

## 뇌졸중환자의 낮 병동 재활간호프로그램의 적용평가를 위한 예비연구

서문자\* · 강현숙\*\* · 이명화\*\*\*

### I. 서 론

#### 1. 연구의 필요성

뇌졸중은 뇌혈관 질환과 사고로 인해 편마비를 동반하는 만성적 질환으로 국내에서 사망 원인 제 1위를 차지한다(보건복지부, 2000) 뇌졸중생존율은 약 78%이나 이들은 대부분 다양한 정도의 의식장애, 감각장애, 운동장애, 언어장애, 지각장애, 인지장애 등의 건강문제를 가지고 있다(김종성, 최스미, 1988). 뿐만 아니라 의료비 지출의 증가와 사회적 역할상실에 따라 우울, 불안 등의 심리적인 적응문제(Feibel & Springer, 1982)가 있어서 지속적인 재활간호가 요구되고 있다. 재활이란 신체의 구조와 기능의 일부를 상실한 사람이 그가 가진 잠재능력을 최대한으로 개발하여 신체적, 심리사회적, 직업적으로 통합된 기능을 가질수 있으며 개인의 역할이 재정립되고 삶의 질이 증진된 상태를 말한다(서문자, 강현숙, 임난영 외, 2000).

국내에서 최근까지도 뇌졸중환자를 위한 재활과정은 대부분 입원환자 중심 이었으며 퇴원환자의 경우도 외래방문을 통한 진료와 검사가 주종을 이루고 있었다. 그러나 의료보험의 확대실시로 병원에서 조기퇴원하는 뇌졸중환자들의 증가에 따라 퇴원 후 가정에서 가정간호사에

의한 간호가 시행되고 있으며 그 효과가 인정되고 있다(서울특별시 간호사회 보고서, 1999). 그러나 정성희, 서문자 등(1999)이 뇌졸중환자들과 그 가족을 대상으로 주간재활프로그램에 대한 요구를 조사한 바에 의하면 뇌졸중환자를 위한 주간재활프로그램의 적용이 필요함을 알수 있었으며 가정간호만으로는 뇌졸중 환자들에게 요구되는 통합적인 기능향상과 사회적응을 충족시키기는 부족하다고 생각된다. 이러한 맥락에서 주간재활프로그램중 하나인 낮병동 재활간호프로그램의 필요성이 대두된다. 미국의 경우, 1970년부터 만성환자 대상의 주간보호센터를 운영하여왔으며 (Weissert, 1977) 그 타당성이 보고된바 있으며 그 이후 최근까지 현재는 약 3000여개 이상의 주간보호 프로그램이 운영되고 있다. 이 주간보호 프로그램은 기동이 다소 가능하지만 아직도 재활과정을 필요로 하는 환자들에게 기본적 간호와 심리사회적 간호를 일일단위로 계획하여 실시할 뿐 아니라, 가족을 위한 휴식 프로그램도 제공하는 보건 의료 전달체계의 한 방법이다. 이러한 주간 보호프로그램 운영의 효과는 환자의 기능향상, 환자와 가족의 삶의 질 향상과 외래방문 횟수의 저하로 인한 의료비 경감 등으로 나타나고 있다(Hui, Lum & Woo 등, 1995).

최근 국내에서도 노인이나 뇌졸중환자를 위한 주간 재활프로그램의 필요성을 인식하고 탁노소나 단기보호방법

\* 서울대학교 간호대학  
\*\* 경희대학교 간호과학부  
\*\*\* 고신대학교 의학부 간호학과

으로 주간보호프로그램 등이 시범적으로 이루어지고 있으나(박경호, 1997, 하재각, 1997) 보호적인면에 치중하고 있을뿐 치료적인 측면과 재활 예방에 대해서는 소홀히 하고 있는 실정이다. 그러므로 이러한 문제점을 보완할 수 있는 낮병동 재활프로그램 운영이 요구되며 이를 위해 재활간호측면을 통합적용할 필요성이 있다고 보아 본 연구자들은 8주간의 낮병동 재활간호프로그램을 구성하고 그 효과를 파악하여 낮병동 재활간호프로그램 적용의 타당성을 평가하고 자 한다

## 2. 연구의 목적

본 연구는 뇌졸중환자를 대상으로 낮 병동 재활간호 프로그램의 적용효과를 평가하기 위해 시도되었으며 구체적인 목적은 다음과 같다.

- 1) 낮 병동 뇌졸중환자의 우울, 무력감, 자기효능감 정도를 파악한다.
- 2) 낮 병동 재활간호프로그램 적용 전후 뇌졸중환자의 우울의 차이를 분석한다.
- 3) 낮 병동 재활간호프로그램 적용 전후 뇌졸중환자의 무력감의 차이를 분석한다.
- 4) 낮 병동 재활간호프로그램 적용 전후 뇌졸중환자의 자기효능감의 차이를 분석한다.

## 4. 용어의 정의

재활간호 프로그램 : 재활환자를 대상으로 시행하는 간호를 말하며 본 연구에서는 낮병동에서 뇌졸중 환자를 대상으로 운영되는 8주 프로그램으로 내용은 자기소개, 개별능력 평가 및 약속, 우울 증관리, 참여와 경험 나누기, 효과적인 의사소통, 약속 이행결과에 대한 피드백, 건강한 삶을 위한 일상 생활의 메시지, 재활계획 및 치료를 위한 정보제공으로 구성되어 있다.

우울 : Zung(1965)의 자기보고형 우울 척도를 송옥현(1977)이 번역한 도구를 사용하여 측정된 값을 말한다.

무력감: Miller(1983)의 무력행위사정도구를 신재신(1985)이 번역한 도구를 사용하여 측정된 값을

말한다.

자기효능감 : Shererer Maddux(1982)가 개발한 일반적 자기효능감 척도를 기초로 김종업(1994)이 수정한 도구로 측정된 점수를 말한다.

## II. 문헌 고찰

### 1. 뇌졸중 환자의 우울, 무력감, 자기효능감

뇌졸중은 우리나라에서 3대 사망원인 중 하나로 (통계청, 1996) 사망률도 높지만 의학이 발달함에 따라 생존자가 증가하고 있는 추세이므로 뇌졸중 환자의 간호가 점점 중요한 문제로 대두되고 있다(홍여신, 서문자, 김금순 등, 1998; Dalal, 1997).

뇌졸중은 편마비 등 다양한 기능장애를 동반할 뿐 만 아니라 장기적인 재활과정에서 심리 사회적 갈등과 부적응 문제로 뇌졸중환자의 50%이상에서 정서적 장애인 우울이 나타난다(강현숙, 1984; Burvill, Jhonson & Jamrozik et al., 1995; Finkelstein, 1982; House, Robinson & Metzner et al., 1982; Robinson, & Szetela, 1981). 특히 우울문제는 뇌졸중후 만성적으로 나타나는 건강문제이다 (이강이, 송경애, 1996; Astrom, Adolffsson, & Asplund, 1993; Tille, 1992). Robinson, Morris, Raphael (1992) 등은 49명의 환자를 2개월 후와 14개월 후에 전향적으로 조사한 결과 처음 조사시 우울한 대상자들이 덜 우울한 대상자들보다 기능상태(평균 변화량 23%: 43%,  $p=0.00$ )와 인지 상태(-1%:11%,  $p=0.09$ )의 회복 정도가 유의하게 낮았다고 하였고 서문자(1989)도 퇴원한 뇌졸중의 경우 우울정도가 심하면 일상생활능력이 더 저하되어 있다고 하였다. 이와 같이 뇌졸중 환자의 우울정도는 회복에 많은 영향을 미치게 되므로 특히 집중적인 간호가 요구된다.

뇌졸중환자는 자신의 신체기능을 통제할 수 없게 됨에 따라 정서적 고통으로 삶의 질이 저하됨에 따라 (Adkin, 1993) 무력감을 가지게 된다. Miller(1983)는 무력감을 느끼게 되는 원인은 통제력의 상실과 질병상태, 질병이 자신과 가족에게 미치는 영향, 지식부족에 있다고 하여 대처능력이 저하된다고 하였다. 무력감은 병태 생리학적 요인, 상황적 요인, 발달적 요인과 관련 있으며 특히 질병 중 만성질환인 뇌졸중환자의 무력감은 활동 정도와 심리적 행복감과 삶의 질에 영향을 줄 수

이므로 이를 감소시키기 위한 간호가 요구된다. 이러한 무력감을 감소시키기 위해 우경미(1998)는 뇌졸중환자를 대상으로 비치볼놀이가 효과가 있다고 하였다.

한편 자기효능감은 Bandura(1977)가 제시한 이론으로 개인이 원하는 결과를 얻기 위해 필요한 행위를 성공적으로 수행할 수 있다는 신념이다. 자기효능이 결과기 대보다는 행동에 강력한 예측인자임을 보여주는 연구결과들이 매우 많다. 특히 대표적인 만성질환의 하나인 류마티스관절질환 환자의 경우 자기효능증진 방법을 사용한 자조관리과정이 관절염환자의 건강증진에 긍정적인 효과를 나타냈다고 하였고(이은옥, 박상연, 서문자의 다수, 1997), 김인자, 서문자 등(1999)은 류마티스 관절염환자에서 자기효능에 영향을 미치는 요인을 분석하는 연구를 하였다. 자기효능감은 이와 같이 지각된 신념이며 이 신념으로 미래의 행위를 강하게 예측할 수 있다(Lorig, Laurin & Gines, 1984). 즉 자기효능에 따라 어떤 문제에 직면할 때 얼마나 많은 노력을 할 것인지, 또 얼마동안 그 행위를 지속할 것인지가 결정된다. 따라서 만성환자가 어려운 상황에서도 지속적으로 건강행위를 노력하여 적응하기 위해서는 자기효능신념이 높은 것이 바람직하다. 이러한 관점에서 볼 때 뇌졸중환자는 지속적으로 자기간호를 필요로 하기 때문에 자기효능감이 중요한 행위결정인자이므로 본 연구에서는 재활간호프로그램의 효과를 예비적으로 평가하기 위해 우울, 무력감과 함께 자기효능감을 결과변수로 선정하였다.

## 2. 재활간호프로그램

주간 또는 낮병동 재활간호프로그램은 뇌졸중이나 척수손상과 같이 기능장애 환자의 재활을 돕기 위해 개발된 프로그램으로 낮동안 보호환경에서 환자에게 재활과정에서 필요한 다양한 서비스를 체계적으로 제공하는 것이다(Conrad, Hughres & Wnag, 1992). 정성희와 서문자(1999)는 주간 재활프로그램은 환자의 요구에 따라 개별화된 접근, 일상생활 수행훈련에 중점을 두는 간호중재와 더불어 각종 재활치료에 대한 의료체계, 재가 뇌졸중 환자들의 정신적 안녕 증진 및 효과적인 재사회화를 위한 노력을 기울여야 하고 가족을 위한 오락프로그램 운영 등 휴식간호 서비스에 대한 고려, 경제적 부담을 최소화하는 내용이 포함되어야 한다고 하였다.

뇌졸중환자를 위한 재활과정은 병원, 가정, 시설에서 가능하나 특히 퇴원 후 계속적으로 적절한 치료를 계속

받을만한 시설이 미약한 경우에 구체화된 주간 재활프로그램을 적용하면 기능장애가 향상될 수 있을 것이라는 가정하에 최근에는 뇌졸중 환자를 위한 재활간호 서비스 개발에 대한 관심이 증가되고 있다. 특히 Friedland & McCol(1987)은 재가 뇌졸중 환자들은 그 질병의 특성상 생활변화에 따른 스트레스증가와 정신사회적 장애를 경험하게 되므로 환자들의 재활을 위해서는 지역사회 지지가 가장 효과가 강하다고 하였다. 이러한 지역사회 지 체계에 필수적인 구성요소에는 대상자의 심리적 문제에 대처하는 인적자원, 일상생활 수행을 도울 인적자원 및 재정적 문제와 직업과 같은 특정 자원 등이 필요하다고 하였다(Evans & Northwood, 1983). 주간재활간호센터는 이러한 구성요소를 갖춘 재가 뇌졸중 환자 대상의 만성관리 프로그램 중의 하나이다.

뇌졸중 환자를 대상의 최초의 주간재활간호센터는 1972년 미시간지역 의료프로그램의 지원을 받아 Martin Place Hospital의 재활센터에서 시작되었다. 이 프로그램에는 뇌졸중 환자가족들이 포괄적인 치료과정에 참여하도록 하였으며(Oster & Kibat, 1975) 주간에는 주간재활간호센터에 의해, 야간에는 가정에서 가족에 의해 재활간호가 제공되었으며, 환자들의 대부분은 센터에서 제공하는 뇌졸중 이동버스를 이용해 가정과 센터간을 오갈 수 있었다.

질병의 특성상 다학제간 접근을 통한 포괄적 재활이 요구되는 재가 뇌졸중 환자와 그 가족은 환자의 신체적, 정신적, 사회적 기능증진에 대한 요구뿐만 아니라 뇌졸중에 관한 정보와 뇌졸중장애로 인해 야기되는 '돌봄'의 문제와 관련된 상담요구가 높다고 하였다(McLean, Ropper & Mayer 등, 1991). 따라서, Martin Place Hospital의 재활간호센터는 뇌졸중 환자 및 가족에게 각종 검진 의뢰, 작업/언어/물리치료, 정신적 상담, 사회사업, 레크리에이션, 식사, 일상생활동자 보조, 환자운송 등의 서비스를 제공하여 효과적인 다학제간 팀접근을 시도함으로써 환자의 기능적, 직업적, 사회적 및 가정 활동을 조기 회복시키고자 하였다. 다시 말해서, 뇌졸중 환자 대상의 주간재활간호센터가 추구하는 것은 환자에게 필요한 각종 재활요법의 제공과 더불어 환자로 하여금 가족 지역사회에 재통합할 기회를 제공하는 것이라고 볼 수 있다(Langhorne, 1995). 정성희, 서문자(1999)는 뇌졸중환자를 대상으로 주간재활프로그램에 대한 요구를 조사한 결과 건강서비스 의뢰영역, 심리사회적 활동영역, 자기간호 및 회복활동영역, 오락 및 취미활동영역이 포

함되므로 이를 바탕으로 한 주간프로그램 구성의 필요성을 제안하고 있다. 또한 주간프로그램 이용시 기대되는 효과는 신체적, 정신적 안녕 도모 요구가 가장 높았고 그 다음이 가족의 신체적, 정신적 안녕 이었다. 따라서 주간 재활프로그램은 환자와 가족 모두에게 유용한 지지적 간호의 도구로 개발되어야 함을 파악할 수 있었다.

최근 국내에서 "주간재활간호 프로그램"의 개념이 도입되고 있다. 그러나 아직 이에 대한 용어정의 조차 통일되지 못한 상황이다. 사회복지 분야에서는 "보호"차원의 주간재활 프로그램을 시범적으로 적용하고 있고 (서울대학교 지역의료체계 시범사업단, 1994). 치매노인과 정신과 환자를 위한 노인복지관이나 탁노소등의 주간 및 단기 보호사업이 사회복지기관을 중심으로 운영되고 있다(박경호, 1997, 은천노인복지회 1997). 그러나 국립재활원에서는 1998년부터 시범적으로 뇌졸중환자를 위한 구체적인 낮병원 재활프로그램을 실시하여 뇌졸중환자의 독립적 생활과 사회적응을 돕고 가족의 부담감을 경감시키는 포괄적인 재활서비스를 제공하고 있다(한국재활간호학회 하계워크샵 자료, 2000). 이 낮병동 프로그램은 급성기가 지난 뇌졸중환자를 위한 것으로 합병증관리, 포괄적 재활치료, 환자 및 보호자 교육이 주요 서비스내용이다. 그러나, 재활간호학적 관점에서 볼 때 이 프로그램에 환자중심의 재활 간호가 통합적으로 적용되어 운영되는 것이 바람직하다고 사료되어 재활간호프로그램을 통합 적용한 후 예비적으로 그 효과를 파악할 필요성이 있다고 본다.

### III. 연구 방법

#### 1. 연구설계

본 연구는 낮 병동 재활간호프로그램의 적용효과를 평가하기 위한 단일군 전후설계인 원시실험 연구이다

#### 2. 연구대상

연구의 대상은 국립재활원에서 운영하는 낮병동에 내원하는 환자 중 본 연구참여에 동의한 자 26명을 임의표출 하였으며 그 중 불충분한 자료 1명을 제외한 25명이 본 연구의 대상이었다.

#### 3. 실험처치 : 재활간호프로그램

재활간호프로그램은 매회 1시간 매주 1회 8주 프로그램으로 구성되었으며 프로그램 내용은 다음과 같다.

- 1주 : 자기소개
- 2주 : 개별능력 평가 및 약속
- 3주 : 우울증관리
- 4주 : 참여와 경험나누기
- 5주 : 효과적인 의사소통
- 6주 : 약속 이행결과에 대한 피드백
- 7주 : 건강한 삶을 위한 일상생활의 메시지
- 8주 : 재활계획 및 치료를 위한 정보제공

실험처치기간을 8주와 매주 1시간으로 한 이유는 낮병동 운영프로그램이 8주단위이고, 간호영역에 할당된 그룹활동시간이 매주 월요일 1시간이므로 이를 반영하였다 낮병동 프로그램 내용으로는 그룹활동(매일 1시간), 의료서비스, 각종 관련정보 제공 및 재활교육, 물리치료 주5회, 작업치료 주 4회, 필요에 따른 개별치료, 사회적응 훈련 등이 있으며, 1일 7시간 정도 매주 월요일부터 금요일까지 운영된다.

#### 4. 측정도구

##### (1) 우울

우울은 Zung(1965)의 자가보고형 우울 측정도구를 송옥현(1977)이 번역한 것을 사용하였으며 총 19문항 4점 척도로 점수가 높을수록 우울정도가 높은 것을 나타낸다 본 연구에서 도구의 신뢰도는 Cronbach's  $\alpha$ 는 .7623 였다

##### (2)무력감

무력감은 Miller(1983)가 개발한 도구를 신재신(1985)이 번역한 것을 사용하였으며 구두표현, 정서적 반응, 일상활동참여, 학습참여 등 4영역 16문항 4점척도로 점수가 높을수록 무력감이 높은 것을 말한다. 본 연구에서 도구의 신뢰도는 Cronbach's  $\alpha$ 는 .8958였다

##### (3) 자기효능감

Shererer Maddux(1982)가 개발한 17문항을 김종임(1994)이 번역하여 14문항으로 수정한 도구로 자신이 없다 10점에서 자신이 있다 100점으로 구분하여 평가한다. 점수의 범위는 140점에서 1400점이며 점수가 높을수록 자기효능감이 높음을 의미한다. 개발당시의 신뢰도는 Cronbach  $\alpha$ 는 .86이었고 본 연구에서의 도구 신뢰

도는 Cronbach  $\alpha$  는 .8026였다.

(4) 일상생활동작

뇌졸중환자를 대상으로 Barthel Index(1965)를 사용하였으며 점수범위는 0점에서 100점까지였고 점수가 높을수록 일상생활동작 수행정도가 높음을 의미하며 본 연구에서 도구의 신뢰도는 Cronbach  $\alpha$  는 .7712였다

4. 자료수집

자료수집기간은 1998년 8월 초순부터 10월 하순까지였으며 연구진행절차는 다음과 같다

- ① 뇌졸중환자를 대상으로 개설된 낮 병동 코디네이터인 간호사에게 재활간호프로그램의 내용과 설문지 조사에 대한 교육을 실시하였다.
- ② 낮 병동을 내원환자를 대상으로 재활간호프로그램의 적절성과 효과를 평가하기 위해 실험전과 8주간 재활간호프로그램을 실시한 실험 후 제 변수를 측정하였다.

5. 자료분석방법

수집된 자료는 SPSS/pc 프로그램을 이용하여 분석하였다.

대상자의 일반적인 특성은 실수와 백분율로 제 변수는 평균과 표준편차로 재활간호프로그램의 효과는 paired t-test로 분석하였다.

6. 연구의 제한점

- 1) 실험처치를 낮 병동 재활프로그램의 내용으로 포함시켜 독립적인 재활간호 프로그램의 효과를 확인할 수 없었다.
- 2) 자료수집시 이증기밀 차단장치를 고려하지 못하였다.

IV. 연구 결과

1. 대상자의 일반적인 특성

대상자는 남자가 68%으로 여자보다 더 많았으며 60대군(36%)이 가장 많았고 50대,40대의 순이었다. 경제상태는 중정도가 76%로 약 2/3정도였다.

교육정도는 대졸이상군이 48%로 가장 많았고 고졸, 중졸 순이었다.

직업은 없는 군이 20명 대부분(80%)이었으며 종교는 없는 군이 32%로 가장 많았다. 환자의 주 돌봄제공자는 배우자가 60%로 가장 많았고 친척 또는 파출부, 자녀 순 이었다. 치료비 부담자도 배우자가 52%이었으며 본인이 그 다음이었다. 발병부위는 좌측, 우측이 비슷하였고 발병횟수는 1회가 84%로 대부분이었다. 입원기간은 3개월 이하가 48% 가장 많았고 3개월에서 6개월 이하군, 9개월 이하군, 1년 이상군의 순이었다. 재활치료에 대해 들어본 경험이 있는 경우가 84%로 대부분이었고 물리치료실 이외의 자가운동을 하는 경우는 약 2/3(72%)정도였다.

뇌졸중에 대한 교육을 받은 경우는 68%였으며 교육제공자는 의사가 52%로 가장 많았고 간호사, 친구나 친척 순 이었다.

일상생활동작 수행정도는 최대100점 중 90.15점으로 높았다.

<표 1> 대상자의 일반적인 특성 (N=25)

특 성	구 분	실수(%)
성 별	남	17( .68)
	여	8( .32)
연 령(만 세)	30 이하	1( .4)
	31-40	5( .20)
	41-50	6( .24)
	51-60	9( .36)
	61-70	4( .16)
경제상태	상	0( .0)
	중	19( .76)
	하	6( .24)
교육정도	초등졸 이하	3( .12)
	중졸	4( .16)
	고졸	6( .24)
	대졸	12( .48)
직 업	유	5( .20)
	무	20( .80)
종 교	기독교	6( .24)
	천주교	6( .24)
	불교	5( .20)
	무교	8( .32)
환자를 주로 간호하는 이	배우자	15( .60)
	자녀	3( .12)
	간병인	2( .8)
	기타	5( .20)

〈표 1〉 대상자의 일반적인 특성 (N=25)

특성	구분	실수(%)
치료비 부담자	본인	9(.36)
	배우자	13(.52)
	자녀	1(.4)
	친척 등	2(.8)
발병부위	좌측	13(.52)
	우측	12(.48)
발병회수(회)	1	21(.84)
	2	3(.12)
	3 이상	1(.4)
뇌졸중으로 입원한 기간(개월)	3 미만	12(.48)
	3 - 6	4(.16)
	6 - 9	3(.12)
	9 - 12	4(.16)
	12 이상	2(.8)
재활치료에 대해 들어본 경험	유	21(.84)
	무	4(.16)
물리치료실 이외에서 자가 운동여부	유	18(.72)
	무	7(.28)
뇌졸중에 대한 교육여부	유	17(.68)
	무	8(.32)
교육제공자	의사	13(.52)
	간호사	5(.20)
	다른환자나 보호자	3(.12)
	친구나 친척	4(.16)
일상생활동작수행정도		90.15±11.61

전후 우울, 무력감, 자기효능감의 차이를 paired t-test 로 검정한 결과는 〈표 3〉과 같다.

재활프로그램 적용 전보다 적용 후에 우울( $t = .191, p = .850$ )과 무력감 정도( $t = .321, p = .751$ )가 약간 감소하였고 그리고 자기효능감 정도( $t = .891, p = .382$ )는 상승하였으나 그 정도는 극히 적어 모두 통계적으로 유의한 차이가 없었다.

〈표 3〉 실험전 후 우울, 무력감, 자기효능감

결과변수	실험 전		실험 후		t값	P값
	평균±표준편차	평균±표준편차	평균±표준편차	평균±표준편차		
우울	38.71±11.20	38.17±11.10	.191	.850		
무력감	31.25±9.15	30.75±7.81	.321	.751		
자기효능감	877.50±385.82	952.92±134.08	.891	.382		

## V. 논 의

낮 병동 재활간호프로그램의 적용효과를 평가하기 위하여 뇌졸중 환자의 우울, 무력감 그리고 자기효능감의 차이를 분석하였다.

우선 재활간호프로그램을 적용하기 전 낮 병동에 내원한 뇌졸중환자의 우울, 무력감 그리고 자기효능감 정도를 파악한 결과 대상자의 우울정도는 최대 76점 중 38.71점으로 중정도였으며 무력감은 최대 64점 중 31.25점으로 중정도였다. 그러나 자기효능감 정도는 최대 1400점 중 877.50점으로 중정도 이상이었다.

이는 뇌졸중 환자를 대상으로 우경미(1998)가 조사한 우울정도(37.51점)와 무력감(29.11점)보다 약간 높지만 거의 유사하였다.

재활간호프로그램을 적용한 후에 대상자들의 우울은 프로그램을 적용하기 전과 유의한 차이가 없었다. 이 결과는 뇌졸중 환자를 대상으로 재활운동 프로그램을 적용한 서(1999)의 연구에서 우울이 적용 전후 차이가 없었다는 결과와 일치하였다.

이는 뇌졸중환자의 우울은 신체적 장애와 관련성이 있으며(서문자, 1989) 장기간 지속되므로(Astrom, Adolfsson & Asplund, 1993; Tille, 1992) 단시일내에 감소시키기 어렵기 때문이라고 사려된다. 그러나 본 연구결과와는 달리 뇌졸중 환자에게 비치볼 놀이를 적용하여 우울이 감소되었다는 우경미(1998)의 연구는 비록 우울이 단시일내에 쉽게 감소되지는 않지만 즐거움을 줄 수 있

### 2. 대상자의 우울, 무력감, 자기효능감의 정도

대상자의 우울은 38.71점으로 중 정도의 범주에 속한다고 볼 수 있다.

무력감은 31.25점으로 중 정도였고 자기효능감 정도는 877.50점으로 중 정도 이상이었다(표 2 참조).

〈표 2〉 낮 병동 내원 뇌졸중환자의 우울, 무력감, 자기효능감 정도 (N=25)

구분	최소점수	최대점수	평균	표준편차
우울	19	76	38.71	11.20
무력감	16	64	31.25	9.15
자기효능감	140	1400	877.50	385.82

### 3. 재활프로그램의 적용효과

낮 병동 재활간호프로그램의 적용효과를 평가하기 위하여 뇌졸중 환자를 대상으로 재활간호프로그램의 적용

기 때문에 우울감소에 효과적이라고 생각된다. 대상자의 무력감 또한 재활간호프로그램 적용 전과 후에 유의한 차이가 없었다. 이 결과는 우경미(1998)의 연구결과와 상이하였다.

무력감은 우울과 유사개념으로 상호밀접하게 관련되어 있으므로 본 연구에서는 우울 정도에 따라 무력감도 함께 변화되는 것을 확인 할 수 있었다.

따라서 뇌졸중환자의 우울과 무력감을 감소시키기 위해서는 재활간호프로그램에 춤요법, 비치볼놀이 등 즐거움을 주고 기분전환 할 수 있는 다양한 오락요법이 더 보완되어야 할 것으로 생각된다.

뇌졸중은 지속적인 자기간호가 필요하기 때문에 자기효능은 중요한 행위결정인자로 작용한다. 이에 재활간호프로그램 적용 전과 후의 자기효능감의 차이를 분석한 결과 유의한 차이가 없었다.

이 결과는 자기효능증진 프로그램이 만성질환인 관절염, 고혈압, 당뇨병자(김중임, 1994; 이영희, 1994; 구미옥, 1994)에게 효과적이라는 연구결과와는 상이하였는데 이는 재활간호프로그램에 자기효능을 증진시키는 내용이 더욱 강조되어야 할 것으로 사려된다.

이상과 같은 연구결과와 논의를 통하여 우울과 무력감은 만성환자의 장기간 지속되는 정서적 문제인데 프로그램 적용효과를 이러한 심리사회적 변수로 측정했다는 점, 프로그램 내용에 즐거움을 줄 수 있는 부분이 부족하다는 점, 그리고 재활간호프로그램이 단독 프로그램이 아닌 낮 병동 재활 프로그램에 통합된 프로그램이라는 점 때문에 프로그램 적용 전·후 우울, 무력감, 자기효능감의 차이가 없다고 해석할 수 있다. 따라서 이를 근거로 낮 병동 재활간호프로그램내용을 수정보완하여 단독 프로그램 운영의 효과를 평가할 필요가 있다고 본다.

## VI. 결론 및 제언

본 연구는 낮병동을 방문하는 뇌졸중환자에게 재활간호프로그램을 적용한 후 그 효과를 평가하기 위한 예비연구로 특히 뇌졸중환자들의 심리사회적 변수인 우울 정도와 무력감 정도와 자기효능감에 미치는 효과를 파악하기 위하여 시도 하였다.

본 연구는 단일군 사전사후설계의 원시 실험연구로 연구기간은 1998년 8월 22일부터 10월 3일까지였고 연구대상은 서울시에 소재한 국립재활원의 낮병동을 방문하는 뇌졸중환자 25명이었다. 재활간호프로그램은 재활병

원의 낮병동의 재활과정과 통합된 것으로 8주간의 내용으로 구성되었다. 연구측정도구는 Zung(1965)의 우울 측정도구와 Miller(1983)의 무력감측정도구와 Bandura의 자기효능감 측정도구를 국어로 번안된 것으로 신뢰도가 검증된 것을 사용하였다.

예비연구의 결과 재활간호프로그램을 적용한 후에 연구대상자의 우울과 무력감은 약간 감소하였고 자기효능감이 약간 증가하였으나 실험처치 전후에 유의한 차이가 없게 나타났으므로 낮병동과 통합된 재활간호프로그램의 효과를 보다 정확하게 측정하기 위해서는 연구대상자의 크기를 확대하고 재활간호프로그램을 더욱 특성화하고 측정변수를 심리사회적 변수뿐만 아니라 환자만족도 및 간호사의 만족도를 측정하여 포괄적으로 적용효과를 평가할 필요성을 파악할 수 있었다.

## 참 고 문 헌

- 강현숙 (1984). 재활강화교육이 편마비 환자의 자기간호 수행에 미치는 효과에 관한 실험적 연구. 연세대학교 박사학위논문.
- 구미옥 (1996). 만성질환자의 자기간호행위 증진과 지속에 대한 자기조절교육프로그램의 효과-당뇨병환자를 중심으로. 대한간호학회지, 26(2), 413-427.
- 김인자, 서문자 (1980). 류마티스 관절염 환자에서 자기효능감에 영향을 미치는 요인. 성인간호학회지, 11(1), 87-95.
- 김중성, 최스미(1988). 뇌졸중의 모든 것. 서울: 도서출판 정담.
- 김중임 (1994). 자조직단활동과 자기효능증진법을 이용한 수중운동 프로그램이 류마티스 관절염 환자의 통증, 생리적 지수 및 삶의 질에 미치는 영향. 서울대학교 대학원 박사학위논문.
- 박경호 (1997). 고령화시대의 노인복지. 보건복지포럼 10월호, 6-15.
- 보건복지부 (2000). 보건복지부 주요행정통계(1998년 12월말 현재).
- 서문자 (1988). 편마비환자의 퇴원 후 적응상태와 관련된 요인에 대한 분석적 연구. 서울대학교 대학원 박사학위논문.
- 서문자, 강현숙, 오세영, 임난영, 권혜정 (2000). 재활의 이론과 실제. 서울대학교 출판사.
- 서울대학교 지역의료체계 시범 사업단 (1994). 치매환

- 자 관리사업 개발.
- 서울특별시 간호사회 (1999), 가정간호사의 조직과 전망보고서
- 송옥현 (1977). 정신과외래환자의 The self-rating depression scale(SDS)에 관한 연구. 신경정신의학, 16(1), 84-94.
- 신재신 (1985). 근관절운동이 노인의 무력감 정도에 미치는 영향. 연세대학교 대학원 박사학위 논문.
- 우경미 (1998). 비치볼놀이가 뇌졸중환자의 우울, 무력감, 자아존중감, 일상생활동작 수행정도에 미치는 효과. 고신대학교 대학원, 간호학 석사학위논문.
- 은천노인 복지회 (1997). 노인복지를 위한 데이케어 이론과 실무. 홍익제.
- 이강이, 송경애 (1996). 뇌졸중 환자가족이 인지한 부담감 및 우울정도에 관한 연구. 대한간호학회지, 26(4), 853-866
- 이영휘 (1994) 효능기대증진프로그램이 자기효능과 자기간호행위에 미치는 영향 -고혈압환자를 중심으로-. 연세대학교 박사학위논문
- 이은옥, 박상연, 서문자, 김종임, 김인자, 김명자 외 (1997). 자기효능증진방법을 사용한 자조관리 과정이 관절염 환자의 건강증진에 미치는 영향. 류마티스 건강전문학회지, 4(1), 1-14
- 한국재활간호학회 하계 워크샵 자료 (2000), 뇌졸중환자를 위한 통합적 관리
- 정성희, 서문자 (1999). 재가 뇌졸중환자의 주간재활간호프로그램 서비스 요구조사. 한국재활간호학회지, 2(1) 29-44.
- 하재각 (1997). 일본노인보건복지정책의 검토-재택복지의 중시와 보건, 의료, 복지의 연대-. 보건 복지포럼, 9월호, 83-94.
- 홍여신, 서문자, 김금순, 김인자, 조남옥, 최희정, 정성희, 김은만 (1998). 뇌졸중환자의 삶의 질의 관련 요인. 한국재활간호학회지, 1(1), 111-123.
- Adkin, E. R. H. (1993). Quality of life after stroke : exposing a gap in nursing literature. Rehabilitation nursing, 18(3).
- Astrom, M., Adolfsson, R., & Asplund, K. (1993). Major depression in stroke patients. A 3-year longitudinal study. Stroke, 24(7), 976-82.
- Bandura (1977). The Self System in Reciprocal Determination. American Psychologist, 344-358.
- Burvill, P. W., Johnson, G. A., Jamrozik, K. D., Anderson, C. S., Stewart-Wynne, E. G., & Chakera, T. M. H. (1995). Prevalence of depression after stroke : The Perth community stroke study. British Journal of Psychiatry, 166, 320-327.
- Conrad, K. J., Hughes, S. L., & Wang, S. (1992). Program factors that influence utilization of adult day care. Health Services Research, 27(4), 481-503.
- Dalal, P. M. (1997). Strokes in the elderly: prevalence, risk factors, & the strategies for prevention. Indian J Med Res, 106, 325-32.
- Evans, R. L., & Northwood, L. K. (1983). Social support needs in adjustment to stroke. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 64(2), 61-64.
- Feibel, J. S., & Springer, C. J. (1982). Depression & Failure to resume social activities after Stroke. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 63, 276-277.
- Finkelstein, S. (1982). Mood vegetative disturbance and dexamethasone suppression test after stroke. Ann. Neurol, 12, 463-468.
- Fong, N. P., Wong, P. K., Lau T. C., Devathasan, G., & Chong, P. N. (1987). Disability, rehabilitation and after-care of stroke patients after discharge from hospital Singapore 1983-84. Annual Academy of Medicine Singapore, 16(1), 122-7.
- Friedland, J., McColl, M. (1987). Social support and psychosocial dysfunction after stroke : Buffering effects in a community sample. Archives of physical medicine and rehabilitation, 68(8), 475-480.
- Hui, E., Lum, C. M., Woo, J., Or, K. H., & Kay, R. L. (1995). Outcomes of elderly stroke patients. Day hospital versus conventional medical management. Stroke, 26(9), 1616-1619.
- House, J. S., Robbins, C., & Metzner, H. L.



Key concept: Stroke survivors. Rehabilitation nursing program. Psychological effects

## The Preliminary Study for the evaluation of the Rehabilitation Nursing Program integrated with Day Care Program of Stroke Survivors

*Suh, Moon Ja\* · Kang, Hyun Sook\*\**

*Lee, Myung Hwa\*\*\**

A Preliminary study for the evaluation of the Rehabilitation Nursing Program(RNP) implemented to the 25 stroke survivors at the Day Care Program Center of National Rehabilitation Hospital in Seoul was done at 1999.

The purposes of this study was to assess the psychological effects as outcome-variables such as depression, powerlessness and self efficacy of the stroke survivors who were discharged from acute care hospitals. The Rehabilitation Nursing Program (RNP) integrated with the Day Care Program for rehabilitation was implemented and the psychological outcome variables were measured by 3 psychologic instruments of Zung Depression Scale, Millers's powerlessness and the Bandura's self efficacy scale. These instruments were translated into Korean and the contents validity and the reliability were tested.

The subjects were 17 males and 8 females and 52% were aged over 51 years old and 24 % were from 31 to 50 years old. Most of them( 72 %) had been educated more than high school

- (1982). The association of social relationship and activities with mortality: Prosoective evidence from the Tecumseh Community Health Study. Am. J. Epidemiol. 116(1), 123-140.
- Langhorne, P. (1995). Developing comprehensive stroke services : An evidence-based approach. Postgraduate Medical Journal. 71(842), 733-737.
- Lorig, K., Laurin, J., & Gines, G. E. S. (1984). Arthritis Self management. Nursing Clinics of North America, 19(4), 637-645.
- McLean, J., Roper, H. A., Mayer, P., & Main, A. (1991). Service needs of stroke survivors and their informal carers : A pilot study. Journal of Advanced Nursing. 16(5), 559-564.
- Miller, J. H. (1983) Powerlessness : Coping with chronic illness. Philadelphia : J. B. Lippincott Company, 284-289.
- Oster, C., & Kibat, W. H. (1975). Evaluation of a multidisciplinary care program for Stroke patients in a day care center. Journal of the American Geriatrics Society, 23(2), 63-69.
- Robinson, R., Morris, P. L., Raphael, B. (1992). Clinical depression is associated with impaired recovery from stroke. Med J Aust. 157(4), 239-42.
- Robinson, R. G., & Szetela, B. (1981). Mood change following left hemisphere brain injury. American Neurology. 9, 407-452.
- Tille, J. W. (1992). Post-stroke depression. Psychopharmacology(Berl), 106, Suppl.
- Weissert, W. G. (1977). "Rationales for public health insurance coverage for geriatric day care : issues, options, and impacts" Journal of Health Politics, Policy and Law. 3, 555-566.

\* College of Nursing, Seoul National University.

\*\* School of Nursing, Kyung Hee University.

\*\*\* Depart of Nursing, Kosin University.

level. The contents of RNP were 8 sessions composing of self-introduction, individualized assessment, health contract and feedback, management of depression, sharing experiences, effective communication, self efficacy teaching, health information, and daily care activities.

This study found that the level of depression and the powerlessness were within average level and had not been changed the level of self efficacy after RNP were somewhat higher than

before, but it was not changed significantly.

According to the results, the psychological state of the subjects were not changed significantly. Only the level of self efficacy was a little improved after having the RNP. Based on these results, the RNP should be focussed on the psychological nursing care and the psychological outcome variables were retested strictly with the enough sample size.