

뇌졸중 환자가족이 인지한 부담감 및 우울정도에 관한 연구

이 강 이* · 송 경 애**

I. 서 론

1. 연구의 필요성

60년대 이후 산업사회속에서 경제성장, 도시의 집중화, 의학의 발달, 생활환경의 변화는 질병의 양상에도 큰 변화를 초래하게 되었다. 전염성 질환이나 호흡기계 질환이 감소하면서 순환기계 질환, 신생물, 중독, 각종 안전사고나 교통사고와 같은 사고나 만성질환이 증가되는 추세를 보이고 있다(Anderson & Bauwens, 1981).

미국사람의 3대 사인이 심장질환, 암, 뇌졸중이며, 그 중 뇌졸중환자의 20%가 급성기에 사망하는데 생존하는 경우에는 과반수 이상이 뇌병변의 부위에 따라 운동장애, 언어장애, 감각과 인식장애, 행위적 문제들을 나타낸다고 한다(김, 1992).

우리나라에서도 뇌졸중은 성인의 3대 사인중의 하나로, 성인병의 증가와 더불어 그 발생빈도가 점차 증가되고 있는 추세이며(김, 1987), 가족들의 심리적, 경제적 준비없이 갑자기 발생되므로 의료지식이 전혀 없는 환자가족들에게는 큰 충격일 수 밖에 없다. 뇌졸중 환자는 발병후 1개월 이내에 약 25%가 사망하게 되나 나머지 75%의 환자는 반신불수인 장애자의 상태로되어 영구적으로 잔존하는 만성 건강문제로서 장기적인 간호를 요하는 장애를 갖게 되므로 가족구성원은 환자와 유대관

계가 깊다 하여도 신체적 불편감, 정신적 위기감, 절망감, 죄책감, 불안감, 경제적 어려움, 사회적 고립감과 같은 부정적 경험을 하게 된다고 보고하고 있다(김, 1992). 또한 이런 경험을 부담감(Polushock & Deimling, 1984; Zarit, Reeve & Bach-Peterson, 1980), 우울(Gallagher 등, 1989) 긴장(Cantor, 1983), 스트레스(Orodenker, 1990), 피로(Jensen & Given, 1991) 등으로도 발표하였다.

이와같이 가족의 일원이 입원하게 되면 다른 가족들은 그 환자를 돌보아야 하는 부담감이 생기며(Oliver, 1985), 질환의 정도 즉 환자의 인지장애정도, 환자의 부정적이거나 반사회적인 행동 및 환자가 가족에 대한 의존정도가 높을 때 가족의 스트레스가 증가되며(Given 등, 1990; Orodenker, 1990) 이 스트레스가 개인의 대처능력을 넘어섰을 경우 강화체계의 기능적 통합성을 붕괴시키므로 결국 우울을 발생시킨다(Silver & Wortman, 1980)고 한다.

뇌졸중환자를 돌보는 가족이 겪게되는 부담감은 문헌에서 긴장감, 역할피로, 스트레스 등으로 유사하게 제시되고 있으며(Zarit 등, 1986), 이중 심한 스트레스로 인한 우울감은 부담감과 상당한 관련성이 있을 것이라고 생각된다. 그러므로 뇌졸중 환자가족이 경험하는 이러한 부담감과 우울감을 완화시키지 못한다면, 가족은 환자를 돌보는 행위가 충실해지지 못하게 되고 결국은 환

* 대전대학교 간호학과

** 가톨릭대학교 간호대학

자의 치료와 효과적인 재활에도 직접적인 영향을 미치게 되며, 다른 가족구성원과의 관계와 건강에도 부정적 영향을 미치게 된다(Deimling & Bass, 1986). 더욱이 우리나라 상황은 외국과 달리 입원에서부터 환자와 가족이 함께함으로써 뇌졸중환자의 회복은 환자가족에 의해 좌우된다고 할 수 있다(김, 1992).

현재 우리나라의 실무에서 수행되고 있는 간호는 대부분 입원과 함께 병원에서 환자를 직접 돌보는 환자 가족을 제외한 환자중심의 간호만이 수행되고 있는 실정이며 또한 연구면에서도 뇌졸중환자를 대상으로 한 연구(강, 1984 ; 김, 1989 ; 박, 1988 ; 서, 1989 ; 최, 김 및 조, 1991)는 다수 있었으나 이들을 돌보고 있는 가족을 대상으로 한 연구는 김(1992)의 근거이론 방법을 이용한 뇌졸중 환자 가족의 경험에 관한 연구와 최(1992)의 뇌졸중환자의 자가간호 수준에 따른 보호자의 스트레스에 관한 양적연구 등 소수에 불과한 수준이었다.

따라서 본 연구에서는 환자를 돌보는 가족도 중요한 간호의 대상자임을 다시 한 번 상기시켜 주며, 또한 환자 가족이 겪고 있는 부정적인 경험을 줄일 수 있는 간호 전략을 수립하여 돌보는 자의 사기(morale)를 높여주고 돌봄활동을 충실하도록 하기 위하여, 뇌졸중 환자 가족의 여러 부정적 경험 중에서 부담감 및 우울의 정도를 파악하고, 여기에 영향을 미치는 제 변수들을 확인하며, 또한 가족의 부담감과 우울과의 관계를 규명하는데 목적을 두고 본 연구를 시도하였다.

2. 연구의 목적

구체적인 목적은 다음과 같다.

- 1) 뇌졸중 환자를 돌보는 가족이 지각하는 부담감 정도를 파악한다.
- 2) 뇌졸중 환자를 돌보는 가족이 지각하는 우울 정도를 파악한다.
- 3) 뇌졸중 환자를 돌보는 가족의 부담감과 우울과의 관계를 알아본다
- 4) 가족의 특성에 따른 가족의 부담감 및 우울의 정도를 파악한다.
- 5) 환자의 특성에 따른 가족의 부담감 및 우울의 정도를 파악한다.

3. 용어의 정의

- 1) 뇌졸중 환자 가족

뇌출혈, 뇌경색으로 병원에 입원한 환자를 주로 돌보는 가족의 일원을 의미한다.

2) 가족의 부담감(caregiver's burden)

뇌졸중으로 입원한 환자 가족의 주관적 부담감과 객관적 부담감을 말하며 점수가 높을수록 부담감이 높은 것을 나타낸다.

① 주관적 부담감(subjective burden)

돌보는 경험에 대하여 지각하는 정서적 표현으로, Montgomery, Gonyea, Hooyman(1985)과 Zarit(1980)의 주관적 부담감 측정도구를 이(1985)가 번역한 것을 수정 보완하여 측정된 점수를 말한다.

② 객관적 부담감(objective burden)

돌보는 가족원의 구체적 생활, 활동의 균형이 깨지는 정도를 말하며, Montgomery 등(1985)의 객관적 부담감 측정도구를 번역한 후 이를 수정 보완하여 측정된 점수를 말한다.

3) 우울(depression)

슬픈 감정이 심하고 의기소침한 상태와 사고 및 활동 저하를 나타내는 부정적 반응을 말하며 본 연구에서는 Zung(1965)이 개발한 자가평가 우울척도(Self-rating Depression Scale ; SDS)로 측정된 점수를 말한다.

4. 연구의 제한점

본 연구대상자는 대전시내 1개 대학부속 한방병원에 뇌졸중으로 입원한 환자를 돌보고 있는 가족들을 임의로 선정하였으므로 연구결과를 뇌졸중 환자 가족 전체에 일반화 하는 데는 어느정도 한계가 있다. 또한 자가보고용 도구로 측정되었기 때문에 응답의 편견으로 인하여 연구결과가 과소 또는 과대 평가 될 수 있다.

II. 문헌고찰

1. 가족의 부담감

건강과학의 입장에서 가족은 건강이 형성되고 유통되며 건강관리가 조직되고 건강활동을 수행하는 하나의 개별적이고 일차적인 간호체계이며 가족원중 한사람이 위기에 처하는 경우에 맨 먼저 그 사람에 대한 지지를 해주게 된다(김과 김, 1981).

한 가족원의 질병으로 인한 가족의 위기상황에 대한 반응은 정서적, 심리적, 사회적으로 다양하며 가족마다 차이가 있어서 어떤 가족은 위기를 쉽게 잘 넘기고 어떤 가족은 지속적인 정서불안, 우울, 긴장 등이 큰 문제로 대두된다. 이로 인하여 가족 전체의 위기가 계속되거나 역할이 크게 위협을 받게되는 수가 있다(이와 서, 1994).

가족의 부담감이란 환자간호를 수행하면서 그들이 겪는 어떤 어려움이나 두려움을 막연하게 부담스럽게 느끼는 것으로 Zarit 등(1986)은 이것을 가족원이 환자를 돌보는 결과로서 그들이 인지한 정서적, 신체적 건강, 사회적 생활, 경제상태의 정도라고 정의하였고, Vitaliano(1991)는 부담감을 가족원의 경험과 관련된 반응에 있어서의 distress라고 했다.

대부분의 뇌졸중환자는 신체적 회복이 거의 1년동안 꾸준히 일어나지만 가족의 기능은 반대로 몇년동안 계속 나빠진다고 하였으며(Robinson 등, 1985), 예후가 불확실하여 환자 개인의 삶을 불균형 상태로 만들뿐만 아니라 가족구성원 또는 타인에게 신체적 돌봄을 위한 다양한 물질적, 인적요구가 높아져 가족기능과 가족원의 삶에 영향을 미치게 된다(Strauss 등, 1984; Bishop 등, 1986).

Silliman & Sternberg(1988)(김, 1992에 인용)은, 뇌졸중환자를 돌보는 가족의 40%가 General Health Questionnaire에서 질병상태에 해당되는 점수를 보였는데 특히 이들의 정서적 건강문제는 환자의 의존적인 기능상태, 자신의 가정생활에 의한 부가적 스트레스, 자신의 사회적 활동제한, 다른 가족들에 의한 낮은 지지와 관련된 것으로 나타났으며, 이중 가장 견디기 어려운 것으로 환자의 행위문제, 자신의 생활양상 변화, 환자의 기능장애를 지적하였다.

Brown(1992)은, 만성질환자를 돌보는 가족은 부담감으로 스트레스와 관계된 질환을 앓는다거나 기존의 신체적 질환이 악화되기도 하고 약물남용의 문제가 증가되며 역할혼돈과 역할과중으로 상실이나 슬픔, 분노와 좌절, 죄책감 및 우울 등의 심리적 문제를 나타내며 사회적 고립감이나 다른 가족으로 부터 소외되고 있다고 느끼고 경제적 어려움을 경험할 수 있다고 하였으며, 이와 유사하게 Archbold(1981)와 Brody(1981)도 환자를 돌보는 가족은 사회적으로 고립되고 다른가족이나 친구와 함께 지낼시간이 부족하며, 재정적 손실과 신체적 피로에 직면하게 되는 등 여러 가지 문제들로 부담감을 높게 인지하고 있다고 하였다. Bull(1990)은 환자의 요구에 따라 가족이 수행해야 하는 행위 및 그런 활동을

위해 소요된 시간 즉 객관적 부담감과 환자를 돌보는 과정에서 가족원이 느끼는 감정, 태도, 정서 등 즉 주관적 부담감이 있다고 하였으며, Pratt 등(1985)은 Alzheimer환자를 가진 가족을 대상으로 연구한 그의 결과에서 가족은 환자의 자제심, 지남력, 기억력상실 등에 적응해야 하는 문제 즉 주관적 부담감을 가지고 있다고 하였다.

한편 환자가족이 인지한 부담감의 정도를 연구한 문헌들을 살펴보면, 이(1993)는 병원에 입원중인 60세 이상 노인환자를 주로 돌보고 있는 가족원을 대상으로 그들이 인지한 부담감을 파악하기 위하여 실시한 그의 연구에서, 시간-의존부담감 영역이 타 영역별 평균점수보다 훨씬 높았으며 그 다음으로 신체적 영역, 발달영역, 재정적영역, 정서적영역, 사회적영역의 부담감 순이었으며, 부담감의 정도는 30점에서 최고 120점의 점수 범위에서 58.73을 나타내므로 대상자는 중간이하의 부담감을 느끼고 있다고 발표하였다.

입원중인 만성질환자를 돌보고 있는 가족의 부담감과 건강문제, 안녕상태를 확인하고 사회적지지가 부담감과 건강문제에 얼마만큼 원충역할을 하는지를 규명하고자 실시한 서와 오(1993)는 가족이 인지한 부담감이 5점 척도에서 2.16으로 비교적 높지 않은 편이었지만 가족의 부담감이 많을수록 건강문제도 많았으며 삶의 질도 낮았고, 사회적지지가 높으면 가족의 부담감과 건강문제도 적었다고 하였다.

또한 암환자를 돌보는 어머니의 부담감 경험을 집중적으로 탐색하고 사회적지지와의 관련성을 알아보기 위해 심층면접 및 관찰을 이용한 백(1994)의 서술적 연구 결과에서는 암환자 어머니가 인지한 부담감정도가 상당히 높은편이라고 하였다. 이와같이 가족원은 돌보는 대상자에 따라, 또한 질병의 경중에 따라 부담감의 정도가 차이는 것을 볼 수 있었다. Fengler & Goodrich(1979)는 사회적지지가 돌보는자의 사기(norale)를 높여주며 낮은 사기의 주된 원인은 격리, 고독감, 경제적 부담감, 역할과중이며 돌보는자의 사기는 환자의 사기와 유의한 관계가 있다고 하였다.

그러므로 뇌졸중 환자를 둔 가족의 여러가지 부정적인 경험은 환자의 회복과 재활에 악영향을 끼치므로 환자가족에 대한 지속적인 사정이 필요하며 또한 이들을 도울 수 있는 방법이 강구되어야겠다.

2. 가족의 우울감

우울이란 학문적 분야에 따라 그 의미에는 약간의 차

이가 있으나(Kaplan & Sadock, 1985), 미국 정신의학 협회의 정신질환분류 DSM-Ⅲ에 의하면 우울은 주요 정서장애중의 하나로 다음 8가지 증상 즉 죽음을 생각하거나 죽고싶은 욕망, 무력감과 죄의식, 사고와 집중력 감퇴, 피로감, 식욕감퇴와 체중감소, 성욕감퇴, 수면장애, 정신운동의 변화중 4가지가 2주간 지속될 때 우울증이라 한다. 우울은 이처럼 일상생활에서의 슬픈 감정상태와 심한 정신병적 상태를 양극으로 하는 하나의 연속선상에서 설명될수 있다(Lazarus, 1976)(이, 1993에 인용).

또한 우울이란 스트레스에 대한 자연스럽고 기본적인 반응으로 정상적인 기분의 변화로부터 병적인 상태에 이르기까지 연속선상에 있으며 발생요인 또한 다양하고 개인의 적응수준에 따라 그 정도도 매우 다르다고 하였으며(이, 1993), 자신과 환경, 미래에 대한 부정적인 인지체계에 의해서 일어난다고 하였으므로(Beck, 1974) 과도한 스트레스는 곧 우울로 이행될 가능성이 크다고 하겠다.

한편 Beck(이, 1992에 인용)은 우울반응의 생리학적인 증상으로는 피로감, 식욕상실, 체중감소, 성적흥미감소, 수면방해를, 정서적인 증상으로는 낙담, 애착, 감정의 상실, 부적당한 감정, 기쁨, 즐거움의 근원상실, 유패한 반응상실을 들고 있으며, 행동상의 증상으로는 울음, 게으름, 무기력 상태, 정신지연, 자살시도가 나타나고, 인지적 증상으로는 부정적 기대, 비판, 부정적 자기평가, 자기비난, 우유부단, 동기상실, 자살사고가 있다고 하였다. 또한 우울한 사람은 자신과 삶에 대한 흥미가 상실되며 비합리적인 신념을 가지고 있고, 슬픈 감정의 정도가 심해 병적인 상태로 변화되기도 하며(소, 김 및 김, 1985), 자신들이 논리적인 사고 과정중 실수를 범했기 때문에 우울을 느끼는 것이라고 생각하며, 자신들에게 일어난 모든 일들은 자기비난과 파멸같은 것으로 왜곡시키는 경향이 있다고 하였다(이, 1993).

소등(1985)은, 만성질환자들이 겪는 우울은 생명을 위협하거나 무능하게 하는 장기적 성인질환을 앓는 사람들이 경험하는 정서적 합병증으로서 회복을 지연시키거나 질병을 악화시킨다고 하였다. Brown & Birely(1968)는 건강한 노인을 돌보는 가족과 치매노인을 돌보는 가족을 대상으로 비교 연구한 결과 치매노인의 가족원 집단이 대조집단보다 건강지각이 더 나빴고, 복용약물수 및 의사 방문수, 우울감도 더 많았으며 또한 생활만족도도 더 낮았다고 보고하였다.

Baillie 등(1988)은 노인을 돌보는 가족원을 대상으로

한 연구결과에서, 돌봄으로 인한 스트레스는 돌보는 가족원의 심리적 고통과 우울에 유의한 상관관계를 보인다고 하였다.

Rabins 등(1982)은 치매환자가족을 대상으로 한 연구에서, 가족이 스스로 경험하는 문제로는 만성피로, 분노, 우울이 가장 많았으며, 다음으로는 가족간 갈등, 친구와 취미의 상실, 자신을 위한 시간의 부족, 돌봄제공자가 아프게 될 것에 대한 걱정, 새로운 역할과 책임수행의 어려움, 죄책감 등의 순으로 나타났다고 하였다.

김(1987), 박(1988) 및 Pfaude(1973)에 의하면, 뇌졸중 환자는 우울, 좌절, 불안, 지적퇴행과 같은 신체적, 정서적 고통을 경험하게 되는데 이는 편마비로 인하여 일상생활을 위한 신체적 기능이 저하되며 오랫동안 자가간호 수행을 하지 못하고 의존적이 되기 때문이라고 하였다.

Brocklehurst 등(1981)은 뇌졸중 환자가족의 28%가 뇌졸중환자를 돌본지 2년안에 건강상태가 악화되었으며 12%가 불안 또는 우울로 치료를 받았다고 보고하였다.

이상의 문헌을 통하여 우울의 정의, 스트레스와 우울의 관계, 우울반응의 증상 그리고 가족 및 환자 자신의 우울정도를 확인하였지만 환자 못지않게 환자를 돌보는 가족의 우울정도도 높을 것이라는 점을 또한 짐작할 수가 있다. 더우기 뇌졸중 환자를 돌보아야 하는 환자 가족은 그들이 겪게될 신체적, 심리적, 사회경제적 스트레스가 개인의 대처능력을 넘어섰을 때 결국은 우울감은 더욱더 크리라 생각된다. 그러므로 간호사는 환자뿐 아니라 돌보는 자와 상호작용을 통한 지지적 간호행위를 제공하여 스트레스의 부적응 반응으로서 나타나는 돌보는 자의 우울을 감소시키고 건강을 유지시켜야겠다.

3. 가족의 부담감과 우울에 영향을 주는 요인

이와 서(1994)는, 입원시 환자가족원이 지각하는 부담감은 가족관계의 변화, 환자의 질병상태 및 신체적 기능상태나 가족원의 돌봄양상 등에 따라 영향을 받고 있으며 입원중인 만성환자 가족원의 부담감에 영향을 주는 요인으로는 가족원의 나이, 가족원의 병원체류시간, 환자의 질병 중정도, 입원기간이었으며 특히 가족원의 90%이상은 많은 시간을 환자와 함께하고 있으면서 환자의 안락유지나 방문객 접대 등의 단순업무로 인해 더욱 부담감을 느낀다고 발표하였다.

Montgomery 등(1985)은 환자의 태도와 정서반응에 의한 주관적 부담감에 영향을 주는 요인으로는 개인의

나이와 수입의 정도이었고, 가족원의 생활단면을 나타내는 객관적 부담감에 영향을 주는 요인으로는 가족원의 수행과업이었으며, 부담감을 감소시킬수 있는 방법으로는 가족원의 수행을 위한 보조적인 서비스에 대한 정보를 제공하는 것이라고 하였다. 이 연구에서는 주관적 부담감과 객관적 부담감의 관련요소는 다르다고 하였으며 일시적인 수행과제는 객관적 부담감의 최대 예측인자라고 보고하였다.

Pallett(1990)는 치매중환자 가족원의 부담감 정도에 영향을 미칠뿐만 아니라 간접적으로는 그들의 스트레스나 안녕에 영향을 미치는 4가지 요인을 환자의 특성, 가족원의 특성, 환자와 가족원간의 관계의 특성 및 가족원의 사회적지지 자원이라고 하였으며, Zarit 등(1980)은 노인환자 가족원의 부담감 정도에는 질병과 행위문제와는 관계가 없고 사회적지지중에서 가족의 방문횟수가 유의한 관계가 있다고 보고하였다.

이(1993), Herz 등(1979), Deimling & Bass(1986)는 환자의 신체기능 정도와 가족원의 부담감 정도간의 관계에서 신체기능 상태가 나쁠수록 가족원에게 더 많이 의존하게 되고 요구가 많아지게 됨에 따라 업무량이 증가되어 부담감 정도가 높게 나타났다고 하였다.

Oberst 등(1989), Deimling & Bass(1986), 박(1982), 이(1993)는 가족원의 건강상태가 나쁠수록 가족원은 부담감을 높게 인지하였다고 보고하였으며, 또한 McCann(1988)은 대상자의 67%에서 환자를 돌보는 일이 자신의 건강에 부정적인 영향을 미친다고 생각하며 수면부족, 피곤, 걱정거리, 만성질환을 경험하는 경우가 많다고 지적하였다. 그러므로 가족원들의 불건강상태와 이를 초래하는 요인들을 파악하여 그에 대한 해결책의 모색이 필요하다고 생각된다. 또한 Oberst 등(1989)은 수입이 적을수록 부담감 인지정도가 높은 것으로 보고하였으며, 박(1991)의 연구에서도 경제적 부담이나 생계의 위협은 부담감과 정상관 관계가 있었다고 하였다.

이상의 문헌고찰에 의하면 가족원의 부담감과 관련된 요인으로 환자의 건강상태, 일상생활 활동정도, 사회적지지정도, 가족원과 환자와의 관계와 가족원의 나이, 수입, 건강상태 등과 관계가 있는 것으로 나타났다.

한편 우울에 영향을 미치는 요인들을 선행연구를 통하여 고찰하여 보면, 우울은 내적인 과정에 대한 반응으로 유전적 소인이 있는 내인성 우울과 증상에 있어서도 경하며 유전적 소인이 없는 반응성 우울로 구분되는데 (Baker 등, 1985 ; Garber & Seligmenm, 1980) 특히

반응성 우울을 발생시키는 원인으로는 학교나 일의 실패, 사랑하는 사람의 죽음, 이별, 재정적인 어려움, 신체적인 질환 및 점차적인 노화 등(Seligmen, 1975)을 들 수 있다.

홍(1982)은 질병의 경과가 만성으로 접어들게 되면 만성 질환자의 대부분이 장기간의 투병생활로 인하여 불안감, 사회적인 소외감은 물론, 신체적 불편감과 역할상실, 치료비와 관련된 경제적 부담으로 인한 중압감 등으로 삶의 의미와 희망을 잃게되어 무기력해지며 인내하고 투병할 의지를 잃게되므로 우울에 빠지기 쉽다고 하였다.

또한 김(1996)은 신장질환이나 관절염 환자와 같은 만성병 환자들도 질병으로 인한 신체 손상이나 심각성의 지각으로 우울과 피로를 가장 많이 경험한다고 하였다.

피로와 우울과의 관계를 규명한 선행문헌들을 살펴보면, Krupp, Alvarez, Scheinberg(1988)는 다발성 경화증 환자와 건강인 즉 두 집단에서 나타나는 피로와 우울간에는 정상관 관계가 있다고 보고하였으며 관절염 환자를 대상으로 한 Tack(1990)도 같은 결과를 발표하였다.

또한 혈액투석 환자를 대상으로 한 김(1996)도 피로와 관련된 요인으로는 우울이 가장 유의한 관계가 있는 변인이며 우울과 피로는 비교적 높은 상관 관계가 있다고 하였다.

Christensen, Turner, Slaughter, Holman(1989)은 질병으로 인한 신체 손상이 클수록 우울이 증가된다고 하였으며, Sacks, Peterson, Kimmel(1990)은 질병에 따른 신체적 문제의 심각성 보다는 지각된 질병의 심각성이 높을수록 우울의 정도가 심각해 진다고 하였다.

이상의 문헌에서 볼 때 우울의 관련요인으로는 불안감, 사회적 소외감, 신체적 불편감, 역할상실, 경제적 부담감, 피로, 신체상과 지각된 질병의 심각성이라고 볼 수 있는데 이러한 요인들의 대부분은 뇌졸중 환자를 돌보는 가족들에게도 나타나는 부정적인 경험들이므로 뇌졸중 환자 가족들에게서 우울을 찾아보는 것은 어렵지 않을 것이다.

이상 환자가족의 부담감과 우울에 대한 선행연구들을 종합해보면 체계적이지 않은 의료시설과 숨은환자 또는 예기치 않은 간호사라고 표현되기도 하는(김, 1992) 돌보는자의 부정적 경험중 부담감과 우울이 상당히 높으리라 예측되며 가족을 둘러싼 여러 환경적 요인들은 환자 가족의 부담감과 우울에 많은 영향을 끼칠 것으로 사료된다.

따라서 본 연구에서는 입원환자의 부담감 및 우울감의 정도와 그 영향요인을 규명하여 입원환자 간호시 환자는 물론 가족원에 대한 간호과정을 제시할 필요가 있겠다.

III. 연구방법

1. 연구설계

본 연구는 뇌졸중 환자가족의 부담감 및 우울정도와의 여가에 영향을 미치는 요인 및 부담감과 우울과의 관계를 확인하기 위한 서술적 조사 연구이다.

2. 연구대상 및 자료수집방법

연구대상은 대전광역시에 위치한 D대학 부속한방병원에 뇌졸중으로 입원한 환자 80명과 그들을 주로 돌보고 있는 가족 80명을 대상으로 하였다.

환자가족은 환자와 함께 생활하는자로 질문지의 내용을 이해하고 의사소통이 가능하며, 연구에 참여하기를 허락한 자를 말한다.

자료수집 기간은 1995년 10월 23일부터 11월 20일까지 이었으며 자료수집은 구조화된 질문지를 이용하였다.

자료수집 방법은 본 연구자와 훈련받은 연구보조원 1인과 함께 병동을 주 2회 방문하여 수간호사로부터 뇌출혈과 뇌경색으로 진단받은 환자의 명단을 입수한 후 환자의 병실을 방문하여 환자가족에게 연구의 목적과 설문지 작성방법을 설명한 후 작성능력이 있는 가족들에게는 설문지를 주어 본인이 직접 작성하도록 하였으며 그렇지 않은 가족은 연구자 및 연구보조원이 각 항목마다 면담을 통하여 기록하였다.

3. 연구도구

자료수집에 사용된 도구는 아래에 설명된 구조화된 설문지를 사용하였으며, 환자 및 가족의 일반적 특성을 알아보기 위해서는 연구자가 작성한 설문지를 사용하였다. 설문지의 내용은 가족의 일반적 특성 10문항, 환자의 일반적 특성 9문항, 부담감 측정 13문항 및 우울측정 20문항으로 구성되었다.

1) 부담감 측정도구

Montgomery 등(1985)과 Zarit(1980)의 주관적, 객

관적 부담감 측정도구를 이(1985)가 번역하고 이와 서(1994)가 수정한 것을 본 연구자가 일부 재수정한 도구를 사용하였다. 부담감 측정도구는 총 13문항의 6점 척도로 최저 13점에서 최고 78점까지의 분포를 보이며, 점수가 높을수록 부담감의 정도가 많음을 의미한다.

주관적 부담감을 측정하기 위한 문항은 환자를 돌보는 과정에서 가족원이 느끼는 감정, 태도, 정서 등에 관한 내용들로 이루어 졌고, 객관적 부담감의 문항은 돌봄으로 인한 제약(시간, 사생활, 개인적자유, 사회활동 등)의 정도에 관한 질문으로 구성되었다.

이와 서(1994)가 측정한 도구의 신뢰도는 객관적 부담감이 Cronbach's $\alpha=0.82$ 이었고 주관적 부담감의 신뢰도는 Cronbach's $\alpha=0.70$ 이었으며, 본 연구에서 도구의 신뢰도는 객관적 부담감이 Cronbach's $\alpha=0.83$, 주관적 부담감이 Cronbach's $\alpha=0.68$ 이었다.

2) 우울 측정도구

Zung(1965)의 자가평가 우울척도(Self-rating Depression Scale)를 이용하였다. 총 20문항으로 10개의 긍정적 문항과 10개의 부정적 문항으로 각 문항의 배점은 부정적 문항에서 '매우 그렇다'가 4점에서 '거의 그렇지 않다'를 1점으로 하였으며, 긍정적 문항은 역으로 배점하였다. 점수는 최저 20점에서 최고 80점까지의 분포를 보이며 50점 이상일 때 우울이 뚜렷한 상태라고 한다(성, 1992).

도구의 신뢰도는 Zung(1965)이 도구개발 당시 반분법에 의하여 측정한 신뢰도 계수가 0.73이었고, MPI의 우울 하부척도와 상관계수는 0.70이었다.

본 연구에서 도구의 신뢰도는 Cronbach's $\alpha=0.79$ 이었다.

4. 자료분석방법

자료분석방법은 SAS(Statistical Analysis System)를 이용하여 전산처리 하였으며 자료분석을 위해 사용된 방법은 다음과 같다.

- 1) 뇌졸중 환자 및 가족의 일반적 특성은 실수와 백분율을 산출하였다.
- 2) 뇌졸중 환자가족의 부담감과 우울정도는 각각 평균, 표준편차를 사용하였다.
- 3) 뇌졸중 환자 및 그 가족의 일반적 특성에 따른 가족의 부담감 및 우울정도의 차이를 알아보기 위해서 t-test와 ANOVA로 분석하였다.

4) 뇌졸중 환자가족의 부담감과 우울과의 상관관계는 Pearson's Correlation으로 분석하였다.

IV. 연구결과

1. 뇌졸중 환자가족 및 환자의 일반적 특성

〈표 1〉 뇌졸중 환자를 돌보는 가족의 일반적 특성 (n=80)

특 성	구 분	실 수	백분율
연 령	20대	10	12.5
	30대	25	31.3
	40대	16	20.0
	50대	16	20.0
	60대	9	11.2
	70대	4	5.0
성 별	남자	25	31.3
	여자	55	68.7
종 교	유	48	60.0
	무	32	40.0
결혼상태	미혼	10	12.5
	기혼	70	87.5
	이혼	0	0
	별거의사연	0	0
학 령	무학	9	11.3
	국졸	10	12.5
	중졸	21	26.3
	고졸	27	33.7
	대졸	13	16.2
직업유무	유	39	48.7
	무	41	51.3
가족형태	핵가족	61	76.2
	대가족	19	23.8
가구의 월수입	50만원	18	22.5
	51-100만원	25	31.3
	101-150만원	21	26.2
	151만원이상	16	20.0
환자와의관계	배우자	26	32.5
	자녀	42	52.5
	배우자와자녀	12	15.0
돌봄기간	1주이내	28	35.0
	2주이내	18	22.5
	3주이내	12	15.0
	4주이내	4	5.0
	4주이상	18	22.5

〈표 2〉 뇌졸중 환자의 일반적 특성 (n=80)

특 성	구 분	실 수	백분율
연 령	40대	10	12.5
	50대	15	18.7
	60대	26	32.5
	70대	28	35.0
	80대	1	1.3
성 별	남	37	46.3
	여	43	53.7
과거입원유무	유	28	35.0
	무	52	65.0
직 업	유	21	26.2
	무	59	73.8
종 교	유	55	68.7
	무	25	31.2
교육정도	무학	21	26.2
	국졸	38	47.5
	중졸	8	10.0
	고졸	12	15.0
동거가족	대졸	1	1.2
	배우자	15	18.7
	자녀	15	18.7
	배우자+자녀	48	60.0
가구의 수입 정도	기타	2	2.5
	상	5	6.3
치료비부담	중	46	57.5
	하	29	36.2
	본인	20	25.0
위의 2인이상	배우자	15	18.8
	자녀	43	53.7
	위의 2인이상	2	2.5

뇌졸중 환자를 돌보는 가족과 환자의 일반적 특성은 〈표 1, 2〉와 같다.

2. 가족이 인지한 부담감 및 우울정도

뇌졸중으로 입원한 가족이 인지한 부담감에 대한 평균점수는 54.30, 표준편차는 6.99로 중간이상의 부담감을 느끼고 있었으며 이중 객관적 부담감의 평균점수는 28.87, 주관적 부담감은 25.38로 객관적 부담감이 높게 나타났다. 또한 가족의 우울점수는 평균 43.20, 표준편차는 9.15로 중간이하의 우울을 나타내었다(표 3, 4).

〈표 3〉 가족의 부담감정도 (n=80)

	점수범위	평균	표준편차	최소점수 - 최대점수
부담감	13-78	54.30	6.99	37-69
객관적 부담감	6-36	28.87	4.95	11-36
주관적 부담감	7-42	25.38	6.61	7-40

〈표 4〉 가족의 우울정도 (n=80)

	점수범위	평균	표준편차	최소점수 - 최대점수
우울	20-80	43.20	9.15	23-65

3. 가족의 부담감과 우울과의 상관관계

뇌졸중 환자가족이 인지하는 부담감과 우울과의 관계를 알아보기 위하여 Pearson's Correlation으로 검증한 결과〈표 5〉와 같다.

부담감과 우울과의 관계에서는 통계적으로 매우 유의한 수준에서 역상관 관계($r=-0.339$)를 보였다. 이 결과는 가족원이 인지한 부담감이 높아도 우울정도는 낮다는 것을 의미하며 그 반대 상황도 성립된다.

〈표 5〉 뇌졸중 환자가족의 부담감과 우울과의 상관관계 (n=80)

변수	우울
부담감	-0.339**

$p < 0.01^{**}$

4. 가족의 일반적 특성과 부담감과의 관계

가족의 부담감에 영향을 미칠 것으로 생각되는 변수인 연령, 성별, 종교, 결혼상태, 학력, 직업, 가족형태, 가족의 월수입, 환자와의 관계 및 환자를 돌본기간과 부담감과의 관계는 모두 통계적으로 유의한 차이가 없었다($P > 0.05$) (표생략).

그러나 가족의 특성과 객관적 부담감과의 관계에서는 연령($P=0.033$)과 학력($P=0.040$)에서 통계적으로 유의한 차이를 나타내었다(표 6, 7). 즉 객관적 부담감은 40대(31.87점)에서 가장 높았고 20대(30.44점), 50대(28.64점)순으로 차이가 있었으며, 학력과 객관적 부담감과의 관계에서도 고졸(30.57점), 대졸(29.76점)순으로 높았고 무학(25.22점)에서 가장 낮아 고학력이 대체로 객관적 부담감이 높게 나타났다.

가족의 특성에 따르는 주관적 부담감은 모두 통계적으로 유의한 차이가 없었다($p > 0.05$) (표생략).

〈표 6〉 가족의 연령에 따른 객관적 부담감 (n=80)

구분	평균	표준편차	T or F	P
20대	30.44	5.72	2.58	0.033
30대	28.08	5.96		
40대	31.87	3.46		
50대	28.64	3.85		
60대	25.25	3.49		
70대	28.00	0.81		

〈표 7〉 가족의 학력에 따른 객관적 부담감 (n=80)

구분	평균	표준편차	T or F	P
무학	25.22	2.77	2.65	0.040
국졸	27.00	2.78		
중졸	28.57	3.89		
고졸	30.57	5.86		
대졸	29.76	5.50		

5. 가족의 일반적 특성과 우울정도와의 관계

가족의 우울에 영향을 미치는 특성으로는 성별($P=0.0006$), 학력($P=0.0004$), 월수입($P=0.0007$)으로 나타났다(표 8, 9, 10). 즉 여자(45.58점)가 남자(38.16점)보다 우울을 인지한 점수가 높았으며, 가족의 교육수준이 낮을수록 우울점수가 높았고(무학=52.22점, 국졸=48.40점, 중졸=42.78점, 고졸=41.48점, 대졸=37.15점), 월수입이 적을수록 대체로 우울점수가 높았는데(50만원=50.66점, 51-100만원=40.33점, 101-150만원=43.30점, 151만원 이상=38.78점), 이들 모두 통계

〈표 8〉 가족의 성별에 따른 우울정도 (n=80)

구분	평균	표준편차	T or F	P
남	38.16	8.34	-3.59	0.0006
여	45.58	8.60		

〈표 9〉 가족의 학력에 따른 우울정도 (n=80)

구분	평균	표준편차	T or F	P
무학	52.22	5.42	5.82	0.0004
국졸	48.40	7.10		
중졸	42.78	11.11		
고졸	41.48	7.07		
대졸	37.15	7.50		

〈표 10〉 가족의 월수입에 따른 우울정도 (n=80)

구 분	평 균	표준편차	T or F	P
50만원	50.66	9.14	5.44	0.0007
51-100만원	40.33	6.82		
101-150만원	43.30	9.29		
151만원이상	38.78	6.32		

적으로 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다. 그러나 그 외의 가족의 특성과 우울과의 관계는 통계적으로 유의하지 않는 것으로 나타났다(p>0.05)〈표생략〉.

6. 뇌졸중환자의 일반적 특성과 가족의 부담감과의 관계

가족원의 부담감에 영향을 미칠 것으로 생각되는 뇌졸중 환자의 모든 특성들과 부담감과의 관계는 통계적으로 유의한 관계가 없는 것으로 나타났다(P>0.05)〈표생략〉.

또한 객관적 부담감에서도 각 특성들 간에 통계적으로 유의한 차이가 없었으나(P>0.05) 환자의 성별에 따른 주관적 부담감에서만 통계적으로 유의한 차이를 나타내었다. 즉 환자가 남자(27.08점)인 경우가 여자(23.97점) 환자인 경우보다 가족의 주관적 부담감이 높게 나타났다(p=0.037)〈표 11〉.

〈표 11〉 뇌졸중환자의 성별에 따른 가족의 주관적 부담감 (n=80)

구 분	평 균	표준편차	T or F	P
남	27.08	5.73	2.11	0.037
여	23.97	7.10		

7. 뇌졸중환자의 일반적 특성과 가족의 우울정도와의 관계

뇌졸중환자의 모든 특성들과 환자를 돌보는 가족이 인지하는 우울과의 관계를 살펴보면, 환자의 경제상태가 '하'인 경우에 환자가족이 느끼는 우울감은 46.70점으로 경제상태가 '중'이나 '상'인 경우보다 훨씬 높게 나타났다(통계적으로도 유의한 차이를 보았다(P=0.048)〈표 12〉.

그러나 그 외 일반적인 특성과 우울과의 관계는 통계적으로 유의하지 않는 것으로 나타났다(P>0.05)〈표생략〉.

〈표 12〉 뇌졸중환자의 경제상태에 따른 가족의 우울정도 (n=80)

구 분	평 균	표준편차	T or F	P
상	37.66	4.50	3.26	0.048
중	40.00	9.71		
하	46.70	8.33		

V. 논 의

본 연구에서는 뇌졸중 환자를 일차적으로 돌보고 있는 가족들이 환자 못지않게 많은 부담감과 우울을 경험하며 환자와 가족들에게 관련된 여러 변수들에 의해 영향을 받으리라 생각하여 가족이 인지한 부담감과 우울의 정도에 대하여 분석해 보았다.

뇌졸중 환자 가족이 느끼는 총 부담감은 최저 13점과 최고 78점의 범위에서 평균 54.307점으로 가족은 중간 이상의 부담감을 가지고 있었으며, 입원중인 만성환자 가족원의 부담감을 측정 한 이와 서(1994)의 연구에서도 부담감의 평균점수가 63.0점으로 조사도구의 중간치인 52.75점보다 높게 나타나 본 연구결과와 일치하였다. 그러나 노인 입원환자의 가족원을 대상으로 한 이(1993)의 연구에서는, 가족의 부담감 점수가 중간 이하를 나타냈으며, 박(1991)과 이(1985)의 연구결과에서도 중간 이하의 부담감을 나타내어 본 연구결과와는 일치하지 않았다. 본 연구에서 가족이 인지한 부담감의 점수가 높은 이유로는, 대상자가 갑작스럽게 발병하는 뇌졸중 환자의 가족으로서 65%가 병원에 처음으로 입원한 환자의 가족이었으며 조사당시에 대상자의 과반수 이상이 환자를 돌본지 2주정도 되는 시기이었으므로, 환자를 돌본 경험이 없는 환자가족은 자신의 실수로 환자가 잘 못되지 않을까 하는 불안으로 위축되고 소극적이 되며(김, 1992) 아직도 스트레스를 완화시킬 대처기술 및 전략이 수립되지 않았기 때문이 아닌가 생각된다.

한편 시설에 입원해 있거나 혹은 가정에 있는 노인환자가족을 대상으로 부담감을 측정 한 Novak & Guest(1989)의 연구에서는, 부담감 점수범위가 0점에서 96점 사이중 평균 22.14점으로서 본 연구결과 뿐 아니라 위의 박(1991), 이(1985) 및 이(1993)의 부담감 점수와 비교해 보아도 훨씬 낮은 비율의 점수를 나타내므로 환자를 돌보는 우리나라 가족원이 훨씬 더 많은 부담감을 느끼고 있었음을 알 수 있었다. 또한 Novak & Guest(1989)는 입원한 환자의 가족이 느끼는 부담감이 가정에 있는 환자의 가족보다 더 낮은 부담감을 느끼고 있다고 보고

하였으며 또한 Alzheimer 환자 가족을 대상으로 연구한 Thompson & Doll(1982)의 연구결과에서도 환자가 가족과 함께 거주하는 경우가 오히려 기관에 있는 경우보다 가족원이 스트레스를 더 많이 느껴 더욱더 부담감을 갖는다고 보고하였는데 이와 같은 결과는 보호자가 반드시 있어서 돌봄행위를 해야만 하는 우리나라 대다수의 병원환경과는 다르기 때문인 것으로 생각된다. 본 연구에서는 뇌졸중으로 병원에 입원중인 환자 가족의 부담감과 가정에서 돌보는 가족사이의 부담감 및 우울정도를 비교해 보지는 못했으나 우리나라에서는 위 두가지 상황 모두에서 외국의 연구결과보다 부담감과 우울정도가 높으리라 예측이 되나 차후에 연구해 볼 만한 가치가 있다고 생각된다.

본 연구결과 중 객관적 부담감은 28.87점으로 조사도구의 중간치인 21.00점보다 훨씬 더 높게 나타났으나 주관적 부담감은 25.38로 중간치인 28.00점보다 약간 낮게 나타났다. 이와같은 결과는 뇌졸중 환자가 편마비로 인하여 신체적 기능이 저하됨은 물론이며 오랫동안 자가간호를 수행하지 못하므로 가족에게 의존적이 되어 가족이 수행해야 하는 행위나 그런 활동을 위해 소요되는 시간이 많기 때문에 객관적 부담감이 크리라 생각된다. 또한 본 연구결과와 똑같이 이와 서(1994)도 객관적 부담감이 주관적 부담감보다 높게 나타났는데 이는 만성환자에 대한 돌봄이 객관적 부담감 즉 역할의 변화는 부담스러우나 가족원의 개인적인 감정이나 정서는 크게 영향을 주지 않는다고 설명하여 본 연구결과를 뒷받침하고 있었다. 그러나 Thompson & Doll(1982)은 Alzheimer 환자를 간호하는 가족의 주관적 부담감이 객관적 부담감보다 더 컸다고 보고하여 본 연구결과와는 일치하지 않았다. 이는 가족이 돌보고 있는 환자의 질병이 다르기 때문에 가족이 인지하는 부담감 종류도 다른 것으로 사료된다.

뇌손상으로 입원한 환자의 가족을 대상으로 실시한 이(1985)의 연구에서는 부담감과 우울이 서로 정상관계가 있었음을 보고하였는데 본 연구에서는 가족의 부담감과 우울과의 관계가 강한 역상관 관계를 나타내어 차이가 있었다. 이와같은 결과는 연구자가 기대한 결과와도 일치되지 않았지만 본 연구결과를 보면 돌보는 자가 남자일 경우 여자보다 부담감은 크게 나타났으나 우울감은 반대로 낮게 나왔으며, 또한 학력이 높을수록 부담감은 컸으나 반대로 우울감은 낮게 나타나 이런 현상들도 추정해 볼때 가족의 부담감이 크다하여 반드시 우울감도 높다고 볼 수 없겠다.

한편 객관적 부담감에 통계적으로 유의하게 영향을 미치는 일반적 특성으로는 연령($p=0.033$)과 학력($p=0.040$)으로 나타났다. 이중 가족의 연령에 따른 객관적 부담감은 40대에서 가장 높았는데 이 연령층은 생의 주기에서 이루어야 할 과업이 가장 많은 시기이므로 자신의 고유역활에 부가하여 많은 시간을 병원에서 환자와 함께 생활하면서 돌보아야 하며 또한 환자의 안락유지나 방문객 접대 등의 단순한 업무 때문에 이들이 타 연령층보다 부담감을 크게 느끼고 있는 것(이와 서, 1994)은 당연한 사실이라 사료된다. 가족의 학력에 따르는 객관적 부담감 정도의 차이를 보면 본 연구에서는 대체로 학력이 낮을수록 부담감의 인지정도가 낮았는데, Printz-Fedderson(1990)은 고학력, 고수입의 경우 가족의 부담감이 적었다고 보고하여 본 연구와 상반된 결과를 보여주었다.

이는 보호자가 없어도 되는 외국의 병원환경과는 반대로 학력과 관계없이 보호자가 있어야만 하는 우리나라의 실정에서 시간할애나 단순한 업무에 비교적 여유를 가진 사람들은 일반적으로 고학력보다 저학력 사람들이므로 객관적 부담감이 적을 것이라 생각된다. 일반적인 특성과 우울정도의 관계를 살펴볼 때 성별($p=0.0006$), 학력($p=0.0004$), 월수입($p=0.0007$)에서 통계적으로 유의한 차이를 보였다. 성별에 따른 가족의 우울정도는 본 연구결과와 마찬가지로 Fitting 등(1986)과 성(1992)의 연구결과에서도 여자가 남자보다 우울정도가 더 높게 나타났는데, 그 이유는 환자가족이 남성인 경우에는 연령이나 경제적 수준과는 무관하게 다른 가족에 의해 보조를 반드시 받고 있었으며(김, 1992) 또한 남자와 여자가 환자를 돌보는 경험이 다르게 인지되며 남자는 기존의 역할과는 다른 새로운 역할을 경험하게 되므로 이를 즐기는 것이라 해석하였다(서와 오, 1995). 가족의 교육수준이 낮을수록 우울의 정도가 높게 나타났다는 본 연구의 결과는 노인의 우울에 영향 미치는 변수에서 대상자의 교육수준이 낮을수록 우울점수가 높았다고 한 성(1992)과 교육수준이 낮을수록 스트레스가 높았다고 한 이(1988) 및 Singhi 등(1990)의 결과와도 같게 나타났다. 그러므로 갑작스럽게 발병하여 장기적인 간호가 필요한 뇌졸중환자 뿐 아니라 이들을 돌보는 가족 특히 교육수준이 낮은 사람들을 위하여 사회적 지지와 간호의 세심한 배려가 필요하다 하겠다.

또한 본 연구에서 월수입이 적을수록 대체로 가족의 우울점수가 높았는데 이는 월용돈이 적을수록 노인의 우울점수가 높았다고 한 성(1992)의 보고와, 또한 경제

상태가 높다고 지각하는 사람들이 우울정도가 낮았다고 보고한 송(1991)의 연구가 본 연구를 지지해 주었으며 환자가족의 경제수준이 높은 남자일 때 가족의 지지가 높고 부정적 경험도 낮다고 한 김(1992)의 연구도 본 연구결과를 뒷받침 해 주었다. 또한 환자가족뿐 아니라 환자 자신의 경제상태가 '하'인 경우에도 '중' '상'인 경우보다 가족의 우울감이 통계적으로 유의한 차이로 높았으며($p=0.048$), 환자의 직업이 없는 경우가 있는 경우보다 가족의 우울감도 크게 나왔고, 치료비 부담자가 환자 본인인 아닌 배우자나 자녀인 경우 가족의 부담감이 크게 나타났는데 이는 앞에서 서술한 가족의 경제적 수준뿐 아니라 환자 자신의 경제상태에서도 그를 돌보는 가족의 부담감과 우울에 상당히 영향을 끼친다는 것을 알 수 있었으며 이(1985)에 의하면 환자 자신이 가족의 유일한 수입원이 되는 경우 환자가족의 부담감은 더욱 커진다고하여 본 연구결과와 일치하였다. 또한 본 연구대상자가 의료보험 수가가 비교적 적게 적용되는 한방병원에 입원한 뇌졸중환자의 가족들을 대상으로 하였으므로 의료비 지출이 일반 병원보다 높기때문이라 생각된다.

VI. 결 론

본 연구는 입원중인 뇌졸중 환자가족의 부담감과 우울정도를 측정하고 여기에 영향을 미치는 제 변수들을 파악하며 가족의 부담감과 우울과의 관계를 확인하기 위하여 1995년 10월 23일부터 11월 20일까지 대전직할시에 있는 D대학 부속한방병원에 뇌졸중으로 입원한 환자 80명과 그들을 주로 돌보고 있는 가족 80명을 연구대상으로 하였다.

연구도구는 부담감을 측정하기 위하여 Montgomery 등(1985)과 Zarit(1980)의 도구를 번역, 수정(이, 1985; 이와서, 1994)한 것을 본 연구자가 일부 재 수정한 도구를 사용하였으며, 우울정도를 측정하기 위해서는 Zung(1965)의 자가평가 우울척도 도구를 사용하였다.

자료분석방법은 SAS(Statistical Analysis System)를 이용하여 실수, 백분율, t-test, ANOVA, Pearson's Correlation Coefficient로 분석하여 얻어진 결과를 요약하면 다음과 같다.

- 1) 뇌졸중 환자가족이 인지한 부담감의 정도는 중정도 이상이었으며, 주관적 부담감보다 객관적 부담감의 정도가 더 크게 나타났다.
- 2) 뇌졸중 환자가족이 인지한 우울정도는 중간 이하이

었다.

- 3) 뇌졸중 환자가족이 인지한 부담감과 우울과의 관계는 통계적으로 유의한 수준에서 역상관 관계를 보였다.
- 4) 가족의 일반적 특성과 부담감과 관계는 통계적으로 유의한 관계는 없었으나, 객관적 부담감과 관계에서는 연령, 학력에서만 유의한 관계를 나타내었다. 즉 다른 연령층보다 40대에서, 또한 무학보다 고학력이 대체로 객관적 부담감이 크게 나타났다.
- 5) 가족의 우울에 영향을 미치는 일반적 특성과 관계를 분석한 결과 성별, 학력, 월수입면에서 만이 유의한 관계를 나타내었다. 즉 여자가 남자보다 우울정도가 컸으며 교육수준이 낮을 수록 또한 월수입이 적을 수록 우울정도가 크게 나타났다.
- 6) 뇌졸중 환자의 일반적 특성과 가족의 부담감과 관계에서는 환자의 성별에 따른 주관적 부담감에서만 유의한 관계를 나타내었다. 즉 환자가 남자인 경우가 여자인 경우보다 가족의 주관적 부담감이 크게 나타났다.
- 7) 뇌졸중 환자의 일반적 특성과 가족의 우울과의 관계에서는 환자의 경제상태에서만 유의한 관계를 나타내었다. 즉 환자의 경제상태가 낮을 때 가족이 인지한 우울정도는 크게 나타났다.

이상의 결과에서와 같이 뇌졸중 환자가족은 사망이나 혹은 반신불수인 영구적인 장애자의 상태로 되므로 노인입원 환자가족보다 부담감을 많이 받고 있었다. 그러나 환자가족이 인지한 우울정도는 중간 이하이었지만 몇몇 변수들은 가족의 우울정도에 상당한 영향을 끼쳤다. 즉 가족의 우울정도는 남자보다 여자에서, 교육수준이 낮을수록, 또한 월수입이 적을수록 높게 나타났으며, 특히 환자가족 뿐만 아니라 환자 자신의 직업 및 치료비 부담등과 관련하여 월수입은 가족의 부담감과 우울에 상당한 영향을 끼쳤다.

그러므로 이것들을 최소화하기 위한 방안으로 조기퇴원을 권유하여 환자의 입원기간을 단축시키고, 퇴원후 환자돌봄을 수행할 수 있는 가족에 대한 교육의 기회를 계획하며, 하루속히 가정간호사업이 정착되어 가정에서도 전문적인 간호를 받을수 있는 제도적 장치가 필요하다.

또한 사회 경제적, 교육수준이 낮은 계층을 위하여 확대가족, 이웃, 친구 및 종교단체를 중심으로 봉사할수 있는 계획 뿐만아니라 병원에서는 환자와 가족을 위해 휴식공간을 제공하여 환자 가족원의 피로회복을 위한

휴식 및 타 가족원들과 자연스럽게 지지모임이 형성 되도록 간호계획 및 중재방안을 마련해야겠다.

특히 40대의 고학력층에서는 주관적 부담감보다 환자를 위한 시간할애나 목욕, 옷입히기, 식사돕기 등의 단순업무로 객관적 부담감을 크게 느끼므로 이러한 객관적 부담감을 줄이기 위해서는 돌봄행위를 위한 병원의 인적 자원을 늘려야 하며, 아울러 환자 보호자에게 위임되었던 이런 행위들에 대하여 간호인력은 더욱더 관심을 가지고 간호 수행에 임하여야 하며 병원에 가족원을 상주시키고 있는 현 제도상의 문제점들에 대한 검토도 이루어져야겠다.

이상의 연구결론을 토대로 다음과 같이 제언하고자 한다.

- 1) 뇌졸중으로 병원에 입원중인 환자를 돌보고 있는 가족원과 가정에서 돌보고 있는 가족원을 대상으로 그들이 인지하고 있는 부담감과 우울정도를 비교하여 그 차이를 규명하며 또한 외국의 문헌들과 비교 고찰하여 가족관계와 문화적 차이점을 연구할 필요가 있다.
- 2) 뇌졸중 환자의 회복시기에 따른 가족의 부담감과 우울정도를 연구할 필요가 있다.
- 3) 한방병원에 입원한 뇌졸중 환자의 가족 뿐 아니라 보습가계산등 환경적 요인이 다른 일반 병원에 입원한 뇌졸중 환자의 가족도 연구 대상에 포함하여 부담감과 우울정도를 좀 더 일반화 시키고 각각의 대상자들을 비교 검토하는 연구가 필요하다.

참 고 문 헌

- 강현숙(1984). 재활강화교육이 편마비환자의 자가간호 수행에 미치는 효과에 관한 실험적 연구, 연세대학교 대학원 석사학위논문.
- 김분환(1989). 급성기 뇌졸중환자의 간호중재-노인환자를 중심으로-. 대한간호, 28(2), 6-13.
- 김소선(1992). 뇌졸중 환자를 돌보는 가족의 경험에 관한 연구, 연세대학교 대학원 석사학위논문.
- 김수지, 김정인(1981). 가족정신건강. 서울: 수문사.
- 김애리(1987). 두부 외상환자의 불안요인 및 그 정도에 관한 조사연구, 이화여자대학교 대학원 석사학위논문.
- 김혜령(1996). 혈액투석환자의 피로와 관련요인에 관한 연구. 간호학회지, 26(1), 53-72.
- 박명희(1991). 가족간호제공자의 부담감 인지정도 및 영향변수분석. 카톨릭대학 의학부 논문집, 44(3), 49-58.
- 박원경(1988). 뇌졸중으로 인한 편마비환자가 지각한 스트레스와 우울에 관한 연구, 이화여자대학교 대학원 석사학위논문.
- 박재간(1982). 노인의 건강에 대한 욕구. 대한간호, 21(1), 19-22.
- 백소희(1994). 암환아 어머니의 사회적 지지와 부담감, 충남대학교 대학원 석사학위논문.
- 서문자(1989). 편마비환자의 퇴원후 적응상태와 관련요인에 대한 분석적연구, 서울대학교 대학원 박사학위논문.
- 서미혜, 오가실(1993). 만성질환자 가족의 부담감에 관한 연구. 간호학회지, 23(3), 467-486.
- 성기월(1992). 정서적 지지간호를 병행한 집단 등공예 작업이 시설노인의 인지기능과 우울에 미치는 영향, 경북대학교 대학원 박사학위논문.
- 소희영, 김종임, 김홍선(1985). 혈액투석 환자의 우울에 관한 연구. 충남의대잡지, 12(1), 198-205.
- 송미순(1991). 노인의 생활기능상태 예측모형 구축, 서울대학교 대학원 박사학위논문.
- 이관희(1985). 뇌손상환자의 상태와 가족의 부담감 및 우울정도와의 관계연구, 연세대학교 대학원 석사학위논문.
- 이숙자(1993). 노인입원환자의 가족원이 인지한 부담감 정도에 관한 연구, 전남대학교 대학원 석사학위논문.
- 이숙자(1993). 지지적 간호행위가 혈액투석 환자의 대처방식에 따라 우울과 삶의 질에 미치는 영향, 연세대학교 대학원 박사학위논문.
- 이영신, 서문자(1994). 입원환자 가족원의 부담감에 대한 연구. 간호학 논문집, 8(1), 17-32.
- 이현성(1988). 만성질환아 어머니의 스트레스와 대응에 관한 연구, 연세대학교 대학원 석사학위논문.
- 최선미, 김연희, 조은수(1991). 농촌지역 재가(在家) 뇌졸중환자의 재활실태와 욕구에 관한조사. 대한재활의학회지, 15(2), 67-73.
- 최은숙(1992). 뇌졸중환자의 자가간호 수준에 따른 보호자의 스트레스, 충남대학교 대학원 석사학위논문.
- 홍여신(1982). 환자의 간호사와의 인간관계. 대한간호, 21(2), 9-15.
- Anderson, S.N. & Bauwens, E.E.(1981). Chronic health problems. Toronto : Mosby Co.

- Archbold, P.(1981). Impact of parent-caring on women. Presented at the 12th. International Congress of Gerontology. Hamburg, Federal Republic of Germany(재인용).
- Baillie, V., Norveck, J.S., & Barnes, L.E.A.(1988). Stress, social support and psychological distress of family caregivers of the elderly. Nursing Research, 37(4), 217-222.
- Baker, P., Hum, A. & Robertson, E.(1985). Psychological theory in affective disorders. Nursing Mirror, 160(22), 34-36.
- Beck, A.T.(1974). The development of depression, a cognitive model : The psychology of depression : contemporary theory and research. New York : John Wiley and Sons.
- Bishop, D.S., Epstein, N.B., Keitner, G.I., Miller, I. W. & Srinivasan, S.V.(1986). Stroke, moral, family functioning, health status, & functional capacity. Arch. Phys. Med. Rehabilitation, 67, 84-87.
- Brocklehurst, J.C., Morris, P., Andrews, K. & Laycock, P.(1981). Social effect of stroke. Social Science in Medicine, 15, 35-39.
- Brody, E.M.(1981). "Women in the middle" and famally help to older people. The Gerontologist, 21, 471-480.
- Brown, G.W. & Birely J.L.(1968). Crisis and life change and the onset of schizophrenia. Journal of Health and Social Behavior, 8, 203-219.
- Brown, P.L.(1992). The burden of caring for husband with Alzheimer's disease. Home Healthcare Nurse, 9(3), 33-38.
- Bull, M.J.(1990). Factors influencing family caregiver burden and health. Western J. Nurs. Research, 12(6), 756-776.
- Cantor, M.H.(1983). Strain among caregivers : A Study of experience in the United States. The Gerontologist, 23(6), 597-604.
- Christensen, A.J., Turner, C.W., Slaughter, J.R. & Holman, J.M Jr.(1989). Perceived family support as a moderator psychological well-being in end-stage renal disease. Journal of Behavioral Medicine, 12(3), 249-265.
- Deimling, G.T. & Bass, D.M.(1986). Symptoms of mental impairment among elderly adults and their effects on family caregivers. J. Gerontology, 41(6), 778-784.
- Fengler, A. & Goodrich, N.(1979). Wives of elderly disabled man : The hidden patients. The Gerontologist, 19, 175-185.
- Fitting, M., Rubins, P., Lucas, J. & Eastham, J. (1986). Caregivers for dementia patients : A comparison of husbands and wives. The Gerontologist, 26(3), 248-252.
- Gallagher, D., Rose, J., Rivera, P., Lovett, S. & Thomson, L. W.(1989). Prevalence of depression in family caregivers. The Gerontologist, 29(4), 449-456.
- Garver, J. & Seligman, M.E.P.(1980). Human Helplessness. New York : Academic Press.
- Given, B., Stommel, M., Collins, C., King, S. & Given, C.W.(1990). Responses of elderly spouse caregivers. Research in Nursing & Health, 13, 77-85.
- Herz, et al.(1979). Brief versus standard hospitalization, The Families. Am. J. Psychiatry, 133 (7), 795-801.
- Jensen, S. & Given, B.A.(1991). Fatigue affecting family caregivers of cancer patients. Cancer Nursing, 14(4), 181-187.
- Kalpan, H.I. & Sadock, B.J.(1985). Major affective disorders, modern synopsis of comprehensive textbook of Psychiatry IV, Williams & Wilkims 4th, ed. 238-254.
- Krupp, L.B., Alvarez, L., La Rocca, N.G. & Scheinberg, L.C.(1988). Fatigue in multiple sclerosis. Archives Neurology, 45, 435-437.
- Lazarus, R.S.(1976). Patterns of adjustment. New York : Mc Graw-Hill.
- Mc Cann, J.J.(1988). Long term home care for the elderly parents. Perceptions of nurses, physicians and primary caregivers. QRB, 3, 66-74.
- Montgomery, R.J., Gonyea, J.G. & Hooyman, N. (1985). Caregiving and the experience of subjective and objective burden. Family relations, 34, 19-26.

- Novak, M.N. and Guest, C.(1989). Application of a multidimensional caregiver burden inventory. The Gerontologist, 12, 111–121.
- Oberst, M.T., Thomas, S.E., Gass, K.A. & Ward, S.E.(1989). Caregiving demands and appraisal of stress among family caregivers. Cancer Nursing, 12(4), 209–215.
- Oliver, J.(1985). Eight days a week. Nursing Times, 16(23).
- Orodenker, S.Z.(1990). Family caregiver in a changing society : The effects of employment on caregiver stress. Family & Community Health, 58–69.
- Pallet, J.(1990). A Conceptual framework for studying family caregiver burden in alzheimers type dementia. Journal of Nursing Scholarship, 22(1), 52–57.
- Pfaude M.(1973). After stroke : Motor skill rehabilitation for hemiplegic patient. A.J.N., 73 (11), 1892–1896.
- Polushock, S.W. & Deimling G.T.(1984). Families caring for elders in residence : Issues in the measurement of burden. J. of gerontology, 39 (2), 230–239.
- Pratt, C.C., Schmall, V.L., Wright, S. & Cleland, M.(1985). Burden & coping strategies of caregiver to alzheimer's patients. Family Relations, 34, 27–33.
- Printz–Fedderson V.(1990). Group process effect on caregiver burden. J. Neurosci. Nrs., 22(3), 164–8.
- Rabins, P.V., Mace, N.L. & Lucas, M.J.(1982). The impact of dementia on the family. JAMA, 248(3), 333–335.
- Robinson, R.G., Boldac, P.I., Kubos, K.I., Starr, I. B. & Price, T.R.(1985). Social functioning assessment in stroke patients. Archives in Physical Medicine & Rehabilitation, 66, 496–500.
- Sacks, C.R., Peterson, R.A. & Kimmel, P.L.(1990). Perception of illness and depression in chronic renal failure. A.J. of Kidney Disease, X V(1), 31–39.
- Seligman, M.E.P.(1975). Helplessness : on depression development and death. San Francisco : W.H /Freeman.
- Silliman R.A. & Sternberg J.(1988). Family caregiving : Impact of patient functioning and underlying causes of dependency. The Gerontologist, 28(3), 377–382.
- Silver, R.L. & Wortman, C.B.(1980). Coping with undesirable life event. in J. Gaber and M.E.P. Seligman(ED.) Human Helpless : Theory and application. New York : Academic Press.
- Singhi, P.D., Goyal, L., Pershad, D., Singhi, S. & Walia, B.N.(1990). Psychosocial problems in families of disabled children. Br. J. Med. Psychology, 63, 173–182.
- Strauss, A.L., Corbin, J., Fagerhaugh, S., Glaser, B., Maines, D., Suczek, B. & Weiner, C.L.(1984). Chronic illness & the Quality of life. Toronto : Mosby Co.
- Tack, B.B.(1990). Self–reported fatigue in rheumatoid arthritis. A pilot study Arthritis Care & Research, 3(3), 154–157.
- Thompson, E.H. & Doll, W.(1982). The burden of families coping with the mentally ill : an invisible crisis. Family Relations, 31, 379–388.
- Zarit, S. H.(1980). Relatives of the impaired elderly : Correlates of feelings of burden. The Gerontologist, 20(6), 649–655.
- Zarit, S.H., Todd, P.A & Zarit, J.M.(1986). Subjective of husbands and wives as caregivers. The Gerontologist, 26(3), 260–266.
- Zarit, S.H., Reeve, K.E. & Bach–Peterson, J.(1980). Relatives of impaired elderly : Correlates of feeling of burden. The Gerontologist, 20(6), 649–655.
- Zung, W.W.K.(1965). A self–rating depression scale. Archive of General Psychiatry, 12, 63–70.

– Abstract –

Key concept : Burden, Depression, Family care giver,
Stroke

A Study on the Degree of Burden and Depression in Family Caregivers of Patients with Stroke

Lee, Kang Yi* · Sohng, Kyeong Yae**

This study was designed and undertaken to identify the degree of burden and depression in family caregivers of patients with stroke and to determine whether burden was directly related to depression.

The data were collected from October 23th to November 20th, 1995.

The subjects in this study were 80 caregivers, that is, one family member and 80 patients with stroke who were hospitalized in one oriental medicine hospital located in Taejon City.

The questionnaires consisted of questions regarding burden(13 item, 6 point scale) and depression(20 item, 4 point scale).

Data were analyzed using percentages, means, t-test, ANOVA and Pearson-correlation coefficients, done with the SAS program.

The results of this study are as follows :

1. The score for family caregiver's burden was higher than the mid level for the 13 items.
2. The score for of family caregiver's depression was relatively low.

3. The relationship between burden and depression showed a significant inverse correlation.
4. In the relationships between total burden and general characteristics of the family caregivers ; there were no significant differences. But, in the relationship between objective burden and general characteristics of the family caregivers ; age and education had statistically significant differences. That is, the 40's group felt more objective burden than any other age group and the high education group more than the illiterate group.
5. In the relationship between depression and general characteristics of the family caregivers ; sex, education and monthly income had statistically significant differences. That is, female caregivers felt more depression than males, and the lower the level of education and the lower the monthly income, the higher the degree of depression.
6. In the relationships between burden and general characteristics of the stroke patients, only subjective burden according to the patients' sex was significantly different. That is, caregivers felt more subjective burden when caring for male patients than for female patients.
7. In the relationships between depression and general characteristics of the stroke patients, only the patients' economic status showed a statistically significant difference. That is, caregivers felt more depression in case of patients' low economic status.

* Department of Nursing, Taejon University, Korea.
Tel : 042) 280-2651, Fax : 042) 274-2600

** College of Nursing, Catholic University, Korea.
Tel : 02) 590-1292, Fax : 02) 590-1297