



# 뇌졸중 환자의 일상생활동작, 우울과 삶의 질의 관계

김원옥<sup>1)</sup> · 강현숙<sup>1)</sup> · 왕명자<sup>1)</sup> · 김정화<sup>1)</sup> · 최진이<sup>2)</sup>

1) 경희대학교 간호과학대학 교수, 동서간호학연구소 상임연구원

2) 경희대학교 간호과학대학 강사

## Relationships among Activity of Daily Living, Depression, and Quality of Life(QOL) in Patients with Stroke

Kim, Won Ock<sup>1)</sup> · Kang, Hyun Sook<sup>1)</sup>

Wang, Myoung Ja<sup>1)</sup> · Kim, Jeong Hwa<sup>1)</sup> · Choi, Jin Yi<sup>2)</sup>

1) Professor, College of Nursing Science, KyungHee University; East-West Nursing Research Institute

2) Instructor, College of Nursing Science, KyungHee University

### Abstract

**Introduction:** The purpose of this study was to examine relationships among stroke patients' activities of daily living(ADL), depression, and quality of life(QOL). **Methods:** Data were collected by questionnaires from 251 stroke patients at 5 hospitals and 2 public health centers in Seoul and Kyonggi-Do. The following Questionnaires were utilized for this study: Functional independence measure(FIM) from Grange, Hamilton, and Sherwin(1986), the Korean CES-D scale from Randloff(1977), and quality of life scale from Bang, Hwal-Lan(1991). **Results:** Data were analyzed using the pearson correlation, t-test, and ANOVA with SPSS/WIN 12.0. The results of this study

were as follow; The subjects consisted of 110 females and 141 males. The mean score of activity of daily living was 87.2(range 18-126). Age, family history, comorbidity, paralysis site, and duration after diagnosis were significantly associated with activity of daily living. The mean score of depression was 23.8(range 11-44). Age, gender, education, and job were significantly associated with depression. The mean score of quality of life scale was 3.0(range 1-5). Gender, religion, education, job, economic status, and duration after diagnosis were significantly associated with quality of life. Relationships among activity daily living, depression, and quality of life scale: The activity of daily living had a negative relationship with depression

주요어 : 뇌졸중, 일상생활동작, 우울, 삶의 질

투고일: 2007년 11월 28일 심사완료일: 2007년 12월 11일

• Address reprint requests to : Choi, Jin Yi(Corresponding Author)

College of Nursing Science, KyungHee University

1 Hoegi-dong, Dongdaemun-gu, Seoul 130-70, Korea

Tel: 82-2-961-0310 Fax: 82-2-961-9398 E-mail: jinred@empal.com

score. The activity of daily living had a positive relationship with QOL score. The depression had a negative relationship with QOL score. **Conclusion:** Based on these results, it is necessary to run rehabilitation programs to improve stroke patients' ADL, depression. Also, it research for of identifying stroke patients' quality of life according to rehabilitation program.

**Key words :** Stroke, ADL, Depression, QOL

## 서 론

### 연구의 필요성

뇌졸중은 사망률이 인구 10만 명당 64.3명으로 2002년 이후 감소되고 있으나 단일 질환으로는 가장 높은 질병이라고 할 수 있다(Korean National Statistical Office, 2007). 또한 뇌졸중은 사망의 주원인이 되는 동시에 생존하는 경우에도 일상생활을 하기 어려운 병으로 국가적, 경제적, 사회적으로 큰 손실이라고 할 수 있다. 뇌졸중 환자는 발병 후 1개월 이내 약 25%가 사망하고 나머지 75%의 환자는 반신불수인 장애자의 상태로 되어 영구적으로 잔존하는 만성문제로 장기적인 간호를 요하게 된다(Kang, 1997). 잔존하는 후유증으로는 기동성, 상지기능, 배설 기능, 성기능 등 인체의 필수적인 신체기능이 저하되고 감각장애, 기억장애, 정서장애, 기억력 손상 등으로 인한 심리적 불안을 느끼고 정서적 고통이 심할 경우에는 회복에도 심각한 영향을 미치게 된다(Park, 1998).

일상생활동작(Activities of Daily Living: ADL)은 구체적으로 먹기, 입기, 대소변 처리하기, 기능적인 운동능력, 지역사회로의 이동능력, 기능적인 의사소통능력 등의 자기관리능력이라고 정의 할 수 있다(American Occupational Therapy Association, 1994). 뇌졸중 환자의 75%는 편마비로 인한 보행 장애와 일상생활동작 수행 장애로 남에게 의존하게 되며, 기억손상, 인지능력장애, 감각장애, 시각장애, 청각장애, 실어증 등으로 사회 적응이 어렵다고 하였다. 이러한 기능 장애는 일상생활동작의 통합적인 조화과정에 심각한 영향을 주게 되어(Lorraine, 1996) 일상생활의 장애도 94%나

되는 등(Seo, 1995) 독립적 삶을 영위하기 어려운 상황에 처함으로써 뇌졸중 발병 후 환자의 일상생활동작의 능력을 평가하고 수행하는 일은 이들의 재활목표 달성에 있어서 매우 중요하고, 뇌졸중 환자의 독립적 생활을 위해서 가장 기본이 된다(Lorraine, 1996)고 하였다.

그동안 조기 재활을 위해 입원한 뇌졸중 환자에게 일상생활동작을 훈련시키고 교육을 시켜 그 효과를 보는 연구가 시행되었고 최근에는 지역사회로 나가 독립적 생활의 어려움을 겪고 있는 뇌졸중 후 환자들의 재활을 위한 복합적인 재활자조관리 프로그램(Kim, Seo, & Kang, 2000)에 대한 연구가 있었다. 그러나 뇌졸중 환자들은 단기간에 회복되는 상태가 아니고 만성적인 장애를 지닌 채 장기간에 걸쳐 재활해 나가야 하는 문제를 갖고 있으므로 신체적 문제에 따른 우울이나 삶의 질 저하 등의 사회 심리적 문제가 매우 우려된다.

우울은 뇌졸중 환자의 가장 흔한 정서적 문제 중 하나이다. 중증상황에서는 입원하여 나타난 마비증상 등의 장애를 회복하고자 의료인에 의해 계획된 재활요법을 적극적으로 받으며 기능적 향상을 도모하지만 퇴원 후에는 스스로 재활노력을 해야 함은 물론 의료인이나 가족의 집중적 지지를 받던 생활에서 점차 벗어나 독립성을 찾아가야하는 환경에 처하게 되고 뇌졸중 환자의 우울문제가 여러 연구에서 제시되고 있다. Singh 등(2000)은 뇌졸중을 진단 받은 환자 중 18-78%의 환자들이 급성기 또는 회복과정에서 발생하는 가장 일반적인 합병증이 우울증이라고 보고하였고 Hopkins와 Smith(1993)는 뇌졸중 환자가 장기간에 걸쳐 일상생활동작을 독립적으로 수행하지 못하면 무력감과 심한 우울에 빠지기 쉽다고 하였다. Hwang과 park(1996)은 뇌졸중 환자에 대한 우울정도의 조사에서 Zung의 우울점수에 따라 분석한 결과 과반수가 중증도 이상의 우울상태를 나타냈다고 하였다. Sinyor, Amato와 Kaloupek(1986)은 우울이 높은 환자들은 낮은 환자보다 뇌졸중 후 6주 동안에 최악의 신체적 치료 결과를 보였다고 보고하였다. 또한 뇌졸중 후 우울증의 원인을 뇌졸중으로 인한 뇌손상과 같은 생리적인 요인과 뇌졸중으로 인한 심리적인 반응이 합쳐져 나타난다고 보고 많은 관심을 가지고 있다(Khan,

2004). 우울은 뇌졸중 환자에게 자신감을 잃게 하고 대인관계 기피 등 한 인간으로서의 역할상실로 무력감 등에 빠져 삶의 의지를 포기하여 재활을 어렵게 만들게 함으로서 신체적인 기능상태와 삶의 질을 떨어트린다(Kim, 1996).

삶의 질이란 인간 생활의 질 문제인 삶의 정도와 가치를 다루는 것으로 신체, 정신, 사회, 경제적인 영역에서 각 개인이 느끼는 주관적 안녕을 의미하는 것으로 생애를 가치 있는 삶으로 만드는 간호의 돌봄 측면이 내포되어 있어서 뇌졸중과 같은 만성적 질환을 가진 사람들의 삶의 질을 증진시켜야 하는 문제가 중시되고 있다. Chung(2000)은 마비로 인한 신체적 증상이 스트레스와 관련성이 매우 높고 편마비로 인해 환자가 겪는 환측 기능의 장애는 단순히 운동조절과 일상생활동작 수준에서의 문제로 그치는 것이 아니라 심리적인 면과 삶의 질에도 영향을 미친다고 하였다. 뇌졸중 환자는 기본적인 자가 간호인 일상생활동작 수행을 스스로 할 수가 없게 되어 남에게 의지해야하는 등의 문제 때문에 자존감을 상실하고 우울에 빠지며 삶의 질이 저하되는 문제를 안고 있다. Hong, Park과 Jung(1998)의 연구에서 우울은 삶의 질과 상관관계가 있는 것으로 나타났으며 Kim(2001)의 연구에서 뇌졸중 환자들의 삶의 질은 비교적 낮고 일상생활 활동 수준과 자기효능감과 정상관관계가 있다고 하였다.

이상에서 볼 때에 뇌졸중 환자들은 퇴원 후 장기적으로 재활해야하는 어려움을 겪고 있고 인간의 가장 기본적인 신체활동인 일상생활동작 수행능력이 저하되고 이로 인해 독립성이 상실되며 우울이 증가되고 삶의 질이 저하되는 등의 경험을 하게 되므로 일상생활동작 수행, 우울, 삶의 질과 같은 변수들의 관계를 알아보는 것은 뇌졸중 환자의 재활 프로그램을 개발하여 사회적으로 보편화시켜나가는데 매우 중요함을 알 수 있다. 그러나 뇌졸중 환자에 대한 일상생활동작 수행, 우울, 삶의 질의 관련성에 관한 연구는 부분적으로 이루어지고 있어(Cho, Ko, & Kim, 2003; Chung, 2000) 연구가 아직 부족한 실정이다.

그러므로 퇴원 후 뇌졸중 환자를 대상으로 재활의 중요부분인 일상생활동작 수행과 우울, 삶의 질과의 관련성을 구체적으로 조사하여 뇌졸중 환자의 재활프

로그램의 효과를 높이는 간호중재를 개발하는데 의미 있는 기초 자료를 제공하고자 본 연구를 시도하였다.

## 연구의 목적

본 연구의 구체적 목적은 다음과 같다.

## 연구 방법

### 연구 설계

본 연구는 3차 진료기관과 재활병원 외래 및 보건소를 방문하는 재가 뇌졸중 환자의 일상생활동작과 우울 및 삶의 질에 대한 상호관련성을 연구한 서술적 조사연구이다.

### 연구 대상 및 표집 방법

본 연구의 대상자는 뇌졸중을 진단받고 수도권지역의 3차 진료기관이나 재활병원 및 보건소를 방문하는 재가 뇌졸중 환자들로서 연구의 목적을 이해하며 참여할 것을 동의하고 의사소통이 가능한 자를 대상으로 임의 표출된 50세 이상 대상자 251명이다.

### 연구 도구

#### ● 일상생활동작

일상생활동작은 Granger, Hamilton과 Sherwin(1986)이 개발한 FIM(Functional Independence Measure)을 연구자들이 번안하여 사용하였다. FIM은 기능의 6영역인 자가 간호, 회음부 조임근 조절, 이동, 기동성, 의사소통, 사회적인지로 구성되었으며 18문항 7점 척도로 되어있다. 각 항목은 대상자의 기능정도에 따라 의존은 1점, 완전 독립은 7점을 주어 최저 18점에서 최고 126점까지의 범위를 가지며 점수가 높을수록 일상생활동작을 독립적으로 수행한다고 평가하였다. 1993년 미국 북서부 재활시설연합회(Northwest Association of Rehabilitation Facilities)에서 신뢰도를 재검증한 결과 도구의 신뢰도는 Cronbach's  $\alpha=0.95$ 였으며, 본 연구에서는 Cronbach's  $\alpha=0.88$  이었다.

● 우울

우울은 Randloff(1977)가 개발한 CES-D를 Chon과 Rhee(1992)가 수정하여 만든 한국판 CES-D를 Ham (2001)이 재 수정한 도구를 사용하여 측정하였다. 도구는 11문항 4점 척도로 점수범위는 최저 11점에서 최고 44점으로 점수가 많을수록 우울정도가 심한 것을 의미한다. Randloff(1977)가 개발 당시 도구의 신뢰도는 Cronbach's  $\alpha=0.89$  이었으며, 본 연구에서의 Cronbach's  $\alpha=0.92$  이었다.

● 삶의 질

삶의 질은 Bang(1991)이 개발한 삶의 질 측정도구를 Chung(2000)이 수정한 것을 본 연구자가 재수정하여 사용하였다. 도구는 정서 상태 요인 7문항, 신체적 증상요인 6문항, 사회활동 요인 6문항, 가족지지 및 경제상태 요인 4문항, 건강에 대한 인식요인 5문항, 삶에 대한 태도요인 5문항으로 되어 있었으나 신뢰도가 낮은 삶의 태도 1문항을 제외하고 총 32문항을 사용하였다. 본 도구는 5점 척도로 “전혀 그렇지 않다”가 1점, “항상 그렇다”가 5점이고, 부정적인 문항인 14개 문항은 역으로 환산하여 점수가 높을수록 삶의 질이 높음을 의미한다. Chung(2000)이 사용한 도구의 신뢰도는 Cronbach's  $\alpha=0.88$  이었고 본 연구에서의 도구의 신뢰도는 Cronbach's  $\alpha=0.926$ 이었다.

자료 수집 방법

본 연구는 2003년 1월부터 2003년 3월까지 서울 및 경기도 지역에 위치한 3개의 3차 진료기관과 2개의 재활병원 및 2개의 보건소의 협조를 받아 훈련된 3명의 연구조원이 각 기관의 외래를 방문하여 재가 뇌졸중환자와의 직접 면담을 통하여 수집한 총 251부의 설문지를 본 연구에 사용하였다.

연구 분석 방법

수집된 자료는 SPSS/WIN 12.0을 이용하여 전산통계 처리하였으며, 분석방법은 다음과 같다. 본 연구대상자의 인구학적 특성, 질병관련 특성과 일상생활동작 수행, 우울, 삶의 질 정도는 서술적 통계를, 인구

학적 특성, 질병관련 특성에 따른 일상생활동작 수행, 우울, 삶의 질 정도는 ANOVA와 t-test를 사용하였다. ANOVA에서 유의한 변수는 scheffe's test로 사후 검정하여 분석하였다. 각 주요 변인간의 관계는 Pearson Correlation을 이용하였다. 검증을 위한 유의도 수준은 .05로 하였다.

연구 결과

대상자의 일반적 특성 및 질병관련 특성에 따른 일상생활동작, 우울, 삶의 질 정도

대상자의 평균연령은 62.5세였으며, 남자가 56.2%이었다. 종교가 있는 대상자가 65.7%로 가장 많았으며, 중졸 이하가 49.0%였고 96.8%가 기혼이었다. 직업은 57.8%가 없었으며 경제 상태는 58.2%가 중정도로 나타났다. 대상자의 51.2%가 뇌졸중에 대한 가족력이 있었으며 49.8%가 동반질환이 있는 것으로 나타났다. 마비부위는 왼쪽이 51.0%로 오른쪽보다 조금 많았으며 3.6%에서 양측마비가 있었다. 발병 후 경과 기간은 평균 35.5개월이었으며 1년 미만이 47.8%로 가장 많았다<표 1>.

일상생활동작 수행은 연령( $F=2.658, p=0.049$ ), 가족력 유무( $t=-3.397, p=0.001$ ), 동반질환 유무( $t=-2.070, p=0.040$ ), 마비부위( $F=3.262, p=0.040$ ), 발병기간( $F=2.516, p=0.042$ )과 그룹 간에 유의한 차이가 있었다. 51-60세인 대상자가 71세 이상인 대상자에 비해 일상생활동작 수행도가 높았고 일측 마비인 대상자가 양측마비인 대상자에 비해 일상생활동작 수행도가 높았고 발병 후 경과기간이 37개월에서 48개월인 대상자가 13개월에서 24개월인 대상자보다 일상생활동작 수행도가 높았다. 동반질환이 있는 대상자가 동반질환이 없는 대상자에 비해, 가족력이 없는 대상자가 가족력이 있는 대상자에 비해 일상생활동작 수행도가 높았다.

우울은 연령( $F=2.787, p=0.041$ ), 성별( $t=-3.012, p=0.003$ ), 학력( $F=3.762, p=0.025$ ), 직업유무( $t=2.909, p=0.004$ )에 따라 유의한 차이가 나타났다. 71세 이상인 대상자가 50세 미만, 51-60세, 61-70세인 대상자에 비해 우울점수가 높았고, 남성에 비해 여성이 우울정도가 높았다.

교육수준이 중졸이하인 대상자에 비해 대졸 이상인 대상자가 우울정도가 높았고 직업이 없는 대상자가 직업이 있는 대상자에 비해 우울정도가 높았다.

삶의 질은 성별( $t=-2.581, p=0.010$ ), 종교유무( $t=3.408, p=0.001$ ), 학력( $F=11.940, p=0.000$ ), 직업유무( $t=-4.470, p=0.000$ ), 경제상태( $F=37.554, p=0.000$ ), 발병 후 경과 기간( $F=4.734, p=0.001$ )에 따라 그룹간 유의한 차이가 있었다. 남성이 여성보다 삶의 질정도가 높았으며, 종교가 있는 대상자가 종교가 없는 대상자에 비해 삶의 질 정도가 높았다. 또한 교육수준이 고졸, 대졸인 대상자가 중졸이하인 대상자에 비해 삶의 질 정도가 높았고, 직업이 있는 대상자가 직업이 없는 대상자에

비해 삶의 질 정도가 높았다. 경제상태가 중상정도인 대상자가 경제상태가 하인 대상자에 비해 삶의 질 정도가 높았다<Table 1>.

**대상자의 일상생활동작, 우울, 삶의 질 정도**

대상자의 일상생활동작 점수 범위는 최저 18점에서 최고 126점으로 평균점수는 87.2점이었고 그에 따른 하부항목의 점수는 운동영역이 61.4점, 인지영역이 25.9점이었다. 우울의 점수범위는 최저 11점에서 최고 44점으로 평균점수는 23.8이었으며 삶의 질의 점수 범위는 최저 1점에서 최고 5점으로 평균이 3.03이었

<Table 1> ADLs, depression, QOL according to general characteristics of subject N=251

Valuables	Category	N(%)	ADLs			Depression			Quality of life		
			Mean±SD	t/F	Post-hoc comparison**	Mean±SD	t/F	Post-hoc comparison**	Mean±SD	t/F	Post-hoc comparison**
Age (years)	> 51 <sup>a</sup>	34(13.55)	85.21±28.68			23.18± 6.73			3.13±0.63		
	51 - 60 <sup>b</sup>	65(25.90)	92.95±29.79	2.658*		22.82± 7.70	2.787*		3.12±0.66	2.262	
	Mean±SD: 61 - 70 <sup>c</sup>	86(34.26)	89.64±25.58	(0.049)	b>d	22.98± 7.91	(0.041)	a>d	3.08±0.69	(0.082)	
	62.5±11.8	< 70 <sup>d</sup>	66(26.29)	79.26±34.23			26.17± 8.12	c>d	2.84±0.79		
Gender	Male	141(56.2)	89.70±29.84	1.523		22.50± 7.48	-3.012*		3.14±0.68	2.581*	
	Female	110(43.8)	83.93±29.66	(0.129)		25.46± 8.03	(0.003)		2.91±0.73	(0.010)	
Religion	Yes	165(65.7)	86.13±30.28	-0.760		23.34± 7.40	-1.231		3.14±0.71	3.408*	
	No	86(34.3)	89.15±29.05	(0.448)		24.69± 8.62	(0.220)		2.83±0.66	(0.001)	
Education	Middle> <sup>a</sup>	123(49.00)	87.29±27.89			25.06± 8.07			2.83±0.65		
	High <sup>b</sup>	77(30.68)	85.18±31.61	0.378		23.21± 7.38	3.762*	a>c	3.18±0.73	11.940*	a<b
	College< <sup>c</sup>	51(20.32)	89.86±31.97	(0.686)		21.67± 7.55	(0.025)		3.31±0.67	(0.000)	a<c
Marital status	Married	243(96.8)	86.98±29.97	-0.561		23.83± 7.89	0.338		3.05±0.70	1.883	
	Unmarried	8( 3.2)	93.00±26.77	(0.575)		22.88± 6.90	(0.735)		2.57±0.73	(0.061)	
Occupation	None	143(57.0)	87.06±30.35	-0.68		25.05± 7.74	2.909*		2.87±0.71	-4.470*	
	Yes	108(43.0)	87.31±29.30	(0.946)		22.17± 7.72	(0.004)		3.26±0.64	(0.000)	
Economic status	High <sup>a</sup>	32(12.7)	88.41±31.23			22.75± 8.36			3.39±0.72		
	Middle <sup>b</sup>	146(58.2)	90.04±28.95	2.352		23.23± 7.38	2.236		3.22±0.59	37.554*	c<b
	Low <sup>c</sup>	73(29.1)	80.88±30.44	(0.097)		25.41± 8.39	(0.109)		2.51±0.64	(0.000)	c<a
Family history	No	120(48.8)	93.72±26.47	-3.397*		23.58± 7.96	0.419		3.02±0.70	0.227	
	Yes	131(51.2)	81.17±31.55	(0.001)		24.00± 7.77	(0.675)		3.04±0.72	(0.821)	
Comorbidity	No	126(50.2)	83.31±31.61	-2.070*		23.84± 7.83	0.082		3.07±0.71	0.712	
	Yes	125(49.8)	91.06±27.53	(0.040)		23.76± 7.90	(0.935)		3.00±0.71	(0.477)	
Paralysis site	Left <sup>a</sup>	28(51.0)	88.05±28.69			23.70± 7.31			2.99±0.68		
	Right <sup>b</sup>	114(45.4)	88.13±30.23	3.262*	c<a	23.44± 7.97	2.883		3.09±0.70	0.763	
	Both <sup>c</sup>	9( 3.6)	62.44±33.80	(0.040)	c<b	29.89±11.70	(0.058)		2.90±1.07	(0.467)	
Duration after attack (month)	>7	91(36.25)	84.49±27.81			2.10± 0.88			3.28±0.61		
	7 - 12	29(11.55)	92.93±21.69			2.15± 0.61			3.02±0.56		
	13 - 24	33(13.15)	77.70±36.05	1.749		2.39± 0.82	0.809		2.81±0.80	4.734*	
	Mean±SD: 25 - 60	55(21.91)	90.56±31.24	(0.140)		2.19± 0.78	(0.520)		2.89±0.78	(0.001)	
35.5±48.1	60<	43(17.13)	91.86±30.64			2.17± 0.64			2.89±0.71		

\* p< 0.05 \*\*sheffe

<Table 2> Degree of ADLs, depression, and QOL

N=251

Variables	Mean ±SD	Range
ADLs	87.17±29.84	18 - 126
Motor	61.38±24.48	13 - 91
Cognitive	25.89±7.96	5 - 35
Depression	23.80± 7.85	11 - 44
Quality of life	3.03± 0.71	1.32 - 4.77
Emotional status	3.28± 0.98	1 - 5
Physical symptom	3.30± 0.64	1 - 5
Social activities	2.52± 1.09	1 - 5
Family support & economic status	2.97± 1.11	1 - 5
Recognition of health	3.14± 0.75	1 - 5
Attitude of life	2.88± 1.02	1 - 5

다. 삶의 질의 하부영역으로 신체적 증상이 3.3점으로 가장 높았으며 사회활동이 2.5점으로 가장 낮았다 <Table 2>.

### 대상자의 일상생활동작과 우울, 삶의 질과의 상관관계

대상자의 일상생활동작과 우울( $r=-0.353$ ,  $P=0.000$ )은 역 상관관계를 나타내어 일상생활 동작을 잘할수록 우울정도가 낮은 것으로 나타났다. 일상생활동작과 삶의 질( $r=0.444$ ,  $P=0.000$ )은 순 상관관계를 나타내어 일상생활동작을 잘할수록 삶의 질 정도가 높게 나타났다. 또한 우울과 삶의 질( $r=-0.581$ ,  $p=0.000$ )은 역 상관관계를 나타내어 우울정도가 높을수록 삶의 질 정도가 낮은 것으로 나타났다<Table 3>.

<Table 3> Correlations among ADLs, depression, QOL

Variables	ADLs	Motor	QOL
ADLs	1.000		
Depression	-0.353*(0.000)	-0.294*(0.000)	
QOL	0.444*(0.000)	0.377*(0.000)	1.000

\*  $p < 0.05$

## 본 의

본 연구는 뇌졸중 환자의 일상생활동작, 우울, 삶의 질의 관계를 파악하고자 하는 서술적 조사 연구로서 일상생활동작, 우울, 삶의 질 정도가 관계가 있음을 확인하였다. 그러므로 본 연구의 주요한 결과를 중심

으로 다음과 같이 고찰하였다.

뇌졸중 환자들의 일상활동 수행능력을 측정하는 도구로 FIM, Modified Barthel Index(MBI) 등이 많이 쓰이고 있는데 FIM은 분야에 상관없이 표준화를 통한 높은 실용성, 실행성, 이해도로 인하여 널리 사용하고 있는 도구로 이를 이용하여 측정된 본 연구에서는 87.2점으로 국내에서 만성 뇌졸중 환자와 퇴원 시 뇌졸중 환자를 대상으로 측정된 85.9점(Hwang, 2004)과 85.3점(Kim, 2004), 85.8점(Hong et al., 1998)에 비하여 약간 높아졌으나 비슷하였고, 일본 뇌졸중 환자를 대상으로 한 연구의 77.1점보다는 높은 결과이었다(Hama et al., 2007). 특히 하부영역인 운동영역은 다른 연구에 비해 높았으나 인지영역은 다른 연구에 비해 낮은 편이었다(Hwang, 2004; Hama et al., 2007; Hong et al., 2007; Kim, 2004). 미국의 지역사회시설에 있는 뇌졸중이 처음 발병한 환자들을 대상으로 재활 후 5년간 환자를 추적한 연구에서 3년 후까지는 FIM점수가 상승하였으나 그 이후 감소되는 양상을 보였고 본 연구에서는 진단 후 경과 기간이 35.5개월(87.2점)로 퇴원 후 3년 된 시점의 결과(109.4점)와 비교하였을 때 낮은 편이었다(Leonard, Miller, Griffiths, McClatchie, & Wherry, 1998). 이러한 결과는 지역사회와 집에서 간호를 받고 있는 뇌졸중 환자들에게 지속적인 재활 프로그램의 필요성이 높다는 것을 시사한다고 볼 수 있다. 그러므로 입원을 한 직후부터 환자에게 적절한 재활프로그램을 계획하여 시작하고, 퇴원 후에는 연계되어 재활을 받을 수 있는 시설과 연결하여 환자가 지속적으로 재활을 할 수 있도록 돕는 병원과 지역사회가 공동으로 개발하고 시행하는

재활프로그램이 필요하다.

우울은 뇌졸중을 진단 받은 환자들의 급성기와 회복기에 많이 동반되는 증상으로 본 연구에서도 CES-D를 이용하여 우울을 측정한 결과 23.8점으로 Bak(2003)의 연구와 비슷한 정도로 높게 측정되어 이전의 연구결과와 같이 뇌졸중 환자의 가장 흔한 후유증이 우울임을 다시 확인할 수 있었다(Cho et al., 2003; Chon & Rhee, 1992; Kim, 2005; Kim, Seo, & Kang, 2000; Singh et al., 2000). 그러므로 입원 시부터 신체적인 증상 뿐 아니라 우울도 같이 사정하고 우울이 진행되지 않도록 지속적인 관찰과 정서적인 간호가 뇌졸중 환자를 위한 재활프로그램에 포함되어야 한다.

삶의 질은 3.03점으로 뇌졸중 환자 101명을 대상으로 한 Chung(2000)의 연구에서의 3.41점보다는 낮았으나 Kim과 Kim(2003)의 연구의 3.17점과는 비슷하였고 전체적으로 낮은 편이었다. 이런 결과는 최근 의학기술의 발전으로 뇌졸중으로 인한 사망률이 감소되고 만성적인 뇌졸중 환자가 증가함에도 불구하고 재가뇌졸중 환자들에 대한 재활과 관리가 효과적으로 이루어지지 않고 있음으로 확인할 수 있었다. 따라서 뇌졸중과 삶의 질은 단기간에 향상되는 것이 아니므로 재활프로그램이 단기적인 것보다는 체계적으로 계획되고 지속적으로 수행되어져 삶의 질을 관찰하는 연구가 필요할 것으로 생각된다.

또한 일상생활 동작을 잘 할수록 우울점수가 낮게 나타났고, 삶의 질 정도가 높게 나타났다. 그리고 우울 정도가 심할수록 삶의 질 정도가 낮은 것으로 나타났다. 뇌졸중 환자들에 대한 선행연구결과들을 살펴보면 뇌졸중은 일상생활동작 수행과 같은 신체적인 문제, 우울, 대인관계 감소 등의 사회적 문제가 발생되고 장기적인 치료와 간호를 요구하는 질병으로서 최종적으로 삶의 질이 저하되는 것을 보고하고 있다 (Chung, 2000; Hama et al., 2007; Ingrid, Kwakkel, Bruin, & Lindeman, 2007; Khan, 2004; Kim & Kim, 2003; Singh et al., 2007). 이러한 연구 결과는 일상생활동작, 우울, 삶의 질이 단계적으로 순환되는 관계로서 모두 뇌졸중환자를 위한 재활프로그램 내용에 포함되어야 함을 의미한다.

이런 연구결과들을 종합하여 볼 때 뇌졸중은 환자

의 뇌손상을 일으켜 장기적인 우울과 신체적인 기능 장애를 발생시킬 가능성이 높으므로 뇌졸중 환자의 재활프로그램은 입원을 하자마자 계획하여 치료와 동시에 시작하고 특히 우울은 뇌졸중의 만성적인 건강 문제로 재활과정을 방해할 수 있으므로 신체적인 중재와 더불어 정서적인 중재를 포함한 포괄적인 내용의 프로그램이 바람직하고 장기적으로 삶의 질을 평가함이 바람직할 것이다. 또한 뇌졸중은 장기적인 재활이 요구되는 질환이므로 단기간의 재활 프로그램을 병원에서만 시행하는 것이 아니라 퇴원 후 병원과 지역사회에서 연계하여 치료적인 연속성을 가지고 유지할 수 있는 재활 프로그램의 개발이 반드시 필요할 것이라고 본다.

## 결론 및 제언

본 연구는 뇌졸중 환자의 일상생활동작, 우울, 삶의 질의 관계를 파악하고자 하는 서술적 조사연구이다. 대상자는 뇌졸중을 진단받고 수도권지역의 3차 진료 기관이나 재활병원 및 보건소를 방문하는 재가 뇌졸중 환자들로서 연구에 동의한 총 251명이다. 수집된 자료는 SPSS 12.0을 이용하여 분석하였으며 분석된 결과는 다음과 같다.

- 대상자는 총 251명으로 평균연령은 62.5세였으며, 대상자의 51.2%가 뇌졸중에 대한 가족력이 있었으며 49.8%가 동반질환이 있는 것으로 나타났다. 마비부위는 왼쪽이 51.0%로 오른쪽보다 조금 많았으며 3.6%에서 양측마비가 있었다. 발병 후 경과기간은 평균 35.5개월이었으며 1년 미만이 47.8%로 가장 많았다.
- 대상자의 일상생활동작 평균점수는 87.2점(범위: 18~126)으로 연령( $F=2.658, p=0.049$ ), 가족력 유무( $t=-3.397, p=0.001$ ), 동반질환 유무( $t=-2.070, p=0.040$ ), 마비부위( $F=3.262, p=0.040$ ), 발병후 경과기간( $F=2.516, p=0.042$ )과 그룹 간에 유의한 차이가 있었다.
- 우울의 평균 점수는 23.8점(범위 : 11~44)으로 연령( $F=2.787, p=0.041$ ), 성별( $t=-3.012, p=0.003$ ), 학력( $F=3.762, p=0.025$ ), 직업유무( $t=2.909, p=0.004$ )과 그룹 간에 유의한 차이가 나타났다.
- 삶의 질 평균 점수는 3.03점(범위: 1~5)으로 성별

( $t=-2.581$ ,  $p=0.010$ ), 종교유무( $t=3.408$ ,  $p=0.001$ ), 학력( $F=11.940$ ,  $p=0.000$ ), 직업유무( $t=-4.470$ ,  $p=0.000$ ), 경제상태( $F=37.554$ ,  $p=0.000$ ), 발병 후 경과기간( $F=4.214$ ,  $p=0.003$ )과 그룹 간에 유의한 차이를 보였다.

- 대상자의 일상생활동작과 우울( $r=-0.353$ ,  $P=0.000$ ), 우울과 삶의 질( $r=-0.581$ ,  $p=0.000$ )은 역 상관관계를 나타내었고 일상생활동작과 삶의 질( $r=0.444$ ,  $P=0.000$ )은 순 상관관계를 나타내었다.

이상의 결과로 뇌졸중 환자의 일상생활동작, 우울, 삶의 질은 관련이 있음을 확인하였다. 따라서 뇌졸중 환자를 대상으로 한 재활을 계획할 때에는 신체적인 면과 심리적인 면을 함께 고려하는 총체적인 프로그램을 세우는 것이 바람직하다고 할 수 있다. 본 연구결과를 토대로 하는 제언은 다음과 같다. 첫째, 뇌졸중 대상자의 일상생활동작, 우울을 향상시킬 수 있는 병원과 지역사회가 연계된 총체적인 재활프로그램의 개발을 필요하다. 둘째, 뇌졸중 환자의 일상생활 동작, 우울을 향상시키는 프로그램을 수행하여 장기적으로 삶의 질의 변화를 관찰하는 실험연구를 제언한다.

## References

American Occupational Therapy Association(AOTA). (1994). *Uniform terminology for occupational therapy*. -Third Edition. Rockville, MD: Author.

Bak, H. K. (2003). The effects of the health promotion program on functional status of the in-house stroke patients. *Korean Journal of Rehabilitation Nursing*, 6(2), 213-225.

Bang, H. R. (1991). *Development of a quality of life questionnaire: Specific for end stage renal disease*. Unpublished master's thesis, Seoul National University, Seoul.

Cho, B. H., Ko, M. H., & Kim, S. Y. (2003). A study on stroke patients' ADL, depression, self-efficacy and quality of life. *Korean Academic Society of Rehabilitation Nursing*, 6(1), 51-60.

Chon, K. K., & Rhee, M. K. (1992). Preliminary development of Korean version of CES-D. *Korean Journal Clinical Psychology*, 11(1), 65-76.

Chung, M. J. (2000). *The degree of activities of daily living and the quality of life of the C.V.A patients*. Unpublished master's thesis, Kyunghee University,

Seoul.

Khan, F. (2004). Poststroke depression. *Australian family physician*, 33(10), 831-834.

Granger, C. V., Hamilton, B. B., & Sherwin, F. S. (1986). *Guide for the case of the uniform data set for medical rehabilitation*. Buffalo: Uniform Data System for Medical Rehabilitation Project Office.

Ham, M. Y. (2001). *An effects of individualized early rehabilitation education program for patients acute ischemic cerebrovascular disease*. Unpublished doctoral dissertation, Chungang University, Seoul.

Hama, S., Yamashita, H., Shigenobu, M., Watanabe, A., Hiramoto, K., Kurisu, K., et al. (2007). Depression or apathy and functional recovery after stroke. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 22(10), 1046-1051.

Hong, S. T., Pak, H. S., & Jung, E. S. (1998). The study on functional condition evaluation in discharging of stroke patients using FIM. *Korean Journal of Rehabilitation Nursing*, 1(1), 73-82.

Hopkins, H. L., & Smith, H. D. (1993). *Willard and Spacman's. Occupational therapy*. 8th ed. Philadelphia: JB Lippincott Co., 192-206.

Hwang, B. Y. (2004). Correlation between motor function and ADL in the persons with chronic stroke. *Bull Network Address Translation Science, Yong-In University*, 8(2), 111-118.

Hwang, H. S., & Park, K. S. (1996). A study on the degree of physical, psychological and social adaptation of CVA patients. *Journal of Korean Academy of Fundamental Nursing*, 3(2), 213-234.

Ingrid, G. L., Kwakkel, G., Bruin, M., & Lindeman, E. (2007). Determinants of depression in chronic stroke: a prospective cohort study. *Disabilities & Rehabilitation*, 29(5), 353-358.

Kang, H. S. (1997). Need Assessment for Home Nursing of Stroke Patients. *Journal of Korean Academy Nursing*, 27(3), 550-562.

Kim, H. M. (2005). *A study on the effects of stroke patients's activities of daily living, depression and social support for them on their life quality*. Unpublished master's thesis, Hanyang University, Seoul.

Kim, H. S., & Kim, Y. S. (2003). A Study on the quality of life, self-efficacy, and family support of stroke patients in oriental medicine hospitals. *Journal of Korean Society for Health Education and Promotion*, 20(1), 111-130.

Kim, H. Y. (2004). *Functional independence assessment and need for home nursing care in*



- discharging of stroke patients*. Unpublished master's thesis, Kyungpook National University, Daegu.
- Kim, K. S., Seo, H. M., & Kang, J. Y. (2000). The effects of community based self-help management program on the activity of daily life, muscle strength, depression and life satisfaction of post-stroke patients. *Korean Journal of Rehabilitation Nursing*, 3(1), 108-118.
- Kim, K. S. (2001). A correlational study on activities of daily livings, self-efficacy, stroke specific quality of life and need for self-help management programs for patients with hemiplegia at home. *Journal of Korean Academy of Fundamental Nursing*, 8(1), 81-94.
- Kim, L. S. (1996). *The hope of the stroke patients*. Unpublished doctoral dissertation, Busan University, Busan.
- Korean National Statistical Office (2007). *Annual report on the cause of death statistics*. Retrieved Dec. 15. 2007: Seoul
- Leonard, C. T., Miller, K. E., Griffiths, H. I., McClatchie, B. J., & Wherry, A. B. (1998). A sequential study assessing functional outcomes of first-time stroke survivors 1 to 5 years after rehabilitation. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, 7(2), 145-153.
- Lorraine, W. P. (1996). *Occupational therapy: Practice skill for physical dysfunction*. 5th ed. St. Louis; Mosby-Year book Inc. 463-506.
- Park, W. K. (1998). *Perceive stress and depression in hemiplegia patients using neuman stressors concepis factors*. Unpublished master's thesis, Ewha University, Seoul.
- Randloff, L. S. (1977). The CES-d scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1, 385-401.
- Seo, M. K. (1995). Health states of the elderly and policy implications. *Journal of Korean Gerontological Society*, 15(1), 28-39.
- Singh, A., Black, S. E., Herrman, N., Leibovitch, F. S., Ebert, P. L., Lawrence, J., et al. (2000). Functional and neuroanatomic correlations in poststroke depression: Sunny brook stroke study. *Stroke*, 31, 637-644.
- Sinyor, D., Amato, P., & Kaloupek, P. (1986). Post-stroke depression: Relationship to functional impairment, coping strategies, and rehabilitation outcome. *Stroke*, 17, 112-117.