

## 재가 뇌졸중환자의 생활양식과 일상생활기능수행, 우울 및 건강상태 지각에 관한 연구

경북외국어테크노대학 간호과, 계명대학교 간호학부  
김효정, 박영숙\*

### A Study on Life Style, Functional Condition, Depression and Perceived Health Status of Stroke Patient at Home

Hyo-Jung Kim, Yeong-Sook Park\*

Dept. of Nursing, Kyungbuk Foreign Language Techno College, Kyungbuk 712-881, Korea

\*College of Nursing, Keimyung University, Taegu 700-712, Korea

#### = ABSTRACT =

**Purpose :** The purpose of this study was to provide data that might develop health promotion program through the identification of life style, functional condition, depression and perceived health status of stroke patient at home.

**Method :** The subjects of this study were 128 obtained by convenience sampling from stroke patients who visited a university hospital or registered in a social welfare center(Bokjigwan) in Taegu. Data were collected by interview with questionnaires from April 28 to May 31, 2003. The instruments used in the study were life style scale, Functional Independence Measure(FIM), depression scale and Health Self-Rating Scale. Data were analyzed with descriptive statistics,  $\chi^2$ -test, t-test, ANOVA, Pearson Correlation Coefficient, stepwise multiple regression using SPSS program.

**Results :** 1. For life style among patients, the percentage of drinking was 14.8%, smoking 15.6%, intake of much salty food 22.7%, irregular dietary habit 21.1%, irregular exercise habit 72.7%, perception on stress 69.5%. 2. The mean score of total FIM was  $132.61 \pm 12.22$ . The items recorded high score reveal toilet use, sphincter control, eating and the items recorded low score reveal bathing, climbing stairs. 3. The mean score of depression was  $8.81 \pm 9.11$ , the rate of depression was 29.7%. 4. The mean score of perceived health status was  $7.44 \pm 2.09$ . 5. The rate of drinking showed a statistically significant differences according to sex, educational level, present occupation, illness duration, hospital fee resource; the rate of smoking according to sex; the rate of regular dietary habit according to sex, whether they had a spouse or not, main care giver; the rate of regular exercise according to sex, educational level, the number of secondary disorder. 6. FIM showed significant differences according to present occupation, diagnosis, the number of recurrence, the number of secondary disorder; depression according to sex, level of satisfaction with income, illness duration, the number of secondary disorder, main care giver, hospital fee resource; perceived health status according to present occupation, level of satisfaction with income, illness duration, side of hemiplegia, the number of secondary disorder. 7. The score of FIM was significantly correlated with depression, perceived health status. Also depression was significantly correlated with perceived health status. 8. The combination of the number of secondary disorder, level of stress, illness duration explained 33.8% of the variance of depression.

**Conclusion :** The above findings indicate to understand the life style, functional condition and perceived health status of stroke patients at home and to develop health promotion program for changing their life style and enhancing their functional condition, depression and perceived health status.

**Key words :** stroke patient, life style, functional condition, depression, perceived health status

## I. 서 론

### 1. 연구의 필요성

뇌졸중은 뇌혈관 장애로 인한 질환으로 의학의 발달과 생활환경의 향상으로 평균 수명이 연장됨에 따라 발생률도 증가 추세에 있고, 복잡한 사회구조에 따른 스트레스의 과다 등에 의해 발생시기가 10년 전에는 60대에 가장 많았으나 요즘은 30대와 40대에서도 빈발하고 있으며(전 1998)<sup>1)</sup> 국내에서 사망원인 제1위를 차지하고 있다(보건복지부 2000)<sup>2)</sup>. 더욱이 생존한다 하더라도 급성기 치료후 환자의 약 15~20%는 사망하며, 10% 미만은 완전 회복이 되지만 나머지 70~75%는 뇌의 침범 영역에 따라 운동, 감각, 인지, 언어 등 만성 기능 장애를 갖게 되며(국립재활원 1997)<sup>3)</sup>, 의료비 지출의 증가와 사회적 역할 상실에 따라 우울, 불안 등의 심리적인 적응문제가 있어 지속적인 재활간호가 요구된다. 또한 첫 발병 후 3개월 이내에 환자의 30%, 6개월 이내에 50%, 1년 이내에 80%가 재발하여 점차로 악화된다(Barker 1994)<sup>4)</sup>. 이러한 건강문제들은 그들로 하여금 대인관계의 부적응, 직업의 상실 및 역할변화, 건강상실로 인한 경제적 부담 등의 사회적 적응문제에 접하게 함으로써 환자 자신뿐만 아니라 가족의 삶의 질을 저하시키므로 재활치료후 지속적으로 자신의 건강을 유지 및 증진하기 위한 건강관리 프로그램이 절실히 필요한 실정이다.

국내에서 뇌졸중환자를 위한 재활과정은 최근까지도 대부분 입원환자 중심이었으며, 퇴원환자의 경우 외래방문을 통해 진료와 검사를 받거나 침을 맞거나 한약을 복용하는 등 소극적인 건강관리가 많았고 건강증진을 위해 재활프로그램에 참여하는 적극적인 건강관리는 제대로 이루어지지 않았다. 또한 퇴원후 뇌졸중환자가 건강유지 및 증진에 관심은 있으나 규칙적인 병원방문외에 이용가능한 중재가 거의 없어 불건강한 생활양식으로 되돌아감으로써 이차장애가 발생하거나 일차장애가 악화되기도 하며 재발의 위험이 증가하게 된다(Rimmer & Hedman 1998)<sup>5)</sup>. 그러므로 일차예방을 통해서 뇌혈관질환이 발생하기 전에 피하는 것이 중요하지만, 이미 발병된 이후에는 뇌졸중으로 인한 건강문제를 해결하고 합병증 및 재발 방지를 위해서 평소 자신의 건강을 유지하고 증진하려는 장기적인 노력이 필요하다.

뇌졸중의 발생과 재발 예방의 열쇠는 위험인자를 조절하는 것으로 뇌졸중의 위험인자중 수정가능한 요인에는 고혈압, 심장질환, 당뇨병, 고지혈증, 비만 등의 건강문제와 오랜 기간 습관화되어 있는 흡연, 과음, 염분 과다섭취, 운동부족 등이 있다. 급성기 치료후에는 무엇보다도 뇌졸중의 위험인자 조절을 통한 재발 방지가 중요하므로 뇌졸중환자의 생활양식

을 조사하여 건강한 생활습관을 갖도록 적극적으로 교육할 필요가 있다.

함 등(2000)<sup>6)</sup>은 뇌졸중환자를 대상으로 한 국내연구의 대부분이 심리적, 신체적 상태에 대한 조사연구에 치우쳐 있다고 보고하였다. 국외에서도 뇌졸중환자의 건강관련요인에 대한 연구는 거의 이루어지지 않았는데 그 이유는 뇌졸중환자의 건강생활양식을 교정하기가 어렵기 때문에 행동을 변화시켜서 건강을 유지 및 증진하는 전략보다는 치료적인 약물투여 효과 검증에 치중하고 있다고 지적하였다(Cupples & McKnight 1994; Howitt & Armstrong 1999)<sup>7-8)</sup>. 뇌졸중환자의 건강증진과 재발에 생활습관이 크게 영향을 미치는 점을 감안하여 추후 생활양식을 변경하기 위한 간호중재 개발을 위한 기초조사로 생활양식에 관한 조사연구가 필요하다.

뇌졸중은 진행단계에 따라 간호중재의 목표와 구체적 접근방법을 달리 구상해야 하는 특징이 있으므로(조 1997)<sup>9)</sup> 간호사는 환자상태에 적합한 간호중재를 제공하기 위해 환자의 건강문제 및 건강상태에 대한 지식이 있어야 한다. 국내연구의 대부분이 치료를 받는 시점이나 퇴원시 뇌졸중환자의 신체적 또는 정신적 상태, 재활 그리고 일상생활 동작 증진을 위한 연구로 재가 뇌졸중환자의 건강문제 및 건강상태를 나타내는 일상생활기능수행, 우울 및 건강상태 지각 정도를 조사한 연구는 드문 실정이므로 재가 뇌졸중환자의 건강실태를 파악하는 것은 그들의 건강수준에 적절한 건강관리 제공을 위해서 매우 중요하다.

따라서 본 연구자는 재가 뇌졸중환자의 생활양식을 파악하고, 이들의 건강상태를 대표할 수 있는 일상생활기능수행과 우울 및 건강상태 지각 정도를 조사함으로써 향후 재가 뇌졸중환자의 건강생활습관을 변화시키고 건강상태를 향상시키기 위한 건강증진 프로그램을 개발하는데 기초자료로 활용하고자 한다.

### 2. 연구목적

구체적인 목적은 다음과 같다.

- 1) 재가 뇌졸중환자의 생활양식과 일상생활기능수행, 우울 및 건강상태 지각 정도를 파악한다.
- 2) 재가 뇌졸중환자의 일반적 특성과 생활양식과의 관계를 파악한다.
- 3) 재가 뇌졸중환자의 일반적 특성에 따른 일상생활기능수행, 우울 및 건강상태 지각의 차이를 파악한다.
- 4) 재가 뇌졸중환자의 일상생활기능수행, 우울 및 건강상태 지각간의 상관관계를 파악한다.
- 5) 재가 뇌졸중환자의 우울에 영향을 미치는 변인을 파악한다.

궁극적으로 재가 뇌졸중환자의 생활양식과 일상생활기능수행, 우울 및 건강상태 지각 정도를 파악하여 신체·심리·사회적 적응을 도모하고 삶의 질을 향

상시키기 위한 건강증진 프로그램을 개발하는데 기초자료로 활용하고자 한다.

## II. 연구방법

### 1. 연구설계

본 연구는 재가 뇌졸중환자의 생활양식과 일상생활기능수행, 우울 및 건강상태 지각 정도를 파악하기 위한 서술적 조사연구이다.

### 2. 연구대상 및 자료수집방법

본 연구의 대상자는 재가 뇌졸중환자로 대구시 D종합병원 신경과 외래를 통해 치료하는 환자와 D장애인 복지관에 등록된 자체장애인 중에서 128명을 편의추출하여 대상으로 하였으며, 대상자 선정기준은 뇌졸중으로 인한 실어증이 없는 자, 시청각 장애가 심하지 않은 자, 정신장애를 수반하지 않은 자, 면담자와의 기본적인 의사소통이 가능한 자, 본 연구의 목적을 이해하고 연구에 참여하기를 수락한 자로 하였다.

자료수집기간은 2003년 4월 28일부터 5월 31일까지였으며, 연구자와 연구보조원 2명이 일대일 면담으로 설문지를 작성하였으며, 설문지 작성에 소요된 시간은 20분~30분 정도였다.

### 3. 연구도구

#### 1) 생활양식

생활양식은 장(2001)<sup>10)</sup>의 뇌졸중환자의 발병 전·후 건강생활양식의 변화에 관한 질문지를 본 연구자가 수정 보완한 도구를 사용하여 측정하였다. 이 도구는 7문항으로 음주 및 흡연 습관, 식염섭취 정도, 식사의 규칙성, 식사의 선호도(육류, 어류, 지방, 야채, 과일), 규칙적 운동, 스트레스 정도로 구성되어 있다.

#### 2) 일상생활기능수행

일상생활기능수행은 Functional Independence Measure(Granger et al 1986)<sup>11)</sup>를 사용하여 측정하였다. FIM은 Uniform Data System for Medical Rehabilitation (UDSMR)에 포함된 기능평가 기준표로 운동영역 13항목과 인지영역 5항목으로 구분되어 있는 총 18항목의 도구이며 각 항목은 다른 사람의 도움의 필요여부에 따라 7등급으로 나누며 점수의 범위는 총 18점에서 126점까지이다. 운동영역은 자가간호(self-care) 6문항, 조임근 조절 2문항, 옮기기 3문항, 기동성 2문항으로 구분되며, 인지영역은 의사소통 2문항, 사회인지 3문항으로 구분되었으며 점수가 높을수록 일상생활기능수행이 높은 것으로 본다. 본 연구에서 도구의 신뢰도는 Cronbach's  $\alpha=.94$ 였다.

### 3) 우울

우울은 Center for Epidemiologic Studies Depression Scale(Radloff, 1977)<sup>12)</sup>를 표준화한 전과 이(1992)<sup>13)</sup>의 한국판 CES-D를 김 등(1999)<sup>14)</sup>이 수정한 16문항의 4점 척도를 사용하여 측정하였다. 최저 0점에서 최고 48점까지의 범위를 가지며 점수가 높을수록 우울증상이 심한 것을 의미한다. 60점 만점일 때 16점 이상이면 우울로 진단하므로 본 연구에서는 12.8점 이상이면 우울로 진단한다. 본 연구에서 도구의 신뢰도는 Cronbach's  $\alpha=.92$ 였다.

### 4) 건강상태 지각

건강상태 지각은 Multilevel Assessment Instrument (Lawton et al 1982)<sup>15)</sup>의 하부척도인 Health Self-Rating Scale을 본 연구자가 수정한 도구를 사용하여 측정하였다. 각 문항은 자신이 평가하는 현재 건강상태, 1년 전과의 건강상태 비교, 건강상의 문제평가, 동년배와의 건강상태를 비교하는 문항으로 총 4문항으로 구성되었다. 도구의 3문항은 3점 척도, 1문항은 5점 척도로서 점수가 높을수록 자신이 지각하는 건강상태가 좋음을 의미한다. Stuifbergen et al(1990)<sup>16)</sup>이 장애인을 대상으로 한 연구에서 Cronbach's  $\alpha=.67$ 이었으며 본 연구에서 도구의 신뢰도는 Cronbach's  $\alpha=.65$ 였다.

### 4. 자료분석방법

수집된 자료는 SPSS-WIN 10.0을 이용하여 다음과 같이 분석하였다.

- 1) 대상자의 일반적 특성, 생활양식, 일상생활기능수행, 우울 및 건강상태 지각 정도는 실수와 백분율, 평균과 표준편차로 분석하였다.
- 2) 대상자의 일반적 특성과 생활양식과의 관계는  $\chi^2$  test로 분석하였다.
- 3) 대상자의 일반적 특성에 따른 일상생활기능수행, 우울 및 건강상태 지각의 차이를 파악하기 위해 t-test, ANOVA와 Tukey 검증을 이용하였다.
- 4) 대상자의 일상생활기능수행, 우울 및 건강상태 지각간의 관계를 파악하기 위해 Pearson Correlation Coefficient를 산출하였다.
- 5) 대상자의 우울에 영향을 미치는 변인을 파악하기 위해 단계적 회귀분석(stepwise multiple regression)을 이용하였다.

## III. 연구결과

### 1. 대상자의 일반적 특성

대상자의 일반적 특성은 표 1과 같다. 연령은 60

세~69세가 39.0%로 가장 많았으며, 평균연령은 62.60세였다. 성별은 남자가 55.5%, 여자가 44.5%였고 종교는 불교가 39.0%으로 가장 많았다. 결혼상태는 기혼이 75.0%로 가장 많았으며, 교육정도는 중졸 이하가 62.5%로 대부분 학력이 낮았다. 현재 직업은 '유'가 32.8%, '무'가 67.2%였으며 수입만족도는 '하'가 49.2%로 가장 많았다. 진단명은 뇌경색이 86.7%, 뇌출혈이 13.3%였으며 진단후의 기간은 1년 미만이 46.1%, 1년 이상~2년 미만이 27.3%, 2년 이상이 26.6%로 평균 23.50개월이었으며, 뇌졸중 재발횟수는 0회가 84.4%로 가장 많았다. 다중응답을 통한 관련질병에서는 고혈압이 43.8%로 가장 많았고, 마비부위는 좌측마비가 36.7%, 없음이 32.8%, 우측마비가 28.9%, 양측성 마비가 1.6%였다. 뇌졸중으로 인한 이차장애 호소수는 3~4개가 32.0%, 1~2개가 31.2%, 5개 이상이 29.0%, 0개가 7.8%였다. 주돌봄자는 배우자가 68.8%로 가장 많았으며 치료비 부담자는 본인이 42.9%로 가장 많았다.

표 1. 대상자의 일반적 특성 (N=128)

특성	구 분	N(%)
연령	<50	11( 8.6)
	50~59	33(25.8)
	60~69	50(39.0)
	≥70	34(26.6)
	Mean±SD	62.60±10.08
성별	남	71(55.5)
	여	57(44.5)
종교	불교	50(39.0)
	기독교	21(16.4)
	천주교	8( 6.3)
	무	42(32.8)
	기타	7( 5.5)
결혼	기혼	96(75.0)
상태	사별	28(21.9)
	기타	4( 3.1)
교육	무학	25(19.5)
	초졸	37(28.9)
	중졸	18(14.1)
	고졸	31(24.2)
	대졸이상	17(13.3)
현재	유	42(32.8)
	무	86(67.2)
수입	상	14(11.0)
	만족도	51(39.8)
진단명	하	63(49.2)
	뇌출혈	17(13.3)
	뇌경색	111(86.7)

진단후	1미만	59(46.1)
기간(년)	1이상~2미만	35(27.3)
	2이상	34(26.6)
(개월)	Mean±SD	23.50±37.95
뇌졸중	0회	108(84.4)
재발횟수	1회	13(10.1)
	2회이상	7( 5.5)
관련질병	고혈압	56(43.8)
(다중응답)	당뇨병	24(18.8)
	동맥경화증	4( 3.1)
	고지질혈증	6( 4.7)
	심장질환	21(16.4)
	없다	47(36.7)
마비부위	없음	42(32.8)
	좌측마비	47(36.7)
	우측마비	37(28.9)
	양측성마비	2( 1.6)
이차장애	0	10( 7.8)
호소수	1~2	40(31.2)
	3~4	41(32.0)
	≥5	37(29.0)
주돌봄자	배우자	88(68.8)
	자녀	23(18.0)
	기타	17(13.2)
치료비	본인	55(42.9)
부담자	배우자	18(14.1)
	자녀	44(34.4)
	기타	11( 8.6)

## 2. 대상자의 생활양식

대상자의 생활양식을 살펴보면 표 2와 같다. 음주는 무가 85.2%, 유가 14.8%이고 흡연은 무가 84.4%, 유가 15.6%로 나타났다. 식염섭취 정도는 싱겁게 먹는 편이 34.3%, 보통이 43.0%, 맵거나 짜게가 22.7%이며 식사의 규칙성에서는 규칙적이 78.9%, 불규칙적이 21.1%로 나타났으며 식사의 선호도에서 육류섭취는 거의 하지 않음이 46.9%, 어류섭취는 보통이 41.4%, 지방음식섭취는 거의 하지 않음이 68.0%, 야채 및 과일섭취는 자주 한다가 각각 73.4%, 48.4%로 가장 많았다. 규칙적 운동에서는 불규칙적이 72.7%로 과반수 이상이었고 스트레스 정도는 거의 느끼지 않음이 30.5%, 조금 느끼는 편이 29.7%, 많이 느끼는 편이 28.9%, 대단히 많이 느끼는 편이 10.9%로 나타났다.

표 2. 대상자의 생활양식		(N=128)
특성	구 분	N(%)
음주	유	19(14.8)
	무	109(85.2)
흡연	유	20(15.6)
	무	108(84.4)
식염섭취	상겁게 먹는 편	44(34.3)
정도	보통	55(43.0)
	맵거나 짜게 먹는 편	29(22.7)
식사의	규칙적	101(78.9)
규칙성	불규칙적	27(21.1)
육류섭취	자주 한다	16(12.5)
	보통	52(40.6)
정도	거의 하지 않음	60(46.9)
	거의 하지 않음	27(21.1)
어류섭취	자주 한다	48(37.5)
정도	보통	53(41.4)
	거의 하지 않음	27(21.1)
지방음식	자주 한다	10( 7.8)
섭취정도	보통	31(24.2)
	거의 하지 않음	87(68.0)
야채섭취	자주 한다	94(73.4)
정도	보통	27(21.1)
	거의 하지 않음	7( 5.5)
과일섭취	자주 한다	62(48.4)
정도	보통	49(38.3)
	거의 하지 않음	17(13.3)
규칙적	규칙적	35(27.3)
운동	불규칙적	93(72.7)
스트레스	거의 느끼지 않음	39(30.5)
	정도	조금 느끼는 편
	많이 느끼는 편	38(29.7)
	대단히 많이 느끼는 편	37(28.9)
	대단히 많이 느끼는 편	14(10.9)

### 3. 대상자의 일상생활기능수행 정도

대상자의 일상생활기능수행 정도는 표 3과 같다. 전체 FIM값은 평균  $132.61 \pm 12.22$ 점으로 나타났고 이 중 운동기능의 전체 FIM값은 합계 평균  $86.12 \pm 9.51$ 점이고 인지기능은  $46.49 \pm 4.40$ 점이었다. FIM항목에서 6개 하부척도값중 조임근 조절 기능이  $6.80 \pm .60$ 점으로 가장 높았고 사회인지 기능이  $6.49 \pm .75$ 점으로 가장 낮게 나타났다. 운동기능은  $6.62 \pm .73$ 점이며 4개 부척도중 기동성이  $6.53 \pm .93$ 점으로 가장 낮았다. 그리고 인지기능은  $6.64 \pm .63$ 점이며 2개 부척도중 의사소통

점수는  $6.75 \pm .60$ 점으로 사회인지기능 점수보다 높았다. 운동기능 각 항목중 FIM값이 높은 항목은 대소변 가리기, 배뇨 및 배변조절, 식사기능이었고 낮은 점수에 속하는 항목은 목욕기능과 계단오르기였다.

표 3. 대상자의 일상생활기능수행 정도 (N=128)

기능종류	Mean±SD
운동기능 FIM	$6.62 \pm .73$
자가간호	$6.58 \pm .89$
식사	$6.75 \pm .82$
개인위생	$6.57 \pm 1.04$
목욕	$6.35 \pm 1.35$
상의착용	$6.48 \pm 1.12$
하의착용	$6.52 \pm 1.05$
대소변 가리기	$6.82 \pm .67$
조임근 조절	$6.80 \pm .60$
배뇨	$6.81 \pm .60$
배변	$6.80 \pm .63$
옮기기	$6.65 \pm .82$
이동(침대, 의자, 훨체어)	$6.72 \pm .73$
이동(화장실)	$6.68 \pm .78$
이동(욕실)	$6.55 \pm 1.15$
기동성	$6.53 \pm .93$
운동(걷기/휠체어)	$6.71 \pm .75$
운동(계단)	$6.37 \pm 1.20$
합계	$86.12 \pm 9.51$
인지기능 FIM	$6.64 \pm .63$
의사소통	$6.75 \pm .60$
이해	$6.80 \pm .56$
표현	$6.70 \pm .76$
사회인지	$6.49 \pm .75$
사회적 상호작용	$6.72 \pm .74$
문제해결	$6.56 \pm .98$
기억	$6.21 \pm .96$
합계	$46.49 \pm 4.40$
총계	$132.61 \pm 12.22$

### 4. 대상자의 우울 정도

대상자의 우울 점수는 평균  $8.81 \pm 9.11$ 점이었으며, 12.8점 이상이면 우울로 간주하므로 13점 미만과 13점 이상으로 구분한 결과 13점 이상이 29.7%로 나타났다<표 4>.

표 4. 대상자의 우울 정도 (N=128)

	Mean±SD	range	N(%)
우울	$8.81 \pm 9.11$	13점 미만 13점 이상	90(70.3) 38(29.7)

표 5. 대상자의 건강상태 지각 정도

(N=128)

문 항	구 분	N(%)	Mean	SD
전 체(최저 4점~최고 14점)			7.44	2.09
현재 건강상태	매우 건강하다	1(.8)	2.25	.80
	건강한 편이다	8(6.2)		
	보통이다	31(24.2)		
	건강하지 않은 편이다	70(54.7)		
	매우 건강하지 못하다	18(14.1)		
1년전과 비교한 건강	더 좋아졌다	27(21.1)	1.76	.78
	마찬가지이다	43(33.6)		
	더 나빠졌다	58(45.3)		
건강상의 문제	전혀 없다	36(28.1)	1.99	.76
	약간 있다	55(43.0)		
	많이 있다	37(28.9)		
동년배와 비교한 건강	더 좋다	11(8.6)	1.44	.65
	비슷하다	34(26.6)		
	더 나쁘다	83(64.8)		

표 6. 대상자의 일반적 특성과 생활양식과의 관계

특성	음주율 (%)	$\chi^2$ P	흡연율 (%)	$\chi^2$ P	식사의 규칙성(%)	$\chi^2$ P	규칙적 운동(%)	$\chi^2$ P
성별 남	23.9	10.45	23.9	8.37	87.3	6.79	35.2	4.97
여	3.5	.001**	5.3	.004**	68.4	.009**	17.5	.026*
배우자 유	16.7	1.01	15.6	.00	84.4	6.90	30.2	1.59
유무 무	9.4	.315	15.6	1.000	62.5	.009**	18.8	.208
교육 초졸이하	6.5	6.70	11.3	1.71	82.3	.81	14.5	9.96
정도 중졸이상	22.7	.010*	19.7	.191	75.8	.368	39.4	.002**
현재 유	28.6	9.32	21.4	1.60	73.8	.98	23.8	.39
직업 무	8.1	.002**	12.8	.206	81.4	.323	29.1	.531
진단후 1미만	6.8	8.25	11.9	1.25	76.3	.51	33.9	2.93
기간 1이상~2미만	28.6	.016*	20.0	.536	80.0	.773	25.7	.231
(년) 2이상	14.7		17.6		82.4		17.6	
이차 0	10.0	1.74	20.0	1.22	50.0	6.20	70.0	11.65
장애 1~2	17.5	.629	20.0	.749	77.5	.102	25.0	.009**
호소수 3~4	9.8		12.2		85.4		29.3	
≥5	18.9		13.5		81.1		16.2	
주돌봄 배우자	18.2	2.91	15.9	4.68	86.4	11.03	31.8	2.84
자 자녀	4.3	.234	4.3	.097	69.6	.004**	17.4	.242
기타	11.8		29.4		52.9		17.6	
치료비 본인	25.5	10.70	20.0	3.63	74.5	1.12	25.5	1.01
부담자 배우자	11.1	.013*	11.1	.304	83.3	.772	27.8	.799
자녀	2.3		9.1		81.8		31.8	
기타	18.2		27.3		81.8		18.2	

\*P&lt;.05, \*\*P&lt;.01

표 7. 대상자의 일반적 특성에 따른 일상생활기능수행, 우울 및 건강상태 지각의 차이

특성	구 분	일상생활기능수행			우울			건강상태 지각		
		M(SD)	t/F(P)	Tukey	M(SD)	t/F(P)	Tukey	M(SD)	t/F(P)	Tukey
연령	1. ≤49	129.10(23.35)	.47		13.44(15.10)	1.49		8.00( 2.41)	.74	
	2. 50~59	133.25(13.23)	(.701)		8.15( 9.83)	(.223)		7.73( 2.52)	(.528)	
	3. 60~69	132.00(11.17)			9.61( 8.72)			7.32( 1.67)		
	4. ≥70	133.94( 7.80)			6.77( 6.31)			7.15( 2.12)		
성별	1. 남	132.94(13.01)	.35		6.52( 7.77)	-3.17		7.61( 2.16)	1.01	
	2. 여	132.18(11.23)	(.730)		11.73( 9.91)	(.002**)		7.23( 2.00)	(.312)	
종교	1. 불교	132.66(13.65)	1.18		10.02( 9.78)	.72		7.26( 2.23)	.37	
	2. 기독교	133.74( 9.79)	(.324)		9.94( 9.65)	(.580)		7.76( 2.14)	(.833)	
	3. 천주교	123.75(18.41)			7.83( 5.19)			7.00( 2.33)		
	4. 무	133.48(10.58)			7.67( 8.98)			7.60( 1.99)		
	5. 기타	134.14( 5.01)			5.14( 5.93)			7.29( 1.50)		
결혼	1. 기혼	131.91(13.62)	.63		7.98( 9.24)	1.47		7.66( 2.12)	2.14	
	2. 사별	134.46( 6.63)	(.537)		11.28( 8.36)	(.235)		6.79( 1.73)	(.122)	
	3. 기타	136.00( 3.56)			11.50( 9.75)			6.75( 3.10)		
교육	1. 무학	130.80(11.45)	.40		12.95( 8.13)	1.68		6.88( 1.96)	1.38	
	2. 국졸	134.11( 8.97)	(.808)		7.19( 7.08)	(.160)		7.22( 1.81)	(.245)	
	3. 중졸	131.44(13.66)			9.83(10.47)			7.44( 1.69)		
	4. 고졸	132.03(15.18)			8.15( 9.84)			7.68( 2.07)		
	5. 대졸이상	134.24(13.11)			6.80(10.82)			8.29( 3.00)		
현재	1. 유	136.19( 8.87)	2.69		6.69( 9.01)	-1.79		8.00( 2.13)	2.16	
	2. 무	130.82(13.28)	(.008**)		9.88( 9.03)	(.075)		7.16( 2.03)	(.033*)	
수입	1. 상	136.00( 8.52)	1.68		6.43( 7.94)	5.44	3> 2	8.79( 2.55)	13.86	1,2> 3
	2. 중	134.02(10.07)	(.191)		6.09( 8.65)	(.006**)		8.16( 2.16)	(.000***)	
	3. 하	130.66(14.23)			11.54( 9.06)			6.56( 1.49)		
진단명	1. 뇌출혈	136.53( 5.96)	2.27		7.92( 6.57)	-.36		7.53( 2.35)	.19	
	2. 뇌경색	132.08(12.76)	(.029*)		8.91( 9.38)	(.721)		7.42( 2.06)	(.847)	
진단후	1. 1미만	134.28(10.40)	2.57		7.00( 7.21)	3.25	3> 1	7.22( 2.20)	4.04	2> 1,3
	2. 1이상~2미만	133.77(10.44)	(.081)		8.65( 8.81)	(.042*)		8.26( 2.16)	(.020*)	
	3. 2이상	128.62(15.73)			12.13(11.47)			6.97( 1.59)		
뇌졸증	1. 없음	133.92(10.07)	7.90	1,2> 3	8.09( 8.17)	2.15		7.48( 2.07)	.64	
	2. 1회	130.77(13.34)	(.001**)		12.00(13.20)	(.121)		7.54( 2.47)	(.531)	
	3. 2회이상	116.14(25.03)			14.60(12.56)			6.57( 1.81)		
마비부위	1. 없음	135.18(13.31)	1.20		8.92(11.30)	.60		8.19( 2.25)	2.94	1> 3
	2. 좌측마비	133.19(10.21)	(.118)		7.55( 6.75)	(.617)		7.17( 1.98)	(.036*)	
	3. 우측마비	129.76(12.16)			10.38( 9.13)			6.97( 1.86)		
	4. 양측성마비	120.50(27.58)			10.00( . )			6.50( 2.12)		
이차장애	1. 0	138.80( 3.79)	8.61	1,2,3> 4	.89( 1.62)	7.34	3,4> 1,2	10.40( 1.65)	12.11	1> 2,3,4
	2. 1~2	135.97( 8.29)	(.000***)		5.15( 5.01)	(.000***)		7.83( 2.04)	(.000***)	2> 4
	3. 3~4	134.98( 9.66)			10.50( 9.30)			7.12( 1.79)		
	4. ≥5	124.86(15.81)			12.36(10.62)			6.57( 1.79)		
주돌봄자	1. 배우자	132.57(12.87)	.01		7.35( 8.84)	5.03	3> 1	7.65( 2.14)	1.50	
	2. 자녀	132.48(10.51)	(.990)		9.50( 7.29)	(.008**)		6.87( 2.12)	(.226)	
	3. 기타	133.00(11.58)			14.76(10.20)			7.12( 1.69)		
치료비	1. 본인	134.38(11.76)	.92		7.13( 8.71)	2.73	4> 1	7.84( 1.92)	2.53	
	2. 배우자	133.24( 9.68)	(.433)		10.19(11.62)	(.047*)		7.33( 1.61)	(.060)	
	3. 자녀	130.89(12.69)			8.90( 8.20)			7.34( 2.41)		
	4. 기타	129.40(16.19)			16.50( 7.35)			6.00( 1.73)		

\*P&lt;.05, \*\*P&lt;.01, \*\*\*P&lt;.001

## 5. 대상자의 건강상태 지각 정도

현재 건강상태는 건강하지 않은 편이다가 54.7%, 1년 전과 건강을 비교할 때 더 나빠졌다가 45.3%, 건강상의 문제평가는 약간 있다가 43.0%, 동년배와 건강비교시 더 나쁘다가 64.8%로 각각 가장 많았으며, 대상자가 자가평가한 건강상태의 전체 평균 점수는 14점 만점에  $7.44 \pm 2.09$ 점으로 낮은 수준의 건강상태로 지각하는 것으로 나타났다<표5>.

## 6. 대상자의 일반적 특성과 생활양식과의 관계

대상자의 일반적 특성과 생활양식과의 관계를 살펴보면 표 6과 같다. 음주율의 경우 성별( $P<.01$ ), 교육정도( $P<.05$ ), 현재 직업( $P<.01$ ), 진단후 기간( $P<.05$ ), 치료비 부담자( $P<.05$ )에 따라 유의한 차이가 있어서 남자의 경우, 교육정도가 높고, 현재 직업이 있고, 진단후 기간이 1년 이상~2년 미만이고, 치료비 부담자가 본인일 때 높았다. 흡연율의 경우 성별( $P<.01$ )에 따라 유의한 차이가 있어 남자가 여자보다 높게 나타났다. 식사의 규칙성의 경우 성별( $P<.01$ ), 배우자유무( $P<.01$ ), 주돌봄자( $P<.01$ )에 따라 유의한 차이가 있어 남자의 경우, 배우자가 있고, 주돌봄자가 배우자일 때 식사를 규칙적으로 하는 것으로 나타났다. 규칙적 운동의 경우 성별( $P<.05$ ), 교육정도( $P<.01$ ), 이차장애호소수( $P<.01$ )에 따라 유의한 차이가 있어 남자의 경우, 교육정도가 높고, 이차장애호소수가 적을수록 규칙적으로 운동하는 것으로 나타났다.

## 7. 대상자의 일반적 특성에 따른 일상생활기능수행, 우울 및 건강상태 지각

일상생활기능수행은 현재 직업( $P<.01$ ), 진단명( $P<.05$ ), 뇌졸중 재발횟수( $P<.01$ ), 이차장애호소수( $P<.$

001)에 따라 유의한 차이가 있었다. 즉 현재 직업이 있는 군이 없는 군보다, 진단명이 뇌출혈인 군이 뇌경색인 군보다, 뇌졸중 재발횟수가 적을수록, 이차장애호소수가 적을수록 일상생활기능수행 정도가 높은 것으로 나타났다.

우울은 성별( $P<.01$ ), 수입만족도( $P<.01$ ), 진단후 기간( $P<.05$ ), 이차장애호소수( $P<.001$ ), 주돌봄자( $P<.01$ ), 치료비 부담자( $P<.05$ )에 따라 유의한 차이가 있었다. 즉 여자가 남자보다, 수입만족도가 '하'군이 '중'군보다, 진단후 기간이 길수록, 이차장애호소수가 많을수록, 주돌봄자가 '기타'군이 '배우자'군보다, 치료비 부담자가 '기타'군이 '본인'인 군보다 우울 정도가 높게 나타났다.

건강상태 지각은 현재 직업( $P<.05$ ), 수입만족도( $P<.001$ ), 진단후 기간( $P<.05$ ), 마비부위( $P<.05$ ), 이차장애호소수( $P<.001$ )에 따라 유의한 차이가 있었다. 즉 현재 직업이 있는 군이 없는 군보다, 수입만족도가 높을수록, 진단후 기간이 1년 이상~2년 미만일 때, 마비부위가 없는 군이 우측마비인 군보다, 이차장애호소수가 적을수록 건강상태 지각 정도는 높은 것으로 나타났다<표 7>.

## 8. 대상자의 일상생활기능수행, 우울 및 건강상태 지각 간의 상관관계

대상자의 일상생활기능수행, 우울 및 건강상태 지각간의 상관관계는 표 8에서 제시한 바와 같다. 일상생활기능수행은 우울( $r=-.253$ ,  $P=.006$ ), 건강상태 지각( $r=.343$ ,  $P=.000$ )과 유의한 상관관계가 있었고, 우울은 건강상태 지각( $r=-.256$ ,  $P=.006$ )과 유의한 상관관계를 나타냈다. 운동기능은 우울과 상관관계가 없는 것으로 나타났으나( $r=-.142$ ,  $P=.128$ ) 인지기능은 우울과 유의한 상관관계가 있는 것으로 나타났다( $r=-.385$ ,  $P=.000$ ).

표 8. 대상자의 일상생활기능수행, 우울 및 건강상태 지각간의 상관관계

	일상생활기능수행			우울
	전체	운동기능	인지기능	
우울	-.253 (.006)**	-.142 (.128)	-.385 (.000)***	
건강상태 지각	.343 (.000)***	.358 (.000)***	.178 (.046)*	-.256 (.006)**

\* $P<.05$ , \*\* $P<.01$ , \*\*\* $P<.001$

표 9. 우울에 영향을 미치는 변인

변인	Multi R	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> change	B	Beta	T	Sig T
이차장애호소수	.428	.183	.183	1.415	.352	4.475	.000
스트레스정도	.557	.310	.127	3.021	.337	4.298	.000
진단후 기간	.582	.338	.028	1.637	.173	2.194	.030

## 9. 대상자의 우울에 영향을 미치는 변인

대상자의 우울에 영향을 미치는 변인을 파악하기 위해 단계적 회귀분석을 한 결과는 표 9에서 제시한 바와 같다. 우울에 영향을 미치는 변인은 이차장애호소수가 다변수 상관계수가  $R=0.428$ 로 우울에서 전체 변량의 18.3%를 설명하였다. 이차장애호소수 다음으로 우울에 영향을 미치는 변인은 스트레스 정도와 진단후 기간이었으며, 위의 변인을 모두 포함시키면 우울에서 전체 변량의 33.8%를 설명하였다.

## IV. 논의

재가 뇌졸중환자의 생활양식을 살펴보면, 음주율은 14.8%이고 흡연율은 15.6%로 장(2001)<sup>10)</sup>이 보고한 재가 뇌졸중환자의 발병전 음주 및 흡연율인 52.3%, 51.1%보다 훨씬 낮은 수치이기는 하지만 뇌졸중 발병후에도 일부 환자가 음주와 흡연을 지속하고 있다는 것을 의미하므로 건강증진 프로그램을 계획할 때 금주와 금연 내용을 반드시 포함시켜야 할 것으로 사료된다. 식염섭취 정도는 보통 또는 맵거나 짜게가 65.7%로 다소 식염을 많이 섭취하는 것으로 나타났다. 본 연구에서 고혈압을 동반한 환자가 43.8%로 높은 비율을 나타냈는데, 50~65세의 일반 대상자에게 3g 정도의 저염식을 섭취하게 했을 때 수축기 혈압이 평균 10mmHg 정도 낮아졌고, 뇌졸중의 사망률을 22% 정도나 감소시킬 수 있었다는 보고(Law 2000)<sup>17)</sup>를 볼 때 뇌졸중환자는 고혈압의 발생 및 진행과 뇌졸중의 재발을 예방하기 위해 저염식이 습관은 매우 중요하다고 사료된다.

식사의 규칙성에서 불규칙적이 21.1%를 차지하므로 규칙적인 식습관을 강조하는 교육이 필요하다. 식사의 선호도중 육류섭취에서 자주 한다가 12.5%로 육류를 과도하게 섭취할 경우 콜레스테롤과 포화지방을 다양 섭취하여 뇌졸중의 위험인자인 고지질혈증을 유발 또는 악화시킬 수 있으므로 육류섭취를 감소시켜야 하며, 또한 전혀 하지 않음이 46.9%로 나타났는데 적당한 동물성 단백질의 섭취가 뇌졸중 발병에 보호효과를 가지므로(Hatano et al 1984)<sup>18)</sup> 육류를 전혀 섭취하지 않는 경우 단백질 결핍 또한 문제가 될 수 있어 육류 섭취에 대한 적절한 영양교육을 할 필요가 있다. 어류섭취에서 거의 하지 않음이 21.1%였는데 하루 생선 20g 정도 섭취했을 경우 뇌졸중 발생이 감소하였으므로(Keli et al 1994)<sup>19)</sup> 생선이 뇌졸중의 재발방지에 효과적일 것이다. 이는 생선에 풍부한 불포화지방산이 혈소판이 응집하는 것을 막아 혈전이 생기는 것을 방지할 수 있을 것이기 때문이다(김과 최 1998)<sup>20)</sup>. 지방음식 섭취정도에서 자주 한다와 보통이 각각 7.8%, 24.2%로 혈중 높은 콜레스테롤 수치는 뇌경색의 위험률과 사망률을 높일 수 있으므로

로 콜레스테롤과 포화지방이 많이 포함된 음식의 섭취는 감소시킬 필요가 있다. 야채 및 과일 섭취에서 거의 하지 않음이 각각 5.5%, 13.3%로 과일과 채소의 섭취는 뇌경색과 뇌출혈을 모두 예방하였고(Gillman et al 1995)<sup>21)</sup> 하루 400g 정도의 채소와 과일의 섭취가 뇌졸중 등의 뇌혈관질환으로 인한 사망률을 낮출 수 있으므로(Bradley & Shinton 1998)<sup>22)</sup> 뇌졸중환자는 신선한 야채와 과일의 섭취를 증가시킬 필요가 있다.

규칙적 운동에서 불규칙적이 72.7%로 대부분을 차지하였는데 Ringelstein & Nabavi(2000)<sup>23)</sup>는 뇌졸중 재발에 영향을 미치는 건강행위로 흡연, 과다한 음주, 과체중 및 운동부족 등으로 보고하였으며, Hesse et al(1995)<sup>24)</sup>은 유산소 운동은 일상생활활동도를 증가시키며 신진대사량과 산소소모량의 증가로 고지질혈증, 비만 혹은 당뇨병과 같은 다른 뇌졸중 재발에 관여된 위험요인을 감소시키는 효과가 있다고 하였으므로 뇌졸중환자에게 규칙적인 운동습관을 갖도록 교육하는 것은 뇌졸중으로 인한 건강문제를 해결하고 재발방지를 위해 매우 중요하다고 볼 수 있다.

스트레스 정도에서 환자의 69.5%가 일상생활에서 다양한 정도의 스트레스를 받는 것으로 나타났다. 급성 뇌졸중 환자는 뇌졸중에 걸리기 1달 전, 1년 전부터 뇌졸중에 걸린 시점까지 받은 스트레스의 정도가 대조군보다 의미있게 높았으므로(정과 김 1998)<sup>25)</sup> 재가 뇌졸중환자의 재발방지를 위해 지속적인 스트레스 관리에 대한 교육이 더욱 강조되어야 할 것으로 사료된다.

재가 뇌졸중환자의 일상생활기능수행 정도는 대부분의 항목에서 비교적 양호하게 나타났으며 전체 FIM 점수는 평균 132.61점으로 뇌졸중환자의 퇴원시 기능상태를 FIM으로 평가한 홍 등(1998)<sup>26)</sup>이 보고한 85.83점과 이 등(1995)<sup>27)</sup>이 보고한 106.4점보다 훨씬 높게 나타났다. 또한 운동기능의 전체 FIM값은 합계 평균 86.12점, 인지기능은 46.49점으로 Stineman et al(1998)<sup>28)</sup>의 연구결과 운동기능 점수가 합계 55점 이상인 환자는 하의입기, 목욕과 이동이 가능하고 인지기능 점수가 합계 30점이면 대부분의 일을 독립적으로 할 수 있다는 기준에 비춰볼 때 재가 뇌졸중환자의 기능상태가 매우 독립적이었다. 이는 본 연구대상자가 퇴원후 기능상태가 상당히 호전되었거나 질병정도가 입원할 필요가 없을 정도로 경미했기 때문인 것으로 사료된다. 운동기능에서 FIM값이 높은 점수에 속하는 항목은 대소변가리기, 배뇨 및 배변조절, 식사기능이었고 낮은 점수에 속하는 항목은 목욕기능과 계단오르기로 홍 등(1998)<sup>26)</sup>과 이 등(1995)<sup>27)</sup>이 제시한 연구결과와 유사하였다.

우울 점수는 평균 8.81점이고 발생빈도는 29.7%로 김 등(2000)<sup>29)</sup>의 연구에서의 평균 12.89, 우울의 발생빈도 38%보다 낮게 나타났다. 이는 본 연구의 대상자

가 타인의 도움으로 병원 외래 또는 복지관에 직접 올 수 있을 정도로 활동수준이 상당히 양호하고 자신의 질병에 어느 정도 적응을 한 결과 낮게 나타난 것으로 해석된다.

뇌졸중환자의 건강상태 지각 정도는 평균 7.44(평균점 1.86)으로 자신의 건강을 상당히 낮은 수준으로 지각하는 것으로 이는 활동수준이 낮은 노인을 대상으로 한 김 등(2001)<sup>30)</sup>의 연구에서 제시한 평균평점 2.01점보다 낮게 나타났다. 또한 현재 건강상태 평가에서 건강하지 않은 편이 54.7%, 매우 건강하지 못한 편이 14.1%였고 동년배와 비교한 건강에서 더 나쁘다가 64.8%로 절반 이상을 차지하였으나 장애인을 대상으로 건강상태 지각 정도를 조사한 Stuifbergen et al(1990)<sup>16)</sup>의 연구결과는 전반적인 건강에서 나쁘다가 단지 4%이고 동년배와 건강을 비교했을 때 비슷하거나 더 낫다가 64%로 높은 비율을 보여 본 연구결과와 상반된 결과를 보였다. 이는 외국의 경우 우리나라보다 장애인에 대한 복지제도가 잘 되어 있고 또한 건강을 정의할 때 질병의 부재라는 임상적 개념에 제한하지 않고 역할개념과 같은 안녕적 개념으로 정의내리는 경향이 있기 때문인 것으로 사료된다. 본 연구에서 건강개념은 조사하지 않았으나 추후 뇌졸중환자의 건강개념을 조사해 볼 필요가 있다고 본다.

일반적 특성과 생활양식과의 관계를 살펴보면, 음주율은 남자, 중졸이상, 현재 직업이 있는 경우, 진단 후 기간이 1년 미만보다 그 이상인 경우, 치료비 부담자가 본인인 경우 더 높게 나타났다. 장(2001)<sup>10)</sup>의 연구에서도 뇌졸중 발병후 음주율은 남자가 여자보다, 중졸 이상이 초졸 이하에서보다 높아 본 연구결과와 부분적으로 일치하였으나 교육수준에 따른 음주율의 차이에 대한 이론적 근거는 확실하지 않다. 직업이 있는 경우 여러 사람과 어울릴 경우가 많으므로 음주에 노출되는 기회가 많은 것으로 보이고, 진단 후 1년 이상이 경과할 경우 질병의 위험인자에 대한 인식이 점점 약화되는 것으로 사료된다. 따라서 뇌졸중환자의 금주 교육시 남자이면서 직업을 가진 자에게 더 많은 관심을 가져야 할 것이며 또한 진단 후 질병기간이 길어질수록 재교육을 강화할 필요가 있다고 본다. 흡연율도 남자가 여자보다 높았으므로 금연교육시 남자에게 적극적인 관심을 기울일 필요가 있다. 식사의 규칙성에서는 남자, 배우자가 있을 경우, 주돌봄자가 배우자일 경우 식사를 더 규칙적으로 하는 것으로 나타났다. 가족중 특히 배우자는 건강생활양식 변화에 중요한 역할을 담당하므로 간호중재시 가족의 지지를 활용하여 교육을 제공할 필요가 있을 것으로 사료된다. 규칙적 운동에서는 남자, 중졸 이상, 이차장애가 없는 경우 운동을 더 규칙적으로 하는 것으로 나타났다. 여자는 가사일에 대한 책임감으로 시간에 맞춰 규칙적으로 운동하는데 제약이 따를 수 있으며

교육수준이 높을수록 운동의 필요성을 잘 인식하며 이차장애가 없는 경우 신체적, 정신적 기능상태가 양호하여 운동에 잘 참여하는 것으로 보인다. 따라서 뇌졸중환자의 운동프로그램 계획시 여자와 교육수준이 낮은 환자에게 더 많은 관심을 기울이고 특히 뇌졸중으로 인한 건강문제를 동반하는 환자를 위해 다양한 수준의 운동프로그램을 계획하고 동기를 부여 할 수 있는 전략을 모색할 필요가 있다.

일반적 특성에 따른 일상생활기능수행에서는 현재 직업, 진단명, 뇌졸중 재발횟수, 이차장애호소수에 따라 유의한 차이를 나타내었으며, 건강상태 지각은 현재 직업, 수입만족도, 진단후 기간, 마비부위, 이차장애호소수에 따라 유의한 차이를 나타내었는데 현재 직업이 있는 경우 일상생활기능수행 정도와 건강상태 지각 정도가 높았으며 이는 직업과 관련되는 일을 스스로 처리해야 되기 때문인 것으로 보인다. 수입만족도에 따라 FIM값은 유의한 차이가 없었지만, 수입만족도가 높을수록 FIM값과 건강상태 지각 정도가 높게 나타난 것은 경제력이 좋을수록 건강관리를 위해 많은 노력을 하기 때문인 것으로 사료된다. 전체 FIM값은 뇌출혈인 경우 뇌경색보다 높았는데 이는 홍 등(1998)<sup>26)</sup>의 결과와 일치하였으며 뇌졸중 재발횟수가 많을수록 낮게 나타났다. 또한 마비부위에 따라 FIM값에는 유의한 차이가 없어 신 등(1996)<sup>31)</sup>과 김 등(1992)<sup>32)</sup>의 보고와 상반된 결과를 보였으나 건강상태 지각 정도는 마비가 없는 경우 우측마비보다 유의하게 높았으며, 이차장애호소수가 많을수록 FIM값과 건강상태 지각 정도가 유의하게 낮게 나타났다.

우울에서는 성별, 수입만족도, 진단후 기간, 이차장애호소수, 주돌봄자, 치료비 부담자에 따라 유의한 차이가 있었다. 연령과 우울은 유의한 상관관계가 없었지만 성별에서 여자가 더 우울한 것으로 나타나 다른 연구결과(김 등 2000; Andersen et al 1995; Franco et al 1993)<sup>29,33-34)</sup>와 일치하였다. 또한 수입만족도가 낮은 경우, 진단후 기간이 2년 이상일 때가 1년 미만일 때보다 더 우울한 것으로 나타났다. Astrom et al(1993)<sup>35)</sup>의 연구에서 뇌졸중후 우울이 1년까지는 감소하다가 그 이후 증가하는 경향이 나타나 본 연구결과와 일치하였으며 병력기간에 따라 우울 정도에 차이가 없다고 한 연구(김 1995; 박 1987; Wade et al 1987)<sup>36-38)</sup>는 본 연구결과와 상반된 결과를 보였다. 이차장애호소수가 많을수록 더 우울하였는데 이는 신체적, 정신적 기능상태가 낮아진 때문으로 사료된다. 주돌봄자가 배우자일 경우 우울 정도가 가장 낮은 것을 볼 때 배우자가 환자에게 중요한 지지체계임을 알 수 있으므로 향후 간호중재시 가족체계를 활용할 필요가 있다. 또한 치료비 부담자가 본인일 경우 우울 정도가 가장 낮았는데 이는 타인에게 짐이 되지 않고 경제적으로 독립하여 건강관리를 할 수 있기 때문으로 보인다.

일상생활기능수행은 우울( $r=-.253$ ,  $P=.006$ ), 건강상태 지각( $r=.343$ ,  $P=.000$ )과 유의한 상관관계가 있었고, 우울은 건강상태 지각( $r=-.256$ ,  $P=.006$ )과 유의한 상관관계를 나타냈다. 이는 일상생활 수행정도가 높을 수록 우울이 낮다고 보고한 선형연구결과(강 1984; Robinson et al 1986)<sup>39,40)</sup>와 일치하였다. 또한 우울은 재활치료에 대한 순응도를 낮추고 그 결과 적절한 치료를 받지 않음으로 인해 신체적 장애의 회복이나 재활의 기회를 잃어버리게 되므로(김 등 2000)<sup>41)</sup> 우울이 심할수록 자신의 건강상태를 낮게 평가하는 것으로 보인다. 또한 인지기능과 우울( $r=-.385$ ,  $P=.000$ )간에 유의한 상관관계가 있었고 이는 Starkstein et al(1988)<sup>42)</sup>의 연구결과와 일치하였다. 우울에 영향을 미치는 변인은 이차장애호소수, 스트레스 정도와 진단후 기간으로 우울에서 전체 변량의 33.8%를 설명하였다. 이차장애호소수가 우울을 가장 강력하게 설명하는 변인으로 뇌졸중으로 인한 건강문제를 잘 관리하여 합병증이 발생하지 않도록 하며 기능상태를 향상시키도록 돋는 간호중재가 필요하다.

## V. 요약 및 결론

본 연구는 재가 뇌졸중환자의 생활양식과 일상생활기능수행, 우울 및 건강상태 지각 정도를 파악하기 위한 서술적 조사연구이다. 연구대상자는 재가 뇌졸중환자로 대구시 D종합병원 신경과 외래를 통해 치료하는 환자와 D장애인 복지관에 등록된 지체장애인 중에서 128명을 편의추출하였다. 연구도구로는 장(2001)<sup>10)</sup>의 질문지를 본 연구자가 수정 보완한 생활양식 도구, Functional Independence Measure(FIM), 한국판 CES-D를 김 등(1999)<sup>14)</sup>이 수정 한 우울 도구, Lawton et al(1982)<sup>15)</sup>의 Health Self-Rating Scale을 수정한 도구를 이용하였다. 자료수집기간은 2003년 4월 28일부터 5월 31일까지였으며 자료의 분석은 실수와 백분율, 평균과 표준편차,  $\chi^2$  test, t-test, ANOVA와 Tukey 검증, Pearson Correlation Coefficient, 단계적 회귀분석(stepwise multiple regression)을 이용하였다.

본 연구의 주요결과를 요약하면 다음과 같다.

1. 대상자의 생활양식은 음주율이 14.8%, 흡연율이 15.6%, 식염섭취 정도는 맵거나 짜게가 22.7%이며 식사의 규칙성에서는 불규칙적이 21.1%로 나타났다. 규칙적 운동에서는 불규칙적이 72.7%, 스트레스 정도에서는 69.5%가 다양한 정도의 스트레스를 느끼는 것으로 나타났다.

2. 전체 FIM값은 평균  $132.61 \pm 12.22$ 점이었고, 운동기능 각 항목중 FIM값이 높은 항목은 대소변 가리기, 배뇨 및 배변조절, 식사기능이었고 낮은 점수에 속하는 항목은 목욕기능과 계단오르기였다.

3. 우울 점수는 평균  $8.81 \pm 9.11$ 점이었으며, 13점 이상이 29.7%로 나타났다.

4. 건강상태 지각의 전체 평균 점수는 14점 만점에  $7.44 \pm 2.09$ 점으로 나타났다.

5. 음주율의 경우 성별, 교육정도, 현재 직업, 진단후 기간, 치료비 부담자에 따라, 흡연율의 경우 성별, 식사의 규칙성의 경우 성별, 배우자유무, 주돌봄자에 따라, 규칙적 운동의 경우 성별, 교육정도, 이차장애호소수에 따라 유의한 차이가 있었다.

6. 일상생활기능수행은 현재 직업, 진단명, 뇌졸중재발횟수, 이차장애호소수에 따라, 우울은 성별, 수입만족도, 진단후 기간, 이차장애호소수, 주돌봄자, 치료비 부담자에 따라, 건강상태 지각은 현재 직업, 수입만족도, 진단후 기간, 마비부위, 이차장애호소수에 따라 유의한 차이가 있었다.

7. 일상생활기능수행은 우울, 건강상태 지각과 유의한 상관관계가 있었고, 우울은 건강상태 지각과 유의한 상관관계를 나타냈다.

8. 우울에 영향을 미치는 변인은 이차장애호소수가 다변수 상관계수가  $R= .428$ 로 우울에서 전체 변량의 18.3%를 설명하였다. 이차장애호소수 다음으로 우울에 영향을 미치는 변인은 스트레스 정도와 진단후 기간이었으며, 위의 변인을 모두 포함시키면 우울에서 전체 변량의 33.8%를 설명하였다.

이상의 결과를 근거로 재가 뇌졸중환자의 신체적, 정신적 기능상태를 중진시켜 이차장애를 예방하고, 또한 불건강한 생활양식을 수정하고 동반된 질병에 대한 이차예방을 통하여 재발을 방지함으로써 건강을 유지 및 증진시킬 필요가 있는 것으로 사료되며, 이를 위해 재가 뇌졸중환자를 위한 건강증진 프로그램을 개발하여 적용할 것을 제언한다. 또한 배우자는 건강생활양식 변화에 중요한 역할을 담당하므로 가족의 지지를 활용한 간호중재를 개발할 필요가 있으며 특히 뇌졸중으로 인한 건강문제를 동반하는 환자를 위해 건강교육과 다양한 수준의 운동프로그램을 계획하고 동기를 부여할 수 있는 전략을 모색할 필요가 있으며 이때, 비용효과적인 측면을 함께 고려한 간호중재를 개발하여 제공할 필요가 있다.

## 참 고 문 헌

1. 전중선. 뇌졸중의 전문적 재활치료에 대하여. 간호학 탐구 1998;7(1):43-63.
2. 보건복지부. 보건복지부 통계연보 2000.
3. 국립재활원. 97 지역사회재활 교육자료 I. 보건복지부 국립재활원, 57. 1997.
4. Barker, E. Neuroscience Nursing. Mosby 1994.
5. Rimmer JH, Hedman G. A Health Promotion Program for Stroke Survivors. Topics Stroke Rehabilitation 1998;5(2):30-44.
6. 함미영, 최경숙, 류은정. 뇌졸중에 관한 국내 간호학 논문의 분석. 재활간호학회지 2000;3(2): 154-168.

7. Cupples ME, McKnight A. Randomized controlled trial of health promotion in general practice for patient at high cardiovascular risk. *BMJ* 1994;309:993-996.
8. Howitt A, Armstrong D. Implementing evidence based medicine in general practice. *BMJ* 1999;318:1324-1327.
9. 조명옥, 이인선, 이경민. 뇌졸중환자의 재활간호 I. 제1회 동의 간호 학술 세미나 1997.
10. 장상현. 뇌졸중 환자의 발병 전후 건강행위의 변화. 영남대학교 대학원 석사학위논문 2001.
11. Granger CV, Hamilton BB, Keith RA, Zieglesky M, Sherwin FS. Advances in functional assessment for medical rehabilitation. *Topics in Geriatric Rehabilitation* 1986;1(3):59-74.
12. Radloff LS. The CED-D scale : A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement* 1977;1:385-401.
13. 전겸구, 이민규. 한국판 CES-D 개발연구 I. 한국 심리학회지 1992;11(1):65-76.
14. 김인자, 서문자, 김금순, 조남옥. 사회적 지지의 특성에 따른 뇌졸중 환자의 우울. *재활간호학회지* 1999;2(2):206-214.
15. Lawton MP, Moss M, Fulcomer M et al. A research and service oriented multilevel assessment instrument. *J Gerontol* 1982;37:91-99.
16. Stuifbergen AK, Becker HA, Ingalsbe K, Sands D. Perceptions of Health among Adults with Disabilities. *Health Values* 1990;14(2):18-26.
17. Law M. Salt, blood pressure and cardiovascular disease. *J Cardiovasc Risk* 2000;7(1):5-8.
18. Hatano S, Minowa M, Omura T, Nagai M, Fujita T, Takeuchi K, Tsukamoto M. Stroke mortality and proportional expenditure on selected food items in Japanese communities. *Am Clin Res* 1984;16(43):163-169.
19. Keli SO, Feskens EJM, Kromhout. Fish consumption and risk of stroke : the Zutphen study. *Stroke* 1994;25(2):328-332.
20. 김종성, 최스미. 뇌졸중의 모든 것. 서울:정담 1998.
21. Gillman MW, Cupples A, Gagnon D, Posner BM, Ellison RC, Castelli WP, Wolf PA. Protective effect of fruits and vegetables on development of stroke in men. *JAMA* 1995;273(14):1113-1117.
22. Bradley S, Shinton R. Why is there an association between eating fruit and vegetables and a lower risk of stroke. *Journal of Human Nutrition and Dietetics* 1998;11:363-372.
23. Ringelstein EB, Nabavi D. Long-term prevention of ischemic stroke and stroke recurrence. *Thromb Res* 2000;98(3):83-96.
24. Hesse S, Bertelt C, Jahnke MT, Schattrin A, Baake P, Malezic M, Mauritz KH. Treadmill training with partial body weight support compared with physiotherapy in nonambulatory hemiparetic patients. *Stroke* 1995;26:976-981.
25. 정선주, 김종성. 뇌졸중 선행 인자에 관한 연구: 위험 인자의 변동, 선행된 감염, 추위에의 노출 및 정신적 스트레스의 역할. 울산대학교 대학원 석사학위논문 1998.
26. 홍순탁, 박형숙, 정은숙. FIM을 사용한 뇌졸중 환자의 퇴원시 기능상태 평가에 관한 연구. *재활간호학회지* 1998;1(1):73-82.
27. 이종하, 황치문, 김희상, 안경희. 뇌졸중환자에서의 Functional Independence Measure(FIM)와 Modified Barthel Index(MBI)의 비교. *대한재활의학회지* 1995;19(2):271-280.
28. Stineman MG, Fiedler RC, Granger CV, Maislin G. Functional task benchmarks for stroke rehabilitation. *Arch Phys Med Rehabil*;1998;79(5).
29. 김인자, 서문자, 김금순, 조남옥, 최희정. 뇌졸중 후 우울에 영향을 미치는 요인. *성인간호학회지* 2000;12(1):147-162.
30. 김효정, 채선옥, 박영숙, 우선혜. 노인의 지각된 건강상태 및 건강개념과 건강증진 행위와의 관계. *한국보건간호학회지* 2001;15(2):262-274.
31. 신용일, 김연희, 서정환, 김유창. 뇌졸중환자의 FIM값에 영향을 주는 요인. *대한재활의학회지* 1996;20(4).
32. 김진국, 하정상, 변영주. 급성 뇌경색 환자의 기능 회복에 관한 예비적 연구-Barthel ADL 척도의 적용으로-. *대한신경과학회지* 1992;10(3).
33. Andersen G, Vestergaard K, Ingemann-Nielsen M, Lauritzen L. Risk factors for post-stroke depression. *Acta Psychiatr Scand* 1995;92:193-198.
34. Franco A, Vita AA, Nicoletta F et al. The influence of depression, social activity, and family stress on functional outcome after stroke. *Stroke* 1993;24(10):1478-1483.
35. Astrom M, Adolfsson R, Asplund K. Major depression in stroke patients. A 3-year longitudinal study. *Stroke* 1993;24(7):976-982.
36. 김경선. 뇌졸중환자의 일상생활작 수준에 따른 스트레스 및 우울에 관한 연구 1995.

37. 박원경. 뇌졸중으로 인한 편마비 환자가 지각한 스트레스와 우울에 관한 연구 1987.
38. Wade DT, Legh-Smith J, Hewer RA. Depressed mood after stroke: a community study of its frequency. *Br J Psychiatr* 1987;151: 200-205.
39. 강현숙. 재활강화교육이 편마비환자의 자가간호 수행에 미치는 효과에 관한 실험적 연구. 연세대학교 대학원 박사학위논문 1984.
40. Robinson RG, Bolla-Willson K, Kaplan E et al. Depression influences intellectual impairment in stroke patients. *Br J Psychiatr* 1986;148:541-547.
41. 김세주, 김영신, 유상우, 이만홍, 유경호, 마효일, 이병철. 급성기 뇌졸중 환자의 우울 및 불안증상. *대한뇌졸중학회지* 2000;2(1):40-47.
42. Starkstein SE, Robinson RG, Berthier ML, Parikh RM, Price TR. Differential mood changes following basal ganglia vs thalamic lesions. *Archives of Neurology* 1988;45(7): 725-30.