

## 정서·정보적 지지중재가 뇌졸중환자 가족원의 역할스트레스와 우울에 미치는 영향

박 영 숙 (계명대학교 간호대학)  
박 혜 연 (경북대학교 병원)

### 목 차

I. 서론  
II. 문헌고찰  
III. 연구방법

IV. 연구결과  
V. 결론 및 제언  
참고문헌  
영문초록

### I. 서 론

#### 1. 연구의 필요성

뇌졸중은 우리나라 성인의 주요 사망원인으로 전체 사망의 14.2%를 차지하고, 연령별로 살펴보면 60대 이후에서 1위, 50대에서도 2위를 차지하고 있으며(통계청, 1997), 대부분의 사람들이 뇌졸중은 60세 이후의 노령층에서 발생하는 것으로 알고 있으나 최근에는 40-50대에서도 많이 발생하고 있다.

뇌졸중 환자는 20%가 급성기에 사망하며 생존하는 경우에도 과반수 이상이 뇌병변의 부위, 출혈량, 출혈의 파급양상에 따라 운동장애, 구음장애나 언어장애, 감각과 인식장애를 나타내기 때문에(대한신경외과학회, 1996) 많은 도움을 필요로 하고 지속적인 관리를 요한다.

더욱이 우리나라는 의료수가의 상승으로 인한 조기 퇴원의 추세와 입원에서부터 퇴원 이후까지 환자를 가족이 계속 돌봐야 하므로(김소선, 1992) 그 중요한 역할을 가족이 부담하는 경우가 대부분이다(김복량,

1998).

그러나 뇌졸중 환자를 돌보는 가족은 의료지식이 부족하고, 환경적·심리적 준비가 되지 않은 상태에서 환자를 돌봄으로써 정신적·육체적 스트레스를 경험하게 되므로 이러한 스트레스를 완화시키지 못하면 생활의 안정이 흔들리고 결국 건강문제에 부딪히게 된다. 이로 인해 환자를 돌보는 행위가 충실해지지 못하게 되고, 동시에 간호를 받는 환자에게도 직접 영향을 주며, 나아가 다른 가족 구성원과의 관계와 건강에도 부정적인 영향을 미쳐(Deimling & Bass, 1986), 신체·심리·사회적인 문제에 부딪히게 된다.

역할스트레스란 역할 기대와 역할 수행사이에 야기되는 반응의 결과를 의미하는 것으로 Hardy와 Hardy(1988)는 역할 임무를 성취하기 어렵게 하는 상황에 대한 역할 수행자의 지각으로 정의하였는데 뇌졸중환자를 돌보는 가족원이 겪게되는 역할스트레스는 문헌에서 부담감, 긴장감, 역할피로 등으로 유사하게 제시되고 있다(Zarit et al.1986).

우울이란 스트레스에 대한 자연스럽고 기본적인 반응으로 정상적인 기분의 변화로부터 병적인 상태에 이

르기까지 연속선상에 있으며 발생 요인 또한 다양하고 개인의 적응수준에 따라 우울 정도도 매우 다르다고 볼 수 있으며, Beck(1974)은 우울이 자신과 환경, 미래에 대한 부정적인 인지 체계에 의해서 일어난다고 하였다. 특히 뇌졸중 환자 가족원의 역할스트레스와 우울은 뇌졸중 환자를 돌보는 가족원의 심리적인 문제로 부담감과 더불어 환자의 회복이 장기화됨에 따라 우울감 또는 절망감으로 발전하며(김소선, 1992), 뇌졸중 환자 발생 첫 1년 동안에 가족원의 11%가 우울을 나타낸다(Wade et al, 1986). 이런 뇌졸중환자 가족원이 경험하는 건강문제는 환자 간호에 부정적인 영향을 미칠 수 있으므로 이에 간호사는 뇌졸중환자 가족원의 역할스트레스와 우울을 감소시킬 수 있는 간호중재를 제공해야 할 책임이 있다.

스트레스와 우울에 대한 간호중재로는 정보제공(남미숙, 1997) 및 지지중재(김복량, 1998; 이숙자, 1993; 임지영, 1996; Kahan et al, 1985), 회상요법(박수원, 1996), 이완법(박정숙, 1989), 인지행동요법(박현숙, 1993), 심상치료(최귀운, 2000) 등이 사용되고 있다. 이 중에서 지지중재는 스트레스나 그 위협 반응을 제거시켜 개인의 심리적 적응을 돕고 문제 해결의 도전을 받아들이는 능력을 강화시키는 것으로 밝혀졌고(Brody, 1990; Toseland et al., 1989), 우리나라의 경우 지지중재는 입원환자, 요통환자, 만성 질환아 어머니, 초임부, 혈액투석환자, 미숙아 어머니 등의 다양한 대상자에게 지지간호나 지지모임의 유형으로 실시되었다. 그러나 뇌졸중 환자 가족을 대상으로 한 중재연구는 환자와 환자가족의 적응을 돕기 위한 교육프로그램개발(Frye-Pierson & Toole, 1987), 가족교육프로그램(남미숙, 1997), 집단지지중재(김복량, 1998) 등 소수에 불과하다.

이에 연구자는 뇌졸중 환자 가족원의 역할스트레스와 우울을 감소시키기 위한 목적으로 정서·정보적 지지 중재를 실시하여 대상자의 역할스트레스 및 우울에 효과가 있는지 확인해 보고자 본 연구를 시도하게 되었다.

## 2. 연구 목적

본 연구의 목적은 뇌졸중 환자를 돌보는 가족원을

대상으로 정서·정보적 지지중재가 그들의 역할스트레스와 우울에 미치는 효과를 파악하기 위함이며 다음과 같은 구체적인 목적을 갖는다.

- 1) 정서·정보적 지지중재가 뇌졸중환자 가족원의 역할스트레스에 미치는 효과를 파악한다.
- 2) 정서·정보적 지지중재가 뇌졸중환자 가족원의 우울에 미치는 효과를 파악한다.

## 3. 연구 가설

- 1) 정서·정보적 지지중재를 받은 뇌졸중환자 가족원(실험군)은 정서·정보적 지지중재를 받지않은 뇌졸중환자 가족원(대조군)보다 역할스트레스점수가 낮을 것이다.
- 2) 정서·정보적 지지중재를 받은 뇌졸중환자 가족원(실험군)은 정서·정보적 지지중재를 받지않은 뇌졸중환자 가족원(대조군)보다 우울점수가 낮을 것이다.

## 4. 용어의 정의

### 1) 정서·정보적 지지중재

· 이론적 정의 : 간호사와 대상자간에 이루어지는 일련의 상호과정으로서 간호사는 대상자의 문제점을 인지하고, 경험과 감정이입에 의한 정서적 지지를 해 주고 건강에 관련된 정보와 함께 신체적 보살핌을 제공하면서 대상자의 반응을 확인하는 대인 관계적 상호작용이다(김정아, 1989).

· 조작적 정의 : 본 연구에서는 연구자가 문헌을 참고하여 개발한 정서·정보적 지지를 뇌졸중환자 가족원에게 시행하는 것을 말하며, 지지중재의 내용은 뇌졸중환자 가족원에게 적극적 경청, 언어적 및 비언어적 관심과 공감표명, 격려, 지지, 용기부여의 원리를 사용하여 충분한 의사소통을 하면서 환자 간호로 인한 어려움의 감정이나 문제를 표출하도록 도와주고, 긍정적 사고 및 자기진술을 통해 현실을 긍정적으로 받아들이도록 하는 정서적 지지와 뇌졸중에 대한 이해와 뇌졸중환자 간호에 대한 내용을 소책자 형태로 제공하는 정보적지지로 구성되었다.

2) 역할 스트레스

- 이론적 정의 : 역할 의무(duty)를 성취하기 어렵게 하는 상황에 대한 역할 수행자의 지각이다(Hardy & Hardy, 1988).
- 조작적 정의 : 뇌졸중 환자를 돌보는 가족원의 역할에 대한 스트레스를 측정하기 위해 양영희(1992)의 역할스트레스 측정도구와 최은숙(1992)의 스트레스 측정도구를 연구자가 수정·보완하여 구성한 도구로 측정된 점수를 말하며, 점수가 높을수록 역할스트레스가 높음을 의미한다.

3) 우울

- 이론적 정의 : 스트레스 적응과정에서 자기에 대한 부정적 인식의 결과를 의미하는 것으로 근심·침울감·실패감·상실감·무력감·무가치감을 나타낼 수 있는 정서장애이다(Beck, 1974).
- 조작적 정의 : 한홍무 등(1986)이 한국 표준화시킨 Beck(1967)의 우울측정도구(Beck Depression Inventory; BDI)를 사용하여 측정된 점수를 말하며, 점수가 높을수록 우울 성향이 높음을 의미한다.

II. 문헌 고찰

1. 정서·정보적 지지중재

지지중재란 간호사와 대상자간에 이루어지는 일련의 상호과정으로서 간호 대상자의 건강문제를 경청과 공감의 자세로 인지하고 신체적·정서적·사회적 지지를 제공하여 대상자의 에너지를 활성화하며 건강 증진에 도모하는 것을 기본틀로 하는 간호 중재법이다(김명자와 송경애, 1991).

지지중재를 분류하여 살펴보면 지지의 근원에 따라서는 친지나 동료에 의한 사적인 지지와 전문인에 의한 공적인 지지로 구분할 수 있으며, 지지 단위에 따라서는 개별지지와 그룹지지로 구분될 수 있다(정추자, 1992). 또한 지지 유형에 따라서는 정서적·정보적·평가적·도구적 지지로 구분된다(Cohen & Wills, 1985). 이 중 정서적 지지와 정보적 지지는 긴장 상황에서 효과적인 대처 자원임이 제시되고 있다(정추자, 1992; Cohen & Wills, 1985).

정서적 지지는 각 개인의 완수감(mastery)과 자존감(self esteem)의 감각을 강화시킴으로써 스트레스의 부정적 결과로부터 간접적으로 각 개인을 보호하는 효과가 있으며, 강한 정서적 지지는 우울을 예방하고(Mueller et al., 1978), 우울에 영향을 미치는데(Feldman, 1976) 이러한 측면에서 정서적 지지의 효과가 있다고 볼 수 있다.

정보적 지지는 스트레스에 대한 저항을 증가시키고, 부적절한 대응행위를 재조정하며 스트레스의 증가된 수준을 이겨낼 수 있는 능력을 갖게끔 인지적, 행위적 대응을 촉진시키는 효과가 있다(Thoits, 1985).

환자 가족을 대상으로 교육 및 지지중재의 효과를 측정한 선행연구를 살펴보면 Evans와 Held(1984)는 43명의 뇌졸중 환자와 그 가족을 대상으로 뇌졸중 및 재활에 대한 교육을 실시하고 이에 대한 효과를 지식의 정도와 감정으로 측정된 결과 교육 전에 비해 대상자들이 많은 정보를 알게 되었고 두려움과 염려가 감소되었다는 결과를 얻었다. 이후 Evans들(1988)은 뇌졸중 환자를 돌보는 가족원 총 188명을 대상으로 강연과 비디오테이프를 통해 뇌졸중 환자를 돌보는 기본적인 원리에 대한 교육만 했을 때와 이런 교육에 문제해결을 위한 상담을 개별적으로 추가했을 때의 효과를 장기적으로 비교해 본 결과 교육과 상담을 병행한 군에서 지식수준이 높았을 뿐만 아니라 가족의 기능도 향상되었고, 6개월과 1년 후 교육, 상담을 제공받은 대상자의 지식, 가족 기능, 환자의 적응이 대조군과 유의한 차이를 보였다.

Kahan 들(1985)은 알츠하이머 질환과 관련된 장애를 가진 환자의 가족 40명(실험군 22명, 대조군 18명)을 대상으로 실험군에게 8주 2시간의 모임으로 이루어진 집단지지 프로그램을 적용하여 가족의 부담감, 우울정도는 감소되었고, 치매에 대한 지식은 증가되었음을 보고하고 있었다.

박미선(1998)은 정신분열병 환자 가족 41명(실험군 20명, 대조군 21명)을 대상으로 가족교육프로그램을 3회에 걸쳐(6개월의 교육내용을 2개월씩) 실시한 후 가족의 부담감 및 우울이 감소하였음을 나타내었고, 집단 지지모임을 통하여 뇌, 척수 손상 환자를 돌보는 가족원의 부담감이 감소되고 삶의 질은 증진되었음을(정추자, 1992)을 보고였다.

또한 김복량은(1998)은 실험·대조군 각각 43명씩 총86명의 뇌졸중환자 가족원을 대상으로 주1회 5주 동안의 집단지지중재를 실시하여 실험군은 대조군보다 신체·심리·사회적 적응수준이 유의하게 높아졌고, 신체건강, 주관적 부담감, 우울, 객관적 부담감이 유의하게 감소되었다고 보고하였으며, 미숙아 어머니를 대상으로 4차례에 걸쳐 개별 사회적 지지를 시행한 임지영(1996)은 지지간호가 정보제공보다 미숙아 어머니의 스트레스 인지를 더 많이 감소시켜 정보만 주는 것보다는 정보와 정서적 지지를 함께 제공하는 것이 효과적인 전략임을 제시하였다.

한편 남미숙(1997)의 연구에서 뇌졸중 환자 가족에게 뇌졸중의 개요, 간호방법, 운동과 일상생활동작에 관한 내용으로 1회 50분 동안 소그룹으로 교육프로그램을 실시한 후 가족원의 역할스트레스는 감소되었으나 부담감은 감소되지 않았다고 보고하였다. 즉 정서적 지지가 포함되지 않은 단 1회 50분 동안의 정보제공만으로는 환자 가족원의 심리적인 문제해결에 한계가 있음이 지적된다.

이상의 고찰을 통해서 볼 때 정서적 지지를 포함한 정보적 지지중재의 필요성이 제기되며 뇌졸중 환자 가족원의 역할스트레스 뿐 아니라 심리적인 문제인 우울을 감소시키기 위해 정서·정보적 지지중재를 개별적으로 1주동안 3회 시행하면 뇌졸중환자 가족원의 역할스트레스와 우울감소에 효과가 있을 것으로 기대된다.

## 2. 환자 가족원의 역할스트레스

역할스트레스란 역할 의무(duty)를 성취하기 어렵게 하는 상황에 대한 역할 수행자의 지각이며(Hardy & Hardy, 1988), 역할 기대와 역할 수행 사이에 야기되는 반응의 결과를 의미하는 것으로 환자를 돌보는 가족원은 역할 과다로 자신의 개인 활동을 일시적으로 또는 장기적으로 포기하여야 하는 상황에 부딪히게 되고, 역할들간의 갈등과 환자를 돌보는 새로운 역할에 대한 정보 부족(역할 모호성)으로 환자를 돌보는 데 어려움을 느끼는 것으로 보고하였다(양영희, 1992).

역할스트레스가 가족원에게 미치는 영향으로는 오심, 피로, 두통, 계약, 우울, 불안, 좌절 등의 신체·심리적인 측면에서 부정적인 상태를 초래한다고 보고하

고 있어(Hardy & Hardy, 1988) 환자를 돌보는 역할로 인한 가족원의 역할스트레스는 건강에 부정적인 영향을 미치는 것을 알 수 있었다.

뇌졸중은 가족 구성원의 지속적인 도움과 장기적인 간호가 요구되는 주요 만성질환으로(김현미와 장군자, 1998; 이강이와 송경애, 1996; Dorsey & Vaca, 1998) 투병 기간이 긴 만성질환자를 돌보는 가족이 장기간의 돌봄역할과 관련되어 경험하는 여러 가지 어려움은 스트레스(Orodenker, 1990), 부담감(Brown, 1992), 피로(Jensen & Given, 1991), 우울(Gallagher et al, 1989) 등으로 표현되고 있었는데, 뇌졸중 환자 가족의 역할스트레스는 곧 만성질환자 가족의 역할스트레스에서 찾아볼 수 있다.

환자를 돌보는 일을 스트레스로 보는 측면에서도 가족의 재정적 어려움, 즉 사회 경제적 상태가 낮을 때, 돌보는 역할에 대한 만족 수준이 낮을 때 스트레스가 증가된다고 보고하였다(Orodenker, 1990).

김소선(1992)은 뇌졸중 환자 가족의 경험에 대한 질적연구에서 가족은 갑작스런 충격으로 단계별로 스트레스를 경험하고 있으며 최은숙과 사회영(1993)은 뇌졸중 환자의 가족 111명을 대상으로 한 연구에서 보호자의 스트레스 정도는 환자의 질병상태 변화와 돌보는 일의 어려움에서 가장 높았다고 하였다.

만성환자를 돌보는 부인 176명을 대상으로 양영희(1992)의 연구에서 환자의 일상활동 능력이 좋을수록 가족원의 역할스트레스는 낮았고, 가족원의 역할스트레스가 낮을수록 가족원의 건강은 좋았다고 보고하였다.

한편 돌보는 가족원의 스트레스를 중재하는 변수로 사회적 지지가 흔히 연구되었으며(Baillie et al, 1988) 지지가 높을수록 가족원의 부담감 및 우울이 감소되었다고 보고하고 있었고(박명희, 1991; 서미혜와 오가실, 1993; Baillie et al, 1988), 뇌졸중환자를 돌보는 보호자의 문제나 어려움을 파악하는 상담의 기회와 질병상태와 예후에 대해 보호자를 교육해야 할 필요성이 있음을 제시하고 있었다(김미희, 1997; 최은숙, 1992). 이러한 연구는 사회적 지지가 역할스트레스를 감소시킬수 있는 요인임을 나타내고 있을 뿐만 아니라 뇌졸중환자 가족원의 역할스트레스를 감소시키는 간호중재시 사회적 지지 중 정서·정보적 지지를 적용하는 것이 효과적임을 시사한다.

### 3. 환자 가족원의 우울

우울이란 스트레스에 대한 자연스럽고 기본적인 반응으로 정상적인 기분의 변화로부터 병적인 상태에 이르기까지 연속선상에 있으며 발생요인 또한 다양하고 개인의 적응수준에 따라 그 정도도 매우 다르다(이숙자, 1993).

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

우울로 인해 일반적으로 올 수 있는 증상은 생리학적으로 피로감, 식욕상실, 수면장애 등이 있으며, 정서적으로 낙담, 감정상실, 부적당한 감정 등이 있고, 인지적으로 부정적기대, 비판, 자기비난 등으로 볼 수 있으므로(Beck, 1974) 우울은 환자 가족원에게 부정적인 영향을 미친다고 볼 수 있다.

환자 가족원의 우울에 관한 선행연구를 살펴보면 Brooklehurst 등(1981)은 뇌졸중 환자를 돌보는 첫 1년동안 돌보는 자의 28%가 건강상태의 악화를 호소하였고, 12%는 불안 또는 우울로 치료를 받았다고 했으며, Wade 등(1986)에 의하면 뇌졸중 환자 발생 첫 1년 동안에 가족원의 11%가 우울을 나타냈고, 이러한 우울은 가족원의 부담감과 관련되어 나타났다(Williams, 1993).

Beth 와 William(1999)의 연구에서는 1986년 이후 외국에서 발표된 뇌졸중 돌봄에 관한 분석적 연구 20편의 논문중 17편은 심리적 고통 측정을 포함하였고, 가장 빈번하게 조사된 감정 상태는 뇌졸중 환자를 돌보는 가족원의 우울증이었다고 하였다. 뿐만 아니라 뇌졸중환자를 돌보는 가족원의 우울은 환자의 급성 뇌졸중 단계와 만성 뇌졸중 단계 모두에서 높다는 것을 제시하고 있었다.

Reese들(1994)의 알츠하이머 질환과 뇌졸중 환자를 돌보는 간호 제공자의 연구에서 Zung Self-Rating

Depression Scale에 의해 측정된 그룹 평균 수치와 비교해 보면 뇌졸중 환자를 돌보는 간호제공자가 대조군보다 통계적으로 훨씬 많이 우울증을 겪는 것으로 증명되었다.

한편 이강이와 송경애(1996)의 연구에서 뇌졸중 환자 가족이 인지한 우울정도는 중간 이하로 보고되고 있었으나, 김중원(1983)은 두부손상 환자 가족과 일반인의 우울을 비교했을 때 두부손상 환자 가족의 우울이 훨씬 더 심하다고 하였다.

이상의 문헌고찰을 통해서 뇌졸중 환자를 돌보는 가족원의 부정적 경험 중 역할 스트레스와 우울이 상당히 높으리라 예측되며, 본 연구자는 정서·정보적 지지 중재가 뇌졸중환자 가족원의 역할스트레스와 우울 감소에 효과적인 간호중재 방안인지를 밝히고자 한다.

## III. 연구 방법

### 1. 연구설계

본 연구는 유사실험연구로 비동등성 대조군 전후 실험설계(non-equivalent control group pretest-posttest design)를 이용하였다.

### 2. 연구대상 및 표집 방법

본 연구의 대상자는 T시에 있는 K종합병원과 D종합병원 신경과에 뇌경색으로 입원해 있는 뇌졸중환자를 주로 돌보는 가족원 총 69명을 대상으로 하였다.

자료수집은 2000년 8월 20일에서 10월25일까지 실험군 35명과 대조군 34명을 임의 추출하였으며 실험군은 연구자와 3차에 걸쳐 실험처치에 응할 수 있다 고 구두로 동의를 한 대상자로 하였다.

연구도중에 실험군에서 1명, 대조군에서 3명이 탈락하였는데 실험군 1명은 환자가 연구 중 사망하였으며, 대조군 3명 중 2명은 환자가 중환자실로 이동되었고, 1명은 상태가 호전되어 연구중에 퇴원하여 최종적으로 실험군 34명과 대조군 35명 총 69명을 대상으로 실시하였다.

### 3. 연구도구

#### 1) 정서·정보적 지지중재

본 연구에서 정서·정보적 지지중재는 문헌고찰(김복량, 1998; 남미숙, 1997; 전경구, 1998; 전세일, 1999)과 뇌졸중 환자 가족원 3명과의 면담, 신경과 병동 임상경험을 바탕으로 뇌졸중환자 가족원이 간호시에 필요로 하는 내용과 가족원이 환자간호로 인해 경험하는 문제에 대한 내용을 작성하였고, 뇌졸중 환자를 돌보는 가족원 3명에게 개별중재 한 후 수정·보완하였다. 마지막으로 대상자가 더욱 쉽게 이해할 수 있도록 그림을 삽입하였다.

본 연구에 사용된 정서·정보적 지지중재도구는 언어·비언언적인 의사소통방법에 의해서 제공된 정서적 지지와 뇌졸중에 대한 이해, 뇌졸중환자 간호에 대한 도움이 되는 내용으로 제공된 정보적 지지로 구성되어 있다.

1차 중재는 1시간-1시간 30분동안 주로 소책자 제공을 통한 정보적 지지가 시행되었고, 2차중재와 3차중재는 개별상담의 형식으로 매회 30분동안 주로 정서적 지지를 제공하는 것으로 시행되었다.

#### 2) 역할스트레스 측정도구

뇌졸중환자 가족원의 역할스트레스 측정도구는 양영희(1992)가 개발한 역할스트레스 도구와 최은숙(1992)이 뇌졸중환자 보호자를 대상으로 재수정하여 사용한 스트레스 도구를 참고하여 뇌졸중환자 가족의 역할스트레스 측정에 적합하도록 구성하였고 30명의 대상자에게 예비조사를 실시한 후 수정·보완하였다. 본 도구는 역할과중, 역할갈등, 역할모호성 각 6문항에 사회·개인적 관계와 보호자로서의 책임수행 12문항, 질병상태 변화와 돌보는 일의 어려움 3문항 질병상태의 예후 2문항으로 총 35개의 문항으로 구성된 4점 척도로서 본 도구를 문항분석 실시한 결과 KMO and Bartlett's Test에서 KMO=.784, Bartlett's test  $p=.000$ 으로 적합도 검증에서 적합한 것으로 나타났으며, 예비조사에서 도구의 신뢰도는 Cronbach's  $\alpha = .88$  이었고, 본 연구에서의 신뢰도는 Cronbach's  $\alpha = .8271$ 이었다.

#### 3) 우울 측정도구

본 연구에서 사용한 우울 측정도구는 한홍무 등(1986)이 정상 성인집단을 대상으로 한국 표준화 연구를 실시하여 신뢰도와 타당도가 검증된 Beck(1967)의 우울측정도구(Beck Depression Inventory: BDI)이다.

Beck의 우울측정도구는 우울의 증상·태도에 따라 총 21개의 문항으로 구성되어 있으며, 각 문항은 4점 척도로서 점수의 범위는 0-63점이며, 범위중 0-9점까지는 우울하지 않은 상태, 10-15점까지는 가벼운 우울상태, 16-23점까지는 중한 우울상태, 24-63점까지는 심한 우울상태를 의미한다. 개발당시의 신뢰도는 Cronbach's  $\alpha = .86$ 이었고, 본 연구에서의 신뢰도는 Cronbach's  $\alpha = .8693$ 이었다.

### 4. 자료수집 및 연구 진행 절차

#### 1) 예비 조사

2000년 8월 10일부터 8월 17일에 걸쳐 뇌졸중 환자 가족원 3명을 대상으로 3회의 만남을 가졌으며, 예비조사 후에 연구 도구의 내용을 수정·보완하였다.

#### 2) 사전 조사

사전조사는 대상자에게 먼저 연구의 목적을 설명하고 참여 동의를 구한 다음 본 연구자가 개별적인 면담 방법으로 진행하였다. 실험군은 3차에 걸친 정서·정보적 지지 중재를 받고자 동의한 가족원을 실험군으로 선정하였고, 실험군과 대조군에게 기초 설문지, 역할스트레스, 우울에 관한 정도를 측정하였다.

#### 3) 실험처치

정서·정보적 지지중재는 뇌졸중환자 가족원이 환자를 돌보는데 불편하지 않은시간(식사시간, 면회, 운동, 치료시간 등을 제외)을 선택하여 사전조사가 끝난 직후 연구자가 1차 정서·정보적 지지중재를 1시간-1시간 30분 시행하였다. 2-3일 후 2차 중재를 30분 시행, 다시 2-3일 후 3차 중재를 30분 시행하여 1주동안 총 3회의 처치를 하였다.

실험처치의 장소는 K병원과 D병원의 보호자 휴게실로 하였으며, 주위의 방해요인을 최소화하기 위해서 가

급적 조용한 시간으로 저녁식사가 끝난 오후 7시에서 10시 사이에 실시하였다. 주위의 협조와 도움으로 처치중에는 편안한 분위기에서 중재를 할 수 있었다.

1주간의 실험처치 과정중에는 실험군과 대조군의 병실을 달리하여 실험처치의 확산을 방지하도록 노력하였고, 대상자의 동질성을 확보하기 위해서 뇌졸중으로 입원한 환자를 주로 돌보는 가족원만을 대상으로 선택하였다. 그리고 병원규모와 환경이 비슷한 2개의 종합병원을 대상으로 하였으며, 대상자의 균등한 할당을 확인하기 위해서 대조군을 설정하였다.

#### 4) 사후 조사

실험군은 3차 중재가 끝난 직후 연구자가 질문지를 나누어 주고 작성케 한 다음 회수하였다. 대조군은 사전조사 1주 후 설문지를 작성하였다.

### 5. 자료분석방법

자료분석은 SPSS 9.0 Program을 이용하여 백분율, 평균, 표준편차,  $\chi^2$ -test, t-test, Paired t-test로 분석하였다.

## IV. 연구 결과

### 1. 대상자의 동질성 검증

#### 1) 대상자의 일반적 특성에 대한 동질성 검증

실험군과 대조군의 일반적 특성에 따른 동질성 검증 결과는 다음 <표 1>과 같다.

연구 대상자는 실험군 34명, 대조군 35명으로 총

69명이었다.

실험·대조군에 따른 일반적 특성에서 두 집단간 유의한 차이가 없으므로(p>0.05), 유사집단으로 볼 수 있다.

#### 2) 대상자의 역할스트레스정도 및 우울정도의 동질성 검증

실험전 실험군과 대조군의 역할스트레스와 우울정도에 대한 동질성 검증결과는 <표 2>과 같다. 실험전 실험군과 대조군의 역할스트레스정도 및 우울정도는 두 집단간 유의한 차이가 없으므로(p>0.05), 실험군과 대조군은 동일집단으로 볼 수 있다.

### 2. 가설 검증

#### 1) 제 1 가설

: 정서·정보적 지지중재를 받은 뇌졸중환자 가족원(실험군)은 정서·정보적 지지중재를 받지않은 뇌졸중환자 가족원(대조군)보다 역할스트레스 점수가 낮을 것이다.

제 1가설을 검증한 결과, 실험후 역할스트레스는 실험군이 2.07점, 대조군이 2.79점으로 나타나 실험군의 역할스트레스가 유의하게 낮아져(t=11.947, P=.000) 제 1가설은 지지되었다(표 3).

#### 2) 제 2 가설

: 정서·정보적 지지중재를 받은 뇌졸중환자 가족원(실험군)은 정서·정보적 지지중재를 받지않은 뇌졸중환자 가족원(대조군)보다 우울점수가 낮을 것이다.

제 2 가설을 검증한 결과, 실험후 우울정도는 실험

<표 2> 대상자의 사전 역할스트레스정도 및 우울정도의 동질성 검증

	실험군	대조군	t	p
	M±S.D	M±S.D		
역할스트레스	2.64±.28	2.54±.28	1.414	.162
우울	14.91±6.08	16.20±9.09	.690	.493

<표 3> 사전·사후 실험군과 대조군의 역할스트레스의 차이검증

	실험군	대조군	t	p
	M±S.D	M±S.D		
역할스트레스	사전 2.64±.28	2.54±.28	1.414	.162
	사후 2.07±.24	2.79±.26		

〈표 1〉 대상자의 일반적 특성에 대한 동질성 검증

특성	처치	실험군 n(%)	대조군 n(%)	전체 n(%)	$\chi^2$	p
	구분					
연령	30세이하	8(23.5)	8(22.9)	16(23.5)	1.199	.753
	31-40세	10(29.4)	11(31.4)	21(30.4)		
	41-50세	11(32.4)	8(22.9)	19(27.5)		
	51세이상	5(14.7)	8(22.9)	12(18.8)		
성별	남자	17(50.0)	12(34.3)	29(42.0)	1.748	.186
	여자	17(50.0)	23(65.7)	40(58.0)		
종교	기독교	8(23.5)	3( 8.6)	11(15.9)	6.781	.148
	천주교	5(14.7)	3( 8.6)	8(11.6)		
	불교	13(38.2)	11(31.4)	22(34.8)		
	기타	1( 2.9)	2( 5.7)	2( 4.3)		
	없다	6(20.6)	16(45.7)	22(33.3)		
결혼여부	미혼	9(26.5)	8(22.9)	17(24.6)	.121	.728
	기혼	25(73.5)	27(77.1)	52(75.4)		
최종학력	초등학교		2( 5.7)	2( 2.9)	3.793	.150
	중고등학교	13(38.2)	18(51.4)	31(44.9)		
	대학교	21(61.8)	15(42.9)	36(52.2)		
직업	사무직	10(29.4)	5(14.3)	15(21.7)	4.082	.545
	기술직	2( 5.9)	3( 8.6)	5(7.2)		
	사업·상업	6(17.6)	4(11.4)	10(14.5)		
	학생	3( 8.8)	4(11.4)	7(10.1)		
	주부	8(23.5)	14(40.0)	22(31.9)		
	기타	5(14.7)	5(14.3)	10(14.5)		
가족구조	핵가족	27(79.4)	27(77.1)	54(78.3)	.052	.819
	대가족	7(20.6)	8(22.9)	15(21.7)		
월수입	100만원이하	7(20.0)	4(11.8)	11(15.9)	1.304	.728
	100-200만원	19(54.3)	19(55.9)	38(55.1)		
	200-300만원	6(17.1)	6(17.6)	12(17.4)		
	300만원이상	5(14.7)	3(8.6)	8(11.6)		
환자관계	배우자	3( 8.8)	8(22.9)	11(15.9)	5.682	.224
	자녀	26(76.5)	19(54.3)	45(65.2)		
	형제	1( 2.9)		1( 1.4)		
	친척	1( 2.9)	2( 5.7)	3( 4.3)		
	며느리	3( 8.8)	6(17.1)	9(13.0)		
발병후 경과기간	10일이하	20(58.8)	11(31.4)	31(44.9)	5.394	.067
	11-20일	5(14.7)	7(20.0)	12(17.4)		
	21일이상	9(26.5)	17(48.6)	26(37.7)		
간병기간	10일이하	21(61.8)	12(34.3)	33(47.8)	5.271	.153
	11-20일	6(17.6)	11(31.4)	17(24.6)		
	21일이상	7(20.6)	8(34.3)	19(27.5)		



〈표 4〉 사전·사후 실험군과 대조군의 우울정도의 차이 검증

	실험군		대조군	t	p
	사전	M±S.D	M±S.D		
우울	14.91±6.08		16.20±9.09	.690	.493
	12.82±5.20		16.69±8.64	2.258	.028

군이 12.82점 대조군이 16.69점으로 나타나 실험군의 우울정도가 유의하게 낮아져(t=2.258, P=.028) 제 2가설은 지지되었다(표 4).

## V. 논 의

### 1. 정서·정보적 지지중재가 뇌졸중환자 가족원의 역할스트레스에 미치는 영향

정서·정보적 지지중재가 뇌졸중환자 가족원의 역할스트레스에 미치는 영향을 검증한 결과 정서·정보적 지지중재를 받은 실험군은 대조군보다 역할스트레스가 유의하게 감소되었다.

이러한 결과는 홍여신 등(1995)이 노인성치매환자 가족 43명을 대상으로 보건진료원이 4주에 걸쳐 4회 가정방문을 통해 간호에 대한 시범을 보이며 교육한 결과 가족원의 역할스트레스가 감소된 연구결과와 유사하다. 그러나 본 연구는 급성뇌졸중으로 입원한 환자를 돌보는 가족원을 대상으로 하였기에 연구방법상 중재기간을 1주로 설계하였는데 단기기간 1주동안 3회의 중재횟수로도 역할스트레스가 감소될 수 있음을 나타내는 결과임을 보여준다.

또한 남미숙(1997)이 뇌졸중환자 가족원 35명에게 1회 50분동안 소그룹으로 가족교육을 제공한 후 가족원의 역할스트레스가 유의하게 감소된 결과와 유사하다. 그러나 본 연구는 중재횟수가 3회였고, 총 중재시간이 2시간~2시간 30분으로 제공된 개별지이었기 때문에 단지 1회 50분의 정보제공보다는 더욱 심도깊은 지지중재였으므로 역할스트레스가 감소한 것은 당연하다고 사료된다.

한편 본 연구에서 대조군의 역할스트레스가 사전조사 1주후 사후조사에서 증가한 것은 대조군을 두지 않은 남미숙(1997)의 연구와는 직접 비교할 수 없으나 시간이 지남에 따라 뇌졸중환자 가족원의 역할스트레스는 점차 증가된다는 것을 나타내 주는 결과로 여겨진다.

Biegel들(1984)은 가족원에게 제공된 환자간호기술에 대한 교육으로 가족원의 능력이 신장된다고 하였고, 환자를 돌보는 가족원의 부담감과 불편감이 감소될 수 있다고 하였으며, Winoground들(1987)은 가족원이 질병과정에 대해 많이 배우고, 환자관리에 필요한 지식을 많이 습득할수록, 그리고 다른 사람과 자신들의 스트레스를 많이 공유할수록, 환자에 대한 부정적인 느낌을 잘 수용하고 환자에 대한 이해정도가 높다고 하였다.

그러나, 김병은 등(1997)의 연구에서는 1시간동안 1회의 구조화된 재활교육을 시행한 결과 뇌졸중환자 가족의 스트레스 점수가 약간 낮았으나 통계적으로 유의한 차이가 없어 본 연구결과와는 차이가 있었다.

그러므로 본 연구에서 정서·정보적 지지중재 후 뇌졸중환자 가족원의 역할스트레스가 감소한 것은 3차에 걸쳐 정서·정보적 지지중재를 시행하였기 때문이라 생각되는데 소책자를 제공하고 질의응답하는 정보적 지지의 효과와 상호신뢰감을 바탕으로 격려하고 지지하는 정서적 지지의 효과 때문으로 사료된다.

뇌졸중환자 가족은 정신적 위기감, 신체적 불편감, 죄책감, 불안감, 사회적 고립감, 우울감, 절망감, 경제적 어려움 등의 경험을 하고 있기에, 부정적인 정서와 불확실한 정보로 능력이 부족할 수 있으므로 간호사에 의한 체계적인 개별지지가 효과적이었다고 생각된다.

이와같은 결과를 통해서 볼 때 본 연구의 정서·정보적 지지중재는 뇌졸중환자 가족원의 역할스트레스를 감소시키는 데 효과적인 간호중재법으로 사료되며 역할스트레스를 감소시키고 예방하기 위해 임상간호사의 정서·정보적 지지중재가 매우 필요하다고 생각된다.

### 2. 정서·정보적 지지중재가 뇌졸중환자 가족원의 우울에 미치는 영향

정서·정보적 지지중재가 뇌졸중환자 가족원의 우울에 미치는 영향을 검증한 결과 정서·정보적 지지중재

를 받은 실험군은 대조군보다 우울이 유의하게 감소되었다.

이러한 결과는 김복량(1998)이 뇌졸중환자 가족 86명(실험·대조군 각각 43명)을 대상으로 1회 1시간 30분씩 5주간 집단지지 중재를 실시한 결과 실험군의 우울이 감소되고, 대조군의 우울이 증가한 연구결과와 유사하였다. 그러나 본 연구는 1주동안 1차중재를 1시간~1시간 30분, 2차와 3차중재를 각각 30분씩 개별 지지하여 뇌졸중환자 가족원의 심리적 문제인 우울이 감소되었다. 이러한 결과는 1주 동안 3회의 단기간에도 우울이 감소되어 개별지지가 집단지보다 심리적 문제인 우울을 감소시키는데 효과적인 중재방안임을 나타내는 결과로 여겨진다. 또한 대조군에서 사전조사 1주 후 사후조사에서 우울이 증가하였다는 것은 뇌졸중으로 입원한 환자를 돌보고 있는 환자 가족원의 우울이 점차 증가한다는 것을 보여주는 결과로 임상에서 뇌졸중환자 가족원에게 우울을 감소시키고 예방해야 할 간호중재의 필요성이 있음을 시사한다.

또한 박미선(1998)이 정신분열병 환자 가족 41명(실험군 20명, 대조군 21명)을 대상으로 연구자가 직접 1회 교육에 3명 내지 4명의 가족을 대상으로 3회에 걸쳐 매번 1시간의 가족 교육프로그램을 제공한 결과 우울이 감소된 연구결과와 유사하였고, Kahan들(1985)의 연구에서 알츠하이머환자의 가족 40명(실험군 22명, 대조군 18명)을 대상으로 교육적인 지지중재를 시행한 결과 우울이 감소되었고, Gilhooly(1984)의 연구에서 치매환자를 돌보는 37명의 가족원들에게 Home help serve를 제공한 결과 가족원들의 우울이 감소된 결과와 유사하였다.

그러므로 본 연구에서 정서·정보적 지지중재 후 뇌졸중환자 가족원의 우울이 감소된 것은 질병으로부터 회복할 가망이 없다고 좌절하고, 불구나 기능이상으로 실망상태에 빠진 뇌졸중환자 가족원과 3차에 걸쳐 상호신뢰를 바탕으로 만남을 갖고 정서·정보적 지지중재를 실시하였기 때문으로 생각된다. 특별히 대상자의 요구충족을 위해 상담의 형식으로 정서·정보적 지지를 제공하였던 점과 개별적인 지지의 효과 때문인 것으로 사료된다. 이것은 뇌졸중환자 가족원이 다른 사람이 있는 곳에서는 표출할 수 없었던 마음속의 깊은 감정을 정서·정보적 지지중재 실시과정 중에 노출할 수

있는 기회가 되었고, 대상자가 겪고 있는 갈등이나 느낌을 공유할 수 있는 위로의 시간이 되었기 때문으로 생각된다.

이와 같은 결과를 통해서 볼 때 정서·정보적 지지중재는 뇌졸중환자 가족원의 우울을 감소시키는데 효과적인 간호중재법으로 사료된다.

그러므로 본 연구의 정서·정보적 지지중재에 상담 프로그램을 포함하고 제도적으로 이를 임상실무에서 시행할 수 있도록 병원과 국가에서 인력증원 및 적정 간호인력을 배치하는 등 다각적인 노력이 필요하다고 생각된다.

## VI. 결론 및 제언

본 연구는 정서·정보적 지지중재가 뇌졸중환자 가족원의 역할스트레스와 우울에 미치는 효과를 규명하여 뇌졸중환자 가족원에게 효과적인 간호중재법을 개발하기 위해 시도되었다.

연구방법은 비동등성 대조군 전후 설계의 유사실험 설계이고, 2000년 8월 20일에서 10월 25일까지, 대구광역시 2개 대학병원에 입원한 뇌졸중환자를 간호하고 있는 가족원을 대상으로 실험군 34명과 대조군 35명의 총 69명을 연구대상자로 하였다.

정서·정보적 지지중재는 정서적 지지와 정보적 지지 두 측면으로 나누어 본 연구자가 개발하여 구성한 지침서를 도구로 사용하여 3차에 걸쳐 실시되었다. 1차 중재는 1시간~1시간 30분 시행되었고, 2-3일 후 2차 중재를 30분시행, 다시 2-3일 후 3차 중재를 30분 시행하여 1주동안 총 3회 시행되었다.

자료수집으로 사전조사는 1차중재 직전에 조사되었고 사후조사는 3차중재가 끝난 직후 조사되었다.

역할스트레스 측정도구는 양영희(1992)의 역할스트레스 측정도구와 최은숙(1992)의 스트레스 측정도구를 참고로 뇌졸중환자 가족원의 역할스트레스 측정에 적합하도록 수정·보완하여 구성되었고, 본 연구에서의 신뢰도는 Cronbach's  $\alpha = .8271$ 이었다. 우울 측정도구는 Beck(1967)의 우울측정도구를 한홍무 등(1986)이 한국표준화시킨 도구이며 본 연구에서의 신뢰도는 Cronbach's  $\alpha = .8693$ 이었다.

자료분석은 SPSS 9.0 Program을 이용하여 백분

을, 평균, 표준편차,  $\chi^2$ -test, t-test and Paired t-test로 분석하였다.

본 연구 결과는 다음과 같다.

제 1 가설 :

“정서·정보적 지지중재를 받은 뇌졸중환자 가족원(실험군)은 정서·정보적 지지중재를 받지않은 뇌졸중환자 가족원(대조군)보다 역할스트레스점수가 낮을 것이다.”는 지지되었다( $t=11.947, p=.000$ ).

제 2 가설 :

“정서·정보적 지지중재를 받은 뇌졸중환자 가족원(실험군)은 정서·정보적 지지중재를 받지않은 뇌졸중환자 가족원(대조군)보다 우울점수가 낮을 것이다.”는 지지되었다( $t=2.258, p=.028$ ).

이상의 연구결과로 정서·정보적 지지중재는 뇌졸중환자 가족원의 역할스트레스와 우울을 감소시키는 방안이 될 수 있다.

본 연구의 결과를 근거로 다음과 같이 제언한다.

1. 본 연구에서 사용한 정서·정보적 지지중재의 지속 효과에 대한 추후연구가 필요하다.
2. 뇌졸중환자의 질병단계별로 기간을 구분하고 중재 시기와 횟수를 달리하여 정서·정보적 지지중재의 효과를 비교해 볼 것을 제언한다.
3. 본 연구에서 개별적으로 제공된 정서·정보적 지지중재를 뇌졸중환자 가족을 대상으로 집단적으로 실시하여 두 접근 방법간에 나타나는 효과를 비교연구할 것을 제언한다.

참 고 문 헌

김명자, 송경애 (1991). 지지간호가 만성질환자의 삶의 질과 자존심에 미치는 효과 - 루마티스양 관절염을 중심으로-. 대한 간호학회지, 21(3) : 328-338.

김미희 (1997). 뇌졸중환자 가족의 간호요구. 기본간호학회지, 4(2) : 175-192.

김병은, 이정민, 이향련 (1997). 구조화된 재활교육이 뇌졸중환자 가족의 스트레스에 미치는 영향. 동서

간호학연구지, 1(1) : 22-39.

김복량 (1998). 집단지지 중재가 뇌졸중환자 가족원의 제적응에 미치는 효과. 경북대학교 대학원 박사학위논문.

김소선 (1992). 뇌졸중 환자를 돌보는 가족의 경험에 관한 연구. 연세대학교 대학원 박사학위논문.

김정아 (1989). 지지간호가 균요통환자의 우울, 기분, 만족에 미치는 영향. 연세대학교 대학원박사학위논문.

김중원 (1983). 두부손상 환자가족의 우울에 관하여, 신경정신의학, 2(3) : 357-365.

김현미, 장군자 (1998). 뇌졸중 환자 가족이 인지한 부담감 및 삶의 질에 관한 연구. 한국간호교육학회지, 4(1) : 81-94.

남미숙 (1997). 뇌졸중환자 가족교육이 가족의 부담감 및 역할스트레스에 미치는 영향. 이화여자대학교 교육대학원 석사학위논문.

대한신경외과학회 (1996). 신경외과학. 서울: 진수출판사.

박명희 (1991). 가족 간호제공자의 부담감 인지 정도와 영향 변수 분석, 가톨릭대학 의학부 논문집, 44(3) : 949-958.

박미선 (1998). 정신분열병 환자 가족 교육이 가족의 부담감, 우울 및 삶의 질에 미치는 효과. 정신보건, 3(1) : 56-77.

박수원 (1996). 회상요법이 입원 노인환자의 우울에 미치는 영향. 연세대학교 대학원 석사학위논문.

박정숙 (1989). 이완술이 혈액투석 환자의 스트레스와 삶의 질에 미치는 영향. 연세대학교 대학원 박사학위논문.

박현숙 (1993). 집단인지요법이 노인의 우울, 자아존중감, 고독감에 미치는 영향. 경북대학교 대학원 박사학위논문.

서미혜, 오가실 (1993). 만성질환자 가족의 부담감에 관한연구. 대한간호학회지, 23(3) : 467-486.

양영희 (1992). 만성입원환자를 돌보는 가족원의 역할 스트레스와 건강에 대한 이론적 구조모형. 서울대학교 대학원 박사학위논문.

이강이, 송경애 (1996). 뇌졸중 환자가족이 인지한 부담감 및 우울정도에 관한 연구. 간호학회지,

- 26(4) : 853-867.
- 이숙자 (1993). 지지적 간호행위가 혈액투석환자의 대처방식에 따라 우울과 삶의 질에 미치는 영향. 연세대학교 대학원 박사학위논문.
- 임지영 (1996). 지지간호와 정보제공이 미숙아어머니의 스트레스 인지와 건강 상태에 미치는 영향. 연세대학교 대학원 박사학위논문.
- 전경구 (1998). 스트레스 관리의 기초 A. 대구: 대구대학교 재활심리학과.
- 전세일 (1999). 뇌졸중 백과. 서울 : 민중서관.
- 정추자 (1992). 사회적 지지모임이 뇌, 척수손상환자를 돌보는 가족의 부담감과 삶의 질에 미치는 효과. 연세대학교 대학원 박사학위논문.
- 최귀운 (2000). 집단심상치료가 혈액투석환자의 안위와 우울에 미치는 효과. 대한간호학회지, 30(3) : 791-798.
- 최은숙 (1992). 뇌졸중환자의 자가 간호 수준에 따른 보호자의 스트레스. 충남대학교 대학원 석사학위논문.
- 최은숙, 소희영 (1993). 뇌졸중환자의 자가간호 수준에 따른 보호자의 스트레스. 간호학회지, 23(4) : 602-616.
- 통계청 (1997). 사망원인 통계연보.
- 한홍무, 염태호, 신영우, 김교현, 윤도준, 정근재 (1986). Beck Depression Inventory의 한국판 표준화 연구 - 정상 집단을 중심으로 (1) -. 신경정신의학, 25(3) : 487-502.
- 홍여신, 이선자, 박현애, 조남옥, 오진주 (1995). 노인성 치매환자 가족간호 향상을 위한 교육프로그램 효과에 관한 연구. 간호학회지, 25(1) : 45-60.
- Baillie, V., Norbeck, J. S., & Barnes, L. E. A. (1988). Stress, Social Support, and Psychological Distress of Family Caregivers of the Elderly. Nursing Research, 37(4) : 271-222.
- Beck, A. T. (1967). Depression : Care and Treatment.. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Beck, A. T. (1974). The development of depression, a cognitive model : The psychology of depression : contemporary theory and research. New York: John Wiley and Sons.
- Beth, H. M., & William, H. E. (1999). Family Caregiving for Patients With Stroke : Review and Analysis. A Journal of Cerebral circulation, 30(7) : 1478-1485.
- Biegel, D., Shore, B., & Gordon, E. (1984). Building support networks for the elderly. Theory and application Beverly Hills, CA, Sage.
- Brooklehurst, J. C., Morris, P., Andrews, K. & Laycock, P. (1981). Social effect of stroke. Social Science in Medicine, 15 : 35-39.
- Brody E. M. (1990). Women in the middle : their parent care years. New York: Springer.
- Brown, P. L. (1992). The burden of caring for a husband with Alzheimer's disease, Home health care nurse, 9(3) : 33-38.
- Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. Psychological Bulletin, 98(2) : 310-357.
- Deimiling, 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.
- Dorsey, M. K., Vaca, K. J. (1998). The stroke patient and assessment of caregiver needs. Journal of Vascular Nursing, 16(3) : 62-67.
- Evans, R. L., & Held, S. (1984). Evaluation of family stroke education. International Journal of Rehabilitation Research, 7(1) : 47-51.
- Evans, R. L., Matlock, A. L., Bishop, D. S., Stranaham, S., & Pederson, C. (1988).

- Family Intervention After Stroke : Does Counselling or Education help?, *Stroke*, 19(10) : 1243-1249.
- Feldman, L. B. (1976). Depression and marital interaction. *Fram., Proc.*, 15 : 389.
- Frye-Pierson, J., & Toole, J. F. (1987). *Stroke: A Guide for Patient and Family*. New York: Raven Press.
- Gallagher, D., Rose, J., Rivera, P., Lovett, S., & Thormson, L. W. (1989). Prevalence of depression in family caregivers. *The Gerontologist*, 29(4) : 449-456.
- Gilhooly, M. L. (1984). The Impact of Caregiving on Caregivers. Factors associated with the psychological well-being of people supporting a dementing relative in the community. *British Journal of Medical Psychology*, 57.
- Hardy, M. E., & Hardy, W. L. (1988). Role Stress and Role Strain. in E. Hardy & M. E. Conway(Eds). *Role Theory Perspectives for Health Professional for Professionals*. Norwalk, Connecticut: Appleton & Lange.
- Jensen, S., & Given, B. A. (1991). Fatigue affecting family caregivers of cancer patients. *Cancer Nursing*, 14(4) : 181-187.
- Kahan, J., Kemp, B., Staples, F., & Brummel-Smith, K. (1985). Decreasing burden in families caring for a relative with a dementing illness. A controlled study. *Journal of the American Geriatric Society*, 33(10) : 664-670.
- Mueller, D. P., Edurds, D. W., & Yarvis, R M. (1978). Stressful life events and community mental health center patients. *Jour. New. Ment.* : 147-160.
- Orodenker, S. Z. (1990). Family caregiving in a changing society. The effects of employment on caregiver stress. *Family & Community Health* : 58-69.
- Reese, D. R., Gross, A. M., Smalley, D., & Messer. S. (1994). Caregivers of Alzheimer's disease and stroke patients : immunological and psychological considerations. *Gerontologist*, 34 : 534-540.
- Silver, R. L., & Wortman, C. B. (1980). Coping with undesirable life event. in J. Gaber and M.E.P.Seligman(ED.) *Human Helpless : Theory and application*. New York: Academic Press.
- Thoits, P. A. (1985). Conceptual, methodological and theological problems in studying social as a butter against life stress. *Journal of Health and Social Bhavior*, 23(2) : 145-159.
- Toseland, R. W., Rossiter, C., & Labrecque, M. S. (1989). The effectiveness of peer-led and professionally led groups for caregivers. *The Gerontologist*, 29 : 465-471.
- Wade, D. T., Legh-Smith, J., & Hewer, R. I. (1986). Effect of living with and looking after survivors of storke, *Britich. Medical journal*, 293 : 418-420.
- Williams, A. (1993). Caregivers of persons with stroke : Their physical and emotional well-being. *Quality of life Reserch*, 2 : 213-220.
- Winoground, I. R., Fisk, A. A., Kirsling, R. A., & Keyers, B. (1987). The relationship of caregiver burden & morale to Alzheimer's disease patient function in a therapeutic setting. *The Gerontologist*, 27(3) : 336-339.
- Zarit, S. H., Todd, P. A., & Zarit, J. M. (1986). Subjective Burden of Husbands and Wives as Caregivers : A Longitudinal Study. *The Gerontologists*, 26(3) : 260-266.

ABSTRACT

## The Effect of Emotional and Informational Support Intervention on Role Stress and Depression of Primary Family Caregivers Caring Stroke Patients

Park, Young Sook (College of Nursing, Keimyung University)  
Park, Hye Yeon (Kyungpook national university hospital)

The purpose of this study was to examine the effect of emotional and informational support intervention on role stress and depression of primary family caregivers caring stroke patients and to develop an effective nursing intervention method for them.

This study selected the quasi-experiment, based on pre-test and post-test design of non-equivalent control group as a method of study.

This study was conducted with 69 primary family caregivers caring stroke patients hospitalized in K and D hospitals in Daegu from August 20 to October 25, 2000. Out of them, 34 were placed in the experimental group, and 35 in the control group.

The emotional and informational intervention program was divided into two aspects -emotional support and informational support- and executed three times, using prepared instruments and a guidebook.

The intervention program consisted of the 1st intervention for one or one-half hour, the 2nd intervention for 30 minutes in two or three days after the 1st intervention, and the 3rd intervention for 30minutes in another two or three days after the 2nd intervention.

Pre-test was carried out just before the 1st intervention, and the post-test was carried out right after the 3rd intervention, in order to collect data.

The measuring instrument of role stress used was one that was modified to the role stress instrument of Yang Young-hee(1992) and the stress instrument of Choi Eun-sook (1992). The reliability was Cronbach's  $\alpha = .8271$ . The measuring instrument of depression used was one that was developed by Beck(1967) and standardized by Han Heung-moo et al(1986). The reliability was Cronbach's  $\alpha = .8693$ .

Data were analyzed with percentage, mean, standard deviation,  $\chi^2$ -test, t-test and Paired t-test by using SPSS 9.0 program.

The results of this study are summarized as follows:

1. Role stress score of the experimental group was revealed to be significantly lower than that of the control group
2. Depression score of the experimental group was revealed to be significantly lower than that of the control group

Accordingly, the emotional and informational support intervention can be a way to reduce role stress and depression of primary family caregivers caring stroke patients.