



저작자표시-비영리-변경금지 2.0 대한민국

이용자는 아래의 조건을 따르는 경우에 한하여 자유롭게

- 이 저작물을 복제, 배포, 전송, 전시, 공연 및 방송할 수 있습니다.

다음과 같은 조건을 따라야 합니다:



저작자표시. 귀하는 원저작자를 표시하여야 합니다.



비영리. 귀하는 이 저작물을 영리 목적으로 이용할 수 없습니다.



변경금지. 귀하는 이 저작물을 개작, 변형 또는 가공할 수 없습니다.

- 귀하는, 이 저작물의 재이용이나 배포의 경우, 이 저작물에 적용된 이용허락조건을 명확하게 나타내어야 합니다.
- 저작권자로부터 별도의 허가를 받으면 이러한 조건들은 적용되지 않습니다.

저작권법에 따른 이용자의 권리는 위의 내용에 의하여 영향을 받지 않습니다.

이것은 [이용허락규약\(Legal Code\)](#)을 이해하기 쉽게 요약한 것입니다.

[Disclaimer](#)

간호학석사 학위논문

재가 뇌졸중 환자의
극복력(Resilience)영향요인

2013년 8월

서울대학교 대학원
간호학과 간호학 전공
임 소 정

재가 뇌졸중 환자의 극복력(Resilience) 영향요인

지도교수 윤순녕

이 논문을 간호학석사 학위논문으로 제출함
2013년 4월

서울대학교 대학원
간호학과 간호학 전공
임 소 정

임소정의 간호학석사 학위논문을 인준함
2013년 6월

위원장

이 인숙



부위원장

최스미



위원

이은주



국문 초록

본 연구는 재가 뇌졸중 환자의 극복력을 파악하고 극복력 관련 요인을 규명하기 위한 횡단적 서술적 조사연구이다. 재가 뇌졸중 환자의 인구학적 요인, 질병관련 요인, 뇌졸중 후 생행동적 변화, 심리사회적 요인을 예측변수로 하여 극복력에 미치는 영향과 변수 간 상관관계를 파악하고자 함이며 이 결과로 재가 뇌졸중 환자의 극복력 증진 프로그램 개발하고자 한다. 연구대상자는 2013년 1월부터 2013년 3월중순까지 제 3차 진료기관과 재활병원 외래를 방문하는 환자 120명이었다.

연구결과는 다음과 같다.

1. 재가 뇌졸중 환자의 나이는 60대가 32.5%로 많았으며, 성별은 여성이 50.8%로 남성보다 많았다. 뇌졸중 발병 후 기간은 7-12개월이 28.3%로 가장 많았으며, 이전에 뇌졸중 발병 경험이 있는 환자가 87.5%로 없는 환자에 비해 높았으며, 뇌졸중 위험 질환 중 고혈압 환자가 55.8%로 고혈압이 없는 환자에 비해 높게 나타났다. 장애정도(MRS)는 중등도장애가 35.8%로, 일상생활동작 정도는 경한 의존상태가 26.7%로 높게 나타났다.
2. 재가 뇌졸중 환자의 극복력 정도는 평균 55.58(\pm 18.487)점으로 보통수준 이하였다. 일상생활동작 정도는 평균 57.13(\pm 32.801)점, 뇌졸중 후 중추성 통증은 평균 5.81(\pm 2.039)점, 뇌졸중 후 우울은 평균 18.92(\pm 14.123)점, 자아존중감 정도는 평균 21.22(\pm 3.181)점, 사회적 지지는 평균 22.59(\pm 6.121)점이었다.
3. 재가 뇌졸중 환자의 극복력과 통계적으로 유의한 차이가 있는 예측변수로는 인구학적 요인 중에서는 연령, 가족의 월수입, 치료비용 부담자였으며, 질병관련 요인 중에서는 이전 뇌졸중 발병 여부, 고혈압 유무, 운동 유무, 장애정도, 일상생활 동작이었다.

4. 재가 뇌졸중 환자의 뇌졸중 후 우울정도가 낮을수록, 자아존중감과 사회적 지지가 높을수록 극복력은 높은 것으로 나타났다.
5. 재가 뇌졸중 환자의 연령, 뇌졸중 후 우울과 극복력은 유의한 음의 상관관계가 있었고, 일상생활동작 정도, 자아존중감, 사회적 지지와는 유의한 양의 상관관계가 있는 것으로 나타났다.
6. 다중회귀분석으로 대상자의 극복력에 미치는 영향요인을 확인한 결과, 뇌졸중 후 우울, 지속적인 운동, 일상생활동작정도, 자아존중감, 사회적 지지 총 다섯 개의 요인으로 나타났으며, 설명력은 75.7%였다. 다섯 개의 요인들 중에서도 뇌졸중 후 생행동적 변화인 우울이 69.5%의 설명력으로 극복력에 가장 영향을 많이 주는 변수인 것으로 나타났다.

결론적으로 재가 뇌졸중 환자의 극복력에 예측력이 큰 변수는 뇌졸중 후 우울로 확인되었으므로 현재 재가 환자를 위한 접근성이 높은 지역사회 보건소, 재활센터, 주간보호시설에서는 재가 뇌졸중 환자들을 위한 재활 중심의 치료에서 더 나아가 우울 예방 및 감소 프로그램의 제공이 필요함을 시사한다.

주요어 : 재가 뇌졸중 환자, 극복력, 우울, 통증, 자아존중감, 사회적 지지

학 번 : 2011-20477

목 차

I. 서론	1
1. 연구의 필요성	1
2. 연구목적	4
3. 용어의 정의	4
II. 문헌고찰	7
1. 뇌졸중 환자의 특성	7
2. 극복력	9
3. 극복력의 영향요인	12
III. 연구 방법	26
1. 연구 설계	26
2. 연구 대상	27
3. 연구 도구	28
4. 자료 수집 절차	31
5. 자료 분석 방법	31
IV. 연구결과	33
1. 극복력 측정도구의 타당도와 신뢰도 검정	33
2. 대상자의 인구학적·질병관련 요인	36
3. 대상자의 뇌졸중 후 생행동적 변화, 사회심리적 요인, 극복력	40
4. 대상자의 인구학적·질병관련 요인, 뇌졸중 후 생행동적 변화, 심리사회적 요인에 따른 극복력	42
5. 극복력과 연령, 일상생활동작, 뇌졸중 후 생행동적 변화, 심리사회적 요인과의 상관분석	48
6. 극복력에 영향을 미치는 요인	50

V. 논의	53
VI. 결론 및 제언	67
1. 결론	67
2. 제언	69
참고문헌	70
부록	86
Abstract	100

List of Tables

Table 1. Item total correlation of Resilience Scale	34
Table 2. Demographic factors of the subjects	37
Table 3. Clinical factors of the subjects	39
Table 4. Degree of Post-stroke bio behavioral, Psycho-social factor, Resilience	41
Table 5. Differences of Resilience by Demographic factors	43
Table 6. Differences of Resilience by Clinical factors	45
Table 7. Differences of Resilience by Post-stroke biobehavioral changes, Psycho-social factors	47
Table 8. Correlation of Resilience, Age, ADL, Depression, Self-esteem, Social support	49
Table 9. Influencing factors on Resilience	52

List of Figures

Figure 1. Study Design	26
------------------------------	----

I. 서론

1. 연구의 필요성

뇌졸중은 운동 기능의 손실, 감각 이상, 인지, 언어장애, 혼수상태 등 갑작스런 신경학적 증상을 일으키는 뇌혈관의 파열 혹은 폐색에 의한 비외상적인 뇌손상을 말한다(김진호, 한태륜, 2002). 뇌졸중의 사망률은 암에 이어 두 번째를 차지하는 질환이며, 이는 단일 질환으로서는 1위로서, 2010년을 기준으로 인구 10만 명당 53.2명이 사망한다. 현대의학의 발달과 생활수준의 향상으로 사망률은 2001년 73.7명에 비하여 20.5명이 감소하여 생존율은 증가추세에 있다(통계청, 2010). 뇌졸중의 유병률은 사회나 가정에서 책임이나 역할이 큰 연령대인 40.50대에서 증가 추세를 보이고 있어 사회, 경제적, 국가적 측면에서 손실이 매우 큰 중요한 보건문제가 되고 있다(이화진, 2006).

국내의 경우 2004년에서 2008년 사이의 급성 뇌졸중 재발률을 조사한 결과, 1년과 3년 재발률이 각각 5.5%와 10%이었으며, 과거 뇌졸중 병력에 따른 3년 누적 재발률은 17.8%와 7.8%로 뇌졸중 병력이 있는 환자에서 현저하게 재발이 높았고, 연령이 높을수록 재발이 높았다(고영채 등, 2009). 이와 같이 뇌졸중은 재발이 가능하며, 재발한 경우에는 예후가 더 좋지 않으므로 뇌졸중의 재발을 방지하는 것은 매우 중요하다(Summers et al., 2009).

뇌졸중 위험요인은 나이, 성, 가족력과 같은 개선 불가능한 요인과 더불어 고혈압, 당뇨, 심장질환, 고지혈증, 흡연, 음주, 운동 등으로 생활태도 개선으로 조절 가능한 요인이 있다(Sacco et al., 2006). 뇌졸중의 예방은 위험인자의 조절을 통한 일차예방과 이차예방이 있다. 일차예방은 뇌혈관 증상을 경험하지 않은 사람들에게 뇌졸중을 예방하는 것이고, 이차예방은 재발예방을 위해 실시하는 것으로 (옥지원, 2007), 뇌졸중 환자의 입장에서 볼 때 뇌졸중의 위험요인을 지속적으로 관리하는 것이 필요하다.

뇌졸중이 발생하면 18%가 사망하게 되며, 9%는 완전히 회복되지만 73%는 심한 신경·심리학적·정서적 장애를 남기게 되는 중증의 질환이다(김진호, 한태륜, 2002). 뇌졸중 발병 후 회복은 신경학적 회복과 기능적 회복으로 구분할 수 있다. 신경학적 회복은 손상 부위와 정도에 따라 다르나 출혈성 뇌졸중을 제외하고 일반적으로 3개월 이내에 90% 정도의 회복이 가능하다. 그러나 기능적 회복은 다양한 요인들에 의해 영향을 받게 되므로, 6-12 개월 정도 후에야 회복이 가능하다(서문자, 1993). 따라서 뇌졸중 환자는 영구적으로 잔존할 수 있는 후유증을 지닌 채 생활하기 때문에 병원에서 퇴원한 후 가정에서도 지속적인 간호와 재활이 요구된다.

뇌졸중 환자들은 발병 후 우울, 분노, 불안, 등의 감정장애와(김종성, 2005) 사회적 적응문제와 함께 편마비로 인한 관절의 운동장애, 일상생활 동작 수행의 장애나 보행장애, 낙상 가능성의 증가, 뇌졸중 후 중추성 통증 등 신체적 문제들을 겪게 된다(노국희, 2002). 이러한 일상생활 동작 장애로 인해 뇌졸중 환자들은 자율적 활동과 자가간호 수행이 어려워져 타인에게 의존적이 되고 가족의 부담감을 증가시키며(Choi-Kwon et al., 2005), 환자와 가족의 삶의 질 저하가 야기된다(최선애 외, 2004).

삶의 질에 영향을 주는 요인들에 관한 최근 연구들에서 극복력(Resilience)이 삶의 질에 영향을 미치는 중요한 변수로써 지지를 받고 있다(정명실, 2011; 최경숙, 2012, 신영희 외, 2006; 구분진, 2008; 조은아, 2010). 극복력은 생의 과정 가운데 상황이나 역경, 스트레스, 고통을 성장의 경험으로 전환하고 앞으로 나아가는 능력을 말한다(Polk, 1997). 질병의 발병과 같은 다양한 스트레스 상황 속에도 불구하고 어떤 사람들은 극복을 못하는 반면에 어떤 이들은 사회 심리적으로 건강하기 때문에 어려운 상황을 극복하고 긍정적인 결과를 경험한다는 연구들이 1970년대 이후에 보고되기 시작하였다(Woodgate, 1999). 질병이나 스트레스 상황을 단순히 부정적 영향과 부정적 상태에 이르게 한다고 보는 관점에서, 스트레스 상황은 대상자가 자신의 강점과 능력을 인정하고 가지고 있는 자원을 강화시켜 준다고 보는 관점으로 변화하였다(Luthar & Ziglaer, 1991). 이러한 관점

이 변화하는 과정에서 극복력의 개념이 등장하였다(Fraser et al., 1999).

초기 극복력 연구들은 주로 소아 암환자 및 소아 만성질환자를 대상으로 하여 연구가 수행되었다(Anthony, 1983; Holaday & Terell, 1994; 김동희, 2002). 이들 연구에서 극복력과 만성질환아 및 그 가족의 삶의 질은 유의한 정적 상관관계가 있는 것으로 나타났다. 이후 극복력의 연구대상은 소아 만성질환자에서 더 나아가 암환자를 가진 어머니 및 가족(신혜원, 2005; 최은영, 2009; 김미향, 2010), 성인 암환자(정선경, 2012) 및 만성질환자로(김지연, 2010) 확대되어 연구들이 진행되어왔다.

간호의 연속성을 건강상태-질병-치유로 볼 경우 일반적으로 다른 질환은 완치로 인해 본래의 상태로 돌아온다는 회복의 개념이 적합하지만, 뇌졸중의 경우 인지적, 신체적 후유증으로 일상생활동작의 장애를 남기므로 질병을 극복하여 더 나은 상태로 적응해나가는 극복의 개념이 더 적합하다고 할 수 있다. 또한 간호의 궁극적인 목표를 간호 대상자들이 최적의 안녕상태에 도달하여 삶의 질을 향상시키는 것이라고 하였을 때, 재가 뇌졸중 환자의 간호의 목표는 단순히 치료를 위한 간호의 제공에서 더 나아가 영구적인 신체적, 인지적, 정신적 후유증에 적절하게 대처하며 극복력을 증진시킬 수 있도록 돕는 것이어야 한다. 또한 뇌졸중은 재발률이 높은 질환이기 때문에, 위험인자를 조절하여 이차 뇌졸중을 예방하기 위해서도 극복력이라는 개념이 중요하다고 할 수 있다.

이렇듯 장기간의 후유증으로 일상생활에 있어 어려움을 겪게 되는 재가 뇌졸중 환자에게 극복력이라는 개념이 중요함에도 불구하고 실제적으로 뇌졸중 환자들을 대상으로 한 극복력 연구는 거의 없는 실정이다. 또한 극복력의 영향요인에 관한 선행연구에 있어서도, 극복력에 미치는 영향요인들을 단편적으로 연구해왔기 때문에 다차원적으로 보여주지 못했다는 한계를 보이고 있다.

따라서 본 연구에서는 재가 뇌졸중 환자를 대상으로 극복력의 영향요인을 포괄적으로 살펴보고, 극복력을 증진시켜 결국에는 재가 뇌졸중 환자의 삶의 질 향상에 기여하기 위한 기초자료를 제공하고자 한다.

2. 연구 목적

본 연구는 재가 뇌졸중 환자의 극복력에 영향을 미치는 요인을 파악하기 위한 것으로 구체적인 목표는 다음과 같다.

- 1) 재가 뇌졸중 환자의 인구학적 요인, 질병관련 요인, 뇌졸중 후 생행동적 변화, 심리사회적 요인과 극복력 정도를 확인한다.
- 2) 재가 뇌졸중 환자의 인구학적 요인, 질병관련 요인, 뇌졸중 후 생행동적 변화, 심리사회적 요인에 따른 극복력 정도를 확인한다.
- 3) 재가 뇌졸중 환자의 극복력과 변수들간의 상관관계를 규명한다.
- 4) 재가 뇌졸중 환자의 극복력에 영향을 미치는 요인을 규명한다.

3. 용어의 정의

1) 극복력(Resilience)

극복력이란 인간이 통제할 수 없는 역경에서 견디어 내는 심리사회적 능력을 말하며, 시간과 환경이 변화됨에 따라 극복력은 생성, 유지, 소멸된다(Fine, 1991). 본 연구에서는 Wagnild와 Young(2010)에 개발하고 본 연구자가 번역, 역 번역과 내용타당도 검증을 받은 극복력 척도를 사용하여 측정된 점수로, 점수가 높을수록 극복력이 높음을 의미한다.

2) 일상생활동작 정도

일상생활동작 정도란 가정이나 양로원과 같은 제한된 장소에서 자신의 육체를 돌보는데 필요한 기술을 의미하며 식사, 옷차림, 세면, 화장실 사용, 목욕, 운동성 등을 말한다(박중환 등, 1995). 본 연구에서는 Shah, Vanclay & Cooper(1989)가 수정 보완한 Modified Barthel Index(MBI)를 사용하

여 측정된 점수를 말하며 점수가 높을수록 일상생활동작 정도가 높음을 의미한다.

3) 뇌졸중 후 우울

뇌졸중 후 우울이란 뇌졸중으로 인한 근심, 침울감, 실패감, 무력감, 무가치감을 나타내는 감정 상태를 의미하며, 정상적인 기분의 변화에서 병적인 수준까지 연속선상에 있는 기분 상태를 의미한다(홍완호, 1978). 본 연구에서는 Beck Depression Inventory(BDI)(Beck, 1978)를 이용하여 측정된 점수로, 총점 10~14점까지는 경계선 우울증, 15~20점까지는 경우울증, 21~30점까지는 심한 우울증, 31~63점까지 극심한 우울증으로 분류하였다 (Beck et al., 1978).

4) 뇌졸중 후 중추성 통증

중추성 통증이란 중추 신경계에 일차적인 병변이나 기능 이상에 의한 통증이며, 절개술 후 통증, 양측 하지 마비 후(paraplegia) 통증, 뇌졸중 후 통증(post stroke pain) 등이 이에 속한다(Davis, 1995). 본 연구에서는 뇌졸중 후 중추성 통증을 Visual analog scale로 0~10점의 점수로 측정된 점수를 말하며, 점수가 높을수록 통증이 심한 것을 의미한다.

5) 자아존중감(Self-Esteem)

자아존중감이란 자아개념의 평가적 요소로서 자신을 긍정적으로 수용하고 가치 있는 인간으로 여기는 정도, 즉 자아에 대한 높은 가치를 두는 것을 의미한다(Rosenberg, 1965). 본 연구에서는 Rosenberg(1965)가 개발한 자아존중감 측정도구(Self-Esteem Scale)를 전병제(1974)가 번안한 도

구로 측정된 점수를 의미하며 점수가 높을수록 자아존중감이 높은 것을 말한다.

6) 사회적 지지 (Social Support)

사회적 지지란 가족, 친구, 이웃, 의료인 기타 사람들에 의해 제공되는 여러 형태의 도움이나 원조를 말하며, 보유한 인적 자원(가족, 친구 등)과 같은 구조적 지지, 실제적인 도움을 말하는 도구적 지지, 애정이나 돌봄 등의 감정적 지지로 구분할 수 있다(Mitchell et al. 2003). 본 연구에서는 ENRICHED Social Support Inventory를 이용하여 측정된 점수로서 점수가 높을수록 사회적 지지가 좋음을 의미한다 (Mitchell et al., 2003).

II. 문헌고찰

1. 뇌졸중 환자의 특성

뇌졸중은 뇌혈관 장애로 인한 질환 및 사고의 총칭으로 편마비를 동반한 만성적 질환이며 가장 흔한 신경계 질환이다. 세계보건기구(WHO)보고에 의하면 뇌졸중은 세계에서 두 번째 사망원인으로 의학의 발전과 고령화의 진행으로 더욱 증가추세를 보이고 있다(WHO, 2012). 뇌졸중은 발병 후 완전히 사망에 이르는 경우를 제외하면 뇌졸중 환자의 약 66%는 신체기능, 약 75%는 일상생활에서 장애를 가지게 된다(Sturm et al, 2002). 따라서 뇌졸중 환자는 장기간 잔존하는 만성 건강문제를 지닌 채 생활하여 가정과 사회에서 지속적인 관리와 간호가 필요하다.

뇌졸중은 발병기전에 의한 분류에 따라 크게 출혈성과 허혈성으로 나눌 수 있으며 각각은 발병기전에 따라서 더욱 세분화된다. 이 중 허혈성 뇌졸중은 혈전이나 색전이 뇌혈관이 막을 때 발생하며, 출혈성 뇌졸중은 뇌혈관이 갑자기 터질 때 발생하여 혈액이 뇌세포 속으로 스며들게 되는 것으로 뇌내출혈(ICH: Intracranial hemorrhage)와 지주막하 출혈(SAH: Subarachnoid hemorrhage)로 구분할 수 있다(한태륜 등, 1992). 국내의 경우, 1995년 이후 출혈성 뇌졸중은 감소 추세이나 허혈성 뇌졸중은 꾸준히 증가하는 추세이며, 전체 뇌졸중의 17%가 출혈성 뇌졸중인데 반하여 83%가 허혈성 뇌졸중이며(국민건강보험공단, 2013), 미국에서는 87%에까지 이른다고 보고되고 있다(American Heart Association, 2007).

뇌졸중의 위험인자는 크게 조절할 수 없는 인자와 조절할 수 있는 인자로 나눌 수 있다. 조절할 수 없는 위험인자로는 나이, 성별, 출생 시 저 체중, 유전적 요인 등이 있다. 조절할 수 있는 위험인자 중에서 입증된 것으로는 고혈압, 흡연, 당뇨병, 심방세동, 기타 심장질환, 이상지질혈증, 무증상 경동맥 협착, 폐경후 호르몬 치료, 식이와 영양관리, 신체활동, 비만 조절 등이 있다(Clinical research center for stroke, 2009). 2010년 발표된 뇌졸중

환자의 위험인자에 대한 연구인 INTERSTROKE study에서는 허혈성 뇌졸중의 경우, 고혈압, 흡연, 허리-엉덩이 비율, 식이 위험 점수, 규칙적인 신체 활동, 당뇨, 과도한 음주, 정신적 스트레스, 우울증, 심장 요인 등이었다. 반면 출혈성 뇌졸중에서는 고혈압, 흡연, 허리-엉덩이 비율, 식이, 음주만이 의미 있는 위험인자로 나타났다(O'Donnell et al. 2010).

뇌졸중의 후유증은 뇌 병변의 위치 및 손상 정도에 따라 차이가 나타나나, 일반적으로 급성기 뇌졸중 환자의 경우 50%는 보행을 할 수 없으며 발병 후 3개월까지도 보행 장애가 남아있으며, 55-75%는 상지 기능의 장애, 27~50%는 연하곤란이 발생하며 이로 인해 흡인성 폐렴, 탈수, 영양부족과 같은 합병증이 나타나게 된다(이종민, 2007). 첫 번째 뇌졸중 후 5년 이내에 적어도 25%의 환자들이 뇌졸중이 재발하며(Hardie et al. 2005), 재발의 위험도는 첫 발병 후 6개월이 가장 높다(Hardie et al., 2004).

구체적으로 뇌졸중 환자들이 겪는 건강문제는 크게 신체적 문제와 정서적 문제 두 가지로 대별할 수 있다. 신체적 문제로는 뇌졸중 환자의 75%는 편마비로 인한 균형능력의 감소, 보행능력의 감소, 일상생활 수행 능력의 저하로 인해 타인에 대한 의존도가 높아지고 사회로의 적응이 어렵다(장경옥, 2003).

뇌졸중 후 감정장애 중 가장 흔한 것을 우울증이며 기타 불안, 무감동, 조증, 감정조절장애, 정신장애 등도 생길 수 있다(김종성, 2005). 뇌졸중 후 발생하는 감정장애는 환자의 삶의 질을 저하시키며 보호자의 부담감을 가중시켜 환자의 치료 회복을 방해할 수 있다(최스미, 2005).

이러한 신체적, 정서적으로 많은 후유증은 사회적, 직업적 역할이나 가족 관계에 여러 가지 문제를 일으키게 되어 개인적, 경제적, 사회적으로 많은 문제들을 야기하게 된다. 따라서 이에 대한 지속적인 관리과 지지가 필요하다.

2. 극복력 (Resilience)

극복력은 원래 *resile*에서 파생되어진 명사형으로, 중세 프랑스어의 *resiler*가 라틴어에서 *resilire*로 바뀌게 된 단어이다. *Re-*는 *back*의 의미를 지니며, *silire*는 *to jump*의 의미를 갖는다(홍성경, 2006). 극복력이라는 개념이 인간에게 적용되면서 질병, 충격, 역경으로부터 빨리 회복되는 힘으로 정의되었다(Oxford, 2012).

극복력의 개념은 국내에서 다양하게 사용되고 있어, 연구자에 따라 극복력(김동희, 2002; 홍성경, 2006; 이은경, 2007), 회복력(김혜성, 1997; 송양숙, 2004), 탄력성(이상준, 2005; 주소영, 2008), 복원력, 유연성(서지영, 2002), 적응유연성(박현선, 2004; 신현숙, 2003) 등으로 사용되고 있다. 다양한 용어들 중에서도 인간의 심리사회적인 복합적 측면을 잘 나타내고 상황과 내적 자원에 따라 변화 가능한 *resilience*의 특성을 재가 뇌졸중 환자들의 연구에 사용하였다.

극복력 연구는 1970년대와 1980년대 아동발달 및 정신건강 전문가들의 관심에서 시작되었다. 역기능적 가족의 자녀가 가난, 부모의 무관심, 학대 속에서도 잘 성장한다는 관찰로부터 처음 극복력의 개념이 등장하게 되었다(Germezy, 1993). 따라서 개인이 가진 강점과 자원을 규명하여 이를 강화하고자 하는 방향에서 등장하게 된 개념 중 대표적인 것이 바로 극복력이다(Frase et al., 1999).

간호학에서 극복력에 관한 연구는 국외에서 Kadner(1989)가 극복력에 관한 연구를 시작하였으며, 국내에서는 김혜성(1996)이 회복력(*resilience*)이라는 개념을 척수손상 사지마비 환자에게 적용하면서 소개하였으며 주로 소아 암환자 및 소아 만성질환자를 대상으로 연구가 진행되었다.

극복력의 개념은 첫째, 인간이 갖고 있는 공통적인 성향 또는 내.외적인 특성으로서 정의하고 있는 측면과 둘째, 과정(*process*)로서의 극복력을 정의하고 있는 측면과 셋째, 성향으로서의 측면과 과정으로서의 측면을 복합적으로 정의하고 있는 측면으로 구분해 볼 수 있다

극복력의 개념을 개인의 성향(trait)으로서의 개념으로 정의한 학자들은 극복력을 타고나 성향의 집합체라고 하였으며, 정신분열병 어머니를 둔 고위험 아동이 만성적 스트레스에도 불구하고 성공적으로 적응할 수 있는 능력으로 성향적인 속성과 가족의 지지가 보호요인으로 작용하고 있다고 하였다(Garmezy, 1993). 극복력(resilience)이란 생의 과정 가운데 재난을 성장의 경험으로 전환하고 앞으로 나아가는 능력(Polk, 1997)으로 정의되고 있다. Wagnild와 Young(1990)은 극복력은 스트레스의 부정적 효과를 중재하고 적응을 증진시키는 정서적 활기 또는 긍정적 개인의 능력으로 정의하였다. Walsh(1998)는 극복력을 역경으로부터 다시 일어나 강해지고 자원을 더 풍부하게 할 수 있는 능력으로 정의하였다.

극복력을 과정(process)로 정의하고 있는 학자들은 시간의 흐름에 따라 극복력은 변하며, 환경 요인들의 상호작용에 의해 영향을 받는다고 하였다. Dyer와 McGuinness(1996)는 극복력을 인간이 역경으로부터 다시 돌아와 삶을 지속하는 과정이라고 파악하고, 이는 매우 역동적이고 여러 보호요소들에 의하여 영향을 받는다고 하였다. 즉 힘든 사건과 보호요소들간의 역동적 균형이 맞으면 인간은 적절히 생활할 수 있다는 것이다(임숙빈 외, 2002). Rutter(1987)는 역경에 반응하는 인간의 반응이 취약성과 극복성의 한 연속선상에 있는 것으로 보고 극복력이 보호요소와 역동적 상호작용으로 이루어지며 이것은 한 시점에 고정되어 있는 요인이 아니라고 하였다. 그는 극복의 과정은 다음의 네 단계를 거친다고 하였는데, 이는 충격을 감소시키는 과정, 부정적 반응을 감소시키는 과정, 지지적인 인간관계를 통해 자아존중감과 효능감을 발달시키는 과정, 긍정적인 상황에 높게 되는 과정이라고 하였다.

극복력 개념에 대한 여러 선행 연구들을 토대로 일부 학자들은 극복력이란 개인의 능력과 특성이라는 이해가 기초가 되어 외부 요소들의 상호작용으로 개인의 능력이 변화 발달해 나가는 과정이라고 복합적으로 재정의하였다. 김혜성(1997)은 극복력이란 역경 하에서 부정적 정서를 감소하고 적응을 증진시키는 인간의 잠재적인 심리사회적 능력이라고 정의하였다. 극

복력은 시간과 상황에 따라 변화, 감소되며 후천적으로 육성될 수 있으며, 이는 인지적, 정서적, 행동적 반응으로 나타난다고 하였다. Fine(1991)은 극복력을 인간이 통제할 수 없는 역경에서 견디어 내는 심리사회적 능력으로 정의하고 시간과 환경이 변화됨에 따라 극복력은 생성, 유지, 소멸된다고 하였다. 본 연구자도 극복력이란 개인의 성향에만 국한된 것이 아니라, 이를 바탕으로 하여 시간의 흐름 속에서 외부 환경과의 상호작용을 통하여 변화할 수 있다고 보는 시각에 동의한다.

또한 학자들마다 극복력의 속성 및 요인을 다양하게 설명해왔다. Wagnild와 Young(1993)은 극복력과 관련된 개념들인 현실 확신감, 내적 힘, 강인성, 투병정신은 스트레스 상황에 처한 인간이 이를 해결하는데 사용할 수 있는 긍정적 강점을 표현하는 개념이라 하였다. 그들은 극복력의 속성으로 자신에 대한 믿음, 의미부여, 평정심, 인내, 실존적 고독을 제시하였다. Wagnild 와 Young(1993)의 25문항으로 구성된 극복력 측정도구는 간호학 연구에서 가장 많이 사용되고 있으며, 어려운 사건을 겪은 성인 여성을 대상으로 개발되었으나, 현재는 다양한 대상자들을 대상으로 연구들이 진행되고 있다. 이후 Wagnild와 Young(2010)는 문항수를 줄여 14문항으로 구성된 새로운 극복력 측정도구를 발표하면서 최근에 진행되는 연구들에서 사용되고 있다.

김혜성(1997)의 극복력 개념 개발 연구에서, 극복력의 속성을 심리적, 사회적 차원으로 구분하였다. 심리적 속성으로는 부정적 정서부인, 삶의 대한 의욕, 책임감, 자신감, 용기, 희망, 긍정적인 의미 추구, 적극성, 의지력 등이 있으며 사회적 속성으로는 소속감, 사회적 지지에 대한 지각, 능동적인 사회적 관계가 있다고 하였다.

홍은숙(2006)은 극복력의 개념 개발 연구에서 극복력의 속성을 네 가지로 구분하여 설명하였다. 첫째, 심리 사회적 특성으로는 개인의 능력, 자기 이해, 자기 가치감 인지, 자아존중감, 자기효능감, 자기 신뢰 등이 확인되었으며, 둘째, 관계 특성으로는 타인에 대한 관심과 상호작용, 친밀감, 사회적 관심이 포함되었다. 셋째, 상황 대응 특성으로는 스트레스 상황 해석방식,

문제 해결력, 목표 설정력, 변화인지능력, 문제 중심적 대처방식, 새로운 상황 반영능력이 넷째, 신념(철학)특성으로는 자신의 지식이 가치 있다는 믿음, 긍정적인 미래관, 긍정적 의미추구, 생의가치와 의미에 대한 신념, 삶에 대한 균형 있는 관점 유지가 있다고 하였다.

중년여성을 대상으로 한 정명실(2011)의 연구에서, 극복력과 삶의 질간에는 유의한 상관관계가 있는 것으로 나타나 다양하게 변화하는 상황 속에서도 극복력의 개념이 유연하게 반응하여 중년여성의 삶의 질을 유지하는 것으로 나타났다. 대장암환자를 대상으로 한 최경숙(2012)의 연구에서도 극복력은 대상자의 심리적 적응능력을 향상시켜 스트레스를 완화하고, 삶의 질을 증진시키는 것으로 보고하며, 삶의 질 향상을 위한 극복력 강화 간호중재 개발이 필요하다고 제언하였다. 만성질환자를 대상으로 한 신영숙(2012)의 연구에서도 극복력은 삶의 질을 45% 설명하는 주요한 변수임을 밝혔다. 따라서 여러 선행연구들을 바탕으로 극복력은 삶의 질에 영향을 미치는 중요한 변수임을 알 수 있다.

이상에서 살펴본 바와 같이 극복력은 대상자들의 강점을 찾는데 도움을 주어서 만성적인 질병으로 지속되는 어려운 상황을 극복하도록 도모하는 간호의 기본철학과 밀접하게 연관된 개념이다(이현화, 2003). 따라서 뇌졸중 환자는 발병 후 여러 인지적, 정서적, 신체적 후유증을 장기간 경험하기 때문에 스트레스 상황을 이겨내고 삶의 질을 향상시키기 위해서 극복력의 개념이 중요하다고 할 수 있겠다.

3. 극복력의 영향요인

극복력 개념이 처음 소개되었을 때에 비해 많은 연구들을 통하여 애매하던 의미가 현재는 비교적 명확해졌다고는 하나 그 속성이나 영향요인에 대해서는 아직까지 일치된 견해가 이루어지지 않고 있다. 본 연구에서는 극복력에 영향을 미치는 다양한 요인들을 체계적으로 인구학적 요인, 질병관련

요인, 뇌졸중 후 생행동적 요인, 심리사회적 요인으로 분류하여 자세히 살펴보기로 한다.

1) 인구학적 요인

극복력에 영향을 미치는 요인으로 환자의 인구학적 요인이 일차적으로 관련됨이 여러 연구들에서 보고되고 있다.

항암화학요법을 받는 암환자들을 대상으로 한 정선경(2012)연구에서는 직업과 치료비용 부담자에 따라 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다. 직업이 있는 경우가 직업이 없는 경우나 휴직인 경우보다, 치료비용 부담자가 본인, 배우자, 자녀인 경우가 부모가 치료비용 부담자인 경우에 비해 극복력이 높게 나타났다. 한편 성별, 연령, 배우자 유무, 종교, 교육 정도, 월소득, 주 간호자에 따른 극복력은 유의한 차이가 없는 것으로 나타났다.

극복력은 암환자를 대상으로 한 이은경(2007)의 연구에서 연령, 결혼상태, 종교, 교육수준, 경제상태, 주 간호자에 따라 유의한 차이가 나타났다. 30대 집단은 40대 이상의 집단보다, 기혼이 사별보다, 종교가 있는 경우가 없는 경우보다, 교육수준이 높을수록 극복력이 높게 나타났다. 또한 치료비 부담자와 주 간호자가 배우자인 집단이 자녀인 집단에 비해 극복력이 높게 나타나, 배우자는 암환자의 일차 간호 제공자로서 중요한 역할을 함을 알 수 있었다. 한편 성별, 직업, 암의 종류와는 유의한 차이가 나타나지 않았다.

우울증 환자를 대상으로 한 김지연(2010)의 연구에서는 극복력은 인구학적 요인으로는 연령, 결혼상태, 월수입, 동거 가족원과 유의미한 관계가 있는 것으로 나타났다. 다른 연령보다 20대가 극복력이 가장 낮았으며, 월수입이 300만원 이상이 100만원 미만과 300만원 미만보다 극복력이 높게 나타났다. 진단기간은 1년 미만이 5년 이상인 경우보다 극복력이 높게 나타났다. 또한 다수의 가족 구성원이나 혼자 사는 것보다, 1명의 가족구성원과 동거하는 경우가 극복력이 높은 것으로 나타나, 동거 가족이 존재하는 것이

대상자의 질병을 이겨낼 수 있는 힘이 되어 준다는 결과이다. 반면 성별, 현 직업 유무, 입원 횟수와 치료 형태에 따른 극복력은 유의한 차이가 없는 것으로 나타났다.

다양한 환자들을 대상으로 진행된 선행연구들에서 인구학적 요인과 극복력의 관계는 연구마다 다소 상이한 결과를 보였다. 이는 연구 대상자가 달랐으며, 극복력 측정도구가 달랐던 점, 다른 여러 요인들을 다차원적으로 포함하지 않았던 점 등이 원인이라고 생각한다. 따라서 재가 뇌졸중 환자들을 대상으로 극복력에 영향을 주는 인구학적 요인에 대해 재규명 해볼 필요가 있다.

2) 질병관련요인

우울증 환자를 대상으로 한 김지연(2010)의 연구에서는 질병관련 요인 중에서 진단기간이 극복력에 유의하게 영향을 주는 것으로 나타났다. 진단기간은 1년 미만이 5년 이상인 경우보다 극복력이 높게 나타났다. 반면 입원 횟수와 치료 형태에 따른 극복력은 유의한 차이가 없는 것으로 나타났다.

대장암환자의 극복력에 관한 최경숙(2012)의 연구에서 대상자가 지각한 건강상태에 따라 극복력이 유의하게 높은 것으로 나타났다. 건강상태가 좋은 경우와 보통인 경우가 건강상태가 나쁜 경우에 비해 극복력이 유의하게 높은 것으로 나타났다. 한편 진단 기간, 항암치료 방법, 증상경험에 따른 극복력 수준은 유의한 차이가 없는 것으로 나타났다. 투석환자의 극복력에 관한 공명수(2009)의 연구에서 질병특성 중 건강상태에 따른 극복력은 유의한 차이가 있는 것으로 나타났으나, 한편 투석 기간, 투석형태, 이전 치료 경험 등에 따른 극복력은 유의한 차이가 없는 것으로 나타났다.

재가 신체장애인의 극복력 영향요인에 관한 송양숙(2004)의 연구에서 지체 및 중복장애등급, 장애발생 시기, 지각된 건강상태, 장애원인 기간, 현존 질환 유무에 따른 극복력은 유의한 차이가 없는 것으로 나타났다. 반면 파

킨슨 환자를 대상으로 한 연구에서(곽소영, 2012), 질병관련 요인 중에서 파킨슨병의 중증도 및 진단 후 경과기간에 따라 유의한 차이가 나타났다.

항암화학요법을 받는 환자의 극복력에 관한 정선경(2012)의 연구에서, 극복력은 진단명, 암진단 후 경과기간, 암 치료방법, 항암치료차수, 항암치료기간에 따른 극복력은 통계적으로 유의하지는 않았다. 그러나 현재 느끼는 증상 수가 많을수록 극복력이 감소하는 양상을 보였으나, 통계적으로 유의한 차이는 없는 것으로 나타났다.

뇌졸중 환자의 극복력에 관한 연구들이 극소수에 불과하여 뇌졸중 환자의 삶의 질에 영향을 미치는 연구들을 찾아본 결과, 질병관련 요인으로 발병 횟수(김연형, 2006; 정미정, 2000), 마비부위(김연형, 2006; 양정빈, 2010), 위험질환 및 위험요소(김형선, 2009; 양정빈, 2010) 등이 있었다. 서민희는(2010) 뇌졸중 환자의 삶의 질에 직접적인 영향을 미치는 변수로 일상생활동작, 사회적 지지, 뇌졸중 후 생행동적 변화라고 하였다.

재가 뇌졸중 환자의 일상생활동작의 정도가 극복력에 영향을 미치는 변수로 나타남을 알 수 있었다. 현재까지 일상생활동작이 극복력에 미치는 영향에 관해 진행된 연구가 많지는 않으나, 대장암의 극복력에 관한 최경숙(2012)의 연구결과, 대상자의 일상생활 제한이 없는 경우는 일상생활 제한이 있는 경우에 비해 극복력 수준이 유의하게 높은 것으로 나타났다. 80세 이하의 노인들을 대상으로 한 연구에서, 극복력과 일상생활동작은 노인의 우울에 영향을 주며, 노인의 일상생활동작은 극복력에 영향을 미치는 중요한 변수라고 하였다(Mehta, M et al., 2007). 또한 파킨슨 환자들을 대상으로 한 Robottom(2012)의 연구에서 장애 정도가 낮고 일상생활동작 정도가 높을수록 극복력이 높아진다고 하였다.

뇌졸중 환자는 보행능력, 자가 간호, 일상생활 활동 및 의사소통에 제한을 받게 되어 자신감을 상실하게 되고 의존성이 높아지게 되며, Choi-Kwon 등(2006)은 기능적 의존도가 뇌졸중 환자의 삶의 질에 영향을 미치는 것으로 보고하였다. 편마비로 인한 기능상실은 뇌졸중 환자의 일상생활동작의 독립성을 저해하는 중요한 요소로 자율성이 손상되어 역할이

변하고 대인관계에서도 제한을 받으며 장기적으로 심리사회적 부적응 문제를 일으키게 된다(함미영 등, 2000). 뇌졸중은 발병하게 되면 뇌 병변의 위치, 원인, 손상정도, 연령, 과거력 등의 여러 요인에 따라 뇌졸중 발병 후 환자의 영역별 기능과 일상생활동작 수행의 능력을 평가하고 증진시키는 것은 환자의 기능적 회복에 있어서 중요한 과제이며, 환자의 독립적 생활을 위해서 가장 기본이 되는 것이다(Palmer 등, 1992).

따라서 다양한 대상자들을 대상으로 한 극복력 영향요인에 관한 선행연구들에서 공통적으로 영향을 미치는 인구학적, 질병관련 요인들로는 연령, 결혼상태, 월수입, 동거 가족원, 지각된 건강상태, 일상생활동작 등이었으며, 상이하게 영향을 미치는 요인들로는 성별, 종교, 주 간호자, 교육 정도, 치료비용부담자, 진단명, 진단기간, 치료형태, 현존질환 유무 등으로 다양하게 나타났다. 따라서 재가 뇌졸중 환자들을 대상으로 뇌졸중의 질병특성을 충분히 고려하여 극복력에 영향을 주는 인구학적, 질병관련 요인에 대해 재조명해볼 필요가 있다.

3) 뇌졸중 후 생행동적 변화

(1) 뇌졸중 후 우울

뇌졸중은 발병 후에 남아있는 신체적, 정신적 장애로 인해 심한 스트레스를 경험하게 되며 우울증을 비롯한 많은 심리적 장애를 동반하는 만성질환으로 환자와 가족들이 신체적, 사회적, 경제적 및 심리적으로 어려움을 겪게 된다(문석우 등, 2004). 뇌졸중 후 심리적 장애 중에서 가장 흔하고 오래 지속되는 후유증이 우울이라고 할 수 있다(Robinson et al., 2000).

우울은 슬픈 느낌의 정서로 대상자가 호소하는 가장 흔한 증상 중 하나이다. 대개 증오, 분노, 공격성 등의 감정을 억압한 결과로 나타나며 슬픈 기분, 비관, 자기비하, 무력감, 무겁고 처진 느낌, 절망감, 의욕감퇴, 흥미와 재미상실, 죄책감 등을 가지며 행동이 감소되는 것을 말한다(만성길, 2006). 뇌졸중 환자들에서 나타나는 인지적, 감정적 그리고 행동적 결과들에 대한

연구는 여러 선행연구에서 진행되어왔다(김도훈, 2002).

뇌졸중 후 우울(Post Stroke Depression: 이하 PSD)는 뇌졸중 환자의 재활에 있어 가장 큰 장애요소이며(Battaglia et al., 2001), PSD 환자는 우울증이 없는 환자에 비해 신체적 장애와 일상생활동작 수행능력의 회복에 어려움을 겪게 되고 이것을 삶의 질 저하를 가져온다(Hadidi et al., 2009).

1966년부터 2005년까지의 연구들을 문헌 고찰한 연구에 따르면 뇌졸중 후 우울의 유병률은 25~79%로 다양하게 보고되고 있다(Hadidi et al., 2009). 뇌졸중 생존자의 33%가 뇌졸중 후 우울증을 보였으며, 우울은 기능적 회복과 사회적 활동에 부정적인 영향을 미치며 인지장애 및 사망률 증가와도 관련이 있다고 하였다(Hackett et al., 2005). 국내 PSD 빈도를 조사한 연구결과들에 의하면, 재가 뇌졸중 환자를 대상으로 한 연구에서 약 30%(김효정 외, 2003), 편마비 재가 노인 대상으로 한 연구에서 53.8%(김미희, 2006), 뇌졸중 입원환자를 대상으로 한 연구에서 30%(이정아 등, 2000), 64.5%(추은진, 2008)로 다양하게 보고되고 있다. 또한 외래에서 추후 관리를 받는 뇌졸중 환자의 우울 발생률이 38%로 비교적 높게 나타났다(김인자 등, 2000). 이렇게 상이한 결과는 PSD 진단 기준의 상이점, 환자의 중증도, 사회적, 인종적 차이 등이 다양한 요소들이 관여하므로 연구결과를 단순히 비교하는데 있어 한계가 있다(김종성, 2005).

또한 뇌졸중 발병 후 시간의 흐름에 따른 PSD의 빈도는 여러 연구들에서 상이하게 나타나고 있다. 일반적으로 PSD의 빈도는 뇌졸중 초기에 높고 시간이 지날수록 낮아지는 것으로 알려져(김종성, 2005), Kauhanen 등(1999)은 뇌졸중 환자의 전향적 연구에서 100명 중 53%가 3개월에, 12개월에는 42%가 우울로 진단 받았고 그 이후 12개월에 18%가 중증 우울로 진단받았다고 하였다. 그러나 Whyte 등(2002)은 뇌졸중 발병 후 3~6개월 사이에 PSD 발병율이 가장 높으며, 1년 후에는 최초의 발병률의 50%로 감소한다고 하였다. Kwok(2006)의 연구에서는 1년간 77명의 뇌졸중 환자의 추적조사 연구에서 발병 후 3개월보다 1년 후에 우울증이 증가한다고 하였다. 이렇듯 시간에 따른 PSD 유병률의 상이한 결과가 나타나 더 많은 대상

자에게 반복된 연구가 필요할 것으로 보인다.

PSD 의 빈도와 마찬가지로 PSD 의 발생 원인에 관해서도 많은 논란이 있다(김종성, 2005). 일반적으로 신체적 불편함 정도(Herrmann et al., 1998), 뇌졸중에 걸리기 전 우울증 성향(Anderson et al., 1995), 뇌졸중 후 가족의 보살핌 없이 혼자 살거나 기관에서 지내는 상황 (Astrom et al., 1993) 등이 PSD 와 관련된다고 알려지고 PSD 의 발생 원인에 관해서도 많은 논란이 있다(김종성, 2005)이다. 한편 PSD 와 뇌 병변의 위치와의 관련성은 많은 논란이 되고 있다. Robinson 등(1984)은 좌측 전두엽의 앞쪽에 병변이 있을 경우 우울증 생길 확률이 높다고 하였다. 그러나 이후 오른쪽 병변이 PSD 발생에 관련이 높다는 주장(MacHale et al., 1998)과 병변의 위치는 PSD 발생과 관련성이 없다(Pohjasvarra et al., 1998)는 주장이 있었다. 최근에는 뇌졸중 후 우울은 다인성이며 다양한 생물학적, 정신적, 사회적 요인이 종합적으로 관여하여 발생한다고 하는 관점이 지배적이다(이승환 등, 2003). 따라서 PSD 의 원인에 대해서는 정확한 결론이 나지 않아 이에 대해 계속적으로 반복 연구가 필요할 것으로 보인다.

파킨슨 환자를 대상으로 한 연구 유기정(2012)의 연구에서 우울과 극복력은 유의한 역상관관계가 있어 극복력 증진을 위해서는 파킨슨 환자의 우울을 사정하는 것이 필요하다고 하였다. 또한 혈액암환자를 대상으로 한 곽소영(2012)의 연구에서도 우울정도가 낮을수록 극복력이 높게 나타났으며, 혈액암환자의 우울을 민감하게 사정하고 경감시키기 위한 간호전력이 요구된다고 제언하였다. 이렇듯 다른 질환을 가진 환자들을 대상으로 한 연구에서 우울은 극복력에 영향을 미치는 중요한 변수임을 확인할 수 있다.

뇌졸중 환자에서 우울은 질병상태의 회복, 장애 정도, 일상활동과 언어기능, 사망률, 삶의 질에 부정적인 영향을 미친다고 보고되어 뇌졸중 환자에서 우울의 관리는 매우 중요하다(김인자 등, 2000). 한 연구에서는 급성기 뇌졸중 이후 우울 증상은 삶의 질 저하와 관련이 있으며 뇌졸중 초기의 우울 증상 유무가 발병 3년 후 시점의 삶의 질 저하와도 관련이 있다고 보고하였다(김현철 등, 2002).

이렇듯 여러 선행 연구들에서 뇌졸중 환자의 우울은 극복력과 삶의 질에 영향을 미치는 중요한 변수인 것으로 나타났다. 그러나 현재까지 뇌졸중 환자를 대상으로 뇌졸중 후 우울이 극복력에 미치는 영향에 대한 연구는 찾아보기 힘든 실정이다. 따라서 본 연구에서 재가 뇌졸중 환자의 우울이 극복력에 미치는 영향에 대하여 자세히 규명해보기로 한다.

(2) 뇌졸중 후 중추성 통증

중추성 통증은 중추 신경계의 손상이나 기능 장애로 말미암아 나타나는 마비 부위의 통증이나 감각 이상으로 나타나며, 모든 중추성 통증 환자의 80%정도가 뇌졸중환자에게서 나타나며, 척수손상, 중증근무력증 등이 중요한 3대 원인이다(Beric, 1998).

뇌졸중 후 중추성 통증은 뇌졸중 환자의 4~25%에서 발생하며(Lindgren et al., 2007), 뇌출혈이나 뇌경색 등이 체성 감각계를 침범하여 다양한 수준의 통증을 야기시켜 타는 듯한 감각과 이상감각을 포함한 여러 종류의 다양한 양상으로 나타나며, 치료가 매우 어렵다. 또한 급성의 중추 신경계 손상에 대한 치료가 끝난 후에는 이 중추성 통증이 임상에서 주요한 문제로 대두되어, 이미 뇌졸중이라는 커다란 손상을 당한 환자들에게 또 다른 고통을 주게된다(Xu et al., 1997).

뇌졸중 후 중추성 통증은 손상된 뇌 부위의 반대측에 계속되는 통증을 말하며(Bowsher, 1999), 편측의 반신에서 약 75% 나타나며 사지의 한 부분에만 국소적으로 나타나는 경우도 있다(Tasker, 2001). 중추성 통증의 임상적 특징은 자발적이고 지속적이거나 간헐적, 돌발적으로 쏘시는 듯한 이상감각이며 운동장애 등의 비자각적 이상은 중추성 통증과 항상 동반되지는 않는다(Pagni, 1994). 뇌졸중 환자가 주로 호소하는 통증은 타는 듯한 느낌이며, 얼음을 대고 있는 듯한 통증, 짝어지는 통증으로 표현된다. 감정이나 운동, 전기자극에 의하여 악화되며 냉 감각, 촉감, 진동에 이질통을 보인다(Scott, 1996).

중추성 통증의 발생 기전은 아직 확실하게 밝혀지지 않는으나, 망상 시

상로와 척수 시상뉴런들의 과민반응에 의해 발생한다는 의견, 또는 통각과 온도에 대한 지각이상이 나타나는 것으로 보아 척수시상로와의 관련성이 있을 것이라는 의견 등으로 다양하다(대한 통증학회, 2000).

통증은 스트레스, 감정, 특히 불안에 의해 악화된다. 대상자가 지각하는 통증 정도는 우울, 무기력, 불안, 등의 심리적 요소들과 관련이 있으며, 수면, 나이, 결혼상태 등의 사회적 요인 등에 영향을 받는다. 즉 통증경험은 철저히 개인적이고 개별적인 경험이며, 같은 질병을 가진 환자라도 매우 다른 통증양상을 관찰할 수 있고 통증치료도 환자마다 차이가 있다(강은경, 2003). 또한 ‘통증’의 정의를 명확히 내리기는 어려우며, Kim & Choi-Kwon(1999)은 통증의 강도를 VAS 5점 이상을 기준으로 정의를 내렸다.

뇌졸중으로 인한 통증이 만성화될 경우, 환자들은 심리적 긴장감, 불안감, 절망, 분노 등으로 수면장애, 우울증 등의 정신적인 문제를 야기하게 된다. 이는 통증을 받아들이는 대뇌에서의 인식과정의 변화를 유발하여 신체적 통증을 치료하기 어려운 전형적인 만성 통증의 형태를 이루게 된다(박은정 외, 2007).

Choi-Kwon 등(2006)은 뇌졸중 후 통증이 발생한 경우 통증 자체가 환자의 회복 및 적절한 재활치료를 방해할 수 있으며 삶의 질에 부정적인 영향을 미칠 수 있다고 하였으며, Kwok 등(2006)은 뇌졸중 환자에게 통증이 있을 경우 삶의 질은 낮게 보고되었다고 하였다. 이렇듯 뇌졸중 후 통증은 환자의 회복에 영향을 주며, 삶의 질에 부정적인 영향을 미친다는 것을 알 수 있다. 따라서 뇌졸중 후 중추성 통증은 뇌졸중 환자의 삶의 질에 영향을 미치는 중요한 변수임을 알 수 있다.

현재까지 진행된 극복력 연구에서 뇌졸중 후 중추성 통증이 극복력에 미치는 영향에 대한 연구는 찾아보기 힘든 실정이다. 따라서 본 연구에서 재가 뇌졸중 환자의 중추성 통증이 극복력에 미치는 영향에 대하여 알아보고자 한다.

4) 심리사회적 요인

(1) 자아존중감

Garmezy(1985)는 극복력의 요인 중 극복력의 심리적 속성으로 자율감, 자기존중감, 긍정적인 사회지향을 제시하였다. Olsson 등(2003)은 1990-2000년 사이의 12세에서 18세 청소년의 극복력 관련 문헌을 고찰하며 극복력의 구성요인을 설명하였다. 심리적 요인으로는 긍정적 기질, 사회성, 지성, 의사소통 능력, 자아존중감, 내적 통제위 등이 있다고 설명하였다.

많은 학자들이 극복력의 심리적 요인으로서의 제시한 자아존중감은 자기 존중, 자기수용, 자신감, 자아개념 등과 학자들마다 다양하게 정의하고 있다. 그러나 심리사회적 적응에 영향을 미치는 중요한 보호요인이라는 점에서는 일치된 시각으로 바라보고 있다.

자아 존중감의 정의는 3가지 측면으로 나누어 살펴볼 수 있다. 첫째, 자신에 대한 평가적 요소를 중요시한 정의로써 Rosenberg(1965)는 자아존중감이란 개인이 자기 스스로에 대해 판단하거나 의식적으로 유지하는 평가라고 하였다. 둘째, 자신의 감정적 요소를 중요시한 정의로 Weiner(1979)는 자아존중감이란 개인이 스스로에 대해 인정하는 가치이며, 성공의 차원과 관련하여 자신이 하는 일에 대해 성공을 기대하는 정도라고 정의하였다. 셋째, 평가적 요소와 감정적 요소를 모두 강조한 정의로 Coopersmith(1967)는 자아존중감은 개인이 자신에 대하여 형성하고 습관적으로 유지해 나가는 자기평가이며, 자신에 대한 인정 혹은 불인정의 태도이고, 자신이 능력 있고 의미 있는 사람으로서 성공적이고 가치 있는 사람이라고 느끼는 정도라고 말하고 있다. (임영선, 2004에서 재인용)

질병이나 사고는 일상생활에 큰 위협적인 사건으로 자아존중감을 위협한다(Rubin, 1968). Rifee(1981)는 입원과 수술은 동료와의 경쟁기회를 감소시키므로 자아존중감을 저하시킨다고 보고하였으며, 자아존중감은 질병, 사고, 재활에 관련된 성격요소로서 연구되고 있다고 하였다.

뇌졸중 환자는 자신의 신체에 대한 통제력을 잃은 후 계속해서 심리적인

통제력 상실까지 경험하게 되며 이는 자아존중감에 상처를 주는 원인이 되고 스스로 아무것도 할 수 없는 느낌은 무력감을 주어 결국엔 삶의 질이 저하되고 소극적인 삶을 살아가게 될 수 있다(권은희, 2003). 김광수(2008)는 노인을 대상으로 뇌졸중 유무에 따른 자아존중감을 확인한 결과 일반 노인에 비해 뇌졸중 노인의 경우 자아존중감이 낮게 보고되었으며 남성노인이 여성노인보다, 학력이 높을수록, 배우자와 동거하는 경우 높고 재산과 생활비가 많을수록 자아존중감이 높은 것을 확인하였고 유병기간이 길어질수록, 연령이 높을수록 자아존중감은 낮아짐을 알 수 있었다. 따라서 뇌졸중 발병은 환자들의 자아존중감에 영향을 미칠 수 밖에 없다.

송양숙(2004)의 재가 신체장애인을 대상으로 한 연구에서 자아존중감이 높을수록 극복력이 높게 나타났다. 대상자의 극복력에 미치는 영향요인 중 자아존중감의 설명력이 47.2%로 높게 나타나 극복력의 예측변수 중 가장 높게 나타났다. 따라서 극복력을 증진시키기 위해서 자아상을 회복시킬 수 있는 자아존중감 증진 프로그램의 개발과 실시가 필요하다고 하였다. 또한 이현화(2003)의 부모의 문제음주 정도에 따른 청소년의 극복력 연구에서 청소년 집단의 자아존중감이 유의하게 극복력을 설명하는 것으로 나타나, 청소년들의 자아존중감을 향상시킬 수 있는 중재 프로그램 개발이 필요하다고 하였다.

따라서 본 연구에서는 재가 뇌졸중 환자의 자아존중감을 확인하고 극복력과 관계를 파악함으로써 자아존중감을 증진시키기 위한 간호중재 개발에 기초자료를 마련하고자 한다.

(2) 사회적 지지

김혜성(1996)의 사지마비 환자들을 대상으로 극복력 개념개발 연구에서 극복력의 사회적 속성으로 사회에의 소속감, 사회적 지지, 능동적인 사회적 관계가 있다고 제시하였다. Olsson 등(2003)은 극복력의 영향요인 중 가족적 요인으로 가족지지, 가족 결속력, 자녀에 대한 신뢰, 배우자 지지 등이 있으며, 사회 환경적 요인으로는 경제적 수준, 친구 지지, 선생님 지지, 성

공 경험, 사회의 지지 등이 있다고 설명하였다.

인간은 사회적인 존재로서 다양한 사회적 관계들과 상호작용하며 성장, 발전하게 된다. 인간은 기본적인 사회적 욕구를 갖고 있어 타인과의 사회적 상호작용을 통해서 충족될 수 있다. 이러한 인간의 사회적 욕구를 충족시키고자 타인과 의미 있는 상호작용을 하면서 사회적 지지를 받게 되며, 사회적 지지는 인간의 건강에 영향을 미치는 중요한 결정인자라고 할 수 있다 (박지원, 1985).

사회적 지지에 대한 학문적 관심은 1970년대 이후부터 관심이 높아지기 시작하였다. 사회적 지지라는 개념은 Cobb(1976), Cassel(1976), Kaplan(1977) 에 의해 처음 소개되었으며, 임상의학분야에서 주로 심리적, 신체적 질병에 대한 사회적 지지의 효과를 중심으로 연구가 진행되어 왔다. 사회적 지지는 스트레스나 위기의 충격을 감소하거나 완충시키는 작용을 함으로써 건강에 긍정적인 영향을 미친다고 하였다(House, 1987).

사회적 지지의 개념은 학자마다 다양하게 정의되고 있다. Cobb(1976)는 사회적 지지를 “한 개인이 타인으로부터 사랑을 받고, 존중되며, 가치 있다고 여겨지고 또한 의사소통 관계망에 소속되어 있다고 믿게 하는 것”이라고 하였다. Wethington 등(1986)은 사회적 지지란 한 개인을 중심으로 하여 그를 둘러싸고 있는 가족, 친구, 이웃, 전문가 등으로부터 제공받는 도움으로, 기본적인 사회적 욕구를 충족시키며 스트레스 발생을 예방할 뿐만 아니라 스트레스 상황에 노출되는 개인을 심리적, 생리적으로 보호하는 방패나 완충역할을 함으로써 개인의 위기나 변화에 대한 적응을 도와주는 변수라고 하였다. 사회적 지지의 제공자로는 가족, 친구들, 직장동료, 전문가 등이 있으며 정추자(1992)는 이와 같은 구조적인 것뿐만 아니라 이들과의 관계에서 얻어지는 지지의 내용이나 질을 모두 포함한다(House, 1987).

박지원(1985)은 사회적 지지의 내용을 다음의 네 가지로 분류하였다. 첫째, 사랑·이해·격려·신뢰·관심 등의 정서적 지지, 둘째, 사건해결과 관련된 여러 정보제공의 정보적 지지, 셋째, 금전·용역의 제공 등의 필요 시 직접·간접적으로 돕는 행위를 포함하는 물질적 지지, 넷째, 자신의 행위를 인정·

칭찬하는 등의 자신을 평가해 주는 태도·행위의 평가적지지로 분류하였다. 정서적 지지는 질병 전 과정에서 필요하나 특별히 위기 중에 가장 유용하며, 정보 및 평가적 지지는 변화가 발생하는 상태에서, 물질적 지지는 부족함이 있는 상태에서 유용하다고 하였다 (정추자, 1992).

사회적 지지 제공원 중에서 가족은 환자에게 가장 직접적인 영향을 줄 수 있다. 특히 뇌졸중은 많은 불구를 초래하는 만성질환이기 때문에, 환자는 의존적이 되어 일상생활과 자가간호를 대신할 누군가의 도움이 요구되고, 대부분의 경우 가족이 이러한 역할을 담당하고 있다(김희선, 2007). 가족 내에 환자가 발생하면 환자간호 역할을 담당하게 됨은 물론 가족생활도 크게 영향을 받게 된다. 특히 우리나라는 서구사회와는 달리 가족주의 가치가 강하며 가족 간의 유대관계를 중요시하므로, 대부분의 의료기관에서는 가족구성원이 상주하며 간호하는 것을 당연시 하며 환자의 질병에 대한 책임을 사회보다는 가족에게 위임하고 있는 실정이다(나효순, 2003). 가족은 가족구성원의 질병과 건강에 가장 중요한 영향을 미치는 일차적 단위로, 가족원은 건강간호 추구활동의 지지, 건강증진, 질병예방을 포함한 치료적 역할을 수행하며, 환자가 치료를 선택하는 결정을 하도록 돕고 장기간의 치료를 관리하고 평가하는데 조력한다(Hanson et al, 1996).

암환자를 대상으로 한 연구에서 가족의 지지가 아동이나 청소년의 극복력에 직접적인 영향을 미친다고 하였다(신혜원, 2005). 우울증 환자를 대상으로 한 연구에서 가족지지가 높을수록 극복력이 높았으며 간호사는 우울증 환자의 가족을 간호에 포함시켜 지지자원으로써 역할을 할 수 있도록 각종모임과 교육을 실시해야 한다고 하였다(김지연, 2010). 여러 연구 결과들을 통하여 가족은 만성질환자들의 극복력에 중요한 집단이라는 것을 알 수 있다.

뇌졸중 환자에게 가족은 회복을 위한 동기와 지지를 제공할 뿐 아니라 회복을 위한 환경을 조성하여 환자 스스로 회복 촉진을 위한 행동수정을 유지하고 촉진하게 하여 환자의 회복 과정에 결정적인 영향을 미친다(강복희, 2000). 뇌졸중에 의한 기능장애는 가족의 지지의 정도에 따라 적응과 극복

의 정도가 달라질 수 있다. 뇌졸중 환자와 가족의 상호이해와 가족의 지지는 극복과 관련 있다(강현숙, 1984).

다른 만성 질환자에 비하여 신체적·인지적 장애가 발생하는 뇌졸중 환자의 경우 가족의 지지 뿐만이 아니라, 이웃이나 친구에 의하여, 건강전문인들이나 지역사회 자원에 의하여 제공되는 사회적인 지지가 극복력에 중요한 것으로 보고되었다(Friedland, McColl 1992). 사회적 지지의 효과는 극복력을 증진시키는 보호요인 중에서 중요하게 작용하고 있으며 Dumont와 Provost(1999)는 사회적 지지가 높고 사회활동이 활발할수록, 청소년들의 극복력이 높고 개인내적으로는 자아존중감과 대처능력이 높다고 하였다. 최윤정 등(2001)는 알코올 중독자 자녀들을 대상으로 한 연구에서 친구와 건강전문인들에 의한 사회적 지지가 높고 사회활동과 또래 집단 활동이 활발할수록 극복력이 높다고 하였다.

뇌졸중 환자는 신경학적 결손뿐만 아니라 삶의 질 저하, 우울, 의존성 증가, 사회적 소외감을 경험하게 되므로 신체적 지지뿐만이 아니라 신체와 심리, 사회적인 측면이 모두 고려된 사회적 지지가 필요하다(Travis et al., 2004). 따라서 사회적 지지는 뇌졸중 발병 후 운동 기능 장애, 언어, 인지 장애 등을 여러 후유증을 경험하는 환자들의 극복력에 영향을 주어 사회에 적응하며 살아가도록 하는데 있어 중요한 역할을 할 것으로 사료된다.

본 연구에서는 극복력의 영향요인들을 구분하여 재가 뇌졸중 환자의 극복력에 미치는 영향에 대하여 다차원적으로 파악하고자 한다.

Ⅲ. 연구 방법

1. 연구설계

본 연구는 재가 뇌졸중 환자의 극복력을 파악하고 극복력 관련 요인을 규명하기 위한 횡단적 서술적 조사연구이다. 재가 뇌졸중 환자의 극복력에 영향을 미치는 요인들에 대한 문헌고찰과 선행연구를 토대로 재가 뇌졸중 환자의 인구학적 요인, 질병관련 요인, 뇌졸중 후 생행동적 변화, 심리사회적 요인이 재가 뇌졸중 환자의 극복력에 영향을 줄 것으로 보고 본 연구의 개념틀은 <그림1> 과 같이 구성하였다. 본 연구의 범위는 점선으로 표시된 부분으로 한정한다.

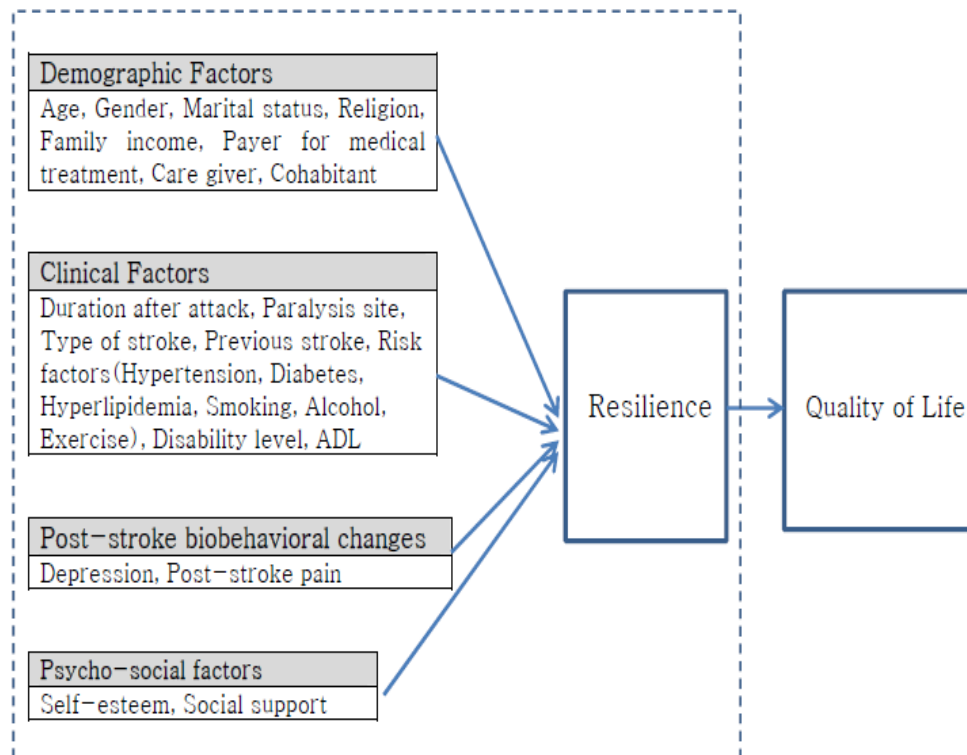


Figure 1. Study Design

2. 연구대상

연구대상자는 경기도에 소재한 3차 진료기관과 재활병원의 외래 진료를 받고 있는 재가 뇌졸중 환자로, 다음의 사항에 해당하는 환자를 대상으로 하였다.

보건복지부 질병관리본부 건강영양조사과의 2010년 자료에 의하면 40세 이상의 뇌졸중 유병률은 2.5%였다. 신뢰구간은 0.05, 신뢰수준 95% ($Z=1.96$)일 때, 본 연구에서의 표본은 최소 103 명이 되어야 한다¹⁾. 본 연구에서는 총 120명을 대상으로 하였다.

구체적인 기준은 다음과 같다.

- 1) 뇌졸중 발병 후 3개월이 지난 자.
- 2) 나이가 40세 이상에서 89세 이하인 자.
- 3) 의식이 명료하며, 실어증, 무의지증, 치매 등이 없으며 면담과 협조가 가능한 자.
- 4) 설문조사에 응할 수 있으며, 심한 의사소통에 어려움이 없는 자(severe aphagia, dysarthria이 없는 자)

1) Sample Size= $\frac{Z^2 \times p \times (1-p)}{L^2}$

Z= Z value(1.96 for 95% confidence level)

P= percentage picking a choice

L= allowable error

3. 연구 도구

1) 극복력

극복력은 Wagnild와 Young(2010)이 개발한 극복력 척도(Resilience scale: RS)를 본 연구자가 번역과 역 번역의 과정을 거쳐 전문가(간호학 교수 2인)의 자문을 통해 내용 타당도를 검증하였다. 이 도구는 7점 Likert 척도로 14문항으로 구성되어 있으며, 극복력의 5가지 특성인 자신에 대한 믿음, 의미부여, 평정심, 인내, 실존적 고독을 반영하여 측정하고 있다. 점수는 ‘전혀 그렇지 않다’ 1점부터 ‘매우 그렇다’ 7점까지이고, 최저 14점에서 최고 98점으로 점수가 높을수록 극복력이 높음을 의미한다. 총점 14~64점까지는 낮은 극복력, 65~81점까지는 중간 정도의 극복력, 82~98점까지는 높은 극복력으로 분류하였다(Wagnild, 2010). 개발 당시 Cronbach’s alpha는 .92였으며 본 연구에서의 Cronbach’s alpha는 .97이었다.

2) 인구학적 요인

대상자의 인구학적 요인은 연령, 성별, 결혼상태, 종교, 가족의 월소득 수준, 치료비용 부담자, 주 간호자와의 관계, 동거 가족원 등의 문항들로 구성되어 있다.

3) 질병관련 요인

대상자의 질병관련요인은 마비측, 발병 후 경과 기간, 이전 뇌졸중 발생 유무, 뇌졸중에 영향을 미치는 위험 질환(고혈압, 당뇨병, 고지혈증, 심장질환)유무, 생활습관 위험요소 (흡연, 음주, 운동)유무, 장애 정도(MRS: Modified Rankin Scale)점수 등의 문항들로 구성되어 있다.

4) 일상생활동작 정도

뇌졸중 환자의 일상생활동작 정도를 측정하기 위해 본 연구에서는 1965년 Mahoney 와 Barthel 이 만성질환자의 일상생활 자립도를 평가하기 위하여 개발한 Barthel Index를 Shah, Vanclay & Cooper(1989)가 수정 보완한 Modified Barthel Index(MBI)를 사용하였다. 평가 항목은 자가간호 동작 9개 항목, 이동능력 6개 항목을 포함한 15개의 세부항목으로 구성되어 있으며, 각 항목들은 상대적인 중요도에 따라 점수가 주어지고 한 항목 내에서는 대상자의 기능정도에 따라 3-4단계의 점수를 주게 된다. 각 항목을 평가하고 합산하여 0점에서 100점까지 측정하도록 되어 있으며, 점수가 높을수록 일상생활정도가 높음을 의미한다. Shah, Vanclay & Cooper(1989) 연구에서의 Cronbach's alpha는 .90이었으며 본 연구에서의 Cronbach's alpha는 .95였다.

5) 뇌졸중 후 생행동적 변화

(1) 뇌졸중 후 우울

뇌졸중 후 우울은 우울증 선별 도구인 BDI(Beck Depression Inventory)를 이영호와 송중용(1991)이 번안한 도구를 사용하였다. BDI 는 총 21개 문항으로 각각 4개 항목으로 구성되어 있으며 최저 점수는 0점이며 최고점수는 63점이다. 총점 10~14점까지는 경계선 우울증, 15~20점까지는 경우 우울증, 21~30점까지는 심한 우울증, 31~63점까지 극심한 우울증으로 분류하였다 (Beck et al., 1978). 이 기준에 의하여 본 연구에서는 14점 이하는 정상, 15점 이상은 우울장애로 나누어 분류하였다. 김형선(2009)의 연구에서의 Cronbach's alpha는 .89이었으며 본 연구에서의 Cronbach's alpha는 .97이었다.

(2) 뇌졸중 후 중추성 통증

뇌졸중 후 중추성 통증은 시각상사척도(visual analog scale)로 측정하였다. 일상생활 할 때 지장이 없고 통증의 지각증상이 없는 상태를 0점으로, 일상생활을 전혀 수행할 수 없고 참을 수 없을 정도의 심한 통증이 지속되는 상태를 10점으로 하여 통증의 정도를 표현하도록 할 것이다.

6) 심리사회적 요인

(1) 자아존중감

자아존중감을 측정하기 위해 Rosenberg(1965)가 개발한 자아존중감 척도(Self-Esteem Scale)를 전병제(1974)가 번안한 것을 사용하였다. 이 척도는 자신감 영역 4문항, 조절능력 영역 3문항, 긍정적 자아상 영역 3문항으로 총 10문항으로 구성되었다. ‘대체로 그렇지 않다’ 1점에서 ‘매우 그렇다’ 4점까지이며 4점 Likert 형 척도로 최저 10점에서 최고 40점까지 점수가 높을수록 자기존중감이 높은 것을 의미한다. 도구 개발 당시의 Cronbach’s alpha는 .92였으며, 손신영(2006)의 연구에서의 Cronbach’s alpha는 .85였다. 본 연구에서의 Cronbach’s alpha는 .81이었다.

(2) 사회적 지지

사회적 지지를 조사하기 위해 Mitchell 등(2003)이 개발한 ENRICHED Social Support Inventory (ESSI)을 서민희(2009)가 번안한 도구를 사용하였다. ESSI는 구조적인 지지, 도구적인 지지, 감정적인 지지, 결혼 여부에 관한 7문항으로 구성되어 있으며, 5점 척도로 평가할 예정이다. 최저 8점에서 최고 34점까지이며, 점수가 높을수록 사회적 지지가 좋음을 의미한다. 도구 개발 당시 Cronbach’s alpha는 .86이었으며 서민희(2009)의 연구에서는 Cronbach’s alpha는 .87이었다. 본 연구에서의 Cronbach’s alpha는 .96이었다.

4. 자료 수집 절차

본 연구는 서울대학교 간호대학 내의 연구윤리심의위원회(IRB)에 연구계획서를 제출하여 승인을 받은 후 진행하였다(승인번호: 2012-70). 본 조사의 자료수집은 2013년 1월부터 2013년 3월중순까지 제 3차 진료기관과 재활병원 외래를 방문하는 환자들을 대상으로 진행하였다. 연구 대상자들을 보호하기 위하여 연구자가 직접 재가 뇌졸중 환자에게 일대일 면담을 통하여 연구목적을 설명하고 연구동의를 서면으로 받은 후, 설문조사를 실시하였다. 조사에 대하여 본인이 동의하지 않는 경우나 개인적 사유로 중단을 원한 경우 조사대상자에서 제외시켰다. 연구자는 대상자에게 구조화된 설문지의 내용 및 작성법에 대해 설명하여 응답하도록 하였다. 환자 한 명당 설문지 작성하는 시간은 약 20-25분정도가 소요되었다.

자료수집에 앞서 자료 수집자간의 오차를 줄이기 위하여 사례 연습을 통하여 충분히 훈련하였다. 조사과정에서 문제점이 발생했을 경우 이를 설문지에 표시하게 하였으며, 이후 자료 수집자와 연구자가 상의하여 문제를 최소화시켜 분석결과에 영향을 미치지 않도록 하였다. 연구자가 직접 환자를 만나 조사한 경우는 103명, 담당 간호사가 환자를 대상으로 자가 보고식으로 설문 조사한 경우가 35명이었다. 이 중에서 기입이 불확실하거나 응답이 제대로 되어 있지 않은 설문조사 결과를 제외하고 총 120명의 재가 뇌졸중 환자의 설문조사 자료를 사용하였다.

5. 자료 분석방법

수집된 자료는 SPSS 19.0을 이용하여 분석하였으며, 구체적인 내용은 다음과 같다.

- 1) 한국어로 번역한 극복력 측정도구의 신뢰도 평가를 위한 내적 일관도는 Cronbach's alpha를 이용하였다.
- 2) 한국어로 번역한 극복력 측정도구의 구성 타당도를 평가하기 위하여

주축요인추출을 이용한 요인분석을 실시하였다.

- 3) 대상자의 인구학적 요인과 질병관련 요인은 실수와 백분율을 산출하였다.
- 4) 연속변수인 대상자의 연령, 뇌졸중 발병 후 경과기간, 질병관련요인 중에서 일상생활동작 정도, 뇌졸중 후 생행동적 변화, 심리사회적 요인, 극복력 정도를 알아보기 위해 평균, 표준편차, 범위를 구하였다.
- 5) 대상자의 인구학적 요인, 질병관련 요인, 뇌졸중 후 생행동적 변화, 심리사회적 요인에 따른 극복력 정도는 t-test 또는ANOVA로, 사후 검정은 Scheffe's test 로 분석하였다.
- 6) 대상자의 극복력과 유의한 연속변수인 연령, 일상생활동작 정도, 뇌졸중 후 생행동적 변화 중 우울, 심리사회적 요인과의 상관관계는 Pearson's correlation을 사용하여 분석하였다.
- 7) 대상자의 극복력에 영향을 미치는 요인을 파악하기 위하여 단계적 다중회귀분석을 실시하였다.

V. 연구결과

1. 극복력 측정도구의 타당도와 신뢰도 검증

1) 문항분석

측정도구의 신뢰도와 타당도 검증의 첫 번째 단계로 문항간의 상관관계 (corrected item to total correlation coefficient)를 측정하여 문항분석을 실시하였다(Table 1).

문항간의 상관계수가 .30미만인 경우 해당문항은 척도 영역 내에서 기여도가 낮은 것으로 평가되기 때문에 문항과 전체 문항간의 상관관계가 .30이상인 문항만을 선정한다(이은옥 외, 1998). 본 측정도구의 문항과 전체 문항간의 상관관계는 .726-.851로 모두 .30이상이었으므로 모든 14개 문항으로 재가 뇌졸중 환자의 극복력을 측정하였다.

Table 1. Item total correlation of Resilience Scale

Items contents	Corrected item total correlation	Alpha if item deleted
1. I usually manage one way or another.	.851	.965
2. I feel proud that I have accomplished things in life.	.773	.966
3. I usually take things in stride.	.812	.966
4. I am friends with myself.	.795	.966
5. I feel that I can handle many things at a time.	.837	.965
6. I am determined.	.772	.966
7. I can get through difficult times because I've experienced difficulty before.	.813	.966
8. I have self-discipline.	.821	.965
9. I keep interested in things.	.726	.967
10. I can usually find something to laugh about.	.844	.965
11. My belief in myself gets me through hard times.	.844	.965
12. In an emergency, I'm someone people can generally rely on.	.803	.966
13. My life has meaning.	.848	.965
14. When I'm in a difficult situation, I can usually find my way out of it.	.845	.965

2) 요인분석

1993년도 Wagnild 와 Young에 의해 개발된 25문항으로 구성된 극복력 측정도구는 ‘개인의 유능성’, ‘자신과 삶의 수용성’ 의 2개인 요인으로 분석되어 여러 선행연구들에서 연구가 진행되어왔다. 여러 연구결과들을 토대로 2010년도에 Wagnild는 .40 이상의 inter-item correlation을 보인 9개 문항을 제거한 14문항으로 구성된 극복력 측정도구를 발표하였다.

14문항으로 구성된 측정도구의 타당도 검정을 위해 690명의 성인, 노인들을 대상으로 진행한 Wagnild(2010)의 연구에서, oblimin 회전 방법을 통하여 한 가지 요인이 추출되었으며 53%의 설명력을 나타냈다. 모든 성분은 .42-.64의 범위를 나타내어 .40이상이었으며, Cronbach's alpha 값은 .93으로 높게 나타났다. 또한 36.4세 이상의 1,161명을 대상으로 한 Wagnild(2010)의 다른 연구에서 동일한 방법으로 요인분석을 시행한 결과, 하나의 요인이 추출되어 설명력은 46%, Cronbach's alpha값은 .91로 나타났다. 25문항 측정도구와 14문항 측정도구간의 상관관계는 ($r=.97$, $p<.001$) 높게 나타났다.

본 연구결과를 토대로 변안된 14개 문항의 극복력 측정도구의 요인분석을 실시한 결과, 스크리 도표(Scree Plot)에서 Eigenvalue 값이 10.468로 1.0 이상이었으므로 한 개의 요인이 추출되어 단면적 도구임을 알 수 있었다(부록 2-1).

본 도구의 설명력은 74.8%로 높게 나타났으며(부록 2-2), 설명력이 50% 이상이면 도구의 타당성을 인정할 수 있으므로 도구의 구성타당도가 지지되었다. 또한 본 연구에서의 Cronbach's alpha값은 .97로 높게 나타나, 추출된 요인의 Cronbach's alpha값이 .8이상이므로 신뢰할만한 도구라고 할 수 있다(이은옥 등, 2009).

2. 대상자의 인구학적 · 질병관련 요인

1) 대상자의 인구학적 요인

본 연구 대상자의 인구학적 요인에 대한 분석결과는 <Table 2>와 같다.

대상자의 연령은 40세-89세의 분포를 보였으며 평균 연령은 61.83±14.80 세였으며 60세~69세인 사람이 39명(32.5%)으로 가장 많았고, 다음으로 70세 이상인 사람이 34명(28.3%), 50~59세가 24명(20.0%), 40~49세가 23명(19.2%)로 나타났다. 대상자의 성별은 여성이 61명(50.8%), 남성이 59명(49.2%)으로 여성이 남성보다 더 많았다. 결혼상태는 기혼이 82명(68.3%), 사별이 32명(26.7%), 미혼이 6명(5.0%)순으로 나타났다. 종교는 기독교가 49명(40.8%)으로 가장 많았으며, 다음으로 무교가 31명(25.8%), 불교가 22명(18.3%), 천주교가 18명(15%)순으로 나타났다.

가족의 월수입은 99만원 이하가 50명(41.7%)로 가장 높았으며, 다음으로 200만원 이상이 42명(35.0%), 100만원 이상에서 199만원 이하가 28명(23.3%)으로 나타났다. 치료비용 부담자는 자녀가 36명(30.0%)로 가장 높았으며 본인이 32명(26.7%), 배우자가 28명(23.3%), 기타 20명(16.7%)으로 주로 연금/보험으로 답변하였으며, 부모가 4명(3.3%) 순서로 높게 나타났다. 주간호자는 배우자가 54명(45.0%)으로 가장 많았으며, 다음으로 기타가 48명(40.0%)으로 간병인이 주를 이루었으며, 자녀가 13명(10.8%), 부모가 5명(4.2%)순으로 나타났다. 동거가족과 함께 사는 경우가 104명(86.7%)으로 홀로 사는 경우 16명(11.5%)명보다 월등히 높게 나타났다. 동거 가족원은 자녀가 80명(42.3%), 배우자 74명(39.2%), 기타가 20명(10.6%), 부모가 15명(7.9%)순으로 나타났다.

Table 2. Demographic factors of the subjects (N= 120)

Variables	Classification	N(%)	Mean±SD (Range)
Age(years)	40~49	23(19.2)	61.83±14.80 (40~89)
	50~59	24(20.0)	
	60~69	39(32.5)	
	≥70	34(28.3)	
Gender	Male	59(49.2)	
	Female	61(50.8)	
Current marital status	Single	6(5.0)	
	married	82(68.3)	
	Separation by death	32(26.7)	
Religion	Christian	49(40.8)	
	Catholic	18(15.0)	
	Buddhism	22(18.3)	
	No Religion	31(25.8)	
Family income (10,000won/month)	≤99	50(41.7)	
	100~199	28(23.3)	
	≥200	42(35.0)	
Payer for medical treatment	Self	32(26.7)	
	Spouse	28(23.3)	
	Children	36(30.0)	
	Parents	4(3.3)	
	Others	20(16.7)	
Care giver	Spouse	54(45.0)	
	Children	13(10.8)	
	Parents	5(4.2)	
	Others	48(40.0)	
Cohabitant situation	Alone	16(13.3)	
	With others	104(86.7)	
	With one's spouse	74(39.2)	
	With one's children	80(42.3)	
	With one's parents	15(7.9)	
	With others	20(10.6)	

2) 대상자의 질병관련 요인

본 연구 대상자의 질병관련 요인에 대한 분석결과는 <Table 3>과 같다. 뇌졸중 발병 후 경과기간은 평균 18 ± 10.42 개월로 나타났으며, 범위는 최소 3개월에서 최대 48개월까지의 분포를 보였다. 발병 후 기간이 7개월에서 12개월 이내는 34명(28.3%)으로 가장 많았으며, 다음으로 13개월에서 24개월 이내는 33명(27.5%), 6개월 이내는 27명(22.5%), 25개월 이상을 26명(21.7%) 순으로 나타났다. 마비부위는 왼쪽이 72명(60%)로 오른쪽보다 많았다. 뇌출혈환자가 67명(55.8%)로 뇌허혈 환자 53명(44.2%)보다 많았으며, 이전에 뇌졸중 병력이 없는 환자는 105명(87.5%), 병력이 있는 환자는 15명(12.5%)에 불과하였다.

뇌졸중의 위험요인 중 고혈압이 있는 환자가 67명(55.8%)으로 없는 환자 53명(44.2%)보다 높게 나타났으나, 당뇨 환자는 34명(28.3%), 고지혈증 환자는 20명(16.7%), 심장질환자는 13명(10.8%)에 불과하였다. 흡연의 경우, 전혀 흡연한 적이 없는 환자가 73명(60.8%)으로 가장 많았으며, 피우다가 끊은 환자가 47명(39.2%)로 뒤를 이었다. 음주의 경우, 전혀 마시지 않은 환자가 80명(66.7%)로 나타났으며, 이전에 마셨으나 지금은 마시지 않는 환자가 40명(33.3%)로 나타났다. 운동은 가끔 운동한 환자가 57명(47.5%)로 가장 많았으며, 지속적으로 운동하는 환자가 35명(29.2%), 운동을 하지 않는 환자가 28명(23.3%)순으로 높게 나타났다.

장애 정도는(MRS) 중등도의 장애가 43명(35.8%)로 가장 많았으며, 중상등도의 장애가 36명(30%), 경도의 장애가 23명(19.2%), 심한 장애가 18명(15%) 순으로 나타났다. **일상생활동작 정도는 (ADL)** 0-24점은 전적인 의존상태, 25-49점은 중한 의존상태, 50-74점은 중간 정도의 의존상태, 75-90점은 경한 의존상태, 91-100점은 최소한의 의존상태로 분류할 수 있다(Shah et al., 1989). 본 연구에서는 일상생활동작 정도의 평균은 57.13 ± 32.80 으로 나타났으며, 최저 1점에서 최고 100점까지의 분포를 보였다. 경한 의존상태가 32명(26.7%), 전적인 의존상태가 28명(23.3%),

중간 정도의 의존상태가 26명(21.7%), 최소한의 의존상태가 19명(15.8%),
 중한 의존상태가 15명(12.5%) 순으로 나타났다.

Table 3. Clinical factors of the subjects

Variables	Classification	N(%)	Mean±SD(Range)
Duration after attack (months)	≤6	27(22.5)	18 ± 10.42 (3~48)
	7-12	34(28.3)	
	13-24	33(27.5)	
	≥25	26(21.7)	
Paralysis site	Left	72(60)	
	Right	48(40)	
Type of stroke	Cerebral infarction	53(44.2)	
	Cerebral bleeding	67(55.8)	
Previous strok	No	105(87.5)	
	Yes	15(12.5)	
Hypertension	No	53(44.2)	
	Yes	67(55.8)	
Diabetes	No	86(71.7)	
	Yes	34(28.3)	
Hyperlipidemia	No	100(83.3)	
	Yes	20(16.7)	
Heart disease	No	107(89.2)	
	Yes	13(10.8)	
Smoking	No	73(60.8)	
	Previous smoker	47(39.2)	
Alcohol intake	No	80(66.7)	
	Previous intaker	40(33.3)	
Exercise	No	28(23.3)	
	Sometimes	57(47.5)	
	Continuously	35(29.2)	
Disability level	Mild	23(19.2)	
	Moderate	43(35.8)	
	Moderately severe	36(30)	
	Severe	18(15)	
ADL	Minimal(0~24)	19(15.8)	57.13 ±32.80 (1~100)
	Mild (25~49)	32(26.7)	
	Moderate (50~74)	26(21.7)	
	Severe (75~90)	15(12.5)	
	Total (91~100)	28(23.3)	

Note. Disability level was measured by MRS(Modified Rankin Scale),
 ADL=Activities of daily living

3. 대상자의 뇌졸중 후 생행동적 변화, 사회심리적 요인, 극복력

뇌졸중 후 생행동적 변화 요인 중 중추성 통증의 경우, 통증을 호소하지 않은 환자는 58명(48.3%), 통증을 호소한 환자는 62명(51.7%)으로 나타났다. 통증 강도의 평균 5.81 ± 2.039 (range 1~9)이었다. 통증 강도의 평균점수를 고려하여 세 집단으로 분류한 결과, 0~3점까지의 낮은 통증은 11명(17.7%), 4~6점까지의 중간 정도의 통증은 22명(35.5%), 7~10까지의 높은 통증은 29명(46.8%)로 나타났다.

뇌졸중 후 우울 정도는 총점 10~14점까지는 경계선 우울증, 15~20점까지는 경우우울증, 21~30점까지는 중간 정도의 우울증, 31~63점까지 심한 우울증으로 분류하였다 (Beck et al., 1978). 이 기준에 의하여 본 연구에서는 14점 이하는 정상, 15점 이상은 우울장애로 나누어 분류하였다. 뇌졸중 후 우울이 없는 환자는 56명(46.7%), 우울이 있는 환자는 64명(53.3%)였으며, 뇌졸중이 있는 환자 중 경한 우울증은 10명(15.6%), 중간 정도의 우울은 26명(40.6%), 심한 우울은 28명(43.8%)로 나타났다. 뇌졸중 후 우울은 평균 18.92 ± 14.123 (range 2~51)이었으며, 평균평점은 0.90 ± 0.673 로 나타났다.

심리사회적 요인 중에서 자아존중감의 경우 평균점수를 고려하여 세 집단으로 분류하였으며, 11~19점의 낮은 자아존중감은 33명(27.5%), 20~24점은 중간 정도의 자아존중감은 68명(56.7%), 25~30점의 높은 자아존중감은 19명(15.8%)로 나타났다. 자아존중감의 평균 21.22 ± 3.181 (range 11~30)이었으며, 평균평점은 2.12 ± 0.318 로 나타났다.

사회적지지의 경우 평균점수를 고려하여 세 집단으로 분류하였으며, 10~18점의 낮은 사회적지지는 32명(26.7%), 19~28점의 보통수준의 사회적지지는 48명(40.0%), 29~34점의 높은 사회적지지는 40명(33.3%)로 나타났다. 사회적 지지의 평균은 22.59 ± 6.121 (range 10~34), 평균평점은 3.23 ± 0.874 이었다.

극복력 정도를 보기 위하여 세 집단으로 분류한 결과, 총점 14~64점까지의 낮은 극복력은 77명(55.4%), 65~81점까지의 중간 정도의 극복력은 36명(25.9%), 82~98점까지의 높은 극복력은 7명(5.0%)으로 나타났다(Wagnild, 2010). 극복력의 총평균은 55.58점±18.487 (range 18~96), 평균평점은 3.97±1.321 이었다(Table 4). 모든 연구 변수의 왜도와 첨도는 ±2.0 이하로서 정규분포의 가정을 만족하였다.

Table 4. Degree of Post-stroke bio behavioral, Psycho-social factor, and Resilience

Variable	Classification	N(%)	Total Mean±SD (Min~Max)	Mean±SD /number of items (Min~Max)
Post-stroke bio behavioral changes				
Pain intensity	No	58(48.3)	5.81±2.04 (1~9)	-
	Yes	62(51.7)		
	0-3	11(17.7)		
	4-6	22(35.5)		
	7-10	29(46.8)		
Depression	No (≤14)	56(46.7)	18.92±14.12 (2~51)	0.90±0.673 (0~3)
	Yes (≥15)	64(53.3)		
	Mild (15~20)	10(15.6)		
	Moderate (21~30)	26(40.6)		
	Severe (31~63)	28(43.8)		
Psycho-social factor				
Self-esteem	Low (11~19)	33(27.5)	21.22±3.18 (11~30)	2.12±0.318 (1~4)
	Medium (20~24)	68(56.7)		
	High (25~30)	19(15.8)		
Social support	Low (10~18)	32(26.7)	22.59±6.12 (10~34)	3.23±0.874 (1~5)
	Medium (19~28)	48(40.0)		
	High (29~34)	40(33.3)		
Resilience	Low (14~64)	77(55.4)	55.58±18.49 (18~96)	3.97±1.321 (1~7)
	Medium (65~81)	36(25.9)		
	High (82~98)	7(5.0)		

4. 대상자의 인구학적, 질병관련 요인, 뇌졸중 후 생행동적 변화, 심리사회적 요인에 따른 극복력

1) 인구학적 요인에 따른 극복력의 차이

재가 뇌졸중 환자의 인구학적 요인 중 극복력과 유의한 차이를 보인 요인은 연령, 가족의 월수입, 치료비용 부담자였다(Table 5). 정규분포 가정에 대해 오차항은 정규분포가정을 따랐으며, Leven's test 결과 등분산 가정이 충족됨을 확인하였다.

연령이 낮은 집단인 40대(67.00 ± 15.336)가 극복력이 가장 높은 것으로 나타났으며, 50대(62.38 ± 19.29), 60대(52.97 ± 16.98), 70대 이상(46.06 ± 16.09) 순으로 극복력이 통계적으로 유의하게 낮아졌다($F=8.678, p<.001$). 연령에 따른 집단 별 극복력 정도의 차이를 구체적으로 살펴보기 위해 Scheffe's 방법을 이용하여 사후분석을 실시하였다. 사후분석 결과, 세 집단으로 분류되어 연령이 40~49세 집단과 60~69세 집단 간, 40~49세 집단과 70세 이상의 집단 간, 50~59세 집단과 70세 이상인 집단 간의 극복력 정도가 유의미한 수준에서 차이를 보였다.

가족의 월수입의 경우 수입이 200만원 이상인 집단(62.95 ± 19.62)에서 극복력이 높은 것으로 나타났으며, 100만원에서 199만원 이하인 집단(54.54 ± 19.04), 99만원 이하인 집단(49.98 ± 15.13) 순으로 통계적으로 유의하게 낮아졌다($F=4.673, p<.05$). 사후검정결과, 두 집단으로 분류되어 월수입이 99만원 이하인 집단과 200만원 이상 집단 간에 극복력 정도가 유의미한 수준에서 차이를 보였다.

치료비용 부담자의 경우 본인이 부담하는 집단에서(64.06 ± 15.62) 극복력이 높게 나타났으며, 기타(60.58 ± 18.49), 배우자(53.81 ± 19.89), 자녀(46.30 ± 15.56), 부모(44.34 ± 18.57)인 집단 순으로 극복력 정도가 통계적으로 유의하게 나타났다($F= 6.923, p<.001$). 사후검정 결과, 두 집단으로 분류되어 치료비용부담자가 본인인 집단과 자녀인 집단 간, 자녀인

집단과 부모인 집단간의 유의한 차이를 보였다.

Table 5. Differences of Resilience by Demographic factors

Variables	Classification	N	Resilience (Mean ±SD)	t/F	p
Age(years)	40~49	23	67.00 ± 15.33 ^a	8.678	.000**
	50~59	24	62.38 ± 19.29 ^{a,b}		
	60~69	39	52.97 ± 16.98 ^{b,c}		
	≥70	34	46.06 ± 16.09 ^c		
Gender	Male	59	59.05 ± 19.61	2.048	.053
	Female	61	52.23 ± 16.82		
Current marital status	Single	6	65.00 ± 22.75	2.256	.109
	Married	82	56.89 ± 19.13		
	Separation by death	32	50.47 ± 14.95		
Religion	Christian	49	55.47 ± 18.38	.201	.896
	Buddhism	22	53.18 ± 18.92		
	Catholic	18	57.44 ± 16.03		
	No Religion	31	56.39 ± 20.92		
Family income (10,000won/month)	≤99	50	49.98 ± 15.13 ^a	6.172	.003**
	100~199	28	54.54 ± 19.04 ^{a, b}		
	≥200	42	62.95 ± 19.62 ^b		
Payer for medical treatment	Self	32	64.06 ± 15.62 ^a	6.923	.000**
	Spouse	28	53.81 ± 19.89 ^{a, b}		
	Children	36	46.30 ± 15.56 ^b		
	Parents	4	44.34 ± 18.57 ^a		
	Others	20	60.58 ± 18.49 ^{a, b}		
Care giver	Spouse	54	58.70 ± 20.01	1.712	.168
	Children	13	49.46 ± 15.66		
	Parents	5	64.00 ± 25.29		
	Others	48	52.85 ± 16.13		
Cohabitant situation	Alone	16	55.64 ± 19.05	.092	.927
	With others	104	55.19 ± 14.77		
	With one's spouse	74	57.05 ± 19.46		
	With one's children	80	47.56 ± 15.88		
	With one's parents	15	65.00 ± 22.75		
	With others	20	53.17 ± 13.98		

*p<.05, **p<.001, ^{a,b,c} Scheffe's 사후검정으로 통계 처리함.

2) 질병관련 요인에 따른 극복력의 차이

질병관련 요인에 따른 극복력의 차이를 살펴본 결과 유의한 차이를 보인 것은 이전 뇌졸중 발병 여부, 고혈압 유무, 운동 유무, 장애 정도였다(Table 6).

이전 뇌졸중 발병한 경험이 없는 집단(57.09 ± 18.43) 이 있었던 발병 경험이 있는 집단 (45.07 ± 15.66)보다 극복력 정도가 통계적으로 유의미하게 높은 것으로 나타났다($t= 2.402, p<0.05$). 뇌졸중의 위험 질환 중에서, 고혈압이 없는 집단이(60.83 ± 17.29) 고혈압이 있는 집단(51.43 ± 18.47)보다 극복력 정도가 높은 것으로 나타났다($t= 2.847, p<0.05$).

운동의 경우, 운동을 지속적으로 한 집단이(61.54 ± 20.22)의 극복력이 높게 나타났으며, 다음으로 가끔 운동한 집단(55.25 ± 17.41), 운동을 하지 않은 집단(48.82 ± 16.41)의 극복력 순으로 통계적으로 유의미하게 낮아지는 것으로 나타났다($F=3.880, p<0.05$). 사후검정 결과, 두 집단으로 분류되어 운동을 규칙적으로 한 집단과 운동을 하지 않은 집단 간에 극복력 정도가 유의미한 수준에서 차이를 보였다.

장애 정도(MRS)의 경우, 경도의 장애(67.26 ± 15.02)에서 극복력이 높게 나타났으며, 중등도의 장애(61.51 ± 13.36), 중상등도의 장애 (51.78 ± 19.40), 심한 장애(34.11 ± 9.60) 순으로 장애의 정도가 심할수록 극복력의 정도가 통계적으로 유의미하게 낮아지는 것으로 나타났다($F= 19.145, p<.001$). 사후검정 결과, 세 개의 집단으로 분류되어 경도의 장애 집단과 중상등도의 장애집단간, 경도의 장애집단과 심한 장애집단간, 중등도의 장애집단과 심한 장애집단간의 극복력 정도에서 유의한 차이가 나타났다.

일상생활동작(ADL)의 경우, 의존 정도가 낮을수록 ($66.37 \pm 11.42 > 66.28 \pm 14.33 > 60.50 \pm 14.87 > 42.40 \pm 12.58 > 38.54 \pm 16.07$) 극복력 정도가 통계적으로 유의하게 높은 것으로 나타났다($F=21.166, p<.001$). 사후검정 결과, 두 집단으로 분류되었으며 최소한의 의존상태와 중한 의존 상태 집단간, 최소한의 의존상태와 전적인 의존상태 집단간, 경한 의존상태와 중한 의존상태 집단간, 경한 의존상태와 전적인 의존상태 집

단간, 중간 정도의 의존상태와 중한 의존상태 집단간, 중간 정도의 의존상태와 전적인 의존상태 집단간의 극복력 정도에서 유의한 차이를 보였다.

Table 6. Differences of Resilience by Clinical factors

Variables	Classification	N	Resilience (Mean \pm SD)	t/F	p
Duration after attack (months)	≤ 6	27	59.00 \pm 14.94	.744	.528
	7-12	34	53.64 \pm 20.79		
	13-24	33	57.12 \pm 19.57		
	≥ 25	26	52.50 \pm 17.47		
Paralysis site	Left	72	55.83 \pm 18.75	.181	.857
	Right	48	55.21 \pm 18.28		
Type of stroke	Cerebral infarction	53	53.09 \pm 18.70	-1.316	.191
	Cerebral bleeding	67	57.55 \pm 18.22		
Previous stroke	No	105	57.09 \pm 18.43	2.402	.018*
	Yes	15	45.07 \pm 15.66		
Hypertension	No	53	60.83 \pm 17.29	2.847	.005*
	Yes	67	51.43 \pm 18.47		
Diabetes	No	86	56.97 \pm 19.33	1.306	.194
	Yes	34	52.09 \pm 15.90		
Hyperlipidemia	No	100	54.76 \pm 18.84	-1.092	.277
	Yes	20	59.70 \pm 16.41		
Heart disease	No	107	55.79 \pm 19.03	.357	.721
	Yes	13	53.85 \pm 13.64		
Smoking	No	73	53.81 \pm 17.96	-1.315	.191
	Previous smoker	47	48.34 \pm 19.15		
Alcohol intake	No	80	53.86 \pm 17.04	-1.881	.062
	Previous intaker	40	60.03 \pm 20.59		
Exercise	No	28	48.82 \pm 16.41 ^a	3.880	.023*
	Sometimes	57	55.25 \pm 17.41 ^{a,b}		
	Continuously	35	61.54 \pm 20.22 ^b		
Disability Level	Mild	23	67.26 \pm 15.02 ^a	19.145	.000**
	Moderate	43	61.51 \pm 13.36 ^{a,b}		
	Moderately severe	36	51.78 \pm 19.40 ^b		
	Severe	18	34.11 \pm 9.60 ^c		
ADL	Minimal	19	66.37 \pm 11.42 ^a	21.166	.000**
	Mild	32	66.28 \pm 14.33 ^a		
	Moderate	26	60.50 \pm 14.87 ^a		
	Severe	15	42.40 \pm 12.58 ^b		
	Total	28	38.54 \pm 16.07 ^b		

*p<.05, **p<.001, ^{a,b} Scheffe's 사후검정으로 통계 처리함.

Note. Disability level was measured by MRS(Modified Rankin Scale),

ADL=Activities of daily living

3) 대상자의 뇌졸중 후 생행동적 변화, 심리사회적 요인에 따른 극복력 차이

뇌졸중 후 생행동적 변화, 심리사회적 요인에 따른 극복력의 차이를 분석한 결과, 유의한 차이를 보인 변수는 뇌졸중 후 우울, 자아존중감, 사회적 지지였다(Table 7).

뇌졸중 후 생행동적 변화 중에서 유의하게 나타난 우울의 경우, 우울하지 않은 집단 (69.64 ± 10.81)은 우울한 집단(43.28 ± 14.63)에 비하여 극복력이 높게 나타났으며, 우울한 집단 내에서는 경한 우울(58.60 ± 18.39), 중한우울(47.96 ± 8.41), 심한 우울(32.93 ± 10.33) 순으로 우울의 정도가 심할수록 극복력 정도에 유의하게 낮은 것으로 나타났다($F=73.019$, $p<.001$). 사후검정 결과, 심한 우울과 경한 우울간의 극복력 정도에서 유의한 차이가 나타났다.

자아존중감의 경우, 자아존중감이 높은 집단은(72.00 ± 13.07) 극복력이 가장 높게 나타났으며, 다음으로 중간 정도의 자아존중감(57.90 ± 16.19), 낮은 자아존중감(41.36 ± 15.69)순으로 자아존중감이 높을수록 극복력 정도가 유의하게 높은 것으로 나타났다($F=24.944$, $p<.001$). 사후검정 결과, 낮은 자아존중감 집단과 높은 자아존중감을 가진 집단간에 극복력 정도에서 유의미한 차이가 나타났다.

사회적 지지의 경우, 사회적지지가 높은 집단이(68.00 ± 22.14) 극복력이 가장 높았으며 보통인 집단(59.62 ± 15.50), 낮은 집단(40.81 ± 14.39)순으로 사회적 지지가 낮을수록 극복력 정도가 유의하게 낮아지는 것으로 나타났다($F=19.96$, $p<.001$). 사후검정 결과, 사회적지지가 낮은 집단과 높은 집단간의 극복력 정도에서 유의한 차이가 나타났다.

Table 7. Differences of Resilience by Post-stroke biobehavioral changes, Psycho-social factors

Variables	Classification	N	Resilience(Mean \pm SD)	t/F	p
Post-stroke bio behavioral changes					
Pain	No	58	54.45 \pm 19.10	.649	.518
	Yes	62	56.65 \pm 17.98		
	0-3	11	69.09 \pm 12.59	2.280	.083
	4-6	22	53.45 \pm 18.69		
	7-10	29	55.82 \pm 15.49		
Depression	No	56	69.64 \pm 10.81	73.019	.000**
	Yes	64	43.28 \pm 14.63		
	Mild	10	58.60 \pm 18.39 ^a		
	Moderate	26	47.96 \pm 8.41 ^{a,b}		
	Severe	28	32.93 \pm 10.33 ^b		
Psycho-social factors					
Self-esteem	Low	33	41.36 \pm 15.69 ^a	24.944	.000**
	Medium	68	57.90 \pm 16.19 ^{a,b}		
	High	19	72.00 \pm 13.07 ^b		
Social support	Low	32	40.81 \pm 14.39 ^a	19.96	.000**
	Medium	48	59.62 \pm 15.50 ^{a,b}		
	High	40	68.00 \pm 22.14 ^b		

*p<.05 , **p<.001 , ^{a,b} Scheffe's 사후검정으로 통계 처리함.

5. 극복력과 연령, 일상생활동작, 뇌졸중 후 생행동적 변화, 심리사회적 요인과의 상관분석

극복력에 유의하게 영향을 준 연속변수들 중에서 연령, 일상생활동작정도, 뇌졸중 후 생행동적 변화 중 우울, 심리사회적 요인과 극복력 간의 상관관계를 Pearson's correlation으로 분석하였다(Table 8).

극복력은 연령과 ($r=-.364, p<.01$), 뇌졸중 후 생행동적 요인 중 우울과는($r=-.834, p<.01$) 음의 상관관계를 나타냈으며, 일상생활동작(ADL)과 ($r=.644, p<.01$), 자아존중감과 ($r=.574, p<.01$), 사회적 지지와는($r=.570, p<.01$) 양의 상관관계를 나타내었다. 연령은 우울과 ($r=.316, p<.01$) 양의 상관관계를, 일상생활동작과 ($r=-.294, p<.01$), 자아존중감과 ($r=-.301, p<.01$), 사회적 지지와 ($r=-.232, p<.05$) 음의 상관관계가 있는 것으로 나타났다. 일상생활동작의 경우, 우울과는($r=-.355, p<.01$) 음의 상관관계를 나타냈으며, 자아존중감과($r=.536, p<.01$), 사회적 지지와는($r=.574, p<.01$) 양의 상관관계가 있는 것으로 나타났다. 우울은 자아존중감과 ($r=-.056, p<.01$) 음의 상관관계가 있는 것으로 나타났다. 자아존중감은 사회적 지지와 ($r=.712, p<.01$) 양의 상관관계가 있는 것으로 나타났다.

Table 8. Correlation of Resilience, Age, ADL, Depression, Self-esteem, Social support.

		Resilience	Age	ADL	Depression	Self-esteem	Social support
Resilience	Pearson's r	1					
	p						
Age	Pearson's r	-.364**	1				
	p	.000					
ADL	Pearson's r	.644**	-.294**	1			
	p	.000	.000				
Depression	Pearson's r	-.834**	.316**	-.355**	1		
	p	.000	.001	.000			
Self-esteem	Pearson's r	.574**	-.301**	.536**	-.056**	1	
	p	.000	.001	.000	.000		
Social support	Pearson's r	.570**	-.232*	.574**	-.165	.712**	1
	p	.000	.011	.000	.061	.000	

*p<.05, **p<.01 (two-tailed)

6. 극복력에 영향을 미치는 요인

연구대상자의 극복력에 영향을 미치는 변수를 구체적으로 파악하기 위하여 다중회귀분석한 결과는 <Table 9>와 같다.

독립변수의 상관분석을 한 결과 상관계수가 0.85 미만으로 나타나 모든 요인을 분석에 이용하였으며, 단계 선택(Stepwise)방식을 이용하여 분석하였다. 독립변수들 간의 상관정도인 공차한계(tolerance limits)와 VIF(Variance Inflation Factor)값으로 다중공선성을 분석한 결과, 공차한계가 .365-.982으로 0.10보다 크고, VIF 값은 1.018-2.736 으로 10보다 작으므로 독립변수들이 상호독립적이라고 해석할 수 있기 때문에 다중공선성의 문제를 배제할 수 있었다.

극복력에 유의하게 영향을 준 연속변수(연령, 일상생활동작 정도, 뇌졸중 후 우울, 자아존중감, 사회적 지지)와 불연속 변수(가족의 월평균 수입, 치료비용부담자, 뇌졸중 재발 유무, 고혈압 유무, 운동 여부, 장애정도)를 모두 포함하여 다중회귀분석을 실시하였다. 이 중에서 불연속 변수들은 더미 변수로 전환하여 분석하였다. 가족의 월평균 수입은 '99만원 이하'를 기준 변수로 설정하였고, 치료비용부담자는 '본인'을, 뇌졸중 재발 유무는 '무'를, 고혈압 유무는 '무'를 운동 여부는 '전혀 운동하지 않음'을, 장애 정도는 '경도의 장애'를 기준변수로 하여 각각 더미변수 처리하였다.

최종 회귀모형으로 뇌졸중 후 우울, 지속적인 운동, 일상생활동작정도(ADL), 자아존중감, 사회적지지 총 다섯 개의 변수들을 포함한 회귀모델이 유의하였으며($F=71.17$, $p<.001$), 극복력을 75.7% 설명하는 것으로 나타났다. 뇌졸중 후 우울 ($\beta=-.567$, $t=-7.429$, $p= <.001$)이 69.5%로 가장 설명력이 높은 변수로 나타났다. 나머지 지속적인 운동을 하는 경우가($\beta=.142$, $t=3.053$, $p=.003$) 2.7%, 일상생활동작정도는 ($\beta=.163$, $t=2.686$, $p=.003$)1.7%, 자아존중감은($\beta=.142$, $t=2.51$, $p=.013$) 1.7%, 사회적 지지는($\beta=.121$, $t=2.095$, $p=.038$) 0.9%로 미미하게 극복력을 설명하는 것으로 나타났다. 뇌졸중 후 우울의 회귀계수는 $-.742$, 지속적 운동의 회귀계수

는 5.755, ADL의 회귀계수는 .092, 자아존중감의 회귀계수는 .824, 사회적 지지의 회귀계수는 .365로 나타났다.

회귀분석에서 종속변수인 극복력의 오차항이 서로 독립적인지를 검정하기 위하여 더빈-왓슨 검정(Durbin-Watson test)을 시행하여 자기상관성을 확인하였다. Durbin-Watson 지수값이 0이상 4이하로 계산되며 값이 2 근처이면 오차항들 간의 자기상관(autocorrelation)이 없는 것으로 판단한다. 본 연구에서의 Durbin-Watson 지수는 1.499로 측정되어 회귀모형이 적합함을 검증하였다.

다중선형회귀모형

$$\begin{aligned} \text{극복력} = & 36.972 - .742 * [\text{뇌졸중 후 우울}] + 5.755 * [\text{지속적인 운동}] \\ & + .092 * [\text{일상생활동작 정도}] + .824 * [\text{자아존중감}] + .365 * [\text{사회적 지지}] \end{aligned}$$

Table 9. Influencing factors on Resilience

Factors	B	Std.error	β	t	p	R ²
Constant	36.972	9.806		2.770	<.001**	
Depression	-.742	.100	-.567	-7.429	<.001**	.695
Exercise ^{a: continuously}	5.755	1.885	.142	3.053	.003**	.714
ADL	.092	.034	.163	2.686	.008**	.729
Self-esteem	.824	.328	.142	2.511	.013*	.748
Social support	.365	.174	.121	2.095	.038*	.757
Age			-.059	-1.184	.239	
Family income ^{b: 100-199}			-.063	-1.344	.182	
Family income ^{b: ≥200}			-.044	-.917	.361	
Payer for medical treatment ^{c: Spouse}			.012	.245	.807	
Payer for medical treatment ^{c: Children}			.011	.207	.836	
Payer for medical treatment ^{c: Parents}			-.008	-.177	.860	
Payer for medical treatment ^{c: Others}			-.010	-.232	.812	
Previous stroke ^{d: Yes}			-.083	-1.781	.078	
Hypertension ^{e: Yes}			-.054	-1.128	.262	
Exercise ^{a: sometimes}			-.042	-.697	.487	
Disability Level(MRS) ^f			-.041	-.787	.433	
Disability Level(MRS) ^f			.095	1.848	.067	
Disability Level(MRS) ^f			-.058	-.994	.322	

R=.870, R²=.757, Adjusted R2= .747, F= 71.170, p= <.001, Durbin-Watson=1.499

[Reference] ^a= Exercise: No, ^b=Family income: ≤99, ^c= Payer for medical treatment: Self,
^d=Previous stroke: No, ^e Hypertension: No, ^f= Disability Level(MRS): Mild
 *p<.05, **p<.01

VI. 논의

본 연구는 재가 뇌졸중 환자를 대상으로 하여 극복력에 미치는 영향요인을 인구학적 요인, 질병관련 요인, 뇌졸중 후 생행동적 변화, 심리사회적 요인으로 다차원적으로 파악함으로써 재가 뇌졸중 환자를 위한 효율적인 간호중재의 토대를 마련하고자 하였다. 본 연구의 결과를 중심으로 재가 뇌졸중 환자의 극복력에 미치는 영향요인에 대한 논의는 다음과 같다.

1. 재가 뇌졸중 환자의 극복력 영향요인

본 연구에서 인구학적 요인, 질병관련 요인, 뇌졸중 후 생행동적 변화, 사회 심리적 요인 중유의하게 영향을 준 변수들과 재가 뇌졸중 환자의 극복력의 관계를 본 다중회귀분석에서 뇌졸중 후 우울, 지속적인 운동, 일상생활 동작정도, 자아존중감, 사회적 지지 총 다섯 개의 요인들을 포함한 회귀모델이 유의하였으며, 극복력을 75.7% 설명하는 것으로 나타났다. 영향을 미치는 요인들 중에서도 뇌졸중 후 생행동적 요인인 우울이 69.5%의 설명력으로 극복력에 가장 영향을 많이 주는 변수임을 알 수 있었다. 나머지 지속적인 운동은 2.7%, 일상생활동작정도(ADL)는 1.7%, 자아존중감은 1.7%, 사회적 지지는 0.9%로 미미하게 극복력을 설명하는 것으로 나타났다.

재가 뇌졸중 환자의 극복력에 대한 선행연구들이 많지 않아, 뇌졸중 후 우울이 극복력에 미치는 영향에 대한 연구결과를 찾아볼 수 없었다. 본 연구결과를 통하여 우울과 극복력의 선후관계를 분석하지 않았기 때문에 이를 파악하기 쉽지 않아, 우울이 극복력의 원인인지 결과인지 단정지을 수는 없다. 하지만 선행연구에서 고려하지 않았던 뇌졸중 후 생행동적 변화 중 하나인 뇌졸중 후 우울이 극복력을 설명하는 변수임은 새로운 결과로서 본 연구의 강점으로서 시사하는 바가 크다고 본다.

혈액암 환자를 대상으로 한 곽소영(2012)의 연구에서 결혼상태가($\beta=$

.331) 극복력에 가장 큰 영향력을 주었으며, 다음으로 우울과($\beta = -.288$) 가족지지($\beta = .281$)가 비슷한 영향력을, 보호자유무($\beta = -.256$), 연령($\beta = -.247$), 불안($\beta = -.231$), 재발여부($\beta = .193$) 및 종교유무($\beta = .163$) 순으로 영향력을 미치는 것으로 나타났다. 이 모든 변수들을 포함한 회귀모형이 극복력을 48.9% 설명해주는 것으로 나타났다. 본 연구결과만큼의 높은 설명력은 아니지만, 우울이 극복력에 유의하게 영향을 주는 중요한 변수임을 알 수 있다. 혈액암 환자들은 항암치료, 방사선 치료, 조혈모세포 이식 등의 침습적 치료로 인하여 생명의 위협을 받으며(McGrath, 2004), 정신적 스트레스와 심리적 문제로 총체적인 고통을 겪는다(Pasquinin & Biondi, 2007). 우울은 암 환자에서 가장 흔하고 중요한 정신적 문제이며, 치료에 대한 순응도를 낮추어 회복의 지연 및 질병의 진행을 빠르게 하여 사망률을 증가시킨다(Gregurek et al., 2010). 광소영(2010)은 혈액암환자의 극복력을 높이기 위하여 우울을 정확하게 사정하고 이를 감소시키기 위한 간호중재가 필요하며 가족지지를 이끌어낼 수 있도록 초기 간호계획에 가족을 포함시켜야 한다고 제안하였다. 따라서 본 연구결과와 마찬가지로 혈액암 환자의 극복력에도 우울이 중요하게 영향을 주는 변수임을 알 수 있었다.

또한 파킨슨 환자들을 대상으로 한 유기정(2012)의 연구에서, 일상생활 동작 정도와 우울은 극복력을 설명하는 유의한 변수라고 하였다. 파킨슨병은 만성퇴행성질환으로 계속 진행하여 안정시 떨림, 경직, 운동완만, 자세 불안정 및 보행장애 등의 일상생활활동의 제한을 받게 된다(박영례, 2004). 이러한 신체상의 변화로 사회적 활동이 감소하여 대인관계의 위축을 초래하므로 20-40%의 파킨슨 환자들에서 우울이 나타나게 된다(Menza et al., 1993). 따라서 파킨슨 환자와 뇌졸중 환자의 임상적 증상이 비슷하다는 점을 미루어, 본 연구결과에서와 같이 우울과 일상생활동작 정도가 극복력에 영향을 주는 유의한 변수로 나온 것으로 생각된다.

본 연구에서는 자아존중감이 극복력을 1.7%로 미미하게 설명하는 것으로 나타났으나, 재가 신체장애인들을 대상으로 한 송양숙(2004)의 연구에서는 자아존중감이 극복력을 47.2%로 가장 높게 설명하는 변수라고 하였

다. 이와 같이 다른 결과가 나타난 원인은 지체장애, 중복장애, 시각 장애 등 장애를 가진 자들을 모두 대상으로 한 점, 장애발생 시기가 출생 전, 출생 시, 출생 후 인 자들을 모두 조사한 점, 장애 원인 질환이 있는 자와 없는 자를 모두 포함하여 대상으로 선정한 점 등을 고려해볼 수 있다. 따라서 본 연구의 대상자인 뇌졸중 환자의 경우 뇌졸중으로 인한 장애를 가진 자이며, 장애 발생시기가 뇌졸중 발병 후이며, 뇌졸중이라는 장애 원인 질환이 뚜렷이 있기 때문에 다른 결과가 도출되었을 것으로 사료된다.

우울이 삶의 질에 영향을 주는 중요한 변수임을 밝힌 연구들은 많이 찾아볼 수 있었다. 극복력이 삶의 질에 영향을 주는 주요한 변수임이 선행연구에서 널리 알려진 바 있기 때문에 우울이 삶의 질에 미치는 영향요인에 관한 연구들을 살펴볼 필요가 있다고 본다.

뇌졸중 환자의 삶의 질에 영향을 주는 요인연구에서(김정화 외, 2006) 우울이 30%로 설명력이 가장 크고, 기능적 독립상태가 7%, 신체적 장애가 2%로 나타났으며, 또한 우울이 31%의 설명력을 나타내어 우울 정도가 높을수록 삶의 질이 낮아진다는 연구결과도 있었다(조복희 외, 2003). 또한 김형선(2009)의 연구에서는 우울, 재활동기, 일상생활동작 이 삶의 질을 47.9% 설명하며, 김효명(2005)의 연구에서 우울이 가장 큰 영향 변수이며 일상생활동작 정도와 함께 삶의 질을 58.7% 설명하고 있다고 하였다. 이외에서 여러 연구에서 신체적 기능과 우울이 뇌졸중 환자의 삶의 질에 영향을 주는 주된 요인으로 보고되고 있다(Choi-Kwon et al., 2006; 임은실, 2003). 따라서 본 연구와 여러 선행연구결과들을 볼 때 우울이 삶의 질에 영향을 주는 중요한 변수임을 확인하였다.

그러나 실제로 재가 뇌졸중 환자들이 이용하고 있는 지역사회 보건소나 재활병원에서는 의학적 치료나 재활치료위주로 진행되고 있어, 재가 뇌졸중 환자의 극복력과 삶의 질에 중요한 영향을 미치는 우울을 중재하는 프로그램은 찾아보기 힘든 실정이다. 현재 우리나라 보건소에서 진행되고 있는 방문건강관리 사업의 구체적인 내용을 살펴보자면, 진료, 투약지도, 혈압, 혈당 측정, 재활간호, 가정 도우미 운영, 타 의료기관 진료의뢰 등 지역

사회 연계 서비스 등을 시행하고 있어(보건복지부, 2013), 재가 뇌졸중 환자들이 경험하고 있는 우울, 불안, 분노 등의 심리, 정신적 문제들에 대한 접근은 간과되고 있다. 또한 재가 뇌졸중 환자들이 이용하는 장애인 주간보호시설에서는 장애인들의 의료재활, 직업재활, 사회적응 훈련 및 신체기능 향상 프로그램 등을 다양하게 시행하고 있으나(서울특별시 장애인복지, 2013) 우울을 겪고 있는 환자들을 위한 정신재활사업은 제공되지 못하는 실정이다. 뇌졸중 후 우울의 빈도가 초기가 아닌 3-6개월 정도에 가장 빈도가 높으며 1년 정도 지나면 이의 반 정도로 빈도가 저하된다는 연구결과(Whyte et al., 2002)를 고려하였을 때, 급성기 의료기관 중심의 치료단계를 지나 지역사회 보건소 또는 노인요양 주간보호시설을 이용하거나 지역사회 재활치료기관에서 재가 뇌졸중 환자들의 우울증 관리가 요구 된다.

뇌졸중 환자의 극복력을 증진시키기 위해서는 우울을 예방 및 감소시킬 수 있는 구체적인 방안에 초점을 맞추어 그에 적합한 간호중재를 개발하여 적용될 수 있도록 노력해야 할 것이다.

American Stroke Association(2013) 은 뇌졸중 후 우울이 뇌의 생화학적 변화로 인하여 야기되며, 우울의 심각성을 강조하며 치료가 반드시 필요하다고 밝히고 있다. 미국의 경우, 뇌졸중 환자들을 위한 재활센터(Rehabilitation Institute)와 뇌졸중 센터가(Stroke center) 지역사회 곳곳에 활성화되어 있어, 뇌졸중 후 우울을 경험하는 환자들을 위하여 정신과적 치료로의 연계 서비스, 자조모임 결성, 주 간호자 및 가족들과 함께하는 지지모임 등 다양한 프로그램을 시행하고 있다.

미국의 The Internet stroke center에서 뇌졸중 환자들을 대상으로 2009년 5월부터 진행되고 있는 우울증 프로그램의 목적은 전문화된 우울증 프로그램을 제공함으로써 뇌졸중 후 우울을 경험하는 환자들에게 나타나는 효과를 보기 위함이다. 프로그램의 참여 기간은 1년이며, 대상자들은 무작위배정을 통하여 Ecosystem Focused Therapy(EFT) 군과 Education in stroke and depression 의 두 개의 군으로 배정되며, 모든 군은 전문가에 의해 12개의 세션으로 구성된 프로그램에 따라 25주동안 진행된다. EFT 군은 문제

해결 능력에 대한 교육, 물리적 환경 개선, 환자의 가족과 간호제공자의 도움 제공, 의학적 치료와 재활치료의 참여 등을 통하여 치료의 시너지 효과를 목표로 하게 된다. Education in stroke and depression 군은 12개의 세션으로 구성된 프로그램에 따라 25주간 뇌졸중과 우울에 대한 교육을 받게 된다. 두 군의 우울증 정도와 장애 정도는 프로그램 시작 시, 2, 3, 6, 10, 14, 20, 26, 52주차에 측정되며 EFT가 미치는 효과를 보게 된다. 본 우울증 프로그램의 결과에 대한 자료는 아직 공개되지 않아 확인할 수 없었으나, 다양한 프로그램을 통하여 뇌졸중 후 우울을 중재하여 재가 뇌졸중 환자들이 사회 재적응할 수 있도록, 극복력과 삶의 질을 향상시킬 수 있도록 지속적인 노력을 하고 있다(www.strokecenter.org, 2013).

뇌졸중 후 우울을 겪는 환자들을 위한 다학제적인 프로그램을 실시하고 있는 외국의 성공적인 사례들을 국내의 보건소나 주간보호시설, 재활센터에 도입하여 재가 뇌졸중 환자들이 충분히 접할 수 있도록 시행하고 의학적 치료의 제공에서 더 나아가 심리, 정신적인 문제인, 뇌졸중 후 생행동적 변화인 우울의 중재를 통하여 재가 뇌졸중 환자의 극복력을 증진할 수 있는 지역사회서비스가 요구된다.

우울을 감소시키기 위한 간호중재 프로그램 개발을 위하여 우울과 상관관계가 있는 변수들을 살펴봄으로써 우울을 중재하여 극복력을 향상시킬 수 있을 것이다. 본 연구에서는 우울은 일상생활동작 ($r=-.355, p<.01$)과 자아존중감 ($r=-.056, p<.01$)과는 모두 음의 상관관계가 있는 것으로 나타났다. 이를 통하여 재가 뇌졸중 환자의 일상생활동작 정도가 높을수록, 자아존중감이 높을수록, 우울 정도가 낮게 나타난다는 것을 알 수 있다.

본 연구결과는 뇌졸중 환자의 우울이 일상생활동작 정도와 높은 상관성을 가지며, 일상적 동작 정도가 저하될수록 우울 정도가 높아진다는 결과와 일치한다(조남주 외, 2011; 서민희, 2010). 김인자 외(2000)의 연구에서도 일상활동 수준과 우울이 높은 부적 상관관계가 있다는 결과는 기동성 문제를 회복시키는 간호가 뇌졸중 환자의 우울을 감소시키는 필수적이고 우선적인 부분임을 알 수 있다(조복희 외, 2003). 뇌졸중으로 인해 기능적 의존

성이 높은 환자들은 생행동적인 변화가 발생하기 쉬우므로 이러한 환자들에 대해서는 우울과 같은 뇌졸중 후 생행동적 변화에 대한 각별한 관심이 요구된다고 할 수 있겠다(서민희, 2010). 따라서 뇌졸중 환자의 일상생활 동작 정도와 기능적 장애를 향상시키기 위한 간호제공은 재활치료와 연계되어 있기 때문에 직접적 간호제공은 어려우나, 환자들이 신체활동, 재활치료와 운동에 적극적으로 참여할 수 있도록 격려하는 노력은 필요할 것으로 보인다.

윤경옥(2012)의 연구에서는 자아존중감이 높을수록 뇌졸중 후 우울이 낮은 것으로 나타나, 신체적 장애로 인해 낮아진 자아존중감을 증진시켜 우울을 감소시키는 심리적 중재를 제안하였다. Beck(2001)의 연구에서 자아존중감과 산후우울증은 높은 부적 상관관계가 있는 것으로 나타나 본 연구결과와 일치하였다. 이는 뇌졸중 후 우울은 다양한 생물학적, 정신적, 사회적 요인에 의해 영향을 받는 다는 주장과(이승환, 2003), 뇌졸중 후 우울의 원인이 뇌손상에 의한 신경전달물질의 변화와 정신적-사회적 문제 등 복합적이다(최스미, 2005)는 주장과 맥락을 같이한다. 따라서 여러 선행연구들과 본 연구결과를 토대로, 재가 뇌졸중 환자의 일상생활 동작 정도와 자아존중감을 향상시키기 위한 중재프로그램 개발을 통하여 뇌졸중 후 우울을 감소 시킴으로써 결국 극복력을 증진시킬 수 있을 것이다.

2. 재가 뇌졸중 환자의 인구학적 요인, 질병관련 요인에 따른 극복력

대상자의 극복력에 영향을 미치는 인구학적, 질병관련 요인들을 살펴보면, 연령의 경우, 40대에서 극복력이 가장 높았으며, 50대, 60대, 70대가 그 뒤를 이었다. 이는 연령이 낮을수록 극복력이 높게 나타났다는 이은경(2005), 김희승(2001)의 연구와 같은 결과를 보이고 있다. 40대는 인생의 과업 중에서 경제활동에 활발히 참여하고, 자녀를 양육하는 시기이므로 50

대 이상의 연령대에 비하여 삶에 대한 애착이 높다고 볼 수 있다. 이는 질병을 극복하고, 재활치료에 참여하고자 하는 의지가 높아 극복력에 영향을 주었을 것으로 생각된다.

본 연구에서 성별은 극복력과 유의한 차이를 보이지 않았다. 이는 Wagnild와 Young(1993)의 연구와 이은경(2005)의 연구 결과와 일치한다. 그러나 Wolff(1995)와 공명수(2009)의 연구에서는 여성이 남성보다 극복력이 높게 나타났다고 보고하였다.

본 연구에서는 가족의 월수입에 따라 극복력이 유의한 차이를 보이는 것으로 나타났다. 가족의 월수입이 99만원 미만인 집단이 극복력 정도가 가장 낮았으며, 100-199만원, 200만원 이상인 집단 순으로 극복력이 높게 나타났다. 이는 월수입이 높을수록 극복력이 높다는 것을 의미하며 이는 알코올 중독자를 대상으로 한 한미라(2003)와 우울증 환자를 대상으로 한 김지연(2010)의 연구결과와 일치한다. 또한 본 연구에서는 치료비용 부담자의 경우, 본인인 경우가 배우자, 자녀, 부모인 경우보다 극복력이 유의하게 높은 것으로 나타났다. 이는 항암화학요법을 받는 암환자(정선경, 2012)의 연구결과와 일치하였으나, 치료비용 부담자가 본인인 경우보다 배우자인 경우 극복력이 유의하게 높게 나타난 이은경(2005)의 연구와는 다른 결과이다. 본 연구에서는 가족의 월수입과 경제적 수준이 높을수록, 뇌졸중 환자들이 의학적 치료 및 재활치료에 참여할 수 있는 기회가 증가하므로 극복력 정도에 영향을 줄 것으로 생각된다. 또한 치료비용부담자가 본인일 경우가 타인인 경우보다, 치료방법을 선택하는 데 있어 제약을 덜 받아 자유로울 수 있어 극복력 정도에 영향을 미쳤을 것으로 생각된다. 따라서 재가 뇌졸중 환자의 극복력은 경제적 상태의 영향을 많이 받는다고 볼 수 있다.

질병관련 요인의 경우, 과거 뇌졸중 발병 유무와 뇌졸중 위험질환 중 고혈압의 유무, 운동 여부, 장애 정도에 따라 극복력 정도는 유의한 차이를 보였다. 이는 파킨슨 환자를 대상으로 한 유기정(2012)의 연구에서 파킨슨병의 중증도에 따라 유의한 차이가 있는 것으로 나타나, 본 연구결과와 일치하였다. 이는 고혈압, 당뇨 등의 위험질환과 이전 발병 유무에 따라 극복력

의 차이를 보이지 않은 공명수(2009)의 연구결과와 일치하지 않았다. 또한 우울증 환자를 대상으로 한 김지연(2010)의 연구에서 질병관련 요인 중에서 발병기간만이 유의하게 영향을 주는 변수로 나타났다. 따라서 극복력에 영향을 주는 질병관련 요인은 질환마다 임상적 증상 및 기능적 장애 정도가 다르므로 이렇게 상이한 결과가 도출되었을 것으로 생각된다.

본 연구에서 재가 뇌졸중 환자의 극복력에 영향을 미치는 변수들을 다중회귀방법으로 분석한 결과, 뇌졸중 후 우울, 지속적인 운동, 일상생활 동작 정도, 자아존중감, 사회적 지지는 유의하게 나타났으나 연령, 가족의 월수입, 치료비용부담자, 뇌졸중 재발 여부, 고혈압 유무, 장애 정도 등의 인구학적, 질병관련 변수들은 유의하게 나타난 다른 변수들에 비하여 설명력이 낮게 회귀모형에서 제외되었다.

한편 혈액암 환자를 대상으로 한곽소영(2012)의 연구결과, 우울, 가족지지와 함께 인구학적, 질병관련 요인 중에서 연령, 종교, 결혼상태, 재발여부는 극복력을 48.9%로 유의하게 설명하는 것으로 나타났으나, 직업유무, 월평균수입은 유의하게 설명하지 않아 회귀모형에서 제외되었다.

또한 후천성 장애인을 대상으로 한 이승희(2012)의 연구결과, 일반적 특성 및 장애관련 특성에서 유의한 차이를 보였던 연령, 종교, 월평균 수입은 회귀모형에서 설명력이 낮아 제외되었으며, 일상생활수행 정도, 지각된 건강상태, 사회적 지지 변수가 극복력을 27.6% 설명하는 것으로 나타났다.

따라서 극복력에 영향을 미치는 변수들을 파악하기 위하여 다중회귀분석을 실시한 여러 선행연구들에서 상이한 결과가 나타났다. 이는 대상자의 특성이 다르며, 연구에서 유의하게 나타난 인구학적, 질병관련 요인이 다양하며, 단계적(Stepwise)방식으로 회귀분석을 시행하였기 때문에 설명력이 낮은 변수들은 제외되었기 때문인 것으로 생각된다.

3. 재가 뇌졸중 환자의 일상생활동작, 뇌졸중 후 생행동적 변화, 심리사회적 요인의 정도와 그에 따른 극복력

극복력 정도를 보기 위하여 세 집단으로 분류한 결과(Wagnild, 2010), 낮은 극복력은 77명(55.4%), 중간 정도의 극복력은 36명(25.9%), 높은 극복력은 7명(5.0%)으로 나타나 본 연구에서는 극복력이 낮은 환자의 비율이 높게 나타났다. 재가 뇌졸중 환자의 극복력의 평균평점은 3.97(± 1.321)점으로써 보통수준 이하였으며, 중년여성을 대상으로 한 Wagnild와 Young(1993)의 연구에서 5.888점, 알코올 중독자 부인을 대상으로 한 한미라(2004)의 연구에서는 4.648 점으로, 재가 신체 장애인을 대상으로 한 송양숙(2004)의 연구에서는 4.9(± 1.03)점으로, 본 연구결과보다 높게 나타났다. 암환자를 대상으로 한 이은경(2007)의 연구에서는 3.44(± 0.356)점, 투석환자를 대상으로 한 공명수(2009)의 연구에서는 3.63(± 0.59)점으로 나타나 본 연구결과와 다소 비슷하게 나타나, 만성질환을 가진 환자들이 일반인에 비하여 극복력 정도가 낮게 나타남을 확인할 수 있었다. 뇌졸중은 발병 후 여러 후유증 및 장애를 장기간 경험하게 되어 일상생활동작 제한에 영향을 주기 때문에 극복력 점수에 영향을 주었을 것으로 사료된다.

재가 뇌졸중 환자의 일상생활동작 정도 점수는 57.13(± 32.801)점으로 이는 입원 뇌졸중 환자들을 대상으로 한 박선일(2004)의 연구결과인 50.5(± 32.78)보다 다소 높은 것으로 나타나, 재가 뇌졸중 환자가 입원 뇌졸중 환자보다 일상생활수행 정도가 높은 것을 알 수 있었다. 그러나 재가 뇌졸중 환자를 대상으로 한 조복희(2003)의 연구결과는 79.5(± 13.9)점으로, 박혜경의 연구에서 93.5(± 9.67)점으로 본 연구결과보다 확연히 높았으나, 이는 보행이 가능한 자를 연구대상자로 선정했기 때문에 나타난 결과로 볼 수 있다. 따라서 환자의 질병기간, 연령, 장애 정도 등 영향요인들이 다양하여 단순히 결과값만으로 비교하는 데 한계가 있다. 본 연구에서는 일상생활동작 정도가 높을수록 극복력이 높은 것으로 나타났으며, 이는 최경숙(2012)의 대장암의 극복력에 관한 연구에서 대상자의 일상생활 제한이 없

는 경우는 일상생활 제한이 있는 경우에 비해 극복력 수준이 유의하게 높은 것으로 나타난 결과와 일치한다.

뇌졸중 후 생행동적 변화 요인 중에서 유의하게 나온 우울은 평균 18.92(\pm 14.123)점으로 나타나, 보통 수준 이하였다. 이는 뇌졸중 환자를 대상으로 한 윤경옥(2012)의 연구결과인 17.78점과 비슷하였으나 이는 일반노인들을 대상으로 한 김도환(2001)의 연구결과인 평균 12.07(\pm 9.82)점과 유방암환자를 대상으로 한 조은아(2010)의 연구 결과인 평균 11.05(\pm 5.56)점 보다 높은 결과이다. 따라서 뇌졸중 환자들은 장기간의 장애와 후유증으로 인하여 영향을 받게 되므로 다른 질환자나 일반인들보다 우울 정도가 다소 높게 나타난 것을 알 수 있다. 뇌졸중 환자에서 우울은 질병상태의 회복, 장애 정도, 일상활동과 언어기능 등 여러 부정적인 영향을 미친다고 보고되어 뇌졸중 환자에서 우울의 관리는 매우 중요하다(김인자 외, 2000).

뇌졸중 후 우울의 유병률은 연구마다 18~65%로 다양하게 보고되고 있으며(Kim et al., 2000; Robinson, 2003; Verdelho et al., 2004), 본 연구에서는 53.3%로 다소 높게 나타났다. 뇌졸중 후 우울은 대상군의 특성, 뇌졸중 발생 후 경과기간, 연구시점, 우울증상의 평가 도구 등의 차이로 인해 유병률이 많은 차이를 보인다(이미현, 2008). 뇌졸중 환자를 대상으로 한 김은경(2006)의 연구결과, 우울이 있는 환자 중에서 경한 우울은 71.6%, 중간 정도의 우울은 14.9%, 심한 우울은 1.3%로 나타나 중간 정도와 심한 우울이 낮게 나타난 반면, 본 연구에서는 경한 우울증은 15.6%, 중간 정도의 우울은 40.6%, 심한 우울은 43.8%으로 나타나 중간 정도와 심한 우울 환자의 비율이 높게 나타났다. 이와 같이 연구결과가 다르게 나타난 원인은 우울점수의 분류기준은 같았으나, 대상자의 뇌졸중 후 발병 기간이 12개월 이내인 환자를 대상으로 한 점, 재발성 뇌졸중 환자와 장애 정도(MRS)가 중상등도의 장애, 심한 장애의 환자, 우울증으로 진단 받은 환자를 연구대상자에서 제외한 점 등을 생각해 볼 수 있다.

뇌졸중 후 우울과(PSD) 뇌졸중 병변과의 관계를 규명하기 위한 여러 선

행연구들이 진행되어 왔다. Robinson등(1984)은 좌측 전두엽의 앞쪽에 병변이 있을 경우 우울증 유병률이 높다고 주장하였으나, 이후 우측에 병변이 있을 경우 유병률이 높다는 주장이 제기되었다(MacHale et al., 1998). 그러나 최근에 진행된 meta-analysis 연구에서는 뇌졸중 병변 위치와 PSD 간에는 관계가 없다고 보고하여(Carson et al., 2000) 이에 대한 정확한 결론을 지을 수가 없다. 본 연구에서는 뇌졸중 병변을 조사하지 않았기 때문에 뇌졸중 병변의 위치가 극복력에 미치는 영향을 파악할 수 없었으나, 추후 연구에서는 뇌졸중 병변을 추가적으로 조사하여 후속 연구를 진행해볼 필요가 있다.

본 연구결과 뇌졸중 후 생행동적 변화 요인 중에서 뇌졸중 후 중추성 통증은 유의하지 않았다. 이는 뇌졸중 환자를 대상으로 한 Kong et al(2004)의 연구에서 뇌졸중 후 통증이 삶의 질과 유의한 관련이 없었다고 보고한 연구결과를 참고해볼 수 있다. 본 연구결과와 마찬가지로 뇌졸중 발병 후 경과기간이 25~60개월로 광범위하게 다양하게 포함되어 있어 통증에 적응한 환자들이 많아 통증의 영향력이 과소평가되었을 것으로 생각된다. 반면 뇌졸중 후 통증이 심할수록 삶의 질이 낮아진다는 연구결과도 있었다(Choi-Kwon et al., 2006; Kwok et al., 2006; 서민희, 2010). 이와 같이 연구결과가 본 결과와 다르게 나타난 이유는 측정도구의 차이가 있었으며 뇌졸중 후 중추성 통증과 어깨 통증을 모두 포함하였고 뇌졸중 후 측정 시기의 차이가 있기 때문일 것이다. 통증은 시간이 지남에 따라 통증에 적응하기 때문에 통증 측정 시기 및 통증 지속 시간은 환자가 통증을 지각하는 정도에 영향을 미칠 수 있다(서민희, 2010).

재가 뇌졸중 환자의 자아존중감은 평균 21.22(\pm 3.181)점으로 보통 수준 이하였다. 이는 뇌졸중 환자를 대상으로 한 윤경옥(2012)의 연구 결과인 22.2점과 비슷한 결과를 나타냈다. 그러나 재가 신체장애인을 대상으로 한 송양숙(200)의 연구 결과인 27.75점과 시각 장애인을 대상으로 한 김정희(2001)의 연구 결과인 27.31점보다 낮았으며, 일반인을 대상으로 한 임소연(2000)의 연구 결과인 30.7점보다 현저히 낮은 결과이다. 이처럼 뇌졸

중 환자들은 신체적 장애로 인하여 독립적인 일상생활이 힘들어져 자아존중감에 부정적인 영향을 받게 된다. 결국 재가 뇌졸중 환자의 자아존중감은 다른 질환자보다 낮게 나타나, 자아존중감 증진을 위한 효과적인 중재프로그램의 필요성을 시사하고 있다. 또한 본 연구에서 자아존중감이 높을수록 극복력이 높은 것으로 나타났으며 이는 송양숙(2004)의 결과와 Wagnild & Young(1993)의 연구결과와 일치한다.

재가 뇌졸중 환자의 사회적 지지 점수는 $22.59(\pm 6.121)$ 점으로 보통수준이었으며, 뇌졸중 환자를 대상으로 한 서민희(2010)의 연구결과인 $18.3(\pm 3.06)$ 보다 약간 높았으나 비슷한 결과를 나타냈다. 본 연구에서는 사회적 지지가 높을수록 극복력이 높은 것으로 나타났으며, 이는 신체장애인을 대상으로 한 송양숙(2004)의 연구와 일치한다. 또한 암환자를 대상으로 이은경(2007)의 연구에서 가족지지가 높을수록 극복력이 높아진다는 연구와 일맥상통한다. 다발성 경화증 환자를 대상으로 한 Chawastiak 외(2007)의 연구에서도 보호자의 사회적 지지가 보호 요인으로 작용하여 다발성 경화증의 부정적 영향을 감소시키며 극복력을 향상시킨다고 하였다.

이상으로 재가 뇌졸중 환자들의 인구학적 요인, 질병관련 요인, 뇌졸중 후 생행동적 변화, 사회 심리적 요인이 극복력에 주는 영향에 대해 논의해 보았다. 본 연구결과를 통하여 뇌졸중 후 생행동적 변화 중에서 우울이 극복력을 가장 높게 설명하는 유의한 변수임을 알 수 있었다. 따라서 재가 뇌졸중 환자의 극복력을 증진하기 위해서는 우울의 관리와 중재가 중요하며, 현재 의학적, 재활 중심의 치료에서 더 나아가 재가 환자를 위한 접근성이 높은 지역사회에서 심리, 정신적 중재의 필요하다. 국내의 보건소, 재활센터, 주간보호시설에서는 만성기 치료기에 들어선 재가 뇌졸중 환자들을 위한 우울 예방 및 감소 프로그램의 제공을 통하여 극복력을 증진시키고자 하는 노력이 반드시 필요함을 시사한다.

본 연구의 제한점을 살펴보면, 첫째, 모집단이 재가 뇌졸중 환자이나 도

시지역의 3차 진료기관 및 재활병원의 외래를 방문한 재가 뇌졸중 환자만을 대상으로 한 점이다. 둘째, 연구자가 재가 뇌졸중 환자들을 편의 추출하여 연구를 진행하였다는 점이다. 대상자의 편의추출로 인하여 국내의 뇌출혈 환자 비율은 전체 뇌졸중의 17%이나(국민건강보험공단, 2013), 본 연구 결과에서 뇌출혈 환자가 55.8%로 높게 표집되어 심한 장애를 지닌 환자가 15%로, 일상생활 동작 정도에서 전적 의존 상태인 환자의 비율이 23.3%로 다른 연구보다 다소 높게 나타났다. 이는 자료의 부정확성은 아니며 편의추출과 자료 수집 병원의 특성으로 인한 결과인 것으로 보인다. 또한 뇌졸중 후 중추성 통증은 환자의 4~25%에서 나타나 빈도가 높지 않으나(Lindgren et al., 2007), 본 연구에서는 통증을 호소하는 환자가 51.7%로 선행연구들에 비하여 높게 나타났으며, 또한, 이러한 제한점으로 인하여 연구결과를 일반화하기 어렵다.

본 연구의 간호학적 의의는 다음과 같다.

간호연구 측면: 본 연구는 Wagnild(2010)의 14문항으로 구성된 극복력 측정도구를 국내에서 번안하여 요인분석 후 하나의 요인이 추출되었음을 확인하였다. 이러한 과정을 거쳐 극복력 측정도구를 사용한 점에서 선행연구들과 차별성을 지닌다고 할 수 있다. 본 연구는 선행연구에서는 고려하지 않았던 뇌졸중 후 생행동적 변화 중 뇌졸중 후 우울이 극복력에 강력한 영향을 미치는 요인임을 규명한 점, 극복력에 영향을 미치는 요인들을 단편적인 상관관계 및 회귀분석 연구에서 벗어나 인구학적 요인, 질병관련 요인, 뇌졸중 후 생행동적 요인, 심리 사회적 요인 등 다차원적으로 조사한 점 등이 간호연구 측면에서 큰 의의가 있다고 본다.

간호실무 측면: 본 연구결과에서 뇌졸중 후 우울이 재가 뇌졸중 환자의 극복력을 69.5%로 높게 설명한다는 점을 고려하였을 때, 지역사회 보건소나 주간보호시설, 재활센터에서는 의학적 치료와 신체재활치료 중점을 둔 치료만이 아니라 우울 등의 심리정신치료에 초점을 둔 중재가 필요하다는 점을 시사한다. 의학적 치료나 중재만을 제공하는 간호에서 더 나아가 정신

적, 심리적, 사회적 차원에서 다차원적이고, 급성기에서 만성기에 들어선 환자들의 치료 단계에 특성화된 간호서비스를 제공하는 것이 필요하다. 따라서 본 연구를 통하여 지역사회에서 재가 뇌졸중 환자를 돌보는 간호사들의 실무에 새로운 전환점이 되었으면 한다.

간호교육 측면: 본 연구결과에서 뇌졸중 후 우울에 일상생활동작 정도와 자아존중감이 상관관계를 지닌다는 점을 고려하였을 때, 재가 뇌졸중 환자들의 우울을 예방, 감소시키기 위한 중재 프로그램 개발 시 일상생활동작 정도를 향상시킬 수 있도록 운동 및 재활치료 참여를 독려하고 자아존중감을 증진시키기 위한 교육중재가 지역사회 간호사들에게 필요하다. 우울이라는 심리 정신적 문제, 뇌졸중 후 생행동적 변화를 조기에 발견하고 정기적으로 사정할 수 있도록 교육을 통하여 전문화된 간호사들을 양성하는 것이 필요하다.

VII. 결론 및 제언

1. 결론

본 연구는 재가 뇌졸중 환자의 극복력 정도를 확인하고, 극복력에 영향을 미치는 요인을 인구학적 요인, 질병관련요인, 뇌졸중 후 생행동적 요인, 심리사회적 요인들을 예측변수로 하여 극복력의 영향요인을 확인하기 위하여 실시되었다. 본 연구는 재가 뇌졸중 환자의 극복력을 증진시킬 수 있는 중재 프로그램 개발을 위한 기초자료를 제공하고자 한다.

연구는 2013년 1월 초부터 3월 중순까지 경기도에 소재한 3차 진료기관과 재활병원 외래를 내원한 재가 뇌졸중 환자 120명을 대상으로 하였다. 자료수집 방법은 설문지를 통하여 자가 설문조사 방법을 통하여 실시하였다.

본 연구에서는 종속변수를 극복력으로, 독립변수로는 인구학적 요인(연령, 성별, 결혼상태, 가족의 월수입, 주 간호자, 치료비용 부담자, 동거 가족원, 일상생활동작정도), 질병관련요인(발병기간, 마비부위, 위험질환 및 위험요소 유무, 재발유무), 뇌졸중 후 생행동적 변화(뇌졸중 후 우울, 뇌졸중 후 통증), 심리사회적 요인(자아존중감, 사회적지지)로 한 서술적 상관관계 연구이다.

연구도구는 선행연구들을 통하여 고찰된 인구학적 요인과 질병관련 요인 문항과 본 연구자가 변안한 극복력(Wagnild, 2010)측정도구와, Shah, Vanclay & Cooper(1989)가 수정 보완한 Modified Barthel Index(MBI), 뇌졸중 후 우울은 우울증 선별 도구인 Beck Depression Inventory(BDI), 뇌졸중 후 중증성 통증은 Visual Analog Scale(VAS), Rosenberg(1965)가 개발한 자아존중감 척도(Self-Esteem Scale), Mitchell 등(2003)이 개발한 ENRICHED Social Support Inventory (ESSI) 도구를 사용하였다.

통계 분석방법은 SPSS 19.0프로그램을 사용하여 변수별 극복력정도는 t-test 또는 ANOVA로, 사후 검정은 Scheffe's test 로 분석하였으며, 상관관계는 Pearson's correlation을 사용하였고, 유의한 독립변수가 극복력에

미치는 영향은 단계적 다중회귀분석을 이용하였다.

연구결과는 다음과 같다.

- 1) 재가 뇌졸중 환자의 극복력 정도는 평균 55.58(\pm 18.487)점, 평균평점 3.97(\pm 1.321)점으로 보통 이하였다. 일상생활동작 정도(MBI)는 평균 57.13(\pm 32.801)점, 뇌졸중 후 중추성 통증은 평균 5.81(\pm 2.039)점, 뇌졸중 후 우울은 평균 18.92(\pm 14.123)점, 자아존중감 정도는 평균 21.22(\pm 3.181)점, 사회적 지지는 평균 22.59(\pm 6.121)점이었다.
- 2) 재가 뇌졸중 환자의 인구학적 요인 중 극복력과 유의한 차이를 보인 요인은 연령 ($F=8.678$, $p<.001$), 가족의 월수입($F=6.172$, $p<.05$), 치료비용 부담자($F=6.923$, $p<.001$)였다.
- 3) 재가 뇌졸중 환자의 질병관련 요인 중 극복력과 유의한 차이를 보인 요인은 이전 뇌졸중 발병 여부($t=2.402$, $p<0.05$), 고혈압 유무($t=2.847$, $p<0.05$), 운동 유무($F=3.880$, $p<0.05$), 장애 정도($F=19.145$, $p<.001$), 일상생활동작 정도 ($F=21.166$, $p<.001$)였다.
- 4) 재가 뇌졸중 환자의 극복력은 뇌졸중 후 우울 정도가 낮을수록 ($F=65.94$, $p<.001$), 자아존중감이 높을수록($F=24.944$, $p<.001$), 사회적 지지가 높을수록 ($F=19.96$, $p<.001$) 높은 것으로 나타났다.
- 5) 변수들 간의 상관관계를 살펴본 결과, 극복력은 연령 ($r=-.364$, $p<.01$), 뇌졸중 후 우울($r=-.834$, $p<.01$) 과는 유의한 음의 상관관계가, 일상생활동작 정도 ($r=.644$, $p<0.01$), 자아존중감 ($r=.574$, $p<0.01$), 사회적 지지 ($r=.570$, $p<.01$) 와는 유의한 양의 상관관계가 있는 것으로 나타났다. 뇌졸중 후 우울은 연령 ($r=.316$, $p<.01$)과는 유의한 양의 상관관계가, 일상생활동작 정도 ($r=-.355$, $p<.01$), 자아존중감 ($r=-.056$, $p<.01$)과는 유의한 음의 상관관계가 있는 것으로 나타났다.
- 6) 대상자의 극복력에 미치는 영향요인을 다중회귀분석으로 확인한 결과, 뇌졸중 후 우울, 지속적인 운동, 일상생활동작정도, 자아존중감, 사

회적 지지 총 다섯 개의 요인으로 나타났으며, 설명력은 75.7%였다. 영향을 미치는 요인들 중에서도 뇌졸중 후 생행동적 변화인 우울이 69.5%의 설명력으로 극복력에 가장 영향을 많이 주는 변수인 것으로 나타났다.

2. 제언

본 연구 결과를 토대로 다음과 같이 제언을 하고자 한다.

- 1) 재가 뇌졸중 환자의 치료단계에 따른 극복력의 변화를 규명하고 영향요인을 발견하기 위한 종단적 연구가 수행되어야 한다.
- 2) 영향 요인들간의 인과적 관계를 명확하게 하기 위한 종적 연구가 필요하다.
- 3) 본 연구는 도시지역의 제 3차 진료기관과 재활병원의 외래를 방문하는 재가 뇌졸중 환자들만을 대상으로 하였기 때문에, 연구결과를 일반화하는데 한계가 있다. 따라서 지역적 요소와 다양한 치료기관의 재가 뇌졸중 환자들을 대상으로 한 반복 연구를 제언한다.
- 4) 본 연구는 극복력의 영향요인으로 뇌졸중 후 우울이 69.5%의 높은 설명력을 보였다. 따라서 지역사회 보건소, 주간재활센터, 재활센터에서는 재가 뇌졸중 환자들이 의학적, 재활위주의 치료에서 더 나아가 심리 정신적인 치료를 받을 수 있도록 프로그램 개발이 필요하다. 또한 그의 효과를 확인하기 위한 유사실험연구가 필요하다.

VIII. 참고문헌

- 장은경(2003). *향 요법 발 반사마사지가 인공 슬관절 전치환술 환자의 통증과 슬관절 운동범위에 미치는 효과*. 연세대학교 보건대학원 석사학위논문.
- 강복희 (2000). *뇌졸중 후 편마비 환자의 가족지지와 일상생활동작 수행과의 관계 분석*. 연세대학교 대학원 석사학위논문.
- 강현숙 (1984). *재활강화 교육이 편마비 환자의 자가간호 수행에 미치는 효과에 관한 실험적 연구*. 연세대학교 대학원 박사학위논문.
- 고영채, 박정현, 김옥주, 양미화, 권오기, 오창환 등(2009). 일개 병원기반 코호트에서 관찰한 장기간의 뇌졸중 재발률. *대한신경과학회지*, 27, 110-115.
- 곽소영(2012). *혈액암환자의 회복탄력성과 가족지지, 불안 및 우울과의 관계*, 이화여자대학교 석사학위논문.
- 국민건강보험공단. www.nhic.or.kr
- 구본진(2008). 중년 여성의 극복력, 희망, 부부친밀감 및 가족지지가 삶의 질에 미치는 영향. *정신간호학회지*, 17(4), 421-430.
- 권은희(2003). *뇌졸중 환자의 재활동기에 관한 연구: 개인 및 가족 지지요인을 중심으로*. 이화여자대학교 대학원 석사학위논문.
- 공명수(2009). 투석환자의 희망과 극복력(Resilience)에 관한 연구. *간호과학*, 21(1), 24-37.
- 김광수(2008). *뇌졸중 노인의 노인 학대와 정신건강 및 가족탄력성에 관한 연구*. 연세대학교 대학원 석사학위논문.
- 김금자(1987). *입원환자가 지각한 가족지지, 스트레스 및 건강통제위 성격간의 관계연구*. 이화여자대학교 대학원 석사학위논문.
- 김도환(2001). 노인이 지각한 가족지지, 자아존중감 및 우울과의 관계연구. *노인복지연구*, 13(1), 113-114.

- 김도훈(2002). 혈관성 우울증. *신경정신의학*, 41(4), 603-611.
- 김동희(2002) *만성질환아의 극복력(resilience)측정도구 개발*. 연세대학교 대학원 박사학위논문.
- 김미향(2010). *장애아동 가족의 탄력성에 영향을 미치는 요인*. 대구대학교 사회복지대학원 석사학위논문.
- 김미희(2006). 뇌졸중 후 편마비 노인의 우울 영향요인. *한국노년학회지*, 26(4), 911-927.
- 김소선 (1994). 뇌졸중 환자를 돌보는 가족의 경험에 관한 연구. *간호학탐구*, 3(1), 67-88.
- 김연형(2006). *뇌졸중 환자의 건강관련 삶의 질에 관한 연구*. 대구대학교 대학원 석사학위논문.
- 김은경(2006). *뇌졸중 환자의 우울, 인지기능이 일상생활 수행도에 미치는 영향*. 서울대학교 간호대학원 석사학위논문.
- 김인자, 서문자, 김금순, 조남옥, 최희정(2000). 뇌졸중 후 우울에 영향을 미치는 요인. *성인간호학회지*, 112(1), 147-162.
- 김정미(2005). *뇌졸중 환자와 가족을 위한 집단치료 프로그램 개발과 평가: 해결중심 모델을 중심으로*. 연세대학교 생활환경대학원 석사학위논문.
- 김정화, 강현숙, 김원옥, 왕명자와 장정미(2006). 재가 뇌졸중 환자의 삶의 질에 영향을 미치는 요인. *재활간호학회지*, 9(1), 49-55.
- 김정희(2001). *척수장애인의 가족기능이 청소년 자녀의 자아존중감에 미치는 영향에 관한 연구*. 이화여자대학교 대학원 석사학위논문.
- 김종성(2005). 뇌졸중 후 발생하는 감정장애: 우울, 불안, 감정조절장애, 분노조절장애, 그리고 피로. *대한신경과학회지*, 23, 1-8.
- 김중수, 이화진, 정공필(1996). *SAS 바로쓰기*. 흥진출판사.
- 김지연 (2010). *우울증 환자의 희망정도와 가족지지가 극복력에 미치는 영향*. 이화여자대학교 대학원 석사학위논문.
- 김정화, 강현숙, 김원옥, 왕명자, 장정미(2006). 재가 뇌졸중 환자의 삶의

- 질에 영향을 미치는 요인. *재활간호학회지*, 9(1), 49-55.
- 김진호, 한태륜 (2002). *재활의학*. 군자출판사.
- 김현철, 김세주, 최낙경, 김영신, 이병철, 이만홍(2002). 뇌졸중 후 삶의 질에 관한 추적 연구. *신경정신의학*, 41(4), 681-692.
- 김현철, 김도훈, 김세주, 문유선, 김홍철(2003). 뇌졸중 후 삶의 질에 영향을 미치는 요인. *노인정신의학*, 7(1), 67-75.
- 김형선, 황영옥, 유재호, 정진화, 우희순, 정희승(2009). 뇌졸중 환자의 우울, 재호라동기, 일상생활동작과 삶의 질 간의 상관관계. *대한작업치료학회지*, 17(3), 41-53.
- 김혜성(1997). *회복력(Resilience)개념 개발: 혼종모형의 적용*. 중앙대학교 대학원 박사학위논문.
- 김효명(2005). *뇌졸중환자의 일상생활동작 수행, 우울 및 사회적 지지가 삶의 질에 미치는 영향*. 한양대학교 행정대학원 석사학위논문.
- 김효정, 박영숙(2003). 재가 뇌졸중환자의 생활양식과 일상생활기능수행, 우울 및 건강상태 지각에 관한 연구. *대한보건연구*, 29(2), 127-139.
- 김희선(2007). *급성기 뇌졸중 환자의 기능상태와 가족 부담감 및 가족 교육 요구도*. 순천향대학교 일반대학원 석사학위논문.
- 김희승, 박현애, 오미정(1998). 뇌혈관질환 환자를 돌보는 가족원의 신체증상과 스트레스. *대한간호학회지*, 28(3), 695-703.
- 노국희(2002). *재가 만성 뇌졸중 편마비 환자의 가정 재활운동 프로그램의 효과*. 가톨릭대학교 대학원 박사학위논문.
- 나효순(2003). *뇌졸중 환자의 가족지지와 일상생활동작 수행과의 상관관계에 관한 연구*. 대전대학교 대학원 석사학위논문.
- 대한통증학회(2000). *통증이론*. 서울: 군자출판사.
- 만성길(2006). *최신정신의학(제 5판)*. 서울: 일조각.
- 문석우, 서정석, 남범우, 최진영(2004). 뇌졸중 후 우울증. *건국의과학학술지*, 14, 42-52.

- 문지영(2011). 뇌졸중 환자가 지각한 스트레스, 사회적 지지 및 재활동기와 의 관계. *재활간호학회지*, 15(1), 24-31.
- 박선일, 조복희(2004). 뇌졸중 환자의 일상생활동작 수행능력, 자기효능감 및 건강증진행위에 관한 연구. *재활간호학회지*, 7(2), 149-158.
- 박영례(2004). 재가 뇌졸중 환자의 건강증진 생활양식 수행정도와 건강위험지표, 일상생활 수행능력 및 우울과의 관계. *재활간호학회지*, 9(2), 134-144.
- 박은정, 한경림, 김도완, 김찬(2007). 신경통증클리닉 환자의 1년간 통계고찰. *대한통증학회*, 20(2), 181-185.
- 박종한, 손형석, 조성완(1995). 노인 기능 상태 평가의 신뢰도. *대한신경정신의학회지*, 34(2), 475-481.
- 박지원 (1985). *사회적 지지척도 개발을 위한 일 연구*. 연세대학교 대학원. 미간행 박사학위 청구 논문
- 박혜경(2006). 재가 뇌졸중환자의 건강증진 생활양식 수행정도와 건강위험지표, 일상생활 수행능력 및 우울과의 관계. *재활간호학회지*, 9(2), 134-144.
- 박현선(2004). 학업중퇴 청소년의 적응유연성. *청소년상담연구*, 12(2), 69-82.
- 보건복지부(2012). www.mohw.go.kr
- 서문자(1993). *재활의 이론과 실제*. 서울: 서울대학교 출판부.
- 서민희(2010). *뇌졸중 환자의 발병 1년 후 삶의 질 구조모형*. 서울대학교 간호대학원 박사학위논문.
- 서울특별시 장애인복지. disability.seoul.go.kr
- 서지영(2002). *부모이혼이 자녀의 적응에 미치는 영향에 관한 연구: 유연성 (Resilience)효과를 중심으로*. 연세대학교 대학원 석사학위논문.
- 송양숙(2004). *재가 신체장애인의 회복력 영향요인*. 고신대학교 대학원 석사학위논문.
- 신영희, 심미경, 김태임(2006). 만성질환아의 극복력과 건강관련 삶의 질.

- 아동간호학회, 12(3), 295-303.
- 신현숙(2003). 가정환경 역경과 청소년의 적응유연성: 보호요소의 매개효과 검증. *청소년상담연구*, 11(2), 71-84.
- 신혜원(2005). *암환아와 어머니의 회복력에 관한 연구*. 이화여대학교 대학원 석사학위논문.
- 옥지원(2007). *뇌졸중 일차예방 프로그램이 자기 효능감, 자가간호 이행 및 위험지표에 미치는 효과*. 이화여자대학교 대학원 박사학위논문.
- 원정숙, 조희(1999). 지역사회 정신보건 재활간호 사업기간이 재가 만성 정신질환자가 지각한 가족지지에 미치는 영향. *정신간호학회지*, 8(1), 179-189.
- 유기정(2012). *파킨슨병 노인의 일상생활활동, 우울 및 극복력의 관계*. 부산가톨릭대학교 석사학위논문.
- 윤경옥(2012). *뇌졸중 환자가 지각한 가족지지, 우울, 자아존중감의 관계*. 대구대학교 재활과학대학원 석사학위논문.
- 이미현(2008). *뇌졸중 환자의 우울과 스트레스에 영향을 미치는 요인*. 고신대학교 석사학위논문. 이상준(2005). *가정폭력 경험 청소년의 탄력성과 보호요인*. 가톨릭대학교 대학원 박사학위논문.
- 이승환, 정한용(2003). 노인에서 뇌신경계 질환과 우울증. *노인정신의학*, 7(2), 131-142.
- 이은경(2007). 암 환자의 극복력 영향요인. *한국간호교육학회지*, 13(1), 52-58.
- 이은옥, 임난영, 박현애(1998). *간호, 의료연구와 통계분석*. 서울: 수문사.
- 이은옥, 임난영, 박현애, 이인숙, 김종임과 배종이 등(2009). *간호연구와 통계분석*. 서울: 서문사.
- 이정아, 이재혁, 임승만, 박상동(2000). 뇌졸중 후 우울증과 일상생활 수행 능력과의 상관관계. *동의신경정신과학회지*, 11(2), 149-154.
- 이종민(2007). *뇌졸중 연구의 최신지견: 재활과 기능회복*, 9, 24-28.
- 이현화(2003). *부모의 문제음주 정도에 따른 청소년의 극복력*. 연세대학교

- 대학원 석사학위논문.
- 임선옥(2002). *재가 뇌졸중 환자의 삶의 질에 관한 구조모형*. 경희대학교 대학원 박사학위논문.
- 임소연(2000). *미용성형수술 환자와 일반인의 신체상과 자아존중감*. 이화여자대학교 석사학위논문.
- 임숙빈, 오희영, 박영임, 이은현, 이숙(2002). 예방적 정신간호를 위한 극복력 개념의 탐색. *정신간호학회지*, 11(3), 304-315.
- 임은실(2003). *저소득 재가노인의 신체적 기능, 우울 및 사회적 지지가 삶의 질에 미치는 영향*. 연세대학교 대학원 석사학위논문.
- 장경옥(2003). *편마비환자가 인지하는 가족지지와 일상생활동작, 삶의 질과의 관계*. 아주대학교 교육대학원 석사학위논문.
- 전병제(1974). Self-esteem: A test of its measurability. *연세논총*, 11(1), 107-124.
- 정명실(2011). 중년여성의 극복력, 스트레스 대처방식 및 삶의 질. *정신간호학회지*, 20(4), 345-354.
- 정미정(2000). *뇌졸중 환자의 일상생활 수행도와 삶의 질*. 경희대학교 대학원 석사학위논문.
- 정선경(2012). *항암화학요법을 받는 암환자의 극복력, 스트레스 및 자가간호의 관계*. 경상대학교대학원 석사학위논문.
- 정추자(1992). *사회적지지모임이 뇌, 척수손상환자를 돌보는 가족의 부담감과 삶의 질에 미치는 효과*. 연세대학교 박사학위논문.
- 조남주, 원영식(2011). 뇌졸중 노인의 기능적 독립수준과 인지기능 및 우울 증간의 상관관계. *고령자 치매작업치료학회지*, 5(1), 1-12.
- 조복희, 고미혜, 김순영(2003). 재가 뇌졸중 환자의 일상활동 수행능력, 우울, 자기효능감 및 삶의 질과의 관계. *재활간호학회지*, 6(1), 51-60.
- 조은아(2010). *웃음요법이 유방암 환자의 우울, 삶의 질, 극복력, 면역반응에 미치는 효과*. 조선대학교 대학원 박사학위논문.
- 주소영(2008). *아동학대와 탄력성의 관계에서 인지기능과 사회적 지지의*

- 매개효과. 성균관대학교 대학원 박사학위논문.
- 추은진(2008). *뇌졸중 노인의 인지기능, 우울감 및 상관관계 연구*. 대구대학교 석사학위논문.
- 최경숙(2012). 대장암 환자의 증상경험과 극복력이 삶의 질에 미치는 효과. *중앙간호학회지*, 12(1), 61-68.
- 최선애, 박시운, 최유남, 장순자(2004). 만성 뇌졸중환자의 삶의 질에 영향을 미치는 요인, *대한뇌졸중학회지*, 6(2), 156-161.
- 최스미(2005). 뇌졸중 후 후유증: 피로, 우울, 감정조절 장애, 분노조절 장애를 중심으로. *간호학의 지평*, 2(1), 76-91.
- 최윤정, 김혜련(2001).알코올 중독자 가정 자녀의 리질리언스에 관한 소고. *한국알코올과학회지*, 2(2), 35-40.
- 최은영(2009). *다운증후군을 가진 자녀를 둔 가족의 극복력*. 연세대학교 대학원 박사학위논문.
- 한미라(2004). *알코올중독자 부인의 극복력, 사회적지지, 영성*. 연세대학교 대학원 석사학위논문.
- 한태륜, 김진호, 김현숙, 백남중(1992). 뇌지주막하 출혈 및 다른 뇌졸중 환자의 기능회복에 대한 고찰. *대한재활의학회*, 16(2), 139-146.
- 함미영, 최경숙, 류은정(2000). 뇌졸중에 관한 국내 간호학 논문의 분석. *한국재활간호학회지*, 3(2), 154-168.
- 홍성경(2009). 극복력 개념 개발: 암환자를 중심으로. *한국간호교육학회지*, 15(1), 109-119.
- 홍여신, 서문자, 김금순, 김인자, 조남옥, 최희정, 정성희, 김은만(1998). 뇌졸중환자의 삶의 질의 관련요인. *재활간호학회지*, 1(1), 111-123.
- 홍완호(1978). 우울증 빈도의 남녀대비에 관한 고찰. *신경정신의학*. 17, 411.
- 홍은숙(2006). 탄력성(resilience)의 개념적 이해와 교육적 방안. *특수교육학연구*, 41(2), 45-67.
- 통계청 자료 (2010). <http://www.nso.go.kr>

- American Heart Association(2007). Heart disease and stroke statistics–2008 update. *American Heart Association*.
- American Heart Association. www.heartassociation.org
- American Stroke Association. www.strokeassociation.org
- Andersen G, Vestergaard K, Ingemann–Nielsen M, Lauritzen L. (1995). Risk Factors for post–stroke depression. *Acta Psychiatrica Scand.* 92, 193–198.
- Anthony, E.J.(1983). *The preventive approach to children at high risk for psychopathology and psychosis*. New York: Haworth.
- Astrom M, Adolfsson R, Asplund K.(1993). Major depression in stroke patients. A 3–years longitudinal study. *Stroke* 1993; 24:976–982.
- Battaglia, A., Bejor, M.(2001). Influence of poststroke depression on functional outcome. *Europa Medicophysica*, 37(1), 25–37.
- Beck, A., Hollon, S., Young, J., Bedrosian, R., Budenz, D.(1985). Treatment of depression with cognitive therapy and amitriptyline. *Archives of General Psychiatry*. 42(2), 142–148.
- Beric, A.(1998). Central pain and dysesthesia syndrome. *Neurologic Clinics*, 16(4), 899–918.
- Bowsher, D.(1999). Central post–stroke and other central pains, *The American Journal of Hospic & Palliative Care*, 16, 593–597.
- Carson, A.J., Machalge, S., Alle, K., Lawrie, S.M., Dennis, M., House, A., et al.(2000). Depression after stroke and lesion location: a systematic review. *Lancet*, 356, 122–126.
- Cassel, J.(1976). The contribution of social environment to host resistance. *American Journal Epidemiology*, 104, 107.
- Chawastiak, L.A., & Ehde, D.M.(2007). Psychiatric issue in multiple sclerosis. *Psychiatric Clinics of North America*, 30(4),

803-817.

- Choi-Kwon, S., Kim, H., Kwon, S., & Kim, J.(2005). Factors affecting the burden on caregivers of stroke survivors in South Korea. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 86(5), 1043-1048.
- Choi-Kwon, S., Choi, J., Kwon, S., Kang D., & Kim, J.(2006). Factors that affect the quality of life at 3 year post-stroke. *Journal of Clinical Neurology*, 2, 34-41.
- Clinical Research Center for Stroke(2009). The writing group of clinical practice guideline for stroke. *Clinical Practice Guideline for Stroke*. 1st ed. Seoul.
- Cobb, S. (1976). Presidential address; social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38(5), 300-314.
- Coopersmith S.(1967). *The antecedents of self-esteem*. Sanfrancisco: W.H. Freeman.
- Davis, J. M.(1995). Central and peripheral factors in fatigue. *Journal of Sports Sciences*, 13, S49-S53.
- Dilip V., Gauri N., Wesley K., Ipsit V., Danielled K. et al.(2013). Association between Older Age and More Successful Aging: Critical Role of Resilience and Depression. *American Journal of Psychiatry*, 170(2), 188-196
- Dumont, M., Provost, M.A.(1999). Resilience in Adolescents: Protective Role of Social support, coping strategies, self-esteem. *Journal of youth and adolescence*, 28(3), 343.
- Dyer. J. G., & McGuinness, T. M. (1996). Resilience: Analysis of the concept. *Archives of Psychiatric Nursing*, 10(5), 276-282.
- Fine, S. B. (1991). Resilience and human adaptability: Who rises above adversity? *The American Journal of Occupational*

- Therapy*, 45(6), 493-503.
- Fraser, W. M., Richman, J. M., & Glinsky, M. J. (1999). Risk, protection and resilience: Toward a conceptual framework for social work practice. *Social Work Research*, 23(3), 131-140.
- Friendland, J. F., & McColl, M. (1992). Social support intervention after stroke: Results of a randomized trial. *Archives Physical Medication Rehabilitation*, 73, 573-581.
- Garmezy, N. (1993). Children in poverty: Resilient despite risk. *Psychiatry*, 56, 127-136.
- Gregurek, R., Bras, M., Dordevic, V., Ratkovic, A.S., & Brajkovic, L.(2010). Psychological problems of patients with cancer. *Pyschiatra Danubina*, 22(2), 227-230.
- Hackett, M. L., Yapa, C., Para, V., Anderson, C.S.(2005). Frequency of depression after stroke; a systemic review of observational studies. *Stroke*, 36, 1330-1340.
- Hadidi, N., Treat Jacobson, D. J., Lindquist, R.(2009). Poststroke depression and functional outcome: A critical review of literature. *Heart & Lung*, 38(2), 151-162.
- Hanson, S. M., & Boyd, S. T. (1996). *Family Health Care Nursing*. Philadelphia: F. A. Davis.
- Hardie K, Jamrozik K, Hankey GJ, Broadhurst RJ, Anderson C(2005). Trends in five-year survival and risk of recurrent stroke after first-ever stroke in the Perth Community Stroke Study. *Cerebrovascular Disease*, 19, 179-185.
- Hardie K, Hanket GJm Jamrozik K, Broadhurst RJ, Anderson C(2004). Ten year risk of first recurrent stroke and disability after first-ever storke in the PERth Community Stroke Study. *Stroke*, 35,731-735.

- Herrmann N, Black SE, Lawrence. J, Szekely C, Szalai JP(1998). The Sunnybrook stroke study: a prospective study of depressive symptoms and functional outcome. *Stroke*. 29, 618-624.
- Holaday, M. & Terrel, D.(1994). Resilience characteristic and Rorschach variables in children and adolescents with severe burns. *Journal of Burn Care & Rehabilitation*, 15(5), 455-460.
- House, J. S.(1987). *Work stress and social support*. Prentice-Hall, New Jersey: Englewood Cliffs.
- Kadner, K. D.(1989). Resilience-Responding to adversity. *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services*, 27(7), 20-59.
- Kaplan, G.(1977). *The family as a support system and mutual help: multidisciplinary exploration*. Caplan, G. & Killilea, M(ed). Gune and Stratton, New York.
- Kathleen S., Lee L.(2013). A Resilience Perspective of Postpartum Depressive Symptomatology in Military Wives. *Journal of Obstetric Gynecologic & Neonatal Nursing*. 157-167.
- Kauhanen, M.L., Korprlainen, J. T., Hiltuen, P., Brusin, E., Mononen, H., Matta, R., Nieminen, P., Sotaniemik.A., & Myllyla, V.V(1999). Post stroke depression correlates cognitive impairment and neuro logical deficit. *Stroke*, 30(9), 1975-1980.
- Kim, J.S. & Choi-Kwon, S.(2000). Poststroke depression and emotional incontinence-Correlation with lesion location. *Neurology*, 54(1), 1805-1810.
- Kim, J., Choi-Kwon, S., Kwon, S., Lee, H., Park, K., & Seo, Y.(2005). Factors affecting the quality of life after ischemic stroke: young versus old patients. *Journal of Clinical Neurology*, 1, 59-68.
- Kwok, T., Lo. R.S., Wong, E., Wai Kwong, T., Mok, V., & Kai Sing,

- W.(2006). Quality of life of stroke survivors: A 1 year follow up study. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 87(9), 1177-1182.
- Lindgren, I., Jonsson, A., Norring, B., & Lindgren, A.(2007). Shoulder pain after stroke: a prospective population based study. *Stroke*, 38, 343-348.
- Luthar, S. S., & Ziglar, E. (1991). Vulnerability and competence: A review of research on resilience in childhood. *American Journal Orthopsychiatry*, 61(1), 60-72.
- MacGrath, P.(2004). Positive outcomes for survivors of haematological malignancies from a spiritual perspective. *International Journal of Nursing Practice*, 10(6), 280-291.
- MacHale SM, O' Rourke SJ, Wardlaw JM, Dennis MS.(1998). Depression and its relation to lesion location after stroke. *Journal of Neurology Neurosurgery Psychiatry*. 64, 371-374.
- Mehta, M., Whyte, E., Lenze, E., Hardy S., Roumani, Y., Subashan,P.(2007). Depressive symptoms in late life: associations with apathy, resilience and disability vary between young-old and old-old. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 23, 238-243.
- Menza, M., Robertson-Hoffman, D., & Bonapace, A.(1993). Parkinson's disease and anxiety: Comorbidity with depression. *Biology Psychiatry*, 34, 465-470.
- Mitchell, P., Powell, L, Blumenthal, J., Norton, J., Ironson, G, Pitula, C., Froelicher, E., Czajkowski, S., Youngblood, M., Huber, M.,& Berkman, L., (2003). A short social support measure for patients recovering from myocardial infarction: the ENRICHED social support inventory. *Journal of Cardiopulmonary*

Rehabilitation, 23(6), 398-403.

- O'Donnell MJ, Xavier D, Liu L, Zhang H, Chin SL, Rao-Melacini P, et al(2010). Risk factors for ischaemic and intracerebral hemorrhagic stroke in 22 countries(the INTERSTROKE study): a case-control study. *Lancet*; 376, 112-123.
- Olsson, C.A., Bond,L., Burns, J. M. , Vella-Brodrick, D.A., Sawyer, S.M. (2003). Adolescent resilience: a concept analysis, *Journal of adolescence*, 26(1), 1-12.
- Oxford Dictionary Online(2012). Oxforddictionaries.com
- Pagnic, C.A.(1994). *Central pain due to spinal cord and brain stem damage*. In Wall, P.D., Melzack, R., & Conica, J. J.(Eds.). *Textbook of pain*(3er ed). Philadelphia, 363.
- Palmer, M. L., Toms, J. E. (1992). *Manual for functional training*(3rd ed.). Philadelphia: F.A. Davis.
- Pasquinin, M., & Biondi, M.(2007). Depression in cancer patients: a critical review. *Clinical Practice And Epidemiology in Mental Health*, 3(2), 1-9.
- Pohjasvaara T, Leppavuori A, Siira I, Vataja R, Kaste M, Erkinjuntti T(1998). Frequency and clinical determinants of poststroke depression. *Stroke*, 29, 2311-2317.
- Polk, Laura V. BSN. (1997). Toward a Middle-Range Theory of Resilience. *Advances in Nursing Science*, 19(3), 1-13.
- Polk, L. V (2000). *Development and validation of the Polk resilience patterns scale*. Catholic University of Washington DC, Doctoral dissertation.
- Rifee, D. M. (1981). Self-Esteem changes in Hospitalized School-Age Children. *Nursing Research*, 30(2), 94-97.
- Robinson, R.G., Kubos, K.L., Starr, L. B., Rao, K., & Price,

- T.R.(1984). Mood disorder in stroke patients: importance of location of lesion. *Brain: A Journal of Neurology*, 107, 81-93.
- Robinson, R.G.(2003). Poststroke depression: Prevalence, Diagnosis, treatment, and disease progression. *Biol Psychiatry*, 54, 376-387.
- Robinson-Smith, G., Johnston, M. V., & Allen, J.(2000). Self-care, self-efficacy, quality of life, and depression. *Archives Physical Medication Rehabilitation*, 81, 460-464.
- Robottom, B.J., Bruber-Baldini, A.L.,Anderson, K.E.,Reich, S.G., Fishman, P.S., Weiner, W.J., Shulman, L.M.(2012). What determines im patients with Parkinson's disease?. *Parkinsonism Related Disorder*, 18(2), 174-177.
- Rosenberg (1965). *Measures of Personality and Social Psychological Attitudes*. Sand-Diago, California: Academic Press, Inc.
- Rosenberg, M. & Leonard. I. Pearlin(1978). Social class and Self-esteem among Childern and Adult. *American Journal of Sociology*, 84, 5-55.
- Rubin, R.(1968). Body image and self-esteem, *Nursing Outlook*, 16(6), 24.
- Rutter. M. E.(1987). Psychosocial resilience and protective mechanism. *American Journal of Orthopsychiatry*, 57, 316-331.
- Rutter, M. (1992). *Psychological resilience and protective mechanisms. Risk and protective factors in the development of psychopathology*, 181-214. New York: Cambridge University Press.
- Rutter, M. (1993). Resilience: Some conceptual considerations. *Journal of Adolescent health*, 14(8), 626-631.
- Sacco, R. L., Shi, T., Zamanillo, M. C., & Kargman, D.E.(1994).

- Predictors of mortality and recurrence after hospitalized cerebral infarction in an urban community: the Northern Manhattan Stroke Study. *Neurology*, 44, 626-634.
- Scott, G.D.(1996). From thalamic syndrome to central poststroke pain, *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 61(6), 560-564.
- Shah, S., Vanclay, F., & Cooper, B. (1989). Improving the sensitivity of the Barthel Index for stroke rehabilitation. *Journal of Clinical Epidemiology*, 42(8), 703-709.
- Sturm, J. W., Dewey, H.M., Donnan, G.S., Macdonell, R.A.L., McNeil, J.K., Thrift, A.G.(2002). Handicap After Stroke: How Does It Relate to Disability, Perception of Recovery, and Stroke Subtype? The North East Melbourne Stroke Incidence Study(NEMESIS). *Stroke*, 33(3), 762-768.
- Summers, D., Leonard, A., Wentworth, D., Saver, J.L., Simpson, J., Spilker, J. A., et al.(2009). Comprehensive overview of Nursing and Interdisciplinary Care of the Acute Ischemic Stroke Patient: A Scientific Statement From the American Heart Association. *Stroke*, 40, 2911-2944.
- The Internet Stroke Center. www.strokecenter.org
- Tasker, R.(2001). *Central pain states. Bonica's management of pain*, 3rd ed. Edited by Loeser J., Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 433-457.
- 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.
- Verdelho, A., Henon, H., Leberly, F., Pasquier, F. & Leys, D.(2004).

- Depressive symptoms after stroke and relationship with dementia. *Neurology*, 62, 905-911.
- Wagnild, G.M., & Young, H.M.(1990). Resilience among older women. *Image: The Journal of Nursing scholarship*, 22(4), 252-255.
- Wagnild, G. M. & Young, H. M. (1993). Development and psychometric evaluation of the resilience scale. *Journal of Nursing Measurement*, 1(2), 165-178.
- Wagnild, G.M. (2010). *The Resilience Scale user's guide for the US English version of the Resilience Scale and the 14-Item Resilience Scale (RS-14)*. Worden, MT: The Resilience Center.
- Walsh, F.(1998). *Strengthening family resilience*. New York: Guilford.
- Webster's Dictionary (2003). Merriam-Webster Inc.
- Weiner, B. (1979). A theory of some classroom experiences. *Journal of Educational Psychology*, 71, 3-25.
- Wethington, E. & Kessler, R. C. (1986). Perceived support, received support and adjustment to stressful life events. *Journal of Health and Social Behavior*, 27, 78-89.
- WHO(World Health Organization). www.who.int
- Wolff, S.(1995). The concept of resilience. *Austrian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 29, 565-574.
- Woodgate, R. L. (1999). Conceptual Understanding of Resilience in the Adolescent with cancer. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 16(1), 35-43.
- Whyte, E., Mulsant, B.(2002). Post stroke depression: epidemiology, pathophysiology, and biological treatment. *Biological Psychiatry*, 52(3), 253-264.
- Xu, Hao, Kuper, Yu, Wiensenfeld-Hallin(1997). Mechanisms of central pain. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*. 41(1), 127-128.

<부록 1> 연구대상자 보호 심의 결과 통보서

연구대상자보호심의 결과 통보서

승인번호: 2012-70

연구제목: 재가 뇌졸중 환자의 극복력 영향요인

책임 연구자: 임소정

연구 기간: 2012년 12월 20일 ~ 2013년 5월 30일

위 연구는 연구 대상자 선정과 연구 절차에 있어서 연구 대상자에게 위험성(또는 맹검성)을 최소화 했으며 연구 대상자 신원보호와 연구 참여 동의서 양식이 명확하게 제시되어있어 연구 시행이 가능한 것으로 통과 되었습니다. 본 위원회에서는 연구자가 연구참여자(환자, 간호사)에게 연구과정 중에 참여를 중단할 수 있는 권리를 충분히 알려주도록 권고합니다.

단, 연구과정에서 발생하는 모든 문제는 연구자의 책임임을 알려 드립니다.

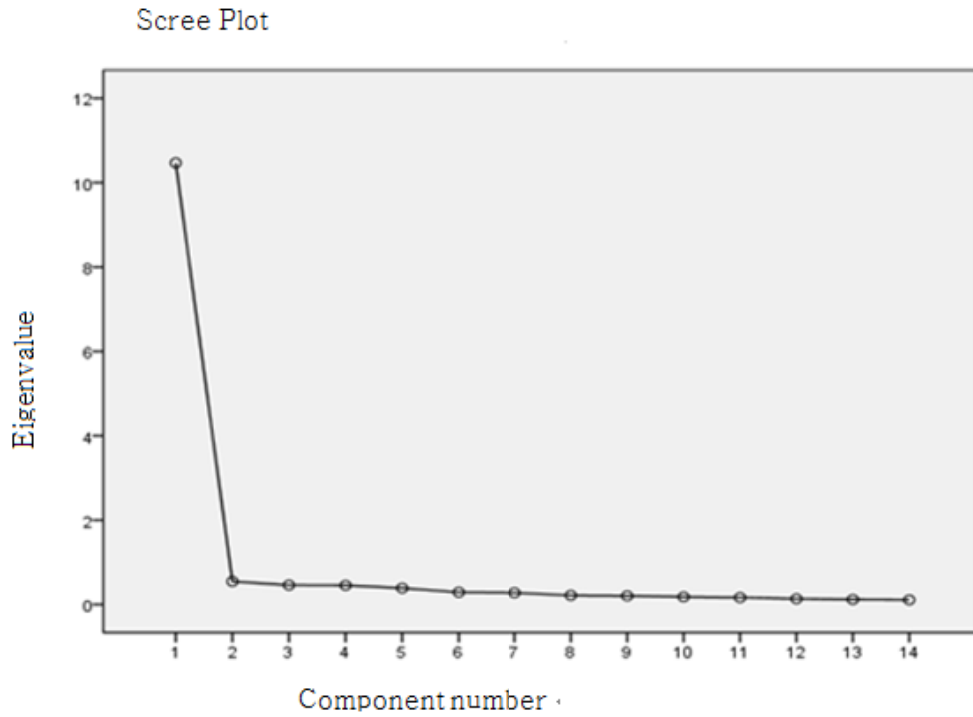
2012년 12월 28일

서울대학교간호대학
연구대상자보호심의위원장



<부록 2-1>

Scree Plot of Factor Analysis on Resilience scale



<부록 2-2>

Eigenvalue, % of Variance, and Cumulative % of variance on Resilience Scale.

Factor	Eigenvalue	% of Variance	Cumulative %
1	10.468	74.769	74.769

<부록 3>

연구 참여 동의서

안녕하십니까?

저는 서울대학교 간호학과 대학원에서 지역사회간호학을 전공하고 있는 임소정입니다.

본 설문지는 제가 뇌졸중 환자의 극복력에 미치는 영향을 연구하기 위한 것으로 귀하의 소중한 의견이 연구 자료에 활용하고자 만들어진 것입니다.

본 설문지는 1회 면담설문으로 수행되며 필요한 경우 보호자의 도움을 받아 작성할 수 있습니다. 본 설문지 답변에 소요되는 시간은 20~25분이 될 것으로 예상됩니다.

귀하께서 응답해주신 설문지의 내용은 오직 학술 연구 목적으로만 사용되며 개인적인 일체의 사항은 비밀이 유지됩니다. 모든 자료는 무기명으로 처리되기 때문에 어떠한 불이익도 없을 것을 약속드리오며, 연구 참여 도중 원하지 않을 경우 언제든지 참여를 포기할 수 있습니다. 귀중한 시간을 할애하여 협조해 주셔서 진심으로 감사드리오며 빠른 쾌유를 기원합니다.

연구자 서명일: 2013년 월 일

서울대학교 간호학과 대학원

연구자: 임소정 올림 (서명)

위의 내용을 듣고 이해하며, 연구에 자발적으로 참여할 것을 동의합니다.

연구 참가자 서명일: 2013년 월 일

연구 참가자: (성명)_____ (서명) _____

* 귀하의 일반적 특성에 대한 질문입니다. 모든 질문에서 해당되는 곳에 V표를 해주시기 바랍니다.

1. 귀하의 연령은? 만 ()세

2. 귀하의 성별은? ① 남 ② 여

3. 귀하의 결혼상태는?

① 미혼 ② 기혼 ③ 사별 ④ 별거 ⑤ 이혼 ⑥ 기타

4. 귀하의 종교는?

① 기독교 ② 불교 ③ 천주교 ④ 무교 ⑤ 기타

5. 가족의 월 소득이 어떻게 되십니까?

① 49만원 미만 ② 50~99만원 ③ 100~199만원 미만 ④ 200만원 이상

6. 귀하의 치료비용을 부담하는 사람은 누구입니까?

① 본인 ② 배우자 ③ 자녀 ④ 부모 ⑤ 기타

7. 귀하를 간호해 주는 사람은 누구입니까?

① 배우자 ② 자녀 ③ 부모님 ④ 친척 ⑤ 간병인 ⑥ 기타

8. 같이 사는 가족은 누구입니까? (해당되는 곳에 모두 v 표시를 해주십시오)

① 아버지 ② 어머니 ③ 배우자 ④ 아들 ⑤ 딸 ⑥ 며느리 ⑦ 사위

⑧ 손자 ⑨ 기타(간병인, 친지, 형제 등)

* 귀하의 질병관련 특성에 대한 질문입니다. 모든 질문에서 해당되는 곳에 V표를 해주시기 바랍니다.

1. 뇌졸중 진단 후 기간은 얼마나 됩니까? _____ 개월
 ① 3개월 이상~6개월 미만 ② 6개월 이상~12개월 미만
 ③ 12개월 이상~24개월 미만 ④ 24개월 이상
2. 마비 부위가 어느 쪽이십니까?
 ① 왼쪽 ② 오른쪽
3. 뇌졸중 종류는 어느 것입니까?
 ① 허혈성 ② 출혈성 ③ 기타
4. 이번 뇌졸중 발병 하기 전에 또 발병한 적이 있습니까?
 ① 아니오 ② 예 _____ 회
5. 다음 중 현재 진단받은 질환은 어느 것입니까?
 ① 고혈압 ② 당뇨 ③ 고지혈증 ④ 심장질환 ⑤ 기타_____
- ⑥ 없음
6. 흡연
 ① 전혀 피운 적 없음 ② 피우다가 끊음 ③ 현재도 피움: 하루에 () 개비
7. 음주 ① 전혀 마시지 않음 ② 마심: 1주일에 ()회, 1회에 ()잔
8. 운동
 ① 전혀 운동을 하지 않음 ② 가끔 운동을 함
 ③ 지속적으로 운동을 함()회/주
9. 장애정도 척도 MRS(Modified Rankin Scale): 해당 번호에 V표를 해주십시오.

① Grade 0	증상이 없다.
② Grade 1	증상이 있더라도 뚜렷한 장애는 없고 일상활동을 모두 수행할 수 있다.
③ Grade 2	경도의 장애. 이전의 활동을 모두 수행할 수는 없더라도 자신을 돌보는 일상활동을 독립적으로 수행할 수 있다.
④ Grade 3	중등도의 장애. 일상생활에 타인의 도움을 필요로 하나 독립적으로 혼자 걸을 수 있다.
⑤ Grade 4	중상등도의 장애. 타인의 도움 없이는 걸을 수도 신체적 욕구를 충족할 수도 없다.
⑥ Grade 5	심한 장애. 누워서 지내고 실금이 있으면 지속적인 간호가 필요하다.

중추성 통증 측정도구

- ① 있다 (있다면 아래 기입) ② 없다 (다음 장으로 넘어가기)

1. 통증시작시기

- ① 입원시 ② 1개월 이내 ③ 1-3개월 이내 ④ 3-6개월 ⑤ 6개월 이후

2. 통증 부위 ① 우측 ② 좌측

- ① 어깨 ② 손 ③ 다리 ④ 발 ⑤ 몸통 ⑥ 얼굴

3. 통증의 강도



4. 통증의 종류

- ① 저린 느낌, 편으로 찌르는 듯한 느낌 ② 통증 부위의 피부 변화
③ 옷이 스치거나 했을 때 이상하거나 아픈 느낌
④ 전기가 오는 듯한 느낌, 터질듯한 느낌
⑤ 시리거나 차가운 느낌, 뜨거운 느낌 ⑥ 기타

5. 악화요인

- ① 열 적용시 ② 스트레스 ③ 피곤 ④ 신체적인 움직임 ⑤ 좋지 않은 날씨

6. 완화요인

- ① 열 ② 얼음 ③ 마사지 ④ 휴식 ⑤ 수면 ⑥ 움직임

* 다음은 귀하의 일상생활동작을 묻는 질문입니다. 잘 읽어 보시고 해당란에 V표를 해주십시오. (보행이 가능한 경우 9번 질문 휠체어 타기는 답하지 마십시오.)

항목	행동	점수
식사	0= 불능 5= '음식을 자를 때' 도움이 필요하던가 또는 제한된 식이요법이 요구된 10= 독립적임	
목욕	0= 의존적임 5= 독립적임(또는 샤워가 가능함)	
몸치장	0= 다른 사람의 도움이 필요한 5= 세면/세발/양치질/면도(도구 제공)수행 시 독립적임	
옷입기	0= 의존적임 5= 도움이 필요하나 절반은 도움 없이 할 수 있음 10= 독립적임(단추, 지퍼, 끈 묶기 등의 행동도 포함)	
배변	0= 억제할 수 없음(또는 관장약이 필요함) 5= 때때로 억제하지 못함 10= 억제할 수 있음	
배뇨	0= 억제할 수 없거나 노관을 삽입하였거나 혼자서 처리할 수 없음 5= 때때로 억제하지 못함 10= 억제할 수 있음	
화장실 사용	0= 의존적임 5= 도움이 필요하나 일부는 혼자서 할 수 있음 10= 독립적(전원 켜기 및 끄기, 옷입기, 씻기)	
이동(누워있다가 앉을 때 앉았다가 누울 때)	0= 불능, 앉았을 때 균형을 잡을 수 없음 5= 많은 도움 필요하나(1또는 2인의 신체적 도움 필요) 앉을 수 있음 10= 약간의 도움이 필요함(구두 또는 신체적 도움이 필요함) 15= 독립적임	
운동 정도(지상에서)	0= 움직일 수 없거나 약 50츠 이하로 이동이 가능함 5= 독립적으로 휠체어 사용, 코너이동 가능, 약 50m 이상 이동가능 10= 한사람의 도움으로 걸을 수 있음(구두 또는 신체적 도움이 필요함)약 50m이상 이동이 가능함 15= 독립적임(보조도구 사용가능, 예)지팡이), 약 50m 이상 이동 가능	
계단이용	0= 불능 5= 도움이 필요함(구두, 신체적 도움, 보조도구 사용) 10= 독립적임	

극복력 측정도구

▶ 다음 문항들은 귀하의 극복력 정도를 알아보고자 하는 것입니다. 해당 답에 V표를 해주시기 바랍니다.

내 용	← 동의하지 않는다 → 동의한다 →						
	1	2	3	4	5	6	7
1. 나는 대체로 일을 어떤 식으로든 해나간다.							
2. 나는 내 인생에서 어떤 일을 성취했다는 데에서 자부심을 느낀다.							
3. 나는 대체로 일을 수월하게 처리한다.							
4. 나는 내 자신이 좋다							
5. 나는 한 번에 여러 가지 일 들을 할 수 있다고 느낀다.							
6. 나는 의지력이 굳다.							
7. 나는 예전에 힘든 일을 겪어봤기 때문에 힘든 시간을 극복할 수 있다.							
8. 나는 내 스스로에게 정해진 규율이 있다.							
9. 어떤 일에 흥미를 계속 갖기 위해 노력한다.							
10. 나는 대체로 웃을 수 있는 일을 찾을 수 있다.							
11. 나는 나 자신을 믿기 때문에 어려운 시간을 헤쳐나갈 수 있다.							
12. 나는 다른 사람이 압박할 때 의지할 수 있는 사람이다.							
13. 나는 삶에 의미를 갖고 있다.							
14. 어려운 상황에 처했을 때, 그것에서 벗어나는 길을 찾을 수 있다.							

우울 측정도구

▶ 다음의 각 문항은 모두 네 개의 문장으로 구성되어 있습니다. 지난 2주일 동안의 당신의 기분과 상태를 생각해보시고, 이를 가장 잘 설명하는 문장의 번호에 동그라미 하시오.

1. 0) 나는 슬프지 않다.
 - 1) 나는 슬프다.
 - 2) 나는 항상 슬퍼서 그것을 떨쳐버릴 수 없다.
 - 3) 나는 너무나 슬프고 불행해서 도저히 견딜 수 없다.

2. 0) 나는 앞날에 대해서 별로 낙심하지 않는다.
 - 1) 나는 앞날에 대해서 비관적인 느낌이 든다.
 - 2) 나는 앞날에 대해 기대할 것이 아무 것도 없다고 느낀다.
 - 3) 나는 앞날은 아주 절망적이고 나아질 가망이 없다고 느낀다.

3. 0) 나는 실패자라고 느끼지 않는다.
 - 1) 나는 보통 사람들보다 더 많이 실패한 것 같다.
 - 2) 내가 살아온 과거를 뒤돌아 보면, 생각나는 것을 실패뿐이다.
 - 3) 나는 인간으로서 완전한 실패자인 것 같다.

4. 0) 나는 전과 같이 일상생활에 만족하고 있다.
 - 1) 나의 일상생활은 전처럼 즐겁지 않다.
 - 2) 나는 더 이상 어떤 것에서도 참된 만족을 얻지 못한다.
 - 3) 나는 모든 것이 다 불만스럽고 지겹다.

5. 0) 나는 나 자신에게 실망하지 않는다.
 - 1) 나는 나 자신에게 실망하고 있다.
 - 2) 나는 나 자신이 혐오스럽다.
 - 3) 나는 나 자신을 증오한다.

6. 0) 나는 다른 사람보다 못한 것 같지는 않다.
- 1) 나는 나의 약점이나 실수에 대해서 나 자신을 탓한다.
 - 2) 내가 한 일이 잘못되었을 때는 언제나 나를 탓한다.
 - 3) 일어나는 모든 나쁜 일들은 다 내 탓이다.
7. 0) 나는 자살 같은 것을 생각하지 않는다.
- 1) 나는 자살할 생각은 하고 있으나, 실제로 하지는 않을 것이다.
 - 2) 나는 자살하고 싶다.
 - 3) 나는 기회만 있으면 자살하겠다.
8. 0) 나는 특별히 죄책감을 느끼지 않는다.
- 1) 나는 죄책감을 느낄 때가 많다.
 - 2) 나는 거의 언제나 죄책감을 느낀다.
 - 3) 나는 항상 언제나 죄책감을 느낀다.
9. 0) 나는 별을 받고 있다고 느끼지 않는다.
- 1) 나는 아마 별을 받을 것 같다.
 - 2) 나는 별을 받아야 한다고 느낀다.
 - 3) 나는 지금 별을 받고 있다고 느낀다.
10. 0) 나는 평소보다 더 울지는 않는다.
- 1) 나는 전보다 더 많이 운다.
 - 2) 나는 요즘 항상 운다.
 - 3) 나는 전에는 울고 싶을 때 울 수 있었지만, 요즘은 울래야 울 기력조차 없다.
11. 0) 나는 요즘 평소보다 더 짜증을 내는 편은 아니다.
- 1) 나는 전보다 더 쉽게 짜증이 나고 귀찮아진다.
 - 2) 나는 요즘 항상 짜증스럽다.
 - 3) 전에는 짜증스럽던 일에 요즘은 너무 지쳐서 짜증조차 나지 않는다.

12. 0) 나는 다른 사람들에 대한 관심을 잃지 않고 있다.
- 1) 나는 전보다 다른 사람들에 대한 관심이 줄었다.
 - 2) 나는 다른 사람들에 대한 관심이 거의 없어졌다.
 - 3) 나는 다른 사람들에 대한 관심이 없어졌다.
13. 0) 나는 평소처럼 결정을 잘 내린다.
- 1) 나는 결정을 미루는 때가 전보다 더 많다.
 - 2) 나는 전에 비해 결정 내리는 데에 더 큰 어려움을 느낀다.
 - 3) 나는 더 이상 아무 결정도 내릴 수가 없다.
14. 0) 나는 전보다 내 모습이 더 나빠졌다고 느끼지 않는다.
- 1) 나는 나이 들어보이거나 매력 없어 보일까봐 걱정한다.
 - 2) 나는 내 모습이 매력 없게 변해 버렸다고 느낀다.
 - 3) 나는 내가 추하게 보인다고 믿는다.
15. 0) 나는 것처럼 일을 할 수 있다.
- 1) 어떤 일을 시작하려면 특별히 더 많은 노력이 든다.
 - 2) 무슨 일이든 하려면 나 자신을 매우 심하게 채찍질해야만 한다.
 - 3) 나는 전혀 아무 일도 할 수가 없다.
16. 0) 나는 평소처럼 잠을 잘 수 있다.
- 1) 나는 것처럼 잠을 자지 못한다.
 - 2) 나는 전보다 한 두 시간 일찍 깨고 다시 잠들기 어렵다.
 - 3) 나는 평소보다 몇 시간이나 일찍 깨고 다시 잠들 수 없다.
17. 0) 나는 평소보다 더 피곤하지는 않다.
- 1) 나는 전보다 더 쉽게 피곤해진다.
 - 2) 나는 무엇을 해도 언제나 피곤해진다.
 - 3) 나는 너무나 피곤해서 아무 일도 할 수 없다.

18. 0) 내 식욕은 평소와 다름없다.

- 1) 나는 요즘 전보다 식욕이 좋지 않다.
- 2) 나는 요즘 식욕이 많이 떨어졌다.
- 3) 요즘에는 전혀 식욕이 없다.

19. 0) 요즘 체중이 별로 줄지 않았다.

- 1) 전보다 몸무게가 2kg 가량 줄었다.
- 2) 전보다 몸무게가 5kg 가량 줄었다.
- 3) 전보다 몸무게가 7kg 가량 줄었다.

20. 0) 나는 건강에 대해 전보다 더 염려하고 있진 않다.

- 1) 나는 여러 가지 통증, 소화불량, 변비 등과 같은 신체적인 문제로 걱정하고 있다.
- 2) 나는 건강이 매우 염려되어 다른 일을 생각하기 힘들다.
- 3) 나는 건강이 너무 염려되어 다른 일은 아무것도 생각할 수 없다.

21. 0) 나는 요즘 성(sex)에 대한 관심에 별다른 변화가 없다.

- 1) 나는 전보다 성(sex)에 대한 관심이 줄었다.
- 2) 나는 전보다 성(sex)에 대한 관심이 상당히 줄었다.
- 3) 나는 성(sex)에 대한 관심을 완전히 잃었다.

자아존중감 측정도구

▶ 다음 문항들은 귀하의 자아존중감 정도를 알아보려고 하는 것입니다. 해당 답에 V표를 해주시기 바랍니다.

내용	대체로 그렇지 않다	보통이다	대체로 그렇다	매우 그렇다
1. 나는 내가 다른 사람들처럼 가치 있는 사람이라고 생각한다.				
2. 나는 좋은 성품을 가졌다고 생각한다.				
3. 나는 대체적으로 실패한 사람이라는 느낌이 든다. *				
4. 나는 대부분의 다른 사람들과 같이 일을 잘 할 수가 있다.				
5. 나는 자랑할 것이 별로 없다.*				
6. 나는 내 자신에 대하여 긍정적인 태도를 가지고 있다.				
7. 나는 내 자신에 대하여 대체로 만족한다.				
8. 나는 내 자신을 좀 더 존경할 수 있으면 좋겠다.				
9. 나는 가끔 내 자신이 쓸모 없는 사람이라는 느낌이 든다.				
10. 나는 때때로 내가 좋지 않는 사람이라고 생각한다.*				

사회적 지지 측정도구

▶ 다음 문항들은 귀하의 사회적 지지 정도를 알아보고자 하는 것입니다. 해당 답에 V표를 해주시기 바랍니다. 각 문항에 명시된 도움을 주는 사람이란 보호자가 아닌 다른 사람을 의미하므로 이를 참고하여 답변해주시기 바랍니다.

문항	없음 (1점)	거의 없음 (2점)	조금 (3점)	많음 (4점)	아주 많음 (5점)
1. 하소연하고 싶은 일이 있을 때 들어줄 사람이 있으십니까?					
2. 문제가 생겼을 때 도움말을 주거나 충고를 해 줄 사람이 있습니까?					
3. 사랑과 애정을 보여주는 사람이 주위에 있습니까?					
4. 날마다 해야하는 일을 도와줄 사람이 있습니까?					
5. 어떤 결정을 내리거나 문제에 대해서 상의한다거나 할때 옆에서 정서적으로 지지해줄 믿을 만한 사람이 있습니까?					
6. 믿고 속마음을 터 놓을 수 있는 아주 가까운 사람과 원할 때마다 만나거나 전화통화 할 수 있으십니까?					
7. 현재 결혼을 한 상태입니까?	① 예(4점) ② 아니오(2점)				

☆ 설문지에 응답해주셔서 진심으로 감사드립니다.

Abstract

The factors influencing the resilience in stroke patients at home

So-Jung Imm

College of Nursing

The Graduate School

Seoul National University

Directed by Professor Soon-Nyoung Yun, PhD, RN

This study was to identify the affecting factors to resilience of the stroke patients at home (SPH). Demographic, clinical, post-stroke biobehavioral, psycho-social factors are regarded as the determinants to resilience of SPH. The subjects of this study were 120 stroke patients visiting out-patient department in a tertiary hospital and a rehabilitation hospital in Gyeonggi province from January to March 2013.

The study results are as follows.

1. The subjects ranged in age from 40~89 years and age of 60's was the most highest rating 32.5%, female was 50.7%. The duration after attack was the most highest in 7-12 months rating 28.3%, subjects who experienced previous stroke was 87.5%. Moderate disability level (MRS) was most highest rating 35.8%, and mild activities of daily living (ADL) was most highest rating 26.7%.

2. The mean score of resilience of stroke patient at home was 55.58(\pm 18.487), which was below the average level.
3. Among demographic factors, age, family income, payer for treatment, and from the clinical factors previous stroke, hypertension, exercise, disability level, ADL showed significant difference of the resilience score of SPH.
4. Resilience was statistically significantly higher when post-stroke depression was lower, self-esteem was higher, social support was higher.
5. In the result of the correlation of variables, Resilience and age, post-stroke depression showed moderate negative correlation. Resilience and ADL, self-esteem, social support showed moderate positive correlation.
6. In the results of multiple linear regression using resilience and significant independent variables, post-stroke depression, exercise, ADL, self-esteem, social support were the significant variables explaining resilience 75.7%. Among these significant independent variables, the explanatory power of post-stroke depression was 69.5%.

In conclusion, post-stroke depression was the most influencing factor of resilience. Therefore, the implementation and development of program to decrease post-stroke depression is suggested for the public health center, rehabilitation centers, day-care centers in the community to increase resilience of stroke patients at home.

Keywords : Stroke patients at home, Resilience, Depression, Pain, Self-esteem, Social support

Student number : 2011-20477