

뇌졸중 노인을 위한 심리교육프로그램의 효과

경희대학교 생활과학부 아동가족전공

강 사 이 인 수

1. 서론

노인의 만성질환 중에서도 대표적 질환인 뇌졸중은 주요사망원인 중에서 신생물 다음으로 인구 10만 명당 123.2명의 높은 사망률을 나타내고 있으며(통계청, 2000), 뇌졸중의 발병률은 인구 1000명당 1.5명, 유병률은 인구 1000명당 5명으로 우리 나라에는 매년 6만명 이상의 뇌졸중 환자가 발생하며, 현재 약 20만명 이상의 뇌졸중 환자가 존재하고 있는 것으로 추정되고 있다(www.ghil.com 가천길병원). 특히, 연령이 높아질수록 증가하여 50대에서는 102~173.4명, 60대에는 304.1~539명, 70세 이상의 경우는 1010명으로 압도적으로 뇌혈관 질환으로 인한 사망률이 증가하는 것으로 나타났다. 노인층에서는 젊은 성인에 비해 10내지 20배정도 많이 발생하게 되므로 인구의 노령화에 따라서 뇌졸중은 그 중요성이 점점 증가하게 되었다

뇌졸중은 뇌혈관 장애로 인하여 인한 질환 및 사고의 총칭으로 뇌혈관에 순환장애가 일어나 갑자기 의식장애와 함께 신체의 편측에 마비를 일으키는 뇌혈관 질환이다. 뇌졸중 노인의 신체기능 손상은 노인에게 스트레스를 가중시켜 우울증을 유발하게 되고, 더 나아가 재활의 의지까지 박탈하게 되어 손상의 정도를 악화시킬 수도 있다. Ahlsio 등(1984)도 뇌졸중 환자 96명을 추적 조사한 결과 우울과 불안정도가 신체장애 만큼이나 기능 회복과 여생의 질적 생활에 큰 영향을 미친다는 것을 밝히고 뇌졸중 환자에게는 심리적인 치료가 필요함을 강조하고 있다(엄명용, 2000).

그러나 점점 늘어나는 노인인구에 대한 부양대책에 혹은 그들의 만성질환 치료에 급급한 상황에서, 실질적으로 노인의 정신적 건강 측면에까지는 그다지 관심을 두지 못한 것이 또한 우리의 실정이었다. 기존의 연구들이 뇌졸중의 유병은 만성적으로 오랜 질병생활을 해야만 하고 이러한 질환의 노인들이 거의(94.0%) 일상생활의 지장을 받으므로 누군가의 도움 없이는 생활이 어려운 점을 감안하여, 그 부양을 책임져야만 하는 가족들의 부양부담감이나 사회적 지원체계에 관한 연구(윤현숙 외, 2000;윤현숙 외, 2000;한경혜, 1998;박은숙, 1999;김경순, 1996;박명희, 1996)들이 대부분이었다. 정작 뇌졸중 노인을 대상으로 그들의 정신건강에 관한 연구(엄명용, 2000)는 극히 드물다. 특히, 뇌졸중 노인들이 경험하는 심리사회적 후유증에 대한 연구(이정아 외, 2000;김향우·오경자, 1996; 윤현숙 외, 2000)는 있으나 이를 감소시키기 위한 심리사회적 개입 및 효과성에 대한 연구는 거의 없는 실정이다. 엄명용(2000)의 연구는 뇌졸중 노인을 위한 회상그룹을 운영하고 사전사후 프로그램의 결과를 비교하고 있으나, 그 결과가 순수한 프로그램의 효과인지 성숙이나 치유에 의한 효과인지를 정확히 알기 어렵다는 한계가 있다.

본 연구의 목적은 뇌졸중 노인의 정신건강을 도모하고자 심리교육 프로그램을 개발하여 이를 실험 집단과 통제집단의 사전-사후 비교설계를 통해 그 효과성을 고찰하는데 있다. 나아가 이 심리교육 프로그램을 통해 같은 문제를 가진 내담자들간의 집단 역동성을 가지도록 하고, 서로 공감대를 형성하고 상호작용함으로써 질병에 대한 불안과 회한으로 인한 우울을 감소시키고 재활의지를 높일 수 있게 한다는 데에서 본 연구의 의의를 찾을 수 있다.

II. 이론적 배경

1. 뇌졸중 후 우울증

뇌졸중 후 후유증으로는 편마비나 언어장애, 지각장애 및 감각과 운동기능의 장애가 생겨 만성적 질환으로 가게 된다. 그 외에 인지 기능의 저하, 성격의 변화, 망상이나 환각과 같은 정신적 문제를 야기시키며 그 중에서도 가장 흔하게 나타나고 지속적으로 진행되는 것이 우울증이다. 특히, 발병 후 사회나 가정에서 자신의 위치에 대한 상실감을 느끼게 되고, 무력감, 당혹감, 수치심 및 자신과 주의 사람들에 대한 분노, 짜증, 답답함, 불안과 미안함 등의 감정이 복합적으로 나타나면서 우울증으로 이환되기 쉽다(이정아 외, 2000).

우울증은 뇌졸중 후의 신경학적, 신경 심리적 손상의 정도를 증폭시키고 재활을 방해하며 삶의 질을 저하시키는 등 뇌졸중 예후에 악영향을 미치기 때문에 이에 대한 치료의 필요성은 부연의 여지가 없다고 본다. 뇌졸중 후 우울증의 발생빈도는 조사에 따라 다소의 차이는 있으나 대략 30~60% 정도로 나타나고 있으며, 이는 DSM-IV의 주요우울증이나 기분부전장애와 거의 일치하는 다양한 우울증상을 나타낸다고 한다(박동희 외, 1995). 뇌졸중 후 우울증에 관한 선행연구를 보면, Morris 등(1990)은 우울증이 신체기능 상태 및 인지능력의 회복에 부정적인 영향을 미치며 우울증의 효과적인 치료가 뇌졸중 환자의 사회복귀에 많은 도움이 된다고 보고하였다. 그러나 뇌졸중 후의 우울증에 대한 인식율과 치료율이 10%에도 미치지 못함에 따라 재활 치료에 큰 문제점으로 지적되고 있다.

2. 뇌졸중 노인을 위한 심리교육 프로그램의 이론적 모델

1) 회상요법(remembrance therapy)

노년기의 위기인 통합과 절망간의 갈등을 성공적으로 해결하는 것은 과거를 되돌아보는 방식에 달려 있다(Erikson, 1982). 즉, 회상요법은 노인들로 하여금 노인들이 경험한 과거 사건들 중 긍정적이고 유쾌한 경험을 기억해 내어 다른 노인들과 이야기를 통해 나누게 함으로써(Fry, 1983), 자아존중감의 향상, 우울감의 극복, 생활의 활력 등을 도모하는 치료법이다. 이러한 회상요법은 과거의 즐거운 사건을 현재에 살리고 부정적인 사건에 대해서는 타당성을 부여하고 합리화하여 부정적인 정서를 극복하는데 도움이 된다(엄명용, 2000). 기존의 연구에서 진복수 등(2000)은 치매노인의 심리적 요인에 회상요법이 긍정적 효과가 있음을 입증하였고, 엄명용(2000)도 뇌졸중 노인을 대상으로 회상치료 후 우울증 감소에 효과가 있음을 밝히고 있다. 전반적으로 회상이 노인에게 치료적 효과가 있음을(전시자, 1989) 시사하고 있다.

회상의 내용을 여러 사람과 함께 나누는 과정을 통해 개인의 고통과 피로움이 공유되어 완화될 수 있다. 다시 말해, 들으려고 하는 사람이 있을 때 회상에 참여하는 사람 자신의 사고와 느낌을 표현할 수 있으며, 이를 통해서 자신이 떨쳐 버릴 수 없는 고통스러운 문제들을 재통합하고 재조직하고자 하는 의도를 가지고 자신의 인생을 회고할 수 있다(Butler, 1981). 따라서 본 심리교육의 모델로 회상요법은 뇌졸중 노인의 자아통정이나 자아성취감을 향상시키며 노인들로 하여금 무력감이나 불안을 극복하고 삶의 의미를 발견하도록 도와 줄 수 있는 것으로 보아 적용되었다.

2) 인지행동치료(cognitive behavior therapy)

우울한 노인들은 자신은 다른 사람의 관심을 받을 가치가 없다고 생각하여 사회적으로 고립되는 경향을 보이는데, 이때 가까운 사람들의 관심과 정서적 지지는 외로움을 달래고 자기 가치감을 회복하는데 도움을 줄 수 있다(이인수, 2001). 특히, 뇌졸중 노인들은 대부분이 '내 몸이 이렇게 병신이 되어서...' 아무 것도 할 수 없고 타인에게 의존해야 하는 자신에 대해 부정적 시각을 갖고 있다. 인지치료

는 뇌졸중 노인들이 자신을 우울하게 만드는 현실 왜곡적인 부정적 사고를 자각하여 보다 합리적인 사고로 대체함으로써 현실에 효과적으로 적응하는 능력을 키우게 된다 (원호택 외, 2000).

긍정적 경험을 체험하고 평가하기, 긍정적 미래를 소망해 보는 것, 점진적인 과제를 수행하는 등의 활동 등은 인지적인 변화뿐만 아니라 내담자의 부적응적 행동을 변화시키기 위한 행동적 기법이므로 (권석만, 2000), 본 연구에서 이와 같은 인지행동적 치료모델이 뇌졸중 노인을 위한 집단개입의 모델의 기초적 토대로 이용되었다.

III. 연구방법

1. 연구설계

본 연구는 뇌졸중 노인을 대상으로 하여 실험집단과 통제집단으로 무작위 할당하였고, 이들을 사전 사후 비교설계를 하였다. 심리교육 집단프로그램을 시작하기 전에 주간보호실에서 사전 측정하였고, 8 회기의 프로그램을 마친 뒤 2주 후에 통제집단, 실험집단에 대해 사후 측정을 하였다.

2. 연구대상

연구대상자들은 서울시 A 노인종합복지관에서 주간보호서비스(day-care services)를 받고 있는 뇌졸중 노인들로서 각 실험집단과 통제집단은 총 26 명의 뇌졸중 노인 중에서 체계적 무선표집(systematic random sampling)에 의해 각각 13명씩 배정되었다. 프로그램을 실시하고 사전 사후 측정 결과 설문지 작성에 불완전한 노인과 2회 이상 프로그램에 불참한 노인을 제외하여 최종 분석대상에 포함된 노인은 실험집단 12명과 통제집단 12명으로 되었다.

3. 심리교육 프로그램의 내용과 과정

본 연구에서 진행한 뇌졸중 노인을 위한 심리교육 프로그램의 내용은 상기의 이론적 모델에 근거하여 다음 < 표 1 >과 같이 구성되었다. 실험집단을 대상으로 하는 프로그램은 대상자의 신체적 불편의 정도를 고려하여 매 주 회기당 1 시간씩 진행되어 2001년 3월 8일부터 총 8 주간 이루어졌다. 본 연구에서 뇌졸중 노인을 위한 심리교육은 집단으로 이루어지고 있다. 집단적 교육이나 심리치료는 뇌졸중 노인들이 정신건강 전문가를 찾는다는 것이 현실적으로 용이하지 않는다는 점을 고려할 때, 집단에서의 동료로부터 지지를 받을 수 있으며 같은 문제를 가진 집단원들과의 상호작용을 통해 현실에 대한 공감적 수용을 할 수 있다는 점에서 효과적이라 할 수 있다.

4. 측정도구

본 연구에서 뇌졸중 노인을 위한 심리교육의 집단개입의 효과성을 알아보기 위한 측정도구로는 Beck Depression Inventory (BDI)로 한홍무 등이 번역하여 표준화하고, 신뢰도와 타당도가 잘 수립된 BDI 한국판을 사용하였다. BDI에서 나타난 우울의 정도는 9점 이하의 우울이 없고, 10점-15점은 경우울증, 16-23점은 우울증, 24-63점은 중우울증으로 나타난다. 본 연구에서는 연구 대상과 무관한 질문 1문항을 제외한 총 20문항이 사용되었으므로 이에 대한 해석에 있어서 다소 차이가 있다. 본 연구에서 BDI에 대한 신뢰도 검증결과 Cronbach' α 값은 0.88로 나타났다.

5. 분석방법

본 연구에서 수집된 자료는 SPSS 통계 Package Program Window용을 이용하여 분석하였다. 각 항목에 대한 빈도와 백분율, 평균값과 실험집단과 통제집단간 노인들의 우울증상이 프로그램 실시전과 후에 의미 있는 변화가 있는지를 검증하기 위해 paired t-test와 공변량분석(Analysis of Covariance) 과, Mann-Whitney U 검증을 실시하였다.

IV. 연구결과 및 해석

1. 연구대상자의 일반적 특성

본 연구 대상의 일반적 특성은 성별로 보면, 남자 뇌졸중 노인이 13명으로 54.1%를 차지하고, 여성은 11명으로 45.8%로 나타났다. 연령은 60세에서 85세이상까지 연소노인에서 초고령노인에 이르기까지 다양하게 나타났으며, 전체적으로는 65세에서 69세에 이르는 노인이 가장 많은(29.1%) 것으로 나타났다. 대상자의 교육수준을 보면, 무학과 초등학교 졸업 이하는 37.5%, 중졸도 초등졸업과 같은 비율(37.5%)로 나타났고, 대졸이상의 교육수준을 가진 노인도 12.5%를 차지했다. 병력은 뇌경색이 반 수 이상을 차지하며, 나머지는 뇌출혈로 나타났다. 노인들의 유병기간은 3개월에서 22년에 이르기까지 다양하게 나타났다.

2. 심리교육 프로그램이 뇌졸중 노인의 우울에 미친 효과

<표 1> 뇌졸중 노인을 위한 심리교육 프로그램의 내용

회기	주 제	목 표	내 용
1	나는 이런 사람입니다	Rapport 형성과 프로그램에 대한 이해 도모	<ul style="list-style-type: none"> • 프로그램의 성격, 절차와 과정, 소개 • 집단의 규칙(confidentiality & 경청)에 관한 이해. • 집단간의 친밀감을 도모하기 위해 집단에 각자 자기 소개를 하도록 함.
2	그때는 참 좋았어!	회상을 통한 긍정적 자아존감 회복	<ul style="list-style-type: none"> • 노인들의 정보저장의 약화로 집단규칙에 대한 상기 필요. • 과거의 상황 특히, 자아존중감을 높이고 즐거움을 제공하는 정보적 회상을 유도함.
3	'지금-여기에서의 나'	자기감정 표출과 타인과 공유하기	<ul style="list-style-type: none"> • 집단 내 응집력을 도모할 수 있는 시기로 전환하므로 집단 내에서 감정이 입과 지지를 도모하기 위해 자신의 감정을 표출하고 공유하도록 함. • 자신의 감정에 대한 척도질문 활용. • 지금-여기에 초점을 둠. • 집단에 저항하는 집단원의 자기문제에 직면하도록 함.
4	화가 날 때는...	분노조절을 위한 긴장관리 I	<ul style="list-style-type: none"> • 집단원의 분노표출 방법에 대해 공유. • 집단의 sharing을 통해 분노표출 방법의 공통점 찾기. • 자신의 분노 조절 방법에 대해 인지하는 과제 부여.
5	이렇게 해보면 어떨까요?	분노조절을 위한 긴장관리II - 자아통제감 회복 -	<ul style="list-style-type: none"> • 과제에 대한 feedback 주기 • 분노를 조절하는 효율적 방법 교육. • 호흡조절기법, 점진적 근육이완기법, 상상적 명상기법 등을 훈련. • 자신을 스스로 통제할 수 있음을 경험하도록 함.
6	우리도 소설가!	인지능력 향상과 집단의 응집력 도모	<ul style="list-style-type: none"> • story making을 통한 인지능력 향상. • 집단원이 함께 한 이야기를 완성함으로써 자신감 회복과 집단의 응집력 향상.
7	나의 가족에게	의미있는 타자에게 내적 감정 표출	<ul style="list-style-type: none"> • 가족관계나 대인관계상 나타나는 문제에 해결방안 모색하기. • 가족관계나 대인관계에서 나타나는 양가감정을 표출하고 해소하기. • 의사소통의 방법을 토의하고 '빈의자 기법'을 통해 효율적인 의사소통방법의 연습. • 사회적 지지의 중요성 인식하기.
8	새로운 나의 발견	긍정적 미래 소망하기	<ul style="list-style-type: none"> • 생애라인(life-line) 작성하여 자신의 삶 통찰하기. • 새롭게 발견한 자신의 모습에 대한 공유. • 자신의 장 단기 목표를 설정하고 이를 공유 • 프로그램에 대한 평가와 제언.

1) 우울에 있어서 실험집단, 통제집단의 동질성 검증

실험집단과 통제집단의 우울에 있어서 프로그램의 집단개입 이전에 두 집단이 동질한 집단인지를 알아보기 위해 Mann-Whitney의 동질성 검증을 실시하였다. 검증 결과, 다음 <표 2>에서 나타난 바와 같이, 실험집단과 통제집단은 유의한 차이가 나타나지 않아 두 집단의 모집단은 동일한 집단인 것으로 판단된다.

<표 2> 실험집단, 통제집단의 우울에 있어서 Mann-Whitney 검증

	N	Mean Rank	Sum of Ranks	Z	P
실험집단	12	16.58	189.50	-1.523	.69
통제집단	12	17.33	220.40		

2) 심리교육 프로그램이 우울에 미치는 효과

두 집단의 평균의 차이를 심리교육 프로그램의 효과에 의하여 두 집단의 차이가 나는 것인지 아니면 다른 외적인 요소에 의한 것인지에 대해 알 수 없다. 따라서 본 연구에서는 공변량분석(Analysis of Covariance)을 실시하였는데, 이는 프로그램 실시 이외의 다른 외생변수들이 종속변인에 영향을 주는 것을 통제함으로써 주어진 독립변인의 순수한 영향을 측정하는데 목적이 있다. 사전에 두 집단에 영향을 미치는 외생변수를 통계적으로 통제한 후 프로그램의 실시 이후 두 집단의 우울정도를 측정하는 공변량분석 결과 유의미한 차이를 나타냈다.

<표 3> 우울에 있어서의 공변량분석

	LS Mean	SD	F	P
실험집단	14.28	1.72	5.37	0.0112*
통제집단	16.49	1.98		

결과적으로, 심리교육이 뇌졸중 노인의 우울에 어떠한 영향을 미치는지를 살펴보기 위해 실험집단과 통제집단의 사후 우울증 점수에 대한 공변량 분석결과, 실험집단이 프로그램 사후 우울증 정도가 통제집단보다 낮은 것으로 나타났다. 즉, 실험집단은 우울의 정도가 14.28 점으로 통제집단의 16.49보다 훨씬 낮게 나타나 심리교육이 뇌졸중 노인의 우울 증상을 감소시키는데 효과가 있음을 알 수 있다.

한편으로 프로그램이 우울에 어떤 영향을 미치는지를 보기 위해 실험, 통제집단간의 사전-사후 Beck Depression Inventory 점수에 대해 paired t-test를 실시한 결과 <표 4>에서와 같이 두 집단간에 유의미한 차이가 나타났다. 즉 통제집단의 경우에는 사전 17.28에서 사후 16.59로 약간 감소하긴 하였지만 유의미한 변화는 보이지 않았고(p= .18), 실험집단의 경우에는 BDI점수가 프로그램 실시 이전에는 16.91이었으나 8주 후 프로그램이 종료된 다음에는 14.40으로 유의미하게(p= .015) 감소하여, 집단개입이 뇌졸중 노인들의 우울을 낮추는데 효과가 있는 것으로 나타났다.

<표 4> 실험집단, 통제집단의 우울증 사전사후 paired t-test

BDI 점수	실험집단					통제집단				
	N	Mean	SD	t값	P	N	Mean	SD	t값	P
사전	12	16.91	7.02	-2.76	0.015*	12	17.28	8.17	-1.40	0.18
사후	12	14.40	6.67			12	16.59	7.35		

*p< .05

V. 결론 및 논의

본 연구는 고령사회로 진입할수록 장기요양보호의 노인인구는 계속해서 증가하게 되고, 만성질환의 노인 중 우리 나라에서 가장 발병율이 높은 뇌혈관 질환 즉, 뇌졸중 노인을 대상으로 8주간의 심리교육 프로그램을 시행하였고, 그 효과성을 비교·분석하고자 하였다. 본 연구에서는 뇌졸중 노인의 심리적 불안과 퇴행, 그리고 우울이 신체적 기능상실이상으로 그들의 건강회복에 중요한 영향을 미치는 것으로 생각되어, 뇌졸중 노인의 정신건강을 도모하고자 나아가 이들을 수발하는 가족의 정서적 부담감을 감소하고자 심리교육으로 이들 집단에 대한 위기개입을 하고자 하였다. 결론적으로, 뇌졸중 노인을 위한 심리교육 프로그램은 뇌졸중 노인의 발병 후 나타나는 우울증을 감소시키는데 효과적인 것으로 나타났다. 즉, BDI를 통해 측정된 우울 점수에 대한 공변량분석이나 종속 t-검증 결과, 집단의 개입 전후 우울 정도는 통계적으로 유의한 차이를 나타내 본 프로그램이 같은 문제를 가진 내담자들간의 집단 역동성을 통해 질병에 대한 불안과 회한으로 인한 우울감을 감소시키고 재활의지를 높일 수 있다는 데에 효과적이라고 할 수 있다. 한편, 건강한 다른 노인집단에 비해 자신의 문제를 노출하는 어려움 때문에 집단치료의 비구조화된 특성보다는 집단상담의 구조화된 프로그램이 효과적이라는 이인수(2001)의 지적처럼, 구조화된 심리교육의 집단프로그램이 효율적인 것으로 보인다.

본 연구의 결과를 일반화하는 데에는 다음과 같은 한계가 있으므로 이를 고려하여 차후 연구를 위한 제언을 하고자 한다. 첫째, 본 연구는 뇌졸중 노인을 보호하는 한 기관의 노인들을 대상으로 하였고, 표본의 크기가 작아 보다 광범위한 표본이 필요하다. 둘째, 본 연구에서 실험집단과 통제집단의 BDI의 평균은 사전-사후 14.40에서 17.33의 범위로 나타나고 있다. BDI 해석상 우울의 정도가 중증은 아닌 것이라 할 수 있는데, 이는 본 연구의 대상자들이 평균적으로 13.4년의 유병생활로 인해 우울이 어느 정도 퇴색화 된 결과가 아닌가 사료된다. 따라서, 뇌졸중 후 우울증에 대한 치료적 개입은 뇌졸중 발병 이후 시기적 통제가 필요하다고 하겠다. 셋째, 심리교육 프로그램의 효과성을 검증하는 데 있어서 이들을 수발하는 가족으로부터의 평가나 시설의 수발자 즉, 사회복지사나 의료진으로부터의 프로그램의 처치 사전사후 평가를 함께 병행한다면, 보다 객관적인 효과성 검증을 할 수 있을 것으로 사료된다. 그러나, 본 연구를 통해 뇌졸중 노인을 위한 심리교육의 효과를 실험설계를 통해 검증할 수 있었고, 향후 뇌졸중 노인에 대한 심리사회적 개입을 적용하는 연구에 기초적 토대로 사용될 수 있다는 데에 의의가 있다고 하겠다.

【참고문헌】

- 김미혜·이금룡·정순돌(2000). 노년기 우울증 원인에 대한 경로분석. *한국노년학*, 20(3), 211-226.
- 김미혜·정순돌·이금룡(2001). 재가노인의 우울증 예방 프로그램 개발과 효과성 연구. *한국사회복지학*, 44(3), 318-345.
- 김태현·전길량(1996). 치매노인 가족을 위한 교육프로그램 개발에 관한 연구. *한국가정관리학회지*, 14(2), 77-95.
- 김향구·오경자(1996). 뇌졸중 후의 우울증. *한국심리학회지:임상*, 15(1), 217-234.
- 권석만(2000). *우울증*. 서울:학지사.
- 권석만·민병배(2000). *노년기 정신장애*. 서울:학지사.
- 박동희·연병길·석재호(1995). 뇌졸중 우울증에서 병변 부위에 따른 우울증의 정도와 Dexa-methasone 억제 차이. *신경정신의학*, 34, 139-145.
- 박영춘(1985). 뇌졸중의 임상적 진단. *대한의학협회지*, 23(4), 303-308.
- 박원경(1988). 뇌졸중으로 인한 편마비환자가 자각한 스트레스와 우울에 관한 연구. 이화여대 대학원.

- 엄명용(2000). 뇌졸중 노인을 위한 회상 그룹 운영과 평가. *한국노년학*, 20(1), 21-35.
- 원호택 외 공역(2000). *우울증의 인지치료*. 서울:학지사.
- 윤현숙·차홍봉·조양순(2000). 뇌졸중 노인 부양가족의 부양부담과 우울에 미치는 영향 요인에 관한 연구. *한국노년학*, 20(2), 137-153.
- 이정아·이재혁·임승만·박상동(2000). 뇌졸중후 우울증과 일상생활 수행능력과의 상관관계. *동의신경정신과 학회지*, 11(2), 149-154.
- 이인구·한혜영·김희상·나영설·안경희(1995). 뇌졸중 환자의 정서장애. *대한재활의학회지*, 12(1), 33-38.
- 이인수(2001). 뇌졸중 노인을 위한 집단상담 사례연구. *노인복지연구*, 12호, 209-227.
- 전시자(1989). 회상의 내용분석 및 간호적용에 관한 연구-일 양로원 노인을 중심으로. *한국노년학*, 9, 92-109.
- 진복수·전미연(2000). 집단회상요법이 치매노인의 심리적 요인에 미치는 영향. *한국노년학*, 20(1), 183-194.
- Ahlsio, B., & Britton, M., Murray, V., & Theorell, T. (1984). Disablement and quality of life after stroke. *Stroke*, 15(5), 886-890.
- Corey, M. S., & Corey, G.(2000), *Groups: process and practice*, NY:Brooks/Cole Pub.
- Erickson, E. (1982), *The life cycle completed*. New York: W. W. Norton & Co.
- Fry, P. S. (1983), Structured and unstructured reminiscence training and depression among the elderly, *Clinical Gerontologist*, 1, 15-37.
- Link, A. L.(1997), *Group work with elders*. Florida: Professional Resource Press.
- Morris, P. P. L., Robinson, R. G., Raphael, B(1990). Prevalence and course of depressive disorders in hospitalized stroke patients. *International Journal Psychiatry in Medicine*, 20(4), 349-364.