

류마티스 관절염 환자의 통증대처, 통증 및 우울정도의 관계*

박 경·최 순 희**

The Relationship among the degrees of pain coping strategies, Pain and Depression of patients with Rheumatoid Arthritis*

Park, Gyung · Choi, Soon Hee **

This study has done for the purpose of investigation among the degrees of pain coping strategies, pain, and depression of patients with rheumatoid arthritis. The subjects of this study were 214 patients diagnosed with rheumatoid arthritis. The data were collected from september 4 to 16, 1995 by questionnaires. The data were analysed by the use of frequency, t-test, Pearson Correlation Coefficients, ANOVA, and Duncan test.

The results Were as follows ;

1. The mean score of pain was 213.5(range : 4-390) and that of depression was 21.4 (range : 1-50). The mean score of passive pain coping strategies was 30.2(range : 11-48) and that of active pain coping strategies was 18.6(range : 7-33)
2. The passive pain coping degree showed a positive correlation with the pain degree ($r=.475, p=.0001$) and the active pain coping degree showed a inversive correlation with that($r=-.296, p=.0001$).The passive pain coping degree showed a positive correlation with the depression degree($r=.425, p=.0001$) and the active pain coping degree showed a inversive correlation with that($r=-.299, p=.0001$).The pain degree showed a positive correlation with the depression degree($r=.374, p=.0001$).

Key words : Rheumatoid arthritis, Pain coping strategy, Pain, Depression

* 1996년도 전남대학교 석사학위논문 의 일부임

** 전남대학교 의과대학 간호학과 교수

I. 서 론

산업 문명이 발달하고 사회구조가 복잡해짐에 따라 스트레스가 많아지고 식생활 변화나 환경 오염 등으로 인해 관절염 환자들은 계속 증가하는 추세이다.

특히 류마티스 관절염은 정확한 원인이나 병태생리가 불분명할 뿐아니라 정확한 치료법이 알려져 있지 않은 만성 진행성 질환중 흔한 질병 중의 하나이며(김호연, 1986), 이는 신체상을 변화시키고 관절의 통증으로 일상생활에 많은 불편을 초래하기도 한다(이은옥, 1993). 이런 환자들은 장기간의 투병 생활로 인해 불구에 대한 불안감, 사회적인 격리, 신체적인 불편감, 경제적인 문제, 역할 상실 및 우울을 경험하게 된다(홍여신, 1982).

류마티스 관절염 환자에게서 흔히 나타나는 우울(McDaniel et al, 1986)의 발생 빈도를 살펴보면, 정(1995)은 류마티스 관절염환자의 72.1%가 우울하다고 했으며, Lindsay and Wyckoff(1981)는 87%가 우울하다고 하여 이들에게서 우울은 중요한 문제임을 알 수 있다.

우울은 급성 통증이 있는 환자보다는 류마티스 관절염과 같은 만성 통증이 있는 환자에서 흔히 동반되는데(Skevington, 1983), Ranjan, Thomas, and Matas(1984)는 통증이 있는 환자에서 우울의 발생은 30-100%까지 다양하게 나타나고, Maruta, Vatterott, and Mchardy (1989)는 만성 통증환자가 38주간의 통증치료를 받은 후 이들의 98%에서 우울이 없어졌다고 하였다. 류마티스 관절염환자들의 경우 질병과 정중에 통증과 우울의 인과관계를 밝히기는 어렵다고 여겨지나 통증이 많을수록 우울정도가 더 높았으며(Fitzpatrick et al, 1991; 홍, 1989; 문, 1994), 통증이 우울의 예측요인으로 나타났던 결과들(Fifield, Reisine, & Grady, 1991)에 의하면 이들의 통증정도가 우울에 영향

을 미치는 중요한 요인임을 알 수 있다.

류마티스 관절염환자들은 그들의 통증을 관리하기 위해 통증 대처방법을 사용하는데, 적극적 통증대처는 환자가 심리적으로 통증에 적응하도록 함으로써 통증과 우울을 감소시킨다(Brown, Nicassio, & Wallston, 1989). 그러나 부적절하고 비효과적인 통증 대처방법에 의존하는 사람은 통증으로 인해 기능장애나 우울에 빠지는 등 매우 비활동적이고, 소외된 삶을 사는 것으로 나타났다(Tan, 1982).

따라서 류마티스 관절염환자가 통증을 조절함으로써 자신의 질병에 적응할 수 있도록 도와주는 간호중재로, 환자들이 사용하는 부적절한 대처방법을 수정하거나 효과적인 대처방법의 사용을 권장하기 위해서는 통증대처, 통증 및 우울의 관계를 파악해야할 뿐만 아니라 다양한 인지적, 행위적 대처방법들을 개발할 필요가 있다(Parker et al, 1988).

류마티스 관절염환자의 통증대처, 통증 및 우울의 관계에 관한 국내·외의 문헌을 살펴보면, 국내에서는 만성관절염과 만성 요통 환자의 대응양상에 관한 극소수의 연구들(김과 이, 1995; 전과 문, 1996)외에 이 분야에 대한 연구가 매우 부족한 실정이었다. 국외에서는 류마티스 관절염과 통증대처에 관한 연구들이 있었다(Brown & Nicassio, 1987; Keefe, Brown, Wallston & Caldwell, 1989; Tan, 1982).

본 연구에서는 류마티스 관절염환자의 통증대처, 통증 및 우울정도간의 관계를 확인함으로써 이들의 통증과 우울을 감소시키는 간호 중재에 대한 기초 자료를 제공하고자 한다.

II. 문헌고찰

1. 통증과 우울

류마티스 관절염은 관절의 많은 변화로 인해

급성 혹은 만성통증을 유발한다. Gibson and Clark(1985)은 류마티스 관절염 환자의 47%가 통증감소를 가장 중요한 치료의 목표라고 했으며, 54%가 규칙적으로 진통제를 사용한다고 하였다. 또한 Mckenna and Wright(1985)는 류마티스 관절염 환자의 66%가 통증을 가장 중요한 증상으로 평가했다는 보고들에 의하면 이 환자들에서 다양한 강도의 통증은 일반적으로 류마티스 관절염의 주요한 결과이며, 환자나 의료인의 주된 관심사로 여겨지므로 이에 대한 간호 증재가 절실하다고 본다.

만성통증을 지닌 환자들이 우울과 불안을 더 많이 겪게되는 경향인데 류마티스 관절염 환자들에서도 그 질병과 관련된 가장 보편적이고 쇠약케하는 심리적 증상이 우울이다(Beckham et al, 1992). 그래서 그동안 만성통증과 우울에 대한 많은 연구들이 이루어져 왔는데 이를 자세히 살펴보면 다음과 같다.

Devins et al(1992)은 외래 표본의 34.8%가 주요 우울 장애로 진단받은 정신과 환자들에서 관찰된 것과 동등한 정도의 정서적 고통(CES-D>16)을 나타냈으며, Brown et al(1989)은 진단받는지 7년미만인 류마티스 관절염 환자 287명의 우울의 평균이 13.1점이었으며, 우울이 연령, 교육수준 및 질병기간과 관계가 없었다 하였다.

Newman et al(1989)은 외래환자 158명의 우울평균이 7.2점(BDI)이었고 성별만이 우울을 유의하게 7%를 설명하였으며, 질병기간은 역상관으로 3%를 설명했다고 하였다.

Anderson et al(1988)은 64명의 RA 환자를 대상으로 조사했는데 질병기간은 자가보고한 우울($r=-.30$)이나 불안($r=-.28$)과 유의한 역상관이 있었다.

Maruta, Vatterrott, and McHardy(1989)는 통증클리닉에 입원한 100명의 만성통증 환자를 대상으로 조사한 결과 3주간의 통증치료후

98%의 환자에게서 우울이 없어졌다고 하였다.

Lindsay and Wyckoff(1981)는 통증과 주요 우울을 지닌 226명 환자 중에서 38%는 통증의 발생 후에 우울이 발생했으며, 50%는 두증상이 동시에, 12%는 우울발생후에 통증이 발생했다고 말했다.

McDaniel et al(1986)은 53명의 환자가 보고한 우울과 통증(VAS)에 대한 강도($r=.35$)나 불쾌감($r=.41$)간에 유의한 상관이 있었고 통증 정도는 우울을 12% 설명했다고 하였다.

Fifield, Reisine, and Grady(1991)는 통증이 우울(CES-D)을 18.1% 설명하였으며, Smith, Dobbins, and Wallston(1991)은 208명의 RA환자를 6개월 간격으로 조사했는데 통증이 우울(CES-D)을 21%설명하였다고 하였다.

Hawley and Wolfe(1988)는 400명의 류마티스 관절염 환자를 4년 6개월간 6개월 간격으로 통증과 우울을 반복 측정하여 초기 사정치를 회귀분석한 결과 통증, 연령, 가족 수입이 우울 변량을 24%를 설명하였다.

Fitzpatrick et al(1991)은 초기사정시나 15개월후 재사정시의 우울정도가 통증 관절 지수($r=.33$)와 통증($r=.38$)간에 상관이 있다고 하였고, Peck et al(1989)은 107명 류마티스 관절염 환자의 통증정도(VAS)가 우울정도(BDI)와 순상관이었다고 하였다.

홍(1989)은 212명의 환자중 63.7%(경 : 40.1%, 중 : 23.6%)가 4우울증상(BDI)을 보였고 우울정도는 총 63점중 평균 18.14점(28.8%)이라고 하였으며, 우울이 입원기간($r=.20$)과 통증호소 부위수($r=.46$)와 상관이 있다고 하였다. 그리고 이들의 통증정도는 총 400점중 평균 216.1점(54.03%)이었고 통증정도가 높을수록 우울정도도 높은 것(통각 : $r=.37$; 불쾌감 ; $r=.43$)으로 나타났다고 하였다.

문(1994)은 만성 관절염 환자의 우울증상(BDI)이 62.6%(상 : 17.6%, 중 : 44.6%)에서

나타났고 통증정도는 228점이었으며, 통증정도가 높을수록 우울정도도 높았다고 하였다(통각 : =.30, 불쾌감 : =r=.33).

이 등(1993)은 41명의 류마티스관절염 신환자의 우울(ZDS)이 총 17-68점의 점수 범위에서 평균 50.34점(65.4%)이었고 대상자의 치료 시작 전과 치료한지 3, 6개월후의 통증정도는 각각 257.9점과 216.6점으로 나타났다고 하였다. 그리고 이들의 통증정도가 우울과 상관이었다고 하였다($r=.32$). 정(1995)은 128명의 류마티스 관절염 환자의 우울(CES-D)이 총 60점중 평균 21.2점이었고, 대상자의 72.1%가 임상적 우울 증상을 나타냈다고 보고하였다.

전과 문(1996)은 113명 만성 관절염환자들의 통증정도가 평균 238.4점이었고 통증의 정의영역인 불쾌감정도가 연령과 순상관이었으며, 이들의 우울정도는 연령이나 불쾌감정도와 순상관을 나타냈다고 하였다.

상기한 결과들을 종합해보면 류마티스 관절염 환자들의 우울은 외국에 비해 국내 환자들이 훨씬 높게 나타났으며, 통증이 많을수록 우울 정도가 높았고 통증이 우울의 예측 요인으로 나타나 우울이 통증과 밀접한 관계가 있음을 알 수 있었다. 이런 환자들의 우울정도는 여성이 남성보다 높았고 연령, 교육수준 및 질병기간은 우울과 역상관이거나 무관계로 나타났으며, 가족수입은 역상관으로 나타났다. 그리고 통증정도와 인구사회학적 특성의 관계는 일관성이 없었다.

2. 통증대처와 통증 및 우울의 관계

대처란 개인이 감당하기 힘든 것으로 평가되는 특수한 외적 및 내적 요구를 다스리기 위하여 이제까지 사용했던 자원들로서 부단히 변화하는 인지적 및 행동적 노력이라 할 수 있다(Lazarus & Folkman, 1984).

통증대처란 만성 통증 환자들이 통증발생시에 통증을 조절하기 위하여 사용하는 대처방법을 의미하는데(Brown & Nicassio, 1987), 류마티스 관절염 환자들에서 통증대처와 통증 및 우울의 관계를 파악하는 것이 이들의 주증상인 통증에 수반되는 우울을 감소시키는 간호중재를 모색하는데 중요하다. 많은 연구자들은 통증 환자들이 통증을 조절하기 위한 대처방법들을 사용함으로써 적응을 한다고 보고하였다.

이를 구체적으로 살펴보면 Caldwell et al (1991)은 통증대처방법을 알아보기 위해 무릎 대체수술(knee replacement surgery)을 받은 지 1년 이상된 52명의 류마티스 관절염 환자를 조사한 결과 이들이 여러 가지 통증 대처방법을 이용하고 있었으며, 이 방법들은 통증이나 적응에 관련이 있었으나, 나이, 성별, 비만 혹은 허약한 상태와는 관련되지 않았다. 회피나 자포자기, 의존성같은 파괴적인 대처를 하지 않고 자신의 힘으로 심한 통증을 감소시키고 조절하려고 하는 환자들은 그렇지 않은 환자들보다 정신적인 손상과 통증정도가 더 낮았다고 했다.

Keefe and Dolan(1986)은 32명의 만성요통 환자와 안면근 통증기능부전 증후(myofacial pain dysfunction syndrome)가 있는 환자를 대상으로 통증행위와 통증 대처방법을 조사한 결과 두 그룹 모두 정신적인 스트레스 수준이 매우 높았다. 특히 요통환자는 안면근 통증 기능부전 환자보다 더 높은 통증행위정도를 나타냈으며, 통증 대처방법으로 기도, 희망 및 관심 전환을 더 많이 이용한다고 하였다.

Rosentiel and Keefe(1983)는 만성 요통환자를 대상으로 통증환자들이 통증을 다루기 위해 사용하는 대처방법을 조사한 결과 대처정도가 통증을 37%, 우울을 23% 설명했고, 대처유형중 무력감은 대상자를 더 우울하게 했으며, 주의전환과 기도의 대처방법을 많이 사용할수록 통증정도가 더 심했다고 하였다.

Turner and Clancy(1986)는 만성 요통 환자들이 희망을 가지고 대처하는 경우에 통증정도가 감소하였으며, 파괴적인 대처를 감소시킴으로써 신체적·정신사회적 손상을 줄일 뿐 아니라 통증정도를 감소시킬 수 있다고 하였다.

Brown and Nicassio(1987)는 적극적 대처와 소극적 대처를 조사하는 설문지(Vanderbit Pain Management Inventory)를 개발하였다. 이는 총 18항목인데 이중 7항목은 적극적 대처로서 통증이 있음에도 불구하고 자신이 그 통증을 조절하거나 기능하기 위해 적응방법을 사용하는 것이며, 11항목은 소극적인 대처로서 자신의 통증조절을 타인에게 의지하는 방법들을 말한다. 그리고 이들은 만성관절염 환자 361명을 대상으로 우울, 무력감, 통증 및 대처유형의 관계를 조사하였는데 적극적 대처는 낮은 우울을, 소극적 대처는 더 심한 통증이나 우울을 예측하였으며, 여자가 남자보다 적극적 대처와 소극적 대처 정도가 더 높았다.

Brown et al(1989)은 287명의 류마티스 관절염환자를 대상으로 하여 6개월 간격으로 종단적 연구를 한 결과 우울에 대해 통증은 9.9%, 소극적 대처는 3.1%를 설명하였으며, 통증과 소극적 대처의 상호작용이 우울에 유의한 기여(2.3%)를 한 것으로 나타나 이는 통증이 심할 때에 환자가 사용한 소극적 대처방법의 사용 빈도가 많으면 우울이 더 높아짐을 보여주었다. 종단적 분석에서도 소극적 대처는 6개월 후의 우울과 순상관을, 적극적 대처는 역상관을 나타냈다.

김과 이(1995)는 만성 요통환자 126명을 대상으로 통증대처유형과 통증정도 및 인구학적 변수의 관계를 조사한 결과 적극적 인지와 행위대처는 평균 18.21점, 소극적 인지와 행위대처는 평균 22.75점으로 이를 100점만점으로 환산시 각각 25.9점과 53.4점에 해당되므로 적극적 대처에 비해 소극적 대처를 더 많이 사용하고 있었다. 그리고 6가지 대처유형은 성별, 연령, 교

육정도, 경제적 상태, 결혼상태 및 통증기간과는 유의한 차이가 없었으나 통증정도와는 유의한 차이가 있었다. 또한 적극적 인지대처유형이 타 대처유형보다 통증을 가장 적게 호소하였고 적극적 인지·행위 대처유형도 적극적 인지유형을 제외한 다른 모든 유형들보다 통증을 더 적게 호소하였다. 반면에 소극적 행위대처유형이나 소극적 인지·행위 대처유형이 적극적 대처유형보다 통증정도가 유의하게 높은 것으로 나타났다.

전과 문(1996)은 만성 관절염환자 113명의 대응양상정도와 관련변수를 조사한 결과 적극적·행동적 대응은 통증정도와 순상관이 있었으나 연령이나 우울정도와는 관계가 없었다. 그리고 긍정적 인지대응은 연령, 통증정도 및 우울정도와 역상관이 있었으며, 부정적 인지대응은 우울정도와 순상관이 있었으나 나이나 통증정도와는 관계가 없었다.

Ⅲ. 연구방법

1. 연구 대상 및 수집방법

대상자는 1) 연구에의 참여를 허락한 자, 2) 질문지의 내용을 이해할 수 있는 자, 3) 만 18세 이상인 자에 해당되는 류마티스 관절염 환자로 하였으며, 자료수집은 1995년 9월 4일부터 16일까지 서울시내에 소재한 H대학병원의 류마티스 센터에 내원한 214명의 류마티스 관절염환자에게 설문지를 배부한 후 대상자가 직접 기재하도록 하거나, 자료수집자가 읽어준 후 대신 기재하였다.

2. 연구 도구

1) 우 울

우울은 Radloff(1977)가 개발한 우울증상 20

개 문항으로 구성된 도구를 4점 척도로 측정하여 점수가 높을수록 우울정도가 높음을 의미한다. 우울점수 범위는 0점에서 60점까지이며, 본 연구에서 Cronbach's Alpha 값은 .89였다.

2) 통증대처

통증대처의 측정은 환자가 통증이 있을 때 사용하고 있는 다양한 생각이나 행위의 빈도를 평가하게 하는 Brown과 Nicassio(1987)가 개발한 PMI(The Pain Management Inventory)를 사용하였다. 이 도구는 11개 문항의 소극적 대처방법과 7개 문항의 적극적 대처방법들로 구성된 5점 척도이며, 점수가 높을수록 통증대처정도가 높음을 의미한다. 점수범위는 소극적 대처가 11-55점이며, 적극적 대처가 7-35점이다. 본 연구에서 소극적 통증대처척도의 Cronbach's Alpha 값은 .68이고, 적극적 통증대처척도는 .76이었다.

3) 통 증

통증은 이 등(1988)이 개발한 도표평정척도를 사용하였으며, 이 도구의 통각과 불쾌감을 합한 점수범위는 0점에서 400점이며, 점수가 높을수록 통증정도가 높음을 의미한다. 본 도구의 Cronbach's Alpha 값은 .86였다.

4. 자료분석방법

수집된 자료는 SAS를 이용하여 전산처리하였으며, 대상자의 통증대처, 통증 및 우울정도는 최소값, 최대값, 평균 및 표준편차를 산출했다. 대상자의 일반적 특성에 따른 통증대처, 통증 및 우울정도의 차이는 t-test, ANOVA 및 Duncan test로 분석하였고, 통증대처, 통증 및 우울정도의 관계는 Pearson Correlation Coefficients로 분석했다.

IV. 연구결과

1. 대상자의 일반적 특성

연령은 평균 41.17세로 40세 이상이 과반수 이상(54.2%)을 차지하였다. 성별은 남자가 19.6%이고, 여자는 80.4%로 대다수였고, 그중 기혼자가 72%였다. 교육수준은 고졸이상이 72.4%를 차지하였으며, 경제수준은 100만원이상이 58.4%로 과반수 이상을 차지하였다. 평균유병기간은 6.95년이었고, 3년 이상이 75.2%로 나타났다. 또한 내원전 치료형태로는 복합적인 치료가 73.4%로 가장 많았으며, 침범관절 부위수는 평균 5.4군데였고 대상자의 79.4%가 3군데 이상의 관절을 침범받은 것으로 나타났다.

2. 통증대처, 통증 및 우울정도

대상자의 소극적 통증대처정도는 최저 11점, 최고 48점으로 평균 30.2점이었으며, 적극적 통증대처정도는 최저 7점, 최고 33점으로 평균 18.6점이었다. 우울정도는 최저 1점, 최고 50점으로 평균 21.4점 이었으며, 통증정도는 최저 4점, 최고 390점으로 평균 213.5점 이었다(표 1).

3. 대상자의 일반적 특성에 따른 통증 및 우울 정도

통증정도는 연령($p=.053$), 성별($p=.037$), 결혼상태($p=.006$), 교육수준($p=.0003$), 내원전 치료형태($p=.0009$), 침범관절 부위수($p=.0001$)에서 유의한 차이를 보였다. 사후검증을 한 결과 40-49세군과 30-39세군이 18-29세군보다, 여자가 남자보다, 이혼, 별거, 사별군과 기혼군이 미혼군보다 각각 통증정도가 더 높았다. 대졸이상군은 중졸이하군이나 고졸군보다 통증정도가 더 낮았으며, 양방, 한방/민간치료

〈표 1〉 통증대처, 통증 및 우울 정도

변 수	척도범위	최소값	최대값	평 균	표준편차
소극적 통증대처	11-55	11	48	30.2	6.81
적극적 통증대처	7-35	7	33	18.6	5.54
통 증	0-400	4	390	213.5	95.20
우 울	0-60	1	50	21.4	10.26

등의 복합치료를 받은 군과 한방/민간치료를 받은 군이 각각 양방치료군보다 더 통증정도가 높았다. 9군데 이상 관절침범을 받은 군이 2군데 이하 관절침범 받은 군이나 3-5군데 관절침범을 받은 군보다 각각 통증정도가 더 높았다.

우울정도는 교육수준($p=.003$)과 성별($p=.024$)에서 유의한 차이를 나타냈으며, 남자가 여자보다, 대졸이상군이 중졸이하군과 고졸군보

다 우울정도가 각각 더 낮은 것으로 나타났다 (표 2).

4. 일반적 특성에 따른 통증대처정도

대상자의 소극적 대처정도는 내원전 치료형태 ($p=.005$)와 침범관절 부위수($p=.021$)에서 유의한 차이를 나타냈다. 사후 검증을 한 결과, 복

〈표 2〉 대상자의 일반적 특성별 통증과 우울정도

특 성	구 분	통 증		우 울	
		평 균(S.D)	t or F(p)	평 균(S.D)	t or F(p)
연 령	18 - 29 세	177.8(91.23)	2.60 (0.053)	20.1(8.97)	2.11 (0.100)
	30 - 39 세	223.8(83.63)		24.4(10.72)	
	40 - 49 세	220.1(92.32)		20.4(10.29)	
	50 세 이상	223.6(106.65)		20.6(10.38)	
성 별	남 자	186.1(95.94)	2.09 (0.037)	18.2(9.18)	2.26 (0.024)
	여 자	220.2(94.09)		22.2(10.38)	
결혼상태	미 혼	173.8(91.14)	5.17 (0.006)	20.5(9.89)	0.84 (0.435)
	기 혼	221.6(94.02)		21.4(10.07)	
	이혼, 별거, 사별	240.3(93.19)		24.3(12.78)	
교육수준	중졸 이하	247.3(96.74)	8.42 (0.0003)	23.3(11.35)	5.77 (0.003)
	고 졸	214.8(91.94)		22.6(9.97)	
	대졸 이상	178.2(87.38)		17.7(8.68)	
내원전 치료형태	양방치료	163.5(88.49)	7.24 (0.0009)	18.4(8.29)	2.29 (0.104)
	한방 / 민간	218.5(118.05)		20.9(12.27)	
	복합치료	225.7(90.52)		22.3(10.39)	
침범 관절 부위	2군데 이하	182.2(103.09)	7.80 (0.0001)	19.7(11.12)	0.98 (0.402)
	3 - 5 군데	192.7(85.61)		20.8(9.56)	
	6 - 8 군데	223.1(90.86)		22.9(9.55)	
	9군데 이상	268.0(85.10)		22.1(11.48)	

* $p < .05$ by Duncan test

합치료군이 양방치료군보다, 9군데 이상의 관절이 침범된군이 2군데이하의 관절이 침범된 군보다 소극적 대처정도가 각각 높았으며, 교육수준이 낮을수록 소극적 대처방법의 사용정도가 높은 경향을 보였다($p=.076$). 적극적 대처정도는 교육수준($p=.018$)과 침범관절 부위수($p=.011$)에서 유의한 차이가 나타났으며, 사후검증을 한과 대졸 이상군이 중졸 이하군 보다 적극적 대처정도가 높았으며, 침범관절 부위수는 2군데 이하군과 9군데 이상의 관절이 침범된 군이 6-8군데 관절 침범군보다 적극적 대처정도가 각각 더 높았다(표 3).

5. 통증대처, 통증 및 우울정도의 관계

대상자의 소극적 통증대처와 통증정도는 유의한 순상관($r=.475$)으로 나타나 소극적 통증 대처정도가 높을수록 통증정도가 높아지는 것을 의미하며, 적극적 통증대처와 통증정도는 유의한 역상관($r=-.296$)으로 나타나 적극적 통증 대처정도가 높을수록 통증정도가 낮아지는 것을 의미한다.

소극적 통증대처와 우울정도는 유의한 순상관

($r=.425$)으로 나타나 소극적 통증 대처정도가 높을수록 우울정도가 높아지는 것을 의미하며, 적극적 통증대처와 우울정도는 유의한 역상관($r=-.299$)으로 나타나 적극적 통증 대처정도가 높을수록 우울정도가 낮아지는 것을 의미한다.

통증과 우울정도는 유의한 순상관($r=.374$)으로 나타나 통증정도가 높을수록 우울정도가 높아지는 것을 의미한다(표 4).

〈표 4〉 통증대처, 통증 및 우울정도의 상관관계

변수	소극적 통증대처	적극적 통증대처	통증
통증	.475(.0001)	-.296(.0001)	
우울	.425(.0001)	-.299(.0001)	.374(.0001)

V. 논 의

대상자의 소극적 통증 대처정도는 평균 30.2점, 적극적 통증대처정도는 평균 18.6점으로 이는 Brown et al(1989)의 연구에서 소극적 통증 대처정도 평균 31.7점과 적극적 통증 대처정도 평균 20.5점으로 나타난 결과와 유사했다.

대상자의 통증정도는 평균 213.5점으로 나타

〈표 3〉 일반적 특성에 따른 통증대처 정도

특 성	구 분	소극적 대처		적극적 대처	
		평 균(S.D)	t or F(p)	평 균(S.D)	t or F(p)
교육수준	중졸 이하	32.6(7.71)	2.61 (0.076)	17.1(5.37)	4.11 (0.018)
	고 졸	31.9(6.55)		18.7(5.74)	
	대졸 이상	29.7(7.08)		20.0(5.64)	
내원전 치료형태	양방치료	28.7(6.33)	5.50 (0.005)	18.9(5.18)	0.16 (0.854)
	한방/민간	28.7(6.17)		18.0(5.00)	
	복합치료	32.2(7.16)		19.6(5.91)	
침범 관절 부위수	2군데 이하	29.3(8.51)	3.33 (0.021)	20.1(5.77)	3.83 (0.011)
	3 - 5 군데	31.2(6.71)		18.5(5.62)	
	6 - 8 군데	31.1(6.70)		16.9(4.81)	
	9군데 이상	34.1(5.85)		20.0(6.46)	

* <.05 by Duncan test

나 홍(1989)의 평균 216.1점, 문(1994)의 평균 228점과는 유사하였으나 이 등(1993)의 연구에서 치료 시작전 신환자들의 257.9점 보다는 낮은 경향을 보였다.

대상자의 우울정도는 평균 21.4점으로 이는 동일한 도구를 사용한 정(1995)의 21.2점과 비슷했으나, 외국의 조사인 Blalock et al(1988)의 15.8점, Brown et al(1989)의 13.1점 보다는 우울정도가 월등히 높게 나타났다. 이와 같이 국내와 외국 환자들의 우울정도에 차이가 많았는데 이는 문화적인 차이로 문제에 직면했을 때 우리나라 환자들이 외국의 경우 보다 정적이고 소극적으로 반응하기 때문이라 사료된다.

대상자가 소극적 통증대처를 많이 할수록 통증정도가 높게 나타났는데, 이는 소극적 대처가 더 심한 통증을 예측했다는 Brown and Nicassio (1987) 그리고 소극적 인지.행위대처형이 적극적 대처형보다 통증정도가 더 높게 나타났던 김과 이(1995)의 결과들과 일치하였으며, 기도와 주의전환과 같은 대처방법이 더 높은 통증행위 정도(Keefe & Dolan, 1986)와 통증정도(Rosentiel & Keefe, 1983)를 나타냈던 결과들과도 유사하였다. 즉, 회피, 자포자기, 의존성 등과 같은 파괴적인 생각으로 대처하는 것은 류마티스 관절염 환자들이 통증을 극복하는데 도움이 되지 못하므로(Rosentiel & Keefe, 1983), 이 환자들의 통증감소를 위해서는 소극적 대처의 사용을 감소시킬 수 있는 중재방안이 필요하다고 사료된다.

적극적 대처를 많이 할수록 통증정도가 낮게 나타났는데, 적극적 인지대처형과 적극적 인지.행위대처형들이 다른 대처 유형들보다 더 낮은 통증정도를 나타낸 김과 이(1995)의 결과와 유사하여 통증이 있을 때 적극적 대처의 중요성을 시사해주고 있다. 이는 또한 희망적인 대처를 함으로서 통증정도가 감소되고 파괴적인 대처를 감소시키므로서 신체적·정신사회적 손상과 통

증정도를 감소시켰다는 Turner and Clancy (1986)의 연구결과 그리고 자신의 힘으로 통증을 조절하려고 하는 환자는 그렇지 않은 환자보다 통증정도가 더 낮았다는 Caldwell et al (1991)의 결과와 유사함을 알 수 있다. 즉, 류마티스 관절염 환자들이 통증을 다룰 때 희망을 가지고 대처하여 통증을 스트레스로 인식하지 않는 것은 류마티스 관절염의 진행에도 영향을 주어 통증정도가 감소된 것으로 사료된다.

소극적 통증대처를 많이 할수록 우울정도가 높게 나타났는데, 이는 소극적 대처가 우울과 순상관(Brown et al, 1989)이나 우울을 예측(Brown & Nicassio, 1987)했다는 결과들과 일치하였으며, 부정적 인지대응이 우울과 순상관이었던 결과(전과 문, 1996)들과 유사하였다. 따라서 통증을 부정적으로 인지하여 소극적으로 대처하는 류마티스 관절염환자의 의식을 전환시킬 수 있는 간호중재를 통해서 우울을 예방하거나 감소시킬 수 있음을 보여 주었다.

적극적 통증대처를 많이 할수록 우울정도가 낮게 나타났는데, 이는 적극적 대처와 우울이 역상관관계가 있다는 Brown et al(1989)의 결과나 적극적 대처가 더 낮은 우울을 예측했던 Brown과 Nicassio(1987)의 결과와 일치하였으며 긍정적 인지 대응이 우울과 역상관이 있다는 전과 문(1996)의 결과와 일맥상통한 것으로 여겨진다.

그러므로 류마티스 관절염 환자들의 통증을 감소시킬 수 있는 대처방법으로 남에게 의존적 하거나 회피하는 소극적인 방법이 아니라 통증을 긍정적으로 인지하여 극복하려는 본인의 강한 의지와 희망을 가지고 대처를 할 수 있도록 함으로서 우울이 감소될 수 있음을 시사해 준다.

통증과 우울의 관계에서 통증정도가 높을수록 우울정도가 높은 것으로 나타났는데, 이는 통증과 우울이 순상관으로 나타난 결과들(문, 1994; 이등, 1993; 홍, 1990; 전과 문, 1996;

Fitzpatrick et al, 1991)이나 우울의 예측요인으로 나타난 결과들(McDaniel et al, 1986; FiField et al, 1991)을 지지해 준다고 볼 수 있다. 이처럼 통증과 우울이 밀접한 관계가 있는 것은 류마티스 관절염이 장기화되고 질병양상이 계속 진행됨에 따라 만성적인 통증을 경험하게 되고, 통증을 극복하기 위해 여러 가지 치료방법을 이용하지만 적절한 치료법을 찾아내지 못하고 체념하기 때문에 우울정도가 심해지는 것으로 사료된다.

이상을 종합해 본 결과, 소극적 대처를 하는 류마티스 관절염환자들로 하여금 통증을 더 효과적으로 다룰 수 있도록 하는 다양한 인지적, 행위적인 대처방법을 교육할 수 있는 새로운 치료 프로그램의 개발이 필요하며, 소극적 대처를 하지 않도록 류마티스 관절염환자를 상대로 자조관리 프로그램 교육 등을 통한 통증 대처방법을 전환시킬 수 있는 간호 중재 방법을 모색할 필요성이 있다고 본다.

VI. 결 론

본 연구는 류마티스 관절염 환자의 통증대처, 통증 및 우울정도간의 관계를 파악하여 통증 대처방법이 우울을 감소시킬 수 있는 중재요인의 가능성을 확인하고자 시도되었다. 본 연구는 일 대학병원의 류마티스 센터 외래에 내원한 류마티스 관절염 환자 214명을 대상으로 조사한 결과 다음과 같은 결론을 얻었다.

1. 대상자의 소극적 통증대처의 점수범위는 11-48점으로 평균 30.2점이었고 적극적 통증대처는 7-33점으로 평균 18.6점이었다. 통증의 점수범위는 4-390점으로 평균 213.5점이었으며, 우울정도는 1-50점으로 평균 21.4점 이었다.
2. 일반적 특성에 따른 통증 및 우울정도를 분석한 결과 통증정도는 연령($p=.05$), 성별($p=$

.03), 결혼상태($p=.006$), 교육수준($p=.0003$), 내원전 치료형태($p=.0009$), 침범관절부위수($p=.0001$)에 따라 유의한 차이가 있었다. 우울정도는 성별($p=.024$)과 교육수준($p=.003$)에서만 유의한 차이가 있었다.

3. 일반적 특성에 따른 통증 대처정도의 차이를 분석한 결과 소극적 통증대처 정도는 내원전 치료형태($p=.005$)와 침범관절부위수($p=.021$)에 따라 유의한 차이가 있었으며, 교육수준이 낮을수록($p=.076$) 소극적 대처정도가 높은 경향을 보였다. 적극적 통증 대처정도는 교육수준($p=.018$)과 침범관절 부위수($p=.011$)에 따라 유의한 차이가 있었다.
4. 대상자의 소극적 통증대처와 통증정도는 유의한 순상관($r=.475$), 적극적 통증대처와 통증정도는 유의한 역상관($r=-.296$)으로 나타났다. 소극적 통증대처와 우울정도는 유의한 순상관($r=.425$), 적극적 통증대처와 우울정도는 유의한 역상관($r=-.299$)으로 나타났다.

참 고 문 헌

- 김인자, 이은옥 (1995). 만성 요통 환자의 대처 유형과 건강 통제위, 자기 효능감과의 관계. 류마티스 건강학회지, 2(1), 1-15.
- 김호연 (1986). 류마티스양 관절염의 진단 및 감별. 대한의학협회지, 29(1), 15-30.
- 문미숙 (1994). 만성 관절염 환자의 동통, 불편감, 우울과 대응양상과의 관계. 석사학위논문, 한양대학교 대학원.
- 이은옥, 이선옥, 임난영, 최순희, 김달숙, 김순자, 한윤복, 김주희, 김광주, 박점희 (1988). 관절통환자의 통증정도와 통증연관행위에 관한 연구. 간호학회지, 18(2), 197-209.
- 이은옥, 이선옥, 임난영, 최순희, 김달숙, 김순

- 자, 한윤복, 김주희, 김광주, 박점희 (1993). 류마티스 관절염 환자의 질병 상태, 통증 및 우울의 인과성 탐색. 성인간호학회지, 5(1), 56-71.
- 전정자, 문미숙 (1996). 만성관절염 환자의 대응양상 정도와 관련변수 분석. 류마티스 건강학회지, 3(1), 90-103.
- 정학명 (1995). 류마티스 관절염환자의 신체적 기능장애 정도에 관한 연구. 석사학위논문, 전남대학교 대학원.
- 홍정주 (1989). 만성 관절염 환자의 통증 행위와 우울 정도에 관한 연구. 석사학위논문, 한양대학교 대학원.
- 홍 여신(1982). 환자와 간호원과의 인간관계. 대한 간호, 21(2), 9
- 최혜경 (1987). “만성 관절염환자의 가족지지, 치료지시 이행 및 삶의 만족간의 관계 연구”. 석사학위논문, 연세대학교 대학원.
- Anderson, K. O., Keefe, F. J., Bradley, L. A., McDaniel, L. K., Young, L. D., Turner, R. A., Agudelo, C. A., Semble, E. L., Pisko, E. J. (1988). Prediction of pain behavior and functional status of rheumatoid arthritis patients using medical status and psychological variables. Pain, 33, 25-32.
- Beckham, J. C., D'Amico, C. J., Rice, J. R., Jordan, J. S., Divine, G. W., & Brook, W. B. (1992). Depression and level of functioning in patients with rheumatoid arthritis. Can J Psychiatry, 37(8), 539-543.
- Blalock, S. J., DeVellis, R. F., Devillis, R. F., & Sauter, S. V. H. (1988). Self-evaluation processes and adjustment to rheumatoid arthritis. Arthritis Rheum, 31, 1245-1251.
- Brown, G. K. & Nicassio, P. M. (1987). Development of questionnaire for the assessment of active and passive coping strategies in chronic pain patients. Pain, 31, 53-64.
- 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.
- Caldwell, S., Keefe, F. J., Martinez S., Nunley, J., Beckham, J. (1991). Analyzing pain in rheumatoid arthritis patients. Pain coping strategies in patients who have had knee replacement surgery. Pain, 46, 153-160.
- Devins, G. M., Edworth, S. M., Guthrie, N. G., & Martin, L. (1992). Illness Intrusiveness in RA : Differential impact on depressive symptoms over the adult lifespan. The Journal of Rheumatology, 19(5), 709-715.
- Fifield, J., Reisine, S. T., & Grady, K. (1991). Work disability and the experience of pain and depression in rheumatoid arthritis. Soc. Sci. Med., 33(5), 579-585.
- Fitzpatrick, R., Newman, S., Archer, R., & Shipley, M. (1991). Social support, disability and depression : a longitudinal study of rheumatoid arthritis. Soc. scu. Med., 33, 605-611.
- Gibson, T. & Clark, B. (1985). Use of simple analgesics in rheumatoid arthritis. Ann Rheum Dis, 44, 27-29.
- Hawley, D. J., & Wolfe, F. (1988). Anxiety and depression in patients with rheuma-

- toid arthritis : A prospective study of 400 patients. Journal of Rheumatology, 15, 932-941.
- Keefe, F. J., & Dolan, E. (1986). Pain Behavior and Pain Coping Strategies in Low Back Pain and Myofacial Dysfunction Syndrome Patients. Pain, 24, 49-56.
- Keefe, F. J., Brown, G. K., Wallston, K. A., & Caldwell, D. S. (1989). Coping with rheumatoid arthritis pain : catastrophizing as a maladaptive strategy. Pain, 37, 51-56.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). "The concept of coping". New York : Springer publishing company, 117-140.
- Lindsay, P. & Wyckoff, M. (1981). The depression-pain syndrome and its response to antidepressants. Psychosomatics, 22, 511-577.
- Maruta, T., Vatterott, M. K., & McHardy, M. J. (1989). Pain management as a antidepressant : Long-term resolution of pain-associated depression. Pain, 36, 335-337.
- McDaniel, L. K., Anderson, K. O. Bradley, L. A., Young, L. D., Turner, R. A. Agudelo, C. A., & Keefe, F. J. (1986). Development of an Observation method for Assessing Pain Behavior in Rheumatoid Arthritis Patients. Pain, 2, 165-184.
- Mckenna, F. & Wright, V. (1985). Pain and rheumatoid arthritis. Ann Rheum Dis, 44, 805.
- Newman, S. P., Fitzpatrick, R., Lamb, R., & Shipley, M. (1989). The origins of depressed mood in rheumatoid arthritis. Journal of Rheumatology, 16, 740-744.
- Ranjan, Roy., Thomas, M. & Matas, M. (1984). Chronic Pain and depression : A Review, Comprehensive. Psychiatry, 25(1), 96-105.
- Radloff, L. (1977). The CES-D Scale : a self-report depression scale for research in the general population. Appl Psychol Measurement, 1, 385-401.
- Rosentiel, A. K. & Keefe, F. J. (1983). The Use of Coping Strategies in Chronic Low Back Pain Patients : Relationship to Patient Characteristics and Current Adjustment. Pain, 17, 33-44.
- Stein, M. J., Wallston, K. A., Nicassio, P. M. (1988). Factor structure of the Arthritis Helplessness Index. J Rheumatol, 15, 427-432.
- Skevington, S. M. (1983). Chronic Pain and Depression : Universal or Personal Helplessness? Pain, 15, 309-317.
- Tan, Siang-Yang (1982). Cognitive and Cognitive-Behavioral methods for Pain Control : A Selective Review. Pain, 12, 201-228.
- Turner, J. A. & Clancy, S. (1986). Strategies for Coping with Chronic Low Back Pain : Relationship to Pain and Disability. Pain, 24, 355-364.