

급성기 및 아급성기 출혈성 뇌졸중
환자의 우울, 가족지지와
재활동기와의 관계

연세대학교 대학원

간 호 학 과

문 학 회

급성기 및 아급성기 출혈성 뇌졸중
환자의 우울, 가족지지와
재활동기와의 관계

지도 신 윤 희 교수

이 논문을 석사 학위논문으로 제출함

2010년 7월 일

연세대학교 대학원

간 호 학 과

문 학 회

문학회의 석사 학위논문을 인준함

심사위원_____인

심사위원_____인

심사위원_____인

연세대학교 대학원

2010년 7월 일

감사의 글

논문을 시작하면서 주제 선정부터 헤메고 있는 저를 이끌어 주시고 개념들을 정리해 주시면서 새로운 아이디어를 주시고 끝까지 믿어주시며 격려와 함께 지켜봐 주신 신윤희 교수님께 진심으로 감사드립니다. 학과장으로서 바쁘신 와중에도 언제나 가까이 갈 수 있도록 길을 내어주셨고 마음을 열어 저를 담아주셨으며 잘 표현되지 못한 부분들을 직접 연구하시면서 논문의 가치를 끌어올려주신 교수님께 정말 많은 가르침을 받았습니다. 늘 명쾌한 답을 갖고 계시고 소신이 분명하시며 학문적으로 철저하신 황금 교수님, 늘 아침마다 뵙지만 존경합니다. 언제나 편안하고 다정하게 대해주시며 많이 부족함에도 격려해 주신 임영미 교수님께 깊이 감사드립니다. 늘 변함없는 따뜻함으로 뒤에서 지켜봐 주시고 후원해 주시며 제 삶의 폭풍을 지날 때 마다 함께 해 주신 허혜경 교수님, 지금 제가 여기에 있을 수 있는 것도 모두 교수님 덕분입니다. 진심으로 머리 숙여 감사드립니다. 그리고 제게 간호학의 학문을 깨우쳐 주신 안양희 교수님, 박소미 교수님, 김기연교수님, 김기경 교수님, 송희영 교수님께도 깊은 감사를 드립니다.

일과 학업을 병행하는 제게 늘 격려를 아끼지 않으시고 큰 관심으로 저를 지켜봐 주신 한용표 교수님 감사합니다. 교수님 밑에서 배울 수 있었던 지난 1년이 제게는 의료인으로써, 또 연구인으로써 어떻게 살아야 하는지를 몸소 배울 수 있는 귀한 시간이었습니다. 학업에 전념할 수 있도록 스케줄의 아낌없는 배려를 베풀어 주신 변진수 과장님과 배움에 늘 칭찬을 아끼지 않으셨던 김현주 교수님께도 머리 숙여 감사드립니다. 아무것도 모르는 저를 가르쳐 주시고 이끌어 주시며 지금도 일터에서 끊임없이 배움의 연장선을 갈 수 있도록 길을 열어주시는 허철 교수님께 감사드립니다. 지금도 언제나 배움의 자세를 실천하시는 교수님의 모습은 제게 큰 가르침이 되었습니다. 말없이 뒤에서 묵묵히 지켜봐주시며 후원해 주신 홍순기 교수님, 늘 같은 눈높이로 이해해 주시며 편들어주신 정현호 선생님께 감사드립니다. 그리고 주말에도 불구하고 아낌없이 후원해주시며 지지해 주신 조성민 과장님, 선생님이 계시지 않았다면 이 논문은 아마 존재하지 못했을 겁니다. 정말 감사합니다. 또한 설문을 허락해 주신 길승배 선생님께 깊은 감사를 드립니다.

공적 관계 내에서 뿐만 아니라 개인적으로 건강과 안위까지 걱정해 주시며 걱정 없이 학업을 할 수 있도록 관심과 애정을 가져주신 김은희 국장님과 사소한

부분까지 챙겨주시고 관심 가져 주시며 애써주신 지애남 부장님께 감사드립니다. 그리고 임상과 학업의 병행에 힘들어하는 저를 격려해주시고 믿어주셨던 김앵도 팀장님, 힘들어 할 때마다 따뜻한 위로의 말로 제게 용기를 북돋아 주시고 늘 제 편이 되어주셨던 심애영 팀장님과 김정아 팀장님께도 머리 숙여 깊은 감사를 드립니다. 학업으로 인한 스케줄을 불평 없이 대신 책임지고 도와주었던 원주 기독교 병원 신경외과 의국원들, 오지웅 선생님, 구연무 선생님, 최종욱 선생님, 김동희 선생님 그리고 제가 빠질 때마다 제 일을 도맡아 했던 임안나 선생님께 감사드립니다. 제 뒤에서 묵묵히 지켜봐 주신 이애숙 팀장님, 팀장님은 제게 또 다른 큰 힘입니다.

그리고 늘 바빠서 정신없는 저에게 바람과 같은 소중한 친구, 성미, 희정, 옥순, 멀리 있지만 늘 곁에 있는 것 같은 정하, 현경, 미정이에게 미안함과 고마운 마음을 전합니다. 학교를 다니면서 늘 그림자처럼 함께 했던 강혜원선생님이 있어서 논문을 쓸 수 있었다고 생각하기에 고마움을 전하며 석사과정 동안 매 순간 함께 했던 동기들, 이경희 선생님, 박준선선생님, 이영자선생님 모두가 제게 소중한 선물입니다. 또한 여러모로 많은 도움을 주신 김진희 선배님께도 감사드립니다.

늘 대견해하시고 믿어주시고 자랑스러워 하셨던 하늘에 계신 사랑하는 어머니, 아버지께 감사드립니다. 공부하는 내내 나의 건강과 살림을 책임져 준 언니와 형부께 말할 수 없는 깊은 감사와 사랑을 전합니다. 그리고 나의 동생들, 학수와 학동이, 귀여운 조카 문영이, 태환이, 세아에게 정말 사랑한다고 말하고 싶고 함께 석사과정 중인 하나밖에 없는 우리 제부 힘내세요.

끝으로 제가 나아가야 할 길과 해야 할 일들을 늘 짚어주시며 묵묵히 지지해주시는 이경숙 권사님께 깊은 감사를 드리며 앞으로도 늘 가까이에서 함께 해 주시길 진심으로 바랍니다. 저를 죽음에서 생명의 길로 인도하시고 낮은데서 높은데로 옮기시며 축복으로 이끄시는 하나님께 모든 영광을 올립니다.

2010년 7월

문학희 올림

차 례

차례	i
표 차례	iv
그림 차례	iv
부록 차례	iv
국문 요약	v
I. 서론	1
1. 연구의 필요성	1
2. 연구의 목적	5
3. 용어의 정의	6
1) 급성기 및 아급성기 출혈성 뇌졸중 환자	6
2) 우울	6
3) 가족지지	7
4) 재활동기	7
II. 문헌고찰	9
1. 뇌졸중 환자의 우울	9
2. 뇌졸중 환자의 가족지지	11
3. 뇌졸중 환자의 재활동기	12
4. 뇌졸중 환자의 우울, 가족지지, 재활동기	14

III. 연구방법	16
1. 연구설계	16
2. 연구대상	16
3. 자료수집 방법 및 절차	17
4. 연구 도구	18
5. 자료분석 방법	19
6. 연구의 윤리적 측면	20
7. 연구의 제한점	21
IV. 연구결과	22
1. 대상자의 특성	22
2. 대상자의 우울, 가족지지와 재활동기 정도	24
3. 대상자의 특성에 따른 우울정도 차이	26
4. 대상자의 특성에 따른 가족지지 차이	29
5. 대상자의 특성에 따른 재활동기 차이	32
6. 우울, 가족지지, 재활동기간의 상관관계	35
7. 우울, 가족지지, 입원기간이 재활동기에 미치는 영향	37
V. 논의	39
1. 논의	39
2. 연구결과에 대한 기대효과 및 활용	44

VI. 결론 및 제언	46
1. 결론	46
2. 제언	48
참고문헌	49
부록	57
영문요약	73

표 차례

표 2-1. 대상자의 우울, 가족지지, 재활동기 정도	25
표 2-2. 대상자의 우울정도	25
표 3-1. 대상자의 일반적 특성에 따른 우울정도 차이	27
표 3-2. 대상자의 질병관련 특성에 따른 우울정도 차이	28
표 4-1. 대상자의 일반적 특성에 따른 가족지지 차이	30
표 4-2. 대상자의 질병관련 특성에 따른 가족지지 차이	31
표 5-1. 대상자의 일반적 특성에 따른 재활동기 차이	33
표 5-2. 대상자의 질병관련 특성에 따른 재활동기 차이	34
표 6. 우울, 가족지지, 재활동기기간의 상관관계	36
표 7. 우울, 가족지지, 입원기간이 재활동기에 미치는 영향	38

그림 차례

그림 1. 연구의 틀	15
-------------------	----

부록 차례

부록 1. 표 1-1. 대상자의 일반적 특성	57
부록 2. 표 1-2. 대상자의 질병관련 특성	59
부록 3. 표 1-3. 마비 부위에 따른 마비 정도	61
부록 4. 연구 참여 동의서	62
부록 5. 설문지	63

국 문 요 약

급성기 및 아급성기 출혈성 뇌졸중 환자의 우울, 가족지지와 재활동기와의 관계

본 연구는 급성기 및 아급성기 출혈성 뇌졸중으로 입원중인 환자의 우울, 가족 지지와 재활동기와의 관계를 파악하기 위한 상관관계 연구이다.

연구대상은 강원도에 소재한 3개 병원에 입원중인 급성기 및 아급성기 출혈성 뇌졸중 환자 중 대상자 선정기준에 해당되는 총 78명의 환자가 최종 선정·분석 되었으며, 연구도구는 Beck의 우울 측정도구(김형선, 2009), Cobb의 가족지지 측정 도구(강현숙, 1984), Hafen의 재활동기 측정도구(권삼숙, 2001)를 사용하였고, 자료 수집 기간은 2010년 3월 15일부터 6월 5일까지이었다.

수집된 자료는 SPSS PC 12.0 for Windows를 사용하여 빈도분석, 기술통계 분석, t-test, ANOVA, Pearson's correlation coefficients와 multiple regression analysis로 분석하였다.

본 연구의 결과는 다음과 같다.

1. 대상자의 우울의 점수는 평균 16.28점(± 9.308)이었고, 가족지지의 점수는 평균 38.15점(± 8.384), 재활동기의 점수는 평균 105.38점(± 15.483)으로 나타났다.
2. 대상자의 일반적 특성과 질병관련 특성에 따른 우울, 가족지지 및 재활동기의 차이를 살펴본 결과, 대상자의 우울은 성별($t=2.809$, $p=.006$), 결혼상태($F=3.211$, $p=.028$), 동거인($F=6.618$, $p=.001$), 가족 경제수준($t=3.358$, $p=.040$), 현재 간병인($F=3.683$, $p=.016$), 입원기간($F=3.176$, $p=.047$), 출혈량($F=3.589$, $p=.018$), 마비부위

($F=5.437$, $p=.006$), 마비정도($F=10.275$, $p=.000$)에 따라 통계적으로 유의한 차이를 보였다. 또한 대상자의 가족지지는 결혼 상태($F=7.655$, $p=.001$), 동거인($F=25.812$, $p=.001$), 가족 경제수준($F=7.364$, $p=.001$), 가족 경제적 부담인($F=5.902$, $p=.001$), 현재 간병인($F=6.797$, $p=.000$), 마비정도($F=2.595$, $p=.043$)에 따라 통계적으로 유의한 차이를 보였다. 그리고 대상자의 재활동기는 결혼상태($F=3.787$, $p=.014$), 동거인($F=10.922$, $p=.000$), 가족 경제수준($F=4.632$, $p=.013$), 현재 간병인($F=4.746$, $p=.004$), 입원기간($F=7.154$, $p=.000$), 출혈량($F=3.353$, $p=.023$), 마비정도($F=7.154$, $p=.000$)에 따라 통계적으로 유의한 차이를 보였다.

3. 출혈성 뇌졸중 초기 환자의 우울, 가족지지, 재활동기간의 관계는 가족지지와 우울과는 $r=-.631(p<.01)$ 로 가족지지가 높을수록 우울이 낮았고, 가족지지와 재활동기와는 $r=.775(p<.01)$ 로 가족지지가 높을수록 재활동기가 높았다. 또한 우울정도와 재활동기와는 $r=.818(p<.01)$ 로 우울정도가 높을수록 재활동기가 낮았다.
4. 출혈성 뇌졸중의 초기 환자의 우울 가족지지가 재활동기에 미치는 영향은 설명력이 총분산의 77.9%를 설명하고 있으며 F값은 86.719로 통계적으로 유의하였다. 또한 총 가족 지지($B=.439$, $p<.001$)가 높을수록 재활동기가 높아졌고, 총 우울($B=-.512$, $p<.001$)이 높을수록 재활동기가 낮았다. 그리고 입원기간($B=-.130$, $p<.05$)이 길어질수록 재활동기가 낮았다.

본 연구결과 신경외과 병동에 입원한 급성기 및 아급성기 출혈성 뇌졸중 환자의 우울이 낮을수록, 가족지지가 높을수록 재활동기가 높았으며 가족지지가 높을수록 우울이 낮았다. 또한 급성기 및 아급성기 출혈성 뇌졸중 환자의 재활동기에 가장 큰 영향을 미치는 요인은 우울이었으며 병원의 재원기간도 재활동기에 중요한 영향을 미치는 것으로 나타났다.

따라서 급성기 및 아급성기 출혈성 뇌졸중 환자의 효과적인 재활동기 증진뿐만 아니라 더 나아가 재활 간호중재에 본 연구에서 파악된 우울, 가족지지 및 입원기간을 적극 활용하는 방안을 모색하여야 할 것으로 사료된다.

핵심 되는 말 : 우울, 가족지지, 재활동기, 출혈성 뇌졸중

I. 서 론

1. 연구의 필요성

뇌졸중은 뇌혈관의 혈액순환 장애로 발생하는 질환으로 크게 허혈성 병소(Ischemic lesion)를 일으키는 폐쇄성 뇌졸중과 두 개강 내 출혈(Intracranial hemorrhage)을 동반하는 출혈성 뇌졸중으로 구분 할 수 있고, 폐쇄성 뇌졸중에는 뇌혈전증과 뇌색전증이 있으며, 출혈성 뇌졸중에는 뇌내출혈과 지주막하 출혈이 있다(대한신경외과학회, 2004). 우리나라의 뇌졸중으로 인한 사망률은 지속적으로 감소하고 있지만 의학의 발달과 함께 고령인구의 증가로 뇌졸중 유병율은 증가하는 추세이며(김경태, 강민정, 이환녕, 안재두, 조창원, & 배지호, 2003), 미국의 경우 허혈성 뇌졸중이 출혈성 뇌졸중 발생율의 2배에 이르고 있으나 우리나라에서는 허혈성 뇌졸중이 58.5%, 출혈성 뇌졸중이 41.5%로 출혈성 뇌졸중이 차지하는 비중이 미국에 비해 상대적으로 매우 높은 편이고(박영숙, 2002), 오히려 출혈성 뇌졸중이 51.8%로 허혈성 뇌졸중보다 더 높은 유병율을 보인 경우도 있다(유영대, 2001). 이러한 뇌졸중은 40대에서 60대 사이에 많이 발병하기 때문에 사회적, 경제적 손실이 크고 대부분의 경우 신체적, 사회적 장애가 남게 되어 계속적으로 가족의 보살핌을 필요로 한다(김달수 외, 2001).

출혈성 뇌졸중으로 뇌혈관이 파열하게 되면 그 예후는 허혈성 뇌졸중보다 심각한데 이는 뇌세포를 파괴하고 두개내압을 상승시키거나 뇌혈관 연축을 일으켜 생명을 위협하는 상황을 쉽게 초래하게 되고(Fewel, Thompson, & Hoff, 2003; Presciutti, 2006) 생명이 유지되는 환자에 있어서는 허혈성 뇌졸중 환자에 비해 신경학적 장애가 심하게 남게 된다. 이러한 환자는 출혈성 뇌졸중이라는 예상하지 못했던 생의 갑작스러운 위기상황으로 인해 대부분의 경우 운동장애, 언어장애, 감각과 인지장애를 남기며 손상 부위와 정도에 따라 일상생활활동에서의 의존성이 증가하고 감정변화가 동반되며 가족관계, 사회적 관계에도 변화가 오는 것으로 보고되고 있다(대한뇌졸중학회, 2005).

대부분의 뇌졸중 환자는 발병 연령대가 사회적 활동을 하고 있는 상태가 많으며 신경학적 장애로 인한 자율적인 활동의 어려움이나 주변의 도움을 받아야 하는 상황으로 인해 자신의 역할 상실, 우울, 자존감 저하 등으로 인한 삶의 질의 저하가 야기된다(최선애, 박시운, 최유남, & 장순자, 2004). 뇌졸중 환자가 당면하는 심리·사회적 문제로 우울과 불안은 그 정도에 따라 신체장애만큼이나 기능 회복과 여생의 질적 생활에 큰 영향을 미치는데(정영숙, 2008) 특히 뇌졸중 후 초래될 수 있는 우울의 유병율이 높은 편으로 연구결과에 따라 18~60%까지 보고되고 있으며 뇌졸중 후 우울은 삶의 질뿐만 아니라 재활 및 예후에도 큰 영향을 미친다(이화진 & 이명선, 2004; Khan, 2004; 최스미, 2005; 김정화, 강현숙, 김원옥, 왕명자, & 장정미, 2006).

뇌졸중은 발병이후 신체적, 인지적, 정서적으로 장애를 동반하는 경우가 많으나 재활을 통해 기능을 회복할 수 있고 보다 나은 삶을 살 수 있다(Madden, Hopman, Bagg, Verner, & O'callaghan, 2006). 뇌졸중 후 신체적 기능장애를 최소화 하고 가능한 독립적인 일상생활을 하며 사회적 역할을 되찾기 위해서 오랜 시간에 걸쳐 재활 치료를 받게 되는데 재활치료에 있어서 환자의 참여의지는 매우 중요하다. 왜냐하면 재활치료의 모든 단계에서 의료인에 의한 치료과정을 통해서가 아니라 환자 스스로에 의한 훈련을 통해서만 기능회복이 가능하며 그 훈련을 위해서는 환자의 참여가 필수적이기 때문이다(황옥남, 김인숙, 이명숙, 임선옥, 정추자, & 홍은영, 2006). 김진호와 한태륜(2004)은 재활동기가 재활의 성패에 있어 가장 중요한 요인이라고 하였는데, 재활동기란 재활과정에서 재활의 효과를 결정하는 심리적 과정으로서 재활욕구, 재활에 대한 신뢰, 용기, 가치실현 등을 포함하는 것을 말한다(구승신, 1993). 대상자의 재활동기가 크면 클수록 재활의 시간이 단축되고 재활의 동기가 낮으면 낮을수록 재활의 속도가 감소되어 재활동기가 회복될 수 있는 최고치를 결정한다고도 할 수 있다(구본권 & 김효선, 1983).

효과적인 재활을 위해서는 이러한 재활동기가 높아야 하며 재활동기를 갖게 하고 우울을 극복하는데 가장 직접적이고 일차적인 지지체계가 가족지지이다. 가족 지지는 질병을 악화시키는 요인을 사전에 예방하거나 차단하게 함으로써 질병의 완화와 회복에 도움을 주도록 환자에게 직접 또는 간접적인 도움을 제공한다(박용

경, 2005). 이와 같이 지속적인 가족지지는 뇌졸중 환자에게 회복을 위한 동기를 제공하고 긍정적인 환경을 조성하므로 환자의 회복 과정에 중요한 영향을 미친다 (Tapp, 2004). 실제로 뇌졸중 환자의 장애는 가족의 보조를 필요로 할 뿐만 아니라 효과적인 재활을 위해서도 가족의 지속적인 지지가 필요하므로 뇌졸중 환자의 회복은 환자 가족에 의해 좌우된다고 할 수 있다.

현재까지의 재활동기와 관련된 국내 연구를 살펴보면 사회복지 분야에서 이루어진 재활동기 관련 연구(구승신, 1993; 장순옥, 1994)와 가족 및 사회적 지지와 재활동기 관련 연구(이옥선, 2000; 박정숙, 2001) 등이 있고, 간호학 분야에서는 장애인(한혜숙, 2001)과 척수손상 환자(김선옥, 2009)를 대상으로 한 연구가 있었다. 뇌졸중 환자를 대상으로 한 연구에서는 대부분 출혈성 및 허혈성 뇌졸중환자 모두를 대상으로 하였으며(권삼숙, 2001; 권은희, 2003; 김지영, 2003), 뇌졸중 진단 후 질병시기에 대해서 특별히 고려를 하지 않았는데 모두 장기 환자가 대상이었다.

최근 급성기 뇌졸중 환자의 재활치료에 있어서 내과적으로 안정이 되면 가능한 빠른 시간 내에 시작해야 하며(권고수준 A) 뇌졸중 후 72시간 이내에 재활치료를 시작하는 것이 바람직하다고(권고수준 B) 발표하면서(대한뇌졸중학회, 2009) 조기 재활치료의 중요성이 대두되고 있다. 외국의 문헌을 보면 재활치료를 받은 환자들의 기능 호전은 재활치료의 기간보다 재활치료의 조기 시행과 관련이 있음을 알 수 있고(Cifu & Stewart, 1999), 여러 연구를 통하여 조기에 재활치료를 시작하는 것이 양호한 예후를 기대할 수 있다고 알려져 있다(Musicco, Emberti, Nappi & Caltagirone, 2003). 뇌졸중 후 72시간 이내에 재활 치료를 시작하는 경우, 보행 상태가 호전되고 입원 기간이 단축될 수 있다는 연구(Hayes & Carroll, 1986) 결과를 고려하여 외국의 임상진료지침에서는 입원 후 가능한 한 빨리 재활전문 팀에 의뢰를 하고 입원 후 72시간 이내에 재활 평가를 시행하도록 권고하여 조기 재활치료의 중요성을 이전부터 강조하고 있다(Intercollegiate Stroke Working Party, 2004). 우리나라의 경우 그동안 출혈성 뇌졸중 환자에게는 재출혈의 위험으로 인하여 질병 발병 후 신체적 활동을 일정기간 제한하여 왔다. 그러나 최근에는 출혈성 뇌졸중의 경우에도 내과적 안정 시 발병 후 3일 이내 급성기 치료와 병행하여 재활평가를 실시하고 조기 재활치료를 시작하는 것이 바람직하다는 뇌

졸중 표준 진료지침에 의하여 조기 재활치료를 시작하고 있다(대한뇌졸중학회, 2009).

조기 재활치료의 표준 지침의 변화에 부응하여 출혈성 뇌졸중 후 초기에 효과적인 재활치료를 격려하고 중재하기 위해 재활에 영향을 미치는 사회, 심리적인 요소들 간의 관계를 파악할 필요가 있음이 확인되었는데 현재까지는 우리나라에서 출혈성 뇌졸중의 초기에 있는 환자를 대상으로 이에 관해 시도된 연구를 찾기가 어려웠다. 따라서 출혈성 뇌졸중 환자의 재 출혈 예방을 전제로 추후 이들의 재활속도와 결과에 영향을 미치는 재활동기, 즉 환자가 치료하겠다는 의욕이나 치료에 대해 적극적으로 임하겠다는 자세는 치료의 과정이나 결과에 결정적으로 중요한 작용을 하므로(Hafen, Jasrebow, Nubling, & Bengel, 2001) 본 연구에서는 출혈성 뇌졸중의 급성기 및 아급성기에 있는 환자의 재활동기와 재활동기에 중요한 요소로 확인된 우울 및 가족지지 간의 관계를 파악하여 대상자의 재활동기 증진을 통해 조기재활을 도모하고 궁극적으로 뇌졸중 환자를 위한 재활 간호중재를 개발하는데 필요한 기초자료를 제공하고자 한다.

2. 연구의 목적

본 연구의 목적은 급성기 및 아급성기 출혈성 뇌졸중 환자의 우울, 가족지지와 재활동기와의 관계를 규명하고, 환자의 재활동기에 영향을 미치는 요소를 확인하고자 하는데 이를 위한 구체적인 목적은 다음과 같다.

- 1) 급성기 및 아급성기 출혈성 뇌졸중 환자의 우울, 가족지지, 재활동기 정도를 파악한다.
- 2) 급성기 및 아급성기 출혈성 뇌졸중 환자의 일반적 특성 및 질병 특성에 따른 우울, 가족지지, 재활동기의 차이를 파악한다.
- 3) 급성기 및 아급성기 출혈성 뇌졸중 환자의 우울, 가족지지와 재활동기와의 상관관계를 규명한다.
- 4) 급성기 및 아급성기 출혈성 뇌졸중 환자의 재활 동기에 영향을 미치는 요인을 규명한다.

3. 용어의 정의

1) 급성기 및 아급성기 출혈성 뇌졸중 환자

- 이론적 정의 : 전산화 단층촬영(CT)은 뇌출혈 진단의 표준 검사법으로 급성기 뇌출혈의 진단에 유용하나 각 출혈의 시기를 명확하게 구분하지 못하여 이에 대하여 자기공명 영상(MRI)을 이용하여 출혈 시기를 구분하였다(Bradly, 1993.). 그러나 대상자의 여러 가지 체내 환경에 따라 같은 시간이 지났다 할지라도 보이는 이미지가 다양하여 아직까지 출혈성 뇌졸중 환자의 시기를 명확하게 구분하는 방법은 없는 상태이다. 출혈성 뇌졸중의 출혈의 시기에 따라 자기공명영상에서 보이는 양상이 다르게 나타나는데 외국에서는 급성기를 출혈 후 1일에서 3일 이내, 초기 아급성기를 4일 이상 7일 이내, 후기 아급성기는 8일 이상 14일 이내로 구분하였고(Bradly, 1993), 우리나라에서는 후기 아급성기를 8일 이상 4주 이내(서정진, 정광우, 정용연, 강형근, & 김태선, 2002) 또는 8일 이상 21일 이내(박창숙, 최순섭, 오종영, 박병호, 김기욱, 김재우, et al, 2002)로 구분하였으며 그 이후는 만성기로 부른다.
- 조작적 정의 : 본 연구에서의 급성기 및 아급성기 출혈성 뇌졸중 환자라 함은 신경외과 전문의의 진단을 받고 신경외과 병동에 입원한 환자 중 뇌졸중 발생 후 3일 이내를 급성기, 4일 이상 7일 이내를 초기 아급성기, 8일 이상 21일 이내를 후기 아급성기로 구분하여 뇌졸중 발생 21일 이내이며 보존적 치료를 받는 환자 중 GCS score 13점 이상, MMSE-K 24점 이상인 성인이다.

2) 우울

- 이론적 정의 : 우울이란 자기에 대한 부정적인 인식의 결과를 의미하는 것으로 근심, 침울감, 실패감, 상실감, 무력감, 무가치감을 나타낼 수

있는 정서적 장애를 말한다(Beck, 1961)

- 조작적 정의 : 본 연구에서는 출혈성 뇌졸중 환자가 느끼는 우울 정도를 의미하며, Beck(1961)의 Beck Depression Inventory(BDI)를 한국어로 표준화한 도구(한홍무, 엄태호, 신영우, 김교현, 윤도준, & 정근재, 1986)를 뇌졸중 환자가 응답 가능하도록 수정, 보완한 김형선(2009)의 도구로 측정된 점수이며 비 신체적 우울 13 문항, 신체적 우울 8문항으로 총점 21점 이상은 우울상태를 의미하며 점수가 높을수록 우울정도가 심한 것이다.

3) 가족지지

- 이론적 정의 : 가족지지(Family support)란 가족 구성원으로 구성되는 가족체가 가족 구성원들 간의 상호작용을 통해 사회적 규범으로 인정된 사람과 지지와 교환이라는 주요 기능을 하는 것으로 가족 구성원들에게 느끼는 지지정도를 말한다(최영희, 1983).
- 조작적 정의 : 가족지지 측정도구는 Cobb(1976)가 개발한 도구를 편마비 환자를 대상으로 우리나라 실정에 맞게 수정·보완한 강현숙(1984)의 측정 도구로 측정된 점수가 높을수록 가족지지의 정도가 높은 것을 의미한다.

4) 재활동기

- 이론적 정의 : 장애인이 자신의 능력에 대한 지각, 자율성, 환경과의 관계성 의해 자신의 남아있는 능력을 활성화시키고 변화된 삶의 형태에 빠르게 적응하기 위한 행위변화 활동에 참여하려는 심리적 욕구이다(한혜숙, 2001).
- 조작적 정의 : 본 연구에서는 Hafen 등(2001)이 재활동기를 측정하기 위하여 개발한 46항의 도구인 PAREMO(Patient Questionnaire of Rehabilitation Motivation)를 뇌졸중 환자에게 맞게 재구성한 권삼숙(2001)의 도구를 사용하여 측정된 점수이며 총 44개 문항의

4점 척도로 점수가 높을수록 재활동기가 높음을 의미한다.

II. 문헌 고찰

1. 뇌졸중 환자의 우울

뇌졸중(Stroke, Brain attack)으로 불리는 뇌혈관 질환은 갑작스럽게 발생하고, 신경학적 기능의 상실을 동반하며, 짧은 시간 내에 급격하게 질병의 경과가 진행된다(대한신경외과학회, 2004). 이러한 뇌혈관의 허혈이나 출혈로 인해 발생하는 뇌졸중은 여러 가지 신체적 기능 상실로 인하여 생활양식의 변화 뿐 아니라 심리적, 사회적 어려움에 직면하게 되는데 이러한 심리적 변화 중에서 우울은 뇌졸중 환자에게서 가장 빈번히 나타나는 정서장애이다(박상욱, 이희진, 이원배, & 황경태, 1999).

우울은 슬픈 느낌의 정동으로 대상자가 호소하는 가장 흔한 증상 중 하나이다. 대개 증오, 분노, 공격성 등의 감정을 억압한 결과로 나타나며 슬픈 기분, 비관, 자기비하, 무력감, 무겁고 처진 느낌, 절망감, 의욕감퇴, 흥미와 재미상실, 죄책감 등을 가지며 행동이 감소되는 것을 말한다(민성길, 2006). 뇌졸중 환자들에서 나타나는 인지적, 감정적 그리고 행동적 결과는 오래 전부터 많은 연구가 이루어져 왔다(김도훈, 2002). Tiller(1992)는 대부분의 우울을 신체적 치료접근에서 나타나는 반응을 보고 예견할 수 있으며, 이것을 뇌졸중 후 우울(Post Stroke Depression)이라 명명하였고 뇌졸중 후 우울은 정신과 환자의 우울과는 달라 20년 전부터 많은 연구가 이루어져 왔는데(문석우, 서정석, 남범우, & 최진영, 2004) 외국의 선행 연구에서 진단도구와 대상자 선정, 우울 측정도구 및 측정시기에 차이는 있지만 뇌졸중 생존자의 33%가 뇌졸중 후 우울증을 보였고, 우울은 기능적 회복과 사회적 활동에 부정적인 영향을 미치며 인지장애 및 사망률 증가와도 관련이 있다고 하였으며(Hackett, Yapa, Parag, & Anderson, 2005) 국내 연구에서도 외래에서 추후 관리를 받는 뇌졸중 환자의 우울 발생률이 38%로 비교적 높게 나타났다(김인자, 서문자, 김금순, 조남옥, & 최희정, 2000).

뇌졸중 환자의 우울에 대한 유병율은 다양한 보고가 있는데, 뇌졸중 후 첫 일 년 동안 환자들의 20~50%가 우울증을 경험하며(House, Dennis, Mogridge, Warlow, Hawton, & Jones, 1991) 뇌졸중 후 우울(Post Stroke Depression)이 환자들 중 1/3이 초기에 우울로 평가되고, 그중 2/3는 7~8개월 동안 우울상태로 남아 있다고 하였다(Robinson & Price, 1982). 이러한 우울은 뇌졸중 환자에서 예후에 상당한 영향을 미치는 것으로 보고되었는데 우울이 운동회복에는 영향을 미치지 않았으나 퇴원 후 통원치료 중인 발병 후 3개월 시점의 기능적 회복에는 부정적인 영향을 미친다고 하였다(Nannetti, Paci, Pasquini, Lombardi, & Taiti, 2005). 다른 질환에 있어서도 이러한 우울은 자기관리와 기능적 회복에 부정적인 영향을 미치는 요인인 것으로 나타났다. 68명의 만성 관절염 환자를 대상으로 6주간의 자기관리 프로그램을 실시한 결과 우울한 대상자는 운동행위의 향상을 보이지 않는 것으로 나타났고(Nour, Laforest, Gauvin, & Gignac, 2006), 24명의 만성 허리통증 환자의 우울이 낮을수록 건강행위 정도가 높은 것으로 나타났다(Vines, Gupta, Whiteside, Dostal-Johnos, & Hummer-Davis, 2003).

뇌졸중 후 우울은 다양한 요인들과 상호 관련성이 있는 것으로 알려졌는데 우선 인구학적 특성에 있어서 성별, 연령, 학력, 과거 직업의 종류, 발병횟수 등이 우울에 영향을 미친다고 손복심(2005)은 보고하였으며, 김효명(2005)은 결혼여부, 직업유무 등이 영향을 미친다고 하였다. 또한 김인자 등(2000)도 남성보다 여성 환자가 더 우울하다고 하였다. 한편 뇌졸중 후 우울은 재활동기에도 영향을 주는데 김효명(2005)은 우울이 없는 집단에서 일상생활동작 수행이 더 독립적이라고 하였고, 손복심(2005)의 재가 뇌졸중환자에 관한 연구에서도 우울 경향이 증가할수록 재활동기가 낮아진다고 보고하였다. 한영애(2004)는 뇌졸중 후 편마비 환자의 일상생활동작 수행의 중증도가 우울에 크게 영향을 줄 수 있다고 하였다.

2. 뇌졸중 환자의 가족지지

가족은 스트레스나 위기상황에서 가족 구성원의 불안, 우울, 절망 등의 부정적 정서를 감소시켜 주는 역할을 하는 가장 중요하고 직접적이며 일차적인 지지체계이며(Cott & James, 2008), 위기에 대처하고 변화에 적응하도록 촉진하는 역할을 한다(Cobb, 1976). 뇌졸중 환자에게 가족은 회복을 위한 동기와 지지를 제공할 뿐 아니라 회복을 위한 환경을 조성하여 환자 스스로 회복 촉진을 위한 행동수정을 유지하고 촉진하게 하는 등 환자의 회복과정에 결정적인 영향을 미친다(강복희, 2000). 가족지지만 가족 구성원으로 구성되는 가족체계가 가족 구성원들 간에 상호작용을 통하여 돌보아 주며, 사랑하고 존중하며 가치감을 갖도록 해 주는 사랑과 지지의 주요 기능을 하는 것을 의미한다(Hymovich, 1974). 또한 사회적지지 개념의 한 부분으로써(김양순, 2003) 언어적 그리고 비언어적 정보나 충고, 가시적인 유형의 도움이나 행동, 서비스 등을 제공하며 가치있는 활동 혹은 사회적 역할을 성취할 수 있는 정도에 많은 영향을 미친다(Desrosiers, Bourbonnais, Noreau, Rohette, Brabo, & Bourget, 2005).

뇌졸중 환자에 있어서 가족지지는 환자가 감정적인 대화를 하도록 지지하고 유용한 능력과 자원을 규명하는데 도움을 준다(Lidell, 2002). 또한 가족지지를 받는 정도가 높은 대상자는 주관적인 건강상태와 우울, 불안 및 무기력감이 감소되는 것으로 나타나(Okkenon & Vanhanen, 2006) 가족지지가 대상자에게 중요한 자원임을 알 수 있다. 가족 구성원 측면에서 대상자의 돌봄은 스트레스를 초래하고 신체적, 정신적, 정서적 고갈 등 부정적인 측면이 있으나 대상자를 지지하므로 만족감을 경험하고 특히 배우자는 가족지지를 통해 관계형성이 강화된다는 긍정적인 측면이 있다(Morris & Edwards, 2006).

가족지지와 관련되는 선행연구를 살펴보면, 정현주(2000)는 뇌졸중 환자의 추후관리에서 배우자의 지지가 중요한 역할을 한다고 보고하였고, 강복희(2000)는 뇌졸중 환자의 가족지지가 높을수록 환자의 일상생활 수행정도가 증가되었다고 하였다. 관상동맥질환, 당뇨병 등 100명의 만성질환자를 대상으로 한 자가간호

수행에 가장 강력한 영향을 미치는 요인은 가족지지였으며(손영정 & 박영례, 2005), 관상동맥 우회술을 받은 간호대상자 중 혼자 사는 간호대상자는 가족지지를 받는 간호대상자보다 수술 후 우울과 무기력감이 높은 것으로 나타났다 (Okkenon et. al, 2006).

이상의 문헌고찰을 통해 환자의 가족지지 정도는 삶에 대한 긍정적인 사고를 가지게 하며 자가간호 행위 증진에 영향을 미치고, 투병의 의지 및 재활의 동기를 심어줄 수 있음을 확인할 수 있었다. 이처럼 가족의 지지는 뇌졸중환자의 건강에 영향을 미치는 중요한 요인이며 회복과 재활성공에 있어서도 가족지지는 긍정적인 역할로 제시되고 있다. 따라서 뇌졸중 환자의 초기 대응에 있어서 가족지지는 중요한 개념임을 알 수 있다.

3. 뇌졸중 환자의 재활동기

대개 출혈성 및 허혈성 뇌졸중 환자의 2/3정도가 일상생활 활동에 영향을 미치는 언어, 인지, 운동기능의 장애를 가지게 되는데 기동성, 사지 기능, 배설 기능, 성 기능 등 인체의 필수적인 신체기능이 저하되고 감각장애, 기억장애, 정서장애 등을 갖게 된다(김진호 등, 2004). 이러한 만성적 기능장애를 갖게 되는 뇌졸중 환자들은 재활 치료를 받아야 하며 그 목적은 기능저하를 최소화하고, 기능을 최대한 독립적으로 수행할 수 있도록 하여 집, 가족, 사회로 성공적으로 복귀하고, 의미있는 삶을 영위할 수 있도록 하는데 있다. 그러므로 뇌졸중 환자의 기능장애를 최소화하고 궁극적인 재활의 목표를 달성하기 위해서는 가능한 한 빠른 시기에 재활치료를 병행 실시하고 초기의 급성기 치료가 끝나는 즉시 포괄적 재활치료를 의뢰하여 이송하는 것이 매우 중요하다(박창일 & 문제호, 2007). 뇌졸중 회복과 재활의 근본적인 목표는 환자의 기능적 독립성을 최대한 확보하여 가족과 지역사회에 정상적으로 복귀하도록 함으로써 환자와 가족의 삶의 질을 증진시키는 것으로 (김승규, 2002) 외부환경, 재활치료의 유무, 환자의 의지력 등 독립적 생활을 위해

얼마나 훈련을 받고 의욕을 가지느냐에 따라 그 결과가 다르게 나타난다(신상수, 2005).

뇌졸중 환자의 재활은 신체적 장애, 인지능력의 소실, 기억력 장애 등으로 갖게 되는 우울, 좌절 등과 같은 문제를 완화시키고 자신감을 주며 격려하여 재활을 위한 용기를 주는 것이 필요한데(김은경, 2007), 이러한 동기는 유기체가 환경에 대해 능력 있고 적응력 있는 행동을 행하도록 하는 추진력을 의미한다(한혜숙, 2001). 또한 동기는 일반적으로 인간의 행동을 유발, 방향제시, 유지시키는 내적인 상태로 정의되며(손복심, 2005), 재활동기란 재활과정에서 재활의 효과를 결정하는 심리적 과정으로 재활욕구, 재활에 대한 심리적 신뢰, 용기, 가치실현 등을 포함한다(구승신, 1993). 건강생활의 여러 분야에서 환자가 치료하겠다는 의욕이나 치료에 대해 적극적으로 임하겠다는 자세는 치료의 과정이나 결과에 중요한 작용을 한다(Hafen et al., 2001). 재활동기가 크면 클수록 재활의 시간이 단축되고 재활동기가 낮으면 낮을수록 재활속도가 감소된다(구본권 등, 1983). 또한 재활전문가들의 태도도 뇌졸중 환자의 동기를 지속하는데 영향을 미친다(Maclean, Pound, Wolfe, & Rudd, 2002).

앞서 언급했듯이 환자들의 기능회복 정도는 재활치료의 기간보다 재활치료의 조기 시행과 관련이 있다고 하였다(Cifu et al, 1999). 그러나 이런 재활 치료는 지속적이고 장기적인 노력이 요구되므로 환자의 재활에 대한 의지나 동기가 없이는 그 효과를 기대하기가 어렵다. 따라서 재활동기를 강화하기 위한 다양한 개입이 반드시 필요하다(손복심, 2005). 특히 정상적으로 생활하다가 중도에 신체적 혹은 심리적으로 장애를 입은 뇌졸중 환자의 경우 사회에 복귀하여 새롭게 적응해야 하는 어려움과 욕구가 매우 크기 때문에 장기간의 재활치료의 효과는 본인의 재활동기에 전적으로 달려있다(권은희, 2003). 이처럼 뇌졸중 환자의 성공적인 재활에서 가장 중요한 변수는 재활동기이다(권삼숙, 2001).

뇌졸중환자의 재활동기에 영향을 미치는 요인에 관한 연구에서 스트레스가 낮을수록, 배우자가 있을수록, 재활동기 수준이 높았고(김지영, 2003), 우울, 주관적 경제적 스트레스와 학력이 높을수록 재활동기가 낮았으며, 부부관계가 좋을수록, 직업이 있는 경우, 양측 마비보다 편마비일 때 유의하게 재활동기가 높게 나타남

을 보여주었다(이동엽, 2005). 또한 뇌졸중 환자의 자아존중감과 사회적 지지, 신체적 독립수준이 높을수록, 재활치료 경험이 있는 경우, 연령이 낮을수록, 종교가 있는 경우, 발병시기가 짧을수록 재활동기가 높은 것으로 나타났다(손복심, 2005).

이처럼 재활과정에 있어 동기가 매우 중요함에도 불구하고 장애와 관련된 다른 개념에 비해 재활동기에 관한 연구는 매우 미진한 상태이다(손복심, 2005). 또한 재활동기에 관한 연구들이 척수장애인을 중심으로 한 것들이 대부분이어서 뇌졸중 환자들이 급증하는 현 시점에서 그들의 재활동기를 함양시킬 수 있는 보다 구체적인 연구가 필요하리라 본다.

4. 뇌졸중 환자의 우울, 가족지지, 재활동기

환자가 치료하겠다는 의욕이나 치료에 대해 적극적으로 임하겠다는 자세는 치료의 과정이나 결과에 중요한 작용을 한다(Hafen et al., 2001). 뇌졸중 환자 자신이 절망적이고 비관적이며 모든 일에 불안해하고 퇴행적이 된다면 활동력이 저하되어 치료적 운동의 효과가 감소되고(서문자, 강현숙, 임난영, 오세영, & 권혜정, 2000) 재활의 효과를 기대하기 힘들게 된다(권삼숙, 2001). 뇌졸중 환자의 경우 낮은 동기 부여는 종종 우울증으로 나타나며(Holmqvist & von Koch, 2001), 우울 정도가 높으면 재활에 대한 동기와 신념이 낮아지고 신념이 부족하면 능력도 저하되어 재활간호에 참여하거나 협조하지 않게 된다. 이처럼 뇌졸중 환자가 발병 후 느끼게 되는 우울은 환자의 포괄적 재활의 과정과 결과에 중요한 영향을 미치는 요인이며 뇌졸중 환자의 심한 우울 증상은 전문적 치료와 서비스가 필요한 부분이라고 할 수 있다.

이때 적극적인 배우자의 지지가 재활과정에서 가장 영향력 있는 지지체계이며(Carpenter, 1974; Rakel, 1977), 또한 가족이 얼마나 지지해 주느냐에 따라 재활의 효과도 달라질 수 있다(김소선, 1992). 높은 수준의 가족지지는 우울과 같은 정서

적인 문제를 감소시킨다(Palmer, Glass, Palmer, Loo, & Wegener, 2004). 배우자를 포함한 적절한 가족지지는 신체기능을 향상시키는데 중요한 역할을 하며 장애를 극복하여 성공적으로 적응하는 힘을 길러주기 때문에 우울 발생에 영향을 미치는 중요한 요인이다(Miller, 2002). 그러므로 뇌졸중 환자에게 우울은 재활동기와 회복에 많은 영향을 주며, 이러한 재활동기를 갖게 하고 우울을 극복함에 있어 가족지지가 매우 중요함을 알 수 있다. 다시 말해 뇌졸중 후 우울은 환자의 신체적인 영향뿐만 아니라 심리, 사회적 부분에도 부정적인 영향을 미치게 되는데 이러한 우울을 극복하고 재활동기를 갖도록 하는데 가족지지가 중요하고 발병 후 급성기 때부터 재활 계획을 세심하게 세우는 것이 바람직하며 이때 심리적인 문제까지도 고려하여 중재하는 것이 필요하리라 본다.

이상의 문헌고찰을 바탕으로 도출된 본 연구의 틀은 다음과 같다.

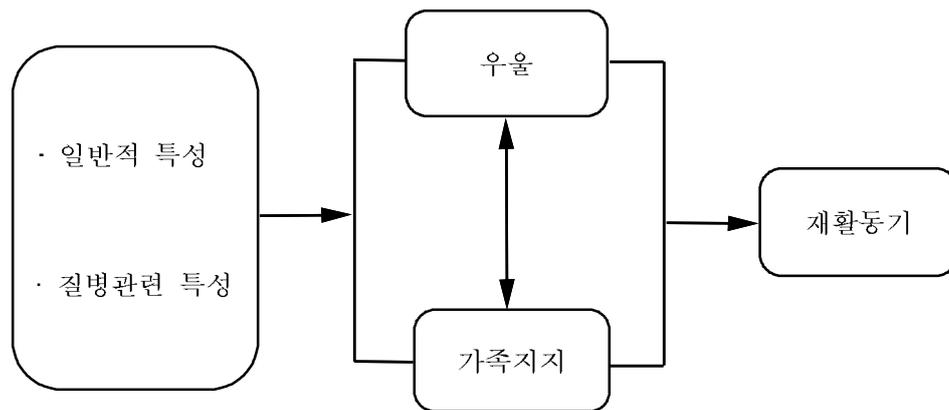


그림 1. 연구의 틀

Ⅲ. 연구 방법

1. 연구설계

본 연구는 급성기 및 아급성기 출혈성 뇌졸중 환자들의 우울, 가족지지와 재활동기와의 관계를 파악하기 위한 서술적 상관관계 연구이다.

2. 연구대상

본 연구의 모집단은 출혈성 뇌졸중으로 입원한 환자로 근접 모집단은 2010년 3월 15일부터 2010년 6월 5일까지 강원도에 소재한 병원 3곳에(원주시 W병원, 춘천시 H병원, 강릉시 D병원) 입원한 출혈성 뇌졸중 환자 중 지주막하 출혈(subarachnoid hemorrhage, SAH)과 뇌실질내 출혈(Intracerebral hemorrhage, ICH), 뇌실내 출혈(Intraventricular hemorrhage, IVH)로 진단받은 사람으로 다음의 기준에 해당하는 대상자를 선정하였다.

1) 대상자 선정 기준

- (1) 지주막하 출혈과 뇌실질내 출혈, 뇌실내 출혈 환자들 중 외상에 의한 뇌졸중으로 판정되지 않은 성인 환자
- (2) 뇌실질내 출혈 및 뇌실내 출혈은 뇌전산화단층촬영이나 뇌자기공명영상에서 뇌실질내 및 뇌실내에 출혈소견이 있는 경우로 뇌실질내 출혈의 경우 그 양이 25cc 미만인 자
- (3) 뇌졸중 발생 이후 의사에 의해 진단 받고 병동에 입원한 뇌출혈 급성기를

포함한 아급성기 환자 (뇌졸중 후 21일 이내 환자)

- (4) GCS가 13점 이상인 환자 중에서 설문을 이해하고, 질문에 응답할 수 있는 자
- (5) 한국형 인지기능검사(MMSE-K) 점수가 24점 이상인 자
- (6) 본 연구 참여에 동의한 자
- (7) 과거 뇌졸중과 정신과적 병력이 없으며, 수술적 치료를 받지 않은 자

3. 자료수집 방법 및 절차

본 연구의 자료수집은 강원도 내 준 종합병원(2곳)을 포함한 일개 종합병원(W병원)에서 연구윤리심의위원회의 심의를 거쳐 각 병원의 신경외과 병동 담당과장에게 설문지를 첨부한 연구계획서를 제출하여 연구승인을 받은 후에 출혈성 뇌졸중으로 입원한 지 21일 이내 환자를 직접 대면하여 시행하였다.

환자의 인지기능(MMSE-K:Mini Mental State Examination-Korea)과 GCS 점수 및 인구학적 특성상의 발병 후 신체 마비정도는 연구자가 직접 측정하였으며, 우울, 가족지지, 재활동기에 대한 설문지는 모두 자가 보고식으로 연구자가 직접 환자와 대면하여 연구목적을 설명하고 개별적으로 스스로 기록할 수 있는 경우 환자 스스로 기록하였고 환자의 신체적 장애 상 기록하기 어려운 경우에는 연구자가 설명하고 작성하는 방식으로 하였다. 가족지지는 가능하면 환자 스스로 할 수 있도록 하였으며 가족의 영향을 배제하기 위해 스크린 등을 이용하여 환자가 혼자서 작성할 수 있도록 하였다. 설문지를 배부하면서 설문지의 전반적인 내용과 주지 사항을 전달하였고 문의 사항이 있거나 의문이 있을 때 연구자에게 문의할 수 있도록 설문지를 다 작성할 때까지 병동내에 있다가 연구자가 직접 수거하였다. 자료수집은 총 84부가 수집 되었고 그 중 응답이 누락되거나 연구 선정기준에 부합되지 않는 6부는 제외되어 총 78부(93%)가 본 연구의 분석에 활용되었다.

4. 연구 도구

본 연구의 도구는 구조화된 설문지로서 대상자의 일반적 특성 12문항, 질병관련 특성 6문항, 우울에 대한 측정도구 21문항, 가족지지에 대한 측정도구 11문항, 재활동기에 대한 측정도구 44문항을 포함하여 총 94문항과 연구자가 직접 측정하고 기재한 질병관련 특성 9문항을 합하여 총 103문항으로 구성되어 있다.

1) 우울

우울측정 도구는 Beck의 우울척도(Beck Depression Inventory, BDI)로 이 도구는 1961년 Beck이 자신의 임상경험을 기초로 정신과적 진단에 상관없이 우울의 심도를 측정하기 위하여 고안된 것으로 인지적, 정서적, 신체적 그리고 행동적 증상들을 포함하는 21개 문항으로 이루어진 자기 보고형 척도이며, 비 신체적 우울 13문항, 신체적 우울 8문항으로 구성되어 있으며 0점부터 9점까지는 정상, 10점부터 18점까지는 경도의 우울증상, 19 점부터 29점까지는 중등도의 우울증상, 30점부터 63점까지는 중증의 우울증상으로 4단계로 구분하여 평가할 수 있는 도구로 임상적으로 환자의 우울증상의 정도를 정량적으로 판단할 수 있는 평가도구로 알려져 있다(Beck et al., 1961). 본 연구에서는 이 도구를 한홍무 등(1986)이 한국어로 표준화한 도구로 각각의 문항은 0~3점까지의 점수가 주어지게 되고 점수의 범위는 0점에서 63점까지이며 21점 이상시 중등정도의 우울 상태를 의미하고 29점 이상시 중증의 우울(병적)이 있음을 시사한다. 이 도구를 뇌졸중 환자가 응답 가능하도록 수정, 보완한 김형선(2009)의 우울 측정 도구를 사용하였으며 본 도구의 신뢰도는 김형선(2009)의 연구에서 Cronbach's alpha는 .89였고, 본 연구에서 Cronbach's alpha는 .92였다.

2) 가족지지

Cobb(1976)가 개발한 가족지지 측정 도구를 강현숙(1984)이 뇌졸중 환자 중

편마비 환자를 대상으로 우리나라 실정에 맞게 수정·보완한 가족지지 측정도구를 사용하였으며 이 도구는 5점 척도로 4개의 하위 영역인 정서적 지지 4문항, 정보적 지지 2문항, 물질적 지지 3문항, 평가적 지지 2문항 등 총 11문항으로 구성되어 있다. 본 척도는 '항상 그렇다' 5점에서 '전혀 그렇지 않다' 1점까지의 5점 척도로 이루어져 있으며, 점수의 범위는 최저 11점에서 최고 55점까지이며 점수가 높을수록 가족지지의 정도가 높은 것을 의미한다. 강현숙(1984)의 연구에서 Cronbach's alpha는 .90이었고 본 연구에서 Cronbach's alpha는 .95이었다.

3) 재활동기

Hafen 등(2001)이 재활동기를 측정하기 위하여 개발한 46문항의 도구인 PAREMO(Patient Questionnaire of Rehabilitation Motivation)를 퇴원하여 집에서 기거하는 허혈성 및 출혈성 뇌졸중 환자를 대상으로 뇌졸중 환자에게 알맞도록 재구성한 권삼숙(2001)의 도구를 사용하였다. 총 44개 문항의 4점 척도로 "그렇지 않다" 1점에서 "그렇다" 4점으로 점수가 높을수록 재활동기가 높음을 의미하며 권삼숙(2001)의 연구에서의 Cronbach's alpha는 .88이었고 본 연구에서 Cronbach's alpha는 .91이었다.

5. 자료분석 방법

본 연구의 자료는 SPSS WIN 12.0 프로그램을 사용하여 분석하였으며, 구체적인 분석 방법은 다음과 같다.

- 1) 대상자의 일반적 사항, 질병관련 사항에 대해 확인하기 위하여 빈도분석(Frequency Analysis)을 실시하였다.

- 2) 우울, 가족지지, 재활동기에 대한 평균과 표준편차를 확인하기 위해 기술통계 분석을 실시하였다.
- 3) 대상자의 일반적 특성과 질병관련 특성에 따른 우울 정도의 차이를 확인하기 위해 t 검증과 일원변량분석(one way-anova)을 실시하였다.
- 4) 대상자의 일반적 특성과 질병관련 특성에 따른 가족지지의 차이를 확인하기 위해 t 검증과 일원변량분석(one way-anova)을 실시하였다.
- 5) 응답자의 일반적 특성과 질병관련 특성에 따른 재활동기의 차이를 확인하기 위해 t 검증과 일원변량분석(one way-anova)을 실시하였다.
- 6) 우울정도와 가족지지, 재활동기간의 상관관계를 확인하기 위해 상관분석(Pearson's correlation)을 실시하였다.
- 7) 우울, 가족 지지가 재활동기에 미치는 영향에 대해 확인하기 위해 다중회귀 분석(multiple regression analysis)을 실시하였다.
- 8) 도구의 내적 신뢰도는 Cronbach's alpha 계수로 산출하였다.

6. 연구의 윤리적 측면

연구대상자에게 연구의 목적과 과정을 설명하고, 참여자에게는 직접적인 이익은 없으나 앞으로 출혈성 뇌졸중 환자의 초기 재활교육 프로그램을 위한 기초자료를 제공하여 출혈성 뇌졸중 환자의 재활과 일상생활로의 회복을 증진하기 위한 재활 간호의 방향성을 제시하게 될 것이라는 정보를 제공하였다. 또한 연구 참여 중 어떠한 불이익도 받지 않으며 언제라도 참여를 철회할 수 있다는 정보를 제공하고 설문지 작성 시 연구참여 동의서를 첨부하였다. 연구대상자의 익명을 보장하였으며 연구자의 이름을 기재하였고 자의적인 서면 동의를 받았다. 더불어 윤리적 보호를 위해 해당 부서장의 승인을 받았다.

7. 연구의 제한점

본 연구에서는 강원도 내 소재한 3개 병원에 입원한 출혈성 뇌졸중 환자만을 임의 추출하였고, 급성기 및 아급성기 출혈성 뇌졸중 환자들 중에서 인지능력의 장애로 인하여 자가 설문이 불가능하거나, 수술을 시행 받은 환자는 제외하였기 때문에 모든 출혈성 뇌졸중환자로 결과를 확대 해석하는데 신중하여야 할 것으로 사료된다.

IV. 연구 결과

1. 대상자의 특성

1) 일반적 특성

연구 대상자 전체 78명중 성별은 남성 45명(57.7%), 여성 33명(42.3%)이었고, 연령은 평균 65.93세였으며 연령의 범위는 42세에서 85세로 66세에서 75세가 38명(48.7%)으로 가장 많았다. 학력은 초등학교 중퇴를 포함한 초등학교 졸업이 27명(34.6%)으로 가장 많았으며 종교는 기독교 27명(34.6%), 무교 21명(26.9%)이었다. 결혼 상태는 동거를 포함하여 배우자가 있는 경우가 51명(65.4%)으로 가장 높게 나타났고, 동거인은 현재 가족과 함께 사는 경우가 51명(65.4%)이었으며, 가족의 경제수준은 '중'이라고 응답한 사람이 48명(61.5%)으로 가장 많았다. 가족의 경제적 부담은 자녀 32명(41.0%), 본인 부담 23명(29.5%)이었고, 발병 전 직업이 있는 경우가 41명(65.4%)이었다. 치료비 부담은 자녀 30명(38.5%), 본인 26명(33.3%)이었으며, 환자를 주로 간병하는 사람은 간병인이 34명(43.6%)으로 가장 많았다. 대상자의 일반적 특성은 <부록. 표 1-1>과 같다.

2) 질병관련 특성

연구 대상자의 질병관련 특성은 <부록. 표 1-2>에 제시된 바와 같다. 질병관련 특성에 대해 살펴보면 전체 78명 중 입원기간은 급성기가 36명(46.2%)으로 가장 높게 나타났으며, 아급성기 초기 24명(30.8%), 아급성기 후기 18명(23.0%)순으로 나타났다. 질병형태는 자발성 뇌실질내 출혈이 70명(89.7%)으로 대부분이었으며 병변 부위는 시상과 뇌 기저핵이 61명(78.2%)으로 가장 많았다. 출혈량은 10cc~15cc미만이 38명(35.9%)이었고, 마비부위는 왼쪽 38명(48.7%), 오른쪽 30명(38.5%)이었으며, 사지 중 가장 심한 마비부위의 근력이 grade III로 22명(28.2%)이었다.

동반하고 있는 다른 질병은 당뇨나 고혈압을 포함하여 둘 이상의 질환을 갖고 있는 경우가 31명(39.7%)으로 많았고, 고혈압만 앓고 있는 경우가 21명(26.9%)으로 고혈압 환자가 많았다. 고혈압, 당뇨 및 심장질환으로 인한 약물 이외에 뇌졸중을 일으킬만한 다른 약물을 복용한 경우는 4명(5.1%)이 폐경 후 호르몬제 복용 경험이 있었다. 11명(14.1%)이 뇌졸중 가족력이 있었고 현재 금연 중인 환자가 27명(34.6%), 담배를 피운 경험이 없는 경우가 34명(43.6%)이었으며 78명중 28명(35.9%)이 음주 경험자였다. 재활치료를 받지 않고 있는 경우가 43명(55.1%)으로 가장 많았고 재활치료에 대한 전문가의 정보제공을 전혀 듣지 못한 경우가 47명(60.3%)이었으며 이전에 재활 치료에 대한 정보를 한 번도 들은 적이 없는 사람이 42명(53.8%)이나 되었다. 마비의 중등도를 <부록. 표 1-3>에서 살펴보면 Grade 1의 중증 마비를 갖고 있는 대상자 중 왼쪽 마비가 5명(13.1%), 오른쪽 마비가 1명(3.3%)으로 각각의 부위별로 환산했을 때 왼쪽 마비가 더 많았고, 중등도 Grade 2는 오른쪽 마비가 12명(40.0%)으로 왼쪽 마비 6명(15.8%)에 비해 월등히 많았다. 중등도가 Grade 3인 경우는 왼쪽 마비 13명(34.2%), 오른쪽 마비 9명(30.0%) Grade 4는 왼쪽 13명(34.2%), 오른쪽 8명(26.7%)으로 왼쪽 마비 환자가 오른쪽 마비 환자에 비해 더 많았다.

2. 대상자의 우울, 가족지지와 재활동기 정도

대상자의 우울, 가족지지와 재활동기의 평균 점수는 <표 2-1>에 제시된 바와 같다.

총 우울은 총점 63점이며 최소 3점에서 최대 39점까지 분포하였고, 평균 16.28점(± 9.308)으로 나타났으며, 비신체적 우울이 7.99점, 신체적 우울이 8.29점으로 나타났다. 가족지지는 55점 만점에 최소 17점에서 최대 55점까지 분포하였고, 총 가족지지의 평균은 38.15점(± 8.384)이었다. 가족지지의 하부영역에서는 정서적 지지 14.31점, 정보적 지지 6.22점, 물질적 지지 10.17점, 평가적 지지 7.46점으로 나타났다. 재활동기는 176점 만점에 최소 70점에서 최대 140점까지 분포하였고 평균 105.38점(± 15.483)으로 나타났다.

대상자들의 우울 정도는 총 78명의 대상자 중 9점 이하의 정상군이 29명(37.2%)으로 가장 많았고 그 다음이 경증 우울군 24명(30.8%)이었다<표 2-2>.

표 2-1. 대상자의 우울, 가족지지, 재활동기 정도

(n=78)

측정변수(문항수)		척도점수	최소값	최대값	평균	표준편차
우울	총 우울(21)	0-3	3	39	16.28	9.308
	비신체적 우울(13)	0-3	0	24	7.99	5.823
	신체적 우울(8)	0-3	2	17	8.29	4.000
가족지지	총 가족지지(11)	1-5	17	55	38.15	8.384
	정서적 지지(4)	1-5	7	20	14.31	3.216
	정보적 지지(2)	1-5	2	10	6.22	1.601
	물질적 지지(3)	1-5	4	15	10.17	2.520
	평가적 지지(2)	1-5	4	10	7.46	1.763
재활동기(44)		1-4	70	140	105.38	15.483

표 2-2. 대상자의 우울정도

(n=78)

구분	점수	빈도(%)
정상	0-9	29(37.2)
경증 우울	10-20	24(30.8)
중등도 우울	21-28	19(24.4)
중증 우울	29점 이상	6(7.7)

3. 대상자의 특성에 따른 우울정도 차이

1) 대상자의 일반적 특성에 따른 우울정도 차이

<표 3-1>에서 보는 바와 같이 성별($t=2.809$, $p=.006$)에서 남자(18.71점)가 여자(12.97점)보다 우울 정도가 더 유의미하게 높은 것으로 나타났고, 결혼 상태($F=3.211$, $p=.028$)에 따른 우울 정도가 미혼(33.5점), 이혼/별거(18.60점), 사별(17.70점), 배우자(또는 동거)가 있는 경우(14.82점)의 순으로 우울정도가 유의미하게 차이가 있는 것으로 나타났다. 동거인에 따른 우울의 정도도 통계적으로 유의미한 차이를 보였는데($F=6.618$, $p=.001$), 혼자 사는 경우(24.00점)가 부부만 사는 경우(18.00점)나 가족과 함께 사는 경우(13.65점)보다 우울 정도가 높은 것으로 나타났고, 가족 경제수준이 낮을수록 우울정도가 높게($p=.040$) 나타났으며, 현재 간병인에 따른 우울의 정도에서도 부모나 자녀가 간병하는 대상자의 우울(8.8점)이 가장 낮게 나타남으로써 통계적으로 유의한 차이($F=3.683$, $p=.016$)를 발견할 수 있었다.

표 3-1. 대상자의 일반적 특성에 따른 우울정도 차이

(n=78)				
특성	구분	평균(표준편차)	t/F-value	p
성별	남자	18.71(9.603)	2.809	.006
	여자	12.97(7.880)		
연령	40-55세	18.44(8.805)	.391	.760
	56-65세	17.05(11.594)		
	66-75세	15.18(8.063)		
	76세 이상	16.89(9.480)		
학력	무학	17.78(7.071)	1.288	.285
	초졸(중퇴포함)	17.07(10.491)		
	중졸(중퇴포함)	12.56(8.133)		
	고졸(중퇴포함)	17.40(11.806)		
결혼상태	배우자(또는 동거)	14.82(8.817)	3.211	.028
	이혼/별거	18.60(12.178)		
	사별	17.70(8.615)		
	미혼	33.50(3.536)		
동거인	가족과 함께 산다	13.65(8.084)	6.618	.001
	부부만 산다	18.00(9.434)		
	혼자 산다	24.00(8.446)		
	기타	27.20(8.927)		
가족 경제수준	상(350만원 이상)	14.42(9.258)	3.358	.040
	중(136-350만원)	14.94(9.084)		
	하(135만원 이하)	21.11(8.751)		
가족 경제적 부담인	본인	18.17(9.335)	2.562	.061
	배우자	13.06(7.602)		
	자녀	15.03(9.268)		
	기타	23.14(9.974)		
발병 전 직업유무	무	14.78(9.010)	-1.358	.179
	유	17.6(9.4763)		
현재 간병인	배우자	15.08(9.020)	3.683	.016
	부모/자녀	8.80(4.211)		
	간병인	18.74(9.602)		
	기타	19.13(9.015)		

2) 대상자의 질병관련 특성에 따른 우울 정도 차이

<표 3-2>에서 보는 바와 같이 질병관련 특성에 따른 우울 정도 차이에 대해 살펴보면 입원 기간에 따라서 통계적으로 유의미한 차이를 보였는데(F=3.176, p=.047) 아급성기 후기인 경우가 19.94점으로 우울 정도가 가장 높은 것으로 나타났다. 그 밖에도 출혈량(F=3.589, p=.018), 마비 부위(F=5.437, p=.006), 마비 정도(F=10.275, p=.000)에 따라서 통계적으로 유의미한 차이를 보이는 것으로 나타났다.

표 3-2. 대상자의 질병관련 특성에 따른 우울 정도 차이

(n=78)				
특성	구분	평균(표준편차)	t/F-value	p
입원기간	급성기	13.67(9.196)	3.176	.047
	아급성기 초기	17.46(9.212)		
	아급성기 후기	19.94(8.537)		
출혈량	5CC 미만	8.50(5.297)	3.589	.018
	5CC 이상 10CC 미만	15.18(12.198)		
	10CC 이상 15CC 미만	17.39(7.814)		
	15CC 이상	19.13(8.374)		
마비부위	오른쪽	17.53(8.366)	5.437	.006
	왼쪽	17.55(9.988)		
	마비가 없다	7.70(3.433)		
마비정도	Grade 1	24.00(9.940)	10.275	.000
	Grade 2	22.44(6.109)		
	Grade 3	17.91(9.817)		
	Grade 4	11.76(7.063)		
	Grade 5	7.36(3.443)		
재활치료 유무	유	16.69(8.134)	.319	.751
	무	16.00(10.124)		

4. 대상자의 특성에 따른 가족지지 차이

1) 대상자의 일반적 특성에 따른 가족지지 차이

<표 4-1>에서와 같이 대상자의 일반적 사항에 따른 가족지지 차이에 대해 살펴보면, 결혼 상태($F=7.665$, $p=.001$)에 따라서 유의미한 차이를 보였는데 배우자(또는 동거)가 있는 경우가 40.67점으로 가족 지지가 가장 높게 나타났으며, 동거인에 따라서도 유의미한 차이를 보였는데($F=25.812$, $p=.001$), 가족과 함께 사는 경우가 41.45점으로 가장 높게 나타났다. 이 밖에도 가족 경제수준($F=7.364$, $p=.001$), 가족 경제적 부담인($F=5.902$, $p=.001$), 현재 돌봐주고 있는 간병인($F=6.797$, $p=.000$)에 따라서 통계적으로 유의미한 차이를 보이는 것으로 나타났다.

표 4-1. 대상자의 일반적 특성에 따른 가족지지 차이

(n=78)				
특성	구분	평균(표준편차)	t/F-value	p
성별	남자	37.42(9.350)	-.899	.372
	여자	39.15(6.865)		
연령	40-55	36.67(11.511)	.958	.417
	56-65	40.14(8.571)		
	66-75	38.13(7.200)		
	76세 이상	34.89(9.280)		
학력	무학	36.65(7.094)	.998	.398
	초졸(중퇴포함)	37.26(9.574)		
	중졸(중퇴포함)	40.78(6.208)		
	고졸(중퇴포함)	39.30(10.833)		
결혼상태	배우자(또는 동거)	40.67(6.965)	7.665	.000
	이혼/별거	32.60(6.986)		
	사별	34.85(8.887)		
	미혼	21.00(2.828)		
동거인	가족과 함께 산다	41.45(5.654)	25.812	.000
	부부만 산다	37.80(7.608)		
	혼자 산다	24.86(3.671)		
	기타	24.20(6.221)		
가족 경제수준	상(350만원 이상)	41.08(6.585)	7.364	.001
	중(136-350만원)	39.71(7.340)		
	하(135만원 이하)	32.06(9.440)		
가족 경제적 부담인	본인	38.57(9.110)	5.902	.001
	배우자	41.00(7.510)		
	자녀	38.91(6.244)		
	기타	26.86(9.008)		
발병 전 직업유무	무	39.32(6.787)	1.174	.244
	유	37.10(9.562)		
현재 간병인	배우자	41.62(4.491)	6.797	.000
	부모/자녀	42.50(5.720)		
	간병인	36.15(8.856)		
	기타	30.00(11.058)		

2) 대상자의 질병관련 특성에 따른 가족지지 차이

<표 4-2>에서 보는 바와 같이 대상자의 질병관련 특성에 따른 가족지지 차이에 대해 살펴보면 입원 기간, 출혈량, 재활치료 유무에 따른 가족지지 차이는 통계적으로 유의미한 차이를 보이지 않았고, 마비 정도에 따라서 유의미한 차이를 보였는데(F=2.595, p=.043) 마비 정도가 Grade 5인 경우가 43.09점으로 가족 지지가 가장 높게 나타났다.

표 4-2. 대상자의 질병관련 특성에 따른 가족지지 차이

(n=78)				
특성	구분	평균(표준편차)	t/F-value	p
입원기간	급성기	38.94(7.612)	.705	.498
	아급성기 초기	36.46(9.473)		
	아급성기 후기	38.83(8.473)		
출혈량	5CC 미만	43.70(6.219)	2.045	.115
	5CC 이상 10CC 미만	35.71(9.980)		
	10CC 이상 15CC 미만	37.75(8.026)		
	15CC 이상	38.04(7.737)		
마비부위	오른쪽	37.90(7.787)	1.624	.204
	왼쪽	37.21(9.309)		
	마비가 없다	42.50(4.972)		
마비정도	Grade 1	38.33(9.288)	2.595	.043
	Grade 2	35.33(8.506)		
	Grade 3	35.64(9.727)		
	Grade 4	40.57(6.439)		
	Grade 5	43.09(5.108)		
재활치료 유무	유	39.16(7.796)	.879	.382
	무	37.46(8.786)		

5. 대상자의 특성에 따른 재활동기 차이

1) 대상자의 일반적 특성에 따른 재활동기 차이

<표 5-1>에서 보는 바와 같이 대상자의 일반적 사항에 따른 재활동기 차이를 살펴보면 성별, 연령, 학력, 가족 경제적 부담인, 발병 전 직업유무에 따라서는 통계적으로 유의미한 차이를 보이지 않는 것으로 나타났으나 결혼 상태($F=3.787$, $p=.014$), 동거인($F=10.922$, $p=.000$), 가족 경제수준($F=4.632$, $p=.013$), 현재 간병인($F=4.746$, $p=.004$)에 따라서 통계적으로 유의미한 차이를 보였는데 배우자(또는 동거)가 있는 대상자, 가족 경제수준이 '상'이라고 응답한 대상자, 부모나 자녀가 현재 간병하고 있는 경우 재활동기가 가장 높은 것으로 나타났다.

표 5-1. 대상자의 일반적 특성에 따른 재활동기 차이

(n=78)

특성	구분	평균(표준편차)	t/F-value	p
성별	남자	103.98(15.120)	-.936	.352
	여자	107.30(15.997)		
연령	40-55세	105.78(14.805)	.198	.897
	56-65세	106.32(19.377)		
	66-75세	105.63(13.609)		
	76세 이상	101.67(15.083)		
학력	무학	100.04(13.455)	2.250	.090
	초졸(중퇴포함)	104.22(15.579)		
	중졸(중퇴포함)	111.00(11.428)		
	고졸(중퇴포함)	110.70(22.116)		
결혼상태	배우자(또는 동거)	108.88(15.063)	3.787	.014
	이혼/별거	97.40(12.818)		
	사별	100.80(14.062)		
	미혼	82.00(15.556)		
동거인	가족과 함께 산다	110.55(12.341)	10.922	.000
	부부만 산다	102.33(17.859)		
	혼자 산다	90.86(8.235)		
	기타	82.20(8.758)		
가족 경제수준	상(350만원 이상)	111.92(13.487)	4.632	.013
	중(136-350만원)	107.04(14.597)		
	하(135만원 이하)	96.61(16.114)		
가족 경제적 부담인	본인	107.48(15.099)	2.686	.053
	배우자	107.38(17.056)		
	자녀	106.22(13.659)		
	기타	90.14(15.721)		
발병 전 직업유무	무	105.73(14.114)	.186	.853
	유	105.07(16.792)		
현재 간병인	배우자	111.92(14.762)	4.746	.004
	부모/자녀	112.40(8.947)		
	간병인	99.76(13.985)		
	기타	99.25(20.204)		

2) 대상자의 질병관련 특성에 따른 재활동기 차이

<표 5-2>에서 보는 바와 같이 대상자의 질병관련 특성에 따른 재활동기 차이에 대해 살펴보면 입원 기간에 따라서는 급성기인 경우가 109.89점으로 가장 재활동기가 높은 것으로 나타났으며(F=3.499, p=.035), 이 밖에도 출혈량(F=3.353, p=.023)과 마비정도(F=7.154, p=.000)에 따라서 재활동기가 차이가 있는 것으로 나타났는데 예측할 수 있듯이 출혈량이 5cc 미만으로 적은 경우와 근력이 Grade 5인 경우 재활동기가 가장 높게 나타났다.

표 5-2. 대상자의 질병관련 특성에 따른 재활동기 차이

(n=78)				
특성	구분	평균(표준편차)	t/F-value	p
입원기간	급성기	109.89(14.479)	3.499	.035
	아급성기 초기	103.50(15.742)		
	아급성기 후기	98.89(15.041)		
출혈량	5CC 미만	117.80(12.550)	3.353	.023
	5CC 이상 10CC 미만	106.00(20.928)		
	10CC 이상 15CC 미만	104.96(11.150)		
	15CC 이상	100.04(14.249)		
마비부위	오른쪽	105.13(13.806)	2.917	.060
	왼쪽	102.84(17.237)		
	마비가 없다	115.80(8.203)		
마비정도	Grade I	92.33(15.462)	7.154	.000
	Grade II	97.61(11.607)		
	Grade III	102.09(14.425)		
	Grade IV	112.62(14.606)		
	Grade V	118.00(10.668)		
재활치료 유무	유	104.78(12.463)	-.285	.776
	무	105.80(17.399)		

6. 우울, 가족지지, 재활동기간의 상관관계

<표 6>에서 보는 바와 같이 우울정도와 가족 지지, 재활동기간의 상관관계를 살펴보면 가족지지와 우울과는 $r=-.631(p<.01)$ 의 부적인 상관관계, 즉 가족지지 높을수록 우울정도가 낮아짐을 확인할 수 있었다. 또한 우울 정도와 재활동기간과는 $r=-.818(p<.01)$ 의 부적인 상관관계를 보여 우울 정도 높을수록 재활동기간이 낮아짐을 확인할 수 있었고, 가족지지와 재활동기간과는 $r=.755(p<.01)$ 의 정적인 상관관계를 보여 가족지지 높을수록 재활동기간이 높아짐을 확인할 수 있었다.

표 6. 우울, 가족지지, 재활동기간의 상관관계

(n=78)

특성	우울			가족지지				재활동기	
	비신체적 우울	신체적 우울	총 우울	정서적 지지	정보적 지지	물질적 지지	평가적 지지	총 가족지지	총 재활동기
우울	비신체적 우울								
	신체적 우울	.788**	1						
	총 우울	.964**	.923**	1					
가족지지	정서적 지지	-.687**	-.523**	-.654**	1				
	정보적 지지	-.622**	-.420**	-.570**	.837**	1			
	물질적 지지	-.616**	-.431**	-.571**	.840**	.802**	1		
	평가적 지지	-.509**	-.356**	-.472**	.776**	.668**	.748**	1	
	총 가족지지	-.675**	-.485**	-.631**	.959**	.894**	.933**	.861**	1
재활동기	총 재활동기	-.827**	-.699**	-.818**	.774**	.697**	.639**	.639**	.775**

**p<.01

7. 우울, 가족지지, 입원기간이 재활동기에 미치는 영향

대상자의 재활동기에 영향을 미치는 요인을 파악하기 위하여 다중 회귀분석을 할 때 본 연구의 대상자 수가 78명으로 독립변수 3개가 포함 가능하므로(이은현, 정영혜, 김진선, 송라윤과 황규윤, (2006) 우울과 가족지지 변수 외에 재활동기에 차이를 보인 일반적 특성 및 질병관련 특성 변수들 중, 본 연구에서 중요하게 강조하고 있는 조기 재활과 관련하여 입원기간을 포함하여 다중 회귀분석을 실시하였다. 본 분석에서는 입원기간을 급성기, 초기 아급성기 및 후기 아급성기로 나누지 않고 설문지 작성 당시의 재원 일을 연속변수로 하여 분석하였다. <표 7-1>에 제시된 바와 같이 재활동기에 미치는 우울, 가족지지, 입원기간의 영향이 통계적으로 유의한 것으로 나타났으며($F=86.719$, $p=.001$), 설명력은 총 분산의 77.9%를 설명하고 있음이 확인되었다.

가장 큰 영향을 미치는 요인으로는 우울($\beta=-.512$)로 재활동기에 부적인 영향을 미치는 것으로 나타나 우울이 높을수록 재활동기가 낮아짐을 알 수 있었고($p=.000$), 그 다음은 가족지지($\beta=.439$)가 재활동기에 정적인 영향을 미치는 것으로 나타나 가족지지가 높을수록 재활동기가 높아짐을 알 수 있었다($p=.000$). 또한 입원기간($\beta=-.130$)은 재활동기에 부적인 영향을 미치는 것으로 나타나 입원기간이 길수록 재활동기가 낮아짐을 알 수 있었다($p=.028$).

표 7. 우울, 가족지지, 입원기간이 재활동기에 미치는 영향

(n=78)

특성	비표준화		표준화	t	p	F	p	AdjR ²
	계수	계수	Beta					
	B	SE	Beta					
(상수)	90.710	6.466		.000	.000	86.719	.000	.779
총 가족지지	.810	.135	.439	6.019	.000			
총 우울	-.852	.124	-.512	-6.858	.000			
입원기간	-.399	.178	-.130	-2.241	.028			

V. 논 의

1. 논의

출혈성 뇌졸중으로 일반병실에 입원한 환자는 대부분 신체기능 상실, 일상생활의 제한 등과 함께 장애수용의 어려움을 겪게 되고, 만성적 스트레스, 우울, 자존감 저하 등으로 재활동기 수준이 저하하게 된다. 본 연구는 초기 재활치료 표준 지침의 변화에 부응하여 출혈성 뇌졸중 환자가 느끼는 우울, 가족지지, 재활동기 정도를 확인하고, 출혈성 뇌졸중 환자의 우울 및 가족지지가 재활동기와 어떠한 상관관계가 있는지를 확인하며, 재활동기에 미치는 중요한 영향 요인이 무엇인지 규명함으로써 출혈성 뇌졸중 환자의 초기 재활을 위해 입원초기부터 재활동기를 증진시키기 위한 간호중재의 중요성을 인식시키고 나아가 초기재활 간호중재를 개발하기 위한 기초자료를 제공하고자 시도하였다.

출혈성 뇌졸중 환자의 특성을 살펴보면 66세~75세가 48.7%로 가장 많아 출혈성 뇌졸중 환자를 대상으로 한 유영대(2001)의 연구에서 50대(31.4%), 40대(27.9%), 60대(19.8%) 순으로 높았던 연구와는 차이를 보였다. 하지만 사회활동 중에 있는 65세 미만의 대상자가 총 39.7%로 젊은 층의 발생빈도가 낮지 않음을 확인할 수 있었다.

출혈성 뇌졸중의 경우 젊은 층의 발생빈도가 높는데 이는 혈관 기형으로 인한 지주막하 출혈이 원인인 경우가 많기 때문이며, 또한 노년층에서의 발생이 높은 이유는 동맥 경화로 인한 고혈압이 두 개강 내 출혈을 일으키는 중요한 원인이기 때문이다(Philip & John, 1997). 또한 남녀의 비율을 살펴보면 남성이 57.7%, 여성이 42.3%로 남성이 여성보다 발생빈도가 높게 나타났는데, 이는 유영대(2001)의 연구와 일치하며, 질병형태도 자발성 뇌실질내 출혈이 89.7%로 가장 높아 이 역시

도 유명대(2001)의 연구와 일치한다.

출혈성 뇌졸중 환자의 마비 위치는 좌측 편마비가 48.7%, 우측 편마비가 38.5%로 좌측 편마비 환자가 더 우세하여 뇌혈관 장애인을 대상으로 한 김지영(2003)의 연구와 일치하였다. 연구자마다 차이가 있기는 하지만 뇌졸중환자의 50~60%정도가 고혈압의 병력을 가지고 있는 것으로 보고되어져 있고(Baker, Feldt, & Feibel, 1983), 유명대(2001)의 연구에서도 고혈압 과거력을 지닌 출혈성 뇌졸중 환자가 52.1%로 나타났으며 본 연구에서도 고혈압 또는 당뇨병을 포함하여 두 가지 이상의 과거력을 갖고 있는 환자가 39.7%로 가장 높았고 고혈압만 진단받은 환자가 26.9%로 나타났다. 이는 최근 고혈압 치료가 뇌출혈의 빈도를 감소시키면서 뇌경색의 빈도를 증가시킨 것으로 보여지고 있지만 아직도 고혈압은 출혈성 뇌졸중의 가장 중요한 원인임을 시사한다.

출혈성 뇌졸중 환자의 가족 중에서 과거나 현재에 뇌졸중 발병경험이 있는 환자는 전체 환자 중 14.1%로 나타났다. 이는 유명대(2001)의 연구에서 출혈성 뇌졸중 환자의 뇌졸중 가족력이 48.1%인 것에 비하여 비교적 낮은 빈도를 나타내었다. 유명대(2001)의 연구에서 뇌졸중의 유전적인 소인이 어느 정도 관계가 있는 것으로 보고되었지만 Thompson, Greengerg와 Meade(1989)의 연구에서는 가족력이 뇌졸중의 위험과 유의한 관련이 없는 것으로 보고되었다. 음주는 대상자의 정확한 음주력과 음주량 측정이 불분명하여 결과의 정확성이 떨어지기는 하나 본 연구에서 현재 음주 경험자가 35.9%인 것으로 나타났다. 외국의 한 연구에서 과도한 알코올 섭취는 출혈성 뇌혈관 질환의 유병율에 영향을 미친다고 보고하였고(Donahue, Abbott, Reed, & Yano, 1986) 뇌졸중 발생 전 최근 1주일 이내의 알코올 섭취가 뇌출혈의 독립적 위험인자라는 연구 발표도 있다(Seppo, Matti, & Heikki, 1995).

급성기 및 아급성기 환자의 재활치료가 아직 시행되지 않고 있는 환자는 전체 환자 중 55.1%를 차지하고 있어 아직까지 조기재활이 이루어지고 있지 않음을 알 수 있었다. 하지만 환자의 혈액학적 안정을 확인할 수 없었기 때문에 조기 재활이 이루어지지 않는 이유에 대하여 논의되기는 어렵다고 여겨진다. 그러나 재활 치료를 받고 있는 40%의 환자가 있음에도 불구하고 재활 치료에 대한 전문가적 정보

제공을 전혀 받지 못한 경우가 60.3%라는 사실은 아직도 임상 실무에서 출혈성 뇌졸중 환자의 조기 재활에 대한 인식이 떨어짐을 시사한다고 할 수 있다.

본 연구에서 출혈성 뇌졸중 대상자의 특성에 따른 우울의 차이를 살펴보았을 때 남성이 여성보다 우울이 더 심한 것으로 나타났는데 일반적으로 여성이 남성보다 우울이 더 심하며 평생 유병률 또한 여성이 남성에 비해 약 2배 정도 많다고 한 박형인(2004)의 선행연구와는 상반되었다. 이는 우울이 마비의 중증도, 사회적 역할의 여부 그리고 가족관계의 정도에 따라 차이가 있을 수 있다고 생각되어지며 이 부분에 대한 추가적인 연구가 더 필요하리라고 생각한다. 또한 동거인의 형태에 따라 우울이 유의미하게 다르게 나타났는데 특히 가족과 함께 거주하는 경우 우울이 유의하게 낮게 나타나 박경호(2007)의 연구와 일치하였다.

출혈성 뇌졸중 후 우울이 발생한 환자의 편마비에서 오른쪽 마비 환자의 우울 정도가 더 심하다고 하였으나(김세주, 김도훈, 최낙경, 김현철, 문유선, 김홍철, & 정찬승, 2003; 김도훈, 2002), 박경호(2007)의 연구에서는 왼쪽 마비환자에서 우울의 정도가 더 높게 나왔다. 또한 뇌경색의 위치와 우울 사이에 아무런 연관성이 없다고 한 보고도 있었다(Carson, 2000). 본 연구에서도 왼쪽 마비환자에서 우울이 더 심한 것으로 유의하게 나왔는데 왼쪽 마비환자에서의 마비의 중증도가 오른쪽 마비환자보다 더 높았기 때문이라고 해석되어지며 이는 출혈성 뇌졸중 후 우울 증상을 가진 환자의 신체 마비정도가 더 심하다는 연구(Sinyor, Amato, Kaloup, Becker, Goldenberg, & Coopersmlth, 1986)를 어느정도 뒷받침한다. 이는 마비 부위가 어느 부위냐에 따라 우울의 정도가 차이난다기 보다는 마비부위의 중증도에 따라 우울에 영향을 미친다고 해석되어진다. 따라서 본 연구에서 우울은 입원 초기와 재활과정에서의 스트레스로 나타났던 과거의 연구와는 달리(강현숙, 1984) 신체적 마비 정도에 따라 환자의 우울정도가 심해짐이 더 유의하게 나타났으며, 본 연구결과를 통해 출혈시기가 오래 지날수록 우울의 정도가 심해지는 것을 알게 되었다.

출혈성 뇌졸중 초기 환자의 특성에 따른 가족지지 정도에 대한 선행연구를 살펴보면 편마비 환자를 대상으로 한 강현숙(1984)의 연구에서는 결혼상태만 유의한 차이가 있었으며, 뇌졸중 환자를 대상으로 한 강복희(2000)의 연구에서는 성별, 경

제 상태에서 유의한 차이를 나타내었다. 그리고 김혜숙(2003)의 연구에서는 직업, 교육수준, 현재 간병인에 따라 유의한 차이를 보였다. 본 연구에서 유의한 차이를 보였던 일반적 변수로는 결혼 상태, 동거인, 가족 경제수준, 가족 경제적 부담인, 현재 간병인으로, 가족과 함께 살면서 배우자가 있고, 가족의 경제 수준이 상위이면서 배우자가 경제적 담당을 하고, 가족이 간병을 해주는 경우가 가족지지가 높은 것으로 유의하게 나타났다. 이는 안정된 경제적 여건으로 인한 부담감이 적기 때문에 가족지지에 대하여 대상자가 높게 지각하는 것으로 생각된다. 또한 현재 간병인이 배우자 보다 부모, 자녀인 경우 가족지지가 높게 나타나, 선행되어진 김혜숙(2003)의 연구와는 일치하지 않았다. 위기 상황에서의 다른 지지체계보다 배우자의 지지가 중요하다는 Rakel(1997)의 보고와 다르게 배우자보다 부모나 자녀의 지지가 유의하게 높은 것으로 나타난 본 연구의 결과는, 신체마비로 인한 제 3자의 도움이 절실히 필요한 상황에서 배우자는 가장 편하고도 가까운 상대자인 반면 부모나 자녀는 자신들이 돌보거나 기대어야 할 대상이고 그들의 삶의 일부를 자신에게 할애한다고 생각되어지기 때문에 그들의 도움을 받고 있을 때 배우자로부터 도움을 받고 있을 때보다 오히려 미안한 마음과 고마운 마음이 가족의 지지를 받고 있다고 대상자가 지각할 수도 있었으리라 생각되어진다. 이상으로 살펴본 결과 선행연구와의 비교에서 일반적 특성과 가족지지간의 연구결과가 차이를 보이는 것도 있으므로 이에 대한 지속적인 연구가 필요하리라 생각한다.

질병관련 특성에 따른 가족지지에서는 마비정도가 심한 경우 가족지지가 유의미하게 낮은 것으로 나타났다. 이는 대상자의 마비정도가 심할수록 대상자의 우울정도가 상대적으로 높게 나타난 본 연구의 결과, 심리적 우울 상태로 인하여 주변에 대한 관심이 떨어지게 되므로 이로 인하여 가족의 지지정도를 낮게 인지하는 것으로 생각되어진다.

본 연구에서 출혈성 뇌졸중 초기 환자의 재활동기 점수는 176점 만점에서 105.38점으로 중정도 이상으로 나타나 박영숙(2002), 권삼숙(2001)의 연구와 일치하였다. 하지만 선행연구의 대상자가 출혈성이 아닌 출혈성과 허혈성 뇌졸중 환자 모두를 대상으로 하고 있으며 대상자의 설문 시기가 발병 후 1개월 이상의 환자들을 대상으로 하고 있어서 본 연구와의 직접적인 비교는 어렵다.

본 연구에서 대상자의 일반적 특성에 따른 재활동기 정도를 보면 동거형태가 가족과 함께 살 경우 가장 재활동기가 높게 나타났으며 가족 경제수준이 상위인 군과 현재 간병인이 부모나 자식일 때 직업 간병인이 간병할 때보다 재활동기가 높게 나타났다. 이는 출혈성 뇌졸중 환자를 대상으로 한 김지영(2003)의 연구에서 경제수준이 높을수록 재활동기가 높다는 결과와 일치하였고, 양경순(2004)의 연구에서 뇌졸중환자의 치료에서 가족의 참여가 재활동기를 향상시킨다는 결과를 볼 때, 본 연구에서 가족과 함께 동거하고 현재 간병을 가족이 할 때 재활동기가 더 높다는 것을 설명할 수 있다. 따라서 출혈성 뇌졸중 환자의 재활의 효과를 높이기 위해서는 가장 가까워서 도움을 줄 수 있는 가족을 포함시키는 간호중재와 환자 사정 시 이러한 변수를 포함하여야 한다고 생각된다.

질병관련 특성에 따른 재활동기를 살펴보면 출혈성 뇌졸중이 초기일수록 재활동기가 유의미하게 높게 나타났고 시간이 지날수록 재활동기가 낮게 나타났다. 이것으로 볼 때, 출혈성 뇌졸중 환자의 입원 초기부터 재활동기를 강화할 수 있는 간호중재가 필요함을 나타내며 조기 재활시에 고려해야 할 사항임을 시사한다. 또한 신체 마비정도가 심할수록 재활동기가 유의미하게 낮게 나타나고 신체마비가 적을수록 재활동기가 높게 나타났는데 신체마비가 적어서 재활의 성공에 대한 믿음이 있을 때 재활과정에 흥미를 갖고 재활동기가 적극적으로 조성될 수 있어서(서문자 등, 2000) 신체마비 정도가 심하지 않을수록 재활동기가 높게 나타난 것으로 사료되며 이 결과는 권삼숙(2001)의 연구와도 일치한다.

본 연구에서 급성기 및 아급성기에 있는 출혈성 뇌졸중 환자의 우울, 가족지지와 재활동기간의 상관관계는 유의한 상관관계를 보였는데 우울이 높을수록 재활동기나 낮아짐을 보여 김지영(2003)의 연구와 같은 결과를 나타내었다. 또한 가족지지는 재활동기에 정적인 상관관계를 보여 가족지지가 높을수록 재활동기가 높아지는 양경순(2004)의 연구와도 일치하였다. 이러한 결과는 출혈성 뇌졸중 후 신체 마비로 인한 우울이 자기비하, 무력감, 처진 느낌, 의욕감퇴 및 흥미와 재미를 상실하게 하여(민성길, 2006) 우울 정도가 높으면 재활에 대한 동기와 신념이 낮아지고(서문자 등, 2000) 결국 재활의 효과를 기대하기 힘들다. 그러므로 대상자의 우울을 감소시킴으로 재활동기의 증진을 도모하고 성공적으로 재활을 성취하도록

하는 간호중재의 개발이 필요할 것으로 생각되며 간호중재를 개발할 때 본 연구의 결과에서 확인한 대로 우울 중 비신체적 우울에 대한 인식을 낮추고 가족의 정서적 지지를 높일 수 있는 중재가 필요할 것으로 사료된다. 또한, 입원기간이 길어질수록 재활동기가 낮아짐을 본 연구를 통하여 확인할 수 있었으므로 출혈성 뇌졸중 환자의 초기 입원시 재활동기의 향상을 위해 입원시부터 조기 재활에 대한 간호중재를 강조할 필요가 있다고 사료된다.

2. 연구결과에 대한 기대효과 및 활용

급성기 및 아급성기 출혈성 뇌졸중 환자의 우울, 가족지지와 재활동기와의 관계를 규명하고, 급성기 및 아급성기 출혈성 뇌졸중 환자의 재활동기에 영향을 미치는 요소를 확인함으로써 출혈성 뇌졸중 환자의 조기 재활을 위한 기초자료를 제공하고자 시도된 본 연구는 다음과 같은 기대효과를 갖는다.

1) 연구 측면

뇌졸중 환자의 재활 동기에 관한 문헌 중 허혈성과 출혈성 뇌졸중을 모두 포함한 연구가 대부분이며 출혈성 뇌졸중 환자로 국한된 문헌은 극히 드문 실정이다. 또한 초기 출혈성 뇌졸중 환자의 재활동기와 우울, 가족지지 등에 대한 연구는 전무하다. 허혈성 뇌졸중과는 달리 출혈성 뇌졸중의 경우 과거 재 출혈의 위험으로 조기 재활에 대하여 인식하고 간호중재를 하기보다는 절대안정과 관련된 중재를 시행하여 왔다. 하지만 2009년 이후 조기 재활이라는 뇌졸중 재활 치료 지침에 따라 조기 재활의 평가 및 재활 치료를 시행하기를 권고하고 있어 대학병원에서는 이에 대하여 부분적 시행을 하고 있는 실정이다. 이러한 배경을 바탕으로 출혈성 뇌졸중 환자의 조기 재활동기를 파악하고 질병 특성과의 관계 등을 파악함으로써 초기 출혈성 뇌졸중 환자들에 대한 재활동기의 향상을 위한 중재연구의 기초 자

료로 추후 활용될 수 있을 것이며 입원과 동시에 재활동기 정도를 사정한 후 재활 동기 유형에 따라 적절하게 과제를 부여하거나 가족 및 사회적 지지, 간호중재 전략을 마련하여 재활동기 효과를 알아보는 실험연구의 기초 자료로 활용될 수 있을 것이다. 또한 더 나아가 초기 재활동기의 향상이 추후 실제 재활치료의 효과에 어떠한 영향을 미치는지 파악하는 연구의 기초 자료로도 활용될 수 있을 것이다.

2) 임상 측면

출혈성 뇌졸중 환자의 초기 재활동기와 우울, 가족지지와의 관계를 규명함으로써 입원과 함께 재활 동기의 향상을 위한 심리, 사회적 지지의 필요성을 인지하고 이들에 대한 간호중재를 할 수 있는 계기가 될 것이다. 또한 조기 재활 치료라는 새로운 뇌졸중 치료 지침에 부응하여 입원과 동시에 재활이라는 새로운 인식의 전환과 더불어 환자의 조기 재활 교육 및 간호 중재를 하는데 도움을 줄 수 있을 것이다.

VI. 결론 및 제언

1. 결론

본 연구의 목적은 급성기 및 아급성기 출혈성 뇌졸중 환자의 우울, 가족지지와 재활동기와의 관계를 규명하고, 급성기 및 아급성기 출혈성 뇌졸중 환자의 재활동기에 영향을 미치는 요소를 확인하고자 시도된 서술적 상관관계 연구이다.

본 연구의 대상은 강원도 내 3개 병원 신경외과 병동에 입원한 환자 중 출혈성 뇌졸중을 진단받은 지 1일 이상 21일 이하인 자로 연구대상자 선정기준에 부합되는 대상자 78명이 최종 선정·분석되었다. 연구도구는 일반적 특성과 질병관련 특성을 포함하여 총 103문항으로 구성되었으며, 우울은 김형선(2009)의 우울 측정도구로, 가족지지는 강현숙(1984)의 가족지지 측정도구로, 재활동기는 권삼숙(2001)의 재활동기 측정도구를 이용하여 측정하였다. 자료수집은 2010년 3월 15일부터 2010년 6월 5일까지 연구자와 대상자의 일대일 면접 방식으로 실시하였으며 총 84명의 자료 중 78부가 최종 분석에 사용되었고, 수집된 자료는 SPSS WIN 12.0 프로그램을 이용하여 각 변수의 실수와 백분율, 평균과 표준편차를 산출하였다. 또한 일반적 특성 및 질병관련 특성에 따른 우울, 가족지지 및 재활동기는 t-test와 ANOVA로, 우울, 가족지지 및 재활동기간의 상관관계는 Pearson's correlation으로, 우울과 가족지지에, 입원기간이 재활동기에 미치는 영향은 multiple regression analysis를 이용하여 분석하였다.

본 연구의 결과를 요약하면 다음과 같다.

- 1) 우울은 평균 16.28(±9.3.8)점이었고, 가족지지는 평균 38.15(±8.384)이었으며, 재활동기 평균은 105.38(±15.483)점이었다.

- 2) 연구 대상자의 일반적 특성, 질병관련 특성에 따른 우울정도는 성별, 결혼상태, 동거인, 가족 경제수준, 현재 간병인, 입원기간, 출혈량, 마비부위, 마비부위의 근력정도에 따라 유의한 차이를 보였다.
- 4) 대상자의 일반적 특성, 질병관련 특성에 따른 가족지지는 결혼 상태, 동거인, 가족경제수준, 가족경제적 부담인, 현재 간병인, 마비정도에 따라 유의한 차이를 보였다.
- 5) 대상자의 일반적 특성, 질병관련 특성에 따른 재활동기는 결혼상태, 동거인, 가족 경제수준, 현재 간병인, 입원기간, 출혈량, 마비정도에 따라 유의한 차이를 보였다.
- 6) 출혈성 뇌졸중 초기 환자의 우울, 가족지지, 재활동기간의 관계는 가족지지와 우울과는 $r=-.631(p<.01)$ 로 가족지지가 높을수록 우울이 낮았고, 가족지지와 재활동기와는 $r=.775(p<.01)$ 로 가족지지가 높을수록 재활동기가 높았다. 또한 우울정도와 재활동기와는 $r=.818(p<.01)$ 로 우울정도가 높을수록 재활동기가 낮았다.
- 7) 출혈성 뇌졸중의 초기 환자의 우울 가족지지가 재활동기에 미치는 영향은 설명력이 총분산의 77.9%를 설명하고 있으며 F값은 86.719로 통계적으로 유의하였다. 또한 총 가족 지지($B=.439, p<.001$)가 높을수록 재활동기가 높아졌고, 총 우울($B=-.512, p<.001$)이 높을수록 재활동기가 낮았다. 그리고 입원기간($B=-.130, p<.05$)이 길어질수록 재활동기가 낮았다.
- 재활동기에 영향력이 큰 순서는 우울, 가족지지, 입원 기간 순으로 나타났다.

2. 제언

본 연구의 결과를 근거로 다음과 같은 제언을 하고자 한다.

1. 연구결과의 일반화를 위해 다양한 규모의 보다 많은 출혈성 뇌졸중 환자를 대상으로 반복연구를 제언한다.
2. 본 연구의 결과를 토대로 출혈성 뇌졸중 초기 환자를 대상으로 재활동기를 증진시킬 수 있는 간호중재를 개발할 것을 제언한다.
3. 출혈성 뇌졸중 초기 환자의 재활동기에 우울 및 가족지지가 중요한 영향을 미치는 요인이므로 조기 재활을 위한 재활동기를 증진시키기 위한 전략에서 우울을 낮추고 가족의 지지를 높일 수 있는 요소가 고려되어야 한다.
4. 입원 초기에 재활동기가 가장 높으므로 입원과 동시에 재활동기를 증진시키는 간호중재의 개발이 요구된다.
5. 본 연구의 결과를 토대로 출혈성 뇌졸중 환자를 대상으로 재활동기를 증진하기 위한 간호중재를 개발하고 중재하여 추후 대상자의 신체마비 정도를 개선하고 우울증으로의 이환을 감소시키는 효과를 가져오는 실험연구의 시도를 제언한다.

참고문헌

- 강복희 (2000). 뇌졸중 후 편마비 환자의 가족지지와 일상생활동작 수행과의 관계 분석. 연세대학교 석사학위논문.
- 강현숙 (1984). 재활강화교육이 편마비 환자의 자가간호 수행에 미치는 효과에 관한 실험적 연구. 연세대학교 박사학위논문.
- 구본권 & 김효선(1983). 재활동기 수준과 그 변화에 대한 연구. *재활연구*, 9, 49-54.
- 구승신 (1993). 척수장애인의 재활동기에 영향을 미치는 요인에 관한 연구. 이화여자대학교 석사학위논문.
- 권삼숙 (2001). 뇌졸중환자의 재활동기에 영향을 미치는 요인에 관한 연구. 계명대학교 석사학위논문.
- 권은희 (2003). 뇌졸중 환자의 재활동기에 관한 연구; 개인 및 가족지지 요인을 중심으로. 이화여자대학교 석사학위논문.
- 김경태, 강민정, 이환녕, 안제두, 조창원, & 배지호 (2003). 뇌졸중 환자의 퇴원 당시 기능상태와 임상요인. *대한재활의학회지*, 27(3), 300-308.
- 김달수 외 14인 (2001). *신경외과학*. 서울: 대한신경외과학회.
- 김도훈 (2002). 혈관성 우울증. *신경정신의학*, 41(4), 603-611.
- 김선옥 (2009). 척수손상환자의 사회적 지지와 재활동기와의 관계. 한양대학교 석사학위논문.
- 김세주, 김도훈, 최낙경, 김현철, 문유선, 김홍철, & 정찬승 (2003). 급성 뇌졸중 환자에서 우울 및 불안 증상에 영향을 미치는 요인. *대한노인병학회지*, 7(3), 230-242.
- 김소선 (1992). 뇌졸중 환자를 돌보는 가족의 경험에 관한 연구. 연세대학교 박사학위논문.
- 김승규 (2002). 뇌졸중환자 가족의 전문요양시설 이용욕구에 관한 연구. 연세대학교 석사학위논문.

- 김양순 (2003). 여성암환자가 지각하는 가족지지와 절망감과의 관계. 고신대학교 석사학위논문.
- 김은경 (2007). 뇌졸중 재활치료 환자의 퇴원 후 재입원에 대한 추적연구. 연세대학교 석사학위논문.
- 김인자, 서문자, 김금순, 조남옥, & 최희정 (2000). 뇌졸중 후 우울에 영향을 미치는 요인. *성인간호학회지*, 112(1), 147-162.
- 김정화, 강현숙, 김원옥, 왕명자, & 장정미 (2006). 재가 뇌졸중 환자의 삶의 질에 영향을 미치는 요인. *재활간호학회지*, 9(1), 49-55.
- 김지영 (2003). 뇌혈관장애인과 척수장애인의 우울 및 스트레스에 따른 재활동기 비교. 충남대학교 석사학위논문.
- 김진호 & 한태륜(2004). *재활의학*. 서울: 군자출판사.
- 김형선 (2009). 뇌졸중 환자의 우울, 재활동기, 일상생활동작이 삶의 질에 미치는 영향. 한양대학교 석사학위논문.
- 김혜숙 (2003). 한방병원 뇌졸중환자의 삶의 질과 자기효능감, 가족지지와의 관계 연구. 동의대학교 석사학위논문.
- 김효명 (2005). 뇌졸중환자의 일상생활동작 수행, 우울 및 사회적 지지가 삶의 질에 미치는 영향. 한양대학교 석사학위논문.
- 대한뇌졸중학회 (2005). *뇌졸중과 생활습관, 뇌졸중의 위험인자, 뇌졸중과 치매, 뇌와 뇌혈관 구조, 뇌졸중의 종류 및 원인, 뇌졸중 초기 치료의 중요성*. Retrieved May 4, 2010, from <http://www.stroke.or.kr/community/pds>.
- 대한뇌졸중학회 (2009). 뇌졸중 재활치료를 위한 한국형 표준 진료지침. *대한뇌신경재활학회지*, 2(1), 1-38.
- 대한신경외과학회 (2004). *신경외과학(개정2판)*. 서울: 중앙문화사.
- 문석우, 서정석, 남범우, & 최진영 (2004). 뇌졸중 후 우울증. *건국의과학학술지*, 14, 42-52.
- 민성길 (2006). *최신정신의학(제5판)*. 서울: 일조각.
- 박경호 (2007). 뇌졸중 환자의 일상생활동작 수행과 우울 및 불안과의 관련성. 아주대학교 석사학위논문.

- 박상욱, 이희진, 이원배, & 황경태 (1999). 뇌졸중 환자의 일상생활동작 수행능력과 인지기능, 불안, 스트레스, 우울정도의 관련성. *대한재활의학회지*, 23(1), 1-8.
- 박영숙 (2002). 뇌졸중 환자의 재활동기에 영향을 미치는 요인. *대한보건협회학술지*, 28(1), 21-30.
- 박용경 (2005). 두경부암 환자의 기능상태, 우울과 가족지지. *중앙간호학회지*, 5(1), 31-39.
- 박정숙 (2001). 척수장애인에 대한 가족지지가 재활동기에 미치는 영향. 동국대학교 석사학위논문.
- 박창숙, 최순섭, 오종영, 박병호, 김기욱, 김재우, et al. (2002). 뇌실질내의 확산강조영상 소견. *대한자기공명외과학회지*, 6(1), 21-27.
- 박창일 & 문재호 (2007). *재활의학*. 서울: 한미의학.
- 박형인 (2004). 근로자가 지각한 우울, 자기효능감, 사회적 지지가 작업생산성에 미치는 영향.-생산근로자를 중심으로- 연세대학교 석사학위논문.
- 서문자, 강현숙, 임난영, 오세영, & 권혜정 (2000). *재활의 이론과 실제(개정판)*. 서울: 서울대학교출판부.
- 서정진, 정광우, 정용연, 강형근, & 김태선 (2002). 뇌출혈의 확산강조 자기공명영상. *대한방사선의학회지*, 47(1), 1-7.
- 손복심 (2005). 재가 뇌졸중노인의 재활동기에 영향을 미치는 요인에 관한 연구. 한림대학교 석사학위논문.
- 손연정 & 박영례 (2005). 만성질환자의 가족지지, 자기 효능감 및 자가 간호수행간의 관계. *성인간호학회지*, 17(5), 793-801.
- 신상수 (2005). 뇌졸중 재활서비스 개선을 위한 실증적 연구. 상명대학교 박사학위논문.
- 양경순 (2004). 뇌졸중 환자를 위한 아침체조가 우울과 재활동기에 미치는 효과. 경희대학교 석사학위논문.
- 유영대 (2001). 출혈성 뇌졸중과 허혈성 뇌졸중의 위험인자 비교분석 : 흡연, 음주, 비만, 식습관을 중심으로. 조선대학교 석사학위논문.
- 이동엽 (2005). 뇌졸중환자의 재활동기 관련요인에 관한 연구. 건양대학교 석사학

위논문.

- 이은현, 정영혜, 김진선, 송라운, & 황규윤 (2006). *보건통계분석*. 서울: 군자출판사.
- 이옥선 (2000). 척수장애인이 인지하는 사회적 지지와 재활동기간의 관계. 카톨릭대학교 석사학위논문.
- 이화진 & 이명선 (2004). 통원 뇌졸중 환자의 우울 및 가족 지지가 재활 동기에 미치는 영향. *재활간호학회지*, 7(2), 231-237.
- 장순욱 (1994). 척수마비 장애인 재활동기 증진을 위한 사회사업가의 개입에 관한 연구. 중앙대학교 석사학위논문.
- 정영숙 (2008). 심리교육 집단 상담이 뇌졸중 노인의 우울과 심리적 안녕감에 미치는 효과. 카톨릭 대학교 석사학위논문.
- 정현주(2000). 뇌졸중 환자의. 추후 관리가 주 간호제공자의 삶의 질에 미치는 영향. 전남대학교 석사학위논문.
- 최선애, 박시운, 최유남 & 장순자 (2004). 만성 뇌졸중환자의 삶의 질에 영향을 미치는 요인. *대한뇌졸중학회지*, 6(2), 156-161.
- 최스미 (2005). 뇌졸중 후 후유증: 피로, 우울, 감정조절 장애, 분노 조절 장애를 중심으로. *간호학의 지평*, 2(1), 76-91.
- 최영희 (1983). 지지적 간호중재가 가족지지행위와 환자역할 행위에 미치는 영향에 관한 연구. 연세대학교 박사학위논문.
- 한영애 (2004). 뇌졸중 후 편마비 환자의 특성에 따른 일상생활동작 수행, 가족지지, 및 우울정도의 차이 분석. 연세대학교 석사학위논문.
- 한혜숙 (2001). 장애인의 재활동기 측정도구 개발. 한양대학교 박사학위논문.
- 한홍무, 염태호, 신영우, 김교현, 윤도준, & 정근재(1986). Beck Depression Inventory의 한국판 표준화 연구-정상집단을 중심으로-. *신경정신의학회지*, 25(3), 487-500.
- 황옥남, 김인숙, 이명숙, 임선옥, 정추자 & 홍은영 (2006). *인간과 재활*. 서울: 현문사
- Bake, W., Feldt, K., & Feibel, J. (1983). Community surveillance of stroke in under 70years old: contribution of uncontrolled hypertension. *American*

Journal of Public health, 73, 260-5.

- Beck, A., Ward, C., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- Bradley, W. G. (1993). MR appearance of hemorrhage in the brain. *Radiology*, 189, 15-26.
- Carpenter, J. O. (1974). Changing roles and disagreement in families disabled husbands. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 55, 272-280.
- Carson, A., MacHale, S., Allen, K., Lawrie, S., Dennis, M., & House, A., et al. (2000). Depression after stroke and lesion location : a systematic review. *Lancet*, 356, 122-126.
- Cifu, D. & Stewart, D. (1999). Factors affecting functional outcome after stroke: a critical review of rehabilitation interventions. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 80(5 Suppl 1), S 35-9.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38(5), 300-314.
- Cott, E. M. & James, J. E. (2008). Role of the family support person during resuscitation. *Nursing Standard*, 23(9), 43-47.
- Desrosiers, J., Bourbonnais, D., Noreau, L., Rochette, A., Brabo, G., & Bourget, A. (2005). Participatio after stroke compared to normal aging. *Journal Rehabilitation Medicine*, 37, 353-357.
- Donahue, R., Abbott, R., Reed, D., & Yano, K. (1986). Alcohol and hemorrhagic stroke: the Honolulu Heart Study. *Journal of the American Medical Association*, 255(17), 2311-2314.
- Fewel, M. E., Thompson, B. G., & Hoff, J. T. (2003). Spontaneous Intracerebral Hemorrhage : a Review. *Neurosurg Focus*, 15(4), 1-16.
- Hackett, M. L., Yapa, C., Para, V., & Anderson, C. S. (2005). Frequency of depression after stroke; a systemic review of observational studies.

- Stroke*, 36, 1330-1340.
- Hafen, K., Jastrow, J., Nubling, R., & Bengel, J. (2001). Development of a patient questionnaire for assessment of motivation for rehabilitation (PA-REMO). *Rehabilitation (Stuttg)*, 40(1), 3-11.
- Hayes, S. & Carroll, S. (1986). Early intervention care in the acute stroke patient. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 67(5), 319-321.
- Holmqvist, L. W. & von Koch, L. (2001). Environmental factors in stroke rehabilitation. *British Medical Journal*, 322, 1501-1502.
- Hous, A., Dennis, M., Mogridge, L., Warlow, C., Hawton, K., & Jones, L. (1991). Mood disorders in the year after first stroke. *British journal of psychiatry*, 158, 83-92.
- Hymovich, D. C. (1974). Incorporating the family into care. *Journal of the New York State Nurses Association*, 5(1), 9-10.
- Intercollegiate Stroke Working Party (2004). *National clinical guideline for stroke, 2nd edition*. London: Royal College of Physicians.
- Khan, F. (2004). Poststroke depression. *Clinical practice*, 33(10), 831-834.
- Lidell, E. (2002). Family support- a burden to patient and caregiver. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 1, 149-152.
- Maclean, N., Pound, P., Wolfe, C., & Rudd, A. (2002). The concept of patient motivation: a qualitative analysis of stroke professional's attitudes. *Stroke*, 33, 444-448.
- Madden, S., Hopman, W. M., Bagg, S., Verner, J., & O'Challaghan C. J. (2006). Functional status and health-related quality of life during inpatient stroke rehabilitation. *American Journal Physical Medicine and Rehabilitation*, 85(10), 831-838.
- Okkonen, E. & Vanhanen, H. (2006). Family support, living alone and subjective health of a patient in connection with a Coronary artery bypass surgery. *Heart and Lung*, 35(4), 234-244.

- Miller, K. E. (2002). Can family support improve stroke recovery? *American Family Physician*, 81, 881-887.
- Morris, T. L. & Edwards, L. (2006). Family caregivers. Lubkin, I. M., & Larsen, P. D.(Eds.), *Chronic illness: Impact and Interventions, sixth edition* (pp253-284). Massachusetts: Jones and Bartlett Publishers.
- Musicco, M., Emberti, L., Nappi, G., & Caltagirone, C. (2003). Early and long-term outcome of rehabilitation in stroke patients: The role of patient characteristics, time of initiation, and duration of interventions. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 84(4), 551-558.
- Nannetti, L., Paci, M., Pasquini, J., Lombardi, B., & Taiti, P. G. (2005). Motor and functional recovery in patients with post-stroke depression. *Disability and rehabilitation*, 27(4), 170-175.
- Nour, K., Laforest, S., Gauvin, L., & Gignac, M. (2006). Behavior change following a self-management intervention for house bound older adults with arthritis: an experimental study. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 3(12), 1-13.
- Palmer, S., Glass, T. A., Palmer, J. B., Loo, S., & Wegener, S. T. (2004). Crisis intervention with individuals and their families following stroke: A model for psychosocial service during inpatient rehabilitation. *Rehabilitation Psychology*, 49(4), 338-343.
- Philip, A., John, W., & Norris. (1997). Modern stroke prevention cerebrovascular disease. *Vascular Health and Risk Management*, 3(6), 95-103.
- Presciutti, M. (2006). Nursing Priorities in caring for Patients with Intracerebral Hemorrhage. *Journal of Neuroscience Nursing*, 38(4), 296-315.
- Rakel, R. E. (1977). *Principle of family medicine*. Philadelphia: Saunders Co.
- Robinson, R. G. & Price, T. R. (1982). Post-stroke depressive disorders: a follow-up study of 103 patients. *Stroke*, 13, 635-641.
- Seppo, J., Matti, H., & Heikki, P. (1995). Risk factors for spontaneous

- intracranial hemorrhage. *Stroke*, 26, 1558-1564.
- Sinyor, D., Amato, P., Kaloup, D. G., Becker, R., Goldenberg, M., & Coopersmith, H. (1986). Post-stroke depression : Impairment coping strategies and rehabilitation outcome. *Stroke*, 17, 1102-1107.
- Tapp, D. M. (2004). Dilemmas of family support during cardiac recovery : Nagging as a gesture of support. *Western journal of Nursing Research*, 26(5), 561-580.
- Thompson, S., Greenberg, G., & Meade, T. (1989). Risk factor for stroke and myocardial infarction in women in United Kingdom as assessed in the general practice: a case control study. *British Heart Journal*, 61, 403-409.
- Tiller, J. W. G. (1992). Post stroke depression. *Psychopharmacology*, 106, 130-133.
- Vines, S. W., Gupta, S., Whiteside, T., Dostal-Johnson, D., & Hummler-Davis, A. (2003). The relationship between chronic pain, immune function, depression and health behaviors. *Biological Research for Nursing*, 5(1), 18-29.

부록 1.

표 1-1. 대상자의 일반적 특성

(n=78)		
특성	구분	빈도(%)
성별	남성	45(57.7)
	여성	33(42.3)
연령	40세-55세	9(11.5)
	56세-65세	22(28.2)
	66세-75세	38(48.7)
	76세 이상	9(11.5)
학력	무학	23(29.5)
	초졸(중퇴포함)	27(34.6)
	중학교졸업(중퇴포함) 이상	18(23.1)
	고졸(중퇴포함)	9(11.5)
	대졸(중퇴포함) 이상	1(1.3)
종교	기독교	27(34.6)
	불교	19(24.4)
	천주교	10(12.8)
	무교	21(26.9)
	기타	1(1.3)
결혼상태	배우자(또는 동거)	51(65.4)
	이혼/별거	5(6.4)
	사별	20(25.6)
	미혼	2(2.6)

표 1-1. 계속
(n=78)

특성	구분	빈도(%)
동거인	가족과 함께 산다	51(65.4)
	부부만 산다	15(19.2)
	혼자 산다	7(9.0)
	기타	5(16.4)
가족 경제수준	상(350만원 이상)	12(15.4)
	중(136-350만원)	48(61.5)
	하(135만원 이하)	18(23.1)
가족 경제적 부담인	본인	23(29.5)
	배우자	16(20.5)
	자녀	32(41.0)
	기타	7(9.0)
발병 전 직업유무	없다	37(47.4)
	있다	41(52.6)
치료비 부담	본인	26(33.3)
	배우자	16(20.5)
	자녀	30(38.5)
	기타	6(7.7)
간병인	배우자	26(33.3)
	부모/자녀	10(12.8)
	간병인	34(43.6)
	기타	8(10.3)

부록 2.

표 1-2. 대상자의 질병관련 특성

(n=78)		
특성	구분	빈도(%)
입원기간	급성기	36(46.2)
	아급성기 초기	24(30.8)
	아급성기 후기	18(23.0)
질병형태	자발성 뇌실질내 출혈	70(89.7)
	지주막하 출혈	8(10.3)
병변부위	전두엽	2(2.6)
	측두엽	6(7.7)
	두정엽	2(2.6)
	후두엽	1(1.3)
	뇌간과 소뇌	5(6.4)
	시상과 뇌기저핵	61(78.2)
	기타	1(1.3)
출혈량	5CC 미만	10(12.8)
	5CC 이상 10CC 미만	17(21.8)
	10CC 이상 15CC 미만	28(35.9)
	15CC 이상 20CC 미만	18(23.1)
	20CC 이상-25CC 미만	5(6.4)
마비부위	오른쪽	30(38.5)
	왼쪽	38(48.7)
마비 정도 (가장 심한 부위)	마비가 없다	10(12.8)
	Grade 1	6(7.7)
	Grade 2	18(23.1)
	Grade 3	22(28.2)
	Grade 4	21(26.9)
	Grade 5	11(14.1)

표 1-2. 계속

(n=78)

특성	구분	빈도(%)
다른 질병 유무	당뇨병	5(6.4)
	고혈압	21(26.9)
	심장질환	1(1.3)
	고지혈증	1(1.3)
	둘이상 [†]	31(39.7)
약물복용	없다	19(24.4)
	있다	4(5.1)
	없다	73(93.6)
	기타	1(1.3)
뇌졸중 가족력	있다	11(14.1)
	없다	67(85.9)
흡연	했다	17(21.8)
	안했다	34(43.6)
	과거 흡연을 하였으나 금연하였다	27(34.6)
음주	했다	28(35.9)
	안했다	50(64.1)
재활치료 유무	재활치료실에서 받는다	11(14.1)
	재활치료사가 와서 받는다	21(26.9)
	내가 원치 않아서 하지 않고 있다.	3(3.8)
	아직 받지 않고 있다.	43(55.1)
재활치료에 대한	전혀 그렇지 않다	47(60.3)
발병 후 전문가의	별로 그렇지 않다	14(17.9)
정보제공 여부	약간 그런 편이다	13(16.7)
	매우 그렇다	4(5.1)
재활치료에 대한	전혀 그렇지 않다	42(53.8)
발병 전 정보제공	별로 그렇지 않다	23(29.5)
	약간 그런 편이다	11(14.1)
	매우 그렇다	2(2.6)

[†] : 당뇨, 고혈압

부록 3.

표 1-3. 마비 부위에 따른 마비 정도

(n=78)

특성	구분	Grade 1	Grade 2	Grade 3	Grade 4	Grade 5
		n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)
마비부위	오른쪽	1(3.3)	12(40.0)	9(30.0)	8(26.7)	0(0.0)
	왼쪽	5(13.1)	6(15.8)	13(34.2)	13(34.2)	1(2.6)
	마비가 없다	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	10(100.0)
전체		6(7.7)	18(23.1)	22(28.2)	21(26.9)	11(14.1)

부록 5.

연구 설문지번호

--	--	--

설문지

안녕하십니까?

저는 연세대학교 일반대학원 간호학과(중환자 전문간호사과정)에 재학 중인 학생으로 연세대학교 원주기독병원 신경외과에 근무 중인 간호사입니다.

본 설문지는 출혈성 뇌졸중 환자의 우울, 가족지지와 재활동기와의 관계를 파악하기 위한 것이며 이를 바탕으로 하여 출혈성 뇌졸중 환자의 재활과 일상생활로의 회복을 증진하기 위한 재활간호의 방향성을 제시하기 위한 자료로 사용하고자 합니다.

응답하실 때에는 자신의 상황을 가장 적절하게 표현하고 있는 항목을 선택하여 주시기 바랍니다.

환자분께서 응답해 주신 내용은 출혈성 뇌졸중 환자의 보다 효과적인 재활치료를 위한 순수한 연구목적으로만 사용될 것이며, 개인의 비밀은 반드시 지킬 것임을 약속드립니다.

귀한 시간을 내어 연구에 협조해 주심을 진심으로 감사드립니다.

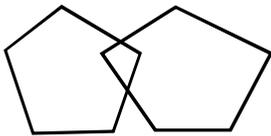
연구자 : 연세대학교 일반대학원 간호학과 문 학 희

MMSE-K

Mini-Mental State Exam (Korea)

항목			점수	항목		점수	
지남력	시간 (5점)	년	0 1	기억회상 (3점)	나무	0 1	
		월	0 1		자동차	0 1	
		일	0 1		모자	0 1	
		요일	0 1	이름대기	연필	0 1	
		계절	0 1		열쇠	0 1	
	주소 (4점)	나라	0 1	언어기능 (7점)	명령시행	오른손으로 종이를 잡고	0 1
		시(도)	0 1			반으로 접어서	0 1
		구(군)	0 1			무릎위에 올려 놓으세요	0 1
		동(면)	0 1		오각형	겹쳐 그리기	0 1
	장소 (1점)	현재장소	0 1		반복	백문이 붙여일건	0 1
기억등록 (3점)	나무	0 1	이해 및 판단 (2점)		웃은 왜 빨아 입습니까?	0 1	
	자동차	0 1			길에서 주민등록증을 주었을때 어떻게 하면 주인에게 돌려줄 수 있겠습니까?	0 1	
	나무	0 1					
주의집중 및 계산 (5점)	100 -7	0 1	무학 : 시간 지남력 +1				
	-7	0 1	주의 집중력과 계산능력 +1				
	-7	0 1	언어기능 +1				
	-7	0 1					
	-7	0 1					
총점:						/30	

(그림 그리기)



읽기: 눈을 감습니다. 쓰기 :

II. 질병관련 특성

연구자

1. 현재 입원하신지 며칠째 이십니까? (_____)
2. GCS score는 얼마입니까? (_____)
3. MMSE-K 점수는 얼마입니까? (_____)
4. 뇌졸중의 질병형태는 어떠하십니까?
(1)자발성 뇌실질내 출혈 (2)뇌실내 출혈
(3)지주막하 출혈 (4) 기타(_____)
5. 뇌졸중의 병변부위는?
(1)전두엽 (2)측두엽 (3)두정엽 (4)후두엽 (5)뇌간과 소뇌
(6)시상과 뇌기저핵
6. CT or MRI image 검사상 출혈량은 얼마정도입니까?
(1)5cc미만 (2) 5cc이상 10cc미만 (3)10cc이상 15cc미만
(4)15cc 이상 20cc 미만 (5)20cc이상 25cc 미만
7. 귀하의 마비부위는 어느부위에 있습니까?
(1)오른쪽 (2)왼쪽 (3)양쪽 모두 (4)마비가 없다
8. 귀하의 마비의 정도는 어느정도입니까?
(1)오른쪽 팔 ()
(2)오른쪽 다리()
(3)왼쪽 팔 ()
(4)왼쪽 다리 ()
9. 출혈 병변의 위치는 어디입니까?
(1)오른쪽 (2)왼쪽 (3)양쪽 다

♣ 다음은 귀하의 일반적인 사항에 관하여 묻는 질문입니다. 해당란에 “V” 표시하거나 직접 기입하여 주십시오.

1. 귀하의 성별은 어떻게 되십니까? (1)남자 (2)여자
2. 귀하의 연령은 만으로 몇 세이십니까? 만 ()세
3. 귀하의 교육수준은 어떻게 되십니까?
 (1)무학 (2)초등학교졸업(중퇴포함) (3)중학교 졸업(중퇴 포함)
 (4)고등학교 졸업(중퇴포함) (5)대학교 졸업(중퇴포함)이상 (6) 기타 ()
4. 귀하의 종교는 어떻게 되십니까?
 (1)기독교 (2)불교 (3)천주교 (4)무교 (5)기타()
5. 귀하의 결혼 상태는?
 (1)배우자(또는 동거) (2)이혼/별거 (3)사별 (4)미혼
6. 귀하는 현재 누구와 함께 살고 있습니까?
 (1)가족과 함께 산다 (2)부부만 산다 (3)혼자 산다 (4)친척과 살고 있다
 (5)시설에 있다 (요양원 등) (6)기타()
7. 귀하 가족의 경제적 수준은 어떻게 됩니까?
 (1)상(350만원 이상) (2)중(136만원~350만원) (3)하(135만원 이하)
8. 귀하 가족의 경제적 부담은 누가 하고 있습니까?
 (1)본인 (2)배우자 (3)부모 (4)자녀
 (5)국가나 자원봉사 단체 등으로부터 경제적 지원을 받고 있다 (6)기타()
9. 발병 전 귀하의 직업은 어떻게 되십니까?
 (1)없다 (2)학생 (3)주부 (4)회사원 (5)공무원 (6)사업 및 자영업
 (7)판매직 및 서비스직 (8)생산직 근로자 및 일일노동자 (8)무직
 (9)전문직 (10)기타()
10. 귀하의 치료비를 부담하는 분은 누구이십니까?
 (1)본인 (2)배우자 (3)자녀 (4)부모 (5)기타()
11. 현재 귀하를 주로 돌보고 있는(간병하는) 분은 누구이십니까?
 (1)배우자 (2)부모 (3)자녀 (4)간병인 (5)나 자신 (6)기타()
12. 귀하가 돌아가시는데 가장 믿고 의지 할 수 있는 사람은 누구라고 생각하십니까?
 (1)배우자 (2)자녀 (3)형제·자매 (4)기타()

♣ 다음은 귀하의 질병 관련 특성에 관하여 묻는 질문입니다. 해당란에 “V” 표시하거나 직접 기입하여 주십시오.

1. 뇌졸중 외에 귀하가 갖고 있는 질병은 무엇입니까? (해당 질병에 모두 체크하십시오)
 (1)당뇨병 (2)고혈압 (3)심장질환 (4)고지혈증 (5)없다 (6)기타(_____)
2. 귀하는 현재 상기 질병으로 인한 약 외에 복용하고 계신 약물이 있습니까?
 (1)있다 (2)없다
 -있다면 어떠한 약물입니까?(해당약물에 모두 체크하십시오)
 (1)폐경후 호르몬 치료약
 (2)경구용 피임약
 (3)마약(코카인, 헤로인, 암페타민등)
 (4)기타(_____)
3. 귀하는 뇌졸중에 대한 가족력이 있습니까?
 (1)있다 (2)없다
4. 귀하는 뇌졸중 전에 흡연을 하셨습니까?
 (1)했다(1일: 갑) (2)안했다 (3)과거 흡연을 하였으나 금연하였다.
 -흡연을 하셨다면 얼마동안 하셨습니까?
 (1)5년 이내 (2)5년 (3)15년 (4)20년 (5)25년 (6)30년 (7)30년 이상
5. 귀하는 뇌졸중 전에 음주를 하셨습니까?
 (1)했다(1주일: 회/ 소주 병정도) (2)안했다
 -음주를 하셨다면 얼마동안 하셨습니까?
 (1)5년 이내 (2)5년 (3)15년 (4)20년 (5)25년 (6)30년 (7)30년 이상
6. 귀하는 현재 재활치료를 받고 계십니까?
 (1)재활 치료실에 가서 받고 있다.
 (2)재활치료사가 병실로 찾아와서 침대에서 받고 있다.
 (3)재활치료를 받으라고 했으나 내가 원치 않아서 하지 않고 있다.
 (4)아직 재활치료를 받지 않고 있다.

♣ 다음은 뇌졸중 후에 재활을 위하여 자신의 생각과 행동이 얼마나 일치하는지를 알아보는 것입니다. 자신의 생각이 바로 표현된 것에 "V"를 표시하여 주십시오.

문항	내용	매우 그렇다	약간 그런 이다	별로 그렇 지않 다	전혀 그렇 지않 다
1	나는 건강상태가 좋지 않아 일상생활에 제약을 받는다.				
2	나는 혼자서는 아무것도 할 수 없기 때문에 도움이 필요하다.				
3	나의 고통이 나를 끊임없이 괴롭힌다.				
4	나에게 고통이나 병이 생기면 가족들은 평소보다 더 많은 관심을 가진다.				
5	나는 육체적 고통을 심하게 느끼고 있다.				
6	나는 회복하는 것에 대해 거의 희망을 가지지 않는다.				
7	내가 앞으로 어떻게 해야 할지 생각하면 머리가 너무 아프다.				
8	나에게 고통이 생기면 누군가가 평소보다 나를 더욱 돌본다고 생각한다.				
9	나는 앞으로 흡연, 단 음식, 기름기 많은 음식 등은 섭취하지 않을 것이다.				
10	나의 생활방식은 건강상의 문제와 별 관련이 없다.				
11	나는 재활치료를 통해서 도움을 받을 수 있을지 불확실하다.				
12	나는 종종 내 고통에 대해 생각한다.				
13	나는 다시 건강해지기 위해서 내 생활방식을 바꿔야 한다.				
14	나는 내 건강과 관련된 태도(육체적 활동, 영양, 흡연, 음주)를 바꾸고 싶다.				
15	나는 주위사람들과 재활치료에 대해 자주 이야기 한다.				
16	재활 후에 나는 다시 어떠한 일이든 할 수 있다.				
17	나는 재활치료에 대해 전문가에게서 상세한 정보를 듣는다.				
18	나는 완전히 회복되지 않더라도 행복하고 만족하게 살 수 있다.				
19	나는 나의 고통을 더 이상 혼자서 감당할 수 없다.				

(계속)

문항	내용	매우 그렇다	약간 그런 편이다	별로 그렇지 않다	전혀 그렇지 않다
20	나의 고통이 일상생활을 방해한다.				
21	나는 정신적으로 부담을 느낀다.				
22	나는 혼자서는 감당해 나갈 수 없는 육체적 문제가 있다.				
23	나의 고통에도 불구하고 나는 아주 만족한다.				
24	나는 정신적 고통에 심하게 시달리고 있다.				
25	나는 나 자신을 바꾸기로 결정했다.				
26	나는 재활치료에 대해 회의적이다.				
27	나는 재활치료를 받은 후에 상태가 호전되리라고 믿는다.				
28	나는 운동을 많이 할 것이다.				
29	내가 아플 때면 나를 돌봐줄 사람이 있다.				
30	나는 이전에 재활치료에 대한 정보를 얻었다.				
31	나는 육체적으로 고통받고 있다고 느낀다.				
32	나는 나의 육체적 고통에 대해 어쩔 수 없다고 느낀다.				
33	나는 정신적인 문제를 혼자서 극복할 수 없다.				
34	내가 아플 때면 나의 주위사람들은 더 세심하게 배려를 해준다.				
35	나의 가족은 나의 재활치료가 꼭 필요하다고 생각한다.				
36	나는 현재 상황을 벗어나기 위해 모든 방법을 동원한다.				
37	내가 이전에 한 모든 일들이 건강을 해쳤다.				
38	나의 고통은 다른 대부분의 사람들이 갖고 있는 것보다 심하지 않다.				
39	내가 재활치료를 받는 것은 나 스스로의 노력에 의한 것이다.				
40	나의 고통이 줄어들 것이라는 확신감이 부족하다.				
41	나는 내 삶을 완전히 바꾸고 싶다.				
42	나의 고통 때문에 가족들은 훨씬 세심하게 배려한다.				
43	나는 재활치료에 성공한 사람을 알고 있다.				
44	나는 내 자신이 바뀌어야 할 것이 많다고 생각한다.				

♣ 각 문항은 모두 네 개의 문항으로 이루어져 있습니다. 뇌졸중 발병 후 입원해 있는 동안 귀하의 기분과 상태를 잘 생각해 보시고, 이를 가장 잘 나타내는 문장번호에 "V" 표시하여 주십시오.

문항	번호	내용
1	0	나는 슬프지 않다.
	1	나는 슬프다.
	2	나는 항상 슬프고 기운을 낼 수 없다.
	3	나는 너무나 슬프고 불행해서 견딜 수가 없다.
2	0	나는 앞날에 대해서 별로 낙담하지 않는다.
	1	나는 앞날에 대해서 용기가 나지 않는다.
	2	나는 앞날에 대해서 기대할 것이 아무것도 없다고 느낀다.
	3	나는 앞날을 아주 절망적이고 나아질 가망이 없다고 느낀다.
3	0	나는 실패자라고 느끼지 않는다.
	1	나는 보통 사람들보다 더 많이 실패한 것 같다.
	2	내가 살아온 과거를 되돌아보면 실패 투성인 것 같다.
	3	나는 인간으로서 완전한 실패자라고 느낀다.
4	0	나는 전과 같이 일상생활에 만족하고 있다.
	1	나의 일상생활은 예전처럼 즐겁지 않다.
	2	나의 요즘에는 어떤 것에도 별로 만족을 얻지 못한다.
	3	나의 모든 것이 다 불만스럽고 지겹다.
5	0	나는 특별히 죄책감을 느끼지 않는다.
	1	나는 죄책감을 느낄 때가 많다.
	2	나는 죄책감을 느낄 때가 아주 많다.
	3	나는 항상 죄책감에 시달리고 있다.
6	0	나는 별을 받고 있다고 느끼지 않는다.
	1	나는 어쩌면 별을 받을지도 모른다는 느낌이 든다.
	2	나는 별을 받을 것 같다.
	3	나는 지금 별을 받고 있다고 느낀다.
7	0	나는 나 자신에 대해 실망하지 않는다.
	1	나는 나 자신에게 실망하고 있다.
	2	나는 나 자신에게 화가 난다.
	3	나는 나 자신을 증오했다.
8	0	나는 자살 같은 것은 생각하지 않는다.
	1	나는 자살할 생각은 하고 있으나, 실제로 하지는 않을 것이다.
	2	나는 자살하고 싶다.
	3	나는 기회만 있으면 자살하겠다.
9	0	내가 다른 사람보다 못한 것 같지는 않다.
	1	나는 나의 약점이나 실수에 대하여 나 자신을 탓하는 편이다.
	2	내가 한 일이 잘못되었을 때는 언제나 나를 탓한다.
	3	일어나는 모든 나쁜 일들은 다 내 탓이다.
10	0	나는 요즘 예전보다 더 울지는 않는다.
	1	나는 요즘 예전보다 더 많이 운다.
	2	나는 요즘 항상 운다.
	3	나는 전에는 울고 싶을 때 울 수 있었지만 요즘은 울레야 울 기력조차 없다.

문항	번호	내용
11	0	나는 요즈음 예전보다 더 짜증을 내는 편은 아니다.
	1	나는 요즈음 예전보다 더 쉽게 짜증이 나고 귀찮아진다.
	2	나는 요즈음 항상 짜증스럽다.
	3	전에는 짜증스럽던 일에 요즈음은 너무 지쳐서 짜증조차 나지 않는다.
12	0	나는 다른 사람들에 대한 관심을 잃지 않고 있다.
	1	나는 전보다 다른 삶들에 대한 관심이 줄어들었다.
	2	나는 다른 사람들에 대한 관심이 거의 없어졌다.
	3	나는 다른 사람들에 대한 관심이 없어졌다.
13	0	나는 평소처럼 결정을 잘 내린다.
	1	나는 결정을 미루는 때가 전보다 많다.
	2	나는 전에 비해 결정을 내리는 데에 더 큰 어려움을 느낀다.
	3	나는 더 이상 아무 결정도 내릴 수가 없다.
14	0	나는 전보다 내 모습이 더 나빠졌다고 느끼지 않는다.
	1	나는 나이 들어 보이거나 매력 없어 보일까봐 걱정한다.
	2	나는 내 모습이 매력 없게 변해 버렸다고 느낀다.
	3	나는 내가 추하게 보인다고 믿는다.
15	0	나는 전처럼 일을 할 수 있다.
	1	어떤 일을 시작하려면 특별히 더 많은 노력이 든다.
	2	무슨 일이든 하려면 나 자신을 매우 심하게 채찍질해야 한다.
	3	나는 전혀 아무 일도 할 수 없다.
16	0	나는 평소처럼 잠을 잘 잘 수 있다.
	1	나는 전처럼 잠을 자지 못한다.
	2	나는 전보다 한두 시간 일찍 깨고 다시 잠들기 어렵다.
	3	나는 평소보다 몇 시간이나 일찍 깨고 다시 잠들 수 없다.
17	0	나는 평소보다 더 피곤하지 않다.
	1	나는 전보다 더 쉽게 피곤해진다.
	2	나는 무엇을 해도 언제나 피곤해진다.
	3	나는 너무나 피곤해서 아무 일도 할 수 없다.
18	0	내 식욕은 평소와 다름없다.
	1	나는 요즈음 전보다 식욕이 좋지 않다.
	2	나는 요즈음 식욕이 많이 떨어졌다.
	3	요즈음에는 전혀 식욕이 없다.
19	0	요즈음 체중이 별로 줄지 않았다.
	1	전보다 몸무게가 2kg 가량 줄었다.
	2	전보다 몸무게가 5kg 가량 줄었다.
	3	전보다 몸무게가 7kg 가량 줄었다.
20	0	나는 건강에 대해 전보다 더 염려하고 있지는 않다.
	1	나는 여러 가지 통증, 소화불량, 변비 등과 같이 신체적인 문제로 걱정하고 있다.
	2	나는 건강이 매우 염려되어 다른 일은 생각하기 힘들다.
	3	나는 건강이 너무 염려되어 다른 일은 아무것도 생각할 수 없다.
21	0	나는 요즈음 성(sex)에 대한 관심에 별다른 변화가 있는 것 같지는 않다.
	1	나는 전보다 성(sex)에 대한 관심이 줄었다.
	2	나는 전보다 성(sex)에 대한 관심이 상당히 줄었다.
	3	나는 성(sex)에 대한 관심을 완전히 잃었다.

♣다음은 뇌졸중 발병 후 가족에 대하여 귀하가 귀하의 가족에게서 느끼는 바를 잘 생각해보시고 해당란에 "V" 표시하여 주십시오.

문항	내용	전혀 그렇지 않다	대체로 아니다	잘 모르겠다	대체로 그렇다	항상 그렇다
1	가족은 나에게 회복될 수 있다고 용기와 격려를 준다.					
2	가족은 내가 불편하지 않도록 도와준다.					
3	가족은 나를 아끼고 사랑한다.					
4	가족은 나를 귀찮은 존재로 생각한다.					
5	가족은 내가 지루하지 않도록 많은 이야기를 해준다.					
6	나는 나를 아끼고 사랑한다.					
7	가족은 경제적인 문제 때문에 나를 부담스러워 한다.					
8	가족은 나의 의견을 존중해 준다.					
9	가족은 나와 집안일을 의논한다.					
10	가족은 나에게 헌신적인 도움을 준다.					
11	가족은 내가 외로워하거나 괴로워 할 때 지지해 준다.					

----- ♥♥ 수고하셨습니다. ♥♥ -----

ABSTRACT

Relationship among depression, family support, and rehabilitation motive in patient with acute or subacute hemorrhagic stroke

Moon, Hak Hee
Department of Nursing
The Graduate School
Yonsei University

A descriptive correlation design was used in this study to examine the degree and relationship of depression, family support, and rehabilitation motive in hospitalized patients with an acute or sub-acute hemorrhagic stroke.

The participants were 78 people admitted to one of 3 general hospitals located in Gangwon Province. Data collection was done from March 15 to June 5, 2010.

The research instruments were the Depression scale developed by Beck(1961) and revised by Kim Hyung-Sun(2009), the Family support scale developed by Cobb(1976) and revised by Kang Heon-Sook(1984), and the Rehabilitation motive scale developed by Hafen et al.(2001) and revised by Kweon Sam-Seok(2001).

Frequencies, percentages, means with standard deviation, t-test, ANOVA, Pearson correlation coefficients, and multiple regression analysis with the SPSS PC 12.0 for windows program were used for data analysis.

The results were as follows:

1. The mean scores were 16.28 for depression, 38.15 for family support, and

105.38 for rehabilitation motive.

2. There were significant differences in depression according to gender, marital status, family living arrangements, satisfaction with economic status, main care-giver, number of hospital days, amount of hemorrhaging, affected side of body, and muscular strength on affected side.

There were significant differences in family support according to marital status, family living arrangements, satisfaction with economic status, main fee provider, main care-giver, and muscular strength on affected side.

There were significant differences in rehabilitation motive according to marital status, family living arrangements, satisfaction with economic status, main care-giver, number of hospital days, amount of hemorrhaging, and muscular strength on affected side.

3. Correlations for depression, family support and rehabilitation motive were as follows:

Depression had a significant negative correlation with family support and rehabilitation motive. Family support had a significant positive correlation with rehabilitation motive.

The main predicting factors for rehabilitation motive in the participants were depression, followed by family support, and number of hospital days in that order. These three variables explained 77.9% of the variance for rehabilitation motive.

The findings of this study indicate that lowered depression and greater family support or patients with acute or sub-acute hemorrhagic stroke could result in stronger rehabilitation motive and greater family support could lower depression. As the main factors affecting rehabilitation motive of patients with acute or sub-acute hemorrhagic stroke were found to be depression, family support and number of hospital days, the development of nursing interventions to improve rehabilitation motive should focus on preventing depression

increasing family support and reducing the number of hospital days.