

## 뇌졸중 환자의 정서반응 유형에 관한 연구

안 수 연\*

### I. 서 론

#### 1. 연구의 필요성

우리 나라에서 뇌졸중은 중요사망원인의 하나로서 연령층이 증가할수록 뇌혈관 질환에 의한 사망률이 급속히 증가되고 있다(통계청, 1995). 뇌졸중은 일단 발병하면 중증의 경우에는 치료에 대한 효과가 적어 사망할 수 있으며 살아 남을 경우라 하더라도 편마비, 실어증 등의 장애로 의존성이 높아 누군가가 지속적으로 수발하지 않으면 안 되어 온 가족이 영향을 받게 될 정도로 심각하다(김정순 등, 1984). 또한 발병 후 어느 정도 증상이 개선된다 하더라도 대부분의 뇌졸중 환자에서 계속 남게 되는 편마비와 뇌졸중 재발의 가능성은 환자로 하여금 사회적 고립과 함께 정서적 측면에서의 지적퇴행, 우울, 좌절, 불안 등의 부정적인 영향을 미치게 되며, 질병자체의 특성인 장기화로 인하여 보건관리상 많은 문제점을 제기하고 있다. 그러나 일반인들 중에는 뇌졸중에 대한 인식부족으로 이에 대한 관리나 대처노력이 미흡한 경우가 많으며 심지어는 발병 일에 즉시 치료를 받지 않는 경우도 많다(김소선, 1992; 김정순, 정문호, 윤희섭, 양숙자, 허용, 허봉열 1984; 안수연, 1997; 최선미, 김연희, 조은수, 1991). 실제 뇌졸중 환자는 발병직후 병원에서 급성증상의 치료와 진단이 이루어지

면 대부분 가정으로 돌아가 통원치료를 받거나 장기화됨에 따라 아예 보건 의료적으로 방치될 가능성이 있다. 최근 가정간호사 제도의 도입은 자연히 이러한 환자들을 대상으로 증상관리와 합병증 예방에 목적을 두게 되는데 그러한 목적을 제대로 달성하기 위해선 실제 환자들이 경험하거나 인지하는 간호요구의 파악이 선행되어야 한다. 뇌졸중과 관련된 간호학 연구들을 살펴보면 환자의 일상생활능력 정도 등 주로 객관적이고 기능적인 면에 초점을 맞추거나 또는 환자를 곁에서 수발하는 가족을 대상으로 한 연구들이 대부분이다. 이는 뇌졸중과 같이 타인에의 의존성이 높은 질환의 경우 장기간 환자의 곁에서 돌보는 가족을 통해 경험하고 있는 어려움을 확인하는 하는 것이 중요하기 때문이기도 하겠으며, 또한 뇌졸중 환자의 인지력 및 의사소통 능력의 장애로 환자를 통한 직접적인 자료수집에 제약이 따르기 때문인 것으로 고려된다. 그러나 간호하는 입장에서는 다른 질환의 환자와 마찬가지로 뇌졸중을 직접 겪고 있는 환자에 대한 신체적, 정서적, 사회적 간호요구 전반에 대한 이해가 필수적이다. 그러나 뇌졸중 환자의 인지력 손상이나 언어적 의사소통의 장애로 인하여 뇌졸중으로 인한 영향이나 필요로 하는 도움의 내용을 포괄적으로 측정하기 위한 최선의 방법은 아직은 개발되어 있지 못한 실정이다(Williams, Weinberger, Harris, Clark & Biller, 1999). 이에 인간의 주관적, 인지적 측면에 접근하는

\* 한림대학교 의과대학 간호학과

Q방법론은 개발적으로나마 뇌졸중 환자의 입장에서 현재 그들이 인지하는 정서적 반응을 확인하는데 적절한 방법이다.

## 2. 연구의 목적

이 연구의 목적은 뇌졸중으로 진단 받은 환자들이 느끼는 다양한 간호요구들 중 특히 정서적 측면의 간호요구에 초점을 맞추어 그 유형을 파악하는 것이며, 나아가 뇌졸중 환자를 위한 간호중재방법의 개발에 기초자료를 제공하는 것이다.

## II. 문헌 고찰

뇌졸중 환자를 대상으로 한 국내의 간호학 연구들을 살펴보면, Barthel Index 등을 이용한 일상생활 동작 측정을 통한 간호요구의 사정, 간호중재효과 등의 확인(강현숙, 1984; 강현숙, 1997; 김병은, 이항련, 1994; 박명희, 1991; 이은숙, 1995)에 대한 연구들과 함께 가족지지와 불안(이명해 등, 1991), 스트레스와 대처(강현숙, 1994), 적응 및 사회적 지지(서문자, 1990; 서문자, Noh, Davins, 김금순, 김국기, 송지영, 조남옥, 홍여신, 김인자, 최희정, 정성희, 김은판, 1999), 희망(김이순, 1997) 등 정서적 측면에 대한 연구 등 다양하게 이루어지고 있어 점차적으로 뇌졸중 환자의 보다 포괄적인 간호요구에 대한 이해를 높이고자 하는 노력을 기울이고 있음을 볼 수 있다. 뇌졸중 환자의 정서적 반응에 관한 연구들은 주로 우울에 관하여 이루어지고 있는데 우울은 대부분의 뇌졸중 환자에게서 발견되는 문제로서 특히 기능적 장애의 결과와 상관관계가 있는 것으로 보고되고 있다(이명해, 강현숙, 1991; 이인구, 한혜연, 김희상, 나영실, 안경희, 1988; Hermann, Black, Lawrence, Szeky, Azalai, 1988; Kellermann, Fekete, Gesztelyi, Csiba, Kollar, Sikula, Bereczki, 1999; Wade, Smith, Hewer, 1987). 우울 증상은 뇌졸중 발병 직후보다는 수개월 이후에 뚜렷하게 증가하나 거의 대부분의 환자는 우울에 대한 중재를 전혀 받고 있지 않는 것으로 보고되고 있다(Robinson, Price, 1982; Gesztelyi, Fekete, Kellermann, Csiba, Bereczki, 1999; Wade, 1987). 그러나 Hermann 등(1998)은 뚜렷한 우울 증상이 있는 환자에서 신경학적 손상이 증가하였음을 근거로 하여 우울의 진단과 치료는 회복을 최대화하기 위

해 중요하다고 강조하고 있다. 이인구 등(1988)은 뇌졸중 환자의 우울 원인을 사회적 기능제한, 죄책감, 무력감, 신체상 손상으로 제시하였으며, 나이와 성별, 병소의 위치, 이환기간 및 Barthel Index는 우울과 관계가 없었다고 보고하였다. 강현숙(1994)은 입원 중인 편마비 환자의 재활자가간호 이행 및 자가간호수행능력 회복에 영향을 미치는 요인으로 환자의 우울 정도 및 환자간호사의 관계, 가족의 지지 등을 제시함으로써 환자의 심리적인 상태의 영향을 중요시하였다. 서문자(1990)는 퇴원 후 기능 회복이 인정되는 편마비 환자의 신체적 적응수준은 우울, 사회적 활동량 등 심리 사회적 적응수준과 무관하였고 다만 우울의 정도가 사회 활동량의 저하에 영향을 미쳤다고 보고하고 있다. 그 외에도 퇴원 후 적응수준에의 관련요인으로 편마비 환자의 장애에 대한 지각정도, 성별, 교육정도, 강인성 및 사회적 지지의 지각정도를 제시하고 있었으며 지각한 장애정도가 심할수록 우울 정도가 높고 사회적 활동이 감소되는 등 사회 심리적 적응이 낮았다고 하였다. 이명해 등(1991)은 편마비 환자가 지각하는 불안정도는 마비된 상지기능 회복 지연 등 신체적 요인으로 인한 불안이 제일 높고, 환자가 지각한 가족의 지지가 높을수록 불안정도가 낮았다고 보고하고 있다. Wade 등(1987)은 우울과 관련된 변수로서 기능적 독립성의 상실, 낮은 활동 수준, 낮은 논리 능력, 여성, 혼자 사는 것 등을 제시하고 있으며, Robinson 등(1982)은 뇌졸중 발생 6개월에서 2년 사이에 중증의 우울이 발생하였는데 인구학적 변수에 따른 발생률 및 심각성의 차이는 없었고 노년 환군 손상환자보다 좌뇌 반구 손상환자에서 우울이 더 발생하였다고 보고하고 있다. Hermann 등(1998)은 뇌졸중 진단 3개월 후와 6개월 후의 측정 결과 모두 뚜렷한 우울 증상이 있었으며, 이는 신경학적 손상 정도, 여성, 이전의 우울 병력과 관련이 있었고 나이, 병소의 크기, 병소의 위치와는 무관하다고 하였다. Kellermann 등(1999)은 특히 걸을 수 없고 말을 못하는 뇌졸중 환자에서 유의하게 우울 증상이 심했다고 하였다. 위의 우울에 관한 연구에서 저자들은 한결같이 우울에 대해 투약 등 중재가 전혀 실시되지 않고 있음을 지적하고 있으며 뇌졸중 환자의 우울 등 정서적 반응을 조절하기 위해서는 가족의 적극적인 지지, 우울을 조절하기 위한 투약 등 전문적인 재활관리가 필수적임을 강조하고 있다. 남선영(1998)은 질적연구를 통하여 뇌졸중 환자의 질병경험을 발병기, 적극적 치료기, 재활기로 구분하고 각 시기에 따라 뇌졸중 환자는 정서적 경험을 달리 하며 또한 다양하다고 하

있으며 한편 뇌졸중 환자의 상황수용 및 극복을 위한 제반시도들을 정서적 대처활동으로 구분하였다. 서문자 등(1999)은 특히 뇌졸중 환자의 우울 정도는 인지능력, 가족의 지지, 전문가 지지, 질병으로 인한 영향, 도구적 일상생활수행 능력과 관계가 있다고 하는 한편 뇌졸중 환자의 심리적 재 적응 상태를 설명하는 변수를 질병으로 인한 영향정도, 환자의 인지능력 및 가족의 지지로 제시하였다. 김이순(1997)은 뇌졸중 환자가 갖는 희망의 원천은 타인과의 상호성, 영적 의존감, 신체기능회복, 과거 삶의 반추, 미래에 대한 기대, 경제력, 신념, 자신감, 능동적 참여, 역할회복이었다고 하였다. 특히 가족 등 의미 있는 사람은 환자의 재활과정의 결과를 결정하는 가장 중요한 변수임은 잘 알려져 있다(Tilton, Maloof, 1982).

이상의 연구결과들을 종합하면 뇌졸중 환자의 우울과 관련된 요인은 신체기능의 손상정도, 활동수준, 인지능력, 가족 및 전문가의 지지, 이전의 우울 병력 등으로 알려져 있으며, 환자의 나이, 병소의 위치 및 크기, 이환기간, 성별 등에 대해서는 일관성 있는 보고가 제시되지 못하고 있다. 우울의 결과는 신경학적 손상의 증가, 자가간호 수행 능력 회복 저하, 사회 활동량의 저하였으며 그러한 결과에 영향을 미치는 요인으로는 죄책감, 무력감, 신체상 손상, 지각한 장애 정도 등 정서적 측면이 강조되고 있다. 이상과 같이 기존의 연구들은 뇌졸중 환자의 재활과정에 영향을 미치는 변수로 우울 등 정서적 반응의 중요성을 제시하고 있다. 한편 김이순(1997)은 뇌졸중 환자의 희망의 원천이 되는 정서적 반응으로 영적 의존감, 과거 삶의 반추, 미래에 대한 기대, 신념, 자신감 등을 제시하고 있었다. 이상과 같이 뇌졸중 환자의 정서적인 상태는 다양한 관련요인들에 의해서 형성될 수 있으며 이는 추후 환자의 기능회복에 긍정적, 부정적인 영향을 미치는 것을 고려할 때 간호사는 뇌졸중 환자에 대해 신체기능과 함께 정서적 상태에 대한 사정을 병행함으로써 포괄적인 간호요구에 접근하는 간호중재가 가능할 것이다. 그러나 뇌졸중 환자가 다양하게 갖고 있는 정서적 상태의 내용이나 정서적 상태에 대한 영향요인에 대한 구체적인 연구는 미흡한 실정이다. 외국의 일례를 들면, 뇌졸중 환자 개인의 인지 사회 심리적 기능 장애와 그에 따른 간호요구 확인을 위한 목적의 하나로 최근 뇌졸중 환자의 '기능상태(functional status)와 건강관련 삶의 질(health-related quality of life : HRQOL)'과 같이 환자 중심의 결과(patient-centered outcomes)를 측정하는 방법이 점

차 중요시되고 있다. 건강관련 삶의 질(HOQOL)이란 건강상태의 변화로 인하여 초래된 신체적, 심리적, 사회적 측면의 삶을 광범위하게 개념화 한 것으로서 HOQOL를 이용하여 전반적인 혹은 질병에 따른 측정이 가능하다. 그러나 HOQOL로는 특정한 질병상태에 대한 질문 외에는 그 특정한 질병으로 인해 전형적으로 초래된 기능 손상에 대한 질문에는 부응하지 못하고 있음이 문제로서 지적되고 있다(Williams et al, 1999). 이에 대상자의 주관에 의한 반응을 확인하고 그 유형을 분류하는 Q방법론적 연구는 뇌졸중 환자의 입장에 서서 그들을 좀 더 이해함으로써 적절한 간호중재를 적용하는데 기초자료를 제공할 수 있을 것으로 기대한다.

### III. 연구 방법

이 연구는 뇌졸중 환자들의 주관에 따른 정서적 반응 유형을 확인하고자 설계된 Q방법론적 연구이다. 구체적인 연구방법은 다음과 같았다.

#### 1. 표집 방법

##### 1) Q표본과 분포도

Q모집단(Q population)은 뇌졸중 환자들이 주관적으로 인지하는 정서적 반응에 관련된 질술문으로 구성되었다. 질술문은 의사소통이 가능한 뇌졸중 환자, 뇌졸중 환자의 배우자, 가정간호사, 병원근무 간호사를 대상으로 뇌졸중 환자의 간호문제에 대한 중립적 면담과 개방형 질문지를 활용하는 방법, 그리고 뇌졸중 관련문헌 및 저자 자신의 선행연구 결과를 참고하는 방법을 이용하여 추출하였으며 총 78개의 질술문이 추출되었다. 추출된 질술문 즉, Q모집단은 저자가 Q방법론의 권위자 및 몇 명의 간호학자들의 도움을 받아 최종적으로 31개로 결정하였다. 표본의 분포도는 간호요구에 관한 31개의 질술문 카드를 연구 대상자 자신의 주관성에 따라 0을 중심으로 하여 -4에서 +4까지 강제 정규분포(forced normal distribution) 시킬 수 있도록 <표 1>과 같이 작성하였다.

<표 1> 표본의 분포도

-4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4
2장	3장	4장	4장	5장	4장	4장	3장	2장

2) P표본

이 연구의 P표본이 된 뇌졸중 환자는 의료기관에서 뇌졸중으로 진단 받은 경험이 있으며, 진술문의 내용을 이해할 수 있고 의사소통이 가능할 뿐 아니라 환자가 스스로 진술문 카드를 분포도 난에 배열할 수 있는 자로 제한하였다. 이들은 가정간호를 제공받고 있는 환자, 한 방병원 입원환자 및 통원치료 환자, 재활치료기관 이용자, 공공근로 가정방문 사업에서 확인된 자 등으로 연구 대상자 모두 연구시점에서 보건의료관리하에 있었다. 이 들로부터 연구참여에 대하여 사전에 동의를 구한 후 다양한 상황에서 저자와 연구보조원 2명이 개별접촉을 하였으며 모두 25명이었다. P표본으로 하여금 31개의 Q표본으로 이루어진 카드를 가장 긍정과 가장 부정까지 강제 분포시키게끔 하였으며, 양극에 놓여 있는 2개씩의 진술문 4개에 대해서는 Q유형의 해석 시 유용한 정

보로 사용하기 위하여 면담을 통하여 각각의 진술문의 선택이유를 여백의 종이에 기록하였다.

2. 자료처리 및 분석방법

P표본으로 표집된 25명의 자료수집이 완료된 후 수집된 자료를 컴퓨터에 자료 화일로 입력시킨 후 코딩은 배열카드에 기록된 진술 항목번호를 확인해 가면서 가장 부정하는 경우를 1점으로 시작하여 중립인 경우 0점, 가장 긍정하는 경우 9점을 부여하여 점수화 하였다. 31개의 Q-Sorts는 PC QUANL program을 이용하여 처리하였으며 Q요인 분석은 주요인 분석(Principal Component Factor Analysis) 방법을 이용하였다. 가장 이상적인 요인 수의 결정을 위해 eigen값 1.0이상을 기준으로 요인의 수를 다양하게 입력시켜 산출된 결과

<표 2> 뇌졸중 환자의 정서적 반응별 진술문과 Z score

Statement	Z-score				
	제1유형	제2유형	제3유형	제4유형	제5유형
1. 나는 아무짝에도 쓸모 없는 사람이 되었다.	-8	-12	.4	.7	11
2. 나는 우울하다.	-1	12	-15	-15	14
3. 나는 불안하다.	-6	-5	-11	-6	14
4. 나는 두렵다.	-10	-7	-10	-17	.5
5. 나는 의욕이 없고 모든 것이 귀찮기만 하다.	-15	.6	-8	.5	.3
6. 나는 화가 난다.	-5	17	.4	-2	-14
7. 나는 차라리 어린애가 되고 싶거나 어린애처럼 굴고 싶다.	-6	13	-12	.5	-8
8. 나는 슬프고 자꾸 울음이 나오려고 한다.	-6	.5	10	.5	-13
9. 나는 기분이 쉽게 변한다.	-1	17	.1	-8	-19
10. 나는 다른 사람들과 어울리고 싶다.	.6	-10	18	.0	-9
11. 나는 사람들을 피하게 된다. 사람들이 두렵다	-13	-14	-9	16	-2
12. 나는 걸핏하면 신경이 곤두서고 짜증이 난다.	-4	21	13	.6	-8
13. 나는 죽고 싶다.	-17	-4	-11	-9	14
14. 나는 내 자신이 원망스럽다.	-5	-1	.6	16	.4
15. 나는 답답하고 막막하다.	-2	.5	-14	-2	14
16. 나는 자신감이 없다.	-7	-11	-19	-21	.2
17. 나는 아무도 믿지 못하겠다.	-7	-17	-6	-0	.0
18. 아무도 내 괴로움을 이해해 주지 못한다.	-4	.8	16	-1	.6
19. 나는 창피하고 민망하다.	-10	-11	-6	10	.3
20. 나는 치료를 선택하는데 갈등을 느낀다.	-8	-9	.7	-14	-2
21. 나는 경제적인 부담감을 느낀다.	.7	-5	-12	-5	13
22. 나는 살아 있다는 사실만으로도 기쁘다.	14	-4	.1	-3	-11
23. 나는 신이나 가족에게 감사한 마음이 든다.	11	.1	11	-7	-4
24. 나는 편안하다.	.6	-12	.8	-10	-19
25. 나는 살아있어서 다행이다.	16	-5	.0	-4	-13
26. 나는 담담한 마음이다.	.6	-5	-2	.0	.7
27. 나는 자신과의 싸움을 잘 극복하고 있는 중이다.	13	11	10	13	.4
28. 나는 나를 자신이 있다.	16	.7	.4	16	-3
29. 나는 언젠가는 상태가 좋아지리라 믿는다.	16	.3	.7	15	-2
30. 나는 가족들에게 미안하고, 가족들이 걱정된다.	.9	.1	.7	10	16
31. 나는 나를 수 있다면 무엇이든 할 작정이다.	17	.7	10	-3	-4

<표 3> 정서적 반응 제 1유형의 긍정적 동의와 부정적 동의를 보인 진술문

항목번호	진술문 내용	Z-score
31	나는 나를 수 있다면 무엇이든 할 작정이다.	1.65
29	나는 언젠가는 상태가 좋아지리라 믿는다	1.63
28	나는 나를 자신이 있다.	1.61
25	나는 살아있어서 다행이다.	1.61
22	나는 살아 있다는 사실만으로도 기쁘다.	1.36
27	나는 자신과의 싸움을 잘 극복하고 있는 중이다.	1.29
23	나는 신이나 가족에게 감사한 마음이 든다.	1.11
11	나는 사람들을 피하게 된다. 사람들이 두렵다	-1.33
5	나는 의욕이 없고 모든 것이 귀찮기만 하다.	-1.49
13	나는 죽고 싶다.	-1.71

중 이상적이라고 판단된 유형을 최종적으로 선택하였다.

#### IV. 연구 결과

##### 1. 뇌졸중 환자의 정서적 반응 구조와 유형

P 표본 중 제 1유형이 13명, 제 2유형 4명, 제 3유형 3명, 제 4유형 3명, 그리고 제 5유형이 2명이었다. QUANL 분석 결과를 토대로 각 진술문에 대한 분석은 강한 동의를 나타낸 항목(Z-score - 1.0 이상)과 강한 부정성을 나타낸 항목(Z-score - -1.0 미만)에 초점을 두고 실시하였다. 또한 각 유형들 간의 유의한 차이를 보이는 항목들을 고려하여 분석하였으며, 각 유형별로 인자가중치가 1.00이상인 연구대상자를 중심으로 각 유형의 특성을 설명하고자 하였다. 각 진술문에 대한 간호 요구 유형별 Z-score는 <표 2>와 같다.

##### (1) 제 1유형 : 수용 극복형

제 1유형은 자신의 병이 나올 수 있다면 무엇이든 하겠다는 각오와 자신의 상태가 호전되리라는 믿음과 자신감을 갖고 있었다. 또한 현재 살아 있다는 데에 대하여 다행으로 생각하고 있었으며, 나아가 현재 자신과의 싸움을 잘 극복하고 있다고 인지하며 신이나 가족에게 감사한 마음을 갖고 있었다. 이들은 삶에 대한 부정적인 정서반응과 관련한 진술내용에 -1.0 미만을 부여하여 일관된 인지구조를 보이고 있었으며<표 3>. 이러한 정서반응은 다른 유형과의 차이가 분명하였다. 인자가중치가 큰 연구대상자를 중심으로 Q분류과정 당시의 관찰 및 면담내용을 기술하면 다음과 같다. 즉, 64세 남자환자의 경우 발병직후 3일만에 증세가 호전되어서 자신의 직업에 복귀하기를 원하고 있었으며, 자신은 죄 지은 게

없으니 두렵지 않을 뿐만 아니라 가치 있는 삶을 살고 싶다고 하였는데 이는 갑작스런 발병과 회복에 뒤이어 삶에 대한 애착을 느끼게 된 데 따른 반응으로 고려된다. 71세의 여자환자는 한번의 이혼 후 재혼하여 전실 소생 자녀를 키우던 중 발병, 다시 이혼 당한 후 혼자 살고 있는 경우로서 16년간 투병 중이었는데 종교에 의지하면서 살고 있었으며 죽는 것 보다는 현재상태로라도 사는 것이 낫다며 삶에 강한 집착을 보이고 있었다. 5년 전 상악동 암이 완치된 경험이 있는 60세의 남자환자는 1주일 전에 뇌졸중이 발병하여 아직 기동을 못하는 상태였으나 강한 투병의지를 나타내고 있었다. 62세의 남자환자는 약 20년 전에 뇌졸중이 발생한 이래 예상과는 달리 증상이 다소 개선되었다면서 앞으로의 경과에도 기대와 자신감을 갖고 있었다. 결혼 직후 임신한지 5개월 만에 뇌졸중이 발병하여 반신불수로 친정에 와 1년 반 가량 지내고 있는 29세의 여자환자는 친정부모와 남편에 대한 죄책감으로 속히 회복되기를 희망하고 있었다. 67세의 남자환자는 발병 전에 교직에 종사하다가 약 5년 전에 발병 후 조기 퇴직하였으나 퇴직연금 등으로 부부가 경제적으로 여유 있는 생활을 하면서 분가한 자녀들에게 금전적인 도움을 주고, 자녀들도 자주 방문한다고 함으로써 현재의 생활에 대한 만족과 회복에 대한 자신감을 보이고 있었다. 이 유형은 뇌졸중 발병 후 비교적 단기간 내 증상의 개선이 있었고, 이환 기간은 길지만 증상의 개선이 있었으며, 혼자 살면서 종교에 귀의하는 등으로 나름대로 적응을 하고 있었고, 암과 같이 치유가 어려운 질환을 극복한 경험이 있었다. 또한 가족의 적극적인 수발을 받고 있거나 자식에 대한 믿음을 강하게 갖고 있었고 의미 있는 사람들에 대한 미안함과 죄책감을 갖고 있음으로써 가족의 지지체계가 강하거나 가족들과의 강한 연대감이 있었다.

<표 4> 정서적 반응 제 2유형의 긍정적 동의와 부정적 동의를 보인 진술문

항목번호	진술문 내용	Z-score
12	나는 걸핏하면 신경이 곤두서고 짜증이 난다.	2.11
6	나는 화가 난다.	1.75
9	나는 기분이 쉽게 변한다.	1.66
7	차라리 어린애가 되고 싶거나 어린애처럼 끌고 싶다.	1.31
2	나는 우울하다.	1.21
27	나는 자신과의 싸움을 잘 극복하고 있는 중이다.	1.10
10	나는 다른 사람들과 어울리고 싶다.	-1.05
19	나는 창피하고 민망하다.	-1.12
16	나는 자신감이 없다.	-1.14
1	나는 아무 짝에도 쓸모 없는 사람이 되었다.	-1.20
24	나는 편안하다.	-1.22
11	나는 사람들을 피하게 된다. 사람들이 두렵다	-1.39
17	나는 아무도 믿지 못하겠다.	-1.65

(2) 제2유형 : 분노형

제 2유형은 걸핏하면 신경이 곤두서고 짜증이 나거나 화가 나는 등 기분이 쉽게 변하며 자신이 차라리 어린애였으면 좋겠다고 표현하였다. 반면 자기 자신에 대해 창피하고 민망하게 느끼거나 자신감이 저하되었거나 타인이 두렵다거나 하는 측면에 있어선 부정적으로 반응하고 있었다<표 4>. 인자가중치가 가장 컸던 62세의 남자환자는 1년 반 전 경에 도청 고위직 공무원으로 근무하던 중 격무 끝에 쓰러진 후 가까운 거리는 혼자 걸어야 할 수 있을 뿐만 아니라 운전도 가능할 만큼 회복되었으나 뇌졸중 발병 후 신경이 많이 예민해 지는 것 같다고 하였다. 병이 나오려면 자신감을 가져야 한다고 생각하고 있으나 뜻한 만큼 몸이 팔을 듣지 않아 힘들다고 하였다. 62세의 여자환자는 6개월 전에 발병하여 혼자 걸어야 할 정도로 회복되었으나 자신의 병이 딱딱하고 답답하다며 눈물을 흘리고 다시 어린애로 돌아가 건강해지고 싶다고도 하였는데, 딸과 며느리가 번갈아 수발을 들고 있으나 자신의 의견을 말하는데 매우 조심스

리워 하는 등 주변의 눈치를 살피곤 하였으며 특히 퇴원 후 거리 및 교통문제에 따른 의료이용에 걱정을 나타내었다. 33세의 미혼 남자환자는 1년 6개월간 뇌졸중으로 모친의 수발을 받고 있는데 자신이 아무 것도 못하는 상태에서 앞날이 불안하고 답답하다고 하였다. 이 유형은 과거에 모든 일에 자신이 있었으나 발병 후 잘 할 수 없는데 대해 심리적 갈등을 느끼는 한편, 자신은 부끄러움 없이 양심적으로 몇몇하게 살아왔음을 강조하였는데 나이가 젊은 경우, 발병 전 자신의 삶에 자신감이 있거나 만족했던 경우가 포함되었다.

(3) 제3 유형 : 내적 갈등형

이 유형은 다른 사람들과 어울리고 싶어하나 아무도 자신의 피로움을 이해해 주지 못하는 것으로 인지하고 있었으며, 신이나 가족에 대해 감사해 하는 한편 신경이 곤두서고 짜증이 나거나 자꾸 울음이 나오려고 하는 등 상반된 감정을 보이고 있었다. 그런 가운데 나올 수 있다면 무엇이든 할 작정이라고 하여 이들을 ‘내적 갈등형’

<표 5> 정서적 반응 제 3유형의 긍정적 동의와 부정적 동의를 보인 진술문

항목번호	진술문 내용	Z-score
28	나는 나올 자신이 있다.	1.64
11	사람들을 피하게 된다. 사람들이 두렵다	1.63
14	나는 내 자신이 원망스럽다.	1.59
29	나는 언젠가는 상태가 좋아지리라 믿는다.	1.51
27	나는 자신과의 싸움을 잘 극복하고 있는 중이다.	1.32
30	나는 가족들에게 미안하고, 가족들이 걱정된다.	1.05
20	나는 치료를 선택하는데 갈등을 느낀다	-1.36
2	나는 우울하다.	-1.49
4	나는 두렵다.	-1.73
16	나는 자신감이 없다.	-2.14

이라고 명명하였다<표 5>. 이들은 두려움이나 불안감, 죽고 싶다는 생각, 어린애가 되고 싶어하는 현실도피 욕구, 경제적 부담감, 답답함, 자신감 저하에 관련된 진술문에 있어서는 부정적인 반응을 보였다. 인자가중치가 가장 컸던 60세의 여자 환자의 경우 배우자가 없이 아들내외와 살던 중 평소 무릎관절이 아파 고생을 해 오다가 뇌졸중 진단을 받고 난 후 자신의 병에 대해 생각을 하면 서럽고 울음이 나오려 하기도 하지만 그래도 언젠가는 좋아지리라 믿으며 노력을 한다고 하였다. 10년간 뇌졸중을 앓아 온 70세의 여자 노인은 혼자 살면서 수발하는 사람 없이 모든 것을 처리해야 했으며, 멀리서 사는 외동딸이 이따금씩 찾아 와 오히려 용돈을 타 기곤 한다고 하였다. 약 2주일 전에 발병한 50세의 남자환자는 아들과 단 둘이 살고 있으나 밖에서든 안에서든 마음을 터놓고 지낼만한 사람이 없고 아무도 믿을 사람이 없어 답답하지만 죽고 싶지는 않다고 하였다. 이 유형은 지지체계가 없거나 약한 상태였다.

(4) 제 4유형 : 자존감 저하형

제 4유형은 병이 나올 자신은 있으나 남들을 대하기가 두렵다고 하였고 자신이 원망스럽다고 하였다. 그런 한편 언젠가는 자신의 상태가 좋아질 것이라고 기대를 하고 있었으며 자신과의 싸움을 잘 하고 있는 중이라고 하였다. 이들은 치료를 선택하는데 있어서의 갈등, 우울 및 두려움, 자신감과 관련한 진술문에 대해서는 부정적인 반응을 보여 환자 스스로가 현 상황을 극복하고자 애 쓰고 있는 것으로 고려되었다<표 6>. 인자 가중치가 큰 순서로 기술하면, 62세 남자 환자는 당뇨병 치료를 받

던 중 약을 제대로 먹지 않아 뇌졸중에 걸려 우측을 전혀 못쓰는 상태로 직장을 그만 둔 뒤 그로 인해 자신이 창피하고 민망하여 스스로가 죄책감이 든다고 하였으며, 그런 가운데에서도 회복에 대한 믿음을 갖고 있었다. 59세의 남자환자는 약 5개월 전에 뇌졸중이 발병하였으나 한방치료로 많이 개선되었다며 추후에도 계속 나아질 것을 기대하였으나 매우 심사숙고하는 모습으로 조사에 응해 다른 대상자에 비해 한층 많은 시간이 소요되었다. 68세 남자 환자의 경우는 이환 기간이 4년 7개월로서 몸은 거의 다 나아가는 것 같으나 뇌졸중 발병 후 머리가 너무 나빠진 것 같으며 이도 자꾸 빠진다고 함으로써 노화 등에 의한 것으로 고려되는 자신의 또 다른 신체적 변화에 대해 걱정을 하고 있었다. 다른 유형들과 비교할 때 특히 대인관계, 수치심, 자신에 대한 원망과 관련된 항목에 긍정적으로 반응하였다. 이 유형은 발병에 대한 죄책감, 신체적 변화에 대한 걱정 등 자신으로 향하는 관심을 나타내고 있었으며, 회복에 대한 의지를 잃지 않으려 노력하고 있었다.

(5) 제 5유형 : 절망형

제 5유형은 가족들에게 미안하고 가족들이 걱정된다고 하였으며, 불안함, 죽고 싶음, 우울함과 답답함, 막막함, 경제적 부담감, 자신에 대한 무가치감 등과 관련된 진술문에 긍정적으로 반응하고 있었다. 또한 기분이 쉽게 변하거나, 편안함, 화 남, 살고 싶음 등과 관련한 진술문에 대해 부정적인 반응을 보여 감정적으로 일정한 상태를 형성하고 있는 것으로 고려되었다<표 7>. 이들이 다른 유형들에 비하여 가장 긍정적인 반응을 보

<표 6> 정서적 반응 제 4유형의 긍정적 동의와 부정적 동의를 보인 진술문

항목번호	진술문 내용	Z-score
10	나는 다른 사람들과 어울리고 싶다.	1.78
18	아무도 내 괴로움을 이해해 주지 못한다.	1.61
12	나는 걸핏하면 신경이 곤두서고 짜증이 난다.	1.28
23	나는 신이나 가족에게 감사한 마음이 든다.	1.11
31	나는 나을 수 있다면 무엇이든 할 작정이다.	1.04
8	나는 슬프고 자꾸 울음이 나오려고 한다.	1.00
4	나는 두렵다.	-1.05
3	나는 불안하다.	-1.11
13	나는 죽고 싶다.	-1.12
7	나는 차라리 어린애가 되고 싶거나 어린애처럼 끌고 싶다.	-1.17
21	나는 경제적인 부담감을 느낀다.	-1.22
15	나는 답답하고 막막하다.	-1.36
2	나는 우울하다.	-1.47
16	나는 자신감이 없다.	-1.91

<표 7> 정서적 반응 제 5유형의 긍정적 동의와 부정적 동의를 보인 진술문

항목번호	진술문 내용	Z-score
30	나는 가족들에게 미안하고, 가족들이 걱정된다.	1.05
3	나는 불안하다.	1.41
13	나는 죽고 싶다.	1.41
2	나는 우울하다.	1.36
15	나는 답답하고 막막하다.	1.36
21	나는 경제적인 부담감을 느낀다.	1.32
1	나는 아무 짝에도 쓸모 없는 사람이 되었다.	1.12
22	나는 살아 있다는 사실만으로도 기쁘다.	-1.07
25	나는 살아있어서 다행이다.	-1.32
8	나는 슬프고 자꾸 울음이 나오려고 한다.	-1.32
6	나는 화가 난다.	-1.41
24	나는 편안하다.	-1.85
9	나는 기분이 쉽게 변한다.	-1.90

인 진술문은 죽고 싶음, 불안감, 자신감 저하 등과 관련된 항목이었으며, 부정적인 반응을 보인 항목은 화 남, 신경예민, 다행감, 자신감, 회복에 대한 기대 및 극복의지에 관련된 항목이었다. 11년간 투병 중인 81세 남자 노인의 경우 배우자와 둘이 살고 있으며 주거환경이 열악하고 경제적으로도 곤란하며 최근에는 당뇨와 고혈압이 있음을 알게 되었을 뿐만 아니라 반년 전에는 군대에서 제대한 아들이 정신질환을 일으켜 병원에 입원 중인 상황이었다. 따라서 자신이 희망도 없이 너무 오래 살고 있다며 차라리 죽고 싶다고 하였다. 7년 전에 발병한 72세의 남자 노인은 미혼인 아들과 단 둘이 살고 있는데 아들이 생계를 위해 일하러 가기 때문에 거의 수발을 받지 못하고 있었다. 경제적인 어려움을 토로하기도 하였으며, 떨정할 때 술을 많이 먹고 규칙적인 생활을 못해 병이 나게 되어 자신이 원망스럽다고 하기도 하였으며 병신인데 더 빨리 살아봤자 뭘 하겠느냐고 하였다. 이 유형은 고통으로서 가족체계에 있어서의 위기와 경제적인 곤란을 겪고 있었다.

### V. 논 의

이 연구는 뇌졸중으로 진단 받은 환자들의 정서적 측면의 간호요구를 환자의 입장에서 이해하기 위하여 실시한 Q방법론적 연구이다. 연구결과 뇌졸중 환자가 인지하는 정서반응은 5가지의 유형으로 구분되었다. 제 1유형은 '수용극복형'으로서 뇌졸중 발병 후 비교적 단기간 내 혹은 이환 기간이 길더라도 증상의 개선이 있었으며, 종교에 귀의하는 등으로 나름대로 적응을 하고 있었고, 암과 같이 치유가 어려운 질환을 극복한 경험이 있었다.

또한 가족의 지지체계가 강하거나 가족들과의 강한 연대감이 있었다. 남선영(1998)은 뇌졸중 환자의 상황수용 및 극복을 위한 제반시도들을 정서적 대처활동으로 구분하였다. 특히 뇌졸중 환자에게 있어 가족 등 의미 있는 사람은 환자의 재활과정의 결과를 결정하는 가장 중요한 변수임은 잘 알려져 있다(Tilton et al,1982). 이 유형은 바람직한 유형으로서 사회적 관심과 제도 속에서 이들에 대한 체계적이고도 지속적인 재활증대를 통해 그와 같은 정서상태가 유지되게끔 해야 할 것이다. 제 2유형은 '분노형'으로서 이 유형은 기분이 쉽게 변하며 자신의 상태를 인정하지 않고 있었다. 이 유형은 과거와는 달리 아무 것도 할 수 없는데 따른 심리적 갈등을 느끼는 한편, 뇌졸중을 죄의식과 관련지어 의식하고 있었으며 비교적 나이가 젊고, 발병 전 자신의 삶에 자신감이 있거나 만족했던 경우였다. 분노란 매우 생가시고 불쾌한 느낌으로 정의되며, 주의를 요하는 경고신호이다. 이들에 대한 중재에는 대상자의 안전과 위엄을 확인시키고, 분노를 표현할 수 있는 건설적인 배출구를 제공하며, 갈등 해소와 문제해결을 돕는 등의 간호중재가 요구된다(Rawlins, Williams, Beck, 1993). 남선영(1998)은 발병기 및 적극적 치료기를 지나 재활기의 뇌졸중 환자에게서 분노감이 관찰되었다고 보고하였다. 제 3유형은 '내적 갈등형'으로서 이 유형은 자신은 다른 사람들과 어울리고 싶어하나 아무도 자신의 피로움을 이해해 주지 못하는 것으로 인지하고 있었으며, 신이나 가족에 대한 감사함, 신경 예민, 슬픔 등 상반된 감정들을 보이고 있었다. 또한 그런 가운데 나올 수 있다면 무엇이든 할 작정이라고 하였다. 이 유형은 지지체계가 없거나 약한 상태였다. 갈등은 동시에 해결될 수 없는 둘 또는 그 이상

의 강한 동기의 유발로 정의되며, 긍정적 차원과 부정적 차원에 따라 상반된 결과를 유도하게 되므로 갈등의 원천을 확인함으로써 적절한 중재가 가능해진다(이광준, 1998). 제 4유형인 '자존감 저하형'은 병이 나을 자신은 있으나 남들을 대면하는데 두려움을 갖고 있었고, 자신을 원망하면서도 언젠가는 상태가 좋아질 것이라는 기대를 하고 있었으며 자신과의 싸움을 잘 하고 있다고 하였다. 다른 유형들과 비교할 때 특히 대인관계, 수치심, 자신에 대한 원망과 관련된 항목에 더욱 긍정적으로 반응하였다. 이 유형은 발병에 대한 죄책감, 신체적 변화에 대한 걱정 등 자신으로 향하는 관심을 나타내고 있었으며, 회복에 대한 의지를 잃지 않으려 노력하고 있었다. 이 유형에 있어선 뇌졸중의 예방과 노화에 관한 지식을 제공함으로써 환자가 현 상황을 인정하고 자신의 건강을 지키기 위한 노력으로 유도하기 위한 동기부여가 필요할 것이다. 제 5유형은 '절망형'으로서 이 유형은 가족들에 대한 미안함과 걱정을 하고 있었으며 불안, 죽고 싶음, 우울함과 답답함, 막막함, 경제적 부담감, 자신에 대한 무가치감을 갖고 있었다. 반면 또한 기분이 쉽게 변화하거나, 편안함, 화 남, 살고 싶음 등과 관련한 진술문에 대해 부정적인 반응을 보여 감정적으로 일정한 상태를 형성하고 있는 것으로 고려되었다. 이들이 다른 유형들에 비하여 특히 긍정적인 반응을 보인 진술문은 '나는 죽고 싶다', '나는 불안하다', '나는 자신감이 없다' 등이었으며 부정적인 반응을 보인 항목은 '나는 화가 난다', '나는 걸땀하면 신경이 곤두서고 짜증이 난다' 및 다행감, 자신감, 회복에 대한 기대 및 극복의지에 관련된 항목이었다. 이 유형은 고령이었으며 가족체계에 있어서의 위기와 경제적인 곤란을 겪고 있었다. 서병숙(1993)은 한국노인의 생활관심에 대한 연구 결과 노인들이 기쁨으로 생각하는 것은 자신의 건강, 자손이 잘 됨, 부부해로 순이었다고 보고하였다. 노인환자의 절망감이나 무력감에 대한 간호중재는 건강관리 및 간호과정에서 환자가 직접 의사결정 등에 참여하도록 함으로써 자신의 권리와 필요성을 인식하도록 하는데 초점을 둔다(이선옥, 김순자, 하양숙, 1995). 그러나 노인의 생활만족 저해요인은 다양하며, 개인의 능력으로는 해결할 수 없는 현실이 많으므로 노인에 대해서는 일차적으로 사회적 노력과 지원이 선행되어야 할 것이다(서병숙, 1993).

## VI. 결론 및 제언

이 연구는 뇌졸중으로 진단 받은 환자들이 느끼는 다

양한 측면의 간호요구들 중 특히 정서적 측면의 간호요구에 초점을 맞추어 그 유형을 파악하기 위한 목적으로 설계된 Q방법론적 연구이다. 의사소통이 가능한 뇌졸중 환자, 뇌졸중 환자의 배우자, 가정간호사, 병원근무 간호사, 뇌졸중 관련문헌 및 저자 자신의 선행연구 결과로부터 78개의 Q모집단을 추출하여 Q방법론의 권위자와 몇 명의 간호학자들의 도움을 받아 최종적으로 31개로 결정된 후 P표본인 뇌졸중 환자 25명을 대상으로 자료를 수집하였다. 1998년 6월부터 8월 사이에 수집된 자료는 PC QUANL program을 이용하여 처리하였으며 Q요인 분석은 주요인 분석(Principal Component Factor Analysis) 방법을 이용하였다. 그 결과 뇌졸중 환자가 인지하는 정서반응은 '수용극복형', '분노형', '내적 갈등형', '자존감 저하형', '절망형'의 5가지 유형으로 확인되었다. '수용극복형'은 뇌졸중 발병 후 비교적 단기간 내 혹은 장기간이라 하더라도 증상의 개선이 있고, 종교에 귀의하는 등 나름대로 적응을 하며, 앞과 같이 치유가 어려운 질환을 극복한 경험이 있고, 강한 가족 지지체계가 가족들과의 연대감이 있다. '분노형'은 기분이 쉽게 변화하며 자신의 상태를 인정하지 않고, 뇌졸중을 죄의식과 관련지어 의식하고 있으며 비교적 나이가 젊고, 발병 전에 자신의 삶에 만족해하였다. '내적 갈등형'은 타인과의 관계에서 양가적 감정, 신이나 가족에 대한 감사, 신경과민, 슬픔 등 상반된 감정들을 보이고 있고 지지체계가 없거나 약한 상태다. '자존감 저하형'은 병이 나을 자신은 있으나 남들을 대면하는데 두려움을 갖고 있고, 자신을 원망하면서도 언젠가는 상태가 좋아질 것이라는 기대를 하고 있으며 자신과의 싸움을 잘 하고 있다고 인지하며 특히 다른 유형들에 비하여 대인관계, 수치심, 자신에 대한 원망과 관련된 항목에 더 강하다. 또한 발병에 대한 죄책감, 신체적 변화에 대한 걱정 등 자신으로 향하는 관심을 나타내고 있으며, 회복에 대한 의지를 잃지 않으려 노력하고 있다. '절망형'은 가족들에 대한 미안함과 걱정, 불안감, 죽고 싶음, 우울 및 답답함, 막막함, 경제적 부담감, 자신에 대한 무가치감을 갖고 있다. 또한 감정적으로 일정한 상태를 형성하고 있다. 이 유형은 고령이며 가족체계에 있어서의 위기와 경제적인 곤란을 겪고 있다. 이 연구는 뇌졸중환자가 발병으로 인하여 초래된 간호요구를 환자 입장에서 확인하고자 시도한 주관성 연구로서 이 연구에서 확인된 뇌졸중 환자의 간호요구에 대한 주관적 구조인 유형별 특성은 추후 신체적, 사회적 측면에 대한 연구가 보완될 경우 뇌졸중 환자의 전반적인 간호요구를 사정하는데 활용될

수 있을 것으로 기대되며 나아가 뇌졸중 환자의 유형별 특성에 따른 간호중재를 개발하는데 기초자료가 될 수 있을 것이다. 한편 이 연구는 뇌졸중 환자의 정서적 반응 유형을 환자의 병리적 특성에 따라 확인함을 목적으로 하지는 않았으나 대상자의 주관성을 확인하는 Q연구 방법을 적용함에 있어 연구대상자가 제한될 수밖에 없었으므로 이 연구의 결과를 전체 뇌졸중 환자에 적용시키는 데는 무리가 있다.

참 고 문 헌

강현숙 (1984). 재활강화교육이 편마비 환자의 자가간호 수행에 미치는 효과에 관한 실험적 연구. 연세대학교 대학원 박사학위 논문, 서울.

강현숙 (1994). 편마비 환자의 재활과정에 따른 스트레스와 대처의 변화양상, 대한간호학회지, 24(1), 18-32.

강현숙 (1997). 뇌졸중 환자의 가정간호요구, 대한간호학회지, 27(3), 550-562.

김병은, 이향련 (1994). 편마비 환자의 일상생활동작 수행에 대한 추후조사연구-건강계약 완료 1년 후, 성인간호학회지, 6(1), 101-111.

김소선 (1992). 뇌졸중 환자를 돌보는 가족의 경험에 관한 연구, 연세대학교 대학원 박사학위 논문, 서울.

김이순 (1997). 뇌졸중 환자의 희망, 대한간호학회지, 27(1), 212-227.

김정순, 정문호, 윤희섭, 양숙자, 허용, 허봉일 (1984). 일부 농촌 및 중소도시를 대상으로 한 뇌혈관질환의 위험요인과 관리양상에 관한 연구(II), 한국역학회지, 16(1), 112-123.

남선영 (1998). 뇌졸중 환자의 질병경험에 관한 연구, 대한간호학회지, 28(2), 479-489.

박명희 (1991). 가족간호제공자의 부담감 인지경도와 영향변수 분석, 가톨릭대학 의학부 논문집, 44(3), 943-958.

서문자 (1990). 편마비 환자의 퇴원 후 적응상태와 관련요인에 대한 분석적 요구, 대한간호학회지, 20(1), 88-117.

서문자, Noh S., Davins G. M., 김금순, 김국기, 송지영, 조남옥, 홍여신, 김인자, 최희정, 정성희, 김은판 (1999). 퇴원 후 뇌졸중 환자의 재적응과 사회적 지지와의 관계 분석, 대한간호학회지, 29(3), 639-654.

서병숙 (1993). 노인연구, 교문사, 서울.

안수연 (1997). 뇌졸중 환자 배우자의 수발경험에 대한 연구, 한양대학교 대학원 박사학위 논문, 서울.

이광준 (1998). 카운슬링과 심리치료, 학문사, 서울.

이명해, 강현숙 (1991). 편마비 환자가 지각한 가족지지와 불안과의 관계 연구, 대한간호학회지, 21(1), 50-61.

이선옥, 김순자, 하양숙 (1995). 노인간호학, 한국방송통신대학 출판부, 서울.

이은숙 (1995). 뇌졸중 환자의 조기재활관리에 대한 가족의 지식, 태도, 실천에 대한 조사 연구, 성인간호학회지, 7(1), 17-34.

이인규, 한혜연, 김희상, 나영실, 안경희 (1988). 뇌졸중 환자의 정서장애, 대한재활의학회지, 12(1), 33-38.

통계청 (1995). 1995년 생명표.

최선미, 김연희, 조은수 (1991). 농촌지역 재가 뇌졸중 환자의 재활실태와 욕구에 관한 조사, 대한재활의학회지, 15(2), 67-73.

Gesztelyi R., Fekete I., Kellermann M., Csiba L., Bereczki D. (1999). Screening for depressive symptoms among post-stroke outpatients in Eastern Hungary, J Geriatr Psychiatry Neurol, 12(4), 194-199.

Hermann N., Black SE., Lawrence J., Szekdy C., Azalai JP (1998). The Sunnybrook Stroke Study: a prospective study of depressive symptoms and functional outcome, Stroke, 29(3), 618-624.

Kellermann M., Fekete I., Gesztelyi R., Csiba L., Kollar J., Sikula J., Bereczki D. (1999). Screening for depressive symptoms in the acute phase of stroke, Gen Hosp Psychiatry, 21(2), 116-121.

Rawlins R. P., Williams S. R., Beck C. K. (1993). Mental Health-Psychiatric Nursing, 3rd ed, Mosby, U.S.A.

Robinson R. G., Price T. R. (1982). Post-stroke depressive disorders: a follow-up study of 103 patients, Stroke, Sep-Oct; 13(5), 635-641.

Tilton C. N., Maloof M. (1982). Diagnosing the Problems in Stroke: How to assess and plan care using nursing diagnosis, AJN,

April, 597-601.

- Wade DT, Smith L. J., Hewer RA. (1987). Depressed mood after stroke. A community study of its frequency, Br J Psychiatry, Aug. 151, 200-205.
- Williams, L. S., Weinberger, M., Harris L. E., Clark, D. O., & Biller, J. (1999). Development of a stroke-specific quality of life scale, Stroke, Dallas, Jul. 1362-1372.

- Abstract -

Key concept : Stroke, Emotional response,  
Q-methodology

### A Subjectivity Study on Type of Emotional Response of Stroke Patient

*Ahn, Soo Yeon\**

The purpose of this study was to identify emotional responses, of stroke patients using Q analysis. From the data analysis, five types of emotional responses in stroke patients were classified as follows.

1. Acceptance and Overcoming : They attached to life strongly and had self-confidence of recovery. They were striving against their situation through using anything else good for their recovery.

2. Anger Type : They recognized a labile feeling and were angered easily. They had a self-confident and self-esteemed personality before they had a stroke.
3. Conflict Type : They wanted interaction with others. This individual recognized that no one knows their agonies. They were thankful to god or their family, while they could not control their minds. Their family supports were low.
4. Deficiency of self-esteem Type : They had a self-confidence of recovery, but they were in fear of interaction with others. Especially, they were ashamed of themselves. They have a high sense of responsibility and high self-esteem for themselves before they had a stroke.
5. Despair Type : They were sorry to trouble their family. They felt depression, anxiety, darkness, uselessness of themselves, and they wanted to die. They recognized financial burden. for their family.

The characteristics of the five types of stroke patient identified in this study will be used to assess emotional nursing needs for stroke patients. The findings of this study will provide practical guidelines for developing nursing interventions for stroke patients based on the characteristics of subjectivity types.

---

\* Department of Nursing Science, Hallym University