

만성 신부전 환자의 일반적 대처방식에 영향을 미치는 요인

계명대학교 의과대학 정신과학교실

장재식 · 장은진 · 정철호

The Factors Affecting General Coping Styles in Chronic Renal Failure Patients

Jae Sik Chang, MD, Eun Jin Chang, MA and Chul Ho Jung, MD, PhD

Department of Psychiatry, School of Medicine, Keimyung University, Daegu, Korea

Objectives : This study was to investigate the factors affecting general coping styles, especially the correlations between coping styles and the variables related to disease history in chronic renal failure patients.

Methods : The subjects included 97 chronic renal failure patients who were hospitalized or treated through outpatient service. The Coping Styles Questionnaire (CSQ), Beck Depression Inventory-II and Beck Anxiety Inventory were administered.

Results : The patients who were more anxious or depressive used less rational and detachment coping and more emotional and avoidance coping. There were no significant difference in coping styles according to sex, age, education, marital state, occupation, economic state and religion. Number of previous admission was correlated positively with depression and anxiety, and also with emotional and avoidance coping. Duration of illness was correlated positively with detachment and avoidance coping. Duration of dialysis was correlated positively with avoidance coping. After controlling for depression and anxiety, number of previous admission was correlated positively with avoidance coping.

Conclusion : These results suggest that maladaptive coping has an important role in development and maintenance of depression and anxiety in chronic renal failure patients. Psychotherapeutic strategies for lessening the maladaptive coping, especially emotional coping, would be necessary for chronic renal failure patients with emotional distress. (J Korean Neuropsychiatr Assoc 2003;42(3):396-402)

KEY WORDS : Chronic renal failure · Coping style · Factor.

서론

만성 신부전 환자들은 장기간의 치료가 필요할 뿐 아니라 완치가 불가능하고 치료를 중단하면 생명의 위협을 받는다는 점에서 심한 만성적인 스트레스에 노출되어 있다. 또한 치료 중 전적으로 혈액투석이나 치료팀에 의존하게 됨으로써, 특히 독립적인 성향이 강한 환자들은 이런 형태의 치료로 인해 더 심한 정서적 갈등을 경험하게 되고,^{1,2)} 이러한 문제들로 인해 환자들은 죽음에 대한 공포와 삶에 대한 공포의 딜레마 속에 있다.³⁾ 투석과 연관된 스트레스는 정서장애, 적응장애, 기질적 정신장애, 인격장애 등의

각종 정신장애를 일으킬 수 있으며, 퇴행이 심한 경우 정신분열병, 조울병 등의 증상이 나타나기도 한다. 이중 특히 우울과 불안이 가장 많은 심리적 문제라고 보고되어져 왔으며,^{4,5)} 만성 신부전 환자들이 겪는 우울증의 빈도는 연구에 따라 다양하나 대략 20%정도로 알려져 있다.⁶⁾ 만성 신부전 환자들은 때때로 치료를 거부하고 식이요법을 지키지 않음으로써 증상을 악화시키는 부적응적인 질병행동을 보이기도 한다. 따라서 투석의 성공여부는 환자의 정서적 태도에 크게 좌우되고 이것이 나중에 환자의 재활에도 결정적 영향을 미칠 수 있다.

유사한 스트레스를 받아도 스트레스의 효과는 개인마다 다를 수 있다. 스트레스가 우울 반응을 일으키는데는 여러 가지 매개변인이 있으며 그 중에서도 개인의 대처능력 및 스트레스에 대한 인지적 평가가 스트레스를 주는 사건의 빈도보다 질병과정에 더 큰 영향을 미치는 것으로 알려져 있다.⁷⁾ 대처방식(coping style)은 여러 가지로 정의

접수일자 : 2003년 1월 14일 / 심사완료 : 2003년 3월 1일

Address for correspondence

Jae Sik Chang, M.D. Kyemyung University, Dongsan Medical Center Dongsan-dong, Jung-gu, Daegu 700-712, Korea

Tel : +82.053-250-7810, Fax : +82.053-250-7814

E-mail : dmz-md@hanmail.net

되는데, Billings 등⁸⁾은 대처방식을 스트레스 요인의 의미를 평가하고 그것을 조절하며 스트레스로 인한 감정적인 반응을 조절하는데 사용되는 인지와 행동으로 정의하였고, Monat와 Lazarus⁹⁾는 당면한 도전이나 위협이 자신의 능력을 초과한다고 느낄 때 이런 스트레스에 반응하고 극복하려는 방식이라고 정의하였다. 인간은 개인의 환경적, 내적 요구들 간의 갈등을 처리하기 위해서 다양한 심리적 대처방식을 사용하고 있으며, 대처방식의 선택은 스트레스적 사건의 정서적 결과에 영향을 미칠 수 있다.¹⁰⁾ 즉, 어떤 대처방식은 병리를 감소시키는 반면에 다른 것들은 스트레스 요인의 효과를 강화시킬 수도 있다.^{11,12)} 따라서 대처방식은 불안이나 우울을 동반하는 심리적 질환의 발생과 유지에 영향을 미칠 것으로 생각된다.

대처방식은 크게 특이적인 대처방식(specific coping style)과 일반적인 대처방식(general coping style)으로 분류된다. 특이적인 대처방식은 공황발작의 경우에서의 호흡 재훈련(breathing retraining)처럼 특정 질병으로 인한 급성 증상에 대처하는 방식을 말하며, 일반적인 대처방식은 일상생활 중에 만나는 스트레스에 대한 대처방식을 말한다. 일반적인 대처방식에 대해서는 Folkman과 Lazarus¹³⁾의 연구가 대표적인데, 그들은 대처방식을 문제중심 대처방식(problem - focused coping)과 정서중심 대처방식(emotion - focused coping)의 두 가지 유형으로 구별하였다. 문제중심 대처방식은 스트레스를 일으키는 문제 상황을 변화시키는 전략을 말하고, 정서중심 대처방식이란 스트레스에 동반되는 고통스러운 정서를 조절하는 전략을 말한다. 대처방식 이론가들은 문제중심 대처방식이 정서중심 대처방식에 비해 더 나은 적응결과를 가져온다고 하였다.^{11,14)} Folkman과 Lazarus¹³⁾는 대처방식의 이론적 발전에 대해 기여했을 뿐 아니라 대처방식 연구에 널리 사용된 척도인 Ways of Coping Checklist(WCC)와 Ways of Coping Questionnaire(WCQ)를 개발하였다. 이후 Endler와 Parker¹⁵⁾는 문제중심 대처와 정서중심 대처 외에 세 번째 차원인 회피지향적 대처방식(avoidance - oriented coping)의 개념을 제안하였는데, 이는 특정 스트레스 상황을 맞았을 때 도와 줄 사람을 찾음으로써 또는 당면 문제보다는 다른 일에 몰두함으로써 회피하는 것을 말한다. Roger 등¹⁶⁾은 대처방식의 효과를 정하는데 있어 위의 세 가지 대처방식 외에 초연(超然, detachment) 대처라는 개념을 제안하였는데 이는 스트레스 상황 또는 그에 동반되는 감정과는 무관한 것처럼 느끼는 것을 말한다. 그들은 이 개념을 도입하여 대처방식 설문지(Coping Styles Questionnaire, CSQ)라는 새로운 대처방식 측정도구를 개발하였

고, 문제중심 대처와 초연 대처는 적응적 대처방식으로, 정서중심 대처와 회피 대처는 부적응적 대처방식으로 구분하였다. 많은 연구들에서 환자들이 그들의 정서적 안녕을 적정수준으로 유지하는데에 각자의 대처노력이 중요함을 보고하였다.^{17,18)}

현재까지 만성 신부전 환자들이 사용하는 대처방식에 대한 연구는 소수 있었으나,^{19,20)} 이들의 대처방식에 영향을 미치는 요인, 특히 질병관련 요인과 대처방식간의 관계에 초점을 맞춘 연구는 국내외적으로 없는 실정이다. 따라서 본 연구는 만성 신부전 환자에 있어서 우울, 불안과 일반적인 대처방식과의 관계를 살펴보고, 환자의 일반적 대처방식에 영향을 미치는 요인에 대해서 알아보며, 특히 질병과 관련된 요인이 일반적 대처방식에 어떤 영향을 미치는가를 조사하여 만성 신부전 환자에 있어서 정서장애의 발생과 유지에 관여하는 요인을 찾고자 하였다.

방 법

대 상

연구대상은 2001년 12월부터 2002년 6월까지 계명대학교 동산의료원에 신장 이식 수술을 위해 입원한 환자들, 만성 신부전 및 합병증에 대한 치료를 위해 입원한 자 중 설문지 작성이 가능할 정도로 비교적 안정된 환자들, 외래 신장센터에서 혈액투석을 위해 대기중인 환자들 중 무작위로 97명을 선정하여 자가평가 척도를 실시하였다.

연구 도구

대처방식 설문지

본 연구에서는 대처방식 조사를 위해 Roger 등¹⁶⁾이 고안하고 이요행²¹⁾이 번안한 대처방식 설문지(CSQ, 부록참조)를 사용하여 만성 신부전 환자군에게 작성하도록 하였다. CSQ는 이성적 대처, 정서적 대처, 회피 대처, 초연 대처 등 4가지 하위척도로 구성된 60문항의 자가보고식 측정도구이다. 이 설문지는 어렵고 힘든 상황에 처했을 때 그러한 스트레스에 대해 개인이 특징적으로 반응하는 방식을 묻는 문항들로 구성되어 있으며 각 문항에 대하여 항상 그렇다(4점), 자주 그렇다(3점), 간혹 그렇다(2점), 전혀 그렇지 않다(1점) 등으로 평점하는 척도이다. 작성된 설문지의 결과를 토대로 하여 각 하위척도에 해당하는 문항들의 합을 계산하여 분석에 사용하였다. 각 하위척도의 설명과 해당 문항의 예를 소개하면 다음과 같다.

1) 이성적 대처 : 개인이 스트레스 상황을 맞았을 때 그

문제를 능동적으로 관리하고 조정하려는 전략을 포함한다(예 : 발생한 일을 처리하기 위한 계획을 세운다).

2) 정서적 대처 : 스트레스 요인으로 인해 발생한 감정을 중요시하고 그에 대한 반추나 공상으로 문제에 몰두하는 것을 말한다(예 : 힘든 상황에 부딪히면 그것에 압도되는 느낌을 받는다).

3) 회피 대처 : 위협이나 요구로부터 벗어나려는 시도를 주로 하는 전략으로서 사회적 상호작용에 전념하거나 다른 데에 마음을 돌려 당장의 문제에서 개인의 관심을 전환시키는 노력을 포함한다(예 : 어렵고 힘든 상황에 처하면 그 문제 이외의 다른 일을 하려고 생각한다).

4) 초연 대처 : 스트레스 상황 또는 그로 인해 발생한 감정과는 무관한 것처럼 느끼는 것을 말한다(예 : 힘든 상황에 처해도 그것에 크게 좌우되지 않고 생활한다).

우울 및 불안척도

만성 신부전 환자에서의 주관적인 우울과 불안을 평가하기 위해 환자군에게 Beck 우울척도 - II(Beck Depression Inventory - II, BDI - II)²²⁾와 Beck 불안척도(Beck Anxiety Inventory, BAI)²³⁾를 실시하였다. BDI - II는 미국 정신의학회의 정신장애의 진단 및 통계 편람 제 4 판(DSM - IV)에 있는 우울증의 진단기준에 부합하는 증상 평가를 위해 기존의 BDI에서 수정되어 작성된 것이다. BDI - II에는 전형적인 심한 우울증상 또는 입원이 필요한 우울증상을 평가하기 위해 4개 항목이 빠지고(체중감소, 신체상 변화, 신체에 대한 몰입, 일의 어려움) 4개의 항목(초조, 가치가 없음, 집중장애, 기력의 상실)이 새로 대체되었으며 또한 식욕과 수면의 두 항목에 대하여는 감소뿐만 아니라 상승에 대해서도 인정을 하는 것으로 바뀌어졌다. 전체 항목은 21개로 구성되어 있고 점수범위는 0점에서 63점까지 얻을 수 있으며 0에서 13점까지는 minimal, 14점에서 19점까지는 mild, 20점에서 28점까지는 moderate, 29점에서 63점까지는 severe 수준으로 평가된다. BAI도 21개의 문항으로 구성되어 있으며 역시 네 단계로 나누어 지는데 0점에서 7점까지는 minimal, 8점에서 15점까지는 mild, 16점에서 25점까지는 moderate, 26점에서 63점까지는 severe 수준으로 평가된다.

그 외에 인구통계학적 조사를 위해 고안한 설문지를 같이 실시하여 평가에 활용하였다.

통계 방법

통계 분석은 SPSS 11.0 for Windows를 사용하였다. 우울, 불안 정도와 일반적 대처방식과의 관계, 질병관련 요인과

일반적 대처방식과의 관계를 평가하기 위해서는 Pearson 상관관계 분석을 시행하였다. 성별, 연령, 교육수준, 결혼 유무, 직업 유무, 월수입, 종교 유무와 일반적 대처방식과의 관계를 평가하기 위하여서는 다변량 분산분석(MANOVA)을 시행하였다. 통계적 유의성은 $p < 0.05$ 로 하였다.

결 과

인구 통계학적 특성에 있어 대상환자는 남자가 55명, 여자가 42명이었으며, 연령구조를 살펴볼 때 50대에 해당하는 사람이 26명으로 가장 많았다. 학력은 고졸이 31명으로 가장 많았다. 기혼자가 82명이었고, 직업이 없는 사람이 62명으로 더 많았다. 월수입은 50만원 이하인 사람이 32명으로 가장 많았다(Table 1). 질병과 관련된 요인 중 과거 입원횟수는 두 번 내지 세 번인 환자가 32명으로 가장 많았으며, 이환기간과 투석기간은 1년에서 5년 사이인 환자들이 각각 41명과 36명으로 가장 많았다(Table 2). BDI - II에서는 minimal 수준으로 평가된 환자가 31명으로 가장 많았고, BAI에서는 severe 수준으로 평가된

Table 1. Demographic characteristics of chronic renal failure patients

Variables		No. of subjects (%)
Sex	Male	55 (56.7)
	Female	42 (43.3)
Age	20 - 29	6 (6.2)
	30 - 39	15 (15.5)
	40 - 49	23 (23.7)
	50-59	26 (26.8)
	60 - 69	22 (22.7)
	70 or above	5 (5.1)
Education	None	2 (2.1)
	Under elementary school	20 (20.6)
	Under middle school	22 (22.7)
	Under high school	31 (32.0)
	Graduate college or above	22 (22.7)
Marital state	Married	82 (84.5)
	Single	15 (15.5)
Occupation	Non-occupied	62 (63.9)
	Occupied	35 (36.1)
Income (won/month)	3,000,000 or above	9 (9.3)
	2,000,000 - 3,000,000	18 (18.6)
	1,000,000 - 2,000,000	24 (24.7)
	500,000 - 1,000,000	14 (14.4)
	500,000 or below	32 (33.0)
Religion	No	39 (40.2)
	Yes	58 (59.8)

환자가 28명으로 가장 많았다(Table 3).

우울과 불안점수는 정서적 및 회피 대처와 유의한 정적 상관관계를 나타내었으며, 이성적 및 초연 대처와는 유의

Table 2. Clinical characteristics of chronic renal failure patients

	Variables	No. of subjects (%)
No. of previous admission	None	6 (6.2)
	1	16 (16.5)
	2 - 3	32 (33.0)
	4 - 6	16 (16.5)
	7 - 10	12 (12.4)
	11 or above	14 (14.4)
Duration of illness (years)	0.5 or below	12 (12.4)
	0.5 - 1	10 (10.3)
	1 - 5	41 (42.3)
	5 or above	31 (32.0)
Duration of dialysis (years)	None	3 (3.1)
	0.5 or below	25 (25.8)
	0.5 - 1	10 (10.3)
	1 - 5	36 (37.1)
	5 or above	17 (17.5)

Table 3. Subjective distress level in chronic renal failure patients

	BDI-II		BAI	
	N	%	N	%
Minimal	31	32.0	23	23.7
Mild	20	20.6	24	24.7
Moderate	21	21.6	22	22.7
Severe	25	25.8	28	28.9
Mean score	20.5		18.5	

Table 4. Correlations between coping subscales and subjective distress level in chronic renal failure patients

	Rational coping	Detached coping	Emotional coping	Avoidance coping
BDI-II	-.292**	-.248*	.592**	.222*
BAI	-.233*	-.206*	.415**	.230*

* : p<0.05, ** : p<0.01

Table 5. Correlations between BDI-II, BAI, coping subscales and variables related to disease history

	BDI-II	BAI	Rational coping	Detached coping	Emotional coping	Avoidance coping
No. of previous admission	.322**	.289**	-.049	.068	.276**	.334**
Duration of illness	.068	.159	.112	.237*	.043	.302**
Duration of dialysis	-.072	.037	.102	.161	.015	.331**

* : p<0.05, ** : p<0.01

Table 6. Correlations between coping subscales and variables related to disease history after controlling for BDI-II, BAI

	Rational coping	Detached coping	Emotional coping	Avoidance coping
No. of previous admission	.043	.180	.139	.255*
Duration of illness	.155	.289**	.008	.268*
Duration of dialysis	.061	.148	.086	.340*

* : p<0.05, ** : p<0.01

한 부적 상관관계를 나타내었다(Table 4).

인구통계학적 특성인 나이, 성별, 학력, 결혼 유무, 직업 유무, 경제상태, 종교 유무 등은 환자의 대처방식과 유의한 관계가 없었다.

질병과 관련된 요인 중 과거 입원횟수는 우울, 불안과 유의한 정적 상관관계를 나타내었고, 대처방식 중 정서적 대처, 회피 대처와 유의한 정적 상관관계를 나타내었다. 이환 기간은 초연 대처, 회피 대처와 유의한 정적 상관관계를 나타내었으며, 투석기간은 회피 대처와 유의한 정적 상관관계를 보였다(Table 5).

순수하게 과거 입원횟수와 대처방식과의 관계를 알아보기 위해 우울과 불안정도를 통제한 후에는 과거 입원횟수가 회피 대처와만 유의한 정적 상관관계를 나타내었으며 (Table 6), 순수하게 우울, 불안과 대처방식과의 관계를 알아보기 위해 과거 입원횟수를 통제한 후에는 우울, 불안 점수가 이성적 및 초연 대처와는 부적 상관관계를, 정서적 대처와는 정적 상관관계를 보였다(Table 7).

고 찰

본 연구는 만성 신부전 환자들에 있어서 우울, 불안과 일반적 대처방식과의 관계를 살펴보고, 환자의 일반적 대처 방식에 영향을 미치는 요인에 대해서 알아보며, 특히 질병과 관련된 요인이 일반적 대처방식에 어떤 영향을 미치는가를 확인하여 만성 신부전 환자에 있어서 정서장애의

Table 7. Correlations between coping subscales and BDI-II, BAI after controlling for the number of previous admission

	Rational coping	Detached coping	Emotional coping	Avoidance coping
BDI-II	-.298**	-.294**	.553**	.146
BAI	-.220*	-.234*	.363**	.153

* : p<0.05, ** : p<0.01

발생과 유지에 관여하는 요인을 찾고자 하였다.

먼저 본 연구결과에서 우울과 불안 정도가 심할수록 부적응적 대처방식인 정서적 및 회피 대처를 많이 사용하였고, 적응적 대처방식인 이성적 및 초연 대처를 적게 사용하였다. 이는 어느 정도 예상되었던 결과로, 부적응적 대처가 우울 및 불안 등의 정서적 문제와 관련되어 있음을 시사한 것으로 볼 수 있겠다. 이러한 결과는 심한 스트레스가 심리적 방어체계를 붕괴시키고 우울을 야기한다고 주장한 김정희와 이장호²⁴⁾의 견해와 연관성을 보여주는 것이다. 즉, 만성 신부전이라는 스트레스가 정서적 대처 및 회피 대처 같은 부적응적 대처경향을 보이는 환자들에게 우울과 불안 등을 일으킬 수 있는 것으로 생각된다. 또한 이런 결과를 통해 이성적 대처와 초연 대처를 적응적 대처방식으로, 정서적 대처와 회피 대처를 부적응적 대처방식으로 분류한 Roger 등¹⁶⁾의 제안이 본 연구에서도 타당함이 확인되었다.

본 연구에서는 인구통계학적 특성인 나이, 성별, 학력, 결혼 유무, 직업 유무, 경제상태, 종교 유무 등에 따라서는 환자의 대처방식에 있어서 유의한 차이가 없었다. 인구통계학적인 변수가 대처방식에 어떻게 영향을 미치는지에 대해 결과를 직접 비교할 만한 같은 주제의 선행 연구가 없었으나, 이러한 변수가 신부전 환자의 우울기분에 어떤 영향을 미치는가에 대한 연구들을 살펴봄으로써 간접적으로 추론하여 비교해 볼 수 있을 것으로 생각된다. 기존 연구에서는 환자들이 나이가 많을수록 절망감, 무감동, 폐쇄적 전망을 잘 보이며,¹⁹⁾ 통계적으로 유의하지는 않지만 나이가 많아질수록 더 우울한 경향이 있다²⁵⁾고 보고하였다. 성별과 관련해서 Levy와 Wynbrandt²⁶⁾은 남자에게 사회적 역할에 대한 부담이 많은데 질병이 이런 기회를 박탈하기 때문에 신체질환이 있을 때의 우울증은 일반적으로 남자가 더 심하다고 보고하였다. 그러나 김도훈 등²⁵⁾은 우리나라에서는 질병에 걸렸을 경우 가족 및 사회관념 등의 지지체계가 여성보다 남성에게 보다 더 호의적인 경향을 보이는 문화적 차이로 인해, 만성 신부전 환자 중 여자가 남자보다 더 심하게 우울한 경향을 보인다고 보고하여 외국의 연구와 상반된 결과를 보였다. 학력에 따라서는 김도훈 등²⁵⁾은 학력이 높을수록 부정정보다는 인정, 그리고 지적추구의 방어기전을 효과적으로 사용할 수 있고, 또한 교육수준이 높은 환자일수록 대개 생활수준이 높기 때문에 경제적 문제로 인한 스트레스가 적으므로 대체로 학력이 낮을수록 우울정도가 심하다고 보고하였다. 결혼 유무에 따른 기존 연구로는 고정봉과 한대석¹⁹⁾이 기혼자들이 미혼자 및 이혼자들보다 절망감이 더 현저하다고 보

고하였다. 만성 신부전 환자에 있어서 종교가 정서상태에 미치는 영향에 대한 연구가 많이 이루어져 왔다. 김도훈 등²⁵⁾은 기독교인의 경우에서 낮은 우울정도를 보였다고 보고하였으며, 서구의 연구에서도 혈액투석 환자에서 좋은 예후와 관련된 요소로서 신앙을 가지는 것이 중요하다고 하였다.²⁶⁾ Cramond 등²⁷⁾은 투석기간 중 살 가치가 없다는 무가치감을 느끼게 되는데 이 경우에 종교적 신념이 이들에게 존엄성을 부여하며 용기를 준다고 하였다. 이상과 같이 본 연구에서 인구통계학적 특성과 대처방식과의 관계는 유사한 기존 연구들로부터 추정해봤을 때 예상되는 결과와 차이점을 보이고 있다. 이러한 차이점들의 이유는 다음과 같이 생각해 볼 수 있겠다. 첫째, 선행 연구들은 주로 인구통계학적 요소가 환자의 기분상태에 미치는 영향을 평가한 것이어서 본 연구결과와 직접 비교하는 자체가 어렵다는 점이다. 향후 비슷한 연구가 반복 시행되어져서 결과들을 직접 비교해 볼 필요가 있을 것으로 생각된다. 둘째는 대상군의 차이 때문일 수도 있겠다. 즉, 기존의 연구들이 대개 6개월 이상 장기간 혈액투석을 한 환자 등으로 연구대상군을 제한한데 비해, 본 연구에서는 장기간 혈액투석을 한 자를 포함하여, 투석을 막 시작한 자, 복막투석을 하고 있는 자, 신장 이식을 위해 입원한 자, 신부전의 합병증으로 입원치료를 받고 있는 자 등 대상군의 현재 상태가 다양하여 이러한 변수가 관여했을 수 있을 것으로 추측된다. 이러한 요소가 어떤 방식으로 대처방식에 영향을 미치는가에 대해서는 추후 연구를 통해서 확인되어야 할 것이다.

본 연구의 주된 관심사인 질병과 관련된 요인들과 대처방식과의 관계를 조사한 결과 과거 입원횟수가 많을수록 우울, 불안이 심한 것으로 나타났으며, 부적응적 대처방식인 정서적 대처, 회피 대처를 많이 사용하였다. 과거 입원횟수는 환자의 질병의 심각도를 간접적으로 추정해 볼 수 있는 것으로서, 병이 심하여 입원을 반복할수록 우울, 불안이 심해지며, 부적응적 대처방식인 정서적 대처와 회피 대처를 많이 사용한다는 점은 쉽게 이해되어 질 수 있다. 그러나 이환기간 및 투석기간과 우울, 불안 정도와의 사이에는 유의한 관계가 나타나지 않았는데 이에 대한 기존 연구들도 연구에 따라 각기 상이한 결과들을 보이고 있다. 즉, 투석초기에는 불안증상이 우울증상보다 더 심하고 후기에는 우울증상이 심해진다는 보고⁴⁾도 있고, 우울과 불안증상이 모두 치료기간과 역상관계에 있다는 보고⁵⁾도 있다. 또한 환자들이 죽음에 대한 공포를 계속 느끼고 있기 때문에 치료기간이 장기화되어감에 따라 우울증상은 감소되나 불안증상은 큰 변화없이 지속된다는

보고도 있으며,²⁸⁾ 투석을 시작한 지 1년 이상 된 환자군은 정상인의 불안수준과 다르지 않다는 보고도 있다.²⁹⁾ 이렇게 연구자에 따라 일치하지 않는 결과들은 현재 임상실제에 있어서 내과 의사 뿐 아니라 정신과 의사들에게 있어서도 만성 신부전 환자들에 대한 정신과적인 개입의 필요성과 개입시기를 판단하는데 있어 상당한 혼란을 초래하고 있는 것으로 보인다. 또한 본 연구에서는 이환기간이 길수록 적응적 대처중 하나인 초연 대처와 부적응적 대처중 하나인 회피 대처를 많이 사용하였으며, 투석기간이 길수록 회피 대처를 많이 사용하였다. 이는 일반적으로 투석 후 약 6~12개월 간의 시기가 지나면 장기적응기(period of longterm adaptation)가 되어 그 자신의 능력이 어느 정도 제한받을 수밖에 없다는 것과 투석의 제한성과 합병증을 받아들여 스스로가 혈액투석에 자신을 맡겨버리는 순응상태에 이르게 된다는 점³⁰⁾에서 이해할 수 있을 것으로 생각된다. 즉, 만성 신부전이라는 질병이 완치될 수 없으며 이 병을 가진 채로 평생을 살아야 한다는 특징을 가지고 있으므로 환자들이 병을 오래 앓을수록 그 병으로 인한 스트레스에 대해 능동적인 자세보다는 수동적인 자세를 가질 수밖에 없기 때문인 것으로 생각된다.

본 연구에서는 순수한 질병관련 요인과 환자의 대처방식과의 상관관계를 다시 조사하였다. 그 결과 순수하게 과거 입원횟수와 대처방식과의 관계를 알아보기 위해 우울과 불안정도를 통제한 후에는 과거 입원횟수가 많을수록 회피 대처만을 많이 사용하였으며, 반대로 과거 입원횟수를 통제한 후에는 우울, 불안이 심할수록 이성적 및 초연 대처는 적게 사용하고 정서적 대처를 많이 사용하였다. 이는 과거 입원횟수 자체는 부적응적 대처 중 회피 대처와 더욱 관련성이 있다는 것을 의미하며, 이환기간 및 투석기간 또한 부적응적 대처 중에서는 회피 대처와만 관련이 있었으므로, 결과적으로 이러한 질병관련 요인은 회피 대처와 특이적으로 관련이 있다고 추정할 수 있겠다. 반대로 우울 및 불안정도는 부적응적 대처 중 정서적 대처와 더 특이적으로 관련이 있는 것으로 보인다. 이와 같은 결과를 종합적으로 볼 때 만성 신부전 환자에 있어서 정신과적 개입시, 부적응적 대처방식 중 특히 정서적 대처를 줄이기 위한 정신치료적 접근이 정서장애를 동반한 만성 신부전 환자의 치료에 중요하다는 점이 시사된다.

본 연구의 제한점으로는 첫째, BDI-II에서는 만성 신부전 환자에서 나타날 수 있는 기질적 신체증상이 우울증상으로 평가될 수 있다는 점이다. 따라서 이들의 기질적 신체증상을 배제하고, 보다 선택적으로 보완된 검사도구에 의한 연구가 필요할 것으로 보인다. 둘째, 만성 신부전 환

자 내에서도 공존질환, 합병증 등에 의해 신체상태가 서로 다를 수 있으나 이를 세부적으로 분류하여 본 연구에 반영하지 못하였다. 셋째, 환자의 정신과적 병력 및 성격적인 측면이 본 연구에 반영되지 못하여서 이러한 점들이 대처방식에 미치는 영향에 대한 평가가 이루어지지 못하였다. 향후 이런 점들을 고려한 연구가 이루어져야 할 것으로 생각된다.

결론

본 연구는 만성 신부전 환자들에 있어서 우울, 불안과 일반적 대처방식과의 관계를 살펴보고, 환자의 대처방식에 영향을 미치는 요인 중, 특히 질병과 관련된 요인이 일반적 대처방식에 어떤 영향을 미치는가를 확인하고자 하였다. 연구결과, 우울과 불안 정도가 심할수록 부적응적 대처방식인 정서적 및 회피 대처를 많이 사용하였고 적응적 대처방식인 이성적 및 초연 대처를 적게 사용하였다. 인구통계학적 특성인 나이, 성별, 학력, 결혼 유무, 직업 유무, 경제상태, 종교 유무 등에 따라서는 환자의 대처방식에 유의한 차이가 없었다. 질병과 관련된 요인 중 과거 입원 횟수가 많을수록 우울, 불안이 심했으며, 부적응적 대처방식인 정서적 대처, 회피 대처를 많이 사용하였다. 이환기간이 길수록 초연 대처, 회피 대처를 많이 사용하였으며, 투석기간이 길수록 회피 대처를 많이 사용하였다. 순수하게 과거 입원횟수와 대처방식과의 관계를 알아보기 위해 우울과 불안정도를 통제한 후에는 과거 입원횟수가 많을수록 회피 대처만을 많이 사용하였으며, 반대로 과거 입원 횟수를 통제한 후에는 우울, 불안이 심할수록 이성적 및 초연 대처는 적게 사용하고 정서적 대처를 많이 사용하였다. 이상의 결과는 정서적 및 회피 대처 등 부적응적 대처방식이 만성 신부전 환자에서의 심한 우울, 불안과 관련이 있으며, 만성 신부전 환자에 있어서 정신과적 개입시 부적응적 대처방식 중 특히 정서적 대처를 줄이기 위한 정신치료적 접근이 정서장애를 동반한 만성 신부전 환자의 치료에 중요하다는 점을 시사한다.

중심 단어 : 만성 신부전 · 대처방식 · 요인.

REFERENCES

- 1) Abram HS. Repetitive dialysis. In MGH Handbook of General Hospital Psychiatry. Edited by Hackett TP & Cassem NH, Saint Louis CV Mosby Co.;1978. p.342-364.
- 2) Levy NB. Chronic renal disease, dialysis, and transplantation. In Principles of Medical Psychiatry, Edited by Stoudemire A and Fosgel BS, Orlando, Grune & Stratton, Inc.;1987. p.583-593.
- 3) Norton CE. Attitude toward living and dying in patients on chronic

- hemodialysis. *Ann N Y Acad Sci* 1969;164:720-732.
- 4) Abram HS. The psychiatrist, the treatment of chronic renal failure and prolongation of life, II. *Am J Psychiatry* 1969;126:157-167.
 - 5) Kutner NJ, Fair PL, Kutner MH. Assessing depression and anxiety in chronic dialysis patients. *J Psychosom Res* 1985;29:23-31.
 - 6) Hinrichsen GA, Liberman JA, Pollack S, Steinberg H. Depression in hemodialysis patients. *Psychosomatics* 1989;30:284-289.
 - 7) Lazarus RS. Psychological stress and coping in adaptation and illness, in *Psychosomatic medicine: Current trends and clinical application*. Edited by Lipowski ZJ, Lipsitt DR and Whybrow PC, New York, Oxford Univ Press;1978. p.14-26.
 - 8) Billings AG, Cronkite RC, Moos RH. Social-environmental factors in unipolar depression. *J Abn Psychol* 1983;92:119-133.
 - 9) Monat A, Lazarus RS. *Stress and Coping: An anthology*. New York, Columbia University Press;1991.
 - 10) Menaghan E. Measuring coping effectiveness: A panel analysis of marital problems and coping efforts. *J Health Soc Behav* 1982;23:220-234.
 - 11) Billings AG, Moos RH. Coping, stress and social resources among adults with unipolar depression. *J Per Soc Psychol* 1984;46:877-891.
 - 12) Felton BJ, Revenson TA. Coping with chronic illness: A study of illness controllability and influence of coping strategies on psychological adjustment. *J Consult Clin Psychol* 1984;52:343-353.
 - 13) Folkman S, Lazarus RS. An analysis of coping in a middle-aged community sample. *J Health Soc Behav* 1980;21:219-239.
 - 14) Vitaliano PP, Katon W, Russo J, Maiuro RD, Anderson K, Jones M. Coping as an index of illness behavior in panic disorder. *J Nerv Ment Dis* 1987;175:78-84.
 - 15) Endler NS, Parker J. Multidimensional assessment of coping: A critical evaluation. *J Per Soc Psychol* 1990;58:844-854.
 - 16) Roger D, Jarvis G, Najarian B. Detachment and coping. The construction and validation of a new scale for measuring coping strategies. *Person Individ Diff* 1993;15:619-626.
 - 17) Cohen F, Lazarus RS. Coping with the stresses of illness, in *Health psychology: A Handbook*. Edited by Stone GC, Cohen F, Adler NE, Sanfrancisco, Jossey-Bass;1979. p.217-254.
 - 18) Lazarus RS, Folkman S. *Stress, Appraisal and Coping*. New York, Springer Publishing Company;1984.
 - 19) 고경봉, 한대석. 장기간 혈액투석 중인 말기 신부전환자들의 대응전략. *신경정신의학* 1991;30:358-365.
 - 20) Monique CD, Miriam S. Support and coping of male hemodialysis-dependent patients. *Int J Nurs Stud* 1997;34:420-430.
 - 21) 이요행, 해슬, 대처유형 및 건강간의 관계[석사학위]. 서울: 중앙대학교;1994.
 - 22) Beck AT, Steer RA, Brown GK. *Manual for Beck Depression Inventory-II*. San Antonio, The Psychological Corporation;1996.
 - 23) Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *J Consult Clin Psychol* 1988;56:893-897.
 - 24) 김정희, 이장호. 스트레스 대처방식의 구성요인 및 우울과의 관계. *행동과학연구* 1985;7:127-138.
 - 25) 김도훈, 민성길, 한대석. 혈액투석 환자에서 보는 우울증의 특징과 이에 영향을 미치는 요인. *신경정신의학* 1994;33:39-46.
 - 26) Levy NB, Wynbrandt GD. The quality of life on maintenance hemodialysis. *Lancet* 1975;1:1328-1330.
 - 27) Cramond WA, Knight PR, Lawrence JR. The psychiatric contribution to a renal unit undertaking chronic hemodialysis and renal hemotransplantation. *Br J Psychiatry* 1967;113:1201-1212.
 - 28) 한상익, 김종은. 혈액투석에 따른 정서상태와 인지기능의 변화. *카톨릭대학 의학부 논문집* 1987;40:315-323.
 - 29) 이준노, 권택술, 김창현. 장기간 혈액투석을 받는 말기 신부전환자의 정서상태 및 투석 순응도에 대한 연구. *신경정신의학* 1995;34:1059-1065.
 - 30) Reichsman F, Levy NB. Problems in adaptation to maintenance hemodialysis. *Arch Intern Med* 1972;139:859-865.