났다(Brillhart & Johnson, 1997). 이러한 연구결과들은 자아 존중감이 척수손상인의 사회적 재통합에 영향을 미치는 중요한 요인임을 지지하는 결과라고 할 수 있을 것이다.

척수손상인의 대처반응과 적응에 미치는 자아 존중감의 영향력에 대한 구체적인 연구는 없으나, 척수손상인의 삶의 질에 관한 김애리(1999)의 연구에서 자아 존중감은 삶의 질에 직접 영향을 미치며 자기 희망, 우울과 무력감을 거쳐 간접적으로 영향을 미치는 요인으로 나타났다.

이와같이 기존의 연구들에서 자아 존중감은 개인의 심리적 손상정도에 영향을 미치며 더 나아가 삶의 질에 직·간접 영향을 미치는 주요 변수로 나타나고 있으므로, 본 연구에서는 자아 존중감이 개인의 스트레스에 대한 인지적 평가와 대처방식에 직접 영향을 미침으로서 척수손상인의 사회적 재통합에 간접적인 영향을 미치는 변수로 가정하고 그 영향력을 파악하고자 한다.

2. 지각된 사회적 불이익

척수손상인의 재활을 저해하는 사회적 변수로서 개인이 인식하는 사회적인 제약이 있는데, 이러한 사회적 제약과 불이익에 대한 지각은 척수손상인이 상호작용할 때 고통을 줄 수 있다(김애리, 1999).

일반적으로 장애인을 바라보는 사회적 인식은 신체장애가 마치 정서·심리적 제한을 동반하는 것처럼 인식함으로써 거부나 회피 및 수용하지 않으려 하며, 가치 없거나 열등한 존재로 낙인을 찍어 차별하거나, 건강한 사람들과 다른 존재로 규정하여 사회적 지위가 낮은 사람들과 동등하게 취급하려고 하는 오해가 있다(Pedretti & Zoltan, 1990; 김애리, 1999에서 재인용).

Harrison & Kuric(1989)은 척수손상인의 지역사회 생활을 저해하는 요인을 조사한 결과 이동(transportation)이 가장 큰 문제로 제시되었고, 특히 우리나라의 경우 장애인 편의시설이나 재활기관의 부족, 전문인력의 부족등이 척수손상인의 재활치료에 어려움을 가중시키는 요인이라고 하였다(신성례, 김애리, 2001).

이러한 사회적 불이익에 대한 인식이 척수손상인의 적응에 미치는 영향력에 대한 구체적인 연구는 없으나, 장애인들의 지역사회 복귀를 저해하는 주요한 요인으로 지적되고 있고(Fougeyrollas, 1995), 척수손상인의 삶의 질 영향요인에 대한 연구에서 지각된 장애성과 척수 손상인의 삶의 질은 유의한 역 상관관계($r=-.56$, $p<.001$)를 나타냈다(신성례, 김애리, 2001). 또한 척수손상인의 삶의 질 구조모형에서 영향요인간의 관계를 규명한 김애리(1999)의 연구에서 사회적 제약과 건강행위 수행시 경험하는 불편감을 포함하여 측정한 지각된 장애성은 척수손상인의 삶의 질에 직접적으로 부정적인 영향을 미치는 것으로 나타났다.

이러한 문헌의 내용은 연구자가 사전조사를 위해 만난 척수손상인들과의 면담에서 확인할 수 있었는데, 대부분 일반인들이 편견을 가지고 장애인들을 대하며, 일시적인 관심이나 맹목적인 동정을 나타내는 것을 지적하였으며, 특히 경사로등 장애인들을 위한 시설이나 재활기관의 부족, 그리고 장애인들을 위한 정부정책의 일회성과 안이함 등이 지역사회에서 생활하는데 장애가 되고 있음을 지적하였다. 이러한 지적은 최근 건강관리 서비스가 지역사회 중심의 관리를 지향하고 있고 척수손상 후 초기의 입원 재활기간이 점차 단축되고 있으므로(구애숙, 1996), 퇴원 후 척수손상인이 지역사회 내에서 생활해야 하는 기간이 점차 길어지고 있음을 고려할 때, 척수손상인의 성공적인 지역사회 복귀를 위해서는 현재

의 사회적인 인식 및 태도, 그리고 정책 등에서 재고가 필요함을 제시하고 있다 하겠다. 또한 신체적 제한을 가진 개인에 의해 경험되는 핸디캡은 개인의 환경과 자원에서의 신체 및 심리적 장애(barriers)에 의해 결정되는 것으로, 이러한 장애는 척수손상인의 심리사회적 결과에 대해 잠재적 영향을 미치는 상황이라고 할 수 있다(Stiens, Bergman, & Formal, 1997).

따라서 지각된 사회적 불이익은 척수 손상인의 질병에 대한 스트레스 지각에 영향을 미쳐 사회적 재통합에 간접적으로 영향을 미칠 뿐만 아니라 직접적인 영향을 미치는 주요 요인이라 하겠다.

3. 신체기능

척수손상은 손상부위에 따라 흉추나 요추 손상으로 인한 하반신 마비(paraplegia)와 경추 손상으로 인한 사지마비(quadriplegia)가 있으며, 이에 따르는 신체적인 문제들은 운동과 감각상실, 신경성 장·방광에 따른 배뇨나 배변의 문제, 성기능 장애가 주 증상이고 그외에 욕창, 구축, 기립성 저혈압, 자율성 반사부전증(autonomic dysreflexia), 강직(spasticity) 및 심한 동통 등의 합병증이 있다(Grutierrez, Robert, Young, & Vulpe, 1993; 황옥남, 1995). 따라서 척수 손상 환자의 재활치료의 우선적인 목표는 척수 손상에 의해 동반되는 여러 가지 합병증을 치료하고, 가능한 한 기능면에서 일상생활을 독립적으로 할 수 있도록 하는 것이고, 최종적으로는 지역사회에 복귀하여 자신의 생활을 수행하도록 하는 것이다(박창일, 1998).

특히 일상생활 수행정도는 척수손상인의 독립적 생활 가능여부를 예측할 수 있는 주요 척도로서(김애리, 1999) 기존의 연구에서도 척수 손상 후 기능 보유정도와 임상 결과의 측정을 위한 도구로서 기능적 독립성 측정도구를 다룬 연구들이 많이 있다(McKinley et al., 1998; Middleton et al., 1998; Segal et al., 1993). 이들 도구들은 몇가지 자가간호와 가동성(mobility)을 강조하고 있는데 이는 척수

손상환자의 재활이 신체적인 기능유지에 초점을 두고 있음을 보여주는 것으로 척수손상인의 신체기능은 척수손상인의 재활과 관련하여 중요하게 다루어져 온 변수임을 알 수 있다.

척수손상인의 신체기능의 제한은 자가간호와 가동성의 장애외에도 무력감을 동반하게 되며(Lambert & Lambert, 1987) 불안이나 우울과 같은 다른 심리적 문제와도 관련된다(Kennedy & Rogers, 2000). Daverat 등(1995)은 신체적 기능은 신경학적 손상, 성적 장애, 사회생활과 연관이 있으며, 특히 우울과의 상관관계가 높다고 하였고, 안일남과 오정희(1987)는 독립적인 가동능력이 증가함에 따라 우울이 낮아졌다고 보고하였다.

또한 척수손상인의 삶의 질의 영향요인들의 경로를 밝힌 김애리(1999)의 연구에서, 일상생활 수행정도는 (삶의 질에 직접영향을 미치는)자기효능감에 긍정적인 영향을 미침으로써 척수손상인의 삶의 질에 간접적인 영향을 미치는 것으로 나타났다. 한편 박정미, 유동훈, 안방환(1994)은 퇴원 후 척수손상인의 사회적응에 영향을 줄 수 있는 요인으로 modified Barthel Index 점수를 제시하면서 신체기능이 좋을수록 사회활동에 많이 참여한다고 하였다. 이와 같이 척수 손상환자의 신체기능 유지는 심리사회적 측면에 영향을 미치므로 척수손상인의 적응에 주요 영향 요인이라고 하겠다.

4. 사회적 지지 : 지각된 가족지지와 지각된 정보지지

지난 수십년 동안 사회적 지지에 대한 연구들은 사회적 지지가 신체적 건강, 정신적 안녕, 사회적 기능 수행에 긍정적인 영향을 미치는 주요한 사회심리적 변수임을 제시하고 있다.

즉, 지지는 스트레스원의 유해한 효과를 완충시킬 수 있으며(Swanson et al., 1989), 스트레스적 사건과 질병간의 인과적 과정에서 당면한 사건에 대한 스트레스적 평가(stressful appraisal)의 가능성을 줄인다는 것이다(Cohen & Wills,

1985). 이러한 주장은 사회적 지지가 위기에 직면하였을 때 상황에 대한 충격을 완화시켜 개인의 인지적 해석을 긍정적으로 유도하여 적응적 대처행위(coping behavior)를 촉진시켜 주고(Cobb, 1976), 스트레스적 사건을 덜 위협적인 것으로 평가하게 하여 스트레스의 부정적 효과로부터 개인을 보호하는 속성을 가지면서(Gore, 1978), 예기치 못한 생활변화에 대한 영향을 조절하여 평형감을 유지하게 하며, 나아가 스트레스와의 상호작용적 효과로 스트레스 지각이 낮은 사람보다는 높은 사람들의 우울 증상을 완화시키는데 보다 효과적(Cohen, Sherrod, & Clark, 1986)이라는 연구들에 의해 지지되고 있다.

이와 같이 지지적 관계는 심리적 안녕 및 신체적 건강에 관련되며 특히 신체적 장애를 지닌 사람들에게 사회적 지지가 건강을 증진시킨다는 결과를 제시하는 연구들이 많이 있다. Evans & Halar(1985)는 63명의 장애인들에게 전화를 통한 'disability network'를 제공한 결과, 이들의 외로움을 감소시켰음을 보고하였다.

McNett(1987)은 척수손상인과 뇌졸중 환자를 포함한 50명을 대상으로 대처효과성과 사회적 지지 및 대처 효율성의 관계를 확인한 결과 지각한 사회적 지지, 즉 사회적 지지의 지각된 가용성과 관계가 높았고 사회적 지지는 위협 평가를 유의하게 감소시키며, 대처 전략을 경유하여 대처 효과성에 유의하게 영향을 미치는 것으로 나타났다. Anson, Stanwyck & Krause(1995)는 125명의 척수손상인들의 삶의 질과 사회적 지지와의 관계에 대한 연구에서 지역사회로부터의 지지에 대한 지각이 높은 척수손상인들이 스스로 자신들이 상해에 잘 적응한다고 지각하고 있으며, 건강문제와 입원횟수가 유의하게 적은 것으로 나타났다.

퇴원한 척수손상인을 중심으로 사회적 지지와 사회심리적 적응정도를 조사한 홍윤미(1992)의 연구에서도 지각한 사회적 지지와 사회심리적 적응이 높은 정상관관계임을 제시하고 있다. 특히 척수 손상과 같이 장기적이고 지속적인 관리가 요구되는 대상자인 경우에는 가족을 중심으로 한 사회적 지지가 가족을 중심으로 환자가 주변의 관계를 발전시켜 나감으로써 자신의 절망감을 감소시켜 희

망적인 방향으로 전환시켜 준다고 하였고(김애리, 1999) Silliam등(1987)도 사회적 지지 중 가족지지가 재활에 가장 긍정적 효과를 준다고 하였다.

또한 정보적 지지와 척수손상인의 적응에 대한 구체적인 연구는 없으나, 기존의 문헌들에서 필요한 정보를 얻을 수 있는 지지체계는 척수손상인의 적응에 영향을 미치는 주요 변수이며(황옥남, 1996) 재활에 관한 정보를 얻고 스스로 훈련할 수 있도록 지역사회에서 정보를 제공받고 싶어하며, 필요한 경우 즉각적으로 도움을 받을 수 있는 건강전문요원, 같은 경험을 하고 있는 사람들과의 접촉, 그리고 문제 해결시 필요한 정보에 대한 도움을 원하고 있음(McColl & Skinner, 1995; McNett, 1987)이 지적되고 있는 바 본 연구에서는 사회적 지지 중 가족지지와 정보지지를 선택하였다.

사회적 지지가 척수손상인의 적응에 중요한 변수임은 여러 연구에서 제시되고 있으나 그 구체적인 영향력에 대한 연구는 미비한데, 삶의 질 영향요인에 대한 김애리(1999)의 연구에서 사회적 지지는 삶의 질에 직접영향을 미치며 무력감과 우울을 거쳐 간접영향을 미치는 것으로 가정하였으나 통계적으로 유의하지 않았다. 이와 같이 척수손상인의 사회적 지지의 중요성은 제시되고 있지만 설명모형내에서 사회적 지지의 위치와 영향력이 규명되지 않았으므로, 척수손상인의 적응에 대한 사회적 지지의 효과를 다시 한번 확인하여야 할 필요가 있다.

그러므로 본 연구에서는 지각된 가족지지와 지각된 정보지지가 대처자원으로서 개인의 스트레스에 대한 인지평가와 대처에 직접영향을 미침으로써 척수손상인이 사회적 재통합에 간접적으로 영향을 미치는 것으로 가정하고 그 영향력을 확인하고자 한다.

6. 스트레스와 스트레스 평가 : 지각된 스트레스

스트레스가 건강문제를 유발하는 개념으로 확인되면서 자극으로서의 스트레스에 대한 연구가 활발히 진행되었고 최근에 들어서 스트레스는 개인과 환경의 상호작용의 개념으로 이해되고 있다.

즉 스트레스란 개인이 가진 자원을 요구하거나 그 한계를 초과하며, 개인의 안녕을 위협한다고 평가되는 인간과 환경간의 특정관계로(Lazarus & Folkman, 1984) 이러한 정의는 인간과 환경과의 관계성을 강조하면서 한편으로는 인간의 특성을 설명하고 한편으로는 환경적 사건의 본질을 설명하고 있다고 할 수 있다. 이를 질병과 연결시켜 볼 때, 질병 자체가 전적으로 외부 유기체에 의해서만 발생하는 것이 아니고, 질병 발생여부는 유기체 자체의 감염에 대한 민감성과도 연관된다는 현대 의학적 질병개념과 상응한다. 즉 인간의 속성을 참조하지 않고 반응으로서의 심리적 스트레스를 예측하는 것은 부적절하며, 개인에 대한 스트레스와 그 정도는 인간-환경 관계속에서 고려되어져야만 한다는 것이다.

Folkman & Lazarus(1988)는 이러한 인간-환경간의 관계는 두 개의 결정적인 과정, 즉 인지적 평가와 대처에 의해 매개된다고 하였다. 그러므로 하나의 자극이 스트레스가 되느냐의 여부는 개인이 환경적 자극을 해석하고 요구에 반응할 수 있는 대처자원을 해석하고 평가하는 방법에 있기 때문에, 스트레스적 사건에 대한 개인의 대처반응과 적응적 결과를 결정짓는 주요한 요인은 바로 개인의 인지적 평가(stress appraisal)이다. 이는 자연적 상태에서 스트레스를 야기하는 영화를 사용하여 인지적 매개과정을 밝히고자 한 일련의 연구를 통해 지지되었다(김정희 역, 1991).

인지적 평가에는 일차평가와 이차평가의 두 가지 형태가 있다(Lazarus & Folkman, 1984). 일차평가는 직면한 상황과 관련하여 무엇이 문제인가를 판단하는 과정으로 문제의식의 발생은 사건이 개인의 관심영역이나 안녕에 어떠한 의미를 가지고 있는가에 영향을 받는다. 또한 이차평가는 문제의 상황에서 무엇을

할 수 있을 것인가, 즉 어떤 대처 선택안이 가능하고 그 선택안이 과연 목적을 달성할 수 있을 것인가를 고려하는 보다 복잡한 평가과정으로서 그 결과는 문제를 다스리기 위해 사용될 대처 전략에 직접적인 영향을 미친다. 즉, 무엇이 문제인가에 대한 평가와 대처 선택안에 관한 평가는 스트레스의 정도와 정서 반응의 강도 및 질을 결정하며 두가지 차원의 평가가 서로 상호작용하여 개인의 대처와 그 효율성에 대해 큰 영향을 미침을 의미한다고 볼 수 있을 것이다.

질병 발생과 더불어 경험하게 되는 질병상태는 어떤 식으로든지 스트레스와 관련이 있으며(김영옥, 1996) 특히 척수 손상의 경우 대부분 청년기에 손상을 입고 장기간 동안 신체적 제한 내에서 살아가면서 합병증 발생이나 정서적 및 심리적 문제를 경험하게 되므로 지속적인 스트레스 상황에 놓여있다고 하겠다 (Frank & Elliot, 1987; McColl & Skinner, 1995).

이러한 지속적 스트레스 상황에 대한 척수손상인의 반응을 Lazarus & Folkman의 이론에 근거하여 설명한다면 개인이 상황을 해석하는 방법, 즉 무엇이 문제이고 어떤 일이 이루어질 수 있는가에 대한 인지적 평가에 따라 척수손상인의 적응적 결과의 차이가 나타나는 것으로 볼 수 있을 것이다. 이러한 추론은 만성질환을 대상으로 한 여러 경험적 연구에 의해서도 지지되고 있다고 할 수 있는데, Felton & Reveson(1984)는 여러유형의 만성질환자의 적응을 연구한 결과 질병에 따라 지각한 장애가 전체적인 적응에 가장 중요한 변수임을 제시하였고, Westbrook & Viney(1982)의 연구에서도 만성질병에 대한 지각된 스트레스가 질병에 대한 반응을 가장 잘 예측할 수 있는 변수로 나타났다(구애숙, 1996).

한편 직면한 사건에 있어 개인-환경간의 관련성에 대한 개체의 인지적 평가에 영향을 미치는 선행요인으로서 개인의 특성이나 환경적 요인들이 있다(Pearlin et al., 1981; Folkman & Lazarus, 1988). 즉 개인적 요인으로는 사건에 대한 개인의 가치부여, 개입정도, 삶의 목표 등과 관련하여 내재되는 동기화의 양상, 개인의 신념체계, 그리고 사회적 기술이나 문제해결 능력, 건강과 에너지 등의 개인적 자원이 있으며, 환경적 요인에는 사건의 특성이나 긴급성, 모호성 지속기간 그리

고 대처를 활성화시킬 수 있는 사회적 자원의 유·무나 그 질(quality)에 대한 개인의 인식정도가 있으며 이러한 요인들이 평가의 주관성을 좌우하는 것이다. 때문에 이들 자원의 개인적 차이가 특정 사건이 왜 어떤 개인에게는 위협이나 도전으로 평가되는 반면 다른 사람에게는 무의미한 것으로 평가되는가에 대한 이유를 설명해줄 수 있다는 것이다.

그러나 척수손상인의 적응에 대한 선행연구들은 대처자원과 인지평가에 따른 적응의 개인차보다는 시간적 경과에 따른 심리적 변화 단계에 주로 관심을 두어왔는데(Frank et al., 1987; Frank & Elliot, 1987) 이 연구들은 경험적 준거가 부족하고 대상자의 심리적 불안정(distress)이 사라지는 시간의 경과에 초점을 두고 있으므로, 척수손상인들의 적응적 결과에서의 차이를 조작적으로 규정하여 설명하지 못한다는 제한점이 있다. Frank 등(1987)은 이러한 제한의 극복을 위해서는 개인의 특성, 자원 및 대처의 차이가 척수손상인의 적응을 매개한다는 점을 고려하여야 한다고 하였다.

척수손상인의 적응에서 대처자원과 스트레스의 영향을 조사한 몇몇 연구들에 따르면, 척수손상인이 주관적으로 인식한 재활에서의 스트레스는 적응에 영향을 미치는 주요 요인이며(Schultz & Decker, 1986), 생활사건 스트레스와 심리적 안녕은 역 상관관계를 나타냈다(Frank & Elliot, 1987). 이 연구결과에 따르면 개인이 지각한 스트레스와 이에 대처하기 위해 필요한 자원들은 척수손상인 개인의 심리적 안녕 및 적응과 관련됨을 알 수 있다.

또한 스트레스적 사건에 대한 대상자의 인지적 평가가 대처반응이나 적응적 결과에 미치는 영향을 분석한 기존 문헌에 근거하여 추론하여 보면 척수손상인의 적응적 반응은 대처자원의 활용가능성에 대한 긍정적 평가와 그에 따른 문제지향적인 대처의 사용이 우선될 때 기대할 수 있는 것이라고 가정할 수 있을 것이다.

그러나 스트레스 상황의 평가에 따른 대처와 우울간의 관계를 조사한 연구들을 보면, Vitaliano 등(1990)에 의하면 스트레스 상황이 변화 가능한 것으로 기

대한 집단에서만 우울이 문제중심 대처와는 역 상관관계를, 그리고 정서중심 대처와는 정 상관관계를 나타냈으나, 변화되지 않을 것으로 평가한 집단에서는 대처방식과 우울점수간에는 유의한 상관이 없었다(소향숙, 1995).

이는 상황에 대한 개인의 인지적 평가에 따라 사용하는 대처방식도 다르지만 그 대처의 결과도 달라질 수 있음을 의미하며, 스트레스에 대한 평가 외에 사회적 지지와 같은 다른 선행요인들이 대처 결과에 작용할 수 있으므로(Swanson et al., 1989) 본 연구에서는 대처자원에 대한 부정적 평가가 정서 중심 대처를 증가시켜 바람직하지 못한 적응적 행위를 유도할 수 있다는 가정을 하지 않고 대처자원과 지각된 스트레스, 그리고 대처 반응을 종합적으로 고려하여 그 영향력과 방향성을 확인하고자 한다.

7. 대처반응 : 정서중심 대처와 문제중심 대처

대처반응은 직면한 문제해결을 위한 일종의 목표지향적 전략의 수행으로 인지·행동적 노력이 개입된 개체의 반응으로 정의할 수 있으며, 이러한 대처반응은 대처의 효율성에 직접적인 영향을 미친다(Billings & Moos, 1984).

대처반응은 일반적으로 문제중심 대처와 정서중심 대처로 분류되는데, Folkman & Lazarus(1986)가 66문항의 개정된 대처방식 척도에 대한 요인분석 결과에서 밝힌 바에 따르면, 문제중심 대처에는 대인관계적 대처와 문제해결 대처의 두가지 하위속성이 추출되었고 정서중심 대처에는 거리두기, 도피-회피, 책임의 수용이나 자기비난, 정서표출, 사회적 지지추구 및 긍정적 재평가 요인들이 확인되었다(김영옥, 1996). 이 두가지 대처방식에 대해서 일반적으로는 문제중심 대처가 정서중심 대처보다 더 긍정적인 결과를 가져오는 것으로 간주되고 있으며, 대처방식에 따라 적응 또는 부적응이 초래된다는 이론적 배경과 함께 실증적으로도 대처가 개인의 심리적 안녕과 신체적 건강에 중요한 영향을 미치는 요인으로 제시되고 있다(Endler & Parker, 1990; King & Kennedy, 1999).

척수손상인의 대처에 관한 초기연구는 Bullman & Wortman(1977)이 '심각한 사고를 당한 사람들이 어떻게 불행에 대처하는가'를 확인하기 위해 척수손상인의 대처방식을 담당 사회사업가와 간호사가 평정하게 하여 '손상에 대한 자기 비난의 정도', '사고를 피할 수 있다고 지각한 정도' 또는 '우연으로 탓하는 정도' 등에 대하여 질문하였다. 이 연구에서는 타인을 비난하는 사람에 비해 자신을 비난하는 사람이 적응을 잘 하는 것으로 나타났다. 한편 Nielson & McDonald(1988)는 '자기비난'이 적응을 잘 못하는 것과 관련이 있다고 하였는데, 이는 '자기비난'이 어떤 상황에서는 숙달감을 갖게하나 다른 상황에서는 자기처벌(self-incrimination)의 기능을 나타낼 수 있기 때문이라고 설명하였다. 이러한 연구결과들은 대처방식의 효과성은 개인의 상황과 개인의 동기와 신념들에 의해 좌우된다는 이론적 내용을 지지한다고 하겠다.

척수손상인과 뇌졸중 환자들의 대처기전과 대처 효과성과의 관계를 조사한 McNett(1987)의 연구에서는, 정서중심 대처는 대처 효과성에 대해 부정적인 직접효과를, 문제중심 대처는 대처 효과성에 대해 긍정적인 직접효과를 나타내는 것으로 보고되었다. 즉 정서중심 대처에 대한 사회적 지지의 경로계수는 β = -.59($p < .01$)이었고, 문제중심 대처에 대한 경로계수는 β = .49($p < .01$)이었는데 이는 사회적 지지에 대한 지각이 높을수록 필요한 도움을 받을 수 있을 것이라는 인식이 높아져 개인의 통제감을 증진하고 이는 문제중심 대처를 증진하는 것으로 설명하고 있다. Frank 등(1987)이 척수손상인 53명을 대상으로 대처방식, 건강관리 신념 및 심리적 불안정(distress)을 연구한 결과 우울 증상과 심리적 불안정이 높은 군의 척수손상인들이 사용하는 대처방식이 덜 효율적이라고 하였다.

또한 적응을 잘 하는 척수손상인들은 내적으로 주의를 더 집중하는 경향이 있고 '인지적 재구조화(cognitive reconstruction)'와 '정보추구(information seeking)' 대처방식을 더 많이 사용하며 이러한 대처방식들은 척수손상 후 자신의 강점과 약점을 재평가하도록 함으로써 재활의 목표를 설정하는데 도움이 되기 때문이라고 하였다.

Buckelew 등(1990)도 재활을 위해 입원 중인 척수손상인 57명을 대상으로 심리적 불안정과 대처유형을 비교한 연구에서 심리적 불안정을 높게 보고한 척수손상인들이 다른 집단에 비해 '소원 성취 환상(wish fulfillment fantasy)', '정서적 표현(emotional expression)', '자기비난(self-blame)' 그리고 '위협 최소화(threat minimization)'의 대처를 더 많이 사용한다고 하였다. 이는 정서중심의 대처가 심리적 불안정을 다루는데 비효율적임을 제시하는 연구결과라고 할 수 있다.

그러나 어떤 대처유형이 더 효율적이냐를 평가하여 대처유형을 선택하는 것은 사건이 맥락과 사건이 평가되는 과정에 영향을 받는다고 할 수 있는데(Folkman & Lazarus, 1980), 이는 같은 유형의 대처전략을 사용했다 할지라도 그 전략을 통해 조절하고자 했던 스트레스의 유형이 어떠한가에 따라 결과는 달라질 수 있다는 것이다. 이에 대해 Pearlin & Schooler(1978)는 개인이 스트레스 사건에 대해 자신이 통제할 수 없고, 변화가 불가능하다고 생각하는 경우, 회피, 거리두기, 인지적 왜곡과 같은 정서중심 대처 전략이 증가하며 이러한 반응이 개체의 적응에 보다 효과적이라고 하였다.

Lazarus(1993)도 건강과 관련된 스트레스, 특히 어쩔 수 없이 질병상태를 수용하여야 한다고 판단되는 상황에서는 스트레스 자체를 변화시키기 위한 문제중심적 노력은 오히려 개인을 좌절시키고 비생산적으로 유도하기 때문에 문제적 상황으로 야기된 정서적 불편감을 감소시키는 정서중심적 대처가 효과적이라고 하였다.

특히 만성적 상태나 말기환자의 경우 정서중심대처나 문제중심 대처 중 어느 것이 더 효과적인가에 대한 결과는 논란의 여지가 많다.

McQueeney, Stanton, & Sigmon(1997)이 4년 이상 불임치료를 받아온 부인에게 정서중심 대처와 문제중심 대처 프로그램을 적용한 결과, 두 실험군에서 모두 전반적인 불안정의 감소를 보였으나 4주 후 측정한 결과 정서중심 대처 집단에서 우울점수가 낮고, 불임관련 안녕이 높았다. 이는 장기간의 치료과정 동안 문제중심 대처를 통한 문제해결을 시도하였던 대상자들이 긍정적인 결과를 경험할

수 없기 때문에 정서중심 대처를 사용하는 집단이 지속적인 정서적 지지를 구함으로써 더 높은 수준의 안녕상태를 유지하는 것이라고 설명하였다. 이는 교란된 정서를 표현하는 것이 심리 및 신체적인 건강의 이익을 재통합할 수 있다(Stanton, Danoff-Burg, Carmen, & Ellis, 1994)는 문헌을 지지하는 결과로 볼 수 있다.

또한 스트레스 상황으로 인한 위협(threat)과 통제감의 정도에 따라서도 대처와 그 효율성은 달라질 수 있는데, 비행기 승무원들을 4일동안 감금한 상태에서 대처기전의 효율성을 조사한 연구에서 위협은 높고 통제는 낮은(high threat and low control)상황으로 평가한 사람들의 경우에는 정서중심 대처가 불안, 정서적 곤란 및 행동적 곤란을 낮춰주는 것으로 나타났다(Strentz & Auerbach, 1988).

이상 기존 문헌들에 제시하는 바에 따르면 문제중심 대처와 정서중심 대처의 효율성에 대해서는 경쟁적인 관점이 존재한다고 할 수 있다. 즉 문제중심 대처가 개인의 적응을 증진하며 정서에 초점을 맞추는 것은 심리적 불안정을 극복할 수 있는 적극적 대처로부터 이탈시킴으로써 적응을 저해하고(Carver, Schieier, & Weintrau, 1989), 스트레스 상황에서 정서에 초점을 두고 반복적으로 반추하는 경우 우울한 감정이 증폭되어 적극적으로 우울한 정서로부터 이탈하지 않기 때문에 정서적 문제를 경험하게 된다(Nolen-Hoeksema, 1987)는 연구결과들에 따르면 척수손상인의 사회적 재통합은 문제중심 대처에 의해 증진될 수 있을 것이다. 그러나 통제불가능한 스트레스원에 대해서는 정서중심 대처가 상대적으로 효율적일 수도 있다는 연구결과들이 있고(Strentz & Auerbach, 1988), 특히 척수 손상은 신체적 제한을 가진 만성상태로 개인에 의한 조절에는 한계가 있으므로 척수손상인의 적응은 정서중심 대처와 더 관련되는 것으로 추론할 수 있다.

이상을 종합하여 볼 때 스트레스 사건과 대처반응의 맥락에서 질병상태에 대한 대상자들의 대처반응은 대처자원의 유용성과 질병의 특성에 따라서도 크게 좌우될 수 있음을 제시하고 있다고 할 수 있다. 또한 기존 척수손상인의 대처반

응 관련 연구는 대처자원과 스트레스에 대한 인지적 평가를 모두 고려하지 않은 연구들의 결과이므로 본 연구에서는 Lazarus & Folkman의 스트레스 - 대처 모형 내에서 이 모든 변인들을 포함하여 사회적 지지와 자아존중감이 스트레스 평가 및 대처 반응에 직접 영향을 미치고, 스트레스와 대처반응은 척수손상인의 사회적 재통합에 직접 영향을 미치는 것으로 가정하고 그 영향력과 방향성을 검증하고자 한다.

이상 살펴본 바와같이 척수손상인의 재활은 신체적, 심리적 및 사회적 측면에 국한되어 설명할 수 있는 것이 아니며 이 모든 부분을 함께 포함하고 있는 것으로 이해되어져야 할 것이며, 이에 영향을 미치는 요인들도 역시 포괄적인 관점에서 고려되어져야 할 것이다. 따라서 본 연구에서는 척수손상인의 재활을 사회적 재통합으로 정의하고, 척수손상인의 적응에 영향을 미치는 요인중 신체적 요인에서는 신체기능, 심리적 요인은 자아 존중감, 대처전략, 그리고 사회적 요인인 사회적 지지와 사회적 불이익을 포함하여 척수손상인의 적응과 영향요인간의 관계와 영향력을 설명하고자 한다.

III. 연구의 가설적 모형

A. 가설적 모형

본 연구의 가설적 모형은 선행연구에 대한 문헌고찰과 Lazarus-Folkman의 스트레스-대처 모형에 근거하여 척수손상인의 적응에 영향을 주는 요인들을 선정하여 개념적 기틀을 구성하되, 본 연구의 목적과 개념적 기틀에 부합하고 추후 간호중재의 가능성이 있는 요인을 선정하여 변수로 조작화하고 이들 변수들을 구성요소로 하여 가설적 모형을 구성하였다(그림 1).

즉 선행 연구에서 척수 손상인의 적응에 영향을 미치는 것으로 제시된 변수들 중, 지각된 사회적 불이익, 신체기능, 그리고 개인의 대처에 영향을 미치는 대처자원 중 심리적 자원인 자존감과 사회적 자원인 사회적 지지 중 지각된 가족지지와 정보지지를 외생변수로 선정하였다. 내생변수로는 지각된 스트레스, 대처반응, 그리고 대처 효율성 변수들을 선정하였다.

지각된 스트레스는 스트레스 사건에 대한 평가로서 척수손상이라는 사건으로 인해 자신의 안녕상태와 관련하여 인지되는 위해감과 부담감 등, 질병사건에 대한 부정적 평가의 측면을 반영하는 개인에 의해 지각된 스트레스를 의미한다.

대처반응은 두 가지 대표적인 대처 양식인 문제 중심 대처와 정서 중심 대처로 보았다.

대처의 효율성은 가설적 모형의 궁극적인 결과변수로서 척수손상인의 신체적, 심리 및 사회적 측면을 모두 포함한 포괄적 개념의 적응을 나타내는 사회적 재통합으로 보았다.

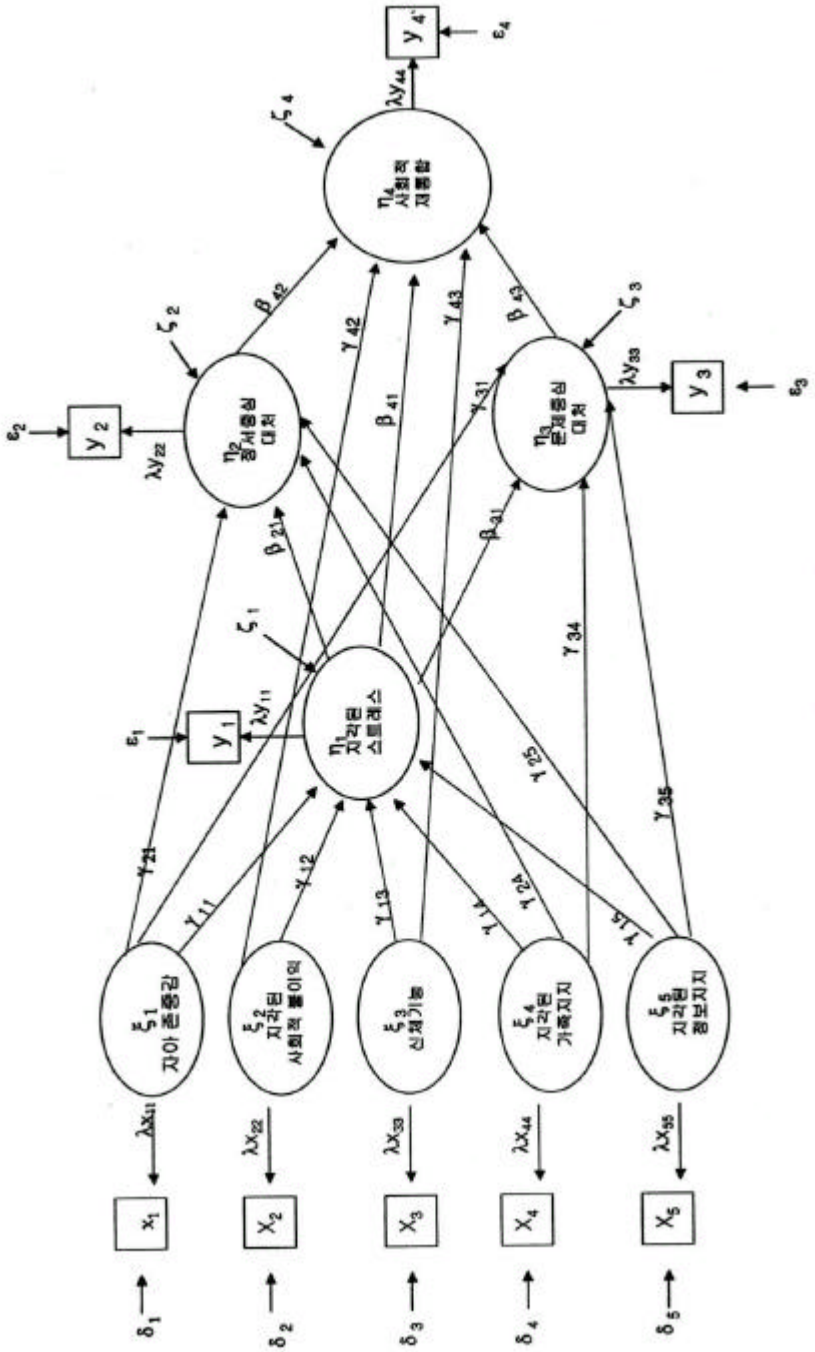


그림 1. 연구의 가설적 모형

제시된 가설적 모형에 의하면

- 척수손상에 대한 지각된 스트레스는 대처 자원에 의해 직접적인 영향을 받는 것을 전제하고 있으며,
- 척수손상에 대한 지각된 스트레스는 대처반응에 영향을 주어 사회적 재통합의 선행적 변수인 동시에 직접적 영향을 주는 것을 가정하고 있다.
- 대처반응은 대처자원인 자아 존중감과 지각된 가족지지 및 지각된 정보지지에 의해 영향을 받으며,
- 척수손상인의 사회적 재통합은 지각된 사회적 불이익과 신체기능 및 대처반응과 지각된 스트레스에 의해서 직접적인 영향을 받는 것으로 전제하고 있다.

가설 모형을 구성하고 있는 각 변수들간의 인과 경로의 설정에 대한 이론적 근거는 다음과 같다.

1. 외생변수들 간의 관계

외생변수는 자아 존중감, 지각된 사회적 불이익, 신체기능, 지각된 가족지지 및 지각된 정보지지의 5개의 변수로 구성되어 있다.

이들 각각의 외생변수는 모형내 어떤 변수로부터도 직접 또는 간접적인 영향을 받지 않으며 따라서 어떠한 인과적 관계의 방향을 가정할 수 없고 상호 상관관계만 있는 것으로 가정한다.

2. 외생변수와 내생변수의 관계

외생변수와 내생변수의 관계 중 기존 연구결과에 근거하여 제시된 관계들만을 기술하여 보면 다음과 같다.

1) 외생변수 선택의 근거

척수손상인의 사회적 재통합에 영향을 미치는 요인에 대한 대부분의 선행 연구에서는 신경학적 손상이 적고, 나이가 젊으며, 백인으로서 교육수준이 높은 사람에서 사회적 재통합 정도가 높은 것으로 나타났다(DeVivo & Richards, 1992; Dijkers, 1998; Harrison & Kuric, 1989; Hasen et al., 1998; Krause, Coker, Charlifue & Whiteneck, 2000; Whiteneck et al., 1999).

이와 같이 인구 통계학적 변수들과 사회적 재통합의 관계에 대한 연구가 많지만 이들을 연구변수로 포함시키지 않은 이유는 다음과 같다.

즉, 인구통계학적 변수는 대상자의 고정변인으로 중재변수로 활용하는데 제한이 따르며, 척수손상인의 적응 또는 삶의 질과 인구통계학적 변수의 관계를 조사한 몇몇 연구에서 그 영향력이 일관되지 않기 때문이다. 즉, Fuhrer 등(1992)의 연구에서 척수 손상 후 생의 만족도는 연령이나 손상부위와는 의미있는 관계가 없었으며, 심리적 불안정(psychological distress)을 조사한 Buckelew 등(1990)도 척수 손상인의 나이와 손상 후 기간은 심리적 불안정을 유의하게 예측하지 못한다고 하였다. 한편 박정미 등(1994) 지역사회 척수 손상인을 대상으로 한 연구에서도 손상부위와 사회활동과는 통계적으로 유의한 상관관계가 없었다. 그러므로 이러한 변수들을 모두 포함시키는 경우, 예측변수와 결과변수 사이의 인과적 관계를 추론과정을 약화시킬 수 있다고 판단되어 가설적 모형에는 포함시키지 않았다.

따라서 본 연구는 선행연구를 통해 척수손상인의 적응에 대한 영향력이 상대적으로 중요하다고 밝혀진 변수들을 중심으로 인과관계를 가정하여 규명함으로써 척수손상인의 사회적 재통합을 보다 잘 설명할 수 있는 간명한 모형을 구축하고자 하였다.

2) 외생변수와 내생변수의 관계

외생변수와 지각된 스트레스와의 관계는 척수손상인을 대상으로 한 선행연구에서 본 연구의 외생변수인 자아 존중감, 지각된 사회적 불이익, 신체기능, 지각된 가족지지 및 지각된 정보지지가 지각된 스트레스에 미치는 영향에 대해 그 결과를 직접 제시한 선행연구는 없지만, 개인은 심리적 자원인 자아 존중감과 사회적 자원인 사회적 지지망 또는 실제적 지지와 같은 자원들을 활용하여 스트레스 상황이나 위협을 느끼는 조건에서 내적, 외적 요구를 감소시키고자 요구의 의미를 변화시키고 끊임없이 인지적, 행동적 노력을 한다(Lazarus & Folkman. 1984; Pearlin et al., 1981)는 문헌적 근거를 토대로 경로화한 것으로, 본 연구에서는 이들 변수들간의 영향력을 실제로 확인하고자 하였다.

또한 척수손상으로 인한 신체적 제한은 개인에게 여러 가지 변화에 대한 적응을 요구하게 되는 만성적 스트레스 상황으로(홍윤미, 1992), 척수손상인은 신체기능의 상실로 무력감을 느끼고, 부정, 죄의식 및 우울 등의 반응을 보이며(North, 1999; Turner & McLean, 1989), 사회적 역할 갈등을 경험한다(Dejong & Hughes, 1982). 이와같이 척수손상인에게 신체기능은 개인의 스트레스에 영향을 미치므로 이는 개인의 스트레스에 대한 인지적 평가, 즉 지각된 스트레스에 직접 영향을 미치는 것으로 가정하였다.

그리고 척수손상인에 대한 편견이나 편의시설 및 재활기관 부족 등과 같은 사회적인 인식과 제약은 척수손상인에게 일종의 '사회적 손상'으로 개인에게 무력감이나 우울 등의 심리, 정서적 문제를 야기하므로(Lambert & Lambert, 1987), 척수손상인의 지각된 스트레스에 영향을 미치는 것으로 가정하였다.

자아 존중감, 지각된 가족지지 및 지각된 정보지지와 대처와의 관계는 척수손상인을 대상으로 한 선행연구에서 직접 제시한 결과는 없지만, 만성질환자를 대상으로 한 연구에서 대상자의 적응과 대처에 대해 자아 존중감은 통

계적으로 유의한 설명력을 갖는 변수로 제시되었고(Pollock, 1987; 소향숙, 1995), 사회적 지지는 개인적 요소와 혼합되어 환경적 스트레스원의 부정적 효과를 완충시킴으로서 신체적 장애에 대한 적응을 증진시킨다(Pakenham, 1999; Sollner et al., 1999; Wineman, 1990).

한편 대처자원의 선택에는 사회적 지지 외의 다른 변수들이 작용할 수 있으므로 본 연구에서는 자아 존중감의 영향을 함께 고려하여 지각된 가족지지와 지각된 정보지지가 대처방식에 영향을 미치는 것으로 가정한 후 관계를 확인하고자 한다.

신체기능 및 지각된 사회적 불이이과 사회적 재통합과의 관계에서 신체기능은 척수손상인의 적응과 삶의 질에 영향을 미치는 주요 요인으로, 자가간호 능력이나 신체적 기동성은 재활의 목표달성의 기초가 되는 매우 중요한 과제이며(Daverat, 1995; Lin et al., 1997), 신체기능을 나타내는 Barthel Index 점수가 높을수록 척수 손상인의 사회활동(동호회, 동창회, 종교활동 및 취미활동 등)이 많은 것으로 나타났고(박정미 등, 1994), Dunnum(1990)의 연구에서도 척수손상인의 사회적 접촉과 신체기능은 높은 상관관계(r= .64)를 나타냈다.

이와같이 신체기능은 척수손상인의 적응이나 삶의 질에 중요한 변수로 제시되고 있으므로 척수 손상인의 사회적 재통합에 직접영향을 미치는 것으로 가정하였다.

한편 장애인들의 삶에서 가장 큰 잠재적·실제적 제약은 장애인에 대한 사회와 개개인의 태도로(Johnson, 1993), 척수손상인에 대한 사회적 편견이나 제약은 척수손상인에게 심리·정서적 문제를 유발하며(Lambert & Lambert, 1987) 장애와 관련된 불이익 및 사회적 차별은 척수손상인이 가장 많이 지적하는 불만요인이다(Chan, Lee, & Lieh-Mak, 2000). Craig, Hancock & Dickson(1999)은 척수손상인에 대한 인지행동 치료에 참가한 척수 손상인 중 50% 정도가 퇴원 후 2년 이내에 부정적인 사회적 차별(social discrimination)

을 경험하는 것으로 보고하였으며, 이러한 사회적 차별에 대한 인식을 극복하기 위해서는 척수손상인의 자아개념 강화 및 인지행동 치료가 중요하다고 제시하였다. 그러므로 척수손상인이 지각하는 사회적 제약 또는 불이익의 정도는 그들의 적응에 영향을 미치는 것으로 가정할 수 있을 것이다.

3. 내생변수간의 관계

기존 문헌에 근거하여 설정된 내생변수간의 관계에 대해 기술하면 다음과 같다.

지각된 스트레스와 사회적 재통합과의 관계는 척수손상인을 대상으로 한 선행연구는 없지만, 척수손상인의 심리적 적응과 생활사건 스트레스와의 관계를 밝힌 연구에서 척수손상인의 스트레스 점수와 우울 척도 및 간이 정신진단검사(SCL-90)의 점수와 정 상관관계가 있으므로 높은 스트레스는 심리적 적응에 부정적 영향을 미친다고 제시하고 있다(Frank & Elliott, 1987). 또한 지각된 스트레스는 삶의 질(Gerhart et al., 1999)에 부정적 영향을 미치는 것으로 보고되고 있으며, Stensman(1994)이 17명의 척수손상인을 5년간 종단적으로 추적한 결과, 만족하지 못한 적응을 보이는 집단에서 스트레스에 대한 취약성을 보고한 사람들이 더 많았다. 그러므로 지각된 스트레스는 척수손상인의 적응에 영향을 미치는 변수로서 사회적 재통합에 직접 영향을 미치는 변수로 가정하였다.

지각된 스트레스와 대처, 대처와 사회적 재통합과의 관계는 Lazarus - Folkman의 스트레스-평가 이론(1984)에 근거하여 지각된 스트레스는 대처반응의 선택에 영향을 미치며, 선택된 대처반응에 따라 건강행위나 적응 반응에 위해한 결과를 초래하므로 대처반응은 사회적 재통합에 영향을 미치는 것으로

가정하였다.

특히 대처와 심리적 측면의 관계에 대한 연구들에서 제시된 결과를 살펴보면 다음과 같다.

Reidy, Capy & Shawaryn(1991)은 탈출 - 회피 대처 전략이 척수손상인에서 우울의 주요 예측인자임을 제시하였고(Kennedy, Lower, Grey, & Short, 1995), Kennedy 등(1995)도 대처 전략이 우울의 가장 중요한 예측 인자라고 하였으며, King & Kennedy(1999)도 대처전략이 심리적 문제의 정도를 결정하는 주요 요소라고 하였다. Moore 등(1994)은 정서중심 대처 전략을 사용하는 사람들이 우울이 높았으며, 이 대상자들은 신체적 및 치료적 진전보다는 사고에 관한 생각에 좀 더 초점을 두었으며 이런 경향은 재입원과도 연관된다고 하였다. 또한 McNett(1987)에 따르면 대처의 효율성과 대처와의 관계에서 문제중심 대처는 대처 효율성을 증진하며(β = .37, p< .01), 정서중심 대처는 대처 효율성을 감소시킨다(β = -.48, p< .01)고 하였다.

대처반응에 따른 적응적 결과는 직업 및 사회생활에서의 기능, 사기 혹은 생활만족, 그리고 신체적 건강의 측면으로 구분할 수 있는데(Lazarus & Folkman, 1984), 질병 상황에서 정서중심 대처는 주로 우울이나 정서적 혼란 등의 심리적 측면에 영향을 미치며 문제중심 대처는 주로 대처 효율성이 높은 긍정적인 반응에 영향을 미치는 것으로 제시되고 있다(Billings & Moos, 1984; 김영옥, 1996). 또한 질병과 관련하여서는 주로 정서중심 대처를 사용하며, 직업과 관련하여서는 문제중심 대처를 많이 사용한다는 Lazarus & Folkman(1984)의 설명을 포함하여 종합하여 볼 때 정서중심 대처와 문제중심 대처는 척수 손상인의 사회적 재통합에 영향을 미치는 변수로 가정할 수 있을 것이다.

B. 연구가설

□ 지각된 스트레스를 내생변수로 하는 가설

가설 1 : 자아 존중감이 높으면 지각된 스트레스가 낮을 것이다(γ_{11}).

가설 2 : 지각된 사회적 불이익이 높으면 지각된 스트레스는 높을 것이다 (γ_{12}).

가설 3 : 신체기능이 높으면 지각된 스트레스가 낮을 것이다(γ_{13}).

가설 4 : 지각된 가족지지가 높으면 지각된 스트레스가 낮을 것이다(γ_{14}).

가설 5 : 지각된 정보지지가 높으면 지각된 스트레스가 낮을 것이다(γ_{15}).

□ 정서 중심 대처를 내생변수로 하는 가설

가설 6 : 자아 존중감은 정서중심 대처에 영향을 미칠 것이다(γ_{21}).

가설 7 : 지각된 가족지지는 정서중심 대처에 영향을 미칠 것이다(γ_{24}).

가설 8 : 지각된 정보지지는 정서중심 대처에 영향을 미칠 것이다(γ_{25}).

가설 9 : 지각된 스트레스는 정서중심 대처에 영향을 미칠 것이다(β_{21}).

□ 문제 중심 대처를 내생변수로 하는 가설

가설 10 : 자아 존중감은 문제중심 대처에 영향을 미칠 것이다(γ_{31}).

가설 11 : 지각된 가족지지는 문제중심 대처에 영향을 미칠 것이다(γ_{34}).

가설 12 : 지각된 정보지지는 문제중심 대처에 영향을 미칠 것이다(γ_{35}).

가설 13 : 지각된 스트레스는 문제중심 대처에 영향을 미칠 것이다(β_{31}).

□ **사회적 재통합을 내생변수로 하는 가설**

가설 14 : **지각된 사회적 불이익이 높으면 사회적 재통합이 낮을 것이다** (γ_{42}).

가설 15 : **신체기능이 높으면 사회적 재통합이 높을 것이다**(γ_{43}).

가설 16 : **지각된 스트레스는 사회적 재통합에 영향을 미칠 것이다**(β_{41}).

가설 17 : **정서중심 대처는 사회적 재통합에 영향을 미칠 것이다**(β_{42}).

가설 18 : **문제중심 대처는 사회적 재통합에 영향을 미칠 것이다**(β_{43}).

IV. 연구방법

A. 연구설계

본 연구는 선행연구와 문헌의 이론적 고찰을 토대로 척수손상인의 사회적 재통합과 그 관련요인에 관한 가설적 모형을 구성하고, 척수손상인으로부터 실증적 자료를 수집하여 변수간의 인과적 관계와 영향력 있는 예측요인을 파악하여 척수손상인의 사회적 재통합 설명모형을 구축하여 모형의 적합도 및 설정한 가설을 검증하는 공분산 구조분석 연구이다.

B. 연구대상

입원 치료 후 퇴원한 척수손상인 중에서 편의 표출하되 다음과 같은 선정기준에 따라 대상자를 선정한다.

1. 흉추나 요추가 손상된 하반신 마비(paraplegia)와 경추가 손상된 사지마비(quadriplegia)인 자.

2. 척수손상으로 인한 급성기의 신체적 문제가 해결되고 지역사회에 돌아가 생활하고 있는 자. 척수 손상 후 대부분의 신경학적 회복은 6 - 9개월 사이에 일어나며 그 이후의 회복율은 급격히 감소하고(김애리, 1999), 퇴원 후 지역사회에서 새로운 관계 양상과 공유를 개발하는 것은 퇴원 3개월 후부터(McNett, 1987)라는 문헌에 근거하여 손상 후 6개월이 경과한 척수손상인 중 급성기 문제에 대한 치료를 받고 퇴원한 후 3개월이 경과한 자.

3. 만 20세 이상으로 의식 수준이 명료하고 의사소통이 가능하며 연구에 참여하기를 허락한 자.

C. 연구도구

1. 도구의 정제과정

연구의 도구는 일반적 특성 및 척수손상 관련 특성을 포함하여 총 10개의 도구로 구성되어 있다. 자아 존중감, 신체기능 및 지각된 가족지지, 그리고 문제중심 대처와 정서중심 대처는 기존의 도구를 연구자가 수정 보완하였으며, 지각된 스트레스는 Lazarus & Folkman의 스트레스 평가 문항의 내용에 근거하여 연구자가 작성한 후 타당도와 신뢰도 검정과정을 거쳤고, 지각된 사회적 불이익, 지각된 정보지지 및 사회적 재통합 도구는 외국 문헌의 도구를 연구자가 번역한 후 타당도와 신뢰도 검정과정을 통해 초기 문항을 구성한 후 <그림 2>와 같은 과정을 거쳐 도구를 정제하였다.

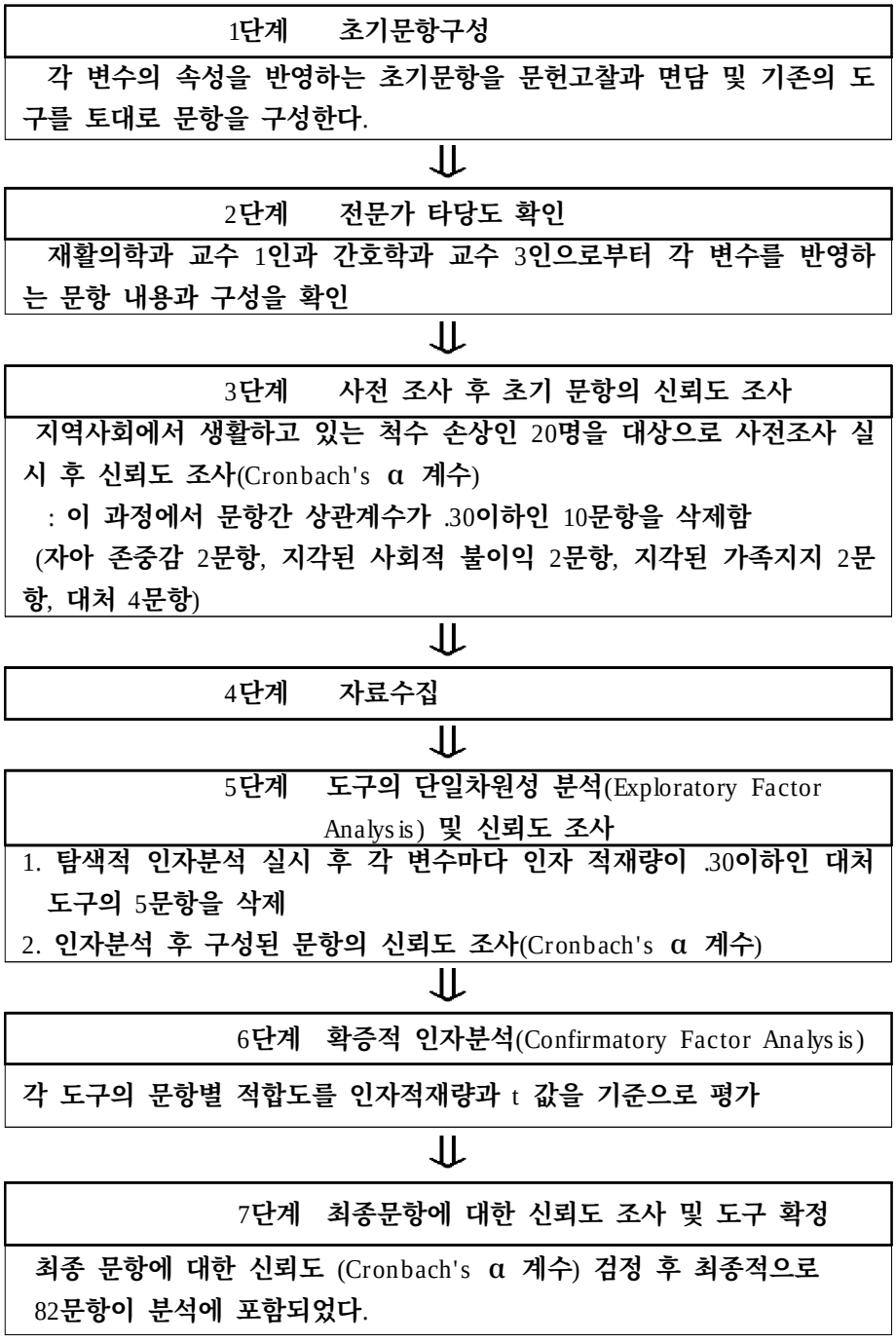


그림 2. 연구도구의 정제과정

2. 연구도구

* 외생변수 측정도구

1) 자아 존중감

Rosenberg(1965)의 자아 존중감 측정 도구를 전병재(1974)가 번안한 도구를 연구자가 수정보완하여 측정하였다. 이 도구는 총 8문항으로 구성되어있고 부정문항 3문항을 포함한 4점 척도로, 점수는 최저 8점에서 최고 32점까지 가능하며 점수가 높을수록 자아 존중감 정도가 높음을 의미한다. 처음개발 당시 도구의 신뢰도는 Cronbach's α = .92 였으며 본 연구의 사전조사에서 신뢰도는 Cronbach's α = .88이었고, 본 조사에서 신뢰도는 Cronbach's α = .83이었다.

2) 지각된 사회적 불이익

Fougeyrollas(1995)가 지역사회에서 장애인들에게 핸디캡을 조장하는 환경 및 사회 문화적 변수로 제시한 내용을 토대로 연구자가 작성한 도구로 장애에 대한 지역사회의 태도, 건강 서비스 및 공공 구조 서비스 등에 대한 척수 손상인의 지각을 묻는 것이다.

총 6문항의 5점 척도이며 '매우 그렇다(5점)'에서 '전혀 그렇지 않다(1점)'로, 점수는 최저 6점에서 최고 30점까지 가능하며 점수가 높을수록 현 생활에서 불이익의 지각정도가 높음을 의미한다.

본 연구의 사전조사에서 도구의 신뢰도 Cronbach's α = .75 였으며, 본 조사에서 신뢰도는 Cronbach's α = .72 였다.

3) 신체기능

척수 손상인에게 적용되는 기능평가 척도는 여러 가지가 있으나 MBI(Modified Barthel Index), FIM(Functional Independence Measure), PULSES profile 등이 널리 쓰이고 있다(김애리, 1999).

이 중 MBI는 Mahoney와 Barthel(1965)에 의해 개발된 Barthel Index를 변형한 것으로 우리나라에서 뇌 손상 환자와 척수 손상인을 대상으로 재활 의학 분야에서 사용중인 기능평가 척도의 유용성을 조사한 결과, 척수 손상인에서는 FIM보다 MBI가 더 민감하게 측정할 수 있는 것으로 나타났다(이청기, 박현, 조형제, 1994). MBI에서 측정하는 내용은 자립동작, 대소변 가리기, 이동성 들을 포함하고 있으며, 이는 각 개인이 매일 수행해야 할 과업인 일상생활 동작(ADL, Activity of Daily Living)을 측정하는 것이다(조유향, 2000).

본 연구에서는 비교적 포괄적인 내용을 포함하고 있고, 보편적으로 이용되고 있는 Modified Barthel Index의 문항 중 자가간호 9문항과 기동성 2문항의 총 11문항을 포함하였으며 도구적 일상생활 동작은 Lawton의 도구적 일상생활 수행도구 중 전화사용, 시장보기, 교통수단, 가사일 및 금전관리를 포함하는 6문항을 포함하여 총 17문항의 도구로서 각각은 독립적인 경우, 보조를 요구하는 경우, 의존적인 경우의 3가지로 구분되어 있다. 점수는 최저 0점에서 최고 97점까지 가능하며 점수가 높을수록 신체기능이 높음을 의미한다. 본 연구의 사전조사에서 도구의 신뢰도 Cronbach's α = .80이었고, 본 조사에서 도구의 신뢰도는 Cronbach's α = .93이었다.

4) 지각된 가족지지

가족(배우자, 형제, 자녀 및 부모)으로부터 제공되는 사회적 지지에 대한 개인의 지각 정도를 묻기 위해 강현숙(1984)이 개발한 지각된 가족지지 측정도구로

가족 구성원간의 상호작용을 통해 돌봄과 사랑, 그리고 지지의 교환정도를 측정하는 6문항의 6점 척도로서 '항상 그렇다(5점)'에서 '도움을 받을 가족이 없다(0점)'로 점수는 최저 0점에서 최고 30점까지 가능하며 점수가 높을수록 지각된 가족지지가 높은 것이다.

척수 손상인을 대상으로 한 김애리(1999)의 연구에서 도구의 신뢰도는 Cronbach's α= .87이었고 본 연구의 사전조사에서 도구의 신뢰도는 Cronbach's α= .88이었으며 본 조사에서 도구의 신뢰도는 Cronbach's α = .93이었다.

5) 지각된 정보지지

Cohen(1985) 등에 의해 개발된 Interpersonal Support Evaluation List(ISEL) 도구를 McColl & Skinner(1985)가 척수손상인에게 적용하여 인자분석한 후 신뢰도와 타당도가 높은 문항들로 재구성하고 수정보완한 도구 중 정보지지를 측정하는 문항을 토대로, 연구자가 척수손상인을 면담하는 과정에서 장애나 손상으로 인한 문제와 관련된 정보를 절실히 필요로 하고 있음이 확인되었으므로 이를 묻는 문항을 포함하여 수정, 보완한 후 확정된 7문항의 도구를 사용하였다.

문항의 내용은 경제적 문제, 가정 및 가족 문제, 성적 문제, 그리고 장애와 관련된 문제에 대한 정보적 도움을 구할 수 있는 대상으로부터 정보 제공을 받는 정도에 대한 5점 평점 척도로 점수는 최저 0점에서 최고 28점까지 가능하며 점수가 높을수록 지각된 정보지지가 높다고 할 수 있다.

McColl & Skinner(1995)가 척수손상인에게 적용한 결과, 동시 타당도는 Inventory of Socially Suppotive Behavior (Barrerea, 1981)등과 유의한 상관관계를 보였으며, 검사-재검사 신뢰도는 0.70 - 0.87 이었고 Cronbach's α 는 0.77 - 0.90 이었다.

본 연구의 사전조사에서 도구의 신뢰도는 Cronbach's α = .96이었고, 본 조사에서 도구의 신뢰도는 Cronbach's α = .87 였다.

* 내생변수 측정도구

1) 지각된 스트레스

삶의 과정에서 직면한 척수손상이 자신의 안녕 상태에 어떻게 영향을 미칠 것인가에 대한 대상자의 주관적 평가를 측정하기 위해 Folkmann et al.(1986) 이 개발한 Stress Questionnaire 평가 항목을 연구자가 수정, 보완하여 사용하였다.

즉 척수손상이라는 상태의 스트레스적 사건에 대한 위협감의 정도와 통제의 어려움 정도를 평가하는 문항을 선택하여 문장화한 4점 척도로 '전혀 그렇지 않다' 1점에서 '매우 그렇다' 4점이며, 점수는 최저 2점에서 최고 8점까지이다. 점수가 높을수록 척수손상에 대한 부정적 인지평가를 나타내는 것으로 지각된 스트레스가 높음을 의미한다.

본 연구의 사전조사에서 도구의 신뢰도는 Cronbach's α = .73이었고 본 조사에서 도구의 신뢰도는 Cronbach's α = .83이었다.

2) 대처

척수손상인의 대처유형 측정을 위해 Lazarus & Folkman(1984)의 Ways of Coping checklist를 김정희, 이장호(1985)가 표준화한 척도를 수정, 보완하여 이용하였다.

이 도구는 스트레스적 사건에 직면했을 때 야기되는 내, 외적 요구를 다루기 위해 사람들이 흔히 사용하는 광범위한 대처전략 및 행위전략의 사용빈도에 따라 '사용하지 않음' 0점에서 '자주 사용한다' 3점의 4점척도로 구성되어 있다.

김정희와 이장호(1985)가 우리 나라 대학생에게 본 도구를 적용한 결과, Lazarus & Folkman(1985)의 연구에서 나타난 문제 중심적 대처, 소망적 사고, 분리, 사회적 지지의 추구 및 기분전환 등의 5개 인자가 공통적으로 나타나 문화권

차이에도 불구하고 도구의 인자구조에는 변화가 크지 않아 본 도구의 신뢰성을 제시하였다고 볼 수 있다.

김정희(1987)는 이 도구를 총 66문항의 4점 척도로 구성, 문제 중심 대처 21문항, 사회적 지지 추구 6문항, 정서중심 대처 23문항, 소망적 사고 12문항으로 구성하였으나 대처를 다른 변수에 대한 선행변수로 두고 연구할 때는 대처방식을 여러 가지 하위 범주로 분류할 경우 이론적인 면에서 설명하기 복잡하기 때문에 이론의 경제성이 상실되며, 또한 결과 해석상의 어려움을 초래한다고 하였으므로 본 연구에서는 크게 대처 방식을 크게 문제 중심 대처와 정서 중심 대처로 구분하여 사용하였다.

또한 도구의 내용상 중복되는 문항이 많고 도구가 지나치게 길 경우 응답에 대한 신뢰성이 저하되므로(소향숙, 1995) 본 연구에서는 다음과 같이 도구를 수정 보완하였다.

1. 도구의 66개의 문항내용 중 중복되는 내용을 선별하고, 척수 손상인과 다발성 경화증 환자에게 본 도구를 적용하여 만성 상태의 대상자들에게 적절한 것으로 제시한 14문항(Wineman, Durand & McCulloch, 1994)에 근거하여 문항을 축소하되, 기존 연구에서의 인자분석 근거하여 최종적으로 문제중심 대처 15문항과 정서중심 대처 15문항의 총 30문항의 도구를 구성하였다.

2. 30문항의 도구에 대한 내용 타당도를 보기 위해 간호학과 박사과정 학생 3명과 간호학과 교수 3인에게 전문가 타당도(face validity)를 확인하였다.

3. 내용타당도가 확인된 도구를 지역사회 일반인 30명에게 적용한 결과, 도구의 신뢰도는 Cronbach's α = .91이었다.

4. 연구의 사전조사에서 지역사회에 거주하는 척수손상인 20명에게 적용, 도구

의 신뢰도를 확인하여 전체 문항과의 상관계수가 낮은 4문항이 삭제되었다.

5. 신뢰도 검정 과정을 거쳐 결정된 26문항 도구의 차원 분석을 위해 탐색 적 인자분석에서 2개의 인자를 지정한 후 직각회전(varimax)에 의한 인자분석을 시도한 결과 인자별로 문항의 적재가 부적절한 것으로 나타나, 다시 3개의 인자를 지정한 후 직각회전에 의한 인자분석을 시도하였다. 그 결과 1번째 인자에 적재된 문항이 문제중심 대처를, 그리고 2번째 인자에 적재된 문항이 정서중심 대처를 적절하게 나타내는 문항으로 나타났으며, 이 과정에서 인자부하량(factor loading)이 .30 보다 작은 3문항이 삭제되었다.

인자부하량이 작은 문항을 삭제한 후 23문항을 중심으로 다시 2개의 인자를 지정한 후 직각회전에 의한 인자분석을 시행하였으며, 이 과정에서 인자부하량이 .30보다 작은 2문항이 삭제되어 최종적으로 21문항의 도구로 구성되었다.

최종적으로 확정된 도구는 총 21문항으로 문제중심 대처 11문항과 정서중심 대처 10문항이며, 각 항목에 제시된 전략의 사용빈도에 따라 '사용하지 않음' 0점에서 '자주 사용한다' 3점의 4점 척도로, 점수는 문제중심 대처가 최저 0점에서 최고 33점, 그리고 정서중심 대처가 최저 0점에서 최고 30점까지 가능하며 점수가 높을수록 각 유형의 대처 방법 이용이 높음을 의미한다. 사전조사에서 도구의 신뢰도는 문제중심 대처가 Cronbach's α = .89, 정서중심 대처가 Cronbach's α = .69 였으며, 본 조사에서 도구의 신뢰도는 문제중심 대처가 Cronbach's α = .84, 정서중심 대처가 Cronbach's α = .76 이었다.

4) 사회적 재통합

척수손상인에게 주로 적용되어 온 CHART는 재활 환자의 퇴원 이후 사회적 안녕에 대한 포괄적인 측정에 적절한 것으로 제시되어져 왔다(Dijkers et al.,

2000; Whiteneck et al., 1992).

그러나 이 도구는 Dijkers 등(2000)이 지적한 바와 같이 사회적 역할과 기능에 초점을 두기 때문에 그 사회의 가치나 규범을 기준으로 '정상으로부터의 이탈'이라는 가치가 포함될 수 있는 제한이 따르며, 그 한 예로 경제적 자족의 측정은 단순히 수입을 계산하여 장애가 없는 인구집단의 소득수준과 비교하는 문항이므로 정상에 대한 가치 편중을 나타낸다고 볼 수 있을 것이다.

따라서 이러한 한계를 극복하기 위해 Dijkers 등(2000)이 제시한 바와 같이 현재수준에 대한 대상자의 인식을 조사하는 것이 합리적이라고 할 수 있을 것이다.

이러한 제한점과 이를 보완하기 위한 방안들을 고려하여 본 연구에서는 CHART에 포함되어 있는 문항 내용을 근거로 하되, Weissman(1971)의 SAS(Social Adjustment Scale)의 도구 형태와 문항내용을 참고하여 도구를 작성하였다.

CHART의 항목 중 신체적 독립성은 본 연구의 외생변수 중 하나인 신체적 상태와 중복될 수 있으므로 이 개념은 사회적 통합성 측정에서 제외하고, 환경 내에서의 활동성, 타인과의 상호작용, 사회활동 및 여가활동, 가족내 역할 및 경제적 자족에 대한 내용의 문항으로 구성하되, 대상자의 현재 수준에 대한 인식을 묻는 형식으로 도구를 구성한 후, 간호학과 교수 3인과 재활의학과 교수 1인의 전문가 타당도(face validity)를 확인하여 최종 15문항의 도구를 작성하였다.

자신의 현재 상황에 대한 대상자의 인식을 묻는 문항에 대해 '항상 그렇다' 5점, '해당 안됨' 0점의 6점 척도로, 점수는 최저 0점에서 최고 75점까지 가능하며 점수가 높을수록 대상자가 인식하는 사회적 재통합 정도가 높은 것이다.

이 도구를 지역사회에 거주하는 장애인 20명에게 적용한 결과, 도구의 신뢰도는 Cronbach's α = .87이었으며, 본 연구의 사전조사에서 도구의 신뢰도는 Cronbach's α = .87이었으며, 본 조사에서 도구의 신뢰도는 Cronbach's α = .80이었다.

본 연구에서 사용된 연구도구의 신뢰도는 < 표 1 >에 제시하였다.

표 1. 연구도구의 신뢰도

연구도구	문항수	범위	Cronbach's α
자아 존중감	8	8 - 32	.83
지각된 사회적 불이익	6	6 - 30	.72
신체기능	17	0 - 97	.93
지각된 가족지지	6	0 - 30	.93
지각된 정보지지	7	0 - 28	.87
지각된 스트레스	2	2 - 8	.83
정서중심 대처	10	0 - 30	.76
문제중심 대처	11	0 - 33	.84
사회적 재통합	15	0 - 75	.80

D. 자료수집 방법 및 연구절차

1. 사전조사

사전조사는 2001년 8월 15일에서 30일까지 W시 종합병원의 재활의학과 외래를 방문한 15명과 서울시 Y구 보건소에 등록되어 방문간호를 받고 있는 5명을 대상으로 하였으며, 연구 대상자와 조건이 같은 대상자를 선정하였다.

자료 수집은 외래를 방문한 환자의 경우 연구자가 직접 면담하여 질문지에 응답하게 하였고, 보건소에 등록된 환자의 경우, 보건 간호사와 함께 보건소를 직접 방문하여 면담을 하면서 이해하기 힘든 문장과 질문사항 및 반응을 살폈다. 설문 응답 시간은 평균 20분 정도 소요되었다.

2. 자료수집

1) 척수손상인들의 모임인 수레 바퀴회와 동호회 모임에 참여하고 있는 척수손상인들을 대상으로 먼저 각 모임의 대표에게 연구자가 연구의 목적을 설명하고 동의를 얻은 후 모임이 있는 시기에 연구자가 모임장소를 직접 방문하여 연구 참여를 허락한 대상자들에게 질문지를 나누어 준 후 직접 질문지에 체크하도록 하였으며 작성시 질문이 있는 경우 설명을 해 주었고, 시력이 좋지 않거나 질문지를 직접 읽지 못하는 경우 연구자가 직접 설문 내용을 읽어 주면서 질문지 작성에 도움을 주었다. 또한 필기도구를 사용할 수 없는 경우 대상자에게 답을 들은 후 연구자가 질문지에 표시하는 방식으로 자료를 수집하였다.

2) 구성원 중 당일 모임에 참석하지 않은 사람들에게는 각 모임의 대표자가 연구의 목적을 설명한 후 질문지를 작성 할 수 있도록 부탁하였으며, 모임의 대표에게 질문지에 대한 질문사항이 있는지 확인하여 질문 내용에 대해 완전히 이해하도록 하였다. 작성된 질문지는 모임 대표가 취합한 후 연구자가 직접 찾아가 취합된 질문지를 수거하였다.

3) 모임 구성원 중 지방에 거주하는 대상자는 일단 전화 면담을 통해 연구의 목적을 설명하여 대상자의 동의를 구한 후 우편 또는 전자우편으로 질문지를 보내고 작성 후 반송하도록 부탁하였으며, W시 가정 간호 사업소에 등록된 방문간호 대상인 척수 손상인 중, 전화를 통해 연구 참여에 동의한 대상자를 가정 방문하여 면담하면서 질문지에 응답하게 하였다.

자료 수집 기간인 2001년 8월 20일부터 11월 24일까지 총 155부가 수집되었으나 응답이 누락되거나 연구의 선정기준에서 벗어난 대상자의 질문지 10부를

제외하고 총 145부를 분석하였다.

E. 자료 분석방법

수집된 자료는 SPSS program의 기술적 통계와 LISREL WIN 8.3 program을 이용하였다.

1. 연구 대상자의 일반적 특성은 기술적 통계량을 구하였다.
2. 연구도구의 신뢰도 검증은 Cronbach's α 계수, 연구 변수간의 상관관계는 상관분석(correlation analysis)으로 산출하였다.
3. 연구도구의 탐색적 인자분석을 위하여 Varimax rotation에 의한 주성분 분석을 이용하여 추출하였으며, 확증적 인자분석은 LISREL WIN 8.3 program을 이용하여 인자적재량을 검증하였다.
4. 가설적 모형의 부합도와 연구 가설 검증은 LISREL WIN 8.3 program을 이용하여 최대우도법(Maximum Likelihood Estimate)으로 공분산 구조분석을 하였다.

V. 연구 결과

A. 연구 대상자의 일반적 특성

연구 대상자의 일반적 특성은 <표 2>와 같다. 무응답과 비해당은 분석에서 제외하였으며, 각 특성별로 살펴보면 다음과 같다.

연구 대상자의 성별은 남자가 87.4%, 평균 연령은 35.57세로, 척수 손상인 대부분이 사회활동이 왕성한 생산 연령층이라는 기존의 문헌과 일치하였다. 종교는 기독교가 43.3%로 가장 많았고, 다음으로는 종교가 없는 경우가 26.7%였다.

결혼 상태는 미혼이 42.7%였으며, 손상전 결혼한 사람이 44.8%, 손상 후 결혼한 경우도 10.0%로 나타나 본 연구의 대상자의 55%정도는 기혼상태였고, 따라서 동거가족도 배우자와 함께 사는 경우가 10.9%, 그리고 배우자, 자녀 및 다른 친족(부모형제)과 함께 사는 경우가 41.4%로 약 52%가 배우자 및 자녀와 동거하는 것으로 나타났다.

교육수준은 고졸 이하가 53.3%였고, 대졸 이하가 34.4%로 비교적 교육 수준은 높은 편이었다.

직업은 무직인 경우가 전체의 56.7%였으며, 이 중 손상 후 실직한 경우가 15.6%로 대상자의 절반정도는 정규적으로 고용되지 않은 상태였으며, 정규직이 12.2%, 자영업이 10.5%, 그리고 기타가 15.4%였으며, 기타에는 화가, 조각가 등의 예술분야와 휠체어 농구단 선수, 컴퓨터 관련직종 등이 있었고, 그 외 사단법인 직원이나 선교활동을 하고 있는 대상자도 있어, 소수이지만 척수손상인들이 사회의 다양한 분야에서 활동하고 있음을 알 수 있었다.

표 2. 연구 대상자의 일반적 특성 (n=145)

특 성	구 분	명	%	평균± 표준편차
성별	남	120	82.7	
	여	25	17.3	
연령	20 - 30세	35	24.2	35.57±7.55
	31 - 40세	76	52.6	
	41 - 50세	26	17.9	
	51세 이상	9	5.3	
종교	기독교	63	43.3	
	무교	39	26.7	
	천주교	21	14.4	
	불교	16	11.1	
	도교	5	4.4	
결혼상태	미혼	62	42.7	
	손상전 결혼	65	44.8	
	손상후 결혼	13	10.0	
	손상후 이혼	3	1.5	
	손상전 이혼	1	1.0	
교육정도	초등학교 졸 이하	4	3.3	
	중졸이하	5	4.4	
	고졸이하	59	53.3	
	대졸이하	38	34.4	
	대학원 이상	4	3.3	
직업	무직	62	56.7	
	정규직(공무원, 회사원)	13	12.2	
	자영업	12	10.5	
	기타	17	15.4	
동거가족	배우자	12	10.9	
	배우자와 자녀외 친족	46	41.3	
	부모, 자녀 또는 형제	13	11.9	
	기타(친구, 간병인)	5	4.4	
경제상태	상	8	6.5	
	중	93	79.4	
	하	17	14.1	

B. 연구 대상자의 척수손상 관련 및 사회활동 관련 특성

연구 대상자의 손상 관련 특성 및 사회활동 관련 특성은 <표 3>과 같다.

무응답과 비해당은 분석에서 제외하였으며, 각 특성별로 살펴보면 다음과 같다.

연구 대상자들의 손상원인은 교통사고와 낙상이 각각 43.2%와 29.5% 순으로 많은 것으로 나타났으며, 기타에는 농구와 스키와 같은 스포츠 활동 중 부상이 포함되었다.

손상부위는 흉수가 56.4%, 경수가 33.0%, 그리고 요수가 10.6%였으며, 손상정도는 완전마비가 66.8%, 불완전 마비가 30.2% 였다.

손상 당시 나이는 평균 27.87세로, 21세-30세 사이가 53.3%로 가장 많았으며, 다음이 31세-40세 사이가 24.6%로 대상자의 70%이상이 20-30대에 손상을 받은 것으로 나타났으며, 손상기간은 평균 8.09년으로 3년-9년 사이가 55.7 %로 가장 많았다.

대상자 중 자기발전을 위한 활동을 하고 있는 경우가 응답자의 65%였는데, 구체적인 내용을 보면 컴퓨터 관련 활동(웹마스터, 홈페이지 디자인)이 가장 많았고(22.4%), 그 외 방송통신대나 대학원에 진학하여 학업을 계속하거나(9.5%) 서예, 회화와 같은 예술활동(6.9%), 그리고 농구와 테니스 같은 스포츠 활동(5.9%) 등의 다양한 활동을 하고 있었으며, 기타로는 자격증 취득준비, 글쓰기(시), 지점토 공예 등이 포함되었다.

사회활동 참여는 장애인들의 모임, 친목회 및 동창회, 그리고 종교활동의 순으로 참여하고 있었으며, 이 중 2가지 이상의 활동에 참여하는 경우가 50%이상이었고, 사회활동 참여빈도는 주당 1회 이하(41.0%), 주당 4-5회(21.7%)순이었으며, 응답자 중 사회활동에 참여하지 않고 있는 사람은 7.2%로 연구 참여자의 대부분이 정규적인 직업은 가지고 있지 않으나 나름대로 사회활동에 참여하고 있는 것으로 나타났다.

표 3. 연구 대상자의 척수손상 관련 및 사회활동 관련 특성(n=145)

특 성	구 분	명	%	평균±표준편차
손상원인	교통사고	48	43.2	
	낙상	33	29.5	
	산업재해	17	15.8	
	질병	7	6.3	
	기타사고	6	5.4	
손상부위	흉수	82	56.4	
	경수	48	33.0	
	요수	14	10.6	
손상정도	완전마비	91	69.8	
	불완전 마비	39	30.2	
손상당시 나이	20세 이하	17	15.0	27.87± 9.05
	21 - 30세	60	53.3	
	31세 - 40세	28	24.6	
	41세 - 50세	8	6.6	
	50세 이상	1	1.2	
손상기간	1 - 2년	21	18.1	8.09 ± 6.61
	3년 - 10년미만	64	55.7	
	10 - 20년이상	24	20.9	
	21년 이상	6	5.3	
자기개발활동	하고있지 않다.	39	35.3	
	컴퓨터관련활동	25	22.4	
	학업	11	7.1	
	스포츠활동	7	5.9	
	예술활동(그림, 조각 등)	8	3.5	
	기타	17	19.9	

표 3(계속). 연구 대상자의 척수손상 관련 및 사회활동 관련 특성 (n= 145)

특 성	구 분	명	%	평균±표준편차
사회활동	장애인들의 모임	55	61.8	
(중복응답임)	친목회 및 동창회	36	40.5	
	종교활동	25	28.1	
	직장 등 조직내의 모임	20	22.5	
	자원봉사활동	15	16.9	
	기타	6	6.6	
평균 사회활동	1회이하	45	41.0	
간격(회/ 주)	2-3회	17	15.7	
	4-5회	25	21.7	
	6-7회	16	14.5	
	사회활동안함	8	7.2	

C. 연구변수의 기술적 통계

연구변수의 기술적 통계인 평균, 표준편차 및 점수범위는 <표 4>와 같다. 각 도구의 점수는 변수간 비교의 용이성을 위해 0점에서 100점으로 환산하여 기술적 통계를 구하였다.

자아 존중감의 평균 점수는 68.03점으로 본 연구의 대상자들의 자아 존중감은 높은 편이었다.

지각된 사회적 불이익의 평균점수는 84.11점으로 사회적 불이익에 대해 높게 지각하고 있는 것으로 나타났는데, 점수가 높은 문항은 '쉽게 사용할 수 있는 재활시설이 부족하다', '직업을 갖는 것이 어렵다', 그리고 '재활에 필요한 주변환경 조성이 되어있지 않다'의 순으로 나타났다.

신체기능의 평균은 78.70점으로 본 연구의 대상자들은 대부분의 일상생

활 동작과 도구적 일상생활 동작을 혼자서 할 수 있는 것으로 나타났다.

지각된 가족지지의 평균점수는 77.08점으로 본 연구의 대상자들이 지각하는 가족지지는 높은 편이었으며, 그 중 '나는 가족을 믿고 의지할 수 있다'가 가장 점수가 높은 항목이었다.

지각된 정보지지의 평균 점수는 48.84점으로 본 연구 변수들 중 가장 낮았으며, 특히 장애나 손상으로 인한 여러 가지 문제와 관련된 정보에 대한 문항이 가장 낮은 점수를 보여, 척수 손상과 직접 관련된 문제들에 대한 정보에 대한 지지가 부족한 것으로 나타났다.

지각된 스트레스의 평균은 52.64점으로 본 연구 대상자들이 척수 손상에 대한 부정적 인지평가는 중간 정도인 것으로 나타났다.

정서중심 대처는 평균 54.06점이고 문제중심 대처의 평균은 56.64점으로 나타나 도구의 점수상 본 연구의 대상자들은 문제중심 대처를 정서중심 대처보다 조금 더 많이 사용하는 것으로 나타났다.

사회적 재통합의 평균 점수는 56.35점으로 본 연구의 대상자들은 중간 이상의 점수를 나타냈다.

표 4. 연구변수의 기술적 통계

연 구 변 수	평균	표준편차	범위	왜도	첨도
자아 존중감	68.03	14.64	34.38 - 100.00	.25	-.22
지각된 사회적 불이익	84.11	12.01	40.00 - 100.00	-.92	.62
신체기능	78.70	21.30	7.96 - 99.12	-2.16	2.73
지각된 가족지지	77.08	21.43	14.45 - 100.00	-1.04	1.00
지각된 정보지지	48.84	12.35	15.56 - 77.78	.33	.36
지각된 스트레스	52.64	20.62	25.00 - 100.00	.79	.31
정서중심 대처	54.06	17.53	6.67 - 100.00	.01	-.24
문제중심 대처	56.64	18.75	18.18 - 100.00	.02	-.68
사회적 재통합	56.35	15.69	18.46 - 93.85	.03	-.08

D. 연구 변수간의 상관관계

본 연구의 측정변수간의 상관계수는 <표 5>와 같다.

본 연구의 종속변수인 사회적 재통합과 각 변수와의 상관관계를 살펴보면 다음과 같다.

사회적 재통합은 지각된 사회적 불이익과 신체기능을 제외한 모든 변수와 유의한 상관관계를 나타냈는데, 지각된 스트레스와는 역 상관관계($r = -.29$, $p < .01$)를 나타냈으며, 정서중심 대처, 문제중심 대처, 자아 존중감, 지각된 가족지지 및 지각된 정보지지와는 정 상관관계를 보였고 이중 가장 높은 상관관계를 보인 변수는 자아 존중감($r = .54$, $p < .01$)이었다.

각 내생변수들과 외생변수들과의 상관관계를 살펴보면 다음과 같다.

지각된 스트레스는 사회적 재통합, 자아 존중감 및 신체기능과 유의한 역 상관관계를 나타냈는데, 이 중 가장 높은 상관관계를 보인 변수는 자아 존중감($r = -.49$, $p < .01$)이었다.

정서중심 대처는 자아 존중감, 지각된 가족지지, 문제중심 대처 및 사회적 재통합과 정 상관관계를 나타냈으며, 이중 가장 높은 상관관계를 보인 변수는 문제중심 대처($r = .62$, $p < .01$)였다.

문제중심 대처는 자아 존중감, 지각된 가족지지, 문제중심 대처 및 사회적 재통합과는 정 상관관계를 보였고, 이 중 가장 높은 상관관계를 보인 변수는 정서중심 대처($r = .62$, $p < .01$)였다.

표 5 . 연구 변수간의 상관계수

	Y1	Y2	Y3	Y4	X1	X2	X3	X4	X5
지각된 스트레스(Y1)	1.00								
정서중심 대처(Y2)	.04	1.00							
문제중심 대처(Y3)	-.16	.62**	1.00						
사회적 재통합(Y4)	-.29**	.36**	.43**	1.00					
자아 존중감(X1)	-.49**	.34**	.37**	.54**	1.00				
지각된 사회적 불이익(X2)	-.06	.06	.12	-.11	.01	1.00			
신체기능(X3)	-.22*	.07	-.02	.16	.16	-.10	1.00		
지각된 가족지지(X4)	-.04	.23**	.29**	.43**	.24**	.08	-.06	1.00	
지각된 정보지지(X5)	-.11	-.03	.17	.29**	.23**	-.14	.13	.26**	1.00

* p < .05, ** p < .01

E. 가설적 모형의 검증

1. 가설적 모형의 인정 가능성 검토

1) 모형 인정(Model Idendification)의 필요조건 검토

모형검증에 있어 필요조건은 모형내의 정보의 수와 미지수의 수를 비교하는 것으로 정보의 수가 미지수의 수보다 많아야 모델인정의 조건을 갖는다(양병화, 1999; 이순묵, 1990).

본 연구의 가설적 모형에서 이론변수(latent variables)가 9개이므로 정보의 수는 45개이고 미지수는 가설적 모형의 특징수 매트릭스에서 gamma 행렬 12개, beta행렬 5개, phi행렬 15개, psi 행렬 4개로 미지수의 수는 총 37 개로 정보의 수가 미지수의 수보다 8개 많아 이론모델의 간명함이 인정되어 모형식별을 위한 필요조건이 충족되었다.

2) 측정자료의 정규분포와 측정도구의 동질성 검토

경로분석의 미지수 추정은 최대 우도법(Maximum Likelihood Estimate)을 이용하였다. 이 방법은 모든 측정변수들이 다변량 정규분포를 따르는 경우에 이용할 수 있는데, 본 연구에서는 측정변수의 왜도(skewness)와 첨도(kurtosis) 중 신체기능 측정도구의 왜도와 첨도가 각각 -2.16과 2.73으로 다변량 정규분포에서 약간 벗어나 있었으나 나머지 변수들은 모두 다변량 정규분포를 하였으므로 최대 우도법을 적용하여 모수를 추정하였다.

2. 가설적 모형의 적합도 검증

가설적 모형과 실제자료가 잘 맞는지를 평가하기 위하여 전반적인 부합지수를 이용하였다.

적합도를 나타내는 부합지수는 여러 가지가 있지만 본 연구에서는 Chi-Square, 적합도지수(GFI), 조정부합치(AGFI), 원소간 평균차이(Root Mean Square Residual), 비표준 부합치(NNFI), 표준부합치(NFI), Critical Number(CN), 표준화 잔차(Standardized Residuals)를 이용하였다.

본 연구의 가설적 모형의 전반적 부합지수는 <표 6>에 제시하였다.

표 6. 가설적 모형의 적합도 지수

부합지수	χ^2 (p)	자유도	적합도 지수	조정 부합치	원소간 평균차이	비표준 부합치	표준 부합치	CN
가설적 모형	71.10 (p= .00)	8	0.89	0.36	0.064	0.22	0.74	37.45

가설적 모형의 χ^2 값이 71.10으로 유의 확률이 0.05 이하이므로 모델과 실제 자료가 잘 부합된다는 귀무가설을 기각하게 된다($p < .05$). 따라서 본 연구의 가설적 모형과 실제자료는 잘 부합되지 않으므로 모형수정의 필요성을 제시하고 있다.

그러나 χ^2 값을 이용하여 '가설적 모형이 자료에 잘 부합된다'는 귀무가설을 검정하기 위해서는 측정변수들이 다변량 정규분포를 하며, 분석자료가 공분산 자료이고 표본의 크기가 상당히 크다는 조건을 만족시켜야 하지만 이 조건들을 모두 만족시키는 것은 현실적으로 드물기 때문에 다른 적합도 지수를 활용할 필요가 있다(이순묵, 1990). 본 연구의 경우 측정변수 중 다변량 정규분포를 따르지 않는 변수가 있고 표본의 크기가 크지 않다는 점에서 다른 적합도 지수들을 함께 살펴본 후 모형의 적합도를 평가하여야 한다.

적합도 지수(GFI)는 0.89로 일반적으로 .90 이상이면 큰 문제가 없는 모형으로 평가하며, .95 이상이면 좋은 모형이라고 할 수 있으므로(조현철, 1999), 본 연구의 가설적 모형은 적합도 지수가 부적절하다고 볼 수 있다.

조정부합치(AGFI)는 0.36으로 가설적 모형이 자료와 잘 부합되지 않는 것으로 나타났다.

원소간 평균차이(Root Mean Square Residual)는 0.064로 0.05보다 크므로 수정이 필요한 모형이라고 할 수 있다.

비표준 부합치(NNFI)는 0.22로 0.9보다 낮았으며 표준 부합치(NFI)도 0.74로 0.9보다 낮아 가설적 모형과 실제 자료가 잘 맞지 않는 것으로 나타났다.

Critical Number(CN)는 37.45로 가설적 모형의 공분산 구조가 적절히 산출되지 못하였음을 보여주고 있다.

따라서 본 연구의 적합도 지수들의 값이 전반적으로 낮게 나와 모형과 실제자료가 잘 부합되지 않아 모형 수정의 필요성을 제시하고 있다.

세부적 지수는 모형이 일단 적당하지 않은 것으로 평가된 후에 더 나은 모형 찾기에 도움을 주는 방법으로서, 여러 가지가 있으나 본 연구에서는 표준화 잔차를 이용하였다.

표준화 잔차(Standardized Residuals)중 표준화 잔차의 중위수는 0.75이며, 가장 작은 표준화 잔차는 -7.39, 가장 큰 표준화 잔차가 6.41로 나타나 표준화 잔차가 2.58 이상인 경로가 8개 나타나 모형 수정의 필요성을 제시하였다.

표준화 잔차의 stem-leaf plot은 0을 중심으로 한쪽으로 약간 치우쳐 있어 정상분포 모양을 이루지 않고 있으므로 모형의 적합도가 좋지 않음을 의미한다.

또한 표준화 잔차의 Q-plot은 기울기가 1보다 작아 모형이 자료와 잘 부합되지 않음을 보여주고 있다.

3. 가설적 모형의 모수 추정 및 효과계수

가설적 모형의 모수 추정은 최대 우도법에 의한 모수 추정치(β, γ)와 표준오차, t 값, 내생변수의 다중상관자승치(SMC : Squared Multiple Correlation)를 이용하였으며 결과는 <표 7>에 제시하였다.

내생변수를 중심으로 이론변수들간의 직접효과를 살펴보면 다음과 같다.

지각된 스트레스가 자아 존중감, 지각된 사회적 불이익, 신체기능, 지각된 가족지지 및 지각된 정보지지에 의해 설명되는 정도는 43%였다. 이 예측변수들 중 통계적으로 유의한 변수는 자아 존중감(γ_{11} = - 0.65, t= -6.38, p < .01)으로 자아 존중감이 낮을수록 지각된 스트레스가 높았다.

정서중심 대처는 자아 존중감, 지각된 가족지지, 지각된 정보지지 및 지각된 스트레스에 의해 62% 설명되었다. 즉 자아 존중감이 높을수록(γ_{21} = 0.98, t= 6.43, p < .01), 지각된 정보지지가 낮을수록(γ_{25} = -0.21, t= -2.11, p < .05), 그리고 지각된 스트레스가 높을수록 (β_{21} = 0.70, t= 4.80, p < .01) 정서중심 대처가 높았으며 이 예측변수들은 통계적으로 모두 유의하였다.

문제중심 대처는 자아 존중감, 지각된 가족지지, 지각된 정보지지, 지각된 스트레스에 의해 42% 설명되었으며, 이 중 통계적으로 유의한 변수들간의 관계를 중심으로 살펴보면 자아 존중감이 높을수록(γ_{31}= 0.75, t= 5.29, p < .01), 그리고 지각된 스트레스가 높을수록 (β_{31}= 0.37, t= 2.77, p < .01) 문제중심 대처가 높았다.

사회적 재통합은 지각된 사회적 불이익, 신체기능, 지각된 스트레스, 정서중심 대처 및 문제중심 대처에 의해 53%가 설명되며, 이 중 지각된 사회적 불이익(γ_{42} = - 0.23, t= -2.44, p < .01)이 낮을수록, 지각된 스트레스가 낮을수록 (β_{41} = -0.38, t= -4.00, p < .01), 정서중심 대처가 높을수록(β_{42} = 0.34, t= 3.07, p < .01), 그리고 문제중심 대처가 높을수록(β_{43} = 0.33, t= 3.07, p < .01) 사회적 재통합이 높았으며, 이 변수들은 통계적으로 모두 유의하였다.

표 7. 가설적 모형의 모수추정치, t 값 및 다중상관자승치

내생변수 예측변수	경로계수	표준오차	t 값	다중상관 자승치
지각된 스트레스				0.43
자아 존중감(γ_{11})	-0.65	0.10	-6.38**	
지각된 사회적 불이익(γ_{12})	-0.06	0.10	-0.61	
신체기능(γ_{13})	-0.11	0.08	-1.29	
지각된 가족지지(γ_{14})	0.10	0.09	1.08	
지각된 정보지지(γ_{15})	0.01	0.10	0.01	
정서중심 대처				0.62
자아 존중감(γ_{21})	0.98	0.15	6.34**	
지각된 가족지지(γ_{24})	0.17	0.10	1.68	
지각된 정보지지(γ_{25})	-0.21	0.10	-2.11*	
지각된 스트레스(β_{21})	0.70	0.14	4.80**	
문제중심 대처				0.42
자아 존중감(γ_{31})	0.75	0.14	5.29**	
지각된 가족지지(γ_{34})	0.18	0.10	1.89	
지각된 정보지지(γ_{35})	-0.01	0.10	-0.06	
지각된 스트레스(β_{31})	0.37	0.13	2.77**	
사회적 재통합				0.53
지각된 사회적 불이익(γ_{42})	-0.23	0.10	-2.44*	
신체기능(γ_{43})	0.06	0.09	0.67	
지각된 스트레스(β_{41})	-0.38	0.09	-4.00**	
정서중심 대처(β_{42})	0.34	0.11	3.07**	
문제중심 대처(β_{43})	0.33	0.11	3.07**	

* $p<.05$, ** $p<.01$

가설적 모형의 효과계수에 대한 분석 결과는 <표 8>과 같다. <표 8>에서 보듯이 가설적 모형에서 직접효과가 유의한 경로는 총 18개의 경로 중 10개이며,

표 8. 가설적 모형의 각 예측변수의 효과계수(Effect Coefficient)

내생변수 예측변수	직접 효과	간접 효과	t 값	총효과	t 값
지각된 스트레스					
자아 존중감(γ_{11})	-0.65**	-	-	-0.65	6.38**
지각된 사회적 불이익(γ_{12})	-0.06	-	-	-0.06	-0.61
신체기능 (γ_{13})	-0.11	-	-	-0.11	-1.29
지각된 가족지지 (γ_{14})	0.10	-	-	0.10	1.08
지각된 정보지지 (γ_{15})	0.01	-	-	0.01	0.01
정서중심 대처					
자아 존중감 (γ_{21})	0.98**	-0.45	-3.49**	0.53	4.85**
지각된 가족지지 (γ_{24})	0.17	0.07	1.05	0.24	2.35*
지각된 정보지지(γ_{25})	-0.21*	0.00	0.01	-0.21	-2.01*
지각된 스트레스 (β_{21})	0.70**	-	-	0.70	4.80**
문제중심 대처					
자아 존중감(γ_{31})	0.75**	-0.24	-2.40*	0.51	5.08**
지각된 가족지지 (γ_{34})	0.18	0.04	1.00	0.22	2.32*
지각된 정보지지 (γ_{35})	-0.01	0.00	0.01	-0.01	-0.06
지각된 스트레스 (β_{31})	0.37**	-	-	0.30	2.77**
사회적 재통합					
지각된 사회적 불이익(γ_{42})	-0.23**	0.00	0.15	-0.23	-2.43*
신체기능 (γ_{43})	0.06	0.00	0.16	0.06	0.71
지각된 스트레스 (β_{41})	-0.38**	0.36	3.87**	-0.02	-0.16
정서중심 대처 (β_{42})	0.34**	-	-	0.34	3.07**
문제중심 대처 (β_{43})	0.33**	-	-	0.33	3.07**

* $p<.05$, ** $p<.01$

직접효과는 유의하지 않았으나 간접효과가 추가되어 총효과가 통계적으로 유의

한 경로가 2개이고, 간접효과만이 유의한 경로는 없었으므로 총 12개의 경로가 통계적으로 유의하였다.

각 내생변수에 대한 예측변수의 효과를 살펴보면 다음과 같다. 지각된 스트레스에 대해서는 자아 존중감(γ_{11}= -0.65, t= -6.38, p < .01)만이 통계적으로 유의한 직접효과를 나타냈으며, 간접효과를 나타내는 변수는 없었다.

정서중심 대처에 대해, 자아 존중감은 직접효과(γ_{21}= 0.98, t= 6.34, p < .01)와 간접효과(효과계수 -0.45, t= -3.49, p< .01)가 모두 유의하여 총효과(효과계수 0.53, t= 4.85, p< .01)도 통계적으로 유의하였다. 또한 가족 지지는 직접효과(γ_{24}= 0.17, t= 1.68)와 간접효과(효과계수 0.07, t= 1.05)는 유의하지 않았으나 총효과(효과계수 0.24, t= 2.35, p< .05)는 통계적으로 유의하였다. 정보지지는 직접효과(γ_{25}= -0.21., t= -2.11, p< .05)는 유의하였고, 간접효과는 유의하지 않았으나 총효과(효과계수 -0.21, t= -2.01, p< .05)는 유의하였으며, 지각된 스트레스는 간접효과는 없고 직접효과(β_{21} = 0.70, t= 4.80, p < .01)만 나타났다.

문제중심 대처에 대해, 자아 존중감은 직접효과(γ_{31}= 0.75, t= 5.29, p < .01)와 간접효과(효과계수 -0.24, t= -2.40, p< .05)가 모두 유의하였고 총 효과(효과계수 0.51, t= 5.08, p< .01)도 유의하게 나타났다. 가족 지지는 직접효과(γ_{34}= 0.18, t= 1.89)와 간접효과(효과계수 0.04, t= 1.00)는 통계적으로 유의하지 않았으나 총효과(효과계수 0.22, t= 2.32, p< .05)는 유의하였다. 지각된 스트레스는 간접효과는 없고 직접효과(β_{31}= 0.37, t= 2.77, p < .01)만 있었다.

사회적 재통합에 대해 지각된 사회적 불이익은 직접효과(γ_{42}= - 0.23, t= -2.44, p< .05)만 있었고, 지각된 스트레스는 직접효과(β_{41}= -0.38, t= -4.00, p< .01)와 간접효과(효과계수 0.36, t= 3.87, p< .01)는 유의하였으나 총효과는 유의하지 않았다. 그리고 정서중심 대처는 간접효과는 없었고 직접효과(β_{42} = 0.34, t= 3.07, p < .01)만 있었으며, 문제중심 대처도 간접효과는 없었고 직접효과(β_{43} = 0.33, t= 3.07, p < .01)만 있었다. 가설적 모형의 경로도해는 <그림 3>과 같다.

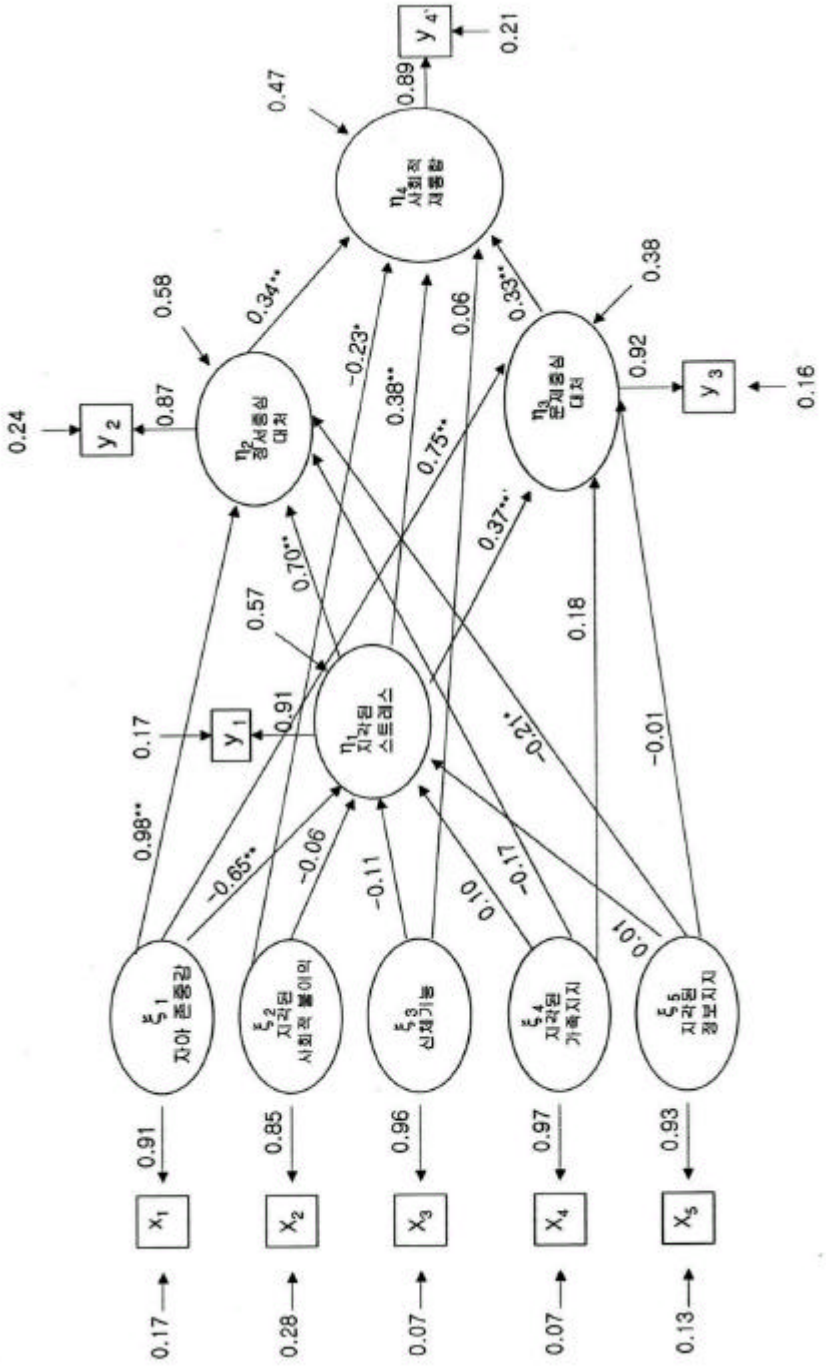


그림 3. 가설적 모형의 경로도해

F. 수정모형의 검증

1. 모형의 수정

모형을 찾는 것은 간명함과 적합도를 동시에 증가시키거나 또는 그 중 하나의 희생을 최소화하면서 다른 하나의 증가를 최대화시키고자 하는 과정으로 모형 수정을 통해 이루어진다(양병화, 1998; 이순묵, 1990).

모형 수정 방법에는 기존의 이론변수를 유지하면서 자유 특징수를 추가 또는 고정하는 방법, 그리고 이론변수의 추가 및 제거를 포함하여 수정하는 방법 등이 있다(강병서, 1999; 이순묵, 1990). 본 연구에서는 기존 이론 변수는 유지하면서 모형을 수정하는 방법을 이용하였으며, 이론적 정당성을 고려하여 수정하였다.

먼저 기존의 이론변수를 유지하면서 자유 특징수를 추가할 때는 주로 추가지수(Modification Index)와 표준화 잔차를 이용하였다. 즉, 고정 특징수 중 가장 큰 추가지수를 보이고, 표준화 잔차가 크며, 그 관계가 이론적 타당성을 갖는 것을 자유화하는 방법과 기존의 이론변수를 유지하면서 자유특징수를 고정하기 위해 고정 지수가 충분히 작고(t 값의 절대치가 2보다 작을 때), 이론적 정당성이 있을 때, 그 특징수 값을 0으로 고정하였다.

본 연구의 가설적 모형에서는 표준화 잔차의 절대치가 2.58이상으로 나온 경로는 문제중심 대처와 정서중심 대처의 잔차로, 이 두 변수에 대해서는 추가지수가 20 이상으로 가장 크게 나와 이 두 변수간의 경로를 자유화시켜야 할 필요성을 제시하여 주었다. 따라서 두 대처 유형이 서로 영향을 주고받으면서 각 대처 유형이 더욱 증진되거나 억제될 수 있으며(Lazarus & Folkman, 1984), 상황에 따라서는 정서중심 대처를 통해 정서적 반응을 조절한 후 문제중심 대처를 사용하게 된다는(Mishel, 1992; Wineman, Durand & Steiner, 1994) 문헌에 근거하여 정서중심 대처가 문제중심 대처에 영향을 미치는 것으

로 가정하여 이 경로를 자유화하였다.

다음으로 추가지수가 크고 이론적으로 정당하다고 판단된 경로를 자유화하였는데, 지각된 가족지지에서 사회적 재통합으로 가는 경로, 그리고 지각된 정보지지에서 사회적 재통합으로 가는 경로를 자유화하였다.

그리고 고정지수가 작고, 이론적 타당성이 비교적 적은 경로를 순차적으로 고정하여 수정모형을 확정하였다. 이 과정에서 고정지수의 절대값이 2보다 작은 경로 중 지각된 정보지지에서 지각된 스트레스로의 경로(t= 0.01)와 신체기능에서 사회적 재통합으로의 경로(t= 0.67)가 고정되었다. 지각된 정보지지에서 문제중심 대처 경로의 고정지수(t= -0.06)도 2보다 작았으나 이 경로를 고정할 경우, 전체 모형의 적합도가 저하되었으며, 지각된 정보지지가 문제중심 대처에 미치는 이론적 타당성을 고려하여 이 경로는 고정하지 않았다.

2. 수정 모형의 적합도 평가

모형을 수정하는 것은 적합도를 유지하면서 간명한 모형을 찾기 위해서이다. 이 때 수정된 모형이 가설적 모형보다 간명하면서 적합도가 좋은 모형임을 검증하는 방법 중 하나가 카이제곱 차이 검정(χ^2 difference test)이다(이순묵, 1990).

이 방법에 따라 본 연구의 가설적 모형과 수정모형을 비교해 볼 때, 두 모형간의 카이 제곱 차이는 59.68(=71.10-11.42)이고 자유도의 차이는 2로, 카이제곱 차이 값이 자유도 차이 값보다 큰 것으로 나와 수정 모형의 적합도나 간명도에 있어 실질적인 증진이 있었음을 보여주었다.

3. 수정 모형의 적합도 검증

수정모형의 적합도 지수는 <표 9>에 제시하였다.

수정모형의 적합도는 전반적 부합지수에서 나타난 것처럼 χ^2값도 감소하였고, 조정 부합치, 원소간 평균차이, 비표준 부합치, 표준 부합치, CN 등의 지수 값이 적합한 범위 내에 속하는 것으로 나타났다. 세부적 부합지수인 표준화 잔차는 -1.86에서 2.54의 범위로 감소하였고, stem-leaf도 0을 중심으로 비교적 대칭적 분포를 보였다. 또한 Q-plot의 기울기가 1이상의 직선형을 보여 수정된 모형이 실제자료와 잘 부합됨을 보여주었다.

표. 9 수정 모형의 적합도 지수

부합지수	χ^2 (p)	자유도	적합도지수	조정 부합치	원소간 평균차이	비표준 부합치	표준 부합치	CN
수정모형	11.28 (.13)	6	0.98	0.90	0.027	0.92	0.96	258.19

4. 수정 모형의 모수 추정

수정 모형의 모수 추정은 최대 우도법에 의한 모수 추정치(β, γ)와 표준오차, t 값, 내생변수의 다중상관자승치(SMC : Squared Multiple Correlation)를 이용하였으며 결과는 <표 10>에 제시하였다.

내생변수를 중심으로 이론변수들간의 직접효과를 살펴보면 다음과 같다.

지각된 스트레스는 자아 존중감, 지각된 사회적 불이익, 신체기능, 지각된 가족지지 및 지각된 정보지지에 의해 설명되는 정도는 40%였다. 이 예측변수들 중 통계적으로 유의한 변수는 자아 존중감(γ_{11}= -0.61, t= -6.17, p< .01)으로 자아 존중감이 낮을수록 지각된 스트레스가 높았다.

정서중심 대처는 자아 존중감, 지각된 가족지지, 지각된 정보지지 및 지각된 스트레스에 의해 43% 설명되며, 이 예측변수들 중 자아 존중감이 높을수록(γ_{21}= 0.76, t= 5.15, p < .01), 지각된 정보지지가 낮을수록(γ_{25}= -0.22, t= -2.12, p < .05), 그리고 지각된 스트레스가 높을수록 (β_{21}= 0.50, t= 3.56, p <

표 10. 수정 모형의 모수 추정치, t 값 및 다중상관자승치

내생변수 예측변수	경로계수	표준오차	t 값	다중상관 자승치
지각된 스트레스				0.40
자아 존중감(γ_{11})	-0.61	0.10	-6.17**	
지각된 사회적 불이익(γ_{12})	-0.10	0.10	-1.07	
신체기능 (γ_{13})	-0.12	0.09	-1.31	
지각된 가족지지 (γ_{14})	0.13	0.09	1.44	
정서중심 대처				0.43
자아 존중감 (γ_{21})	0.76	0.15	5.15**	
지각된 가족지지 (γ_{24})	0.15	0.09	1.40	
지가된 정보지지(γ_{25})	-0.22	0.10	-2.12*	
지각된 스트레스 (β_{21})	0.50	0.14	3.56**	
문제중심 대처				0.75
자아 존중감(γ_{31})	-0.30	0.18	-1.66	
지각된 가족지지 (γ_{34})	0.07	0.09	0.72	
지각된 정보지지 (γ_{35})	0.24	0.10	2.43*	
지각된 스트레스 (β_{31})	-0.40	0.15	-2.65**	
정서중심 대처 (β_{32})	0.95	0.15	6.48**	
사회적 재통합				0.65
지각된 사회적 불이익(γ_{42})	-0.22	-0.09	-2.36*	
지각된 가족지지 (γ_{44})	0.33	0.09	3.54**	
지각된 정보지지 (γ_{45})	0.22	0.10	2.16*	
지각된 스트레스 (β_{41})	-0.41	0.10	-4.21**	
정서중심 대처 (β_{42})	0.57	0.22	2.64**	
문제중심 대처 (β_{43})	0.12	0.21	0.83	

* $p < .05$, ** $p < .01$

.01) 정서중심 대처가 높았으며 이 변수들은 통계적으로 모두 유의하였다.

문제중심 대처는 자아 존중감, 지각된 가족지지, 지각된 정보지지, 지각된 스트레스 및 정서중심 대처에 의해 75% 설명되며, 이 중 통계적으로 유의한 변수들간의 관계는 정보지지가 높을수록(γ_{35}=0.24, t= 2.43, p< .05), 지각된 스트레스가 높을수록(β_{31}= -0.40, t= -2.65, p< .01), 그리고 정서중심 대처가 높을수록(β_{32}= 0.95, t= 6.48, p< .01) 문제중심 대처가 높았다.

사회적 재통합은 지각된 사회적 불이익, 지각된 가족지지, 지각된 정보지지, 지각된 스트레스, 정서중심 대처 및 문제중심 대처에 의해 65%가 설명되며, 이 중 지각된 사회적 불이익(γ_{42}= -0.22, t= -2.36, p < .01)이 낮을수록, 지각된 가족지지(γ_{44}= 0.33, t= 3.54, p < .01)및 정보지지(γ_{45}= 0.23, t= 2.16, p < .05)가 높을수록, 지각된 스트레스가 낮을수록(β_{41}= -0.43, t= -4.28, p < .01), 그리고 정서중심 대처가 높을수록(β_{42}= 0.57, t= 2.64, p < .05) 사회적 재통합이 높았다.

5. 수정 모형의 효과분석

수정 모형의 효과계수에 대한 분석 결과는 <표 11>과 같다.

내생변수를 중심으로 이론변수들간의 직접효과, 간접효과 및 총효과를 살펴보면 다음과 같다.

지각된 스트레스에 대해서는 자아 존중감(γ_{11}= -0.61, t= -6.17, p < .01)만이 통계적으로 유의한 직접효과를 갖는다.

정서중심 대처에 대해서는 자아 존중감의 직접효과(γ_{21}= 0.76, t= 5.15, p < .01)와 간접효과(효과계수 -0.30, t= -2.90, p< .05)가 유의하였고, 두효과가 합쳐진 총효과(효과계수 0.46, t= 4.20, p< .01)도 유의하였다.

지각된 가족지지의 직접효과와 간접효과는 유의하지 않았으나 두 효과가

표 11. 수정 모형의 각 예측변수의 효과계수

내생변수 예측변수	직접 효과	간접 효과	t 값	총효과	t 값
지각된 스트레스					
자아 존중감(γ_{11})	-0.61**	-	-	-0.61	-6.17**
지각된 사회적 불이익(γ_{12})	-0.10	-	-	-0.10	-1.07
신체기능(γ_{13})	-0.12	-	-	-0.12	-1.31
지각된 가족지지(γ_{14})	0.13	-	-	0.13	1.44
정서중심 대처					
자아 존중감(γ_{21})	0.76**	-0.30	-2.90**	0.46	4.20**
지각된 가족지지(γ_{24})	0.15	0.07	1.32	0.21	2.05*
지각된 정보지지(γ_{25})	-0.22*	-	-	-0.22	-2.12*
지각된 스트레스(β_{21})	0.50**	-	-	0.50	3.56**
문제중심 대처					
자아 존중감(γ_{31})	-0.30	0.68	3.70**	0.38	3.61**
지각된 가족지지(γ_{34})	0.07	0.15	1.51	0.21	2.19*
지각된 정보지지(γ_{35})	0.24*	-0.21	-1.98**	0.03	0.27
지각된 스트레스(β_{31})	-0.40**	0.47	2.94**	0.08	0.56
정서중심 대처(β_{32})	0.95**	-	-	0.95	6.48**
사회적 재통합					
지각된 사회적 불이익(γ_{42})	-0.22*	0.01	0.79	-0.20	-2.21*
지각된 가족지지(γ_{44})	0.33**	0.04	0.63	0.36	4.05**
지각된 정보지지(γ_{45})	0.22*	-0.13	-1.74	0.09	0.99
지각된 스트레스(β_{41})	-0.41**	0.27	2.46*	-0.14	-1.28
정서중심 대처(β_{42})	0.57*	-0.12	-0.57	0.45	4.90**
문제중심 대처(β_{43})	0.12	-	-	0.12	0.83

* $p < .05$, ** $p < .01$

합쳐진 총효과(효과계수 0.21, $t = 2.19$, $p < .05$)가 유의하였으며, 지각된 정보지

지는 간접효과는 없었으며 직접효과(γ_{25}= -0.22, t= -2.12, p< .05)만이 유의하였다.

지각된 스트레스는 간접효과는 없었고 직접효과(β_{21}=0.50, t= 3.56, p< .01)만이 유의하였다.

문제중심 대처에 대해서, 자아 존중감은 직접효과는 유의하지 않았으나, 간접효과(효과계수 0.68, t= 3.70, p<.01)가 유의하였고, 두 효과가 합쳐진 총효과(효과계수 0.38, t=3.61, p< .01)도 유의하였다. 지각된 가족지지는 직접효과(γ_{34}= 0.07, t= 0.72), 간접효과(효과계수 0.15, t=1.51)는 유의하지 않았으나 총효과(효과계수 0.21, t=2.19, p< .05)는 유의하였다. 지각된 정보지지는 직접효과(γ_{35}= 0.24, t= 2.43, p< .05)와 간접효과(효과계수 -0.21, t= -2.98, p< .01)는 유의하였으나 총효과는 유의하지 않았다. 지각된 스트레스는 직접효과(β_{31}= -0.40, t= -2.65, p< .01)와 간접효과(효과계수 0.49, t= 2.94, p< .01)는 유의하였으나 총효과는 유의하지 않았다. 정서중심 대처는 간접효과는 없었고 직접효과(β_{32}= 0.95, t= 6.48, p < .01)만이 유의하였다.

사회적 재통합에 대해서, 지각된 사회적 불이익은 직접효과(γ_{42}= -0.22, t= -2.36, p < .01)는 유의하였으나 간접효과는 유의하지 않았고 두 효과가 합쳐진 총효과(효과계수 -0.20, t= -2.21, p< .05)는 유의하였다. 지각된 가족지지는 간접효과는 유의하지 않았으나 직접효과(γ_{44}= 0.33, t= 3.54, p< .01)와 총효과(효과계수 0.36, t= 4.05, p< .01)가 유의하였고, 지각된 정보지지는 직접효과(γ_{45}= 0.22, t= 2.16, p< .05)만이 유의하였으며, 지각된 스트레스는 직접효과(β_{41}= -0.41, t= -4.21, p< .01)와 간접효과(효과계수 0.27, t= 2.46, p< .05)는 유의하였으나 총효과는 유의하지 않았다. 그리고 정서중심 대처는 간접효과는 유의하지 않았으나 직접효과(β_{42}= 0.57, t= 2.64, p < .01)와 총효과(효과계수 0.45, t= 4.90, p< .01)가 유의하였고 문제중심 대처는 직접효과(β_{42}= 0.18, t= 0.83)만 있었으나 통계적으로 유의하지 않았다.

수정모형에 대한 경로도해는 <그림 4>와 같다.

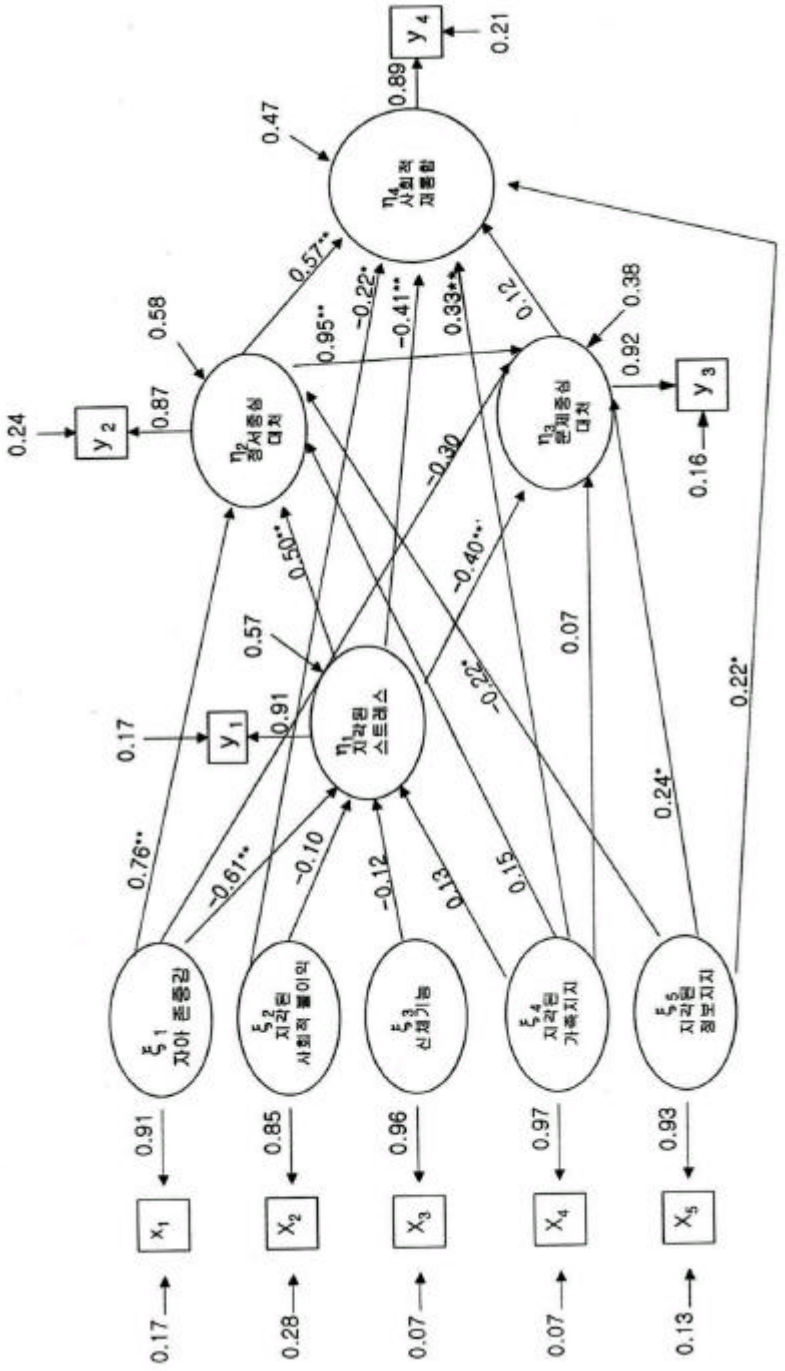


그림 4. 수정모형의 경로 도해

G. 가설검증

□ 지각된 스트레스를 내생변수로 하는 가설

가설 1 : 자아 존중감이 높으면 지각된 스트레스가 낮을 것이다(γ_{11}).
이 가설은 직접효과가 통계적으로 유의하여 지지되었다
(γ_{11}= -0.61, t= -6.17, p < .01).

가설 2 : 지각된 사회적 불이익이 높으면 지각된 스트레스는 높을 것이다
(γ_{12}).
이 가설은 직접효과가 통계적으로 유의하지 않아 기각되었다
(γ_{12}= -0.10, t= -1.07).

가설 3 : 신체기능이 높으면 지각된 스트레스가 낮을 것이다(γ_{13}).
이 가설은 직접효과가 통계적으로 유의하지 않아 기각되었다
(γ_{13}= -0.12, t= -1.31).

가설 4 : 지각된 가족지지가 높으면 지각된 스트레스가 낮을 것이다(γ_{14}).
이 가설은 직접효과가 통계적으로 유의하지 않아 기각되었다
(γ_{14} = 0.13, t= 1.44).

가설 5 : 지각된 정보지지가 높으면 지각된 스트레스가 낮을 것이다(γ_{15}).
이 가설은 가설적 모형에서 직접효과가 통계적으로 유의하지 않아
기각되었다(γ_{15} = 0.01, t= 0.01).

□ 정서 중심 대처를 내생변수로 하는 가설

가설 6 : 자아 존중감은 정서중심 대처에 영향을 미칠 것이다(γ_{21}).

이 가설은 직접효과(γ_{21}= 0.76, t= 5.15, p< .01)와 간접효과(효과계수 -0.30, t= -2.90, p< .01)및 총효과(효과계수 0.46, t= 4.20, p< .01)가 통계적으로 모두 유의하여 지지되었다.

가설 7 : 지각된 가족지지는 정서중심 대처에 영향을 미칠 것이다(γ_{24}).

이 가설은 직접효과와 간접효과는 유의하지 않았으나, 총효과(효과계수 0.21, t= 2.05, p< .05)가 통계적으로 유의하여 지지되었다.

가설 8 : 지각된 정보지지는 정서중심 대처에 영향을 미칠 것이다(γ_{25}).

이 가설은 직접효과(γ_{25}= -0.22, t= -2.12, p< .05)가 통계적으로 유의하여 지지되었다.

가설 9 : 지각된 스트레스는 정서중심 대처에 영향을 미칠 것이다(β_{21}).

이 가설은 직접효과(β_{21}= 0.50, t= 3.56, p< .01)가 통계적으로 유의하여 지지되었다.

□ 문제 중심 대처를 내생변수로 하는 가설

가설 10 : 자아 존중감은 문제중심 대처에 영향을 미칠 것이다(γ_{31}).

이 가설은 직접효과는 유의하지 않았으나 간접효과(효과계수 0.73, t= 3.94, p< .01)와 총효과(효과계수 0.38, t= 3.61, p< .01)가 유의하여 지지되었다.

가설 11 : 지각된 가족지지는 문제중심 대처에 영향을 미칠 것이다(γ_{34}).

이 가설은 직접효과, 간접효과는 유의하지 않았으나 총효과 (효과계수 0.21, t=2.19, p< .05)가 통계적으로 유의하여 지지되었다.

가설 12 : 지각된 정보지지는 문제중심 대처에 영향을 미칠 것이다(γ_{35}).

이 가설은 총효과는 유의하지 않았으나 직접효과(γ_{35}= 0.24, t= 2.43, p< .01)와 간접효과(효과계수 -0.21, t= -1.98, p< .05)가 통계적으로 유의하여 지지되었다.

가설 13 : 지각된 스트레스는 문제중심 대처에 영향을 미칠 것이다(β_{31}).

이 가설은 총효과는 유의하지 않았으나 직접효과(β_{31}= -0.40, t= -2.65, p< .01)와 간접효과(효과계수 0.47, t= 2.94, p< .01)가 통계적으로 유의하여 지지되었다.

□ 사회적 재통합을 내생변수로 하는 가설

가설 14 : 지각된 사회적 불이익이 높으면 사회적 재통합이 낮을 것이다 (γ_{42}).

이 가설은 간접효과는 유의하지 않았으나 직접효과(γ_{42}= -0.22, t= -2.36, p< .05)와 총효과(효과계수 -0.20, t= -2.21, p< .05)가 통계적으로 유의하여 지지되었다.

가설 15 : 신체기능이 높으면 사회적 재통합이 높을 것이다(γ_{43}).

이 가설은 가설적 모형에서 직접효과, 간접효과 및 총효과가 통계적으로 유의하지 않아 기각되었다.

가설 16 : 지각된 스트레스는 사회적 재통합에 영향을 미칠 것이다(β_{41}).

이 가설은 총효과는 유의하지 않았으나 직접효과(β_{41}= -0.41, t= -4.21, p< .01)와 간접효과(효과계수 0.27, t= 2.46, p< .05)가 통계적으로 유의하여 지지되었다.

가설 17 : 정서중심 대처는 사회적 재통합에 영향을 미칠 것이다(β_{42}).

이 가설은 간접효과는 유의하지 않았으나 직접효과(β_{42}= 0.57, t= 2.64, p< .01)와 총효과(효과계수 0.45, t= 4.90, p< .01)가 통계적으로 유의하여 지지되었다.

가설 18 : 문제중심 대처는 사회적 재통합에 영향을 미칠 것이다(β_{43}).

이 가설은 직접효과(β_{43}= 0.18, t= 0.83)가 통계적으로 유의하지 않아 기각되었다.

□ 수정모형에서 추가된 가설

가설 19 : 정서중심 대처는 문제중심 대처에 영향을 미칠 것이다(β_{32}).

이 가설은 직접효과(β_{32}= 0.95, t=6.48, p< .01)가 통계적으로 유의하여 지지되었다.

가설 20 : 지각된 가족지지는 사회적 재통합에 영향을 미칠 것이다(γ_{44}).

이 가설은 간접효과는 유의하지 않았으나 직접효과(γ_{44}= 0.33, t= 3.54, p< .01)와 총효과(효과계수 0.36, t= 4.05, p< .01)가 통계적으로 유의하여 지지되었다.

가설 21: 지각된 정보지지는 사회적 재통합에 영향을 미칠 것이다(γ_{45}).

이 가설은 간접효과와 총효과는 유의하지 않았으나 직접효과(γ_{45}= 0.22, t= 2.16, p< .05)가 통계적으로 유의하여 지지되었다.

따라서 본 연구의 가설적 모형에서 설정하였던 18개의 가설 가운데 수정모형을 통해 12개의 가설이 지지되었고, 모형 수정과정 중 설정된 가설 3개도 지지되어 총 15개의 가설이 지지되었다.

H. 척수손상인의 사회적 재통합 설명모형

수정모형을 통해 검정된 가설을 근거로 척수손상인의 사회적 재통합을 유의하게 설명하는 변수들간의 관련성을 살펴보면 다음과 같다.

먼저 내생 변수들간의 관계에서 정서중심 대처는 사회적 재통합에 대해 가장 큰 직접효과(β_{42}=0.57, t=2.64, p< .01)를 갖는 변수로, 통계적으로 유의하지는 않았으나 반대 방향으로 영향을 미치는 간접효과(효과계수 -0.12, t=-0.57)에도 불구하고 총효과(효과계수 0.45, t= 4.90, p<. 01)가 가장 큰 변수로 확인되었다. 이는 정서중심 대처가 척수손상인의 사회적 재통합에 영향을 미치는 주요 변수임을 제시하는 결과라 하겠다.

다음으로 직접효과가 큰 변수는 지각된 스트레스(β_{41}= -0.41 t= -4.21, p < .01)로, 정서중심 대처와 문제중심 대처를 통한 간접효과와 합쳐져서 사회적 재통합에 대한 지각된 스트레스의 총효과(효과계수 -0.14, t=-1.28)는 통계적으로 유의하지 않았다. 이는 지각된 스트레스가 정서중심 대처와 문제중심 대처를 거치면서 부정적인 효과가 완충됨을 추론할 수 있는 결과라 하겠다.

또한 지각된 스트레스는 정서중심 대처와 문제중심 대처에 대해서 모두 유의한 직접효과가 있었는데, 그 방향성은 서로 반대인 것으로 나타났다. 즉, 지각

된 스트레스는 정서중심 대처에 대해 정적인 직접효과(β_{21}=0.50, t= 3.56, p< .01)를, 그리고 문제중심 대처에 대해서는 음적인 직접효과(β_{31}= -0.40, t= -2.65, p< .01)를 나타냈다. 이는 지각된 스트레스가 높을수록 정서중심 대처를 많이 사용하는 것으로 해석할 수 있다.

이상 내생변수간의 관계에서 사회적 재통합에 긍정적 영향을 미치는 변수는 정서중심 대처이며 부정적 영향을 미치는 변수는 지각된 스트레스이다.

다음으로 외생변수가 내생변수에 미치는 효과를 살펴보면 다음과 같다.

지각된 가족지지는 사회적 재통합에 대해 직접효과(γ_{44}=0.33, t=3.54, p< .01)가 가장 큰 변수였으며 간접효과(효과계수 0.04, t= 0.63)가 합쳐진 총효과(효과계수 0.36, t= 4.05, p< .01)도 모두 통계적으로 유의하였다. 다음으로 사회적 재통합에 대한 직접 영향이 유의한 변수는 지각된 정보지지(γ_{45}=0.22, t=2.16, p< .05)였다. 이는 척수손상인에 대한 가족지지와 정보지지가 척수손상인의 사회적 재통합에 직·간접적으로 긍정적 영향을 미치는 중요한 변수임을 제시하는 결과라 하겠다.

또한 지각된 사회적 불이익도 사회적 재통합에 대해 유의한 직접효과(γ_{42}= -0.22, t= -2.36, p< .05)및 총효과(효과계수 -0.20, t= -2.21, p< .05)를 가진 변수로 나타났는데, 사회적 불이익에 대한 지각은 척수손상인의 사회적 재통합을 저해하는 가장 중요한 변수라고 할 수 있을 것이다.

이상 살펴본 바와 같이 사회적 재통합에 긍정적 영향을 미치는 외생변수는 지각된 가족지지와 지각된 정보지지이며, 부정적 영향을 미치는 외생변수는 지각된 사회적 불이익이다.

자아 존중감은 정서중심 대처에 대해서 직접효과(γ_{21}=0.76, t=5.15, p< .01)가 가장 큰 변수로 나타났으며, 간접효과의 방향이 반대였음에도 불구하고 유의한 총효과(효과계수 0.46, t=4.20, p< .01)를 나타내었다.

또한 지각된 가족지지는 정서중심 대처에 대한 직접효과와 간접효과는 유의

하지 않았으나 이 두효과가 합쳐진 총효과(효과계수 0.21, t=2.05, p< .05)는 유의하였으며, 문제중심에 대해서도 총효과(효과계수 0.21, t=2.19, p< .05)가 유의하였다. 한편 지각된 정보지지는 정서중심 대처에 대해 유의한 직접효과(γ_{25}= -0.22, t= -2.12, p< .05)를 나타내기는 하였으나 반대방향으로 영향을 미치는 것으로 나타났다. 즉 정보지지가 높으면 정서중심 대처는 저하되는 것으로 해석할 수 있다. 이상 살펴본 바와 같이 자아 존중감과 지각된 가족지지는 정서중심 대처에 긍정적인 직접 영향을 미치는 외생변수로서, 정서중심 대처를 거쳐 사회적 재통합에도 간접적인 영향을 미치는 변수라 하겠다.

자아 존중감은 지각된 스트레스에 대해 직접효과(γ_{11}= -0.61, t= -6.17, p< .01)를 갖는 유일한 변수로, 자아 존중감이 높을수록 지각된 스트레스가 낮고 지각된 스트레스가 낮을수록 사회적 재통합이 증진되므로 자아 존중감은 지각된 스트레스를 거쳐 사회적 재통합에 간접적인 영향을 미치는 것으로 이해할 수 있을 것이다.

지금까지 살펴본 수정모형에서 유의한 경로로 지지된 변수들간의 관계를 요약하면 <그림 5>와 같다. 확인된 경로를 요약하면, 자아 존중감 →지각된 스트레스 → 정서중심 대처 → 사회적 재통합 경로, 지각된 가족지지(자아 존중감) → 정서중심 대처 → 사회적 재통합 경로, 지각된 스트레스(지각된 사회적 불이익) → 사회적 재통합 경로, 그리고 지각된 가족지지(지각된 정보지지) → 사회적 재통합 경로로 제시할 수 있다.

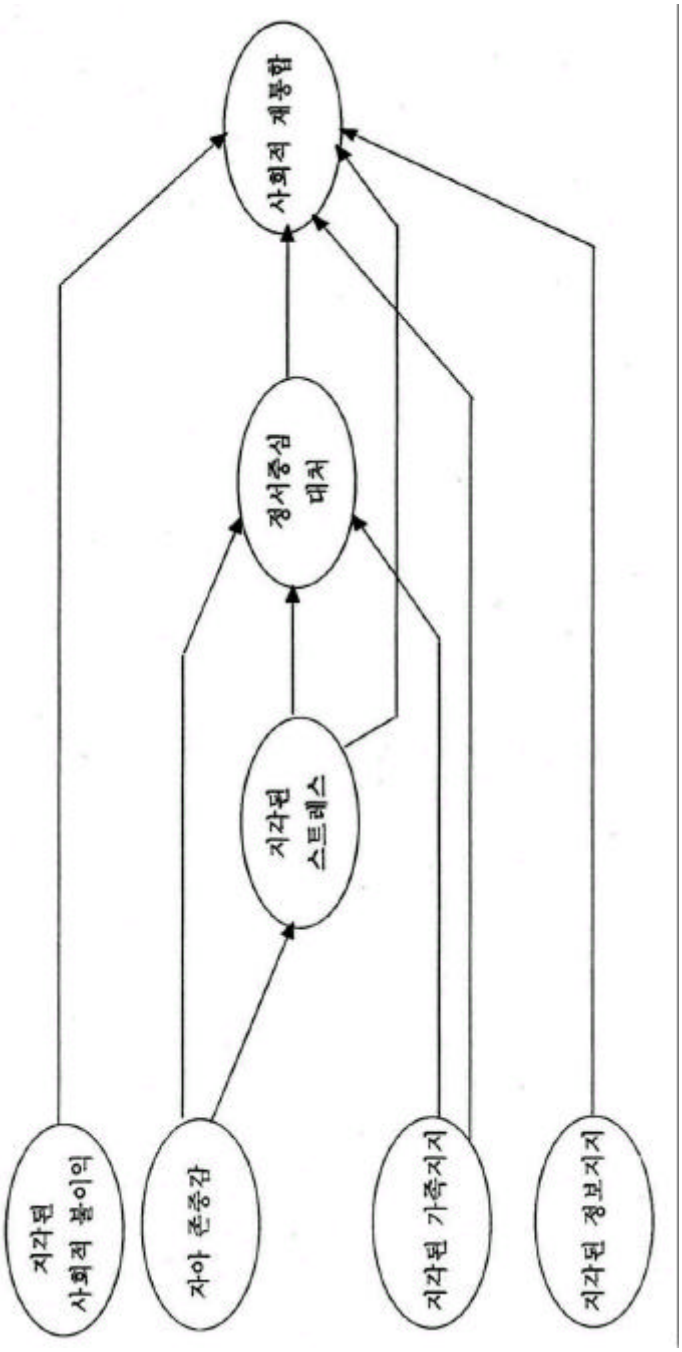


그림 5. **척수손상인의 사회적 재통합 설명 모형**

VI. 논 의

A. 척수손상인의 사회적 재통합 설명모형

본 연구는 척수손상인의 사회적 재통합을 설명하기 위해 관련 요인들을 규명하고 요인들간의 경로와 영향력을 파악하여 인과관계를 규명함으로써 척수손상인의 사회적 재통합을 증진할 수 있는 간호중재의 근거를 제공하기 위해 시도되었다.

본 연구의 개념적 기틀은 척수손상인의 사회적 재통합, 적응 또는 삶의 질에 대한 선행연구와 Lazarus-Folkman의 스트레스-대처 모형을 기반으로 구성되었으며, 척수손상인의 사회적 재통합에 영향을 주는 요인들은 본 연구의 개념적 기틀에 부합되고 추후 중재의 가능성이 있는 요인들을 중심으로 문헌고찰을 통해 선정, 변수로 조작화하여 가설적 모형을 구성하였다. 즉 척수손상인의 사회적 재통합에 영향을 미치는 요인으로 자아 존중감, 지각된 사회적 불이익, 신체기능, 지각된 가족지지 및 지각된 정보지지를 외생변수로 설정하였으며, 척수손상에 대한 개인의 인지적 평가와 이에 대한 대처기전 및 사회적 재통합을 내생변수로 설정하여 직접효과와 간접효과를 파악하는 가설적 모형을 구성하였다.

연구대상자는 척수손상 후 6개월 이상 경과하고 지역사회에 3개월 이상 거주하고 있는 하반신 마비 및 사지마비인 20세 이상의 척수손상인 145명이었으며, 자료수집은 자가보고식 질문지를 통해 이루어졌다.

모형의 검증은 공분산 구조분석을 이용하였다. 공분산 구조분석은 각각의 측정변수들을 하나의 이론변수로 묶어 설명할 수 있으며, 여러 이론변수들간의 직·간접 관계를 동시에 분석할 수 있다는 장점을 가지므로(이순묵, 1990) 여러 가지 변수들의 인과관계를 종합적으로 분석하기 위한 연구에 적절한 분석방법이다. 또한 이론적 개념은 조작화 된 측정변수들로 완벽하게 측정될 수 없는데 공

분산 구조분석은 이론변수와 측정변수 사이의 측정오차를 고려한다는 점에서 보다 현실적인 이론적 구조의 표시가 가능하게 되므로 본 연구에 적절한 방법론적 접근이라고 볼 수 있을 것이다.

가설적 모형의 적합도 검증 과정에서 모형의 수정이 필요함이 제시되어 수정모형을 도출한 결과, 일반적인 모형의 적합도 평가기준을 만족시키는 것으로 나타나 수정된 모형이 적절한 것으로 판정되었다. 수정모형을 통해 척수손상인의 사회적 재통합에 가장 영향을 미치는 변수는 정서중심 대처이고, 정서중심 대처는 자아 존중감과 지각된 스트레스에 의해, 그리고 지각된 스트레스는 자아 존중감에 의해 영향을 받는 경로임이 검증되었으며, 지각된 사회적 불이익, 지각된 가족지지 및 지각된 정보지지에서 사회적 재통합으로 직접영향을 미치는 경로가 검증되었다.

본 연구의 수정모형을 통해 검증된 경로는 연구변수들간의 인과관계와 상대적 중요도를 제시함으로써 척수손상인의 사회적 재통합 증진을 위한 중재변수의 근거를 제시하였다는 의의가 있다. 또한 수정모형은 척수 손상인의 사회적 재통합에 대한 설명력이 65%로 나타나 설명력이 비교적 높다고 볼 수 있다.

수정모형에 근거하여 모형내 변인들간의 관련성을 살펴보면 다음과 같다.

먼저 내생 변수들간의 관계를 중심으로 살펴보면 정서중심 대처가 사회적 재통합에 대해 직접적인 영향력이 가장 큰 변수로 확인되었다. 이는 스트레스원이 통제 불가능한 경우 정서중심 대처가 상대적으로 효과적일 수 있다는 문헌(Smollen & Topp, 1998)내용을 지지하는 결과이다. 즉 척수손상의 경우 신체적 제한은 회복 불가능하고 개인의 행위수행을 통한 조절에는 한계가 있는 만성상태이기 때문에, 척수손상인들은 자신들의 상황을 변화시키기보다는 사건에 대한 해석방식을 변화시키고 정서적 측면에 집중하는 정서중심 대처방식이 더 효과적이라고 추론할 수 있을 것이다. 이 때 정서중심 대처의 일차목표는 단순히 부정적 정서의 환기가 아니라 스트레스 경험을 직면하는데 중요한 적응적 업무인

"적절한 정서적 균형"을 유지하는 것이라고 볼 수 있다(Moos & Schaefer, 1986).

따라서 문제중심 대처가 사회적 재통합에 미치는 직접효과는 통계적으로 유의하지 않은 결과도 위와같은 맥락에서 이해라 수 있을 것이다. 이는 일반적으로 문제중심 대처가 보다 긍정적인 결과를 가져온다는 문헌내용(김정희, 1991; Billings & Moos, 1984; Gift & Austin, 1992)과는 일치하지 않지만, 만성적 특성을 갖는 건강문제의 특성이 적응에 영향을 미치기 때문에 질병에 따라 대처반응이나 그에 따른 결과가 다를 수 있으며(김영옥, 1996), 만성상태를 지속적으로 경험하는 경우 이 기간동안 여러가지 정보추구 및 문제 해결을 시도하지만 부정적 결과의 회환(feedback)을 지속적으로 경험하면서 결국 개인은 정서중심 대처에 보다 의존하게 된다(McQueeney et al., 1998)는 문헌 내용과는 일치하는 결과이다. 특히 척수손상과 같이 신체적 제한이나 개인에 의한 상태의 조절 가능성에 한계가 있는 특정 건강관련 문제에 있어서는 각 대처기전의 특성과 영향력의 차이가 그 적응적 결과의 차이를 보다 크게 할 수 있음을 시사한다고 하겠다.

이와같이 본 연구에서 척수손상인의 사회적 재통합에 대한 정서중심 대처의 직접적인 영향력을 확인한 것은 다음과 같은 의의를 가진다.

첫째, 대처기전간에 상호관련이 있다는 Lazarus & Folkman(1984)의 이론적 견해와 본 연구에서 나타난 문제중심 대처와 정서중심 대처간 상관관계의 통계적 유의성에도 불구하고 두 대처기전은 각각 독립적인 특성을 반영하고 있고 나아가 이러한 차이가 건강 결과(health outcome)에 대한 영향력의 차이를 가져왔음을 추론할 수 있다.

둘째, 어떤 종류의 대처이든 긍정적 결과를 유도하며, 특히 문제중심 대처가 보다 긍정적인 결과는 가져온다는 기존의 견해(Billings & Moos, 1984; Lazarus & Folkman, 1988)와는 다르게 본 연구에서는 척수손상인의 사회적 재통합에 대해 정서중심 대처가 가장 영향을 미치는 변수로 확인되었으므로, 척수손상인의 대처기전에 대한 적극적인 간호중재가 필요함을 시사한다고 하겠다.

다음으로 사회적 재통합에 대한 직접효과가 큰 변수는 지각된 스트레스로, 지각된 스트레스가 높을수록 사회적 재통합이 저하되는 것으로 나타났다. 또한 지각된 스트레스는 정서중심 대처와 문제중심 대처에 대해 모두 유의한 직접효과를 나타냈다. 특히 지각된 스트레스가 높을수록 정서중심 대처를 더 많이 사용하는 것으로 나타났는데, 이는 스트레스원을 위해적이거나 위협적으로 평가하고 환경조건을 수정하는데 있어 개인이 조절할 수 있는 부분이 제한적이라고 판단될 때는 정서중심 대처가 일어난다(Lazarus & Folkman, 1984; Lazarus, 1993)는 이론적 설명을 지지하는 결과라 하겠다.

또한 지각된 스트레스가 사회적 재통합에 미치는 직접효과는 대처기전을 경유한 간접효과와 합쳐져서 총효과가 통계적으로 유의하지 않게 나타났는데, 이는 지각된 스트레스가 대처기전을 통해 완충될 수 있다는 견해(Pearlin et al., 1981)를 지지하는 결과라 하겠다. 따라서 척수손상인의 대처기전에 대한 중재는 사회적 재통합에 직접적으로 영향을 줄뿐만 아니라 지각된 스트레스를 완충함으로써 사회적 재통합을 증진시키는 간접적 영향도 있음을 추론할 수 있다.

한편, 정서중심 대처가 문제중심 대처에 대해 미치는 직접효과가 유의하게 나타난 것은 상황에 따라서는 정서중심 대처를 통해 정서 반응을 조절한 후 문제중심 대처를 사용하게 된다(Mishel, 1992; Wineman, Durand, & Steiner, 1994)는 문헌의 내용을 지지하는 결과로서, 척수손상인은 정서중심 대처를 통해 정서적 균형을 유지함으로써 계획적인 문제해결과 같은 문제중심 대처를 추구하는 것도 가능해진다고 해석할 수 있을 것이다. 따라서 정서중심 대처는 척수손상인의 사회적 재통합에 직접적인 영향을 미칠 뿐만 아니라, 문제중심 대처도 증진시켜 결국 사회적 재통합에도 영향을 미치는 것으로 추론할 수 있다. 그러나 본 연구에서는 문제중심 대처가 사회적 재통합에 미치는 직접효과가 통계적으로 유의하지 않았으므로 이러한 추론은 잠정적인 것이다.

다음으로 외생변수가 내생변수에 미치는 효과를 살펴보면 다음과 같다.

지각된 가족지지 및 지각된 정보지지가 사회적 재통합에 미치는 효과는 직접영향을 미치는 경로와 정서중심 대처와 문제중심 대처를 통해 간접적 영향을 미치는 경로가 확인되었다. 즉, 지각된 가족지지는 사회적 재통합에 대한 직접효과가 가장 큰 변수이며, 간접효과 및 직접효과와 간접효과가 합쳐진 총효과도 모두 통계적으로 유의하였으며, 지각된 정보지지도 사회적 재통합에 대한 직접효과가 유의한 변수였다. 지각된 가족지지와 지각된 정보지지가 척수손상인의 사회적 재통합에 미치는 영향에 대한 선행연구는 없으나 Kemp & Krause(1999)의 연구에서 척수손상인의 삶의 만족과 사회적 지지와의 관계를 조사한 결과, 삶의 질은 사회적 지지와 유의한 정 상관관계가 있었다는 결과와 어느 정도 일치한다고 보여진다. 또한 사회적 지지가 스트레스에 대한 인지적 평가와 대처에 영향을 미치는 대처자원일 뿐만 아니라 스트레스에 대한 적응적 결과에 직접적인 인과효과를 갖는 변수임을 제시하는 결과라 할 수 있다.

이와같이 대처자원들이 건강결과에 직접적으로 영향을 미침을 확인한 것은 간호 현장에서 이러한 대처자원에 대한 관심이 필요함을 환기시켜 준다. 특히 본 연구 대상자들의 지각된 가족지지는 평균 77.08점이었으나 지각된 정보지지는 평균 48.84점으로 지각된 가족지지에 비해 지각된 정보지지가 낮았으며, 그 중에서도 건강 및 척수손상과 관련된 여러 가지 정보들에 대한 지지를 가장 낮게 지각하고 있는 것으로 나타났으므로 척수손상인들에게 건강 및 척수손상과 관련된 정보제공을 위한 중재가 필요하며, 가족지지가 정서중심 대처와 사회적 재통합에 모두 직접영향을 미치는 중요한 변수임이 확인되었으므로 척수손상인 뿐만 아니라 그 가족들을 포함한 중재가 필수적임을 시사하고 있다.

지각된 가족지지가 정서중심 대처와 문제중심 대처에 미치는 효과는 직접효과와 간접효과는 유의하지 않았으나 직접효과와 간접효과를 합한 총효과는 유

의하였다. 즉 지각된 가족지지가 높을수록 문제중심 대처와 정서중심 대처를 많이 사용하는 것으로 해석할 수 있다. 한편 지각된 정보지지는 정서중심 대처와 문제중심에 대해 모두 유의한 직접효과를 나타내기는 하였으나 정서중심 대처에 대해서는 영향력의 방향이 반대로 나타났다. 즉 정보지지가 높으면 정서중심 대처는 저하되는 것으로 해석할 수 있다. 이와 같은 결과는 척수손상인을 대상으로 한 선행연구에서 지각된 사회적 지지가 높을수록 필요한 도움을 받을 수 있을 것이라는 인식이 높아져 개인의 통제감을 증진시킴으로 결과적으로 문제중심 대처를 많이 사용하게 된다는 결과(McNett, 1987)와는 차이가 있다.

그러나 선행연구에서는 사회적 지지를 하나의 변수로 설정한 반면 본 연구에서는 사회적 지지를 지각된 가족지지와 정보지지로 구분하여 그 영향력을 파악하였고 본 연구에서 두 변수간의 상관관계가 지각된 가족지지만이 문제중심 대처 및 정서중심 대처와 통계적으로 유의한 정 상관관계를 나타냈음을 고려할 때, 본 연구에서 제시된 지각된 정보지지와 대처기전간의 관계는 잠정적인 것이다.

이와같은 연구결과는 사회적 지지의 유형에 따라 대처기전에 대한 효과가 달라질 수 있음을 시사한다고 볼 수 있으므로 사회적 지지와 대처기전간의 인과적 관계를 좀 더 확실하게 추론하기 위해서는 추후연구를 통해 사회적 지지의 유형과 대처기전간의 관계를 탐색하여야 할 것이다.

지각된 사회적 불이익이 사회적 재통합에 미치는 효과는 직접영향을 미치는 경로와 지각된 스트레스 및 대처기전을 거쳐 간접적으로 사회적 재통합에 영향을 미치는 경로를 설정하였다. 지각된 사회적 불이익은 사회적 재통합에 대해 유의한 직접효과 및 총효과를 가진 변수로 나타났다. 이는 지각된 사회적 불이익의 직접적인 영향력이 지각된 스트레스나 대처기전을 경유한 간접효과를 통해서도 그 효과가 상쇄되지 않는 것으로 해석할 수 있으며, 따라서 사회적 불이익에 대한 지각은 척수손상인의 사회적 재통합을 저해하는 가장 중요한 변수라 하겠다.

즉, 지속적인 신체적·심리적 제한으로 인한 장애 속에서 살아가야 하는 사람들이 가족 및 지역사회로 통합되어 질적인 삶을 살아가기 위해서는 사회가 유연성 있는 하나의 구조로서 개인에게 지속적 지지를 제공할 수 있어야 하므로 (Voogt, 1998), 척수손상인을 위한 중재의 범위가 지역사회로까지 확대되어야 할 것이다. 김애리(1999)의 척수 손상인의 삶의 질 구조모형에서 건강행위 수행에 따르는 장애요인을 포함하여 불평등에 대한 지각을 측정한 변수인 지각된 장애성이 척수손상인의 삶의 질에 직접효과를 갖는 변수로 제시되고 있는 결과도 이러한 필요성을 지지하고 있다 하겠다.

특히 본 연구 대상자들의 지각된 사회적 불이익은 평균 84.11점으로 본 연구의 기술적 통계량 중 가장 높아, 지역사회에 살고있는 척수손상인들의 사회적 불이익에 대한 지각이 높음을 확인할 수 있었다. 특히, 재활시설부족, 구직의 어려움 및 재활에 부적절한 주변환경과 관련하여 불이익 지각이 높은 것으로 나타났으므로 이에 대한 중재가 필요하다고 하겠다. 이 중 직업은 경제적 가치뿐만 아니라 사회적·심리적 가치를 반영하는 것으로 척수손상인의 삶의 질을 유의하게 설명하는 변수로 제시되어왔으나(임민정, 나은우, 이일영, 문혜원, 1999; Willer et al., 1993), 실제로 외상으로 인한 장애를 가진 사람들은 대부분의 경우 고용이 불가능하기 때문에 이들이 지역사회로 재진입하는데 있어서 직업을 갖는 것이 가장 어려운 측면으로 지적되고 있다(Voogt et al., 1998). 따라서 척수손상인의 직업을 통한 사회적 참여를 증진하고 재활의 지속성을 유지할 수 있는 포괄적이고 구체적인 프로그램을 통해 척수손상인의 재활에 적절한 환경을 제공하는 것이 필요하며, 이를 위해서는 국가적 차원에서의 지원과 관심이 필수적이므로 이러한 변화와 관심의 필요성을 환기시키는데 있어서 간호사들의 적극적인 역할과 개입이 필요하다고 사료된다.

자아 존중감이 대처기전에 미치는 효과는 직접영향을 미치는 경로와 지각된 스트레스를 경유하여 간접적으로 대처기전에 영향을 미치는 경로가 확인되었다.

즉, 자아 존중감은 정서중심 대처에 대해 직접효과가 가장 큰 변수로서 총효과도 유의하였고, 문제중심 대처에 대해서는 유의한 간접효과와 총효과를 나타냈다. 또한 자아 존중감은 지각된 스트레스에 대해 직접효과를 갖는 유일한 변수로, 이는 자아 존중감이 높을수록 지각된 스트레스가 낮고 대처기전을 많이 사용하는 것으로 해석할 수 있다.

이러한 결과는 개인의 스트레스 반응에 관여하는 요인들 중 심리적 자원으로서 자아 존중감이 개인의 스트레스를 완충하고 대처에 영향을 미친다는 문헌과 (Pearlin et al., 1981) 일치하는 결과이다. 또한 만성적 건강관련 문제에서 개체가 인지하는 스트레스 수준은 반복적인 평가 과정을 거쳐 나름대로 일정수준 내재화되어 있으며, 이러한 스트레스에 대한 평가는 개인적 요인 중 비교적 불변적 특성을 갖는 성격적 요인에 의해 더 많이 영향받을 수 있다(Hull et al., 1987)는 문헌에 비추어 볼 때, 본 연구에서 지각된 사회적 불이익과 지각된 가족지지의 지각된 스트레스에 대한 영향력이 유의하지 않은 것은, 이 변수들이 비교적 가변적 특성을 갖는 변수임에 비해 자아 존중감은 개인의 성격적 요인과 관련이 있기 때문에, 지각된 사회적 불이익과 지각된 가족지지는 지각된 스트레스에 영향을 주기보다는 사회적 재통합에 직접 영향을 미치는 것으로 이해할 수 있을 것이다.

본 연구에서의 모형수정 과정에서는 지각된 정보지지에서 지각된 스트레스로의 경로, 신체기능에서 사회적 재통합으로의 2개 경로를 기각하였다.

먼저 지각된 정보지지에서 지각된 스트레스 경로를 기각한 것은 사회적 지지가 스트레스 인지에 영향을 미친다는 기존 연구결과와는 일치하지 않으나 본 연구에서는 사회적 지지를 유형별로 구분하여 지각된 정보지지와 지각된 가족지지로 나누어 그 관계를 설정하였으므로 기존의 문헌들에 근거한 해석에는 신중을 기하여야 할 것이다. 그리고 본 연구에서 외생변수들의 지각된 스트레스에 대한 설명력이 40%로, 지각된 스트레스의 나머지 부분을 설명할 수 있는 요인들에 대

한 탐색이 필요함을 제시하고 있다. 따라서 추후 연구에서는 척수손상인의 스트레스 평가에 영향을 미치는 요인들에 대한 탐색과 사회적 지지의 유형에 따라 척수손상인의 스트레스에 미치는 영향력에 대한 연구가 필요하다고 사료된다.

또한 신체기능에서 사회적 재통합으로의 경로를 기각한 것은, 신경학적 손상정도가 사회적 재통합을 20% 정도 유의하게 설명(Whiteneck et al., 1999)한다는 선행 연구와는 일치하지 않는데, 본 연구에서는 신체기능을 단순히 신경학적 손상정도가 아닌 일상생활 기능 수행정도를 측정하였고, 연구 대상자들의 신체기능 평균 점수는 70.76점으로 대부분의 일상생활 동작과 도구적 일상생활 동작을 독립적으로 하고 있는 것으로 볼 수 있다. 이는 신경학적 손상으로 인한 신체적 제한은 손상 후 학습과정을 통해 점차 향상될 수 있으므로(Krause, 1992) 본 연구의 대상자들은 재활훈련을 통해 신체적 제한이 어느 정도 보상된 상태라고 생각되며, 특히 본 연구의 대상자들은 주로 장애인들의 모임을 통해 사회활동에 참여하고 있었고 컴퓨터나 서예 및 미술과 같이 비교적 활동성이 적게 요구되는 취미활동을 주로 하고 있는 것으로 나타났으므로, 이들의 사회활동과 신체기능은 크게 관련이 없는 것으로 이해할 수 있을 것이다.

즉, 이러한 결과는 척수손상인의 사회적 재통합 증진을 위해 신체적 측면 외에도 본 연구에 포함된 대처기전과 같은 개인적 요인, 그리고 사회적 지지나 사회적 불이익과 같은 사회적 요인을 반드시 함께 고려하여야 함을 확인시켜주는 결과라 하겠다. 특히 장애인들이 주류사회(mainstream society)에 참여하는데 있어서 가장 큰 장애물은 비장애인들의 태도와 정보 및 이동수단, 그리고 교육에 대한 접근성의 제한으로서 이는 척수손상인들의 독립성을 저해하고 소외감을 느끼게 한다(Johnson, 1993). 본 연구의 대상자들 또한 사회적 불이익에 대한 지각이 매우 높고 실제로 주로 장애인들의 모임을 통한 사회활동이 주를 이루고 있음을 고려할 때, 척수손상인들은 사회적 장애로 인해 실질적인 지역사회 참여에 제한을 받고 있는 것이 아닐까 생각해 볼 수 있다. 따라서 지역사회 중심의 재활프로그램을 통해 척수손상인들의 사회참여의 범위를 확대하고 적극적으로 지역

사회에 참여할 수 있도록 유도하는 것이 필요하다고 사료된다.

이상 모형내 변수들간의 인과적 관계를 토대로 척수손상인의 사회적 재통합을 설명하는 모형을 종합하면 4개의 경로를 확인할 수 있다. 즉, 자아 존중감 → 지각된 스트레스 → 정서중심 대처 → 사회적 재통합 경로, 지각된 가족지지(자아 존중감) → 정서중심 대처 → 사회적 재통합 경로, 지각된 스트레스(지각된 사회적 불이익) → 사회적 재통합 경로, 그리고 지각된 가족지지(지각된 정보지지) → 사회적 재통합 경로로 제시할 수 있다. 각 경로의 의미를 살펴보면 척수손상인의 사회적 재통합은 지각된 스트레스가 낮고, 정서중심 대처를 많이 사용할수록 높다. 자아 존중감이 높을수록 지각된 스트레스가 낮고, 자아 존중감과 지각된 가족지지가 높을수록 정서중심 대처를 많이 사용하여 사회적 재통합이 높다. 또한 지각된 스트레스와 지각된 사회적 불이익이 낮고, 지각된 가족지지와 지각된 정보지지가 높을수록 사회적 재통합이 높다. 이 경로에서 제시된 변수들은 척수손상인의 사회적 재통합 증진을 위한 간호중재 수립시 활용 가능성이 매우 높은 변수들로 사료된다.

즉, 자아 존중감과 정서중심 대처는 척수손상인의 재활초기부터 개인의 자아 존중감과 대처양상을 미리 사정하여 재활 과정에서 사회적 재통합이 저하될 수 있는 위험군을 미리 발견할 수 있는 지표가 될 것이며, 자아 존중감과 정서중심 대처 증진을 위한 프로그램을 통해 사회적 재통합을 증진할 수 있을 것이다. 특히 자아 존중감은 지각된 스트레스와 정서중심 대처 및 문제중심 대처에 모두 영향을 미치는 중요한 변수임이 확인되었으므로 척수손상인에 대한 중재시 중요하게 다루어져야 하는 변수라 하겠다.

그리고 지각된 가족지지와 지각된 정보지지는 스트레스 수준이나 대처기전과는 독립적으로 사회적 재통합에 직접효과를 가지는 주요한 변수이며, 특히 지각된 가족지지는 정서중심 대처에도 영향을 미치는 변수임이 확인되었으므로 척수손상인에 대한 중재시에는 가족들을 포함하는 구체적인 중재가 필요하며 척수손

상인에 대한 가족들의 지지를 격려하고, 이러한 지지를 유지할 수 있도록 가족들에 대한 직접적인 지지도 중요한 간호중재라고 사료된다. 또한 척수 손상인들이 필요로 하는 정보를 확인하여 그들이 쉽게 접근할 수 있는 방식으로 정보를 제공하는 것이 사회적 재통합을 직접적으로 증진시킬 수 있다.

그리고 지각된 사회적 불이익이 사회적 재통합에 직접영향을 미쳐 이를 저해하는 중요한 변수로 확인되었으므로 척수손상인의 적응을 위한 중재의 범위를 사회로까지 확대하여야 함을 제시한다고 볼 수 있으며, 특히 구직이나 재활시설 부족으로 인한 불이익 지각이 높은 것으로 나타났으므로 이에 대한 중재가 필요하다. 무엇보다 직업을 갖는다는 것은 경제적인 측면뿐만 아니라 현실에서 사회구성원으로 참여한다는 점에서 척수손상인의 사회적 재통합과 관련하여 매우 중요한 측면이라고 볼 수 있다. 따라서 단편적이고 한시적인 경제적 지원보다는 장기적으로 경제적인 안정을 유지하고 지역사회의 일원으로서 인정받을 수 있도록 이들의 고용을 돕는 것이 중요하다고 생각되며, Sander 등(1996)이 제시한 바와 같이 장애를 입은 사람들의 구직을 돕기 위해서는 지역사회와 고용주에 대한 교육과 상담 및 고용주와 피고용인 모두에 대한 지원이 필요하며, 또한 장애인들에 대한 개개인의 편견 없는 태도도 중요하므로 이에 대해 간호사를 포함한 건강관리 요원들의 자각과 관심 및 사회적 변화를 위한 구체적인 노력이 필요하다 하겠다.

B. 연구의 의의

본 연구의 결과를 토대로 간호이론, 연구 및 실무 측면에서 의의를 논의하면 다음과 같다.

간호이론 측면에서, 문헌고찰을 통해 척수손상의 사회적 재통합에 대해 상대적 영향력이 큰 변수들을 중심으로 이 변수들 간의 인과적 관련성을 검증하여 포괄적인 설명모형을 구축함으로써 척수손상인의 사회적 재통합에 대한 설명적 차원의 지식을 제공하였다.

간호연구 측면에서, 척수손상인의 사회적 재통합에 영향을 미치는 변수들간의 관계를 파악하기 위해 공분산 구조분석 방법을 사용하였다. 이 방법을 통해 상관분석이나 회귀분석을 사용한 선행연구들에서는 밝힐 수 없었던 예측변수가 결과변수에 미치는 직접효과와 간접효과를 확인함으로써 관련변수들의 인과관계에 대한 더 많은 정보를 제공하였으므로 이에 근거한 다양한 추론을 제공함으로써 추후 간호연구의 기초적 자료를 제공하였다.

간호실무 측면에서, 척수손상인의 사회적 재통합을 위한 중재전략에 있어서 개인의 자아 존중감과 대처 증진을 위한 중재 수립에 대한 하나의 기틀을 제공할 수 있으며, 척수손상인의 대처와 사회적 재통합을 강화시키기 위한 내·외적 자원의 사정 및 활용을 활성화할 수 있는 중재 전략 수립의 근거가 될 수 있으므로 간호행위에 대한 틀을 제공해 줄 수 있을 것이다.

또한 예측변인과 결과변인간의 관계를 통해 밝혀진 사회적 재통합에 미치는 직접적 효과의 크기에 따라, 척수손상인을 위한 간호중재의 우선 순위와 범위를 정하고 적절한 중재개발을 할 수 있는 근거를 제공할 수 있다.

Ⅶ. 결론 및 제언

A. 결론

본 연구는 척수손상인의 사회적 재통합을 설명하기 위해 관련 요인들을 규명하고, 요인들간의 경로와 영향력을 파악하여 인과관계를 규명함으로써 척수손상인의 사회적 재통합을 증진할 수 있는 간호중재의 근거를 제공하기 위한 공분산 구조분석 연구이다.

본 연구의 개념적 기틀은 척수손상인의 사회적 재통합이나 적응 또는 삶의 질에 대한 선행연구와 Lazarus-Folkman의 스트레스-대처 모형을 기반으로, 척수손상인의 사회적 재통합에 영향을 미치는 개인적, 환경적 요인을 선택하여 외생변수로 설정하였으며, 척수 손상에 대한 개인의 인지적 평가와 이에 대한 대처기전 및 사회적 재통합을 내생변수로 설정하여 직접효과와 간접효과를 파악하는 가설적 모형을 구성하였으며 가설적 모형과 수정모형에서 총 21개의 가설이 도출되어 이 중 15개의 가설이 지지되었다.

연구의 대상자는 척수손상 후 6개월 이상 경과하고 지역사회에 3개월 이상 거주하고 있는 20세 이상의 척수손상인 중 편의표출하였으며, 자료수집은 2001년 8월 20일부터 11월24일까지 자가보고식으로 이루졌고 총 145개의 자료가 분석되었다.

가설 모형검증과 수정모형의 검증은 LISREL 8.30 WIN program을 이용하였으며, 이 과정에서 모형의 적합도를 좋게 하면서 이론적 구조간의 의미있는 해석을 유도할 수 있는 간명한 모형을 구축하였다.

연구가설 검증결과를 중심으로 변수간의 인과관계를 종합하여 보면, 지각된 스트레스는 자아 존중감에 의해 가장 영향을 많이 받았고, 정서중심 대처는 자아 존중감에 의해 가장 영향을 많이 받았으며, 다음으로 지각된 스트레스와 지각된

정보지지의 영향을 받았다. 문제중심 대처는 정서중심 대처에 의해 가장 영향을 많이 받고 다음으로 지각된 정보지지, 자아 존중감, 지각된 스트레스 순으로 영향을 받았다. 사회적 재통합은 정서중심 대처에 의해 가장 영향을 많이 받았으며, 다음으로 지각된 가족지지, 지각된 정보지지, 지각된 사회적 불이익 및 지각된 스트레스의 순으로 영향을 받았다.

사회적 재통합을 중심으로 요약하면, 척수손상인의 사회적 재통합에 가장 영향을 미치는 변수는 정서중심 대처이고, 정서중심 대처는 자아 존중감과 지각된 스트레스에 의해, 그리고 지각된 스트레스는 자아 존중감에 의해 영향을 받는 경로임이 검증되었으며, 지각된 사회적 불이익, 지각된 가족지지 및 지각된 정보지지에서 사회적 재통합으로 직접영향을 미치는 경로가 검증되어 이들 변수들간의 인과관계와 상대적 중요도를 밝혔다. 본 연구결과를 통해 척수손상인의 사회적 재통합에 영향을 미치는 중요한 변수들로 확인된 자아 존중감, 지각된 가족지지와 지각된 정보지지, 지각된 사회적 불이익, 지각된 스트레스 및 정서중심 대처는 간호중재에 대한 기틀을 제공할 뿐만 아니라 예방적 수준 및 구체적인 간호전략 수립에도 활용될 수 있는 변수이다.

즉, 척수손상인의 사회적 재통합을 증진하기 위해서는 정서중심 대처를 증진하고 사회적 불이익을 감소시키는 것이 중요하며, 자아 존중감과 가족지지를 증진하는 것은 지각된 스트레스를 낮추고 정서중심 대처를 증진하여 결과적으로 사회적 재통합을 증진시킬 수 있을 것이다. 이를 위해서는 척수손상인 개인 뿐만 아니라 가족들을 함께 참여시켜 대처 효율성 훈련(Coping Effectiveness Training)과 상담 프로그램 같은 구체적인 중재를 통해 대처 전략이나 자아 존중감을 증진시킬 수 있다.

그리고 척수손상과 관련된 합병증 예방과 독립성 증진에 필요한 지식과 기술을 제공하는 프로그램을 통해 척수손상인의 행동변화를 유도할 수 있는 기초를 마련하고, 인터넷이나 전화를 이용하여 척수손상인들이 쉽게 접근할 수 있는 건강관련 정보제공 체계 및 자조그룹이나 가족모임을 통한 교육, 상담, 경험 나눔

등이 척수손상인의 사회적 재통합에 도움이 될 것이다. 또한 척수손상인의 사회적 재통합에 대해 사회적 장벽으로 작용하는 외적요인을 해결하는 것이 필요하며, 이를 위해서 사회적 재통합을 도울 수 있는 적극적인 재활 프로그램이 필요하다. 또한 장애인에 대한 전반적인 태도의 변화와 실질적인 사회적·국가적 지원 중요하므로 이에 대한 각성과 구체적 실현을 위한 관심과 노력이 활성화되어야 할 것이다.

B. 제언

본 연구의 결과를 근거로 다음과 같은 제언을 하고자 한다.

1. 본 연구에서 정서중심 대처가 사회적 재통합을 증진하는 가장 유의한 직접효과를 갖는 변수로 확인되었으므로 척수손상인을 간호하는 임상현장에서 정서중심 대처 증진을 위한 프로그램 개발과 적용이 필요하다. 또한 가족지지는 사회적 재통합을 증진하는 유의한 직·간접효과가 있는 변수로 확인되었으므로 척수손상인에 대한 효율적인 가족지지를 지속시키고 정보의 공유를 통해 대처를 증진할 수 있는 가족모임이나 자조모임과 같은 구체적인 간호중재의 개발이 필요하다.

2. 본 연구에서 밝히지 못한 척수손상인의 사회적 재통합에 영향을 미치는 요인을 규명할 수 있는 추후 연구를 제언하며, 특히 사회적 재통합에 가장 영향력이 큰 변수로 확인된 정서중심 대처를 설명할 수 있는 유의한 변수들을 탐색하는 추후 연구가 필요하다.

3. 본 연구에서 사회적 지지를 지각된 가족지지와 지각된 정보지지로 구분하여 대처기전에 대한 효과를 검증한 결과, 사회적 지지의 유형에 따라 각 대처기전에 대한 효과에 차이가 나타나 기존 문헌의 결과와는 일치하지 않았으므로, 척수손상인을 대상으로 사회적 지지의 유형에 따라 각 대처기전에 미치는 효과를 확인하는 추후 연구가 필요하다.

4. 척수손상인의 사회적 재통합의 과정적 변화를 탐색하기 위한 종단적 연구가 필요하다.

5. 본 연구에서 밝혀진 변인을 중심으로 다양한 간호중재를 개발하여 실험연구를 통한 효과검증 연구가 필요하다.

참고문헌

강병서(1999). 인과분석을 위한 연구방법론. 서울 : 무역경영사.

곽은희, 박창일(1994). 척수손상자의 심리적 특성과 재활. 대한재활의학회지, 18, 2, 293 - 301.

구애숙(1996). 척수손상자의 대처방식과 건강통제감에 따른 심리사회적 적응. 연세대학교 대학원 석사학위 논문.

김귀분, 김호미(1996). 척수손상 환자의 간호사례 연구. 대한간호. 제 35권, 제 5호, 74-89.

김정희 역(1991). 스트레스와 평가 그리고 대처. 서울: 대광문화사.

김애리(1999). 척수손상인의 삶의 질 구조모형. 이화여자 대학교 대학원 박사학위 논문.

김영옥(1996). 당뇨환자의 자기간호행위 예측모형(스트레스-대처 모형을 기반으로). 연세대학교 대학원 박사학위 논문.

노동부(1998). 산업재해분석. 서울.

박순주(2001). 만성 폐쇄성 폐질환자의 삶의 질 설명모형. 연세대학교 대학원 박사학위 논문.

박정미, 유동훈, 안방환(1994). 척수 손상자들의 퇴원 후 사회적응에 관한 연구. 대한 재활의학회지, 18, 2, June, 396 - 404. 294-299.

박창일(1998). 척수손상 환자의 재활치료. 간호학 탐구. 제 7권 1호, 27-42.

박창일, 박은숙, 진미령, 강민정, 우하정(1994). 경수 손상환자의 기능회복. 대한 재활의학회지, 18, 2, 389 - 395.

소향숙(1995). 자궁경부암 환자의 치료시기별 불확실성, 대처방식 및 우울의 변화양상. 연세대학교 대학원 박사학위 논문.

신성례, 김애리(2001). 척수손상인의 삶의 질 영향요인 분석. 대한간호학회지, 31, 1, 126-138.

신지철 외 8인(1999). 척수 손상 장애인에서 스포츠 활동의 영향. 대한 재활의학회지, 23, 5, 968 - 973.

안일남, 오정회(1987). 척수 손상환자의 우울경향에 관한 연구. 대한 재활의학회지, 11, 1, 37 - 47.

양병화(1999). 다변량 자료분석의 이해와 활용. 서울 : 학지사.

이순묵(1990). 공변량 구조분석. 서울 : 성원사.

이종경(1997). 요통환자의 운동예측모형 구축에 관한 연구. 연세대학교 대학원. 박사학위 논문.

임민정, 나은우, 이일영, 문혜원(1999). 척수손상인의 삶의 질. 대한 재활의학회지, 23, 6, 1143 - 1150.

최영희(2000). 노인과 건강(개정판). 서울 : 현문사.

홍윤미(1992). 척수손상자가 지각한 사회적 지지와 사회심리적 적응에 관한 연구. 연세대학교 대학원 석사학위 논문.

황옥남(1995). 경수손상 환자를 위한 효능기대증진 프로그램 개발과 그 효과에 관한 연구. 연세대학교 대학원 박사학위논문.

Anderson, K.I.(1995). The effect of COPD on quality of life. *Research in Nursing & Health,* 18, 547-556.

Anson, C.A., Stanwyck, D.J., & Krause, J.S.(1993). Social support and health status in spinal cord injury, *Paraplegia*, 31, 632-638.

Baxter, C.(1991). Investigating stigma within stress processes. *Journal of Mental Deficiency Research,* 14, 244-250.

Bertino, L.S.(1989). stress management with spinal cord injury clients. *Rehabilitation Nursing,* 14, 3, 127 - 129.

Billings, A.G., & Moos, R.H.(1984). Coping. stress, and social resources among adults with unipolar depression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 4, 877-891.

Brillhart, B & Johnson, K.(1997). Motivation and the coping process of adults with disabilities : A qualitative study. *Rehabilitation Nursing*, 22, 5, 249 - 256.

Bryant, R., Marosszeky, J.E., Crooks, J., Baguley, I.J. & Gurka, J, A.(1999). *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 14, 6, 588 - 594.

Buckelew, S.P., Baumstark, K.E., Frank, R.G., & Hewett, J.E.(1990). Adjustment following spinal cord injury, *Rehabilitation Psychology*, 35, 101-109.

Buckelew, S.P., Frank, R.G., Elliott, T.R., Chaney, J. & Hewett, J.(1991). Adjustment to spinal cord injury : stage theory revisited. *Paraplegia*, 29, 125 - 130.

Bulman, R.J., & Wortman, C.B.(1977). Attributions of blame and coping in the real world : Severe accident victims react to their lot. *Journal of Personality and Social Psychology*, 35, 351-363.

Cairn, D. & Bakers, J.(1993). Adjustment to spinal cord injury : A review of coping styles contributing to the process. *Journal of Rehabilitation*, Oct/ Nov/ Dec, 30-33.

Carver, C.S., Scheier, M.F., & Weintraub, J.K.(1989). Assessing coping strategies : A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 267-283.

Chan, R.C.K., Lee, P.W.H., & Lieh-Mak, F.(2000). Coping with spinal cord injury : Personal and marital adjustment in the Hong Kong Chinese setting. *Spinal Cord*, 38, 687-696.

Cobb, S.(1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38, 300-314.

Cohen, S.C., & Willis, T.A.(1984). *Social support and Buffering Hypothesis*, Carnegie-Mellon University, Pittsburgh, PA.

Cohen, S.C., Mermelstein, R., Kamarck, T., & Hoberman, H.(1985). Measuring the functional components of social support. In I. Sarason & B. Sarason(Eds.), *Social support, Theory, Research and Application*(pp.73-94). The Hague, Holland : Martines Niijhoff.

Cohen, S., Sherrod, D.R., & Clark, M.S.(1986). Social skill and the stress-protective role of social support. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 5, 963-973.

Cott, C.A., Gignac, M.A.M., & Badley, E.M.(1999). Health determinants of self -rated health for Canadians with chronic disease and disability, *Journal of Epidemiologic Community Health*, 53, 731-736.

Craig, A., Hancock, K. & Dickson, H.(1999). Improving the long-term adjustment of spinal cord injured persons. *Spinal cord*, 37, 345 - 350.

Cushman, L.A. & Hasset, J.(1992). Spinal cord injury : 10 years and 15 years after. *Paraplegia*, 30, 690 - 696.

Davert, P. et al.(1995). The long term outcome in 149 patients with spinal cord injury. *Paraplegia*, 33, 665 - 668.

Dejong, G. & Hughes, J.(1982). Independent living : Methodology for measuring long term outcomes. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 63, 68 - 73.

DeVivo, M.J. & Richards, J.S.(1992). Community reintegration and quality of life following spinal cord injury. *Paraplegia*, 30, 108 -112.

Dickerson, F.B.(1997). Assessing clinical outcome: the community functioning of persons with serious mental illness. *Psychiatric Service*, 48, 897-902.

Dijkers, M.(1997). Quality of life after spinal cord injury: A meta analysis of the effects of disablement component. *Spinal cord*, 35, 829 -840.

Dijkers, M.(1998). Community integration : conceptual issues and measurement approaches in rehabilitation research. *Topics in Spinal Cord Injury*

rehabilitation, 4, 1, 1 - 15.

Dijkers, M., Whiteneck, G. & El-Jaroudi, R.(2000). Measures of social outcomes in disability research. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 81, 2, s63 - s68.

Dunnum, L.(1990). Life satisfaction and spinal cord injury: The patient perspective. *Journal of Neuroscience Nursing*, 22, 1, 43-47.

Endler, N.S., & Parker, J.D.A.(1990). Multidimensional assessment of coping : A critical evaluation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 844-854.

Evans, R.L., & Halar, E.M.(1985). Cognitive therapy to achieve personal goals: Results of telephone group counseling with disabled adults, *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 66, 693-696.

Falconer, J.(1986). Toward validation of constructs for classifying human performance dysfunction. *Occupational Therapy Research Journal*, 6, 329-347.

Folkamn, S., & Lazarus, R.S.(1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21, 219-239.

Folkamn, S., & Lazarus, R.S.(1985). If it changes it must be a process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48, 150-170.

Folkamn, S., & Lazarus, R.S.(1988). coping as a mediator of emotion. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 466-475.

Folkman, S.(1984). Personal control and stress and coping processes: A theoretical analysis: *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 839-852.

Fougeyrollas, P.(1995). Documanting environmental factor for preventing the handicap creation process: Quebec contributions relating to ICIHD and social participation of people with functional differences, *Disability and*

Rehabilitaion, 17, 3/4, 145 - 153.

Frank, R.G. & Elliott, T.R.(1987). Life stress and psychologic adjustment following spinal cord injury. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 68, 344 - 347.

Frank, R.G., Van Valin, P.H. & Elliott, T.R.(1987). Adjustment to spinal cord injury : A review of empirical and non-empirical studies. *Journal of Rehabilitation*, Oct/Nov/Dec, 43 - 48.

Fuhrer, M.J., Rintala, D.H., Hart, K.A., Clearman, R., & Young, M.E.(1992). Relationship of life satisfaction to impairment, disability, and handicap among persons with spinal cord injury living in the community. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 73, 552-557.

Gehart, K.A., Weitzenkamp, D.A., Kennedy, P., Glass, C.A., & Charlifue, S.W.(1999). Correlates of stress in long-term spinal cord injury. *Spinal Cord*, 37, 3, 183-190.

Gift, A., & Austin, D.(1992). The effects of a program of systematic movement on COPD patients. *Rehabilitation Nursing*, 17, 1, 6-10.

Glass, C.A., Jackson, H.F., Dutton, J., Charlifue, S. & Oritt, C.(1997). Estimating social adjustment following spinal trauma - II : Population trends and effects of compensation on adjustment. *Spinal Cord*, 35, 349 - 357.

Gore, S.(1978). The effect of social support in moderating the health consequences of unemployment, *Journal of Health and Social Behavior*, 19, 157-165.

Gutierrez, P.A., Robert, R., Young, M.D., & Vulpe, M.(1993). Spinal cord injury : An overview. *Urologic Clinics of North America*, 20, 2, 373-382.

Hank, R.A., Rapport, L.J., Millis, S.R., & Deshpande, S.A.(1999). Measure of

executive functioning as predictors of functional ability and social integration in a rehabilitation sample. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, , 80, 1030-1037.

Harrison, C. & Kuric, J.(1989). Community reintegration of SCI persons : problems and perceptions. *SCI Nursing*, 6, 3, 44 - 47.

Hartkopp, A., Bronnum-Hansen, H., Seidenschnur, A.M., & Biering-Sorensen, F.(1998). Suicide in a spinal cord injured population. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 1998, 79, 11, 1355-1361.

Hess, D.W. et al.(2000). Predictors for return to work after spinal cord injury: A 3 - year multicenter analysis, *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 81, Mar., 359 - 363.

Hull, J.C., Treuren, V., & Virnelli, S.(1987). Hardiness and health: A critique and alternative approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53, 3, 518 -530.

Johnson, R.(1993). Disabled people's perceptions of physiotherapists. *Physiotherapist*, 79, 9, 619-626.

Karlovit, T. & McColl, M.A.(1999). Coping with community reintegration after severe brain injury : a description of stresses and coping strategies, *Brain Injury*, 13, 11, 845 - 861.

Kemp, BJ., & Krause, J.S.(1999). Depression and life satisfaction among people ageing with post-polio and spinal cord injury. *Disability and Rehabilitation*, 21, 5/ 6, 241-249.

Kennedy, P., & Rogers, B.A.(2000). Anxiety and depression after spinal cord injury: A longitudinal analysis. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 81, 932 - 937.

Kennedy, P., Lowe, R., Grey, N. & Short, E.(1995). Traumatic spinal cord injury and psychological impact : A cross-sectional analysis of coping

strategies. *British Journal of Clinical Psychology,* 34, 627 - 639.

King, C., & Kennedy, P.(1999). Coping effective training for people with spinal cord injury. *British Journal of Clinical Psychology,* 38, 5 - 14.

Krause, J.S., & Crewe, N.M.(1990). Long-term prediction of self-reported problems following spinal cord injury. *Paraplegia,* 28, 186 -202.

Krause, J.S.(1992). Longitudinal changes in adjustment after spinal cord injury : A 15-year study. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation,* 73, 564 - 568.

Krause, J.S.(1997). Adjustment after spinal cord injury : A 9-year longitudinal study. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation,* 78, 651 - 657.

Krause, J.S., Coker, J., Charlifue, S. & Whiteneck, G.(2000). Health outcomes among American indians with spinal cord injury. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitations,* 81, 924 - 931.

Lambert, V.A., & Lambert, C.E.(1987). Psychosocial impacts created by chronic illness. *Nursing Clinics of North America,* 22, 3, 527, 533.

Lazarus, R.S., & Folkman, S.(1984). *Stress, Appraisal and Coping*. New York : Springer.

Lazarus, R.S.(1993). Coping theory and research: Past, present, and future. *Psychosomatic Medicine,* 55, 234-247.

Lin, K.H., Chuang, C.C., Kao, M.J., Lien, I.N., & Tsauo, J.Y.(1997). Quality of life of spinal cord injured patients in Taiwan : a subgroup study. *Spinal Cord,* 35, 12, 841-849.

Martelli, M.F., Zasler, N.D., & MacMillan, P.(1998). Mediating the relationship between injury, impairment and disability: a vulnerability, stress and coping model of adaptation following brain injury. *NeuroRehabilitation,* 11, 51-66.

McColl, M.A., & Skinner, H.(1995). Assessing inter and interpersonal resources :

social support and coping among adults with disability. *Disability & Rehabilitation,* 17, 1, 24 - 34.

McDowell, L., & Newell, C.(1987). *Measuring Health : A guide to rating scales and questionnaires*. New York : Oxford University Press.

McKinley, W., Cifu, D., Keyser-Marcus, L., & Wilson, K.(1998). Comparison of rehabilitation outcomes in violent versus non-violent traumatic SCI. *Journal of Spinal Cord Medicine,* 21, 1, 32-36.

McNett, S.C.(1987). Social support, threat, and coping responses and effectiveness in the functionally disabled. *Nursing Research,* 36, 2, 98 - 103.

McQueeney, D.A., Stanton, A.L., & Sigmon, S.(1997). Efficacy of emotion-focused and problem-focused group therapies for women with fertility problems. *Journal of Behavioral Medicine,* 20, 4, 313 - 331.

Middleton, J.W., Truman, G., & Geraghty, T.J.(1998). Neurologic level effect on the discharge functional status of spinal cord injured person after rehabilitation. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation,* 79, 11, 1428-1432.

Mishel, M.H.(1992). Commentary on 'The relationship between uncertainty and coping after coronary bypass surgery." *Western Journal of Nursing Research*, 14, 64-66.

Moore, A.D., et al.(1994). Coping and emotional attribution following spinal cord injury. *International Journal of Rehabilitation Research*, 17, 39 - 48.

Moos, R.H., & Schaefer, J.A.(1986). Life transitions and crises: A conceptual overview. In R.H. Moos(Edi.) *Coping with Life Crises: An Integrated Approach*(pp. 3-28), New York: Plenum.

Nielson, W.R., & MacDonal, M.R.(1988). Attributions of blame and coping following spinal cord injury : Is self-blame adaptive? *Journal of*

Social and Clinical Psychology, 4, 163-175.

Nieves, C.C., Charter, R. & Aspinall, M.J.(1991). Relationship between effective coping and perceived quality of life. *Rehabilitation Nursing*, 16, 3, 129-132.

Nolen-Hoeksema, S.(1987). Sex differences in unipolar depression: evidence and theory. *Psychological Bulletin*, 101, 259-232.

North, N.T.(1999). The psychological effects of spinal cord injury : a review. *Spinal Cord*, 37, 671 - 679.

Pakenham, K.I.(1999). Adjustment to multiple sclerosis: application of a stress and coping model. *Health Psychology*, 18, 4, 383 - 392.

Pearlin, L.I., & Schooler, C.(1978). The structure of coping. *Journal of Health and Social Behavior*, 19, 1-21.

Pearlin, L.I., Menaghan, E.G., Liberman, M.A. & Mullan, J.T.(1981). The stress process. *Journal of Health and Social behavior*, 22, Dec., 337 - 356.

Pollock, S.E.(1987). Adaptation to chronic illness. *Nursing Clinics of North America*, 22, 3, 631 - 644.

Rintala, D.H., & Willems, E.P.(1987). Behavioral and demographic predictors of postdischarge outcomes in spinal cord injury. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 68, 357 - 362.

Russel, R.A.(1981). Concepts of adjustment to disability: An overview. *Rehabilitaion Literature*, 42, 330-338.

Sander, A.M., Kreutzer, J.S., Rosenthal, M., Delmonico, R., & Young, M.E.(1996). A multicenter longitudinal investigation of return to work and community integration following traumatic brain injury, *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 11, 70-84.

Schonherr, M.C., Groothoff, J.W., Mulder, G.A. & Eisma, W.H.(1999). Functional outcome of patients with spinal cord injury :

rehabilitation outcome study. *Clinical Rehabilitation*, 13, 457-463.

Schultz, R., & Decker, S.(1985). Long-term adjustment to physical disability: the role of social support, perceived control and self-blame. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48, 1162-1172.

Segal, M.E., Ditunno, J.F., & Staas, W.E.(1993). Inter-institutional agreement of individual functional independence measure(FIM) items measured at two sites on one sample of SCI patients. *Paraplegia*, 31, 10. 622-631.

Silliam, R. & Wagner, E.H., & Fletcher, R.H.(1987). The social and functional consequences of stroke for elderly patients. *Stroke*, 18, 200-203.

Smollen, D.M., & Topp, R.(1998). Coping methods of patients with inflammatory bowel disease and prediction of perceived health, functional status, and well-being. *Gastroenterology Nursing*, 21, 3, 112-118.

Sollner, W. et al.(1999). Interactive pattern of social support and individual coping strategies in melanoma patients and their correlations with adjustment to illness, *Psychosomatics*, 40, 3, 239-250.

Stanton, A.L., Danoff-Burg, S., Cameron, C.L., & Ellis, A.P.(1994). Coping through emotional approach: Problems of conceptualization and confounding. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66, 350-362.

Stensman, R.(1994). Adjustment to spinal cord injury. A longitudinal study of self-report quality of life. *Paraplegia*, 32, 416-422.

Stiens, S.A., Bergman, S.B., & Formal, C.S.(1997). Spinal cord injury rehabilitation. 4. Individual experience, personal adaptation, and social perspectives. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 78, s65-s72.

Storey, A.(1993). A proposal for assessing integration. *Educational Training for Mental Retardation*, 28, 279-287.

Strentz, T., & Auerbach, S.M.(1988). Adjustment to the stress of stimulated capacity: Effects of emotion-focused versus problem-focused preparation on hostages differing in locus of control. *Journal of Personality and Social Psychology*, 55, 652-660.

Sullivan, J.(1999). Spinal cord research : Review and synthesis. *Critical Care Nursing Quarterly,* 22, 2, 80 -99.

Swanson, B., Cronin-Stubbs, D., & Sheldon, J.A.(1989). The impact of psychosocial factors on adapting to physical disability : A Review of research literature. *Rehabilitation Nursing,* 14, 2, 64 - 68.

Trigg, R.T., Wood, V.A. & Hewer, R.L.(1999). Social reintegration after stroke : The first stages in the development of the Subjective Index of Physical and Social Outcome(SIPSO). *Clinical Rehabilitation*, 13,

Turner, R.J., & McLean, P.D.(1989). Physical disability and psychological distress. *Rehablitation Psychology*, 34, 4, 225-242.

Ville, I., & Ravaud, J-F.(1996). Work, non-work and consequent satisfaction after spinal cord injury. *International Journal of Rehabilitation Research*, 19, 241 - 252.

Voogt, R.D., Teasdale, T.W., Patrick, P.D., & Carman, J.(1998). Reintegration into family and the community following traumatic brain injury, *NeuroRehabilitation*, 11, 107-117.

Weaver, T.E., Richmond, T.S., & Narsavage, G.L.(1997). An explanatory model of functional status in COPD. *Nursing Research,* 46, 1, 26-31.

Weissman, M.M., & Bothwell, S.(1976). Assessment of social adjustment by patient self-report. *Archives of General Psychiatry*, 33, Sept., 1111 - 1115.

Westgren, N., & Ievi, R(1998). Quality of life and traumatic spinal cord injury. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation,* 9, 11, 1433-1439.

Whiteneck, G., Charlifue, S.W., Gehart, K.A., Overholsler, J.D., & Richardson, N.(1992). Quantifying handicap: a new measure of long-term rehabilitation outcomes. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 73, 519-526.

Whiteneck, G., Tate, D. & Charlifue, S.(1999). Predicting community reintegration after spinal cord injury from demographic and injury characteristics. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 80, 1485 - 1491.

Willer, B.W. et al.(1993). Assessment of community integration following rehabilitation for traumatic brain injury. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 8, 2, 75 - 87.

Wineman, N.M.(1990). Adaptation in people with multiple sclerosis : The role of social support, functional disability, and perceived uncertainty. *Nursing Research*, 39, 5,

Wineman, N.M., Durand, E.J. & McCulloch, B.J.(1994). Examination of the factor structure of the ways of coping questionnaire with clinical populations. *Nursing Research*, 43, 5, 268-273.

Wineman, N.M., Durand, E.J. & Steiner, R.P.(1994). A comparative analysis of coping behaviors in persons with multiple sclerosis or a spinal cord injury. *Research in Nursing and Health*, 17, 185-194.

Wood-Dauphinee, S.W. & Williams, J.I.(1987). Reintegration to normal living as a proxy to quality of life. *Journal of Chronic Disease*, 40, 6, 491-499.

Wood-Dauphinee, S.W. et al.(1988). Assessment of Global Function : The Reintegration To Normal Living Index. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 69, 583 - 590.

(부록 1. 질문지)

No._____

안녕하십니까?
저는 연세대학교 대학원 박사과정 학생입니다.

본 질문지는 척수손상인 여러분들이 사회의 일원으로서 더불어 살아가는데 도움이 될 수 있는 방안을 찾기 위한 것으로서 각 문항들은 정답이 없으며, 여러분의 현재 상황이나 평소 생각에 따라 답하여 주시면 됩니다.

여러분의 솔직하고 ***빠짐없는*** 응답은 선정되지 않은 다른 분들의 의견까지 대표할 수 있는 아주 중요하고 귀한 자료가 될 수 있으므로 여러 가지 어려움이 있으실 줄 알지만 성의있는 답변을 간곡히 부탁드립니다.
여러분의 응답은 무기명으로 통계처리 되므로, 개인 신상과 관련된 정보는 완벽하게 비밀 보장이 되며 다른 목적으로는 절대 사용하지 않을 것임을 약속드립니다.

협조하여 주심에 다시한번 감사드리며 건강하시길 빕니다.

2001년 8월

연세대학교 대학원 간호학과 박사과정 송 희영 올림

부록 1- 1. 자아 존중감 질문지

* 아래의 문항은 여러분이 자신을 어떻게 보느냐 하는 자신에 대한 생각을 나타내는 문항입니다. 여러분의 생각을 가장 잘 나타내 주는 칸에 V 표 하여 주십시오.

내 용	대체로 그렇지 않다.	보통 이다.	대체로 그렇다.	항상 그렇다.
1. 나는 내가 다른 사람들처럼 가치 있는 사람이라고 생각한다.	1	2	3	4
2. 나는 좋은 성품을 가졌다고 생각한다.	1	2	3	4
3. 나는 대체로 실패한 사람이라는 느낌이 든다. *	1	2	3	4
4. 나는 대부분의 다른 사람들과 같이 일을 잘 할 수 있다.	1	2	3	4
5. 나는 내 자신에 대하여 긍정적인 태도를 가지고 있다.	1	2	3	4
6. 나는 내 자신에 대하여 대체로 만족한다.	1	2	3	4
7. 나는 가끔 내 자신이 쓸모 없는 사람이라는 느낌이 든다.*	1	2	3	4
8. 나는 때때로 내가 좋지 않은 사람이라고 생각한다.*	1	2	3	4

* 역환산 문항임

부록 1- 2. 지각된 사회적 불이익 질문지

* 다음 문항을 읽고 평소 귀하의 생각과 가장 일치하는 칸에 V 표 하여 주십시오.

내 용	매우 그렇다.	대체로 그렇다.	보통 이다.	대체로 그렇지 않다.	거의 그렇지 않다.
1. 건강검진이나 재활치료를 받기 위한 절차가 부담스럽다.	5	4	3	2	1
2. 주변에 쉽게 사용할 수 있는 재활시설이 부족하다.	5	4	3	2	1
3. 이동시 이용할 만한 시설(경사로 등)이 부족하여 다니기 어렵다.	5	4	3	2	1
4. 재활에 필요한 주변 환경이 조성 되어 있지 않다.	5	4	3	2	1
5. 교육혜택을 누리는데 제한을 받는다.	5	4	3	2	1
6. 직업을 갖는 것이 어렵다.	5	4	3	2	1

부록 1- 3. 신체기능 질문지

* 해당되는 칸에 V 표 해 주십시오.

항목	혼자 할 수 있음	도움을 받아서 할 수 있음	타인의 도움에 완전히 의존함
1. 컵으로 물마시기	혼자 할 수 있음(4)	도움을 받아서 할 수 있음(0)	타인의 도움에 완전히 의존함(0)
2. 식사하기	혼자 할 수 있음(6)	도움을 받아서 할 수 있음(0)	타인의 도움에 완전히 의존함(0)
3. 상의 입고 벗기	혼자 할 수 있음(5)	도움을 받아서 할 수 있음(3)	타인의 도움에 완전히 의존함(0)
4. 하의 입고 벗기	혼자 할 수 있음(7)	도움을 받아서 할 수 있음(4)	타인의 도움에 완전히 의존함(0)
5. 몸치장 하기	혼자 할 수 있음(5)	도움을 받아서 할 수 있음(0)	타인의 도움에 완전히 의존함(0)
6. 세안 또는 목욕	혼자 할 수 있음(6)	도움을 받아서 할 수 있음(0)	타인의 도움에 완전히 의존함(0)
7. 소변처리 (간헐적 도뇨 및 유치도뇨 포함)	혼자 할 수 있음(10)	도움을 받아서 할 수 있음(5)	타인의 도움에 완전히 의존함(0)
8. 대변처리(먹는 변비약, 좌약 및 손가락 자극 포함)	혼자 할 수 있음(10)	도움을 받아서 할 수 있음(5)	타인의 도움에 완전히 의존함(0)
9. 침상에서 의자, 의자에서 침상으로 옮겨 앉기	혼자 할 수 있음(15)	도움을 받아서 할 수 있음(7)	타인의 도움에 완전히 의존함(0)
10. 변기로 옮겨 앉기	혼자 할 수 있음(6)	도움을 받아서 할 수 있음(3)	타인의 도움에 완전히 의존함(0)
11. 휠체어로 45 m 정도 가기	혼자 할 수 있음(5)	도움을 받아서 할 수 있음(0)	타인의 도움에 완전히 의존함(0)
12. 전화사용 하기	혼자 할 수 있음(3)	도움을 받아서 할 수 있음(2)	전혀 못함(0)
13. 필요한 물건 구입 및 시장보기	혼자 할 수 있음(3)	도움을 받아서 할 수 있음(2)	전혀 못함(0)
14. 교통수단 이용(자가운전 포함)	혼자 할 수 있음(3)	혼자서 간단한 물건만 구입(2)	전혀 못함(0)
15. 음식준비	혼자 할 수 있음(3)	도움을 받아서 할 수 있음(2)	전혀 못함(0)
16. 가정관리(세탁, 청소 등)	혼자 할 수 있음(3)	도움을 받아서 할 수 있음(2)	전혀 못함/ 할필요 없음(0)
17. 금전관리	혼자 할 수 있음(3)	은행이용 및 고가(高價) 물건 구입 등은 불가능(2)	전혀 못함(0)

부록 1- 4. 지각된 가족지지 질문지

* 다음은 귀하가 가족들부터 받는 도움의 정도에 대한 질문입니다. 각 문항을 읽으시고 귀하의 가족에게서 느낀 생각과 가장 일치하는 항목에 V 표 하여 주십시오.

내 용	언제나 그렇다.	자주 그렇다.	보통 이다.	가끔 그렇다.	전혀 그렇지 않다.	도움 받을 가족이 없다.
1. 가족은 내가 불편하지 않도록 도와준다.	5	4	3	2	1	0
2. 나는 가족을 믿고 의지할 수 있다.	5	4	3	2	1	0
3. 가족은 내가 지루하지 않도록 배려해 준다.	5	4	3	2	1	0
4. 가족은 나의 의견을 존중해 준다.	5	4	3	2	1	0
5. 가족은 나와 집안일을 의논한다.	5	4	3	2	1	0
6. 가족은 내가 만나고 싶은 사람을 만날 수 있도록 도와준다.	5	4	3	2	1	0

부록 1- 5. 지각된 정보지지 질문지

* 다음은 귀하가 일상적으로 도움을 구할 수 있는 대상으로부터 정보제공을 받는 정도를 알아보기 위한 질문입니다. 각 문항을 읽으신 후 귀하의 의견과 가장 일치하는 칸에 V표 해 주십시오.

내 용 (내가 필요할 때, 도움을 구할 수 있는 대상으로부터)	언제나 그렇다	때때로 그렇다	가끔 그렇다	전혀 그렇지 않다	도움을 구할 대상이 없다
1. 경제적 문제에 대한 조언을 얻을 수 있다.	4	3	2	1	0
2. 집안 일에 대한 정보를 얻을 수 있다.	4	3	2	1	0
3. 개인적인 걱정과 두려움을 해결할 수 있는 정보를 얻을 수 있다.	4	3	2	1	0
4. 가족 위기에 대한 조언을 얻을 수 있다.	4	3	2	1	0
5. 직업을 구하거나 바꾸는데 필요한 정보를 얻을 수 있다.	4	3	2	1	0
6. 장애나 손상으로 인한 여러 가지 문제와 관련된 정보를 얻을 수 있다.	4	3	2	1	0
7. 성적인 문제에 대한 조언을 얻을 수 있다.	4	3	2	1	0

부록 1- 6. 지각된 스트레스

* 다음 내용은 현재 상태에 대한 귀하의 생각을 묻는 질문입니다. 각 질문에 대해 평소 귀하의 생각을 가장 잘 표현하고 있는 칸에 V 표 하여 주십시오.

내용	전혀 그렇지 않다	그렇지 않다	그렇다	매우 그렇다
1. 나는 척수손상 때문에 내 건강이나 전반적인 생활이 위협을 받고 있다는 생각이 든다.	1	2	3	4
2. 나는 척수손상으로 인한 어려움을 스스로 해결하기 어렵다고 생각한다.	1	2	3	4

부록 1- 7, 8. 대처 질문지

* 다음은 귀하가 척수손상을 입은 이후 힘들었던 일들에 대해 어떻게 처리하여 오셨는지 알아보기 위한 내용입니다.
귀하가 아래 방법들을 사용하는 정도를 가장 잘 표현한 칸에 V 표 하여 주십시오.

부록 1-7. 정서중심 대처

문 항	사용 안함	약간 사용	어느 정도 사용	자주 사용
1. 그 일을 무시하고 너무 심각하게 받아들이지 않는다.	0	1	2	3
2. 그 일이 어떤 식으로 해결됐으면 좋겠다는 상상을 하면서 그렇게 되기를 바란다.	0	1	2	3
3. 다른 사람들의 동정과 이해를 구한다.	0	1	2	3
4. 내 감정을 누군가에게 말한다.	0	1	2	3
5. 현재의 상황보다 더 좋은 경우를 상상한다.	0	1	2	3
6. 일이 잘되게 해달라고 기도하거나 불경을 외운다(종교에 의지한다).	0	1	2	3
7. 이미 일어난 상황이나 내 생각이 바뀌지기를 바란다.	0	1	2	3
8. 내 감정 때문에 다른 일까지 망치지 않도록 애쓴다.	0	1	2	3
9. 사람들과 어울리지 않고 혼자 해결하려 한다.	0	1	2	3
10. 어쩔 수 없다면 체념하고 그일을 순순히 받아들인다.	0	1	2	3

부록 1-8. 문제중심 대처

문 항	사용 안함	약간 사용	어느 정도 사용	자주 사용
1. 다른 사람의 입장에서 그 문제를 생각해 본다.	0	1	2	3
2. 존경하는 친척이나 친구로부터 조언을 구한다.	0	1	2	3
3. 그 문제를 보다 상세히 알고있는 사람을 만나 조언을 구한다.	0	1	2	3
4. 최후의 수단을 쓰기보다는 어느정도 여지를 남겨둔다.	0	1	2	3
5. 그런 일을 겪음으로서 인간적으로 성장한다고 생각한다.	0	1	2	3
6. 문제 해결에 최선을 다하기 위해 여라가지 대책을 세워본다.	0	1	2	3
7. 어떻게든 기분을 풀어버릴려고 노력한다.	0	1	2	3
8. 인생에서 무엇이 더 중요한가를 다시한번 생각한다.	0	1	2	3
9. 그 일을 잊기 위해 다른 일을 하거나 다른 활동을 한다.	0	1	2	3
10. 기분전환이 될 수 있을만한 말을 자신에게 한다.	0	1	2	3
11. 그 문제가 왜 일어났으며 어떤 결과를 초래할 것인가를 자세히 분석해 본다.	0	1	2	3

부록 1-9. 사회적 재통합 질문지

* 다음은 귀하의 작업(직장일, 가사일, 학업 등), 여가 시간과 가족생활 및 사회생활에 관한 질문입니다. 귀하의 상황을 가장 잘 표현하고 있다고 생각되는 칸에 V 표 하여 주십시오.

내 용		항상 그렇다	자주 그렇다	절반 이상 그렇다	때로 그렇다	전혀 그렇지 않다	해당 안됨
1. 나는 친구와의 관계에서 나의 역할을 잘 수행한다.		5	4	3	2	1	0
2. 나는 이성친구 또는 애인과의 관계에서 나의 역할을 잘 수행한다.		5	4	3	2	1	0
3. 나는 친구나 애인과 함께하는 활동에 대해 관심과 열의가 있다.		5	4	3	2	1	0
4. 나는(필요한 경우 적절한 도움을 받아) 내가 원하는 대로 여가생활(취미생활)을 하고 있다.		5	4	3	2	1	0
5. 나는 친척들과 잘 지낸다.		5	4	3	2	1	0
6. 나는 자녀로서의 역할을 잘 수행한다.		5	4	3	2	1	0
7. 나는 형제나 자매로서의 역할을 잘 수행한다.		5	4	3	2	1	0
8. 나는 척수손상으로 인해 내가 할 일(직업인의 경우 직장일, 학생의 경우는 학업, 주부의 경우는 가사)에 대한 관심과 열의가 줄었다.*		5	4	3	2	1	0
9. 나는 내가 할 일을 (필요한 경우 적절한 도움을 받아) 잘 하고 있다.		5	4	3	2	1	0
10. 나는 내가 할 일을 잘 해내지 못해서 다른 사람과 갈등이 있다. *		5	4	3	2	1	0
11. 나는 현재 나의 경제 상태에 대해 만족한다.		5	4	3	2	1	0
12. 나는 척수손상으로 인해 사회활동(친목회, 동호회 등)에 대한 의욕이나 열의가 줄었다. *		5	4	3	2	1	0
13. 나는 (필요한 경우 적절한 도움을 받아) 사회활동을 잘 하고 있다.		5	4	3	2	1	0
기혼자만 답하세요	14. 나는 배우자로서의 역할을 잘 수행한다.	5	4	3	2	1	0
	15. 나는 부모로서의 역할을 잘 수행한다.	5	4	3	2	1	0

* 역환산 문항임

부록 1- 10. 일반적 사항 질문지

*** 다음 사항을 읽으시고 해당하는 번호에 V 표 하거나 빈 칸에 직접 기입하십시오.**

1. **나이** : **만** _____ **세** 2. **성별** : 1) **남** 2) **여**

3. **척수손상 당시 나이** : **만** _____ **세**

4. **척수 손상으로 인해 처음 입원치료 받은 후 집으로 퇴원한 후 지금까지의 기간**
   _____ 3**개월 이하** _____ 3**개월 이상** (_____**개월**)

5. **척수손상을 입은 원인**
   _____ **교통사고** _____ **산업재해**
   _____ **낙 상** _____ **질 병(척수 종양이나 염증 등)**
   _____ **기 타(자세히)** _____

6. **손상 부위**
   _____ **경수** (**목 부위**) _____ **흉 수** (**가슴 부위**)
   _____ **요 수** (**허리 부위**) **및 그 아래 손상**)
   _____ **기 타** _____

7. **손상 정도**
   _____ **완전손상** _____ **불완전 손상**

8. **친구나 애인을 만나기 위해 얼마나 자주 외출하십니까?**(**괄호 안의 해당하는 곳에 표시하시고 빈칸에 숫자를 기입하여 주십시오**)
   1) (_____**주** / _____ **개월** / _____ **년**) **마다** _____ **회**
   2) **아무도 만나지 않는다**. _____

9.**현재 정기적인 사회활동** (**친목회, 동창회, 장애인들의 모임, 자원봉사 등**)**을 하고 있다면 그 내용은 무엇입니까**?
   1) **친목회 및 동창회** 2) **장애인들의 모임** 3) **직장 등 조직내의 모임**
   4) **자원 봉사 활동** 5) **종교 활동**
   6) **기타** (**자세히**:)
   7) **사회활동을 하고 있지 않다**.

10.**위의 모임을 위해 얼마나 자주 활동하십니까?**(**해당하는 곳에 숫자를 기입하여 주십시오**)
   (_____**주** / _____ **개월** / _____ **년**) **마다** _____ **회**

11. **자기 발전을 위한 활동**(**예: 컴퓨터 배우기 등**)**을 하고 계십니까?**

1) 아니다.
2) 그렇다.(자세히 :)

12. 손상 후 사회활동은 손상 전과 차이가 있습니까? 1) 아니오
2) 예 (구체적으로 어떤 차이가 있는지 기술하여 주십시오 _____
_____

13. 현재 동거 가족(해당되는 대로 모두 표시하여 주십시오.)
_____ 부모 _____ 배우자 _____자녀
_____ 형제자매 _____ 혼자 산다.
_____ 기타 _____

14. 결혼 상태
_____ 미 혼 _____ 결 혼 (결혼시기 : 손상 전 / 손상 후)
_____ 이 혼 또는 별 거 (시기 : 손상 전 / 손상 후)
_____ 사 별 (시기 : 손상 전 / 손상 후)
_____ 기 타 (_____)

15. 종교
_____ 기독교 _____ 불 교 _____ 천주교 _____ 무 교
_____ 기 타 _____

16. 현재 직업
1) 무직 2) 사무직(공무원, 회사원 등) 3) 자영업 4) 기술직
5) 기타 _____

17. 교육정도 (중퇴인 경우 해당하는 곳에 표시하여 주십시오.)
1) 무학 2) 초등학교 졸업 3) 중학교 졸
4) 고등학교 졸 5) 대학교 졸 6) 대학원 이상
7) 기타 _____

18. 가정의 경제 상태
1) 상 2) 중상 3) 중 4) 중하 5) 하

19. 본인의 수입 _____ 없다. _____ 있다.(약 _____ 원(주당 / 개월당 / 일년 단위)
_____ 보조금 또는 보험금

끝까지 응답해 주셔서 감사합니다!

Abstract

An Explanatory Model for Social Reintegration of Persons with Spinal Cord Injury

Song, Hee Young

Department of Nursing

The Graduate School

Yonsei University

The main purpose of this study was to identify factors related to social reintegration and to develop an explanatory model for social reintegration of persons with spinal cord injury.

A hypothetical model which was constructed based on previous studies and Stress-Coping Model of Lazarus and Folkman was built around nine variables. Exogenous variables included in this model were self esteem, perceived social barriers, physical function, perceived family support and perceived informational support. Endogenous variables were perceived stress, emotion-focused coping, problem-focused coping and social reintegration.

Empirical data for testing the hypothetical model were collected from 145 persons with spinal cord injury using self-administerd questionnaires between August 20 and November 24, 2001. For inclusion in this sample, all subjects were required to have sustained traumatic spinal cord injury for more than 6 months, reside in the community for more than 3 months after discharge from the hospital, and be at least 20 years old.

SPSS 10.0 WIN Program and LISREL 8.3 WIN Program were used for data

analysis.

The result of this study showed that the emotion-focused coping was the strongest predictor for social reintegration in this sample. Perceived family support, perceived informational support, perceived stress and perceived social barriers were also significantly related to social reintegration. Overall, the model explained 65% of the variance in social reintegration.

The results suggest that nursing interventions to promote social reintegration of the persons with spinal cord injury need to focus on the emotion-focused coping of each individual. And interventions at various levels, including family and community as well as individual with spinal cord injury are needed to promote social reintegration of this sample.

Also, further studies are needed to develop more-refined explanatory model for social reintegration of persons with spinal cord injury and to investigate the effect of nursing interventions promoting social reintegration of this sample.

Key words : Persons with spinal cord injury, social reintegration,
explanatory model, emotion-focused coping