



저작자표시-비영리-변경금지 2.0 대한민국

이용자는 아래의 조건을 따르는 경우에 한하여 자유롭게

- 이 저작물을 복제, 배포, 전송, 전시, 공연 및 방송할 수 있습니다.

다음과 같은 조건을 따라야 합니다:



저작자표시. 귀하는 원저작자를 표시하여야 합니다.



비영리. 귀하는 이 저작물을 영리 목적으로 이용할 수 없습니다.



변경금지. 귀하는 이 저작물을 개작, 변형 또는 가공할 수 없습니다.

- 귀하는, 이 저작물의 재이용이나 배포의 경우, 이 저작물에 적용된 이용허락조건을 명확하게 나타내어야 합니다.
- 저작권자로부터 별도의 허가를 받으면 이러한 조건들은 적용되지 않습니다.

저작권법에 따른 이용자의 권리는 위의 내용에 의하여 영향을 받지 않습니다.

이것은 [이용허락규약\(Legal Code\)](#)을 이해하기 쉽게 요약한 것입니다.

[Disclaimer](#)

간호학석사 학위논문

인지행동치료 기반 간호중재가
대학생의 지각된 스트레스와
신체 증상에 미치는 효과

2017년 2월

서울대학교 대학원
간호학과 간호학 전공
남 수 현

국문초록

스트레스와 이에 대한 부적응적 태도는 심각한 신체 증상으로 이어질 수 있다. 신체 증상을 호소하는 대상자들은 일상에서 경험하는 스트레스와 기능저하가 뚜렷할 뿐만 아니라 전반적인 건강에 대해 부정적으로 인식한다. 이에 따라 잦은 의료기관 이용률과 의료비 지출이 문제시 되고 있다. 특히 대학생 시기의 신체 증상에 대한 부적절한 대처는 학교생활의 적응과 사회로의 성공적 진출을 방해하며 발달 단계 선상에서 신체 증상 장애로 발전할 가능성을 높인다. 신체 증상은 왜곡된 인지적 요인들이 매개가 되므로 이를 교정함으로써 인지왜곡을 완화시키는 인지행동치료 기반 중재가 신체 증상 관리에 도움이 된다. 따라서 본 연구에서는 신체 증상에 효과가 검증된 인지행동치료 기반 중재를 대학생에게 적용하여 그 효과를 확인하고자 하였다.

본 연구는 스트레스로 인해 신체 증상을 호소하는 대학생들의 스트레스 관리와 증상 조절을 위하여 인지행동 치료 기반 간호중재를 적용하고 중재가 지각된 스트레스, 신체 증상, 부정적 자동적 사고, 역기능적 태도에 미치는 효과를 검증한 비동등성 유사실험연구이다. 연구 대상자는 지방 소재 1개 대학교의 보건 진료소를 신체 증상을 주 호소로 방문하는 대학생과 인터넷 커뮤니티 카페에서 모집 공고를 통해 모집한 대학생으로, 이들 중 신체 증상 질문지에서 7점 이상인 대상자를 선별하고 스스로

원하는 군(실험군, 대조군)을 고를 수 있게 하여 각 군을 배당하였다. 본 연구의 간호중재는 문헌고찰을 통해 선행연구에서 효과가 검증된 신체 증상 조절 인지행동치료 프로그램과 국외에서 시행되고 있는 프로그램들을 참고하여 본 연구의 대상자인 대학생들에게 적용 가능하도록 개발하였다. 실험군에게는 매주 60분 간 총 5회기에 걸쳐 인지행동치료 기반 간호중재를 제공하였고 대조군에게는 시행하지 않았다. 구조화된 설문지를 이용하여 연구자 1인이 중재를 진행하기 전 두 군에게 사전조사를 시행하고 실험군은 중재 종결 직후인 5주 후, 대조군은 중재 제공 없이 5주 후 사후 조사를 진행하였다. 최종 분석 대상은 실험군 17명, 대조군 15명으로 총 32명이었다.

수집된 자료는 SPSS Statistics 20.0 프로그램을 이용하여 분석하였으며, 모든 통계의 유의수준은 $p < .05$ 로 하였다. 실험군과 대조군의 인구 사회학적 특성, 사전 종속 변수에 대한 동질성 검증 결과 통계적으로 유의한 차이가 없었다. 또한, 중재에 참여한 실험군의 지각된 스트레스, 신체 증상, 부정적 자동적 사고 점수의 변화량이 대조군의 변화량보다 유의하게 컸다. 중재 전, 후 역기능적 태도 점수의 변화 양상은 실험군, 대조군 간 유의한 차이가 없었다.

본 연구에서 시행한 인지행동치료 기반 간호중재는 신체 증상을 호소하는 대학생들의 지각된 스트레스 및 신체 증상을 감소시키는 것으로 나타났다. 또한, 중재 이후 부정적 자동적 사고가 유의하게 감소하였으므로, 인지행동치료 기반 간호중재가 신체 증상의 인지적 요인에도 영향을 미치는 것을 확인하였다. 본 연구의 결과는

대학생들로 하여금 자신의 스트레스 및 신체 증상을 보다 적응적 방법으로 조절하고 이후에도 스스로 바람직한 건강 관리를 할 수 있는 구체적인 방안을 마련하는 데에 기여할 것으로 기대된다. 또한 정신간호학적 실무에 있어서 추후 신체 증상을 호소하는 일반인을 위한 매뉴얼 개발의 기초 자료로 쓰일 수 있어 그 의의가 있을 것이다. 한편 역기능적 태도의 효과를 검증하기 위해서는 중재의 지속 기간을 늘리고, 보다 많은 대상자에게 적용하여 결과를 반복 검증할 것을 제안한다.

주요어: 대학생, 스트레스, 신체 증상, 인지행동치료 기반 간호중재

학 번: 2015-20528

목 차

I. 서론.....	1
1. 연구의 필요성.....	1
2. 연구의 목적.....	7
3. 용어 정의.....	8
II. 문헌 고찰.....	11
1. 스트레스와 신체 증상.....	11
2. 신체 증상.....	13
3. 대학생의 신체 증상.....	15
4. 신체 증상에 대한 인지행동적 접근.....	17
III. 연구의 개념적 기틀 및 가설.....	21
IV. 연구 방법.....	25
V. 연구 결과.....	41
VI. 논의.....	53
VII. 결론 및 제언.....	71
참고 문헌.....	73
부록.....	93
Abstract.....	141

List of Tables

Table 1. Research design.	25
Table 2. Homeogeneity test of sociodemographic characteristics. ...	42
Table 3. Comparison of Means(Standard Deviations) at baseline between two groups.	44
Table 4. Repeated Measures ANOVA of Perceived Stress Score between two groups	45
Table 5. Repeated Measures ANOVA of Patient Health Questionnaire Score between two groups.	47
Table 6. Repeated Measures ANOVA of Negative automatic thoughts Score between two groups	49
Table 7. Repeated Measures ANOVA of Dysfunctional Attitude score between two groups	51

List of Figures

Fig 1. Conceptual framework of this study.....	23
Fig 2. Changes of Perceived Stress Score.	46
Fig 3. Changes of Patient Health Questionnaire–15 score.	48
Fig 4. Changes of Automatic Thoughts Questionnaire–Negative.....	50
Fig 5. Changes of Dysfunctional Attitude Score.....	52

List of Appendixes

부록 1. IRB 심의결과 통보서.....	93
부록 2. 동의서: 실험군.....	95
부록 3. 동의서: 대조군.....	100
부록 4. 연구도구: 인구사회학적 특성	105
부록 5. 연구도구: 지각된 스트레스.....	107
부록 6. 연구도구: 신체 증상.....	108
부록 7. 연구도구: 부정적 자동적 사고.....	109
부록 8. 연구도구: 역기능적 태도.....	111
부록 9. 프로그램 책자.....	114

I. 서론

1. 연구의 필요성

스트레스가 극심할 때 사람들은 정신적으로 고통을 겪을 뿐만 아니라 심각한 신체 증상을 드러낸다. 스트레스와 이에 대한 부적응적 태도는 심리적으로는 불안, 우울, 분노, 자살 사고 등으로 나타날 수 있으며, 생리적으로는 두통, 복통, 소화불량 등의 신체 증상으로 나타날 뿐만 아니라 과도한 스트레스는 위장병, 심장질환, 고혈압 등의 신체 질환을 야기하기도 한다(Omizo, Omezo, & Suzuki, 1988). 일반인을 대상으로 한 연구에서 일주일 동안 한가지 이상의 신체 증상을 경험하고 이에 따른 일상생활의 기능저하를 동반한 이들이 81.6%임이 보고된 바(Hiller et al., 2006), 무의식적인 신경증적 갈등으로 인해 다양한 신체 증상을 호소하는 문제는 현대사회에서 상당히 흔하다고 할 수 있다(Steinbrecher et al., 2011). 학교생활과 관련된 스트레스와 신체 증상에 관한 연구를 살펴보자면, 높은 신체 증상을 지각하는 대학생들을 평가한 선행연구에서 신체 증상은 학교 관련 스트레스가 요인이 된 것을 알 수 있었으며 이들은 낮은 학업성취 및 저조한 학업 참여도를 보였다(Lumley, M. A. et al., 2003).

또한 초등학생의 시험 스트레스와 불안 등이 신체 증상과 유의한 상관이 있는 것으로 밝혀졌다(김교현, 권선중, 심미영, 2005).

특히 대학생들이 경험하는 스트레스와 갈등은 학교생활의 효과적인 적응과 사회로의 성공적 진출을 방해하고 그 이후의 삶에 지속적인 영향을 미치므로 학생들의 정신문제 성향 및 건강관련 행위에 대한 이해와 관리는 중요하다(이원재 et al., 1999). 71,000 명의 대학생을 대상으로한 선행 연구에 따르면 대학생의 학업수행에 악영향을 미치는 가장 큰 원인으로 과도한 스트레스라고 보고되었으며(American College Health Association, 2008), 대학생의 64.9%가 적어도 하나 이상의 신체 증상을 경험하며 일상생활에서도 지장을 받는다고 보고하였다(Zunhammer, M. et al., 2013). 국내 연구에서도 해를 거듭할수록 심리적 갈등으로 인해 신체 증상을 호소하는 대학생들이 증가하므로 대학생의 정신문제 성향에서 신체 증상은 중요한 증상 척도로 나타났다(임정섭, 1995). 또한 발달단계에 따른 신체 증상을 살펴본 연구에 따르면 대학생 집단의 신체 증상이 초등학생과 중학생, 그리고 고등학생의 신체 증상보다 높게 나타났으며(김정민 & 지혜, 2011), 이는 아동기에 비해 성인기의 신체 증상이 증가한다는 선행연구의 결과와 유사한 맥락으로 볼 수 있다(Campo & Fritsch, 1994). 초기 성인기에 신체 증상에 대한 관리가 이루어지지 않으면 증상은 더욱 악화되고 이후 신체화 장애로 발전할 가능성이 있으므로(Bass & Murphy, 1995), 대학생들에게 신체 증상에 대한 적절한 대응이 중요하다.

신체 증상이 야기하는 문제와 관련하여 구체적 통계수치를 살펴보자면, 미국의 한 통계자료에서는 신체 증상을 호소하며 일차 의료기관을 찾는 환자 수가 매년 4 억명에 육박하는 것으로 나타났으며(Schappert, S. M., 1992), 이와 관련된 진료비 총액이 매년 1 천억 달러로 추정되는 등 신체 증상을 호소하는 대상자들은 높은 의료기관 이용률과 진료 및 검사를 위한 상당한 의료비 지출을 보이는 경향이 있다(Barsky, 2005). 또한 이들은 스스로 경험하는 디스트레스와 기능 저하가 뚜렷하여(Kroenke et al., 1994), 전반적인 건강에 대해 부정적으로 인식하고 일상생활에서 주어진 역할을 수행하는데 어려움을 느끼게 되며 인간관계나 사회생활에서 활동이 제한되기도 한다(Rosendal et al., 2007). 국내 연구에서도 신체 증상이 반복되고 누적되면 개인의 업무와 활동의 능력을 감소시킨다고 보고한 바 있다(우명이, 2008; 우명이 & 서경현, 2008).

스트레스와 관련한 신체 증상이 일상에 미치는 부정적인 영향 및 이에 수반되는 의료기관 이용률과 의료비 지출의 문제, 그리고 더 나아가 발달 단계 선상에서 정신 장애로 발전할 가능성에 대해서 생각해 볼 때, 대학생 시기의 신체 증상은 스트레스와 관련하여 특히 주목해야 할 문제이다. 또한 이 시기에 신체 증상을 적절히 대처하는 것은 대학생들이 이후 바람직한 건강 관리를 할 수 있는 기반이 되고 신체 증상 장애로 발전하는 것을 예방하는 토대가 될 것이다.

신체 증상은 증상을 지각, 평가, 반응할 때 확대나 증폭 또는 왜곡된 사고 등의 부적응적인 태도로 증상을 수용하고 행동하기 때문에 나타난다(Lindsay & Wyckoff, 1981). 신체 증상의 원인으로 인지적 기제가 많은 학자들에 의해 거론되고 있는데, 최근에는 신체 증상이 발생하고 유지되는 데에 있어 인지적인 요인이 어떤 경로를 거쳐 신체 증상에 영향을 주는지, 각 유형의 인지적 요인은 무엇인지 밝히려는 연구들이 더욱 늘어나고 있다. 예를 들면, 신체 증상에 대해 의학적 문제가 있다고 확신을 하고 신체적 원인으로 귀인 시키는 해석의 오류가 신체 증상과 관련 있으며(Rief & Barsky, 2005), 과거의 사건에 대해 부정적인 관점에서 지속적으로 걱정을 하고 반추하는 인지과정이 신체 증상을 야기한다고 보는 연구들이 있었다(Ottaviani et al., 2015). 국내에서도 신체의 감각을 확대하여 지각하고 이를 더 위협적으로 인지하는 경향성인 신체감각 증폭지각이 신체 증상과 상관이 있으며(신현균 & 원호택, 1998), 사소한 신체 감각을 심각한 질병으로 왜곡하여 받아들이는 인지요인이 신체 증상에 영향을 주는 것으로 보고되었다(신현균, 2000). 또한 자동적 사고가 높을수록 신체 증상의 수준이 높은 것으로 나타났다(한덕웅 et al., 2004).

위의 선행 연구를 볼 때, 신체 증상은 왜곡된 인지적 요인들이 매개가 되므로 이를 교정함으로써 인지왜곡을 완화시키는 것, 즉 인지행동치료적 방법이 신체 증상 관리에 도움이 될 수 있다고 본다(김서운 & 하은혜, 2009). Kroenke (2007)는 신체화 장애

환자 및 신체화 장애 진단을 받지 않은 신체 증상 호소 집단을 대상으로 인지행동치료를 적용한 무작위 대조군 연구 31 개를 분석하였는데, 인지행동치료 기반 중재가 신체 증상 경감 및 심리적 고통, 직업 사회적 기능 면에서 매우 효과적이었다고 밝혔다. 또한 신체 증상을 주 호소로 지역사회 일차 의료기관을 방문한 대상자에게 그룹 인지행동 중재를 제공한 연구에서는 신체 증상과 심리적 디스트레스의 경감이 1 년 뒤의 추적조사에서도 여전히 효과가 있었다고 나타났다(Zonneveld, L. N. et al, 2012). 신체 증상을 호소하는 외래 환자들에게 인지행동치료 기반 단기 정신치료를 적용한 메타분석 연구에서도 신체 증상, 증상 관련 정서, 인지와 행동, 기능 장애, 의료기관 이용률이라는 결과 변수에서 유의한 효과가 있었다(Maria Kleinstäuber et al., 2011).

앞서 살펴본 바와 같이 여러 조사 연구에서 신체 증상의 원인으로 인지적 요인들이 언급되었고 국외에서는 신체 증상 에 대한 인지행동 치료의 효과성을 입증한 연구가 많았다. 그러나 국내에서는 신체 증상을 주 호소로 하는 집단에게 인지행동치료 기반 중재를 제공한 연구는 드물며, 대부분의 중재 연구가 인지적 기제에 대한 충분한 고려 없이 증상에 초점을 두었다(신아영 et al., 2010; 안상섭 et al., 2007; 허동규, 2009). 특히 대학생의 빈번한 신체 증상 호소에도 불구하고 이를 위한 인지행동치료 기반 중재는 찾기 힘들다. 대학생의 신체 증상 감소를 위한 인지행동 기반 중재는 인지적 평가과정에 대한 개입이라는 관점에서 필요하다고

볼 수 있다. 따라서 본 연구에서는 Beck 의 인지 이론을 바탕으로 신체 증상에 효과성이 검증된 인지행동 중재를 대학생에게 적용하여 지각된 스트레스와 신체 증상에 대한 효과성을 확인하고자 한다. 뿐만 아니라 신체 증상의 인지적 요인들이 함께 변화되는지 검토해 보며 선행 연구의 한계를 보완하겠다. 이는 대학생들로 하여금 자신의 신체 증상 및 스트레스를 보다 적응적 방법으로 조절하고 이후에도 스스로 바람직한 건강 관리를 할 수 있는 구체적인 방안이 될 것이다. 또한 정신간호학적 실무에 있어서 추후 신체 증상을 호소하는 일반인을 위한 매뉴얼 개발의 기초 자료로 쓰일 수 있어 그 의의가 있을 것이다. 마지막으로 이 시기에 신체증상을 적절히 관리하는 것은 신체 증상 장애로 발전하는 것을 예방하는 토대가 될 것이다.

2. 연구의 목적

본 연구는 신체 증상을 호소하는 대학생을 실험군, 대조군으로 나누어 실험군에게 인지행동치료 기반 신체증상 조절 간호중재를 적용하여 지각된 스트레스와 신체 증상 수준의 전, 후 차이 비교를 통해 그 효과를 검증하는 것을 목적으로 한다. 또한 이 중재를 통한 인지적 요인의 변화를 검증하기 위해 중재 적용 전, 후 신체 증상의 인지적 요인인 부정적 자동적 사고, 역기능적 태도를 측정하여 비교하는 것을 목적으로 한다. 구체적인 목표는 다음과 같다.

- (1) 인지행동치료 기반 간호중재가 대학생의 지각된 스트레스에 미치는 효과를 검증한다.
- (2) 인지행동치료 기반 간호중재가 대학생이 호소하는 신체 증상에 미치는 효과를 검증한다.
- (3) 인지행동치료 기반 간호중재가 신체 증상의 인지적 요인인 부정적 자동적 사고에 미치는 효과를 검증한다.
- (4) 인지행동치료 기반 간호중재가 신체 증상의 인지적 요인인 역기능적 태도에 미치는 효과를 검증한다.

3. 용어 정의

1) 스트레스

스트레스(stress)는 적응하기 어려운 환경에서 개인이 경험하는 심리적, 신체적 긴장 상태라고 정의하고 있으며, 본 연구에서는 Cohen 등(1983)이 개발하고 박준호 등(2010)이 변안한 지각된 스트레스 척도(Perceived stress scale; PSS)를 사용하여 측정한 점수를 말한다.

2) 신체 증상

신체 증상은 무의식적인 신경증적 갈등이 신체 증상으로 표현된 것으로, 심리적인 원인에 의해서 다양한 신체 증상을 호소하는 것이라고 정의된다(권석만, 2003). 본 연구에서는 Kroenke et al. (1998)이 개발하였고 국내에서는 Han et al.(2009)에 의하여 표준화 연구된 Patient Health Questionnaire-15(PHQ-15)를 사용하여 측정한 점수를 말한다.

3) 부정적 자동적 사고

자동적 사고란 사람들이 어떤 사건을 접하게 되었을 때 자동적으로 그 사건에 대해 떠오르는 생각으로, 개인이 가지고 있는 태도와 신념을 기초로 하여 만들어지는 사고이다(Beck, 1967). 본

연구에서 자동적 사고는 일상생활 속에서 개인이 반복하여 느끼는 부정적인 사고인 '부정적 자동적 사고'를 의미하며 Hollon and Kendall(1980)이 개발하고 권석만과 윤호균(1994)이 번안한 부정적 자동적 사고 질문지(Automatic Thoughts Questionnaire-Negative: ATQ-N)를 사용하여 측정한 점수를 말한다.

4) 역기능적 태도

역기능적 태도란 심리적으로 안정적이고 지속적인 것으로 심층 심리를 반영하는 인지구조로, 자기 자신이나 타인 혹은 세상에 대한 절대적이고 융통성 없는 비합리적 태도를 말한다(권석만, 1995; 조용래, 1998). 본 연구에서 역기능적 태도는 Weissma 과 Beck(1978)이 제작한 역기능적 태도(Dysfunctional Attitude Scale Form A: DAS)를 권석만(1994)이 한글로 번안하고 표준화 연구한 척도의 점수를 의미한다.

5) 대학생을 위한 인지행동치료 기반 간호중재

대학생을 위한 인지행동치료 기반 간호중재는 신체 증상을 호소하는 대학생의 특성을 고려하여 인지행동 치료를 기반으로 만든 책자를 활용한 5 회에 걸친 집단 중재 프로그램을 말한다. 본 연구의 프로그램 책자는 만성적인 신체 증상 관리를 위해 Barsky 등(2006)에 의해 개발된 6 주 프로그램의 워크북과 Toft 등(2010)이 신체 증상 호소 환자를 중재하기 위해 일반의에게

제공한 임상 가이드라인, 덴마크의 기능성 장애와 심신의학
연구소(The Research Clinic for Functional Disorders and
Psychosomatic)에서 개발하고 일반인들에게 공개한 커리큘럼
모형을 활용하였다.

II. 문헌고찰

1. 스트레스와 신체 증상

몸과 마음은 서로 분리될 수 없기 때문에 서로 긴밀한 영향을 주고 받는다. Seyle 등(1976)의 초기의 연구자들은 생물학적인 관점에서 스트레스와 신체 증상과의 관계에 대한 연구에 초점을 맞추었다. 이를 통해 스트레스 유발 자극에 대한 유기체의 생화학적 적응 기제를 규명하였다. 이와 같은 관점은 현대에 이르러 생체가 스트레스를 인지할 경우 교감신경계와 시상하부-뇌하수체-부신축을 활성화시켜 신체에 여러 증상을 유발하며, 이 과정에서 에피네프린(epinephrine), 노르에피네프린(norepinephrine), 글루코코르티코이드(glucocorticoid) 등이 분비되면서 심혈관계와 정서에 민감한 영향을 미치게 되는 과정을 보다 정밀하게 설명하게 되었다(민성길, 2006). 이렇게 유발되는 신체 증상은 두통, 불면, 소화장애, 근육통, 어지러움, 안구 건조증, 입마름, 변비 혹은 설사, 생리의 이상, 가슴의 답답함, 두근거림, 흉통, 피부 트러블, 만성피로 등으로 다양하게 나타날 수 있다.

스트레스에 관한 Seyle 등(1976)의 연구가 생물학적인 관점에 초점을 두었다면, Lazarus 와 Folkman(1984)는 역동적 상호 교섭

이론에서 인간이 경험하는 스트레스는 스트레스 유발 자극에 대한 인간의 생리적인 반응만이 아니며 스트레스에는 자극에 대한 주관적인 평가나 해석이 중요하게 관여한다고 보았다. 즉, 신경생리적 요인은 신체 증상의 직접적인 원인이라기보다 심리적 요인이 상호작용 하여 신체 증상에 영향을 미친다는 것이다(권석만, 2003). Lazarus (1991)는 자극이나 반응으로서의 스트레스뿐만 아니라 자극과 반응, 그리고 자극과 반응 사이를 연결하는 인지적 평가 과정까지를 모두 포함하는 보다 포괄적인 개념으로 정의하였다.

이렇게 스트레스와 신체 증상의 관련성은 잘 알려져 있지만, 신체 증상의 정도나 심각도에 미치는 스트레스 자체의 영향력은 크지 않은 것으로 나타났다(Reiser, 1984). Beck(1979)은 심리적 장애에 대한 스트레스-인지적 취약성 가설에서 스트레스 과정에서의 부적응적 인지과정과 그 요소를 설명하면서, 스트레스로 인한 부적응적 장애에서 인지의 역할을 규명하였다. 이에 따르면 스트레스의 인지적 취약성 요인이 역기능적 태도로 설명되는데, 역기능적 태도를 간직하게 만든 경험과 유사한 것으로 지각되는 상황, 즉 스트레스 상황에 직면하면 특정 역기능적 태도가 활성화된다고 보았다(Beck et al., 1979). 이렇게 활성화된 역기능적 태도는 생활 속의 스트레스원과 상황에 과민하게 지각하고 과도하게 평가 내리며 자신의 대처 자원을 과소평가하게 되어 궁극적으로 우울, 불안 등의 정신 장애와 연결된다는 것이다.

2. 신체 증상

선행 연구에서는 신체 증상을 가진 사람들을 의학적으로 설명이 불가능한 신체 증상에 근거하여 개수와 정도에 따라 분류를 하는 DSM 의 진단 기준의 타당성에 의문을 제기하였다(김호찬 et al., 1992). 또한 실제 신체 증상을 나타내더라도 신체화 장애 진단으로 확진 되는 사례는 드물기 때문에 기존 DSM-IV의 신체화 장애 진단 기준의 임상적 유용성이 문제시 된다고 하였다(Rief & Isaac, 2007). 신체 증상을 주소로 응급실을 찾는 환자들의 진단 유형 및 특성을 살펴본 연구에서는 신체 증상을 호소한 환자들의 진단이 상당히 다양하여 실제 진단을 받는 사례보다 비특이적인 진단명을 받는 경우가 우세한 것으로 나타났으며 이들의 특성을 충분히 반영할 수 있는 특이적인 단일 진단명이 부재한 것으로 나타났다. 특정 진단명이 아닌 달리 분류되지 않거나(none of specific) 불특정형의(unspecified), 혹은 기타(other)등이 붙는 진단명이 DMS-IV 를 기준으로 41.1%에 해당되어 그 빈도가 높았다(김시경 et al., 1998). 이러한 문제는 정신 질환의 원인론적 접근이 어려운 현대 정신의학의 한계로 인해 증상의 현상학적인 범주화를 통한 진단 체계에서 비롯되었다고 보았다. 신체 증상이라는 현상은 다양한 형태와 한가지로 정의 내릴 수 없는

여러 기전으로 나타나는데, 이에 대한 현상학적인 분류 방법은 신체 증상을 이해하는데 장애요소로 작용할 수 있다(김시경 등, 1998).

이에 따라 2013 년에 개정된 Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5 American Psychiatric Association, 2013)에서는 새롭게 변경된 진단 기준을 제시하여 신체 증상에 대한 현실적인 진단의 필요성을 반영하였다. DSM-5 에서는 DSM-IV의 신체화(Somatization) 라는 용어 대신 ‘신체 증상 및 관련 장애(Somatic symptom and related disorder)’로 진단명을 변경하였으며 변경된 진단 기준을 제시하고 있다. 신체 증상 장애의 진단 기준의 몇 가지 변화 중 하나는 신체 증상을 호소함과 동시에 신체 증상의 발생과 유지에 있어서 인지, 정서, 또는 행동적 특성이 나타나야 함을 명시한 것이다. 또한 신체 증상이 반드시 의학적으로 설명이 불가능한 증상일 필요는 없다는 것인데, 즉 신체 증상 장애의 특징은 신체 증상이 기질적 원인으로 설명되는지 여부가 아니라 지각된 신체 증상을 느끼고, 이해하고, 반응하는 방식에 있다는 것이다(Dimsdale et al., 2013). DSM-5 진단기준의 이러한 변화는 신체 증상에 대한 현실적인 진단의 요구와 일반적인 신체 증상 자체에 대한 관심의 필요성을 반영한다고 할 수 있다(홍미나, 2015). Sharpe M. 등(2006)은 신체 증상을 명확히 분류하여 진단 내릴 수 있는 보편적인 기준은 없다고 언급하였으며 신체 증상은 신체화와 관련된 확진을 받지

않았다 하더라도 정신과적 문제로 인식하고 접근해야 한다는 주장 또한 이를 뒷받침해준다(Kirmayer & Robbins, 1991).

이러한 맥락에서 최근 연구 동향은 진단의 분류에 따른 연구가 아닌 신체 증상 자체를 이해하고 증상의 원인 기제를 밝히는 것을 강조한다(Costello, 1992; Persons, 1986; 원호택 & 이훈진, 1997). 본 연구에서도 진단을 받지 않은 일반인 군에서 신체 증상이 매우 흔하며 개인이 겪는 고충 및 일상생활과 사회활동에 기능적 문제가 뚜렷함을 비추어 볼 때, 다양한 신체 증상을 호소하고 이에 대한 사고, 감정과 행동상의 주관적 불편감을 경험하는 신체 증상(Somatic symptoms)이라는 용어를 사용하고자 한다.

3. 대학생의 신체 증상

대학생들이 대학생활에서 겪는 복합적인 스트레스나 갈등은 학교생활의 적응과 사회로의 성공적인 진출을 방해하고 그 이후의 삶에 지속적인 영향을 미치므로 학생들의 정신건강과 관련된 정신문제 성향 및 건강관련 행위에 대한 이해와 관리는 중요하다(이원재 et al., 1999). 특히 현재 우리나라 대학생은 입학 후에도 끊임없는 학업 경쟁과 취업준비로 인한 부담감을 경험하고 신체, 정신적 스트레스가 높게 측정되며 이에 따른 소화기계 증상,

근육긴장 등의 신체 증상을 호소하는 경향이 높다(한금선, 2005). 대학생들은 자신들이 경험하는 신체 증상을 신체적 피로, 불면, 소화장애 등의 형태로 반복 호소하고 이는 개인의 업무와 활동의 능력을 감소시킨다(우명이, 2008; 우명이 & 서경현, 2008). 대학생의 신체 증상을 시험 스트레스와 관련하여 살펴본 한 연구에 따르면 대학생의 60% 이상이 평상시에도 한가지 이상의 신체 증상을 보고하였고 특히 시험 스트레스로 인해 대학생의 80.5%가 한가지 이상의 신체 증상을 경험하고 이로 인해 일상생활에도 더 큰 지장이 있었다고 나타났다(Zunhammer, M, 2013).

이만홍(1981)은 사회활동이 왕성한 20-40 대 사이에 신체 증상이 매우 높은 빈도를 보인다고 보고하였다. 같은 맥락에서 임정섭(1995)의 연구에서는 대학 신입생을 대상으로 간이 정신진단검사(SCL-90-R)를 시행하여 각 증상 척도 별로 위험수위에 해당하는 T 점수 70 이상인 학생의 증상을 분석하였는데, 그 중 신체 증상을 보이는 학생들이 전체 학생수의 13.3%를 차지하였으며 이 학생 수는 2 년 간 2 배 이상 넘어 해를 거듭할수록 대학생의 신체 증상이 정신문제 성향에서 중요한 증상 척도임을 언급하였다. 고흥월 (2009)의 연구에서는 한국과 중국 대학생의 정신건강을 비교분석 하였는데, 정신건강 정상범위 내에서 특히 한국 대학생의 신체 증상의 문제가 중국 대학생의 문제보다 높았다고 보고하며 한국 대학생들의 신체 증상이 관심을 갖고 지켜보아야 할 문제임을 언급했다.

신체 증상은 일회성으로 발생하였다가 없어지는 것이 아닌 성인기로의 발달 과정에서 꾸준히 그 증상 정도가 상승된다는 견해가 제기되고 있는데(김정민, 지혜, 2011; Campo, & Fritsch, 1994; Garralda, 1996), 초등학생, 중학생, 고등학생, 대학생으로 발달단계에 따른 신체 증상을 살펴본 연구에 따르면 대학생 집단의 신체 증상이 가장 높게 나타났다(김정민 & 지혜, 2011). 같은 맥락으로 아동기에서 성인기에 이르는 발달 과정에서 성인기의 신체 증상이 점차 증가한다는 선행연구의 결과가 있다(Campo & Fritsch, 1994). 초기 성인기에 신체 증상에 대한 관리가 늦어지면 증상이 더욱 만성화되어 신체화 장애로 발전할 수 있다(Bass & Murphy, 1995). 따라서 대학생 시기는 중요 시기이며, 신체 증상을 발생시키는 상황에 대해 바람직한 조절 방법을 제시하기 위한 중재 개발이 필요하다.

4. 신체 증상에 대한 인지행동적 접근

신체 증상에 대한 인지행동적 입장은 동일한 자극이 주어지더라도 개인이 그 의미를 해석하는 인지방식에 차이가 있기 때문에 다양한 정서와 신체 증상으로 경험된다고 가정한다(Schachter & Singer, 1962). 신체 증상을 유지 혹은 악화시키는 여러 인지적 특성에 대해 연구된 바 있는데, 그 중 한

연구에서는 신체 증상이 증상을 지각, 평가, 반응할 때 확대나 증폭 또는 재앙화하는 왜곡된 인지적 측면을 전제로 한다고 보았다(Lindsay & Wyckoff, 1981). 또한 신체 증상을 호소하는 이들은 스스로 신체적 문제가 있다고 확신하여 신체 증상 선행하는 스트레스나 부정적인 기분을 인지하지 못하여 결과적으로 신체 증상을 신체적 원인으로 귀인 시키는 해석의 편향이 신체 증상의 특징이라 본 연구도 있었다(Rief & Barsky, 2005). 인간이 특정 사고방식을 유지할 때 뒤따르는 생리적 변화를 연구한 실험연구들을 메타 분석한 연구에서는 과거의 부정적 사건에 대한 반추사고와 미래에 대한 지속적인 걱정과 같은 역기능적 인지 과정이 혈압 상승, 심박동수 증가, 코르티솔 호르몬의 상승 등을 일으킨다는 결론을 도출하였다(Ottaviani et al., 2015). 또한 이러한 생체 변화가 일시적인 현상을 넘어 심혈관계, 자율신경계, 내분비계의 활동에 장기적인 영향을 미쳐 병리적인 질병으로까지 이어질 수 있으며, 인지 과정이 신체 증상 및 건강상태에 중요하게 작용함을 보여주었다(Ottaviani et al., 2015). 신체 증상에 대해 과도하고 지속적인 걱정을 하는 대상자를 20 년간 추적 조사한 종단 연구에서는 지속되는 부정적인 인지가 심근경색과 관상동맥성 심장 질환으로 이어졌다는 연구 결과도 보고된 바 있다(Kubzansky et al., 1997).

국내의 연구에서도 신체 증상이 발생하고 유지되는 데에 있어 각 유형의 인지적인 요인이 무엇이고 어떤 과정을 통해 신체 증상에 영향을 주는지 밝히려는 연구들이 있었다. 감각을 증폭시켜

지각하고 이를 더 강하고 해로운 것으로 인지하는 경향성인 신체감각 증폭지각이 신체 증상과 상관이 있으며(신현균 & 원호택, 1998), 사소한 신체 감각을 심각한 질병으로 왜곡하여 인지하는 신체귀인이 신체 증상에 영향을 주는 것으로 보고되었다(신현균, 2000). 원하지 않지만 계속해서 떠오르는 생각인 부정적 자동적 사고가 높을수록 신체 증상, 심혈관계증상, 수면증상 및 현재 신체질환의 수준이 높은 것으로 나타났다(한덕웅 et al., 2004).

신체 증상은 왜곡된 인지적 요인들이 매개가 되므로 이를 교정하는 것을 목표로 하는 인지행동치료적 방법이 효과적이다(Barsky, 1988; Richard & Margaret, 1991; Kroenke, 2007; 김서운 & 하은혜, 2009). 이에 따라 신체 증상에 대한 인지행동 치료의 효과성을 입증한 국외 연구는 많은 편이다(Kroenke, 2000; Kroenke, 2007; Maria Kleinstäuber et al., 2011; Zonneveld, L. N. et al, 2012). 그러나 국내에서는 신체 증상을 주 호소로 하는 집단에게 인지행동 기반 중재를 제공한 연구를 찾기 힘든 실정이며 특히 대학생의 빈번한 신체 증상 호소에도 불구하고 이에 대한 조절 및 관리를 위한 인지행동 기반 중재는 찾기 힘들다. 국내 대부분의 선행연구에서는 신체 증상을 호소하는 집단에게 중재를 시행하는데 있어 인지적 기제에 대한 고려 없이 생리적 이완요법이나 행동요법이 증상경감 목적으로 이용되어왔다. 예를 들어, 호흡명상 혹은 이완훈련을 통해 신체 증상 경감을 보고자 하였으며(신아영 et al., 2010; 안상섭 et al.,

2007; 허동규, 2009), 신경증 환자의 신체 증상 조절을 위해 무용동작 치료 프로그램을 제공하였다(김옥희, 2009).

대학생의 신체 증상 감소를 위한 간호 중재 프로그램은 인지적 평가과정에 대한 개입이라는 관점에서 필요하다. Beck 은 역기능적 태도가 상황에 대한 지각 및 해석, 그 상황에 대한 대처방식에 직접적으로 혹은 자동적 사고를 통해 간접적으로 영향을 준다고 하였다. 따라서 역기능적 태도의 합리적 변화가 상황을 덜 스트레스적으로 평가하고 적응적 방식으로 대응 할 수 있도록 한다고 했다(Beck, 1979). 최승애(2003)는 대학생의 스트레스와 관련된 부적응 문제를 중재할 경우 부정적 자동적 사고와 내용을 합리적으로 대체시키는 것에서 한걸음 나아가 대상자가 가진 독특한 역기능적 태도의 내용을 발견하고 검토하여, 이를 현실적으로 타당한 사고로 대체하는 것이 필요하다고 보았다. 따라서 본 연구는 심리적 장애에서 인지 역할을 구체적으로 밝힌 Beck 의 인지이론을 바탕으로 대학생에게 인지행동기반 신체증상 조절 간호중재를 적용하여 그 효과를 보고자 한다. 또한 신체 증상의 인지적 요인들과 신체 증상 간의 상관을 명확히 함으로써 증상에 초점을 둔 국내의 중재 연구들의 한계를 보완할 수 있겠다.

Ⅲ. 연구의 개념적 기틀 및 가설

1. 연구의 개념적 기틀

인지이론(Cognitive theory)은 Aaron Temkin Beck 에 의해 창시되어 발전된 이론으로, 정서와 행동은 대개 개인이 세계를 인지하고 구조화하는 방식에 따라 결정된다는 것을 가정한다(채정호 et al., 2003). 사람마다 동일한 상황을 각자 다른 방식으로 해석하여 개념화하지만, 어떤 특정 개인은 유사한 유형의 사건들에 대해서 일관된 반응을 보이는 경향이 있는데 이러한 일관적이며 안정적인 인지패턴을 도식(schema)이라 한다. Beck 의 인지 이론의 핵심은 우울증을 비롯한 여러 정신병리 현상들이 부정적인 인지적 도식(negative cognitive schema), 즉 역기능적 태도에 그 뿌리가 있다는 것이다. 모든 상황은 다양한 자극들로 이루어져 있는데 그 중 특정 자극들에만 선택적으로 주의를 기울여서 그 상황을 개념화하게 되며 특정 도식이 활성화되어 경험을 구조화하는 방식이 달라진다는 것이다(권석만, 1995). 따라서 인지행동 치료에서는 부적절한 정서와 부적응적 행동과 같은 인간의 다양한 문제가 부정적이고 왜곡된 인지 도식이

활성화되어 나타난다고 가정하고 치료의 목표는 왜곡된 인지와 관련 있는 역기능적 태도를 발견하여 수정하는 것이다.

이 때 인지 재구조화란 역기능적 사고를 수정하는 인지행동 치료의 기법으로, 적극적, 지시적, 시간 제한적, 구조화된 접근이며 현재 우울, 불안, 공포 등과 같은 다양한 정신적 장애를 치료하는데 이용된다. 치료 기법은 인지를 밀박침하고 있는 역기능적 태도를 찾아내고 현실에 비춰 검증하며 왜곡된 인지를 바로잡는 것을 초점으로 두며, 인지의 사정은 주로 특정한 상황에서 부정적 자동적 사고를 기억해 내는 방법을 많이 사용한다. 인지왜곡은 부정적 자동적 사고에서 시작하는데, 그 사고는 자신의 특정한 상황과 밀접히 연관된 것으로 순간적으로 떠오르는 구체적인 심상이나 생각이다. 부정적 자동적 사고란 촉발 사건에 의해 활성화된 비합리적 신념에 의해서 생성된 인지적 산물로, 자신의 인지를 왜곡되게 평가함으로써 그것을 마치 가장 확실한 것처럼 인식한다. 또한 이 사고는 내용상 논리적으로 따져본 생각이 아닌 상황에 따라 가변적이며 습관적인 생각일 수 있어 인지적 오류나 왜곡을 반영하는 경우가 많아 주로 인지치료에서 치료적 개입의 구체적 표적이 된다.

인지 이론에서 인지 재구조화는 다음의 다섯 단계로 진행된다. 첫째, 부정적·자동적 사고를 검토한다. 둘째, 인지와 정서와 행동 사이의 관련성을 인식한다. 셋째, 왜곡된 부정적 자동적 사고의 증거와 반대 증거를 검토한다. 넷째, 이러한 편파적 인지를 더욱 더 현실 지향적인 해석으로 대체한다. 다섯째, 경험을 왜곡하는

소인으로 작용하는 역기능적 태도를 파악하는 것을 얻게 된다. 인지 재구조화 과정 동안 대상자들은 왜곡된 부정적 자동적 사고과정을 관찰하고 인식하여 스스로 자신의 생각에 도전하고 분석하여 건강한 인지를 갖도록 촉진하며 자신을 조절하고 행동변화에 집중하도록 할 수 있게 된다(Hardy G. E. et al., 2001).

이 이론에 근거한 본 연구의 이론적 기틀은 다음과 같다.

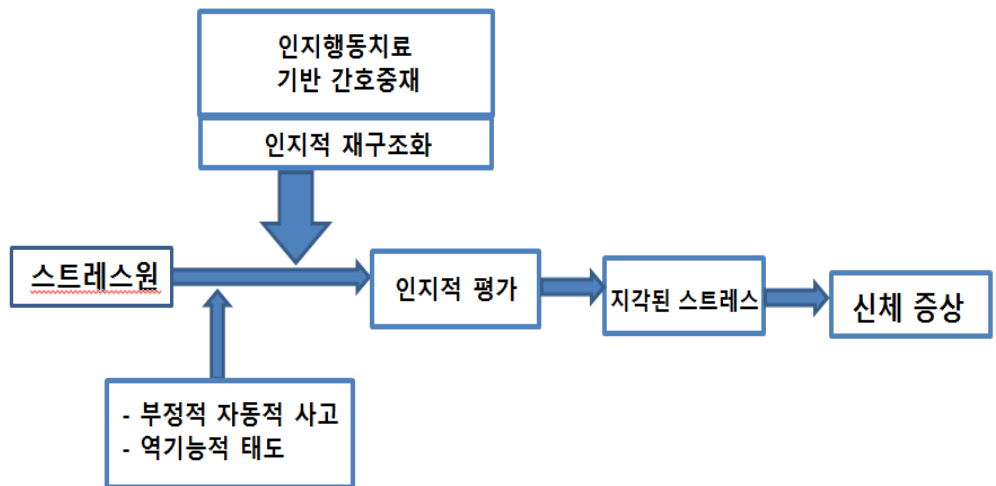


Figure 1. Conceptual framework of this study

2. 가설

대학생의 지각된 스트레스와 신체 증상에 대해 본 연구에서 개발한 간호중재의 효과를 검증하기 위하여 아래와 같은 가설을 설정한다.

가설 1. 실험군의 지각된 스트레스 점수는 전, 후 차이는 대조군의 지각된 스트레스 점수의 전, 후 차이보다 클 것이다.

가설 2. 실험군의 신체 증상 점수의 전, 후 차이는 대조군의 신체 증상 점수 전, 후 차이보다 클 것이다.

가설 3. 실험군의 부정적 자동적 사고 점수의 전, 후 차이는 대조군의 부정적 자동적 사고 점수의 전, 후 차이보다 클 것이다.

가설 4. 실험군의 역기능적 태도 점수의 전, 후 차이는 대조군의 역기능적 태도 점수의 전, 후 차이보다 클 것이다.

IV. 연구 방법

1. 연구설계

본 연구는 신체 증상을 호소하는 대학생들을 대상으로 인지행동치료 기반 간호중재가 지각된 스트레스 및 신체 증상에 미치는 효과를 검증하기 위한 비동등성 대조군 전후 설계를 통한 유사실험연구로서, 대상자로 하여금 실험군과 대조군을 선택하게 하여, 중재를 제공한 실험군과 중재 제공을 받지 않은 대조군을 비교하였다(Table 1).

Table 1. Research design

	Pre test	Intervention	Post test
Exp.G	T1	X	T2
Con.G	T1		T2

Exp.G : Experimental group, Con.G : Control group

T1: pre test

T2: post test

X : Intervention

2. 연구대상

본 연구의 대상자는 2016 년 7 월부터 9 월까지 모집한 지방 소재 1 개 대학교의 보건 진료소를 방문한 신체 증상을 호소하는 대학생과 인터넷 커뮤니티 카페에서 모집 공고를 통해 모집한 대학생이다. 구체적인 대상자 선정기준은 다음과 같다.

- 1) 만 18 세 이상의 성인 대학생 남녀
- 2) 본 연구의 목적을 이해하고 자발적 참여에 동의한 자
- 3) 국문을 읽고 쓰는 것이 가능한 대상자
- 4) 신체 증상이 Patient Health Questionnaire-15(PHQ-15)척도에서 7 점 이상 해당하는 자

단, 대상자가 모집 시점에 다른 심리치료를 받고 있을 경우는 제외한다. 본 연구에서 Patient Health Questionnaire-15(PHQ-15) 척도상 7 점 이상인 대학생을 선정 기준으로 하는 이유는, Jasper et al. (2012)의 표준화 연구에서 특정 수업을 수강하는 805 명과 2708 명의 일반 대학생을 대상으로 측정한 결과 평균 점수가 각각 7.27, 7.08 점이었던 바를 그 근거로 한다.

3. 연구의 윤리적 고려

본 연구는 연구 대상자 보호를 위해 서울대학교 연구윤리심의위원회의 연구승인(승인번호:IRB No. 1606/003-011)을 받은 후 자료수집 승인을 받아 진행하였다. 연구자는 연구의 윤리적 수행을 위해 질병관리본부에서 주관하는 임상연구윤리 교육을 수료하였으며, CITI 프로그램을 이수하였다. 연구 자료 수집 전 해당학교 보건 진료소장(가정의학과 전문의 1인)과 직원들에게 연구 진행의 협조와 동의를 구하였다.

본 연구는 정신장애 기준에 입각한 것이 아니기에 신체 증상의 용어 정의 및 중재 내용에 대해 충분히 설명하고 증상 자체에 대해 지나치게 부정적인 면을 각인시키지 않도록 하였다. 또한 성별, 연령, 학년 혹은 사회경제적 상태 등의 구별 없이 모두에게 연구에 참여할 기회를 제공하였다. 연구 동의서에는 연구의 목적과 중재 내용의 설명, 개인 정보가 사용되는 정도와 비밀 보장성, 대상자의 권리에 대해서 명시하였다. 연구 참여자에게 연구 중 어떠한 불이익을 받지 않도록 하고 연구의 중단은 참여자 스스로 결정 내릴 수 있음을 언급하였다. 연구에서 수집된 자료는 무기명을 유지하고 연구의 모든 과정에서 비밀유지를 원칙으로 하며 외부에 노출되지 않도록 하며 논문 발표 후 폐기할 예정이다.

연구 참여자는 중재연구 참여 서면동의서 작성을 한 경우에 한해서 결정되었으며, 수집한 개인 정보의 범위는 성별, 나이, 전공, 학년과 같은 개인식별정보 및 개인의 스트레스원, 의학적 치료 혹은 약물 복용 유무와 종류 등의 건강에 관한 정보이다. 수집된 개인 정보 중 개인식별정보는 연구에 직접 이용되는 정보가 아니며 연구로 인해 획득된 자료와 참여자를 연결하기 위한 목적으로만 사용되었다. 개인 정보는 비밀번호가 지정된 컴퓨터와 자물쇠로 잠금된 서류 보관장에 보관하며 연구가 종료 후 폐기할 예정이다. 개인정보 관리 책임자는 연구 책임자인 연구자 본인이며 연구에 관련된 연구 책임자만이 수집된 자료에 접근이 가능하도록 하였다.

4. 자료수집 절차

1) 대상자 모집 절차

대상자 모집 과정은 다음과 같다. 2016 년 7 월부터 9 월까지 지방 소재 1 개 대학교의 보건 진료소를 신체 증상을 주 호소로 방문하는 대학생과 인터넷 커뮤니티 카페에서 모집 공고를 통해 프로그램 참여를 원한 대상자는 총 43 명이었으며, Patient Health Questionnaire-15(PHQ-15) 척도상 7 점 이상인 대상자 34 명을 선별(Screening)하였다. 이들에게는 스스로 원하는 군(실험군,

대조군)을 고를 수 있는 선택권이 주어졌다. 이는 원하는 군을 선택할 수 있도록 함으로써, 중재 참여를 희망하는 신체 증상 고위험군이 대조군으로 배정될 가능성을 줄이고, 원하지 않는 군에 배정됨으로써 중재에 억지로 임하거나 탈락하는 부작용을 줄이기 위함이었다. 연구의 목적과 내용에 대해 충분히 설명하고 이해하여 자발적으로 프로그램 참여를 원하는 경우 직접 서면 동의서를 받았다. 선별된 34 명 중 실험군을 선택한 22 명과 대조군을 선택한 12 명에게 일반적 특성과 지각된 스트레스, 신체 증상, 부정적 자동적 사고, 역기능적 태도를 포함한 사전조사가 실시되었다. 실험군 22 명에서 회기 시작 전에 3 명이 그룹으로 시행되는 프로그램에 참여하는 것에 대해 거부감을 보여 탈락하였고, 1 회기 직후 1 명이 그룹이 마음에 들지 않아서 탈락하였으며, 1 명이 개인적인 사유로 인해 탈락하였다. 중재 시작 전, 1 회기 후 탈락한 것을 제외하고 나머지 실험군들은 모두 다 5 회기를 참여하였으며, 한번 구성된 그룹은 회기 종결까지 같은 구성원으로 유지되었다.

대조군의 경우 대상자 수가 계획했던 것보다 적어 8 월 초에 대조군만을 추가적으로 모집하였고 5 명이 확보되어 총 17 명이 모집되었으며, 그 중 2 명이 최종적으로 사후 조사에 무응답하여 탈락하였다. 최종 분석 대상은 실험군 17 명과 대조군 15 명의 총 32 명이었다.

2) 자료 수집 과정

연구자 1 인이 중재를 진행하기 전 실험군, 대조군에게 5 분 가량 소요되는 사전조사를 시행하고 실험군에게는 중재를 적용하고 종결 회기 직후인 5 주 후 사후조사를 하였다. 대조군에게는 사전 조사 후 중재 제공 없이 5 주 후 면담, e-mail 등을 통하여 대상자가 편리한 방법을 선택하게 하여 사후 조사를 진행하였다. 모든 연구 참여자에게는 간식 및 소정의 상품을 지급하였으며 연구참여가 끝난 이후에 대조군에 해당되는 대상자가 원할 경우, 실험군에서 사용된 교육 책자를 제공하였다.

5. 중재 프로그램

1) 프로그램 개발

인지행동치료 기반 신체 증상 조절 간호 중재의 회기 수는 개인 과제 및 시험 혹은 취업 준비로 인해 바쁜 대학생의 현실적인 여건과 중도 탈락의 문제를 고려하고, 신체화 장애 및 관련 증상에 인지행동치료를 적용한 31 개의 RCT 를 체계적 문헌 고찰한 결과 5 회에 걸친 회기가 효과적이었음을 근거로(Kroenke & Swindle, 2000), 추후 활용도를 높이기 위해 주 1 회 총 5 주 동안 진행

하였다. 그룹 회기의 지속시간이 두 시간 이상 경과하면 효율성이 떨어지므로 60 분의 시간이 필요하다는 결과를 바탕으로 중재시간은 60 분으로 정하였다(Yalom, 2005). 본 연구의 중재 내용의 구성은 Barsky 등(2006)에 의해 개발된 만성 신체 증상 관리 6 주 프로그램 워크북, Toft 등(2010)이 신체 증상 호소 환자를 중재하기 위해 제공한 임상 가이드라인, 덴마크의 기능성 장애와 심신의학 연구소(The Research Clinic for Functional Disorders and Psychosomatic)에서 개발하고 일반인들에게 공개한 커리큘럼 모형을 활용하였다. 중재의 내용은 신체 증상에 대한 이해 및 주의 분산을 위한 이완 훈련, 인지와 정서와 행동 사이의 관련성 인식, 부정적·자동적 사고의 검토, 역기능적 태도 파악을 통한 인지적 재구조화 등으로 구성되었다. 구체적인 교육안과 인지행동치료 프로토콜은 정신간호학 전공 교수 1 인의 감수를 받아서 내용의 타당도를 확보하였으며, 인지행동치료학회의 학술대회 및 세미나를 이수한 연구자 1 인이 모든 중재 회기를 진행하였다.

2) 프로그램 시행 환경

중재 진행 장소는 대학의 빈 강의실 혹은 도서관내 그룹 스터디룸을 이용하였으며, 대상자가 원할 경우 대상자의 편의를 위해 접근이 용이하고 조용한 별도의 대여 공간에서 시행하였다.

중재 시행 시간은 평일 점심시간(오전 11 시-오후 1 시) 혹은 오후 일과가 끝난 저녁 시간(오후 5 시-오후 7 시) 중 학생들의 일정이 가장 겹치는 요일과 시간대를 감안하여 선택하였고, 가급적 학생 개인의 일정을 반영하여 중재 시간을 세분화하였다. 일대일 인지행동 중재에 비해 그룹 인지행동 중재가 구성원들 간의 경험 공유 및 공감, 치료기법 습득에 도움이 될 것으로 사료되어 한 그룹 당 3-4 명이 모인 시점에서 진행하여 최종적으로 2 명에서 4 명 사이의 구성원으로 이루어졌다.

3) 프로그램의 구성 시간 및 세부 내용

중재 프로그램의 내용과 구성

매회 60 분씩 진행되며 주 1 회 총 5 회기로 구성된다.

제 1 회기. 프로그램의 소개 및 인지모델 이해

- 프로그램 소개
- 집단원 소개하기(집단 참여 동기 및 집단에 대한 기대나누기)
- 인지 모델 이해하기
- 집단 규칙 주지시키기

제 2 회기. 신체 증상 알아 차리기, 신체 증상 조절 행동기법

- 신체 증상의 이해
- 스트레스 및 긴장 수준이 올라간 상황/그 당시 신체 단서를 파악하기
- 호흡훈련과 이완훈련의 필요성과 주의분산의 효과 교육

– 긴장 상황에서 편리하게 사용할 수 있는 복식호흡에 대해
훈련

제 3 회기. 자동적 사고와 신체 증상 조절 행동기법 연습

– 호흡훈련 기록지 리뷰 및 전 회기 내용 복습
– 자동적 사고 이해하기
– 신체 증상에 가려진 부정적인 감정과 나의 사고방식
탐색하기

– 적응적 대처사고 연습하기
– 이완훈련

제 4 회기. 인지적 재구조화: 자동적 사고의 인지적 오류
수정하기

– 자동적 사고 기록지 리뷰 및 전 회기 내용 복습
– 인지적 오류에 대한 이해(신체 감각에 대한 인지적 오해석에
대한 이해)

– 역기능적 태도에 대한 이해
– 인지적 재구조화

제 5 회기. 인지적 재구조화 복습 및 마무리

– 숙제 리뷰 및 전 회기 내용 복습
– 대안적 사고를 위한 대처 방법 및 행동 기술
– 프로그램에 대한 정리 및 평가
– 프로그램의 성과 나누기

6. 연구 도구

연구 도구는 지각된 스트레스 척도(Perceived stress scale; PSS)와 Patient Health Questionnaire-15(PHQ-15), 부정적 자동적 사고 질문지 (Automatic Thoughts Questionnaire-Negative: ATQ-N), 역기능적 태도 척도 (Dysfunctional Attitude Scale Form A: DAS)를 이용하였다. 중재 직전 실험군과 대조군에게 사전 조사를 실시하고 중재 직후 사전 조사에서 실시한 질문지를 동일하게 실시하였다.

1) 지각된 스트레스 척도

지각된 스트레스 척도(Perceived stress scale; PSS)는 Cohen, Kamarck 과 Mermelstein(1983)이 주관적 스트레스를 측정하기 위해 개발한 척도로, Cohen 과 Williamson(1988)이 요인 분석을 통해 보다 높은 신뢰도와 타당도를 나타내는 단축형으로 수정하였으며, 국내에서는 박준호 등(2010)이 번안한 척도를 사용한다. 이 척도는 일상에서 경험하는 상황이 스트레스로 지각되는 정도를 측정하는 것으로 스트레스 경험의 핵심 내용인 예측 불가능성, 통제 불가능성, 과도한 부담 등을 내용으로 한 10 문항으로 구성된다. 5 점 Likert 척도로 최근 한 달 동안의

스트레스 지각 정도를 '전혀 없었다'의 0 점에서 '매우 자주 있었다'의 4 점까지 측정되며 4,5,7,8 번 문항은 역 채점을 하여 각 항목의 점수를 합산하여 0 점에서 40 점까지로 해석된다. 원 도구의 Cronbach's $\alpha = .86$ 이며, 박준호 등(2010)의 연구에서 대학생들을 대상으로 실시한 표준화 연구에서는 Cronbach's $\alpha = .77$ 이었다. 본 연구에서의 Cronbach's $\alpha = .88$ 이었다.

2) 신체 증상 질문지

Kroenke et al. (1998) 개발하였고 국내에서는 Han et al. (2009) 에 의하여 표준화 연구된 Patient Health Questionnaire-15(PHQ-15)를 사용한다. 이 척도는 총 15 개의 문항으로 구성되어 있으며, 각 문항은 지난 4 주간 신체 증상에 시달린 정도를 기준으로 하여 증상의 정도에 따라 '0 점, 전혀 시달리지 않음', '1 점, 약간 시달림', '2 점, 대단히 시달림' 중에 선택하여 평가되고, 각 항목의 점수를 합산하여 0 점에서 30 점까지로 해석된다. 스트레스로 인해 신체에 생기는 증상만을 다루는 도구이며, 점수가 높을수록 신체 증상의 심각도 또한 높다(Kroenke et al., 2002). 문항들의 내용은 자율신경계에 의한 증상, 즉 순환기계, 소화기계, 호흡기계 등의 신체적 증상 및 주관적 통증을 포함하며 외래에 찾아오는 환자들의 신체 증상 90%를

포함한다(Kroenke et al., 2002). 원 도구의 신뢰도는 Cronbach's $\alpha = .87$ 이며 국내에서는 Han et al. (2009)의 연구에서 변안되고 정신과를 방문하는 외래 환자를 대상으로 신뢰도, 타당도에 대한 표준화 연구가 이루어졌으며, 이 연구에서 Cronbach's $\alpha = .83$ 이었다. 본 연구에서의 Cronbach's $\alpha = .71$ 이었다.

3) 부정적 자동적 사고 질문지

프로그램의 전반에서 부정적 자동적 사고를 확인하고 인지적 재구조화를 시도하므로 중재 전과 후, 부정적 자동적 사고의 변화 정도를 평가하기 위해 Hollon 과 Kendall(1980) 이 개발하고 권석만, 윤호균(1994) 이 변안한 부정적 자동적 사고 질문지 (Automatic Thoughts Questionnaire-Negative: ATQ-N)를 사용한다. 부정적 자동적 사고는 개인이 일상생활 에서 느끼는 부정적인 사고를 얼마나 느끼는지를 평가하는 것으로 하위영역은 현실에 대한 불만과 변화욕구, 부정적 자기 삶과 부정적 기대, 무기력과 의욕상실로 되어있다. 자동적 사고척도는 30 문항으로 구성된 5 점 Likert 척도로 '전혀 이런 생각은 하지 않는다'의 0 점에서 '항상 이런 생각을 한다'의 4 점까지 측정되며 최저 0 점에서 최고 120 점으로 점수가 높을수록 부정적인 사고의 빈도가 높음을 의미한다. 원 도구의 Cronbach's $\alpha = .96$ 이고, 권석만 과

윤호균(1994)의 연구에서 대학생을 대상으로 자료 수집하여 분석한 결과, 신뢰도 Cronbach's $\alpha = .94$ 이었다. 본 연구에서의 Cronbach's $\alpha = .87$ 였다.

4) 역기능적 태도 척도

중재 전과 후 부정적인 인지의 변화 정도를 평가하기 위해 Weissman & Beck (1978)이 제작한 역기능적 태도(Dysfunctional Attitude Scale Form A: DAS)를 권석만(1994)이 번안한 척도를 사용한다. 이 척도는 Beck(1967)의 우울증에 관한 인지적 모델에 기초하여 우울에 대한 인지적 취약성을 측정하는 일반적인 신념이나 가정들로 이루어져 있으나, 측정된 내용들이 우울증에 특정한 것이라기 보다는 다른 일반적 정신병리에 대한 인지적 취약성을 반영하는 것으로 보고되고 있다(Hill, Oei & Hill, 1989; Hollon et al, 1986). 또한 최승애(2003)는 같은 스트레스를 경험하더라도 이후의 심리적 장애를 결정하는 매우 중요한 변인이 역기능적 태도임을 언급하였으며, 역기능적 태도가 스트레스 상황에서 심리적 장애의 매개변수가 된다고 나타낸 선행 연구의 결과와 일치하기에 이 척도를 사용하기로 하였다(조용래, 1998; Spangler, Simon, Monroe, & Thase, 1997).

피검자는 각 문항이 담고 있는 내용에 대해 동의 및 반대의 정도를 Likert 7 점척도(1 점:매우 반대, 4 점:중간, 7 점:매우

동의)상에 평정하도록 되어 있으며 총점이 높은 사람은 역기능적 태도가 높음을 의미한다. 40 문항 중 10 문항(2, 6, 12, 17, 24, 29, 30, 35, 37, 40 번 문항)은 역채점 하며, 총 점수의 범위는 40 점에서 280 점까지 가능하다. 전체 문항에 대한 원 도구의 Cronbach's $\alpha = .93$ 이었다. 국내 연구자 권석만(1994) 이 변안한 역기능적 태도 척도에 대한 자료는 330 명의 대학생을 대상으로 수집되었으며 자료 분석 결과 이 연구에서의 Cronbach's $\alpha = .86$ 이었다. 본 연구에서의 Cronbach's $\alpha = .82$ 였다.

7. 자료분석 방법

본 연구에서 수집한 자료는 SPSS Statistics 20.0 프로그램을 이용하여 다음과 같이 분석하였다.

- 1) 각 변수의 정규성 검정은 Kolmogorov-Smirnov test 를 이용하였다.
- 2) 실험군과 대조군의 일반적인 특성은 기술 통계 분석을 실시하였다.
- 3) 실험군과 대조군의 일반적 특성과 사전 종속 변수의 동질성을 검정하기 위해서 Chi-squared Test 와 t-test 를 이용하여 실시하였다. 정규성을 띠는 사전 변수(지각된

스트레스, 신체 증상, 역기능적 태도)의 두 군간 동질성은 t-test 를 이용하여 분석하였으며, 정규성을 띄지 않는 변수(부정적 자동적 사고)의 두 군간 동질성은 Mann-Whitney U test 로 분석하였다.

4) 실험군과 대조군 각각의 집단 내에서 중재에 따른 지각된 스트레스, 신체 증상, 부정적 자동적 사고, 역기능적 태도의 사전, 사후 조사 간의 변화를 살펴보기 위해 반복측정 이원배치분산분석(Repeated measures two-way ANOVA)을 실시하였다. 실험군의 사전 부정적 자동적 사고와 사후 신체 증상이 정규성을 띄지 않아 log 를 취하여 변환한 값으로 정규성 검정을 한 결과 정규분포 하였고, 변환한 값을 사용하여 분석하였다.

5) 모든 통계의 유의수준은 $p < .05$ 로 하였다.

실험대상자 수는 김창연(2000)의 연구에서 대학생을 대상으로 스트레스 대처 인지행동치료 실시하였고 효과크기(effect size)가 $d=0.8$ 로 컸음을 참고로 G*power 3.1.9 version 프로그램을 이용해 유의수준(α)는 .05, 통계적 검정력($1-\beta$)은 .80, 효과크기 f 0.4, 반복측정 이원배치분산분석(repeated measures two-way ANOVA)으로 최소한의 표본의 크기를 산출한 결과 각 그룹 당 18 명, 총 36 명의 연구 대상자가 필요하다. 대상자 선정 기준에 부합하지 않을 가능성 및 중재 도중 탈락률을 고려하여 필요한

대상자인 36 명보다 20%를 더 확보하기 위해 42 명 이상의
대상자를 모집하는 것을 목표로 하였다. 최종 대상자 수는 실험군
17 명, 대조군 15 명으로 총 32 명이었다.

V. 연구 결과

1. 연구 대상자의 일반적 특성 및 종속변수 동질성검증

1) 중재 전 실험군과 대조군의 인구 사회학적 특성

본 연구에 참여한 대상자들의 인구 사회학적 특성에 대한 동질성 검정 결과 두 군간에 통계적으로 유의한 차이가 없었다($p>.05$). 연구 대상자는 여성이 실험군의 76.5%(13 명), 대조군의 86.7%(13 명)으로 두 군 모두 여성이 더 많았다. 학년은 실험군에서 3 학년이 41.2%(7 명), 4 학년이 23.5%(4 명)로 전체 학년에서 3,4 학년이 64.7%를 차지하였으며, 대조군 역시 3 학년이 40%(6 명), 4 학년이 53.3%(8 명)로 전체 학년에서 3,4 학년이 93.3%로 나타났다. 스트레스의 원인으로는 실험군 35.3%(6 명)가 학업스트레스를 가장 높은 스트레스원으로 꼽았으며, 대조군은 46.7%(7 명)이 취업 준비를 가장 높은 스트레스원으로 응답하였다. 전체 대상자 중 신체 증상과 관련하여 최근 1 년간 병원을 방문한 경험이 있는 대상자가 90.6%(29 명)로 나타났다. 실험군과 대조군의 연령, 성별, 학년, 스트레스원, 전공, 병원방문 횟수, 투약 경험을 비롯한 인구사회학적 특성에 대한 동질성 검증 결과

유의수준 0.05 에서 통계적으로 유의한 차이가 없었다($p>.05$) (Table. 2).

Table2. Homeogeneity test of sociodemographic characteristics

Variables	Categories	Experimental group(n=17) N(%)	Control group(n=15) N(%)	Total N(%)	χ^2 or t	p
		Mean \pm SD	Mean \pm SD			
Age (years)	18~20	2(11.8%)	0(0.0%)	2(6.2%)	3.212	.360
	21~23	10(58.8%)	12(80.0%)	22(68.8%)		
	24~26	4(23.5%)	3(20.0%)	7(21.9%)		
	27~29	1(5.9%)	0(0.0%)	1(3.1%)		
		22.59 \pm 1.91	23.00 \pm 1.25	22.79 \pm 1.58	-.711	.058
Gender	Male	4(23.5%)	2(13.3%)	6(18.8%)	.544	.461
	Female	13(76.5%)	13(86.7%)	26(81.2%)		
Year in college	1th	3(17.6%)	0(0.0%)	3(9.4%)	5.306	.151
	2nd	3(17.6%)	1(6.7%)	4(12.5%)		
	3rd	7(41.2%)	6(40.0%)	13(40.6%)		
	4th	4(23.5%)	8(53.3%)	12(37.5%)		
Stressor	Academic	6(35.3%)	6(40.0%)	12(37.5%)	6.166	.187
	Employment	3(17.6%)	7(46.7%)	10(31.2%)		
	Interpersonal	4(23.5%)	2(13.3%)	6(18.8%)		
	Family issues	2(11.8%)	0(0.0%)	2(6.2%)		
	Financial stress	2(11.8%)	0(0.0%)	2(6.2%)		
Major	Humanities	1(5.9%)	1(6.7%)	2(6.2%)	6.002	.306
	Social science	2(11.8%)	5(33.3%)	7(21.9%)		
	Natural science	7(41.2%)	4(26.7%)	11(34.4%)		
	Medicine/Nursing	6(35.3%)	2(13.3%)	8(25.0%)		
	College of arts	0(0.0%)	2(13.3%)	2(6.2%)		
	Education	1(5.9%)	1(6.7%)	2(6.2%)		

Number of hospital visit/year	None	2(11.8%)	1(6.7%)	3(9.4%)	.745	.863
	1-5/	10(58.8%)	9(47.4%)	19(59.4%)		
	6-10/	1(25.0%)	3(20.0%)	4(12.5%)		
	10>	4(23.5%)	2(13.3%)	6(18.8%)		
Taking medication	Yes	6(35.3%)	4(26.7%)	10(31.2%)	.276	.445
	None	11(64.7%)	11(73.3%)	22(68.8%)		

2) 중재 전 실험군과 대조군의 종속변수의 동질성 검정

변수들의 정규성 검정을 확인하기 위해 Kolmogorov-Smirnov 를 시행한 결과, 실험군의 사전 부정적 자동적 사고(ATQ-N)가 정규성을 띄지 않아 Mann-Whitney U test 를 시행하였고, 나머지 변수들은 모두 정규성을 띄어 독립표본 t-test 를 시행하였다. 위와 같은 방법으로 중재 전 사전조사에서 실험군과 대조군의 종속변수에 대한 동질성을 검정한 결과, 신체 증상($t=1.722$, $p=.099$), 지각된 스트레스($t=-.312$, $p=.757$), 부정적 자동적 사고($p=.526$), 역기능적 태도($t=.502$, $p=.619$)로, 실험군과 대조군이 유의수준 0.05 에서 통계적으로 유의한 차이를 보이지 않았다($p>.05$).

실험군과 대조군 두 그룹의 사전, 사후 값의 평균값은 다음과 같다(Table. 3).

Table3. Comparison of Means(Standard Deviations) at baseline
between two groups

Scores of Outcome measures	Experimental group(n=17)		Control group(n=15)	
	Preintervention	Postintervention	Preintervention	Postintervention
	Mean±SD	Mean±SD	Mean±SD	Mean±SD
PHQ-15	13.47±5.768	6.94±4.93	10.80±2.597	11.00±3.11
PSS	20.00±4.430	13.41±4.78	20.60±6.390	20.33±6.89
ATQ-N	31.35±21.266	15.76±12.68	31.53±30.012	29.60±22.0
DAS	145.53±27.254	137.76±19.69	140.40±30.549	141.26±34.34

Note. PHQ-15=Patient Health Questionnaire-15, PSS= Perceived stress scale, ATQ-N= Automatic Thoughts Questionnaire-Negative, DAS= Dysfunctional Attitude Scale

2. 중재 프로그램의 효과

1) 중재가 지각된 스트레스에 미치는 효과

가설 1. 실험군의 스트레스 점수의 전, 후 차이는 대조군의 스트레스 점수의 전, 후 차이보다 클 것이다.

중재에 참여한 실험군과 대조군의 시간에 따른 지각된 스트레스 점수의 차이를 검정하기 위해 Repeated measures two-way ANOVA 를 시행한 결과, 시간의 효과와 시간과 군의 교호작용에 유의한 차이가 있었다. 시간과 군의 교호작용에서는 신체 증상의 변화 양상이 군에 따라 유의한 차이를 보였다($F=21.661$, $p<.001$). 즉, 중재 전, 후 지각된 스트레스 점수의 변화 양상은 실험군, 대조군 간 유의한 차이가 있었다(Table. 4).

Table 4. Repeated Measures ANOVA of Perceived Stress Score between Experimental and Control Group

Variables	Sources		SS	df	MS	F	P
Perceived Stress Scale	Within-subjects	Time	187.225	1	187.225	25.470	<.001
		Time*group	159.225	1	159.225	21.661	<.001
		Error	220.525	30	7.351		
	Between-subjects	Group	225.412		225.412	3.986	.055
		Error	1696.525		56.551		

Note. ANOVA=Analysis of Variance

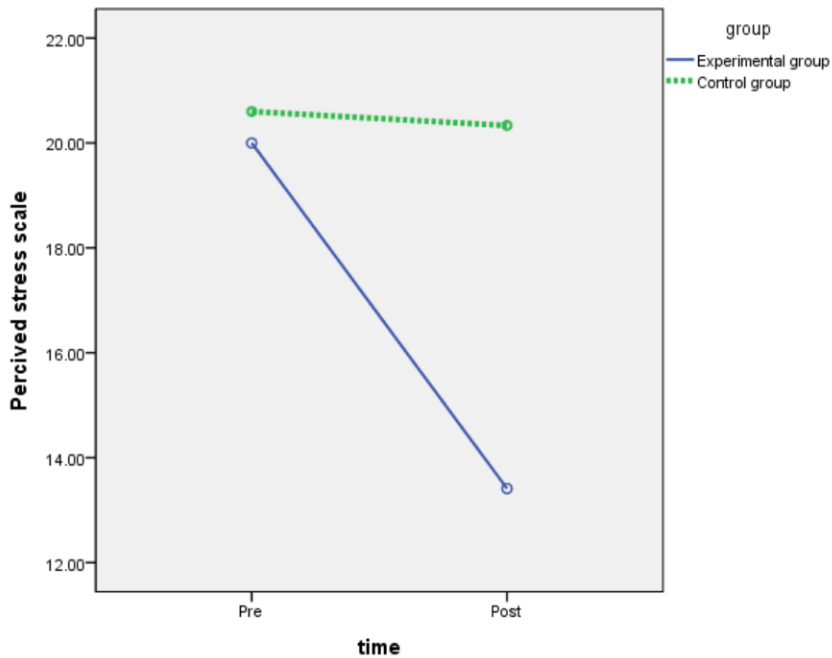


Fig2. Changes of Perceived stress score

2) 중재가 신체 증상에 미치는 효과

제 2 가설: 실험군의 신체 증상 점수의 전, 후 차이는 대조군의 신체 증상 점수 전, 후 차이보다 클 것이다.

실험군의 사후 신체 증상 점수가 정규성을 띄지 않아 log 를 취하여 변환한 값으로 정규성 검정을 한 결과 정규분포 하였다. 상기 값으로 중재에 참여한 실험군과 대조군의 시간에 따른 신체 증상 점수의 전, 후 차이를 검정하기 위해 Repeated measures two-way ANOVA 를 시행한 결과, 시간의 효과와 시간과 군의

교호작용에 유의한 차이가 있었다. 시간과 군의 교호작용에서는 신체 증상의 변화 양상이 군에 따라 유의한 차이를 보였다($F=42.463$, $p<.000$). 즉, 중재 전, 후 신체 증상 점수의 변화 양상은 실험군, 대조군 간 유의한 차이가 있었다(Table. 5).

Table 5. Repeated Measures ANOVA of Patient Health Questionnaire Score between Experimental and Control Group

Variables	Sources		SS	df	MS	F	P
Patient Health Questionnaire (PHQ-15)	Within-subjects	Time	2.435	1	2.435	41.579	<.000
		Time*Group	2.487	1	2.487	42.463	<.000
		Error	1.757	30	.059		
	Between-subjects	Group	0.817	1	0.817	2.607	.117
		Error	9.402	30	0.313		

Note. ANOVA=Analysis of Variance

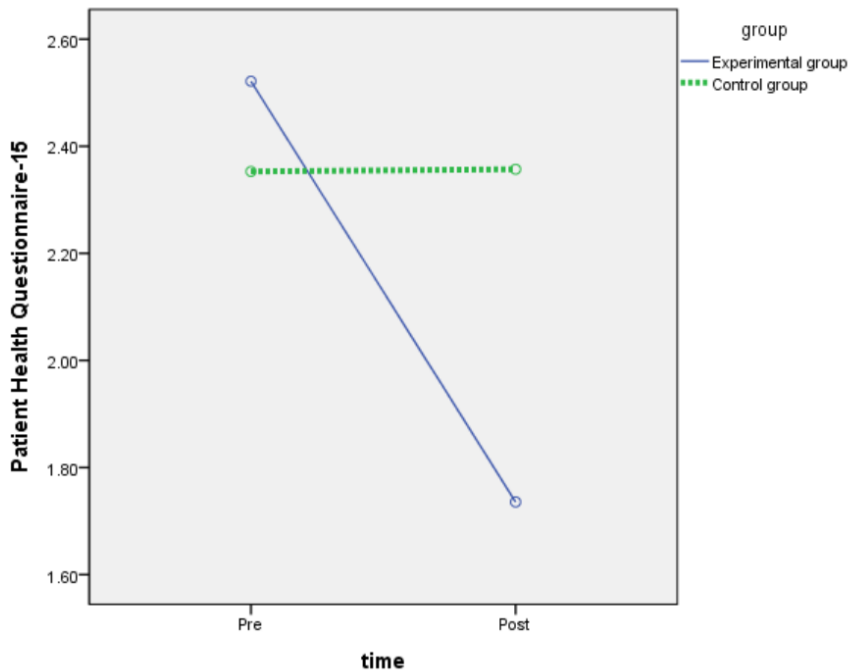


Fig3. Changes of Patient Health Questionnaire-15 score

3) 중재가 부정적 자동적 사고에 미치는 효과

가설 3. 실험군의 부정적 자동적 사고 점수의 전, 후 차이는 대조군의 부정적 자동적 사고 점수의 전, 후 차이보다 클 것이다.

실험군의 사전 부정적 자동적 사고 점수가 정규성을 띄지 않아 log 를 취하여 변환한 값으로 정규성 검정을 한 결과 정규분포하였다. 상기 값으로 중재에 참여한 실험군과 대조군의 시간에 따른 부정적 자동적 사고의 전, 후 차이를 검정하기 위해 Repeated measures two-way ANOVA 를 시행한 결과, 시간의 효과와

시간과 군의 교호작용에 유의한 차이가 있었다. 시간에 따라 중재 전, 후의 부정적 자동적 사고에는 유의한 차이를 보였으며, 시간과 군의 교호작용에서는 부정적 자동적 사고의 변화 양상이 군에 따라 유의한 차이를 보였다($F=27.968$, $p=.000$). 즉, 중재 전, 후 부정적 자동적 사고 점수의 변화 양상은 실험군, 대조군 간 유의한 차이가 있었다(Table. 6).

Table 6. Repeated Measures ANOVA of Automatic Thoughts Questionnaire–Negative(ATQ–N) score between Experimental and Control Group

Variables	Sources		SS	df	MS	F	P
Automatic Thoughts Questionnaire	Within-subjects	Time	1.646	1	1.646	14.674	<.001
		Time*Group	3.137	1	3.137	27.968	<.001
		Error	3.365	30	0.112		
-Negative	Between-subjects	Group	.570	1	0.570	0.436	.514
		Error	39.239	30	1.308		

Note. ANOVA=Analysis of Variance

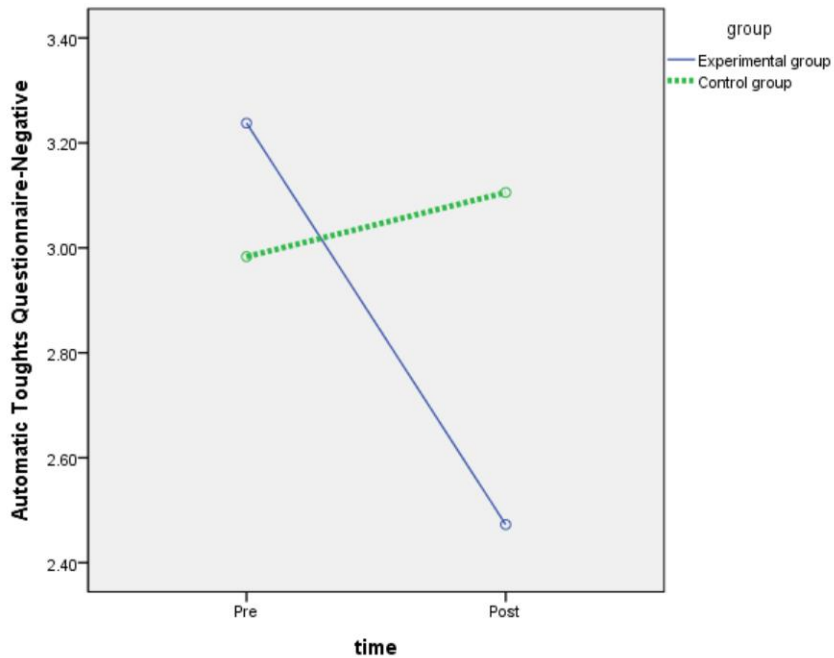


Fig 4. Changes of Automatic Thoughts Questionnaire-Negative(ATQ-N) score

4) 중재가 역기능적 태도에 미치는 효과

가설 4. 실험군의 역기능적 태도 점수의 전, 후 차이는 대조군의 역기능적 태도 점수의 전, 후 차이보다 클 것이다

중재에 참여한 실험군과 대조군의 시간에 따른 역기능적 태도 점수의 차이를 검정하기 위해 Repeated measures two-way ANOVA 를 시행한 결과, 시간의 효과와 시간과 군의 교호작용에 유의한 차이가 없었다. 시간과 군의 교호작용에서 역기능적 태도의

변화 양상이 군에 따라 유의한 차이를 보이지 않았다($F=1.828$, $p=.187$). 즉, 중재 전, 후 역기능적 태도 점수의 변화 양상은 실험군, 대조군 간 유의한 차이가 없었다(Table. 7).

Table 7. Repeated Measures ANOVA of Dysfunctional Attitude score between Experimental and Control Group

Variables	Sources		SS	df	MS	F	p
Dysfunctional Attitude	Within-subjects	Time	189.588	1	189.588	1.167	.289
		Time*Group	296.838	1	296.838	1.828	.187.
		Error	4872.396	30	162.413		
	Between-subjects	Group	10.553	1	10.553	.007	.932
		Error	42801.431	30	1426.714		

Note. ANOVA=Analysis of Variance

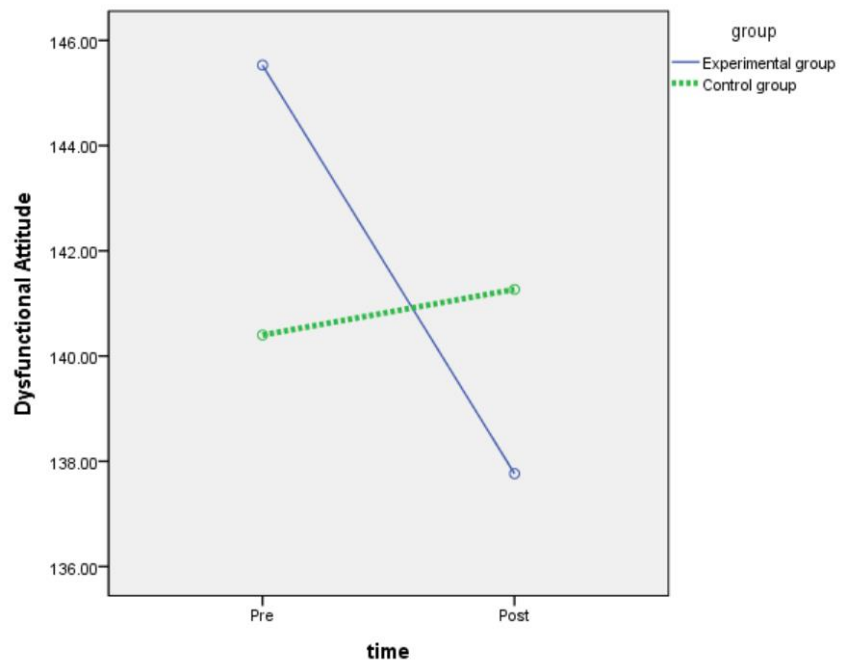


Fig5. Changes of Dysfunctional Attitude Score

VI. 논의

본 연구에서는 대학생을 대상으로 주 1회 총 5주간 시행한 인지행동치료 기반 지각된 스트레스, 신체 증상 조절 간호중재의 지각된 스트레스, 신체 증상, 부정적 자동적 사고, 역기능적 태도에 대한 효과를 검증하였다. 이에 본 장에서는 중재의 효과와 특징 및 본 연구결과의 간호학적 의의와 제한점에 대해 선행연구 결과와 비교하여 논의해보고자 한다. 나아가 정신간호 임상에서 신체 증상 조절 간호중재를 적용하기 위해 고려할 사항을 제언하고자 한다.

1. 대학생의 지각된 스트레스 및 신체 증상

본 연구에서 대상자들의 사전조사 결과인 지각된 스트레스와 신체 증상의 특성 및 일반적 특성을 선행연구와 비교하여 기술하면 다음과 같다. 본 연구 대상자들의 중재 전 지각된 스트레스는 평균 20.30점으로, 본 연구와 같은 항목 수와 총점을 측정한 도구를 사용한 선행연구에서는 2000명 이상의 일반인의 평균이 15.83점으로 나타났으며(Cohen & Janick-Deverts, 2012), 같은 도구를 사용하여 지각된 스트레스를 측정한 국내 연구에서는, 교대근무를 하는 임상 간호사의 지각된 스트레스의 평균 점수가

18.83점(이원희, 김춘자, 2006), 섬유근육 통증증후군을 진단받고 치료받고 있는 126명 환자의 지각된 스트레스는 평균 23.78점이었다(문애진, 2014). 대학생을 대상으로 한 선행연구에서는 285명의 지각된 스트레스의 평균 점수가 17.9점이었으며(Roberti J. W. et al., 2006), 112명의 대학생의 지각된 스트레스 평균 점수는 18.84점이었다(조현주, 현명호, 2011). 이는 현 한국 대학생들의 높은 스트레스 수준을 나타내며, 대학생 시기의 반복되는 시험, 과제, 발표, 취업 준비 등의 요인은 높은 수준의 스트레스와 연결된다는 선행연구를 뒷받침한다(Urdan & Midgley, 2001). 국내의 연구에서도 대학생들의 학업, 진로, 대인관계 스트레스는 지각된 스트레스 수준을 더욱 높이고 있다고 언급한 바 있다(강부명, 2003). 더 나아가, 대학생이 경험하는 높은 스트레스는 불안과 우울, 자살사고, 섭식장애와 높은 상관관계를 나타내며 여러 정신병리로 이어질 수 있는 큰 위험요소가 될 수 있으므로(Dixon et al., 1992; Segrin, 1999), 높은 스트레스를 중재하기 위한 시기 적절한 개입이 필요함을 시사한 바를 뒷받침한다(Flett et al., 1991; Kearns et al., 2008). 한편, 본 연구에서 나타난 대상자들은 주된 스트레스원으로 대다수가(68.7%) 취업과 학업 스트레스를 꼽았다. 이는 선행연구에서 대학생들의 사회심리적 스트레스원으로 진로 스트레스와 학업 스트레스가 62.4%로 나타난 결과와 유사하다(강부명, 2003). 따라서 대학생을 대상으로 하는 스트레스 중재연구에서는 대학생의 학업, 취업 관련 스트레스를 고려할 필요가 있겠다.

본 연구에서 PHQ-15를 사용하여 측정한 대상자들의 사전 신체 증상 평균 점수는 11점으로, 800명의 대학생을 대상으로 본 연구와 같은 도구를 사용한 Jasper(2012)의 연구에서 평균 점수 7.27점이었던 결과와 비교했을 때 높은 수준이었다. 국내의 일개 대학병원 정신건강의학과 외래를 방문한 203명의 우울증 환자들을 대상으로 측정한 신체 증상 평균 점수는 12.1점이었다(이재진 등, 2012). 이와 관련하여 본 연구에서 90.6%에 해당하는 대상자 대부분이 신체 증상으로 인해 병원을 방문한 경험이 있다고 보고되었는데, 이는 신체 증상이 실제 기질적 원인에 의한 것일 가능성을 배제하지 못함을 감안해서도 높은 비율이며, 신체 증상을 호소하는 대상자들의 의료기관 방문률이 높음을 나타낸 선행연구와 같은 맥락이다(Barsky, 2005). 요약하자면, 본 연구와 선행연구의 결과는 스트레스와 신체 증상에 취약한 대학생들이 일반인, 혹은 그 정도가 심하지 않은 일반 대학생들에 비해 특히 주목해야 할 집단이며, 이와 관련한 정신심리적 중재가 중요함을 시사한다.

2. 인지행동치료 기반 간호중재의 효과

본 연구에서 실험군의 지각된 스트레스는 대조군의 지각된 스트레스 수준에 비해 중재 후 시간에 따른 변화를 보여, 인지행동치료 기반 신체증상 조절 간호중재는 지각된 스트레스의 감소에 효과적인 것으로 나타났다. 이러한 결과는 스트레스 감소를

위한 목적으로 대학생 혹은 일반인을 대상으로 인지행동치료 기반 중재를 제공하여 긍정적인 결과를 보인 선행 연구와 일치하며(Hofmann et al., 2012; Cheung, W. M. et al., 2013; Regehr, C., Glancy, D., & Pitts, A., 2013; Hofmann et al., 2012; 최해림, 1986), 인지행동 기반 중재가 과도한 스트레스로 인한 불면, 두통, 이명 등 스트레스 반응에 효과적인 중재방법임을 나타낸 선행연구와도 맥락을 같이한다(Liza, 2011). 선행연구를 토대로 보았을 때, 이와 같은 결과는 본 연구 대상자의 특성인 지각된 스트레스의 정도가 높았기 때문이라고 생각된다. 선행연구에서는 스트레스를 많이 지각하고 있는 대학생이 신체 증상을 더 경험하며 스스로 건강하지 않다고 지각한다고 보고된 바 있으며(서경현, 오경희, 2009), 신체 증상을 감소시키기 위해서는 일차적으로 대학생들의 높은 스트레스 수준을 낮추는 것이 필요하다고 보았다(조슬기, 2015). D. Y. Leung(2010)의 연구에서는 지각된 스트레스의 평균 점수가 18.64점으로 높았던 일반인들을 대상으로 인지행동 기반 중재를 적용한 결과 효과적이었는데, 이는 본 연구 대상자의 특성인 높은 지각된 스트레스 수준과 유사한 바이며, 지각된 스트레스가 높을수록 인지행동 기반 중재의 효과가 극대화된다고 보고한 연구결과와도 상응한다(Au et al., 2016). 스트레스에 취약한 대학생들이 적절한 치료를 받지 못할 경우, 정신건강 문제의 장기화와 빈번한 재발이 야기되므로(Deckro et al., 2002; Reavley & Jorm, 2010), 대학생의 높은 지각된 스트레스 정도는 중재 개입에 있어 중요한

지표로 판단되며 본 연구의 효과와도 직결되었을 것으로 보인다.

본 연구에서 중재에 참여한 실험군의 신체 증상이 대조군의 신체 증상에 비해 시간에 따른 차이를 보여, 신체 증상 조절 간호중재는 신체 증상의 감소에 효과적인 것으로 나타났다. 이는 신체 증상을 호소하는 대상자들에게 인지행동치료 기반 중재를 적용하여 신체 증상 감소 효과를 보고한 선행 연구와도 일치하는 결과이며(Gulliksson et al., 2011; Looper & Kirmayer, 2002; Nezu et al., 2001; Kroenke, 2007; Kroenke & Swindle, 2000; Sumathipala, 2000), 인지행동 기반 중재는 광범위한 범주의 신체 증상 호소 대상자와 정신신체질환자의 신체 증상과 심리적 디스트레스, 장애를 줄이는데 효과적이라는 결과에도 부합한다(Kroenke, 2002). Sumathipala(2007)의 연구에 의하면 신체 증상 호소 대상자에게 대중적인 시술을 시행하고 약을 처방하는 등 의학적 관점의 치료보다 인지행동치료 기반 심리적 중재가 효과적이었다. 그 이유는 치료자가 의학적 모델을 넘어서 개개인의 신체 증상에 기여하는 스트레스, 부정적 심리적 상태 등의 요인을 고려하여 포괄적으로 접근하여 중재할 수 있기 때문이며, 신체 증상 호소대상자들이 시기 적절한 심리중재를 받지 못하면 만성적 경과를 밟을 가능성이 높아지기 때문이다(Sumathipala, 2007). 특히, 신체 증상 조절을 위한 인지행동 중재는 대상자의 현재 주 증상을 완화하고 관리하는 실용적 방법에 집중하고 증상특이적인 왜곡된 인지와 부적응적 행동으로부터 회복시킬 수 있는 대상자 중심의 중재이기 때문에 신체 증상을 호소하는

대상자들에게 적합하다(Saravay et al., 1996).

이에 본 중재 프로그램을 구성함에 있어 신체 증상으로부터의 주의 전환 교육, 인지적 재구조화, 이완훈련을 체계적으로 사용하였기에 신체 증상의 경감에 효과적이었다고 사료된다. 이는 스트레스 관리를 목적으로 인지행동 기반 중재를 적용할 때 심리교육, 인지행동 기법, 이완훈련을 통합적으로 사용하는 것이 효과적임을 나타낸 선행연구와도 맥락을 같이한다(Granath et al., 2006). 스트레스 반응으로 인한 신체 증상에 지속적으로 몰두하는 것은 특정한 내적 측면에 과도한 주의를 기울이기 때문에 주의의 전환이 쉽지 않다(Wicklund, R. A., & Duval, S. 1972; Schier & Carver, 1977). 신체 증상을 호소하는 대상자들은 신체감각에 과도하게 주의를 기울이기 때문에 이들을 중재함에 있어 주의 분산이 중요하며, 중재 초기에 과도한 주의가 신체 증상을 증폭시킨다는 것과 주의분산의 치료효과를 설명하는 것이 필요하다(Cioffi, 1991). 본 중재의 전반부인 ‘나의 신체 증상 알아차리고 조절하기’에서는 대상자들로 하여금 스트레스 상황에서 신체의 정상적인 생리적 각성 과정을 이해하고 신체 증상에 대한 주의전환의 어려움이 사소한 신체 증상을 심각한 질병의 증거로 잘못 해석하게 만들고 증상을 악화시킬 수 있음을 배웠다. 이와 연결 지어 주의 분산의 방법으로 복식 호흡을 실제 연습해봄으로써 신체 내부의 특정 측면에만 주의를 기울이는 자기 몰입에서 벗어나 현재에 초점을 두고 좀 더 다양한 삶의 측면을 발견할 수 있도록

도왔다. 이같은 주의 전환 교육은 선행연구와 비교했을 때, 본 연구에서 특히 중점적으로 다룬 부분인데, 대학생들 대상으로 스트레스 반응의 경감을 위해 6회기의 인지행동 기반 중재를 제공한 Deckro, G. R 등(2002)의 연구에서는 인지적 재구조화를 위한 작업들을 중재의 구성으로 포함하였으나 스트레스 반응 및 과도한 몰두에 대한 이해와 주의전환 기법을 다루지 않았다는 점에서 본 연구와 구별된다.

본 중재를 구성할 때 체계적으로 적용한 두 번째 요소는 인지행동 치료의 목표이기도 한 인지재구조화 과정이다. 이 과정은 스스로의 부정적 자동적 사고가 타당한지 평가하고 부적응적인 사고에 대해 현실적인 대안을 생각하여 실제 생활에서 적용해보는 것이며 치료의 전반에서 다루어야 효과적이라고 보고되고 있다(Beck, 1967). Zonneveld, L. N 등(2012)의 연구에서도 신체 증상을 호소하는 대상자들에게 인지행동 기반 중재를 제공한 결과 효과적이었던 가장 큰 요인으로 성공적인 인지 재구조화로 꼽았다. 자신의 신체 증상을 대처하기 위해 할 수 있는 일이 없다고 여기거나 원인이 되는 스트레스를 조절할 수 있는 방법이 없다고 여기는 등 부정적이거나 왜곡된 방식으로 경험을 하고 있었던 대상자들이 인지적 재구조화를 통해 자신이 가진 긍정적 대처 자원과 문제해결 기술을 찾을 수 있게 되고 스트레스 상황에서 새로운 대처 방식을 터득할 수 있게 되었다고 보았다(Zonneveld, L. N et al., 2012). 이와 같은 선행연구의 중재 구성은 본 연구와 유사한 방식의 중재 구성으로, 본 중재 프로그램 역시 3회기에서

5회기 전반에 걸쳐 스트레스 상황에서 인지적 재구조화를 위해 많은 시간을 할애하였다. 특히 ‘나는 건강하지 못하다’, ‘내가 경험하는 신체 증상은 신체 질환이 있음을 의미하는 것이다’, ‘두통이 있으니 시험을 못 볼 것이다’ 등과 같이 자신의 신체적 약점에 집중하였던 대상자들이 인지적 재구조화 작업 및 구성원들과의 대화를 통해 부정응적인 인지적 왜곡을 수정할 수 있었던 것으로 사료된다. 이는 Barsky(2006)의 연구에서 스스로 알지 못했던 신체적 강점을 찾아내거나 신체 증상과 관련된 좌절경험을 성공적으로 극복한 사례를 적어보고 이야기해봄으로써 인지적 수정이 더욱 효과적으로 이루어진다고 본 결과를 반영하는 바이다.

마지막으로, 이완 훈련은 스트레스 반응과 반대되는 반응을 유도하여 긴장상황과 스트레스에 대해 더 잘 조절할 수 있고 통증에 대한 민감성이 감소되므로 스트레스 반응과 신체 증상의 감소에 효과적이다(Schroder A., 2013). 만성 통증을 포함한 신체 증상 호소 대상자들에게 적용한 인지행동기반 중재를 메타 분석한 선행 연구에서는 인지행동 중재에서 다룬 이완훈련들이 통증 경험, 신체 증상의 행동적 표현에 유의한 효과가 있었다고 보고한 바 있다(Butler et al., 2006). 또한, 만성피로를 호소하는 환자를 대상으로 인지행동치료를 받은 그룹과 이완훈련만 받은 그룹을 5년간 추적 조사하였는데, 인지행동치료를 받은 그룹이 이완훈련만 받은 그룹보다 만성 피로 증상의 회복과 재발, 증상경험에서 더

효과적이었다(Deale, A. et a., 2001). 이는 대학생의 스트레스 반응 개선을 위한 최란(2008)의 인지행동 기반 중재 연구에서 6회기의 중재의 구성 내용으로 스트레스에 대한 심리교육과 인지적 기법을 포함하였으나 이완훈련을 다루어지지 않아 인지행동 치료의 구성요소를 부분적으로 사용하였다는 점에서 본 연구와 구별되는 부분이다. 요약하자면, 본 연구에서 주의 전환, 인지적 재구조화와 이완 훈련을 체계적으로 다루었다는 점에서 신체 증상 점수의 유의한 변화와 연결되었다고 보여진다.

본 연구에서 중재에 참여한 실험군의 부정적 자동적 사고의 수준이 대조군의 부정적 자동적 사고의 수준에 비해 시간에 따른 차이를 보였다. 즉, 신체 증상 조절 간호중재가 부정적 자동적 사고의 감소에 효과를 보인 것으로 해석될 수 있다. 이와 같은 결과는 본 연구의 대상자와 유사한 왜곡된 인지 과정을 전제로 스트레스를 호소하는 대학생을 대상으로 부정적 자동적 사고의 교정을 목표로 한 웹기반 인지행동 치료를 시행한 결과, 부정적 자동적 사고와 지각된 스트레스에서 유의미한 결과를 도출했다(Radhu et al., 2012)는 점에서 본 연구와 유사하다. Hollon & Kendall(1980)이 개발한 부정적 자동적 사고 척도는 불안, 우울, 신체 증상, 물질 남용과 같은 부정적 심리적 증상과 유의미한 상관관계가 보고되었으며, 부정적 자동적 사고의 교정은 신체 증상과 다양한 부정적 정서를 완화시킨다(Aydin, G, 1996). 그럼에도 신체 증상 조절 중재에서는 신체 증상의 인지적 요인들이 함께 변화되는지 검토하는 과정이 미흡했기에(Radhu et al., 2012),

본 연구에서 나타난 부정적 자동적 사고의 유의한 변화는 선행연구의 한계를 보완할 수 있겠다. 부정적 자동적 사고는 상황에 따라 쉽게 나타나는 일시적인 사고로, 감정의 변화에 주목하면 비교적 쉽게 수정할 수 있는 특성이 있어 치료적 개입의 구체적 표적이 된다. 따라서 회기의 상당 부분이 부정적 자동적 사고를 다루는 데에 할애된다(Wright et al., 2006). 인지행동치료 기반 중재에서 부정적 자동적 사고의 변화를 위해서는 기존 믿음에 대한 지지 증거와 반대 증거, 대안적 사고에 대한 지지증거와 반대증거를 찾는 것이 중요하다 (Warwick & Salkovskis, 1989; Sharpe, W. F., 1992). 또한 각 회기마다 과제를 제시하는 과정을 통해 습득된 기술을 활용하여 자신의 부정적 자동적 사고를 수정하고 대안적 사고를 찾아 일상생활에 적용할 수 있도록 도움으로써 인지행동 기반 중재의 효과가 극대화된다(Feng et al., 2012). 선행 연구의 시사점을 볼 때, 본 중재 프로그램에서는 첫 회기를 제외한 매회기에 대상자들로 하여금 감정의 변화를 일으킨 사건에 대해 이야기하며 사건의 의미를 탐색하고 부정적 자동적 사고를 찾는 작업을 하였으며, 신체 증상을 유지, 악화시키는 인지를 수정하기 위해 ‘증거 점검하기’ 작업을 통해 부정적 자동적 사고에 대한 적응적인 대안적 사고를 찾는 작업을 시행하였다. 또한 증상 기록지를 과제로 제시하고 회기를 시작하기 전에 이전 과제에 대해 함께 토의하면서 각자가 가지는 가정을 정교하게 탐색하였다. 이러한 일련의 과정을 통해 대상자들은 스트레스와 신체 증상을 유지하고 악화시키는 부정적 자동적 사고를 현실적이고 합리적인

사고로 수정하면서 상황을 긍정적으로 해석할 수 있었다고 보여진다.

본 연구에서 중재 실시 전, 후의 실험군의 역기능적 태도가 대조군과 비교하여 유의한 차이를 보이지 않은 결과를 나타냈다. 즉, 신체 증상 조절 간호중재는 역기능적 태도의 변화에 효과를 보이지 않은 것으로 해석된다. 이와 같은 결과는 우울증 환자를 대상으로 12주간 총 16회의 인지행동 기반 중재를 사용하여 역기능적 태도의 감소에 유의한 효과를 검증한 연구 상반된 것이며(DeRubeis, R. J. et al., 1990), 이는 본 연구에서 환자가 아닌 신체 증상을 호소하는 일반 대학생들을 대상으로 하였기에 대상자의 특성이 선행연구와 다를 수 있고, 중재의 기간과 회기수가 짧았을 가능성이 있기 때문이라고 보여진다. Beck의 인지 이론에 의하면 역기능적 태도는 부정적 자동적 사고와 비교하여 심층적인 인지구조를 반영하여 상황과 시간에 상관 없이 비교적 안정적이며 지속적인 인지이다(Beck et al., 1979). 또한 역기능적 태도의 내용들은 당위적 내용을 담고 있으며 이상주의적이고 완벽주의적인 것이어서 현실에서 실현되기 어렵다(권석만, 2007). 우울증의 인지행동치료에서 부정적 자동적 사고와 역기능적 태도 각각의 독특한 인지적 변인의 역할을 규명한 Furlong과 Oei(2002)의 연구에서는 인지행동 중재 시 부정적 자동적 사고와 역기능적 태도를 측정하는 시기가 상이해야 한다고 보고하였는데, 주 1회 총 12주의 인지행동 기반 중재 연구에서 중재 후 비교적 이른 시기인 1주에서 6주사이 기간에서 부정적 자동적 사고의 유의한 변화가

관찰되었으며, 중재 후 7주에서 12주 사이인 비교적 시간이 경과한 시기에 역기능적 태도가 변화하였다. 이와 같은 결과가 나타난 이유는 부정적 자동적 사고의 경우 표면적 수준에서 발현되어 더 접근 가능성이 높으며 쉽게 수정될 수 있는 반면, 역기능적 태도는 깊고 견고한 수준의 인지이기 때문에 지속적인 중재 후 시간이 경과한 뒤에 변화하기 때문이다(Jacobson et al., 1996; Oei & Sullivan, 1999). 이렇듯 역기능적 태도의 특성을 기반으로 본 연구와 선행연구의 결과들을 종합해 볼 때, 본 연구에서 적용한 5주의 중재기간과 5회의 회기 수는 대상자로 하여금 자신의 즉각적으로 떠오르는 부정적 자동적 사고를 수정할 수 있게 하였으나, 대상자의 깊고 고정된 인지를 변화시키는 데는 충분하지 못한 기간이었을 가능성이 있다. 따라서 추후 연구에서는 역기능적 태도의 변화를 보고자 할 경우, 중재의 지속 기간과 회기수를 늘려 충분한 시간을 확보할 필요가 있으며, 중재의 총 기간을 세분화하여 각 시점에 따른 역기능적 태도의 변화를 비교하여 살펴보는 것이 필요하겠다. 또한, 본 간호중재는 인지행동치료를 기반으로 하여 개인의 인지적 변화를 주된 목표로 두었기 때문에, 개인의 생각의 변화만으로 설명이 힘든 사회 문화적, 환경적 요인을 배제하기 어렵다. 이에 따라, 대상자들이 처한 현실적 상황과 맥락의 어려움이 역기능적 태도의 변화에 유의한 변화를 일으킬 수 없었던 요인으로 작용했을 가능성이 있다.

마지막으로, 본 중재의 특징과 관련하여 프로그램 전반에 대한 논의를 해보고자 한다. 본 연구는 신체 증상이 높은 고위험군을

선별(Screening)하여 대상자를 구성하여 중재 요구도가 높은 대상자를 대상으로 시기 적절한 예방적 개입을 하였다. 이와 같은 접근법은 중재의 효과를 높였을 것으로 보인다. 더불어 본 연구의 대상자들은 원하는 군을 선택할 수 있었기에 중재에 참여하기를 원하는 신체 증상 고위험군이 대조군으로 배정될 가능성을 줄였으며, 원하지 않는 군에 배정됨으로써 중재에 임하는 동기가 저하되거나 중도 탈락하는 부작용을 줄였다. 하지만 동시에 이와 같은 편의 추출의 방식은 무작위 추출이 아니기에, 실험군, 대조군 두 군이 이질적일 수 있어 표본 선정 편중으로 인한 내적 타당도의 위협을 초래할 수 있는 문제가 있다. 한편, 본 연구는 학생 개인의 바쁜 일정을 고려하여 중재 시간을 세분화하였으며, 대상자들의 편의를 고려하여 학교 혹은 도서관을 장소로 이용하였다. 결과적으로 이러한 여러 요인들이 간호 중재의 접근성을 높였다고 생각된다. 한편, 그럼에도 불구하고 본 연구의 실험군에서 탈락률이 22%로 나타났는데, 그 이유에 대해 살펴보면 모집된 22명에서 집단이 구성이 된 후, 회기 시작 직전에 3명이 그룹으로 시행되는 것에 대해 거부감을 보여 탈락하였고, 1회기 직후 1명이 그룹이 마음에 들지 않아서 탈락하였으며, 1명이 개인적인 사유로 인해 탈락하였다. 이같은 결과는 대학생들을 대상으로 추후에 중재를 제공 할 때, 개별적 접근 또한 고려해야 함을 시사하며, 개별 중재와 그룹 중재의 효과를 비교하는 추후 연구가 필요할 수 있겠다. 한편, 본 중재의 효과를 높일 수 있었던 또 다른 요인으로서는 집단원 구성이 소수였다는 점으로, 다수로

이루어진 집단에 비해 집단 역동에 이득을 주었으리라 생각된다. 본 연구는 한 그룹 당 3-4명으로 이루어진 총 7개 집단으로 구성되어 시작되어 최종적으로 2명에서 4명 사이의 구성원으로 이루어졌는데, 집단의 구성원 수는 생산성과 효율성을 결정 짓는 중요 요소로, Wheelan(2009)의 연구에 따르면 3명에서 4명의 구성원수로 이루어진 집단이 5명에서 6명인 집단보다 성과에 도달하는데 더욱 효과적이었다. 즉, 소규모로 구성된 그룹일수록 참여도와 집중력이 높아지며, 특히 심리적 중재와 같이 주관적인 생각에 대해 질문과 피드백을 주고받는 특징이 있는 중재에서 더욱 효과적이다(Ehrenberg, R. G. et al., 2001). 이렇듯 소규모로 구성된 집단 내에서는 구성원 간의 활발한 상호작용 역시 결과에 유의한 작용을 했을 것이라고 보여지는데, Van Daele 등(2012)의 연구에서는 대학생들을 대상으로 1990년부터 2010까지의 기간 동안 스트레스 감소를 위해 심리교육 중재를 시행한 19개의 연구를 메타분석 한 결과, 구성원들과 경험을 나누며 공감하고 상호 지지하는 과정이 사회적 지지 메커니즘을 강화시키고 모델효과를 일으킴으로써 스트레스 감소에 더욱 효과적이었음을 보고하였다. 이는 본 연구 결과와도 상응하는 결과이며, 구성원들간에 자기개방을 통한 사회적 지지와 공감대 형성이 본 연구 결과에 더욱 효과적이었던 요인이라고 생각된다.

3. 간호학적 의의

본 연구의 간호학적 의의를 연구, 이론, 실무 측면에서 살펴보면 다음과 같다.

간호 연구 측면에서 본 연구는 스트레스와 신체 증상의 고위험군인 대학생을 선택적으로 선별하여 이들에게 예방적 중재를 제공하였다는 점에서, 향후 신체 증상 고위험군 일반인을 위한 신체 증상 조절 간호 중재 개발의 기초자료로 쓰일 수 있는 의의가 있다. 또한, 본 연구는 국내의 신체 증상 중재에서 주로 연구되었던 생리적 이완기법뿐만 아니라, 신체 증상의 인지적 기제를 주목하여 간호 중재에 반영하고 구조화하였다는 점에서 인지행동치료 기반 신체 증상 중재연구의 기초적 바탕이 될 수 있다.

간호 이론 측면에서 본 연구는 Beck의 인지 이론을 이론적 기틀로 사용하여 인지 이론의 주요 개념인 부정적 자동적 사고, 역기능적 태도, 인지적 재구조화와 스트레스, 신체 증상 조절 간의 논리적 관계를 이론에 입각하여 확인함으로써 이론의 실무 적용에 기여하였다. 구체적으로, 본 연구에서 제시한 이론적 기틀을 토대로 신체 증상 조절 간호중재가 대학생의 스트레스와 신체 증상에 미치는 효과를 확인하였으며 신체 증상을 경험하는 대학생의 인지적 기제인 부정적 자동적 사고와 역기능적 태도의 변화를

설명하기 위해 자동적 사고 척도와 역기능적 태도 척도를 사용하여 이론의 적용가능성을 높였다.

간호 실무 측면에서 본 연구는 대학의 보건 진료소에 있는 임상 실무자로 하여금 신체 증상을 호소하는 대상군에 대한 이해를 높이는데 도움이 될 수 있으며, 나아가 대학 내의 학생생활 연구소, 정신건강 증진센터 등의 현장에서 신체 증상 호소 대상자들을 위한 스트레스 관리 프로그램의 기초 자료로 제시할 수 있겠다. 마지막으로, 임상에서 실무자들은 신체 증상을 주호소로 병원이나 지역사회를 찾는 대상자들을 바라볼 때 심리적 원인을 간과하는 경향이 높는데(Katsamanis et al., 2011), 이러한 맥락에서 본 연구는 의료 현장에서 의학적 문제로 간주되고 치료 해왔던 문제에 대해서 심리, 정신적 스트레스와의 연결을 시도했다는 점에서 그 의의가 있다고 사료된다.

4. 제한점

본 연구는 다음과 같이 몇 가지 제한점이 있다.

첫째, 본 연구는 대상자로 하여금 원하는 군을 선택하게 하였기에 실험군과 대조군을 무작위 할당하지 못하였다는 점에서 한계점이 있다. 본 연구에서 측정하지 못했던 관련 변인들이 통제되지 않았을 가능성이 있어, 두 군의 특성이 다를 수 있다. 따라서 추후의 연구에서는 무작위 대조군 설계를 고려하여 이를 보완하는 것이 필요하겠다.

둘째, 본 연구의 대상자는 일개 지역 1개 대학교의 소수의 대학생들을 대상으로 국한되었기에 본 연구의 결과를 모든 대학생에게 일반화하는 것에 신중을 기해야 한다.

셋째, 본 연구에서 최종 대상자 수는 32명으로, 최소한으로 산출한 표본 크기인 36명 보다 적었다는 한계점이 있다. 추후의 연구에서는 더 많은 수의 대상자에게 중재를 적용하여 결과를 확인하는 연구가 필요하다.

넷째, 본 연구에서 사후조사를 위해 대조군에게 사용한 면담과 e-mail의 두 방법은 차이가 있을 수 있다.

다섯째, 본 연구는 지각된 신체 증상을 지각하고, 이해하고, 반응하는 인지적 과정에 초점을 맞추었으며 기질적 문제가 있는 대상자를 구분하고 제외하지 않았기 때문에 한계가 있다. 즉, 실제 기질적인 원인에 의한 신체 증상일 가능성을 배제할 수 없었다.

마지막으로, 측정 도구와 관련한 한계점을 들 수 있겠다. 본 연구에서 측정한 도구는 모두 주관적 자가보고식 질문지였다. 즉, 중재가 스트레스와 이로 인한 신체 증상에 미치는 효과를 측정함에 있어 생리적 척도를 사용하지 않았다는 한계가 있을 수 있다. 선행연구에서 인지행동기반 스트레스 중재 프로그램의 결과 변수로 수축기, 이완기 혈압, 심박동수, 침의 코르티솔 농도 등을 측정하여 긍정적인 효과를 나타낸 바(Granath J. et al, 2006), 후속 연구에서는 생리적 측정 도구 또한 고려할 필요가 있겠다.

VII. 결론 및 제언

본 연구는 대학생에게 적용한 인지행동치료 기반 간호중재가 지각된 스트레스, 신체 증상, 부정적 자동적 사고, 역기능적 태도에 미치는 효과를 밝히고자 하였다. 비동등성 유사실험 연구로 실험군 17명, 대조군 15명으로 총 32명이 연구에 참여하였으며 실험군에게는 인지행동치료 기반 간호중재를 제공하였고 대조군에게는 제공하지 않았다.

- 1) 중재 전, 후 지각된 스트레스 점수의 변화 양상은 실험군, 대조군 간 유의한 차이가 있었다.
- 2) 중재 전, 후 신체 증상 점수의 변화 양상은 실험군, 대조군 간 유의한 차이가 있었다.
- 3) 중재 전, 후 부정적 자동적 사고 점수의 변화 양상은 실험군, 대조군 간 유의한 차이가 있었다.
- 4) 중재 전, 후 역기능적 태도 사고 점수의 변화 양상은 실험군, 대조군 간 유의한 차이가 없었다.

결론적으로 본 연구의 간호중재는 신체 증상을 호소하는 대학생들의 지각된 스트레스, 신체 증상, 부정적 자동적 사고를 긍정적으로 감소시킨 것으로 나타났다. 본 결과를 바탕으로 다음과 같이 제언하고자 한다.

첫째, 추후의 연구에서는 무작위 대조군 설계를 고려하는 것이

필요하겠다.

둘째, 스트레스와 이로 인한 신체 증상을 나타내는 더 많은 수의 대학생 집단을 대상으로 적용하여 결과를 반복 확인해야 한다.

셋째, 실제 기질적인 원인에 의한 신체 증상일 가능성을 감별할 수 있도록 대상자의 기저 질환과 현재 주 증상을 검토할 필요성이 있으며, 스트레스 반응의 보다 객관적 측정을 위해 생리적 측정을 고려해야 할 것이다.

넷째, 역기능적 태도의 변화를 보고자 할 때, 중재의 지속 기간과 회기수를 늘려 충분한 시간을 확보할 필요가 있으며, 중재의 총 기간을 세분화하여 각 시점에 따른 역기능적 태도의 변화를 비교하여 살펴보는 것이 필요하겠다.

참고 문헌

- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®). American Psychiatric Pub.
- American College Health Association. (2008). American College Health Association–National College Health Assessment spring 2007 reference group data report (abridged). *Journal of American college health: J of ACH*, 56(5), 469.
- Au, D. W., Tsang, H. W., Lee, J. L., Leung, C. H., Lo, J. Y., Ngai, S. P., & Cheung, W. (2016). Psychosomatic and physical responses to a multi-component stress management program among teaching professionals: A randomized study of cognitive behavioral intervention (CB) with complementary and alternative medicine (CAM) approach. *Behaviour Research and Therapy*, 80, 10–16.
- Aydin, G. (1996). The relationship between negative automatic thoughts and illness. *International Journal of Mental Health*, 25(4), 69–74.
- Bass, C., & Murphy, M. (1995). Somatoform and personality disorders: syndromal comorbidity and overlapping developmental pathways. *Journal of psychosomatic research*, 39(4), 403–427.
- Barsky, A. J. (1992). Amplification, somatization, and the

- somatoform disorders. *Psychosomatics*, 33(1), 28–34.
- Barsky, A. J., & Ahern, D. K. (2004). Cognitive behavior therapy for hypochondriasis: a randomized controlled trial. *Jama*, 291(12), 1464–1470.
- Barsky, A. J., Orav, E. J., & Bates, D. W. (2005). Somatization increases medical utilization and costs independent of psychiatric and medical comorbidity. *Archives of general psychiatry*, 62(8), 903–910.
- Barsky, A. J., & Deans, E. C. (2006). *Stop Being Your Symptoms and Start Being Yourself: The 6-week Mind-body Program to Ease Your Chronic Symptoms*. William Morrow
- Butler, A. C., Chapman, J. E., Forman, E. M., & Beck, A. T. (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: a review of meta-analyses. *Clinical psychology review*, 26(1), 17–31.
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. University of Pennsylvania Press.
- Beck, A. T. (1979). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. Penguin.
- Beck, J. S. (1979). *Cognitive therapy*. John Wiley & Sons, Inc..
- Butler, A. C., Chapman, J. E., Forman, E. M., & Beck, A. T. (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: a review of meta-analyses. *Clinical psychology review*, 26(1), 17–31.

- Campo, J. V., & Fritsch, S. L. (1994). Somatization in children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 33(9), 1223–1235.
- Cheung, W. M., Huang, Y., & Tsang, H. W. H. (2013). Improving Sustainability of Cognitive–Behavioral Therapy (CBT) by Complementary and Alternative Medicine Approaches (CAM) on Reducing Workplace Stress of Teachers. *J Pain Relief S*, 4, 2167–0846.
- Cioffi, D. (1991). Beyond attentional strategies: A cognitive–perceptual model of somatic interpretation. *Psychological bulletin*, 109(1), 25.
- Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of health and social behavior*, 385–396.
- Cohen, S., & Williamson, G. (1988). Perceived stress in a probability sample of the US In S. Spacapan & S. Oskamp (Eds.), *The social psychology of health: Claremont symposium on applied social psychology* (pp. 31–67).
- Cohen, S., & Janiki-Deverts, D. (2012). Who's stressed? Distributions of psychological stress in the United States in probability samples from 1983, 2006, and 2009. *Journal of Applied Social Psychology*, 42(6), 1320–1334.
- Costello, C. G. (1992). Research on symptoms versus research on syndromes. Arguments in favour of allocating more research time to the study of symptoms. *The British*

Journal of Psychiatry, 160(3), 304–308.

- Deale, A., Husain, K., Chalder, T., & Wessely, S. (2001). Long-term outcome of cognitive behavior therapy versus relaxation therapy for chronic fatigue syndrome: a 5-year follow-up study. *American Journal of Psychiatry*, 158(12), 2038–2042.
- Deckro, G. R., Ballinger, K. M., Hoyt, M., Wilcher, M., Dusek, J., Myers, P., . . . Benson, H. (2002). The evaluation of a mind/body intervention to reduce psychological distress and perceived stress in college students. *Journal of American College Health*, 50(6), 281–287.
- DeRubeis, R. J., Evans, M. D., Hollon, S. D., Garvey, M. J., Grove, W. M., & Tuason, V. B. (1990). How does cognitive therapy work? Cognitive change and symptom change in cognitive therapy and pharmacotherapy for depression. *Journal of consulting and clinical psychology*, 58(6), 862.
- Dimsdale, J. E., Creed, F., Escobar, J., Sharpe, M., Wulsin, L., Barsky, A., ... & Levenson, J. (2013). Somatic symptom disorder: an important change in DSM. *Journal of psychosomatic research*, 75(3), 223–228.
- Dixon, W. A., Rumford, K. G., Heppner, P. P., & Lips, B. J. (1992). Use of different sources of stress to predict hopelessness and suicide ideation in a college population. *Journal of counseling psychology*, 39(3), 342.
- Escobar, J. I., Gara, M. A., Diaz-Martinez, A. M., Interian, A.,

- Warman, M., Allen, L. A., ... & Rodgers, D. (2007). Effectiveness of a time-limited cognitive behavior therapy-type intervention among primary care patients with medically unexplained symptoms. *The Annals of Family Medicine*, 5(4), 328–335.
- Ehrenberg, R. G., Brewer, D. J., Gamoran, A., & Willms, J. D. (2001). Class size and student achievement. *Psychological Science in the Public Interest*, 2(1), 1–30.
- Eisenberg, D., Downs, M. F., Golberstein, E., & Zivin, K. (2009). Stigma and help seeking for mental health among college students. *Medical Care Research and Review*, 66(5), 522–541.
- Eisenberg, D., Golberstein, E., & Gollust, S. E. (2007). Help-seeking and access to mental health care in a university student population. *Medical care*, 45(7), 594–601.
- Eisenberg, D., Hunt, J., Speer, N., & Zivin, K. (2011). Mental health service utilization among college students in the United States. *The Journal of nervous and mental disease*, 199(5), 301–308.
- Feng, C. Y., Chu, H., Chen, C. H., Chang, Y. S., Chen, T. H., Chou, Y. H., . . . Chou, K. R. (2012). The effect of cognitive behavioral group therapy for depression: A meta-analysis 2000–2010. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 9(1), 2–17.
- Furlong, M., & Oei, T. P. (2002). Changes to automatic thoughts and dysfunctional attitudes in group CBT for depression.

- Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 30(03), 351–360.
- Flett, G. L., Hewitt, P. L., Blankstein, K. R., & Koledin, S. (1991). Dimensions of perfectionism and irrational thinking. *Journal of Rational–Emotive and Cognitive–Behavior Therapy*, 9(3), 185–201.
- Gabriel, A. E. (2008). A cognitive restructuring workshop for college students. THE UNIVERSITY OF ALABAMA.
- Garralda, M. E. (1996). Somatisation in children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 37(1), 13–33.
- Golden–Kreutz, Deanna M., Browne, Michael W., Frierson, Georita M., & Andersen, Barbara L. (2004). Assessing Stress in Cancer Patients: A Second–Order Factor Analysis Model for the Perceived Stress Scale. *Assessment*, 11(3), 216–223.
- Granath, J., Ingvarsson, S., von Thiele, U., & Lundberg, U. (2006). Stress management: a randomized study of cognitive behavioural therapy and yoga. *Cognitive behaviour therapy*, 35(1), 3–10.
- Gulliksson, M., Burell, G., Vessby, B., Lundin, L., Toss, H., & Svärdsudd, K. (2011). Randomized controlled trial of cognitive behavioral therapy vs standard treatment to prevent recurrent cardiovascular events in patients with coronary heart disease: Secondary Prevention in Uppsala Primary Health Care project (SUPRIM). *Archives of Internal Medicine*, 171(2), 134–140.

- Han, C., Pae, C.-U., Patkar, A. A., Masand, P. S., Kim, K. W., Joe, S.-H., & Jung, I.-K. (2009). Psychometric Properties of the Patient Health Questionnaire-15 (PHQ-15) for measuring the somatic symptoms of psychiatric outpatients. *Psychosomatics*, 50(6), 580–585.
- Hardy, G. E., Cahill, J., Shapiro, D. A., Barkham, M., Rees, A., & Macaskill, N. (2001). Client interpersonal and cognitive styles as predictors of response to time-limited cognitive therapy for depression. *Journal of consulting and clinical psychology*, 69(5), 841.
- Hill, C. V., Oei, T. P. S., & Hill, M. A. (1989). An empirical investigation of the specificity and sensitivity of the Automatic Thoughts Questionnaire and Dysfunctional Attitudes Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 11(4), 291–311.
- Hofmann, S. G., Asnaani, A., Vonk, I. J., Sawyer, A. T., & Fang, A. (2012). The efficacy of cognitive behavioral therapy: a review of meta-analyses. *Cognitive therapy and research*, 36(5), 427–440.
- Hollon, S. D., & Kendall, P. C. (1980). Cognitive self-statements in depression: Development of an automatic thoughts questionnaire. *Cognitive therapy and research*, 4(4), 383–395.
- Jacobson, N. S., Dobson, K. S., Truax, P. A., Addis, M. E., Koerner, K., Gollan, J. K., ... & Prince, S. E. (1996). A component analysis of cognitive-behavioral treatment

- for depression. *Journal of consulting and clinical psychology*, 64(2), 295.
- Jasper, F., Hiller, W., Rist, F., Bailer, J., & Witthöft, M. (2012). Somatic symptom reporting has a dimensional latent structure: Results from taxometric analyses. *Journal of abnormal psychology*, 121(3), 725.
- Jones, M. C., & Johnston, D. W. (2000). Reducing distress in first level and student nurses: a review of the applied stress management literature. *Journal of advanced nursing*, 32(1), 66–74.
- Katsamanis, M., Lehrer, P. M., Escobar, J. I., Gara, M. A., Kotay, A., & Liu, R. (2011). Psychophysiologic treatment for patients with medically unexplained symptoms: a randomized controlled trial. *Psychosomatics*, 52(3), 218–229.
- Kearns, H., Forbes, A., Gardiner, M., & Marshall, K. (2008). When a High Distinction Isn't Good Enough: A Review of Perfectionism and Self-Handicapping. *Australian Educational Researcher*, 35(3), 21–36.
- Kwon, S. M., & Oei, T. P. (1994). The roles of two levels of cognitions in the development, maintenance, and treatment of depression. *Clinical Psychology Review*, 14(5), 331–358.
- Kirmayer, L. J., & Robbins, J. M. (1991). *Current concepts of somatization: Research and clinical perspectives*: American Psychiatric Association.

- Kroenke, K. (2007). Efficacy of treatment for somatoform disorders: a review of randomized controlled trials. *Psychosomatic medicine*, 69(9), 881–888.
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Swindle, R. (1998). A symptom checklist to screen for somatoform disorders in primary care. *Psychosomatics*, 39(3), 263–272.
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. (2002). The PHQ–15: validity of a new measure for evaluating the severity of somatic symptoms. *Psychosomatic medicine*, 64(2), 258–266.
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., Williams, J. B., Linzer, M., Hahn, S. R., deGruy III, F. V., & Brody, D. (1994). Physical symptoms in primary care: predictors of psychiatric disorders and functional impairment. *Archives of family medicine*, 3(9), 774.
- Kroenke, K., & Swindle, R. (2000). Cognitive–behavioral therapy for somatization and symptom syndromes: a critical review of controlled clinical trials. *Psychotherapy and psychosomatics*, 69(4), 205–215.
- Kubzansky, L. D., Kawachi, I., Spiro, A., Weiss, S. T., Vokonas, P. S., & Sparrow, D. (1997). Is worrying bad for your heart? A prospective study of worry and coronary heart disease in the Normative Aging Study. *Circulation*, 95(4), 818–824.
- Lazarus, R. S. (1991). Progress on a cognitive–motivational–relational theory of emotion. *American psychologist*,

46(8), 819.

- Lazarus, R. S. & Monat, A (1991). Stress and coping: An anthology. Columbia University Press.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). Stress, appraisal and coping. 김정희 역 (1991). 스트레스와평가 그리고 대처. 서울: 대광출판사.
- Lindsay, P. G., & Wyckoff, M. (1981). The depression-pain syndrome and its response to antidepressants. *Psychosomatics*, 22(7), 571-577.
- Liza, V. (2011). Stress management techniques: evidence-based procedures that reduce stress and promote health. *Health Science Journal*.
- Looper, K. J., & Kirmayer, L. J. (2002). Behavioral medicine approaches to somatoform disorders. *Journal of consulting and clinical psychology*, 70(3), 810.
- Lumley, M. A., & Provenzano, K. M. (2003). Stress management through written emotional disclosure improves academic performance among college students with physical symptoms. *Journal of Educational Psychology*, 95(3), 641.
- Maria Kleinstäuber, Witthöft, M., & Hiller, W. (2011). Efficacy of short-term psychotherapy for multiple medically unexplained physical symptoms: a meta-analysis. *Clinical psychology review*, 31(1), 146-160.
- Nezu, A. M., Nezu, C. M., & Lombardo, E. R. (2001). Cognitive-behavior therapy for medically unexplained symptoms: a

- critical review of the treatment literature. *Behavior Therapy*, 32(3), 537–583.
- Oei, T. P., & Sullivan, L. M. (1999). Cognitive changes following recovery from depression in a group cognitive-behaviour therapy program. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 33(3), 407–415.
- Omizo, M. M., Omizo, S. A., & Suzuki, L. A. (1988). Children and stress: An exploratory study of stressors and symptoms. *The School Counselor*, 35(4), 267–274.
- Ottaviani, C., Thayer, J. F., Verkuil, B., Lonigro, A., Medea, B., Couyoumdjian, A., & Brosschot, J. F. (2015). Physiological Concomitants of Perseverative Cognition: A Systematic Review and Meta-Analysis.
- Persons, J. B. (1986). The advantages of studying psychological phenomena rather than psychiatric diagnoses. *American Psychologist*, 41(11), 1252.
- Rachman, S., & Wilson, G. T. (1980). The effects of psychological therapy (Vol. 24). Pergamon.
- Radhu, N., Daskalakis, Z. J., Arpin-Cribbie, C. A., Irvine, J., & Ritvo, P. (2012). Evaluating a web-based cognitive-behavioral therapy for maladaptive perfectionism in university students. *Journal of American College Health*, 60(5), 357–366.
- Reavley, N., & Jorm, A. F. (2010). Prevention and early intervention to improve mental health in higher education students: a review. *Early intervention in psychiatry*, 4(2),

132–142.

- Reiser, M. F. (1984). Mind, brain, body: Toward a convergence of psychoanalysis and neurobiology. Basic Books (AZ).
- Regehr, C., Glancy, D., & Pitts, A. (2013). Interventions to reduce stress in university students: A review and meta-analysis. *Journal of affective disorders*, 148(1), 1–11.
- Rief, W., & Barsky, A. J. (2005). Psychobiological perspectives on somatoform disorders. *Psychoneuroendocrinology*, 30(10), 996–1002.
- Rief, W., & Isaac, M. (2007). Are somatoform disorders ‘mental disorders’ ? A contribution to the current debate. *Current Opinion in Psychiatry*, 20(2), 143–146.
- Roberti, J., Harrington, L., & Storch, E. (2006). Further Psychometric Support for the 10-Item Version of the Perceived Stress Scale. *Journal of College Counseling*, 9(2), 135–147.
- Rosendal, M., Fink, P., Falkoe, E., Schou Hansen, H., & Olesen, F. (2007). Improving the classification of medically unexplained symptoms in primary care. *The European journal of psychiatry*, 21(1), 25–36.
- Saravay, S. M., Pollack, S., Steinberg, M. D., Weinschel, B., & Habert, M. (1996). Four-year follow-up of the influence of psychological comorbidity on medical rehospitalization. *The American journal of psychiatry*, 153(3), 397.
- Sharpe, M., Mayou, R., & Walker, J. (2006). Bodily symptoms:

- new approaches to classification. *Journal of psychosomatic research*, 60(4), 353–356.
- Schachter, S., & Singer, J. (1962). Cognitive, social, and physiological determinants of emotional state. *Psychological review*, 69(5), 379.
- Scheier, M. F., & Carver, C. S. (1977). Self-focused attention and the experience of emotion: Attraction, repulsion, elation, and depression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 35(9), 625.
- Schröder, A., Heider, J., Zaby, A., & Göllner, R. (2013). Cognitive behavioral therapy versus progressive muscle relaxation training for multiple somatoform symptoms: results of a randomized controlled trial. *Cognitive therapy and research*, 37(2), 296–306.
- Segrin, C. (1999). Social skills, stressful life events, and the development of psychosocial problems. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 18(1), 14.
- Selye, H. (1976). The stress concept. *Canadian Medical Association Journal*, 115(8), 718.
- Sharpe, M., Mayou, R., & Walker, J. (2006). Bodily symptoms: new approaches to classification. *Journal of psychosomatic research*, 60(4), 353–356.
- Sharpe, W. F. (1992). Asset allocation: Management style and performance measurement. *The Journal of Portfolio Management*, 18(2), 7–19.
- Spangler, D. L., Simons, A. D., Monroe, S. M., & Thase, M. E.

- (1997). Respond to cognitive-behavioral therapy in depression: Effects of pretreatment cognitive dysfunction and life stress. *Journal of consulting and clinical psychology*, 65(4), 568.
- Steinbrecher, N., Koerber, S., Frieser, D., & Hiller, W. (2011). The prevalence of medically unexplained symptoms in primary care. *Psychosomatics*, 52(3), 263–271.
- Sumathipala, A., Hewege, S., Hanwella, R., & Mann, A. H. (2000). Randomized controlled trial of cognitive behaviour therapy for repeated consultations for medically unexplained complaints: a feasibility study in Sri Lanka. *Psychological medicine*, 30(04), 747–757.
- Sumathipala, A. (2007). What is the evidence for the efficacy of treatments for somatoform disorders? A critical review of previous intervention studies. *Psychosomatic medicine*, 69(9), 889–900.
- Sumathipala, A., Siribaddana, S., Abeysingha, M. R. N., De Silva, P., Dewey, M., Prince, M., & Mann, A. H. (2008). Cognitive-behavioural therapy v. structured care for medically unexplained symptoms: randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 193(1), 51–59.
- Toft, T., Rosendal, M., Ørnbøl, E., Olesen, F., Frostholm, L., & Fink, P. (2010). Training general practitioners in the treatment of functional somatic symptoms: effects on patient health in a cluster-randomised controlled trial (the Functional Illness in Primary Care study).

- Psychotherapy and psychosomatics, 79(4), 227–237.
- The Research Clinic for Functional Disorders and Psychosomatic (n.d). Retrieved from www.functionaldisorders.dk
- Urdan, T., & Midgley, C. (2001). Academic self–handicapping: What we know, what more there is to learn. *Educational Psychology Review*, 13(2), 115–138.
- Warwick, H. M., & Salkovskis, P. M. (1989). Cognitive and behavioural characteristics of primary hypochondriasis. *Cognitive behaviour therapy*, 18(2), 85–92.
- Weissman, A. N., & Beck, A. T. (1978). Development and validation of the Dysfunctional Attitude Scale: A preliminary investigation.
- Wright, J. H., Basco, M. R., & Thase, M. E. (2006). Learning cognitive–behavior therapy: An illustrated guide. American Psychiatric Pub.
- Wheelan, S. A. (2009). Group size, group development, and group productivity. *Small Group Research*.
- Wicklund, R. A., & Duval, S. (1972). A theory of objective self awareness.
- Wilcher, M., Dusek, J., Myers, P., & Greenberg, B. (2002). The Evaluation of a Mind/Body Intervention to Reduce Psychological Distress and. *JOURNAL OF AMERICAN COLLEGE HEALTH*, 50(6).
- Van Daele, T., Hermans, D., Van Audenhove, C., & Van den Bergh, O. (2012). Stress Reduction Through

- Psychoeducation A Meta-Analytic Review. *Health Education & Behavior*, 39(4), 474-485.
- Yalom, I. D., & Leszcz, M. (2005). Theory and practice of group psychotherapy. Basic books.
- Zonneveld, L. N., van Rood, Y. R., Timman, R., Kooiman, C. G., Van't Spijker, A., & Busschbach, J. J. (2012). Effective group training for patients with unexplained physical symptoms: a randomized controlled trial with a non-randomized one-year follow-up. *PLoS One*, 7(8), e42629.
- Zonneveld, L. N., van Rood, Y. R., Kooiman, C. G., Timman, R., van't Spijker, A., & Busschbach, J. J. (2012). Predicting the outcome of a cognitive-behavioral group training for patients with unexplained physical symptoms: a one-year follow-up study. *BMC public health*, 12(1), 1.
- Zunhammer, M., Eberle, H., Eichhammer, P., & Busch, V. (2013). Somatic symptoms evoked by exam stress in university students: the role of alexithymia, neuroticism, anxiety and depression. *PLoS One*, 8(12), e84911.
- 강부명. (2003). *대학생들의 사회심리적 스트레스 요인과 대처 방식: 성별, 학년별, 계열별 차이를 중심으로*. 건국대학교, 한국.
- 고홍월. (2009). 한·중 대학생의 정신건강과 주관적 행복감에 대한 비교연구. *아시아교육연구*, 10(1), 55-71.
- 권석만. (1994). 한국판 역기능적 태도척도의 신뢰도, 타당도 및 요인구조. *심리과학*, 3, 100-111.
- 권석만. (1995). 대학생의 대인관계 부적응에 대한 인지행동적

- 설명모형. *학생연구: 서울대학교 학생생활연구소*, 30(1), 38-63.
- 권석만. (2003). 현대이상심리학. *서울: 학지사*, 243-250.
- 권석만, & 윤호균. (1994). 한국판 자동적 사고척도의 개발과 활용: *학생연구*.
- 김교헌, 권선중, & 심미영. (2005). 초등학생의 시험스트레스와 신체화 증상. *한국심리학회지: 건강*, 10(1), 113-126.
- 김미리혜. (2002). 통증다루기의 실제. *인지행동치료*, 2(1), 69-80.
- 김서윤, & 하은혜. (2009). 청소년의 스트레스와 신체화의 관계에서 신체감각 증폭지각 및 신체적 귀인의 매개효과. [The Mediating Effects of Somato-sensory Amplification and Somatic Attribution on the Relationship between Adolescent s Stress and Somatization]. *한국놀이치료학회지(놀이치료연구)*, 12(2), 149-162.
- 김시경, 신철진, 김재신, 이상익, & 정인원. (1998). 원저: 응급실에 내원한 급성 히스테리 반응의 진단 특성. *정신병리학*, 7(2), 130-140.
- 김옥희. (2009). 무용동작치료 프로그램이 신경증 환자의 신체화, 우울, 불안, 감정표현불능에 미치는 효과. [The Effects of Dance Movement Therapy Program on Somatization, Depression, Anxiety, Alexithymia of Neurosis Patients]. *스트레스研究*, 17(2), 99-109.
- 김정민, & 지혜. (2011). 발달적 차이에 따른 신체화 증상 관련 변인 연구-정서적, 인지적 및 사회적 요인을 중심으로. *상담학연구*, 12(4), 1109-1130.
- 김창연. (2000). 스트레스 대처훈련이 대학생의 스트레스 감소와

- 정신건강에 미치는 영향. *한국교원대학교 대학원 석사학위논문*.
- 김호찬, 오동원, & 도정수. (1992). 신체화 장애의임상 양상. *신경정신의학회지*, 31(2), 240-251.
- 김현숙. (2014). *마음챙김 기반 스트레스 완화 프로그램(K-MBSR)이 소아 청소년 정신질환자 어머니의 스트레스 지각 및 우울에 미치는 효과*. (국내석사학위논문), 서울대학교 대학원, 서울.
- 문애진. (2014). 섬유근통증후군 환자의 통증, 피로, 지각된 스트레스가 삶의 질에 미치는 영향. *원광대학교 일반대학원*.
- 민성길. (2006). 스트레스가 심혈관계에 미치는 영향. *심장과 혈관*, 28(8), 10-16
- 박준호 & 서영석. (2010). 대학생들 대상으로 한 한국판 지각된 스트레스 척도 타당화 연구. *한국심리학회지*, 29(3), 611-629
- 서경현, & 오경희. (2009). 대학생의 스트레스와 건강에 대한 삶의 기대의 중재효과. *한국심리학회지: 건강*, 14(3), 633-648.
- 신아영, 김정호, & 김미리혜. (2010). 정서 마음챙김이 여자 대학생의 정서인식의 명확성, 인지적 정서 조절과 스트레스 및 웰빙에 미치는 효과. *한국심리학회지 건강*, 15(4), 635-652.
- 신현균. (2000). 부정적 정서, 감정표현불능증, 신체감각 증폭지각, 및 신체적 귀인이 신체화에 미치는 영향. *한국심리학회지 임상*, 19(1), 17-32.
- 신현균, & 원호택. (1998). 신체화의 인지 특성 연구 (2). *한국심리학회지 임상*, 17(2), 41-54.

- 안상섭, 장덕희, & 장현갑. (2007). 점진적 근육이완훈련과 호흡프로그램이 사회복지사의 만성통증에 미치는 효과. *특수교육재활과학연구*, 46(2), 201-218.
- 우명이. (2008). 노인요양기관 종사자의 직무스트레스에 따른 신체 및 정신 건강. (국내석사학위논문), 삼육대학교 보건복지대학원, 서울. Retrieved from
- 우명이, & 서경현. (2008). 노인요양기관 종사자와 직무스트레스와 강인성이 신체건강과 정신건강에 미치는 영향. *한국심리학회지 건강*, 13(1), 91-109.
- 원호택, & 이훈진. (1997). 편집성향 집단의 자기개념과 귀인양식. *한국심리학회지: 임상*, 16(2), 173-182.
- 이만홍. (1981). Multiple Somatizer에 관한 임상적 연구 - Somatoform Disorder의 임상적 적용을 위한 연구(I). *신경정신의학*, 20(4), 423-432.
- 이원재, 반덕진, & 반덕진. (1999). 일부 대학생들의 건강관련행위 Health Practices of University Students. *보건교육 · 건강증진학회지*, 16(2), 157-171.
- 이원희, & 김춘자. (2006). 임상간호사의 우울과 지각된 스트레스, 피로 및 분노간의 관계. *대한간호학회지*, 36(6), 925-932.
- 이재진, 백종우, 김경훈, & 송지영. (2012). PHQ-15 를 이용한 우울증의 신체증상에 대한 연구. *노인정신의학*, 16, 44-51.
- 임정섭. (1995). 1994학년도 신입생을 대상으로 한 간이정신진단검사(SCL-90-R) 결과분석. [A Study of Symptom Checklist 90 Revision of Freshmen in 1994]. *學生活研究*, 22(-), 82-87.
- 전검구. (2000). 호흡법. 건강심리학회 동계 학술발표대회 및

워크숍.

- 조슬기. (2015). *대학생의 생활스트레스가 신체화 증상에 미치는 영향*. (국내석사학위논문), 대구가톨릭대학교 대학원, 경산.
- 조용래. (1998). 역기능적 신념과 부적응적인 자동적 사고가 사회공포증상에 미치는 영향 (Doctoral dissertation, 서울대학교 대학원).
- 조현주, & 현명호. (2011). 자기비판과 우울관계에서 지각된 스트레스와 자기자비 효과. *한국심리학회지: 건강*, 16(1), 49-62.
- 최란, & 박중규. (2010). 스트레스 반응과 역기능적 태도 개선을 위한 대학생 대상 인지 재구조화 훈련의 효과. *인지행동치료*, 10(2), 27-42.
- 최승애. (2003). 인지재구조화 집단상담 프로그램이 대학생의 스트레스 감소에 미치는 효과. *계명대학교 박사학위 논문*.
- 최해림. (1986). *韓國大學生의 스트레스現況과 認知-行動的 相談의 效果*. 이화여자대학교 박사학위 논문.
- 채정호, 김원, & 유태열. (2003). 인지행동치료의 치료적 효능 (efficacy) 과 유효성 (effectiveness). *인지행동치료*, 3(1), 9-26.
- 한금선. (2005). 대학생의 자기효능감, 건강증진 행위와 스트레스 증상과의 상관관계. *대한간호학회지*, 35(3), 585-592.
- 한덕웅, 박준호, & 김교현. (2004). 스트레스 사건에 관한 자기노출, 반복생각 및 정서경험이 신체건강에 미치는 영향. *한국심리학회지 건강*, 9(1), 99-130.
- 허동규. (2009). 명상프로그램이 노인의 스트레스반응 감소에 미치는 영향. *한국콘텐츠학회논문지*, 9(3), 232-240.

[부록 1. IRB 심의결과 통보서]

심의결과 통보서

수신

책임연구자	이름: 남수현	소속: 서울대학 간호학과	직위: 석사과정
지원기관	해당없음		

과제정보

승인번호	IRB No. 1606/003-011		
연구과제명	대학생 대상 인지행동기반 신체증상 조절 간호중재의 효과		
연구종류	학위 논문 연구, 설문조사, 관찰연구		
심의종류	정규심의		
심의일자	2016-06-27		
심의대상	연구계획서(재심의), 연구참여자용 동의서 또는 동의서 면제 사유서, 연구참여자에게 제공 되는 서류		
심의결과	승인		
승인일자	2016-06-27	승인유효기간	2017-06-26
정기보고주기	12개월		
심의의견	1. 심의결과 제출하신 연구계획에 대해 승인합니다. 2. 연구자께서는 승인된 문서를 사용하여 연구를 진행하시기 바라며, 만일 연구진행 과정에서 계획상에 변경사항 (연구자 변경, 연구내용 변경 등)이 발생할 경우 본 위원회에 변경 신청을 하여 승인 받은 후 연구를 진행하여 주십시오. 3. 유효기간 내 연구가 끝났을 경우 종료 보고서를 제출하여야 하며, 승인유효기간 이후에도 연구를 계속하고자 할 경우, 2017-05-27까지 지속심의를 받도록 하여 주십시오.		

2016년 06월 27일

서울대학교 생명윤리위원회 위원장



본 위원회가 승인한 연구를 수행하는 연구자들은 다음의 사항을 준수해야 합니다.

1. 반드시 계획서에 따라 연구를 수행해야 합니다.
2. 위원회의 승인을 받은 연구참여자 동의서를 사용해야 합니다.
3. 모국어가 한국어가 아닌 연구참여자에게는 승인된 동의서를 연구참여자의 모국어로 번역하여 사용해야 하며 번역본은 인증 및 위원회의 승인을 거쳐야 합니다.
4. 연구참여자 보호를 위해 불가피한 경우를 제외하고는 연구 진행중의 변경에 대해서는 위원회의 사전 승인을 받아야 합니다. 연구참여자의 보호를 위해 취해진 응급상황에서의 변경에 대해서는 즉각 위원회에 보고해야 합니다.

5. 위원회에서 승인 받은 계획서에 따라 등록된 연구참여자의 사망, 입원, 심각한 질병에 대하여는 위원회에 서면으로 보고해야 합니다.
6. 임상시험 또는 연구참여자의 안전에 대해 유해한 영향을 미칠 수 있는 새로운 정보는 즉각 위원회에 보고해야 합니다.
7. 위원회의 요구가 있을 때에는 연구의 진행과 관련된 사항에 관하여 위원회에 보고해야 합니다.
8. 연구참여자 모집광고는 사용 전에 위원회로부터 승인을 받아야 합니다.
9. 강제 혹은 부당한 영향력이 없는 상태에서 충분한 설명에 근거하여 연구참여자로부터 동의를 받아야 하며, 잠재적인 연구참여자에 대해서 연구 참여 여부를 숙려할 수 있도록 충분한 기회를 제공해야 합니다.

[부록 2. 동의서: 실험군]

연구 참여자용 설명서 및 동의서

연구 과제명 : 대학생 대상 인지행동기반 신체 증상 간호중재의 효과

연구 책임자명 : 남수현(서울대학교 간호대학 석사 과정)

이 연구는 대학생의 스트레스와 관련하여 나타나는 신체 증상의 조절 및 대처를 위해 제공되는 교육 프로그램의 효과를 알아보기 위한 연구입니다. 귀하는 18세 이상의 성인 남녀이며 연구의 목적을 이해하고 자발적으로 연구에 참여할 수 있는 대상자이기에 본 연구에 참여토록 권유 받았습니다.

본 연구를 수행하는 서울대학교 연구 책임자(남수현)가 귀하에게 이 연구에 대한 정보를 제공할 것입니다. 본 연구는 자발적인 참여를 동의하신 분에 한하여 수행 될 예정이며, 귀하는 참여 결정 전 본 연구가 어떤 목적으로 수행되는지, 또한 연구의 주 내용이 무엇인지 이해함이 중요합니다. 본 동의서를 읽고 충분한 시간을 가지고 참여 여부를 결정해 주십시오. 만일 아래 글을 읽으면서 궁금증이 생길 경우 어떠한 질문이라도 할 수 있으며, 담당 책임 연구원이 충분히 설명해 드릴 것입니다.

1. 연구의 목적

본 연구의 목적은 스트레스와 이와 관련된 신체 증상의 보다 적응적인 관리에 도움이 되고자 중재 프로그램을 제공하는 것이며 중재 전, 후

귀하의 스트레스, 신체 증상, 부정적 자동적 사고, 역기능적 태도 정도를 설문 조사하는 것이 목적입니다.

2. 연구의 내용

만일 귀하가 참여 의사를 밝혀 주시면 가장 먼저 신체 증상 질문지(15문항)를 작성하게 되며, 연구 참여 기준에 합당하다고 판단되면, 실험군/대조군으로 나누어서 다음과 같은 과정으로 진행될 것입니다. 당신은 실험군에 해당합니다.

- 1) 중재 프로그램은 스트레스와 신체 반응에 대해 이해하고 이와 관련하여 스스로 스트레스반응을 줄일 수 있는 이완법을 익히고 평소 사고방식을 전환하여 보다 긍정적인 생각을 유도하는 내용입니다. 이완요법은 전문적인 기술이 필요하지 않은 손쉬운 방법으로, 대상자의 긴장을 완화시키고 스트레스와 신체증상을 감소시킬 수 있습니다. 중재 프로그램 전 설문지를 작성하며 설문지 작성은 약 5분 정도 소요됩니다.
- 2) 설문지 작성 후 중재 프로그램 1회기를 시행하며 총 5회기를 시행합니다. 3명 이상 7명 이하의 그룹으로 구성하여 진행됩니다.
- 3) 교육 책자는 선행연구에서 대상자의 요구도에 맞춰 자체 제작한 자료를 바탕으로 시간은 약 60분 소요됩니다. 교육 장소는 대학교 내 스터디룸 혹은 빈 강의실이나 원할 경우 귀하에게 접근이 용이하고 조용한 별도의 공간인 대여 가능한 회의실 등으로 변경될 수 있습니다.
- 4) 5주차 프로그램 진행이 완료되면, 사후 설문지를 작성합니다. 작성은 약 5분 정도 소요됩니다.

3. 얼마나 많은 사람이 참여합니까?

연구에는 약 42명 내외의 연구 참여자들이 참가할 예정입니다.

4. 연구 참여 기간은 얼마나 됩니까?

주 1회 총 5회기로 진행되며 총 5주입니다.

5. 참여 도중 언제든 그만뒀도 됩니까?

예, 그만두어도 어떤 불이익도 없으며, 참여 도중 언제든 그만 두셔도 됩니다. 만약 도중에 탈락하고 싶다면 연구 책임자를 통해 의사를 즉시 전달해 말해주십시오.

6. 부작용이나 위험요소는 없습니까?

개인정보가 유출 될 위험요소는 없으며 정서적 부담감이나 피로감을 느낄 경우에는 언제든지 참여를 중단할 수 있습니다. 만일 연구 참여 도중 발생할 수 있는 부작용이나 위험 요소에 대한 질문이 있으면 담당 연구원에게 즉시 문의해 주십시오.

7. 연구에 참여하면 참여자들은 어떠한 이득을 얻을 수 있습니까?

귀하가 본 연구에 참여하는데 있어서 직접적인 이득은 없습니다. 그러나 귀하의 자료는 스트레스로 인한 신체증상을 호소하는 대학생들의 간호 중재 제공에 대한 이해를 증진하는데 큰 도움이 될 것으로 사료됩니다.

8. 만약 본 연구에 참여를 거부하면 이에 따른 불이익이 있습니까?

아니오, 귀하는 이 연구 참여에 거부할 권리가 있습니다. 마찬가지로, 귀하가 본 연구에 참여하지 않는다 하더라도 어떠한 손해나 불이익은 없습니다.

9. 이 연구를 통해 수집한 나의 개인 정보는 비밀이 확실히 보장이 됩니까?

개인정보의 관리상 책임자는 책임연구자 남수현입니다. 연구자는

연구를 통해 얻은 모든 개인 정보에 대해 비밀 보장을 위한 윤리적 원칙을 바탕으로 합법적인 절차를 따를 것입니다. 이 연구에서 얻어진 개인 정보는 관련 법규에 따라 엄격하게 관리되며 연구에 관련된 담당자만이 수집된 자료에 접근이 가능합니다. 수집된 정보는 개인정보보호법에 따라 적절히 관리되나 만일 법의 범위 내에서 요구하면 개인정보는 제공될 가능성도 있습니다. 더불어 생명윤리심의위원회와 관련 점검자는 관련규정이 정한 범위 내에서 본 연구의 실행 과정과 자료의 신뢰성을 검증할 목적으로 연구 결과를 볼 권리가 있습니다. 따라서 귀하가 본 동의서에 서명함은 사전에 상기 사항에 대해 연구자로부터 사전에 설명을 듣고 알고 있으며 이를 허용한다는 동의의 의미로 간주됩니다.

10. 본 연구에 참가하게 되면 이에 따른 대가가 있습니까?

참여자들의 연구 참여시 시간, 교통비 등의 할애와 감사의 뜻으로 간식과 일 만원 정도의 상품권이 증정될 예정입니다.

11. 연구와 관련된 문의는 어떻게 해야 됩니까?

본 연구와 관련하여 문의사항이 있거나 연구 도중 위험이나 불편 등의 문제가 발생할 경우, 연구 담당자에게 연락하여 주시기 바랍니다.

이름: 남수현 전화번호:

만일 연구 참여자로서 귀하의 의문 사항이 있을 시 서울대학교 생명윤리
심의위원회를 통해 연락바랍니다. 서울대학교 생명윤리
심의위원회(SNUIRB): (02-880-5153)

동 의 서

1. 나는 본 설명서를 읽고 책임 연구원과 이와 관련하여 의논을 하였습니다.
2. 나는 본 연구와 관련된 위험 및 이득에 대하여 정보를 들었으며 질문 및 궁금증에 대한답변을 들었습니다.
3. 나는 본 연구에 참여하는 것을 자발적으로 결정하였으며 이에 동의합니다.
4. 나는 본 연구에 제공한 나의 개인 정보를 관련 법령과 생명윤리심의위원회 규정의 허용하는 선에서 연구자가 수집하는데 동의합니다.
5. 나는 담당 연구자가 연구를 진행하고 결과를 처리 하며 보건 당국, 학교 및 서울대학교 생명윤리심의위원회가 점검을 위해 조사를 하는 경우에 한해 나의 개인 정보가 열람되는 것에 대해 들었으며 이에 동의합니다.
6. 나는 어느 때라도 본 연구 참여를 중도에 철회할 수 있고 상기 결정은 어떠한 불이익이불이 없을 것이라고 설명 들어 알고 있습니다.
7. 내가 본 연구의 동의서에 서명하는 것은 동의서에 사본을 제공 받았다는 것을 의미하며 연구 참여가 종결될 시까지 사본을 보관하겠습니다.

연구 참여자 성명 서명 날짜 (년/월/일)

동의서를 받은 연구책임자 성명 서명 날짜 (년/월/일)

[부록 3. 동의서: 대조군]

연구참여자용 설명서 및 동의서

연구 과제명 : 대학생 대상 인지행동기반 신체 증상 간호중재의 효과

연구 책임자명 : 남수현(서울대학교 간호대학 석사 과정)

이 연구는 대학생의 스트레스와 관련하여 나타나는 신체 증상의 조절 및 대처를 위해 제공되는 교육 프로그램의 효과를 알아보기 위한 연구입니다. 귀하는 18세 이상의 성인 남녀이며 연구의 목적을 이해하고 자발적으로 연구에 참여할 수 있는 대상자이기에 본 연구에 참여토록 권유 받았습니다. 본 연구를 수행하는 서울대학교 연구 책임자(남수현)가 귀하에게 이 연구에 대한 정보를 제공할 것입니다. 본 연구는 자발적인 참여를 동의하신 분에 한하여 수행 될 예정이며, 귀하는 참여 결정 전 본 연구가 어떤 목적으로 수행되는지, 또한 연구의 주 내용이 무엇인지 이해함이 중요합니다. 본 동의서를 읽고 충분한 시간을 가지고 참여 여부를 결정해 주십시오. 만일 아래 글을 읽으면서 궁금증이 생길 경우 어떠한 질문이라도 할 수 있으며, 담당 책임 연구원이 충분히 설명해 드릴 것입니다.

1. 연구의 목적

본 연구의 목적은 스트레스와 이와 관련된 신체 증상의 보다 적응적인

관리에 도움이 되고자 중재 프로그램을 제공하는 것이며 중재 전, 후 귀하의 스트레스, 신체 증상, 부정적 자동적 사고, 역기능적 태도 정도를 설문 조사하는 것이 목적입니다.

2. 연구의 내용

만일 귀하가 참여 의사를 밝혀 주시면 가장 먼저 신체 증상 질문지(15문항)를 작성하게 되며, 연구 참여 기준에 합당하다고 판단되면, 실험군/대조군으로 나뉘어서 다음과 같은 과정으로 진행될 것입니다. 당신은 대조군에 해당합니다.

- 1) 설문지를 작성합니다. 작성시간은 5분 정도 소요됩니다.
- 2) 5주가 지난 후 동일한 설문지를 작성합니다. 작성시간은 5분 정도 소요됩니다.
- 3) 연구 참여가 끝난 후, 원할 경우 실험군에서 사용된 교육 책자와 가이드를 받을 수 있습니다.

3. 얼마나 많은 사람이 참여합니까?

연구에는 약 42명 내외의 연구 참여자들이 참가할 예정입니다.

4. 연구 참여 기간은 얼마나 됩니까?

1주차 설문지 작성, 5주차 설문지 작성에 각각 약 5분이 소요될 것입니다.

5. 참여 도중 언제든 그만둬도 됩니까?

예, 그만두어도 어떤 불이익도 없으며, 참여 도중 언제든 그만 두셔도 됩니다. 만약 도중에 탈락하고 싶다면 연구 책임자를 통해 의사를 즉시 전달해 말해주십시오..

6. 부작용이나 위험요소는 없습니까?

개인정보가 유출 될 위험요소는 없으며 정서적 부담감이나 피로감을 느낄 경우에는 언제든지 참여를 중단할 수 있습니다. 만일 연구 참여 도중 발생할 수 있는 부작용이나 위험 요소에 대한 질문이 있으면 담당 연구원에게 즉시 문의해 주십시오.

7. 연구에 참여하면 참여자들은 어떠한 이득을 얻을 수 있습니까?

귀하가 본 연구에 참여하는데 있어서 직접적인 이득은 없습니다. 그러나 귀하의 자료는 스트레스로 인한 신체증상을 호소하는 대학생들의 간호 중재 제공에 대한 이해를 증진하는데 큰 도움이 될 것으로 사료됩니다.

8. 만약 본 연구에 참여를 거부하면 이에 따른 불이익이 있습니까?

아니오. 귀하는 이 연구 참여에 거부할 권리가 있습니다. 마찬가지로, 귀하가 본 연구에 참여하지 않는다 하더라도 어떠한 손해나 불이익은 없습니다.

9. 이 연구를 통해 수집한 나의 개인 정보는 비밀이 확실히 보장이 됩니까?

개인정보의 관리상 책임자는 책임연구자 남수현입니다. 연구자는 연구를 통해 얻은 모든 개인 정보에 대해 비밀 보장을 위한 윤리적 원칙을 바탕으로 합법적인 절차를 따를 것입니다. 이 연구에서 얻어진 개인 정보는 관련 법규에 따라 엄격하게 관리되며 연구에 관련된 담당자만이 수집된 자료에 접근이 가능합니다. 수집된 정보는 개인정보보호법에 따라 적절히 관리되나 만일 법의 범위 내에서 요구하면 개인정보는 제공될 가능성도 있습니다. 더불어 생명윤리심의위원회와 관련 점검자는 관련규정이 정한 범위 내에서 본 연구의 실행 과정과 자료의 신뢰성을 검증할 목적으로

연구 결과를 볼 권리가 있습니다. 따라서 귀하가 본 동의서에 서명함은 사전에 상기 사항에 대해 연구자로부터 사전에 설명을 듣고 알고 있으며 이를 허용한다는 동의의 의미로 간주됩니다.

10. 본 연구에 참가하게 되면 이에 따른 대가가 있습니까?

참여자들의 연구 참여시 시간, 교통비 등의 할애와 감사의 뜻으로 간식과 일 만원 정도의 상품권이 증정될 예정입니다.

11. 연구와 관련된 문의는 어떻게 해야 됩니까?

본 연구와 관련하여 문의사항이 있거나 연구 도중 위험이나 불편 등의 문제가 발생할 경우, 연구 담당자에게 연락하여 주시기 바랍니다.

이름: 남수현 전화번호:

만일 연구 참여자로서 귀하의 의문 사항이 있을 시 서울대학교 생명윤리 심의위원회를 통해 연락바랍니다.

서울대학교 생명윤리 심의위원회(SNUIRB): (02-880-5153)

동 의 서

1. 나는 본 설명서를 읽고 책임 연구원과 이와 관련하여 의논을 하였습니다.
2. 나는 본 연구와 관련된 위험 및 이득에 대하여 정보를 들었으며 질문 및 궁금증에 대한답변을 들었습니다.
3. 나는 본 연구에 참여하는 것을 자발적으로 결정하였으며 이에 동의합니다.
4. 나는 본 연구에 제공한 나의 개인 정보를 관련 법령과 생명윤리심의위원회 규정의 허용하는 선에서 연구자가 수집하는데 동의합니다.
5. 나는 담당 연구자가 연구를 진행하고 결과를 처리 하며 보건 당국, 학교 및 서울대학교 생명윤리심의위원회가 점검을 위해 조사를 하는 경우에 한해 나의 개인 정보가 열람되는 것에 대해 들었으며 이에 동의합니다.
6. 나는 어느 때라도 본 연구 참여를 중도에 철회할 수 있고 상기 결정은 어떠한 불이익이불이 없을 것이라고 설명 들어 알고 있습니다.
7. 내가 본 연구의 동의서에 서명하는 것은 동의서에 사본을 제공 받았다는 것을 의미하며 연구 참여가 종결될 시까지 사본을 보관하겠습니다.

연구 참여자 성명 서명 날짜 (년/월/일)

동의서를 받은 연구책임자 성명 서명 날짜 (년/월/일)

[부록 4. 연구 도구: 인구사회학적 특성]

안녕하십니까?

먼저 본 설문에 참여해주셔서 진심으로 감사 드립니다.

본 설문지는 대학생의 스트레스와 관련된 신체 증상 정도를
알아보기 위한 것으로, 본 설문지에 제공된 정보는 **연구 이외의
목적으로 사용되지 않으며**, 여러분의 **응답 내용은 절대 비밀이
보장됨**을 약속 드립니다.

답변이 누락된 설문지는 사용할 수 없으니 바쁘시더라도 최대한
문항을 빠트리지 않고 끝까지 답변해 주시기를 부탁드립니다.

감사합니다.

설문조사와 관련하여 문의사항이 있으신 경우, 아래의 연락처로
문의 주십시오.

서울대학교 간호대학

연구자 : 남 수 현

연락처: myhoi83@snu.ac.kr

* 다음은 일반적인 사항에 대한 질문입니다. 해당되는 내용에 표시를 하시거나 필요한 사항을 기록하여 주시기 바랍니다.

1. 나의 성별은?

- ① 남자 ② 여자

2. 나의 나이는? ()세

3. 나의 학년은?

- ① 1 학년 ② 2 학년 ③ 3 학년 ④ 4 학년

4. 나의 전공은? ()

5. 최근에 가장 스트레스원이 되었던 요인은 무엇인가요?

- ① 학업(과제, 발표, 시험 등) ② 취업 준비 ③ 대인관계
④ 가정 문제 ⑤ 경제적 문제

6. 지난 일년 동안 건강문제로 병원을 방문한 적이 있습니까? ① 예
② 아니오

6-1. 건강문제로 병원을 방문한 적이 있다면 방문횟수는? ()회

6-2. 건강문제로 병원을 방문한 적이 있다면 치료 혹은 진단을 받은
질환명은? ()

7. 현재 복용하고 있는 약물이 있나요? ① 예 ② 아니오

7-1. 복용하고 있는 약물이 있다면 종류는?

- ① 소화제 ② 진통/소염제 ③ 항우울제 ④ 항불안제
⑤ 기타()

7-2. 복용하고 있는 약물의 이름은? ()

8. 현재 심리 상담, 치료를 받고 있나요? ① 예 ② 아니오

[부록 5. 연구 도구: 지각된 스트레스]

지각된 스트레스 척도(PSS : Perceived Stress Scale)

다음 문항들은 지난 한 달 동안의 당신의 감정과 생각에 관하여 물어보는 것입니다. 각 문항들을 주의 깊게 읽고, 얼마나 자주 그렇게 느끼고 생각하는지 √표시하여 주십시오.

문 항 내 용	전혀 없었 다	거의 없었 다	가끔 있었 다	자주 있었 다	매우 자주 있었 다
1. 예상치 못한 일 때문에 화가 났다.	0	1	2	3	4
2. 나의 삶에서 중요한 일들을 통제할 수 없다고 느꼈다.	0	1	2	3	4
3. 신경이 예민해지고 스트레스를 받았다.	0	1	2	3	4
4. 나의 개인적인 문제들을 다루는 능력에 대해 자신감이 느껴졌다.	0	1	2	3	4
5. 내 방식대로 일이 진행되고 있다고 느꼈다.	0	1	2	3	4
6. 내가 해야만 하는 일들 모두에 대처할 수 없다고 생각되었다.	0	1	2	3	4
7. 일상생활에서 겪는 불안감과 초조함을 통제할 수 있었다.	0	1	2	3	4
8. 어떤 일을 아주 잘했다고 생각했다.	0	1	2	3	4
9. 내가 통제할 수 없는 일 때문에 화가 났다.	0	1	2	3	4
10. 힘든 일이 너무 많이 쌓여서 극복할 수 없다고 느꼈다.	0	1	2	3	4

[부록 6. 연구 도구: 신체 증상]

신체 증상 질문지 (PHQ-15)

지난 4주 동안, 다음 나열되는 증상들에 얼마나 시달리셨습니까?

	문 항 내 용	전혀 시달리지 않음	약간 시달림	대단히 시달림
1	위통	0	1	2
2	허리 통증	0	1	2
3	팔, 다리, 관절 (무릎, 고관절 등)의 통증	0	1	2
4	생리기간 동안 생리통 등의 문제 [여성만 해당함]	0	1	2
5	두통	0	1	2
6	가슴 통증, 흉통	0	1	2
7	어지러움	0	1	2
8	기절할 것 같음	0	1	2
9	심장이 빨리 뛸	0	1	2
10	숨이 참	0	1	2
11	성교 중 통증 등의 문제	0	1	2
12	변비, 묽은 변이나 설사	0	1	2
13	메스꺼림, 방귀, 소화불량	0	1	2
14	피로감, 기운 없음	0	1	2
15	수면의 어려움	0	1	2

[부록 7. 연구 도구: 부정적 자동적 사고]

한국판 자동적 사고척도 - 부정형 Automatic

Thoughts Questionnaire-Negative: K-ATQ-N)

다음은 가끔씩 우리의 머리 속에 떠오르는 여러 가지 생각들을 열거한 것입니다. 각 문장을 읽고, 지난 한 주 동안 얼마나 자주 이러한 생각들이 떠올랐는지를 표시해 주시기 바랍니다. 각 문장을 잘 읽고, 아래와 같이 그 빈도에 따라 적당한 숫자에 'O' 표 해 주십시오.

0 : 전혀 이런 생각은 하지 않는다.

1 : 가끔 이런 생각을 한다.

2 : 종종 이런 생각을 한다.

3 : 자주 이런 생각을 한다.

4: 항상 이런 생각을 한다.

1. 세상이 나를 힘들게 하는 것처럼 느껴진다.	0	1	2	3	4
2. 나는 쓸모 없는 사람이다.	0	1	2	3	4
3. 도대체 왜 나는 성공할 수 없는 것일까?	0	1	2	3	4
4. 아무도 나를 이해해 주지 않는다.	0	1	2	3	4
5. 나는 종종 사람들을 실망시켜 왔다.	0	1	2	3	4
6. 나는 내가 해온 일을 계속할 수 없을 것 같다.	0	1	2	3	4
7. 나는 더 나은 사람이 되고 싶다.	0	1	2	3	4
8. 나는 너무 나약하다.	0	1	2	3	4

9. 내 인생은 내가 원하는 대로 흘러가고 있지 않다.	0	1	2	3	4
10. 나는 내 자신에 대해 매우 실망하고 있다.	0	1	2	3	4
11. 어떤 것에서도 더이상 즐거움을 느낄 수가 없다.	0	1	2	3	4
12. 나는 이제 더 이상 인내할 수 없다.	0	1	2	3	4
13. 나는 새로운 일을 착수할 수 없다.	0	1	2	3	4
14. 도대체 나에게 무엇이 잘못되었는가?	0	1	2	3	4
15. 나는 다른 곳에서 살았으면 좋겠다.	0	1	2	3	4
16. 왜 나에게겐 모든 것이 뒤죽박죽일까?	0	1	2	3	4
17. 나는 내 자신이 싫다.	0	1	2	3	4
18. 나는 가치 없는 인간이다.	0	1	2	3	4
19. 나는 어디론가 사라져 버리고 싶다.	0	1	2	3	4
20. 도대체 나에게겐 무엇이 문제란 말인가?	0	1	2	3	4
21. 나는 인생의 패배자다.	0	1	2	3	4
22. 내 인생은 엉망진창이다.	0	1	2	3	4
23. 나는 실패자다.	0	1	2	3	4
24. 나는 절대 성공하지 못할 것이다.	0	1	2	3	4
25. 나는 무기력하다.	0	1	2	3	4
26. 나는 무언가 변화되어야 한다.	0	1	2	3	4
27. 나에게겐 틀림없이 무언가 잘못되어 있다.	0	1	2	3	4
28. 나는 미래에 대한 희망이 없다.	0	1	2	3	4
29. 가치 있게 느껴지는 것이 없다.	0	1	2	3	4
30. 너는 어떤 것도 끝까지 해낼 수 없다.	0	1	2	3	4

14. 절반의 실패는 전부 실패한 거나 다름없다.	
15. 나의 실패 모습이 알려지면 사람들은 나를 전보다 업신여길 것이다.	
16. 사랑하는 사람이 나를 더 이상 사랑하지 않는다면, 나는 존재할 가치가 없다.	
17. 어떤 일의 최종결과와는 상관없이 과정 속에서 즐거움을 느낄 수 있다.	
18. 어느 정도 성공가능성이 있는 일만을 착수해야 한다.	
19. 한 인간으로서의 나의 가치는 나에게 대한 다른 사람의 평가에 달려있다.	
20. 나 자신에 대해 최고의 기준을 세우지 않는다면 나는 이류인간으로 전락하고 말 것이다.	
21. 가치 있는 사람이 되려면, 적어도 한 분야에서 정말 뛰어난 사람이 되어야 한다.	
22. 좋은 생각을 많이 가지고 있는 사람이 가치 있는 사람이다.	
23. 실수하는 경우, 낭패감을 느끼는 것은 당연하다.	
24. 나에게 대한 나의 주관적인 견해가 다른 사람의 견해보다 더 중요하다.	
25. 도덕적으로 선하고 가치 있는 사람이 되려면 도움을 필요로 하는 모든 사람을 도와야 한다.	
26. 자꾸 물어보면, 나는 열등한 사람으로 보일 것이다.	
27. 중요한 사람으로부터 인정을 받지 못하는 것은 몹시 고통스런 일이다.	
28. 의지할 사람이 없으면 당연히 불행해진다.	
29. 나는 나 자신을 혹사시키지 않고도 주요한 목표를 이룰 수 있다.	
30. 야단을 맞고도 태연할 수 있다.	
31. 사람들은 어제 나에게 등을 돌릴지 모르기 때문에, 믿을 수 없다.	
32. 다른 사람이 나를 싫어한다면, 나는 행복할 수 없다.	

33. 다른 사람을 기분 좋게 하려면 내 자신의 이익을 포기하는 것이 최상책이다.	
34. 나의 행복은 나보다 다른 사람에게 더 달려있다.	
35. 행복해지기 위해서 다른 사람의 인정이 반드시 필요한 것은 아니다.	
36. 문제를 회피하다 보면 그 문제가 사라져 버리는 경우가 많다.	
37. 인생에서 즐거운 것들을 많이 놓쳐 버린다 해도 나는 행복할 수 있다.	
38. 다른 사람들이 나에 대해 어떻게 생각하느냐가 나에겐 매우 중요하다.	
39. 다른 사람으로부터 고립되게 되면 불행해지기 마련이다.	
40. 야단을 맞고도 태연할 수 있다.	

[부록 9. 프로그램 책자]

제 1 회기. 스트레스와 신체 증상에 대한 인지행동기반

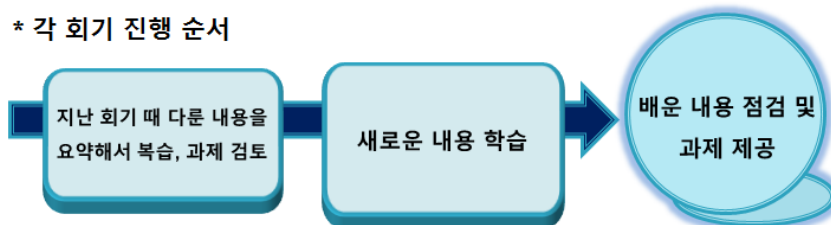
프로그램 소개.

* 회기 별 주제와 내용

본 프로그램은 매회 60 분씩 진행되며 주 1 회 총 5 회기로 구성됩니다.

회 기	소주제	목표 및 세부내용
1	프로그램의 소개 및 인지모델 이해	- 프로그램 소개/ 참여 동기 및 프로그램에 대한 기대나누기 - 인지 모델 이해하기
2	나의 신체 증상 알아 차리고 조절하기	- 스트레스 및 긴장 수준이 올라간 상황의 신체 단서 파악하기 - 주의분산의 효과 이해하고 호흡훈련 및 이완훈련 연습하기
3	자동적 사고에 대한 이해와 적응적 대응 기법 알기	- 자동적 사고 이해하기 - 자동적 사고에 가려진 부정적인 감정과 왜곡된 사고방식 찾아내기 - 자동적 사고의 인지적 오류 수정/적응적 사고 연습하기
4	인지적 재구조화	- 신체 증상 및 감정적인 고통과 관련된 부정적인 사고와 믿음(인지)을 알아내고, 평가하고, 올바르게 수정할 수 있도록 하기 - 유발상황을 해결하기 위해 적절한 대처방법을 알고, 나에게 적용하기
5	인지적 재구조화 복습 및 마무리	- 프로그램에 대한 정리 및 평가 - 프로그램의 성과 나누기

* 각 회기 진행 순서



* 인지행동치료란 ?

인지행동치료에서는 자신과 세상을 어떻게 해석하고 구조화하는지에 따라서 감정과 행동이 결정된다는 것을 가정합니다. 즉, **인지(생각, 사고)**를 보다 **적응적이고 합리적**으로 바꾸어 스스로 스트레스와 신체 증상을 다루고 대처하는 기술을 연마하고 **자가치료자**가 될 수 있도록 하는 것이 목표입니다. 대학생을 위한 신체증상 조절 인지행동 프로그램에서는 다음과 같은 방법들을 익힐 수 있도록 돕습니다.

1. 인지적 재구조화 - 신체 증상 및 스트레스와 관련된 부정적인 생각과 믿음(인지)을 스스로 알아내고, 평가하고, 바람직한 방법으로 수정할 수 있도록 합니다. 우리들은 살아가면서 괴로운 상황에 닥쳤을 때 '이런 사건을 겪고 있는 이는 나 밖에 없을 거야'라든가 '다른 사람에게 이야기해봤자 큰 해결책이 없겠지'라는 생각을 함으로써 닥친 문제를 과장해서 받아들이거나, 다분히 주관적으로 해석하거나, 부정적이고 부적응인 대처를 하는 경우가 의외로 많습니다. 그런데 알고 보면 다른 사람도 나와 비슷한 문제를 갖고 있을 수 있으며, 다른 사람들은 별게 아닌 것으로 생각하거나 혹은 생각보다 가까이에 해결책이 있는 경우도 있습니다. 이러한 경직되고 역기능적인 신념의 내용을 수정하는 것이 인지 재구조화입니다.

2. 복식 호흡 및 근육 이완 기법 - 신체 증상과 스트레스를 다룰 수 있는 다양한 행동적 기법들을 습득하도록 합니다.

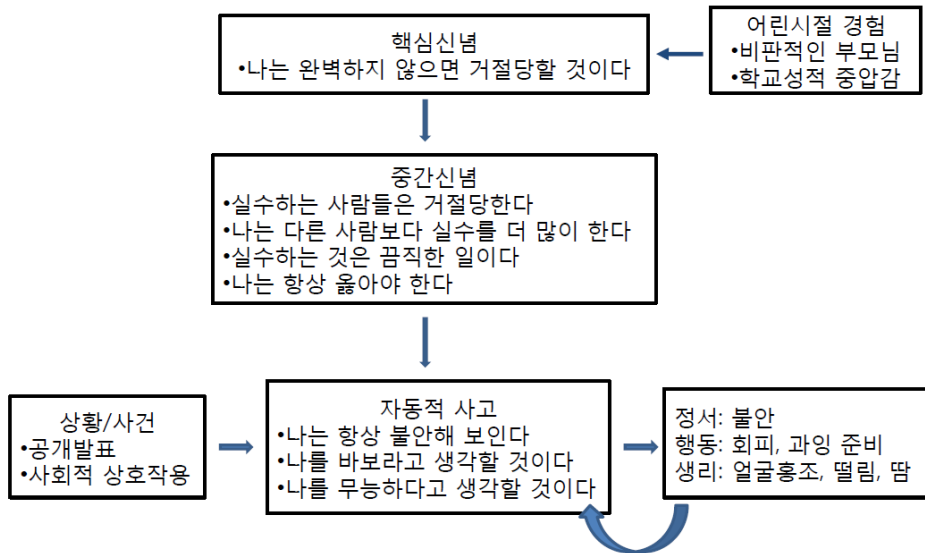
3. 문제해결기술 - 현실적으로 실재하는 신체 증상 및 사회심리적 스트레스들을 더 나은 방향으로 처리할 수 있도록 돕는 구체적인 방법을 익히게 합니다.

* 사례를 통한 인지행동 모델의 이해

인간은 누구나 스트레스를 경험하며 그것은 살아가면서 피할 수 없는데, 이 스트레스를 어떠한 방식으로 해석하고 대응하는가에 따라 결과는 달라집니다. 소화가 잘 되지 않고 설사를 하며, 가슴이 빠르게 뛰는 등의

신체 증상은 스트레스와 이와 관련한 사고방식 때문이라고 할 수 있습니다.
아래의 사례를 통해 인지행동 모델에 대해 이해해봅시다.

Ex) 발표상황에서 스트레스와 불안을 호소하는 A씨의 사례



*** 인지 행동치료의 목표는**

1. 나만의 독특한 신념, 생각들을 찾아내고
2. 주로 어떠한 오류들이 개입되어 있었는지 확인하고
3. 보다 합리적이고 적응적인 생각들로 변화시키는 것입니다.

*** 집단 규칙을 이해하고 함께 지켜나갈 것을 약속합니다.**

- 중재의 원활한 진행을 위하여 결석하지 않고 시간을 엄수해 주세요.

- 구성원의 사생활 및 비밀 유지를 위하여 집단에서 나눈 이야기는 집단 밖에서 이야기하지 않습니다.
- 다른 구성원들의 이야기를 존중하고 편견의 시선을 갖지 않도록 노력합니다.
- 나의 솔직한 생각이나 마음을 표현합니다.
- 회기에서 배운 내용을 일상생활에서도 적용하고 실행하도록 노력합니다.

*** 끝으로, 간단한 자기 소개를 통해 집단 참여 동기와 집단에 대한 기대를 자유롭게 나누어 봅시다.**

제 2 회기. “몸과 마음의 연결(mind-body connection)”

- 나의 신체 증상 알아차리고 조절하기

* 전회기 리뷰 및 피드백 나누기

* 신체 증상에 대하여

신체 증상>

현 황

일주일 동안 한 가지 이상의 신체 증상을 경험하고 이에 따른 일상생활의 기능저하를 동반한 일반인이 81.6%임이 보고되었다(Hiller et al., 2006).

사회경제적 측면

신체 증상을 주 호소로 일차 의료기관을 찾는 환 자 수 가 매 년 4 억 명 에 육 박 하 며 (Schappert, S. M., 1992), 이와 관련된 진료비 총액이 매 년 1 천 억 달러로 추정된다.

개인의 일상생활

스스로 경험하는 디스트레스 (Kroenke et al., 1994), 개인의 역할 수행 및 사회 활동 감소 등 기능 저하가 뚜렷하다.

우리의 몸과 마음은 분리될 수 없기 때문에 서로 긴밀한 영향을 주고 받습니다. 스트레스로 인한 신체 증상은 매우 흔한 일이며, 증상의 호전과 악화 또한 만성적으로 반복, 지속될 수 있습니다. 신체 증상은 순수하게 신체 감각으로 구성되어 있기 보다는 심리적 요인과 신체 내부가 서로 상호작용하여 나타나는 것입니다. **신체 증상의 구성요소**에는 ‘신체 감각’, ‘감정’, ‘사고’, ‘행동’ 등 여러 가지 요소를 포함하고 있으며, 이러한 신체 증상의 구성요소들은 서로간에 상호영향을 미칩니다.



변화

1. 신체 감각: 스트레스 상황에서 신체 증상으로 인한 불편한 신체감각은 어떤 경험을 말하는 것일까요? 속이 부글부글 하다거나, 답답하다, 콕콕 찌르듯이 아프다는 식으로 신체 증상 혹은 신체 감각의 경험은 다양하게 나타날 수 있고, 그것이 얼마나 자주, 오래 지속되는지도 다 다를 것입니다. 이와 같이 주관적으로 독특한 양상으로 신체 감각을 느끼게 되는데, 이를 '신체 감각'이라고 부를 수 있습니다.

예) 스트레스에 대한 내 몸의 신체 감각: 근육의 긴장, 가슴 두근거림, 입이 바싹 마름, 깜짝 깜짝 놀람, 식은땀, 피로, 불면증, 식욕 감퇴, 두통, 위장 장애, 과호흡, 발진, 안면경련 등

2. 감정: 부정적 감정은 신체 증상을 더 악화시킬 수 있습니다. 예를 들어 불안이라는 감정은 통증 역치와 인내력이 낮아져 더 큰 통증을 경험할 수 있습니다. 또한 불안할 때 신체 증상이 실제로 일어날 수 있는데, 이를 신체적 질병으로 오인하게 될 수 있습니다. 우울감을 느낄 때, 부정적인 측면에 사로잡혀 현재의 신체 증상을 더 나쁘게 보게 될 수 있습니다. 이같이 다양한 부정적 감정을 신체 증상과 구분하는 것은 쉽지 않을 수 있는데, 감정의 변화가 신체 증상과 연관된 사고의 변화를

가져오는데 있어 중요한 역할을 하므로 증상과 연관된 이러한 '감정'들을 잘 알아차리는 것은 중요합니다.

예) 스트레스에 대한 나의 감정: 초조, 예민, 불안, 우울, 화, 안절부절, 건망증, 악몽, 좌절, 불안정, 심한 감정 기복

3. 인지(사고 혹은 생각): 사람들은 신체 증상이 있을 때 어떠한 생각을 하게 되고, 그러한 생각들을 하게 되는 바탕에는 어떠한 신념들이 있을까요? 만성적인 신체 증상을 겪는 사람들은 자신의 증상에 관한 특정한 생각들과 신념들을 가지게 되는 경향이 있습니다. 예를 들면, 자신이 만성적인 두통을 겪고 있는 사람은 활동에 참여하거나 다른 사람들과 관계를 맺고 일을 할 수 있는 능력에 지장이 있을 거라고 예상하여 상당히 스트레스를 받을 수 있는데, 이러한 생각과 믿음들이 부정적이고 현실적이지 못한 면을 가지고 있음은 드문 일이 아닙니다. 예를 들어, "두통이 내 집중력을 망쳐놨고, 두통으로 시험에 실패했어. 나는 두통을 넘어서는 어떤 일도 할 수 없어.."라는 식으로 파국적인 생각을 하게 될 수 있는데, 이러한 식의 생각은 심리적인 불편감과 통증자체를 더욱 악화시킬 수 있습니다.

예) 신체증상을 악화시키는 생각

1. 건강에 대한 경직된 신념

'건강이 좋다는 것은 신체 증상이 하나도 없는 것이다', 일시적인 증상(귀에서 삐-소리가 난다), 사소한 질병(설사), 정상적인 증상(장음 항진) 등을 질병의 신호로 잘못 해석한다.

2. 신체 감각을 증폭시켜 지각하는 경향

신체 감각에 대해, 예를 들어 중립적인 증상에 대해서도 선택적으로 초점을 맞추고 더 강렬하고 해로운 것으로 경험한다.

3. 신체 감각을 신체 질환이나 질병으로 잘못 해석하는 경향

'내가 지금 피곤하고 힘이 없는 것은 문제가 있어서다' → 수면 부족, 과로, 나이 등 정상적 과정에서 생길 수 있는 일을 신체적 질병이 있는 것은 아닌지 의심하고 때로는 잘못 해석한다. 사소한 증상에도 부정적으로 해석하고 질환과 연결 짓는다.

4. 부정적 자기신념

'나는 소화불량을 견뎌내지 못해. 난 허약하고 할 수 있는 것이

없어, '나는 몸이 나약해' 등 스트레스에 대해 자신이 조절할 수 없다는 자기 자신에 대한 부정적 관점을 지닌다.

4. 행동: 사람들은 신체 증상이 있을 때 어떤 행동들을 하게 될까요? 사람들은 신체적 불편감이나 통증이 있을 때 독특한 방식으로 행동을 하게 됩니다. 움츠리는 행동을 하기도 하고 쉬기 위해 가만히 누워버리기도 합니다. 또 다른 이들은 그들의 불편감에 대해 주변사람들에게 끊임없이 불평을 하기도 하고, 진통제나 소화제, 근이완제 등의 약물을 시도 때도 없이 복용하려 하기도 합니다. 많은 경우 이러한 행동들은 보다 적응적으로 신체 증상을 다룰 수 있는 가능성을 저해하고 그 결과 이러한 행동들을 더욱 더 하게되어 통증으로 인한 장애와 고통을 지속시키게 됩니다.

예) 스트레스에 대한 나의 행동: 흡연, 과식, 과음, 약물 과다복용, 이를 감, 쉽게 연쟁에 휘말림, 불평, 누워있기(활동 부족)

5. 사회문화적/유전환경적 영향: 신체 증상은 문화, 성별, 사회경제적 상태, 성격적 요인, 신체적 제한, 가족이나 친구들과의 관계, 업무수행상 어려움이나 실직 같은 역할수행과 관련한 문제 등 매우 여러 가지의 사회적/환경적 요인들과 영향을 주고받고 있습니다.

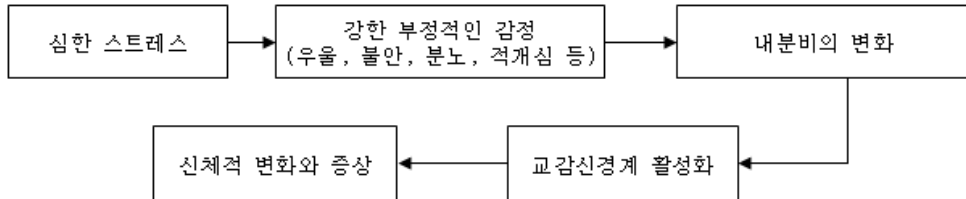
*** 스트레스 및 긴장 수준이 올라간 상황의 신체 단서, 신체 증상 이해하기**

이번에는 스트레스와 긴장 상황에서 우리 몸의 정상적인 생리적 각성 과정을 이해하고 스트레스가 우리 몸에 전달하는 신호를 감지하고 이해하는 시간을 갖도록 해볼 것입니다.

1. 스트레스가 자율신경계- 신체 증상에 영향을 미치는 과정

심계항진이나 호흡곤란과 같은 증상들은 자율신경계의 활동과 관련됩니다. 일반적으로 스트레스를 인지할 경우 스트레스호르몬이 방출되고 교감신경계를 활성화시켜 신체에 여러 증상을 유발하며, 이 과정에서 에피네프린(epinephrine), 노르에피네프린(norepinephrine), 글루코코르티코이드(glucocorticoid) 등이 분비되면서 심혈관계와 정서에

민감한 영향을 미치게 됩니다(아래 그림 참조). 이렇게 유발되는 신체 증상은 두통, 불면, 소화장애, 어지러움, 안구 건조증, 입마름, 변비 혹은 설사, 생리의 이상, 가슴의 답답함, 두근거림, 흉통, 피부 트러블, 만성피로 등으로 다양하게 나타날 수 있습니다.



2. 스트레스가 면역체계-신체 증상에 미치는 영향

심한 스트레스 → 스트레스 호르몬이 증가 → 비타민 C, 마그네슘 등 우리 몸의 영양소가 수치가 떨어짐 → 면역력이 떨어짐 → 헤르페스, 만성 피로, 두통 등 야기

* 신체 증상에 몰두하게 되는 상황에서 주의 분산의 효과

앞서도 살펴보았듯이, 우리 몸은 스트레스 상황에서 정상적으로 신체 증상을 경험할 수 있는데, 이러한 상황에서 신체 증상에 계속 몰두하게 되면 우리는 우리 몸의 신체 감각에 대해 **과도하게 주의를 기울이기** 때문에 **주의전환이 어려워질 수 있습니다**. 이러한 주의전환의 어려움이 **사소한 신체 증상을 심각한 질병의 증거로 잘못 해석하게 만들고 더욱 증상을 악화시킬 수 있습니다**. 따라서 신체에 대한 주의초점 및 생리적 불편감에 대한 자각을 감소시키는 주의 분산과 같은 훈련이 중요하며 효과적입니다. 다음의 사례를 통해 주의 분산의 필요성에 대해 더 쉽게 이해해봅시다.

예) 한겨울의 어느 날 자전거를 타고 집 밖을 나갔다. → 기온이 낮아 손의 온도가 낮아짐(객관적인 신체 상태) → “내 손이 차갑네. 정말 차갑구나”(과도한 주의를 줌으로써 신체적 명명) → “나는 역시 혈액순환이 잘 안되. 건강이 나쁜 것이 분명하다”(무해한 신체감각을 질병의 근거로 오해석) → **주의 분산의 필요성!**

* 호흡 조절법의 효과

1) 호흡 조절법은 근본적으로 활성화된 교감신경을 안정화시켜 생리적이완을 돕습니다. 우리가 완전히 안전하다고 느낄 때 나타나는 복식호흡과 이완을 인위적으로 하면 위기상황이라고 생각했던 불안하고 초조했던 몸과 마음이 교감신경이 안정화됨에 따라 안정화 된다는 것입니다.

2) 호흡 조절법을 통해 스트레스 상황에 처하거나 그 상황을 예상할 때 느껴지는 긴장을 스스로 조절할 수도 있고 주의 분산, 환기에 도움을 줍니다.

3) 호흡 조절법은 장기간의 스트레스, 신체 증상과 이에 동반되는 긴장, 불안, 초조 등을 경험한 사람들에게 상당히 효과적입니다. 통증을 예상하거나 경험하면, 호흡이 가빠집니다. 이때 더 긴장되고, 불안하고, 스트레스를 경험하게 되는데, 이 때 복식호흡을 하면, 긴장과 불안이 줄어들면서 통증도 더 적게 느끼게 됩니다.

타인의 방해를 받지 않는 조용하고 편안한 장소, 머리를 뒤로 기댈 수 있는 편안한 의자에 앉아 잠시 마음을 편안히 안정시키십시오. 한 손은 가슴 위, 반대 한 손은 배 위에 올려 놓고 느리고 편하게 숨을 쉬십시오. 이때 될 수 있으면 가슴 위의 손에는 움직임이 느껴지지 않도록, 배위의 손만 볼록하게 나올 수 있도록 숨을 들이쉬는 것이 도움이 됩니다. 내쉬는 숨도 가능한 부드럽게 내쉬는 연습을 하십시오. 처음부터 너무 천천히 호흡하거나 공기를 많이 들이마시려 하는 욕심을 부리지 말고 본인이 편안한 수준에서 숨을 쉬세요. 이때 정신은 배 위에 있는 손에 집중하셔서 손이 오르내리는 것에 주의하십시오.

숨을 들이 쉴 때 마음속으로 '하나' '둘' '셋'을 세고 한 박자 쉬었다가 내쉬어 봅시다. 내쉴 때는 마음속으로 '나는 편안하다' 라고 말하면서 내쉬도록 하십시오. 가능하면 호흡 이외에는 다른 생각을 하지 않는 것이 좋습니다. 정신을 배위의 손에 집중하십시오. 들어갔다 나왔다 하는 복부의 움직임을 느끼며 천천히, 깊게 숨을 쉽니다. 날숨과 함께 긴장도 공기 중으로 빠져나간다고 생각해봅시다. 어지럽거나 현기증이 나면 숨을 깊이 쉬지 말고 평소의 속도로 돌아옵니다. 별 문제가 없다면 계속해서 깊은 숨을 유지합니다.

이 훈련을 가급적 매일 두 번 이상, 매번 적어도 10분 이상 연습할 것을 권합니다. 매번 연습 후에, 복식 호흡 훈련 기록지를 사용하여 호흡 훈련에 대한 집중도, 호흡 훈련을 통하여 편안해지는 정도를 수치로 기록하십시오. 이렇게 기록하는 것은 스스로 혹은 치료자로 하여금 진행상황을 보다 명료하게 알 수 있게하는 좋은 자료가 됩니다.

수행 및 과제> 복식 호흡 훈련 기록지

복식 호흡을 시행 후 0~10점 척도를 이용하여 연습 때 호흡 및 숫자 세기에 대한 집중도와 복식호흡의 성취도를 기록합니다.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

없음		약간		중간		강한		최대	
관찰 날짜		훈련 횟수		호흡 및 숫자세기에 대한 집중도		복식 호흡 성취도			
		1							
		2							
		1							
		2							
		1							
		2							
		1							
		2							
		1							
		2							

제 3회기. 자동적 사고에 대한 이해와

이에 대한 적응적 대응기법 알기

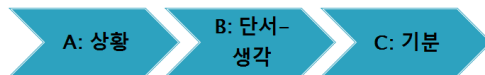
* 전 회기 내용 복습- 복식 호흡훈련 기록지 리뷰

* 자동적 사고란?

감정은 자각의 출발점, “어떤 감정을 느낄 때 = 자동적 사고가 일어났다는 신호”

- 특정 상황에서 자동적으로 떠오르는 생각이나 영상, 상황에 대한 즉각적인 해석으로, 갑자기 빠르게 스쳐가고 이것에 대해 신중하게 생각해보려고 하지 않기 때문에 자동적 사고라 합니다.
- 대부분의 상황에서 사람들은 감정만을 인식하지만 감정의 변화에 주목하여 조금만 더 주의를 기울이면 자신의 자동적 사고에 대해 파악할 수 있습니다.

* ABC 모델



- 어떤 특정 감정이 나타낼 때 이는 자동적 사고가 방금 나타났다는 신호입니다.
- 감정의 변화를 이용하여 자동적 사고를 찾아 보는 연습이 중요한데, 감정의 변화는 대체적으로 감정이 실린 즉각적이고 매우 주관적인 생각들을 이끌기 내기 때문에 자동적 사고를 찾아내는 데 매우 유용한 신호가 됩니다.
- 자동적 사고가 잘 떠오르지 않는다면 상상을 통해 중요한 사건을 다시 회상해서 그때로 돌아가 그 상황에 있는 것처럼 상상해보고 묘사해보도록 합니다.

▶ 나 자신의 부정적 자동적 사고를 밝혀내는 질문

자동적인 사고를 파악하려면 다음의 질문을 스스로 해보면 도움이 됩니다.

- 1) 신체 증상이 느껴지고 기분이 변한 바로 그때 마음 속에 무엇이 스쳐갔습니까?
- 2) 지금 이 기분이 되기 직전에 당신에게 문득 어떤 생각이 떠올랐습니까?
- 3) 이 상황이 사실이라면 그게 당신에게 어떤 의미이지요?
- 4) 나의 부정적 자동적 사고는 나 자신, 혹은 내 미래가 어떠한 의미를 의미합니까?
- 5) 나에게 어떤 일이 일어날까 봐 걱정하고 괴로운 것인가요?
- 6) 나의 부정적 자동적 사고가 사실일 때 일어날 수 있는 최악의 상황은 무엇일까요?
- 7) 이 상황에서 어떤 기억이나 이미지가 떠오르는가요?

* 자신의 부정적 자동적 사고를 관찰하고 기록하는 연습 해보기

신체 증상으로 인해 힘든 사건을 떠올리며 그때의 상황, 자동적 사고, 감정, 신체 증상을 구분하여 기록해 봅시다. 아래의 예시를 본 뒤, 최근에 있었던 스트레스 사건을 각자 적어볼 것인데, 먼저 그때 느낀 감정과 신체 증상을 적고 난 다음 나의 자동적 사고는 어떤 것이 있었는지 적어봅시다. 자동적 사고를 찾는 것이 조금 어렵다면 위의 질문들을 스스로에게 던져보는 것이 도움이 됩니다. 마지막으로 돌아가면서 자신의 자동적 사고를 소개하는 시간을 갖고 자신이 실제로 얼마나 그것을 믿고 있는지, 다른 현실적인 사고는 없을지 구성원들과 자유롭게 의견을 나누어 봅시다. 다른 구성원들과 이야기하다 보면 의외로 남들은 그렇게 생각하지 않는다던가, 나에게 더 도움이 되는 생각들을 할 수 있는 실마리를 찾을 수 있을

것입니다.

< 자동적 사고기록 예시 >

사건/상황	자동적 사고	감정	신체 증상
1. 부정적인 감정을 일으킨 스트레스 경험이나 신체증상의 실제 사건	1. 그 때 마음 속에 무엇이 스쳐 지나갔나요? 2. 그것이 실제로 얼마나 그러할 것이라고 믿었나요? (0-100)	1. 그 때 어떤 감정(슬픔, 불안, 화남 등)이 느껴졌나요? 2. 그 감정이 얼마나 강렬하였나요? (0-100)	1. 몸의 어느 부위에 증상이 느껴졌고 증상이 어떻게 묘사되나요? 2. 그 증상의 강도는 어땠나요? (0-10)
시험 하루 전날 무얼 먹어도 속이 뒤집히고 소화가 잘 되지 않으며 복통과 설사가 있다.	나는 이 기분 나쁜 증상과 통증을 멈출 수 없어. 90. 복통이 있는 걸 보니 분명 문제가 있어. 90. 나는 스트레스를 받으면 항상 배가 아파. 100 아프니까 당장 누워있는게 낫겠어. 100	좌절감 100 무기력감 90 짜증 100	속이 부글부글함 8 날카롭게 찌름 6

수행 및 과제> 자동적 사고 기록지 작성

사건/상황	자동적 사고	감정	신체 증상
<p>1. 부정적인 감정을 일으킨 스트레스 경험이나 신체증상의 실제 사건</p>	<p>1. 그 때 마음 속에 무엇이 스쳐 지나갔나요?</p> <p>2. 그것이 실제로 얼마나 그럴 것이라고 믿었나요? (0-100)</p>	<p>1. 그 때 어떤 감정(슬픔, 불안, 화남 등)이 느껴졌나요?</p> <p>2. 그 감정이 얼마나 강렬하였나요? (0-100)</p>	<p>1. 몸의 어느 부위에 증상이 느껴졌고 증상이 어떻게 묘사되나요?</p> <p>2. 그 증상의 강도는 어땠나요? (0-10)</p>

* 점진적 근육 이완법

근육의 긴장이 스트레스에 대한 자연스러운 생리적 반응인 것처럼, 이완법 역시 훈련을 통해 쉽게 익힐 수 있는 자연스러운 우리 몸의 능력입니다. 근육이완은 근육 경련을 감소시키거나 막아주고, 근육 긴장을 완화시키고 조절하도록 돕습니다.

편안한 자세에서 눈을 감고 몇 초간 조용히 앉아 있습니다.

먼저 주먹을 꼭 쥐고 오른쪽 팔뚝에 힘을 줍니다. 근육을 세게 당기고 숨을 들이쉽니다. 근육의 긴장감, 단단함을 느끼며 다섯까지 세고 숨을 내쉬면서 근육에 힘을 빼고 긴장을 풀어줍니다. 근육이 이완되었을 때와 긴장했을 때의 차이가 느껴집니까? 어떤 사람들은 근육이 이완될 때 열기와 무게를 느끼기도 합니다. 왼쪽 팔뚝도 똑같이 해봅시다.

이번에는 배를 힘껏 당겼다가 긴장된 상태로 잠시 멈추고 다섯까지 센 뒤 이완시킵니다. 힘을 줄 때 들숨, 힘을 뺄 때 날숨이라는 원칙을 잊지 말고, 순서대로 어깨, 엉덩이, 허벅지, 종아리까지 차례대로 힘을 팍 주어 움추렸다가 편안한 상태로 돌아가도록 해봅시다. 각 부위마다 근육이 긴장했을 때와 이완했을 때의 차이가 느껴집니까?

이번에는 얼굴에 힘을 주어 봅니다. 안면 근육들과 눈썹은 치켜 올라가고 입술은 앙 다문 상태입니다. 다섯까지 센 뒤 얼굴에 힘을 뺍니다. 얼굴의 선들이 부드럽게 펴지고 턱이 쳐지는 느낌이 들 것입니다. 이완 상태에 몇 분간 머물면서 자신의 호흡에 집중하십시오. 복식호흡을 유지하며 숨을 내쉴 때마다 편안하다고 생각하십시오.

수행 및 과제> 이완훈련 관찰 기록지

0~10점 척도를 이용하여 연습 직전과 직후의 이완 수준, 연습하는 동안 근육 긴장 및 이완 감각에 집중하는 정도를 매번 기록하십시오.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

없음	약간	중간	강한	최대
----	----	----	----	----

시행 날짜	이완 수준		이완 감각에 대한 집중도	좋았던 점 혹은 부족했던 점
	전	후		

제 4회기. 인지적 재구조화

* 전 회기 내용 복습

- 상황, 사고(생각), 감정, 신체 증상 및 행동을 기록하는 과제를 토대로 각자의 생활 속에서 부정적 자동적 사고를 확인하고 찾아내는데 익숙해졌는지 점검해봅시다. 자동적 사고에 대한 자신만의 대처 방법이 무엇이었는지 자유롭게 이야기해봅시다.

- 이완 훈련 연습을 통해 바뀐 점, 좋았던 혹은 어려웠던 점에 대해 각자의 생각을 공유해봅시다.

1. 일반적인 인지적 오류를 살펴보고 신체 증상과 관련한 인지적 오류 다루기

* 일반적인 인지적 오류

- **이분법적인 사고(dichotomous thinking)** 혹은 **흑백논리적 사고(all-or-nothing thinking)** : 자기 자신, 경험 또는 다른 사람들에 대한 판단이 두 개의 범주 중 하나에 해당될 경우 (예: 항상 자신을 잘 통제하는 것, 완벽한 것, 항상 증상이 없는 것이어야 한다는 생각).

- **과잉일반화(overgeneralization)**: 적은 횟수의 사건을 근거로 하여 일반적 결론을 내리고 별개의 사건들을 가지고 결론을 내린 후 비논리적으로 확장시켜서 적용한다(예: 시험 혹은 사업에 적은 횟수로 실패한 사람이 '나는 어떤 일이든 나의 노력이나 상황과는 상관없이 또 실패하게 될 것이다'고 생각하는 경우).

- **의미 확대(magnification)**와 **의미 축소(minimization)**: 어떤 속성, 사건 또는 느낌 등의 의미가 과장되거나 축소 될 경우(자신의 결핍 혹은 단점은 매우 중요한 문제라고 걱정하면서, 장점 혹은 강점은 별 것 아니라고 과소평가하는 경우).

- **개인화의 오류(personalization)**: 자신과 무관하고 근거가 없는 외적 사건에도 자신과 연관된 것으로 잘못 해석하는 오류(예: 교실 앞을 지나가면서 어떤 사람들이 이야기 중에 웃는 것을 보고, 자신을 보고 웃었다고 단정짓는 경우).

- **독심술적 오류(mind reading)**: 충분한 근거 없이 타인의 마음을 나의 생각대로 추측하고 단정짓는 경우. 마치 다른 사람의 마음을 읽을 수 있는 독심술사와 같이 매우 애매하고 사소한 단서를 근거로 타인의 마음을 독단적으로 판단하는 오류.

- **예언자적 오류(fortune telling)**: 미래에 일어날 일을 객관적인 근거 없이 단정하고 확신하는 오류. 마치 미래의 일을 미리 예측할 수 있는 예언자가 된 것처럼 미래에 일어날 일을 부정적으로 추론하고 확신하여 믿는 경우.

- **감정적 추리의 오류(emotional reasoning)**: 충분하고 객관적인 근거 없이 모호하게 느껴지는 감정을 근거로 하여 결론을 내리는 오류. 즉 '나 스스로 이렇게 느껴지는 것을 보니 사실일 것이며 이는 틀림없다'는 식으로 생각하는 경우.

* 신체증상과 관련된 인지적 오류

1. 건강에 대한 경직된 신념

'건강이 좋다는 것은 신체 증상이 하나도 없는 것이다', 일시적인 증상(귀에서 삐-소리가 난다), 사소한 질병(설사), 정상적인 증상(장음 항진) 등을 질병의 신호로 왜곡해서 생각한다.

2. 신체 감각을 증폭시켜 지각하는 경향

신체 감각에 대해, 예를 들어 중립적인 증상에 대해서도 선택적으로 초점을 맞추고 더 강렬하고 해로운 것으로 경험한다.

3. 신체 감각을 질환이나 질병으로 잘못 해석하는 경향

'내가 지금 피곤하고 힘이 없는 것은 문제가 있어서다'등과 같이 수면 부족, 과로, 나이 등 정상적 과정에서 생길 수 있는 일을 신체적 질병으로 잘못

해석한다. 사소한 증상에도 부정적으로 해석하고 질환과 연결 짓는다.

4. 부정적 자기신념

‘나는 소화불량을 견뎌내지 못해. 난 허약하고 할 수 있는 것이 없어’, ‘나는 몸이 나약해’ 등 스트레스에 대해 자신이 조절할 수 없다는 자기 자신에 대한 부정적 관점을 지닌다.

★ 2. 대안적 사고 발견하기 표 예시

상황 (증상이 특히 심했던 시간 및 장면)	자동적 사고(증상이 있기 전, 도중, 지나간 후의 생각)	감정(증상이 있기 전, 도중, 지나간 후의 감정)	신체 증상	1. 인지왜곡 유형 2. 대안적 사고 3. 노력했던 것	결과
1. 부정적 감정을 일으킨 통증 경험이나 실제 사건	1. 그 때 마음 속에 무엇이 스쳐 지나갔나요? 2. 그것이 실제로 얼마나 그럴 것이라 믿었나요? (0-100)	1. 그 때 어떤 감정(슬픔, 불안, 화남 등)이 느껴졌나요? 2. 그 감정이 얼마나 강렬하였나요? (0-100)	1. 몸의 어느 부위에 증상이 느껴졌고 증상이 어떻게 묘사되나요? 2. 그 증상의 강도는 어땠나요? (0-10)	1. 어떤 인지적 왜곡이 있었나요? 2. 자동적 사고에 대한 대안적인 반응들을 구성하세요. 3. 그 반응을 당신은 얼마나 믿나요?	1. 원래의 자동적 사고를 얼마나 많이 믿나요? 2. 지금은 어떤 감정이 느껴지나요? 그 감정의 정도는 얼마인가요? (0-100) 3. 지금의 통증 정도는 얼마인가요? (0-100)
몸을 구부려 바닥에 있는 양말을	나는 이 상황을 통제할 수 없어.	좌절감 90 짜증 80	날카롭고 찌르는 허리 통증. 8	자동적 사고: 나는 그것을 통제할 수	나는 이 상황을 통제할 수

집었을 때 허리에 날카롭게 찌르는 통증이 느껴짐	90. 나는 허리를 숙일 때 마다 통증이 항상 있다. 80			없어. 항상 그랬어. 1. 흑백논리 2. 대안적 사고: 사실은 통제했을 때도 많았다. 여태껏 잘 해결되었다. 3. 100	없어. 40 항상그랬다. 20 현재 감정: 좌절감 35, 짜증 30 현재 통증:

*** 자동적 사고와 인지적 오류에 대한 대안적인 반응 찾기**

위의 작업을 통해 스트레스-신체 증상과 관련된 불안감, 긴장감을 불러일으키는 생각과 암시를 확인하고, 스트레스와 신체 증상을 강화시키는 사고방식을 재구조화하거나 수정할 수 있습니다. 아래의 증거 점검하기 작업은 자동적 사고에 대한 대안적인 반응들을 구성하는데 도움이 되는 기법입니다.

<증거 점검하기 작업>

→ 자동적 사고: 난 실패할 것이다.

1) 자동적 사고를 지지하는 증거:

2) 자동적 사고에 반하는 증거:

→ 인지적 오류:

→ 대안적 사고:

* 이완요법(복식호흡, 점진적 근육 이완법 복습)

과제) 대안적 사고 발견하기 과제

상황 (증상이 특히 심했던 시간 및 장면)	자동적 사고 (증상이 있기 전, 도중, 지나간 후의 생각)	감정(증상이 있기 전, 도중, 지나간 후의 감정)	신체 증상	1. 인지왜곡 유형 2. 대안적 사고 3. 노력했던 것	결과

제 5회기. 나는 스트레스와 이로 인한 신체 증상을 다룰 수 있다. - 프로그램 평가 및 마무리

* 과제 검토

- 대안적 사고 발견하기 표를 작성해 왔는지 확인하고 이를 토대로 돌아가면서 자신의 자동적 사고와 인지적 왜곡을 확인합니다.
- 신체증상과 관련한 스트레스 상황에서, 이전보다 적응적으로 자신의 자동적 사고를 수정한 경험에 대해 소개해봅시다.

* 적응적 생각으로 바꾸기 위한 적절한 대처방법+행동 기술

1. 반복적 약물 사용

소화제, 두통약 등 잦은 약물 복용은 부작용을 유발 할 수 있으며 약물의 장기투여는 남용의 문제를 일으킬 수 있으므로 점진적으로 줄여나가는 것이 좋습니다. 습관적인 약물 복용보다는 호흡법, 근이완요법, 명상, 따뜻한 차 마시기, 심상요법 등의 같은 비약물적인 대안을 실천하여 봅시다.

2. 신체적 활동의 회피 수정하기

신체 활동의 회피와 과다휴식은 근육섬유가 탄력을 잃고 약해져 체력이 떨어지기 때문에 신체 부담이 가는 활동을 더 회피하게 만드는 악순환을 야기하며, 오히려 근육통과 피로를 더 많이 느끼게 됩니다. 따라서 신체적 활동을 피하려 하지 말고 오히려 활동 수준을 증가하도록 노력해야 합니다.

3. 주의 집중 VS 주의 분산

나도 모르게 신체 증상에 대해 몰두할 수 있습니다. 하지만 만약 당신이 그것에 주의를 기울이지 않는다면 잘 인식되지 않을 수 있습니다. 앞서

배웠던 주의 분산의 장점과 효과를 기억하고 복식 호흡, 근육 이완요법 등을 실천에 옮김으로써 과도한 주의로부터 벗어나 봅시다.

4. 나의 신체적 강점에 대해 써보자.

‘나는 병약하다’는 신념에 대해 매일 자신의 신체적 강점을 하나씩 찾아 써봅시다. 혹은 의외로 금방 사라지는 신체 증상에 대해 적어보고 ‘아 별게 아니구나, 나는 병약하지만은 않아’라고 자기 개념을 수정해 봅시다.

5. 기분 전환

스트레스와 신체 증상이 없는 즐겁고 편안한 상황을 상상하며 증상과 관련 없는 주제를 생각하는 것은 고통에 대한 과도한 주의와 몰두로부터 주의를 돌릴 수 있게 도와줍니다. 신체에 주의를 기울이는 것 대신 정말 좋아하는 취미활동을 하거나, 피로가 줄어들고 마음과 신체에 활력을 불어넣을 수 있는 일거리를 찾아서 해보는 것은 큰 도움이 됩니다.

*** 그 동안 배운 것을 활용하여 인지적 왜곡에 대해 스스로 질문하고 적응적인 생각으로 바꿔봅시다.** 신체 증상을 악화시키고 유지시키는 악순환을 끊기 위해 증상과 관련된 감정과 자동적 사고를 탐색하고 자신의 신체 증상이 특정한 상황이나 스트레스 속에서 나의 독특한 사고방식과 관련될 수 있음을 다시 한번 되새기고 다음의 예시와 이어지는 방법들을 통해 대안을 모색하여 봅시다.

예시) 평소 스트레스를 받으면 두통으로 시달리는 A학생. 토의 시험장에서 시험지를 받기 직전, 뒷골이 당기면서 묵직한 두통이 생김.

➔ 이러한 상황에서 “이대로 있다가는 시험을 망치겠구나, 내가 할 수 있는 게 없어. 내 인생은 두통 때문에 되는 일이 없어”라는 자동적 사고를 한 경우

1. 증거 점검하기

- 이 생각을 뒷받침할 만한 증거가 무엇인가?
- 이 생각에 반대되는 증거가 무엇인가?

2. 실제로 이러한 일이 일어날 가능성이 얼마나 될까? 내 생각이 객관적 사실에 근거한 걸까?

- 두통 때문에 시험을 망치고 두통 때문에 내 인생이 엉망이 될 가능성이 얼마나 될까? 몇 %나 확신하는가?

3. 내가 알고 있는 인지적 왜곡 중 어떤 것에 해당될까?

4. 다른 설명이 가능할까? 다른 현실적, 합리적인 생각이 없을까?

- 같은 상황을 다르게 생각해 볼 수는 없을까?
- 내 기분이 조금 편안해졌을 때에는 그런 상황에서 과연 어떤 생각을 했을까?
- 만약 내 친구가 이 문제를 나에게 털어놓았다면 어떤 이야기를 해줄 수 있을까?

5. 만약 내가 생각한대로 일이 벌어진 것이라면, 최악의 경우는 어떤 것인가?

- 최악의 경우 실제로 어떤 일이 일어날까? 그렇게 큰 일이 벌어지는가?
- 이 일이 나에게 그렇게 중요한 일인가?

6. 이 일이 내 미래를 전적으로 결정짓는가? 나의 현재와 미래에 이 생각이 얼마나 중요한가?

- 부정적인 생각이 나를 도와주는가, 아니면 방해하는가?
- 내가 해답도 없는 생각을 하고 있는 건 아닐까?

*** 이번에는 각자의 스트레스 상황에서 적응적인 대안을 찾아보고 구체적인 예를 들어 소개하고 서로 공유하여 봅시다.**

*** 프로그램을 통해 나아진 점, 점차 나아질 점, 부족했던 점, 어려운 점에 대해 자유로이 이야기해봅시다.**

*** 설문지 작성 시간, 마무리**

<Reference>

김미리혜. (2002). 통증다루기의 실제. 인지행동치료, 2(1), 69-80.

전겸구. (2000). 호흡법. 건강심리학회 동계 학술발표대회 및 워크숍.

Barsky, A. J., & Deans, E. C. (2006). Stop Being Your Symptoms and Start Being Yourself: The 6-week Mind-body Program to Ease Your Chronic Symptoms. William Morrow.

Toft, T., Rosendal, M., Ørnbøl, E., Olesen, F., Frostholm, L., & Fink, P. (2010). Training general practitioners in the treatment of functional somatic symptoms: effects on patient health in a cluster-randomised controlled trial (the Functional Illness in Primary Care study). Psychotherapy and psychosomatics, 79(4), 227-237.

Wright, J. H., Basco, M. R., & Thase, M. E. (2006). Learning cognitive-behavior therapy: An illustrated guide. American Psychiatric Pub.

www.functionaldisorders.dk

Abstract

The Effects of a Cognitive Behavioral Nursing Intervention on Perceived Stress and Somatic Symptoms in College Students

Nam, Soo Hyun

College of Nursing

The Graduate School

Seoul National University

Stress and maladaptive response to stress lead to serious somatic symptoms. People suffering from somatic symptoms not only experience distress and malfunction in their daily lives, but also have negative perceptions to their overall health. This leads to frequent and unnecessary visits to medical institutions as well as greater medical expenses, which have become both a medical and social issue of concern.

In this study, somatic symptoms of college students are of particular concern, as inappropriate coping mechanisms for stress during college years can hinder adapting to school life and successfully advancing into society. It can cause serious health and social consequences in the long term. Further, somatic symptoms in its early development stage have higher risks of progressing into Somatic Symptoms Disorder. As somatic symptoms are carried out by cognitive distortions, remediating the cognitive factors through cognitive-behavioral intervention can help alleviate these cognitive distortions, thereby manage the somatic symptoms.

In the following study, a quasi-experiment with a non-equivalent control group was conducted, designed to apply the previously verified cognitive-behavioral intervention to people with somatic symptoms caused by stress. This study also evaluates how it affects their perceived stress, somatic symptoms, automatic negative thoughts, and dysfunctional attitudes. Subjects of study were 1) students who visited a local university health center for somatic symptoms, and 2) college students who voluntarily signed up online to participate in the research. All the participants were required to respond to the Patient Health Questionnaire-15, which assesses somatic symptoms. The students who received more than seven points in the PHQ-15 were selected for the study, where they were given the voluntary option to be placed in either the experiment group or the control group. The nursing

intervention of this study has been developed from literature review of previously verified programs and CBT programs that are used abroad, made applicable to college students. The experiment group (N=17) were offered five sessions of nursing intervention for a total of 60 minutes per week. The interventions were not provided to the control group (N=15). A pre-study was conducted by a researcher on both groups with a structured survey, followed by a post-study five weeks later. Data from a total of 32 subjects were used in the final analysis.

The collected data was analyzed with SPSS 20.0, and the significance level of all statistics was set to $p < .05$. While the results showed no significant difference in sociodemographic characteristics and dependent variables between the two groups, the variations on perceived stress, somatic symptoms and automatic negative thoughts were statistically more significant in the experiment group compared to the control group. Dysfunctional attitudes, on the other hand, did not show any significant difference.

The study shows that nursing intervention was effective for college students suffering from perceived stress and somatic symptoms. In particular, the significant decrease in automatic negative thoughts suggests that nursing intervention based on cognitive-behavioral intervention mediate the cognitive factors of somatic symptoms. The result of this study can be used to provide college students with specific solutions to manage their stress in an adaptive manner, enabling them to take care of

their own health in the long term. The results of this study is also significant as it could be used as the baseline data to develop manuals for psychiatric and mental health nursing practices to treat the general public with somatic symptoms. For future research on the effectiveness of the intervention on dysfunctional attitudes, verification could be established through increasing the duration of the intervention and applying the study to a great number of subjects.

Keywords : college students, stress, somatic symptoms, nursing intervention based on cognitive behavioral therapy

Student Number : 2015–20528