

지체장애인의 주관적 건강, 사회적 지지 및 자아통제감이 우울에 미치는 영향

김 계 하*·김 옥 수**·김 정 희*

I. 서 론

1. 연구의 필요성

산업재해와 교통사고를 비롯한 각종 사고, 그리고 의학의 발전과 같은 다양한 요인으로 인하여 장애인구가 점차 증가하고 있다. 한국보건사회연구원의 조사에 따르면 1995년 장애인 수는 100만 명 이상으로 추정되었으며(Jung, Kweon & Kye, 1995), 2002년 한국지체장애인협회에 등록된 장애인 수는 약 125만 명으로 그 수가 증가되었음을 알 수 있다. 장애 유형별로 볼 때 지체장애는 74만 명 정도로 가장 많은 비율을 차지하고 있다(Korea Association of Persons with Physical Disabilities, 2002).

장애인은 신체적, 정신적 장애로 인하여 장기간에 걸쳐 일상생활 또는 사회생활에서 상당한 제약을 받는 자이다. 지체장애인은 절단장애, 관절기능장애, 지체기능장애, 변형 및 단축이 있는 자를 의미하는데 이들은 육체적 불편과 더불어 정신적, 사회적으로도 위축될 가능성이 크다. Han(2001)의 연구에 의하면 지체장애인들은 후천적인 장애로 인한 충격과 좌절로 괴로워하며 일부 대상자들은 자살을 시도해 본 경험이 있는 것으로 나타

났다. 따라서 지체장애인들은 일반인들보다 더 높은 정도의 우울을 경험할 것으로 예상된다. 그러나 지금까지 우리나라의 지체장애인에 대한 연구는 사회복지나 기능손실로 인한 기능장애, 또는 재활 치료, 사회적 장애평가 등에 관한 연구들이 대부분으로 간호학적인 측면의 연구는 자기수행정도, 주관성, 방문간호사업 평가, 재활 동기 측정도구 등에 관한 논문(Han, 2001; Jung, 1998; Kim, 1986; Yoo, 2001) 외에는 거의 없는 실정이다. 따라서, 우울에 영향을 미치는 요인을 찾아보고 이러한 요인들이 어떠한 경로를 통해 우울로 전이되는지를 통합적으로 살펴보는 것은 중요하다고 보여진다.

신체 일부, 기능, 자아상, 자신감의 상실로 인해 우울이 유발될 수 있는데(Borwell, 1997), 이것은 개인이 자신의 삶에 중요한 영향력을 발휘할 수 있다고 믿는 자아통제감과 중요한 관련이 있는 것으로 보고되어진다(Lee et al., 2002). 자아통제감이란 어려움을 직면했을 때 적용할 수 있는 가치로 동경, 희망 없음과 대조되며 개인의 운명을 개척하기 위해 열심히 일하고자 하는 동기를 부여하는 심리적 요인이다(Seligman, Kwak & Kim, 1996). 이러한 자아통제감은 우울에 영향을 미칠 수 있을 것으로 사료된다.

또한 신체 기능장애, 만성적인 건강문제가 있을 때 우

* 이화여자대학교 간호과학대학 박사과정

** 이화여자대학교 간호과학대학 교수

투고일 2004년 3월 27일 심사외뢰일 2004년 3월 29일 심사완료일 2004년 5월 19일

울이 나타나는 것으로 알려져 있다(Lachman & Weaver, 1998). 그러나 건강에 대한 인식 또한 신체적 문제로 인하여 장기간에 걸쳐 일상생활, 사회생활에 상당한 제약을 받는 장애인에게는 매우 중요한 문제이며 선행연구를 통해 자신의 건강상태에 대한 주관적 평가가 좋을수록 우울 정도가 낮아지는 것으로 나타났다(Shin, 2001). 따라서 자신의 건강에 대한 인식은 우울과 관련이 있을 것으로 보인다.

노인을 대상으로 한 연구에서는 사회적 지지가 건강상태 인식과 유의한 관계가 있는 것으로 나타나(Nicholas & Leuner, 1999) 본 연구에서는 우울의 경로를 확인하기 위한 요인으로 주관적 건강, 사회적 지지, 자아통제감을 살펴보고자 한다.

2. 연구의 목적

본 연구의 목적은 지체장애인의 우울에 영향을 미치는 관련 요인을 살펴보고 이러한 요인들이 어떠한 경로를 거쳐서 우울에 영향을 미치는지를 살펴보고자 하는 것으로 구체적인 목적은 다음과 같다.

- 1) 대상자의 일반적 특성과 장애관련 특성을 알아본다.
- 2) 대상자의 주관적 건강, 사회적 지지, 자아통제감 및 우울 정도를 알아본다.
- 3) 대상자의 일반적 특성과 장애관련 특성에 따른 우울 정도를 알아본다.
- 4) 대상자의 우울 영향 요인을 경로분석한다.

3. 용어 정의

- 1) 지체장애인 : 선천적 또는 후천적 원인으로 인해 팔(손가락 포함)과 다리(발가락 포함), 그리고 척추의 기능장애를 가진 사람을 뜻하며 본 연구에서는 선천적 또는 후천적 원인으로 인해 팔이나 다리 또는 척추에 장애가 있어 장애인 복지법에 의해 1-6등급까지의 지체장애 판정을 받은 자들을 말한다. 1-3등급은 중증장애, 4-6등급은 경증장애를 의미한다.
- 2) 주관적 건강 : 자신의 건강에 대한 주관적인 평가를 말하는데 본 연구에서는 Ware와 Sherbourne(1992)가 개발하고 Koh, Chang, Kang, Cha와 Park(1997)이 번역한 36개 문항의 Short Form(SF-36) Health Survey Questionnaire 중 일반적 건강항목 5문항으로 측정된 점수이다.

- 3) 사회적지지 : 개인이 필요할 때 도움이나 감정이입을 제공받을 수 있다고 지각하는 믿음과 유용한 지지에 대한 개인의 만족으로(Sarason & Sarason 1985), 본 연구에서는 Sarason, Sarason, Shearin 및 Pierce(1987)에 의해 개발되고 Hong(1996)에 의해 번역된 사회적 지지 도구로 측정된 점수를 의미한다.
- 4) 자아통제감 : 자아통제감은 자기 자신의 통제하에서 자신의 삶의 변화를 고려하는 정도(Pearlin & Schooler, 1978)로써 본 연구에서는 Pearlin, Lieberman, Menaghan 및 Mullan(1981)이 개발하고 Kim, Lee와 Jeong(2000)이 번역한 Master Scale로 측정된 점수를 의미한다.
- 5) 우울 : 우울이란 정상적인 기분변화에서 병적인 상태에 이르는 근심, 침울감, 무기력감 및 무가치감을 나타내는 상태(Battle, 1978)로 본 연구에서는 Radloff(1977)가 개발하고 Chon과 Rhee(1992)가 번안한 한국판 CES-D(Center for Epidemiologic Studies Depression) Scale로 측정된 값을 의미한다.

II. 연구 방법

1. 연구대상자

본 연구의 대상자는 장애인복지법 제 2조에 의해 의사로부터 지체장애인으로 판정을 받은 자로서 선천적 또는 후천적 원인으로 인해 팔이나 다리 또는 척추에 장애가 있는 서울시 거주 지체장애인 74명을 대상으로 하였다. 대상자들은 연구의 목적을 이해하고 연구에 참여할 것을 동의한 만 20세~65세 이하의 남녀로 구성되어 있다.

2. 연구도구

- 1) 주관적 건강 : Ware와 Sherbourne(1992)이 개발한 36개 문항의 Short Form(SF-36) Health Survey Questionnaire 중 일반적 건강항목 5문항을 사용하였다. 각 문항은 건강에 가장 나쁜 영향을 미치는 항목을 1점으로 하여 최고 5점까지 평가하며 1, 3, 5번 문항은 가중치를 주어 계산하였다. 5문항 합산한 값이 15.09이며 이를 100점으로 환산하였다(Ware, 1993). 점수가 낮을수록 자신의 건강이 나쁘거나 앞으로 나빠질 것이라고 믿는 것이며 점수가 높을수록 자신의 건강이 좋다고 믿는 것을 의미한다.

Koh 등(1997)의 연구에서 Cronbach' α 는 .74였으며 본 연구에서의 Cronbach' α 는 .69였다.

- 2) 사회적 지지 : Sarason 등(1987)에 의해 개발된 도구를 사용하였다. 이 도구는 사회적 지지망의 크기 및 지지에 대한 만족 정도를 사정할 수 있는 문항으로 구성되어 있는데 사회적 지지망은 주어진 상황에서 정서적 지지를 위해 의지할 수 있는 사람을 각 문항마다 9명까지 열거할 수 있으며 지지에 대한 만족은 지지자들로부터 받은 지지의 질에 대해 '매우 불만족' 0점부터 '매우 만족' 6점까지의 6점 척도로 평가되었다. 점수가 높을수록 만족 정도가 높은 것을 의미한다. Sarason 등(1987)의 연구에서는 사회적 지지망의 크기에 대한 Cronbach's α 는 .90, 지지의 만족도에 대한 Cronbach's α 는 .92였고 본 연구에서의 사회적 지지망과 지지의 만족에 대한 Cronbach's α 는 각각 .91과 .93이었다.
- 3) 자아통제감 : Pearlin 등(1981)이 개발하고 Kim 등(2000)이 번역한 통제력 측정도구(Mastery scale)를 사용하였다. 이 도구는 총 7문항으로 5문항은 무력감, 2문항은 자아통제감에 관한 질문으로 구성되어 있다. 각 질문에 대해 '정말 그렇다(1점)'에서 '전혀 그렇지 않다(4점)'로 응답을 하도록 하였으며 자아통제감 문항은 역으로 계산하였다. 자아통제감 척도의 점수가 높을수록 자아통제력이 높은 것을 의미한다. 노인을 대상으로 한 Kim 등(2000)의 연구에서는 Cronbach's α 가 .75였고 본 연구에서의 Cronbach's α 는 .76이었다.
- 4) 우울 : Radloff(1977)에 의해 개발된 20문항의 CES-D를 사용하였다. 대상자들은 지난 한 달을 기준으로 1주일 동안 어떻게 느꼈는지에 대해 '거의 드물게(0점)', '때로(1점)', '상당히(2점)', '대부분(3점)'으로 응답을 하도록 하였으며 긍정적인 감정을 측정하는 문항은 역으로 점수화되었다. 가능한 총점은 0-60으로 점수가 높을수록 우울의 정도가 높은 것이며 16점 이상은 우울의 가능성이 있는 것을 의미한다. 따라서 본 연구에서는 16점 미만을 정상군, 16점 이상을 우울군으로 구분하였다. Chon과 Rhee(1992)의 연구에서 Cronbach's α 는 .89이었고 본 연구에서의 Cronbach's α 는 .88이었다.

3. 자료수집 방법 및 절차

자료수집기간은 2003년 7월부터 8월까지였으며 장애인 단체 연합회 및 장애인종합 복지관 등 지체장애자들과 연관이 있는 6개 기관의 협조 하에 기관을 방문중인 대상자들을 직접 찾아가 지체장애의 여부를 확인한 후 연구자가 연구의 목적이 포함되어 있는 설문지를 배부하고 동의를 구하였다. 본 연구의 참여에 동의하지 않을 경우 언제든지 철회할 수 있으며 모든 내용은 익명으로 처리됨을 설명하였다. 설문지 100부를 배부하였고 자료 분석에 이용된 최종 자료는 74부였다.

4. 자료분석 방법

수집된 자료는 SPSS 11.0 WIN을 이용하였으며 유의수준은 .05를 기준으로 하였다.

- 1) 대상자의 일반적 특성과 장애관련 특성을 알아보기 위해 기술통계를 구하였다.
- 2) 대상자들의 주관적 건강, 사회적 지지, 자아통제감 및 우울 정도를 알아보기 위해 기술통계를 구하였다.
- 3) 대상자의 일반적 특성과 장애관련 특성에 따른 우울 정도를 알아보기 위해 t-test와 ANOVA를 실시하였다.
- 4) 대상자의 우울에 영향을 미치는 요인을 분석하기 위해 path analysis를 실시하였다.

III. 연구 결과

1. 대상자의 일반적 특성과 장애관련 특성

대상자의 연령은 25세부터 65세까지로 분포하였으며 평균 연령은 45세였다. 이 중 50세 이상이 39.2%로 가장 많은 비율을 차지하였고 40대는 24.3%, 30대는 29.7%이었다. 성별로는 남자가 63.5%였으며 결혼상태에서는 기혼이 51.4%, 미혼이 39.2% 차지하였다. 종교는 기독교가 43.2%로 가장 많았다. 학력은 고졸이 50%이었으며 중졸 이하가 35.1%로 나타났다. 대상자의 수입은 100만원 미만이 70.3%로 대다수를 차지하였고 100-200만원 미만이 17.6%였다. 본인의 경제상태를 '다소 부족'이나 '매우 부족'으로 인식한 비율은 각각 33.8%, 32.4%인 것으로 나타났으며 직업이 없는 대상자는 68.9%였다.

장애부위는 하지가 45.1%로 가장 많았고 다음이 상지와 하지에 모두 장애가 있는 대상자는 32.4%이었다. 장애등급은 2급이 39.2%이었고 1급은 31.1%이었다. 장

애기간은 20년 이상이 45.9%로 가장 많았으며 장애발생 연령은 9세 이하가 40.5%, 40대는 18.9%, 20대가 16.2%인 것으로 나타났다. 장애원인은 질병으로 인한 것이 51.4%로 가장 많은 비율을 차지했고 사고와 선천적인 원인은 각각 37.8%, 10.8%이었다<Table 2, 3>.

2. 주관적 건강, 사회적 지지, 자아통제감 및 우울 정도

대상자의 주관적 건강은 평균 50.43으로 자신의 건강

을 보통 정도인 것으로 생각하였다.

사회적 지지의 지지망은 평균 1.62, 지지에 대한 만족은 4.35로 나타나 중간 이상 정도의 만족을 가지는 것으로 나타났다. 자아통제감의 평균은 18.37로 자아통제력이 중간 정도이었다. 대상자의 우울은 평균 22.23으로 나타났으며 우울군은 70%의 분포를 보여 정상군 30%보다 훨씬 더 높은 비율을 차지하였다<Table 1>.

3. 일반적 특성과 장애관련 특성에 따른 우울 정도

<Table 1> The level of depression and depression-related variables (N=74)

Variables	M±SD or n(%)	Observed score range	Possible score range
Subjective health	50.43±19.49	0-92	0-100
Social support			
Network	1.62± 1.39	0-9	0-9
Satisfaction	4.35± 1.15	2.17-6.0	1-6
Self-control	18.37± 4.21	8-28	7-28
Depression	22.23±10.32	4-52	0-60
No	21(30.0)		
Yes	49(70.0)		

<Table 2> The difference of depression according to the general characteristics (N=74)

Characteristics	Categories	n(%)	M±SD	F or t	p
Age(year)	20-29	5(6.8)	20.60± 5.46	.877	.458
	30-39	22(29.7)	21.86±11.17		
	40-49	18(24.3)	19.53±10.25		
	50-65	29(39.2)	24.52±10.32		
Gender	Male	47(63.5)	21.98±10.48	-.263	.793
	Female	27(36.5)	22.65±10.22		
Marital status	Married	38(51.4)	21.50± 8.85	.665	.518
	Unmarried	29(39.2)	22.11±10.47		
	Others	7(9.5)	26.43±16.38		
Religion	Christianity	32(43.2)	21.23±11.55	1.350	.266
	Catholicism	11(14.9)	20.30±10.10		
	Buddhism	9(12.1)	19.22± 7.84		
Education	Others	22(29.7)	25.86± 9.06	.013	.987
	Middle school or under	26(35.1)	22.52±12.18		
	High school	37(50.0)	22.08± 9.22		
Income (Ten-thousands won)	College or above	11(14.9)	22.09±10.50	2.772	.070
	<100	52(70.3)	24.15±10.15		
	100 - 199	13(17.6)	18.08± 7.17		
Economic status	≥200	9(12.2)	18.00±12.88	2.269	.089
	mostly Adequate	10(13.5)	16.11± 7.57		
	Adequate	15(20.3)	19.40± 9.22		
	mostly inadequate	25(33.8)	25.00±10.04		
Job	completely inadequate	24(32.4)	23.57±11.39	.100	.921
	Yes	23(31.1)	22.05±11.98		
	No	51(68.9)	22.31± 9.60		

<Table 3> The difference of depression according to the disabilities-related characteristics (N=74)

Characteristics	Categories	n(%)	M±SD	F or t	p
Affected site	Lower extremities	32(45.1)	19.41± 9.85	1.731	.170
	Upper extremities	11(15.5)	22.72± 6.83		
	Upper and lower extremities	23(32.4)	25.95±12.19		
	Spine	5(7.0)	22.00± 7.48		
Grade	I	23(31.1)	22.95±13.30	.062	.979
	II	29(39.2)	21.67± 9.06		
	III	15(20.3)	22.07± 7.78		
	IV, V, VI	7(9.5)	22.57±11.59		
Duration(year)	0 - 5	13(17.6)	20.77± 9.59	1.465	.232
	6 - 10	14(18.9)	20.92± 8.23		
	11 - 20	13(17.6)	18.25± 7.90		
	≥21	34(45.9)	24.84±11.76		
Age of onset(year)	0-9	30(40.5)	24.69±10.76	1.359	.252
	10-19	6(8.1)	15.80± 5.40		
	20-29	12(16.2)	21.58±12.12		
	30-39	7(9.5)	17.50± 8.92		
	40-49	14(18.9)	20.08± 8.69		
	≥50	5(6.8)	27.20± 9.52		
Cause	Congenital	8(10.8)	29.75± 9.24	2.576	.084
	Diseases	38(51.4)	20.86±10.13		
	Accidents	28(37.8)	21.81±10.27		

대상자의 일반적 특성과 장애관련 특성에 따라 우울에 유의한 차이를 나타내는 변수는 없었다<Table 2, 3>.

4. 우울 영향 요인 경로분석

본 연구에서 대상자의 우울에 영향을 미치는 요인은 주관적 건강과 자아통제감인 것으로 나타났다. 즉, 주관적 건강이 나쁠수록, 자아통제감이 낮을수록 대상자의 우울 정도가 증가하였다. 우울을 설명하기 위해 분석에 사용된 요인들의 설명력은 45.5%였다<Table 4>.

본 연구의 우울경로에서 중개변수인 자아통제감에 영

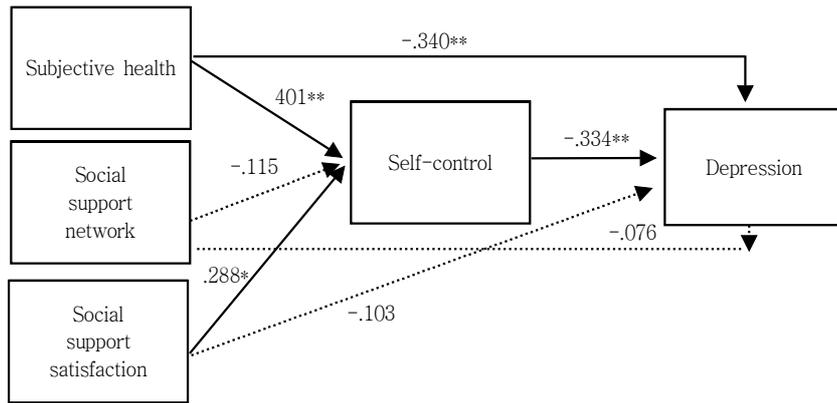
향을 미치는 요인으로는 주관적 건강과 사회적 지지의 만족인 것으로 나타났다. 즉, 주관적 건강이 나쁠수록, 사회적 지지에 대한 만족이 낮을수록 자아통제감이 낮아지는 것을 의미한다. 자아통제감을 설명하기 위해 사용된 요인들의 설명력은 30.1%이었다<Table 4>.

경로분석 결과는 <Figure 1>과 같다. 우울에 직접적인 영향을 미치는 요인으로는 주관적 건강($\beta=-.340$, $p=.006$)과 자아통제감($\beta=-.334$, $p=.004$)이었으며 주관적 건강은 자아통제감을 통해 우울에 간접적인 영향($\beta=-.134$)도 미치고 있음을 알 수 있다. 따라서 우울에 대한 주관적 건강의 총효과가 가장 큰 것으로 나타났다

<Table 4> The multiple linear regression analysis of depression (N=74)

Dependent variables	Independent variables	β	p
Depression		$R^2=.455$	$F=12.723$
	Self-control	-.334	.004**
	Subjective health	-.340	.006**
	Social support		
	Satisfaction	-.103	.396
	Network	-.076	.497
Self-control		$R^2=.301$	$F=9.041$
	Subjective health	.401	.002**
	Social support		
	Satisfaction	.288	.030*
	Network	-.115	.351

* $p < .05$, ** $p < .01$



<Figure 1> Path analysis on depression

($\beta = -.474$). 사회적 지지의 만족도는 우울에 직접적인 영향은 미치지 않고 자아통제감을 통해 간접적($\beta = -.096$)으로 우울에 영향을 미치는 것으로 나타났다.

IV. 논 의

본 연구결과 대상자의 주관적 건강은 평균 50.43인 것으로 나타났는데 대상자들은 자신의 건강을 중간 정도로 생각하고 있는 것을 의미한다. 이는 일반 직장인을 대상으로 한 Koh 등(1997)의 연구에서 제시된 58.2보다 더 낮은 결과이다. 즉, 지체장애인은 일반 직장인들보다 자신의 건강상태를 더 나쁘게 평가함을 알 수 있다. 자신의 건강이 좋지 않다고 지각하는 경우는 실제로 신체적으로 아픈 상태에 있는 경우가 많음(Smith, Shelly & Dennerstein, 1994)을 고려할 때 지체장애인을 위한 객관적인 건강상태를 확인하고 이에 대한 중재가 필요할 것으로 보인다.

대상자들의 사회적 지지망의 크기가 평균 1.61명으로 본 연구의 사회적지지 척도와 동일한 도구를 사용하여 조사한 Kim과 Kim(2001)의 연구에서 나타난 여대생 2.63명, 직장여성 2.17명보다 더 적었다. 그러나 지지에 대한 만족은 4.35로 나타나 대상자들이 인식하는 지지자의 수는 적지만 이들에 대한 만족은 중간 이상의 정도인 것을 알 수 있다.

자아통제감은 평균 18.4로써 외부에 압력에 대항하여 자신의 삶을 자신이 통제할 수 있다는 신념은 중간 정도인 것으로 나타났다. 이는 노인을 대상으로 한 Pruchno, Burant 및 Peters(1997)의 연구결과 17.9이었던 결과와 유사한 수준이다. 본 대상자들이 노인의

자아통제감 정도와 비슷한 정도임을 감안할 때 자신의 삶을 스스로 통제할 수 있는 신념을 높일 수 있는 간호 중재와 상담 및 교육이 필요하다고 여겨진다. 현재 타집단을 대상으로 한 자아통제감 연구는 부족한 실정이므로 추후에는 만장질환자나 재활자 등을 대상으로 하는 자아통제감 연구를 통해 지체장애인이 다른 질환자들과는 어떠한 차이가 있는지 비교하고 차이점을 극복하기 위해서는 어떻게 접근하는 것이 좋을지 조사할 필요가 있다.

대상자들 중 우울군은 70%로 높은 비율을 차지하였다. 이는 직장 여성들을 대상으로 한 연구에서 우울군이 66.9%(Kim & Kim, 2001)로 나타난 결과보다 약간 더 높은 결과이다. 또한 우울의 정도는 22.23으로 뇌졸중 환자의 우울 정도를 23.6으로 보고한 Seo(2003)의 결과와 비슷한 수준이다. 이는 지체장애인들의 우울 정도가 심각한 것을 보여주는 것이며 이들의 정신적, 심리적 건강 상태에 대해 간과해서는 안 될 것이다.

본 연구에서는 대상자의 일반적 특성과 장애관련 특성에 따른 우울의 정도에 차이가 없는 것으로 나타났는데 본 연구의 결과를 볼 때, 이러한 특성들은 주관적 건강이나 사회적 지지, 자아통제감을 통해 간접적으로 우울에 영향을 미칠 수 있을 것으로 보인다. 따라서 추후연구에서는 지체장애인들의 표본수를 좀 더 확대한 반복연구가 요구되며 변수들의 경로를 좀 더 정련시켜서 살펴본다면 또다른 결과를 얻을 수 있을 것으로 생각된다.

본 연구의 외생변수들 중 주관적 건강과 사회적 지지에 대한 만족도가 우울의 중개변수로 설정된 자아통제감에 유의한 영향을 미치는 것으로 나타났다. 즉 건강에 대한 주관적인 평가가 좋을수록, 그리고 지지에 대한 만족도가 높을수록 자아통제감이 높아졌다. 건강에 대한

지각이 좋을수록 자아통제감이 높아지는 것은 타 연구의 결과들(Lachman & Weaver, 1998; Pruchno et al., 1997)과 일치한다. 또한 사회적 지지에 대한 만족도가 자아통제감에 영향을 미치는 것으로 나타났는데 이는 지체장애인들이 사회적 지지자들의 수보다는 지지에 대한 만족감이 자아통제감에 영향을 주며 실제로 지체장애인에게 도움이 되는 것으로 보여진다. 따라서 지체장애인들의 자아통제감을 높이기 위해 만족할 만한 사회적 지지의 제공이 필요할 것으로 여겨지며 자신의 건강에 대해 긍정적으로 인식할 수 있도록 도와줄 필요가 있겠다.

대상자의 우울에는 주관적 건강과 자아통제감이 직접적인 영향을 미치는 것으로 나타났다. 이는 주관적 건강이 나쁠수록, 자아통제감이 낮을수록 우울의 정도가 높아지는 것으로 설명된다. 이는 타 연구들(Lachman & Weaver, 1998; Pruchno et al., 1997)에서 제시되어진 결과와 일치한다. 주관적 건강은 자아통제감을 통해 우울에 간접적인 영향도 미치는 것으로 나타나 다른 변수들보다 우울에 대해 가장 높은 영향력을 나타내었다. 즉, 자신의 건강이 좋지 않다는 인식은 자아통제감을 떨어뜨려 이는 결국 우울의 정도를 높이는 결과를 가져온다는 것으로 해석될 수 있다. 노인을 대상으로 한 선행 연구(Moon & Lee, 2001)에서 자신을 건강하다고 인식하는 대상자들이 긍정적인 건강행위를 하고 있는 것으로 보고한 바에 비추어 볼 때 주관적인 건강인식은 실질적인 건강과도 연관이 깊은 것을 알 수 있다. 결국 자신의 건강에 대한 주관적인 평가를 긍정적으로 하는 것이 우울을 낮추는데 큰 도움을 줄 수 있을 것으로 보여지며 따라서 대상자들의 건강에 대한 주관적 인식을 높여줄 수 있는 요인들을 찾아보는 것이 필요하다.

사회적 지지에 대한 만족은 우울에 직접적인 영향을 미치지 않으나 자아통제감을 통한 간접적인 효과가 있는 것으로 나타났는데 이는 사회적 지지에 대한 만족이 높을수록 자아통제감이 증가하고 이로 인해 우울 정도가 줄어드는 것을 의미한다. 결론적으로 사회적 지지는 직접적으로 우울에 영향을 미치는 것은 아니나 자아통제감을 향상시켜 우울을 낮추는 역할을 하는 것으로 나타났다. 따라서 사회적 지지에 대한 만족을 높이는 간호중재가 실시되어야 할 것이다. 그러나 본 연구에서 우울의 경로를 설명해 주는 설명력이 45.5%로 나타나 나머지 설명되지 않은 변수들을 조사할 필요가 있다.

V. 결론 및 제언

본 연구는 지체장애인의 우울에 영향을 미치는 변수들의 경로를 살펴보는 서술적 조사 연구로써 자료 수집은 2003년 7월부터 8월까지였다. 연구대상자는 장애인복지법에 의해 지체장애인으로 판정을 받은 서울시 거주 지체장애인 74명으로 하였다. 대상자의 주관적 건강을 측정하기 위해 Short Form(SF-36) Health Survey Questionnaire(Ware & Sherbourne, 1992)중 일반적 건강항목 5문항을 사용하였고, 사회적 지지를 측정하기 위해 Sarason 등(1987)에 의해 개발된 SSQ6 (Social Support Questionnaire)을 사용하였다. 자아통제감을 측정하기 위해 Mastery Scale(Pearlin et al., 1981)을 사용하였으며 우울의 정도를 측정하기 위해 Radloff(1977)에 의해 개발된 CES-D(Center for Epidemiologic Studies Depression)를 사용하였다.

자료분석은 기술통계와 t-test, ANOVA를 실시하였고 변수들이 우울에 미치는 영향을 분석하기 위해 경로분석을 실시하였다.

대상자는 자신의 건강을 보통 정도인 것으로 평가하고 있었으며 사회적 지지망의 수는 평균 1.61, 지지에 대한 만족은 중간 이상이였다. 자아통제감은 18.37로써 중간 정도의 자아통제감을 가지고 있었으며 대상자들의 70%가 우울한 것으로 나타났다.

주관적 건강은 우울에 직접적인 영향을 미칠 뿐만 아니라 자아통제감을 통한 간접적인 영향을 미쳐 우울에 가장 큰 영향을 미치고 있었다. 자아통제감은 간접적인 효과 없이 우울에 직접적인 효과만 미치는 것으로 나타났다. 사회적 지지에 대한 만족은 자아통제감을 거쳐 우울에 간접효과를 미쳤다.

본 연구의 결과를 근거로 볼 때 지체장애인은 주관적 건강이나 사회적 지지가 자아통제감을 통해 우울에 영향을 미친다. 따라서 이들의 우울을 관리할 때는 이러한 요인들을 먼저 사정하고 이를 교정해 줌으로써 우울 정도를 낮출 수 있는 프로그램이 마련되어야 할 것으로 보인다.

References

- Battle, J. (1978). Relationship between self-esteem and depression. *Psychol Rep*, 42, 745-746.

- Borewill, B. (1997). Psychological consideration of stoma care nursing. *Nurs Stan*, 11(48), 49-55.
- Chon, K. K., & Rhee, M. K. (1992). Preliminary development of Korean version of CES-D. *Korean J Clin Psychol*, 11(1), 65-76.
- Han, H. S. (2001). *Development of an instrument to measure the motivation for rehabilitation in the disabled*. Published doctoral dissertation. Hanyang University of Korea, Seoul.
- Hong, O. K. (1996). *Antecedents and health-related consequences of loneliness in older Korean immigrants*. Unpublished doctoral dissertation. University of Nebraska Medical Center, Nebraska.
- Jung, K. W., Kweon, S. J., & Kye, H. B. (1995). *The registration state of persons with disabilities in 1995*. Korean Institute for Health and Social Affairs.
- Jung, M. S. (1998). *An inquiry into subjectivity of disability cognition in the physically disabled*. Unpublished doctoral dissertation, Hanyang University, Seoul.
- Kim, M. H., Lee, K. L., & Jeong, S. D. (2000). A path analysis on depression among the elderly. *J Korean Gerontol Soc*, 20(3), 211-226.
- Kim, O. S., & Kim, K. H. (2001). Social support, depression, drinking and smoking in college and working females. *J Korean Acad Adult Nurs*, 13(3), 363-372.
- Kim, Y. I. (1986). Analytic studies on self-care activities and social activities of physically disabled person. *J Korean Acad Nurs*, 16(2), 63-69.
- Koh, S. B., Chang, S. J., Kang, M. G., Cha, B. S., & Park, J. K. (1997). Reliability and validity on measurement instrument for health status assessment in occupational workers. *Korean J Prev Med*, 30(2), 251-266.
- Korea Association of Persons with Physical Disabilities (2002). *The registration state of persons with disabilities*. <http://www.kappd.or.kr/>.
- Lee, H., Park, E. C., Han, C. W., Hong, J. H., Cho, K. Y., Hyun, D. W., & Choi, M. S. (2002). *A study on the relationship between the health-related habits and health status among university students using the SF-36*. 54th The Korean Society of Preventive Medicine symposium.
- Lachman, M. E., & Weaver, S. L. (1998). The sense of control as a moderator of social class differences in health and well-being. *J Pers Soc Psychol*, 74(3), 763-773.
- Moon, S. S., & Lee, S. B. (2001). A study of health behavior through comparative analysis of self-perceived health status and health examination results. *J Korean Soc for Health Educ & Promot*, 18(3), 11-36.
- Nicholas, P. K., & Leuner, J. D. (1999). Hardness, social support, and health status: are there differences in older African-American and Anglo-American adults?. *Holist Nurs Pract*, 13(3), 53-61.
- Pearlin, L. I., Lieberman, M., Menaghan, E., & Mullan, J. (1981). The stress process. *J Health Soc Behav*, 22, 337-356.
- Pearlin, L. I., & Schooler, K. (1978). The structure of coping. *J Health Soc Behav*, 19, 2-21.
- Pruchno, R. A., Burant, C. J., & Peters, N. D. (1997). Understanding the well-being of care receivers. *Gerontologist*, 37(1), 102-109.
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Appl Psychol Meas*, 1, 385-401.
- Sarason, I. G., & Sarason, B. R. (1985). *Social support: Theory, research, application*. Dorrecht, Netherlands: Martinus Nijhoff.
- Sarason, I. G., Sarason, B. R., Shearin, E. N.,

& Pierce, G. R. (1987). A brief measure of social support: Practical and theoretical implication. *J Soc Pers Relatsh*, 4, 497-510.

Seligman, M., Kwak, N. Y., & Kim, H. S. (1996). *Learned optimism*. Seoul: Origin.

Seo, N. S. (2003). The effects of stage based exercise program on the physical and psychological variables in stroke survivors. *J Korean Acad Nurs*, 33(7), 954-964.

Shin, K. R. (2001). Depression among Korean women. *J Korean Acad Nurs*, 31(3), 391-400.

Smith, A. M., Shelley, M., & Dennerstein, L. (1994). Self-rated health : Biological continuum social discontinuity. *Soc Sci Med*, 39(1), 77-83.

Ware, J. E., & Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36); I. Conceptual framework and item selection. *Med Care*, 30, 473.

Ware, J. E. (1993). *SF-36 Health Survey. Manual & Interpretation Guide*. Boston: The Health Institute.

Yoo, H. S. (2001). The effects on home visiting nursing service for community based disabled persons. *J Korean Acad Nurs*, 31(6), 1098-1108.

- Abstract -

Depression in Physically Disabled Persons

*Kim, Kye-Ha*Kim, Ok-Soo**Kim, Jung-Hee**

Purpose: The purpose of this study was to investigate whether subjective health and social support influence depression directly or indirectly through self-control of the physically disabled. **Method:** A five-item General Health Short Form (SF-36) Health Survey Questionnaire was used to measure subjective health. Social support and self-control were measured by Social Support Questionnaire 6 and Mastery Scale. The level of depression was measured by CES-D (Center for Epidemiologic Studies Depression). **Result:** The level of depression was high (M=22.23). Seventy percent of the subjects were depressed. Subjective health and satisfaction with social support influenced self-control. Subjective health influenced the level of depression directly and indirectly, but self-control influenced the level of depression only directly. **Conclusion:** Subjective health and satisfaction with social support influenced depression through self-control in physically disabled persons. Therefore, when we manage these subjects' depression, it is seemed that program which lowers the level of depression by assessing and correcting these factors should be prepared.

Key words : Depression, Disabled person

* Doctoral student, College of Nursing Science, Ewha Womans university

** Professor, College of Nursing Science, Ewha Womans university