류마티스 건강학회지
Vol.1, No.1, 71-87, 1994.
주요개념 : 관절염, 동통, 우울, 대응양상

만성관절염 환자의 동통, 불편감, 우울과 대응양상의 관계

문 미 숙*

I. 서 론

1. 연구의 필요성

동통은 감각섬유의 자극, 통각감수 기전, 신체 사회적 및 심리적요인들의 상호작용으로 발생하는 복잡한 현상이다. 동통은 많은 원인들을 가진 인지적 경험의 복합체이다. 그 원인들은 모두 중요한 의미를 가진다. 동통은 단지 자극적인 것에 대한 반응만은 아니며 반드시 다른 요소들이 고려되어야 한다. 생리적 동통은 동통강도와 기간이 다양한 해로운 자극들을 포함하고 심리적인 동통은 인지적 경험을 포함하므로 서로 밀접하게 연관되어 있다(Melzack, 1973).

만성동통은 6개월 이상 계속되며 고식적 전통적 치료나 수술에 반응하지 않는 통증 (Payne & Norfleet, 1986)이라고 정의할 수 있다. 특히 만성동통은 보건의료진에게 주어지는 어려운 문제중의 하나로서 급성동통에 사용되는 치료법이 대체적으로 만성적인 동통에는 효과가 없기 때문에 의료인에게 어려움을 준다. 뿐만아니라 만성적인 동통은 인간에게 많은 고통을 주게되는 것으로 동통으로 오는 피해는 인력의 손실, 의료비의 증가 등으로 사회경제적 영향이 크며 특히 마약중독, 알콜중독 혹은 자살까지도 유발할 수 있어 의료인들의 계속적인 돌봄이 필요한 임상적 증상이다.

만성 관절염은 동통을 주된 증상으로하는 질환중의 하나이다. 이 질환은 한마디 혹은 여러마디의 관절을 침범하며 활액막의 만성적 비대 및 반응이 나타나서 관절 연골과 그 주위 조직을 파괴하여 초기에는 관절의 부종과 동통을 초래하나 점차 진행됨에 따라 특징적인 관절변형 및 강직이 유발되고 부종, 활동제한, 기능손실 등이 나타난다. 그러나 정도에 있어서는 극히 경미한 상태에서 부터 매우 심한 상태까지 많은 차이가 있다(대한정형외과학회, 정형외과학, 1986).

최근에 이르러 만성동통에 있어서의 심리적 요인이나 행위적 양상의 중요성에 대한 인식이 높아지고 있다(Holden, 1978). 그 이유는 동통이 약물요법이나 외과적 수술등 만으로는 설명이 어려운 점 때문이다.

동통을 이해하는데 있어서 잠재적으로 중요한 인지적, 행동적 대응양상에 대한것이 간과되어 왔다. 그러므로 만성동통 환자들의 동통 대응양상에 대한 분석은 만성동통을 이해하는데 특히 유용할 것이라고 사료된다. 즉 만성동통 환자가 부적당한 인지적, 행동적 대응을 지속적으로 한다면 연관된 고통과 기능장애가 심각하게 증가할 것이다.

(1994년도 한양대학교 대학원 석사학위 논문.)
* 한양대학교 의과대학 간호학과 조교.

만성동통 대상자들은 동통에 어떻게 대응하고 있고, 특히 효과적이고 최적의 대응방법의 구성요소는 무엇일까? 라는 질문은 대부분의 임상 실무자와 연구자에게 흥미있는 관심거리이다. 대응요소는 대상자들이 호소하는 동통과 불편감을 이해하는데 중요한 자료가 될것이다.

그러므로 만성관절염 환자들의 만성동통에 대한 대응양상을 파악하므로써 궁극적으로 어떠한 대응이 바람직한 것인지를 알아볼 필요가 있다. 만성동통과 밀접하게 관여될 수 있는 일상활동시 불편감 및 우울과 대응양상과의 관계를 규명하는 일은 매우 중요하며 대응양상에 따른 적절한 간호중재는 환자의 적응을 돕는데 큰 도움이 될것이라는 점에서 중요하다.

2. 연구의 목적

본 연구의 목적은 만성 관절염 환자들의 동통정도와 동통으로 인한 일상활동상의 불편감의 정도 및 우울정도를 파악하여 동통 대응양상과의 관계를 규명하여 만성 동통환자의 간호 중재에 도움이 되고자 한다. 본 연구의 구체적 목적은 다음과 같다.

1) 만성관절염 환자의 동통을 파악한다.
2) 동통으로 인한 불편감의 정도와 우울정도를 파악한다.
3) 만성 관절염 환자의 대응양상을 파악한다.
4) 동통정도, 일상활동상의 불편감, 우울정도 와 대응양상의 관계를 파악한다.
5) 일반적 특성에 따른 대응양상과 영향변수를 파악한다.

3. 용어의 정의

1) 동 통

동통은 주관적인 개념으로써 동통의 감각영역과 정의영역이 포함되는 이원적 개념이다. 본 연구에서는 통각정도(sensory pain intensity)와 동통으로 인한 불쾌감정도를 각각 200mm 실선으로된 도표평정척도로 측정된 점수를 말한다.

2) 불편감의 정도

동통과 관련된 행위로 일상활동시 불편감 정도를 말하며, 자가보고 형식으로된 이 은옥(1987)의 일상활동 척도 66항목을 이용하여 측정한 점수를 말한다.

3) 우 울

정서적인 기분변화로부터 병적인 상태에 이르기까지 연속선상에 있으며 근심, 침울함, 실패감, 무력감, 및 무가치감을 나타내는 정서장애를 말한다. 본 연구에서느 Beck의 우울측정도구(The Beck Depression Inventory ; B. D. I)에 의해 정서장애 정도를 측정한 점수를 말한다.

4) 대 응

인간이 스트레스에 처했을때 의식적 혹은 무의식적으로 행하는 일련의 행위이며 그 처한 상황을 보다 낫게 조절하고 스트레스를 유발시키는 감정을 조절하려는 반응을 말한다. 본 연구에서는 연구자가 문헌고찰과 대상자와 직접면접을 통해 나타난 대응양상을 재구성하여 개발한 대응양상 측정도구에 의해 측정된 대응양상을 말한다.

Ⅱ. 문헌고찰

1. 동통의 정의와 이론.

Lesle(1972)는 동통은 환자의 신체내에서 일어나는 사건으로 심리적인 경험인데 그것은 언제나 불쾌하고 조직에 손상을 준다는 생각과 연관되어 있다. 이러한 생리적이고 심리적인 사건들은 환자의 표현능력과 간호사나 의사에게 동통을 묘사하고 이해할 수 있게 말하는 것을 통해서 일어난다고 하였다. Mecaffery(1979)는 보다 인간적인 관점에서 동통이란 그 사람이 아프다고 말한것은 무엇이나 동통이라고 정의하였다. 국제동통연구회(IASP)에서는 동통은 실제적이거나 잠재적인 조직손상에 관련된 불쾌한 감각적, 정서적 경험이라고 정의하였다(Coyle, 1985 ; IASP, 1980).

동통기전을 설명하는 이론 중에는 여러가지가 있으나 본 연구와 관련된 관문통제 이론을 중심으로 고찰해 본다.

Melzack & Wall(1965)이 제시한 관문통제 이론은 관문통제의 개념 즉, 척수내 후각 교양질(substantial gelatinosa)이라는 관문이 있어 자극에 의해 들어오는 신경충격이 척수내의 전달세포(transmission cell)로 전파되는 것을 조절하는 것이다. 즉 말초신경 대섬유의 활동이 증가하면 관문이 닫혀져 동통감지를 막게되고, 말초신경 소섬유의 활동이 증가하면 교양질의 활동이 억제되면서 관문이 열리게 되므로 동통감지가 증가된다는 것이다.

Melzack & Casey(1968)는 이 이론을 수정 보완하여 3가지 중요 영역 즉 시상과 신피질구조(thalamic and neocortical structure)를 통하여 영향을 받는 감각구분 영역과 망상척수로(reticulospinal tract)와 변연계 및 망상체의 활동으로 촉진되는 동기유발정의영역, 그리고 대뇌피질에 의해 영향받는 인지평가영역을 제시하였다.

또한 동통에 대한 인지는 중추조정조직(central control system), 즉 뇌에있는 두 하위체계인 망상체와 피질에 의해 조절된다. 망상체는 신체적, 시각적 및 청각적 자극을 통제하고 제지하는 큰 힘을 발휘하며, 동시에 피질은 불안, 과거의 동통경험, 주의집중 상태와 같은 인지과정을 돕는다. 이와같이 뇌의 동통에 대한 인지과정은 생리적인 자극 뿐만 아니라 심리적이거나 사회문화적 변인에 의해서도 영향을 받으며(이은옥, 1983) 또한 동통인지는 내적, 외적자극의 정도에 의해 영향을 받는다(Wolff, 1987).

Strongman(1967)은 정서와 동기는 모두 인지과정(cognitive process)을 포함하고 있으며 양자를 분명하게 구별할 수 없는 하나의 형태라고 보았다. 또한 동기와정서를 하나의 중추동기 상태(central motive state)로 표현하였고 정서에 우울이 속한다고 하였으며, 동통과 관련된 정서로 우울을 다루고 있는 연구도 많다(Skevington, 1983). 그러므로 본 연구에서 동기 정의영역의 작용으로 정서의 변화가 나타나고 이는 우울로 조작화 될 수 있다고 보았다.

2. 동통과 우울

우울은 정상적인 기분변화로부터 병적인 상태에 이르기까지 연속선상에 있으며 근심, 침울감, 실패감, 무가치감을 나타내는 기분장애이다(Battle, 1978). 또한 우울은 기분이 저조하고 울적한 정서상태로서 정상적이거나 비정상적인면을 모두 포함하는 개념이다.

Skevington(1983)은 만성동통과 우울의 관계를 규명하기 위하여 25명의 요통환자와 정상인 25명을 대조군으로 하여 연구한 결과 요통환자 군에서 88%, 대조군에서는 70%가 우울증상으로 동통과 무기력함을 나타내었다고 하였다.

Jacox(1977)에 의하면 우울은 동통을 유발할 뿐만 아니라 다른 원인으로 생긴 동통의 강도에도 영향을 준다고 하였다. 정 학송(1984)의 연구에 의하면 한국인의 우울증에서는 신체증상이 두드러지게 높게 나타난다고 보고하였는데 이는 한국의 여러가지 문화적 요인들에 기인한 경향으로 볼 수 있다.

Beck(1967)는 우울증후근에 대한 증세로서 슬프고 무감각한 감정, 부정적인 자아개념, 다른 사람들과 일들로부터의 도피, 수면장애, 활동수준의 저하 등을 대표적인 것으로 보았다. 그는 임상경험과 관찰을 통해 우울증후군의 인지적 모형으로서의 기본적 3요소(primary triad) 이론을 제안하였는데 이 이론은 경험에 대한 부정적 해석, 자기 자신에 대한 부정적 견해, 장래에 대한 부정적기대 등의 3가지 인지형태가 한조(set)가 되어서 우울증후군 환자로 하여금 자기자신(self), 자기세계(world), 자기장래(future)에 대해 특이한 양식으로 보게 한다는 것이다.

Sternbach(1974)는 만성 동통이 우울을 유도한다거나 우울이 만성동통을 유도한다는 결론을 필연적으로 유도할 필요가 없다고 경고하였는데 이는 심리학적으로 묘사할 때, 만성동통과 우울은 거의 상호 교환적인 것으로 만성동통은 항상 반응성 우울을 유도하고 반응성 우울은 자주 동통을 호소한다는 것에 기인한다. 또한 일상활동 수준과 우울, 동통정도와의 상호 상관관계의 이론적 공식에 대해 Fordyce(1976)는 환자의 습관적인 일상

활동이 동통 때문에 파괴될때, 우울은 계속적으로 지속되고 점점 더 증가될것이라고 하였다.

3. 대 응

대응이란 인간이 스트레스에 직면하여 긴장을 경험할때 판단하여 적용하는 일련의 의식적, 무의식적인 행위이며, 환경적 요구에 대한 적응능력으로 생리적, 심리적, 사회적 자원이 모두 동원되어지는 과정이다. 즉 대응은 개인의 자원을 초과하거나 짐이 된다고 의식되어지는 내적 혹은 외적요구를 조절하기 위해 끊임없이 행하는 인지적, 행동적 변화과정으로 고정된 성향보다 변화 가능한 과정으로 정의했다(Folkman & Lazarus, 1984).

대응과 자동화된 적응행위와는 중요한 차이점이 있지만 대응에 대한 많은 접근방식에서는 자동화된것과 노력이 드는 반응을 구별하지 않았다. 인간들이 살아가기 위해 필요한것을 경험을 통해 배워야만 하는것이 기술이다. 인간적응에 관한 한 가지 유용한 사상은, 사람들이 더 빨리 이런 기술을 자동적으로 적용할 수록, 더 효과적이고 효율적으로 환경과 그들의 관계를 조정할 수 있을 것이다. 기술을 익히는 초기단계는 많은 노력과 집중이 필요하고, 후기단계에서는 그 기술이 자동화되는 중요한 차이점을 볼 수 있다.

예를들면 경험이 풍부한 운전자는 보통 크러치와 브레이크의 사용, 교통신호의 멈춤, 회전 등등을 의식하지 않으며, 게다가 더 많은 특별한 노력을 기울이지 않는다. 이런 일들을 너무 자동적으로 하게되므로 운전하는데 복잡한 행동을 하면서 직장에서의 문제를 생각할 수 있다. 그러나 도로복구 때문에 도로가 폐쇄된것과 같이 비일상적인 사건이 일어났을때 다른길을 선택하는 결정이 필요하거나, 타이어가 펑크가 나서 갈아야 할때 노력이 필요하다. 이런상황에서 대응노력은 일상적인 생활속에서 일어나는 자동적인 적응행위와 명백히 구분된다(Folkman & Lazarus, 1984).

결과적으로 어떤사건을 해결하는 초기단계에는 대응이 요구되지만 점진적으로 자동화된 적응양상을 보일것이다. 따라서 대응은 적응행위의 부분집합이며 노력을 필요로 하고 환경에 관련되어 있고 일상적인 행위를 포함하지 않는다. 또한 대응이란 결과에 상관없이 스트레스 사건을 조정하기 위한 노력을 포함해야 한다.

Pearline & Schooler(1978)는 대응방법이 많은 경우가 훨씬 현실에 적절히 반응하며 또한 잘 적응하게 되고 감정을 잘 조절하여 대처 할수록 잘 적응하게 된다고 하였다.

4. 만성동통과 대응에 관한 선행연구

최근 연구는 동통을 경험하는 대상자들이 그들의 동통을 참거나 최소화 또는 감소시키기 위한 방법개발을 제언하고 있다. Copp(1974)는 100명 이상의 급성, 만성동통 대상자와 면담을 하여, 그들 대부분이 동통을 조정하기 위해 인지적, 행동적 대응전략을 개발하고 있음을 발견했다.

Philip spinhoven, Moniek and Gazendam 등의 만성요통 환자를 대상으로 연구한 결과, 무력감(helplessness)은 우울과 유의미한 상관관계를 나타내었다. 그러므로 무력한 느낌에 대한 인지를 피하거나 중단시키는 것이 보다 능동적인 인지적 대응책을 하는것 보다 더 중요하다고 했다.

Keefe, Brown and Cldwel(1989)은 류마티스 관절염 환자들의 파멸적 대응(catastrphizing)은 부적응적 대응의 하나임을 발겸했고, 파멸적 대응에 대한 사정은 만성적인 동통에 적응해야 하는 류마티스 관절염 환자를 이해하는데 도움이 될것이라고 제언했고, 대응전략을 변화시키는 것에 촛점을 둔 치료는 약물치료보다 더 효과적일 것이라고 했다.

Glenn Affleck, Susan Urrows, Howard Tennen and Pamela Higgins(1992)은 류마티스 관절염 환자의 동통과 대응에 관한 연구에서 여성, 일상활동시 불편감이 많고, 신경증이 심할수록 대응에 더 많은 노력을 하는것으로 나타났다. 여성은 더 다양한 대응책을 사용했고, 특히 감정적 지지 추구를 하는것으로 나타났고, 나이가 많을수록 보다 긍정적인 정서를 갖고 있으며, 더 많은 대응책을 갖고 있는 사람은 보다더 심한 동통을 극복하는 것으로 나타났다.

이상의 만성동통과 대응에 관한 연구들을 살펴본 결과 동통을 이해하는데 있어서 대상자들의 대응양상을 분석하는 것은 특히 유용할 것이다.

오랜동안 동통을 경험한 관절염 환자들은 동통을 감소시키기 위해 인지적, 행동적 대응을 할것이다. 임상에서 대상자들이 호소하는 동통과 불편감을 이해하는데 대응은 중요한 요소가 될것이다.

Ⅲ. 연구방법

1. 연구설계

본 연구는 만성관절염 환자의 통증정도와 일상활동상의 불쾌감 및 우울과 대응양상에 관한 상관관계연구이다.

2. 연구대상

본 연구의 대상자는 서울시내 소재 일 대학 부속병원 류마티스센타 외래에 내원한 만성관절염 환자를 유한 모집단(accessable population)으로 하여 아래 기준에 의하여 유의표출(purposive sampling)하였다.

1) 20세이상의 성인으로 관절염으로 진단받은자
2) 연구목적을 이해하고 참여를 수락한 자
3) 질문지의 내용을 이해하고 응답할 수 있는자
4) 관절염으로 6개월 이상 동통을 경험하고 있는 자

위의 기준에 근거한 연구대상자는 119명 이었다.

3. 측정도구

1) 동통척도

본 연구는 통증평가도구로서 도표평정척도를 사용하였다. 도표평정척도는 통증의 감각영역으로서 통각정도와 정의영역으로서의 불쾌감정도를 측정하는 두개의 척도로서 통각과 불쾌감 각각을 200mm의 직선을 긋고 20등분하여 한칸에 한글자씩, 즉 통각정도는 '약하게 아프다', '보통정도로 아프다', '심하게 아프다'로, 불쾌감정도는 '약간 불쾌하다', '괴로울 정도이다', '매우 고통스럽다'로 표시 하였으며 대상자는 느낌을 선상에 화살표로 표시하도록 하였다.

2) 불편감 척도

동통연관 행위중 일상활동시 불편감의 정도를 측정하기 위하여 일상활동척도를 이용하였는데, Jette(1980)의 일상활동척도 45문항을 근거로하여 작성된 이은옥(1987)의 66항목의 일상활동척도를 사용하였으며, 각 항목에 '해당없음' 1점, '전혀 불편하지 않다' 2점, '약간 불편하다' 3점, '꽤 많이 불편하다' 4점, '극심하게 불편하다' 5점으로 했다. 이척도를 문항분석한 결과 신뢰도 Chronbach's Alpha계수는 .97이었다.

3) 우울척도

Beck(1961)에 의해 고안된 The Beck Depression Inventory(B.D.I)를 이은영(1981)이 번안한 것을 사용하였다. 도구의 구성은 정서적, 인지적, 동기적, 생리적 증후군을 나타내는 21개 문항으로 구성되었으며, 우울 점수 범위는 0점에서 63점까지 이다. 본 연구 도구의 문항분석 결과 Chronbach's Alpha계수는 .87이었다.

4) 대응양상 척도

본 연구를 위하여 연구자가 개발한 30문항으로 구성된 대응양상 척도를 사용하였다. 문헌고찰과 임상에서 만성관절염 환자 10명을 대상으로 직접 면접을 통하여 나타난 진술을 토대로 대응전략 요인을 분석하였고, 재구성하여 대응양상 측정도구를 개발하였다. 각 문항은 5점 척도로 측정하여 점수가 높을수록 각 문항의 대응책을 많이 사용하는 것으로 해석하였다.

도구 전체문항을 요인분석을 이용하여 상관관계가 높은 문항들끼리 4개의 요인으로 묶었다. 요인분석 결과 요인1(행동적대응) 10문항, 요인2(희망적대응) 6문항, 요인3(수용적대응)4문항, 요인4(부정적대응)4문항으로 채택된 문항은 24문항이다. 요인분석을 통해 얻어진 4가지 요인들을 변수로 도입하여 분석을 하였다. 대응양상 척도의 4가지 요인에 대한 신뢰도계수는 〈표 5〉와 같다.

4. 자료수집기간 및 방법

본 연구의 자료는 1993년 9월 11일부터 9월 18일까지 일요일을 제외한 7일동안 다음과 같은 절차를 거쳐 수집하였다.

1) 본 연구조사는 연구자와 연구보조원 1명이 실시하였는데 연구보조원은 간호대학을 졸업하고 임상에 근무하는 자로서 연구의 목적 및 자료수집 절차에 대해 연구자가 사전에 교육하였다.
2) 본 연구자와 연구보조원 1명과 함께 연구의 목적과 취지에 대해 설명한후, 동의한 환자에게 설문지를 배부하여 작성하도록 하였다.
3) 설문지 작성에 도움이 필요한 사람은 연구자와 연구 보조원이 도움을 주었으며 설문지 작성에 소요되는 시간은 평균 20분이었다.

5. 자료처리 및 분석방법

수집된 자료처리 및 분석은 SAS(Statistical Analysis System)을 이용하여 전산처리 하였다.

1) 대상자의 일반적 특성은 실수와 백분율로 산출하였다.
2) 각 변인들의 최소값, 최대값, 평균값, 표준편차를 산출하였다.
3) 동통(통각, 불쾌감), 불편감, 우울, 동통기간, 대응양상간의 상관관계를 알아보기 위해 피어슨 상관(Pearson's Correlation)분석을 하였다.
4) 대상자의 특성에 따라 대응양상에 차이가 있는지 알아보기 위해 GLM(General Liner Model)을 이용한 분산분석(ANOVA)을 하였고, 특성간 대응양상의 차이를 알아 보기 위해 Duncan의 다중비교를 산출하였다.
5) 대응양상에 영향을 미치는 변수를 규명하기 위해 회귀분석을 하였다.
6) 분산분석과 회귀분석 결과, 대응양상과 유의한 관계가 있는 변수를 선택해서 공분산분석(ANCOVA)을 하였다.

Ⅵ. 연구결과 및 고찰

1. 대상자의 일반적 특성

본 연구 대상인 만성관절염 환자의 일반적특성에 있어서 성별분포는 여자가 108명(90.8%), 남자가 11명(9.2%)으로 남여의 비율은 1 : 9.8이었다. 최혜경(1987), 남 : 여=1 : 3.8, McDaniel (1986), 남 : 여=1 : 5, Keefe(1987), 남 : 여=1 : 2.5 등으로 보아 만성관절염 환자의 성별분포는 여자가 남자보다 높은것이 공통점이며 본연구도 이와 같다.

교육정도는 고졸이 55명(46.2%), 대졸이 26명(21.8%)로 나타났다. 결혼상태는 기혼자가 95명(79.8%)이었으며 종교는 기독교 45명(37.8%), 천주교 29명(24.4%), 불교 28명 23.5%), 유교 및 기타 없음 17명(14.3%)으로 나타났다. 만성관절염 환자의 평균 동통기간은 7년 6개월이었고 그 기간은 대상자마다 다양하여 9개월에서 26년 9개월까지로 나타났다. 홍정주(1989), 최혜경(1987)의연구에서도 평균 동통기간이 모두 5년이상 이었는데 이는 관절염이 만성적인 장기 질환임을 뒷받침해주고 있다. 본 연구에서는 3년이상 동통을 경험하고 있는 대상자가 68.9%로 나타났다 〈표 1〉.

2. 대상자의 동통정도

만성 관절염 환자의 도표평정척도상의 동통정도에서 감각적 영역으로서 통각정도는 0-200mm의 범위중 최소값 4mm, 최대값 198mm로 대상자마다 다양했고, 평균 119mm(60.1%), 표준편차 41.8mm로 "보통정도로 아프다" 수준으로 나타났으며, 정의영역 으로서의 불쾌감정도는 0-200mm의 범위중 최소값 1mm, 최대값 200mm, 평균 109 mm(54. 2%), 표준편차 48. 9mm로 "괴로울정도"라고 나타났다〈표 2〉.

〈표 1〉 대상자의 일반적 특성

특성	구분	실수(명)	백분율 (%)
나이	20-29	13	10.9
	30-39	28	23.5
	40-49	35	29.4
	50-59	31	26.1
	60 이상	12	10.1
성별	남자	11	9.2
	여자	108	90.8
학력	국졸이하	18	15.1
	중졸	20	16.8
	고졸	55	46.2
	대졸이상	26	21.8
결혼상태	기혼	95	79.8
	미혼	13	10.9
	사별 이혼 별거	11	9.2
종교	기독교	45	37.8
	천주교	29	24.4
	불교	28	23.5
	없음 유교 기타	17	14.3
동통기간	6-36개월	37	31.1
	37-120개월	48	40.3
	121개월 이상	34	28.6

〈표 2〉 동통정도

변수	범위 (0-200)	평균	표준편차	총점에 대한 백분율
통각(mm)	4-198	119	41.8	60.1
불쾌감(mm)	1-200	109	48.9	54.2

3. 동통으로 인한 불편감

동통으로 인한 불편감을 보면, 5점척도 66문항의 점수를 평균하여 통계분석한 결과 최소값 1.530, 최대값 4.897, 평균 2.955, 표준편차 0.609로 나타났다.

즉, 대부분의 대상자들은 동통으로 인한 일상활동시 "꽤 많이 불편하다"라고 보고하고 있다.

4. 만성관절염 환자의 우울정도

우울 정도는 0-63점 범위중 표본집단의 점수분포는 2-57점 이고 평균점수는 17점으로 총점에대한 백분율은 27.2% 이다. 우울 정도의 차이에 따른 대응양상을 분석하기 위해 세집단으로 분류했다〈표 3〉. 우울점수를 김연(1985)의 분류에 의해 0-13점은 우울정도 "하", 14-25점은 "중", 26-63점은 "상"으로 분류했다.

우울정도 "중"이상인 대상자가 62.2%로 만성관절염 환자의 대부분이 우울증세가 있는것으로 나타났다. 이는 만성 동통행위와 우울간의 상관관계가 있다고한 Marbach and Lund(1981), Haley and Turner(1985), 홍정주(1989)의 연구결과와 일치한다.

〈표 3〉 대상자의 우울 정도

우울정도(점수)	실수(명)	백분율(%)
상(26-63)	21	17.6
중(14-25)	53	44.6
하(0-13)	45	37.8

5. 동통, 불편감, 우울정도간의 상관관계

〈표 4〉 동통, 불편감, 우울정도간의 상관관계

변 인	동통		불편감
	통 각	불쾌감	
불편감	0.70***		
불편감	0.42***	0.43***	
우울정도	0.30***	0.33***	0.34***

*** $p<0.001$

동통정도의 측정도구로서 사용한 도표평정척도의 통각척도 점수와 불쾌감 척도 점수 사이의 상관계수는 r=0.704(p=0.0001)로 높은 상관관계를 나타내고 있다. 동통정도를 나타내는 통각과 불쾌감은 일상활동시 불편감과 우울정도와 아주 높은 상관관계를 보여주고있다〈표 4〉. 이는 동통정도가 심할수록 일상활동시 불편감을 많이느끼고 우울정도가 높다는

홍정주(1989)의 연구결과와 일치한다.

우울정도는 다른 모든 동통관련변수와 유의한 상관관계를 나타내고있고 있다. 우울정도와 상관관계가 가장 강한것은 일상 활동시 불편감으로 나타났다.

6. 대상자의 대응양상

1) 대응양상에 대한 인자분석및 문항별 결과분석

대응양상을 파악하기위해 구조화된 설문지에 쓰인 30개 문항에 대하여 Varimax 방법을 이용해 회전시킨후 4개의 인자를 분석 도출하였으며, 인자적재(factor loading)결과 0.3이상인것을 취하여 하나의 인자로 묶었다. 설문지에 쓰인 30문항중에서 대응양상을 나타내는 4가지요인으로 채택된 문항은 24개 문항이었다.

4가지 요인은 전체변량의 65.56%를 설명하고 있으며, 제1요인은 행동적대응으로 전체변량의 34.05%를 설명하고있다. 제2요인은 희망적대응으로 전체변량의 26.27%를 설명하고있다. 제3요인은 수용적대응으로 전체변량의 21.94%를 설명하고 있다. 제4요인은 부정적 대응으로 전체변량의 17.72%를 설명하고 있다.

〈표 5〉 대응양상의 문항별 평균별점 (n=119)

대응양상 (신뢰계수)	문 항 내 용	평균±표준편차
행동적 대응 (.74)	17. 쑥뜸, 부황등을 했다.	1.88 ± 1.09
	18. 열쩜질이나 맛사지 연고를 사용한다.	2.36 ± 1.24
	19. 규칙적인 신체적 운동이나 물리치료를 받았다.	2.51 ± 1.33
	21. 한의원에서 한약을 지어 먹거나 침을 맞았다.	2.67 ± 1.12
	22. 약국에서 약을 사먹었다.	2.01 ± 1.14
	23. 좋다는 약을 수소문해서 먹었다.	2.42 ± 1.27
	24. 지압을 받거나 안마를 받았다.	1.43 ± 0.83
	25. 좋다는 음식(고양이, 웅담, 오소리 쓸개, 효소제품, 소변등을) 먹었다.	2.19 ± 1.27
	26. 싸우나탕이나 한증막에 간다.	2.16 ± 1.12
	30. 아픈곳을 주무르거나 비빈다.	3.19 ± 1.30
희망적 대응 (.71)	1. 텔레비젼을 보거나 어떤것에 정신을 집중시켜 아픈것으로 부터 관심을 돌린다.	2.53 ± 1.28
	2. 기적이 일어날것을 기대한다.	2.43 ± 1.47
	3. 즐거운 일을 상상한다.	2.91 ± 1.40
	4. 어떻게든 통증이 없어질 것이라고 생각한다.	3.28 ± 1.34
	5. 밝은 희망을 기대하며 밝은 면을 보려고 노력한다.	3.84 ± 1.20
	6. 스스로 동통을 조절할 수 있다고 생각한다.	2.30 ± 1.28
수용적 대응 (.60)	7. 어떤 방법을 쓰든지간에 꼭 고쳐야 겠다고 생각한다.	4.54 ± 0.76
	11. 내질병에 대해 구체적으로 무언가 해줄 수 있는 사람과 이야기 한다.	3.41 ± 1.33
	12. 어떻게 해서든지 내느낌이나 통증을 표현한다.	2.86 ± 1.33
	13. 이병에 걸린것이 운명이라고 생각하며 운이 나빴다고 생각 한다.	2.42 ± 1.53
부정적 대응 (.54)	8. 대체로 다른 사람들과 같이 있는 것을 피한다.	1.86 ± 1.25
	10. 내가 아프다는 것을 다른 사람이 모르도록한다.	2.08 ± 1.31
	14. 전생에 죄를 지어 벌을 받는것이라고 생각한다.	1.59 ± 1.01
	15. 질병때문에 자신을 비난하고 자살하려고 했었다.	1.74 ± 1.08

〈표 6〉 대응양상별 평균평점

변인	최소값	최대값	평균	표준편차
행동적 대응	1.10	5.00	2.28	0.65
희망적 대응	1.16	4.83	2.89	0.86
수용적 대응	1.00	5.00	3.31	0.86
부정적 대응	1.0	4.75	1.82	0.75

본 연구 결과 만성관절염 대상자들은 희망적 대응 및 수용적 대응을 주로 사용하고 부정적 대응은 거의 하지 않는것으로 나타났다. 대상자들이 가장많이 사용한다고 표시한 문항은 "어떤 방법을 쓰든지간에 꼭 고쳐야 겠다고 생각한다"로 질병치료에 대한 강한 의지를 갖고 있음을 알수 있었다.

〈표 6〉에서 제시된바와 같이 대응양상별 평균평점을 분석한 결과는 다음과 같다.

수용적 대응이 평균 3.31으로 가장많이 사용하는 것으로 나타났고, 그 다음으로는 희망적 대응이 평균 2.89이었으며 부정적 대응은 평균 1.82로 가장적게 사용하는 대응으로 나타났다.

부정적 대응을 제외한 세가지 대응양상간에 서로 큰 차이를 보이지 않고 유사한 점수를 보인 것은 어떤 한가지 대응양상만이 도움이 되기보다는 여러가지 대응양상들이 만성동통에 대한 적응방법으로 사용되고 있음을 설명해주고 있다.

7. 동통, 불편감, 우울과 대응양상과의 관계

1) 동통, 불편감과 대응양상과의 관계

〈표 7〉 동통, 불편감과 대응양상과의 관계

	행동적 대응	희망적 대응	수용적 대응	부정적 대응
동통 통각	0.11	−0.19*	0.01	0.08
불쾌감	0.10	−0.12	−0.02	0.22**
불편감	0.17	0.02	0.18*	0.25**

*p<0.05 **<0.01

행동적 대응과 동통(통각, 불쾌감)과 불편감의 정도와는 유의한 상관관계를 나타내지 않고있다. 희망적 대응과 유의한 상관관계를 나타내는 변수는 통각정도로 나타났다. 대상자가 느끼는 동통의 통각정도가 심할수록 희망적 대응을 보이지않는 것으로 나타났다. 수용적 대응과 유의한 상관관계를 나타내는 변수는 불편감 정도로, 일상 활동시 불편감 정도가 심할 수록 수용적 대응을 하는것으로 나타났다. 부정적 대응과 유의한 상관관계를 나타낸 변수는 동통으로 인한 불쾌감과 일상활동시 불편감으로 나타났다. 즉, 불편감 정도가 높을수록, 동통으로 인한 불쾌감이 많을 수록 부정적인 대응을 하는것으로 나타났다.

Glenn Affleck(1992)등이 류마티스 관절염환자를 대상으로한 대응양상에 관한 연구에서는 감정표현을 많이 할 수록 그리고 정신적 지지 추구를 많이 할 수록 심한 동통 호소와 부정적 감정을 나타낸다고 했는데 본 연구 결과 유형에 있어서 유사한 수용적 대응은 동통(통각, 불쾌감)과 유의한 상관관계를 나타내지 않았다.

선행연구와 본 연구 결과를 종합해 보면 만성동통 대상자들의 대응양상을 파악하는데 동통정도(통각, 불쾌감)를 파악하는것도 중요하지만 동통으로 인한 일상활동시 불편감 정도가 대상자의 대응양상을 파악하는 중요한 변수라는것을 알수 있다〈표 7〉.

2) 우울정도와 대응양상과의 관계

〈표 8〉 우울정도와 대응양상과의 관계

변인	행동적 대응	희망적 대응	수용적 대응	부정적 대응
우울정도	0.10	−0.23**	0.12	0.56**

p<0.01 *<0.001

우울정도와 대응양상간의 상관관계를 분석한 결과, 우울정도와 희망적 대응과는 역상관관계를 이루고 부정적 대응양상과는 정상관관계를 나타냈다〈표 8〉.

우울정도의 차이에 따른 대응양상의 차이를 분석해본결과 우울 정도가 심한 집단은 희망적 대응양상을 사용하지 않는반면에 부정적 대응양상을 현저히 많이 사용하는것으로 나타났다〈표 9〉.

〈표 9〉 우울 정도에 따른 대응양상 차이

대응양상	변인	대상수	평균	표준편차	F	Duncan
희망적 대응	우울정도					
	하	32	3.11	0.89	6.43**	A
	중	55	3.02	0.83		A
	상	32	2.45	0.74		B
부정적 대응	우울정도					
	상	32	2.44	0.88	19.23***	A
	중	55	1.68	0.62		B
	하	32	1.48	0.47		B

** $p<0.01$ *** $p<0.001$

〈표 10〉 일반적 특성에 따른 대응양상의 차이

대응양상	변인	대상수	평균	표준편차	F	Duncan
희망적 대응	종 교					
	기독교	45	3.20	0.83	4.45**	A
	불교	28	2.89	0.90		A B
	없음	17	2.69	0.74		B
	천주교	29	2.52	0.78		B
수용적 대응	나 이					
	50-59	31	3.70	0.85	2.34*	A
	60 이상	12	3.31	0.78		A B
	30-39	28	3.19	0.86		A B
	40-49	35	3.15	0.82		A B
	20-29	13	3.10	0.88		B
부정적 대응	나 이					
	20-29	13	2.49	0.91	3.81**	A
	50-59	31	1.89	0.88		B
	60 이상	12	1.81	0.76		B
	30-39	28	1.77	0.57		B
	40-49	35	1.57	0.60		B
	결혼상태					
	미혼	13	2.33	1.02	6.65**	A
	이혼, 사별, 별거	11	2.27	0.86		A
	기혼	95	1.70	0.67		B

* Duncan 다중비교에서 같은 글자는 통계적으로 집단별로 유의한 차이가 없음을 나타내고 다른 글자는 유의함 차이가 있음을 나타낸다. 두 글자가 겹치는 집단과 다른 한 글자의 집단은 차이가 없다. * $p<0.05$ ** $p<0.01$

본 연구결과 우울 정도가 높고 동통으로 인한 불쾌감과 일상 활동시 불편감이 높을 수록 부정적 대응을 하는것으로 나타났다.

선행연구와 본 연구결과를 종합해보면 만성동통 대상자들의 대응양상을 파악하는데 중요한 변수는 동통 그자체 보다는 동통으로 인한 일상 활동시 불편감 정도와 우울과 같은 개인의 감정상태라는 결론을 제시할 수 있겠다.

8. 일반적 특성에 따른 대응양상의 차이분석

일반적 특성에 있어서 성별에 따른 대응양상은

차이가 나타나지 않았는데 이것은 관절염의 질병 특성상 발생빈도가 여성이 훨씬높고, 본 연구표본에서도 남여 성비가 1 : 9.8로 대상자 대부분이 여성이므로 성별에 따른 차이점을 발견 할 수 없었던것으로 사료된다.

학력수준 또한 대응양상에 차이를 나타내지 않았다.

나이에 따라서는 수용적 대응양상과 부정적 대응양상에서 통계적으로 유의한 차이가 있는것으로 나타났다. 50－59세 집단은 20－29세 집단보다 수용적 대응을 많이 하는것으로 나타났고, 20－29세 집단은 다른 연령집단보다 부정적 대응양상을 많이 하는것으로 나타났다. 임상적으로 연령은 동통의 반응과 치료방법을 평가하는데 있어서 중요한 요소가된다. 지금까지 알려져 있는 사실은 고령자가 연소자보다 동통에 대해 동통역치(threshold)와 내인성(tolerance)이 강하다는것이다(이은옥,1981).

종교에 있어서 희망적 대응양상에 차이가 있었다. 기독교인 대상자들은 희망적 대응을 많이 하는 반면에 종교가 없는 대상자들과 천주교인 대상자들은 적게 사용하고 있는 것으로 나타났다.

결혼상태에 따라 대응양상에 차이를 나타낸것은 미혼상태와 별거,이혼,사별등 비정상적 결혼상태에 있는 대상자들로써 부정적 대응을 현저하게 많이 사용하는것으로 나타났다. 동통기간에 따른 대응양상의차이는 없는것으로 나타났다. Rosenstiel and Keefe(1983)의 연구에서도 동통지속 기간과 대응양상과는 상관관계가 없는 것으로 나타났으므로 본연구와 동일 하였다.

9. 대응양상별 영향변수 종합분석

1) 행동적 대응

상관관계 분석결과 행동적 대응과 유의한 관계를 나타내는 변수는 없었다. 단계적 회귀분석을 시행하여 대응양상에 영향을 주는 독립변수를 선택하였는데 회귀분석 결과 일상 활동시 불편감 정도가 영향변수로 선택되었다〈표 11〉. 일상활동시 불편감은 행동적대응을 3.07% 설명하고 있으나 유의한 수준은 아니다.

〈표 11〉 행동적대응에 대한 회귀분석

변수	자유도	β	표준오차	t	p
상수	1	1.73	0.2947	5.873	0.0001
불편감	1	0.19	0.977	1.923	0.0569

R^2=0.0307

이상의 분석에서 행동적 대응양상에 영향을 주는 변수를 찾아내지 못했다. 따라서 앞으로 행동적 대응양상에 영향을 주는 변수를 찾아내는 연구가 이루어져야 할 것이다.

2) 희망적 대응

〈표 12－1〉 희망적대응의 공분산 분석

변수	자유도	β	제곱합(SS)	F	P
종교	3		6.06	3.22	0.025*
우울	2		3.483	2.76	0.067
통각	1	－0.004	3.085	4.89	0.029*

R^2=0.20

분산분석 결과 희망적 대응양상과 유의한 차이를 나타낸 변수와 단계적 회귀분석을 통한 변수선택 과정에서 선택된 변수를갖고 공분산분석을 한 결과 다음과 같다〈표 12－1〉. 희망적 대응에 제일 영향을 많이 주는 변수는 통각정도 (F=4.89)로, 통각정도가 심할수록 희망적 대응을 사용하지 않는 것으로 나타났다. 또한 종교에따라서는 기독교집단과 천주교집단이 유의하게 다른 양상을 나타내고 있었다. 기독교인들은 희망적 대응양상을 많이 나타내는 반면 천주교인들은 가장적게 사용하는것으로 나타났다〈표 12－2〉.

〈표 12－2〉 종교별 희망적대응의 다중비교

종교	최소제곱평균	표준오차	기독교	천주교	불교	기타, 없음
기독교	3.131	0.123				
천주교	2.517	0.151	0.002**			
불 교	2.883	0.153	0.206	0.092		
없음	2.789	0.199	0.149	0.279	0.704	

** $p<0.01$

3) 수용적 대응

〈표 13〉 수용적 대응의 공분산분석

변수	자유도	β	제곱합 (SS)	F	P
나이	4		4.470	1.60	0.178
우울	2		2.173	1.56	0.215
불편감	1	0.167	1.097	1.57	0.212

R^2=0.119

수용적 대응에 영향을 주는 변수로 나이, 불편감,우울이 있었으며 다른변수의 상호영향력을 통제한 상태에서 각 변수의 영향력을 분석한 결과 어떤 한 변수가 유의미하게 큰 영향 주고 있지는 않은 것으로 나타났다.

R^2 값은 0.119로 나이, 우울정도, 일상활동시 불편감정도가 수용적대응을 11.9% 설명하고 있는것으로 나타났다〈표 13〉.

4)부정적 대응

〈표 14－1〉 부정적대응의 공분산 분석

변수	자유도	β	제곱합 (SS)	F	P
결혼상태	2		5.670	7.18	0.001***
우울	2		12.839	16.26	0.0001***
불편감	1	0.224	2.004	5.18	0.024*

R^2=0.356

〈표 14－2〉 우울 정도와 결혼상태에 따른 부정적 대응의 다중 비교

변수	분류	최소제곱평균	표준오차			
				상	중	하
우울	상	2.622	0.127			
	중	1.898	0.106	0.0001***		
	하	1.811	0.147	0.0001***	0.551	
				기혼	미혼	이혼, 사별
결혼	기혼	1.754	0.066			
	미혼	2.365	0.175	0.0014**		
	이혼, 사별	2.213	0.192	0.024*	0.558	

*** $p<0.001$ ** $p<0.01$ * $p<0.05$

부정적 대응양상과 상관관계가 있었던 변수는 결혼상태,우울정도,일상활동시 불편감정도였다. 이들 세변수는 부정적 대응양상을 35.5%(R^2=0.356)설명하고 있고,각각의 변수는 부정적 대응양상에 유의미한 영향을 주고 있는것으로 나타났다〈표14－1〉.

우울정도가 높은 집단과 우울 정도가 낮은 집단간에는 유의한 차이를 나타내고 있는데, 결혼상태별로 분석한 결과 기혼집단보다 미혼이나 이혼, 사별, 별거등의 결혼상태에 있는 대상자들이 현저하게 부정적 대응을 하는것으로 나타났다〈표 14－2〉.

V. 결론 및 제언

1. 결 론

본 연구의 목적은 만성동통 환자들의 동통정도를 파악하고 동통으로 인한 일상활동시 불편감및 우울정도와 대응양상간의 관계를 규명하고, 대응양상에 따른 적절한 간호중재를 계획하는데 기초자료를 제공하고자 시도된 상관성조사 연구이다.

본 연구는 1993년 9월 11일부터 9월 17일까지 서울시내 소재 일 대학부속병원 류마티스센타 외래에 내원한 만성관절염 환자를 유한 모집단으로 하여 유의 표출한 119명을 연구대상으로 하였으며 설문지를 통하여 자료를 수집하였다.

연구도구로는 동통정도를 측정하기 위하여 도표평정척도의 통각영역과 불쾌감영역을 사용하였고, 일상 활동상의 장애정도를 측정하기 위하여 이은옥(1987)이 개발한 일상 활동시 불편감 척도를사용하였으며, 우울정도를 측정하기 위하여 Beck(1961)에 의해 고안되고 이은영(1981)이 번안한 우울 측정 도구를 사용하였다.

대응양상 측정도구는 문헌고찰과 임상에서 만성관절염 환자를 대상으로 면담한결과를 분석하여 대응양상 측정도구를 작성했고 도구의 신뢰도를 확인한 후 사용했다.

수집된 자료를 분석하기위해 일반적 특성은 실수와 백분율을 구하였고 제변수들간의 관계는 피어슨 적율 상관계수(Pearson Correlation Coefficient)를 산출하여 분석하였으며, 대응양상에 영향을 미치는 변수 규명을 위해 분산분석및 공분산 분석을 사용했다.

본 연구결과는 다음과 같다.

1. 대상자의 일반적 특성은 남자 11명 여자 108명으로 남여의 비율은 약 1 : 9.8이며 연령분포는 40－49세(35명)군이 가장 많았고 50－59세인 대상자는 31명으로 40－59세인 대상자는 전체분포의 55.5%를 차지하고 있었다. 학력은 고졸이상이 68%였다. 결혼상태는 기혼자가 95명 (79.8%), 미혼이 13명(10.9%)이었다. 종교를 갖고 있는 대상자는 85.7%였다. 동통기간은 최소 9개월에서 최대 321개월까지 있었고 평균동통기간은 7년 6개월이었다.

2. 도표평정 척도상의 동통 정도에서 통각은 0－200mm중 119mm, 불쾌감은 0－200mm중 109mm 로 통각은 "보통정도로 아프다" 수준 이었고 불쾌감은 "괴로울 정도" 라고 나타났다.

3. 일상 활동시 불편감정도를 측정한 결과 평균 2.95 로 대부분의 대상자들은 일상 활동시 "꽤 많이 불편하다"라고 나타났다.

4. 대상자의 우울 정도는 21－84점 범위중 평균 38점이었고, 우울 정도를 상, 중, 하 세집단으로 분류했을때, 우울 정도 "중"인 대상자는 44.6%, 우울 정도 "상" 인 대상자는 17.6% 로 우울증상을 보이는 대상자는 62.2%로 나타났다.

5. 대응양상별 평균평점을 분석한 결과 5점 만점에서 행동적 대응은 평균 2.28, 희망적 대응이 평균 2.89, 수용적 대응은 평균 3.31, 부정적 대응은 평균 1.82로 나타났다.

6. 일반적 특성에 따른 대응양상의 차이를 분석한 결과 나이, 종교, 결혼상태에서만 유의한 차이를 나타내었다.

(1) 연령별 대응양상을 비교 분석한 결과 50－59세 집단은 20－29세 집단보다 현저하게 수용적 대응을 많이 하며, 20－29세 집단은 다른 연령군보다 부정적 대응을 많이 하는것으로 나타났다.

(2) 종교집단별 대응양상의 차이를 분석한 결과, 기독교 집단은 희망적 대응을 많이 사용하고, 상대적으로 무교, 기타 집단과 천주교 집단은 희망적 대응을 적게 사용하는것으로 나타났다.

(3) 결혼 상태별 대응양상의 차이는 부정적 대응양상에서나타났는데, 미혼집단과 이혼, 사별, 별거 집단의 대상자는 기혼집단보다 부정적 대응을 많이 하고 있는것으로 나타났다.

7. 동통 정도를 나타내는 통각 점수와 불쾌감 점수 사이의 관계는 $r=.70$, $p<0.001$로 상관성이 높게 나타났다. 동통정도와 우울과의 관계는 통각 $r=.30$, 불쾌감 $r=.33$로 $p<0.001$ 수준에서 유의한 상관관계를 나타내었고, 동통정도와 일상활동시 불편감 정도와의 관계는 $r=.34$, $p<0.001$ 수준에서 유의한 상관관계를 나타내었다.

8. 동통 정도와 대응양상과의 관계를 분석한 결과, 통각 정도가 심할수록 희망적 대응양상을 사

용하지 않으며(r=−0.19, p=.04), 불쾌감정도가 심할수록 부정적대응을 많이 하는것으로 나타났다(r=.22, p=.01).

9. 일상 활동시 불편감 점수가 높을수록 우울정도가 심하고(r=.34, p<0.001), 일상 활동시 불편감정도가 많을 수록 부정적인 대응양상(r=.25, p<0.05)을 나타내고 있었다.

10. 우울 정도와 대응양상과의 관계를 분석한 결과 우울 정도가 심한 집단은 부정적 대응을 주로 하며 우울정도가 낮은 집단은 희망적 대응양상을 많이 사용하는것으로 나타났다.

이상의 결과를 종합해보면 만성 관절염 환자들의 동통정도를 나타내는 통각정도는 "보통정도로 아프다"수준이며, 불쾌감 정도는 "괴로울 정도이다" 수준으로 비교적 심한 동통을 보고하고 있으며, 대상자의 62.2%가 우울 정도가 "중" 이상으로 대부분이 높은 우울 증세를 나타내고, 일상 활동시 "꽤 많이 불편하다"라고 나타났다. 그리고 만성 관절염 환자들은 이런상황을 극복하기위해 다양한 대응전략을 사용하는 것으로 나타났다. 연구 결과 수용적 대응, 희망적 대응, 행동적 대응을 많이 하는 반면에 부정적 대응은 적게 하는것으로 나타났다.

이상의 결과를 종합해 보면 수용적 대응, 희망적 대응, 행동적 대응을 하는 대상자는 만성동통에 대한 적응을 하는데 문제가 없지만 동통정도가 심하고 우울 정도가 높고 일상 활동시 장애정도가 많은 대상자들은 쉽게 부정적 대응을 하게되므로 이런 대상자들이 긍정적 대응을 하도록 전환 시킬 수 있는 간호중재가 요구된다고 본다.

2. 제 언

이상의 연구 결과를 토대로 하여 다음과 같은 제언을 하고자 한다.

1. 만성 관절염환자들의 동통정도와 일상 활동시 불편감 및 우울과 대응양상에 관한 반복 연구가 필요하며, 다른 만성 질병환자를 대상으로 한 연구가 필요하다.
2. 본 연구에서 처음 사용한 대응양상 측정도구에 대한 신뢰도를 검증해야할 필요가 있다.

참 고 문 헌

김수지. "통증에 대한 심리, 사회문화적 이론 고찰", 대한간호, 26(4), pp. 12−25.

김수지. "통증간호를 위한 상황모형의 실증적 연구", 간호과학 제1권, pp. 51−59.

김선자(1985). "수술환자의 통증지각 정도에 관한 연구", 이화여자대학교, 대학원, 석사학위논문, 2.

김영숙 외(1989). 성인간호학 서울 : 수문사.

김주희(1985). "지지적 접촉과 환자교육이 수술후 동통에 미치는 영향에 관한연구", 연세대학교 대학원, 박사학위논문, 2.

김목현 외4인(1986). "류마티스양 관절염", 대한의학 협회지, 29(1), pp. 7−54.

김인숙(1984). "만성질환자의 통제위 성격과 우울과의 상관관계연구", 연세대 교육대학원, 석사학위논문, 8.

김진경(1991). "암환자의 대응양상과 상태불안에 관한 연구", 연세대 보건대학원, 석사학위논문, 8.

김귀분 · 최연희, "한국인의 건강관행에 대한 민속학적 접근", 간호학회지, 21(3), pp. 396−411.

김 연(1985). "우울증의 귀인 모형에 관한 연구", 고려대학교, 대학원, 박사학위논문.

대한정형외과학회(1986). 정형외과학, 최신의학사, pp. 121−153.

박정숙(1985). "이완술 사용이 수술후 동통 감소에 미치는 영향", 연세대학교, 대학원, 석사학위논문, 2.

박정숙. "동통관리의 독자적인 간호중재 방법을 중심으로", 대한간호, 26(4), pp. 19−25.

서문자. "강인성(Hardness)과 퇴원후 적응상태와의 관계분석", 성인간호학회지, 제1권 창간호, pp. 19−37.

이은옥 외9인. "관절통환자의 통증정도와 통증연관 행위에 관한 연구", 대한간호, 18(2), PP. 197−211.

이은옥 외3인(1992). "스트레스 및 통증관리법의 효과검정을 위한 준실험연구", 대한통증연구

학회, 18(2), PP. 51－67.
이은옥. "동통환자의 이해와 간호", 대한간호, 21(4), pp. 30－45.
이은옥. "전통적인 통증이론", 대한간호, 26(4), pp. 7－14.
이은옥. "한국인의 동통양상 및 완화방법", 대한간호, 20(5), pp. 33－38.
정학송(1984). "우울증의 신체증상", 최신의학.
최혜경(1987). "만성환자의 가족지지, 치료지시 이행 및 삶의 만족간의 관계연구", 연세대학교, 대학원, 석사학위논문.
홍미순(1989). "음악요법 이용이 수술환자의 동통에 미치는 영향", 이화여자대학교, 대학원, 석사학위논문, 2.
홍정주(1990). "만성관절염 환자의 통증행위와 우울정도에 관한 연구", 한양대학교, 대학원, 석사학위논문, 2.
Beck, A. T.,(1967). "Depression : Cause and Treatments", phildelphia : Univ. of pensylvania press.
Battle, J.,(1987). "Relationship between self esteem and depression", psychological report, vol. 4, pp. 745－746.
Caldwell, D. S. , Keefe, F. J. et al,(1987). "Osteoarthritis knee pain : a behavioral analysis", pain, 28, pp. 309－321.
Copp, L. A.,(1974). "The spectrum of suffering", AJN, vol.74, No3, pp.491－495.
Coyle, N.,(1985). "Symptom managment: Pain-an overview of current concepts", cancer nursing supplement, pp.44－49.
Ephrem Ferrandez,(1986). "Clinical section : A Classification system of cognitive coping strategies for pain", pain, 26, pp. 141－151.
Fordyce, W. E.,(1976). "Behavioral methods for chronic pain and illness", Mosby, st. Louis, Mo, pp. 236.
Folkman, S., Lazarus, R. S.,(1984). "Stress appraisal and coping", New york: springer publishing company.
Goosen, G. M., Bush, H. A.,(1979). "Adaptation : a feedback process", Adv. N.S. 1(4), pp. 51－65.
Glenn Affleck, Susan Urrows, et al,(1992). "Daily coming with pain from rheumatoid arthritis : Patterns and correlates", pain, 51, pp. 221－229.
Haley, W. E., Turner, J. A., et al,(1985). "Depression in chronic pain patients : Relation to pain, activity and sex differences", pain, 23, pp. 337－343.
Issy Pilowsky,(1990). "Pain and chronic illness behavior", In John J. Bonica(Eds), The management of pain, philadelphia, London.
Keefe F. J., Brown, G. K., et al,(1989) "Coping with rheumatoid arthritis pain : Catastrophizing as a maladaptive strategy", pain, 37, pp. 51－56.
Keefe F. J., Caldwell, D. S., et al,(1989). "Analyzing pain in rheumatoid arthritis patients pain coping strategies in patients who have had knee replacement surgery", pain, 46, pp. 153－160.
Lesle, K.,(1972). "Pain : How it varies from person to person", Nursing Times, July, 20, pp. 890.
Lazarus, R. S., Susan Folkman,(1984). "The concept of coping", springer publishing company, New York, pp. 117－140.
Melzack, R., Wall, P. D.,(1965). "Pain Mechanism a new theory", Science, vol. 150, pp. 971－979.
Melzack, R.,(1973). "The puzzle of pain", New York : Basic books.
Mecaffery, M.,(1979). "Nursing Management of the patient with pain", (2nd ed) J. B. Lppincott, philadelphia.
Marbach, J.J., Lund, P.,(1981). "Depresssion, anhedonia and anxiety in temporomandibular joint and other facial pain

syndroms", pain, 11, pp.73-84.
McDaniel, L. K.,(1986). "Development on observation method for assessing pain behavior in rheumatoid arthritis patients", pain, 24, pp. 165-184.
Payne, B., Norfleet, M. A.,(1986). "Chronic pain and the family : A review", pain, 26, pp. 27-33.
Pearlin, L. J., Schooler, C.,(1979). "The structure of coping", Journal of Health and social Behavior, 29, pp. 2-21.
Philip Spinhoven, Moniek, M., et al,(1989). "Pain coping strategies in a Dutch population of chronic low back pain patients", pain, 37, pp. 77-83.
Pollock, S. E., Christian, B. J.,(1990). "Responses to chronic illness : Analysis of psychological and physiological adaptation", Nursing Research, vol. 39, No. 5, pp. 300-304.
Rosenstiel, A. K. and Keefe, F. J.,(1983). "The use of coping strategies in chronic low back pain patients : Relationship to patient characteristics and current adjustment", pain, 17, pp. 33-44.
Salter, R. B., "Textbook of disorders and injuries of the musculoskeletal system", Baltimore : The williams and wilkins company, 1970, pp. 174-175.
Strongman, K. T.,(1978). "The psychology of Emotion", New York : John Wiley and Sons, Ltd., pp. 24.
Sternbach, R.A.,(1968). "Pain:A Psychophysiological analysis academis press, N.Y.
Turner, J.A.,(1986). Stephen clancy, "Strategies for coping with chronic pain : Low Back pain : Relationship to pain and disability", Pain, 24, 1986, pp. 355-364.
Williams, D.A., Keefe, F.J.,(1991). "Pain beliefs and the use of cognitive behavioral coping strategies", pain, 46, pp.185-190.
Weickgenant, A.L., Salter, M.A., et al, (1993). "Coping activities in chronic low back pain : Relationship with depression", pain, 53, pp.95-103.

-Abstract-

A Study on Pain, Discomfort, Depression and Coping Patterns in Chronic Arthritis Patients.

*Mun, Mi Suk**

The purpose of this study was to assess pain, discomfort, depression and coping patterns and the relations between these in chronic arthritis patients.

The sampling method was a purposive sampling technique.

1) Who have been diagnosed as having chronic arthritis and.
2) Who were at the out patients clinic of rheumatoid arthritis departments of one University hospital in seoul between september, 11, 1993 to september, 18, 1993.

The instruments used for this study were Graphic Rating Scales of pain, discomfort level of the activities of daily living(ADL) developed by Lee, Eun Ok and The Beck Depression inventory.

The research used to measure coping patterns was a tool developed by the present study researcher.

* Department of Nursing, The Graduate School of Hanyang University.

Analysis of data was done frequency, Pearson correlation coefficients, ANOVA, regression and ANCOVA.

The results were summerlized as follows;

1. Female exceed male patients in number and onset of joint pain were more prevalent in the age groups of the 40s and the 50s.
   The average duration of suffering from the pain were seven years six mounths.
2. The mean pain score : The mean sensory score was 119mm and the affective score was 109mm.
3. The discomfort level of ADL, the mean score was 2. 95 out of a possible score of 5.0 and depression syndrome subjeects were 62.2%.
4. The coping responses for each pattern were as follows :
   1) "Active coping" mean score was 2.28.
   2) "Wishful coping" mean score was 2.89.
   3) "Receptive coping" mean score was 3. 31.
   4) "Negative coping" mean score was 1.82.
5. Significant differences were found in age, religion, marriage status and the coping patterns of patients.
   1) In the coping pattern of "receptive coping", the score of the age groups of the 50s were higher than that of 20s, and in the coping pattern of "negative coping", the score of the age groups of the 20s were higher than other age groups.
   2) In the coping pattern of "wishful coping", the score of the christian were higher than other religion groups.
   3) In the coping pattern of "negative coping", the score of the marrieds were lower than other groups.
6. Patients who scored low on factor 2, wishful coping, were much more likely to report having pain sensory than patioets scoring high on this factor.
7. Patients who scored high on factor 4, negative coping, were significantly more likely to report having pain sensory than patients scoring high on this factor.

Consider overall, chronic arthritis patients report using a wide varity of strategies, certain strategies such as receptive, wishful and active coping are used frequently, whereas other strategies such as negative coping are rarely used.

One of the most important finding of present study is that the reported use of coping strategies is related to adjustment to a chronic pain problem.

The present study suggests that negative coping is related to poor emotional adjustment as assessed by depression, but not pain ratings. Considered overall, this pattern of findings suggests that counseling patients to decreased their use of negative coping may be useful.

The present study has a number of limitations. First, the sample is restricted to chronic arthritis patients. Weather chronic pain patients suffering from other types of pain syndromes use similar coping strategies needs to be determined in subsequent research. Second, the tool of coping pattern must be studied further to obtain reliability.