

## 中風患者의 後遺症에 따른 Stress 知覺反應에 對한 調查研究

원광대학교 한의과대학 신경정신과학교실

朴宰賢, 柳泳秀

### I. 緒 論

韓醫學에서 中風에 대한 최초의 記錄으로는 <<素問, 虛實論>><sup>1)</sup>에 “凡治 ... 仆擊, 偏枯... 肥貴人則膏粱之工.”라 하여 “擊仆”와 “偏枯” 등을 中風 急性期 및 後遺症의 대표적인 病名으로 제시한 以來 歷代 醫家들에 의해서 임상상 가장 큰 비중을 두어 다루었다<sup>2)</sup>.

中風의 病因을 살펴보면 <<素問, 生氣通天論>><sup>1)</sup>에 “陽氣者 大怒即形氣絕而血暈于上 使人薄厥”이라 하여 七情중 大怒가 厥症의 주요 誘發因子라 하였다. 이는 中風의 개념에 대해 清末 西醫學이 전래된 시기 張<sup>3)</sup>은 內經의 厥症이 內中風에 해당되는 腦充血이 되어 東西醫學을 연결시키기도 하였다. 病理過程으로서 心, 肝, 腎의 陰陽失調과 肝風內動을 들 수 있는데, 過極하고 七情所傷으로 인한 肝腎陰虛와 心火, 肝亢으로 인한 肝風暴脹이 주된 病理現象으로서 한의학에서는 七情이 中風의 誘發要因 및 病理變化에 高相關性을 가지고 있다고 하였다<sup>2,4)</sup>.

現代醫學에서도 腦卒中은 전 세계를 통하여 중요한 原因중의 하나로서 우리나라에서는 食생활의 서구老齡인구의 증가등으로 그 발생빈도가 증가하고 있다<sup>5)</sup>. 뿐만아니라 腦卒中의 後遺障碍로는 腦血管의 異으로 인한 局所的인 神經障碍이외에도 認智機能의 下降, 性格의 變化, 妄想이나 幻覺과 같은 情緒의 問題 야기시키는 것으로 알려져 있다<sup>7-9)</sup>.

現在까지 腦卒中의 情緒障碍에 관한 연구는 大腦半病所部位와 연관된 우울증에 대한 報告가 대부분

으로서 Bolla-wilson<sup>10)</sup>은 腦卒中으로 인한 憂鬱症은 認智機能이나 運動機能 障碍에 영향을 준다고 하였고, 病所部位와 관련하여 Robinson<sup>11-13)</sup>과 朴<sup>14)</sup>은 左側 頭蓋內半球上的 腦卒中의 病變이 憂鬱症과 밀접한 影響에 대해 報告하였으며, Bachman<sup>15)</sup>은 腦卒中後 憂鬱症이 日常生活 能力이나 失語症의 심각도, 運動能力 등의 손상정도와는 무관하다고 報告하였다. 반면 Ebrahim<sup>16)</sup>과 sinyor<sup>17)</sup>등은 腦卒中後 情動障碍는 大腦半球上的 左, 右病變과는 무관하며 오히려 患者의 기능적 회복정도의 보다 복잡한 인자들이 관련된 것으로 報告하였다.

일찌기 한의학에서는 질병에 있어서 七情의 變化를 重要시하였는데, <<靈樞, 口問編>><sup>18)</sup>에서 “夫百病之始生也 皆生於風雨寒暑, 陰陽喜怒, 飲食起居處, 大驚卒恐則 氣血分離”라 하여 外感과 情動, 飲食, 起居 등의 影響을 重要시 하였고, 특히 감정적 stress가 지나치면 여러 疾病을 유발하며<sup>19)</sup>, 中風의 病因중에서도 五志 및 七情의 變化가 중요한 影響을 미침을 강조하였다<sup>20)</sup>. 서양에서도 Cannon<sup>21)</sup>와 Selye<sup>22)</sup>에 의해 stress學說이 보급된 이래 개개인에게 발생하는 질병, 가족간의 갈등, 직업, 인간관계 등의 여러 생활사건들 중에서 각각의 心理的 情緒의 意味보다는 平衡狀態의 變化 및 再適應 여부를 stress의 가장 重要한 要因으로 報告 있다<sup>23-25)</sup>. 즉 동일한 stress刺戟이라도 개인이 받아들이는 정도에 따라 다르게 反應하며 stress는 외부환경 자체에 의해서만이 아니라 개인이 그 stress 사건을 어떻게 받아들이는가에 의해서 影響을 받는 것이라고 하였다<sup>26,27)</sup>.

이러한 stress를 객관적으로 評價하는 방법으로는 Linn<sup>28)</sup>의 Global Assessment of Recent stress(GARS)

scale를 고<sup>29)</sup>가 번안한 stress 知覺評價檢査와 트레이서 박사의 stress 체크법<sup>30)</sup>에 의한 신체적, 정신적 stress 反應 정도에 대한 評價가 고안되기도 하였다.

이와같이 腦卒中의 誘發要因 및 각종 後遺症과 관계되는 心理的, 情緒的 變化는 밀접한 관련성이 있으며 특히 腦卒中 後遺症의 機能回復에 患者의 意慾 및 動機誘發등이 중요한 영향을 끼치며 再活治療에 있어서도 患者의 心理 및 情緒狀態를 정확하게 파악하고 對處하는 것이 중요한 意義가 있다고 하겠다<sup>6-8,14)</sup>. 이에 著者는 腦卒中의 後遺症에 대한 보다 적극적인 治療를 목적으로 腦卒中 發病前後의 stress 評價 및 後遺障礙로 인한 言語障礙, 步行障礙, 運動障礙등 제반 요인에 따른 患者 개개인의 日常生活에서 不適應 狀態를 유발하는 stress 知覺反應과의 상관성을 考察하여 다음과 같은 知見을 얻었기에 報告하는 바이다.

## II. 研究方法

### 1. 研究對象

1996년 3월부터 1996년 10월까지 圓光大學校 全州韓方病院 및 서울 하나韓方病院에 入院한 腦卒中患者로 하였으며, 이들중 意識이 전혀 없거나 指力이 없는 경우와 意思傳達이 어려운 患者, 精神科의 病歷을 가졌던 患者, 알콜 및 藥物重毒의 病歷이 있던 患者 등을 除外한 50여명을 選定하여 本 研究의 對象으로 삼았다.

### 2. 研究方法

#### 1) stress 知覺評價

腦卒中 患者의 發病 당시의 心理的인 誘發要因을 評價하기 위하여 Linn<sup>28)</sup>의 Global Assessment of Recent Stress(GARS) scale를 고<sup>29)</sup>가 번안한 stress 知覺評價檢査를 이용하여 發病時點으로부터 일주일 前後에 說問調查를 실시하였으며, 특이한 자극이 전혀 없는 경우를 0점으로 하고 극도의 심한 경우를 9점으로 처리하였다 (Table I. 附錄1).

發病以後 後遺障礙에 따른 stress 反應을 評價하기 위하여 後遺症기로 접어드는 시점인 3주내외에 트레이서

더 박사의 stress 체크법을 조<sup>30)</sup>가 번안한 설문항목을 이용하여 총 32문항중 자각적으로 느끼는 항목에 기입하도록 하였고, 합계 4 개 이상인 경우 stress에 걸려 있다고 판정하였다(附錄2).

Table I. Each scale in Global Assessment of Recent stress

Keys	Scales	Grade*
1	Work, job school ; (스스로 원하던 원치 않던 간에) 일, 직업 및 학교와 관계된 압박감의 정도	
2	Interpersonal ; 대인관계(가족 및 기타 중요한 사람들과의 관계)에 있어서의 압박감의 정도	
3	Change in relationship ; 대인관계의 변화(사망, 출생, 결혼, 이혼 등)로 인한 압박감의 정도	
4	Sickness or injury ; (자신 혹은 타인의)병이나 상해에 의한 압박 감의 정도	
5	Financial ; 금전적인 문제로 인한 압박감의 정도	
6	Unusual happenings ; 일상적인 것이 아닌 사건들(범죄, 자연재해, 우발사고, 이사등)로 인한 압박감의 정도	
7	Change or no change in routine ; 일상생활의 변화 때문에 혹은 변화가 없기 때문에 생기는 압박감의 정도	
8	Overall global ; 지난 일주간 전반적으로 느끼는 압박감의 정도	

\* Grade of stress ; 0 : Not stressed at all.  
 1 : Almost no stress. 2 : Little stress.  
 3 : A little stress 4 : Some stress.  
 5 : Quite stressed. 6 : Much stress.  
 7 : Severly stressed. 8 : Quite severly stressed.  
 9 : Extremely severly stressed.

#### 2) 後遺障礙群 評價分類

調査對象 腦卒中 患者의 分類는 韓方病名, 洋方病名 및 性別, 年齡別, 職業別, 地域別,

再發率, 先行疾患, 同伴疾患로 구분하여 기록하였다. 發病後 腦卒中 자체의 進行이나 腦浮腫의 영향에서 벗어난 後遺症期로 들어서는 時點인 發病後 3周内外에 神經學的 檢査를 시행하여 동반된 後遺障礙中 言語障礙, 步行與否, 運動障礙等을 評價하였다<sup>31,32)</sup>.

韓方病名別의 分類는 歷代 醫家<sup>32,33)</sup>들의 分類를 중심 으로 精神이 明瞭하며 半身無力이 발현된 輕度の 中風

을 中經絡으로, 精神이 明瞭하며 半身不全麻痺가 발현된 重等度의 中風을 中腑로, 半身不遂 및 閉證 或 脫證을 발한 重度의 中風을 中臟으로 분류하여 적용하였다. 洋方病名別 分類는 腦硬塞, 腦出血, 小空硬塞등으로 Brain C-T 所見을 통하여 구분하였다.

運動障礙는 근수축이 없는 정도(G0), 근 수축이 겨우 보이나 관절운동이 안되는 상태(G1)를 半身不遂로, 중력을 없게 하면 부분적 수평운동이 가능한 정도(G2) 및 중력을 이기고 능동적 관절운동이 가능한 정도(G3)를 半身不控麻痺로, 중력과 어느 정도의 저항하에서 능동적 정상관절운동이 가능한 정도(G4) 중력과 충분한 저항하에서도 능동적 정상운동이 가능한 운동정도(G5)를 半身少力으로 구분하였다<sup>34)</sup>.

言語障礙는 正常, 語澁, 不語로 나누었으며, 語鈍等은 語澁으로 統一하였고, 전혀 말을 못하는 경우를 不語로 分類하였다<sup>35)</sup>.

### 3) 統計處理

資料分析은 SPSS/PC+ Package<sup>36,37)</sup>를 사용하여 통계처리하였고, 그룹별 平均點을 比較하기 위하여 T - Test 및 One Way Anova를 시행하였고, 各 變數간의 相關關係를 考察하고자 상관분석을 실시하였으며, 有意水準 P값을 0.05(95%)로 檢證하였다.

## III. 結果

### 1. 調查對象者의 一般의 分布와 GARS 總平均點

#### 1) 調查對象者의 一般의 分布

調查對象者의 一般의인 分布를 살펴보면 年齡別 頻度는 60代가 27例(54.0%)으로 가장 많았고, 50代 9例(18.0), 70代 8例(16.0%), 40代가 5例(10.0%), 30代가 1例(2.0%) 順으로 나타났다. 職業別로는 無가 17例(34.0%)로 가장 많았고, 農業이 13例(26%), 경영자 7例(14.0%), 사무직6例(12.0%), 서비스 판매업(6%), 무응답은 2例(4.0%), 주부는 1例(2.0%)를 차지하였다. 地域別로는 중소도시가 26例(46.0%)로, 읍면지역이 20例(40.0%), 대도시가 4例(4%)로 나타났다. 性別로는 男子가 26例(52.0%), 女子가 24例(48.0%)를 차지하였고, 運動障礙別

로 左偏麻痺는 28例(56.0%), 右偏麻痺는 22例(44.0%)를 나타내었다(Table II).

#### 2) 調查對象者의 GARS scale 總 平均點.

調查對象者의 各 分布別 Global Assessment of Recent stress(GARS) scale 의 總 平均點은 年齡別로는 30代가 25.00점으로 가장 높게 나타났으며, 40代가 12.00점으로 가장 낮게 나타났다. 職業別로는 서비스, 판매업에 종사하는 경우가 32.0점으로 가장 높게 나타났으며, 다음이 무응답으로 31.0점, 경영자가 13.14점으로 가장 낮았다. 地域別로는 대도시가 37.5점으로 가장 높게 나타났으며 읍면지역이 18.30점으로 가장 낮았다. 性別로는 男子가 20.50점, 女子가 20.04점으로 별다른 차이가 없었고 左, 右偏麻痺別로 左偏麻痺는 20.86점으로 右偏麻痺는 19.59점으로 좌측이 다소 높았으나 큰 차이는 없었다(Table II).

Table II. Demographic data of stroke patients and GARS total scores

(N=50)

	구 분		수	백분율 (%)	GARS total (mean ± SD)
	남	자			
성 별	남	자	26	52.0	20.53 ± 12.68
	여	자	24	48.0	19.59 ± 11.20
연 령 별	31세 ~ 40세		1	2.0	25.00 ± 0.00
	41세 ~ 50세		5	10.0	12.00 ± 2.50
	51세 ~ 60세		9	18.0	20.78 ± 12.95
	61세 ~ 70세		27	54.0	22.3 ± 13.89
	71세 ~ 80세		8	16.0	17.5 ± 16.78
직 업 별	농 업		13	26.0	19.15 ± 12.28
	경 영 자		7	14.0	13.14 ± 10.33
	직 업 별	서비스, 판매업	4	8.0	32.0 ± 3.89
사무직		6	12.0	14.5 ± 9.28	
주부		1	2.0	25.0 ± 0.00	
무		17	34.0	21.8 ± 15.13	
	Missing	2	4.0	31.0 ± 19.70	
지 역 별	대 도시		4	8.0	37.5 ± 6.35
	중 소 도시		26	52.0	19.19 ± 13.83
	읍 면 지역		20	40.0	18.30 ± 12.00
좌 우 별	좌 편 마 비		28	56.0	20.86 ± 15.24
	우 편 마 비		22	44.0	19.59 ± 11.20

2. GARS scale의 개별항목 平均點數.

腦卒中 患者의 발병당시 1-2주간 받은 壓迫感의 정도를 나타내는 stress 知覺評價(GARS scale)의 개별항목별 平均點수는 지난 1-2주간 전반적으로 느끼는 신체적, 정신적으로 壓迫感의 정도(G8)가 3.76점으로 가장 높게 나타났으며, 다음으로 (자신혹은 타인의) 질병이나 상해에 의한 壓迫感의 정도(G4)가 3.36점으로 나타났으며, 일상적인 것이 아닌 사건들(범죄, 자연재해, 우발사고, 이사등)로 인한 壓迫感의 정도(G6)가 1.66점으로 가장 낮았으며, 전체 腦卒中 患者의 stress知覺評價(GARS scale)의 總平均點은 20.30점으로 나타났다 (Table III · Fig. 1).

Table III. Mean score of GARS scale subjects

Keys	Scales	Mean ± SD	Number
G1	Work job & school	2.72±2.80	50
G2	Interpersonal	2.22±2.42	50
G3	Change in relationship	1.66±2.26	50
G4	Sickness or injury	3.36±3.31	50
G5	Financial	2.76±2.79	50
G6	Unusal happenings	1.26±1.78	50
G7	Change or no change in routine	2.72±2.57	50
G8	Overall global	3.76±2.71	50
Total		20.30±13.50	50

3. 診斷名別 트레시더 stress 指數

1) 韓方診斷名別 트레시더 stress 指數

韓方病名別 트레시더 stress 指數는 中腑가 10.81점으로 가장 높았으며, 中臟이 8.68으로 나타났으며, 中經絡이 3.67점으로 가장 낮게 나타났다(Table IV).

Table IV. Comparison of oriental diagnosis

	Number	Mean ± SD	Minimum	Maximum
中 腑	16	10.81± 5.71	3.0	26.0
中 臟	31	8.68±4.90	1.0	20.0
中 經絡	3	3.67±2.30	1.0	5.0

( P= 0.458 > 0.05)

2) 洋方診斷名別 트레시더 stress 指數

洋方診斷名別 트레시더 stress 指數에서 腦出血이 10.56점으로 가장 높았고, 腦硬塞이 8.79점으로, 小空硬塞(Lacunar infarction)은 1.00점으로 가장 낮게 나타났다(Table V).

Table V. Comparison of medical diagnosis

	Number	Mean ± SD	Minimum	Maximum
腦 硬 塞	37	8.79 ±4.58	3.0	20.0
腦 出 血	12	10.56±6.81	1.0	26.0
小空 硬塞	1	1.00 ± .00	1.0	1.0

( P= 0.280 > 0.05)

4. 後遺障礙別 트레시더 stress 指數

1) 言語障礙別 트레시더 stress 指數

言語障礙別 트레시더 stress 指數 平均點을 비교하면 不語인 경우 15.00점으로 가장 높게 나타났으며, 正常인 경우가 9.64점, 語滯인 경우가 8.46으로 나타났다 (Table VI).

Table VI. Comparison of speech diaphagia

	Number	Mean ± SD	Minimum	Maximum
不 語	1	15.00± .00	15.00	15.00
語 滯	30	8.46± 4.45	1.00	20.00
正 常	19	9.64± 6.39	1.00	26.00

( P= 0.179 > 0.05)

2) 運動障礙別 트레시더 stress 指數

運動障礙別 트레시더 stress 指數 平均點을 비교하면 半身不遂의 경우 10.80으로 가장 높게 나타났으며, 半身少力이 9.82로 다음으로 높았으며, 半身不掙麻痺의 경우 8.28로 가장 낮았다(Table VII).

Table VII. Comparison of motor weakness

	Number	Mean ± SD	Minimum	Maximum
半身不遂	5	10.80±6.18	1.00	17.00
半身不掙麻痺	28	8.28±4.73	3.00	26.00
半身少力	17	9.82±5.92	1.00	20.00

( P= 0.322 > 0.05)

3) 左, 右麻痺別 트레시더 stress 指數

左右麻痺別 트레시더 stress 指數 平均點을 비교하면 左偏麻痺의 경우 9.71점으로 나타났으며, 右偏麻痺의 경우는 8.22점으로 나타났다(Table VIII).

Table VIII. Comparison of each side hemiplegia

	Number	Mean ± SD	Minimum	Maximum
左偏麻痺	28	9.71±4.96	1.00	26.00
右偏麻痺	22	8.22±5.64	1.00	20.00

( P= 0.865 > 0.05)

4) 步行障礙別 트레시더 stress 指數

步行障礙別 트레시더 stress 指數의 平均點을 비교하면 起立不可의 경우 10.22점으로 가장 높게 나타났으며, 부축보행이 9.02로 다음 順이었고, 起立 가능한 경우가 8.50점으로 나타났다(Table IX).

Table IX. Comparison of walking disturbance

	Number	Mean ± SD	Minimum	Maximum
起立不可	9	10.22±4.54	1.00	17.00
起立可能	2	8.50±4.94	5.00	12.00
부축보행	16	9.02±5.84	3.00	26.00
단독보행	23	8.65±5.40	1.00	20.00

( P= 0.757 > 0.05)

5. 發病頻度別 트레시더 stress 指數

發病頻度別 트레시더 stress 指數 平均點을 비교하면 2次發病이 11.11로 가장 높게 나타났으며, 다음으로 初發이 8.84, 3次發病이 6.50으로 가장 낮게 나타났다.(Table X ).

Table X. Comparison of reattack

	Number	Mean ± SD	Minimum	Maximum
1st attack	37	8.84±4.94	1.00	20.00
2rd attack	9	11.11±7.21	3.00	26.00
3nd attack	4	6.50±0.58	6.00	7.00

( P= 0.039 < 0.05)

6. GARS Scale과 트레시더 stress指數와의 상관성.

1) GARS Scale 개별항목평균과 총 평균점과의 상관계수

發病當時 1-2주간 腦卒中 患者의 전반적인 stress知覺評價(GARS scales total score)에 영향을 미치는 개별적인 stress 因子(GARS scale)를 살펴보기 위하여 이 두 변수간의 상관계수를 분석한 결과, 질병이나 상해에 의한 壓迫感의 정도(G4)가 0.73점, 금전적인 문제로 인한 壓迫感의 정도(G5)가 0.73점으로 가장 큰 영향을 미치는 인자로 나타났다(Table XII · Fig.2).

2) GARS Scale의 개별항목과 트레시더 stress 指數와의 상관계수

發病當時 患者가 느끼는 개별적인 stress因子(GARS scale)중에서 後遺症期에 患者가 反應하는 stress 智數에 영향을 미치는 심리적 요인을 살펴하고자 GARS scale의 개별항목과 트레시더 stress 指數와의 상관계수를 분석한 결과, 대인관계에 있어서의 壓迫感(G2)이 0.48으로 가장 높은 상관관계를 나타냈으며, 다음이 일상적인 것이 아닌 것의 壓迫感의 정도(G6)로서 0.44으로 나타났으며, 일상생활의 갑작스러운 변화 때문에 혹은 변화가 없기 때문에 생기는 壓迫感의 정도(G7)가

0.07로 가장 낮은 상관성을 보였다. 한편 발병 당시 腦卒中患者가 느끼는 stress知覺과 後遺症期的 stress指數와의 상관성을 살펴보기 위해 GARS의 total score와 트레이서 stress指數와의 상관계수분석결과 0.39로서 (P=0.05)로 나타났다 (Table XII Fig.3).

Table XII. Correlation between GARS scale and stress response

	G1	G2	G3	G4	G5	G6	G7	G8	Total
GARS Total scores	0.63	0.68	0.52	0.73	0.73	0.51	0.71	0.65	1.00
stress response	0.23	0.48	0.27	0.43	0.29	0.44	0.07	0.18	0.39
P value	0.105	0.00	0.055	0.002	0.044	0.762	0.627	0.206	0.05

#### IV. 考 察

腦卒中은 人間 平均壽命의 延長과 復雜한 社會環境에 따라 主要 死因이 되고 있으며 최근 우리 나라에서도 老年層의 증가에 따라 점차 증가되고 있는 추세이다<sup>5,6)</sup>. 뿐만 아니라 腦卒中의 심각성은 돌발적이고도 急激한 發病으로 生命의 위협을 초래하며, 비록 그 症狀이 회복된다고 해도 完治가 되려면 상당한 기간을 필요로 하며 積極的인 治療에도 불구하고 完全한 機能回復이 어려워 社會的으로 問題가 될 뿐만 아니라 患者本人과 家族들에게도 공포와 불안에 찬 疾病으로 알려져 있다<sup>5,8,31)</sup>.

韓方에서 腦卒中에 대한 記錄은 <<素問, 風論>><sup>1)</sup>에서 “血之與氣, 併走于上, 則爲大厥, 厥則暴死, 氣復反則生, 不反則死.”이라 하여 “薄厥”, “擊仆” 등과 함께 中風 초기의 범주에 포함시켜 論하였다<sup>2,20)</sup>. 張<sup>33)</sup>은 “夫風之爲病, 當半身不遂”라 하여 後代에 “偏枯”, “偏風”, “身偏不用”, “痹風” 등과 함께 中風 後遺症期的 半身不遂 등의 後遺障碍를 論하였다<sup>2,20)</sup>. 清代 張<sup>3)</sup>은 <<素問, 風論>><sup>1)</sup>을 註釋하면서 “肝火가 스스로 熾盛하여 風을 發生하고 위로 올라가 激揚하고 竅 막하면 氣血이 逆上하여 충격하면서 腦로 들어가 神經을 진동시켜 그 知覺과 運動을 잃어버리게 하는 病이다” 라고하여 현대적 의미의 腦血

管 疾患과 비교하여 中西醫學을 연결시켰으며, 腦卒中의 주요한 病理를 肝火로 보았다. 특히 金元四代家에 이르러 劉<sup>36)</sup>는 主火論을 제기하여 “心火暴甚 腎水虛衰不能制之 則陰虛陽實 熱氣拂鬱 心神昏冒 筋肉不用 而卒到無所之也 多因 喜, 怒, 思, 悲, 恐之五志, 有所過極而卒中者有五志過極 皆爲熱甚故也”라하여 七情의 過度한 刺戟이 心火를 誘發하여 熱氣가 上昇되어 中風이 發病된다고 하였다. 반면 李<sup>39)</sup>은 主氣論을, 朱<sup>40)</sup>는 主濕論을 주장하여 唐宋以前까지의 病因說인 外風學說을 부인하고 內因性인 火, 氣, 濕의 영향을 강조하게 되었다. 張<sup>41)</sup> 역시 “凡非卒倒等證 無非氣脫然何也... 凡病比者 多以素不能慎 或七情內傷 或酒色過度 先傷五臟之 眞陰”이라하여 내상 증 軀體의 불균형으로 인한 肝火와 心火를 中風의 주요한 病理로 다루었다. 現代醫學에서도 腦卒中은 분노, 고민, 긴장, 불안등의 感情變化에 의하여 多發하게 되며, 또 再發되기 쉬운 것으로 알려져 있다<sup>8)</sup>.

腦卒中의 分類에 있어서 張<sup>41)</sup>은 病邪에 따라서 中絡, 中經, 中腑, 中藏으로 나누었으며, 李<sup>39)</sup>는 輕, 重 정도에 따라 脫證과 閉證으로 구분하였다. 특히 朱<sup>40)</sup>는 “半身不遂大率多痰 在左屬死血少血 在右屬痰有熱併氣虛”라 하여 左는 血로, 右는 氣로 배속하여 中風預候의 중요한 尺度로 구분하기도 하였다.

中風의 臨床症狀를 살펴보면 急性期에 卒然昏仆, 不省人事, 痰涎壅盛, 口眼窩斜, 言語不利, 半身不遂 등이 있으며 後遺障碍를 韓方에서는 “偏枯”, “偏風”, “身偏不用”, “痹風”이라 稱하였으며<sup>20)</sup>, 戴<sup>42)</sup>는 “中風之證... 或痰涎壅盛, 咽候作聲, 或口眼窩斜, 手足癱瘓, 或半身不遂, 或舌強不語”이라하여 일반적으로 偏麻痺, 半盲證, 失語證, 嚥下障碍, 大少便失禁뿐만 아니라 知的 推理力이나 記憶力의 損傷, 心理的, 情緒的 不安등의 장애가 동반되게 된다<sup>31,32)</sup>.

이러한 腦卒中에 대한 韓方治療로는 藥物療法, 針灸療法, 物理療法등이 시행되고 있어서 주로 運動機能의 回復에 主안점을 두고 있다. 藥物療法으로는 張<sup>33)</sup>은 주로 外因의인 要因을 중요시하여 外感 風邪에 대하여 祛風, 順氣의 治法을 사용하였고, 金元時代에 이르러서는 劉<sup>36)</sup>는 清熱通理法을, 朱<sup>40)</sup>는 祛痰順氣, 養血行血을, 張<sup>41)</sup>는 培補元氣를, 王<sup>43)</sup>는 補氣 및 活血化瘀의 治法을 각각 사용하였다. 後遺症期的 再活治療에 대한 李<sup>44,45)</sup>와

申<sup>46)</sup>의 報告에 의하면 電氣刺戟治療, 手技療法, 言語治療, 運動療法, 作業療法 等의 物理治療를 통하여 急性期에 있어서는 變衡, 拘縮, 褥瘡防止를 위주로, 安定期에 있어서는 全身機能의 回復, 關節可動域의 유지 및 增大, 建側上下枝의 強化, 麻痺枝의 機能回復를 꾀하고 있다. 이러한 韓方物理療法는 洋方의 再活醫學이 국소적인 鎮痛 및 運動障礙의 개선에 치중하는 것에 비하여 全身의이고 生理的인 均衡을 조절하는 全人的 再活治療라는 長點을 가지고 있다고 하겠다<sup>44)</sup>.

하지만 中風患者에 있어서는 이러한 身體的인 後遺障礙 뿐만 아니라 오랜 침상생활로 인하여 주변환경으로부터 장기간 격리상태로 외부의 자극을 받지 못하여 知的感退를 동반할뿐만 아니라 憂鬱症의 情緒障礙가 同伴하게 되므로, 기존의 正常的인 社會生活로서의 機能回復이 어려울뿐만 아니라 家庭과 社會에 심각한 問題로 남게 된다<sup>6,47)</sup>. 그러므로 腦卒中의 後遺症의 機能回復에 患者의 意欲 및 動機誘發이 중요한 영향을 끼치며, 再活治療에 있어서 患者의 心理 및 情緒狀態를 정확하게 파악하고 對處하는 것이 중요한 意義가 있다고 하였다<sup>7-9,14)</sup>.

腦卒中後 유발되는 憂鬱症의 原因에 대하여 특히 Bolla-wilson<sup>10)</sup>은 腦卒中으로 인한 憂鬱症은 認智機能이나 運動機能 障礙에 영향을 준다고 하였으며, 병소 부위에 따른 인지력 저하나 치매에 동반된 憂鬱症이 유발된다고 하였고, Robinson<sup>11-13)</sup> 과 朴<sup>14)</sup>은 左側 頭蓋內半球상의 腦卒中의 病變이 左側 大腦半球 前方에 위치할수록 憂鬱症이 많이 발생하며, 左右側 大腦半球의 後方部에 病變이 있으면 氣分不全障礙가 많이 생긴다고 하여 腦卒中의 病變의 위치에 따른 憂鬱症의 발생 빈도와 정도의 상관성을 論하였다.

Bachman<sup>15)</sup>의 報告에서도 역시 腦卒中後 憂鬱症이 日常生活 能力이나 失語症의 심각도, 運動能力 등의 손상 정도와는 무관하며 大腦半球상의 病所部位와 관련이 있는 것으로 報告하였다. 반면 Ebrahim<sup>16)</sup>과 Sinyor<sup>17)</sup>은 腦卒中後 情動障礙는 大腦半球상의 左,右病變과는 무관하며 오히려 患者의 기능적 회복 정도 등의 보다 복잡한 인자들이 관련된 것으로 보았다. 이러한 腦卒中後 발병하는 憂鬱症에 대하여 臨床家에서는 機能의 상실이나 신체장애에 대한 불가피하고 단순한 심리적 反應

으로 여길 뿐 적극적인 치료의 필요성을 무시하거나 과소 評價하고 있어 그 결과 再活治療에 큰 걸림돌이 되고 있다고 報告되고 있다<sup>11-14)</sup>.

李<sup>48)</sup>는 韓醫學은 綜合的이고 全體的인 觀點에서 生命現象을 바라보는 疾病觀을 가지고 있으며 마음과 몸을 대립된 것으로 간과하고 있지 않으며 마음이 몸에, 몸이 마음에 항상 연관되어 있어서 喜, 怒, 愛, 樂 등의 感情狀態 역시 각각의 臟腑에 밀접하게 연관되어 있다고 하였다. 지금까지의 腦卒中의 患者에 대한 誘發要因으로서 七情의 영향이 한방에서 중요하게 다루어졌으나 後遺障礙로 인해 發病되는 情緒障礙에 대한 연구는 없었다. 이에 著者는 腦卒中과 같은 장기적인 後遺障礙를 동반한 경우 日常生活과는 다른 急激한 생활상의 변화가 腦卒中 患者에게 어떠한 stress 因子로 작용하며, 患者에게 감정적인 변화 및 憂鬱症을 유발시키는 요인들을 살펴본다 腦卒中의 치료에 도움이 되고자 本 調査를 실시하게 되었다.

Stress의 概念은 Cannon<sup>21)</sup>에 의해 도입되고 Selye<sup>22)</sup>에 의해 일반화 되어 有機體에 부담을 주는 각종 有機的 刺戟, 心理的 刺戟이나 適應을 요구하는 모든 刺戟에 대한 有機體의 反應, 그리고 사람과 環境의 相互作用에 의해 자신의 위협을 받는 것, 精神疾患한에 대한 영향 이외에 身體疾患 또는 내분비機能에도 영향을 미치는 것이라고 定義하고 있다. stress를 일으키는 外部的인 刺戟 또는 原因을 "stress 要因"이라고 부르고 이러한 stress 要因에 의한 有機體의 消耗의인 非特異反應을 stress라고 할 수 있다.

Stress를 유발하는 생활사건으로는 부정적 사건 뿐만 아니라 긍정적 사건 모두가 stress을 일으킬 수 있으며, stress는 항상 정도의 문제로서 너무 오래 지속되거나 혹은 그 강도가 높을 때 疾病의 原因이 된다<sup>24,25)</sup>. 즉 개개인에게 발생하는 질병, 가족간의 갈등, 직업, 인간관계 등의 여러 생활사건들 중에서 각각의 心理的 情緒의 意味보다는 平衡狀態의 變化 및 再適應 여부를 stress의 가장 중요한 요인으로 보고 있다<sup>23,25)</sup>. 이는 같은 stress라도 개인이 받아들이는 정도에 따라 다르게 反應하며 stress는 외부환경 자체에 의해서만이 아니라 개인이 그 stress 사건을 어떻게 받아들이는가에 의해서 영향을 받는 것이라고 할 수 있겠다<sup>26,27)</sup>.

本 調 査 中 從 調 査 對 象 者 別 一 般 的 分 布 를 살 펴 보 면 年 筭 別 로 60 代 가 가 장 많 았 으 며 , 50 代 와 70 代 가 다 음 순 으 로 대 부 분 이 老 年 層 으 로 나 타 났 는 데 過 去 의 報 告 <sup>32,43,50</sup> 와 는 달 리 최 근 <sup>44,45</sup> 報 告 에 서 의 高 答 化 하 는 추 세 와 유 사 하 게 나 타 났 다. 職 業 別 로 는 농 업 이 가 장 많 았 으 나 비 교 적 골 고 루 分 布 하 고 있 으 며 , 무 응 답 의 경 우 도 많 았 는 데 이 는 대 부 분 노 년 층 이 므 로 사 회 생 활 에 서 은 퇴 한 시 기 로 思 料 된 다. 地 域 別 로 는 중 소 도 시 와 읍 면 지 역 이 대 부 분 거 주 하 고 있 으 으 며 , 男 女 와 左 右 別 分 布 에 서 별 다 른 偏 重 은 없 었 다. 이 상 과 같 은 本 調 査 의 分 布 를 살 펴 보 면 腦 卒 中 의 年 筭 別 , 地 域 別 , 職 業 別 , 性 別 , 左 右 別 母 集 團 의 分 布 가 기 존 의 報 告 <sup>44,45,50</sup> 와 비 교 적 비 슷 한 양 상 을 나 타 내 고 있 으 므 로 생 활 사 건 및 stress 知 覺 檢 査 에 별 다 른 偏 向 性 을 가 지 지 않 을 것 으 로 思 料 된 다 (Table II).

調 査 對 象 者 의 年 筭 別 , 職 業 別 , 地 域 別 , 男 女 , 左 右 에 따 른 發 病 當 時 받 아 오 던 심 리 적 壓 迫 感 의 정 도 를 나 타 내 는 stress 知 覺 評 價 (GARS scale) 平 均 點 을 살 펴 보 면 , 年 筭 別 에 서 는 30 代 가 25.00 점 , 60 代 가 22.3 점 으 로 가 장 높 았 으 며 , 이 를 고 찰 하 여 보 면 비 교 적 活 動 의 인 社 會 生 活 을 하 는 30 代 인 경 우 가 생 활 사 건 중 에 서 보 다 많 은 심 리 적 壓 迫 感 을 가 진 것 으 로 思 料 되 어 진 다. 60 代 가 다 음 을 차 지 하 는 것 은 대 부 분 직 업 에 서 의 은 퇴 하 는 시 기 로 이 러 한 생 활 의 변 화 가 stress 로 작 용 한 것 으 로 思 料 된 다. 職 業 에 있 어 서 는 서 비 스 , 판 매 업 의 경 우 가 32.0 점 으 로 가 장 높 은 分 布 를 보 였 는 데 , 이 는 빈 번 한 對 人 關 界 및 經 濟 的 , 金 錢 的 인 변 화 사 건 이 다 말 하 는 日 常 生 活 의 특 징 이 반 영 된 것 으 로 思 料 된 다. 地 域 에 있 어 서 는 대 도 시 가 37.5 점 으 로 가 장 높 았 고 읍 면 지 역 이 18.30 점 으 로 가 장 낮 았 다. 이 는 대 도 시 의 복 잡 한 인 간 관 계 와 생 활 환 경 이 더 많 은 stress 를 야 기 시 킨 것 으 로 思 料 된 다. 性 別 로 男 女 간 과 左 右 에 있 어 서 는 뚜 렷 한 차 이 가 보 이 지 않 았 다 (Table II). 고 <sup>29</sup> 의 고 찰 에 따 르 면 情 緒 障 碍 가 동 반 된 경 우 를 포 함 한 精 神 身 體 障 碍 患 者 들 에 게 서 年 齡 은 낮 은 쪽 으 로 , 교 육 수 준 은 高 學 歷 者 에 서 stress 知 覺 이 높 게 나 타 난 다 고 報 告 하 였 다. 本 調 査 의 결 과 역 시 年 筭 別 로 30 代 에 서 높 은 stress 知 覺 을 보 였 고 , 서 비 스 , 판 매 업 과 대 도 시 의 거 주 자 가 일 반 적 으 로 높 은 교 육 수 준 을 가 진 것 으 로 思 料 되 어 일 치 되 는 결 과 로

思 料 된 다.

腦 卒 中 患 者 의 發 病 當 時 가 장 크 게 영 향 을 받 는 심 리 적 壓 迫 感 을 살 펴 보 고 자 stress 知 覺 檢 査 (GARS scale) 를 시 행 하 여 , 腦 卒 中 全 體 患 者 의 GARS 個 別 項 목 平 均 點 수 를 비 교 해 보 면 입 원 전 후 1-2 주 간 전 반 적 으 로 느 기 는 壓 迫 感 의 정 도 (G8) 가 3.76 점 으 로 가 장 높 게 나 타 났 는 데 , 이 는 腦 卒 中 患 者 가 상 당 수 발 병 하 기 전 에 분 노 , 고 민 , 긴 장 , 불 안 등 의 일 정 정 도 의 정 서 상 의 문 제 를 가 지 고 있 었 던 것 으 로 思 料 된 다. 疾 病 과 傷 害 에 대 한 壓 迫 感 (G4) 도 3.36 점 으 로 비 교 적 높 게 나 타 났 으 며 이 는 腦 卒 中 으 로 인 한 疾 病 狀 態 가 患 者 에 게 큰 부 담 으 로 작 용 한 것 으 로 볼 수 있 다. 반 면 비 일 상 적 인 사 건 과 인 간 관 계 의 변 화 의 壓 迫 感 (G6) 이 1.26 점 으 로 가 장 낮 게 나 타 났 는 데 , 이 같 은 의 미 는 患 者 로 서 침 상 에 격 리 생 활 을 하 므 로 특 별 한 사 건 및 인 간 관 계 상 의 변 화 는 나 타 나 지 않 는 것 으 로 思 料 된 다 (Table II · Fig. 1).

韓 方 診 斷 名 에 따 른 stress 指 數 를 評 價 하 기 위 하 여 歷 代 醫 家 <sup>32,33</sup> 들 의 分 類 를 중 심 으 로 精 神 이 明 瞭 하 며 半 身 無 力 이 발 현 된 輕 度 의 中 風 을 中 經 絡 으 로 , 精 神 이 明 瞭 하 며 半 身 不 全 麻 痺 가 발 현 된 重 等 度 의 中 風 을 中 腑 로 , 半 身 不 遂 및 閉 證 或 脫 證 을 받 한 重 度 의 中 風 을 中 臟 으 로 分 類 하 여 적 용 하 였 다. 本 調 査 結 果 가 장 輕 症 에 속 하 는 中 經 絡 이 트 레 시 더 stress 指 數 가 3.67 점 으 로 적 었 으 나 中 腑 와 中 臟 에 있 어 서 는 보 다 重 症 으 로 알 려 진 中 腑 에 서 10.81 점 으 로 높 게 나 타 난 것 으 로 미 루 어 病 症 의 重 症 에 따 라 stress 指 數 이 비 례 하 지 않 음 을 알 수 있 으 며 이 를 통 하 여 stress 는 장 애 별 로 輕 重 에 의 해 결 정 되 기 보 다 는 개 인 이 그 stress 사 건 을 어 뎡 게 받 아 들 이 며 적 용 의 지 에 따 라 서 다 르 게 작 용 하 는 것 으 로 思 料 된 다 (Table IV).

洋 方 診 斷 에 따 른 stress 指 數 를 살 펴 보 면 腦 出 血 의 경 우 가 10.56 점 으 로 가 장 높 았 으 며 , 소 공 경 색 (Lacunar Infarction) 의 경 우 가 1.00 점 으 로 가 장 낮 았 다. 과 거 朴 <sup>49</sup>, 張 <sup>50</sup> 에 서 腦 出 血 의 발 병 율 이 높 다 고 報 告 되 고 있 으 나 최 근 李 <sup>51</sup> 에 서 는 오 히 려 腦 硬 塞 이 대 다 수 를 차 지 한 것 처 럼 , 本 調 査 에 서 도 腦 硬 塞 이 다 수 를 차 지 하 였 다. 일 반 적 으 로 腦 出 血 이 腦 硬 塞 에 비 하 여 그 臨 床 症 狀 이 급 격 한 발 병 으 로 인 한 후 유 장 애 와 이 로 인 한 생 활 상 의 갑 작 스 러 운 변 화 가 患 者 에 게 보 다 큰 stress 因 子 로 작



용하였을 것으로 思料된다. 症狀상 가장 輕微한 소공경색(Lacunar infarction)의 경우 1.00점으로 stress의 인자로서 별다른 영향을 미치지 않았던 것으로 思料된다(Table V).

腦卒中의 後遺障中 특히 失語症은 가족등 주변에 불필요한 不安을 야기시키며, 患者는 자주 쉽게 노하거나 눈물을 보이는 등의 情動障를 유발하는 것으로 알려져 있다<sup>8)</sup>. 言語障은 中風의 後遺障中 비교적 치료가 어려운 편이어서 中臟에 배속시키고 있으며, 西醫學에서는 運動性 失語症과 感覺性 失語症으로 구분하고 있다<sup>35,52,53)</sup>. 本 調査에서는 言語障別 stress指數는 失語症에 해당하는 不語의 경우에서 15.00점으로 가장 높았으나 나머지의 경우 正常과 語齒의 경우 오히려 정상인 경우가 9.68점으로 더 높은 stress指數를 나타낸다. 이는 言語障에서도 외적인 障程度보다는 개개인의 성향에 따른 적응능력이 보다 큰 영향을 미치는 것으로 思料된다(Table VI).

運動障의 경우 가장 重等度の 運動麻痺인 半身不遂의 경우가 stress 指數 10.80점으로 가장 높았으나, 半身不控麻痺에서는 8.28점으로, 半身少力에서는 9.82점으로 오히려 보다 重症인 半身不控麻痺에 비해 높게 나타났다. 運動障에 있어서도 麻痺정도가 輕重 따라 stress指數가 비례하지 않음을 알 수 있었다(Table VII).

韓方에서는 左, 右偏麻痺를 각각 氣, 血과 배속하여 중요하게 다루었는데 특히 朱<sup>40)</sup>는 “半身不遂大率多痰在左屬死血少血 在右屬痰有熱併氣虛”라 하여 左는 血로, 右는 氣로 배속하여 中風預候의 중요한 尺度로 구분하기도 하였다. 또한 李<sup>32)</sup>는 右半身不遂가 左半身不遂에 비해 다소 重症인 경우가 많았으며, 右半身不遂의 好轉率이 다소 높았다고 報告하고 있다. 한편, Robinson<sup>11-13)</sup>은 腦卒中의 大腦病變上의 左, 右구분과 관련하여 좌측 大腦半球 前方에 위치할 때 주로 憂鬱症이 많이 발생하며, 左, 右側 大腦半球의 後方部에 病變이 있으면 氣分不全障가 많이 생긴다 하였으며, 腦卒中의 병변의 위치에 따라 腦卒中後 憂鬱症의 발생빈도와 우울정도가 다르다고 주장하였다. 반면 Ebrahim<sup>16)</sup>와 Sinyor<sup>17)</sup>의 報告에서는 大腦 病巢의 左, 右別 위치가 情動障에 미치는 영향은 별다른 차이가 없다고 하였고, 오히려

偏麻痺등에서 機能的 回復정도 및 患者의 치료에 대한 滿足度 등이 더 큰 영향을 미친다고 하였다.

本 調査에서도 左側偏麻痺의 경우 9.71점으로 右側偏麻痺의 8.22점보다 다소 높게 나타났으며, 이는 大腦半球 病巢部位로는 Robinson<sup>11)</sup> 등의 報告와는 달리 오히려 右側病變部位가 더 많은 stress知覺反應을 나타낸 것으로 살펴볼 수 있다. 그러므로 腦卒中後 stress에 영향을 미치는 因子는 大腦半球의 病巢 部位에 따른 영향에 의한 것이라기 보다 半身麻痺로 인한 日常生活의 機能障程度에 따른 개개인의 적응 능력과 Stress에 대한 개개인의 성격 및 正事反應의 개별적성향에 더 큰 관련을 가지고 있는 것으로 思料된다(Table VIII).

步行障에 있어서도 他障과 비슷한 양상을 나타내어서 기립불가의 경우 stress指數가 10.22점으로 가장 높았으나, 기립가능(步行불능)인 경우가 8.50점으로 부축步行이나 단독步行에 비하여 낮게 나타났다. 機能回復에 있어서 步行여부는 일상생활에 중요한 영향을 끼치는 인자로서<sup>9)</sup>, 기립불가한 상태로 오랜동안의 침상생활을 유지하던 患者에게 기립가능한 상태는 回復정도에 긍정적인 사건으로 작용한 것으로 보여진다. 하지만 後遺障가 남은 불완전한 步行상태에서는 오히려 정상인의 步行形態와 비교가 되어 부축步行의 경우 9.2점으로 더 많은 stress를 知覺하고 있는 것으로 思料된다. 단독步行처럼 步行機能의 回復기에는 8.65점으로 더 낮은 stress指數를 보였다(Table VII).

再發에 따른 stress指數는 2차 發病이 8.84점으로 가장 높았고, 3차가 發病에 있어서는 오히려 初發의 8.84점보다는 낮게 나타났는데 이는 여러번의 재발이 患者 자신에게 후유장애에 대한 適應力을 배양하게 되어 동일한 stress 자극에 대한 적응도가 향상된 것으로 思料된다(Table X).

발병당시 患者에게 심리적인 壓迫感을 주는 stress 因子중 질병이나 상해에 대한 壓迫感(G4)과 금전적인 문제의 壓迫感(G5)이 발병당시 1-2주간 느끼는 전반적인 stress知覺評價인 GARS scales total score와의 상관관계수가 0.73점으로 매우 깊은 상관관계를 가지고 있는 것으로 나타났다(P < 0.05). 이는 평소 腦卒中 患者에 있어서는 질병에 대한 壓迫感이 일상생활에 전반적

인 stress 인자로 작용한 것으로 思料되며, 後遺障으로 인한 사회생활의 단절 및 치료비 등의 경제적인 문제도 발병당시 전반적인 stress知覺에 영향을 미치는 것으로 思料된다(Table XII · Fig.2).

반면, 後遺症期에 있어서 발병당시의 患者가 느끼는 心理的 壓迫感증 발병이후의 트래시더 stress指數에 영향을 미치는 stress因子로서의 GARS scales를 살펴보면 대인관계의 壓迫感(G2)이 0.48점으로 가장 크게 나타나고 있다( $P < 0.05$ ). 이는 평소 대인관계 등에 壓迫感(G2)을 가지던 患者에 있어서 後遺症期에 있어서 침상생활등으로 인한 변화된 생활환경으로 인하여 의료진 및 타 患者와의 관계에서 적응능력이 떨어지며 보다 높은 stress指數을 초래한 것으로 보인다. 그외에 비 일상적인 생활에 의한 壓迫感(G6) 0.44를 나타내지만  $P$  값이 0.762로( $P > 0.05$ ), 有意성을 벗어나므로 질병이나 상해에 의한 壓迫感(G4)의 0.44( $P < 0.05$ )가 더 有意性 있는 상관관계를 가지고 있는 것으로 思料된다(Table XII · Fig.3).

네마이어<sup>36)</sup>는 “질병의 문제를 이해하기 위한 우리의 접근방식은 유기체란 환경의 자극에 反應하는 생물학적인 기본단위로 가정하였고, 합리적인 치료란 그것이 생리적이든 심리적인 것이든 간에 균형을 무너뜨리는 어떤 힘과 맞서 싸우는 것” 이라고 定義하였다. 만성적인 질병을 앓고 있는 患者에 있어서 의사의 支持와 激勵은 患者 스스로가 질병과 용감하게 맞서 싸울 때 뿐만 아니라 여러 後遺障으로 인한 情緒障에도 중요한 역할을 차지하고 있다고 하겠다. 실제 臨床에 있어서도 金<sup>40)</sup>은 脊隨損傷으로 인한 後遺障을 가진 患者를 대상으로 한 憂鬱症의 연구에서 患者 자신이 느끼는 자각적인 憂鬱症 정도에 비하여 의료진은 寡少 評價한다고 논하였고, 憂鬱症상의 발현 순서로 불만족, 정신운동장애, 혼란, 인간적 가치손상, 기본변화 등을 논하여 脊隨損傷患者의 포괄적 재활치료 프로그램에 정신 사회학적인 접근이 함께 이루어져야 한다고 주장하였다. 따라서 脊隨損傷으로 인한 運動, 感覺障과 같은 여러 後遺障을 가진 腦卒中 患者의 後遺症치료에 있어서도 憂鬱症을 비롯한 제반 情緒障에 대한 보다 적극적인 치료가 진행되어야 할 것으로 생각된다.

本 調査를 통해서 腦卒中에 罹患된 患者 대부분은

발병요인으로서 뿐만 아니라 後遺障으로 인하여 평소 생활사건중에 질병과 상해에 대한 壓迫感 및 금전적인 문제에 대한 壓迫感을 stress로 知覺하고 있는 것으로 나타났다. 또한 발병당시 대인관계에 있어서의 壓迫感의 정도가 심한 患者일수록 後遺症期에서의 stress指數가 높았으며, 이러한 患者 개개인이 가진 정서적 불안정한 성향은 腦卒中 발병후 後遺障 자체가 患者에게 또한 급격한 생활변화사건으로 작용하는 stress 인자임을 알 수 있었다. 障別로는 言語障, 步行障, 運動障 등 後遺障별도 살펴보면 障別정도가 가장 심할수록 높은 stress 反應을 나타냈으나, 반드시 障別別輕, 重에 비례하는 것은 아니며 오히려 가장 輕한 障別가 중간정도의 障別보다 더 큰 stress 反應을 나타냄을 살펴볼 수 있었다. 그러므로 腦卒中의 後遺症期에 있어서 患者 개개인이 느끼는 stress 要因 및 知覺정도를 정확하게 파악하며, 변화된 身體障에 대해 인생의 불가피한 일부로 받아들이도록 지지, 격려해주며 재적응할 수 있도록 患者가 느끼는 stress因子 및 知覺정도를 정확히 評價하고 이에 따른 지지적 정신치료 등의 포괄적 접근이 腦卒中 患者의 機能回復과 再活治療에 필요할 것으로 思料된다.

## V. 結 論

本 著者は 腦卒中의 發病狀態에 영향을 미치는 stress 因子 및 諸般 後遺障으로 인한 stress 反應을 알아보기 위하여 入院中인 腦卒中 患者 50名을 對象으로 後遺障別로 구분하여 stress知覺評價(GARS scale) 및 트래시더 stress 검사법을 실시한 결과 아래와 같은 결론을 얻었다.

1. 調査對象者의 一般의 分布는 性別로는 男子, 年峯別로 60대가, 居住地로는 中少都市이 가장 많은 分布를 나타냈고, 職業에 있어서는 무직, 농업, 경영자, 사무직 순서였으며 左偏麻痺가 右偏麻痺보다 다소 많았다.
2. 腦卒中 患者의 分布別 stress知覺評價(GARS scale)에서 年峯別로 30대에서, 職業別로는 서비

스, 판매업이 居住地로는 大都市가 높게 나타났으며 男, 女別 및 左, 右에 따른 有意한 差異는 없었다.

3. 發病當時 一周間에 患者가 느끼는 壓迫感의 정도를 나타내는 stress知覺評價(GARS scale)에서는 지난 1-2주간 전반적인 身體的, 精神的 壓迫感이 가장 높았고(G1), 疾病이나 傷害에 의한 壓迫感(G4)이 다음 順으로 높게 나타났다.
4. 診斷名에 따른 트레시더 stress指數에서는 韓方診斷에서는 中腑症에서 stress指數가 가장 높게 나타났다으며, 洋方診斷名에서는 腦出血이 가장 높게 나타났다.
5. 後遺障別 트레시더 stress指數에서는 言語障의 경우 不語인 경우가 가장 높게 나타났으며, 運動障의 경우 半身不遂가 가장 높았고, 左右마비에 있어서는 左側麻痺가 右側麻痺보다 높게 나타났다. 步行障의 경우 기립불가한 경우가 가장 높았으며, 부축보행, 단독보행 순이었고 기립가능한 상태가 가장 낮았다.
6. 再發率別 트레시더 stress指數에서 2次發病이 가장 높았고, 다음으로 初發, 3次發 順이었다.
7. 發病當時 腦卒中 患者의 전체 stress知覺評價(GARS scales)에 영향을 미치는 개별적인 stress因子를 살펴본 결과 疾病이나 傷害에 의한 壓迫感의 정도(G4)와 金錢的인 문제로 인한 壓迫感(G5)의 경우가 가장 큰 有意성을 보였고( $P<0.05$ ), 後遺症期의 트레시더stress指數에는 對人關係에 있어서의 壓迫感(G2)이 가장 큰 有意성을 보였다( $P<0.05$ ).

以上の 結課로 보아 stress因子는 腦卒中 患者의 誘發要因에 있어서 뿐만 아니라 後遺障에도 일정한 영향을 가지고 있었으며, 向後 腦卒中 患者 治療에 있어서 患者의 精神的, 情緒的 側面에 대한 보다 구체적인 研究 및 治療가 進行되어야 할 것으로 思料된다.

## 參 考 文 獻

1. 洪元植 : 直譯 黃帝內經素問, 서울, 傳統文化研究會, p.29, 179, 350, 1994.
2. 楊思樹 外 : 中醫臨床大全, 北京, 北京科學技術出版社, pp. 193-212, 1991.
3. 張壽頤 : 國譯中風論, 서울, 大星文化社, pp. 1-15, 1994.
4. 金永錫 : 中風の 病因 病理에 관한 文獻的 研究, 서울, 東洋의학 7권, pp. 42-47, 1981.
5. 윤진구 : 腦卒中에 관한 임상통계적 연구, 경희대학교 대학원, 1989.
6. 이채인 외 : 최근 우리나라 10대 사망원인의 변동, 인체의학 제10권, pp. 29-37, 1989.
7. 이 정균: 三訂新版 精身醫學, 서울, 一潮閣, pp. 387-399, 1994.
8. 金子仁郎 改著 : 患者의 心理, 서울, 一潮閣, pp. 77-83, 1992.
9. 서울의대재학의학교실 : 재활의학, 서울, 삼화출판사, pp. 14-15, 201-210, 1995.
10. Bolla- Wilson K : Lateralization of dementia of depression in stroke patients, Am J psychiatry Vol.146, pp. 627-634, 1989.
11. Robinson Robert G, Kubos L : Mood change in stroke patient - Relationship to lesion location, Comprehensive psychiatry Vol.24 ,pp. 555-566, 1983.
12. Robinson R, Robert G; Mood disorder in stroke patients; Impotance of location of lesion, Brain Vol.107, pp. 81-93, 1984.
13. Robinson, Kenneth L, Robert G, Lyn Book Starr, Kishna Rao : A two - year longitudinal study of post stroke mood disorders - Finding during the Initial evaluation, Stroke Vol.14 , pp.736-741, 1983.
14. 박동희 : 腦卒中후 憂鬱症에서 병변부위에 따른 憂鬱症의 정도와 Dexamethasone 억제에 차이, 한림대학교 대학원 석사, 1994.
15. Bachmann M.D, Stern, Robert A: Depression symptoms following stroke, Am J psychiatry

- Vol.148, pp. 351-356, 1991.
16. Ebrahim S, Barer D, Nouri F : Affective illness after stroke, Br J psychiatry Vol.151, pp. 52-56, 1987.
  17. Sinyor D, Jacques p, Kaloupek: Poststroke depression and lesion location, Brain Vol.109, pp. 537-546, 1986.
  18. 洪元植 : 精校黃帝內經靈樞, 서울, 東洋醫學研究院, p.68, 158, 286, 1981.
  19. 황의완 외 : stress에 대한 한의학의 이해, 서울, 대한심신스트레스학회지 제1권 제1호, pp. 119-125, 1993.
  20. 重黎明 : 實用中醫內科學, 上海, 上海科學技術出版社, pp. 415-425, 1986.
  21. Cannon, W.B : The Secretion of the adreanal glands during emotional excitement, Science Vol.33, p.907, 1911.
  22. Selye, H : The stress of Life, Newyork, McGraw-hillbook Co, pp. 1-50, 1956.
  23. 황의완 외 : stress의 概念에 關한 文獻의 考察, 서울, 경희한의대 논문집 제13권, pp. 159 -170, 1990.
  24. 양병환 : stress의 개념, 서울, 정신건강연구 제10집, pp.1-9, 1991.
  25. 백기청 : stress과 생활사건 --방법론및 정신질환과의 관련성을 중심으로 --, 서울, 정신건강연구 제10집, pp. 10-29, 1991.
  26. 원호택 : 스트레스와 대처방안, 서울, 정신건강연구 제10집, pp. 37-49,1991.
  27. 백기청,홍강의 : 스트레스요인으로서의 생활사건과 통제소재 및 불안의 관계에 대한 연구, 서울, 신경정신의학 Vol.26. No.1, pp. 75-89, 1987.
  28. Linn, M.w : A global assessment of recent stress(GARS) scale, Int. J. psychiatry med. 54. Vol.15(1), p.47, 1985.
  29. 고경봉 : 정신신체障礙患者들의 stress知覺, 신경정신의학 Vol 27(3), p.514, 1988.
  30. 조 홍건 : stress병과 瘧疾의 한방치료, 서울, 열린책들, pp. 111- 119, 1991.
  31. 李京燮外 : 中風患者의 半身麻痺回復度에 대한 臨床的 觀察, 서울, 大韓韓醫學協會誌 제 14권 제 2호, pp. 77-97, 1993.
  32. 李京燮外 : 中風患者의 左右 半身不遂에 關한 臨床的 觀察, 서울, 大韓韓醫學協會誌 제 12권 제 1호, pp. 84- 100, 1991.
  33. 張機 : 金匱要略, 서울, 翰成社, pp. 30-31, 1975.
  34. 大韓神經外科學教室 : 神經外科學, 서울, 진수출판사, pp. 54-55, 1992.
  35. 李京燮外; 中風患者의 言語障礙에 關한 임상적 고찰, 서울, 大韓韓醫學會誌 제 12권 제2호, pp. 78- 85, 1991.
  36. 정충영, 최이규 : SPSSWIN을 이용한 통계분석, 서울, 무역경영사, 1996.
  37. 허만형 : SPSS와 통계분석, 서울, 교학사, 1995.
  38. 劉完素 : 劉河間三六書, 서울, 成輔社, pp. 37-38, 281-282, 1976.
  39. 李 杲 : 東垣十書, 서울, 大星文化社, pp. 637-638, 1983.
  40. 方 廣 : 丹溪心法附餘(上), 서울, 大星文化社, pp. 303-309, 1982.
  41. 張介賓 : 景岳全書(卷十), 臺北, 臺聯國風出版社, pp. 182-183, 1976.
  42. 戴思恭 : 證治要訣(醫部全錄), 서울, 成輔社, p.216, 1980.
  43. 王清任 : 醫林改錯(卷下), 臺北, 臺灣東方書店, pp. 43-44, 1960.
  44. 李京燮外 : 中風患者의 物理治療에 對한 臨床的 考察, 서울, 大韓韓醫學會誌 第13卷 第2 號, pp. 230-238, 1992.
  45. 李京燮 : 中風治療에 對한 考察, 서울, 大韓韓醫學會誌 第2卷 第1號, pp. 66-69, 1981.
  46. 申鉉大외 : 腦卒中에 의한 片麻痺患者의 物理療法, 서울, 大韓韓醫學會誌 第8卷 第2號, pp. 73-76, 1987.
  47. 신진영,구본홍 : 中風에 關한 임상적 연구, 경희대학교 논문집 제4권, pp. 209- 226, 1981.
  48. 이부영 : 동의보감에 나타난 심신관계, 서울, 신경정신의학 제16권 제1호, pp 23-29, 1977.

49. 朴駿河 : 腦卒中에 關한 研究, 서울, 慶熙韓醫大 論文集 Vol.3, pp.227-237, 1980.  
 50. 張仁圭의 : 中風(腦卒中)의 臨床的 研究, 서울, 慶熙韓醫大論文集, Vol. 8, pp.273-284, 1985.  
 51. 이원용 외 : 최근 국내 腦卒中의 역학적 동향에 대한 연구, 서울, 대한신경과학회지 제7권 제2호, pp. 179-187, 1989.  
 52. 한국언어병리학회편 : 실어증환자의 말, 언어치료, 서울, 한학사, pp.1-37, 1989.  
 53. 장종철 : 中風言語障礙의 治療에 대한 문헌적 考察, 서울, 경희대 대학원, 1992.  
 54. J.C. 네마이어 : 정신병리학의 기초, 서울, 민음사, pp. 286- 323, 1993.  
 55. 김은이 외 : 척수 손상 患者의 憂鬱症에 대한 患者의 反應과 의료진의 評價, 서울, 대한재활의학회지 제18권 제1호, pp.153 -158, 1994.

가 나 있거나, 위장장애, 두통 등과 같은 신체적 반응이 나타나거나 정신적으로 고통스럽고 불안하고 슬픈감정 등을 경험하는 것을 의미합니다.

1. (스스로 원하던 또는 원치 않던 간에) 자신의 일이나 직업 및 학교와 관계된 압박감의 정도는?  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
2. 대인관계 (가족 및 기타 중요한 사람들과의 관계변화)에 있어서의 압박감의 정도는 ?  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
3. 대인관계의 변화(사망, 출생, 결혼, 이혼등)로 인한 압박감의 정도는 ?  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
4. (자신 혹은 타인의) 질병이나 상해에 의한 압박감의 정도는 ?  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
5. 금전적인 문제(즉 돈문제)로 인한 압박감의 정도는 ?  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
6. 일상적인 것이 아닌 사건들(범죄, 자연재해, 우발사고, 이사등)로 인한 압박감의 정도는 ?  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
7. 일상생활의 갑작스러운 변화 때문에 혹은 변화가 없는 단조로운 생활 때문에 생기는 압박감의 정도는 ?  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
8. 지난 1-2주간 전반적으로 느끼는 정신적, 신체적 고통의 압박감의 정도는 ?  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

附錄 1.

Global Assessment of Recent stress (GARS) Scale

다음은 지난 1-2주간 당신이 받은 스트레스양을 평가하기 위하여 스트레스가 일어날 수 있는 상황을 기술한 것입니다. 스트레스를 일종의 압박감(또는 정신적 신체적 고통)으로 생각하고 그 정도에 따라 아래와 같은 등급을 매겨 당신이 지난 1-2주간 받은 스트레스양이 어느정도인지를 해당되는 번호에 O표를 치십시오.

- |                   |              |
|-------------------|--------------|
| 0 : (스트레스)가 전혀없다. | 1 : 거의 없다.   |
| 2 : 드물게 있다.       | 3 : 약간 있다.   |
| 4 : 웬만큼 있다.       | 5 : 상당히 있다.  |
| 6 : 약간 심하다.       | 7 : 웬만큼 심하다. |
| 8 : 꽤 심하다.        | 9 : 굉장히 심하다. |

위의 (0)은 일상생활을 방해하는 시간이나 문제 없이 걱정이나 고통이 없는 쾌적한 상태에 있음을 의미하고, (9)는 몹시 기분이 상한 상태로 몹시 화

附錄 2

트래시더 stress 指數評價

다음 문항을 읽고 자신의 경우에 해당하는 번호에 ○표 하시오.

1. 자신의 신체가 비만하다 생각한다(     ).
2. 고혈압을 가지고 있다 믿는다(     ).
3. 늘 식욕부진을 느낀다(     ).
4. 화가 났을 때 마구 먹고 싶은 기분을 자주 느낀다(     ).
5. 자주 명치가 쓰리는 편이다(     ).
6. 만성적인 설사나 변비가 있다(     ).
7. 늘 수면장애를 느낀다(     ).
8. 지속적인 피로감을 가지고 있다(     ).
9. 빈번한 두통으로 고생한다(     ).
10. 아스피린 등 여러 가지의 약을 늘 복용하고 있다(     ).
11. 근육의 경련을 자주 느낀다(     ).
12. 언제나 식사량이 작고 조금만 먹어도 곧 포만감을 느낀다(     ).
13. 자주 숨이 차다(     ).
14. 힘이 쭉 빠지는 느낌이나, 구역질을 자주 느낀다(     ).
15. 슬퍼도 눈물이 안나오거나 슬프지 않은데도 눈물이 나오는 때가 많다(     ).
16. 성생활에 대한 의욕이 없거나 조루감을 자주 느낀다(     ).
17. 늘 안절부절 못하거나 조용히 있지 못하거나 긴장을 풀지 못하는 경우가 많다(     ).
18. 늘 막연한 불안감이 지속되는 경우가 많다(     ).
19. 항상 가족이나 동료에 대한 불만이 있다(     ).
20. 매일 생활에 대한 지루한 느낌을 자주 느낀다(     ).
21. 병원생활에 잘 적응이 안된다(     ).
22. 경제적 불안감을 늘 가지고 있다(     ).
23. 항상 질병에 대한 공포감이 있다(     ).

24. 가끔 죽음에 대한 공포감이 있다(     ).
25. 언제나 분노의 감정이나 화를 가슴속에 묻어두고 있다(     ).
26. 언제나 즐겁게 웃지를 못한다(     ).
27. 종종 가족과 단절된 느낌을 가지고 있다(     ).
28. 종종 부모로서 자식에게 할 도리를 못하고 있다는 죄책감이 든다(     ).
29. 가끔은 일요일 등 휴일이 싫을 때가 있다(     ).
30. 때로는 퇴원을 하기가 싫은 느낌이 들 때가 있다(     ).
31. 언제나 의논상대가 없는 것에 대한 고민을 자주 느낀다(     ).
32. 늘 집중력이 없다고 생각이 든다(     ).

= ABSTRACT =

A Study on the Stress Perception Response Following the Aftereffect in Poststroke Patients

Jae Hyeon Park O.M.D.,  
Yeong-Soo Lyu O.M.D.

Dept. of Oriental Neuropsychiatry  
College of Oriental Medicine, Won Kwang University

The primary purpose of this study was to assess the relation of stress perception and poststroke. This study was done on 50 stroke patients in hospital. According to activities of functional impairment, they were classified into walking disturbance, motor weakness, dysphagia, or reattack etc. The stress perception test(GARS Scles) and stress response assessment shows the following results.

1. On the distribution in the stroke 50 patients, For the majority group were male in sex, sixty inage, middle towns people in residence.

2. On the comprehensive GARS scale scores, It marked the highest scores thirty at age, merchandise or salesman on jobs, a city in residence. There was no significant difference in mean GARS Scales scores between males and females group , the left hemiplegia and the Rt hemiplegia.
3. On the comprehensive GARS Scale tests, Overall global stressor(G8) and sickness stressor(G4) marked the highest scores of all GARS Scales.
4. On the comparative assessment of each group's stress reponse test scores, zung-bu(中脘) was showed higher scores than the other group in oriental diagnosis and hemorrhage was showed higher scores than the other group in western medical diagnosis.
5. On the comprehensive assessment of each group's stress reponse test scores, aphsia(不語) marked the highest scores in another disphagia group's. It marked the highest scores in

another group's that banshinbulsoo(半身不遂) as regards as hemiplegia generally. Standing disability is the higher scores than another group's walking alone or assist, and standing alone.

6. Secondary attack is the highest scores of all reattack stroke on the stress reponses test.
7. Comparing and analyzing the GARS Scale total scores and GARS Scale subject factor at stroke, we found that sickness stressor and financial stressor is showed the highest correlated to total stress perception at stroke Change in relation stressor is the highest correlated to stress response following stroke.

With those results, we can see that functional impairment following stroke is correlated to stress perception and reponse. In the future studies using , we hope that the findings the study would have clinical relevance to the psychosocial adjustment and total rehabilitation of stroke patients.