

급성기 뇌졸중 환자의 뇌졸중 후 우울에 영향을 미치는 요인

Factors Influencing Post Stroke Depression in Acute Stroke Patients

박순주
건양대학교 간호학과

Soonjoo Park(sjpark19@konyang.ac.kr)

요약

본 연구는 급성기 뇌졸중 환자의 뇌졸중 후 우울 발생 현황을 파악하고 뇌졸중 후 우울에 영향을 미치는 요인을 규명하기 위해 수행되었다. 연구대상자는 2개 지역병원에서 허혈성 뇌졸중으로 입원 치료 후 상태가 안정되어 퇴원 예정인 20대 이상의 성인 104명을 편의추출 하였다. 뇌졸중 후 우울 측정은 뇌졸중 후 우울척도, 사회적지지는 사회적지지 척도, 뇌졸중 심각도는 미국 국립보건원 뇌졸중 척도, 장애정도는 수정 랭킨 척도를 이용하였다. 연구결과 대상자의 뇌졸중 발병 후 입원기간은 평균 5.9 ± 2.1 일이었고 79.8%가 7일 이내였다. 뇌졸중 심각도는 평균 2.4 ± 2.5 점이었으며 69.2%가 경중 뇌졸중이었고, 장애정도는 평균 1.6 ± 1.1 점이었고 46.2%가 발병 전의 모든 업무와 일상활동 실행이 가능했다. 대상자의 32.7%가 경중 이상의 우울상태였으며, 종교가 없고($p < .004$), 장애정도가 심하고($p < .031$), 뇌졸중 심각도가 높으며($p < .034$), 가족지지가 적을수록($p < .009$) 뇌졸중 후 우울을 경험할 가능성이 높은 것으로 나타났다. 이러한 결과를 통해 뇌졸중 환자들에게 발병 초기 단계부터 우울이 나타날 수 있음을 알 수 있다. 따라서 뇌졸중 급성기 단계부터 우울에 대한 지속적인 초기 사정과 종교나 가족지지 등을 포함한 급성기 뇌졸중 후 우울 증재에 대한 간호지침 개발이 필요하다.

■ 중심어 : | 뇌졸중 | 우울 | 사회적지지 | 간호 |

Abstract

This study was carried out to investigate the post stroke depression (PSD) occurrence in acute stroke patients and to identify the factors that influence PSD. The study subjects were 104 adults in their 20s or older who were scheduled to be discharged due to inpatient treatment for ischemic stroke in two hospitals. Data were collected using Post Stroke Depression Scale for PSD, Multidimensional Scale of Perceived Social Support for social support, National Institutes of Health Stroke Scale for stroke severity, and Modified Rankin Scale for disability. The average length of stay after stroke onset of the study subjects was 5.9 ± 2.1 days, and 79.8% were within 7 days. Stroke severity score was an average of 2.4 ± 2.5 out of 42 points, and disability score was an average of 1.6 ± 1.1 out of 6 points. Among the subjects, 32.7% had mild or more severe depression after stroke. The subjects with no religion, severe disability, high stroke severity, and less family support had a higher likelihood of experiencing PSD. These results show that depression can appear in the early stages of stroke onset. Therefore, it is necessary to develop nursing guidelines for depression intervention after acute stroke, including continuous early assessment of depression from the acute phase of stroke and religion or family support.

■ keyword : | Stroke | Depression | Social Support | Nursing |

* This paper was supported by Eulji University in 2017.

접수일자 : 2020년 09월 10일
수정일자 : 2020년 09월 24일

심사완료일 : 2020년 09월 24일
교신저자 : 박순주, e-mail : sjpark19@konyang.ac.kr

I. 서론

1. 연구 필요성

뇌졸중은 악성신생물, 심장질환, 폐렴에 이어 한국에서 네 번째 사망 원인에 해당하며[1], 뇌졸중 유병률은 2018년 1.8%였고 2005년부터 약 2% 수준을 유지하고 있다[2]. 뇌졸중은 모든 연령대에 영향을 미치지만 나이가 들수록 뇌졸중 유병률이 증가하고 뇌경색에 의한 발생이 가장 흔하다[3]. 뇌졸중 발병 후 생존자들은 심각한 장애를 경험하는데 일상생활 활동을 제한하는 신체적 장애나 뇌졸중 후 우울(post stroke depression, PSD)과 같은 신경정신과적 후유증을 겪게 된다[4][5].

PSD는 뇌졸중 환자 세 명 가운데 한 명이 경험할 정도로 일반적이다[6][7]. 급성기 뇌졸중 환자의 PSD 유병률은 연구에 따라 24.9~32.8% 범위에서 보고되고 있으며[8-10], 장기적으로 재발 위험도 높은 편이다[11]. PSD는 치료하지 않을 경우 수주에서 수개월 간 지속되며 뇌졸중 환자의 삶의 질을 떨어뜨리고 기능 회복에도 부정적인 영향을 미치기 때문에[12] 심각성을 인지하고 발생 초기부터 적극적인 관리가 필요하다. 하지만 PSD가 뇌졸중 후 가장 흔한 합병증 중 하나임에도 불구하고 PSD에 대한 사정이나 치료, 예방에 대한 지침은 거의 없는 실정이다[7]. 또 PSD가 나타나는 시기도 뇌졸중 발병 후 초기[8][13]부터 만성기[11]까지 다양하게 보고되고 있다. 따라서 PSD를 예방하고 적절하게 관리하기 위해서는 조기 사정과 적절한 중재[14][15]에 대한 탐색이 필요하다.

뇌졸중 임상지침은 뇌졸중 후 초기에 적절한 우울증 선별검사를 하도록 권고하고 있으나[4] 검사 시기에 대해서는 명확하게 제시하지 않고 있다. 일반적으로 환자가 뇌졸중으로 입원하면 48시간 이내에 급성 집중치료가 제공되고 생리적 상태가 안정되면 72시간 이내에 제한적인 물리치료나 언어치료 등과 같은 조기 재활치료를 시작한다. 그리고 신경학적으로 안정되면 입원 후 약 7일경에 퇴원이나 전과를 고려하고 이후에 통원치료를 하거나 재활기관 등에서 관리를 받게 된다. 그러나 병원에서 뇌졸중 환자가 퇴원이나 전원하는 시기는 뇌졸중 회복 초기단계로 신체 회복이 치료의 주요 초점이 되어 우울 증상을 간과하기 쉽다[12][14].

빠르게 진행되는 치료과정과 함께 낮은 치료 환경은 뇌졸중 환자에게 미치는 충격의 강도를 더 크게 만들 수 있다. 뇌졸중 환자는 1주일이라는 짧은 기간 동안 발병, 급성 집중치료, 조기 재활치료, 조기 퇴원[4]을 모두 경험하게 된다. 이 과정에서 환자는 뇌졸중 발병이라는 신체적·정신적 충격과 함께 낮은 뇌졸중 집중치료실에 고립되어 치료를 받게 되면서 외부 세계와 물리적으로 단절되어있다고 느끼고 당황한다[16][17]. 이 때문에 뇌졸중 발병 직후부터 PSD가 발생할 가능성이 충분히 존재한다. 하지만 그동안의 PSD 관련 연구는 주로 발병 2주 이후 환자를 대상으로 하였고[9][10][18] 일부 소수 연구에서만[8] 발병 후 7~10일경 환자에 대한 조사가 이루어졌다. 조기 퇴원을 지향하는 임상현장의 상황을[4][5] 고려한다면 환자의 상태를 신속하고 정확하게 파악하는 것이 중요하다. 따라서 급성기 치료 후 조기 퇴원 전에 PSD 발생 여부를 확인한다면 PSD 조기 사정을 위한 시기를 판단하는데 도움이 될 뿐만 아니라 신체적 증상 위주의 중재와 함께 심리적 증상에 대한 중재를 병행할 수 있도록 하여 간호성과를 높이는 데 도움이 될 것이다.

PSD에 대한 체계적 고찰 연구[7][12]를 살펴보면 PSD 영향요인들은 인구학적 요인이나 뇌졸중 특성, 기능 손상, 사회심리적 요인 등으로 다양하였다. 그러나 영향요인들의 대부분은 PSD 발생과 관련이 있는 위험 또는 예측 인자들이었으며 뇌졸중 발병 후 경과시기에 따른 분석은 이루어지지 않았다. PSD 영향요인들은 뇌졸중 발병 후 경과시기에 따라 다를 수 있으므로 뇌졸중 급성기의 PSD 사정이나 예방 중재 개발을 위해서는 이 시기에 영향을 미치는 요인들을 파악할 필요가 있다.

선행연구에서 나타난 급성기 뇌졸중의 PSD 영향요인들은 주로 뇌졸중 심각도[12]나 장애정도[10], 사회적지지[9][13]가 많았다. 그런데 뇌졸중 심각도[12]나 장애정도[10]는 연구에 따라 분석 대상에서 제외되는 등 선택적으로 사용되고 있어 그 영향을 명확하게 파악하기 어려운 한계가 있었다. 사회적지지[8][9][13] 또한 일반적으로 평소 지지체계에 주변인과의 만남 등을 위주로 분석하고 있어 사회적지지의 영향을 구체적으로 파악하기 어려웠다. 그리고 인구학적 및 질병관련 특성

들은 선행연구에서 PSD와 관련성은 있으나 직접적인 영향요인으로 제시되는 경우는 드물었다. 이처럼 선행 연구들에서 PSD에 영향을 미치는 요인들이 다양하게 제시되고 있으나 결과들 사이에 일관성이 나타나지 않거나 급성기 뇌졸중 환자의 PSD에 미치는 영향 여부를 확인하기 어려운 경우가 많았다. 따라서 연령 [10][13][18]이나 종교[9], 동반질환[9][10][13][18], 재원일수[19] 등과 같이 선행연구들에서 주로 다루어진 변수들이나 장애정도[10][12]나 뇌졸중 심각도[12]처럼 급성기 단계에 영향을 미칠 가능성이 있고 증재에 활용할 수 있는 요인들에 대해서는 급성기 뇌졸중 환자의 PSD로 범위를 좁혀 추가적인 고찰이 필요하다. 이와 함께 뇌졸중은 발병 직후 대부분 집중치료실에서 관리하므로 효과적인 간호증재 개발을 위해서는 이 시기의 환자 경험에 초점을 맞추어 영향요인을 구체적으로 탐색할 필요가 있다. 특히, 집중치료실에서 가족의 존재만으로도 정서적 안정을 느끼고[20], 간호사가 가까이에서 24시간 곁을 지켜준다는 사실에 안심할 수 있었다는[21] 중환자의 입원경험을 고려하면 급성기 단계에서 사회적지지의 영향을 파악할 필요가 있다.

이에 본 연구에서는 뇌졸중 급성기 치료 후 조기퇴원이 고려되고 있는 환자들을 대상으로 PSD 발생 실태를 조사하고, 발생에 영향을 미치는 요인들을 파악함으로써 급성기 뇌졸중 환자의 PSD 예방 간호 증재방안 마련에 필요한 기초자료를 제공하고자 한다.

2. 연구 목적

본 연구는 급성기 뇌졸중 환자의 PSD를 파악하고 PSD에 영향을 미치는 요인을 규명함으로써 급성기 PSD 초기 사정과 예방 간호 방안 마련에 기초자료를 제공하고자 수행되었다. 구체적 목적은 다음과 같다.

첫째, 일반 및 질병관련 특성에 따른 PSD 정도의 차이를 파악한다.

둘째, 뇌졸중 심각도, 장애정도, 사회적지지, PSD의 정도를 파악한다.

셋째, 뇌졸중 심각도, 장애정도, 사회적지지, PSD 간의 상관관계를 파악한다.

넷째, PSD에 영향을 미치는 요인을 규명한다.

II. 연구방법

1. 연구설계

본 연구는 급성기 뇌졸중 환자의 PSD를 파악하고 PSD에 영향을 미치는 요인을 규명하기 위한 서술적 상관관계 연구이다.

2. 연구대상

본 연구는 D시에 소재한 S병원과 I시에 소재한 W대krank원의 신경과에서 허혈성 뇌졸중으로 입원 치료 후 상태가 안정되어 퇴원 예정인 20대 이상의 성인 환자 104명을 대상으로 하였다.

연구대상자 선정기준은 선행연구[9][10][13][17]를 참고하였으며 다음과 같다: 1) 허혈성 뇌졸중으로 진단받고 급성기 치료 후 상태가 안정되어 퇴원 예정인 자, 2) 미국 국립보건원 뇌졸중 척도(National Institutes of Health Stroke Scale, NIHSS)[22] 중 의식평가 점수가 0점(의식 명료, 지남력 있음, 명령 수행 모두 가능)인 자, 3) 이전에 우울증으로 진단받거나 항우울제를 사용한 적이 없는 자, 4) 연구목적에 이해하고 자발적으로 참여하기로 동의한 자, 5) 의사소통에 문제가 없으며 질문내용을 이해하고 국문해독이 가능한 자이다.

회귀분석을 위한 표본크기는 G power 3.0 프로그램을 이용하여 유의수준 .05, 효과크기 .15, 검정력 .80, 예측변수 7개(연령, 종교, 재원일수, 동반질환, 뇌졸중 심각도, 장애정도, 사회적지지)를 설정하였을 때 필요한 최소 표본 수는 103명으로 나타나 최종 분석대상자 104명은 적정 표본수 기준을 충족하였다.

3. 연구도구

3.1 일반 및 질병관련 특성

대상자의 일반 및 질병관련 특성 조사지는 성별, 연령, 교육수준, 종교, 직업, 동거인, 재원일수, 뇌졸중 발병횟수, 동반질환, 흡연, 음주로 구성되었다.

3.2 뇌졸중 심각도

뇌졸중 심각도는 NIHSS[22]로 측정된 의무기록 결과를 활용하였다. 이 도구는 15개 항목으로 구성되었으

며, 각 항목 당 점수가 정상은 0점, 중한 정도에 따라 1~4점까지 부여되고 점수가 높을수록 뇌졸중 심각도가 높음을 의미한다. 점수 해석은 0점은 무증상, 1~4점은 경증, 5~15점은 중등, 16~20점은 중증, 21~42점은 심각한 정도를 의미한다.

3.3 장애정도

뇌졸중으로 인한 장애정도는 수정 랭킨 척도(Modified Rankin Scale, mRS)[23]로 측정된 의무기록 결과를 활용하였다. mRS 점수는 0~6점까지 부여되며 점수가 높을수록 장애정도가 높음을 의미한다. 점수 해석은 아무런 증상이 없으면 0점, 발병 전의 모든 업무와 일상활동의 실행이 가능한 경우 1점, 발병 전의 모든 일상활동을 수행할 수는 없지만 도움 없이 스스로 일상적 용무를 처리할 수 있는 정도의 장애는 2점, 약간의 도움은 필요하지만 다른 사람의 부축 없이 걸을 수 있는 중등도의 장애는 3점, 보조나 다른 사람의 도움 없이 보행이 불가능하고 대소변처리 및 위생관리를 스스로 할 수 없는 중등도 고도의 장애는 4점, 침상 의존상태이고 대소변 실금이 있으며 지속적인 간호와 주의가 필요한 중증 고도의 장애는 5점, 사망한 경우는 6점이다.

3.4 사회적지지

사회적지지는 Zimet 등[24]이 개발한 사회적지지 척도(Multidimensional Scale of Perceived Social Support, MSPSS)로 측정하였다. 저자로부터 MSPSS의 한국판 번역본을 받고 연구에 맞게 명칭변경을 허락받아 “주요인”을 “의료인(간호사)”으로 변경하여 사용하였다. 이 도구는 총 12문항으로 하부영역은 가족지지(4문항), 친구지지(4문항), 의료인(간호사)지지(4문항)로 이루어져 있다. 5점 Likert척도로 “전혀 그렇지 않다” 1점에서 “매우 그렇다” 5점이며, 점수가 높을수록 사회적지지 정도가 높음을 의미한다. 도구의 신뢰도는 Zimet 등[24]의 연구에서 Cronbach's $\alpha = .87$ 이었고 하부영역인 가족지지는 .87, 친구지지는 .87, 주요인지지는 .88 이었다. 본 연구에서 사회적지지는 .85, 하부영역은 가족지지 .71, 친구지지 .90, 의료인(간호사)지지 .91 이었다.

3.5 뇌졸중 후 우울

PSD는 뇌졸중 발병 이전에는 관찰되지 않았던 우울증이 뇌졸중 후 발생한 경우로 가장 흔한 기분장애증상을 말한다[4]. PSD는 Yue 등[25]에 의해 개발된 뇌졸중 후 우울 척도(Post Stroke Depression Scale, PSDS)로 측정하였다.

원저자에게 도구사용 승인을 받은 후 영어와 한국어에 능통하고 뇌졸중 환자에 대한 진료 및 간호 경험이 있는 의사와 간호사가 1차 번역한 후 영어와 한국어가 능통한 영문학자가 2차로 역번역 하였다. 내용타당도는 전문가 집단에게 검증받았으며(CVI=.94), 뇌졸중 환자 5명에게 안면타당도를 검증받은 후 뇌졸중 환자 10명에게 예비조사를 실시하고 최종도구를 확정하였다.

이 도구는 총 8문항, 4점 척도로 “전혀 경험하지 않음” 0점부터 “대부분 경험함” 3점까지이며, 점수 합이 6~14점은 경증(minor), 15~16점은 중등(middle), 17~24점은 중증(severe) 우울 상태에 해당한다. 개발 당시 도구의 신뢰도 Cronbach α 는 .80이었고[25], 본 연구에서는 Cronbach's $\alpha = .80$ 이었다.

4. 자료수집

자료수집 전에 E대학교 생명윤리심의위원회의 승인(EU18-49)을 받았고, 조사대상 병원의 생명윤리심의 위원회와 간호부에서도 사전 승낙을 받았다. 자료는 2018년 6월 20일부터 12월 31일까지 수집하였다. 조사는 해당 병원에 근무하고 있는 교육담당 간호사가 실시하였고, 조사를 시작하기 전에 연구자에게 설문조사 훈련을 받은 후 참여하였다.

대상자 선정은 연구자와 교육담당 간호사가 대상자 선정기준에 맞는 입원환자를 선별한 후 연구대상자에게 조사 전에 본 연구의 목적과 자발적 참여 및 중단 가능, 비밀보장, 익명성, 연구목적외로만 사용됨 등을 설명하고, 대상자들이 충분히 이해하고 자발적으로 연구 참여에 동의 한 경우 연구 참여 동의서에 자필서명하도록 하였다. 입원환자 1인당 자료수집 시간은 약 10분이었다. 탈락률을 고려하여 총 117명에게 설문조사 하였으나 13명이 불충분하게 응답하여 총 104부의 자료를 분석에 사용하였다.

5. 자료 분석

수집된 자료는 SPSS 24.0으로 분석하였다. 대상자의 일반 및 질병관련 특성, 뇌졸중 심각도, 장애정도, 사회적지지, PSD는 기술통계로, 대상자의 일반 및 질병관련 특성에 따른 PSD 차이는 t-test나 ANOVA로, 뇌졸중 심각도와 장애정도, 사회적지지, PSD 간의 상관관계는 Pearson's correlation coefficients로 분석하였다. 그리고 PSD에 영향을 미치는 요인을 파악하기 위하여 다중회귀분석을 실시하였다.

III. 연구결과

1. 대상자의 일반 및 질병관련 특성에 따른 뇌졸중 후 우울의 차이

대상자는 총 104명으로 74.0%가 남자였다. 연령은 27~91세의 범위에서 평균 67.3 ± 13.6 세였으며 70대

가 31.7%로 가장 많았다. 교육수준은 중졸 이하가 55.8%였고, 종교가 있는 집단이 67.3%, 직업이 없는 집단이 51.9%였으며, 대부분(84.6%)이 배우자나 자식들과 함께 살고 있었다. 질병관련 특성에서 뇌졸중 발병 후 재원일수는 평균 5.9 ± 2.1 일이었고, 79.8%가 발병 후 7일 이내에 해당하였으며 대부분(86.5%)이 뇌졸중 발병이 처음인 경우였다. 고혈압과 당뇨병, 이상고지질혈증, 심장질환, 신장질환과 같은 동반질환이 있는 경우가 66.3%이었고, 현재 흡연 중인 대상자는 29.8%이며, 40.4%가 음주를 하는 것으로 나타났다. 환자의 일반 및 질병관련 특성 가운데 종교 유무에 따라서만 PSD가 통계적으로 유의한 차이를 보였는데 종교가 없는 집단이 종교가 있는 집단보다 PSD 정도가 높았다 ($p=.014$)[Table 1].

2. 대상자의 뇌졸중 심각도와 장애정도, 사회적지지, 뇌졸중 후 우울의 정도

Table 1. Differences of post stroke depression in general and disease-related characteristics of the subjects (n=104)

Variables	Categories	n	%	Post stroke depression			
				M	SD	t or F	p
Gender	male	77	74.0	4.82	4.30	-0.11	.910
	female	27	26.0	4.93	4.17		
Age (year)	< 50	10	9.6	3.90	4.01	0.31	.874
	50-59	17	16.3	4.47	3.59		
	60-69	23	22.1	4.78	3.69		
	70-79	33	31.7	5.42	4.90		
	≥ 80	21	20.2	4.76	4.56		
	M (SD)	67.3	(13.6)				
Educational level	middle school or less	58	55.8	5.10	4.81	0.69	.490
	high school or more	46	44.2	4.52	3.42		
religion	no	34	32.7	6.53	5.15	2.56	.014
	yes	70	67.3	4.03	3.48		
Job	no	54	51.9	5.00	4.30	0.38	.703
	yes	50	48.1	4.68	4.23		
Cohabitant	no	16	15.4	7.44	6.36	1.87	.078
	yes	88	84.6	4.38	3.60		
Length of Stay	7 days or less	83	79.8	4.64	4.30	-1.53	.129
	8-14 days	21	20.2	6.33	5.35		
	M (SD)	5.9	(2.1)				
Frequency of stroke	first occurrence	90	86.5	4.73	4.00	-0.53	.604
	recurrence	14	13.5	5.57	5.71		
Comorbidity*	no	35	33.7	4.57	3.32	0.74	.459
	yes	69	66.3	5.19	5.08		
Smoking	no	73	70.2	4.38	3.78	-1.72	.088
	yes	31	29.8	5.94	5.09		
Drinking	no	62	59.6	5.31	4.14	1.35	.181
	yes	42	40.4	4.17	4.36		

* Comorbidity = hypertension or diabetes or hyperlipidemia or heart disease or kidney disease

대상자의 뇌졸중 심각도는 0점에서 42점의 범위에서 평균 2.4±2.5점이었으며, 증상 단계별로 세분하면 69.2%가 경증 뇌졸중, 12.5%가 중등증 뇌졸중에 해당하였으며 18.3%는 무증상이었다. 장애정도는 0점에서 6점의 범위에서 평균 1.6±1.1점이었으며, 46.2%가 발병 전의 모든 업무와 일상활동의 실행이 가능하였다. 그리고 23.1%는 경도의 장애, 13.5%는 중등도의 장애, 6.7%는 중등도 고도 장애, 1%는 중증 고도 장애에 해당하였다. 사회적지지는 60점 만점에 평균 45.0±8.1점이었고, 가족지지가 가장 높고, 친구지지, 의료인(간호사)지지 순으로 나타났다. PSD는 24점 만점에 평균 4.8±4.2점이었고, 우울증상이 없는 대상자가 67.3%였고, 경증 우울은 27.9%, 중등증 우울은 3.8%, 심한 우울은 1.0%를 차지하였다[Table 2].

Table 2. Degree of stroke severity, disability, social support, and post stroke depression

(n=104)	
Variables	M ± SD or n(%)
Stroke severity	2.4 ± 2.5
No stroke symptoms	19(18.3%)
Minor stroke	72(69.2%)
Moderate stroke	13(12.5%)
Moderate to severe stroke	0(0.0%)
Severe stroke	0(0.0%)
Disability	1.6 ± 1.1
No symptoms	10(9.6%)
No significant	48(46.2%)
Slight	24(23.1%)
Moderate	14(13.5%)
Moderately severe	7(6.7%)
Severe	1(1.0%)
Dead	0(0.0%)
Social support	45.0 ± 8.1
Family	18.3 ± 3.0
Friend	13.8 ± 4.1
Healthcare provider(RN)	12.9 ± 4.2
Post stroke depression	4.8 ± 4.2
No symptoms	70(67.3%)
Minor	29(27.9%)
Middle	4(3.8%)
Severe	1(1.0%)

3. 뇌졸중 심각도와 장애정도, 사회적지지, 뇌졸중 후 우울의 관계

대상자의 PSD는 뇌졸중 심각도($p<.001$), 장애정도($p<.001$)와 정적 상관관계, 사회적지지 중 가족지지($p=.010$)와는 부적 상관관계가 있었다[Table 3].

Table 3. The correlations among stroke severity, disability, social support, and post stroke depression

(n=104)					
Variables	Stroke severity r(p)	Disability r(p)	Family support r(p)	Friend support r(p)	Health care provider(RN) r(p)
PSD*	0.36 ($<.001$)	0.42 ($<.001$)	-0.25 (.010)	0.03 (.779)	0.08 (.440)

* PSD: post stroke depression

4. 뇌졸중 후 우울에 영향을 미치는 요인

대상자의 PSD에 영향을 미치는 요인을 확인하기 위해 다중회귀분석을 실시하였다. 다중회귀분석을 위해 대상자의 일반 및 질병관련 특성 중 단변량 분석에서 PSD에 통계적으로 유의한 차이가 있었던 종교(1=있음, 0=없음)와 독립변수인 뇌졸중 심각도, 장애정도, 가족지지를 입력방식으로 투입하였다.

먼저 회귀분석을 위한 기본가정을 검토한 결과 Durbin-Watson 통계량은 2.03으로 자기상관성에 문제가 없었다. 다중공선성은 변수들 간의 상관관계가 -.25~.42로 .80이하이므로 예측변수들 간의 독립성도 확인되었다. 공차한계는 .62~.99로 0.1이상이었고 분산팽창인자도 모두 1.01~1.66으로 기준인 10.0을 넘기는 것이 없어 연구변수들 간에 다중공선성의 문제를 배제할 수 있었다. 쿡거리의 최대값도 .254로 기준인 1.0을 초과하지 않아 특이값이 없는 것으로 나타났다. 잔차의 가정을 확인하기 위한 잔차의 정규성, 선형성, 등분산성의 가정도 모두 만족하였다.

회귀모형을 분석한 결과 통계적으로 유의하였으며($p<.001$), 뇌졸중 환자의 PSD에 영향을 미치는 요인은 종교($\beta=-0.25, p=.004$), 장애정도($\beta=0.24, p=.031$), 뇌졸중 심각도($\beta=0.23, p=.034$), 가족지지($\beta=-0.22, p=.009$) 순으로 나타났으며 27.9%의 설명력을 나타내었다[Table 4].

Table 4. Influencing factors of post stroke depression

(n=104)						
Factors	B	S.E.	β	t	p	F(p)
Constant	9.63	2.34		4.12	$<.001$	10.96
Religion	-2.24	0.77	-0.25	-2.92	.004	($<.001$)
Disability	0.91	0.42	0.24	2.18	.031	
Stroke severity	0.39	0.18	0.23	2.15	.034	
Family support	-0.31	0.12	-0.22	-2.65	.009	

* Durbin-Watson=2.03, R²=0.307, Adj.R²=0.279

IV. 논의

본 연구는 급성기 뇌졸중 환자의 PSD 여부를 확인하고 우울 발생에 영향을 미치는 요인들을 파악하고자 시도되었다.

연구대상자의 평균 재원일수는 5.9일로 약 80%가 뇌졸중 발병 7일 이내의 환자임에도 32.7%가 경증 이상의 우울 상태인 것으로 나타났다. 이는 뇌졸중 발병 후 7~10일 시점에 해밀턴 우울도구로 조사한 연구[8]에서 32.8%가 경증 이상의 우울상태였던 것과 유사한 결과이다. 또 뇌졸중 발병 2주 시점에 면담 평가한 연구[9]에서 24.9%, 해밀턴 우울도구로 측정된 연구[10]에서 27.4%가 경증 우울상태였고, 뇌졸중 발병 후 1주, 2주, 1달 동안의 누적 PSD 유병율이 40.2%였던 것[13]과도 비슷하다. 본 연구나 선행연구[9][10][13] 대상자 모두 뇌졸중 발병 전에는 우울 증상이 없었으므로 뇌졸중 발병 직후부터 우울 증상이 나타난 것으로 이해할 수 있다. 이러한 결과는 뇌졸중 환자들에게 우울이 초기 단계부터 나타나고 상당기간 지속될 수 있음을 보여주는 것이다. 특히 본 연구의 대상자는 발병 후 2주가 경과하지 않은 환자들이 다수로 선행연구들과 비교할 때 조사시점이 빨랐음에도 우울을 경험하는 비율은 크게 차이가 나지 않아 뇌졸중 환자에게 우울은 발병 직후부터 빠르게 나타날 수 있음을 알 수 있다. 따라서 발병 초기에 가능한 빨리 우울 증상을 발견하고 우울 위험이 있는 환자를 식별하는 것은 뇌졸중 환자에게 예방 조치를 취하고 조기진단과 적절한 치료를 시행하는 데 도움이 될 것이다[12].

한편 선행연구[8-10] 결과와 유사하게 본 연구대상자의 67%가 우울 증상이 없었고, 69%는 뇌졸중 심각도에서 경증 뇌졸중에 해당하였으며, 장애정도 측면에서는 절반가량이 발병 전의 모든 업무와 일상 활동이 가능한 상태에 해당하였다. 이러한 환자 특성은 뇌졸중 환자의 우울 가능성을 간과할 여지를 만들 수 있다. 그리고 뇌졸중 환자들의 상당수가 급성기가 지나면 재활을 위해 조기 퇴원하므로[4][14] 임상현장의 상황 또한 뇌졸중 환자의 우울에 대한 체계적인 사정이 이루어지기 어려운 환경이다. 따라서 조기 퇴원시에 비록 무증상 상태일지라도 우울에 대한 사정이 이루어질 수 있도록

간호지침을 개선할 필요가 있다. 뿐만 아니라 조기퇴원 후 재활치료 과정 중에도 질병경과와 별개로 PSD에 대한 정기적 사정과 그 결과에 따라 간호중재를 달리하는 간호지침이 필요할 것이다.

급성기 뇌졸중 환자의 PSD에 영향을 미치는 요인들은 종교, 장애정도, 뇌졸중 심각도, 가족지지 순으로 나타났다. 본 연구와 발병 후 경과 시기가 유사한 연구들에서 PSD에 영향을 미치는 주요 요인이 장애정도[10], 생활사건 스트레스[9], 사회심리적요인[13] 이었던 것과 달리 본 연구의 주요 영향요인은 종교였다. 이는 몇몇 선행연구들[10][13][14]에서 종교를 연구변수로 다루지 않았고 일부 연구[9]에서는 단변량 검정에서 차이가 없는 것으로 나왔기 때문으로 보인다. 뇌졸중 발병 초기에 경험하는 충격은 아주 큰[16][17] 반면 대부분의 경우 가족들과 떨어져 뇌졸중 집중치료실에서 홀로 치료과정을 겪어야 하는 상황[4]에 놓여 있는 환자들에게 종교는 상황을 견디는데 도움이 되는 자원으로 작용하는 것[26]으로 보인다. 따라서 뇌졸중 발병초기 환자의 정서심리적 간호에는 환자의 종교 특성을 활용한 간호중재 전략을 모색할 필요가 있다.

장애정도와 뇌졸중 심각도 모두 PSD에 유의한 영향요인으로 나타났다. 이러한 결과는 뇌졸중 발생 2주 시점에 조사가 이루어진 선행연구[10]에서 장애정도는 PSD에 영향을 미쳤지만 뇌졸중 심각도는 영향을 미치지 않은 것으로 나타난 것과 다소 차이가 있다. 이는 뇌졸중 발병 후 경과시간에 따른 환자 경험의 차이 때문으로 해석할 수 있다. 본 연구 대상자는 약 80%가 뇌졸중 발병 7일 이내의 환자이므로 뇌졸중 치료과정에서 재활치료를 시작하는 72시간이 경과한 후 얼마 지나지 않은 초기 단계에 해당한다[4]. 재활치료를 시작하는 초기 단계 환자들은 많은 시간이 경과하지 않아 자신이 느끼는 장애정도와 함께 자신의 상태에 대한 지표인 뇌졸중 심각도를 그대로 받아들 수밖에 없기 때문에 두 가지 모두 환자의 우울에 영향을 미치는 것으로 보인다. 하지만 시간이 경과함에 따라 자신이 혼자 움직일 수 있는 수준인지, 도움이 필요한 수준인지 자신의 상태에 대해 직접 판단을 내리면서 '몸 안에 갇혀 있는' 상태를 인식하게 된다[17]. 그 결과 뇌졸중 심각도와 같은 지표보다는 환자가 직접 경험하는 장애정도가 PSD에

영향을 미치는 것으로 추정된다. 따라서 중재과정에서는 뇌졸중 발병 후 경과 시간에 따라 PSD에 영향을 미치는 요인이 다를 수 있음을 고려할 필요가 있다. 그러나 이와 관련한 연구가 많지 않은 실정이므로 향후 추가 연구가 필요할 것으로 판단된다.

선행연구들[9][13]에서 PSD의 예측인자 중 하나로 보고되었던 사회적지지의 구체적인 영향을 확인하기 위해 본 연구에서는 가족과 친구, 의료인(간호사) 영역으로 세분화하였다. 본 연구에서 급성기 PSD에 영향을 미치는 사회적지지는 가족에 의한 지지였다. 이는 선행 연구에서 독거나 사회적 고립 등이 PSD와 연관 있다는 결과[17][27]와 같은 맥락이다. 뇌졸중 임상지침[4]에 따르면 급성기에는 주로 뇌졸중 집중치료실에서 치료와 간호가 이루어지므로 대상자는 면회시간 외에는 혼자 지내야하기 때문에 가족지지 감소를 경험할 수 있다. 환자들은 짧은 면회시간 동안의 만남이지만 익숙한 가족의 존재만으로도 불안하고 두려운 집중치료실 환경에서 정서적 안정과 편안함을 느끼게 되므로[20] 급성기 치료와 간호과정에 가족의 참여가 원활히 이루어질 수 있도록 해야 할 것이다.

질병의 급성기 단계에서 중환자실에 입원했을 때 간호사의 지지가 정서적으로 도움이 되었다는 선행연구 결과[21]와 달리 본 연구에서 의료인(간호사)지지는 PSD와 유의한 관계를 보이지 않았다. 뇌졸중 환자들은 발병초기 감당하기 힘들만큼의 충격을 받아서 어떠한 노력도 불가능한 망연자실한 상태를 경험한다[16]. 중환자실에서 움직이지 못하는 몸과 혼자 남겨졌다는 느낌으로 불안과 공포를 느낄 때 많은 시간을 함께하는 간호사로 인해 안도감을 느끼고, 격려의 말이나 따뜻한 손길이 입원생활을 견디게 하는 버팀목이 되었다는 중환자의 경험[21]을 고려하면, 의료인(간호사)지지를 강화할 필요성이 있다. 그러나 국내 뇌졸중 환자에게 제공되는 간호중재가 주로 생리적 영역과 행동 영역에 초점을 맞춰져 있는 실정이므로[28] 뇌졸중 발병 후 생리적 안정상태가 확보된 후에는 환자의 심리정서적 안정을 위한 지지와 함께 다각적인 방향의 포괄적 내용을 포함한 중재 방법을 모색할 필요가 있다.

뇌졸중 환자의 대부분이 중환자로서 사회적지지의 제공원인 가족과의 접촉이 쉽지 않다는 점에서 의료인

(간호사)의 지지는 더 중요하다. 더욱이 최근 간호간병 통합 서비스가 도입되고 있는 상황을 고려하면 환자에게 효과적 자원인 가족지지가 축소될 가능성이 있으므로 이를 보완하기 위해 의료인(간호사)지지를 강화한다면 PSD 예방을 위한 중요한 초석이 될 것으로 보인다. 이를 위해 급성기 단계에서 의료인(간호사)이 수행 가능한 구체적인 정서적지지 방법 등에 대한 추가적 연구가 필요할 것이다.

본 연구는 뇌졸중 발병 초기의 우울 사정을 위해 뇌졸중 환자용 우울도구를 이용하여 PSD를 확인하였고, 그 영향요인으로 종교, 장애정도, 뇌졸중 심각도, 가족지지를 파악하였다. 급성기 뇌졸중 환자의 우울 발생을 예방하거나 줄이기 위해서는 뇌졸중 치료단계마다 지속적인 우울 사정과 함께 종교나 가족지지와 같은 영향요인을 이용한 예방적 중재의 제공을 포함하는 간호지침이 마련되어야 할 것이다.

본 연구의 제한점은 일 지역병원들을 방문하는 환자들을 대상으로 편의표집 방법을 사용하였고, 심각한 증상의 뇌졸중 환자들은 연구대상자 선정조건에 따라 배제되었으므로 연구결과의 일반화에 주의가 필요하다.

V. 결론 및 제언

본 연구에서는 급성기 뇌졸중 환자의 PSD 조기 사정과 예방간호를 위한 방안 마련에 기초자료를 제공하고 자 뇌졸중용 우울도구를 이용하여 PSD를 확인하고, PSD에 영향을 미치는 요인을 파악하였다.

연구결과 32.7%의 대상자에서 PSD가 나타났으며, 종교가 없고, 장애정도가 심하고, 뇌졸중 심각도가 높으며, 가족지지가 적을수록 PSD를 경험할 가능성이 높은 것으로 확인되었다. 이에 따라 PSD에 대한 사정과 사정 결과를 바탕으로 우울 발생을 최소화하기 위한 적극적인 간호중재를 초기에 실시할 필요가 있다. 또한 중재 시에는 종교, 가족지지 등 PSD에 영향을 미치는 요인들을 고려해야 할 것이다.

본 연구결과를 바탕으로 세 가지를 제언하고자 한다. 첫째, PSD는 뇌졸중 발병 직후부터 발생할 수 있으므로 환자의 신체적 회복을 위한 노력과 함께 초기에 우

울 사정을 실시하고 우울 예방을 위한 간호중재 전략을 마련해야 할 것이다. 둘째, 조기 퇴원시 무증상이라 하더라도 PSD에 대한 사정을 지속적으로 수행하고, 재활 치료 과정 중에도 질병경과와 별개로 정기적 우울 사정과 그에 따른 중재가 이루어져야 할 것이다. 셋째, PSD 예방을 위해 의료인(간호사) 지지를 강화할 수 있는 전략이 필요하다. 이를 위해 의료인(간호사)이 수행할 수 있는 정서적지지 방안에 대한 추가 연구가 필요하다.

참 고 문 헌

- [1] 보건복지부장관, 2019 보건복지통계연보, 보건복지부, 2019.
- [2] 보건복지부장관, 2018 국민건강통계: 국민건강영양조사 제7기 3차년도(2018), 보건복지부 질병관리본부, 2019.
- [3] The Epidemiology Research Council of the Korean Stroke Society, *Stroke statistics in Korea 2018*, Korean stroke society, 2018.
- [4] 김택용, 김연희, 이종민, 장원혁, 김민욱, 편성범, 유우경, 온석훈, 박기덕, 오병모, 임성훈, 정강재, 임선, 지성주, 서한길, “뇌졸중 재활치료를 위한 한국형 표준 진료 지침 2016,” *Brain & NeuroRehabilitation*, 제10권, Suppl.1, p.e11139, 2017.
- [5] 김형섭, 김종문, 임현선, 홍지성, 하다솔, 권준범, “뇌졸중 환자의 급성기 의료이용 분석을 통한 효율적 재활이용 근거생성 연구,” *국민건강보험 일산병원 연보*, 2015.
- [6] M. L. Hackett and K. Pickles, “Part I: frequency of depression after stroke: an updated systematic review and meta-analysis of observational studies,” *International Journal of Stroke*, Vol.9, No.8, pp.1017-1025, 2014.
- [7] A. Towfighi, B. Ovbiagele, N. E. Husseini, M. L. Hackett, R. E. Jorge, B. M. Kissela, P. H. Mitchell, L. E. Skolarus, M. A. Whooley, and L. S. Williams, “Poststroke Depression: A Scientific Statement for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association,” *Stroke*, Vol.48, No.2, pp.e30-e43, 2017.
- [8] 김세주, 김영신, 유상우, 이만홍, 유경호, 마효일, 이병철, “급성기 뇌졸중 환자의 우울 및 불안 증상,” *대한 뇌졸중학회지*, 제2권, 제1호, pp.40-47, 2000.
- [9] 강희주, 배경열, 김성완, 김재민, 신일선, 김준태, 박만석, 조기현, 윤진상, “뇌졸중 후 우울증의 유병률 및 예측인자,” *우울조울병*, 제9권, 제2호, pp.57-63, 2011.
- [10] W. N. Zhang, Y. H. Pan, X. Y. Wang, and Y. Zhao, “A prospective study of the incidence and correlated factors of post-stroke depression in China,” *PLoS One*, Vol.8, No.11, p.e78981, 2013.
- [11] L. Ayerbe, S. Ayis, S. Crichton, C. D. Wolfe, and A. G. Rudd, “The natural history of depression up to 15 years after stroke: the South London Stroke Register,” *Stroke*, Vol.44, pp.1105-1110, 2013.
- [12] A. De Ryck, R. Brouns, M. Geurden, M. Elseviers, P. De Deyn, and S. Engelborghs, “Risk factors for poststroke depression: identification of inconsistencies based on a systematic review,” *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, Vol.27, No.3, pp.147-158, 2014.
- [13] R. Liu, Y. Yue, H. Jiang, J. Lu, A. Wu, D. Geng, J. Wang, J. Lu, S. Li, H. Tang, X. Lu, K. Zhang, T. Liu, Y. Yuan, and Q. Wang, “A risk prediction model for post-stroke depression in Chinese stroke survivors based on clinical and socio-psychological features,” *Oncotarget*, Vol.8, No.38, pp.62891-62899, 2017.
- [14] J. M. de Man-van Ginkel, T. B. Hafsteinsdóttir, E. Lindeman, R. G. Ettema, D. E. Grobbee, and M. J. Schuurmans, “In-hospital risk prediction for post-stroke depression: development and validation of the Post-stroke Depression Prediction Scale,” *Stroke*, Vol.44, No.9, pp.2441-2445, 2013.
- [15] F. Zhao, Y. Yue, L. Li, S. Lang, M. Wang, X. Du, Y. Deng, A. Wu, and Y. Yuan, “Clinical practice guidelines for post-stroke depression in China,” *Brazilian Journal of Psychiatry*, Vol.40, No.3, pp.325-334, 2018.

- [16] 하주영, 박형숙, 이상주, 전정해, 조호윤, 지영주, “청장년층 뇌졸중환자의 회복 경험,” 성인간호학회지, 제22권, 제3호, pp.342-351, 2010.
- [17] S. E. Kouwenhoven, M. Kirkevold, K. Engedal, and H. S. Kim, “Living a life in shades of grey: experiencing depressive symptoms in the acute phase after stroke,” Journal of Advanced Nursing, Vol.68, No.8, pp.1726-1737, 2012.
- [18] E. B. D. Santos, R. A. P. Rodrigues, and O. M. Pontes-Neto, “Prevalence and predictors of post stroke depression among elderly stroke survivors,” Arquivos de neuropsiquiatria, Vol.74, No.8, pp.621-625, 2016.
- [19] 송영미, 이지현, “대학병원에 입원한 뇌졸중환자의 뇌졸중 후 우울 관련요인,” 노인간호학회지, 제15권, 제2호, pp.85-94, 2013.
- [20] 단소영, 박숙현, 이슬, 박혜연, 이영희, “중환자실 환자와 가족의 자율면회 경험,” 중환자간호학회지, 제10권, 제1호, pp.51-62, 2017.
- [21] 홍희진, 강지연, “중환자실 환자가 경험한 인간중심 간호에 관한 질적 내용분석,” 중환자간호학회지, 제11권, 제2호, pp.21-33, 2018.
- [22] 이경무, 장요한, 김연희, 문승국, 박주현, 박시운, 유희정, 이삼규, 전민호, 한태륜, “한글판 미국 국립 보건원 뇌졸중 척도의 신뢰 및 타당도: 다기관 연구,” 대한 재활의학학회지, 제28권, 제5호, pp.422-435, 2004.
- [23] J. C. van Swieten, P. J. Koudstaal, M. C. Visser, H. J. Schouten, and J. van Gijn, “Interobserver agreement for the assessment of handicap in stroke patients,” Stroke, Vol.19, pp.604-607, 1988.
- [24] G. D. Zimet, N. W. Dahlem, S. G. Zimet, and G. K. Farley, “The multidimensional scale of perceived social support,” Journal of personality assessment, Vol.52, No.1, pp.30-41, 1988.
- [25] Y. Yue, R. Liu, J. Lu, X. Wang, S. Zhang, A. Wu, Q. Wang, and Y. Yuan, “Reliability and validity of a new post-stroke depression scale in Chinese population,” Journal of affective disorders, Vol.174, pp.317-323, 2015.
- [26] W. Zhang, Z. Liu, X. Zhou, and L. Zhou, “Resilience among stroke survivors: A cohort

study of the first 6 months,” Journal of Advanced Nursing, Vol.76, No.2, pp.504-513, 2020.

- [27] A. G. Damsbo, K. L. Kraglund, H. N. Buttenschøn, S. P. Johnsen, G. Andersen, and J. K. Mortensen, “Predictors for wellbeing and characteristics of mental health after stroke,” Journal of Affective Disorders, Vol.264, pp.358-364, 2020.
- [28] 홍명선, 조현숙, 엄영희, 김근면, “국내 뇌졸중 환자를 대상으로 한 간호중재 연구현황 및 분석,” 기본간호학회지, 제19권, 제1호, pp.109-121, 2012.

저 자 소 개

박 순 주(Soonjoo Park)

정희원



- 2001년 8월 : 연세대학교 대학원 간호학과(간호학박사)
- 2011년 3월 ~ 2019년 2월 : 을지대학교 간호학과 부교수
- 2019년 3월 ~ 현재 : 건양대학교 간호학과 부교수

〈관심분야〉 : 성인 및 노인간호, 간호교육, 건강증진, 만성질환, 의료이용