

만성질환아의
극복력(resilience) 측정도구 개발

연세대학교 대학원

간 호 학 과

김 동 희

만성질환아의
극복력(resilience) 측정도구 개발

지도교수 유 일 영

이 논문을 박사학위 논문으로 제출함

2002년 12월 일

연세대학교 대학원

간 호 학 과

김 동 희

김동희의 박사 학위논문을 인준함

심사위원_____인

심사위원_____인

심사위원_____인

심사위원_____인

심사위원_____인

연세대학교 대학원

2002년 12월 일

감사의 글

보이지 않는 손으로 모든 길을 열어주시고 지치지 않고 이 자리에 설 수 있도록 인도하여 주신 하나님께 감사와 영광을 드립니다.

간호의 힘과 기쁨을 알게 해 주시고 서툰 제자의 생각을 논문으로 완성할 수 있도록 단계 단계마다 세심하게 이끌어 지도해주신 유일영 교수님께 깊은 감사를 드립니다. 늘 배려하는 마음으로 대해 주시고 세심한 부분까지 지도해 주신 서미혜 교수님, 날카로운 지적으로 부족한 부분을 채워주셨을 뿐 아니라 따뜻하고 부드러운 지지를 보내 주신 김희순 교수님, 바쁘신 가운데에도 부족한 부분을 꼼꼼히 지적하여 주시고 여러 면에서 배려를 아끼지 않으셨던 송지호 교수님, 연구방법과 분석방법에 대한 해박한 지식으로 조언해 주시고 명쾌한 해답을 주신 송재석 교수님께 머리 숙여 감사를 드립니다.

어머니 같은 마음으로 지켜봐 주신 강규숙 교수님과 학문하는 사람의 모범을 보이시고 가르쳐 주신 오가실 교수님께도 깊은 감사를 드립니다.

연세 간호 안에서 배움의 길을 걸을 수 있었음을 감사합니다. 부족한 저를 이만큼 성장할 수 있도록 지도하여 주시고 간호학에 대한 자부심과 자신감을 가질 수 있도록 가르침을 주신 연세대학교 간호대학 모든 교수님들께 진심으로 감사드립니다.

논문 쓰는 동안 많은 관심과 격려를 보내 주시고 새로운 학교에 적응할 수 있도록 배려해주신 국립의료원 간호대학의 모든 교수님들께 감사의 마음을 전합니다.

자료수집을 흔쾌히 허락하여 주신 연세대학교 의과대학 이재승 교수님, 김덕희 교수님, 김규언 교수님, 연세대학교 원주 의과대학 박석원 교수님, 아주대학교 의과대학 배기수 교수님, 김순남 교수님께도 감사를 드립니다.

학위과정 내내 의지가 되어주고 서로의 마음을 잘 알아주었던, 힘들 때 떠올리는 친자매 같은 남경아 선배와 희영에게도 고마움을 전합니다. 그리고, 어려울 때

도움을 아끼지 않고 언제나 격려하고 지지해 준 아동간호학 전공 선후배들에게도 감사의 마음을 전합니다.

부족한 머느리를 사랑으로 감싸주시고 늘 힘이 되는 기도로 용기를 주시며 주님 안의 삶을 실천할 수 있도록 본보기가 되어주시는 시부모님께 감사와 사랑을 전합니다. 그리고, 늘 따뜻하게 배려해주고 도와주신 아주버님, 형님, 하은이, 하경이에게도 감사를 드립니다.

나의 자랑스러운 동생 주희, 상희의 격려도 많은 힘이 되었습니다. 또한, 친정 부모님들의 사랑과 보살핌이 없었다면 여기까지 올 수 없었을 것입니다. 딸이 힘들 때 같이 안타까워 해 주시고 어려운 일이 있을 때마다 주저하지 않고 달려와 주셔서 도와주시고 격려해주고 자랑스러워 해주신 친정 부모님께 말로는 다할 수 없는 감사의 마음을 전합니다.

어렵고 힘든 과정 속에서도 동재와 연경이는 너무나 큰 기쁨이고 즐거움이었습니다. 지친 엄마에게 마법의 물을 만들어주고 어깨를 주물러 주며 힘내라고 응원해주고 기운을 북돋아주었던 너무나 사랑스런 동재와 천사의 미소로 다가와 엄마의 모든 걱정을 잊게 해준 연경이.... 늘 고맙고 미안하기만 한 아이들에게도 감사하다는 말을 전합니다.

마지막으로 늘 나에게 도전할 수 있는 용기와 자신감을 주고 넉넉한 품으로 늘 해결사 역할을 맡아주며 언제나 전폭적인 지지를 보내주었던 사랑하는 남편에게 감사의 마음을 보냅니다.

2002년 12월

김동희 올림

차 례

표차례	iii
그림차례	iv
부록차례	iv
국문요약	v
I. 서론	1
A. 연구의 필요성	1
B. 연구 목적	5
C. 용어의 정의	5
II. 문헌고찰	6
A. 극복력 개념	6
B. 극복력이 높은 아동의 특성	9
C. 극복력의 측정	12
III. 연구방법 및 절차	16
A. 연구 설계	16
B. 도구개발 진행과정	16
IV. 연구결과	26
A. 도구의 구성요인	26
B. 예비도구의 구성	30
C. 사전조사	31
D. 도구의 신뢰도 타당도 평가	33

V. 논의	59
A. 도구의 신뢰도	59
B. 도구의 타당도	60
C. 도구의 적용	65
D. 연구의 의의	67
VI. 결론 및 제언	70
A. 결론	70
B. 제언	71
참고문헌	72
부록	82
영문요약	93

표 차 례

<표 1> 사전조사 대상아동의 일반적인 특성	32
<표 2> 사전조사시의 Cronbach's α 계수	33
<표 3> 연구 대상자의 일반적 특성	34
<표 4> 문항간 상관계수	37
<표 5> 조사-재조사 신뢰도 값	40
<표 6> 대상자별 Cronbach's α 계수	42
<표 7> 특성별 Cronbach's α 계수	42
<표 8> 도구의 각 factor의 eigenvalues 값과 설명분산 백분율	43
<표 9> 전체 문항의 요인분석	45
<표 10> 극복력 점수와 Numerical Rating Score (NRS)와의 상관관계	48
<표 11> 회귀분석을 통한 극복력점수와 NRS와의 상관관계	49
<표 12> 회귀분석을 통한 개인 내적 특성 점수와 NRS와의 상관관계	50
<표 13> 회귀분석을 통한 대처 양상 특성 점수와 NRS와의 상관관계	50
<표 14> 회귀분석을 통한 대인 관계 특성 점수와 NRS의 상관관계	51
<표 15> 극복력 점수와 소아우울척도 (CDI)와의 상관관계	52
<표 16> 회귀분석을 통한 극복력 점수와 CDI의 상관관계	53
<표 17> 회귀분석을 통한 개인 내적 특성 점수와 CDI와의 상관관계	53
<표 18> 회귀분석을 통한 대처 양상 특성 점수와 CDI와의 상관관계	54
<표 19> 회귀분석을 통한 대인 관계 특성 점수와 CDI와의 상관관계	54
<표 20> 최종 도구의 하부개념과 각 문항	55
<표 21> 만성질환아의 극복력 측정 최종 도구	57

그림 차례

<그림 1> 연구 진행절차	25
<그림 2> 도구개발을 위한 극복력 구성 요인	27
<그림 3> 수정된 극복력 구성 요인	47

부록 차례

<부록 1> 질문지 표지	82
<부록 1-1> NRS (Numerical Rating Score)	83
<부록 1-2> 소아 우울 척도	84
<부록 1-3> 일반적 사항 질문지	88
<부록 2> 만성질환아동 어머니 면담 자료	89
<부록 3> 예비도구의 하부개념과 각 문항	91

국 문 요 약

만성질환아의 극복력(resilience) 측정도구 개발

본 연구는 만성질환아의 극복력 측정 도구를 개발하기 위한 방법론적 연구이다.

도구 개발은 다음과 같은 과정을 통해 진행되었다. 우선 문헌 고찰을 통하여 극복력의 특성을 개인 내적 특성, 대처 양상 특성, 대인 관계 특성으로 나누어 구성하였다. 이들 특성을 기초로 하여 기존의 문헌과 도구, 만성질환아 어머니 면담 자료를 근거로 극복력을 측정하기 위한 구성 요인을 규명하고 이를 대표할 수 있는 91문항을 선정, 개발하였다. 선정된 문항은 전문가 9명에게 두 차례에 걸쳐 타당도를 검정 받아 53문항으로 수정 보완하였다. 도구는 자가보고식의 4점 척도로 구성하였다. 본 조사를 수행하기 전에 초등학생 2명과 초등학교 교사 1명에게 문항의 이해도를 검증 받는 과정을 거쳤고 또한, 천식, 당뇨, 신증후군 아동 25명을 대상으로 사전조사를 실시하여 예비도구의 신뢰도가 Cronbach's α 가 .94임을 확인하였으며 질병에 따른 대상자간의 신뢰도를 검증하여 차이가 없음을 확인한 후 본 조사를 실시하였다. 개발된 도구의 신뢰도와 타당도의 검증은 10-15세의 천식, 당뇨, 신증후군을 진단 받고 지속적으로 치료받고 있는 아동 202명을 대상으로 실시하였다. 우선 문항간 상관계수가 0.3이하인 문항은 전체 척도 영역내에 기여하는 바가 낮은 것으로 평가하여 삭제하였다. 다음 조사-재조사 신뢰도 검증을 통하여 첫 조사시 문항의 점수와 3주 후에 측정한 재조사시의 점수를 Pearson 상관계수로 검정하여 p값이 .05이상인 문항은 상관관계가 낮아 안정성이 떨어지는 것으로 판단하여 삭제하였다. 이렇게 정제 과정을 거친 32문항의 전체 Cronbach's α 값은 .91이었으며 각 특성별로는 개인 내적 특성 .84, 대처 양상 특성 .83, 대인 관계 특성 .82로 높은 내적일관성을 나타내었다. 32문항의 구성타당도 검증을 위해 주요인 분석방법에 의해 요인분석을 하였다. 요인 추출은 eigen value가 1.0이상인 다섯 가지 요인을 추출하였고 직교회전을 이용하여 분석하였다. 분석결과 32문항

모두 요인적재량이 .30이상으로 유의하게 나타났으며 요인 회전과 요인 명명의 결과 개인 내적 특성은 긍정적 자기 이해의 요인으로 구성되었고 대처 양상 특성은 자립성과 자원동원성의 두 가지 요인으로 구성되었으며 대인 관계 특성은 긍정적 가족관계 인지와 친밀성의 두 가지 요인으로 구성되었다. 요인분석 결과 도구의 구성요인으로 규명하였던 하부개념들의 문항이 초기에 제시한 구조와 동일한 구조를 보여 도구의 구성 타당도를 지지 받았다. 또한, 개발된 도구와 아동이 자신의 극복력을 스스로 평가하여 점수를 기록한 NRS(Numeric Rating Score)와는 p 값 .0001이하의 상관관계를 보였고 소아우울척도(Child Depression Inventory)와는 p 값 .0001이하의 역상관관계를 보여 준거 타당도에도 지지를 받았다.

이상과 같은 도구 개발 과정을 거쳐 32문항의 개인 내적 특성, 대처 양상 특성, 대인 관계 특성의 세 가지 특성으로 구분된 4점 척도의 자가보고 형식의 극복력 측정도구를 개발하였다.

위의 연구결과에서 볼 때 본 연구에서 개발된 극복력 측정 도구는 신뢰도와 타당도가 높은 도구로 평가되었으며 앞으로 본 도구의 사용으로 연구와 실무 면에서 만성질환아가 가지고 있는 강점과 약점을 구체적으로 파악하고 각 아동의 특성과 상황이 고려된 극복력을 높일 수 있는 개별적이고 다양한 중재 방안이 개발될 것으로 본다. 또한, 이를 통한 많은 실증적 입증은 통해 극복력의 이론 개발에도 기여할 것으로 기대한다.

핵심되는 말 : 만성질환아, 극복력, 측정도구

I. 서 론

A. 연구의 필요성

지금까지 간호영역에서는 질병을 가지고 있는 대상자를 이해할 때 질병과 그에 따르는 어려움으로 인해 나타나는 부적응 양상에 관심을 두어 대상자의 부정적 상태에 대한 연구나 그 중재 방법에 초점을 두어 왔다고 할 수 있다. 즉, 질병을 가진 대상자들의 우울, 불안, 의존 등의 심리적 문제나 빈번한 문제 행동, 성장 발달 장애, 부적절한 가족 기능 등에 대한 논의들이 되어 왔으며, 대상자의 적응을 논할 때에도 연구자들은 대부분 그 반대 개념인 부적응을 측정함으로써 적응의 수준을 파악하였다. 이러한 관점에서 대상자를 연구한다면 어려움에 처하거나 스트레스 상황에 있는 대상자는 심리적, 정서적으로 많은 문제를 가지고 있고 대처 능력도 부족하다는 부정적 측면만을 보게 되어 어려운 상황에서도 긍정적으로 잘 적응하는 대상에 대한 설명을 충분히 하지 못하게 된다.

1970년대 이후 인간의 적응을 연구하는 관점에 변화가 나타나게 되었다. 역경이나 어려움이 인간에게 미치는 부정적 영향이나 부정적 상태로 가기 쉬운 특성에 초점을 두는 대신 대상자의 강점과 능력을 인정하고 그들이 가지고 있는 자원을 강화시켜주는 것으로 관점이 변화되었다(Luthar & Zigler, 1991; Matsen, Best, & Garmezy, 1990; Rutter, 1987). 위험 상황에서도 긍정적 적응상태를 보이는 대상에 대한 경험적 증거들과 위험요소를 감소시키는 중재보다는 대상자의 강점을 파악하여 키우는 것이 적응에 더욱 긍정적인 효과를 가져온다는 연구 결과(박현선, 1999; Cicchetti, Rogosch, Lynch, & Holt, 1993; Fergusson & Lynskey, 1996; Holaday & Terrell, 1994)들이 이러한 관점의 변화를 뒷받침 해주고 있다. 즉, 대상자의 심리 사회적 문제를 유발하는 위험 요소를 강조하는 문제중심의 관점에서 개인의 강점을 규명하고자 하는 관점으로 패러다임의 변화가 나타났으며 이를 표현하는 개념으로 극복력(resilience)이 대두되었다.

극복력은 모든 인간은 어려움이나 스트레스 상황에 처해있을 때 이를 이겨낼

수 있는 긍정적인 힘과 강점을 지니고 있다는 전제에서 나온 개념이다. 극복력은 개인이 역경으로부터 회복하여 긍정적인 적응 결과를 가져오게 하는 심리 사회적 능력을 표현하는 개념으로 극복력의 중심 개념은 스트레스 이전의 적응수준으로 복귀할 수 있는 힘이나 능력이다(Garmezy, 1993). 즉, 극복력은 스트레스나 위기 상황에서 효과적으로 대처할 수 있는 개인적 특징을 의미하는 개념이라고 할 수 있다.

이러한 극복력에 대한 특성들은 지금까지 부적응 양상을 보이고 있다고 보고된 만성질환아들에게서도 발견되어진다. 실제로 만성질환으로 인해 발생하는 많은 스트레스와 위기에도 불구하고 심리 사회적으로 건강한 적응 양상을 보이고 정상적인 성장 발달 과정을 거치는 아동들에 대한 연구들이 보고되고 있다(Brown et al, 2000; Hasse, 1997; Patterson, & Blum, 1996; White, 1996; Woodgate, 1999). 그러나, 지금까지 질병을 가진 아동은 많은 능력을 제한 받고, 질병으로 인해 부정적인 영향을 받는다고 인식되어 부적응에 대한 결과에 초점을 둔 연구가 대부분이었다.

최근 의료기술 발달로 인한 생존율의 증가로 만성질환을 가진 많은 아동이 성인으로 성장하고 있다. 아동기에 발생한 만성질환은 개인의 일생 동안 위기와 어려움으로 작용하여 개인의 적응에 영향을 주는 큰 위험 요인이 된다. 따라서 만성질환아는 질병의 진단 시기로부터 성인이 되어서까지 질병을 가지고 생활에 잘 적응해 나갈 수 있는 능력을 소유하는 것이 무엇보다 중요하다고 볼 수 있다. 이를 위해서 아동의 적응과 관련된 긍정적인 잠재 능력을 발견하고 개발하는 것은 반드시 필요한 단계이며 이는 간호가 반드시 담당하고 책임져야 할 중요한 역할이라 판단된다.

그러므로, 아동의 잠재 능력에 관한 인정과 관심으로 관점의 변화가 이루어진다는 점에서 극복력은 아동을 대상으로 한 간호 현장에서는 특히 강조되어야 할 개념으로 판단된다. 또한, 극복력에 관한 관심은 간호대상자의 부적응을 교정하고 중재할 뿐만 아니라 아동이 가지고 있는 강점을 파악하고 축적, 향상시키도록 간호의 역할을 확대하고 대상자를 더욱 폭넓게 이해하도록 돕는다는 데서 더 큰 의의를 찾을 수 있다고 본다.

지금까지 극복력에 대한 연구는 전쟁, 빈곤, 부모의 장애, 만성질환 등의 상황에서 이루어진 사례연구(Jenkins & Cofresi, 1998; Masten & O'Connor, 1988; White, 1996; Wolin & Wolin, 1995)와 질적 연구(Humphrey, 2001; Hunter, 2001), 극복력에 영향을 주는 요인과의 상관성 연구(Patterson & Blum, 1996; Rew et al, 2001; Vaillant & Davis, 2000)와 극복력의 과정에 대한 연구(Luthar, 1993; Masten, 2001; Rutter, 1987) 등이 이루어졌다.

이러한 연구의 문제점으로 제기되고 있는 것 중의 하나는 극복력의 측정에 대한 문제이다. Kaplan(1999)은 극복력을 연구할 때 학자마다 다른 변수를 가지고 측정하여 같은 개념을 연구하는지에 대한 의문을 제기하였고 Luthar, Cicchetti, Becker 등(2000)은 지금까지 많은 학자들이 극복력의 조작적 정의를 다르게 내리고 측정방법과 변수에 일치를 이루지 못하여 극복력의 이론 발달에 저해를 가져온다고 하였다. 구체적으로 살펴보면 대부분의 연구에서 극복력의 측정을 적응의 상태나 결과 즉, 우울, 불안의 정도, 행동 문제나 학업 성취도 등으로 측정(Connell, Spencer, & Aber, 1994; Herman-Stahl & Petersen, 1996; Kinard, 1998; Luthar, 1993)하거나 사회적 효능감, 자신감, 자아개념, 대응 전략 등이나 (Baldwin et al, 1993; Hasse et al, 1999; Holaday & McPhearson, 1997; Kinard, 1998) 양육 환경(Harter, 1990; Werner, 1986)과 같은 극복력의 다양한 하위 요인이나 개인의 극복력에 영향을 주는 외부의 보호요소들을 구분하지 않고 연구자 임의대로 사용한 것을 볼 수 있다. 또한, Luthar 등(2000)은 많은 연구에서 극복력의 다차원적인 성격에도 불구하고 단편적으로 한가지 특성만으로 측정하여 극복력을 해석하려고 하는 오류를 범하고 있다고 지적하였다.

이러한 측정의 한계로 일관성 없는 연구 결과가 보고되었으며 이는 극복력을 설명하고 이해하는데 혼란을 주는 원인이 되었고, 극복력의 이론 개발에 있어 저해 요소로 작용하였다. 그러므로, 극복력을 측정하기 위한 신뢰도와 타당도가 검증된 도구의 개발이 시급하다고 판단된다.

또한, 극복력의 연구와 이론 개발 측면에서 뿐만 아니라 간호현장에서도 극복력 측정을 위한 도구 개발은 그 유용성이 클 것으로 본다. 간호현장에서 만성질환 아동의 위험요소를 감소시키는 수준에서 한걸음 나아가 강점을 파악하고 축적시

켜 긍정적인 결과를 가져오는 간호중재를 계획하고 수행하기 위해서는 아동의 능력과 강점을 사정하고 평가 할 수 있는 아동 대상의 신뢰도와 타당도가 검증된 극복력 측정 도구가 무엇보다 필요하다고 할 수 있다.

이러한 극복력의 측정상 문제점과 어려움을 인식한 몇몇 연구자들에 의해 최근 들어 극복력을 측정할 수 있는 도구의 개발이 이루어지고 있다. California Child Adult Q-Set(CCQ) (Block & Block, 1980), 한국 아동 인성검사(김승태, 김지혜, 송동호, 이효경, 주영희, 홍창희, 황순택, 1997)같은 도구들은 아동의 전체 특성을 조사하는 도구 중 극복력을 나타내는 문항이라고 판단되는 일부 문항을 선정하여 구성하는 형식으로 개발되어 포괄적으로 극복력을 측정하지 못하고 있다. 일반 아동을 대상으로 개발된 California Healthy Kids Survey(Austin & Kilbert, 2000) 정도가 극복력의 측정을 목적으로 개발된 예라고 볼 수 있지만 아직 신뢰도와 타당도가 검증된 도구는 부족한 실정이다. 특히, 극복력은 사회적, 상황적 맥락의 영향을 받으며 나타나는 특성이므로 이를 고려하여 측정도구 개발이 이루어져야 하는데 만성질환이라는 특수한 상황에 처한 국내 아동의 특성을 반영한 도구는 없는 상황이다. 그러므로, 우리나라의 상황과 만성질환아의 성장 발달과 해당 시기의 발달과제가 고려된 극복력을 측정할 수 있는 도구의 개발은 반드시 필요하다고 생각된다.

그러므로, 본 연구에서는 만성질환아를 대상으로 극복력을 측정할 수 있는 도구를 개발하여 만성질환아의 극복력을 보다 정확하게 이해하고 파악하는데 도움이 되고자 하며 또한, 아동의 극복력의 구성 개념을 이해하는 시작점이 되고 나아가 만성질환아에 대한 체계적이고 경험적인 연구의 기초가 되어 궁극적으로는 극복력에 대한 이론 개발에 기여하고자 한다.

B. 연구 목적

본 연구는 만성질환 아동의 극복력을 다차원적으로 측정할 수 있는 신뢰도와 타당도가 검증된 도구를 개발하고자 하며 다음과 같은 구체적인 목적을 가진다.

1. 만성질환아의 극복력 측정도구 개발을 위한 구성요인을 규명한다.
2. 규명된 구성요인에 근거하여 극복력 측정도구의 문항을 개발한다.
3. 최종 개발된 문항의 신뢰도와 타당도를 검증한다.

C. 용어의 정의

만성질환 아동 : 만성질환 아동은 계속적이고 잠재적이고 회복이 불가능한 병리적 상태의 변형과 불구로 한해에 3개월 이상 질병상태가 계속되며 이로 인하여 지속적인 치료나 장기적인 간호가 요구되는 아동을 말한다(Pless & Douglas, 1971). 본 연구에서는 15세 이하의 아동으로 천식, 당뇨, 신증후군을 진단 받은 지 6개월 이상이 되었고 진단 후 지속적으로 정기적 외래진료나 입원치료를 받고 있는 아동을 의미한다.

II. 문 헌 고 찰

A. 극복력 개념

위험 상황이나 스트레스에 처한 대상자들은 심리적, 정서적 문제를 보이고 대처 능력의 부족으로 부적응 양상을 보인다고 이해하는 기존의 관점에서 그들이 가지고 있는 강점과 능력에 따라 어려움을 겪더라도 극복이 가능하고 더 적응적인 기능을 수행할 수 있다는 관점으로 패라다임이 변화하면서 나온 개념이 극복력이다.

극복력의 사전적 의미를 살펴보면 극복력은 먼저 물리학에서 사용되던 용어로 튀어오르는 행위, 외부의 압력에 의해 변형된 물체가 이전의 크기와 모양으로 되돌아가는 능력, 탄력의 한계를 초과하지 않는 범위 내에서 탄성체가 회복할 수 있는 잠재적인 에너지(Webster, 1983)로 압력이 가해질 때 원래 상태로 되돌아올 수 있는 물질의 유연함, 탄성이라는 의미로 사용되었다. 이러한 극복력의 개념이 인간에게 적용되면서 변화나 역경에 쉽게 적응하거나 회복하는 능력(Webster, 1983), 질병, 충격, 역경으로부터 빨리 회복되는 힘(Oxford, 1995)으로 정의되고 있다.

이러한 극복력의 개념은 아직까지 국내에서는 그 사용에 있어서 일치를 못하고 회복력(김혜성, 1998; 이인숙 외, 2002), 복원력(전미영, 1996), 탄력성(김미옥, 2000), 자아탄력성(구형모 외, 2001; 윤현희 외, 2001), 적응유연성(박현선, 1999), 유연성(서지영, 2002) 등 다양하게 사용되어지고 있다. 지금까지 간호학에서는 회복력이나 복원력으로 정의되어 사용되어지고 있는데 두 단어 모두 원래의 상태로 돌리기거나 원래의 상태를 되찾는다는 뜻의 단어이지만 회복력의 경우 신체적인 면에 적용되어 많이 쓰여지는 단어이며 복원력의 경우는 인간보다는 물질의 능력을 뜻하는데 사용되어지는 단어로 인간의 심리 사회적인 면을 나타내는 개념을 설명하기에는 부족함이 있었다. 따라서, 본 연구에서 어려움과 역경을 이겨낼 수 있는 인간의 심리 사회적 능력이 강조되어 나타날 수 있는 단어로 극복력을 제시하였다.

기존의 문헌에서 정의된 극복력의 개념을 살펴보면 극복력에 대한 연구 초기에는 극복력을 개인이 가지고 있는 심리 사회적 능력으로 보았다. 이 연구들은 어려운 상황이나 스트레스에 처한 대상의 반응이 부적응 양상만 나타나는 것이 아니고 그들이 가지고 있는 강점을 이용하여 위험상황 이전의 정상 수준이나 그 이상으로 긍정적인 적응 양상을 보이는 것에 대한 관심으로부터 시작되었으며 연구자들은 대상자 개인이 가지고 있는 공통적인 성격이나 환경적인 내외적 특성을 규명하고자 하였다(Richardson, 2002). 이러한 관점에서 정의 내려진 극복력의 개념을 살펴보면 Kadner(1989)는 심한 스트레스나 피할 수 없는 어려움에 대해 심리 사회적 안정, 균형감을 찾는 능력으로 정의하였고, Fine(1991)은 인간이 통제할 수 없는 역경에서 견디어내는 심리 사회적 능력으로 정의하였다. Luthar(1991)는 스트레스가 증가되는 상황에서도 어려움을 피하지 않고 자신감을 가지고 스트레스 상황에 대처하여 스트레스를 낮출 수 있는 능력이라고 하였다. Heinzer(1995)는 상실이나 어려움에도 불구하고 그것을 극복하기 위해 대처자원의 동원을 가능하게 하는 역동적인 힘이나 능력으로 표현하였다.

이들 정의는 어려움을 이겨내고 극복하여 빠른 회복을 가능하게 하는 개인에게 내재된 강점을 공통적으로 강조하였는데 이들이 제시한 개인의 능력에 대한 구체적인 내용은 극복력이 높은 아동의 특성을 살펴본 다음 장에서 자세히 논하기로 한다.

이렇게 개인의 능력이나 특성으로 파악된 극복력은 초기에 개인이 타고난 선천적으로 획득된 고정적인 특성으로 표현되어 오다가(Beardslee & Podorefsky, 1988; Rabkin, Remien, Katoff, & Williams, 1993) 점차 발달 단계나 환경에 따라 변화하는 대처과정의 다변적이고 역동적인 본질을 내포하고 있는 특성으로 표현되어졌다(Luthar & Zigler, 1991; Stewart, Reid, & Mangham, 1997). 즉, 변화, 스트레스나 위협에 직면하여 성공적으로 대처하는 개인의 능력이 환경과 개인의 보호요소에 의해 증가되고 변화되는 개념으로 받아들여진 것이다. 그러므로, 개인이 동원할 수 있는 보호요소를 증진시킴으로써 개인의 극복 능력이 발달 증진될 수 있다고 보았다. 이러한 관점에서는 극복력을 개인이 가지고 있는 능력에 초점을 맞추어서 개념을 정의하고 그 능력을 증진시키는 방향으로 간호 중재의 방향을

계획하였다.

이와 같은 극복력에 대한 연구는 개인이 가지고 있는 특성의 탐구에서 더 나아가 극복력을 단계를 가진 과정으로 보고 그 과정을 파악하려는 것으로 발전하였다. 극복력을 과정으로 본 연구들은 극복력에 영향을 주는 위험요인과 보호요인간의 상호작용이 변화하고 발전하는 과정에 초점을 두었다. 이러한 관점에서 내려진 극복력의 정의를 살펴보면 Fonagy 등(1993)은 아동과 가족, 그리고 문화적 환경의 결합을 통해 발생하는 정신 내적 과정으로 설명하였고 Dyer와 McGuinness(1996)는 역경으로부터 극복, 회복하여 삶을 살아가는 과정이라고 정의하였으며 개인의 특성과 환경과의 상호작용으로 이루어지는 과정이라고 하였다. 구체적으로 과정의 단계를 제시한 Rutter(1987)는 역경에 반응하는 인간의 반응이 취약성과 극복성의 한 연속선상에 있는 것으로 보고 극복력이 보호요소와 역동적 상호 작용으로 이루어지며 이것은 한 시점에서 고정되어 있는 요인으로 이해되는 것이 아니라고 설명하였다. 그는 극복의 과정을 충격을 감소시키는 과정, 스트레스로 인해 계속적으로 발생할 수 있는 부정적 반응을 감소시키는 과정, 안전하고 지지적인 인간관계를 통해 자아 존중감과 효능감을 발달시키는 과정, 긍정적인 상황에 놓이게 되는 과정의 네 가지 단계를 거쳐 회복된다고 하였다. Fine(1991)은 극복력을 스트레스를 최소화하는 초기과정과 재조직하는 두 단계로 설명하였고 Flach(1980)는 분열과 재통합의 단계로 나누어 설명하고 교육, 습득이 가능한 과정으로 표현하였다. 다시 말해서 극복력의 발달과정에 대한 연구는 극복력을 역동적인 과정으로 보고 개인 내적, 대인 관계, 환경에서 발생하는 보호요소와 위험요소가 어떠한 경로를 통하여 극복력을 발달시키고 각 단계에서 개인의 특성, 능력이 어떻게 변화하고 상호 작용하는 지에 관한 연구로서 주로 과정에 초점을 둔 것이다.

위와 같은 극복력에 대한 이해와 연구의 흐름은 어려움을 극복하여 긍정적으로 적응을 가능하게 하는 개인의 능력과 특성에 대한 이해가 기초가 되어 보호요소와 위험요소의 상호 작용으로 개인의 능력이 변화 발달해 나가는 과정에 대한 이해로 전개되어 왔음을 알 수 있다. 그러나, 지금까지 극복력에 대한 다양한 연구가 진행되면서 가장 큰 문제점으로 지적되는 것은 극복력의 연구가 개인의 특

성 파악을 기초로 하여 그 발달 과정의 파악으로 전개되어 가는 것이 아니라 개인의 특성으로 보는 관점과 역동적 과정으로 보는 관점 사이에서 도출된 개념과 변수들이 각각의 연구에서 서로 경계 없이 혼용되어 사용되어왔다는 것이다 (Luthar, Cicchetti, & Becker, 2000). 즉, 극복력을 과정으로 정의하고 개인의 특성에 대한 연구를 하거나 개인의 특성으로 극복력을 정의한 후 과정에 대한 연구를 진행시키는 오류가 발생하는 경우가 많다(Luthar et al, 2000).

이러한 문제점들은 연구 결과에 혼란을 주었으며 극복력에 대한 설명을 더욱 어렵게 하였다. 그러므로, 연구목적에 맞는 극복력의 정의를 명확히 하는 것이 필요하며 또한, 극복력과 관련된 개인적 특성을 정확히 이해하고 그 발달 과정을 파악하는 것이 극복력의 이해를 돕고 이론을 확고히 하는데 무엇보다 중요하다고 본다.

본 연구에서 개발된 도구는 극복력과 관련된 개인의 특성인 아동의 심리 사회적 능력을 측정하는 도구로 극복력을 위험 상황을 극복하여 효과적으로 적응하고, 회복하게 하는 심리 사회적 능력으로 정의하였다. 그러므로, 본 연구에서 개발된 도구는 아동의 극복력과 관련된 특성이나 능력의 정도를 사정하는데 사용할 수 있으며, 사정된 개인의 특성의 변화 및 발달 과정을 파악하고 또한, 더 나아가 개인을 둘러싼 환경적 위험요인과 보호요인들과의 역동적인 상호과정을 설명하는데 기초가 되어 극복력 획득과 변화 과정에 대한 파악에도 기여할 것으로 기대한다.

B. 극복력이 높은 아동의 특성

극복력이 높은 아동의 특성에 대한 고찰은 극복력을 측정할 수 있는 변수의 구성틀을 제공한다는 점에서 중요하다. 극복력은 개인이 가지고 있는 특성과 그를 둘러싼 환경과의 상호작용으로 이루어지며(Stewart, Reid, & Mangham, 1997) 이러한 개인의 특성과 환경은 위험요소와 보호요소로 나누어 설명되어진다. 위험요소란 빈곤, 장애, 질병, 학대 경험 등 부적응적인 결과를 가져오는 객관적인 개인,

환경의 특성들이며 보호요소란 취약한 환경과 조건에서도 위험과 작용하여 부정적 결과의 가능성을 감소시키는 요소이다(Compas, Hinden, & Gerhardt, 1995). 보호요소의 예로는 높은 자아존중감, 적극적 문제 해결 양상 같은 개인의 특성이나 안정적인 양육 환경 같은 환경적 특성을 들 수 있다. 즉, 어려움에 처해 있거나 스트레스 상황에서 보여지는 아동의 특성 중 긍정적인 요인이 보호요소로 규정되어 설명되어진다(Richardson, 2002). 그러므로, 아동의 극복력을 측정하기 위해서는 긍정적인 아동의 특성인 개인적 보호요소들이 고려되어 측정되어야 한다. 본 장에서는 극복력의 보호요소적 특성을 내용으로 개발될 도구의 측정 변수인 개인의 심리 사회적 능력에 초점을 두어 구체적으로 살펴보고자 한다.

우선 높은 지능이 이들의 특성으로 제시되었다. 극복력과 지능과의 상관관계는 여러 집단을 대상으로 많이 연구되었으며, 극복력이 높은 아동은 읽기, 말하기, 쓰기 등의 학업 수준이 발달 문제를 가지고 있는 위험 아동에 비해 높다는 연구결과가 보고되고 있다(Cederblad, Dahlin, Hagnell, & Hansson, 1995; Cicchetti et al, 1993; Egeland, Carlson, & Sroufe, 1993).

다음으로는 개인의 특성 중 긍정적 자아 존중감, 자신감, 자기 신뢰, 자기 효능감 등 자기 자신과 위험상황을 극복하고 다루는 자신의 능력에 대한 긍정적인 믿음과 느낌을 극복력이 높은 아동의 중요한 특징으로 들고 있다(Anthony, 1983; El-Guebaly & Offord, 1977; Holaday & Terrell, 1994). 긍정적인 자아존중감을 가진 아동은 자신의 강점과 단점을 인지하고 도전을 받았을 때 자신의 능력을 깨닫고 의사 결정에 독립적이며 자신의 행동에 대한 책임을 받아들이고 독립적으로 기능할 수 있게 된다(Mandleco & Peery, 2000). 더불어 그들은 상실이나 제한을 인정하고 자신의 삶에 의미를 부여하며 지각된 경험을 긍정적으로 새롭게 구성하여 긍정적인 상황으로 인식을 하는데 이는 극복력이 높은 아동의 또 다른 특성이라고 할 수 있다(Herman-Stahl & Petersen, 1996; Wyman, Cowen, Work, & Kerley, 1993).

또한, 스트레스에 직면하였을 때 사용되는 효율적인 대처능력은 극복력이 높은 아동의 두드러진 특성이라 할 수 있다. 여러 위험상황에서 극복력이 높은 아동은 기회, 좌절, 위협, 환경내에서의 요구에 대해 효과적으로 대처하고 내적 통합을 유

지한다. 그들은 자율적, 독립적이고 융통성 있고 좌절을 잘 조절하고 문제를 해결하기 위해 적절한 선택을 하게 되고, 적절한 평가와 판단을 하며 적극적으로 문제 중심의 대처를 한다(Anthony, 1983; Cereblad, Dahlin, Hagnell, & Hansson, 1994; Heinzer, 1995; Herman-Stahl & Petersen, 1996; Matsen, Best, & Garmezy, 1990; Werner, 1986; Wyman et al, 1993). 이러한 효과적인 대처능력은 극복력을 나타내는 가장 좋은 외적 징후가 될 것이다(Mandleco & Peery, 2000). 또한, 극복력이 높은 아동은 그렇지 않은 아동에 비해 내적 통제위와 더 높은 수준의 자기 통제력을 가지고 있다(Luthar, 1991; Werner, 1993; Wyman, Cowen, Work, & Kerley, 1993). 통제위가 높은 아동들은 자신이 환경에 영향을 줄 수 있으며 상황에 굴복되지 않는다고 믿고 문제해결에 적극적이 된다. Mrazak과 Mrazak(1987)은 극복력이 높은 아동의 특성으로 호기심에 대해서도 보고하였다. 호기심이 많은 아동은 다양한 위험이 생산되는 환경에서 그들의 호기심으로 인해 상황의 이해와 인지가 증가된다고 하였다. 또한, 이러한 호기심은 자신이 가지고 있는 문제를 해결하기 위해 주변 환경과 자원으로부터 도움을 구하는데 주저하지 않고, 자원을 이용하는데 원동력으로 작용하게 된다(Holaday & Terrell, 1994; Radke-Yarrow & Brown, 1993).

다음은 타인과의 관계에서 나타나는 특성을 살펴볼 수 있는데 크게 가족과의 관계와 그 외 타인과의 관계로 나누어 설명될 수 있다. 극복력이 높은 아동은 가족 내에서 책임감 있는 역할과 가족 구성원과의 균형 있는 상호작용을 위해 적절한 역할과 규칙을 구조화시키는 역할을 하게 되고 가족과의 관계가 좋다(El-Guebaly & Offord, 1977; Herman-Stahl & Petersen, 1996). 또한, 가족 외의 또래 친구와 교사 등과의 관계에서도 대인관계 기술과 반응이 뛰어나고 협동적이며 의미 있는 긍정적인 관계를 유지한다고 하였다(Herman-Stahl & Petersen, 1996; Holaday & Terrell, 1994).

위와 같이 극복력이 높은 아동은 그들에게 처한 어려움과 스트레스를 극복하여 긍정적으로 적응할 수 있는 다양한 심리 사회적 능력이 내재되어 있으며 이러한 긍정적인 특성들 즉, 보호요소는 서로 독립적으로 영향을 주는 한편 상호작용하며 극복 과정을 거치게 된다(Mandleco & Peery, 2000).

위에서 언급한 아동이 가지고 있는 심리사회적 능력에 대한 특징 외에 아동의 생물학적, 환경적인 일반적 특성 중 극복력과 관련되는 요인들을 살펴보면 우선 생물학적 특성 중 성별을 들 수 있는데 많은 연구에서 남아가 여아보다 스트레스 상황에 더 취약하다고 보고되고 있다(Werner, 1986; Wolff, 1995). 그리고, 아동은 발달 수준에 따라 극복력이 다양하게 나타날 수 있기 때문에 아동의 연령을 고려해야 하고, 또한 어려움에 노출된 기간은 극복력의 변화 과정에 영향을 주게 되므로 고려되어야 하는 변수이다. 극복력이 높은 아동의 일반적 환경 특성은 적절한 형제 수와 나이차, 부모의 역할을 보완하여 줄 수 있는 조부모의 존재(Mandleco & Peery, 2000; Werner, 1986), 그리고 무엇보다도 부모의 안정적인 양육 환경(Garmezy, 1985; Werner, 1986)을 이들의 특징으로 들 수 있다. 또한, 종교를 가지고 있는 아동은 그렇지 않은 아동에 비해 자원의 강화로 인해 극복력이 더 높다고 한 연구도 있다(cited in Mandleco & Peery, 2000).

이상 살펴본 바와 같이 극복력과 관련된 특징의 이해는 다양하게 복합적으로 이루어져야 한다. 그럼에도 불구하고 지금까지의 연구는 연구자마다 일관되지 않은 하위개념 한 두 가지만으로 극복력을 측정함으로써 개인의 특성 및 과정에 대한 연구를 수행하거나 이론을 정립함에 있어서 한계를 보여왔다. 따라서, 극복력에 관한 향후 연구에서는 그 개념의 다양한 특성을 일관성 있게 측정할 수 있도록 신뢰도와 타당도가 높은 도구를 개발하고 사용하여 극복력의 포괄적인 이해가 이루어져야 할 것이다.

C. 극복력의 측정

극복력에 관한 공통적으로 합의되고 검증된 척도의 부족은 복합적 개념인 극복력을 포괄적이고 일치된 수준의 변수로 측정하지 못하고 다양한 하부개념으로 측정하게 하는 문제점을 가져왔다(Luthar et al, 2000). 그로 인하여 연구 결과가 일관성이 없을 뿐 아니라 해석상의 오류를 가져오기도 하였다.

극복력 연구에서 사용된 척도들을 구체적으로 살펴보면 극복력을 정서적 적응

으로 측정한 연구들이 있다. 예를 들면, Herman-Stahl과 Petersen(1996)은 우울 증상을 구분하여 그 관계로 극복력을 측정하였고, Tiet 등(1998)은 우울, 강박 등 정신 병리적인 문제가 없으면 극복력이 높은 것으로 보았으며 관련 변인으로 지능, 가족기능, 부모의 관찰 여부, 학업성취도를 제시하였다. Liem 등(1997)의 연구에서는 우울과 자아존중감을 측정하여 낮은 우울과 높은 자아존중감을 높은 극복력으로 정의하여 극복력이 높은 청소년을 선별하였고 대처전략, 통제감, 자기비난, 가족환경 등을 영향 요인으로 보았다.

또한, 극복력을 학교에서의 적응 상태로 보아 측정한 연구가 있다. Fergusson과 Lynskey(1996)는 약물 남용, 범죄, 학교 문제로, Masten 등(1999)은 성적, 또래 수용, 행동으로, 그리고 Reynolds(1998)는 학업성취도와 교실내에서의 적응으로 극복력을 측정하였다.

그 외 문제 행동을 통하여 극복력을 측정한 경우로는 Tschann 등(1996)이 아동의 사회능력과 문제행동으로 구성된 행동평가 척도(CBCL; Child Behavior Checklist)를 사용한 연구가 있고 Herrenkohl 등(1994)도 행동 평가를 사용하여 극복력의 수준을 측정하였으며 극복력 영향요인으로 지적능력, 신체적 학대의 부재, 안정적인 양육환경, 부모의 기대를 제시하였다.

그러나, 대부분의 연구에서는 극복력을 앞서 제시한 변수와 여러 보호요소들을 첨가하여 측정한 경우가 많다. Hechtman(1991)은 정서적 적응과 학업 성적으로 극복력을 측정하였고 지능, 행동과 정서적인 안정, 양육, 가족환경, 경제적 능력을 영향요인으로 제시하였다. Luthar(1993)는 학교 성적, 부모나 동료, 교사들에 의해 간접적으로 측정되는 사회적 능력과 대처기술로, Holaday와 McPhearson(1997)은 사회적지지, 인지기술, 심리적인 자원을 통해 극복력을 측정하였다. 또한, Kinard(1998)는 부모, 교사, 또래에 의한 행동 평가와 지능검사, 학업성적, 인지능력, 행동, 자아존중감, 우울로 측정하였으며, Cicchetti와 Rogosch(1997)는 대인관계, 병리적 심리상태, 학업 성적으로 극복력을 측정하였다.

위에서 제시한 연구들에서 측정상의 문제점들을 정리하면 첫째, 기존 연구에서 극복력에 영향을 주는 개인적 보호요소로 규명된 지능, 자아개념, 대처, 사회적 유능감 등의 단편적인 하부 개념으로 극복력을 측정하였거나 또는 보호요소, 극복

력, 적응의 개념을 불분명하게 정의하고 사용하여 측정하였다. 이것은 극복력의 긍정적인 개인적 특성이 개인의 보호요소와 같은 개념으로 표현되고 있다(Kinard, 1998; Richardson, 2002)는 점에 합의하지 못하고 연구마다 다르게 혼돈된 상태로 사용하고 있어 생기는 문제점이라 볼 수 있다. 예를 들어 자아존중감이나 대처 양상 모두 하부 요인으로 정의하고 있음에도 불구하고 한가지는 보호요소로 한가지는 극복력 개념으로 대체하여 측정하여 연구된 경우도 있다(Liem et al, 1997). 그리고, 우울, 불안 등의 적응의 상태나 결과로 극복력을 측정한 경우도 있어 다른 적응과 관련된 개념의 연구와 구별되지 않고 극복력을 이해하는데 혼돈을 가져왔다.

둘째, 극복력을 양육환경 등의 외부 보호요소로 측정하기도 하여 극복력 측정의 타당성에 대한 문제가 제기되어왔다. 외부 보호요소를 척도에 포함시킨 경우, 극복력이 개인의 능력에 초점을 맞춘 것인지 전체의 역동성에 초점을 맞춘 것인지에 대한 전제가 불확실하여 발생한 문제점으로 판단된다.

셋째, 발달과정에 있는 아동의 극복력은 하부 요인 모두가 동일한 수준으로 발달되지 않음에도 불구하고 단편적인 한가지 요인의 측정으로 아동의 전체 극복력을 이해하고 평가하려 한 것이다. 즉, 한 가지의 요인의 능력의 점수가 높다고 해서 극복력 전체가 높다고 할 수 없으며 극복력이 높은 아동들 중에도 낮은 하부 요인을 가질 수 있음을 염두에 두어야 하며 단편적 요인으로 아동을 해석하는 오류를 범해서는 안 될 것이다.(Garmezy, 1991).

최근 들어 몇몇 학자들이 위에서 지적한 바와 같은 극복력 측정의 문제를 인식하고 극복력을 측정할 수 있는 도구 개발을 시도하고 있다.

Wagnild와 Young(1993)은 어려운 사건을 겪은 성인 여성을 대상으로 Resilience Scale을 개발하였는데 그들이 사용한 지표는 인지와 정서적 지표로 자기신뢰, 독립성, 결단력, 불굴의 정신, 책략, 인내, 적응성, 균형, 융통성, 삶에 대한 균형감이다. 아동을 대상으로 개발된 예로는 아동의 전반적 특성을 측정하는 도구에서 극복력의 특성을 나타내는 문항을 선별하여 극복력 측정 도구를 개발한 것으로 California Child Adult Q-Set(CCQ)을 이용한 도구가 있다. 아동과 청소년들의 행동, 정서, 인지적 특성을 기술하고 있는 CCQ의 100개의 항목 중 각 연구자

들이 극복력에 적합하다고 생각하는 항목으로 도구를 구성하는 것이다(구형모와 황순택, 2001). 또한, 이와 비슷하게 국내에서도 한국 아동 인성검사(KPI-C)의 16개의 하위 척도 중 극복력을 나타내는 또래 관계, 공감, 자기 수용, 집중력, 자신감, 이해력, 리더쉽을 내용으로 하는 척도가 있다(구형모와 황순택, 2001; 윤현희 외, 2001). 그러나, California Child Adult Q-Set(CCQ)를 기초로 한 도구와 한국 아동 인성검사(KPI-C)의 하위척도를 추출한 도구 모두 공통의 한계를 보이는데 극복력에 대한 전반적인 고찰이 없이 기존 문항에서 극복력을 나타내고 있다고 판단되는 문항을 임의로 선정하여 대표성에 한계가 있고 각 연구자마다 다른 문항을 선택하여 측정에 일관성이 떨어질 가능성이 있다. 또한, 부모보고 형식을 취하고 있어 자신에 대한 주관적인 평가가 중요한 극복력의 개념을 측정하는 데는 아동이 직접 측정하는 것과는 결과에 차이를 보일 수도 있다.

또한, California Healthy Kids Survey에서는 아동의 극복력 특성을 사회적 유능감, 자신에 대한 지각, 목표 의식에 대한 지각 세 가지 영역으로 보고 이를 파악하기 위한 자가보고식의 측정도구를 개발하였다(서지영, 2002). 구체적으로 사회적 유능감은 협력과 의사소통, 공감, 문제해결의 내용을 포함하고 있으며 자신에 대한 지각은 자아효능감, 자기 인식을 포함하고 있다.

이상 살펴본 결과 아직까지 아동 대상의 극복력을 측정할 수 있는 신뢰도와 타당도가 검증된 도구는 부족한 상황이라고 할 수 있다. 특히, 만성질환이라는 어려움과 그로 인한 스트레스를 경험하고 있는 만성질환아의 극복력을 사정할 수 있는 도구는 개발되어 있지 않은 상황이므로 만성질환아 개인의 극복력을 포괄적으로 측정할 수 있는 도구의 개발이 필요하다고 본다.

Ⅲ. 연구방법 및 절차

A. 연구 설계

본 연구는 만성질환아의 극복력을 측정하는 도구 개발을 목적으로 하는 방법론적 연구이다.

B. 도구개발 진행과정

본 연구는 만성질환아의 극복력 측정 도구를 개발하는 연구로 구체적인 연구 진행 단계는 다음과 같다.

1. 구성 요인의 규명 단계

아동의 극복력에 관한 문헌과 국내 만성질환아의 적응과 관련된 선행연구, 기존 도구의 고찰, 부모 면담자료를 통하여 극복력을 구성하고 있는 요인을 규명하였다.

1) 선행 연구와 기존 도구의 고찰

도구에 포함될 극복력의 구성요인을 찾기 위해 극복력 이론에 대한 문헌, 극복력 개념을 아동에게 적용하여 연구한 국외 및 국내의 문헌, 국내 아동을 대상으로 적응을 연구한 문헌을 각종 학회지와 학위논문을 중심으로 약 120여편을 고찰하였다. 기존의 도구는 Wagnild와 Young(1993)의 Resilience Scale의 개발과정과 그 내용을 참조하였다.

2) 만성질환 아동의 어머니 면담

도구에 포함된 극복력의 구성요인과 문항의 내용적 측면의 적절성과 다양성을 기하기 위해 만성질환아 중 극복력이 높다고 판단되는 아동의 어머니 3명을 간호사로부터 추천 받아 면담하여 아동의 일상생활에서 느껴지는 특성들을 조사하였다.

이는 아동의 발달 특성상 자신의 특성에 대해 조리 있게 설명하는 것이 다소 한계가 있어 내용추출에 어려움이 있다고 판단되어 아동에게 직접 면담하는 것보다 아동을 가장 많이 관찰하는 어머니를 면담함으로써 아동 면담시에 나타나는 한계를 극복하고자 하였다.

면담 조사는 2002년 4월말부터 5월초에 걸쳐 실시하였다. 면담시의 질문은 “아동이 자신에 대해 어떻게 생각한다고 느끼십니까?”, “아동이 병에 걸린 것에 대해 어떻게 생각합니까?”, “아동이 어려운 일이나 병에 관련된 일을 어떻게 해결합니까?”, “부모나 친구들과의 관계는 어떻습니까?”의 내용으로 앞서 규명한 극복력의 세 가지 특성을 중심으로 질문하며 진행하였다.

면담 내용은 녹음하여 내용 분석하였고 부모가 말하는 문장 중 문항으로 제시하기 적절하다고 판단되는 내용은 문항으로 제작하여 도구의 문항에 포함시켰다.

2. 예비도구 구성 단계

1) 초기문항 작성

도구의 항목을 구성하는 단계로 규명된 구성 요인에 근거하여 문항을 구성하였는데 기존의 극복력 도구와 앞서 제시한 구성 요인을 측정한 기존 도구, 만성질환아 어머니를 면담한 내용, 문헌고찰을 근거로 각 특성에 따른 하부 개념에 해당하는 문항을 수집하여 자가보고의 형식으로 초기 문항을 구성하였다.

2) 내용 타당도 검정을 위한 예비조사

예비도구의 요인과 문항에 대한 전문가 내용 타당도 검증을 하는 단계로 Lynn(1986)이 내용 타당도를 위한 전문가 집단의 수가 3명 이상 10명 이하가 바람직하다고 제시한 것에 근거하여 본 연구에서의 전문가 구성은 간호학과 교수 4명, 아동간호학 전공의 간호학 박사 2명, 아동 간호학 전공 석사 과정 이상이며 소아병동에서 3년 이상 근무한 간호사 3명을 포함한 총 9명으로 전문가 집단을 구성하였다.

1단계로 선정된 전문가 집단에게 극복력 개념에 대한 설명 후 연구자가 구성한 요인과 문항에 대한 내용을 배부하고 그 요인과 문항의 타당성을 조사하였으며 누락된 범주나 수정할 내용에 대한 의견을 보충해 줄 것을 요청하였다. 이 때 Lynn(1986)의 기준을 참고로 하여 내용의 구성이 '매우 타당하다'를 4점, '타당하다' 3점, '타당하지 않다' 2점, '전혀 타당하지 않다'를 1점으로 한 질문지를 배부하며 작성을 부탁하고 각 내용에 대하여 3점 이상의 점수를 80%이상의 전문가가 합의한 요인을 선정하였다.

2단계로 도구 내용에 대한 타당도 점수에 의해 선정된 문항과 보충할 내용에 대한 의견을 참고하여 도구를 수정 보완한 후 동일 집단에게 2차 전문가 타당도를 실시하였다. 이 때에도 각 내용에 대하여 3점 이상의 점수를 80%이상의 전문가가 합의한 요인을 선정하였다.

또한, 구성요인으로 제시한 특성들의 개념 중 문항의 내용이 유사하거나 구별할 필요가 없다고 제시된 내용들은 개념간의 통합과정을 거쳤다.

3) 예비도구 고안

도구 항목의 척도 등급과 도구를 고안하는 단계로 아동을 대상으로 측정하는데 적절하고 신뢰도를 저하시키지 않는데 중점을 두어 고안하였다.

3. 사전조사 단계

1) 예비도구의 이해도와 형식의 적절성 확인

사전조사의 첫 번째로 도구의 언어 표현과 배열, 형식이 적절한지를 알아보기 위해 초등학교 4학년 아동 2명, 초등학교 교사 1명과 함께 문장 하나 하나를 연구자와 같이 읽고 이해도를 확인하는 과정을 거쳤다.

2) 예비도구의 문항분석, 내적일관성 조사

예비도구의 문항분석과 신뢰도를 조사하기 위한 사전조사를 의사소통과 국문 해독, 설문작성이 가능하고 진단 받은 지 6개월이 지났으며 지속적으로 치료를 받고 있는 10-15세의 천식, 당뇨, 신증후군 환자 25명을 대상으로 실시하였다. 자료 수집은 외래를 방문한 환자를 병원 외래에 위치한 진료실에서 연구자가 직접 면담하여 질문에 응답하도록 하였다. 면담을 하면서 이해하기 힘든 문장과 질문사항 및 반응도 다시 확인하였다. 설문 응답 시간은 평균 10~15분 정도가 소요되었다.

4. 신뢰도 타당도 검정 단계

개발된 도구의 신뢰도와 타당도를 검증하는 단계로 본 연구에서의 신뢰도는 조사-재조사 신뢰도 (test-retest reliability), 내적 일관성의 방법을 사용하였다.

도구의 타당도는 문항분석, 요인분석에 의한 구성 타당도, 준거 타당도를 검정하였다. 준거 타당도로는 NRS(Numerical Rating Score)와 소아우울척도(CDI; Child Depression Inventory)를 준거도구로 사용하여 검정하였다.

1) 조사 대상자

본 연구에서 문항의 선별과정과 도구의 신뢰도와 타당도를 검정하기 위해 조사되는 대상자는 아동의 대표적인 만성질환인 천식, 당뇨, 신증후군의 질환을 가지고 생활하고 있는 10-15세 아동을 대상으로 하였다.

만성질환아는 3개월 이상 질병상태가 계속되며 이로 인하여 지속적인 치료나 장기적인 간호가 요구되는 아동으로(Pless & Douglas, 1971) 본 연구에서는 천식, 당뇨, 신증후군 환아로 진단 받은 지 6개월 이상 되고 정기적으로나 비정기적으로 외래방문이나 입원을 하고 있는 아동을 선정하여 연구를 진행하였다. 세 질환 모두 병원에서나 가정에서 계속하여 다양한 질병관리를 하면서 생활해 나가야 하는 질환으로 이로 인해 일상 생활에 어려움과 스트레스를 많이 받는 질환이라 할 수 있다. 그러므로, 위의 세 질환을 가진 아동의 경우 극복력 특성을 파악해볼 수 있는 스트레스 상황을 가진 아동으로 판단하여 연구 대상으로 선정하였다.

또한, 본 연구에서 10-15세 아동을 대상으로 한 이유는 이 시기는 형식적 조작기의 시기로 인지발달로 인하여 논리적이고 추상적인 사고가 가능해져 자신과 환경에 대한 평가가 명료해지고 전반적 자아지각을 하여 자기의 정서와 느낌을 표현할 수 있어(이은혜, 신숙재, 송영주, 1992) 자신의 극복력을 판단할 수 있는 연령으로 판단되었기 때문이다. 또한, 10세 이상부터는 본 연구에서 극복력의 구성 요인으로 제시한 심리적 자원과 행위 특성에 포함되는 개념들이 활발하게 발달하며 나타나고 있는 시기(최보가, 1990)로 극복력 발달에 중요한 시기이고 극복력을 측정하기에 적절하므로 10-15세 아동을 대상으로 하여 개발될 도구의 신뢰도 타당도 검증을 하였다.

대상 아동은 서울시내 소재 S병원과 경기도 소재 A병원, 강원도 소재 W병원 외래에 등록된 천식, 당뇨, 신증후군 환아를 유한모집단으로 하여 다음의 선정기준에 의해 편의추출 하였다.

1. 10-15세의 아동으로
2. 소아과 의사로부터 천식, 당뇨, 신증후군을 진단 받았으며

3. 질병을 진단 받고 치료한 지 6개월이 지났으며
4. 현재까지 지속적으로 치료를 받고 있으며
5. 인지적 장애가 없고
6. 의사소통과 국문해독이 가능하고 설문작성이 가능하며
7. 본 연구에 참여하기를 동의한 자.

위와 같은 대상자 선정기준에 의해 자료수집 기간인 2002년 7월 13일부터 9월 10일까지 총 202명이 대상자로 선정되어 연구에 포함되었다.

2) 조사 도구

조사 도구로 사용되는 도구는 일반적 사항을 측정하기 위한 질문지와 본 연구에서 개발된 극복력 도구의 준거 타당도를 검증하기 위하여 사용되어진 도구이다 (부록 1).

(1) 일반적 사항

대상자의 일반적 특성은 문헌고찰 결과 아동의 극복력에 영향을 미치는 것으로 보고된 특성을 아동의 특성과 가족의 특성으로 나누어 일반적 사항에 대한 질문지를 개발하였다(부록 1-3). 아동의 특성은 나이, 성별, 종교의 유무, 학교 성적, 질환을 진단 받은 시기로 구성하였고 가족의 특성은 동거가족의 수, 형제 관계, 부모 나이, 학력과 생존 여부로 구성하였다. 가족의 경제 상태는 아동이 작성하는데 어려움이 있어 사전 조사 후 삭제하였다. 추후 아동을 대상으로 한 연구에서 경제 상태에 대한 정확한 조사 방법에 대한 논의가 있어야 할 것으로 본다. 또한, 아동의 특성 중 진단 받은 시기는 아동이 기억하지 못하는 경우가 많아 의무기록을 참고하여 연구자가 작성하였다.

(2) 준거 타당도 검증도구

① Numerical Rating Score; NRS

Numerical Rating Score(NRS)는 지금까지 동통 등 주관적인 속성이 강한 개념들을 측정하는데 사용된 것으로 시각 아날로그 척도(Visual Analogue Scale; VAS)에 비하여 아동이 사용하기에 더욱 명확하고 구체적인 형태로 숫자로 등급이 붙어 있는 형태이다. 본 연구에서 개발된 극복력 도구의 준거 도구로 Numerical Rating Score(NRS)를 사용한 이유는 기존에 사용되었던 만성질환아의 극복력을 측정할 수 있는 적절한 도구가 없었고 NRS는 아동을 대상으로 한 통증 등의 연구에서 주관적 평가를 하기에 적절하고 아동이 이해하고 사용하기에 용이하다고 평가된 도구이며 신뢰도와 타당도가 높은 도구로 검증되었으므로(이배환과 손진훈, 1996) 자신의 능력에 대한 주관적인 평가를 하게 되는 본 연구의 극복력 도구의 준거로 삼기에 적절하다고 판단하였다.

본 연구에서 Numerical Rating Score(NRS)는 만성질환 아동에게 “자신에게 닥친 어렵거나 힘든 일을 잘 극복해낼 수 있고 이겨낼 수 있는 힘과 능력”을 본인이 어느 정도 가지고 있는지를 질문하여 자신이 생각하고 있는 정도를 스스로 판단하여 그 정도를 0부터 10점 사이의 점수 중에서 선택하여 표시할 수 있도록 하였다(부록 1-1).

② 소아 우울 척도 (CDI: Child Depression Inventory)

극복력이 높은 아동은 우울 점수가 낮다는 여러 연구결과(Cederblad et al, 1995; Hechtman, 1991; Liem et al, 1997; Tiet et al, 1998; Wagnild & Young, 1993)를 근거로 우울 도구를 극복력 도구의 준거 도구로 사용하였다(부록 1-2).

본 연구에서 사용될 우울 척도는 Kovacs의 소아 우울 척도(CDI)로 이는 Beck의 우울 척도(BDI, 1967)를 만 8~13세에 맞게 변형시킨 것을 조수철과 이영식(1990)이 번역한 것이다. 이는 총 27문항으로 구성되었으며 자가 보고의 형식으로 자신의 기분 상태를 반영하도록 고안된 것이다. 각 문항마다 3개의 서술문이 있으며 정도에 따라서 0~2점으로 평가되기 때문에 점수가 높을수록 우울 정도가 심

한 것으로 평가한다.

조수철과 이영식(1990)이 번역하여 개발할 당시의 Cronbach's α 는 .88이었으며 본 연구에서의 Cronbach's α 는 .83이었다.

3) 자료수집 방법과 절차

서울시내 소재 S병원, 경기도 소재 A병원, 강원도 소재 W병원에 자료 수집에 대한 협조를 구한 후 대상자는 병원 외래에 방문하거나 입원하고 있는 천식, 당뇨병, 신증후군 환자 중 대상자 선정기준에 의해 편의추출 하였다. 세 병원 모두 대학 부속 병원이었다.

자료수집 해당 병원 외래를 방문하거나 입원하고 있는 아동은 외래진료실과 병실에서 직접 질문지를 배부하여 작성하도록 하였다. 질문지를 작성한 후 답례로 문구류를 선물하였다. 또한, 질문지 작성 후 아동이 생활에서 느끼거나 경험하는 어려움이나 스트레스에 대하여 이야기를 나누는 시간을 가졌다. 상담 내용은 구체적으로 친구 관계, 건강 문제, 학업 문제, 체육 시간 등에 지켜야할 질병관리 방법, 약물 복용, 각 질병에 적합한 취미활동이나 운동에 대한 내용이었다.

그리고, 자료수집기간 동안 외래예약이 되어 있지 않거나 사정상 연구자가 직접 만나지 못한 아동의 경우는 명단과 주소 입수를 협조 받아 전화면담을 통해 연구의 목적을 설명하고 대상자의 동의를 구한 후 우편으로 질문지와 선물용 문구류, 반송 봉투를 동봉하여 발송하여 대상 아동이 질문지를 작성한 후 반송할 수 있도록 하였고 연구자의 전화번호를 적어 질문이나 궁금한 점을 문의할 수 있도록 하였다. 우편 회수율은 41%이었다. 또한, 당뇨병 환자의 경우 당뇨병캠프에 참가한 아동을 대상으로도 자료수집을 시행하였는데 캠프 마지막날 교육시간의 일부를 허락 받아 질문지를 작성하도록 하였다.

자료수집 기간인 2002년 7월 13일부터 9월 10일 까지 총 209부가 수집되었으나 응답이 누락되어 통계처리가 불가능한 질문지를 7부를 제외하고 총 202부가 분석되었고 이중 직접 면접에 의한 조사는 178명, 우편 조사는 24명이었다.

조사-재조사는 당뇨 캠프 참가자를 대상으로 조사 3주 후 각 가정에 우편으로 질문지를 발송하여 조사하였다. 질문지에 첫 조사 후 3주 동안 본인에게 힘들거나 어려운 사건이 있었는지를 질문하고 그 내용을 서술하게 하여 극복력에 영향을 줄 수 있는 스트레스 상황이나 사건을 겪은 아동의 질문지는 제외하고자 하였으나 회수된 35부 모두 극복력에 영향을 줄 수 있는 경험이 없었으므로 35부 모두 분석에 사용되었다. 우편 회수율은 66%이었다.

4) 자료 분석 방법

개발된 도구의 신뢰도와 타당도를 검증을 위한 자료 분석에 사용되는 통계적 방법은 다음과 같다.

1. 대상자의 일반적 특성은 서술통계를 이용하여 산출하였다.
2. 측정도구의 내용 타당도는 CVI(Content Validity Index)로 산출하였다.
3. 측정도구의 신뢰도 검정은 Pearson 상관계수로 산출하였다.
4. 측정도구의 타당도를 검정하기 위해 Cronbach's α 계수, Pearson 상관계수, 회귀계수를 산출하고 요인분석을 하였다.

도구의 신뢰도 타당도 검증의 결과를 가지고 최종 도구를 완성하였다.

도구개발과정을 정리하면 그림 1과 같다.

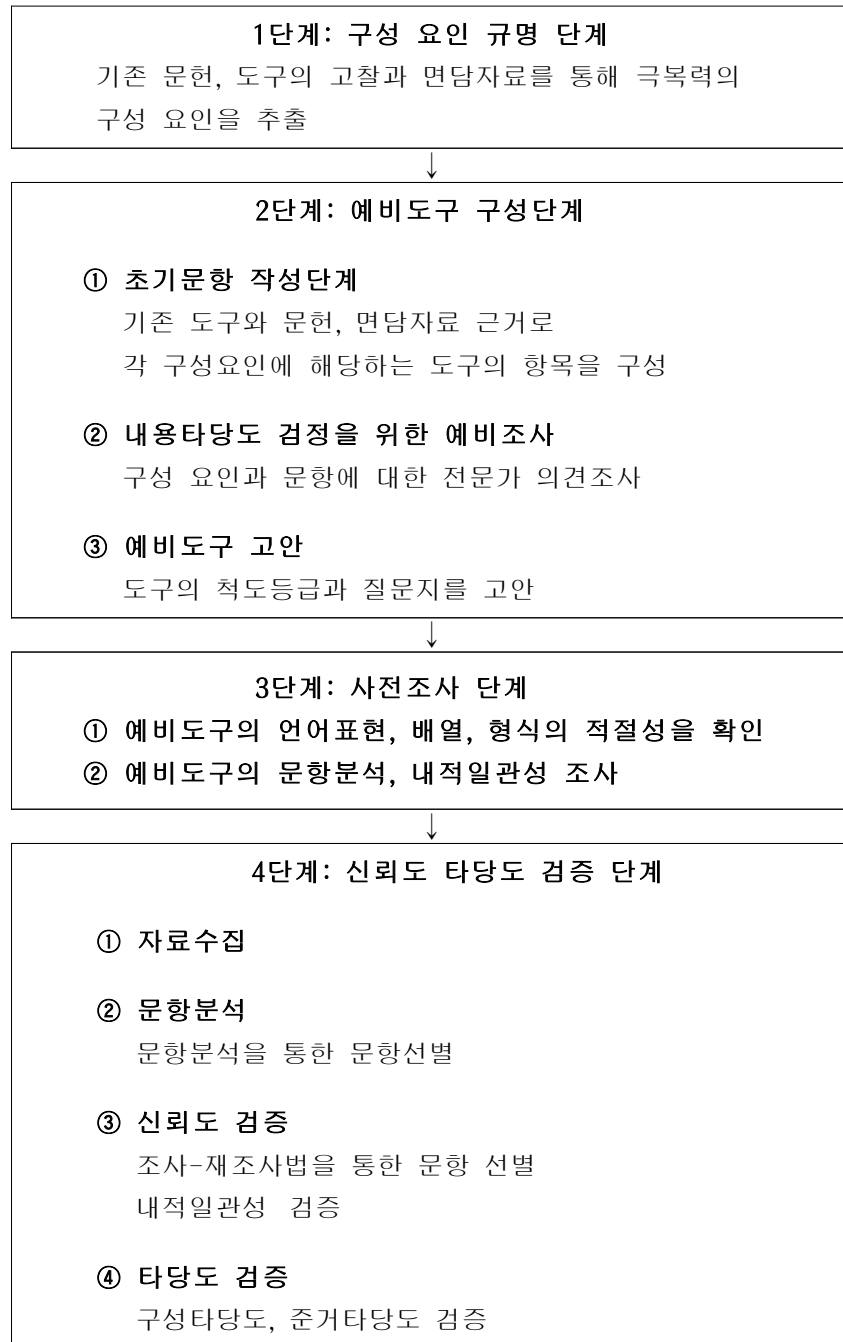


그림 1. 연구 진행절차

IV. 연구 결과

A. 도구의 구성요인

극복력 개념이 처음 소개되었던 초기에 비해 많은 문헌을 통해서 모호하던 의미가 현재는 비교적 명확해졌다고는 하나 그 속성이나 구성 개념의 차원에 대해서는 아직까지 일치된 견해가 이루어지지 않고 있다.

Mandleco와 Peery (2000)는 기존의 극복력에 대한 연구를 고찰하여 극복력의 개념을 설명할 수 있는 기틀을 제시하였다. 이들은 극복력을 개인 내적 영역과 외적 영역으로 구분하여 각각 상호 작용하는 음양의 비선형의 형태로 개념적 기틀을 구성하여 설명하였다. 그 중 극복력의 개인 내적 영역을 나타내고 측정할 수 있는 지표로 개인의 인지능력, 대처 양상, 내적 특성, 대인 관계 특성으로 설명하였다. 이는 타 연구에서 제시한 극복력의 심리적인 요소나 외적으로 드러나는 행위적 특성의 속성을 포괄적으로 포함하여 분류하고 있으며 각 영역에 대해 극복력이 높은 아동의 특성을 구체적으로 포함시켜 설명하고 있다. 이에 본 연구에서는 이들이 제시한 영역을 기초로 하여 측정 도구 개발을 위한 구성 요인을 제시하였다.

그 중 Mandleco와 Peery (2000)가 제시한 인지능력에는 지능과 인지 양상이 포함되어 있으나 아동의 지능은 극복력의 구성 요인이라기보다는 인지 양상이나 능력에 영향을 주는 유전적 성향이 강한 요인으로 판단되어 본 연구에서는 제외하였다. 그리고, 충동적이지 않고 심사숙고하는 인지 양상의 내용은 대처 양상의 계획성과 중복되어 본 연구에서는 대처 양상 특성에 포함시켰다.

또한, 구성하고 있는 각 특성에 포함되는 구성 요인들은 Mandleco와 Peery (2000)가 제시한 극복력이 높은 아동의 특성에 대한 선행 연구, 기존 도구, 국내 아동의 적응에 관한 연구를 고찰한 내용과 부모 면담자료를 토대로 구성하였다.

현재 국내 아동의 적응과 관련하여 많이 연구된 내용은 아동의 자아존중감(심현옥, 1993; 한미라, 1996)이 대부분이었으며 문제해결 능력(권영민, 1995), 사회적

술(강성희, 1992)에 대한 내용을 찾아볼 수 있었다.

부모 면담 내용의 분석시 특징적으로 강조되어 나타난 내용은 개인 내적 특성으로는 낙천성이 나타났으며 대처 양상의 특성에서는 자율성과 자원동원성이 나타났고 대인관계 특성에서는 부모에 대한 이해, 부모를 위하는 마음을 내용으로 하는 가족과의 긍정적인 관계와 타인과의 친밀감 등과 같은 사교적인 특성들이 나타났으며 (부록 2) 이는 문항 개발에도 반영되었다.

본 연구의 극복력 측정 도구 개발을 위한 구성 요인(그림 2)과 그 내용은 다음과 같다.



그림 2. 도구개발을 위한 극복력 구성 요인

1. 개인 내적 특성

개인 내적 특성에는 Mandleco와 Peery (2000)가 개인의 내적 특성의 주요 변수로 제시한 자기 존중감이 포함된 자신에 대한 긍정적인 이해(Baldwin et al, 1993, Beardslee & Podorefsky, 1988; Brooks, 1994; Cederblad et al, 1994; Hernandez, 1993; Holaday & Terrell, 1994; Rutter, 1987; Wagnild, 1990; Werner, 1993), 자신감(Baldwin, 1993; Brooks, 1994; Ciccheetti, 1993; Druss & Douglas, 1988; Matsen, 1994; Taylor, 1994; Rutter, 1987), 낙천성(Druss, 1988; Hernandez, 1993; Werner, 1993)을 포함하였다.

2. 대처 양상 특성

Mandleco와 Peery (2000)가 대처 양상 특성으로 제시한 것은 상황의 긍정적 재평가와 문제 해결 시에 나타나는 특성들이다. 이 중 상황의 긍정적 재평가는 개인 내적 특성의 낙천성과 그 의미가 중복되어 나타나 낙천성에 포함시켜 구성하였다.

따라서, 대처 양상 특성에 포함되는 구성 요소는 문제 해결 시에 나타나는 특징적 개념인 적극성, 도전성, 인내심을 포함시키고 문제 해결의 계획성(Bland, Sowa, & Callahan, 1994; Milgran & Palti, 1993; Wagnild & Young, 1993), 자원 동원성(Beardslee & Podorefsky, 1988; Holaday & Terrell, 1994; Kadner, 1989; Wagnild & Young, 1993; Woodgate, 1999), 자율성, 책임감(Beardslee & Podorefsky, 1988; Donald & Swart-Kruger, 1994; Wagnild & Young, 1990; Werner, 1986), 통제감(Blocker & Copeland, 1994; Cederblad et al, 1994; Holaday & Terrell, 1994; Luthar & Zigler, 1991; Werner, 1993)과 융통성(Milgran et al, 1993)을 포함하였다.

3. 대인 관계 특성

Mandleco와 Peery (2000)는 대인관계 특성에 이타성, 민감성, 능숙한 사회적 기술, 친밀감, 협동성을 구성요소로 제시하였다. 대인관계의 민감성과 능숙한 사회적 기술, 협동성의 내용은 (Beardslee & Podorefsky, 1988; Druss & Douglas, 1988; Holaday & Terrell, 1994; Werner, 1993)은 친밀감의 내용이 이 개념을 포함하고 있어 친밀감의 내용으로 통합하였다.

또한, 만성질환아 부모의 면담과 전문가 타당도에서 두드러지게 강조된 내용인 긍정적 가족관계의 인지를 대인 관계 특성의 요소에 포함시켰다. 긍정적 가족관계의 인지 개념은 객관적으로 건강하다고 판단되는 가족관계의 개념과는 별도로 불건강한 가족환경일지라도 아동이 가족구성원들과의 관계를 긍정적으로 느끼고 인식하고 있는 것으로 극복력이 높은 아동의 가족 관계에서 나타낼 수 있는 특성을 말한다. 이는 불건강한 가족환경에서도 적응을 잘하는 아동에게서 살펴볼 수 있는 특성(Beardslee & Podorefsky, 1988; Humphreys, 2001)으로 긍정적 외부자원인 건강한 가족관계와는 차별된 개념이라 할 수 있다. 그리고, 이타성은 빈곤 아동이나 장애 부모의 자녀에게 가족 구성원에 대한 책임의 성격으로 나타난 개념으로 부모 면담 결과 만성질환아에게는 부모에 대한 이해의 형식으로 표현되어 긍정적 가족관계 인지에 포함시켜 구성하였다.

그러므로, 본 연구에서는 개인의 극복력을 어려운 상황에서도 긍정적 자기 이해와 자신감, 낙천성을 가지고 있으며 책임감, 계획성, 융통성이 있고 자원을 동원하는데 주저하지 않고 자율적이고 적극적으로 어려움에 대처하며 가족 관계를 긍정적으로 인지하고 사교적이고 친밀한 대인 관계를 가지는 것으로 규정하고 도구를 개발하고자 한다.

B. 예비도구의 구성

1. 초기문항 구성

앞서 규명한 구성 요인에 근거하여 도구의 초기 항목을 구성하였다.

본 연구에서 개발된 도구는 본인의 극복력을 아동이 스스로 판단하여 직접 작성하도록 하는 자가보고식의 형식을 취하였다. 이는 내면화되고 주관적인 내용의 측정은 아동이 직접 작성한 것과 부모의 관찰에 의한 측정간에 낮은 상관 관계를 보인다는 것을 근거(곽금주, 2002; Rende & Plomin, 1991)로 극복력의 개념 상 아동이 직접 판단하고 작성하는 것이 정확한 극복력을 측정할 수 있다고 판단하였기 때문이다.

항목의 구성은 우선, 만성질환아 어머니를 면담한 내용과 기존의 도구와 문헌 고찰을 근거로 각 특성에 따른 하부 개념에 해당하는 문항을 수집하였다. 각 개념 당 5~10개의 문항을 선정, 개발한 결과 개인 내적 특성 41문항, 대처 양상 특성 38문항, 대인 관계 12문항으로 총 91문항이 선정되었다. 이는 전문가 타당도와 문항분석, 도구의 신뢰도 타당도에 대한 검토 과정과 문항 분석 등의 보완과정을 거치며 삭제될 문항을 고려하여 초기문항은 최종문항의 2-3배 정도가 되어야 한다(이은혜, 2000)는 것에 근거하여 선정한 것이다.

2. 내용 타당도 검정을 위한 예비조사

예비도구의 요인과 문항에 대한 두 차례에 걸친 전문가 내용 타당도 검증 결과 초기 개발된 91문항에서 타당하지 않다고 판단되는 문항을 삭제하고 수정하는 과정을 거쳐 총 53문항을 선정하였다. 또한, 문항 내용이 유사하여 구별이 불필요하다는 의견이 제시된 내용들은 개념간의 통합과정을 거쳤는데 대처양상의 책임감과 자율성은 자율성의 개념으로 통합하였으며 도전성과 적극성은 도전성의 개념으로 통합하였고 융통성의 내용은 도전성에 3문항, 계획성에 1문항, 자원동원성

에 1문항 씩 각각 재배열하였다. 그 결과 개인 내적 특성 13문항, 대처 양상 28문항, 대인 관계 특성 12문항으로 정리되었다.

전문가 타당도 검정을 통한 문항 선정과 하부 개념의 재정리에 따른 53문항은 부록 3와 같다.

3. 예비도구 구성

선정된 53문항으로 척도의 등급과 도구를 구성하였다.

척도의 선정은 변별력상 가장 적합하다는 5점 척도를 사용하고자 하였으나 질문 내용에 중립상태를 보이는 경우를 배제하기 위하여 짝수 척도인 4점 척도로 구성하였다.

문항의 배열은 응답의 고정반응이 일어나는 것을 막기 위해 같은 특성 영역내에서 같은 개념을 나타내는 문항을 분산시켜 배치(이은옥, 1998)하여 질문지를 구성하였다.

아동의 발달 단계에 맞고 도구의 신뢰도를 저하시키지 않는 범위 내에서 도구를 구성하였는데 A4 한 페이지에 20문항으로 글씨의 크기와 줄 간격을 여유있게 하여 아동이 질문지를 읽고 작성하는데 어려움이 없게 하였다.

또한, 인구학적 변수들은 먼저 질문할 경우 협조를 얻기가 힘들어지므로(채서일, 2001) 질문지 제일 마지막에 배치하였다.

C. 사전조사

1. 예비도구의 이해도와 형식의 적절성

사전조사의 첫 단계로 초등학교 4학년 아동 2명과 초등학교 교사 1명과 함께 도구의 언어 표현과 배열, 형식에 대한 확인 과정을 통하여 아동이 이해하기 어려워하는 단어와 문장을 아동의 수준에 맞게 수정하였고 아동에게 다르게 받아들여

질 수 있는 단어와 문장은 적절하고 쉬운 단어와 문장으로 교체하여 다시 아동에게 확인하는 단계를 거쳐 도구를 수정, 보완하였다.

2. 예비도구의 문항 분석, 내적일관성

도구의 이해도와 형식의 적절성에 대해 수정, 보완한 도구를 가지고 만성질환아 25명을 대상으로 예비도구의 문항분석과 신뢰도 검증을 위한 사전조사를 실시하였다. 사전조사 대상 아동의 일반적 사항은 <표 1>과 같다.

표 1. 사전조사 대상아동의 일반적인 특성

n=25		
특성	구분	빈도(%)
질병	천식	10 (40.0%)
	당뇨	4 (16.0%)
	신증후군	11 (44.0%)
성별	남	17 (68.0%)
	여	8 (32.0%)
나이	10세	6 (24.0%)
	11세	6 (24.0%)
	12세	5 (20.0%)
	13세	2 (8.0%)
	14세	2 (8.0%)
	15세	4 (16.0%)
	평균±표준편차	12세±1.78
아동의 질병이환 기간	범위	0.5년 - 10년
	평균±표준편차	3.56년±2.16

또한, 사전조사에서 나온 자료로 문항분석을 한 결과 각각의 모든 문항의 α 계수(각 문항을 제외하였을 경우의 Cronbach's α 계수)가 모두 .9 이상으로 산출되었다. 또한, 예비도구의 내적일관성을 파악하기 위한 전체 문항의 Cronbach's α 는 .94로 내적일관성이 높았다. 또한 대상자별로 산출한 Cronbach's α 값은 신증후군 아동의 경우 .96, 천식과 당뇨 환아의 경우 .93이 나와 대상자간의 신뢰도에 큰 차이를 보이지 않음을 확인하였다(표 2).

표 2. 사전조사시의 Cronbach's α 계수

대상	α 계수
전체	0.9389
신증후군	0.9555
천식과 당뇨	0.9268

D. 도구의 신뢰도 타당도 평가

신뢰도와 타당도의 검증 결과는 조사 대상자의 일반적인 특성과 도구 개발 단계에 따라 문항분석 결과, 신뢰도 검정의 조사-재조사 신뢰도, 내적 일관성의 결과를 제시하였고 다음 타당도 검증결과로 요인분석에 의한 구성 타당도, 준거 타당도 결과를 제시하였다.

1. 조사 대상자의 일반적 특성

본 연구에서 도구의 신뢰도와 타당도를 검증하기 위한 대상자의 일반적인 사항은 <표 3>과 같으며 각 특성별로 살펴보면 다음과 같다.

연구 대상자가 가지고 있는 질병은 천식 86명(42.6%), 당뇨 71명(35.1%), 신증후군 45명(22.3%)이었다. 성별은 남자가 122명(60.4%), 여자가 80명(39.6%)으로 남자가 많았으며 평균 연령은 11.8세였다.

아버지 나이는 평균 43.5세였으며 어머니 나이는 평균 40.9세였다. 부모의 결혼 상태는 결혼한 상태가 195명(96.5%)으로 가장 많았고 이혼이 5명(2.5%), 아버지가 사망한 경우가 2명(1.0%)이었다.

부모의 교육수준은 아버지의 경우 대졸이상이 117명(58.5%), 어머니의 경우 대졸이상이 80명(39.7%)으로 부모 모두 대졸 이상의 학력이 가장 많았다.

동거가족의 형태는 부모와 형제만으로 동거하는 핵가족의 형태가 164명(81.2%)으로 핵가족 형태의 가족이 대다수를 차지하였고 형제수는 1명인 경우가 142명(70.3%)으로 가장 많았다.

아동이 종교를 가지고 있는 경우는 128명(63.4%)으로 없는 경우보다 많았으며 아동의 학교성적은 상이라고 답한 아동이 80명(39.6%), 중이라고 답한 아동이 105명(52.0%), 하라고 답한 아동이 17명(8.4%)이었다.

아동이 질병에 이환되어 지낸 기간은 0.5년에서 11.8년의 범위를 가지고 있었으며 평균 3.9년으로 나타났다.

표 3. 연구 대상자의 일반적 특성

n=202		
특성	구분	빈도(%)
질병	천식	86 (42.6%)
	당뇨	71 (35.1%)
	신증후군	45 (22.3%)
성별	남	122 (60.4%)
	여	80 (39.6%)
나이	10세	56 (27.7%)
	11세	42 (20.8%)
	12세	37 (18.3%)
	13세	29 (14.4%)
	14세	18 (8.9%)
	15세	20 (9.9%)
	평균±표준편차	11.86세±1.64

(계속)

(앞면에서 계속)

특성	구분	빈도(%)
아버지 나이	범위	34세 - 57세
	평균±표준편차	43.52세±4.02
어머니 나이	범위	33세 - 52세
	평균±표준편차	40.9세±3.64
부모 결혼상태	결혼	195 (96.5%)
	이혼	5 (2.5%)
	사별	2 (1.0%)
부의 교육수준	고등학교 졸업 미만	14 (7.0%)
	고등학교 졸업	69 (34.5%)
	대졸 이상	117 (58.5%)
모의 교육수준	고등학교 졸업 미만	20 (9.9%)
	고등학교 졸업	102 (50.5%)
	대졸 이상	80 (39.6%)
동거가족 형태	대가족	38 (18.8%)
	핵가족	164 (81.2%)
형제수	0	23 (11.4%)
	1	142 (70.3%)
	2	32 (15.8%)
	3	4 (2.0%)
	4	1 (0.5%)
아동의 종교	유	128 (63.4%)
	무	74 (36.6%)
아동의 학교성적	상	80 (39.6%)
	중	105 (52.0%)
	하	17 (8.4%)
아동의 질병이환 기간	범위	0.5년 - 11.8년
	평균±표준편차	3.90년±2.6

2. 문항분석

개발된 측정도구의 신뢰도와 타당도 검증의 첫 번째 단계로 문항간의 상관계수(corrected item to total correlation coefficient)를 측정하여 문항분석을 실시하였다(표 4).

초기 53문항의 문항간 상관계수는 최저 - 0.8609부터 최고 0.6634까지의 분포를 보였다. 문항간의 상관계수가 .30미만의 경우 해당 문항은 척도 영역 내에서 기여도가 낮은 것으로 평가되기 때문에(이은옥 외, 1998) 문항과 전체 문항간의 상관계수가 .30이상인 문항만을 선정하였다.

문항간 상관계수가 .30이하인 문항은 ‘내가 사는데 내 병이 별로 문제가 되지 않는다.’, ‘나는 내 병의 치료를 위해 해야하는 일들을 잘 해낼 수 있다.’, ‘나는 궁금한 것이 많다.’, ‘문제 해결을 위해 필요할 때 친구나 부모의 도움을 구한다.’, ‘아프기 때문에 내가 할 일을 남에게 미루는 일이 생긴다.’, ‘늘 하던 습관이 바뀌는 것이 싫다.’, ‘나는 행동하기 전에 많이 생각한다.’, ‘나는 일이 너무 복잡해 보이면 시작도 하지 않는다.’, ‘아프지 않기 위해 내가 해야 할 일을 누군가가 말해주어야 한다.’, ‘계획이 바뀌면 불안해진다.’, ‘문제를 해결하는 좋은 방법은 정해져 있다고 생각한다.’, ‘문제가 생겼을 때 고민은 많이 하지만 행동하지는 않는다.’, ‘어려운 일이 있을 때 나와 비슷한 문제를 겪었던 친구와 의논한다.’, ‘가족들은 나를 사랑한다.’로 모두 14문항이었다. 각각의 14문항의 변수를 제외하였을 때의 Cronbach's α 에는 큰 차이가 보이지 않았고 모두 0.9이상이었으므로 14문항 모두 삭제하기로 하였다. 14문항 삭제 결과 총 39문항이 선정되었다.

삭제된 문항을 특성별로 살펴보면 개인 내적 특성에서 자신감 1문항, 낙천성 1문항이 삭제되었으며 대처 양상 특성에서 자율성 2문항, 도전성 5문항, 계획성 1문항, 자원동원성 3문항이 삭제되었고 대인 관계 특성에서 긍정적 가족관계 인지의 1문항이 삭제되었다.

표 4. 문항간 상관계수

		n=202	
내	용	corrected item total correlation	alpha if item deleted
1. 나는 중요한 사람이다.		0.398699	0.911253
2. 나는 무슨 일이든지 잘 해낼 수 있다.		0.549026	0.909796
3. 나는 여러 가지 장점을 가지고 있다.		0.608733	0.909212
4. 나는 모든 일을 좋은 방향으로 생각한다.		0.529357	0.909988
5. 나는 행복한 사람이다.		0.447692	0.910780
6. 나는 내 병 때문에 생기는 어려움을 이겨낼 수 있다.		0.608829	0.909212
7. 내가 사는데 내 병이 별로 문제가 되지 않는다.		0.269626	0.912488
8. 나는 지금의 나 자신이 좋다.		0.474518	0.910520
9. 나는 내 병의 치료를 위해 해야하는 일들을 잘 해낼 수 있다.		0.155071	0.913572
10. 내 건강은 점점 더 좋아질 것이다.		0.489436	0.910376
11. 나는 내가 자랑스럽다.		0.456362	0.910696
12. 나는 소중하다.		0.457455	0.910686
13. 어렵거나 힘든 일을 통해 무언가를 배울 수 있다.		0.393332	0.911304
14. 내가 건강해지기 위해 내가 할 수 있는 것들이 있다.		0.416383	0.911082
15. 나는 궁금한 것이 많다.		0.118915	0.913912
16. 어려운 일이 생기면 우선 내 힘으로 해결해 보려고 노력한다.		0.470194	0.910562
17. 문제 해결을 위해 필요할 때 친구나 부모의 도움을 구한다.		0.189797	0.913244
18. 아프기 때문에 내가 할 일을 남에게 미루는 일이 생긴다.		0.269118	0.912492
19. 늘 하던 습관이 바뀌는 것이 싫다.		0.035572	0.914692
20. 나는 행동하기 전에 많이 생각한다.		0.287771	0.912315
21. 나는 일이 너무 복잡해 보이면 시작도 하지 않는다.		0.279461	0.912394
22. 나의 병과 관련 있는 것들은 무엇이든지 알고 싶다.		0.300003	0.912219
23. 문제를 해결하기 위해 가능한 여러 방법을 생각해 본다.		0.554666	0.909741
24. 나는 무슨 일을 하려고 마음만 먹으면 곧바로 시작한다.		0.469405	0.910570
25. 아프지 않기 위해 내가 해야 할 일을 누군가가 말해주어야 한다.		0.071822	0.914353

(계속)

(앞면에서 계속)

내	용	corrected item total correlation	alpha if item deleted
26. 나는 힘든 것을 잘 참을 수 있다.		0.531360	0.909968
27. 나는 내가 노력하면 아프지 않을 수 있다고 생각한다.		0.446060	0.910796
28. 내 일은 대부분 내가 할 수 있다.		0.624044	0.909062
29. 나는 많은 일에 관심을 가지고 있다.		0.364278	0.911583
30. 나는 문제가 있을 때 바로 해결에 나선다.		0.519455	0.910084
31. 나의 건강상태에 대해 부모나 선생님과 의논한다.		0.324673	0.911963
32. 나는 실패하면 더 열심히 노력한다.		0.663411	0.908675
33. 계획이 바뀌면 불안해진다.		0.070222	0.914368
34. 나는 무슨 일이든 시작한 것은 끝까지 한다.		0.460604	0.910655
35. 나는 항상 계획을 세우고 행동한다.		0.423786	0.911011
36. 문제를 해결하는 좋은 방법은 정해져 있다고 생각한다.		-0.86089	0.915819
37. 내가 맡은 일은 끝까지 노력한다.		0.571980	0.909572
38. 문제가 생겼을 때 고민은 많이 하지만 행동하지는 않는다.		0.206953	0.913082
39. 어려운 일이 있을 때 나와 비슷한 문제를 겪었던 친구와 의논한다.		0.215748	0.912999
40. 나는 어려운 문제일수록 해보고 싶은 마음이 든다.		0.418611	0.911061
41. 새로운 지식이나 치료방법을 받아들이기 어렵다.		0.317157	0.912034
42. 부모님은 나를 만족스러워하신다.		0.419599	0.911051
43. 나는 친구를 쉽게 사귀는 편이다.		0.448697	0.910770
44. 가족들은 나를 사랑한다.		0.129180	0.913816
45. 나는 친한 친구들이 많다.		0.489423	0.910376
46. 나는 다른 사람들과 쉽게 친해진다.		0.489979	0.910371
47. 나는 우리집에서 귀찮은 존재이다.		0.512783	0.910149
48. 나는 다른 사람들과 있는 것을 좋아한다.		0.390180	0.911334
49. 나는 가족들을 이해하려고 한다.		0.485699	0.910412
50. 나는 다른 사람을 돕는 것이 좋다.		0.448926	0.910768
51. 나의 부모님은 나를 잘 이해해 주신다.		0.516903	0.910109
52. 부모님께 늘 감사한다.		0.426504	0.910985
53. 부모님을 위해서라도 병을 이겨내고 싶다.		0.492003	0.910351

3. 신뢰도 검정 결과

1) 조사-재조사 신뢰도

신뢰도 검증을 위하여 우선 조사-재조사 방법을 사용하였다.

조사-재조사는 연구 대상자 중 당뇨 캠프 참가자를 대상으로 조사 3주 후 각 가정에 우편으로 질문지를 발송하여 조사하였다.

질문지에 첫 조사 후 그 동안의 극복력에 영향을 줄 수 있는 스트레스 상황이나 사건에 유무에 대해 확인한 후 조사하였다.

첫 조사시의 문항의 점수와 재조사시의 문항의 점수와의 관계를 Pearson 상관계수로 조사하였으며 그 결과는 표 5와 같다.

39문항 중 p 값이 0.5이상인 문항은 조사-재조사시 점수간의 상관관계가 낮아 안정성이 떨어지는 문항으로 판단하여 삭제하였는데 총 7문항이었다. 삭제된 문항은 ‘어렵거나 힘든 일을 통해 무언가를 배울 수 있다.’, ‘문제를 해결하기 위해 가능한 여러 방법을 생각해 본다.’, ‘나는 내가 노력하면 아프지 않을 수 있다고 생각한다.’, ‘나는 많은 일에 관심을 가지고 있다.’, ‘나는 무슨 일이든 시작한 일은 끝까지 한다.’, ‘새로운 지식이나 치료방법을 받아들이기 어렵다.’, ‘나는 우리집에서 귀찮은 존재이다.’였으며 특성별로는 낙천성 1문항, 도전성 1문항, 계획성 1문항, 인내 1문항, 긍정적 가족관계 인지 1문항이 삭제되었다.

정리하면 문항간 상관계수를 통한 문항분석과 조사-재조사 신뢰도 검증을 통하여 마지막으로 32문항이 선정되었다(표 5).

표 5. 조사-재조사 신뢰도 값

		n=35	
내	용	상관계수	p 값
1. 나는 중요한 사람이다.		0.56205	0.0004***
2. 나는 무슨 일이든지 잘 해낼 수 있다.		0.38281	0.0232*
3. 나는 여러 가지 장점을 가지고 있다.		0.34561	0.0420*
4. 나는 모든 일을 좋은 방향으로 생각한다.		0.59604	0.0002***
5. 나는 행복한 사람이다.		0.65005	<.0001***
6. 나는 내 병 때문에 생기는 어려움을 이겨낼 수 있다.		0.53827	0.0009***
7. 나는 지금의 나 자신이 좋다.		0.41411	0.0134*
8. 내 건강은 점점 더 좋아질 것이다.		0.41595	0.0129*
9. 나는 내가 자랑스럽다.		0.37962	0.0244*
10. 나는 소중하다.		0.44451	0.0075**
11. 어렵거나 힘든 일을 통해 무언가를 배울 수 있다.		0.27612	0.1084
12. 내가 건강해지기 위해 내가 할 수 있는 것들이 있다.		0.38508	0.0224*
13. 어려운 일이 생기면 우선 내 힘으로 해결해 보려고 노력한다.		0.54377	0.0007***
14. 나의 병과 관련 있는 것들은 무엇이든지 알고 싶다.		0.61595	<.0001***
15. 문제를 해결하기 위해 가능한 여러 방법을 생각해 본다.		0.32617	0.05558
16. 나는 무슨 일을 하려고 마음만 먹으면 곧바로 시작한다.		0.58471	0.0002***
17. 나는 힘든 것을 잘 참을 수 있다.		0.45036	0.0066**
18. 나는 내가 노력하면 아프지 않을 수 있다고 생각한다.		0.32928	0.0534
19. 내 일은 대부분 내가 할 수 있다.		0.65775	<.0001***
20. 나는 많은 일에 관심을 가지고 있다.		0.31019	0.0698
21. 나는 문제가 있을 때 바로 해결에 나선다.		0.66177	<.0001***
22. 나의 건강상태에 대해 부모나 선생님과 의논한다.		0.41953	0.0121*
23. 나는 실패하면 더 열심히 노력한다.		0.54513	0.0007***
24. 나는 무슨 일이든 시작한 것은 끝까지 한다.		0.32552	0.0564
25. 나는 항상 계획을 세우고 행동한다.		0.60824	0.0001***
26. 내가 맡은 일은 끝까지 노력한다.		0.44910	0.0068*

(계속)

(앞면에서 계속)

내	용	상관계수	p 값
27. 나는 어려운 문제일수록 해보고 싶은 마음이 든다.		0.52886	0.0010*
28. 새로운 지식이나 치료방법을 받아들이기 어렵다.		0.29927	0.0807
29. 부모님은 나를 만족스러워하신다.		0.36411	0.0315*
30. 나는 친구를 쉽게 사귀는 편이다.		0.58146	0.0002***
31. 나는 친한 친구들이 많다.		0.49459	0.0025**
32. 나는 다른 사람들과 쉽게 친해진다.		0.47299	0.0041**
33. 나는 우리집에서 귀찮은 존재이다.		0.02065	0.9063
34. 나는 다른 사람들과 있는 것을 좋아한다.		0.70925	<.0001***
35. 나는 가족들을 이해하려고 한다.		0.57867	0.0003***
36. 나는 다른 사람을 돕는 것이 좋다.		0.68897	<.0001***
37. 나의 부모님은 나를 잘 이해해 주신다.		0.53334	0.0010**
38. 부모님께 늘 감사한다.		0.54176	0.0008***
39. 부모님을 위해서라도 병을 이겨내고 싶다.		0.67472	<.0001***
		* p<.05	** p<.01
			*** p<.001

2) 내적 일관성

도구의 내적일관성을 통하여 신뢰도를 검증하기 위해 마지막으로 선정된 총 32문항의 Cronbach's α 값을 산출하였다. 전체 연구 대상자를 대상으로 산출한 총 32문항의 Cronbach's α 값은 .92였으며 각 질병군에 따른 Cronbach's α 값은 천식 환자의 경우는 .89, 당뇨 환자의 경우는 .92, 신증후군 환자의 경우는 .94의 값을 보였다(표 6).

표 6. 대상자별 Cronbach's α 계수

대상	α 계수
전체	0.9164
천식	0.8929
당뇨	0.9159
신증후군	0.9405

또한, 도구를 각 특성별로 나누어 Cronbach's α 값을 살펴보면 개인 내적 특성은 .84, 대처 양상 특성은 .84, 대인 관계 특성은 .82의 값을 나타내었다(표 7).

표 7. 특성별 Cronbach's α 계수

영역	α 계수
개인 내적 특성	0.8424
대처 양상 특성	0.8354
대인 관계 특성	0.8203

4. 타당도 검정 결과

개발된 도구의 타당도 검정을 위해 요인분석을 통한 구성 타당도와 준거로 삼은 도구와의 상관관계를 통한 준거 타당도를 조사하였다.

1) 요인 분석

구성 타당도 검정을 위한 요인 분석은 요인 추출, 요인 회전, 요인 명명의 단계를 거쳤다.

(1) 요인 추출

본 연구에서 개발된 도구의 타당도 검증을 위하여 요인분석을 실시하였다. 요인분석의 모형은 주요인 분석방법 (principal component analysis)을 사용하여 요인수와 정보 손실을 최소화 하고자 하였다.

요인 추출은 고유값(eigen value) 1.0을 기준으로 하여(김종수, 이화진, 정공필, 1996) 5번째 요인까지를 추출하였다(표 8). 회전 방법은 각 요인간의 독립성을 높이기 위해 직교(orthogonal)회전을 이용하였다.

그 결과 5개 요인들에 대한 설명 분산의 백분율은 제 1요인 28.5%, 제 2요인, 7.1%, 제 3요인 5.9%, 제 4요인 5.3%, 제 5요인 4.0%로서 전체 변량의 39.7%이었다(표 8).

표 8. 도구의 각 factor의 eigenvalues 값과 설명분산 백분율

factor	Eigenvalues	Difference	Proportion	Cumulative
factor 1	9.10584973	6.81849946	0.2846	0.2846
factor 2	2.28735027	0.39655473	0.0715	0.3560
factor 3	1.89079554	0.19564120	0.0591	0.4151
factor 4	1.69515434	0.42327090	0.0530	0.4681
factor 5	1.27188344	0.05178516	0.0397	0.5078

(2) 요인 회전

각 문항을 Orthomax 회전방법에 의하여 요인 분석한 결과는 표 9와 같다.

김종수 등(1996)에 의하면 요인적재량이 ± 0.3 이상이면 유의하다고 하였는데 본 연구에서 개발된 도구의 문항의 요인적재량은 모두 .30이상으로 나타나 유의한 것으로 분석되었다.

또한, 개인 내적 특성은 요인 2로 나타났으며 대처 양상 특성은 요인 1과 요인 5로 두 가지 요인으로 분석되었고 대인 관계 특성도 요인 3과 요인 4, 두 가지 요인으로 분석되었다.

특성별 문항의 수를 살펴보면 개인 내적 특성은 factor 2의 10문항이며 대처 양상 특성은 요인 1의 10문항, 요인 5의 2문항으로 총 12문항이며 대인 관계 특성은 요인 3의 5문항, 요인 4의 5문항으로 총 10문항이다. 각 특성간 문항의 수는 한 특성 영역에 치우치지 않고 비슷한 문항수의 분포를 보였다.

표 9. 전체 문항의 요인분석

문 항	factor1	factor2	factor3	factor4	factor5
어려운 일이 생기면 우선 내 힘으로 해결해 보려고 노력한다	0.72152				
내가 맡은 일은 끝까지 노력한다.	0.68068				
내 일은 대부분 내가 할 수 있다.	0.65773				
나는 문제가 있을 때 바로 해결에 나선다.	0.65037				
나는 힘든 것을 잘 참을 수 있다.	0.60057				
나는 실패하면 더 열심히 노력한다.	0.58270				
나는 무슨 일을 하려고 마음만 먹으면 곧바로 시작한다.	0.57169				
나는 항상 계획을 세우고 행동한다.	0.56398				
나는 어려운 문제일수록 해보고 싶은 마음이 든다.	0.45495				
내가 건강해지기 위해 내가 할 수 있는 것들이 있다.	0.42740				
나는 중요한 사람이다.		0.72562			
나는 소중하다.		0.72120			
나는 지금의 나 자신이 좋다		0.64145			
나는 내가 자랑스럽다.		0.63481			
나는 행복한 사람이다.		0.56644			
나는 내 병 때문에 생기는 어려움을 이겨낼 수 있다.		0.50047			
나는 무슨 일이든지 잘 해낼 수 있다.		0.47909			
내 건강은 점점 더 좋아질 것이다.		0.37832			
나는 여러 가지 장점을 가지고 있다.		0.36470			
나는 모든 일을 좋은 방향으로 생각한다.		0.30001			
나는 다른 사람들과 쉽게 친해진다.			0.79385		
나는 친구를 쉽게 사귀는 편이다.			0.77103		
나는 친한 친구들이 많다.			0.76460		
나는 다른 사람들과 있는 것을 좋아한다.			0.63671		
나는 다른 사람을 돕는 것이 좋다.			0.30339		
부모님께 늘 감사한다.				0.72551	
부모님을 위해서라도 병을 이겨내고 싶다.				0.70219	
부모님은 나를 만족스러워하신다.				0.66442	
나의 부모님은 나를 잘 이해해 주신다.				0.57238	
나는 가족들을 이해하려고 한다				0.45881	
나의 병과 관련 있는 것들은 무엇이든지 알고 싶다.					0.65254
나의 건강상태에 대해 부모나 선생님과 의논한다.					0.57574

(3) 요인 명명

요인분석에 의해 추출된 다섯 요인을 각각 명명하는 작업에는 연구자가 구성 요인 규명시 제시하였던 하부개념들을 통합하는 과정을 필요로 하였다.

요인 명명시에는 문항의 부하된 크기 순서대로 그 요인과 관련이 있다고 볼 수 있기 때문에 Waltz와 Bausell (1981)은 각 요인마다 가장 크게 부하된 문항을 참고로 하는 것이 바람직하다고 하였다.

우선 개인 내적 특성을 구성하고 있는 요인 2는 긍정적 자기이해, 자신감, 낙천성의 문항 내용을 포함하고 있다. 요인 2에서 가장 크게 부하된 문항은 긍정적 자기이해 문항인 '나는 중요한 사람이다.'이며 나머지 '나는 소중하다.', '나는 지금의 나 자신이 좋다.', '나는 내가 자랑스럽다.', '나는 행복한 사람이다.', '나는 내 병 때문에 생기는 어려움을 이겨낼 수 있다.', '나는 무슨 일이든지 잘해낼 수 있다.', '내 건강은 점점 좋아질 것이다.', '나는 여러 가지 장점을 가지고 있다.', '나는 모든 일을 좋은 방향으로 생각한다.'의 자신감과 낙천성의 문항 내용이 자신의 능력에 대한 긍정적인 이해와 자신의 상태에 대한 긍정적인 기대나 이해로 해석되어 긍정적 자기 이해로 통합하여 의미를 전달하는 것이 적절하다고 판단하여 "긍정적 자기 이해"로 명명하였다.

다음 대처 양상 특성을 구성하고 있는 요인 1에는 통제감, 자율성, 도전성, 계획성, 인내심의 개념이 포함되어 있으며 자원동원성은 요인 5로 분류되었다. 요인 1에서 가장 크게 부하된 문항은 '어려운 일이 생기면 우선 내 힘으로 해결해 보려고 노력한다.'의 자율성의 내용이었고 그 다음의 '내가 맡은 일은 끝까지 노력한다.', '내 일은 대부분 내가 할 수 있다.', '나는 문제가 있을 때 바로 해결에 나선다.', '나는 힘든 것을 잘 참을 수 있다.', '나는 실패하면 더 열심히 노력한다.', '나는 무슨 일을 하려고 마음만 먹으면 곧바로 시작한다.', '나는 항상 계획을 세우고 행동한다.', '나는 어려운 문제일수록 해보고 싶은 마음이 든다.', '내가 건강해지기 위해 내가 할 수 있는 것들이 있다.'의 통제감, 자율성, 도전성, 계획성, 인내심의 내용이었다. 이들 문항의 내용은 아동이 혼자의 힘으로 의지하지 않고 스스로 문제에 대처해 나아가며 생활하는데 필요한 요소들로 판단되었고 가장 부하가 많이

된 문항인 자율성의 개념이 잘 드러날 수 있는 개념을 선택하여 "자립성"으로 명명하였다. 또한, 요인 5는 자원동원성의 개념 하나로 구성되어 처음 제시하였던 대로 자원동원성으로 명명하였다.

마지막으로 대인 관계 특성은 긍정적 가족 관계 인지인 요인 3과 사교성의 내용을 가지고 있는 친밀성의 요인 4로 구성되어있는데 이 대인 관계 특성은 개념의 통합과 수정의 단계 없이 그대로 수용되었다.

위와 같이 개념의 통합과정과 요인을 새롭게 명명하는 과정을 거쳐 요인의 특성이 잘 드러날 수 있도록 하였으며 그에 따른 수정된 구성 요인들은 그림 3과 같다.



그림 3. 수정된 극복력 구성 요인

요인 분석 결과 본 연구자가 구성 요인으로 제시하였던 개념들이 분산되거나 다른 특성 영역과 관련을 보이지 않았고 초기에 제시한 개념의 통합 외에는 다른 구조를 보이지 않았으므로 본 연구에서 개발된 극복력 도구의 구성 타당도가 지지된 것으로 판단된다.

2) 준거 타당도

개발된 극복력 도구의 준거 타당도를 보기 위하여 Numerical Rating Score (NRS)와 우울 척도(CDI)를 사용하였고 이들 점수와 극복력 도구의 점수간의 상관관계를 검증하였다.

(1) Numeric Rating Score (NRS)와 극복력 도구와의 관계

개발된 극복력 도구의 준거 도구로 대상 아동에게 극복력의 개념에 대해 설명한 후 본인이 생각하는 자신의 극복력을 0부터 10점 사이의 점수 중에서 표시하도록 한 Numerical Rating Score (NRS)를 이용하였다.

NRS와 극복력 점수와의 상관 관계를 검정한 결과 전체 점수와 개인 내적 특성, 대처 양상 특성, 대인 관계 특성 모두 p 값이 .0001이하로 통계적으로 매우 유의한 것으로 나타나 상관 관계가 높은 것으로 조사되었다(표 10).

표 10. 극복력 점수와 Numerical Rating Score (NRS)와의 상관관계

n=185					
	NRS	극복력 전체 점수	개인 내적 특성	대처 양상 특성	대인 관계 특성
NRS	1.0000				
극복력 전체 점수	0.5108***	1.0000			
개인 내적 특성	0.4480***	0.8158***	1.0000		
대처 양상 특성	0.4575***	0.8560***	0.6067***	1.0000	
대인 관계 특성	0.3570***	0.7948***	0.5996***	0.6168***	1.0000

*** $p < .001$

그러나, 상관계수를 보면 VAT와 전체점수와의 상관계수가 0.52이며 각 영역별 점수와의 상관계수는 개인 내적 특성 영역은 0.45, 대처 양상 특성 영역에는 0.45, 대인 관계 특성 영역은 0.36으로 완전히 일치되는 개념을 측정하였다고 해석하기에는 다소 부족한 점이 있었다. 이에 대한 논의는 다음 장에서 서술하도록 한다.

다음은 아동의 나이, 성별, 형제수, 종교, 질병 이환기간, 학교 성적, 어머니 나이 등 문헌고찰에서 극복력에 영향을 줄 수 있다고 확인되어 조사한 변수들을 통제된 상태에서 NRS와 극복력 점수와의 관계를 회귀분석으로 검정하여 두 점수간의 보다 정확한 상관관계를 알아보고자 하였다. NRS와 극복력 점수와의 상관관계는 전체점수(표 11), 개인 내적 특성(표 12), 대처 양상 특성(표 13), 대인 관계 특성(표 14)과의 값 모두가 p값이 .0001 이하로 나와 나머지 영향 변수를 통제된 상태에서도 극복력 점수와 NRS의 상관관계가 높음을 확인하였다.

표 11. 회귀분석을 통한 극복력점수와 NRS와의 상관관계

변수	회귀계수	p값
Intercept	- 3.81125	0.0414*
나이	0.11608	0.1149
성별	- 0.28144	0.2086
형제수	0.07165	0.7005
종교	0.42990	0.0655
질병이환기간	0.00952	0.8210
성적	0.05128	0.7852
어머니 나이	0.00342	0.9192
전체 극복력 점수	0.05259	<.0001***

* p<.05

*** p<.001

표 12. 회귀분석을 통한 개인 내적 특성 점수와 NRS와의 상관관계

변수	회귀계수	p값
Intercept	- 2.32017	0.2185
나이	0.16724	0.0304*
성별	- 0.10416	0.6497
형제수	0.07794	0.6871
종교	0.34824	0.1489
질병이환기간	0.00379	0.9308
성적	0.07581	0.7000
어머니 나이	0.01316	0.7064
개인 내적 특성	0.18253	<.0001***

* p<.05 *** p<.001

표 13. 회귀분석을 통한 대처 양상 특성 점수와 NRS와의 상관관계

변수	회귀계수	p값
Intercept	0.59903	0.7272
나이	0.07666	0.3192
성별	- 0.19973	0.3915
형제수	0.08566	0.6611
종교	0.34369	0.1579
질병이환기간	- 0.01163	0.7909
성적	0.00963	0.9610
어머니 나이	- 0.00855	0.8093
대처 양상 특성	0.14543	<.0001***

*** p<.001

표 14. 회귀분석을 통한 대인 관계 특성 점수와 NRS의 상관관계

변수	회귀계수	p값
Intercept	- 0.85817	0.6596
나이	0.14944	0.0633
성별	- 0.09241	0.6999
형제수	0.02947	0.8839
종교	0.50133	0.0497*
진단기간	- 0.01257	0.7822
성적	- 0.17241	0.3914
어머니 나이	0.01743	0.6332
대인 관계 특성	0.14243	<.0001***

* p<.05

*** p<.001

(2) 우울 척도(CDI)와 극복력 도구와의 관계

극복력이 높은 아동은 우울 점수가 낮을 것이라는 가설하에 극복력이 우울을 예측할 수 있을 것이라 판단하여 우울 척도를 준거도구로 삼고 상관관계를 산출하여 타당도를 검증하였다.

그 결과 우울 점수는 전체 극복력 점수와 본 연구 도구에서 제시하고 있는 세 가지 특성과의 역상관관계가 산출되었으며 p값이 모두 .0001이하로 통계적으로 매우 유의한 것으로 나타났다(표 15).

표 15. 극복력 점수와 소아우울척도 (CDI)와의 상관관계

n=201

	CDI	극복력 전체 점수	개인 내적 특성	대처 양상 특성	대인 관계 특성
CDI	1.0000				
극복력 전체 점수	-0.6027***	1.0000			
개인 내적 특성	-0.5978***	0.8158***	1.0000		
대처 양상 특성	-0.4424***	0.8560***	0.6067***	1.0000	
대인 관계 특성	-0.5278***	0.7948***	0.5996***	0.6168***	1.0000

*** p<.001

다음은 NRS와의 분석과 마찬가지로 아동의 나이, 성별, 형제수, 종교, 질병 이환 기간, 학교 성적, 어머니 나이 등 아동의 극복력에 영향을 줄 수 있는 변수를 통제한 상태에서의 우울 점수와 극복력 점수와의 상관관계를 회귀분석으로 검증하여 두 점수간의 보다 정확한 상관관계를 알아보았다. 전체점수(표 16), 개인 내적 특성(표 17), 대처 양상 특성(표 18), 대인 관계 특성(표 19)에서 모두 p값이

.001 이하로 나와 변수를 통제한 상태에서도 우울 점수와 극복력 점수와의 상관관계가 높다고 볼 수 있었다.

표 16. 회귀분석을 통한 극복력 점수와 CDI의 상관관계

변수	회귀계수	p값
Intercept	84.6467	<.0001
나이	0.14961	0.7256
성별	1.50934	0.3019
형제수	- 0.05549	0.9519
종교	- 2.49706	0.0878
진단기간	0.45670	0.1639
성적	- 2.08656	0.1177
전체 극복력 점수	- 0.20444	<.0001***

*** p<.001

표 17. 회귀분석을 통한 개인 내적 특성 점수와 CDI와의 상관관계

변수	회귀계수	p값
Intercept	73.91376	<.0001
나이	0.04848	0.9101
성별	1.28636	0.3768
형제수	0.34058	0.7118
종교	- 1.88396	0.1937
진단기간	0.47894	0.1442
성적	1.25239	0.3502
개인 내적 특성	- 0.77979	<.0001***

*** p<.001

표 18. 회귀분석을 통한 대처 양상 특성 점수와 CDI와의 상관관계

변수	회귀계수	p값
Intercept	76.99932	<.0001
나이	0.13490	0.7691
성별	0.62361	0.6867
형제수	- 0.14378	0.8846
종교	- 2.30120	0.1411
진단기간	0.42938	0.2285
성적	2.39563	0.0952
대처 양상 특성	- 0.56630	0.0004***

*** p<.001

표 19. 회귀분석을 통한 대인 관계 특성 점수와 CDI와의 상관관계

변수	회귀계수	p값
Intercept	75.79050	<.0001
나이	- 0.17805	0.7023
성별	1.05080	0.4905
형제수	- 0.08933	0.9266
종교	- 2.95817	0.0584
진단기간	0.51949	0.1319
성적	3.23871	0.0249*
대인 관계 특성	- 0.71940	0.0002***

* p<.05 *** p<.001

또한, 극복력과 우울과의 개념상의 관계로 볼 때, 우울점수와 전체점수와의 상관관계수가 -0.60이며 각 특성별 점수와의 상관관계수는 개인 내적 특성은 -0.60, 대처

양상 특성은 -0.44, 대인 관계 특성은 -0.53으로 NRS와 본 연구에서 개발된 극복력 도구와 대별되면서 역상관관계를 가진 개념을 측정하였다고 판단되므로 타당도에 지지를 얻었다고 보여진다.

이상과 같이 개발된 도구의 신뢰도와 타당도를 검증하며 도구를 정제하는 과정을 거쳤으며 그 결과 32문항의 개인 내적 특성, 대처 양상 특성, 대인 관계 특성의 세 가지 특성으로 나뉘고 다섯 가지 요인으로 구성된 4점 척도의 도구를 완성하였다(표 20, 21). 이 도구는 최저 32점에서 최고 128점까지의 점수분포를 보이며 점수가 높을수록 극복력이 높은 것으로 해석할 수 있다.

표 20. 최종 도구의 하부개념과 각 문항

특성	요소	문항
개 인 내 적 특 성	긍정적 자기 이해	나는 중요한 사람이다. 나는 행복한 사람이다. 나는 지금의 나 자신이 좋다. 나는 내가 자랑스럽다. 나는 여러 가지 장점을 가지고 있다. 나는 소중하다. 나는 무슨 일이든지 잘 해낼 수 있다. 나는 내 병 때문에 생기는 어려움을 이겨낼 수 있다. 내 건강은 점점 더 좋아질 것이다. 나는 모든 일을 좋은 방향으로 생각한다.

(계속)

(앞면에서 계속)

특성	요소	문 항
대 처 양 상 특 성	자립성	내가 건강해지기 위해 내가 할 수 있는 것들이 있다. 어려운 일이 생기면 우선 내 힘으로 해결해 보려고 노력한다. 내 일은 대부분 내가 할 수 있다. 나는 어려운 문제일수록 해보고 싶은 마음이 든다. 나는 실패하면 더 열심히 노력한다. 나는 무슨 일을 하려고 마음만 먹으면 곧바로 시작한다. 나는 문제가 있을 때 바로 해결에 나선다. 나는 항상 계획을 세우고 행동한다. 나는 힘든 것을 잘 참을 수 있다. 내가 맡은 일은 끝까지 노력한다.
	자원 동원성	나의 건강상태에 대해 부모나 선생님과 의논한다. 나의 병과 관련 있는 것들은 무엇이든지 알고 싶다.
대 인 관 계 특 성	긍정적 가족 관계 인지	부모님은 나를 만족스러워하신다. 나는 가족들을 이해하려고 한다. 나의 부모님은 나를 잘 이해해 주신다. 부모님께 늘 감사한다. 부모님을 위해서라도 병을 이겨내고 싶다.
	친밀성	나는 친구를 쉽게 사귀는 편이다. 나는 친한 친구들이 많다. 나는 다른 사람들과 쉽게 친해진다. 나는 다른 사람들과 있는 것을 좋아한다. 나는 다른 사람을 돕는 것이 좋다.

표 21. 만성질환자의 극복력 측정 최종 도구

내	용	매우 그렇다	그렇다	그렇지 않다.	매우 그렇지 않다.
1. 나는 중요한 사람이다.		4	3	2	1
2. 나는 무슨 일이든지 잘 해낼 수 있다.		4	3	2	1
3. 나는 여러 가지 장점을 가지고 있다.		4	3	2	1
4. 나는 모든 일을 좋은 방향으로 생각한다.		4	3	2	1
5. 나는 행복한 사람이다.		4	3	2	1
6. 나는 내 병 때문에 생기는 어려움을 이겨낼 수 있다.		4	3	2	1
7. 나는 지금의 나 자신이 좋다.		4	3	2	1
8. 내 건강은 점점 더 좋아질 것이다.		4	3	2	1
9. 나는 내가 자랑스럽다.		4	3	2	1
10. 나는 소중하다.		4	3	2	1
11. 내가 건강해지기 위해 내가 할 수 있는 것들이 있다.		4	3	2	1
12. 어려운 일이 생기면 우선 내 힘으로 해결해 보려고 노력한다.		4	3	2	1
13. 나의 병과 관련 있는 것들은 무엇이든지 알고 싶다.		4	3	2	1
14. 나는 무슨 일을 하려고 마음만 먹으면 곧바로 시작한다.		4	3	2	1
15. 나는 힘든 것을 잘 참을 수 있다.		4	3	2	1
16. 내 일은 대부분 내가 할 수 있다.		4	3	2	1
17. 나는 문제가 있을 때 바로 해결에 나선다.		4	3	2	1
18. 나의 건강상태에 대해 부모나 선생님과 의논한다.		4	3	2	1
19. 나는 실패하면 더 열심히 노력한다.		4	3	2	1
20. 나는 항상 계획을 세우고 행동한다.		4	3	2	1

(계속)

(앞면에서 계속)

내	용	매우 그렇다	그렇다	그렇지 않다.	매우 그렇지 않다.
21. 내가 맡은 일은 끝까지 노력한다.		4	3	2	1
22. 나는 어려운 문제일수록 해보고 싶은 마음이 든다.		4	3	2	1
23. 부모님은 나를 만족스러워 하신다.		4	3	2	1
24. 나는 친구를 쉽게 사귀는 편이다.		4	3	2	1
25. 나는 친한 친구들이 많다.		4	3	2	1
26. 나는 다른 사람들과 쉽게 친해진다.		4	3	2	1
27. 나는 다른 사람들과 있는 것을 좋아한다.		4	3	2	1
28. 나는 가족들을 이해하려고 한다.		4	3	2	1
29. 나는 다른 사람을 돕는 것이 좋다.		4	3	2	1
30. 나의 부모님은 나를 잘 이해해 주신다.		4	3	2	1
31. 부모님께 늘 감사한다.		4	3	2	1
32. 부모님을 위해서라도 병을 이겨내고 싶다.		4	3	2	1

V. 논 의

본 연구에서는 만성질환아의 극복력 측정 도구 개발을 위해 도구 개발의 각 단계를 거쳐 32문항의 도구를 완성하였다. 국내의 만성질환아를 대상으로 개발된 본 연구의 도구와 국외의 다른 극복력 도구를 비교하여 보면 내용상에서 다소의 차이를 확인해 볼 수 있다. 정상 아동을 대상으로 아동의 극복력 특성 자체를 측정하고자 하는 목적으로 개발된 California Healthy Kids Survey와 비교해 보면 도구의 영역으로 제시한 자신에 대한 지각 영역은 본 연구에서 개발된 도구의 개인 내적 특성의 긍정적 자기 이해와 부합되는 내용이었다. 목표 의식의 내용은 본 연구에서는 대처 양상의 특성에 포함되어 개발되었으나 도구 개발 과정을 거치며 전문가와 초등학교 교사에 의해 다소 수정되고 삭제되었다. 사회적 유능감의 문제 해결 부분은 본 연구에서 대처 양상 특성에서 더 세분화되고 강조되어 개발되었고 사회적 유능감의 협력과 의사소통, 공감 등의 부분은 대인관계 특성에 부합되는 내용이었다. 두 도구의 다소간의 차이는 개발 대상과 문화의 차이에서 기인한 것으로 판단되며 국내 아동을 대상으로 계속적으로 극복력 측정 도구에 대한 검증이 이루어져야 할 것이다.

다음은 개발된 도구의 신뢰도와 타당도, 도구 사용과 해석 방법 및 본 연구의 의의에 대하여 논의하였다

A. 도구의 신뢰도

신뢰도란 도구가 측정하는 개념을 측정하는 일관성을 나타내는 개념이다. 즉, 동일한 개념에 대해 측정을 반복 시행하였을 경우 어느 정도 동일한 결과를 산출하느냐에 관한 것으로 정의된다(이혜경 외, 1998). 본 연구에서의 신뢰도를 높이기 위한 방안으로 측정항목의 모호함을 없애기 위하여 예비도구의 작성시 대상 연령의 아동과 가장 밀접하게 생활하고 있으며 아동의 능력을 가장 잘 파악하고 있다

고 생각되는 초등학교 교사와 대상 아동 중 가장 연령이 낮은 10세 아동을 사전 조사 하여 다소 어렵다고 판단되는 문항을 이해하기 쉽게 수정하였고, 연구자가 생각하는 문항의 의미와 같은 지를 확인하여 수정하는 과정을 거쳤다.

또한, 조사-재조사법으로 신뢰도를 검증하였는데 이는 동일한 측정도구를 동일한 대상에 시간을 달리하여 두 번 측정하여 결과를 비교하는 것으로 여기서 도출된 상관계수를 통하여 신뢰도를 추정하는 것이다. 이 방법의 한계는 동일한 측정도구를 두 번 적용함으로써 첫 번째의 측정이 두 번째 측정에 영향을 미칠 수 있다는 것이다. 이러한 영향은 두 번 측정간의 시간간격에 크게 영향을 받는데 합리적인 간격으로 보통 2주에서 4주까지를 적당한 간격으로 보고있다(김해동, 1987). 이 점을 고려하여 본 연구에서는 조사-재조사의 기간을 3주 간격으로 실시하였다. 조사-재조사법에 의한 신뢰도 검증결과 p값이 .05이상인 문항은 첫조사시의 점수와 재조사시 점수와의 상관관계가 낮다고 판단하여 삭제함으로써 도구의 안정성을 높였다.

다음은 도구의 내적 일관성을 파악하기 위해 Cronbach's α 값을 산출하였는데 최종 도구의 Cronbach's α 값은 .92로 높은 값이 산출되어 내적일관성이 높다는 신뢰도에 지지를 받았다. 또한, 각 특성별 Cronbach's α 값을 살펴보면 개인 내적 특성은 .84, 대처 양상 특성은 .84, 대인 관계 특성은 .82의 값을 나타내어 각 특성별로도 높은 값으로 신뢰도에 지지를 받았으므로 차후에 도구의 해석시 각 특성을 분리하여 해석하고 이해할 수 있을 것으로 판단된다. 또한, 본 연구에서 조사 대상이 천식, 당뇨, 신증후군 세 군의 다른 질병을 가진 아동들로 조사되었는데 각 질병군에 따른 Cronbach's α 값도 천식 환자의 경우 .89, 당뇨 환자의 경우 .92, 신증후군 환자의 경우 .94로 세 군 모두 높은 값을 보여 본 연구에서 개발된 도구가 높은 신뢰성을 지닌 도구임을 지지해주었다.

B. 도구의 타당도

본 연구에서 실시한 타당도 검증은 크게 전문가에 의한 내용타당도, 요인 분석

에 의한 구성 타당도, 준거 도구와의 상관관계에 의한 준거 타당도이다.

우선 내용 타당도는 측정도구의 문항이 측정하려는 내용을 적절하게 대표하는가를 평가하는 것으로 (이혜경 외, 1997) 측정도구의 문항이 측정대상이 가지고 있는 무수한 속성들 중의 일부를 대표성 있게 포함하고 있으면 그 측정도구의 내용 타당도가 높다고 할 수 있다(채서일, 2001).

본 연구에서는 도구의 개발 초기에 기존 도구와 아동의 극복력에 관한 문헌과 국내 만성질환아의 적응과 관련된 연구 결과의 고찰을 통하여 도구개발을 위한 구성 요인을 확인하는 과정을 거쳤다. 도구를 구성하는 특성을 도출하고 그에 따른 하부 개념들을 세분화하고 구체화하는 구성 요인 확인 과정을 통해 각 특성별로 측정 가능하고 대표성 있는 문항을 선택할 수 있도록 문항 선정의 근거를 제시하여 내용 타당도를 높였다. 또한, 국내 아동의 특성을 반영하기 위해 국내 아동의 적응과 관련된 문헌의 고찰에서 나온 내용을 참고하였고, 만성질환아 어머니 면담을 시행하여 면담 자료에서 도출된 내용으로 구성요인을 확인하고 또 국내아동에게 적합한 실제적인 문항을 개발하여 도구의 타당도를 더욱 높이는 결과를 가져왔다고 볼 수 있다. 그러나, 어머니 면담시의 질문이 연구자가 구성한 특성들을 중심으로 이루어져 그 범주 이외의 다른 특징들을 발견하는데는 한계가 있었으므로 앞으로 아동을 대상으로 하여 장기간에 걸친 면밀한 관찰이나 폭넓은 면담이 이루어진다면 본 도구의 타당도를 더욱 높이는데 도움이 될 것이다.

또한, 위와 같이 선정된 문항으로 작성된 예비도구는 전문가 집단을 대상으로 2차에 걸친 타당도 검사를 실시하여 예비도구의 문항을 수정하고 보완하는 정리 단계를 거쳤다. 위와 같은 과정을 거쳐 도구를 개발하였으므로 도구 내용의 적절성 및 대표성이 클 것으로 판단된다.

다음 문항분석으로 도구의 타당도를 검증하였다. 우선 각 문항과 전체 문항과의 상관관계를 산출하여 0.3이하인 문항을 삭제하여 전체 문항에 기여도가 낮은 문항을 삭제하였다. 이 문항분석 과정과 앞서 제시한 조사-재조사 신뢰도 검증 과정에서 특이할 만한 사항은 도구에 포함되었던 부정 문항이 모두 삭제되었다는 것이다. 연구자가 아동의 질문 작성 시 관찰한 결과 부정 문항인 경우 점수 배열에 혼돈을 가져와 긍정 문항과 같은 점수 배열로 착각하여 일관성이 낮은 답을

하는 경우가 많았으며 부정 문장에 대해 수치스러워하거나 회피하려는 경향이 있었다. 이러한 이유로 부정 문항에 있어서는 정확하지 못한 답을 하게 되어 전체 도구에 미치는 기여도와 안정성이 떨어지는 결과를 초래했을 것으로 판단된다. 향후 아동을 대상으로 하는 도구에 부정 문항을 첨가할 때는 이러한 점에 신중을 기해야 할 것이다.

다음 구성타당도는 측정도구가 실제로 무엇을 측정하였는가, 또는 연구자가 측정하고자 하는 추상적인 개념이 실제로 측정도구에 의해 적절하게 측정되었는가에 관한 문제이다(이혜경외, 1997). 구성타당도는 논리적인 분석과 이론적인 체제 하에서 개념간의 관계를 밝히는데 중점을 두고 평가되며 도구의 구축에 매우 중요하게 고려되어야 한다(채서일, 2001). 우선 요인분석을 수행하기 위한 조건을 살펴보면 항목수는 최소 20개가 되어야 하며 대상자의 수가 최소한 항목의 5배를 넘어야 한다(채서일, 2001). 본 연구에서 문항의 수는 32문항이었으며 대상자의 수는 202명으로 도구 문항수의 약 6-7배 정도가 되었으므로 적절하였다고 본다.

본 연구에서 요인 분석한 결과는 32문항이 총 5개의 요인으로 구분되었다. 우선, 개인 내적 특성은 구성 요인 규명시 제시한 긍정적 자기 이해, 자신감, 낙천성의 하부개념이 모두 통합되어 한가지 요인으로 분석되었는데 긍정적 자기 이해의 문항이 가장 크게 부하 되었고 자신감과 낙천성의 문항을 자신의 상태와 능력에 대한 긍정성으로 이해하는 것이 적절하다고 판단하였기 때문에 긍정적 자기 이해로 명명하였다. 대처 양상 특성의 경우는 두 가지 요인으로 분석되었는데 처음 제시한 자율성, 통제감, 도전성, 계획성, 인내심, 자원 동원성 중 자원 동원성이 하나의 요인으로 분리되고 나머지 개념들이 통합되어 하나의 요인으로 구성되었다. 자율성, 통제감, 도전성, 계획성, 인내심 문항내용 모두가 아동이 스스로 문제를 해결하며 대처해 나가는데 필요한 요소들로 판단하여 자립성이라고 명명하였다. 대처 양상의 특성을 구성한 두 요인을 살펴보면 자립성은 문제 해결 방식에서 나타나는 아동 내부에 가지고 있는 내재된 능력이며 자원동원성은 자신의 문제를 외부로 표출하고 외부와의 관계로 인해 나타나는 문제 해결 방식으로 해석해 볼 수 있겠다. 즉, 대처 양상의 내적 요인과 외적 관계의 차이로 구분되었다고 볼 수 있다. 다음 대인 관계 특성은 처음 제시한대로 긍정적 가족관계 인지와 친밀성, 두

가지 요인으로 구분되었는데 이는 가족과 가족 외의 타인과의 관계의 차이 즉, 대상의 차이로 나뉘어졌다.

이와 같이 통합과정을 통한 새로운 명명 과정으로 각 요소와 특성이 더욱 확실히 드러나고 요인들이 타당성 있는 기준에 의해 구분된 것은 도구의 구성을 더욱 명확히 하는 과정이었고 타당도를 높이는 결과를 가져왔다고 할 수 있다.

또한, 요인을 통합하고 새롭게 명명하고 구분한 요인 분석 결과와 연구자가 초기에 제시한 구성 요인을 비교해보면 개념들이 분산되거나 다른 요인과 관련을 보이지 않고 단순히 통합되는 단계만을 거쳐 본 연구에서 개발된 극복력 도구의 구성 타당도가 지지되었다고 본다.

또한, 문항의 수가 개인 내적 특성은 10문항, 대처 양상 특성은 12문항, 대인 관계 특성은 10문항으로 각 특성간 문항의 수는 한 특성에 치우치지 않고 비슷한 문항수를 보여 문항수 분포에서도 적절하였다.

마지막으로 준거 타당도는 측정도구에 의한 측정결과와 연구하려는 속성을 측정하는 것으로 알려진 외적 준거와의 관계를 평가하는 것으로 이들간에 높은 상관관계가 있으면 타당도가 높다고 판단된다(이혜경 외 1997). 본 연구에서는 만성 질환아를 대상으로 한 기존의 극복력 도구가 없었으며 비슷한 개념의 준거 도구가 적절하지 못하여 아동들이 극복력의 개념에 관한 설명을 들은 후 자신이 느끼고 있는 극복력을 주관적으로 표시하도록 되어 있는 10점 척도의 Numerical Rating Score(NRS)를 사용하였다. 그 결과 개발된 극복력 도구 전체 점수와 각 특성간의 상관관계가 $p < .0001$ 이하로 높은 상관관계를 보였으며 아동의 나이, 성별, 형제수, 종교, 질병 이환 기간, 학교 성적, 어머니 나이 등 극복력에 영향을 줄 수 있는 변수를 통제한 상태에서의 NRS와 극복력 점수와의 관계를 회귀분석으로 검정한 결과에서도 모두 $p < .0001$ 이하로 분석되어 두 점수가 높은 상관관계를 보임을 알 수 있었다. 그러나 상관관계수가 0.3~0.6정도의 분포를 보여 완전히 일치하는 두 개념을 측정하였다고 단정하기에는 다소의 한계를 보였다. 이는 앞서 언급한 바와 같이 극복력을 예측할 수 있는 적절한 준거 도구가 없어 개발된 극복력 도구와 척도나 사용면에서 일치하지 않은 NRS를 사용한 한계로 보여진다. 또한, 아동의 특성상 어려움을 극복하는 능력을 생각할 때 극복력의 다차원적인 개념들

을 모두 통합하여 판단하기에는 한계가 있었을 것이라고 생각된다. 즉, 어려움을 극복하는 능력을 각자 나름대로 단순하게 판단하고 NRS에 표시하게 되어 복잡한 극복력의 개념을 다 포함시키지 못하거나 자신의 잠재되어 있는 능력을 파악하지 못하고 NRS를 완성하였을 가능성 때문에 나타난 결과라고 판단된다. 그러므로, 아동의 극복력을 측정하고 이해하는데는 단순한 척도보다는 다차원적인 하부개념을 구체적으로 제시하는 도구를 사용하는 것이 더욱 정확한 결과를 얻을 수 있을 것으로 판단된다.

다음 준거로 삼은 도구는 소아 우울 척도(CDI)로 우울 점수와 전체 극복력 점수는 p 값 .0001이하로 역상관관계를 보였다. 또한 본 연구 도구에서 제시하고 있는 세 가지 특성과의 상관관계도 p 값이 모두 .0001이하로 역상관관계가 산출되어 하부 특성 모두 준거 타당도에 지지를 받았다. 또한, NRS와 마찬가지로 아동의 나이, 성별, 형제수, 종교, 질병 이환기간, 학교 성적, 어머니 나이를 통제한 상태에서 NRS와 극복력 점수와의 관계를 회귀분석으로 검정한 결과에서도 모두 p 값이 .001이하로 높은 상관관계를 보였다. 이 결과로 극복력과 상반되는 우울이라는 개념으로 준거를 삼아 타당도를 지지받았으며 극복력이 높은 아동은 우울점수가 낮을 것으로 예측이 가능하다고 볼 수 있다. 그러나, 기존의 연구들 중 본 연구와는 다른 결론을 가지고 보고하는 경우가 있는데 예를 들어, 지능이나 인지기술이 뛰어난 아동의 경우 성적과 사회적 기술이 좋을 수 있지만 그러한 아동은 환경에 대한 민감도가 높아 우울과 불안을 더 많이 경험한다(Luthar & Cushing, 1997; Luthar & Zigler, 1991)는 것이다. 이들의 연구를 살펴보면 극복력을 지능이나 인지능력으로 한정되게 측정하여 전체 극복력을 포괄적으로 파악하지 못하였고 이로 인해 상반되는 결과들이 도출되었다고 생각된다. 극복력의 다차원적인 특성들을 간과하여 한가지 능력만으로 극복력이 높거나 낮다고 평가하는 것은 부적절하다고 할 것이다. 또한, 극복력의 변화, 발달하는 면을 고려한다면 아동이 가지고 있는 잠재적인 능력으로 정서적 문제의 양상도 변화 가능하다는 잠정적인 결론을 내려야 할 것이다. 또한, 지금까지의 연구에서 극복력의 다차원적이고 역동적인 면을 측정하거나 해석하지 못하여 생긴 오류들을 본 연구에서 개발된 도구의 적절한 사용으로 보완할 수 있을 것으로 기대한다.

이상의 결과를 통하여 볼 때, 본 연구에서 개발된 극복력 도구는 신뢰도와 타당도에 대한 충분한 검증을 받았다고 할 수 있을 것이다.

C. 도구의 적용

본 연구에서 개발된 극복력 도구를 사용할 때 주지하여야 할 몇 가지 사항에 대하여 논하고자 한다.

우선, 도구의 개발 초기에 도구를 구성하는 요인들을 규명할 때 아동의 인지능력은 유전적 성향이 강하고 간호 중재의 개입이 어려울 뿐만 아니라 무엇보다도 인지기능은 아동의 극복력에 영향을 주는 변수로 판단하여 본 도구의 구성요인에 포함시키지 않았다. 그러나, 몇몇 연구자들이 인지능력을 극복력의 중요한 변수로 포함하여 측정할 경우가 있다(Egeland et al, 1993; Gjerde, Block, & Block, 1986; White, Moffitt, Silva, 1989). 본 도구를 사용하여 극복력을 측정할 경우에는 인지기능을 통제하는 변수들을 포함시키는 것을 고려할 수 있으리라 제안한다.

또한, 극복력에 대한 연구를 수행하고 극복력에 대한 도구를 사용할 때에는 이 개념에 대한 올바른 이해가 필요하며 이를 아동에게 적용하고 해석할 때 극복력 개념의 다양하고 복합적인 면과 아동의 특성을 함께 고려하는 것이 중요하다는 것을 강조하고자 한다. 아동의 경우 발달과정에 있는 상태로 극복력을 구성하고 있는 하부 개념들이 계속하여 발달하고 있는 상태이다. 더욱이 모든 아동이 동일한 발달과정을 거치지 않기 때문에 복잡한 양상으로 극복력이 나타나게 되며 이를 이해하는 것은 단순한 과정이 아니라 할 것이다. 또한, 아동의 극복력은 계속하여 발달되고 변화하는 역동성을 가지고 있는 능력(Fine, 1991; Luthar, 1993; Masten & Garmezy, 1985)으로 정의된다. 그러므로, 단편적인 어느 한 시점의 내용으로 대상 아동의 극복력을 포괄적으로 이해하는데는 한계가 있다고 할 수 있다. 지금까지 극복력 연구결과가 일치하지 않은 이유 중 하나가 이러한 아동의 발달 과정과 변화하는 과정인 극복력의 특성을 간과한 데 있다고 볼 수 있다. 본 연구에서 개발된 도구는 측정 당시의 아동의 능력과 특성을 조사하고 이것에 변화

를 주고 발달시킬 수 있는 영향요인들을 확인하여 그 발달과정을 사정하고 아동의 잠재되어 있는 극복력을 더욱 발달시키는 것이 목적이다. 위와 같은 목적으로 도구를 사용한다면 순간적이고 일시적인 아동의 상태뿐만 아니라 현재 아동이 가지고 있는 극복력의 특성을 파악하여 보호요소가 다음의 역경이나 어려움에 어떤 과정으로 보호요소로 작용하여 할 것인지에 대한 극복력 과정과 변화에 대한 연구도 가능하여 질 것이다.

극복력의 역동적으로 변화, 발달하는 특성 외에 또 한가지 극복력에서 강조해야 할 것은 다차원적이고 복합적인 특성(Mandleco & Peery, 2000)이다. 앞서 지정한 바와 같이 지금까지의 많은 연구에서 이와 같은 특성을 배제하고 연구자의 임의대로 한 두 가지 정도의 변수를 가지고 극복력을 규정한 채 사용하여 결과상의 혼돈을 가지고 오는 등 많은 문제가 있었다(Wikes, 2002).

본 연구에서 개발된 도구는 극복력의 복합적인 특성을 파악하기 위해 개인 내적 특성, 대처 양상 특성, 대인 관계 특성의 세 가지의 특성을 포함하여 개발하였다. 아동의 극복력을 사정할 때에 이 세 가지 특성을 합친 전체 극복력을 파악하는 것도 중요하지만 아동의 발달과정 상 한 특성의 점수가 높다고 해서 다른 특성의 점수가 반드시 높다고 할 수 없으므로 반드시 아동의 극복력 사정 후 각 특성별로 점수를 파악하여 대상 아동의 강점을 파악하고 상대적으로 부족한 부분을 파악하여 개별적인 아동을 이해하는 것이 필요할 것이다. 이러한 접근으로 본 도구를 사용하여 아동 각각의 강점을 극대화할 수 있는 중재 개발에 도움을 주고 아동의 적응 상태를 돕는데 기여 할 수 있을 것이다. 결론적으로 본 연구에서 개발된 도구는 개별적 아동의 능력 사정에 기여할 것이며 그에 맞는 중재에 기본이 될 것으로 기대한다.

본 장에서 논의된 점을 주지하여 도구의 적절한 사용과 해석이 뒤따른다면 본 도구의 개발은 아동의 극복력을 이해하고 중재하는 이론과 실무면에 큰 기여를 할 것으로 본다.

D. 연구의 의의

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

1. 간호이론 측면

아직까지 극복력은 하나의 이론으로 정립되기에는 그 개념 자체가 구성요소와 영향요인에 대한 혼돈이 존재하고 있다. 본 연구에서 극복력을 구성하고 있는 요인과 하부개념들을 제시함으로써 이론 개발의 첫 단계인 개념 정립에 큰 기여를 하고 이를 기초로 극복력에 긍정적, 부정적으로 영향을 주는 요인들과의 상호 인과 관계를 밝힐 수 있게 됨으로서 극복력의 이론 개발에 도움이 될 것으로 판단된다.

또한, 지금까지 극복력은 연구에서 중심 개념으로 다루어지지 않았고 적응 상태와 혼돈해 왔거나 적응과정에서 적응의 차이를 논의하는 과정(김혜성, 1998)에서 일부 다루어지고 있어 극복력의 특성, 경로, 영향요인과의 관계 등 개념적 기틀이나 모델을 구축하기 위한 실증적인 자료들이 부족한 실정이다. 즉, 높은 만성질환의 위험상황에서도 잘 적응하는 아동의 특성 파악이나 이들이 어떠한 경로를 통하여 만성질환의 영향을 극복하는지, 개별적인 적응차는 어떻게 나타나는지에 대한 이론 개발을 위한 실증적인 연구들이 시급히 이루어져야 할 것으로 본다. 본 연구에서 개발된 측정도구를 통해 실증적인 극복력의 측정이 가능하게 되어 극복력의 이론적 구성체의 실증적 입증할 수 있어 극복력 모델과 이론 개발에 기여할 수 있다고 본다.

2. 간호연구 측면

아동의 극복력에 대한 연구는 아동의 긍정적인 적응 상태를 위해 아동의 극복력을 높이거나 방해하는 요인을 체계적으로 규명하여야 하고 그에 따른 개인의

극복력 측정이 반드시 수반되어야 할 것이다. 이 때 반드시 필요한 것이 아동에게 적용할 수 있는 타당하고 신뢰성 있는 도구이다. 그러나, 극복력 관련 연구의 가장 큰 문제점으로 지적되어 온 것이 바로 이러한 도구의 부재였다. 지금까지의 연구를 살펴보면 극복력을 각각 연구자가 선택한 한 두 가지의 변수로 측정하거나 극복력의 구성 개념과 극복력에 영향을 주는 변수나 요소와 분리하지 않고 정의한 채 연구를 진행하는 경우가 많았다. 본 연구에서 개발될 도구의 사용으로 분명하지 못하고 혼동되어온 극복력의 정의와 측정의 문제점을 극복할 수 있을 것이다.

그리고, 아동이 처한 위험상황의 영향을 완화시켜 줄 수 있는 다양한 자원들과 발달적인 산물들의 관련성이나 그 과정을 파악하는 연구에 도움이 될 것이고, 개발된 도구의 사용으로 만성질환아가 가지고 있는 강점과 약점을 구체적으로 파악하고 이해하는 연구가 가능해져 각 아동의 특성과 상황을 고려한 개별적이면서도 다양한 극복력을 높이는 중재 방안을 제시하는 연구에 기초가 되리라 판단된다. 또한, 극복력이라는 개념의 도입으로 아동의 긍정적인 잠재력에 초점을 두어 연구하게 하여 아동에 대한 긍정적인 이해를 높이는 연구에 기여할 것으로 본다.

3. 간호실무 측면

만성질환 아동을 간호하는 간호사는 실무에서 만성질환이라는 어려움을 가지고서도 긍정적으로 적용할 수 있는 아동의 능력을 사정하고 이러한 극복력을 유지하거나 높일 수 있도록 계획하고 수행하여야 한다. 이러한 간호를 실제적으로 수행하기 위해서는 극복력을 사정할 수 있는 타당성 있고 신뢰성 있는 도구가 절대적으로 필요하며 이러한 도구의 개발과 사용은 간호 수행에 직접적인 도움과 긍정적인 효과를 가져오게 될 것이다.

실무에서 극복력 측정 도구를 사용하여 극복력의 개념을 도입하는 것은 아동의 개별적이면서도 발달하고 있는 강점을 파악하고 필요한 발달의 성질이나 특별한 자원의 파악들을 가능하게 하여 필요한 중재 계획을 조직화할 수 있게 할 것

이다. 즉, 극복력이 높은 아동을 발견하여 그 아동이 처한 위험상황과 자원의 특성을 파악함으로써 지속적으로 이러한 극복력을 유지할 수 있도록 중재 할 수 있고 부적응적인 아동의 극복력을 높일 수 있는 중재의 지침을 마련할 수 있다. 그리고, 본 연구에서 개발한 도구는 세 가지 특성으로 구분된 도구로 각 아동이 가지고 있는 강점과 약점을 파악하는데 용이하여 각 아동에게 개별적인 간호를 중재하는데 큰 도움이 될 것으로 본다.

또한, 우리나라 만성질환아들을 대상으로는 처음으로 만들어진 도구이므로 우리나라 아동들이 처하는 다양한 위기와 어려움에 대한 적합한 중재방법을 발견하는 데에도 큰 기여를 할 수 있을 것으로 본다.

VI. 결론 및 제언

A. 결론

극복력은 스트레스 상황이나 어려운 환경에 놓여있는 아동의 부적응이나 위험 요인에 초점을 두지 않고 이들이 가지고 있는 긍정적인 능력, 즉 어려움을 극복하여 잘 적응할 수 있게 하는 내재된 다양한 능력에 초점을 둔 개념이다.

아직까지 만성질환이라는 어려움을 가지고도 긍정적으로 적응할 수 있는 아동의 극복력을 측정할 타당한 도구가 부족하였다. 이에 본 연구에서는 만성질환아의 극복력 측정 도구를 개발하기 위한 방법론적 연구를 수행하였다.

도구개발은 기존의 도구와 문헌, 면담자료에 근거한 극복력의 구성 요인 규명, 초기 문항 작성, 전문가 집단을 통한 내용타당도 검증, 예비 도구 고안, 예비도구의 표현이나 배열, 형식에 대한 적절성 확인과 예비도구의 문항분석, 내적 일관성에 대한 사전조사, 신뢰도와 타당도 검증을 위한 자료수집, 문항분석, 조사-재조사 신뢰도, 내적 일관성, 구성 타당도, 준거 타당도 검증의 단계로 진행하여 최종도구를 완성하였다.

최종도구는 개인 내적 특성 10문항, 대처 양상 특성 12문항, 대인 관계 특성 10문항의 세 가지 특성으로 구분된 총 32문항으로 구성되어 있으며 4점 척도의 자가보고식 도구이다. 본 연구에서 개발된 도구는 만성질환 아동의 극복력을 측정할 수 있는 신뢰도와 타당도가 높은 도구로 평가되었으며 앞으로 본 도구의 사용으로 연구와 실무 면에서 만성질환아가 가지고 있는 강점과 약점을 구체적으로 파악하고 각 아동의 특성과 상황이 고려된 극복력을 높일 수 있는 개별적이고 다양한 중재 방안이 개발될 것으로 본다. 또한, 이를 통한 많은 실증적 입증을 통해 극복력의 이론 개발에도 기여할 것으로 기대한다.

B. 제언

본 연구의 결과를 토대로 극복력 도구의 추후 지속적인 검증 과정을 위해 다음과 같이 제언한다.

1. 본 연구에서 개발된 도구를 사용하여 만성질환 아동의 극복력을 측정하고 평가하는 연구가 다양하게 이루어져 이를 통하여 본 도구의 신뢰도와 타당도에 대한 검증이 이루어 질 것을 제언한다.

2. 본 연구에서 개발된 도구로 아동의 극복력의 수준과 특성 파악이 가능할 수 있도록 표본수를 확대하여 극복력 점수의 분포를 확인할 것을 제언한다.

3. 본 연구에서 도구 개발을 위한 대상은 10-15세의 아동으로 학령 전기 아동과 학령기 초기 아동을 포함하지 못하고 있다. 학령 전기 아동과 학령기 초기 아동의 발달에 적합한 도구의 형식과 문항의 보완작업이 이루어져 이들 대상의 극복력을 측정할 수 있는 도구를 개발할 것을 제언한다.

위에서 제언한 바와 같은 추후 검증이 계속 뒷받침되어 본 연구에서 개발된 극복력 측정 도구가 실무와 연구에서 다양하게 사용된다면 극복력의 이해와 이론 개발에 기여할 수 있을 것으로 본다.

참 고 문 헌

- 강성희 (1992). 아동의 적응에 있어서 사회적 지지와 사회적 문제해결 기술의 스킴
레스 완충 효과에 대한 연구. 아동학회지, 13(2), 175-188.
- 곽금주 (2002). 아동 심리평가와 검사. 학지사.
- 권영민 (1995). 대인간 문제 해결 훈련이 아동의 적응 행동에 미치는 효과. 성심여
자 대학교 대학원 석사학위논문.
- 구형모, 황순택. (2001). CCQ 자아탄력 척도와 자아통제 척도의 타당도 연구. 한국
심리학회지, 20(2), 345-358.
- 김미옥 (2000). 장애아동 가족의 적응과 아동의 사회적 능력에 관한 연구: 가족 탄
력성의 효과를 중심으로. 이화여자대학교 대학원 박사학위논문.
- 김승태, 김지혜, 송동호, 이효경, 주영희, 홍창희, 황순택. (1997). 한국아동 인성검
사. 한국가이던스.
- 김종수, 이화진, 정공필 (1996). SAS 바로쓰기. 홍진출판사.
- 김해동 (1987). 조사연구방법론. 범문사.
- 김혜성 (1998). 회복력(resilience) 개념개발. 대한간호학회지, 28(2), 403-413.
- 박현선 (1999). 실직가정 청소년의 적응 유연성(resilience) 증진을 위한 프로그램
개발 및 효과성 평가. 한국아동복지학, 8, 35-58.
- 서지영 (2002). 부모이혼이 자녀의 적응에 미치는 영향 : 유연성(resilience) 효과를
중심으로. 연세대학교 대학원 석사학위논문.
- 심현옥 (1998). 학령기 및 청소년기 당뇨병환자의 자아 존중감과 자가간호와의 상관
관계. 연세대학교 대학원 석사학위논문.
- 윤현희, 홍창희, 이진환. (2001). 부모보고형 자아탄력성 척도의 개발. 심리과학,
10(1), 33-53.
- 이배환, 손진훈 (1996). 실험 및 임상 장면에서의 동통 측정법에 관한 고찰. 한국
심리학회지, 15(1), 163-188
- 이은옥, 임난영, 박현애 (1998). 간호 · 의료 연구와 통계분석. 수문사.

- 이은혜 (2000). 아동발달의 평가와 측정. 교문사.
- 이은혜, 신숙재, 송영주 (1992). 국민학교 3-6학년 아동을 위한 자아지각척도 개발에 관한 연구. 생활과학론집, 6, 175-191.
- 이인숙, 박영숙, 송미순, 이은옥, Kim, H.S., 박연환, 최경원, 진영란, 김대희, 이현숙 (2002). 한국가족의 기능 회복력 측정도구 개발 연구- 만성질환아 가족을 대상으로-. 대한간호학회지, 32(4), 560-569.
- 이혜경, 양영희, 구미옥, 은영 (1997). 간호연구개론. 현문사
- 전미영 (1996). 압으로 사별한 가족의 복원(resiliency)에 관한 연구. 한양대학교 대학원 박사학위논문.
- 채서일 (2001). 사회과학 조사방법론. 학현사.
- 최보가 (1993). 아동발달. 형설출판사.
- 한미라 (1996). 아동의 자아존중감과 대인관계 스트레스 및 학교생활 부적응간의 관계. 연세대학교 대학원 석사학위논문.
- Anthony, E.J. (1983). The preventive approach to children at high risk for psychopathology and psychosis. New York: Haworth.
- Austine, G., & Kilbert, G. (2000). Resilience Module. California Department of Education.
- Baldwin, A.L., Baldwin, C.P., Kasser, T., Zax, M., Sameroff, A. & Seifer, R. (1993). Conceptual risk and resiliency during late adolescence. Development and Psychopathology, 5, 741-761.
- Beardslee, W.R. & Podorefsky, D. (1988). Resilient adolescents whose parents have serious affective and other psychiatric disorders: Importance of self-understanding and relationships. American Journal of Psychiatry, 145(1), 63-69.
- Bland, L., Sowa, C., & Callahan, C. (1994). An overview of resilience in gifted children. Roeper Review, 17, 77-80.
- Block, J., & Block, J.H. (1980). The California Child Q-Set. CA: Consulting Psychologists Press.

- Blocker, S., & Copeland, S. (1994). Determinations of resilience in high-stressed youth. High-School Journal, 77, 286-293.
- Brook, R. (1994). Children at risk: fostering resilience and hope. American Journal of Orthopsychiatry, 64, 545-553.
- Brown, R.T., Lambert, R., Devine, D., Baldwin, K., Casey, R., Doepke, K., Levers, C.E., Hsu, L., Buchanan, I., Eckman, J. (2000). Risk-resistance adaptation model for caregivers and their children with sickle cell syndromes. Annals of Behavioral Medicine, 22(2), 158-169.
- Cederblad, M. Dahlin, L. Hagnell, O., Hansson, K. (1994). Salutogenic childhood factors reported by middle-aged individuals: Follow up of children from the Lundy study from families experiencing three or more childhood psychiatric risk factors. European Archives of Psychiatry & Clinical Neuroscience, 244, 1-11.
- Cederblad, M. Dahlin, L. Hagnell, O., Hansson, K. (1995). Intelligence and temperament as protective factors for mental health. A cross-sectional and prospective epidemiological study. European Archives of Psychiatry & Clinical Neuroscience, 245, 11-19.
- Cicchetti, D., & Rogosch, F.A. (1997). The role of self-organization in the promotion of resilience in maltreated children. Development and Psychopathology, 9, 797-815.
- Cicchetti, D., Rogosch, F.A., Lynch, M., & Holt, K.D. (1993). Resilience in maltreated children: processes leading to adaptive outcome. Development and Psychopathology, 5, 629-647.
- Compas, B.E., Hinden, B.R., & Gerhardt, C.A. (1995). Adolescent Development: Pathway and processes of risk and resilience. Annual Review of Psychology, 46, 265-293.
- Connell, J.P., Spencer, M.B., & Aber, J.L. (1994). Educational risk and resilience in African-American youth: context, self, action and outcomes in

- school. Child Development, 65, 493-506.
- Donald, D., & Swart-Kruger, J. (1994). The South African street child: developmental implications. South African Journal of Psychology, 24, 169-174.
- Druss, R.G., & Douglas, C.J. (1988). Adaptive responses to illness and disability, healthy denial. General Hospital Psychiatry, 10(3), 163-168.
- Dyer, J.G. & McGuinness, T.M. (1996). Resilience: Analysis of the concept. Archives of Psychiatric Nursing, 10(5), 276-282
- Egeland, B., Carlson, E., Sroufe, L.A. (1993). Resilience as process. Development and Psychopathology, 5, 517-528.
- El-Guelbaly, N., & Offord, D.R. (1977). The offspring of alcoholics: A critical review. American Journal of Psychiatry, 134(4), 357-365.
- Fergusson, D.M. & Lynskey, M.T. (1996). Adolescent resiliency to family adversity. Journal of Clinical Psychology and Psychiatry, 37(3), 281-292.
- Fine, S.B. (1991) Resilience and human adaptability: Who rises above adversity? American Journal of Occupational Therapy, 45(6), 493-503.
- Flach, F.F. (1980) Psychobiologic resilience. Psychotherapy and the creative process. Comprehensive Psychiatry, 21(6), 510-519.
- Fonagy, P., Steele, M., Steele, H., Higgitt, A., & Target, M. (1993). The theory and practice of resilience. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 35(2), 231-257.
- Garnezy, N. (1985). Stress-resistant children: The search for protective factors. Journal of Clinical Psychology and Psychiatry, 4, 213-233.
- Garnezy, N. (1991). Resilience in children's adaptation to negative life events and stressed environments. Pediatric Annals, 20(9), 459-466.
- Garnezy, N. (1993). Children in poverty: Resilience despite risk. Psychiatry, 56, 127-136.
- Gjerde, P., Block, J., & Block, J. (1986). Egocentrism and ego-resiliency:

- Personality characteristics associated with perspective-taking from early childhood to adolescence. Journal of Personality and Social Psychology, 51, 423-434.
- Haase, J.E. (1997). Hopeful teenagers with cancer: Living courage. Reflections, 32(1), 20.
- Haase, J.E., Heiney, S.P. Ruccione, K.S., & Stutzer, C. (1999). Research triangulation to derive meaning-based quality-of-life theory: Adolescent resilience model and instrument development. International Journal of Cancer, Supp 12, 125-131.
- Harter, S.L. (1990). Resilient children of alcoholics. Doctoral dissertation. Georgia State University.
- Hechtman, L. (1991). Resilience and vulnerability in long term outcome of attention deficit hyperactive disorder. Canadian Journal of Psychiatry, 36, 415-421.
- Heinzer, M.M. (1995). Loss of a parent in childhood: Attachment and coping in a model of adolescent resilience. Holistic Nursing Practice, 9(3), 27-37.
- Herman-Stahl, M., & Petersen, A.C. (1996). The protective role of coping and social resources for depressive symptoms among young adolescents. Journal of Youth Adolescence, 25, 733-753.
- Hernandez, L.P. (1993). The role of protective factors in the school resilience of Mexican American high school students. Doctoral dissertation. Stanford University.
- Herrenkohl, E.C., Herrenkohl, R.C., & Egolf, B. (1994). Resilience early school age children from maltreating homes: Outcomes in late adolescence. American Journal of Orthopsychiatry, 64(2), 301-309.
- Holaday, M. & McPhearson, R.W. (1997). Resilience and severe burns. Journal of Counseling & Development, 75, 346-356.
- Holaday, M. & Terrell, D. (1994). Resilience characteristic and Rorschach

- variables in children and adolescents with severe burns. Journal of Burn Care & Rehabilitation, 15(5), 455-460.
- Humphreys, J.C. (2001). Turnings and adaptations in resilient daughters of battered women. Journal of Nursing Scholarship, 33(3), 245-251.
- Hunter, A.J. (2001). A cross-cultural comparison of resilience in adolescent. Journal of Pediatric Nursing, 16(3), 172-179.
- Jenkins, J.H., & Cofresi, N. (1998). The sociosomatic course of depression and trauma: A cultural analysis of suffering resilience in the life of a Puerto Rican woman. Psychosomatic Medicine, 60, 439-447.
- Kadner, K.D. (1989). Resilience. Responding to adversity. Journal of Psychosocial Nursing & Mental Services, 27(7), 20-59.
- Kaplan, H.B. (1999). Toward an understanding of resilience: a critical review of definitions and models. In Glantz, MD & Johnson J.R. Resilience and development: Positive life adaptation (p 17-83). New York: Plenum.
- Kinard, E.M. (1998). Methodological issues in assessing resilience in maltreated children. Child Abuse & Neglect, 22(7), 669-80.
- Liem, J.H., James, J.B., O'Toole, J.G., & Boudewyn, A.C. (1997). Assessing resilience in adults with histories of childhood sexual abuse. American Journal of Orthopsychiatry, 67(4), 594-606.
- Luthar, S.S. (1991). Vulnerability and resilience: A study of high-risk adolescents. Child Development, 62, 600-616.
- Luthar, S.S. (1993). Annotation methodological and conceptual issues in research on childhood resilience. Journal of Child Psychology Psychiatry, 32(4), 441-453.
- Luthar, S.S., Cicchetti, D. Becker, B. (2000). The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. Child Development, 71(3), 543-562.
- Luthar, S.S., & Cushing, G. (1997). Substance use and personal adjustment

- among disadvantaged teenagers: A six-month prospective study. Journal of Youth and Adolescence, 26, 353-372.
- Luthar, S.S., & Zigler, E. (1991). Vulnerability and competence: A review of research on resilience in childhood. American Journal of Orthopsychiatry, 61(1), 6022.
- Lynn, M.R. (1986). Determination and quantification of content validity. Nursing Research, 35(6), 382-385.
- Mandleco, B.L. & Peery, J.C. (2000). An organizational framework for conceptualizing resilience in children. Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing, 13(3), 99-111.
- Masten, A.S. (2001). Ordinary magic. Resilience processes in development. American Journal of Psychology, 56(3), 227-238.
- Masten, A.S., Best, K., & Garmezy, N. (1990). Resilience and development: contributions from the study of children who overcome adversity. Development and Psychopathology, 2, 425-444.
- Masten, A.S., & Garmezy, N. (1985). Risk, vulnerability and protective factors in developmental psychopathology. Advances in Clinical Psychology, 8, 543-547
- Masten, A.S., & O'Connor, M.J. (1988). Vulnerability, stress, and resilience in the early development of a high risk child. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 274-278.
- Milgran, N.A., Palti, G. (1993). Psychosocial characteristics of resilient children. Journal of Research in Personality, 27, 207-221.
- Mrazek, P.J., & Mrazek, D.A. (1987). Resilience in child maltreatment victims: A conceptual exploration. Child Abuse and Neglect, 11, 357-366.
- Patterson, J.M., & Blum, R.W. (1996). Risk and resilience among children and youth with disability. Archives Pediatric Adolescent Medicine, 150, 692-698.

- Pless, I.B. & Douglas, J.B. (1971). Chronic illness in childhood: Epidemiological and clinical characteristics. Pediatrics, 47, 405-414.
- Oxford dictionary and usage guide to the English language. (1995). Oxford University Press.
- Rabkin, J.G., Remien, R., Katoff, L., & Williams, J.B.W. (1993). Resilience in adversity among long-term survivors of AIDS. Hospital and Community Psychiatry, 44(2), 162-167.
- Radke-Yarrow, M., & Brown, E. (1993). Resilience and vulnerability in children of multiple-risk families. Development and Psychopathology, 5, 581-592.
- Rende, R.D., Plomin, R. (1991). Child and parent perceptions of the upsettingness of major life events. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 32(4), 627-633.
- Rew, L., Taylor-Seehafer, M., Thomas, N.Y., Yockey, R.D. (2001). Correlates of resilience in homeless adolescents. Journal of Nursing Scholarship, 33(1), 33-40.
- Richardson, G.E. (2002). The metatheory of resilience and resiliency. Journal of Clinical Psychology, 58(3), 307-321.
- Rutter, M. (1987). Psychosocial resilience and protective mechanism. American Journal of Orthopsychiatry, 57(3), 316-331.
- Stewart, M. Reid, G., & Mangham, C. (1997). Fostering children's resilience. Journal of Pediatric Nursing, 12(1), 21-31.
- Tiet, Q.Q., Bird, H.R., Davies, M., Hoven, C., Cohen, P., Jensen, P.S., Goodman, S. (1998). Adverse life events and resilience. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 37(11), 1191-1200.
- Tschann, J.M., Kaiser, P., Chesney, M.A., Alkon, A., & Boyce, W.T. (1996). Resilience and vulnerability among preschool children: Family functioning, temperament, and behavior problems. Journal of the

- American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 35(2), 184-192.
- Vaillant, G.E. & Davis, J. (2000). Social/emotional intelligence and midlife resilience in school boys with low tested intelligence. American Journal of Orthopsychiatry, 70(2), 215-222.
- Wagnild, G.M., & Young, H.M., (1993). Development and psychometric evaluation of the resilience scale. Journal of Nursing Measurement, 1(2), 165-78.
- Waltz, C.F. & Bausell, R. B. (1981). Nursing research · design · statistics and computer analysis. Philadelphia: F.A. Davis Company
- Webster's ninth new collegiate dictionary. (1983). Merriam-Webster.
- Werner, E.E. (1986). Resilient offspring of alcoholics: A longitudinal study from birth to age 18. Journal of Studies on Alcohol, 47(1), 34-40
- Werner, E.E. (1993). Risk, resilience and recovery: Perspective from the Kauai longitudinal study. Development and Psychopathology, 5, 503-515.
- White, J.L., Moffitt, T.E., & Silva, P.A. (1989). A prospective replication of protective effects of IQ in subjects at high risk for juvenile delinquency. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 57, 719-724.
- White, P.H. (1996). Resilience in children with disabilities- transition to adulthood. Journal of Rheumatology, 23(6), 960-962.
- Wikes, G.(2002). A second generation of resilience research. Journal of Clinical Psychology, 58(3), 229-232.
- Wolff, S. (1995). The concept of resilience. Austrian and New Zealand Journal of Psychiatry, 29, 565-574.
- Wolin, S. & Wolin, S. (1995). Resilience among youth growing up in substance-abusing families. Pediatric Clinics of North America, 42(4), 415-429.
- Woodgate, R.L. (1999). Conceptual understanding of resilience in the adolescent

with cancer: Part 1. Journal of Pediatric Oncology Nursing, 16(1), 34-43.

Wyman, P.A., Cowen, E.L., Work, W.C., & Kerley, J.H. (1993). The role of children's future expectations in self system functioning and adjustment to life stress: A prospective study of urban at-risk children. Development and Psychopathology, 5, 649-661.

부록 1.

저는 연세대학교 간호대학에서 박사논문을 쓰고 있는 김동희입니다.

천식이나 당뇨, 신장질환과 같은 문제를 가지고 있는 어린이들의 생각과 행동을 연구하여 더 잘 도울 수 있는 방법을 계획하려는 연구를 하고 있습니다.

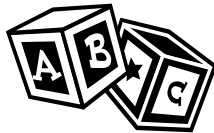
다음의 질문들은 여러분의 생각과 행동을 더 잘 이해하기 위해 필요한 것들입니다.

이 곳에 있는 질문에는 맞거나 틀린 답이 없습니다.

여러분의 생각이나 행동을 가장 잘 나타내는 번호에 ○표하면 됩니다.

여러분이 응답한 내용은 부모님이나 선생님도 알 수 없으며 오직 연구의 자료로만 사용됩니다. 그러므로, 솔직하게 있는 그대로 한 질문도 빠짐없이 답해주세요. 혹시 단어의 뜻을 잘 모르거나 이해가 안 되는 것이 있으면 질문해주세요.

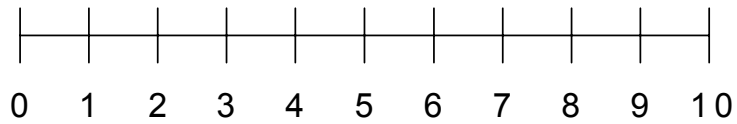
도와 주셔서 감사합니다.



부록 1-1. NRS (Numerical Rating Score)

* 여러분은 “자신에게 닥친 어렵거나 힘든 일을 잘 극복해 낼 수 있고 이겨낼 수 있는 힘과 능력”이 얼마나 있다고 생각하십니까? 그 정도가 0점부터 10점까지 중 몇 점 정도라고 생각하니까?

그 정도를 점수로 표시해 보세요.



부록 1-2. 소아 우울 척도; CDI(Child Depression Inventory)

아래에는 각 문항마다 여러 가지 느낌과 생각들이 적혀있는 문장들이 있습니다. 여러분이 그 문항을 읽고 지난 2주 동안의 나의 느낌과 생각을 가장 잘 나타내는 문장을 하나 고르세요. 여기에는 정답이 있는 것이 아닙니다. 단지 여러분의 생각과 느낌을 가장 정확하게 표현하는 문장을 한 개만 골라서 왼쪽 괄호에 ○표하여 주십시오.

1. () 나는 가끔 슬프다.
 () 나는 자주 슬프다.
 () 나는 항상 슬프다.

2. () 나에게 제대로 되어 가는 일이란 없다.
 () 나는 일이 제대로 되어 갈지 확신할 수 없다.
 () 나에게 모든 일이 제대로 되어 갈 것이다.

3. () 나는 대체로 무슨 일이든지 웬만큼한다.
 () 나는 잘못하는 일이 많다.
 () 나는 모든 일을 잘못한다.

4. () 나는 재미있는 일들이 많다.
 () 나는 재미있는 일들이 더러 있다.
 () 나는 어떤 일도 전혀 재미가 없다.

5. () 나는 언제나 못됐다.
 () 나는 못됐을 때가 많다.
 () 나는 가끔 못됐다.

6. () 나는 가끔씩 나에게 나쁜 일이 일어나지 않을까 생각한다.
 () 나는 나에게 나쁜 일이 일어날까 걱정한다.
 () 나는 나에게 무서운 일이 일어나리라는 것을 확신한다.

7. () 나는 나 자신을 미워한다.
 () 나는 나 자신을 좋아하지 않는다.
 () 나는 나 자신을 좋아한다.

8. () 잘못되는 일은 모두 내 탓이다.
() 잘못되는 일 중 내 탓인 것이 많다.
() 잘못되는 일은 보통 내 탓이 아니다.
9. () 나는 자살을 생각하지 않는다.
() 나는 자살에 대해 생각은 하지만 그렇게 하지는 않을 것이다.
() 나는 자살하고 싶다.
10. () 나는 매일 울고 싶은 기분이다.
() 나는 울고 싶은 기분인 날도 많다.
() 나는 때때로 울고 싶은 기분이다.
11. () 이일 저일로 해서 늘 성가시다.
() 이일 저일로 해서 성가실 때가 많다.
() 간혹 이일 저일로 해서 성가실 때가 있다.
12. () 나는 사람들과 함께 있는 것이 좋다.
() 나는 사람들과 함께 있는 것이 싫을 때가 많다.
() 나는 사람들과 함께 있는 것을 전혀 원치 않는다.
13. () 나는 어떤 일에 대한 결정을 내릴 수가 없다.
() 나는 어떤 일에 대한 결정을 내리기가 어렵다.
() 나는 쉽게 결정을 내린다.
14. () 나는 괜찮게 생겼다.
() 나는 못생긴 구석이 약간 있다.
() 나는 못생겼다.
15. () 나는 학교 공부를 해내려면 언제나 노력하여야만 한다.
() 나는 학교 공부를 해내려면 많이 노력해야만 한다.
() 나는 별로 어렵지 않게 학교 공부를 해낼 수 있다.
16. () 나는 매일 밤 잠들기가 어렵다.
() 나는 잠들기 어려운 밤이 많다.
() 나는 잠을 잘 잔다.

17. () 나는 가끔 피곤하다.
() 나는 자주 피곤하다.
() 나는 언제나 피곤하다.
18. () 나는 밥맛이 없을 때가 대부분이다.
() 나는 밥맛이 없을 때가 많다.
() 나는 밥맛이 좋다.
19. () 나는 몸이 쭈시고 아프다던지 하는 것이 대해 걱정하지 않는다.
() 나는 몸이 쭈시고 아픈 것에 대해 걱정할 때가 많다.
() 나는 몸이 쭈시고 아픈 것에 대해 항상 걱정한다.
20. () 나는 외롭다고 느끼지 않는다.
() 나는 자주 외롭다고 느낀다.
() 나는 항상 외롭다고 느낀다.
21. () 나는 학교 생활이 재미있었던 적이 없다.
() 나는 가끔씩 학교 생활이 재미있다.
() 나는 학교 생활이 재미있을 때가 많다.
22. () 나는 친구가 많다.
() 나는 친구가 좀 있지만 더 있었으면 한다.
() 나는 친구가 하나도 없다.
23. () 나의 학교 성적은 괜찮다.
() 나의 학교 성적을 예전처럼 좋지는 않다.
() 예전에는 잘하던 과목이 요즈음 성적이 뚝 떨어졌다.
24. () 나는 절대로 아이들처럼 착할 수가 없다.
() 나는 마음만 먹으면 다른 아이들처럼 착할 수가 있다.
() 나는 다른 아이들처럼 착하다.
25. () 나를 진심으로 좋아하는 사람은 아무도 없다.
() 나를 진심으로 좋아하는 사람이 있을지 확실하지 않다.
() 분명히 나를 진심으로 좋아하는 사람이 있다.

26. () 나는 나에게 시킨 일을 대체로 한다.
 () 나는 나에게 시킨 일을 대체로 하지 않는다.
 () 나는 나에게 시킨 일을 절대로 하지 않는다.
27. () 나는 사람들과 사이좋게 잘 지낸다.
 () 나는 사람들과 잘 싸운다.
 () 나는 사람들과 언제나 싸운다.

부록 1-3. 일반적 사항

※ 다음은 일반적 사항에 관한 내용입니다.

해당 사항에 ○표하거나 기록해 주세요.

1. 이름 _____
2. ____ 학년
3. 성별 ① 남 ② 여
4. 현재 같이 살고 있는 가족에 대해 √ 표 해주세요.
① 할아버지 ② 할머니 ③ 외할아버지 ④ 외할머니
⑤ 아버지 ⑥ 어머니 ⑦ 형제 ⑧ 기타 _____
5. 형제 관계 ____ 명중 ____ 째
6. 종교 ① 있음 ② 없음
7. 아버지 나이 ____ 세 어머니 나이 ____ 세
8. 부모님의 결혼상태 ① 결혼 ② 이혼
9. 가족관계에서 해당되는 사항이 있으면 표시해 주세요.
① 아버지 사망 ____ 년전 ② 어머니 사망 ____ 년전 ③부모 이혼 ____ 년전
10. 아버지 학력 ① 고등학교 졸업 미만 ② 고등학교 졸업 ③ 대졸이상
 어머니 학력 ① 고등학교 졸업 미만 ② 고등학교 졸업 ③ 대졸이상
11. 학교 성적 ① 상 ② 중 ③ 하
12. 진단 받은 시기 _____

부록 2. 만성질환아동 어머니 면담 자료 (최종문항에 선정된 내용을 중심으로)

* 밑줄 부분은 문항 개발에 참조된 내용임.

내 용	개 념
· 아이가 명랑하고 낙천적이어서 그런지 힘든 것도 잊어버리고 잘 놀아요.(당뇨 5학년 남). · 아이가 병 때문에 의기소침해 하지는 않아요. 명랑한 애라서요.(당뇨 5학년 남).	낙천성
· 우리 아이는 알아서 잘 해요. 먹을 때도 이걸 너무 단거 아니냐고 물어보고 밥 먹을때 제가 신경 안쓰는거 같으면 오히려 뭐라고 그러구요 · 작년부터는 <u>혼자서 스스로 하는 것이 많아졌어요</u>. 체육시간이 들어있는 날이면 사탕도 먼저 챙기고요. 친구들에게 아픈 아이라고 취급받는게 싫은가봐요. 자꾸 선생님에게 알리는 것 보다 자기 스스로 처리하고 싶은가봐요. 체육시간에도 좀 이상하다 싶으면 사탕 먹으면서 조절 잘 한다고 그러더라고요 - 하긴 얼마나 먹고 싶겠어요. 몰래 먹기도 하겠지만 자기가 알아서 할거라는 믿음이 있어요. 저는. 언젠가 자기는 자기가 책임져야 한다는 말도 어린게 믿음직스럽게 하더라고요. 만아이래 그런지 그런 믿음은 가요. 맘대로 대책없이 굴지는 않을 거예요.(당뇨 5학년 남) · 우리 애는 잔소리꾼이에요. 이거 먼지나니까 안된다. 청소했나 저한테 물어보고.(천식 6학년 여)	자율성
· 검사하는거 싫어하지요. 그래도 <u>꼭 참고 해야할 일이라고 생각하든지 잘 해요</u>. 지금 4년 됐는데 처음에는 저도 아이도 많이 힘들었어요. 병원 오는 것도 그렇고 검사하는 것도 그렇고 매일 찢리는게 좋겠어요? 지금은 그래도 잘 참는거 같아요(당뇨 5학년 남). · 자기일이라고 생각하면 끝까지 끈기있게 잘해요. 어려운 문제가 생겨도 씹씹하게 잘해요. 얼마전에 힘들다 싶은 일을 형이 해야 할 일을, 무리다 싶으면서도 한번 해보라고 했더니 <u>정말 꼭참고 끝까지 한다고 하더라고요</u>. 얼마다 대견하던지 제가 좀 도와줄까도 싶었지만 그냥 놔두었어요.(신증후군 6학년 남)	인내심

내 용	개 념
병에 걸린걸 친구들에게 알리는걸 별로 좋아하지 않았었는데 다른 당뇨걸린 친구들이랑 캠프 같은데서 만나고 연락하고 그러면서 당뇨 인걸 많이 숨기고 싶거나 그러진 않는 것 같아요. 잘지내는 형들이랑 만나봐서 그런 것 같기도 하구요.(당뇨 5학년 남) 서로 그럼 마음을 가지고 있어서 그런지 서로서로 의논도 잘해요. 여자 아이라 더 그렇다고들도 해요. 학교생활도, <u>아픈 것 때문에 생기는 일도 자주 의논하는</u> 편이에요. 그러면 고맙지요 뭐(천식 6학년 여).	자원동원성
· 가끔 밥 먹다가 나 때문에 지 동생 맛있는거 못먹는다고 미안하다고도 해요. 어린 나이에 별거 다 생각하는 것 같아 안쓰럽기도 하고(당뇨 5학년 남) · <u>우리는 서로 잘 이해하는 편이에요.</u> 가끔 자기가 건강하지 못해서, 엄마 청소 많이 시켜서 미안하다고 해요. 엄마 나 때문에 일 많이 한다고 걱정해주고요. <u>엄마때문에 라도 엄마 성가시지 않게 빨리 나아져야지 그러기도 하구요</u>(천식 6학년 여). · 힘들다고 피곤하다고 누워있는 아이한테 먹을 거라도 좀 챙겨 주고 그러면 <u>엄마한테 늘 고맙다고 해요. 엄마 위해서라도 건강해질 거라고 그래요.</u> 그러면 정말 고맙고 힘든 줄 모르지요(신증후군 6학년 남).	긍정적 가족관계 인지
· 친구들하고도 잘 노는 것 같아요. <u>친구들도 많구요.</u> 학교가 재미있데요(당뇨 5학년 남). · 사람들하고 참 잘 지내는 편이에요. 병원에 입원했을 때도 병원에 계신 의사선생님, 간호사 선생님하고도 농담도 잘하고 참 친하게 지내더라구요. 참 밝은 편이지요. 옆에 또래 환자 아이들하고도 쉽게 <u>친해져서</u> 병원생활을 그럭저럭 재미있게 보내요. <u>사람들이랑 금방 친해져서</u> 그런지 모르는 것도 병원 선생님들한테 직접 잘 물어보기도 하구요. 애들한테 약도 보여주고 그게 신기한지 친구들끼리 보고 애들이라 그런지 자랑하기도 하고 그러나봐요. 체육시간에도 벤토린하고 나가니까 괜찮은가 봐요. 친구들 중에는 숨소리 이상하면 도와주는 애들도 있데요. 약뿌려야 한다구요. 지 말로는 자기는 괜찮데요. 학교가는 것도 좋고(천식 6학년 여).	친밀성

부록 3. 예비도구의 하부개념과 각 문항

특성	하부 개념	문 항
개 인 내 적 특 성	긍정적 자기 이해	나는 중요한 사람이다. 나는 행복한 사람이다. 나는 지금의 나 자신이 좋다. 나는 내가 자랑스럽다. 나는 여러 가지 장점을 가지고 있다. 나는 소중하다.
	자신감	나는 무슨 일이든지 잘 해낼 수 있다. 나는 내 병의 치료를 위해 해야하는 일들을 잘 해낼 수 있다. 나는 내 병 때문에 생기는 어려움을 이겨낼 수 있다.
	낙천성	내가 사는데 내 병이 별로 문제가 되지 않는다. 어렵거나 힘든 일을 통해 무언가를 배울 수 있다. 내 건강은 점점 더 좋아질 것이다. 나는 모든 일을 좋은 방향으로 생각한다.
대 처 양 상 특 성	통제감	내가 건강해지기 위해 내가 할 수 있는 것들이 있다. 나는 내가 노력하면 아프지 않을 수 있다고 생각한다.
	자율성	어려운 일이 생기면 우선 내 힘으로 해결해 보려고 노력한다. 내 일은 대부분 내가 할 수 있다. 아프지 않기 위해 내가 해야 할 일을 누군가가 말해주어야 한다. 아프기 때문에 내가 할 일을 남에게 미루는 일이 생긴다.
	계획성	나는 행동하기 전에 많이 생각한다. 나는 항상 계획을 세우고 행동한다. 문제를 해결하기 위해 가능한 여러 방법을 생각해 본다.

대 처 양 상 특 성	도전성	나는 어려운 문제일수록 해보고 싶은 마음이 든다. 나는 일이 너무 복잡해 보이면 시작도 하지 않는다. 나는 실패하면 더 열심히 노력한다. 나는 무슨 일을 하려고 마음만 먹으면 곧바로 시작한다. 나는 문제가 있을 때 바로 해결에 나선다. 문제가 생겼을 때 고민은 많이 하지만 행동하지 않는다. 문제를 해결하는 좋은 방법은 정해져 있다고 생각한다. 계획이 바뀌면 불안해진다. 늘 하던 습관이 바뀌는 것이 싫다.
	인내심	나는 힘든 것을 잘 참을 수 있다. 나는 무슨 일이든 시작한 것은 끝까지 한다. 내가 맡은 일은 끝까지 노력한다.
	자원 동원성	문제 해결을 위해 필요할 때 친구나 부모의 도움을 구한다. 나의 건강상태에 대해 부모나 선생님과 의논한다. 어려운 일이 있을 때 나와 비슷한 문제를 겪었던 친구와 의논한다. 새로운 지식이나 치료 방법을 받아들이기 어렵다. 나는 궁금한 것이 많다. 나는 많은 일에 관심을 가지고 있다. 나의 병과 관련 있는 것들은 무엇이든지 알고 싶다.
대 인 관 계 특 성 영 역	긍정적 가족 관계 인지	부모님은 나를 만족스러워하신다. 가족들은 나를 사랑한다. 나는 우리집에서 귀찮은 존재이다. 나는 가족들을 이해하려고 한다. 나의 부모님은 나를 잘 이해해 주신다. 부모님께 늘 감사한다. 부모님을 위해서라도 병을 이겨내고 싶다.
	친밀성	나는 친구를 쉽게 사귀는 편이다. 나는 친한 친구들이 많다. 나는 다른 사람들과 쉽게 친해진다. 나는 다른 사람들과 있는 것을 좋아한다. 나는 다른 사람을 돕는 것이 좋다.

Abstract

Development of an instrument to measure resilience in children with chronic illness

Kim, Dong Hee
Dept. of Nursing
The Graduate School
Yonsei University

The purpose of this study was to develop an instrument to measure resilience in children with chronic illness.

For item construction, components in three domains, interpersonal characteristics, characteristics of coping, and intrapersonal characteristics, were drawn from an extensive review of the literature, existing instruments and interviews with parents. A total of 91 items were selected for the first draft. Nine experts scored this instrument for clinical validity using a self-report 4-point Likert scale which reduced the number of items in the preliminary instrument to 53. To further refine the instrument and test reliability and validity, data were collected from the 202 children with asthma, diabetes mellitus or nephrotic syndrome. Using corrected items to total correlation coefficient and test-retest reliability, this instrument was reduced to 32 items as the final instrument. Principal component factor analysis of the instrument was with orthomax rotation indicated the factor structure represented five factors.

(positive self-understanding, self-reliance, resourcefulness, perception of positive family relationship, and intimacy). The instrument showed a high internal consistency (Cronbach's α .91). A significant positive correlation ($r=0.51$, $p<0.0001$) with the Numerical Rating Score and negative correlation ($r=-0.60$, $p<0.0001$) with the Child Depression Inventory support the validity of the instrument.

In conclusion, this instrument demonstrates good reliability and validity, and therefore it is an appropriate measurement of resilience in children with chronic illness.

Key word: children with chronic illness, resilience, instrument