

ORIGINAL ARTICLE

Open Access

## 급성기 뇌졸중 생존자를 돌보는 가족의 자가 관리 영향요인

이지연<sup>1</sup> · 장희경<sup>2</sup>

성균관대학교 삼성창원병원 간호부 간호사<sup>1</sup>, 경상대학교 간호대학 · 건강과학연구원 노인건강연구센터 조교수<sup>2</sup>



### Factors Influencing Family Caregivers' Self-management of Acute Stroke Survivors

Lee, Ji Yeon<sup>1</sup> · Chang, Hee Kyung<sup>2</sup>

<sup>1</sup>RN, Department of Nursing, Samsung Changwon Hospital, Sungkyunkwan University, Changwon, Korea

<sup>2</sup>Assistant Professor, College of Nursing, Institute of Health Sciences, Gyeongsang National University, Jinju, Korea

**Purpose:** The purpose of this study was to identify factors associated with family caregivers' self-management of acute stroke survivors. **Methods:** The study participants were 130 stroke survivors and their caregivers. Data on participant characteristics, depression, task difficulty, survivor memory and behavioral problem, and self-management were collected from July 1 to September 30, 2017 using a structured questionnaire. Data were analyzed with the SPSS/WIN 23.0 program for descriptive statistics, using independent t-test, one-way analysis of variance, Pearson's correlation coefficient and enter multiple regression analysis. **Results:** Significant factors associated with self-management for family caregivers were survivors' age, the presence of comorbidities, the relationship between caregivers and survivors, and the presence of an alternative caregiver. Self-management has negative correlations with depression, task difficulty, and the occurrence of survivor memory and behavioral problems. The determining factors affecting caregiver self-management were caregiver depression ( $\beta = -.46, p < .001$ ) and survivor age ( $\beta = .32, p = .004$ ), and their explanation power was about 37%. **Conclusion:** The results suggest that caregiver depression and survivor age should be considered in developing the nursing interventions to improve family caregiver self-management. Furthermore, findings underscore the importance of early screening and ongoing psychological assessments for depression in family caregivers of stroke survivors.

**Key Words:** Caregivers, Depression, Self-management, Stroke, Survivors

## 서론

### 1. 연구의 필요성

뇌졸중은 혈관 손상으로 뇌에 영양소와 산소의 공급이 차단되는 순환 장애가 발생하여 뇌 조직에 손상을 일으켜 신경증상

이 나타나는 질환이다[1]. 우리나라에서 만 65세 이상의 뇌졸중 유병률은 2012년 4.1%에서 2016년 5.9%로 늘어나는 추세로[2] 의료기술의 발전과 더불어 발병 후 생존가능성이 증가하여 뇌졸중 생존자들에 대한 치료와 간호가 더욱 중요해지고 있다. 일반적으로 뇌졸중 후 생존자 중 6개월째 독립생활이 가능한 사람은 40~65%로 알려져 있다[1]. 독립생활이 가능하지 않

주요어: 가족돌봄자, 우울, 자가 관리, 뇌졸중, 생존자

Corresponding author: Chang, Hee Kyung <https://orcid.org/0000-0003-3581-9430>

College of Nursing, Institute of Health Sciences, Gyeongsang National University, 15 Jinju-daero, 816 Beon-gil, Jinju 52727, Korea.  
Tel: +82-55-772-8234, Fax: +82-55-772-8209, E-mail: hchang@gnu.ac.kr

Received: Aug 27, 2018 / Revised: Oct 30, 2018 / Accepted: Dec 3, 2018

This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/3.0/>), which permits unrestricted non-commercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

은 뇌졸중 생존자는 운동장애, 감각장애, 보행장애 뿐만 아니라 언어장애, 행동장애, 기분장애, 혈관인지장애 등의 문제를 가지며[1] 재활뿐만 아니라 정서적 지지와 가족의 돌봄이 요구되기 때문에 생존자를 돌보는 가족을 위한 지속적인 지원 필요성이 점차 강조되고 있다[3].

뇌졸중은 준비되지 않은 상황에서 갑자기 발생하며 뇌졸중 발생 후 생존자와 유대관계가 깊은 가족이라 하더라도 신체적 불편감, 정신적 위기감, 절망감, 죄책감, 불안감, 경제적 어려움, 사회적 고립감이나 다른 부정적 경험과 더불어 상당한 충격과 부담을 감당하게 된다[1,4]. 특히 뇌졸중 생존자에 대한 사회적 서비스와 시설이 충분하지 않은 상태에서 일차적으로 부양책임을 지게 되는 가족은 상당한 불안과 부담감을 경험하게 된다[1,5]. 심리적 부담은 점점 가중되어 신체적·정신적 건강까지 악화되는 상황에 처하게 된다[3]. 가족의 뇌졸중은 발생 자체만으로 생존자를 돌보는 가족에게 극심한 스트레스로 작용하여 우울과 부담감이 증가하는데, 그 중 뇌졸중 생존자의 변화된 행동 특성은 생존자를 돌보는 가족의 인식 정도에 따라 부정적 영향이 상당한 것으로 밝혀졌다[6].

뇌졸중 생존자를 돌보는 가족에게 가장 큰 돌봄 업무는 개인 위생, 이동 시 지원, 약물 복용 등 일상적인 활동을 담당하는 것이며 생존자가 스스로 식사나 개인위생 활동과 같은 일상적인 활동을 얼마나 시행하느냐에 따라서 생존자를 돌보는 가족의 업무 부담이 달라지는 것으로 나타났다[7]. 우리나라의 경우 Kim과 Han [8]의 연구를 보면 뇌졸중 생존자를 돌보는 가족원의 평균연령이 49세로 건강하게 활동할 나이임에도 불구하고 생존자 간호 부담과 스트레스로 인해 스스로 인식하는 건강 상태가 실제보다 더 낮게 측정되었으며, Ejem 등[9]의 연구에서는 돌봄 부담감이 높은 집단에서는 운동이 부족하거나 평소 충분한 휴식을 취하지 못하고 아플 때 쉬지 못하거나 약을 복용하는 것을 잊는 등 위험 건강 행동의 빈도가 유의미하게 높은 것으로 나타났다. Lee와 Yong [10]의 연구에서는 뇌졸중 생존자의 기능적 의존도와 우울이 생존자를 돌보는 가족의 신체 관련 삶의 질에 부정적 영향을 미친다고 하였으며, 연령이 높을수록 신체활동을 지지할 수 있는 중재가 필요하다고 하였다. 이런 신체활동이 줄어들면 감정적인 스트레스의 증가로 인하여 충분한 수면, 운동 및 식이조절과 같은 자가 관리에 소홀해지는 악순환에 빠질 수 있다.

다양한 기능장애가 있는 생존자를 부양하는 가족은 신체적 제한과 정신적 고통으로 인해 여러 질환에 취약하여 '제2의 환자'라고 불리기도 하며 관절염, 폐기종, 심장질환, 고혈압과 같은 만성질환을 호소하고 있다[11,12]. 심혈관계질환의 경우에

는 생존자의 장애가 중등도 이상일수록 생존자를 돌보는 가족도 중증의 부담에 직면하여 수면장애로 고통 받는다는 연구도 있다[13]. 또한 생존자를 돌보는 가족의 과반수가 피로뿐 아니라 신체적 고통을 경험한다고 하였다[14]. 뇌졸중 생존자의 의사소통 장애로 생존자의 협조가 어려워지면 투약 등의 중요한 건강관리활동을 생존자가 독립적으로 하지 못하게 되고 건강관리활동을 같이 하는 것에 대한 부담이 증가하며 생존자의 심리적 상태는 돌보는 가족의 건강, 돌봄 부담, 우울과 가장 강한 관련성이 있는 것으로 나타났다[14].

뇌졸중이 발생하는 시점부터 생존자와 가족 간에 나타나는 관계의 변화로 인한 어려움도 겪게 되는데 뇌졸중 생존자를 돌보는 가족의 경우 스스로 자가 관리를 위해 노력하지만 자주 지치게 되어 이에 대해 지역사회나 전문가의 도움과 교육을 받길 원하는 것으로 나타났다[15]. 뇌졸중 가족은 생존자를 위한 여러 활동과 돌봄에 참여하기 위해 건강증진을 목표로 하는 자가 관리가 필요하지만 만성질환이 있는 가족의 경우 생존자와 자신을 동시에 효과적으로 돌보기 위해 자신의 의학적, 심리 사회적 문제뿐만 아니라 생존자로 인해 발생할 수 있는 문제에 대해서도 정보 요구가 높은 것으로 나타났다[16].

현재 시행되고 있는 뇌졸중 치료나 재활은 대부분 생존자 중심으로 이루어질 뿐, 생존자를 돌보는 가족의 역할과 중요성에 대해서는 간과하고 있는 실정이다[17]. 이처럼 뇌졸중 생존자를 돌보는 가족은 생존자의 다양한 돌봄 업무를 수행하기 위한 자가 관리가 중요함에도 불구하고 현재까지 국내외 선행연구를 살펴보면 뇌졸중 생존자를 돌보는 가족이 경험하는 우울이나 돌봄부담에 관한 연구[4,7,10]는 이루어졌으나 이러한 변수가 이들의 일상적인 자가 관리에 어떠한 영향을 미치는지에 대한 연구는 찾아보기 어려웠다.

이에 본 연구에서는 뇌졸중 생존자를 돌보는 가족의 우울, 가족이 인식하는 돌봄난이도와 뇌졸중 생존자의 기억 및 행동 변화가 생존자를 돌보는 가족의 자가 관리에 미치는 영향을 파악하여 이들의 자가 관리를 향상시킬 수 있는 간호를 제공하기 위한 기초자료를 마련하고자 한다.

## 2. 연구목적

본 연구는 급성기 뇌졸중 생존자를 돌보는 가족의 우울, 돌봄난이도, 생존자의 기억 및 행동 문제에 대한 인식 및 자가 관리의 정도를 조사하고, 자가 관리에 영향을 미치는 요인을 파악하는 데 목적이 있다.

## 연구 방법

### 1. 연구설계

본 연구는 뇌졸중 생존자를 돌보는 가족의 자가 관리에 영향을 미치는 요인을 탐색하기 위한 서술적 조사연구이다.

### 2. 연구대상

본 연구의 대상자는 경상남도에 소재하는 성균관대학교 삼성창원병원에 입원하여 뇌졸중 진단을 받은 생존자를 돌보는 가족 중 연구의 목적을 이해하고 연구참여에 서면으로 동의한 자로 하였다. 18세 이상의 신경과 또는 신경외과 전문의로부터 뇌졸중으로 진단 받은 지 이주일 이상 경과되고 병원에 입원 중인 생존자를 돌보는 가족이며, 뇌졸중 생존자와 동거하고 있는 20세 이상이면서, 설문지를 읽고 응답할 수 있고 의사소통이 가능하며 정신과적 건강문제로 인해 현재 약물을 복용하지 않는 자로 선정하였다. 생존자를 돌보는 가족 중 과거 우울증을 앓은 적이 있는 자는 제외하지 않았다. 생존자의 연구대상자 수는 G\*Power 3.1.9.2 프로그램을 사용하여 다중회귀분석을 위해 유의수준( $\alpha$ ) .05, 검정력 80%, 효과크기( $f^2$ )는 회귀분석의 중간크기 수준인 .15, 독립변수는 생존자의 연령, 생존자의 주요 동반질환 여부, 생존자를 돌보는 가족과 생존자의 관계, 가족 중 본인을 대신해 뇌졸중 생존자를 돌봐 줄 사람 여부 등 4개와, 우울, 돌봄난이도, 생존자의 기억 및 문제 행동에 대한 인식 정도 등 총 10개로 하여 118명이 결정되었고 탈락률을 고려하여 총 130부의 설문조사를 실시하였으며 탈락한 부수 없이 최종 분석에 사용하였다.

### 3. 연구도구

본 연구에서는 대상자의 인구사회학적 특성 10문항, 뇌졸중 생존자의 인구사회학적 특성 및 질병 관련 특성 7문항, 대상자의 우울 9문항, 돌봄난이도 15문항, 생존자의 기억과 행동문제에 대한 대상자의 인식 17문항, 대상자의 자가 관리 35문항 등 총 93문항으로 구성된 구조화된 설문지를 사용하여 측정하였다.

#### 1) 인구사회학적 특성 및 생존자 특성

대상자의 인구사회학적 특성은 선행연구[6,7]를 바탕으로 하여 성별, 연령, 최종학력, 생존자와의 관계, 직업, 하루 간병 시간, 간병 기간, 가족 중 본인을 대신해 뇌졸중 생존자를 돌봐

줄 사람 여부, 과거력을 포함하였으며, 생존자 특성은 생존자를 돌보는 가족에게 정보수집에 대한 동의를 구한 후 성별, 진단 시기, 상세 진단명, 주요 동반 질환 여부, NIHSS (The National Institutes of Health Stroke Scale) 점수는 인터뷰 하는 시점에 연구자가 직접 조사하고, 대상자의 주치의인 신경과전문의와 교차 확인하였다.

#### 2) 우울

Spitzer 등[18]이 개발한 Patient Health Questionnaire (PHQ)는 DSM-IV에 근거한 다양한 특정 정신질환을 평가하기 위한 자가 보고 설문지로 본 연구에서는 Han 등[19]이 한국어판으로 번역하여 수정·보완한 도구를 원 개발자와 수정·보완한 저자에게 각각 사용 승인받아 측정하였다. Likert 4점 척도의 총 9문항으로 구성되어 각 문항에 대하여 '전혀 그렇지 않다'(0점)부터 '거의 매일 그렇다'(3점)로 응답하도록 되어 있으며 전체 점수 범위는 0~27점으로 점수가 높을수록 우울이 심함을 의미한다. 본 연구에서는 총 점수 0~4점을 정상, 5~9점은 경도 우울, 10~19점을 중증도 우울, 20~27점을 중증 우울로 분류하여 비교하였다. Han 등[19]의 연구에서 Cronbach'  $\alpha$  는 .85였으며, Shim 등[20]의 연구에서 Cronbach'  $\alpha$  는 .81이었고 본 연구에서 Cronbach'  $\alpha$  는 .91이었다.

#### 3) 돌봄난이도

본 연구에서 생존자를 돌보는 가족이 인식하는 돌봄난이도는 Oberst 등[21]이 개발한 Oberst Caregiving Burden Scale (OCBS) 도구를 저자에게 사용 승인 받은 후 다음과 같은 절차를 거쳐 사용하였다. 우선 Waltz 등[22]이 제시한 이중 번역 방법을 적용하여 한국어와 영어 사용이 가능한 간호대학 교수와 영문학 박사가 원도구의 문항을 영어에서 한국어로 번역하였다. 그 이후 간호학을 전공한 한국어와 영어 사용이 능통한 전문가 1인이 다시 영어로 역번역하였으며, 원 도구와 역번역한 영어문항을 한국어와 영어 사용에 능통한 간호학 박사 1명에게 대조하도록 하여 문항의 의미 차이가 있는지 검토하였다. 이후 문항 간 의미 차이가 없도록 수정한 후 최종 문항은 연구자들 간의 논의를 통해 한국어 문항이 확정되었다. 이렇게 확정된 한국어 문항의 내용타당도 검증을 위해 경상대학교병원 뇌졸중 집중치료실 수간호사 1명과 5년 이상 경력간호사 3명, 뇌졸중 환자의 남녀 배우자 각 2명, 도구 개발 경험이 있는 간호학과 교수 2명에게 번역된 도구의 목적과 취지를 설명한 후 '매우 타당하다'(4점)부터 '매우 타당하지 않다'(1점)로 구성된 Likert 4점 척도로 측정하였다. 내용타당도지수(Content Validity

Index, CVI)는 15문항 모두에서 .80 이상이였다. 구성타당도 검증을 위해 뇌졸중 생존자를 돌보고 있는 가족들 110명을 대상으로 문항분석을 수행하였으며, 개별항목과 척도 사이에 산출된 상관관계 계수가 .3 이상인 값을 선택하여 15문항 모두 채택되었다. 본 도구에서 돌봄난이도는 생존자에게 개인 간호 제공, 이동 지원, 증상 관찰, 감정 및 행동 관리 등과 같은 활동을 수행하는 데 걸리는 '시간'과 생존자를 돌보는 가족이 느낀 '어려움'을 각각 측정하는 도구이다. 돌봄난이도의 '시간'을 측정하는 항목은 '없음'(1점)에서 '2주에 10번 이상'(5점)의 Likert 5점 척도로 구성되어 있고, '어려움'을 측정하는 항목은 '어렵지 않다'(1점)에서 '매우 어렵다'(5점)의 Likert 5점 척도로 표현하도록 구성되어 있으며 총점이 높을수록 '시간' 혹은 '어려움' 측면에서 돌봄난이도가 높은 것을 의미한다. Bakas 등[23]의 연구에서 Cronbach's  $\alpha$ 는 .84~.94였으며 본 연구에서 Cronbach's  $\alpha$ 는 .85~.87이었다.

#### 4) 기억과 행동문제에 대한 인식

기억과 행동문제에 대한 인식은 Lee와 Yoon [24]이 개발한 한국형 기억 및 행동문제 개정점검표(Korean Version of the Revised Memory and Behavioral Problems Checklist, K-RMBPC)를 사용하였으며 개발자로부터 도구 사용에 대한 승인을 받았다. 생존자가 보이는 기억 및 행동문제에 대해 가족이 경험하는 빈도를 측정하기 위한 17문항의 도구로, '전혀 없다'(1점)에서 '2주에 10회 이상 경험하였다'(5점)의 Likert 5점 척도로 구성되어 있으며 총점이 높을수록 기억 및 행동문제가 심함을 의미한다. Lee와 Yoon [24]의 연구에서 Cronbach's  $\alpha$ 는 .88이었고, 본 연구에서 Cronbach's  $\alpha$ 는 .85였다.

#### 5) 자가 관리

자가 관리는 Walker 등[25]이 개발한 건강증진 생활양식 측정도구(Health-Promoting Lifestyle Profile, HPLP)를 Seo [26]가 변안한 도구로 개발자 Walker 등[25]에게 동의를 구한 후 연구자가 수정·보완하여 사용하였다. 본 연구에서 자가 관리 활동은 다양한 건강증진 활동으로 특정 질병이나 문제와 관련 없이 개인의 안녕, 자아실현, 자기 성취를 유지하고 증진시키는 것을 목적으로 하는 모든 활동[25]으로 정의하였다. 스스로 자신의 건강을 관리할 수 있는 역량강화(empowerment)와 자기통제는 성공적인 자가 관리의 핵심요소이며 특히 역량강화는 건강증진 개념에서 가장 중요한 것으로 강조되어 왔다. 뇌졸중 생존자를 돌보는 가족에게 특화된 자가 관리 측정도구를 찾기가 어렵고, 본 도구의 경우 자가 관리 활동의 정의에 부

합하면서 대상자가 일상에서 생활양식의 변화를 수반하는 것을 전제하고 있어[25,26] 선택하였다. 본 도구의 하위영역은 영양(6문항), 스트레스 관리(5문항), 대인관계 지지(6문항), 운동(2문항), 건강책임(11문항), 자아실현(5문항)으로 구성되어 있으며 총 35문항의 Likert 4점 척도로 구성되어 있고 총점이 높을수록 자가 관리 수행정도가 높은 것을 의미한다. Walker 등[25]의 개발 당시 신뢰도 Cronbach's  $\alpha$ 는 .92였고, Seo [26]의 연구에서 Cronbach's  $\alpha$ 는 .92였으며, 본 연구에서 Cronbach's  $\alpha$ 는 .94였다.

#### 4. 자료수집

본 연구의 자료수집은 2017년 7월 1일부터 9월 30일까지 3개월간 경상남도에 소재하는 성균관대학교 삼성창원병원 신경계병동에 입원한 생존자와 그들을 돌보는 가족을 대상으로 실시되었다. 삼성창원병원의 병원장, 신경과 과장, 간호부와 병동 수간호사의 협조를 얻어 병동과 보호자 대기실에서 대상자를 모집하였다. 연구자는 대상자 선정기준에 적합하며 참여 의사를 밝힌 생존자와 생존자를 돌보는 가족에게 서면 동의를 받은 후 설문지를 작성하도록 하였으며, 설문 소요된 시간은 15~20분이었다.

#### 5. 윤리적 고려

본 연구는 경상대학교 기관생명윤리심의위원회의 승인(IRB No: GIRB-A17-Y-0026)을 받았다. 연구자는 대상자 선정 기준에 맞는 대상자에게 익명성과 비밀보장, 연구 철회에 관한 윤리적 고려 사항 및 연구목적 설명 후 연구참여에 서면 동의를 받고 설문지를 제공하여 작성하도록 하였으며, 대상자가 자가보고 형식의 설문지에 응답한 후 연구자가 직접 설문지를 회수하였다. 연구참여에 동의한 대상자에게는 소정의 답례품을 지급하였다.

#### 6. 자료분석

본 연구에서 수집된 자료는 SPSS/WIN 23.0 프로그램을 이용하여하였으며, 유의수준 .05 수준에서 양측검정을 하였다. 구체적인 분석방법은 다음과 같다.

- 뇌졸중 생존자의 인구사회학적 특성과 질병 관련 특성 및 생존자를 돌보는 가족의 인구사회학적 특성은 빈도와 백분율 및 평균과 표준편차로 분석하였다.



- 뇌졸중 생존자를 돌보는 가족의 우울, 돌봄난이도, 기억과 행동문제에 대한 인식, 자가 관리 정도는 평균과 표준편차로 분석하였다.
- 뇌졸중 생존자를 돌보는 가족의 특성에 따른 자가 관리의 차이는 independent t-test 및 one-way ANOVA로 분석하고 사후 검정은 Scheffé test로 분석하였다.
- 뇌졸중 생존자를 돌보는 가족의 우울, 돌봄난이도, 기억과 행동문제에 대한 인식 및 자가 관리의 상관관계는 Pearson correlation coefficient로 분석하였다.
- 뇌졸중 생존자를 돌보는 가족의 자가 관리에 미치는 영향요인을 파악하기 위하여 입력 방법의 다중회귀분석(enter multiple regression analysis)을 실시하였다.

## 연구결과

### 1. 뇌졸중 생존자의 인구사회학적 특성과 질병 관련 특성 및 생존자를 돌보는 가족의 인구사회학적 특성

뇌졸중 생존자의 평균 연령은  $66.61 \pm 16.80$ 세로 남성이 53.1% (69명)이었고, 뇌졸중 진단 후 기간은 평균  $11.62 \pm 28.48$ 개월이었으나 2개월 미만은 59.2% (77명)로 가장 많았다. 뇌졸중 중 뇌경색으로 진단받은 대상자가 96.2% (125명)로 대부분이었으며, 주요 동반질환이 있다고 응답한 75.4% (98명) 중 고혈압이 73.5% (72명)로 가장 많았다. 뇌졸중의 신경계 장애 정도를 반영하는 NIHSS 점수는 평균  $2.59 \pm 1.78$ 점이었으며, 2~3점이 46.2% (60명)로 가장 많았다(Table 1).

뇌졸중 생존자를 돌보는 가족의 평균 연령은  $51.83 \pm 11.93$ 세로 여성이 77.7% (101명)이었고 생존자의 배우자인 경우가 55.4% (72명), 며느리 27.7% (36명), 자녀 15.4% (20명)이었다. 가족의 하루 간병시간은 평균  $18.15 \pm 7.13$ 시간이었으며, 24시간 내내 생존자 곁에 머무는 경우가 56.9% (74명)로 가장 많았다. 생존자를 위한 가족의 간병기간은 평균  $7.08 \pm 21.55$ 개월이었으나, 2개월 미만이 67.7% (88명)로 가장 많았다. 가족 중 본인을 대신해 뇌졸중 생존자를 돌봐 줄 사람이 있는 경우가 51.5% (67명)이었으며, 질병이 있는 가족은 55.4% (72명)로 이 중 고혈압이 59.7% (43명)로 가장 많은 것으로 나타났다(Table 1).

### 2. 뇌졸중 생존자를 돌보는 가족의 우울, 돌봄난이도, 생존자의 기억과 행동문제에 대한 인식 및 자가 관리

뇌졸중 생존자를 돌보는 가족의 우울은 27점 만점에 평균

$6.78 \pm 5.84$ 점으로 경증우울에 해당하였으나, 정상점수에 해당하는 대상자가 53.1% (69명)로 가장 많았으며 경증우울이 20.8% (27명), 중증도 우울이 20.0% (26명), 중증 우울이 6.1% (8명) 순이었다. 시간에 대한 돌봄난이도는 평균  $35.58 \pm 11.45$ 점이며, 5점 만점으로 환산 시  $2.23 \pm 0.76$ 점, 어려움에 대한 돌봄난이도는 평균  $28.82 \pm 10.15$ 점이며, 5점 만점으로 환산 시  $1.92 \pm 0.68$ 점이었다. 생존자의 기억과 행동문제에 대해 생존자를 돌보는 가족이 인식하는 정도는 평균  $24.43 \pm 9.76$ 점이며, 5점 만점으로 환산 시  $1.44 \pm 0.58$ 점이었다. 뇌졸중 생존자를 돌보는 가족의 자가 관리는 평균  $100.03 \pm 18.66$ 점이었고 하위영역에서 영양은  $16.48 \pm 4.34$ 점, 스트레스 관리는  $12.18 \pm 3.05$ 점, 대인관계 지지는  $18.61 \pm 4.31$ 점, 운동은  $5.58 \pm 1.64$ 점, 건강책임은  $30.82 \pm 5.76$ 점, 자아실현은  $16.36 \pm 3.43$ 점이었다(Table 2).

### 3. 뇌졸중 생존자를 돌보는 가족의 특성에 따른 자가 관리 차이

뇌졸중 생존자의 특성에 따른 뇌졸중 생존자를 돌보는 가족의 자가 관리 차이를 보면 생존자의 연령이 81세 이상인 집단이 60세 이하의 집단에 비해 자가 관리 점수가 높았고( $F=7.09$ ,  $p<.001$ ), 생존자에게 주요 동반질환이 있는 경우가 없는 경우보다 생존자를 돌보는 가족의 자가 관리 정도가 높게 나타났다( $t=-2.45$ ,  $p=.017$ ). 생존자를 돌보는 가족이 생존자의 며느리인 경우가 자녀인 경우보다 자가 관리 점수가 높았으며( $F=3.77$ ,  $p=.026$ ), 가족 중 본인을 대신해 뇌졸중 생존자를 돌봐줄 사람이 있는 가족의 자가 관리 점수가 유의하게 더 높았다( $t=2.61$ ,  $p=.010$ )(Table 3).

### 4. 우울, 돌봄난이도, 생존자의 기억과 행동문제에 대한 인식 및 자가 관리 간의 관계

뇌졸중 생존자를 돌보는 가족의 우울, 돌봄 난이도, 생존자의 기억 및 행동문제에 대한 인식, 자가 관리 변수간의 상관관계는 Table 4와 같다. 자가 관리는 우울( $r=-.45$ ,  $p<.001$ )과 돌봄난이도의 시간( $r=-.19$ ,  $p=.029$ ), 생존자의 기억과 행동문제에 대한 인식( $r=-.21$ ,  $p=.014$ )과 통계적으로 유의한 역상관관계를 나타냈다.

### 5. 뇌졸중 생존자를 돌보는 가족의 자가 관리 영향요인

뇌졸중 생존자를 돌보는 가족의 자가 관리 영향요인을 파악

**Table 1.** General Characteristics of Stroke Survivors and Caregivers

(N=130)

Variables	Characteristics	Categories	n (%)	M±SD
Stroke survivors	Age (year)	≤ 60	48 (36.9)	66.61±16.80
		61~70	23 (17.7)	
		71~80	26 (20.0)	
		≥ 81	33 (25.4)	
	Gender	Men	69 (53.1)	
		Women	61 (46.9)	
	Duration of having the illness (month)	< 2	77 (59.2)	11.62±28.48
		2~11	26 (20.0)	
		≥ 12	27 (20.8)	
	Detail diagnosis	Infarction	125 (96.2)	
		Hemorrhage	5 (3.8)	
	Comorbidity	Yes	98 (75.4)	
		No	32 (24.6)	
	Comorbidity diagnosis <sup>†</sup> (n=98)	Hypertension	72 (73.5)	
		Diabetes	43 (43.9)	
		Heart disease	19 (19.4)	
		Mental health	12 (9.2)	
		Cardiovascular	5 (5.1)	
		Musculoskeletal	3 (3.1)	
		Others	8 (6.2)	
	NIHSS Score	0~1	34 (26.1)	2.59±1.78
		2~3	60 (46.2)	
		≥ 4	36 (27.7)	
Family caregivers	Age (year)	≤ 40	24 (18.5)	51.83±11.93
		41~50	51 (39.2)	
		51~60	20 (15.4)	
		≥ 61	35 (26.9)	
	Gender	Men	29 (22.3)	
		Women	101 (77.7)	
	Education	≤ High school	110 (84.6)	
		≥ College	20 (15.4)	
	Relationship with care recipient	Spouse	72 (55.4)	
		Daughter-in-law	36 (27.7)	
		Offspring	20 (15.4)	
		Parents	2 (1.5)	
	Job status	Unemployed	65 (50.0)	
		Employed	65 (50.0)	
	Hours of caregiving a day	Part-time	56 (43.1)	18.15±7.13
		Full-time	74 (56.9)	
	Length of caregiving (month)	< 2	88 (67.7)	7.08±21.55
		2~11	24 (18.5)	
		≥ 12	18 (13.8)	
	Alternative caregiver	Present	67 (51.5)	
		None	63 (48.5)	
	Illness	Yes	72 (55.4)	
		No	58 (44.6)	
	Diagnosis <sup>†</sup> (n=72)	Hypertension	43 (59.7)	
		Diabetes	20 (27.8)	
		Musculoskeletal	16 (12.3)	
		Mental health	10 (7.7)	
		Cardiovascular	2 (2.8)	
		Others	3 (4.2)	

NIHSS=the national institutes of health stroke scale; <sup>†</sup> Multiple responses.

**Table 2.** Degree of Depression, Task Difficulty, Perception of Survivors Memory and Behavioral Problems and Caregivers Self-management (N=130)

Variables	n (%)	Range	Min	Max	M±SD
Depression		0~27	0	24	6.78±5.84
Normal	69 (53.1)				
Mild	27 (20.8)				
Moderate	26 (20.0)				
Severe	8 (6.1)				
Task difficulty					
Time		15~75	15	61	33.58±11.45
Difficulty		15~75	15	48	28.82±10.15
K-RMBPC		17~85	17	69	24.43±9.76
Self-management		35~140	35	125	100.03±18.66
Nutrition		6~24	6	22	16.48±4.34
Stress management		5~20	5	17	12.18±3.05
Interpersonal relation		6~24	6	24	18.61±4.31
Physical activity		2~8	2	8	5.58±1.64
Health responsibility		11~44	11	40	30.82±5.76
Self-actualization		5~20	5	20	16.36±3.43

K-RMBPC=Korean version of the revised memory and behavioral problems checklist.

하기 위해 단변량 분석에서 유의한 차이를 보인 생존자의 연령, 생존자의 동반질환 유무, 생존자와 생존자를 돌보는 가족의 관계, 가족 중 본인을 대신해 뇌졸중 생존자를 돌봐줄 사람 여부, 생존자를 돌보는 가족의 자가 관리와 유의한 상관관계가 있었던 우울, 생존자를 돌보는 가족이 인식하는 돌봄난이도의 시간, 생존자의 기억과 행동문제에 대한 인식 정도를 독립변수로 하여 입력방법의 다중회귀분석을 실시하였다. 변수 중 명목변수인 생존자의 동반질환 유무, 생존자와 생존자를 돌보는 가족의 관계, 대체 간병인 유무는 더미변수로 처리하여 분석하였다. 생존자와 생존자를 돌보는 가족의 관계에서 부모는 대상자가 2명밖에 되지 않아 분석에서 제외하였다. 다중회귀분석의 다중공선성(multicollinearity) 여부를 확인하기 위해 독립변수들 간의 상관정도인 공차한계(tolerance limit)와 분산팽창인자(Variance Inflation Factor, VIF) 값을 산출하였다. 분석 결과 모든 변수에서 VIF 값이 2.0을 넘지 않고(1.068~1.898), 공차한계가 모두 0.1 이상(.435~.936)이며, 상관계수도 모두 .80 이하(.008~.447)로 독립변수 간 다중공선성 문제가 없는 것으로 판단되었다. 또한 잔차의 독립성을 검정하기 위해 산출한 Durbin-Watson 값은 1.910으로 2에 가깝게 나타나 오차의 자기상관성이 없는 것으로 판단되어 잔차의 등분산성과 정규분포성 가정이 만족되었기 때문에 회귀분석 결과의 타당성을 충족하였다.

회귀분석 결과 생존자의 연령( $\beta=.32, p=.004$ )과 생존자를 돌보는 가족의 우울( $\beta=-.46, p<.001$ )이 자가 관리의 유의한 영향요인으로 나타났다. 급성기 뇌졸중 생존자를 돌보는 가족의

자가 관리에 가장 많은 영향을 미치는 요인은 생존자를 돌보는 가족의 우울이었으며, 생존자의 연령이 높을수록 뇌졸중 생존자를 돌보는 가족의 자가 관리 정도가 높았다. 본 회귀모형은 유의하게 적합한 것으로 나타났으며( $F=9.10, p<.001$ ) 전체 설명력은 약 37%였다(Table 5).

## 논 의

본 연구는 응급상황에서 시작되어 장기적인 재활과 돌봄이 요구되는 질병인 뇌졸중이 가족원에게 발생했을 때 뇌졸중 생존자를 돌보는 가족의 자가 관리에 미치는 영향요인을 규명하여 이들 가족을 위한 자가 관리 간호중재 개발의 기초자료를 제공하고자 수행되었다. 뇌졸중 생존자를 돌보는 가족의 자가 관리의 신체건강뿐만 아니라 개인의 안녕, 자아실현, 자기성취를 유지하고 증진시키기 위한 다양한 건강증진 활동으로, 뇌졸중 생존자를 지속적으로 돌보기 위해서도 필요한 활동이다.

본 연구에서는 생존자를 돌보는 가족이 생존자의 배우자인 경우가 55.4%로 과반수였는데, Quinn 등[27]의 연구에 의하면 배우자가 생존자를 돌보는 경우 돌봄자, 가족원, 환자라는 세 가지 역할을 하게 되는 경우가 많으며 이러한 비공식적인 돌봄 노동으로 인한 정서적, 신체적 부담에 지쳐 지지가 요구된다고 하였다. 특히 대부분의 배우자들은 뇌졸중 생존자에 대해 돌봄제공자로 기능할 준비가 되어 있지 않고[27], 만성질환도 동반하고 있어 생존자 돌봄에 더하여 자가 관리의 부담감이 가중되고 있다[28]. 이러한 생존자를 돌보는 가족의 상황은 심리사

**Table 3.** Differences in Caregivers Self-management according to General Characteristics

(N=130)

Variables	Characteristics	Categories	n	Self-management			
				M±SD	t or F	<i>p</i>	Scheffé
Stroke survivors	Gender	Men	69	102.46±13.48	1.54	.114	d > a
		Women	61	97.28±22.98			
	Age (year)	≤ 60 <sup>a</sup>	48	91.83±19.52	7.09	< .001	
		61~70 <sup>b</sup>	23	99.57±14.94			
		71~80 <sup>c</sup>	26	103.65±18.86			
		≥ 81 <sup>d</sup>	33	109.42±14.48			
	Duration of having the illness (month)	< 2	77	101.57±15.94	1.17	.314	
		2~11	26	100.46±22.89			
		≥ 12	27	95.22±21.21			
	Detail diagnosis	Infarction	125	99.68±18.90	-1.07	.286	
		Hemorrhage	5	108.80±7.12			
	Comorbidity	Yes	98	102.06±19.18	-2.45	.017	
		No	32	93.81±15.63			
NIHSS score	0~1	34	103.74±15.15	3.03	.052		
	2~3	60	95.75±21.49				
	≥ 4	36	103.67±15.16				
Family caregivers	Gender	Men	29	97.55±25.43	-0.64	.527	c > b
		Women	101	100.74±16.30			
	Age (year)	≤ 40	24	97.38±13.35	1.88	.137	
		41~50	51	96.49±19.02			
		51~60	20	105.40±11.90			
		≥ 61	35	103.94±23.07			
	Education	≤ High school	110	100.73±19.51	1.00	.320	
		≥ College	20	96.20±12.74			
	Relationship with care recipient	Spouse <sup>a</sup>	72	98.33±18.33	3.77	.026	
		Offspring <sup>b</sup>	20	95.20±23.51			
		Daughter-in-law <sup>c</sup>	36	107.14±13.97			
	Job status	Unemployed	65	102.92±14.99	1.73	.077	
		Employed	65	97.14±21.44			
	Hours of caregiving a day	Part-time	56	98.84±18.81	-0.63	.529	
		Full-time	74	100.93±18.62			
	Length of caregiving (month)	< 2	88	99.73±19.42	0.32	.730	
		2~11	24	102.54±17.79			
		≥ 12	18	98.17±16.43			
	Alternative caregiver	Present	67	104.07±16.16	2.61	.010	
		None	63	95.73±20.24			
	Illness	Yes	72	102.39±19.30	-1.62	.109	
		No	58	97.10±17.55			

NIHSS=the national institutes of health stroke scale.

회적 문제로 연결되는데, 본 대상자들의 우울점수는 27점 만점에 평균 6.78±5.84점으로 우울점수가 5점을 넘는 경증우울 이상인 경우가 46.9%에 이른다. 이는 McLennon 등[28]의 연구의 우울 정도와 중증도 구성수준과 비교할 때 유사하다고 할 수 있다. 가족에게 새롭게 부과된 역할과 관련된 우울은 생존자를 돌보는 가족이 상황에 대처하기 위해 자원을 활용하는 능력을

저해하며 이는 추후 신체건강에 부정적인 영향을 줄 수 있다 [29]. 돌봄 활동에 참여하고 있는 가족은 우울증을 앓을 확률이 대부분의 국가에서 유의하게 높았으며 이 우울증은 높은 수준의 스트레스로 작용하여 가족의 건강 문제 및 기능적 제한을 발생시킬 수 있다는 선행연구[30]를 고려할 때, 뇌졸중 생존자의 재활에 총력을 기울이게 되는 진단 초기에도 생존자를 돌보는



**Table 4.** Correlations among Depression, Care Difficulty, Survivors Memory and Behavioral Problems and Caregivers Self-management (N=130)

Variables	Depression	Task difficulty		K-RMBPC	Self-management
	r (p)	Time r (p)	Difficulty r (p)	r (p)	r (p)
Depression	1				
Task difficulty					
Time	.52 (<.001)	1			
Difficulty	.59 (<.001)	.50 (<.001)	1		
K-RMBPC	.58 (<.001)	.42 (<.001)	.58 (<.001)	1	
Self-management	-.45 (<.001)	-.19 (.029)	-.17 (.058)	-.21 (.014)	1

K-RMBPC=Korean version of the revised memory and behavioral problems checklist.

**Table 5.** Factors Affecting Family Caregivers Self-management (N=130)

Variables	B	SE	$\beta$	t (p)	95% CI
(Constant)	88.07			7.67 (<.001)	65.43~110.71
Survivor's age	0.36	0.12	.32	2.63 (.004)	0.08~0.55
Survivor's comorbidity (Yes)	4.55	3.91	.11	1.17 (.245)	-7.55~7.77
Relationship with survivors (Spouse)	-0.13	3.87	.00	-0.03 (.974)	-7.59~7.59
Relationship with survivors (Daughter-in-law)	-6.75	4.47	-.13	-1.48 (.142)	-8.89~8.63
Hours of caregiving a day	0.06	0.14	.04	0.47 (.642)	-0.23~.031
Available assistant (Present)	4.69	2.92	.13	1.61 (.109)	-5.59~5.85
Depression	-1.48	0.32	-.46	-4.62 (<.001)	-1.09~0.17
K-RMBPC	0.02	0.47	.01	0.12 (.901)	-0.91~0.93
Adjusted R <sup>2</sup> =.37, F=9.10, p<.001					

SE=standard error; CI=confidence interval; K-RMBPC=Korean version of the revised memory and behavioral problems checklist.

가족의 우울에 대한 조기 선별검사와 적극적인 중재가 함께 적용되어야 할 필요가 있다.

대상자의 특성에 따른 생존자 가족의 자가 관리 정도를 보면, 생존자의 연령이 81세 이상일 때와 생존자에게 주요 동반 질환이 있을 때 가족의 자가 관리 점수가 유의하게 높았다. 기능손상 노인의 주보호자의 자기 돌봄 활동 정도와 그 영향을 본 Choi와 Kim [31]의 연구에서 생존자를 돌보는 가족의 연령이 낮을수록, 생존자의 만성질환수가 적을수록 자기 돌봄 활동은 긍정적인 수준으로 나타났는데, 본 연구에서는 유의하지는 않았지만 생존자를 돌보는 가족의 연령이 낮을수록 자가 관리 점수가 높았고, 생존자의 동반질환이 있는 경우에 자가 관리 점수가 더 높게 나와 일부 일치하였다. 본 연구에서는 가족 중 본인을 대신해 뇌졸중 생존자를 돌봐줄 사람이 있는 경우에 자가 관리 점수가 유의하게 높았는데, 본인을 대신해 생존자를 돌봐줄 사람 여부와 자가 관리를 비교한 선행연구는 찾을 수 없었지만 생존자를 대신 돌봐줄 사람이 있는 경우 생존자를 돌보는 가

족이 충분한 휴식을 취할 기회를 얻고 본인을 위한 시간을 가지면서 스트레스도 경감되기 때문인 것으로 생각된다.

본 연구에서 생존자를 돌보는 가족의 자가 관리 점수는 4점 만점 환산 시 2.86점으로, 기능손상 노인의 주보호자를 대상으로 한 선행연구[31]에서의 전반적인 자기 돌봄 활동 수준인 2.5점보다 높았으며 영양, 대인관계, 신체적 활동 등 하위영역별로 비교했을 때에도 본 연구대상자의 자가 관리 점수가 더 높았다. 이는 본 연구의 뇌졸중 생존자와 이들을 돌보는 가족의 평균연령이 상당히 낮고, 돌봄 기간이 짧으며 동반질환의 수도 적었기 때문으로 보인다. 뇌졸중처럼 신경계장애인 뇌손상이나 뇌종양 생존자를 돌보는 가족이 일상에서 실천할 수 있는 자가 관리 활동으로는 규칙적인 신체활동, 적절한 영양과 식습관, 가족이나 친구들과의 대인관계, 휴식, 타인에게 조언 구하기 등이 권고된 바 있어[32,33] 이에 기반한 자가 관리 프로그램의 개발과 적용이 필요할 것으로 보인다.

본 연구에서 돌봄난이도의 어려움 점수는 5점 만점 환산 시

1.92점으로 같은 도구로 측정한 McLennon 등[28]과 Gonzalez와 Bakas [6]의 연구에서 각각 2.07점, 1.79점으로 나타나 본 연구와 비슷한 수준임을 확인할 수 있었다. 생존자를 돌보는 가족의 돌봄난이도는 뇌졸중 생존자의 질병 경과에 따라 달라지며 새로운 병원환경에 적응해야 하는 부담과 동시에 생존자의 일상생활과 재활을 위한 노고를 반영한다. 이에 생존자와 가족을 한 단위로 보는 가족중심간호(family-centered care) 전략을 적용하여 생존자, 가족, 간호사가 협력하는 파트너십을 통해 장기간의 재활 계획과 수행 및 평가방법을 공유해야 한다[34]. 뇌졸중 생존자를 돌보는 가족의 자가 관리 촉진을 통한 건강증진과 삶의 질 향상은 이러한 가족중심간호 전략이 성공할 수 있는 조건이 될 것이다.

뇌졸중 생존자를 돌볼 때 가족은 정보 부족, 정서와 행동의 변화, 개별적 간호 부담 등의 여러 문제를 감당하게 되는데, 선행연구에 의하면 이 중 생존자의 정서와 행동 변화가 생존자를 돌보는 가족을 가장 힘들게 하고 스트레스를 주는 것으로 나타났다[6,23]. 본 연구에서 가족이 인식하는 생존자의 기억 및 행동문제 인식 정도는 5점 만점으로 환산하였을 때 1.44점이었다. 이는 Gonzalez와 Bakas [6]에서의 환산점수 0.43점보다 훨씬 높은 점수인데, 뇌졸중은 뇌의 손상 위치에 따라 인지 기능, 지각능력 등 신경학적 변화의 정도가 다르기 때문에 본 연구와 다른 결과가 나온 것으로 보인다.

뇌졸중은 초기 입원치료가 끝난 후 가정에서 돌보아야 지속되어야 하므로 돌봄 과정에서 가족이 우울과 부담을 경험할 여지가 많다. 뇌졸중 생존자를 돌보는 가족은 생존자뿐만 아니라 개인의 안녕을 추구하며 자신의 다각적인 요구도 충족시킬 필요가 있다[35]. 따라서 뇌졸중 생존자를 돌보는 가족은 돌봄을 시작할 때부터 자신의 건강상태를 확인하고 건강한 생활방식을 유지하기 위한 습관과 전략을 갖추고 있을 필요가 있다.

본 연구에서 뇌졸중 생존자를 돌보는 가족의 자가 관리에 미치는 영향요인은 우울과 생존자의 연령이었다. 뇌졸중 생존자를 돌보는 가족의 자가 관리에 영향 미치는 요인을 밝힌 선행연구가 많지 않아 여러 연구를 직접 비교하기는 어려우나 장기간의 간호가 필요한 기능장애 노인의 주보호자의 자기 돌봄 활동이 자신의 신체, 정신건강에 미치는 영향을 분석한 연구[31]와 뇌졸중 생존자를 돌보는 가족의 간병능력, 문제해결 능력, 심리사회적 결과 및 신체 건강에 대한 강점 중심의 교육 효과를 분석한 연구[29]에서도 우울이 가족의 자가 관리에 영향을 주며 자가 관리와 역상관관계가 있다고 보고하여 본 연구결과와 유사하였다. 우울 증상이 있는 가족은 일상을 영위할 때 부정적

인 영향을 받게 되며 특히 자신의 질병관리나 건강증진을 위해 활동하는 자가 관리 영역에서 어려움을 느낄 수 있다고 하였으며[28], 뇌졸중 생존자를 돌보는 가족은 돌봄 자체만으로도 1.54배의 높은 우울감이 발생할 수 있고 이는 스트레스 요인으로 작용하여 이들의 신체적, 정신적 능력을 악화시킬 수 있다고 하였다[30].

Gonzalez와 Bakas [6]의 연구에서는 뇌졸중 생존자를 돌보는 가족이 돌봄 기간 동안 우울이나 외로움으로 인한 건강 약화 경험과 증상에 대처하는 것이 중요한데, 특히 이들은 뇌졸중 생존자의 재활에 핵심적인 역할을 담당하기 때문에 간호사는 뇌졸중 생존자뿐 아니라 그들을 돌보는 가족의 감정과 신체 건강에 대해서도 주기적으로 확인하고 중재할 필요가 있다고 하였다.

본 연구는 정신과적 건강문제를 지닌 대상자를 배제하지 않아 뇌졸중 생존자를 돌보는 가족이 되기 전 일부는 우울증이나 우울 증상을 경험했을 수 있으며 이 경우에는 가족 돌봄의 결과로 우울이 발생했다고 가정할 수 없다. 하지만 뇌졸중 생존자를 돌보는 가족의 돌봄 과업의 어려움과 삶의 변화 및 우울 증상 간의 관계를 분석한 연구[28]에서 가족의 우울 증상은 생존자를 돌보는 가족이 되기 전의 경험여부와 상관없이 돌봄 자체의 어려움 호소나 부정적인 삶의 변화로 이어질 수 있다고 하였기에 본 연구에서도 그 관련성의 인정이 가능한 것으로 생각된다.

본 연구에서 생존자의 연령이 81세 이상인 경우가 60세 이하인 경우보다 생존자를 돌보는 가족의 자가 관리 점수가 높았는데, 이는 81세 이상의 연로한 생존자를 돌보는 가족은 자녀나 간병인 등 대체 간호 인력이 확보된 경우가 많고 반면 60세 이하의 생존자를 돌보는 가족은 비슷한 연령대의 배우자가 돌봄을 전담하는 경우가 많아 자가 관리 활동이나 시간에 제약을 느끼기 때문인 것으로 보인다. 그러나 생존자의 연령이 가족의 자가 관리에 미치는 영향에 대한 직접 비교보다는 매개변수의 탐색이 우선적으로 더 필요할 것으로 보인다. 일반적으로 생존자의 연령이 높을수록 신체, 정신적 취약성 증가로 주변의 도움이 더 필요한데 이러한 연령이 높은 생존자를 돌보는 가족의 돌봄 활동 부담은 우울증 및 수면장애 등 신체 정신적 질환의 위험이 증가될 수 있고 자신의 건강문제 및 기능적 제한으로 인해 자가 관리에 소홀해 질 수 있다고 하였다[28]. 또한 인구의 고령화로 여러 건강문제 및 신체적 제한이 있는 노인 가족의 수가 증가될 것인데 이에 생존자를 돌보는 가족의 지원서비스 개발에 대한 자원 검토와 관심이 요구된다.

본 연구는 일개 병원의 뇌졸중 생존자와 이들을 돌보는 가족을 대상으로 시행하였기에 일반화에 제한이 있으며 생존자가 병원에 입원한 상태에서 생존자를 돌보는 가족의 행동반경이

지역사회에서와 다른 점을 반영하지 못한 한계가 있다. 하지만 뇌졸중 생존자를 돌보는 가족의 우울, 돌봄난이도, 생존자의 기억과 행동문제에 대한 인식 정도를 파악하고 자가 관리에 미치는 영향요인을 확인하여 뇌졸중 생존자의 장기간의 재활기간 동안 퇴원 후 지역사회에서도 이들을 돌보는 가족의 건강과 삶의 질이 유지, 증진될 수 있도록 자가 관리 간호중재 프로그램 개발의 기초자료를 제공하는데 의의가 있다.

## 결론 및 제언

본 연구에서는 급성기 뇌졸중 생존자를 돌보는 가족의 우울, 돌봄난이도, 생존자의 기억과 행동문제에 대한 인식 정도 및 자가 관리와의 관계를 파악하고 자가 관리에 이들이 미치는 영향을 확인하였다. 뇌졸중 생존자를 돌보는 가족은 우울이 높을수록, 돌봄 난이도의 시간이 클수록, 생존자의 기억과 행동문제에 대한 인식이 높을수록 자가 관리 정도가 낮은 것으로 나타났으며 이에 영향을 미치는 요인은 생존자의 연령, 생존자를 돌보는 가족의 우울이었으며 설명력은 약 37%였다.

이상의 연구결과를 바탕으로 다음을 제언한다. 첫째, 본 연구는 중소도시의 도농복합 지역에 소재한 일개 종합병원의 생존자를 편의 표출하였으므로 추후 지역별 차이를 고려한 다양한 지역에서의 후속 연구를 제안한다. 둘째, 본 연구에서는 급성기 생존자들이 주로 많았는데 뇌졸중은 장기간 장애를 가지므로 급성기와 만성 뇌졸중 생존자를 돌보는 가족의 자가 관리에 대한 비교 연구를 제안한다. 셋째, 뇌졸중 생존자를 돌보는 가족의 자가 관리에 있어 가장 큰 영향요인인 우울을 감소시켜 주어야 하며 이를 위하여 생존자의 재활뿐만 아니라 이들을 돌보는 가족의 자가 관리도 함께 증진시킬 수 있는 간호중재 프로그램을 개발, 적용하는 연구가 진행되어야 할 것이다.

## CONFLICTS OF INTEREST

The authors declared no conflict of interest.

## AUTHORSHIP

Study conception and design acquisition - LJY and CHK; Data collection - LJY; Analysis and interpretation of the data - LJY and CHK; Drafting and critical revision of the manuscript - LJY and CHK.

## ACKNOWLEDGEMENT

This article is a revision of the first author's master's thesis from Gyeongsang National University.

## REFERENCES

1. Korean Stroke Society. Stroke. 2nd ed. Seoul: PanMun Education; 2015.
2. Korean Statistical Information Service (KOSIS). 2016 Korea national health and nutrition examination survey [Internet]. Seoul: Statistics Korea; 2017 [cited 2018 August 25]. Available from: [http://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=117&tblId=DT\\_11702\\_N111&conn\\_path=I2](http://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=117&tblId=DT_11702_N111&conn_path=I2)
3. Denham AM, Baker AL, Spratt N, Guillaumier A, Wynne O, Turner A, et al. The unmet needs of informal carers of stroke survivors: a protocol for a systematic review of quantitative and qualitative studies. *BMJ Open*. 2018;8(1):e019571. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-019571>
4. Kim SH, Lee HJ. Factors affecting the outcome indicators in patients with stroke. *Health Policy and Management*. 2015;25(1):31-9. <https://doi.org/10.4332/KJHPA.2015.25.1.31>
5. Kim IJ. Sources of anxiety and burden of family caregivers of stroke patients: the role of self-efficacy and knowledge about care. *Korean Journal of Adult Nursing*. 2012;24(1):1-10. <https://doi.org/10.7475/kjan.2012.24.1.1>
6. Gonzalez C, Bakas T. Factors associated with stroke survivor behaviors as identified by family caregivers. *Rehabilitation Nursing*. 2013;38(4):202-11. <https://doi.org/10.1002/rmj.85>
7. Jaracz K, Grabowska-Fudala B, Gorna K, Wojciech K. Caregiving burden and its determinants in Polish caregivers of stroke survivors. *Archives of Medical Science*. 2014;10(5):941-50. <https://doi.org/10.5114/aoms.2014.46214>
8. Kim KS, Han SS. Affecting factors on the quality of life of family care-givers caring for the patients with cerebral infarction. *Korean Journal of Health Promotion*. 2005;5(2):64-72.
9. Ejem DB, Drentea P, Clay OJ. The effects of caregiver emotional stress on the depressive symptomatology of the care recipient. *Aging & Mental Health*. 2015;19(1):55-62. <https://doi.org/10.1080/13607863.2014.915919>
10. Lee JY, Yong JS. Spirituality and quality of life model of family caregivers caring for patients with stroke: path analysis. *Korean Journal of Adult Nursing*. 2016;28(6):619-27. <https://doi.org/10.7475/kjan.2016.28.6.619>
11. Cheon GI, Kim YS, Seo GH. Family caregiver's stress and physical health with demented patients using day care center. *Journal of Korean Stress Research*. 2008;16(4):401-8.
12. Kim TH, Park SH. The Effects of internalizing behavior problems of patients with dementia in predicting family caregivers' burden, depressive and physical symptoms. *Korean Journal of Health Psychology*. 2016;21(1):65-89. <https://doi.org/10.17315/kjhp.2016.21.1.004>
13. Mochari-Greenberger H, Mosca L. Caregiver burden and non-achievement of healthy lifestyle behaviors among family care-

- givers of cardiovascular disease patients. *American Journal of Health Promotion*. 2012;27(2):84-9.  
<https://doi.org/10.4278/ajhp.110606-QUAN-241>
14. Menon B, Salini P, Habeeba K, Conjeevaram J, Munisusmitha K. Female caregivers and stroke severity determines caregiver stress in stroke patients. *Annals of Indian Academy of Neurology*. 2017;20(4):418-24.  
[https://doi.org/10.4103/aian.aian\\_203\\_17](https://doi.org/10.4103/aian.aian_203_17)
15. Satink T, Cup EH, de Swart BJ, Nijhuis-van der Sanden MW. The perspectives of spouses of stroke survivors on self-management-a focus group study. *Disability and Rehabilitation*. 2018;40(2):176-84.  
<https://doi.org/10.1080/09638288.2016.1247920>
16. Silva AL, Teixeira HJ, Teixeira MJC, Freitas S. The needs of informal caregivers of elderly people living at home: an integrative review. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2013;27(4):792-803. <https://doi.org/10.1111/scs.12019>
17. Kim IS, Yang SH. A Study on the burden and coping behaviors of stroke patients' family members. *Journal of Korean Clinical Nursing Research*. 2004;10(1):28-41.
18. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB. Validation and utility of a self-report version of Prime-Md: the PHQ primary care study. *JAMA*. 1999;282(18):1737-44.  
<https://doi.org/10.1001/jama.282.18.1737>
19. Han C, Jo SA, Kwak JH, Pae CU, Steffens D, Jo I, et al. Validation of the Patient Health Questionnaire-9 Korean version in the elderly population: the Ansan Geriatric Study. *Comprehensive Psychiatry*. 2008;49(2):218-23.  
<https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2007.08.006>
20. Shim IB, Joe SH, Ham BJ, Han C, Jeong HG, Ko YH. The stress perception, depressive symptoms and medical comorbidity in healthcare center. *Korean Journal of Psychosomatic Medicine*. 2013;21(1):27-43.
21. Oberst MT, Hughes SH, Chang AS, McCubbin MA. Self-care burden, stress appraisal, and mood among persons receiving radiotherapy. *Cancer Nursing*. 1991;14(2):71-8.  
<https://doi.org/10.1097/00002820-199104000-00002>
22. Waltz C, Strickland OL, Lenz E. Measurement in nursing and health research. 4th ed. New York, NY: Springer Publishing Company; 2010. p. 453.
23. Bakas T, Austin JK, Jessup SL, Williams LS, Oberst MT. Time and difficulty of tasks provided by family caregivers of stroke survivors. *Journal of Neuroscience Nursing*. 2004;36(2):95-106.  
<https://doi.org/10.1097/01376517-200404000-00007>
24. Lee MH, Yoon EK. A cross-validation of the Korean version of the revised Memory and Behavioral Problems Checklist (K-RMBPC): exploratory and confirmatory analyses. *Korean Journal of Social Welfare*. 2007;59(2):65-88.  
<https://doi.org/10.20970/kasw.2007.59.2.003>
25. Walker SN, Sechrist KR, Pender NJ. The health-promoting lifestyle profile: development and psychometric characteristics. *Nursing Research*. 1987;36(2):76-81.  
<https://doi.org/10.1097/00006199-198703000-00002>
26. Seo HM. Constructing of health promoting behaviors model in elderly [doctoral dissertation]. Seoul: Seoul National University; 2000. p. 54-5.
27. Quinn K, Murray C, Malone C. Spousal experiences of coping with and adapting to caregiving for a partner who has a stroke: a meta-synthesis of qualitative research. *Disability and Rehabilitation*. 2014;36(3):185-98.  
<https://doi.org/10.3109/09638288.2013.783630>
28. McLennon SM, Bakas T, Jessup NM, Habermann B, Weaver MT. Task difficulty and life changes among stroke family caregivers: relationship to depressive symptoms. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. 2014;95(12):2484-90.  
<https://doi.org/10.1016/j.apmr.2014.04.028>
29. Cheng HY, Chair SY, Chau JPC. Effectiveness of strength-oriented psychoeducation on caregiving competence, problem-solving abilities, psychosocial outcomes and physical health among family caregiver of stroke survivors: a randomised controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*. 2018; 87:84-93. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.07.005>
30. Koyanagi A, DeVlyder JE, Stubbs B, Carvalho AF, Veronese N, Haro JM, et al. Depression, sleep problems, and perceived stress among informal caregivers in 58 low-, middle-, and high-income countries: a cross-sectional analysis of community-based surveys. *Journal of Psychiatric Research*. 2018;96:115-23. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2017.10.001>
31. Choi HK, Kim JE. The effects of self-care activities on the physical and mental health of primary caregivers of functionally impaired elderly. *Korean Journal of Family Social Work*. 2017; 55(0):157-87.
32. Kratz AL, Sander AM, Brickell TA, Lange RT, Carlozzi NE. Traumatic brain injury caregivers: a qualitative analysis of spouse and parent perspectives on quality of life. *Neuropsychological Rehabilitation*. 2017;27(1):16-37.  
<https://doi.org/10.1080/09602011.2015.1051056>
33. Honea NJ. Influences of self-care in the context of caregiving for a spouse with a brain tumor: a theoretical model [dissertation]. Salt Lake City, Utah: University of Utah; 2012. p. 115-7.
34. Creasy KR, Lutz BJ, Young ME, Stacciarini JMR. Clinical implications of family-centered care in stroke rehabilitation. *Rehabilitation Nursing*. 2015;40(6):349-59.  
<https://doi.org/10.1002/rnj.188>
35. Qui X, Sit JW, Koo FK. The influence of Chinese culture on family caregivers of stroke survivors: a qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*. 2018;27(1-2):e309-19.  
<https://doi.org/10.1111/jocn.13947>