

뇌졸중 환자와 보호자가 평가한 환자의 우울 정도 비교

이 재 신¹⁾, 박 은 숙²⁾, 신 정 빈²⁾, 허 지 회³⁾

1) 연세대학교 의료원 재활병원 작업치료실

2) 연세대학교 의과대학 재활의학과

3) 연세대학교 의과대학 신경과

Abstract

Patient and Caregiver Perception of Poststroke Depression

Lee Jae-shin M.P.H., O.T.R.

Park Eun-sook M.D., Ph.D.

Shin Jung-bin M.D., Ph.D.

Heo Ji-hoe M.D., Ph.D.

The purpose of this study is to examine the differences between the degree of depression experienced by stroke patients and that of his /her caregivers. During the period from March 13 through April 13, 1995, 116 patients and caregivers were each presented with a questionnaire to determine the differences between the patient's severity of depression and the degree of depression characteristics. Furthermore, in order to determine the states of depression and nondepression, characteristics of depression were quantified by using a point system to classify the patients and their caregivers into two groups.

The results are as followed :

1. Amongst the 116 stroke patients surveyed, 43 patients(37%) fell under the category defined as depression, 38 patients(33%) were defined as mild to moderate depression and 5 patients(4%) as having moderate to severe depression. However, no patient fell under the category of severe depression.
2. Factors linking the psychological state of mind and the severity of depression were the patient's level of education, type of treatment, degree of home program training, adaptability to treatment, drug intake, and functional status.

3. The levels of depression recorded by the caregivers were much lower than those recorded by the patients. This was a result of the caregiver underestimating the patient's severity of depression.
4. The level of depression experienced by the patient's son(s), daughter(s), daughter-in-law(s) were higher than that recorded by the patient's spouse.
5. The variables affecting the caregiver's recorded degree of depression were the following : care period, living with the patient, knowledge about stroke care, and the caregiver's health status.
6. Based on the characteristics categorizing the nondepressed and depressed group, the patients were most affected by the area of paralysis, pocket money and the taking of diabetic drugs. On the other hand, the caregivers were most affected by marriage status and the period of care.
7. The highest point were given to the psychological disturbances of depression for the patients and physiological disturbances of depression for the caregivers.

As a result of this study, it may be concluded and recommended that stroke patients should, in addition to physical rehabilitation, be exposed to neuro-psychological treatment not only for minimizing the after-effects of stroke but also to maximize support from the caregiver and family. Thus, it is recommended that, for full and successful recovery of a stroke patient, a psychologist must be present to act as a mediator for the patient and their respective family members.

I. 서 론

1. 연구의 필요성

현대 사회는 경제의 성장과 의학의 발달로 노령인구가 증가하여 성인병이 증가하는 추세이다. 성인병의 하나인 뇌졸중은 뇌혈관장애로 인한 질환 및 사고의 총칭으로 일반적으로는 뇌혈관의 순환장애나, 뇌출혈로 인해 갑작스러운 의식장애와 함께 신체의 편측에 마비를 일으키는 급격한 뇌혈관 질환을 말한다(최일생 등, 1992; Turner, 1992; Bonita, 1992).

뇌혈관 질환은 우리나라의 사인 중 두번째를 차지하는 질환으로 사망하지 않더라도 대부분 여러가지 후유증을 초래하게 되며, 뇌졸중 환자들은 편마비, 보행장애 등과 같은 신체적 고통 뿐 아니라, 의존적 성

향, 지적퇴행, 우울, 좌절 및 불안과 같은 정서적 고통을 경험하게 된다(Feibel 등, 1982; 박원경, 1987). 우울증은 이러한 환자들이 겪게되는 대표적인 신경정신적인 후유증의 하나로서 무력감과 절망감을 동반한 자신감의 저하라고 정의할 수 있으며(Bruckbauer, 1991), 피로감과 기력감퇴, 무가치나 죄책감, 사고력과 주의집중력의 감소, 현저한 체중감소나 증가, 자살을 생각하거나, 성적충동의 상실, 불면이나 수면과다, 정신운동성 격정이나 지체 변화의 증상 중 4가지 증상이 적어도 최근 2주간 계속되는 경우에 진단이 가능하다(Minot, 1986).

뇌졸중 환자에서 보이는 우울증은 25%내지 60%에서 신체적 장애와 기능의 손상이 함께 나타나며 정신과 환자에서 볼 수 있는 우울증과는 다른데 정신과 환자보다 희망이 없고, 자살의사가 훨씬 적다는 차이

가 있다(Moffic 등, 1975; Tiller, 1992). 과거에는 뇌졸중 후 우울증(poststroke depression)이 뇌졸중의 비극적 발병에 대한 반응이라는 하나의 합병증으로 인식되었는데, 뇌졸중으로 인한 기능의 상실이 재활과정에서도 제기능을 회복하지 못해 발생한다고 하였다. 그러나 뇌졸중 환자에서 우울증의 진단은 뇌손상과 관계없이 나타나는 증상에 기초를 두어야한다(Finklestein, 1982).

뇌졸중 후 우울증에 관한 평가와 정도는 방법론에 따라 달라질 수 있는데 우울증에 관계되는 요소에 대한 연구를 보면 신체적, 인지적 무능력과 독립성의 상실이가 가장 확실한 요소라 했다. 이것은 일, 취미, 사회활동에 대한 무능력, 경제적 곤란, 장·단기간의 입원으로 외로움, 권태, 자존심 결여를 가져온다는 것이다(Robinson, 1985; Johnson, 1991).

뇌졸중 후 우울증은 일반적 증상으로, 재활의 속도가 성공을 확실하게 감소시킨다(Johnson, 1991). 그렇지만 많은 뇌졸중 후 우울증 환자들은 치료를 받지 않는데 이것은 우울증을 재활과정에서 발생하는 당연한 과정이라고 받아들이기 때문이다. 다른 원인으로는 우울증이 만성으로 발전할 가능성이 높다는 것에 대한 인식부족과 우울증의 증상과 과정에 대한 정보가 부족하기 때문이다(Robinson, 1982; Bruckbauer, 1991). 재활치료 초기단계에서 치료를 받지 않은 우울증 환자는 기능적인 습득을 못하고 지속적인 회복이 어려우며, 사회활동의 실패정도가 커져서 재활치료 결과에 부정적인 효과를 가져올 수 있다(Feibel 등, 1982; Sinyor 등, 1986).

뇌졸중 후 우울증의 치료에 가장 효과적인 것이 재활치료라고 하였으며(Feibel 등, 1982; Eastwood, 1989), 재활치료에 영향을 미치는 요인 중에는 우울증과 약물 치료, 그리고 가족이 가장 중요한데 그 중 직접적이고 일차적인 영향을 미치는 요인으로 가족이 지적되고 있다(Rusin, 1990). Evans 및 Northwood(1983)는 보호자의 부담감은 환자의 행위문

제보다도 가족의 지지체계의 불안정과 관련이 있다고 보고 환자의 사회심리적 기능이 수준이하로 나올 때는 오히려 가족을 의심해 볼 필요가 있다고 강조하면서 환자의 기능장애에 대한 재활의 효과는 가족의 지지정도에 따라 좌우된다고 하였다. 그러나 현대사회는 전통사회와는 달리 노인만의 단독가구, 핵가족화, 취업여성인구의 증가 등으로 가족의 형태가 변화되었고, 자녀들이 부모에 대한 부양의식과 지역연대감이 약화되어 종래의 가족관계나 가족부양을 기대하기가 어렵게 되었다. 또한 외국과는 달리 입원에서부터 환자와 보호자가 함께 하는 우리나라의 상황을 고려해 볼 때 보호자를 포함한 연구가 필요하다고 본다.

뇌졸중 환자와 보호자에게 뇌졸중 후 우울증과 재활의 문제를 인식하도록 적절한 충고와 지지를 제공하기 위해서는 환자의 자가 우울 정도와 보호자가 보는 환자의 우울 정도를 의료진이 정확하게 알아야 성공적인 재활을 기대할 수 있다. 그렇기 때문에 뇌졸중 환자와 보호자 모두를 재활대상으로 생각하고, 뇌졸중 환자의 우울 정도 뿐 아니라, 보호자가 얼마나 환자를 이해하고 접근하는지를 알아보는 것은 환자의 긍정적 재활에 큰 도움이 될 것이다.

2. 연구의 목적

본 연구에서는 뇌졸중 환자의 우울증에 대해서, 환자의 자가우울증 평가 정도를 알아보고, 이 환자의 우울 정도가 재활치료에 같이 관여하며 가장 많은 시간을 간호하는 보호자가 평가한 우울 정도와 어떠한 차이가 있는가를 알아보고자 한다.

본 연구의 세부 목적은 다음과 같다.

- 1) 뇌졸중 환자의 우울 정도를 알아본다.
- 2) 뇌졸중 환자의 우울증에 대해 환자가 평가한 점수와 보호자가 평가한 점수의 차이를 알아본다.
- 3) 뇌졸중 환자에서 비우울증군과 우울증군의 특성을 비교해 본다.

II. 연구방법

1. 연구대상 및 자료수집 방법

연구대상은 서울시와 경인지역에 위치한 4개의 대학부속병원, 5개의 종합병원, 그리고 1개의 국군통합병원에서 재활치료 중인 뇌졸중 환자와 보호자를 대상으로 다음과 같은 기준에 적합한 환자와 보호자로 하였다.

첫째, 연구에의 참여를 승락한 뇌졸중 환자와 보호자
둘째, 연구자에 의해 질문지를 읽고 응답할 수 있으며, 의사소통이 가능하다고 판단되어지는 환자 및 보호자

셋째, 뇌졸중 발병 전 우울증 치료를 받은 경험이 없는 사람

연구대상은 환자와 보호자 각각 116명이였다. 자료수집 방법은 이 연구의 취지를 설명하고 설문지를 배포하여 수집하였으며, 사전조사는 2월 27일부터 3월 7일까지 8일간 실시하였다. 본 조사의 수집기간은 1995년 3월 13일부터 4월 13일까지 1개월 동안이었다.

2. 연구도구

연구의 도구로는 구조화된 설문지를 사용하였는데, 검사기구는 Zung(1965)이 개발한 자가우울증 평가표(self-rating depression scale)로 환자의 우울 정도를 평가하고, Zung(1972)의 환자우울증 평가 목록표(depression status inventory)를 보호자가 기록할 수 있는 평가기구로 사용하였는데, 이 두 검사간의 상관계수는 0.87로 높은 일치도를 공인받은 것이었다.

Zung의 자가우울증 평가표는 Grinker(1961), Overall(1962), 및 Friedman(1963)이 우울증의 인자분석을 통하여 추출한 공통적이고 특징적인 인자들

을 20문항으로 작성한 척도로, 비교적 문항이 짧고 간단하며 단시간내 조사대상자 자신이 기록할 수 있어, 집중력이 부족한 뇌졸중 환자의 우울 정도 측정으로 적합하여 본 연구에 사용하였다.

평가문항은 긍정적인 문항과 부정적인 문항으로 구성되어 있으며, 정동적 우울성향(pervasive affect), 생리적 우울성향(physiological equivalents), 심리적 우울성향(psychological equivalents)으로 영역이 나누어져 있다.

정동적 우울성향은 우울증의 진단분류에서 우울, 슬픔 및 눈물을 보인다는 것으로 검사문항으로는 '우울하거나 슬프다'와 '갑자기 울고 싶거나 눈물이 난다'의 2개 문항으로 최소 2점에서 최대 8점이다.

생리적 우울성향은 생리적인 변화로 인한 일간 기분변화, 불면, 식욕, 체중감소, 성욕감퇴 등의 장애와 변비, 빈맥, 그리고 피곤함 등을 말한다. 검사문항으로는 '하루중 아침이 가장 기분이 좋다', '잠을 설치거나 일찍 깬다', '식욕이 있다', '이성과 함께 있기를 좋아한다', '체중이 줄었다', '변비가 있다', '심장이 두근거린다', 그리고 '이유없이 피곤하다' 등의 8개 문항으로 최소 8점에서 최대 32점이다.

심리적 우울성향은 정신운동성 활동의 장애로 정신운동성 지체와 걱정, 혼란, 공허함, 절망, 우유부단, 가치손상, 자살우려, 과민성, 그리고 불만족 등에 관한 문항을 말한다. 검사문항은 '머리가 맑다', '예전처럼 일 처리한다', '안절부절한다', '장래가 희망적이다', '예전보다 신경질이 난다', '결단력이 있다', '사회에 필요한 사람이다', '삶에 의의를 느낀다', '죽어야 남들이 편할 것 같다', '전과 다름없이 만족하게 일한다' 등의 10개 문항으로 최소 10점에서 최대 40점이다.

보호자가 평가한 환자우울증 평가표는 자가우울증 평가표와 관련성이 있는 문항으로 구성되어 있으며, 환자의 상태를 관찰하거나 유도한 행동과 정보를 기

록할 수 있는 평가표이다. 두 평가표의 우울 정도 측정은 4단계 평정법으로 긍정적인 문항은 ‘항상 그렇다’에 1점, ‘아니다’에 4점, 부정적인 문항은 ‘아니다’에 1점, ‘항상 그렇다’에 4점을 주어 점수가 높을수록 우울 정도가 높은 것으로 간주하였다. 우울 정도의 범위는 최소 20점에서 최대 80점까지 나올 수 있다. Zung의

우울점수 분류에 의하여 점수가 50에서 59까지는 경증우울증, 60에서 69까지는 중경증우울증, 70이상은 중증우울증으로 분류하였다.

3. 연구에 사용된 변수

이 연구에 사용된 변수는 크게 독립변수와 종속변

표 1. 연구에 사용된 변수

변 수	내 용
종속변수	
환자의 자가우울증 평가 정도	4점척도(정동, 생리, 심리, 전체 우울)
보호자의 환자우울증 평가 정도	4점척도(정동, 생리, 심리, 전체 우울)
독립변수	
환자의 특성	
성	1. 남 2. 여
연 령	실수기입(만연령)
종 교	1. 기독교 2. 천주교 3. 불교 4. 없음 5. 기타
직 업	1. 사무직 2. 전문기술직 3. 주부 4. 학생 5. 서비스직 6. 생산직 7. 무직 8. 전문직 9. 기타
결혼상태	1. 기혼 2. 미혼 3. 기타
교육수준	1. 무학 2. 국졸 3. 중졸 4. 고졸 5. 대졸이상
가족수입	실수기입(만원)
한달용돈	실수기입(만원)
치료비부담자	1. 본인 2. 배우자 3. 자녀 4. 형제 5. 기타
발병기간	실수기입(개월)
마비부위	1. 좌측 2. 우측 3. 양측
치료형태	1. 입원 2. 외래
훈련정도	1. 지시에따라 2. 개인적으로 3. 안한다
기능회복정도	1. 기능장애 없다 2. 도움없이 일상생활한다 3. 약간의 도움이 필요하다 4. 언제나 도움이 필요하다 5. 대소변 못가려 간호가 필요하다
치료 적응도	1. 매우 잘한다 2. 잘한다 3. 보통 4. 잘 못한다 5. 매우 잘 못한다
복용중인 약	1. 혈압약 2. 당뇨약
보호자의 특성	
환자와의 관계	1. 배우자 2. 자식 3. 기타
간호기간	실수기입(개월)
성	1. 남 2. 여
연 령	실수기입(만연령)
종 교	1. 기독교 2. 천주교 3. 불교 4. 없음 5. 기타
직 업	1. 사무직 2. 전문기술직 3. 주부 4. 학생 5. 서비스직 6. 생산직 7. 무직 8. 전문직 9. 기타
결혼상태	1. 기혼 2. 미혼 3. 기타
교육수준	1. 무학 2. 국졸 3. 중졸 4. 고졸 5. 대졸이상
동거기준	1. 한다 2. 안한다
간호지식	1. 부족 2. 보통 3. 많이 안다
건강상태	1. 매우 건강하지 않다. 2. 건강하지 않다. 3. 보통 4. 건강하다 5. 매우 건강하다

수는 크게 독립변수와 종속변수로 구분하였다. 연구에 사용된 독립변수는 뇌졸중 환자의 일반적 특성과 보호자의 일반적 특성이며, 종속변수는 환자의 자가 우울증 평가점도와 보호자의 환자우울증 평가점도다.

4. 연구 및 분석의 틀

이 연구는 뇌졸중 환자의 우울증에 대하여 환자가 평가한 자가우울증 점도와 보호자가 평가한 환자의

우울증 정도를 알아보는 데 그 목적이 있다. 자료의 분석은 SAS(Statistical Analysis System)를 이용하였으며, 구체적인 분석방법은 환자의 우울증 정도 분류와 기간별 분포는 χ^2 를, 환자와 보호자의 관련된 특성과 우울 정도 비교, 환자의 자가우울점수의 평균과 보호자가 평가한 환자의 우울점수의 평균차이, 우울군과 비우울군의 비교 및 우울발현 순서는 t검정(t-test), 분산분석(ANOVA)을 하였다(그림 1).

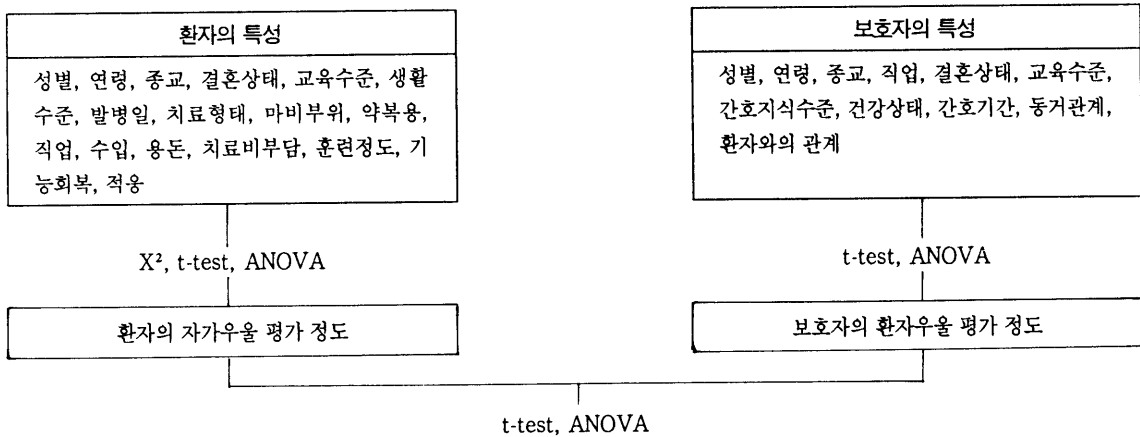


그림 1. 연구 및 분석의 틀

Ⅲ. 연구결과

1. 연구대상자의 특성

가. 뇌졸중 환자의 일반적 특성

뇌졸중 환자의 일반적 특성에서 환자의 성 분포는 남자가 73명(62.9%), 여자가 43명(37.1%)으로 남자가 많았으며, 연령별로는 50대가 43명(37.1%)으로 가장 많았으며, 전체 평균연령이 52.3세였다. 종교는 기독교가 54명(47.0%)으로 가장 많았으며, 직업은 주부가 34명(32.1%)으로 가장 많았고, 결혼상태는 기혼, 교육수준은 대졸 이상이 많았다. 환자의 병력은 3년 이상이 34명(29.3%)으로 가장 많았고, 3개월 이하가 26명(22.4%), 4개월에서 12개월이 27명(23.3%)으로 1년이하의 환자가 53명(45.7%)이었

다. 치료비부담자는 본인이 44명(37.9%)으로 가장 많았다. 치료형태는 외래환자가 81명(69.8%)으로 입원환자보다 많았으며, 혈압약이나 당뇨약, 혹은 둘다 복용하는 환자가 80명(69.0%)으로 약복용자가 많았다(표 2).

나. 보호자의 특성

뇌졸중 환자를 간호하는 보호자로는 환자의 배우자가 61명(52.6%)으로 가장 많았고, 보호자의 연령은 50세 미만이 75명(64.7%)으로 가장 많았으며 전체 평균연령이 43.7세였다. 현재 환자와 동거중인 보호자가 94명(81.0%)으로 같이 사는 가족이 많았다. 본인이 스스로 인지한 간호지식과 건강상태는 보통이 각각 56명(48.3%), 47명(40.5%)이었다(표 3).

표 2. 뇌졸중 환자의 특성

특 성		단위 : 명(%)
특 성		대상자수(%)
성	남	73 (62.9)
	여	43 (37.1)
연 령	50세미만	41 (35.3)
	50-59세	43 (37.1)
	60-69세	22 (19.0)
	70세이상	10 (8.6)
	전체평균연령	52.3 $\geq$ 12.3
종 교	기독교	54 (47.0)
	천주교	21 (18.3)
	불 교	16 (13.9)
	없 음	24 (20.9)
직 업	사무직	22 (20.8)
	전문기술직	12 (11.3)
	주 부	34 (32.1)
	서비스직	5 (4.7)
	생산직	9 (8.5)
	무 직	10 (9.7)
	전문직	14 (13.2)
	전문직	14 (13.2)
결혼상태	기 혼	102 (87.9)
	미 혼	8 (6.9)
	기 타	6 (5.2)
교육수준	무 학	2 (1.7)
	국 졸	11 (9.5)
	중 졸	16 (13.8)
	고 졸	32 (27.6)
	대졸이상	55 (47.4)
병 력	3개월이하	26 (22.4)
	1년(4-12개월)	27 (23.3)
	2년(13-24개월)	19 (16.4)
	3년(25-36개월)	10 (8.6)
	3년이상	34 (29.3)
치료비부담자	본 인	44 (37.9)
	배우자	42 (36.2)
	자 녀	9 (7.8)
	형 제	4 (3.5)
	기 타	17 (14.7)
치료형태	입 원	35 (30.2)
	외 래	81 (69.8)
복용중인 약	혈압약	66 (56.9)
	당뇨약	14 (12.1)
	미복용	37 (31.1)
계		116(100.0)

표 3. 보호자의 특성

특 성		단위 : 명(%)
특 성		대상자수(%)
성	남	26 (22.4)
	여	90 (77.6)
연 령	50세미만	75 (64.7)
	50-59세	25 (21.6)
	60-69세	14 (12.1)
	70세이상	2 (1.7)
	전체평균연령	43.7 $\geq$ 13.6
결혼상태	기 혼	93 (80.2)
	미 혼	22 (19.0)
	기 타	1 (0.9)
환자와의 관계	배우자	61 (52.6)
	자 식	32 (27.7)
	기 타	17 (14.7)
동거관계	한 다	94 (81.1)
	안한다	22 (19.0)
간호지식	부족하다	43 (37.1)
	보 통	56 (48.3)
	많이안다	17 (14.7)
건강상태	건강하지않다	24 (20.7)
	보 통	47 (40.5)
	건강하다	45 (38.8)
계		116(100.0)

2. 뇌졸중 환자의 우울 정도 분포

가. 우울증 정도에 따른 분포

뇌졸중 환자의 우울 정도를 볼 때 환자의 자가 우울 평가 정도는 정상범위가 73명(62.9%), 경증이 38명(32.8%), 중경증이 5명(4.3%)으로 우울증이 모두 43명(37%)이다. 보호자가 평가한 환자의 우울점수에서는 정상범위에 해당하는 대상자가 93명(83.6%), 경증의 우울 정도는 18명(15.5%), 중경증의 우울 정도는 1명(0.9%)으로 환자의 자가 우울 정도보다 우울증의 대상자는 적고, 정상범위의 대상자가 많았다. 그리고 중증의 우울 정도는 환자와 보호자 모두의 평가에서 대상자가 없었다(표 4).

표 4. 우울증 정도에 따른 환자와 보호자의 분포 비교
단위 : 명(%)

점수\대상	환 자	보호자	계
20-49(정 상)	73 (62.9)	97 (83.6)	170 (73.3)
50-59(경 중)	38 (32.8)	18 (15.5)	56 (24.1)
60-69(중경증)	5 (4.3)	1 (0.9)	6 (2.6)
계	116(100.0)	116(100.0)	232(100.0)

$\chi^2=13.20$ $p<0.01$ d.f.=2

나. 뇌졸중 발병기간별 우울 정도 분포

뇌졸중 발병기간에 따른 우울 정도는 뇌졸중 환자의 발병기간 3개월 이내의 환자는 경증이 8명(6.9%)이며, 4개월에서 12개월사이의 환자의 우울 정도가 경증이 12명(10.3%)으로 가장 높았다. 37개월 이상의 환자에서는 경증의 우울환자가 9명(7.8%)이고, 중경증은 2명(1.7%)이었다(표 5).

표 5. 발병기간별 우울 정도

기간\정도	정상범위	경 증	중경증	계
3개월	18 (15.5)	8 (6.9)	0	26 (22.4)
4-12개월	13 (11.2)	12 (10.3)	2 (1.7)	27 (23.3)
13-24개월	12 (10.3)	6 (5.2)	1 (0.9)	19 (16.4)
25-36개월	7 (6.0)	3 (2.6)	0	10 (8.6)
37개월이상	23 (19.8)	9 (7.8)	2 (1.7)	34 (29.3)
계	78 (62.9)	38 (32.7)	5 (4.3)	116(100.0)

$\chi^2=5.29$ $p<0.01$ d.f.=8

다. 발병기간별 우울증의 발병률

뇌졸중 발병기간별 우울증의 환자수를 보면 3개월

표 6. 발병기간별 우울증 발병률 정도

기 간	환자수	우울증	발병률(%)
0- 3개월	26	8	31
4-12개월	27	14	52
13-24개월	19	7	37
25-36개월	10	3	30
37개월이상	34	11	32
계	116	43	37

$\chi^2=3.4$ $p<0.05$ d.f.=4

이내 26명중 8명으로 31%의 발병률을 보였으며, 4개월에서 12개월사이의 환자에서는 27명중 14명으로 52%, 13개월에서 24개월까지의 환자는 37%, 25개월에서 36개월의 환자에서는 30%, 3년 이상의 환자에서는 32%의 발병률을 보였으나 유의한 차이는 없었다(표 6).

라. 환자의 일반적 특성에 따른 우울 정도

뇌졸중 환자의 일반적 특성에 따른 우울 정도의 분포를 보면, 연령별 분포에서는 환자의 자가우울 전체 점수가 50세 미만의 환자에서 가장 높았다. 종교에 따른 우울 정도는 정동적 우울성향과 생리적 우울성향에서는 천주교에서 점수가 높았으며, 심리적 우울성향과 전체 우울에서는 불교에서 높게 나왔으나 유의한 차이는 없었다. 뇌졸중 환자의 발병전 직업에 따른 우울 정도는 모든 영역에서 서비스직이 높았으나 유의한 차이는 없었다. 결혼 정도에 따른 우울 정도에서는 정동적 우울성향은 미망인 등이 포함된 기타에서 우울 정도가 높았고, 생리적 우울성향은 미혼이 높았으며, 심리적 우울과 전체에서 기혼자가 높았으나 유의한 차이는 없었다. 교육 정도에 따른 우울 정도는 심리적 우울에서는 중졸의 환자, 전체우울에서는 국졸인 환자의 우울 정도가 가장 높았으며 유의한 차이가 있었다(표 7).

마. 환자의 치료형태, 적응도, 약복용에 따른 우울 정도 비교

뇌졸중 환자의 질환에 관련된 특성에 따른 우울 정도를 본 결과, 환자의 치료적응도가 낮은 사람에서는 모든 영역에서 우울 정도의 평균값이 현저히 높았으며 치료적응에 관계없이 보호자의 평가점수의 평균값보다 높고 심리와 전체우울에서 유의한 차이를 보였다. 약복용은 혈압약과 당뇨약 둘다 복용하는 사람이 정동, 심리적 우울에서 높았고 심리적 우울에서는 유의한 차이가 있었다. 그리고 생리적 우울에서는 당뇨약 복용중인 환자에서 평균값이 높았으나 유의한 차이가 없었고, 전체에서는 둘다 복용하는 사람이 현저히 높고 유의한 차이가 있었다. 치료형태는 외래보다

표 7. 환자의 일반적 특성에 따른 우울 정도

단위 : 평균±표준편차

구 분	정 동	F값	생 리	F값	심 리	F값	전 체	F값
연 령								
50세미만	3.8±1.2	0.1	17.7±3.6	0.9	24.5±5.8	0.7	46.5± 8.8	0.8
50-59세	3.7±1.5		17.3±3.5		23.9±6.2		44.8± 8.5	
60-69세	3.6±1.5		17.0±5.2		25.7±7.7		46.3±11.2	
70세이상	3.6±1.2		15.5±3.4		22.7±7.8		41.8±10.5	
종 교								
기독교	3.6±1.4	0.2	16.8±4.2	1.3	24.6±5.9	0.5	44.7± 8.8	0.7
천주교	3.8±1.0		18.4±3.7		24.3±5.9		46.5± 9.3	
불 교	3.6±1.7		18.1±3.8		26.3±7.0		47.9± 9.6	
무 교	3.8±1.3		16.6±3.1		23.8±7.6		44.2±10.5	
직 업								
사무직	4.1±1.8	1.6	16.9±4.4	1.3	24.6±6.6	0.7	45.5±10.4	1.3
기술직	3.0±1.2		16.3±3.6		22.8±7.2		42.0± 9.7	
주 부	3.9±1.0		17.9±3.9		25.4±5.1		47.2± 7.9	
학 생	3.0±1.4		17.3±2.1		21.0±5.0		41.3± 7.0	
서비스직	4.2±1.6		20.6±3.9		27.8±3.7		52.6± 6.5	
생산직	3.6±1.6		18.2±2.9		26.0±6.9		47.8± 7.9	
무 직	3.0±0.6		14.7±3.3		22.5±8.3		40.2±10.5	
전문직	3.1±0.9		16.0±4.7		23.4±7.5		42.6± 9.9	
기 타	4.1±1.4		17.4±2.6		25.0±8.7		46.5±11.2	
결혼상태								
기 혼	3.7±1.3	0.6	17.2±4.0	0.5	24.8±6.6	0.6	45.6± 9.6	0.2
미 혼	3.3±1.0		18.3±4.1		22.1±4.3		43.6± 7.4	
기 타	4.0±1.7		16.2±1.9		24.2±6.5		44.3± 8.8	
교육정도								
무 학	3.0±0.0	1.1	18.5±6.4	0.9	21.5±4.9	2.9*	43.0±11.3	2.6*
국 졸	4.4±1.8		18.9±3.1		26.8±8.4		50.1±10.9	
중 졸	3.8±1.4		17.6±2.4		27.0±5.5		48.4± 7.5	
고 졸	3.7±1.1		17.3±4.1		26.1±5.8		47.1± 8.0	
대졸이상	3.5±1.3		16.6±4.2		22.6±6.3		42.8± 9.6	

*p<0.05

입원 중인 환자에서 모든 영역의 우울 정도가 심하였다(표 8).

바. 환자의 혼련 정도, 기능회복, 치료비부담자에 따른 우울 정도 비교

환자의 질병관련 특성 중 재활혼련을 안하는 사람에서 모든 영역의 우울 정도가 심하게 나타났으며, 정

동적, 심리적, 전체 우울에서 유의한 차이가 있었다. 기능회복 정도에 따른 우울 정도에서 대소변 못 가리고 남의 도움을 필요로 하는 사람이 정동, 심리적 영역 및 전체에서 높고 심리적 우울과 전체에서는 통계적으로 유의한 차이가 있었고, 생리적 우울은 기능회복이 보통인 환자에서 우울 정도가 심하나 유의하지 않았다. 치료비부담자에 따른 환자의 우울 정도는 본

표 8. 환자의 치료형태, 적응도, 약복용에 따른 우울 정도 비교

단위 : 평균 ± 표준편차

구 분	정 동	F값	생 리	F값	심 리	F값	전 체	F값
치료형태								
입 원	3.8±1.5	0.7	17.3±3.9	0.9	25.0±6.2	15.2**	46.1± 9.3	5.5**
외 래	3.6±1.3		17.2±3.9		24.4±6.6		45.2± 9.4	
치료적응도								
잘 함	3.5±1.4		17.0±3.7		22.8±6.6		43.2± 9.4	
보 통	3.7±1.2	1.9	17.2±4.1	1.5	26.0±5.9	14.4**	46.8± 8.5	7.1**
못 함	4.4±1.1		19.0±4.7		28.7±6.0		52.1± 9.7	
약복용								
혈압약	3.5±1.3		17.1±4.0		24.3±6.8		44.9± 9.4	
당뇨약	3.5±0.7	1.0	20.0±4.2	0.8	19.5±7.8	8.9**	43.0±11.3	3.5**
둘 다	4.3±1.6		17.6±3.2		28.8±7.0		50.7± 9.1	
미복용	3.6±1.1		17.1±4.1		23.7±5.5		44.3± 8.9	
보호자	3.6±1.1		17.9±3.4		20.5±5.3		41.9± 8.0	

**p<0.01

표 9. 환자의 훈련 정도, 기능회복, 치료비부담자에 따른 우울 정도 비교

단위 : 평균 ± 표준편차

구 분	정 동	F값	생 리	F값	심 리	F값	전 체	F값
훈련정도								
지 시	3.5±1.3		16.9±4.1		24.0±6.4		44.4± 9.2	
개 인	3.7±1.4	2.3*	17.3±3.2	1.6	24.2±6.4	12.4**	45.3± 8.9	6.3**
안 함	4.6±0.9		19.0±4.5		29.7±6.0		53.2± 9.8	
보호자	3.6±1.0		17.9±3.4		20.4±5.2		41.8± 7.8	
기능회복								
정 상	2.7±0.6		16.0±6.3		19.0±6.0		37.7±12.2	
미 흡	3.4±1.3		16.7±4.1		22.6±6.4		42.7± 9.4	
보 통	3.7±1.3	1.7	17.9±3.6	0.8	25.7±6.2	9.9**	47.2± 8.4	5.0**
도 움	4.0±1.5		17.5±4.0		25.8±6.0		47.3± 8.9	
간 호	4.0±1.2		17.2±1.1		31.2±6.0		52.4± 7.5	
보호자	3.6±1.0		17.9±3.4		20.3±5.2		41.7± 7.7	
치료비부담								
본 인	3.4±1.4		16.5±4.1		23.3±6.6		43.3± 9.6	
배우자	3.9±1.1		17.9±4.1		26.1±6.3		47.9± 8.6	
자 녀	3.9±2.0	0.9	17.4±2.1	0.7	24.6±8.7	1.3	45.5±12.4	1.5
형 제	3.8±1.5		17.3±2.1		26.5±3.9		47.5± 4.8	
기 타	3.5±1.2		17.3±3.8		23.3±5.4		44.1± 8.8	

*p<0.05 **p<0.01

인부담이 가장 우울 정도가 낮고, 배우자가 부담하는 것이 가장 높게 나왔으나 유의한 차이는 없었다(표 9).

3. 뇌졸중 환자와 보호자간의 우울 정도 비교

가. 환자의 자가 우울점수와 보호자가 평가한 점수

의 차이

뇌졸중 환자의 자가 우울 정도는 전체 평균점수가 45.4이고, 보호자가 평가한 환자의 우울 정도는 41.7로 낮았다. 영역별로 보면 생리적 우울성향은 보호자가 환자보다 다소 높게 평가했으나 유의한 차이가 없었고, 심리적 우울성향과 전체 우울성향에서는 환자의 자가 우울 정도보다 보호자가 환자의 우울 정도를

낮게 평가했으며 유의한 차이가 있었다(표 10).

표 10. 우울성향에 따른 뇌졸중 환자와 보호자의 우울평가 정도
단위 : 평균 ± 표준편차

	환자의 자가우울	보호자가 평가한 우울	t값
정동적 우울성향	3.7±1.3	3.6±1.0	0.8
생리적 우울성향	17.2±3.9	17.9±3.4	-1.4
심리적 우울성향	24.5±6.5	20.3±5.2	5.5**
전 체	45.4±9.3	41.7±7.7	3.3**

**p<0.01

표 11. 환자의 자가 우울 정도와 보호자가 평가한 우울 정도 비교

단위 : 평균 ± 표준편차

구 분	정 동	F값	생 리	F값	심 리	F값	전 체	F값
환 자	3.7≥1.3		17.2≥3.9		24.5≥6.5		45.5≥9.3	
배우자	3.5≥1.0	2.0	17.4≥3.8	1.4	19.6≥1.2	11.0**	40.4≥8.0	4.8**
자 식	3.9≥1.0		18.3≥3.0		21.7≥5.1		43.8≥7.2	
기 타	3.2≥1.1		18.6≥2.6		20.4≥4.9		42.2≥7.1	

**p<0.01

다. 보호자의 일반적 특성에 따른 평균점수의 일치도

보호자의 일반적 특성에 따라서 환자의 우울 정도를 평가한 점수와 환자 스스로가 평가한 우울 정도의 점수를 비교해 보면 연령, 종교, 직업, 결혼 상태, 교육 정도에서 모든 영역의 우울마다 접근도가 다양하며 각 군간의 유의한 차이가 없었다(표 12).

라. 보호자 간호특성에 따른 평균점수의 일치도

보호자의 특성에 따른 환자의 우울 정도와 보호자가 평가한 우울 정도의 평균점수 비교를 보면, 간호기간별로는 정동적 우울에서 3개월간 간호한 보호자가 환자 우울점수평균에 근접했으나 유의한 차이가 없고, 4개월에서 12개월의 간호기간에서 심리적, 전체 우울이 환자의 평균에 가장 근접했으며 유의한 차이가 있었다. 환자와 동거중인 보호자보다 따로 사는 사람이 환자의 우울 정도를 높게 평가해 환자의 우울 정도에 접근도가 높았다. 보호자의 뇌졸중 간호지식수

나. 환자와의 관계에 따른 평균점수의 일치도

뇌졸중 환자 스스로 평가한 우울점수와 환자의 보호자가 평가한 우울점수의 일치도를 보면 전체우울에서 환자는 평균 45.5를 보였으며 보호자 중 환자의 아들, 딸, 며느리 등의 자식에서 43.8로 가장 일치도가 높았으며 각 군간의 유의한 차이가 있었다. 정동적 우울성향과 생리적 우울성향에서는 배우자가 일치도가 높았으나 환자와의 관계에 따른 우울 정도는 통계학적으로 유의한 차이가 없었다. 심리적인 우울성향에서는 자식의 경우 일치도가 높았으며 각 군간의 유의한 차이가 있었다(표 11).

준에 따른 우울 정도는 뇌졸중 간호에 대한 지식이 부족하다고 인지한 사람이 환자의 우울 정도에 가장 근접했으며 유의한 차이를 보였다. 보호자가 스스로 인지한 건강상태에서는 전체적인 우울성향에서 보호자가 건강하지 않은 사람이 환자의 우울과 가장 일치도가 높았으며, 심리적 우울성향에서는 보호자의 건강이 보통이라고 한 사람이 환자우울 정도에 가장 근접했으며 각 군간에 유의한 차이가 있었다(표 13).

4. 비우울군과 우울군의 특성비교 및 우울 정도 차이

가. 비우울군과 우울군의 환자와 보호자 특성별 비교

뇌졸중 환자의 우울 정도를 우울군과 비우울군으로 나누어 비교하기 위하여 비우울군은 우울점수가 50 미만인 정상범위, 우울군은 우울점수가 50 이상으로 분류하여 환자와 보호자의 분포를 보았다. 환자의 비

표 12. 보호자의 일반적 특성에 따라 평가한 우울 정도와 환자의 자가 우울 평가 정도 비교

단위 : 평균±표준편차

구 분	정 동	F값	생 리	F값	심 리	F값	전 체	F값
연 령								
50세미만	3.6±1.0		17.6±3.4		20.3±5.1		41.6±7.8	
50-59세	3.5±1.1		18.3±3.4		20.6±5.6		42.4±7.8	
60-69세	3.0±0.9	1.9	17.4±2.0	1.9	19.7±5.6	1.1	40.1±7.7	0.8
70세이상	4.0±0.0		22.0±4.0		21.3±2.1		47.3±4.0	
종 교								
기독교	3.4±1.0		17.5±4.0		20.3±5.5		41.1±8.7	
천주교	3.8±1.0		18.2±2.4		19.9±4.5		41.8±6.6	
불 교	3.9±1.3	2.0	18.9±3.1	0.9	20.2±5.5	0.2	43.1±7.7	0.3
무 교	3.4±0.7		17.6±3.0		20.9±5.1		41.9±6.8	
직 업								
사무직	2.9±1.0		18.6±2.8		19.6±4.1		41.1±7.2	
기술직	3.2±1.1		18.4±2.4		20.5±4.6		42.1±6.8	
주 부	3.7±1.1		17.4±3.8		20.4±5.9		41.6±8.8	
학 생	3.9±0.6		18.4±2.8		21.3±2.2		42.5±2.6	
서비스직	3.3±1.0	0.9	18.3±3.9	0.3	19.0±4.4	0.5	40.6±7.7	0.3
생산직	3.7±0.6		16.7±0.6		23.0±4.6		43.3±5.1	
무 직	3.6±1.0		18.6±3.1		21.6±5.1		43.8±7.5	
전문직	3.7±1.0		17.5±2.9		17.3±3.2		38.5±5.4	
기 타	3.3±1.2		18.3±4.1		19.8±5.8		41.3±9.0	
결혼상태								
기 혼	3.5±1.0		17.8±3.5		20.4±5.4		41.7±8.1	
미 혼	3.5±1.0	1.0	18.1±3.0	0.8	19.7±4.0	0.6	41.3±6.1	0.9
기 타	5.0±0.0		22.0±0.0		25.0±0.0		52.0±0.0	
교육정도								
국 졸	3.2±1.2		20.2±3.7		21.7±4.1		45.0±8.0	
중 졸	3.8±1.1		19.0±2.5		19.5±4.5		42.3±5.7	
고 졸	3.6±1.0	0.6	17.5±3.2	1.6	21.2±5.1	1.1	42.3±7.6	0.8
대졸이상	3.5±1.0		17.6±3.6		19.5±5.3		40.7±8.0	
환 자	3.7±1.3		17.2±3.6		24.5±6.4		45.4±9.3	

우울군의 평균연령은 51세이며, 우울군은 53세이다. 성별은 우울군의 남자가 23명, 여자가 20명으로 남자 환자가 많으나, 남자환자의 31.5%가 우울군이고 여자환자의 46.5%가 우울군으로 여자환자에서 우울증이 많았다. 마비부위에 따른 우울에서는 좌측마비환자의 50%가 우울군에 속하고 우측마비환자의 25%가 우울군에 속하는 것이 유의한 차이를 보였다. 약복용에서 고혈압약 복용자가 비복용자보다 우울군에 많

았으나 유의하지 않았고, 당뇨약 복용자가 우울군에 많았으며 유의한 차이를 보였다. 비우울군에서 한달 평균용돈이 54만 원, 우울군에서 28만 원으로 우울군의 용돈이 비우울군의 약 50% 정도되었으며 통계학적으로 유의한 차이를 나타냈다. 보호자가 환자의 간호기간별로 본 우울 정도에서 비우울군이 평균 22개월이고 우울군이 평균 12개월로 통계학적으로 유의한 차이를 보였다(표 14).

표 13. 보호자의 간호특성에 따라 평가한 우울 정도와 환자의 자가 우울 정도 비교

단위 : 평균±표준편차

구 분	정 등	F값	생 리	F값	심 리	F값	전 체	F값
간호기간								
3개월	3.8±1.0		18.8±3.1		18.8±4.9		40.7±7.6	
4-12개월	3.8±1.0		18.3±3.3		21.0±5.1		43.1±7.4	
13-24개월	3.4±1.1	1.5	17.0±3.9	0.9	20.4±5.6	6.4**	40.7±8.7	2.8**
25-36개월	3.3±0.9		18.0±2.9		20.4±5.7		41.6±7.8	
37개월이상	3.1±1.0		17.0±3.2		20.4±5.3		40.4±7.6	
동거관계								
한 다	3.5±1.0		17.9±3.4		20.0±5.0		41.5±7.5	
안한다	3.7±1.3	0.5	17.7±3.5	1.0	21.5±5.6	15.7**	42.9±8.5	5.6**
간호지식								
부 족	3.8±0.9		18.7±3.1		21.9±5.3		44.5±7.2	
보 통	4.5±1.1	1.7	17.4±3.5	1.9	20.1±4.8	13.4**	41.0±7.7	7.0**
많 다	3.1±1.0		17.2±3.4		17.0±4.5		37.3±7.0	
건강상태								
허 약	4.0±1.1		18.8±3.3		20.8±5.1		43.6±7.4	
보 통	3.5±1.0	2.1	18.1±3.2	1.8	21.1±5.3	10.9**	42.6±7.7	5.0**
건 강	3.3±1.0		17.2±3.5		19.3±5.1		39.8±7.7	
환 자	3.7±1.3		17.3±4.0		24.5±6.5		45.5±9.3	

**p<0.01

표 14. 비우울군과 우울군의 환자 특성 비교

단위 : 평균 /명(%)

변 수	우 울 정 도		t/x²값
	비우울군(n=73)	우울군(n=43)	
연령	51.9±13.3	53.0±10.6	-0.5
성	남	23(31.5)	2.0
	여	20(46.5)	
결혼상태	기혼	39(38.2)	
	미혼	1(12.5)	2.6
	기타	3(50.0)	
교육수준	무학	1(50.0)	
	국졸	5(45.5)	
	중졸	9(56.3)	6.8
	고졸	14(43.8)	
	대졸이상	14(25.5)	
종교	기독교	19(35.2)	
	천주교	9(42.9)	0.5
	불교	6(37.5)	
	무교	8(33.3)	
치료형태	외래	13(37.1)	0.0
	입원	30(37.0)	

마비부위	좌측	28(50.0)	28(50.0)	11.0*
	우측	42(75.0)	14(25.0)	
	양측	2(100.0)	0(0.0)	
월수입(원)		2,699,851 ± 301,050	3,367,507 ± 99,721	-0.5
용돈(원)		544,531 ± 85,861	286,111 ± 36,579	2.1*
발병기간(개월)		27.9 ± 32.8	26.4 ± 36.6	0.2
혈압약	복용	40(61.5)	25(38.5)	2.3
	미복용	32(68.2)	15(31.9)	
당뇨약	복용	6(42.9)	8(57.1)	3.0*
	미복용	66(66.7)	33(33.3)	

표 14. 비우울군과 우울군의 보호자 특성 비교

단위 : 평균 /명(%)

변 수	우 울 정 도		t/x²값
	비우울군(n=97)	우울군(n=19)	
연령	43.5 ± 13.9	45.2 ± 12.3	-0.5
성	남	2(7.7)	2.1
	여	17(19.1)	
결혼상태	기혼	18(19.4)	10.0**
	미혼	0(0.0)	
	기타	1(100.0)	
교육수준	국졸	2(33.3)	3.8
	중졸	1(9.1)	
	고졸	8(18.2)	
	대졸이상	7(13.2)	
종교	기독교	9(17.6)	0.3
	천주교	3(12.5)	
	불교	3(17.6)	
	무교	4(16.7)	
	간호기간	12.4 ± 10.6	
건강상태	허약	5(20.8)	3.0
	보통	10(21.3)	
	건강	4(8.9)	
동거관계	한다	16(17.0)	0.1
	안한다	3(13.6)	
환자와의관계	배우자	9(14.8)	0.6
	자식	5(15.6)	
	기타	5(21.7)	

무응답자 1명 제외

나. 환자가 느끼는 우울증상의 발현순서

뇌졸중 환자의 자가 우울 정도에서 환자가 느끼는 우울 정도를 최고점수부터 최저점수까지의 순으로 보았을 때 정신운동성 지체(psychomotor retardation) 항목이 환자가 느끼는 우울 정도에서 가장 심하게 느끼는 항목이며, 다음은 정신운동성 격정(psychomotor agitation), 체중감소 순이었다. 가장 낮은 점수는 빈맥(tachycardia), 혼란(confusion)의 순이었다.

다. 보호자가 평가한 환자 우울증상의 발현순서

보호자가 평가한 환자의 우울 정도 순서로 보았을 때 가장 높은 항목이 체중감소이며, 다음은 자살의도, 피곤, 공허의 순이었다. 보호자는 환자의 가치손상, 과민성 순으로 우울 정도에서 평가점수가 최저점수를 보인 문항이었다.

IV. 고 찰

뇌졸중은 심장병, 악성종양과 더불어 성인의 3대 사망원인 중의 하나로 특히 동양에서는 그 대상자가 서구보다 더 많은 것으로 알려져 있다. 뇌졸중의 발생률은 매년 인구 1000명 당 약 1.8명에서 2.0명에 이르며 전체 환자의 약 70%가 70세 이상에서 발병한다고 한다(Tiller, 1992; Williams, 1992).

외국에서는 50-70%(Oppenheimer, 1992; Eastwood 등, 1989; Lipsey, 1984; Espmark, 1973)가 뇌졸중 환자에서 우울증을 경험한다고 보고 되었지만 우리나라에서 뇌졸중 환자의 우울에 관한 연구는 환자의 기능회복과 우울 정도의 상관관계를 알아보는 것에 그치고 있다.

Parikh 등(1987)의 연구에서는 치료를 받은 우울증 환자에서는 일상생활 동작에서도 진전을 보였고, Astron 등(1993)의 연구에서는 초기우울증 환자(0-3개월)의 60%는 1년에 회복되었는데 회복되지 않

은 사람은 만성우울증으로 발전하게 될 고위험요소를 갖는다고 하였다. 이러한 뇌졸중 후 우울증의 치료에 대한 연구를 보면, 연간 200명 이상의 뇌졸중 환자가 입원치료를 받는 재활병원에서 우울증으로 의뢰된 환자는 7년 동안 60명밖에 안된다고 하며(Finkelstein, 1987), Feibel 등(1982)은 91명의 환자 중 24명(26%)이 우울증상을 보였지만 치료를 받은 사람은 단지 5명이라고 보고한 바가 있었다. 이것은 우울증을 당연한 과정으로 받아들이고, 만성으로 발전할 가능성이 높다는 것에 대한 인식부족과 우울증의 증상과 과정에 대한 정보가 부족하기 때문이다(Bruckbauer, 1991).

따라서 본 연구는 뇌졸중 환자의 우울증에 관한 정보를 제공하기 위하여 우울증 발병 정도를 알아보고, 환자의 가족이 환자의 우울 정도를 어느 정도 파악하고 있는지를 알아서 재활치료에 치료적 중재의 필요성 여부를 검토하여 뇌졸중 환자의 우울증을 완화시킬 수 있는 하나의 기초자료를 제공할 수 있을 것이라는 데에 의의가 있다고 본다.

뇌졸중 발병의 남녀 비는 거의 같은데 남자가 약간 발생률이 높다고 한다. 이것은 보통 75세 이상에서 남자와 여자의 비는 2:3이므로 남자가 여자보다 뇌졸중의 가능성이 높다는 것을 알 수 있다(Tiller, 1992). 본 연구의 대상자에서도 뇌졸중 환자 중 남자의 수가 62.9%를 차지하여 남자의 수가 많았다.

뇌졸중 환자의 일부는 가정적으로나 사회적으로 활동가능한 시기에 뇌졸중의 발병으로 인하여 더욱 심한 심리적 고통을 경험하게 된다고 하였는데(Feibel 등, 1982; 박원경, 1987), 본 연구에서도 50세 미만의 환자가 35%, 50세-59세의 환자가 37%였다. 즉 60세 미만의 환자가 모두 72%를 차지하여 이들 모두가 사회활동 시기에 발병되었음을 알 수 있었다. 이러한 환자들이 경험하게 되는 신경정신적인 후유증의 하나인 우울증은 뇌졸중의 25%내지 60%의 환자에서 신체적 장애와 기능의 손상이 동반되어 나타난다

(Moffic 과 Paykel, 1975; Tiller, 1992). 본 연구에서의 우울증 발병률은 37%로 이전의 연구들과 일치된 결과를 보였다.

Astron 등(1993)이 3년 간에 걸쳐 실시한 코호트 연구에 의하면, 뇌졸중 후 우울증은 3개월에 31%, 12개월에 16%로 감소한 것이 2년에 19%, 3년에 29%로 증가하였다. 이 연구에서 예견되는 우울증의 요소로는 왼쪽 전두부의 병변, 언어장애, 혼자 사는 것이라고 하였다. 각 기간별로 보면 3개월에서는 일상생활 동작의 의존이, 12개월에는 드문 사회적 접촉이, 3년에는 뇌 위축(cerebral atrophy)이 우울증을 예견하는 가장 중요한 요소라 하였다. 또한 연구대상이 병원에 입원 중이거나 재활치료 중인 환자와 신경과 혹은 정신과 외래로 다니는 환자에서는 우울증의 발병률이 높게 나타났으며(Feibel 등, 1982; Eastwood, 1989), 이와 대조적으로 지역사회를 기초로 한 대상에서는 발병률이 낮게 나타났다(Greveson 등 1991). Lipsey(1984)의 연구에서는 뇌졸중 발병 후 2년이 우울증의 위험요소가 가장 많다고 하였다. 본 연구에서는 3개월 이하에는 31%, 12개월까지는 52%, 24개월까지가 37%, 36개월에는 30%, 3년 이상에서 32%로, 1년 이하의 환자에서 우울증의 발병률이 가장 높아 이전의 연구와 차이를 보였으나 유의한 차이는 없었다.

과거에는 뇌졸중 환자의 우울에 대한 연구를 보면 우울종류, 빈도와 기간, 장애를 일으키는 사회적 기능, 병변위치, 치료에 대한 반응 등을 연구하였는데 Robinson 등(1983)이 뇌졸중으로 인한 우울증 증상의 분류와 우울증이 발전하게 될 위험요소에 대한 기준을 정하는 단계로 진전시키고, 우울증의 유무와 병변의 위치와의 관계에 대해서도 보고하였다. 병변의 위치에 관한 연구로는 중증 우울증의 경우 좌측 전대 뇌 반구병변(left anterior cerebral hemispheric lesion)에서 주로 나타나는데 비해 경증 우울증은 대 뇌반구의 후두부 (posterior)에 관련이 있다고 하였다(Finklestein 등, 1982; Parikh, 1987; Star-

kstein, 1987; Oppenheimer, 1992). 그러나 Feibel 등(1982)은 그런 관계를 찾지 못했는데 표본의 성격이 다르고 방법 등을 비교할 수 없기 때문이라 하였다. 본 연구에서는 마비부위가 우측인 환자의 25%, 좌측인 환자의 50%에서 우울증을 보여 Finklestein 등(1982)의 연구와 일치하지 않았으나, Feibel 등(1982)의 결과와는 일치하였다.

Greveson 등(1991) 및 Moffic 과 Paykel (1975)의 우울에 관계되는 요소에 대한 연구에서 성별, 연령, 결혼상태, 마비부위, 발병기간은 우울과 관계가 없다고 하였고, Bonita(1992)는 남자환자의 4명중 1명, 여자환자 5명중 1명에서 우울증이 발병하여 남자의 발병률이 높다고 하였으며, Minot(1986)은 남자환자의 10%, 여자환자의 20%가 우울증을 보여, 여자가 남자보다 2배 많다고 하였다. 본 연구에서는 남자환자의 32%, 여자환자의 47%가 우울증을 보여 여자환자에서 우울증이 많다는 Minot(1986)의 결과와 비슷하였다.

일반적 특성 가운데서 유의한 차이를 보인 것은 교육 정도로, 저학력에서 우울 정도가 높게 나타났는데 이는 학력이 높은 사람일수록 질병에 대한 적응력이 크며, 자신을 조절할 수 있는 능력이 있기 때문이라고 생각된다. Colantonio 등(1992)은 우울증의 정신사회적 요소로서 이미 결혼을 한 사람이나 종교적 활동에 참여하는 사람은 우울증의 발병률이 낮게 나타났다고 했는데 본 연구에서는 반대의 연구결과를 보였다. 즉 기혼환자의 경우 우울이 사별이나 이혼 등의 원인을 갖고있는 기타의 환자에서 보다 높았으며, 종교를 가진 사람이 무교인 사람보다 우울 정도가 심하였다.

본 연구의 질병관련 특성과 관련된 요인들은 우울 정도가 기능회복 정도에 지연을 보인다고 한 Morris (1992)의 연구와 일치하였으나, 기능회복상태나 치료 형태에는 우울 정도와 관계가 없다고 보고한 Sinyor 등(1986)과, Johnson(1991)의 결과와는 차이가 있

었다. 심리적 우울과 전체우울에서 입원중인 환자와 기능적 상태가 완전히 의존적인 환자에서 우울이 높게 나온 것은 보호자에게 과도한 의존으로 인하여 독립적으로 향상될 의지가 없다는 연구 결과와 일치하는 것이다.

혈압약이나 당뇨약 복용과 우울 정도의 관련성에서 Colantonio 등(1992)의 연구에 의하면 뇌졸중에서 고혈압인 사람의 7.2%, 당뇨인 사람의 12.2%가 우울증이며, 우울과의 상관관계수에서 고혈압은 유의한 차이가 없었으나, 당뇨인 환자에서는 유의한 차이가 있었다. 본 연구에서도 혈압약 복용자의 38.5%, 당뇨약 복용자의 57.1%가 우울군으로 혈압약 복용은 유의한 차이가 없었으나 당뇨약 복용자에서는 유의한 차이를 나타내 이전의 연구와 일치하였다.

또한 뇌졸중 환자에서 우울증군이 비우울증군에서 보다 재활 프로그램에 커다란 장애를 보이지만(Sinyor, 1986), 뇌졸중 후 우울증의 치료에 가장 효과적인 것은 재활치료라고 한다(Feibel 등, 1982; Eastwood, 1989). 유명란(1993)은 만성 질환자의 자가 우울평가의 평균점수는 43.8이라고 하였는데, 본 연구와 같은 뇌졸중 환자를 대상으로 연구한 박원경(1987)의 연구에서는 우울 평균점수가 59.6이며, 본 포는 정상범위가 12.5%, 경증이 43.8%, 중경증이 25%, 중증이 18.7%이었다. 본 연구의 대상자의 평균은 45.4이며, 정상범위가 62.9%, 경증이 32.8%, 중경증이 4.3%로 박원경(1987)의 연구에 비해 우울 정도가 더 낮은 것은 재활치료 중인 환자를 대상으로 했기 때문으로 생각되며, 뇌졸중 후 우울증이 재활의 효과로 완화될 수 있었다는 것을 입증해준다.

재활의학이란 노인학과 같이 질병과 치료에 직접적이고 일차적인 영향을 미치는 가족을 포함시켜야 한다고 하였고, 어떤 환자에서는 항우울에 대한 약복용이 도움이 된다고 하였는데(Lipsey 등, 1984; Openheimer, 1992; Johnson, 1991), 모든 사람에게 적용하는 우울증의 치료적 관리방법은 전문적인 면담

방법과 물리치료, 가정간호나 집안관리에 참여하고, 숙소의 변경 등 다양한 전략을 도모하거나 가족의 안내와 지지로 약 복용에 적응하게 하는 방법 등을 들 수 있다(Johnson 1991).

Brocklehurst 등(1981)은 뇌졸중 환자를 돌보는 첫 1년 동안 보호자의 28%가 건강상태의 악화를 호소하였고, 12%는 불안 또는 우울로 치료를 받았다고 했다. 그러나 보호자를 포함한 재활팀은 입원기간 동안 집중적인 재활 프로그램에 참여하도록 적극적인 강화를 시켜주어야하고, 환자의 노력에 보상해 주는 것이 우울증의 영향을 완화시킨다. 이러한 환자들의 효과적인 재활치료를 위해서는 보호자가 우울증이 덜하고, 결혼한 상태이며, 뇌졸중 간호에 대한 지식을 평균 이상으로 알고 가족의 기능을 잘 아는 것이 필요하다(Evans 등, 1991). Evans 등(1991)의 연구결과를 보면, 성공적인 가정간호를 한 보호자의 평균연령은 48세, 뇌졸중 간호에 대한 지식수준의 평균점수가 25.3(0-36), 건강상태는 3.1(1-5)이며, 비성공적인 군의 보호자 평균연령은 52세, 지식수준은 18.1, 건강상태는 2.8이었다. 본 연구에서는 보호자가 결혼한 상태가 80%, 평균연령은 43세, 뇌졸중 간호에 대한 지식이 평균 이상이라고 한 사람이 63%이며, 건강상태가 보통 이상이라고 한 보호자는 79%를 차지하여 비교적 환자에게 필요한 조건의 보호자들이 간호를 하고 있음을 알 수 있었다.

Greveson 등(1991)의 연구에서는 뇌졸중 환자를 돌보는 보호자의 66%가 배우자이고, 20%가 자식이었으며, 함께 사는 가족이 84%이며, 69%가 여자이었다. 본 연구에서는 52%가 배우자이며, 27%가 자식으로 나타났는데, 위의 결과로 우리나라가 외국보다 부모와 자식간의 혈연관계가 긴밀하다는 것을 생각해 볼 수 있다. 또한 함께 사는 가족이 81%이고, 여자가 77%로 나타난 본 연구 결과는 최근 여성의 취업인구가 증가된 상황이라도 아직은 여성의 간호부담이 많다는 것을 보여주는 것이다.

재활관련 질환에서 많은 수를 차지하는 환자 중 척수손상 환자에 관한 우울과 의료진의 평가에 관한 연구를 보면, 의료진이 환자의 우울증에 대하여 과대평가(Bodenhamer, 1983; Ernst, 1987; Cushman과 Dijker, 1990) 또는 과소평가(Caplan, 1983; 최인수 등, 1994)하고 있다는 등 다양하게 보고된 바 있다. 본 연구에서는 보호자가 환자의 우울증에 대해 과소평가한 결과를 얻었으며 이는 환경적인 영향과 보호자의 환자에 대한 관심 등이 반영된 것으로 생각되고, 이에 대한 추가적인 요인 분석이 필요한 것으로 사료된다.

우울증의 발현 증상은, 식욕감퇴, 수면장애, 정신운동장애 등이 3가지 대표적인 증상인데(Caplan, 1983), 이번 검사의 20가지 항목 중 환자에게서 높은 점수로 나타난 것은 정신운동장애, 체중감소, 자살의도, 우유부단 등의 순서로 약간의 차이를 보였으며, 보호자에게서는 체중감소, 자살의도, 피곤, 공허 등의 순으로 나타나 환자와 보호자간에도 차이를 보였다.

보호자별로 환자의 우울증을 평가함에 있어서, 일치도는 자식, 기타, 배우자의 순으로 나타났다. 자식은 아들, 딸, 며느리를 포함하여 분석하고, 기타는 간병인, 형제, 기타를 함께 분석하였으나 미혼의 환자에서는 보호자의 관계에 부모가 기타에 포함되어 많은 차이가 있겠지만 대상자수가 작아서 간과할 만하다. 보호자 중에서 일치도가 자식이 가장 높게 나왔는데 이는 우리사회가 부부중심의 가정보다 자식과 부모위의 유교적 전통사회에서 유래된 부모와 자식간의 유착관계에서 영향을 받았을 것으로 생각된다. 자식 중 아들, 딸, 며느리에 대하여 각각 일치도를 보려 했으나 대상자 수가 소수에 지나지 않아 함께 분석하였다. 따라서 추후에는 이를 분리하여 상관관계를 알아보고, 우울증도 분류하여 우울증의 경·중에 영향을 주는 요인을 분석, 각각의 요인들이 환자의 우울증상을 평가하는데 어떠한 영향을 미치는가에 대해 연구할 필요가 있는 것으로 사료된다.

이 연구의 제한점으로는 확률적으로 선정된 표본을

대상으로 조사하지 못하였고, 현재 재활치료를 받고 있는 환자만을 대상으로 조사하였다는 점이다. 그리고 앞으로는 이해력 부족으로 제외된 환자와, 설문에의 참여를 거절한 환자들도 우울을 측정할 수 있는 표준화된 척도와 면담으로 모든 뇌졸중 환자를 포함할 수 있는 연구가 있어야 하겠고, 우울에 주는 영향을 최소화할 수 있는 구체적인 중재방안을 모색하여야 할 것이다.

V. 결 론

본 연구에서는 뇌졸중 환자의 우울증에 관하여 환자가 평가한 자가우울 정도와 환자를 돌보는 보호자가 평가한 환자의 우울 정도를 평가하여 그 차이를 알아보고자 하였다. 이러한 목적으로 재활치료 중인 뇌졸중 환자와 보호자 각각 116명을 대상으로 1995년 3월 13일부터 4월 13일까지 설문조사를 실시하여 뇌졸중 환자의 특성과 보호자의 특성에 따라 환자의 우울 정도의 차이를 알아보고, 비우울군과 우울군을 비교하기 위해서 우울점수에서 정상범위의 그룹과 우울범위로 나누어서 환자와 보호자의 특성을 알아보았다. 또한 환자의 우울증의 발현증상의 순서를 알아 본 결과는 다음과 같다.

1. 116명의 뇌졸중 환자에서 43명(37%)의 환자가 우울범위에 속하였으며, 경증이 38명(33%), 중경증이 5명(4%)이며 중증의 우울증환자는 없었다.
2. 뇌졸중 환자의 심리적 우울성향과 전체우울에 관련된 요인들은 교육 정도, 치료형태, 훈련 정도, 치료 적응도, 약복용 및 기능회복이었다.
3. 뇌졸중 환자의 우울 정도는 보호자가 평가한 우울 정도보다 높게 나타났으며, 보호자가 환자의 우울 정도를 과소평가하고 있음을 보이고 있었다.
4. 환자와의 관계에 따른 보호자의 평균점수 일치도에서는 배우자에서 보다 아들, 딸, 며느리가 포함된 자식에서 일치도가 더 높게 나왔다.
5. 보호자의 특성별 환자와의 평균점수 일치도에서 관련된 요인들은 보호자의 간호기간, 환자와의 동거

관계, 뇌졸중 간호지식 및 건강상태였다.

6. 우울군과 비우울군의 특성 비교에서는 환자에서는 마비부위, 용돈, 당뇨약 복용이 의의있게 차이가 있었으며, 보호자에서는 결혼상태와 간호기간이 유의한 차이가 있는 것 이외에 다른 차이는 없었다.
7. 뇌졸중 환자가 느끼는 우울증상의 발현순서 중 가장 점수가 높은 것은 심리적 우울성향인데 반해, 보호자가 보는 환자의 우울증 중 심하다고 느끼는 항목은 생리적 우울성향으로 환자와 보호자간에 차이가 있었다.

이러한 연구결과를 감안하여 볼 때, 뇌졸중 환자의 재활치료에 임상적인 치료방법으로서 뿐만 아니라 신경정신적인 후유증의 하나인 우울에 주는 영향을 감소시킬 수 있도록 가족 및 보호자를 대상으로 한 지지 체계 개념을 마련해 볼 필요가 있다고 판단되며, 환자의 성공적 재활을 위한 적절한 치료적 중재가 있어야 하겠다.

참 고 문 헌

김소선. 뇌졸중 환자를 돌보는 가족의 경험에 관한 연구. 연세대학교 간호학과 박사학위논문 1991

박원경. 뇌졸중으로 인한 편마비 환자의 스트레스와 우울에 관한 연구. 이화여자 대학교 석사학위논문 1987

송옥현. 정신과 외래 환자의 The Self-Rating Depression Scale(SDS)에 관한 연구. 신경정신의학 1977; 16(1): 84-94

유명란. 만성질환자의 우울과 불확실성에 관한 연구 -군병원을 중심으로- 연세대학교 간호학과 석사학위논문 1993

이상화. 스트레스요인으로서의 생활사건과 불안 및 가족기능의 관계에 대한 연구. 연세대학교 석사학위논문 1991

최성희. 뇌졸중 노인의 재활의욕을 높이기 위한 사회적 사업적 연구. 서울여자대학교 사회사업학과 석사학위논문 1991

최은숙. 뇌졸중 환자의 자가 간호 수준에 따른 보호자의 스트레스 정도. 충남대학교 간호학과 석사학위논문 1992

최인수, 장시영, 박정희, 등. 척수 손상 환자의 우울증에 대한 환자의 반응과 의료진의 평가. 대한재활의학회지 1994; 18(1): 152-159

최일생, 김진수, 김영, 등. 뇌졸중(중풍)백과. 서음출판사, 1992

Astron M, Adolfsson R, Asplund K. Major depression in stroke patient: A 3-year longitudinal study. Stroke 1993; 24(7): 976-910

Bodenhamer E. Staff and patient perceptions of the psychosocial concerns of spinal cord injured persons. Am J Phys Med 1983; 62: 182-193

Bonita R. Epidemiology of stroke. Lancet 1992; 339(8): 342-349

Brocklehurst K, Morris P, Andrews K, et al. Social effect of stroke. Soc Sci Med 1981; 15: 35-39

Bruckbauer E. Recognizing poststroke depression. Rehabil Nurs 1991; 16(1): 34-36

Caplan B. Staff and patient perception of patient mood. Rehabil Psychol 1983; 28: 67-77

Colantonio A, Kasl SV, Ostfeld AM. Depressive symptoms and other psychosocial factors as predictors of stroke in the elderly. Am J Epidemiol 1992; 136(7): 884-894

Cushman LA, Dijkers MP. Depressed mood in spinal cord injured patients: staff perceptions and patient realities. Arch Phys Med Rehabil 1990; 74: 191-196

Eastwood MR, Rifat SL, Nobbs H, et al. Mood disorder following cerebrovascular accident. Br J Psychiat 1989; 154: 195-200

Engel GL. The need for medical model a challenge for biomedicine. Science 1977; 196: 129-135

- Ernst FA. Contrasting perceptions of distress by research personnel and their spinal cord injured subjects. *Am J Phys Med* 1987; 66: 12-15
- Espmark S. Stroke before 50: follow-up study of vocational and psychological adjustment. *J Nerv Rehabil Med (Suppl)* 1973; 2: 1-107
- Evans RL, Bishop DS, Haselkorn JK. Factors predicting satisfactory home care after stroke. *Arch Phys Med Rehabil* 1991; 72: 144-147
- Evans RL, Northwood L. Social support needs in adjustment to stroke. *Arch Phys Med Rehabil* 1983; 64: 61-64
- Feibel JH, Springer CJ. Depression and failure to resume social activities after stroke. *Arch Phys Med Rehabil* 1982; 63: 276-278
- Finklestein S, Benowitz LI, Baldessarini RJ, et al. Mood, vegetative disturbance and dexamethasone suppression test after stroke. *Ann Neurol* 1982; 12(5): 463-468
- Finklestein SP, Weintraub RJ, Karmouz N, et al. Antidepressant drug treatment for post-stroke depression: Retrospective study. *Arch Phys Med Rehabil* 1987; 68: 772-776
- Friedman AS. Syndrome and themes of psychotic depression. *Arch Gen Psychiat* 1963; 9: 504-509
- Greveson GC, Gray CS, French JM, et al. Long-term outcome for patients and cares following hospital admission for stroke. *Age and Aging* 1991; 20: 337-344
- Grinker RR. Phenomena of depression. Medical book department of harper & row publishers, inc. New York, 1961
- Johnson GA. Psychological sequelae in stroke patients. *Aust Fam Phys* 1991; 20(11): 1605-1611
- Lipsey JR, Robinson RG, Pearson GD, et al. Nortriptyline treatment of post-stroke depression: a double-blind study. *Lancet* 1984; 11: 297-300
- McNabb R. Family function & depression. *J Fam Prac* 1983; 16(1): 169-170
- Minot SR. CE depression: What dose it mean? *Am J Nurs* 1986; 86: 284-293
- Moffic HS, Paykel ES. Depression in medical in-patients. *Br J Psychiat* 1975; 126: 346-353
- Oppenheimer S, Hachinski V. Complications of acute stroke. *Lancet* 1992; 339(21): 721-724
- Overall JE. Dimentions of manifest depression. *Psychiat Res* 1962; 1: 239-245
- Parikh RM, Lipsey JR, Robinson RG, et al. Two-year longitudinal study of post-stroke mood disorders: dynamic change in correlates of depression at one and two year. *Stroke* 1987; 18(3): 579-584
- Parikh RM, Robinson RG, Lipsey JR, et al. The impact of poststroke depression on recovery in activities of daily living over a 2 year follow-up. *Arch Neurol* 1990; 47: 785-789
- Robinson RG, Bolduc PL, Kubos KL, et al. Social functioning assesment in stroke patient. *Arch Phys Med Rehabil* 1985; 66: 496-500
- Robinson RG, Lipsey JR, Wilson KB, et al. Mood disorders in left-handed stroke patients. *Am J Psychiat* 1985; 142(12): 1424-1429
- Robinson RG, Starr LB, Kubos KL, et al. A Two-year longitudinal study of post-stroke mood disorders: findings during the initial eval-

- uation. *Stroke* 1983; 14(5): 736-741
- Rusin MJ. Stroke rehabilitation: A geropsychological perspective. *Arch Phys Med Rehabil* 1990; 71: 914-922
- Sinyor D, Amato P, Kaloupek DG, et al. Post-stroke depression: relationships to functional impairment, coping strategies, and rehabilitation outcome. *Stroke* 1986; 17(6): 1102-1107
- Starkstein SE, Robinson RG, Price TR. Comparison of cortical and subcortical lesions in the production of post-stroke mood disorders. *Brain* 1987; 110: 1045-1059
- Stern RA, Bachman DL. Depressive symptoms following stroke. *Am J Psychiat* 1991; 148(3): 351-356
- Tiller JWG. Post-stroke depression. *Psychopharmacology* 1992; 106: S130-S133
- Turner A, Foster M, Johnson S. Occupational therapy and physical dysfunction. (3rd ed) Churchill Livingstone, 1992
- Williams AM. Self-report of indifference and anxiety among persons with right hemisphere stroke. *Res Nurs Health* 1992; 15: 343-347
- Zung WWK. A self-rating depression scale. *Arch Gen Psychiat* 1965; 12: 63-70
- Zung WWK. From art to science: The diagnosis and treatment of depression. *Arch Gen Psychiat* 1973; 29: 328-337
- Zung WWK. The depression status inventory: An adjunct to the self-rating depression scale. *J Clin Psychol* 1972; 28: 539-542
-