

관절염 환자의 우울

김 인 자*

I. 연구의 필요성

류마티스 관절염은 완화와 악화를 반복하는 전형적인 만성 질환이라는 점과 신체적 기능을 제한하고 통증을 유발한다는 특성 때문에 심리사회적인 측면에까지도 부정적인 영향을 미칠 것이라는 생각으로 관절염 환자를 대하는 많은 건강전문인들은 신체적인 문제 뿐 아니라 심리사회적인 측면까지도 관심을 기울여왔다. 신체적인 문제와 심리사회적인 문제는 불가분의 관계가 있어 서로가 서로에게 밀접한 영향을 미치므로 건강전문인들은 자신들의 전문분야에 따라 다양한 접근 방법으로 대상자를 도와주고 있다.

그런데 류마티스 관절염은 완치가 안되고 평생 증상을 조절하여야 한다는 특성 때문에 간호사의 역할이 다른 어느 건강전문분야보다도 중요하다. 또한 간호사는 대상자의 신체적 기능이나 통증을 약물을 사용하여 직접적으로 치료할 수 없다는 점 때문에 다른 어느 분야보다도 대상자의 심리사회적인 문제에 관심을 기울여 대상자의 신체적인 문제까지도 완화 혹은 증진시키기 위하여 노력하고 있다.

그런데 심리사회적인 접근을 통하여 신체적인

문제를 완화 혹은 증진하기 위하여는 무엇보다도 대상자들이 경험하는 질병으로 인한 심리사회적인 문제가 무엇인지와 문제의 원인이 무엇인지를 정확하게 이해하여야 해결할 수 있는 방법들을 찾아 낼 수 있다. 해결할 수 있는 방법뿐만 아니라 중재의 이론적 개념들로 적용할 수 있어 대상자의 문제를 체계적으로 접근하는 간호의 과학화를 실현시킬 수 있을 것이다. 따라서 본 논문에서는 심리사회적인 문제 중 가장 많이 연구된 정서적 문제, 즉 우울을 연구한 논문들을 분석하여 관절염 환자는 우울한가? 다른 만성 질환자들에 비하여 더 우울한가? 우울에 영향을 미치는 요인은 무엇인가? 우울을 해결하기 위하여 시도된 간호중재들은 무엇이며 효과적이었는가? 등에 대하여 살펴보고자 한다. 또한 결과를 분석하여 앞으로의 연구와 실무를 위한 방향과 연구과제 등을 제시하고자 한다.

II. 연구 목적

관절염 환자를 대상으로 시행한 경험적 연구들을 분석하여

1) 관절염 환자들은 우울한가를 정상인 및 다른

* 대전대학교 강사

만성 질환자군과 비교하여 규명한다.

- 2) 우울 연구에서의 측정 방법상의 문제는 없는가 규명한다.
- 3) 우울에 영향을 미치는 요인을 규명한다.
- 4) 우울을 해결하는 간호중재들을 규명한다.
- 5) 연구과제와 간호 방향을 제시한다.

Ⅲ. 연구 방법

본 연구는 1980년 이후 국내외에 발표된 류마티스 질환과 우울에 대한 연구 47편과 다른 만성 질환자들이나 정상인의 우울에 대한 연구 19편, 류마티스 질환과 다른 대상자를 비교한 연구 3편 등 총 69편을 분석하였다. 이중 문헌 고찰 연구가 4편, 여러 류마티스 질환 그룹을 비교한 연구가 3편, 정상인 및 다른 질환자들을 비교한 연구가 3편 포함되어 있다.

Ⅳ. 연구 결과

1. 분석 논문의 특성

분석한 논문 중 사후 상관관계 논문은 39편, 종단적 연구는 18편, 실험 연구는 8편, 문헌고찰 연구는 4편이었다. 발표된 곳과 연구 설계별로 분류한 대상 논문 특성은 <표 1>과 같다. <표 1>에서 보는 바와 같이 전체 69편 중 56.5%인 39편이 사후 상관관계 연구였다. 종단 연구에 대한 사후 상관관계 연구의 비는 국내가 국외에 비하여 훨씬 많았다(국외-60% : 국내-88%).

문헌고찰 연구 4편을 제외한 경험적 연구들에 대한 도구별 특성은 <표 2>에 정리하였다. 국내외 통틀어 단일 도구로 가장 많이 사용된 도구는 BDI(Beck Depression Scale)였다. 우리나라의 경우는 약 50%가 Zung의 우울 척도를 사용하였

<표 1> 연구 대상 논문의 설계별 특성

	국 외		국 내		계	
	빈도 수	백분률(%)	빈도수	백분률(%)	빈도수	백분률(%)
사후 상관관계 연구	24	54.55	15	60.00	39	56.52
종단 연구	16	36.36	2	8.00	18	26.09
실험 연구	0	0.00	8	32.00	8	11.59
문헌고찰 연구	4	9.09	0	0.00	4	5.80
계	44	100.00	25	100.00	69	100.00

<표 2> 연구 대상 논문의 도구별 특성

	국 외		국 내		계	
	빈도 수	백분률(%)	빈도수	백분률(%)	빈도수	백분률(%)
BDI	12	30.0	7	28.0	19	29.23
CES-D	6	15.0	3	12.0	9	13.85
Zung	0	0.0	12	48.0	12	18.46
AIMS	11	27.5	0	0.0	11	16.92
기 타	11	27.5	3	12.0	14	21.54
계	40	100.0	25	100.0	65	100.00

BDI : Beck Depression Scale ; CES-D : Center for Epidemiology Study-Depression ;
AIMS : Arthritis Impact Measurement Scale

다. 국외의 경우는 BDI와 AIMS(Arthritis Impact Measurement Scale)을 가장 많이 사용하였다.

2. 관절염 환자들은 우울한가

첫 번째 연구 목적인 관절염 환자들이 우울한가를 규명하기 위하여는 문헌 고찰 연구 4편을 제외한 65편을 도구와 대상자별로 분석하였다(표 3, 4, 5, 6, 7). 우울을 측정하는 도구는 BDI(Beck Depression Index)가 국외의 경우 12편, 국내의 경우 7편이었다. CES-D(Center for Ecpidemiology Study-Depression)를 사용한 연구는 국외가 6편, 국내가 3편으로 총 9편이었다. Zung의 우울 척도를 사용한 연구는 국내에서만 12편이었으며 국외 논문 중 Zung의 도구를 사용한 도구는 한 편도 찾을 수 없었다. AIMS(Arthritis Impact Measurement)를 사용한 연구는 국내에서는 없었으며 국외에서는 11편이었다. 그외의 도구를 사용한 연구는 국외에서 11편 국내에서 3편으로 총 14편이었다.

BDI를 사용한 논문은 모두 19편이었는데 이중 Magni 등(1990)은 일반인과 통증 환자를, Cassileth 등(1984)은 관절염 환자와 다른 만성질환자를, 반건호(1987)는 내과 입원환자와 정상인을 비교하여 22가지 경우의 점수를 분류하였다(표 3). 점수는 제시한 그룹의 평균으로 분류하였으며 점수가 제시안된 논문은 '제시안됨' 칸에 분류하였다. 우울하다고 간주할 수 있는 점수는 평균 13점 이상으로 하였는데 이는 Nielson과 Willi-

ams(1980)에 제시되었다. 중재 논문의 경우는 치료 전 점수로 분류하였고 여러 그룹을 비교한 경우는 차이가 있는 경우만 분류하여 제시하였다.

분류 결과 국외와 국내 논문의 차이가 두드러졌는데 국외의 논문 중 관절염 환자는 10편 중 3편이 13점 이상이었고 정상인과 다른 질환자에서는 13점 이하로 나타났다. 그러나 국내 논문의 경우는 관절염 환자의 경우 4편중 3편이 13점 이상이었고 다른 질환자의 경우도 모두 13점 이상이었다. 정상인의 경우에도 마찬가지였다. 특히 같은 논문에서 두 그룹을 비교한 연구 결과를 보면 Magni 등(1990)은 만성 통증 환자와 정상인을 비교하였는데 두 그룹 모두 평균이 13점 이하였으나 통증 그룹이 유의하게 우울 점수가 높았다. Cassileth 등(1984)은 관절염을 포함하여 만성 질환자 6 그룹을 비교하였는데 우울 그룹만 13점 이상이었고 다른 모든 그룹은 13점 이하였으며 모든 그룹이 우울 그룹과만 유의한 차이가 있었을 뿐 다른 5 그룹에서는 차이가 없었다. 반건호(1987)의 연구에서는 정상인, 내과 입원환자, 외래 환자를 비교하였는데 세 그룹 모두 13점 이상이었으며 내과 그룹과 정상인에서 유의한 차이가 있었다.

다음으로 CES-D(Center for Epidemiology Study-Depression)을 사용한 논문은 총 9편이었다. CES-D는 정상인의 평균이 9.25로 보고되어 있고 16점 이상이면 우울이라고 분류한다(Fifield 등, 1991). 문항을 수정한 경우에는 60점 일 때 16점에 해당하는 26.67%를 기준으로 가능 점수에서 26.67% 이상으로 보고한 경우를 16

〈표 3〉 BDI를 사용한 논문에서의 우울 점수 비교

	국 외						국 내					
	관절염 환자		정상인		만성질환자		관절염 환자		정상인		만성질환자	
	빈도	%	빈도	%	빈도	%	빈도	%	빈도	%	빈도	%
BDI	13점 이상	3	30.0				2	66.7	1	100.0	4	100.0
	13점 이하	3	30.0	1	100.0	2						
	제시안됨	4	40.0			1	1	33.3				
계	10	100.0	1	100.0	3	3	100.0	1	100.0	4	100.0	

〈표 4〉 CES-D를 사용한 논문에서의 우울 점수 비교

	국 외						국 내					
	관절염 환자		정상인		만성질환자		관절염 환자		정상인		만성질환자	
	빈도	%	빈도	%	빈도	%	빈도	%	빈도	%	빈도	%
	16점 이상						3 100.0					
CES-D	9.25-16.0		3 50									
	9.25 이하											
	제시안됨		3 50									
계	6 100.0								3 100.0			

〈표 5〉 Zung의 우울 척도를 사용한 논문에서의 우울 비교

	국 외						국 내					
	관절염 환자		정상인		만성질환자		관절염 환자		정상인		만성질환자	
	빈도	%	빈도	%	빈도	%	빈도	%	빈도	%	빈도	%
	50점 이상						2 50.0					
Zung	50점 이하						2 50.0		1 100.0		6 75.0	
	제시안됨											
계							4 100.0		1 100.0		8 100.0	

점 이상으로 분류하였다. 국외 논문의 경우는 전체 6편이었는데 이 중 점수가 보고된 논문은 3편이었고 모두 관절염 환자를 대상으로 하였으며 16점 이상인 논문은 한 편도 없었다. 그러나 국내 논문의 경우는 3편이 모두 16점 이상으로 보고하여 좋은 대조를 보였다. 더욱이 이은옥외(1996)의 경우는 40점 이상으로 보고하였고 다른 두 논문도 20점 이상으로 보고하였다(표 4).

세 번째는 Zung의 우울 척도를 사용한 연구들로 국외의 경우는 한 편도 없었고 국내 논문은 13편이었다. 이 중 암환자를 대상으로 한 권인자(1984)의 연구는 병식이 있는 환자와 없는 환자를 비교하였는데 두 그룹에 차이가 있어 나누어 분류하였다. Zung의 도구에서는 80점 만점일 때 50점 이상인 경우 우울이라고 정의하므로 도구를 수정한 경우에는 이에 비례하여 평균을 수정하여 분류하였다. 〈표 5〉에서 보는 바와 같이 관절염 환자의 경우는 4편 중 2편에서 평균 50점 이상을 보고하였다. 다른 질환 그룹에서는 전체 8편중 2

편만이 50점이었으며 이 두 논문은 병식이 있는 암환자(권인자, 1984)와 척수 손상 환자를 대상으로 한 연구(한주량, 1987)였다.

네 번째는 AIMS(Arthritis Impact Measurement Scale)를 사용한 연구인데 국내에서 AIMS를 사용한 연구는 발견하지 못하였으며 국외의 경우는 11편이었다. 이 중 Mason 등(1983)의 연구에서는 관절염 환자와 다른 만성 질환자 그룹을, Hawley와 Wolfe(1993)의 연구에서는 여러 류마티스 질환 그룹을, Hawley와 Wolfe(1994)의 연구에서는 계절별 차이를 비교하였는데 점수의 차이가 있는 그룹의 경우를 나누어 총 14 경우를 분류하였다. AIMS의 경우는 3점 이상의 경우가 CES-D의 16점에 해당한다고 제시되어 있어(Hawley & wolfe, 1993) 3점을 기준으로 우울한 그룹과 우울하지 않은 그룹으로 나누었다. 표에서 보는 바와같이 류마티스 질환자 13 경우 중 3 경우가 3점 이상였고 7 그룹은 3점 이하였다. 나머지 3 경우는 점수가 제시되어 있지

〈표 6〉 AIMS를 사용한 논문에서의 우울 점수 비교

		국 외						국 내						
		관절염 환자		정상인		만성질환자		관절염 환자		정상인		만성질환자		
		빈도	%	빈도	%	빈도	%	빈도	%	빈도	%	빈도	%	
AIMS	3점 이상	3	23.08											
	3점 이하	7	53.84			1	100.0							
	제시안됨	3	23.08											
	계	13	100.0			1	100.0							

〈표 7〉 기타 도구를 사용한 논문에서의 우울 비교

		국 외						국 내						
		관절염 환자		정상인		만성질환자		관절염 환자		정상인		만성질환자		
		빈도	%	빈도	%	빈도	%	빈도	%	빈도	%	빈도	%	
기타	depress	2	25.0			1	33.3							
	non-depress	0	0	1	100.0	1	33.0			2	100.0			
	제시안됨	6	75.0			1	33.0					1	100.0	
	계	8	100.0	1	100.0	3	100.0			2	100.0	1	100.0	

않았다. 다른 만성 질환 그룹에서도 3점 이하였다. 폐질환, 고혈압, 암, 심장질환자 170명과 류마티스 관절염 환자 170명을 비교한 Mason 등(1983)의 연구에서 두 그룹간 우울 점수는 차이가 없었다.

마지막으로 위의 네 도구 외에 다른 도구를 사용한 논문은 총 14편이었다. 이중 Pincus 등(1986)은 정상 대조군과 류마티스 관절염 환자를 비교하여 15개의 경우를 분류하였다. 우울 기준은 각 논문에서 제시한 점수로 하였다. 〈표 7〉에서 보는 것처럼 관절염 환자의 경우는 점수가 제시된 논문 2편이 모두 우울한 기준 이상의 점수를 나타냈다. 다른 질환자의 경우는 Knorring 등(1983)의 연구 대상자인 정신과에 입원한 우울 환자 외에 모두 기준 이하의 점수를 받았다. Pincus 등(1986)의 연구에서는 정상 여성 130명과 류마티스 관절염 환자를 비교하였는데 유의한 차이가 있었다.

이상의 결과를 종합하면 몇 가지 결론을 내릴 수 있다. 그 첫 번째는 관절염 환자들은 정상인들

보다 우울한가에 대한 답으로 정상인들보다는 확실히 더 우울하다는 것을 알 수 있었다. 이는 BDI를 사용한 연구에서 점수를 제시한 논문 중 관절염 환자는 약 63%에서 우울하다고 나타났고 정상인은 연구 수가 적지만 50%에서 우울하다고 한 것에서 알 수 있다. CES-D를 사용한 경우에는 점수가 제시된 논문 모두가 정상인의 평균인 9.25 이상이었고 이은옥 등(1996)의 연구에서는 40점 이상인 결과에서도 알 수 있다. 이러한 결과는 대조군을 둔 연구에서 더욱 확실히 알 수 있는데 일반인과 류마티스 질환자를 비교한 Pincus 등(1986)의 연구나 만성 통증 환자와 일반인을 비교한 Skevington(1983)과 Magni 등(1990)의 연구에서 모두 유의한 차이가 있었다. 또한 내과 입원 환자와 정상인을 비교한 반건호(1987)의 연구에서도 일관되게 나타났다.

두 번째 질문은 그렇다면 류마티스 질환자들이 다른 질환자들에 비하여 더 우울할까? 이 질문에 대한 답은 국내 연구와 국외연구로 나누어 생각해 볼 필요가 있다. 우선 국외의 경우는 최근 6153명

을 10년 동안 중단 연구한 Hawley와 Wolfe (1993)이 제시한 것처럼 다른 질환자들에 비하여 더 우울하다고 할 수는 없었다. Hawley와 Wolfe(1993)가 무릎과 손목의 퇴행성 관절염 환자, 목 통증 환자, 요통 환자 등 여러 유형의 관절염 환자를 비교한 연구에서 제시하였지만 류마티스 질환자를 포함한 여러 질환자를 비교한 Cassileth 등(1984)의 연구나 Mason 등(1983)의 연구에서도 일관되게 차이가 없는 것으로 나타났다. 차이가 있는 그룹은 정신과적으로 우울하다고 진단받은 그룹 뿐이었다.

그러나 국내 연구 결과는 국외 연구결과와 약간 차이가 있었는데, BDI를 사용한 경우 국내 논문에서는 다른 만성 질환자들도 모두 우울한 기준 이상의 점수를 받았지만 CES-D를 사용한 경우는 전부 관절염 환자를 대상으로 한 연구였으나 모두 16점 이상이었고 심지어 40점 이상을 보고한 경우도 있었다(이은옥외, 1996). 또한 Zung의 척도를 사용한 연구에서는 다른 질환에서 50점 이하를 받은 그룹이 75%였고 관절염 환자의 경우는 50%였으며 50점 이상을 받은 만성 질환자는 척수 손상 환자와 병식이 있는 암환자여서 관절염 환자들이 다른 만성 질환자들의 경우보다 더 우울한 경향이 있는 것으로 나타났다.

이를 종합하면 류마티스 관절염 환자들은 정상인에 비하여 우울 점수가 높고, 다른 만성질환자들과의 비교에서는 국외의 경우에는 차이가 없다는 결과가 대다수이지만 국내의 경우는 다른 병식이 있는 암환자나 척수 손상 환자와 비교될 정도의 우울 점수를 보고하였다. 또한 국내의 관절염 대상자들이 국외의 대상자들에 비하여 우울 점수가 더 높다는 것도 알 수 있었다. 이러한 결과는 CES-D를 사용한 국내 모든 연구에서 관절염 환자들이 모두 16점 이상을 얻었을 뿐 아니라 이은옥 등(1996)의 연구에서는 40점 이상을 얻었다는 결과나 BDI를 사용한 연구에서도 점수가 제시된 모든 경우 전부 13점 이상을 넘은 결과에서 알 수 있었다. 이런 경향은 다른 만성 질환자나 심지어 정상인의 경우에서도 볼 수 있었다.

3. 우울의 측정 방법에서의 문제는 없는가

우울의 도구로 앞서 주로 사용한 AIMS를 제외하고 CES-D와 BDI, Zung 및 MMPI 등의 도구는 류마티스 환자를 대상으로 한 도구들은 아니다. 따라서 이러한 도구를 사용할 때의 문제는 우울의 한 증상으로 측정하는 문항들이 류마티스 질환의 전형적인 증상이라는 데에 있다. 이러한 문제를 염두에 두고 몇 학자들은 증상에 해당하는 항목을 제외하고 측정하기도 하였다(Crotty 등, 1994; Fitapatrik 등, 1991; 1988). 그러나 Ward(1994)의 연구에서는 원래의 CES-D와 류마티스 질환을 더 나타낸다고 판단된 4항목을 제외한 수정도구를 사용하여 분석하였는데 그 결과 두 도구의 결과가 다르지 않았다. Blalock 등(1989)의 연구에서도 원래 CES-D와 수정한 도구를 비교하였는데 관절염 환자의 우울 발생률과 정도를 원래의 도구로 측정하였을 때 과대평가하는 경향이 있지만 그 정도는 심하지 않았으며 4항목을 추가하였을 때 연구 결과가 달라지지 않았다.

그러나 MMPI의 경우는 원래 도구를 사용하였을 때는 정상인과 관절염 환자의 우울 정도가 유의하게 차이가 있었으나 질병 증상과 관련된 항목을 제거하면 차이가 없었다(Pincus 등, 1986). 또한 BDI에 대한 Peck 등(1989)의 연구에서는 BDI를 두 요인으로 분류한 결과 신체적 증상을 나타내는 요인만이 신체적 기능과 유의한 상관관계가 있어 신체적 증상을 나타내는 항목에 의하여 류마티스 질환자의 우울이 과대 평가되고 있다고 하였다. 종합하면 CES-D는 연구들에서 신체적 증상에 의하여 결과가 달라지지 않았지만 BDI나 MMPI는 결과에 영향을 미쳤으므로 분석할 때 확인하여 보고할 필요가 있다.

4. 우울에 영향을 미치는 요인

우울에 영향을 미치는 요인을 규명하기 위하여는 류마티스 질환자를 대상으로 한 경험적 연구

42편만을 분석하였으며, 분석에 포함된 변수별로 연구 수와 유의하다고 보고된 논문 편수를 제시하였다(표 8). 횡단 자료 결과와 종단 자료 결과를 보고한 논문은 별개의 결과로 처리하였다. 각 요인은 질병요인, 개인적 요인, 인구학적 요인, 심리적 요인으로 나누어 분류하였다.

표에서 보는 바와 같이 질병 요인 중 가장 많이 연구된 변수는 통증, 기능장애, 질병 기간, 통증 부위 혹은 불구 부위였다. 상관관계 연구에서는 통증과 기능장애 모두 우울과 매우 유의한 관계를 나타내는 변수로 보고되었다. 회귀분석 연구에서는 이보다는 유의 편수가 감소하였으며 기능장애 보다는 통증이 더 감소하였다. 통증이나 기능장애에 비하여 질병기간, 질병 단계, ESR, 아침 경직 지속 시간, 악력(grip strength) 등은 우울에 대한 설명력의 유의도가 많이 떨어졌다. 계절에 따른 우울 차이를 본 연구가 1편 있었는데 유의한

차이가 없었으나 낮시간이 많은 5, 6, 7월에 더 우울하고 통증이 심한 경향이 있었다(Hawley & Wolfe, 1994).

개인적 요인으로 분류한 대처와 생활사건은 연구 편수가 적은 편이긴하였지만 모든 연구에서 유의한 변수로 나타났으며 이는 몇 연구에서 인구학적 요인이나 질병 상태를 통제한 상태에서도 유의한 예측 변수였다(최순희, 1996; Fitzpatrick 등, 1988).

인구학적 요인에서는 나이, 성, 수입 혹은 직업 여부, 교육 수준 등이 연구되었는데 나이 보다는 성이 유의하다고 보고한 연구가 많은 경향이 있었다. 그런데 나이는 연구에 따라, 어릴수록 우울이 심하였다는(Nicassio 등, 1995; Hawley & Wolfe, 1988) 결과와 나이가 많을수록 우울이 심하였다는(Keefe 등, 1989; Wolfe & Hawley, 1993) 상반된 결과를 보고하였다. 성은 모든 연구

〈표 8〉 우울과 유의한 관계가 있는 변수

		상 관 관 계		회 귀 분 석	
		연구 편수	유의 편수(%)	연구 편수	유의 편수(%)
질병요인	통증	17	15(88.24)	13	7(53.85)
	기능장애 혹은 일상활동	13	10(76.92)	16	10(62.50)
	질병 기간	12	1(8.33)	10	0(0.00)
	통증 혹은 불구 부위	10	5(50.0)	4	0(0.00)
	단계	8	4(50.0)	5	2(40.0)
	ESR	8	2(25.0)	5	0(0.00)
	morning stiffness grip strength	7 6	2(28.57) 2(33.33)	3 4	1(33.33) 1(25.0)
개인적 요인	대처	3	3(100.0)	1	1(100.0)
	생활사건	2	2(100.0)	1	1(100.0)
인구학적 요인	성	9	6(66.67)	10	2(20.0)
	나이	9	3(33.33)	12	4(33.33)
	수입 혹은 직업	6	3(50.0)	8	3(37.5)
	교육	6	4(66.66)	9	2(22.22)
심리적 요인	불안	3	3(100.0)		
	무기력	2	2(100.0)		
	자기효능	1	1(100.0)	1	1(100.0)
	상태에 대한 만족감	2	2(100.0)	2	2(100.0)
	우울			2	2(100.0)
사회적 요인	사회적 지지	4	4(100.0)	3	3(100.0)
계					

에서 여성이 더 우울하다고 보고하였다. 사회경제적 상태는 낮을수록, 교육 수준도 낮을수록 더 우울하다고 보고되었다.

심리적 요인에서는 불안, 무기력, 자기효능, 상태에 대한 만족감 등이 연구되었는데 모든 상관관계 연구와 회귀분석 연구에서 유의한 것으로 나타났다. 우울, 불안 및 무기력은 유사 개념이기 때문에 당연한 결과로 보인다. 종단적 자료에서는 이전의 우울이 현재 우울을 예측하는 요인으로 나타나 종단 연구시 이전의 우울 점수를 통제하여야 함을 알 수 있다.

5. 우울을 해결하는 간호중재

우울을 종속변수로 두고 중재 연구를 시행한 논문은 모두 3 편이었다. 임난영 등(1996)은 가정간호의 효과를 보았는데 우울에는 유의한 영향을 미치지 못하였다. 김종순(1995)의 연구에서는 수중 운동의 효과를 보았는데 우울에 미친 영향은 유의하지 않았다. 정향미(1994)는 근이완술의 효과를 보았는데 실험군이 대조군보다 우울이 유의하게 감소하였다고 보고하였다. 중재 연구는 아니었지만 이은옥 등(1993)의 연구에서는 신환들을 대상으로 한 종단연구에서 치료 전과 치료 3-6개월 후의 우울 점수에 유의한 차이가 있었다고 보고하였다. 중재 연구들이 매우 제한되어 있기는 하지만 우울을 감소시키기 위해서는 회귀분석에서 유의한 변수로 보고되면서 간호 중재로 변화시킬 수 있는 긍정적인 대처 촉진, 자기효능감 증진, 사회적 지지 등을 포함하는 중재들이 더 시행되어야 할 것이다.

6. 연구과제와 간호 방향

본 연구 결과 앞으로의 연구 과제와 방향에 대한 몇 가지 결론적인 제언을 하고자 한다. 첫째는 모든 연구 결과 보고서 인구학적인 변수나 연구 변수의 설명 통계량을 포함시켜 그룹의 특성을 정확히 이해하고 다른 그룹과의 비교를 위한 이차

연구의 자료로 활용할 수 있도록 하여야 한다. 전반적인 연구 변수에 대한 정보와 인구사회학적 정보에 대하여 무관심한 논문들이 상당히 많았다. 둘째는 표준화된 도구를 사용하여 이차 자료로 활용할 수 있도록 하여야 한다. 앞서 도구의 문제점에서 지적하였듯이 우울의 증상으로 측정하는 항목이 류마티스 관절염의 전형적인 증상에 해당하는 경우가 있어 과대 평가되는 경우가 있으므로 가능하다면 류마티스 관절염 환자를 위하여 특수하게 제작된 도구가 더 적절하겠다. 셋째는 단순한 상관관계 연구보다는 대조군을 둔 비교 연구들이 더 많이 이루어져야 하겠다. 넷째는 항상 지적되는 바이지만 후향적 연구가 부족하였고, 마지막으로 논문 분석에서 나타난 우울의 영향요인 중 간호중재로 변화시킬 수 있는 요인들을 증진시키므로써 우울 정도를 바꿀 수 있는 중재 연구들이 활발히 이루어져야 하겠다.

참 고 문 헌

- 권인자(1984). 암환자의 병식과 건강통제위, 우울, 통증 지각에 관한 탐색연구. 서울대학교 석사학위 논문.
- 김순오(1986) 하반신 마비 환자의 가족 지지, 우울 및 자기간호 활동과의 관계 연구: 산업재해 환자를 중심으로. 연세대학교 교육대학원 석사학위 논문.
- 김정아(1990). 지지간호가 군 요통 환자의 우울, 기분, 만족에 미치는 영향. 간호학회지, 20(3), 324-340.
- 김정애(1994). 음악요법이 근골격계 외상 환자의 통증 및 우울에 미치는 영향. 류마티스 건강학회지, 1(1), 48-70.
- 김종순(1995). 수중운동 프로그램이 류마티스 관절염 환자의 우울과 무기력감에 미치는 영향. 류마티스 건강학회지, 2(2), 160-167.
- 김종임, 김인자(1995). 만성 류마티스 환자의 일상생활 활동과 심리적 요인과의 관계. 기본

- 간호학회지, 2(2), 155-168.
- 박영숙(1995). 음악요법이 정신질환자의 우울과 정신병적 행동에 미치는 영향. 서울대학교 석사학위 논문.
- 반건호(1987). 신체질환자의 우울 성향에 관한 연구. 경희대학교 석사학위 논문.
- 문미숙(1994). 만성 관절염 환자의 동통, 불편감, 우울과 대응 양상간의 관계. 류마티스 건강학회지, 1(1), 71-87.
- 서문자(1988). 편마비 환자의 퇴원후 적응 상태와 관련요인에 대한 분석적 연구. 서울대학교 대학원 박사학위 논문.
- 안혜영(1992). 신증후군 환자 어머니의 불안-우울에 관한 연구. 서울대학교 석사학위 논문.
- 엄동춘(1986). 암환자의 불편감 및 우울에 영향을 미치는 요인에 관한 탐색적 연구. 서울대학교 석사학위 논문.
- 이강이, 송경애(1995). 뇌졸중 환자 가족이 인지한 부담감 및 우울 정도에 관한 연구. 간호학회지, 26(4), 853-867.
- 이길자(1991). 일부 지역 중년기 여성의 자아개념과 우울 및 자각 증상과의 관계. 연세대학교 석사학위 논문.
- 이은옥, 김주희, 박정숙, 최순희, 김종임, 서순림, 은영, 유경희, 김옥희, 최경숙(1993). 류마티스 관절염 환자의 질병 상태, 통증, 및 우울의 인과성 탐색. 성인간호학회지, 5(1), 56-70.
- 이은옥, 서문자, 김인자, 강현숙, 김명숙, 김영재, 김종임, 박상연, 박인혜, 박정숙, 배영숙, 소희영, 송경애, 은영, 이은남, 이인숙, 임난영, 한정석(1996). 만성 관절염 환자의 자기효능감, 통증, 우울 및 일상활동과의 관계. 류마티스 건강학회지, 3(1), 194-208.
- 임난영, 김성윤, 이은옥, 이인숙(1996). 병원 중심 가정간호 사업의 평가 연구. 류마티스 건강학회지, 3(1), 4-22.
- 임은숙(1984). 자궁적출 환자의 우울에 관한 조사연구. 서울대학교 석사학위 논문.
- 전정자, 문미숙(1996). 만성 관절염 환자의 대응양상 정도와 관련변수 분석-원점수와 상대점수를 이용한 비교. 류마티스 건강학회지, 3(1), 90-106.
- 정향미(1994). 류마티스성 관절염 환자의 적응에 미치는 근이완술의 효과. 류마티스 건강학회지, 1(1), 31-47.
- 조주연(1989). 한 대학병원 내과계 외래 신환자에 대한 Beck Depression Inventory를 사용한 우울에 관한 연구. 연세대학교 석사학위 논문.
- 최순희(1996). 류마티스 관절염 환자의 우울에 대한 사회적지지 기능. 류마티스 건강학회지, 3(1), 63-89.
- 최승순(1987). 가족 유형에 따른 주부의 우울성향 비교 연구. 서울대학교 석사학위 논문.
- 한주량(1987). 척수 손상 환자의 우울과 신체상의 관계 연구. 연세대학교 교육대학원 석사학위 논문.
- 홍정주(1989). 만성 관절염 환자의 통증 행위와 우울 정도에 관한 연구. 한양대학교 대학원 석사학위 논문.
- Anderson, K.O., Bradley, L.A., Young, L.D., & McDaniel, L.K.(1985). Rheumatoid arthritis : review of psychological factors related to etiology, effects, and treatment. Psychological Bulletin, 98(2), 358-387.
- Anderson, K.O., Keefe, F.J., Bradley, L.A., McDaniel, L.K., Young, L.D., Turner, R.T., Agudelo, C.A., Semble, E.L., & Pisko, E.J.(1988). Prediction of pain behavior and functional status in rheumatoid arthritis patients using medical status and psychological variables. Pain, 33, 25-32.
- Bishop, D.S.(1988). Depression and rheumatoid arthritis. The Journal of Rheumatology, 15(6), 888-889.

- Blalock, S.J., DeVilles, R.F., Brown, G.K., & Wallston, K.A. (1989). Validity of the center for epidemiological studies depression scale in arthritis populations. Arthritis and Rheumatism, 32(8), 991–997.
- Blalock, S.J., deVellis, B.M., deVellis, R. F., Sauter, S. (1988). Self-evaluation process and adjustment to rheumatoid arthritis, Arthritis & Rheumatism, 31 (10), 1245–1251.
- Brown, G.K., Nicassio, P.M. & Wallston, K.A. (1989). Pain coping strategies and depression in rheumatoid arthritis. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 57(5), 652–657.
- Cassileth, B.R., Lusk, E.J., Strouse, T.B., Miller, D.S., Brown, L.L., Cross, P.A., & Tenaglia, A.N. (1984). Psychosocial status in chronic illness. A comparative analysis of six diagnostic groups. The New England Journal of Medicine, 311 (8), 506–511.
- Creed, F. (1990). Psychological disorders in rheumatoid arthritis: A growing consensus. Annals of the Rheumatic Disease, 49, 806–812.
- Creed, M.F. & Jayson, M.I.V. (1988). Psychiatric disorder and illness behaviour in rheumatoid arthritis. British Journal of Rheumatology, 27, 357–363.
- Crotty, M., McFarlane, A.C., Brooks, P. M., Hopper, J.L., Bieri, D. & Taylor, S.J. (1994). The psychosocial and clinical status of younger women with early rheumatoid arthritis: a longitudinal study with frequent measures. British Journal of Rheumatology, 33, 754–760.
- Doan, B.D. & Wadden, N.P. (1989). Relationships between depressive symptoms and description of chronic pain. Pain, 36, 75–84.
- Fifield, J., Reisine, S.T., Grady, K. (1991) Work disability and the experience of pain and depression in rheumatoid arthritis. Social Science Medicine, 33(5), 579–585.
- Fitzpatrick, R., Newman, S., Lamb, R. & Shipley, M. (1988). Social relationships and psychosocial well-being in rheumatoid arthritis. Social Science Medicine, 27(4), 399–403.
- Fitzpatrick, R., Newman, S., Archer, R. & Shipley, M. (1991). Social support, disability and depression: A longitudinal study of rheumatoid arthritis. Social Science Medicine, 33(5), 605–611.
- Frank, R.G., Beck, N.C., Parker, J.C., Kashani, J.H., Elliot, T.R., Haut, A.E., Smith, E., Atwood, C., Brownlee-Duffeck, M., & Kay, D. (1988). Depression in rheumatoid arthritis. The Journal of Rheumatology, 15(6), 920–925.
- Hakala, M., Neiminen, P. & Manelius, J. (1994). Joint impairment is strongly correlated with disability measured by self-report questionnaires. Functional status assessment of individual with rheumatoid arthritis in a population based series. The Journal of Rheumatology, 21(1), 64–69.
- Hawley, D.J. & Wolfe, F. (1988). Anxiety and depression in patients with rheumatoid arthritis: A prospective study of 400 patients. The Journal of Rheumatology, 15(6), 932–941.
- Hawley, D.J. & Wolfe, F. (1993). Depression

- is not more common in rheumatoid arthritis : A 10 year longitudinal study of 6,153 patients with rheumatic disease. The Journal of Rheumatology, 20(12), 2025–2031.
- Hawley, D.J. & Wolfe, F.(1994). Effect of light and season on pain and depression in subjects with rheumatic disorders. Pain, 59, 227–234.
- Hawley, D.J., Wolfe, F., & Cathey, M.A. (1988). pain, functional disability and psychological status : a 12 month study of severity in fibromyalgia. The Journal of Rheumatology, 15(10), 1551–1556.
- Keefe, F.J., Brown, K.G., Wallston, K.A., & Caldwell, D.S.(1989). Coping with rheumatoid arthritis pain : catastrophizing as a maladaptive strategy. Pain, 37, 51–56.
- Knorring, L., Perris, C., Eisemann, M., Ericksson, U. & Perris, H.(1983). Pain as a symptom in depressive disorders. I. Relationship to diagnostic subgroup and depressive symptomatology. Pain, 15, 19–26.
- Kramlinger, K.G., Swanson, D.W., & Maruta, T.(1983). Are patients with chronic depressed? American Journal of Psychiatry, 140(6), 747–749.
- Lindroth, Y., Strombeck, B., Brossner, M., Gullberg, B., & Wollheim, F.A.(1994). Learned helplessness and its correlation to impairment, pain, anxiety, and depression in rheumatoid arthritis. Scand J Rheumatol, 23, 299–304.
- Lorish, C.D., Abraham, N., Austin, J., Bradley, L.A., & Alarcon, G.S.(1991). Disease and psychosocial factors related to physical functioning in rheumatoid arthritis. The Journal of Rheumatology, 18(8), 1150–1157.
- Mason, J.H. Weener, J.L. & Gertman, P. M.(1983). Health status in chronic disease : A comparative study of rheumatoid arthritis. Journal of Rheumatology, 10, 763–768.
- McFarlane, A.C., & Brooks, P.M.(1988). An analysis of the relationship between psychological morbidity and disease activity in rheumatoid arthritis. The Journal of Rheumatology, 15(6), 926–931.
- Magni, G., Caldieron, C., Rigatti–Luchini, S., & Merskey, H.(1990). Chronic musculoskeletal pain and depressive symptoms in the general population. An analysis of the 1st national health and nutrition examination survey data. Pain, 43, 299–307.
- Meenan, R.F., Gertman, P.M., Mason, J.H. & Dunaif, R.(1982). The arthritis impact measurement scales. Further investigation of a health status measure. Arthritis and Rheumatism, 25(9), 1048–1053
- Newman, S.P., Fitzpatrick, R., Lamb, R., & Shipley, M.(1989). The origins of depressed mood in rheumatoid arthritis. The Journal of Rheumatology, 16(6), 740–744.
- Nicassio, P.M., Schofeld–Smith, K., Radojevic, V. & Schuman, C.(1995). Pain coping mechanism in fibromyalgia : relationship to pain and functional outcomes. The Journal of Rheumatology, 22(8), 1552–1558.
- Nielson, A.C. & Williams, T.A.(1980). Depression in ambulatory medical patients.

- Arch Gen Psychiatry, 37, 999–1004.
- Parker, J.C., Buckelew, S.P., Smarr, K.L., Buescher, K.L., Beck, N.C., Frank, G., Anderson, S.K., Walker, S.E. (1990). Psychological screening in rheumatoid arthritis. The Journal of Rheumatology, 17(8), 1016–1021.
- Parker J.C., Smarr, K.L., Buescher, K.L., Phillips, L.R., Frank, R.G., Beck, N.C., Anderson, S.K. & Walker, S.E.(1989). Pain control and rational thinking. Arthritis & Rheumatism, 32, 984–990.
- Peck, J.R., Smith, T.W., Ward, S.J., & Milano, R.(1989). Disability and depression in rheumatoid arthritis. Arthritis and Rheumatism, 32(9), 1100–1106.
- Pincus, T., Callahan, L.F., Bradley, L.A., Vaughn, W.K., & Wolfe, F.(1986). Elevated MMPI scores for hypochondriasis, depression, and hysteria in patients with rheumatoid arthritis reflect disease rather than psychological status. Arthritis & Rheumatism, 29 (12), 1456–1466.
- Skevington, S.M.(1983). Chronic pain and depression : universal or personal helpness? Pain, 15, 309–317.
- Smedstad, L.M., Kvien, T.K., Moum, T. & Vaglum, P.(1995). Life events, psychosocial factors, and demographic variables in early rheumatoid arthritis : relations to one year changes in functional disability. The Journal of Rheumatology, 22(12), 2218–2225.
- Ward, M.M.(1994). Are patient self-report measures of arthritis activity confounded by mood? A longitudinal study of patients with rheumatoid arthritis. The Journal of Rheumatology, 21(6), 1046–1050.
- Wolfe, F., Cathey, M.A., Kleinheksel, S. M., Amos, S.P., Hoffman, R.G., Young, D.Y., & Hawley, D.J.(1984). Psychological status in primary fibrositis and fibrositis associated with rheumatoid arthritis. The Journal of Rheumatology, 11(4), 500–506.
- Wolfe, F., & Hawley, D.J.,(1993). The relationship between clinical activity and depression in rheumatoid arthritis. The Journal of Rheumatology, 20(12), 2032–2037.
- Wolfe, F., Hawley, D.J., & Cathey, M.A. (1991). Clinical and health status measures over time : prognosis and outcome assessemtn in rheumatoid arthritis. The Journal of Rheumatology, 18(9), 1290–1297.
- Wolfe, F., Kleinheksel, S.M., Cathey, M. A., Hawley, D.J., Spitz, P.W., & Fries, J.F.(1988). The clinical value of the Stanford Health Assessment Questionnaire Functional Disability Index in patients with rheumatoid arthritis. The Journal of Rheumatology, 15(10), 1480–1488.
- Young, L.D.(1992). Psychological factors in RA. J. Con Clin Psychol., 60(4), 619–627.

– Abstract –

Depression in Patients with Rheumatoid Arthritis

*Kim, Inja**

Sixty-nine articles were reviewed to understand the depression in patients with rheumatoid arthritis. Among these articles, forty seven were the studies that dealt with depression in rheumatoid disease, nineteen studied the depression in patients with other chronic disease or in normals, and three were the studies that compared the depression in the patients with rheumatic

disease and in the other subjects.

Specifically, the articles were analyzed (1) to determine whether the patients with rheumatic arthritis were more depressed than normal population or subjects with other chronic diseases ; (2) to test whether the measurement problems exit ; (3) to identify the disease related, personal, psychologic, and demographic variables to affect the depression and (4) to identify the nursing interventions which improve the depression in rheumatoid arthritis.

Based upon these results, some suggestion were made for future research and practice.

* Instructor, College of Nursing, Taejon University.