

뇌졸중 환자의 일상생활동작 수준에 따른 스트레스 및 우울에 관한 연구

김경선¹⁾ 전세일²⁾ 오희철³⁾ 신정빈²⁾

1) 연세의료원 재활병원 작업치료실

2) 연세대학교 의과대학 재활의학과

3) 연세대학교 의과대학 예방의학과

Abstract

A study of stress and depression in stroke patients : relationship to ADL

Kim, Kyoung-Seon M.P.H., O.T.R., R. P. T., Chun, Sae-Il M.D.,
Oh, Hee-Chul M.D., Shin, Jung-Bin M.D.,)

The purpose of this study was to determine the level of stress and depression, the relationship of stress and depression with activities of daily living(ADL), and the factors that affect stress and depression in stroke patients.

A questionnaire survey was carried out from April 8, 1995 to May 2, 1995 in 9 university hospitals.

The number of stroke patient participating in this study was 112. Analysis of the data was done by means of t-test, ANOVA, and enter multiple regression.

The results were as follows:

1. The highest stress level of stroke patients was felt as interpersonal stress.
2. The physical depression level of stroke patients was higher than non-physical depression level.
3. The stress level of stroke patients was significantly different depending on sex, education level, present occupation, role as family income earner, illness duration, and post-discharge attendance at social gatherings, hobby and recreation($P < 0.05$).
4. The depression level of stroke patients was also significantly different depending on sex, education level, present occupation, hospital fee resources, role as family income

earner, and post-discharge attendance at social gatherings, hobby and recreation($P < 0.05$).

5. The stress level of stroke patients was positively related to the level of depression, and the levels of stress and depression were inversely related to the level of ADL($P < 0.001$).
6. In stroke patients, the level of ADL was the most predictive variable for stress, and accounted for 31.96% of the variance.
7. In stroke patients, the level of ADL and present occupation were predictive variables for depression, and accounted for 26.86% of the variance.

The results of this study showed that ADL was the most predictive variable for depression and stress in stroke patients. To reduce stress and depression in stroke patients, improvement in ADL is necessary through systematic and scientific training.

I. 서론

뇌졸중으로 인한 편마비는 성인기에 많이 오며, 이로 인해 환자는 앞으로 자신에게 진행 될 상황에 대한 불확실감으로 불안이 조성되어 스트레스 상태가 된다고 하였다(김명자, 1985). 뿐만 아니라, 이 시기는 가정적으로나 사회적으로 중요한 책임이 개인에게 부과 되는데 편마비로 인하여 스트레스가 더욱 가중되며 이를 해결하지 못 하였을 경우에는 재활에 많은 영향을 주게 된다(김애리 1987; 박원경 1987; 안용팔 등 1984; 최은숙과 소희영, 1993).

뇌졸중 환자는 신체기능장애로 인한 보행장애와 일상생활 활동장애, 시력장애, 감각장애 등으로 인한 개인 내적(intrapersonal) 스트레스와 가족내의 역할 변화, 가족관계, 대인관계에 대한 두려움으로 느끼는 개인 간(interpersonal) 스트레스, 치료비에 대한 부담감, 직장복귀 문제, 오락이나 취미생활의 어려움, 병원환경에 대한 불편감 등의 개인 외적(extrapersonal) 스트레스를 경험하게 된다. 주로 뇌졸중 환자가 경험하는 스트레스는 신체기능장애와 일상생활 활동장애 등이 주요 요인이 된다고 하였다(박원경, 1987). 그동안 스트레스는 여러가지 심리, 생리적 증상들과 관련되어 연구되었으며 특히, 우울과 관련이 있다는 것은 이미 여러 연구들에서 밝혀졌다(Ben

jaminsen, 1981).

우울은 뇌졸중 환자에게서 흔히 나타나는 것으로(Finklestein 등, 1987), 그원인은 다양한데, 흔히 자기가 버림을 받을지도 모른다가나 응급상태가 발생할지도 모른다는 공포, 보호자 없이 스스로 일하거나 움직일 수 없다는 불안감은 적개심과 같은 양상으로 나타나서 환자는 흥분하기 쉽고 주의집중이 어려워 예후에 좋지 않은 영향을 미치게 된다고 한다(안용팔, 1984).

Finkelstein 등(1982)과 Robinson 등(1983a:1984;1985)은 뇌졸중의 병변이 좌측 대뇌반구에 위치할 때 뇌졸중으로 인한 우울이 더 심하고 빈번하다고 하였으나, Sinyor 등(1986)과 Ebrahim 등(1987)에 의하면 병변의 위치가 대뇌반구의 좌, 우측과 우울 정도와는 서로 무관한 것으로 보고하고 있다. 또 Feibel과 Springer(1982)에 의하면 뇌졸중 환자의 우울은 발병 이전의 활동으로 복귀하는데 많은 지장을 주게 된다고 하였고, Hopkins와 Smith(1983)는 장기간에 걸쳐 일상생활동작을 독립적으로 수행하지 못할 경우 환자는 무력감과 우울에 빠진다고 하였으며, 이로 인해 우울이 심하게 있는 환자는 사회적 기능장애를 가지게 된다고 하였다(Robinson 등, 1983b).

뇌졸중 환자에 있어 스트레스와 우울은 재활치료에 있어서 많은 부정적인 영향을 끼치게 되는 매우 중요한 것이다. 그럼에도 불구하고 뇌졸중 후 스트레스나 우울에 대해서는 기능의 상실이나 신체장애로 인해 어쩔수 없이 생기는 단순한 심리적 반응으로 여길 뿐, 이에 대한 치료의 필요성을 과소평가하고 있어 그 결과로 재활치료에 큰 지장을 주고 있다(Robinson 등, 1982; Lim과 Ebrahim, 1983; 안용팔 등, 1984; Franco 등, 1993; 박동희, 1994).

국내에서는 박원경(1987)이 뇌졸중 환자가 지각하는 스트레스와 우울에 관한 연구만 있을 뿐, 뇌졸중 환자에 있어서 일상생활 수행 정도와 스트레스 및 우울이 어떠한 관련이 있는가에 대한 연구는 없었다.

본 연구는 뇌졸중 환자가 스트레스 및 우울을 얼마나 많이 받고 있는지 알아보고, 스트레스와 우울과의 관련성은 어떠한지, 일상생활 동작 수준에 따라서 스트레스와 우울은 얼마나 차이가 있는지를 알아보고자 한다. 본 연구의 세부목적은 다음과 같다.

첫째, 뇌졸중 환자가 지각한 스트레스와 우울의 정도를 알아본다.

둘째, 뇌졸중 환자의 일상생활 동작 수준과 환자가 지각한 스트레스 및 우울 정도와의 관계를 알아본다.

셋째, 뇌졸중 환자에 있어서 스트레스 및 우울에 영향을 미치는 요인을 알아본다.

II. 연구방법

1. 연구대상

본 연구는 서울에 위치한 5개의 대학병원과 3개의 한방병원, 수원에 위치한 1개 대학병원 등 9개 대학병원을 중심으로 각 병원에 외래 또는 입원한 뇌졸중 환자 450명 중 다음과 같은 기준 조건에 합당한 112명을 대상으로 실시하였다. 본 연구에 참여하는 환자의 선정기준은 다음과 같다.

- 1) 뇌졸중으로 인하여 이차적으로 편마비가 된 환자
- 2) 재활의학과 전문의가 실시한 신경과적 검사에서 실어증(aphasia)이 없는 환자
- 3) 한국판 Mini-Mental State Examination (이하 MMSE-K)상 총점이 20점 이상인 환자(권용철 등, 1989)

2. 자료수집 방법

본 설문지에 대한 사전조사는 조사내용을 예비확정한 후 1995년 2월 20일 부터 2월 28일까지 9일간 실시하였으며 본 조사는 3월2일 부터 4월8일까지 실시하였다.

연구자료수집은 준비된 설문지를 가지고 병원을 방문하여 연구자가 직접 면담 및 측정을 하였는데 연구 대상자에게는 이 연구의 취지 및 연구방법 등에 관하여 설명을 한 후 대상자가 직접 읽고 작성하도록 하여 자료를 수집하였다.

3. 연구도구

가. 스트레스 측정도구

뇌졸중으로 인한 편마비 환자의 스트레스를 측정하기 위하여 박원경(1987)이 번역한 Neuman의 스트레스 검사를 사용하였다. 이 도구는 뇌졸중 환자가 여러가지 제한으로 경험하는 스트레스를 3가지 영역으로 분류하여 개인 내적 스트레스 15문항, 개인 간 스트레스 6문항, 개인 외적 스트레스 4문항으로 총 25개 문항으로 구성되어 있다. 스트레스 정도는 5점 척도로 “매우 심각하다”에 5점, “전혀 심각하지 않다”에 1점을 주며 점수는 25점에서 125점까지로, 점수가 높을수록 스트레스 정도가 높은 것으로 한다. 본 연구에서는 신뢰도 Chronbach 값이 0.9360으로 높은 신뢰도를 보였다.

나. 우울 측정도구

뇌졸중 환자의 우울 측정도구로는 Beck(1976)의 우울 척도(Beck Depression Inventory : BDI)를

사용하였다. 이 도구는 1961년 Beck이 자신의 임상 경험을 기초로 정신과적 진단에 상관없이 우울의 심도를 측정하기 위하여 고안된 것으로 인지적, 정서적, 신체적 그리고 행동적 증상들을 포함하는 21문항으로 이루어진 자기보고형 척도이다. 이 도구는 비신체적 우울이 13문항, 신체적 우울이 8문항으로 구성되어 있으며 각 문항마다 0점에서 3점까지의 점수가 주어지게 되고 따라서 점수는 0점에서 63점까지가 된다. 이 도구는 한홍무 등(1986)에 의해 우리나라에서 표준화 연구가 된 것으로 여기서는 한홍무 등(1986)의 제안에 따라 총 63점 중에서 21점을 기준점으로 하고 점수가 높을수록 우울 정도가 높은 것으로 한다. 본 연구에서는 신뢰도 Chronbach 값이 0.8893으로 높은 신뢰도를 보였다.

다. 일상생활동작 측정도구

Barthel Index는 1965년 Mahoney와 Barthel이 일상생활동작의 자립도를 평가 하기 위하여 개발한 것으로 환자의 기능 호전의 변화를 즉각적으로 반영하는 평가방법으로서 기능의 변화를 계속해서 추적 관찰 하는 데에 도움이 된다고 하였다(신정빈 등, 1987). 본 연구에서는 원래의 방법에서 좀 더 수정이 되고 보완이 된 Modified Barthel Index를 이용하였다. 이 도구는 15가지의 일상생활동작으로 구분되어 각 동작마다 4단계의 점수를 주게 된다. 제1단계는 다른 사람의 도움없이 혼자서 동작을 수행할 수 있는 경우, 제2단계는 다른 사람의 도움은 필요없으나 동작이 어렵게 수행되는 경우, 제3단계는 다른 사람의 도움이 부분적으로 필요한 경우, 제4단계는 다른 사람의 도움에 완전히 의존하는 경우로, 100점이 가장 좋은 점수이고 0점이 가장 나쁜 점수이다.

III. 연구결과

1. 연구 대상자의 일반적 특성

가. 연구 대상자의 특성

연구 대상자의 특성으로 성별, 연령, 종교, 교육정

도, 손상 전 직업, 현재직업, 가족의 월 평균 수입, 현재 치료비 부담자, 손상 전 가족 부양자, 현재 가족 부양자를 조사하였다(표 1). 연구 대상자 112명 중 남자가 68명(60.7%), 여자가 44명(39.3%)이었다. 연령분포는 최저 20세, 최고 81세이며 50대가 33명(29.5%), 60대가 27명(24.1%)으로 50대가 가장 많았고 평균연령은 53.8세 이었다. 종교는 79명(71.0%)이 종교를 가지고 있었다. 교육정도는 65명(58.1%)이 대부분 고졸이하 이었다. 손상 전 직업으로는 무직이 42명(37.5%)으로 가장 많았고 그 다음이 전문직, 기술직이 20명(19.5%)인 반면에 현재직업은 78명(69.7%)이 대부분 무직인 상태이었다. 가족의 월 평균 수입은 100만원에서 199만원이 67명(59.8%)으로 가장 많았고, 현재 치료비는 본인이 42명(37.5%)으로 가장 많이 부담하고 있었고, 손상 전에는 본인이 55명(49.1%)으로 가족을 가장 많이 부양했었고, 현재는 배우자가 44명(39.3%)으로 가족을 가장 많이 부양하고 있었다.

나. 연구 대상자의 위험요인, 마비부위 및 병력기간

연구 대상자의 위험요인, 마비부위, 병력기간을 조사하였다(표 2). 연구 대상자의 위험요인은 고혈압이 80명(71.4%)으로 당뇨병에 비해 월등히 높았다. 마비부위는 왼쪽 편마비가 68명(60.7%)으로 오른쪽 편마비보다 더 많았다. 검사시까지의 병력기간 분포는 1개월에서 149개월로, 1개월에서 3개월미만까지가 36명(32.1%)으로 가장 많았다.

다. 연구 대상자의 손상후 모임, 취미 및 오락의 감소여부

손상 후 모임에 참가 하는데 손상 전과 차이가 있는가에서는 예가 87명(77.3%), 아니오가 25명(22.3%)으로 모임이 손상 전과 차이가 있었으며, 모임에 참가하지 않는 이유에 대해서는 대부분 단지 몸이 불편해서가 65명(75.6%)이었으며, 손상 후에 취미나 오락이 손상 전과 차이가 있는가에서는 예가 92명(82.1%), 아니오가 20명(17.9%)으로 차이가 많이 있었으며 그 이유로는 단지 몸이 불편해서가 73명(29.3%)이었다(표3).

표 1. 연구 대상자의 특성

단위 : 명(%)			
특	성	대상자 수(명)	백분율(%)
성 별			
남 자		68	60.7
여 자		44	39.3
연 령			
29세 이하		3	2.7
30세 - 39세		13	11.6
40세 - 49세		25	22.3
50세 - 59세		33	29.5
60세 - 69세		27	24.1
70세 이상		11	9.8
종 교			
없 음		33	29.0
있 음		79	71.0
교육정도			
고졸이하		65	58.1
대졸이상		47	41.9
손상전 직업			
무 직		42	37.5
상업, 서비스업		18	16.1
전문직, 기술직		20	17.9
공무원, 군인		3	2.7
회사원		18	16.1
농 업		7	6.2
노무직		4	3.6
현재 직업			
무 직		78	69.7
상업, 서비스업		14	12.5
전문직, 기술직		6	5.4
공무원, 군인		2	1.8
회사원		10	8.9
농 업		2	1.8
현재 치료비 부담자			
부 모		6	5.4
본 인		42	37.5
배우자		34	30.4
자 녀		22	19.6
기 타		8	7.1
손상전 가족 부양자			
부 모		5	4.5
본 인		55	49.1
배우자		34	30.4
자 녀		16	14.3
기 타		2	1.7
현재 가족 부양자			
부 모		7	6.2
본 인		38	33.9
배우자		44	39.3
자 녀		20	17.9
기 타		3	2.8
계		112	100.0

표 2. 연구 대상자의 위험요인, 마비부위, 병력기간

단위 : 명(%)			
특	성	대상자 수(명)	백분율(%)
선행질환			
고혈압		80	71.4
당뇨병		9	8.0
기 타		23	20.5
마비 부위			
오른쪽		44	39.3
왼 쪽		68	60.7
병력기간			
1개월 - 3개월미만		36	32.1
3개월 - 6개월미만		25	22.3
6개월 - 12개월미만		17	15.2
12개월 - 24개월미만		11	9.8
24개월이상		23	20.5
계		112	100.0

표 3. 연구 대상자의 손상 후 모임, 취미 및 오락의 감소여부

단위 : 명(%)			
특	성	대상자 수(명)	백분율(%)
손상후 모임 참가의 감소여부			
예		87	77.3
아니오		25	22.3
모임 거부 이유			
신체적 이유		65	75.6
정신적 이유		21	24.4
손상후 취미, 오락의 감소여부			
예		92	82.1
아니오		20	17.9
취미, 오락 거부 이유			
신체적 이유		73	29.3
정신적 이유		19	20.7
계		112	100.0

2. 연구 대상자가 느끼는 스트레스 및 우울 정도

가. 연구 대상자가 느끼는 스트레스 정도

연구 대상자가 느끼는 스트레스 정도를 각 영역별, 문항별로 분석한 결과는 표 4와 같다. 연구 대상자의 스트레스 정도는 전체평균이 81.2으로 비교적 높은

표 4. 연구 대상자가 느끼는 스트레스 정도

문항		매우 그렇다(5)	어느정도 그렇다(4)	보통이다(3)	별로심각 하지않다(2)	전혀심각 하지않다(1)	평균 ± 표준편차
개 인 내 적 스 트 레 스	1. 병의 예후에 대한 걱정	45	16	21	24	6	3.63±1.34
	2. 시력장애로 인한 불편	16	15	21	11	49	2.45±1.51
	3. 감각이 없어 불편	40	24	14	12	21	3.44±1.52
	4. 경직, 이완으로 불편	47	29	18	9	9	3.86±1.27
	5. 통증으로 불편	21	21	19	16	35	2.80±1.52
	6. 욕창 위해 자세변경 불편	6	8	12	18	68	1.80±1.21
	7. 재활치료가 힘들다	15	16	43	17	21	2.88±1.26
	8. 외모변화 신경 쓰임	31	21	27	16	17	3.30±1.41
	9. 옷입고 벗는것에 제한	33	26	22	24	7	3.48±1.29
	10. 신체활동 제한 받는 것	50	33	16	8	5	4.03±1.14
	11. 식사시 도움 받는 것	29	19	18	17	29	3.02±1.55
	12. 위생처리시 불편	38	20	28	15	11	3.53±1.34
	13. 대,소변볼때 불편	35	17	12	18	30	3.08±1.63
	14. W /c,목발사용 불편	31	15	15	6	45	2.83±1.70
	15. 계단, 걷는 것 불편	46	26	14	14	12	3.71±1.39
평 균							3.19±0.90
개 인 간	16. 가족에게 짐이 된다	49	27	19	10	7	3.90±1.23
	17. 배우자로서 할 도리 못함	47	27	19	11	8	3.84±1.27
	18. 가족에게 의무감 못함	48	28	16	12	8	3.86±1.28
	19. 친구, 친척이 날떠날까걱정	23	25	15	19	30	2.93±1.52
	20. 부부생활에 제한 받는 것	22	22	24	21	23	2.99±1.42
	21. 외모변화에 신경쓰임	28	22	24	18	20	3.18±1.44
평 균							3.45±1.09
개 인 외 적	22. 치료비가 많이 드는 것	31	22	22	22	5	3.29±1.40
	23. 원래일로 돌아갈 수 있을까	41	23	13	16	19	3.46±1.52
	24. 취미, 여가활동 할수있을까	32	29	19	15	17	3.39±1.42
	25. 병원시설에 대한 불만	17	11	31	18	35	2.62±1.41
평 균							3.19±1.11
전 체 평 균							3.25±0.88

스트레스를 보였다. 연구 대상자의 스트레스 정도를 각 영역별로 분석한 결과, 개인 내적 스트레스는 평균 3.19±0.90이었고, 개인 간 스트레스는 3.45±1.09, 개인 외적 스트레스는 3.19±1.11로 3가지 영역에서는 개인 간 스트레스가 가장 높았다.

연구 대상자의 스트레스 정도를 각 문항별로 분석한 결과 ‘마비로 인해 신체활동에 제한 받는 것’에 평

균 4.03으로 스트레스를 가장 많이 받고 있는 문항이었고 ‘가족에게 짐이 된다’는 생각이 평균 3.90으로 그 다음으로 많이 받는 스트레스 문항이었다.

나. 연구 대상자가 느끼는 우울 정도

연구 대상자가 느끼는 우울 정도를 각 영역별, 문항별로 분석한 결과는 표 5과 같다.

표 5. 연구 대상자가 느끼는 우울정도

문	항	우울 심함			우울 없음	평균 ± 표준편차
		(3)	(2)	(1)	(0)	
비 신 체 적 우 울	1. 나는 슬프다	17	12	43	50	0.78±0.87
	2. 앞날에 대한 걱정	7	10	36	59	0.68±0.88
	3. 나는 실패자이다	10	21	27	54	0.88±1.01
	4. 전처럼 생활에 만족	19	20	51	22	1.32±0.97
	5. 죄책감을 느낀다	8	12	44	48	0.82±0.89
	6. 벌을 받고 있다	33	5	27	47	1.21±1.26
	7. 나에 대한 실망	10	25	31	46	0.99±1.00
	8. 난 다른 사람보다 못하다	22	24	20	46	1.19±1.17
	9. 자살 할 생각이 있다	1	11	39	61	0.57±0.70
	10. 전 보다 더 운다	8	10	50	44	0.83±0.86
	11. 전 보다 더 짜증을 낸다	9	11	47	45	0.85±0.89
	12. 사람에 대한 관심이 있다	4	7	43	58	0.61±0.76
	13. 결정을 내릴때 미룬다	12	35	30	35	1.21±1.00
평		균				0.92±0.63
신 체 적 우 울	14. 내모습이 나빠졌다	24	21	20	47	1.19±1.19
	15. 전처럼 일을 할수없다	16	16	51	29	1.17±0.97
	16. 잠은 잘 자지 못한다	8	19	34	51	0.85±0.94
	17. 피곤하다	5	15	66	26	0.99±0.74
	18. 식욕이 없다	3	11	36	62	0.59±0.77
	19. 체중이 줄었다	15	8	24	65	0.75±1.06
	20. 건강을 염려한다	8	20	44	40	0.96±0.91
	21. 성욕이 감소했다	16	20	31	45	1.06±1.07
평		균				0.95±0.58
전		체 평 균				0.93±0.57

연구 대상자의 우울 정도는 전체평균이 19.59으로 우울이 있다고 할 수는 없으나 우리나라 정상인의 평균 12.7점 보다는 비교적 높았다.

연구 대상자의 우울 정도를 각 영역별로 분석한 결과, 비신체적 우울은 평균 0.92 ± 0.63 이고 신체적 우울은 0.93 ± 0.57 로 비신체적 우울보다 신체적 우울이 더 높았다.

연구 대상자의 우울 정도를 각 문항별로 분석한 결과 ‘일상생활에 만족을 느끼지 못한다’가 1.32로 가장 우울을 많이 느끼는 항목이며, 그 다음은 ‘지금 벌을 받고 있다’와 ‘결정 내릴때 힘들다’가 1.21로 우울을

많이 느끼는 문항이었다.

3. 연구 대상자의 일반적 특성에 따른 스트레스 우울 정도

가. 연구 대상자의 일반적 특성에 따른 스트레스 정도

1) 연구 대상자의 특성

연구 대상자의 특성과 연구 대상자가 느끼는 스트레스 정도를 개인 내적, 개인 간, 개인 외적 스트레스의 3가지 영역으로 구분하여 관계를 분석한 결과는 표 6과 같다.

연구 대상자의 특성에 따른 개인 내적 스트레스 정도와의 관계는 성별, 교육정도, 현재직업, 현재 가족

표 6. 연구 대상자 특성에 따른 스트레스 정도

특 성	개인내적		개인간		개인외적	
	평균 ± 표준편차	t/F	평균 ± 표준편차	t/F	평균 ± 표준편차	t/F
성 별						
남 자	45.13 ± 11.86	-2.69*	20.15 ± 6.73	-1.11	12.26 ± 4.42	-1.45
여 자	51.98 ± 14.92		21.55 ± 6.22		13.50 ± 4.36	
연 령						
39세 이하	48.13 ± 10.79		21.00 ± 6.45		12.19 ± 2.93	
40세 -59세	47.52 ± 13.83	0.30	20.31 ± 6.26	0.21	12.81 ± 4.51	0.15
60세 이상	48.16 ± 14.33		21.16 ± 7.12		12.89 ± 4.86	
종 교						
없 음	46.97 ± 13.02	-0.41	20.67 ± 6.68	-0.22	13.03 ± 4.34	0.23
있 음	48.15 ± 13.61		20.78 ± 6.48		12.69 ± 4.44	
교육수준						
고졸이하	50.46 ± 14.45	2.49*	21.42 ± 6.91	1.37	13.60 ± 4.74	2.45*
대졸이상	44.17 ± 11.21		19.70 ± 5.93		11.57 ± 3.67	
현재 직업						
무직, 노무직	49.75 ± 13.21	2.44*	21.03 ± 6.46	0.84	12.99 ± 4.49	0.90
전문직, 회사원	43.00 ± 13.23		19.88 ± 6.77		12.16 ± 4.25	
현재 치료비 부담자						
부모, 자녀, 형제	50.83 ± 14.34		21.25 ± 7.10		13.44 ± 4.24	
본 인	45.05 ± 12.09	1.81	20.62 ± 6.37	0.22	12.45 ± 4.77	0.65
배우자	48.06 ± 13.94		20.21 ± 6.27		12.38 ± 4.20	
현재 가족 부양자						
부모, 자녀, 형제	48.93 ± 14.86		20.63 ± 7.29		13.07 ± 4.06	
본 인	42.61 ± 10.79	4.96**	19.21 ± 5.99	1.92	11.61 ± 4.55	2.06
배우자	51.57 ± 13.51		22.02 ± 6.32		13.52 ± 4.44	

* P<0.05

** P<0.01

부양자가 통계학적으로 유의한 차이가 있었다. 성별에서는 여자가, 교육정도에서는 고졸이하에서, 현재 직업에서는 무직, 노무직에서, 현재 가족 부양에서는 배우자가 가족을 부양 할 경우에 스트레스 정도가 높았다.

연구 대상자의 특성에 따른 개인 간 스트레스 정도와의 관계는 모두 통계학적으로 유의한 차이가 없었다. 연구 대상자의 특성에 따른 개인 외적 스트레스 정도와의 관계는 교육정도가 고졸일 경우 스트레스 정도가 높았다.

2) 연구 대상자의 마비부위, 병력기간

연구 대상자의 특성과 연구 대상자가 느끼는 스트레스 정도를 개인 내적, 개인 간, 개인 외적 스트레스 3가지 영역으로 구분하여 관계를 분석한 결과는 표 7과 같다. 연구 대상자의 마비 부위, 병력기간에 따른 개인 내적 스트레스 정도와의 관계는 병력기간이 통계학적으로 유의한 차이가 있었는데, 3개월에서 6개월 미만까지에서 스트레스 정도가 가장 높았다. 연구 대상자의 마비부위, 병력기간에 따른 개인 간, 개인 외적 스트레스 정도와의 관계는 통계학적으로 유의한 차이가 없었다.

표 7. 연구 대상자의 마비부위 및 병력기간과 스트레스 정도

특성	개인내적	t/F	개인간	t/F	개인외적	t/F
	평균 ± 표준편차		평균 ± 표준편차		평균 ± 표준편차	
마비 부위						
오른쪽	47.98 ± 14.25	0.04	20.14 ± 6.55	-0.73	12.45 ± 4.78	-0.57
왼 쪽	47.78 ± 13.11		21.06 ± 6.56		12.94 ± 4.20	
병력기간						
1개월 - 3개월미만	47.72 ± 15.62	2.99*	20.08 ± 2.28	0.99	12.94 ± 5.00	1.80
3개월 - 6개월미만	54.20 ± 11.29		22.56 ± 5.78		14.44 ± 3.19	
6개월 - 12개월미만	48.18 ± 9.84		21.29 ± 5.67		12.59 ± 3.61	
12개월 - 24개월미만	39.18 ± 13.04		18.36 ± 7.26		11.39 ± 4.53	
24개월이상	44.91 ± 12.38		20.30 ± 6.33		11.39 ± 4.53	
* P<0.05		**P<0.01				

표 8. 연구 대상자의 손상 후 모임, 취미 및 오락 감소여부와 스트레스 정도

특성	개인내적	t/F	개인간	t/F	개인외적	t/F
	평균±표준편차		평균±표준편차		평균±표준편차	
손상후 모임 참가의 감소여부						
예	49.99±12.85	3.31**	22.02±5.92	0.46**	13.30±4.21	2.51*
아니오	40.28±13.27		16.08±6.60		10.84±4.70	
손상후 취미, 오락의 감소여부						
예	48.67±13.51	1.44	21.54±6.15	3.05**	13.21±4.16	2.39*
아니오	43.90±13.10		16.80±7.01		10.65±5.09	
* P<0.05		**P<0.01				

3) 연구 대상자의 손상 후 모임, 취미 및 오락의 감소여부

연구 대상자의 손상 후 모임, 취미 및 오락의 감소여부에 따라 연구 대상자가 느끼는 스트레스 정도를 개인 내적, 개인 간, 개인 외적 스트레스의 3가지 영역으로 구분하여 관계를 분석한 결과는 표 8와 같다. 연구 대상자의 손상 후 모임 참가 감소여부에 따라 개인 내적, 개인 간, 개인 외적 스트레스의 정도는 통계학적으로 유의한 차이가 있었는데, 모임 참가를 못하는 군이 모임 참가하는 군보다 스트레스 정도가 높았다. 손상 후 취미, 오락의 감소여부는 개인 간, 개인 외적 스트레스 정도가 통계학적으로 유의한 차이가 있었는데, 손상 후 취미, 오락을 하지 못하

는 군이 스트레스 정도가 높았다.

나. 연구 대상자의 일반적 특성에 따른 우울 정도

1) 연구 대상자의 특성

연구 대상자의 특성과 연구 대상자가 느끼는 우울 정도를 비신체적 우울, 신체적 우울의 2가지 영역으로 구분하여 비교한 결과는 표 9과 같다. 연구 대상자의 특성에 따른 비신체적 우울 정도는 성별, 교육정도, 현재직업, 현재 가족 부양자에 있어서 통계학적으로 유의한 차이가 있었다. 성별에서는 여자가, 교육정도는 고졸이하에서, 현재직업에서는 무직, 노무직에서, 현재 가족 부양에서는 배우자가 가족을 부양 할 경우에 우울 정도가 높았다. 연구 대상자의 특성에 따른

표 9. 연구 대상자의 특성에 따른 우울 정도

특 성	비신체적	t/F	신체적	t/F
	평균±표준편차		평균±표준편차	
성별				
남 자	10.31±7.29	-2.82**	6.69±4.27	-2.66*
여 자	14.61±8.74		9.00±4.79	
연 령				
39세 이하	12.31±6.37		7.31±3.79	
40세-59세	10.84±6.87	1.37	7.21±4.63	0.70
60세 이상	13.63±6.21		8.32±4.88	
종 교				
없 음	12.29±7.45	0.23	8.61±5.10	1.45
있 음	11.89±8.41		7.21±4.37	
교육정도				
고졸이하	13.88±8.84	2.45*	8.54±4.92	2.61**
대졸이상	9.40±6.23		6.30±3.80	
현재 직업				
무직, 노무직	13.43±8.28	3.04**	8.46±4.65	3.28**
전문직, 회사원	8.44±6.61		5.44±3.72	
현재 치료비 부담자				
부모, 자녀, 형제	12.47±8.71		8.19±5.16	
본 인	10.05±7.26	2.26	6.24±3.68	3.14*
배우자	13.91±8.20		8.65±4.72	
현재 가족 부양자				
부모, 자녀, 형제	12.30±9.20		8.23±4.92	
본 인	9.18±6.47	4.18*	5.71±3.42	5.37**
배우자	14.23±8.08		8.80±4.83	

* P<0.05

**P<0.01

신체적 우울 정도는 성별, 교육정도, 현재직업, 현재 치료비 부담자, 현재 가족 부양자에 있어서 통계학적으로 유의한 차이가 있었다. 성별에서는 여자가, 교육정도에서는 고졸이하에서, 현재직업에서는 무직, 노무직에서, 현재 치료비는 배우자가 부담할 경우, 현재 가족 부양에서는 배우자가 가족을 부양할 경우에 우울 정도가 높았다.

2) 연구 대상자의 마비부위, 병력기간

연구 대상자의 마비부위, 병력기간에 따라 연구 대상자가 느끼는 우울 정도를 비신체적, 신체적 우

울의 2가지 영역으로 구분하여 비교한 결과는 표 10과 같다. 연구 대상자의 마비부위, 병력기간에 따른 비신체적, 신체적 우울 정도와의 관계는 통계학적으로 유의한 차이가 없었다.

3) 연구 대상자의 손상 후 모임, 취미 및 오락의 감소여부

연구 대상자의 손상 후 모임, 취미 및 오락의 감소여부에 따라 연구 대상자가 느끼는 우울 정도를 비신체적, 신체적 우울의 영역 2가지로 구분하여 비교한 결과는 표 11과 같다. 연구 대상자의 손상 후 모임, 취

표 10. 연구 대상자의 마비부위 및 병력기간과 우울 정도

특 성	비신체적	t/F	신체적	t/F
	평균±표준편차		평균±표준편차	
마비 부위				
오른쪽	10.89±7.74	-1.17	7.59±5.04	-0.01
왼 쪽	12.72±8.35		7.60±4.33	
병력기간				
1개월 - 3개월미만	12.14±9.89	1.08	7.50±5.33	0.70
3개월 - 6개월미만	13.96±7.19		8.80±5.16	
6개월 - 12개월미만	12.76±5.92		7.65±3.76	
12개월 - 24개월미만	8.36±6.70		7.09±3.68	
24개월이상	10.83±7.92		6.65±3.66	
* P<0.05		**P<0.01		

표 11. 연구 대상자의 손상후 모임, 취미 및 오락의 감소여부와 우울 정도

특성	비신체적	t/F	신체적	t/F
	평균±표준편차		평균±표준편차	
손상후 모임의 참가감소 여부				
예	12.74±8.20	1.80	8.38±4.51	3.52**
아니오	9.44±7.50		4.88±3.77	
손상후 취미, 오락의 감소여부				
예	12.54±8.17	1.50	8.15±4.50	2.82**
아니오	9.55±7.67		5.05±4.26	
* P<0.05		**P<0.01		

미 및 오락의 감소여부에 따라 비신체적 우울 정도는 통계학적으로 유의한 차이가 없었으나, 신체적 우울 정도는 손상 후 모임, 취미 및 오락의 감소여부에 따라 통계학적으로 유의한 차이가 있었으며, 손상 후 모임이나 취미, 오락을 하지 못하는 군이 우울 정도가 높았다.

4. 스트레스 및 우울과 관련된 요인

연구 대상자의 일상생활동작 수행능력에 따른 개인 내적, 개인 간, 개인 외적 스트레스와 비신체적, 신체적 우울과의 상관관계를 보았다(표 12). 연구 대상자의 일상생활동작 수행정도와 연구 대상자가 느끼는 스트레스 및 우울 정도에는 높은 음의 상관관계를 보여 주었고 통계학적으로 유의하였으며, 연구 대상자

표 12. 일상생활동작 수행정도와 스트레스, 우울과의 상관 관계

구 분	St1	St2	St3	NPD	PD
St2	0.7246**				
St3	0.6230**	0.6938**			
NPD	0.6197**	0.5423**	0.5473**		
PD	0.5819**	0.4520**	0.4409**	0.7099**	
ADL	-0.6462**	-0.4204**	-0.3111**	-0.3677**	-0.3696**

** P<0.01

St1 : 개인 내적 스트레스

St2 : 개인 간 스트레스

St3 : 개인 외적 스트레스

NPD : 비신체적 우울

PD : 신체적 우울

ADL : 일상생활동작 수행정도

가 느끼는 스트레스와 우울 정도간에는 높은 양의 상

관관계를 보여 주었으며 통계학적으로 유의하였다 ($P<0.01$).

5. 스트레스에 영향을 미치는 요인

연구 대상자의 스트레스와 관련이 있다고 판정된 변수인 병력기간, 현재 치료비 부담자, 연령, 일상생활동작 수준, 현재직업, 성별을 분석하여 다음과 같은 결과를 얻었다(표 13). 즉, 일상생활동작 수행능력이 낮을수록 스트레스에 영향을 주는 요인이었으며, 96%의 설명력을 가진다.

표 13. 스트레스에 영향을 미치는 요인

요 인	회귀계수	표준오차	t값
병력기간	-0.09284	0.06850	-1.355
치료비부담(배우자)	-2.92258	4.53121	-0.645
연령	0.06381	0.13905	0.459
ADL	-0.44748	0.07431	-6.022**
현재직업(있는경우)	-3.91343	4.18565	0.352
성별(여자)	4.27068	4.29705	0.994
상수	112.66692	10.05982	11.200**

** $P<0.01$

결정계수=0.3196, $F=8.4471$ ($P<0.001$)

ADL : 일상생활동작 수준

6. 우울에 영향을 미치는 요인

연구 대상자의 우울과 관련이 있다고 판정된 변수

표 14. 우울에 영향을 미치는 요인

요 인	회귀계수	표준오차	t값
병력기간	-0.04851	0.03947	-1.229
치료비부담(배우자)	1.94694	2.61108	0.746
연령	0.13865	0.08013	1.730
ADL	-0.13994	0.04282	-3.268**
현재직업(있는경우)	-5.01819	2.41195	-2.081*
성별(여자)	2.94355	2.47615	0.066
상수	22.98077	5.79691	3.964**

** $P<0.01$

결정계수=0.2686, $F=5.4554$ ($P<0.001$)

ADL : 일상생활동작 수준

인 병력기간, 현재 치료비 부담자, 연령, 일상생활동작 수준, 현재직업, 성별을 분석하여 다음과 같은 결과를 얻었다(표14). 즉, 우울에 영향을 미치는 변수로는 일상생활동작 수준과 현재직업이 통계학적으로 유의하였으며, 26.86%의 설명력을 가진다.

IV. 고 찰

이 연구는 6개의 대학병원과 3개의 한방병원에 내원하여 치료받고 있는 뇌졸중 환자를 대상으로, 환자가 받는 스트레스와 우울 정도는 어느 정도이며 일상생활동작과는 어떠한 관련성이 있는지를 알아보아 뇌졸중 환자의 스트레스와 우울을 줄이는데 도움을 주고자 하는데 이 연구의 목적이 있다. 이 연구의 대상이 된 뇌졸중 환자들은 신경과 혹은 재활의학과 전문의에 의해 뇌졸중으로 진단받은 환자들로 국한하였고, 뇌졸중 환자들 중에서도 실어증이 없어야 되며, MMSE-K상 총점이 20점 이상인 환자를 대상으로 하였는데, Starkstein과 Robinson(1989)이 이런 변수들은 뇌졸중 후 우울증과 임상적 변수사이에 있어서 중요하게 영향을 미칠 수 있다고 하였기 때문이다. Benson(1973)은 언어장애로 인해 이차적인 심리적인 영향을 일으키게 된다고 하였으며, Robinson과 Benson(1981)은 뇌졸중으로 인한 우울은 말을 잘 하거나 혹은 전실어증(global aphasia) 환자보다 말을 잘하지 못하는 환자에서 더욱 흔하다고 하였다. 또 실어증은 뇌졸중 환자에서 우울을 일으키게 하는 위험요인중의 하나라고 하였다(Robinson과 Starkstein, 1988). 지난 10년동안 우울과 인지장애와의 관련에 대한 연구에서 뇌졸중 환자가 인지능력이 떨어질 경우 우울이 더 심하게 된다고 하였다(Robinson과 Starkstein, 1988).

Franco 등(1993)은 일반적으로 뇌졸중 환자에 있어서 대부분의 스트레스는 유전적 특성, 심리적 방어기제(psychological defenses), 일반적 건강상태, 가정환경, 지역사회형태(type of community), 경제적 지원, 삶의 수준(standard of living), 사회적

지지 그리고 종교적인 신념(religious faith)등의 정도에 따라 달리 나타난다고 한다.

우울은 뇌졸중 환자에게서 흔히 나타나는 정서장애(emotional disorder)이다. 1980년대 초 일련의 연구에서 뇌졸중 후 우울증의 발생빈도는 103명을 계속적으로 관찰한 결과 30%에서 나타났으며(Robinson과 Price, 1982), Feibel과 Springer(1982)는 뇌졸중 후 6개월까지 26%에서 나타나며, Sjogren(1982)은 뇌졸중 후 7개월에서 12개월사이에 65%에서 발생한다고 하였고, Wade 등(1987)은 뇌졸중 후 3주까지 환자의 20%에서 우울이 나타났으며, 1년까지 환자의 50%에서 우울이 생긴다고 하였다. 본 연구에서는 112명 중 45명에서 우울이 있는 것으로 나타났는데(40. 2%) 이는 이전의 연구들과 비슷한 수준이었다.

뇌졸중 환자의 우울에 영향을 미치는 인자들에 대해서는 많은 보고가 있었다. Feibel과 Springer(1982)에 의하면 뇌졸중 환자의 우울은 발병이전의 활동으로의 복귀가 실패할 때와 관련이 있고 나이, 성별, 결혼유무, 뇌손상 부위, 일상생활동작 수준과는 관계가 없다고 하였으며 이인구 등(1988)도 나이, 성별, 뇌손상 부위, 일상생활동작상태, 병력기간 등은 뇌졸중 후 우울과는 관련이 없다고 하였다. Fedoroff 등(1992)은 뇌손상 이전의 낮은 사회적 적응능력과 정신병력이 있는 경우 우울증의 발생이 높다는 연구결과도 있었다. 또, 전진숙과 장환일(1986), 이중용 등(1990), 정근재 등(1990)은 마비부위가 왼쪽인 경우에서 우울 정도가 높다고 하였으나 본 연구에서는 마비부위에 따라 우울 정도는 차이가 없었다.

박원경(1987)은 개인 외부 스트레스가 평균 3.28로 가장 높았으나, 본 연구에서는 개인 간 스트레스가 3.45로 가장 높아 가족내의 역할변화, 가족관계나 대인관계에 대한 두려움으로 인한 스트레스가 가장 많았다. 또, 스트레스를 문항별로 본 결과 박원경(1987) 연구에서는 '마비로 인해 신체활동에 제한을

받는다'가 평균 3.56으로 가장 많이 받는 스트레스 문항이었는데 본 연구에서도 이 문항이 4.03으로 본 연구결과와 일치된 결과이었다. 또, 박원경(1987)은 뇌졸중 환자의 우울 정도는 중증도 정도의 우울로 암환자의 우울 정도보다 더 높다고 하였으며 Franco 등(1993)도 중증도의 우울을 보이고 있다고 하였는데 본 연구에서는 우울이 있다고 할 수는 없으나 대상자의 우울 정도가 19.60으로 정상인의 12.7점 보다는 높은 편이었다. 또 문항별로 본 결과 '일상생활에 만족하고 있지 못한다'와 '지금 벌을 받고 있다'고 생각하는 문항에서 가장 많은 우울점수를 나타내어 대상자의 대부분이 죄의식을 느끼고 있었다. 이런 죄의식은 사회적 기능제한과 가장이나 주부로서의 책임을 이행하지 못하는 죄책감과 가족에게 폐를 끼쳐야 되는 현재의 상태에 대한 우울반응을 나타낸 것으로 생각된다.

연구 대상자의 일반적 특성에 따른 스트레스 및 우울 정도는 성별, 교육정도, 현재직업, 현재 가족 부양, 현재 치료비 부담자, 병력기간, 손상으로 모임이나 취미, 오락등을 하지 못할 때 차이가 있었다. 성별에서는 스트레스 및 우울 정도에 남,녀 차이가 없다고 하였으나(박원경, 1987; 이인구 등, 1988; Feibel과 Springer, 1982), Franco 등(1993)은 남자보다 여자가 스트레스 및 우울 정도가 높다고 하여 본 연구결과와 일치된 결과를 보였다. 김중원(1983)의 보고에 의하면 여자는 아직도 가부장제도를 유지하는 한국사회에서 자학과 운명적으로 체념하려하고, 또한 전통적 남성우위, 유교적 권위주의 등 여성의 불리한 사회적 지위에서 유래된 심리적 억압, 개성매몰의 상황으로 에너지 발산의 좌절, 생산적 활동의 어려움과 제한뿐 아니라 욕구불만과 고뇌를 처리 못하는 것과 관련이 있다고 하였다. Robinson (1986)은 환자의 교육수준과 우울과는 관련이 없다고 하였으나 박원경(1987)은 환자의 교육수준이 낮을수록 스트레스 및 우울을 많이 느낀다고 하여 본 연구결과와 일치된 결과를 보였다. 이는 교육수준이 높을수록 스트레스를 이기기 위해 대처방법을 더 많이 사용하는데, 대처방

법이 많을수록 더욱 현실적인 반응을 하기 쉬우며 감정을 적절히 발산할 수 있으므로 적응력이 강해진다는 것이다(Synder와 Wilson, 1977). 또, Myers 등(1975)은 교육수준이 높을수록 스트레스를 이기기 위해 좋은 대안을 생각하기 쉬우며 충고 받을 수 있는 전문가 또는 친구를 가질 가능성이 많기 때문에 생활위기의 충격에 대해 개인을 보호하는 역할을 한다고 주장하였다.

현재직업에 따라 스트레스 및 우울 정도에는 차이가 없다고 하였으나(박원경, 1987) 본 연구에서는 전문직, 회사원등과 같이 일정하게 수입이 있는 사람보다 무직이나 노무직 등 일정한 수입이 없는 사람이 스트레스 및 우울 정도가 높아 본 연구에서는 이전의 연구와는 다른 연구결과를 보였다.

현재 가족도 본인이나 부모, 자녀가 부양할 때 보다는 배우자가 부양할 경우 스트레스 정도가 높은 것으로 나타났다. 이는 환자 대부분이 남편이나 아내로서 할 일을 다 못하고 가정에서 각자의 책임과 역할을 다 못하여 배우자에게 짐이 된다고 생각하는데서 오는 스트레스가 아닌가 한다.

현재 치료비 부담자도 본인이나 배우자가 부담하는 경우보다 형제, 자매, 친척이 부담하는 경우에서 우울 정도가 높다고 하였으나(박원경, 1987) 본 연구에서는 본인이나 형제, 자매보다 배우자가 부담할 경우 우울 정도가 높아 이전의 연구결과와는 다른 결과를 나타내었다.

병력기간에 따라 스트레스 및 우울 정도에는 차이가 없다고 하였으나(박원경, 1987; Wade, 1987) 본 연구에서는 스트레스 정도에만 차이가 있어 3개월에서 6개월까지에서 스트레스 정도가 높았다.

일상생활동작 수행도와 스트레스 및 우울과의 관련성에서 일상생활동작 정도와 스트레스 및 우울과는 관련성이 없다고 하였고(이인구, 1988; Feibel과 Springer, 1982; Starkstein 등, 1989; Morris 등,

1992), 강현숙(1984)과 Robinson 등(1986), Parikh 등(1990), Franco 등(1993)은 일상생활 수행도와 스트레스 및 우울에는 높은 음의 상관관계가 있어 일상생활 수행도가 높을수록 스트레스 및 우울이 낮다고 하였는데 이는 본 연구와 일치된 결과를 보였다. 또, 스트레스와 우울 정도에는 양의 상관관계가 있어 스트레스 정도가 높을수록 우울 정도가 높다고 하였는데(Aneshensel과 Stone, 1982; Feibel과 Springer, 1982; Robinson 등, 1982; 박원경, 1987) 본 연구결과와 일치된 결과를 보였다.

뇌졸중 환자의 스트레스 및 우울과 관련이 있다고 판정된 여러변수 중 스트레스에 영향을 미치는 요인은 일상생활동작 수준이었고 우울에 영향을 미치는 요인은 일상생활동작과 현재직업이었는데 이는 강현숙(1984)의 연구결과와 일치하는 것이다.

Ahlsio등(1984)은 우울과 불안 정도가 신체장애만큼이나 기능회복과 여생의 질적생활에 큰 영향을 미치므로 뇌졸중 환자에게는 심리적인 치료가 필요하다고 하였으며, Feibel과 Springer(1982)도 뇌졸중 환자의 우울은 발병이전의 활동으로 복귀하는데 지장을 주게 되므로 주의깊게 관찰하여 그에 대한 치료 및 대책을 세우는 것이 중요하다고 하였다. 뇌졸중 환자에 대한 재활은 독립적인 일상생활동작, 직업에 대한 적응, 심리적 사회적인 적응, 의사소통을 주요 목표로 하여 포괄적으로 이루어져야 한다고 하였다(Ander-son 등, 1978).

임상적으로 볼때 뇌졸중 환자들은 우울증에 빠지기 쉽고 불안감과 분노와 흥분을 억제하지 못하고 쉽게 밖으로 드러내며 가족들에게 우울, 분노, 죄의식등의 반응을 나타내 보이게 된다(안용팔, 1984). 따라서 환자가 발생하였을때 그 병으로 인해 환자의 생활전체와 그 가족이 어떻게 영향을 받을 것인가를 고려하지 않으면 안된다.

전인치료의 복합성을 고려해야 하는 재활치료에 있

어서는 심리적인 측면도 고려하여 환자가 의욕을 갖고 치료에 임하도록 하게하여 재활치료를 좀 더 포괄적이고 효율적으로 시행할 수 있어야 한다.

이 연구에서 제기될 수 있는 문제점과 제언점으로 는 첫째, 모집단인 우리나라 중부지역의 전체 의료기관 중 확률적으로 선정된 표본을 대상으로 검사하지 못하였으므로 이 연구결과로는 일반화 시킬수 없다.

둘째, 스트레스 검사도구의 문제로 이 도구는 한국에서 표준화 되지 못하였고 스트레스 점수의 기준점이 설정되어 있지 않아 고위험 스트레스 집단과 정상인 집단을 판별할 수 있는 근거를 제시하지 못하였으며 스트레스 문항에서도 부정적 측면만을 다루었고, 문항수 또한 적기 때문에 우리 현실에 맞는 측정도구를 연구목적과 연구 대상자 집단의 특성을 고려하여 개발할 필요성이 있다고 본다.

셋째, 단면적인 연구이므로 현재의 일상생활동작과 스트레스 및 우울이 관련이 있어도 추후관찰하여 과연 일상생활동작의 변화에 따라 스트레스 및 우울이 차이가 있는지를 살펴보기 못하였으므로 앞으로 이런 면에서 전향성 연구가 필요하다고 본다.

넷째, 일상생활동작 정도가 인지기능에 따라 얼마나 차이가 있는지, 이에 따라 스트레스 및 우울에는 얼마나 차이가 있는지는 조사하지 못하였다.

V. 결 론

이 연구는 뇌졸중 환자가 느끼는 스트레스와 우울의 정도를 알아보고, 일상생활동작 수행정도와 스트레스 및 우울과는 어떠한 관련이 있는지, 또 스트레스 및 우울에 영향을 미치는 요인이 무엇인지 알아보기 위하여 1995년 3월2일부터 같은해 4월 8일까지 서울에 위치한 5개 대학병원과 3개의 한방병원, 수원에 위치한 1개 대학병원등 9개 대학병원에서 외래 또는 입원하여 치료를 받고 있는 뇌졸중 환자 112명을 대상으로 설문지 조사를 실시하여 다음과 같은 결과를 얻었다.

1. 뇌졸중 환자가 느끼는 스트레스 정도는 3가지 영역 중 가족관계, 대인관계에 대한 두려움으로 느끼는 개인 간의 스트레스가 가장 높았다.
2. 뇌졸중 환자가 느끼는 우울 정도는 신체적 우울이 비신체적 우울보다 높았다.
3. 뇌졸중 환자의 일반적 특성에 따른 스트레스 정도는 성별, 교육정도, 현재직업, 현재 가족 부양자, 병력기간, 손상 후 모임, 취미 및 오락의 감소여부 등의 항목에서 통계학적으로 유의한 차이를 보였다($P<0.05$).
4. 뇌졸중 환자의 일반적 특성에 따른 우울 정도는 성별, 교육정도, 현재직업, 현재 치료비 부담자, 현재 가족 부양자, 손상 후 모임, 취미 및 오락의 감소 여부 등의 항목에서 통계학적으로 유의한 차이를 보였다($P<0.05$).
5. 뇌졸중 환자가 느끼는 스트레스 및 우울 정도와는 높은 양의 상관관계를 보여 주어 스트레스가 높을수록 우울 정도는 높았으며, 일상생활동작 수행정도에 따른 스트레스 및 우울에는 높은 음의 상관관계를 보여 주어 일상생활동작 수행정도가 높을수록 스트레스 및 우울 정도는 낮았다($P<0.001$).
6. 뇌졸중 환자의 스트레스에 관련된 요인을 다중회귀분석한 결과, 일상생활동작 수행정도가 스트레스에 영향을 미치는 요인이었고, 설명력은 96% 이었다.
7. 뇌졸중 환자의 우울에 관련된 요인을 다중회귀분석한 결과, 현재 직업과 일상생활동작 수행정도가 우울에 영향을 미치는 요인이었고 설명력은 26.86% 이었다.

이상의 결과에서 일상생활 수행능력정도가 뇌졸중 환자의 스트레스 및 우울에 영향을 미치는 한 요인이었으며 스트레스와 우울과는 밀접한 관련성이 있었다. 그러므로 뇌졸중 환자의 스트레스 및 우울을 줄이기 위해서는 뇌졸중 환자의 재활치료 과정에서 뿐만 아니라 보호자 교육을 통하여 일상생활동작 기능을 보다 과학적이며 체계적인 훈련을 통해서 향상시켜야 한다.

이 연구에서 고려하지 못했던 요인으로서는 일상생활 동작 수준에 따른 스트레스 및 우울과의 전향성 연구가 계속 되어야 한다고 생각되며 일상생활동작 수행 능력이 인지기능에 따라 얼마나 차이가 있는지, 이에 따라서 스트레스와 우울에는 얼마나 차이가 있는지 등의 연구가 필요 하다고 생각한다.

참 고 문 헌

- 강현숙. 재활강화교육이 편마비환자의 자가간호수행에 미치는 효과에 관한 실험 적 연구. 연세대학교 대학원 1984
- 권용철, 박중환. 노인용 한국판 Mini-Mental State Examination(MMSE-K)의 표 준화연구, 제1편 : MMSE-K의 개발. 신경정신의학 1989; 28 : 125-138
- 김명자. 지지간호가 입원환자 및 가족의 스트레스에 미치는 영향에 관한 실험적 연구. 인간과학 1985; 9(12) : 45-65
- 김명호, 김주한. 뇌졸중의 개요. 대한의학협회지 1992; 35 : 976-983
- 김애리. 두부 외상환자의 불안요인 및 그 정도에 관한 조사연구. 이화여자대학교 대학원 1987
- 김중원. 두부손상환자 가족의 우울에 관하여. 신경정신의학 1983; 22(3) : 357-365
- 박동희. 뇌졸중후 우울증에서 병변부위에 따른 우울증의 정도와 Dexametasone 억제에 차이. 한림대학교 대학원 1994
- 박원경. 뇌졸중으로 인한 편마비 환자가 지각한 스트레스와 우울에 관한 연구. 이 화대학교 대학원 1987
- 신정빈, 조경자, 신정순. 장애자의 일상생활동작 평가에 대한 검토. 대한재활의학 회지 1987; 11(10) : 10-21
- 안용팔, 이숙자, 양승한. 뇌졸중 편마비환자의 의식구조. 대한재활의학회지 1984; 8(2) : 92-98
- 이영호, 송종용. BDI, SDS, MMPI-D척도의 신뢰 및 타당도에 대한 연구. 한국심 리학회지 1991; 10(1) : 98-113
- 이인구, 한혜연, 김희성 등. 뇌졸중환자의 정서장애. 대한재활의학회지 1988; (12)1 : 33-38
- 이중용, 염태호, 장환일. 전두엽 및 측두엽손상 환자의 인지와 정서장애. 신경정신 의학 1990; 29 : 1059-1074
- 전진숙, 장환일. 정신증상과 대뇌 편측성과의 관계. 서울의대 정신의학 1986; 11 : 157-160
- 정근재, 염태호, 장환일. 단측 대뇌손상에 의한 인지와 정신장애 : KWIS와 MMPI 를 중심으로. 신경정신의학 1990; 29 : 1075-1097
- 최은숙, 소희영. 뇌졸중환자의 자가간호 수준에 따른 보호자의 스트레스. 대한간 호학회지 1993; 23(4) : 602-616
- 한홍무, 염태호, 신영우 등. Beck Depression Inventory의 한국판 표준화 연구, 정상집단을 중심으로(1). 신경정신의학 1986; 25(8) : 487-502
- Ahlsio B, Britton M, Murray V, et al. Disablement and quality of life after stroke. Stroke 1984; 15(5) : 886-890
- Anderson TP, McClure WJ, Athelstan G, et al. Stroke rehabilitation : evaluation of its quality by assessing patient outcomes. Arch Phys Med Rehabil 1978; 59 : 170-175
- Aneshensel CS, Stone JD. Stress and depression. Arch Gen Psychiat 1982; 39 : 1392-1396
- Beck AT. Cognitive therapy and the emotional disorders. NY : International University Press 1976
- Beck AT, Beck RW. Screening depressed patients in family practice : a rapid technic. Postgrad Med 1972; 52 : 81-85
- Beck AT, Ward CH, Mendelson M, et al. An inventory for measuring depression. Arch Gen Psychiat 1961; 4 : 561-571

- Benjaminsen S. Stressful life events preceding the onset of neurotic depression. *Psycholo Med* 1981; 11 : 369–378.
- Benson DF. Psychiatric aspects of aphasia. *Br J Psychiat* 1973; 123 : 555–566
- Bolla–Wilson K, Robinson RG, Starkstein SE, et al. Lateralization of dementia of depression in stroke patients. *Am J Psychiat* 1989; 146 : 627–634
- Ebrahim S, Barer D, Nouri F. Affective illness after stroke. *Br J Psychiat* 1987; 151 : 52–56
- Fedoroff JP, Starkstein SE, Forrester AW, et al. Depression in patients with acute traumatic brain injury. *Am J Psychiat* 1992; 149 : 918–923
- Feibel JH, Springer CJ. Depression and failure to resume social activities after stroke. *Arch Phys Med Rehabil* 1982; 63 : 276–278
- Finklestein SP, Benowitz LI, Baldessarini RJ, et al. Mood, vegetative disturbance and dexamethasone suppression test after stroke. *Ann Neurol* 1983; 12 : 463–468
- Finklestein SP, Weintraub RJ, Karmouz N, et al. Antidepressant drug treatment for poststroke depression : retrospective study. *Arch Phys Med Rehabil* 1987; 68 : 772–776
- Folstein MF, Maiberger R, McHugh PR. Mood disorder as a specific complication of stroke. *J Neurol Neurosurg Psychiat* 1977; 40 : 1018–1020
- Franco A, Vita AA, Nicoletta F, et al. The influence of depression, social activity, and family stress on functional outcome after stroke. *Stroke* 1993; 24(10) : 1478–1483
- Granger CV, Albrecht GL, Hamilton BB. Outcome of comprehensive medical rehabilitation : measurement by PULSES profile and the Barthel Index. *Arch Phys Med Rehabil* 1979; 60 : 145–154
- Granger CV, Greer DS, Liset E. Measurement of outcomes of care for stroke patients. *Stroke* 1975; 6 : 34–41
- Hopkins HL, Smith HD. Willard and Spackman's occupational therapy. 6th ed. Philadelphia, JB Lippincott 1983
- Lim ML, Ebrahim SB. Depression after stroke : a hospital treatment survey. *Postgrad Med J* 1983; 59 : 481–491
- Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation; the Barthel Index. *Maryland State Med J* 1965; 14 : 61–65
- Morris PL, Raphael B, Robinson RG. Clinical depression is associated with impaired recovery from stroke. *Med J Australia* 1992; 157(17) : 239–242
- Myers JK, Lindenthal JJ, Pepper MP. Life events, social integration and psychiatric symptomatology. *J Health Soc Behav* 1975; 16 : 421–429
- Neuman B. The Neuman Systems Model : application to nursing education and practice. Norwalk, C. T. Appleton – Century – Crofts 1982
- Parikh RM, Robinson RG, Lipsy JR, et al. The impact of poststroke depression on recovery in activities of daily living over a 2-year follow-up. *Stroke* 1990; 47 : 785–789
- Robinson RG, Benson DF. Depression in aphasic patients : frequency, severity and clinical pathological correlations. *Brain and language* 1981; 14 : 282–291
- Robinson RG, Bolla–Willson K, Kaplan E, et

- al. Depression influences intellectual impairment in stroke patients. *Br J Psychiat* 1986; 148 : 541–547
- Robinson RG, Starr LB, Kubes KL, et al. A two –year longitudinal study of post –stroke mood disorders : findings during the initial evaluation. *Stroke* 1983b; 14 : 736–741
- Robinson RG, Price TR. Post stroke depressive disorders : a follow –up study of 103 patients. *Stroke* 1982; 13 : 635–641
- Robinson RG, Kubos KL, Starr LB, et al. Mood disorders in stroke patients : importance of location of lesion. *Brain* 1984; 107 : 81–93
- Robinson RG, Kubos KL, Starr LB, et al. Mood changes in stroke patient relationship to lesion location. *Comprehensive Psychiat* 1983a; 24 : 555–566
- Robinson RG, Lipsey JR, Wilson KB, et al. Mood disorders in left –handed stroke patients. *Am J Psychiat* 1985; 142 : 1424–1429
- Robinson RG, Starkstein SE, Price TR. Post stroke depression and lesion location. *Stroke* 1988; 19 : 125
- Sinyor D, Jacques P, Kaloupek DG. Post –stroke depression and lesion location : an attempted replication. *Brain* 1986; 109 : 537–546
- Sjogren K. Leisure after stroke. *Int Rehabil Med* 1982; 4 : 80–87
- Starkstein SE, Robinson RG. Affective disorders and cerebral vascular disease. *Br J Psychiat* 1989; 154 : 170–182
- Snyder JC, Wilson MF. Element of a psychological assessment. *Am J Nurs* 1977; 2 : 235–239
- Wade DT, Legh –Smith J, Hewer RA. Depressed mood after stroke : a community study of its frequency. *Br J Psychiat* 1987; 151 : 200–205
-