

# SRRS를 이용한 측두하악장애 재발환자의 생활 변화에 관한 연구

부산대학교 치과대학 구강내과학 교실

노곤현 · 안용우 · 고명연

2005년 9월부터 2006년 8월까지 부산대학교병원 구강내과 구강안면통증 클리닉에 측두하악장애를 주소로 내원한 재발환자 33명과 초진환자 32명(대조군)을 대상으로 사회적 재적응 평정척도 설문지를 이용하여 생활변화를 조사 분석한 결과 다음과 같은 결론을 얻었다.

1. TMD재발환자와 대조군의 생활변화량, 즉 LCU총점은 7~12개월 이내에는 각각 평균 51.61점과 20.38점으로 재발군이 대조군에 비해 유의한 차이를 나타냈다( $P < 0.05$ ).
2. TMD재발환자군은 최근 1년간 생활상의 변화를 대조군에 비해 좀 더 많이 경험하는 경향을 보였다.
3. 연령 및 학력에 따른 TMD재발군과 대조군의 차이와 고령층과 저령층간 생활변화의 차이는 인정할 수 없었다.
4. 미혼자군과 기혼자군간 생활상의 변화에 유의한 차이는 인정할 수 없었다.

주제어 : 사회적 재적응 평정척도(SRRS), 측두하악장애, 생활변화

## I. 서 론

측두하악장애는 대개 다면적이고 복합적인 원인으로 인한 장애로 보고 있는데, 일반적으로 측두하악관절과 저작근의 기능장애가 이에 포함 되어 있다<sup>1)</sup>. 측두하악관절장애에는 측두하악관절 낭염, 측두하악관절 내장, 측두하악관절골관절염등이 포함된다. 그 외에도 발육장애, 종양, 골절, 그리고 류마티스성과 같은 관절염형태의 질환과 같은 결체조직 질환이 있다. 저작근과 관련된 질환에는 근염, 근경축 혹은 경련, 근막동통 기능장애 증후군, 저작근 부조화 등이 포함

된다. 그러므로 측두하악장애의 다양한 진단 범위를 생각해 보면 한가지의 원인요소로는 그 장애의 원인을 설명할 수 없을 것이다.

현재 측두하악장애의 원인에는 5가지의 중요한 학설이 있다. 기계적 변위설, 근육설, 근신경설, 정신생리학설, 심리학설이다<sup>2)</sup>. 요약하면 측두하악장애를 야기하는 원인으로 시사된 것은 부정교합, 관절와 내에서 측두하악관절 과두의 위치이상, 저작근에서의 부분적인 근육경련, 구강 악습관, 사회 심리적 압박감 혹은 위의 모든 요소들의 복합 등이다.

이중 정신생리학설은 외상, 근신전 및 근수축, 근피로 등으로 야기된 근경련이 측두하악관절의 동통과 기능장애를 유발시킨다는 저작근 경련에서 비롯하였고 주요원인이 교합요인 때문보다는 정서적인 요인 때문이라는 설이다<sup>3)</sup>. 즉, “교합부조화는 측두하악장애 유발에 필수요인은 아니며 오히려 정서적, 심리적 요인에 의한 근신경계 긴장으로 말미암아 발생하는 것으로, 설사 교합부조화가 존재하더라도 근신경계 긴장이 존재하지 않으면 측두하악장애는 야기되지 않는다.” 고 까지 여기고 있다<sup>4)</sup>.

정신생리질환이란 정서적 요인에 의해 신체질환이

교신저자 : 안용우  
부산시 서구 아미동 1가 10번지  
부산대학교 치과대학 구강내과학교실  
전화 : 051-240-7465  
Fax : 051-247-0955  
E-mail : ahnyongw@pusan.ac.kr

원고접수일 : 2006-11-20  
심사완료일 : 2007-02-02

\*본 연구는 2004년도 부산대학교 교내학술연구비(신임교수 정착금)에 의한 연구임

유발되는 질환<sup>5)</sup>으로 신경성 소화장애, 피부염, 천식, 본태성 고혈압 편두통, 만성 하배통, 저작근 장애를 포함한 근골격장애 등이 그 대표적 예라 할 수 있다<sup>6)</sup>. 정서적 요인으로서의 스트레스는 적응을 요구하는 모든 것에 대한 반응<sup>7)</sup> 또는 스트레스요인에 대한 유기체의 소모반응인 비특징적인 반응으로서 긍정적 또는 부정적 사건 모두가 스트레스를 야기시킨다고 정의할 수 있다<sup>8)</sup>. 또한 Holmes등<sup>9)</sup>은 스트레스에 생활변화개념을 관련시켜 스트레스란 '생활변화에 의해 깨어진 정신생리적 안정을 되찾아 본래의 항정상태로 돌아가는 데 필요한 시간과 노력의 양'이라 하고 질병발생은 생활변화량의 축적과 직접적인 관계가 있으며 따라서 스트레스가 병의 심한 정도, 경과 심지어 예후까지도 영향을 미친다고 보고하였다<sup>10)</sup>.

스트레스가 측두하악장애에 미치는 영향에 관하여 Moulton<sup>11)</sup>은 긴장과 정서적 혼란은 측두하악관절 증상을 심하게 증가시킨다고 보고하였고, Franks<sup>12)</sup>, Solberg<sup>13)</sup>, Gelb<sup>14)</sup>는 스트레스가 이갈이나 악물기 등 구강내 악습관을 야기시켜 근육활성을 유발하므로 증상을 발현내지 악화시킨다고 보고하였으며, Johnson과 Laskin<sup>15)</sup>, Mercuri와 Laskin<sup>16)</sup> 등은 스트레스하에서 정상인에 비해 저작근장애 환자의 저작근 활성이 증가한다는 것을 보고하였다. 박 등<sup>17)</sup>은 측두하악장애 환자군이 최근 1년간 생활상의 변화를 일반 치과환자에 비해 더욱 많이 경험하였고 특히, 내원 전 6개월이내에 그 양과 수가 현저히 증가하였다고 보고하였다.

이처럼 스트레스에 의해 유발내지 악화될 수 있는 정신신체질환 중 측두하악장애로 진단된 환자와 재발된 측두하악장애 환자의 생활상의 변화를 파악하여 스트레스가 측두하악장애증상을 재발시키는 데 얼마나 관여하는 가를 평가함으로써 측두하악장애 환자의 진단과 치료에 도움을 주고자 본 연구를 시도하여 다소의 지견을 얻었으므로 보고하는 바이다.

## II. 연구대상 및 방법

### 1. 연구대상

2005년 9월부터 2006년 8월까지 부산대학교 병원 구강내과 구강안면통증클리닉에 내원한 측두하악장애 재발환자 33명을 재발군으로 하고 같은 기간 중 구강내과에 내원한 측두하악장애 초진환자 32명을 대조군으로 하였다. 각 연구대상은 한글 해독이 가능

하고 내용을 숙지하여 응답할 수 있는 성인으로서 재발군과 대조군의 연령분포와 학력 분포는 Table1과 같았다.

### 2. 연구방법

본 연구는 측두하악장애 환자의 생활변화를 평가하기 위하여 Holmes와 Rahe<sup>9)</sup>가 고안하였고 '조' 등<sup>7)</sup>이 한국적 문화 상황에 맞게 표준화된 사회적 재적응 평정척도를 이용하였다(Fig. 1). 사회적 재적응평정척도는 총 43문항으로 6개의 범주<sup>18)</sup> 즉, 결혼생활 변화범주(문항 2,3,7,9,12,13,14,19,23,24,26), 건강생활변화범주(문항 6,34,38,40), 직장생활변화범주(문항 8,10,15,18,22,30,31), 가정과 가족생활 변화범주(문항 1,5,11,17,28,32,39), 경제생활 변화범주(문항 16,20,21,37), 그리고 개인생활 및 사회생활 변화범주(문항 4,25,27,29,33,35,36,41,42,43) 등으로 구성되어 있는 바, 특히 문항 42는 크리스마스로 되어 있으므로 한국적 문화상황으로 보아 '최'<sup>19)</sup>, '홍'<sup>18)</sup> 등과 같이 생략한 경우도 없지 않으나, 명절로 하는 것이 타당하다고 사료되어 수정 보완<sup>17)</sup>하였다.

조사대상자는 지난 1년간의 생활상의 변화를 생각하여 43문항 각각에 대하여 "전혀없다", "6개월이내" 또는 "7~12개월이내"의 해당란에 표하도록 하였다. 각문항에 대한 평점은 Holmes와 Rahe에 의해 규준된 생활변화단위 (Life Change Unit ;LCU)<sup>9)</sup>에 따르고 총변화량 즉, LCU 총점과 총변화수를 세분하여 측두하악장애 재발환자군과 대조군을 비교하였다. 또한 연구대상을 생활변화량 150점을 기준<sup>7,20)</sup> 고점수층과 저점수층으로, 30세를 기준<sup>21)</sup>에 의해 고연령층과 저연령층으로, 고등학교 졸업상당인 12년을 기준<sup>22)</sup>에 의해 고학력층과 저학력층으로 분류하고, 특히 측두하악장애 환자를 기혼과 미혼으로 분류<sup>22)</sup>하여 집단간의 차이를 상호비교하였고, 총43개 문항의 사회적 재적응평정척도를 6개 범주로 분류하여 각 범주에 대하여 환자군과 대조군간의 차이를 비교하였다. 각 집단 간의 비교는 Student t-test를 이용하여 검정하였다.

## III. 연구 결과

### 1. 연령과 학력에 따른 환자의 분포

측두하악장애 재발환자군(이하 재발군)과 측두하악

사회적 재적응 평정 척도 (SRRS)

지시

아래 문항들은 우리가 때때로 경험하는 문제들을 모아 놓은 것입니다.  
 우선 하나하나 자세히 읽어보시고 당신이 지난 1년간 이런 문제에 직면 했는가를  
 잘 기억하십시오. 그런 후에 각 문항의 오른쪽에 있는 3가지 대답 가운데 하나를 골라서  
 "X"표를 하십시오. 한 문장도 빼지 말고 반드시 한가지로만 대답해 주십시오.

생활상의 변화	전혀없다	6개월이내	7~12개월이내	점수
18 직업의 변경		X		36

만일 당신이 6개월내에 직업을 바꾸었다면 "6개월이내"라는 란에 "X"표를 하시면 됩니다.

생활상의 변화	전혀 없다	6개월 이 내	7~12개 월이내	점수	생활상의 변화	전혀 없다	6개월 이 내	7~12개 월이내	점수
1 배우자의 사망				100	23 자녀의 출가				29
2 이 혼				73	24 고부간의 갈등				29
3 별 거				65	25 탁월한 개인적 성공				28
4 유죄선고				63	26 아내가 일터로 나가거나, 자리를 그만 두는것				26
5 가족의 사망				63	27 입학이나 졸업				26
6 상해나 질환				53	28 생활조건상의 변화				25
7 길 혼				50	29 개인적 습관의 수정				24
8 해 고				47	30 상급자와의 갈등				23
9 부부간의 불화				45	31 작업시간이나 조건의 변화				20
10 정년퇴직				45	32 주소의 변경				20
11 가족의 건강상태 변화				44	33 학교의 불편				20
12 임신				40	34 오락의 변경				19
13 성문제				39	35 교회활동에 있어서의 변화				19
14 새로운 가족구성원의 출현				39	36 사회활동에 있어서의 변화				18
15 사업의 재조정				39	37 백만원 이하의 저당				17
16 재산상태에 있어서의 변화				38	38 수면습관의 변화				16
17 친구의 사망				37	39 가족이 만나는 회수에 있어서의 변화				15
18 직업의 변경				36	40 섭식습관의 변화				15
19 배우자와의 말다툼 회수에 있어서의 변화				35	41 휴가				13
20 1,000만원을 초과하는 저당				31	42 명절				12
21 지당분의 경매처분				30	43 경미한 법률 위반				11
22 일에 있어서의 책임상의 변화				29					

LCU : \_\_\_\_ 6개월이내 \_\_\_\_ 7~12개월 이내 \_\_\_\_

TOTAL \_\_\_\_ (남 · 여) 직업 \_\_\_\_ 학력 \_\_\_\_ 병력번호 \_\_\_\_ 성명 \_\_\_\_ 연령 \_\_\_\_

부산대학교병원 구강내과 구강안면 통증클리닉

Fig.1. Social Readjustment Rating Scale Questionnaire

Table 1. Distribution of Recurred TMD patients group and New TMD patients group by age and academic career.

		Recurred TMD Pt	New TMD (Control)
Age	under 29 years	22	19
	over 30 years	11	13
	Total	33	32
Academic career	under 12 years*	9	6
	over 13 years	24	26
	Total	33	32

\* : High school graduate and below

장애 초진환자군(이하 대조군)을 연령 30세를 기준으로 세분하면 29세 이하의 재발군 22명, 대조군 19명이었고, 30세 이상의 재발군 11명, 대조군 13명으로 평균 연령은 재발군 30세, 대조군 30.3세였다. 또한 고등학교 졸업상당인 학령 12년을 기준으로 세분하면 12년 이하의 재발군 9명, 대조군 6명이었고 학령 13년 이상의 재발군이 24명, 대조군이 26명이었다(Table 1).

## 2. 기간에 따른 비교

재발군과 대조군의 생활변화량 즉 LUC 총점이 내원전 6개월 이내에는 각각평균 63.88점과 61.22점으로 차이를 인정할 수 없었으나, 내원 전 7개월에서 12개월 사이에서는 각각 평균 51.61점과 20.38점으로 대조군에 비해 유의한 차이(P<0.05)를 나타냈다. 또 내원 전 1년간의 생활변화량은 재발군 에서는 평균 115.48 점, 대조군은 평균 81.59점으로 재발군이 대조군에 비해 다소 높은 경향을 보였다(Table 2).

재발군과 대조군의 내원전 1년간 생활상의 변화수는 1년간 재발군이 평균 4.52건이고 대조군이 3.16건으로 재발군이 대조군에 비해 높은 경향을 보였다(Table 3).

## 3. 생활변화량에 따른 비교

생활변화량 150점을 기준으로 재발군 및 대조군을 고점자 집단과 저점자 집단으로 분류하였을 때, 150점 미만의 저점자 재발군은 69.7%, 저점자 대조군은 78.1%였고 150점 이상의 고점자 재발군은 30.3%, 고점자 대조군은 21.9%로 나타나서 대조군에 비해 재발군에서 고점자 집단이 증가하는 경향을 보였으나 유의한 차이는 없었다(Table 4).

Table 2. LCU totals among Recurred TMD patients group and control group by time period before presentation.

Time Period (months)		Recurred TMD Pt (N=33)	Control (N=32)	P
between 1&6	MEAN	63.88	61.22	0.877
	SD	67.77	70.46	
between 7&12	MEAN	51.61	20.38	0.05
	SD	79.62	39.96	
within 12	MEAN	115.48	81.59	0.16
	SD	109.95	78.99	

Table 3. Number of life events between Recurred TMD patients group and control group by time period before presentation.

Time period (months)		Recurred TMD Pt (N=33)	Control (N=32)	P
within 12	MEAN	4.52	3.16	0.149
	SD	4.42	2.91	

Table 4. Distribution of low score and high score for Recurred TMD patients group and Control group

LCU Totals	Recurred TMD Pt (%)	Control(%)	P
Low(under 149)	23(69.7)	25(78.1)	0.624
High(over 150)	10(30.3)	7(21.9)	
Total	(100)	(100)	

Table 5. LCU totals between Recurred TMD patients group and Control group by age.

Age (years)		Recurred TMD Pt.	Control	P
under 29	MEAN	109.14	81.89	0.363
	SD	95.13	93.94	
	N	22	19	
over 30	MEAN	128.18	81.15	0.273
	SD	139.43	53.70	
	N	11	13	
P		0.647	0.978	

Table 6. Number of life events between Recurred TMD patients group and control group by age.

Age (years)		Recurred TMD Pt.	Control	P
under 29	MEAN	4.45	3.32	0.328
	SD	3.83	3.48	
	N	22	19	
over 30	MEAN	4.64	2.92	0.312
	SD	5.63	1.89	
	N	11	13	
P		0.913	0.648	

4. 연령에 따른 비교

29세 이하(이하 저령층)의 재발군과 대조군의 생활 변화량은 각각 평균 109.14 점과 81.89 점이며, 30세 이상(이하 고령층)의 재발군과 대조군의 생활변화량은 각각 평균 128.18 점과 81.15 점으로 나타나 고령층과 저령층 모두 재발군이 대조군에 비해 다소 높은 경향을 보였으나 각 집단내 고령층과 저령층 간의 차이를 인정할 수 없었다(Table 5).

생활상의 변화는 저령층의 재발군에서는 평균 4.45 건 대조군은 3.32 건, 고령층은 각각 4.64 건, 2.92 건으로 나타나 재발 환자군이 대조군에 비해 다소 높은

경향을 보였으나 유의한 차이를 나타내지 않았고 고령층과 저령층간의 차이는 없었다(Table 6).

5. 학령에 따른 비교

학령 12년 이하 상당 즉, 고등학교 졸업이하(이하 저학령)인 재발 환자군과 대조군의 생활변화량은 각각 평균 116.00 점과 74.50 점이며, 학령 13년 이상 즉 전문대학교 이상(이하 고학령)인 재발군과 대조군의 생활변화량은 각각 평균 115.29 점과 83.23 점으로 재발군에서 대조군보다 높았으나 유의할 만한 차이는 아니었다. 각 집단 내 저학령층과 고학령층간의 생활

Table 7. LCU totals between Recurred TMD patients group and control group by academic career.

Academic career (years)		Recurred TMD Pt.	Control	P
under 12	MEAN	116.00	74.50	0.531
	SD	147.45	63.83	
	N	9	6	
over 13	MEAN	115.29	83.23	0.213
	SD	96.28	83.12	
	N	24	26	
P		0.987	0.783	

Table 8. Number of life events between Recurred TMD patients group and control group by academic career.

Academic career (years)		Recurred TMD Pt.	Control	P
under 12	MEAN	4.11	3.33	0.767
	SD	5.82	2.81	
	N	9	6	
over 13	MEAN	4.67	3.12	0.120
	SD	3.91	2.98	
	N	24	26	
P		0.753	0.872	

Table 9. Results of SRRS for Recurred TMD patients group and control group by marriage.

		Recurrde TMD			Control		
		married (N=11)	unmarried (N=22)	P	married (N=11)	unmarried (N=22)	P
LCU totals	MEAN	126.64	109.91	0.687	73.25	86.60	0.651
	SD	137.86	96.37		57.06	90.70	
Life events	MEAN	4.45	4.55	0.957	2.83	3.35	0.588
	SD	5.43	3.96		1.95	3.39	

변화량의 차이는 거의 없었다(Table 7).

학령에 따라 생활상의 변화수를 비교하였을 때 저학령의 재발군과 대조군은 각각 평균 4.11 건과 3.33 건이며 고학령에서는 각각 4.67 건 3.12 건으로 재발군에서 높은 경향을 보였으나 학령에 따른 차이는 없었다(Table 8).

#### 6. 결혼유무에 따른 비교

각 집단의 환자중 기혼군과 미혼군의 생활변화량과 변화수는 어떠한 차이도 없었다(Table 9).

#### 7. 범주에 따른 비교

사회적 재 적응 평정척도 43개 문항을 6개의 범주, 즉 결혼, 직장, 건강, 가족, 경제, 사회생활 범주로 나

Table 10. Comparison of frequencies of 6 categorized life events between Recurred TMD patients group and control group.

Categories	Recurred TMD Pt.(%)	Control(%)	P
Marital	6(18.2)	5(15.6)	1.00
Health	14(42.4)	12(37.5)	0.879
Occupational	13(39.4)	7(21.9)	0.207
Familial	20(60.6)	15(46.9)	0.389
Financial	3(9.1)	4(12.5)	0.708
Social	18(54.5)	22(68.8)	0.357

누어서 생활 변화 발생빈도를 살펴본 결과 각 범주의 집단간에 차이는 없었다(Table 10).

#### IV. 총괄 및 고찰

인간의 삶이 존재하는 곳에는 항상 스트레스가 존재하며 스트레스는 실질적인 생존에만 관련된 것이 아니라 상징적 생존과도 관련된다. 즉, 스트레스는 신체적 요구와 함께 심리적 요구에 의해서도 생성될 수 있으므로 적응을 요구하는 모든 것에 대한 반응으로 정의 될 수 있다<sup>7)</sup>. 신체적 요구로서 Selye<sup>23)</sup>는 어떤 스트레스를 받더라도 고통의 신체적 증상이 유사한 일반적응증후군(General adaptation syndrome)을 나타낸다고 보고하고, 이를 신체적 위협에 대항할 수 있도록 도와주려는 생리적 변화로 발열, 두통, 근육통, 식욕상실, 피로감 등을 나타내는 경계반응기와 위계양, 고혈압, 만성적 불안등으로 계속적인 스트레스에 대처하는 저항기, 신체적 방어가 약해지고 적응자원이 소실되므로 환각증이나 정신분열증 등이 나타나는 소진기로 나누었다. 스트레스를 느끼게 하는 심리적 요구로는 위협에 대한 인식, 신경증적 불안과 공포, 죄책감, 수치심등이 있다<sup>7)</sup>. 스트레스에 대한 반응은 생리적 반응과 심리적 반응으로 구분되며 스트레스가 오랫동안 지속된 경우, 생리적 반응으로 정신신체 질환이 유발되며<sup>7)</sup>, 측두하악장애는 역학적, 방사선학적, 심리학적, 생리화학적 및 생리학적으로 볼 때 정신신체질환으로 인정된다<sup>24,25)</sup>.

Moulton<sup>11)</sup>은 결혼, 가족관계, 가족의 죽음, 직업적인 긴장 등을, Helöe<sup>26)</sup>는 압박된 작업조건, 불안, 질병으로 인한 좌절, 가족문제 등을 측두하악장애의 원인과 관련된 생활상의 변화라고 보고하였다. 그러나

생활상의 변화로 인해 유발된 스트레스가 측두하악장애의 직접적인 원인요소로 작용하는 것이 아니라 이같이 이 악물기와 같은 구강긴장완화기제(oral tension-relieving mechanism)를 통하여 간접적으로 작용하는<sup>27)</sup> 즉, 스트레스로 인한 구강 내 악습관이 저작근육의 활성을 야기하여 측두하악 증상을 유발 내지 악화시키는 것이다. 또한 Laskin<sup>24)</sup>, Franks<sup>12)</sup>, Kydd<sup>28)</sup>, Newton<sup>29)</sup> 등은 스트레스 자체가 직접 저작근육의 활성을 증가시킨다고 보고하고 있다.

Holmes와 Rahe<sup>9)</sup>는 5000여명의 환자가 질병 발생 전에 겪은 생활 변화 중 의미 있는 43개 생활변화를 선택, 정신물리학에 기초하여 생활변화에 대처하는데 요하는 정신사회적 재적응(psychosocial readjustment)양을 정량화한 사회적 재적응 평정척도(Social readjustment rating scale, SRRS)를 고안하고, 기간에 따른 SRRS 생활사건의 발생을 기록하는 최근 생활 기록표(Schedule of recent life experience, SRE)를 작성, 발생된 생활사건수와 정해진 평점을 곱한 합을 생활 변화단위(Life change units, LCU)로 정의하였다. 이 생활변화 단위의 총합이 스트레스의 정도를 나타낸다고 간주하여 긍정적 또는 부정적 변화에 관계없이 생활사건이 발생하면 적응이 요구되므로 스트레스 강도는 재적응 정도로 나타내야 한다고 이론화 하였다<sup>30)</sup>. 따라서 생활 변화의 축적이 질병발생과 관련되어 생활변화량이 크면 클수록 질병의 위험이 커지고 만성질환이 더욱 심해진다고 하였다<sup>27)</sup>. 생활상의 변화를 한국의 문화 사회적 상황에 입각하여 표준화한 사회적 재적응 평가척도가 고등<sup>31)</sup>, 최등<sup>19)</sup>, 흥등<sup>18)</sup>, 이<sup>32)</sup>에 의해 제작되었으며, 본 연구에서는 Holmes등의 SRRS를 조등<sup>7)</sup>이 표준화한 사회적 재적응 평정척도를 이용하였다.

Stein<sup>20)</sup>, Fearon<sup>33)</sup>의 기질적 원인이 없는 측두하악 장애 환자가 대조군에 비해 높은 생활변화량을 보인다고 보고하였고, 이<sup>34)</sup>는 스트레스와 관련된 질환인 당뇨병환자의 생활변화량이 대조군에 비해 높았다고 하고, Uhlenhuth와 Paykel<sup>35)</sup>은 정신질환자가 비환자군에 비해 더 높은 스트레스 점수를 나타내며 Paykel 등<sup>36)</sup>은 우울증환자의 생활변화수가 대조군에 비해 많았다고 하였다. 본 연구에서는 재발군이 대조군(초진 측두하악장애환자)보다 유의한 차이는 아니지만, 생활변화량과 생활변화수가 다소 높게 나타났으며, 내원전 7개월에서 12개월에는 유의한 차이로 재발군이 대조군에 비해 더 많은 생활변화량을 나타내었다.

Stein<sup>20)</sup>은 과거 12개월간 가해진 생활변화량이 150점미만의 경우 향후 2년 이내 심각한 건강상의 변화를 겪을 확률이 33%정도, 150점이상 300점은 50%정도, 300점이상이면 80%정도까지 증가한다고 해석하고, 조등<sup>7)</sup>은 감염, 알러지, 골격이나 근육의 부상, 정신신체질환 등과 같은 건강상 변화의 93%는 생활변화량이 150점이상일 때 발생한다고 하였다. Moody<sup>37)</sup>는 측두하악장애 환자의 내원전 일년간 생활변화량이 심장질환자에 비해 매우 높은 점수를 기록하였다고 보고하였다. 본 연구에서는 생활변화량이 150점이상인 재발군이 대조군에 비해 비록 유의한 차이를 보이지는 않았으나 약간 증가하는 경향을 보였다.

30세를 기준으로 두 집단을 각각 저령층과 고령층으로 나누어 생활변화량과 생활변화수를 비교하면, 각 연령층에서 모두 재발군이 대조군에 비해 증가하는 경향이 있었으나, 각 집단내에서는 저령층과 고령층의 차이는 거의 없었다. Masuda 등<sup>22)</sup>, Uhlenhuth 등<sup>38)</sup>은 정상인에 대한 연구에서는 저령층이 고령층보다 더 많은 생활 변화량을 나타낸다고 하였고, Dekker와 Webb<sup>39)</sup>은 정신질환자의 연구에서 연령과 생활변화량이 역비례한다고 하여 대체로 저령층이 많은 생활 변화를 겪는다고 보고하였다. 이는 고령층이 안정된 일상의 생활을, 저령층이 새로운 경험과 활동이 왕성한 생활을 하는 관점으로 해석할 수 있으나<sup>22)</sup> 본 연구에서는 연령간의 유의한 차이가 없는 것으로 나타났는 바, 향후 이에 대한 연구가 진행되어야 할 것으로 사료된다.

고등학교졸업상당인 학령 12년을 기준으로 저학령과 고학령층을 분류할 때, 본 연구에서는 각 집단내 학령간의 차이는 거의 없었다. Masuda<sup>22)</sup>은 정상군에서 학령이 생활 변화빈도에 영향을 미치지 않는다고 한 반면, Markush와 Favero<sup>40)</sup>는 높은 학령의 일반

인이 더 높은 생활변화량을 보였다고 한다.

기혼자군과 미혼자군의 생활변화량과 생활변화수를 비교한 결과, 어떠한 차이점도 없었다. 그러나 Masuda<sup>22)</sup>은 미혼군이 결혼경력이 있는 집단보다 더 많은 생활변화수를 나타낸다고 하였으며, Uhlenhuth 등<sup>38)</sup>은 일반인에 대한 연구에서 기혼자군이 가장 낮은 점수를 나타내었다고 보고하였으나, 설문내용중 결혼생활이나 배우자에 관한 내용은 미혼자에게 해당이 없는 바, 생활사건의 발생횟수를 기록하게 하는 다른 연구와는 달리 본 연구의 설문지내용은 생활사건의 발생여부만을 기록한 관계로 기혼자에 보다 많은 기회가 주어진 것때문으로 사료된다.

본 연구는 재발 측두하악장애환자가 초진 측두하악장애환자에 비해 신체적 요인이나 정서적 요인의 어떤 외부의 생활변화, 즉 스트레스요인이 더 많은 것이라는 가정하에 시도되었다. 대체적으로 재발군의 생활변화량이 대조군에 비해 많이 겪긴 하였으나 통계적으로 유의한 차이는 없었다. 본 연구의 결과로 볼 때 측두하악장애환자는 단지 증가된 스트레스요인만으로 재발되지는 않는다고 사료된다. 앞으로 연령, 성별, 병력 등이 다양하게 분포하는 실험군을 수집하고, 추가 보완하여 지속적인 조사를 하여 본 연구와 비교해야 된다고 생각된다.

## V. 결 론

2005년 9월부터 2006년 8월까지 부산대학교병원 구강내과 구강안면통증 클리닉에 측두하악장애를 주소로 내원한 재발환자 33명과 초진환자 32명(대조군)을 대상으로 사회적 재적응 평정척도 설문지를 이용하여 생활변화를 조사 분석한 결과 다음과 같은 결론을 얻었다.

1. TMD 재발환자와 대조군의 생활변화량, 즉 LCU총점은 7~12개월 이내에는 각각 평균 51.61점과 20.38점으로 재발군이 대조군에 비해 유의한 차이를 나타냈다( $P < 0.05$ ).
2. TMD 재발환자군은 최근 1년간 생활상의 변화를 대조군에 비해 좀 더 많이 경험하는 경향을 보였다.
3. 연령 및 학령에 따른 TMD 재발군과 대조군의 차이와 고령층과 저령층간 생활변화의 차이는 인정할 수 없었다.
4. 미혼자군과 기혼자군간 생활상의 변화에 유의한 차이는 인정할 수 없었다.



참 고 문 헌

1. 정성창, 김영구, 한경수. 악관절 장애와 두개안면 동통. 초판, 서울, 1995, 지성출판사, pp. 19.
2. DeBoever J. Functional Disturbances of the Temporomandibular Joint. In Zarb AZ et al.(Ed). Temporomandibular Joint. St. Louis, 1979, The C.V. Mosby Co., pp. 193-214.
3. Laskin DM. Etiology of the pain-dysfunction syndrome. JADA 1969;79:147-153
4. Lupton DE. Psychological aspects of temporomandibular joint dysfunction. JADA 1969;79:131-136.
5. 이승우 외. 측두하악장애의 진단과 치료. 초판, 서울, 1986, 고문사, pp.9-22, 111-137.
6. Olson RE. Myofascial pain-dysfunction syndrome : Psychological aspects. In Sarnet BG and Laskin DM(Ed). The Temporomandibular Joint 3rd ed. Springfield, 1979, Charles C. Thomas Publisher, pp. 300-314.
7. 조대경 외. 정신위생. 초판, 서울, 1984, 중앙적성출판부, pp. 75-101, 144-147.
8. Seyle S. History and present status of the stress concept. In Gold borger L and Breznitz S(Ed). Handbook of stress. 1st, Newyork, 1982, The Free Press Inc., pp7-17.
9. Holmes TH, Rahe RH. The social readjustment rating scale. J Psychosom. Res. 1967;11:213-218.
10. Holmes TH, Masuda M. Life change and illness susceptibility. In Scott J P and Senay EC(Ed). Separation and Depression. Clinical and Research Aspects, 1st, Washington, DC, 1973, American Association for the Advancement of Science, Publication No.94, pp161-186.
11. Moulton RE. Psychiatric considerations in maxillofacial pain. JADA 1955;51:408-414.
12. Franks AST. Masticatory muscle hyperactivity and temporomandibular joint dysfunction. J Prosthet Dent 1965;15:1122-1131.
13. Solberg WK et al. Prevalence of mandibular dysfunction in young adult. JADA 1979;96:25-34.
14. Gelb H, Berustein I. Clinical evaluation of two hundred patients with temporomandibular joint syndrome. J Prosthet Dent 1963;49:234-243.
15. Johnson DL, Laskin. Physiologic responses to stressful stimuli in patients with myofascial pain-dysfunction(MPD) syndrome. Chicage:IADR 1972;abstract No. 191
16. Mercuri LG, Laskin. The specificity of response to experimental stress in patients with myofascial pain-dysfunction syndrome. J Dent Res 1979;58:1866-1871.
17. 박준상, 고명연. SRRS를 이용한 측두하악장애환자의 생활변화에 관한 연구. 구강내과학회지 1987;12:63-74.
18. 홍강의 외. 사회재적응 평가척도 제작. 신경정신의학 1982;21:123-136.
19. 최태진 외. 한국에서의 사회재적응 평가척도에 관한 예비적 연구. 신경정신의학 1981;20:131-146.
20. Stein S et al. Symptoms of TMJ dysfunction or related to stress measured by the social readjustment rating scale. J Prosthet Dent 1982;47:545-548.
21. 김재환 외. 간이정신진단검사(SCL-90-R)의 한국판 표준화연구Ⅲ. 정신건강연구 1984;2:278-311.
22. Masuda M and Holmes TH. Life events: Perceptions and Frequencies. Psychosomatic Medicine 1978;40: 236-261.
23. Selye H. The Physiology and pathology of exposure to stress : a treatise based on the concepts of the general adaptation-syndrome and the diseases of adaptation. Montreal, 1950, ACTA Inc.
24. Laskin DM. Etiology of the pain-dysfunction syndrome. JADA 1969;79:149.
25. 고명연, 김영구. MMPI를 중심으로 한 악관절기능장애 환자의 인성에 관한 연구. 대한구강내과학회지 1985; 10:17-31.
26. Helöe B, Helöe LA and Heiberg A. Relationship between sociomedical factors and TMJ symptoms in Norwegians with myofascial pain-dysfunction syndrome. Community Dent Oral Epidemiol 1977;5: 207-212.
27. Wyler AR, Masuda M and Holmes TH. Magnitude of life events and serious of illness. Psychosome Med 1971;33:115-122.
28. Kydd WL. Psychosomatic aspects of temporomandibular joint dysfunction. JADA 1959;59:31-44.
29. Newton AV. Predisposing causes for temporomandibular joint dysfunction. J Prosthet Dent 1969;22:647-651.
30. 백기청 외. 스트레스 요인으로서의 생활사건과 통제소재 및 불안의 관계에 대한 연구. 신경정신의학 1987; 26:75-111.
31. 고병학 외. 한국인의 생활사건에 관한 예비적 연구. 신경정신의학 1981;20:62-78.
32. 이평숙. 생활사건과 관련된 스트레스양 측정에 관한 방법론적 연구. 연세대학교 박사학위 논문. 1984, pp.1-138.
33. Fearon CG and Serwatka WJ. Stress : A common denominator for nonorganic TMJ pain-dysfunction. J Prosthet Dent 1983;49:805-808.
34. 이무석. 생활변화와 질병에 대한 연구-당뇨병 환자를

- 대상으로. 신경정신의학 1987;26:121-129.
35. Uhlenhuth EH and Paykel ES. Symptom, Intensity and life events. Arch Gen Psychiat 1973;28:473-477.
  36. Paykel ES et al. Life events and Depression. Arch Gen Psychiat 1969;21:753-760.
  37. Moody PM et al. Recent life changes and myofascial pain syndrome. J Prosthet Dent 1982;48:328-330.
  38. Uhlenhuth EH. Symptom Intensity and Life Stress in the city. Arch Gen Psychiat 1974;31:759-764.
  39. Dekker DJ and Webb JT. Relationship of the social readjustment rating scale to psychiatric patient status, anxiety and social desirability. J Psychosom Res 1974;18:125-130.
  40. Markush RE and Farero RV. Epidemiologic assessment of stressful life events, depressed, mood, and psychophysiological symptoms—a preliminary report. In Dohrenwend BS and Dohrenwend BP(Ed). Streesful life events: Their nature and effects. New York, 1974, John Wiley & Sous, pp. 217-243.

---

-ABSTRACT-

### A Study on Life Changes of Recurred TMD Patients Through SRRS

Kon-Hyun Noh, D.D.S., Myung-Yun Ko, D.D.S.,M.S.D.,Ph.D,  
Yong-Woo Ahn, D.D.S.,M.S.D.,Ph.D

*Department of Oral Medicine, College of Dentistry, Pusan National University*

The life changes of TMJ patients were evaluated through the Social Readjustment Rating Scale (SRRS) questionnaire. 33 recurred TMD patients and 32 new TMD patients were studied at the TMJ clinics, Department of Oral Medicine, PNUH from September 2005 to August 2006.

The obtained results were as follows:

1. The life change unit(LCU) totals in the recurred TMD patients were significantly higer than those in the control subjects, during the 7~12 months before presentation for the hospital.
2. The life change unit(LCU) totals in the recurred TMD patients were higher a little than those in the control subjects during a year before presentation for the hospital.
3. There was no significant difference in LCU totals and life events between the recurred TMD patients and the control subjects by age.
4. There was no significant difference in LCU totals and life events between the married group and unmarried group in the subjects.

Key words : SRRS, TMD, Life change

---