

발행처 : 한국건강심리학회

발행일 : 2013년 6월 30일

발행인 : 이 민 규

인쇄일 : 2013년 6월 30일

주 소 : (660-701) 경상남도 진주시 가좌동 경상대학교

제작처 : 나노미디어(전화: 02-703-7507)

사회과학대학 임상/건강 심리 연구실 (151동 423호)

전 화 : 055-762-2080 팩스 : 055-772-1219

홈페이지 : <http://www.healthpsy.or.kr>

편집장 e-mail 주소 : rhoma77@paran.com

편집위원장 : 서경현(삼육대학교)

편집위원 : 강성군(강원랜드) 고영건(고려대학교) 권선중(침례신학대학교)

김용희(광주대학교) 유제민(강남대학교) 장문선(경북대학교)

『한국심리학회지: 건강』은 한국심리학회의 기관지로서 연 4회 간행되며, 건강심리학 분야의 연구논문, 자료 및 논설을 게재하며, 건강심리학회의 공식적 학술 모임의 발표 내용과 건강심리학 분야의 국내 석·박사학위 논문 목록을 게재할 수 있다. 『한국심리학회지: 건강』은 일정한 구독료를 받고 배부하며, 구독에 관해서는 한국건강심리학회로 문의하기 바란다.

Vol. 18, No. 2.

June. 2013.

The KOREAN JOURNAL OF HEALTH PSYCHOLOGY

published by

by Korean Health Psychological Association

This journal is issued quarterly per year and publishes original research articles and data. The Journal also publishes reports of the proceedings of academic meetings under the auspices of the Korean Society for Health Psychology, Korean Psychological Association, reviews on the profession of Health Psychology, and a list of M. A. theses and Ph.D. dissertation in this area. Inquiries concerning the guidelines of the subscription for the Journal and the submission of manuscripts should be sent to: Editor, Kyung-Hyun Suh, Department of Counseling Psychology, Sahmyook University, 815 Hwarangro, Nowon-gu, Seoul, Korea(E-mail : rhoma77@paran.com)

Editor : Kyung-Hyun Suh(Sahmyook University)

Associate Editor : Sung-Gun Kang(Kangwonland Addiction Care Center), Young-Gun Go(Korea University), Sun-Jung Kwon(Korea Baptist Theological University), Yong-Hee Kim(Gwangju University), Jhe-Min You(Kangnam University), Mun-Sun Chang(Kyungpook National University)

Korean Health Psychological Association,
Gyeongsang National University, Gajwa-dong,
Jinju City, Gyeongsangnam-do 660-701

KOREA

이 학술지는 2012년도 정부재원(교육과학기술부 학술연구조성 사업비)으로
한국연구재단의 지원을 받아 출판되었음.

한국건강심리학회 임원진

회 장 이 민 규 (경상대학교 심리학과)

수석부회장 현 명 호 (중앙대학교 심리학과)
국내협력부회장 서 경 현 (삼육대학교 상담심리학과)
국제협력부회장 김미리혜 (덕성여자대학교 심리학과)

총무이사 최 성 진 (부산메리놀병원)
교육이사 박 준 호 (순천향대학교 부천병원)
홍보이사 이 철 호 (법무부 포항교도소)
학술이사 박 지 선 (건국대학교병원)
재무이사 장 문 선 (경북대학교 심리학과)

윤리위원장 박 경 (서울여자대학교 특수치료전문대학원)
편집위원장 서 경 현 (삼육대학교 상담심리학과)
수련위원장 박 준 호 (순천향대학교 부천병원)

선임이사 고 영 건 (고려대학교 심리학과)
권 선 중 (침례신학대학교 상담심리학과)
김 완 석 (아주대학교 심리학과)
김 청 송 (경기대학교 청소년학과)
안귀여루 (강남대학교 교육대학원)
유 제 민 (강남대학교 교양학부)
이 형 초 (인터넷꿈희망터센터)
정 경 미 (연세대학교 심리학과)
최 미 례 (육군사관학교 리더십센터)
최 훈 석 (성균관대학교 심리학과)

감 사 김 정 호 (덕성여자대학교 심리학과)
고 문 손 정 락 (전북대학교 심리학과)

사무국장 서 은 수 (경상대학교병원)

www.kci.go.kr

한국심리학회지

건강

제 18 권 제 2 호

[개관논문]

건강에 대한 심리적 개입의 새로운 지평 : 융합접근에서 심리학의 역할과 마음모형
..... 김 교 현 / 251

[경험논문]

수용 전념 치료(ACT)가 발표불안이 있는 대학생의 사회적 회피와 자기-초점적
주의에 미치는 효과
..... 김 진 미 · 손 정 락 / 267

정신사회재활프로그램의 효과에 대한 메타분석
..... 연 영 란 · 이 경 순 / 285

수용전념치료(ACT)가 대학생의 대인 불안, 스트레스 대처 방식 및
사회적 자기 효능감에 미치는 효과
..... 김 미 옥 · 손 정 락 / 301

청소년용 대인 특성용서 척도의 개발과 타당화
..... 오 영 희 / 323

마른 이상적 체형의 내면화 및 신체비교가 이상섭식행동에 미치는 영향에
있어서 신체 수치심의 매개효과 검증
..... 류 애 리 · 송 원 영 / 345

HIV 감염인의 우울과 사회적 지지가 삶의 질에 미치는 영향
..... 임 세 아 · 김 일 옥 / 363

노년기 스트레스와 정신건강 및 자살생각 간의 관계에서 자기노출과
하향 사회비교의 역할
..... 서 경 현 · 김 태 민 · 손 솔 · 김 혜 경 / 379

분열형 인격성향을 가진 여자대학생의 지적 기능과 분열 증상 간의 관련성
..... 김 솔 지 · 김 명 선 / 401

HIV 감염인의 우울과 사회적 지지가 삶의 질에 미치는 영향

임 세 아 김 일 옥[†]
삼육대학교 간호학과

본 연구의 목적은 HIV 감염인의 일반적 특성과 우울, 사회적 지지가 삶의 질에 미치는 영향을 파악하기 위한 것이다. 자료 수집은 2012년 7월 1일부터 2012년 8월 31일까지 질병관리본부에서 시행하고 있는 의료기관 감염인 상담 사업에 참여하는 14개 기관 중 사업 책임자의 연구 승낙이 이루어진 11개 의료기관에서 시행되었다. 상담을 받고 있는 HIV 감염인에게 연구 목적을 설명하고 이에 동의한 경우에 서면 동의서를 받은 후 설문조사를 실시하여 총 155명의 자료를 분석하였다. 분석 결과, 경제수준이 낮고 기혼일 때 우울정도가 높게 나타났고, 연령이 낮고 경제수준이 높을수록, 동거인이 있는 경우에 사회적 지지 정도가 높았으며, 경제수준이 높고 직업이 있는 경우, 여자보다는 남자가 삶의 질이 높게 나타났다. HIV 감염인은 우울정도가 높을수록 삶의 질이 낮았고, 사회적 지지가 높을수록 삶의 질이 높게 나타났다. HIV 감염인의 삶의 질에 미치는 영향을 보면 통제변수인 성별, 연령, 교육수준, 경제수준, 직업유무, 감염기간은 삶의 질을 14.8% 설명하였고($F=3.65, p<.01$), 우울을 추가시켰을 때는 38.9%를 설명($F=11.64, p<.001$)하였으며, 사회적 지지를 추가시켰을 때는 47.8%의 설명력($F=14.73, p<.001$)을 보였다. HIV 감염자라는 낙인과 차별로 자존감이 저하되어 사회적 지지가 매우 중요하였고, 우울이 삶의 질에 큰 영향을 미치므로 다양한 지지체계의 질적·양적 향상을 위한 국가와 사회의 지원과 중재가 요구된다.

주요어: HIV 감염인, 우울, 사회적 지지, 삶의 질

[†] 교신저자(Corresponding author) : 김일옥, (139-742) 서울시 노원구 공릉2동 26-21 삼육대학교 간호학과, 전화: 02) 3399-1587 E-mail: kimio@syu.ac.kr

서론

후천적 면역결핍증(Acquired Immune Deficiency Syndrome: AIDS)은 인간면역결핍바이러스(Human Immunodeficiency Virus: HIV)에 감염되어 발생하는 것으로, 인체의 방어 면역력이 떨어져 건강한 사람에게 잘 나타나지 않는 바이러스, 세균, 곰팡이, 원충 또는 기생충 등에 의해 각종 감염성 질환이나 악성 종양 등 여러 합병증이 발생하는 상황을 총체적으로 일컫는다(질병관리본부, 2012). 1981년 최초로 AIDS 환자가 보고된 후 30여년이 지난 지금, 세계보건기구(World Health Organization: WHO)와 UNAIDS(Joint United Nations Programme on HIV/AIDS)에서는 2010년 전 세계적으로 3,400만 명의 감염인이 생존하고 있고, 신규 감염인이 270만 명, 사망감염인수는 180만 명으로 추정하고 있다(UNAIDS, 2010). 국내에서는 1985년 첫 에이즈 환자가 발견된 후, 2011년 기준으로 누적 감염인수 8,544명, 사망 감염인수 148명, 생존 감염인수 7,032명, 신규 감염인수 888명에 이르는 것으로 나타나 매년 지속적으로 증가하고 있는 실정이다(질병관리본부, 2012).

2012년 질병관리본부의 보도에 따르면, HIV 감염경로는 이성 성접촉이 60%(4,175명), 동성 성접촉이 39.2%(2,732명), 수혈/혈액제제 감염이 0.7%(46명), 수직감염이 0.1%(7명), 마약사용이 0.1%(4명)으로 나타나, 성접촉으로 인한 감염이 90% 이상을 차지하고 있다. HIV는 일상생활에서는 전염되지 않고 일반인들이 HIV 감염인과의 사회적 접촉으로 인해 전염될 위험은 거의 없으므로(질병관리본부, 2012), 이에 대하여 일반 대중

들의 사회적 인식이 바뀔 수 있도록 올바른 지식과 정보를 제공해야 한다. 또한 항레트로바이러스 약제의 개발로 HIV 감염인의 생존율과 치료율이 높아지고 있어(Robert, 2008), AIDS는 불치병이 아니라 고혈압·당뇨와 같은 만성질환의 한 분류로 간주되며(Lichtenstein, Laska, & Clair, 2002), HIV 감염인을 위한 지속적인 지원과 건강관리체계를 개발할 필요가 있다.

국내에서 시행한 국가별 에이즈 차별인식조사에서 ‘에이즈 환자는 사회적으로 격리 시켜야 한다’에 프랑스 5.6%, 한국 41.5%, ‘에이즈 환자를 가족에서 추방해야 한다’는 한국에서만 23.7%, ‘에이즈 환자를 직장에서 추방해야 한다’는 미국 18.6%, 영국 8.0%, 한국 30%, ‘내 아이를 감염아동과 같은 학교에 다니는 것을 불허 한다’에서는 미국 14.9%, 프랑스 20.7%, 한국 44.6%로 나타나(질병관리본부, 2009), 한국이 다른 국가에 비해 차별의식이 심한 것으로 나타났다. 현재 언론과 매체에서 HIV/AIDS 감염인에 대한 사회적 편견과 차별해소를 위한 홍보를 하고 있음에도 불구하고, 여전히 서구의 복지국가에 비해 HIV/AIDS 감염인에 대한 사회적 관심이 부족하고 부정적인 시각이 개선되지 않고 있다. 이러한 HIV 감염인의 대한 편견과 차별의 영향으로 국내에서는 HIV 감염인의 인권 문제에 대한 논의나 삶의 질 관련 연구가 극히 소수적인 범위 내에서 미미하게 시행되고 있으나, 여전히 에이즈라는 질병에 대한 차별과 낙인이 심각한 수준이다.

HIV 감염인은 질병의 낙인성이 높고 치료가 어렵다는 것을 알고 있기에 심한 정신적 충격과 고통을 경험하게 되고(Lichtenstein et al., 2002; 권석만, 김선영, 이주실, 고운영, 2001; 김은영, 이

명선, 2000), 충격에서 벗어나기까지 상당한 시간이 필요하다. 어떠한 정보나 조언도 받아들이기 어렵게 되며 심지어 감염 사실을 부인하는 경우도 있다. 아직도 대다수의 사람들은 HIV/AIDS를 자신과는 무관한 일로 여기며 소수의 부도덕한 일탈자로 몰아, HIV 감염인이 질병에 적응하고 새로운 삶을 살아가는데 어려움을 줄뿐 아니라 막다른 골목으로 몰아 자살에까지 이르게 하고 있다. 한 연구에 의하면 HIV 감염인의 58.1%가 자살생각을 하고 있어 일반 사람의 자살생각률 15.0%에 비해 상당히 높은 비율을 보여주어(권윤희, 2009) 심각한 사회적 문제가 아닐 수 없다. 또한 HIV 감염인의 대부분은 감염기간 동안 우울과 불안(이철, 강문원, 김정진, 이창욱, 이수정, 백인호, 2001), 고립감(김은영, 이명선, 2000; 강병철, 2002), 사회적 편견과 낙인적 시선(차동필, 2004; 손애리, 문정선, 박지은, 천성수, 고승덕, 2007; 권윤희, 2009) 등을 경험하게 되어 감염사실의 노출에 대한 두려움과 경계심이 증가하게 된다. 이로 인해 사회 활동이 줄면서 고립감이 가중되고 심한 정신적 스트레스를 감당해야 한다.

HIV 감염인은 신체적 능력의 상실과 사회적 지지 부족 등으로 사회 활동을 하지 못하고 있고(김은영, 이명선, 2000), 사회의 거부감으로 인해 삶의 질에 부정적 영향을 미치고 있다(이순희, 1999). 권석만 등(2001)은 HIV 감염인의 감염기간이 짧고 경제적 어려움이 클수록 정신건강 문제를 가지게 되고, 주변 사람들에게 공개하지 않아 자신의 심리적 문제를 상의할 지지체계가 부족하다고 하였다. 사회적 지지는 신체적 건강과 심리적 적응에 매우 효과가 높고(Peirce, Frone, Russell, Cooper, & Mudar, 2000), HIV 감염인이

경험하는 충격, 우울, 불안, 분노의 정서 상태에 긍정적인 영향을 미친다(Friedland, Renwick, & McColl, 1996; 이순희, 1999). 또한 대인관계에서 불안을 감소시키고 자존감을 상승시키므로 질병 적응을 돕는다(강병철, 2002). 만성질환자인 암환자는 가족 지지와 의료진의 지지가 높을수록 삶에 대해 긍정적으로 느낀다고 하였고(태영숙, 강은실, 이명화, 박금자, 2001), 반면 HIV 감염인은 친구와 사랑하는 사람의 정서적 지지가 고독감이나 우울, 위험한 성행위를 줄이는데 중요하다고 하였다(Friedland et al., 1996; 강병철, 2002). 그러므로 사회적 지지체계가 자원들의 지지를 지각하는 정도가 높을수록 심리적 안녕감을 누린다고 볼 수 있다.

HIV 감염인은 질병이 진행될수록 경제적 상태(Worthington & Krentz, 2005)와 심리·사회적 지지체계(Michael, Allyn, & Arthur, 2003; William, Stephen, Samuel, & Ron, 2005; Worawan, Joan, Erica, Norman, & Janes; 2009; 태영숙 외, 2001)가 삶의 질에 중요한 영향을 미친다. 이제는 감염인의 전파예방만을 목적으로 하던 초기의 대응에서 벗어나 치료를 통한 예방에 초점을 맞추고, HIV 감염인의 인권에 대한 논의와 더불어 삶의 질에 대한 관심이 높아야 한다(Robert, 2008; 신승배, 2011). 그럼에도 불구하고 국내 연구에서 HIV 감염인을 대상으로 한 삶에 질에 관한 연구는 매우 미비하고, HIV 감염인의 특수성을 고려하여 삶의 질을 측정하는 도구를 사용한 연구가 부족하였다. 국외의 경우에는 항레트로바이러스제의 적용 이후 HIV 감염인의 건강관련 삶의 질(Health Related Quality Of Life; HRQOL)과 관련된 연구가 활발하게 이루어지고 있으며(Michael

et al., 2003; William et al., 2005; Worthington & Krentz, 2005; Robert, 2008), 삶의 질을 문화적, 사회적, 환경적인 배경에 중점을 둔 주관적인 평가로 보고 그 정의나 접근방법에 따라 삶의 질 측정 도구를 다양하게 개발하여 사용하고 있다. 또한 HIV 감염인의 사회적 낙인과 우울이 심각한 사회문제로 대두되면서 많은 연구가 시행되고 있으나, HIV 감염인의 우울이 사회적 지지의 이용에 의해 조절되어 삶의 질에 영향을 미치는지에 관한 연구가 거의 없었다. 이에 본 연구는 HIV 감염인을 대상으로 개발된 한국판 WHOQOL-HIV BREF 도구를 활용하여 삶의 질을 파악하고, 우울, 사회적 지지가 삶의 질에 미치는 영향을 살펴봄으로써 HIV 감염인의 삶의 질을 향상시키기 위한 중재 전략을 수립하는데 기초 자료를 제공하고자 한다.

연구의 목적

본 연구의 구체적인 목적은 다음과 같다.

- 1) HIV 감염인의 우울, 사회적 지지, 삶의 질 정도를 파악한다.
- 2) HIV 감염인의 일반적 특성에 따른 우울, 사회적 지지 및 삶의 질의 차이를 파악한다.
- 3) HIV 감염인의 우울, 사회적 지지, 삶의 질의 상관관계를 검증한다.
- 4) HIV 감염인의 일반적 특성, 우울, 사회적 지지가 삶의 질에 미치는 영향을 파악한다.

방 법

연구 대상자 및 자료수집 방법

본 연구의 대상자는 국내의 질병관리본부에서 시행하는 의료기관 감염인 상담사업에 참여하고 있는 14개 기관 중 사업 책임자가 연구 참여에 승낙한 11개 종합병원에 내원하는 HIV 감염인으로 하였다. 대상자는 설문지 응답이 가능하며 본 연구의 목적을 이해하고 연구 참여에 동의한 자로 하였다.

대상자 수는 표본크기 계산 프로그램인 G*power 3.1을 이용하였고, 양방검증에서 독립변수 12개, 유의수준 .05, 효과크기 0.5, 검정력(1-β) .80을 유지하는데 필요한 최소한의 사례수가 160명으로 산출되었다. 탈락률을 고려하여 총 200명에게 설문지를 배포하였으며, 그 중 160명의 설문지가 수거되어 80%의 수거율을 보였고, 응답 내용이 불충분하거나 누락된 경우인 5명을 제외하여 최종 분석 대상은 총 155명(77.5%)이었다.

본 연구에 참여한 대상자는 성별은 남자가 92.3%(143명)로 대부분이었고, 연령별로는 31-40세가 34.2%(53명)로 가장 많았으며, 그 다음으로 41-50세가 28.4%(44명), 30세 이하가 24.1%(38명), 51세 이상이 12.9%(20명) 순이었다. 종교가 있다고 응답한 대상자는 51.6%(80명), 없는 경우는 48.39%(75명)로 나타났고, 결혼 상태별 분포는 미혼이 71.0%(110명)로 나타났다. 교육정도는 고졸 이하가 53.5%(83명), 대졸 이상이 46.45%(72명)였고, 경제 상태는 101-300만원이 48.39%(75명), 100만원 이하가 40.65%(63명), 301만원 이상이 10.97%(17명) 순으로 나타났다. 직업에서는 무직

이 76.8%(119명)로 많았고, 동거가족 유무는 동거하는 가족이나 친구 등이 있는 경우는 55.5%(86명), 없는 경우는 44.5%(69명)였다. 자조모임에 참여 여부에 대해서는 참여하지 않는 경우가 78.1%(121명)이었고, 항레트로바이러스를 복용하고 있는 응답자는 94.2%(146명)으로 대부분의 응답자가 항레트로바이러스 약제를 복용하고 있었다. 감염기간은 61개월~120개월 29.7%(46명), 13개월~36개월 27.7%(43명), 12개월 이하 18.1%(27명), 37개월~60개월 14.8%(26명), 121개월 이상 8.4%(13명) 순이었다.

본 연구는 2012년 4월에 S대학교 생명윤리위원회(Institutional Review Board: IRB)의 심의를 통과하였으며(No. SYUIRB2012-041), 해당 의료기관의 기관장에게 연구목적을 설명하고 허락을 구한 후 자료수집을 진행하였다. 연구대상자에게 연구목적을 설명하고 자유로운 의사에 의해 연구참여가 가능하며, 대상자가 연구기간 중 언제라도 동의를 철회하여 중단할 수 있고 철회 시 어떠한 불이익도 없다는 것을 충분히 설명하였다. 설문지는 연구목적으로만 사용할 것과 연구대상자의 이름을 보장한다는 내용을 설명한 후 동의서에 서명을 받고 설문지에 응하게 함으로써 연구대상자의 윤리적 측면을 고려하였다. 설문 응답에 대한 충실성과 회수율을 높이기 위하여 설문에 응한 대상자에게 감사의 표시로 선물을 제공하였다.

자료 수집은 2012년 7월 1일부터 8월 31일까지 국내 의료기관 감염인 상담사업에 참여하고 있는 14개 기관 중 사업 책임자의 연구 승낙이 된 11개 기관(서울 6, 경북 1, 전남 1, 전북 1, 경북 1, 충남 1)에서 이루어졌다. 해당 의료기관 상담실에 내원하는 HIV 감염인을 대상으로 상담 간호사를

통해 연구의 목적을 설명하였고, 연구 참여에 동의한 대상자에게 서면 동의서를 받은 후 설문을 실시하였다.

측정도구

우울. 미국정신 보건연구원에서 개발된 우울 척도(Center for Epidemiological Studies for Depression Scale: CES-D)를 전경구, 권기덕, 김상기(1999)가 통합적 한국판 CES-D로 번안한 도구를 사용하였다. 척도는 총 20문항으로 긍정문항 16문항과 부정문항 4문항(4, 8, 12, 16)으로 구성되어 있다. 문항에 대한 응답은 지난 1주일 동안의 우울 빈도를 선택하도록 되어있으며, ‘극히 드물게’(1일 이하) 0점, ‘가끔 있었다’(1-2일) 1점, ‘종종 있었다’(3-4일) 2점, ‘대부분 그랬다’(5일 이상) 3점으로 채점되도록 되어 있다. 부정문항은 역채점하여 점수가 높을수록 우울 정도가 높다는 것을 의미한다. 전경구 등(1999)의 연구에서 Cronbach's α 값은 .91로 나타났고, 본 연구에서는 .95로 나타났다.

사회적 지지. 사회적 지지란 한 개인이 보살핌을 받고 있고, 대화할 수 있고, 상호의무가 있는 관계망에 소속되어 있다고 믿게 하는 정보를 의미(Cobb, 1976)하는 것으로, 친구 및 이웃의 지지, 가족 지지, 전문가 지지의 3가지 영역으로 측정하였고, 사회적 지지의 전체 신뢰도는 Cronbach's α 값은 .95 이었다.

(1) 친구 및 이웃의 지지는 태영숙(1985)이 개발한 가족지지 도구를 강옥경(2001)이 동료대상으로 변환한 것을 사용하였다. 전체 8문항으로 구성

되어 있으며, 각 문항은 5점 척도로 측정된다. 모두 긍정적인 문항으로 최저 8점에서 최고 40점까지 범위로 점수가 높을수록 친구 및 이웃의 지지가 높은 것을 의미한다. 강옥경(2001)의 연구에서는 Cronbach's α 값은 .92이었으며, 본 연구에서는 .96으로 나타났다.

(2) 가족 지지는 Cobb(1976)가 개발하고, 강현숙(1984)이 표준화한 도구를 사용하였다. 전체 11 문항으로 구성되어 있으며, 긍정문항 9개, 부정문항 2개로 이루어져 각 문항은 5점 척도로 측정된다. 측정점수는 최저 11점에서 최고 55점까지 범위로 점수가 높을수록 가족 지지 정도가 높은 것을 의미한다. 강현숙(1984)의 연구에서 Cronbach's α 값은 .86이었으며, 본 연구에서는 .92로 나타났다.

(3) 전문가 지지는 태영숙(1985)이 개발한 도구를 사용하였다. 전체 8문항으로 구성되어 있고, 지지의 정도는 5점 척도로 측정되며, 각 지지영역의 점수가 높을수록 지지정도가 많음을 의미한다. 태영숙(1985)의 연구에서 Cronbach's α 값은 .84이었으며, 본 연구에서는 .89로 나타났다.

삶의 질. 삶의 질은 자신이 생활하고 있는 문화와 가치체계의 맥락에서 그들의 목표, 기대, 기준 및 관심과 관련하여 삶에서 자신들이 차지하고 있는 위치에 대한 개인적인 인식을 의미한다(WHO, 2002). 본 연구에서는 2002년 세계보건기구(WHO)에서 개발한 World Health Organization Quality of Life-HIV Brief(WHOQOL-HIV BREF)를 2011년 경북대학교와 질병관리본부에서 한국판으로 번안한 도구(K-WHOQOL-HIV BREF)를 사용하였다. 총 31문항으로 6개의 영역

으로 구성되어 있으며, 5점 척도로 점수가 높을수록 삶의 질이 높음을 의미한다. 질병관리본부와 경북대학교의 사전 조사연구에서 Cronbach's α 값은 .94이었으며, 본 연구에서는 .95로 나타났다.

자료분석

수집된 자료는 SPSS Windows 18.0 프로그램을 활용하여 분석하였다. 대상자의 일반적 특성에 따른 우울과 사회적 지지 및 삶의 질의 차이를 t-test, ANOVA로 분석하였으며, 사후분석은 Scheffé test를 사용하였다. 우울과 사회적 지지 및 삶의 질의 관계는 상관관계분석을 하였고, 각 변수들이 삶의 질에 미치는 영향 및 조절효과를 알아보기 위해 위계적 회귀분석(Hierarchical Multiple Regression)의 방법을 사용하였다.

연구결과

HIV 감염인의 우울, 사회적지지, 삶의 질 정도

본 연구의 주요 변수인 우울, 사회적 지지, 삶의 질의 정도를 측정된 결과, HIV 감염인의 우울은 $18.98(\pm 14.40)$ 점이었으며, 사회적 지지는 $94.68(\pm 23.82)$ 점, 삶의 질은 $89.13(\pm 13.07)$ 점이었다(표1). 사회적 지지의 하위영역으로 친구 및 이웃의 지지는 $26.47(\pm 9.30)$ 점, 가족 지지는 $37.70(\pm 12.05)$, 전문가 지지는 $30.51(\pm 6.83)$ 점이었다.

일반적 특성에 따른 우울, 사회적 지지 및 삶의 질

일반적 특성에 따른 우울 정도는 표 2와 같이

결혼상태, 경제수준에서 통계적으로 유의미한 차이가 있는 것으로 나타났다. 결혼 상태에 따른 우울 정도는 미혼자($M=16.84$)가 기혼자($M=24.22$)보다 유의하게 낮게 나타나($t=-2.80, p<.01$), 기혼자의 우울 정도가 더 높았다. 경제적 수준에 따른 우울 정도는 월평균 소득이 100만원 이하($M=22.86$), 101만원 이상~300만원 이하($M=17.13$), 301만원 이상($M=12.76$)의 순으로 유의미한 차이가 있었으며($F=4.70, p<.05$), 집단 간의 차이를 알아보기 위해 Scheffé test을 실시한 사후검증 결과, 100만원 이하인 집단이 300만원 이상인 집단보다 유의미하게 우울정도가 더 높게 나타났다. 즉 경제수준이 낮을수록 우울 정도가 높았다.

사회적 지지는 일반적 특성 중 연령, 경제수준, 동거인 유무에서 통계적으로 유의미한 차이가 있는 것으로 나타났다(표 2). 연령에 따른 사회적 지지 정도는 30세 이하($M=105.84$)가 가장 높게 나타났으며, 31-40세($M=94.74$), 51세 이상($M=89.65$), 41-50세($M=87.27$) 순으로 유의미한 차이가 있었고($F=4.83, p<.01$), 사후검정 결과 30세 이하 집단이 41-50세 집단보다 사회적 지지가 유의미하게 높은 것으로 나타났다. 경제적 수준에 따른 사회적 지지 정도는 월평균 소득 301만원 이

상($M=103.82$)이 가장 높았고, 101만원 이상~300만원 이하($M=97.07$), 100만원 이하($M=89.38$) 순으로 유의미한 차이가 있었고($F=3.28, p<.05$), 사후검증 결과에서는 300만원 이상인 집단이 100만원 이하인 집단보다 유의미하게 사회적 지지정도가 높게 나타났다. 즉 경제수준이 높으면 높을수록 사회적 지지정도가 높은 것으로 나타났다. 동거인 유무에 따른 사회적 지지정도의 차이에서는 동거인이 있는 경우($M=99.69$)가 동거인이 없는 경우($M=88.45$)보다 사회적 지지가 높은 것으로 나타났다($t=-2.99, p<.01$).

삶의 질은 성별, 경제수준, 직업 유무에서 통계적으로 유의미한 차이가 있는 것으로 나타났다(표 2). 성별에 따른 삶의 질 정도는 남자($M=89.92$)가 여자($M=79.75$)보다 유의하게 높게 나타나($t=2.64, p<.01$), 남성이 삶의 질이 더 높게 나타났다. 경제적 수준에 따른 삶의 질 정도는 월평균 소득 301만원 이상($M=95.82$)이 가장 높았고, 101만원~300만원 이하($M=90.63$), 100만원 이하($M=85.54$) 순으로 유의미한 차이가 있었고($F=5.39, p<.01$), 집단 간의 차이를 보기 위해 사후검증 결과, 301만원 이상인 집단이 100만원 이하인 집단보다 유의미하게 삶의 질 정도가 높게 나타났다. 직업 유무에 따른 삶의 질 정도는 직업이 없는 경우($M=85.39$)

표 1. 우울, 사회적지지 및 삶의 질의 정도 (N=155)

	최소값	최대값	평균	표준편차
우울	.00	55.00	18.98	14.40
사회적 지지	450	135.00	94.68	23.82
친구 및 이웃	8.00	40.00	26.47	9.30
가족	11.00	55.00	37.70	12.05
전문가	8.00	40.00	30.51	6.83
삶의 질	55.00	132.00	89.13	13.07

와 직업이 있는 경우($M=90.26$)에 유의미한 차이가 있었으며($t=-1.98, p<.05$), 직업이 있는 경우에 삶의 질이 더 높았다.

일반적 특성 중 종교 유무, 교육수준, 자조모임 유무, 감염기간, 항레트로바이러스제 복용여부에 따른 HIV 감염인의 우울, 사회적 지지, 삶의 질 정도에 통계적으로 유의미한 차이가 없었고, 경제수준은 우울과 사회적 지지 및 삶의 질 정도에 모두 유의미한 차이를 보였다.

우울과 사회적 지지 및 삶의 질 간의 관계

HIV 감염인의 우울, 사회적 지지, 삶의 질 간의 상관관계를 검정한 결과는 표 3과 같다. 우울은 사회적 지지에 부적인 상관관계가 있는 것으로 나타나($r=-.40, p<.001$), HIV 감염인의 우울 정도가 높을수록 사회적 지지는 낮은 것을 알 수 있었다. 또한 우울은 삶의 질에 부적인 상관관계가 있는 것으로 나타나($r=-.58, p<.01$), HIV 감염

표 2 일반적 특성에 따른 우울, 사회적 지지, 삶의 질의 차이 (N=155)

특성	구분	n	우울		사회적 지지		삶의 질				
			M(SD)	F or t	M(SD)	F or t	M(SD)	F or t			
성별	남자	143	18.66(14.04)	-.94	93.94(24.04)	-1.34	89.92(12.72)	2.64**			
	여자	12	22.75(18.46)		103.50(19.68)		79.75(14.02)				
연령	30세 이하(a)	38	16.37(13.68)	1.17	105.84(19.01)	4.83**	91.58(13.99)	.59			
	31-40세(b)	53	19.45(14.39)		94.74(23.83)		a>c		88.28(14.10)		
	41-50세(c)	44	18.52(14.74)		87.27(22.50)				88.43(11.77)		
	51세 이상(d)	20	23.70(14.74)		89.65(28.16)				88.25(11.35)		
종교	유	80	18.40(13.72)	-.52	98.20(21.58)	1.91	90.19(11.87)	1.04			
	무	75	19.60(15.16)		90.93(25.61)		88.00(14.22)				
결혼상태	미혼	110	16.84(13.43)	-2.80**	96.03(22.90)	1.21	90.24(12.82)	1.63			
	기혼	45	24.22(15.46)		90.89(25.81)		86.42(13.40)				
교육수준	고졸이하	83	19.71(14.78)	.68	93.02(26.51)	-.93	89.13(14.84)	.01			
	대졸이상	72	18.14(14.00)		96.59(20.30)		89.13(10.76)				
경제수준	100만원 이하(a)	63	22.86(15.21)	4.70*	89.38(26.05)	3.28*	85.54(12.82)	5.39**			
	101-300만원(b)	75	17.13(13.93)		a>c		97.07(22.07)		a<c	90.63(13.40)	a<c
	301만원 이상(c)	17	12.76(9.24)		103.82(18.75)		95.82(8.17)				
직업유무	있음	119	23.02(13.80)	1.87	90.47(24.58)	-1.21	90.26(13.10)	-1.98*			
	없음	36	17.84(14.41)		95.95(23.54)		85.39(12.10)				
동거인 유무	있음	86	19.07(14.54)	.07	99.69(23.58)	-2.99**	88.84(12.58)	-.25			
	없음	69	18.90(14.36)		88.45(22.94)		89.36(13.50)				
자조모임 유무	있음	34	23.02(13.80)	1.87	93.23(24.52)	.80	89.47(13.17)	-.84			
	없음	121	17.84(14.41)		95.09(23.70)		89.59(13.05)				
복약 여부	있음	146	19.39(14.50)	1.43	94.79(23.84)	.22	89.40(12.98)	1.03			
	없음	9	12.33(11.40)		93.00(24.82)		84.78(14.52)				
감염기간	12개월 이하	27	20.62(15.81)	1.01	94.56(24.80)	.06	88.96(12.81)	.55			
	13-36개월	43	16.93(11.77)		96.13(19.74)		86.81(12.95)				
	37-60개월	26	23.34(17.95)		94.26(24.73)		89.58(15.35)				
	61-120개월	46	17.71(13.43)		93.69(27.12)		90.65(12.49)				
	121개월 이상	13	18.07(14.72)		94.46(23.26)		90.85(11.87)				

* $p<.05$, ** $p<.01$, *** $p<.001$

인의 우울 정도가 높을수록 삶의 질이 낮아짐을 알 수 있었다. 마지막으로 HIV 감염인의 사회적 지지와 삶의 질은 정적인 상관관계가 있는 것으로 나타나($r=.49, p<.01$), 사회적 지지가 높을수록 삶의 질이 높아지는 것을 알 수 있었다. 사회적 지지를 하부영역으로 살펴보았을 때, 친구 및 이웃 지지와 삶의 질($r=.52, p<.01$), 가족 지지와 삶의 질($r=.41, p<.01$), 전문가 지지와 삶의 질($r=.26, p<.01$)에서 모두 유의미한 정적인 상관관계를 보였다.

우울과 사회적 지지가 삶의 질에 미치는 영향

HIV 감염인의 삶에 질에 미치는 영향을 살펴 보기 위해, 일반적 특성, 우울, 사회적 지지, 우울과 사회적 지지를 위계적으로 투입하여 삶의 질에 대한 영향력이 어떻게 변화하는지 다중 회귀 분석을 실시한 결과는 표 4와 같다. 분석결과 독립변수 간 다중공선성은 분산팽창인자(Variance Inflation Factor, VIF) 값이 1.12~1.58로 10을 넘지 않아 독립 변수들 간 다중공선성의 문제는 없었고, Durbin-Watson 값이 1.979로 나타나 자기상관도 존재하지 않았다. 회귀모형 1단계에서 대상

자의 일반적 특성은 선행연구와 본 연구에서 HIV 감염인의 삶의 질에 유의미한 영향이 있었던 성별, 연령, 학력, 경제수준, 직업유무, 감염기간의 변수를 투입하여 삶의 질에 대한 회귀모형을 분석한 결과 설명량은 14.8%로 나타났다($F=3.56, p<.01$), 성별, 연령, 경제수준, 감염기간이 삶의 질에 유의미한 영향을 주었다. 2단계에서는 일반적 특성 변수에 우울 변수를 함께 투입한 결과, 회귀모형의 설명량은 38.9%로 나타나($F=11.64, p<.001$), 1단계에서 보다 회귀모형의 설명량이 24.1% 상승하였고, 우울 정도가 HIV 감염인의 삶의 질에 유의한 영향을 미치는 것으로 나타났다($b=-.47, p<.001$). 3단계에서 일반적 특성 변수에 우울과 사회적 지지를 함께 투입한 결과, 회귀모형의 설명량은 47.8%로 나타나($F=14.73, p<.001$), 우울 변수만 투입한 것보다 회귀모형의 설명량이 8.8% 상승하였으며, 사회적 지지가 삶의 질에 유의한 영향을 미치는 것으로 나타났다($b=.19, p<.001$). 마지막 4단계에서 우울과 사회적 지지의 상호작용항을 투입한 결과, 모형의 설명량이 유의하게 변하지 않았으며 상호작용항도 유의한 영향이 없는 것으로 나타나($p>.05$) 사회적 지지의 조절효과는 없는 것으로 나타났다.

표 3. 우울, 사회적 지지 및 삶의 질 간의 상관관계 (N=155)

	우울	사회적 지지	친구 지지	가족 지지	전문가 지지
사회적 지지	-.40***				
친구 지지	-.41**	.85**			
가족 지지	-.34**	.88**	.59**		
전문가 지지	-.22**	.77**	.58**	.51**	
삶의 질	-.58**	.49**	.52**	.41**	.26**

** $p<.01$, *** $p<.001$.

표 4. HIV 감염인의 삶의 질에 미치는 요인 (N=155)

단계	변수(참조변수)	B	SE	β	t	p	VIF	R ² (Δ R ²)	F
1	성별(여)	9.06	3.92	.19	2.31	.022	1.12	.148	3.65**
	연령	-.24	.10	-.19	-2.26	.025	1.22		
	학력(고졸이하)	-1.88	2.13	-.07	-.88	.379	1.15		
	월수입(100만원 이하)					?			
	101-300만원	4.85	2.42	.19	2.01	.047	1.48		
	301만원 이상	10.80	3.65	.26	2.96	.004	1.32		
	직업유무(직업 무)	-.70	2.83	-.02	-.25	.805	1.45		
	감염기간	.05	.02	.19	2.25	.026	1.18		
2	성별(여)	8.02	3.34	.16	2.40	.017	1.12	.389(.241)	11.64***
	연령	-.08	.09	-.07	-.92	.357	1.28		
	학력(고졸이하)	-1.78	1.81	-.07	-.98	.326	1.15		
	월수입(100만원 이하)								
	101-300만원	2.31	2.08	.09	1.11	.270	1.52		
	301만원 이상	5.75	3.17	.14	1.81	.072	1.39		
	직업유무(직업 무)	-.59	2.40	-.02	-.25	.806	1.45		
	감염기간	.03	.02	.10	1.45	.150	1.21		
3	성별(여)	10.68	3.14	.22	3.40	.001	1.15	.478(.088)	14.73***
	연령	.03	.09	.02	.29	.771	1.37		
	학력(고졸이하)	-2.07	1.68	-.08	-1.23	.220	1.15		
	월수입(100만원 이하)								
	101-300만원	1.28	1.94	.05	.66	.510	1.54		
	301만원 이상	3.55	2.98	.09	1.19	.235	1.42		
	직업유무(직업 무)	-.33	2.23	-.01	-.15	.882	1.45		
	감염기간	.02	.02	.07	1.10	.272	1.22		
4	성별(여)	10.68	3.15	.22	3.39	.001	1.15	.478(.001)	13.19***
	연령	.02	.09	.01	.18	.858	1.47		
	학력(고졸이하)	-1.92	1.73	-.07	-1.11	.270	1.21		
	월수입(100만원 이하)								
	101-300만원	1.40	1.97	.05	.71	.479	1.58		
	301만원 이상	3.67	3.00	.09	1.22	.224	1.43		
	직업유무(직업 무)	-.48	2.27	-.02	-.21	.833	1.49		
	감염기간	.02	.02	.07	1.12	.266	1.22		
	우울	-.38	.06	-.42	-5.95	.000	1.37		
	사회적 지지	.19	.04	.34	4.79	.000	1.37		
	우울×사회적 지지	.00	.00	-.03	-.39	.694	1.28		

p<.01, *p<.001.

논 의

현대인은 의학의 발달로 인하여 평균수명이 늘어나고 있으며, HIV 감염 또한 항레트로바이러스 치료로 인하여 수명이 길어지고 있어(Robert,

2008) 고혈압, 당뇨, 뇌졸중 등처럼 만성질환의 하나로 다뤄져야 할 것이다. HIV 감염인의 치료는 CD4 림프구의 수를 늘리고 Viral-load의 수치를 감소시켜 기회감염으로 질병에 이환되는 것을 막는 것도 중요하지만, 개인이 속해 있는 환경 속에

서의 삶의 질을 고려한 접근이 되어야 할 것이다.

HIV 감염인의 일반적 특성에 따른 우울정도의 차이에서 결혼 상태, 경제 수준에서 통계적으로 유의미한 차이가 있는 것으로 나타났다. 즉 경제 수준이 낮을수록, 미혼보다는 기혼 집단에서 우울 정도가 높았고, 경제수준이 가장 큰 영향을 주었다. 일반적으로 기혼 집단이 미혼 집단보다 우울 정도가 낮을 것이라 예상했으나, 본 연구에서 기혼 집단이 우울 정도가 높은 것으로 나타났는데 이것은 HIV 감염이라는 특수성 때문인 것으로 사료된다. 이것은 감염전에 비해 감염 후의 직업이 하향 이동되어 경제적 수준도 낮아지는데(신승배, 2011), 이러한 직업과 경제수준의 하향 이동이 가족의 부양에 대한 부담이 상대적으로 큰 기혼자에게 더 영향을 미치기 때문일 사료된다. 또한 기혼자들은 가족에게 감염사실을 알리지 않고 있기 때문에 배우자의 지지가 부족할 것으로 판단되며, 또한 감염사실을 알린다 하더라도 부부 간의 갈등으로 우울감이 더 높았을 것으로 사료된다. 현재 국가가 병원비 및 치료약제비를 지원해주고 있으나 감염자의 경제적 곤란을 해소하기에는 부족할 것이다. 복용 유무에 따른 우울정도에서 유의미한 차이는 없었지만, 복용중인 응답자의 우울 정도가 약간 높게 나타난 것은 항레트로바이러스 약제의 부작용과 평생 약을 복용해야 한다는 것에 대한 부담감에서 기인한 것으로 사료된다. HIV 감염인의 자살생각에 직접적인 영향을 주는 결정요인이 우울(권윤희, 2009)이라는 점에서, HIV 감염인의 우울을 적극적으로 극복할 수 있는 정책개발이 요구된다.

사회적 지지에서는 연령, 경제수준, 동거인 유무에서 통계적으로 유의미한 차이가 있는 것으로

나타나, 연령이 낮을수록, 경제수준이 높을수록, 동거인이 있는 경우에 사회적 지지 정도가 높았다. 이는 강병철(2002)의 연구에서 감염인이 AIDS와 관련된 문제에 털어놓고 의논할 수 있는 사람이 1명 이상이 80%를 차지하였는데, 나이가 어릴수록 부모에게 감염사실을 빨리 알리게 되고 부모의 지지를 받음으로써 사회적 지지가 높았던 것으로 사료된다. 또한 함께 사는 이가 있는 경우 의지할 수 있는 그들로부터 사회적 지지를 얻고 있는 것으로 판단되어진다. 이지현(2005)의 연구에서 HIV 감염인의 소득수준에 따라 사회적응의 차이를 살펴본 결과, 월평균 소득이 50만원 미만인 경우에 비해 200만원~300만원 미만인 경우에 사회적응 수준이 높은 것으로 나타났다. 이러한 결과는 경제수준이 높을수록 좋은 의료시설을 이용하며 지속적인 건강관리를 받기 때문에 사회적 지지가 높았을 것으로 판단된다. Worthington과 Krentz(2005)는 HIV 감염인의 직장 고용상태가 삶의 질에 중요한 요인이라고 하였으며 감염인의 경제력을 지원해주고 직장으로 재취업할 수 있는 프로그램 개발을 제안하였다. 본 연구에서 자조모임을 참여하는 HIV 감염인에게 사회적 지지가 높을 것으로 예상하였으나 자조모임 활동에 대한 사회적 지지에서 유의한 결과가 나타나지 않았다. 이는 본 연구에서 나타난 바와 같이 자조모임 참여율이 21.9%(34명)에 머무르고 있으며, 자조모임에서 조차 감염인 또는 동성애자임을 밝히기를 꺼리는 경향과도 관련이 있을 것으로 사료된다. 또한 HIV 감염인들이 서로 만나서 자조모임을 갖기를 원하면서도 본인이 감염인이라는 것을 밝히기 싫어하는 이중성 때문인 것으로 사료된다.

HIV 감염인의 삶의 질은 성별, 경제수준, 직업

유무에서 통계적으로 유의한 차이가 있는 것으로 나타나, 남성보다 여성이, 경제수준이 낮을수록, 직업이 없는 경우에 삶의 질이 낮았다. 이러한 결과는 이순희(1999)의 연구에서 성별, 연령, 교육과 소득수준에서 유의한 차이를 보여 교육을 제외하고는 본 연구와 일치하였고, Michael et al.(2003)의 연구에서는 나이가 어릴수록, 남성보다 여성이, 흑인이나 히스패닉계 인종에서, 주사용 약제를 사용할수록, 낮은 교육수준과 경제수준에서 HIV 감염인의 삶의 질을 낮춘다고 하였다. 여성감염인의 삶의 질이 낮은 것은 현대 사회 속에서 '여성'이라는 사회적 신분이 주는 취약한 조건이 편재하므로 자신의 문제를 다른 사람에게 노출시킨다는 것 자체가 스트레스이며 가정에서 지원체계의 핵심을 담당하기 때문이라고 하였다(이순희, 1999). 또한 우리나라에서는 여성에게 더 엄격하고 보수적인 편견으로 인해 여성 감염인은 HIV 감염이라는 사실이 남성 감염인에 비해 강한 수치감을 느끼게 하였고, 참석자의 90%를 남성이 차지하는 자조모임의 지지체계가 남성 감염인 위주로 구성되어 있기 때문에 여성 감염인에 대한 지지체계가 부족한 것도 여성감염인의 우울을 가중시키는 원인이 되었을 것이다. 또한 사회적 낙인이 우울을 가중시키므로 사회적 낙인을 해소할 수 있는 지원체계의 강화가 필요하다(Lichtenstein et al., 2002).

우울, 사회적 지지, 삶의 질의 상관관계를 살펴 본 결과, 우울과 사회적 지지와 삶의 질의 관계에서 유의한 상관관계가 있었다. 또한 HIV 감염인의 우울, 사회적 지지(친구 및 이웃지지, 가족지지, 전문가 지지)가 삶의 질에 유의하게 영향을 미치는 것으로 나타났다. 대상자의 특성 중 성별,

나이, 교육수준, 경제수준, 감염기간이 삶의 질에 대해 14.8% 설명하였고, 우울을 투입했을 때는 38.9%를 설명하였으며, 사회적 지지를 추가 투입했을 때, 47.8%의 설명력을 보였다. 즉, 우울이 낮을수록, 사회적 지지가 높을수록 삶의 질이 높았고, HIV 감염인의 우울이 삶의 질에 큰 영향을 미치는 것을 알 수 있었다.

우울, 사회적 지지와 삶의 질에 대한 기존의 연구를 살펴보면, 뇌졸중 환자(김현철, 김세주, 최낙경, 김영신, 이병철, 이병철, 이만홍, 2002), 만성질환을 앓고 있는 의료급여 수급자(이익섭, 김동기, 엄태영, 2007), 맞춤형 방문건강 관리 노인(권윤희, 김정남, 곽오계, 2011) 등을 대상으로 한 연구에서도 우울이 낮을수록 삶의 질이 높게 나타났다. 따라서 만성질환자과 유사하게 HIV 감염인의 우울은 삶의 질에 중대한 영향을 미친다고 할 수 있다. Charles 등(2012)의 연구에서도 심각한 우울을 경험한 HIV/AIDS에 감염된 사람이 다른 감염인보다 2.7배 삶의 질이 낮다고 보고하였다. 또한 이철 등(2001)은 HIV 양성 환자군이 동종 조혈모세포 이식을 받은 환자군보다 스트레스 지각정도, 우울 및 불안 점수가 높고 사회적 지지 정도가 낮았으며, 전반적인 삶의 질이 유의하게 낮은 것으로 나타나, HIV 감염인은 일반인이 아닌 암환자보다도 정신·심리적 스트레스와 우울 정도가 높고 지각하는 사회적 지지 정도가 낮아 삶의 질이 낮았다. 본 연구에서는 친구 및 이웃 지지, 가족 지지, 전문가 지지 순으로 나타나 친구 및 이웃 지지가 삶의 질에 중요하였고, 강병철(2002)은 가족의 지지와 친구 및 타인의 지지의 두 요인이 모두 삶의 질에 통계적으로 유의미한 결과를 보여 본 연구와 일치하였다. 따라서 적절한 가족과

친구의 지지는 감염인의 정서 상태와 질병 적응에 긍정적 영향을 미친다고 할 수 있고(Friedland et al., 1996; Worawan et al., 2009), 본 연구에서는 가족의 지지보다 친구 및 의미 있는 타인의 지지가 더 큰 영향력을 갖고 있었다. 그러므로 HIV 감염인이 질병을 수용하고 적응할 수 있도록 체계적이고 지속적인 심리적인 지원이 필요할 것으로 사료된다.

본 연구에서 우울과 삶의 질의 관계에서 사회적 지지의 조절효과가 있는지 살펴보았는데, 분석 결과, 조절 효과는 없는 것으로 확인되었다. 여성 독거노인을 대상으로 한 림금란, 김희경과 안정선(2011)의 연구에서도 우울과 삶의 질 간의 관계에서 사회적 지지가 조절효과가 없는 것으로 나타나 본 연구와 일치하였으나, 박용순과 송진영(2012)의 연구에서는 만성질환 남성노인의 우울과 삶의 만족도 관계에서는 사회적 지지의 조절효과가 있는 것으로 확인되었다. 이는 일반적인 장애나 질환에서는 사회적 지지의 조절효과가 있지만, 사회적인 낙인이 찍히는 HIV 감염이나 가까운 곳에서 지원해 줄 자원이 없는 경우에 사회적 지지의 조절 효과를 기대하기 어려울 것이라는 것을 예측하게 해주었다. 또한 HIV 감염이라는 것이 성매개 질환으로 수치심과 죄의식을 느끼게 하기 때문에 단순한 사회적 지지로 조절이 어렵다는 것으로 추론할 수 있다.

본 연구는 접근하기 어려운 HIV 감염인을 대상으로 한 연구로, 감염인의 우울과 사회적 지지가 삶의 질에 미치는 영향을 파악함으로써 상담자의 중재의 역할의 필요성과 중요성에 대한 근거를 마련하였다는 점에서 의의가 있다. 그 동안 일반인 통해 간접적으로 이루어진 HIV 관련 연구

에 비해 직접 HIV 감염인을 대상으로 한 연구라는 점에서 의의를 찾을 수 있을 것이다. 또한 본 연구를 통해 직접 사회적 지지체계가 다른 만성 질환의 특성과 차별성이 있음을 확인하였다는데 의의를 찾을 수 있다.

상담간호사나 임상상담사는 환자와 함께 하는 시간이 많고 지속적으로 환자의 문제점이나 증상을 가장 잘 파악할 수 있고 HIV 감염인과 가족 간의 중재자의 역할, 의사와의 중재자의 역할 등으로 상호작용에 주요한 영향력을 발휘할 수 있기 때문에 상담간호사나 임상상담사의 역할 및 지원이 필요하다. 그러므로 전문적인 상담가 양성 교육과정을 마련하여 HIV 감염인의 사회적 고립과 우울을 예방하고 그들의 가족을 도울 수 있도록 예산과 제도 마련이 이루어져야 하겠다. HIV 감염인을 상대하는 상담자는 이들의 자존감을 높일 수 있도록 HIV 질병에 대한 교육을 시행하여 잘못된 인식을 바로잡아 주어야 할 것이다. 또한 자존감이 낮은 HIV 감염인은 복지혜택 수급절차 조차도 스스로 하지 못할 정도로 사회적으로 위축되어 의료인이나 다른 전문가에게 의지하고 있는 실정이므로, HIV 감염인이 스스로 살아가는 방법 등 대처할 수 있는 능력을 키울 수 있도록 도와주는 구체적이고 합리적인 중재를 개발할 필요가 있다. 일시적인 경제적 지원 정책보다는 실질적으로 도움이 되는 일자리 제공을 통한 삶의 질을 향상시킬 수 있는 정책이 요구되며, 사회적 지지 체계의 질적·양적 향상을 위한 국가나 민간단체의 다양한 지원이 필요하다. 더불어 의료인을 포함한 일반 대중에게 HIV/AIDS에 대한 편견의 개선을 위한 정확한 정보제공과 홍보를 확대해야 한다.

본 연구는 전국에 있는 종합병원을 대상으로

설문을 시도하였으나, 의료기관 감염인 상담 사업에 참여하고 있는 병원으로 한정되었으므로 본 연구의 결과를 일반화하는 데는 신중을 기해야 할 것이다. 상담사업에 참여하지 않는 의료기관이나 다양한 기관이나 시설에서 치료를 받고 있는 HIV 감염인으로 확대하여 반복연구를 수행해 볼 것을 제안한다. 둘째, HIV 감염인이 인식한 사회적 지지의 평가를 근거로 사회적 지지를 강화할 수 있는 프로그램 개발에 대한 연구가 필요하다. 셋째, HIV 감염인을 위한 전문가 지지체계를 강화할 수 있는 상담프로그램 개발에 대한 연구가 필요하다. 넷째, HIV 감염인을 대상으로 다양한 요인을 변수로 한 연구 설계 및 추가 연구가 필요하다.

참 고 문 헌

- 강병철(2002). HIV/AIDS 감염인의 질병 적응에 영향을 미치는 요인. 서울대학교 석사학위논문.
- 강옥경(2001). 정신장애인의 주관적 삶의 질에 영향을 미치는 사회 환경요인: 지역사회 정신보건서비스 중심으로. 서울대학교 대학원 석사학위논문.
- 강현숙(1984). 재활강화교육이 편마비환자의 자가간호수행에 미치는 효과에 관한 실험적 연구. 연세대학교 박사학위논문.
- 경북대학교·질병관리본부(2011). **K-WHOQOL-HIV BREF**. 질병관리본부.
- 권석만, 김선영, 이주실, 고운영(2001). 한국 남성 HIV 감염자의 정신건강상태 및 관련요인. *한국심리학회지: 임상*, 20(1), 219-228.
- 권윤형(2009). HIV 감염인의 자살생각과 결정요인. 충남대학교 박사학위논문.
- 권윤희, 김정남, 락오계(2011). 맞춤형 방문건강 관리대상 노인의 우울 및 삶의 질 영향 요인. *지역사회간호학회지*, 22(3), 262-271.
- 김은영, 이명선(2000). HIV 감염자의 생활경험에 관한 현상학적 연구. *성인간호학회지*, 12(4), 497-506.
- 김현철, 김세주, 최낙경, 김영신, 이병철, 이병철, 이만홍(2002). 뇌졸중 후 삶의 질에 관한 추적연구. *대한신경과학회지*, 14(4), 681-692.
- 림금란, 김희경, 안정선(2011). 여성독거노인의 우울과 삶의 질과의 관계: 사회적지지, 사회적 활동의 조절효과와 매개효과. *한국노년학회지*, 31(1), 33-47.
- 박용순, 송진영(2012). 만성질환 남성노인의 우울감과 삶의 만족도 간 사회적 지지의 조절효과. *한국사회복지교육*, 17, 79-96.
- 손애리, 문정선, 박지은, 천성수, 고승덕(2007). 서울시 중·고등학생의 에이즈 지식과 차별태도. *보건과 사회과학*, 21, 25-49.
- 신승배(2011). HIV 감염인 및 AIDS환자의 건강관련 삶의 질에 영향을 미치는 요인. *보건 사회연구*, 3(4), 424-453.
- 이 철, 강문원, 김정진, 이창욱, 이수정, 백인호(2001). 인간면역결핍바이러스(HIV) 양성 환자의 심리 사회적 변인. *신경정신의학*, 40(6), 1055-1061.
- 이순희(1999). HIV/AIDS 환자의 삶의 질. 이화여자대학교 석사학위논문.
- 이익섭, 김동기, 엄태영(2007). 만성질환을 앓고 있는 의료급여 수급자의 자아존중감이 삶의 질에 미치는 영향과 우울의 매개효과 검증. *한국사회복지조사연구*, 17, 79-104.
- 이지현(2005). HIV/AIDS 감염인 남성의 사회적응에 영향을 미치는 요인 연구. 이화여자대학교 석사학위논문.
- 전경구, 권기덕, 김상기(1999). 한국판 CES-D 개정 연구: I. *사회과학연구*, 6(1), 429-451.
- 질병관리본부(2009). 에이즈 감염인 편견 및 차별해소를 위한 미디어 캠페인 평가 보고서. 질병관리본부: 서울.
- 질병관리본부(2012). 2012 HIV/AIDS 관리지침. 질병관리

- 본부: 서울.
- 차동필(2004). 에이즈 문제에 대한 관여도 차원별 인식의 차이와 낙관적 편견에 관한 연구. *홍보학 연구*, 8(1), 137-160.
- 태영숙(1985). 암환자가 지각한 사회적 지지와 우울과의 관계. 이화여자대학교 석사학위 논문.
- 태영숙, 강은실, 이명화, 박금자(2001). 암환자가 지각한 사회적지지, 희망과 삶의 질과의 관계. *재활간호학회지*, 4(2), 219-231.
- Charles, B., Jeyaseelan, L., Pandian, A. K., Sam, A. E., Thenmozhi, M., & Jayaseelan, V. (2012). Association between stigma, depression and quality of life of people living with HIV/AIDS(PLHA) on South India- a community based cross sectional study. *BMC Public Health*, 12:463. 1-12. doi: 10.1186/1471-2458-12-463.
- Cobb, S.(1976). Social support as a moderation of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38(5), 621-627.
- Friedland, J., Renwick, R., & McColl, M. (1996). Coping and social support as determinants of quality of life in HIV/AIDS. *AIDS Care*, 8(1), 15-31.
- Lichtenstein, B., Laska, M. K., & Clair, J. M. (2002). Chronic sorrow in the HIV-positive patient: Issues of race, gender, and social support. *AIDS patient care and Standards*, 16(1), 27-38.
- Michael, L. C., Allyn, K. N., & Arthur, J. D. (2003). Self-reported health-related quality of life in persons with HIV infection; results from a multi-site interview project. *Health and Quality of life Outcomes*, 1(12), 1-6.
- Peirce, R. S., Frone, M. R., Russell, M., Cooper, M. L., & Mudar, P. (2000). A longitudinal model of social support, depression, and alcohol use. *Health Psychology*, 19(1), 28-38.
- Robert, H. (2008). Life expectancy of individuals on combination antiretroviral therapy in high-income countries; A collaborative analysis of 14 cohort studies. *The Lancet*, 372, 293-299.
- The United Nations Programme on HIV/AIDS: UNAIDS (2010). *Global report: UNAIDS report on the global AIDS epidemic 2010*.
- William, E. C., Stephen, C., Samuel, B., & Ron, D. H. (2005). The association of health-related quality of life with survival among persons with HIV infection in the United States. *Journal of General International Medicine*, 20(1), 1497-1525.
- Worawan, P., Joan, S. G., Erica, P., Norman, L. K., & James, L. R. (2009). Family relationships in people living with HIV in a city in the USA. *AIDS Care* 2009. 21(3) 384-388.
- World Health Organization(2002). *Department of Mental Health and Substance Dependence*. CH-1211 Geneva 27, Switzerland.
- Worthington, C., & Krentz, H. B. (2005). Socio-economic factor and health-related quality of life in adults living with HIV. *International Journal of STD & AIDS*, 16(9), 608-614.

원고접수일: 2013년 2월 18일

게재결정일: 2013년 4월 1일

Influence of Depression among HIV-infected People and Social Support on Quality of Life

Se-Ah Lim Il-Ok Kim
Sahmyook University

The purpose of this study was to survey the effect of general characteristics, depression and social support of HIV- infected people to their quality of life. To achieve the purpose, 11 medical institutions were selected out of 14 institutions participating in a consultation project for HIV-infected people, which is part of a program conducted by the Korea Centers for Disease Control and Prevention, from July 1, 2012 to August 31, 2012. Under the approval of the people in charge of the institutions, a total of 155 HIV-infected people receiving medical consultations in said institutions responded to the survey after listening to the explanation of the objective of this study as well as providing written consent for the study. The findings of this study are as follows. Regarding the correlation within depression, social support and quality of life among the HIV-infected people, the quality of life was lower when the degree of depression was higher, and the quality of life was higher when social support was higher. Looking into the influence factors affecting the quality of life of HIV-infected people, sex, age, educational level, economic level and infectious period explain 14.8% of the quality of life($F=3.65$, $p<.01$), 38.9%($F=11.64$, $p<.001$) when the factor of depression was added and 47.8%($F=14.73$, $p<.001$) when the factor of social support was included. Social support was very important for HIV-infected people, who usually have lower self-esteem due to negative social marking, in addition depression was also a significant factor in their quality of life. In conclusion, it is essential to prepare various social support systems in order to improve the quality of life for HIV-infected people.

Keywords: HIV-infected people, depression, social support, quality of life