

일개 시지역 뇌졸중 환자의 삶의 질과 사회적 지지와의 관련성

이경우¹⁾, 하미경²⁾, 하근순²⁾, 김록범³⁾, 박기수³⁾
경상대학교 의학전문대학원 응급의학교실 및 건강과학연구원¹⁾
진주시 보건소 건강증진과²⁾
경상대학교 의학전문대학원 예방의학교실 및 건강과학연구원³⁾

The Association of Social Support and Quality of Life of Stroke Patients in a City

Kyung Woo Lee¹⁾, Mi Kyung Ha²⁾, Keun sun Ha²⁾, Rock Bum Kim³⁾, Ki Soo Park³⁾
*Department of Emergency Medicine, School of Medicine, and Institute of Health Sciences¹⁾,
Gyeongsang National University, Jin-Ju Department of Health promotion, Health care center²⁾,
Department of Preventive Medicine, School of Medicine, and Institute of Health Sciences³⁾,
Gyeongsang National University*

= ABSTRACT =

Objectives: The aim of this study was to investigate the association of social support and quality of life of stroke patients.

Methods: Stroke patients were interviewed by a direct contact survey among 160 person. A structured questionnaire was configured about demographic features, social support and health related quality of life(SF12). Data were collected from July to August 2009.

Results: Among social support, satisfaction of dependable when you need help is the highest score(5.3) and console you when you are very upset is the lowest(4.0). Vitality among health related quality of life(HRQOL) is the highest score(55.9) and general health score is the lowest(17.4). Physical component score(PCS) is lower than mental component. The results of multiple regression analysis about the factors affecting the PCS and MCS score, disability grade and feel better variable gave effect HRQOL.

Conclusions: For improvement of HRQOL, among stroke patients, community social support, specially, when patients feeling generally down-in-the dumps, the rely on to help feel better was needed.

Key words: Stroke, HRQOL, Social support

* 접수일(2009년 11월 12일), 수정일(2010년 1월 25일), 게재확정일(2010년 2월 2일)
* 교신저자: 박기수, 경남 진주시 칠암동 92 경상대학교 의학전문대학원 예방의학교실
Tel: 055-751-8795, Fax: 055-752-2041, E-mail: parkks@gnu.ac.kr

서 론

뇌혈관질환으로 인한 사망은 전체 사망자의 12.0%로서 사망원인 2위에 해당된다[1]. 또한 국민건강영양조사 결과[2]에 의하면 19세 이상 성인 뇌졸중 이환자 중 현재 후유증을 앓고 있다는 비율은 65.3%이었으며, 특히 45-64세 이환자 중에서 뇌졸중 후유증을 앓고 있다는 비율이 67.7%로 가장 높아 뇌졸중은 질환의 발생뿐 만 아니라 이후 후유증으로 인한 문제가 심각하다. 외국의 상황도 마찬가지로 미국의 경우 남자에서 유병률이 6,70대는 7.8%이지만 80대 이상에서는 17.1%로 급격히 증가하는 것으로 보아 6,70대에 발생한 환자들이 사망하기 보다는 운동, 감각, 언어 등의 장애를 가지고 살아가는 생존자가 증가하고 있음을 의미한다[3]. 따라서 뇌졸중 환자는 영구적으로 잔존하는 만성 건강문제를 지닌 상태로 생활하여 대부분의 환자가 병원에서 퇴원한 후 가정에서도 지속적인 관리와 재활이 요구된다. 또한, 뇌졸중과 같이 질병 발생이후 일상생활 동작 장애, 대인관계의 제한, 이로 인한 장기적인 스트레스와 긴장에 따른 심리사회적인 부적응문제에 직면하게 되어 삶의 질에 대한 환자 자신의 주관적 평가가 저하된다[4]. 또한 만성질환이나 장애를 가진 환자는 완치되는 것이 아니라 지속적으로 신체적 기능과 매일의 일상생활활동에 장애를 받으므로 환자의 삶의 질에 영향을 주게 된다[5].

이러한 이유로 뇌졸중환자의 삶의 질에 영향을 미치는 요인으로 또 다른 것은 사회적 지지이다 [6]. 즉 King[7]은 기능장애와 우울, 사회적 지지의 부족 등이 뇌졸중 환자의 삶의 질을 감소시키는 요인이라고 하여 사회적 지지와 삶의 질과의 관련성에 대하여 언급하였다.

사회적 지지란 사회적 관계의 구성, 밀도, 범위, 형태 외에도 사회적 관계를 통해 구체적으로 어떠한 자원과 도움이 제공되었는지 등에 의하여서도 만들어 질수 있는데 House 등[8]은 사회적 지지를 정서적 지원, 평가적 지원, 정보적 지원, 도구적 지원으로 구분하였으며, 이러한 사회적 지지는 직접적으로 삶의 질에 영향을 주기도 하

지만 뇌졸중으로 인한 직접적인 문제의 영향을 감소시키는 조정변수로서의 역할도 있다[9].

지금까지 뇌졸중 환자의 삶의 질에 영향을 미치는 요인 중 삶의 질에 대한 연구들이 진행되었는데 주로 대상이 병원 외래를 다니는 자[10-13]를 대상으로 병원 내원환자들을 대상으로 실시하였고, 지역 사회에서 뇌졸중환자에 대한 삶의 질 측정 은 미미하며, 또한, 지역 사회에 거주하고 있는 환자들을 대상으로 사회적 지지와 삶의 질과의 관련성을 조사한 연구는 없었다.

이에 이 연구는 지역사회 내에 살고 있는 뇌졸중 환자들의 삶의 질을 측정하고 삶의 질과 사회적 지지와의 관련성을 밝혀 지역사회내의 사회적 지지체계의 필요성을 보고자 연구되었다.

대상 및 방법

1. 연구대상

경상남도 일개시의 맞춤형방문건강관리사업 전산프로그램에 등록된 뇌졸중 환자 1,600명(동지역 1,107, 읍면지역 493명)을 모집단으로 하여 이 중 10%인 160명을 표본 추출하였다. 표본 추출방법은 먼저 읍면동을 기본 표본지점으로 정한 후 확률크기 비례계통 추출하였다. 즉, 읍면동에 등록된 뇌졸중 환자를 정리한 후 이 중 각각 10%의 표본수를 정하였고 소수점 한자리는 반올림하였다. 표본지점내에서 조사대상자 선정은 등록된 순서대로 환자를 나열한 후 난수표에서 임의 숫자를 뽑아 첫 번째 대상자로 선정한 후 이후에는 계통 추출하였다. 조사 시기는 2009년 7-8월 두 달에 걸쳐 실시하였으며 연구진과 훈련된 조사원이 직접 면접 조사하였다.

2. 조사내용

설문내용으로는 인구학적 변수로서 성별, 연령, 교육수준, 의료보장, 동거가족 유무, 지역, 장애등급을 포함하였고 사회적 지지 설문은 6가지 문항을 포함하였다. 또한 건강관련 삶의 질 측정도구는 한국에서 신뢰도와 타당도가 입증된 SF-12를 사용하였다. 연령은 실제나이를 조사한 뒤 60대

이하군과 70대 이상군으로 구분하였고, 교육수준은 무학, 초등학교 졸업, 중학교 졸업, 고등학교 졸업 이상으로 구분하였다. 의료보장은 건강보험과 의료급여로 구분하였고, 동거가족 유무는 동거가족이 있는 군과 없는 군으로 구분하였다. 지역은 읍면 지역과 동지역으로 장애등급은 정도에 따라 1-2급, 3-6등급, 장애등급이 없는 군으로 구분하였다.

이용된 사회적 지지 설문 문항은 외국에서 개발되어 있는 설문 문항[14]을 참조하여 연구진에 의해 개발되었다. 설문 문항은 주로 정보적 지지와 정서적 지지, 평가적 지지에 대한 것으로 구체적 내용으로는 ‘도움이 필요로 할 때 의지할 수 있는 지지체계에 대한 만족도(dependable)’, ‘압박이나 긴장에서 편안함을 느낄 수 있는 지지체계에 대한 만족도(relax)’, ‘본인의 장단점을 모두 받아들일 수 있는 지지체계에 대한 만족도(accept)’, ‘어떠한 일이 발생하던지 간에 돌봄을 받을 수 있는 지지체계에 대한 만족도(care)’, ‘우울감에 빠졌을 때 기분을 좋게 해 줄 지지체계에 대한

만족도(feel better)’, ‘당황스러워할 때 위로를 받을 수 있는 지지체계에 대한 만족도(console)’ 등이다. 만족도는 1점에서 7점 만점의 리커트척도로 조사하였다. 내적 신뢰도 계수인 Cronbach’s α 는 0.951로 높았다. 요인분석결과에서는 6개의 문항이 하나의 요인으로 묶여(고유값(eigen value)이 4.8, 퍼센트 분산값이 80.6%) 구인타당도(Construct validity)에서도 적합하였다.

SF-12에 의한 건강수준은 2개 요소에 8개 영역, 12문항으로 구성되어 있다. 이중 신체적 기능(PF), 신체적 역할제한(RP), 통증(BP), 일반 건강(GH)은 육체적 요소의 건강지표이며, 활력(VT), 사회적 기능(SF), 감정적 역할제한(RE), 정신건강(MH) 등은 정신적 요소를 나타내주는 건강지표이다. 각각의 점수 부여 방식은 저작권자인 미국 Qualitymetric 사의 계산방법을 이용하였다[15]. 공식은 100점 만점으로 환산되며 점수가 높을수록 건강관련 삶의 질 점수가 좋은 것이다.

Table 1. General characteristics

Class	Proportion(%)		
	male	female	
Age	≤60years**	47(69.1)	31(33.7)
	≥70years	21(30.9)	61(66.3)
Education level	uneducated**	8(11.8)	45(48.9)
	elementary	18(26.5)	35(38.0)
	middle	23(33.8)	8(8.7)
	≥high	19(27.9)	4(4.3)
Health security	insurance	40(58.8)	55(59.8)
	aids	28(41.2)	37(40.2)
Family living	no**	17(25.0)	49(53.3)
	yes	51(75.0)	43(46.7)
Area	myeon	21(30.9)	29(31.9)
	dong	47(69.1)	62(68.1)
Disability grade	negative*	18(26.5)	45(48.9)
	3-6 grade	24(35.3)	22(23.9)
	1-2 grade	26(38.2)	25(27.2)
Total (%)	68(42.5)	92(57.5)	

* : p<0.05
 ** : p<0.01

3. 분석방법

분석은 장애등급을 비롯한 사회인구학적 변수와 사회적 지지의 각 문항 그리고 SF-12의 8개 하부영역과 2개의 영역과는 일원변량분석(one-way ANOVA)과 t-test를 하였고, 사회적 지지 문항과 SF-12 영역은 피어슨 상관분석을 하였다. 단순분석 결과에서 유의한 변수와 육체적 건강수준과 정신적 건강수준과의 단계적(stepwise) 다중회귀분석을 실시하였다. 통계프로그램은 SPSS 15.0 win을 사용하였다.

결 과

1. 일반적 특성에 따른 삶의 질과 사회적지지 차이

조사대상자는 여성이 57.5%였고, 남성이 60대 이하군, 교육수준이 고졸이상군이라고 응답한 군이 유의하게 높았으며, 동거가족이 있다고 응답한 군이 유의하게 많았다($p < 0.05$). 장애 등급은 여성이 장애등급이 없는 양호한 군이 48.9%로 유의하게 많았다($p < 0.05$)(Table 1).

사회적 지지는 도움이 필요할 때 의지할 수 있는 사람에 대한 만족도 점수가 5.3점으로 가장 높았으며, 남자가 위로감에 대한 만족도를 제외한 항목에서 점수가 유의하게 높았으며 60대 이하군에서 의지할 수 있는 사람에 대한 만족도와 편안함에 대한 만족도에서 점수가 유의하게 높았다($p < 0.05$). 교육수준이 높을수록 편안함, 수용성, 돌봄 등에 대한 만족도가 유의하게 높았으며, 건강보험 대상자 그리고 동거가족이 있는 군이 전 영역에서 사회적 지지에 대한 만족도가 유의하게 높았다($p < 0.05$)(Table 2).

건강관련 삶의 질 점수는 100점 만점에 활력 영역이 55.9점으로 가장 높았고, 일반 건강 영역이 17.4점으로 가장 낮았다. 성별에 따른 분석 결과에서는 여성이 신체적 역할제한과 사회적 기능에 관한 삶의 질 점수가 유의하게 높았으며, 건강보험 대상자가 사회적 기능과 그리고 정신적 요소에서의 삶의 질 점수가 유의하게 높았다($p < 0.05$). 동거가족 유무에서는 동거가족이 없는 군에서는 신체적 역할제한 영역과 활력 영역에서

점수가 유의하게 높았으며, 지역에서는 동지역 거주자가 신체적 기능, 정신건강 영역 그리고 정신적 요소에서 유의하게 높았다($p < 0.05$). 장애등급에서는 장애가 양호할수록 일반 건강 영역을 제외한 7개 영역과 2개 요소에서 유의하게 높았다($p < 0.05$)(Table 3).

2. 사회적 지지와 삶의 질과의 관련성

사회적 지지 문항과 건강관련 삶의 질 영역과의 상관분석 결과 신체적 기능은 의지, 돌봄, 기분전환, 위로 문항과 유의한 상관이 있었고, 신체적 역할제한은 돌봄, 기분전환 문항과, 일반 건강은 의지, 편안함, 수용, 돌봄, 기분전환, 위로의 모든 문항과, 사회적 기능은 의지, 돌봄, 기분전환, 위로 문항과, 그리고 감정적 역할제한은 돌봄, 기분전환, 위로 문항과, 정신건강은 의지, 수용, 돌봄, 기분전환, 위로 문항과 유의하게 상관이 있었다($p < 0.05$). 그렇지만 상관계수 값이 크지는 않았다. 육체적 요소는 수용 문항을 제외한 의지, 편안함, 돌봄, 기분전환, 위로 문항과 정신적 요소는 의지, 편안함, 수용, 돌봄, 기분전환, 위로 등 전 문항과 유의한 상관이 있었다($p < 0.05$)(Table 4).

3. 삶의 질에 미치는 영향

육체적 요소와 정신적 요소에 유의한 영향을 미치는 요인은 둘 다 장애등급과 사회적 지지 문항 중 기분전환 문항이었으며 설명력은 각각 21.7% ($p < 0.05$), 24.5%($p < 0.05$)였다(Table 5, 6). 특히 장애등급은 등급을 받지 못한 환자에 비하여 장애등급을 받은 환자들의 삶의 질 점수가 낮았다.

고 찰

본 연구는 사회적 지지와 뇌졸중 환자의 건강관련 삶의 질과의 관련성을 알기 위하여 횡단적으로 조사하였다.

사회적 지지는 도움이 필요할 때 의지할 수 있는 사람에 대한 만족도 점수가 5.3점으로 가장 높았으며, 당황스러워할 때 위로를 받을 수 있는 사람에 대한 만족도 점수가 4.0점으로 가장 낮았다.

Table 2. Social support according to general characteristics

Class	Dependable ¹⁾	Relax ¹⁾	Accept ¹⁾	Care ¹⁾	Feel better ¹⁾	Console ¹⁾	SS ¹⁾
Sex							
male	5.5 [*] ±1.7	4.8 ^{**} ±1.1	4.7 [*] ±1.2	4.5 [*] ±1.1	4.4 [*] ±1.2	4.1±1.3	4.7 [*] ±1.1
female	5.1±1.0	4.4±1.0	4.3±1.0	4.0±1.0	4.0±1.1	3.8±1.1	4.2±0.9
Age							
≤60years	5.5 ^{**} ±1.1	4.7 [*] ±1.1	4.6±1.1	4.3±1.2	4.3±1.2	4.1±1.2	4.6±1.0
≥70years	5.0±1.1	4.4±1.0	4.3±1.1	4.1±1.0	4.0±1.1	3.8±1.2	4.3±1.0
Education level							
uneducated	4.9±1.2	4.2 ^{**} ±1.1 ^a	4.2 [*] ±1.1 ^a	3.9 ^{**} ±1.1 ^a	3.8±1.1	3.7±1.2	4.1 [*] ±1.0
elementary	5.3±0.9	4.7±0.9 ^b	4.6±1.0 ^a	4.3±1.0 ^a	4.3±1.1	4.2±1.1	4.6±0.9
middle	5.5±1.3	4.7±1.0 ^a	4.4±1.2 ^a	4.2±1.1 ^a	4.2±1.2	3.9±1.2	4.5±1.0
≥high	5.5±1.1	5.0±1.2 ^b	5.0±1.1 ^b	4.8±1.0 ^b	4.5±1.2	4.2±1.2	4.8±1.0
Health security							
insurance	5.5 ^{**} ±1.0	4.8 ^{**} ±1.0	4.7 ^{**} ±1.0	4.4 [*] ±0.9	4.3 [*] ±1.1	4.2 ^{**} ±1.1	4.6 ^{**} ±0.9
aids	4.9±1.2	4.3±1.1	4.1±1.2	4.0±1.2	3.9±1.2	3.6±1.2	4.1±1.1
Family living							
no	4.8 ^{**} ±0.9	4.0 ^{**} ±0.8	3.9 ^{**} ±1.0	3.7 ^{**} ±0.9	3.7 ^{**} ±0.9	3.4 ^{**} ±0.8	3.9 ^{**} ±0.8
yes	5.6±1.1	5.0±1.0	4.9±1.0	4.6±1.0	4.5±1.2	4.3±1.3	4.8±1.0
Area							
myeon	5.2±1.0	4.5±0.9	4.6±1.0	4.2±1.0	4.1±1.0	3.8±1.0	4.4±0.9
dong	5.3±1.2	4.6±1.1	4.4±1.2	4.3±1.1	4.2±1.2	4.0±1.3	4.4±1.1
Disability Grade							
negative	5.2±0.9	4.5±0.9	4.3±1.0	4.1±1.0	4.1±1.1	3.9±1.2	4.3±0.9
3-6	5.4±1.1	4.7±1.0	4.5±1.0	4.2±1.0	4.2±1.1	4.0±1.0	4.5±0.9
1-2	5.1±1.3	4.6±1.3	4.6±1.3	4.4±1.2	4.1±1.3	3.9±1.4	4.5±1.2
Total	5.3	4.6	4.7	4.2	4.1	4.0	4.4

1) : dependable when you need help, feel more relaxed when you are under pressure or tense, accepts both your worst and best, care about you, regardless of what is happening to you, help you feel better when you are feeling generally down-in-the dumps, console you when you are very upset, social support
 * : p<0.05 ** : p<0.01. a, b, c : post-hoc analysis

Table 3. Health related quality of life(SF12) according to general characteristics

Class	tpf	trp	tbp	tgh	tvt	tsf	tre	tmh	pcs	mcs
Sex										
male	27.2±32.3	37.3*±26.2	57.0±23.6	16.5±19.0	56.3±20.4	41.9*±17.0	45.2±26.5	49.8±20.0	34.5±12.0	48.3±11.1
female	33.2±26.2	45.1±21.9	54.3±17.6	18.2±20.1	55.7±22.3	48.6±19.0	48.0±20.7	50.0±17.4	37.7±11.7	50.6±8.4
Age										
≤60years	32.1±30.7	40.5±24.1	56.7±21.6	13.3*±18.0	57.7±20.7	42.9±17.1	45.4±23.5	50.5±17.2	35.6±11.4	49.1±9.7
≥70years	29.3±27.4	43.0±24.1	54.3±19.2	21.4±20.4	54.3±22.2	48.5±19.4	48.2±23.3	49.4±19.7	37.0±12.4	50.1±9.8
Education level										
uneducated	27.4±23.1	41.7±24.9	56.1±17.6	19.0±21.0	58.0±22.3	44.8±18.0	46.7±22.5	47.2±16.7	36.0±12.1	49.2±8.6
elementary	31.1±27.7	42.2±21.1	57.1±20.4	19.1±18.9	55.7±21.7	48.6±17.3	47.4±21.4	50.2±18.6	37.4±11.4	50.5±8.6
middle	40.3±36.9	42.3±25.6	50.8±21.9	11.6±15.2	53.2±18.0	43.5±17.0	46.8±23.9	51.2±18.6	36.3±12.2	48.7±10.4
≥high	23.9±30.6	40.2±27.7	56.5±24.1	18.0±22.7	55.4±23.8	44.6±23.8	45.7±29.6	53.8±21.8	34.7±12.8	49.9±13.4
Health security										
insurance	33.7±28.4	44.7±22.3	53.9±19.1	18.1±19.9	54.5±21.9	49.2*±18.4	49.3±21.8	51.4±18.5	37.6±11.5	51.1*±9.0
aids	26.2±29.5	37.5±26.0	57.7±22.1	16.5±19.3	58.1±20.8	40.8±17.4	43.1±25.2	47.7±18.3	34.5±12.4	47.4±10.3
Family living										
no	30.7±25.1	47.7*±22.0	55.7±20.0	15.1±19.4	51.5*±21.4	46.6±16.3	48.9±21.7	48.7±17.7	37.3±11.8	48.9±8.7
yes	30.6±31.6	37.7±24.6	55.3±20.7	19.1±19.6	49.0±21.0	45.2±19.8	45.3±24.5	50.8±19.0	35.7±12.0	50.1±10.4
Area										
myeon	22.0*±24.0	39.5±21.0	59.5±20.1	16.9±21.0	59.5±19.5	42.0±19.2	42.8±22.0	44.5*±16.2	34.5±10.7	47.2*±8.5
dong	34.6±30.4	42.9±25.4	53.7±20.4	17.8±19.0	54.1±22.2	47.5±18.0	48.9±23.8	52.4±19.1	37.3±12.4	50.7±10.1
Disability Grade										
negative	48.0**±30.9 ^a	53.6**±21.5 ^a	47.6**±17.8 ^a	21.6±21.2	47.6**±20.9 ^a	52.0**±16.4 ^a	56.7**±19.8 ^a	55.4**±16.5 ^a	42.7**±12.8 ^a	52.9**±8.0 ^a
3-6	28.3±20.8 ^b	41.3±16.4 ^b	53.8±17.5 ^a	17.0±16.7	58.2±18.3 ^b	46.7±16.3 ^a	46.5±18.4 ^b	49.7±16.3 ^a	35.1±8.6 ^b	50.3±8.4 ^b
1-2	11.3±18.2 ^c	27.7±25.4 ^c	66.7±21.0 ^b	12.7±19.2	64.2±21.4 ^b	37.3±19.6 ^b	34.8±25.9 ^c	43.4±20.7 ^b	29.6±9.1 ^c	44.9±11.0 ^c
Total	306	41.8	55.5	17.4	55.9	45.8	46.8	49.9	36.3±	49.6

* : p<0.05

** : p<0.01

a,b,c : post-hoc analysis

Table 4. A correlation of social support and health related quality of life(SF12)

	tpf	trp	tbp	tgh	tvf	tsf	tre	tmh	pcs	mcs
Dependable	0.178*	0.081	-0.020	0.236**	0.025	0.179*	0.054	0.196*	0.238**	0.225**
Relax	0.116	0.057	0.009	0.237**	0.039	0.109	0.074	0.132	0.201*	0.181*
Accept	0.067	0.037	-0.039	0.269**	-0.014	0.124	0.089	0.170*	0.153	0.185*
Care	0.233**	0.216**	-0.123	0.237**	-0.138	0.254**	0.240**	0.340**	0.295**	0.350**
Feel better	0.223**	0.176*	-0.104	0.295**	-0.134	0.246**	0.194*	0.364**	0.301**	0.332**
Console	0.194*	0.131	-0.065	0.250**	-0.046	0.198*	0.156*	0.270**	0.259**	0.291**

* : p<0.05

** : p<0.01

Table 5. The results of multiple regression analysis about the factors affecting the PCS score

	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
	B	Std. Error	Beta		
(Constant)	36.230	3.423		10.585	0.000
Disability Grade 3-6	-13.235	1.882	-0.519	-7.034	0.000
Disability Grade 1-2	-7.795	1.938	-0.297	-4.023	0.000
Feel better	3.136	0.687	0.303	4.565	0.000

R² = 22.3(0.000)

Table 6. The results of multiple regression analysis about the factors affecting the MCS score

	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
	B	Std. Error	Beta		
(Constant)	45.014	2.912		15.456	0.000
Feel better	2.968	0.588	0.353	5.052	0.000
Disability Grade1-2	-6.945	1.450	-0.335	-4.791	0.000
Disability Grade1-2	-5.455	1.112	-0.325	-3.791	0.005

R² = 25.5(0.000)

직접적인 비교는 곤란하지만 전반적으로 중간 이상의 만족도를 보였으며, 남성이 여성에 비하여 사회적 지지에 대한 만족도 점수가 높았으며, 60대 이하군이 70대 이상군 보다 만족도 점수가 높았고, 교육수준이 높은 군, 의료급여군 보다는 건강보험군, 동거가족이 있는 군에서 만족도 점수가 높았다. 이는 결국 여성 뇌졸중 환자가 장애등급이 양호한 군이 많았고, 고령층이 많았으며, 교육수준이 낮고 동거가족이 없는 독거노인이 많았기 때문이다. 즉 사회적 취약계층이 독거 여성 노인에 대한 사회적 지지의 필요성이 제기된다.

사회적 지지는 기존에 정서적 지지, 평가적 지지, 정보적 지지, 도구적 지지 등으로 구분되고, 인지적 심리적 안정을 도우며 물질적 차원의 공급을 통해 개인의 대응 역량을 키우도록 하는 것인데 [8], 이 연구에서 사용된 설문문항은 주로 도구적 지지를 제외한 정서적 지지와 평가적 지지, 정보적 지지를 포괄하여 환자가 받아들이는 지지체제로 구성되어 있다.

일개 시지역 뇌졸중 환자들의 건강관련 삶의 질 점수는 100점 만점에 활력 영역이 55.9점으로 가장 높았고, 일반적 건강 영역이 17.4점으로 가장

낮았다. 건강관련 삶의 질 측정 도구 중 SF-12는 0점에서 100점사이로 점수가 분포하는 것으로 0점은 가장 낮은 건강상태이며 100점이 가장 높은 건강상태이다. 그리고 평균이 50점에 표준편차가 ± 10 점으로 분포되도록 계산되는 데, 이 연구결과에서처럼 이 분포보다 아래쪽에 분포할 경우 건강관련 삶의 질이 낮은 것으로 볼 수 있어[16], 신체적 기능, 일반 건강 등의 영역과 육체적 요소 부분이 낮은 것으로 볼 수 있다. 결국 뇌졸중으로 인한 장애로 육체적 제약이 삶의 질에 나쁘게 작용하는 것으로 고려할 수 있다. 동거가족이 없는 여성군, 건강보험 대상자, 동지역 거주자가 건강관련 삶의 질 요소와 영역에서 유의하게 양호하였으며, 장애등급이 양호할수록 일반 건강영역을 제외한 7개 영역과 2개 요소에서 유의하게 높았다. 김현철 등[17]은 여성 뇌졸중 환자들이 가사 활동의 부담으로 인하여 남성 뇌졸중 환자에 비하여 건강상태가 나쁠 것으로 예측하였는데, 이 연구에서는 여성 노인들이 대부분 고령의 독거노인으로서 가정에서의 다른 부양가족 즉, 남성 노인을 위한 가사활동의 부담이 없어 남성 뇌졸중 환자들보다 건강관련 삶의 질 점수가 양호한 것으로 볼 수 있다. 그리고 건강보험 대상자와 동지역 거주자 같이 사회경제적 수준이 양호한 경우 건강관련 삶의 질 점수는 높아 이는 사회적 지지체계와 같이 취약계층에 대한 접근성 함께 고려되어야 할 것이다.

사회적 지지 문항과 건강관련 삶의 질 영역과의 상관분석 결과, 육체적 요소는 수용 문항을 제외한 의지, 편안함, 돌봄, 기분전환, 위로 문항과 정신적 요소는 의지, 편안함, 수용, 돌봄, 기분전환, 위로 등 전 문항과 유의한 상관성이 있었다. 그리고 다중회귀분석 결과에서는 육체적 요소와 정신적 요소에 유의한 영향을 미치는 요인은 둘다 장애등급과 사회적 지지 문항 중 기분전환 문항이었으며 설명력은 각각 21.7%, 24.5%였다.

사회적 지지는 삶의 스트레스로부터 보호하는 완충의 역할이 있다고 하였으며[18, 19], 사회적 지지는 우울증에 주 효과, 완충효과, 매개효과를 통하여 우울증에도 영향을 준다고 하였고[20], 사회적 자본의 주요 구성요소로서 건강수준에 영향

을 준다고 하였다[21, 22]. 특히 전보영 등[23]은 농촌 노인들에게서 건강수준 뿐만 아니라 건강행태에서도 사회적 지지의 필요성을 제시하였으며 King[7]은 뇌졸중 환자의 삶의 질에 사회적 지지가 유의한 관련이 있다고 하였다. 이 연구에서도 건강관련 삶의 질 점수에 영향을 주는 것으로 사회적 지지 중 우울감에 빠졌을 때 기분을 전환하여 줄 사람에 대한 만족도가 유의하게 영향을 미치므로 사회적 지지에 대한 고려가 있어야 할 것이다. 즉, 건강관련 삶의 질에 영향을 주는 요인으로 질병으로 인한 장애등급 외에도 주위에서의 정서적 지지가 있어야 하는데 최근 들어 고령화, 독거노인의 증가, 가족에 감소 등이 있으므로 지역에서 뇌졸중과 같은 만성질환 노인이 있을 경우 지역사회 지지가 정서적 지지와 물질적 지지가 함께 이루어져야 한다. 또한 도시지역에 주로 분포되어 있는 사회복지네트워크 등이 농촌지역으로 확대되거나 지리적, 시간적, 교통학적 접근성을 개선하는 프로그램이 있어야 할 것이다.

본 연구의 단점으로는 사용된 설문도구의 신뢰도와 타당성에 대한 부분이다. 즉, 사회적 지지의 설문도구에 대한 타당성 분석이 부족한 상태에서 사용되어 실제 뇌졸중 환자들의 사회적 지지를 정확하게 표현하기에는 부족하다. 하지만 설문지의 내적신뢰도 점수와 요인분석 결과에서 유의한 결과를 보여주어 최종변수가 아닌 건강관련 삶의 질을 예측하는 변수로 사용하기에 큰 무리는 없을 것이다. 또한 분석 결과에서도 연구자들이 예측한 대로 분석되어 해석하기에는 무리가 없다. 또 다른 문제점으로는 연구대상자의 대표성에 있다. 일개 시지역의 맞춤형방문건강관리사업 프로그램에 등록된 사람들 중에서 무작위로 선정하여 지역의 모든 뇌졸중 환자를 대표하기에는 문제가 있다. 그러나 이 연구가 뇌졸중 환자들의 건강관련 삶의 질 점수 그리고 사회적 지지 점수를 알기 위한 것이 아니고 두 변수간의 관련성을 보기 위한 것이므로 대상자의 대표성이 있다고 하여도 연구의 모델을 해석하기에는 무리가 없다. 마지막으로 뇌졸중 환자들의 질환 발생 전, 직후 사회적 및 개인적 상황에 대한 것을 조사하지 않아

제한점으로 남아 있다.

지금까지 사회적 지지와 건강관련 삶의 질과의 관련성을 보았는데 뇌졸중 환자에게 있어 건강관련 삶의 질을 개선하기 위해서는 단순한 의학적 접근보다는 지역사회 내에서 기분전환과 같은 사회적 지지의 확보가 필요할 것이다.

결 론

본 연구는 사회적 지지와 뇌졸중 환자의 건강관련 삶의 질과의 관련성을 알기 위하여 횡단적으로 조사하였다.

연구대상자는 맞춤형방문건강관리사업에 등록된 환자 중 160명을 무작위로 뽑아 2009년 7~8월 두 달에 걸쳐 직접 면접 조사하였다

연구대상자의 사회적 지지에 대한 결과는 도움이 필요할 때 의지할 수 있는 사람에 대한 만족도 점수가 5.3점으로 가장 높았으며, 당황스러워할 때 위로를 받을 수 있는 사람에 대한 만족도 점수가 4.0점으로 가장 낮았다. 건강관련 삶의 질 점수는 100점 만점에 활력 영역이 55.9점으로 가장 높았고, 일반적 건강 영역이 17.4점으로 가장 낮았다. 특히, 신체적 기능, 일반 건강 등의 영역과 육체적 요소 부분이 낮았다. 다중회귀분석 결과에서는 육체적 요소와 정신적 요소에 유의한 영향을 미치는 요인은 둘 다 장애등급과 사회적 지지 문항 중 기분전환 문항이었으며 설명력은 각각 21.7%, 24.5%였다.

뇌졸중 환자에게 있어 건강관련 삶의 질을 개선하기 위해서는 지역사회 내에서 사회적 지지 체계의 확보가 필요한데 특히 기분을 전환할 수 있는 지지가 필요하다.

참고문헌

1. 통계청. 사망원인 통계 2008. 2008
2. 보건복지부. 국민건강영양조사 제 3기(2005) 성인이환편. 2006
3. American Heart association. Heart disease & stroke statistics. 2009 available from <http://www.americanheart.org/downloadable/heart/1240250946756LS-1982%20Heart%20and%20Stroke%20Update.042009.pdf>
4. Ham MY, Choi KS, Ryu EJ. Analysis of nursing studies about stroke research in Korea. *The Korean J of Rehab Nurs* 2009;3(2):154-168(Korean)
5. Guilick, EE. Correlates of Quality of life among persons with multiple sclerosis. *Nursing Research* 1997;46(6):305-311
6. Yoon H. Factors affecting quality of life of the Korean aged stroke patients. *Int J aging Hum Dev* 1997;44:167-181(Korean)
7. King BR. Quality of life after stroke. *Stroke* 1996;27:1467-1472.
8. House S, Kessler RC, Herzog AR. Age, socioeconomic status and health. *Milbank* 1990 ;322(68):383-411.
9. Cohen S. Psychosocial models of the role of social support in the etiology of physical disease. *Health Psychology* 1988;7:269-297
10. Hong YS, Suh MJ, KimKS, Kim IJ, Cho NO, Choi HJ, Jeong SH, Kim EM. Related Factors of the Quality of Life in Stroke Patients. *Korean J Rehabil Nurs* 1998;1(1): 111-123.(Korean)
11. Kim KS . A correlation study on Activity of Daily Living, Self-efficacy, Stroke Specific Quality of Life and Need for Self-help Management Programs for patients with Hemiplegia at home. *J Kor Acad Funder Nurs* 2001;9(2):81-94.(Korean)
12. Kim MY, Kim KS. Quality of life and the related Factors in Cerebrovascular Surgery Patients. *Korean J Rehabil Nurs* 2005;8(1): 5-12.(Korean)
13. Kim JH, Kang HS, Kim WO, Wang MJ, Chang CM. *Korean J Rehabil Nurs* 2006;9(1):49-55(Korean)
14. Sarason IG, Sarason BR, Shearin EN, Pierce GR. A brief measure of socialsupport:

- Practical and theoretical implication, *J Social and personal relationship* 4;497-510:1987
15. Ware JE Jr, Kosinski DM, Turner-Bowker B. Gandek How to score version 2 of the SF-12 health survey: with a supplement documenting version 1. 2002, Quality Metric Incorporation.
 16. Ware J Jr, Kosinski M, Keller SD. A 12-Item Short-Form Health Survey: construction of scales and preliminary tests of reliability and validity *Med Care*. 1996;34(3):220-33
 17. Kim HC, Kim SJ, Choi NK, Kim YS, Lee BC, Lee BC, Lee MH. Quality of life after Stroke : A two-month follow-up. *J Korean Neuropsychiatr Assoc* 2002;41(4) 681-692 (Korean)
 18. Bath PA, Deeg D. Social engagement and health outcomes among older people: introduction to a special section. *Eur J Ageing* 2005;2(1):24 - .30
 19. Callaghan P, Morrissey J. Social support and health: a review. *J Adv Nurs* 1993;18(2):203-210
 20. Yoon HS, Koo BM. The Mediating Effects of Social Support on Health Status and Ddepression of the Elderly. *Korean J Social Welfare* 2009;61(2):303-324(Korean)
 21. Kawachi I, Kennedy BP, Glass R. Social capital and self-rated health: a contextual analysis. *Am J Public Health* 1999;89(8): 1187-1193.
 22. Kawachi I, Berkman LF. Social ties and mental health. *J Urban Health* 2001;78(3): 458-467
 23. Boyoung Jeon, Hyejae Lee, Changu Shon, Namkwon Kim, Aeryun Kim, Jieun Park, Eunsang Lee, Jeongwha Lee, Juhyun Choi. The Association of Social Support with Health Status and Health Behavior among Rural Aged Population. *J Agri Med & Community Health* 2009;34(1):13~23(Korean)