

## 뇌졸중환자의 일상생활 수행수준과 가족원의 스트레스

조 영 희\*

### I. 서 론

#### 1. 연구의 필요성

현대사회와 미래사회는 고령화사회라 불리울 만큼 의학의 발달과 경제의 성장으로 평균수명이 연장되고 노인 인구가 증가하고 있다. 평균수명이 1980년에 65.8세, 1990년에 71.3세, 1995년 73.5세였고, 2000년에 74.3세, 2010년에는 77.2세로 연장될 것이라는 통계청(1997)의 발표도 이것을 뒷받침해 주고 있다. 또 현대사회는 식생활의 변화 및 생활환경의 오염 등으로 인해 성인병도 날로 증가하고 있다. 이 같은 시점에서 주로 고연령층에서 발생하는 성인병의 하나인 뇌졸중은 최근 더욱 비상한 관심을 모으고 있다.

뇌졸중이란 뇌혈관과 혈액의 이상에 의해 야기되는 국소성 뇌질환 및 사고의 총칭으로 생명에 치명적일 수 있는 가장 흔한 신경계 질환으로 하나의 만성적인 증후군이다(Goetter, 1986; 김진수, 1994; 김미희, 1997). 최근에는 65세 이상의 연령층에서 주로 발생했던 뇌졸중이 젊은 연령층에서의 발생빈도가 높아지고 있고, 또 외상으로 인한 뇌출혈도 증가하고 있다(김희승, 박현애와 오미정, 1998; 조윤희, 1990).

뇌졸중은 65세 이상 노인의 사망원인 제 1위이며, 질병에 의한 사망률이 암에 이어서 제 2위를 차지하고 있

다. 생존하더라도 대부분 의식장애나 운동장애, 언어장애 등의 기능장애가 발생하게 된다(한국인구보건 연구원, 1994; 김광주와 이향련, 1997). 특히 편마비 환자는 일상생활 수행을 위한 신체적 기능이 저하되기 때문에 자가간호를 수행하지 못하여 의존적이 되고 지적 퇴행, 우울, 좌절, 불안과 같은 신체적, 정서적 고통을 경험하게 되며(Pfaude, 1973; 최은숙과 소희영, 1993), 뇌졸중환자의 가족은 환자에게 장기적이며 전적으로 일상생활을 수행하도록 도움을 주어야 하기 때문에 큰 부담을 가지게 된다.

가족은 사랑과 지지의 교환을 통한 상호의존적인 개방체제로서 한 구성원의 변화는 다른 구성원의 변화를 초래하며, 가족체계는 여러 가지로 질환의 과정에 영향을 미치게 된다(최영희, 1983; 황영빈, 1990). 또 Berkman(1985)은 의료조직에 의한 도움보다 가족의 도움이 환자에게 더욱 중요하다고 하였고, Miller & Janosick (1980)은 가족의 전이작용과 상호작용은 환자회복과 예후에 영향을 미친다고 하여 뇌졸중 환자에게 있어서 세심하게 돌보아 주는 가족의 지지가 질병회복에 중요함을 알 수 있다.

뇌졸중 환자를 돌보는 가족원은 환자의 기본적인 일상생활 수행능력이 결여되고 예후가 불확실하므로 계속적 추후관리로 인한 신체적, 정신적, 사회적 및 경제적 측면에서 인력소모가 심각하며 삶의 불균형 상태를 초래하고

\* 군산간호대학

스트레스가 높아지게 되는데 환자가 가족에 대한 의존도가 높을수록 스트레스가 더욱 증대된다(Silver & Wortman, 1980). 가족원의 스트레스는 가족기능 수준을 변화시키게 됨으로써 가족의 불안이 환자에게 전이되어 결과적으로 질병의 경과에 영향을 미치게 된다(김주성과 김명희, 1996).

그러나 오늘날 간호현장에서는 간호대상자에 대한 관심이 환자에게만 집중되어 있는 경향이다. 따라서 이제 환자의 자가간호 능력 부족으로 수반되는 표면적, 잠재적 문제의 이해와 관리뿐만 아니라 환자를 돌보는 가족원에 대한 관심과 이해로 가족원의 건강과 가족기능유지를 도움으로써 보다 총괄적인 간호가 되어야 한다.

이에 본 연구는 뇌졸중 환자의 일상생활 수행 수준과 그에 따른 가족원의 스트레스 정도를 파악하여 전문적 간호사가 환자의 정신적, 신체적 문제를 위한 증대는 물론 가족원의 스트레스를 감소시켜 줄 수 있는 간호중재를 적용하도록 하는데 도움이 되고자 시도되었다.

## 2. 연구의 목적

본 연구의 목적은 뇌졸중환자의 일상생활 수행수준에 따른 가족원의 스트레스를 파악하기 위함이며, 구체적인 목적은 다음과 같다.

- 1) 뇌졸중환자와 가족원의 일반적, 질병관련 특성을 파악한다.
- 2) 뇌졸중환자의 일상생활 수행수준을 파악한다.
- 3) 뇌졸중환자 가족원의 스트레스 정도를 파악한다.
- 4) 뇌졸중환자의 특성에 따른 일상생활 수행수준과 가족원의 스트레스 정도를 파악한다.
- 5) 뇌졸중환자의 일상생활 수준과 가족원의 스트레스 정도의 관계를 확인한다.

## 3. 용어의 정의

- 1) 뇌졸중환자 가족원 : 뇌졸중환자를 돌보는 보호자를 의미하며, 본 연구에서의 가족원은 뇌졸중이라고 진단을 받고 입원 또는 통원치료 중인 환자 곁에서 "돌봄" 행위를 하는 배우자, 아들, 딸, 며느리, 손자, 손녀, 부모, 형제, 자매, 친척 중의 하나를 말한다.
- 2) 일상생활 수행 : 인간의 일상생활에 기본적으로 필수적인 요구충족을 위한 행위로서 자연스럽게 이루어지

고 있는 일련의 모든 활동을 말한다. 즉 일상생활의 모든 활동을 포함한 일반적인 자가간호 요구이다.

- 3) 가족원의 스트레스 : 뇌졸중환자와 함께 생활하면서 가족구성원이 격게 되는 다면적인 경험을 통해 발생하는 요구와 대처과정에서 파생되는 가족의 긴장 또는 스트레스를 말한다.

## II. 문헌 고찰

### 1. 일상생활 수행

일상생활 수행정도는 일상생활 양식(daily life style) 내에서 이루어지는 기능의 정도를 말하며 일상생활 양식은 매일의 살아가는 방법을 뜻한다(길숙영과 원종순, 1999). 이 일상생활 수행정도는 건강한 사람이나 환자 모두에게 공통적인 필수요소로서(Orem, 1980), 자가간호 능력과 관련이 깊다. 먼저 자가간호와 관련된 간호이론가로 널리 알려진 Orem(1980)은 자가간호를 개인이 각자가 자신의 삶, 건강, 안녕을 위해 정상기능을 유지, 증진시키고 질병과 상해를 예방 또는 조절하기 위해 수행하는 일상생활 활동의 실체라고 규정하였다. 또 Parse(1987)는 일상생활 수행능력은 개인의 요구조건을 충족시키기 위해 효과적인 행동을 취하는 인간의 힘이며 실제 현실상황에서 자가간호를 수행하기 위하여 필요한 인간능력의 총합이라고 하였다. 즉 건강한 성인은 정상적이고 자발적으로 자신을 돌보며 자기의 기본요구를 만족시킬 수 있는 일상생활 수행능력이 있으나 건강상태가 나빠지면 일상생활 수행능력이 떨어져 자신을 다른 사람에게 부분적 또는 전적으로 의존해야 하는데 이 상태를 자가간호 결핍이 있다라고 하여 일상생활 수행능력과 자가간호와의 관계를 쉽게 설명할 수 있다.

뇌졸중환자는 그 생존자의 90% 이상이 뇌의 병변 부위에 따라 영구적인 장애인 편마비(Anderson 등, 1995), 편마비로 인한 운동기능 장애, 활동기능 장애 등 여러 장애가 나타나 기본적인 자가간호가 불가능한 경우가 많다(Feigenson, 1981). 뇌졸중 즉 자가간호 결핍 상태는 자가간호 능력과 치료적 자가간호 요구와의 관계 속에서의 불균형을 말한다. 자가간호 능력과 치료적 자가간호 요구와의 관계는 균형과 불균형의 관계로 설명되는데(Parse, 1987), 치료적 자가간호 요구는 환자요인에 의해 전개되는 것으로 어떤 형태의 간호가 생명의 지

속을 위하여 필요한 것인지를 설명해 주며 현실생활에서 개인에 의해 생성된 인간의 기능과 발달을 조절하는 활동으로 간주된다.

Orem(1985)은 치료적 자가간호는 요구에 따라 일반적인 자가간호, 건강이탈에 관한 자가간호, 발달과정과 관련된 자가간호로 구분하고 다음과 같이 설명하였다. 첫째, 일반적 자가간호는 공기의 충분한 섭취유지, 물의 충분한 섭취유지, 배설유지, 활동과 휴식의 균형유지, 고립과 사회적 상호교류의 균형유지, 생명, 기능, 안녕의 장애예방, 인간의 잠재력 또는 제한에 따른 정상적인 삶을 위한 사회단체에서의 인간의 기능과 발달증진에 관한 8개 영역으로 분류된다. 둘째, 건강이탈과 관련된 자가간호는 적절한 의학적 도움을 구하는 것, 발달에 대한 영향을 포함하여 병리적 상태의 결과를 알고 보살피는 것, 그 질병에 특정하게 처방된 진단, 치료 및 재활방법을 효과적으로 수행하는 것, 의학적 치료방법에 대한 좋지 않은 결과를 알고 조절하는 것, 자신의 건강상태와 특수한 진단의 필요성을 받아들이는 것, 자신의 지속적인 건강증진을 위해 필요한 간호와 질병의 결과를 받아들이고 생활하는 방법을 습득하는 것 등이다. 셋째, 발달과 관련된 자가간호는 발달과정에 있어서의 자가간호 요구의 표현이며 어떤 사건, 출생, 사춘기, 임신과 관련되거나 상황, 배우자의 사망, 환경이동으로부터 유도된 새로운 요구들이다. 이상의 세가지 자가간호요구 중 뇌졸중환자와 관련된 것은 주로 일반적 자가간호와 건강이탈 자가간호이다.

뇌졸중 환자에게 필수적인 재활간호에 있어서의 자가간호를 Orem(1980)은 일상생활 활동을 스스로 하는데 중점을 두며, 가능한 한 일상생활 활동을 자신이 할 수 있다는 용기를 갖게 하기 때문에 전인간호의 중요한 개념으로 여기고 있다고 한다. 또한 Larsen(1982)은 재활간호 연구에서 재활간호이론을 적용한바 있으며, Allison(1902)은 재활센터에서 간호사의 역할과 기능에 대해 자가간호 모델을 적용하였는데 모두 자가간호를 중시했음을 알 수 있다. 이 외에도 자가간호의 중요성을 강조한 문헌들은 여러 군데에서 보여진다. Porter & Shamian(1983)은 자가간호를 개인의 안녕한 수준을 향해 스스로를 위하여 스스로 하는 행위라고 하였으며, Irish & Taylor(1980), 최은숙과 사회영(1993)은 인간은 근본적으로 자신을 돌볼 수 있는 능력을 지니고 있고 환경을 조절하기 위한 선택을 하며 의도적인 활동을 하는 책임감 있고 사고하는 존재이기 때문에 인간의 안

녕수준은 그 사람의 자가간호 수행능력 정도와 직접적으로 비례한다고 하였다.

이상에서 일상생활을 건강하게 수행하는 것은 자가간호 능력과 치료적 자가간호 요구와의 관계 속에서의 균형을 이루어, 정상적이고 자발적인 자가간호가 전제되어야 하는데 뇌졸중 환자는 바로 이 자가간호의 결핍상태에 놓여 있음을 알 수 있었다. 결국 뇌졸중 환자를 돕는 간호의 궁극의 목적은 삶과 건강에 대한 요구를 충족시키며, 질병과 기능부전을 최소화할 수 있는 계속적인 일상생활 수행을 위해 돕는 것이다. 따라서 간호대상자의 안위를 돕는 간호현장에서 이러한 뇌졸중환자의 일상생활 수행능력에 많은 관심을 가지고 우선적으로 사정되고 조정되어야 하는 중요한 간호문제가 된다.

## 2.가족원의 스트레스

스트레스라는 말은 원래 라틴어의 "stringere"유래되었으며 이 개념과 같은 뜻으로 고통(distress)이나 긴장(strain)을 의미하기도 한다. Cannon(1983)의 심리적 이론에서는 스트레스란 "정서적으로 흥분과 연관된 자극이 생리적 변화과정의 원인이 된다"라고 정의하였으며, 어떤 생활변화에 대하여 안정상태를 유지하려고 하나 적응유지에 미치지 못하여 나타난다고 하였다(최은숙과 사회영, 1993). Selye(1982) 그리고

조영희와 고미혜(1998)는 스트레스란 언제나 존재하는 상황으로 위협이나 변화에 의해서 강화되고 놀람, 저항, 기진의 단계를 보이는 정서적 경험이며 어느 정도의 스트레스는 치료에 도움을 주는 추진력으로 작용할 수 있으나 과도한 스트레스는 오히려 해를 준다고 하였다. 또한 스트레스는 모든 신체조직에 영향을 주는데 한 상황에 대한 인간의 반응은 선행경험, 신체적 상태, 심리적 상태, 상황에 대한 지각 등이 해당된다고 했다.

사회적 환경이 건강에 영향을 미치는 중요한 원인이 되므로 가족의 건강관리에 관심이 집중되고 있다. 가족은 한 개인으로 하여금 건강하고 행복한 삶을 살도록 많은 영향을 끼치는 일차적인 집단이다. 건강한 가족은 개인이 성장하도록 도와주고 질병에 대한 저항력을 길러주며 위기에 처할 때 가족구성원을 서로 지지해 준다(노승옥, 성명숙과 장희정, 1988). 간호에서 가족이 개인의 환경으로 혹은 수혜자로 개념화됨은 가족간호 실무를 이끌어내는 기본이 되기 때문이다(Gillis, 1991).

가족스트레스는 가족환경의 내·외적인 변화에 대한

부적응으로 발생하며 가족체계의 변화를 일으키는 가족 기능을 파괴하며 스트레스에 대한 가족 적응은 위기나 누적된 가족생활사건 스트레스에 대한 가족의 반응으로 나타난다. 그래서 가족은 스트레스를 완화하거나 제거하기 위하여 유용한 자원을 활용하여 위기를 극복하고 적응을 해 나가지만 극복하지 못하면 부적응이 초래된다(김희승 등, 1998). McCubbin & Patterson(1983)은 가족적응을 부적응에서 적응의 양 극단에 걸쳐 연속적인 변수라고 하였으며, Park & Jung(1991)는 가족체계가 상황 또는 발달위기에 반응하여 힘의 구조나 역할관계를 변화시키는 능력이라고 하였다.

이은옥 등(1999)의 연구보고에 의하면 건강문제 중에서 급성질환보다 만성질환이 가족에게 미치는 영향이 더욱 크다고 하였는데, 만성질환은 개인의 가정활동, 직장활동, 사회활동 등 일상생활에 장애를 초래하여 가정, 직장, 사회에서의 역할을 불가능하게 하거나 변경하게 되므로 가족기능이 변화할 수밖에 없다. 특히 만성질환자 중 뇌졸중환자는 후유증이 동반하여 완전회복이 어렵기 때문에 그 가족은 불면증, 식욕감소, 체중감소, 불안, 집중력 소실, 우울감 등의 기질적 증상이 나타날 수 있으며(King & Gregor, 1985), Wade 등(1986)과 Silliman & Sternberg(1988)은 뇌졸중환자를 돌보는 가족은 건강상태가 나빠져서 질병상태에 있는 경우가 많다고 보고하였다. 국내에서도 환자가족의 스트레스와 부담감 그리고 우울에 대한 연구가 만성질환자의 어머니를 대상(정순영, 1984; 오상은, 1986; 이현성, 1988; 문영숙과 박인숙, 1991)으로 또한 뇌졸중환자 가족원을 대상(최은숙과 사회영, 1993; 이강이와 송경애, 1996; 김주성과 김명희, 1996; 김희승 등, 1998)으로 활발하게 진행되었다. 많은 연구에서 만성질환자를 돌보는 가족은 부담감으로 스트레스와 관련된 질환을 앓거나 기존의 신체적 질환이 악화되기도 하고 약물남용의 문제가 증가되며 역할혼돈과 역할과중으로 여러 가지 심리적 문제를 나타내고 다른 가족으로부터 소외감이나 사회적 고립감을 갖게되어 가족원 본인의 건강문제로 인한 환자를 돌보는 가족기능이 저하된다고 보고하고 있다(김희승 등, 1998).

이상의 문헌을 통해 볼 때 일상생활 수행능력이 결여되고 후유증이 계속되는 뇌졸중환자를 돌보는 가족원의 건강상태는 환자와 가족을 위해서 매우 중요하므로 뇌졸중환자를 간호하는 간호사는 가족의 스트레스를 사정하고 간호계획을 하는데 많은 관심을 가져야 할 영역이다.

### Ⅲ. 연구 방법

#### 1. 연구설계 및 대상

본 연구는 뇌졸중환자의 일상생활 수행수준에 따른 가족원의 스트레스를 알아보기 위한 서술적 조사연구이다. 연구대상자는 1999년 7월 4일부터 8월 30일까지 59일 동안 전라북도 중소도시에 위치한 두곳의 한방병원에 뇌졸중으로 진단 받은 후 입원 또는 통원치료를 하고 있는 환자와 그 가족원 중에서 연구의 목적과 설문지의 내용을 이해하고 의사소통이 가능하며 연구에 협조하기를 동의한 사람으로 112명을 대상으로 하였다.

#### 2. 연구 도구

본 연구의 자료수집을 위하여 뇌졸중환자의 일상생활 수행수준과 가족원의 스트레스에 관한 구조화된 설문지를 사용하였다.

##### 1) 일상생활 수행수준

뇌졸중환자의 일상생활 수행수준을 측정하기 위하여 강현숙(1984)이 개발한 ADL check list를 사용하였다. 이 도구는 식사하기, 개인위생, 옷 입기, 배설, 침상활동, 이동, 걷기 등 7영역 14항목의 5점척도를 사용하였다. 점수는 완전 의존적이다(1점), 부분 의존적이다(2점), 독립 의존적이다(3점), 부분 독립적이다(4점), 완전 독립적이다(5점)로 측정하였으며 점수가 높을수록 환자의 일상생활 수행수준은 높다고 할 수 있다.

최은숙과 사회영(1993)에 의한 연구에서 신뢰도는 cronbach's  $\alpha = 0.98$ 이었으며, 김희승, 박현애와 오미정(1998)의 연구에서는 cronbach's  $\alpha = 0.96$ 이었고 본 연구에서는 cronbach's  $\alpha$ 는 0.95였다.

##### 2) 가족원의 스트레스

가족원의 스트레스는 최은숙과 사회영(1993)이 뇌졸중환자 가족원에게 사용한 35문항의 4점 척도인 스트레스 측정도구로 측정하였다. 이 도구는 사회적, 개인적 보호자의 책임수행에 관련된 17문항, 환자의 질병상태 변화와 돌보는 이로서 어려움에 관련된 13문항, 질병상태의 예후에 관련된 5문항으로 구성되었으며, 각 문항에 대하여 전혀 걱정하지 않는다(1점), 약간 걱정한다(2점), 많이 걱정한다(3점), 아주 많이 걱정한다(4점)로 응답하게

하였으며, 점수가 높을수록 스트레스 정도가 높은 것을 의미한다.

최은숙 등(1993)에 의한 연구에서 신뢰도는 cronbach's  $\alpha=0.92$ 이었고, 김희승 등(1998)의 연구에서는 cronbach's  $\alpha=0.99$ 였으며, 본 연구에서는 cronbach's  $\alpha=0.93$ 이었다.

### 3. 자료수집

본 연구의 자료수집 방법은 연구자가 일차적으로 각 병원의 원장, 간호과장 그리고 주간호사의 동의를 얻어 협조를 구하였고, 이차적으로 연구자와 혼련된 한의대 학생 2인이 연구대상자 112명에게 연구의 목적과 설문지 내용을 설명하였다. 연구대상자인 가족원이 직접 설문지를 작성하도록 하였으나 대부분 직접 작성할 수 없는 상황이었으므로 연구자나 보조원이 각 항목마다 면담을 통하여 설문지를 작성 수집하였다. 대부분의 가족원들이 일상생활 수행수준이 낮은 환자들을 오랫동안 돌보는데 매우 지쳐있었기 때문에 연구대상이 되는 것을 거부하는 관계로 연구대상자를 확보하는데 어려움이 있었다.

### 4. 자료분석

자료분석은 SPSS 통계 프로그램을 이용하였다. 뇌졸중환자와 가족원의 일반적 특성과 질병관련 특성은 실수와 백분율을 산출하였고, 뇌졸중환자의 일상생활 수행수준과 가족원의 각 항목별 스트레스 정도를 알아보기 위해서는 평균과 표준편차의 기술통계 방법을 사용하였으며 뇌졸중환자의 특성에 따른 일상생활 수행수준과 가족원의 스트레스 정도는 t-test, ANOVA로 분석하였다. 그리고 뇌졸중환자의 일상생활 수행수준과 가족원의 스트레스와의 상관관계는 Pearson correlation Coefficient를 사용하였다.

## IV. 연구 결과

### 1. 가족원과 환자의 특성

뇌졸중환자 가족원의 연령은 35~60세 미만이 55.5%로 가장 많았으며, 성별은 여자(75.0%)가 남자(25.0%)보다 많았고 종교는 개신교(32.1%)와 종교가 없는 경우(32.1%)가 많았다. 결혼상태는 결혼(76.8%)

이 미혼(23.2%)보다 많았으며 교육수준은 중·고 졸업이 51.8%로 가장 많았다. 직업은 주부(30.4%)가 가장 많았으며, 가족구조는 핵가족(92.0%)이 많았다. 월수입은 70만원 미만(62.5%)이 가장 많았고, 환자와의 관계는 딸(28.6%)과 배우자(27.7%)가 많았다. 간호기간은 1~3개월 미만(75.9%)이 가장 많았고, 간호교대자가 있는 경우(63.4%)가 없는 경우(36.6%)보다 많았으며, 가족원이 느끼는 자신의 건강상태는 보통이다(50.0%), 좋다(43.8%), 나쁘다(6.2%)의 순이었다(표 3).

뇌졸중환자의 연령은 70세 이상(50.9%)이 가장 많았고, 성별은 남자(52.7%)가 여자(47.3%)보다 많았다. 마비부위로는 왼쪽마비가 51.8%, 오른쪽마비는 40.2%의 순이었고 마비가 없는 경우는 8.0%로 낮았으며 양측마비는 없었다. 언어장애가 없는 경우는 52.7%였으며, 혈압에 이상이 있는 경우는 58.9%였고, 당뇨는 없는 경우(78.6%)가 있는 경우(21.4%)보다 많았다. 질병이환기간은 1~3개월 미만(72.2%)이 가장 많았고, 치료비 해결에 어려움이 있는 경우는 69.6%였다(표 4).

### 2. 뇌졸중환자의 일상생활 수행수준

뇌졸중환자의 일상생활 수행수준은 5점 만점에 평균 2.88점이었으며, 항목별로는 컵으로 물 마시기가 3.62점으로 수행수준이 가장 높았고 그 다음이 수저나 젓가락으로 식사하기로 3.25점, 자세를 변경하여 돌아눕기가 3.18점, 머리 빗기 3.16점의 순이었고, 일상생활 수행수준이 가장 낮은 경우는 층계 오르내리기로서 2.08점이었고 보행이 2.47점, 상의 입고 벗기 가 2.55점이었다. 환자가 가족원에게 의존하는 수준을 보면 부분독립(25.5%)이 가장 많았으며 부분의존(21.5%), 완전의존(20.9%), 독립과 의존(19.6%), 완전독립(13.1%)의 순으로서 전체 환자의 86.9%가 일상생활 수행에 어려움이 있었다(표 1).

### 3. 뇌졸중환자 가족원의 스트레스

가족원의 스트레스 정도는 4.0만점에 평균 2.39점이었다. 스트레스 점수가 가장 높았던 문항은 치료비가 많이 드는 것, 불구나 병이 재발될 가능성이 있는 것의 순이었으며, 그 다음은 환자가 고통스러워하는 것을 지켜보는 것, 오랜 기간 치료를 받아야 되는 것, 확실한 치료방법이 없는 것, 병세가 계속 악화되리라는 것의 순이었

〈표 1〉 뇌졸중환자의 일상생활 수행수준

(N = 112)

항 목	완전독립	부분독립	독립의존	부분의존	완전의존	M±SD
	실수(%)	실수(%)	실수(%)	실수(%)	실수(%)	
수저나 젓가락으로 식사	24(21.4)	30(26.8)	26(23.2)	15(13.4)	17(15.2)	3.25±1.34
컵으로 물 마시기	32(28.6)	41(36.6)	16(14.3)	11( 9.8)	12(10.7)	3.62±1.28
세수 및 이 닦기	16(14.3)	26(23.2)	34(30.4)	18(16.1)	18(16.1)	3.03±1.27
머리 빗기	19(17.0)	35(31.3)	18(16.1)	26(23.2)	14(12.5)	3.16±1.30
상의 입고 벗기	7( 6.3)	24(21.4)	22(19.6)	30(26.8)	29(25.9)	2.55±1.25
하의 입고 벗기	7( 6.3)	25(22.3)	23(20.5)	28(25.0)	29(25.9)	2.58±1.26
자세를 변경하여 돌아눕기	15(13.4)	37(33.0)	28(25.0)	18(16.1)	14(12.5)	3.18±1.22
앉고 눕기	13(11.6)	38(33.9)	19(17.0)	20(17.9)	22(19.6)	3.00±1.33
침상에서 의자로 옮겨가기	10( 8.9)	26(23.2)	24(21.4)	28(25.0)	24(21.4)	2.73±1.28
침상에서 휠체어로 옮겨가기	11( 9.8)	22(19.6)	21( 8.8)	32(28.6)	26(23.2)	2.64±1.30
소변보고 처리하기	18(16.1)	30(26.8)	26(23.2)	16(14.3)	22(19.6)	3.05±1.36
대변보고 처리하기	17(15.2)	25(22.3)	28(25.0)	16(14.3)	26(23.2)	2.91±1.38
보행	9( 8.0)	19(17.0)	16(14.3)	40(35.7)	28(25.0)	2.47±1.25
총계 오르내리기	6( 5.4)	11( 9.8)	17(15.2)	31(27.7)	47(42.0)	2.08±1.20
총 평 균	14.9(13.1)	26.6(25.0)	23.0(20.0)	23.9(21.0)	23.6(20.9)	2.88±1.29

다. 스트레스가 가장 낮았던 문항은 치료를 중단하게 될 것 같은 것과 시어른이나 가족들의 태도가 달라지는 것, 환자가 자신의 병에 대해 알고 싶어하는 것이었다. 스트레스가 전혀 없었던 문항 중에서 응답자가 가장 많았던 것은 환자의 병 때문에 이웃사람의 태도가 달라지는 것(53.6%)이었고, 다음은 약물이나 치료로 인한 부작용이

나타나리라는 것(36.6%)이었고, 다음은 가족원으로서 자신감이 없는 것(35.7%), 병에 대해 의논할 사람이 없는 것(32.1%)의 순이었다. 영역별 스트레스 정도를 보면 질병상태와 예후 영역이 2.67점으로 가장 높았고, 가족관계와 개인적 생활 영역 2.40점, 질병치료 영역 2.34점, 대인관계 영역 1.90점의 순이었다(표 2).

〈표 2〉 뇌졸중환자 가족원의 스트레스

(N = 112)

항 목	전혀걱정 되지않음	약간걱정됨	많이걱정됨	아주많이걱정됨	M±SD
	실수(%)	실수(%)	실수(%)	실수(%)	
질병치료					
1.오랜기간 치료를 받아야 되는 것	2( 1.8)	37(33.0)	46(41.1)	27(24.1)	2.87±0.79
2.힘든 치료나 수술을 받아야 되는 것	36(32.1)	30(26.8)	37(33.0)	9( 8.0)	2.16±0.97
3.계속해서 병원에 다녀야 하는 것	12(10.7)	43(38.4)	47(42.0)	10( 8.9)	2.49±0.80
4.치료나 검사를 자주 반복해야 하는 것	24(21.4)	44(39.3)	32(28.6)	12(10.9)	2.28±0.92
5.의료진이 처치나 검사 중에 환자를 소홀히 하는 것	26(23.2)	50(44.6)	27(24.1)	9( 8.0)	2.16±0.87
6.약물이나 치료로 인한 부작용이 나타나는 것	41(36.6)	35(31.3)	28(25.0)	8( 7.1)	2.02±0.95
7.확실한 치료방법이 없는 것	10( 8.9)	34(30.4)	39(34.8)	29(25.9)	2.77±0.93
8.의사나 간호사가 치료나 경과에 대한 자세한 설명이 없는 것	25(22.3)	37(33.0)	33(29.5)	17(15.2)	2.37±0.99
9.환자 치료를 중단하게 될 것 같은 것	40(35.7)	37(33.0)	32(28.6)	3( 2.7)	1.98±0.86
10.약을 계속 먹어야 되는 것	21(18.8)	43(38.4)	38(33.9)	10( 8.9)	2.33± 0.88
11.필요한 음식과 영양의 준비	23(20.5)	46(41.1)	28(25.0)	15(13.4)	2.31±0.94
12.질적 간호가 되지 않는 것	17(15.2)	47(42.0)	35(31.3)	13(11.6)	2.39±0.83

<표 2> 뇌졸중환자 가족원의 스트레스(계속)

(N = 112)

항 목	전혀걱정 되지않음 실수(%)	약간걱정됨 실수(%)	많이걱정됨 실수(%)	아주많이걱정됨 실수(%)	M±SD
<b>질병상태와 예후</b>					
13. 환자가 고통스러워하는 것을 지켜보는 것	11( 9.8)	20(17.9)	52(46.4)	29(25.9)	2.88±0.90
14. 환자의 상태에 대한 충격적인 말을 듣는 것	4( 3.6)	41(36.6)	51(45.5)	16(14.3)	2.70±0.75
15. 불구나 병이 재발될 가능성이 있는 것	3( 2.7)	26(23.2)	48(42.9)	35(31.3)	3.02±0.81
16. 병세가 계속 악화되는 것	15(13.4)	40(35.7)	35(31.3)	22(19.6)	2.57±0.95
17. 다른 사람과 같이 정상으로 되는 것	19(17.0)	37(33.0)	33(29.5)	23(20.5)	2.63±1.00
18. 동료환자 상태가 나빠지면 우리 환자도 그렇 게 되리라는 것	14(12.5)	47(42.0)	37(33.0)	4(12.5)	2.45±0.86
19. 회복이 불확실한 것	10( 8.9)	30(26.8)	43(38.4)	29(25.9)	2.81±0.92
20. 환자가 죽게 될 가능성이 있는 것	28(25.0)	38(33.9)	34(30.4)	12(10.7)	2.26±0.95
<b>가족관계와 개인적 역할</b>					
21. 환자를 제대로 보살피지 못하는 것	12(10.7)	47(42.0)	38(33.9)	15(13.4)	2.50±0.85
22. 다른 가족 및 친지들과 충분히 함께 지내지 못하는 것	23(20.5)	41(36.6)	28(25.0)	20(17.9)	2.40±1.00
23. 가족원으로서 자신감이 없어지는 것	40(35.7)	35(31.3)	29(25.9)	8( 7.1)	2.04±0.95
24. 질병으로 인해 집안의 분위기가 달라지는 것	22(19.6)	42(37.5)	31(27.7)	17(15.2)	2.38±0.97
25. 집안 살림을 제대로 하지 못하는 것	9( 8.0)	54(48.2)	29(25.9)	20(17.9)	2.53±0.87
26. 자신을 위한 자유시간이 부족한 것	21(18.8)	48(42.9)	24(21.4)	19(17.0)	2.36±0.97
27. 식구들과 충분한 시간을 갖지 못 하는 것	30(26.8)	47(42.0)	23(20.5)	12(10.7)	2.15±0.94
28. 시어른이나 가족들의 태도가 달라지는 것	34(30.4)	52(46.4)	20(17.9)	6( 5.4)	1.98±0.83
29. 친구나 친지를 자주 못 만나는 것	18(16.1)	49(43.8)	30(26.8)	15(13.4)	2.47±0.91
30. 치료비가 많이 드는 것	8( 7.1)	8( 7.1)	44(39.3)	52(56.4)	3.25±0.87
<b>대인관계</b>					
31. 의사나 간호사가 바뀌는 것	32(28.6)	49(43.8)	21(18.8)	10( 8.9)	2.08±0.91
32. 나의 어려움을 다른사람이 이해하지 못하는 것	32(28.6)	62(55.4)	15(13.4)	3( 2.7)	1.90±0.72
33. 환자가 자신의 병에 대해 알고싶어하는 것	27(24.1)	60(53.6)	24(21.4)	1( 0.9)	1.99±0.70
34. 환자의 병에 대해 의논할 사람이 없는 것	40(35.7)	51(45.5)	17(15.2)	4( 3.6)	1.86±0.79
35. 환자의 병 때문에 이웃사람의 태도가 달라지 는 것	60(53.6)	33(29.5)	17(15.2)	2( 1.8)	1.65±0.80
평 균	22.6(20.2)	41.1(36.8)	32.7(29.1)	15.6(13.9)	2.39±0.87

4. 가족원의 특성별 스트레스 정도

가족원의 특성에 따른 스트레스의 정도는 교육수준이 낮을수록 높았으며 유의한 차이가 있었고(F=3.52, P=0.033), 간호교대자가 있는 경우가 없는 경우보다

스트레스가 유의하게 높았다(F=5.41, P=0.022). 그러나 연령이나 가족구조, 월수입, 환자와의 관계, 간호기간, 건강상태 등에 따른 스트레스의 정도는 유의한 차이가 없었다(표 3).

〈표 3〉 뇌졸중환자 가족원의 특성별 스트레스

(N=112)

특 성	구 분	실 수(%)	스 트 레 스	
			M±SD	t or F
연 령	35세미만	30(26.8)	81.53±15.44	1.43
	35-60세 미만	62(55.3)	81.82±14.88	
	60세 이상	20(17.9)	88.45±20.30	
성 별	남 자	28(25.0)	81.85±15.92	0.16
	여 자	84(75.0)	83.28±16.32	
종 교	개신교	36(32.1)	80.63±19.26	0.77
	가톨릭	8( 7.1)	81.25±16.75	
	원불교·불교	30(26.8)	86.80±13.69	
	없 음	36(32.1)	82.86±14.87	
	기 타	2(1.79)	74.00± 5.65	
결혼상태	결 혼	86(76.8)	83.50±16.64	0.46
	미 혼	26(23.2)	81.03±14.60	
교육수준	초등 졸	27(24.1)	88.40±17.34	3.52 *
	중·고졸	58(51.8)	83.13±14.61	
	대 졸	27(24.1)	77.00±16.68	
직 업	공무원·회사원	13(11.6)	83.69±19.29	1.20
	사업·상업	16(14.3)	75.68±17.00	
	농 업	5( 4.4)	74.60±15.07	
	학 생	14(12.5)	87.14±14.82	
	주 부	34(30.4)	84.05±12.88	
	기 타	18(16.1)	82.00±16.09	
	없 음	12(10.7)	88.50±20.61	
가족구조	핵가족	103(92.0)	82.55±15.97	0.68
	대가족	9( 8.0)	87.22±18.71	
월 수입	70만원 미만	70(62.5)	79.04±13.73	1.59
	70-140만원미만	28(25.0)	84.53±14.40	
	140-210만원 "	6( 5.4)	83.66±23.70	
	210만원 이상	8( 7.1)	79.25±19.47	
환자와의 관계	배우자	31(27.7)	87.82±17.61	1.84
	아 들	19(17.0)	78.78±16.64	
	딸	32(28.6)	81.40±14.21	
	며느리	8( 7.1)	82.75±24.48	
	손자·손녀	8( 7.1)	82.62± 9.88	
	부 모	2( 2.7)	77.00± 2.82	
	기 타	12(10.7)	87.91± 9.13	
간호기간	1-3개월 미만	85(75.9)	82.71±15.08	0.22
	3-6개월 미만	7( 6.3)	86.00±14.23	
	6-12개월 미만	8( 7.1)	85.62±14.78	
	12-24개월 미만	12(10.7)	80.83±25.13	
간호 교대자	있 음	71(63.4)	85.57±15.03	5.41 *
	없 음	41(36.6)	78.34±17.19	
건강상태	좋 음	49(43.8)	83.73±16.88	0.55
	보 통	56(50.0)	83.00±16.03	
	나쁨	7( 6.2)	78.50±12.11	

\* P &lt; 0.05



〈표 4〉 뇌졸중환자의 특성별 일상생활 수행수준과 가족원의 스트레스

(N = 112)

특 성	구 분	실 수(%)	환자의 일상생활 수행수준		가족원의 스트레스	
			M±SD	t or F	M±SD	t or F
연 령	50세 미만	4( 4.6)	50.25±7.84	2.30	84.25±3.77	1.72
	50-60세 미만	17(15.2)	44.41±12.63		76.64±15.04	
	60-70세 미만	34(30.3)	35.70±15.13		80.88±14.69	
	70세 이상	57(50.9)	41.16±14.80		85.92±17.36	
성 별	남	59(52.7)	41.18±16.19	0.42	83.27±17.88	0.98
	여	53(47.3)	39.35±12.93		82.54±14.16	
마비부위	없 음	9( 8.0)	51.44±13.00	4.48 **	68.00±18.67	4.75 **
	왼쪽마비	58(51.8)	41.50±15.77		85.27±16.09	
	오른쪽마비	45(40.2)	36.57±12.28		82.88±14.39	
언어장애	있 음	53(47.3)	37.66±14.59	1.67	81.96±14.44	0.23
	없 음	59(52.7)	42.68±14.77		83.66±17.94	
혈압이상	있 음	66(58.9)	43.78±15.39	9.62 **	84.19±16.41	0.98
	없 음	46(41.1)	35.34±12.17		81.10±15.79	
당 뇨	있 음	24(21.4)	43.37±10.95	2.33	82.79±9.85	0.42
	없 음	88(78.6)	39.91±15.43		83.20±17.67	
질병 이환기간	1-3개월 미만	81(72.3)	39.92±15.46	2.76 *	82.28±15.49	0.46
	3-6개월 미만	13(11.6)	34.46±7.98		88.46±12.10	
	6-12개월 미만	4( 3.6)	31.50±0.57		83.50±13.67	
	12-24개월 미만	12(10.7)	50.33±13.04		80.83±25.13	
	24개월 이상	2( 1.8)	52.00±0.01		84.50±6.36	
치료비해결	어려움 있다	78(69.6)	40.25±13.14	0.005	81.64±15.02	1.64
	어려움 없다	34(30.4)	40.47±18.00		86.88±18.41	

\*P <0.05 \*\*P <0.01

5. 환자의 특성별 일상생활 수준과 가족원의 스트레스 정도

환자의 특성에 따라 일상생활 수행정도를 살펴본 결과 마비부위가 있을 때는 없는 경우보다 일상생활 수행수준이 유의하게 낮았고(F=4.48, P=0.01), 혈압에 이상이 있는 경우에 없을 때 보다 수행수준이 유의하게 낮았으며(t=9.62, P=0.00). 질병의 이환 기간이 길수록 일상생활 수행수준은 유의하게 높았다(F=2.76, P=0.03). 연령이 높을수록 일상생활 수행수준이 낮고 남자가 여자보다 수행수준이 높으며 언어장애, 당뇨, 질병이환 기간, 치료비 해결능력에 따른 일상생활 수행수준은 차이는 있으나 유의한 차이는 없었다.

환자의 특성에 따른 가족원의 스트레스 정도는 환자의 마비가 있을 때에 스트레스 정도가 유의하게 높았다(F=4.75, P=0.01). 환자의 연령에 따른 스트레스는 70세 이상, 50세 미만, 60~70세 미만, 50~60세 미만

의 순으로 나타났으며 언어장애, 혈압 이상, 당뇨, 질병이환 기간, 치료비, 해결능력 등에 따른 스트레스는 유의한 차이가 없었다(표 4).

6. 뇌졸중환자의 일상생활 수행수준과 가족원의 스트레스와의 관계

환자의 일상생활 수행수준이 48~70점인 가족원의 스트레스 정도는 78.18점이었고, 24~47점인 가족원은 스트레스 평점이 84.78점, 0~23점인 가족원은 86.86점으로서 환자의 일상생활 수행수준이 낮을수록 가족원의 스트레스 정도는 높은 경향이 있었으나 유의한 차이는 없었다(표 5-1). 그러나 뇌졸중환자 일상생활 수행수준과 가족원의 스트레스와의 관계는 역 상관관계가 있었으며(r=-0.482, P=0.000), 뇌졸중환자의 일상생활 수행수준이 높을수록 가족원의 스트레스는 매우 유의하게 낮았다(표 5-2).

〈표 5-1〉 뇌졸중 환자의 일상생활 수행점수 그룹별 가족원의 스트레스 정도

일상생활 수행수준	실 수	M±SD	F	P
0-23점(하)	15	86.86±16.94		
24-47점(중)	61	84.78±12.82	2.49	0.08
48-70점(상)	36	78.18±19.88		

〈표 5-2〉 뇌졸중 환자의 일상생활 수행수준과 가족원의 스트레스와의 관계

일상생활 수행 수준	가족원의 스트레스 정도	
	r	P
	-0.482	0.000

## V. 논 의

뇌졸중환자는 대부분 잠재적 불구와 영구적 기능제한을 가진 상태이므로 일상생활이나 보행 등에 가족원의 장기간 동안 집중적인 도움이 필요하게 되어 가족원은 스트레스를 많이 받게 된다. 이에 따라 가족원은 자신의 건강에 문제가 생길 수 있으며 환자를 돌보는데도 어려움이 따르게 된다. 본 연구에서 환자의 연령은 대부분 60세 이상이었는데, 민광기 등(1998)의 연구에서 뇌졸중의 호발연령을 60대로 보고한 것과 큰 차이가 없었으나 최은숙(1992), 김희승, 박현애와 오미정(1998)과 조윤희(1990)의 보고에서는 남자 58세, 여자 54세로 차이가 있었다. 본 연구에서 환자의 성별은 남자(52.7%)가 여자(47.3%)보다 많은 것으로 나타나 최은숙과 소희영(1993) 그리고 민광기 등(1998)의 결과와 유사하였다. 본 연구에서 환자를 돌보는 가족원의 가족구조는 대부분 핵가족으로서 최은숙과 소희영(1993)에서와 동일하였고, 간호기간은 3개월 미만이 가장 많았는데 이는 대상환자 중에서 입원환자가 많았기 때문으로 생각된다. 본 연구에서 가족원과 환자와의 관계는 딸과 배우자 순으로 많았는데, 김광주와 이향련(1997)의 연구에서도 배우자와 자녀가 주로 환자를 돌본 것으로 보고되었다. 이는 가족으로서 아무런 조건이나 기대 없이 환자의 의존적 역할을 인정하여 돌보는 역할을 감당하는 것이 당연한 것으로 받아들이는 우리 나라의 전통적 가족제도에서 볼 수 있는 현상이라 하겠다.

본 연구에서 뇌졸중환자의 일상생활 수행수준은 평균 2.88점이었는데, 최은숙 등(1993)의 뇌졸중환자를 대상

으로 조사한 결과는 2.94점으로 유사하였으나 김광주와 이향련(1997)의 연구에서는 3.83점으로서 차이가 있었다. 이는 본 연구대상의 연령이 다른 연구보다 더 많았기 때문으로 해석된다.

본 연구에서 뇌졸중환자 가족원의 스트레스 정도는 평균 2.39점으로 나타나 최은숙과 소희영(1993)의 1.29점에 비하여 더 높았다. 이러한 차이는 최은숙 등(1993)의 연구에서는 마비환자가 72%였고 본 연구에서는 92%였기 때문에 환자의 의존도가 더 높았기 때문으로 추정되지만 반복 연구를 통하여 확인할 필요가 있겠다. 본 연구에서 가족원의 항목별 스트레스가 가장 높았던 것은 치료비가 많이 드는 것, 불구나 병이 재발될 가능성의 순이었는데, 최은숙 등(1993)의 연구에서는 불구나 병이 재발될 가능성이 1순위를 보였고 김희승 등(1998)의 보고에서는 치료비가 많이 드는 것이 4위로 나타났다. 또한 스트레스가 가장 낮았던 문항은 이웃 사람의 태도가 달라지는 것, 병에 대해 의논할 사람이 없는 것, 치료를 중단하게 될 것 같은 것 순이었는데, 뇌졸중환자의 가족은 자기 자신의 어려움과 다른 사람의 태도보다는 환자의 기능회복에 더 관심을 기울이기는 것으로 생각된다.

본 연구에서 가족원의 스트레스는 질병상태와 예후 영역이 가장 높았고, 다음은 가족관계와 개인적 역할, 질병 치료, 대인관계의 순으로 나타났다. 이와 같이 질병과 관련된 요인 보다 사회적 및 가족의 책임수행에 관련된 요인들에 대하여 스트레스를 낮게 경험하는 것은 인간이 변화하는 환경에 적응하며 살 수 있는 적응기전이 내재되어 있기 때문이라고 할 수 있겠다(최은숙과 소희영, 1993).

본 연구에서 가족원의 교육수준이 낮을 때 스트레스가 높았는데, 이는 김희승 등(1998), 최은숙(1992), 최은숙 등(1993)이 뇌졸중환자의 가족원을 대상으로 한 연구와 만성질환아 어머니를 대상으로 한 이현성(1988)의 연구에서도 교육수준이 낮을수록 스트레스가 높았다고 하여 본 연구결과와 유사하였다. 본 연구에서 간호 교대자가 있는 경우에 오히려 스트레스가 정도가 높았는데, 이는 환자가 마비로 인한 동작 기능의 장애, 언어장애, 혈압, 당뇨 등의 문제 등으로 심세한 돌봄이 계속적으로 요구되기 때문에 돌보는 역할을 다른 사람에게 넘기는 것이 마음 놓이지 않기 때문으로 생각된다. 간호 교대자의 유무를 초월하여 가족이 돌보는데 소요되는 시간의 양이 부담감을 줄이는 것보다는 가족이 적절히 휴식을

가질 수 있도록 도움을 주는 것이 부담감을 감소시킬 수 있기 때문에 가족간의 유대관계가 더욱 요구된다고 본다 (Montgomery etc., 1985). 결혼한 경우에 스트레스가 높았는데, 이는 확대된 환경과 여건 속에서 역할을 감당해야 하기 때문으로 생각된다. 환자와의 관계에서는 배우자가 높은 스트레스를 나타냈는데 최 등(1993)의 연구와는 상반된 결과였는데 배우자가 대부분 고령자이므로 스트레스를 높게 경험하게 되고 건강에 위협을 받게 되며(Cannon, 1983), 전적으로 지지해야 하는 책임감으로 인한 부담감을 갖게 되는데 기인된다 하겠다.

본 연구에서 뇌졸중환자의 특성에 따른 일상생활 수행수준은 환자가 마비부위가 있는 경우에 유의하게 낮았으며, 또한 질병이환 기간이 길 때 일상생활 수행수준이 높았다. 이는 마비가 있을 때 재활간호가 더욱 요구된다고 볼 수 있겠으며, 이환기간이 길면 그만큼 재활간호를 받는 기간도 길어져서 일상생활 수준이 높아진 것으로 사료되므로 재활간호가 중점적으로 이루어져야 할 것이다. 본 연구에서 마비가 있는 환자의 일상생활 수행수준은 낮았고 가족원의 스트레스는 높았는데, 이는 환자의 가족에 대한 의존도가 높을수록 가족의 스트레스가 증가되었다고 한 Given 등(1990)과 마비환자의 가족원 중환자의 일상활동 장애가 심할수록 부담감이 높았다고 한 박명희(1991)의 연구결과와 유사하였다.

본 연구에서 뇌졸중환자의 일상생활 수행수준이 높을수록 가족원의 스트레스는 낮았는데, 양영희(1995)의 연구에서도 만성질환자의 일상생활 활동능력이 좋을수록 가족원의 스트레스는 낮았으며, 박명희(1991)의 마비환자 가족을 대상으로 한 연구에서도 장애가 심할수록 가족의 부담이 크다고 하여 본 연구와 일치하였다.

이상의 결과를 통해서 뇌졸중환자의 일상생활 수행수준을 높여주는 재활간호가 환자에게 영향을 가장 많이 미치는 가족원의 스트레스를 감소시킬 수 있음을 알 수 있었다. 그러므로 질적 재활간호를 위한 간호중재가 이루어져야 하겠다.

## VI. 결론 및 제언

본 연구의 목적은 뇌졸중환자의 일상생활 수행수준과 그 가족원의 스트레스정도를 파악하고, 그 관계를 확인하여 뇌졸중환자와 가족원에게 적절한 간호를 제공하기 위한 기초자료를 제공하기 위함이다.

연구대상은 1999년 7월 4일부터 8월 30일 까지 전

라북도 중소도시에 위치한 2개 한방병원에 뇌졸중으로 진단 받고 입원 또는 통원치료를 하는 환자를 하는 환자와 그 환자를 돌보는 가족원 112명이었다.

뇌졸중환자의 일상생활 수행수준 측정도구는 강현숙(1984)이 개발한 ADL check list 14항목이었으며, 가족원의 스트레스 측정은 최은숙과 사회영(1993)이 뇌졸중환자에게 사용한 35문항을 사용하였다.

자료분석은 SPSS로 처리하였는데, 일반적인 특성은 실수와 백분율을 산출하였고, 환자의 일상생활 수행수준과 가족원의 스트레스 정도는 평균과 표준편차를 산출하였다. 가족원의 특성에 따른 가족원의 스트레스 정도, 환자의 특성에 따른 환자의 일상생활 수준과 가족원의 스트레스 정도는 t-test, ANOVA를 사용하여 분석하였다. 또한 환자의 일상생활 수행수준과 가족원의 스트레스 정도와의 상관관계는 Pearson Correlation Coefficient로 알아보았다.

연구결과는 다음과 같다.

- 1) 뇌졸중환자의 일상생활 수행수준은 5점 만점에 평균 2.88점이었으며 수행수준이 높은 문항은 컵으로 물 마시기, 수저나 젓가락으로 식사하기, 자세를 변경하여 돌아눕기, 머리 빗기의 순이었고, 수행수준이 낮은 문항은 층계 오르내리기, 보행, 상의 입고 벗기의 순이었다. 환자가 가족원에게 의존하는 수준은 부분 독립이 25.5%로 가장 많았으며 전체 환자의 86.9%가 일상생활에 어려움이 있었다.
- 2) 가족원의 스트레스 정도는 4점만점에 평균 2.39점이었다. 스트레스가 가장 높았던 문항은 치료비가 많이 드는 것, 불구나 병이 재발될 가능성이 있는 것의 순이었으며, 스트레스가 가장 낮았던 문항은 치료를 중단하게 될 것 같은 것, 시어른이나 가족들의 태도가 달라지는 것, 환자가 자신의 병에 대해 알고 싶어하는 것의 순이었다. 영역별 스트레스 정도는 질병상태와 예후가 가장 높았고, 그 다음은 가족관계와 개인적 생활, 질병치료영역, 대인관계의 순이었다.
- 3) 가족원의 특성에 따른 가족원의 스트레스 정도는 교육수준이 낮을 때 높았고( $F=3.52, P=0.03$ ), 간호 교대자가 있을 때 높았다( $F=5.41, P=0.02$ ).
- 4) 뇌졸중환자의 특성별 일상생활 수행수준은 마비부위가 있을 때 낮았으나( $F=4.48, P=0.01$ ), 질병이환 기간이 길수록 수행수준이 높았다( $F=2.76, P=0.03$ ).
- 5) 뇌졸중환자의 특성별 가족원의 스트레스 정도는 환자

가 마비가 있을 때 높았다( $F=4.75, P=0.01$ ).  
 6) 뇌졸중환자의 일상생활 수행수준과 가족원의 스트레스와의 관계는 역 상관관계가 있어 환자의 일상생활 수행수준이 높을수록 가족원의 스트레스는 낮았다( $r=-0.482, P=0.000$ ).

이상의 결과를 통하여 뇌졸중환자의 일상생활 수행수준이 높으면 환자를 돌보는 가족원의 스트레스가 감소되는 것을 알 수 있었다. 그러므로 간호대상자에게 재활 프로그램의 적용과 적절한 간호중재가 요구된다.

2. 제언

본 연구를 기반으로 하여 다음의 제언을 하고자 한다.

- 1) 뇌졸중 환자의 스트레스와 그 가족원의 스트레스 관계를 비교하는 연구가 필요하다.
- 2) 뇌졸중환자 재활프로그램의 적절한 적용을 위해 가족원과 일반인을 위한 교육이 요구된다.

참 고 문 헌

강현숙 (1984). 재활강화 교육이 편마비 환자의 자가간호 수행에 미치는 효과에 관한 실험적 연구, 연세대학교 대학원, 박사학위논문.  
 김숙영, 원중순 (1999). 노인의 건강상태 및 일상생활 양식, 기본간호학회지, 6(2), 211-227.  
 김광주, 이향련 (1997). 한방재활치료를 받은 뇌졸중환자가 지각한 가족지지와 기능회복에 관한 연구, 동서간호학회지(경희대 간호학과), 2(1), 22-33.  
 김미희 (1997). 뇌졸중환자 가족의 간호요구, 기본간호학회지, 4(2), 175-192.  
 김주성, 김명희 (1996). 만성질환자 가족의 불안 및 가족기능에 관한 연구, 기본간호학회지, 3(1), 19-36.  
 김진수 (1994). 뇌졸중의 진단과 치료, 대한의학협회지, 35(3), 390-398.  
 김희승, 박현애, 오미정 (1998). 뇌혈관환자를 돌보는 가족원의 신체증상과 스트레스, 대한간호학회지, 28(3), 695.  
 노승옥, 성명숙, 장희정 (1998). 진수기 단계 가족의 가족건강에 대한 연구, 기본간호학회지, 5(1), 19-31.  
 문영숙, 박인숙 (1991). 만성질환아 어머니의 스트레스 요인에 관한 연구, 충남의대잡지, 18(2), 661-675.

민광기, 변동일, 최일균, 최조영, 박정재, 이상용 (1998). 뇌졸중의 임상적 고찰, 대한의학협회지, 31(4), 409-419.  
 박명희 (1991). 가족간호 제공자의 부담감 인지정도과 영향변수 분석, 카톨릭대학 의학부 논문집, 44(3), 949-958.  
 양영희 (1995). 만성질환자를 돌보는 가족원의 돌봄의 상황과 가족원의 스트레스 및 사회적 지지와의 관계, 성인간호학회지, 7(1), 84-105.  
 오상은 (1986). 입원한 환자 어머니의 스트레스 정도에 관한 연구, 전남의대잡지, 23(3), 419-428.  
 이강이, 송경애 (1996). 뇌졸중환자 가족이 인지한 부담 및 우울정도에 관한 연구, 간호학회지, 26(4), 853-866.  
 이은옥, Hesook Suzie, Kim, 박영숙, 송미순, 이인숙, 박연환 (1999). 만성질환으로 인한 가족기능 변화 모형, 대한간호학회지, 29(3), 467-484.  
 이현성 (1988). 만성질환아 어머니의 스트레스와 대응에 관한 연구, 연세대학교 대학원, 석사학위 논문.  
 정순영 (1984). 신체장애아동 어머니의 스트레스 수준과 아동의 일상활동 동작 의존도와와의 관계, 숙명여자대학교 대학원.  
 조영희, 고미혜 (1998). 기본간호학, 신광출판사, 72-75.  
 조윤희 (1990). 뇌혈관성 질환아의 자가간호 능력과 가정간호 요구도와의 관계, 연세대학교 보건대학원, 석사학위 논문.  
 최영희 (1983). 지지적 간호중재가 가족지지행위와 환자역할행위 이행에 미치는 영향에 관한 연구, 연세대학교 대학원, 박사학위 논문.  
 최은숙 (1992). 뇌졸중환자의 자가간호 수준에 따른 보호자의 스트레스, 충남대학교 대학원.  
 최은숙, 소희영 (1993). 뇌졸중환자의 자가간호 수준에 따른 보호자의 스트레스, 대한간호학회지, 23(4), 602-616.  
 통계청 (1997). 사망원인 통계연보(인구통계 신고에 의한 집계).  
 한국 인구보건 연구원 (1994). 장애인 복지의 현황과 정책과제, 한국 보건사회 연구원.  
 황영빈 (1990). 입원환자 가족의 가정문제에 관한 연구, 서울대학교 대학원, 석사학위 논문.  
 Allison, S. E. (1982). Personal Communication.

- June, 24.
- Anderson, G., Vostergaard, K., Ingemann-Nielsen, M., & Laurizen, L. (1995). Risk factors for post-stroke depression. Acta Psychiatr. Scand. 92, 193-198.
- Berkman, L. F. (1985). In social support and health. Scohen and S. L. Syme, Eds. Academic Press Orlando, FL.241-262.
- Cannon, W. B. (1983). The Wisdom of the Body. New York : Norton.
- Davis Linda L., Grant Joan S. (1994). Constructing the Reality of Recovery : Family Home Care Management Strategies. Adv. Nurs. Sci., 17(2), 66-76.
- Gilliss, C. L. (1991). Family Nursing Research, Theory and Practice, Image : Journal of Nursing Scholarship, 22, 77-85.
- Given, B., Stommel, M., Collins, C., King, S., & Given, C. W. (1990). Responses of Elderly Spouse Caregiverse. Research in Nursing & Health, 13, 77-85.
- Feigenson, J. S. (1981). Stroke Rehabilitation: Outcomes Studies and Guideline for Alternative Level of Care. Stroke, 12(3), 372-375.
- Goetter, W. (1986). Nursing Diagnosis and Intervention with the Acute Stroke Patient. Nursing Clinics of North America, 21(2), 309-319.
- Irish, E. M., Taylor J. M. (1980). A Course in Self-Care for Rural Residents, Nursing Outlook, 28(7), 421-423.
- King S. L., & Gregor F. M. (1985). Stress and Coping in Families of the Critically ill, Critical Care Nurse, 5(4), 48-51.
- Larson, G. L. (1982). Rehabilitation for the Patient with Head and Neck Cancer. American Journal of Nursing, 82(1), 119-121.
- Levin, L. S. (1978). Patient Education and Self-care, How do they diff. Nursing Outlook, March, 170-175.
- McCubbin, H., & Patterson J. (1983). The Family Stress : The Double ABCX Model of Adjustment and Adaptation, Social Stress and the Family : Advanced and Developments in Family Stress. Theory and Research(7-37), New York: Haworth.
- Miller, J. R., & Janosick, E. H. (1980). Family Focussed Care. New York: Mcgrow-Hill Book Co.
- Montgomery, R. J. V., Gonyea, J. G., & Hooyman, N. R. (1985). Caregiving and the Experience of subjective and Objective Burden. Family Relations, 19-26.
- Orem, D. E. (1971). Nursing : Concepts of Practice. New York : Mcgrow-Hill Book Co.
- Orem, D. E. (1980). Nursing : Concepts of Practice. 2nd Ed., New York : Mcgrow-Hill Book Co.
- Orem, D. E. (1985). Nursing : Concepts of Practice. 3rd Ed., New York : Mcgrow- Hill Book Co.
- Park & Jung (1991). "The Effect of Stress and Coping Resources on Parental Adaptation Subsequent to the Birth of a Preterm Infant". Unpublished Doctorial Dissertation, University of Michigan.
- Parse, R. R. (1987). Nursing Science : Major paradigms, theories, Critiques, Philadelphia : W. B. Saunders co. 172-179.
- Pfaude, M. (1973). After Stroke : Mortor Skill Rehabilitation for Hemiplegic Patient. American Journal of Nursing, 73(11), 1892-1896.
- Porter, D., Shemian, J. (1983). Self-Care in theory and practice, Canadian Nurse, 79(8), 21-23.
- Selye, H. (1982). History and Present Status of the Stress Concept. Edited by Goldberger, L. and Brezniz S. Handbook of N. Y. The Free Press, 7-17.
- Silliman, R. A., & Sternberg, J. (1988). Family Care Giving : Impact of Patient

Functioning and Underling Causes of Dependency. The Gerontologist, 28(3), 377-382.

Silver, R. L., & Wortman, C. B. (1980). Coping with Undesirable Life Event, in J. Gaber and M.E.P. Seligman(ed.) Human Helpless: Theory and application, New York: Academic Press.

Singhi, P. D., Goyal, L. P., Pershad, K., Singhi, S. I., & Wilia, B. N. (1990). Psychological Problems in Families of Disabled Children. British Journal of Medical Psychology, 63, 173-182.

Stein, R. E., & Reissman, C. K. (1980). The Development of an Impact Family Scale :Preliminary Finding. Madical Care, 18(4), 465-472.

Wade, D. T., Legh-Smith, J., & Hewer, R. I. (1986). Effects of Living with and Looking after Survivors of a Stroke. British Medical Journal, 293, 418-420.

- Abstract -

Key concept : Daily living performance, Stress

## A Study on the Stress of Family-Caregivers and Level of Daily Living Performance with Patients of Cerebro Vascular Accident(CVA)

*Cho, Young Hee\**

The purpose of this study was to explore the degree of stress in caregivers caring for CVA patients and the level of daily living performance of CVA patients. The subjects for the study were caregivers of 112 CVA patients who enter a hospital or out-patient-department

(OPD) at two Oriental medical hospital in Jeonbuk province. The survey instruments used in this study were Kang's ADL check list for daily living performance of patients and Choi's 4 sore scale for stress of caregivers. The survey was conducted from July 4th to August 30th in 1999. The survey results were analyzed with the Statistical Package for Social Science(SPSS) program and can be summarized as follows :

1. The level of daily living performance for the CVA patients was : 1) complete dependence (M=14.9, 13.1%), 2) complete independence (M=23.6, 20.9%), 3) incomplete independence (M=23.9, 21.0%), 4) incomplete dependence (M=26.6, 25%), 5) dependence and independence (M=23.0, 20.0%). The items for with there was a high level daily living performance were : 1) drinking (M=3.62), 2) eating(M=3.25), 3) position returning (M=3.18) : and the items for which there was a low level of daily living performance were : 1) ascending and descending stairs (M=2.08), 2) walking (M=2.47), 3) dressing and undressing trousers (M=2.55).
2. Degree of caregiver stress was : Mean=2.39 at 40 score. The items for which was a high level caregiver stress were : 1) medical fee (M=3.25), 2) being handicapped or recurrence (M=3.02) : and the items for which there was a low level of caregiver stress were : 1) discontinuity of patient's treatment (M=1.98), 2) change of home atmosphere caused by patient's disease (M=1.98), 3) desire of patient's knowing about disease (M=1.99).
3. There was statistically significant difference in the degree of caregiver stress according to the following caregiver's demographic characteristics : education level (F=3.52, P=0.03), change of caregiver (F=5.41, P=0.02).

\* Kunsan College of Nursing

4. There was a statistically significant difference in the level of daily living performance according to the CVA patients demographic characteristics : patient's paralytic status ( $F=4.48$ ,  $P=0.01$ ), duration of disease ( $t=2.76$ ,  $P=0.03$ ).
5. There was significant difference in degree of caregiver stress according to the CVA patient's demographic characteristics : CVA status ( $F=4.75$ ,  $P=0.01$ ).
6. There was statistically significant difference in the degree of caregiver stress according to the level of daily living performance in CVA patients ( $r=-0.482$ ,  $P<0.00$ ).