

류마티스 관절염환자의 우울에 대한 사회적 지지기능*

최 순 희**

I. 서 론

1. 연구의 필요성

류마티스 관절염은 관절의 만성적 염증을 동반하는 전신적 자가면역 질환으로 많은 사람들에게 스트레스가 되는 건강문제이다.

이런 환자들은 시간이 지남에 따라 통증의 강도와 지속기간이 크게 변화하고 관절의 부종과 강직이나 신체적 기능제한 등으로 인해 일상적 활동, 사회적 관계, 정서 및 전반적인 삶의 질에 영향을 받게 되므로 장기적으로 사회심리적 적응상의 문제에 직면하고 있다(Brown, Nicassio & Wallston, 1989 ; Skevington, 1987).

류마티스 관절염환자의 가장 보편적인 심리적 증상은 우울인데 우울발생 빈도의 범위는 연구에 따라 다양하여 13%에서 72.1%까지 보고되었으며, 측정도구나 방법 및 조작적 기준의 사용여부에 따라 차이가 많았다(Hudson et al., 1985 ; 정학명, 1994).

류마티스 관절염환자는 우울이 지속되면 임상적 증상이 악화되거나 불변하고 그 후의 의료 서비스 이용이 더 빈번하게 되므로 효과적인 치유를

돕기 위해서는 먼저 그들의 우울을 인식해야 할 뿐만 아니라 해결되어야 할 중요한 간호문제이다 (Creed, 1990 ; Rimon, 1974).

류마티스 관절염환자의 우울은 그들의 스트레스에 의해 증가되는데 가장 보편적인 스트레스는 만성통증, 신체적 기능장애, 사회적 상호작용상실 및 재정이나 부부·가족문제 등의 생활스트레스이다(Devinds, Edworth, Guthrie & Martin, 1992 ; Newman, Fitzpatrick, Lamb & Shipley, 1989). 이중 통증이나 신체적 기능장애는 이 질병의 가장 중요한 후유증으로 환자들에게 만성적인 스트레스가 된다(Affleck, Pfeiffer, Tennen & Fifield, 1988 ; Smith, Dobbins & Wallston, 1991).

특히 류마티스 관절염에 대한 치료가 어렵고 통증이나 신체적 기능장애와 같은 스트레스의 완화가 일시적이므로 이런 스트레스와 우울의 관계를 중재하는 요인을 확인해서 아는 것이 중요하다고 본다.

최근에 여러 연구들이 류마티스 관절염환자의 스트레스와 우울의 관계에 영향을 미치는 요인을 조사해 오고 있다. 다른 유형의 스트레스에서처럼 이 환자가 인지한 사회적 관계의 적절성이나 유용

* 1995년 연세대학교 박사학위논문 의 일부임

** 전남대학교 의과대학 간호학과 교수

성이 우울감소와 관련되었다(Affleck et al., 1988 ; Fitzpatrick, Newman, Archer, & Shipley, 1991). 이런 사회적 요인 이외에도 자아존중감(Krol et al., 1994), 유능감인지(Smith et al., 1991), 자기효능감(Buescher et al., 1991 ; Lorig et al., 1989) 및 대처양식(Blalock, DeVellis, DeVellis & Sauter, 1989) 등이 우울을 중재하는 요인으로 제시되고 있다.

그러나 우울을 증가시키는 요인에 관한 많은 연구들에서 사회적 지지부족이 가장 중요한 요인으로 나타났다(Hawley & Wolfe, 1988 ; Creed, Murphy & Jayson, 1990 ; Fitzpatrick et al., 1991). 그리고 Fitzpatrick, Newman, Lamb, Shipley(1988)의 연구에서는 류마티스 관절염환자의 신체적 기능장애정도와 무관하게 사회적 지지가 우울을 감소시키는 직접효과로 나타났다. 따라서 사회적 요인이 우울에 대한 치료의 가장 중요한 측면이라고 Creed(1990)가 주장한 바와 같이 사회적 지지가 이 환자들의 스트레스나 우울을 완화시키는 중재요인으로서 유익한 기능을 할 것으로 여겨진다

류마티스 관절염환자의 우울에 대한 사회적 지지의 기능에 관련된 국내, 외의 선행연구들을 살펴보면 국내의 경우 이에 관한 자료는 전무한 실정이었다. 외국의 경우는 사회적 관계(Fitzpatrick et al., 1991 ; Goodenow, Reisine, & Grady, 1990 ; Manne & Zautra, 1989)나 사회적 지지(Creed et al., 1990 ; Newman et al., 1989)와 우울의 관계에 대한 연구들이 대부분으로 사회적 지지가 높을수록 우울이 감소될 수 있음을 예측할 수 있었다.

그러나 류마티스 관절염환자가 경험하는 스트레스와 관련지어 우울에 대한 사회적 지지의 기능을 파악한 연구는 드물었다. 즉 질병과정 중에 빈번하게 부딪치는 일상적인 스트레스 생활사건과 우울의 관계에 대한 사회적 지지의 기능을 조사한 연구는 거의 없었으며, 이들의 주된 스트레스인 통증이나 신체적 기능상태와 우울의 관계에 대한 사회적 지지의 기능을 검정한 연구들도 소수에 불

과하였다(Affleck et al., 1988 ; Brown, Wallaston, & Nicassio, 1989 ; Fitzpatrick et al., 1988). 그 연구 결과는 일관성이 없어서 스트레스와 우울의 관계에 대한 사회적 지지의 효과가 직접적인지, 완충적인지 아니면 두가지가 혼합되어 있는지가 분명하지 않았다. 또한 이 연구들이 이론적으로 고안되지 않았기 때문에 연구자들에 따라 사회적 지지의 측정이 사회적 관계나 극히 부분적인 기능적 지지에 대한 만족감 등으로 달랐고 혼란변수들의 통제기법이나 측정도구의 신뢰도와 타당도 검정에 거의 주의를 기울이지 않고 있었다.

류마티스 관절염환자의 간호과정에서 우울을 감소시키는 중요한 변인이 사회적 지지임을 예측할 수 있으므로 우울감소를 위한 사회적 지지의 중재시도에 앞서 이들의 스트레스와 우울의 관계에 대한 사회적 지지의 기능을 파악할 수 있는 이론적인 근거가 필요하다고 보고 이들의 치료과정에서 사회적 지지가 어떤 상태하에서, 얼마나 우울감소에 유익한 기능을 하는지를 파악하여 간호중재 계획에 도움이 되고자 본 연구를 시도하였다.

2. 연구문제

본 연구의 목적인 사회적 지지가 우울에 미치는 직접효과와 생활사건, 통증 및 신체적 기능장애를 완화시키는 완충효과를 확인하기 위하여 다음과 같은 연구문제를 설정하였다.

1. 류마티스 관절염환자의 우울은 생활사건, 통증 및 신체적 기능장애와 관계가 있는가?
2. 류마티스 관절염환자의 우울은 사회적 지지와 관계가 있는가?
3. 류마티스 관절염환자의 스트레스 즉 생활사건, 통증 및 신체적 기능장애와 우울의 관계는 사회적 지지정도에 따라 달라지는가?

3. 연구가설

1. 류마티스 관절염환자의 생활사건정도가 높을수록 우울정도는 높을 것이다.

2. 류마티스 관절염환자의 통증정도가 높을수록 우울정도는 높을 것이다.
3. 류마티스 관절염환자의 신체적 기능장애정도가 높을수록 우울정도는 높을 것이다.
4. 류마티스 관절염환자의 사회적 지지정도가 높을수록 우울정도는 낮을 것이다.
5. 류마티스 관절염환자의 생활사건과 우울정도의 관계는 사회적 지지정도에 따라 차이가 있을 것이다.
6. 류마티스 관절염환자의 통증과 우울정도의 관계는 사회적 지지정도에 따라 차이가 있을 것이다.
7. 류마티스 관절염환자의 신체적 기능장애와 우울정도의 관계는 사회적 지지정도에 따라 차이가 있을 것이다.

4. 용어의 정의

1) 우울

정서적인 기분변화에서부터 병적인 상태에 이르는 근심, 침울함, 실패감, 무력감 및 무가치감을 나타내는 정서장애를 의미하며, 본 연구에서는 Radloff(1977)가 개발한 The Center for Epidemiologic Studies Depression(CES-D)척도로 측정된 점수를 말한다.

2) 사회적 지지

스트레스상황에서 개인이 지각한 대인관계적인 상호작용을 의미하며, 본 연구에서는 Cohen, Hoberman(1983)의 Interpersonal Support Evaluation List(ISEL)를 서문자(1988)가 수정보완한 대인관계적 지지의 지각척도로 측정된 점수를 말한다.

3) 스트레스원

A. 생활사건

일상생활에서 누구나 보편적으로 경험하는 긍정적 혹은 부정적 사건으로 사회적 스트레스원이 되는 것을 의미하며, 본 연구에서는 연구자가 선

행문헌을 기초로 류마티스 관절염환자의 특성을 고려하여 작성한 스트레스 생활사건 질문지를 사용하였다. 이 도구의 생활사건정도는 개인이 최근 1개월간 경험한 생활사건의 어려움정도를 평정한 점수를 말한다.

B. 통증

실제적이거나 잠재적인 손상에 관련된 불쾌한 감각적, 정서적 경험을 의미하며, 본 연구에서는 Arthritis Impact Measurement Scales(AIMS)의 통증척도로 측정된 점수를 말한다(Meenan, Gertman, & Mason, 1980).

C. 신체적 기능장애

일상생활에 필요한 신체적 활동시 어려움의 정도를 의미하며, 본 연구에서는 Fries, Spitz, Guy, Holman(1980)이 개발하고 Kirwan, Reeback(1986)이 수정한 Health Assessment Questionnaire(HAQ)를 본 연구자가 우리 실정에 맞는 표현으로 번역, 수정하여 작성한 도구로 측정된 점수를 말한다.

II. 문헌고찰

1. 류마티스 관절염환자의 우울

류마티스 관절염환자의 우울은 약물이나 또다른 정신적 혹은 신체적 질병과 같은 요인들에 의해 발생하는 증상인 이차적 우울에 해당된다. Mason, Anderson, Meenan(1988)의 연구에서는 류마티스 관절염환자의 하지기능, 우울, 통증, 사회적 상호작용 및 하지기능의 순서로 건강상태를 84.1%설명하여 우울이 이들의 건강상태를 좌우함을 알 수 있었다.

이런 환자들의 대부분은 불규칙적으로 반복되는 증상의 악화와 호전을 겪게 되며, 관절의 변형과 기능장애로 인해 일상적 활동이나 사회적 관계에 영향을 받게 되는 만성적인 병적 상태에 있게 되므로 다른 만성통증을 지닌 비염증성 골격질환자들보다 우울발생율이 높은 것으로 나타났다(Anderson et al., 1985; Zaphropoulous &

Burry, 1974). Rimon(1969, 1974)의 연구에서는 우울이 지속된 군의 대부분이 질병상태가 악화되었거나 불변하였고 우울한 환자의 52%가 정신병리적 증상을 나타냈다. 그리고 우울한 환자가 관절염의 심각성과는 관계없이 더 빈번하게 외래를 방문하거나 질병에 대한 염려와 걱정이 증가되었으므로 이들의 치료과정에서 우울의 중요성이 매우 크다고 본다(Creed, 1990).

류마티스 관절염의 사회심리적 측면에 대한 여러 연구들에서 이 환자들의 우울정도가 다양하게 보고되었다.

이은옥 등(1993)의 연구에서 41명의 류마티스 관절염 신환자의 우울(ZDS)이 평균 50.34점(총 17-68점)으로 나타나 이를 100점으로 환산하면 65.4%인데 이는 동일한 도구로 정신질환자와 일반성인을 조사한 오경옥(1990)의 연구에서 정신질환자의 평균인 51.48점(총 20-80점 : 52.5%)이나 일반성인의 평균인 42.57점(37.6%)보다 류마티스 관절염환자가 훨씬 더 높음을 알 수 있었다.

본 연구에서 사용한 도구인 CES-D로 사정한 연구들에서 류마티스 관절염환자들의 임상적 우울(16>CES-D)의 발생빈도 범위는 34%에서 46.3%였으며, 우울평균의 범위는 총 60점중 11.6점에서 15.8점으로 나타났다(Blalock et al., 1988 ; Brown et al., 1989 ; Devins et al., 1992 ; Goodenow et al., 1990 ; Revenson & Majerovitz 1991 ; Stein, Wallston, & Nicassio, 1988). 정학명(1994)은 128명의 류마티스 관절염환자의 우울이 총 60점중 평균 21.2점이었고 대상자의 72.1%가 임상적 우울증상을 나타냈다고 보고하였다. 이런 결과들은 건강인의 임상적 우울의 비율이 15-19%였고 우울평균이 7.94-9.25점이었던 결과에 비하면 우리나라 류마티스 관절염환자의 우울정도가 매우 높다고 볼 수 있었다.

2. 우울에 영향을 미치는 변인

류마티스 관절염환자의 우울에 영향을 미치는

변인에는 통증이나 신체적 기능장애 등의 질병심각성과 직업상실, 재정적 문제, 가정적 문제와 같은 생활스트레스 그리고 환자의 인구사회학적 특성이 있다. 우울의 악화는 질병의 심각성보다는 사회경제적 변수와 관계가 있었고 Creed 등(1990)의 연구에서는 기능장애와 사회적 지지가 심한 정신적 장애를 구별하여 사회적 지지부족이 가장 많은 영향을 미치는 요인이었다. 따라서 류마티스 관절염환자의 우울에 영향을 미치는 스트레스원으로 생활사건을 들 수 있다. Deyo, Inui, Leininger, Overman(1982)은 이 환자들의 주요한 장애가 직업, 오락활동 및 가사관리 영역에서 현저했으며, 이들의 거의 과반수 정도이상에서 걷기, 자가간호, 가사노동, 여가활동, 사회적 활동, 성행위 및 수면에 문제점을 보고했으나 오락활동, 사회적 상호작용, 성적 행위에 미치는 영향은 종종 간과 될 수 있다고 하였다. Meenan, Yelin, Nevitt, Epstein(1981)도 이 환자들에서 여가활동의 제한, 직업상태의 변화 및 가족상황의 변화가 매우 일반적임을 밝혔으며, Liang 등(1984)의 연구에서도 중정도의 생활위기(43.3%)와 사회적 활동변화(39.1%)가 주요한 문제로 나타났다. 이러한 결과들에 의하면 류마티스 관절염환자들도 직업, 재정, 사회 및 취미활동, 부부관계, 가족 및 가사관리 측면의 문제로 인해 상당한 생활스트레스를 겪고 있음을 알 수 있었다.

생활사건과 우울정도의 관계에 관한 연구들을 살펴보면 류마티스 관절염환자를 대상으로 한 것은 드물었다. Rimon(1969)과 Shochet 등(1969)은 정서적 긴장을 야기하는 사건들과 관절염증상의 발현 혹은 악화간에 분명한 관계를 발견했으며, Crosby(1988)는 류마티스 관절염환자가 최근 일주일동안 경험한 생활사건빈도와 그 사건의 어려움정도(DHS)는 이들의 불안이나 정서적 스트레스와 정상관이 있다고 보고하였다.

Murphy 등(1988)의 연구에서는 류마티스 관절염환자의 정신적 장애군(PAS)이 재정적 문제, 사회적 접촉 및 부부문제로 측정된 스트레스정도가 유의하게 더 높게 나타났으며, 이외에도 현 생

활양식에 대한 만족(Frank et al., 1988)이나 경제적인 어려움(Hawley & Wolfe, 1988 ; Newman et al., 1989) 등이 우울을 예측하는 것으로 나타났다.

상기한 바와 같이 여러 연구들을 통해서 생활사건이 우울의 원인적 요인이라는 것이 입증되고 있지만 질병발생 후의 스트레스 생활사건과 류마티스 관절염증상의 관계를 조사한 연구는 드물었으며 특히 객관적인 사정에 의한 스트레스 생활사건과 우울의 관계에 대한 실증적인 증거가 부족하므로 스트레스 생활사건정도가 우울에 미치는 영향을 파악해 볼 필요가 있다고 생각된다.

우울에 영향을 미치는 중요한 질병관련 스트레스원으로는 통증과 신체적 기능장애가 대표적이다. 류마티스 관절염환자들은 이 질병의 특성인 지속적인 통증, 신체적 기능장애증가 및 간헐적인 질병재발에 대처해야 한다. 통증과 신체적 기능장애는 이 환자들의 중요한 후유증인데 이로 인해 일상활동이나 사회적 관계에 제한을 받게 되므로 우울이 초래된다

류마티스 관절염환자의 통증이나 신체적 기능장애와 우울의 관계에 대한 연구들을 고찰해 보면 Mindham 등(1981)은 28명의 환자를 2개월 간격으로 1년간 종단적 연구를 실시한 결과 통증이나 기능장애가 심한 경우에 병적인 우울증상을 나타냈다고 하였다. Fitzpatrick 등(1991)은 149명 환자의 초기사정과 15개월후 재사정시 우울정도와 가장 강력한 상관성이 있는 변수는 기능장애정도였고 통증도 유의한 상관성이 있다고 하였다. Brown 등(1989)은 287명의 외래환자를 6개월 간격으로 조사했는데 횡적 분석에서는 통증이나 기능장애가 우울을 각각 9.9%, 24% 설명하였다고 했으나, 종적 분석에서는 이 변인들이 우울변화의 유의한 예측요인으로 나타나지 않았다.

Affleck 등(1991)은 47명의 류마티스 관절염 환자의 통증과 우울양상에서 자신이 우울하다고 했던 환자가 질병상태와 불구정도에 상관없이 더 강한 통증을 보고했다고 하였다. Anderson 등(1988)은 64명의 류마티스 관절염 환자를 대상으

로 우울이 통증행위와 기능상태를 예측하는 정도를 조사했는데 통증관절지수는 우울과 정상관이었으며, 우울은 기능상태를 설명했으나 통증행위를 설명하지 못하였다. McFarlane, Brooks (1988)의 연구에서 우울은 통증관절지수와 유의한 상관성이 있었다. McDaniel 등(1986)은 53명의 환자가 보고한 우울과 통증에 대한 강도나 불쾌감간에 유의한 상관성이 있었고 총 통증행위와 우울간에는 아주 낮은 상관성이 있었으며, 우울에 대해 통증강도는 12%를, 총 통증행위는 1%를 각각 설명했다고 하였다.

Frank 등(1988)은 137명 환자의 통증(MPQ)이 우울(DIS)을 8%설명하였으며, 홍정주(1990)는 류마티스관절염 환자의 우울은 통증정도나 일상활동의 불편감정도와 상관성이 있었으며, 일상활동상의 불편감정도와 통증의 불쾌감정도가 우울의 유의한 예측인자로 나타났다고 하였다. Peck 등(1989)은 107명 환자의 우울이 기능장애와 통증정도와 유의한 상관성이 있다고 하였다. FiField 등(1991)과 Smith 등(1991)의 연구들에서는 통증이 우울을 18.1%, 21% 각각 설명하였다.

Creed 등(1990)은 병동과 외래에서 무작위 추출한 80명 환자의 정신적 장애가 통증관절지수나 Fries 기능정도와 상관성이 있었으나 다른 기능측정치인 Steinbroker 기능수준과 시각적 상사척도로 측정된 기능정도는 우울과 관계가 없다고 하였으며, Fries 기능정도가 우울에 대한 예측력이 가장 높게 나타났다고 하였다. Newman 등(1989)의 연구에서는 신체적 기능장애가 우울을 24%설명하였고 정학명(1994)은 129명 환자의 신체적 기능장애정도가 우울과 상관관계를 나타냈다고 하여 신체적 기능장애가 우울을 설명하는 강력한 예측요인임을 알 수 있었다.

그리고 만성통증집단에서 특별한 기준없이 임상적 진단에 의해 사정된 우울의 비율이 31-100%였고 우울환자의 30-100%가 통증을 호소하는 것으로 나타났으나(Romano et al., 1985) 통증과 우울을 지닌 대상자들에서 우울전에 통증을 지녔거나 통증과 우울을 동시에 지니게 된 경

우가 대부분을 차지하였고 우울발생후에 통증을 지닌 경우는 소수에 불과하였으므로 류마티스 관절염환자들도 우울이 다른 급·만성질환후에 나타나는 것처럼 통증으로 인해 경한 우울에서 주요 우울증에 이를 수 있으며, 이는 통증에 대한 민감도를 증가시키는 악순환을 야기할 수 있다고 본다.

류마티스 관절염환자의 우울에 영향을 미치는 인구사회학적 특성을 살펴보면 연령은 우울과 역상관 관계(Hawley & Wolfe, 1988 ; Parker et al., 1989) 혹은 무관계(Brown et al., 1989 ; Devins et al., 1992 ; Frank et al., 1988 ; Newman et al., 1989)였으며, 학력수준도 우울과 역상관(Hawley & Wolfe, 1988 ; Parker et al., 1989 ; Revenson et al., 1991) 혹은 무관계(Brown et al., 1989 ; Frank et al., 1988 ; Newman et al., 1989)로 나타났다.

성별에 따른 우울은 여성이 남성보다 더 높았으며(Creed et al., 1990 ; Fitzpatrick et al., 1988 ; Frank et al., 1988), Newman 등(1989)의 연구에서는 인구사회학적 변수중 성별만이 유의한 예측요인으로 나타났다.

질병기간은 우울과 역상관(Anderson et al., 1988 ; Newman et al., 1989), 순상관(Keefe, Brown, Wallston, & Caldwell, 1989) 혹은 무관계(Brown et al., 1989 ; Krol et al., 1994)로 나타났으며, 입원기간은 정상관 관계(홍정주, 1990)로 나타났다.

이와 같이 류마티스 관절염환자의 인구학적 특성과 우울의 관계는 일관성이 없이 연구들에 따라 상반된 결과를 보였는데 이는 대상자선정과 우울 측정이 다양했기 때문인 것으로 생각된다.

3. 우울에 작용하는 사회적 지지기능

사회적 지지는 자연적인 조력체계와 더 공식적인 조력체계에 의해 제공된 정서적, 도구적, 정보적 및 사회적 교제의 도움을 의미하며, 인간이 스트레스상황에 직면했을 때 안녕감을 증진시키고

건강을 보호하는 대인관계의 과정을 말한다. 자연적 조력체계는 흔히 가족원과 동료(우정)망으로 정의되며, 공식적인 조력체계에 의한 지지는 의료 전문가나 정신건강 실무자들과 같은 전문적인 돌봄자들에 의해서나 클럽이나 종교단체와 같은 사회적 또는 지역사회와의 결속을 통해서 그리고 사회적 지지를 제공하기 위해 조직된 집단(자조집단)으로부터 제공될 수 있다(House & Kahn, 1985 ; Lanza & Revenson, 1993).

사회적 지지가 스트레스 상황에서 안녕에 유익한 영향을 미치는 과정에는 이론적으로 두가지의 측면인 완충효과 모형과 직접효과 모형이 있다(Cohen & Wills, 1985). 직접효과 모형은 사회적 지지가 사람의 스트레스수준에 관계없이 안녕에 유익한 영향을 미친다고 가정하는 것으로 이는 사회적 지지와 스트레스의 상호작용이 없이 스트레스와 지지가 각각 안녕에 대한 통계적인 주효과가 있을 때를 의미하므로 주효과 모형이라 일컫기도 한다. 안녕에 대한 스트레스의 주효과는 증가된 증상과 관련된 더 높은 스트레스를 말하며, 지지의 주효과는 감소된 증상과 관련된 더 많은 지지를 말한다.

완충효과 모형은 사회적 지지가 스트레스하에 있는 사람에서만 안녕에 관계가 있다고 가정하는 것으로 지지가 완충작용을 하여 스트레스 사건의 가능한 병인적 영향으로부터 사람을 보호하여 안녕감을 증진시킨다.

Lin(1986)은 완충효과를 3가지 측면으로 설명하였는데 첫째, 완충효과는 상호작용효과와 동등하다는 것이다. 둘째, 사회적 지지가 생활사건과 상호작용할 뿐만 아니라 생활사건에 역작용하여 완충한다는 것이다. 셋째, 생활사건이 우울에 미치는 직접적인 효과는 사회적 지지가 있으면 감소된다는 것이다.

이와 같이 완충효과는 스트레스가 있는 사람에서 사회적 지지가 스트레스와 상호작용하여 우울에 대한 스트레스의 직접적인 효과를 완화시킴으로써 스트레스와 우울의 관계에 영향을 미치는 것이므로 지지가 있으면 우울이 감소된다는 것이다.

이 완충효과는 통계적으로 우울에 대한 스트레스와 지지의 유의한 상호작용효과가 있고 또한 스트레스의 주효과가 있을 때를 의미한다. 그러나 실제검정에서는 대부분 그 결과가 순수한 완충효과 일지라도 분석상에 통계적인 주효과가 함께 나타나므로 이 경우의 직접효과는 단순히 유의한 상호작용효과의 가공물로 생길 수 있는 것이다 (Dawes, 1969 ; Reis, 1984).

사회적 지지와 우울의 관계에 관한 연구들을 고찰해 보면 다음과 같다. Fitzpatrick 등(1988)과 Fitzpatrick 등(1991)의 연구들은 4가지 사회적 관계(확산관계/애착관계의 적절성/유용성)와 우울의 관계를 조사했는데 절친한 애착관계보다는 친구, 이웃, 동료와의 사회적 통합성을 측정하는 확산관계가 그리고 이러한 관계의 적절성이 유용성보다 우울과 더 강한 역상관 관계가 나타났으며(Henderson, 1981 ; Henderson, Graycon, & Scott, 1986), 확산관계의 유용성만이 우울을 설명하였다.

Fitzpatrick 등(1991)의 사회적 관계와 우울의 관계에 대한 종적 분석에서는 첫사정한 사회적 관계의 적절성만이 15개월후에 사정한 우울을 유의하게 설명하였고 횡적 분석에서는 확산관계의 적절성만이 우울예측에 기여를 하였다. 통증, 신체적 기능장애, 관절강직, ESR과 같은 변인들과 사회적 관계를 함께 분석했을 때도 사회적 관계의 적절성만이 우울설명에 기여하였다. Newman 등(1989)의 연구에서는 확산관계의 유용성으로 측정된 사회적 격리정도가 각각 우울예측에 유의한 기여를 하였으며, Creed 등(1990)도 사회적 접촉부족의 스트레스가 우울을 설명했다고 하여 류마티스 관절염환자들의 우울이 통증이나 기능장애 등의 질병심각성에 의해 초래되지만 이 우울의 정도는 사회적 지지의 유무에 따라서 크게 좌우될 수 있음을 시사해 주고 있다.

Lambert, Lambert(1987)은 사회적 지지만족이 류마티스 관절염을 지닌 여성환자들에서 심리적 안녕과 관계가 있다고 했으며, Wineman(1990)은 지지자원에 대한 지지성 인지보다는 비

지지성 인지가 우울증가와 관계가 있다고 하였다. Revenson 등(1991)은 친구나 가족으로부터 문제되는 지지가 긍정적 지지와 무관하게 우울과 역상관이고 우울과 더 큰 상관관계를 지니지만 우울에 미치는 영향은 긍정적 지지에 의해 상쇄되지 않았다고 하였다. 이외에도 류마티스 관절염환자의 우울은 도구적 지지의 비유용성(Smith et al., 1991)과 남편의 부정적인 지지(Manne & Zautra, 1989)가 설명하는 것으로 나타났다. 이 같은 결과들은 지지자원의 비지지성 인지나 부정적 지지가 이 환자들의 우울에 중요한 영향을 미치며, 긍정적 지지가 낮고 부정적 지지가 높으면 우울이 가장 심각해질 수 있음을 시사해 주고 있다.

Lanza, Schiaffino, Cameron, Revenson(1991)과 Revenson, Cameron, Lanza(1991)의 연구에서는 배우자로부터의 정서적 지지와 의료전문가로부터의 문제중심지지(실체적인 지지)가 류마티스 관절염환자들에게 가장 유의한 것으로 인지되었으며, 최근에 진단받은 환자들에게는 절친한 친구로부터 원치않거나 불필요한 충고나 도움이 되지 않는다고 하였다. Radojevic, Nicassio, Wiseman(1992)은 구조화된 다요소 프로그램에 참여한 배우자나 가족의 참여가 안녕에 더 큰 영향을 미친다고 하였다.

또한 김상미(1990)는 우울을 측정하지는 않았지만 포괄적인 정신건강이 대인관계적 지각척도로 측정된 사회적 지지와 관계가 높은 것으로 나타나 정신건강을 18.4% 설명하였다. 홍정주(1989)는 가족지지정도가 우울을 설명하는 중요한 예측요인이라고 하였다.

스트레스원인 생활사건과 우울의 관계에 대한 사회적 지지의 기능을 조사한 연구결과들을 보면 Patrick 등(1986)은 신체적 기능장애를 지닌 지역사회 표본에서 최근 1년내의 불리한 생활사건이 있을 때만 사회심리적 기능장애와 정서적 기능장애는 사회적 접촉이 높은 군과 낮은 군간에 유의한 차이가 있었으나, 불리한 생활사건이 없는 경우에는 유의한 차이가 없었으므로 지지의 완충

효과를 암시한다고 볼 수 있으나 정서적 친밀감은 우울에 관계가 없었다. 이런 결과는 신체적 기능 장애자들에게는 정서적 친밀감보다도 사회적 접촉증가가 우울감소에 중요함을 알 수 있었다.

그러나 Williams, Ware, Donald(1981)의 의료보험 등록자를 대상으로한 종단적 연구에서 정신건강(MHI)에 대한 생활사건과 사회적 지지(접촉과 자원)의 직접효과만 나타나 차이가 있었는데 Patrick 등(1986)의 대상자는 신체적 기능 장애라는 스트레스가 있는 상태이므로 완충효과가 나타났다고 볼 수 있겠다.

Brown 등(1975)은 남편 혹은 애인이나 남자 친구와의 친밀한 신뢰관계의 존재가 지역사회 여성들의 우울에 대한 완충효과를 나타냈으나 이들 이외의 다른 친구들의 존재는 직접효과나 완충효과가 없었다고 하였다. Paykel 등(1980)의 연구에서도 불쾌한 사건경험군에서만 부부관계를 나타내는 3변인 즉 전반적인 나쁜 부부관계, 남편과의 의사소통부족, 남편으로부터 도움부족이 각각 우울에 유의한 영향을 나타냈으며, 불쾌한 생활사건경험이 없는 군에서는 이런 요인들에 대해 우울군과 비우울군간에 유의한 차이가 없었으므로 완충효과가 있다고 볼 수 있다.

Henderson 등(1980)은 사회적 관계의 적절성과 유용성척도로 측정된 지지중 적절성만이 지역사회 여성의 우울에 대해 완충효과를 나타냈고 남성에게는 적절성과 유용성이 모두 주효과를 나타냈다고 하였다.

Cohen, Hoberman(1983)은 존중, 도구적, 사회적 교제 및 정보적 지지의 유용성을 사정하는 척도(Interpersonal Support Evaluation List: ISEL)로 측정된 총 ISEL점수, 사회적 교제 및 정보적 지지는 각각 대학생의 우울(CES-D)에 대해 완충효과를 나타냈으며, 존중지지는 완충효과와 직접효과와 혼합효과가 나타났다고 하였다. ISEL은 안녕에 대한 사회적 지지의 완충효과를 가정하는 것이므로 사람들이 만성적인 긴장이나 스트레스가 있을 때 사회적 지지의 지각정도에 영향을 받게 된다 Wilcox(1981)도 존중, 도구적 및

정보적 지지의 유용성에 대한 총 지지점수가 지역 사회표본의 우울에 대해 완충효과를 나타냈다고 하였다. 오경옥(1990)은 사회적 지지를 애정적, 물질적 및 긍정적 지지의 기능적 지지와 지지망으로 측정하였는데 정신질환자의 우울에 대한 생활사건의 주효과나 생활사건과 사회적 지지의 상호작용효과가 유의한 것으로 나타났다.

이와 같이 구체적인 기능적 지지나 기능적 지지인지는 대부분 우울에 대해 완충효과가 있음을 알 수 있었다. 이와 다르게 오경옥(1990)의 연구에서 일반성인의 우울에 대한 생활사건의 주효과는 있었으나 사회적 지지의 주효과나 상호작용효과는 없는 것으로 나타났다. 그리고 Schaefer 등(1981)의 연구에서도 도구적 지지와 존중지지가 지역사회표본의 우울에 대해 주효과만 나타나고 완충효과는 없었는데 이는 두 연구에서 모두 대상자의 생활사건과 우울의 관계가 없었고 Schaefer 등(1981)은 가족, 친척 및 이웃으로부터 지난달에 제공받았던 정보적, 정서적 지지정도를 측정했으므로 지지점수가 비교적 낮은 범위였기 때문으로 여겨진다.

상기한 생활사건이외의 다른 스트레스인 만성적인 긴장(Strain)과 우울의 관계에 대한 사회적 지지의 기능을 검정한 소수의 연구들이 있었는데 이를 고찰해 보면 다음과 같다.

Revenson 등(1991)의 류마티스 관절염환자대상 연구에서 친밀한 지지망의 긍정적 지지와 문제되는 지지가 질병의 심각성(관절강직, 압통, 기능력 등)과의 상호작용효과가 없었고 우울에 대한 지지의 관계는 질병 심각성 정도에 따라 변화하지 않았으므로 직접효과 모형을 지지하였다.

Affleck 등(1988)은 129명의 류마티스 관절염환자의 신체적 기능이 가장 낮고 도움이 되지 않는 지지행위로 인해 사회적 지지에 불만인 군이 사회심리적 적응이 낮았으므로 사회적 지지의 완충효과가 있음을 알 수 있었다. 그러나 Fitzpatrick 등(1988)은 158명의 류마티스 관절염환자의 신체적 기능장애와 사회적 관계중 확산관계의 유용성정도를 각각 3집단으로 나누어 우울에 대

한 2-way ANOVA를 실시한 결과 신체적 기능장애와 확산관계의 유용성이 각각 우울에 미치는 직접효과는 있었으나 완충효과는 없어서 두 연구가 상반된 결과를 보였는데 이는 기능장애자들은 실제적인 도움을 필요로 하기 때문에 지지행위에 대한 만족감이 사회적 관계의 유용성인지보다 기능장애에 기인된 우울발생과정에서 완충요인으로 작용함을 시사해 주고 있으며, 또한 방법론적인 차이에서 비롯된 것으로 여겨진다.

Brown 등(1989)은 류마티스 관절염환자들의 통증정도에 관계없이 모든 환자에서 더 높은 지지와 더 낮은 우울의 관계가 나타나 지지의 직접효과가 있었으며, 또한 높은 통증정도를 지니고 가족과 친구로부터 받은 정서적 지지에 만족감이 낮은 환자들에서 우울이 가장 높았다는 결과로 그다지 크지않은 완충효과를 나타냈다고 하였다. 그리고 6개월 간격으로 우울변화를 예측하는 종적 분석에서는 모든 환자의 우울이 감소되는 직접효과를 나타냈으나 완충효과는 없었다고 하였다.

Revenson, Majerovitz(1991)는 류마티스 관절염환자의 배우자에 대한 연구에서 절친한 가족과 친구로부터 받았던 지지는 특히 더 심한 질환을 지닌 환자의 배우자들에게 유익했다고 했으므로 이는 완충효과를 지지한다고 볼 수 있다

상기한 바에 의하면 사회적 지지의 우울에 대한 효과는 직접효과, 완충효과 및 직접효과와 완충효과의 혼합효과로 나타났는데 완충효과가 나타난 대부분의 연구결과는 통계적인 주효과를 동반하고 있어서 이 경우의 통계적인 주효과는 전형적으로 단순히 유의한 상호작용효과의 가공물로서 발생함을 알 수 있었다. 또한 이런 결과들은 사회적 지지의 기능검정에 사용된 방법론적 그리고 통계적인 방법들에 따라 달라질 수 있었으므로 여러 문제점들을 고려하여 류마티스 관절염환자들의 생활사건이외의 통증과 신체적 기능장애와 같은 특정한 질병관련 스트레스에 관련지어 우울에 대한 사회적 지지의 기능을 검정하는 것이 바람직할 것이다.

Ⅲ. 연구방법

1. 연구 설계

본 연구는 류마티스 관절염환자를 대상으로 사회적 지지와 우울의 관계 그리고 사회적 지지정도에 따라 생활사건, 통증 및 신체적 기능장애정도와 우울정도의 관계에 차이가 있는지를 알아보기 위한 서술적 상관관계 연구이다.

2. 연구 대상 및 표집 방법

연구대상은 연구자가 임의로 선택한 서울시 소재 일개 대학 부속병원 류마티스 클리닉에 치료를 받기 위해 1995년 9월 4일부터 9월 16일까지 내원한 류마티스 관절염환자 전체를 유한모집단으로 하였으며 다음과 같은 선정기준 즉 1)류마티스 관절염의 진단을 받고 류마티스 관절염증상이 나타난지 2년이 경과된 자 2)18세이상-65세미만인 자 3)국문해독이 가능하고 본 연구의 참여를 수락한 자 4)정신적 장애의 병력이 없는 자에 대해 임의표출하였다.

자료수집은 연구자가 연구보조원 2명과 함께 실시하였는데 환자들에게 질문지에 직접 응답케 하였으며, 시력장애로 도움을 원하는 대상자는 연구보조원이 읽어 주고 환자 자신이 직접 기재하도록 하였다. 수집된 214명의 응답지가 최종분석에 사용되었으며, 질문지를 작성하는 시간으로 20-30분이 소요되었다.

3. 연구 도구

1) 우울 측정도구

우울은 Radloff(1977)가 개발한 우울증상들로 구성된 도구(CES-D)를 본 연구자가 번역하여 사전조사를 거친 후 사용하였다. 이 도구는 20개 문항으로 각 문항에 대해 4점척도로 측정하며 점수범위는 0-60점이고 점수가 높을수록 우울정도

가 높음을 의미한다. 본 연구에서 Cronbach's alpha값은 .89이었다.

2) 사회적 지지 측정도구

Cohen, Hoberman(1983)이 개발한 도구 (ISEL)를 기초로 해서 서문자(1989)가 수정 보완한 대인관계적 지지의 지각척도를 사용하였다. 이 도구는 40개 문항으로서 각 문항에 대해 4점척도로 측정하며 점수범위는 40-160점이고 점수가 높을수록 지지정도가 높음을 의미한다. 본 연구에서 Cronbach's alpha값은 .92이었다.

3) 생활사건 측정도구

본 도구는 대상자 12명에게 일상생활에서 스트레스로 경험한 사건을 기록하게 한 사전조사 내용과 선행문헌(Holmes & Rahe, 1967; Paykel, 1974; 이평숙, 1984)을 기초로 류마티스 관절염의 특성을 고려하여 연구자가 작성한 생활사건 질문지를 사용하여 최근 1개월동안 개인이 일상생활에서 스트레스로 경험한 사건의 어려움정도를 평정한 점수를 생활사건정도로 보았다.

이 도구는 총 18개 문항으로 구성되어 있고 각 문항에 대해 4점척도로 측정하며 점수범위는 0-72점이고 점수가 높을수록 생활사건의 어려움정도가 많음을 의미한다. 본 연구에서 Cronbach's alpha값은 .74이었다.

4) 통증 측정도구

통증은 Meenan 등(1980)이 개발한 도구 (AIMS)의 통증척도를 본 연구자가 번역하여 사전조사를 거친 후 사용하였다. 각 문항에 대해 6점척도로 측정하고 점수범위는 4-24점이며, 점수가 높을수록 통증정도가 높음을 의미한다. 본 연구에서 Cronbach's alpha값은 .87이었다.

5) 신체적 기능장애 측정도구

신체적 기능장애 측정은 류마티스 관절염환자를 사정하기 위해 Fries 등(1980)이 개발하고 Kirwan과 Reeback(1986)이 수정한 일상활동상

의 어려움정도를 측정하는 도구(HAQ)를 본 연구자가 우리 실정에 맞는 표현으로 번역한 후 간호학 교수의 자문을 얻어 6개 문항을 첨가하여 총 26개 문항으로 수정한 도구를 사용하였다.

이 도구는 각 문항에 대해 4점척도로 측정하며, 점수범위는 26-104점이고 점수가 높을수록 신체적 기능장애정도가 높음을 의미한다. 본 연구에서 Cronbach's alpha값은 .97이었다.

4. 자료분석 방법

수집된 자료를 코딩 카드에 부호화한 후에 Statistical Analysis System(SAS)를 이용하여 전산통계 처리하였으며 대상자의 일반적 특성과 연구변인에 대해 서술적 통계를 산출했고 일반적 특성과 우울의 관계 그리고 연구 변인들간의 관계를 확인 하기 위해서 t-test, One-way ANOVA 및 Pearson Correlation Coefficient로, 대상자의 우울에 영향을 미치는 예측변인을 확인하기 위해 Stepwise Multiple Regression으로, 가설검정을 위한 제 변수들간의 관계는 Pearson Correlation Coefficient와 Stepwise Multiple Regression으로 각각 분석하였다.

IV. 연구결과

1. 류마티스 관절염환자의 일반적 특성

대상자의 연령은 평균 41.17세였으며 성별분포는 여자가 80.4%였고 남녀비가 약 1 : 4.95였다. 학력은 고졸이상이 72.4%를 차지하였으며 질병기간은 평균 6.95년이었고 3-6년이 34.1%로 가장 많았다. 대상자의 평균 입원기간은 6.1주였다. 과거 치료방법수는 평균 3.63가지였고 현재 치료방법수의 평균은 1.24가지였다.

2. 연구변인의 평균 및 점수범위

대상자의 우울정도는 최저 1점, 최고 50점으로

평균 21.4점이었다. 사회적 지지정도는 최저 61 점, 최고 157점으로 평균 121.6점으로 나타나 이는 류마티스 관절염환자를 조사한 김상미(1990)의 결과인 평균 120.8점과는 동일하였으나 정학명(1994)의 연구에서 나타난 116.8점보다는 약간 높은 경향이었다. 생활사건정도는 최저 0점, 최고 34점으로 평균 6.4점이었으며, 대상자의 24.8%가 생활사건을 전혀 경험하지 않은 것으로 나타났다. 통증정도는 최저 4점, 최고 24점으로 평균 16.1점이었는데 이는 Brown 등(1989)의 결과인 평균 13.99점보다는 약간 높은 경향이었다. 신체적 기능장애정도는 최저 26점, 최고 104점으로 평균 54.2점이었는데 이와 유사한 도구를 사용한 타 연구들의 결과와 비교하기 위해 이 평균점수를 100점으로 환산하면 36.2점인데 이는 100점만점으로 환산한 정학명(1994)의 30.2점보다는 높았으나 홍정주(1989)의 47.6점보다는 낮은 경향이 있었다<표 1>.

<표 1> 연구변인의 평균 점수 및 점수범위

변 인	점수 범위	평균(표준편차)	최저	최고
우 울	0- 60	21.4(10.26)	1	50
사회적 지지	40-160	121.6(20.41)	61	157
생활사건	0- 72	6.4(7.00)	0	34
통 증	4- 24	16.1(5.27)	4	24
신체적 기능장애	26-104	54.2(17.43)	26	104

3. 류마티스 관절염환자의 우울 예측변인

우울에 대한 사회적 지지의 순수한 효과검정을 위해서는 우울에 영향을 미치는 다른 변인들을 통제해야 된다. 그러므로 우울에 대한 대상자의 일반적 특성이나 연구변인들의 관계를 확인하기 위해 t-검정, 일원 분산분석 및 Pearson Correlation Coefficient로 분석한 결과에서 우울과 유의한 관계가 나타났던 변수들 즉 성별($t=2.26, p=.025$), 학력수준($r=.189, p=.006$), 현재 치료방법 수($r=.201, p=.003$), 생활사건, 통증, 신체적 기능장애 및 사회적 지지를 예측변인으로

하여 단계적 다회귀분석으로 분석하였다<표 2>. 그 결과 우울에 유의한 영향을 주는 예측변인은 사회적 지지, 신체적 기능장애, 생활사건 및 통증으로 나타났다.

따라서 저자는 생활사건과 우울의 관계에 대한 사회적 지지의 기능검정에는 통증과 신체적 기능장애를 공변수로 처리하였으며, 통증과 우울의 관계에 대한 사회적 지지의 기능검정에는 생활사건과 신체적 기능장애를 공변수로 처리하였고 신체적 기능장애와 우울의 관계에 대한 사회적 지지의 기능검정에는 생활사건과 통증을 각각 공변수로 처리하였다.

<표 2> 우울의 예측변인

변 인	Beta	R ²	F	P
사회적 지지	-.283	.319	99.25	.0001
신체적 기능장애	.225	.463	56.51	.0001
생활사건	.453	.549	39.97	.0001
통 증	.290	.563	6.92	.0091

4. 가설 검정

본 연구에서 스트레스원인 생활사건, 통증 및 신체적 기능장애와 우울의 관계 그리고 사회적 지지가 우울에 미치는 직접효과와 사회적 지지가 생활사건, 통증 혹은 신체적 기능장애정도를 완화시키는 완충효과에 대한 가설의 검정결과는 다음과 같다.

1) 제 1가설

“류마티스 관절염환자의 생활사건정도가 높을수록 우울정도는 높을 것이다”를 검정하기 위하여 Pearson Correlation Coefficient로 분석한 결과 생활사건과 우울정도간에 정상관($r=.49, p=.0001$)을 나타내어 생활사건정도가 높을수록 우울정도도 높아지는 것을 의미하므로 제 1가설은 지지되었다<표 3>.

2) 제 2가설

“류마티스 관절염환자의 통증정도가 높을수록

우울정도는 높을 것이다”를 검정하기 위하여 Pearson Correlation Coefficient로 분석한 결과 통증과 우울정도간에 정상관($r=.44, p=.0001$)을 나타내어 통증정도가 높을수록 우울정도도 높아지는 것을 의미하므로 제 2가설은 지지되었다(표 3).

〈표 3〉 연구 변인간의 상관관계

변 인	생활사건	통 증	신체적 기능장애	사회적 지지
사회적 지지	-.22 (.0007)	-.18 (.0069)	-.15 (.0293)	
우 울	.49 (.0001)	.44 (.0001)	.46 (.0001)	-.56 (.0001)

장애정도가 높을수록 우울정도도 높아지는 것을 의미하므로 제 3가설은 지지되었다(표 3).

4) 제 4가설

“류마티스 관절염환자의 사회적 지지정도가 높을수록 우울정도는 낮을 것이다”를 검정하기 위하여 우울의 유의한 예측변인으로 나타난 생활사건, 통증 및 신체적 기능장애(표 2)를 공변수로 처리하여 단계적 다회귀분석으로 분석한 결과 우울에 대한 사회적 지지의 주효과가 유의한 것($F=84.52, p=.0001$)으로 나타났는데 이는 생활사건, 통증 및 신체적 기능장애와 같은 스트레스 정도와 무관하게 사회적 지지정도가 높아짐에 따라 우울 정도가 낮아지는 것이므로 제 4가설은 지지되었다(표 4).

〈표 4〉 우울에 대한 사회적 지지의 기능

단계	변 인	Beta	R ²	F	P
1	공변수		.386	44.11	.0001
	생활사건	.546			
	통 증	.383			
	신체적 기능장애	.148			
2	사회적 지지	-.219	.563	84.52	.0001

5) 제 5가설

“류마티스 관절염환자의 생활사건과 우울정도의 관계는 사회적 지지정도에 따라 차이가 있을

3) 제 3가설

“류마티스 관절염환자의 신체적 기능장애정도가 높을수록 우울정도는 높을 것이다”를 검정하기 위하여 Pearson Correlation Coefficient로 분석한 결과 신체적 기능장애와 우울정도간에 정상관($r=.46, p=.0001$)을 나타내어 신체적 기능

것이다”를 검정하기 위하여 통증과 신체적 기능장애를 공변수로 처리하여 단계적 다회귀분석을 하였다(표 5). 그 결과 생활사건($F=35.39, P=.0001$)과 사회적 지지($F=94.02, P=.0001$)는 모두 우울에 대한 주효과가 유의한 것으로 나타났으나, 생활사건과 사회적 지지의 상호작용효과는 유의하지 않았다($F=.29, P=.5928$). 이는 생활사건정도가 높아짐에 따라 우울이 증가되고 사회적 지지정도가 높아짐에 따라 우울이 감소되나 생활사건정도에 따라서 우울에 미치는 사회적 지지의 효과가 달라지지 않는다는 것을 의미하므로 사회적 지지가 류마티스 관절염환자의 생활사건 정도와 무관하게 우울감소에 유의한 영향을 미치는 직접효과가 있다고 볼 수 있다. 따라서 제 5가설은 기각되었다.

〈표 5〉 생활사건과 우울의 관계에 대한 사회적 지지의 기능

단계	변 인	Beta	R ²	F	P
1	공 변 수		.261	37.17	.0001
	통 증	.528			
	신체적 기능장애	.179			
2	사회적 지지(A)	-.245	.489	94.02	.0001
3	생활사건(B)	.426	.563	35.39	.0001
4	A * B	-.002	.564	.29	.5928

6) 제 6가설

“류마티스 관절염환자의 통증과 우울정도의 관

계는 사회적 지지정도에 따라 차이가 있을 것이다”를 검정하기 위하여 생활사건과 신체적 기능장애를 공변수처리하여 단계적 다회귀분석을 하였다<표 6>. 그 결과 통증(F=6.93, P=.0091)과 사회적 지지(F=87.31, P=.0001)는 모두 우울에 대한 주효과가 유의한 것으로 나타났으며, 통증과 사회적 지지의 상호작용효과는 8%수준에서 유의하여(F=3.19, p=.0755) 완충효과를 나타냈다.

사회적 지지의 순수한 직접효과는 사회적 지지의 통계적 주효과는 있으나 상호작용효과가 없을 때를 말하는데 본 연구결과와 같이 통증과 사회적 지지의 상호작용의 존재하에서의 주효과의 의미는 애매모호하므로 높거나 낮은 통증정도하에서 사회적 지지가 우울에 어떤 유의한 효과를 지니는가를 파악하기 위해서 추가분석을 하였다. 즉 통증정도의 중앙치를 중심으로 통증정도가 높은 군과 낮은 군으로 나누어 각 군에서 사회적 지지와 우울의 관계를 확인하기 위해 Pearson Correlation Coefficient로 분석하였다<표 7>. 그 결과 사회적 지지와 우울의 관계는 통증정도가 높은 군

($r = -.649, P = .0001$)이나 낮은 군($r = -.446, P = .0001$)에서 모두 유의한 관계가 있는 것으로 나타났다. 따라서 통증정도가 높고 사회적 지지정도가 낮을 때 우울이 증가되는데 사회적 지지정도를 높여줌으로써 우울을 감소시킬 수 있다는 것이므로 제 6가설은 지지되었다.

7. 제 7가설

“류마티스 관절염환자의 신체적 기능장애와 우울 정도의 관계는 사회적 지지정도에 따라 차이가 있을 것이다”를 검정하기 위하여 통증과 생활사건을 공변수처리하여 단계적 다회귀분석을 하였다<표 8>. 그 결과 신체적 기능장애(F=17.49, P=.0001)와 사회적 지지(F=80.74, P=.0001)는 모두 우울에 대한 주효과가 유의한 것으로 나타났으며, 또한 신체적 기능장애와 사회적 지지의 상호작용효과도 유의한 것으로 나타났다(F=5.69, P=.0180).

이와 같이 통계적으로 유의한 주효과와 상호작용효과가 함께 있는 결과일 때 통계적인 주효과는 단순히 유의한 상호작용효과의 가공물로서 발생할 수 있으므로 본 연구결과가 사회적 지지의 순수한 완충효과인지를 확인하는 과정 즉 낮은 신체적 기능장애군에서는 우울에 대한 사회적 지지의 유의한 효과가 없는지를 확인하는 과정이 필요하다.

따라서 신체적 기능장애정도의 중앙치를 중심으로 신체적 기능장애정도가 높은 군과 낮은 군으로 나누어 각 군에서 사회적 지지와 우울의 관계를 확인하기 위해 Pearson Correlation Coefficient로 추가분석을 하였다<표 7>. 그 결과 사회적 지지와 우울의 관계가 신체적 기능장애가 높은 군($r = -.657, P = .0001$)이나 낮은 군($r = -.484, P = .0001$)에서 모두 유의한 관계가 있는 것으로 나타났다. 본 연구결과는 신체적 기능장애가 높은 군이 낮은 군보다 사회적 지지와 우울의 관계가 더 높게 나타났으나 신체적 기능장애가 낮은 군에서도 유의하였으므로 이는 우울에 대한 사회적 지지의 순수한 완충효과만이 있는 것이 아니

<표 6> 통증과 우울의 관계에 대한 사회적 지지의 기능

단계	변인	Beta	R ²	F	P
1	공변수		.361	59.62	.0001
	생활사건	.588			
	신체적 기능장애	.209			
2	사회적 지지(A)	-.225	.548	87.31	.0001
3	통증(B)	.290	.563	6.93	.0091
4	A * B	-.008	.571	3.19	.0755

<표 7> 통증과 신체적 기능장애정도에 따른 사회적 지지와 우울의 상관관계

변인	구분	상관계수	P
통증	높은군	-.649	.0001
	낮은군	-.446	.0001
신체적 기능장애	높은군	-.657	.0001
	낮은군	-.484	.0001

라 직접효과와 완충효과의 혼합효과가 있음을 의미한다. 따라서 신체적 기능장애정도가 높고 사회적 지지정도가 낮을 때는 우울이 높게 나타나게 되는데 사회적 지지정도를 높여줌으로써 우울정도를 감소시킬 수 있다는 것으로 제 7가설은 지지되었다.

<표 8> 신체적 기능장애와 우울의 관계에 대한 사회적 지지의 기능

단계	변인	Beta	R ²	F	P
1	공변수		.344	55.48	.0001
	생활사건	.586			
	통증	.647			
2	사회적 지지(A)	-.222	.527	80.74	.0001
3	신체적 기능장애(B)	.138	.563	17.49	.0001
4	A * B	-.003	.575	5.69	.0180

V. 논 의

1. 류마티스 관절염환자의 생활사건, 통증 및 신체적 기능 장애와 우울의 관계

본 연구에서 대상자의 생활사건정도가 높을수록 우울정도가 높았으며, 이 생활사건정도가 우울을 예측한 것으로 나타난 결과는 Creed 등(1990)의 연구에서 류마티스 관절염환자의 재정, 부부관계 및 사회적 접촉의 문제로 측정된 스트레스가 정신적 장애를 가장 잘 설명했다는 결과나 현 생활양식에 대한 만족(Frank et al., 1988)과 경제적인 어려움(Hawley & Wolfe, 1988; Newman et al., 1989)이 우울을 예측하는 것으로 나타났던 결과들과 일치한다고 여겨지나 이 연구들이 모두 생활사건을 체계적으로 측정하지는 않았다. 그리고 류마티스 관절염환자의 생활사건과 우울의 관계를 파악한 연구들은 거의 없었지만 이들의 일상생활 스트레스가 통증과 가장 강한 관계가 있었고(Parker et al., 1988) 정서적 긴장을 야기하는 사건들이 관절염증상의 악화와 관계가 있었으며(Rimon, 1969; Shochet et al.,

1969), 생활사건 빈도와 그 사건의 어려움 정도가 높을수록 이들의 불안정도가 높았다는 Crosby(1988)의 결과를 종합해 보면 이 환자들의 생활사건은 우울을 직접 초래할 수도 있지만 통증 등의 다른 증상들을 악화시킴으로써 우울을 초래할 수 있음을 보여주므로 이는 본 결과와 유사한 결과로 여겨진다.

류마티스 관절염환자의 통증정도가 높을수록 우울정도가 높았으며, 통증이 우울을 예측한 것으로 나타난 본 연구결과는 통증과 우울의 측정방법에 따라 이 두 변인간의 크기는 다양했으나 거의 모든 연구에서 통증이 많을수록 우울이 높았던 결과들(Fitzpatrick et al., 1991; Frank et al., 1988; Maruta et al., 1989; Mindham et al., 1981; Nicassio et al., 1985; Peck et al., 1989; 문미숙, 1994)과 일치하였다. 이는 또한 통증이 우울의 유의한 예측인자로 나타난 결과들(Brown et al., 1989; Fifield et al., 1991; McDaniel et al., 1986; Smith et al., 1991; 홍정주, 1990)과 일치하여 통증이 우울의 원인적 요소임을 알 수 있었다.

본 연구에서 통증이 우울을 야기하는 중요한 스트레스원임이 확인되었고 이 환자들의 2/3정도가 통증을 가장 중요한 증상으로 여기고 있는데(Gibson & Clark, 1985; Mckenna & Wright, 1985) 이 통증감소를 위한 투약이 일시적으로 효과적이라면 통증으로 인한 우울발생은 불가피하다고 여겨지므로 무엇보다도 통증이 있을 때 우울에 빠지지 않도록 하는 중재요인의 역할이 크며 우울감소를 위한 중재가 필요하다고 본다.

본 연구에서 신체적 기능장애가 많을수록 우울이 높았고 신체적 기능장애의 우울에 대한 설명력이 통증이나 생활사건보다도 가장 높게 나타났다. 이런 결과는 류마티스 관절염환자의 신체적 기능장애와 우울이 정상관으로 나타났던 결과들(Chandarana et al., 1987; Fitzpatrick et al., 1988; Fitzpatrick et al., 1991; Hawley & Wolfe, 1988; Manne & Zaurtra, 1989;

Mindham et al., 1981 ; Nicassio et al., 1985 ; Peck et al., 1989 ; Shearn et al., 1984 ; 정학명, 1994 ; 홍정주, 1990)과 일치하였으며, 신체적 기능장애가 우울을 설명하는 가장 중요한 예측인자로 나타났던 결과(Brown et al., 1989 ; Newman et al., 1989)들과도 일치하여 신체적 기능장애가 우울을 초래하는 가장 중요한 원인적 요인이라 할 수 있다.

이와 같이 본 연구에서 스트레스원인 생활사건, 통증 및 신체적 기능장애가 모두 우울과 관련이 있는 주요 예측변인으로 나타나 사회적 지지의 직접효과와 완충효과검정에 필요한 조건이 충족된 것으로 여겨진다.

2. 류마티스 관절염환자의 우울에 작용하는 사회적 지지기능

본 연구에서 사회적 지지정도가 높을수록 우울이 낮았던 결과는 비지지적 행위정도로 측정된 문제성 지지가 낮을수록(Revenson et al., 1991), 지지자원에 대한 비지지성 인정도가 낮을수록(Wineman, 1990) 그리고 도구적 지지의 비유용성 인지정도가 낮을수록(Smith et al., 1991) 우울이 낮게 나타난 결과들과 일치하였으며, 절친한 애착관계나 친구, 이웃, 동료와의 관계인 확산관계의 유용성과 적절성인지정도가 높을수록(Henderson et al., 1981, 1986 ; Fitzpatrick et al., 1988, Fitzpatrick et al., 1991), 사회적 지지에 대한 만족감이 높을수록(Lambart et al., 1989) 우울이 낮았던 결과들과도 일치하였다. 기존연구의 결과들에 의하면 류마티스 관절염 환자들은 지지자원의 유용성인지와 불만족감 그리고 이들에 대한 비지지적인 행위정도가 우울에 더 많은 영향을 미칠 수 있으므로 문제되는 지지정도를 파악하여 이를 감소시키는 것이 우울감소에 기여할 것이다.

본 연구에서 류마티스 관절염환자의 생활사건, 통증 및 신체적 기능장애정도에 무관하게 사회적 지지정도가 높을수록 우울이 감소된다는 사회적

지지의 직접효과가 확인되었으므로 사회적 지지정도를 높여줌으로써 우울정도를 감소시킬 수 있는 효과적인 중재요인으로 사회적 지지를 적용할 수 있을 것이다. 이같은 결과는 사회적 지지가 심리적 안녕에 유익한 사회 심리적 개념이라는 여러 학자들의 주장을 뒷받침해 주고 있다.

본 연구에서 사회적 지지가 우울에 대한 가장 중요한 예측요인으로 나타났고 우울을 감소시키는 중재요인으로 확인되었으므로 우울을 예측했던 기존연구들의 사회적 지지내용을 중심으로 사회적 지지의 중재방안을 생각해 보고자 한다. 첫째, 류마티스 관절염환자의 횡단적 연구에서는 확산관계의 적절성(Fitzpatrick et al., 1991)이나 유용성(Fitzpatrick et al., 1988 ; Newman et al., 1989)이 우울을 예측하였고 종단적 연구에서는 애착관계와 확산관계의 적절성만이 우울을 예측할 수 있어 특히 확산관계의 중요성이 두드러졌다. 이를 통해서 류마티스 관절염환자의 82.4%가 사회적 관계의 문제를 호소하였던 바와 같이(Blalock et al., 1993) 이 환자들이 기능장애나 이 질병과 관련된 다른 어려움들에 의해 사회적 접촉과 덜 친밀한 관계유지에 장애가 오기 때문에 이런 관계가 우울에 더 큰 영향을 미칠 수 있음을 알 수 있으므로 덜 친밀한 관계의 유지·증진에 중점을 두어야 한다. 따라서 유사한 생활스트레스에 직면하고 있는 자들로 구성된 자조집단 등의 새로운 지지망을 조성하는 중재가 중요할 것으로 사료된다. 둘째, Revenson 등(1991)의 연구에서 친밀한 지지망으로부터 받는 문제성 지지가 긍정적 지지와 무관하게 우울의 예측요인으로 나타났고 애착관계의 적절성만이 그 이후의 우울정도에 영향을 미쳤으며(Fitzpatrick et al., 1991), 남편의 부정적인 지지(Manne et al., 1989)나 가족지지(홍정주, 1989)가 우울을 설명하였으므로 이들이 우울에 빠지지 않도록 하기 위해서는 배우자나 가족 등 애착관계의 적절성과 이에 대한 만족감의 역할도 중요함을 알 수 있었다. 그러나 류마티스 관절염환자가 받는 애착관계의 지지정도는 다른 환자와 다르지 않았다는 보고들

(Henderson et al., 1981 ; Earle et al., 1979)을 고려해 보면 간호중재는 애착관계로부터 받는 지지정도를 증가시키기보다는 그들의 문제성 지지를 감소시키는 것이 우울감소에 도움이 될 것이다. 그러므로 가족들에게 환자를 격려하고 정서적 지지제공이나 환자의 자존심을 손상하지 않는 도구적 도움을 제공하도록 훈련시키는 중재가 필요할 것으로 사료된다. 셋째, Lanza 등(1991)과 Revenson 등(1991)의 연구에서는 배우자로부터의 정서적 지지와 의료전문가로부터의 문제중심 지지(실체적인 지지)가 류마티스 관절염환자들에게 가장 유익한 것으로 인지되었으므로 치료에 관해 의료인과 효과적인 의사소통을 함으로써 정보와 문제해결에 도움이 되는 지지를 제공받을 수 있고 환자가 자신의 스트레스를 긍정적으로 평가하도록 돕는 전문적 지지집단의 조성이 필요할 것으로 사료된다.

본 연구의 생활사건과 우울의 관계에 대한 사회적 지지의 기능검정에서 생활사건정도가 높을수록 우울정도가 높아지고 사회적 지지정도가 높을수록 우울정도가 감소된다는 우울에 대한 생활사건이나 사회적 지지의 직접효과가 있었다. 그러나 생활사건이 우울에 미치는 직접적인 효과를 완화함으로써 우울을 감소시키는 사회적 지지의 완충효과는 없었다. 이러한 결과는 사회적 통합기능을 측정하는 사회적 관계의 유용성과 적절성(Henderson et al., 1980 ; Henderson, 1981 ; Patrick et al., 1986)이나 배우자와의 신뢰관계(Brown et al., 1975 ; Paykel et al., 1980)로 측정된 사회적 지지가 완충효과를 나타낸 결과들과 차이가 있었다. 또한 본 결과는 본 연구와 유사한 다차원적인 기능적 지지로 사회적 지지를 측정한 연구들(Cohen & Hoberman, 1983 ; Wilcox, 1981 ; 오경옥, 1990)이 우울에 대한 완충효과를 나타낸 결과들과도 차이가 있었다. 이와 같이 사회적 통합기능, 구체적인 기능적 지지 및 배우자 등의 신뢰자로부터 받는 지지는 대부분 생활사건과 우울의 관계에 대해 완충효과가 있었는데 이와 다르게 본 결과에서 완충효과가 나타나지

않았던 이유를 Cohen과 Wills(1985)이 언급했던 사회적 지지모형검정에 필요한 특성들에 비추어 생각해 본다면 첫째, 완충효과의 적절한 검정에는 광범위한 생활사건정도를 지닌 표본이 바람직하지만 본 연구대상자의 1/4정도가 생활사건을 전혀 경험하지 않았고 또한 경험한 생활사건정도도 낮아서 그 점수분포가 동질집단의 경향을 보이는 방법론적인 문제였을 수 있다. 둘째, 본 연구의 생활사건과 사회적 지지 측정시간의 역상관 관계가 있었으므로 어느정도의 혼동문제가 있었을 것이다. 즉 생활사건과 사회적 지지의 측정내용간에 중복이 없는 연구들에서는 모두 완충효과가 있었으며(Cohen & Hoberman, 1983 ; Habif & Lahey, 1980 ; Paykel et al., 1980), 이 두변인의 측정도구간에 명백한 중복이 있는 연구들(Aneshensel & Frerichs, 1982 ; Dean & Ensel, 1982)에서는 완충효과를 나타내지 않았으므로 본 결과는 이런 경향들과 일치한다고 볼 수 있겠다.

따라서 류마티스 관절염환자의 생활사건과 우울의 관계에 대한 사회적 지지의 완충효과가 있는지를 재확인하기 위해서는 신뢰성있는 생활사건 측정도구개발과 아울러 방법론적인 문제점들을 해결하는 반복연구가 이루어져야 할 것이다.

통증과 우울의 관계에 대한 사회적 지지의 기능검정에서 통증정도가 높을수록 우울정도가 높아지고 사회적 지지정도가 높을수록 우울정도가 감소된다는 우울에 대한 통증이나 사회적 지지의 직접효과가 각각 있었으며, 또한 통증이 우울에 미치는 직접적인 영향을 완화시키는 사회적 지지의 완충효과도 있었다. 이러한 결과는 Brown 등(1989)의 연구에서 류마티스 관절염환자의 관절통정도에 관계없이 모든 환자에서 지지정도가 높을수록 우울정도가 낮게 나타나 지지의 직접효과를 보였고 또한 높은 통증정도를 지니고 있고 가족과 친구로부터 받은 정서적 지지에 대한 만족감이 낮은 환자군에서 우울이 가장 높았다는 것으로 크지않은 완충효과가 있었다는 결과와 일치하였다.

특히 본 연구에서 사회적 지지가 통증이 우울에 미치는 직접적인 영향을 완화시킨다는 완충효과가 나타났던 결과는 류마티스 관절염환자의 통증정도가 심할수록 사회적 관계정도가 낮았던 결과(Fitzpatrick et al., 1991)나 환자들이 통증을 피하기 위해서 활동의 범주를 제한함으로써 긍정적 강화자원에의 접근이 줄어들고 우울에 빠지게 된다는 Fordyce(1976)의 주장처럼 이 환자들의 통증이 심한 경우에 사회적 지지결여가 발생하므로 사회적 지지가 적다고 느끼는 사람은 통증을 더 많이 느낄 수 있고 통증의 인지는 사회적 지지의 지각에 의해 영향을 받을 수 있다는 것을 시사해 주고 있다. 그러므로 통증이 심한 경우에 지지중재를 제공하는 것이 이들의 통증이 우울에 미치는 영향을 완화시킴으로써 우울감소에 더 효과적인 일 것으로 사료된다.

신체적 기능장애와 우울의 관계에 대한 사회적 지지에 기능검정에서 신체적 기능장애가 높을수록 우울이 높아지고 사회적 지지가 높을수록 우울이 감소된다는 우울에 대한 신체적 기능장애와 사회적 지지의 직접효과가 각각 있었으며, 신체적 기능장애가 우울에 미치는 직접적인 영향을 완화시킴으로써 우울을 감소시키는 사회적 지지의 완충효과도 있었다. 이러한 결과는 Affleck 등(1988)의 연구에서 신체적 기능이 가장 낮고 사회적 지지에 불만이 많은 군이 사회심리적 적응이 낮게 나타나 완충효과를 보인 결과나 류마티스 관절염환자의 신체적 기능장애정도와 사회적 지지가 우울에 대한 직접효과만 나타났던 결과들(Fitzpatrick et al., 1988; Revenson et al., 1991)과 부분적으로 일치되었다고 여겨지나 두 연구에서 모두 완충효과가 없었던 결과와는 차이가 있었다.

Fitzpatrick 등(1988)의 연구에서 친구나 이웃과 같은 확산관계의 유용성이 신체적 기능장애와 우울의 관계에 대한 완충효과가 없었던 이유를 생각해 본다면 본 연구에서는 예측변수인 기능장애와 사회적 지지가 연속변수로 측정, 분석되었으나 이 연구에서는 모두 범주형자료였고 사회적 지지

의 기능검정시 혼란변수들의 통제기법을 사용하지 않았던 방법론적 문제였을 수 있다. 왜냐하면 많은 연구자들이 예측변인이나 종속변인을 연속변수로 측정하지만 이를 2분화 혹은 3분화하여 범주형 분석절차를 사용함으로써 자료의 통계력을 감소시키고 그 집단에 존재하는 사회적 지지의 효과의 가능성을 감소시킬 수 있었기 때문이다(Cohen & Wills, 1985).

Revenson 등(1991)의 연구에서 가족이나 친척 등의 친밀한 지지망으로부터 받는 긍정적 지지나 문제되는 지지가 질병심각성 지수와 우울의 관계에 대한 완충효과가 없었던 이유를 들어보면 첫째, 본 연구에서는 류마티스 관절염환자가 지각한 대인관계적 지지정도를 측정하였으나 이 연구에서는 이 환자들의 지지문제와 관계가 없는 친밀한 지지망의 지지정도를 측정했기 때문일 수 있다. 왜냐하면 Cohen과 Mckay(1984)도 제공되는 지지자원이 스트레스원으로 야기된 대처요구에 맞을 때만 그 스트레스에 대한 완충기능이 가능하다고 하였는데 문헌상 류마티스관절염환자들의 친밀한 지지망의 지지정도는 일반집단과 유사하였으며(Henderson et al., 1981), 기능장애가 더 심한 집단이 친밀한 관계의 감소나 이에 대한 더 적은 만족을 나타내지 않았고 질병심각성과 가족의 이해정도간에 관계가 없었던 결과들(Earle et al., 1979)에 의하면 친밀한 관계가 기능장애에 의해 위협받는다고 생각되지 않기 때문이다. 둘째, 사회적 지지의 두가지 효과의 비교검정시에는 최소한 대상자의 기능장애와 사회적 지지정도가 각각 낮거나 높은 두가지 수준이 있어야 하는데 이 연구대상자는 본 연구대상자와 달리 류마티스 관절염의 초기환자들로서 대부분이 보통이상의 긍정적인 지지정도나 아주 낮은 문제되는 지지정도를 나타내 이들의 지지요구상의 문제가 거의 없다고 여겨지며, 또한 기능장애수준도 기능장애가 전혀 없거나(32%) 하나 혹은 그이상의 관절에 움직임제한(49%)이 있는 정도의 작은 기능장애정도였으므로 모형검정에 필요한 자료상의 기본적인 조건이 갖추어져 있지 않았을 수 있다. 셋

째, 완충효과는 측정된 사회적 지지가 직면한 스트레스에 적합할 때 나타나게 되는데 본 연구의 대인관계적 지지기능은 다차원적이므로 환자들의 스트레스에 적합하다고 여겨진다. 그러나 이 연구에서는 기능장애를 관절강직, 움직이거나 누를 때 통증여부, 전체적인 증상인지 및 기능적 능력을 종합한 스트레스로 측정했지만 사회적 지지는 통증이 있을 때 실제로 받은 지지를 측정하기 때문일 수 있다. 넷째, 완충효과 검증시에 필요한 조건인 스트레스와 우울의 상관관계를 보면 본 연구의 신체적 기능장애와 우울은 상관이 있었으나 이 연구에서는 기능장애로 측정할 질병심각성 지수와 우울이 관계가 없었기 때문일 수 있다.

류마티스 관절염환자들은 기능장애가 심할수록 친구나 이웃관계의 적절성과 유용성이 감소되어 (Fitzpatrick et al., 1988, 1991) 사회적 결속유지가 어렵게 된다(Reisine, Goodenow, & Grady, 1987). 그리고 비공식적인 사회적 조직과 같은 지지자원이 기능장애자들의 회복과 관계가 있었고(Smith, 1979) 정서적 친밀감정도보다는 사회적 접촉이 우울과 강한 관계(Patrick et al., 1986)를 나타냈으므로 기능장애가 심한 경우에 이들의 애착관계보다는 친구나 아는 사람의 관계에 대한 지지요구가 증가되므로 본 연구에서 신체적 기능장애가 우울에 미치는 직접적인 영향을 사회적 지지가 완화시킴으로써 우울을 감소시키는 완충효과가 나타났던 결과는 당연한 사실이라고 여겨진다. 따라서 류마티스 관절염환자들은 질병 특성상 신체적 기능장애를 지니고 있어서 도움이 많이 필요하게 되므로 사회적 지지중재를 통해서 우울발생을 예방하고 우울을 감소시킬 수 있음이 본 연구결과를 통해서 확인되었으므로 간호중재 계획시 활용할 수 있을 것이다.

3. 류마티스 관절염환자의 우울

본 연구결과에서 류마티스 관절염환자의 우울 정도는 총 60점중 평균 21.4점이었고 본 저자가 사용한 우울 측정도구인 CES-D의 개발자인

Radloff(1977)가 정한 임상적 우울의 절단점인 16점이상인 대상자의 비율은 68.9%로 나타나 많은 환자들이 상당한 정도의 우울을 경험하고 있었다. 이 결과는 동일한 도구로 측정한 정학명(1994)의 결과와 유사하였으나 외국의 조사들(Blalock et al., 1988; Brown et al., 1989; Devins et al., 1992; Revenson et al., 1991; Stein et al., 1988)과는 차이가 있었다. 즉 이 조사들에서 류마티스 관절염환자가 주요우울장애(16>CES-D)를 나타낸 비율범위는 34%에서 46.3%까지였고 평균 우울점수의 범위는 11.6점에서 15.8점으로 나타나 국내 류마티스 관절염환자들의 우울정도가 더 높았다. 그리고 Radloff(1977)의 연구에서 건강한 지역사회표본의 평균이 7.94점에서 9.25점이었고 이들의 임상적 우울의 비율이 15%에서 19%로 나타난 결과와 비교해 보면 류마티스 관절염환자가 정상인보다 우울정도가 훨씬 더 높음을 알 수 있었다.

이와 같이 우리나라 류마티스 관절염환자가 외국의 경우보다 일관성있게 우울정도를 높게 나타냈는데 본 연구에서 대상자가 과거나 현재에 사용한 치료방법수가 많을수록 우울이 높게 나타난 결과를 함께 생각해 보면 이 결과는 환자들이 질병 특성상 증상을 완화시키기 위해 병원치료 뿐만 아니라 한방치료, 민간 및 자가요법 등의 여러가지 치료방법들(홍정주, 1990; 김명자 등, 1990)에 의존하고 있는 우리의 현 실정을 잘 반영한다고 볼 수 있다. 왜냐하면 본 대상자가 여러가지 치료법들을 사용해도 치료가 안되어 종합병원에 내원하는 환자들이고 환자관리상 짧은 진료시간으로 신체적 증상관리에 치중하고 있을 뿐 이들의 요구충족이 어려운 실정이기 때문에 우울을 더 많이 경험하게 될 것이다. 그러므로 우리 환경에서 우울을 초래하는 가능한 요인들을 파악하는 연구와 아울러 이 환자들의 치료를 위한 정보제공 등의 체계적인 환자관리가 필요한 것으로 사료된다.

우울과 관계가 있는 변인을 인구사회학적 특성면에서 보았을 때 대상자의 성별이나 학력수준에 따라 우울정도에 유의한 차이가 있어 남성이 여성

보다 그리고 대졸이상군이 중졸이하나 고졸군보다 우울이 더 낮게 나타났으나 우울의 유의한 예측요인은 아니었다. 이런 결과는 여성이 남성보다 우울이 높다는 보고들(Creed et al., 1990; Fitzpatrick et al., 1988; Frank et al., 1988; Newman et al., 1989)과 학력수준이 우울과 관계가 있다는 연구들(Hawley & Wolfe, 1988; Revenson et al., 1991) 그리고 성별과 학력수준(Brown et al., 1989; Newman et al., 1989)이 우울의 예측요인이 아니었던 결과들과(Frank et al., 1988)과는 일치되었으나 성별(Newman et al., 1989)과 교육수준(Parker et al., 1989)이 예측요인으로 나타난 결과들과는 차이가 있었다.

이와 같이 류마티스 관절염환자의 인구사회학적 특성과 우울의 관계는 일관성이 없었는데 이는 대상자의 우울이외의 다른 질병상태나 우울측정도구의 차이때문인 것으로 여겨진다.

VI. 결론 및 제언

1. 결 론

본 연구는 류마티스 관절염환자의 우울에 미치는 사회적 지지의 직접효과와 생활사건, 통증 및 신체적 기능장애와 우울의 관계에 미치는 사회적 지지의 완충효과를 확인하기 위해 1995년 9월 4일부터 9월 16일까지 서울시 소재 일개 대학부속 병원 류마티스 클리닉에 치료를 받기 위해 내원한 류마티스 관절염환자 214명을 대상으로 자료수집을 하였다.

연구도구는 우울측정도구, 대인관계적 지지의 지각척도인 사회적 지지 측정도구, 생활사건 측정도구, AIMS의 통증측정도구 및 신체적 기능장애 측정도구가 사용되었다.

자료분석은 SAS를 이용하였으며, 일반적 특성과 우울의 관계 그리고 연구 변인들간의 관계를 확인하기 위해서 t-test, One-way ANOVA 및 Pearson Correlation Coefficient로 분석하였고 가설검정을 위한 제 변수들간의 관계는

Pearson Correlation Coefficient 및 Stepwise Multiple Regression으로 분석하였다.

연구결과는 다음과 같다

1. 류마티스 관절염환자의 생활사건정도가 높을수록($r=.49, P=.0001$), 통증정도가 높을수록($r=.44, P=.0001$) 그리고 신체적 기능장애정도가 높을수록($r=.46, P=.0001$) 우울정도도 각각 높았다. 류마티스 관절염환자의 사회적 지지정도가 높을수록 우울 정도는 낮았다($F=84.52, P=.0001$).
2. 류마티스 관절염환자의 생활사건과 우울정도의 관계는 사회적 지지정도에 따라 유의한 차이가 없었으며($F=.29, P=.5928$), 통증과 우울정도의 관계는 사회적 지지정도에 따라 유의한 차이가 있었고($F=3.19, P=.0755$) 신체적 기능장애와 우울 정도의 관계는 사회적 지지정도에 따라 유의한 차이가 있었다($F=5.69, P=.0180$).
3. 류마티스 관절염환자의 우울에 영향을 미치는 예측변인은 사회적 지지, 생활사건, 통증 및 신체적 기능장애였다.
4. 류마티스 관절염환자의 우울은 사회적 지지와 역상관 관계($r=-.56, P=.0001$)였고 사회적 지지는 생활사건($r=-.22, P=.0007$), 통증($r=-.18, P=.0069$), 신체적 기능장애($r=-.15, P=.0293$)와 각각 역상관 관계를 나타냈다.
5. 대상자의 일반적 특성과 우울정도의 관계분석에서는 우울정도가 여성이 남성보다 더 높았으며($t=2.26, P=.025$), 학력수준($r=.189, P=.006$)이나 현재 치료방법수($r=.201, P=.003$)와 각각 정상관 관계를 나타냈다.

본 연구결과를 통해서 류마티스 관절염환자의 생활사건, 통증 및 신체적 기능장애에 의해 유발된 우울에 미치는 사회적 지지의 직접효과 그리고 통증이나 신체적 기능장애가 우울에 미치는 직접적인 영향을 사회적 지지가 완화시킴으로써 우울을 감소시키는 완충효과가 확인되었으므로 사회적 지지가 이 환자들의 우울감소를 위한 바람직한

간호중재임을 알 수 있었고 이는 간호중재상황의 예측에 적용될 수 있다고 본다.

2. 제 언

본 연구결과를 토대로 다음과 같이 제언한다.

1. 류마티스 관절염환자의 스트레스와 우울의 관계를 중재하는 사회적 지지이외의 자아존중감, 자기효능감 등의 심리적 변인을 포함시켜서 사회적 지지의 효과를 확인해 볼 것을 제언한다.
2. 스트레스와 사회적 지지의 함수로 발생하는 우울의 변화에 초점을 두으로써 생활사건과 우울의 관계에 미치는 사회적 지지의 효과에 대한 더 확실한 증거를 제공할 수 있는 종단적 연구를 할 것을 제언한다.
3. 류마티스 관절염환자의 생활사건과 우울의 관계가 있으므로 생활스트레스 요인의 어려움정도를 줄임으로써 우울을 감소시킬 수 있는 중재영역을 확인하는데 도움이 되기 위해서는 타당하고 신뢰성있는 생활사건측정을 할 것을 제언한다.
4. 류마티스 관절염환자의 통증이나 신체적 기능장애정도가 높은 경우에 사회적 지지가 우울을 감소시키는 완충효과가 확인되었으므로 이를 기반으로 한 유사실험설계를 통해 사회적 지지 제공이 우울감소에 미치는 효과를 확인해 볼 것과 류마티스 관절염의 질병기간과 단계에 따라 이 환자들의 대처내용이 달라지므로 이에 필요한 지지의 종류와 정도를 파악할 수 있는 조사연구를 제언한다.

참 고 문 헌

- 김명자, 송경애(1990). 류마티스양 관절염환자의 불편감, 자기존중감, 성격 및 삶의 만족도간의 관계연구. 대한간호학회지, 20(2), 185-188.
- 김상미(1990). 만성 관절염 환자의 정신건강 관련요인에 관한 연구. 한양대학교 행정대학원 석사학위 논문.

- 문미숙(1994). 만성 관절염환자의 동통, 불편감, 우울과 대응양상과의 관계. 한양대학교 대학원 석사학위논문.
- 오경옥(1990). 정신질환자와 일반 성인의 사회적 지지, 생활사건, 우울의 관계에 관한 비교연구. 연세대학교 대학원 박사학위논문.
- 이은옥, 김주희, 박정숙, 최순희, 김종임, 서순림, 은영, 유경희, 김옥희, 최경숙(1993). 류마티스 관절염환자의 질병상태, 통증 및 우울의 인과성 탐색. 성인간호학회지, 5(1), 56-71.
- 이평숙(1984). 생활사건과 관계된 스트레스량 측정에 관한 방법론적 연구. 연세대학교 대학원 박사학위논문.
- 서문자(1989). 편마비 환자의 퇴원후 적응상태와 관련요인에 대한 분석적 연구. 서울대학교 대학원 박사학위논문.
- 정학명(1994). 류마티스 관절염환자의 신체적 기능장애정도에 관한 연구. 전남대학교 대학원 석사학위논문.
- 홍정주(1990). 만성 관절염 환자의 통증행위와 우울 정도에 관한 연구. 한양대학교 대학원 석사학위논문.
- Affleck, G., Pfeiffer, C., Tennen, H., & Fifield, J.(1988). Social support and psychosocial adjustment to rheumatoid arthritis. Arthritis Care Res, 1, 71-77.
- Affleck, G., Tennen, H., Urrows, S., & Higgins, P.(1991). Individual differences in the day-to-day experience of chronic pain : A prospective daily study of rheumatoid arthritis patients. Health Psychol, 10(6), 419-426
- Anderson, K. O., Bradley, L. A., Young, L. D., McDaniel, L. K., & Wise, C. M. (1985). Rheumatoid arthritis : Review of psychological factors related to etiology, effects and treatment.

- Psychol. Bull, 98, 358–387.
- 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.
- Aneshensel, C. S., & Frerichs, R. R.(1982). Stress, support, and depression : A longitudinal causal model. Journal of Community Psychology, 10, 363–376.
- Blalock, S. J., DeVellis, B. M., DeVellis, R. F., & Sauter, S. V. H.(1988). Self-evaluation processes and adjustment to rheumatoid arthritis. Arthritis Rheum, 31, 1245–1251.
- Blalock, S. J., DeVellis, B. M., Holt, K. & Hahn, P. M.(1993). Coping with rheumatoid arthritis : Is one problem the same as another?. Health Education Quarterly, 20(1), 119–132
- Brown, G. W., Bhrolchain, M. N., & Harris, T.(1975). Social class and psychiatric disturbance among women in an urban population. Sociolot, 9, 225–254.
- Brown, G. K., Nicassio, P. M., & Wallston, K. A.(1989). Pain coping strategies and depression in rheumatoid arthritis. J Consult Clin Psychol, 57(5), 652–657.
- Brown, G. K., Wallston, K. A., & Nicassio, P. M.(1989). Social support and depression in rheumatoid arthritis : A one-year prospective study. J Applied Soc Psychol, 19, 1164–1181.
- Buckwalter, K. C., & Babich, K. S.(1990). Psychologic and Physiologic aspects of depression. Nursing Clinics of North America, 25(4), 945–954.
- Buescher, K. L., Johnston, J. A., Parker, J. C., Smarr, K. l., Buckelew, S. K., & Walker, S. E.(1991). Relationship of self-efficacy to pain behavior. The Journal of Rheumatology, 18(7), 968–972.
- Chandarana, P. C., Eals, M., Steingart, A. B., Bellamy, N., & Allen, S.(1987). The detection of psychiatric morbidity and associated factors in patients with rheumatoid arthritis. Can J Psychiatry, 32, 356–361.
- Cohen, S., & Hoberman, H.(1983). Positive events and social supports as buffers of life change stress. Journal of Applied Social Psychology, 13, 99–125.
- Cohen, S., & McKay, G.(1984). Social support, stress and the buffering hypothesis : A theoretical analysis. In A. Baum, J. E. Singer & S. E. Taylor (Eds.). Handbook of Psychology and Health, 4(pp. 253–267). Hillsdale, NJ : Erlbaum.
- Cohen, S., & Willis, T. A.(1985). Stress, social support and the buffering hypothesis. Psychological Bulletin, 98(2), 310–357.
- Creed, F.(1990). Psychological disorder in rheumatoid arthritis : A growing consensus. Annals of the Rheumatic Diseases, 49, 808–812.
- Crosby, L. J.(1988). Stress factors, emotional stress and rheumatoid arthritis disease activity. Journal of Advanced Nursing, 13, 452–461.
- Creed, F., Murphy, S., & Jayson, M. I. V. (1990). Measurement of psychological disorders in rheumatoid arthritis. J

- Psychosom Res., 34, 79-87.
- Dawes, R. M.(1969). Interaction effects in the presence of asymmetrical transfer. Psychological Bulletin, 71, 55-57.
- Dean, A., & Ensel, W. M.(1982). Modelling social support, life events, competence and depression in context of age and sex. Journal of Community Psychology, 10, 392-408.
- Deyo, R., Inui, T., Leininger, J., & Overman, S.(1982). Physical and psychosocial function in rheumatoid arthritis. Archs Intern Med., 142, 879-882.
- Devins, G. M., Edworth, S. M., Guthrie, N. G., & Martin, L.(1992). Illness intrusiveness in Rheumatoid arthritis : Differential impact on depressive symptoms over the adult lifespan. Journal of Rheumatology, 19(5), 709-715.
- Earle, J., Perricone, P., Maultsby, D., Perricone, N., Turner, R. and Davis, J. (1979). Psychosocial adjustment of rheumatoid arthritis patients from two alternative treatment settings. J. Rheum., 6, 80-87.
- 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. Sci. Med., 33, 605-611.
- Fitzpatrick, R., Newman, S., Lamb, R., & shipley, M.(1988). Social relationships and psychological well-being in rheumatoid arthritis. Soc. Sci. Med., 27, 399-403.
- Fordyce, W. E.(1976). Behavioral Methods for Control of Chronic Pain and Illness. St. Louis, MO : Mosby.
- Frank, R. G., Beck, N. C., Parker, J. C., Kashani, J. H., Elliott, T. R., Haut, A. E., Smith, E., Atwood, C., BrownLee-Duffeck, M., & Kay, D. (1988). Depression in rheumatoid arthritis. J Rheumatol, 15, 920-925.
- Fries, J. F., Spitz, P., Guy, K. R., & Holman, H. R.(1980). Measurement of patient outcome in arthritis. Arthritis Rheum, 23, 137-145.
- Gipson, T., & Clark, B.(1985). Use of simple analgesics in rheumatoid arthritis. Ann Rheum Dis, 44, 27-29.
- Goodenow, C., Reisine, S. T., & Grady, K. E.(1990). Quality of social support and associated social and psychological functioning in women with rheumatoid arthritis. Health Psychol, 3, 266-24.
- Hawley, D. J., & Wolfe, F.(1988). Anxiety and depression in patients with rheumatoid arthritis : A prospective study of 400 patients. J Rheumatol, 15, 932-941.
- Henderson, S.(1981). Social relationships, adversity and neurosis : An analyses of prospective observations. British Journal of Psychiatry, 138, 391-398.
- Henderson, S., Byrne, D., Duncan Jones, P., & Scott, R.(1980). Social relationships, adversity and neurosis : A study of associations in a general population sample. British Journal of Psychiatry, 136, 354-583.
- Henderson, S., Graycon, D., Scott, R. (1986). Social support, dementia and

- depression among the elderly living in the Hobart Community. Psychol. med., 16, 379-390.
- House, J. S., & Kahn, R. L.(1985). Measures and concepts of social support, In S. Cohen, & S. L. Syme(Eds). Social support and health. New York : Academic Press.
- Hudson, J. I., Hudson, M. S., Pliner, L. F., Goldenberg, D. L., & Pope, H. G. (1985). Fibromyalgia and major affective disorder : A controled phenomenology and family history study. Am J Psychiatry, 142, 441-446.
- 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.
- Kirwan, J. R., & Reeback, J. S.(1986). Stanford Health Assessment Questionnaire modified to assess disability in British patients with rheumatoid arthritis. British Journal of Rheumatology, 25, 206-209.
- Krol, B., Sanderman, R., Suurmeijer, Th., Doeglas, D., Rijswijk, M. V., & Leeuwen, M. V.(1994). Disease characteristics, level of self-esteem and psychological well-being in rheumatoid arthritis patients. Scand J Rheumatol, 23, 8-12.
- Lambert, C. E., Jr., & Lambert, V. A. (1987). Hardiness : Its development and relevance to nursing. Image, 19, 92-95.
- Lanza, A. F., & Revenson, T. A.(1993). Social support interventions for rheumatoid arthritis patients : The cart before the horse?. Health Edeucation Quarterly, 20(1), 97-117.
- Lanza, A. F., Schiaffino, K. M., Cameron, A. E., & Revenson, T. A.(1991). Determinants of helpful and unhelpful support for rheumatic disease patients. Paper presented at the Annual Meetings of the American Psychological Association, San Francisco, CA.
- Liang, M., Rogers, M., Larson, M., Eaton, H., Murawski, B., Taylor, J., Swafford, J, & Schur, P.(1984). The psychosocial impact of systemic lupus erythematosus and rheumatoid arthritis. Arthritis and rheumatism, 27, 13-19.
- Lin, N.(1986). Modeling the effects of social support, life events and depression. In N. Lin, N. Dean, & W. M. Ensel(Eds.). (pp. 173-209).
- Lorig, K., Chastain, R. L., Ung, E., Shoor, S. & Holman, H. R.(1989). Development and evaluation of a scale to measure perceived self-efficacy in people with arthritis. Arthritis and rheumatism, 32(1), 37-44.
- Manne, S. L., & Zautra, A. J.(1989). Spouse criticism and support : Their association with coping and psychological adjustment among women with rheumatoid arthritis. J Pers Soc Psychol, 56, 608-617.
- Maruta, T., Vatterott, M. K., & McHardy, M. J.(1989). Pain management as a antidepressant : Longterm resolution of painassociated depression. Pain, 36, 335-337.
- Mason, J. H., Anderson, J. J., & Meenan, R. F.(1988). A model of health status for rheumatoid arthritis. Arthritis Rheumatism, 31(6), 714-720.

- 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, 24, 165-184.
- McFarlane, A. C., & Brooks, P. M. (1988). An analysis of the relationship between psychological morbidity and disease activity in rheumatoid arthritis. Journal of rheumatology, 15(6), 926-931.
- McKenna, F., Wright, V. (1985). Pain and rheumatoid arthritis. Ann Rheum Dis, 44, 805.
- Meenan, R. F., Gertman, P. A., & Mason, J. H. (1980). Measuring health status in arthritis. Arthritis and Rheumatism, 23(2), 146-152.
- Meenan, R. F., Yelin, E. H., Nevitt, M., & Epstein, W. V. (1981). The impact of chronic disease: A sociomedical profile of rheumatoid arthritis. Arthritis and Rheumatism, 24, 544-549.
- Mindham, R. H. S., Bagshaw, A., James, S. A. & Swannell, A. J. (1981). Factor associated with the appearance of psychiatric symptoms in rheumatoid arthritis. Journal of psychosomatic research, 25(5), 429-435.
- Murphy, S., Creed, F., & Jayson, M. I. V. (1988). Psychiatric disorder and illness behaviour in rheumatoid arthritis. British journal of rheumatology, 27, 357-363.
- Newman, S. P., Fitzpatrick, R., Lamb, R., & Shipley, M. (1989). The origins of depressed mood in rheumatoid arthritis. J Rheumatol, 16, 740-744.
- Nicassio, P. M., Wallston, K. A., Callahan, L. F., Herbert, M., & Pincus, T. (1985). The measurement of helplessness in rheumatoid arthritis: The development of the Arthritis Helplessness Index. J Rheumatol, 12, 462-467.
- Parker, J., Frank, R., Beck, N., Finan, M., Walker, S., Hewett, J. E., 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: Implications for rheumatoid arthritis. Arthritis Rheum, 32, 984-990.
- Parker, J. C., Frank, R. G., Beck, N. C., Smarr, K. L., Buescher, K. L., Phillips, L. R., Smith, E. I., Anderson, S. K., & Walker, S. E. (1988). Pain management in rheumatoid arthritis patients: A cognitive-behavioral approach. Arthritis Rheum, 31, 593-601.
- Patrick, D. L., Morgan, M., & Charlton, J. R. H. (1986). Psychosocial support and change in the health status of physically disabled people. Printed in Great Britain. Soc Sci Med, 22(12), 1347-1354.
- Paykel, E. S. (1974). "Life Stress and Psychiatric Disorder ed. by B. S. Dohrenwend, P. Dohrenwend", Stressful life events: Their nature and effects. New York: John Wiley and Sons.
- Paykel, E. S., Emms, E. M., Fletcher, J., & Rassaby, E. S. (1980). Life events and social support in puerperal depression. British Journal of Psychiatry, 136, 339-346.

- Peck, J. R., Smith, T. W., Ward, J. R., & Milano, R.(1989). Disability and depression in rheumatoid arthritis : A multi-trait, multi-method investigation. Arthritis and Rheumatism, 32 (9), 1100-1106.
- Radloff, L.(1977). The CES-D Scale : A self-report depression scale for research in the general population. Appl Psychol Measurement, 1, 385-401.
- Radojevic, V., Nicassio, P. M., & Weisman, M. H.(1992). Behavioral intervention with and without family support for rheumatoid arthritis. Behav Ther, 23, 13-30.
- Reis, H. T.(1984). Social interaction effects in the presence of asymmetrical transfer. Psychological Bulletin, 71, 55-57.
- Reisine, S., Goodenow, C. & Grady, K. (1987). The impact of rheumatoid arthritis on the homemaker. Soc Sci Med, 25, 89-96.
- Revenson, T. A. & Cameron, A. E., Lanza, A. F.(1991). Perceived helpfulness of patient-provider support transactions : Findings from two studies. Paper presented at the National Scientific Meeting of the Arthritis Health Professions Association. Boston, MA.
- Revenson, T. A. & Majerovitz, D. M. (1991). The effects of illness on the spouse : Social resources as stress buffers. Arthritis Care Research, 4, 63-72.
- Rimon, R(1969). A psychosomatic approach to rheumatoid arthritis : A clinical study of 100 female patients. Acta Rheum. Scand. Suppl. 13, 1-154.
- Rimon, R.(1974). Depression in rheumatoid arthritis : Prevalence by self-report questionnaire and recognition by nonpsychiatric physicians. Ann Clin Res, 6, 171-175.
- Romano, J. M. & Turner, J. A.(1985). Chronic pain and depression : Does the evidence support a relationship? Psychol Bull, 97, 18-34.
- Schaefer, C., Coyne, J. C., & Lazarus, R. S.(1981). The health-related function of social support. Journal of Behavioral Medicine, 4, 381-406.
- Shearn, M., A., & Fireman, B. H.(1984). Stress management and mutual support groups in rheumatoid arthritis. American Journal of Medicine, 76, 771-775.
- Shochet, B. R., Lisansky, E. T., Schubart, A. F., Fiocco, V., Kurland, S., & Pope, M.(1969). A medical-psychiatric study of patients with rheumatoid arthritis. Psychosomatics, 10, 271.
- Skevington, S. M.(1986). Psychological aspects of pain in rheumatoid arthritis : A review. Social Science and Medicine, 23(6), 567-575.
- Smith, C. A., Dobbins, C. J., & Wallston, K. A.(1991). The mediational role of perceived competence in psychological adjustment to rheumatoid arthritis. Journal of Applied Social Psychology, 21(15), 1218-1247.
- Stein, M. J., Wallston, K. A., Nicassio, P. M.(1988). Factor structure of the arthritis Helplessness Indexes. J Rheumatol, 15, 427-432.
- Wilcox, B. L.(1981). Social support, life stress, psychological adjustment : A test of the buffering effect. American Journal of Community Psychology, 5

(6), 386.

Williams, A., Ware, J., & Donald, C. (1981).

A model of mental health, life events and social supports applicable to general populations. J Hlth Soc Behav, 22, 324-336.

Wineman, N. M. (1990). Adaptation to multiple sclerosis: The role of social support, functional disability, and perceived uncertainty. Nursing research, 39(5), 294-299.

Zaphiropoulos, G., & Burry, H. C. (1974). Depression in rheumatoid disease. Ann Rheum Dis, 33, 132-135.

- Abstract -

Function of Social Support on Depression of Patients with Rheumatoid Arthritis*

Choi, Soon Hee**

This study has been done for the purpose of determining whether the positive association between social support and depression is attributable to an overall beneficial effect of support (direct effect) or to a process of support protecting persons from adverse effects of stressors such as life events, pain or physical disability (buffering effect).

The sample consisted of 214 patients who were identified as the rheumatoid arthritis.

The instruments used in this study were Depression Scale (CES-D), Perceived Social Support Scale, Life Events Questionnaire, AIMS Pain Scale, and Physical Disability Scale.

The data were analysed by the use of t-test, ANOVA, Pearson Correlation Coefficient and Stepwise Multiple Regression.

The results of this study are summarized as follows:

1. The 1st hypothesis, "The higher the life events degree, the higher the depression degree" was supported ($r=.49$, $P=.0001$).
2. The 2nd hypothesis, "The higher the pain degree, the higher the depression degree" was supported ($r=.44$, $P=.0001$).
3. The 3rd hypothesis, "The higher the physical disability degree, the higher the depression degree" was supported ($r=.46$, $P=.0001$).
4. The 4th hypothesis, "The higher the social support degree, the lower the depression degree" was supported ($F=84.52$, $P=.0001$).
5. The 5th hypothesis, "There will be different in the relationship between the degrees of life events and depression according to social support degree" was rejected ($F=.29$, $P=.5928$).
6. The 6th hypothesis, "There will be different in the relationship between the degrees of pain and depression according to social support degree" was supported ($F=3.19$, $P=.0755$).
7. The 7th hypothesis, "There will be different in the relationship between the degrees of physical disability and depression according to social support degree" was supported ($F=5.69$, $P=.018$).

* Doctoral Dissertation, Graduate School Yonsei University.

** Professor, Department of Nursing Chonnam National University.

8. The predictive variables for depression were the degrees for social support, life events, pain, and physical disability.
9. The depression degree showed a inverse correlation with social support degree ($r = -.56$, $p = .0001$). The social support degree showed a inverse correlation with the degrees of life events ($r = -.22$, $p = .0007$), pain ($r = -.18$, $p = .0069$) and phisical disability ($r = -.15$, $p = .0293$).
10. The depression degree showed significant differences in the variables of sex ($t = 2.26$, $p = .025$), educational level ($r = .189$, $P = .006$) and the number of treatment method ($r = .201$, $P = .003$).

In conclusion, it was found that social support had the direct effect on depression and the buffering effect in each relationship between degrees of pain or physical disability and depression in patients with rheumatoid arthritis. So the researcher thinks that it is effective that nurses should provide these patients with social support to reduce depression in cases of having severe pain or physical disability.

Key words : Rheumatoid arthritis,
Depression, Social support, Life events,
Pain, Physical disability.