

뇌성마비 아동의 가정치료에 있어서 어머니의 스트레스에 영향을 미치는 요인

김선희, 김수일
아주대학교병원 재활의학과

Abstract

Factors Affecting the Level of Stress Felt by Mothers Caring for Cerebral Palsy Children at Home

Kim Sun-hee, M.P.H., P.T.
Kim Su-il, M.P.H., O.T., P.T.

Dept. of Physical Medicine and Rehabilitation, Ajou University Medical Center

The purpose of this study was to determine the factors affecting on the home treatment stress in the CP (cerebral palsy) children's mothers. Direct interviews were conducted from March 17 with April 4, 2003 with 97 mothers of CP children. The average level of stress from home treatment felt by mothers with CP children was 16.97 ± 4.04 . Stress-levels were especially high in mothers who were not satisfied with the treatment outcome ($p < .05$) and whose acceptance of disability was low ($p < .01$). Stress felt by mothers was low when their health status was high ($p < .05$). A physical burden was shown to have a significant correlation with the stress of the mothers during the home treatment ($p < .01$). Mothers with a child of Level 2 disability had lower levels of stress than those with a child of Level 4 or 5 disability ($p < .01$). The level of stress was higher in mothers who lagged in acquiring technical sufficiency ($p < .05$). Multiple regression analysis showed that one factor affecting the stress felt by mothers with CP children was the degree of acceptance of the disability ($p < .01$). Programs that can reduce the stress levels of mothers with CP children through home treatment and secure social systems such as professional help and economic compensation, need to be developed. Active policies should be established and executed for these mothers since stress felt by mothers significantly affects the consistency and effectiveness of treatment provided at home.

Key Words: CP (Cerebral palsy); Home treatment; Mothers; Stress.

I. 서론

뇌성마비는 미성숙한 뇌에 가해진 비 진행적 손상에 의해 유발된 근 신경학적 기능장애를 가진 질환으로(박장일 등, 1999), 뇌성마비의 주 증상은 운동기능 장애와 발달지연이다. 그러나 뇌성마비는 단지 움직임과 자세의 이상이라는 증상뿐만이 아니라 간질, 시각, 청각, 지각, 인지의 장애 등 여러 증상들을 포함하는 복합장애를 수반하게 되고(Hur, 1995) 이로 인해 뇌성마비 아동들은 창조적인 능력과 생활을 영위하기 위한 능력을 방해받게 된다.

이러한 아동의 치료목표는 기능 활동의 향상에 있으며 치료는 치료실에서만 이루어지는 것이 아니고, 일상생활 안에서의 지속적이고 반복적인 치료가 보다 중요하다(Finnie, 1974). 따라서 장애아동의 치료는 부모와 치료사가 합심하여 치료를 실시할 때 치료효과가 커지게 되고 아동치료의 대부분은 가정에서 이루어지게 된다(Mayo, 1981).

가정치료에 있어서 하루 종일 가정에서 아동을 돌보며 일차적으로 아동을 책임지고 있는 어머니의 역할은 매우 중요하다. 특히 우리나라 뇌성마비 아동의 어머니는 가사일 외에도 장애아동의 양육과 간호, 치료에 대한 전적인 책임을 부담하고 있어, 외국에 비해 어머니의 역할이 더 과중하기 때문에 육체적, 심리적으로 많은 스트레스를 받게 된다(송영화, 1994; 유병규 등, 2000; 이미자, 1994; 정청자, 1988). 이지원(1997)의 연구에 따르면 뇌성마비 아동 어머니가 아동의 치료 영역에서 스트레스를 많이 받고 있으며 아동의 장애, 육체적 부담, 어머니의 건강상태가 이 스트레스에 영향을 미치고, 이 중 아동의 장애로 인한 육체적 부담은 어머니의 스트레스에 가장 크게 영향을 미치는 것으로 나타났다. 이미자(1994)는 아동의 장애 정도에 따른 어머니의 스트레스에 대한 상관관계 연구에서 장

아정도가 심할수록 뇌성마비 아동의 어머니는 치료와 관련된 영역에서 스트레스를 심하게 받는 것으로 보고하였다.

가정치료 시 부모들은 시간부족, 기술부족, 반항·거부 등의 감정처리 실패와 노력·힘의 부족, 기대에 미치지 못하는 치료결과, 치료사와의 접촉부족 등으로 어려움을 느끼고 있다(강세운 등, 1989; 김세주 등, 2000; 두정희, 1995; Wendt 등, 1984). Ross(1993)의 연구에서는 가정치료 수행 시 부모들이 아동들에게 질적, 양적으로 충분히 가정치료를 수행하지 못하는 것에 불안감을 느끼고, 이 불안감은 가정치료 프로그램 참여를 방해한다고 하였다. 박상희(2002)는 발달장애아동 어머니가 가정치료에 있어서 아동의 예후에 대한 불안, 기술 불안, 고통전이, 책임감, 가사소홀로 인해 정신적 스트레스를 받고 있으며 어머니의 고통은 가족의 정서와 건강 및 장애 아동의 치료에 막대한 지장을 초래하게 된다고 하였다.

효과적이고 포괄적인 뇌성마비 아동의 조기 및 장기치료 프로그램에 있어서 가정치료의 역할이 중요하게 인식되어짐에도 불구하고 가정치료에 있어서 일차적인 책임자인 뇌성마비 아동 어머니의 스트레스에 대한 연구는 드물고 특히 장애의 정도나 어머니의 장애수용도에 따른 연구는 거의 없는 실정이다. 이에 본 연구자는 뇌성마비 아동 어머니의 가정치료에 따른 스트레스를 측정하고 이에 영향을 미치는 요인을 규명하여, 뇌성마비 아동의 효과적인 가정치료 수행에 기초 자료를 제공하고자 한다.

II. 연구방법

1. 연구대상자

서울, 경기 지역에 위치한 4개 종합병원, 1개 복지관 및 1개 의원내 내원하여 재활치료를 받고 있는 2세 이상부터 8세 미만의 학령

기 이전의 뇌성마비 아동을 양육하고 있는 어머니 중, 이 연구의 취지를 이해하고 설문에 응한 사람을 대상으로 하였다. 설문에 응답한 뇌성마비 아동 어머니 중 내용이 불충분한 6명을 제외하고 연구의 목적에 적합한 뇌성마비 아동 어머니 97명을 대상으로 하였다.

2. 연구방법

설문조사는 2003년 3월 17일부터 4월 4일까지 뇌성마비 아동 어머니를 대상으로 실시하였다.

설문의 내용은 뇌성마비 아동 어머니의 특성에 관한 사항 13문항, 뇌성마비 아동의 특성에 관한 사항 8문항, 가정치료 실태에 관한 사항 7문항, 가정치료에 따른 어머니의 스트레스로 이루어졌으며, 가정치료에 따른 어머니의 스트레스 항목에는 각 문항마다 소 항목들을 두어 질문하였다.

가정치료에 따른 스트레스를 조사하기 위하여 Mobarak 등(2000)의 연구에서 사용된 설문지를 기초로 박상희(2002)가 개발, 작성한 도구를 사용하였다. 이것의 구성은 예후에 대한 불안감, 고통전이, 책임감, 치료기술에 대한 불안감, 가사소홀의 5문항이며 5 단계의 평정법으로 "전혀 그렇지 않다" 1점에서 "매우 그렇다" 5점까지 전체 점수의 범위는 최저 5점에서 최고 25점으로 점수가 높을수록 스트레스가 심한 상태를 의미한다. 스트레스도구의 신뢰도는 Cronbach $\alpha=.75$ 로 수용적이라고 하였다.

뇌성마비 아동의 장애수준의 평가는 Walter 등(1997)이 제작한 대동작 운동기능 기술(gross motor function classification system: GMFCS)을 번역하여 사용하였다. 이는 앉기와 서기의 기능적 움직임을 강조하여 기능적 제한에 따라 5단계로 분류되는데 1단계는 달리고 뛰는 진보된 동작에서는 제한이 있지만 제한 없이 걷고, 2단계는 실외와 지역사회에서 제한이 있지만 보조기구 없이

걷는 단계이며, 3단계는 실외와 지역사회에서 제한이 있지만 보조이동기구를 사용하여 걷는 단계이고, 4단계는 스스로 이동하는데 제한이 있는 단계이고, 5단계는 보조기술을 사용해도 자가 이동이 불가능한 심한 단계이다.

장애수용도는 Greenberg(1983)의 연구에서 사용된 도구를 이혜경(2002)이 번역한 장애수용척도 10문항을 사용하였다. 척도의 측정방법은 각 문항에 대한 답이 '아니오' 0점, '가끔' 1점, '자주'는 2점으로 각각 처리하였다. 총합계를 장애수용 점수로 하며 최저 0점에서 최고 20점으로 총 장애수용 점수를 가지고 5가지 수준으로 구분하는데, 1 수준 = 15~20점 '전혀 수용하지 않는다' 2 수준 = 10~14점 '수용하지 않으나 가끔씩 수용한다' 3 수준 = 5~9점 '때때로 수용하며 의지가 보인다' 4 수준 = 1~4점 '수용하지만 때때로 받아들이지 못한다' 5 수준 = 1점 이하 '수용을 잘 하고 있다' 로 장애수용도가 높다는 것은 장애아동 어머니가 수용을 잘 하고 있다는 것을 의미한다.

뇌성마비 아동을 양육하는데 있어서 식사, 돌보기, 치료적 관리와 관련된 어머니의 육체적 부담 정도를 평가하기 위하여 Beckman(1983)의 도구를 이지원(1997)이 번역한 것을 사용하였다. 총 10문항으로 구성되고, 각 문항은 4점 척도로 최저 10점에서 최고 40점 범위로 점수가 높을수록 육체적 부담이 많다는 것을 의미한다.

뇌성마비 아동 어머니가 지각하는 형식적 지지를 측정하기 위하여 Bristol(1979)의 도구를 이지원(1997)이 번역한 것을 사용하였다. 총 9문항으로 구성되어 있고, 각 문항은 4점 척도로 최저 9점에서 36점의 범위이며 점수가 높을수록 형식적 지지를 많이 받는 것을 의미한다.

뇌성마비 아동 어머니가 지각하는 비형식적 지지를 평가하기 위하여 Bristol(1979)의 도구를 이지원(1997)이 번역한 것을 사용하였

다. 비형식적 지지는 총 7문항으로 구성되어 있고, 각 문항은 4점 척도로 최저 7점에서 28점의 범위로 점수가 높을수록 비형식적 지지를 많이 받는 것을 의미한다.

3. 분석방법

조사된 자료는 부호화 한 후 SAS 8.01 패키지 프로그램을 이용하여 분석하였다. 첫 번째 단계는 뇌성마비 아동 어머니의 특성, 뇌성마비 아동의 특성, 가정치료 실태, 가정치료에 따른 스트레스에 대한 기술통계량을 계산하였다.

두 번째 단계는 가정치료에 있어서 어머니의 스트레스와 관련이 있는 변수들을 1차적으로 선정하기 위하여 변수들의 특성에 따라 독립표본 t-검정(independent t-test), 상관분석, 일요인 분산분석(one-way ANOVA)과 다중비교분석(post hoc test)을 위해 투키법(turkey)을 사용하였다.

세 번째 단계는 두 번째 단계에서 통계학적으로 유의한 변수들 중 뇌성마비 아동의 가정치료에 있어서 어머니의 스트레스에 영향을 미치는 요인을 분석하기 위하여 다중회귀분석(multiple regression)을 실시하였다.

Ⅲ. 결과

1. 뇌성마비 아동 어머니의 특성

뇌성마비 아동 어머니의 연령은 30~34세가 48명(49.5%)으로 가장 많았고, 최종학력은 고등학교 이하 졸업자가 59명(60.8%), 대학 이상 졸업자가 38명(39.2%)이었다. 종교의 유무에서는 응답자 중 61명(62.9%)이 종교를 가지고 있었고, 직업이 있는 경우는 18명(18.6%)이었으며, 직업이 없는 경우는 79명(81.4%)으로 전업주부였다. 월평균 가계수입은 140~240만원 미만이 46명(47.4%)으로 가장 많았다.

2명의 자녀를 둔 어머니가 56명(57.7%)으

로 가장 많았으며, 가족형태는 핵가족이 82명(84.5%), 대가족이 15명(15.5%)이었다. 치료 결과에 대한 만족도에 있어서는 49명(50.5%)이 만족한다고 대답하였으며, 보통이 37명(38.1%), 불만족이 11명(11.4%)이었다. 장애 수용도를 살펴보면 '때때로 수용하며 의지가 보인다'의 3 수준의 응답자가 55명(56.7%)으로 가장 많았고 '수용하지만 때때로 받아들이지 못한다'의 4 수준이 22명(22.7%), '수용하지 않으나 가끔 수용한다'의 2 수준이 19명(19.6%), 수용을 잘하고 있는 단계인 5 수준이 1명(1.0%)이었다. 어머니가 인지하고 있는 건강상태는 '보통이다'라고 대답한 응답자가 46명(47.4%)으로 가장 많았다(표 1).

뇌성마비 아동의 장애로 인한 부가적 보살핌에 따른 어머니의 육체적 부담의 평균 총 점수는 18.89점이었고 전문인, 전문기관이나 대가를 지불하는 대인관계로부터 받는 형식적 지지의 평균 총 점수는 19.35점이었으며, 도움의 대가를 지불하지 않는 대인관계로부터 받는 비형식적 지지의 평균 총 점수는 12.92점이었다(표 2).

2. 뇌성마비 아동의 특성

뇌성마비 아동 중 남자는 54명(55.7%)이었고 여자는 43명(44.3%)이었다. 아동의 연령은 2~4세 미만이 57명(58.8%)으로 가장 많았고 6세 이상이 23명(23.7%), 4~6세 미만이 17명(17.5%)이었다. 장애를 발견한 시기는 3개월 미만이 31명(32.0%), 12개월 이상이 25명(25.8%), 6~12개월 미만이 23명(23.7%), 3~6개월 미만이 18명(18.5%)의 순이었다. 장애 진단 시기는 12개월 이상이 41명(42.3%), 6~12개월 미만이 25명(25.8%), 3개월 미만이 21명(21.6%), 3~6개월 미만이 10명(10.3%)이었다(표 3).

재활치료를 받은 기간은 55명(56.7%)이 1~3년 미만이었고 5년 이상이 20명(20.6%), 3~5년 미만이 14명(14.4%), 1년 미만이 8명

표 1. 뇌성마비 아동 어머니의 특성과 스트레스 정도

(N=97)

변수	구분	명(%)	스트레스 점수	t or F
연령	20~29세	8(8.2)	17.25±3.85a	.36
	30~34세	48(49.5)	17.33±4.22	
	35~39세	32(33.0)	16.59±3.22	
	40세 이상	9(9.3)	16.11±5.97	
최종학력	고졸이하	59(60.8)	17.39±3.65	1.28
	대졸이상	38(39.2)	16.32±4.54	
종교	무	36(37.1)	17.72±3.54	1.42
	유	61(62.9)	16.53±4.27	
직업	무	79(81.4)	17.34±3.98	1.93
	유	18(18.6)	15.33±3.99	
가계수입 (월평균)	140만원 미만	14(14.4)	18.36±3.50	.83
	140~240만원 미만	46(47.4)	16.78±3.92	
	240~340만원 미만	19(19.6)	17.16±4.14	
	340만원 이상	18(18.6)	16.17±4.64	
자녀수	1명	30(30.9)	16.63±4.01	.21
	2명	56(57.7)	17.20±3.99	
	3명 이상	11(11.4)	16.73±4.65	
가족 형태	대가족	15(15.5)	15.87±4.45	1.15
	핵가족	82(84.5)	17.17±3.95	
치료결과 만족도	불만족	11(11.4)	19.18±2.86	3.29*
	보통	37(38.1)	17.49±3.66	
	만족	49(50.5)	16.08±4.32	
장애수용도	2 수준	19(19.6)	20.32±2.56	13.84**
	3 수준	55(56.7)	17.15±3.43	
	4 수준	22(22.7)	14.05±3.95	
	5 수준	1(1.0)	8.00±.00	
건강상태	건강하지 못하다	23(23.7)	17.87±4.13	3.21*
	보통이다	46(47.4)	17.48±3.21	
	건강하다	28(28.9)	15.39±4.82	

^a평균±표준편차

*p>.05 **p<.01

표 2. 육체적 부담, 형식적 지지, 비형식적 지지

(N=97)

변수	점수
육체적 부담	18.89±5.93 ^a
형식적 지지	19.35±4.89
비형식적 지지	12.92±3.94

^a평균±표준편차

(8.3%)이었다.

아동의 치료에 대한 적응도는 53명(54.6%)이 '보통'이라고 대답하였고 '잘한다'라고 대답한 응답자가 24명(24.8%), '적응을 못한다'고 대답한 응답자가 20명(20.6%)이었다. 아동의 일주일간 치료기관 이용 횟수는 1~2회가 38명(39.2%)으로 가장 많았고 3~4회가 30명(30.9%), 5회 이상이 29명(29.9%)이었다.

GMFCS를 이용한 아동의 장애정도 평가 결과는 스스로 이동에 제한이 있는 Level 4가 29명(30.0%)으로 가장 많았고 가장 심한 단계인 Level 5가 22명(22.7%), 보조 이동기구를 사용하여 걷는 단계인 Level 3가 18명(18.5%), 스스로 걸지만 실외에서 제한이 있는 Level 2가 16명(16.5%), Level 1이 12명(12.3%)이었다(표 3).

3. 가정치료 실태

뇌성마비 아동의 일일 평균 가정치료 시간은 30~60분 미만이 39명(40.2%)으로 가장 많았고 30분 미만이 26명(26.8%), 60분~2시간 미만이 23명(23.7%), 2시간 이상이 9명(9.3%)이었다. 가정치료 기술습득 정도가 '부족하다'고 대답한 응답자가 88명(90.7%)으로 가장 많았고 '충분히 습득하였다'고 대답한 응답자는 9명(9.3%)이었다.

아버지의 가정치료 참여에 있어서 1개월간 전혀 참여하지 않는 경우가 33명(34.0%)이었고 1~3회 참여하는 경우가 51명(52.6%), 4회 이상 참여하는 경우가 13명(13.4%)이었다. 가

정치료에 협조자가 같이 참여한다고 대답한 응답자가 69명(71.1%)이었고 협조자 없이 가정치료를 수행한다고 대답한 응답자가 28명(28.9%)이었다.

가정치료 실시 후에 효과가 있다고 대답한 응답자가 83명(85.6%)으로 대다수였으며 효과가 없다고 대답한 응답자는 14명(14.4%)이었다(표 4).

4. 뇌성마비 아동 어머니의 가정치료에 따른 스트레스

스트레스 요인에 대한 정도의 측정 결과 스트레스 평균 총 점수는 16.97점이었고, 여러 가지의 스트레스 세부 항목 중 '예후에 대한 불안감'(3.91±1.05)이 가장 높은 스트레스를 보이는 항목이고 '가사소홀로 인한 스트레스'(2.64±1.20)가 스트레스가 가장 낮은 항목이었다(표 5).

5. 뇌성마비 아동 어머니의 가정치료에 따른 스트레스 정도 차이

가. 어머니의 특성에 따른 스트레스 정도 차이

어머니의 특성에 따른 가정치료 스트레스 정도와의 관계는 연령, 최종학력, 종교, 직업, 가계수입, 자녀수, 가족형태에서는 유의한 차이를 보이지 않았다.

치료결과 만족도에 있어서 치료의 결과에 불만족할수록 스트레스가 높았고($p < .05$), 장애

표 3. 뇌성마비 아동의 특성과 스트레스 정도 (N=97)

변수	구분	명(%)	스트레스 점수	t or F
성별	남	54(55.7)	16.83±4.45 ^a	.37
	여	43(44.3)	16.06±3.50	
연령	2~4세 미만	57(58.8)	17.30±3.95	.87
	4~6세 미만	17(17.5)	17.18±4.32	
	6세 이상	23(23.7)	16.00±4.06	
장애발견 시기	3개월 미만	31(32.0)	17.23±4.05	1.80
	3~6개월 미만	18(18.5)	18.67±4.14	
	6~12개월 미만	23(23.7)	16.00±4.33	
	12개월 이상	25(25.8)	16.32±3.44	
장애진단 시기	3개월 미만	21(21.6)	17.95±3.89	.80
	3~6개월 미만	10(10.3)	17.30±5.66	
	6~12개월 미만	25(25.8)	17.08±3.67	
	12개월 이상	41(42.3)	16.32±3.91	
재활치료 받은 기간	1년 미만	8(8.3)	15.25±3.62	.90
	1~3년 미만	55(56.7)	17.47±3.88	
	3~5년 미만	14(14.4)	16.36±5.02	
	5년 이상	20(20.6)	16.70±3.89	
치료 적용도	잘함	24(24.8)	15.54±4.81	2.23
	보통	53(54.6)	17.26±3.56	
	못함	20(20.6)	17.90±3.99	
치료 횟수	1~2회	38(39.2)	16.61±4.06	1.28
	3~4회	30(30.9)	16.47±4.13	
	5회 이상	29(29.9)	17.97±3.87	
장애정도	LEVEL 1	12(12.3)	16.50±3.50	4.50**
	LEVEL 2	16(16.5)	13.63±3.67	
	LEVEL 3	18(18.5)	16.89±3.31	
	LEVEL 4	29(30.0)	17.97±3.95	
	LEVEL 5	22(22.7)	18.41±4.08	

^a평균±표준편차

*p>.05 **p<.01

장애정도: p<.01 Between Level 2, Level 4 and Level 5

표 4. 가정치료 실태와 스트레스 정도

(N=97)

변수	구분	명(%)	스트레스 점수	t or F
가정치료 시간	30분 미만	26(26.8)	17.12±3.43	.04
	30~60분 미만	39(40.2)	17.00±4.14	
	60분~2시간 미만	23(23.7)	16.91±4.16	
	2시간 이상	9(9.3)	16.56±5.43	
기술습득 정도	충분히 습득	9(9.3)	14.11±5.21	5.19*
	부족	88(90.7)	17.26±3.82	
아버지의 참여(월 평균)	불참	33(34.0)	17.24±3.44	1.82
	1~3회	51(52.6)	17.29±4.28	
	4회 이상	13(13.4)	15.00±4.20	
치료협조자 유무	무	28(28.9)	17.11±3.44	.21
	유	69(71.1)	16.91±4.28	
가정치료 효과	무	14(14.4)	17.21±3.83	.24
	유	83(85.6)	16.93±4.09	

^a평균±표준편차

*p<.05

표 5. 가정치료에 따른 스트레스

(N=97)

내용	스트레스 점수
예후에 대한 불안감	3.91±1.05 ^a
자녀가 당하는 고통전이	3.40±1.18
가정치료 수행에 따른 책임감	3.68±1.24
치료기술에 대한 불안감	3.34±1.13
가사소홀로 인한 스트레스	2.64±1.20
총 점수	16.97±4.04

^a평균±표준편차

표 6. 육체적 부담, 형식적 지지, 비형식적 지지와 스트레스와의 상관관계

변수	상관계수(r)		
	육체적 부담	형식적 지지	비형식적 지지
스트레스	.361**	.009	-.167

**p<.01

수용도의 수준이 낮은 군이 장애수용도의 수준이 높은 군보다 스트레스 점수가 높았으며 이는 통계적으로 유의하였다(p<.01). 어머니가 인지하고 있는 건강상태의 경우 '건강하지 못하다'라고 응답한 군이 '건강하다'라고 응답한 군보다 스트레스가 높았다(p<.05)(표 1).

어머니의 육체적 부담, 형식적 지지, 비형식적 지지와 스트레스와의 피어슨 상관계수를 구한 결과 통계적으로 유의한 정적상관을 나타냈다(p<.01)(표 6). 이것은 육체적 부담이 클수록 스트레스가 높다는 것을 의미한다.

나. 뇌성마비 아동의 특성에 따른 스트레스 정도 차이

뇌성마비 아동 특성과 가정치료에 따른 스트레스와의 관계에 있어서 장애 정도가 통계학적으로 유의한 차이가 있었으며(표 3), 사후 검정결과 아동의 장애가 Level 2인 군의 어머니가 Level 4와 Level 5인 군의 어머니보다 스트레스가 낮았다(p<.01).

다. 가정치료 실태에 따른 스트레스 정도 차이

가정치료 실태와 가정치료에 따른 스트레스 정도와의 관계는 치료시간, 아버지의 참여, 치료 협조자의 유무, 가정치료의 효과 유무에서 통계학적으로 유의한 차이가 없었다(표 4). 어머니의 기술습득 정도가 '충분하다'고 응답한 군보다 '부족하다'고 응답한 군이 스트레스가 높았으며, 이는 통계학적으로 유의하였다(p<.05).

6. 가정치료에 있어서 어머니의 스트레스에 영향을 미치는 요인 분석

가정치료에 있어서 어머니의 스트레스에 영향을 미치는 요인을 알아보기 위해 다중회귀 분석을 실시한 결과, 유의 확률이 .0001이하로 회귀 모형이 적합하였고, 다중회귀 모형에서 각 독립변수들은 가정치료에 있어서 어머니의 스트레스 변동에 대해 44.9%의 설명력을 보였다. 가정치료에 있어서 어머니의 스트레스에 통계적으로 유의하게 영향을 미치는 변수는 장애수용도이었다. 이러한 결과는 다른 변수들의 값이 동일할 때, 장애수용도가 높을수록 가정치료에 따른 어머니의 스트레스가 낮는데, 장애수용도가 2 수준인 집단에 비해 장애수용도가 3 수준의 집단이 가정치료에 따른 스트레스가 2.45 정도 낮으며, 장애수용도가 2 수준인 집단에 비해 장애수용도가 4 수준의 집단이 가정치료에 따른 스트레스가 5.51 정도 낮다는 것을 보여준다(표 7).

IV. 고찰

뇌성마비 아동의 출생은 그 부모와 가족들에게 특수하고도 지속적인 어려움을 경험하게 하는 양육 스트레스를 부여하고, 장애아동의 교육, 양육, 치료 등 장기간 부과되는 심리적 압박은 특히 뇌성마비 아동 어머니에게 큰 부담을 안겨준다.

뇌성마비 아동 어머니는 치료의 예후와 기대에 있어서 가정치료에 따른 스트레스를 받고 있으며(박상희, 2002; Mobarak 등, 2000;

표 7. 가정치료에 있어서 어머니의 스트레스에 영향을 미치는 요인

변수	범주	회귀계수	표준오차	t
절편		14.39	3.30	4.35**
치료결과 만족도	불만족(기준)			
	보통	-.33	1.16	-.28
	만족	-.60	1.21	-.50
육체적 부담				
건강상태	건강하지 못하다(기준)	.12	.07	1.54
	보통 혹은 건강하지 못하다	.80	.81	.99
장애수용도	2 수준(기준)			
	3 수준	-2.62	.91	-2.87**
	4 수준	-5.51	1.12	-4.91**
장애 정도	Level 1 (기준)			
	Level 2	-1.52	1.30	-1.16
	Level 3	1.41	1.31	1.07
	Level 4	1.70	1.28	1.33
	Level 5	.22	1.56	.14
치료 적용도	잘함(기준)			
	보통	.12	.88	.14
	못함	.66	1.07	.61
기술습득 정도	부족하다(기준)			
	충분히 습득	.71	1.24	.57
R ² =.4490	F=5.20 (p<.0001)			

**p<.01

Wendt 등, 1984), 가정치료 수행이 잘 될수 게 되고 이로 인해 장애 아동의 전반적인 치료 불안감은 감소하며 아동치료의 확신을 갖 료에 긍정적인 영향을 미치게 된다(Moxley

등, 1983; Ross, 1993).

박상희(2002)는 가정치료에 대한 어머니의 스트레스 및 대처방안을 알아보기 위한 연구에서 발달장애 아동 어머니가 가정치료 시 예후에 대한 불안감, 자녀가 당하는 고통전이, 가정치료 수행에 따른 책임감, 기술 부족에 대한 불안감, 가사 소홀로 인한 스트레스를 받고 있으며, 예후에 대한 불안에 대하여 스트레스를 제일 많이 받는 것으로 보고하였다. 본 연구에서는 가정치료에 따른 스트레스 평균 총 점수는 16.97로 평균보다 높게 스트레스가 나타났으며 여러 가지의 스트레스 세부 항목 중 '예후에 대한 불안감'(3.91±1.05)이 가장 높은 스트레스를 보이는 항목이고, '가사소홀로 인한 스트레스'(2.64±1.20)가 스트레스가 가장 낮은 항목으로 나타나 박상희(2002)의 연구 결과와 유사하였다. 이것은 뇌성마비 아동 어머니는 가정치료를 수행하면서 아동의 장애 상태 및 예후, 치료에 대해 심한 스트레스를 받으나, 가정에서의 개인적 역할이나 생활 위상과 관련된 항목에는 신경을 쓰지 않는 것으로 생각된다.

Mobarak 등(2000)은 91명의 학령기 이전의 뇌성마비 아동 어머니를 대상으로 가정치료 수행에 따른 스트레스와 관련된 요인을 알아보기 위한 연구에서 장애 아동이 어머니에게 의존적일수록 어머니가 많은 시간을 소비해야 하므로 가정치료를 수행하는데 스트레스를 많이 받고, 사회적 지지는 가정치료에 따른 스트레스에 영향을 미치지 않음을 보고하였다. 또한 이미자(1994)는 뇌성마비 아동의 입원치료 시 치료기관의 집중치료와 치료기관의 일정 부분의 아동 양육과 간호로 어머니의 육체적 부담이 감소하여 아동치료에 있어서 어머니의 스트레스가 감소한다고 하였다. 본 연구에서는 뇌성마비 아동의 장애로 인한 부가적 보살핌에 따른 육체적 부담이 클수록 가정치료에 따른 스트레스가 커지는 유의한 정적 상관이 있었고, 형식적 지지 및

비형식적 지지는 가정치료에 따른 스트레스에 영향을 미치지 않는 것으로 나타나 Mobarak 등(2000)과 이미자(1994)의 연구결과와 유사하였다. 이는 아동의 가정치료에 있어서 전문기관의 도움이나 지지를 받지 못하고, 실제로 아동의 장애보다는 아동을 돌보는 것과 관련된 스트레스를 인지하는 정도에 따라 어머니의 적응과 가정치료 수행에 영향을 주는 것으로, 어머니의 육체적 부담을 실제적으로 완화시켜 주기 위해서 아동의 치료를 직접적으로 돕거나 어머니에게 휴식과 양육 부담을 줄여주기 위한 실질적인 지지체계가 필요하다고 여겨진다.

Mayo(1981)는 가정치료 시 부모가 충분한 치료기술을 습득한 경우에 장애아동의 운동 발달 정도가 높았으며, 치료의 지속성이 유지된다고 하였다. 본 연구 결과 가정치료의 기술습득이 부족한 경우가 충분히 습득한 경우보다 가정치료에서 오는 스트레스를 많이 받고 있음을 알 수 있었다. 따라서 뇌성마비 아동의 치료는 부모의 가정치료 교육이 필수적이며 이는 치료의 효과뿐만 아니라 어머니가 받는 스트레스에도 큰 영향을 미치므로 부모의 효과적인 가정치료 수행을 위해서 지속적인 피드백을 위한 치료사의 역할이 필요할 것이다.

Wendt 등(1984)은 39명의 학령기 이전 운동발달 지연 아동 부모의 가정치료 수행에 대한 연구에서 가정치료를 수행하는데 있어서 기대에 미치지 못하는 치료의 결과는 스트레스가 된다고 하였다. 본 연구에서는 치료결과에 대해 불만족할수록 가정치료에 따른 스트레스가 유의하게 높게 나타났고 이는 가정치료의 동기를 감소시키고, 가정치료 프로그램을 중단하게 하는 이유가 되었다.

McCubbin 등(1983)은 장애아동의 출현으로 인해 심한 충격 상태에 놓여있던 장애아동 어머니가 시간의 흐름에 따라 자신이 처한 환경에 대처하고 그것을 극복하려고 노력

하는데 이러한 노력의 결과를 적응이라고 정의하였다. 적응은 가정에서 부모나 가족구성원들이 장애아동을 수용하는 장애수용도에 따라 달라지는데, 일반적인 장애아동 어머니의 부적응 문제로 장애아동 양육 및 교육에 대한 자신감 결여와 치료자로서의 스트레스다.

이혜경(2002)은 장애수용도가 낮을수록 장애아동 어머니의 역할 스트레스와 보호와 관리에 있어 스트레스가 높아진다고 하였다. 본 연구에서는 장애수용 정도에 따른 가정치료 시 어머니의 스트레스를 비교하였는데, 장애수용도가 낮을수록 가정치료 시 어머니가 스트레스를 많이 받는 것으로 나타났다. 본 연구의 결과 어머니가 인지하는 장애수용 정도는 가정치료에 있어서 어머니의 스트레스에 영향을 미치고, 조기치료와 지속적인 아동의 치료를 위해 뇌성마비 아동 어머니의 장애수용도를 높여주기 위한 어머니와 장애 아동 지향적인 전문적인 원조나 프로그램의 개발 등 사회적 제도의 장치가 필요하다고 생각된다.

Mobarak 등(2000)은 어머니의 육체적, 정신적 건강이 어머니의 가정치료에 중요한 영향을 미친다고 하였는데, 본 연구에서는 건강하다고 응답한 군보다 건강하지 못하다고 응답한 군에서 가정치료에 따른 어머니의 스트레스 정도가 높게 나타나 Mobarak 등(2000)의 연구를 뒷받침하고 있다.

뇌성마비 아동 어머니는 육체적, 심리적으로 많은 스트레스를 받고 있고 여러 선행연구에서 뇌성마비 아동 어머니가 아동의 치료 영역에서 높은 스트레스를 받고 있음이 밝혀졌고(송영화, 1994; 유병규 등, 2000; 이미자, 1994; 이지원, 1997), 이미자(1994)는 아동의 장애가 심할수록 뇌성마비 아동 어머니가 치료와 관련된 영역에서 스트레스를 심하게 받는다고 하였다. 본 연구에서도 아동의 장애 정도에 따라 가정치료에 있어서 어머니의 스트레스를 비교한 결과 뇌성마비 아동의 장애

정도가 스트레스와의 관계에서 유의한 차이가 있었는데 사후검정 결과 스트레스 정도에서 각 level 간의 차이는 Level 2인 군의 어머니에 비해 Level 4와 Level 5인 군의 어머니의 스트레스가 높았다. 그러므로 뇌성마비 위험이 있는 아동이나 뇌성마비의 조기진단을 통해 조기치료를 수행함으로써 뇌성마비의 장애를 조기에 완화시키거나, 가정치료에 있어서 어머니의 스트레스를 감소시키기 위해 체계적인 가정 재활치료 프로그램의 제공이나 치료기관이나 정부 차원에서 가정치료 시간을 늘리도록 유도하는 보험이 인정하는 가정방문 물리치료사 제도와 같은 새로운 정책을 통해 어머니의 부담을 덜어주는 것이 필요하다고 생각된다.

가정치료에 있어서 어머니의 스트레스에 영향을 미치는 요인을 다중회귀분석을 실시하여 알아본 결과 장애수용도에 의해서 영향을 받았다. 이는 뇌성마비 아동 어머니가 가정치료를 수행하면서 느끼는 스트레스는 어머니가 아동의 장애에 적응하여 장애를 수용하는 정도에 의해 영향을 받으므로, 뇌성마비 아동 어머니들을 위한 정신적, 육체적 도움을 줄 수 있는 프로그램의 개발, 치료나 교육비 등을 지원할 수 있는 사회제도의 필요성을 확인할 수 있었다.

본 연구의 제한점은 서울, 경기지역에 위치한 병. 의원 및 복지관 6기관을 대상으로 했기 때문에 제한된 지역과 대상자가 적어 일반화하기가 어렵고 또한, 통계적으로 유의한 결과를 보였던 가정치료에 따른 스트레스의 내용들이 '전혀 그렇지 않다'와 '그렇지 않다'의 차이, '매우 그렇다'와 '조금 그렇다'의 차이가 실제 상황에서는 별 차이를 보이지 않을 수도 있다는 것이다.

그러므로 앞으로는 다양한 지역을 대상으로 한 연구와 선행연구에서 연관이 있던 가족의 경제적 상태와 사회적 지지 등 유의하게 나오지 않은 변수들에 대해서 대상자 수

를 좀더 늘려서 여러 변수와의 관계를 재 연구해보는 과정이 필요할 것으로 생각된다.

V. 결론

본 연구의 목적은 가정치료에 있어서 어머니의 스트레스에 영향을 미치는 요인을 분석하기 위한 것으로, 2003년 3월 17일부터 4월 4일까지 4개 종합병원, 1개 복지관 및 1개 의원에 내원하여 재활치료를 받고 있는 뇌성마비 아동 어머니 97명을 대상으로 직접 설문 조사를 실시하여 다음과 같은 결과를 얻었다.

1. 가정치료에 있어서 어머니의 스트레스 평균 점수는 16.97이었고 '예후에 대한 불안감'(3.91±1.05)이 가장 높은 스트레스를 보이는 항목이고, '가사 소홀로 인한 스트레스'(2.64±1.20)가 가장 스트레스가 낮은 항목이었다.
2. 뇌성마비 아동 어머니의 특성 중 치료 결과 만족도가 떨어질수록 스트레스가 높았고($p<.05$), 장애수용도의 수준이 낮을수록 스트레스가 많았다($p<.01$). 어머니가 인지하고 있는 건강 상태가 좋을수록 스트레스가 낮았다($p<.05$).
3. 뇌성마비 아동의 장애로 인한 부가적 보살핌에 따른 육체적 부담은 가정치료에 있어서 어머니의 스트레스에 통계적으로 유의한 상관관계를 보였다($p<.01$).
4. 뇌성마비 아동의 여러 가지 특성 중 뇌성마비 아동의 장애 정도가 스트레스와의 관계에서 유의한 차이가 있었다($p<.01$). 아동의 장애가 Level 2인 군의 어머니가 Level 4와 Level 5인 군의 어머니보다 스트레스가 낮았다.
5. 가정치료 실태의 여러 가지 항목 중 가정치료시 어머니의 기술습득 정도가 부족한 어머니의 스트레스가 높게 나타났다($p<.05$).

6. 가정치료에 있어서 어머니의 스트레스에 영향을 미치는 요인을 알아보고자 다중 회귀분석을 실시한 결과 장애수용도가 스트레스에 영향을 미치는 요인이었다($p<.01$).

이상의 결과 뇌성마비 아동의 가정치료에 있어서 어머니의 스트레스에 영향을 미치는 요인은 장애수용도에 의하여 영향을 받으며, 가정치료의 지속과 효과에 있어서 어머니의 스트레스는 많은 영향을 미치므로 가정치료에 따른 어머니의 스트레스를 경감시켜줄 수 있는 프로그램 개발, 전문적인 원조나 경제적 보상 등의 사회적 장치의 마련과 치료기관이나 정부차원에서 뇌성마비 아동의 재활과 아동의 치료자인 어머니를 위해서 가정치료 시간을 늘리도록 유도하는 가정 방문 물리치료사 제도와 같은 적극적인 정책의 수립과 시행이 필요하다고 사료된다. 또한 본 연구는 아동의 가정치료를 담당하는 어머니와 치료사에게 가정치료에 관한 효과적인 자료를 제공할 수 있을 것으로 기대된다.

인용문헌

- 강세운, 이미경, 윤해숙 등. 뇌성마비아의 가정치료에 대한 조사. 대한재활의학회지. 1989;13:177-181.
- 김세주, 이은하, 이상현 등. 뇌성마비아 부모의 욕구 조사. 대한재활의학회지. 2000; 24:1070-1078.
- 두정희. 발달장애아동 어머니의 가정치료 참여도. 연세대학교 보건대학원, 석사학위논문, 1995.
- 박창일, 박은숙, 신지철 등. 뇌성마비환아와 발달장애아의 조기치료 효과. 대한재활의학회지. 1999;23:1127-1133.
- 박상희. 발달장애아동 어머니의 가정치료에 대한 스트레스와 대처방안에 대한 연구.

- 용인대학교 대학원, 석사학위논문, 2002.
- 송영화. 뇌성마비아 부모의 스트레스와 대처방안에 대한 연구. 대한물리치료사학회지. 1994;6:49-60.
- 유병규, 김경미. 뇌성마비아동 어머니의 스트레스에 영향을 미치는 요인. 한국 BOBATH학회지. 2000;5:96-109.
- 이미자. 뇌성마비아의 장애정도와 어머니의 스트레스와의 상관관계에 대한 연구. 재활연구. 1994;15:69-92.
- 이지원. 뇌성마비아 어머니의 스트레스와 대처양상에 관한 연구. 부산대학교 대학원, 박사학위논문, 1997.
- 이혜경. 발달장애아동 어머니의 장애수용도가 스트레스에 미치는 영향에 관한 연구. 경성대학교 대학원, 석사학위논문, 2002.
- 정청자. 장애아 가정의 긴장(stress)과 적응에 관한 일 연구(어머니의 대처자원을 중심으로). 이화여자대학교 대학원, 석사학위논문, 1989.
- Beckman PJ. Influence of selected child characteries on stress in families of handicapped infants. Am J Mental Deficiency. 1983;88:150-156.
- Bristol MN. Maternal coping with autistic children: Adequacy of interpersonal support and affective children characteristics. Dissertation Abstracts International. 1979;40:3933-3943.
- Finnie NR. Handling the young cerebral palsied child at home. 1974.
- Greenberg D. Support system and parent stress in families with trainable mentally retarded children. Temple University. 1983.
- Hur JJ. Review of research on therapeutic intervention for children with cerebral palsy. Acta Neurol Scand. 1995;91:423-432.
- McCubbin HI, McCubbin MA, Patterson JH et al. Coping Health Inventory for parents; An assessment of parental coping patterns in the care of the chronically ill child. J Marriage & Family. 1983;5:359-370.
- Mayo NE. The effect of a home visit on parental compliance with a home program. Phys Ther. 1981;61:27-32.
- Mobarak R, Khan NZ, Munir S et al. Predictors of stress in mothers of children with cerebral palsy in Bangladesh. J of Pediatr Psychol. 2000; 25:427-433.
- Moxley-Haegert L, Serbin LA. Developmental education for parents of delayed infants: Effects on parental motivation and children's development. Child Dev. 1983;54:1324-1331.
- Ross K, Thomson D. An evaluation of parents' involvement in the management of their cerebral palsy children. Physiotherapy. 1993;79:561-565.
- Walter S, Russell D, Wood E, et al. Development and reliability of a system to classify gross motor function in children with cerebral palsy. Dev Med & child Neurol. 1997;39:214-223.
- Wendt LV, Ekenberg L, Dagens D, et al. A parent-centred approach to physiotherapy for their handicapped children. Dev Med & child Neurol. 1984;26:44-48.