



만성질환자의 질병수용에 대한 개념분석: 혼종모형을 이용하여

고일선¹⁾ · 지현주²⁾ · 홍소윤²⁾ · 정은영²⁾

Concept Analysis of Illness Acceptance in Chronic Disease: Application of Hybrid Model Method

Ko, Il Sun¹⁾ · Ji, Hyunju²⁾ · Hong, Soyun²⁾ · Jung, Eunyong²⁾

1) Professor, College of Nursing, Yonsei University, Seoul

2) Graduate Student, Graduate School, Department of Nursing, Yonsei University, Seoul, Korea

Purpose: This study was done clarify the concept of illness acceptance in patients with chronic disease. **Methods:** This study was conducted using a hybrid model of concept analysis that consists of three phases. In the theoretical phase, a working definition was formulated through a systematic review. In the fieldwork phase, five participants who had diabetes or hypertension for at least one year were interviewed. In the third phase, the results were combined in the final analysis. **Results:** There are three phases of accepting an illness: experiencing the limits, disease management, and designing new life. At the experience of the limits and disease management stages, the attributes of physical, psychological and social domains were derived, but at the stage of designing their new life, integrated attributes of these three domains were derived. **Conclusion:** Illness acceptance of chronic disease was defined as a continuous and dynamic process in three phases. First, patients experience limitations due to the disease, such as physical illness, psychological instability, and difficulty performing social roles. Second, patients manage the disease by engaging in self-management, psychological coping strategies, and establishing social support. Third, patients design their new life by seeking better health-related quality of life and integrating the illness into their everyday life. However, patients experienced negative changes when disease management was not performed properly. The fact that illness acceptance could be cyclic means the difference between illness and loss/death acceptance. Nurse should develop and provide an integrated nursing intervention that is appropriate for phases of illness acceptance.

Key Words: Analysis; Chronic disease; Concept; Patient Acceptance of Health care

*This study was supported by the Research Grant of College of Nursing, Yonsei University in 2018(No: 6-2017-0201).

주요어: 건강관리에 대한 환자의 수용, 분석, 만성질환, 개념

*본 연구는 2018년도 연세대학교 간호대학 교수-학생 연구과제에 의해 수행되었음(과제번호: 6-2017-0201).

1) 연세대학교 간호대학 교수

2) 연세대학교 대학원 간호학과 대학원생

Received Jul 25, 2020 Revised Oct 28, 2020 Accepted Feb 3, 2021

Corresponding author: Jung, Eunyong <https://orcid.org/0000-0002-0585-4625>

College of Nursing, Yonsei University

50-1 Yonsei-ro, Seodaemun-gu, Seoul 03722, Korea

Tel: +82-2-2228-3368, Fax: +82-2-392-5440, E-mail: eunyong1708@gmail.com

서 론

1. 연구의 필요성

보건의료의 발전으로 인간의 평균 수명이 증가함에 따라 만성질환 유병률이 지속적으로 증가하고 있다[1]. 미국에서는 약 7천만 명이 한 개 이상의 만성질환을 앓고 있으며[1], 국내에서는 전체 인구의 약 33%에 해당하는 1,700만 명이 만성질환자에 해당한다[2]. 특히, 2010년 국내 성인의 고혈압 유병률 26.8%, 당뇨 유병률 9.6%에 비하여 2016년에는 고혈압 유병률 29.1%, 당뇨 유병률 11.3%로 만성질환 유병률이 점차 증가하는 추세에 있다[3]. 이처럼 만성질환자의 비율이 증가함[1,3]에 따라 질병을 지닌 채 살아가는 대상자들의 삶에 관심이 집중되고 있다.

질병을 가진 대상자들에게 질병수용이라는 개념이 적용된 것은 죽음의 5단계 이론[4]의 영향이다. 1990년대 후반 Kübler-Ross [4]가 제시한 죽음의 5단계 이론의 마지막 단계가 수용이었고, 이 이론의 영향을 받아 죽음에 대한 수용[5], 상실에 대한 수용[6] 등의 개념이 대두되었다. 이후 심리학 분야에서는 수용의 개념을 적용한 인지치료요법이 제시되며[7] 우울장애, 불안장애 등의 정신적 질환을 가진 대상자들에게 적용되었으며, 최근에는 만성통증, 다발성 경화증, 당뇨 등 다양한 질환의 대상자들에게까지 활용되고 있다[8]. 수용 기반의 인지치료요법을 처음 소개한 Hayes [7]는 수용을 ‘주어진 것에 적극적으로 반응하는 것’이라고 정의하며 직면한 현재 상황에 초점을 맞추는 것을 강조하였는데, 이는 수용이 과거에 대한 반성이나 미래에 대한 계획까지 포함하는 적응이나 조정 등을 포함하는 것과는 차이가 있다.

간호사가 만성질환자의 질병수용에 관심을 가져야 하는 이유는, 질병의 수용 여부가 대상자들의 신체적, 정신적 삶의 질에 큰 영향을 미치기 때문이다. 즉, 만성질환자가 질병 상태를 수용했을 때 통증의 정도, 우울, 불안이 감소하고, 신체적 웰빙, 삶의 질 수준의 향상 등의 긍정적인 변화가 일어난다[9,10]. 또한, 만성질환자의 질병수용의 정도가 높을수록 자가 관리 행위도 증가하는 것으로 나타났다[11,12].

하지만 만성질환자의 질병수용과 관련된 연구들을 살펴보면, 질병수용의 개념이 명확하지 않을 뿐 아니라 개념의 정의와 측정도구[13]의 속성이 상이하게 사용되고 있었다. 질병수용에 대한 선행문헌의 정의를 살펴보면, Lachapelle 등[14]은 질병수용을 새롭게 정상적인 삶이 되어가는 과정으로 정의하여 긍정적인 미래의 측면을 강조하였으며, McCracken와

Eccleston [15]은 질병수용을 질병 경험에 대해 현실적이고 개방적인 태도로 반응하는 현재의 중립적인 상태라고 정의하였다. 반면 선행문헌에서 가장 보편적으로 사용되고 있는 Felton 등[13]의 질병수용 도구의 경우, 질병으로 인한 신체적, 심리적, 사회적 제약 때문에 느끼는 불편감을 측정하는 문항으로만 구성되어 불편감을 덜 느낄수록 질병수용이 높은 것으로 해석하고 있었다. 이처럼 질병수용을 소극적인 의미로 측정하는 경우, 측정된 결과가 질병수용 개념의 의미를 포함하기 어렵다.

질병수용 개념이 확실하게 정의되지 않고 연구가 진행되는 이유는, 첫째, 의료진이 중심이 되고 환자를 수동적 존재로 규정하는 의학적 패러다임으로 인해 질병수용을 단지 환자에게 치료요법을 준수하게 하는 전략으로 활용하기 때문이다[12,16]. 최근 의학적 패러다임에서 벗어나 환자 중심 패러다임으로의 변화를 강조하고 있지만, 여전히 의료진은 처방하는 자, 환자는 처방을 준수하는 자로 생각하고 있어[17] 질병수용의 능동적 의미를 담지 못하고 개념을 왜곡시킨다. 둘째, 질병수용 개념이 죽음의 수용에서 유래하였기 때문에, 죽음과 질병에 대한 수용이 혼용되어 사용되고 있다[18,19]. 특히, 질병수용 개념을 말기 암 환자 등 중증 환자들에게 적용하고 있어[20] 죽음과 질병에 대한 수용을 구분하기 어렵다. 셋째, 수용이라는 단어가 학문에 따라 다양하게 해석되고 있으며, 특히 심리적인 영역에만 초점을 맞추는 경향이 있었다[21]. 따라서 평생을 관리하며 살아야 하는 만성질환자들의 삶의 질을 높이기 위해서는 질병수용의 개념을 명확히 정의하는 것이 필요한데 이와 관련된 연구를 찾아볼 수 없었다. 이에 본 연구는, 이론적 방법과 현장연구 단계를 병행하여 개념을 분석하는 방법인 Schwartz-Barcott와 Kim [22]의 혼종모형을 이용하여 만성질환자들의 질병수용 개념을 정의하고자 하였다. 본 연구결과는 만성질환자들의 질병수용 개념을 정련화하고 경험적 증거를 제시하여, 임상간호사들이 만성질환자의 수용 단계를 파악하고 수용 단계에 따른 프로그램을 개발하는 데 기초자료로 이용될 수 있을 것이다.

2. 연구목적

본 연구의 목적은 Schwartz-Barcott와 Kim [22]의 혼종모형 개념분석을 통해 만성질환자의 질병수용에 대한 정의 및 경험적 증거를 명확히 하고자 한다. 구체적인 연구목적은 다음과 같다.

- 문헌고찰을 통해 만성질환자의 질병수용에 대한 작업적 정의를 도출한다.

- 심층면담을 통해 만성질환자의 질병수용에 대한 정의를 도출한다.
- 문헌고찰과 심층면담을 통해 확인된 자료들을 비교 분석한 결과를 통합하여 만성질환자의 질병수용에 대한 최종 정의를 도출하고 경험적 준거를 제시한다.

연구방법

1. 연구설계

본 연구는 Schwartz-Barcott와 Kim [22]이 제시한 혼종모형의 개념분석방법에 따라 만성질환자의 질병수용에 대한 개념의 정의 및 경험적 준거를 도출하는 개념분석 연구이다.

2. 연구진행

본 연구에서는 Schwartz-Barcott와 Kim [22]이 제시한 혼종모형의 개념분석에 기반하여 이론적 단계, 현장연구 단계, 최종 분석 단계인 3단계로 진행되었다. 이론적 단계에서는 문헌고찰을 통해 만성질환자의 질병수용 개념에 대한 작업적 정의와 경험적 준거를 탐색하였다. 현장연구 단계에서는 만성질환자들과의 개별 심층면담을 통해 만성질환자들이 인식하는 질병수용에 대한 의미를 확인하였다. 최종 분석 단계에서는 이론적 단계에서 도출한 작업적 정의와 현장연구 단계의 면담내용을 분석한 결과를 통합하여 만성질환자의 질병수용에 대한 최종적 정의와 경험적 준거를 제시하였다.

1) 이론적 단계

이론적 단계에서는 ‘만성질환자의 질병수용이란 무엇인가’를 질문하면서 문헌고찰을 통해 질병수용 개념의 본질과 어떻게 정의되고 측정될 수 있는지에 초점을 맞추어 개념의 속성과 작업적 정의를 도출하였다.

(1) 문헌검색 및 선정기준

문헌검색은 2000년 1월 1일부터 2017년 12월 31일까지 학술지에 게재된 논문을 연구자 3명이 검색엔진을 나누어 2018년 4월 14일 하루 동안 수행하였다. 이를 위해 국외 문헌은 PubMed와 CINAHL, 국내 문헌은 RISS와 DBpia의 검색엔진을 활용하였다. 검색어는 영문의 경우 ‘Chronic disease or Illness’ and ‘Accept or Adapt or Adjustment’으로, 국문의 경우 ‘질병 or 만성질환’ and ‘수용 or 적응’으로 검색어를 설정

하였다. 본 연구에 포함된 논문의 선정기준은 만성질환자의 질병수용에 대해 탐색한 조사연구, 질적연구, 문헌고찰연구 또는 종설이었다. 만성질환은 합병증을 동반하거나 개인의 삶에 영향을 미치며 수 년 동안 지속되는 질병으로 정의하였으며[1], 만성질환자의 범주에는 고혈압, 당뇨, 류마티스 관절염, 다발성 경화증, 심혈관 질환, 만성 통증, COPD, 만성신장질환 등을 앓는 대상자가 포함되었다. 단행본과 아동/청소년 대상의 연구, 급성질환자, 완화치료를 받는 말기질환자, 임산부/수유부를 대상으로 한 연구, 실험연구는 제외 기준으로 선정하였다.

(2) 문헌 추출과 분석

검색된 문헌은 Endnote X9를 활용하여 2018년 4월 15일부터 10월 30일까지 3인의 연구자가 함께 모여 검토 및 정리하였다. 검색결과 국외 문헌 12,712편, 국내 문헌 245편으로 총 12,957편이 검색되었고, 이 중 중복된 문헌 1,799편을 제외하였다. 그 다음 제목을 검토하여 실험연구 1,992편, 만성질환자 대상이 아닌 연구 4,672편, 성인 대상이 아닌 연구 2,098편, 질병수용에 대해 탐색하지 않은 연구 1,906편 등 선정기준에 부합하지 않는 논문 10,668편을 제거하였다. 이후, 초록을 검토하여 380편을 제외하고 110편의 논문이 추출되었다. 논문 검토 중 의견이 일치하지 않은 경우에는 연구자 4명이 참여한 연구 회의에서 논의를 거친 후 분석에 포함시킬 논문과 논문의 분석 내용을 최종 결정하였다. 그 결과 64편의 논문을 제외하여 총 46편의 문헌을 최종 분석에 포함하였다(Figure 1). 학문분야에 따라 만성질환자를 바라보는 시각에 차이점이 있을 것으로 판단하여 논문 1저자를 기준으로 간호학, 의학, 심리학으로 구분하였으며, 구분하기 어려운 논문들은 본 연구자들이 모여서 해당 논문의 연구자 특성을 고려하였다. 이에 간호학 12편, 의학 7편, 심리학 27편으로 분류되었다.

2) 현장연구 단계

현장연구 단계에서는 대상자가 개인 단위일 경우 현상을 명확하게 드러낼 수 있는 3~6명을 면담하는 것이 적절하기 때문에[22], 본 연구에서는 5명의 만성질환자를 목적적 표집법에 의해 선정한 후 개별 심층면담하였다. 만성질환은 6개월 또는 1년 이상 계속되는 질환으로 정의되며[1], 질병수용을 확인하기 위해서는 1년 이상 일정 기간 질병을 경험하는 것이 필요하여 대상자 선정기준은 만성질환(당뇨 또는 고혈압)을 진단받은 후 최소 1년이 지난 19세 이상 성인으로 하였다. 특별한 생애 주기에 속해있어 질병 경험이 상이한 임산부 또는 수유부, 치료에 초점이 맞춰져 있는 급성질환자, 만성질환보다는 완화치료

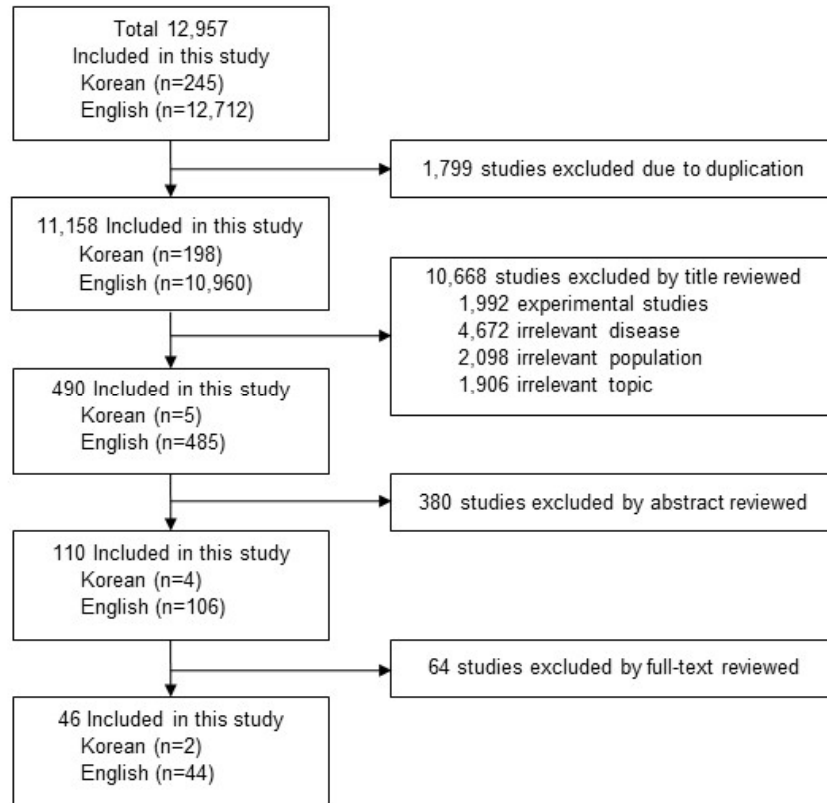


Figure 1. Flow diagram from literature search.

및 죽음에 초점이 맞춰져 있을 수 있는 말기질환자는 대상자에서 제외하였다.

(1) 자료수집

대상자 면담을 통한 자료수집은 2019년 3월 16일부터 5월 25일까지 시행되었다. 대상자를 모집하기 위해 아파트 게시판 내 공고문을 부착하였으며, 유선 연락 온 대상자가 선정기준에 부합하는지 확인하였다. 선정기준에 부합하는 경우, 면담 시작 전 대상자에게 설명문과 동의서를 제공하고 연구목적과 방법을 설명한 후 서면으로 연구참여와 녹음에 대한 동의서를 받았다. 면담은 대상자 1명과 연구자 2명이 독립된 공간(카페, 사무실 등)에서 면대면으로 이루어졌다. 1명에 대한 면담을 실시하여 면담내용에 대해 분석한 후 그 다음 대상자에 대한 면담이 진행되었다. 만성질환자의 질병수용에 대한 충분한 정보를 얻기 위하여 성별과 연령을 고려하였으며, 면담 전에 대상자에게 질문 내용에 대해 설명하여 자료수집이 용이하도록 하였다. 분석을 통해 자료가 포화된 것을 확인한 후 대상자 모집을 중단하였다. 면담은 대상자별로 1회 진행하였으며, 면담 소요시간은 약 50~60분 정도였다. 정보의 정확성과 완전성을 위해 면담내용은 대상자의 동의를 얻은 후 녹음하였고, 면담 시에는

Schatzman과 Strauss [23]가 제시한 방법에 따라 현장노트를 작성하였다. 면담내용은 면담 후 즉시 연구자가 직접 전사하였다. 면담 주요 질문은 ‘귀하께서는 본인의 질병에 대해서 어떻게 생각하십니까?’를 시작으로 질병을 진단받고 어떠한 변화를 경험했는지, 힘들었던 점은 무엇인지, 관리를 위한 노력을 기울이는지, 앞으로 어떤 모습으로 살아가고 싶은지 순서로 질문하였다. 하지만 본 연구는 면담 종료 후 대상자에게 면담 내용에 대한 자료 확인을 하지 않았다.

(2) 자료분석

Waltz, Stickland와 Lenz [24]가 제시하는 주제분석(thematic analysis) 방법을 사용하였으며 자료수집과 동시에 자료분석이 진행되었다. 주제분석은 의미 있는 내용 추출과 코딩, 범주화 형성, 추상화의 세 단계로 진행되었는데, 의미 있는 내용을 추출하는 단계에서는 먼저, 연구자 4명이 모든 대상자들의 면담 내용이 담긴 자료를 반복적으로 읽으면서 만성질환자의 질병수용과 관련된 의미 있는 내용들을 각자 발췌하였고, 발췌된 내용을 토대로 논의과정을 거쳐 의미 있는 내용을 추출하였다. 이후 추출된 내용들을 다시 읽으면서 공통된 의미들을 묶어 제목을 달거나 노트를 하는 것으로 코딩화하였으며, 자료를

코딩하면서 지속적인 메모를 통해 개념에 대한 윤곽을 잡으려고 노력하였다. 범주화 형성 단계에서는 공통된 의미들을 묶어 제목으로 범주화하였으며, 추상화 단계에서는 각 범주의 특징과 내용을 나타내는 더 높은 수준의 제목을 부여하였다.

3) 최종 분석 단계

최종 분석 단계에서는 이론적 단계에서 내려진 작업적 정의와 경험적 증거, 현장연구 단계에서 확인된 정의 및 속성들을 비교 분석하여 질병수용의 속성과 정의를 최종적으로 확인하고 경험적 증거를 도출하였다.

3. 연구자 준비

본 연구책임자는 대학원에서 간호개념개발 교과목을 수년간 가르치고 여러 편의 개념개발 연구를 진행하여 Schwartz-Barcott와 Kim [22]의 혼종모형 개념분석방법에 대해 충분히 숙지하고 있다. 또한, 공동연구자들은 개념개발 교과목과 질적 연구방법론을 모두 이수하여 혼종모형 개념분석방법에 대하여 숙지하고 있다.

4. 윤리적 고려

본 연구는 윤리적 타당성을 확보하기 위하여 세브란스병원 연구윤리위원회(IRB No. 4-2018-0849)의 승인을 받았다. 현장연구 단계에서 면담을 진행하기 전에 연구대상자에게 연구의 목적과 방법, 면담내용 녹음에 대하여 자세히 설명하고, 연구참여를 동의하였더라도 진행 과정에서 참여를 원하지 않을 시 철회가 가능함을 설명한 후 서면동의를 얻었다. 연구 관련 자료는 일정기간이 지나면 폐기처분할 것임을 설명하였으며, 연구에 참여한 대상자에게는 소정의 답례품을 제공하였다. 면담을 통해 얻어진 대상자의 개인정보는 익명으로 처리하였으며, 녹음파일과 필사본은 잠금장치가 있는 컴퓨터와 서랍장에 보관하고, 연구자 외에는 접근하지 못하도록 하였다.

연구결과

1. 이론적 단계에서 확인된 만성질환자 질병수용의 작업적 정의

문헌고찰 결과, 학문분야에 관계없이 질병수용은 한계 경험, 질병 관리, 새로운 삶 구축이라는 3단계 과정을 거치는 지속

적이고 역동적인 특징을 가졌으며, 신체적, 심리적, 사회적 영역으로 분류되는 다차원적 개념으로 분석되었다. 이를 학문 분야별로 단계와 영역에 따라 분석한 질병수용의 속성은 다음과 같다.

간호학에서 한계 경험 단계를 살펴보면 만성질환자는 신체적인 피로감을 느끼며[A1-A3], 신체적 변화로 인한 제한된 상황들을 심리적으로 인지하고[A1-A4], 통제할 수 없다는 무력감에 홀로 고립되는 것으로 확인되었다[A2,A5]. 질병 관리 단계에서 대상자들은 질병을 적극적으로 관리하며[A3,A6] 신체적인 안정 상태를 유지하려고 노력하고 있었다[A2,A7]. 심리적으로는 질병에 대한 통제감을 유지하기 위해[A8] 직면적, 회피적, 감정적 방법 등 다양한 대처법을 활용하고[A1,A6,A9,A10], 사회적으로 이용 가능한 지원체계를 찾는 것으로 나타났다[A9]. 새로운 삶 구축 단계에서는 질병으로 인해 변화된 생활습관을 삶 속으로 통합시키고[A11], 이를 삶의 도전으로 인식하여 자신의 모습을 변화시켜 나감으로써[A2,A11] 건강 관련 삶의 질을 향상시키고[A12] 새로운 삶을 구축해 나가는 모습이 보였다[A5,A7].

의학의 경우, 한계 경험 단계에서 만성질환자는 신체적으로 심한 통증과[A13], 심리적으로 우울, 불안, 슬픔 등의 감정적 변화를 경험하고[A14,A15], 다른 사람들에게 자신의 질병에 대해 숨기는 모습을 보였다[A14]. 질병 관리 단계에서는 만성질환자가 질병에 맞서 싸우며[A14], 건강 관련 정보를 찾아보거나[A14] 주변 사람들의 지지를 구하는 적극적인 모습이 나타났다[A14]. 새로운 삶 구축 단계에서는 대상자가 지금까지 습득한 질병 관련 지식을 통해 과거의 증상을 되돌아보며 신체 상태에 대해 집중하는 양상이 확인되었다[A16]. 사회적으로는 만성질환자들이 안녕감[A17]과 삶의 질[A15,A17-A19]을 영위하게 되는 것으로 나타났다.

심리학의 경우 한계 경험 단계는, 만성질환자가 신체적 기능 상태가 나빠졌음을 깨닫고[A20-A22], 질병으로 인한 불확실한 상황에서[A23] 정서적 디스트레스를 겪고[A24] 부정적인 감정에 직면하는 모습으로 나타났다[A20,A25]. 사회적으로는 대상자가 위축되어 지금까지 수행하던 일상활동들을 줄이거나 회피하는 모습[A26]을 보였다. 질병 관리 단계에서 만성질환자는 질병을 스스로 관리하고[A22,A25,A27-A29], 건강행위를 수행하는 적극적인 모습이 나타났는데[A27,A30], 이 과정에서 대상자는 질병을 관리하기 위한 역량과 통제감[A22,A31], 자기 효능감이 증진되었으며[A27], 다양한 대처 전략들도 적용하고 있었다[A22,A23,A27,A30,A32-A34]. 또한, 이들은 사회적인 도움을 구하며[A27,A33], 질병의 제약에도 불구하고 할 수 있

는 활동을 찾는 모습을 보였다[A26,A35]. 새로운 삶 구축단계에서는 대상자가 질병의 긍정적인 결과에 집중하고[A25,A36], 질병으로 인한 경험을 일상적인 생활습관으로 통합하고 있었다[A31,A37]. 이 단계에서 만성질환자는 질병으로 인한 증상을

느끼며 살아갈 것을 받아들이고[A21,A38,A39], 삶에 대한 가치를 변화시켜[A35] 긍정적인 태도[A27-A29,A32,A40]와 회복력[A20,A41,A42]을 구축하고 있었다. 사회적으로는 만성질환자가 건강한 삶을 새롭게 정의하고[A5,A43,A44] 다양한 활동을

Table 1. Attributes of Illness Acceptance in Chronic Disease according to Academic Fields

Phase	Dimension	Attributes		
		Nursing	Medicine	Psychology
Experience of the limits	Physical	· Experiencing fatigue [A1~A3]	· Experiencing severe pain [A13]	· Confronting functional status [A20~A22]
	Psychological	· Perceiving limited conditions [A1~A4]	· Reacting emotionally [A14,A15]	· Feeling uncertainty [A23] · Having emotional distress [A24] · Confronting negative mood [A20,A25]
	Social	· Being alone in illness [A2,A5]	· Concealing the disease [A14]	· Performing restricted activities [A26]
Disease management	Physical	· Managing the disease [A3,A6] · Struggling for stable status [A2,A7]	· Fighting the disease [A14]	· Engaging in self-management [A22,A25,A27~A29] · Adopting health behaviors [A27,A30]
	Psychological	· Maintaining power and control [A8] · Using coping strategies [A1,A6,A9,A10]		· Growing competence and control [A22,A31] · Improving self-efficacy [A27] · Using coping strategies [A22,A23,A27,A30,A32~A34]
	Social	· Seeking support [A9]	· Seeking support [A14] · Seeking information [A14]	· Seeking social support [A27,A33] · Finding alternative activities [A26,A35]
Building a new life	Physical	· Integrating a changed lifestyle [A11]	· Focusing on previous symptoms with knowledge [A16]	· Focusing on positive outcomes of illness [A25,A36] · Integrating illness experience into lifestyle [A31,A37]
	Psychological	· Integrating a changed self [A2,A11] · Reconstructing life [A5,A7]		· Willingness to live with symptom [A21,A38,A39] · Altering values [A35] · Having positive affect [A27~A29,A32,A40] · Having resilience [A20,A41,A42]
	Social	· Focusing on health-related quality of life [A12]	· Improving well-being [A17] · Improving quality of life [A15,A17~A19]	· Developing a new 'normal' life [A5,A43,A44] · Improving quality of life [A45,A46] · Engaging in activities [A21,A22,A25,A29,A39]

영위하여[A21,A22,A25,A29,A39] 삶의 질이 향상되는 모습이 확인되었다[A45,A46].

따라서, 간호학과 의학, 심리학 등 타 학문 분야의 문헌에서 확인된 질병수용의 속성을 종합하여 이론적 단계에서의 만성질환자의 질병수용에 대한 작업적 정의를 제시하면 다음과 같다(Table 1). ‘만성질환자의 질병수용은 초기에 질병으로 인한 신체적, 심리적, 사회적 한계를 경험하지만 이를 인정하고, 적극적으로 관리하여 변화된 자신의 삶을 새롭게 구축해 나가는 지속적이고 역동적인 과정’이다.

2. 현장연구 단계

현장연구 단계에서 일대일 면담에 참여한 대상자는 남성 2명, 여성 3명으로 총 5명이었다. 연령은 40대 1명, 50대 1명, 60대 2명, 70대 1명이었고, 모두 기혼이었으며 5명 중 3명이 직업을 가지고 있었다. 보유하고 있는 만성질환의 종류는 고혈압만 가진 경우가 3명, 고혈압과 당뇨를 모두 가진 경우가 2명이었다. 질병 보유 기간은 1년부터 27년까지 다양하게 나타났다. 가족력은 3명이 고혈압을 가진 어머니를 두었으며, 현재 질병과 관련하여 약물을 복용 중인 경우는 4명이었다.

심층면담의 내용은 Waltz 등[24]이 제시한 주제분석방법에 따라 분석하고 범주화하였는데, 의미있는 내용 추출 단계에서 만성질환자의 질병수용과 관련하여 의미있는 내용은 총 323개로 도출되었다. 범주화 형성 단계에서 연구자 4명은 사례별 이론적 기록을 근거로 공통된 의미들을 묶어 95개의 범주로 분류하는 작업을 거쳤으며, 각 범주들의 제목을 추상화함으로써 최종 3단계와 10개의 속성이 도출되었다(Table 2). 즉, 만성질환자는 질병으로 인한 다양한 변화를 경험한 후 질병을 관리하게 되며, 이 관리를 통해 자신의 삶을 변화시키는 긍정적 과정이나 다시 한계를 경험하는 부정적인 과정을 거치게 되는데, 이 과정은 역동적으로 순환하는 것으로 파악되었다.

1) 질병으로 인한 변화 경험

(1) 신체적 건강 변화

대상자는 만성질환으로 인해 두통, 흉통, 목 뻣뻣함, 혈압 상승 등의 신체적 증상을 경험하면서 자신의 건강상태가 변화하였음을 체감하는 것으로 나타났다.

목이 뻣뻣해지고 머리가 쭈뼛쭈뼛 서는 느낌을 1주일 정도 느껴서 ‘이러다가 죽는구나’라는 것을 느끼게 되었습니다.(대상자 B)

혈압이 올라가면 보통 머리도 아프고 가슴도 아파.(중략) 혈압은 재보면 실시간으로 바뀌는 것 같아. 어떨 때는 높다가 어떨 때는 떨어졌다가 그래.(대상자 E)

(2) 심리적 불안정

만성질환자는 질병을 진단받고 놀람, 우울, 합병증에 대한 걱정 등을 경험하는 등 심리적으로 불안정한 상태에 놓이는 것으로 나타났다.

갑자기 혈압이 높다고 하니 놀랐지 뭐. 그리고 당뇨는 합병증이 심하게 올 수 있다고 해서 정말 무섭고 우울했지.(대상자 D)

이 질병으로 약을 평생 먹어야 된다는 사실이 참 걱정이 되었어요.(대상자 E)

(3) 과거에 대한 반성

만성질환자는 과거 자신의 모습에서 질환의 원인을 찾으려 반성하는 모습을 나타냈다.

왜 나한테 그게 왔을까? 만 생각이 났어요. 나는 운동도 많이 하고 식단 조절도 하면서 살아왔는데... 원인을 생각해 보니 과중한 업무에 따른 스트레스밖에 없더라고요.(대상자 B)

이런 질병이 오고 보니까 지난 세월은 막 살았던 거지. 되는대로 먹고.(대상자 D)

(4) 사회적 위축

건강상태의 변화로 인해 가정 및 직장 등에서 일상생활을 하면서 다양한 제약을 받아 어려움을 경험하면서 사회적으로 위축되는 것으로 확인되었다.

사회생활을 하다 보니 친구나 선후배가 어떻게 생각할까 고민했어요. 술을 끊어서 친구 관계가 많이 없어진 것 같아요. 모임이 있을 때 가야 할지 고민을 많이 합니다.(대상자 B)

2) 질병관리를 위한 노력

(1) 건강관리 계획 및 실천

질병관리를 위해 생활습관 변화 등의 건강관리 계획을 수립하고 이를 실천하여 긍정적인 결과를 얻기 위해 노력하는 것으로 나타났다.

Table 2. Themes, Subthemes, and Codes in the Fieldwork Phase

Theme	Subtheme	Code
Experienced changes due to disease	Changed physical health status	· Physical discomfort · Sudden worsening of symptoms
	Psychological instability	· Surprise and shock · Worry · Depression · Stress from change of symptoms · Anxiety and fear of complications · Fright of death
	Reflection and regret for previous unhealthy lifestyle	· Reflection and regret for unhealthy lifestyle · Thinking about the cause of the disease
	Social withdrawal	· Responsibility as a breadwinner · Changing social roles in home and workplace · Being self-conscious
Effort toward disease management	Planing health care and practice	· Managing diet · Exercise · Taking medicine regularly · Trying to manage health but not easy to keep
	Increasing interest in disease	· Begin to be concerned about disease · Taking care of one's health when healthy · Believe will live longer if managing health by oneself · Effort to acquire health-related information using TV or Internet · Beginning to pay attention and studying about disease
	Health evangelist	· Recommending to management of health to others
Ways to find one's own	Challenge to achieve health goals	· Maintaining current health status · Living long and healthy · Managing disease consistently · Living without medication Living not to take medicine
	Change in perception of illness and life	· Accepting the current situation · Thinking about living with the disease · Being thankful for having a manageable disease · Turning into a positive mind
	Showing reform after the hardship that have come again	· Looking back on oneself

약 꾸준히 먹고 있어요. 그리고 체중이 증가하니까(혈압이) 높아졌다고 해서. (중략) 체중을 좀 빼야겠다는 생각은 갖고 있어요.(대상자 A)

약은 계속 먹어야 한다고 해서 먹고 잘 관리하고 있어요. 밥은 조금 먹고, 야채 이런 것으로. 운동하고. 관리하니까 피부도 더 맑아지고 혈압도 더 낮아지고 있어요.(대상자 D)

(2) 질병에 대한 관심 증가

대상자들은 자신의 질병에 대해 관심을 가지기 시작하면서 건강정보를 획득하기 위해 노력하는 모습을 보였다.

혈압이 높다는 이야기를 들었을 때 인터넷으로 어떻게 하면 혈압을 좀 낮출 수 있나 그런 것들을 좀 보기는 했어요. 그리고 병원에서 의사들에게 물어도 보고.(대상자 A)

고혈압 생기고 질환에 관심이 생기기 시작한 것 같아요. 건강은 매일 관리해야 하는 거고, 건강할 때 지켜야 한다는 생각은 정말 뻗속 깊이 진짜 생각하고 있어요.(대상자 E)

(3) 건강전도사

사회적으로 대상자들은 자신과 비슷한 증상을 가지고 있는 다른 사람들에게 건강의 중요성을 알리고 관리방법 등에 대해 권고하는 모습을 보여 건강전도사의 역할을 하는 것으로 나타났다.

주변에 고혈압 증세가 있는데 숨기면서 지내는 경우가 있어요. 내가 약을 먹으니까 아픈 머리도 없어지고 좋다고 이야기를 하고 있어요. 주위 분들에게 처방을 받아서 혈압약을 먹는 것을 추천하고 있어요.(대상자 B)

3) 자신을 찾아가는 길

(1) 건강 목표 달성을 위한 도전

대상자들은 현재 상태를 잘 유지하면서 지속적으로 잘 관리하는 것을 앞으로의 건강 목표로 설정하며, 이를 달성하기 위한 도전과제로 받아들이는 모습을 보였다.

최소한 현재의 상태보다는 더 나빠지지 않게, 좋아질 수가 없다면 나빠지지 않게 유지하고 싶어요.(대상자 A)

오래 살아야죠. 인생의 후반전인 50 이후에 약 없이 살 수 있다면 관리해야지.(대상자 B)

앞으로도 여행 많이 다니려면... 그렇게 잘 관리하고 살아야 되겠지요.(대상자 E)

(2) 질병 및 삶에 대한 인식 변화

만성질환자는 질병에 대한 인식의 변화로 현재 상황을 받아들이고, 감사하는 마음을 가지는 등 긍정적인 태도로 삶에 대한 변화를 유도하게 되는 것으로 나타났다.

병은 그냥(저랑) 같이 간다고 생각을 해요. (중략) 그래도 만성질환이 좋은 점이 뭐냐면, 생활습관을 바꿀 수가 있어요. 만성질환이라는 것은 한 번 약 먹고 떨어지지 않기 때문에 자기의 나쁜 습관은 피하게 되지. 스트레스도 안 받으려고 노력하고. 그러다 보니 사람이 긍정적으로 바뀌기도 하는 것 같아.(대상자 A)

약 먹고 병원 다니는 것은 번거롭지 않아요. 오히려 감사해야지. 그런 약이 발명되어서 우리에게 치료가 된다는 게 감사한 거지. 암으로 온다거나 그런 것으로 안 오고 어쨌든 당뇨는 본인이 관리하면 더 길게 살 수 있잖아.(대상자 D)

죽을 때까지 동반자라고 생각하고 가려고.(중략) 병을 얻고 아프고 난 후 삶이... 긍정적인 힘이 생긴 것 같아.(대상자 E)

(3) 다시 찾아온 시련 후 재도약

만성질환 관리가 잘 이뤄지지 않거나 만성질환으로 인해 지인이 부정적인 경과를 보일 때 만성질환자는 한계 경험 단계를

다시 겪으며 스스로의 모습을 돌아보는 것으로 나타났다.

언제 한 번 당화혈색소 수치가 9로 올라갔는데 생활의 변화는 없었어요. 그냥 수치가 올라가서 엄청 혼났어요. 왜 이렇게 관리를 안했냐고. 저는 바뀐 게 없는데. 그래서 생각해 보니까 야근한 것밖에 없는데 왜 수치가 올랐는지 모르겠어요.(대상자 B)

우리 시어머님이 당뇨 합병증으로 돌아가셔서 엄청 무서운 거지. 당을 쥘 때 높아지고 낮아지고 하니까 스트레스를 더 받아.(대상자 D)

현장연구 단계에서 규명된 만성질환자의 질병수용의 정의는, '질병으로 인해 초기에는 신체적 건강상태 변화와 심리적 불안정, 과거에 대한 반성, 사회적 위축 등의 다양한 변화를 경험한 후 건강관리를 계획하고 실천하면서 질병에 대한 관심이 증가하여 건강전도사로 질병관리에 힘쓰고, 앞으로의 건강 목표 달성을 위해 끊임없이 도전하면서 질병뿐만 아니라 삶에 대한 인식이 변화되며 건강관리 실패로 다시 시련을 경험하면서 점차 성숙해져 가는 과정이다.

3. 최종 분석 단계

최종 분석 단계에서는 이론적 단계에서 확인한 문헌고찰 결과와 현장연구 단계에서 만성질환자와의 심층면담 내용에 의해 확인한 실증적 결과를 비교 검토하여 통합한 후 만성질환의 질병수용 속성을 결정하고 정의를 확정하였다.

구체적으로 만성질환자의 질병수용에 대한 최종 속성을 살펴보면, 한계 경험과 질병 관리 단계에서는 신체적, 심리적, 사회적 변화를 경험하는 구분된 모습을 보였다. 질병으로 인한 한계 경험 단계에서는 이론적 단계의 '신체적 증상 직면', '제한된 상태 인식', '부정적인 감정 직면', '사회적 위축'이 현장연구 단계의 '신체적 건강 변화', '심리적 불안정', '과거에 대한 반성'으로 확인되었다. 하지만 이론적 단계의 '제한된 상태 인식'은 현장연구 단계에서 확인되지 않았으며, '과거에 대한 반성'은 현장연구 단계에서 새롭게 확인되어 신체적 영역으로는 '신체적 질병 경험', 심리적 영역으로는 '정신적 불안정성 경험', 사회적 영역으로는 '사회적 역할의 어려움'을 최종 속성으로 결정하였다. 질병 관리 단계에서는 이론적 단계의 '질병 관리를 위해 애씀'이 현장연구 단계의 '건강관리 계획 및 실천'으로 확인되었다. 하지만 이론적 단계의 심리적 영역에서 '대처 전략 이용', '자기효능감 향상'과 사회적 영역에서 '지지체계 마련',

‘일상생활에서의 대안찾기’는 현장연구 단계에서는 확인되지 않았으며, 현장연구 단계의 ‘질병에 대한 관심 증가’, ‘건강진도사’가 새롭게 확인된 속성이었다. 이 속성들을 통합하여 신체적으로는 ‘자가 건강관리에 참여’, 심리적으로는 ‘대처 전략 적용’을, 사회적으로는 ‘사회적 지지 구축’을 질병 관리 단계의 최종 속성으로 도출하였다. 세 번째 단계는 이론적 단계에서의 ‘새로운 삶 구축’ 단계와 현장연구 단계에서의 ‘자신의 삶을 변화시킴’ 단계를 통합하여 ‘새로운 자신의 삶 설계’ 단계로 명명하였다. 새로운 자신의 삶 설계 단계는 이론적 단계에서 신체적 영역의 ‘새로운 생활습관을 삶 속으로 통합’, 심리적 영역의 ‘심리적 유연성 증진’, 사회적 영역의 ‘사회활동 참여’와 ‘삶의 질 향상’으로 영역별로 속성이 분석되었으나, 현장연구 단계에서는 영역이 구분되지 않고 통합되어 ‘질병 및 삶에 대한 인식 변화’, ‘건강 목표 달성을 위한 도전’, ‘다시 찾아온 시련 후 재도약’으로 확인되었다. 질병 관리가 잘 이루어지면 신체적, 심리적, 사회적 영역이 구분되지 않고 통합되면서 긍정적인 변화를 이루는 반면에 질병 관리가 잘 이루어지지 않으면 한계 경험을 다시 하는 순환적 모습을 보였다. 하지만 모든 만성질환자들이 마지막 단계인 ‘새로운 자신의 삶 설계’ 단계에 도달하는 것은 아니며, 신체적, 심리적, 사회적 측면에서의 전체적인 조화를 통해 질병 관리가 제대로 이루어져야만 가능하다는 것을 확인할 수 있다.

만성질환자의 질병수용에 대한 정의를 최종적으로 제시하면 다음과 같다. ‘만성질환자의 질병수용은 대상자가 질병으로 인해 초기에는 신체적 질병 상태, 심리적 불안정, 사회적 역할

수행의 어려움 등의 한계를 경험한 후 스스로 건강관리에 참여하고 심리적 대처 전략 및 사회적 지지체계 마련 등을 통해 적극적으로 질병을 관리함으로써 질병을 자신의 삶에 통합시켜 건강 관련 삶의 질을 추구하고 새로운 삶을 설계해 나가는 지속적인 과정이지만, 이 새로운 삶을 구축하는 과정에서 새로운 부정적인 상황에 놓이면, 다시 한계를 경험하면서 다음의 과정이 이어나가는 역동적인 순환 과정이다’(Figure 2).

본 연구에서 확인된 속성에 대한 경험적 준거를 제시하면, 한계 경험 단계에서는 신체 증상과 증상의 중증도, 불안과 우울, 외로움과 고립감이, 질병 관리 단계에서는 자가 관리 기술, 적응, 회복력, 가족·친구·동료·의료진과의 관계가, 새로운 자신의 삶 설계 단계에서는 안락감, 건강 관련 삶의 질 정도 등이다(Table 3).

논 의

본 연구는 만성질환자의 질병수용에 대한 개념의 정의 및 경험적 준거를 도출하고자 Schwartz-Barcott와 Kim [22]의 혼종모형을 적용하여 분석하였다. 이론적 단계, 현장연구 단계, 최종 분석 단계를 통해 연구결과 만성질환자의 질병수용은 한계 경험, 질병 관리, 새로운 자신의 삶 설계의 3단계 과정으로 도출되었다.

이론적 단계에서 질병수용은 간혹학뿐만 아니라 의학, 심리학 등 학문 분야와 상관없이 한계 경험, 질병 관리, 새로운 삶 구축이라는 3단계 과정을 거치면서, 각 단계별로 신체적, 심리적,

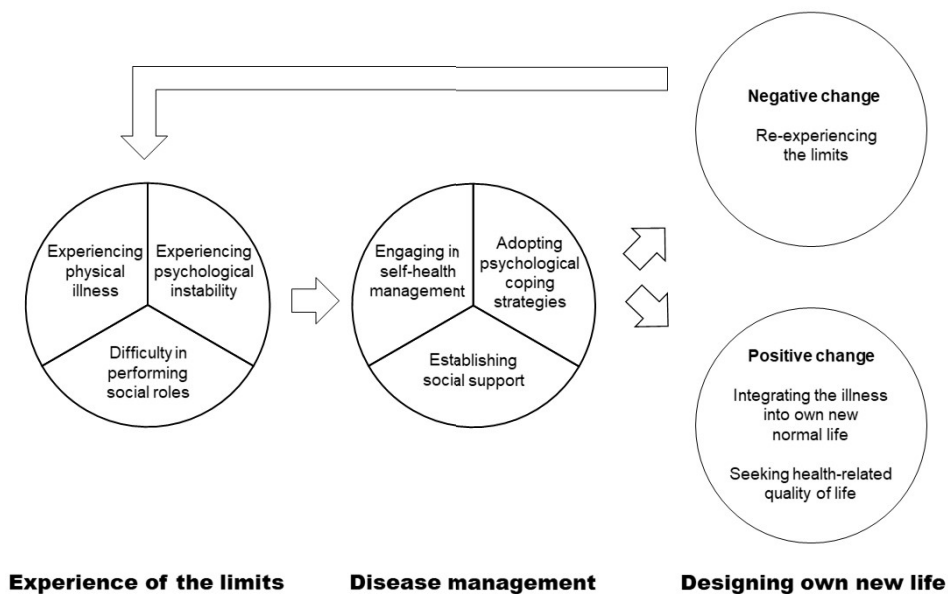


Figure 2. Conceptual model of illness acceptance for chronic illness.

Table 3. Attributes of Illness Acceptance in Chronic disease according to 3 Phases by Hybrid Model

Phase	Dimension	Attributes			Empirical referent
		Theoretical phase	Fieldwork phase	Final analytic phase	
Experience of the limits	Physical	Confronting physical symptoms	Changed physical health status	Experiencing physical illness	Illness symptoms, Severity of symptoms
	Psychological	Perceiving limitations	Psychological instability	Experiencing psychological instability	Anxiety, depression
		Confronting negative moods			
Social	Experiencing social withdrawal	Social withdrawal	Difficulty in performing social roles	Loneliness, Helplessness	
Disease management	Physical	Struggling in managing disease	Planning health care and practice	Engaging in self-health management	Self-management skill
	Psychological	Using coping strategies	Increasing interest in disease	Adopting psychological coping strategies	Adaptation, resilience
		Improving self-efficacy			
Social	Seeking support Finding alternatives in daily life	Health evangelist	Establishing social support	Relationship with family, friend, colleagues, and medical staffs	
Designing own new life	Physical	Integrating the illness into new lifestyle	Positive or negative change in perception of illness and life	Positive change: - Integrating the illness into own new normal life - Seeking health-related quality of life	Well-being, level of health-related quality of life
	Psychological	Increasing psychological flexibility	Challenge to achieve health goals		
	Social	Engaging in social activities	Showing reform after the hardship that have come again	Negative change: re-experiencing the limits	
Improving quality of life					

사회적 영역으로 분류되는 다차원적인 개념으로 나타났다. 질병수용이 신체적, 심리적, 사회적 영역으로 구분되는 것은 세계보건기구에서 건강을 단순히 질병이 없고 허약하지 않은 상태를 의미하는 것이 아니라 육체적, 정신적, 사회적으로 완전한 안녕상태로 정의한 것[25]과 유사하였다. 그러나 만성질환자의 질병수용 단계에서 영역별로 나타나는 속성은 학문 간에 차이가 있는 것으로 분석되었다. 즉, 간호학과 심리학의 경우에는 세 영역의 속성을 모두 포함하고 있는 것으로 분석되었

으나, 의학의 경우에는 질병 관리 단계와 새로운 삶을 구축하는 단계에서 심리적 영역의 속성이 분석되지 않았다. 이는 의학이 질병 진단 및 치료를 목적으로 하며, 환원주의적 관점으로 질병 자체에 집중한다는 Kang의 연구[26]와 유사하였다. 새로운 삶 구축 단계에서는, 간호학, 의학, 심리학에서 모두 사회적 영역의 속성으로 삶의 질이 제시되었다. 이러한 결과는 학문 분야와 관계없이 대상자의 삶의 질에 관심을 가지고 있다는 것을 의미한다. 특히, 보건의료 분야에서는 대상자가 경험하는 삶을 보

다 잘 이해하고 존중하며, 치료의 가치를 다방면으로 평가하기 위하여[27] 대상자의 삶의 질 수준에 관심을 가져야 한다. 질병 수용이란 대상자가 질병으로 인해 한계를 경험하지만, 관리 과정을 통해 질병을 새로운 삶으로 통합하려고 노력하는 과정을 포함하므로, 질병수용 과정을 촉진하는 것은 삶의 질을 증진시킬 수 있는 효과적인 전략이 될 수 있다.

현장연구 단계에서는, 문헌 분석 결과에서 도출되지 않았던 과거에 대한 반성이라는 주제가 도출되며 대상자들이 심리사회적 어려움을 겪는 것으로 나타났지만 대부분 질병 초기 단계에서 발생하며, 이후 단계에서는 질병 관리에 적극적으로 집중하는 모습이 나타났다. 이는 Hayes [7]이 과거에 대한 반성을 포함하지 않고 직면한 현재 상황에 초점을 맞추는 것을 강조한 것과는 차이가 있었으나 Chiu 등[28]의 연구에서 만성질환자들이 신체적인 증상을 조절할 수 있게 된 시점부터 질병으로 인한 우울감을 덜 느낀다고 나타난 결과와 유사하였다. 따라서 간호사는 만성질환자들이 효과적으로 질병 관리를 수행하여 부정적인 한계 경험을 빨리 감소시킬 수 있는 적절한 대처 전략을 포함한 간호중재를 제공하는 것이 필요하다. 만성질환자가 질병 관리가 잘 이루어지면 신체적, 심리적, 사회적 영역이 통합되어 자신만의 정체성을 찾아가려고 노력하는 것으로 분석되었다. 이는 인간은 부분의 합보다 크게 반응한다는 전통적인 간호학적 관점과 유사하였다[29]. 그리고 Veehof 등[9]과 Graham 등[10]의 연구에서 질병을 경험하는 것 자체 또한 부정적인 영향만을 끼치는 것이 아니라 오히려 삶을 바라보는 관점을 바꾸고 긍정적인 영향을 미쳐 개인의 성장을 이루게 할 수 있다는 결과와도 유사하였다[9,10].

질병수용은 3단계인 자신의 삶을 설계하는 단계에서는 질병 관리가 잘 이루어지면 긍정적 변화를 일으켜 새로운 삶이 구축되는 반면에, 질병 관리가 잘 이루어지지 않으면 다시 한계를 경험하는 단계로 회귀하여 순환하는 양상이 확인되었다. 즉 질병 관리가 잘 이루어지면 긍정적 변화를 일으켜 새로운 삶이 구축되는 과정은 Lachapelle 등[14]이 질병수용을 새롭게 정상적인 삶이 되어가는 과정으로 긍정적 미래를 강조한 것과 유사하였다. 그리고 질병수용이 죽음의 이론[4]에서 기인한 개념일지라도, 죽음이나 상실의 수용과는 구분해서 사용할 필요성이 있음을 나타낸다. 왜냐하면, 죽음과 상실의 경우 비가역적으로 나타나는 단일 사건으로 순환적 속성을 지니지 않는다[5,6]. 하지만 만성질환 자체는 완치의 개념보다는 완화와 악화를 반복하는 질환이며, 실제 당뇨 대상자의 16%, 고혈압 대상자의 44%가 만성질환으로 인한 합병증을 경험하여 다시금 한계 상황에 놓이게 되는 것으로 나타났다[30]. 합병증이나 동반 질환

은 기존의 질환을 악화시키는 등 대상자에게 큰 부담으로 작용하지만[30], 대상자들은 이후에 신체적, 심리적, 사회적 질병 관리 단계를 통하여 새로운 자신의 삶 설계 단계에 도달할 수 있다. 본 연구에서는 합병증 또는 증상 악화 등으로 인해 다시 한계를 경험하는 경우 이들이 어떻게 재도약하는지에 대한 구체적인 탐색이 부족하여, 향후 만성질환자들이 경험하는 역동적인 순환 과정인 질병수용에 대해 탐색하는 종단적 연구가 필요하다.

최근 연구들에서 많이 사용되고 있는 Felton 등[13]이 개발한 질병수용 도구의 경우, 질병과 질병으로 인한 건강 상태가 미치는 영향에만 초점을 맞추고 있어, 본 연구에서 파악한 질병수용의 단계가 반영되지 않았다. 따라서 본 연구에서 분석된 질병수용의 단계에 따라 제안된 경험적 준거를 반영할 수 있는 새로운 도구 개발이 필요하다.

본 연구의 제한점은 현장연구 단계에서 대상자 선정기준이 만성질환을 진단받은 후 최소 1년 이상이 경과한 자였으나, 본 연구결과에서 확인된 것처럼 만성질환자가 어떠한 단계에 놓여있는지 또는 전 단계를 모두 거쳤는지에 따라 경험이 다를 수 있으므로 대상자들의 만성질환 보유기간을 사전에 고려하는 것이 필요하였다. 또한, 이론적 단계에서 논문의 선정기준은 고혈압, 당뇨, 류마티스 관절염, 다발성 경화증 등 다양한 만성질환자들을 대상으로 하였으나, 현장연구 단계에서는 고혈압 및 당뇨 환자만을 대상으로 하였다. 마지막으로, 의료 영역에 인공지능 서비스나 사물 인터넷이 도입되는 등 4차 산업혁명으로 인한 변화들이 가속화되고 있지만, 본 연구에서는 이러한 사회적 변화를 반영하지 못하였다. 4차 산업혁명은 만성질환자들의 질병 관리 방식에 영향을 미칠 수 있기 때문에, 추후에는 외부 환경 변화를 고려한 질병수용 연구가 요구된다.

결 론

본 연구는 Schwartz-Barcott와 Kim [22]의 혼종모형을 이용하여 만성질환자의 질병수용에 대한 개념의 정의 및 경험적 준거를 도출하는 개념분석 연구이다. 연구결과 만성질환자의 질병수용 개념의 정의는, ‘만성질환자는 질병으로 인해 초기에는 신체적 질병상태, 심리적 불안정, 사회적 역할 수행의 어려움 등의 한계를 경험한 후 스스로 건강관리에 참여하고 심리적 대처 전략 및 사회적 지지체계 마련 등을 통해 적극적으로 질병을 관리함으로써 질병을 자신의 삶에 통합시켜 건강 관련 삶의 질을 추구하고 새로운 삶을 설계해 나가는 지속적인 과정이지만, 이 새로운 삶을 구축하는 과정에서 새로운 부정적인 상황

에 놓이면, 다시 한계를 경험하면서 다음의 과정을 이어가는 역동적인 순환 과정이다'이었다. 질병수용을 측정할 수 있는 경험적 준거로는 한계 경험 단계에서 신체 증상과 증정도, 불안과 우울, 외로움과 고립감이, 질병 관리 단계에서 자가 관리 기술, 적응, 회복력, 가족·친구·동료·의료진과의 관계가, 새로운 자신의 삶 설계 단계에서 안녕감, 건강 관련 삶의 질 등이 포함된다.

본 연구의 의의는 만성질환자의 질병수용 과정이 반영된 도구 개발뿐만 아니라 임상실무에서 만성질환자들의 질병수용이 긍정적으로 이루어질 수 있도록 적절한 간호중재 개발에 필요한 기초자료를 제공한 것이다.

CONFLICTS OF INTEREST

The authors declared no conflict of interest.

REFERENCES

- American Association of Retired Persons. Chronic conditions among older americans [Internet]. Washington D. C.: American Association of Retired Persons; 2009 [cited 2019 December 26]. Available from: https://assets.aarp.org/rgcenter/health/beyond_50_hcr_conditions.pdf
- Korea Centers for Disease Control & Prevention. Primary medical chronic disease management pilot project [Internet]. Cheongju: Korea Centers for Disease Control & Prevention; 2018 [cited 2020 March 1]. Available from: <http://www.medic.or.kr/Uploads/BLibrary/%EB%B3%B5%EC%A7%80%EB%B6%80%202019%EB%85%84%EB%8F%84%20%EB%A7%8C%EC%84%B1%EC%A7%88%ED%99%98%EA%B4%80%EB%A6%AC%EC%A7%80%EC%B9%A8.pdf>
- Korea Centers for Disease Control & Prevention. 2017 national health statistics [Internet]. Cheongju: Korea Centers for Disease Control & Prevention; 2017 [cited 2019 December 26]. Available from: http://www.index.go.kr/potal/main/EachDtlPageDetail.do?idx_cd=1438
- Kübler-Ross E. On death and dying. London: Routledge; 1973. p. 44-138.
- Jaenicke C. Acceptance of death and dying. *Critical Care Nurse*. 2002;22(3):18. <https://doi.org/10.4037/ccn2002.22.3.18>
- Chaturvedi SK. Acceptance, grief and meaning. *The British Journal of Psychiatry*. 2009;194(6):561-571. <https://doi.org/10.1192/bjp.194.6.561>
- Hayes SC, Smith S. Get out of your mind and into your life: the new acceptance and commitment therapy. California: New Harbinger Publications; 2005.
- Öst LG. The efficacy of acceptance and commitment therapy: an updated systematic review and meta-analysis. *Behaviour Research and Therapy* 2014;61:105-121. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.07.018>
- Veehof MM, Oskam MJ, Schreurs KMG, Bohlmeijer ET. Acceptance-based interventions for the treatment of chronic pain: a systematic review and meta-analysis. *Pain*. 2011;152(3):533-542. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2010.11.002>
- Graham CD, Gouick J, Krahé C, Gillanders D. A systematic review of the use of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) in chronic disease and long-term conditions. *Clinical Psychology Review*. 2016;46:46-58. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.04.009>
- Qiu C, Zhang X, Zang X, Zhao Y. Acceptance of illness mediate the effects of health literacy on self-management behaviour. *European Journal of Cardiovascular Nursing*. 2019;19(5):411-420. <https://doi.org/10.1177/1474515119885240>
- Jankowska-Polańska B, Blicharska K, Uchmanowicz I, Morisky DE. The influence of illness acceptance on the adherence to pharmacological and non-pharmacological therapy in patients with hypertension. *European Journal of Cardiovascular Nursing*. 2016;15(7):559-568. <https://doi.org/10.1177/1474515115626878>
- Felton BJ, Revenson TA, Hinrichsen GA. Stress and coping in the explanation of psychological adjustment among chronically ill adults. *Social Science & Medicine*. 1984;18(10):889-898. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(84\)90158-8](https://doi.org/10.1016/0277-9536(84)90158-8)
- Lachapelle DL, Lavoie S, Boudreau A. The meaning and process of pain acceptance. Perceptions of women living with arthritis and fibromyalgia. *Pain Research and Management*. 2008;13(3):201-210. <https://doi.org/10.1155/2008/258542>
- McCracken LM, Eccleston C. Coping or acceptance: what to do about chronic pain? *Pain*. 2003;105(1-2):197-204. [https://doi.org/10.1016/S0304-3959\(03\)00202-1](https://doi.org/10.1016/S0304-3959(03)00202-1)
- Ziguras SJ, Klimidis S, Lambert TJ, Jackson AC. Determinants of anti-psychotic medication compliance in a multicultural population. *Community Mental Health Journal*. 2001;37(3):273-283. <https://doi.org/10.1023/a:1017585231773>
- Sacristán JA. Patient-centered medicine and patient-oriented research: improving health outcomes for individual patients. *BMC Medical Informatics and Decision Making*. 2013;13:6-13. <https://doi.org/10.1186/1472-6947-13-6>
- Davis EL, Deane FP, Lyons GCB. Acceptance and valued living as critical appraisal and coping strengths for caregivers dealing with terminal illness and bereavement. *Palliative & Supportive Care*. 2015;13(2):359-368. <https://doi.org/10.1017/S1478951514000431>
- Kwak SY, Lee BS. Experience in acceptance of hospice by patients with terminal cancer: a phenomenological research.

- Journal of Korean Academy of Nursing. 2013;43(6):781-790.
<https://doi.org/10.4040/jkan.2013.43.6.781>
20. Mack JW, Nilsson M, Balboni T, Friedlander RJ, Block SD, Trice E, et al. Peace, Equanimity, and Acceptance in the Cancer Experience (PEACE): validation of a scale to assess acceptance and struggle with terminal illness. *Cancer*. 2008;112(11):2509-2517. <https://doi.org/10.1002/cncr.23476>
 21. Stanton AL, Revenson TA, Tennen H. Health psychology: psychological adjustment to chronic disease. *Annual Review of Psychology*. 2007;58:565-592.
<https://doi.org/10.1146/annurev.psych.58.110405.085615>
 22. Schwartz-Barcott D, Kim HS. An expansion and elaboration of the hybrid model of concept development. In: Rodgers BL, Knafk KA, editors. *Concept development in nursing: foundations, techniques, and applications*. 2nd ed. Philadelphia: Saunders; 2000. p. 129-160.
 23. Schatzman L, Strauss AL. *Field research: strategies for a natural sociology*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall; 1973. p. 67-127.
 24. Waltz CF, Strickland OL, Lenz ER. *Measurement in nursing and health research*. 4th ed. New York: Springer Publishing Company; 2010.
 25. World Health Organization. *Conquering suffering, enriching humanity*. The World Health Report. Geneva: World Health Organization; 1997.
 26. Kang SI. Two cultures in medicine: reduction or construction? *Korean Journal of Medical History*. 2002;11(1):1-19.
 27. Hall A. Quality of life and value assessment in health care. *Health Care Analysis*. 2020;28(1):45-61.
<https://doi.org/10.1007/s10728-019-00382-w>
 28. Chiu CJ, Hsu YC, Tseng SP. Psychological prognosis after newly diagnosed chronic conditions: socio-demographic and clinical correlates. *International Psychogeriatrics*. 2017;29(2):281-292.
<https://doi.org/10.1017/s1041610216001630>
 29. Keegan L. Holistic nursing: an approach to patient and self-care. *AORN Journal*. 1987;46(3):499-506.
[https://doi.org/10.1016/s0001-2092\(07\)66461-8](https://doi.org/10.1016/s0001-2092(07)66461-8)
 30. Zhu Z, Heng BH, Teow KL. Lifetime trajectory simulation of chronic disease progression and comorbidity development. *Journal of Biomedical Informatics*. 2018;88:29-36.
<https://doi.org/10.1016/j.jbi.2018.11.002>

Appendix

- A1. Yuet LM, Alexander M, Chun CJP. Coping and adjustment in Chinese patients with chronic obstructive pulmonary disease. *International Journal of Nursing Studies*. 2002;39(4):383-395. [https://doi.org/10.1016/S0020-7489\(01\)00036-0](https://doi.org/10.1016/S0020-7489(01)00036-0)
- A2. Ohman M, Söderberg S, Lundman B. Hovering between suffering and enduring: the meaning of living with serious chronic illness. *Qualitative Health Research*. 2003;13(4):528-542. <https://doi.org/10.1177/1049732302250720>
- A3. Jeong CY, Kim MH. A grounded theory approach on peoples' adaptation experience with fibromyalgia syndrome. *Journal of the Korea Academia-Industrial cooperation Society*. 2016; 17(12):381-393. <https://doi.org/10.5762/KAIS.2016.17.12.381>
- A4. Dunn KS. Testing a middle-range theoretical model of adaptation to chronic pain. *Nursing Science Quarterly*. 2005;18(2): 146-156. <https://doi.org/10.1177/0894318405274827>
- A5. Kralik D. The quest for ordinariness: transition experienced by midlife women living with chronic illness. *Journal of Advanced Nursing*. 2002;39(2):146-154. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2000.02254.x>
- A6. Karataş T, Bostanoğlu H. Perceived social support and psychosocial adjustment in patients with coronary heart disease. *International Journal of Nursing Practice*. 2017;23(4):e12558. <https://doi.org/10.1111/ijn.12558>
- A7. Kim WO, Kang HS, Yi MS. Adjustment patterns of illness process of people with hemophilia in Korea. *Journal of Korean Academy of Nursing*. 2004;34(1):5-14. <https://doi.org/10.4040/jkan.2004.34.1.5>
- A8. Telford K, Kralik D, Koch T. Acceptance and denial: implications for people adapting to chronic illness: literature review. *Journal of Advanced Nursing*. 2006;55(4):457-464. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.03942.x>
- A9. Okanli A, Tanriverdi D, Coban GI, Karakaş SA. The relationship between psychosocial adjustment and coping strategies among patients with multiple sclerosis in Turkey. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*. 2017;23(2):113-118. <https://doi.org/10.1177/1078390316680027>
- A10. Willoughby DF, Kee CC, Demi A, Parker V. Coping and psychosocial adjustment of women with diabetes. *The Diabetes Educator*. 2000;26(1):105-112. <https://doi.org/10.1177/014572170002600111>
- A11. Whittemore R, Roy SC. Adapting to diabetes mellitus: a theory synthesis. *Nursing Science Quarterly*. 2002;15(4):311-317. <https://doi.org/10.1177/089431802236796>
- A12. Obieglo M, Siennicka A, Jankowska EA, Danel DP. Direction of the relationship between acceptance of illness and health-related quality of life in chronic heart failure patients. *Journal of Cardiovascular Nursing*. 2017;32(4):348-356. <https://doi.org/10.1097/JCN.0000000000000365>
- A13. Poppe C, Crombez G, Devulder J, Hanoulle I, Vogelaers D, Petrovic M. Personality traits in chronic pain patients are associated with low acceptance and catastrophizing about pain. *Acta Clinica Belgica*. 2011;66(3):209-215. <https://doi.org/10.2143/ACB.66.3.2062549>
- A14. Ghafari S, Fallahi-Khoshknab M, Nourozi K, Mohammadi E. Patients' experiences of adapting to multiple sclerosis: a qualitative study. *Contemporary Nurse*. 2015;50(1):36-49. <https://doi.org/10.1080/10376178.2015.1010252>
- A15. Lewko J, Zarzycki W, Krajewska-Kulak E. Relationship between the occurrence of symptoms of anxiety and depression, quality of life, and level of acceptance of illness in patients with type 2 diabetes. *Saudi Medical Journal*. 2012;33(8):887-894.
- A16. Sångren H, Reventlow S, Hetlevik I. Role of biographical experience and bodily sensations in patients' adaptation to hypertension. *Patient Education and Counseling*. 2009;74(2): 236-243. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2008.08.007>
- A17. Davison SN, Jhangri GS. The relationship between spirituality, psychosocial adjustment to illness, and health-related quality of life in patients with advanced chronic kidney disease. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2013;45(2):170-178. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2012.02.019>
- A18. Kurpas D, Mroczek B, Knap-Czechowska H, Bielska D, Nitsch-Osuch A, Kassolik K, et al. Quality of life and acceptance of illness among patients with chronic respiratory diseases. *Respiratory Physiology & Neurobiology*. 2013;187(1): 114-117. <https://doi.org/10.1016/j.resp.2013.02.009>
- A19. Kurpas D, Mroczek B, Bielska D. The correlation between quality of life, acceptance of illness and health behaviors of advanced age patients. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 2013;56(3):448-456. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2012.12.010>
- A20. Ramírez-Maestre C, Esteve R. The role of sex/gender in the experience of pain: resilience, fear, and acceptance as central variables in the adjustment of men and women with chronic pain. *The Journal of Pain*. 2014;15(6):608-618. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2014.02.006>
- A21. McCracken LM, Zhao-O'Brien J. General psychological acceptance and chronic pain: there is more to accept than the pain itself. *European Journal of Pain*. 2010;14(2):170-175. <https://doi.org/10.1016/j.ejpain.2009.03.004>
- A22. Gullacksen AC, Lidbeck J. The life adjustment process in chronic pain: psychosocial assessment and clinical implications. *Pain Research and Management*. 2004;9(3):145-153. <https://doi.org/10.1155/2004/373479>
- A23. McNulty K, Livneh H, Wilson LM. Perceived uncertainty, spiritual well-being, and psychosocial adaptation in indivi-

- duals with multiple sclerosis. *Rehabilitation Psychology*. 2004; 49(2):91-99.
<https://doi.org/10.1037/0090-5550.49.2.91>
- A24. Kwok SSW, Chan ECC, Chen PP, Lo BCY. The "self" in pain: the role of psychological inflexibility in chronic pain adjustment. *Journal of Behavioral Medicine*. 2016;39(5):908-915.
<https://doi.org/10.1007/s10865-016-9750-x>
- A25. de Ridder D, Geenen R, Kuijer R, van Middendorp H. Psychological adjustment to chronic disease. *The Lancet*. 2008; 372(9634):246-255.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)61078-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61078-8)
- A26. Bogosian A, Morgan M, Bishop FL, Day F, Moss-Morris R. Adjustment modes in the trajectory of progressive multiple sclerosis: a qualitative study and conceptual model. *Psychology & Health*. 2017;32(3):343-360.
<https://doi.org/10.1080/08870446.2016.1268691>
- A27. Dennison L, Moss-Morris R, Chalder T. A review of psychological correlates of adjustment in patients with multiple sclerosis. *Clinical Psychology Review*. 2009;29(2):141-153.
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2008.12.001>
- A28. King N, Carroll C, Newton P, Dornan T. "You can't cure it so you have to endure it": the experience of adaptation to diabetic renal disease. *Qualitative Health Research*. 2002;12(3): 329-346. <https://doi.org/10.1177/104973202129119928>
- A29. Walker JG, Jackson HJ, Littlejohn GO. Models of adjustment to chronic illness: using the example of rheumatoid arthritis. *Clinical Psychology Review*. 2004;24(4):461-488.
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2004.03.001>
- A30. Sharpe L, Curran L. Understanding the process of adjustment to illness. *Social Science & Medicine*. 2006;62(5):1153-1166.
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.07.010>
- A31. McCracken LM. Toward understanding acceptance and psychological flexibility in chronic pain. *Pain*. 2010;149(3):420-421.
<https://doi.org/10.1016/j.pain.2010.02.036>
- A32. Karademas EC, Hondronikola I. The impact of illness acceptance and helplessness to subjective health, and their stability over time: a prospective study in a sample of cardiac patients. *Psychology, Health & Medicine*. 2010;15(3):336-346.
<https://doi.org/10.1080/13548501003668265>
- A33. López-Martínez AE, Esteve-Zarazaga R, Ramírez-Maestre C. Perceived social support and coping responses are independent variables explaining pain adjustment among chronic pain patients. *The Journal of Pain*. 2008;9(4):373-379.
<https://doi.org/10.1016/j.jpain.2007.12.002>
- A34. McCabe MP, McKern S, McDonald E. Coping and psychological adjustment among people with multiple sclerosis. *Journal of Psychosomatic Research*. 2004;56(3):355-361.
[https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(03\)00132-6](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(03)00132-6)
- A35. Persson D, Andersson I, Eklund M. Defying aches and reevaluating daily doing: occupational perspectives on adjusting to chronic pain. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*. 2011;18(3):188-197.
<https://doi.org/10.3109/11038128.2010.509810>
- A36. Risdon A, Eccleston C, Crombez G, McCracken L. How can we learn to live with pain? a Q-methodological analysis of the diverse understandings of acceptance of chronic pain. *Social Science & Medicine*. 2003;56(2):375-386.
[https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(02\)00043-6](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(02)00043-6)
- A37. Kostova Z, Caiata-Zufferey M, Schulz PJ. The process of acceptance among rheumatoid arthritis patients in Switzerland: a qualitative study. *Pain Research and Management*. 2014; 19(2):61-68. <https://doi.org/10.1155/2014/168472>
- A38. McCracken LM, Eccleston C. Coping or acceptance: what to do about chronic pain? *Pain*. 2003;105(1-2):197-204.
[https://doi.org/10.1016/S0304-3959\(03\)00202-1](https://doi.org/10.1016/S0304-3959(03)00202-1)
- A39. McCracken LM, Vowles KE, Eccleston C. Acceptance of chronic pain: component analysis and a revised assessment method. *Pain*. 2004;107(1-2):159-166.
<https://doi.org/10.1016/j.pain.2003.10.012>
- A40. Kranz D, Bollinger A, Nilges P. Chronic pain acceptance and affective well-being: a coping perspective. *European Journal of Pain*. 2010;14(10):1021-1025.
<https://doi.org/10.1016/j.ejpain.2010.03.010>
- A41. Helgeson VS, Zajdel M. Adjusting to chronic health conditions. *Annual Review of Psychology*. 2017;68:545-571.
<https://doi.org/10.1146/annurev-psych-010416-044014>
- A42. Kratz AL, Davis MC, Zautra AJ. Pain acceptance moderates the relation between pain and negative affect in female osteoarthritis and fibromyalgia patients. *Annals of Behavioral Medicine*. 2007;33(3):291-301.
<https://doi.org/10.1007/BF02879911>
- A43. Kostova Z, Caiata-Zufferey M, Schulz PJ. The impact of social support on the acceptance process among RA patients: a qualitative study. *Psychology & Health*. 2014;29(11):1283-1302.
<https://doi.org/10.1080/08870446.2014.925895>
- A44. Lachapelle DL, Lavoie S, Boudreau A. The meaning and process of pain acceptance. Perceptions of women living with arthritis and fibromyalgia. *Pain Research and Management*. 2008;13(3):201-210. <https://doi.org/10.1155/2008/258542>
- A45. McCathie HCF, Spence SH, Tate RL. Adjustment to chronic obstructive pulmonary disease: the importance of psychological factors. *European Respiratory Journal*. 2002;19(1):47-53.
<https://doi.org/10.1183/09031936.02.00240702>
- A46. Nagyova I, Stewart RE, Macejova Z, van Dijk JP, van den Heuvel WJ. The impact of pain on psychological well-being in rheumatoid arthritis: the mediating effects of self-esteem and adjustment to disease. *Patient Education and Counseling*. 2005;58(1):55-62.
<https://doi.org/10.1016/j.pec.2004.06.011>