

## 뇌졸중환자의 자가간호 수준에 따른 보호자의 스트레스\*

최 은 숙·소 희 영\*\*

### I. 서 론

#### 1. 연구의 필요성

급속한 의학의 발달과 다각적인 접근에도 불구하고 뇌졸중은 우리나라에서 악성종양, 심장질환과 함께 성인 3대 사인의 하나로 평균수명의 연장, 식생활 및 생활환경의 변화에 따른 성인병의 증가와 더불어 그 발생빈도가 증가하는 추세이다(장, 정, 박, 최 및 이, 1986; 김, 1987; Klag, Whelton, and Seidler, 1989). 1990년의 통계청 조사보고에서도 우리나라의 사망원인의 순위는 뇌혈관질환이 29.9%, 신생물이 20.1%, 교통사고가 7.2%, 만성간질환이 5.4%로 만성질환이 차지하는 비율이 매우 높음을 보이고 있다. 뇌졸중은 뇌혈관 장애로 인한 질환 및 사고의 총칭으로 일반적으로는 뇌혈관에 순환장애가 일어나 갑자기 의식장애와 함께 신체의 편측에 마비를 일으키는 급격한 뇌혈관병을 말한다(Stein and Reissman, 1980). 뇌혈관질환은 중풍(中風), 풍(風), '바람맞았다' 또는 영어로 Apoplexy 라든지 Stroke 이라고 부르며 이는 졸지에 쓰러진다는 뜻인 희랍어「Apoplexia」란 말과 번개나 벼락같은 강타로 야기되는 신체의 일부 또는 전체가 마비되는 상태를 뜻하게 된 희랍어「Struck with Violence」에서 연유되었다(한,

1985). 뇌졸중으로 인한 사망인원은 1년에 20만명에 달하며 제3위의 사망율을 차지하고 있는 고위험 질환일뿐 만 아니라 생존한다 하더라도 약 2/3에서 편마비 후유증이 영구적으로 잔존하는 만성건강 문제이다(Feigenson, 1981; 김, 1989). 만성질환은 질병의 진행이 서서히 시작되어 장기간 그상태를 지속하며 영구적인 회복 불능이나 병리적인 변화를 초래하는 것이다(Mattson, 1972). 뇌졸중이 일단 발병하면 중한 경우는 치료효과가 없어 사망하거나 장기적인 간호를 요하는 장애를 갖게되어 그를 돌보는 인력 소모면에서 매우 심각하다. 뇌졸중의 위험인자로 가장 중요한것은 고혈압이고 그의 높은 연령, 심장병, 당뇨병, 고지질 혈청, 흡연, 비만증, 피임약 복용등이 있다. 또한 뇌졸중은 겨울철에 발생빈도와 사망율이 높으며(김, 1992) 뇌졸중으로 인한 편마비는 생의 주기가운데 성인기에 많이 올 수 있다. 이 시기는 가정적으로나 사회적으로 중요한 책임이 개인에게 부과되는 시기이며 편마비로 인한 스트레스는 더욱 가중되어 일상생활을 위한 신체적 기능이 저하되고 오랫동안 자가간호 수행을 하지못하여 의존적이 되고 지적퇴행, 우울, 좌절, 불안과 같은 신체적, 정서적 고통을 경험하게 된다(김, 1987; 박, 1988; Pfaude, 1973). 사회·문화적 환경중 환자의 질병과 치료에 직접적이고 일차적인 영향을 미치는 요인으로 가족이 지

\* 본 연구는 보건장학회 재정보조로 이루어 졌음.

\*\* 충남대학교 의과대학 간호학과

적되고 있다(송, 1989). 즉 환자를 가진 가족이 환자를 돌봄으로 인해 가족에게 많은 영향을 준다는 것이다. 인간은 태어나면서부터 이미 한가족의 일원으로 서로 상호작용하면서 발달하고 가족은 가장 기본적인 사회체제로 가족원 개개인의 특성이 복잡하게 구성되어 내외적인 자극이나 어려움으로부터 가족의 기능을 유지하기 위하여 각자의 역할을 변화하면서 적응해 나간다. 그러므로 가족 전체의 건강은 가족원 개개인의 건강총체라고 할 수 있으며 가족 구성원중 한사람의 건강상태 변화는 가족전체에 위협이 된다(Litman, 1974). 질병으로 병원에 입원하는 환자는 앞으로 자신에게 진행될 상황에 대한 불확실감으로 인해서 불안이 조성되어 스트레스 상태가 된다. 환자와 가족은 하나의 공동체이므로 환자의 스트레스는 곧바로 가족에게 이행된다(김, 1985). 특히 가족중 누군가가 심각한 질병을 앓게 되었을때 가족 구성원은 불면증, 숙면하지 못하는것, 식욕감소, 체중감소, 불안, 집중력소실, 우울감등의 기질적 증상을 경험한다고 한다(king, and Gregor, 1985). 이렇게 뇌졸중환자를 가족으로 둔 가족성원들은 스트레스로 인하여 심리적인 긴장이나 위협을 느끼게 되는것이다. 또 신경장애를 가지고 있는 사람들은 자가간호의 일부 또는 전체적인 결핍이 있으며 상지의 말초신경과 근육에 기능손상이 있는 사람에게도 가장 발생하기 쉬운것이 자가간호 결핍이며 간호사는 자가간호 결핍에 수반되는 잠재적 문제에 대해서도 알아야한다(김, 송, 최, 김 및 서, 1992). 본 연구는 뇌졸중환자의 자가간호 수준에 따른 보호자가 받는 스트레스의 정도가 어떠한지를 알아보고 전문인으로서 간호사가 가족을 하나의 통합된 단위의 간호대상으로 생각할때 뇌졸중환자의 정신적·신체적 문제뿐만 아니라 그들을 직접 돌보며 스트레스를 경험하는 보호자들의 정서적인 문제까지도 간호의 대상으로 포함하고 그들을 이해하며 도와줄 수 있는 전문적인 지식과 보호자가 좀더 편안한 상태로 환자를 돌볼 수 있는 간호중재를 위한 기초자료를 제공하기 위함이다.

## 2. 연구의 목적

본 연구의 목적은 다음과 같다.

- 1) 뇌졸중환자의 자가간호 수준을 파악한다.
- 2) 뇌졸중환자 보호자의 스트레스 정도를 파악한다.
- 3) 뇌졸중환자의 자가간호 수준에 따른 보호자의 스트레스 정도를 파악한다.

## II. 문헌 고찰

### 1. 자가간호

Orem(1971)은 자가간호란 개인 각자가 정상기능을 유지·증진시키고 질병과 상해를 예방 또는 조절하기 위해 수행하는 일상생활 활동의 실체라고 정의했다. 건강한 성인은 정상적이고 자발적으로 자신을 돌보며 자가간호 요구를 만족시킬 수 있기때문에 자가간호 행위자(self-care agent)라 부른다. 그러나 건강상태가 나빠져서 삶이나 안녕을 유지하기위해 다른 사람에게 부분적으로 또는 전적으로 의존하게 될때는 간호수혜자로 바뀌며 이때 자가간호 결핍이 있다고 말한다. 질병이나 상해의 영향으로 생활과 건강을 유지하기 어려울때 간호중재자가 필요하게되며 Orem은 모든 사람에게 자가간호는 공통적으로 필수적인 요소라고 하였다. Orem의 간호이론은 자가간호 결손(self-care deficits), 자가간호(self-care), 그리고 간호체제(nursing system)의 3가지 이론적 구조로 구성되어있다. 자가간호 결손 이론은 언제, 왜, 간호가 요구되는지를 설명해주고 자가간호 이론은 왜 일정형태의 간호가 생명의 지속을 위하여 필요한지를 설명해 주고있으며 간호체제는 어떻게 사람들이 간호를 통해 도움을 받을 수 있는가를 구체적으로 설명해주고 있는것으로 환경과의 상호작용을 통해서 건강과 관련된 제반행동을하는 능력을 자가간호체제라고 하여 이러한 자가간호체제가 한정되거나 자가간호에 결손이 있을때는 간호체제 즉 간호조정이 요구된다고 하였다. 또한 Orem은 자가간호를 기본적인 인간욕구를 충족시키고 일상생활의 모든활동을 포함시키는 일반적인 자가간호요구(universal self-care requisite)와 각 단계의 발달과정과 관련된 자가간호요구(development self-care requisite)와 건강이탈(health derivation self-care requisite)에 대한 자가간호요구로 구분하였다. 일반적인 자가간호는 (1) 공기의 충분한 섭취유지 (2) 물의 충분한 섭취유지 (3) 음식의 충분한 섭취유지 (4) 배설과 관련된 내용 (5) 활동과 휴식의 균형유지 (6) 고립과 사회적인 교류의 균형유지 (7) 생명, 기능, 안녕의 장애예방 (8) 정상적인 삶을위한 인간의 기능과 발달증진의 8개 영역으로 분류하였고 이러한 자가간호는 질적, 양적인 면에서 연령, 성별, 가족에서의 위치와 역할, 발달상태, 건강상태에따라 다르며 또한 사회 문화적 지향성의 차이에 따라서도 상당히 다르다고 하였다. 발달과 관련된 자가간호는 발달과정

에 있어서 특별한 일반적인 자가간호요구와 어떤상황(예:사춘기, 임신)으로 부터 유출되거나 사건(배우자, 부모사망)과 관련된 새로운 요구를 말하며 건강이탈에 대한 자가간호로는 의학적 진단과 치료를 받고있는 사람으로 병리적으로 아프거나 손상을 입은 사람에게 해당되는 자가간호요구를 말한다. 즉 (1) 일반적인 자가간호요구를 충족시키도록 적용하는 일 (2) 자가간호에 대한 새로운 기술을 선정하는 일 (3) 자아상을 바꾸는 일 (4) 일상생활의 습관을 바꾸는 일 (5) 새로운 삶의 형태로 발전시키는 일 (6) 건강이탈의 결과에 적응하는 일로 구분하였으며 성장과 관련된 자가간호로는 (1) 생의 주기상의 여러 성장단계에서 성장과 관련된 사건들 (2) 성장에 해를 주는 사건을 말한다(Orem, 1971, 1980). Orem은 간호의 궁극적인 목적은 환자가 독립적인 상태로 되돌아갈 수 있도록 도와주는 것이라고 하였으며 이를 충족시키기 위한 간호체계는 누가 자가간호를 수행할 수 있고 수행해야 하는가? 에 대한 질문에의해 세가지 체제로 구별하였다. (1) 완전한 보상체계 (Wholly Compensatory System)는 자가간호를 수행하는데 있어서 생리적, 심리적 제한을 받는 환자를 위하여 간호사의 도움이 필수적인 체제이고 (2) 부분적 보상체계 (Partly Compensatory System)는 타인의 도움과함께 자신이 자가간호를 수행할 수 있는 환자의 경우이며 간호사와 환자의 행위는 간호행위 수행내용에 따라 다양하다. (3) 지지-교육적체계 (Supportive-educative System)는 환자가 내적 또는 외적으로 지지된 치료적 자가간호를 수행할 수 있고 수행하도록 학습해야하나 조력없이 할 수 없는 체제이다. Orem은 이러한 자가간호개념으로 간호현상을 설명하였으며 이 이론은 수혜자 자신의 건강관리를 하는데 있어서 수혜자가 보다 적극적인 역할을 하고 간호사는 수혜자가 자가간호 활동을 하도록 도와 주는데 요점을 두어 스스로 건강문제에 관심을 갖도록 주도권을 수혜자에게 둔 보다 적극적인 접근이었다(Orem, 1980). Porter and Shamian (1983)은 자가간호를 개인의 안녕한 수준을 향해 스스로를 위하여 스스로하는 행위로 설명했고 Meleis (1985)는 자가간호란 건강과 인간발달과 안녕을 위해 필수적인 삶의 한 부분으로 가정하기도 했다. Levin (1978)과 Joseph(1980)은 자가간호란 건강을 증진시키고 질병을 예방, 발견 치료하는데 있어서 그 자신을 위하여 기능하는 과정이라 하였으며 Irish and Taylor (1980) 그리고 Porter and Shamian(1983)은 인간은 근본적으로 자신을 돌볼 수 있는 능력을 지니고 있고 환

경을 조절하기 위한 선택을 하며 의도적인 활동을 하는 책임감있고 사고하는 존재이기때문에 인간의 안녕수준은 그 사람의 자가간호 수행능력 정도와 직접적으로 비례한다고 볼 수 있다고 했다. 또한 Orem(1980)은 재활 간호에 있어서 자가간호는 무엇보다도 일상생활 활동을 스스로 하는데 중점을 두고있으며 가능한한 일상생활 활동을 자신이 할 수 있다는 용기를 갖게 하기때문에 자가간호는 전인간호의 중요한 개념으로 생각할 수 있다고 했다. Allison(1982)은 재활 센터에서의 간호사의 역할과 기능에 대해 자가간호 모델을 적용하면서 중요성을 강조했고 Larsen(1982)도 재활간호 연구에 자가간호 이론을 적용했다. 국내에도 강(1984)과 서(1989)가 일상생활동작을 통해 편마비환자를 대상으로 자가간호 이행에 미치는 효과를 분석한바 있다.

## 2. 스트레스

스트레스라는 말은 원래 라틴어의 "Stringere"에서 유래한 말로서 이 개념과 같은 뜻으로 고통(distress)이나 긴장(strain)을 쓰기도 한다. 고통은 동통(pain)이나 비탄(sorrow)으로 인해 받게되는 압박이나 압력(pressure)이며 긴장은 스트레스로 인해 받게되는 내적 변화상태를 뜻한다. 개념의 역사적 변천을 보면 17세기에는 스트레스가 어려움, 궁핍, 고생, 재난, 곤경의 뜻으로 쓰였고 18세기에서 19세기 사이에는 이 개념이 사람이나 물체에 가해진 압력, 긴장 또는 압박이라는 뜻으로 사용되었다. 19세기로 접어들면서 스트레스는 좋지 않은 건강상태나 정신질환을 일으킨다고 생각하기도하여 비과학적 의미를 포함해 사용되었다(이, 1984; 양, 1985). 스트레스에 대한 논의를 보면 Canon(1929)이 그의 심리학적 이론에서 스트레스란 "정서적으로 흥분과 연관된 자극이 생리적 변화과정의 원인이 된다"라고 정의하였으며 어떤 생활변화에 대하여 안정상태를 유지하려고하나 적응요구에 미치지 못하여 나타난다고 하였다(이, 1988). 1956년 Hans Selye는 "The Stress of Life"에서 스트레스란 스트레스 요인(stressor)에 대한 유기체의 소모반응(Wear and Tear)인 비특정적 반응이라고 하였다. 그는 스트레스를 일으키는 인자 또는 자극을 "스트레스요인(stressor)"이라고 하였으며 긍정적 스트레스는 "Eustress"부정적 스트레스는 "Distress"라고 명명하였으며 긍정적 또는 부정적 사건 모두가 스트레스를 야기시킬 수 있다고 하였다(Selye, 1982). 또한 Selye(1965)는 스트레스란 언제나 존재하

는 상황으로 위협이나 변화에 의해서 강화되며 놀람, 저항, 기진의 단계를 보이는 정서적 경험이라 하면서 어느 정도의 스트레스는 치료에 도움을 주는 추진력으로 작용할 수 있으나 과도한 스트레스는 오히려 방해를 준다고 했다. 또 스트레스는 간접적으로 관찰될 수 있는 정서적이면서 신체적인 것으로 항상 생활속에 존재하고 내·외 환경이 변화할때 또는 위협적 상황에서 강하게 나타날 수 있다고 하면서 스트레스는 모든 신체조직에 영향을 주는데 한 상황에 대한 인간의 반응은 다음의 요소 즉 선행경험, 신체적 상태, 심리상태, 상황에 대한 지각등이 행당된다고 하였다. Lazarus and Folkman (1984)은 개인과 환경의 상호작용 스트레스 이론에서 사람과 환경의 평형을 방해하는 특성을 지닌 자극으로서의 개념과 환경적 요구 및 내적인 요구가 개인, 사회, 조직체제의 적응능력보다 과중할때 나타나는 반응으로서의 개념을 보완한 것으로 스트레스란 개인과 환경의 상호 역동적인 관계에서 "환경에 대한 개인의 평가와 해석"이라고 정의하고 있다. 이는 개인의 인지현상에 초점을 둔 심리적 과정으로 결국 개인의 환경적인 요구와 사회체제의 적응능력 사이의 불균형을 인지하여 생기는 것을 말한다. 김(1982)은 스트레스란 불안, 좌절, 긴장, 압박감의 부정적인 심리상태로서 불쾌한 감정을 말한다고 했고 스트레스는 건강상태에 영향을 주는 중요한 변수로 확인되고 있다. Hartl(1979)은 스트레스란 한 상황에서 다른 상황으로 변화가 초래될때 요구되는 신체적, 정신적 경험으로 정의하였고 Riehl and Chrisman (1974)은 유기체가 스트레스를 받으면 정서적 변화, 인지적 변화, 생리적 변화, 활동의 변화가 일어난다고 주장하였으며 스트레스 과정을 촉진 진행시키는 인자를 스트레스요인으로 정의하고 인간의 성장과 발전에는 스트레스가 필수적으로 진행된다고 하였다. Sandra (1975)는 스트레스를 인체내의 평형이 깨어지는 어떤 자극으로 기술하고 있으며 스트레스에 대처한 인체의 활동을 적응이라 하였다. 전, 김 및 유(1981)는 스트레스는 어떤 반응을 일으키는데 필요되는 요인 또는 개체 내부에 어떤 변화를 일으킬수 있는 요인으로 정의되며 스트레스의 존재가 질병을 의미하지는 않는다고 했다. 한편 가족이란 사회학에서 유출한 개념으로 Burgess에 따르면 "가족원 개개인의 상호작용하는 단위(Unit of Interacting Personality)"라고 정의되어 있으며 가족체제의 측면에서도 역시 가족의 모든 하위체제들이 상호작용 한다고 제시하고 있으며 그뿐만 아니라 가족은 2. 가족원들 외에 사회환경으로부터 서로 정보를 주고

받고 내외적 환경의 변화로부터 에너지를 주고 받으면서 유지해 나간다(이, 1988). 질병은 가족의 정상생활을 방해하며 가족 성원이 질병중에 있을때 다른 성원이 그의 역할을 대행해야 하므로 이는 이미 환자의 질병으로 스트레스를 경험하고 있는 가족에게 더욱 많은 스트레스를 줄 수 있다. 그러나 질병이 없더라도 가족구성원이 스트레스 없이 생활하고 성장한다는 것은 불가능하다(최, 1985). 가족은 각 발달단계에 따라 스트레스를 발견할 수 있으며 특히 심한 질병은 가족 구성원에게 매우 심각한 긴장을 가져올 수 있다(김, 한, 김 및 노, 1987). 가족 스트레스는 가족환경의 내·외적인 변화에 대한 적응의 불균형으로 초래되며 그저 단순한 사건이 아니라 가족체제의 변화를 일으키기에 충분히 확대된 생활사건에 대한 파괴된 가족기능의 반응이라고 정의되고 있다(McCubbin, Cauble, and Patterson, 1982). 또한 가족 스트레스는 관리하지 못하고 남아있는 가족 스트레스원에 대한 긴장으로 정서적 상태의 변화나 개개인의 갈등, 재정적 고통과 같은 사건과 더불어 나타나는 가족의 심리적 반응이라고도 할 수 있다(이, 1988). 가족스트레스에 관하여 많은 학자들이 연구하였으나 제일 처음 가족 스트레스의 개념을 다룬것은 Hill(1949)이 전쟁으로 인한 격리(Separation)와 재결합(Reunion)을 연구함으로써 시작되었다. 그는 가족스트레스 반응을 조사하였고 위기사건의 유형으로써 질병을 고려하여 가족위기 모델(ABCX Model)을 만들었다.

다음은 위기 과정에 따른 이론적 틀이다.

A(사건과 관련된 고통).....상호작용하는 B(가족 위기와 대응하는 자원) ...상호작용하는 C(가족의 사건에 대한 정의) .....X(위기)

가족위기 모델에서 스트레스 사건과 관련된 고통은 가족 사회체제의 변화사건으로 이에 대한 반응을 스트레스라고 했다(McCubbin 등, 1980). 그러나 가족체제는 항상성을 유지하며 안정된 상태로 기능하는 것을 전제로 하므로 가족은 이러한 스트레스를 완화하거나 제거하기 위하여 유용한 자원을 활용하며 스트레스 사건에 대한 인지로 내외적 환경의 요구나 스트레스를 완화하여 위기를 극복하고 적응해 나간다. 그러나 환경적 변화나 요구에 가족의 자원이나 인지가 미치지 못하면 위기에 당면하여 부적응을 초래한다는 것이다. 질병을 가진 가족을 둔 나머지 가족성원의 스트레스에 대한 국내의 문헌들을 살펴보면 정(1984), 이(1988), 김(1988), 문과 박(1991), 오(1986)등의 연구에서 만성질환자의 어머니가 스트레스를 많이 받는것으로 보고된바 있다. 그러

므로 스트레스요인은 개인이나 가족의 내·외적인 환경 및 사회심리적인 환경으로부터 발생하며 간호사가 가족의 스트레스를 사정하는데 있어서 관심을 가져야 할 영역인 것이다.

### Ⅲ. 연구 방법

#### 1. 연구설계 및 대상자

본 연구의 설계는 뇌졸중환자의 자가간호 수준에 따른 보호자의 스트레스 정도를 알아보기 위한 서술적 조사연구이다. 연구대상자는 1992년 7월 16일부터 8월 30일까지 46일간 대전직할시에 위치한 충남대학교병원과 대전대학부속한방병원 그리고 2곳의 종합병원에 뇌졸중으로 입원한 환자의 보호자로서 환자를 직접 돌보면서 같이 생활하는 가족의 일원을 연구대상으로 하였으며 대상자수는 모두 111명이었다.

#### 2. 연구도구

본 연구의 자료수집을 위하여 뇌졸중환자의 자가간호 수준과 보호자의 스트레스에 관한 구조화된 질문지를 사용하였으며 대상자의 인구사회학적 특성과 환자의 제 특성도 함께 수집하였다.

##### (1) 뇌졸중환자의 자가간호 측정도구

뇌졸중환자의 자가간호 측정도구는 강(1984)이 개발한 ADL check list를 사용하였다. 이 도구는 식사하기, 개인위생, 옷입기, 배설, 침상활동, 이동, 걷기 등 7영역 14항목으로 구성되어 있으며 점수는 “매우 의존적이다(1점)”, “의존적이다(2점)”, “독립의존적이다(3점)”, “독립적이다(4점)”, “매우 독립적이다(5점)”로 측정하였으며 점수가 높을수록 환자의 자가간호 수준은 높다고 할 수 있다. 성(1992)의 연구에서는 Cronbach's  $\alpha = 0.9302$  였으며 본 연구에는 Cronbach's  $\alpha = 0.9750$  로 매우 높은 신뢰도 결과를 보였다.

##### (2) 보호자의 스트레스 측정도구

뇌졸중환자 보호자의 스트레스 측정도구는 이(1988)의 만성질환자 어머니 스트레스 측정도구를 본 연구에서는 뇌졸중환자에 알맞게 수정하여 사용하였다. 이 도구는 각 스트레스 요인에 대하여 “전혀 걱정하지 않는다(1점)” “약간 걱정한다(2점)” “많이 걱정한다(3점)”

“아주 많이 걱정한다(4점)”의 정도에 따라서 해당난에 표시 하게하는 4점 평정척도로써 점수가 높을수록 스트레스 정도가 높은것을 의미한다. 연구 대상자들에게 스트레스를 걱정의 척도로 응답하게 한것은 보다 일반적인 어휘로 이해시키기 위함이었다. 본 도구를 구성하고 있는 35개의 스트레스요인은 다음과 같은 세개의 영역으로 구분되었다. 사회·개인적 관계와 보호자로서의 책임수행에 관련된 스트레스 영역 17문항, 환자의 질병상태 변화와 돌보는 일의 어려움에 관련된 스트레스 영역 13문항, 질병상태의 예후에 관련된 영역 5문항으로 구성되어있다. 본 도구는 서울 Y대 부속병원 수간호사가 30명의 환자에게 사전조사를 한 결과 Chronbach's  $\alpha = 0.92$ 로 나타났고 김(1988)의 연구에서는 Cronbach's  $\alpha = 0.99$ 로 매우 높게 나타났으며 이(1988)의 연구에서도 Cronbach's  $\alpha = 0.91$ 로 나타났고 본 연구에서는 Cronbach's  $\alpha = 0.92$ 로 비교적 높은 신뢰도 결과를 보였다.

#### 3. 자료 수집 방법

본 연구의 자료수집 방법은 연구자가 각 병원 병동을 방문해 수간호사로부터 뇌출혈과 뇌경색으로 진단받은 환자의 명단을 입수한후 연구자와 훈련을 받은 보조원 1인이 환자의 병실을 방문하여 연구의 목적을 설명하고 보호자가 직접 설문지를 작성하게한후 회수하였다. 뇌졸중은 그 발생빈도가 겨울철에 높으므로 본 연구의 자료수집시기와는 맞지않아 대상자를 확보하는데 어려움이 있었고 오랫동안의 환자간호로인해 지쳐 연구대상이 됨을 거부하는 환자와 보호자들이 있었다.

#### 3. 자료 분석 방법

자료분석을 위해 S.P.S.S. 전산통계처리를 사용하였다. 뇌졸중환자 보호자의 일반적 특성과 뇌졸중환자의 제 특성은 기술통계 방법을 사용하였고, 뇌졸중환자의 자가간호 정도와 뇌졸중환자 보호자의 각 항목별 스트레스 정도를 알아보기 위해서는 평균과 표준편차의 기술통계 방법을 사용하였고 뇌졸중환자의 특성에 따른 자가간호 정도와 보호자의 스트레스 정도의 차이를 점검하기 위해서는 t-test 와 ANOVA, Scheffe 검정을 사용하였으며 뇌졸중환자의 자가간호 수준에 따른 스트레스 정도를 알아보기위해 t-test 와 ANOVA 를 사용하였다.

IV. 연구 결과

뇌졸중환자 보호자의 일반적 특성은 <Table 1> 과 같다. 연령은 34세 이하가 40.54%였고 35세-60세 미만이 46.85%였으며 60세 이상이 12.61%로 성인후기의 보호

1. 뇌졸중환자 보호자와 환자의 일반적 특성

<Table 1> Caregiver's stress in relation with caregiver's demographic characteristics (N=111)

Demographic characteristics		No (%)	Stress	
			M±SD	t-value or F
Age	Below 34	45 (40.54)	51.333±17.362	7.419***
	Above 35-Below 60	52 (46.85)	43.385±17.379	
	Above 60	14 (12.61)	32.143±13.225	
Sex	Male	36 (32.43)	45.306±16.822	.05
	Female	75 (67.57)	45.133±18.488	
Religion	Believer	78 (70.27)	44.641±18.665	-.49
	Non-Believer	33 (29.73)	46.485±16.094	
Marital status	Single	24 (21.62)	48.042±16.193	.777
	Married	87 (78.38)	44.402±18.336	
Educational level	Primary School	29 (26.13)	36.000±11.557	5.834**
	Middle·High School	57 (51.35)	49.228±19.057	
	College	25 (22.52)	46.640±17.893	
Occupation	Employed	46 (41.44)	45.587±16.611	.20
	Unemployed	65 (58.56)	44.908±18.859	
Family structure	Nuclear family	82 (73.87)	47.281±17.723	2.10*
	Extended family	65 (58.56)	39.276±17.298	
Monthly Income (Ten thousand won)	Below 70	33 (29.73)	40.212±15.313	1.883
	Above 70-Below 100	26 (23.42)	46.539±18.446	
	Above 100	52 (46.85)	47.673±18.786	
Relationship with patient	Spouse	41 (36.94)	35.732±12.460	6.511***
	Offspring	47 (42.34)	48.681±18.260	
	Siblings	2 ( 1.80)	65.500±31.820	
	Relatives	8 ( 7.21)	49.250±17.966	
	Parents	13 (11.71)	56.769±16.912	
Duration of disease (days)	Below 15	30 (27.03)	44.833±19.501	.210
	Above 15-Below 30	22 (19.82)	47.909±19.852	
	Above 30-Below 60	26 (23.42)	43.423±17.889	
	Above 60-Below 180	16 (14.41)	44.125±18.984	
	Above 180	17 (15.32)	46.000±11.742	
Length of care (days)	Below 15	38 (34.23)	47.316±19.444	.362
	Above 15-Below 30	19 (17.12)	44.632±17.783	
	Above 30-Below 60	25 (22.52)	41.920±17.762	
	Above 60-Below 180	16 (14.41)	44.750±19.248	
	Above 180	13 (11.71)	46.615±21.613	

\*P<.05 \*\*P<.01 \*\*\*P<.001

자가 가장 많은것으로 나타났다. 성별은 여자가 67.57%로 남자보다 많았고 70.27%의 대상자가 종교를 가지고 있었다. 결혼상태는 미혼보다는 기혼이 78.38%로 더 많았으며 교육정도는 중·고등학교가 51.35%로 가장 많은것으로 나타났고 직업은 58.56%가 없는것으로 나타났다. 가족구조는 핵가족이 73.87%로 대가족 26.13%에 비해 훨씬 높은것으로 나타났으며 월수입은 대상자의 46.85%가 100만원 이상이라고 대답해 가장 많은 빈도를 차지했고 환자와의 관계는 자녀가 42.34%, 배우자가 36.94%, 부모가 11.71%, 친척이 7.21%, 형제가 1.80%로 나타났다. 발병후 경과기간은 15일이하가 27.03%로 가장 많았고 180일 이상도 15.32%였다. 또한 환자를 지금까지 돌봐준 기간도 15일 이하가 34.23%로 가장 많았고 180일 이상도 11.71%로 나타났다. 거의 70%이상 발병후 경과기간과 환자를 지금까지 돌봐준 기간이 60일 이하였다. 또한 환자의 제특성은 <Table 2> 와 같다. 50-60세 미만이 34.24%로 가장 높은 빈도를 보였고 60-70세 미만이 31.54%였으며 70세 이상이 19.82%, 50세 이하가 14.41%였다. 환자의 성별은 남자가 53.2% 여자가 46.8%였고 환자의 마비부위에 따른 빈도를 보면 좌측편마비 환자와 우측편마비 환자가 각각 32.24% 마비되지않은 환자가 25.2%, 양측마비 환자가 6.3%로 나타났다.

## 2. 뇌졸중환자 보호자의 스트레스 정도

본 연구에서 뇌졸중환자 보호자의 특성에 따른 스트

레스 정도는 <Table 1>과 같다. 뇌졸중환자 보호자의 일반적 특성에 따른 스트레스의 차이는 연령에 따라 통계적으로 매우 높은 유의한 차이(F=7.4189, P<.001)가 있었으며 Scheffe test 결과 34세 이하의 그룹이 60세 이상의 그룹보다 스트레스가 높은것으로 나타났다. 교육정도에 따라서도 높은 유의한 차이(F=5.8336, P<.01)가 있었으며 Scheffe test 결과 중·고등학교군이 국민학교군보다 스트레스가 높은 것으로 나타났다. 가족구조에 따라서도 핵가족과 대가족사이에서 유의한 차이(F=2.10, P<.05)가 있어 핵가족이 대가족보다 스트레스 수준이 높은것으로 나타났다. 환자와의 관계에서는 통계적으로 매우 높은 유의한 차이 (F=6.5099, P<.001)가 있어 형제와 친척의 스트레스가 높은것으로 나타났으며 Scheffe test 결과 배우자와 자녀사이에는 자녀가 배우자와 부모사이에는 부모가 더 스트레스가 높은것으로 나타났다. 성별, 종교, 결혼여부, 직업, 월수입, 질병기간, 환자를 돌봐준 기간에 따라서는 통계적으로 유의한 차이가 없었다.

## 3. 뇌졸중환자의 특성에 따른 자가간호 정도와 보호자의 스트레스 정도

본 연구에서 뇌졸중환자의 특성에 따른 자가간호 정도는 <Table 2>와 같다. 뇌졸중환자의 특성에 따라 자가간호 정도를 살펴본 결과 환자의 연령에 따라서는 통계적으로 유의한 차이가 없었으며 성별에 따라서도 통계적으로 유의한 차이가 없었다. 마비부위에 따른 그룹간

<Table 2> Caregiver's stress and patient's self-care in relation with patient's demographic Characteristics

(N=111)

Demographic characteristics	N (%)	Patient's self-care		Caregiver's stress		
		M±SD	t-value or F	M±SD	t-value or F	
Age	Below 50	16 (14.41)	43.125±20.327	2.2705	54.375±16.391	2.1657
	Above 50 - Below 60	38 (34.24)	45.421±16.954		43.237±15.853	
	Above 60 - Below 70	35 (31.54)	41.057±19.238		41.743±18.692	
	Above 70	22 (19.82)	32.409±20.542		47.364±19.483	
Sex	Male	59 (53.20)	39.559±20.359	-.92	44.170±15.851	1.60
	Female	52 (46.80)	42.923±17.911		46.346±20.044	
Paralytic Status	No paralysis	28 (25.20)	59.500± 9.644	24.7056***	42.026±15.775	1.2791
	Left hemiplegia	38 (34.24)	40.579±16.951		44.107±18.167	
	Right hemiplegia	38 (34.24)	32.895±17.160		47.421±19.098	
	Quadriplegia	7 (6.30)	15.429± 1.618		54.571±19.848	

\*\*\*P<.001

의 차이를 보기위해 Scheffe test 를 한 결과에서는 통계적으로 매우 높은 유의한 차이 ( $F=24.7056, P<.001$ ) 가 있었으며 마비가 없는 환자보다 좌측편마비 환자, 우측편마비 환자, 양측마비인 환자가 자가간호 수준이 통계적으로 유의하게 낮았고 또한 좌측편마비 환자보다 양측마비인 환자가 자가간호의 수준이 통계적으로 유의하게 낮음을 알 수 있었다. 또한 뇌졸중환자의 일반적특성에 따른 보호자의 스트레스 정도의 차이는 <Table 2> 와 같다. 뇌졸중환자의 연령, 성별, 마비부위에 따른 보호자의 스트레스 정도는 통계적으로 유의한 차이가 없는 것으로 나타났다.

4. 뇌졸중환자의 자가간호 정도

본 연구에서 뇌졸중환자의 각 항목에 따른 자가간호 정도는 <Table 3>과 같다. 뇌졸중환자의 자가간호 정도에서는 물마시기가  $M=3.640$  으로 가장 높았으며 그다음에 체위를 변경하여 돌아눕기가  $M=3.414$ , 수저나 젓가락으로 먹기가  $M=3.351$  순이었으며 자가간호를 가장 못하는 것은 층제오르내리기가  $M=2.351$ , 하의 입고 벗기가  $M=2.514$ , 상의 입고벗기가  $M=2.532$  순으로 나타났다. 전체 환자의 31.2%가 모든 동작을 스스로 전혀 못한다고 하여 자가간호 수준이 매우 낮음을 알 수 있

<Table 3> The levels of CVA patient's self-care (N=111)

Items	1.complete dependence N(%)	2.incomplete dependence N(%)	3.independence & dependence N(%)	4.incomplete independence N(%)	5.complete independence N(%)	M±SD
Eating	27(24.3)	10(9.0)	12(10.8)	21(18.9)	41(36.9)	3.351±1.622
Drinking	20(18.0)	14(12.6)	6 (5.4)	17(15.3)	54(48.6)	3.640±1.600
Washing & cleaning teeth	35(31.5)	12(10.8)	22(19.8)	15(13.5)	27(24.3)	2.883±1.577
Combing hair	39(35.1)	13(11.7)	7 (6.3)	17(15.3)	35(31.5)	2.964±1.721
Dressing & undressing of jacket	50(45.0)	9 (8.1)	18(16.2)	11 (9.9)	23(20.7)	2.532±1.617
Dressing & undressing of trousers	49(44.1)	12(10.8)	15(13.5)	14(12.6)	21(18.9)	2.514±1.595
Returning	24(21.6)	10 (9.0)	12(10.8)	26(23.4)	39(35.1)	3.414±1.564
Sitting & lying	31(27.9)	13(11.7)	16(14.4)	17(15.3)	34(30.6)	3.090±1.621
Bed (-) chair	38(34.2)	19(17.1)	15(13.5)	17(15.3)	22(19.8)	2.694±1.554
Bed (-) wheelchair	37(33.3)	19(17.1)	17(15.3)	16(14.4)	22(19.8)	2.703±1.541
Continance of bowels	19(17.1)	26(23.4)	3 (2.7)	38(34.2)	25(22.5)	3.216±1.461
Controlling bladder	18(16.2)	31(27.9)	7 (6.3)	28(25.2)	27(24.3)	3.135±1.468
Walking	44(39.6)	12(10.8)	23(20.7)	3 (2.7)	29(26.1)	2.649±1.633
Ascending & descending stairs	55(49.5)	7 (6.3)	24(21.6)	5 (4.5)	20(18.0)	2.351±1.553
Mean	34.7(31.2)	14.8(13.3)	14.1(12.7)	17.5(15.8)	29.9(26.9)	2.94±1.582



였으며 혼자 할 수 있다가 26.9%였고 15.8%는 불완전 하나 독립적이다 13.3%는 의존적이다 12.7%는 의존·독립적이다라고 응답하여 63.6%의 환자가 자가간호 결핍의 문제를 가지고 있음을 알 수 있었다.

#### 5. 각 항목에 따른 뇌졸중환자 보호자의 스트레스 정도

뇌졸중환자 보호자의 각 항목에 따른 스트레스 정도는 <Table 4>와 같다. 뇌졸중환자 보호자의 스트레스 정도가 평점 2.0이상으로 나타난 항목은 “불구나 병이 재발될 가능성이 있는것” “환자가 고통스러워하는 것을 옆에서 지켜보는 것” “병세가 계속 악화되는 것” 순으로 나타났다. 또한 평점이 1.0미만으로 스트레스가 가장 낮은 항목은 “환자가 자신의 병에 대하여 알고싶어 하는

것” “가족으로서 자신감이 없어지는것” “환자의 병때문에 이웃사람의 태도가 달라지는 것” “환자때문에 친지, 친척의 태도가 달라지는 것”의 순으로 나타났으며 특히 스트레스가 전혀 없는것으로 응답자가 가장 많은 요인은 “환자가 자신의 병에 대해서 알고 싶어 하는것(67.6%)” “친구나 친지를 자주 못만나는것(63.1%)” “환자의 병때문에 이웃사람의 태도가 달라지는것(60.4%)”의 순으로 나타났다. 스트레스에 관한 항목을 묶어 영역별로 따른 스트레스의 정도를 보면 질병상태 변화와 돌보는 일의 어려움에서 평점 1.55으로 가장 스트레스를 많이 받는것으로 나타났으며 그다음이 질병상태의 예후가 평점 1.52, 사회 개인적 관계와 보호자로서 책임수행이 평점 1.24의 순으로 나타났다.

<Table 4> The degree of CVA patient's caregivers' stress according to the items (N=111)

Items	1. Not concerned		2. Some concerned		3. Much concerned		4. Very much concerned		M ± SD
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	
1. Long-term treatment	6	(5.4)	26	(23.4)	48	(43.2)	31	(27.9)	1.937 ± .856
2. Watching about patient's distress	2	(1.8)	20	(18.0)	47	(42.3)	42	(37.8)	2.162 ± .781
3. Hard treatment or operation	14	(12.6)	23	(20.7)	29	(26.1)	45	(40.5)	1.946 ± 1.060
4. Constant drug taking	25	(22.5)	39	(35.1)	33	(29.7)	14	(12.6)	1.324 ± .964
5. Side-effect of drugs or treatment	37	(33.3)	28	(25.2)	24	(21.6)	22	(19.8)	1.279 ± 1.130
6. Repetition of treatment or examination	27	(24.3)	37	(33.3)	31	(27.9)	16	(14.4)	1.324 ± 1.001
7. Being serious of disease	9	(8.1)	19	(17.1)	34	(30.6)	49	(44.1)	2.108 ± .966
8. Being handicapped or recurrence	9	(8.1)	12	(10.8)	35	(31.5)	55	(49.5)	2.225 ± .941
9. Uncertainty of recovery	16	(14.4)	22	(19.8)	31	(27.9)	42	(37.8)	1.892 ± 1.073
10. Adaptation to the society	16	(14.4)	30	(27.0)	31	(27.9)	34	(30.6)	1.748 ± 1.049
11. Continuously visiting hospital	15	(13.5)	34	(30.6)	44	(39.6)	18	(16.2)	1.586 ± .919
12. Discontinuity of patient's treatment	39	(35.1)	34	(30.6)	17	(15.3)	21	(18.9)	1.180 ± 1.114
13. Medical team's insufficient explanations about patient's condition	22	(19.8)	45	(40.5)	25	(22.5)	19	(17.1)	1.369 ± .990
14. No way of medical treatment	25	(22.5)	23	(20.7)	33	(29.7)	30	(27.0)	1.613 ± 1.113
15. Unexpected saying about patient's condition	29	(26.1)	18	(16.2)	37	(33.3)	27	(24.3)	1.559 ± 1.126
16. Other people's inappropriate understanding about my situation	42	(37.8)	40	(36.0)	20	(18.0)	9	(8.1)	.964 ± .943
17. Medical team's carelessness to patient	28	(25.2)	38	(34.2)	27	(24.3)	18	(16.2)	1.315 ± 1.027
18. Deterioration of other patient's condition having treatment together	15	(13.5)	33	(29.7)	44	(39.6)	19	(17.1)	1.604 ± .927
19. Not having enough time for other family members	25	(22.5)	38	(34.2)	33	(29.7)	15	(13.5)	1.342 ± .977
20. Provision of necessary foods and nutrition	39	(35.1)	40	(36.0)	23	(20.7)	9	(8.1)	1.018 ± .944
21. Patient's recognition about his disease	65	(58.6)	23	(20.7)	16	(14.4)	7	(6.3)	.685 ± .944
22. Not taking care of housekeeping	26	(23.4)	33	(29.7)	35	(31.5)	17	(15.3)	1.387 ± 1.011
23. Possibility of patient's death	32	(28.8)	19	(17.1)	27	(24.3)	33	(29.7)	1.550 ± 1.197
24. Not taking good care of patients	25	(22.5)	26	(23.4)	38	(34.2)	22	(19.8)	1.514 ± 1.052
25. Confidence as a family member	45	(40.5)	33	(29.7)	20	(18.0)	13	(11.7)	1.009 ± 1.031

Items	1. Not	2. Some	3. Much	4. Very much	M ± SD
	concerned N(%)	concerned N(%)	concerned N(%)	concerned N(%)	
26. Not frequently meeting with friends or acquaintance	70 (63.1)	27 (24.3)	9 (8.1)	5 (4.5)	.541 ± .829
27. Not having free time for myself	55 (49.5)	33 (29.7)	16 (14.4)	7 (6.3)	.775 ± .921
28. Not spending enough time with family	45 (40.5)	31 (27.9)	24 (21.6)	11 (9.9)	1.009 ± 1.014
29. Medical fee	42 (37.8)	29 (26.1)	25 (22.5)	15 (13.5)	1.117 ± 1.068
30. Neighbor's attitude change due to patient's disease	67 (60.4)	27 (24.3)	13 (11.7)	4 (3.6)	.586 ± .836
31. medical team's change	53 (47.7)	39 (35.1)	15 (13.5)	4 (3.6)	.730 ± .831
32. Desire of patient's knowing about disease	75 (67.6)	27 (24.3)	7 (6.3)	2 (1.8)	.423 ± .695
33. Lack of company taking over patient's disease	58 (52.3)	24 (21.6)	20 (18.0)	9 (8.1)	.820 ± 1.002
34. Change of home atmosphere caused by patient's disease	54 (48.6)	24 (21.6)	23 (20.7)	10 (9.0)	.901 ± 1.027
35. Acquaintance's or relatives' attitude change due to patient's disease	65 (58.6)	26 (23.4)	14 (12.5)	6 (5.4)	.649 ± .901
Mean	34.77(43.81)	29.14(26.51)	27.09(24.38)	20(18)	1.29 ± .98

5. 뇌졸중환자의 자가간호 수준에 따른 보호자의 스트레스 정도

뇌졸중환자의 자가간호 수준에 따른 보호자의 스트레스 정도는 <Table 5>와 같다. 뇌졸중환자의 자가간호 수준은 응답결과의 빈도에 따라 Scattergram을 그려 낮은 정도는 0-23점으로 보통 정도는 24-27점으로 높은

정도는 48-70점으로 구분하였으며, 자가간호 점수가 48-70점인 상위그룹에서는 스트레스 평균이 43.9167로 가장 낮았으며, 24-47점인 중위그룹에서는 평균 45.3125, 0-23점인 하위그룹에서는 평균 47.0323으로 스트레스가 높은 것으로 나타났으나 통계적으로 통계적으로 유의한 차이는 없었다.

<Table 5> The degree of stress according to the levels of CVA patients' self-care (N=111)

Levels of self-care score	N	M ± SD	t-value or F
0-23 (low)	31	47.0323 ± 16.7302	.2831
24-47 (middle)	32	45.3125 ± 14.3918	
48-70 (top)	48	43.9167 ± 20.7270	

V. 논 의

뇌졸중환자의 장애는 환자의 자가간호 수행이나 보행 등에 보호자의 도움을 필요로 하며 그로인해 받는 보호자의 스트레스는 크다고 하겠다. 본 연구에서는 환자의 심별에 따른 남녀비가 1.3:1로서 타 연구와 비슷한 결과를 나타냈는데 1984년 5월 American Heart Association에서 발표한 뇌졸중 위험인자중 연령과 성별인자를 보면 뇌졸중 발생빈도는 55세 이후에는 연령 10년 증가마다 배로 증가하는 경향을 보이고 성별의 차를 보면

남자가 여자에 비해 30%정도 높은 것으로 알려지고 있다(최, 1985). 또 국내 문헌들을 살펴보면 민등(1988)은 뇌졸중환자의 남녀비를 1.06:1, 호발연령을 60대로 보고하였고 장등(1986)은 남녀비를 동수로 호발연령을 50대로 보고한바 있다. 최, 김 및 조(1991)의 연구에서는 남녀비가 1.56:1로 남자가 많았으며 발병시 평균연령은 남자가 58세, 여자가 54세로 보고했다. 뇌졸중환자 보호자의 스트레스를 보면 본 연구에서 중·고등학교군이 스트레스가 가장 높은 것으로 나타났다. 그러나 이(1988)의 연구에서는 교육정도가 높을수록 스트레스가

낮은것으로 나타났고 Singhi, Goyal, Pershad, Singhi, and Walia(1990)도 신체장애아 어머니의 교육수준과 스트레스가 역상관이라하여 교육수준이 낮은 어머니가 스트레스가 더높은 것으로 나타났다. 또 Geertsen (1971)의 연구에서는 어머니의 교육수준이 높을수록 교육수준이 낮은 사람보다 환자역할 채택의 경향이 더 크다고 보고했다. 환자와의 관계에서는 형제와 친척의 스트레스가 가장 높은 것으로 나타났는데 이는 형제와 친척의 대상자가 적었기 때문으로 생각된다. 또 배우자와 자녀사이에는 자녀가 배우자와 부모사이에는 부모가 더 스트레스가 높은 것으로 나타났으며 이는 돌보는 환자가족이 배우자일때 자식에 비해 덜 스트레스를 느끼며 그 이유로 아무런 조건이나 바램없이 역할을 수용한 비율이 배우자인 경우 80%, 자식인 경우가 50%인 것을 들면서 환자에 대한 지지도 배우자에 의한 경우가 가장 높고 공적인 도움을 요구하는 경우도 자식에 비해 훨씬 적었다고 보고한 Johnson(1983)의 연구결과와 같은 것이라 하겠다. 월수입에 따라서는 Stein et al (1980), Salk, Hilgartner, and Granich(1972), McCollum and Gibson(1970)의 연구에서 재정적인 부담이 스트레스가 많은 것으로 나타나 본 연구와는 서로 상반되는 결과를 보였다. 뇌졸중환자의 특성에 따른 자가간호 정도에서는 마비가 없는 환자, 좌측 편마비환자, 우측 편마비환자, 양측 마비환자 순으로 자가간호 수행 정도가 낮은것으로 나타났으며 편마비환자를 대상으로 한 강(1984)의 연구에서도 좌측편마비 환자와 우측편마비 환자의 자가간호 수행정도가 통계적으로 차이가 없게 나타나 본 연구와 일치하는 결과를 보였다. 또한 마비정도가 심할 수록 환자들의 자가간호 수준이 낮으므로 이에 따른 자가간호 수준을 높일 수 있는 강화 교육등의 간호중재가 필요하다 하겠다. 또한 뇌졸중환자의 특성에 따른 보호자의 스트레스 정도는 연령, 성별, 마비 부위에 따라 통계적으로 차이가 없는 것으로 나타났다. 만성질환아를 대상으로한 이(1988)의 연구에서도 성별에 따른 어머니의 스트레스 정도에 큰 차이를 나타내지 않았으며 Patterson(1985)은 낭포성 섬유증식증환아의 부모를 대상으로 치료이행을 연구한 결과에서 여아는 소극적인 성격으로 남아에 비하여 부모에게 더 의존적이기 때문에 부모가 치료이행하는데 더 큰 스트레스를 받는다고 보고한 결과는 환자의 성별에 따른 차이가 있음을 나타내어 본 연구와는 상이한 결과를 보였다. 각 항목에 따른 뇌졸중환자 보호자의 스트레스 정도에서는 “불구나 병이 재발될 가능성이 있는 것”, “환자가 고통

스러워 하는 것을 옆에서 지켜보는 것”, “병세가 계속 악화되는 것” 이 평점 2.0이상으로 나타났는데 김(1988)의 연구에서는 “계속해서 병원에 다녀야 하는것”이 가장 스트레스를 많이 받는것으로 나타났으며 그 다음이 “오랜기간 치료를 받아야 하는것” “치료나 검사를 자주 반복해야 하는것” “약을 계속먹어야 하는것” “치료비가 많이드는것” 순이었고 이(1988)의 연구에서는 “오랜기간 치료를 받아야 하는것”이 가장 스트레스가 높은것으로 나타났고 그다음이 “아이상태에 관해 충격적인 말을 듣는것” “아이가 고통스러워 하는것을 옆에서 지켜보는 것” “회복이 불확실한것”의 순으로 나타났다. 문과 박(1991)의 연구에서는 ‘환자가 고통스러워 하는것을 옆에서 지켜보는것’이 가장 스트레스가 높은 것으로 나타났고 오(1986)의 연구에서는 ‘간호와 치료 및 검사시 아동이 동통을 호소하여 우는 경우’가 스트레스가 가장 높은 것으로 나타났다. Hymovich(1983)의 연구에서도 어린이의 질병상태에 대한 요인에서 스트레스가 가장 높았으며 환자의 미래에 대한 염려와 환아간호에 대한 책임이 높은 스트레스 요인으로 제시된 바 있다. 본 연구에서 평점이 1.0미만으로 스트레스가 가장 낮은 것으로는 “환자가 자신의 병에 대하여 알고 싶어 하는 것”으로 나타났는데 그 이유는 뇌졸중은 다른 질병과는 달리 성인후기에 많이 발병하여 신경근육계 장애가 뒤따르기 때문으로 사려된다. 이러한 결과는 김(1988)과 이(1988)의 연구에서와 일치하는 결과라고 보겠다. 본 연구에서 “나 자신만의 여가시간을 갖지 못하는것”은 평점 .775로 비교적 낮은 스트레스를 나타내었다. 이런 결과는 이(1988)의 연구결과와도 유사한데 만성 질환아 부모들이 개인적인 여가시간을 갖지 못하고 제한되는 것의 스트레스 정도가 높게 나타난 Kruger, Shawver, and Jones(1980)의 연구와는 상반된 결과를 제시하고 있다. 이러한 차이는 서양은 대부분이 부부중심으로 개인주의적 사고가 깊은 반면 우리나라는 자녀중심으로 혹은 개인적으로 독립된 개체의식보다는 공동체 의식이 뿌리깊게 전해내려온 문화적인 차이인것으로 생각된다. 이같은 결과가 보여주는 것은 만성질환자 보호자는 자기자신의 개인적인 시간과 다른 사람들의 태도변화등에 대해서는 스트레스가 적다는 것을 말한다. 영역별에 따른 스트레스의 정도를 살펴보면 질병상태에 변화와 돌보는 일의 어려움에서는 평점 1.55로 스트레스를 가장 많이 받는 것으로 나타났으며 그 다음이 질병상태의 예후로 평점 1.52, 사회 개인적 관계와 보호자로서의 책임수행이 평점 1.24의 순으로 나타났는데 이러

한 결과는 이(1988), 백(1976), 이(1985), 이(1978), 최(1975)의 연구와 같은 결과라고 보겠다. 질병과 관련된 요인들보다 사회개인적 관계와 보호자로서의 책임수행에 관련된 요인들이 낮은 스트레스를 느끼게 함은 인간이 변화하는 환경에 적응하며 살 수 있는 적응기전이 내재되어 있기 때문이며(이, 하 및 박, 1985) 이러한 사실로 미루어보아 뇌졸중환자의 보호자에게 적응가능한 부분을 고무하여 주면 뇌졸중을 앓고있는 환자에 대하여 불안울 덜 느끼고 보호자로서의 역할을 잘 수행할 수 있도록 하는 동기가 될 수 있다고 본다. 또한 질병상태 변화와 돌보는 일의 어려움에서 많은 스트레스를 느끼는 것으로보아 질병의 재발, 경과 등에 대한 자세한 설명과 지지가 필요하다고 생각된다. 뇌졸중환자의 자가간호 수준에 따른 보호자의 스트레스 정도는 자가간호 점수가 48-70점인 상위그룹에서는 스트레스가 평균 43.9167점으로 가장 낮았고 24-47점인 중위그룹에서는 평균 45.3125, 0-23점인 하위그룹에서는 평균 47.0323으로 스트레스가 높은 것으로 나타났으나 통계적으로 유의한 차이는 없는 것으로 나타났다. 이러한 결과는 돌보는 역할을 가족의 일원으로서 마땅한 도리로 받아들이고 있으며 배우자인 경우 돌보는 역할을 다른사람에게 넘기고 싶어하지 않는다는 양(1992)의 보고와 같은 결과로 본다. 또 뇌졸중환자 간호는 병원 입원시에만 국한되지 않고 퇴원후에도 계속되어야하므로 돌보는 보호자의 부담은 매우 클것으로 본다. 정(1984)의 연구에서는 아동의 일상생활동작 의존도가 높을수록 어머니의 스트레스가 높다고 하였으며, 양(1992)은 환자의 일상활동 능력이 좋을수록 가족원의 역할스트레스는 낮다고 하였고 Kosberg, Cairl, and Keller(1990)도 기능장애 환자의 가족원은 부담이 컸다고 하였고 박(1991)은 마비환자의 가족원중 환자의 일상활동 장애가 심할수록 가족원의 부담이 높다고 하여 본 연구 결과와는 일치하지 않았다. 그러나 돌보는 역할을 계속적으로 해야만하는 가족원의 건강이 스트레스로 인해 악화됨을 예견할 수 있으며 이를 방지하기 위해서 중재방안이 요구된다고 본다. 따라서 가족관계, 환자의 나이, 질병의 특수성을 고려한 지속적인 연구가 필요하다고 보겠다.

## VI. 결론 및 제언

### . 결론

본 연구는 뇌졸중환자의 간호에 있어서 가족을 하나

의 통합된 단위의 간호대상으로 포함하기위한 기초자료로써 환자의 자가간호 수준과 보호자의 스트레스 정도를 파악하기위해 시도되었다. 연구대상은 대전직할시에 위치한 1곳의 대학병원과 1곳의 대학부속한방병원 그리고 2곳의 종합병원에 뇌졸중으로 입원한 환자의 보호자를 대상으로 질문지법을 이용하여 자료를 수집하였으며 자료수집기간은 1992년 7월 16일부터 8월 30일까지였다. 연구도구는 자가간호 측정도구로써 강(1984)의 ADL check list (Cronbach's  $\alpha=.9750$ )를 사용하였으며 스트레스 측정도구로써 이(1988)의 스트레스 측정도구(Conbach's  $\alpha=.9203$ )를 이용하였다. 위 도구의 신뢰도 및 타당도 검정은 선행연구자에 의해 보고된바 있다. 수집된 자료는 SPSS 전산체제를 이용하여 t-test, ANOVA, Scheffe test의 통계방법으로 분석하였으며 연구 결과는 다음과 같다.

1. 뇌졸중환자의 자가간호 정도는 완전의존(M=34.7, 31.2%), 완전독립(M=29.9, 26.9%), 불완전 독립(M=17.5, 15.8%), 불완전 의존(M=14.8, 13.3%), 의존 & 독립(M=14.1, 12.7%)으로 나타났으며 일상생활 동작중 물마시기(M=3.540), 체위를 변경하여 돌아눕기(M=3.414), 수저나 젓가락으로 먹기(M=3.351)순으로 자가간호 수준이 높았으며 총계오르내리기(M=2.351), 하의 입고벗기(M=2.514), 상의 입고벗기(M=2.532) 순으로 자가간호 수준이 낮았다.

2. 환자 특성에 따른 자가간호 정도는 마비상태에 따라 통계적으로 매우 높은 유의한 차이(F=24.7056, P<.001)가 있었다.

3. 환자 특성에 따른 보호자의 스트레스 정도는 통계적으로 유의한 차이가 없었다.

4. 보호자의 일반적특성에 따른 스트레스 정도는 연령(F=7.4189, P<.001), 교육정도(F=5.8336, P<.01), 가족구조(t=2.10, P<.05), 환자와의 관계(F=6.5099, P<.01)에 따라 통계적으로 유의한 차이가 있었다.

5. 뇌졸중환자의 자가간호 수준에 따른 보호자의 스트레스 정도는 통계적으로 유의한 차이가 없었다.

본 연구는 임상에서 뇌졸중환자를 포함하여 그 보호자를 간호하는 간호사가 보호자들이 경험하는 스트레스 요인을 파악하여 사정 할 수 있도록 기초자료를 제공하며 이런 자료를 기초로하여 뇌졸중환자의 일상생활동작을 증진시킬 수 있도록 도와주며 뇌졸중환자를 돌보는 보호자의 문제나 어려움은 무엇인지 파악하는 상담의 기회를 제도적으로 마련하고 질병상태와 예후에 대해 보호자를 교육해야할 필요성이 있음을 제시한다.

## 2. 제언

이상의 결론을 토대로 다음과 같이 제언한다.

1. 다양한 사회·문화적 배경이 고려된 확대된 집단에서 계속적이고 종단적인 연구를 시도해 볼것을 제언한다.
2. 환자의 자가간호 수준에 따른 보호자의 스트레스와 환자의 스트레스를 비교 연구해볼것을 제언한다.

## 참 고 문 헌

강현숙(1984). 재활강화교육이 편마비환자의 자가간호 수행에 미치는 효과에 관한 실험적 연구, 연세대학교 대학원.

김금순, 송미순, 최경숙, 김혜순, 서문자(1992). 신경계 간호학 (간호진단적용), 서울: 서울대학교 출판부.

김명자(1985). 지지간호가 입원환자 및 가족의 스트레스에 미치는 영향에 관한 실험적 연구, 인간과학, 9(12), 45(820) - 65(840).

김봉옥(1992). 재활관리(기동성 장애환자의 가정간호), 충남대보건대학원 가정간호 이수과정교재.

김분한(1989). 급성기 뇌졸중환자의 간호중재-노인환자를 중심으로-, 대한간호, 28(2), 6-13.

김인자(1982). 적응심리, 서울: 정민사.

김애리(1987). 두부 외상환자의 불안요인 및 그 정도에 관한 조사연구, 이화여자대학교 대학원.

김희순(1988). 정서·정보적 지지모임이 만성 질환아 어머니의 스트레스에 미치는 영향, 연세대학교 대학원.

김희승, 한윤복, 김명자, 노유자(1987). 스트레스 반응으로 타나는 활력증상 변화에 대한 실증적 연구, 대한간호학회지, 17(2), 137-144.

민광기, 변동일, 최일균, 최조영, 광정재, 이상용(1988). 뇌졸중의 임상적 고찰, 대한의학협회지, 31(4), 409-419.

문영숙, 박인숙(1991). 만성질환아 어머니의 스트레스 요인에 관한 연구, 충남의대잡지, 18(2), 661-675.

박명희(1991). 가족간호 제공자의 부담감 인지 정도와 영향변수 분석, 가톨릭대학 의학부 논문집, 44(3), 949-958.

박원경(1988). 뇌졸중으로인한 편마비환자가 지각한 스트레스와 우울에 관한 연구 이화여자대학교대학

원.

백영주(1976). 청년기 환자의 입원생활에 따르는 긴장에 관한연구, 간호학회지, 6(1), 72-79.

송남호(1989). 만성질환자 가족과 정상가족군의 가족 적응력과 가족 결속력의 비교 연구, 이화여자대학교 대학원.

서문자(1989). 편마비환자의 퇴원후 적응상태와 관련 요인에 대한 분석연구, 서울대학교 대학원.

성영순(1992). 반복 재활교육이 입원한 장애인의 일상 생활동작에 미치는 효과, 충남대학교 보건대학원.

이부영(1984). 현대인과 스트레스, 대한간호협회서울 지부 보수교육보고서.

이소우, 하양숙, 박은숙(1985). 입원환자가 경험한 입원 스트레스 순위에 관한 연구, 간호학회지, 15(1), 17.

이은주(1985). 입원환자의 불안정도에 관한연구, 중앙의학, 48(4), 247-253.

이정숙(1978). 환자들의 불안감에 관한조사연구, 중앙의학, 34(1), 65-73.

이현성(1988). 만성질환아 어머니의 스트레스와 대응에 관한 연구, 연세대학교 대학원.

오상은(1986). 입원한 환아 어머니의 스트레스 정도에 관한연구, 전남의대잡지, 23(3), 419-428.

양변환(1985). 스트레스와 정신신경 내분비학, 정신건강연구, 3, 81-89.

양영희(1992). 만성 입원환자를 돌보는 가족원의 역할 스트레스와 건강에 관한 이론적 구조 모형, 서울대학교 대학원.

장진우, 정상섭, 박용구, 최중인, 이규창(1986). 고혈압성 뇌실질내 혈중에 대한 임상적 고찰, 대한신경학회지, 15(4), 587.

전산초, 김조자, 유지수(1981). 간호과정과 기초이론, 서울: 대한간호협회출판부.

정순영(1984). 신체 장애아동 어머니의 스트레스 수준과 아동의 일상생활 동작 의존도와와의 관계, 숙명여자대학교 대학원.

최선미, 김연희, 조은수(1991). 농촌지역 재가(在家) 뇌졸중환자의 재활실태와 욕구에 관한조사, 대한재활의학회지, 15(2), 67-73.

최일생(1985). 뇌졸중의 내과적 치료, 대한의학협회지, 28(4), 314-319.

최옥신(1975). 입원이 불안감으로서 환자에게 미치는 영향에 관한 일연구, 간호학회지, 5(1), 93.

- 한대희(1985). 뇌혈관 질환의 최신지견, 대한의학협회지, 28(4), 332-336.
- 통계청(1990). 사망원인 통계연보.
- Allison, S.E.(1982). Personal Communication, June, 24
- Feigenson, J.S.(1981). Stroke Rehabilitation : Outcome Studies and Guidelines for Alternative levels of Care, Stroke, 12(3), 372-375.
- Geertsen, H.R.(1971). Role theory and inclination to adopt the sick role, Unpublished doctoral dissertation of Uni. of Utah.
- Hartl, D.E.(1979). Stress Management & the Nurse, Advances in Nursing Science 1(4), 91-100.
- Hymovich, D.P.(1983). The chronicity impact and coping instrument : Parent questionnaire, Nursing Research, 32(5), 275-281.
- Irish, E.M., Taylor, J.M.(1980). A course in Self-care for Rural Residents, Nursing outlook, 28(7), 421-423.
- Johnson, C.L.(1983). Dyadic family relations and social support, Gerontologist, 23(4), 377-383.
- Joseph, L.S.(1980). Self-Care and Nursing Process, Nursing Clinics of North America, 15(1), 131.
- King, S.L., Gregor, F.M.(1985). Stress and Coping in families of the critically ill, Critical Care Nurse, 5(4), 48-51.
- Klag, M.J., Whelton, P.K. & Seidler, A.J.(1989). Decline in US Stroke Mortality : Demographic Trends and Antihypertensive Treatment, Stroke, 20(1), 14-21.
- Kosberg, J.I., Gairl, R.E. & Keller, D.M.(1990). Components of Burden : Interventive Implication, The Gerontologist, 30(2), 236-242.
- Kurger, S., Shawver, M., & Jones, L.(1980). Reactions of families to the child with cystic fibrosis, ΣOT Image, 12(3), 67-72.
- Larsen, G.L.(1982). Rehabilitation for the patient with head and neck cancer, American Journal of Nursing, 82(1), 119-121.
- Lazarus, R.S., Fokman, S.(1984). Stress appraisal, and coping. Spinger Pub. Com., N.Y..
- Levin, L.S.(1978). Patient education and self-care : How Do they Differ ?, Nursing outlook, 26(3), 170-175.
- Litman, T.J.(1974). The family as the basic unit in health and medical care : A social behavioral overview, Social Science Medicine, 8,495-519.
- Mattson, A.(1972). Long term physical illness in childhood : A challenge to psychological adaptation, Pediatrics, 50(5), 801-811.
- McCullum, A.T., Gibson, L.E.(1970). Family adaptation to the child with cystic fibrosis, Journal of Pediatrics, 77(4), 571-578.
- McCubbin, H.I., Joy, C.B., Cauble, A.E., Comeau, J.M., Patterson, J.M. & Needle, R.H.(1980). Family stress and coping : A decade review. Journal of Marriage and the Family, 42, 855-870.
- McCubbin, H.I., Cauble, A.E. & Patterson, J.M.(1982). Family stress, coping and social support, Charles C. Thomas Publication, Illinois.
- Meleis, A.I.(1985). Theoretical Nursing, Development and Progress, J.B. Lippincott Co..
- Orem, D.E.(1971). Nursing : Concepts of Practice, New York.
- Orem, D.E.(1980). Nursing : Concepts of Practice, 2nd ed., New York ; McGraw-Hill Book Co..
- Patterson, J.M.(1985). Critical factors affecting family compliance with home treatment for children with cystic fibrosis, Family Relation, 34 : 79-89.
- Pfaude, M.(1973). After Stroke : Motor Skill Rehabilitation for Hemiplegic Patient, American Journal of Nursing, 73(11), 1892-1896.
- Porter, D., Shamian, J.(1983). Self-care in theory and practice, Canadian Nurse, 79(8), 21-23.
- Riehl, J.P., Chrisman, M.(1974). The System Developmental Stress Model, Conceptual Models for Nursing Practice, ed., by J.P. Riehl and C. Roy ; N.Y. : Appleton-Century Crofts, : p. 254-260.
- Salk, L., Hilgartner, M., & Granich, B.(1972). the psychosocial impact of hemophilia on the patient and his family, Social Science Medicine,

6, 491–505.

Sandra B.F. (1975). A summary of integrated nursing theory, McGraw Hill, p.63–66.

Selye, H. (1965). The Stress Syndrome. American Journal of Nursing, 65(3).

Selye, H. (1982). History and Present Status of the Stress Concept, edited by Goldberger, L. and Breznitz, S. Handbook of Stress, NY, The Free Press, ;p.7–17.

Singhi, P.D., Goyal, L., Pershad, D., Singhi, S., Walia, B.N. (1990). Psychosocial problems in families of disabled children, Br. J. Med. psychology, 63, 173–182.

Stein, R.E.K., Reissman, C.K. (1980). The development of an impact on family scale : Preliminary finding, Medical Care, 18(4), 465–472.

– Abstract –

## **A Study of Caregiver Stress as related to the Level of Self–care in Patients Who had a Cerebro Vascular Accident (CVA)**

*Choi, Eun Sook · So, Hee Young\**

The purpose of this study was to explore the degree of stress in caregivers caring for patients who had had a cerebro vascular accident as the stress is related to the self–care ability of the patient. The subjects for the study were caregivers of 111 CVA patients, hospitalized at two University affiliated hospitals and two general hospitals in Daejeon. The survey instruments used in the study were Kang's ADL Check List and a modified form of Lee's Stress Inventory. The survey was conducted from July

16th to August 30th, 1992. The survey results were analyzed using the Statistical Package for Social Sciences (SPSS) and can be summarized as follows :

1. The level of self–care for the CVA patients was :  
1) complete dependence (M=34.7, 31.2%), 2) complete independence (M=14.8, 13.3%), 3) incomplete independence (M=17.5, 15.8%), 4) incomplete dependence (M=14.8, 13.3%) and 5) dependence and independence (M=14.1, 12.7%).  
The items for which there was a high level of self–care were : 1) drinking (M=3.640), 2) returning (M=2.351) and 3) eating (M=2.351) : and the items for which there was a low level of self–care were : 1) ascending and descending stairs (M=2.351), 2) dressing and undressing trousers (M=2.514) and 3) dressing and undressing jacket (M=2.532).
2. There was a statistically difference between the paralytic status and the level of self–care according to their demographic characteristics (F=24.7056, P<.001).
3. There was no significant difference in the degree of caregiver stress according to patient's demographic characteristics.
4. There was a statistically significant difference in the degree of caregiver stress according to the following demographic characteristics : age (F=7.4189, P<.001), education level (F=5.8336, P<.01), family structure (t=2.10, P<.05) and their relationship with the patient (F=6.5099, P<.01).
5. There was no significant difference in the degree of caregiver stress according to the level of patient self–care.

\* Department of Nursing, College of Medicine, Chungnam National University