동의신경정신과 학회지
J. of Oriental Neuropsychiatry
Vol. 17. No. 2, 2006

뇌졸중 환자의 우울과 수용간의 관계

장하정, 서주희, 김자영, 성우용* 임호제** 김진원 *** 김수연****
국립의료원 한방신경정신과* 침구과** 한방내과*** 동신대학교 순천병원 한방신경정신과****

A Study on Relationship between the Post-stroke Depression and Acceptance.

Hajeong Jang, Joohee Seo, Jayeong Kim, Wooyong Sung*
Hojea Lim**, Jinwon Kim*** Suyeon Kim****
.Dept. of Oriental Neuropsychiatry, National Medical Center.*
Dept. of Korean Acupuncture and moxibustion, National Medical Ceneter.**
Dept. of Oriental Internal Medicine, National Medical Ceneter.***
Dept. of Oriental Neuropsychiatry, Dongshin University****

Abstract

Objective : We aimed to study the relationship between the post-stroke depression and acceptance of the stroke.

Method : For this study, 80 stroke patients were surveyed by using questionnaires for CES-D, acceptance for stroke, and social support.

Result & Conclusion :

1. Acceptance for stroke varied inversely as the post-stroke depression.
2. The acceptance for the stroke appeased the negative influence caused by the stress of the stroke, and the post-stroke depression was the biggest predictable variant. And location of the stroke were the predictable variants of the post-stroke depression.
3. When the gender, location of the stroke, motor power, age, period of stroke, and social support were controlled, the group with depression and the one without depression had a significant difference in the acceptance of the stroke.

Key Words : the post-stroke depression, acceptance, CES-D

◆ 투고일: 4/10, 수정일 7/13, 채택일: 7/14
교신저자 : 장하정, 서울시 중구 을지로 6가 18-79번지 국립의료원 한방진료부 한방신경정신과
Tel : 02-2260-7454, E-mail : addio797@hanmail.net

Ⅰ. 緖 論

뇌졸중은 국내 3대 사인 중의 하나로 그 발생빈도가 점차 증가되고 있다. 게다가 우리나라도 점차 노령화 사회로 진입함에 따라, 그 발생빈도는 더욱 급격히 증가할 것으로 예상된다.[1)]

뇌졸중이 발병할 경우 환자의 18%가 사망하며 회복되어도 편마비, 언어장애, 감각장애, 기억력장애 등 운동 및 인지기능에 후유증이 남아 계속적인 재활이 요구된다.[2)]

뇌졸중의 재활을 방해하는 주요 요인은 뇌졸중 후 우울증으로, 뇌졸중 후의 신경학적, 신경심리적 손상의 효과를 증폭시키며, 뇌졸중 환자의 삶의 질을 떨어뜨리고[3)], 뇌졸중 환자의 다방면의 기능수준과 인지 수행 수준에 부정적 영향을 미치며, 신체 능력의 악화를 야기한다.[4)]

뇌졸중 후 우울증은 단순한 정신적 문제에 그치는 것이 아니다. 뇌졸중 환자의 우울증을 치료하면 환자의 일상생활 활동 수준이 개선된다는 연구 결과도 있어 뇌졸중 후 우울증에 대한 치료는 환자의 궁극적인 예후도 변화시킬 가능성이 있다.[5)] 따라서 뇌졸중 후 우울증에 대한 치료의 중요성이 부각되고 있다.

뇌졸중 후 우울증은 발병 시기에 따라 크게 두 부류의 환자들, 즉 뇌졸중에 걸린 직후 나타나는 환자들과, 6개월 정도의 시간이 흐른 후에 증세를 보이는 환자들로 나눌 수 있다. 이들 간의 우울증의 발생요인이 다를 가능성이 있고, 실제로 뇌졸중 후 우울증의 발생 기전에 대해 크게 두 가지의 견해가 대립되고 있다.

첫 번째는 뇌졸중이 직접 기분에 관여하는 신경회로에 작용한다는 생물학적 기전이고, 다른 관점은 뇌졸중과 관련된 사회-정신-생리적 스트레스가 우울증의 원인이라는 심리학적 기전이다.[6)]

먼저, 생물학적 기전의 근거는 다음과 같다.

(1) 논란이 되고는 있지만, 뇌졸중의 발병 부위, 특히 좌전방부의 손상이 뇌졸중 후 우울증의 발생과 밀접히 연관된다는 연구가 많다.

(2) 우울증은 장애 정도가 비슷한 다른 신체 질환보다도 뇌졸중 후에 더 잘 발생한다.[6)]

(3) 자신의 신경학적 결손을 모르는 상태, 다시 말해 뇌졸중으로 인해 발생한 신체적 불편을 느끼지 못하는 상태의 환자에서 우울증이 발생한 경우가 보고되어, 우울증이 신체적 불편에 의한 이차적 문제로 설명할 수 없는 경우가 있었다[6)].

이와 비슷하게, 좌측 내포(internal capsule) 부위의 열공성 경색(lacunar infarction) 병변이 있는 환자에게, 병변 발생 직후 성격의 변화와 함께 우울증이 발생하였는데, 환자는 자신의 정서 변화를 인식하지 못하고 있어, Iftah와 Anjan[7)]은 이 환자의 뇌졸중 후 우울증은 심리학적 기전 모델 보다는, 생물학적 기전 모델이 더 잘 설명해 줄 수 있을 것이라고 제안했다.

(4) 뇌졸중 후 우울증은 일반적인 우울증과 그 양상이나 치료에 대한 반응이 다르다. 뇌졸중 후 우울증은 그 정도가 심하더라도 자기 비하의 행동 혹은 자살에 이르는 경우는 거의 없으며, 일반적인 우울증 환자에 비해 세로토닌 선택적 재흡수 억제제에 대한 반응이 좋지 않다.[5)]

심리학적 기전의 근거는 다음과 같다.

(1) 뇌졸중 후 우울증과 관련 있는 뇌손상 부위는 아직 명확히 밝혀지지 않았으며, 뇌졸중의 발병부위가 뇌졸중 후 우울증의 발생과 연관된다는 연구결과는 잘 재현되지 않아, 뇌졸중 후 우울증과 뇌손상 부위는 관련이 없다는 연구결과들도 있

다.

(2) 뇌졸중 발병 전 우울증 과거력이 있던 사람이 뇌졸중 후 우울증에 더 잘 걸리며, 유의미하지는 않지만 뇌졸중 후 주요 우울증이 발병한 여성은 우울증이 없는 여성에 비해 정신과적 질환의 가족력이 많았다.[8)]

(3) 뇌졸중 후 우울증과 일반적인 우울증에서 우울증의 양상이나 투약 치료의 반응이 다르다는 사실이 정확히 증명된 것은 아니다[5)].

(4) 뇌졸중으로 인한 일상 활동의 수준, 의존도, 사회적 지지, 사회적 활동의 감소, 독거, 신경증적 경향성 등이 뇌졸중 후 우울증에 영향을 미치는 요인들이다.

하지만 이러한 이분법적 사고는 통합적 개념을 강조하는 현대 정신의학의 질병 개념과 부합되지 않아, 생물학적 기전과 심리적 기전을 통합한, 생물-심리-사회적 모형이 그 발병 기전에 적용되는 것이 최근의 경향이다.[6)]

수용은 인지행동치료의 새로운 흐름에서 주목받고 있는 개념 중 하나로, 인지 행동 치료의 전통 내에서의 제 3의 흐름이라 할 수 있는 변증법적 행동치료 (Dialectical Behavior Therapy), 함수관계분석 심리치료 (Functional Analysis Psychotherapy), 통합적 부부행동치료(Integrative Behavior Couple Therapy), 알아차림 인지치료 (Mindfulness - Based Cognitive Therapy), 수용 - 전념치료 (Acceptance & Commitment Therapy), 알아차리기를 활용한 중독치료법, 수용과 알아차리기 기법을 활용한 범 불안 장애 치료 등 다수의 치료기법들이 대두되고 있으며, 이러한 치료법들은 정서나 인지의 직접적인 변화보다는 사적 경험(private experience)의 수용이라는 맥락의 변화를 도모한다는 공통점을 지니고 있다.[9)] 이러한 수용의 개념은 새로운 것이 아니라 동양철학과 현대 심리학의 이론에서 강조되었던 것이다.[10)]

수용에 대한 선행연구자들의 정의를 살펴보면, Cordova와 Kohlenberg[11)]는 수용을 혐오자극으로 인해 생기는 정서를 견디는 것이라 하였다. Radley[12)]는 수용을 개인이 스트레스를 받을 때 환경을 통제하려는 비효율적인 시도에 참여하지 않고, 자신의 생활을 바꾸려는 노력에서 나타나는 것이라고 하였으며, Hayes, Jacobson, Follette와 Dougher[13)]는 수용을 현재에 살려고 노력하는 것이고, 동시에 변할 수 없는 과거와 알 수 없는 미래를 걱정함으로써 발생되는 악순환으로부터 개인의 경험을 보호하는 것이라고 하였다.

이러한 수용은 접근-회피 갈등으로 이루어진 상황에서 더욱 유용한데, 회피해온 강화물에 대한 접촉이 증가되어서 보다 새롭고 건설적인 방법으로 문제를 다룰 가능성이 증대되며, 생산적인 활동에 대한 잠재력이 증가하고 부정적인 각성이 감소된다.[14)] 이처럼 수용은 그 자체가 목적이라기보다 삶의 목적을 이룰 수 있도록 힘을 주는 방법이다[9)].

수용은 상황에 따라 그 역할이 적응적일 수도 있고 부적응적일 수도 있다. 스트레스 사건이 성공적으로 다루어질 수 있거나, 스트레스 사건이 통제 가능성이 높은 상황 아래에서는 수용이 부적응적인 기능을 한다. 이런 경우에 수용은 문제 해결을 하기 위한 노력을 포기하는 것을 의미한다.[10)] 하지만 스트레스 사건을 행동 등을 통해 바꾸려 하는 시도가 불가능한 상황, 예를 들어 죽음이나 암, 만성 통증 등의 상황에서는 수용은 매우 적응적일 수 있다. Ute와 Nihal[15)]은 암은 소망이나 행동으로 바꿀 수 있는 스트레스 사건이 아니므로 수용이 적응적인 역할을 한다고 주장하였으며, Park, Cohen과 Murch[16)]의 논문에서는 긍정적 재해석과 수용이 스트레스 관련 대처방법들 중에서 가장 적응적인 역할을 하는 것으로 밝혀졌다.

한의학에서도 수용이라는 단어를 사용한 것은 아니지만, 유사개념을 이용한 정신치료 접근이 있다. 以道療病에서는 병을 치료하고자

하는 자는 먼저 마음을 다스리고 바르게 하여야 하는데, 그러려면 환자로 하여금 마음속에 있는 의심하고 걱정하는 생각, 모든 망령된 생각과 모든 불평, 다른 사람과 나를 구분하는 마음을 버리고 몸과 마음의 집착에서 벗어나 나의 삶과 자연의 법칙이 하나가 되게 한다[17] 하였다. 이는 동양에서 유래된, 명상에 대해 설명할 때 많이 사용되는 마인드풀 상태와 유사한데, 마인드풀 상태의 핵심적 특징은 의식 없는 자동조종 양식(mindless autonomic pilot mode)에서 탈중심화(decentering)되어 지금-여기에 존재하는 것을 깊이 자각하는 것이다. 이는 사적 경험에 대하여 다르게 변화시키려는 노력을 중지하고 원치 않는 것도 있는 그대로 환영하며 수용하는 방식이다.[9] 이처럼 수용은 동양의 정신치료적 접근에서 유래된 개념이지만, 서양의 인지치료에서 이를 흡수하여 여러 스트레스 상황이나 질병 등에 적용하는 연구를 시행해 왔다.

그 결과, 여러 질병에 대해 수용은 적응적인 역할을 하는 것으로 보고된다. 하지만 흔하게 발생하고 한방병원 입원 사유의 대다수를 차지하는 뇌졸중이라는 만성 질환에 대한 연구는 이루어지지 않았다. 따라서 본 연구에서는 뇌졸중의 대표적인 정서적 후유증인 우울과 뇌졸중에 대한 수용이 어떤 관련이 있는지 알아보고자 한다.

Ⅱ. 硏究對象 및 方法

1. 연구대상

본 연구에는 서울, 인천, 청주, 광주, 순천, 목포에 소재하는 한방병원에 입원해 있는 뇌졸중 환자 98명이 참여하였다.

설문지 조사의 한계상 실어증, 언어장애가 심한 환자는 제외하였고, 인지기능의 손상이 의심되는 환자는 주치의가 K-MMSE (Korean version of Mini-Mental State Examination)를 시행해 24점 이상의 환자만을 대상으로 하였다.

환자의 정보가 부족하거나, 무성의한 설문지를 제하였고, 총 80부가 분석에 사용되었다. 그 중 여자가 43명, 남자가 37명이었으며, 평균 연령은 60세였다.

2. 도구

1) 우울측정 : CES-D(Center for Epidemiologic Studies Depression Scale)

본 연구에서는 우울 정도를 측정하기 위해 Radloff가 1977년 개발한 CES-D를 전겸구, 최상진과 양병창[18]이 번안한 통합적 한국판 CES-D를 사용하였다.

전겸구 등(2001)은 국내에서 사용했던 세 가지의 한국판 CES-D 중 30문항을 예비 척도로 구성하여, 아홉 가지의 독립된 분석을 통하여 가장 적절한 20문항을 선정하였고, 이에 대한 신뢰도와 타당도를 검증하여 .91의 내적 일치도를 보였다. 본 연구에서는 Cronbach's α값이 .88이었다.

CES-D에 대한 절단점은 미국에서는 16점이지만, 본 연구에서는 우리나라 임상 환자군을 대상으로 시행한 최적 절단점의 추정 분석을 통해 설정한 25점[19]을 절단점으로 사용하였다.

2) 뇌졸중에 대한 수용 측정

본 연구에서 환자들의 뇌졸중에 대한 수용정도를 측정하기 위해, Geiser가 통증환자들의 수용정도를 측정하기 위해 개발한 만성 통증 수용 질문지 (Chronic Pain Acceptance Questionnaire)를 정연승[10]이 번안한 척도와, Kaiser, Wingate, Freeman과 Chandler가 Linkowski의 장애 수용 척도에서 간추려 구성한 척도를 조아라[20]가 번안한 장애 수용 척도의 문항을 참고로 연구자가 문항의 단어를 뇌졸중 환자에 맞게 수정하여 재구성한 질문지를

사용하였다. 총 12문항으로 구성하였고, 4점 Likert 척도이며, 점수가 높을수록 응답자의 뇌졸중에 대한 수용 정도가 높은 것으로 평가된다. 본 연구에서는 Cronbach's α 값이 .61이었다.

3) 사회적 지지에 대한 측정

본 연구에서는 뇌졸중 환자들의 사회적 지지를 측정하기 위해 태영숙이 개발한 가족지지 측정도구와 의료인지지 측정도구를 김효명[21]이 뇌졸중 환자에게 맞게 수정·보완한 도구를 사용하였다. 5점 Likert 척도로 점수가 높을수록 사회적 지지가 높음을 의미한다. 본 연구에서는 Cronbach's α값이 .94였다.

4) 운동 능력 검사 : 도수(徒手) 근력 검사 (Manual muscle test;MMT)

뇌졸중 환자의 운동 능력에 대한 평가는 Lovertte(1916; 정지영 2002 재인용[22])가 검사자의 도수 저항과 중력에 대항하는 근력을 측정하여 진단, 운동계의 예후 판정, 치료 효과의 평가를 목적으로 개발된 검사도구로 임상적으로 널리 사용되고 있다. 완전 마비는 0, 가시적인 수축이 있으면 1, 중력을 제거한 상태에서 능동운동이 가능하면 2, 중력에 대한 능동운동이 가능하면 3, 약간의 저항에 대한 능동운동이 가능하면 4, 완전저항에 대한 능동운동이 가능하면 5점을 부여한다.

5) 뇌졸중 환자의 병전 성격

본 연구에 참여한 뇌졸중 환자들에게 과거력 상 주요우울증 등의 정신과적 병력은 발견되지 않았으나, 대상 환자들이 대부분 고령이고, 정보의 내용이 환자들의 진술에만 의존하였으므로, 뇌졸중 발병 전의 우울 경향성을 확인하기 위해 밝은 편, 어두운 편, 예민한 편, 적극적인 편, 소극적인 편, 그리고 기타 6가지 중 병전 성격에 해당하는 항목에 중복체크하게 하였다.

3. 연구 절차

본 연구에서는 전국 6개시의 한방병원에 입원해 있는 뇌졸중 환자들을 대상으로, 환자들의 인구 통계학적 특징들과 병전 성격, 우울 측정 질문지 (CES-D), 뇌졸중에 대한 수용, 사회적 지지 척도를 소책자로 구성하여 병실에서 개인별로 실시하였다.

글을 읽을 수 없거나, 우세손의 운동 능력 손상으로 질문지에 표시할 수 없는 경우 담당 주치의나 보호자가 질문지를 읽어주고 대신 표시해주었다. 검사에 소요된 시간은 25~30분 정도였다.

그리고 환자들의 주치의들을 통해 환자의 운동능력과, Brain CT나 Brain MRI를 통해 확진된 뇌졸중 발병부위, 발병경과와 재발여부를 알아냈다.

4. 분석방법

본 연구에서는 뇌졸중 후 우울과 수용간의 상관관계를 알아보기 위해 상관분석을 실시하였고, 뇌졸중 후 우울에 대한 수용의 설명량을 확인하기 위해 중다 회귀 분석을 실시하였으며, 우울의 유무에 따른 수용의 차이를 알아보기 위해 변량분석을 사용하였다.

먼저, 우울과 뇌졸중에 대한 수용간의 상관관계를 살펴본 후, 지금까지 뇌졸중에 영향을 미친다고 알려진 변인들, 즉 성별, 연령, 뇌졸중의 발병 부위, 사회적 지지, 환자의 운동 능력, 뇌졸중 이환기간, 재발 여부, 병전 성격을 통제한 상태에서, 수용이 우울을 어느 정도 설명할 수 있는지, 또한 우울을 가장 잘 설명하는 변인이 무엇인지 알아보기 위해, 단계적 중다 회귀 분석을 실시하였다. 그리고, 우울의 유무에 따라 뇌졸중에 대한 수용에 어떤 차이가 있는지 알아보기 위해, 수용을 제외한 뇌졸중 후 우울증에 영향을 미친다고 알려진 다른 변인들이 비슷한 조건의 환자 18쌍을 추출하여 변량분석을 실시하였다.

본 연구에서 수집된 자료는 상관분석, 회귀

분석, 변량분석을 위해 SPSS for Windows 13.0 을 이용하여 분석하였다.

Ⅲ. 結 果

1. 연구대상의 특성

1) 인구 통계적 특성

본 연구에 참여한 뇌졸중 환자들의 인구 통계적 특성은 다음과 같다. 성별은 남자 37, 여자 43명으로 여자가 남자보다 약간 많았으며, 연령은 50세 이하가 14명, 51~60세가 26명, 61~70세가 26명, 71~80세가 11명, 81세 이상이 3명으로 51세부터 70세 까지가 65%를 차지하였고, 환자의 77.5%가 결혼 상태를 유지하고 있었으며, 교육 수준은 고졸이, 경제 상태는 보통으로 표시한 사람이 가장 많았다.

2) 병전성격, 발병 부위, 운동 능력, 이환기간 및 재발여부 등 뇌졸중 후 우울증 관련 요인 특성

Table 1에는 뇌졸중 환자들의 병전성격, 발병 부위, 운동 능력, 이환기간 및 재발여부를 제시하였다. 질문지의 병전 성격을 묻는 질문에서 기타 란에 표시한 환자들은 모두 성격이 급한 편이었다고 적었으며, 본 연구에 참여한 뇌졸중 환자는 밝은 편과 예민한 편에 가장 많이 표시하였다.

뇌졸중의 발병부위는 우반구인 사람이 좌반구인 사람보다 많았으며, 좌반신 부전마비와 우반신 부전마비 모두 상지와 하지의 운동능력이 약간의 저항에 능동운동이 가능한 수준 이상인 환자들이 가장 많았다. 뇌졸중에 걸린지는 3개월 이내인 환자가 52.5%를 차지했으며, 뇌졸중에 처음 걸린 환자들이 90%, 두 번째 이상 발병한 환자들이 10%였다.

Table 1. Characteristic of patients.

Factor of depression	n=80	proportion
Pre-stroke personality주1)		
sanguine	31	
gloomy	4	
sensitive	31	
active	29	
passive	6	
quick temper	3	
Location of stroke		
left cerebral hemisphere	27	33.75
right cerebral hemisphere	49	61.25
both cerebral hemisphere	1	1.25
cerebellum	2	2.5
normal	1	1.25
Motor power주2)		
left weakness under grade 3	12	15
left weakness 3~4	5	6.25
left weakness over grade 4	20	25
right weakness under grade 3	6	7.5
right weakness 3~4	6	7.5
right weakness over grade 4	18	22.5
normal	3	3.75
Period of stroke		
within 3 month	42	52.5
3month~1year	14	17.5
1year and over	24	30
Relapse of stroke whether or not		
first	72	90
second and over	8	10

주1) 병전성격은 중복체크하게 함.
주2) 상지와 하지 운동능력 중 하나라도 기준에 미흡하면 아랫단계 집단에 넣음(ex. 상지가 5이고 하지가 3인 우반신 부전마비 환자의 경우 우반신 부전마비 3~4 집단에 속함). 3, 4의 의미는 연구방법의 도구에 있는 운동 능력 검사 : 도수 근력 검사 참조.

2. 뇌졸중에 대한 수용과 우울간의 상관분석 결과

본 연구에서 측정한 주요 변인들인 우울과 뇌졸중에 대한 수용 정도간의 상관치를 구하였다. 뇌졸중에 대한 수용 정도와 우울간의 상관계수는 -.46으로 유의미한 부적 상관이 있었다. ($p<.01$) 따라서 뇌졸중에 대한 수용을 많이 하는 환자들은 우울감을 덜 느끼고, 뇌졸중에 대한 수용을 적게 하는 환자들은 우울감을 더 느낄 가능성이 높다. 참고적으로 시행한 상관분석 결과 뇌졸중 이환기간과 수용간에는 유의

미한 상관관계가 없었다.

3. 뇌졸중 후 우울과 뇌졸중에 대한 수용을 포함한 뇌졸중 후 우울에 영향을 미치는 요인간의 회귀분석 결과

뇌졸중에 대한 수용과 대처방법이 뇌졸중 후 우울에 대한 설명력을 가지고 있는지 검증하기 위해, 우울 정도를 종속변인으로 하여 단계적 중다 회귀 분석을 실시하였다. 뇌졸중에 대한 수용 외에도, 성별, 연령, 결혼상태, 교육수준, 경제상태, 사회적 지지, 병전성격, 뇌졸중 발병부위, 운동능력, 뇌졸중 이환기간, 뇌졸중 재발여부를 독립변인으로 하였다. 그 결과는 Table 2에 제시하였다. 분석 결과 뇌졸중 후 우울을 가장 잘 설명하는 변인은 뇌졸중에 대한 수용으로 설명변량은 21%였다, F=20.779, p<.001. 뇌졸중의 발병부위가 뇌졸중에 대한 수용 다음으로 설명량이 높게 나타났다.

Table 2. The influence of the acceptance of the stroke on the depression by regressive analysis.

dependent variable	predict variables	Beta	R2	R2 variation	F variation
depression	acceptance	-.458	.210	.210	20.779***
	location of stroke	.268	.326	.040	4.569*

*p<.05, ***p<.001

4. 우울 유무에 따른 뇌졸중에 대한 수용의 차이 분석 결과

본 연구에서는 우리나라 임상 환자군을 대상으로 시행한 최적 절단점의 추정 분석을 통해 설정한 25점(조맹제, 김계희, 1993)을 절단점으로 사용하였다. 그 결과 총 80명의 뇌졸중 환자 중 26명이 25점 이하의 점수로 비 우울집단에 속했으며, 54명이 25점 초과의 점수로 우울집단에 속했다. 최저 점수는 4점, 최고 점수는 58점이었다. 이 중 연령, 성별, 발병부위와 운동능력, 뇌졸중 이환기간, 사회적 지지 지각 정도가 유사한 우울집단과 비 우울집단의 환자들을 짝지어 18쌍을 선별하여 변량분석을 실시하였다. 우울집단과 비 우울집단의 우울 점수의 평균과 표준편차를 구하여 Table 3에 제시하였다.

Table 3. The mean and standard deviation of depression scale.

	Mean	Standard deviation
depression group (18)	37.83	8.19
non-depression group (18)	14.56	5.90
total	26.19	13.74

우울집단과 비 우울집단의 성별, 발병부위와 운동능력, 연령 뇌졸중 이환기간, 그리고 사회적 지지 지각 정도를 Table 4에 표시하였다. 성별과 발병부위는 두 집단 간 차이가 없었으며, 운동능력은 좌반신, 우반신 부전마비 공히 우울집단이 더 양호함을 알 수 있다. 우울집단과 비 우울집단의 연령과 뇌졸중 이환기간, 사회적 지지에 대한 지각 정도에도 큰 차이가 없었다.

Table 4. comparison between depression group and non-depression group.

	depression group	non-depression group	t
Sex			
Male	10	10	
Female	8	8	
Location of stroke			
Left hemisphere	6	6	
Right hemisphere	12	12	
Motor power			
left weakness under grade 3	1	5	
left weakness 3~4	8	5	
left weakness over grade 4	3	2	
right weakness under grade 3	1	2	
right weakness 3~4	3	3	
right weakness over grade 4	2	1	
Peroid of stroke			
within 3 month	7	6	
3month~1year	8	9	
1year and over	3	3	
Age	59.61(11.12)주1)	64.00(11.62)	1.341
Social support	69.50(11.16)	67.28(8.07)	.469

주1.) 평균(표준편차)

이렇게 우울집단과 비 우울집단에 연령, 성별, 발병부위, 운동능력, 뇌졸중 이환기간, 사회적 지지를 통제한 상태에서 두 집단 간의 수용에 대한 일원변량분석을 실시하였다. 결과는 Table5에 제시되어 있다.

분석 결과 수용의 집단 간 차이가 유의미하였다. 비 우울집단이 우울집단에 비해 뇌졸중에 대한 수용이 유의미하게 높았다.

Table 5. The difference of depression group from non-depression group.

	depression group		non-depressio group		t
	M[주1)]	SD[주2)]	M	SD	
수용	13.67	5.63	17.50	5.37	4.372*

*p<.05
주1) M-평균
주2) SD-표준편차

Ⅳ. 考 察

뇌졸중으로 인한 갑작스러운 장애들로 환자는 일상생활을 위한 신체적 기능이 저하되고 오랫동안 수행이 불가능하여 의존적으로 되며, 지적퇴행, 우울, 좌절, 불안, 걱정 및 심한 분노감 등의 신체적, 정서적 고통을 경험하게 된다(김애리, 1987). 좀 더 구체적으로, 뇌졸중 환자는 편마비로 인해 기동성, 상지기능, 배설기능, 성기능 등 인체의 필수적인 신체기능이 저하되고 감각장애, 기억장애, 정서장애, 기억력 손상 등으로 심리적 불안을 느끼며, 따라서 자아에 대한 위협과 낮은 자존감을 갖게 되고, 의사소통 제한과 함께 사회적인 모든 기능이 저하된다고 한다.[23)]

이러한 일련의 과정의 결과로, 뇌졸중 후에 우울증이 수반될 가능성이 높다. 실제로 뇌졸중 후 우울증의 유병율은 뇌졸중의 발생 기간과 우울증의 진단 준거에 따라 다르나 25%에서 60%에 이른다고 보고된다.[24)] 우리나라에서 외래 환자를 대상으로 한 뇌졸중 후 우울증의 빈도는, DSM-Ⅳ와 BDI의 절단점 13점을 사용하였을 때 18% 정도였다.[25)]

이에 본 연구에서는 뇌졸중 후 우울 정도와 뇌졸중에 대한 수용간의 관계를 파악하여, 뇌졸중에 대한 수용이 뇌졸중 후 우울에 미치는 영향을 추론하고자 하였다. 그 결과는 다음과 같다.

뇌졸중에 대한 수용은 뇌졸중 후 정서에 긍정적인 영향을 준다. 뇌졸중에 대한 수용은 뇌졸중 후 우울과 유의미한 부적 상관을 맺고 있었으며, 뇌졸중 환자의 우울집단과 비 우울집단 간의 변량분석에서도 비 우울집단이 유의미하게 뇌졸중에 대한 수용 정도가 높은 것으로 나타났다. 즉, 뇌졸중에 대한 수용은, 뇌졸중으로 인해 발생하는 신체적, 정신적 스트레스가 정서에 미치는 부정적인 영향을 중재하는 역할을 하였다. 이러한 결과는 질병에 대한 수용이 적응 과정에서 매우 중요한 요소가 되며, 낮은 수용으로 인해 높은 심리적 불편감이 야기된다는 Zalewska 등[26)]의 연구와 일치한다. 또한 수용은 심리적 안녕감에 부정적인 영향을 주는 높은 스트레스를 중재한다는 김소희[27)]의 연구결과와도 일맥상통한다. 본 연구의 결과에 따르면, 뇌졸중에 대한 수용은 지금까지 뇌졸중 후 우울에 영향을 미친다고 알려진 요인들을 통제한 상태에서도, 뇌졸중 후 우울을 가장 잘 설명하는 변인으로, 뇌졸중 후 우울의 21%를 설명할 수 있었다. 이는 뇌졸중에 대한 수용은 성별, 연령, 결혼상태, 교육수준, 경제상태, 사회적 지지, 병전성격, 뇌졸중 발병부위, 운동능력, 뇌졸중 이환기간, 뇌졸중 재발여부에 관계없이 뇌졸중 후 우울을 중재하며, 그 영향력 또한 다른 어떤 뇌졸중 후 우울 관련 변인들보다 크다 할 수 있겠다. 또한 이 결과는 뇌졸중 후 우울증의 발병기전 중 심리적 모델을 지지하는 결과라 할 수 있다. 게다가, 연령, 성별,

발병부위, 운동능력, 뇌졸중 이환기간, 사회적 지지를 통제한 상태에서 실시한 우울집단과 비우울집단 간의 변량분석에서도 뇌졸중에 대한 수용에서 유의미한 집단간 차이를 보여 뇌졸중 후 발생하는 부정적 정서의 중재요인으로서 뇌졸중에 대한 수용의 역할과 영향력이 거듭 증명되었다. 하지만, 뇌졸중의 발병부위가 좌반구인 것 또한 우울에 대해 유의미한 설명력을 지니고 있어, 뇌졸중 후 우울증의 발생기전에 생물학적 측면 역시 간과할 수 없다.

본 연구의 의의는 다음과 같다. 본 연구는 뇌졸중 후 우울증에 뇌졸중에 대한 수용이 미치는 영향에 대해 분석한 연구로, 뇌졸중 후 우울증의 치료에 중요한 임상적인 함의를 제공한다. 뇌졸중 후 우울증의 치료는 약물치료가 주를 이루고, 일부 인지치료가 이루어지고 있으나, 우리나라에서는 전적으로 약물치료에 의존하고 있다. 따라서 뇌졸중 후 우울증에 대한 다양한 치료적 개입과 예방에 도움이 될 것이다. 특히 최근 인지치료에서 주목받고 있는 치료 중 하나인 수용-전념치료의 활용 가능성이 제기된다.

이러한 연구의 의의에도 불구하고 본 연구가 가지는 제한점은 다음과 같다.

첫째, 본 연구에서는 1회의 질문지 작성만을 시행하여 뇌졸중의 경과에 따른 뇌졸중에 대한 수용과의 차이를 관찰하지 못하였으며, 뇌졸중 후 우울증의 발생에 영향을 미칠 수 있는, 뇌졸중 발병 이전의 여러 혼입 요인들을 파악하지 못하였다. 따라서 뇌졸중 발병 이전부터 뇌졸중 발병 후 장기간에 걸친 연구가 필요하다 하겠다. 특히, 본 연구에서는 뇌졸중의 이환기간을 3개월 이전의 급성기와 3개월에서 1년 사이의 아급성기, 1년 이상의 만성기 이렇게 세 가지로만 분류하여 뇌졸중에 대한 수용과의 상관관계를 알아본 바 유의미한 상관관계가 없었지만, 뇌졸중의 이환기간이 뇌졸중에 대한 수용에 미칠 영향이 있을 것으로 추측되는 바, 이에 대한 장기간의 추적 연구가 필요하다.

둘째, 본 연구에 참여한 뇌졸중 환자는 실어증이 있거나, 언어장애가 심하거나, 인지기능이 손상된 환자를 제외한 환자들로, 증세가 비교적 중하지 않은 환자들이 많이 포함되어 있다. 따라서 증세가 더 중한 환자들을 대상으로 한 연구에서는 어떤 결과가 발생할 지 확인하는 추후 연구가 필요하겠다.

셋째, 본 연구에서는 자기보고식 질문지를 사용하여 환자에게 정보를 얻어, 실제 관찰에서도 본 연구 결과와 동일한 결과가 도출될 지 의문이다. 따라서 실제로 환자를 관찰하는 연구 방법을 이용한 연구가 필요하겠다.

넷째, 뇌졸중에 대한 수용이 본 연구에서 중요한 변인인데, 본 연구에서 사용한 뇌졸중에 대한 수용 척도의 Cronbach's α가 .61로 그리 높지 않아, 신뢰도의 문제가 있을 가능성이 있다. 따라서 뇌졸중에 대한 수용의 다차원적인 연구를 통한 척도의 개발이 필요하겠다. 같은 맥락에서, 정연승[10] 조아라[20]의 척도와 이를 재구성해 만든 본 연구의 수용척도 간의 상관관계를 살펴볼 필요가 있겠다.

다섯째, 본 연구는 상관연구로 인과적 방향성에 대한 결론을 내리기 어려워, 뇌졸중에 대해 수용하는 뇌졸중 환자들이 우울하지 않았다고 해석할 수도 있지만, 거꾸로 우울하지 않은 사람들이 자신의 장애를 더 수용한다고 해석할 수도 있다. 따라서 향후 적절한 설계를 통한 추가 연구를 통해 인과적 방향성을 명확히 할 필요가 있겠다.

Ⅴ. 結 論

본 연구는 뇌졸중 후 우울 정도와 뇌졸중에 대한 수용에 어떤 관계가 있는지 알아보는 연구이다.

연구에는 실어증이 있거나, 언어장애가 심하

거나, 인지기능이 손상된 환자는 제외하고 총 80명의 뇌졸중 환자가 참여하였으며, CES-D 우울 질문지와, 뇌졸중에 대한 수용 질문지, 사회적 지지 질문지를 사용하여 다음과 같은 결론을 얻었다.

1. 뇌졸중 후 우울과 뇌졸중에 대한 수용의 관계를 상관분석으로 알아본 결과, 우울과 수용은 부적 상관이 있었다.
2. 뇌졸중에 대한 수용이 뇌졸중 후 우울에 미치는 영향을 회귀분석으로 알아보았다. 뇌졸중에 대한 수용은 뇌졸중으로 발생하는 스트레스가 뇌졸중 후 발생하는 부정적 정서에 미치는 영향을 중재하였으며, 뇌졸중 후 우울에 대한 설명력이 가장 큰 예언변인이었다. 그리고 뇌졸중의 발병부위가 좌반구인 것 또한 뇌졸중 후 우울의 예언변인이었다.
3. 뇌졸중 후 우울 유무에 따른 뇌졸중에 대한 수용의 차이를 변량분석으로 알아보았다. 그 결과 성별, 발병부위와 운동능력, 연령, 뇌졸중 이환기간, 그리고 사회적 지지를 통제한 상태에서 우울집단이 비 우울집단에 비해 뇌졸중에 대한 수용 정도가 유의미하게 적었다.

이러한 연구 결과들을 종합하면, 뇌졸중에 대한 수용은 뇌졸중 후 정서에 긍정적인 영향을 주므로, 뇌졸중 후 우울증의 예방과 치료에 수용이라는 개념을 이용한 여러 정신치료를 사용할 수 있을 것으로 사료된다.

參 考 文 獻

1. 김금순, 서현미, 강지연. 재가 뇌졸중 환자를 위한 자조관리프로그램이 일상활동, 근육강도, 우울 및 삶의 만족도에 미치는 효과. 재활간호학회지, 2000;3(1):108-117.
2. 서문자. 편마비 환자의 퇴원 후 적응상태와 관련요인에 대한 분석적 연구. 서울대학교 대학원. 1988.
3. 김향구, 오경자. 뇌졸중 후의 우울증 -유병율과 경과 및 뇌손상 부위와의 관련성에 관한 문헌개관. 한국심리학회지:임상, 1996;15(1):217-234.
4. Philip L. P. Morris, Beverley Raphael and Robert G. Robinson. Clinical depression is associated with impaired recovery fron stroke. The Medical Journal of Austrailia, 1992;157, August (17):239-242.
5. 김종성. 뇌졸중 후 발생하는 감정장애 : 우울, 불안, 감정조절장애, 분노조절장애 그리고 피로. 대한신경과학회지, 2005;23(1):1-8.
6. 이승환, 정한용. 노인에서 뇌신경계 질환과 우울증. 노인정신의학, 2003;7(2):131-142.
7. Iftah Biran, Anjan Chatterjee. Depression with anosognosia following a left subcortical stroke. Clinical Neurology and Neurosurgery, 2003;105:99-101.
8. Sergio Paradiso, Robert G. Robinson. Gender Differences in Poststroke Depression. The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neuroscience, 1998;Winter, 10(1):41-47.
9. 문현미. 인지행동치료의 제3동향. 한국심리학회지: 상담 및 심리치료, 2005;17(1):15-33.
10. 정연승. 건강통제소재와 통증수용, 통증대처가 통증환자의 적응에 미치는 영향. 가톨릭대학교 대학원, 2004.
11. Cordova, J. V., & Kohlenberg, R. J. Acceptance and therapeutic relationship. In S. C. Hayes, N. S. Jacobson, V. M. Follette, & M. J. Dougher (Eds.), Acceptance and change: Content and context in Psychotherapy. 1994;Reno, NV:Context press.
12. Radley, A. Making sense of illness: The social psychology of health and disease.

1994;London: Sage.
13. Hayes, S. C. A contextual approach to therapeutic change. In N. S. Jacobson (Ed.), Psychotherapists in clinical practice: Cognitive and behavioral perspectives. 1987;New York:Guilford Press.
14. Blackledge, J. T., & Hayes, S. C. Emotion regulation in acceptance and commitment therapy. JCLP/In session: Psychotherapy in Practice, 2001;57:243-355.
15. Ute, S., Nihal, E. M. Turning the tide: Benefit finding after cancer surgery. Social Science & Medicine, 2004;59:653-662.
16. Park, C. L., Cohen, L. H., & Murch, R. L. Assessment and prediction of stress-related growth. Journal of Personality, 1996;64:71-105.
17. 구병수. 한의학의 정신치료(정신분석 측면). 동의신경정신과학회지 2003;14(2):1-14.
18. 전겸구, 최상진, 양병창. 통합적 한국판 CES-D 개발. 한국심리학회지: 건강, 2001;6(1):59-76.
19. 조맹제, 김계희. 주요우울증환자 예비평가에서 the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale(CES-D)의 진단적 타당성 연구. 신경정신의학, 1993;32(3):381-397.
20. 조아라. 자기초점화주의가 장애수용과 우울감에 미치는 영향: 지체장애인을 중심으로. 연세대학교대학원, 1997.
21. 김효명. 뇌졸중 환자의 일상생활동작 수행, 우울 및 사회적 지지가 삶의 질에 미치는 영향. 한양대학교 행정대학원, 2005.
22. 정지영. 편마비성 견관절 아탈구에서 상완골두 전방전위의 방사선학적 평가 및 임상적용. 이화여자대학교 대학원, 2002.
23. 김이순. 뇌졸중환자의 희망. 대한간호학회지, 1996;27(1):212-227.
24. Monica Astrom, Rolf Adolfsson, Kjell Asplund. Major Depression in Stroke patients: A 3-year longitudinal study. Stroke, 1993;24(7):976-982.
25. Kim J. S., Choi-Kwon S. Poststroke depression and emotional incontinence: correlation with lesion location.Neurology, 2000;54:1805-1810.
26. Zalewska A., Miniszewska J., Juczynski Z., Chodkiewicz J., Sysa- Jedrzejowska A. Acceptance of Illness in Psoriasis Vulgaris Patient. Journal of Psychosomatic Research, 2004; 56:581-673.
27. 김소희. 스트레스 사건, 인지적 정서조절전략과 심리적 안녕감간의 관계. 가톨릭대학교 대학원, 2004.