

골관절염 환자와 류마티스 관절염 환자의 지각된 질병 영향 비교

김인자* · 김종임** · 이은옥***

*대전대학교 한의과대학 간호학과 · **충남대학교 간호학과 · ***서울대학교 간호대학

Differences in Illness Intrusiveness between Rheumatoid Arthritis and Osteoarthritis

Kim, In ja* · Kim, Jong Im** · Lee, Eun ok***

*Department of Nursing, Daejeon University · **Department of Nursing, Choongnam National University
***College of Nursing, Seoul National University

Illness intrusiveness(illness induced lifestyle disruption)was investigated in 902 patients with arthritis and compared between rheumatoid arthritis(N=439) and osteoarthritis(N=463) patients. Arthritis patients were reported to perceive illness intrusiveness similar to patients with ESRD(end stage renal disease), bipolar disorder, and peritoneal dialysis. Especially they were intrusive into health, work, and active recreation domains. And patients with rheumatoid arthritis were significantly more intrusive into activities, especially in diet, financial situation, family relations, other social relations, self-expression/self improvement, religious expression, and community and civic involvement. Differences in treatment regimens and age were hypothesized to account for these differences in illness intrusiveness.

Key words : Rheumatoid arthritis, Osteoarthritis, Illness intrusiveness

• Address reprint requests to : Kim, In ja

Department of Nursing, Daejeon University

96-3, Yongun-dong, Dong-gu, Daejeon, 300-716

Tel: +82-42-274-2600 Fax: +82-42-274-2600 E-mail: inja@dju.ac.kr

I. 서 론

1. 연구의 필요성

골관절염과 류마티스 관절염으로 대표되는 관절염은 현재까지 완치 방법이 없어 증상을 조절하며 평생 살아야 하는 전형적인 만성 질환이기 때문에 대상자의 신체적 상태뿐 아니라 심리사회적인 상태에까지 많은 영향을 미친다(김인자와 서문자, 1998; Burckhardt, 1985; Tak & Laffrey, 2003). 특히 관절염의 주 증상은 통증이므로 이를 조절하기 위하여 대상자들이 다양한 대처 방법을 끊임없이 사용하게 되므로(전정자와 문미숙, 1996; Brown & Nicassio, 1989; Evers, Kraaimaat, Geenen, Jacobs, & Bijlsma, 2003) 다른 어느 질환보다도 대상자의 모든 삶의 영역이 질병으로 인하여 영향을 받게 된다.

그런데 질병이 삶에 미치는 영향은 대상자마다 다른 것으로 보고되었는데(Arnold, Witzeman, Swank, McElroy & Keck, 2000; Juenger et al, 2002) 최근에 Devins는 객관적 지표로 본 질병 상태가 같은 대상자라도 심리사회적으로 다르게 반응하는 이유를 '지각된 질병 영향(perceived illness intrusiveness)'이라는 개념으로 설명하였다. '지각된 질병 영향'은 질병으로 인하여 자신의 생활 여러 측면에 부정적으로 방해받는 정도에 대한 지각으로, 대상자들의 질병으로 인한 삶의 질과 같은 궁극적인 결과는 질병으로 인하여 자신의 일상생활이 얼마나 방해받았는지에 대한 지각에 따라 달라진다는 것이다(Devins, 1994). 이러한 기전은 류마티스 관절염 환자, 다발성 경화증 환자, 말기 신장 질환자를 대상으로 한 연구에서 경험적으로 지지되었다(Binik et al, 1990; Devins et al, 1993a, 1993b; Steultjens, Dekker, & Bijlsma, 2001). 따라서 관절염과 같은 만성 질환으로 인한 상태를 긍정적으로 변화시키는 방법 중의 하나

는 질병으로 인하여 어떤 영역의 일상생활에 방해를 받는지를 파악하여 중재하는 것이다.

이러한 '지각된 질병 영향'은 질병, 치료법, 나이 등에 따라 다른 것으로 보고되었는데(Devins et al, 1990, 1992, 1993a, 1993b) 골관절염과 류마티스 관절염은 모두 만성 질환에 포함되는 질환이고 질병 명칭이나 관절에 나타나는 증상이 유사해 보이지만 두 질환의 발생 기전이나 병리적 상태, 대상자의 특성이 다르고 특히 질병으로 인한 삶의 질이나 대처 방식 등에 차이가 있다는 결과를 볼 때(Ethgen, Kahler, Kong, Reginster, & Wolfe, 2002; Holte, Tambs, & Bjerkedal, 2003; Jakobsson & Hallberg, 2002; Wildy & Wasko, 2001) 이러한 결과의 매개요인으로 보고된(Devins, Stam, & Koopmans, 1994) 지각된 질병 영향도 다르게 나타날 것이라고 가정할 수 있다. 두 질환의 지각된 질병 영향이 다르다면 두 질환 대상자의 간호도 이에 맞게 달라져야 한다. 따라서 본 연구에서는 관절염 환자들이 질병으로 인하여 어떤 영역에 영향을 받는지와 이러한 관절염으로 인한 영향이 골관절염과 류마티스 관절염 환자에서 다르게 나타나는지를 규명함으로써 질환별로 다른 개별적인 간호중재를 개발하여야 하는 이론적 근거를 제시하고자 한다.

2. 연구 목적

골관절염 환자와 류마티스 관절염 환자가 질병으로 인하여 어떤 삶의 영역에 방해를 받는지를 규명하기 위한 본 연구의 구체적인 목적은 다음과 같다

- 1) 관절염 환자의 지각된 질병 영향을 규명한다.
- 2) 골관절염 환자와 류마티스 관절염 환자의 지각된 질병 영향에 차이가 있는지 규명한다.

II. 연구 방법

1) 연구 설계

본 연구는 골관절염 환자와 류마티스 관절염 환자의 지각된 질병 영향이 차이가 있는지를 규명하기 위하여 관절염 진단을 받고 외래에서 치료를 받고 있는 환자들을 자가보고설문지를 사용하여 한번 측정된 후향적 횡단적 비교조사 연구이다.

2) 연구 대상과 표집 방법

류마티스 관절염 전문의에게 적어도 6개월 전에 류마티스 관절염이나 골관절염으로 진단을 받고 류마티스 전문의가 있는 병원에서 외래로 관리를 받고 있는 20세 이상 성인 남녀를 임의로 표집하였다. 류마티스 전문의가 있는 지역을 선정하기 위하여 서울, 대전, 대구, 광주, 부산과 같은 대도시를 선정한 후 서울특별시는 전국 인구의 22%(보건복지 통계연보 1998, 제 4호)를 차지하고 있고 지방 환자들도 서울 특별시에 위치한 병원에 등록되어 있기 때문에 서울특별시에서 50% 정도를 선정하였다. 표본의 크기는 유의수준 0.5, 검정력 0.8, 모집단에서의 독립 변수와 종속변수의 관계 강도인 effect size를 'low'(0.2 이하)로 하더라도 2그룹 비교시 392 명의 표본이 필요하므로(Polit & Hungler, 1999) 총 400명을 목표로 임의 표집하였다. 그 결과 류마티스 관절염 환자는 총 439명, 골관절염 환자는 463명을 수집하였다. 지역별로는 서울에서 453명, 대전에서 103명, 대구에서 118명, 광주에서 120명, 부산에서 108명을 수집하였다.

3) 연구 도구

(1) 인구학적 특성

인구학적 특성으로 나이, 성별, 고용상태, 결혼상태, 교육기간, 수입, 종교를 조사하였다. 고용상태는 현재 돈을 받는 직업이 있는지 여부를, 결혼상태는 결혼 여부를, 종교는 종교 유무를 조사하였다.

(2) 임상적 특성

임상적 특성으로는 '지각된 질병 영향에 영향을 미치는 것으로 보고된 질병 증상과 일반적인 관절염 환자의 임상 관련 변수를 측정하였다. 즉 관절염의 일반적인 질병 증상으로는 통증, 기능장애, 피로, 우울, 지각한 건강 상태를 일반적인 관절염 환자의 임상 관련 변수로는 입원 빈도, 수술여부, 수술빈도를 측정하였다. 통증은 지난 1주일 동안의 통증 정도를 '약간 아프다'에서 '매우 아프다'까지 15cm의 수직선에 표시한 도표 평정 척도(graphic rating scale)로 측정하였다.

기능상태는 ACR(American College of Rheumatology)의 기준으로 측정하였다(Hakala, Pollanen, & Nieminen, 1993). ACR 기준은 관절염 환자의 기능상태를 4점 척도 일문항 도구로 아무런 도움없이 일상적인 활동을 하는 정도에서 일상적인 활동을 전혀 할 수 없는 상태까지 분류하게 되어있으며 점수가 높을수록 기능상태가 좋지 않다는 것을 의미한다.

피로는 두 가지 도구로 측정하였다. 하나는 통증을 측정한 방법과 마찬가지로 '약간 피로함'에서 '매우 피로함'까지 15cm의 수직선에 표시한 도표 평정 척도(graphic rating scale)로 측정하였다. 다른 하나는 류마티스 관절염 환자의 피로를 측정하기 위하여 개발된 multidimensional assessment of fatigue(MAF) (Belza, 1995)로 측정하였다. MAF는 16항목으로 이루어져 있으며 단계, 정도, 고통정도, 시기, 일상활동에 미치는 영향을 측정한다. 14항목은 10점 척도로, 2항목은 선다형 질문지로 구성되어 있다. 단계, 정도, 고통정도, 시기 항목의 원 점수와 일상생활에 미치는 영향 항목의 평균을 합하여 Global Fatigue Index (GFI)를 계산하도록 되어있어 0점(전혀 피로하지 않음)에서 50점(매우 피로함)까지 가능하다. 이전 연구에서 타당도와 신뢰도가 높은 것으로 보고되었으며(Belza, 1995; Belza, Henke, Yelin, Epstein, & Gilliss, 1993) 본

연구에서 신뢰도는 Cronbach α 0.93이었다.

우울은 CES-D(Center for Epidemiologic Studies-Depression)로 측정하였다. CESD는 미국 지역사회 정신건강 사정 프로그램의 일환으로 개발된 도구로(Radloff, 1977), 0점에서 3점까지의 4점 Likert 척도 20문항으로 구성되어 있어 0점-60점까지 가능하다. 여러 연구 결과(Craig & Van Natta, 1976a, 1976b) 우울 증상과 정상을 구분하는 기점을 16점으로 정하였다. Radloff(1977)의 연구에서 이 문항들의 알파계수는 0.85였고, 반분법에 의한 신뢰도는 0.87이었다. 본 연구에서의 신뢰도는 Cronbach α 0.90이었다.

건강상태는 지각한 건강상태로 측정하였다. 지각한 건강상태는 연구자들이 개발한 3 문항 4점 척도로 측정하였다. 점수가 좋을수록 자신의 건강상태를 좋다고 지각하는 것을 의미한다. 본 연구에서의 신뢰도는 Cronbach α 0.85이었다.

(3) 지각된 질병 영향

지각된 질병 영향은 Illness Intrusiveness Rating Scale (Devins et al, 1983)로 측정하였다. 원래 도구는 13항목으로 이루어져 있으나 missing value가 많은 '배우자(혹은 남자/여자친구)와의 관계' 문항과 '성생활' 문항을 제외한 건강, 식이, 직장 또는 가사일, 활동적인 여가활동, 정적인 여가활동, 경제적 측면, 가족관계, 가족이 외의 사회적 관계, 자아표현/자기발전, 종교활동, 지역사회활동과 같은 11가지 영역이 질병으로 인하여 어느 정도 부정적인 영향을 받았다고 생각하는지를 7점 Likert 척도로 측정하였다. 최저 11점에서 최고 77점까지 가능하며 점수가 높을수록 관절염으로 인하여 삶의 여러 영역에 지장을 많이 받았다고 지각한다는 것을 의미한다. 여러 연구에서 신뢰도와 타당도가 높은 것으로 보고되었으며(Devins et al, 1983; Devins, 1993) 본 연구에서의 Cronbach α 값은 0.86이었다.

4) 자료수집

류마티스 내과가 있는 종합병원에서 연구 목적과 내용, 설문지 내용을 담당 의사에게 보이고 허락을 받은 후 연구자와 훈련받은 연구보조원이 구조화된 질문지를 활용한 면접법으로 자료를 수집하였다. 연구에 참여하기로 동의한 대상자를 연구보조원과 연구원이 환자의 병원방문 일에 병원 로비나 커피숍에서 만나 면접을 실시하였다. 1회 면접시간은 대략 1시간 가량 소요하였다.

5) 자료 분석

SPSS win version 10을 이용하여 분석하였다. 인구학적 특성과 임상적 특성 차이는 변수에 따라 t-test와 χ^2 test로 분석하였다. 지각된 질병 영향의 그룹간 차이는 그룹간 유의한 차이가 있다고 규명된 변수들을 공변수로 처리하여 공변량분석을 시행하였다.

III. 연구 결과

1. 인구학적 특성 차이

대상자의 평균 나이는 약 56세였고, 대부분 여자였으며, 직업이 없는 경우가 대부분이고, 대부분 결혼하였다. 골관절염과 류마티스 관절염 환자의 인구학적 특성을 비교한 결과에서는 모든 변수에서 유의한 차이가 있었다. 즉 류마티스 관절염 환자가 유의하게 더 나이가 어렸고, 여성이 적었으며, 고용된 대상자가 많았고, 결혼한 사람이 많았으며, 교육기간이 길고, 수입이 많았으며, 종교가 없는 사람이 더 많았다(Table 1).

2. 임상적 특성 차이

전체적으로 대상자들은 가능 점수에서 중증도의 통증, 피로, 우울을 호소하였고, 기능장애는 일상활동을 할 때 장비나 도구가 필요한 정도로

<Table 1> Differences of Demographic Characteristics

| Variables | Group | Mean(SD) | Frequency (%) | t or χ^2 value(p) |
|------------------------|-------|-----------------|---------------|------------------------|
| Age | RA | 50.48 (12.59) | | -15.48 (.00) |
| | OA | 61.63 (8.02) | | |
| | Total | 56.15(11.90) | | |
| Female | RA | | 370 (84.28) | 37.91 (.00) |
| | OA | | 446 (96.33) | |
| | Total | | 816(90.5) | |
| Employed | RA | | 136 (30.98) | 4.28 (.05) |
| | OA | | 117 (25.27) | |
| | Total | | 253(28.4) | |
| Married | RA | | 370 (84.28) | 4.44 (.04) |
| | OA | | 365 (78.83) | |
| | Total | | 735(82.4) | |
| Educated (yrs) | RA | 9.25 (4.07) | | 10.79 (.00) |
| | OA | 6.44 (3.51) | | |
| | Total | 7.79(4.04) | | |
| Income (10,000 won) | RA | 114.03 (182.25) | | 3.23 (.00) |
| | OA | 82.12 (100.88) | | |
| | Total | 97.65(147.04) | | |
| Having religion | RA | | 329 (74.94) | 9.20 (.01) |
| | OA | | 384 (82.94) | |
| | Total | | 713(78.5) | |

excluded missing values

<Table 2> Differences of Clinical factors

| Variables | Group | Mean(SD) | t or χ^2 value(p) |
|------------------------|-------|---------------|------------------------|
| Pain | RA | 7.01 (4.00) | -4.11 (.00) |
| | OA | 8.09 (3.83) | |
| | Total | 7.56(3.95) | |
| Disablity | RA | 1.83 (.53) | -2.04(.04) |
| | OA | 1.90 (.42) | |
| | Total | 1.87(0.48) | |
| MAF | RA | 26.22 (10.62) | -.63 (.53) |
| | OA | 26.66 (10.12) | |
| | Total | 26.36(10.36) | |
| Fatigue (GRS) | RA | 7.90 (4.20) | -3.46 (.00) |
| | OA | 8.84 (3.94) | |
| | Total | 8.38(4.09) | |
| Depression | RA | 34.28 (8.76) | 1.10 (.27) |
| | OA | 33.67 (7.70) | |
| | Total | 33.98(8.23) | |
| Perceived Health | RA | 6.97 (1.87) | .05 (.96) |
| | OA | 6.97 (1.97) | |
| | Total | 6.97(1.83) | |
| Frequency of admission | RA | 1.39 (1.98) | 4.64 (.00) |
| | OA | .87 (1.23) | |
| | Total | 1.12(1.65) | |

<Table 2> Differences of Clinical factors(Continued)

| | | | |
|------------------------|-------|-------------|------------|
| History of Operation | RA | 181 (41.23) | 4.69 (.03) |
| | OA | 180 (38.38) | |
| | Total | 361(42.4) | |
| Frequency of Operation | RA | .57 (1.40) | .22 (.82) |
| | OA | .57 (1.00) | |
| | Total | .58(1.12) | |

GRS: graphic rating scale; excluded missing values

나타났다. 평균 한번 이상 입원하였고, 수술을 받은 경험이 있는 대상자도 절반 가량 되었다. 골관절염 환자와 류마티스 관절염 환자의 임상적 특성 차이를 분석한 결과에서는 통증, 기능상태, 도표 평정 척도로 측정된 피로, 입원 빈도와 수술 여부가 유의하게 차이가 있는 것으로 나타났다. 즉 류마티스 관절염 환자들의 통증과 피로가 유의하게 적었고, 기능상태가 유의하게 좋았으며, 입원 빈도가 높았고, 수술을 받은 사람이 더 많은 것으로 나타났다(Table 2).

3) 관절염 환자의 지각된 질병 영향

(Table 3)에서 보는 것과 같이 관절염 환자들은 직장 또는 가사일, 활동적인 여가활동, 건강

영역순으로 영향을 많이 받고 있다고 지각하였다. 질병으로 인한 영향을 받고 있지 않다고 생각하는 영역은 정적인 여가활동과 가족관계였다.

4) 지각된 질병 영향 차이

지각된 질병 영향의 두 그룹간 차이는 표 3에 제시하였다. 전체 지각된 질병 영향 점수는 류마티스 관절염 환자가 골관절염 환자들에 비하여 유의하게 높아 류마티스 관절염 환자들이 질병으로 인하여 더 부정적인 영향을 받는다고 지각하는 것으로 나타났다. 문항별로 비교한 결과에서는 식이, 경제적 측면, 가족관계, 가족이외의 사회적 관계, 자아표현/자기발전, 종교활동, 지역사회 활동에서 류마티스 관절염 환자들이 골관절염 환자

<Table 3> Differences of Illness Intrusiveness

| Variables | Group | Mean(SD) | F value(p) |
|---------------------|-------|-------------|------------|
| Health | RA | 3.94 (2.12) | .21(.64) |
| | OA | 3.82 (2.11) | |
| | Total | 3.88(2.13) | |
| Diet | RA | 2.73 (1.99) | 38.61(.00) |
| | OA | 1.88 (1.47) | |
| | Total | 2.30(1.80) | |
| Work | RA | 4.13 (2.06) | .67(.41) |
| | OA | 3.91 (2.05) | |
| | Total | 4.06(2.06) | |
| Active recreation | RA | 3.85 (2.18) | 1.50(.22) |
| | OA | 3.88 (2.20) | |
| | Total | 3.91(2.19) | |
| Passive recreation | RA | 1.78 (1.26) | 1.21(.27) |
| | OA | 1.91 (1.40) | |
| | Total | 1.88(1.39) | |
| financial situation | RA | 3.71 (2.10) | 8.33(.00) |
| | OA | 3.42 (2.21) | |
| | Total | 3.63(2.15) | |

<Table 3> Differences of Illness Intrusiveness(Continued)

| | | | |
|------------------------|-------|--------------|------------|
| Family relations | RA | 2.30 (1.78) | 13.93(.00) |
| | OA | 1.67 (1.34) | |
| | Total | 2.02(1.62) | |
| Other social relations | RA | 2.62 (1.98) | 6.04(.01) |
| | OA | 2.07 (1.62) | |
| | Total | 2.31(1.78) | |
| Self-improvement | RA | 2.97 (2.08) | 9.84(.00) |
| | OA | 2.23 (1.72) | |
| | Total | 2.57(1.91) | |
| Religious expression | RA | 2.50 (1.98) | 5.39(.02) |
| | OA | 2.47 (1.86) | |
| | Total | 2.48(1.92) | |
| Community involvement | RA | 2.60 (2.13) | 4.15(.04) |
| | OA | 2.18 (1.78) | |
| | Total | 2.40(1.96) | |
| Total | RA | 3.01 (14.96) | 4.30(.00) |
| | OA | 2.67 (12.32) | |
| | Total | 2.84(1.23) | |

들보다 모두 유의하게 영향을 더 많이 받는다고 응답하였다.

IV. 논 의

본 연구는 관절염 환자들의 지각된 질병 영향이 대상자의 궁극적인 삶의 질에 영향을 줄 것이라는 가정하에 관절염 환자의 지각된 질병 영향을 규명하고 류마티스 관절염 환자와 골관절염 환자의 지각된 질병 영향이 차이가 있는지 규명하고자 시도하였다. 연구 결과 관절염 환자들이 질병으로 인하여 가장 영향을 받는다는 영역은 직장 또는 가사일과 활동적인 여가활동, 건강 영역이었고 영향을 받지 않는 영역은 정적인 여가활동과 가족관계였다. 이러한 결과는 류마티스 관절염 환자의 지각된 질병 영향 영역을 규명한 Devins 등 (1993)의 연구 결과와도 일치하였다. 이전 연구 (Devins et al, 1993)에서 신체적 장애가 지각된 질병 영향에 중요한 예측 변수이며 가장 영향을 받는 영역이 직장 또는 가사일과 활동적인 여가활동, 건강영역으로 나타났는데 본 연구 결과도

이러한 사실을 뒷받침하였다. 그러나 식이 영역에 영향을 가장 많이 받는다고 응답한 말기 신장 질환자나, 정적인 여가활동에 영향을 가장 많이 받는다고 응답한 중증근무력증 환자나, 경제적 측면이나 자아발전/자아표현에 영향을 가장 많이 받는다고 응답한 후두절제술 환자(Devins, Stam, & Koopmans, 1994)와는 차이가 있어 질환별로 영향을 받는 영역이 다르다는 것을 알 수 있었다. 이는 질병마다 가장 문제가 되는 증상에 차이가 있어 나타나는 결과로 관절염 환자의 주 증상은 신체적 장애이고 말기 신장질환자나 중증근무력증 환자의 가장 뚜렷한 증상은 피로나 활력감소이기 때문인 것으로 보인다(Devins, Edworthy, Guthrie, & Martin, 1992). 전체 점수는 공황증 환자 (4.10)(Antony et al, 1998)나 중증근무력증 환자(3.28)(Devins et al, 1996)보다는 낮지만 말기신장질환자(2.98)(Devins et al, 1993a)나 병원에서 투석하는 대상자들(2.80) (Devins, 1994), bipolar disorder 대상자(2.91)(Robb et al, 1997)와 유사하게 나타났다.

류마티스 관절염 환자와 골관절염 환자의 지각

된 질병 영향을 비교한 결과에서는 전체적으로 류마티스 관절염 환자들이 더 질병으로 인하여 부정적인 영향을 받는 것으로 나타났다. 영역별로는 식이, 경제적 측면, 가족관계, 가족이외의 사회적 관계, 자아표현/자기발전, 종교활동, 지역사회 활동에서 류마티스 관절염 환자들이 더 영향을 많이 받는 것으로 나타났다. 지각된 질병 영향 영역에 차이가 있는 이유를 Devins 등(1993a)은 질병의 주 증상 유형과 질병의 주 증상이 눈에 보이는 것이냐 아니냐에 따라 달라지는 것으로 논의하였는데 본 연구의 대상자들은 모두 주 증상이 신체적 장애이고 신체적 장애는 모두 두드러지게 눈에 띄는 증상이므로 주증상 유형이나 주증상이 눈에 보이는 것인지 아닌지의 여부로는 설명하기 어렵다. 더욱이 류마티스 관절염 환자가 통증이나 기능상태가 더 좋은 상태라고 보고하였는데도 불구하고 골관절염 환자보다 질병으로 인하여 영향을 더 많이 받는 것으로 나타나 주증상으로 설명하는 데는 한계가 있다. 그런데 통증이나 기능상태로는 설명할 수 없지만 류마티스 관절염 환자의 경우 입원 횟수나 수술 경험자가 더 많은 것을 볼 때 치료법에 의한 차이가 두 질환간의 지각된 질병 차이를 일부분 설명할 수 있다. 치료법에 따라 지각된 질병 영향 차이가 있는 결과는 류마티스 관절염 환자와 말기 신장질환자, 중증근무력증 환자의 지각된 질병 영향을 비교한 Devins 등(1993a)이나 수면제 유형에 따라 지각된 질병 영향 차이가 있음을 보고한 Devins 등(1995)의 결과에서도 볼 수 있었다.

치료법 외에 고려할 수 있는 것이 류마티스 관절염 환자와 골관절염 환자의 인구학적 특성 차이이다. 본 연구 결과에서도 나타났지만 일반적으로 골관절염 환자들이 류마티스 관절염 환자들보다 젊기 때문에 직업이 있는 경우가 많고, 결혼한 사람이 많고, 교육기간이 더 긴 것이 특징인데 본 연구에서 두 그룹에 유의한 차이가 있는 인구학적 특성을 통제하였기는 하지만 이러한 특성을 무시

할 수는 없는 것으로 보인다. 나이에 따라 지각된 질병 영향에 차이가 있다는 것은 몇 경험적 연구(Devins et al, 1996; Devins 1994)에서 지지되었을 뿐 아니라 나이가 들면 역할에 따른 책임감이나 사회적 애착에서 심리적으로 자유로워지는 것이 정상적인 발달단계라는 해리 이론(disengagement theory)으로도 설명할 수 있다(Neugraten, 1977). 이 이론에 의하면 생의 이전 시기에 관심을 가졌던 여러 영역에 대하여 나이가 든 사람들은 심리적으로 해방감을 느끼게 되므로 질병으로 인한 변화에 대하여 스트레스를 덜 느끼게 되므로 질병으로 인한 영향을 덜 지각한다는 것이다. 그러나 젊은 사람들은 심리적으로 덜 해방이 되어 더 스트레스를 받게 되므로 나이에 따라 질병 영향을 다르게 지각하게 된다는 것이다.

나이가 많은 사람들이 질병 영향을 덜 지각하는 또 다른 이유는 노인들은 관절염으로 인한 증상들을 일반적인 노화 증상으로 간주하기 때문으로 보인다. Siegler(1989)에 의하면 현대 사회에서 노인은 일반적으로 통증, 불구, 관절 경직과 같은 불특정 증상이 누구에게나 나타나는 것이라고 간주하므로 만성 질환으로 인한 이러한 증상들도 노화로 인한 자연스런 증상으로 받아들여지게 되고, 젊은 사람들은 아직도 자아표현/자기발전이나 지역사회 활동과 같은 영역에서 자신들이 추구하고자 하는 목표에 도달하지 못하였다고 생각하는 데 질병으로 인한 장애가 나타나므로 더 스트레스를 받는다는 것이다. 따라서 골관절염 환자들보다 유의하게 나이가 어린 류마티스 관절염 환자들이 질병 영향을 더 지각하는 것으로 나타났다고 판단할 수 있다.

V. 결론 및 제언

본 연구는 관절염 환자들의 지각된 질병 영향을 분석하고 이러한 지각된 질병영향이 류마티스 관절염 환자와 골관절염 환자에서 차이가 있는지

를 규명하기 위하여 시행하였다. 연구 결과 관절염 환자들이 말기 신장질환자나 중증근무력증 환자 등과 유사하게 지각된 질병 영향이 높다는 것을 알 수 있었고 건강, 직장 또는 가사일, 활동적인 여가활동에 가장 영향을 많이 받는 것으로 나타났다. 또한 류마티스 관절염 환자와 골관절염 환자는 주 증상이 유사하여 지각된 질병 영향이 차이가 없을 것으로 간주하기 쉽지만 본 연구 결과 류마티스 관절염 환자들이 관절염으로 인한 통증이나 기능장애가 더 나았는데도 불구하고 질병 영향은 더 많이 지각하는 것으로 나타났다. 특히 식이, 경제적 측면, 가족관계, 가족이외의 사회적 관계, 자아표현/자기발전, 종교활동, 지역사회 활동 측면에서 유의하게 골관절염 환자보다 질병으로 인한 영향을 더 많이 지각하고 있어 두 그룹의 상호중재가 달라져야 한다는 것을 제시하였다.

참 고 문 헌

- 김인자, 서문자 (1998). 류마티스 관절염 환자의 질병 기간에 따른 대처 유형과 적응과의 관계. *류마티스 건강학회지*, 5(1), 26-38.
- 전정자, 문미숙 (1996). 만성 관절염 환자의 대응 양상 정도와 관련변수 분석 - 원점수와 상대점수를 이용한 비교. *류마티스 건강전문학회지*, 3(1), 90-106.
- Antony, M. M., Roth, D., Swinson. R. P., Huta, V., & Devins, G. M. (1998). Illness intrusiveness in individuals with panic disorder, obsessive-compulsive disorder, or social phobia. *J Nerv Ment Dis.*, 186(5), 311-5.
- Arnold, L. M., Witzeman, K. A., Swank, M. L., McElroy, S. L., & Keck, P. E. Jr. (2000). Health-related quality of life using the SF-36 in patients with bipolar disorder compared with patients with chronic back pain and the general population. *J Affect Disord.*, 57(1-3), 235-9.
- Belza, B. L. (1995). Comparison of self-reported fatigue in rheumatoid arthritis and controls. *J Rheumatol.*, 22(4), 639-643.
- Belza, B. L., Henke, C. J., Yelin, E. H., Epstein, W.V., & Gilliss, C.L., (1993). Correlates of fatigue in older adults with rheumatoid arthritis. *Nurs Res*, 42(2), 93-99.
- Binik, Y. M., Chowance, G. D., & Devins, G. M. (1990). Marital role strain, illness intrusiveness, and their impact on marital and individual adjustment in end stage renal disease. *Psychol Health*, 4, 245-257.
- Brown, G. K., Nicassio, P. M., & Wallston, K. A. (1989). Pain coping strategies and depression in rheumatoid arthritis. *J Consult Clin Psychol*, 37(5), 652-657.
- Burckhardt, C. S. (1985). The impact of arthritis on quality of life. *Nur Res*, 34(1), 11-16.
- Craig, T. J., & Van, Natta, P. A. (1976a). Presence and persistence of depressive symptoms in patient and community populations. *Am J Psychiatry.*, 133(12), 1426-9.
- Craig, T. J., & van, Natta, P. A. (1976b). Recognition of depressed affect in hospitalized psychiatric patients: staff and patient perceptions. *Dis Nerv Syst.*, 37(10), 561-6.

- Devins, G. M., Edworthy, S. M., Guthrie, N. G., & Martin, L. (1992). Illness intrusiveness in rheumatoid arthritis: differential impact on depressive symptoms over the adult lifespan. *J Rheumatol*, *19*(5), 709-15.
- Devins, G. M., Edworthy, S. M., Seland, T. P., Klein, G. M., Paul, L. C., & Mandin, H. (1993a). Differences in illness intrusiveness across rheumatoid arthritis, end-stage renal disease, and multiple sclerosis. *J Nerv Ment Dis*, *181*(6), 377-81.
- Devins, G. M., Flanigan, M., Morehouse, R., Moscovich, A., Plamondon, J., Reinish, L., & Shapirao, C. M., (1995). Differential illness intrusiveness associated with sleep promoting medications. *Eur Psychiatry*, *10*(suppl. 3), 153s-159s.
- Devins, G. M. (1994). Illness intrusiveness and the psychological impact of lifestyle disruptions in chronic life-threatening disease. *Advances in Renal Replacement Therapy*, *1*(3), 251-263.
- Devins, G. M., Armstrong, S. J., Mandin, H., Paul, L. C., Hons, R. B., Burgess, E.D., Taub, K., Schorr, S., Letoumeau, P. K., & Buckle, S. (1990). Recurrent pain, illness intrusiveness, and quality of life in end stage renal disease. *Pain*, *42*, 279-285.
- Devins, G. M., Binik, Y. M., Hutchinson, T. A., Hollomby, Dd. J., Barre, P. E., & Guttmann, R. D. (1983). The emotional impact of end stage renal disease: Importance of patients' perceptions of intrusiveness and control. *Int J Psychiatry Med*, *13*, 327-343.
- Devins, G. M., Seland, T. P., Klein, G., Edworthy, S. M., & Saary, M. J. (1993b). Stability and determinants of psychosocial well-being in multiple sclerosis. *Rehabil Psychol*, *38*(1), 13-26.
- Devins, G. M., Styra, R., O'Connor, P., Gray, T., Seland, T. P., Klein, G. M., & Sshapiro, C. M., (1996). Psychosocial impact of illness intrusiveness moderated by age in multiple sclerosis. *Psychology, Health, & Medicine*, *1*(2), 179-191.
- Devins, G. M., Stam, H. J., & Koopmans, J. P. (1994). Psychosocial impact of laryngectomy mediated by perceived stigma and illness intrusiveness. *Can J Psychiatry*, *39*, 608-616.
- Ethgen, O., Kahler, K. H., Kong, S. X., Reginster, J. Y., & Wolfe, F. (2002). The effect of health related quality of life on reported use of health care resources in patients with osteoarthritis and rheumatoid arthritis: a longitudinal analysis. *J Rheumatol*, *29*(6), 1147-55.
- Evers, A. W., Kraaimaat, F. W., Geenen, R., Jacobs, J. W., & Bijlsma, J. W. (2003) Pain coping and social support as predictors of long-term functional disability and pain in early

- rheumatoid arthritis. *Behav Res Ther.*, 41(11), 1295-310.
- Hakala, M., Pollanen, R., & Nieminen, P. (1993) The ARA 1987 revised criteria select patients with clinical rheumatoid arthritis from a population-based cohort of subjects with chronic rheumatic disease registered for drug reimbursement. *J Rheumatol*, 20, 1674-8.
- Holte, H. H., Tambs, K., & Bjerkedal, T. (2003). Time trends in disability pensioning for rheumatoid arthritis, osteoarthritis and soft tissue rheumatism in Norway 1968-97. *Scand J Public Health*, 31(1), 17-23.
- Jakobsson, U., & Hallberg, I. R. (2002). Pain and quality of life among older people with rheumatoid arthritis and/or osteoarthritis: a literature review. *J Clin Nurs*, 11(4), 430-43.
- Juenger, J., Schellberg, D., Kraemer, S., Haunstetter, A., Zugck, C., Herzog, W., & Haass, M. (2002). Health related quality of life in patients with congestive heart failure: comparison with other chronic diseases and relation to functional variables. *Heart*, 87(3), 235-41.
- Letourneau, P. K., & Buckle, S. (1990). Illness intrusiveness and quality of life in end-stage renal disease: comparison and stability across treatment modalities. *Health Psychol.*, 9(2), 117-42.
- Neugarten, B. L. (1977). *Personality and aging*. In J.E. Birren & K.W. Schaie (Eds). *Handbook of the psychology of aging*. 626-649. New York: Van Nostrand Reinhold.
- Polit, D. F., & Hungler, B. E. (1999). *Study Guide to Accompany Nursing Research: Principles and Methods*. Lippincott.
- Randloff, L. S. (1977). The CES-D Scale: A self report depression scale for research in the general population. *Appl Psychol Measurement*, 3, 385-401.
- Robb, J. C., Cooke, R. G., Devins, G. M., Young, L. T., & Joffe, R. T. (1997). Quality of life and lifestyle disruption in euthymic bipolar disorder. *J Psychiatr Res.*, 31(5), 509-17.
- Shapiro, C. M. (1993). Restless sleep, illness intrusiveness, and depressive symptoms in three chronic illness conditions: rheumatoid arthritis, end-stage renal disease, and multiple sclerosis. *J Psychosom Res*, 37(2), 163-70.
- Siegler, I. C. (1989). *Developmental health psychology*. In M.Storandt & G.R. Vandenbos (Eds), *The adult years: continuity and change*. Master Lectures (Vol 8) 119-142.
- Washington, D. C. American Psychological Association.
- Steultjens, M. P., Dekker, J., & Bijlsma, J. W. (2001). Coping, pain, and disability in osteoarthritis: a longitudinal study. *J Rheumatol*, 28(5), 1068-72.

Tak, S. H., & Laffrey, S. C. (2003).
Life satisfaction and its correlates in
older women with osteoarthritis.
Orthop Nurs, 22(3), 182-9.

Wildy, K. S., Wasko, M. C. (2001).
Current concepts regarding
pharmacologic treatment of rheumatoid
and osteoarthritis. *Hand Clin.*, 17(2),
321-38.