

뇌졸중환자 가족의 간호요구

김 미 희*

I. 서 론

1. 연구의 필요성

현대사회는 경제의 성장과 의학의 발달로 노령 인구가 증가하여 성인병이 증가하는 추세이다. 성인병의 하나인 뇌졸중은 뇌혈관과 혈액의 이상에 의해 야기되는 국소성 뇌질환 및 사고의 총칭으로 치명적일 수 있는 가장 흔한 신경계 질환으로 하나의 만성적인 증후군이다(Goetter, 1986 ; Stein & Reissman, 1980 ; 김진수, 1994). 우리나라에서 매년 6만명의 뇌졸중환자가 발생하고 현재 약 20만명 이상의 뇌졸중환자가 존재하고 있을 것으로 추측되며, 질병에 의한 사망률은 암에 이어서 제 2위를 차지하고 있다(통계청, 1994). 암이란 여러 장기의 암을 총칭한 것임을 고려한다면 단일 질환으로서의 우리나라에서 가장 중요한 사망원인이라 할 수 있다. 또한 관절염 다음으로 불구의 두 번째 원인이고 과반수 이상이 뇌병변의 부위에 따라 운동장애, 언어장애, 감각과 인식장애, 행위적 문제들을 나타내며 단독으로 발생하기 보다는 고혈압, 심장병, 당뇨, 말초혈관질환 등 하나 또는 그 이상의 다른 건강문제를 동반한다(Anderson,

1981 ; 김소선, 1992). 따라서 장기적인 간호를 요하게 되며 환자를 돌보는 가족 누군가가 필요하다.

가족은 상호의존적인 체제로서 한 구성원의 변화는 다른 구성원의 변화를 초래하며 가족체제는 여러 가지로 질환의 과정에 영향을 미친다(Miller & Janosick, 1980). 대부분의 만성질환은 예후가 불확실하여 환자 개인의 삶을 불균형 상태로 만들 뿐만 아니라 가족에게 다양한 물질적, 인적 요구를 하게되며 그 요구가 오랜시간 지속됨으로써 가족기능과 가족원의 삶에 많은 영향을 미치게 된다(Bishop, Epstein, Keitner, Miller, & Srinivasan, 1986 ; Strauss et al., 1984). 여러연구에서 가족의 전이작용과 상호작용은 환자회복과 예후에 영향을 미치는 것으로 나타났다(Miller & Janosick, 1980). 현재 우리나라는 입원시 가족이 환경적, 심리적으로 준비가 되어있지 않은 상태로 함께 입실하여 비전문적 범위내에서 환자를 돌보고 있으므로 가족원은 입원기간 동안 환자를 위해서 해야할 일들을 알기 원하고 있으며 또한 여러 가지 부정적 경험을 하는 것으로 나타났다(김선희, 1988 ; 김소선, 1992 ; 최상순, 1975).

간호의 궁극적 목적이 대상자 뿐만 아니라 가족

* 광주기독병원간호전문대학

의 건강문제를 해결해 주어 하나의 통합된 단위로써 건강한 삶을 공동으로 영위하도록 돕는데 있으므로 환자 가족의 당면한 문제에 관심을 가지고 안녕을 증진시켜 주며 나아가 환자를 돌보는 활동이 원만하게 될 수 있도록 도와야 한다(서미혜와 오가실, 1993). 그러나 가족 자신이 지각한 문제보다는 간호사가 중요하다고 생각한 문제의 범주에 대해 관심을 가지기 쉽고 가족의 요구는 흔히 무시되기 쉬우며 따라서 위기에 직면한 가족에게는 거의 도움을 주고 있지 못하는 실정이다(Daley, 1984; Leske, 1986; 김은경, 1989). 요구가 충족되지 못한 가족들은 환자에게 큰 영향을 줄수 있으므로 이들의 요구가 충족되지 않는 경우 환자에 대해 간호사가 최선을 다한다고 해도 좋은 결과를 얻지 못할 수도 있다(Rasie, 1980). 따라서 뇌졸중 환자 가족에서 어떤 간호요구가 존재하는지, 어떤 특징적인 요소가 간호요구에 작용하는지를 찾아내는 것이 간호계획시의 불확실성을 감소시키고 효과적인 간호중재전략을 수립하는데 필요하다. 또한 환자가족의 간호요구를 충족시키는 적절한 간호를 제공함으로써 간호의 질 향상을 가져오게 될 것이다. 그러나 뇌졸중환자 가족의 간호요구를 파악한 문헌들을 거의 찾아보기 어려웠다. 그러므로 뇌졸중 환자 가족의 간호요구를 파악하는 것이 증가하는 추세에 있는 뇌졸중 환자와 그 가족을 동시에 효과적으로 돕기위한 기본 방안이 되리라고 생각되어 본 연구를 시도하였다.

2. 연구의 목적

구체적인 연구목적은 다음과 같다.

- 1) 뇌졸중환자 가족의 간호요구를 파악한다.
- 2) 뇌졸중환자 가족의 특성에 따른 가족의 간호요구 정도를 파악한다.
- 3) 뇌졸중환자와 관련된 특성에 따른 가족의 간호요구 정도를 파악한다.
- 4) 뇌졸중환자의 일상생활능력에 따른 가족의 간호요구 정도를 파악한다.

3. 용어정의

- 1) 뇌졸중환자 가족 : 뇌졸중환자를 돌보는 환자의 가족을 의미하며, 본 연구에서는 뇌졸중이라고 진단을 받고 입원 또는 통원치료중인 환자를 돌보는 가족원을 말한다.
- 2) 가족의 간호요구 : 뇌졸중환자를 돌보면서 가족이 겪는 간호문제, 즉 도움이 필요한 정도를 말하며, 본 연구에서는 문헌고찰 및 면담을 통하여 연구자가 작성한 뇌졸중환자 가족의 간호요구 사정도구를 이용하여 측정된 점수를 말한다.
- 3) 일상생활수행 : 인간의 일상생활에 필수적인 행위로서 자연스럽고 이루어지고 있는 일련의 기능들의 목록을 의미하며(Synder, 1985), 본 연구에서는 강현숙(1984)이 개발한 ADL check list를 사용하여 측정된 점수를 말한다.

II. 문헌 고찰

1. 만성질병과 가족기능

가족은 단순한 가족구성원의 합이 아니고 그 가족구성원들과 환경, 물질 그리고 에너지 등이 상호교환되는 생물적, 심리적, 사회적으로 통합된 개방체계로서(Welch McCaffery, 1983; 최영희, 1982), 건강이 형성되고 유통되며 건강관리가 조직되고 건강활동을 수행하는 하나의 개별적이고 일차적인 간호체계이다(김수지와 김정인, 1981). 가족은 전체로서 기능하는 하나의 체계이므로 어느 부분의 움직임이나 변화는 모든 다른 부분에 영향을 주며(Wilson & Carol, 1988), 내 외적인 자극이나 어려움으로부터 가족의 기능을 유지하기 위하여 각자의 역할을 변화하면서 적응해 나간다(Litman, 1974). 가족일원의 입원은 위기상황이 되는 스트레스 사건이며(Molter, 1979), 특히 만성질환자의 입원으로 전체 가족체계가 영향을 받아 상호작용의 정상패턴이 붕괴되고 특정 가족원이 떠 맡던 과업과 역할이 재지정된다. 또한 만성질환의 과정동안 가족원은 사회적, 심리적인 도전

에 직면하게 되는데 1) 의학적 위기에방과 위기관리, 2) 증상관리, 3) 처방된 섭생법의 수행 4) 타인과의 접촉이 줄어들어 따른 고독감의 예방과 처리 5) 질병의 경과에 따른 변화에 적응 6) 치료와 생존에 필요한 비용을 구하고 타인과의 상호작용을 정상화하는 것 7) 심리, 사회적, 부부, 가족문제 등이 포함된다(Biegel, Sales & Schulz, 1991). 만성질환자 가족은 환자에 대한 단순한 간호제공 뿐만 아니라 일차간호관리자로서의 책임을 부가적으로 갖게되어 만성적 스트레스를 경험하게 됨으로써 신체적, 정신적, 사회적 및 경제적 문제를 경험하게 되고(Brown, 1992), 이러한 어려움을 완화시키지 못하면 생활의 안정이 흔들리고 결국 건강문제를 초래하며 이로인해 환자를 돌보는 행위에 충실하지 못해 간호를 받는 환자 및 다른 가족구성원과의 관계와 건강에 부정적 영향을 미치게 되고 안녕감의 저하를 초래하게 된다(Deimling & Bass, 1986; Oberst & Thomas, 1989). 만성질환자를 돌보는 가족이 장기간의 돌봄역할과 관련되어 경험하는 여러 가지 어려움은 우울, 피로, 스트레스, 부담감 등의 다양한 개념으로 설명되고 있다. 뇌졸중환자 가족의 28%가 뇌졸중환자를 돌본지 2년 안에 건강상태가 악화되었고 12%가 불안 또는 우울로 치료를 받았으며 뇌졸중환자 가족의 기능이 몇 년동안 계속 나빠진다고 하였다(Brocklehurst, Morris, Andrews & Laycock, 1981; Robinson, Boldac, Kubos, Starr & Price, 1985). Miller(1980)와 Litman(1974)은 가족구성원의 질병특성이 가족기능과 가족의 역할관계에 영향을 준다고 하면서 질병이 지연되고 복잡할수록 그 영향이 크다고 하였다. 또한 질환의 정도 즉 부정적이거나 반사회적인 행동, 언어장애가 있고 가족에 대한 의존도가 높을 때 가족의 스트레스가 증가된다(Given, Stommel, Collins, King & Given, 1990; Orodener, 1990).

한편 가족의 반응은 가족내 환자의 건강과 매우 중요하게 상호관련되어 있다. Leahey & Wright(1987)는 가족구성원의 행동이 환자의 질병과정에 영향을 주며 해결되지 않은 가족갈등과

신체적 질병사이에는 밀접한 관계가 있다고 하였다. 최(1984)는 만성질환관리에 필요한 간호는 가족의 지지라고 하였고, Robertson & Suinn(1968)은 뇌졸중환자와 그 가족에 대한 상호이해와 공감의 환자의 재활속도와 관련된다고 지적하였다. 특히 우리나라의 상황은 외국과 달리 입원에서부터 환자와 가족이 함께함으로써 뇌졸중환자의 회복은 환자가족에 의해 좌우된다고 할 수 있다(김소선, 1992). 가족원은 건강간호를 추구하는 면에서 활동을 지지, 건강을 증진, 질병의 예방을 포함한 치료적 역할을 수행하며 환자가 치료를 선택하는 결정을 하도록 돕는다. 또한 장기간의 치료를 관리하고 평가하는데 노력한다. 또한 가족의 지지는 환자의 재활에 있어서 중요한 결정요소이다(Hanson & Boyd, 1996). 이러한 의미에서 환자가족은 간호에 있어서 중요한 대상이며 변수로 고려될 필요성이 있다. 이상에서 살펴본바와 같이 환자와 가족은 서로 영향을 주고 받는 개방체계로서 한 가족의 질병으로 인한 가족의 상황위기에 대한 반응은 다양하며 변화에 적절히 대응하지 못할 때 가족전체의 위기가 계속되거나 역할이 크게 위협을 받게 되는 수가 있다. 가족의 반응이 환자에게 영향을 미치는 것을 고려할 때 가족이 그들의 고유한 기능을 유지하도록 지지와 도움이 필요하다.

2. 환자가족의 요구

건강관리전문가들은 가족을 질병유발의 요인, 건강관리자 그리고 환자에 대한 자원 등의 다양한 측면으로 인식하고 있다(변영순, 1986). 포괄적인 가족간호는 복잡한 과정으로 논리적이고 체계적인 접근법이 필요하며, 간호사와 가족간의 개방적인 의사소통을 통해 기꺼이 정보를 공유하고 확인하려 하는 것은 가족이 경험하고 있는 건강간호요구와 관심의 유형을 결정하는데 중요하다(Friedman, 1992). Matinson & Widmer(1989)는 가장 도움이 되는 중재를 선택하고 고안할 때 가족을 포함시킬 필요가 있고, 간호사의 견해는 어디까지나 객관적이므로 가족체계와 상호작용단위로

서 그들의 요구가 무엇인지는 가족이 가장 분명하게 잘 알고 있다고 하였다. 환자가족의 요구에 대한 이해가 정확해야 간호의 대상인 환자가족의 요구를 발견하여 만족시키는데 도움이 되리라 여겨 요구에 대한 견해를 살펴 보기로 한다.

Becknell & Smith(1975)는 요구란 공급을 필요로하는 상황으로, 필요하고 유용한 것의 부족이라고 하였다. Mckillip(1987)은 요구란 어떤 개인이나 집단이 해결될 수 있는 어떤 문제를 가지고 있다는 가치를 포함한 판단이라고 하였다. Kaufman(1992)은 요구가 현재와 기대되는 결과 사이의 괴리 또는 불일치임을 강조하였다. Witkin & Altschuld(1995)는 명사적 의미에서 요구는 문제나 관심과 유사하며, 동사적 의미에서 요구는 현재상태와 기대되는 미래상태의 불일치를 채우기 위해 필요로 하는것, 즉 해결책 또는 결과(목적)에 도달하기 위한 수단이라고 할 수 있다고 하였다. 요구사정은 그러한 불일치를 확인하고 그 본질과 이유를 검토하여 더 나은 활동을 위한 우선순위를 설정하는 것이다. 이는 특정집단에게 유익을 주기위해 서비스 프로그램과 교육을 증진하거나 새롭게 고안하기 위한 밑작업으로 시행되며 인지된 가치 및 정보를 추출하고 복잡한 문제의 해결책을 확인하기 위해 시행된다. Mckillip(1987)은 어떤 일을 계획할 때 불확실성을 감소시키고 올바른 결정을 하기 위해 요구를 사정하고 분석하는 일이 필요하다고 하였다.

가족은 특정 돌봄을 제공하는 활동에 대한 책임을 교섭하고 조정하는데 도움이 필요하며돌보는 훈련이 필요할 수 있다(Gilliss, Ross, Hallburg & Martinson, 1989; Witkin & Altschuld, 1995). 중환자가족의 요구를 규명한 선행연구의 결과를 검토해보면, 치료 및 간호정보, 환자의 상태정보, 인정, 정서적 지지, 편의시설 제공, 이용 가능한 자원, 환자간호에의 직접참여, 종교적 도움 등의 요구가 있다(정수정, 1991). 장기입원환자가족의 요구요인에는 환경, 종교적 지지, 치료 및 간호정보에 대한 요구, 인정, 환자상태정보에 대한 요구가 있다(원동희, 1993). Woerner & Casper(1987)는 알츠하이머 환자의 가족이 가지

는 치료적 요구는 의학적 평가를 받는 것, 상담, 규칙적 감독을 받는 것, 치매노인의 물리치료, 정신치료, 언어치료, 적절한 운동을 받는 것 등을 들고 있다. 유은정(1995)의 연구에서는 간호방법에 관한 정보적 간호요구, 치료와 관련된 간호요구, 복지와 관련된 간호요구, 가족의 정서적 지지와 관련된 간호요구의 영역으로 나누어졌으며 간호방법에 관한 정보적 간호요구 영역이 가장 요구가 높았다. Hatfield(1979)도 가족의 요구는 환자에 대한 정확한 진단, 환자의 행동에 대처할 수 있는 기술 등의 지식에 대한 요구가 가장 높다고 보고 하였다. 한정석과 서미혜(1992)는 뇌졸중환자의 보호자의 요구에서 상담, 검사에 대한 설명, 질병의 악화와 합병증 예방, 질병의 원인 등에 대한 상담의 요구가 높게 나타났으며, 고혈압, 당뇨병 환자의 보호자에 비해서는 환자의 기능상실이나 장애가 있기 때문에 일상생활에서 세면, 목욕, 옷입히고 벗기는 것, 체위변경, 활동, 이동, 피부간호, 안전예방에 대한 요구가 높게 나타났다고 보고하였다. Blank, Clark, Longman & Atwood(1989)는 가족의 간호요구가 환자간호와 관련되어 늘어난 책임을 극복하는데 도움을 원하고, 홀로 있는 것의 두려움, 죄책감 및 환자의 현재상황에 대한 요구임을 알수 있었다. Clipp & George(1990)는 치매노인 가족의 요구중 지지의 안정성이 가장 일반적 요구라고 하였으며, Bedworth & Molen(1982)은 중환자 가족들이 자신의 감정을 표현하며 타인들로부터 정서적 지지를 받고자 하는 요구가 많다고 서술하고 있다.

국내의 선행연구결과에 의하면, 가족원의 부담감과 관련된 요인으로 환자의 건강상태, 일상생활 활동정도, 사회적 지지정도, 가족원과 환자와의 관계와 가족원의 나이, 수입, 건강상태 등이 관계가 있는 것으로 나타났다(이강이와 송경애, 1996). 양영희(1992)는 만성환자의 일상생활수행 정도가 낮을수록 가족원의 역할스트레스가 높고 환자의 입원기간이 길어질수록 가족원의 신체적 건강에 영향을 미치며 환자의 예후는 가족원의 심리적 건강에 영향을 미친다고 하였다.

이상의 문헌고찰에 의하면 환자가족은 신체, 심

리, 사회적인 도전에 직면하여 많은 어려움을 경험하며 이러한 어려움을 극복하기 위해 여러 외적 도움이 필요함을 알수 있다. 간호사는 환자가족의 요구를 사정하고 도움을 줄수 있는 인적자원이며 조정자의 위치에 있다. 그러므로 환자의 상태, 치료 및 간호에 대한 정보를 제공해주고 정서적인 지지를 제공함으로써 환자가족의 요구를 충족시켜 줄수 있다고 볼수 있다.

III. 연구 방법

1. 연구설계 및 대상

본 연구는 뇌졸중환자 가족의 간호요구를 확인하기 위한 서술적 조사연구이며, 1997년 7월 1일부터 8월 14일까지 서울과 광주시에 위치한 2개 종합병원과 1개 한방병원에 뇌졸중으로 진단을 받은 후 입원 또는 통원치료하는 환자를 돌보고 있으면서 연구목적과 질문지의 내용을 이해하고 의사소통이 가능하며 연구에 참여하기를 동의한 가족원 115명을 임의표출하여 연구대상으로 하였다.

2. 연구도구

1) 뇌졸중환자 가족의 간호요구

뇌졸중환자 가족의 간호요구를 확인하기 위하여 한정석과 서미혜(1992)가 개발한 뇌졸중환자 가족의 간호요구 도구를 비롯하여 환자가족의 요구에 관련된 기타 문헌 및 뇌졸중환자 가족과의 면담내용을 참고하여 연구자가 작성한 질문지를 사용하였다. 질문지 작성을 완성하기 위해 뇌졸중환자 가족 15명에게 개방형 질문으로 면접하여 주요항목과 내용을 발췌하였고 문헌고찰을 통하여 수정보완하였다. 질문지는 35문항으로 구성된 5점 척도의 구조적 질문지로, 요구정도에 따라 매우 그렇다(5점), 약간 그렇다(4점), 보통이다(3점), 그렇지 않은 편이다(2점), 전혀 그렇지 않다(1점)의 5점 척도로 구성되어 있으며, 점수가 높을수록 가족의 간호요구가 높은 것을 의미한다. 본 도구의 신뢰도 Cronbach's Alpha는 0.91이었다.

2) 일상생활수행정도

뇌졸중환자의 일상생활수행정도를 측정하기 위하여 강현숙(1984)이 개발한 ADL check list를 사용하였다. 이 도구는 식사하기, 개인위생, 옷입기, 배설, 침상활동, 이동, 걷기 등 7영역 14항목으로 구성되어 있다. 점수는 매우 독립적이다(1점), 독립적이다(2점), 독립의존적이다(3점), 의존적이다(4점), 매우 의존적이다(5점)의 5점 척도로 측정되며, 점수가 높을수록 환자의 의존성이 큰 것을 의미한다. 최은숙과 소희영(1993)이 보고한 도구의 신뢰도 Cronbach's Alpha는 0.98이었으며, 본 연구대상자에게 적용한 신뢰도 Cronbach's Alpha는 0.96이었다.

3. 자료수집

1997년 7월 1일부터 8월 14일 까지 서울과 광주시에 위치한 2개 종합병원과 1개 한방병원에서 뇌졸중으로 진단받고 입원 또는 통원치료중인 뇌졸중 환자의 가족 115명에게 연구목적과 질문지 작성방법을 설명한 후 직접 질문지를 완성하도록 하였다. 질문이 있는 경우에는 연구자나 연구보조인에 의해 설명이 주어졌으며 작성능력이 없는 가족은 연구자나 연구보조인이 각 항목마다 면담하여 기록하였다.

4. 자료분석

자료분석은 SAS통계 프로그램을 통해 행해졌으며 다음과 같이 분석되었다. 대상자의 일반적 특성은 실수와 백분율을 산출하였고 뇌졸중환자 가족의 간호요구정도와 환자의 일상생활수행정도는 평균과 표준편차를 산출하였다. 간호요구의 영역은 요인분석하였다. 요인모델은 주성분 분석이며 회전 방법은 Varimax회전이었다. 또한 뇌졸중환자 가족 및 환자와 관련된 특성과 가족의 간호요구 정도와의 관계는 t-test, ANOVA로, 뇌졸중환자의 일상생활수행정도와 가족의 간호요구 정도와의 관계는 ANOVA로 분석하였다.

IV. 연구 결과

1. 뇌졸중환자 가족 및 환자의 일반적 특성

뇌졸중 환자를 돌보는 가족의 일반적 특성은 <표 1>과 같다.

뇌졸중환자 가족의 연령은 35-60세 미만(51.3%)이 가장 많았으며 35세 미만(41.7%), 60세 이상(7%)의 순이었다. 성별은 여자(73.9%)가 남자(26.1%)보다 많았고 교육수준은 고졸이하(59.8%), 대졸이상(40.2%)의 순이었다. 직업은 주부(52.6%)가 가장 많았으며 종교가 없는 경우(31.3%)가 가장 많았고 불교(30.4%), 기독교(23.5%), 천주교(13.9%), 기타(0.9%)의 순이었다. 월수입은 140-210만원 미만(38.8%)이 가장 많았으며 환자와의 관계는 딸(31.6%)이 가장 많았고 배우자(22.8%), 아들(16.7%), 며느리(14%)의 순이었다. 간호기간은 1-3개월 미만(65.2%)이 가장 많았으며 간호교대자가 있는 경우(70.9%)가 없는 경우(29.1%)보다 많았다. 또한 환자의 일반적 특성은 <표 2>와 같다. 환자의 연령은 60-70세 미만(30.4%)이 가장 많았고 성별은 여자(52.2%)가 남자(47.8%)보다 많았으며 오른쪽 마비가 있는 경우(45.2%)가 가장 많았고 왼쪽마비(38.3%), 마비가 없는 경우(16.5%)의 순이었다. 언어장애가 없는 경우(54.5%)가 언어장애가 있는 경우(45.5%)보다 많았으며 질병을 앓은 후 경과한 기간은 1-3개월 미만(53%)이 가장 많았다.

2. 가족이 인지한 간호요구

가족이 인지한 문항 및 요인별 간호요구도는 <표 3>과 같다.

뇌졸중환자의 간호와 관련된 가족의 총 간호요구도는 평균이 3.96으로 나타났다. 총문항수 35문항에서 3이상의 값을 나타낸 항목은 34문항으로써 간호요구가 가장 높게 나타난 문항은 신속한 간호(평균 4.77)이고, 도움요청시 신속한 처리(4.71), 질병의 합병증 예방(4.63)의 순으로 나타났다. 이

<표 1> 뇌졸중환자가족의 일반적 특성 (N=115)

특 성	구 분	실수	백분율
연 령	35세 미만	48	41.7
	35-60세 미만	59	51.3
	60세 이상	8	7.0
성 별	남 자	30	26.1
	여 자	85	73.9
교육수준	고졸이하	67	59.8
	대졸이상	45	40.2
직 업	공무원/회사원	10	8.8
	사업/상업	20	17.5
	노 동	3	2.6
	전문직	5	4.4
	학 생	9	7.9
	주 부	60	52.6
종 교	기 타	7	6.1
	기독교	27	23.5
	천주교	16	13.9
	불 교	35	30.4
	없 음	36	31.3
월수입	기 타	1	0.9
	70만원 미만	13	16.3
	70-140만원 미만	20	25.1
	140-210만원 미만	31	38.8
	210만원 이상	16	19.8
환자와의 관계	배우자	26	22.8
	형제/자매	4	3.5
	아 들	19	16.7
	딸	36	31.6
	며느리	16	14.0
	손자/손녀	8	7.0
	부 모	5	4.4
간호기간	1-3개월 미만	75	65.2
	3-6개월 미만	18	15.7
	6개월-1년 미만	14	12.2
	1년-2년 미만	4	3.5
	2년 이상	4	3.5
간호교대자	유무 있음	78	70.9
	없 음	32	29.1

* 응답누락자는 백분율에 포함시키지 않음

에 반해 요구도가 가장 낮은 문항은 종교자의 방문(2.82)이었으며, 언어치료(3.19), 걱정과 불안을 표현하는것(3.30)의 순으로 나타났다. 요인분석한 결과로 추출된 7개의 요인별 간호요구도를

〈표 2〉 환자의 일반적 특성 (N=115)

특 성	구 분	실수	백분율
연 령	50세 미만	24	20.9
	50-60세 미만	29	25.2
	60-70세 미만	35	30.4
	70세 이상	27	23.5
성 별	남 자	55	47.8
	여 자	60	52.2
마비부위	없 음	19	16.5
	왼쪽마비	44	38.3
	오른쪽마비	52	45.2
언어장애	있 음	50	45.5
	없 음	60	54.5
질병이환기간	1-3개월미만	61	53.0
	3-6개월미만	24	20.9
	6개월-1년미만	16	13.9
	1년-2년 미만	6	5.2
	2년 이상	8	7.0

* 응답누락자는 백분율에 포함시키지 않음

살펴보면 다음과 같다. 첫째 질병, 치료 및 간호와 관련된 정보요구 요인에서는 질병의 합병증 예방이 평균점수가 가장 높았고, 질병의 진행과 회복예측, 환자의 심리적 지지법, 질병의 원인의 순으로 나타났다. 둘째 신체기능수준과 관련된 교육 및 원조요구 요인에서는 근육과 관절운동의 교육, 운동시 원조, 구강청결시 원조, 세면 및 목욕시 원조의 순으로 나타났다. 셋째 사회적 지지 및 상담의 요구 요인에서는 간호사와의 상담, 간호사의 관심과 친절, 설명시 쉬운용어의 사용, 가족과의 대화 및 사랑의 순으로 나타났다. 넷째 부동과 관련된 간호문제의 관리요구 요인에서는 변비 및 배변관리, 욕창예방 및 관리, 유치도뇨 및 실금의 관리의 순으로 나타났다. 다섯째 인정의 요구 요인에서는 환자를 돌보는 피곤함을 인정, 헌신적인 행위의 인정, 잠시나마 환자를 잊고 쉬는 것, 걱정과 불안을 표현하는 것의 순으로 나타났다. 여섯째 환자와의 의사소통방법에 대한 요구 요인에서는 환자와의 효과적인 대화법, 언어훈련의 순으로 나타났다. 일곱째 간호 및 도움의 신속함에 대한 요구 요인에서는 신속한 간호, 도움요청시 신속한 처리의 순으로 나타났다. 7개의 요인중 간호

〈표 3〉 문항 및 요인별 간호요구

요 인	문 항	평균	표준편차
Factor 1 (평균 4.49)	질병, 치료 및 간호와 관련된 정보요구	4.63	0.68
	질병의 합병증 예방	4.59	0.71
	환자의 심리적 지지법	4.54	0.78
	질병의 원인	4.53	0.87
	질병의 합병증 증세	4.47	0.89
	치료기구 사용법	4.45	0.80
	약물사용 및 부작용	4.39	0.95
	안전유지 및 사고예방	4.33	0.89
	신체기능수준과 관련된 교육 및 원조요구	4.57	0.84
	근육과 관절운동 교육	4.56	0.70
Factor 2 (평균 4.23)	운동시 원조	4.34	1.01
	구강청결시 원조	4.23	1.06
	세면 및 목욕시 원조	4.20	1.02
	체위변경 및 유지시 원조	4.14	1.01
	식사시 원조	4.14	1.01
	활동 및 이동시 원조	3.97	1.21
	탈의 및 경의시 원조	3.81	1.32
	사회적지지 및 상담의 요구	4.58	0.79
	간호사와의 상담	4.58	0.79
	간호사의 관심과 친절	4.37	0.85
Factor 3 (평균 3.82)	설명시 쉬운용어의 사용	4.29	1.07
	가족과의 대화 및 사랑	3.62	1.22
	경제적 문제 상담	3.47	1.19
	사회활동 참여	3.47	1.19
	환자가족모임참여	3.35	1.22
	종교자의 방문	2.82	1.37
	부동과 관련된 간호문제의 관리요구	3.87	1.26
	변비 및 배변관리	3.71	1.28
	욕창예방 및 관리	3.60	1.28
	유치도뇨 및 실금의 관리	3.60	1.28
Factor 4 (평균 3.73)	환자를 돌보는 피곤함을 인정	3.87	1.19
	헌신적인 행위의 인정	3.66	1.18
	잠시나마 환자를 잊고 쉬는 것	3.49	1.30
	걱정과 불안을 표현하는 것	3.30	1.41
	환자와의 의사소통 방법에 대한 요구	4.10	1.11
	환자와의 효과적인 대화법	3.19	1.54
	언어훈련	3.19	1.54
	대한 요구	3.19	1.54
	간호 및 도움의 신속한 간호	4.77	0.61
	신속함에 대한 도움요청시 신속한 처리	4.71	0.60
Factor 6 (평균 3.64)	신속한 간호	4.77	0.61
	도움요청시 신속한 처리	4.71	0.60
Factor 7 (평균 4.74)	신속한 간호	4.77	0.61
	도움요청시 신속한 처리	4.71	0.60
총 평균		3.96	0.50

및 도움의 신속함(평균 4.74)이 가장 높았고 질병, 치료 및 간호에 관련된 정보(평균 4.49), 신체 기능수준과 관련된 교육 및 원조요구(평균 4.23)의 순으로 나타났다.

3. 뇌졸중환자 가족 및 환자의 일반적 특성에 따른 가족의 간호요구

질병, 치료 및 간호와 관련된 정보의 요구량은 가족의 연령(p=.0178), 간호기간(p=.0223), 환자의 질병이환기간(p=.0244)에서 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다. <표 4> 즉 가족의 연령이 35-60세 미만에서 보다 35세 미만과 60세 이상에서 간호요구가 더 높았다. 또한 가족의 간호기간과 환자의 질병이환기간이 1-3개월 미만인 경우에서 간호요구가 가장 높게 나타났으며, 그 다음은 1년-2년 미만인 경우였다. 신체기능수준과 관련된 교육 및 원조 요구량은 환자의 마비부위(p=.0177)에 따라 유의한 차이가 나타났다. <표 5> 즉 마비가 있는 경우가 마비가 없는 경우보다 간호요구가 높았고 마비부위가 오른쪽일 때 왼쪽인 경우보다 높았다. 사회적 지지 및 상담의 요구량은 가족의 성별(p=.0055), 직업(p=.0159), 종교(p=.0093), 환자의 성별(p=.0134)에서 유의한 차이가 있었다. <표 6> 즉 가족이 여자인 경우에 남자보다 간호요구가 높았으며 주부인 경우에서 간호요구가 높았다. 또한 종교가 없는 경우보다 종교가 있을 때 간호요구가 높았고 종교가 천주교인 경우에서 간호요구가 가장 높았다. 또한 환자가 여자보다 남자인 경우 간호요구가 높았다. 인정의 요구량은 가족의 연령(p=.0107), 성별(p=.0133), 환자의 연령(p=.0338)에서 유의한 차이가 있었다. <표 7> 즉 가족의 연령이 60세 이상에서 간호요구가 가장 높았으며 35세 미만, 35-60세 미만의 순이었고 남자보다 여자인 경우에서 간호요구가 높았다. 또한 환자의 연령이 60-70세 미만일 때 간호요구가 높았다. 환자와의 의사소통 방법에 대한 요구량은 환자의 마비부위(p=.0002), 언어장애(p=.0001)에 따라 유의한 차이가 있었다. <표 8> 즉 마비가 있는 경우가 마비가

<표 4> 일반적 특성에 따른 질병, 치료 및 간호와 관련된 정보 요구의 정도

특 성	구 분	평균	표준편차	Fort	p
가족원의 연령	35세 미만	4.66	0.41	4.18	.0178
	35-60세 미만	4.33	0.73		
	60세 이상	4.66	0.48		
간호기간	1-3개월 미만	4.62	0.50	2.98	.0223
	3-6개월 미만	4.28	0.81		
	6개월-1년 미만	4.12	0.70		
	1년-2년 미만	4.56	0.38		
	2년이상	4.34	0.89		
질병이환기간	1-3개월미만	4.63	0.50	2.92	.0244
	3-6개월미만	4.44	0.76		
	6개월-1년미만	4.06	0.69		
	1년-2년 미만	4.54	0.30		
	2년 이상	4.44	0.69		

<표 5> 일반적 특성에 따른 신체기능수준과 관련된 교육 및 원조의 요구정도

특 성	구 분	평균	표준편차	Fort	p
마비부위	없음	3.84	0.90	4.18	.0177
	왼쪽마비	4.20	0.63		
	오른쪽마비	4.38	0.68		

<표 6> 일반적 특성에 따른 사회적지지 및 상담의 요구정도

특 성	구 분	평균	표준편차	Fort	p
가족원의 성별	남 자	3.51	0.78	8.03	.0055
	여 자	3.93	0.66		
가족원의 직업	공무원/회사원	3.60	0.73	2.75	.0159
	사업/상업	3.68	0.86		
	노동	3.63	0.57		
	전문직	3.03	0.66		
	학생	3.82	0.55		
	주부기타	4.03	0.63		
가족원의 종교	기독교	4.05	0.62	3.54	.0093
	천주교	4.16	0.83		
	불교	3.79	0.71		
	없음	3.52	0.64		
	기타	3.75	0.00		
환자의 성별	남 자	3.98	0.70	4.49	.0134
	여 자	3.65	0.69		

〈표 7〉 일반적 특성에 따른 인정의 요구정도

특 성	구 분	평균	표준편차	Fort	p
가족원의 연령	35세 미만	3.58	0.91	4.72	.0107
	35-60세 미만	3.45	0.91		
	60세 이상	4.50	0.86		
가족원의 성별	남 자	3.22	0.89	6.33	.0133
	여 자	3.71	3.93		
환자의 연령	50세 미만	3.65	1.01	3.00	.0338
	50-60세 미만	3.23	0.95		
	60-70세 미만	3.90	0.82		
	70세 이상	3.47	0.90		

〈표 8〉 일반적 특성에 따른 환자와의 의사소통방법에 대한 요구정도

특 성	구 분	평균	표준편차	Fort	p
마비부위	없음	3.13	1.09	9.42	.0002
	왼쪽마비	3.34	1.00		
	오른쪽마비	4.09	0.98		
언어장애	있 음	4.31	0.87	51.82	.0001
	없 음	3.08	0.90		

〈표 9〉 일반적 특성에 따른 간호 및 도움의 신속함에 대한 요구정도

특 성	구 분	평균	표준편차	Fort	p
간호기간	1-3개월 미만	4.81	0.36	3.18	.0162
	3-6개월 미만	4.72	0.52		
	6개월-1년 미만	4.32	0.97		
	1년-2년 미만	4.75	0.50		
	2년 이상	5.00	0.00		
질병이환기간	1-3개월 미만	4.80	0.37	3.40	.0116
	3-6개월 미만	4.77	0.49		
	6개월-1년 미만	4.34	0.91		
	1년-2년 미만	4.75	0.42		
	2년 이상	5.00	0.00		

없는 경우보다 간호요구가 높았고 마비부위가 오른쪽일 때 왼쪽인 경우보다 높았다. 또한 언어장애가 있는 경우가 없는 경우보다 간호요구가 높았다. 간호 및 도움의 신속함에 대한 요구량은 가족의 간호기간($p=.0162$), 환자의 질병이환기간($p=.0116$)에서 유의한 차이가 있었다. 〈표 9〉 즉 간호기간과 질병이환기간이 2년 이상일 때 간호요구가 가장 높았다.

4. 뇌졸중환자의 일상생활 수행정도 및 이에 따른 가족의 간호요구

뇌졸중환자의 일상생활수행정도는 〈표 10〉과 같다. 일상생활수행정도는 점수가 높을수록 의존도가 높음을 의미한다. 뇌졸중환자의 일상생활수행의 의존도는 평균이 3.38로 나타났다. 총 문항수 14문항에서 3이상의 값을 나타낸 항목은 11문항으로써 일상생활수행의 의존도가 가장 높은 것은 층계오르내리기(평균 4.12)이었으며, 보행(평균 3.83), 하의입고벗기(평균 3.77), 상의입고벗기(평균 3.74)의 순으로 나타났다. 일상생활수행의 의존도가 가장 낮은 것은 컵으로 물마시기(평균 2.60)이었으며, 수저나 젓가락으로 먹기(평균 2.85), 자세를 변경하여 돌아눕기(평균 2.91)의 순으로 나타났다.

〈표 10〉 뇌졸중환자의 일상생활수행정도

문 항	평균	표준편차
수저나 젓가락으로 먹기	2.85	1.34
컵으로 물마시기	2.60	1.36
세수 및 이닦기	3.24	1.36
머리빗기	3.06	1.35
상의입고벗기	3.74	1.29
하의입고벗기	3.77	1.26
자세를 변경하여 돌아눕기	2.91	1.36
앉고 눕기	3.08	1.35
침상에서 의자로 옮겨가기	3.59	1.43
침상에서 바퀴의자로 옮겨가기	3.58	1.39
소변보고 처리하기	3.43	1.47
대변보고 처리하기	3.56	1.46
보 행	3.83	1.30
층계오르내리기	4.12	1.29
총평균	3.38	1.12

뇌졸중환자의 일상생활수행의 의존도에 따른 가족의 간호요구($p=.0724$)는 뇌졸중환자가 의존적일수록 가족의 간호요구가 높게 나타났으나 통계적으로 유의하지는 않았다. 〈표 11〉

〈표 11〉 일상생활수행 의존도에 따른 요구정도

	가족의 간호요구도
일상생활수행 의존도	$F=2.69, p=.0724$

5. 질병, 치료 및 간호에 대한 정보의 출처

뇌졸중환자 가족의 질병, 치료 및 간호에 대한 정보의 출처는 <표 12>와 같다. 가족원 115명중에서 의사(26.1%)로부터 정보를 얻는 경우가 가장 많았으며 신문, 잡지, 매스컴(20.8%), 간호사(17.4%), 한의사(11.6%)의 순으로 나타났다.

<표 12> 질병, 치료 및 간호에 대한 정보의 출처 (N=115)

출 처	응답횟수	백분율
의 사	54	26.1
간호사	36	17.4
약 사	8	3.9
한의사	24	11.6
친 척	13	6.3
친 구	10	4.8
잡지, 신문, 매스컴	43	20.8
동료환자가족	19	9.1

V. 논 의

선행연구에 의하면 환자가족의 요구는 대체로 환자의 안녕에 대한 요구, 가족 자신에 대한 요구, 병원환경 및 시설에 대한 요구 등으로 구분할 수 있다. 본 연구에서는 이 중 간호사의 독자적인 노력만으로는 개선이 쉽지 않은 병원 환경 및 시설에 대한 내용을 배제시키고 뇌졸중환자의 간호와 관련된 가족의 간호요구를 확인함으로써 뇌졸중환자 가족이 갖는 간호요구의 60%까지를 설명할 수 있었다. 본 연구를 위해 개발된 측정도구의 신뢰도 Cronbach's Alpha는 0.91로 높은 결과를 얻었다. 그러나 전체적인 도구의 설명력이 증가되지 못한 것은 타 연구에서 높은 설명력을 보인 병원환경 및 시설에 대한 요구내용을 배제시킨 점과 환자의 치료 및 간호정보에 대한 요구요인의 설명력이 상대적으로 낮게 나타난 점을 들 수 있겠다.

간호요구는 평균 3.96점으로 가족은 중간이상의 간호요구를 가지고 있었으며, 이는 장기입원환자 가족의 요구요인을 분석한 원동희(1993)의 연구와 뇌졸중환자 보호자를 대상으로 한 한정석과 서미혜

(1992)의 연구에서 요구가 조사도구의 중간치 보다 높게 나타난 것과 일치하였으며 치매노인 가족을 대상으로 한 유은정(1995)의 연구에서 요구점수의 평균 3.63보다 높았다. 본 연구에서 뇌졸중환자 가족의 간호요구요인을 7개의 요인으로 분류할 수 있었다. 이중 간호 및 도움의 신속함에 대한 요구가 가장 높았으며 질병, 치료 및 간호와 관련된 정보요구, 환자의 신체기능수준과 관련된 교육 및 원조요구의 순으로 나타났다. 한정석과 서미혜(1992)의 연구에서도 간호 및 도움의 신속함에 대한 요구가 가장 높은 점수를 보였다. 돕는 행위는 인간의 기본특성이기는 하나 배우거나 훈련을 받지 않으면 그 효율성이 낮고, 뇌졸중이 갑작스럽게 발병하는 질환인 특성때문에 뇌졸중환자의 가족은 환자를 돕는 방법을 잘 알지 못할 때 가족원은 불안하게 되고 돌봄행위를 지지하거나 조언할 감독자가 없기 때문에 정서적 부담을 갖게 되는데(양영희, 1992 ; 이영신, 1993), 이와 같은 이유에서 신속한 간호와 도움을 요청하게 되며 이러한 도움에 신속하게 반응해주시기를 요구하고 있다. 그러나 간호인력의 부족과 과중한 업무량은 근무의욕을 저하시키고 이에따른 소진을 경험하는 간호사는 간호행위에 열정이 결핍되고 동료직원 및 환자에게 무관심하게 됨으로써 환자들은 약간의 관심과 간호를 받기위해 장시간을 기다리게 되고 질이 저하된 간호를 받게 되는 실정이며(박순경, 1986 ; 홍근표, 1984), 기능적인 간호를 수행하고 있는 병원이 많은 점도 환자의 요구를 개별적으로 만족시키지 못하고 있는 한 부분으로 생각된다. Hatfield(1979)는 가족의 요구는 환자에 대한 정확한 진단, 환자의 행동에 대처할 수 있는 기술 등의 지식에 대한 요구가 가장 높다고 보고하였으며, 본 연구에서 질병, 치료 및 간호와 관련된 정보요구가 높은 것은 김상순과 김재귀(1993)의 연구에서 질병, 치료 및 간호와 관련된 정보요구가 76.4%의 높은 수치를 보인 것과 일치하였다. 또한 근력의 약화와 마비로 인해 신체기능의 수준이 낮은 뇌졸중환자를 돌보고 있는 가족의 입장에서 신체기능수준과 관련된 교육 및 원조의 요구가 높은 것은 자연스럽게 여겨지며, 임경춘과 박광옥(1997)의 신경과 간호사들을 대상으로 한 연구에서 위생을 포함한 기본간호의 일부가

보호자가 담당하고 있는 간호내용으로 파악되고 있으며, 간호사들이 미처 관심을 갖지 못하고 있어 최근 기본간호를 간호사의 업무로 강화하는 추세에서 인력충원이 필요하다고 하였던 점을 고려해 볼수 있다. 뇌졸중환자 가족의 간호요구를 요인별로 살펴보면 다음과 같다. 첫째 질병, 치료 및 간호와 관련된 정보요구 요인에서는 질병의 합병증 예방이 평균점수가 가장 높았고, 질병의 진행과 회복예측, 환자의 심리적 지지법, 질병의 원인의 순으로 나타났다. 따라서 뇌졸중환자를 돌보는 가족을 돕기위한 간호교육내용에 질병 및 추후 관리, 환자의 심리적인 지지법 등을 우선적으로 포함시킬 필요가 있다. 둘째 신체기능수준과 관련된 교육 및 원조의 요구 요인에서는 근육과 관절 운동의 교육, 운동시 원조, 구강청결시 원조, 세면 및 목욕시 원조의 순으로 나타났다. 이는 한정석과 서미혜(1992)의 연구에서 뇌졸중환자의 보호자가 고혈압, 당뇨병환자의 보호자보다 일상생활에서 세면, 목욕, 옷입히고 벗기는 것, 체위변경, 활동 및 이동에 대한 요구가 높게 나타난 점과 일치하였다. 셋째 사회적 지지 및 상담의 요구 요인에서는 간호사와의 상담, 간호사의 관심과 친절, 설명시 쉬운용어의 사용, 가족과의 대화 및 사랑의 순으로 나타났다. Given et al.(1990)과 Oberst & Thomas(1989)는 가족이 인지한 지지와 도움의 양, 즉 가족이 자신의 개인적, 물질적지지 자원이 부족할때 돌봄 경험은 가장 해롭고 위협적인 부정적인 경험으로 인지되는 것으로 보고하였다. 본 연구에서 뇌졸중환자 가족의 질병, 치료 및 간호에 대한 정보의 출처가 의사(26.1%)에 비해 간호사로부터 받은 정보(17.4%)가 상대적으로 적고 신문, 잡지, 매스컴 등에서 얻는것(20.8%)보다 낮아 간호사의 교육과 상담의 부채를 나타낸다. 한정석과 서미혜(1992)의 연구에서도 상담의 요구가 높게 나타났다. 따라서 사회적 지지와 함께 상담을 활성화하고 의학적인 정보를 이해하기 쉬운 용어로 제공해야 될 것이다. 또한 동료환자가족에서 얻는 정보가 9.1%에 해당되며 이는 동료환자 가족모임의 활성화를 시사한다고 할수 있다. 넷째 부동과 관련된 간호문제의 관리요구 요인에서는

변비 및 배변관리, 욕창예방 및 관리, 유치도뇨 및 실금의 관리의 순으로 나타났다. 환자를 돌본 경험이 없고 돕는 방법을 알지 못하는 가족은 자신의 실수로 환자가 잘못되지 않을까 하는 불안으로 위축되고 소극적이 된다(김소선, 1992). 임정춘과 박광옥(1997)의 연구에서 신경계 간호사들이 배변, 배뇨 및 피부간호에 대해 지식정도는 높으나 간호수행은 낮아 뇌졸중환자에서 흔히 발생 가능한 간호문제의 관리가 제대로 되고 있지 않음을 시사하였다. 다섯째 인정의 요구 요인에서는 환자를 돌보는 피곤함을 인정, 헌신적인 행위의 인정, 잠시나마 환자를 잊고 쉬는 것, 걱정과 불안을 표현하는 것의 순으로 나타났다. 따라서 가족원이 적절한 휴식을 취하고 감정을 표현할수 있는 분위기를 조성하고 기회를 제공하는 것이 필요하겠다. 여섯째 환자와의 의사소통 방법에 대한 요구 요인에서는 환자와의 효과적인 대화법, 언어 훈련의 순으로 나타났다. 뇌졸중환자의 과반수 이상이 뇌병변의 부위에 따라 운동, 감각 및 인식장애, 행위적 문제와 더불어 언어장애를 동반할수 있는 점을 고려하여 가족이 환자와의 의사소통에 어려움이 있음을 알고 효과적인 대화방법을 간호교육내용에 포함시켜야 할 것이다. 일곱째 간호 및 도움의 신속함에 대한 요구 요인에서는 신속한 간호, 도움요청시 신속한 처리의 순으로 나타났다. 따라서 간호인력의 충원과 과다한 업무량의 조절, 근무의욕을 가지고 일할 수 있는 근무풍토를 조성하여 간호능률을 증가시키고 환자간호의 질이 저하되지 않도록 할 필요가 있다.

뇌졸중환자 가족의 간호요구는 몇가지 인구학적 특성에 의해 영향을 받는 것으로 나타났다. 질병, 치료 및 간호와 관련된 정보의 요구량은 가족의 연령, 간호기간, 환자의 질병이환기간에서 유의한 차이가 있었다. 즉 가족의 연령이 35-60세 미만에서 보다 34세 미만과 60세 이상에서 간호요구가 더 높았다. 또한 가족의 간호기간과 환자의 질병이환기간이 1-3개월 미만인 경우에서 간호요구가 가장 높게 나타났으며 그 다음은 1년-2년 미만인 경우였다. 고령과 상대적으로 연령이 낮은 가족원에게 간호교육을 더 자주 수행하고 간호기

간과 질병이환의 초기와 장기화된 시점에 있는 가족원에게 환자의 상태와 치료 및 간호, 질병의 진행 및 예후 등에 대해 정보를 제공하는 것이 필요하다고 하겠다. 신체기능수준과 관련된 교육 및 원조의 요구량은 환자의 마비부위에 따라 유의한 차이가 있었다. 즉 마비가 있는 경우가 마비가 없는 경우보다 간호요구가 높았고 마비부위가 오른쪽일 때 왼쪽인 경우보다 높았다. Deimling & Bass(1986), 이영신(1993)은 환자의 신체기능상태가 나쁠수록 가족원에게 더 많이 의존하게 되고 요구가 많아지게 됨에 따라 업무량이 증가되어 부담감 정도가 높게 나타났다고 하였다. 따라서 마비환자의 신체기능수준을 증진시킬수 있도록 돕고 마비환자 가족원의 부담을 감소시킬수 있는 적정 간호인력의 배치가 필요하다고 하겠다. 사회적 지지 및 상담의 요구량은 가족의 성별, 직업, 종교, 환자의 성별에서 유의한 차이가 있었다. 즉 가족이 여자인 경우에 남자보다 간호요구가 높았으며 주부인 경우에서 간호요구가 높았다. 또한 종교가 없는 경우보다 종교가 있을 때 간호요구가 높았고 종교가 천주교인 경우에서 간호요구가 가장 높았다. 또한 환자가 여자보다 남자인 경우 간호요구가 높았다. 본 연구에서 가족원이 남성(26.1%)보다 여성(73.9%)이 많은 것을 볼 때 아직 여성의 간호부담이 많음을 알수 있으며 이강이와 송경애(1996)의 연구에서 뇌졸중환자 가족중 여자가 남자보다 우울정도가 컸던 것과 유사하였다. 또한 주부의 사회적 지지 및 상담의 요구가 높은 것은 주부가 환자를 돌보는 역할이외에 가사노동이나 자녀양육 및 많은 가족을 돌보아야 하는 등 부담이 많은 반면 이에 대한 적절한 지지와 상담이 부족함을 시사한다고 하겠다.

환자가 남자인 경우에 간호요구가 높았던 것은 김소선(1992)의 연구에서 뇌졸중으로 인한 경제적 어려움은 뇌졸중이 가족의 생계를 책임진 중년 남자에서 발생했을 때 특히 문제가 되었던 것과 이강이와 송경애(1996)의 연구에서 환자가 남자인 경우에 여자인 경우보다 가족의 주관적 부담감이 크게 나타났던 것과 일치하였다. 인정의 요구량은 가족의 연령, 성별, 환자의 연령에서 유의한

차이가 있었다. 즉 가족의 연령이 60세 이상에서 간호요구가 가장 높았으며 35세 미만, 35-60세 미만의 순이었고 남자보다 여자인 경우에서 간호요구가 높았다. 또한 환자의 연령이 60-70세 미만일 때 간호요구가 높았다. Cantor(1983)의 연구에 의하면 돌보는 가족원이 배우자일 때 대부분이 고령자이므로 환자를 돌보면서 스트레스가 증가되어 건강에 대한 위협을 받게 되므로 이를 고려해야 한다고 하였고, 자녀인 경우에는 정서적 긴장과 신체적 돌봄 등 다양한 역할로 인하여 시간적 제약을 받게 되므로 직장생활에 영향을 미칠 수 있고 고통을 받을 수 있다고 하였다. 김소선(1992)의 연구에서도 간호부담이 많은 여성에서 신체적, 정신적 구속에 의한 고립감이 장기화됨에 따라 우울감 또는 절망감으로 발전하였으며 이는 젊은 나이에 돌봄으로 인해 자아실현이 좌절되고 구속되어야 하는 미혼자녀나 며느리가 자신이 처한 상황에 대해 회의를 느끼거나 가족의 지지를 받지 못할 때 주로 나타나는 현상이라고 하였다. 또한 환자가 노인일 때 가족의 간호요구가 높았는데 Couper & Sheehan(1987), Goodman & Pynoos(1990)는 단순히 장기간 돌보아야 하는 노인환자가 있다는 사실만으로도 가족은 부담감을 경험하며 다중고에 시달리고 있다고 하였다. 가족의 노고와 헌신적인 행위를 이해하고 인정해주는 인본주의적인 간호를 요구하고 있다고 하겠다. 환자와의 의사소통방법에 대한 요구량은 환자의 마비부위, 언어장애에 따라 유의한 차이가 있었다. 즉 마비가 있는 경우가 마비가 없는 경우보다 간호요구가 높았고 마비부위가 오른쪽일 때 왼쪽 경우보다 높았다. 또한 언어장애가 있는 경우가 없는 경우보다 간호요구가 높았다. 간호 및 도움의 신속함에 대한 요구량은 가족의 간호기간, 환자의 질병이환기간에서 유의한 차이가 있었다. 즉 간호기간과 질병이환기간이 2년이상일 때 간호요구가 가장 높았고 1-3개월 미만, 1년-2년미만의 순이었다. Wilson(1989)은 돌보는 역할을 맡은 가족원이 초기에는 환경변화와 질병발생으로 인한 가족원의 역할변화에 따른 부담감이 높고 역할의 모호성을 느끼며 돌보는 역할을 수행하면서도 일상

생활패턴이 깨지고 가족간의 갈등이 발생하며 재정압박이 심해지고 피로감, 생활의 불안정감, 신체적 정신적 소진을 경험하여 마지막으로는 돌보는 역할을 남에게 이양하고 싶은 요구가 발생한다고 하였다.

뇌졸중환자의 일상생활 수행의 의존도에 따른 가족원의 간호요구도는 통계적으로 유의한 차이는 없는 것으로 나타났다. 이는 최은숙과 소희영(1993)의 연구에서 뇌졸중환자의 자기간호수준에 따른 보호자의 스트레스정도에 유의한 차이가 없었던 것과 치매환자 가족을 대상으로 한 유은정(1995)의 연구에서 일상생활수행정도에 따른 간호요구도에 유의한 차이가 없었던 것과 유사하였다. 한편 박명희(1991)는 마비환자의 가족원중 환자의 일상활동장애가 심할수록 가족원의 부담이 높다고 보고하였고, Kosberg, Gairl & Keller(1990)도 기능장애환자의 가족원의 부담이 컸다고 하여 본 연구 결과와는 일치하지 않았다. 본 연구에서 환자와의 관계는 배우자와 자녀가 많았는데 이는 가족상호간의 유대가 깊은 우리나라의 전통적 가족제도에서 나타날 수 있는 특성이며 자신들이 당연히 돌보아야 한다는 태도, 자신의 걱정과 불안을 감추고 적당히 좋게 보이는 것을 미덕으로 여기는 유교전통사회의 영향에서 기인한 것으로 생각되며, 환자의 가족이 환자의 의존적 역할을 인정하여 가족원의 돌봄행위를 당연한 것으로 받아들이기 때문으로 해석된다(양영희, 1992).

VI. 결론 및 제언

본 연구는 1997년 7월 1일부터 8월 14일까지 서울과 광주시에 위치한 2개 종합병원과 1개 한방병원의 뇌졸중환자 가족 115명을 대상으로 뇌졸중환자의 정상기능 및 활동에로의 적응과 재할 및 사회복귀과정에 중요한 역할을 하는 가족의 요구를 규명하여 보다 간호중재의 방향을 모색하기 위한 기초자료를 마련하기 위하여 시도하였다.

연구도구는 환자 가족의 간호요구를 확인하기 위하여 문헌고찰 및 면담을 통하여 연구자가 작성

한 질문지를 사용하였고 환자의 일상생활수행정도를 측정하기 위하여 강(1984)이 개발한 ADL check list를 사용하였다.

수집된 자료는 SAS 전산체계를 이용하여 간호요구의 요인은 요인분석(요인모델은 주성분 분석, 회전 방법은 Varimax회전)하였고, 일반적 특성에 따른 간호요구정도는 t-test, ANOVA로, 환자의 일상생활수행의존도와 가족의 간호요구 정도와의 관계는 ANOVA로 분석하였다.

본 연구의 결과는 다음과 같다.

- 1) 뇌졸중환자의 간호와 관련된 가족의 총 간호요구도는 평균이 3.96으로 나타났다. 총문항수 35문항에서 3이상의 값을 나타낸 항목은 34문항으로써 간호요구가 가장 높게 나타난 문항은 신속한 간호(평균 4.77)이고 도움요청시 신속한 처리(4.71), 질병의 합병증 예방(4.63)의 순으로 나타났다. 이에 반해 요구도가 가장 낮은 문항은 종교자의 방문(2.82)이었으며, 언어훈련(3.19), 걱정과 불안을 표현하는 것(3.30)의 순으로 나타났다.
- 2) 뇌졸중환자 가족의 요구는 요인분석의 결과 7개 요인으로 구분되었으며 추출된 7개 요인은 다음과 같다. 즉 질병, 치료 및 간호와 관련된 정보요구, 신체기능수준과 관련된 교육 및 원조의 요구, 사회적 지지 및 상담의 요구, 부동과 관련된 간호문제의 관리 요구, 인정의 요구, 환자와의 의사소통방법에 대한 요구, 간호 및 도움의 신속함에 대한 요구 등 이었다. 이중 간호 및 도움의 신속함(평균 4.74)이 가장 높았고 질병, 치료 및 간호에 관련된 정보(평균 4.49), 신체기능수준과 관련된 교육 및 원조요구(평균 4.23)의 순으로 나타났다.
- 3) 가족의 간호요구에 영향을 미치는 요인으로서, 질병, 치료 및 간호와 관련된 정보의 요구량은 가족의 연령($p=.0178$), 간호기간($p=.0223$), 환자의 질병이환기간($p=.0244$)에서 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다. 신체기능수준과 관련된 교육 및 원조의 요구량은 환자의 마비부위($p=.0177$)에 따라 유의한 차이가 나타났다. 사회적지지 및 상담의 요구량은 가족의 성

별($p=.0055$), 직업($p=.0159$), 종교($p=.0093$), 환자의 성별($p=.0134$)에서 유의한 차이가 있었다. 인정의 요구량은 가족의 연령($p=.0107$), 성별($p=.0133$), 환자의 연령($p=.0338$)에서 유의한 차이가 있었다. 환자와의 의사소통방법에 대한 요구량은 환자의 마비부위($p=.0002$), 언어장애($p=.0001$)에 따라 유의한 차이가 있었다. 간호 및 도움의 신속함에 대한 요구량은 가족의 간호기간($p=.0162$), 환자의 질병이환기간($p=.0116$)에서 유의한 차이가 있었다.

- 4) 뇌졸중환자의 일상생활 의존도는 평균이 3.38로 나타났다. 총 문항수 14문항에서 3이상의 값을 나타낸 항목은 11문항으로써 일상생활수행의 의존도가 가장 높은 것은 층계오르내리기(평균 4.12)이었으며, 보행(평균 3.83), 하의 입고벗기(평균 3.77), 상의입고벗기(평균 3.74)의 순으로 나타났다. 일상생활수행의 의존도가 가장 낮은 것은 컵으로 물마시기(평균 2.60)이었으며 수저나 젓가락으로 먹기(평균 2.85), 자세를 변경하여 돌아눕기(평균 2.91)의 순으로 나타났다. 또한 일상생활수행의 의존도에 따른 가족의 간호요구에는 환자가 의존적일수록 가족의 간호요구가 높게 나타났으나 통계적으로 유의하지는 않았다.
- 5) 질병, 치료 및 간호에 대한 정보의 출처는 의사(26.1%)로부터 정보를 얻는 경우가 가장 많았으며 신문, 잡지, 마스크(20.8%), 간호사(17.4%), 한의사(11.6%)의 순으로 나타났다.

뇌졸중환자 가족의 간호중재의 방향을 모색하기 위한 기초자료로서 본 연구의 결과로 확인된 간호요구의 우선순위 및 간호요구에 영향을 미치는 특성을 고려하여 이를 간호중재시 이용할 것을 제안한다. 뇌졸중환자 가족의 문제나 어려움을 확인하고 질병, 치료 및 간호와 관련된 내용을 교육해야 할 필요가 있으며 상담의 기회를 제도적으로 마련하고 사회적 지지모임 및 환자가족의 자조모임이 형성되도록 돕고 이를 촉진할 필요가 있다고 본다. 또한 가족에게 위임되었던 일부의 기본간호행위에 더욱 관심을 가져야 할 것이며 가족의 요

구를 보다 효과적이고 신속하게 충족시키기 위하여 인력증원 및 적정 간호인력 배치가 필요하다고 하겠다.

앞으로의 후속연구를 위한 제언을 한다면

- 1) 뇌졸중환자가족의 간호요구를 잘 설명할 수 있는 표준화된 도구의 개발이 필요하다.
- 2) 연구의 대상자수를 확대하여 연구를 실시해 볼 것을 제안한다
- 3) 뇌졸중환자 가족이 요구하는 간호내용에 대한 간호사의 인지정도, 수행여부 및 장애요인을 규명하는 연구가 필요하다.

참 고 문 헌

- 강현숙(1984). 재활강화교육이 편마비 환자의 자간호수행에 미치는 효과에 관한 실험적 연구. 연세대 대학원 박사학위논문.
- 김선희(1988). 퇴원환자의 간호요구도. 경북대 대학원 석사학위논문.
- 김소선(1992). 뇌졸중환자를 돌보는 가족의 경험에 관한 연구. 연세대 대학원 박사학위 논문.
- 김수지, 김정인(1981). 가족정신건강. 서울:수문사.
- 김상순, 김재귀(1993). 종합병원의 뇌. 척수. 근골격계 입원환자의 가정간호요구. 가정간호학회지, 1, 57-70.
- 김진수(1994). 뇌졸중의 진단과 치료. 대한의학협회지, 35(3), 390-398.
- 김은경(1989). 중환자실 입원환자 가족의 요구에 대한 연구. 서울대 대학원 석사학위 논문.
- 김태수, 강대곤, 정성일, 문유선, 이혜리(1995). 만성질병에 처한 가족의 대응도 및 반응단계에 관련된 요인, 가정의학회지, 16(2), 142-156.
- 박명희(1991). 가족간호제공자의 부담감 인지정도 와 영향변수 분석. 가톨릭대학 의학부 논문집, 44(3), 949-958.
- 박순경(1986). 간호원의 간호업무수행과 소진정도에 대한 관계연구. 고려대 대학원 석사학위논문.

- 서미혜, 오가실(1993). 만성질환자 가족의 부담감에 관한 연구. 간호학회지, 23(3), 467-486.
- 양영희(1992). 만성입원환자를 돌보는 가족원의 역할스트레스와 건강에 대한 이론적 구조모형. 서울대 대학원 박사학위논문.
- 원동희(1993). 장기입원환자가족의 요구요인 분석. 한양대 행정대학원 석사학위논문.
- 유은정(1995). 노인성치매환자 가족의 간호요구에 대한 연구. 서울대 대학원 석사학위논문.
- 이강이, 송경애(1996). 뇌졸중 환자가족이 인지한 부담감 및 우울정도에 관한 연구. 간호학회지, 26(4), 853-867.
- 이영신(1993). 만성입원환자 가족원의 부담감. 서울대 석사학위논문.
- 임경춘, 박광옥(1997). 신경계 전문간호사 역할정립에 관한 연구: 일개 종합병원의 간호활동 분류를 중심으로. 서울대 간호학논문집, 11(1), 69-84.
- 정수정(1991). 중환자실 환자가족의 요구에 관한 분석적 연구. 경희대 행정대학원 석사학위논문.
- 최상순(1975). 환자 보호자와 간호업무. 대한병원 협회지, 4(5), 66-69.
- 최영희(1982). 입원환자와 일반인의 스트레스생활 사건과 대처방법에 대한 비교연구. 간호학회지, 12(2), 91-103.
- 최영희, 이경혜(1988). 가족중심간호학. 서울:신광출판사.
- 최은숙, 소희영(1993). 뇌졸중환자의 자가간호수준에 따른 보호자의 스트레스. 간호학회지, 23(4), 602-616.
- 한정석, 서미혜(1992). 가정간호시 요구되는 건강교육, 추후관리내용의 교육개발을 위한 연구-고혈압, 뇌졸중, 당뇨병. 최신의학, 35(3), 107-123.
- 홍근표(1984). 간호원의 소진경험에 관한 분석적 연구:개인적 특성, 업무와 스트레스, 사회적 지지와의 관계. 연세대 대학원 박사학위논문.
- Anderson, T. P.(1981). Principles of rehabilitation: Cerebrovascular accident, S. V. Anderson & E. E. Bauwens(Ed.), Chronic health problems(135-145). ST. Louis: Mosby Co.
- Becknell, E. P. & Smith, D. M.(1975). System of nursing practice. Philadelphia: F. A. Davis Co.
- Bedworth, J. A. & Molen, M. T.(1982). Psychological stress in spouses of patients with myocardial infarction. Heart & Lung, 11(5), 450-456.
- Biegel, D. E., Sales, E. & Schulz, R.(1991). Family caregiving in chronic illness. Newbury Park, CA: Sage pub.
- 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.
- Blank, J., Clark, L., Longman, A. J. & Atwood, J. R.(1989). Perceived home care needs of cancer patients and their caregivers. Cancer Nursing, 12(2), 78-84.
- Brocklehurst, J. C., Morris, P., Andrews, K. & Laycock, P.(1981). Social effect of stroke. Social Science in Medicine, 15, 35-39.
- Brown, P. L.(1992). The burden of caring for husband with Alzheimer's disease. Home Health Care Nurse, 9(3), 33-38.
- Clipp, E. C. & George, L. K.(1990). Caregiver needs and patterns of social support. Journal of Gerontology, 45(3), 102-111.
- Daley, L. K.(1984). The perceived immediate need of families with relatives in the intensive care setting. Heart & Lung, 13, 231-237.
- Deimling, G. T. & Bass, D. M.(1986). Symptoms of mental impairment among elderly adults and their effects on family

- caregivers. Journal of Gerontology, 41(6), 778-784.
- Feetham, S. L.(1982). The relationship of family functioning to infant, parent and family environment outcome in the first 18 months following the birth of an infant with myelodysplasia. Unpublished Doctoral Dissertation, Mishigan State University.
- Friedman, M. M.(1992). Family nursing : Theory and practice(3rd ed.). Norwalk, CT : Appleton & lange.
- Gilliss, C. L., Rose, D. B., Hallburg, J. C. & Martinson, I. M.(1989). The family and chronic illness, In C. L. Gilliss, B. L. Highley, B. M. Roberts & I. M. Martinson(Eds.), Toward a science of family nursing(287-299). Menlo Park, CA : Addison-Wesley.
- Given, B., Stommel, M., Collins, C., King, S. & Given, C. W.(1990). Responses of elderly spouse caregivers. Research in Nursing & Health, 13, 77-85.
- Goetter, W.(1986). Nursing diagnoses and interventions with the acute stroke patient. Nursing Clinics of North America, 21(2), 309-319.
- Hanson, S. M. & Boyd, S. T.(1996). Family health care nursing. Philadelphia : F. A. Davis Co.
- Hatfield, A. B.(1979). The family as partner in the treatment of mental illness. Hospital and Community Psychiatry, 30(5), 338-340.
- Kaufman, R.(1992). Strategic planning plus : An organizational guide. Newbury Park, CA : Sage pub.
- Kosberg, J. I., Gairl, R. E. & Keller, D. M. (1990). Components of burden ; Inter-ventive implicayion. The Gerontologist, 30(2), 236-242.
- Leahey, M. & Wright, L. M.(1987). Families and life threatening illness. Pennsylvania : Springhouse Corporation.
- Leske, J. S.(1986). Needs of relatives of critically ill patients : A follow-up. Heart & Lung, 15, 189-193.
- Litman, T. J.(1974). The family as a basic unit in health and medical care : A social behavioral overview. Social Science & Medicine, 8, 495-519.
- Martinson, L. M. & Widmer, A.(1989). Home health care nursing. Philadelphia : W. B. Saunders
- McKillip, J.(1987). Need analysis : Tools for the human services and education. Newbery Park, CA : Sage
- Miller, J. R. & Janosik, E. H.(1980). Family -focussed care. NewYork : Mcgrow Hill Book Co.
- Molter, N. C.(1979). Needs of relatives of critically ill patient : A descriptive study. Heart & Lung, 8(2), 332-339.
- Oberst, M. T. & Thomas, S. E.(1989). Caregiving demands & appraisal of stress among family caregivers. Cancer Nursing, 12(4), 209-215.
- Orodenker, S. Z.(1990). Family Caregiver in a changing society : The effects of employment on caregiver stress. Family & Community Health, 58-69.
- Rasie, S. M.(1980). Meeting families' needs helps you meet ICU patients' needs. Nursing, 10, 32-35.
- Robertson, E. K. & Suinn, R. M.(1968). The determination of rate of progress of stroke patients through empathy measures of patient and family. Journal of Psychosomatic Research, 12, 183-191.
- Robinson, R. G., Boldac, P. I., Kubos, K. I.,

- Starr, I. B. & Price, T. R.(1985). Social functioning assessment in stroke patients. Arch. Phys. Med. Rehabilitation, 66, 496-500.
- Snyder, M.(1985). Independent nursing intervention. Illinois : John Wiley & Sons.
- Stein, R. E. K. & Reissman, C. K.(1980). The development of an impact on family scale : Preliminary finding. Medical Care, 18(4), 465-472.
- 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.
- Struss, A. L. & Glaser, B. G.(1975). Chronic illness and the Quality of life. Toronto : Mosby Co.
- Welch-McCaffery, D.(1983). When it comes to cancer, think family. Nursing, 1332-1335.
- Wilson, H. S. & Carol, R. K.(1988). Psychiatric Nursing, California : Addison-Wesby pub. Co.
- Witkin, B. R. & Altschuld, J. W.(1995). Planning and conducting needs assessments. NewDelhi : Sage pub.
- Woerner, L. & Casper, K.(1987). Alzheimer's care : A home health model. The American Journal of Alzheimer's Care and Research, 3(4), 23-29.

Abstract

A Study on the Care Needs of Family-Caregivers to the Patients with Stroke

Kim, Mi Hee*

The purpose of this study was to identify the care needs of family-caregivers to the patients with stroke.

Subjects were 115 family-caregivers caring for the patients while they were in-patients or out-patients with stroke in two general hospitals and one oriental medicine hospital located in Seoul and Kwang-Ju.

The instrument used for this study was made by the researcher on the basis of results of literature review and interviews with family-caregivers, composed of 35 items. Internal validity by calculation of cronbach's alpha with data of respondents was 0.91, which was regarded as high.

The Data were analyzed by SAS program, with percentage, mean, t-test, and ANOVA.

Factor structures of care needs of family-caregivers were elicited by factor analysis(PCA, Varimax rotation).

Datum collection had been from July 1 to August 14, 1997.

The results of this study were as follows :

1. The mean score of the sum of the care needs of family-caregivers was 3.96 and the highest-mean item was 'need for immediate care(M=4.77)', and the lowest-mean item was 'need for chaplian's visit(M=2.82)'.

* Kwang-Ju Christian Hospital College of Nursing

2. Care needs of the family-caregivers were :

Need to be informed of the disease, treatment and care ; need of education and assistance related to physical functional level ; need of social support and consultation ; need of management of nursing problem related to immobility ; need of appreciation ; need of the way to communicate with patients ; need of immediate care and help.

The highest mean factor was the 'need for immediate care and help(M=4.74)', and the lowest mean factor was the 'need of appreciation(M=3.58)'.

3. The variables influencing the degree of care needs perceived by family-caregivers to the patients with stroke were as follows : There were significant differences between need to be informed of the disease, treatment and care and general characteristic factors, which were family caregiver's sex ($p=.0178$), caring period($p=.0223$) and patient's suffering period($p=.0244$).

There were significant differences between need of education and assistance related to physical functional level and general characteristic factors, which were patient's paralysis($p=.0177$), patient's ADL dependency ($p=.0032$).

There were significant differences between need of social support and consultation and general characteristic factors, which were family caregiver's sex($p=.0055$), occupation ($p=.0159$), religion($p=.0093$) and patient's sex($p=.0134$).

There was significant difference in the degree of need of management of nursing

problem related to immobility, according to the patient's ADL dependency($p=.0493$).

There were significant differences between need of appreciation and general characteristic factors, which were family caregiver's age($p=.0107$), sex($p=.0133$), and patient's age($p=.0338$).

There were significant differences between need of the way to communicate with patient and general characteristic factors, which were patient's paralysis($p=.0002$) and aphasia($p=.0001$).

There were significant differences between need of immediate care and help and general characteristic factors, which were family caregiver's caring period($p=.0162$) and patient's suffering period($p=.0116$).

4. The mean score of patient's ADL dependency was 3.38 and the highest-mean item was 'ascending and descending stairs(M=4.12)', and the lowest-mean item was 'drinking(M=2.60)'. There was no significant difference in the degrees of care needs related to the patient's ADL dependency.

5. The highest information source of family-caregivers was from the doctors about the disease, treatment and care(26.1%). The second highest one was from mass media(20.8%), and the third one was from the nurses.

The above findings may be used as the basic data to seek more efficient way of elevating nursing practice and quality for family-caregivers to the patients with stroke.

Key concept : family-caregiver, care need