

뇌졸중 후 우울과 장애수용 및 사회적 지지와의 관계

방요순*, 김희영**, 허명*

*광주대학교 작업치료학과

**씨티병원 작업치료실

국문초록

목적 : 본 연구는 뇌졸중 후 우울에 영향을 미치는 요인을 알아봄으로서 약물치료 외에 적용할 수 있는 심리-사회적 우울증세의 적용 가능성을 알아보고 효과적인 우울 중재를 위한 기초자료를 제공하고자 하였다.

연구방법 : 연구기간은 2009년 2월 23일부터 3월 7일까지로 광주광역시에 위치하고 있는 A, B, C 병원 내 재활의학과에 입원 중인 뇌졸중 환자 중 보조기 사용 하에 독립적으로 보행이 가능하고, 의사소통이 가능한 총 83명을 대상으로 하였다. 자료 수집은 한국형 노인 우울척도와 사회적 지지, 뇌졸중에 대한 장애수용 척도는 설문지를 통하여 조사하였다. 한국형 간이 정신 상태 검사는 연구자가 일대일로 검사하였고, 일상생활활동 측정은 가능한 실제 수행을 관찰하여 검사하였으며, 실제 수행 관찰이 불가능한 경우는 환자와 보호자에게 직접 질문하여 검사하였다. 수집된 설문지 총 83부 중 정보가 부족한 것을 제외한 80부를 분석에 이용하였다.

결과 : 우울에 대해 일반적 특성에서는 성별, 연령, 주간호자, 평균수입, 종교유무, 가족형태, 교육수준, 치료비 부담이 관련요인으로 나타났고, 질병관련 특성에서는 언어장애가 관련요인으로 나타났다. 제 연구변수와 우울의 상관관계에서는 장애수용과 사회적 지지의 점수가 높을수록 우울 정도는 낮은 것으로 나타났다. 우울에 미치는 영향력을 상대적으로 분석하였을 때 장애수용은 28.1%, 사회적 지지는 5.5%의 영향력을 보였다.

결론 : 뇌졸중 후 우울의 중재에는 약물치료 외에도 장애수용을 도와야 할 것이며 이와 더불어 사회적 지지의 제공이 필요할 것으로 생각한다.

주제어 : 뇌졸중 후 우울, 사회적 지지, 장애수용

I. 서론

뇌졸중은 국내 3대 사망원인 중 하나로서 특히 50세 이상의 인구에게서 발생률이 높아(통계청, 2007), 인구의 노령화와 더불어 발생빈도의 지속적인 증가가 예상되는 질환이다(김금순, 서현미와 강지연, 2000). 뇌졸중은 뇌혈관 사고로 인한 국소 뇌 조직 이상의 초래로 신경학적 기능장애를 나타내고, 생존자 90% 이상이 운동기능 장애와 더불어 언어, 감각, 지각-인지기능 등 동반장애를 가지게 된다(Anderson, Vestergaard, Ingemann-Nielsen, & Lauritzen, 1995).

이러한 운동, 언어, 감각, 지각-인지기능 장애 이외에

도 뇌졸중 생존자가 겪는 주요 정서적 장애로 우울을 들 수 있는데, 생존자의 33%가 우울을 경험하는 것으로 나타나(Hackett, Yapa, Parag, & Anderson, 2005) 뇌졸중 후 우울증의 발생빈도가 높은 것을 알 수 있다. 뇌졸중 후 우울증은 신체기능과 인지기능에 부정적인 영향을 미치고 신체능력을 악화시킨다는 보고가 있었고(Philip, Beverley, & Robert, 1992), King(1996)과 김현철 등(2002)은 우울증이 뇌졸중 환자의 삶의 질을 예측할 수 있는 강력한 요인이라고 하였으며, 조복희, 고미혜와 김순영(2003)은 우울증 감소를 통해 삶의 질을 향상시킬 수 있다고 하여 뇌졸중 후 생존자의 신체기능과 인지기능 및

이 연구는 2009년 광주대학교 대학연구비의 지원을 받아 수행되었음

교신저자 : 김희영 (guruma2000@naver.com)

|| 접수일: 2009. 3. 30 || 게재승인일: 2009. 5. 10

삶의 질을 위해 우울증 관리의 중요성을 강조하고 있다.

뇌졸중 후 우울은 뇌손상에 의한 신경전달물질의 변화, 심리-사회적 문제가 영향을 미친다고 하는 것이 최근의 관점으로, 심리-사회적 관점에서 우울은 뇌졸중과 이로 인한 제반장애에 대한 부적응으로 볼 수 있다(장하정, 2006).

뇌졸중 후 우울을 부적응의 결과로 보았을 때, 적응적 역할을 하는 것으로 알려진 장애 수용은(Gerhard, 2002; Ute & Nihal, 2004) 인지치료적 접근 개념으로서 장애를 자신의 여러 특성 중 하나로 인식하고 이로 인해 초래될 수 있는 불편을 인정하고, 자신의 가치를 평가절하하지 않으며, 장애를 자신의 한 부분으로 인정하는 것을 말한다(홍려교, 2001). 장애 수용에 대해 김미희(2006)는 연령, 수입, 마비부위, 발병횟수, 일상생활수행능력, 종교성, 가족지지와 함께 우울에 영향을 미치는 요인으로 보고한 바 있다. 실제로 미국에서는 수용을 치료에 적용한 것으로 수용 전념치료(Acceptance & Commitment Therapy), 알아차림 인지치료(Mindfulness Based Cognitive Therapy), 수용과 알아차림 기법 등을 활용한 범 불안 장애치료(Roomer & Orsillo, 2002) 등을 뇌졸중 후 우울증 치료로서 시도하고 있다(장하정, 2006).

뇌졸중 후 부적응의 결과인 우울에 영향을 주는 중요한 요인 중 하나는 사회적 지지이다(서문자, 김금순, 김국기, 송지영과 조남옥, 1999). Morris, Robinson, Raphael과 Bishop(1991)의 연구에서는 사회적 지지가 적다고 지각하는 그룹의 우울이 더 높은 것으로 보고되었고, 서문자 등(1999)은 사회적 지지의 지각 정도에 따라 적응 수준에 차이가 있다고 보고하여 뇌졸중 환자의 적응문제 해결에 사회적 지지가 중요한 요인임을 시사하고 있다. 그러나 현재 우리나라는 뇌졸중 후 우울증 치료방법으로 약물치료 방법을 이용하고 있을 뿐, 심리-사회적 접근에 관한 연구는 아직까지 미흡한 실정이다(장하정, 2006).

이에 본 연구는 뇌졸중 후 우울에 영향을 미치는 요인을 알아봄으로서 약물치료 외에 적용할 수 있는 심리-사회적 우울증재의 적용 가능성을 알아보고 효과적인 우울증재를 위한 기초자료를 제공하고자 하였다.

II. 연구 방법

1. 연구 대상

본 연구는 2009년 2월 23일부터 3월 7일까지 광주광역시

시에 위치하고 있는 A, B, C병원 내 재활의학과에 입원 중인 뇌졸중 환자로 보조기 사용하에 독립적으로 보행이 가능하고, 의사소통이 가능한 자로 연구의 필요성과 목적을 이해하고 참여에 동의한 총 83명을 대상으로 하였다.

자료 수집은 한국형 노인 우울척도와 사회적 지지, 뇌졸중에 대한 장애수용 척도는 설문을 통하여 조사하였고, 설문지 작성 중 필요한 경우 연구자가 설문에 대해 설명하였다. 한국형 간이 정신 상태 검사는 연구자가 일대일로 검사하였고, 일상생활활동 측정은 가능한 실제 수행을 관찰하여 검사하였으며, 실제 수행 관찰이 불가능한 경우는 환자와 보호자에게 직접 질문하여 검사하였다. 수집된 설문지 총 83부 중 정보가 부족한 것을 제외한 80부를 분석에 이용하였다.

2. 연구 도구

1) 일상생활활동 측정(Functional Independence Measure : FIM)

Granger와 McNamara(1984)가 개발한 독립적 기능 평가척도로서, 기능수준 평가에 객관적이고 유용한 도구이다(Ballinger, Rintala, & Hart, 2000; Desrosiers et al., 2003). 자기관리, 팔약근 조절, 이동, 보행, 의사소통, 사회적 인식 영역으로 구성되어 있고, 18개 항목 7점 척도이다. 1~5점은 도움이 필요한 의존적 상태, 6~7점은 도움이 필요 없는 독립적 상태로 간주한다. 총점은 18~126점이고 총점이 높을수록 일상생활활동 수행이 높음을 의미한다. 신뢰도는 $\alpha = 0.95$, 운동영역은 $\alpha = 0.77$, 인지영역은 $\alpha = 0.83$ 이다(Granger, Cotter, Hamilton, Fiedler, & Hens, 1990).

2) 한국형 간이 정신 상태 검사(Mini-Mental State Examination for Korean : MMSE-K)

MMSE-K는 노인들의 인지기능을 평가하기 위한 도구로서 Folstein, Folstein과 McHugh(1975)이 개발한 Mini-Mental State Examination(MMSE)을 권용철과 박종환(1989)이 노인 문맹자가 많은 우리나라를 고려하여 수정 보완한 것으로 각 하위항목의 점수 배분은 지남력 10점, 기억등록 3점, 주의력 및 계산능력 5점, 기억회상 3점, 언어기능 7점 및 이해판단 2점인 총 30점으로 되어 있다. 무학의 경우 지남력 1점, 주의집중과 계산 2점, 언

어기능 항목에 1점을 부여하여 각각 만점이 넘지 않는 범위로 가산하였다(권용철과 박종한, 1989). 인지장애의 평가기준은 기존연구에서 제시된 절단점(cut-off point)을 이용하여 24점 이상은 정상, 18~23점은 경도 인지장애, 17점 이하는 중증 인지장애로 정의하였다(오민아, 신윤오, 이태용과 김정선, 2003). 도구 개발 당시의 신뢰도는 0.86이었다.

3) 우울 측정검사(한국형 노인 우울척도 : Short Geriatric Depression Scale)

우울 정도를 측정하는 도구로 한국형 노인 우울척도를 사용하였다(김년준, 2008). 한국형 노인 우울척도 도구는 Yesavaga, Brink와 Rose(1983)에 의해 개발된 30문항의 자기 보고형 우울척도로 도구 개발자가 우울과 가장 상관관계가 높은 문항만을 다시 15문항의 단축형으로 만든 것(박상희, 2005)을 기백석(1996)이 우리나라 말로 번안한 것을 사용하였다. 연구당시 타당도와 신뢰도는 Cronbach's $\alpha=0.88$ 로 중등도 이상의 신뢰도를 보였다. 총 15개의 문항으로 5개 문항(2, 7, 8, 11, 12문항)은 긍정적인 대답을 할 경우 우울한 것으로 채점하고, 나머지 10개 문항(1, 3, 4, 5, 6, 9, 10, 13, 14, 15문항)은 부정적인 응답을 할 경우 우울한 것으로 1점은 예, 0점은 아니오로 채점하여, 점수가 높을수록 우울감이 높음을 의미한다(박화옥과 손덕순, 2005).

4) 사회적지지 척도(MOS Social Support Scale)

사회적 지지는 미국의 Medical Outcomes Study(MOS)에서 의료세팅 내 환자의 사회적 지지를 측정하기 위해서 Sherbourne와 Stewart(1991)가 개발한 MOS Social Support Scale로 총 20문항으로 이루어져 있다. 설문문의 구성은 구조적 사회적 지지 1문항과 물질적 지지, 애정적지지, 긍정적 사회 상호작용, 정서적/정보적 지지로 구성되어 있다. 문항은 5점 척도이며 각각 하부영역 별로 점수를 합산해 0점에서 100점으로 환산한 후 전체 영역의 평균을 내었다. 점수가 높을수록 피검자가 지각하는 사회적 지지의 정도가 큰 것을 의미한다. 구조적인 사회적 지지에 대한 문항 1을 제외한 나머지 19문항을 가지고 점수를 산정하였다. MOS는 사회적 지지의 양, 질적인 측면에서 부양자의 주관적인 평가까지 고려하여 측정할 수 있다. Sherbourne와 Stewart(1991)의 연

구에서 신뢰도는 Cronbach's $\alpha=0.97$ 이다.

5) 장애수용 측정

뇌졸중 환자의 장애수용 정도를 측정하기 위해, Geiser(1992)가 통증환자들의 수용정도를 측정하기 위해 개발한 만성통증 수용 질문지(Chronic Pain Acceptance Questionnaire)를 정연승(2004)이 번안한 척도와, Kaiser, Wingate, Freeman과 Chandler(1987)가 Linkowski(1971)의 장애수용 척도에서 간추려 구성한 척도를 조아라(1997)가 번안한 장애 수용 척도의 문항을 참고로, 장하정(2006)이 문항의 단어를 뇌졸중 환자에 맞게 수정하여 재구성 한 질문지를 사용하였다. 총 12문항으로 구성하였고, 4점 Likert 척도이며, 2, 6, 8, 9, 10번 문항은 역산하며 점수가 높을수록 응답자의 뇌졸중에 대한 수용 정도가 높은 것으로 평가된다.

4. 자료 분석

자료 분석은 SPSS 12.0 version을 이용하여 시행하였다. 대상자의 일반적 특성과 질병관련 특성은 빈도분석을 시행하였고 우울과 관련이 있다고 알려진 제 연구변수는 기술분석을 시행하였다. 우울과 제 연구변수와의 상관관계는 피어슨 상관분석을 적용하였다. 일반적 특성과 질병관련 특성에서 유의한 관련이 있는 것으로 나타난 변수들과 상관 관계를 보인 각 변수들이 우울에 미치는 상대적 영향력을 분석하기 위해 단계적 중다 회귀분석을 시행하였다. 통계적 유의수준은 0.05로 정하였다.

Ⅲ. 연구 결과

1) 대상자의 일반적 특성

대상자의 일반적 특성은 다음과 같다. 성별은 남성 53명(65.4%), 여성 27명(33.3%)이었고, 연령은 50세 이하(13.6%)이었다. 재활치료 여부는 치료를 받고 있는 경우 71명(87.7%), 치료를 받지 않는 경우 9명(11.1%)이었고, 교육수준은 무학 10명(12.3%), 초등학교 졸업 19명(23.5%), 중학교 졸업 11명(13.6%), 고등학교 졸업 40명(49.4%), 51세 이상 60세 이하 33명(40.7%), 61세 이상 70세 이하 23명(28.4%), 71세 이상 80세 이하 11명(13.6%), 대학교 졸업 이상 0명(0.0%)이었다. 혼인상태는 배우자 있음 57명(70.4%), 사별 11명(13.6%), 이혼 및 별

표 1. 대상자의 일반적 특성

인구 통계적 변수		N(%)
성별	남	53(65.4)
	여	27(33.3)
연령	50세 이하	13(16.0)
	51~60세	33(40.7)
	61~70세	23(28.4)
	71~80세	11(13.6)
재활치료 여부	치료 받음	71(87.7)
	치료 받지 않음	9(11.1)
교육수준	무학	10(12.3)
	초등학교 졸업	19(23.5)
	중학교 졸업	11(13.6)
	고등학교 졸업	40(49.4)
	대학교 졸업	0(0.0)
혼인상태	배우자 있음	57(70.4)
	사별	11(13.6)
	이혼, 별거	9(11.1)
	미혼	3(3.7)
종교	무교	32(40.0)
	기독교	4(5.0)
	천주교	14(17.5)
	불교	30(37.5)
가족형태	독거	15(18.5)
	부부	35(43.2)
	자녀와 동거	22(27.2)
	기타	8(9.9)
월평균 수입	100만원 미만	51(63.0)
	100만원 이상~200만원 미만	13(16.0)
	200만원 이상~300만원 미만	7(8.6)
	300만원 이상	9(11.1)
치료비 부담	본인	23(28.4)
	배우자	25(30.9)
	자녀	18(22.2)
	기타	14(17.3)
주간호자	배우자	33(40.7)
	자녀	8(9.9)
	며느리	23(28.4)
	간병인	16(19.8)

거 9명(11.1%), 미혼 3명(3.7%)이었고, 종교는 무교 32명(40.0%), 기독교 4명(5.0%), 천주교 14명(17.5%), 불교 30명(37.5%)이었다. 가족형태는 독거 15명(37.5%), 부부동거 35명(43.2%), 자녀와 동거 22명(27.2%), 기타 8명(9.9%)이었고, 월평균 수입은 100만원 미만 51명(63.0%), 100만원 이상 200만원 미만 13명(16.0%), 200만원 이상 300만원 미만 7명(8.6%), 300만원 이상 9명(11.1%)이었다. 치료비 부담은 본인 23명(28.4%), 배우자 25명

(30.9%), 자녀 18명(22.2%), 기타 14명(17.4%)이었고, 주관호자는 배우자 33명(40.7%), 자녀 8명(9.9%), 며느리 23명(28.4%), 간병인 16명(19.8%)이었다(표 1).

2) 대상자의 질병관련 특성

대상자의 질병관련 특성은 다음과 같다. 마비부위는 오른쪽 38명(47.5%), 왼쪽 42명(52.5%)이었고, 발병기간은 6개월 이상 8개월 미만 31명(38.3%), 8개월 이상 10개월

표 2. 대상자의 질병관련 특성

특 성	구 분	N (%)
마비부위	오른쪽	38(47.5)
	왼쪽	42(52.5)
발병기간	6개월~8개월	31(38.3)
	8개월~10개월	2(2.5)
	10개월~12개월	47(58.0)
기타질환	고혈압	36(44.4)
	당뇨	8(9.9)
	심장질환	3(3.7)
	신장질환	33(40.7)
언어장애 유무	없음	22(27.2)
	있음	58(71.6)
보조기사용 유무	사용하지 않음	35(43.2)
	사용함	45(55.6)
재발횟수	1회	71(87.7)
	2회	8(9.9)
	3회 이상	1(1.2)

표 3. 대상자의 인지기능

변 수		N (%)
인지기능(0~30점)	정상(24점 이상)	54(67.5%)
	경도 인지장애(18점~23점)	22(27.5%)
	중증 인지장애(17점 이하)	4(5.0%)

표 4. 대상자의 일상생활활동, 사회적 지지, 우울정도와 장애수용

변 수	최소값	최대값	평균 ± 표준편차
일상생활활동(18~156점)	42.00	121.00	91.80 ± 19.12
사회적 지지(0~100점)	19.00	95.00	64.60 ± 22.17
우울정도(0~15점)	0.00	15.00	8.66 ± 4.07
장애수용(12~48점)	7.00	28.00	15.83 ± 4.65

미만 2명(2.5%), 10개월 이상 12개월 미만 47명(58.0%)이었다. 기타질환은 고혈압 36명(44.4%), 당뇨 8명(9.9%), 심장질환 3명(3.7%), 신장질환 33명(40.7%)이었고, 언어장애는 없는 경우 22명(27.2%), 있는 경우 58명(71.6%)이

었다. 보조기사용은 사용하지 않는 경우 35명(43.2%), 사용하는 경우 45명(55.6%)이었고, 재발횟수는 1회 71명(87.7%), 2회 8명(9.9%), 3회 이상 1명(1.2%)이었다 (표 2).

표 5. 대상자의 일반적 특성에 따른 우울정도

변 수	우울정도	
	M ± SD	t or F(p)
성별	남(N=53)	8.43 ± 4.268
	여(N=27)	9.11 ± 3.672
연령	50세 이하(N=13)	8.77 ± 2.891
	51~60세(N=33)	7.79 ± 4.505
	61~70세(N=23)	9.61 ± 3.564
	71~80세(N=11)	9.18 ± 4.771
재활치료 유무	치료 받음(N=71)	8.63 ± 4.065
	치료 받지 않음(N=9)	8.89 ± 4.314
교육수준	무학(N=10)	10.30 ± 3.683
	초등학교 졸업(N=19)	9.42 ± 3.150
	중학교 졸업(N=11)	10.73 ± 3.636
	고등학교 졸업(N=40)	7.32 ± 4.287
혼인상태	유배우(N=57)	8.18 ± 4.080
	사별(N=11)	11.64 ± 2.014
	이혼, 별거(N=9)	8.44 ± 4.799
	미혼(N=3)	8.66 ± 4.066
종교	무교(N=32)	8.03 ± 4.223
	기독교(N=4)	8.00 ± 4.082
	천주교(N=14)	8.36 ± 3.915
	불교(N=30)	9.57 ± 3.997
가족형태	독거(N=15)	10.27 ± 3.515
	부부(N=35)	7.74 ± 4.154
	자녀와 동거(N=22)	9.05 ± 4.076
	기타(N=8)	8.63 ± 4.240
월평균 수입	100만원 미만(N=51)	8.88 ± 4.126
	100만원 이상~200만원 미만(N=13)	8.85 ± 3.976
	200만원 이상~300만원 미만(N=7)	9.43 ± 3.359
	300만원 이상(N=9)	6.56 ± 4.333
치료비 부담	본인(N=23)	8.57 ± 4.860
	배우자(N=25)	8.32 ± 3.424
	자녀(N=18)	10.00 ± 3.896
	기타(N=14)	7.71 ± 3.911
주간호자	배우자(N=33)	16.73 ± 4.467
	자녀(N=8)	16.63 ± 4.809
	며느리(N=23)	15.26 ± 4.634
	간병인(N=16)	14.38 ± 4.924

3) 대상자의 인지기능

대상자의 인지기능은 정상 54명(67.6%), 경도 인지장애 22명(27.6%), 중증 인지장애 4명(5.2%)이었다(표 3).

4) 대상자의 일상생활활동, 사회적 지지, 우울증도와 장애수용

대상자의 일상생활활동은 91.80 ± 19.12 점, 사회적 지지는 64.60 ± 22.17 점, 우울증도는 8.66 ± 4.07 점, 장애수용은 15.83 ± 4.65 점이었다(표 4).

5) 대상자의 일반적 특성에 따른 우울증도

대상자의 일반적 특성에 따른 우울증도는 다음과 같았다. 우울증도는 교육수준에 따라 무학 10.30 ± 3.683 , 초등학교 졸업 9.42 ± 3.150 , 중학교 졸업 10.73 ± 3.636 , 고등학교 졸업 7.32 ± 4.287 로 유의한 차이를 보였고($p < .05$),

이외 성별, 연령, 재활치료 유무, 혼인상태, 종교, 가족형태, 월평균 수입, 치료비 부담, 주간호자는 유의한 차이를 보이지 않았다($p > .05$)(표 5).

6) 대상자의 질병관련 특성에 따른 우울증도

대상자의 질병관련 특성에 따른 우울증도는 다음과 같았다. 우울증도는 언어장애가 있는 경우 6.82 ± 4.573 , 언어장애가 없는 경우 9.36 ± 3.660 으로 유의한 차이를 보였고($p < .05$), 이외 마비부위, 발병기간, 기타 질환, 보조기사용 유무, 재발횟수는 유의한 차이를 보이지 않았다($p > .05$)(표 6).

7) 우울증도 및 제 연구변수와의 관계

대상자의 우울증도 및 제 연구변수와의 관계는 다음과 같았다. 우울증도는 장애수용과 $-.531$, 사회적 지지와

표 6. 대상자의 질병관련 특성에 따른 우울증도

특 성	구 분	우울증도	
		M $\pm$ SD	t or F(p)
마비부위	오른쪽(N=38)	8.86 ± 4.723	.178(.860)
	왼쪽(N=42)	8.67 ± 3.882	
발병기간	6개월~8개월(N=31)	8.90 ± 3.800	.147(.863)
	8개월~10개월(N=2)	9.50 ± 0.707	
	10개월~12개월(N=47)	8.47 ± 4.398	
기타 질환	고혈압(N=36)	8.44 ± 3.924	.301(.825)
	당뇨(N=8)	8.25 ± 4.334	
	심장질환(N=3)	7.33 ± 6.028	
	신장질환(N=33)	9.12 ± 4.136	
언어장애 유무	없음(N=22)	6.82 ± 4.573	-2.587(.012)
	있음(N=58)	9.36 ± 3.660	
보조기사용 유무	사용하지 않음(N=35)	8.37 ± 4.551	-.562(.576)
	사용함(N=45)	8.89 ± 3.682	
재발횟수	1회(N=71)	8.73 ± 4.188	.092(.913)
	2회(N=8)	8.13 ± 3.271	
	3회 이상(N=1)	8.00 ± 0.000	

표 7. 우울증도 및 제 연구변수와의 관계

변수	우울증도	장애 수용	사회적 지지	일상생활활동	인지기능
우울증도	1	-.531**	-.344**	.099	.104

** $p < .05$

-0.344로 유의한 관계를 보였고($p < .05$), 일상생활 동작과 인지기능은 유의한 관계를 보이지 않았다($p > .05$)(표 7).

8) 뇌졸중 환자의 우울정도에 영향을 미치는 요인

대상자의 우울감에 대해 관련이 있는 것으로 나타난 요인인 장애수용, 사회적 지지, 언어장애, 가족형태, 종교 유무, 주간호자, 평균수입, 혼인상태, 연령, 성별, 치료비 부담의 우울감에 대한 상대적 영향력을 알아보기 위하여 관련 있는 변수들을 단계적 중다 회귀분석한 결과 F값이 5.240이었고 설명력은 65.6%이었다. 각 요인들의 설명력을 비교하여 보면 장애수용은 28.1%, 사회적 지지는 5.5%로 유의한 영향력을 보였다($p < .05$)(표 8).

IV. 고 찰

본 연구는 뇌졸중 후 우울에 영향을 미치는 요인을 알아봄으로서 약물치료 외에 적용할 수 있는 심리-사회적 우울중재의 적용 가능성을 알아보고 효과적인 우울 중재를 위한 기초자료를 제공하고자 하였다.

1) 대상자의 일반적 특성에 따른 우울정도

우울정도는 교육수준이 높을수록 유의하게 낮은 것으로 나타났다($p < .05$). 이에 신철호 등(1996)은 우울에 대해 교육을 유의한 요인으로 보고하였고, 노병일과 모선희(2007)는 우울을 예측하는 변수로 교육수준을 들어 본 연구와 같은 결과를 보고 하였으나, 김인자, 서문자, 김금순, 조남옥과 최희정(2000)과 장하정(2006)은 교육을

우울에 유의한 영향을 미치지 않는 요인으로 보고하여 본 연구와 다른 결과를 보였다.

2) 질병관련 특성에 따른 우울정도

언어장애가 있는 경우가 언어장애가 없는 경우에 비해 낮은 우울정도를 보였다. 이에 Parikh 등(1990)은 언어장애가 있는 경우 우울증에 이환되는 경우가 더 많다고 보고하였고, Kauhanen 등(1999)은 뇌졸중 후 우울증이 언어장애와 서로 연관성이 있다고 주장하였으며, Monica, Rolf와 Kjell(1993)은 실어증과 뇌졸중 후 우울증과의 유의한 관계를 보고하여 본 연구와 비슷한 결과를 나타내었다.

3) 우울과 제 연구변수와의 관계

우울정도가 높았을 때 장애수용과 사회적 지지가 낮은 것으로 나타났다. 장애수용에 대해 Zalewska, Miniszewska, Juczynski, Chodkiewicz와 Sysa-Jedrzejska(2004)는 낮은 장애수용이 높은 심리적 불편감을 야기한다고 하였고, 김소희(2004)는 장애수용이 스트레스를 중재하여 심리에 긍정적인 영향을 줄 수 있다고 하여 본 연구와 유사한 결과를 보였다. 사회적 지지에 대해 서문자 등(1999)은 퇴원 후 뇌졸중 환자의 우울의 사회적 지지와의 유의한 관계를 보고하였고, 강현숙(1984)은 편마비 환자가 지각한 가족 지지가 높을수록 우울정도가 낮은 것으로 보고하여 본 연구와 유사한 결과를 보였다. 이는 장애수용과 사회적 지지가 뇌졸중 후 정서에 긍정적인 영향을 줄을 의미한다.

표 8. 뇌졸중 환자의 우울정도에 영향을 미치는 요인

		R	R ²	β	F(p)
제 연구변수	장애수용	.531	0.281	-0.523	30.557(.000)
	사회적지지	.580	0.336	-0.279	19.521(.010)
질병관련 특성	언어장애	.613	0.376	0.190	15.263(.065)
일반적 특성	가족형태	.631	0.398	0.154	12.414(.125)
	종교유무	.647	0.419	0.120	10.682(.217)
	주간호자	.651	0.424	-0.112	8.945(.338)
	평균수입	.655	0.429	-0.087	7.731(.443)
	연령	.656	0.430	-0.037	5.928(.606)
	성별	.656	0.430	0.006	5.260(.938)
	치료비부담	.656	0.430	-0.025	5.240(.909)

4) 관련 요인의 우울에 대한 영향력

우울과 관련이 있는 요인으로 파악된 각 요인들의 우울에 대한 설명력을 비교하여 보면 장애수용은 28.1%, 사회적 지지는 5.5%의 영향력을 보였다. 이중 특히 장애수용은 우울을 28.1%까지 설명하는 주요 요인이었다. 이에 김미희(2006)는 장애수용이 뇌졸중 후 편마비 노인의 우울을 38.3% 설명하는 것으로 보고하였고, 장하정(2006)의 연구에서는 뇌졸중 후 우울에 대해 장애수용이 설명력 21%인 것으로 나타나 우울에 강력한 영향을 미치는 것으로 보고하여, 본 연구와 유사한 결과를 나타내었다. 이와 같은 결과는 뇌졸중 후 우울 중재에서 장애수용의 효용성에 대한 근거를 제시하고 있다.

장애수용 다음으로 높은 설명력을 보인 요인은 사회적 지지였다. 이에 김인자 등(2000)은 사회적 지지가 뇌졸중 후 우울에 직접적인 영향을 미쳤음을 보고하였고, Morris, Raphael과 Robert(1992)는 사회적 지지가 적다고 지각하는 그룹의 우울이 더 높고 오래 지속되었다고 하였으며, Angeleri 등(1997)은 우울과 사회적 지지의 유의한 관계를 보고하여 본 연구와 같은 결과를 보였다. 반면 장하정(2006)은 사회적 지지가 우울에 영향을 주지 않는다고 하였으며, 김효명(2005)은 우울집단과 비 우울집단 간에 환자가 지각한 사회적 지지의 정도가 다르지 않았다고 하여 본 연구와 상반된 결과를 보였다.

위의 결과를 종합하여 보면 뇌졸중 후 우울에 가장 큰 영향력을 미치는 요인은 장애수용과 사회적 지지로서 심리사회적 요인이라 할 수 있다. 이 같은 결과는 뇌졸중 후 우울에 대해 약물치료 뿐만이 아닌 심리-사회적 중재도 제공해야 함을 보여주는 결과라 할 수 있다. 따라서 뇌졸중 후 우울 경감을 위한 중재를 제공할 때, 약물치료와 더불어 장애를 자연스럽게 수용할 수 있도록 도와야 할 것이며 이를 위한 효과적인 전략연구가 이루어져야 할 것이다. 또한 장애수용 다음으로 우울에 높은 영향을 미치는 사회적 지지에 대한 관리 및 지속적인 가족과 지역사회를 통한 지지 제공이 뇌졸중 후 효과적인 우울의 중재에 도움이 될 것으로 생각한다.

본 연구의 제한점은 다음과 같다. 연구대상의 수가 적고, 보행이 가능한 입원환자만을 대상으로 하였기에 일반화에 어려움이 있었다. 또한 대상자의 수에 비해 연령 범위가 넓어 각 연령의 특징을 파악하기 어려웠다. 추후 이를 보완하는 후속 연구가 이루어져야 할 것으로 사료된다.

V. 결 론

본 연구는 뇌졸중 후 우울의 심리-사회적 중재를 위한 기초 자료를 제공하기 위해 우울에 영향을 미치는 요인과 함께 장애수용과 사회적 지지와의 관계를 알아보고자 하였다. 연구 결과는 다음과 같았다.

연구 대상자의 일반적 특성에서 교육수준과, 질병관련 특성에서 언어장애가 우울과 관련이 있는 요인으로 나타났다. 장애수용과 사회적 지지의 점수가 높을수록 우울의 정도는 낮은 것으로 나타났다. 관련 요인들의 우울에 대한 상대적 영향력을 비교하였을 때 장애수용과 사회적 지지가 우울에 가장 높은 영향력을 미쳤다. 가장 따라서 뇌졸중 후 우울의 중재에는 장애를 수용할 수 있도록 돕고 이와 동시에 사회적 지지를 제공하는 것이 중요하리라 생각한다.

참 고 문 헌

- 강현숙. (1984). 재활강화 교육이 편마비환자의 자가 간호 수행에 미치는 영향에 관한 실험적 연구. 박사학위논문, 연세대학교, 서울.
- 권용철, 박종한. (1989). 노인용 한국판 Mini Mental State Examination(MMSE-K)의 표준화 연구: 제1편 MMSE-K의 개발. 대한신경정신의학회지, 28(1), 125-135.
- 기백석. (1996). 한국판 노인 우울척도 단축형의 표준화 예비연구. 신경정신의학, 35(2), 298-307.
- 김금순, 서현미, 강지연. (2000). 재가뇌졸중환자를 위한 자조관리프로그램이 일상 활동, 근육 강도, 우울 및 삶의 만족도에 미치는 효과. 재활간호학회지, 3(1), 108-117.
- 김년준. (2008). 집단운동프로그램이 치매노인의 인지기능과 일상생활동작 및 우울에 미치는 영향. 석사학위논문, 용인대학교, 경기도.
- 김미희. (2006). 뇌졸중 후 편마비 노인의 우울영향 요인. 한국노년학회지, 26(4), 911-927.
- 김소희. (2004). 스트레스 사건, 인지적 정서조절전략과 심리적 안녕간의 관계. 석사학위논문, 가톨릭대학교, 서울.
- 김인자, 서문자, 김금순, 조남옥, 최희정. (2000). 뇌졸중 후 우울에 영향을 미치는 요인. 성인간호학회지, 12(1), 147-162.

- 김현철, 김세주, 최낙경, 김영신, 이병철, 이만홍. (2002). 뇌졸중 후 삶의 질에 관한 추적 연구. *신경정신의학 회지*, 41(4), 682-691.
- 김효명. (2005). 뇌졸중 환자의 일상생활동작 수행, 우울 및 사회적 지지가 삶의 질에 미치는 영향. 석사학위 논문, 한양대학교, 서울.
- 노병일, 모선희. (2007). 사회적 지지의 수준과 차원이 노인 우울에 미치는 영향. *한국노년학회지*, 27(1), 53-69.
- 박상희. (2005). 한국화 매체를 이용한 집단미술치료가 치매노인의 우울과 자기표현에 미치는 효과. 석사학위 논문, 대구대학교, 대구.
- 박화옥, 손덕순. (2005). 노인의 우울감 결정요인에 관한 탐색연구. *강남대학교 논문집*, 46, 1-14.
- 서문자, 김금순, 김국기, 송지영, 조남옥. (1999). 퇴원 후 뇌졸중환자의 재적응과 사회적 지지와의 관계분석. *대한간호학회지*, 29(3), 639-655.
- 신철호, 김수영, 이영수, 조영채, 이태용, 이동배. (1996). 일부지역 노인들의 인지기능과 우울에 관련된 요인에 관한 연구. *예방의학회지*, 29(2), 199-214.
- 오민아, 신윤오, 이태용, 김정선. (2003). MMSE를 이용한 도시지역 노인들의 인지기능검사 성적. *충남의대잡지*, 30(2), 101-113.
- 장하정. (2006). 뇌졸중 환자의 우울과 수용 및 대처방법간의 관계. 석사학위논문, 가톨릭대학교, 서울.
- 정연승. (2004). 건강통제소재와 통증수용, 통증대처가 통증환자의 적응에 미치는 영향. 석사학위논문, 가톨릭대학교, 서울.
- 조복희, 고미혜, 김순영. (2003). 재가 뇌졸중 환자의 일상 활동 수행능력, 우울, 자기 효능감 및 삶의 질과의 관계. *재활간호학회지*, 6(1), 51-60.
- 조아라. (1997). 자기초점화 주의가 장애 수용과 우울감에 미치는 영향. *한국임상심리학회*, 1(1), 190-195.
- 통계청. 2007년 사망 및 사망원인통계 결과. 2009년 3월 16일 출력. <http://www.nso.go.kr>
- 홍려교. (2001). 스포츠 참여가 지체장애인의 장애수용과 신체상에 미치는 영향. 박사학위논문, 이화여자대학교, 서울.
- Anderson, G., Vestergaard, K., Ingemann-Nielsen, M., & Lauritzen, L. (1995). Risk factors for post-stroke depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 92(3), 193-198.
- Angeleri, F., Angeleri, V. A., Foschi, N., Giaquinto, S., Nolfi, G., Signarino, A., et al., (1997). Depression after stroke: An investigation through catamnesis. *Journal of Clinical Psychiatry*, 58(6), 261-265.
- Ballinger, D. A., Rintala, D. H., & Hart, K. A. (2000). The relation of shoulder pain and range of motion problems to functional limitations, disability, and perceived health of men with spinal cord injury: A multifaceted longitudinal study. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 81(12), 1575-1581.
- Desrosiers, J., Rochette, A., Noreau, L., Bravo, G., Hebert, R., & Boutin, C. (2003). Comparison of two functional independence scales with a participation measure in post-stroke rehabilitation. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 37(2), 157-172.
- Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). Mini-mental state: A practical method for grading cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12(3), 189-198.
- Geiser, D. S. (1992). *A comparison of acceptance- focussed and control-focussed psychological treatment in a chronic pain treatment center*. Unpublished doctoral dissertation, University of Nevada, Reno.
- Gerhard, S. (2002). Coping strategies and individual meanings of illness. *Social Science & Medicine*, 34(4), 427-432.
- Granger, C. V., & McNamara, M. A. (1984). Functional assessment utilization: The long-range evaluation system. In C. V. Granger, & G. E. Gresham, *Functional assessment in rehabilitation medicine* (pp. 99-121). Baltimore: Williams & Wilkins.
- Granger, C. V., Cotter, A. C., Hamilton, B. B., Fiedler, R. C., & Hens, M. M. (1990). Functional assessment scales, a study of person with multiple sclerosis. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 71(11), 870-875.
- Hackett, M. L., Yapa, C., Parag, V., & Anderson, C. S. (2005). Frequency of depression after stroke: A

- systemic review of observational studies. *Stroke*, 36(6), 1330-1340.
- Kaiser, S. B., Wingate, S. B., Freeman, C. M., & Chandler, J. L. (1987). Acceptance of physical disability and attitudes toward personal appearance. *Rehabilitation Psychology*, 32(1), 51-58.
- Kauhanen, M., Korpelainen, J. T., Hitunen, P., Brusin, E., Mononen, H., & Matta, R. (1999). Post stroke depression correlates with cognitive impairment and neurological deficits. *Stroke*, 30(9), 1985-1980.
- King, R. B. (1996). Quality of life after stroke. *Stroke*, 27(9), 1467-1472.
- Linkowski, D. C. (1971). A scale to measure acceptance of disability. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 14(4), 236-244.
- Monica, A., Rolf, A., & Kjell, A. (1993). Major depression in stroke patients: A 3-year longitudinal study. *Stroke*, 24(7), 976-982.
- Morris, P. L., Robinson, R. G., Raphael, B., & Bishop, D. (1991). The relationship between the perception of social support. *Maryland Psychiatric Research*, 54(3), 306-316.
- Morris, P. L., Raphael, B., & Robert, R. G. (1992). Clinical depression is associated with impaired recovery from stroke. *The Medical Journal of Australia*, 157(4), 39-242.
- Parikh, R. M., Robinson, R. G., Lipsey, J. R., Starkstein, S. E., Fedoroff, J. P., & Price, T. R. (1990). The impact of post stroke depression on recovery in activities of daily living over a 2 year follow up. *Archives of Neurology*, 47(7), 785-789.
- Philp, L. P. M., Beverley, R., & Robert, G. R. (1992). Clinical depression is associated with impaired recovery from stroke. *The Medical Journal of Australia*, 157(17), 239-242.
- Roemer, L., & Orsillo, S. M. (2002). Expanding our conceptualization of and treatment for generalized anxiety disorder: Integrating mindfulness/acceptance-based approaches with existing cognitive-behavioral models. *Clinical Psychology-Science and Practice*, 9, 54-68.
- Sherbourne, C. D., & Stewart, A. L. (1991). The MOS social support survey. *Social Science & Medicine*, 32(6), 705-714.
- Ute, S., & Nihal, E. M. (2004). Turning the tide: Benefit finding after cancer surgery. *Social Science & Medicine*, 59(3), 653-662.
- Yesavaga, J. A., Brink, T. L., & Rose, I. L. (1983). Developmental validation of a geriatric depression screening scale. *Journal of Psychiatric Research*, 17(1), 37-49.
- Zalewska, A., Miniszewska, J., Juczynski, Z., Chodkiewicz, J., & Sysa-Jedrzejowska, A. (2004). Acceptance of illness in psoriasis vulgaris Patient. *Journal of Psychosomatic Research*, 56(6), 581-673.

Abstract

A Study of the Relationship Between Post-stroke Depression, Acceptance of Disability, and Social Support

Bang, Yoo-Soon*, Ph. D., O.T., Kim, Hee-Young**, M.P.H., Heo, Myung*, D.S.

*Dept. of Occupational Therapy, GwangJu University

**City hospital

Objective : This study aims ascertain the influencing factor of post-stroke depression, and the relationship between post stroke depression, acceptance of the disability, and social support.

Methods : For this research, 83 stroke patients were surveyed using a Short Geriatric Depression Scale, MOS Social Support Scale, and acceptance of disability scale, and assessed using an MMSE-K(Mini-Mental State Examination for Koreans) and Functional Independence Measure(FIM). Eighty of the surveys were used.

Results : The manifestation of depression is significantly different for stroke victims according to gender, age, religion, family type, care giver, monthly income, therapy fees, and speech disorder. There are significant correlations with education, speech disorder, acceptance of disability, social support, and post-stroke depression. The most powerful factor of post-stroke depression is acceptance of the disability, and the next is social support.

Conclusion : In managing the acceptance of one's disability, social support will be helpful to reduce post-stroke depression.

Key Words : Acceptance of disability, Post-stroke depression, Social support