

뇌졸중 후 정서장애에 대한 임상보고

유경숙, 손동혁, 장인수, 이진구, 이영구, 윤희식, 서 응*

우석대학교 한의과대학 심계내과학교실, 우석대학교 한의과대학 사상체질의학교실*

A Clinical Studies on the Poststroke Mood Disorder

Kyung-suk Yu, Dong-hyug Son, In-soo Jang, Jin-goo Lee, Young-goo Lee, Hee-sik Yun, Woong Seo*

Dept. of Internal Medicine, College of Oriental Medicine, Woosuk University
Dept. of Sasang Constitutional Medicine, College of Oriental Medicine, Woosuk University*

Objective : The purpose of this study was to examine the mood disorder, especially depression and anxiety which have an effect on rehabilitation in stroke patients.

Methods : Subjects were 32 stroke patients who were inpatients and outpatients at Woosuk University oriental hospital. The degree of depression and anxiety was measured by the Beck Depression Inventory(BDI) and State-Trait Anxiety Inventory(STAI, State Anxiety Inventory : SAI, Trait Anxiety Inventory : TAI). Other questionnaire included sex, age, onset of stroke, degree of education, economic class, religion, relationship with family, expectancy on treatment, side of hemiplegia, weakness grade of hemiplegia.

Results : Results were as follows.

1. The average scores of SAI, TAI and BDI were 45.7, 46.7 and 19.9. The percentages of patients who had relatively high SAI, TAI and BDI scores were 75%(>36 point), 87.5%(>36 point) and 56.2%(>16 point).

2. SAI was correlated with onset of stroke($p<0.05$), religion and relationship with family($p<0.1$), TAI with religion and BDI with weakness grade of hemiplegia($p<0.1$).

3. SAI, TAI and BDI were not significantly related to sex, age, degree of education, economic class, expectancy on treatment and side of hemiplegia.

conclusions : Most of stroke patients had experienced depression and anxiety. So understanding of mood disorder in the stroke patients will be helpful to a process of treatment.

Key Word : Stroke, Mood disorder, BDI, STAI

1. 緒 論

뇌졸중은 뇌혈관의 순환장애로 인하여 발생하는 급격한 의식장애나 운동장애, 감각장애 등을 위주로 하는 뇌신경증후군¹⁾으로 발병률과 사망률이 모두 높을 뿐만 아니라 생존자에게도 심각한 후유증을 남긴다는 것을 특징으로 하고 있다²⁾.

뇌졸중의 후유증으로는 주로 상하지

기능장애로 인한 보행장애와 일상생활 동작장애, 지각장애, 인지장애 등이 유발된다³⁾. 이러한 장애들은 신체적, 사회적 활동을 제한하여 일상생활동작과 생업, 대인관계에 지장을 가져오게 되고, 이로 인해 불안, 우울, 분노, 흥분, 좌절 등과 같은 정서적 장애가 나타나게 되는데, 이러한 장애는 사회적, 직업적 역할이나 가족관계 뿐만 아니라 재활치료에도 심각한 영향을 주기도 한다⁴⁾.

뇌졸중 환자에 있어 재활치료의 원칙은 육체적인 면뿐만 아니라 정신적인 면, 정서적인 면, 가족적인 면, 사회적인 면, 그리고 직업적인 면까지 다루어져야 함에도 불구하고⁵⁾, 실제 본원을 포함한 대부분의 의료기관에서의 뇌졸중에 대한 재활치료는 운동력 향상이나 언어장애 등에만 중점을 두고 있어 포괄적인 재활치료가 이루어지지 못하고 있는 것이 사실이다.

이에 저자는 본원에서 입원 및 외래 치료를 받고 있는 뇌졸중 환자 중 32명을 대상으로 재활과정에서 결정적인 영

교신저자 : 이영구 (전북 전주시 완산구 중화산동 2가 5번지 우석대학교부속한방병원, 전화 : 063)220-8608, Fax : 063)220-6234)

*이 논문은 1999년도 우석대학교 학술연구비 지원에 의해 수행되었음

향을 미치는 정서장애 중 가장 흔히 나타나는 불안과 우울에 대해 고찰해 보았으며, 다음과 같은 결과를 얻었기에 보고하는 바이다.

II. 研究對象 및 方法

1. 對象

2000년 10월 9일부터 10월 21일 까지 우석대부속한방병원에 입원 및 외래 치료를 받고 있던 뇌졸중 환자로 인지 장애가 심하지 않아 스스로 설문지를 읽고 해석할 수 있고, Brain CT 및 병력에 의해 뇌졸중으로 진단 받은 자로 하였다.

2. 研究方法

대상환자의 성별, 연령, 발병기간, 최종학력, 경제수준, 종교, 가족간의 유대관계, 치료에 대한 기대치, 마비부위 및 마비정도 항목에 대한 설문지와 우울증의 정도 및 유무를 알 수 있는 BDI (Beck Depression Inventory, 이하 BDI로 함)와 불안성향을 알아보고자 STAI(State-Trait Anxiety Inventory, 이하 STAI로 함)를 이용하여 평가하였다. 대상자에게 설문지 작성의 주의점을 설명한 뒤 본인이 기입하도록 하였으며, 시력이 안 좋아 설문지를 읽을 수 없는 환자들은 의료진 또는 간병인이 직접 읽고 환자가 답하도록 하였다.

통계처리는 SPSS 8.0 version for windows를 사용하였고, Kruskal-Wallis test, Mann-Whitney U test를 활용하였다. P-value는 0.05이하를 유의 수준으로 하였고, 종교의 유무, 가족간의 유대, 마비정도와의 상관관계에서는 0.1이하인 경우도 유의성이 있는 것으로 하였다.

Table 1. General Characteristics

Sex (Male : Female)	17 : 15 (53.1% : 46.9%)
Inf : ICH	23 : 9 (71.9% : 28.1%)
Age	58.8±11.20

Values are number(percentage) or mean±standard deviation.
Inf indicates cerebral infarction; ICH, intracranial hemorrhage.

Table 2. Distribution of SAI and TAI

Scale	SAI		TAI	
	No. of cases	Percentage	No. of cases	Percentage
<35	8	25%	4	12.5%
36~50	14	43.7%	19	59.4%
>50	10	31.3%	9	28.1%

SAI indicates state anxiety inventory; TAI, trait anxiety inventory.

Table 3. Distribution of BDI

Scale	No. of cases	Percentage
0~9	7	21.9%
10~15	7	21.9%
16~23	5	15.6%
24~63	13	40.6%

BDI indicates Beck depression inventory.

III. 研究結果

1. 대상환자의 일반적 특징

대상환자는 총 32명 중 남자가 17명(53.1%), 여자가 15명(46.9%)이고, 뇌경색이 23명(71.9%), 뇌출혈이 9명(28.1%)이었고, 평균 연령은 58.8세이며 70대 이상이 4명(12.5%), 60대가 10명(31.3%), 50대가 12명(37.5%), 50대 이하가 5명(15.6%)이었다(Table 1).

2. 대상자들의 SAI 및 TAI와 BDI의 평가치

SAI(상태불안지수, State Anxiety Inventory, 이하 SAI로 함)의 평균점수는 45.7이고 35점 이하가 8명, 36점-45점이 14명, 50점 이상이 10명이었다. TAI(특성불안지수, Trait Anxiety Inventory, 이하 TAI로 함)의 평균점수

는 46.7이고, 35점 이하가 4명, 36점-45점이 19명, 50점 이상이 9명이었다(Table 2).

BDI의 평균점수는 19.9이고, 0점-9점이 7명, 10-15점이 7명, 16점-23점이 5명, 24점-63점이 13명이었다(Table 3).

3. 성별에 따른 SAI, TAI, BDI의 평균치

SAI에서 남자는 43.5±11.8점, 여자는 48.3±15.2점이고, TAI에서 남자는 45.7±8.4점, 여자는 47.9±12.0점이며, BDI에서 남자는 19.6±11.9점이고, 여자는 20.2±11.2점으로 여자에 있어 모두 높게 나타났으나, 유의성은 없었다(Fig. 1).

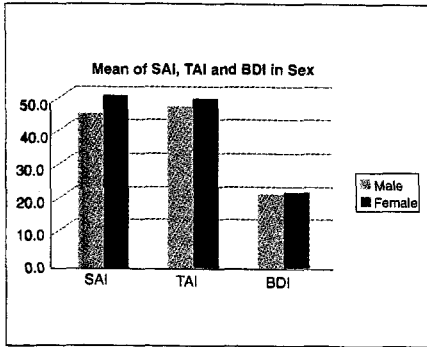


Fig. 1. Mean of SAI, TAI, and BDI in Sex

4. 연령에 따른 SAI, TAI, BDI의 상관관계

70대 이상에서 SAI는 42.5±12.9점, TAI는 47.3±8.9점, BDI는 20.3±12.7점이었고, 60대에서 SAI는 51.6±12.9점, TAI는 49.3±12.8점, BDI는 20.3±13.1점이며, 50대에서 SAI는 40.3±13.1점, TAI는 45.3±10.2점, BDI는 17.4±10.9점이었으며, 50대 이하에서 SAI는 49.2±13.8점, TAI는 44.8±6.2점, BDI는 24.0±10.0점으로 연령에 따른 각 지수별 유의성은 없었다(Table 4).

5. 발병기간에 따른 각 지수의 상관관계

SAI에서 3개월 이상의 경우 49.0±13.1점, 1개월-3개월의 경우 35.3±4.9점, 1개월 이하의 경우 51.2±15.1점으로 각 군간에 유의성이 있었으며, 특히 1개월 이하 군과 1개월-3개월 군, 3개월 이상과 1개월-3개월 군간에 유의성이 있었다. TAI와 BDI는 각 군간에 유의성이 없었다(Table 5).

6. 경제수준에 따른 각 지수의 상관관계

경제수준에 따른 SAI, TAI, BDI의 점수는 각 군간에 유의한 차이가 없었다(Table 6).

Table 4. Distribution of SAI, TAI and BDI in Age

	SAI	TAI	BDI
>70 (n=4)	42.5±12.9	47.2±8.9	20.2±12.6
61-70 (n=10)	51.6±12.9	49±12.8	20.3±13.0
51-60 (n=12)	40.3±13.1	45.3±10.2	17.4±10.9
<50 (n=6)	49.1±13.8	44.8±6.1	24.0±10.0

Values are mean ± standard deviation
Non-significant (by Kruskal-Wallis test)

Table 5. Distribution of SAI, TAI and BDI in Duration

Duration	SAI*	TAI	BDI
>3 Month (n=14)	49.0±13.1	48.7±11.5	20.2±12.4
1-3 Month (n=9)	35.3±4.9	42.3±8.0	14.7±8.5
<1 Month (n=9)	51.2±15.1	48.0±9.1	24.4±11.1

SAI indicates state anxiety inventory; TAI, trait anxiety inventory; BDI, Beck depression inventory. Duration is the period after on set.

* p<0.05 (by Kruskal-Wallis test)

p<0.05 : 1-3 Month group * >3 Month group, 1-3 Month group * <1 Month group

Table 6. Distribution of SAI, TAI and BDI in Economic Class

	SAI	TAI	BDI
Low(n=15)	48.1±14.4	47.2±11.6	22.2±10.2
Middle(n=17)	43.7±12.7	46.2±8.9	17.8±12.2

Non-significant (by Mann-Whitney U test)

Table 7. Distribution of SAI, TAI and BDI in Education

	SAI	TAI	BDI
> High school (n=15)	46.5±14.1	45.4±9.7	19.1±12.4
Middle~Primary (n=10)	43.6±13.3	45.8±12.1	20.9±11.0
Illiteracy (n=7)	47.2±14.0	50.8±7.9	20.1±11.1

Non-significant (by Kruskal-Wallis test)

Table 8. Distribution of SAI, TAI and BDI in Religion

	SAI*	TAI*	BDI
Absence(n=15)	41.0±10.2	43.1±7.1	17.6±9.9
Presence(n=17)	49.9±14.9	49.8±11.4	21.9±12.4

*p<0.1 (by Mann-Whitney U test)

7. 최종학력에 따른 각 지수의 상관관계

최종학력에 따른 각 지수 분포에서 SAI, TAI, BDI의 점수에서 학력이 낮을 수록 높은 점수 분포를 보였으나 각 군간에 유의한 차이는 없었다(Table 7).

8. 종교의 유무에 따른 SAI, TAI, BDI의 상관관계

종교의 유무에 따른 SAI, TAI, BDI와의 유의성은 없었으나, SAI와 TAI에 있어서 종교를 가지고 있는 군이 종교를 가지고 있지 않은 군에 비해 41.0±

Table 9. Distribution of SAI, TAI and BDI in Relationship with Family

	SAI*	TAI	BDI
Common(n=12)	51.8±15.3	49.4±12.5	20.2±12.2
Good(n=20)	42.3±11.3	45.1±8.2	19.7±11.9

*p<0.1(by Mann-Whitney U test)

Table 10. Distribution of SAI, TAI and BDI in Expected Degree on Treatment

	SAI	TAI	BDI
Return to Society(n=10)	45.3±15.8	46.1±10.3	20.6±12.5
Return to Life(n=22)	46.0±12.7	47.7±10.2	19.5±11.0

Non-significant(by Mann-Whitney U test)

Table 11. Distribution of SAI, TAI and BDI in the Side of Hemiplegia

	SAI	TAI	BDI
Left(n=18)	47.7±13.3	47.8±11.0	21.2±12.7
Right(n=14)	43.2±13.7	45.2±8.8	18.2±9.6

Non-significant(by Mann-Whitney U test)

Table 12. Distribution of SAI, TAI and BDI in the Weakness Grade of Upper Limb

	SAI	TAI	BDI*
Trace(n=6)	50.6±17.0	51.6±13.4	27.8±13.8
Poor(n=4)	42.3±4.6	40.5±9.0	9.8±4.6
Fair(n=1)	56	46	27
Good(n=21)	44.5±13.8	46.5±9.2	19.2±10.3
Normal(n=0)	-	-	-

* p<0.1(by Kruskal-Wallis test)

Table 13. Distribution of SAI, TAI and BDI in the Weakness Grade of Lower Limb

	SAI	TAI	BDI*
Trace(n=0)	-	-	-
Poor(n=0)	-	-	-
Fair(n=13)	48.9±14.0	47.7±11.1	25.6±12.4
Good(n=14)	45.9±14.6	46.0±10.3	15.7±8.6
Normal(n=5)	37.2±3.0	46.0±8.0	16.6±10.7

* p<0.1(by Kruskal-Wallis test)

10.2점과 49.9±14.9점, 43.1±7.1점과 49.8±11.4점으로 점수가 높았으며, 약간의 유의성이 있었다(Table 8).

9. 가족간의 유대에 따른 SAI, TAI, BDI의 상관관계

가족간의 유대에 따른 각 지수와 유의성은 없었으나, 가족간의 관계가 보통

인 경우가 좋은 경우보다 SAI에서는 51.8±15.3점과 42.3±11.3점, TAI에서는 49.4±12.5점과 45.1±8.2점, BDI에서는 20.2±12.2점과 19.7±11.9점으로 높았다(Table 9).

10. 기대치에 따른 각 지수의 상관관계

치료에 대한 기대치에 대해 SAI와 TAI에서는 사회복귀까지 기대하는 군이 다소 낮았고, BDI는 일상생활까지 기대하는 군이 다소 낮았으나, 유의한 차이는 없었다(Table 10).

11. 마비부위에 따른 각 지수의 상관관계

마비부위에 따른 분포에서 SAI, TAI, BDI에 있어 모두 좌측이 우측에 비해 높았으나, 유의한 차이는 없었다(Table 11).

12. 마비정도에 따른 SAI, TAI, BDI의 상관관계

마비정도의 평가는 AMA 측정법을 사용하였으며, Grade 0은 'Zero', Grade I은 'Trace', Grade II는 'Poor', Grade III는 'Fair', Grade IV는 'Good', Grade V는 'Normal'로 평가하였다²⁾.

1) 상지마비

SAI는 마비정도가 심할 수록 점수가 높았고, TAI는 'Poor' 군에서 가장 낮았으나 유의성은 없었고, BDI에서는 각 군간의 약간의 유의한 차이가 있었으며, 특히 'Good' 군과 'Fair' 군간에 유의한 차이가 있었다(Table 12).

2) 하지마비

SAI와 TAI에서는 마비정도가 심할 수록 점수가 높았으나 유의한 차이는 없었고, BDI에서는 각 군간의 약간의 유의한 차이가 있었으며, 특히 'Good' 군과 'Fair' 군간에 유의한 차이가 있었다(Table 13).

IV. 考 察

뇌졸중이란 뇌혈관의 병변에 의한 의식, 운동, 감각과 같은 뇌의 신경계통에 이상증상을 나타내는 질환으로⁷ 허혈성 병소를 일으키는 폐쇄성 뇌혈관질환과 두개강내 출혈을 동반하는 출혈성 뇌혈관질환으로 대별할 수 있다⁸. 뇌졸중은 임상에서 발병률, 사망률이 모두 높고 후기의 지속적인 장애 등은 단순히 의료차원의 문제뿐만 아니라 사회적인 문제가 되고 있다⁹.

특히 뇌졸중 후 발생하는 불안, 우울, 좌절, 분노 등과 같은 정서적 고통들은 뇌졸중에 대한 재활치료과정에서 많은 어려움을 초래하는 것으로 보고되고 있다¹⁰. 실제 재활과정에서 기능회복에 영향을 미치는 요인으로는 환자의 연령, 운동기능장애 정도, 뇌손상의 정도, 재활치료시작 시기, 전신성 질환의 유무, 인지기능 및 지각기능의 정도와 심리적, 환경적 요인 등 여러 가지 요인이 작용하게 된다. 이들 요인 중 뇌졸중 환자의 의욕 및 동기가 가장 중요한 영향을 끼치므로¹¹ 환자의 심리 및 정서상태를 정확하게 파악하는 것이 중요하다 하겠다.

뇌졸중 후 가장 흔하게 나타나는 정서장애가 불안과 우울인데, 불안이란 뚜렷한 외부의 자극이 없음에도 불구하고 막연하게 닥쳐올 수 있다고 주관적으로 느끼는 위험 때문에 일어나는 초조하거나 두려운 느낌을 말하며, 우울은 인간이 경험하는 가장 대표적인 정신병리의 하나로 불쾌한 기분 중에서 슬픔의 정도가 비정상적으로 심하고 기간도 오래 끄는 상태를 말한다¹².

본 연구에서 사용한 불안과 우울에 대한 검사 방법은 Beck 우울척도(Beck Depression Inventory, 이하 BDI)와 상태-특성 불안 척도(State-Trait Anxi-

ety Inventory, 이하 STAI)이다.

BDI는 Beck에 의해 1962년 개발된 것으로¹³ 총 21개 문항으로 되어 있으며, 각 문항당 0~3점까지의 점수를 주어 합한 점수로 우울정도를 측정하는 도구로¹⁴ 한국에서의 표준화 작업이 진행되어 신뢰도 및 타당도 면에서 유용하게 쓰일 수 있음이 입증된 바 있다¹⁵. 점수 해석은 각 연구자마다 차이가 있어 Bumburry, Oliver 및 McClure는 정상인의 BDI점수는 3.49점이고, 경우울증은 14.19점, 중우울증의 점수는 22.8점으로 보았고, Beck과 한홍무 등은 0~9점을 우울하지 않은 것으로, 정도의 우울증은 10~15점, 중등도 우울증은 16~23점, 심한 우울증은 24~63점으로 분류하고 있다¹⁶. 본 연구에서는 Beck과 한홍무 등의 분류방법을 사용하였다.

STAI는 1970년 Spielberger에 의해 만들어져 김정택(1978)이 변안한 것으로 정신장애가 없는 정상적인 성인의 불안상태를 측정하는 도구이다¹⁷. 총 40 문항으로 상태불안(State Anxiety)을 측정하기 위한 20문항과 특성불안(Trait Anxiety)을 측정하기 위한 20문항으로 구성되어 있는데¹⁸, 상태불안이란 시간의 경과에 따라 변화하는 인간의 정서상태를 나타내고 특성불안은 불안 경향에 있어 비교적 변화하지 않고 개 인차를 지닌 동기 및 획득된 행동성향을 나타낸다¹⁹. 점수의 범위는 상태불안 및 특성불안에서 각각 20~80점까지이며, 점수가 높을 수록 불안수준이 높은 것을 의미한다²⁰. 본 연구에서는 임의로 35점 이하, 36~50점, 51점 이상으로 분류하였다.

본 연구에서 BDI의 평균점수는 19.9점이었고, 0~9점이 7명, 10~15점이 7명, 16~23점이 5명, 24~63점이 13명

으로 16점 이상이 56.2%를 차지해 대상환자들이 유의한 수준의 우울을 경험하고 있는 것으로 나타났다. SAI의 평균점수는 45.7점이었고, 35점 이하가 8명, 36~50점이 14명, 51점 이상이 10명이었으며, TAI의 평균점수는 46.7점이었고, 35점 이하가 4명, 36~50점이 19명, 51점 이상이 9명으로 36점 이상이 각각 75%, 77.5%로 환자들 대부분이 불안증상이 있는 것으로 나타났다.

성별에 따른 각 지수는 통계적 유의성은 없었으나, 여성이 남성보다 각 지수에서 점수가 높은 경향을 보였다. 일반적으로 우울, 불안과 같은 정서장애는 여자에게서 흔히 나타나게 되는데 이에 대해 Weissman과 Klerman²¹은 유전적 내분비적인 생물학적 취약성, 사회심리적 요인, 특히 여성의 사회적 지위가 복합적으로 작용한 결과로 보았다.

발병기간에 따른 각 지수의 상관관계 중 SAI에서 3군간, 특히 1개월 이하군과 1~3개월군, 3개월 이상군과 1~3개월군 사이에 유의성이 있었다. TAI와 BDI에서는 각 군간의 유의성이 없었으나 SAI에서와 같은 점수 분포를 나타냈다. 이는 발병초기에는 대부분의 환자들이 갑작스런 발병상황을 받아들이지 못하여 정서상의 혼란을 나타내는 시기이고, 발병 후 1~3개월 사이에는 입원 또는 외래치료를 통하여 꾸준한 신경학적 회복을 보이고, 환자 본인 또한 회복에 대한 기대치가 높은 시기이며, 3개월 이후는 기능의 회복 정도가 눈에 띄게 줄어들거나, 증상이 고착되어 회복 속도가 기대에 미치지 못하는 시기라는 점과 관련하여 생각해볼 수 있다.

연령, 최종학력, 경제수준에 따른 각 지수의 상관관계에서는 통계적인 유의성이 없었다. 그러나 경제수준의 경우 경제수준이 낮을수록 각 지수의 평균

점수가 높게 나타났는데, 장기간의 입원 및 재활치료가 필요한 뇌졸중의 특성상, 경제력이 낮을수록 치료비 부담이 커서 경제적인 위기를 느끼게 되고 이것이 정서상태에 영향을 미칠 수 있는 것으로 사료되며, 이는 류 등¹⁶, 김 등¹⁷의 보고와 일치한다.

종교의 유무에 따른 상관관계에서 상태불안과 특성불안에서 약간의 유의성이 있었고, 우울지수는 유의성이 없었다. 그러나 세 지수에서 종교를 가지고 있는 군이 종교를 가지고 있지 않은 군보다 평균 점수가 높게 나타났는데, 이는 불안이 뚜렷한 외부 자극 없이도 막연하게 느껴지는 두려움을 주는 정서장애라는 점에서 불안의 정도가 심할수록 종교에 의지하게 되는 심리에 의한 것으로 추론해 볼 수 있으며, 향후 더 많은 연구가 필요하리라 사료된다.

가족간의 유대에 따른 각 지수에서 통계적 유의성은 없었으나 가족관계가 좋을수록 각 지수의 평균점수가 낮았던 것으로 보아 질병의 치료에 있어서 가족들의 심리적 지지가 환자의 정서안정에 중요한 역할을 함을 알 수 있다.

마비부위에 따른 각 지수의 상관관계에서 유의성은 없었으나 각 지수의 평균점수가 좌측의 경우에서 높게 나타났다.

뇌손상 부위에 따른 정서장애에 대한 보고들을 살펴보면 Gainotti, Robinson과 Szetela, Lipsey, 김 등은 좌측반구에 병변이 있는 집단군에서 높은 우울 경향을 보였다고 하였고, Flor-Henry와 Koles, Tucker, Schaffer, 박 등은 우측반구에 병변이 있거나 기능적 이상이 있는 경우 정동장애의 빈도가 높다고 하였으며, Sinyor 등과 Ebrahim 등은 대뇌반구에서의 병변의 좌우측 위치와 우울의 정도와는 무관하다고 보고하고 있다.^{4,18} 특히 이영호¹⁹는 반구에서는 좌

측이, 반구내에서는 앞쪽이, 피질과 피질하 대비에서는 전두엽피질과 기저질이 우울증과 상관이 있는 것으로 보고하고 있으며, Robinson 등⁴은 실어증이 뇌졸중 환자에게 우울을 일으키게 하는 위험요인중 하나라고 하였는데, 일반적으로 우성반구인 좌측 대뇌반구의 병변시 실어증의 발생률을 높인다고 하였다. 본 연구에서는 대상환자군이 적었고, 검사시행에서 실어증 환자를 제외하였으므로 이로 인한 영향을 고려해야할 것으로 생각된다.

마비정도에 따른 상관관계를 살펴보면 상지마비와 하지마비 모두에서 우울지수가 각 군간에 약간의 유의한 차이를 보였으나, 상태불안과 특성불안에서는 유의한 차이가 없었다.

이상을 고찰해 보면 뇌졸중 발병 후 대부분의 환자에서 불안과 우울과 같은 정서장애가 나타났고 몇 가지 인자와 어느 정도의 상관관계를 나타냈다. 그러나 대상환자수가 충분하지 못하였고, 일부 환자의 경우 의료진이나 간병인이 설문지를 읽고 본인이 답하는 과정에서 환자본인의 마음을 충분히 반영하지 못하였으며, 정서장애를 유발할 수 있는 환자의 사회적, 개인적인 경향들을 충분히 고려하지 못하였다. 따라서 이러한 문제점을 보완하기 위한 방법들을 모색하고, 또한 향후 시간의 경과와 회복정도에 따른 심리적인 변화인지, 아니면 국소적인 뇌손상으로 인한 병리적인 변화인지에 대한 연구가 더욱 필요하며, 이를 보호자와 의료인들이 치료과정에 참고해야할 것으로 사료된다.

V. 結 論

2000년 10월 9일부터 10월 21일 까지 우석대학교 부속한방병원에서 입원

또는 외래치료를 받고 있는 뇌졸중 환자 32명을 대상으로 불안, 우울정도와 여러가지 일반인자에 따른 차이와의 상관성을 조사한 결과 다음과 같은 결과를 얻었다.

1. 뇌졸중 환자들의 SAI의 평균점수는 45.7점, TAI의 평균점수는 46.7점, BDI의 평균점수는 19.9점 이었으며, SAI와 TAI의 평균점수가 36점 이상인 경우가 75%, 87.5%, BDI의 평균점수가 16점 이상인 경우가 56.2%로 환자들의 대부분이 유의한 수준의 불안과 우울을 경험하고 있는 것으로 나타났다.

2. 뇌졸중 환자의 SAI은 발병기간과 통계적 유의성이 있었고, 종교, 가족간의 유대에서 약간의 유의성이 있었으며, TAI는 종교와, BDI는 마비정도와 약간의 유의성이 있었다.

3. 뇌졸중 환자의 SAI, TAI, BDI는 성별, 나이, 최종학력, 경제수준, 치료에 대한 기대치, 마비부위에서 통계적 유의성이 없었다.

VI. 參考文獻

1. 이성훈, 전찬용, 박종형. 腦卒中患者 226 例에 대한 臨牀的 考察. 대한한의학회지 1997; 18(1):5-24
2. 고성규, 고창남, 조기호, 김영석, 배형섭, 이경섭. 腦卒中患者의 機能評價方法에 대한 研究. 대한한의학회지 1996; 17(1):48-83
3. 안용팔, 이숙자, 양승환. 뇌졸중 편마비 환자의 의식구조. 대한재활의학회지 1984;8(2):92-8
4. 박상욱, 장기언, 이희숙, 박동식. 뇌졸중 환자의 일상생활동작 수행능력과 인지기능, 불안, 스트레스, 우울정도의 관련성. 대한재활의학회지 1999;23(1):1-8
5. 김영석. 임상중풍학. 초판. 서울: 서원당; 1997, 535쪽
6. 안재익, 유영근, 이종환. 의학·보건학 통계분석. 서울: SPSS아카데미, 1999.

7. 박세기, 강명석, 전찬용, 박종형. 腦卒中의 診斷에 대한 TCD의 活用. 대한한의학회지 1996;17(1):171-189
8. 대한신경외과학회. 신경외과학. 개정5판. 서울: 중앙문화사;2000, 175쪽
9. 서울의대재활의학교실. 재활의학. 초판. 서울: 삼화출판사;1994, 203쪽
10. 대한신경정신의학회 편. 신경정신과학. 서울: 하나의학사;1998, 188-189쪽
11. 고려대학교 부설 행동과학연구소편. 심리척도핸드북 I. 초판 3쇄. 서울: 학지사;2000; 419-424, 464-466쪽
12. 류성훈, 이귀행, 오상우. 노인의 우울 · 불안 및 인지기능에 미치는 인자들의 영향에 관한 연구. 신경정신의학 1990;29(4):832-841
13. 반건호, 염태호, 한홍무. Beck Depression Inventory를 이용한 내과환자의 우울성향 조사보고. 신경정신의학 1987;26(3):464-473
14. 홍종문, 송수식. 산전 및 산후의 정서변화 연구. 신경정신의학 1986;25(3):431-439
15. Weissman MM, Klerman. Sex difference and the Epidemiology of depression. Arch Gen Psychiatry 1977;34:61-74
16. 이현숙, 홍창희, 변원탄. 종합병원 입원환자의 불안과 우울에 관한 연구. 신경정신의학 1989;28(2):258-266
17. 김영철, 정향균, 이시형. 일반성인에서의 생활스트레스가 정신증상 및 신체에 미치는 영향. 신경정신의학 1989;28(2):282-290
18. 김종상, 정상근, 황익근. 두부손상 환자에서 정신증상과 뇌 손상부위와의 관계. 신경정신의학 1991;30(6):996-1002
19. 이영호. 뇌졸중 후 기분장애. 정신의학;22(2):170-179