



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](#)

김애리 교수 지도
석사학위 청구논문

편마비 환자의 수면의 질,
사회적지지, 낙상효능감이 우울에
미치는 영향

2018

성신여자대학교 대학원

간호학과

김경미

편마비 환자의 수면의 질,
사회적지지, 낙상효능감이 우울에
미치는 영향

김애리 교수 지도

이 논문을 석사학위 논문으로 제출함

2017년 11월

성신여자대학교 대학원

간호학과

김경미

인 준 서

김경미의 석사학위 논문으로 인준함

2017년 11월

심사위원장 _____ (인)

심 사 위 원 _____ (인)

심 사 위 원 _____ (인)

성신여자대학교 대학원

감사의 글

어느덧 석사논문까지 완성하며 꿈같은 졸업을 눈앞에 두고 있습니다. 저에게 논문은 넘기 힘든 아주 높은 산으로만 느껴졌는데 혼자 힘이 아닌 많은 분들의 도움으로 높게만 보였던 그 산을 넘었습니다.

논문 시작부터 완성단계까지 긴 시간 동안 많이 부족했던 제게 늘 아낌없는 격려로 자신감을 심어주시고 어려운 고비마다 든든한 버팀목처럼 지도해 주신 김애리 교수님 너무나 감사드립니다. 진정한 전문 간호사로서의 실제적인 본을 보여주시고 열정으로 가르쳐 주시며 많은 것을 배우고 느끼게 해주신 임경춘 교수님 감사합니다. 저의 부족한 논문이 좋은 논문으로 거듭날 수 있도록 관심을 갖고 세심히 읽어주시고 수정해 주신 김동희 교수님, 고정미 교수님 감사합니다. 또한 전나미 교수님, 김영주 교수님, 김명숙 교수님, 정명실 교수님, 양승애 교수님, 김연하 교수님께도 감사의 마음을 전합니다.

바쁜 와중에 설문조사 할 수 있도록 허락해주시고 준비해주신 박종숙 부원장님, 이근영 간호부장님 진심으로 감사드립니다. 최선을 다해 논문진행을 도와주신 김해숙 간호부장님, 김순자 선생님 마음 깊이 감사드립니다. 대학원 과정 내내 함께하며 부족한 제게 큰 힘이 되어 주었던 김남숙 선생님 항상 고맙습니다. 또한 노인전문간호사 과정 안에서 함께 실습하며 정을 나누었던 김미경, 배윤희, 구효훈, 전영혜 선생님 함께해서 행복했습니다. 논문을 쓰는 동안 진심으로 응원하며 많은 도움을 주신 이경원, 이은석, 김수은, 정경화 선생님 고맙습니다.

항상 저를 사랑하시고 응원하시는 연로하신 우리 엄마 강상분 여사님, 사랑하는 미경언니, 경임언니 부족한 딸, 부족한 동생 언제나 격려와 칭찬으로 힘을 보태주어 너무 고맙고 사랑합니다. 이렇게 석사과정을 마친 저를 보면 기뻐할 경애언니에게도 그리움과 함께 감사의 마음을 전합니다. 마지막으로 대학원 과정 내내 여러 불편함을 잘 감수해주고, 언제나 한결같은 사랑으로 힘들 때마다 전폭적인 격려와 응원을 아끼지 않은 남편에게 마음 깊은 곳으로부터의 사랑을 담아 감사의 마음을 전합니다.

논문개요

우울은 뇌졸중 환자들이 겪는 주요 정서적 문제로 뇌졸중 후 환자들의 재활 및 생활에 영향을 미치며 또한 수면의 질이 낮으면 피로, 인지기능 장애, 낙상과 같은 손상의 가능성이 증가되고 신체기능 저하로 인한 사회적 기능의 감소는 사회 및 타인과의 접촉을 회피하는 경향으로 나타나며 낙상 위험에 노출될 가능성이 높아 낙상에 대한 두려움이 증가된다. 편마비 환자들이 경험하는 이러한 요소들은 결과적으로 삶의 질을 저하시켜 우울을 야기하게 된다. 따라서 본 연구는 편마비 환자의 수면의 질, 사회적지지, 낙상효능감이 우울에 미치는 영향을 파악함으로써 우울을 감소시키기 위한 간호중재를 개발하는데 기초자료를 제공하고자 시도된 서술적 상관관계 연구이다.

서울과 경기도 지역의 재활요양병원에 입원 중인 20세 이상의 편마비 환자를 대상으로 2017년 10월 10일부터 10월 22일까지 설문지를 이용하여 자료를 수집하였다. 배포한 설문지 150부 중 응답에 빠지거나 미흡한 10부를 제외하고 최종 140부를 분석에 사용하였다.

수집한 설문지는 SPSS WIN 21.0 프로그램을 이용하였고 빈도와 기술통계분석을 하였으며 T-test와 ANOVA로 분석하고 사후 검정을 위하여 Scheffe test를 이용하였다. 또한, Pearson's correlation coefficient, multiple linear regression과 Cronbach's α 를 이용하였다.

본 연구의 주요 결과는 다음과 같다.

1. 편마비 환자의 일반적 특성으로는 남성이 88명(62.9%)으로 여성보다 많았고, 연령은 61~70세가 41명(29.3%)으로 가장 많았다. 최종학력은 고졸이 53명(37.9%), 종교가 없는 대상자가 65명(46.4%)으로 가장 많았다. 기혼이 96명

(68.6%), 간병인은 전문 간병인이 62명(44.3%)으로 가장 많았으며 편마비 진단 받은 기간은 평균 (48.59±101.8)개월이었다. 마비부위는 왼쪽이 83명(59.3%)으로 가장 많았고 언어장애가 없는 대상자가 88명(62.9%)으로 언어장애를 가진 대상자보다 많았으며, 감각장애가 없는 대상자가 82명(58.6%)으로 감각장애가 있는 대상자보다 많았다. 현재 가지고 있는 질환으로는 고혈압이 43명(30.7%)으로 가장 많았고 최근 6개월 이내 낙상경험이 없는 대상자가 119명(85.0%)으로 있는 대상자보다 많았으며, 낙상횟수는 1회가 14명(10.0%)으로 가장 많았다.

2. 편마비 환자의 우울 정도는 평균 (17.21±8.84)이었고, 46명(32.9%)이 심각한 우울을 가지고 있었다. 사회적지지 정도는 5점 척도 기준으로 평균 (3.36±0.87)이었고, 가족지지 (3.99±0.97), 친구지지 (3.25±1.25), 의료인지지 (2.85±1.99)로 가족지지가 가장 높았으며 의료인 지지가 가장 낮았다. 수면의 질은 평균 (7.60±3.87)이었고 수면의 질이 나쁜 환자 빈도는 109명(77.86%)이었다. 낙상효능감은 평균 (54.80±29.34)로 중간 정도를 나타냈다.

3. 일반적 특성에 따른 우울의 차이를 살펴보면, 연령($F=4.634, p=.004$)과 언어장애($t=2.042, p=0.043$)에서 유의한 차이가 있었다. 연령이 20~50세 (16.08±8.56)보다 71세 이상(25.35±10.99)에서 우울이 더 높았으며 언어장애가 없는 대상자(19.42±10.46)보다 언어장애를 가진 대상자(23.19±10.72)의 우울 정도가 더 높았다. 사회적지지 차이분석에서는 연령($F=0.730, p=.046$)과 최종학력 ($F=3.230, p=.024$)에서 유의하게 나타났다. 20~50세(44.92±10.20)가 71세 이상 (38.15±9.67)보다, 대졸이상(44.50±9.99)이 초졸이하(36.29±11.19)보다 사회적지지 정도가 더 높았고 낙상효능감 차이분석에서는 연령($F=5.133, p=.002$), 최종학력($F=3.215, p=0.025$), 결혼상태($F=2.725, p=.047$), 간병인($F=7.282, p=.000$)에

서 유의하게 나타났다. 20~50세(72.69 ± 26.82)가 51~60세(50.79 ± 28.67)와 71세 이상(45.09 ± 26.07)보다 유의하게 높았으며 대졸이상(60.76 ± 29.79)이 초졸 이하(39.42 ± 25.44)보다 유의하게 높았고, 이혼상태(73.82 ± 27.99)가 기혼상태(51.72 ± 29.65)보다 낙상효능감이 유의하게 높았다. 간병인에서는 부모님이 간병하는 경우(80.40 ± 13.49)와 간병인이 없는 경우(76.04 ± 19.27)가 전문 간병인의 간병(43.11 ± 26.84)보다 유의하게 높았다.

4. 우울은 사회적지지($r = -0.435$, $p < .01$), 낙상효능감($r = -0.319$, $p < .01$)과는 유의한 부적 상관관계가 있었고, 수면의 질($r = 0.492$, $p < .01$)과는 유의한 정적 상관관계가 있는 것으로 나타났다.

5. 우울은 수면의 질이 좋을수록($\beta = 0.40$, $p = .000$) 사회적 지지가 높을수록($\beta = -0.25$, $p = .000$), 낙상효능감이 높을수록($\beta = -0.18$, $p = .010$) 감소하는 것으로 나타났다. 고령이고($\beta = 0.14$, $p = .039$), 언어장애가 있을 때($\beta = -0.16$, $p = .015$) 높은 것으로 나타났다. 이 중에서 우울에 가장 영향력이 큰 변수는 수면의 질로 나타났다.

이상의 연구 결과를 통해 편마비 환자의 우울에 수면의 질, 사회적지지, 낙상효능감, 언어장애, 연령이 영향을 미친다는 것을 확인할 수 있었다. 즉, 수면의 질을 향상시키고, 사회적 지지와 낙상효능감을 증가시키는 간호중재를 통해 환자의 우울을 감소시킬 수 있음을 알 수 있었으며 언어장애가 있고, 고령인 대상자가 우울에 더욱 취약하다는 것이 확인되었으므로 이를 고려한 구체적인 간호중재 개발 전략이 필요할 것으로 여겨진다.

목 차

논문개요

I. 서 론	1
1. 연구의 필요성	1
2. 연구의 목적	5
3. 용어의 정의	5
II. 문헌고찰	8
1. 편마비 환자의 우울	8
2. 편마비 환자의 수면의 질	10
3. 편마비 환자의 사회적 지지	12
4. 편마비 환자의 낙상효능감	13
III. 연구방법	17
1. 연구 설계	17
2. 연구 대상 및 자료수집	17
3. 연구 도구	18
4. 연구의 윤리적 측면	21
5. 자료 분석	21
6. 연구의 제한점	22

IV. 연구결과	23
1. 편마비 환자의 일반적 특성	23
2. 편마비 환자의 우울, 수면의 질, 사회적지지, 낙상효능감	26
3. 편마비 환자의 일반적 특성에 따른 변수들의 차이분석	29
4. 편마비 환자의 수면의 질, 사회적지지, 낙상효능감, 우울간의 상관관계	37
5. 편마비 환자의 수면의 질, 사회적지지, 낙상효능감이 우울에 미치는 영향	38
V. 논의	40
VI. 결론 및 제언	48

참고문헌

ABSTRACT

부 록

표 목 차

<표1> 편마비 환자의 일반적인 특성	24
<표2> 편마비 환자의 수면의 질	27
<표3> 편마비 환자의 우울, 사회적지지, 수면의 질, 낙상효능감	28
<표4> 편마비 환자의 일반적 특성에 따른 우울 차이	29
<표5> 편마비 환자의 일반적 특성에 따른 수면의 질 차이	31
<표6> 편마비 환자의 일반적 특성에 따른 사회적 지지 차이	33
<표7> 편마비환자의 일반적 특성에 따른 낙상효능감 차이	35
<표8> 수면의 질, 사회적지지, 낙상효능감, 우울간의 상관관계	37
<표9> 수면의 질, 사회적지지, 낙상효능감이 우울에 미치는 영향	39

I. 서론

1. 연구의 필요성

뇌졸중(CVA: cerebrovascular accident)이란 뇌혈관의 허혈 또는 출혈로 혈액이 뇌 조직에 원활하게 공급되지 않아 기능장애를 유발하는 중추신경계 질환을 말한다(Prange, Jannink, Groothuis-udshoorn, Hermans, & IJzerman, 2006).

뇌혈관 질환은 암, 심혈관 질환에 이어 국내 사망원인 3위에 해당되며(통계청, 2016) 뇌졸중은 인구 10만명당 25,744명으로 사망률 51.1%를 차지하고 있고, 여자 52.8명, 남자 47.8명으로 남자보다 여자에게 더 많이 발생되고 있다(통계청, 2014). 또한 급격한 사회변화에 따른 식생활의 변화, 환경오염, 불규칙한 식생활 습관, 과도한 스트레스 등의 요인으로 인하여 나날이 급증하고 있는 추세이다(Mayo, Wood-Dauphinee, Cote, Durcon, & Carlton, 2002). 유병률은 50세 이상에서는 3.8%, 65세 이상 노인에게서는 7.0%로 연령이 증가함에 따라 유병률이 두 배 가량 늘어나는 것으로 보고되고 있으며(보건복지부, 2014), 2030년에는 3배에 가까운 연간 35만 건으로 증가할 것으로 예측되고 있다(뇌졸중진료지침, 2007).

뇌졸중이 발병하면 70~75%는 완전히 회복하지 못하고 운동장애, 감각장애, 통증, 정서장애 문제를 비롯하여(Monahan, Phippes, 2007) 언어장애, 시각적 결손, 삼킴장애, 인지기능 장애 등을 경험하며 대략 56%의 환자는 발병 후, 5년 이상이 지나도 편마비로 인한 불편을 호소한다(Gillot, Holder-Walls, Kurtz & Varley, 2003). 특히, 뇌졸중 환자들이 주로 겪는 정서적 문제인 우울은 뇌졸중 후 우울증(post-stroke depression:PSD)이라는 질환명이 있을 정도로 뇌졸중 후 환자들의 재활 및 생활에 영향을 미친다(Kouwenhoven, Kirkevold,

Engedal & Kim, 2011). 이화진(2006)은 뇌졸중 후 편마비 환자에 대한 질적 연구를 통하여 참여자의 대부분이 1년 이상 우울 속에 갇혀 있었다고 보고하였고 국내외 연구결과를 보면 우울은 18%~60%까지 보고되어 있으며 재활 및 예후에도 큰 영향을 미치는 것(Angelelli et al., 2004; Hackett, Yapa, Parag & Anderson, 2005; 오병훈 & 차경렬, 2007; 최스미, 2005; 추은진 & 김홍근, 2008)으로 나타났다.

우울은 단순히 슬프거나 우울한 기분뿐만 아니라 지속적인 무력감, 상실감을 포함하는 심리 상태에서 임상진단에 이르는 광범위한 심리적 상태를 말하는 것으로 뇌졸중 환자의 50.0% 이상에서 발생하며 사망률을 증가시키고(Fruhwald, Loffler & Baumhackl, 1999; Kim & Jung, 2001), 낙상의 위험, 장애의 증가, 낮은 재활 성과와 관련되어 있으며(Paolucci, 2008) 뇌졸중 환자의 재활과 삶의 질에 역효과를 나타낸다(Linden, Blomstrand & Skoog, 2007).

한편, 재활치료 목적으로 입원한 편마비 환자에겐 낮 동안의 재활치료 프로그램의 적극적인 참여가 필요하므로 밤 동안의 수면상태는 중요하다. 손유림(2009)은 뇌졸중 후 50%에서 밤 동안의 수면 시간 증가와 낮 동안 졸리운 상태가 증가되는 등의 수면 습관 변화를 호소하였다고 보고하였으며, 지주막하출혈을 진단받고 평균 1~4년 된 83명의 환자를 대상으로 시행한 수면장애에 대한 연구에서는 34%의 환자가 심각한 수면 문제를 가지고 있었는데 수면유지의 어려움, 낮 동안 과도한 수면, 피곤함 등이 주요 문제였으며 수면 무호흡, 하지불안증후군, 주기적 하지운동장애와 수면과 각성의 문제가 혼합되어 나타났음이 보고되었다(Schuiling, Rinkel, Walchenbach & Weerd, 2005). Almeida & Pfaff(2005)는 수면장애가 있는 노인이 수면장애가 없는 노인보다 우울이 3.7배 높게 발생 한다고 보고하였으며 위송희(2008)는 수면의 질이 뇌졸중 노인의 우울 정도와 관계가 있는 중요한 변수라 하였다. 그러나 편마비 환자와 수면장애와의 관계를 규명한 연구는 거의 없었다.

뇌졸중 환자는 재활과정에서 다양한 부정적 심리를 경험하는데 일상생활 동작 장애, 대인관계의 제한, 이로 인한 장기적인 스트레스와 긴장에 따른 심리 사회적 부적응 문제에 직면함으로(함미영, 최경숙 & 류은정, 2000) 이들에 대한 사회적 지지의 중요성은 부각된다. 뇌졸중 환자는 기동성, 사지기능, 배설 기능, 성기능 등 필수적인 신체기능이 감소되고 감각 및 기억장애, 정서장애 등으로 인하여 심리적 불안을 느끼게 되며 자아에 대한 위협과 낮은 자존감, 자가 간호 결핍, 의사소통 제한과 함께 사회적 모든 기능이 저하되게 된다(서문자, 강현숙, 임난영, 오세영 & 권혜정, 1993). 또한 제한된 신체활동으로 인해 더욱 사회 활동에 제한을 받게 되고 사회로부터 혹은 사회적 연결망으로부터 단절을 겪게 된다(Michael, Allen & Macko, 2006). 이러한 어려움을 경험하는 뇌졸중 환자에게 신체와 심리, 사회적인 측면이 고려된 사회적 지지는 뇌졸중 후 기능 회복과 관련이 있고(Ikeda et al., 2008) 사회적 지지가 낮은 경우는 생활 스트레스에 더욱 민감해짐으로써 우울의 가능성이 높아지므로 사회적 지지의 수준은 우울을 예측하는 가장 중요한 요인으로 밝혀지기도 하여(배지현, 김원형 & 윤경아, 2005) 뇌졸중 환자에게 꼭 필요한 요소라 할 수 있다(Travis, Lyness, Shields, King & Cox, 2004). 이러한 점을 고려할 때 신체적, 사회적, 정신적인 요인들이 복합적으로 작용하여 우울을 경험할 가능성이 높은 편마비 환자를 대상으로 사회적 지지와 우울의 관계를 알아보는 것은 매우 의미 있는 일이라 할 수 있다.

Ryu, Roche & Brunton(2009)는 신경계 환자에서 낙상이 빈번히 발생하며 의료기관의 신경계 재원환자 1,000명당 8.02건의 낙상이 발생한다고 보고하였고 편마비는 기립균형에 손상을 초래하고 보행의 어려움과 낙상의 위험을 야기 시킨다고 하였다(Kirker, Simpson, Jenner & Wing, 2000).

Stolze 등(2004)은 신경계 질환자 39%가 낙상 두려움을 느끼고 있으며 과거 낙상 경험, 여성, 통증, 고령, 보행보조 등이 낙상 두려움에 영향을 미치는 주

요한 위험 인자로 나타났다고 하였으며 특히, 신경계 환자에서의 낙상 두려움이 높음을 보고하였다.

Chou, Yeung & Wong (2005)는 이러한 낙상에 대한 두려움은 우울, 불안과 같은 정신적 부분과 높은 상관관계를 나타낸다고 하였으며 낙상효능감은 낙상에 대한 자기 효능감을 말하는 것으로 낙상을 두려워하면 할수록 우울증이 높아지고, 삶의 질도 낮아진다는 보고(Rubenstein, Josephson & Robbins, 1994)들을 봤을 때, 편마비 환자에게 낙상효능감이 우울에 어떠한 영향을 주는지 알아보는 것은 의미가 있다고 본다. 이와 같이 편마비 환자에게 있어 우울, 수면의 질, 사회적지지, 낙상효능감은 관련성이 높음을 알 수 있다.

지금까지 편마비 환자의 우울 영향 요인에 대한 연구들을 살펴보면, 편마비 노인을 대상으로 한 연구(김미희, 2006)와 뇌졸중 환자를 대상으로 삶의 질, 재활동기 및 일상 생활 능력과의 관계를 규명하는 연구가 대부분이었으며(박인숙, 고은 & 강희순, 2016; 박인숙, 김도연 & 강창렬, 2011; 조복희, 고미혜 & 김순영, 2003; 고은, 김혜영, 2016; 박혜경, 2006) 성인 편마비 환자를 대상으로 한 우울 영향 요인에 대한 연구는 부족한 실정이다. 특히, 우울과 관계있는 변수로 알려진 수면의 질, 사회적지지, 낙상효능감과 관련된 연구는 매우 적었으며 이러한 변수들이 우울에 어떠한 영향을 주고 있는지 동일선상에서 측정된 연구는 더욱 부족하였다. 따라서 편마비 환자의 수면의 질, 사회적지지, 낙상효능감과 우울과의 관계 및 영향을 파악하여 편마비 환자의 우울을 감소시킬 수 있는 효과적인 간호중재 개발을 위한 기초자료 제공을 통해 편마비 환자의 긍정적인 재활 효과 및 삶의 질 향상을 도모하고자 한다.

2. 연구의 목적

본 연구의 목적은 편마비 환자를 대상으로 수면의 질, 사회적지지, 낙상효능감이 우울에 미치는 영향을 파악하여 이를 바탕으로 편마비 환자의 우울을 감소시키는 중재 프로그램 개발을 통해 환자의 긍정적 재활을 돕기 위함이다.

본 연구의 구체적인 목적은 다음과 같다.

- 1) 편마비 환자의 일반적인 특성을 파악한다.
- 2) 편마비 환자의 우울, 수면의 질, 사회적지지, 낙상효능감 정도를 파악한다.
- 3) 편마비 환자의 일반적 특성에 따른 우울, 수면의 질, 사회적지지, 낙상효능감의 차이를 파악한다.
- 4) 편마비 환자의 우울, 수면의 질, 사회적지지, 낙상효능감 간의 상관관계를 파악한다.
- 5) 편마비 환자의 우울에 미치는 영향을 파악한다.

3. 용어의 정의

1) 우울

가. 이론적 정의

만성적인 슬픔, 무망감과 흥미, 즐거움의 상실을 특징으로 하며 식욕감퇴나 과도한 식욕, 불면증, 과다수면, 에너지 수준의 저하나 피로감, 낮은 자기존중감, 주의집중 능력의 장애나 의사결정의 어려움과 같은 증상을 나타내는 기분장애를 의미한다(김명선, 강은주, 강연욱 & 김현택, 2010).

나. 조작적 정의

본 연구에서는 전경구, 최상진 & 양병창(2001) 등이 개발한 통합적 CES-D(The Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale)척도로 측정된 점수를 의미한다.

2) 수면의 질

가. 이론적 정의

수면 전반에 관한 주관적인 느낌으로 잠이 드는데까지 걸리는 시간, 야간의 수면 시에 각성 횟수, 수면 시 각성 후 다시 잠이 드는데까지 걸리는 시간, 아침 기상 시의 피곤감과 쉬지 못한 기분상태, 그리고 총 수면의 시간으로 수면에 대한 일반적인 만족감 정도를 의미한다.(Pilcher, Ginter & Sadowsky, 1997)

나. 조작적 정의

본 연구에서는 Buysse, Reynolds, Monk, Berman & Kupfer(1989)이 개발한 PSQI(Pittsburgh Sleep Quality Index)를 조용원 등(2004)이 번역한 도구로 측정된 점수를 의미한다.

3) 사회적지지

가. 이론적 정의

사회적 지지는 사회 구성원으로 인정된 사람과의 지지를 교환하는 주요 기능을 의미하는 것으로 가족, 친구, 의료인 및 기타 사람들에 의해 제공되

는 여러 가지 형태의 도움이나 원조를 말한다(Mitchell et al., 2003)

나. 조작적 정의

사회적 지지는 Zimet, Dahlem, Zimet & Farley(1988)이 개발하고 신준섭, 이영분(1999)이 번안한 Multi-dimensional Scale of Perceived Social Support(MSPSS)척도를 사용하여 측정한 것을 의미한다.

4) 낙상효능감

가. 이론적 정의

어떤 활동을 수행하는 동안 낙상하지 않을 자기 확신의 정도를 의미한다.(Tinetti, Richman & Powell, 1990)

나. 조작적 정의

본 연구에서는 Tinetti, Richman & Powell(1990)이 개발한 낙상효능감 척도(Fall Efficacy Scale, FES)에 대한 한국어 버전인 FES-K를 사용하여 평가한 점수를 의미한다.

II. 문헌고찰

1. 편마비 환자의 우울

우울은 만성적인 슬픔, 흥미나 즐거움의 상실을 특징으로 하며 식욕감퇴나 과도한 식욕, 불면증, 과다수면, 피로감, 에너지 수준의 저하, 낮은 자기 존중감, 주의 집중 능력 장애, 의사결정의 어려움과 같은 증상을 나타내는 기분장애를 일컫는다(김명선 등, 2010).

우울증은 뇌졸중 환자에게서 흔히 나타나는 것으로 신체적 장애를 갖게 된 뇌졸중 후 환자의 33~50%가 우울을 경험하는 것으로 알려져 있다(Hackett, Yapa, Parag & Anderson, 2005; Parikh et al., 1990). 대부분의 뇌졸중 환자는 달라진 자신의 상황으로 인해 대인관계와 사회적 관계에 부정적인 변화를 경험하여 심리적 어려움에 놓이게 되고(최은실, 이은남 & 조정림 2016) 뇌졸중 후 수 시간에서 수일 내에 반응성 우울증이 나타나며, 일부는 더 나중에서야 우울증이 발생한다(이승환, 정한용, 2003).

뇌졸중 후 우울은 발병 전 특별한 정신병력 없이 뇌졸중 후에 우울이 발생한 경우를 말한다(김덕용 외, 2008). 뇌졸중 후 우울의 기전은 뇌의 병변 자체가 직접적으로 기분에 관여하는 신경회로에 작용한다는 관점과 뇌졸중과 관련된 사회적, 정신적, 생리적 스트레스로 인하여 이차적으로 우울이 발생한다는 관점이 있다(이승환, 정한용, 2003). 최근에는 뇌졸중 후 우울은 다인성이며 생물학적, 정신적, 사회적인 다양한 요인이 종합적으로 관계되어 발생한다고 생각하는 관점이 지배적이다(이승환, 정한용, 2003).

행동주의 이론에 의하면 우울증은 삶에서 중요한 상실 사건을 경험하면서 긍정적인 강화의 원천을 상실하는 경우에 나타나며, 인지 이론적 측면에서는

생활사건을 부정적이고 비판적인 의미로 과장하고 왜곡하기 때문에 유발된다고 보고되고 있다(권석만, 2004). Gaynes, Bums, Tweed & Erickson(2000)은 미국 인구 중에 정상인과 관절염, 당뇨병, 고혈압 환자의 우울한 정도를 비교 분석한 연구에서 우울은 통증을 증가시키고 만성질환과 상호 작용하여 건강과 관련된 삶의 질을 저하시키고, 만성질환을 더 악화시킨다고 보고하기도 하였다.

편마비 환자의 우울과 관련된 연구들을 살펴보면, 김미희(2006)는 뇌졸중 후 편마비 노인의 우울 영향 요인 연구에서 우울의 주된 예측변인은 장애수용, 가족지지, 마비부위, 발병횟수임을 보고했고, 송영미, 이지현(2013)은 대학병원에 입원한 뇌졸중 환자를 대상으로 한 뇌졸중 후 우울관련요인 연구에서 정신적인 피로, 경제상태 및 직업유무가 유의한 영향을 미쳤다고 보고하였다. 방요순, 김희영 & 허명(2009)은 뇌졸중 후 우울과 장애수용, 사회적 지지와의 관계 연구에서 장애수용과 사회적 지지의 점수가 높을수록 우울 정도는 낮은 것으로 나타났다고 하였으며, 김형선 외(2009)는 뇌졸중 환자의 우울, 재활동기, 일상생활동작과 삶의 질 간의 연구를 통해 삶의 질에 가장 큰 영향을 미치는 변수가 우울이었다고 보고하였다. 또한 고은, 김혜영(2016)은 재활병동에 입원한 뇌졸중 환자를 대상으로 한 연구에서 뇌졸중 환자의 우울과 재활동기가 유의한 상관관계가 있었다고 보고하였다. 이와 같은 내용을 종합해 볼 때, 뇌졸중 등의 뇌질환으로 인한 편마비 환자에게 있어 우울은 단순한 정서적 문제가 아니라 사회적 문제이며, 더 나아가 삶의 질에도 영향을 미치는 중요한 문제로 우울에 미치는 영향요인을 파악하고 관계를 규명함으로써 편마비 환자의 전략적인 우울 감소를 위한 간호중재가 필요할 것으로 보인다.

2. 편마비 환자의 수면의 질

뇌졸중 발병 후 대부분의 환자들은 수면 문제를 보이며 뇌졸중이 발병하지 않은 사람과 비교하여 수면의 질이 현저히 더 좋지 않다(Campos et al., 2013; Sterr, Herron, Dijk & Ellis, 2008). 또한 적어도 20%~40%의 뇌졸중 환자는 수면장애를 가지고 있는데(Hermann, Siccoli & Bassetti, 2003) 이러한 뇌졸중 후 수면장애는 낮 동안의 기능, 삶의 질, 사망률과 같은 신경학적 질병의 과정에 영향을 미친다(Nils, Michael & Michael, 2011). 수면의 질은 수면의 양, 잠들기까지 걸리는 시간, 야간 수면 시 각성 횟수, 각성 후 다시 잠들기까지 걸리는 시간 등과 일반적인 만족감 정도로 뇌졸중 환자의 수면의 질은 삶의 질과 상관관계가 있고, 수면 효율성이 좋을수록 긍정적인 회복에 영향을 미친다(Bakken, Kim, Finset & Lerdal, 2011). 수면의 질이 좋다는 것은 잠을 잘 자는 것을 의미하는데(Koninck, Gagnon & Lallier, 1983) Zammit(1988)은 좋은 수면이란 야간수면 시간이 7~10시간이며 잠자리에 누운지 10분 이내에 잠들고, 밤 동안 한 번도 깨지 않거나 한 번 정도 깨는 수면이라 하였으며 수면의 질은 잘 쉬었다는 느낌 또는 깨어 있을 때 느낌으로 평가된다고 하였다(신현중, 2007).

Zhang 등(2014)은 수면의 질이 좋지 않은 젊은 뇌졸중 환자의 비율은 건강한 사람보다 통계적으로 더 유의하게 높았으며, 이는 젊은 사람들의 허혈성 뇌졸중의 주요발병 및 예후의 요소가 된다고 하였다. Bakken, Kim, Finset & Lerdal(2011)에 따르면, 수면의 양은 급성 뇌졸중 환자의 급성기 동안 52%에 서만 보존되고 각성 횟수와 낮 동안의 수면 시간이 현저히 증가하며 이런 경향은 수면의 질 및 삶의 질 저하와 상관관계가 있다고 하였다. Siccoli, Rolli-Baumeler, Achermann & Bassetti(2008)은 급성기 뇌졸중 환자의 수면 효율성이 좋을수록 집중력과 기억력이 좋으며 뇌졸중을 회복하는데 긍정적인

영향을 미친다고 하였다.

Palomaki 등(2003)은 연구를 통해 급성 뇌경색 입원환자의 68%에서 불면증을 호소했고, 18개월이 경과한 후에는 49%에서 불면증이 지속되었음을 보고하였다. Sterr, Herron, Dijk & Ellis(2008)은 연구를 통해 45%의 환자에서 수면 문제가 있음을 보고하였고 40%의 환자에서는 낮 동안 심각한 졸립을 호소하였으며 정상인의 데이터와 비교했을 때 수면문제와 낮 동안의 졸립이 더 안 좋은 상태였다고 한다.

Bassetti, Aldrich(2001)에 따르면 뇌손상으로 인해 수면 구조가 붕괴되고 총 수면시간의 감소 및 낮은 수면 효율성, 비-렘(NREM) 수면의 2,3,4단계의 감소가 뇌졸중 후 발견되며 이러한 수면장애는 연구마다 차이가 있으나 시간이 경과함에 따라 감소하는 경향이 있다고 한다(위송희, 2009).

Vock 등(2002)은 수면 뇌파검사를 사용한 연구에서 뇌졸중 후 급성기의 67% 환자에서 수면변화가 높은 비율로 나타났다고 했으며 수면구조의 변화는 일반인의 정상치와 비교했을 때 비정상적인 수면 뇌파검사의 변화가 만성 뇌졸중 환자의 53%에서 지속된다고 하였다. Campos 등(2013)은 뇌졸중 환자와 정상 대조군의 수면 상태를 비교한 연구에서 수면의 질이 좋지 않은 환자가 57.5%였으며 수면의 질은 성별, 수면기간, 낮 시간 동안의 기능 장애, 잠들기 까지 걸리는 시간과 관계가 있다고 보고 하였다. 이와 같이 뇌졸중 환자에서 만연한 수면장애는 인지적 결핍, 주의력, 시간적·공간적 지남력, 기억의 효율성 같은 능력의 감소를 유발하고 사회 및 심리적인 기능에도 영향을 줄 뿐 아니라 학습과 수행에도 좋지 않은 영향을 미친다(Jones, 2005; Kastler, Davidson, 2007).

강명수, 홍기훈 & 정혜림(2017)의 연구에서는 뇌졸중 환자의 수면의 질이 높을수록 스트레스 수준은 낮고, 재활동기가 수면의 질과 밀접한 관계가 있었다고 보고하였고, 주상훈, 김환(2017)의 연구에서는 수면의 질이 뇌졸중 환자

의 일상생활활동 수행능력에 영향을 미치는 요인으로 수면의 질이 좋지 않을 수록 일상생활에 의존적임을 나타낸다고 하였다.

위송희(2008)는 수면의 질이 뇌졸중 노인의 우울정도와 관계가 있는 중요한 변수로 환자 간호 시 수면과 우울에 관심을 가져야 한다고 제시하였다. 이와 같은 문헌고찰을 바탕으로 편마비 환자의 수면의 질을 파악하고 우울과의 관련성을 확인해보는 것은 효과적인 우울감소 간호중재를 위해 필요하다고 사료된다.

3. 편마비 환자의 사회적 지지

사회적 지지는 가족, 친구, 이웃, 기타 사람들로 인해 제공되는 여러 가지 형태의 도움과 원조를 의미한다(Mitchell et al., 2003). 박영주(2001)는 건강문제를 발생시킬 수 있는 스트레스의 충격을 완화 및 감소시키는 것으로 가족, 친구, 이웃, 기타 사람에 의해 제공된 여러 가지 형태의 도움과 원조를 사회적 지지라 하였고 박현일, 김기원(2001)은 사회적 관계를 통하여 개인이 타인으로부터 얻을 수 있는 모든 긍정적 자원을 의미하는 것이라고 하였다.

사회적 지지는 개인이 타인과의 의미 있는 상호작용 결과로 얻게 되는 것으로 개인의 심리적, 정서적 안정을 제공해 주고 좌절을 극복하게 해주며 문제 해결능력과 의지를 강화시키는데 큰 영향을 미친다(하은호, 이영휘, 2004). 사회적 지지는 대체로 상호작용을 통해 주고받는데 이러한 상호작용은 일시적이며 불안정한 상호작용이라기보다는 보통 안정된 사회맥락에서 일어나므로 부모, 배우자, 친구들, 직장동료, 전문가 등이 지지의 근원이 되며 이들의 관계에서 얻어지는 지지의 내용이나 질이 또한 중요하다고 했다(태영숙, 강은실, 이명화 & 박금자, 2001).

뇌졸중 환자의 사회적 지지는 뇌졸중 후 기능적 회복을 더 잘 이루어지게

해 주는데 이는 재활과정에 있는 뇌졸중 환자의 회복에 중요한 요소가 되며 (Glass, Matchar, Belyea & Feussner, 1993) 심리적 건강에 도움을 주는 변인으로(배지연, 김은이, 2003) 높은 사회적지지 정도는 뇌졸중 후의 사망률 감소와도 관련된다(Ikeda et al., 2008).

김금순, 서문자 & 노국희(2003)는 뇌졸중 환자의 생활 스트레스, 우울과 사회적 지지와의 관계에 대한 연구에서 뇌졸중 환자는 신체적 장애 뿐만 아니라 우울 등의 정서적 장애도 나타나는데 적절한 사회적 지지는 스트레스나 우울에 대한 완충효과가 있다고 하였다.

뇌졸중 환자를 대상으로 한 선행연구를 살펴보면, 사회적 지지는 일상생활에 밀접한 영향을 미치는 변수로 확인됨이 보고되었고(이지예, 김혜숙, 2014), 방요순, 허명 & 김희영(2009)은 사회적 지지가 뇌졸중 후 우울에 가장 큰 영향력을 미치는 요인이라 하였으며 문지영, 조복희(2011)는 뇌졸중 대상자의 스트레스와 사회적지지 및 재활동기가 유의한 상관관계로 나타났다고 보고하면서 뇌졸중 재활과정에서 스트레스를 낮추고 사회적 지지를 높이면 재활동기가 높아져 재활의 성과에 도움을 줄 수 있다는 것을 시사 한다고 밝혔다. 이와 같은 문헌고찰을 통해 편마비 환자의 사회적 지지와 우울에 대해 파악함으로써 환자의 우울감소를 위한 중재전략을 세우는데 필요한 요소임을 확인할 수 있었다.

4. 편마비 환자의 낙상효능감

낙상이란, 발바닥을 제외한 신체가 본인의 의지와 다르게 바닥에 닿는 경우로(WHO, 2007) 의도하지 않았던 갑작스러운 자세변화 때문에 본래 몸의 위치보다 낮아지게 되면서 바닥에 놓거나 주저앉거나 넘어지는 것을 의미한다(Fuller, 2000; Stalenhoef et al, 2002).

뇌졸중 환자들은 운동능력의 저하 및 균형감각 문제 때문에 낙상의 위험이

증가하는데 뇌졸중 이후 발생하는 편마비로 인한 자세의 비대칭과 신체의 불균형으로 기립과 보행에 장애가 있으며 일상생활을 수행하는데 어려움을 겪게 된다(안나영, 김기진, 2008).

신경학적 장애가 있는 뇌졸중 환자들은 1년 이내 낙상을 경험할 확률이 1/3 이상으로 알려진 노인들보다 3~5배 더 높은 것으로 보고되고 있으며(Campbell, Robertson & Gardener, 1995) 뇌졸중 환자의 14% ~ 39%는 병원 입원기간 동안 1회 또는 그 이상의 낙상을 경험하고, 약 3/4은 퇴원 후 6개월 동안 낙상을 경험한다(Mackintosh, Hill, Dodd, Goldie & Culham, 2006). 만성 뇌졸중 환자의 낙상률은 23%~50%로(Hyndman, Ashburn, 2003; Jorgensen et al., 2002) 뇌졸중 병변이 없으며 지역 사회에 거주하는 노인들의 11~30%보다 더 높고(Tinetti, Speechley & Ginetter, 1988), 아급성기(1~6개월) 뇌졸중 환자의 25%보다 더 낮게 보고되었으며(Stapleton, Ashburn & Stack, 2001) 만성 뇌졸중 환자의 낙상으로 인해 발생하는 상해는 최고 28%로 보고되었다(Lamb et al., 2005).

낙상을 예방하기 위해서는 우선적으로 낙상의 위험요인을 평가해야 한다(정낙수, 최규환, 2001), 낙상의 위험요인에는 내인성 요인과 외인성 요인, 환경요인으로 나누어 볼 수 있다. 이러한 요인 중 낙상에 가장 영향력을 주는 내인성 요인은 신체적 요인과 심리적 요인으로 분류할 수 있다(American Geriatrics Society, 2001). 신체적 요인은 하지근력 약화, 보행능력 저하, 균형능력 저하, 악력감소, 시력 등 감각의 감퇴 및 감각운동조절의 감소 등이 있고, 심리적 요인에는 낙상에 대한 두려움, 자기 효능감, 정신건강상태, 감정조절 능력, 삶의 만족도 등을 들 수 있는데(전병진 외, 2009) 특히, 낙상에 대한 두려움, 즉 자기 효능감의 감소는 낙상을 예견하는데 가장 중요한 요소로 인식되고 있다(Legters, Verbus, Kitchen, Tomecsko & Urban 2006).

Bandura(1986)에 의하면 자신이 특정 행위를 성공적으로 수행할 수 있다는

믿음이 자기 효능감이며, 자신이 특정 행위를 할 수 있을지에 대한 믿음이 없다면 그 행위는 수행되지 않는다고 하였다. Marks, Allegrante & Lorig(2005)은 자기효능감이 높은 환자일수록 원하는 결과를 이끌어낼 수 있으며 건강증진에 도움이 된다고 하였다.

뇌졸중 편마비 환자들에 대한 선행연구에 의하면 자기 효능감의 증진은 재활과정에 있어 균형감각, 운동기능 및 보행능력의 회복과 연관된 것으로 나타나고 있다(신승훈, 고명환 & 김연희, 2002; 위정선, 한재영, 이삼규 & 노성만, 2002). 낙상과 관련된 자기 효능감인 낙상 효능감은(Falls efficacy Scale, FES) 균형소실과 낙상 없이 특정한 일상생활동작을 수행할 수 있는 개개인의 자신감의 수치로 표기한 것(Fletcher, Hirdes, 2004)을 의미한다.

낙상효능감이 낮은 상태인 낙상의 두려움은 자가 활동에 필요한 효능감을 저해하는 매우 큰 심리적인 장벽을 초래할 수 있으며 이는 신체 기능을 감소시키고 균형과 이동 기능의 악화로 인하여 더 많은 낙상을 야기할 수 있다(Fletcher, Hirdes, 2004; Tinetti, Mendes, Doucette & Baker, 1994). 낙상에 대한 두려움으로 인한 활동의 제한은 근육위축을 비롯하여 건강이나 신체기능의 감소를 초래하게 되고, 사지기능 저하로 인해 낙상의 위험이 증가하는 악순환 상태에 처하게 된다(전병진 외, 2009). 그러므로 낙상 효능감은 낙상 발생을 설명하는 주요한 요인이라고 할 수 있다(Gates et al., 2008). American Geriatrics Society(2001)에서는 노인의 낙상예방을 위해서는 균형능력 부족, 근육약화, 낙상경험, 보행능력 부족, 낙상에 대한 두려움 등 다양한 요인이 평가되어야 한다고 권고하였다.

대부분의 뇌졸중 환자들은 낙상 두려움과 균형에 관해 주관적으로 받아들이는 정도의 차이로 인하여 심리적 부담감과 위험 및 과제 수행 시에 두려움을 많이 호소한다(Andersson, Kamwendo & Appelros, 2008). 만성 뇌졸중 환자들은 지역사회로 복귀할 경우 기능적 독립수준이 양호함에도 불구하고 낙상

재발에 대한 심리적인 부담으로 인해 낙상으로 인한 입원 기간이 길어지거나 재입원하는 비율이 증가하고 있다(Hyndman, Ashburn & Stack, 2002). 선행 연구에 의하면, 우울 증상을 많이 가지고 있는 노인들이 낙상을 겪을 확률이 더 높다고 하였고(염지혜, 나향진, 2012; 최경원, 이인숙, 2010), 낙상 두려움은 신체활동과 사회참여활동을 제한함으로써 우울증상에 부정적인 영향을 미친다고 하였다(남일성, 윤현숙, 2014; Chou, Yeung & Wong, 2005; Chou, Chi, 2008; Van Haastregt et al., 2008).

이처럼 낙상효능감과 반비례 관계인 낙상에 대한 두려움은 우울, 불안과 같은 정신적인 부분과 높은 상관관계를 나타낸다(Chou, Yeung, Wong, 2005). 즉, 신체적 기능저하로 낙상 위험성이 높은 편마비 환자에게 유의미한 낙상효능감은 우울과도 관계가 있음을 알 수 있었고, 지속적인 연구를 통해 우울 영향요인을 확인하는 것이 의미 있다고 사료된다.

Ⅲ. 연구방법

1. 연구설계

본 연구는 편마비 환자를 대상으로 수면의 질, 사회적지지, 낙상효능감이 우울에 미치는 영향을 파악하기 위한 서술적 상관관계 조사연구이다.

2. 연구 대상 및 자료수집

본 연구대상은 서울시 소재 재활요양병원 3곳, 경기도 소재 재활요양병원 1곳에서 편마비를 가진 20세 이상의 성인으로 본 연구에 동의한 대상자를 편의추출로 선정하였다.

본 조사 연구 대상자의 구체적인 선정기준과 제외기준은 다음과 같다.

1) 대상자 선정기준

- 재활요양병원에 입원 중인 편마비 특성을 가진 20세 이상의 성인
- 의식이 있고 언어적/비언어적 의사소통이 가능한 자
- MMSE(mini mental state examination: 간이정신상태검사) 24점 이상인 자
- 연구의 목적과 내용을 이해하고 참여에 동의한 자

2) 연구대상자 제외기준

- 편마비 특성을 가지지 않은 자
- 본 연구에 동의하지 않은 자

설문조사 시에는 연구의 목적과 함께 익명으로 작성하였으며 조사한 내용은 연구목적으로만 사용할 것과 개인정보가 유출되지 않음은 물론 연구자가 직접 대상자에게 피해가 없음을 설명하였다. 또한 참여 동의 여부를 확인하고, 강제로 참여하지 않아도 되며 연구목적 외에는 다른 목적으로 사용되지 않을 것을 설명하였다. 대상자의 윤리적인 문제를 고려하였으며 설문지를 작성하기 전과 진행되는 동안 연구대상자는 어떠한 불이익을 받지 않으며 참여를 원하지 않을 경우 언제든지 참여를 거부 할 수 있음을 설명하였으며, 무기명으로 진행됨을 설명하였다. 대상자 수 산정을 위해 G*power 3.1 프로그램을 이용하여 양측검정, 중간효과크기 0.15, 검정력 0.80, 유의수준 0.05로 계산한 결과 135명이 산출되었다. 탈락률 10%를 고려하여 150명을 모집할 예정이었으나 수거한 설문지 150부 중에서 불성실한 응답자와 본 연구에 적합하지 않은 내용이 적힌 10부를 제외하여 최종 140부를 선별하여 분석에 사용하였다.

3. 연구도구

본 연구에 사용된 도구는 대상자의 일반적 특성과 관련된 질문 12문항, 우울 20문항, 사회적지지 12문항, 수면의 질 18문항, 낙상효능감 10문항으로 구성되었으며 구체적인 측정도구는 다음과 같다.

1) 종속변수: 우울

우울 정도를 측정하기 위해 Radloff 등(1977)이 개발하고 전경구, 최상진 & 양병창(2001)이 우리말로 번역하고 타당화한 우울척도(Center for Epidemiologic Studies Depression Scale: CES-D)를 사용하였다. CES-D는 지난 일주일 동안 경험한 우울의 빈도를 묻는 20개의 자기 보고식 문항으로

이루어져 있으며 Likert 형식의 4점 척도로 구성되어 있다. 20개의 문항 중 4, 8, 12, 16번은 역채점되며, 점수가 높을수록 우울 정도가 심한 것을 의미한다. 최저 0점에서 최고 60점으로 전경구 등(2001)의 연구에서 신뢰도는 Cronbach's α .91이었으며 본 연구에서의 신뢰도 Cronbach's α 값은 .88이었고 변안자로부터 도구 승인을 받았다. 선행연구에 의하면, 점수는 4단계로 분류되며 0~9점은 우울 없음, 10~15점은 경중 우울, 16~24점은 보통 우울, 25점 이상은 심각한 우울로 구분된다.

2) 독립변수: 수면의 질

수면의 질을 평가하기 위해 Buysse 등(1989)이 개발한 Pittsburgh Sleep Quality Index(이하 PSQI)를 조용원 등(2004)이 번역한 것을 사용하였다. 총 18개 문항들로 구성되어 있으며 대상자가 지난 한달(4주) 동안 수면습관에 관한 주관적 수면의 질, 수면잠복기, 수면지속시간, 수면의 효율성%, 수면 방해, 수면제 사용, 주간 역기능 등 7개 요인들을 평가하였다. 요인별로 0~3점까지 측정되며 총점은 7개 요인들을 합산한 점수로 최저 0점부터 최고 21점으로 측정된다. Buysse 등에 의하면 5점 이상은 수면이 방해받고 있음을 의미하며 점수가 높을수록 수면의 질이 낮음을 의미한다. 연구도구 개발 당시의 신뢰도 Cronbach's α = .83이었고, 본 연구에서의 Cronbach's α = .67이었으며 도구 개발자로부터 도구사용 승인을 받았다.

3) 독립변수: 사회적 지지

Zimet 등(1988)이 개발한 Multi-dimensional Scale Perceived Social Support(이하 MSPSS) 척도를 신준섭, 이영분이 번안한 도구로 사회적 지지를 측정하였다. MSPSS척도는 총 12문항으로 구성되어 있으며 가족지지, 친구지지, 특별지지의 3개의 하위척도로 구성되어 있다. 특별지지는 의미 있는 타인

에 의한 지지로 본 연구에서는 의료인에 의한 지지를 의미한다. 본래 7점 Likert 척도로 구성되어 있으나 신준섭과 이영분(1999)의 연구에서 활용된 것처럼 ‘매우 그렇지 않다’ 1점에서 ‘매우 그렇다.’ 5점까지 5점 Likert 척도로 측정하였고, 최저 12점에서 최고 60점까지 가능하며 점수가 높을수록 사회적 지지의 수준이 높은 것을 의미한다. 도구의 개발 당시 신뢰도 Cronbach’s α 는 .85였고, 본 연구에서는 Cronbach’s α .88이었으며 변안자로부터 도구사용 승인을 받았다.

4) 독립변수: 낙상효능감

Tinetti 등(1990)이 개발한 Fall Efficacy Scale(이하 FES)를 장숙량, 조성일, 오상우, 이연숙 & 백현욱(2003)이 번역하고 역번역하여 만든 한국어판 낙상효능 척도를 사용하였다. 본 도구는 낙상방지에 대한 자신감 정도를 주관적으로 측정하는 것이며 일상생활에서 수행하는 10가지 행동에 대한 자신감 정도를 1부터 10까지 숫자로 나타낸다. 측정점수는 최저 점수 10점, 최고 점수는 100점으로 점수가 높다는 것은 낙상하지 않고 수행할 수 있는 자신감이 높다는 것을 의미한다. Tinetti, Richman, Powell(1990)가 도구를 개발할 당시의 Cronbach’s α 값은 제시되지 않았다. 본 연구에서의 신뢰도는 .96이었고 변안자로부터 승인을 받았다.

5) 일반적 특성

대상자의 일반적 특성과 관련된 질문으로는 연령, 성별, 최종학력, 종교, 결혼상태, 주요 간병인 등을 포함해 편마비 발병 기간, 마비 부위, 언어장애 유무, 감각장애 유무, 낙상 경험 유무 등을 알아보기 위해 총 12문항으로 구성하였다.

4. 연구의 윤리적 측면

본 연구는 2017년 9월 18일 성신여자대학교에서 연구 대상자의 윤리적 보호를 위하여 기관 생명윤리 위원회(Institutional Review Board [IRB])의 승인(IRB No: SSWUIRB 2017-063)을 받아 진행하였다.

본 연구에서 우울, 수면의 질, 사회적지지, 낙상효능감 도구 사용을 위해 도구 개발자 및 변안자에게 연락하여 도구 사용의 승인을 받은 후에 설문지를 준비하였다. 그리고 편마비 특성을 가진 재활요양병원을 직접 방문하여 연구 대상자에게 연구의 목적과 함께 익명으로 처리됨을 직접 설명하였으며 자료는 보안이 유지되는 곳에 보관이 되며, 연구가 완료된 후에는 즉시 폐기할 것을 설명하고 동의서를 받아 실시하였다. 또한 설문지 작성 중에 언제라도 동의를 철회할 수 있으며 철회할 경우 어떠한 불이익도 없다는 것을 설명하였다. 편마비로 인해 기입이 불편하거나 시력이 저하되어 글을 읽고 쓰기 힘든 대상자에게는 연구자가 설문지를 한 문항씩 읽어주고 대상자가 응답하는 방식으로 진행하였다. 배부된 설문지 작성에는 평균 15~20분 정도의 시간이 소요되었으며 바로 수거를 하였고 설문지 작성 후에 소정의 사례품을 제공하였다.

5. 자료 분석

수집한 자료는 SPSS WIN 21.0 프로그램을 사용하여 통계처리 하였다.

- 1) 연구 도구들의 신뢰도는 Cronbach's α 로 분석하였다.
- 2) 편마비 환자의 일반적 특성을 파악하기 위하여 빈도와 백분율을 산출하였다.
- 3) 편마비 환자의 우울, 수면의 질, 사회적지지, 낙상효능감 정도를 파악하기 위하여 기술통계를 이용하였다.

- 4) 편마비 환자의 일반적 특성에 따른 우울, 수면의 질, 사회적지지, 낙상효능감의 차이는 T-test와 ANOVA로 분석하였으며, 사후검정은 Scheffe's test를 이용하였다.
- 5) 편마비 환자의 우울, 수면의 질, 사회적지지, 낙상효능감 간의 상관관계는 Pearson's correlation coefficients를 이용하였다.
- 6) 편마비 환자의 수면의 질, 사회적지지, 낙상효능감이 우울에 미치는 영향을 파악하기 위하여 다중선형 회귀분석(multiple linear regression)을 이용하였다.
- 7) 통계적 유의수준은 $p < .05$ 로 정하였다.

6. 연구의 제한점

본 연구의 대상자는 서울과 경기도 지역의 4개 재활요양병원에서 입원 중인 편마비 환자 대상이므로 연구 결과를 모든 편마비 환자에게 일반화시키거나 확대 적용하는 것에는 신중을 기해야 한다.

IV. 연구결과

1. 편마비 환자의 일반적 특성

본 연구 대상자의 일반적 특성은 <표1>과 같다.

편마비 환자의 일반적 특성으로 남성이 88명(62.9%), 여성이 52명(37.1%)이었고, 연령은 61~70세가 41명(29.3%), 51~60세가 39명(27.9%), 71세 이상이 34명(24.3%), 50세 이하가 26명(18.6%)이었다. 최종학력은 고졸이 53명(37.9%), 대졸이상이 34명(24.3%), 중졸이 29명(20.7%), 초졸 이하가 24명(17.1%)이었다. 종교는 무교 65명(46.4%), 불교 30명(21.4%), 기독교 28명(20.0%), 천주교 17명(12.1%)이었다. 결혼 상태는 기혼 96명(68.6%), 사별이 23명(16.4%), 이혼 11명(7.9%), 미혼 10명(7.1%)이었다. 간병인은 전문 간병인이 62명(44.3%), 배우자가 27명(19.3%), 간병인 없음이 23명(16.4%), 자녀가 14명(%), 부모님 10명(7.1%), 형제·자매가 4명(2.9%)이었다. 발병기간은 평균 48.59 ± 101.8 개월이었고, 1년 미만 50명(35.7%), 1~5년 미만 60명(42.9%), 5년 이상 30명(21.4%)이었다. 마비부위는 왼쪽이 83명(59.3%), 오른쪽이 53명(37.9%), 양쪽이 4명(2.9%)이었다. 언어장애는 '무'가 88명(62.9%), '유'는 52명(37.1%)이었고, 감각장애는 '무'가 82명(58.6%), '유'는 58명(41.4%)이었다. 현재 가지고 있는 질환으로는 고혈압 43명(30.7%), 고혈압·당뇨 26명(18.6%), 당뇨 11명(7.9%), 고혈압·심혈관질환 5명(3.6%), 심혈관질환 4명(1.4%), 고혈압·당뇨·심혈관질환(1.4%)과 당뇨·심혈관질환(1.4%)이 각각 2명이었다. 최근 6개월 이내 낙상경험은 '아니오'가 119명(85.0%), '예'가 21명(15.0%)이었고, 낙상횟수는 1회가 14명(10.0%), 2회는 3명(2.1%), 3회 이상은 4명(2.8%)이었다.

<표1> 편마비 환자의 일반적인 특성

(N=140)

특성	구분	n(%)	M±SD	Range
성별	남성	88(62.9)		
	여성	52(37.1)		
연령	20 ~ 50세	26(18.6)		
	51 ~ 60세	39(27.9)		
	61 ~ 70세	41(29.3)		
	71세 이상	34(24.3)	61.22±12.39	20 ~ 84
최종 학력	초졸 이하	24(17.1)		
	중졸	29(20.7)		
	고졸	53(37.9)		
	대졸 이상	34(24.3)		
종교	기독교	28(20.0)		
	천주교	17(12.1)		
	불교	30(21.4)		
	무교	65(46.4)		
결혼상태	미혼	10(7.1)		
	기혼	96(68.6)		
	사별	23(16.4)		
	이혼	11(7.9)		
간병인	배우자	27(19.3)		
	자녀	14(10.0)		
	형제,자매	4(2.9)		
	부모님	10(7.1)		
	전문간병인	62(44.3)		
간병인 없음	23(16.4)			
발병기간	1년미만	50(35.7)		
	1~5년미만	60(42.9)		
	5년이상	30(21.4)	48.59±101.80 (개월)	1~648(개월)
마비 부위	왼쪽	83(59.3)		
	오른쪽	53(37.9)		
	양쪽	4(2.9)		

언어장애	유	52(37.1)		
	무	88(62.9)		
감각장애	유	58(41.4)		
	무	82(58.6)		
치료 중인 질환	유	93(66.4)		
	고혈압	43(30.7)		
	당뇨	11(7.9)		
	심혈관질환	4(2.9)		
	고혈압, 당뇨	26(18.6)		
	고혈압, 당뇨, 심혈관질환	2(1.4)		
	고혈압, 심혈관질환	5(3.6)		
	당뇨, 심혈관질환	2(1.4)		
	무	47(33.6)		
	최근 6개월 이내의 낙상 경험	예	21(15.0)	
아니오		119(85.0)		
낙상 횟수	1회	14(10.0)		
	2회	3(2.1)		
	3회 이상	4(2.8)		
			0.30±1.001	0 ~ 7

2. 편마비 환자의 우울, 수면의 질, 사회적지지, 낙상효능감

연구 대상자의 우울, 수면의 질, 사회적지지, 낙상효능감의 정도는 <표2>와 <표3>과 같다.

편마비 환자의 우울 정도는 평균 17.21 ± 8.84 이었다. 점수에 따라 4단계로 분류해 보면 우울없음 22명(15.7%), 경증우울 27명(19.3%), 보통우울 45명(32.1%), 심각한 우울 46명(32.9%)로 나타났다.

편마비 환자의 수면의 질 정도는 평균 7.60 ± 3.87 로 나타났다. Buysse 등(1989)이 제시한 7가지 영역별 평균 점수는 수면잠복기(잠들 때까지 걸리는 시간)가 1.59 ± 1.02 로 가장 높았고, 수면방해(추위,더위,악몽,통증) 1.21 ± 0.56 , 주간역기능(일상적인 일, 사회활동하는 것과 일을 하는데 충분한 의욕을 유지하기 어려운 경우) 1.14 ± 0.95 순으로 높게 나타났으며, 가장 점수가 낮은 영역은 수면제 사용 0.65 ± 1.17 , 수면지속시간 0.91 ± 0.94 , 주관적 수면의 질 1.05 ± 0.73 , 수면효율성(실제수면시간) 1.05 ± 1.13 순으로 나타났다.

편마비 환자의 사회적지지 정도는 총점 기준으로 40.41 ± 10.46 이었고, 5점척도 기준으로는 $3.36(\pm 0.87)$ 이었다. 세부항목으로 가족지지는 3.99 ± 0.97 , 친구지지 3.25 ± 1.25 , 의료인지지 2.85 ± 1.99 이었다.

편마비 환자의 낙상효능감 정도는 54.80 ± 29.34 이었다.

<표2> 편마비 환자의 수면의 질

(N=140)

특성	M±SD	최소값~최대값	점수	n(%)
주관적 수면의 질	1.05±0.73	0 ~ 3	0	29(20.71)
			1	80(57.14)
			2	26(18.57)
			3	5(3.57)
수면 잠복기	1.59±1.02	0 ~ 3	0	20(14.29)
			1	52(37.14)
			2	33(23.57)
			3	35(25.0)
수면 지속시간	0.91±0.94	0 ~ 3	0	55(39.29)
			1	56(40.0)
			2	16(11.43)
			3	13(9.29)
수면 효율성%	1.05±1.13	0 ~ 3	0	61(43.57)
			1	36(25.71)
			2	18(12.86)
			3	25(17.86)
수면 방해	1.21±0.56	0 ~ 3	0	7(5.0)
			1	99(70.71)
			2	31(22.14)
			3	3(2.14)
수면제 사용	0.65±1.17	0 ~ 3	0	104(74.29)
			1	6(4.29)
			2	5(3.57)
			3	25(17.86)
주간 역기능	1.14±0.95	0 ~ 3	0	41(29.29)
			1	52(37.14)
			2	34(24.29)
			3	13(9.29)
수면요소 합 (수면의 질)	7.60±3.87	1 ~ 20	PSQI≥5	109(77.86)
			PSQI<5	31(22.14)

<표3> 편마비 환자의 우울, 수면의 질, 사회적지지, 낙상효능감 (N=140)

변수	구분	M±SD	n(%)	Range	Cronbach's alpha
우울	우울없음 (0~9점)	17.21±8.84	22(15.7)	0 ~ 60	0.887
	경증우울 (10~15점)		27(19.3)		
	보통우울 (16~24점)		45(32.1)		
	심각한우울 (25점이상)		46(32.9)		
수면의질		7.60±3.87		0~ 21	0.673
사회적 지지	전체총점	40.41±10.46			
	총점(5점척도)	3.36±0.87			
	가족지지	3.99±0.97		12 ~ 60	0.884
	친구지지	3.25±1.25			
	의료인지지	2.85±1.99			
낙상 효능감		54.80±29.34		10 ~ 100	0.962

3. 편마비 환자의 일반적 특성에 따른 변수들의 차이분석

1) 편마비 환자의 일반적 특성에 따른 우울 차이

연구 대상자의 일반적 특성에 따른 우울 차이는 <표4>와 같다.

편마비 환자의 일반적 특성에 따른 우울의 차이를 분석한 결과 연령대 (F=4.634, p=.004)와 언어장애(t=2.042, p=0.043)에서 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다. 연령대에서 나이가 증가될수록 우울점수가 높았으며 특히 20~50세(16.08±8.56)보다 71세 이상(25.35±10.99) 사이에서 우울정도가 큰 차이를 보였다. 언어장애에서는 ‘무’(19.42±10.46)보다 ‘유’(23.19±10.72)가 더 높았다. 그 외 성별, 최종학력, 종교, 결혼상태, 간병인, 마비부위, 감각장애, 질환, 낙상경험 특성에 따른 우울은 유의한 차이가 없었다.

<표4> 편마비 환자의 일반적 특성에 따른 우울 차이 (N=140)

특성	항목	우울				
		n	M±SD	t or F	p	Scheffe's
성별	남성	88	21.26±10.61	0.633	0.528	
	여성	52	20.08±10.85			
연령	20 ~ 50세 ^a	26	16.08±8.56	4.634	0.004**	a<d
	51 ~ 60세 ^b	39	18.92±10.77			
	61 ~ 70세 ^c	41	21.88±10.19			
	71세 이상 ^d	34	25.35±10.99			
최종 학력	초졸 이하	24	24.00±8.72	0.966	0.411	
	중졸	29	20.55±11.43			
	고졸	53	19.55±9.97			
	대졸 이상	34	20.79±12.23			
종교	기독교	28	21.36±11.49	0.409	0.747	
	천주교	17	23.12±10.93			
	불교	30	20.80±9.02			
	무교	65	20.00±11.09			

결혼상태	미혼	10	19.5±8.37	0.076	0.973
	기혼	96	20.92±10.90		
	사별	23	20.61±10.31		
	이혼	11	21.64±12.55		
간병인	배우자	27	23.74±12.13	1.437	0.215
	자녀	14	16.71±9.96		
	형제, 자매	4	18.00±10.89		
	부모님	10	20.6±12.06		
	전문간병인	62	21.89±10.02		
	간병인 없음	23	17.61±9.87		
발병기간	1년 미만	50	22.24±11.29	1.687	0.189
	1~5년 미만	60	18.91±10.12		
	5년 이상	30	22.26±10.45		
마비부위	왼쪽	83	21.08±11.26	0.251	0.778
	오른쪽	53	20.68±10.13		
	양쪽	4	17.25±4.11		
언어장애	유	52	23.19±10.72	2.042	0.043*
	무	88	19.42±10.46		
감각장애	유	58	20.24±10.85	0.539	0.591
	무	82	21.23±10.60		
치료 중인 질환	고혈압	43	19.86±11.31	0.621	0.738
	당뇨	11	22.82±8.23		
	심혈관질환	4	21.5±9.00		
	고혈압, 당뇨	26	22.96±12.76		
	고혈압, 심혈관질환	5	23.20±2.95		
	당뇨, 심혈관질환	2	23.00±1.41		
	고혈압, 당뇨, 심혈관질환	2	29.50±9.19		
	없음	47	19.28±10.28		
낙상 경험	예	21	20.10±12.86	0.337	0.737
	아니오	119	20.95±10.30		

**. $p < 0.01$

*. $p < 0.05$

2) 편마비 환자의 일반적 특성에 따른 수면의 질 차이

연구 대상자의 일반적 특성에 따른 수면의 질 차이는 <표5>와 같다.

편마비 환자의 일반적 특성에 따른 수면의 질을 분석한 결과 성별, 연령대, 최종학력, 종교, 결혼상태, 간병인, 마비부위, 언어장애, 감각장애, 질환, 낙상경험 모두에서 유의한 차이가 나타나지 않았다.

<표5> 편마비환자의 일반적 특성에 따른 수면의 질 차이 (N=140)

특성	항목	수면의 질				
		n	M±SD	t or F	p	Scheffe's
성별	남성	88	7.31±3.69	1.169	0.245	
	여성	52	8.10±4.14			
연령	20 ~ 50세	26	7.50±3.31	1.275	0.286	
	51 ~ 60세	39	6.77±3.90			
	61 ~ 70세	41	7.68±3.83			
	71세 이상	34	8.53±4.20			
최종 학력	초졸 이하	24	8.46±4.52	2.612	0.054	
	중졸	29	8.48±4.17			
	고졸	53	6.47±3.33			
	대졸 이상	34	8.00±3.62			
종교	기독교	28	7.57±3.33	0.677	0.567	
	천주교	17	7.18±3.80			
	불교	30	8.47±4.70			
	무교	65	7.32±3.70			
결혼상태	미혼	10	7.40±2.46	1.622	0.187	
	기혼	96	7.82±4.03			
	사별	23	7.91±3.82			
	이혼	11	5.18±2.93			

간병인	배우자	27	7.81±3.91	0.178	0.970
	자녀	14	7.50±4.45		
	형제,자매	4	7.00±4.97		
	부모님	10	8.50±1.90		
	전문간병인	62	7.55±4.22		
	간병인 없음	23	7.26±3.14		
발병기간	1년미만	50	8.10±3.43	0.650	0.424
	1~5년미만	60	7.30±3.91		
	5년이상	30	7.37±4.46		
마비부위	왼쪽	83	7.98±4.23	1.848	0.161
	오른쪽	53	6.87±3.00		
	양쪽	4	9.50±5.45		
언어장애	유	52	7.23±3.81	0.686	0.387
	무	88	7.82±3.90		
감각장애	유	58	7.38±3.59	0.567	0.572
	무	82	7.76±4.07		
질환	고혈압	43	8.23±4.11	1.625	.134
	당뇨	11	6.36±2.46		
	심혈관질환	4	6.50±2.38		
	고혈압, 당뇨	26	8.50±4.08		
	고혈압, 심혈관질환	5	8.20±2.78		
	당뇨, 심혈관질환	2	6.00±2.83		
	고혈압, 당뇨, 심혈관질환	2	13.00±4.24		
없음	47	6.68±3.77			
낙상 경험	예	21	8.14±5.18	0.542	0.593
	아니오	119	7.50±3.61		

** $p < 0.01$

* $p < 0.05$

3) 편마비 환자의 일반적 특성에 따른 사회적 지지 차이

연구 대상자의 일반적 특성에 따른 사회적 지지 차이는 <표6>과 같다.

편마비 환자의 일반적 특성에 따른 사회적 지지의 차이를 분석한 결과 연령대($t=0.730$, $p=.046$)와 최종학력($t=3.230$, $p=.024$)에서 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다. 연령대에서는 20 ~ 50세(44.92 ± 10.20)에서 71세 이상(38.15 ± 9.67)보다 사회적 지지가 높았으며 최종학력에서는 대졸이상(44.50 ± 9.99)이 초졸이하(36.29 ± 11.19)보다 사회적 지지가 더 높았다. 그 외 성별, 종교, 결혼상태, 간병인, 마비부위, 언어장애, 감각장애, 질환, 낙상경험 특성에 따른 사회적 지지는 유의한 차이가 없었다.

<표6> 편마비 환자의 일반적 특성에 따른 사회적 지지 차이 (N=140)

특성	항목	사회적 지지				
		n	M±SD	t or F	p	Scheffe's
성별	남성	88	39.58±9.70	1.220	0.225	
	여성	52	41.81±11.60			
연령대	20 ~ 50세 ^a	26	44.92±10.20	0.730	0.046*	a>d
	51 ~ 60세 ^b	39	41.26±11.16			
	61 ~ 70세 ^c	41	38.61±9.91			
	71세 이상 ^d	34	38.15±9.67			
최종 학력	초졸 이하 ^a	24	36.29±11.19	3.230	0.024*	a<d
	중졸 ^b	29	40.52±11.53			
	고졸 ^c	53	39.58±9.11			
	대졸 이상 ^d	34	44.50±9.99			
종교	기독교	28	40.75±11.35	0.539	0.656	
	천주교	17	43.18±10.92			
	불교	30	39.30±9.12			
	무교	65	40.05±10.64			
결혼상태	미혼	10	42.40±15.97	0.586	0.625	
	기혼	96	40.65±9.97			
	사별	23	40.30±9.63			
	이혼	11	36.73±11.19			

간병인	배우자	27	39.52±8.82	0.714	0.614
	자녀	14	44.50±12.50		
	형제,자매	4	39.75±17.21		
	부모님	10	42.80±11.45		
	전문간병인	62	39.32±10.22		
	간병인 없음	23	40.96±10.29		
발병기간	1년미만	50	39.92±9.38	2.732	0.069
	1년~5년미만	60	42.45±10.11		
	5년이상	30	37.13±12.15		
마비부위	왼쪽	83	40.93±10.65	0.275	0.760
	오른쪽	53	39.74±10.59		
	양쪽	4	38.50±1.73		
언어장애	유	52	38.37±10.95	1.789	0.076
	무	88	41.61±10.04		
감각장애	유	58	38.91±11.06	1.425	0.156
	무	82	41.46±9.95		
질환	고혈압	43	42.56±10.42	1.367	0.225
	당뇨	11	38.73±10.09		
	심혈관질환	4	30.25±10.47		
	고혈압, 당뇨	26	40.12±9.99		
	고혈압, 심혈관질환	5	38.60±13.52		
	당뇨, 심혈관질환	2	32.00±4.24		
	고혈압, 당뇨, 심혈관질환	2	30.00±16.97		
	없음	47	40.85±10.17		
낙상 경험	예	21	39.57±12.12	0.396	0.693
	아니오	119	40.55±10.19		

** $. p < 0.01$

* $. p < 0.05$

4) 편마비 환자의 일반적 특성에 따른 낙상효능감 차이

연구 대상자의 일반적 특성에 따른 낙상효능감 차이는 <표7>과 같다.

편마비 환자의 일반적 특성에 따른 낙상효능감의 차이를 분석한 결과 연령 ($t=5.133$, $p=.002$), 최종학력($t=3.215$, $p=0.025$), 결혼상태($t=2.725$, $p=.047$), 간병인($t=7.282$, $p=.000$)에서 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다. 연령에서는 20~50세(72.69 ± 26.82)가 51~60세(50.79 ± 28.67)와 71세 이상(45.09 ± 26.07)보다 낙상효능감이 유의하게 높았다. 최종학력에서는 대졸이상(60.76 ± 29.79)이 초졸이하(39.42 ± 25.44)보다 유의하게 높았고, 이혼상태(73.82 ± 27.99)가 기혼상태(51.72 ± 29.65)보다 낙상효능감이 유의하게 높았으며, 부모님이 간병하는 경우(80.40 ± 13.49)가 전문 간병인이 하는 경우(43.11 ± 26.84)보다 낙상효능감이 유의하게 높았고, 혼자 입원 생활하는 경우(76.04 ± 19.27)가 전문간병인(43.11 ± 26.84)의 간병을 받는 경우보다 낙상효능감이 유의하게 높았다.

<표7> 편마비 환자의 일반적 특성에 따른 낙상효능감 차이 (N=140)

특성	항목	낙상 효능감				Scheffe's
		n	M±SD	t or F	p	
성별	남성	88	56.42±29.44	0.849	0.397	
	여성	52	52.06±29.24			
연령	20 ~ 50세 ^a	26	72.69±26.81	5.133	0.002**	a>b,d
	51 ~ 60세 ^b	39	50.79±28.67			
	61 ~ 70세 ^c	41	55.32±29.93			
	71세 이상 ^d	34	45.09±26.07			
최종 학력	초졸 이하 ^a	24	39.42±25.44	3.215	0.025*	a<d
	중졸 ^b	29	52.90±28.33			
	고졸 ^c	53	58.98±29.43			
	대졸 이상 ^d	34	60.76±29.79			

종교	기독교	28	59.79±29.56	2.271	0.083	
	천주교	17	50.29±26.69			
	불교	30	43.87±25.20			
	무교	65	58.88±30.75			
결혼상태	미혼 ^a	10	68.20±28.59	2.725	0.047*	b<d
	기혼 ^b	96	51.72±29.65			
	사별 ^c	23	52.74±25.34			
	이혼 ^d	11	73.82±27.99			
간병인	배우자 ^a	27	52.81±29.89	7.287	0.000**	d,f>e
	자녀 ^b	14	56.50±30.60			
	형제,자매 ^c	4	57.25±40.38			
	부모님 ^d	10	80.40±13.49			
	전문간병인 ^e	62	43.11±26.84			
	간병인 없음	23	76.04±19.27			
발병기간	1년미만	50	58.30±29.18	0.864	0.424	
	1~5년미만	60	54.58±30.24			
	5년이상	30	49.40±27.80			
마비부위	왼쪽	83	54.20±28.94	0.505	0.605	
	오른쪽	53	56.70±30.18			
	양쪽	4	42.00±29.06			
언어장애	유	52	53.88±30.62	0.283	0.778	
	무	88	55.34±28.72			
감각장애	유	58	53.43±29.73	0.463	0.644	
	무	82	55.77±29.20			
질환	고혈압	43	54.21±29.56	0.933	0.483	
	당뇨	11	48.64±27.63			
	심혈관질환	4	56.25±32.53			
	고혈압, 당뇨	26	47.23±29.42			
	고혈압, 심혈관질환	5	62.20±31.38			
	당뇨, 심혈관질환	2	27.50±4.95			
	고혈압, 당뇨, 심혈관질환	2	54.50±51.62			
	없음	47	61.23±28.82			
낙상 경험	예	21	54.57±28.20	0.039	0.969	
	아니오	119	54.84±29.65			

**. $p < 0.01$

*. $p < 0.05$

4. 편마비 환자의 수면의 질, 사회적지지, 낙상효능감, 우울간의 상관관계

편마비 환자의 수면의 질, 사회적지지, 낙상효능감, 우울 간의 상관관계에 대한 결과는 <표8>과 같다. 우울은 사회적지지($r=-0.435$, $p<.01$), 낙상효능감($r=-0.319$, $p<.01$)과 유의한 부적 상관관계가 있었고, 수면의 질($r=0.492$, $p<.01$)과 유의한 양적 상관관계가 있는 것으로 나타났다.

<표8> 수면의 질, 사회적지지, 낙상효능감, 우울간의 상관관계 (N=140)

변수	우울 r(p)	수면의 질 r(p)	사회적 지지 r(p)	낙상 효능감 r(p)
우울	1			
수면의 질	0.492** (0.000)	1		
사회적 지지	-0.435** (0.000)	-0.248** (0.003)	1	
낙상 효능감	-0.319** (0.000)	-0.125 (0.142)	0.155 (0.068)	1

**. $p < 0.01$

*. $p < 0.05$

5. 편마비 환자의 수면의 질, 사회적지지, 낙상효능감이 우울에 미치는 영향

편마비 환자의 수면의 질, 사회적지지, 낙상효능감이 우울에 미치는 영향에 대한 결과는 <표9>와 같다. 편마비 환자의 우울에 영향을 미치는 요인을 확인하기 위해 일반적 특성에서 관련성 있는 변수로 확인된 연령, 언어장애와 주요 독립변수 수면의 질, 사회적지지, 낙상효능감과 우울의 관계를 알아보기 위해 단계별 회귀분석을 실시하였다. 회귀분석 전에 다중공선성에 대한 문제를 확인하였고 분산팽창인자(variation inflation factor, VIF)는 1.041~1.137으로 기준치 10을 넘지 않았으며, 공차한계(tolerance)는 1.0 이하로 나타나 다중공선성을 발생하는 변수는 존재하지 않는 것으로 확인되었고 회귀모형은 통계적으로 유의하였다($F=20.73$, $P<.01$). 분석 결과, 편마비 환자의 우울에 가장 강력한 영향을 미치는 변수는 수면의 질($\beta=.40$ $p=.000$)이었고, 사회적지지($\beta=-.25$, $p=.000$)와 낙상효능감($\beta=-.18$, $p=.010$) 순으로 나타났다. 또한 일반적 특성에서의 변수 중 유의하게 나타난 언어장애($\beta=.16$ $p=.015$), 연령($\beta=.14$ $p=.039$) 또한 우울에 영향을 미치는 요인으로 확인되었다. 즉, 수면의 질이 좋을수록, 사회적 지지가 높을수록, 낙상효능감이 높을수록 우울이 낮은 것으로 나타났으며, 언어장애가 있고, 연령이 높을수록 우울이 높게 나타났다. 이들 변수의 우울에 대한 설명력(R^2)은 41.5%로 확인되었다.

<표9> 수면의 질, 사회적지지, 낙상효능감이 우울에 미치는 영향 (N=140)

특성	B	SE	β	t	p	Tolerance	VIF
상수	17.53	5.86		2.988	0.003**		
수면의 질	1.12	0.18	0.40	6.020	0.000**	0.91	1.08
사회적 지지	-0.26	0.07	-0.25	-3.710	0.000**	0.87	1.13
낙상 효능감	-0.06	0.02	-0.18	-2.615	0.010**	0.88	1.12
언어장애	3.58	1.45	0.16	2.456	0.015**	0.96	1.04
연령	0.12	0.05	0.14	2.083	0.039*	0.88	1.13

R-square : 0.436 Adj R-square : 0.415 F-value : 20.733 p-value : 0.000**

언어장애 더미변수 : 0=무, 1=유

V. 논 의

본 연구는 편마비 환자의 우울과 그 관련요인을 파악하여 편마비 환자의 우울을 감소시킴으로써 환자의 긍정적 재활에 도움이 되는 간호중재 개발을 위한 기초자료를 제공하고자 시도되었다. 본 연구결과 우울에 영향을 주는 변수 수면의 질, 사회적지지, 낙상효능감, 언어장애, 연령은 우울을 41.5% 설명하고 있었으며, 그 중 수면의 질이 가장 비중 있는 주요변수임을 확인할 수 있었다. 중요한 연구결과를 중심으로 논의하고자 한다.

본 연구 대상자인 편마비 환자의 우울 정도는 평균 17.21 ± 8.84 점이었으며 우울없음 22명(15.7%), 경증 우울 27명(19.3%), 보통우울 45명(32.1%), 심각한 우울 46명(32.9%)로 심각한 우울이 가장 많은 빈도수를 나타냈다. 이는 같은 도구를 사용하여 연하장애 환자를 대상으로 한 김주연(2016)의 연구(18.59 ± 9.49)보다는 약간 낮게 측정되었고, 뇌졸중 환자를 대상으로 한 현대성(2016)의 연구(실험군 27.6 ± 1.43 , 대조군 28.9 ± 1.37)와 심민규(2013)의 연구(23.85 ± 11.52)보다는 큰 차이로 낮게 측정되었는데 이는 대상자 수와 모집장소의 차이에서 비롯된 것이라 여겨진다. 먼저 김주연(2016)의 연구 대상자는 87명의 연하장애 환자로 비교적 중증도가 심하지 않은 외래환자가 포함되었고, 현대성(2011)의 연구는 실험연구로써 뇌졸중 환자 20명으로 적은 수의 대상자였으며 심민규(2013)의 연구는 보건소에 통원하는 환자가 포함되었으나 본 연구는 전체 대상자가 입원환자인 관계로 차이가 있게 나타난 것으로 사료된다. 따라서 추후에는 대상자 수와 모집장소를 확대하여 비교한 연구가 필요하다.

본 연구에서 편마비 환자의 우울에 영향을 미치는 첫번째 요인은 수면의 질이었으며 평균 7.60 ± 3.87 점으로 수면의 질이 나쁜 것으로 나타났다. 이는 같은 도구를 사용하여 뇌졸중으로 입원한 환자를 대상으로 한 주상훈, 김환(2016)의 연구(7.65 ± 3.90)와 비슷했고, 노인 뇌졸중 환자를 대상으로 한 오민균 등(2011)

의 연구(6.57±4.43)보다는 높게 나타났다. 오민균 등(2011)의 연구와 차이가 나는 이유는 발병기간 및 표본의 수 차이에서 비롯된 것이라 여겨진다. 오민균 등(2011)의 연구 대상자는 뇌졸중 첫 발병이며 유병기간은 8주인 30명의 적은 수의 환자를 대상으로 했으나 본 연구와 주상훈, 김환(2016)의 연구는 100명 이상의 대상자와 발병기간이 2년 이상인 대상자가 가장 많았던 차이에서 기인된 것으로 사료된다.

또한, 주상훈, 김환(2016)의 연구에서 성별과 발병기간에 따라 수면의 질에 유의한 차이가 있었으며 여성이 남성보다, 발병기간이 1년 미만의 대상자에서 수면의 질이 나쁘게 나타났는데 본 연구에서도 여성과 발병기간 1년 미만에서 수면의 질이 나쁜 것으로 나타났다.

chen 등(2005)은 대만인을 대상으로 한 연구에서 남성보다 여성의 불면증 점수가 더 높았다고 보고 하였으며 Sekin 등(2006)도 일본인을 대상으로 한 연구에서 남성보다 여성의 수면의 질이 떨어지는 경향이 있다고 보고하였다. 또한 vock 등(2002)은 뇌졸중 환자를 급성, 아급성, 만성기 단계로 구분하여 뇌파검사를 한 연구에서 급성, 아급성 단계에서는 주요 수면 뇌파변화가 발견되었지만 만성기 단계에서는 대조군과 유의한 차이가 없었다고 하였고, Gottseling 등(2002)은 급성기 뇌손상 대상자에게서 낮은 수면효율과 WASO(waking after sleep onset: 잠든 후 깬 시간, 수면 중 각성)가 증가했다고 보고한 바 있어 이러한 결과들을 종합해 봤을 때, 입원환자 중 여성과 발병기간 1년 미만의 환자에게 적극적인 수면문제 평가 및 중재가 이루어져야 할 필요성이 있음을 알 수 있다.

본 연구결과, 수면의 질 7가지 하위영역 수면요소에서 수면잠복기(잠들 때까지 걸리는 시간) 평균점수가 가장 높았고, 다음으로 수면방해(추위, 더위, 악몽, 통증), 주간적 역기능(일상적인 일, 사회활동 하는 것과 일을 하는데 충분한 의욕을 유지하기 어려운 경우) 순으로 나타나 편마비 환자들이 수면잠복

기, 수면방해, 주간적 역기능의 수면장애를 많이 겪고 있음을 알 수 있다. 반면 주관적 수면의 질, 수면지속시간, 수면효율성, 수면제 사용은 경미한 것으로 나타났다. 이러한 결과는 같은 도구를 사용하여 노인여성을 대상으로 한 김영희, 한진숙(2011)의 연구, 재가노인을 대상으로 한 김현미(2017)의 연구에서 수면잠복기와 수면방해 부분에서 수면장애를 겪고 있는 것으로 나타났다는 것과 유사하였다. 이를 통해 편마비 환자들은 수면잠복기(잠자는데 걸리는 시간)가 길고, 수면방해(추위, 더위, 악몽, 통증)의 문제가 많음을 확인함으로써 환자의 수면잠복기, 수면방해, 주간적 역기능의 요소를 감소시킬 수 있는 전략적인 간호중재가 요구된다고 할 수 있다. 특히, 수면제 사용이 가장 낮게 나타났는데 이는 임상에서 사용하는 수면제가 주로 향정신성 의약품으로 분류되어 있어, 의존성 및 부작용에 대한 염려로 환자 및 보호자들은 수면제 사용을 꺼려하며 간호사들도 적극 권유하지 않는 분위기 때문에 나타난 결과라고 판단된다. 그러나 수면제의 적절한 사용은 환자의 수면의 질을 높이고, 만족스런 수면상태는 피로감을 감소시키며 집중력을 높여주기 때문에 낮 동안 재활 프로그램에 참여하는 환자에게 긍정적인 영향을 주므로 수면제의 적절한 사용을 위해 수면제의 적용기준과 부작용 등 약물 사용에 대한 정확한 지식과 이해, 평가에 대한 교육이 필요할 것으로 사료된다.

두 번째 주요한 요인은 사회적 지지로 나타났는데 사회적 지지는 5점 척도 기준으로 $3.36(\pm 0.87)$ 점, 최고 60점 기준으로는 $40.01(\pm 10.46)$ 점으로 사회적지지 점수가 높을수록 우울이 감소되는 것으로 나타났다. 이는 같은 도구를 사용하여 뇌졸중 환자를 대상으로 한 문지영, 조복희(2011)의 사회적지지 점수와 이지예(2014)의 사회적지지 점수와 비슷하였다. 또한 사회적 지지가 증가할수록 적극적 대처가 증가하는 것으로 나타났다는 문지영, 조복희(2011)의 연구결과와 사회적 지지가 증가할수록 스트레스가 낮아지고 재활동기가 높아진다는 양승경, 김은심(2015)의 연구결과와도 맥락이 유사하였다. 이 같은 연구결과들을

고려해 볼 때, 사회적 지지가 높으면 스트레스가 낮아지고 재활동기 및 적극적 대처의 증가가 일어나 우울 감소에 영향을 줄 수 있다고 볼 수 있으므로 사회 심리적 기능이 많이 저하되어 있는 편마비 환자에게 적극적이고 효과적인 사회적지지 제공을 통해 우울을 감소시키려는 노력이 중요함을 알 수 있다. 특히, 사회적지지 세부항목인 친구지지, 가족지지, 의료인지지에서 의료인지지가 가장 낮았는데 이는 뇌졸중 환자를 대상으로 한 조유정(2016)의 연구결과와 유사했으며 이 같은 결과를 통해 의료인지지에 대한 중요성과 관심 및 의료인 지지를 높이기 위한 노력이 필요함을 알 수 있다. 의료인 지지는 환자와 의료인 사이의 치료적 신뢰관계 형성 뿐만 아니라 환자의 회복 및 환자가 느끼는 주관적인 삶의 질에도 긍정적인 영향을 미칠 것으로 사료되므로 매우 중요한 요소라고 할 수 있겠다.

사회적 지지에 영향을 주는 일반적 특성은 연령과 최종학력으로 나타났다. 연령이 높아질수록 사회적지지 점수가 낮았으며 특히, 71세 이상과 20~50세에서의 차이가 컸고 최종학력은 초졸 이하가 대졸이상보다 점수가 낮았으며 차이가 컸다. 즉, 71세 이상의 고령과 초졸 이하 환자의 사회적 지지 정도가 취약함을 알 수 있으므로 간호사는 이러한 환자에게 고령과 학력을 고려한 간호중재 및 적극적인 지지가 필요할 것으로 판단된다.

세 번째 우울에 영향을 미치는 주요한 요소는 낙상효능감으로 나타났다. 본 연구에서 낙상효능감은 54.80 ± 29.34 점으로 보통 정도의 점수를 나타냈는데 이는 같은 도구를 사용하여 뇌졸중 환자를 대상으로 측정한 정연욱(2014)의 연구(실험전 각각 59.0, 57.30)와 비슷했으나 아급성 뇌졸중 환자를 대상으로 한 여세광, 이경진 & 송창호(2012)의 연구에서보다는 높게 나타났다. 여세광, 이경진 & 송창호(2012)의 연구에서 대상자의 낙상군은 평균 36.96점, 비낙상군은 25.65점으로 본 연구보다 낮게 나타났는데, 이는 발병기간과 낙상유무의 차이에서 비롯된 것으로 판단된다. 본 연구의 편마비 환자 대상자의 평균 발병

기간은 48.59개월로 오래된 환자가 대부분이었으며, 이미 자신의 신체기능에 따른 일상생활에 적응이 된 상태로 어느 정도의 낙상 효능감을 갖출 수 있지만 아급성 뇌졸중 환자는 발병기간이 짧아 아직 적응이 되지 않은 신체기능과 일상생활의 부조화로 인해 낙상에 대한 두려움이 크고 이는 곧 낙상 효능감이 낮다는 의미로 해석할 수 있다. 또한 여세광, 이경진 & 송창호(2012)의 연구 대상자는 100명 중 낙상군이 52명, 비낙상군이 48명으로 낙상 경험군이 많이 포함되어 있는 반면 본 연구 대상자는 6개월 이내 낙상 경험이 없는 경우가 많아 아급성 뇌졸중 환자들의 낙상에 대한 두려움이 더 커서 낙상효능감이 낮았을 것으로 여겨진다. 안승현, 이병권(2011)은 뇌졸중 환자를 대상으로 한 낙상과 자기효능감의 관계에 대한 연구에서 낙상 경험이 낙상관련 자기효능감에 영향을 주는 것으로 나타났음을 보고한 바 있다.

한편 재가상태의 만성 뇌졸중 환자를 대상으로 한 이수연(2016)의 연구에서는 낙상효능감이 76.75(\pm 18.92)점으로 높게 나타나 본 연구와 비교해 볼 때 같은 뇌혈관 질환으로 인한 환자군이어도 낙상 효능감의 점수 차이가 있음을 알 수 있었다. 재가노인을 대상으로 한 권명순(2010)의 연구에서도 83.8 (\pm 19.44)점으로 높게 나타나 입원 대상자보다 재가 대상자의 낙상효능감이 더 높다는 것을 알 수 있었다. 이는 치료적 환경에 노출되어 있는 입원 대상자가 지각하는 일상생활에 필요한 심리적 의존성이 재가 대상자보다 더 높아서이거나 재가 대상자의 건강 및 일상생활능력 상태가 입원환자보다 더 나은 편이어서 오는 차이일 수도 있어 추후 확대 연구가 더 필요할 것으로 보인다.

네 번째 우울에 영향을 주는 요소는 언어장애와 연령으로 나타났다. 언어장애를 가진 대상자가 언어장애가 없는 대상자보다 우울점수가 높았고 연령이 증가할수록 우울 점수도 증가했다. 이는 뇌졸중 입원환자를 대상으로 다른 도구를 사용한 방요순, 김희영 & 허명의 연구(2009)와 송영미, 이지현의 연구(2013)와 유사했다. 이러한 결과는 언어장애를 가지고 있고, 연령이 많은 대상

자가 우울에 노출될 가능성이 높으므로 각별한 관심을 가져야 할 필요성을 시사한다. 특히, 송영미, 이지현(2013)은 대학병원에 입원한 뇌졸중 환자를 대상으로 한 뇌졸중 후 우울관련요인 연구에서 뇌졸중 환자의 피로 정도와 우울 정도는 강한 정적 상관관계로 나타났으며 피로감의 하위 영역별 피로 정도에서 신체적 피로 정도가 가장 높게 나타났다고 하였다. 즉, 뇌졸중 환자는 편마비, 보행장애, 언어장애 등으로 인한 신체적인 증상이 많아 신체적 피로 정도를 가장 많이 호소하는 것으로 나타났다고 하였다. 이를 참고해 볼 때, 언어장애는 신체적 피로감과 관련되어 우울에 영향을 미치는 것으로 생각해 볼 수 있으므로 언어장애가 있는 대상자에게 관련된 장애를 고려하여 신체적 피로감을 저하시키는 접근을 통해 우울을 감소시키는 간호중재 전략이 필요할 것으로 판단된다. Parikh 등(1990)은 언어장애가 있는 경우, 우울증에 이환되는 경우가 더 많다고 보고하였으며, Kauhanen 등(1999)은 뇌졸중 후 우울증이 언어장애와 서로 연관이 있다고 주장한 바 있어 본 연구결과를 지지해 주었다. 본 연구에서 연령 또한 우울에 미치는 영향으로 나타났는데 Schulz(1985)는 나이가 들수록 부정적인 정서상태가 빈번해진다고 보고한 바 있다.

그 외, 재가 뇌졸중 후 편마비 노인을 대상으로 한 김미희(2006)의 연구에서는 우울의 예측요인으로 장애수용, 가족지지, 마비부위, 발병횟수가 나타났다고 보고하며 특히 마비부위에 대하여 왼쪽보다 오른쪽인 경우, 우울의 평균점수가 더 높다고 보고하였는데 본 연구에서는 마비부위에 따른 우울의 차이가 유의하게 나타나지 않았다. 이는 우울이 병변의 위치와 관련성이 있다는 (Shimoda, Robinson, 1999) 보고가 있지만 Sinyor, Jacques & Kaloupek(1986)과 Ebrahim 등(1987)은 병변의 위치가 좌측과 우측의 대뇌반구에 위치할 때와 우울증 정도는 서로 무관한 것으로 보고되기도 하여 추후 연구가 더 필요해 보인다.

일반적 특성에 따른 낙상 효능감의 차이분석에서 특이할만한 결과로 기혼보

다 이혼상태의 대상자에서 낙상효능감이 더 높았고, 간병인을 두지 않고 혼자 입원 생활하는 대상자가 전문 간병인의 도움을 받는 대상자보다 낙상효능감이 큰 차이로 높게 나타났다. 같은 도구로 재가 노인을 대상으로 한 권명순(2010)의 연구와 노인을 대상으로 한 김수진(2003)의 연구에서도 기혼보다 이혼상태에서 낙상효능감이 높게 나타났으나 차이가 크지 않았고, 외래방문 노인을 대상으로 한 엄인애(2016)의 연구에서는 기혼이 이혼상태보다 낙상효능감이 높게 나타나 본 연구와 반대되는 결과를 나타냈다. 간병인 도움 받는 대상자의 낙상효능감이 낮다는 것에 대한 연구는 찾아보기 어려워 비교해 볼 수 없었으므로 결혼상태 및 간병인 여부와 낙상효능감에 대해서는 추후 대상자를 확대한 연구가 필요해 보인다.

이상의 연구 결과를 종합하면, 편마비 환자의 수면의 질, 사회적지지, 낙상효능감, 언어장애 그리고 연령은 우울에 관여하여 궁극적으로는 편마비 환자의 삶의 질에도 영향을 미치는 중요한 요소이므로 간호사는 편마비 환자의 우울을 감소시키는 간호중재를 통해 긍정적인 재활을 도와야 할 것이다. 또한 편마비 환자의 궁극적 목표는 적극적인 재활치료를 통해 신체기능을 회복시키고 일상생활능력을 향상시켜 삶의 질을 높이는데 있으므로 적극적인 재활치료에 장애가 되는 우울을 감소시키는데 도움이 되는 간호중재법과 프로그램 개발을 통해 편마비 환자에게 질적인 삶을 누릴 수 있도록 도와야 할 것이다.

이를 위해 우울에 영향을 미치는 변수인 수면의 질과 사회적지지, 낙상효능감에 대한 간호중재가 필요하다. 즉 수면의 질을 높이기 위해 수면의 질 하위 요소에서 가장 많은 장애요소로 나타난 수면잠복기를 비롯해 수면방해, 주간적 역기능에 대한 간호중재 전략 및 프로그램 개발이 필요하며 여성과 발병기간 1년 미만인 대상자에게는 적극적인 수면문제 평가와 수면의 질 향상을 위한 간호중재를 제공해야 할 것이다. 사회적 지지를 더욱 높이기 위해서는 사회적지지 하위요소에서 가장 낮았던 의료인 지지를 향상시키기 위한 노력과

프로그램 개발이 필요하며 낙상효능감 또한 우울과 부적의 상관관계가 있고 그 영향력을 확인했으므로 낙상효능감을 높여주어 대상자로 하여금 재활치료에 적극적으로 참여할 수 있도록 도와야 할 것이다. 또한 언어장애를 가지고 있으며 고령인 대상자에게 관련 특성을 고려한 전략적인 간호중재 접근이 필요하다.

본 연구는 서울에 있는 3개 재활요양병원과 경기도에 있는 1개 재활요양병원에 입원한 편마비 환자를 편의 추출하였으므로 연구결과를 전체 편마비 환자에게 일반화시키는데 신중해야 한다.

VI. 결론 및 제언

1. 결론

본 연구는 편마비 환자를 대상으로 수면의 질, 사회적지지, 낙상효능감이 우울에 미치는 영향을 파악하여 편마비 환자의 우울을 감소시킴으로써 환자의 긍정적 재활을 위한 간호중재 프로그램의 기초자료를 마련하기 위해 시도된 서술적 상관관계 조사연구이다.

본 연구의 대상자는 재활요양병원에 입원 중인 20세 이상의 편마비 특성을 가진 환자로 2017년 10월 10일부터 10월 22일까지 설문지를 이용하여 자료를 수집하였다. 배포한 설문지 150부 중 응답이 빠지거나 미흡한 10부를 제외하고 최종 140부를 분석에 사용하였다.

수집한 자료는 SPSS WIN 21.0 프로그램을 이용하여 일반적 특성에 대한 빈도 분석과 수면의 질, 사회적지지, 낙상효능감, 우울을 파악하기 위해 기술통계를 이용하였다. 대상자의 일반적 특성에 따른 지각된 수면의 질, 사회적지지, 낙상효능감, 우울은 t-test와 ANOVA로 분석하였으며, 사후검정은 Scheffe's test를 이용하였다. 대상자의 수면의 질, 사회적지지, 낙상효능감의 상관관계는 Pearson's correlation coefficients를 이용하였다. 대상자의 수면의 질, 사회적지지, 낙상효능감이 우울에 미치는 영향을 파악하기 위하여 다중선형회귀분석(multiple linear regression)을 이용하였다.

본 연구의 주요 결과는 다음과 같다.

1) 대상자의 수면의 질, 사회적지지, 낙상효능감, 우울의 정도

대상자의 수면의 질은 0~21점 범위 중에 7.60 ± 3.87 점으로 수면의 질이 나쁘게 나타났으며 수면이 방해받고 있는 기준인 5점 이상은 109명 (77.86%), 5점 미만은 31명(22.14%)이었다.

사회적 지지는 60점 만점에 평균 40.01 ± 10.46 , 5점 척도 기준으로는 $3.36 (\pm 0.87)$ 로 중간보다 약간 높은 점수로 나타났으며 세부항목으로는 가족 지지 3.99점(± 0.97), 친구지지 3.25(± 1.25), 의료인지지 2.85(± 1.99)로 가족지지가 가장 높았고, 의료인 지지가 가장 낮았다.

낙상효능감은 100점 만점에 54.80 ± 29.34 점으로 보통 정도를 나타냈다.

우울은 60점 만점에 평균 17.21 ± 8.84 점으로 낮게 나타났으나 세분화된 점수를 보면, 우울없음(0~9점) 22명(15.7%), 경증 우울(10~15점) 27명(19.3%), 보통우울(16~24점) 45명(32.1%), 심각한 우울(25점 이상) 46명(32.9%)으로 심각한 우울이 가장 많은 빈도수를 나타냈다.

2) 대상자의 일반적 특성에 따른 수면의 질, 사회적지지, 낙상효능감, 우울차이

대상자의 일반적 특성에 따른 수면의 질 차이 분석에서는 유의한 차이가 나타나지 않았고, 사회적 지지에서는 연령($t=0.730$, $p=.046$)과 최종학력($t=3.230$, $p=.024$)에서 유의한 차이를 나타냈다. 연령에서는 20~50세 (44.92 ± 10.20)가 71세 이상(38.15 ± 9.67)보다 사회적 지지가 높았으며 최종학력에서는 대졸이상(44.50 ± 9.99)이 초졸이하(36.29 ± 11.19)보다 사회적 지지가 더 높았다.

낙상효능감에서는 연령($t=5.133$, $p=.002$), 최종학력($t=3.215$, $p=0.025$), 결혼상태($t=2.725$, $p=.047$), 간병인($t=7.282$, $p=.000$)에서 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다. 20~50세 이하(72.69 ± 26.82)가 51~60세(50.79 ± 28.67)와 71세 이상(45.09 ± 26.07)보다 낙상효능감이 유의하게 높았다. 최종학력에서는 대졸이상

(60.76±29.79)이 초졸이하(39.42±25.44)보다 유의하게 높았고, 이혼상태(73.82±27.99)가 기혼상태(51.72±29.65)보다 낙상효능감이 유의하게 높았으며 부모님이 간병해주는 경우(80.40±13.49)와 간병인 없이 혼자 지내는 경우(76.04±19.27)가 전문간병인(43.11±26.84)의 간병을 받는 경우보다 낙상효능감이 유의하게 높았다.

우울은 연령($t=4.634$, $p=.004$)과 언어장애($t=2.042$, $p=0.043$)에서 유의한 차이가 있었다. 연령에서 20~50세(16.08±8.56)보다 71세 이상(25.35±10.99)에서 우울이 더 높았으며 언어장애가 없는 경우(19.42±10.46)보다 언어장애를 가진 경우(23.19±10.72)가 더 높았다.

3) 대상자의 수면의 질, 사회적지지, 낙상효능감, 우울의 관계

우울은 사회적지지($r=-0.435$, $p<.01$), 낙상효능감($r=-0.319$, $p<.01$)과 유의한 부적 상관관계가 있었고, 수면의 질($r=0.492$, $p<.01$)과 유의한 정적 상관관계가 있는 것으로 나타났다. 일반적 특성에서 유의하게 나온 언어장애($r=0.171$, $p<.05$), 연령($r=0.269$, $p<.01$)은 우울과 유의한 정적 상관관계가 있었고, 사회적 지지와 연령($r=-0.172$, $p<.05$)은 유의한 부적 상관관계, 연령($r=-0.311$, $p<.01$)과 낙상효능감도 유의한 부적 상관관계가 있었다. 사회적 지지($r=-0.248$, $p<.01$)는 수면의 질과 유의한 부적 상관관계가 있었다. 일반적 특성에서 유의하게 나온 언어장애($r=0.171$, $p<.05$), 연령($r=0.269$, $p<.01$)은 우울과 유의한 정적 상관관계가 있었고, 사회적 지지와 연령($r=-0.172$, $p<.05$)은 유의한 부적 상관관계, 연령($r=-0.311$, $p<.01$)과 낙상효능감도 유의한 부적 상관관계가 있었다. 사회적 지지($r=-0.248$, $p<.01$)는 수면의 질과 유의한 부적 상관관계가 있었다.

4) 우울에 영향을 미치는 영향요인

우울은 수면의 질이 좋을수록($\beta=0.407$, $p=.000$) 사회적 지지가 높을수록($\beta=-0.257$, $p=.000$), 낙상효능감이 높을수록($\beta=-0.180$, $p=.010$) 감소하는 것으로 나타났다. 연령이 많고($\beta=0.144$, $p=.039$), 언어장애가 있을 때($\beta=-0.163$, $p=.015$) 높은 것으로 나타났다. 이 중 우울에 가장 영향력이 큰 변수는 수면의 질이었으며 이 변수들이 편마비 환자의 우울에 미치는 설명력은 41.5% 이었다.

결론적으로 본 연구결과, 우울은 수면의 질과 정적 상관관계가 있었고, 수면의 질과 사회적 지지와는 부적 상관관계가 있었으며 수면의 질, 사회적지지, 낙상효능감은 우울에 영향을 미치는 것으로 확인되었다. 언어장애와 연령 또한 우울에 영향을 미치는 것을 알 수 있었다.

2. 제언

본 연구결과를 바탕으로 다음과 같이 제언하고자 한다.

1) 편마비 환자의 우울에 미치는 변수 중 수면의 질이 가장 큰 영향력으로 확인 되었으므로 수면의 질 하위요소 중 가장 많은 수면장애 빈도로 나타난 수면잠복기, 수면방해, 주간 역기능을 개선할 수 있는 간호중재 프로그램 개발을 제언한다.

2) 사회적 지지와 낙상효능감이 높을수록 우울이 감소함을 확인했으나 그 영향력이 작게 나타나 추후 확대연구를 제언한다.

3) 대상자 표출을 재활요양병원에 입원한 편마비 환자들로 했으나 같은 재활요양병원이라도 단기간 재활만 전문으로 운영하는 병원과 장기 요양병원의 대

상자가 혼재된 표본이라 추후 일관된 운영특성을 가진 병원에 입원한 대상자로 반복연구해 볼 것을 제안한다.

참 고 문 헌

- 강명수, 홍기훈, 정혜림. (2017). 뇌졸중 환자의 수면의 질과 스트레스 및 재활 동기의 관계. *대한작업치료학회지*, 25(3), 59-70.
- 고은, 김혜영. (2016). 한국의 젊은 성인남녀 극복력과 우울간의 관계. *한국성인간호학회 동계학술대회*, 2016(11), 184-184.
- 권명순.(2010). 재가 노인의 낙상에 대한 지식, 두려움 및 효능감의 관계. *지역사회간호학회지*, 21(2), 139-147.
- 권석만. (2004). *우울증*. 서울: 학지사 4판.
- 김금순, 서문자, 노국희. (2003). 재가 뇌졸중 환자의 생활스트레스, 우울과 사회적지지와의 관계연구. *대한스트레스학회지*, 11(1), 55-68.
- 김덕용, 박창일, 정재은, 강석훈, 임종엽, 곽은희. (2008). 뇌졸중 후 우울증 척도 비교. *대한재활의학회지*, 16(3), 49-59.
- 김명선, 강은주, 강연욱, 김현택. (2010). *인지 신경과학과 신경심리*. 서울:시그마프레스.
- 김미희. (2006). 뇌졸중 후 편마비 노인의 우울 영향 요인. *한국노년학회*, 26(4), 911-927.
- 김수진. (2003). 노인의 낙상과 관련된 보행능력, 인지기능, 낙상효능감에 관한 연구. 이화여대 석사학위논문.
- 김영희, 한진숙.(2011). 노인여성의 수면의 질에 관련된 요인. *한국산학기술학회지 논문지*, 12(10), 4467-4474.
- 김주연. (2016). 연하장애 환자의 삶의 질 영향요인. *한국산학기술학회논문지*, 17(11), 421-431.
- 김형선, 황영옥, 유재호, 정진화, 우희순, 정희승. (2009). 뇌졸중 환자의 우울, 재활동기, 일상생활동작과 삶의 질 간의 상관관계. *대한작업치료학회*,

17(3), 41-53.

- 김현미. (2017). 재가노인의 건강증진행위 예측. 한양대 석사학위 논문.
- 김희, 정민예. (2015). 뇌졸중 성인의 낙상 감소를 위한 1대 1 낙상 예방 교육의 효과. *한국콘텐츠학회논문지*, 15(5), 426-435.
- 남일성, 윤현숙, (2014). 우울증과 낙상의 상호 영향 분석. *한국노년학*, 34(3), 523-537.
- 뇌졸중진료지침(2007). 임상연구지원센터, 서울.
- 문지영, 조복희.(2011). 뇌졸중 환자가 지각한 스트레스, 사회적지지 및 재활동기와의 관계. *재활간호학회지*, 14(1), 24-31.
- 박선일, 조복희. (2004). 뇌졸중 환자의 일상생활동작 수행능력, 자기효능감 및 건강증진행위에 관한 연구. *재활간호학회지*, 7(2), 149-158.
- 박안숙, 고은, 강희순. (2016). 뇌졸중 환자의 우울 유무에 따른 재활동기, 가족지지 및 재활이행 간의 비교. *재활간호학회지*, 19(2), 138-147.
- 박영주. (2001). 여성노인의 무력감과 사회적 지지와의 관계. *한국노년학연구회*, 10, 75-95.
- 박은영, 신인수, 김정희. (2012). 한국 뇌졸중 환자의 우울 관련 변인에 관한 메타 분석. *한국간호과학회*, 42(4), 537-548.
- 박인숙, 김도연, 강창렬. (2011). 뇌졸중 노인의 기능장애 정도, 일상생활 수행능력, 우울과 삶의 질 간의 관계. *보건의료산업학회지*, 5(2), 173-186.
- 박현일, 김기원. (2001). 지각된 사회적 지지와 대학생의 자기 효능감 간의 관계. *계명연구논총*, 19(1), 7-23.
- 박혜경. (2006). 재가뇌졸중환자의 건강증진 생활양식 수행정도와 건강위험지표, 일상생활 수행능력 및 우울과의 관계. *재활간호학회지*, 9(2), 134-144.
- 방요순, 김희영, 허명.(2009). 뇌졸중 후 우울과 장애수용 및 사회적 지지와의 관계. *대한작업치료학회지*, 17(2), 29-40.

- 배지연, 김은이. (2003). 사회적 지지에 관한 사회복지 논문분석. *한국사회복지학회 2003년도 춘계학술대회 자료집*, 245-265.
- 배지현, 김원형, 윤경아. 2005. 노인의 우울 및 자살생각에 있어서 사회적지지의 완충효과. *한국노년학*, 25(3), 59-73.
- 보건복지부(2014). www.mohw.go.kr
- 서문자, 강현숙, 임난영, 오세영, 권혜정. (1993). *재활의 이론과 실제*. 서울대출판부.
- 서문자, 김금순, 김국기, 송지영, 조남옥, 홍여신, 김인자. (1999). 퇴원후 뇌졸중환자의 재적응과 사회적 지지와의 관계분석. *한국간호과학회*, 29(3), 639-655.
- 손유림. (2009). 족욕이 뇌졸중 환자의 혈압, 기분상태 및 수면만족도에 미치는 영향. 대구가톨릭대 석사학위논문.
- 송영미, 이지현.(2013). 대학병원에 입원한 뇌졸중 환자의 뇌졸중 후 우울 관련 요인. *노인간호학회지*, 15(2), 85-94.
- 신승훈, 고명환, 김연희. (2002). 컴퓨터 인지재활 프로그램을 이용한 뇌손상 환자의 인지치료 효과. *대한재활의학회지*, 26(1), 1-8.
- 신준섭, 이영분. (1999). 사회적 지지가 실직자의 심리 사회적 안녕감에 미치는 영향에 관한 연구. *한국사회복지학*, 37, 241-269.
- 신현중. (2007). 등마사지가 뇌졸중 편마비환자들의 스트레스 호르몬 변화와 수면에 미치는 영향 : 타액 코티솔과 DHEA ratio를 중심으로. 차의과학대학교 박사학위논문.
- 심민규. (2013). 뇌졸중 후 우울, 인지기능과 일상생활활동이 삶의 질에 미치는 영향. 한서대학교 석사학위논문.
- 안나영, 김기진. (2008). 뇌졸중 환자의 재활운동 효과. *운동학 학술지*, 10(2), 45-54.
- 안승현, 이병권. (2011). 뇌졸중 환자의 낙상과 자기효능감 및 기능적 수행 능

- 력과의 관계. *특수교육재활과학연구*, 50(3), 269-288.
- 양승경, 김은심.(2015). 항암치료 단계 유방암 환자의 대처방식, 사회적지지 및 외상 후 스트레스 장애와의 관계. *한국 호스피스·완화의료학회지*, 18(1), 35-41.
- 엄인애. (2016). 외래방문 노인의 낙상경험 유무에 따른 낙상에 대한 두려움, 효능감 및 예방행위. 한양대 석사학위논문.
- 여세광, 이경진, 송창호.(2012). 아급성 뇌졸중 환자의 낙상경험과 기능적 요인 및 심리적 요인과의 관련성. *특수교육재활과학연구*, 51(2), 241-259.
- 염지혜, 나항진. (2012). 한국노인의 낙상 요인 연구. *한국노년학회지*, 32(2), 577-592.
- 오민균, 이철순, 박철수, 김봉조, 차보석, 김선미, 김아람.(2011). 노인 뇌졸중 환자에서 수면의 질과 연관된 임상 특징들. *노인정신의학*, 15(1), 3-6.
- 오병훈, 차경렬. (2007). 노인성 치매, 우울증의 성공적 치료: 노인 정신질환 종사자들을 위한 지침서. 하나의학사.
- 위송희.(2008). 뇌졸중 노인의 우울, 수면의 질과 수면 만족도의 관계. *이화간호과학연구소*, 20(2), 26-36.
- 위송희.(2009). 뇌졸중 노인의 우울, 수면의 질과 수면 만족도의 관계. 이화여대 석사학위논문.
- 위정선, 한재영, 이삼규, 노성만 (2002). 뇌졸중 후 정신상태 및 시공간 검사와 인지능력 및 기능적 결과와의 관계. *대한재활의학회지*, 26(3), 237-242.
- 이수연. (2016). 재가상태의 만성 뇌졸중 환자의 신체기능, 낙상효능감과 낙상과의 상관관계 연구. 고려대학교 석사학위논문.
- 이승환, 정한용. (2003). 노인에서 뇌신경계 질환과 우울증. *노인정신의학*, 7(2), 131-142.
- 이지예. (2014). 뇌졸중 환자의 사회적지지, 자아존중감 및 재활동기가 일상생

- 활 수행능력에 미치는 영향. 초당대 석사학위 논문.
- 이지예, 김혜숙. (2014). 뇌졸중 환자의 사회적지지, 자아존중감 및 재활동기가 일상생활 수행능력에 미치는 영향. *동서간호학연구지*, 20(2), 145-153.
- 이화진. (2006). 중년기 뇌졸중 후 편마비 환자의 적응과정. 서울대 대학원 박사학위논문.
- 장숙량, 조성일, 오상우, 이언숙, 백현욱. (2003). 한국어판 낙상효능 척도와 활동 특이적 균형 자신감 척도의 타당도 및 신뢰도. *대한노인병학회지*, 7(4), 255-268.
- 전경구, 최상진, 양병창. (2001). 통합적 한국판 CES-D 개발. *한국심리학회지 건강*, 6(1), 59-76.
- 전병진, 이재신, 이옥자, 심문숙, 한수정, 장윤승. (2009). 농촌지역 노인들의 낙상효능감에 영향을 미치는 요인에 관한 연구. *대한작업치료학회지*, 17(4), 99-112.
- 정낙수, 최규환. (2001). 노인낙상의 원인과 예방. *한국전문물리치료학회지*, 8(3), 107-117.
- 정연욱. (2014). 다면적 낙상예방프로그램이 뇌졸중 환자의 균형, 보행 및 낙상효능감에 미치는 영향. 삼육대 석사학위논문.
- 조복희, 고미혜, 김순영. (2003). 재가 뇌졸중 환자의 일상활동 수행능력, 우울, 자기효능감 및 삶의 질과의 관계. *재활간호학회지*, 6(1), 51-60.
- 조용원. (2004). 수면척도와 수면위생. *대한수면연구학회지*, 1(1), 13-25.
- 조유정. (2016). 뇌졸중 환자의 건강증진행위 영향요인: 자기효능감과 사회적지지 중심으로. 아주대학교 석사학위논문.
- 주상훈, 김환. (2017). 뇌졸중 환자의 수면의 질과 통증이 일상생활활동에 미치는 영향. *대한작업치료학회지*, 25(3), 27-39.
- 최경원, 이인숙 (2010). 도시 빈곤 노인의 낙상발생 위험요인에 관한 연구. 국

- 가위기관리학회 학술대회, 17-25.
- 최스미. (2005). 뇌졸중 후 후유증: 피로, 우울, 감정조절장애, 분노조절장애를 중심으로. *간호학의 지평*. 2(1), 76-91.
- 최은실, 이은남, 조정림. (2016). 뇌졸중 환자의 우울이 재활동기에 미치는 영향에 대한 극복력의 매개효과, *근관절건강학회지*, 23(1), 19-273.
- 추은진, 김홍근. (2009). 뇌졸중 노인에서 전두엽-관리기능의 차별적 결손. *한국심리학회지*. 28(1), 29-48.
- 태영숙, 강은실, 이명화, 박금자. (2001). 암 환자가 지각한 사회적지지, 희망과 삶의 질과의 관계. *재활간호학회지*, 4(2), 219-231.
- 통계청(2014). <http://www.nso.go.kr>
- 통계청(2016). <http://www.nso.go.kr>
- 하은호, 이영휘. (2004). 무료양로시설노인이 지각한 사회적 지지에 따른 자아 존중감과 삶의 지지에 관한 연구. *노인간호학회지*, 6(1), 47-54.
- 함미영, 최경숙, 류은정. (2000). 뇌졸중에 관한 국내 간호학 논문의 분석. *재활간호학회지*. 3(2), 154-168.
- 현대성. (2016). 전산화 인지재활 프로그램이 뇌졸중환자의 인지기능과 우울증에 미치는 영향. 가천대학교 석사학위논문.
- Ageing And Life Course, Family And Community Health (2007). *WHO Global report on Falls Prevention in Older Age*. World Health Organization.
- Almeida, O. P., Pfaff, J. J. (2005). Sleep complaints among older general practice patients: association with depression. *British Journal of General Practice*, 55(520), 864-866.
- American Geriatrics Society. (2001). British geriatrics society and american academy of orthopedic surgeons panel on falls prevention. Guideline for

- the prevention of falls in older persons. *Journal of American Geriatrics Society*, 49(5), 664-672.
- Andersson, A. G., kamwendo, k., Appelros, P. (2008). Fear of falling in stroke patients: relationship with previous falls and functional characteristics. *International Journal of Rehabilitation Research*, 31(3), 261-264.
- Angelelli, P., Paolucci, S., Bivona, U., Piccardi, L., Ciurli, P., Cantagallo, A., Pizzamiglio, L. (2004). Development of Neuropsychiatric symptoms in poststroke patients: a cross sectional study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 110(1), 55-63.
- Bakken, N. L., Kim, S. H., Finset, A., Lerdal, A. (2011). Sleep-wake patterns during the acute phase after first-ever stroke. *Stroke Research and Treatment*, 2011, 1-7.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Bassetti, C.L., Aldrich, M.S. (2001). Sleep electroencephalogram changes in acute hemispheric stroke. *Sleep Medicine*, 2(3), 185-194.
- Buysse, D. J., Reynolds, C. F., Monk, T. H., Berman, S. R., Kupfer, D. J. (1989). The pittsburgh sleep quality index: A new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Research*, 28(2), 193-213.
- Campbell, A. J., Robertson, M. C., Gardener, M. M. (1995). Elderly people who fall: identifying and managing the causes. *British Journal Hospital Medicine*, 54(10), 520-523.
- Campos, T. F., Barroso, M. T. M., Silveria, A. B. G., De Melo, L. P., Dantas, A. A. T. S. G., Araujo, J. F. (2013). Sleep disturbances

- complaints in stroke: Implications for sleep medicine. *Sleep Science*, 6, 98-102.
- Chen, Y.Y., Kawachi, I., Subramanian, S. Acevedo-Garcia, D. and Lee, Y.J. (2005). Can Social Factors Explain Gender Difference in Insomnia? Findings from a National Survey in Taiwan, *Journal of Epidemiology and Community Health*, 59, 448-494.
- Chou, K. L., Yeung, F. K. C., Wong, E. C. H. (2005). Fear of falling and depressive symptoms in Chinese elderly living in nursing homes: Fall efficacy and activity level as mediator or moderator? *Aging Ment Health*, 9(3), 255-261.
- Chou, K., Chi, I. (2008). Reciprocal relationship between fear of falling and depression in elderly Chinese primary care patients. *Aging & Mental Health*, 12(5), 587-594.
- Ebrahim S, Barer D, Nouri F. Affective illness after stroke. *Br J psychiat* 1987; 151 : 52-56
- Fletcher, P. C., Hirdes, J. P. (2004). Restriction in activity associated with fear of falling among community-based seniors using home care services. *Age Ageing*, 33(3), 273-279.
- Frühwald, S., Löffler, H., & Baumhackl, U. (1999). Depression after cerebrovascular injury. Review and differentiation from other psychiatric complication. *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie*, 67(4), 155-162.
- Fuller, G. F. (2000). Falls in the elderly. *American Family Physician*, 61(7), 2159-2168.
- Gates, S., Lamb, S. E., Fisher, J. D., Cooke, M. W., Carter, Y. H. (2008). Effectiveness of home visit falls prevention strategy for taiwanese

- community-dwelling elders: randomized trial. *Public Health Nursing, 21(3)*, 247-256.
- Gaynes, B. N., Bums, B. J., Tweed, D. L., Erickson, P.(2000). Depression and Health-related quality of ethbridge, C. M., hochberg, M., zeng, Q., Blones, Z., Ehrich, E. The health effects of Osteoarthritis. *American Journal of Epidemiology, 151(11)*.
- Gillot, A. J., Holder-Walls, A., Kurtz, J. R., Varley, N. C. (2003). Perceptions and Experiences of Two Survivors of Stroke Who Participated in Constraint-Induced Movement Therapy Home Programs. *The American journal of occupational therapy, 57(2)*, 168-176, 2003
- Glass, T. A., Matchar, D. B., Belyea, M. J., Feussner, J. R. (1993). Impact of social support on outcome in first stroke. *Stroke; A Journal of Cerebral Circulation, 24(1)*, 64-70.
- Gottselig, J. M., Bassetti, C. L., & Achermann P.(2002). Power and coherence of sleep spindle frequency activity following hemispheric stroke. *Brain, 125(2)*, 373-383.
- Hackett M. L., Yapa, C., Parag, V., Anderson, C. S. (2005). Frequency of depression after stroke: A systemic review of observational studies. *Stroke, 36(6)*, 1330-1340.
- Hermann,D.M., Siccoli,M., Bassetti,C.L.(2003). Sleep-wake disorders and stroke. *Schweizer Archiv for Neurologie und Psychiatrie, 154*, 369-373
- Hyndman D, Ashburn A, Stack E. (2002). Fall events among people with stroke living in the community : circumstances of falls and characteristics of fallers. *Arch Phys Med Rehabil, 83(2)*, 165-170.
- Hyudman, D., Ashburn, A., Stack, E. (2002). Fall events among people with

- stroke living in the community: circumstances of falls and characteristics of fallers. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 83(2), 165-170.
- Ikedda, A., Iso, H., Kawachi, I., Yamagishi, K., Inoue, M., & Tsugane, S. (2008). Social support and stroke and coronary heart disease. *Stroke*, 39(3), 768-775.
- Jacqueline V., Peter A., Matthias B., Milena M., Caroline M. Arto M., Claudio L. B. Evolution of sleep and sleep EEG after hemispheric stroke. *Journal of Sleep Research*, 11(4), 331-338.
- Jones, G. A. (2005). Brain structures and receptors involved in alertness. *Sleep Medicine* 6, Suppl1, S3-S7.
- Jørgensen HS1, Nakayama H, Raaschou HO, Vive-Larsen J, Støier M, Olsen TS. (1995). Outcome and time course of recovery in stroke. part II: time course of recovery: the Copenhagen Stroke Study. *Arch Phys Med Rehabil*, 76(5), 406 - 412.
- Journal of Rehabilitation Research and Development*, 43(2), 171-184.
- Kastler, C. E., Davidson, K.(2007). Evaluation of quality of life and quality of sleep in clinical practice. *European Urology Supplements*, 6, 576-584.
- Kauhanen, M., Korpelainen, J. T., Hitunen, P., Brusin, E., Mononen, H., Matta, R. (1999). *Post stroke depression correlates with cognitive impairment and neurological deficits*. *Stroke*, 30(9), 1985-1980.
- Kim, S. I., Jung, Y. C. (2001). The relationship between adolescents depression tendency and their home environment. *Studies on Korean Youth*, 12(1), 5-27.
- Kirker, S. G., Simpson, D. S., Jenner, J. R., Wing, A. M.(2000). Stepping

- before standing: hip muscle function in stepping and standing balance after stroke. *JNeurol Neurosurg Psychiatry*, 68(4), 458-464.
- Koninck JD, Gagnon P, Lallier S. (1983). Sleep position in the young adults and their relationship with the subjective quality of sleep. *Sleep*, 6(1), 52-59.
- Kouwenhoven. S. E, Kirkevold. M, Engedal. K, Kim. H. S.(2011). Depression in acute stroke: prevalence, dominant symptoms and associated factors: a systematic literature review. *Disability and Rehabilitation*, 33(7), 539-556.
- Lamb SE, Jørstad-Stein EC, Hauer K, Becker C. (2005). Development of a common outcome data set for fall injury prevention trials: the prevention of falls network europe consensus. *J Am Geriatr Soc*, 53(9), 1618-1622.
- Legters, S., Verbus, N. B., Kitchen, S., Tomecska, J., Urban, N. (2006). Fear of falling, balance confidence and health-related quality of life in individuals with postpolio syndrome. *Physiotherapy Theory and Practice*, 22(3), 127-135.
- Linden,T., Blomstrand, C., Skoog, I. (2007). Depressive disorders after 20months in elderly stroke patients:a case control study. *Stroke*, 38(6), 1860-1863.
- Mackintosh SF, Hill KD, Dodd KJ, Goldie PA, Culham EG. (2006). Balance score and a history of falls in hospital predict recurrent falls in the 6 months following stroke rehabilitation. *Arch Phys Med Rehabil*, 87(12) : 1583 - 1589.
- Marks R., Allegrante JP., Lorig K. (2005). A review and synthesis of

research evidence for self-efficacy-enhancing interventions for reducing chronic disability: implications for health education (Part I). *Health Promotion Practice, 6*(1), 37-43.

Mayo, N. E., Wood-Dauphinee, S., Cote, R., Durcan, L., & Carlton, J. (2002). Activity, participation, and quality of life 6 months post stroke. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 83*(3), 1035-1042.

Michael, K. M., Allen, J. K., Macko, R. F. (2006). Fatigue after stroke: Relationship to mobility, fitness, ambulatory, social support, and falls efficacy. *Rehabilitation nursing, 31*(5), 210-217.

Mitchell, P. H., Powell, L., Blumenthal, J., Norton, J., Ironson, G., Pitula, C. R., Berkman, L. F. (2003). A short social support measure for patients recovering from myocardial infarction: the ENRICHD social support inventory. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation, 23*(6), 398-403.

Monahan, F. D., & Phipps, W. J. (2007). Phipps' medical-surgical Nursing Health & Illness Perspectives (8th ed). 1428-1429.

Nils, E. G., Michael, R. B., Michael, B. (2011). European handbook of neurological management (2nd ed.). Hoboken, NJ, Wiley-Blackwell.

Palomaki, H., Berg, A., Meririnne, E., Kaste, M., Lonnqvist, R., Lehtalmes, M., Lonnqvist, J. (2003). Complaints of post stroke insomnia and its treatment with mianserin. *Cerebrovascular diseases, 15*, 56-62.

Paolucci, S. (2008). Epidemiology and treatment of post-stroke depression. *Neuropsychiatric Disease and Treatment, 4*(1), 145-154.

Parikh, R. M., Robinson, R. G., Lipsey, J. R., Starkstein, S.E., Fedoroff, J. P., Price, T. R. (1990). The impact of post stroke depression on recovery in activities of daily living over a 2 year follow up. *Archives of*

Neurology, 47(7), 785-789.

- Pilcher, J. J., Ginter, D. R., Sadowsky, B. (1997). Sleep quality versus sleep quantity: Relationships between sleep and measures of health, well-being and sleepiness in college students. *Journal of Psychosomatic Research*, 42(6), 583-596.
- Prange, G. B., Jannink, M. J. A., Groothuis-Oudshoorn, C. G. M., Hermans, H. J., IJzerman, M. J. (2006). Systematic review of the effect of robot-aided therapy on recovery of the hemiparetic arm after stroke. *Journal of Rehabilitation Research and Development*, 43(2), 171-184.
- Price, T.R. (1990). The impact of post stroke depression on recovery in activities of daily living over a 2 year follow-up. *Archives of Neurology*, 47(7), 785-789
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1(3), 385-401.
- Rubenstein, L. Z., Josephson, K. R., Robbins, A. S. (1994). Falls in the nursing home. *Annals of Internal Medicine*, 121(6), 442-451.
- Ryu, Y. M., Roche, J. P., Brunton, M. (2009). Patient and family education for fall prevention: Involving patients and families in a fall prevention program on a neuroscience unit. *Journal of Nursing Care Quality*, 24(3), 243-249.
- Schuiling, W.J., Rinkel, G.J.E., Walchenbach, R. de Weerd, A.W. (2005). Disorders of sleep and wake in patients after subarachnoid hemorrhage. *Stroke*, 36(3), 578-582.
- Schulz, R. (1985). Emotion and affect. In Birren, J. E. & Schaie, K.

- W.(Eds.), *Handbook of the Psychology of aging*(2nd Ed.). New York : Van Nostrand Reinhold.
- Sekine, M., Chandola, T., Marikainen, P., Marmot. P.M. and Kagamimori, S. (2006). Work and Family Characteristics as Determinants of Socioeconomic and Gender Inequalities in Sleep: the Japanese Civil Servant Study, *Sleep*, *29*(2), 206-216.
- Shimoda, K., Robinson, R. G.(1999). The relationship between post stroke depression and lesion location in long-term follow-up.*Biological Psychiatry*, *45*(2), 187-192.
- Siccoli,M.M., Rolli-Baumeler,N., Achermann,P., Bassetti,C.L. (2008). Correlation between sleep and cognitive functions after hemispheric ischaemic stroke. *European Journal of Neurology*, *15*(6), 565-572.
- Sinyor D, Jacques P, Kaloupek DG.(1986). Post-stroke depression and lesion location : an attempted replication. *Brain*, *109*(3), 537-546.
- Stalenoef, P. A., Diederiks, J. P. M., Knotterus, J. A., Kester, A. D. M., Crebolder, H. F. J. M. (2002). A risk model for the prediction of recurrent falls in community-dwelling elderly: A Older disabled women living in the Community. *American Geriatric Society*, *50*, 671-678.
- Stapleton T, Ashburn A, and Stack E. A (2001). pilot study of attention deficits, balance control, and falls in the subacute stage following stroke. *Clin Rehabil*, *15*(4), 437-444.
- Sterr, A., Herron, K., Dijk, D. J., Ellis, J. (2008). Time to wake-up: Sleep problems and daytime sleepiness in long-term stroke survivors. *Brain Injury*, *22*(7-8), 575-579.
- Stolze, H., Klebe, S., Zechlin, C., Baecker, C., Friege, L., & Deuschl, G.

- (2004). Falls in frequent neurological diseases—prevalence, risk factors and aetiology. *Journal of Neurology*, 251(1), 79–84.
- Tasha K., Catherine M., Barbara T., Mark G., Stephen R., Kim D., Jacqueline C. T. (2013). Depressive Symptomatology as a Risk Factor for Falls in Older People: Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of the American Geriatrics Society*, 61(5), 694–706.
- Tinetti ME, Speechley M, Ginter SF. (1988). Risk factors for falls among elderly persons living in the community. *N Engl J Med*, 319(26), 1701–1707.
- Tinetti ME., Mendes de Leon CF., Doucette JT., Baker DI. (1994). Fear of falling and fall-related efficacy in relationship to functioning among community-living elders. *The Journal of Gerontology*, 49(3), 140–147.
- Tinetti, M.E., Richman, D., Powell, L.(1990). Falls efficacy as a measure of fear of falling. *Journal of Gerontology*, 45(6), 239–243.
- 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.
- Van Haastregt, J. C. M., Zijlstra, G. A. R., van Rossum, E., van Eijk, J. T., Kempen, G. I. J. M.,(2008). Feelings of anxiety and symptoms of depression in community-living older persons who avoid activity for fear of falling. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 16(3). 186–193.
- Vock, J., Achermann, P., Bischof, M., Milanova, M., Muller, C., Nirkko, A., Roth, C. & Bassetti, C. L.(2002). Evolution of sleep and sleep EEG after hemispheric stroke. *Journal of Sleep Research*, 11(4), 331–338.
- Zammit, G. K. (1988). Subjective rating of the characteristics and sequelae

of good and poor sleep in normals. *Journal of Clinical Psychology*, 44(2), 123-130.

Zhang, S., Chang, C., Zhang, J., Song, B., Fang, H., Xu, Y. M. (2014). Correlation analysis of sleep quality and youth ischemic stroke. *Behavioural Neurology*, 2014, 1-6.

Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., Farley, G. K. (1988). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment*, 52(1), 30-41.

Zwecker, M., Levenkrohn, S., Fleisig, Y., Zeilig, G., Ohry, A., & Adunsky, A. (2002). Mini-mental state examination, cognitive FIM instrument, and the Loewenstein occupational therapy cognitive assessment: Relation to functional outcome of stroke patients. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 83(3), 342-345.

ABSTRACT

Influence of Sleep quality, Social support and Fall Efficacy on depression in hemiplegia patients

Kim, Kyoung Mi

Department of Nursing Science

Major in Gerontological Nursing

Graduate School of Nursing

Shugshin Women's University

Depression is a major emotional problem that stroke patients experience which affects their rehabilitation and daily lives. Low quality of sleep increases the likelihood of fatigue, cognitive impairment, and falls, and reduces social function due to a decline in physical function, leading to a tendency to avoid social contacts. Thus, the increase of exposure to falls will bring about fear of falls. Hemiplegia patients experiencing such factors will eventually degrade the quality of life, resulting in depression. Therefore, this study is a descriptive correlation study based on identifying effects of the sleep qualities of hemiplegia patients, social support, and fall efficacy on depression for the development of clinical interventions to reduce the depression.

Data were collected using questionnaires from October 10th, 2017 to

October 22th, 2017 to target hemiplegia patients aged 20 or older who were hospitalized at rehabilitation hospital in Seoul and Gyeonggi-do. The final 140 copies were used for the analysis, excluding the 150 copies distributed questionnaires that were not answered or 10 copies which were answered insufficient.

The collected questionnaire was used utilizing the SPSS WIN 21.0 program and executed frequency and technology statistical analysis. The statistics were analyzed with T-test and ANOVA and Scheffe test was used for post-testing. Also, Pearson's correlation coefficient, multiple linear regression and Cronbach's α was used.

The main results of this study are as follows.

1. Generally, there were more male hemiplegia patients, 88 males (62.9%) compared to females. The age range was highest between 61~70 years old with 41 hemiplegia patients (29.3%). The final academic background was the highest with a high school diploma 53 (37.9%), and with no religion 65 (46.4%). In terms of the state of marriage, married 96 people (68.6%) were the highest and there were 62 professional caregivers (44.3%). The average length of time diagnosed with hemiplegia was (48.59±101.8) months. The area found to have left-hand paralysis was the highest with 83 people (59.3%). There were 88 people without language disabilities (62.9%), which was higher than those with language disabilities. Among those without sense disorders, there were 82 subjects (58.6%), higher than those with sensory impairments. Among the diseases, 43

(30.7%) suffered from high blood pressure and the number of people who answered 'no' to falls was 119 (85.0%) in the last 6 months, higher than people who experienced falls. Falling once was the highest with 14 people (10.0%).

2. The average depression rate of hemiplegia patients was (17.21 ± 8.84) with 46 patients (32.9%) having severe depression. Social support was average (3.36 ± 0.87) on a five-point scale, with family support of (3.99 ± 0.97) , friend support of (3.25 ± 1.25) , and health care support of (2.85 ± 1.99) . Family support was the highest and support of health care was the lowest. The quality of sleep averaged (7.60 ± 3.87) and there were 109 patients with low quality of sleep (77.86%). The fall efficacy was moderate with an average of (54.80 ± 29.34) .

3. Looking at the difference in depression depending on general characteristics, age ($F=4.634$, $p=.004$) and language disabilities ($t=2.042$, $p=0.043$) were noted. People older than 71 years old (25.35 ± 10.99) were more depressed than people aged between 20~50 years old (16.08 ± 8.56). The language-disabled subjects (23.19 ± 10.72) were higher than subjects without language problems (19.42 ± 10.46). Social support differences were shown to have significant difference in age ($F=0.730$, $p=.046$) and final academic backgrounds ($F=3.230$, $p=.024$). Social support was higher in people between 20~50 years old (44.92 ± 10.20) than those over 71 years old (38.15 ± 9.67) and college graduation or higher (44.50 ± 9.99) had higher social support than elementary graduates or lower (36.29 ± 11.19). The falls

efficacy differences analysis showed a noted difference in age ($F=5.133$, $p=.002$), final academic background ($F=3.215$, $p=0.025$), marital status ($F=2.725$, $p=.047$), and health care ($F=7.282$, $p=.000$). People with the age between 20~50 years (72.69 ± 26.82) was notably higher than those who are between 51~60 years old (50.79 ± 28.67) or more than 71 years old (45.09 ± 26.07). College graduates (60.76 ± 29.79) were higher than elementary graduates (39.42 ± 25.44), and divorce status (73.82 ± 27.99) was higher than that of married (51.72 ± 29.65) in terms of fall efficacy. In caregivers, care was better served by professional caregivers (43.11 ± 26.84) compared to the parents caring (80.40 ± 13.49), and the absence of caregivers (76.04 ± 19.27).

4. Depression had a significant negative correlation with social support ($r=-0.435$, $p<.01$) and fall efficacy ($r=-0.319$, $p<.01$) and showed positive correlation with the quality of sleep ($r=0.492$, $p<.01$).

5. Depression decreases as the quality of sleep is low ($\beta=0.407$, $p=.000$), higher social support ($\beta=-0.257$, $p=.000$), higher fall efficacy ($\beta=-0.180$, $p=.010$). Depression was severe with advanced age ($\beta=0.144$, $p=.039$) and people with language disability ($\beta=-0.163$, $p=.015$). Among these factors, the most influential factor in the state of depression was found to be the quality of sleep.

The results of the study showed that the quality of sleep, social support, fall efficacy, languagedisorder, and age of hemiplegia patients have an influence on depression. In other words, improving the quality of

sleep, increasing social support and fall efficacy through nursing intervention reduced patients' depression. Thus, a specific nursing interventional development strategy is considered necessary since it has been identified that individuals with language disabilities and advanced aged are more susceptible to depression.

부 록

연구 참여 동의서

안녕하십니까?

저는 성신여자대학교 일반대학원에서 노인전문간호를 전공하고 있는 학생입니다.

본 설문조사는 편마비 환자를 대상으로 수면의 질, 사회적지지, 낙상효능감이 우울에 미치는 영향을 조사함으로써 편마비 환자의 우울을 감소시킴으로써 환자의 긍정적 재활을 위한 간호중재 프로그램의 기초자료를 제공하기 위함입니다.

설문지 항목에 정답은 없으며 모든 질문에 평소 생각대로 빠짐없이 솔직하게 답해 주시기 간절히 부탁드립니다.

환자분께서 제공하신 설문응답은 무기명으로 처리되며 모든 내용은 연구 목적으로만 사용되오며 연구에 사용된 설문지는 연구종료 후 폐기처리 할 것입니다.

이 연구에 참여를 원하시는 분은 아래의 동의서에 서명해 주시기 바랍니다. 또한, 만약 참여를 원하지 않을 때에는 언제라도 철회 할 수 있습니다. 설문에 성의껏 응답하여 주신 분께 진심으로 감사드리며 항상 건강하시고 행복하시길 기원합니다.

연구자: 성신여자대학교 일반대학원 노인전문간호전공 김경미

본인은 본 연구의 목적 방법 등에 대한 충분한 설명을 듣고 이해하였으며 자유로운 의사 결정에 의하여 본 설문에 참여하고자 합니다.

참여자성명: _____ (서명)

보호자성명: _____ (서명)

2017.10.

다음은 귀하의 일반적 특성에 관한 항목들입니다. 해당 되는 것에 √ 로 기록해 주시기 바랍니다.

1. 귀하의 연령(나이)은 몇 세입니까?
만()세
2. 귀하의 성별은 무엇입니까?
① 남 ② 여
3. 귀하의 최종학력은 무엇입니까?
① 초졸 이하 ② 중졸 ③ 고졸 ④ 대졸 이상
4. 귀하의 종교는 무엇입니까?
① 기독교 ② 천주교 ③ 불교 ④ 무교 ⑤ 기타
5. 귀하의 결혼 상태는 어떻게 되십니까?
① 미혼 ② 기혼 ③ 사별 ④ 이혼
6. 현재 어느 분이 주로 간병을 해주고 계십니까?
① 배우자 ② 자녀 ③ 형제,자매 ④ 부모님
⑤ 전문 간병인 ⑥ 친척 ⑦ 기타

다음은 귀하의 질병관련 특성에 관한 항목들입니다. 해당 되는 것에 √ 로 기록해 주시기 바랍니다.

1. 귀하는 편마비 진단 받으신지 얼마나 되셨습니까? ()년 ()개월
2. 귀하의 마비 부위는 어느 쪽입니까?
① 왼쪽 ② 오른쪽 ③ 양쪽 ④ 무
3. 귀하는 언어장애를 가지고 있습니까?
① 유 ② 무
4. 귀하는 감각장애를 가지고 있습니까?
① 유 ② 무
5. 다음과 같은 질환이 있습니까?(복수 응답 가능)
① 고혈압 ② 당뇨 ③ 심혈관 질환 ④ 기타
6. 최근 6개월 이내에 낙상 경험이 있습니까?
① 예(): 있다면, 총 몇 번이나 넘어지셨나요? ()
② 아니오()

다음은 사회적지지에 관한 질문입니다. 각 문항을 읽으시고 현재의 귀하의 생각과 가장 일치되는 곳에 √ 표시하여 주십시오.

번호	문항	매우 그렇다	대체로 그렇다	보통이다	대체로 그렇지 않다	전혀 그렇지 않다
1	내 주위에는 내가 어려울 때 나를 도와줄 의료인이 있다.					
2	나에게는 나의 슬픔과 기쁨을 함께 나눌 의료인이 있다.					
3	나의 가족들은 나에게 도움을 주고자 진정으로 노력한다.					
4	나는 내가 필요로 하는 정서적 도움과 지지를 가족들로부터 얻는다.					
5	나에게는 나를 진정으로 위로해 줄 의료인이 있다.					
6	나의 친구들은 나에게 도움을 주고자 진정으로 노력한다.					
7	어떤 일들이 잘못되었을 때 나는 나의 친구에게 의지할 수 있다.					
8	나는 나의 문제들에 대해 가족들과 이야기를 나눌 수 있다.					
9	나는 나의 슬픔과 기쁨을 함께 나눌 친구들이 있다.					
10	나에게는 나의 감정을 보살펴 주는 의료인이 있다.					
11	나의 가족들은 내가 어떤 일을 결정 할 때 기꺼이 도움을 주려고 한다.					
12	나는 나의 문제에 대해서 친구들과 이야기를 나눌 수 있다.					

질문 :“귀하는 다음과 같은 일을 넘어지지 않고 할 자신이 얼마나 있습니까?” 1=“전혀 할 수 없다”부터 10=“아주 잘 할 수 있다”											
No	항목	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	목욕이나 샤워를 한다.										
2	옷장(벽장) 안에서 물건을 꺼낸다										
3	가벼운 집안일을 한다. (먼지 닦기/옷장청소 등)										
4	(집)주변을 산책한다.										
5	잠자리에 들고, 일어난다.										
6	밤에 화장실 가기 위해 일어난다.										
7	의자에 앉고 선다.										
8	옷을 입고 벗는다.										
9	세수,머리 빗기 등 몸단장을 한다										
10	변기에 앉고 선다.										
총점											

아래에 적혀 있는 문항을 잘 읽으신 후, 오늘을 포함하여 지난 일주일 동안 느끼고 행동한 것을 가장 잘 나타내는 숫자에 “○”표 해 주십시오.

0. 극히 드물게 (1일 이하)	2. 자주 (3일 ~ 4일)
1. 가끔 (1일 ~ 2일)	3. 거의 대부분 (5일 ~ 7일)

나는 지난 1주일 동안 ...	극히 드물다	가끔	자주	거의 대부분
	1일 이하	1~2일	3~4일	5~7일
1. 평소에는 아무렇지도 않던 일들이 귀찮게 느껴졌다.	0	1	2	3
2. 먹고 싶지 않았다. 입맛이 없었다.	0	1	2	3
3. 가족이나 친구가 도와주더라도 울적한 기분을 떨쳐 버릴 수 없었다.	0	1	2	3
4. 나도 다른 사람들만큼 기분이 좋았다.	0	1	2	3
5. 무슨 일을 하든 정신을 집중하기가 힘들었다.	0	1	2	3
6. 우울했다.	0	1	2	3
7. 하는 일마다 힘들게 느껴졌다.	0	1	2	3
8. 미래에 대하여 희망적이라고 느꼈다.	0	1	2	3
9. 내 인생은 실패작이라는 생각이 들었다.	0	1	2	3
10. 두려움을 느꼈다.	0	1	2	3
11. 잠을 설쳤다 잠을 잘 이루지 못했다.	0	1	2	3
12. 행복했다.	0	1	2	3
13. 평소보다 말을 적게 했다 말수가 줄었다.	0	1	2	3
14. 세상에 홀로 있는 듯한 외로움을 느꼈다.	0	1	2	3
15. 사람들이 나에게 차갑게 대하는 것 같았다.	0	1	2	3
16. 생활이 즐거웠다.	0	1	2	3
17. 갑자기 울음이 나왔다.	0	1	2	3
18. 슬픔을 느꼈다.	0	1	2	3
19. 사람들이 나를 싫어하는 것 같았다.	0	1	2	3
20. 도무지 무엇을 시작할 기운이 나지 않았다.	0	1	2	3

다음은 지난 한달 (4주)동안 당신의 일상적인 수면습관에 관한 질문입니다.
가장 적합한 답변에 V 표시 혹은 기록을 해주시기 바랍니다.

1. 지난 한달 동안, 당신은 몇 시에 잠자리에 들었습니까?
보통 오전 /오후 ()시 ()분에 잠자리에 든다.
2. 지난 한달 동안, 당신은 밤에 잠자리에 들어서 잠이 들기까지 보통 얼마나
오래 걸렸습니까?
()시간 ()분이 걸린다.
3. 지난 한달 동안, 당신은 평소 아침 몇 시에 일어났습니까?
보통 오전 /오후 ()시 ()분에 일어난다.
4. 지난 한달 동안, 당신이 밤에 실제로 잠잔 시간은 얼마나 됩니까?
(이것은 당신이 잠자리에서 보낸 시간과 다를 수 있습니다.)
하루 밤에 ()시간,()분
5. 지난 한달 동안, 당신은 아래의 이유로 잠자는데 얼마나 자주 문제가
있었습니까? (우측 칸에 V 표시 해주십시오)

문항	없다	주 1회 미만	주 1~2 회	주 3회 이상
a. 취침 후 30분 이내에 잠들 수 없었다.				
b. 한밤중이나 새벽에 깬다.				
c. 화장실에 가려고 일어나야 했다.				
d. 편안하게 숨 쉴 수가 없었다.				
e. 기침을 하거나 시끄럽게 코를 골았다.				
f. 너무 춥다고 느꼈다.				
g. 너무 덥다고 느꼈다.				
h. 나쁜 꿈을 꾸었다.				
I. 통증이 있었다.				
j. 그 외의 다른 이유가 있다면?				

6. 지난 한달 동안, 당신은 전반적으로 수면의 질이 어느 정도라고 평가하십니까?
- ① 매우 좋음
 - ② 대체로 좋음
 - ③ 상당히 나쁨
 - ④ 매우 나쁨
7. 지난 한달 동안, 당신은 잠들기 위해 얼마나 자주 약을 복용했습니까?(처방약 또는 약국에서 구입한 약)
- ① 없음
 - ② 한 주에 1번보다 적게
 - ③ 한 주에 1~2번 정도
 - ④ 한 주에 3번 이상
8. 지난 한달 동안, 당신은 운전하거나 식사 때 혹은 사회활동을 하는 동안 얼마나 자주 졸음을 느꼈습니까?
- ① 없음
 - ② 한 주에 1번보다 적게
 - ③ 한 주에 1~2번 정도
 - ④ 한 주에 3번 이상
9. 지난 한달 동안, 당신은 일에 열중하는데 얼마나 많은 문제가 있었습니까?
- ① 전혀 없었다
 - ② 매우 조금 있었다
 - ③ 다소 있었다
 - ④ 매우 많이 있었다