

뇌졸중환자의 일상생활 수행능력에 따른 가족의 부담감

김현미* · 박점희** · 장군자***

I. 서 론

1. 연구의 필요성

현대사회는 경제의 성장과 의학의 발달로 노령인구가 증가하여 성인병이 증가하는 추세이다. 성인병의 하나인 뇌졸중은 뇌혈관과 혈액의 이상에 의해 야기되는 국소성 뇌질환 및 사고의 총칭으로 치명적일 수 있는 가장 흔한 신경계 질환으로 하나의 만성적인 증후군이다(Goetter, 1986 ; Stein & Reissman, 1980 ; 김진수, 1994).

뇌졸중으로 인한 갑작스러운 장애들로 환자는 일상생활을 위한 신체적 기능이 저하되고 오랫동안 자가 간호 수행이 불가능하여 의존적으로 되며, 지적퇴행, 우울, 좌절, 불안, 걱정 및 심한 분노감 등의 신체적, 정서적 고통을 경험하게 된다(김애리, 1987 ; Pfaude, 1973). 특히 인간의 생활에 기본이 되는 제기능을 손실하게 되는 편마비 환자들은 건강인이라면 누구나 무의식적으로 할 수 있는 일상생활동작을 의식적으로 노력하여 배우지 않으면 기본적인 생활을 영위할 수 없다는 문제에 직면하게 된다(김병은, 1991).

뇌졸중으로 인한 편마비는 환자와 가족 역할의 갑작스런 변화를 초래하게 되며(이은옥 등, 1992), 가족이 환자를 돌보게 되었을때 가족 구성원은 불면증,

숙면하지 못하는 것, 식욕감소, 체중감소, 불안, 집중력 소실, 우울감 등의 기질적 증상을 경험할 뿐만 아니라(King & Gregor, 1985), 환자 간호로 인하여 고립되고, 다른 가족이나 친구와 함께 지낼 시간이 부족하며 재정적 손실과 신체적 피로에 직면하게 되는 등 여러 가지 문제들로 부담감을 높게 인지한다(Archbald, 1981 ; Brody, 1981).

환자 가족에 대한 개념중 가족의 부담감은 환자간호를 수행하면서 그들이 겪는 어떤 어려움이나 두려움을 막연하게 부담스럽게 느끼는 것으로 Zarit 등(1986)은 이것을 가족원이 환자를 돌보는 결과로서 그들이 인지한 정서적·신체적 건강, 사회적 생활, 경제상태의 정도라고 정의하였고, Vitaliano(1991)는 부담감을 가족원의 경험과 관련된 반응에 있어서의 distress라고 했다.

Neundorfer(1991)는 가족 부담감은 만성질환자를 돌보는 가족이 경험하는 신체, 사회, 경제 및 심리적 차원의 복합적이고 부정적인 반응으로, 이 중 가장 심각한 면은 정서적인 어려움으로 다양한 정서적인 문제 즉 우울, 불안, 좌절, 답답함, 죄의식, 정서적 황폐화 등이 복합적으로 내재되어 부담감을 심하게 느끼게 하는 것이라 했다.

현재 우리나라의 실무에서 수행되고 있는 간호는 대부분 입원과 함께 병원에서 환자를 직접 돌보는 환

* 경산대학교 간호학과
** 경북대학교 간호학과
*** 문경대학 간호과

자가족을 제외한 환자중심의 간호만이 수행되고 있는 실정이며 또한 연구면에서도 뇌졸중환자를 대상으로 한 연구(강현숙, 1984 ; 김분한, 1989 ; 박원경, 1988 ; 서문자, 1989 ; 최선미 등, 1991)는 다수 있었으나 이들을 돌보고 있는 가족을 대상으로 한 연구는 박명희(1991)의 마비환자를 대상으로 그들을 돌보는 가족간호제공자의 부담감 인지정도와 영향변인에 관한 연구, 김소선(1992)의 근거이론 방법을 이용한 뇌졸중환자가족의 경험에 관한 연구와 최은숙(1992)의 뇌졸중 환자의 자가간호수준에 따른 보호자의 스트레스에 관한 양적연구, 이강이와 송경애(1996)의 뇌졸중환자가족이 인지하는 부담감과 우울의 상관관계를 조사한 연구, 김미희(1997)의 뇌졸중환자 가족의 간호요구를 조사한 논문 등이 있으나 뇌졸중환자의 일상생활 수행능력에 따른 가족의 부담감을 연구한 것은 거의 없는 실정이다.

따라서 본 연구는 뇌졸중환자의 일상생활 수행능력에 따른 가족의 부담감 정도를 알아보고 전문인으로서 간호사가 가족을 하나의 통합된 단위의 간호대상으로 생각할 때 뇌졸중환자의 정신적, 신체적 문제뿐만 아니라 그들을 직접 돌보며 스트레스를 경험하는 가족들의 정서적인 문제까지도 간호의 대상으로 포함하고 그들을 이해하며 도와줄 수 있는 전문적인 지식과 가족이 좀 더 편안한 상태로 환자를 돌볼 수 있는 간호중재를 위한 기초자료를 제공하기 위함이다.

2. 연구의 목적

구체적인 목적은 다음과 같다.

- 1) 뇌졸중환자의 일상생활 수행능력의 정도를 파악한다.
- 2) 뇌졸중환자를 돌보는 가족이 지각하는 부담감 정도를 파악한다.
- 3) 뇌졸중환자의 일상생활 수행능력 정도에 따른 가족의 부담감을 알아본다.

3. 용어의 정의

- 1) 뇌졸중환자 가족
뇌출혈, 뇌경색으로 병원에 입원한 환자를 주로 돌보는 가족의 일원을 의미한다.
- 2) 일상생활 수행능력

인간의 일상생활에 필수적인 행위로서 자연스럽게 이루어지고 있는 일련의 기능들의 목록을 의미하며(Synder, 1985), 본 연구에서는 환자의 현재 일상생활 정도와 가족이 돌봐줘야 할 내용정도를 알아보기 위하여 서미혜와 오가실(1992)이 개발한 척도를 사용하여 측정된 점수를 말한다.

3) 가족의 부담감(caregiver's burden)

가족 중 환자를 주로 돌보는 가족이 지각하는 정서, 신체, 사회 및 경제적 어려움의 정도(Zarit, Todd & Zarit, 1986)로서 본 연구에서는 오가실(1992)이 개발한 부담감 도구로 측정된 점수를 의미하며, 점수가 많을수록 부담감이 큼을 의미한다.

4. 연구의 제한점

본 연구대상자는 대구시내 소재 종합병원 2개, 한방병원 2개 및 부산시내 소재 1개 종합병원에 뇌졸중으로 입원한 환자를 돌보고 있는 가족들을 임의로 선정하였으므로 연구결과를 뇌졸중 환자 가족 전체에 일반화 하는데는 어느 정도 한계가 있다.

II. 문헌 고찰

1. 뇌졸중환자의 일상생활 수행능력

뇌졸중은 뇌혈관과 혈액의 이상에 의해 야기되는 국소성 뇌질환 및 사고의 총칭으로 일반적으로 뇌혈관에 순환장애가 일어나 갑자기 의식장애와 함께 신체의 편측에 마비를 일으키는 급격한 뇌혈관질환이다(Stein & Reissman, 1980). 뇌졸중으로 인한 편마비 환자는 신체 운동, 손놀림, 배뇨, 배변 등 인체 필수기능의 신체적 장애 뿐 아니라 지각장애, 정신집중불능, 정서장애, 인격 변화, 기억력의 상실 등으로 인해(Kotilial, 1984 ; Norack, 1984 ; 서문자 등, 1995)자가 간호 결핍, 운동력 저하, 의사소통의 제한과 함께 사회적인 모든 기능이 저하되게 된다(Anderson, 1977 ; 신경빈 등, 1988).

일상생활동작이란 각 개인이 매일 수행해야 할 과업으로 직업과 관련된 특수한 전문화된 동작, 취미, 스포츠와 관련된 동작을 제외한 기본적인 생활동작 즉, 어느 인간에게서나 공통적으로 행해지는 것으로 Trombly(1983)는 스스로 옷 입고벗기, 음식먹기, 변

기 사용하기, 목욕하기, 개인위생 유지하기, 전화사용하기, 글쓰기, 편지쓰기, 돈세기, 책 넘기기, 신문보기 동작과 관련된 자가간호(Self Care)와 침상에서 체위 변경하기, 앉기, 보행하기, 장소 이동하기, 차 운전하기 등의 기동성(Mobility)을 포함시켜 일상생활 능력이라 정의하였다.

한정석과 서미혜(1992)는 뇌졸중환자의 보호자가 고혈압, 당뇨병 환자의 보호자에 비해서는 환자의 기능상실이나 장애가 있기 때문에 일상생활에서 세면, 목욕, 옷 입히고 벗기는 것, 체위변경, 활동, 이동, 피부간호, 안전예방에 대한 요구가 높게 나타났다고 보고하였다.

양영희(1992)는 만성환자의 일상생활수행정도가 낮을수록 가족원의 역할 스트레스가 높고 환자의 입원기간이 길어질수록 가족원의 신체적 건강에 영향을 미치며 환자의 예후는 가족원의 심리적 건강에 영향을 미친다고 하였다.

김미희(1998)는 뇌졸중환자를 돌보는 가족의 간호요구를 분석한 결과 뇌졸중 환자의 일상생활 의존도에 따른 가족의 간호요구는 환자가 의존적일수록 가족의 간호요구가 높게 나타난다고 하였다. 또한 뇌졸중 환자의 일상생활 의존도가 높게 나타난 항목은 층계오르내리기, 보행, 하의 입고 벗기, 상의 입고 벗기 순이었고, 일상생활 의존도가 낮게 나타난 항목은 컵으로 물마시기, 수저나 젓가락으로 먹기, 자세를 변경하여 돌아눕기 순이었다.

최은숙(1992)은 뇌졸중환자의 자가간호 수준과 보호자의 스트레스 정도를 살펴본 결과 뇌졸중환자의 자가간호 의존정도는 완전의존(M=34.7, 31.2%), 완전독립(M=29.9, 26.9%), 불완전 독립(M=17.5, 15.8%), 불완전 의존(M=14.8, 13.3%), 의존 & 독립(M=14.1, 12.7%)으로 나타났으며, 환자의 마비상태에 따라 자가간호 정도는 차이가 있었는데, 마비가 없는 환자보다 좌측편마비 환자, 우측편마비 환자, 양측마비인 환자가 자가간호수준이 낮았다고 보고하였다.

이상의 문헌고찰 결과 뇌졸중 환자들은 갑작스런 장애로 인해 자가간호의 결핍과 함께 일상생활 동작이 감소되어 가족에게 심리적, 정서적 스트레스를 준다.

2. 가족의 부담감

가족은 가족 구성원의 질병과 건강에 가장 중요한 영향을 미치는 일차적 단위이다(Litman, 1974). 그러

므로 만성질환자의 증가는 고통받는 가족의 수도 그만큼 많아진다는 것을 의미한다. 특히 뇌졸중 환자는 스스로 정상적인 기능이나 활동을 할 수 없는 경우가 대부분이어서, 환자의 의식주에 해당되는 일을 가족 누군가가 맡아야 한다. 가족중에서도 책임지고 환자를 돌보는 가족(Primary caregiver)이 있게 되고, 이 가족은 자신이 기본적으로 가지고 있는 고유의 역할에 환자를 돌보는 책임까지 부과되어 있으므로 여러 문제가 따른다(Pasqual, 1991). 뿐만아니라 가족은 개방체제로서 한 하위구조는 또 다른 하위구조에 영향을 주는 만큼(Wilson, 1989), 한 가족이 환자라는 사실만으로도 가족체제의 혼란이나 갈등을 가져오지만 가족 중에서도 환자를 책임맡고 돌보는 가족은 더 무거운 짐을 진다(Eisdorfer, Rabins & Reisberg, 1991). 그래서 만성질환자를 책임지고 돌보는 가족은 매일 부딪히는 여러문제로 인하여 잠재적으로 병든사람이 되어(Goodman & Pynoos, 1990), 숨겨진 환자(Fengler & Goodrich, 1979)가 된다.

대부분의 뇌졸중 환자는 신체적 회복이 거의 1년동안 꾸준히 일어나지만 가족의 기능은 반대로 몇 년동안 계속 나빠진다고 하였으며(Robinson 등, 1985), Miller(1980)와 Litman(1974)은 가족구성원의 질병특성이 가족기능과 가족의 역할관계에 영향을 준다고 하면서 질병이 지연되고 복잡할수록 그 영향이 크다고 하였다. 또한 질환의 정도 즉 부정적이거나 반사회적인 행동, 언어장애가 있고 가족에 대한 의존도가 높을때 가족의 스트레스가 증가된다고 하였다(Given, Stommel, Collins, King & Given, 1990; Orodener, 1990).

가족의 부담감이란 환자간호를 수행하면서 그들이 겪는 어떤 어려움이나 두려움을 막연하게 부담스럽게 느끼는 것으로 Zarit 등(1986)은 이것을 가족원이 환자를 돌보는 결과로서 그들이 인지한 정서적, 신체적 건강, 사회적 생활, 경제상태의 정도라고 정의하였다.

Silliman & Sternberg(1988)는, 뇌졸중환자를 돌보는 가족의 40%가 General Health Questionnaire에서 질병상태에 해당되는 점수를 보였는데 특히 이들의 정서적 건강문제는 환자의 의존적인 기능상태, 자신의 가정생활에 의한 부가적 스트레스, 자신의 사회적 활동제한, 다른 가족들에 의한 낮은 지지와 관련된 것으로 나타났으며, 이중 가장 견디기 어려운 것으로 환자의 행위문제, 자신의 생활양상 변화, 환자의 기능장애를 지적하였다.

Printz-Fedderson(1990)은 부담감을 복합개념으로 보고 상황에 대해서 개인이 의미하는 정도에 따라 돌보는 사람의 역할 정도와 부담감을 인지하는 정도가 달라진다고 하였다. 고학력, 고수입, 적절한 신체 장애가 부담감의 느낌을 감소시키며, 그룹의 과정을 통해서 새로운 상황에 적응하는 것을 도울 수 있다고 하였다.

한편 환자가족이 인지한 부담감의 정도를 연구한 문헌들을 살펴보면, 이숙자(1993)는 병원에 입원중인 60세 이상 노인환자를 주로 돌보고 있는 가족원을 대상으로 그들이 인지한 부담감을 파악하기 위하여 실시한 그의 연구에서, 시간-의존부담감 영역이 타 영역별 평균점수보다 훨씬 높았으며 그 다음으로 신체적 영역, 발달영역, 재정적 영역, 정서적 영역, 사회적 영역의 부담감 순이었으며, 부담감의 정도는 30점에서 최고 120점의 점수 범위에서 59.53을 나타내므로 대상자는 중간이하의 부담감을 느끼고 있다고 발표하였다.

정추자(1993)는 뇌·척수손상환자를 돌보는 가족 44명을 대상으로 가족의 부담감과 삶의 질 정도를 파악하고 사회적 지지모임이 가족의 부담감과 삶의 질에 어떤 완충작용을 하는지 살펴본 결과 가족의 부담감 평균점수는 사전검사 85.37점, 사후검사 70.45점으로 중간이상의 점수를 보였다.

서미혜와 오가실(1993)은 입원중인 만성질환자를 돌보는 가족을 대상으로 가족의 부담감과 건강문제, 안녕상태를 확인하고 사회적 지지가 부담감과 건강문제에 얼마만큼 완충역할을 하는지를 규명하고자 한 연구에서 부담감은 5점척도에서 2.16으로 비교적 높지 않은 편이었지만 가족의 부담감이 많을수록 건강문제도 많았으며 삶의 질도 낮았고, 사회적 지지가 높으면 가족의 부담감과 건강문제도 적었다고 하였다.

이강이와 송경애(1996)는 뇌졸중 환자를 돌보는 가족 80명을 대상으로 가족의 부담감과 우울 정도를 연구한 결과 부담감은 평균점수 54.30점으로 평균이상의 부담을 가지고 있다고 하였다.

이상에서 살펴본 바와 같이 환자와 가족은 서로 영향을 주고 받는 개방체계로서, 가족원의 부담감과 관련된 요인으로는 환자의 건강상태, 일상생활 활동정도, 사회적 지지정도, 가족원과 환자와의 관계, 가족원의 학력, 수입, 건강상태 등이 관계 있음을 알 수 있다.

그러므로 뇌졸중 환자를 둔 가족의 여러 가지 부정

적인 경험은 환자의 회복과 재활에 악영향을 끼치므로 환자가족에 대한 지속적인 사정이 필요하며 또한 이들을 도울 수 있는 방법이 강구되어야겠다.

Ⅲ. 연구 방법

1. 연구 설계

본 연구는 뇌졸중환자의 일상생활 수행능력에 따른 가족의 부담감을 알아보기 위한 서술적 조사연구이다.

2. 연구대상 및 자료수집방법

연구대상은 대구광역시에 위치한 한방병원 2개, 종합병원 2개 및 부산광역시에 위치한 1개의 종합병원에서 뇌졸중으로 입원한 환자 126명과 그들을 주로 돌보고 있는 가족 126명을 대상으로 하였다.

환자가족은 환자와 함께 생활하는 자로 질문지의 내용을 이해하고 의사소통이 가능하며, 연구에 참여하기를 허락한자를 말한다.

자료수집 기간은 1997년 10월 3일부터 1998년 3월 20일까지이었으며, 자료수집은 구조화된 질문지를 이용하였다.

자료수집 방법은 뇌출혈과 뇌경색으로 진단받은 환자의 명단을 입수한 후 환자의 병실을 방문하여 환자가족에게 연구의 목적과 설문지 작성방법을 설명한 후 작성능력이 있는 가족들에게는 설문지를 주어 본인이 직접 작성하도록 하였으며 그렇지 않은 가족은 연구자 및 연구보조원이 각 항목마다 면담을 통하여 기록하였다.

3. 연구 도구

1) 일상생활 수행능력 측정도구

뇌졸중환자의 일상생활 수행능력 정도를 측정하기 위하여 오가실(1992)이 개발한 척도를 사용하였으며, 도구의 구성은 환자의 일상생활 수행능력 정도를 알아보기 위하여 환자의 활동, 식사하기, 화장실 출입, 옷입기 및 위생의 5문항으로 구성되어 있으며, 환자의 일상생활 수행정도에 가장 적합한 항목에 응답하도록 하였다.

2) 부담감 측정도구

본 도구는 선행문헌(Zarit, Reeve & Bach-Person, 1980; Montgomery, Gonyea & Hooyman, 1985; Novak & Guest, 1989)을 기초로 오가실(1992)이 개발한 부담감 도구로 측정하였다. 총 25문항으로 '전혀 그렇지 않다'를 1점, '매우 그렇다'를 5점으로 측정하는 5점 척도다. 신체적 부담, 정서적 부담, 경제적 부담 및 사회적 부담의 4차원으로 구성되어 있으며 최고 125점에서 최하 25점으로 점수가 높을수록 부담감이 높다. 긍정적 문항은 역환산하였다. 도구의 신뢰도는 오가실(1992)의 연구에서는 Cronbach's α .89였고, 본 연구에서는 Cronbach's α .90이었다.

4. 자료분석방법

자료분석방법은 SPSS를 이용하여 전산처리 하였으며 자료분석을 위해 사용된 방법은 다음과 같다.

- 1) 뇌졸중 환자 및 가족의 일반적 특성과 뇌졸중 환자의 일상생활 수행능력은 실수와 백분율로 산출하였다.
- 2) 뇌졸중 환자 가족의 부담감은 평균, 표준편차를 사용하였다.
- 3) 뇌졸중 환자 및 그 가족의 일반적 특성에 따른 가족의 부담감 차이를 알아보기 위해 t-test와 ANOVA로 분석하였다.
- 4) 뇌졸중 환자의 일상생활 수행능력에 따른 가족의 부담감 차이를 알아보기 위해 t-test와 ANOVA로 분석하였다.

IV. 연구 결과

1. 뇌졸중 환자가족 및 환자의 일반적 특성

뇌졸중환자를 돌보는 가족과 환자의 일반적 특성은 <표 1, 2>와 같다. <표 1>에서 처럼 가족의 연령은 41세-50세가 27.8%로 가장 많았고, 30세 이하 20.6%, 31세-40세 19.0%, 51세-60세 13.5%, 61세 이상 19.0%로 성인후기의 보호자가 많았다. 성별은 여자가 56.3%로 남자 43.7%보다 많았고, 종교는 있는 군이 70.6%로 없는 군 29.4%보다 많았다. 결혼상태는 미혼 21.4%보다는 기혼이 76.2%로 많았고, 학력은 고졸이상이 70.6%였으며, 직업은 없는 군이 54.8%로 있는 군 45.2%보다 많았다. 가족형태는 핵가족이

75.4%로 나타났고, 가족의 월수입은 151만원 이상이 42.9%로 가장 많았다. 환자와의 관계는 자녀 47.6%, 배우자 38.9%, 기타 13.5%로 나타났으며, 환자를 돌본 기간은 4주 이상이 59.5%로 가장 많았다.

또한 환자의 제특성은 <표 2>와 같다. 환자의 연령은 51세-60세가 33.3%로 가장 높은 빈도를 보였고, 50세 이하 19.8%, 61세-70세 30.2%, 71세-80세

<표 1> 뇌졸중환자 가족의 일반적 특성(대상자=126)

특 성	구 분	실수(%)
연 령	30세이하	26(20.6)
	31세-40세	24(19.0)
	41세-50세	35(27.8)
	51세-60세	17(13.5)
	61세이상	24(19.0)
성 별	남	55(43.7)
	여	71(56.3)
종 교	무	37(29.4)
	카톨릭	5(4.0)
	기독교	13(10.3)
	불교	71(56.3)
결혼상태	미혼	27(21.4)
	기혼	96(76.2)
	이혼	3(2.4)
학 령	무학	6(4.8)
	국졸	11(8.7)
	중졸	20(15.9)
	고졸	44(34.9)
	대졸	45(35.7)
직업유무	유	57(45.2)
	무	69(54.8)
가족형태	핵가족	95(75.4)
	대가족	31(24.6)
가족의 월수입	50만원 이하	10(7.9)
	51 -100만원	26(20.6)
	101-150만원	36(28.6)
	151만원이상	54(42.9)
환자와의 관계	배우자	49(38.9)
	자녀	60(47.6)
	기타	17(13.5)
돌본기간	1주이내	15(11.9)
	2주이내	19(15.1)
	3주이내	9(7.1)
	4주이내	8(6.3)
	4주이상	75(59.5)

〈표 2〉 뇌졸중환자의 일반적 특성 (대상자=126)

특 성	구 분	실수(%)
연 령	50세 이하	25(19.8)
	51세-60세	42(33.3)
	61세-70세	38(30.2)
	71세-80세	19(15.1)
	81세 이상	2(1.6)
성 별	남	62(49.2)
	여	64(50.8)
종 교	무	32(25.4)
	카톨릭	4(3.2)
	기독교	12(9.5)
	불교	78(61.9)
과거입원여부	유	65(51.6)
	무	61(48.4)
학 령	무학	15(11.9)
	국졸	32(25.4)
	중졸	27(21.4)
	고졸	31(24.6)
	대졸	21(16.7)
직업유무	유	45(35.7)
	무	81(64.3)
동거가족	배우자	49(38.9)
	자녀	27(21.4)
	배우자+자녀	34(27.0)
	기타	16(12.7)
치료비 부담	본인	35(27.8)
	배우자	25(19.8)
	자녀	32(25.4)
	위의 2인 이상	34(27.0)

15.1%, 81세 이상 1.6%였다. 성별은 50.8%가 여자였고, 종교는 있는 군 74.6%가 없는 군 25.4%보다 많았고, 과거 입원 유무에 대해서는 과거에 입원경험이 있는 군 51.6%, 없는 군 48.4%로 나타났다. 학력은 국졸이 25.4%로 가장 높았고, 직업은 없는 군이 64.3%로 있는 군 35.7% 보다 높았다. 동거가족은 배우자 38.9%, 배우자와 자녀 27.0%, 자녀 21.4%, 기타 12.7%로 나타났으며, 치료비 부담은 본인이 27.8%로 가장 높게 나타났다.

2. 뇌졸중 환자의 일상생활 수행능력 정도

뇌졸중 환자의 일상생활 수행정도는 〈표 3〉과 같다. 일상생활 수행정도는 활동영역에서 혼자 다닌다

가 28.6%로 가장 많았고, 식사영역에서는 혼자 식사한다가 69%로 가장 많았다. 화장실 출입 영역에서는 혼자 간다가 38.9%, 도와주면 간다가 31.0%로 나타나 화장실을 출입할 수 있는 경우가 높게 나타났다. 옷입기 영역에서는 도와주면 입는다는 혼자 입는다가 69.0%로 나타나 전부 입혀준다는 31.0%보다 높게 나타났다. 위생영역에서는 환자 스스로 세수를 할 수 있는 경우는 54.8%로 보호자가 전부 해준다 45.2%에 비해 높게 나타났다.

〈표 3〉 뇌졸중 환자의 일상생활 수행능력 정도

(대상자=126)

특 성	구 분	실수(%)
활 동	혼자 다닌다	36(28.6)
	목발을 잡고 다닌다	26(20.6)
	바퀴의자를 타고 다닌다	16(12.7)
	앉아 있다	10(7.9)
	앉히면 기대어 앉는다	13(10.3)
	누워 있다	25(19.8)
식 사	혼자 식사한다	87(69.0)
	먹여주면 입으로 먹는다	28(22.2)
	고무호스로 먹인다	11(8.7)
화장실 출입	혼자 간다	49(38.9)
	도와주면 간다	39(31.0)
	변기를 사용한다	9(7.1)
	기저귀를 사용한다	18(14.3)
	도뇨관을 사용한다	9(7.1)
	정기적으로 관장을 한다	2(1.6)
옷입기	혼자 입는다	38(30.2)
	도와주면 입는다	49(38.8)
	전부 입혀준다	39(31.0)
위 생	혼자 세수한다	42(33.3)
	물을 떠주면 세수한다	27(21.5)
	전부 해준다	57(45.2)

3. 가족이 인지한 부담감 정도

뇌졸중으로 입원한 가족이 인지한 부담감에 대한 평균점수는 75.41점, 표준편차는 17.26점으로 중간이상의 부담감을 느끼고 있었다(표 4).

〈표 4〉 뇌졸중환자 가족의 부담감 정도(대상자=126)

	평 균	표준편차	최소값	최대값
부담감	72.41	17.26	40.00	110.00

4. 뇌졸중 환자와 가족의 일반적 특성에 따른 부담감 정도

가족원의 부담감에 영향을 미칠 것으로 생각되는 뇌졸중 환자의 모든 특성들과 부담감과의 관계를 알아본 결과 연령($P=.02$)과 성별($p=.006$)에서 통계적으로 유의한 차이가 나타났다(표 5). 즉 환자의 연령이 61세-70세인 경우, 성별은 여자일때 가족이 인지하는 부담감이 높게 나타났다. 또한 가족의 일반적 특성과 부담감과의 관계를 알아본 결과 연령($P=.0001$)에서만 통계적으로 유의한 차이가 나타났다(표 6).

〈표 5〉 뇌졸중 환자의 일반적 특성에 따른 가족의 부담감 (대상자=126)

특 성	구 분	평 균	표준편차	t or F	P value
연 령	50세 이하	70.92	19.83	3.04	.020*
	51세-60세	66.38	16.23		
	61세-70세	78.76	15.64		
	71세-80세	75.63	15.25		
	81세 이상	66.00	18.38		
성 별	남	71.79	19.69	-.39	.006**
	여	73.00	14.64		
종 교	무	73.31	15.66	1.89	.134
	카톨릭	81.50	3.10		
	기독교	62.16	19.84		
	불교	73.14	17.50		
과거입원 여부	유	72.36	16.48	-.02	.981
	무	72.44	18.18		
학 령	무학	81.93	14.09	3.84	.570
	국졸	78.75	13.14		
	중졸	67.25	16.52		
	고졸	68.64	17.79		
	대졸	68.09	20.36		
직업유무	유	69.37	17.86	-1.45	.151
	무	74.08	16.78		
동거가족	배우자	73.34	18.33	.58	.623
	자녀	73.92	15.81		
	배우자+자녀	72.26	15.73		
	기타	67.25	19.81		
치료비 부담	본인	67.80	19.92	2.03	.112
	배우자	71.80	14.84		
	자녀	78.06	15.85		
	위의 2인 이상	72.26	16.40		

* $p<.05$ ** $p<.01$

〈표 6〉 뇌졸중 환자 가족의 일반적 특성에 따른 부담감

(대상자=126)

특 성	구 분	평 균	표준편차	t or F	P value
연 령	30세이하	63.15	13.13	6.81	.001**
	31세-40세	78.21	15.89		
	41세-50세	67.14	16.03		
	51세-60세	73.94	20.18		
	61세이상	83.21	14.73		
성 별	남	72.49	16.91	.05	.961
	여	72.34	17.63		
종 교	무	69.32	15.01	3.21	.552
	카톨릭	81.80	16.49		
	기독교	62.15	18.30		
	불교	75.23	17.43		
결혼상태	미혼	65.00	15.20	6.17	.432
	기혼	74.22	17.49		
학 령	무학	84.17	23.06	2.96	.261
	국졸	80.18	15.05		
	중졸	78.95	15.06		
	고졸	68.52	17.22		
	대졸	69.82	16.46		
직업유무	유	68.86	15.33	-2.26	.330
	무	75.33	18.29		
가족형태	핵가족	70.22	16.71	-2.49	.611
	대가족	79.09	17.43		
가족의 월수입	50만원 이하	84.30	21.00	2.89	.792
	51-100만원	76.12	17.51		
	101-150만원	71.78	16.00		
	151만원 이상	68.83	16.33		
환자와의 관계	배우자	73.23	19.02	1.25	.289
	자녀	70.43	16.05		
	기타	78.29	15.89		
돌봄기간	1주이내	68.07	11.44	.93	.448
	2주이내	68.68	15.46		
	3주이내	68.44	13.18		
	4주이내	71.63	24.77		
	4주이상	74.77	18.12		

** $p<.001$

5. 뇌졸중 환자의 일상생활 수행능력에 따른 가족의 부담감 정도

뇌졸중 환자의 일상생활동작과 가족의 부담감과의 관계를 알아본 결과 활동 영역($p=.000$), 식사 영역($p=.000$), 화장실 출입 영역($p=.002$), 옷입기 영역

〈표 7〉 뇌졸중 환자의 일상생활 수행능력에 따른 가족의 부담감

(대상자=126)

특 성	구 분	평 균	표준편차	t or F	P value
활 동	혼자 다닌다	59.00	14.82	8.60	.000**
	목발을 잡고 다닌다	74.00	13.97		
	바퀴의자를 타고 다닌다	80.75	17.14		
	앉아 있다	78.70	15.51		
	앉히면 기대어 앉는다	82.00	14.17		
	누워 있다	77.20	15.64		
식 사	혼자 식사한다	68.24	16.29	10.26	.001**
	먹여주면 입으로 먹는다	83.82	14.25		
	고무호스로 먹인다	76.27	18.95		
화장실 출입	혼자 간다	62.18	16.20	8.13	.002*
	도와주면 간다	75.41	12.11		
	변기를 사용한다	83.56	16.88		
	기저귀를 사용한다	82.44	13.91		
	도뇨관을 사용한다	80.67	21.82		
	정기적으로 관장을 한다	86.50	16.26		
웃입기	혼자 입는다	59.71	15.37	26.67	.004*
	도와주면 입는다	73.02	12.65		
	전부 입혀준다	84.05	15.96		
위 생	혼자 세수한다	60.50	15.71	26.35	.001**
	물을 머주면 세수한다	70.52	12.09		
	전부 해준다	81.95	14.70		

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

(p=.004), 위생 영역(p=.001) 등 일상생활활동작의 모든 영역에서 통계적으로 유의한 차이가 나타났다(〈표 7〉).

V. 논 의

뇌졸중환자의 일상생활 수행의 장애는 사회적, 직업적 역할이나 가족 관계에 있어서 여러 가지 심리적인 문제를 일으키며 가족은 이러한 환자를 계속 돌보아주어야 하기 때문에(안용팔, 1984) 부담감을 느낀다. 이에 본 연구에서는 뇌졸중환자를 돌보는 가족은 제 2의 환자로서 간호의 궁극적 목적이 대상자 뿐만 아니라 가족의 건강문제도 해결해 주어 효과적으로 환자를 간호하도록 기본방안을 제공하고자 시도되었다.

뇌졸중환자 가족이 느끼는 총 부담감은 최저 40점과 최고 110점의 범위에서 평균 72.41점으로 가족은 중간이상의 부담감을 가지고 있었다. 이는 입원중인 만성환자 가족원의 부담감을 측정한 이영신(1993)의 연구에서 부담감의 평균점수 62.72점, 뇌졸중 환자 가족의 부담감과 우울 정도를 측정한 이강이와 송경애

(1996)의 연구에서 가족이 느끼는 부담감의 평균점수 34.30점, 마비환자를 돌보는 간호제공자의 부담감을 측정한 박명희(1991)의 연구에서 간호제공자가 인지하는 부담감 평균점수 55.24점 보다 높게 나타났다. 가족이 인지한 부담감의 점수가 높은 이유로는 대상자가 갑작스럽게 발병하는 뇌졸중 환자의 가족으로서 48.4%가 병원에 처음으로 입원한 환자의 가족이었으며, 환자를 돌본 경험이 없는 환자가족은 자신의 실수로 환자가 잘못되지 않을까하는 불안으로 위축되고 소극적이 되며(김소선, 1992) 아직도 스트레스를 완화시킬 대처기술 및 전략이 수립되지 않았기 때문이 아닌가 생각된다.

뇌졸중환자 가족의 일반적 특성과 부담감과의 관계를 알아본 결과 연령(p=.001)에서만 통계적으로 유의한 차이가 나타났고, 이중 가족의 연령에 따른 부담감은 61세 이상군에서 가장 높았다. 이는 만성질환과 기능 손상의 이환율이 65세이상 연령군이 타 연령군에 비해 5배정도 높게 나타난다(이소우, 1989)는 연구에서 처럼 환자를 돌보는 가족의 신체적 건강문제가 타연령군에 비해 높기 때문에 좀 더 많은 부담

감을 인지한다고 사료된다. 이는 이강이와 송경애(1996)의 연구에서 객관적 부담감과 통계적으로 유의한 일반적 특성으로 연령과 학력으로 나타났다는 연구, 서미혜와 오가실(1993)의 연구에서 가족의 부담감과 관계가 있는 변인은 가족의 연령과 학력이었다는 연구, 마비환자 가족을 대상으로 한 박명희의 연구(1991)에서 간호제공자의 부담감의 영향변수는 가족의 연령과 건강상태 였다는 연구와 같게 나타났다. 그런데 암환자 가족원의 스트레스를 연구한 Oberst와 Thomas(1989)의 보고와 노인의 간호제공자를 대상으로 한 Montgomery 등(1985)의 연구에서는 나이와 관계없거나 역상관을 보여 주고 있다. 이로보아 미국의 경우 가족원의 환자 돌봄행위에 대한 연구는 퇴원후에 연계되는 회복기 병원, 가정간호, 환자 가족원을 돕는 전문의료등 간호기관이 다양하기 때문에 우리나라의 경우처럼 전적으로 가족원에게만 의존하지 않기 때문인 것으로 보인다(이영신, 1993).

뇌졸중환자의 일반적 특성과 가족의 부담감과의 관계를 알아본 결과 환자의 연령($p=.0200$), 성별($p=.696$)에서 통계적으로 유의한 차이를 나타냈다. 연령에서는 60대 그룹의 환자를 간호하는 가족원이 다른 연령군을 간호하는 가족원보다 부담감이 높다고 나타났다. 성별에서도 여자환자를 간호하는 가족원이 남자환자를 간호하는 가족원보다 부담감이 높다고 하였다.

뇌졸중 환자의 일상생활동작과 가족의 부담감과의 관계를 알아본 결과 활동 영역($p=.000$), 식사 영역($p=.001$), 화장실 출입 영역($p=.002$), 옷입기 영역($p=.004$), 위생 영역($p=.001$) 등 일상생활동작의 모든 영역에서 통계적으로 유의한 차이가 나타났다. 이는 가족간호제공자의 부담감 인지 정도와 영형변수를 분석한 박명희의 논문(1991)에서 마비환자의 가족원중 환자의 일상생활장애가 심할수록 가족원의 부담이 높다고 보고하였고, Kosberg, Gairl & Keller(1990)은 기능장애환자의 가족원의 부담감이 컸다고 하여 본 연구와 일치하였다. 한편 뇌졸중환자가족의 간호요구를 조사한 김미희(1997)의 연구에서 뇌졸중환자의 일상생활 수행의 의존도에 따른 가족원의 간호요구도는 통계적으로 유의한 차이가 없었다는 결과, 최은숙(1993)의 연구에서 뇌졸중환자의 자가간호수준에 따른 보호자의 스트레스 정도에 유의한 차이가 없다는 결과와 치매환자 가족을 대상으로 한 유은정(1995)의 연구에서 일상생활수행 정도에 따른 간호요구도에 유의한 차이가 없었다는 결과와는 일치하지

않았다.

VI. 결론 및 제언

본 연구는 입원중인 뇌졸중환자의 일상생활 수행능력에 따른 가족의 부담감 정도를 파악하기 위하여 1997년 10월 3일부터 1998년 3월 20일까지 대구광역시에 있는 종합병원 2개, 한방병원 2개 및 부산광역시에 있는 종합병원 1개에 뇌졸중으로 입원한 환자 126명과 그들을 주로 돌보고 있는 가족 126명을 연구 대상으로 하였다.

연구도구는 일상생활 수행능력과 부담감을 측정하기 위하여 오가실(1992)이 개발한 도구를 사용하였다.

자료분석방법은 SPSS를 이용하여 실수, 백분율, t-test, ANOVA로 분석하여 얻어진 결과를 요약하면 다음과 같다.

- 1) 뇌졸중 환자가족이 인지한 부담감의 정도는 중정도 이상이었다.
- 2) 가족의 일반적 특성과 부담감과의 관계는 연령에서만 유의한 관계를 보였다.
- 3) 뇌졸중 환자의 일반적 특성과 가족의 부담감과의 관계에서는 환자의 연령과 성별에서만 유의한 관계가 나타났다.
- 4) 뇌졸중 환자의 일상생활 수행능력과 가족의 부담감과의 관계를 알아본 결과 활동, 식사, 화장실 출입, 옷입기, 위생 영역 등 일상생활동작의 모든 영역에서 통계적으로 유의한 차이가 나타났다.

이상의 연구결과를 토대로 다음과 같이 제언하고자 한다.

- 1) 다양한 사회·문화적 배경이 고려된 확대된 집단에서 지속적인 연구를 시도해 볼 것을 제언한다.
- 2) 지역사회내에 거주하는 재가한 뇌졸중 환자의 가족을 비교 검토하는 연구가 필요하다.

참 고 문 헌

- 강현숙 (1984). 재활강화교육이 편마비환자의 자가간호수행에 미치는 효과에 관한 실험적 연구. 연세대학교 대학원 박사학위논문.
- 김미희 (1997). 뇌졸중환자 가족의 간호요구. 기본간호학회지, 4(2), 175-192.
- 김분한 (1980). 급성기 뇌졸중환자의 간호중재-노인환자를 중심으로-. 대한간호, 28(2), 6-13.

- 김병은 (1991). 건강계약이 편마비 환자의 일상생활 동작 수행정도에 미치는 영향. 경희대학교 대학원 석사학위논문.
- 김소선 (1992). 뇌졸중 환자를 돌보는 가족의 경험에 관한 연구. 연세대학교 대학원 박사학위논문.
- 김애리 (1987). 두부 외상환자의 불안요인 및 그 정도에 관한 조사연구. 이화여자대학교 대학원 석사학위 논문.
- 김진수 (1994). 뇌졸중의 진단과 치료. 대한의학협회지, 35(3), 390-398.
- 박명희 (1991). 가족간호 제공자의 부담감 인지경도와 영향 변수 분석. 카톨릭 의학부 논문집, 44(3), 949-958.
- 박원경 (1988). 뇌졸중으로 인한 편마비환자가 지각한 스트레스와 우울에 관한 연구. 이화여자대학교 대학원 석사학위논문.
- 서문자 (1989). 편마비환자의 퇴원후 적응상태와 관련요인에 대한 분석적 연구. 서울대학교 대학원 박사학위논문.
- 서미혜, 오가실 (1993). 만성질환자 가족의 부담감에 관한 연구. 간호학회지, 23(4), 467-486.
- 신경빈, 문재호, 오현학, 손민군 (1988). 뇌졸중의 조기재활치료에 대한 검토. 대한재활의학회지, 12(1), 78-83.
- 안용팔, 이숙자, 양승한, 배광웅 (1984). 뇌졸중 편마비 환자의 의식구조. 대한재활의학회지, 8(2), 9-92.
- 양영희 (1992). 만성입원환자를 돌보는 가족원의 역할스트레스와 건강에 대한 이론적 구조모형. 서울대 대학원 박사학위논문.
- 이강이, 송경애 (1996). 뇌졸중환자 가족이 인지한 부담감 및 우울정도에 관한 연구. 대한간호학회지, 26(4), 853-867.
- 이숙자 (1993). 노인입원환자의 가족원이 인지한 부담감 정도에 관한 연구. 전남대학교 대학원 석사학위논문.
- 이은옥, 김채숙, 서문자, 임남영 (1992). 만성 및 재활간호. 서울: 수문사.
- 이영신 (1993). 만성 입원환자 가족원의 부담감. 서울대학교 대학원 석사학위논문.
- 정추자 (1993). 사회적 지지모임이 뇌·척수 손상환자를 돌보는 가족의 부담감과 삶의 질에 미치는 효과. 연세대학교 대학원 박사학위논문.
- 최선미, 김연희, 조은수 (1991). 농촌지역 재가 뇌졸중환자의 재활실태와 욕구에 관한조사. 대한재활의학회지, 15(2), 67-73.
- 최은숙 (1992). 뇌졸중환자의 자가간호 수준에 따른 보호자의 스트레스. 충남대학교 대학원 석사학위논문.
- 한정석, 서미혜 (1992). 가정간호시 요구되는 건강교육. 추후관리내용의 교육개발을 위한 연구-고혈압, 뇌졸중, 당뇨병. 최신의학, 35(3), 107-123.
- Anderson, E., Anderson, T.P., Kotte, E.T. (1977). Stroke rehabilitation : Maintenance of achieved gains, Arch Phys Med Reh, 58, 345-352
- Archbald, P. (1981). Cited from caregiving and the experience of subjective and objective burden, Montgomery, R.J.N., Gonyea, J.G., & Hooyman, N.R. (1995). Family Relations, 34, 19-26.
- Bishop, D.S., Epstein, N.B., Keitner, G.I., Miller, I.W. & Srinivasan, S.V. (1986). Moral, family functioning, health status, & functional capacity. Arch Phys Med Rehabil 67, 84-87.
- Brody, E.M. (1981). "Women in the middle" and family help to older people, The Grontologist, 21, 471-480.
- Cohen, J.C., & Eisdorfer, C. (1988). Depression in family members caring for a relative with Alzheimer's disease. Journal of American Geriatric Society, 36, 885-889.
- Deimling, G.T., & Bass, D.M. (1986). Symptoms of mental impairment among elderly adults and their effects on family caregivers. J. Gerontology, 41(6), 778-784.
- Deimling, G.T., & Poulshock, S.W. (1986). The transition from family in-home care to institutional care. Research on Aging. 7(4), 563-576.
- Eisdorfer, C., Rabins, P.V., & Reisberg, B. (1991). Alzheimer's disease : Caring for the caregiver. Patient Care, 15, 109-123.
- Given, B., Stommel, M., Collins, C., King, S. & Given, C.W. (1990). Responses of elderly spouse caregivers. Research in Nursig &

- Health, 13, 77–85.
- Goetter, W. (1986). Nursing diagnosis and interventions with the acute patient. Nursing Clinics of North America, 21(20), 309–319.
- Goodman, C. C., & Pynoos, J. (1990). A model telephone information & support program for caregivers of Alzheimer's patients. The Gerontologist, 30(3), 399–404.
- King, S. L., & Gregor, F. M. (1985). Stress and Coping in families of the critically ill. Critical Care Nurses, 5(4), 48–51.
- Kotilial (1984). The Profile of recovery from stroke and factor influencing outcome. Stroke, 15, 1039–1044.
- Litman, T.J. (1974). The Family as a basic Unit in Health and Medical Care : A social behaviral overview. Social science & Medicine, 8, 495–519.(채인용)
- Miller, J.R. & Janosik, E.H. (1980). Family–focussed care. NewYork : Mcgrow Hill Book Co.
- Montgomery, R. J. V., Gonyea, J. G., & Hooyman, N. (1985). Caregiving and the experience of subuective and objective burden. Family Relations, 34, 19–26.
- Neundorfer, M.M. (1991). Family Caregivers of the frail elderly : Impact of caregiving on their health and implications for interventions, Family and Community Health, 14 (2), 49–58.
- Norack, T. A. (1984). Stroke onset and rehabilitation, Arch Phys Med Reh. 65, 316–319
- Novak, M.N. & Guest, C. (1989). Application of a multidimensional caregiver burden inventory. The Gerontologist, 12, 111–121.
- Oberst, M.T.,& Thomas, S.E. (1989). Caregiving demands & appraisal of stress among family caregivers. Cancer Nursing, 12(4), 209–215.
- Orodenker, S.Z. (1990). Family caregiver in a changing society : The effects of employment on caregiver stress. Family & Community Health, 58–69.
- Pallet, J. (1990). A Conceptural framework for studying family caregiver burden in alzheimers type dementia. Journal of Nursing Scholarship, 22(1), 52–57.
- Pasqual, E. A. (1991). Humor : Preventive therapy for family caregivers. Home Health Care Nurse, 9(3), 13–17.
- Pfaude M. (1973). After stroke : Motor skill rehabilitation for hemiplegic patient. A.J.N., 73(11), 1892–1896.
- Printz & Feddersen, V.(1990). Group process effect on caregiver burden. Journal of Neuroscience Nursing, 22(3), 164–168.
- Robinson, R.G., Boldac, P.I., Kubos, K.I., Starr, I.B. & Price, T.R. (1985). Social functioning assessment in stroke patients. Archives in Physical Medicine & Rehabilitation, 66, 496–500.
- Silliman, R.A. & Sternberg, J. (1988). Family caregiving : Impact of patient functioning and underlying causis of dependency. The Gerontologist, 28(3), 377–382.
- Stein, R. E. K., & Reissman, C. K. (1980). The development of an impact on family scale : Preliminary finding, Medical Care, 18(4), 465–472.
- Thompson, E.H., & Doll, W. (1982). The burden of families coping with the mentally ill : an invisible crisis. Family Relations, 31, 379–388.
- Trombly, C.A. (1983). Occupational therapy for physical dysfunctions 2nd Ed. Baltimore : Williams and Willkins Co.
- Vitaliano, P. P., Young, H. M., & Russo, J. (1991). Burden : A review of measures used among caregivers of individuals with dementia. The Gerontologist, 31(1), 67–75.
- Wilson, H. S. (1989). family caregiving for a relative with Alzheimer's and dementia : Coping with negative choices. Nursing Research, 38, 94–98.
- Zarit, S.H., Reever, K.E. & Bach–Peterson, J. (1980). Relatives of impaired elderly : Correlates of feeling of burden. The Gerontol-

ogist, 20(6), 649-655.

Zarit, S.H., Todd, P.A., & Zarit, J.M. (1986). Subjective of husbands and wives as caregivers. *The Gerontologist*, 20(6), 649-655.

– Abstract –

Key concept : Burden, Activity of Daily Living (ADL), Family caregiver, Strokes

The Degree of Burden of Family Caregivers as Related to the Level of ADL of Patients with Strokes

Kim, Hyun Mi · Park, Jum Hee**
Jang, Gun Ja****

This study was designed and undertaken to identify the degree of burden of family caregivers for patients who had had a stroke as the burden is related to the ADL of the patients.

The data were collected from October 3rd, 1997 to March 20th, 1998.

The subjects in this study were 126 caregivers

as family members and 126 patients with strokes who were hospitalized in two oriental medicine hospitals and four general hospitals located in Taegue and Pusan City.

The questionnaires consisted of questions regarding burden(25 items) of caregivers and ADL (25 items) of patients with strokes.

Data were analyzed using percentages, mean, t-test and ANOVA done with the SPSS program.

The results of this study were as follows :

1. The score for family caregiver's burden was higher than the middle score.
2. The family caregivers' age had statistically significant differences in the degree of burden.
3. The age and sex of patients affected the burden of caregivers significantly. That is, caregivers felt more of a burden when caring for the patient group in their sixties than in any other age group and female patients created more of a burden than male patients.
4. There was a statistically significant difference in the degree of caregiver burden according to the level of patient ADL.

* Department of Nursing, Kyungsan University

** Department of Nursing, Kyungpook University

*** Department of Nursing, Munkyoung College