

성격특성이 통원 재활치료를 받는 뇌졸중 환자의 우울과 삶의 질에 미치는 영향

문 중 훈[‡]
국립재활원 재활연구소

Influences of Personality Traits on Depression and Quality of Life in Stroke Outpatients Receiving Rehabilitation Therapy

Moon Jonghoon, OT, MS[‡]
*Dept. of Rehabilitation Standard and Policy, National Rehabilitation Research Institute,
National Rehabilitation Center*

Abstract

Purpose : The aim of this study was to investigate the influences of personality traits on depression and quality of life of stroke outpatients receiving rehabilitation therapy.

Methods : The current study included 52 outpatients who received occupational therapy in a rehabilitative and general hospital located in Incheon. Their personality traits were assessed using the Big Five Inventory-Korean Version (BFI-K), and depression was measured using the Beck Depression Inventory (BDI). Quality of life was evaluated using the Stroke Specific Quality of Life (SS-QOL) scale. The collected data were analyzed to identify the effects of personality traits on depression and quality of life using a multiple regression analysis.

Result : Neuroticism and depression were significantly correlated ($p < .05$), and neuroticism and agreeableness were significantly correlated with quality of life ($p < .05$). Additionally, depression and quality of life were significantly correlated ($p < .05$). Neuroticism affected depression significantly ($R^2 = .503$, $p < .05$). Among the five personality traits, neuroticism, agreeableness, and extraversion had a significant effect on quality of life ($R^2 = .474$, $p < .05$).

Conclusion : These findings suggest that personality traits need to be considered in order to improve the quality of life of stroke patients.

Key Words : stroke, personality trait, depression, quality of life

[‡] 교신저자 : 문중훈, garnett231@naver.com

논문접수일 : 2018년 1월 5일 | 수정일 : 2018년 1월 11일 | 게재승인일 : 2018년 1월 25일

I. 서론

1. 연구의 배경 및 필요성

삶의 질(quality of life)이란 개인의 건강, 정신적인 상태, 자립수준과 사회 및 환경적 관계에 의해 다양하게 영향을 받는 포괄적인 개념이다(WHOQOL group, 1995). 뇌졸중은 개인의 질병부담을 가중시키고 삶의 질을 저하시키는 심각한 질환이다(Bays, 2001). 뇌졸중 후 임상 증상은 편측마비, 운동장애, 감각장애, 언어장애, 삼킴장애와 같은 신경학적 장애가 손상위치, 영역에 따라서 달리 나타날 수 있으며, 장애가 심할수록 우울증과 같은 정신의학적 문제에 직면할 수 있다(Langhorne 등, 2000). 우울증은 의욕 저하 및 우울감을 주요 증상으로 하여 다양한 인지 및 정신 신체적 증상을 일으켜 일상생활 기능의 저하를 가져오는 질환이다. 뇌졸중 후 우울증은 손상 전 특정 정신의학적 병력이 없었으나 뇌졸중 발병 후 우울증이 나타나는 증상을 의미한다. 뇌졸중 후 우울증이 있는 환자들은 재활에 대한 예후에 부정적인 영향을 미치게 된다(Hackett & Anderson, 2005). 뇌 손상 후 성격 변화는 우울, 불안, 수면 이상, 식습관 변화에 이르기까지 다양한 증상과 연관되어있다. 이는 일상생활에서 부적응을 나타내며, 재활과정에도 영향을 미칠 수 있다.

성격특성(personality trait)은 개인과 개인을 구별하는 특징적이며, 지속적인 모습을 말한다. McCrae와 Costa(1997)는 5개의 성격요인을 외향성(extraversion), 친화성(agreeableness), 성실성(conscientiousness), 신경증(neuroticism), 개방성(openness)으로 구분하였다. 외향성은 다른 사람과의 상호작용에 대한 관심을 갖는 성향이며, 친화성은 편안하고 조화로운 대인관계에 관한 특성이며, 성실성은 사회적인 규칙 및 규범을 지키려는 특성이다. 신경증은 정서의 불안정성과 세상을 위협적 또는 통제 할 수 무언가를 생각하려는 특성이며, 개방성은 다양성 및 변화, 그리고 지적인 자극과 같은 새로운 정보에 대한 선호를 추구하는 성향을 의미한다(Gosling 등,

2003; Yoo & Kim, 1997). 성격특성이 재활영역에서 중요한 이유는 환자의 특정 성격이 우울과 같은 심리적인 문제를 발생시키기 때문이다(Ormel 등, 2001). 성격특성에 대한 평가가 필요한 이유는 훈련을 통하여 성격을 변화 시키기는 어려움이 있지만 개인의 성격특성을 예측하여 치료 목표와 방향에 대한 계획을 수립하는 데 긍정적으로 사용할 수 있다.

외국의 경우, 뇌졸중 환자의 성격특성이 우울과 삶의 질에 미치는 영향에 관한 연구들은 몇몇 보고되고 있으며(Visser-Meily 등, 2009; Meyer 등, 2010; Richter 등, 2008; Stone 등, 2004; Elmstahl 등, 1996), 개인의 성격특성은 나라마다 문화적인 차이가 있다고 보고되었다(Schmitt 등, 2007). 따라서 우리나라 뇌졸중 환자의 성격 특성에 대한 연구가 필요할 것으로 생각되지만 국내 연구는 부족하였다(Hwang 등, 2011; 문정환 등, 2014). Hwang 등(2011)은 뇌졸중 환자 45명을 대상으로 우울과 성격특성에 대한 상관 및 회귀분석 실시한 결과, 신경증적 성격이 우울에 영향을 미친다고 보고하였다. 문정환 등(2014)은 뇌졸중 환자 151명을 대상으로 성격특성이 우울과 불안에 영향을 미칠 수 있는지를 실험한 결과, 신경증적 성향이 높은 사람은 우울과 불안과 연관이 있음을 확인하였다. 국내에서 시행된 Hwang 등(2011)과 문정환 등(2014)의 연구에서는 뇌졸중 환자들을 대상으로 성격특성과 우울 또는 불안에 대한 관련성만 확인하였으며, 삶의 질에 어떠한 영향을 미치는 지에 대해 확인하지 않았다. 따라서 뇌졸중 환자의 성격특성이 우울과 삶의 질에 미치는 영향을 확인한다면, 뇌졸중 재활에서 성격특성에 따른 중재방법을 달리 적용할 수 있는 근거 자료가 될 것으로 생각한다.

2. 연구 목적

본 연구는 성격특성이 통원 재활치료를 받는 뇌졸중 환자들의 우울과 삶의 질에 미치는 영향을 규명하고자 하였다.

II. 연구방법

1. 연구대상

본 연구는 인천에 위치한 종합병원과 재활병원 2곳에서 외래를 통해 작업치료를 받고 있는 뇌졸중 환자 52명을 대상으로 진행하였다. 표본크기의 산출은 G*Power version 3.1.9.2(Germany)를 사용하여 계산하였다. 입력한 파라미터(parameters)에는 효과크기를 0.2, 유의수준 $\alpha = 0.05$, $\beta = 0.80$, 예측인자의 수를 2개로 설정하여 계산하였고 총 표본크기는 52로 산출되었다. 대상자들 선정기준은 첫째 전문의에 의해서 뇌졸중으로 진단 받은 자, 둘째 한국판 간이 정신상태 검사(Korean Mini-Mental State Examination; K-MMSE) 24점 이상으로 본 연구의 설문과 평가에 적절히 협조가 가능한 자로 하였다. 제외 기준은 첫째 심각한 실어증이 있는 자, 둘째 심각한 청력장애가 있는 자, 셋째, 편측무시가 있는 자, 넷째 치매와 같은 퇴행성 질환이 있는 자, 다섯째 정신장애 및 약물중독과 같은 정신과 병력을 가진 자로 하였다. 모든 대상자들은 연구의 목적과 설명을 충분히 숙지하였으며, 자발적인 동의 후에 연구를 진행하였다.

2. 측정도구

1) 한국판 성격 5요인 척도

한국판 성격 5요인 척도(Big Five Inventory-Korean version; BFI-K)는 5가지(외향성, 친화성, 성실성, 신경증, 개방성)의 성격특성을 평가하기 위하여 사용하였다(Kim 등, 2010). 한국판 성격 5요인 척도는 Pervin과 John(1999)이 개발한 Big Five Inventory(BFI)을 한국어로 번안한 평가척도이다. 이 평가는 56개의 각각 나라에서 표준화되어 있다(Schmitt 등, 2007). 한국판 성격 5요인 척도는 5요인 성격 특성에 대한 44개의 문항으로 구성되어 있으며, 항목 당 5점 리커트(Likert)척도이다. 이 척도는 각 성격특성에 따른 긍정문항의 원 점수와 부정문항을 역산

하여 점수를 합산한 뒤 평균값으로 채점하며, 점수가 높은 항목이 해당 성격의 성향을 의미한다. 한국판 성격 5요인 척도의 Cronbach's $\alpha = 0.52 \sim 0.75$ 이다(Kim 등, 2010).

2) Beck 우울척도

Beck 우울척도(Beck Depression Inventory; BDI)는 우울을 측정하기 위하여 사용하였다. 이 검사는 Beck에 의해 고안되었으며(Beck, 1961), 국내에서는 한홍무 등(1986)이 Beck 우울척도를 한국판으로 번안하였다. Beck 우울척도는 우울의 정서적, 인지적, 동기적, 생리적 증상에 관한 21개 문항으로 나누어져 있다. 이 검사는 최소 0점에서 최대 63점까지 채점하며, 각 항목 당 0~3점이다. Beck 우울척도는 0~9점이 우울이 없는 상태이며, 10~15점이 가벼운 우울, 16~23점이 중등도의 우울, 24~63점이 심각한 우울로 나뉜다. Beck 우울척도의 Cronbach's $\alpha = 0.75 \sim 0.85$ 이다(이민규 등, 1995).

3) 뇌졸중 특이 삶의 질

뇌졸중 특이 삶의 질(Stroke Specific-Quality of Life; SS-QOL)은 뇌졸중 환자들의 삶의 질을 측정하기 위하여 사용하였다(문정인, 2004). 뇌졸중 특이 삶의 질은 Williams 등(1999)이 개발한 Stroke-Specific Quality of Life를 한국어로 번안한 측정도구이다. 뇌졸중 특이 삶의 질은 이동능력 6개 항목, 상지기능 5개 항목, 언어기능 5개 항목, 사고력 3개 항목, 시각기능 3개 항목, 자가간호 5개 항목, 기분상태 5개 항목, 성격 3개 항목, 에너지 3개 항목, 가족역할 3개 항목, 사회적 역할 5개 항목, 생산능력 3개 항목으로 12개의 영역과 49개의 항목으로 구성되어 있다. 이 평가의 점수는 최저 49점에서 최고 245점으로 점수가 높을수록 삶의 질이 높음을 의미한다. 문정인(2004)의 연구에서 사회적 삶의 질, 정서적 삶의 질, 신체적 삶의 질로 크게 3영역으로 구분하였고 뇌졸중 특이 삶의 질의 Cronbach's $\alpha = 0.73$ 이다.

3. 연구절차

본 연구의 자료수집 기간은 2015년 1월부터 2015년 5월까지 진행되었다. 자료 수집을 위한 평가측정은 검사 도구를 숙지하고 훈련한 두 병원의 작업치료사 2명이 연구 대상자들에게 한국판 성격 5요인 척도, Beck 우울척도, 뇌졸중 특이 삶의 질을 개별 면담을 통해 시행하였다. 평가는 대상자가 스스로 보고가 가능한 경우에는 본인 기입을 하도록 하였으며, 평가 동안 정확히 이해되지 않는 항목은 치료사가 옆에서 문장을 읽어주거나 어떠한 질문인지 설명해주는 적절한 피드백(feedback)을 통해 평가하였다.

4. 분석방법

수집한 자료는 통계분석을 위해서 SPSS 22.0을 이용하였다. 본 연구에 참가한 대상자들의 일반적 특성과 성격특성, 우울, 삶의 질은 빈도분석을 사용하여 확인하였다. 대상자들의 성격특성, 우울, 삶의 질 사이에 상관관

계를 분석하기 위하여 피어슨 상관분석(Pearson's correlation analysis)을 실시하였다. 성격특성이 우울, 삶의 질에 미치는 영향을 알아보기 위하여 단계적 다중회귀분석(multiple regression analysis)을 실시하였다. 단계적 선택법은 다중공선성(회귀 분석에서 사용된 모형의 일부 예측 변수가 다른 예측 변수와 상관 정도가 높아, 데이터 분석 시 부정적인 영향을 미치는 현상) 문제를 줄이기 위하여 사용하였으며, 삶의 질 총점을 종속변수로 하고 성격특성, 우울, 및 대상자들의 일반적 특성을 독립변수로 하였다. 종속변수가 우울일 때에는 독립변수를 성격특성과 대상자들의 일반적 특성을 넣어 확인하였다. 본 연구의 통계학적 유의수준은 $\alpha = .05$ 로 하였다.

Ⅲ. 결 과

1. 대상자들의 일반적 특성

본 연구에 참가한 대상자들은 총 52명이었으며, 남성

표 1. 대상자들의 일반적 특성 (n=52)

일반적 특성		대상자수 (n)	백분율 (%)
나 이 (세) ¹⁾		63.44±5.75	
성 별	남	34	65.4
	여	18	34.6
뇌졸중 유형	뇌경색	40	76.9
	뇌출혈	12	23.1
뇌손상 위치	오른쪽	22	42.3
	왼쪽	23	44.2
	양쪽	7	13.5
발병기간	3~6개월	8	15.4
	6~12개월	14	26.9
	12~24개월	24	46.2
	24개월 이상	6	11.5
교육수준	초등학교	5	9.6
	중학교	10	19.2
	고등학교	19	36.5
	대학교 이상	18	34.6
K-MMSE ¹⁾		25.50±2.23	

¹⁾M±SD, K-MMSE; Korean Mini-Mental State Examination

은 34명, 여성은 18명이었다. 대상자들의 평균 나이는 63.44±5.75세였다. 대상자들의 뇌졸중 유형은 뇌경색이 40명, 뇌출혈이 12명이었으며, 뇌 손상 위치는 오른쪽이 22명, 왼쪽이 23명, 양쪽이 7명 이었다. 발병기간은 3~6개월이 8명, 6~12개월이 14명, 12~24개월이 24명, 24개월 이상이 6명이었으며, 교육수준은 초등학교 졸업이 5명, 중학교 10명, 고등학교 19명, 대학교 재학 및 졸업이 18명이었다. 모든 대상자들의 한국판 간이 정신상태 검사 점수는 25.50±2.23점이었다(표 1).

2. 성격특성과 삶의 질

모든 대상자들의 성격특성은 외향성 2.58±1.23점, 친화성 3.96±1.05점, 성실성 3.77±1.45점, 신경증 3.33±1.45점, 개방성 3.44±1.41점이었다. 모든 대상자들의 우울 평균은 17.10±6.22점 이었으며, 삶의 질 총점은 123.14±12.48 이었으며, 하위영역인 사회적 삶의 질이 49.37±9.27점, 정서적 삶의 질이 42.42±9.68점, 신체적 삶의 질이 31.35±4.70점이었다(표 2).

표 2. 대상자들의 성격특성, 우울 및 삶의 질

(n=52)

평가	하위 영역	점수 ¹⁾
성격특성 (BFI-K)	외향성	2.58±1.23
	친화성	3.96±1.05
	성실성	3.77±1.45
	신경증	3.33±1.45
	개방성	3.44±1.41
우울 (Beck 우울 척도)	총점	17.10±6.22
삶의 질 (SS-QOL)	사회적 삶의 질	49.37±9.27
	정서적 삶의 질	42.42±9.68
	신체적 삶의 질	31.35±4.70
	총점	123.14±12.48

¹⁾M±SD

3. 성격특성, 우울, 삶의 질의 상관관계

성격특성과 우울의 상관관계는 신경증에서 유의한 상관관계를 보였으며($r=.709$, $p<.001$), 외향성, 친화성, 성실성, 개방성은 유의한 상관관계가 없었다($p>.05$)(표 3). 성격특성과 삶의 질 총점의 상관관계는 친화성($r=.303$, $p=.029$)과 신경증($r=-.561$, $p<.001$)에서 삶의 질의 총점과 유의한 상관관계를 보였다. 성격특성과 삶의 질 하위영역에 대한 상관관계는 외향성($r=.376$, $p=.006$)과 친화성($r=.356$, $p=.010$)이 사회적

삶의 질에서 유의한 상관관계를 보였으며, 신경증이 정서적 삶의 질과 유의한 상관관계를 보였다($r=-.674$, $p<.001$). 신체적 삶의 질은 성격특성과 유의한 상관관계를 보이지 않았다($p>.05$)(표 4).

우울과 삶의 질은 삶의 질의 총점($r=-.284$, $p=.041$), 사회적 삶의 질($r=.316$, $p=.022$), 정서적 삶의 질($r=-.553$, $p=.000$)에서 유의한 상관관계를 보였으며, 신체적 삶의 질에서는 유의한 상관관계가 없었다($p>.05$)(표 5).

표 3. 성격특성과 우울의 상관관계

(n=52)

		Beck 우울 척도
외향성	<i>r</i>	.193
친화성	<i>r</i>	.117
성실성	<i>r</i>	.214
신경증	<i>r</i>	.709***
개방성	<i>r</i>	.077

*p<.05, **p<.01, ***p<.001, r: Pearson correlation coefficient

표 4. 성격특성과 삶의 질의 상관관계

(n=52)

		삶의 질 총점	사회적 삶의 질	정서적 삶의 질	신체적 삶의 질
외향성	<i>r</i>	.099	.376**	.259	.053
친화성	<i>r</i>	.303*	.356*	-.020	-.061
성실성	<i>r</i>	-.052	.144	-.124	-.166
신경증	<i>r</i>	-.561***	.045	-.674***	-.193
개방성	<i>r</i>	.028	.208	-.119	-.091

*p<.05, **p<.01, ***p<.001, r: Pearson correlation coefficient

표 5. 우울과 삶의 질의 상관관계

(n=52)

		삶의 질 총점	사회적 삶의 질	정서적 삶의 질	신체적 삶의 질
우울 (Beck 우울 척도)	<i>r</i>	-.284*	.316*	-.553***	-.240

*p<.05, **p<.01, ***p<.001

4. 일반적 특성과 성격특성이 우울에 미치는 영향의 변인 분석

대상자의 일반적 특성과 성격특성이 우울에 미치는 영향을 확인한 결과, 신경증(B=3.009, p<.001)이 우울에 유의한 영향을 미치는 변수로 확인되었다(R²=.503, p<.05, Durbin-Watson 값: 1.189). 그 외 다른 항목들은 우울에 영향을 미치지 않아 제외되었다(표 6).

5. 일반적인 특성과 성격특성 및 삶의 질에 미치는 영향의 변인 분석

대상자의 일반적 특성과 성격특성이 삶의 질에 미치는 영향을 확인한 결과, 신경증(B=-5.357, p<.001), 친화성(B=3.790, p=.004), 외향성(B=2.611, p=.021)이 삶의 질에 유의한 영향을 미치는 변수로 나타났다(R²=.474, p<.05, Durbin-Watson 값: 2.246). 그 외 다른 항목들은 삶

의 질에 영향을 미치지 않아 제외되었다(표 7).

표 6. 성격특성이 우울에 미치는 영향 예측

(n=52)

예측 변인		우울			
		B	β	p	F
성격특성 (BFI-K)	(상수)	7.084			
	신경증	3.009	.709	.001***	50.609
R ²		.503			

*p<.05, **p<.01, ***p<.001

표 7. 성격특성이 삶의 질에 미치는 영향 예측

(n=52)

예측 변인		삶의 질			
		B	β	p	F
성격특성 (BFI-K)	(상수)	149.245			
	신경증	-5.357	-.629	.000***	22.980
	친화성	3.790	.319	.004**	17.197
	외향성	2.611	.256	.021*	14.437
R ²		.474			

*p<.05, **p<.01, ***p<.001, BFI-K: Big Five Inventory-Korean Version

IV. 고찰

이전의 뇌졸중 환자의 성격특성과 우울, 삶의 질에 관한 선행연구들은 부족한 실정이었다(Visser-Meily 등, 2009; Meyer 등, 2010; Richter 등, 2008; Stone 등, 2004; Elmstahl 등, 1996). 성격특성은 문화적인 차이가 있기 때문에 한국인 뇌졸중 환자들을 대상으로 성격특성에 대한 연구가 필요하였지만 국내에서는 우울과 불안에 대해서만 연구되었으며(Hwang 등, 2011; 문정환 등, 2014), 삶의 질에 대한 연구는 이루어지지 않았다. 이에 본 연구는 성격특성이 통원 재활치료를 받는 뇌졸중 환자들의 우울과 삶의 질에 미치는 영향을 알고자 하였다.

연구 결과, 성격특성 중 신경증은 우울과 유의한 양의

상관을 보였다. 이러한 결과는 외국에서 보고한 연구들의 결과와 유사하다(Aben 등, 2002; Greenop 등, 2009). 이전의 연구들에서 뇌졸중 후 우울의 위험 요인은 뇌졸중의 심각한 정도, 신체기능 저하, 인지기능 저하, 및 성격특성이라고 보고되었다(Hackett & Anderson, 2005; Aben 등, 2002). 또한 뇌졸중 후 우울에 대한 연구들은 신경증적 성격이 우울발생의 위험요소라고 예측하였다(Morris & Robinson, 1995; Storor & Byrne, 2006). 신경증의 성격특성은 회피지향 대처방식(avoidance coping)을 보이는 성향이다. 회피지향 대처방식은 스트레스 요인을 피하기 위해서 노력하는 특징을 보이는 비적응적인 반응이다. 따라서 신경증의 성격특성은 우울에 대한 잠재적인 취약성(potential vulnerability), 자존감 감소, 비관적

인 태도, 부정적 감정의 만성화, 무망감이 뇌졸중 후 우울에 보다 쉽게 발생되도록 하는 것으로 사료된다 (Holahan 등, 1999).

성격특성이 우울에 미치는 영향을 확인한 결과, 신경증이 우울에 유의한 영향을 미치는 것으로 확인되었다. 외국에서 시행된 선행연구에서도 성격의 5가지 성격특성 중 신경증은 뇌졸중 후 우울과 유의한 관련이 있었다 (Aben 등, 2006; Greenop 등, 2009). 신경증 성향 높은 노인은 우울증 발병의 위험이 그렇지 않은 노인보다 높으며, 치료 후에도 우울증의 재발률이 높다고 보고되었다 (Steunenberg 등, 2009). Storor와 Byrne(2006)은 뇌졸중 환자 61명을 대상으로 수행한 실험에서 신경증적 성향의 성격이 그렇지 않은 경우보다 뇌졸중 후 우울증 발생률을 3.69배 높인다고 보고하였다. 이렇듯 뇌졸중 후 정서상태의 변화와 신경증은 뇌졸중 후 우울증에 대한 위험인자로 밝혀져 있고(Aben 등, 2002; Morris 등, 1992), 본 연구에서도 같은 결과를 보였다.

성격특성 중 친화성과 신경증은 삶의 질과 유의한 음의 상관관을 보였으며(표 4), 우울은 삶의 질과 유의한 상관관을 보였다. 문정환 등(2014)은 뇌졸중 환자를 대상으로 성격특성과 우울 및 불안의 연관성을 분석한 결과, 낮은 친화성과 신경증은 불안과 유의한 관련이 있다고 보고하였으며, Greenop 등(2009)은 뇌졸중 환자의 불안과 과민성은 낮은 친화성과 유의한 관련이 있다고 보고하였다. 친화성은 편안한 대인관계를 추구하며, 이타주의 및 공감적 성향을 보이는 성격이다(John & Srivastata, 1999). 높은 친화성을 가진 사람들은 기능적 대처능력이 좋으며(Lee-Baggley 등, 2005), 많은 사회적 지지와 관련이 있다(Branje 등, 2004). 뇌졸중 후 우울은 환자의 기능적 회복에 부정적인 영향을 미치며(Hackett과 Anderson, 2005), 우울증은 삶의 질 감소를 초래하는 요인으로 알려져 있다(Jönsson 등, 2005). 본 연구에서도 우울과 삶의 질은 유의한 상관관을 보였다.

성격특성이 삶의 질에 미치는 영향을 확인한 결과, 신경증, 친화성, 외향성이 삶의 질에 유의한 영향을 미치는

변수로 확인되었다. 친화성과 외향성은 신경증보다 설명력이 매우 낮았기 때문에 신경증적 성향이 삶의 질에 영향을 미칠 수 있는 가장 큰 요인이라고 할 수 있다. Stone 등(2004)은 뇌졸중 환자의 성격 중 신경증이 우울에 영향을 미친다고 보고하였으며, Meyer 등(2010)은 뇌졸중 환자의 우울이 삶의 질과 관련이 있다고 보고하였다. Visser-Meily 등(2009)은 141명의 뇌졸중 환자를 대상으로 우울이 건강관련 삶의 질에 미치는 요인 중 하나라고 하였다. Richter 등(2008)은 신경증의 성격성향이 신체기능에 부정적인 영향을 미치며, 삶의 질 감소를 초래한다고 하였다. 한국인을 대상으로 한 본 연구에서 뇌졸중 환자의 신경증 성격, 우울, 삶의 질은 유의한 상관관이 있었으며, 뇌졸중 환자들의 신경증적 성격이 우울과 삶의 질을 감소시키는 가장 큰 요인임을 확인하였다.

본 연구의 결과는 신경증뿐만 아니라 친화성과 외향성도 삶의 질에 영향을 줄 수 있는 것을 알 수 있었다. 이는 친화성과 외향성이 낮은 성격이 우울증을 유발할 수 있는 매개변수가 될 수 있으며, 후에 삶의 질의 감소를 나타낼 수 있는 성격임을 짐작해 볼 수 있다. 이전 연구에 따르면, 높은 신경증뿐만 아니라 낮은 친화성도 뇌졸중 후 불안과 같은 과민성과 연관이 있다고 보고되었다(Greenop 등, 2009). 다발성 경화증 환자 중 우울 증상이 있는 군은 없는 군에 비해 높은 신경증, 낮은 외향성과 낮은 친화성을 보였다(Van De Ven & Engels, 2011). 이는 낮은 친화성이 뇌졸중 후 과민성과 관련이 있었다는 이전 연구(Greenop 등, 2009), 치매 환자 간병인들을 대상으로 외향성이 낮은 군이 높은 군보다 우울과 유의한 관련이 있었다는 선행연구(González-Abraldes 등, 2013)가 본 연구에서 친화성과 외향성이 우울과 더불어 삶의 질에 영향을 준 것으로 생각한다.

Robinson 등(1984)은 전두엽(frontal lobe) 손상을 가진 환자들이 뇌졸중 후 우울로 고통 받을 가능성을 더 높인다고 보고하였다. 또한 Morris 등(1990)은 좌측 대뇌반구의 손상이 있는 환자들에서 특히 전두엽과 기저핵(basal ganglia) 손상을 가진 환자들이 심각한 우울을 가진다고

보고하였다. 그러나 Carson 등(2000)은 손상의 위치가 뇌졸중 후 우울과 관련이 없다고 하였다. 본 연구에서는 세부적인 손상위치와 우울의 상관을 분석하지 않았는데, 이러한 점은 본 연구의 아쉬운 점이라 할 수 있겠다. 뇌졸중 후 우울에 대한 성별에 따른 차이는 논쟁이 되고 있다. Paolucci 등(2005)은 뇌졸중을 가진 여성 환자들이 우울을 계속해서 가질 확률이 더 높다고 하였으나, Kaji 등(2006)의 연구에서는 유의한 관련이 없었다. 본 연구에서는 성별과 뇌손상의 위치(좌측, 우측, 양측)가 우울과 삶의 질에 영향을 미치지 않았으며, 뇌졸중 유형, 발병기간, 교육수준은 우울과 삶의 질에는 영향을 미치지 않았다. 따라서 본 연구의 결과는 Hwang 등(2011)의 연구에서도 뇌졸중 유형, 발병기간, 교육수준이 우울과 상관관계가 없었다는 보고와 일치하였다.

본 연구에 참가한 대상자들의 성격특성은 외향성이 2.58점, 신경증이 3.33점이었다. Kim 등(2010)은 지역사회에 거주하는 1038명의 정상노인을 대상으로 성격특성을 조사한 결과, 외향성의 점수평균이 3.12점, 신경증이 2.59점이었다. 따라서 본 연구의 대상자들이 Kim 등(2010)의 연구 대상자들보다 외향성에서 0.56점 더 낮았으며, 신경증에서 0.74점 더 높았다. 이는 뇌졸중 후 겪는 심리적인 변화로 생각해 볼 수 있다. Fallahpour 등(2013)의 질적연구에서는 발병 5개월 이상의 뇌졸중 환자 8명을 대상으로 뇌졸중 후 자신의 삶과 일상생활의 수행에 대한 경험의 의미를 알아보았다. 이 환자들에게서 나타난 공통적인 3가지 의미의 특징은 다음과 같았다. 첫째, “나는 예전과 같이 활동을 할 수 없다”. 둘째, “나는 다른 사람들과 다르다”. 셋째, “나는 나의 삶의 살고 있지 않다”. 즉, 뇌졸중을 겪은 후 편마비를 가진 자신의 모습에 대한 자기 효능감 저하 및 자아에 대한 비관적인 사고를 가지고 있다는 것을 의미한다. 이러한 자존감 감소 및 비관적 사고는 뇌졸중 후 성격의 변화를 유발할 수 있을 것으로 추측할 수 있으며, 본 연구의 대상자들이 Kim 등(2010)의 연구 대상자들보다 외향성에서 0.56점 더 낮고 신경증에서 0.74점 더 높았던 이유가

뇌졸중 후 심리적인 변화와 관련 있을 것으로 생각한다. 따라서 만일 뇌졸중 후 우울증 발생과 관련이 있는 신경증적 성격으로 변화하는 것이라면, 임상에서 이러한 성격을 가진 뇌졸중 환자에 대한 더욱 특별한 관리 및 중재가 필요할 것이다.

본 연구의 대상자들의 Beck 우울척도 점수의 평균은 17.10점으로 중등도의 우울을 경험하고 있었다. 뇌졸중 환자들은 발병 후 1년까지도 우울증에 노출되어 있으며, 이와 같은 심리적인 측면은 삶의 고통을 이끌고 결국 삶의 질을 감소시킨다. 또한 성격특성은 우울과 같은 심리학적 문제, 개인의 삶의 질뿐만 아니라 주관적인 행복과 관련되며(Diener와 Seligman, 2002; Camisa 등, 2005), 임상에서 환자의 질병 및 치료와 밀접하게 관련될 수 있을 것으로 생각한다. 그러므로 뇌졸중 재활에서는 환자들의 신체기능 뿐만 아니라 성격특성과 같은 심리적 변화까지도 고려해야 할 것이다.

본 연구의 제한점은 다음과 같다. 첫째, 연구의 대상자들의 수가 적기 때문에 모든 뇌졸중 환자들에게 일반화하기에는 어려움이 있다. 둘째, 본 연구에 참가한 대상자들은 인지기능이 정상범위에 속해 있는 대상자들이었기 때문에 심각한 손상이 있는 뇌졸중 환자들은 연구에서 제외되었다. 셋째, 본 연구에서는 외래를 통해 작업치료를 받는 뇌졸중 환자만을 대상으로 연구하였으므로, 급성기 뇌졸중 환자와 같은 입원환자의 특성과는 다를 것이다. 마지막으로 본 연구에서는 횡단연구를 수행하였는데, 종단연구를 통하여 성격특성과 삶의 질을 측정해야 명확한 인과관계를 확인할 수 있을 것으로 사료된다.

V. 결론

본 연구는 성격특성이 통원 재활치료를 받는 뇌졸중 환자들의 우울과 삶의 질에 미치는 영향을 알고자 하였다.

연구 결과, 대상자들의 성격특성 중 신경증은 우울과

유의한 상관성이 있었고 친화성, 신경증은 삶의 질과 유의한 상관을 보였으며, 우울과 삶의 질은 유의한 상관성이 있었다.

회귀분석을 시행한 결과, 신경증은 우울에 유의한 영향을 줄 수 있는 변수임을 확인하였다. 그리고 신경증, 친화성, 외향성은 삶의 질에 유의한 영향을 줄 수 있는 변수로 나타났다.

본 연구의 결과는 재활치료를 받는 뇌졸중 환자들의 삶의 질 향상을 위해서 성격특성을 고려하여 중재를 수행해야 할 필요가 있음을 시사한다. 특별히 신경증적 성격을 나타내는 뇌졸중 환자에게는 우울증 예방을 위한 심리재활 프로그램이 필요할 것으로 사료된다.

참고문헌

문정환, 김선영, 김재민 등(2014). 뇌졸중 환자에서 성격 특성이 우울 및 불안에 미치는 영향. *생물치료정신의학*, 20(2), 151-159.

문정인(2004). SS-QOL 척도를 이용한 뇌졸중 환자의 삶의 질 요인에 관한 연구. 대구대학교 대학원, 석사학위 논문.

이민규, 이영호, 박세현 등(1995). 한국판 Beck 우울척도의 표준화 연구 1: 신뢰도 및 요인분석. *정신병리학*, 4(1), 77-95.

한홍무, 염태호, 신영우 등(1986). Beck Depression Inventory의 한국판 표준화 연구: 정상집단을 중심으로. *신경정신의학회지*, 25(3), 487-500.

Aben I, Denollet J, Lousberg R, et al(2002). Personality and vulnerability to depression in stroke patients: a 1-year prospective follow-up study. *Stroke*, 33(10), 2391-2395.

Aben I, Lodder J, Honig A, et al(2006). Focal or generalized vascular brain damage and vulnerability to depression after stroke: a 1-year prospective follow-up study. *Int Psychogeriatrics*, 18(1), 19-35.

Bays CL(2001). Quality of life of stroke survivors: a research synthesis. *J Neurosci Nurs*, 33(6), 310-316.

Beck AT, Ward CH, Mendelson M, et al(1961). An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry*, 4(1), 561-571.

Branje SJ, van Lieshout CF, van Aken MA(2004). Relations between big five personality characteristics and perceived support in adolescents' families. *J Pers Soc Psychol*, 86(4), 615-628.

Camisa KM, Brockbrader MA, Lysaker P, et al(2005). Personality traits in schizophrenia and related personality disorders. *Psychiatry Res*, 133(1), 23-33.

Carson AJ, MacHale S, Allen K, et al(2000). Depression after stroke and lesion location: a systematic review. *Lancet*, 356(9224), 122-126

Diener E, Seligman ME(2002). Very happy people. *Psychol Sci*, 13(1), 81-84.

Elmståhl S, Sommer M, Hagberg B(1996). A 3-year follow-up of stroke patients: relationships between activities of daily living and personality characteristics. *Arch Gerontol Geriatr*, 22(3), 233-244.

Fallahpour M, Jonsson H, Taghi Joghataei M, et al(2013). "I am not living my life": Lived experience of participation in everyday occupations after stroke in Tehran. *J Rehabil Med*, 45(6), 528-534.

González-Abraldes I, Millán-Calenti JC, Lorenzo-López L, et al(2013). The influence of neuroticism and extraversion on the perceived burden of dementia caregivers. *Arch Gerontol Geriatr*, 56(1), 91-95.

Greenop KR, Almeida OP, Hankey GJ, et al(2009). Premorbid personality traits are associated with post-stroke behavioral and psychological symptoms: a three-month follow-up study in Perth, Western Australia. *Int Psychogeriatrics*, 21(6), 1063-1071.

Hackett ML, Anderson CS(2005). Predictors of depression after stroke a systematic review of observational studies. *Stroke*, 36(10), 2296-2301.

Holahan CJ, Moos RH, Bonin L(1999). Social context and depression: An integrative stress and coping framework. In: Joiner T, Coyne J, editors. *The interactional nature*

- of depression: Advances in interpersonal approaches. Washington DC, American Psychological Association, pp.39-63.
- Hwang SI, Choi KI, Park OT, et al(2011). Correlations between pre-morbid personality and depression scales in stroke patients. *Ann Rehabil Med*, 35(3), 328-336.
- John OP, Srivastata S(1999). The big five trait taxonomy: history, measurement, and theoretical perspectives. In: Pervin LA, John OP(eds): *Handbook of Personality*, 2nd ed, New York, The Guilford Press, pp.102-138.
- Jönsson AC, Lindgren I, Hallström B, et al(2005). Determinants of quality of life in stroke survivors and their informal caregivers. *Stroke*, 36(4), 803-808.
- Kaji Y, Hirata K, Ebata A(2006). Characteristics of post-stroke depression in Japanese patients. *Neuropsychobiology*, 53(3), 148-152.
- Kim SY, Kim JM, Yoo JA, et al(2010). Standardization and validation of Big Five Inventory-Korean Version(BFI-K) in elders. *Korean J Biol Psychiatry*, 17(4), 15-25.
- Langhorne P, Stott DJ, Robertson L, et al(2000). Medical complications after stroke a multicenter study. *Stroke*, 31(6), 1223-1229.
- Lee-Baggley D, Preece M, DeLongis A(2005). Coping with interpersonal stress: role of big five traits. *J Pers*, 73(5), 1141-1180.
- Gosling SD, Rentfrow PJ, Swann WB(2003). A very brief measure of the Big-Five personality domains. *J Res Pers*, 37(6), 504-528.
- McCrae RR, Costa Jr PT(1997). Personality trait structure as a human universal. *Am Psychol*, 52(5), 509-516.
- Meyer B, Ringel F, Winter Y, et al(2010). Health-related quality of life in patients with subarachnoid haemorrhage. *Cerebrovasc Dis*, 30(4), 423-431.
- Morris PL, Robinson RG, Raphael B(1990). Prevalence and course of depressive disorders in hospitalized stroke patients. *Int J Psychiatry Med*, 20(4), 349-364.
- Morris PL, Robinson RG, Raphael B, et al(1992). The relationship between risk factors for affective disorder and poststroke depression in hospitalised stroke patients. *Aust N Z J Psychiatry*, 26(2), 208-217.
- Morris PL, Robinson RG(1995). Personality neuroticism and depression after stroke. *Int J Psychiatry Med*, 25(1), 93-102.
- Ormel J, Oldehinkel AJ, Brilman EI(2001). The interplay and etiological continuity of neuroticism, difficulties, and life events in the etiology of major and subsyndromal, first and recurrent depressive episodes in later life. *Am J Psychiatry*, 158(6), 885-891.
- Paolucci S, Gandolfo C, Provinciali L, et al(2005). Quantification of the risk of post stroke depression: the Italian multicenter observational study DESTRO. *Acta Psychiatr Scand*, 112(4), 272-278.
- Pervin LA, John OP(1999). *Handbook of personality: Theory and research*. 2nd ed, New York, Uilford.
- Richter J, Schwarz M, Bauer B(2008). Personality characteristics determine health-related quality of life as an outcome indicator of geriatric inpatient rehabilitation. *Curr Gerontol Geriatr Res*, doi: 10.1155/2008/474618.
- Robinson RG, Kubos KL, Starr LB, et al(1984). Mood disorders in stroke patients. Importance of location of lesion. *Brain*, 107(Pt 1), 81-93.
- Schmitt DP, Allik J, McCrae RR, et al(2007). The geographic distribution of big five personality traits: patterns and profiles of human self-description across 56 nations. *J Cross Cult Psychol*, 38(2), 173-212.
- Steunenberg B, Braam AW, Beekman AT, et al(2009). Evidence for an association of the big five personality factors with recurrence of depressive symptoms in later life. *Int J Geriatr Psychiatry*, 24(12), 1470-1477.
- Stone J, Townend E, Kwan J, et al(2004). Personality change after stroke: some preliminary observations. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 75(12), 1708-1713.
- Storor DL, Byrne GJA(2006). Premorbid personality and depression following stroke. *Int Psychogeriatr*, 18, 457-469.
- Van De Ven MO, Engels RC(2011). Quality of life of adolescents with asthma: the role of personality, coping strategies, and symptom reporting. *J Psychosom Res*,

- 71(3), 166-173.
- Visser-Meily JM, Rhebergen ML, Rinkel GJ, et al(2009). Long-term health-related quality of life after aneurysmal subarachnoid hemorrhage relationship with psychological symptoms and personality characteristics. *Stroke*, 40(4), 1526-1529.
- WHOQOL group(1995). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med*, 41(10), 1403-1409.
- Williams LS, Weinberger M, Harris LE, et al(1999). Development of a stroke-specific quality of life scale. *Stroke*, 30(7), 1362-1369.
- Yoo TY, Kim MU(1997). The big five personality test: Development and criterion-related validation. *Korean J Ind Organ Psychol*, 10, 85-102.