

# 뇌졸중 환자의 가족 기능에 영향을 미치는 요인 분석

조복희\*

## I. 서론

### 1. 연구의 필요성 및 목적

뇌졸중은 뇌혈관성 질환 중 가장 흔히 볼 수 있는 질환으로, 평균 수명의 연장 및 인구의 노령화에 따라 발생빈도가 증가하고 있음은 세계적인 추세이다. 미국의 경우에는 심질환과 암에 이어 세 번째 사인이고, 우리나라는 뇌혈관 질환으로 인한 사망이 가장 많은데 단일 질환으로서 뇌졸중이 압도적으로 많다(통계청, 1998).

우리나라의 경우 미국이나 일본에 비하여 뇌졸중으로 인한 치명률이 높고 재발이 잦으며 생존할 경우라도 심한 기능 장애를 동반하는 경우가 많은데(김과 최, 1998), 뇌졸중 환자의 20%가 급성기에 사망하고, 생존한다 하더라도 약 2/3에서 편마비 후유증이 영구적으로 잔존하는 만성 건강문제이다(최, 1996; Feigenson, 1981). 최근 들어 순환기계 질환에 의한 사망은 발병의 증가에도 불구하고, 질병에 대한 관리가 개선됨에 따라 사망 비중이 감소하고 있다.

환자 수가 날로 증가하고 있으며 그 발병 연령도 점차 빨라지고 있는 뇌졸중은 편마비, 실어증과 같은 장기적인 관리를 요하는 장애를 일으키므로 질환이 장기화되고 만성화되는 과정에서 환자는 누군가의 지속적인 도움이 필요하게 된다. 결과적으로 가족 중에 이러한 환자가 발생하면 환자 및 가족은 신체적, 심리적 소모가 뒤따르게 되는데 그 영향이 전 가족에 미치게 된다(이와 송, 1996). 이러한 만성질환자를 돌보는 가족이 경험하게 되는 어려움과 부정적 경험을 완화시키지 못하면, 생활의 안정이 흔들리고 결국 새로운 건강문제를 초래하며 이로 인해 환

자를 돌보는 행위가 축적해지지 못하게 되고 나아가 다른 가족 구성원과의 관계와 건강에도 부정적 영향을 미치게 된다고 하였다(Deimling & Bass, 1986).

가족은 전체로서 기능을 하므로 환자 개인이 경험하는 모든 상황들이 가족 전체의 변화를 초래한다. Wilson(1988)은 만성 질환은 위치할 수 있다는 확신감보다는 장기간의 치료기간을 요하므로 가족은 만성질환자의 지속적인 건강관리의 책임을 요구 받게 되고, 간호를 제공하는 가족에게는 상당한 부담감이 되어서 가족들의 역할가치, 기능, 및 가족건강에도 변화를 초래한다고 하였다(신, 1994에 인용).

본 연구자는 만성질환자의 가족에 관한 여러 선행 연구들을 통해 확인된 바 있는 의미있는 변인들이 뇌졸중 환자의 가족기능과 어떠한 상관관계가 있는지를 파악하여 뇌졸중 환자의 가족 간호에 요구되는 요소들을 확인하고, 나아가 뇌졸중 환자와 그 가족의 건강증진을 도모하기 위한 재활간호 프로그램 개발에 도움을 주고자 다음의 연구를 실시하였다.

본 연구의 구체적 목적은 다음과 같다.

- 1) 뇌졸중 환자를 돌보는 가족원과 환자와의 관계의 질, 스트레스 상황 재정의, 역할 스트레스, 가족 강인성, 가족 기능의 정도를 파악한다.
- 2) 뇌졸중 환자 가족의 일반적 특성별 연구 변수 간의 관계를 확인한다.
- 3) 연구 변수들 간의 상관관계를 확인한다.

### 2. 용어의 정의

뇌졸중 환자의 가족 기능에 영향을 미치는 요인들을 알아보고자 입원 중인 뇌졸중 환자를 돌보는 가족원을 대상으로 환자

\* 전남대학교 의과대학 간호학과 교수

와의 관계의 질, 역할 스트레스, 스트레스 상황 재정의와 그리고 가족 강인성 및 가족 기능의 정도를 측정하였다.

1) 환자와의 관계의 질 : 환자와 돌봄제공자와의 상호 호혜성으로 돌봄제공자가 환자에게 느끼는 사랑, 믿음 및 주고 받는 마음의 교류를 의미하며 Archbold and Stewart(1986)의 15 문항 상호성 도구로 측정된 것이다.

2) 역할 스트레스 : 역할 임무를 성취하기 어렵게 하는 상황에 대한 역할 수행자의 지각을 의미하며 역할 과중, 역할 갈등, 역할 모호성으로 구성되어 있는 14문항의 역할 스트레스 측정 도구(양, 1992)로 측정된 것이다.

3) 스트레스 상황 재정의 : 스트레스 상황을 주관적으로 정의 하는 것으로 가족이 사건이나 변화에 적응하는 태도를 나타내는데 McCubbin, Olson, and Larsen(1981)이 개발한 4문항을 수정보완한 이(1993)의 9문항 도구를 사용하여 측정된 것이다.

4) 가족 강인성 : 가족 체계가 어떻게 작용하고 기능하는지를 설명하는 일련의 속성을 의미하는데 McCubbin, McCubbin, and Thompson(1986)의 가족 강인성 척도로 측정된 것이다.

5) 가족 기능 : 가족이 스트레스 사건이나 변화에 직면하였을 때 어떻게 행동할 것인가를 예측하는데 중요한 역할을 하는 가족 행동의 형태를 나타내는데 김(1989)이 FACES-Ⅲ(Olson, Portner, and Lavee, 1985)을 변안한 것을 이(1993)가 수정한 도구로 측정된 것이다.

## Ⅱ. 문헌고찰

### 1. 가족기능

가족은 인간이 가장 인차적 환경이며 가족체제는 가족 구성원 간의 관계, 의사소통 및 환경과의 상호작용을 포함하는 하나의 단위로서 심리적, 사회적 통합체로 보아야 한다(공, 1992). 가족에 관한 체계론적 접근에 의하면 가족은 가족 구성원들의 합 이상이며, 상호의존적으로 관련되어 있어 각 구성원들 간의 상호작용을 통해 가족체제의 항상성을 이루는 것으로 설명하고 있다(Hill, 1972; Minuchin, 1974; Olsen, Sprenkle, & Russell, 1979).

가족에 관한 일반체계 이론은 가족 적응력에 대한 개념 설명에 이론적 근거를 제공하고 있다. 가족 적응력은 가족이 상황 및 발달 스트레스에 따른 힘의 구조, 역할 관계 및 관계 규칙을

변화시키는 가족체제의 능력으로 정의되는데 이는 가족이 변화 및 정지의 양 극단에서 균형을 요구하는 적응 체계라는 가정을 전제로 한다(Olsen, Sprenkle, & Russell, 1979).

가족의 요소에는 가족의 구조나 관계 등 여러 측면이 있으나 특히 가족의 기능은 가족 구성원의 신체적, 정신적 건강에 중요한 영향을 미친다. 그리고 가족체계 자원인 가족 결속력과 가족 적응력 및 의사소통이 가족 행동을 설명하는데 중요한 변수였다(Anderson, 1986). Olson, Sprenkle, and Russell(1979)은 가족기능과 관련된 50여개의 개념을 가족의 결속력과 적응력으로 통합하여 Circumplex Model을 개발하였는데 그 중에서 가족의 결속력은 가족 구성원의 정서적 안정 및 자아 확립에 중요한 영향을 미친다고 하였다. 체계이론을 기틀로 하여 개발한 Olson(1985)의 Circumplex Model은 여러 가족체계 이론들 중에서도 가족의 역동성을 보다 종합적으로 다루고 있으며 다차원적인 시각으로 가족체계 유형에 관한 분석을 가능하게 한다(공, 1992에 인용).

장애 아동의 가족 스트레스와 적응에 관한 이(1993)의 연구에서 적응을 촉진하고 스트레스를 완화하는 완충역할을 하는 변수가 가족 기능이었고, Olsen, Sprenkle, and Russell(1979)도 가족 행동을 견정한 연구에서 결속력과 적응력이 가족 스트레스의 성공적인 적응에 영향을 준다고 하였다. 스트레스 요인으로서의 생활사건과 불안 및 가족 기능의 관계에 관한 이(1990)의 연구에서는 가족 결속력이 높을수록 특성불안이 낮은 것으로( $p < .05$ ) 나타났으며, 일반 청소년과 정신 장애 청소년의 가족 기능에 관한 공(1992)의 연구에서는 일반 청소년이 정신 장애 청소년보다 가족 결속력( $p < .05$ )과 가족 적응력( $p < .05$ )의 점수가 유의하게 높았다.

한 가족원의 질병으로 인한 가족의 위기상황에 대한 반응은 가족마다 다양하게 나타나서 어떤 가족은 위기를 쉽게 잘 넘기지만, 어떤 가족은 지속적인 정서불안, 우울 등으로 인하여 가족 전체의 위기가 계속되고 역할이 위협받는 수가 있다(이와서, 1994). 그런데 Robinson 등은 뇌졸중으로 인한 신체적 회복은 거의 일년동안 꾸준히 일어나지만 가족의 기능은 반대로 몇 년동안 계속 나빠진다고 하였고, Strauss 등과 Bishop 등은 뇌졸중이 불확실한 예후는 환자의 삶에 불균형을 초래하고 가족 기능과 가족원의 삶에 영향을 미치게 된다고 하였다(이와 송, 1996에 인용). 그러므로 뇌졸중과 같은 만성질환의 재활관리에서는 환자간호 뿐만 아니라 가족간호를 소홀히해서는 안되며, 재활간호 제공자는 대상자의 가족 기능에 관심을 기울여 뇌졸중이라는 위기상황에 잘 대처할 수 있도록 해야 한다.

## 2. 뇌졸중 환자의 가족간호

뇌졸중은 개인이나 가족에게 하나의 위기이다. 건강상태나 기능적인 능력의 갑작스런 변화는 장기간의 간호를 하는 데 많은 결정이 요구된다. 건강의 위기를 경험한 사람들을 돕는 것은 그들 미래의 요구와 도전에 필요한 기술과 동기 부여, 그리고 어떤 일을 결정하는 데 있어 자기 확신을 제공할 수 있다 (Folden, 1993). 만성적으로 앓고 있는 가족을 돌보는 가족원은 일상적인 책임감 이상을 요구받는데 이러한 요구들은 돌봄제공자 삶의 모든 면을 방해하는 양상으로 발전할 수 있다. 아울러, 서구와 달리 가족의 집단성이 강한 우리나라에서의 환자 보호자는 다양한 역할을 해내는 간호현장의 구성원이고 환자의 대변인이자 중요한 사항에 대한 결정자이며 환자를 직접 돌보는 돌봄 담당자이다. 또한 건강전문인과 환자를 연결하는 역할도 한다(조, 1992).

뇌졸중 환자의 가족에 관한 여러 선행 연구에서 환자의 재활 과정에 가족 역할의 중요성이 제시되고 있다. 강(1984)은 편마비 환자의 재활과정 중 자가간호 이행 및 자가간호 수행에 영향을 미치는 요인 가운데 하나가 가족의 지지라는 점을 지적하였고, 신, 문, 오, 및 손(1988)의 연구는 가족의 지지가 좋을 경우 퇴원 할 때 독립보행의 비율이 높은 경향이었음을 밝혀, 뇌졸중이 발생하면 조기의 집중적인 재활훈련과 가족에 의한 지지가 중요함을 시사하고 있다.

Kratz(1978)는 대부분의 뇌졸중 환자 가족들이 환자의 뇌졸중 발병일로부터 상당기간 동안 환자를 돌보아 왔기 때문에, 환자의 무능력한 부분에 대해 많은 문제점을 이야기해 줄 수 있다는 점을 지적하고 있다. 즉 가족들은 급성기에서부터 전 재활과정 동안 발병 이전의 생활양식에 관한 자료를 제공할 수 있기 때문에, 간호요구의 파악과 간호활동의 전개에 가족의 역할은 지대하다.

돌봄에 관한 연구는 Grad and Sainsbury(1963)가 정신과 퇴원환자에 대해 가족이 지는 부담감을 연구한 이래, 지금까지 계속되어 오고 있다. 이들 연구의 기본적 가정은 '돌봄은 부담스러운 것이다' 라는 것으로, 주로 부정적 경험들을 보여주었고 있다. Hays(1988)는 장기간의 돌봄을 요하는 사람의 80%가 가족에 의해 돌보아진다고 하였다.

서와 오(1993)는 가정에서 만성질환자를 돌보는 가족에 대한 연구에서 가족이 부담감을 많이 기질수록, 사회적 지지가 낮을수록, 건강문제가 많다고 하였으며 박(1991)은 뇌졸중 환자 배우자의 부담감에 영향을 주는 요소로서 경제적 상태, 환자의

나이, 돌봄 때의 시간 소요 및 돌보는 횟수, 배우자 자신의 건강에 대한 인지 정도를 들었다. 그리고 Evans, Bishop, and Hasekorn(1991)은 뇌졸중 환자에 대한 최적의 지도를 위해 돌봄제공자의 우울을 감소시키고 가족기능의 장애를 최소화하며, 가족이 뇌졸중 환자를 돌보는 데에 대한 지식을 증대시킬 것을 제안하고 있다.

Robinson(1988)은 사회적 지지와 돌봄제공의 부담감을 연결하여 가족의 돌봄제공 모델을 개발하였는데, 높은 사회적 기술을 가진 돌봄제공자가 그들의 환경에서 더욱 효과적으로 사회적 기술을 가동할 수 있을 것이며 그 결과 그들이 인지한 돌봄제공의 부담감이 감소될 것으로 보았다. 이러한 이론적 틀에 기초하여 사회적 기술 훈련을 실시한 결과, 처치를 받은 실험군에서 객관적, 주관적 부담감이 모두 유의하게 감소하였다.

만성질환은 개인에게 엄청난 영향을 미치고 가족들에게 큰 부담감을 주게 되며, 질병과 가족의 요구가 상치되어 상충될 때 위기에 처하게 된다(Shaw & Halliday, 1992). 인지손상 노인 환자의 돌봄제공자에 대한 Mowat and Laschinger(1994)의 연구에서 대부분의 간호제공자는 어느 정도의 부담감을 경험하였으며, 스트레스에 잘 대처하는 간호제공자가 높은 수준의 자기효능감을 지닌다고 하였다. 만성건강 문제를 동반하는 뇌졸중은, 개인이나 가족에게 위기 상황이 될 수 있고, 건강상태 및 기능적인 능력의 갑작스런 변화는 장기간 간호를 하는 데 많은 결정을 요구하게 된다. 그러므로 재활관리자는 재활대상자뿐만 아니라 대상자 가족에 대한 관심을 소홀히 해서는 안될 것이다.

## 3. 뇌졸중 환자의 재활간호

뇌졸중 환자는 운동기능, 감각기능, 인지기능, 언어기능, 및 정서 장애 등 복합적인 증상들을 동반하게 되어 치료과정이 힘들고 기간이 오래 걸린다. 이처럼 재활의 목표가 단시간 내에 성취되는 것이 아니므로, 신체기능이나 심리사회적인 모든 면에서 급격한 불균형을 경험하게 되는 환자 및 보호자는 그들의 역할에 극적인 변화를 맞게 된다. 또한 갑작스런 불구에 대해 점진적으로 적응할 시간적 여유를 갖지 못한 환자는 인생의 리듬이 깨져 우울, 불안, 심한 분노 등을 느끼게 된다(이, 한, 김, 나 및 안, 1988). 그러므로 뇌졸중 환자에 대한 재활간호는, 전인간호의 개념에 입각하여 환자를 완전한 인격체로 이해하고 돌봐주며, 삶에 대한 희망과 의지를 주고 독립심을 심어 주는 방향으로 추진되어야 한다(강, 1984).

재활치료 후 회복의 관점에서 뇌졸중의 예후를 보면, 신경학적 회복과 기능적 회복으로 구분할 수 있다. 신경학적 회복은

손상 부위와 정도에 따라 다르나 출혈성 뇌출혈을 제외하고는 일반적으로 3개월 이내에 신경회복의 90% 정도가 가능하다. 그에 비해 기능적 회복은 많은 요인의 영향을 받게 되는데, 통상적으로 6-12개월 정도 지나야 가능하다(서, 강, 임, 오, 및 권, 1993). 뇌졸중은 발병 후 첫 2주 동안의 기능회복의 속도가 가장 빨라서 회복의 50%가 이 시기에 이루어진다고 하였으며 (Wade et al., 1983), 여러 연구에서 뇌졸중 발병 후 처음 3개월 이내에 대부분이 회복되고, 이후 1년까지는 그 속도가 3개월 이전보다는 미미하지만 회복이 지속된다고 하였다(Granger & Greer, 1976; Kotila et al., 1984; Moskowitz, Lightbody, & Freitag, 1972; Wade et al., 1983). 그러므로 뇌졸중은 일단 발병하면 가능한 한 신속하게 병원에 입원하여 불가역적인 뇌손상 및 뇌사를 막기 위한 응급처치를 받음으로써, 생명의 유지 뿐 아니라 기능장애의 최소화를 기하도록 해야 한다(최, 1985). 뇌졸중 발병 후 재활치료 또한 일찍 시작할수록 기능의 회복이 빠르고 장애정도가 감소되므로, 초기에 적극적인 중재가 이루어져 신경학적 증상의 향상에 도움이 되도록 해야 한다.

뇌졸중에 대한 관리는 발병 전의 예방, 발병 직후의 적절한 조치, 기능장애의 회복과 합병증의 예방을 위한 재활관리, 그리고 재발을 방지하기 위한 추후관리로 요약할 수 있다. 특히 재활관리는 시작 시기, 치료 방법 등에 따라 환자의 회복 정도에 상당한 차이를 가져오므로 일단 뇌졸중을 일으킨 환자에게는 대단히 중요한 관리방법이다(Johnston & Keister, 1984). 성공적인 재활과정에는 재활의료팀의 일방적인 노력보다는 환자의 적극적인 참여가 요구되는데 그러한 참여는 환자의 재활에 대한 인식과 상황 및 스트레스에 따른 대처방법에 달려있다(강, 1994).

재활이란 신체의 일부 또는 그 기능의 일부를 상실한 사람에게 그가 가진 능력을 최대한으로 개발시켜 사회속에서 신체적, 사회적, 교육적, 그리고 직업적으로 최대의 독립성을 갖고 살아갈 수 있도록 개인의 역할을 재확립하고 삶의 질을 증진시키도록 도와주는 모든 과정을 말하며(소와 김, 1995), 만성질환자의 재활목표는 최적의 기능과 최고 수준의 자립심을 목표로 유지하는 것이다. 불구나 만성질환의 경험은 개인이나 가족의 신체적, 사회적, 정신적, 경제적, 그리고 직업적 상태에 영향을 미치게 되어 그 결과 기능장애와 생활양식의 변화를 가져오므로(Dittmar, 1989), 초기의 재활치료를 통한 뇌졸중 환자의 일상생활동작의 수행능력 향상은 매우 중요한 의미를 가진다. 또한 급성기를 병원에서 보내고 퇴원하는 뇌졸중 환자에게 재활이 일생동안 지속되는 과정이라는 개념을 강화시킬 수 있는 중재가

필요한데, 이에 관해 Folden(1993)은 지지적-교육적 간호중재가 뇌졸중 환자의 자가간호 능력의 인지수준을 의미있게 향상시키는 데 잠재적인 효과를 주었다고 하였다.

### Ⅲ. 연구방법

#### 1. 연구 설계

본 연구는 탐색을 목적으로 하는 서술적 조사연구로서 설문지를 이용하여 뇌졸중 환자의 가족 기능에 영향을 미치는 요인들을 분석하였다.

#### 2. 연구 대상

본 연구의 대상은 임의표집법에 의해 1998년 7월부터 9월까지 3개월간 K시에 소재하는 5곳의 재활관련 병원에 입원한 뇌졸중 환자 65명과 그 가족을 대상으로 하였으며 선정기준은 다음과 같다.

- 1) 뇌졸중 진단을 받고 입원한 환자
- 2) 질문내용을 이해할 수 있는 자
- 3) 환자의 일상생활 동작을 기록할 수 있는 보호자가 있는 자
- 4) 본 연구에 참여를 허락한 자

#### 3. 연구 도구

본 연구에 사용된 연구 도구의 출처와 신뢰도는 다음과 같다(표1).

- 1) 일상생활동작 수행능력 측정도구

뇌졸중 환자의 일상생활동작(activities of daily living : ADL)의 수행능력을 측정하기 위하여 Barthel Index (Mahoney & Barthel, 1965)를 사용하였다.

Barthel Index 점수는 자조관리 영역 9항목, 기동성 영역 6항목 등 총 15개 항목으로 구성되어 있으며, 각 항목별로 도움이 없이 혼자서 쉽게 수행할 수 있는 경우(independent=intact), 보조기구들을 사용하여 혼자 수행할 수 있는 경우(independent=limited), 부분적으로 남의 도움을 받는 경우(dependent=helper), 완전히 남에게 의존하는 경우(dependent-null)의 4단계로 구분하여 평가한다. 점수는 0점에서 100점까지 분포되며 점수가 높을수록 독립적임을 의미한다. 본 연구의  $\alpha = .89$ 이었다.

2) 환자와의 관계의 질 측정도구

환자와 환자를 돌보는 가족원과의 관계의 질(quality of relationship : mutuality)은 Archbold and Stewart(1986)의 도구를 이용한 15문항의 4점 척도로써, 관계의 질을 상호성으로 측정하며 점수가 높으면 관계가 좋은 것을 의미한다. 도구 제작자가 보고한 신뢰도는  $\alpha = .90 \sim .93$ 이었고 본 연구에서는  $\alpha = .91$ 이었다.

3) 역할 스트레스 측정도구

역할 스트레스(role stress of caregiver)는 역할 과중, 역할 갈등, 역할 모호성으로 구성되어 있는 18문항의 역할 스트레스 측정도구(양, 1992)에서 신뢰도가 낮은 4문항을 삭제하고 본 연구의 측정에 사용하였다. 점수가 높을수록 역할 스트레스가 높은 것이다. 도구의 신뢰도는 양(1992)의 연구에서는  $\alpha = .67$ 이었고 본 연구에서는  $\alpha = .62$ 이었다.

4) 스트레스 상황 재정의 측정도구

스트레스 상황 재정의(situational definition)는 이(1993)가 McCubbin, Olson, and Larsen(1981)이 개발한 4문항에 수정보완한 9문항의 도구를 사용하여 측정하였다.

이 척도는 스트레스 상황에 대한 수용 능력, 어떤 문제 발생시에 낙관적인 사고 및 신앙심으로 상황에 대처하려는 태도들을 5점 척도로 질문하고 있으며 점수가 높을수록 긍정적인 태도를 나타낸다. 도구의 신뢰도는 이(1993)의 연구에서는  $\alpha = .73$ 이었고 본 연구에서는  $\alpha = .78$ 이었다.

5) 가족 강인성 측정도구

가족 강인성은 McCubbin, McCubbin, and Thompson(1986)에 의해 개발된 Family Hardiness Index를 사용하여 측정하였는데, 이 도구는 가족이 스트레스에 저항하고 적응하는 자원으로서의 강인성 특성을 측정하기 위해 고안되었다.

이 도구는 현 가족 기능을 서술한 20문항으로 구성된 4점 척도로 투입성, 신뢰성, 도전성, 통제성의 4개 하위 척도를 지니고 있는데 점수가 높을수록 강인성이 높은 기능적 가족 유형임을 뜻한다. 가족 강인성 척도의 내적 신뢰도는 .82이었고, 본 연구의  $\alpha = .82$ 였다.

6) 가족 기능 측정도구

가족 기능은 김(1989)이 Family Adaptability Cohesion Evaluation Scale : FACES-III(Olson, Portner, & Lavee, 1985)을 변안한 것을 이(1993)가 수정한 도구를 사용하여 측정하였다.

이 도구는 결속력 10문항과 적응력 10문항 등, 총 20문항으로 구성된 5점 척도로 점수가 높을수록 가족 기능이 높다는 것

을 의미한다. 도구의 신뢰도는 이(1993)의 연구에서는  $\alpha = .90$ 이었고 본 연구에서는  $\alpha = .91$ 이었다.

표1. 연구 도구의 신뢰도

변수	항목수	Cronbach's $\alpha$	출처
일상생활동작 수행능력	15	.89	Mahoney & Barthel(1965)
관계의 질	15	.91	Archbold & Stewart(1986)
역할 스트레스	14	.62	양영희(1992)
스트레스 상황 재정의	9	.78	이경희(1993), McCubbin, Larsen & Olson(1982)
가족 강인성	20	.82	McCubbin, McCubbin, & Thompson (1986)
가족 기능	20	.91	Olson, Portner & Lavee (1985), 이경희(1993)

4. 자료수집 방법

자료수집은 재활간호학을 이수하고 임상실습 과정을 마친 간호학과 4학년 학생 4명에게 자료수집 방법에 대한 사전교육과 훈련을 실시하고, 설문지 내용과 연구대상자 선정기준을 완전히 파악한 상태에서 면접조사를 하도록 하였다. 자료수집은 구조화된 설문지를 이용하였다.

본 연구의 자료수집 절차는 다음과 같다.

- 1) 연구자가 자료수집 대상기관으로부터 연구수행의 허락을 받았다.
- 2) 조사자가 뇌졸중 환자의 병실이나 물리치료실을 방문하여 선정기준에 적합한 대상자를 면담하였다.
- 3) 대상자에게 연구목적을 잘 설명하고 허락을 받은 후에, 미리 준비한 설문지로 뇌졸중 환자 및 간호제공자로부터의 면담을 통하여 자료를 수집하였다.

5. 자료분석 방법

수집된 자료는 SAS/PC를 이용하여 연구목적에 따라 분석하였다. 즉, 연구대상자의 인구사회학적 특성과 일상생활동작 수행능력은 실수와 백분율을 산출하였고, 연구 변수에 영향을 미치는 요인을 분석하기 위한 인구사회학적 특성 간의 관계는 변수의 특성에 따라 t검정, ANOVA로 분석하였으며 분산분석 후 집단 간의 차이 검정은 Duncan 검정을 이용하였다. 연구 변수 간의 상관관계는 Pearson correlation으로 분석하였다.

#### IV. 연구결과

##### 1. 환자의 일반적 특성/질병 특성

뇌졸중 환자의 일반적 특성과 질병 특성은 표2 와 같다.

###### 1) 일반적 특성

대상자의 연령별 분포는 60대 이상이 45명(69.3%)으로 가장 많았고, 50대, 40대가 각각 13.8%였다. 여자 환자가 60.0%로 남자보다 더 많았고, 종교를 가진 사람(61.5%)이 많았다. 교육수준을 보면 국졸 이하가 56.9%로 과반수를 넘었다. 치료비 부담은 본인이나 배우자가 담당하는 경우가 50.8%였

고, 자녀이 도움을 받고 있는 경우가 43.1%였다. 그리고 수입 정도에 대한 만족도는 60.0%가 불만족스럽다고 답하였다.

###### 2) 질병 특성

뇌졸중의 원인으로는 뇌경색이 43명(66.2%), 뇌출혈이 15명(23.1%), 기타가 7명(10.8%)이었다. 뇌졸중 발병이 처음인 경우가 73.8%, 2회이상 재발한 경우는 26.2%였다. 재원일수는 2주 이내가 38.5%, 3개월 이내가 50.8%, 3개월 이상이 10.8%로 나타났고, 대상자 중 78.5%(51명)가 다른 질환을 동반하고 있었다. 일상생활동작 수행정도(ADL점수)는 의존도가 높은 수준이 37명(56.9%)이었고, '보통으로 의존' 하는 수준 이상이 28명(43.1%)였다.

표2. 환자의 일반적 특성 / 질병 특성

(N=65)

일반적 특성	구분	실수	백분율
연령	40세이하	2	3.1
	41~50세	9	13.8
	51~60세	9	13.8
	61~70세	28	43.1
	71세이상	17	26.2
성별	남	26	40.0
	여	39	60.0
종교	기독교	19	29.2
	불교	21	32.3
	무	25	38.5
교육수준	무	13	20.0
	국졸	24	36.9
	중졸	8	12.3
	고졸	11	16.9
	대졸이상	8	12.3
	무응답	1	1.6
치료비 부담	본인	17	26.2
	배우자	16	24.6
	자녀	28	43.1
	기타	4	6.1
수입 만족도	만족	4	6.2
	보통	22	33.8
	불만족	39	60.0

질병 특성	구분	실수	백분율
발병원인	뇌경색	43	66.2
	뇌출혈	15	23.1
	기타	7	10.7
발병횟수	1회	48	73.8
	2회이상	17	26.2
재원일수	2주이내	25	38.5
	3개월이내	33	50.8
	3개월이상	7	10.8
관련질병	고혈압	31	47.7
	당뇨	2	3.1
	고혈압+당뇨	9	13.8
	동맥경화	1	1.5
	심장질환	8	12.3
	없음	14	21.6
ADL점수	완전히 의존(0~20점)	11	16.9
	심히 의존(21~60점)	26	40.0
	보통으로 의존(61~90점)	14	21.5
	약간 의존(91~99점)	4	6.2
	독립(100점)	10	15.4

2. 뇌졸중 환자 가족의 일반적 특성

뇌졸중 환자 가족의 일반적 특성은 표3과 같다. 환자 간호의 일차적 역할을 담당하고 있는 가족으로부터 얻어진 일반적 특성을 살펴보면, 연령별 분포는 대부분(72.3%)이 50세 이하였고, 남자(26.2%)보다 여자(73.8%)가 더 많았다. 직업을 가지고 있는 군이 44명(67.7%)이었고, 교육 수준은 고졸 이상이 40명(61.5%)이었다.

표3. 뇌졸중 환자 가족의 일반적 특성

(N=65)			
일반적 특성	구분	실수	백분율
연령	40세이하	20	30.8
	41~50세	27	41.5
	51~60세	8	12.3
	61~70세	7	10.8
	71세이상	2	3.1
	무응답	1	1.5
성별	남	17	26.2
	여	48	73.8
직업	유	44	67.7
	무	21	32.3
교육수준	무	4	6.22
	국졸	8	12.3
	중졸	8	12.3
	고졸	29	44.6
	대졸 이상	11	16.9
	무응답	5	7.7
가족 형태	핵가족	49	75.4
	대가족	16	24.6
월수입	100만원 미만	23	35.4
	100~149만원	20	30.8
	150만원 이상	22	33.8
환자와의 관계	배우자	19	29.2
	자녀	39	60.0
	기타	7	10.8
	없음	0	0.0
동거 여부	예	38	58.5
	아니오	27	41.5
돌봄 기간	1개월이내	35	53.8
	3개월이내	15	23.1
	3개월이상	15	23.1

가족형태에서는 핵가족이 75.4%, 월수입에서는 150만원 미만이 66.2%이었고, 환자와의 관계는 배우자가 19명(29.2%), 자녀가 39명(60.0%)이었으며, 환자와 함께 살고 있는 경우가 38명(58.5%)인 것으로 나타났다. 환자를 돌보고 있는 기간은 1개월 이내가 53.8%로 가장 많았고 3개월 이내와 3개월 이상은 각각 23.1%였다.

3. 연구 변수의 서술적 통계

뇌졸중 환자 가족의 기능을 알아보기 위해 만성질환자의 가족에 관한 선행 연구들을 통해 확인된 의미있는 변인들을 측정하였는데 연구 변수들의 최저 점수, 최고 점수, 평균 점수, 표준편차 그리고 범위는 표1 와 같다.

가족원과 환자와의 상호작용이 돌보는 역할 수행에 있어 중요한 요인으로 대두되는, 관계의 질의 점수 범위는31-60이고, 평균 점수는 46.94로 중간 점수 37.5보다 높았다. 가족원이 느끼고 있는 역할 스트레스의 점수 범위는 22-44이고, 평균 점수는 34.14로 중간 점수 35와 거의 비슷하였다. 스트레스 상황 재정의의 점수 범위는 18-42이고, 평균 점수는 30.63으로 중간 점수 27보다 약간 높았다. 가족 강인성의 점수 범위는 32-67이고, 평균 점수는 47.98로 중간 점수 30보다 높았으며 가족 기능의 점수 범위는 44-98이고, 평균 점수는 70.38로 중간 점수 60보다 높았다.

표4. 연구 변수의 서술적 통계

변수	최소값	최대값	평균	표준편차	범위
관계의 질	15	60	46.94	7.73	31~60
역할 스트레스	14	56	34.14	4.33	22~44
스트레스 상황 재정의	9	45	30.63	6.29	18~42
가족 강인성	0	60	47.98	7.99	32~67
가족 기능	20	100	70.38	12.42	44~98

4. 대상자의 일반적 특성과 연구 변수와의 관계

대상자의 일반적 특성과 통계적으로 유의한 차이가 있는 연구 변수들의 성적을 표5 에 나타내었다.

- 1) 환자를 돌보는 가족원의 직업상태와 환자와의 관계의 질 직업이 없는 군(49.81)이 직업을 가지고 있는 군(45.57) 보다 환자와의 관계가 더 좋았다( $p < .05$ ).
- 2) 환자를 돌보는 가족원의 직업상태와 스트레스 상황 재정의

직업이 없는 가족원의 스트레스 상황 재정의 점수(32.86)가 직업을 가지고 있는 가족원의 스트레스 상황 재정의 점수(29.57)보다 더 높았다( $p < .05$ ).

3) 가족 형태와 역할 스트레스

핵가족 군(34.65)이 대가족 군(32.56)보다 역할 스트레스가 더 높았다( $p < .05$ ).

4) 돌봄 기간과 가족 강인성

가족원의 돌봄 기간이 1개월이내 군(45.86)의 가족 강인성이 3개월이상 군(53.07)보다 낮았고, 3개월이내 군(47.87)의 가족 강인성이 3개월이상 군(53.07)보다 낮았다( $p < .05$ ).

5) 돌봄 기간과 가족 기능

돌봄 기간이 1개월이내 군(69.29)의 가족 기능이 3개월이상 군(79.73)보다 낮았고, 3개월이내 군(63.60)의 가족 기능이 3개월이상 군(79.73)보다 낮았다( $p < .001$ ).

6) 재원일수와 가족 기능

환자의 재원일수가 2주이내 군(70.60)의 가족 기능이 3개월이상 군(83.29)보다 낮았고, 3개월이내 군(67.48)의 가족 기능이 3개월이상 군(83.29)보다 낮았다( $p < .01$ ).

5. 연구 변수 간의 상관관계

뇌졸중 환자의 일상생활동작 수행능력과 제 연구변인 간의 관계를 알아보기 위하여 Pearson correlation으로 검정한 결과를 표6에 나타내었다.

환자의 일상생활동작 수행능력과 환자와 환자를 돌보는 가족원과의 관계의 질에 유의한 상관관계가 있었고( $r = .380, p < .01$ ), 역할 스트레스와는 역상관관계였으며( $r = -.298, p < .05$ ), 스트레스 상황 재정의, 가족 강인성 및 가족 기능과는 상관관계가 없었다.

관계의 질과 스트레스 상황 재정의, 가족 강인성 및 가족 기능은 유의한 상관관계가 나타났고( $r = .276, p < .05; r = .261, p < .05; r = .334, p < .01$ ), 스트레스 상황 재정의는 가족 강인성 및 가족 기능과 높은 상관관계가 있었다( $r = .498, p < .001; r = .491, p < .001$ ). 그리고 가족 강인성과 가족 기능 사이에도 높은 상관관계가 나타났었다( $r = .425, p < .001$ ). 그러나 역할 스트레스는 환자의 일상생활동작 수행능력과의 관계를 제외한 모든 변수들과 유의한 상관관계가 없었다.

표5. 대상자의 일반적 특성과 연구 변수간의 관계

일반적 특성	연구 변수 Mean $\pm$ SD	T or F 값
간호제공자의 직업	관계의 질	
유	45.57 $\pm$ 7.65	-2.13*
무	49.81 $\pm$ 7.24	
간호제공자의 직업	스트레스 상황 재정의	
유	29.57 $\pm$ 6.76	-2.02*
무	29.57 $\pm$ 6.76	
가족 형태	역할 스트레스	
핵가족	34.65 $\pm$ 4.67	2.24*
대가족	32.56 $\pm$ 2.61	
돌봄 기간	가족 강인성	
1개월이내	45.86 $\pm$ 6.68	4.78*
3개월이내	47.87 $\pm$ 7.87	
3개월이상	53.07 $\pm$ 9.09	
돌봄 기간	가족 기능	
1개월이내	69.29 $\pm$ 11.11	8.10***
3개월이내	63.60 $\pm$ 11.12	
3개월이상	79.73 $\pm$ 11.65	
재원일수	가족기능	
2주이내	70.60 $\pm$ 10.84	5.31**
3개월이내	67.48 $\pm$ 12.13	
3개월이상	83.29 $\pm$ 12.19	

\*  $p < .05$  \*\*  $p < .01$  \*\*\*  $p < .001$

표6. 연구 변수의 상관관계

	Y1	Y2	Y3	Y4	Y5	Y6
일상생활동작 수행능력(Y1)	1.000					
관계의 질(Y2)	.380**	1.000				
역할 스트레스(Y3)	-.298*	-.167	1.000			
스트레스 상황 재정의(Y4)	.027	.276*	.084	1.000		
가족 강인성(Y5)	-.162	.261*	.241	.498***	1.000	
가족 기능(Y6)	.102	.334**	-.002	.491***	.425***	1.000

\*  $p < .05$  \*\*  $p < .01$  \*\*\*  $p < .001$



## V. 논 의

만성질환을 앓고 있는 가족원을 돌보는 것은 매우 힘든 일로, 오랜 시간과 많은 에너지를 소모하게 되는, 균형을 잃기 쉬운 역할이다. 그러나 가족으로서 가족원에게 도움을 제공하는 일은 일생을 통해 지속되는 규범적이고 일상적인 활동이다(Hanson & Boyd, 1996). 이러한 과정에서 돌봄 제공과 다른 책임 간의 갈등으로 역할 긴장과 부담이 생길 수 있는데(Scharlach, 1987), 간호제공자 스트레스의 가장 중요한 근원은 가족으로서의 의무와 직업 수행 간의 대립에서 생기는 갈등이다(Stone, Cafferata, & Sangle, 1987).

뇌졸중의 질병 특성에서 뇌경색이 66.2%로 뇌출혈(23.1%)보다 월등히 높았는데, 이는 연구대상자 대부분이 수술을 요하지 않는 신경과에 입원하였던 경우였기 때문이라고 본다. 일반적으로 백인에서는 뇌경색이 뇌출혈보다 훨씬 많고, 우리나라, 중국, 일본 등 동양권에서는 뇌출혈이 전체 뇌졸중의 20-40% 정도를 차지한다(김과 최, 1998). 연령적으로 뇌졸중은 중년기 이후에 발생하는 비율이 높는데 본 연구에서도 60대 이상이 69.3%로 가장 많았다. 그리고 대상자의 일상생활동작 수행도에서, 완전히 의존하는 상태가 16.9%, 심히 의존하는 상태가 40.0%였는데 이는 대상자가 입원상태에서 물리치료를 받고 있는 단계였기 때문인 것으로 사료된다.

환자를 돌보는 가족은 환자의 배우자가 29.2%, 자녀가 60.0%로 나타났는데 이는 본 연구대상자의 60.0%가 여자환자였기 때문에 남자 배우자의 돌봄 제공이 낮고 환자의 자녀들이 많았던 것으로 생각된다. 그런데 Carson and Keller(1992)는 뇌졸중으로 인한 불구 노인의 관리에서 배우자는 가장 활력있는 역할을 하는 간호제공자로서 기여하게 된다고 하였다.

뇌졸중 환자 가족 기능에 영향을 미치는 요인들을 알아보고자 환자와 간호제공자 간의 관계의 질, 스트레스 상황 재정의, 역할 스트레스, 가족 강인성, 그리고 가족 기능을 측정하였는데, 관계의 질은 평균 점수가 46.94로 만성 입원 환자를 돌보는 가족원을 대상으로 한 양(1992)의 연구 성적(44.01)보다 약간 더 높았다. Pallett(1990)는 환자와의 관계의 질이 좋은 것이 가족원의 스트레스를 줄이는 데 효과가 있다고 하였으며, 양(1992)의 연구 결과에서도 가족원의 건강에 영향을 미치는 주요 변인이었다. 따라서 가족원이 주요한 돌봄을 감당하고 있는 우리나라의 간호실무 환경에서는 간호제공자와 환자와의 관계의 질 수준에 관심을 기울여야 할 것이다. 관계의 질 향상이 용이하지 않은 경우에는 환자에게 제공되는 돌봄의 질에도 영향을

미치고, 간호제공자의 부담도 가중될 것이므로 환자를 돌볼 다른 사람을 찾아볼 것을 환자 가족들에게 권유할 수도 있을 것이다.

역할 스트레스의 평균 점수(34.14)는 중간 점수 35와 비슷한 수준으로, 연구자가 예상했던 것보다 높지 않은 수준이었다. 이는 우리나라 가족들은 가족원이 아프게 될 경우에 그를 돌보는 것을 당연한 일로 받아들이기 때문에, 특별히 돌봄의 역할로 인한 스트레스가 높지 않은 것으로 사료되는 부분이다. 이에 관해서는 양(1992)이 지적한 바와 같이 스트레스가 언제나 나쁜 결과를 초래하는 것은 아니고 가족원이 환자를 돌보면서 느끼는 역할 스트레스가 적정 수준이었다면 오히려 생활에 활력소가 될 수도 있을 것이다. 결국 우리나라의 가족환경에서 가족원이 질병에 걸린 경우, 그를 돌보는 역할의 부담감 보다는 가족원이 아프게 된 상황 자체에 더 많은 스트레스를 경험하는 것으로 보인다.

뇌졸중이 발생하게 되면 환자 가족들이 겪게되는 스트레스와 그 영향이 지대할 것으로 보고, 스트레스 상황 재정의 정도를 측정하였는데 본 연구대상자에서는 평균 점수가 30.63으로 중간 점수 27보다 약간 높았고, 장애 아동의 가족을 대상으로 한 이(1993)의 연구결과는 26.87로 본 연구 성적보다 낮았다. 이(1993)의 연구에서는 장애 아동 가족의 스트레스를 조절하는데 가장 영향을 주는 변수가 스트레스 상황을 어떻게 받아들여 대처하는지를 알아 본 스트레스 상황에 대한 재정의도 나타났고, 가족 스트레스가 가족 생활 사건 스트레스 및 스트레스 상황 재정의에 대한 결과 변수로 나타났으며, 가족 생활 스트레스가 많을수록 스트레스 상황에 대한 재정의의 필요성이 증가된다고 지적하고 있다. 이와 같이 스트레스 상황 재정의가 만성질환 가족을 위한 간호 상황에서 스트레스 상황에 대한 적응력이 낮은 대상자를 확인하는 데 도움을 줄 수 있을 것으로 사료된다.

가족 강인성(평균 점수 : 47.98)과 가족 기능(평균 점수 : 70.38)의 정도는 모두 중간 점수보다 높은 편이었는데, 점수가 높을수록 기능적 가족 유형을 의미한다. 가족 강인성은 만성신무전 환자들 대상으로 한 이영애(1995)의 성적(평균 점수 : 27.8)보다 높았는데, 이영애(1995)의 연구는 환자를 대상으로 한 것이고 본 연구는 환자의 가족으로부터 얻어진 결과에서 오는 차이로 해석된다. 즉 건강문제를 지니고 있는 대상자는 가족의 기능을 더 부정적으로 인식할 수 있을 것이다. 강인성이란 높은 스트레스에 처했을 때조차 건강하게 남아있을 수 있도록 하는 성격 특성(Pollock & Duffy, 1990)으로, 스트레스-질병 관계에서 매개 효과가 있다는 사실이 여러 연구에서 확인되었다

(서, 1989; 이, 1991). 그러나 아직까지 가족의 맥락에서 강인성의 이론적 개념이나 측정 방법에 대한 분명한 합의가 이루어지지 않은 수준이다.

대상자의 일반적 특성과 통계적으로 유의한 차이가 있는 연구 변수들과의 관계를 살펴보면, 직업을 가지고 있지 않는 군의 관계의 질 점수와 스트레스 상황 재정의 점수가 직업이 있는 군의 점수보다 더 높았는데, 직업을 가지고 있는 대상자가 직업 활동과 환자 돌봄이라는 이중적 역할 수행으로 인하여 더 많은 고충을 겪고 있음을 시사받을 수 있었다. 핵가족 군의 역할 스트레스가 대가족 군의 역할 스트레스 보다 더 높았던 것은 간호 제공자의 공급이 대가족 군에서 좀더 수월하기 때문인 것으로 생각된다.

돌봄 시간과 가족 상인성 및 가족 기능 간의 관계에서는 돌봄 기간이 1개월이내 군이 3개월이상 군보다, 3개월이내 군이 3개월이상 군보다 가족 강인성과 가족 기능의 정도가 낮은 것으로 나타났다. 또한 재원일수와 가족 기능과의 관계에서도 재원일수가 2주이내군이 3개월이상 군보다 낮았고, 3개월이내 군이 3개월이상 군보다 가족 기능의 점수가 낮은 것으로 나타났다. 뇌졸중은 발병 후 첫 2주간이 기능회복의 속도가 가장 빠르고 (Wade et al., 1983), 3개월 이내에 대부분이 회복되며, 1년까지는 회복이 지속되지만 그 속도가 3개월 이내보다는 미미하므로 (Skibeck, Wade, Hewer, & Wood, 1983), 뇌졸중의 치료는 급성기 지표가 매우 중요하다. 이처럼 급성기에 환자와 환자 가족의 상황이 매우 힘들고 어렵다는 점을 나타내고 있는 성적으로 사료된다. 그러므로 이 시기에 환자와 그 가족을 위한 특별한 관심과 지지가 제공되어야 하고 간호대상자가 조기재활의 중요성을 충분히 이해할 수 있도록 해야할 것이다.

연구 변수들 간의 상관관계에서 역할 스트레스는 환자의 일상생활동작 수행능력과 역상관계가 있는 것을 제외하고 모든 변수들과 유의한 상관관계가 나타나지 않았는데, 이는 측정도구의 신뢰도가 높지 않은 탓도 있겠지만 우리나라의 가족 특성이 돌봄 행위 자체에 대한 역할 수행으로 느끼는 스트레스 정도가 높지 않다는 것을 시사하고 있다고 하겠다. 그리고 환자의 신체적 능력이 좋을수록 환자와의 관계의 질이 높은 것은 환자의 신체적 간호요구 수준이 높을수록 간호제공자의 부담감이 높아지기 때문인 것으로 생각되며, 스트레스 상황 재정의, 가족 강인성 및 가족 기능이 좋을수록 관계의 질이 좋은 것도 같은 맥락으로 해석할 수 있겠다. 뿐만 아니라 스트레스 상황 재정의와 가족 강인성 및 가족 기능 그리고 가족 강인성과 가족 기능 사이에 높은 상관관계가 나타난 것으로 보아, 간호대상자의 가족

특성을 파악하는데 이들 변인들을 잘 활용하면 질적 가족간호 제공에 도움이 될 것으로 기대된다. 그런데 일상생활동작 수행 능력과 가족 상인성 및 가족 기능 간에는 상관관계가 없었는데, 이는 본 연구 대상자가 입원 치료를 받고 있는 상태로 의료전문가들이 환자 간호를 책임지고 있기 때문에 환자 가족들이 큰 어려움을 겪고 있지 않는 것 같다. 그러나 환자가 퇴원을 하게 되어 장기간의 재활관리가 요구되는 상황이 되면 환자의 신체적 요구로 인하여 가족 기능이 영향을 받게 될 것으로 사료된다.

만성질환을 관리하는 가족을 돕는 데 중요한 특성은 결합력과 적응력인데, Pratt(1976)는 가족간행위에 관한 연구에서 융통성있는 역할 관계의 원활한 조직과 개인의 성장과 각 가족 구성원의 자율성을 증진하는 원기왕성한 가족에게서 나타나는 공유된 힘을 찾아내었다. 그것은 협동정신, 개방된 의사소통, 그리고 필요하게 된 변화에 대한 타협이었다. 또한 가족의 부담감은 환자를 돌보는 데 소홀하기 쉽게 함으로써 재활에 부정적인 영향을 미치므로(이은숙, 1995), 뇌졸중 환자 배우자를 포함한 가족에 대한 적절한 도움을 제공하여 그들이 수행하는 돌봄과 희생정신이 압박이나 강요에 의한 것이 아니고, 긍정적이며 가치있는 것으로 인식하도록 해야 할 것이다(Callahan, 1988). 김(1993)은 뇌졸중 환자 간호의 지지체계로서 가족의 기능을 강조하고 있는데, 환자 가족의 지지도에 따라 재활의 효과가 달라지기 때문이었다. 더구나 뇌졸중 환자의 삶의 희망은 가족에 의해 가장 영향을 많이 받으므로(김, 1996), 뇌졸중 재활프로그램에 환자가족을 위한 내용이 필수적으로 포함되어야 하겠다.

## VI. 결론 및 제언

### 1. 결론

뇌졸중 환자의 재활과정은 꾸준한 노력과 인내가 요구되는 과정으로 이러한 만성적 과정에서 환자 가족들은 환자 간호에 대한 책임감 증가, 역할의 변화, 신체적·정서적 긴장, 그리고 재정적 부담 등으로 인하여 많은 어려움에 처할 수 있다. 아울러 최근 간호 경향은 개인의 건강과 안녕에 가족이 중요한 요소임을 인식하고 질병이 가족 전체에 미치는 영향에 관심을 기울이고 있다. 이에 본 연구자는 뇌졸중 환자의 가족 기능을 탐색하여 뇌졸중 환자 가족간호를 위한 간호중재에 도움을 줄 수 있는 자료로 활용하고자 한다.

본 연구는 1998년 7월부터 9월까지 뇌졸중으로 병원에 입원한 환자 65명과 그 가족을 대상으로 뇌졸중 환자의 가족 기능을 파악하기 위하여 환자와 환자들 돌보는 가족원과의 관계의 질, 역할 스트레스, 스트레스 상황 재정의, 가족 강인성, 및 가족 기능의 정도를 측정하였다

수집된 자료는 SAS/PC를 이용하여 연구목적에 따라 분석하였으며 그 결과는 다음과 같다.

1) 뇌졸중 환자의 가족 특성

환자를 돌보는 가족원과 환자와의 관계의 질(46.94)은 중간 점수보다 높았고, 역할 스트레스(34.14)는 중간 점수와 비슷하였으며, 스트레스 상황 재정의(30.63)는 중간 점수보다 약간 높았다. 그리고 가족 강인성(47.98)은 중간 점수보다 높았고, 가족 기능(70.38)은 중간 점수보다 높았다.

뇌졸중 환자 가족은 환자 간호로 인한 역할 스트레스는 심하게 느끼지 않는 편이고, 환자와의 관계는 별 문제가 없는 것으로 나타났다. 그리고 사건이나 변화에 적응하는 태도인 스트레스 상황 재정의 정도는 별로 높지 않았지만, 가족이 스트레스에 저항하고 적응하는 자원으로서의 강인성 특징과 스트레스 사건이나 변화에 직면했을 때의 행동을 예측할 수 있는 가족 형태인 가족 기능은 높은 편이었다.

2) 대상자의 일반적 특성과 연구 변수와의 관계

환자를 돌보는 가족원의 직업상태, 가족형태, 돌봄 기간, 재원 일수 등과 연구 변수 간에 통계적으로 유의한 차이가 나타났다.

① 직업을 가지고 있지 않는 군의 관계의 질 점수와 스트레스 상황 재정의 점수가 직업을 가지고 있는 군의 점수보다 더 높았다.

② 핵가족 군의 역할 스트레스가 대가족 군보다 더 높았다.

③ 돌봄 기간이 1개월이내 군이 3개월이상 군보다, 그리고 3개월이내 군이 3개월이상 군보다 가족 강인성과 가족 기능이 더 낮았다.

④ 재원일수가 2주이내 군이 3개월이상 군보다, 그리고 3개월이내 군이 3개월이상 군보다 가족 기능이 더 낮았다.

3) 연구 변수들 간의 상관관계

환자의 일상생활동작 수행능력과 환자와 환자들 돌보는 가족원과의 관계의 질에 유의한 상관관계가 있었고 역할 스트레스와는 역상관관계였다.

관계의 질과 스트레스 상황 재정의, 가족 강인성 및 가족 기능은 유의한 상관관계가 있었으며, 스트레스 상황 재정의는 가족 강인성 및 가족 기능과 높은 상관관계를 나타내었다. 그리고 가족 강인성과 가족 기능 사이에도 높은 상관관계가 있었다. 7

러나 역할 스트레스는 환자의 일상생활동작 수행능력을 제외한 모든 변수들과 유의한 상관관계가 나타나지 않았다.

2. 제언

이상의 연구 결과를 토대로 다음과 같은 제언을 하고자 한다.

1) 뇌졸중 환자와 그 가족을 위해서 뇌졸중의 질병 특성, 치료 원칙, 재활 관리 등에 대한 정보 제공과 교육을 담당할 수 있는 지역사회 내의 다양한 수준의 재활 기관이 마련되도록 한다.

2) 재활 실무자들이 재활 대상자와 그 가족에 대한 관심과 인식을 강화하고 재활 기관에서 뇌졸중 환자의 가족 특성을 고려한 재활관리를 계획하여 간호제공자의 부담감을 감소시킬 수 있는 휴식 프로그램을 운영한다.

3) 뇌졸중의 만성적 특성을 고려하여 환자와 그 가족을 대상으로 재활관리의 지속성이 유지될 수 있는 지지 모임의 활성화 방안을 모색한다.

참 고 문 헌

강현숙(1984). 재활강화교육이 편마비 환자의 자가간호 수행에 미치는 효과에 관한 실험적 연구. 연세대학교 박사학위논문.  
 강현숙(1994). 편마비 환자의 재활과정에 따른 스트레스와 대처의 변화 양상. 대한간호학회지, 24(1), 18-32.  
 공성숙(1992). 일반청소년과 정신장애청소년의 가족기능. 연세대학교 석사학위논문.  
 김소선(1993). 뇌졸중 환자를 돌보는 가족의 경험에 관한 연구. 연세대학교 박사학위논문.  
 김윤희(1989). 부부관계, 부모-자녀 의사소통, 가족기능과 청소년 자녀 비행과의 관계 연구. 숙명여자대학교 박사학위논문.  
 김이순(1996). 뇌졸중환자의 희망. 부산대학교 박사학위논문.  
 김종성, 최스미(1998). 뇌졸중의 모든 것. 서울 : 도서출판 정담.  
 박명희(1991). 가족간호 제공자의 부담감 인지정도과 영향변수 분석. 가톨릭대학 의학부 논문집, 44(3), 949-958.  
 서문자(1989). 강인성과 퇴원후 적응상태와의 관계분석. 성인간호학회지, 1, 19-37.  
 서문자, 강현숙, 임난영, 오세영, 권혜정(1993). 재활의 이론과 실제. 서울 : 서울대학교 출판부.

- 서미혜, 오가실(1993). 만성질환자 가족의 부담감에 관한 연구. 대한간호학회지, 23(3), 467-486.
- 소희영, 김봉옥(1995). 재활산도. 서울 : 현문사.
- 신경림(1994). 만성질환 환자의 가족간호. 대한간호, 33(5), 6-18.
- 신정빈, 문재호, 오현탁, 손민균(1988). 뇌졸중의 조기재활치료에 대한 검토. 대한재활의학회지, 12(1), 78-84.
- 양영희(1992). 만성질환 환자를 돌보는 가족원의 역할 스트레스와 건강에 관한 이론적 구조모형. 서울대학교 박사학위논문.
- 이강이, 송경애(1996). 뇌졸중 환자 가족이 인지한 부담감 및 우울 정도에 관한 연구. 대한간호학회지, 26(4), 853-867.
- 이경희(1993). 장애 아동의 가족 스트레스와 적응의 구조 모형. 서울대학교 박사학위논문.
- 이상화(1990). 스트레스요인으로서의 생활사건과 불안 및 가족 기능의 관계에 대한 연구. 연세대학교 석사학위논문.
- 이영신, 서무자(1994). 입원환자 가족원의 부담감에 대한 연구. 간호학논문집, 8(1), 17-32.
- 이영애(1995). 만성 신부전 환자가 인지한 가족적응에 관한 연구. 연세대학교 박사학위논문.
- 이은남(1991). 결장루 보유자의 강인성과 사회심리적 적응과의 관계. 대한간호학회지, 21(2), 218-229.
- 이은숙(1995). 뇌졸중 환자의 조기재활관리에 대한 가족의 지식, 태도, 실천에 대한 조사연구. 성인간호학회지, 7(1), 17-34.
- 이인구, 한혜연, 김희상, 나영설, 안경희(1988). 뇌졸중 환자의 정서장애. 대한재활의학회지, 12(1)33~37.
- 조명옥(1992). 전통사회의 노인을 위한 돌봄행위에 관한 문화기술적 연구. 이화여자대학교 박사학위논문.
- 최일생(1985). 뇌졸중의 내과적 치료. 대한의학협회지, 28(4), 314-319.
- 최혜숙(1996). 뇌졸중 환자의 신체적 회복 정도와 사회, 심리적 적응 간의 관계. 중앙대학교 사회개발대학원 석사학위논문.
- 통계청(1998). '97 사망원인 통계연보.
- Anderson, S.A.(1986). Cohesion, adaptability, and communication : A test of an Olson circumplex model hypothesis. Family Relations, 35, 289-293.
- Archbold, P.G. & Stewart, B.J.(1986). Family caregiving inventory.
- Callahan, D.(1988). Family as caregivers : The limits of morality. Arch. Phys. Med. Reh., 69, 324-328.
- Carson, R., & Keller, M.I.(1992). Control over daily life and caregiver burden : Little things do count. Reh. Nurs. Res., 1(1), 6-13.
- Deimling, G.T. & Bass, D.M.(1986). Symptoms of mental impairment among elderly adults and their effects on family caregivers. J. of Gerontology, 41(6), 778-784.
- Dittmar, S.(1989). Rehabilitation nursing. St. Louis : Mosby.
- Evans, R.L., Bishop, D.S., & Haselkorn, J.K.(1991). Factors predicting satisfactory home care after stroke. Arch. Phys. Med. Reh., 72, 144-147.
- Feigenson, J.S.(1981). Stroke rehabilitation : Outcome studies and guidelines for alternative levels of care. Stroke, 12(3), 372-375.
- Folden, S.L.(1993). Effect of a supportive-educative nursing intervention on older adults' perception of self-care after a stroke. Reh. Nurs., 18(3), 162-167.
- Grad, J. & Sainsbury, P.(1963). Mental illness and the family. Lancet, 9, 544-547.
- Granger, C.V. & Greer, D.S.(1976). Functional shiladelphia : F.A. Davis.
- Hays, A.(1988). Family care : The critical variable in community-based long-term care. Home Health Nurse, 6(1), 26-31
- Hill, R.(1972). Modern systems theory and the family : A confrontation. Social Science Information, 10, 7-26.
- Johnston, M.V. & Keister, M.(1984). Early rehabilitation for stroke patients : A new look. Arch. Phys. Med. Reh., 65, 437-441.
- Kotila, M., Waltimo, O., Niemi, M., Laaksonen, R., & Lempinen, M.(1984). The profile of recovery

- from stroke and factors influencing outcome. Stroke, 15(6), 1039-1044.
- Kratz, C.R.(1978). Care of the long-term sick in community. Churchill : Livingstone.
- Mahoney, F.I. & Barthel, D.W.(1965). Fuctional evaluation : The Barthel index. Maryland State Med. J., 14, 61-65.
- McCubbin, M.A., McCubbin, H.I., & Thompson, A.I.(1987). FHI : Family Hardiness Index. In H.I. McCubbin & A.I. Thompson(Eds), Family assessment inventories for research and practice(pp. 125-130). Madison : University of Wisconsin-Madison, Family Stress Coping and Health Project.
- McCubbin, H.I., Olson, D.H., & Larsen, A.S.(1981). F-COPES. In H.I. McCubbin & A.I. Thompson.(Eds.)(1987). Family Assessment Invenories for Research and Pactice (pp. 195-205). Madison : University of Wisconsin-Madison.
- Minuchin, S.(1974). Families and family therapy. Cambridge : Harvard University Press.
- Moskowitz, E., Lightbody, F.E.H., & Freitag, N.S.(1972). Long-term follow-up of the poststroke patient. Arch. Phys. Med. Reh., 53, 167-172.
- Mowat, J. & Laschinger, H.K.(1994). Self-efficacy in caregivers of cognitively impaired elderly people : A concept analysis. J. of Adv. Nurs., 19(6), 1105-1113.
- Olson, D.H., Sprenkle, D.H., & Russell, C.(1979). Circumplex model of marital and family systems I : Cohesion and adaptability dimensions, family types, and clinical applications. Family Process, 18, 3-28.
- Olson, D.H.(1986). Circumplex model VII : Validation studies and FACES III. Fam. Proc., 25, 337-351.
- Pallett, P.J.(1990). A conceptual framework for studying family caregiver burden in Alzheimer's type dementia. Image, 22(1), 52-58.
- Pratt, L.(1976). Family structure and effective health behavior. The energized family. Boston : Houghton Mifflin Co. cited from H.I. McCubbin et al.(1980). Family stress and coping : A decade review. J. Marr. & Fam., Nov., 855-871.
- Robinson, K.M.(1988). A social skills training program for adult caregivers. ANS, 10(2), 59-72.
- Scharlach, A.E.(1987). Role strain in mother daughter relationships in later life. Gerontologist, 27(5), 627-631.
- Shaw, M.C. & Halliday, P.H.(1992). The family, crisis, and chronic illness : An evolutionary model. J. of Adv. Nurs., 17(5), 537-543.
- Skibeck, C.E., Wade, D.T., Hewer, R.L., & Wood, V.A.(1983). Recovery after stroke. J. Neu. Neurosurg. Psychia., 46, 5-8.
- Stone, R., Cafferata, G.L., & Sangl, J.(1987). Caregivers of the frail elderly : A national profile. Gerontologist, 27, 616-626.
- Wade, D.T., Skilbek, C.E., Hewer, R.L., et al.(1983). The hemiplegic arm after stroke : M easurement and recovery. J. of Neu. Neurosurg. Psychi., 46, 521-524.

- Abstract -

### A Study on the Influencing Factors in Family Functioning of Stroke Patients

Cho, Bok-Hee\*

The purpose of this study was to identify the factors affecting family functioning of stroke patients. A descriptive survey research was conducted in which 65 stroke patients and their primary caregivers were conveniently sampled. Data were collected from July to Semtember, 1998 through interviewing using a structured questionnaire.

The measuring instruments used were Barthel Index by Mahoney and Barthel(15 items), Quality of Relationship Scale by Archbold and Stewart(15 items), Role Stress of Caregiver Scale by Yang(14 items), Situational Definition Scale by Lee(9 items), Family Hardiness Index by McCubbin, McCubbin,

\* Chonnam National University

and Thompson(20 items), and Family Adaptability Cohesion Evaluation Scale(FACES-Ⅲ) by Olson, Portner, and Lavee(20 items). The obtained data were analyzed using percentage, t-test, ANOVA, Duncan test, and Pearson coefficients correlation by SAS/PC program.

The results were as follows;

1. Role Stress of Caregiver was not severe and Quality of Relationship was moderate. The level of Situational Definition of primary caregivers was not high but Family Hardiness and Family Functioning were rather high.
2. The following relationships between research variables and demographic characteristics of the primary caregivers of stroke patients were significantly different; occupation of caregiver between Quality of Relationship, occupation of caregiver between Situational Definition, family type between Role Stress, caregiving duration between Family Hardiness, caregiving duration between Family Functioning, and hospitalization days between Family Functioning.

3. The correlations between research variables were as follows;

There was positively correlated between patient's ADL and Quality of Relationship. The relationship of the patient's ADL between Role Stress was negatively correlated. Quality of Relationship between Situational Definition, Family Hardiness, and Family Functioning were significantly correlated. The correlation of Situational Definition between Family Hardiness, and Situational Definition between Family Functioning were very high.

As a result of these findings, Quality of Relationship, Role Stress, Situational Definition, and Family Hardiness were useful variables for identifying Family Functioning of stroke patients. It is important for the rehabilitation nurse to be knowledgeable about family functioning of stroke patients to promote rehabilitation process.

Key word : stroke, family functioning