KJFP
https://doi.org/10.21215/kjfp.2021.11.2.90
eISSN 2233-9116
Korean J Fam Pract. 2021;11(2):90-96

Review Article

Korean Journal of Family Practice

# 일차의료에서 스트레스 관리

이언숙*
인제대학교 의과대학 일산백병원 가정의학교실

# Psychological Stress Management in Primary Care

Eon Sook Lee*
*Department of Family Medicine, Ilsan Paik Hospital, Inje University College of Medicine, Goyang, Korea*

Counseling patients regarding lifestyle modification and psychosocial problem is a fundamental competency for primary care physicians. Primary care physicians play an important role in early detection and management of psychological stress because they provide first contact of care for new health problem and continuity of care. Proper management of psychological stress in primary care setting is also important to promote quality of life and prevent chronic disease such as depression, anxiety, and cardiovascular disease. Psychological stress is associated with detrimental health behaviors such smoking or drinking alcohol. So, there is growing need for systemic evaluation as well as professional stress management by primary care physician among patients with morbidity associated with psychological stress. Brief cognitive behavioral therapy in primary care setting is a well-known method to reduce psychological stress, depression, and anxiety. However, timely management of psychological stress is possible when experienced primary care physicians will keep in mind and pay attention on the psychological problem of the patients.

**Keywords:** *Psychological Stress; Therapy; Primary Care; Cardiovascular Disease*

## 서 론

외부적 또는 내부적 스트레스 요인에 대해 항상성을 유지하기 위해 심리적, 신체적 변화를 보이는데, 이때 스트레스를 유발하는 스트레스 요인과 스트레스로 인한 반응 모두를 스트레스라고 한다. 스트레스에 대한 기전에 대한 연구에서 지속적인 스트레스 요인이 발생하면 시상하부-뇌하수체-부신 축과 교감신경계가 항진되고 이로 인해 다양한 신체적, 심리적 반응이 생긴다고 보고하였다. 현대 사회에서 지속적으로 발생하는 만성 스트레스 요인이 증가하면서 이에 의한 영향 때문에 만성 스트레스와 관련된 질환들이 증가하고 있다. 국민건강 영양조사 자료에 의하면 한국인의 약 30%가 스트레스를 많이 받는다고 응답하였고 경제적 문제, 직장 문제, 가족 내 갈등이 원인이라고 하였다.[1] 현대인에게 스트레스는 건강을 위협하는 되기도 하지만 스트레스가 없는 상황도 오히려 질병이 증가할 수 있어서 적당한 스트레스가 건강유지에 필요하다. 적절한 스트레스의 정도는 개인적인 차이가 큰데 이는 스트레스가 건강에 미치는 영향의 정도와 이를 극복해 내는 회복력(resilience)은 개인에 따라 차이가 있기 때문이다.[2] 최근 스트레스가 건강에 미치는 영향에 대한 연구와 더불어 회복력에 대한 연구도 계속되고 있다.

일차의료 특성은 진료 접근의 용이성과 진료 내용의 포괄성인데, 따라서 일차의료 의사는 흉통, 피로, 어지럼증, 두통, 부종, 허리통증, 숨참, 수면장애, 복통 등 다양한 증상을 호소하는 환자를 만나게 될 기회가 많다. 일차 의료 의사가 흔하게 만나게 되는 증상의 15% 미만이 기저질환으로 인해 나타나지만, 그 외 증상은 심리적인

**Received** August 31, 2020 **Accepted** March 26, 2021
**Corresponding author** Eon Sook Lee
Tel: +82-31-910-7115, Fax: +82-31-910-7024
E-mail: leejeny@paik.ac.kr
ORCID: https://orcid.org/0000-0002-6148-2512

Copyright © 2021 The Korean Academy of Family Medicine
This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0) which permits unrestricted noncommercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

원인으로 나타나거나 악화되는 경우가 많다.[3] 또한 스트레스가 일상생활에 흔히 나타나고 건강에 미치는 영향이 크지만, 일반적으로 스트레스 관리의 경험이 부족하거나 감당하기 어려운 정도의 큰 스트레스가 왔을 때 일차의료 의사의 도움이 필요하다. 일차의료 의사는 오랫동안 환자를 지켜봐 왔기 때문에 증상의 변화를 잘 파악할 수 있고, 환자와 좋은 관계를 유지하여 남에게 드러내기 어려운 문제도 접근할 수 있는 의료진일 가능성이 높아서 의료진에 의한 전문적 스트레스 관리를 시작하기에 적합하다.

## 본 론

### 1. 스트레스와 관련된 임상적 문제

스트레스에 노출되어 있는 경우 그 자체만으로도 다양한 형태의 증상을 호소하기도 한다. 가슴 두근거림, 피로감, 소화불량 등이 스트레스 반응으로 알려진 대표적인 증상이다. 스트레스 반응으로 증상을 호소할 때 한 계통의 증상만 나타나지 않고 가슴 통증, 복통, 소화불량, 두통, 피로감, 불면 등 다양한 계통의 증상을 한꺼번에 보이는 경우가 많다.[4] 여러 계통의 증상을 한꺼번에 호소할 때 스트레스 증상인지 의심해보아야 한다.

만성 스트레스와 연관성을 보이는 질환은 우울, 불안 등의 정동장애[5]와 긴장성 두통,[6] 과민성 대장염,[7] 기능성 위장장애 등이다. 비만, 대사증후군, 심혈관질환[8] 등도 스트레스와 연관된 대표적인 질환인데, 스트레스와의 직접적 연관성 이외에도 음주, 흡연 등 생활습관 변화와 고혈압, 당뇨병의 관리 부족 등 만성질환의 악화를 통한 간접적인 연관성을 보일 수 있다. 외래 진료에서 환자에게 스트레스 관련된 질병이 발생하거나 악화되는 경우 스트레스 사건과 연관되어 있는지 파악하는 것이 필요하다.

#### 1) 정서 장애

우울감, 불안감이 스트레스 반응으로 나타나기도 하지만 스트레스와 주요 우울증, 불안증 등 정서적 문제와의 연관성에 대해 여러 연구에서 지속적으로 보고하고 있다. 최근 장기간 추적 조사연구에서도 직무 스트레스가 높은 경우와[9,10] 생활사건 스트레스가 높을 경우[5] 우울증의 발생 위험이 높았다고 하였다. 스트레스는 노출된 시기와 노출 강도에 따라 우울증 발생에도 차이를 보였고 우울감과 불안감의 정도, 정서장애의 재발, 약물 치료에 대한 반응에서도 차이를 보였다. 최근 발생한 생활사건 스트레스일수록 우울증상의 발생과 연관성이 높았다. 개인이 가지고 있는 대응능력이나 탄력성은[11] 스트레스에 대한 영향을 감소시키는데, 한 연구에서 직무 스트레스가 있더라도 본인이 가지고 있는 사회적 지지체계가 좋은 경우 스트레스 반응이 감소하고 정서적 문제의 발생이 감소함을 보여주었다.[12] 따라서 스트레스 요인과 스트레스 반응에 대한 평가뿐 아니라 스트레스 반응감수성, 스트레스 대응능력 및 사회적 지지체계 등에 대해서도 같이 파악하는 것이 필요하다. 우울증, 불안증이 스트레스 반응에 동반되어 있다면 이를 치료하기 위한 약물 치료를 같이 고려해야 한다.

#### 2) 심혈관 질환

일반적으로 심리적 스트레스는 심혈관 질환과의 관련성이 잘 알려져 있다. 2004년 52개국에서 진행된 대규모 연구(INTERHEART study)에서 장기간 지속되는 직무 스트레스, 가족 스트레스가 있는 경우 심혈관질환의 위험도가 각각 2.14배, 2.12배 높다고 보고하여 스트레스와 심혈관질환 사이에 역학적인 인과관계가 있음을 증명하였다.[8] 이 연구는 다국적 전향적 연구로 심리적 스트레스의 문화적, 환경적 차이와 심혈관질환 발생의 인종적 차이가 있음에도 불구하고 심리적 스트레스와 심혈관질환과의 인과관계를 보여준 연구이다. 스트레스와 심혈관질환의 연관성을 설명하는 가설은 다음과 같다. 스트레스가 있을 때 시상하부-뇌하수체-부신 축과 교감신경계 항진이 발생하면서, 심박동 항진 및 말초혈관 수축이 발생하고 단기적으로 심혈관계에 영향을 준다. 장기간 직무 스트레스에 노출되면 혈중 코티솔이 증가하고 심박변이도(heart rate variability)가 감소하여 자율 신경계에 영향을 주어 심장에 장기간 영향을 주게 되어 심혈관질환으로 진행할 수 있다.[13]

Rozanski 등[14]은 심리적 문제를 심혈관 질환과 연계하여 설명하였다. 정서적 문제와 만성 스트레스가 심혈관질환의 위험을 높이는 것으로 알려져 있다. 우울증, 불안감, 적개심 및 분노 등 정서적 문제들이 심혈관 질환의 위험을 높이고, 직무 스트레스, 결혼 스트레스, 사회적 지지의 결핍 등 만성 스트레스 역시 심혈관 질환의 이환과 사망률을 증가시킨다(Figure 1). 만성 스트레스가 우울증, 비만, 대사증후군 등과 연관성을 보이며 이로 인해 심혈관 질환의 위험을 높이는 것으로 알려져 있다.[15] 심혈관 질환이 발생한 환자에서 우울감과 스트레스 증상의 발생이 높은 것이 잘 알려져 있는데 이로 인해 장기 예후에 영향을 미치기 때문에[16] 스트레스를 평가하고 관리해 주는 것이 필요하다(Figure 2).

#### 3) 고혈압, 당뇨병

단독으로 심혈관 질환의 위험 요인으로 알려진 만성 스트레스는 심혈관질환의 대표적인 원인질환인 고혈압, 당뇨병과도 연관성을 보였다. Coronary Artery Risk Development in Young Adults (CARDIA) 연구에서는 직무 스트레스가 높은 군에서 고혈압 환자 발생이 증가

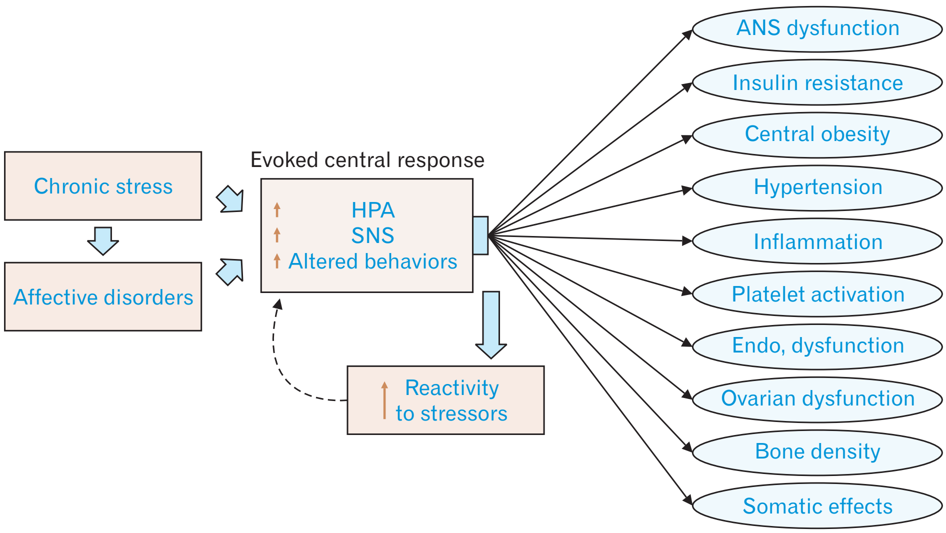


Figure 1. Pathophysiologic mechanisms by which chronic stress and affective disorders, such as depression, appear to promote atherosclerosis. Adapted from the article of Rozanski A et al. (J Am Coll Cardiol 2005; 45: 637-51).[14]

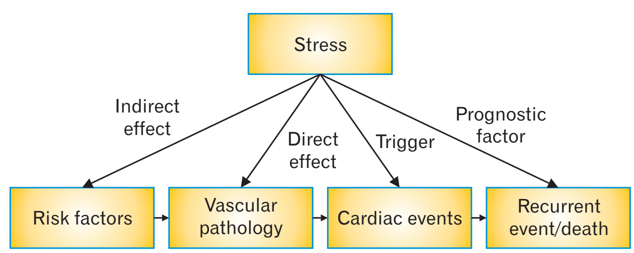


Figure 2. The stress as a risk factor of cardiovascular disease morbidity and mortality. Adapted from the article of Steptoe A et al. (Annu Rev Public Health. 2013; 34: 337-54).[16]

하였고,[17] 이완요법 등 스트레스 관리만으로 혈압을 감소시킬 수 있음이 입증되어 고혈압 치료에 스트레스 관리가 필요함을 보여주었다. 제2형 당뇨병이 있을 때 당뇨병 디스트레스(diabetes distress)가 발생하면[18] 당화혈색소 조절이 잘 되지 않기 때문에 당뇨병 치료에서 적절한 사회적 지지를 권고하고 있다.[19] 스트레스는 제1형, 제2형 당뇨병의 발생 및 악화와 연관성이 있고 스트레스에 의한 시상하부-뇌하수체-부신 축의 항진 때문에 발생하는 것으로 알려져 있어서,[20,21] 당뇨병 환자에서 스트레스 평가가 포함되어야 한다.[22] 한 메타분석 결과 제2형 당뇨병에서 교육, 운동, 인지치료, 문제해결능력 향상 등 심리적 치료하는 것이 대조군에 비해 장기 혈당관리에 도움이 되었다.[23] 당뇨병 환자에서 심리적 문제에 대한 스크리닝 검사를 하고 당뇨병에 대한 태도를 평가하고, 우울증, 불안증, 식이장애 등이 있는지 파악하도록 권고하였다.

4) 건강생활습관

만성 스트레스가 있을 때 흡연, 음주 등 생활습관이 나빠지게 되는데 이런 생활습관의 변화는 만성 스트레스와 심혈관질환의 연관성에 양방향으로 영향을 미친다. Finnish Public Sector 연구에서[24,25] 직무 스트레스를 호소하는 경우 흡연량이 더 많았고, 직무 스트레스가 높은 경우 금연하기 어려워하여 직무 스트레스와 흡연의 상관관계를 보여주었다. 스트레스와 알코올 중독과의 연관성에 대해서 서로 양방향의 연관성을 보이는데 스트레스, 우울감 등이 알코올 노출을 유발하지만 알코올 중독으로 금단증상이 스트레스 요인으로 작용하기도 한다.[26] 심리적 스트레스와 비만과의 연관성을 잘 알려져 있다. 여러 연구에서 심리적 스트레스가 높은 경우 체중 증가[27]를 보고하고 있다. 스트레스는 체중 증가와 연관성을 보이지만 다른 경우 체중 감소를 보이기도 해서 동일한 스트레스에 전혀 다른 신체적 반응을 보였는데, 이는 스트레스에 대한 식욕반응의 차이 때문이다.[28] 장기간 스트레스가 우울 증상을 유발하여 체중 변화를 일으키기도 하므로 숨겨져 있는 정서장애가 있을 가능성을 고려해야 한다. 또한 좌식 생활, 영양 불균형 등이 심리적 스트레스에 의해 발생한다는 연구도 있다. 일차의료 의사는 비만, 흡연, 음주 등 나쁜 생활습관에 대한 실제적 관리법에 익숙한 편이지만 심리적 스트레스를 찾아내고 정서적 문제의 관리에 대해서 익숙하지 않은 경우가 많다. 따라서 흔한 만성질환과 나쁜 생활습관이 확인되면 심리적 스트레스를 찾아내고 스트레스 관리 방법에 익숙해질 필요가 있다.

## 2. 일차의료에서 스트레스 평가

심리적 스트레스 평가를 위해서 일차의료 의사가 환자의 심리적 문제 평가를 기본 평가에 포함하는 것이 좋다. 또한 다양한 계통에 동시에 증상이 나타나거나 처음으로 만성질환이 진단되거나 악화될 때 스트레스 평가를 하는 것이 좋다. 항상 환자의 스트레스 상태

에 대해 관심을 가지고 물어보는 것이 중요하다.

1) 환자에게 직접 질문하여 스트레스를 파악한다.

환자가 호소하는 증상이 스트레스 증상으로 의심되는 경우 이와 관련된 사건이 있는지 파악하는 것이 필요하다. 가장 중요한 직장 및 가족 내 스트레스가 있는지 꼭 확인해야 한다. 환자 본인이 스트레스를 인지하지 못하는 경우가 많은데 최근 발생한 증상과 함께 비슷한 시기에 발생한 사건에 대해 구체적으로 묻고 시간적 선후 관계를 봐서 파악해야 한다.[29] 스트레스를 파악하기 위해 사용하는 스크리닝 방법으로 Perceived Stress Scale, Global Assessment of Recent Stress Scale, Daily Life Experience checklist, Perceived Stress Questionnaire, 국내에서 번역되어 사용되고 있는 짧은 문항인 Brief Encounter Psychosocial Instrument-Korean version (BEPSI-K), 국내에서 개발된 Perceived Stress Inventory[30] 등 다양한 스트레스 설문이 있지만[31] 설문이 환자의 스트레스를 구체적으로 파악하기 어렵고 문항 수가 많아서 환자들이 어려워하기 때문에 외래 환자에게 적합하지 않다. 설문에 사회나 문화 환경에 따라 다른 반응을 보여[32] 공통으로 사용하는 대표적인 스트레스 설문이 부족하여 외래 환자의 스트레스를 인터뷰로 파악하는 것이 적합하다. 개인이 느끼는 스트레스는 스트레스 요인에 대한 개인적 감수성이 다양하기 때문에 인터뷰로 개인적 감수성에 대한 정보를 얻는 것도 필요하다.

2) 스트레스에 대한 효율적 인터뷰 방식

인터뷰의 시작으로 심리적 문제에 대한 평가의 중요성에 대해 환자에게 설명하고 스트레스에 대한 개방형 질문을 한다.[29] 짧은 진료 시간에 인터뷰가 이루어지므로 개방형 질문으로 인터뷰를 시작하여 효율적으로 시간 활용을 해야 한다. 스트레스 평가를 시작할 때 “당신에게 어떤 문제가 생겼다고 생각하나요?”로 먼저 묻는다. “스트레스가 있는 사람에게서 당신과 유사한 증상을 많이 봤어요. 혹시 당신에게 어떤 일이 있었나요?”라고 물어서 스트레스 평가가 필요함을 인지하도록 한다. 다음으로 “당신 가족에게 스트레스가 없었나요?”, “혹시 당신에게 감당하기 어려운 일이 있었나요?”라고 물어 단계적으로 평가해야 한다. 스트레스 증상이 나타나기 시작할 때의 상황에 대해 물어 관련된 생활사건이 있었는지 파악하면 스트레스 요인을 구체적으로 알 수 있다.[29] 직장, 가정 내 스트레스가 있는지 묻고, 피로, 수면 장애, 우울, 불안, 화 등의 증상이 있는지 묻는다. 자신의 스트레스에 대해 잘 이야기하는 사람이 있는 반면 스트레스가 많으냐고 물으면 “스트레스는 누구나 다 있는 것이 아니냐?”고 자신의 증상이 스트레스에 의한 것이 아니라고 회피하는 경우가 있다. 이때 의사가 증상과 스트레스와의 연관성을 강조하는 것보다 스스로 증상을 관찰하도록 하여 다음 외래 방문에 연관성을 물어보면 스스로 스트레스에 대한 인지 상태가 좋아지는 경우가 있다.

3) 스트레스에 대한 객관적 평가

때로는 스트레스를 객관적 방법으로 측정하여 환자에게 보여주는 것이 필요하다. 결과를 보여줄 수 있는 심박동수 변이(heart rate variability),[33] 코티솔 검사(타액, 혈액, 소변),[34] 설문[31] 등 객관적인 스트레스 평가 방법을 사용할 수 있다. 설문은 설문 문항이 많아서 환자들이 완성하기 어려워하고, 심박동수 변이와 코티솔 검사법은 변이가 크고 나이, 다른 질환 등 여러 요인의 영향을 받아서 스트레스 평가에 제한점이 있기 때문에 보조적 도구로 사용하면 유용하다. 모든 객관적인 평가들이 혈당검사처럼 당뇨병 진단을 위한 결정점(cut-off point)이 없기 때문에 결과 해석의 한계에 대해 설명하고 환자의 호소하는 증상과의 연관성을 설명해 주는 것이 좋다.

4) 정서장애에 대한 평가

스트레스와 함께 우울, 불안 등 정서장애가 있는지 확인하는 것이 중요하다. 스트레스 증상으로 우울감, 불안감이 나타나기도 하지만, 스트레스가 장기간 지속되면 특히 우울증,[35] 불안증[5] 등의 정서적 문제가 동반된다. 장기간 추적 조사연구에서 직무 스트레스가 높은 그룹에서 우울증의 발생 위험이 높다고 보고되고 있다.[36,37] 우울증, 불안 등의 증상이 동반되는 경우 필요하다고 판단되면 약물치료를 병행하여야 한다. 정서장애에 대한 적절한 중재가 필요하므로, 스트레스가 있는 환자에서 우울감, 불안감이 동반되어 있는지 적절한 방법으로 평가하여야 한다. 우울증이나 불안증에 대한 평가는 The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)나 International Classification of Diseases 11th Revision (ICD-11) 등의 진단 기준을 이용하거나 국내에서 검증된 설문을 이용하는 것이 좋다. 국내에서 타당성 연구가 이루어진 우울증 선별도구로는 Beck's Depression Inventory (BDI), Center for Epidemiological Studies-Depression Scale (CES-D), Patient Health Questionnaire (PHQ-9) 등이 있고 불안증 선별도구로는 State-Trait Anxiety Inventory (STAI), Beck Anxiety Inventory (BAI) 등이 있다.

## 3. 일차의료에서 스트레스 관리

심리적 스트레스 관리를 위해 일차의료 의사가 환자에게 제공 가능한 스트레스 관리 방법은 다음과 같다.

#### 1) 적극적인 상담

일차의료 의사는 환자가 호소하는 스트레스를 적극적으로 청취하도록 권고한다.[29] 그러나 일차 의료 의사는 대부분 심리적 문제를 상담하기 부담스러워 한다.[38] 상담시간이 길어야 한다는 부담감과 함께 인지행동 요법 등 상담법에 익숙하지 않기 때문이다. 실제로 외래에서 긴 시간 스트레스를 상담하기 어렵다. 그러나 짧은 시간이라도 적극적 상담 기법을 활용하여 상담하면 환자의 스트레스를 줄일 수 있다. 또한 일차의료 의사가 짧은 시간 심리적 문제를 상담하면 일반 진료보다 우울, 불안 증상을 유의하게 감소시켰다는 보고가 있었고, 코크란 리뷰에서도 일차의료 의사가 제공하는 상담으로 우울, 불안, 스트레스를 줄였다고 발표하였다.[39]

스트레스 관리 상담법 중 가장 중요한 것은 의사의 적극적 청취이다. 경증 스트레스인 경우 상담만으로 스트레스 증상이 해소되는 경우도 있다. 경청, 공감 등 적극적 상담은 일차의료 의사의 중요한 역량이므로 이를 적극적으로 활용하도록 한다.[40] 외래에서 시행하기 좋은 간단한 상담 방법으로 BATHE 인터뷰법이 있는데[41] 이를 활용하여 환자의 심리적 문제를 상담할 수 있다. 운동, 식이조절 등 다양한 생활습관 교정도 스트레스 완화에 도움이 될 수 있다. 또한 짧은 시간 내에 시행할 수 있는 변형된 인지행동 치료, 이완법 등으로 확대할 수 있다.

#### 2) 호흡법과 이완요법

스트레스 관리 방법 중 비교적 간단한 방법이 호흡법인데, 일상시 또는 스트레스 상황에서 심호흡을 하게 하는 방법이다. 들숨에는 교감신경계가, 날숨에는 부교감 신경계가 활성화되는데 이완과 함께 자율신경계의 균형을 잡을 수 있다. 주로 복식호흡을 해야 하는데 다음과 같은 방식으로 진행한다. 1) 코를 통해 편안한 속도로 숨을 쉰다. 2) 들숨과 날숨을 고르게 숨을 쉰다. 3) 들이쉴 때 배가 부풀어 오르는 느낌에 집중한다. 4) 천천히 내쉬면서 “편안하다”라고 말하면서 이완감을 느낀다. 심호흡은 간단하게 보이지만 제대로 하기 위해서 연습이 필요하다. 심호흡을 제대로 하기 위해서 바이오피드백을 이용하기도 한다. 바이오피드백은 장비를 이용하여 호흡을 조절하는 방법이다. 뇌파, 근육긴장도, 피부 온도 등 생리기능의 변화를 시각적으로 확인하면서 이완하도록 유도하는 방법으로 긴장성 두통, 과민성 대장염 등의 질환에도 효과적으로 알려져 있다.

#### 3) 인지행동요법

인지행동 치료는 인지치료와 행동 치료를 결합한 것으로 일상생활 적응을 방해하는 부정적 생각과 행동이 변화할 수 있도록 하는데 초점을 맞춘 전문적 심리치료 기법 중 하나이다. 인지행동 치료는 인지 재구성, 적응 행동 강화, 문제 해결능력 향상 등으로 구성하고 있다. 임상에서 여러 질환에 인지행동 치료는 효과적으로 사용되고 있다. 메타분석 연구에서 일차의료 의사가 외래에서 짧은 시간 내에 인지행동 치료 등을 시행하였을 때 이 치료로도 환자의 우울, 불안 증상을 의미 있게 개선시켰다고 보고하였다.[42]

#### 4) 약물 치료

스트레스 관리에서 약물 치료가 반드시 필요한 것은 아니다. 적극적인 상담 등 다른 치료가 병행되지 않고 증상에 대한 약물처방만 하면 효과가 좋지 않을 뿐 아니라 환자-의사관계도 좋지 않은 영향을 줄 수 있다. 따라서 꼭 필요한 경우에만 최소한 약물 치료를 하는 것이 좋다. 약물 치료가 필요한 대표적인 경우는 우울, 불안 등의 증상이 동반된 경우나 수면장애가 있는 경우이다. 우울증, 불안증이 있는 경우 항우울약제나 항불안제 처방이 도움이 되고, 수면장애에 대해 단기적으로 수면제를 처방하여 증상을 개선시킬 수 있다. 그러나 항정신성 약물에 대한 저항감이 있어서 약물 복용을 꺼릴 수 있으므로 수면제나 항불안제를 사용할 경우 주의 관찰해야 하며 약물을 사용할 때는 사용하는 목적을 명확하게 말해야 한다. 대부분 스트레스 관리법은 한 가지만으로 해결되지 않는 경우가 많기 때문에 여러 방법을 병행하도록 하는 것이 좋고 환자의 여건을 고려해 가장 실현성이 높은 방법을 선택해서 권고하는 것이 필요하다.

#### 5) 순응도 높이기

스트레스가 높은 환자의 순응도를 높이기 위해 간호사의 전화상담 등 보조적 방법을 사용하는 것이 좋다.[14] 스트레스가 높은 환자는 대부분 순응도가 낮기 때문에 추적 방문 가능성이 낮다. 순응도가 낮은 경우 꼭 필요한 적절한 치료를 받지 못하는 경우가 많은데, 당뇨병 환자에서 우울증이 동반된 경우 당뇨병 치료에 대한 순응도가 떨어져 혈당조절이 잘 되지 않는 것이 대표적인 예이다. 스트레스가 높은 환자의 순응도를 좋게 하기 위해 다양한 방법과 전략을 사용하는 것이 좋다. 추적 방문 약속을 잡아주고 방문하지 않으면 간호사가 전화로 상담하고 재방문을 권고한다.[43] 비교적 작은 목표를 정해주고 다음 방문 때 성취하면 이를 높이 평가해줘서 자존감을 높이는 것이 좋다.[14] 성취하지 못했다면 실행하기 어려움을 설명하고 실행하기 어려웠던 상황을 파악한 후 목표를 재설정하도록 권유한다. 예를 들면, 운동을 권할 때도 쉽게 달성할 수 있는 작은 목표를 정해준다. 운동을 전혀 하지 않는 사람에게 처음에 매일 5–10분 정도 걷는 최소한 활동량을 권하고 이를 잘 지키면 이후 점차 활동량을 늘려가도록 한다. 여러 번 진료가 반복되면 처음에 알지 못했

던 문제를 파악하게 되는 경우가 많다. 따라서 첫 진료에서 한꺼번에 모든 문제를 해결하기보다 여러 번 방문으로 문제점을 점차 파악하고 해결할 수 있기 때문에 환자 중점적으로 문제 해결방법을 만들어 가도록 하는 것이 좋다.

## 결 론

스트레스는 흔히 사용하지만, 용어의 정의가 모호하여 다양하게 쓰이고 임상적 중요성이 평가가 쉽지 않아서 의학적 관심이 없었다. 그러나 현대 사회에서 만성 스트레스가 증가하고, 스트레스와 심혈관질환 등 중증 질환과의 연관성이 입증되면서 점차 관심을 받고 있다. 만성 스트레스는 우울증, 불안증 등 정서장애를 유발하고, 고혈압, 당뇨병 등 만성질환을 악화시키거나 흡연, 음주 등 심혈관 질환의 위험을 높이는 생활습관의 변화와 연관성을 보인다. 만성 스트레스는 여러 계통에서 모호한 증상이 동시에 발생한다. 이런 경우 지속성을 가지고 환자를 진료하고, 다양한 증상에 대해 함께 진료가 가능한 일차의료 의사에 의해 가장 먼저 발견될 가능성이 있다. 또한 만성 스트레스는 적극적인 상담과 약물치료, 인지행동치료 등 다양한 스트레스 관리법이 필요하다. 여러 연구결과에 의하면 일차의료 의사가 제공하는 간단한 인지행동 치료가 환자의 스트레스 관리 및 우울감, 불안감을 감소시키는 데도 효과적이다. 그러나, 일차의료 의사가 관심을 가지고 묻지 않으면 심리적 문제는 드러나지 않고 그대로 방치되어 우울, 불안, 신체화장애 등 다양한 형태로 악화될 수 있고 심혈관 질환 등 중증 질환의 발생이 증가할 수 있다. 따라서 의사가 관심을 가지고 환자의 심리적 스트레스를 발견하고 적극적인 관리를 제공해 줄 필요가 있다.

## 요 약

관계의 지속성과 최초 접촉 등 일차의료의 특성 때문에 환자의 심리적 스트레스를 처음 확인하는 의료진이 일차의료 의사인 경우가 많다. 따라서 일차의료 의사는 심리적 스트레스를 초기에 평가하고 스트레스 관리할 수 있도록 도와줄 수 있는 중요한 위치에 있다. 심리적 스트레스는 우울증, 불안증 등 정서장애가 발생하거나 심혈관 질환의 발생 가능성을 높인다. 심혈관질환의 발생은 고혈압, 당뇨병 등 만성질환을 악화시키거나 흡연, 음주 등 심혈관 질환의 위험을 높이는 생활습관의 변화 때문일 수 있다. 일차의료 의사는 적극적인 상담과 약물치료, 인지행동치료 등 다양한 스트레스 관리 요법을 활용하여 환자의 스트레스를 관리해 줄 수 있다. 그러나 일차의료 의사가 심리적 스트레스를 평가하고자 하는 관심이 없다면 심리적 문제가 드러나지 않고 그대로 방치되어 우울, 불안 등으로 악화하거나 심혈관 질환의 발생이 증가할 수 있다.

**중심단어:** 심리적 스트레스; 치료; 일차의료; 심혈관질환

## CONFLICT OF INTEREST

No potential conflict of interest relevant to this article was reported.

## ORCID

Eon Sook Lee, https://orcid.org/0000-0002-6148-2512

## REFERENCES

1. Korean Centers for Disease Control and Prevention. Trends in proportion of Korean adults with high mental stress, 2007-2016 [Internet]. Cheongju: Korean Centers for Disease Control and Prevention; 2019 [cited 2020 July 31]. Available from: https://www.cdc.go.kr/board/board.es?mid=a20602010000&bid=0034&list_no=140696&act=view#.
2. Southwick SM, Vythilingam M, Charney DS. The psychobiology of depression and resilience to stress: implications for prevention and treatment. Annu Rev Clin Psychol 2005; 1: 255-91.
3. Kroenke K, Mangelsdorff AD. Common symptoms in ambulatory care: incidence, evaluation, therapy, and outcome. Am J Med 1989; 86: 262-6.
4. Burton C, Weller D, Sharpe M. Functional somatic symptoms and psychological states: an electronic diary study. Psychosom Med 2009; 71: 77-83.
5. Herbison CE, Allen K, Robinson M, Newnham J, Pennell C. The impact of life stress on adult depression and anxiety is dependent on gender and timing of exposure. Dev Psychopathol 2017; 29: 1443-54.
6. Nash JM, Thebarge RW. Understanding psychological stress, its biological processes, and impact on primary headache. Headache 2006; 46: 1377-86.
7. Mawdsley JE, Rampton DS. The role of psychological stress in inflammatory bowel disease. Neuroimmunomodulation 2006; 13: 327-36.
8. Rosengren A, Hawken S, Ounpuu S, Sliwa K, Zubaid M, Almahmeed WA, et al. Association of psychosocial risk factors with risk of acute myocardial infarction in 11,119 cases and 13,648 controls from 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. Lancet 2004; 364: 953-62.
9. Nitta T, Deguchi Y, Iwasaki S, Kanchika M, Inoue K. Depression and occupational stress in Japanese school principals and vice-principals. Occup Med (Lond) 2019; 69: 39-46.
10. Lunau T, Wahrendorf M, Müller A, Wright B, Dragano N. Do resources buffer the prospective association of psychosocial work stress with depression? Longitudinal evidence from ageing workers. Scand J Work Environ Health 2018; 44: 183-91.
11. Taylor SE, Stanton AL. Coping resources, coping processes, and mental health. Annu Rev Clin Psychol 2007; 3: 377-401.
12. Madsen IE, Jorgensen AF, Borritz M, Nielsen ML, Rugulies R. Is the associa-

tion between high strain work and depressive symptoms modified by private life social support: a cohort study of 1,074 Danish employees? BMC Public Health 2014; 14: 698.
13. Chandola T, Britton A, Brunner E, Hemingway H, Malik M, Kumari M, et al. Work stress and coronary heart disease: what are the mechanisms? Eur Heart J 2008; 29: 640-8.
14. Rozanski A, Blumenthal JA, Davidson KW, Saab PG, Kubzansky L. The epidemiology, pathophysiology, and management of psychosocial risk factors in cardiac practice: the emerging field of behavioral cardiology. J Am Coll Cardiol 2005; 45: 637-51.
15. Chandola T, Brunner E, Marmot M. Chronic stress at work and the metabolic syndrome: prospective study. BMJ 2006; 332: 521-5.
16. Steptoe A, Kivimäki M. Stress and cardiovascular disease: an update on current knowledge. Annu Rev Public Health 2013; 34: 337-54.
17. Markovitz JH, Matthews KA, Whooley M, Lewis CE, Greenlund KJ. Increases in job strain are associated with incident hypertension in the CARDIA Study. Ann Behav Med 2004; 28: 4-9.
18. Lee AA, Piette JD, Heisler M, Rosland AM. Diabetes distress and glycemic control: the buffering effect of autonomy support from important family members and friends. Diabetes Care 2018; 41: 1157-63.
19. Williams GC, Patrick H, Niemiec CP, Williams LK, Divine G, Lafata JE, et al. Reducing the health risks of diabetes: how self-determination theory may help improve medication adherence and quality of life. Diabetes Educ 2009; 35: 484-92.
20. Sharif K, Watad A, Coplan L, Amital H, Shoenfeld Y, Afek A. Psychological stress and type 1 diabetes mellitus: what is the link? Expert Rev Clin Immunol 2018; 14: 1081-8.
21. Heraclides AM, Chandola T, Witte DR, Brunner EJ. Work stress, obesity and the risk of type 2 diabetes: gender-specific bidirectional effect in the Whitehall II study. Obesity (Silver Spring) 2012; 20: 428-33.
22. Chatterjee S, Khunti K, Davies MJ. Type 2 diabetes. Lancet 2017; 389: 2239-51.
23. Harkness E, Macdonald W, Valderas J, Coventry P, Gask L, Bower P. Identifying psychosocial interventions that improve both physical and mental health in patients with diabetes: a systematic review and meta-analysis. Diabetes Care 2010; 33: 926-30.
24. Kouvonen A, Kivimäki M, Virtanen M, Pentti J, Vahtera J. Work stress, smoking status, and smoking intensity: an observational study of 46,190 employees. J Epidemiol Community Health 2005; 59: 63-9.
25. Kouvonen A, Vahtera J, Väänänen A, De Vogli R, Heponiemi T, Elovainio M, et al. Relationship between job strain and smoking cessation: the Finnish Public Sector Study. Tob Control 2009; 18: 108-14.
26. Becker HC. Influence of stress associated with chronic alcohol exposure on drinking. Neuropharmacology 2017; 122: 115-26.
27. Kivimäki M, Head J, Ferrie JE, Shipley MJ, Brunner E, Vahtera J, et al. Work stress, weight gain and weight loss: evidence for bidirectional effects of job strain on body mass index in the Whitehall II study. Int J Obes (Lond) 2006; 30: 982-7.
28. Klatzkin RR, Baldassaro A, Hayden E. The impact of chronic stress on the predictors of acute stress-induced eating in women. Appetite 2018; 123: 343-51.
29. Turner J, Raphael B. MJA practice essentials. 6. Stress management and counselling in primary care. Med J Aust 1997; 167: 547-51.
30. Lee ES, Shin HC, Lee JH, Yang YJ, Cho JJ, Ahn G, et al. Development of the perceived stress inventory: a new questionnaire for Korean population surveys. Korean J Fam Med 2015; 36: 286-93.
31. Shin HC. Measuring stress with questionnaires. J Korean Med Assoc 2013; 56: 485-95.
32. Fliege H, Rose M, Arck P, Walter OB, Kocalevent RD, Weber C, et al. The Perceived Stress Questionnaire (PSQ) reconsidered: validation and reference values from different clinical and healthy adult samples. Psychosom Med 2005; 67: 78-88.
33. Hamilton JL, Alloy LB. Atypical reactivity of heart rate variability to stress and depression across development: systematic review of the literature and directions for future research. Clin Psychol Rev 2016; 50: 67-79.
34. Hellhammer DH, Wüst S, Kudielka BM. Salivary cortisol as a biomarker in stress research. Psychoneuroendocrinology 2009; 34: 163-71.
35. Bianchi R, Schonfeld IS, Laurent E. Burnout-depression overlap: a review. Clin Psychol Rev 2015; 36: 28-41.
36. Maharaj S, Lees T, Lal S. Prevalence and risk factors of depression, anxiety, and stress in a cohort of Australian nurses. Int J Environ Res Public Health 2018; 16: 61.
37. Wada K, Sairenchi T, Haruyama Y, Taneichi H, Ishikawa Y, Muto T. Relationship between the onset of depression and stress response measured by the Brief Job Stress Questionnaire among Japanese employees: a cohort study. PLoS One 2013; 8: e56319.
38. Wiegner L, Hange D, Svenningsson I, Björkelund C, Petersson EL. Newly educated care managers' experiences of providing care for persons with stress-related mental disorders in the clinical primary care context. PLoS One 2019; 14: e0224929.
39. Bower P, Knowles S, Coventry PA, Rowland N. Counselling for mental health and psychosocial problems in primary care. Cochrane Database Syst Rev 2011; 2011: CD001025.
40. Searight HR. Counseling patients in primary care: evidence-based strategies. Am Fam Physician 2018; 98: 719-28.
41. Stuart MR, Lieberman JA. The fifteen minute hour: therapeutic talk in primary care. 5th ed. New York (NY): Radcliffe Publishing; 2015.
42. Cape J, Whittington C, Buszewicz M, Wallace P, Underwood L. Brief psychological therapies for anxiety and depression in primary care: meta-analysis and meta-regression. BMC Med 2010; 8: 38.
43. Suwita BM, Friska D, Widjaja DS, Srisawitri L. Multidiscipline care for type 2 diabetes patients: from general to Asian population. Acta Med Indones 2017; 49: 259-66.