

## 일상생활활동에 대한 뇌졸중 환자 능력과 보호자 인식의 비교

최은숙\*, 박주현\*, 고준\*\*, 박도훈\*\*\*\*, 이승희\*\*\*\*\*, 홍기훈\*\*\*\*\*, 이춘엽\*\*\*\*\*

\*가야대학교 보건대학원 작업치료학과

\*\*워크재활의학과병원 작업치료실

\*\*\*마하재활병원 작업치료실

\*\*\*\*아일랜드피트니스

\*\*\*\*\*인창대연요양병원 작업치료실

\*\*\*\*\*가야대학교 작업치료학과

### 국문초록

목적 : 본 연구는 일상생활활동에 대해 환자의 능력과 보호자의 인식을 비교해봄으로써 뇌졸중 환자가 점차 독립적인 생활을 수행하도록 하기 위한 효율적인 재활중재가 필요함을 강조하고자 하였다.

연구방법 : 부산, 대구, 거제에서 재활치료 중인 뇌졸중 환자 및 보호자 각각 95명을 대상으로 한글판 수정바텔지수(Korea Modified Barthel Index; K-MBI)를 이용하여 일상생활활동 평가를 실시하였다. 환자의 능력에 대해 연구자가 직접 관찰하고, 보호자의 인식에 대해 보호자가 충분한 설명을 들은 후 문서에 기입하도록 하였다. 환자의 능력과 보호자의 인식 비교를 위해 독립표본  $t$ -test를 사용하였다.

결과 : 일상생활활동에 대해 환자의 능력과 보호자의 인식을 비교해본 결과 보호자가 인식하는 것보다 환자의 능력이 더 좋은 경우 환자의 능력은  $78.65 \pm 14.55$ 점, 보호자의 인식은  $70.89 \pm 15.35$ 점으로 유의하게 나타났다( $p < .05$ ), 보호자가 인식하는 것보다 환자의 능력이 더 좋지 않은 경우에도 환자의 능력은  $69.63 \pm 9.82$ 점, 보호자의 인식은  $76.11 \pm 10.72$ 점으로 유의하게 나타났다( $p < .05$ ).

결론 : 연구결과 환자의 일상생활활동 능력과 보호자가 생각하는 환자의 일상생활활동 능력 간에 차이가 있었다. 따라서 후속 연구에서는 환자의 독립성을 향상시킬 수 있는 구체적인 방안에 관한 연구가 필요할 것이다.

주제어 : 뇌졸중, 보호자, 일상생활활동

### I. 서론

뇌졸중은 뇌의 일부에 혈액을 공급하는 혈관이 터지거나 막혀서 발생하는 것으로 사망까지 초래하며 국소 또는 전반적 뇌기능장애를 보이는 임상징후를 통칭한다(김

양호 등, 2010; Padilla, Byers-Connon, & Lohman, 2012). 과학기술의 발달과 더불어 건강증진에 대한 인식의 변화에도 불구하고 노인인구의 증가와 생활환경변화에 따른 성인병의 증가로 인해 뇌졸중의 발생빈도가 증가하고 있다. 2013년 사망원인 통계 결과에 따르면 뇌

ORCID: Choi, Eun-Suk, <http://orcid.org/0000-0003-2480-126X>

Corresponding author: Lee, Chun-Yeop (bommm81@naver.com/Dept. of Occupational Therapy, Kaya University)

Received 27 July 2016; Revised version received 21 August 2016; Accepted 28 December 2016

졸증은 인구 10만 명당 50.3명에게 나타났으며 단일질환 사망 원인 중 두 번째로 높게 나타났다(통계청, 2014). 뇌졸중 환자는 뇌손상 부위와 정도에 따라 운동·감각·지각·시각·언어장애, 성격과 지능 변화 등을 수반하게 된다. 또한 뇌졸중 후 우울증은 일반적인 현상으로 독립기능의 손실, 기타 활동의 낮은 수준, 낮은 추론능력 등이 나타나며, 일상생활활동의 저조한 수행과 병전 사회활동의 재개 실패는 뇌졸중 환자의 우울증과 관련된 중요한 요인이 된다(Feibel & Springer, 1982; Mihajlo, Lynne, Heng, & Chong, 2002; Wade, Legh-Smith, & Hewer, 1987).

일상생활활동은 개인의 생활을 지속하기 위해 매일 행하는 활동이나 과제로 식사, 옷 입고 벗기, 목욕하기, 개인위생, 화장실위생, 이동 등과 같은 기본적 일상생활활동과 양육, 운전과 지역사회에서의 이동, 쇼핑하기, 식사준비와 청소 등의 도구적 일상생활활동으로 분류된다(American Occupational Therapy Association [AOTA], 2014). 이러한 개인적 욕구 해결 및 환경에서의 관리 능력과 같은 일상생활활동의 능력이 부족할 경우 의존성의 증가를 가져오게 되고 일상생활활동의 의존도가 높을수록 삶의 질 또한 낮아지게 된다(Jung, 2000; Kim et al., 2009; Pendleton & Schults-Krohn, 2006). 또한 장기간에 걸친 의존은 타인들이 환자를 지각하고 바라보는 시각의 영향으로 인해 자존감의 상실을 초래하게 된다(정지은과 김민태, 2011; Lee, 2009; McGrath & McGrath, 2001; Pendleton & Schults-Krohn, 2006). 즉 뇌졸중 환자의 기능 장애는 일상생활활동의 통합적인 조화과정에 영향을 주게 되고 우울증을 유발하며 자존감과 삶의 질을 저하시키게 된다(Kang, 2000). 반면 일상생활활동의 독립적 수행이 높아질수록 뇌졸중 환자의 삶의 질 또한 높아지므로 뇌졸중 환자의 일상생활활동에 대한 독립성을 목표로 하는 재활치료 참여를 통해 일상생활활동 능력을 증진시키는 것은 중요하다(박지환 등, 2010; 박창일과 문재호, 2007; Jung, 2000; 2006, Oh, 2010; Shim, 2013).

그러나 질환이 장기화되고 만성화되는 과정에서 환자는 누군가의 지속적인 도움이 필요하게 된다(Jo, 1998). 우리나라 실정상 뇌졸중의 적극적인 치료를 위

해 병원에 입원을 하게 된 경우 가족 돌봄 제공자들의 보조를 필요로 할 뿐 아니라 퇴원 후에도 가족들은 많은 시간을 들여서 돌봄을 제공해야 한다. 또한 효과적인 재활치료를 위하여 요양보호사의 지속적인 지지가 필요하게 되므로 환자의 회복은 요양보호사에 의해 많은 영향을 받을 수 있다(Park, 2009). 실제로 뇌졸중 환자의 장애는 신체적 기능과 일상생활활동의 감소로 기동성이 저하되어 오랫동안 자기 관리 수행을 못하므로 지속적인 가족의 돌봄과 지지를 필요로 한다(Pedretti & Early, 2001). 지지체계로서의 가족이 더욱 강조되는 이유는 가족이 환자를 지지해 주는 정도에 따라 재활의 효과가 달라지기 때문이다(Kim, 1994). 즉 가족지지 수준은 환자의 자기 관리 수행에 영향을 미치며 환자의 건강상태와 심리적 상태는 물론 질병으로부터의 회복에 직접적이고 즉각적인 영향을 미치는 매우 중요한 요인이 될 수 있다(Kim, 1995; Na, 2003). 따라서 환자의 자존감과 삶의 질 향상을 위해서 환자의 실제적 일상생활활동 능력에 맞춘 보호자의 돌봄과 지지가 필요하며, 이를 위해서 보호자가 환자의 능력을 정확하게 파악하는 것이 필요할 것이다.

가족지지, 일상생활활동능력, 보호자의 인식에 관한 선행연구를 살펴보면 뇌졸중 환자의 가족지지와 일상생활활동 수행과의 관계를 분석하거나 환자의 일상생활활동 수행능력과 수발자 유형에 따른 수발만족도를 연구하고 뇌졸중 환자의 일상생활활동에 영향을 미치는 요인을 보는 것 등으로 일상생활활동에 대한 뇌졸중 환자 능력과 보호자의 인식 비교에 대한 연구들은 미비한 실정이었다(Kang, 2000; Lee & Kim, 2001; Na, 2003; Park, 2009; Sim, 2008).

이에 본 연구는 뇌졸중 환자의 일상생활활동 능력과 보호자가 생각하는 환자의 일상생활활동 능력 인식 정도를 비교해 봄으로써 지속적인 간병이 필요한 뇌졸중 환자에게 점차 독립적인 생활을 수행할 수 있도록 돕기 위한 효율적인 재활중재의 기초자료 제공을 위해 시도하였다. 본 연구의 목적은 뇌졸중 환자의 실제 일상생활활동 능력과 돌봄 제공자의 환자에 대한 일상생활활동 능력 인식정도 차이를 규명하기 위함이다.

## II. 연구 방법

### 1. 연구대상 및 기간

본 연구는 부산, 대구, 거제에서 재활치료 중인 뇌졸중 환자 및 보호자 각각 95명을 대상으로 2015년 10월 5일부터 11월 27일까지 시행되었고 환자의 선정조건은 다음과 같다.

- 1) 연구 목적을 이해하고 본 연구에 동의한 자
- 2) 뇌졸중으로 진단 받은 적이 있는 자
- 3) 환자의 일상생활활동을 기록할 수 있는 보호자가 있는 자
- 4) 연구에 참여할 수 있을 정도로 의사소통이 가능한 자
- 5) 간이 정신상태 검사-한국판(Mini-Mental State Examination-Korean; MMSE-K) 검사 결과의 점수가 24점 이상인 자

### 2. 연구도구

- 1) 간이 정신상태검사-한국판

(Mini-Mental State Examination-Korean; MMSE-K)

본 연구에서는 대상자 선정을 위해 인지판별검사를 이용하였다. MMSE-K는 노인과 뇌손상 환자의 인지 손상을 판별하고 이를 정량적으로 평가하는 도구로, 미국의 Folstein이 1975년 개발한 MMSE를 Kwon과 Park (1989)이 우리말로 변안하고 표준화한 것이다. 지남력 10점, 기억등록 3점, 기억회상 3점, 주의 집중 및 계산 5점, 언어기능 7점, 이해 및 판단 2점으로 총 12문항에 30점 만점으로 되어 있다. 검사결과는 0~30점으로 19점 이하의 경우 '확정적 치매', 20~23점은 '치매 의심', 24점 이상은 '확정적 정상'으로 판별된다(Park & Kwon, 1989).

- 2) 한글판 수정바델지수

(Korea Modified Barthel Index; K-MBI)

K-MBI는 1965년 호주의 Mahoney와 Barthel이 고

안한 Barthel Index 평가도구를 1996년 오스트리아의 작업치료사 Shah와 Muncer가 제5판 MBI로 개발하였고, 이를 Jung 등(2007)이 한국 실정에 맞도록 수정, 번역 후 표준화 과정을 거쳐 개발한 것이다. Cronbach's  $\alpha=0.841$ 로 신뢰도와 타당도가 검증된 평가도구로서 일상생활수행도를 평가하는 가장 보편화된 도구이다. 현재 보건복지부(2011)에 의해 임상에서 장애등급 판정을 하는 도구로 사용된다. 개인위생, 목욕하기, 식사하기, 용변처리, 계단오르내리기, 옷 입고 벗기, 배변조절, 소변조절, 보행/휠체어, 의자/침대 이동의 총 10개의 일상생활 활동으로 구성되어 있다. 각 영역은 5단계의 점수를 주게 되고 100점을 만점으로 100점은 '완전 독립', 91~99점은 '최소 의존', 75~90점은 '약간 의존', 50~74점은 '부분 의존', 25~49점은 '최대 의존', 0~24점은 '완전 의존'을 나타낸다(박지환 등, 2010; Bae, Lee, & Kang, 2012; Jung, et al., 2007; Shan, Vanclay, & Cooper, 1989).

### 3. 연구 방법

연구의 자료 수집은 현재 임상에 종사 중이며 경력 5년 이상의 작업치료사 6명에 의해 이루어졌다. 환자와 보호자 모두 K-MBI를 시행하는데, 환자의 경우 환자가 시행하는 것을 작업치료사가 보고서에 직접 관찰·기록하였고, 보호자의 경우 환자의 K-MBI평가 시행을 보지 않은 상황에서 작업치료사로부터 도구에 대한 충분한 설명을 들은 후 문서화된 도구에 기입하도록 하였다.

### 4. 분석 방법

자료는 SPSS Version 21.0 통계프로그램을 이용하여 분석하였으며, 유의수준  $\alpha=.05$ 로 하였다. 수집된 자료는 환자 한 명과 그를 돌보는 보호자 한 명을 하나의 그룹으로 보고, 총 95그룹을 대상으로 각 그룹에서 환자를 직접 보고 평가한 K-MBI 총점과 보호자가 작성한 K-MBI 총점을 비교하여 다음과 같이 3개의 그룹으로 분류하였다. 환자의 기본적 일상생활활동 실행 기능보다 보호자가 더 낮게 인식하는 경우를 그룹 A(56.8%)로, 환자의 기본적 일상생활활동 실행 기능과 보호자 인식이

같은 경우를 그룹 B(6.4%)로, 환자의 기본적 일상생활 활동 실행 기능보다 보호자가 더 높게 인식하는 경우를 그룹 C(36.8%)로 분류하여 그룹 A와 그룹 C를 비교 분석하였다(Table 1). 대상자의 일반적 특성은 빈도분석

을 사용하였고, 그룹 A와 그룹 C는 각 그룹 내에서 일상 생활활동에 대한 뇌졸중 환자 능력과 보호자 인식에 차이가 있는지 확인하기 위해 독립표본 *t*-test를 이용하여 알아보았다. 즉, 독립표본 *t*-test를 통해 환자 능력의 총

Table 1. Frequency of Groups

(N=95)

| Group                | <i>n</i> | %    |
|----------------------|----------|------|
| Group A <sup>1</sup> | 54       | 56.8 |
| Group B <sup>2</sup> | 6        | 6.4  |
| Group C <sup>3</sup> | 35       | 36.8 |

<sup>1</sup>Ability of patient>Awareness of caregiver, <sup>2</sup>Ability of patient=Awareness of caregiver, <sup>3</sup>Ability of patient<Awareness of caregiver

Table 2. General Characteristics of Subjects

(N=95)

| Variables                      | Categories  | Group A <sup>1</sup><br>( <i>n</i> =54) |      | Group B <sup>2</sup><br>( <i>n</i> =6) |       | Group C <sup>3</sup><br>( <i>n</i> =35) |      | Total<br>( <i>n</i> =95) |      |
|--------------------------------|-------------|-----------------------------------------|------|----------------------------------------|-------|-----------------------------------------|------|--------------------------|------|
|                                |             | <i>n</i>                                | %    | <i>n</i>                               | %     | <i>n</i>                                | %    | <i>n</i>                 | %    |
| Gender                         | Male        | 35                                      | 64.8 | 4                                      | 66.7  | 19                                      | 54.3 | 58                       | 61.1 |
|                                | Female      | 19                                      | 35.2 | 2                                      | 33.3  | 16                                      | 45.7 | 37                       | 38.9 |
| Age<br>(yr)                    | ≤49         | 12                                      | 22.2 | 1                                      | 16.7  | 10                                      | 28.6 | 23                       | 24.2 |
|                                | 50~59       | 23                                      | 42.6 | 3                                      | 50.0  | 12                                      | 34.3 | 38                       | 40.0 |
|                                | 60~69       | 13                                      | 24.1 | 0                                      | 0.0   | 5                                       | 14.3 | 18                       | 18.9 |
|                                | 70≤         | 6                                       | 11.1 | 2                                      | 33.3  | 8                                       | 22.9 | 16                       | 16.8 |
| Paretic side                   | Right       | 19                                      | 35.2 | 3                                      | 50.0  | 18                                      | 51.4 | 40                       | 42.1 |
|                                | Left        | 27                                      | 50.0 | 1                                      | 16.7  | 11                                      | 31.4 | 39                       | 41.1 |
|                                | Both        | 8                                       | 14.8 | 2                                      | 33.3  | 6                                       | 17.1 | 16                       | 16.8 |
| Onset<br>(yr)                  | ≤1          | 11                                      | 20.4 | 1                                      | 16.7  | 13                                      | 37.1 | 25                       | 26.3 |
|                                | 2~3         | 12                                      | 22.2 | 2                                      | 33.3  | 13                                      | 62.9 | 27                       | 28.4 |
|                                | 4≤          | 31                                      | 57.4 | 3                                      | 50.0  | 9                                       | 25.7 | 43                       | 45.3 |
| Caregiver                      | Care worker | 20                                      | 37.0 | 2                                      | 33.3  | 16                                      | 45.7 | 38                       | 40.0 |
|                                | Spouse      | 18                                      | 33.3 | 2                                      | 33.3  | 14                                      | 40.0 | 34                       | 35.8 |
|                                | Issue       | 10                                      | 18.5 | 1                                      | 16.7  | 4                                       | 11.4 | 15                       | 15.8 |
|                                | etc         | 4                                       | 7.4  | 0                                      | 0.0   | 1                                       | 2.9  | 5                        | 5.3  |
|                                | Parents     | 2                                       | 3.7  | 1                                      | 16.7  | 0                                       | 0.0  | 3                        | 3.2  |
| Gender of<br>caregiver         | Male        | 19                                      | 35.2 | 0                                      | 0.0   | 12                                      | 17.1 | 31                       | 32.6 |
|                                | Female      | 35                                      | 64.8 | 6                                      | 100.0 | 23                                      | 32.9 | 64                       | 67.4 |
| Age of<br>caregiver<br>(yr)    | ≤39         | 10                                      | 18.5 | 1                                      | 16.7  | 6                                       | 17.1 | 17                       | 17.9 |
|                                | 40~49       | 10                                      | 18.5 | 0                                      | 0.0   | 10                                      | 28.6 | 20                       | 21.1 |
|                                | 50~59       | 18                                      | 33.3 | 2                                      | 33.3  | 10                                      | 28.6 | 30                       | 31.6 |
|                                | 60≤         | 16                                      | 29.6 | 3                                      | 50.0  | 9                                       | 25.7 | 28                       | 29.5 |
| Period of<br>caregiver<br>(yr) | <1          | 10                                      | 18.5 | 0                                      | 0.0   | 12                                      | 34.3 | 23                       | 24.2 |
|                                | 1~2         | 14                                      | 25.9 | 0                                      | 0.0   | 12                                      | 34.3 | 28                       | 29.5 |
|                                | 2~3         | 5                                       | 9.3  | 3                                      | 50.0  | 4                                       | 11.4 | 9                        | 9.5  |
|                                | 3<          | 25                                      | 46.3 | 3                                      | 50.0  | 7                                       | 20.0 | 35                       | 36.8 |

점과 보호자 인식의 총점에 대한 평균을 비교하고 통계적으로 유의한지 알아보았다.

### Ⅲ. 연구 결과

#### 1. 대상자의 일반적 특성

환자의 성별은 남자가 61.1%(58명), 여자가 38.9%(37명)이었고, 연령은 50~59세가 40.0%(38명)로 가장 많았다. 마비측은 오른쪽이 42.1%(40명), 왼쪽이 41.1%(39명)이었고, 발병기간은 4년 이상이 45.3%(43명)로 가장 많았다. 보호자는 요양보호사가 40.0%(38명), 배우자가 35.8%(34명) 순이었고, 보호자의 성별은 여자가 67.4%(64명)로 남자보다 많았으며, 보호자의 연령은 50~59세 사이가 31.6%(30명)로 가장 많았다. 환자를 간병한 기간은 3년 초과가 36.8%(35명)로 가장 많았다(Table 2).

#### 2. 환자의 능력과 보호자의 인식 비교

일상생활활동에 대해 환자의 능력과 보호자의 인식을 비교해본 결과 보호자가 인식하는 것보다 환자의 능력이 더 좋은 경우 환자의 능력은  $79.93 \pm 13.20$ 점, 보호자의 인식은  $71.98 \pm 13.45$ 점으로 유의하게 나타났으며 ( $t=3.09$ ) ( $p<.05$ ), 보호자가 인식하는 것보다 환자의 능력이 더 좋지 않은 경우 환자의 능력은  $69.63 \pm 9.82$ 점, 보호자의 인식은  $76.11 \pm 10.72$ 점으로 유의하게 나타났 다( $t=-2.63$ ) ( $p<.05$ ) (Table 3).

#### 3. 보호자 인식보다 환자의 능력이 더 좋은 경우(그룹 A) 세부항목 비교

보호자 인식보다 환자의 능력이 더 좋은 경우 세부항목을 살펴보면 옷입고 벗기( $t=2.967$ ), 개인위생( $t=2.765$ ), 의사/침대이동( $t=2.353$ ), 화장실 사용( $t=2.291$ )에서 유의미한 차이를 보였다( $p<.05$ ) (Table 4).

Table 3. Comparison Between Ability of Patient and Awareness of Caregiver

|                      | Ability of patient<br><i>M</i> ± <i>SD</i> | Awareness of caregiver<br><i>M</i> ± <i>SD</i> | <i>t</i> | <i>p</i> |
|----------------------|--------------------------------------------|------------------------------------------------|----------|----------|
| Group A <sup>1</sup> | 79.93 ± 13.20                              | 71.98 ± 13.45                                  | 3.09     | 0.003*   |
| Group C <sup>2</sup> | 69.63 ± 9.82                               | 76.11 ± 10.72                                  | -2.63    | 0.010*   |

\* $p<.05$ , <sup>1</sup>Ability of patient>Awareness of caregiver, <sup>2</sup>Ability of patient<Awareness of caregiver

Table 4. Comparison of Detailed Item in Group A

| MBI                   | Ability<br>of patient<br><i>M</i> ± <i>SD</i> | Awareness<br>of caregiver<br><i>M</i> ± <i>SD</i> | <i>t</i> | <i>p</i> |
|-----------------------|-----------------------------------------------|---------------------------------------------------|----------|----------|
| Personal hygiene      | 4.15 ± 0.83                                   | 3.67 ± 0.97                                       | 2.765    | 0.007**  |
| Bathing self          | 3.57 ± 0.98                                   | 3.31 ± 1.11                                       | 1.283    | 0.202    |
| Feeding               | 8.19 ± 2.01                                   | 7.54 ± 1.91                                       | 1.713    | 0.090    |
| Toilet                | 8.19 ± 1.87                                   | 7.28 ± 2.22                                       | 2.291    | 0.024*   |
| Stair climbing        | 6.19 ± 2.89                                   | 5.24 ± 2.88                                       | 1.699    | 0.092    |
| Dressing              | 7.89 ± 2.09                                   | 6.59 ± 2.43                                       | 2.967    | 0.004**  |
| Bowel control         | 9.50 ± 1.02                                   | 9.17 ± 1.35                                       | 1.442    | 0.153    |
| Bladder control       | 9.20 ± 1.54                                   | 8.91 ± 1.73                                       | 0.938    | 0.350    |
| Ambulation/wheelchair | 10.89 ± 3.78                                  | 9.63 ± 3.67                                       | 1.756    | 0.082    |
| Chair/bed transfer    | 12.17 ± 2.96                                  | 10.65 ± 3.70                                      | 2.353    | 0.021*   |
| Total                 | 78.93 ± 13.20                                 | 71.98 ± 13.45                                     | 3.097    | 0.003**  |

MBI: Modified Barthel Index, \* $p<.05$ , \*\* $p<.01$

#### 4. 보호자 인식보다 환자의 능력이 더 좋지 않은 경우(그룹 C) 세부항목 비교

보호자 인식보다 환자의 능력이 더 좋지 않은 경우 세부항목을 살펴보면 식사하기( $t=-2.390$ ), 목욕하기( $t=-2.101$ ), 화장실 사용( $t=-2.048$ )에서 유의미한 차이를 보였다( $p<.05$ ) (Table 5).

### IV. 고 찰

본 연구는 뇌졸중 환자의 일상생활활동 능력과 환자의 일상생활에 직접 관여하는 보호자가 생각하는 환자의 일상생활활동 능력에 대한 인식 정도의 차이를 규명함으로써 환자의 일상생활활동 능력을 실제적인 생활환경 안에서 활용하고 증진시킬 수 있는 효율적인 재활중재 방안 마련을 위한 기초자료를 제공하고자 하였다. 연구결과 일상생활활동에 대한 뇌졸중 환자의 능력과 보호자가 가진 환자의 일상생활활동 능력 인식에 차이가 있음을 확인할 수 있었다.

뇌졸중 환자는 복합적인 합병증을 동반하게 되어 간병의 범위가 넓으며 치료과정 또한 어렵고 오래 걸린다. 이러한 뇌졸중은 다양한 수준의 장애를 갖게 되어 지속적

인 간병이 필요하고 재발을 예방하기 위한 관리가 필요한 질환이다(Lee, Kim, Park, Park, & Choi, 2002). 뇌졸중으로 인한 개인적 욕구 해결과 환경에서의 관리 능력 상실은 환자의 자존감 상실과 의존성의 증가를 가져오고 일상생활활동의 독립적 수행이 낮아지면 뇌졸중 환자의 삶의 질도 낮아지게 된다(Jung, 2000; Oh, 2010; Pendleton & Schults-Krohn, 2006; Shim, 2013). 또한 환자의 일상생활활동을 기초로 한 구체적 자기효능감 정도가 낮을수록 보호자의 부담감 증가로 보호자의 삶의 질도 저하된다(Kim, 2005; Kim & Han, 2005; Ko et al., 2015). 즉 일상생활활동의 독립성은 뇌졸중 환자의 삶의 질을 향상시키는데 중요한 요인으로 작용하기 때문에 일상생활활동 능력을 증진시키는 것은 뇌졸중 환자의 재활에 있어 삶의 기초가 되는 중요한 과제가 되며 보호자의 삶에도 영향을 주게 된다(박창일과 문재호, 2007; Kim, 2009; Kim, 2005; Kim & Han, 2005; Oh, 2010; Paek, 2010; Shim, 2013). 따라서 환자의 일상생활활동 능력 증진을 위한 재활중재가 필요하며 이를 위해서는 재활의 시작점이라 할 수 있는 환자의 실제 일상생활활동 능력의 파악이 무엇보다 중요할 것이다.

본 연구결과 보호자가 인식하는 것보다 환자의 능력이 더 좋은 경우는 56.8%, 보호자가 인식하는 것보다 환자의 능력이 더 좋지 않은 경우는 36.8%로 본 연구에 참여한 전체 95명의 보호자 중 6.4%를 제외한 93.6%가 환

Table 5. Comparison of Detailed Item in Group C

| MBI                   | Ability<br>of patient | Awareness<br>of caregiver | <i>t</i> | <i>p</i> |
|-----------------------|-----------------------|---------------------------|----------|----------|
|                       | <i>M</i> ± <i>SD</i>  | <i>M</i> ± <i>SD</i>      |          |          |
| Personal hygiene      | 3.94 ± 0.80           | 4.06 ± 0.83               | -0.583   | 0.562    |
| Bathing self          | 3.06 ± 1.11           | 3.63 ± 1.16               | -2.101   | 0.039*   |
| Feeding               | 7.17 ± 1.56           | 8.00 ± 1.32               | -2.390   | 0.020*   |
| Toilet                | 7.11 ± 1.76           | 7.97 ± 1.74               | -2.048   | 0.044*   |
| Stair climbing        | 3.74 ± 2.73           | 4.91 ± 3.36               | -1.598   | 0.115    |
| Dressing              | 6.09 ± 2.38           | 6.74 ± 2.18               | -1.202   | 0.233    |
| Bowel control         | 9.20 ± 0.99           | 9.29 ± 1.17               | -0.329   | 0.743    |
| Bladder control       | 9.06 ± 1.21           | 9.31 ± 1.34               | -0.840   | 0.404    |
| Ambulation/wheelchair | 9.03 ± 3.64           | 10.49 ± 3.45              | -1.716   | 0.091    |
| Chair/bed transfer    | 11.23 ± 2.49          | 11.71 ± 2.58              | -0.799   | 0.427    |
| Total                 | 69.63 ± 9.82          | 76.11 ± 10.72             | -2.638   | 0.010*   |

MBI: Modified Barthel Index, \*  $p<.05$

자의 기본적 일상생활활동 실행 기능을 실제보다 더 낮거나 높게 인식하고 있는 것으로 조사되었다.

국내 작업치료의 일상생활활동작훈련 시 실제 작업치료 실에서의 일상생활활동작 훈련 실행 영역의 범위가 저조한 이유가 병든 가족이 생기면 가족 본인들이 돌봄을 주는 것이 당연한 의무라 생각하는 한국의 문화 특성 때문일 수 있다는 Lee와 Chang (2014)의 연구와 그와 같은 이유로 기본적 일상생활수행과 수단적 일상생활수행영역 모두 배우자가 없는 경우보다 배우자가 있는 경우 더 의존하는 경향을 보여 수행도가 낮았다는 Oh (2010)의 선행연구는 본 연구의 결과를 지지한다. 이는 대부분의 보호자가 환자의 실제적인 일상생활활동 수행능력을 제대로 파악하지 못하고 있고, 병든 가족을 돌보는 것이 당연한 의무라는 생각으로 인해 환자의 일상생활수행영역이 더 의존적이 될 수 있음을 의미한다. 즉 뇌졸중 환자의 지속적인 간병이 환자의 건강상태와 심리적 상태를 회복함에 있어서 즉각적인 영향을 미칠 수 있으나, 일상생활활동 수행이 가능함에도 불구하고 간병에 의존하는 뇌졸중 환자와 일상생활활동 능력에 상관없이 간병을 하는 돌봄 제공자가 많은 현실은 오히려 뇌졸중 환자 재활에 부정적인 영향을 줄 수 있다.

Lee (2013)는 뇌졸중 후 기능적 회복 변화를 보았을 때 개인위생의 경우 발병 후 6개월이 지나면 조사 대상자의 94.4%에 해당하는 환자들이 독립적으로 수행이 가능하다고 하였다. 그러나 본 연구결과 개인위생에 대한 환자의 능력이 있음에도 불구하고 보호자는 환자가 수행하지 못할 것이라고 인식하고 있어 불필요한 도움이 더 제공될 우려가 있었다. 반대로 식사에 대한 환자의 능력은 부족한데 보호자는 환자가 잘 수행한다고 인식하고 있어 연하곤란이 있는 환자라면 잘못된 식사로 합병증을 초래하는 결과를 보일 수도 있었다.

박창일과 문제호(2007)는 재활치료와 함께 환자와 가족들을 교육시킨 경우 일반 병동에 비해 입원기간 또한 짧았으나 계속적으로 가족들이 치료를 돕지 않을 경우 다시 기능 상실로 이어졌다고 하였다. 또한 Kim (2009)의 연구에서 주 돌봄 제공자가 간병인인 경우 일정한 비용을 지불하고 간병을 받기 때문에 보다 편하고 의존적으로 생활하려는 생각에서 가장 의존적으로 일상생활을 수행하였으나, 주 돌봄 제공자가 친척인 경우 직

계가족에 비해 심리적 의지가 어려워 일상생활동작을 가장 독립적으로 수행하였다는 것을 보여주었다. 이러한 결과는 주 돌봄 제공자가 환자에 대해 어떠한 인식을 가지고 돌봄을 제공하는지가 중요함을 의미한다. 그러므로 돌봄 제공자들이 생각하는 환자의 일상생활활동 능력인식의 정도에 따라 재활의 효과에 많은 영향을 줄 것이라고 사료된다.

결국 뇌졸중 환자의 타인에 대한 의지는 환자의 자존감 상실과 삶의 질 저하로 건강한 삶을 빼앗아 버리기 때문에 뇌졸중 환자의 삶의 질 향상을 위해서는 일상생활활동의 독립성을 향상시키는 것이 필요하다(박지환 등, 2010; Jung, 2000; Oh, 2010). 이를 위해서는 전문작업치료사에 의한 일상생활활동의 독립성을 향상시키는 다양한 훈련 프로그램이 뒷받침 되어야 한다(Kim, 2009). 또한 환자의 필요에 맞춘 포괄적 치료 팀 구성 시 다양한 분야의 전문가들과 함께 환자와 보호자도 치료 팀에 참여하면 그들도 뇌졸중에 대한 이해도를 높이고 성공적인 재활치료가 가능해지므로(박창일과 문제호, 2007) 이를 위해 환자와 가족, 간병인과 협력하여 환자가 중심이 되는 클라이언트 중심적 접근(client-centered approach)을 통한 훈련이 이루어져야 한다(Pendleton & Schults-Krohn, 2006). 이러한 재활훈련이 치료영역에서만 끝나지 않고 환자의 실생활에서 계속적으로 실행되어지기 위해서는 보호자의 적극적인 지지가 필요하기 때문에 환자의 실제 일상생활활동 능력을 보호자가 정확히 파악하고 실생활에서 환자에 대한 지지 정도를 조절하는 것이 중요하다. 그러므로 환자에 대한 보호자의 인식개선을 위해 작업치료사에 의한 보호자 교육이 지속적으로 이루어져야 할 것이다.

본 연구의 제한점은 부산, 대구, 거제에서 재활치료 중인 뇌졸중 환자와 보호자를 임의 표집 하였기에 연구결과를 일반화 시키는 데는 한계를 가진다. 또한 일상생활활동 중 기본적 일상생활활동 만을 평가하였기에 향후 도구적 일상생활활동 수준에 관한 연구와 이를 통한 환자의 독립성을 향상시킬 수 있는 구체적 방안에 관한 연구가 필요할 것이다.

## V. 결 론

본 연구를 통해 일상생활활동에 대한 뇌졸중 환자의 능력과 비교해 보호자가 가진 환자의 일상생활활동 능력 인식이 낮거나 높은 것을 확인할 수 있었다. 이는 뇌졸중 환자가 일상생활활동 수행이 가능함에도 불구하고 간병에 의존하거나 보호자가 환자의 일상생활활동 능력에 상관없이 돌봄을 제공하는 것은 환자 돌봄에 대한 보호자 부담감의 증가와 환자의 자존감 상실로 이어져 재활치료의 효과가 덜 나타날 수 있다는 것을 암시하였다. 본 연구는 치료 시간 내에 이루어지는 작업치료 수행뿐만 아니라 치료 시간 외의 일상적인 많은 시간에서 보호자의 적절한 도움과 스스로의 노력이 얼마나 중요한가를 강조하는데 의의가 있다.

## References

- 김양호, 강순민, 고재문, 구혜자, 김훈, 김도균, ... 홍성인. (2010). 병리학. 서울, 한국: 현문사.
- 박지환, 김연주, 김운환, 방요순, 서태수, 안명환, ... 채수경. (2010). 일상생활활동 생활환경과 여가활동. 서울, 한국: 현문사.
- 박창일, 문재호. (2007). 재활의학. 서울, 한국: 한미의학.
- 보건복지부. (2011). 장애등급판정기준. 서울, 한국: 보건복지부.
- 정지은, 김민태. (2011). 아이의 자존감. 서울, 한국: 지식채널.
- 통계청. (2014). 2013년 사망원인통계 결과. 서울, 한국: 통계청.
- American Occupational Therapy Association. (2014). Occupational therapy practice framework: Domain and process (3rd ed.). *American Journal of Occupational Therapy*, 68, 1-48. doi:10.5014/ajot.2014.682006
- Bae, J. H., Lee, T. Y., & Kang, D. H. (2012). Impact of pain catastrophizing and motivation for rehabilitation on the activities of daily living in stroke patients. *Journal of Korean Society of Occupational Therapy*, 20(4), 57-68.
- Feibel, J. H., & Springer, C. J. (1982). Depression and failure to resume social activities after stroke. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 63(6), 276-277.
- Jo, B. H. (1998). A study on the influencing factors in family functioning of stroke patients. *Korean Journal of Rehabilitation Nursing*, 1(1), 1-14.
- Jung, H. Y., Park, B. G., Shin, H. S., Kang, Y. G., Pyeon, S. B., Baek, N. J., ... Han, T. R. (2007). Development of Korean modified barthel index. *Journal of Korean Academy of Rehabilitation Medicine*, 31(3), 283-279.
- Jung, M. J. (2000). *The degree of activities of daily living and the quality of life of the CVA patients* (Master's thesis). Kyunghee University, Seoul.
- Jung, S. M. (2006). *A study of correlation among balance, upper limb function and activities of daily living in chronic patients with stroke* (Master's thesis). Yongin University, Yongin.
- Kang, B. H. (2000). The relationship between family support and activities of daily living abilities for the hemiplegic patients after stroke. *Korean Journal of Rehabilitation Nursing*, 3(1), 5-14.
- Kim, G. S. (2005). *A study of influencing factors on quality of life of cerebral infarction patients' guardians* (Master's thesis). Kyunghee University, Seoul.
- Kim, H. S. (2009). *The impacts of stroke patients' depression, motivation for rehabilitation and activities of daily living on quality of life* (Master's thesis). Hanyang University, Seoul.
- Kim, H. S., Hwang, Y. O., Yu, J. H., Jung, J. H., Woo, H. S., & Jung, H. S. (2009). The correlation between depression, motivation for rehabilitation, activities of daily living, and quality of life in stroke patients. *Journal of Korean Society of Occupational Therapy*, 17(3), 41-53.

- Kim, J. S. (1995). *A study on the co-relation between family members' support for cerebral apoplexy patients and their self-care* (Master's thesis). Hanyang University, Seoul.
- Kim, K. S., & Han, S. S. (2005). Affecting factors on the quality of life of family care-givers caring for the patients with cerebral infarction. *Korean Journal of Health Promotion*, 5(2), 69-77.
- Kim, S. S. (1994). Experience of family caregivers caring for the patients with stroke. *Journal of Nursing Query*, 3(1), 67-88.
- Ko, J., Lee, S. H., Lee, T. K., Jung, H. R., Hong, G. H., & Hong, K. H. (2015). The effect of self-efficiency and instrumental activities of daily living of local community stroke patients on quality of life in caregiver. *Journal of Korean Society of Community Based Occupational Therapy*, 5(1), 11-21.
- Kwon, Y. C., & Park, J. H. (1989). Development of the test for the elderly Korean version of Mini-Mental State Examination (MMSE-K). *Journal of the Korean Neuropsychiatric Association*, 28(1), 125-135.
- Lee, C. Y., & Chang, M. Y. (2014). A survey on the activities of daily living training for occupational therapy in Korea. *Journal of Korean Society of Occupational Therapy*, 22(2), 35-46. doi:10.14519/jksot.2014.22.2.03
- Lee, E. H., Kim, J. S., Park, E. J., Park, H. J., & Choi, B. N. (2002). A study on stroke patients self-care and their family members needs for education. *Nursing Science*, 14(2), 1-18.
- Lee, K. B. (2013). *A comparative study of characteristics of clinical recovery according to the lesion in stroke* (Doctoral dissertation). Yongin University, Yonjin.
- Lee, M. J. (2009). *A comparative study of self-esteem and learned helplessness of the academic and vocational high school students* (Master's thesis). Kangwon National University, Chuncheon.
- Lee, T. Y., & Kim, J. H. (2001). Factor analysis of elements affecting activities of daily living in stroke patients. *Journal of Korean Society of Occupational Therapy*, 9(1), 25-36.
- McGrath, J., & McGrath, A. (2001). *Self-esteem: The cross and christian confidence*. Leicester, England: Inter Varsity Press.
- Mihajlo, T., Lynne, C., Heng, T., & Chong, T. (2002). Factors associated with post-stroke depression, a Malaysian study. *Neurological Journal of South East Asia*, 7(1), 9-12.
- Na, H. S. (2003). *A study on the correlation between supports from the family of stroke patients and their motor activities in daily lives* (Master's thesis). Daejeon University, Daejeon.
- Oh, E. M. (2010). *Relationship of perceived health status, daily living activities, depression and quality of life among elderly suffering from stroke* (Master's thesis). Hanyang University, Seoul.
- Oh, J. H. (2010). *The effects of instrumental ADL on the quality of life and depression in stroke patients* (Master's thesis). Yonsei University, Seoul.
- Padilla, R. L., Byers-Connon, S., & Lohman, H. L. (2012). *Occupational therapy with elders strategies for the COTA* (3rd ed.). Maryland Heights, MO: Mosby.
- Paek, Y. S. (2010). *The transition from activity of daily living and quality of life for stroke patients after client centered occupation therapy intervention* (Master's thesis). Daegu University, Daegu.
- Park, I. H. (2009). *The correlation between activities of daily living and quality of life according to the family support of stroke*

- patients* (Master's thesis). Daegu University, Daegu.
- Park, J. H., & Kwon, Y. C. (1989). Standardization of Korean version of the Mini-Mental State Examination (MMSE-K) for use in the elderly part II: Diagnostic validity. *Journal of the Korean Neuropsychiatric Association*, 28(3), 508-513.
- Pedretti, L. W., & Early, M. B. (2001). *Occupational therapy practice skills for physical dysfunction* (5th ed). St. Louis, MO: Mosby.
- Pendleton, H. M., & Schults-Krohn, W. (2006). *Pedretti's occupational therapy practice skills for physical dysfunction* (6th ed). St. Louis, MO: Mosby.
- Shan, S., Vanclay, F., & Cooper, B. (1989). Improving the sensitivity of the barthel index for stroke rehabilitation. *Journal of Clinical Epidemiology*, 42(8), 703-709.
- Shim, M. K. (2013). *The effects of depression, cognitive function, and activities of daily living on the quality of life after stroke* (Master's thesis). Hanseo University, Seosan.
- Sim, S. S. (2008). *A study on satisfaction level of care service depending on activities of daily living and types of care service in inpatient with chronic disease* (Master's thesis). Kangwon University, Chuncheon.
- Wade, D. T., Legh-Smith, J., & Hewer, R. A. (1987). Depressed mood after stroke. A community study of its frequency. *British Journal of Psychiatry*, 151, 200-205.

## Abstract

### Comparison Between Patient Ability and Caregiver Awareness for ADL of Stroke Patients

Choi, Eun-Suk\*, M.Sc., O.T., Park, Ju-Hean\*\*, O.T., Ko, Jun\*\*\*, M.Sc., O.T.,  
Park, Do-Hoon\*\*\*\*, O.T., Lee, Seung-Hee\*\*\*\*, O.T.,  
Hong, Ki-Hoon\*\*\*\*, M.Sc., O.T., Lee, Chun-Yeop\*\*\*\*, M.Sc., O.T.

\*Dept. of Occupational therapy, Graduate school of health of Kaya University

\*\*Dept. of Occupational therapy, Walk Rehabilitation Hospital

\*\*\*Dept. of Occupational therapy, Maha Hospital

\*\*\*\*Island Fitness

\*\*\*\*\*Dept. of Occupational therapy, Inchang Daeyeon Hospital

\*\*\*\*\*Dept. of Occupational therapy, Kaya University

**Objective** : The present study was conducted to compare the real ability of stroke patients with the awareness of their caregiver in terms of the patients' ADL ability.

**Methods** : For the present study, the Korean Modified Barthel Index(K-MBI) was used. It was executed for 95 stroke patients and caregivers. The researchers observed the ADL of the patients, and caregivers filled out a document. An independent *t*-test was used to analyze the data.

**Results** : When the real ADL ability of a patient is better than the awareness of the caregiver, a statistically significant difference ( $p<.05$ ) was shown. For the real ADL ability of the patient, the mean and standard deviations are  $78.65\pm14.55$ , and for the awareness of the caregiver, the mean and standard deviations are  $70.89\pm15.35$ . When the awareness of the caregiver is better than the real ADL ability of the patient, a statistically significant difference ( $p<.05$ ) was shown. In this case, for the real ADL ability of the patient, the mean and standard deviations are  $69.63\pm9.82$ , and for the awareness of the caregiver, the mean and standard deviations are  $76.11\pm10.72$ .

**Conclusion** : The results show that the real ADL ability of a patient and the awareness of their caregiver are different. We suggest that a further study is needed to come up with detailed measures for improving the independence of the patients.

**Key Words** : ADLs, Caregiver, Stroke