

뇌졸중 후 편마비 환자의 가족지지와 일상생활동작 수행과의 관계분석

강 복 희*

I. 서 론

1. 연구의 필요성

최근 뇌졸중은 과학문명의 발달과 생활환경개선으로 평균수명의 연장과 노령인구의 증가와 더불어 발생빈도가 증가하고 있으며, 젊은 층에서도 점차 늘고 있는 추세이다. 사회 경제적인 발전으로 인한 생활수준의 향상과 급속한 의학의 발달에도 불구하고 우리나라는 뇌혈관 질환으로 인한 사망이 가장 많은데 단일 질환으로서는 뇌졸중이 압도적으로 많다(통계청보고, 1998). 뇌졸중은 사회나 가정에서 책임이 큰 40대 이후에 대부분 발생한다. 뇌졸중 환자는 기동성, 사지기능, 배설기능, 성기능 등 인체의 필수적인 신체기능이 저하되고 감각장애, 기억장애, 정서장애 등으로 인한 심리적 불안을 느끼며 자가간호결핍, 의사소통 제한과 함께 사회적인 모든 기능이 저하되게 된다. 따라서 이러한 기능의 장애는 일상생활동작(Activities of Daily Living : ADL)의 통합적인 조화과정에 영향을 주게된다(Lorraine, 1996). 뇌졸중 후 대부분의 생존자들은 어느 정도의 신경학적 회복을 경험하지만 약 30-60%의 환자는 일상생활동작을 수행하는데 타인의 도움을 필요로 하며(Skilbeck 등, 1983), 장기간에 걸쳐 일상생활동작을 독립적으로 수행하지 못할 경우 환자는 무력감과 우울에 빠진다

(Hopkins 등, 1993). 이에 따라 환자는 우울, 좌절, 불안과 같은 정서적 고통을 경험하게 되며, 이러한 정서적 고통이 심할 경우에는 회복에도 심각한 영향을 미치게 된다(Feibel & Springer, 1982). 이러한 상황에서 가족의 지지는 환자로 하여금 위기에 대처하고 변화에 적응하도록 촉진하는 역할을 하며(김조자, 1982), 질환이 장기화되고 만성화되는 과정에서 환자는 누군가의 지속적인 도움이 필요하게 된다(조복희, 1998). 그러므로 가족은 개인에 있어서 가장 유력한 지지체계가 된다. 실제로 뇌졸중 후 편마비 환자의 장애는 환자의 일상생활동작 수행이나 보행 등에 가족의 보조를 필요로 할 뿐만 아니라 효과적인 재활을 위해서도 가족의 계속적인 지지가 필요하므로 환자의 회복은 환자가족에 좌우된다고 할 수 있다. 이에 본 연구자는 뇌졸중 후 편마비 환자의 가족지지 정도와 일상생활동작 수행과의 상관성과 일상생활동작 수행에 영향을 미치는 변인을 규명하여 장기적으로 가족지지가 필요한 편마비 환자에게 독립적으로 일상생활동작을 수행 할 수 있도록 돕기 위한 간호중재의 기초자료를 제공하고자 본 연구를 시도하였다.

2. 연구목적

본 연구의 주요 목적은 뇌졸중 후 편마비 환자에서 환경적 요인인 가족지지 정도와 일상생활동작 수행과의 관

* 연세의료원 재활병원 간호사

계를 규명하기 위함이며, 구체적인 목적은 다음과 같다.

- 1) 뇌졸중 후 편마비 환자의 일상생활동작 수행정도를 파악한다.
- 2) 뇌졸중 후 편마비 환자의 가족지지 정도를 파악한다.
- 3) 뇌졸중 후 편마비 환자의 가족지지와 일상생활동작 수행과의 관계를 규명한다.
- 4) 뇌졸중 후 편마비 환자의 일상생활동작 수행에 영향을 미치는 변인을 분석한다.

II. 문헌 고찰

1. 지지체제로서의 가족

인간은 태어나면서 최초의 인간집단인 가족과 함께 생활하기 시작하여 그 안에서 보호를 받고 인간관계를 맺으면서 성장, 발달, 성숙, 재생, 노화, 죽음의 과정을 밟는다. 가족은 사회의 가장 기본적인 단위로서 결혼과 혈연에 의해 관계를 맺게 되는 일정한 개인들로 구성된 집단이다. 가족은 인간의 가장 일차적 환경이며, 가족체제는 가족 구성원간의 관계, 의사소통 및 환경과의 상호작용을 포함하는 하나의 단위로서 심리적, 사회적 통합체이다(공성숙, 1992). 가족은 사회의 구성단위로서 가족 구성원 전체로서의 집합체를 강조하며, 또한 가족구성원을 포함한 그 자체의 독특한 특성을 가진 복합체이다(Friedman, 1986). 따라서 가족은 개인에 있어 가장 유력한 지지체제가 되며, 개인은 가족을 통해 내적, 외적 긴장을 해소하고 안정감을 갖게 된다. 그러므로 신체적, 심리적으로 문제를 겪고있는 환자들은 일상생활을 영위하는 것뿐만 아니라 재활에의 의지를 키워나가기 위해서는 가족의 지지를 필요로 한다. 지지체제에는 전문가, 공공 사회시설, 민간인 사회 단체, 개인 상부상조 등이 포함되는데 이 중 가족의 지지가 가장 영향력이 있다고 보고 되고있다(House, 1981).

이처럼 환경체제가 되는 가족은 하나의 사회적지지 체제로서 이미 많은 연구에서 환자의 건강에 영향을 주는 중요한 요인으로 밝혀졌으며, 재활성공에 있어서도 가족 지지는 중요한 요인으로 제시되었다(Stern 등, 1971; Norbeck, 1982; Beam, 1984). 지지체제로서의 가족의 역할은 다양하다. Caplan(1977)에 의하면 가족은 1) 세상에 대한 정보를 수집전달하고 2) 평가적 안내체제이며 3) 신념과 가치, 행동강령의 주요 자원이 되고 4) 문제해결의 안내자 역할을 하며 5) 실제적인 도움을

제공하고 6) 안정과 회복을 위한 안식처를 제공하며 7) 행동을 통제하고 형성하며 8) 정서적 조절에 기여한다. 이러한 역할과 기능을 하는 가족은 환자회복을 위한 동기와 지지를 제공할 뿐 아니라 위험요인의 교정 및 변화를 위한 환경을 조성하여 환자로 하여금 가치 있는 행동수정을 유지하고 촉진하게 하는 등 환자의 회복과정에 결정적인 영향을 미치게 된다(Croog, 1970; Robert, 1988). Molter(1979)는 만성질환자의 회복에 가족이 큰 영향을 미치며, 가족과 강한 유대관계 갖는 성인은 스트레스 상황에 더욱 잘 대처한다고 했으며, Rakel(1977)은 배우자가 가장 유용하고 영향력 있는 가족 구성원이며, 가족의 지지는 장기질환에 가장 필요한 요소라고 지적하였다. 따라서 지지체제로서의 가족은 환자의 건강상태와 심리적 상태에 영향을 미치며, 환자역할 행위를 촉진시키고 여러 가지 정서적 제문제를 예방 및 감소시켜 준다고 말할 수 있다.

2. 일상생활동작 수행

일상생활동작은 주위환경에 적응하는 능력을 말한다(Spector 등, 1987). 구체적으로 말하면, 일상생활동작이란 먹기, 입기, 대소변 처리하기, 기능적인 운동능력, 지역사회로의 이동능력, 기능적인 의사소통능력 등의 자기관리 능력이라고 정의할 수 있다(AOTA, 1994).

Toole과 Perdetti(1990)의 연구에 의하면 뇌졸중 환자의 3/4은 편마비로 인한 보행장애와 일상생활동작수행장애로 남에게 의존하게 되며, 기억손상, 인지능력장애, 감각장애, 시각장애, 청각장애, 실어증 등으로 사회로의 적응이 어렵다. 따라서 뇌졸중 환자들은 요실금, 대변실금 등의 복합적인 손상은 신체뿐만 아니라 사회적, 심리적, 가정생활 면에서 여러 가지 문제를 야기시킨다고 하였다. 이러한 기능의 장애는 일상생활동작(Activities of Daily Living : ADL)의 통합적인 조화과정에 심각한 영향을 주게된다(Lorraine, 1996).

일상생활동작을 적절히 수행하지 못할 때에 환자는 우울, 좌절, 불안과 같은 정서적 고통을 경험하게 된다. 이러한 정서적 고통이 심할 경우에는 회복에도 심각한 영향을 미치게 된다(Feibel & Springer, 1982). 따라서 뇌졸중 발병후 환자의 일상생활동작의 능력을 평가하고 수행하는 일은 환자의 재활목표 달성에 있어서 매우 중요하며, 환자의 독립적 생활을 위해서 가장 기본이 되는 것이다(Lorraine, 1996). 뇌졸중 후 대부분의 생존자들

은 어느 정도의 신경학적인 회복을 경험하지만 약 30-60%의 환자는 일상생활동작 수행에 도움을 필요로 한다(Skilbeck 등, 1983). 따라서 장기간에 걸쳐 일상생활동작을 독립적으로 수행하지 못할 경우 환자는 무력감과 우울에 빠지므로(Hopkins 등, 1993) 일상생활동작 수행능력을 증진시키는 것은 장애자 재활의 목표달성에 그 기초가 되는 매우 중요한 과제이다(신정빈 등, 1987).

3. 가족지지와 일상생활동작 수행

환자의 치료지시 이행행위에 관한 선행연구를 살펴보면 많은 연구에서 이행행위의 중요 결정인자로서 가족지지의 중요성을 제시하고 있음을 볼 수 있다. 한에경(1998)은 관상동맥질환자를 중심으로 한 연구에서 가족지지 행위가 자가간호 수행에 가장 영향력을 미치는 요인으로 제시하였다. 또한 뇌졸중 환자를 대상으로 한 김정식(1995)의 연구와 하반신마비환자를 대상으로 한 김순오(1986)의 연구에서도 가족지지가 높을수록 자가간호 수행이 높다는 결과가 나왔다. 만성관절염환자를 대상으로 한 최혜경(1987)의 연구에서는 가족지지가 높을수록 치료지시이행 정도가 높다는 가설이 지지되었고, 결핵환자를 대상으로 한 최영희(1983)의 연구에서도 가족지지행위가 높을수록 환자의 역할이행이 높다고 보고하고 있다. 이러한 결과들은 가족들의 실제적인 치료참여와 지지가 치료지시이행의 원인적 요인임을 보여주고 있다.

외국에서 수행된 연구를 살펴보면 Zimmerman & Connor(1989)는 병원에 중사하고 있는 116명을 대상으로 한 건강행위 수행에 미치는 효과에 관한 연구에서 가족이 가장 큰 영향을 미치는 것으로 나타났다. 또한 O' Brien(1980)은 투석환자의 자가간호 행동은 인식된 가족지지와 매우 긍정적인 관계가 있다고 제시하였다. Sackett(1976)은 고혈압 환자를 대상으로 한 약물복용 이행에 관한 연구에서 가족이 있고 가정이 안정되어 있을 경우 치료지시 이행이 증가한다고 보고하였다. Caldwell 등(1970)도 고혈압치료 프로그램에 포함된 환자 중에서 가족지지를 받은 환자의 38%는 계속적인 치료를 받았다고 보고하여 치료에 있어서 가족지지의 중요성을 제시하고 있다.

Oakes 등(1970)은 관절염환자들이 발에 부목을 하여 환부의 고정을 시도하는 치료지시를 이행함에 있어 환자가 그것에 대한 가족의 기대를 어떻게 지각하는냐가 이행행위의 지속시간과 관계가 있음을 제시하면서 가족

의 지지는 장기간의 돌봄이 요구되는 만성질환자가 성공적으로 질병을 관리하고 적용하기 위해서는 필수적인 구성요소로 작용한다고 하였다(Cobb, 1979; Molter, 1979; Rakel, 1977).

이상의 문헌을 통하여 볼 때 가족의 지지는 사회적 지지체로서 환자의 건강에 영향을 주는 중요한 요인이며, 재활성공에 있어서도 가족지지는 중요한 요인임을 알 수 있다. 따라서 가족의 지지는 환자의 건강상태와 심리적 상태는 물론 질병으로부터의 회복에 직접적이고 즉각적인 영향을 미치는 가장 중요한 요인이다. 이에 본 연구는 뇌졸중 후 편마비 환자의 가족지지 정도와 일상생활동작 수행과의 상관성과 일상생활동작 수행에 영향을 미치는 변인을 규명하였다.

Ⅲ. 연구 방법

1. 연구설계

본 연구는 뇌졸중 후 편마비 환자를 대상으로 가족지지 정도와 일상생활동작 수행 정도를 파악하고 두 변수간의 관계를 규명하여 일상생활동작 수행에 관련된 요인을 분석하는 서술적 상관관계 연구이다.

2. 연구대상

본 연구의 대상은 1999년 9월 10일부터 10월 15일까지 뇌졸중 후 편마비 진단을 받고 서울 시내에 소재하고 있는 Y대학 부속병원의 재활병원에 입원 또는 외래에서 재활치료를 받고 있는 편마비 환자 106명을 대상으로 하였으며 선정기준은 다음과 같다.

1. 뇌졸중 후 편마비 진단을 받은 자
2. 적절한 의사소통과 이해력이 가능한 자
3. 환자의 일상생활동작을 기록할 수 있는 보호자가 있는 자
4. 본 연구에 참여를 허락한 자

3. 연구도구

1) 가족지지 측정도구

본 연구에서는 강현숙(1984)이 Cobb(1976)의 도구를 우리나라의 실정에 맞게 수정 보완한 「가족지지 측정도구」를 이용하였다. 이 측정도구는 5점 척도 11문항

으로 구성되어 있다. 점수의 범위는 최저 11점에서 최고 55점까지이다. 점수가 높을수록 가족지지가 정도가 높은 것을 의미한다. 본 연구에서 이 도구를 적용한 결과 산출된 신뢰도는 Cronbach's Alpha = .83으로 나타났다.

2) 일상생활동작 평가도구

뇌졸중 후 편마비 환자의 일상생활동작을 평가하기 위해서는 『Modified Barthel Index』 (Granger 등, 1979)를 최혜숙(1996)이 번역한 도구를 사용하였다. Barthel Index Score는 자기관리 척도(self care subscore scale) 9항목, 이동성 척도(Mobility subscore scale) 6항목 등 총 15개 항목으로 구성되어 있으며, 각 항목마다 4단계의 점수를 주게 된다. 최대 점수는 100 점이고 최소 점수는 0 점으로 분포되어 있으며, 점수가 높을수록 독립적임을 의미한다. 본 연구에서 이 도구를 적용한 결과 산출된 신뢰도는 Cronbach's Alpha = .89 이었다.

4. 자료수집 기간 및 방법

본 연구의 자료는 서울 시내에 소재한 Y대학 부속병원의 재활병원 또는 외래에서 1999년 9월 10일부터 10월 15일까지 36일간 본 연구자가 질문지를 통한 직접 면접조사 방법에 의해 수집하였다. 연구자는 자료수집을 위해 Y대학 부속병원의 간호부의 연구 승인을 얻고 뇌졸중 후 편마비 환자 및 주 간호자에게 연구목적을 잘 설명하고 허락을 받은 후에 면담을 통하여 자료를 수집하였다.

5. 자료분석 방법

수집된 자료는 SAS 프로그램을 이용한 전산 통계과정을 거쳐서 분석하였으며, 사용된 통계 분석방법은 다음과 같다.

1. 대상자의 일반적 특성은 빈도를 사용하였다.
2. 대상자의 가족지지 정도와 일상생활동작 수행정도는 평균과 표준편차를 구하여 비교하였다.
3. 대상자의 가족지지와 일상생활동작 수행과의 상관관계는 Pearson correlation Coefficient의 방법을 이용하여 검증하였다.
4. 일반적 특성에 따른 가족지지 정도와 일상생활동작수행과의 차이는 t-test, ANOVA로 분석하였다. 사후

검증을 위해 LSD(least significant difference)방법을 이용한 다중비교로 검증하였다.

5. 일상생활동작 수행에 영향을 미치는 주요 변수를 규명하기 위하여 다중회귀분석(multiple regression)의 방법을 이용하여 검증하였다.

6. 연구의 제한점

1. 본 연구는 서울 시내에 소재하고 있는 Y대학 부속병원의 재활병원에 입원 또는 외래환자만을 대상으로 하였으므로, 본 연구의 결과를 뇌졸중 후 편마비 환자들에게 일반화하여 설명할 수가 없다.
2. 입원, 외래환자의 질병특성에 따른 영향을 고려하지 못했다.

IV. 연구 결과

1. 대상자의 일반적 특성

본 연구의 대상자의 일반적 특성은 <표 1>과 같다.

특 성	구 분	명 수	%
연령	40세 이하	9	8.5
	41-50세	20	18.9
	51-60세	34	32.1
	61-70세	32	30.2
	71세 이상	11	10.4
성별	남자	65	61.3
	여자	41	38.7
결혼상태	미혼	7	6.6
	기혼	90	84.9
	사별	9	8.5
주 간호자	배우자	47	43.3
	아들, 며느리	6	5.7
	딸	11	10.4
	간병인	29	27.4
	기타	13	12.3
유병기간	3개월 이내	29	27.4
	6개월 이내	25	23.6
	1년 이내	16	15.1
	2년 이내	11	10.4
	2년 이상	25	23.6
보행을위한 보조기	바퀴의자	29	27.4
	보조기와 바퀴의자	33	31.1
	보조기사용 안함	37	34.9
	지팡이	7	6.6

<표 2> 뇌졸중 후 편마비 환자의 문항별 가족지지 정도

문항내용	N = 106 (*은 부정문항임)		
	명수	평균	표준편차
1.가족은 나에게 회복될 수 있다고 용기와 격려를 준다.	106	4.63	0.69
2.가족은 내가 불편하지 않도록 도와준다.	106	4.60	0.68
3.가족은 나를 아끼고 사랑한다.	106	4.72	0.66
4.나는 나의 가족을 믿고 의지할 수 있다.	106	4.64	0.69
5.가족은 내가 지루하지 않도록 많은 이야기를 해준다	106	3.76	0.98
* 6.가족은 나를 귀찮은 존재로 생각한다.	106	4.89	0.42
* 7.가족은 경제적인 문제 때문에 나를 부담스러워 한다.	106	4.58	0.89
8.가족은 나의 의견을 존중해 준다.	106	4.42	0.84
9.가족은 나와 집안일 을 의논한다.	106	4.01	1.10
10.가족은 나에게 헌신적인 도움을 준다.	106	4.52	0.77
11.가족은 내가 외로워 하거나 괴로워 할 때 보고싶은 사람을 만날 수 있도록 도와준다.	106	4.31	0.96
총 평점	106	49.00	5.64

연령별 분포는 51-60세가 32.1%로 가장 많았고, 그 다음이 61-70세로 30.2% 이었으며, 41-50세가 18.9%, 71세 이상이 10.4%, 40세 이하가 8.5% 등의 순서로 나타났다. 성별은 남자가 61.3%, 여자가 38.7%로 남성이 더 많았다. 결혼상태는 기혼이 84.9%로 대부분을 차지하고 있었고, 사별이 8.5%, 미혼은 06.6%에 지나지 않았다. 주 간호자는 배우자가 43.3.%로 가장 많았고, 그 다음이 간병인 27.4%, 기타 12.3%, 딸 10.4%, 아들, 며느리 5.7% 순으로 나타났다. 유병기간은 3개월 이내가 27.4%로 가장 많았으며, 6개월 이내 23.6%, 2년 이상 23.6%, 1년 이내 15.1%, 2년 이내 10.4% 등의 순으로 나타났다. 보행을 위한 보조기는 보조기사용 안함이 34.9%, 보조기와 바퀴의자사용이 31.1%, 바퀴의자사용 27.4%, 지팡이사용 6.6% 등의 순으로 나타났다.

2. 뇌졸중 후 편마비 환자가 지각하는 가족지지

뇌졸중 후 편마비 환자가 지각하는 가족지지 정도에 대한 분석결과는 <표 2>에 제시되어 있다. 뇌졸중 후 편마비 환자가 지각하는 가족지지 정도는 최대 평점 55점에서 총 평점 49.00, 표준편차 5.64로 나타나 가족들의 환자에 대한 지지는 매우 긍정적인 것으로 볼 수 있다.

3. 뇌졸중 후 편마비 환자의 일상생활동작 수행

뇌졸중 후 편마비 환자의 일상생활동작 수행정도에 대한 분석결과는 <표 3>와 같다. 뇌졸중 후 편마비 환자의 일상생활동작 수행정도는 최대평점 100점에서 총 평점

70.02, 표준편차 29.24로 나타났다.

<표 3> 뇌졸중 후 편마비 환자의 일상생활동작 수행정도

문항내용	N = 106		
	명수	평균	표준편차
1. 물을 마시거나 식사를 할 수 있습니까?	106	7.59	3.73
2. 옷을 입을 수 있습니까?	106	3.77	1.63
3. 바지를 입을 수 있습니까?	106	3.21	1.88
4. 보조기를 사용하십니까?	35	-0.86	1.00
5. 남 : 면도를 할 수 있습니까? 여 : 화장,머리손질을 할 수 있습니까?	104	3.61	2.25
6. 세수, 목욕을 할 수 있습니까?	106	0.98	1.73
7. 소변을 가릴 수 있습니까?	106	8.77	2.74
8. 대변을 가릴 수 있습니까?	106	8.68	2.87
9. 대·소변 후 뒷처리를 할 수 있습니까?	106	2.89	1.56
10. 의자에서 일어나고 앉는 것을 자유롭게 할 수 있습니까?	106	11.08	5.67
11. 화장실 출입을 할 수 있습니까?	106	4.00	2.26
12. 목욕탕 속을 자유롭게 드나들 수 있습니까?	106	0.27	0.45
13. 50보 이상을 걸을 수 있습니까?	104	10.14	6.55
14. 계단을 5개정도 오르내릴 수 있습니까?	106	5.38	4.56
15. 걸을 수 없는 경우 휠체어를 사용할 수 있습니까?	29	0.69	2.21
총 평점	106	70.02	29.24

4. 뇌졸중 후 편마비 환자의 가족지지와 일상생활 동작 수행과의 상관관계

뇌졸중 후 편마비 환자가 지각한 가족지지와 일상생활 동작 수행과의 상관관계를 분석한 결과($r = .30909$, $p = 0.0013$), 통계학적으로 유의한 상관관계를 나타냈다. 즉 뇌졸중 후 편마비 환자가 지각한 가족지지 높을수록 일상생활동작 수행정도가 높다는 것을 의미한다 <표 4>.

<표 4> 편마비 환자의 가족지지와 일상생활동작 수행과의 상관관계

일상생활동작 수행		
가족지지	$r = .30909$	$p = 0.0013$

5. 편마비 환자의 일상생활동작 수행에 영향을 미치는 예측변인

뇌졸중 후 편마비 환자의 일반적 특성에 따른 일상생활 동작 수행정도에서 크게 차이를 보였던 변수는 환자구분($t = 5.01$, $p = 0.0000$)이었다. 따라서 외래환자와 입

원환자를 구분하여 이 변수들에 영향을 미치는 변인을 규명하기 위해 다중회귀분석의 방법을 이용하여 검증하였다 <표 5>. 외래환자를 중심으로 일상생활동작 수행정도를 가장 유의하게 설명하는 변수는 유병기간이었다.

입원환자를 중심으로 일상생활동작 수행정도를 가장 유의하게 설명하는 변수는 보행을 위한 보조기사용 유무였다. 즉, 보행을 위한 보조기를 사용하지 않는 그룹의 일상생활동작 수행정도가 34.33점 정도 높았으며, 통계적으로 유의하였다($P = .0006$). <표 6>

V. 논 의

지금까지의 연구결과를 중심으로 중요한 사항에 대하여 논의하면 다음과 같다. 뇌졸중 후 편마비 환자의 일반적 특성을 살펴보면, 연령별 분포는 51-60세가 32.1%로 가장 많았고, 61-70세(30.2%), 41-50세(18.9%), 71세 이상(10.4%), 40세 이하(8.5%) 순서로 나타났다. 이는 뇌졸중으로 인한 편마비가 생의 주기 가운데 성인기에 많이 올 수 있기 때문일 것이다. 또한 40세 이하가 8.5%인 것을 볼 때 최근 뇌졸중이 젊은 층에서도 점차 증가하고 있는 추세에 있음을 알 수 있다. 이러한 결과는 우리나라의 생활수준 및 식습관이

<표 5> 편마비 환자의 일상생활동작 수행에 영향을 미치는 요인분석 (외래환자) N = 106

변 수	설 명	β	표준오차	t	p-value
가족지지정도		1.03	0.58	1.774	0.0828
유병기간		5.35	1.99	2.690	0.0099
보행을 위한 보조기	사용안함(1) 사용함(0)	14.39	5.92	2.430	0.0191
주 간호자	간병인(1) 가족(0)	-6.96	7.35	-0.947	0.3484
환자연령	61세이상(1) 60세미만(0)	-9.56	5.77	-1.657	0.1043

<표 6> 편마비 환자의 일상생활동작 수행에 영향을 미치는 요인분석 (입원환자) N = 106

변 수	설 명	β	표준오차	t	p-value
가족지지정도		0.30	0.64	0.473	0.6380
유병기간		-0.02	3.13	-0.006	0.9954
보행을 위한 보조기	사용안함(1) 사용함(0)	34.33	9.28	3.699	0.0006
주 간호자	간병인(1) 가족(0)	-6.93	7.66	-0.905	0.3700
연령	61세이상(1) 60세미만(0)	-6.61	7.23	-0.900	0.3726

서구화되어 감에 따라 체내지방의 증가와 더불어 혈중 콜레스테롤수치의 증가, 그에 따른 고혈압 증세가 과거에 비하여 젊은층의 연령에서도 많이 나타나고 있기 때문인 것으로 보여, 본 연구에서는 고려하지는 않았지만 이에 대한 연구가 진행되어야 할 것으로 생각된다.

주 간호자는 배우자가 43.3%로 가장 많았으며, 이는 Rakel(1977)의 연구결과에서 위기상황에서의 다른 어떤 지지체제보다 배우자의 지지가 중요하다고 보고한 것과 일치하고 있다. 뇌졸중 후 편마비 환자가 지각하는 가족지지 정도는 최대평점 55점에서 총평점 49.00, 평균평점 4.48, 표준편차 5.64로서 가족들의 환자에 대한 지지는 매우 긍정적인 것으로 나타났다. 이 결과는 같은 도구를 사용한 김정식(1995)의 뇌졸중 환자를 대상으로 한 연구와 최혜경(1987)의 만성관절염환자를 대상으로 한 연구보다 높은 가족지지를 받는 것으로 나타났다. 뇌졸중 후 편마비 환자의 일상생활동작 수행정도는 최대 점수 100점에서 총 평점 70.02, 표준편차 29.24로 나타나 일상생활동작 수행에 있어서 중등도의 도움을 필요로 하는 수준임을 볼 수 있었다. 뇌졸중 후 편마비 환자의 일반적 특성에 따른 일상생활동작 수행정도에 유의한 차이를 보였던 변수는 환자구분($t=5.01, p=0.0000$), 연령($F=2.75, p=0.0323$), 주 간호자($F=3.99, p=0.0048$, 유병기간($F=6.46, p=0.0001$), 보조기($F=22.94, p=0.0001$)였다. 특히 환자구분에 따른 일상생활동작 수행정도는 외래환자가 입원환자에 비하여 차이가 크게 나타났다. 이는 재활치료를 받은 뇌졸중 환자들을 대상으로 한 Granger 등(1979)의 연구와 박금주와 이강우(1997)의 연구결과, 입원시와 퇴원시의 Barthel 점수는 입원시에 비해 퇴원시에 일상생활동작의 기능에 많은 변화가 있었다는 보고와 일치했다. 주 간호자에 따른 일상생활동작 수행에서는 배우자가 주로 간호할 때 일상생활동작 수행정도가 높은 것으로 나타나 이는 Rakel(1977)의 연구결과, 배우자가 가장 유용하고 영향력 있는 가족구성원으로 보고한 것과 유사하여 이 시기의 정서적 지지가 중요함을 알 수 있었다. 뇌졸중 후 편마비 환자가 지각한 가족지지와 일상생활동작 수행과의 상관관계에서는 통계적으로 유의하게 가족지지 정도가 높을수록 일상생활동작 수행정도가 높아지는 경향을 보였다($r=.30, p=.0019$). 이 결과는 가족지지 정도가 높을수록 자가간호 수행정도가 높아진다는 선행 연구들(김순오, 1986; 김정식, 1995; 한애경, 1998;)의 결과를 뒷받침하였다. Rakel(1977)도 장기질환 환

리에 있어 가족지지는 필요한 구성요소라고 하여 뇌졸중 후 편마비 환자와 같은 장기질환 환자들에게는 가족지지가 얼마나 중요한가를 보여주고 있다. 뇌졸중 후 편마비 환자의 일상생활동작 수행에 영향을 미치는 예측변인을 알아보고자 외래환자와 입원환자를 구분하여 다중회귀분석의 방법을 이용하여 검증하였다. 외래환자를 중심으로 본 가족지지 정도에 따른 일상생활동작 수행정도를 가장 유의하게 설명하는 변수는 유병기간 이었다. 즉, 유병기간이 길수록 일상생활동작 수행정도가 유의하게 높았다. 그러나 Novack 등(1984)은 병력기간이 치료결과와 관련이 있지만 치료결과를 예측하기 위해서는 다른 요인을 고려해야 한다고 하였다. 그러므로 뇌졸중 후 편마비 환자의 일상생활동작 수행을 향상시키기 위해서는 장기적인 재활치료를 받고 있는 편마비 환자를 위한 가족지지를 높일 수 있는 다양한 간호중재술 개발에 관심을 기울여야 한다고 생각한다.

VI. 결론 및 제언

본 연구의 결론 및 제언은 다음과 같다.

1. 결 론

본 연구는 뇌졸중 후 편마비 환자를 대상으로 하여 가족지지 정도와 일상생활동작 수행정도를 파악하고 가족지지와 일상생활동작과의 관계를 규명하여 일상생활동작 수행에 관련된 요인을 분석함으로 가족지지가 필요한 편마비 환자에게 독립적으로 일상생활동작을 수행 할 수 있도록 돕기 위한 간호중재의 기초자료를 제공하고자 시도되었다. 연구대상자는 뇌졸중 후 서울시에 소재하는 Y 대학 부속병원의 재활병원에 입원 또는 외래에서 재활치료를 받고 있는 편마비 환자 106명을 대상으로 하였다. 연구도구는 가족지지를 측정하기 위하여 강현숙(1984) 「가족지지 측정도구」를 이용하였으며, 일상생활동작을 평가하기 위해서는 「Modified Barthel Index」(Granger 등, 1979)를 최혜숙(1996)이 번역한 측정도구를 사용하였다.

자료수집기간은 1999년 9월 10일부터 10월 15일 까지였으며, 수집된 자료는 SAS 프로그램을 이용하여 빈도, 평균과 표준편차, t-test, ANOVA로 분석하였으며, 사후검증을 위해 LSD(least significant difference) 방법을 이용한 다중비교, Pearson's correlation

Coefficient, 다중회귀분석(multiple regression)의 방법을 이용하여 검증하였다.

본 연구결과를 요약하면 다음과 같다.

1. 뇌졸중 후 편마비 환자가 지각하는 가족지지 정도는 최대평점 55점에서 총 평점 49.00점으로 가족들의 환자에 대한 지지는 매우 긍정적인 것으로 나타났다. 가장 점수가 높은 문항은 부정문항이었던 “가족은 나를 귀찮은 존재로 생각한다” 로 평균 4.89이었으며, 그 다음이 “가족은 나를 아끼고 사랑한다” 로 평균 4.72이었고 가장 점수가 낮은 문항은 “가족은 내가 지루하지 않도록 많은 이야기를 해준다” 로 평균 3.76이었다.
2. 편마비 환자의 일반적 특성에 따른 가족지지 정도를 보면 성별이 여자인 경우($t=-2.1113, p=0.0371$), 경제상태가 상인 경우($F=7.43, p=0.0010$), 보조기 사용을 안 할수록($F=5.55, p=0.0014$) 통계적으로 유의하게 높게 나타났다.
3. 뇌졸중 후 편마비 환자의 일상생활동작 수행정도는 최대평점 100점에서 총 평점 70.02점으로 나타나 중등도의 도움을 필요로 하는 수준임을 볼 수 있었다. 일상 생활동작 수행 평가도구는 15항목으로 구성되었으며 15항목 중 혼자서 쉽게 수행 할 수 있는 항목은 “소변을 가릴 수 있다” 가 78.3%(83명), “대변을 가릴 수 있다” 77.4%(82명), “물을 마시거나 식사를 할 수 있다” 가 67%(71명)로 나타났으며, 다른 사람의 도움이 없이는 할 수 없는 항목은 “꼭꼭탕 속을 자유롭게 드나들 수 있다” 가 36.8%(39명)이었다.
4. 편마비 환자의 일반적 특성에 따른 일상생활동작 수행정도는 외래환자인 경우($t=5.01, p=0.0000$), 연령이 낮을 수록($F=2.75, p=0.0323$), 주 간호자가 배우자인 경우($F=3.99, p=0.0048$), 유병기간이 길 수록($F=6.46, p=0.0001$), 보조기는 지팡이를 사용하는 경우($F=22.94, p=0.0001$)가 통계적으로 유의하게 높았다.
5. 뇌졸중 후 편마비 환자의 가족지지와 일상생활동작 수행은 통계적으로 유의한 상관관계를 나타냈다($r=.30909, p=0.0013$).
6. 가족지지 정도에 따른 일상생활동작 수행정도에 대한 다중회귀분석 결과, 외래환자의 일상생활동작 수행정도에 미치는 영향으로는 가족지지정도, 유병기간, 보조기사용 유무, 주 간호자, 환자연령을 들 수 있었으

며, 회귀모형은 통계적으로 유의하였고($p=0.0001$), 변량에 대한 설명력은 50%($R^2 = .5043$)이었다.

2. 제 언

본 연구결과를 토대로 다음과 같은 제언을 하고자 한다.

1. 장기적인 재활치료를 받고 있는 편마비 환자의 일상 생활동작 수행을 향상시킬 수 있는 가족지지를 높이는 간호 중재방안의 개발 및 그 효과에 관한 연구를 진행할 것을 제언한다.
2. 대상자 선정에 있어서 외래환자와 입원환자를 구분하여 연구를 시행할 것을 제언한다.
3. 본 연구결과는 1개의 대학부속병원의 재활병원에서 비교적 가족지지를 많이 받고 있는 환자들을 대상으로 하였기 때문에 일반화하는 데에는 제한점이 있으므로 반복연구를 시행할 것을 제언한다.

참 고 문 헌

- 강현숙 (1984). 재활강화교육이 편마비환자의 자가간호 수행에 미치는 효과에 관한 실험적 연구. 연세대학교 대학원 박사학위논문.
- 공성숙 (1992). 일반청소년과 정신장애청소년의 가족기능. 연세대학교 대학원 석사학위논문.
- 김순오 (1986). 하반신마비환자의 가족지지, 우울 및 자가간호 활동과의 관계 연구. 연세대학교 교육대학원 석사학위논문.
- 김정식 (1995). 뇌졸중 환자의 가족지지와 자가간호 수행과의 상관연구. 한양 대학교 행정대학원 석사학위논문.
- 김조자 (1982). 환자 스트레스와 가족의 방문에 관한 실증적 연구. 연세대학교 대학원박사학위논문.
- 박금주, 이강우 (1997). 뇌졸중 환자의 일상생활동작 수행능력에 관한 연구. 대한작업치료학회지, 5(1), 27-33.
- 신정빈, 조경자, 신정순 (1987). 장애자의 일상생활동작 평가에 대한 검토. 대한재활의학회지, 11(10), 10-21.
- 오윤택 (1996). 원주지역 노인의 일상생활동작 수행 형태에 대한 조사. 연세대학교 대학원 석사학위논문.
- 전중선, 전세일, 박승현, 백소영, 김동아 (1998). 뇌졸중의 최근 역학적 동향. 대한재활의학회지, 22(6), 1159-1165.
- 조복희 (1998). 뇌졸중 환자의 가족기능에 영향을 미치

- 는 요인 분석. 재활간호학회지, 1(1): 1-14.
- 한애경 (1998). 가족참여 환자교육이 가족지지원위와 자가간호수행에 미치는 효과. 연세대학교대학원 박사학위논문.
- 최혜경 (1987). 만성관절염 환자의 가족지지, 치료지시 이행 및 삶의 만족간의 관계 연구. 연세대학교 대학원 석사학위논문.
- 최혜숙 (1996). 뇌졸중 환자의 신체적 회복정도와 사회 심리적 적응간의 관계. 중앙 대학교 사회개발대학원 석사학위논문.
- 통계청 (1998). '97 사망원인 통계연보.
- American Occupational therapy Association (AOTA) (1994). Uniform terminology for occupational therapy, 3rd ed.
- Beam, I. M. (1984). Helping Families Survive. American Journal of Nursing, 229-232.
- Caplan, G. (1977). The Family as a Support System. Support Systems and Mutual Help: Multidisciplinary Exploration, Caplan, G. & Killilea, M(ed). Grune and Stratton. New York.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator as life stress. Psychosomatic Medicine, 38(5), 300-314.
- Cobb, S. (1979). Social Support and Health through the Life Course: Family Stress, Coping and Social Support. Thomas, C. C. Publisher.
- Croog, S. H. (1970). The Family as a Source of Stress. Social Stress, Chicago: Aldune, 19-53.
- Feibel, J. H., & Springer, C. J. (1982). Depression and failure to resume social activities after stroke. Arch. Phys. Med. Rehabil, 63, 276-278.
- Friedman, M. M. (1986). Family Nursing - Therapy and Assessment, 2nd ed, N. Y: Acc, 26.
- Gerald, Caplan. (1974). Support Systems and Community Mental Health. New York: Behavioral Publication.
- Granger, C. V., Alberecht, G. L., & Hamilton, B. B. (1979). Outcome of comprehensive medical rehabilitation: Measurement by PULSES profile and the Barthel Index. Arch. Phys. Med. Rehabil, 60, 145-154.
- Hopkins, H. L., Smith, H. D., & Willard and Spacman's. (1993). Occupational therapy. 8th ed. Philadelphia: JB Lippincott Co., 192-206.
- House, J. J. (1981). Work stress & social support. Massachusetts: Addison-Wesley Publishing co.
- Lorraine, W. P. (1996). Occupational Therapy: Practice skills for Physical Dysfunction. 5th ed. Mosby-Year book Inc, 463-506.
- Molter, N. C. (1979). Need of Relatives of Critically III Patients: A Descriptive Study. Heart & Lung, 8(2), 332-335.
- Norbeck, J. S. (1982). The use of Social Support in Clinical Practice, JPN MHS, 2: 20: 312-323.
- Novack, T. A., Satterfield W. T., & Lyons K, et al. (1984). Stroke onset and rehabilitation: Time lag as a factor in treatment outcome. Arch Phys Med Rehabil, 65, 316-319.
- Perdetti, L. W. (1990). Occupational therapy. In Cerebral vascular accident, 3rd ed. The CV Mosby Co, 603-621.
- Rakel, R. E. (1977). Principle of Family Medicine. Philadelphia: Saunders Co.
- Robert, S. J. (1988). Social support and Help Seeking : Review of the Literature. Advanced Nursing Research, 34, 217-220.
- Skilbeck, C. E., Wade, D. T., Hower, R. L., & Wood, V. A. (1983). Recovery. J after stroke. Neurol Neurosurg Psychiatry, 46, 5-8.
- Spector, W. D., Katz, S., Murphy, J. B., & Fulton, J. P. (1987). The hierarchia relationship between activities of daily living and instrumental activities of daily living. J ChronDis, 40(6), 481-489.
- Stern, P. H. et al. (1971). Factors Influencing Stroke Rehabilitation. Stroke, 213-218
- Toole, J. F. (1990). Cerebrovascular disorders:

In *Rehabilitation and prevention of stroke complication*. 4th ed. New York, 308-333.

Wade, D. T., Victorine, A. W., & Hewer, R. L. (1985). Recovery after stroke- The first 3 months. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 48, 7-13.

Warren, M. (1990). Identification of visual scanning deficits in adults in after cerebrovascular accident. *Am J Occup Ther*, 44, 391-399.

Zimmerman, R. S., & Connor, C. (1989). *Health Promotion in Context* : the Effects of Significant Others on Health Behavior Change. *Health Education Quarterly*. Spring, 57-75.

-Abstract-

Key concept: Hemiplegic patients, Family support, Activities of daily living

The Relationship between Family Support and Activities of Daily Living Abilities for the Hemiplegic Patients(after stroke)

*Kang, Bok-Hee**

Stroke patients have increased with the overall aging of our population, 60 years and older. Recently the number of stroke patients has been on the increase even among younger people in their thirties. The family support is frequently mentioned as a major variable which plays an important role in helping the patients adapt themselves to their hemiplegic situations. The purpose of the study was to examine between family support and activities of daily living(ADLs)abilities for the hemiplegic patients, and to provide the basic data to help the

patients carry out their ADLs on their own. The sample for the study included 106 hemiplegic patients and their family members. The data were collected using a focused, structured interviews.

The major findings of the study were as follows:

1. The hemiplegic patients perceived that their family supports were very high(Mean, 49.00).
2. The degree of family support was significantly higher in female, high economic status, and non-use of brace patients than in male, poor economic status, use of brace patients.
3. The ADL abilities of the hemiplegic patients were significantly higher in ambulatory, younger, and longer-period-of-illness patients and patients who used a cane as a assistive device.
4. The family support for the hemiplegic patients showed a statistically significant Cor relationship with their performance of ADL($r = .30809$, $p=0.0013$).
5. The performance of ADL for the ambulatory patients were mainly affected by the degree of family support, the period of the hemiplegic illness, the use of brace, informal care giving, and the age. These variables explained 50% of variance.
6. The length of illness was a statistically significant affecting variable for ADL performance in OPD and assistive device in IPD.

In conclusion, the higher the hemiplegic patients perceived the degree of family support, the better they performed ADL. We should develop nursing methods which enhance the family support for the hemiplegic patients in order to increase their performance of ADL.

* YONSEI University College of Medicine Rehabilitation Hospital. R.N.