

# 통원치료 중인 뇌병변 장애노인의 생활스트레스, 가족지원, 우울간의 관계성 검증\*

## Examining the Relationship between Depression, Daily Hassles, and Family Support among Elderly Cerebral Vascular Accident Outpatients

대진대학교 사회복지학과  
전임강사 문수경

Department of Social Welfare, Daejin University  
Full Time Lecturer : Soo Kyung Moon

### ◀ 목 차 ▶

- |            |          |
|------------|----------|
| I. 서론      | IV. 연구결과 |
| II. 이론적 배경 | V. 논의    |
| III. 연구방법  | 참고문헌     |

### <Abstract>

Depression has a direct relationship with lower quality of life for elderly with cerebral vascular accidents(CVA). Daily hassles worsen depression for elderly with CVA disability and thus an effective intervention is necessary. This research examined the direct influence of daily hassles on depression and the mediation effect of family support among 161 elderly with CVA disability living in Seoul using Structural Equation Modeling. The direct effect of daily hassles on depression was statistically significant ( $p < .001$ ) while family support was shown to be a mediator between daily hassles and depression. The mediation model of family support was examined using  $x^2$  difference and Sobel test. As a result, family support was proven to be a partial mediator. Implications are discussed.

주제어(Key Words) : 뇌병변 장애(CVA disability), 우울(depression), 생활 스트레스(daily hassles), 가족지원 (family support).

Corresponding Author : Soo Kyung Moon, Department of Social Welfare, Daejin University, Sundan dong, Pocheon, Kyunggi, 487-711, Korea  
Tel: +82-31-539-1744 Fax: +82-31-539-1740 E-mail: skmoon@daejin.ac.kr

\* 이 연구는 대진대학교 교내 연구비 지원에 의해서 이루어짐.

## I. 서론

산업화가 진행되면서 의료기술의 발달은 인간의 기대수명을 연장하였고 이로 인한 최근 노인인구의 증가로 일반 노인을 위한 복지 뿐 아니라 노화가 진행되면서 겪는 만성질환으로 인한 장애인노인을 위한 복지도 신중하게 고려해야 할 사회문제로 떠오르고 있다.

특히 노년기 독립성 상실에 영향을 주는 뇌병변 장애는 재발의 위험이 높고 신체적 기능변화로 인하여 노인의 정신건강에 부정적인 변화를 초래한다. 뇌병변 장애인노인이 느끼는 신체기능의 상실로 인한 불안, 무만감, 소외감과 같은 심리적 변화는 우울증을 유발하고(Grant, Elliot, Giger, & Bartolucci, 2001; Blazer, 1998) 자살시도의 원인이 된다(Desrosiers, *et al.*, 2005). 이와같이 우울증은 노인 사망률과 직접적인 연관성이 있는데 자살한 노인의 50~87%가 자살시 우울증을 겪고 있는 것으로 나타났다(오병훈, 2006). 뇌병변 장애인노인의 60.1%가 우울증상을 느끼고 있는데(선우덕, 정경희, 오영희, 조애저, 석재은, 2001) 이는 신체적 장애와 상관없이 있을 뿐 아니라(허준수, 유수현, 2002; Cummings, Neff, & Husaini, 2003; Travis, Lyness, Shields, King, & Cox, 2004; 문수경, 2007 재인용) 가족의 지원과도 매우 밀접한 관계가 있다(이화진, 이명신, 2006; Glass, Matchar, Belyea, & Feussner, 1993). 뇌병변 장애인노인의 30% 이상이 발병 후 2주부터 우울 증상을 호소하고 시간이 지날수록 증상이 더 심각해질 가능성이 높다(Robinson, Starr, Lipsey, Rao, & Price, 1984). 더욱이 가족의 지원을 포함한 낮은 수준의 사회적 지지는 이들의 상황을 더욱 악화시킨다(Desrosiers, Noreau, Rochette, Bravo, & Boutin, 2002). 이러한 결과에도 불구하고 노인 뿐 아니라 장애인노인의 우울증 진단과 치료는 자주 무시되고 잘못 진단되기도 한다(Krarij, Arensman, & Spinhoven, 2002).

더욱이 장애인노인이 일상생활에서 겪는 생활스트레스는 우울증을 한층 더 심화시킨다(Blazer, 1998). 생활스트레스는 주로 장기치료로 인한 재정적 부담 및 재발의 위험성에 대한 건강염려, 소외감으로 인한 외로움, 그리고 가족의 갈등 등을 포함한다(Holm & Holroyd, 1992). 노인의 경우 이러한 생활스트레스는 생의 주요한 사건보다 심리적으로 더 많은 영향을 받는다(Bodenstein, 1997). 이처럼 신체기능 장애와 더불어 일상생활스트레스로 인한 우울증의 이증고는 뇌병변 장애인노인의 삶의 질을 더욱 저하시킨다(Desrosiers *et al.*, 2002).

더욱이 뇌병변 장애인노인은 장기적인 요양보호가 필요하기 때문에 가족지원을 포함한 사회적 지원이 필수적이다. 하지만 현대사회의 가족의 형태는 매우 다양해지고 여성의 사

회진출의 증가와 이혼율의 증가는 가족의 기능을 약화시키는 원인이 되고 있다. 일차적 지지체계인 가족의 기능약화는 가족의 보호가 필요한 신체기능 장애로 독립성을 상실한 노인에게는 더욱 더 다양한 측면에서의 문제를 가중시킨다. 따라서 이들을 위하여 지원할 수 있는 가족기능 강화서비스나 또는 지원체계를 확립할 수 있는 사회 정책 및 다양한 프로그램과 서비스 개발은 사회가 해결해야 할 중요한 과제로 대두되고 있다.

가족의 지원은 무엇보다 노인의 우울증을 완화시켜주는 원충적인 역할을 한다. 가족으로 받는 지원은 뇌병변 장애인노인의 기능적 장애 및 우울증에 밀접한 관련이 있으며(Wilcox, Kasl, & Berkman, 1994), 질병으로부터의 회복에 영향을 주는 중요한 역할을 한다(Hampton, 2001; Glass & Maddox, 1992). 가족으로부터 받은 정서적, 도구적 그리고 정보를 조언해 주는 지원은 적응능력을 향상시키고(Clarke, Marshall, Black, & Colantonio, 2002), 건강한 행동을 증진하며(Bovbjerg, *et al.*, 1995) 생활의 만족감을 증가시킨다(Auslander, Soffer, & Auslander, 2003). 또한 가족의 지속적이고 정서적인 지원을 받는 기능장애인은 통증이 심각해질 때 이런 지원을 받지 않은 사람보다 우울증 유발이 낮다(Brown, Wallston, & Nicassio, 2006). 결과적으로, 환경에서 제공된 가족의 적절한 지원은 개인의 성장을 극대화하고 타인과의 긍정적인 관계를 유도해 내며 환경적 장애를 제거하는데 도움을 주는 중요한 매개적 역할을 한다.

이처럼 가족의 지원은 우울증 감소와 밀접한 관련이 있지만 통원치료 중인 뇌병변 장애인노인을 위한 우울증 관련 연구는 활발히 진행되고 있지 않다. 최근의 연구를 살펴보면, 노인의 우울증 관련에 관한 연구는 거의 인구사회학적 특성을 포함하여(고승덕, 손애리, 최윤신, 2001) 우울증과 사회적 지지(김오남, 2003; 이영자, 김태현, 1999; 이평숙, 이영미, 임지영, 황라일, 박은영, 2004; 허준수, 유수현, 2002), 스트레스와 우울증(김재엽, 김동배, 최선희, 1998; 신경림, 김정선, 2005), 치매와 우울증(윤수진 외, 2002), 여성노인과 우울(정영미, 2007; 탁영란, 김순애, 이봉숙, 2003) 등이 있다. 이처럼 노인 우울증에 관한 연구는 대상자가 대부분 일반노인인 경우가 많다.

종합해 보면, 많은 연구자들의 연구결과에 따르면 스트레스의 상황에서 가족의 지원은 우울증에 긍정적 그리고 부정적 영향을 주는 매우 중요한 역할을 한다. 특히 장애의 발생 시기가 짧고 아직 통원치료 중인 뇌병변 장애인노인은 일차적 지지체계인 가족의 지원이 절대적이고, 적절하지 않은 물리적인 환경 내에서 발생하는 스트레스에 아직 성공적으로 적응하기가 쉽지 않다. 따라서 본 연구에서는 일반적인 뇌병변 장애인노인보다 통원치료 중인 장애인노인이 겪는 일상적인 생

활스트레스가 우울증에 영향을 미치는 직접효과를 검증함과 동시에 두 변수 간 가족지원이 가지는 매개효과를 검증하고자 한다. 이 연구결과를 토대로 뇌병변 장애인인의 우울증 개입 전략과 이와 관련된 가족을 위한 임상 및 정책 방향을 제시함으로써 이들의 삶의 질 향상을 위한 중요한 자료를 모색하는데 연구의 목적을 두고자 한다.

## II. 이론적 배경

### 1. 뇌병변 장애인인과 우울증

우울증은 초기에 발견되어 치료를 받을 경우 증상이 개선될 수 있지만 뇌병변 장애인인의 우울증은 장애 후 겪는 복잡하고 다양한 후유증 때문에 진단이 어렵고 관리가 소홀하다(Hackett, Anderson, House, & Health, 2008). 일반적으로 우울증은 생활스트레스(윤수진 외, 2002; 이영자, 김태현, 1999), 신체질병(Salzman & Shader, 1979), 등과 관련이 있다. 특히 신체장애인의 경우 신체적인 기능이 낮을수록 우울증은 더 심해진다(Travis et al., 2004). 사람에 따라 다르지만 뇌병변 장애인인의 적게는 25%에서 많게는 60%까지 우울증을 앓고 있다(Astrom, Adolfsson, & Asplund, 1993). 특히 지역사회거주 노인 중 통원치료 외래환자의 경우 약 20%가 우울증상이 있다(Koenig & Blazer, 1992). 우울증은 사고, 감정 그리고 일상생활기능 수행에 중요한 영향을 미치며 이를 적절하게 치료하지 않으면 자살의 원인이 된다. 노년기 자살의 50~87%가 자살 시 우울증을 겪고 있는 것으로 나타났다(오병훈, 2006). 노년기 우울증은 연령의 증가로 인한 신체적 변화보다는 일상생활에서 겪는 정신적이거나 사회적 스트레스가 원인이 된다(Jarvik, 1976). 뇌혈관 장애로 인한 노인의 우울증 원인은 주로 재정문제, 역할상실로 인한 시간관리, 물리적 환경에 대한 분노, 건강에 대한 염려, 등의 생활스트레스이다(Astrom, Adolfsson, & Asplund, 1993).

일반적으로 노인이 겪는 우울증 증상은 사고력과 주의집중력의 감소, 불면이나 수면과다, 등 신경정신적인 증상들로서 이로 인하여 재활의지가 감소될 뿐 아니라 지속적인 일상생활 활동을 유지하기가 어렵기 때문에 삶의 질이 저하된다. 따라서 이들을 위한 적절한 개입이 요구된다.

### 2. 우울증의 관련 요인들

#### 1) 생활스트레스

생활스트레스를 정확하게 정의하기는 어렵지만(Kaplan, 1996) 매일 환경과의 상호작용에서 발생하는 욕구로 좌절감과 괴로움을 주는 사건들이다(Kanner, Coyne, Schaefer, &

Lazarus, 1981). 이런 생활스트레스가 지속적으로 축적되면 의존성이 증가되어 독립적인 생활에 영향을 주게 된다. 일반적으로 일반노인보다 신체 장애인인이 생활스트레스에 더 많은 영향을 받는다(배옥현, 홍상욱, 1999). 다른 연령과 비교할 때, 노인이 겪는 생활스트레스는 다양하지만 특히 뇌병변 장애인인이 겪는 생활스트레스는 장기치료로 인한 재정문제, 역할상실로 인한 시간관리, 물리적 환경에 대한 분노, 건강에 대한 염려, 등과 같은 요인들로 구성되어 있다(Astrom et al., 1993; Blazer, 1998; Desrosiers et al., 2002). 이런 생활스트레스는 생의 주요사건보다 신체기능장애 및 심리적인 적응능력에 영향을 준다(강영실, 박옥희, 1999; Bodenstern, 1997). 또한 생활스트레스는 노인의 독립성 상실로 인한 의존성 증가로(Fiksenbaum, Greenglass, & Eaton, 2006; Landreville & Vezina, 1994) 우울증을 유발하고(Blazer, 1998) 자살시도와 같은 노인의 정신건강에 부정적인 결과를 초래한다(김재엽 외, 1998; Desrosiers et al., 2002). 이처럼 신체 장애인인이 겪는 생활스트레스는 우울증과 복합적인 관계에 있다(Blazer, 1998; Travis et al., 2004). 이와 같은 선행연구를 살펴 볼 때 생활환경에서 빚어진 스트레스 정도는 우울증에 영향을 주는 중요한 변수로 고려된다.

#### 2) 가족지원

사회적 지지체계 중 비공식적 지지로서의 가족의 지원은 가치있는 활동을 성취하는 데 영향을 주는 중요한 지지자원이다. 가족의 지원은 가시적인 유형의 도움이나 행동, 서비스 등을 제공하는 체계를 말하며 도구적 및 정서적 지원과 조언을 통하여 가치 있는 활동을 고취시키는 역할을 한다(Desrosiers, et al., 2005). 이러한 가족의 지원은 노인에게 지지적인 환경을 제공하며 높은 수준의 가족지지는 노인들의 신체기능을 향상시키고(Isaksson, Skar, & Lexell, 2005; Wilcox et al., 1994) 사회통합을 이루는 중요한 역할을 한다(Bhagal, Teasell, Foley, & Speechley, 2003). Fiksenbaum et al.(2006)은 뇌병변 장애인인이 겪는 우울증과 같은 심리적 증상과 가족의 지원 정도는 상관관계가 있다고 밝혔다. 우울증과 성공적 재활은 부적관계에 있지만 가족의 지원 정도는 장애인의 성공적 재활과는 긍정적인 관계에 있다(이달엽, 2003; 이화진, 이명선, 2006; Glass & Maddox, 1992; Hampton, 2001; Isaksson et al., 2005; ). 만족도가 낮은 정서적 지원은 기능적 장애와 우울증증상의 증가와 관련이 있는 반면, 도구적 지원은 우울증 환자의 일상생활 활동의 약화와 관련이 있다(Travis et al., 2004). 또한 가족의 조언은 위험에 빠지는 일을 예방하여 더 심각한 장애의 상태를 감소한다(Wilcox et al, 1994). 이처럼 가족으로부터 받은 최적의 지

원은 신체적 그리고 심리적으로 성공적인 재활치료를 유도하지만(Isaksson *et al.*, 2005) 부적절한 가족의 지원은 재활동기를 저하시켜(Glass *et al.*, 1993) 우울증 유발의 원인이 된다. 따라서 적절한 가족지원은 스트레스를 감소하고 타인과의 긍정적인 관계를 유도해내며(Clark *et al.*, 2002; Landerman, George, Cambell, & Blazer, 1989) 우울증 감소에 긍정적인 역할을 한다(김오남, 2003; 탁영란 외, 2003). 또한 가족지원은 뇌병변 장애인노인의 자존능력을 향상시키고 기능적인 장애를 극복하는 힘을 길러 우울증 예방에 도움을 준다(Miller, 2001). 이런 점을 고려할 때, 가족의 지원 정도는 기능적인 독립과 관련된 중요한 매개요인으로서 우울증의 주요변수로 고려된다.

### 3) 생활스트레스, 가족지원, 우울

생활스트레스는 우울증을 유발하고 높은 수준의 가족지지는 우울증과 같은 정서적인 문제를 감소한다(Palmer & Class, 2004). 다시 말하면, 생활스트레스의 정도는 가족과의 관계와 질 및 양에 따라 우울증에 영향을 미친다(Glass *et al.*, 1992; Travis *et al.*, 2004) 가족지원의 효과는 퇴원 후 사회로 돌아와 생활하는 한 달까지는 거의 나타나지 않는다. 반면, 한 달 이후 가족의 적절한 도구적 지원이나 높은 수준의 정서적 지원은 사회적응에 더 효과적이다(Bhogal *et al.*, 2003). 특히 배우자를 포함한 적절한 가족의 지원 정도는 재활동기를 부여하고(Miller, 2001), 생활스트레스로 인한 위기에 대처하는 능력을 강화시키는 역할을 한다(Palmer *et al.*, 2004). 생활스트레스와 우울간의 가족지원은 매개적 효과가 있으며(문수경, 정재은, 손의성, 2008), 우울증과 사회적 지지 그리고 기능적인 장애는 복합적인 관계에 있다(Travis *et al.*, 2004). 가족의 정서적 지원은 우울증 감소와 직접적인 관련이 있으며(탁영란 외, 2003; Travis *et al.*, 2004), 포괄적인 사회적 지지는 정보를 제공하고 지역사회에서 생활하는 데 적응하도록 돕는다. 그리고 혼자 사는 뇌병변 장애인보다 더 많은 사람의 지지를 받는 장애인노인의 우울증 유발이 훨씬 더 낮다(Astrom *et al.*, 1993).

## Ⅲ. 연구방법

### 1. 조사대상자

본 연구의 조사대상자는 뇌혈관 병변으로 인한 신체 장애인으로서 서울지역에 거주하고 있고 병원에서 통원치료만을 받고 있으며 60세 이상인 노인으로서 선정하였다. 조사대상자는 비확률 표본추출방법의 임의표집방법에 따라 서울시 북부지역에 위치하고 있는 의료기관 중 뇌병변 장애인들

이 통원치료를 받고 있는 3개의 의료기관을 선정하여 조사하였다.

## 2. 조사도구

### 1) 생활스트레스

본 연구의 생활스트레스 척도는 Lazarus 와 Folkman (1984)이 개발한 생활스트레스 척도를 Holm과 Holroyd (1992)가 수정한 64개의 문항을 주축분해법과 사각회전을 통해 탐색적 요인분석을 실시한 결과 추출된 재정여력, 시간갈등, 환경문제, 그리고 건강여력의 4개의 요인에 대해 요인계수가 높은 순으로 각각의 영역에서 4개 문항을 선별하여 하위요인을 측정하는 문항으로 사용하였다. 이 각 척도의 내용은 재정적인 여력(기본적인 생필품을 살 돈이 충분하지 않은 것, 집안관리나 옷 살돈이 충분하지 않은 것, 사고비나 휴가 및 여가생활에 필요한 돈이 충분하지 않은 것), 시간에 대한 갈등 스트레스(너무 책임질 일이 많다, 잠을 이룰 수 없다 등), 환경에 대한 스트레스(공해, 범죄, 사기상술, 교통편 이용, 새로운 생활기술에 대한 적응), 건강여력(의료치료, 신체적 질병, 약물 부작용 및 일반적인 건강에 대한 스트레스)에 대한 스트레스로 지난 몇 달 동안 발생한 스트레스원의 정도를 측정하는 것으로 1점=매우 심각하다부터 4점=전혀 심각하지 않다는 4점 척도로 구성되었다. 이 척도의 내적일관성신뢰도 Cronbach's  $\alpha$  신뢰계수는 .834이었다.

### 2) 가족지원

본 연구에서 사용된 가족지원의 척도는 Vaux, Riedel과 Stewart(1987)가 개발한 사회적 지지 행동(Social Support Behaviors)척도 중 가족으로 받은 지원을 사용하였다. 총 45개의 문항 중에서 요인분석을 통해 요인계수가 높은 항목을 4개씩 전문가의 검토를 거쳐 선택 사용했다. 내용은 가족으로부터의 도구지원, 정서지원, 그리고 조연의 3가지 하위척도로 구성되어 있다. 구체적으로 가족지원을 살펴보면, 도구적 지원은 집안일이나 고지서의 납부와 같은 물질적인 원조와 서비스, 즉 '이동이 필요할 때 도와주었다'의 내용을 포함하고 있으며, 정서적 지원은 걱정이나 근심을 덜어주기 위해 동감을 해주고 사랑과 신뢰를 나타내주는 내용으로서 '내가 실망했을 때 나를 위로해 주었다' 등의 질문으로 구성되어 있으며, 조연은 재발의 위험성에 대한 정보를 제공하는 것을 의미하며 '내가 어떻게 결정해야할지 도와주었다' 등의 내용을 포함하고 있다. 이 척도는 최근까지 얼마나 가족에게 지원을 받았는지의 정도를 1점=전혀 해주지 않았다 부터 5점: 확실히 해 주었다의 5점 척도로 측정하였다. 가족지원 척도의 내적일관성신뢰도 Cronbach's  $\alpha$  신뢰계수는 .967이었다.

3) 우울

본 연구에서 사용된 우울척도는 Yesavage, Brink, Rose 와 Leirer(1983)가 개발한 척도를 조맹재 외(1999)가 번안하여 타당도를 검증한 척도로서 15문항의 단축형으로 되어있다. 이 우울척도의 15개 문항을 기백식(1996)이 확인적 요인 분석한 결과 비활력과 우울감의 두 요인으로 추출되었다. 비활력 요인은 '대부분 인생이 흥미로운지', '활력이 충분한지', '행복한지'에 대한 문항으로 구성되어 있으며, 우울감은 '자주 울고 싶은지', '사소한 일에 마음의 동요를 느끼는지', '자주 낙담하고 우울한지'에 대한 문항으로 구성되어 있다. 이 척도의 내적일관성 신뢰도는 .841이었다.

3. 조사절차 및 자료 분석

본 연구는 본연구자와 교육받은 조사원이 개별면접을 통하여 조사가 이루어졌다. 무선표집방법이 어려워 조사에 동의한 서울 북부 지역에 위치한 3개의 의료기관을 선정하여 2009년 11월 10일부터 30일 까지 조사를 실시하였다. 뇌병변 장애인인의 특성상 의사소통이 용이하지 않거나 인지장애 및 정신장애가 있거나 조사에 동의하지 않은 대상자는 연구의 대상에서 제외하였다.

조사대상자의 일반적 특성을 알아보기 위하여 기초분석으로 SPSS 프로그램 12.0을 사용하여 대상자의 빈도분석과 기술적 통계분석을 실시하였다. 결측치는 Full Information Maximum Likelihood(FIML)방식을 활용하여 분석하였다. FIML은 한 변수의 결측치가 무선적으로 발생했거나 변수의 결측여부가 다른 변수의 값에 의해 결정되는 경우 다른 전통적인 방법보다 정확하게 미지수를 추정하는데 주로 사용된다(홍세희, 유숙경, 2004).

또한 본 연구에서 가설적 인과모형의 적합도 검증을 위해 검증 및 적합도 지수(TLI, CFI, RMSEA)를 산출하였으며, 변인 간의 영향력을 검증하기 위해 구조방정식을 통한 공분산 구조분석을 실시하였다.  $\chi^2$  검증은 표본크기에 비교적 민감하여 표본의 크기가 커질수록 모형을 쉽게 기각하는 문제가 발생하는 경향이 있으므로 적합한 모형의 선택은 적합도 지수를 이용하였다. 일반적으로 적합도 지수는 표본의 크기와 간명한 모형을 선호해야 한다. TLI와 RMSEA는 비교적 표본의 크기에 덜 민감하고, 모형의 간명성을 고려하는 지수이다. 반면, CFI는 표본의 크기에 덜 민감하지만, 모형의 간명성은 고려하지 않는다. 따라서 여러 모형들 중 하나의 모형만 선택할 때는 CFI를 사용하지 않는 것이 더 좋다(홍세희, 2000). 적합도 지수인 TLI와 CFI는 .90이상이면 좋은 적합도로 평가되며, RMSEA는 0.05이하이면 좋은 적합도, 0.08이하이면 보통의 적합도, 0.1이상이면 나쁜 적합도로 평가한다(Browne & Cudeck, 1993; 홍세희 재인용, 2000). 한편, 가족

지지의 매개효과는 각 경로의 표준오차를 이용하여 유의성을 검증하였다.

IV. 연구결과

1. 조사대상자의 특성

최종적으로 분석에 이용한 전체 조사대상자는 161명으로서 <표 1>에서 제시한 바와 같이 전체 대상자 중 남성은 72명(44.72%) 여성은 89명(55.28%)이었다. 연령은 세 그룹으로 구분하였으며 60세~70까지가 47.20%로 가장 많았고, 71세~80세가 39.75%, 80세 이상이 13.04%로 가장 적었다. 전체 대상자의 합병증 유무에서는 62.73%가 합병증이 없는 것으로 나타났다. 한편, 경제적인 수준을 분석한 결과 상, 중, 하에서 59.01%가 하에 해당되어 본인이 느끼는 경제적인 수준은 절반이상이 하 정도의 수준이라고 응답하였다. 장애발생 시기는 1년 이내가 57.8%로 가장 많았고 3년 이내가 26.7%, 4년~6년 이내가 15.5%로 조사대상자의 85% 이상이 장애시기가 3년 이내로 나타났다. 동거형태는 노인부부가 40.99%로 가장 많았으며 자녀동거가 37.27%, 독거가 17.39%로 나타나 78% 이상이 한명이상의 가족과 동거하고 있는 것으로 나타났다.

<표 1> 조사대상자의 일반적 특성

변수	구분단위	빈도	%	누적%
성별	남	72	44.72	44.72
	여	89	55.28	100.00
	소계	161	100.00	
연령	60세~70세 이하	76	47.20	47.20
	71세~80세 이하	64	39.75	86.96
	80세 이상	21	13.04	100.00
	소계	161	100.00	
합병유무	없다	101	62.73	62.73
	있다	60	37.27	100.00
	소계	161	100.00	
경제상태	하	95	59.01	59.01
	중	61	37.89	96.90
	상	5	3.11	100.00
	소계	161	100	
장애 발생시기	1년 이내	93	57.8	57.8
	2년~3년 이내	43	26.7	84.5
	4년~6년 이내	25	15.5	100
	소계	161	100	
동거형태	독거	28	17.39	17.39
	노인부부	66	40.99	58.38
	자녀동거	60	37.27	95.65
	친지동거	3	1.86	97.51
	기타	4	2.48	100
	소계	161	100	

〈표 2〉 주요변인에 대한 기술 통계치

구성개념		가능점수	평균	표준편차	왜도	첨도
우울	비활력	0~1	0.58	0.32	-.25	-1.20
	우울감	0~1	0.41	0.37	0.31	-1.30
일상스트레스	재정	1~4	2.09	0.85	0.18	-0.92
	시간	1~4	1.84	0.80	0.77	0.14
	환경	1~3,25	1.90	0.58	-0.02	-0.81
	건강	1~4	2.34	0.92	0.27	-0.76
가족지원	정서지원	1~5	3.81	1.12	-0.82	-0.07
	도구지원	1~5	3.61	1.20	-0.71	-0.36
	조언	1~5	3.61	1.26	-0.84	-0.29

2. 주요변인에 대한 기술 통계치

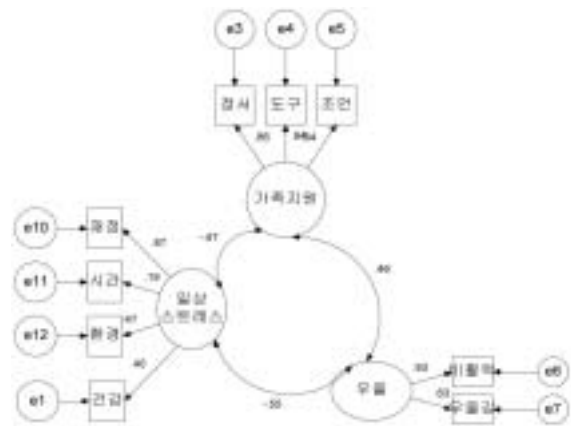
연구모형의 각 변수들에 대한 기술통계분석을 실시한 결과는 〈표 2〉와 같다. 각 변인 및 하위변인에 대한 일반적인 경향을 살펴보기 위해 평균과 표준편차, 그리고 분포의 정상성을 보여주는 왜도와 첨도를 제시하였다. 표본의 분포 경향을 살펴볼 때 왜도와 첨도가 정상성의 범위를 크게 벗어나는 것은 없는 것으로 나타났다. 조사대상자의 우울 수준에서는 비활력 요소가 우울감 요소에 비해 조금 높게 나타났으며, 일상스트레스 수준은 다른 요인에 비하여 건강염려에 대한 스트레스가 2.34로 조금 높게 나타났으며 시간에 대한 갈등이 1.84로 가장 적게 나타났다. 가족지원에서는 정서적 지원이 3.81로 다른 요인에 비하여 조금 높게 나타났고 도구적 지원과 조언이 3.61로 같은 수준으로 나타났다.

3. 주요변인들 간의 상관관계

본 연구에서 변수들 간의 상호관련성을 검증하기 위하여 분석에 사용할 모든 측정변인들 간의 상관관계를 분석하여 〈표 3〉으로 정리하였다. 대부분의 변인들은  $\alpha = .05$  수준에서 유의미한 상관관계를 보이는 것으로 나타났다. 단지 가족지원 중 정서지원과 도구지원의 상관관계가 다소 높게 나타나긴 했지만(.81) 다중공선성의 범위인 .85이상에는 도달하지 않았고(배병렬, 2000) 잠재변인들 간의 다중공선성 진단을 위해 분산팽창계수(VIF)를 살펴본 결과 VIF도 1.137로 나타나 다중공선성의 문제도 발견되지 않았다(김두섭, 강남준, 2000).

3. 연구모형의 검증

본 연구의 모형이 적합한지 확인하기 위하여 투입될 모든 변수들의 확인적 요인분석을 실시하였다. 아래 〈그림 1〉에서 제시한 바와 같이 확인적 요인분석 결과, 모형의 적합도 = 33.508. 자유도 = 24, TLI = .973, CFI = .982, RMSEA = .050으로 모형이 양호한 것으로 나타나 더 나은 모형을 수정할 필요가 없는 것으로 증명되었다. 〈표 4〉에서 제시한 바와 같이 각 변수 간의 경로계수를 살펴보면, 뇌병변 장애노인의 생활스트레스는 우울 수준에 직접적으로 영향을 미치는 동시에 가족지원을 매개로 해서 우울증에 영향을 미치는 것으로 나타났다.



〈그림 1〉 연구모형의 확인적 요인분석의 요인계수

〈표 3〉 주요변인 간 상관관계

	비활력	우울감	재정	시간	환경	건강	정서지원	도구지원	조언
우울	비활력	1							
	우울감	.59**							
일상스트레스	재정	-.44**	1						
	시간	-.04	.02	.17*	1				
	환경	-.21**	-.16*	.41**	.09	1			
	건강	-.29**	-.19*	.35**	.21**	.10	1		
가족지원	정서지원	.42**	.24**	-.39**	.04	-.36	1		
	도구지원	.39**	.26**	-.36**	-.04	-.27**	-.12	.81**	1
	조언	.35**	.26**	-.35**	.05	-.25**	-.07	.71**	.79**



〈표 4〉 모형의 경로계수 추정결과

	비표준화계수	표준화계수	표준오차	t값
가족지원 ← 생활스트레스	-1.246	-.469	0.344	-3.621***
우울 ← 가족지원	-0.081	-.265	0.029	2.764***
우울 ← 생활스트레스	0.345	.423	0.106	-3.24***

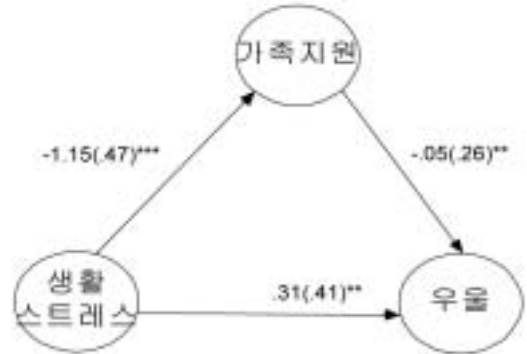
4. 가족지원의 매개효과 검증

〈그림 2〉에서 제시하고 있는 모형에 따른 분석결과를 바탕으로 매개효과를 검증하여 보았다. 매개효과 검증의 기능은 다음과 같은 조건을 갖추어야 한다. 첫째, 부분매개 모형은 매개변인을 고려하지 않은 상태에서 독립변인과 종속변인 사이에는 통계적으로 유의미한 관계가 있어야 하고, 둘째, 독립변인이 매개변인을 유의미하게 설명하며, 매개변인이 종속변인을 유의미하게 설명해야 한다. 완전매개모형은 독립변인이 종속변인과는 통계적으로 유의미하지 않고 매개변인을 통하여 독립변인이 종속변인을 설명해야 한다(Baron & Kenny, 1986). 결과적으로 두 모형의 차이는 생활스트레스의 직접효과 여부에 따라 가족지원의 매개효과가 달라진다는 것을 의미한다.

이런 조건을 바탕으로 매개변인인 가족지원을 살펴보면, 독립변인(생활스트레스)은 매개변인(가족지원)을 유의미하게 설명하고 있고 매개변인(가족지원)과 종속변인(우울) 사이 또한 유의미하게 나타났다. 따라서 가족지원은 Baron 과 Kenny(1986)가 제시하고 있는 매개 조건을 충족하여 독립변인인 생활스트레스와 종속변인 우울 간의 매개효과가 있는 것으로 판단되었다.

좀 더 자세히 살펴보면, 생활스트레스와 우울 간의 가족지원의 매개효과 조건을 설명하기 위하여 〈그림 2〉의 연구모형에서 각각의 경로계수를 제시하였다. 즉, 생활스트레스와 가족지원간의 경로계수의 β값이 -1.15(p < .001)로 통계적으로 유의미하게 나타났다. 또한 가족지원과 우울간의 β값이 -.09(p < .01)로 통계적으로 유의미하였고, 생활스트레스와 우울 간의 β값도 .31(p < .01)로 통계적으로 유의미하여 가족지원은 생활스트레스와 우울간의 매개 효과가 있다는 것을 설명하고 있어 매개변인을 만족하기 위한 조건을 갖추었고 할 수 있다. 〈그림 2〉에 의하면, 가족지원은 생활스트레스와 우울간의 부분매개모형의 형태를 갖추었다고 판단된다.

따라서 가족지원의 매개형태가 완전매개 모형과 부분매개 모형 중 어느 모형이 더 적합한지 결정하기 위하여 x² 차이 검증을 실시해 보았다. 두 모형의 x² 차이와 적합도 지수를 비교한 결과는 〈표 5〉에서 제시하고 있는 바와 같이 자유도 1이 증가하면서 값이 3.84이상이 증가했으며 x² 적합도 지수도 완전매개모형보다 부분매개모형이 더 양호한 값을 나타내 가족지원은 부분매개모형이 더 적합한 것으로 나타났다.



\*p < .05. \*\*p < .01. \*\*\*p < .001.

〈그림 2〉 연구모형의 경로계수(표준화계수)

〈표 5〉 가족지원의 두 매개 모형의 적합도 지수

	x²	df	TLI	CFI	RMSEA
완전매개모형	51.718	25	.950	.927	.082
부분매개모형	33.508	24	.973	.982	.050

더불어 가족지원의 매개효과 크기가 통계적으로 유의미한지를 알아보기 위해 표준오차를 이용한 Sobel(1982) 검증 공식을 이용하여 검증을 실시하였다. Z<sub>ab</sub>값은 1.96보다 크거나 -1.96보다 작으면 영가설이 기각되므로 매개효과는 통계적으로 유의하다고 할 수 있다. 아래의 식에서 분자는 각각 매개효과의 추정치, 분모는 매개효과의 추정치에 대한 표준오차(SE: standard error)를 나타내며, 분모의 SE a와 SE b는 각각 추정치 a와 b에 대한 표준오차 값이다.

$$Z_{ab} = \frac{ab}{\sqrt{SE_a^2 SE_b^2 + b^2 SE_a^2 + a^2 SE_b^2}}$$

이 식에 의해 매개효과를 검증해 본 결과 선행대처의 Z<sub>ab</sub> = -1.356으로 -1.96보다 작아 영가설이 기각되어 매개효과가 통계적으로 유의하다는 것을 알 수 있었다.

V. 논의

본 연구는 뇌병변 장애로 인하여 입원 후 퇴원하여 의료기관에 통원치료를 받고 있는 뇌병변 장애인인의 우울증에

미치는 영향 요인인 생활스트레스와 우울 간의 직접효과와 이들 간의 가족지원의 매개효과를 검증해 보고자 하였다. 본 연구를 통해서 밝혀진 주요결과를 바탕으로 뇌병변 장애노인의 우울증을 감소시킬 수 있는 효과적인 개입에 대한 실천 방법과 가족지원에 대한 정책 및 실천적 함의를 정리하면 다음과 같다.

첫째, 대부분 통원치료를 받고 있는 뇌병변 장애노인의 경제생활 수준은 낮은 것으로 나타났다. 더욱이 뇌병변 장애노인은 장기요양이 필요하기 때문에 지속적인 케어로 인한 경제적인 부담이 증가되므로 이를 절감시킬 수 있는 다양한 정보제공이 필수적이다. 가족을 포함한 집단치료 교육은 치료비용 절감에 좋은 서비스이므로(Rizzo, 2002) 이를 개발하여 활용할 수 있도록 정부 및 지역사회의 관심과 노력이 필요하다. 또한 본연구의 대상자는 대부분 장애시기가 2년 이내로 단기 장애인으로 나타났다. 장애의 시기가 짧을수록 우울증 회복시기가 빨라진다는 연구의 결과는 많다. 따라서 효율적인 서비스 전달체계를 확립하여 장애노인이 적절한 가족지원 서비스를 조속히 제공받을 수 있는 환경을 제공해야 할 것이다.

둘째, 생활스트레스가 우울증에 미치는 경로계수는 .30( $p < .01$ )로 통계적으로 유의미하게 나타났다. 이 결과는 생활스트레스는 뇌병변 장애노인의 우울증에 직접적인 영향을 주는 요인임을 시사한다. 즉, 생활스트레스가 높을수록 우울증이 높다는 이 결과는 노인은 주요사건 스트레스보다 일상적으로 겪는 생활스트레스가 더 우울증을 증가시킨다는 Botenstein(1997)의 연구와 일맥상통한다. 장기요양으로 인한 재정 부담감과 부양부담으로 인한 가족갈등, 장애인에게 불이익을 주는 물리적인 환경 그리고 다양한 후유증으로 인한 건강에 대한 염려 등은 조속히 해결하지 않으면 우울증의 직접적인 원인이 되므로 정책적으로나 임상적으로 적절한 개입의 필요성이 요구된다. 일상스트레스를 감소시켜 우울증을 예방하는 전략은 의료치료는 물론이거니와 사회심리서비스를 함께 병행하여 스트레스에 대처할 수 있는 개인의 대처기제를 강화시키는 것이 중요하다. 단기 병원에서 받는 의료서비스만으로는 장애노인의 생활스트레스를 감소시킬 수 없다(문수경, 2007). 대처기제를 강화시킬 수 있는 효과적인 사회심리서비스는 개인상담, 질병재발 예방교육 및 장애수용 방법 등을 포함하고 있고 대부분 이러한 서비스는 지역사회복지관에서 제공하고 있다. 하지만 이런 서비스를 이용할 수 있는 대상자는 많은 부분 생활보호대상자를 우선적으로 선정하고 있어서 서비스를 즉각적으로 이용하기가 쉽지가 않다. 따라서 소득수준과 무관하게 신체적 장애라는 특성과 함께 사회적 서비스의 대상자가 확대되어야 할 것이다.

또한 정책적으로 현재 시행하고 있는 장기요양보험제도

를 확대 개선할 필요가 있다. 신체적인 기능에 초점을 둔 일상생활수행능력에 따른 평가 방법만이 아니라 이를 조정하여 정서 및 심리상태도 함께 평가하여 좀 더 포괄적인 서비스가 제공될 수 있는 방법을 찾아야 할 것이다. 결과적으로, 우울증 증가와 관련된 일상생활스트레스 수준을 낮출 수 있는 방법은 미시적인 서비스 제공을 통한 개인의 대처능력의 강화이며 정책적인 제도 내에서의 적절한 도움으로 이루어질 수 있을 것이다.

둘째, 본 연구의 결과에서 가족의 지원 정도는 생활스트레스와 우울 간의 부분 매개효과가 있는 것으로 나타났다. 즉, 부분 매개모형이란 생활스트레스는 우울증에 직접적인 영향을 주면서 또한 가족의 지원 정도에 따라서도 우울증에 영향을 미치는 것을 의미한다. 다시 말하면, 생활스트레스가 높을수록 가족의 지원은 감소하고 가족의 지원이 감소하면 우울증이 증가하는 것으로 본 연구의 결과가 나타났다. 특이하게도 생활스트레스가 높을수록 가족의 지원 정도가 감소하는 것은 뇌병변 장애는 장기요양보호를 요하므로 가족의 부양부담감이 증가하여 가족의 기능이나 응집력이 약화될 수 있다는 것으로 해석할 수 있다. 따라서 가족의 심리적 부담감을 감소시키면서 가족의 기능을 강화할 수 있는 효과적인 개입방법이 뇌병변 장애노인의 우울증 감소에 매우 중요한 전략이 될 것이다. 가족휴가서비스 및 가족지지 그룹 참여와 가족치료는 가족체계를 강화시킬 수 있는 매우 유용하고 효과적인 프로그램이다. 이를 통하여 가족은 신체 및 심리적 부담감을 줄이고 문제해결 능력을 향상시킬 수 있는 방법을 익힐 수 있다. 하지만 이러한 서비스도 접근성이 용이하지 않고 프로그램이 다양하지 않기 때문에 가족이 적절하게 이용할 수 있는 기회가 많지 않다. 가족에게 정보를 습득할 수 있는 기회를 제공하기 위하여 적극적인 홍보와 경로당이나 보건소 등을 이용하여 프로그램을 활성화시키는 것도 프로그램 참여유도에 매우 중요한 방법이 될 것이다.

본 연구는 노인인구의 급속한 증가에 따라 뇌병변 장애노인의 비율도 함께 빠르게 증가하고 있는 현 시점에서 이들의 삶의 질을 저하하는 정신적 문제인 우울증에 대한 중요성을 인식하고 관련 요인들을 검증해 봄으로써 이들을 위한 정책 및 실천적 개입전략을 모색하는데 연구의 의의가 있다. 그러나 이러한 연구의 의의에도 불구하고 본 연구에서의 몇 가지 한계점을 지적하자면 다음과 같다. 첫째, 조사대상자가 서울 북부지역에 국한되어 있고 통원치료 중인 뇌병변 장애노인만을 대상으로 했기 때문에 일반화에 대한 한계가 있다. 둘째, 매개변인인 가족지원은 단지 정서지원, 도구지원 및 제언의 개념만을 포괄하고 있어 노인에게 중요한 관계망이나 지지의 질과 양 등 장애노인의 우울증에 직접적인 영향을 미



치는 다양한 요인들이 반영되지 못하였다. 셋째, 대상자가 장애인노인이기 때문에 노화와 함께 나타날 수 있는 다양한 후유증이나 시간변화에 따른 기능변화는 다른 요인과 함께 우울증에 영향을 미칠 수 있기 때문에 본 연구에서 수행한 횡단연구의 한계점을 가진다. 향후 후속연구를 통해 이러한 제한점들이 보완되어야 할 것이다.

■ 참고문헌

강영실, 박옥희(1999). “노인의 스트레스 생활사건, 자아존중감, 지각된 건강상태에 관한 연구”. *Korean Community Health Nursing Academy Society*, 13(1), 1-11.

고승덕, 손애리, 최윤신(2001). 노인의 일반적 특성에 따른 우울감에 관한 연구. *한국가족복지*, 6(1), 3-15.

기백석(1996). 한국판 노인 우울 척도 단축형의 표준화 예비 연구. *한국정신의학*, 35(2), 298-307.

김두섭, 김남준(2000). *회귀분석: 기초와 응용*. 서울: 나남.

김오남(2003). 농촌노인의 건강수준, 사회적 지지와 우울에 관한 연구. *한국가족복지학*, 8(2), 5-22.

김재엽, 김동배, 최선희(1998). 노인부부의 스트레스와 갈등, 우울증, 그리고 권력. *한국노년학*, 18(3), 103-122.

문수경(2007). 중풍노인의 사회참여에 관한 연구: 가족지지와 선행대처 매개효과 검증. *한국노년학*, 27(3), 563-578.

문수경, 정재은, 손의성(2008). 중풍장애인노인의 생활스트레스와 우울간의 관계: 사회참여와 가족지지의 매개효과 검증. *한국가족복지학*, 24, 223-248.

배병렬(2000). *구조방정식 모델: 이해와 활용*. 서울: 대경.

배옥현, 홍상욱(1999). 거동불편 노인과 일반노인의 스트레스 영향 변인에 관한 연구. *Journal of Resource Development*, 18(1), 72-80.

선우덕, 정경희, 오영희, 조애저, 석재은(2001). 전국 노인 장기요양보호 욕구실태조사 및 정책방안. 한국보건사회연구원.

신경림, 김정선(2005). 운동프로그램이 저소득 여성노인의 운동에 대한 지식태도 및 우울에 미치는 효과. *대한간호학회지*, 35(6), 1144-1152.

오병훈(2006). 노인자살문제와 예방. *임상노인의학회지*, 7(1), 88-92.

윤수진, 이윤환, 손태용, 오현주, 한근식, 김경희(2002). 지역 사회 노인의 치매와 우울증의 관련요인. *한국노년학*, 22(3), 59-73.

이달엽(2003). 지체장애근로자의 직업성공 요인에 관한 연

구. *한국사회복지학회*, 55(12), 131-153.

이영자, 김태현(1999). 단독가구 노인의 스트레스와 우울감. *한국노년학*, 19(3), 79-93.

이평숙, 이영미, 임지영, 황라일, 박은영(2004). 노인의 스트레스, 사회적 지지와 우울간의 관계. *대한간호학회지*, 34(3), 477-484.

이화진, 이명선(2006). 뇌졸중후 편마비를 가진 중년기 환자의 적응과정. *대한간호학회지*, 36(5), 792-802.

정영미(2007). 여성노인의 우울에 따른 건강상태 및 우울관련 요인. *한국노년학*, 27(1), 71-86.

조맹제, 배재남, 서국희, 함봉진, 김장규, 이동우 외(1999). DSM-III-R 주요우울증에 대한 한국어판 Geriatric Depression Scale (GDS)의 진단적 타당성 연구. *신경정신의학*, 38(1), 48-63.

탁영란, 김순애, 이봉숙(2003). 여성노인의 사회적 지지 및 도구적지지요구와 우울에 관한 연구. *여성건강간호학회지*, 9(4), 449-456.

탁진국, 한덕웅(1993). 생활사건, 자기효능성 및 대처양식에 따른 부적효과의 인과적 모형검증. *한국심리학회 93 연차대회 학술발표논문집*. 439-461.

허준수, 유수현(2002). 노인의 우울에 영향을 미치는 요인에 관한 연구. *정신보건과 사회사업*, 13, 7-35.

홍세희(2000). 구조방정식 모형의 적합도 지수 선정기준과 그 근거. *한국심리학회지*, 19(1), 161-178.

홍세희, 유숙경(2004). 다변량 교차 잠재성장 모형을 이용한 내외통제성과 학업성취의 종단관계 분석. *교육평가연구*, 17(2), 131-146.

Astrom, M., Adolfsson, R., & Asplund, K.(1993). Major depression in stroke patients: A 3-year longitudinal study. Department of Psychiatry and Medicine. University Hospital, Umea, Sweden.

Auslander, G. K., Soffer, M., & Auslander, B. A.(2003). The supportive community : Help seeking and service use among elderly people in Jerusalem. *Social Work Research*, 27(4), 209-221.

Baron, R. M., & Kenny, D. A.(1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 1173-1182.

Bhagal, S. K., Teasell, R. W., Foley, N. C., & Speechley, M. R.(2003). Rehabilitation of aphasia: more is better. *Top Stroke Rehabilitation*, 10(2), 66-76.

- Blazer, D.(1998). *Emotional problems in later life: Intervention strategies for professional caregivers* (2nd). NY. Springer Publishing Company.
- Bodenstein, E.(1997). *The relationships between existential coping styles, hassles, and well-being in a non-institutional elderly population*. York University, Doctor of Philosophy Dissertation.
- Bovbjerg, V. E., McCann, B. S., Brief, D. J., Follette, W. E., Retzlaff, B. M., Dowdy, A. A., et al.(1995). Social support and long term adherence to lipid lowering diets. *American Journal of Epidemiology*, 141, 451-460.
- Browne, M. W., & Cudeck, R.(1993). Alternative ways of assessing models fit. In K. A. Bollen, & J. S. Long(Eds.), *Testing structural equation models*. Newbury Park, CA: Sage.
- Brown, G. K., Wallston, K. A., & Nicassio, P. M.(2006). Social support and depression in rheumatoid arthritis: A one-year prospective study. *Journal of Applied Social Psychology*, 19(14), 1164-1181.
- Clarke, P., Marshall, V., Black, S. E., & Colantonio, A.(2002). Well-being after stroke in Canadian seniors: findings from the Canadian study of health and aging. *Stroke*, 33, 1016-1021.
- Cummings, S. M., Neff, J. A., & Husaini, B. A.(2003). Functional impairment as a predictor of depressive symptomatology; The role of race, religiosity, and social support. *Health and Society Work*, 28(1), 23-33.
- Desrosiers, J., Bourbonnais, D., Noreau, L., Rochette, A., Brabo, G., & Bourget, A.(2005). Participation after stroke compared to normal aging. *Journal rehabilitation Medicine*, 37, 353-357.
- Desrosiers, J., Noreau, L., Rochette, A., Bravo, G., & Boutin, C.(2002). Predictors of handicap situations following post-stroke rehabilitation. *Disability and Rehabilitation*, 24(15), 774-785.
- Fiksenbaum, K. M., Greenglass, E. R., & Eaton, J.(2006). Perceived social support, hassles and coping among elderly. *Journal of Applied Gerontology*, 25(1), 17-30.
- Glass, T. A., & Maddox, G. L.(1992). The quality and quantity of social support: stroke recovery as psychosocial transition. *Social Science Medicine*, 34(11), 1249-1261.
- Glass, T. A., Matchar, D. B., Belyea, M., & Feussner, J. R.(1993). Impact of social support on outcome in first stroke. *Stroke*, 24, 64-70.
- Grant, J. S., Elliot, T. R., Giger, N., & Bartolucci, A. A.(2001). Social problem solving abilities, social support, and adjustment among family caregivers of individual with a stroke. *Rehabilitation Psychology*, 46(1), 44-57.
- Hackett, M. L., Anderson, C. S., House, A., & Health, C.(2008). *Intervention for preventing depression after stroke*. The Cochrane Collaboration. John Wiley & Sons.
- Hampton, N. Z.(2001). Disability status, perceived health, social support, self-efficacy, and quality of life among people with spinal cord injury in the people's Republic of China. *International Journal of Rehabilitation Research*, 24, 69-71.
- Holm J. E., & Holroyd, K.(1992). The daily hassles scale(revised): Does it measure stress or symptoms?, *Behavioral Assessment*, 14, 465-482.
- Isaksson, G., Skar, L., & Lexell, J.(2005). Women's perception of changes in the social network after spinal cord injury. *Disability and Rehabilitation*, 27(17), 1013-1021.
- Jarvik, L. F.(1976). Aging and depression: some unanswered questions. *Journal of Gerontology*, 31, 324-326.
- Kanner, A. D., Coyne, J. C., Schaefer, C., & Lazarus, R. S.(1981). Comparison of two modes of stress measurement: Daily hassles and uplifts versus major life events. *Journal of Behavioral Medicine*, 4(1), 1-39.
- Kaplan, H. B.(1996). *Psychosocial Stress*. Academic Press, NY.
- Koenig, H. G., & Blazer, D. G.(1992). Epidemiology of geriatric affective disorders. *Clinical Geriatric Medicine*, 8(2), 235-251.
- Kraaij, V., Arensman, A., & Spinhoven, P.(2002). Negative life events and depression in elderly persons: A meta-analysis. *Psychological sciences and social sciences* 57(B, 1), 87-95.
- Labi, M. L. C., Philips, T. F., & Gresham, G. E.(1980). Psychosocial disability in physically resorted

- long-term stroke survivors. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 61, 561-565.
- Landerman, R., George, L. K., Cambell, R. T., & Blazer, D. G.(1989). Alternative models of the stress buffering hypothesis. *Journal of Community Psychology*, 17(5), 625-642.
- Landreville, P., & Vezina, J.(1994). Differences in appraisal and coping between elderly coronary artery disease patients high and low in depressive symptoms. *Journal of Mental Health*, 3, 79-87.
- Lazarus R. S., & Folkman, S.(1984). *Stress, appraisal and coping*. NY: Springer.
- Miller, K. E.(2001). Can family support improve stroke recovery? *American Family Physician*, 81, 881-887.
- Palmer, J. B., & Glass, T. A.(2004). Crisis intervention with individuals and their families following stroke: A model for psychosocial service during inpatient rehabilitation. *Rehabilitation psychology*, 49(4), 338-343.
- Rizzo, M. V.(2002). Social work support services for stroke patients: Interventions and outcomes. Doctoral Dissertation. University at Albany, State University of New York.
- Robinson, R. G., Starr, L. B., Lipsey, J. R., Rao, K., & Price, T. R.(1984). A two-year longitudinal study of post-stroke mood disorders: Dynamic changes in associated variables over the first six months of follow-up. *Stroke*, 15, 510-517.
- Salzman, C., & Shader, R. I.(1979). Clinical evaluation of depression in the elderly. In A. Raskin & L. E. Jarvik(Eds.). *Psychiatric symptoms and cognitive loss in the elderly*. Washington, DC: Hemisphere Pub. Corp.
- Sobel, M. E.(1982). Asymptotic intervals for indirect effects in structural equations models. In S. Leinhardt(Ed.). *Sociological Methodology* (pp. 290-312). San Francisco: Jossey-Bass.
- Travis, L. A., Lyness, J. M., Shields, G., King, D., & Cox, C.(2004). Social support depression, and functional disability in older adult primary care patients. *Journal of Geriatric Psychiatry*, 12(3), 265-271.
- Vaux, S., Riedel, S., & Stewart, D.(1987). Modes of Social Support: the social support behaviors(SS-B) scale. *American Journal of Community Psychology*, 15(2), 209-237.
- Wilcox, V. L., Kasl, S. V., & Berkman, L. K.(1994). Social Support and physical disability in older people after hospitalization: A prospective study. *Health Psychology*, 13(2), 170-179.
- Yesavage, J. A., Brink, T. L., Rose, T. L., & Leirer, V. O. (1983). Development and validation of geriatric depression screening scale: A Preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, 17, 37-49.

접 수 일 : 2009년 5월 4일

심사시작일 : 2009년 5월 8일

게재확정일 : 2009년 6월 29일