

편마비 환자의 퇴원후 적응상태와 관련요인에 대한 분석적 연구

서 문 자*

I. 序 論

A. 연구의 필요성

뇌졸중(stroke)은 중년기 이후에 발생율이 높은 질환으로 국내에서나(공세권, 1983), 미국의 경우(Baum, 1982 : Baum & Goldstein, 1982) 제3위의 사망률을 점하고 있으며 생존한다 하더라도 약 2/3에서 편마비 후유증이 영구적으로 잔존하는 만성건강문제이다(Feigenson, 1981). 생존자의 대부분은 신경적 결손 뿐만 아니라 일상생활의 장애로 독자적인 생활을 할 수 없게 됨에 따라 사회적 역할의 변화와 대인관계 형성에 대한 제한으로(Friedman & Hart, 1984) 장기적 긴장과 스트레스로 인한 심리사회적 부적응 문제에 직면하게 된다(Viney & Westbrook, 1984 : Labi, Philips & Gresham, 1980 : 안, 이, 양, 1985).

따라서 편마비환자는 변화된 자신의 모습과 환경에 대하여 대처하고 적응 해야하는 어려운 과정이 요구되고 있는바, 재활관련 전문 의료인들은 이들의 건강문제와 적응상태에 대하여 보다 큰 관심을 보여야 할 것이다.

특히 퇴원후 추후관리가 제도화 되어 있지 않은 우리나라의 의료진달체제에서는 편마비 환자에 대한 퇴원후 관리가 극히 제한되어 있으므로 이들이 신체적으로나 심리사회적으로 적절한 수준으로 적응할 수 있도록 돕기

위한 재활간호가 요구되며 이와 관련된 간호연구가 필요하다하고 생각된다.

편마비와 관련된 연구들에 대하여 Kottke(1982)는 재활과정을 종합적으로 설명할 수 있는 이론적인 배경이 미약하고 대부분 단편적인 경향이 있으므로 보다 포괄적인 연구가 필요하다고 하였고, 또한 Baum(1982)이나 Granger & Greer(1976)도 편마비 환자의 재활 결과론 예측하기 위해서는 전인적인 차원에서의 연구를 위한 이론적 배경이 필요하다고 하였다. 국내 편마비 환자에 대한 연구의 대부분도 지역적으로 제한 되어있고, 역학적 및 치료의학적 접근 경향이므로 편마비 환자의 퇴원후 신체적, 심리적, 사회적 재활을 포괄적으로 설명하지 못하고 있다(김, 1981, 양, 1985). 더우기 적응상태를 추적하는 종적연구의 부재로 우리나라의 가정과 사회문화 속에서 편마비 환자에 대한 퇴원후 간호계획에 필요한 근거자료를 찾을 수 없는 것이 또한 문제점이다.

이에 본 연구에서는 한국적 문화권 속에서 편마비 환자가 퇴원후 만성적 기능장애에 대하여 신체적, 심리적, 사회적으로 어떻게 적응하며 Roy의 이론에서 적응수준과 관련되는 요인으로 제시된 초점자극, 내적 및 외적 자극들과 편마비 환자의 퇴원후 적응수준과의 관계는 어떠한가를 연구 문제로 제기하며 다음과 같은 구체적인 연구문제들을 제시한다.

- 1) 편마비 환자의 퇴원후 3개월의 신체적, 심리적 사회적 적응수준은 어떠한가?

*서울대학교 의과대학 간호학과

- 2) 편마비 환자의 퇴원후 적응 수준과 관련된 요인들은 무엇인가?
- 3) 편마비 환자의 퇴원후 적응 수준을 설명할 수 있는 인자는 무엇인가?

2. 연구의 목적

본 연구는 편마비 환자의 퇴원후 3개월의 적응수준을 파악하고 환자의 적응과 관련된 요인을 규명함으로써 퇴원 후 편마비 환자에 대한 재활간호 계획에 필요한 자료를 제공하기 위함이며 다음과 같은 구체적인 목적을 둔다.

- 1) 편마비 환자의 퇴원후 3개월의 적응 수준을 파악한다.
- 2) 편마비 환자의 촉점자극인 편마비 장애의 지각정도와 적응수준과의 관계를 분석한다.
- 3) 편마비 환자의 연관자극요인인 외적조건요인과 적응수준과의 관계를 분석한다.
- 4) 편마비 환자의 잔여자극인 내적매개 요인과 적응수준과의 관계를 분석한다.
- 5) 편마비 환자의 퇴원후 적응수준에 영향을 주는 설명인자를 밝힌다.

3. 가 설

상기 연구목적 2) 3) 4)와 관련하여 다음과 같은 가설을 설정한다.

- 1) 편마비 환자의 편마비 장애 지각정도는 퇴원후 적응수준과 관계가 있을 것이다.
- 2) 편마비 환자의 인구사회학적 요인은 퇴원후 적응수준과 관계가 있을 것이다.
- 3) 편마비 환자의 강인성은 퇴원후 적응수준과 관계가 있을 것이다.
- 4) 편마비 환자가 지각한 사회적 지지정도는 퇴원후 적응수준과 관계가 있을 것이다.

4. 용어의 정의

- 1) 편마비 장애 지각정도
편마비 기능장애에 대하여 환자 자신이 지각한 불편의 정도.

- 2) 외적조건요인
적응수준에 대한 사회적, 환경적 매개요인으로써 편마비 환자의 나이, 성별, 교육정도, 직업, 결혼상태 등 인구사회학적 요인임.
- 3) 내적 매개요인
적응수준에 대한 심리적, 인지적 매개요인으로써 성격 또는 태도가 강인한 특징(강인성)과 편마비 환자가 지각한 사회적 지지정도임.
- 4) 적응수준
편마비 환자가 퇴원후 3개월에 만성적 스트레스에 대처한 결과 나타난 신체적, 심리적, 사회적 적응수준의 점수를 의미함.
 - ㉠ 신체적 적응수준 : 일상생활 동작의 의존도와 신체기능의 퇴원전과 후의 변화량.
 - ㉡ 일상생활 동작 의존도 변화 : 일상생활 동작 의존도 수준으로 측정된 점수로 퇴원당시와 퇴원 3개월 후의 차이(difference).
 - ㉢ 신체기능 변화 : 임상적 기능 사정표로 측정된 상지와 하지의 근육기능과 체위능력, 보행능력의 퇴원당시와 퇴원 3개월후의 차이(difference).
 - ㉣ 심리적 적응수준 : 퇴원후 3개월에 Zung의 우울척도로 측정된 우울의 점수.
 - ㉤ 사회적 적응수준 : 퇴원후 가정과 사회에서 환자가 직접 참여하는 사회적 활동의 총량.

II. 이론적 배경

본 연구는 뇌졸중으로 인한 편마비 환자의 재활간호와 관련하여 퇴원후 3개월의 적응상태를 파악하고 스트레스 적응 모형에서 유도된 연구의 이론적 개념들에 준거하여 적응 관련 요인을 분석함을 목적으로 하는 바 적응이론, 스트레스 적응 모형, 편마비 환자의 적응 현상과 적응 관련 요인에 대한 고찰을 통하여 본 연구를 위한 이론적 배경을 제시하고자 한다.

1. 적응의 이론

1) 적응의 개념

간호는 건강과 질병신상에 있는 인간의 적응과정완도우므로써 그들로 하여금 건강한 삶을 유지하도록 돕는 것(Roy & Robert, 1981 : Friedman & Hart, 1984)이므로 인간의 적응현상과 과정에 대한 속성을 이해하는 것은 과학적 간호집근을 위한 기본적 과제이다(Pollak,

1984 b : Erickson & Swain, 1982).

Murray & Zentner(1979)는 적응개념은 상호의 과학 화를 견인하는 중요한 기본 개념으로써 개인이나 집단이 내적, 외적 조건에 대하여 전인적으로 대처하는 과정이며 부조화, 일탈 및 변화를 극복하고 질병이나 심리상태의 혼란과 가치의 상실이 없으며 사회적으로 조화된 기능을 추구하는 것이므로 인간의 건강을 통합적으로 조망하는 개념이라고 하였다.

Heffron(1884)도 적응이란 인간과 환경과의 관계에서 항상 존재하는 개념으로 살아있는 생물들의 생존을 위한 과정이며 결과이고 무생물과 생물을 명확히 구분하는 속성 중의 하나라고 정의하고 있다.

인간 행동을 연구하는 생태학에서의 적응은 인간은 환경과 부단히 상호 작용하는 개방체계로써 생리적 적응 뿐만 아니라 문화적, 기술적, 사회적행동으로 적응하는 존재이며 동물과 달라서 심리적(자신), 사회적(타인과의 관계), 신체적(신체성, 인체 생화학적)차원에서 모든 삶의 형태로 해석되고 있다(Heffron, 1984).

따라서 인간의 적응을 신체적, 심리적, 사회적으로 통합된 개념으로 볼때, 신체적 적응은 물론 심리사회적 적응에 대한 이해 또한 중요하다.

Lazarus & Folkman(1984)은 적응을 스트레스에 대한 인지평가 과정의 결과로 봄으로써 인간의 인지 및 대처 능력에 대한 신념을 중요시 하는 스트레스와 적응의 관계성을 설명하였으며 Pollock(1984 b)은 만성환자들이 오랜기간 스트레스에 견디어 내는 과정에서 Kobasa(1979)가 제시한 스트레스 저항요인인 강인성(hardiness)이 작용하는 스트레스 적응모형으로 설명하고 있다.

따라서 상호학적 차원에서 만성 건강문제인 편마비 환자의 적응현상을 이해하기 위해서 Roy 와 Helson의 적응이론과 Lazarus & Folkman과 Pollock의 스트레스의 관계 개념에 대하여 관찰하여 보고자 한다.

2) Roy의 적응이론

Roy(1976)는 Helson(1964)의 적응수준이론에 준거하여 상호현상을 설명하는 적응이론을 제시하였는데 이 이론은 간호실무나 교육 및 연구에서 적용되어 왔을 뿐만 아니라 계속적으로 내용에 대한 분석과 평가가 이루어지고 있다(Fawcett, 1984).

Roy의 관점으로 본 인간은 적응체계이며 조절적, 인지적인 내적 체계를 가지고 있는 존재로써 신체적, 심리적, 사회적 통합에 대한 욕구에 대하여 적응한다. 인간은 환경으로부터 추정자극과 연관자극 및 잔여자극을 받고 있으며 건강이란 이러한 환경적 변화에 적극적으로 반응

하는 과정이라고 하였다.

Roy(Roy & Robert, 1981)는 적응에 대하여 인간은 자기에 노출되는 자극들에 대하여 자신의 적응수준 정도에 따라 기능하며 인간의 적응수준이란 적극적인 반응이 유도되는 정도를 의미한다고 하였으며 적응체계로서의 인간은 자아실현의 잠재력을 가지고 자신의 운명에 대하여 전인적이며 긍정적으로 참여하는 존재라고 하였다. 이러한 가정을 근거로 적응개념의 맥락에서 Roy는 간호라 건강과 질병선상에 있는 사람들이 신체적, 자아개념적, 역할기능적, 상호관계적 형태로 전인적으로 적응을 잘 하도록 돕는 것이다 라고 정의하고 있다(Roy & Roberts, 1981).

Roy의 적응이론에 근거되는 Helson 이론의 중심개념은 감각 생리학에서 유도된 적응수준이다. 즉, Helson은 적응은 자극에 대한 반응이며 이는 적응 수준으로 나타난다고 하였으며, 인간은 환경에 대하여 능동적, 인지적 과정에 따라 적응 또는 부적응 상태가 되는데 개인이 견딜 수 있는 자극이 어떤가에 따라 적응의 수준이 결정되므로 적응의 상태는 행위(activity)의 수준에 해당되고 적응의 초점은 경험세계의 조건과 수준에 달려 있으며 그것이 곧 변화된 수준으로 나타난다고 하였다.

Helson의 적응수준은 환경적 자극에 대하여 반응이 일어나는 자극범주의 영역을 의미하는데 자극이 범주 안으로 주어지면 긍정적, 적극적 반응을 나타내고 범주 밖으로 주어지면 부정적, 부적응적 또는 비효율적 반응이 나타난다고 하였다(Helson, 1964).

2. 스트레스 적응 모형

1) 스트레스 개념

스트레스 개념은 아직도 그 정의에 대하여 논란이 많다(Dohrenwend & Shroot, 1985). 스트레스는 외부에서 가해지는 영향 또는 자극이라고 하지만 상당한 스트레스는 적응을 요하는 어떤 기대나 요구에 대한 개인의 반응 과정에서 생기는 것이므로 자극과 반응을 모두 포함해서 정의하는 경향이 있다(김, 1987). 따라서 스트레스의 개념은 자극으로서의 스트레스 Kessler, Price & Wortman, 1985)와 반응으로서의 스트레스(Selye, 1976)가 있지만 최근에는 스트레스의 의미를 개인이 어떻게 지각하는가의 측면에서 보는 인지평가적 개념으로 설명하고 있다(Lazarus & Folkman, 1984 : 김, 1987).

간호학적 견지에서 볼 때 외적 환경 조건과 내적 생리

현상의 모든 자극이 스트레스원으로 모든 사람에게 같은 영향을 준다(Kessler, Price & Wortman, 1985)는 자극론은 개인차를 인정하는 간호의 이론을 설명하기에 미흡하고 스트레스는 모든 자극에 대한 반응이라고 한 Selye (1976)의 반응론은 스트레스 반응의 특이성을 분별하기 어렵고 스트레스에 따른 반응의 다양화를 설명하지 못한다는 점에서 간호학적 적용상에 문제가 있다.

자극, 또는 반응으로의 스트레스 개념은 스트레스가 단순한 자극이 아니며 개인마다 스트레스에 대한 반응에는 차이가 있다는 점과, 스트레스는 스트레스를 주는 상황에 대한 지각에 의해 결정되고, 스트레스 정도는 개인의 대처 능력에 따라 좌우된다는 인지현상적 개념으로 보고있다(김, 1987).

스트레스의 인지적 해석이란 어떤 자극에 대하여 개인의 지각에 따라 스트레스원이 개인에게 해로운일, 위협 또는 도전으로 평가되는 것을 뜻하며 인간은 그러한 신지에 따라 반응하게 된다는 것이다. 그러므로 스트레스를 결정하는 것은 자극이나 반응 그 자체가 아니고 어떤 자극이 개인이 소유한 자원을 청구하거나 초과하여 개인의 안녕 상태를 위협한다고 평가할 때 개인과 환경과의 특정한 관계속에서 유기체가 환경적 자극을 해석하고 요구에 응하며 대처자원을 활용하여 반응한다(Lazarus & Folkman, 1984).

스트레스에 대한 인지현상적 맥락에서 Pollock(1984b)은 (가) 스트레스 반응의 정도를 결정하는 것은 심리적 요인이며, (나) 스트레스에 대한 지각은 스트레스원의 속성만큼이나 중요하고, (다) 그러므로 신체적 요인은 물론 심리적 요인을 객관적으로, 사정하는 것은 건강을 위한 간호와 치료의 방향을 제시 하는데 유용한 자료가 된다는 점을 스트레스 과정의 간호적용 요점으로 요약하고 있다.

특히 Pollock(1984 b)은 만성 환자의 스트레스 적응에 대한 반응을 신체적 반응과 심리 사회적 반응으로 보았

으며 이 두 반응 정도의 합이 곧 적응의 수준을 결정한다고 제시함으로써 전인적인 간호관점을 제시하고 있다.

2) 스트레스와 적응의 관계

Lazarus & Folkman(1984)은 스트레스에 대한 적응의 결과는 일(work)이나 사회생활의 기능, 사기(士氣) 또는 생의 만족, 그리고 신체적 건강(somatic health)의 유지라고 했으며, Roy & Robert(1981)나 Pollock(1984 b)은 적응은 신체적 심리사회적 반응으로 표출된다고 하였다. 편마비 환자의 재활에 관하여 Lehmann, Delateur & Fowler (1975)는 스트레스 적응은 동거나 태도만이 아닌 실제적 행위이행 정도와 신체기능의 회복과 생의 만족감 및 적극적인 사회생활의 참여정도를 모두 포함한 결과라고 하였다. 이러한 관점에서 Wade, Skillbeck & Hewer(1983)는 편마비 환자의 재활 결과를 신체적, 심리사회적으로 사정함이 타당하다고 하였다.

한편 스트레스에 대한 심리적 적응은 사람들이 자기 자신에 대하여 어떻게 느끼고 있는가를 나타내는 정서적, 정신적 상태인 사기(士氣, morale)로 표출된다(Lazarus & Folkman, 1984). Helson(1964)에 의하면 적응수준은 가변적인 것이므로 사기(morale)도 상황과 시기에 따라 변화 될 수 있는 가변적 개념이다. 어떤 특정 스트레스 상황에서 한 개인이 자신의 역할을 수행하고 만족할 때 사기는 진작된다. 사기가 진작되면 변화할 도전으로 받거나 자신을 긍정적으로 수용하는 적응상태가 되지만 심리적으로 사기가 저하되면 불만족, 슬픔, 긴장감(strain)이 포함된 부적응 현상이 나타난다(Lazarus & Folkman, 1984). 사기는 주관적 개념이므로 적응결과를 측정하기 어렵다. 따라서 무기력해심(learned helplessness) 과 우울(depression)이 통제할 수 없는 어떤 상황에서 나타나는 정서적 문제라고 한점(Millerd & Seligman, 1985)과 우울이 스트레스에 대한 가장 보편적인 반응이라고 한점(Silver & Wortman, 1980)을 근거로 하여 우울을 대표적인 심리적 부적응 결과로 보고 인

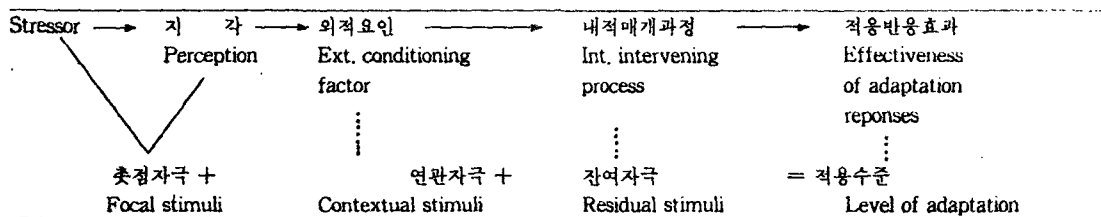


그림 1. Pollock의 간호를 위한 스트레스 적응모형

다.

한편 스트레스 적응과정에 영향주는 심리 사회적인 요인에 대한 연구로, Janoff-Balman & Marshall(1980)은 양로원 노인에 있어서 자신의 상황을 긍정적으로 생각하는 사람은 부정적으로 생각하는 사람보다 사망율이 낮았고, 우울한 환자는 그렇지 않은 사람보다 수명이 짧았다고 하였으며 Lehmann, Delisa & Warren(1978)은 말기 암환자중 소외감, 회피 및 우울의 문제가 있으면 생존율이 낮았고, 고혈압 환자 중에 자신을 보호, 통제하는 경향이 있으면 혈압조절을 잘 하였으나 자기를 부정하고 화를 잘 내는 사람은 혈압 조절이 잘 안되었다고 보고하였다. 또한 Surwit, Feinglos & Scovern(1983)등도 당뇨병이나 신질환의 만성 환자 중에서 자기간호에 대하여 부정하는 사람은 건강상태가 더 악화되었으며, 과음, 흡연, 약물복용 등 역건강행위를 무분별하게 하는 사람은 관상동맥 질환의 발생률이 높다고 하였다. 이상의 연구결과를 종합하면 같은 스트레스 상황이라도 개인적인 인지능력에 따라 적응수준에 차이가 있었는데 부정이나 회피는 부적응이라는 건강문제를 초래하는 반면에 긍정적이며 적극적인 태도로 건강행위를 할수록 신체적으로 건강하였다.

이상에서 고찰한 바와 같이 스트레스 적응 과정에는 개인의 심리사회적 변수가 매개되는 결과에 따라 신체적(기능적 건강), 심리적(우울정도), 사회적 적응의 수준이 다르게 나타난다고 볼 수 있다.

4) 스트레스 적응 모형의 구성

최근에 Pollock(1984 b)은 만성적 스트레스 상황에 적응하는 환자의 간호를 위하여 간호사나 다른 건강요원들에게 광범위하게 적용될 수 있는 스트레스 적응 모형을 제시하고 있다. Pollock의 모형은 Helson(1964)과 Roy(1976)의 적응개념과 Lazarus & Foliman(1984)의 스트레스 상호관계론적 개념과 Kobasa(1979)가 스트레스 연구에서 심리적 매개 변수라고 제시한 강인성(hardiness)의 개념을 만성질환자의 신체적, 심리사회적 적응현상에 적용하여 스트레스원을 지각한 충격 자극과 내외적 조건 요인과의 관계로 제시하고 있다. Pollock은 만성 질환자나 기능장애자의 지속적인 스트레스적응 현상은 객관적 사상(events)인 스트레스원(stressor)에 대한 개인의 지각 정도와 조건요인인 연관자극(conditioning factor, contextual stimuli)과 매개 과정(intervening process)에 관여되는 잔여자극(residual stimuli)의 종합이며 이의 결과는 신체적, 심리적, 사회적 반응 결과로 나타난다고 하였다.

이 모형은 인간의 복합적인 반응 과정을 일목하여 설명하기 위하여 Roy와 Helson의 자극 개념의 도입으로 스트레스원을 지각하는 자체를 충격 자극으로 정의하였으며 외적인 조건요인을 연관자극으로, 내적인 매개과정을 잔여자극으로 대치하였고 적응과정이 효과적인가 아닌가의 정도에 따라 적응수준이 결정된다고 하였다. 이윤 도해하면 그림 1과 같다.

그림 1에서 제시된 Pollock의 스트레스 적응 모형의 구성에 대한 설명은 다음과 같다(Pollock, 1984 b).

① 적응은 인간이 환경과 상호 작용하는 긍정적 과정이며 충격자극, 연관자극, 잔여자극의 상호작용의 결과로 개인차에 따른 적응수준으로 나타난다.

② 충격 자극은 적응 행위가 일어날 필요가 있는 변화의 상황이나 정도인데, Pollock은 충격 자극을 스트레스가 지각된 것이라고 정의하고 있다.

③ 조건인자(conditioning factor)는 Selye(1976)에 의하면 스트레스 효과를 높이거나 저하시키는 것을 뜻한다. 적응의 결과는 조건 인자와의 관계에서 나오는 것이며 외적 조건요인인 연관자극과 내적매개요인인 잔여자극이 있다.

④ 적응반응의 효과는 충격자극과 연관자극, 잔여자극의 요인들이 시간적(반복성, 지속성), 공간적 강도(intensity)에 따라 상호작용함으로써 다르게 나타나는 적응수준이다.

Pollock은 외적 조건요인과 내적 매개요인을 스트레스 적응관계의 설명요인으로 보고 이윤 그의 모형에서 개념화 하였으며 외적인 조건요인인 연관자극은 연령, 성별, 종족, 사회적 지위, 교육수준, 자가치료로 한정하였고 내적매개요인인 잔여자극은 강인성(hardiness)으로 한정하였다.

3. 편마비 환자의 적응현상

편마비 환자의 재활의 의미는 독자적인 생활에 필요한 일상생활동작과 보행능력을 다시 찾는 것이며(Roper 1982) 자아의 재정립을 통하여 심리적으로 안정된 상태로(Labi, Phillip & Gresham, 1980) 사회적 활동에 참여하고 생산성 있는 직업(Silliam, Wagner & Fletcher, 1987)을 추구하는 전인적인 개념이다. 편마비 환자는 정상인과 같은 수준의 기능을 회복하기 위해서가 아니라 잔존능력에 대한 신념을 가지고 신체적 훈련과 노력으로 손상된 기능을 최대한으로 개발함으로써 변화된 생활환

경에 적용하고자 한다. Monroe & Imhoff(1983)는 편마비 환자의 재활은 그가 만약 정상적이었다면 할 수 있었을 수준의 근사치로 활동하게 됨을 의미하였고 Kottke(1982)와 Akridge(1985)는 효율적인 자기 성장을 통하여 사회와의 조화속에서 생의 만족을 느끼는 수준을 성공적 재활이라고 하였다. 이는 곧 편마비 환자의 재활이 신체적, 심리적, 사회적 적응수준의 복합적 개념임을 의미하므로 이와 관련된 문헌을 고찰하고자 한다.

1) 신체적 적응-편마비환자의 신체적 기능회복

뇌출혈성 편마비 증세의 회복 과정은 뇌신경의 가소성(plasticity)에 의한다. 뇌신경의 가소성은 즉시적이거나 절대적이 아닌 장기적 현상이므로 편마비 재활 과정은 회복 잠재력에 대한 신념으로 인내함이 매우 중요하다(Bach-Y-Rita, 1981). 그러므로 뇌졸중으로 인한 편마비 환자에 대한 연구들은 기능장애가 언제 일어나 회복이 되며 어떤 요인들에 의해서 더 빨리, 또는 서서히 진행되는가에 관심이 집중되고 있다.

편마비 환자의 회복과정에 대하여 Roper(1982)는 편마비 발생후 첫 2~3개월에 만족스러운 정도의 회복이 있다고 하였고, Kotila, Waltimo & Niemi(1984)와 Carey & Posavac(1982)등도 편마비 환자의 근육 회복은 질병 발생후 3개월에 가장 현저하게 나타난다고 하였으며, Wade, Skilbeck & Hower(1983)등은 편마비 회복은 6개월후에도 계속 진행된다고 하였다. Granger, Shewood & Greer(1977)는 재활 치료를 받은 후라도 퇴원하여 6~9개월이 지나면 ADL 점수가 저하되나 다시 재활치료를 시작하면 기능이 향상되므로 계속 치료가 필요하다고 하였고 Lehmann, Delateur & Fowler(1975)도 계속해서 기능회복을 위한 적극적인 노력이 중요하다고 하였다.

편마비 환자의 적응상태를 파악하기 위한 신체적 기능의 사정내용은 자기 간호와 기동력을 포함한 일상생활 동작의 의존성에 대한 것이다. Granger & Greer(1976)는 일상생활 동작(activities of daily living : ADL)이란 생활에 필수적인 행위로서 자연스럽게 이루어지고 있는 일련의 기능들의 목록이며 측정할 수 있는 주관적, 객관적 건강의 지표라 하였다(Synder, 1985). ADL은 변화하는 환자의 재활정도됨 포괄적으로 반영할 수 있는 도구로써 Jellinek, Torkelson & Harvey(1982)도 편마비 환자의 기능사정에 ADL표본 적용하고 치료계획과 회복경향을 추정하였다.

일상생활 동작에는 식사, 착의, 복욕, 신변처리 기능, 몸치장, 휠체어 타기, 이동, 교통 수단 이용, 쓰기 등이

있으며 이러한 행위의 능력과 의존도를 측정하여 기능회복 정도와 예후 추정에 이용되고 있다 (Andrew, Tennants & Hewson, 1982). Jimenez & Morgan(1979)은 ADL이 편마비 환자의 신체적 기능 측정에 있어 목적적 행동들의 나열이기 때문에 타당한 측정 방법이라 하였으며 정지된 한 시점에서의 측정보다는 시차적인 차이(difference)가 기능변화의 판단에 보다 객관적이라 하였다.

2) 심리적 기능-편마비 환자와 우울

편마비 환자는 신체적으로 기능이 회복되었거나 하더라도 심리사회적 부적응 문제가 그대로 남아 있는 경우가 많다 (Labi, Phillips & Gresham, 1980). Robinson & Price(1982)나 Feibel & Springer(1982)등은 심리사회적 부적응 현상으로 편마비 환자에게 우울증세(depression)가 흔히 나타난다고 하였는데 편마비 환자의 우울의 경험은 기능 상실에 대한 슬픔의 문제이며 재활과정에서 입원→퇴원→생활 의존도 증가라는 상황에서 나타나는 부적응의 대표적인 예라고 하였다.

편마비 환자의 퇴원후 우울증세는 스트레스적응 과정에서 불안이나 갈등과 더불어 흔히 나타나는 부적응 형태로써(Feibel & Springer, 1982; Binder, 1984) 신체적 기능이나 신체성의 변화에 대한 슬픔과정(grieving process)으로 근심, 침울, 실폐감, 무력감, 부가치함을 나타내는 정서 장애이다(Lewis, 1983).

편마비 환자의 우울증 발생정도는 Robinson & Price(1982)에 의하면 30%이었고 Feibel, Berk & Jonyt(1979)는 113명 중 1/3이 6개월 후에 우울증상이 있다고 하였으며 Robinson & Price(1981)는 퇴원후 7~8개월이 지난후에도 계속 우울증세를 보인 편마비 환자가 약 2/3에 달한다고 하였다. Feibel & Springer(1982)는 6개월된 편마비 환자의 26%에서 우울증세를 보인다고 하므로써 편마비 환자의 우울증의 문제를 제시하고 있다. 이러한 우울요인에 대하여 Lewis(1983)는 지속되는 만성적 스트레스와 사회적 태도의 영향이라고 하였고 Hyman(1971)은 편마비 환자에 대한 사회적 냉대나 치욕감 때문이라고 하였으며 Stensrud & Stensrud(1981)는 대인관계적 편견이, Soloane, Redding & Wittlin(1981)은 사회적 역할의 상실과 대인관계에서 지각되는 자존감 손상때문이라고 하였다. 한편, Feibel & Springer(1982)는 우울한 환자의 경우 사회적 활동량의 손실이 67%에 달하나 우울하지 않은 환자는 43%라고 하였고 Lawson(1978)은 ADL 의존성이 증가되면 우울빈도가

높다고 하므로써 우울한 환자는 신체적, 사회적 활동의 참여정도가 저조함을 의미하고 있다. 그러나 독자적으로 일상생활을 할 수 있는 경우에도 우울증세의 빈도가 여전히 높은 점(Feibel & Springer, 1982)으로 보아 신체적 기능이 향상되었다는 것과 우울과는 병행되지 않는 것을 알 수 있었다.

편마비 환자의 뇌 손상후 우울문제에 대하여 Lehmann, Delateur, Fowler(1975)와 Shontz(1978)는 가족의 지지가 심리적 적응을 돕는 요인이며 대인관계적 지지의 강화로 우울환자를 간호할 수 있음을 제시하고 있다. 또한 Lewis(1983)는 개인의 통제성(personal control)을 강화하면 슬픔과정(grief process)에서 더 잘 적응할 수 있다고 하였고, Stensurd & Stensrud(1981)도 우울문제에 있어서 개인의 강한 자아의식이나 자존감을 존중하는 인지적 간호접근방법을 제시하고 있다.

3) 사회적 적응—편마비 환자의 사회적 활동

사회적 적응이란 사회적 활동의 회복과 활성화를 의미하며(Labi, Phillips & Gresham, 1980), 어떠한 스트레스 하에서도 자신의 다양한 역할을 충분히 이행하고 매일의 일(events)을 관리하는 능력에 대한 개념이다(Lazarus & Folkman, 1984). Pedretti(1985)에 의하면 인간은 무의미한 행위보다는 목적있는 활동(doing activities)을 통하여 만족감을 느끼므로 기능장애로 목적적 행위를 못하게 될 때는 불만과 가치관의 변화로 사회적으로 적응하지 못하게 된다고 한다. Lazarus & Folkman(1984)은 사회적 활동정도는 한 개인이 현실적인 판단과 도전력과 개인적 노력의 정도에 따라 다르게 표출되며 개인적 차이가 있다고 한다. 그러므로 일상생활 동작과 기동(mobility)능력이 향상되었다 하더라도 사회적인 적응의 정도가 다르게 나타날 수 있으므로 사회적 기능을 사정하는 것은 편마비 환자의 적응상태를 파악하는 중요한 부분이다(Moskowitz, Lightbody & Freitag, 1972).

편마비 환자의 사회적 적응으로 본 사회적 활동 참여와 기능은 생산적이며 독립적인 삶을 대변하는 양질의 삶을 의미하는 것이므로(DeJong & Hughes, 1982) 편마비 환자의 재활을 위해서 적극적이며 능동적인 활동으로 사회에 참여할 것을 권하고 있다(Albercht & Higgins, 1977; Hyman, 1972).

4. 적응 관련요인

1) 충격자극—지각된 스트레스

충격자극이란 적응행위를 예기하는 변화의 정도로써 개인에게 직면한 신체적, 심리적, 사회적 문제이며 이를 흔히 스트레스원이라고 한다. 주로 외적인 요인이지만 고통스러웠던 기억들과 같이 개인에게 의미있는 내적인 요인들도 있는데 이는 인간의 적응체계는 조절계(regulator)와 인지계(cognator)가 지각과정(perception process)으로 연합되어 있기 때문이다(Roy & Robert, 1981). 편마비 환자에 있어서 충격자극은 질병의 정도, 뇌손상부위나 편마비 위치등 질병적 특정보고인과 환자가 주관적으로 지각한 편마비 장애정도라고 하였으나 본 연구의 대상자는 대상자 선정과정에서 의사소통이 가능한 의식있는 사람들로 한정하였기 때문에 질병적 특성을 통제하고 단지 주관적으로 지각하는 편마비 장애정도라는 스트레스지각을 충격자극으로 조작하였다. 이에 대하여 객관성 결여의 문제가 있겠으나 지각정도에 대한 객관적 측정방법으로 아직도 좋은 방법이 제시되지 못하고 있으므로 지각정도를 주관적 관점에서 보고 있다(김, 1987).

2) 연관자극—외적조건요인

연관자극이란 스트레스 상황과 관련된 자극인 신체적, 심리사회적 요인이며 적응결과를 증대하는데 Pollock(1984 b)은 스트레스적응 모형에서 연관자극을 인구사회학적 요인으로 조작하였다.

Pender(1987)가 그의 건강 향상 모형에서 성별, 중독, 교육, 수입 등의 인구사회학적 요인들은 인지와 지각에 영향을 주는 건강행위의 매개(또는 변화)요인 이라고 한 점에 준하여 편마비 환자의 연령, 성별, 직업, 결혼상태 등 인구 사회학적 특성을 적응결과에 대한 영향요인으로 보고 편마비 환자의 적응수준에 대한 외적 매개요인인 연관자극으로 조작하였다.

3) 잔여자극—내적매개요인

잔여자극은 현재의 상황에 영향을 주는 것으로 추측하는 개인의 신념, 경험, 성격(기질)등이다(Roy & Robert 1981). Pollock(1984 b)은 만성환자의 스트레스 적응 모형에서 내적 매개요인을 Kobasa(1979)의 강인성(hardiness)으로 조작하여 심리적기능의 한 영역으로 간주하였다.

또한 Cohen & Hoberman(1983)이 대인관계적 지지에

대한 지각이 스트레스 완충요인이라고 한 점 등에 근거하여 편마비 환자의 스트레스적응 과정에서 내적 매개요인으로 사회적지지에 대한 지각을 관련요인으로 조작하고자 한다.

① 강인성(Hardiness)

최근에 Kobasa 등(1979, 1982a, 1982b)은 스트레스 인지 관제론에 따라 스트레스를 많이 경험하는 상황에서 스트레스 반응에 영향력이 있는 조정 요인(mediating factor)의 하나로 인성적 특성인 강인성(hardiness)을 제시하고 있다. Kobasa & Maddi 등은 주요 직업인 대상의 연구(1981)와 변호사 대상의 연구(1982)를 통하여 전문 직업인의 스트레스와 질병 발생 관계를 파악하였고, 건강상태와 강인성 관계를 검증했다. 이에 대하여 Pollock(1984b)은 만성병이라는 신체적, 심리적 스트레스에 직면하고 있는 환자를 대상으로 Kobasa의 강인성개념을 변형하여 건강관련 강인성과 스트레스로 인한 신체적, 심리적 반응과의 관계를 연구하였다.

강인한(hardy) 사람은 (가) 자신의 경험사를 조절하거나 영향을 미칠 수 있다는 신념으로 문제의 원인과 해결점을 통제(control)하며 (나) 매일의 생활에서 소외되기 보다는 깊이 관제하고 자진해서 행하는 능력과 태도인 자기투입성(commitment)이 있으며 (다) 예견되는 변화나 요구를 위협이나 불확실성보다는 하나의 도전(challenge)이나 기회로 받아들여서 발전의 계기로 삼는 것 등 세가지의 인성적 특성을 지닌다. 이러한 태도의 특성 때문에 스트레스에 대한 건강하지 못한 효과나 신체적인 긴장상태를 피하게 되며 적극적으로 자신과 환경을 통제하고 개인의 상황에 따라 위협에 대처하며 세월에 적응해 나간다고 종합하고 있다(Kobasa, Maddi & Kahn, 1982).

Kobasa, Maddi & Kahn(1982)은 또한 강인성이 스트레스에 대한 강력한 저항자원임을 입증하였는데, 신체적 건강이 약한 경우라도 강인성이 높으면 건강 행위(운동, 휴식, 음식조절)를 보다 더 잘 하므로써 효과적으로 적응하고, 반대로 강인성이 낮은 사람은 먹고 마시는 등의 역건강 행위를 더 많이 한다고 하였다.

Kobasa, Maddi & Kahn(1982)은 강인성의 근원을 사회학습 이론에 근거하여 설명하면서 강인성이 높은 사람은 긍정적인 어린 시절을 보냈고, 낮은 사람은 부정적인 어린 시절의 경험을 가지고 있다고 하므로써 강인성에 대한 학습의 가능성을 시사하여 인성 훈련의 효과론 암시하였다.

Pollock(1984a)은 만성질환에 대한 적응과정에 있어서

Kobasa의 강인성 개념이 적응항진 요인이 될 수 있는가 라는 가설을 검증하였는데 만성질환에 대한 적응 과정에는 여러가지 관련요소들이 있을 것이나 이 강인성에 대한 연구는 초보 단계이다.

Pollock(1984a)은 고혈압, 관절염, 당뇨병의 세 군의 환자를 대상으로 스트레스 적응 반응을 연구하였다. 이 중 당뇨병 군에서는 적응행동에 강인성이 관계있으나 노년, 통새, 자기투입성의 세 개념은 일관성있는 결론을 내리지 못했고 강인성 중 도전성만은 세가지 만성질환에 대해 모두 정적인 상관관계가 있었다. 특히 상관관련 강인성은 당뇨병과 고혈압군 환자의 역할기능과 관련이 있었고 관절염과 고혈압군에서는 사회적 지지의 이용도와 관련이 있었으며 관절염과 당뇨병군에서는 심리적 기능에 각각 정적 상관관계를 보였다.

그리고 강인성은 심리적 적응에 직접적인 영향을 주기 보다는 사회적 지지를 더 잘 사용하거나 내적 심리 기능인 의사결정을 더 활성화하는데 간접적으로 기여함으로써 적응을 촉진시킨다고 결론지었다.

Lee(1983)은 암환자들 중에 적응을 잘하는 사람들은 강인성 특성을 갖고 있다고 하였고 McCranie, Lambert & Lambert(1987)도 임상 간호사에 있어서 직업 만족과 강인성의 정상관관계를 입증하였고, Keane, Ducett & Adler(1985)와 Rich & Rich(1987)는 간호사의 소신과 강인성 관계를 연구하므로써 간호실무 분야에 대한 연구 방향을 제시하였다. 또한 Bigbee(1985)는 건강 향상에 있어서 강인성에 대하여 새로운 이론적 관점을 제기하고 있다.

Lambert & Lambert(1987)는 강인성(hardiness)이 유일한 스트레스 저항자원은 아니지만 Kobasa 중심의 연구에서 상당한 스트레스 생활 사건에 직면하는 사람들 중에서 강인성이 있으면 심신의 질병을 덜 보고하였다는 점에 있어서 강인성이 점정적으로 스트레스를 완충시키는 역할을 한다고 하였다.

스트레스에 대한 강인성(hardiness)의 중요한 의의는 환경에 대한 도전력을 향상시키고 스트레스 생활사를 전환시키고 이를 개인적 성장과 이익의 기회로 취하는 능력에 관련되어 있다는 점에서(Kobasa, 1982b) 생존뿐만 아니라 전인적인 스트레스 적응 측면에서 볼 때 의의 있는 개념이라 하겠다.

이상에서 제시된 강인성은 스트레스에 대한 완화작용으로 질병 발생율을 낮추고 개인의 건강을 함진시키는 조정요인이 된다는 관점에서 볼때 편마비환자의 경우에도 스트레스 적응 과정의 매개요인으로 기능하는가에

대하여 연구할 필요가 있다고 하겠다.

(2) 사회적 지지에 대한 지각

스트레스 완충요인의 사회적 지지에 대한 연구는 1970년 중반이후 매우 활발하여(Kessler, Price & Wortman, 1985), Turner(1981) 과 Pearlin & Schooler(1978) 등은 사회적 지지가 건강유지를 위한 실천적 요인이며 스트레스 질환에 대한 완충요인으로 작용한다고 하였다.

특히 장기적으로 스트레스를 받고 있는 만성환자나 기능 장애자에 있어서 사회적 지지는 더욱 중요한 스트레스 완충요인으로 다루어지고 있다. 즉, Hyman(1971)은 재활환자에 있어서 의미있는 사람의 유무가 심신의 회복에 영향을 준다고 하였고, Silliam, Wagner & Fletcher(1987)도 가족의 지지는 재활적응에 긍정적인 효과를 준다고 하였으며, Stensrud & Stensrud(1981)는 기능장애자가 대인관계에서 받는 사회적 편견이나 치욕감에 대하여 어떻게 대처할 것인가를 교육하기 위한 스트레스 관리 프로그램을 이용한 사회적 지지가 필요하다고 한다.

한편 사회적 지지는 사회적 지지의 구조적 측면과 기능적 측면으로 구별되는데(Cohen & Willis, 1985), 일반적으로 구조적인 사회적 조직망보다는 개인에게 지각되는 기능적 측면에 관심이 주어지고 있다(김, 1987).

Kessler, Price & Wortman(1985)은 객관적인 사회조직망이 있다 하여도 이를 지각하여 활용하지 않으면 무의미하다고 하였다. Cohen & Hoberman(1983)도 사회적 지지에 대한 지각이 스트레스 과정에서 적응결과와 관계가 있으며 구조적 지지보다는 주관적으로 지각된 지지가 더 의미있다고 하였고 Turner(1981)도 사회적 지지는 객관적인 사회환경보다는 개인이 얼마나 그 지지를 지각하는가에 따라 적응에 효과를 준다고 하였다. 사회적 지지에 대한 지각이 스트레스 적응 과정에 미치는 영향에 대하여 Sarason & Sarason(1982)은 사회적 지지에 대한 지각이 낮으면 소외감과 규범에서 이탈된 자신을 발견하면서 증오감과 경직감이 나타난다고 하였다.

Shafer, Coyne & Lazarus(1982) 등은 지각된 사회적 지지가 우울과 사기(morale)에 영향을 주나 신체적 건강과는 무관하다고 하였으며 McNett(1987)는 기능장애자에 있어서 지각된 사회적 지지의 이용도가 대처효과에 미치는 영향은 의미있는 관계가 있다고 하므로써 이러한 일련의 연구들을 통하여 지각된 사회적 지지의 중요성이

시사되고 있다. 한편, Andrews, Tennants & Hewson(1978)은 대처 기술과 사회적 지지가 조합될 때 스트레스에 대한 저항력이 크다고 하였으며 Kobasa(1982a)도 자기투입성과 사회적 지지를 조합할 때 적응이 효과적이라고 하였고 Billings & Moos(1981)와 Holahan & Moos(1981)는 사회적 지지와 대처 기능이 같이 작용할 때 우울정도나 질병발행률이 낮았으며 불안도가 저하되었다는 일련의 연구를 통하여 스트레스 적응과정에서 사회적 지지는 다른 매개변수와 상호작용을 하는 요인으로 볼 수 있다. 국내의 간호학 연구에서도 최(1984), 모(1984), 박(1985) 등이 학위논문에서 사회적 지지의 여러 형태에 대한 연구를 하였던 바 건강행위 이행에 영향을 주는 개념임을 입증하고 있다. 이러한 연구와 더불어 Heller & Swindle(1983)은 사회적 지지의 여러 차원들이 하나의 개념으로 연구되어 왔음을 지적하면서 지지제공하는 조직망과 지각된 지지나 추구가 혼동되지 않을 것을 시사하였다.

본 연구에서는 편마비 환자와 같이 불완전한 상태로 퇴원후 집이나 사회로 나갈 때 그들의 적응 상태와 지각된 사회적 지지가 적응을 위한 매개적 역할을 하는가의 여부를 파악해 보고자 한다.

5. 연구의 이론적 개념틀

편마비 환자의 퇴원후 적응 수준을 연구하기 위한 본 연구의 이론적 개념틀은 Helsen(1964), Roy(1976), Lazarus & Folkman(1984)의 적응 이론 및 스트레스 이론과 Pollock(1984a)이 만성환자에게 적용한 건강관련의 강인성 개념을 중심으로 구성된 스트레스 적응모형을 근간으로 하였다.

스트레스 적응모형의 구성은 Roy와 Helsen의 이론에서 제시되고 있는 초점자극, 연관자극 및 잔여자극의 상호작용이 적응 수준으로 나타남을 주축으로 하고 있다. 초점자극은 인간이 직면하는 상황으로 질병, 죽음 또는 위기상황이나 장애에 대한 지각과 같은 것으로 본 연구에서는 편마비로 인한 지각된 장애정도로 정하였으며 연관 자극은 자극원이 존재하는 상황에서 편재해 있는 환경적, 신체적, 생리적, 심리적, 사회적 요인들로서 인구사회학적 요인이나 치료적요인들과 관련된다. 잔여 자극은 연관 자극과 같은 맥락에서 현재의 적응 효과에 영향을 준다고 보는 것으로써 그 예로는 신념, 태도, 경험 또는 트레이트(trait) 등이 있다. 이 세가지 자극들의 상호작용은 Helsen(1964)이 언급한 적응 수준과 관련이 있고

Ⅲ. 연구방법

1. 연구대상자

서울시내 3개 대학병원에 입원중인 편마비 환자중 KMC에서 28명, CMC에서 7명, SUNUH에서 8명 등 총 43명의 편마비 환자를 대상으로 선정하였다.

연구대상자의 선정 기준은 입원 한지 2개월 되는 환자로서 주소, 전화번호, 나이, 가족사황에 대하여 명확히 대답할 수 있으며, 연구에 참여하기로 허락하고 퇴원후 경인 지역에 거주하는 환자였으며 인구 종묘시 까지 입원중이거나 심한 합병증으로 재입원한 환자는 제외되었다.

2. 연구방법

편마비환자의 퇴원전과 퇴원후 3개월간의 적응과정에서 변화된 정도를 비교하기 위하여 전향적 연구를 계획하고 적응관련 요인들에 대한 변수조작을 통하여 신체적, 심리적, 사회적 상태를 적응수준으로 정하고 편마비 장애 정도를 독립변수로 조작하였으며 내적, 외적 요인들을 매개 변수로 조작하였다.

측정 도구는 일상생활동작 의존도, 강인성, 사회적 지지의 지각, 우울척도 등의 기존도구를 응용 또는 변형하여 사용하였고 편마비 장애지각정도, 신체기능 측정표, 사회적 활동조사표 등은 연구자가 문헌고찰을 통하여 작성하여 사용하였다.

자료분석은 일원분석과 Pearson 상관관계 분석, 단계적 중다회귀 분석(stepwise multiple Regression) 및 다원 분산 분석을 이용하였다.

3. 연구진행과정

① 제1단계는 서울시내 3개 대학병원에 입원한 편마비 환자 43명을 대상으로 1988년2월1일부터 4월30일까지 연구자가 직접 방문하여 면접 및 관찰을 통하여 일차 자료를 수집하였다.

② 제2단계는 연구대상 환자의 개인별 계획에 따라 퇴원전 2주전에 신체적 상태에 대한 자료를 수집하였고 일차 자료에서 미비한 점을 보완하였으며 퇴원후 2차 면접을 약속하였다. 제2단계의 연구기간은 2월15일부터 5월중순까지였다.

③ 제3단계는 연구대상 환자의 개인별 계획에 따라

퇴원후 3개월을 기준으로 약2주전에 우편물을 보내어 연구 과정에 대한 설명과 함께 자기보고형 측정도구를 동봉하여 기재할 것을 부탁하고 면담에 협조해 줄 것을 부탁하였다. 제3단계는 5월1일부터 약 한달간이었다.

(4) 제4단계는 환자 개인별 계획에 따라 우편발송 일주일후에 전화로 면담을 약속하고 가정방문을 하거나 병원 의뢰에서 직접 환자를 만나서 자료를 수집 하였다. 면접과 관찰에 소요된 시간을 일인당 40분-60분이었다.

4. 측정도구

1) 적응수준 측정도구

가 일상생활동작(Activities of Daily Livings : ADL) 의존도척도

ADL 척도는 이 등(1987 미발표)이 국내에서 동등으로 인한 불편감을 호소하는 사람을 대상으로 전국적 규모로 사용한 것으로서 66개의 문항으로 구성되어 있으며 신뢰도는 $\alpha=.76$ 이었다.

각 문항마다 도움없이 스스로 할 수 있는 경우는 0점으로 하였고 완전히 남에게 의존하는 경우를 4점으로 평가하므로써 낮은 점수일수록 의존도가 낮고 독립적이다. 그러므로 일상생활 동작이 완전히 독립적이면 총점이 0점이고 완전히 의존적이면 총점은 198점이다.

나 신체기능 사정

Prescott 등(1982)이 뇌졸중 환자의 입원 당시와 퇴원시에 사용하였던 임상사정표를 준거로 본 연구자가 연구의 목적에 맞게 번안 수정하여 상지, 하지, 체위, 보행 능력을 측정하였다. 상지와 하지의 근육 기능은 도수근력 검사법(manual muscle testing)에 준하여 "정상과 다름이 없다"(0)에서 "전혀 움직이지 못한다"(4)의 점수로 5점 Likert 평정표로 측정하였다. 그리고 체위 능력은 "독립적으로 혼자 침대에서 내려와(또는 일어나서)설수가 있다"를 0점으로 정하였고 "누운 자세에서 혼자 일어날수 없고, 일으켜 앉혀도 곧 쓰러진다"를 4점으로 평정하였다. 보행 능력은 혼자서 도움없이 걸을 수 있는 상태(0)에서 혼자서는 도저히 걸을 수 없는 상태(4점)로 평정하였다. 즉, 신체기능 사정 점수가 낮을 수록 신체기능이 더 양호함을 나타내었다.

③ 우울척도

Zung 의 자기보고형 우울척도(SDS : Self Report Depression Scale)을 사용하였다.

Zung(1965)의 자기 평가 우울 척도(SDS)는 20개의 문항으로 된 4점 척도로 구성되어 있으며 이들 중 10문항

은 부정적으로 응답할 때 더 높은 점수를 받게 되어 있으며 점수가 높을 수록 우울정도가 심하다. 우울척도의 총점은 80점이며 평가기준은 49점이하이면 정상수준 정도의 우울이며 50-59점은 경중-중중도의 우울, 60-90점은 중중도-중중이며, 70점 이상이면 중중 우울정도이다. 본 연구에서는 양(1981)에 의하여 표준화된 것을 사용 하였는데 이 척도들간의 상관관계는 $\alpha=.78$ 이다.

간호학 분야에서 사용된 Zung의 SDS의 신뢰도는 강(1986)의 경우 $\alpha=.82$ 이며 태(1985)의 경우 $\alpha=.80$ 이며 권(1983)의 경우 $\alpha=.83$ 으로 신뢰도가 매우 높게 인정되어 있는 도구이므로 본 연구에서 측정도구로 채택하였다.

④ 사회적 적응 수준-사회적 활동 조사표

Belcher, Clowers(1982)가 편마비 환자를 대상으로 사회적 재적응에 관한 연구 목적으로 개발한 도구와 Cooper, Osborn & Gath(1982)가 일반인을 대상으로 연구한 SAS(Self Report Social Adjustment Scale)을 참고로 우리나라의 현실에 맞도록 선택, 보완하여 본 연구자가 직접 개발한 사회적 활동 상황표를 사용하였다.

측정 내용은 환자 자신이 행동의 주체가 되는 행위들을 목록화 하여 측정당시를 기준으로 일주일 전에 시행한 활동 종류를 자기 보고식으로 기록하였으며 점수가 많을 수록 사회적 활동량이 많음을 의미한다.

2) 측정자극 : 편마비 장애 지각정도

검사 당일을 포함해서 지난 일주일 동안 편마비라는 기능 장애가 현재 생활에서 어느 정도 문제가 되었는가를 평정하도록 하여 지각한 장애 정도를 점수화 하였는데 이는 김(1987)의 스트레스 지각정도 측정 방법을 근거로 연구자가 점수화 하였다. 편마비 장애에 대한 지각정도는 "전혀 문제가 안된다(0)"에서 "대단히 큰 문제가 된다(4)"로 평정하였으며 점수가 높을수록 장애 지각정도가 높았다.

3) 내적 매개 요인 측정

① 강인성 척도(Health Related Hardiness Scale HRHS): Kobasa(1979)등이 정상 성인을 대상으로 사용하였던 강인성 척도를 근거로 Pollock(1946)이 성인 및 질병환자를 대상으로 개발한 건강관련 강인성 척도를 사용하였다. 건강관련 강인성 척도 (Health Related Hardiness Scale: HRHS)는 통제성(control), 도전성(challenge), 자기투입성(commitment)의 3가지 부 개념

으로 구성되어 있다. 통제성은 Walstone, Maddes & Wallston(1971)의 건강통제위(multiple health locus of control)척도를 근거로 하였고, 도전성과 자기투입성은 Maddi, Hoover & Kobasa(1982)의 소외감(alienation) 척도를 근거로 작성되었다. 척도 문항수는 통제성 14문항, 도전성이 13문항, 자기투입성이 13문항으로 총 40 문항이며 6점 Likert 척도이다. 강인성의 총 점수 범위는 40점에서 240점이며 중앙치 이하는 강인성이 높음을 뜻하고 중앙치 이상은 강인성이 낮거나 깊어짐을 의미한다.

Pollock(1984b)이 연구할 당시 신뢰도는 강인성 합이 $\alpha=.86$ 이며 통제성 $\alpha=.82$ 도전성은 $\alpha=.84$ 자기투입성은 $\alpha=.74$ 로 높았다. Pollock의 HRHS를 본 연구자가 직접 번안하여 간호학 교수 4명과 대학원 학생 3명에게 검토를 의뢰하여 내용을 수정 및 번안하여 간호학 교수 4명과 대학원 학생 3명에게 검토를 의뢰하여 내용을 수정 및 보완 했으며 편마비 환자를 포함한 만성 질환자(민성관 절염, 당뇨병, 소아마비 유행성 환자)32명에게 pilot study 한 후 내용을 수정보완하여 연구에 사용하였다.

② 사회적 지지의 지각(Perceived Social Support) 정도:

지각된 사회적 지지는 Cohen & Hoberman(1983)이 개발한 대인관계 지지 척도(Intepersonal Support Evaluation List: ISEL)를 기초로 하여 김(1987)이 번안한 도구를 편마비 환자에게 맞도록 변형하여 사용하였다.

IV. 연구결과

1. 연구대상자의 특성

퇴원전과 퇴원 3개월 후의 2차에 걸쳐 면접과 관찰을 통하여 자료를 수집한 대상자는 총 43명으로 연령은 21세에서 77세 까지 분포되어 있으며 평균 연령은 55세 이었다.

이들 중 남자가 30명, 여자가 13명이었고 결혼상태는 대부분 기혼이었으며(38명, 88%)직업은 자가업 15명, 정년퇴직이나 무직, 주부등이 13명, 공무원과 교사4명, 고용직 11명이었으며 평균 교육 연한은 10년이었다.

편마비 환자의 뇌손상 부위별 분포는 뇌각부 및 시상 부가 22명(51.2%)으로 가장 많았고, 대뇌손상이 12명, 뇌교손상이 4명, 뇌혈관이상증이 3명의 순이었다. 그리고 우측 편마비가 27명(62.8%)이고, 좌측 편마비가 16명 이었다.

2. 편마비 환자의 퇴원후 3개월의 적응수준(table 1-1, 1-2)

1) 퇴원전과 퇴원후의 적응상태 비교

퇴원전과 퇴원후 3개월에 측정된 일상생활 동작의존도는 평균 125.88(62.4%)에서 86.88(43.9%)로 의존도가 감소된 경향이었고 신체기능의 장애정도는 평균 5.9(39.3%)에서 3.4(23.1%)로 낮아지므로써 신체적 기능이 회복되었음을 나타내었으며 이 두가지 변화량은 paired t 검정결과 통계적으로 의미있는 변화로 인정되었다($p < 0.05$)(Table 1-1). 한편 편마비 장애에 대한 지각정도, 강인성, 사회적 지지의 지각 정도와 강인성 및 사회적 지지의 부개념별 변화량은 퇴원전과 퇴원후에 다소의 차이는 있었으나 통계적으로 유의하지 않았다.

한편, 퇴원후 우울정도는 평균 44.95점이었고 사회적 활동량은 평균 8.67점(가능한 최대활동량의 11.4%)으로 나타났다(Table 1-2).

2) 신체적, 심리적, 사회적 적응수준간의 상관관계 (Table 1-3).

퇴원전과 퇴원후의 일상생활 동작 의존도의 차이와 신체기능 변화는 통계적으로 유의한 상관관계가 있었으나($p < 0.001$), 우울이나 사회적 활동량과는 유의한 상관관계를 보이지 않았으므로 퇴원후 신체적 적응수준은 심리적, 사회적 적응수준과 상관관계가 없었음을 의미하였다.

한편, 우울정도는 사회적 적응수준인 사회적 활동량과 역상관계가 있었으며 이는 통계적으로 유의한 수준이 있으므로($p < 0.016$) 우울정도가 높을수록 사회적 활동량

Table 1-1. Mean Score Differences Between 1st and 2nd Observation

Variables	1st	2nd	Difference				
	Observation	Observation	\bar{X}	S.E.	Min.	Max.	t.
A.D.L.	125.88	86.38	-39.00	7.700	-128	118.0	5.06*
Physical Function	5.90	3.46	-2.44	0.552	-12	5.0	4.69*
Perceived disability effect	4.90	3.88	-0.21	0.861	2.0	5.0	0.24
Total HRH	110.60	111.53	0.93	3.060	-46.0	69.0	0.30
Total PSS	138.88	125.72	-1.12	1.869	-36.0	34.0	0.30

* $p < .01$

S.E. : Standard error, HRH : Health Related Hardiness, PSS : Perceived Social Support

Table 1-2. Mean Score of Depression and Social Activities at 2nd Observation

Variables	\bar{X}	S.E.	Min.	Max.	Possible maximum score
Depression	44.95	1.71	25.0	72.0	80.0
Social activities	8.67	1.22	0.0	36.0	76.0

Table 1-3. Correlation Coefficients among Difference of Activities of Daily Living, Differences of Physical Functions, Depression and Social Activities.

Variable	Difference of ADL	Difference of Physical functions	Depression	Social activities
Difference of ADL	1.000	0.4865 (0.001)*	0.2178 (0.081)	-9.1626 (0.149)
Difference of physical functions		1.000	0.0024 (0.494)	0.0449 (0.388)
Depression			1.000	-0.3282 (0.016)*
Social activities				1.000

* : $p < 0.05$

이 저하됨을 나타내었다.

3. 퇴원후 적응 수준과 관련요인과의 관계 분석

1) 편마비 장애 지각과 퇴원후 적응수준과의관계(Table 2-1, 2-2)

편마비 환자가 퇴원후에 지각한 편마비 장애정도는 일상생활 동작 의존도나 신체기능 변화와는 통계적으로 유의한 상관관계가 없었으나 우울과는 통계적으로 유의한 정상관계를 보이고 있으며(p=0.003), 사회적 활동량과도 의미있는 역상관관계가 있었다(p=0.001). 즉, 편마비 장애에 대한 지각정도가 심할수록 심리사회적 적응수준이 낮게 나타났다(Table 2-1).

이런 결과에 따라 「편마비 환자가 지각한 장애정도는 편마비 환자의 적응수준과 관계가 있을 것이다」라는 가설에 대하여 편마비 환자가 지각한 장애정도는 신체적 적응수준과는 무관하지만 사회심리적 적응수준과는 관계가 있는 것으로 검증되었다.

한편, 뇌손상부위(hemiplegic region)나 편마비 위치(hemiplegic side)는 퇴원후 적응수준에 대하여 유의한 상관관계를 나타내지 않았다(Table 2-2).

2) 편마비 환자의 외적 조건요인과 퇴원후 적응수준과의 관계(Table 3-1, 3-2).

편마비 환자의 인구사회학적 세요인 중에서 퇴원후 적응수준과 통계적으로 유의한 상관관계가 있는 것은 교육정도와 성별이었다(Table 3-1). 즉, 교육정도가 높을수록 일상생활 동작의존도가 저하 되었으며(p=0.01) 신체기능이 양호하게 변화되었고(p=0.001), 교육정도가 높을수록 우울정도가 낮았고, 성별에 따라 여자가 남자보다 퇴원후 일상생활 동작의존도가 저하되었고 신체기능변화가 양호하여 여자가 남자보다 신체적 적응수준이 더 높았다. 한편, 편마비 환자의 연령, 결혼상태와 직업은 신체적, 심리사회적 적응수준과는 관계가 없었다(Table 3-2).

이러한 연구결과로 보아 「편마비 환자의 외적조건요인이 퇴원후 적응수준과 관계가 있을 것이다」라는 가설은 편마비 환자의 교육정도가 신체적 적응 및 심리적 적응수준과 관계가 있었으나 사회적 적응수준과는 무관한 것으로 나타났고 편마비 환자의 성별은 신체적 적응수준과 관계가 있는 것으로 검증되었다.

3) 편마비 환자의 내적 매개요인과 퇴원후 적응수준과

Table 2-1. Correlation Coefficients of Perceived Disability Effect with Dependent Variables

Variable	Difference of ADL	Difference of physical functions	Depression	Social activities
Perceived disability effect(\bar{X} =3.88)	0.071 (0.482)	0.1224 (0.210)	0.4153 (0.003)*	-0.4473 (0.001)*

*: p<0.05

Table 2-2. ANOVA Table of Hemiplegic Conditions and Dependent Variables

Variables	N (TN : 43)	Difference of ADL		Difference of physical functions		Depression		Social activities	
		\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.
Hemiplegic region									
Putamen / thalamic	22	-55.37	37.58	-3.77	4.27	46.13	12.59	8.55	7.10
Pons	4	-14.75	18.24	0.25	2.63	51.25	11.47	2.75	3.20
Cerebrum	12	-22.58	55.46	-1.67	1.97	41.83	10.69	12.16	10.43
Other	3	-72.33	38.99	-0.33	2.08	42.00	5.56	5.60	3.51
	F	2.582		2.388		0.837		1.669	
	P	(0.068)		(0.084)		(0.482)		(0.190)	
Hemiplegic side									
Right	27	-41.89	38.80	-2.18	3.74	44.96	12.07	8.56	8.16
Left	16	-34.13	67.00	-2.87	3.48	44.93	10.12	8.87	8.07
	F	0.233		0.359		0.001		0.016	
	P	(0.631)		(0.552)		(0.991)		(0.901)	

Table 3-1. Correlation Coefficients of External Conditioning Variables with Dependent Variables

Variables	TN=43		Difference of ADL	Difference of physical function	Depression		Social activities	
	\bar{X}	Range			\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.
Age	55	21-77	0.0198 (0.450)	-0.2108 (0.700)	0.0455 (0.336)	0.0778 (0.310)		
Education	10	0-18	0.3343 (0.015)*	0.4560 (0.001)**	-0.4935 (0.001)**	0.1299 (0.206)		

*: p<0.05 **: p<0.001

Table 3-2. ANOVA Table of External Conditioning Variables and Dependent Variables

Variables	N	Difference of ADL		Difference of physical Function		Depression		Social activities	
		(TN: 43) \bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.
Sex Male	30	-27.87	50.72	-1.73	3.09	42.93	8.03	7.87	8.03
Female	13	-64.69	41.01	-4.08	4.31	49.62	12.87	10.53	8.02
	F	0.532		0.407		0.339		0.100	
	P	(0.050)*		(0.050)*		(0.072)		(0.322)	
Marital status									
Single	2	-50.50	13.43	0.00	2.82	39.00	2.82	5.50	4.94
Married	38	-36.58	52.35	-2.23	3.39	45.18	11.35	8.37	8.09
Others	3	-62.00	41.33	-6.67	5.03	46.00	14.79	14.67	8.08
	F	0.395		0.277		0.292		1.020	
	P	(0.676)		(0.074)		(0.748)		(0.369)	
Occupation									
Public officer	4	-25.50	50.20	-2.25	3.52	42.75	16.27	5.00	1.41
Employee	11	-34.00	49.67	-1.64	3.90	44.90	11.89	6.63	51.07
Owner	15	-32.50	45.02	-3.5	4.51	45.60	10.00	9.26	9.49
None	13	-57.15	0.71	-2.30	3.47	44.92	11.74	10.84	8.04
	F	0.647		0.290		0.844		0.566	
	P	(0.665)		(0.915)		(0.572)		(0.725)	

*: p<0.05

의 관계.

(1) 강인성과 적응수준과의 관계

편마비 환자의 강인성은 신체기능 변화와 통계적으로 유의한 관계가 있으며(p=0.03), 일상생활 동작의존도의 변화와는 통계적 유의성에 접근하여(p=0.06) 강인성은 신체적 적응과 관계있는 요인으로 나타났으므로 강인성이 높을수록 신체적 적응수준이 양호함을 알 수 있었다. 강인성은 우울과는 통계적으로 유의한 상관관계가 없었으나 사회적 활동량과는 통계적으로 유의한 관계가 있으므로(p=0.02) 강인성이 높을수록 사회적 적응수준이 양호함을 의미하였다.

이와같은 결과로 「편마비 환자의 강인성은 퇴원후 적응수준과 관계가 있을 것이다」라는 가설에 대하여 강인성은 신체적 적응수준과 사회적 적응수준과는 관계가 있었으나 심리적 적응수준과는 관계가 없는 것으로

검증되었다.

한편, 강인성의 3가지 부개념들과 4가지 적응수준간의 상관관계에 있어서 통제성과 도전성은 신체적, 사회적 적응수준과 관계가 있었고 자기투입성은 신체적 적응수준과 관계가 있었다. 그러나 3가지 부개념 모두 우울과는 유의한 상관관계를 보이지 않았다(Table 4-1).

(2) 사회적 지지에 대한 지각과 퇴원후 적응수준과의 관계(Table 4-2).

편마비 환자가 지각한 사회적 지지는 편마비 환자의 퇴원후 일상생활 동작 의존도의 변화(p=0.437)나 신체기능 변화(p=0.172)와 통계적으로 유의한 상관관계가 없었으나 사회적 지지의 지각정도와 사회적 지지의 부개념인 소속감 지지는 우울정도와 통계적으로 유의하게 역상관 관계가 있어서(p=0.030, p=0.00) 사회적 지지의 지각정도가 높을수록 우울정도가 낮았다.

또한 사회적 지지에 대한 지각은 사회적 활동량과 역상관 관계가 있었으며 ($p=0.002$) 이는 지각된 사회적 지지정도가 높을수록 사회적 활동량이 많았음을 의미한다. 그리고 사회적 활동량과 관련있는 사회적 지지의 부개념은 평가적 지지($p=0.015$), 소속감 지지($p=0.005$), 도구적 지지($p=0.048$), 자존감 지지($p=0.001$) 등 4가지 모두 이었다. 이런 점으로 보아 사회적 지지에 대한 지각정도는 전체 개념으로나 부개념 모두 사회적 활동량과 의미있는 관계를 보이고 있었다(Table 4-2). 이와 같은 연구결과에 의하면 「편마비 환자가 지각한

사회적 지지정도는 퇴원후 적응수준과 관계가 있을 것이다」라는 가설에 대하여 사회적 지지의 지각정도는 신체적 적응수준과는 관계가 없었으나 심리사회적 적응수준과는 관계가 있는 것으로 검증되었다.

(3) 편마비 환자의 강인성과 사회적 지지의 지각정도 간의 상관관계(Table 4-3).

강인성과 사회적 지지에 대한 지각정도는 통계적으로 유의한 상관 관계가 있어서($p=0.014$) 강인성이 높을수록 사회적 지지를 지각하는 정도가 높음을 의미한다.

강인성과 지각된 사회적 지지의 부개념들간의 관계

Table 4-1. Correlation Coefficients of Health Related Hardiness with Dependent Variables

	Difference of ADL	Difference of physical function	Depression	Social Activities
Total HRH	-0.2240 (0.064)**	-0.2857 (0.032)*	0.0408 (0.397)	-0.3032 (0.024)*
Commitment	-0.2002 (0.009)*	-0.1212 (0.219)	-0.0222 (0.444)	-0.1875 (0.114)
Challenge	-0.1207 (0.209)	-0.2432 (0.050)	-0.0538 (0.366)	-0.2358 (0.061)**
Control	-0.2527 (0.050)*	-0.3401 (0.013)*	0.0579 (0.356)	-0.3420 (0.012)**

* : $p<0.05$
** : P =marginal effect

Table 4-2. Correlation Coefficients of Perceived Social Support with Dependent Variables.

PSS	Difference of ADL	Difference of Physical function	Depression	Social Activities
Total PSS	-0.0357 (0.410)	0.0227 (0.442)	-0.2900 (0.030)*	0.4292 (0.002)*
Belonging	-0.0318 (0.420)	-0.0657 (0.338)	-0.3617 (0.009)*	0.3919 (0.005)**
Tangible	-0.0591 (0.353)	-0.0175 (0.456)	-0.1453 (0.176)	0.2565 (0.001)**
Self Esteem	-0.0903 (0.282)	-0.0978 (0.266)	-0.2226 (0.076)	0.4472 (0.001)**
Appraisal	-0.0248 (0.437)	-0.1478 (0.172)	-0.2092 (0.089)	0.3305 (0.015)*

* : $p<0.05$ ** : $P<0.005$

분석한 결과 강인성중에서 통제성은 지각된 사회적 지지의 정도와($p=0.11$) 사회적 지지의 부개념인 소속감 지지($p=0.02$), 도구적 지지(tangible support $p=0.01$), 자존감 지지($p=0.02$)와 모두 통계적으로 유의한 상관관계가 있었으며 자기투입성은 사회적 지지의 지각정도($p=0$

.01)와 사회적 지지의 부개념인 평가적 지지(appraisal, $p=0.02$), 소속감 지지($p=0.04$)와 통계적으로 유의한 상관관계가 있었으며 도전성은 자존감($p=0.04$) 지지와 유의한 상관관계가 있었다. 그리고 강인성은 지각된 사회적 지지의 부개념인 평가적 지지($p=0.03$), 소속감 지지

(p=0.04), 도구적 지지(p=0.06), 자존감 지지(p=0.

02) 모두와 통계적으로 유의한 상관관계를 나타내었다.

Table 4-3. Correlation Coefficients of Health Related Hardiness and Perceived Social Support

	Appraisal	Belonging	Tangible	Self esteem	TPSS
THRH	-0.2769 (0.036)*	-0.2574 (0.048)*	-0.2727 (0.038)*	-0.3100 (0.022)*	-0.3348 (0.014)*
Commitment	-0.3078 (0.022)*	-0.2649 (0.043)*	-0.2367 (0.063)	-0.2432 (0.058)	-0.3218 (0.018)*
Challenge	-0.1994 (0.100)	-0.1017 (0.258)	-0.1368 (0.191)	-0.2700 (0.040)*	-0.2900 (0.089)
Control	-0.2380 (0.062)	-0.3051 (0.023)	-0.3269 (0.016)*	-0.2923 (0.029)*	-0.3470 (0.011)*

TPSS : Total Perceived Social Support, THRH : Total Health Related Hardiness

* : p<0.05

1. 퇴원후 적응수준에 대한 제 변인과의 단계적 중다회귀 분석

1) 신체적 적응수준에 대하여

① 일상생활 동작 의존도 변화와 제변인과의 중다회귀 분석(Table 5-1).

일상생활 동작 의존도의 변화에 대한 주요 예측인자는 성별로 11.6%를 설명하고 있었고, 강인성의 부개념인 자존감 지지, 연령, 결혼상태에 사용한 두번째 dummy 변수를 모두 포함하면 25.9%를 설명하고 있다. 이를 다원분석한 결과 p<0.05로 통계적으로 유의한 수준이었다(Table 5-2).

② 신체기능의 변화와 제변인과의 중다회귀 분석 (Table 5-3).

신체기능의 변화에 영향을 주는 주요 설명인자는 교육으로 20.7%를 설명하고 있었고 강인성의 부개념인 통제성, 소속감 지지의 지각정도, 직업에 사용된 첫번째 dummy 변수, 성별, 직업에 사용된 세번째와 두번째 dummy 변수, 결혼상태에 사용된 첫번째 dummy 변수, 편마비 장애를 지각한 정도, 강인성중의 부개념인 도전성, 연령, 강인성의 부개념인 자기투입성을 모두 포함해서 46.9%를 설명하고 있다. 이를 다원분석한 결과 p<0.05로 유의하였다(Table 5-4).

2) 심리적 적응 수준에 대하여(Table 5-5).

퇴원후 심리적 적응수준인 우울정도에 영향을 주는 주요 설명인자는 교육이 24.3%를 설명하고 있으며 편마비 장애지각정도, 소속감 지지의 지각, 강인성의 자기투

Table 5-1. Summary Table of Regression Analysis of Difference of Activities of Daily Living with Independent Variables

Variable	Multiple R	R Square	Beta	F
Sex	0.33824	0.11441	-0.33824	5.16716
Control	0.44545	0.19842	-0.25556	4.82706
Self esteem	0.48747	0.23763	-0.09457	3.94813
Age	0.50122	0.25122	0.01704	3.10339
D Marital status 2	0.50917	0.25295	-0.13261	2.51994

Table 5-2. Regression ANOVA of Table 5-1.

Analysis of variance	df	Sum of squares	Mean square	F
Regression	5	27746,10660	5549,22120	2.51994
Residual	33	79276,37019	2202,12139	p<0.05

Table 5-3. Summary Table of Regression Analysis of Differences of Physical Functions with Independent Variables

Variable	Multiple R	R Square	Bata	F
Education	0.45630	0.20797	0.45603	10.50291
Control	0.51096	0.26080	-0.33935	6.37997
Belonging	0.53113	0.33771	-0.06770	6.45887
D Job 1	0.60101	0.36121	0.01601	5.23059
Sex	0.61934	0.38358	-0.30490	4.48036
D Job 3	0.63545	0.40379	-0.15885	3.95074
D Job 2	0.66849	0.44688	0.13037	3.92414
D Marital status	0.70191	0.15001	0.34869	3.89496
P.D. effect	0.67789	0.45954	-0.02374	3.02314
Challenge	0.68222	0.46542	0.24238	2.69393
Age	0.68519	0.46948	-0.20950	2.41352
Commitment	0.68535	0.46971	-0.12097	2.14055

Table 5-4. Regression ANOVA of Table 5-3

Analysis of variance	df	Sum of squares	Mean square	F
Regression	12	258.47205	-21.53934	2.14055
Residual	29	291.81366	10.06254	p<0.05

Table 5-5. Summary Table of Regression Analysis of Depression at 2nd Observation with Independent Variables

Variable	Multiple R	R Square	Bata	F
Education	0.49345	0.24350	-0.49345	12.87475
Perceived D. effect	0.57925	0.32827	0.41685	9.52960
Belonging	0.59108	0.34938	-0.36074	6.80191
Commitment	0.61304	0.37581	-0.02249	5.56931
D Marital status 2	0.62893	0.39556	0.05585	4.71183
Age	0.64812	0.42065	0.04243	3.86186
Tangible	0.66553	0.94292	-0.14574	3.47811
Appraisal	0.67636	0.45746	-0.20760	3.86186
Challenge	0.68304	0.46658	-0.05258	3.10961
D Job 1	0.68661	0.47143	-0.06231	2.76487
Control	0.69126	0.47784	0.05582	2.49577
D Job 3	0.69589	0.48426	-0.04618	2.26915
D Job 2	0.70309	0.49434	-0.00023	2.10561

입성, 결혼에 사용된 두번째 dummy 변수, 도구적 지지, 평가적 지지의 지각, 강인성중의 도전성, 직업에 사용된 첫번째 변수, 통제성, 직업에 사용된 세번째와 두번째

dummy 변수를 모두 포함하면 49.4%의 설명력이 있었다. 이를 다원분식한 결과 p<0.05로 통계적으로 유의하였다(Table 5-6).

Table 5-6. Regression ANOVA of Table 5-5

Analysis of variance	df	Sum of squares	Mean square	F
Regression	13	2613.87242	201.06711	2.10561
Residual	20	2673.74663	95.49095	p<0.05

3) 사회적 적응수준에 대하여(Table 5-7).
 퇴원후 사회적 활동 정도에 영향을 주는 설명인자는 사회적 지지의 부개념인 자존감 지지에 대한 지각정도가 20.4% 설명하고 있으며 편마비 장애지각정도, 강인성의 통제성, 결혼항목의 두번째와 첫번째 dummy 변수, 강인

성의 자기투입성, 소속감 지지의 지각, 직업항목의 첫번째와 세번째 dummy 변수, 성별, 도구적 지지의 지각, 직업항목의 두번째 dummy 변수를 모두 포함하면 47.6%의 설명력이 있었다. 이를 다원분석한 결과 $p < 0.05$ 로 유의하였다(Table 5-8).

Table 5-7. Summary Table of Regression Analysis of Social Activities at 2nd Observation with Independent Variables.

Variable	Multiple R	R Square	Bata	F
Self esteem	0.46952	0.22045	0.46952	11.31171
Perceived D. effect	0.54616	0.29829	-0.43739	8.28939
Control	0.57832	0.33446	-0.33628	6.36546
D. Marital status 2	0.59769	0.35723	-0.10087	5.14085
D. Marital status 1	0.63318	0.40092	-0.09270	4.31846
Commitment	0.64929	0.42157	-0.18768	4.25146
Belonging	0.66121	0.43720	0.38701	3.77321
D Job 1	0.66471	0.44184	-0.15483	3.26533
D Job 2	0.66817	0.44646	-0.16216	2.36772
Sex	0.67569	0.45665	-0.12985	2.60432
Tangible	0.68470	0.46882	-0.14501	2.40706
D Job 3	0.69026	0.47646	-0.25967	2.19933

Table 5-8. Regression ANOVA of Table 5-7.

Analysis of variance	df	Sum of squares	Mean square	F
Regression	12	1275.24480	106.27040	2.19938
Residual	29	1401.23139	48.31832	$p < 0.05$

5. 연구결과 요약

이상의 연구결과에서 나타난 독립변수, 매개변수 및 종속변수간의 관계를 요약하면 표1과 같다.

표1 : 연구결과에 의한 변수간의 관계 요약

독립 및 매개 변수	종속변수	신체적 적응수준		심리적 적응수준	사회적 적응수준
		일상생활 동작의존도	신체기능	우울성도	사회적 환경감
독립변수 : 초점자극 편마비 장애지각		.	.	+	-**
매개변수 : 연관자극 외적조건요인 : 인구학적 요인					
성	+	-	.	.	.
별
교	+	+	-	.	.
육
연
령
결혼상태
직
업
매개변수 : 잔여자극 내적 매개요인 : 강인성		****	-*	.	-*
통	-*	-*	.	.	-*
세	-*
심
자기투입성	-*
도	.	-*	.	.	****
전
성
사회적 지지의 지각		.	.	-*	+
평가적 지지	+
소속감 지지	.	.	.	-*	+
도구적 지지	+
자존적 지지	+

*p<0.05 **p<0.001 ****Marginal effect

+ 정적관계 - 부정관계 . 관계없음

해석상 참고사항 :

- (1) 강인성은 점수가 낮을수록 강인성향이 있다.
- (2) 신체적 적응의 일상생활 동작의존도와 신체기능 점수가 낮을수록 적응수준이 양호하다.

V. 논 의

1. 편마비 환자의 퇴원후 적응 상태

1) 퇴원전과 퇴원후의 적응 수준

편마비 환자의 퇴원후 3개월경의 일상생활 동작 의존도와 신체기능 정도는 통계적으로 유의한 수준에서 향상되었으나 아직도 ADL의존도가 약 43.9%이고 신체적 기능장애도 28.1%가 남아 있는 상태이므로 편마비 환자와 같은 기능장애의 기동성 장애 간호진단에 대하여 적절한 연계적 간호중재의 필요성을 사실적으로 시사하고 있다. 특히, 편마비 환자는 퇴원후 6개월까지 계속적으로 기능이 향상되었다는 문헌(Lehmann, Delateur & Fowler, 1975; Granger & Greer 1976; Carey & Posavac, 1982)에 따라 가족간호나 또는 가정방문 간호

를 통한 주후간호의 제도적 장치가 요구됨을 시사하고 있다.

한편, 뇌졸중 환자의 신체적 기능회복이 자연적 결과인가 아니면 치료적 결과인가에 대한 논란이 많으나(Lehmann et al, 1978), Prescott 등(1982)은 기능회복이 본질적이라 하더라도 인간을 대상으로 재활 치료의 효과를 실험적으로 연구할 수 없는 윤리성 때문에 어떤 경우든지 치료와 간호를 통해 개인의 자원이 모두 회복된다는 가정이 필요하다고 한 점으로 보아 뇌졸중 환자의 퇴원후 신체의 회복을 위한 계속적인 간호가 요구된다.

한편, 편마비 환자는 퇴원후 3개월에 편마비 상해부 지각하는 정도나 강인성 및 사회적 지지에 대한 지각 정도가 변하지 않은 것은 3개월 동안에 특별한 인지적, 심리적 치료나 간호가 없었던 상황이었기 때문으로 반년 될 수 있거나 또는 3개월이라는 퇴원전과 후의 기간이

심리적 변화가 욕수 있을만큼 충분한 기간이 아니었다고도 볼 수 있으므로 이점에 대한 계속적인 연구가 필요하다.

한편 퇴원후 3개월의 심리적 적응상태인 우울정도는 Zung의 우울척도에 의하면 평균 44.95점으로 나타났으며 이는 정상범위내의 우울정도의 의미를 가지고 있다. 이러한 결과를 국내의 암환자 간호 연구에서 나타난 우울정도와 비교할 때 업(1986)이 보고한 40.62보다 높았고 태(1985)의 45.44 점과는 비슷한 양상을 보이고 있다. 이로써 편마비 환자가 퇴원후 3개월에 지각하는 우울정도는 암환자의 우울정도 보다 높거나 비슷한 수준임을 파악할 수 있었으므로 편마비 환자의 우울문제에 대한 정서적 간호관리가 암환자 간호에서의 정서관리만큼 중요하다고 하겠다.

또한 사회적 적응 수준인 사회적 활동량 정도는 가능한 최대 활동량의 약 11.8%에 해당하는 매우 저조한 상태이었으므로 편마비 환자의 실제적인 재활을 위해서는 보다 적극적으로 사회적 활동에 참여할 수 있도록 격려하고 강화시킬 수 있는 간호방법을 적용해야 할 것이다.

2) 신체적, 심리적, 사회적 적응수준간의 상관관계

신체적 적응수준을 사정하기 위한 일상생활 동작의 의존도와 신체기능장애 정도의 사정내용은 유의한 상관관계가 있었으므로 퇴원후의 적응상태나 재활상태를 사정하기 위한 목적이라면 실제적인 기능상태를 파악할 수 있는 일상생활기능 정도사정을 신체적 적응수준의 기준으로 선택함이 타당하다고 보겠다.

편마비 환자의 신체적 적응수준은 우울이나 사회적 활동량 정도와 유의한 상관관계가 없었던 점으로 보아 신체적으로 기능이 향상되었다 하더라도 우울정도가 저하 되었거나 사회적 활동 정도가 증가 되었다고 말할 수는 없었다.

이러한 결과는 Shontz(1978)와 AhLsiöd(1982)이 일상생활 동작을 위한 기능이 향상되어도 심리적 반응에는 영향을 미치지 못했다고 한 점과 일치하고 있다. 그러므로 퇴원후 편마비 환자에 대한 연계 간호에 있어서 신체적 간호는 물론 심리적 간호가 병합되어야 할 것을 논할 수 있다.

한편 우울정도는 사회적 활동량 정도와 역상관 관계가 있어서 우울 정도가 심할수록 사회적 활동량이 저하 되었으므로 심리적 안정이 사회적 재 적응의 주요요소이며, 또한 사회적 활동량을 많이 할수록 심리적으로 안정

될 수 있다고 추론 할 수 있다. 따라서 편마비 환자의 실제적인 재활간호에서 우울에 대한 심리간호와 지지가 더욱 강조되어야 할뿐만 아니라 사회적 활동정도를 강화시킬 수 있는 가족 및 사회의 노력이 필요하다고 보겠다.

퇴원후 편마비 환자에 대한 재활간호를 구체적으로 계획하기 위해서는 Albercht & Higgins(1979)가 언급한 바와 같이 신체적 적응상태는 물론 우울이나 사회적 활동정도와 같은 사회 심리적 적응상태를 사정하고 그 결과에 따라 전인적인 차원에서 간호를 계획할 필요가 있다고 보겠다.

2. 편마비 환자의 퇴원후 적응수준과 관련요인

1) 편마비 장애의 지각정도(촉점자극)와 적응 수준과의 관계

편마비 환자가 지각한 불편함 정도는 신체적 적응수준과 유의한 상관관계가 없었으나 심리사회적 적응수준과는 유의한 상관관계가 있었다는 점으로 보아 편마비 장애를 지각한 정도는 신체적 적응수준에 대한 관련요인은 아니었으나 심리적, 사회적 적응수준에 대한 관련요인으로 나타났다.

이러한 결과는 스트레스원에 대한 개인적 지각은 스트레스원의 속성만큼 중요하게 심리적 적응과 관련된다고 한 Pollock(1984b)의 진술과 일치하였고 김(1987)이 스트레스 인지과정에서 개인의 지각이나 인지는 심리적 부적응문제인 우울에 대한 영향요인 이었다고 한 점과도 일치하므로 편마비 환자의 간호에 있어서 편마비환자의 신체적 불편함이라는 스트레스원에 대한 지각 및 인지상태를 평가하고 조정할 필요가 있다고 본다.

한편, 편마비의 손상부위는 퇴원후 신체적, 심리적, 사회적 적응수준과 관계가 없었는데 이는 본 연구대상자의 약 1/2이상이 피각부(putaminal)와 시상부의 출혈환자였고 의식수준이 분명하고 합병증이 없는 환자로 제한하였기 때문이었으므로 이 결과를 일반화 할 수는 없다.

편마비 위치도 신체적 적응이나 우울정도, 사회적 활동량과 유의한 상관관계가 없었는데 이는 Coughlan & Humphrey(1982)가 편마비 환자의 위치는 일상생활 동작 수행정도에 대한 예측인자가 아니라고 한 점과 일치되고 있으나 이 결과 역시 연구대상선정의 기준 제한 때문이므로 일반화 할 수는 없다.

2) 편마비환자의 외적 조건요인과 적응수준과의 관계
편마비 환자의 퇴원후 적응수준과 편마비 환자의 성별, 결혼상태, 직업, 연령, 교육정도와의 관계를 분석한 결과, 성별은 일상생활동작 의존도변화($p=0.02$) 및 신체기능변화($p=0.05$)와 유의한 수준에서 관계가 있었고 교육정도는 일상생활동작 의존도의 변화($p=0.01$)나 신체기능변화($p=0.001$), 우울($p=0.001$)과 통계적으로 유의한 관계를 보이고 있었으나 연령, 결혼상태, 직업은 퇴원후 적응수준과 유의한 관계가 없었다.

성별에 따라 여자가 남자보다 일상생활동작 의존도 변화나 신체기능의 변화가 많았는데 이는 여자인 경우가 업무를 통한 일상생활 동작의 수행량이 많았던 반면 남자 환자인 경우에는 배우자가 일상생활 활동을 돕보아 수 있을 것이라고 해석되므로 특히 남자인 경우에는 가정내에서 할 수 있는 일과 활동에 직접 참여하도록 권유하여 일상생활동작 기능과 신체기능을 향상시킬 수 있도록 간호를 계획해야 할 것이다.

편마비 환자의 연령은 일상생활동작 의존도나 신체기능 변화와 상관관계가 없었는데, 이는 Wade, Skillbeck & Hewer(1983)나 Gorden & Drench(1978)가 편마비 환자에 있어서 일상생활 동작 기능은 연령이 많아짐에 따라 저하되었다는 보고와는 다르지만, Lehmann, Delateur & Fowler(1975)나 Andrew(1981)가 노화는 신체적 기능회복의 장애요인이 아니었다고 한 점과 Jimenez & Morgan(1979) 이 연령은 팔약근 수축과는 관계가 있었으나 기능향상과는 관계가 없었다고 한 점으로 보아 노화과정(aging)이 신체적 기능의 회복 정도에 대한 절대적인 예측인자가 아니라는 점을 인정할 수 있다. 본 연구대상 인구의 평균연령이 55세이었고 이중 40세 이상이 90% 정도 이었다는 점 때문에 이러한 결과를 일반화 할 수는 없겠다. 한편 편마비 환자의 나이 때문에 신체적 적응수준이 차이가 있었다고 말할 수는 없겠으나 편마비 환자의 결혼상태는 퇴원후 적응수준과 관계가 없었으며 이 결과는 Jimenez & Morgan(1979)의 연구와 일치하였으나 본 연구의 대상은 기혼자가 전체의 88%이었기 때문에 이 결과도 일반화 할 수 없다고 보겠다.

편마비 환자의 교육정도는 일상생활동작 의존도의 변화와 신체기능의 변화, 그리고 우울정도에 통계적으로 유의한 상관 관계를 나타내었는데($p=0.015, p=0.001, p=0.001$), 이러한 결과는 Lehmann, Delateur & Fowler(1975)가 노화(aging)는 신체기능의 회복정도와는 상관관계가 없었으나 교육은 정적인 상관관계가 있었

다고 한 점과 일치하였다. 즉, 지식 수준이 높으면 의도적으로 치료적 행위들이 이에게 친에 따라 일상생활 동작을 위한 행위의 수행능력이 더욱 잘 회복되었다고 말할 수 있으며 성가교육 정도가 높을수록 일상생활 동작과 신체기능 회복을 위한 독자적인 실천력이 있다고 보므로 편마비 환자의 재활과정에 있어서 환자의 지식 수준향상과 신장행위 수행을 활성화하기 위하여 신장교육이나 상담을 지식 수준향상을 위한 상호를 적용하여 인지적 능력을 고취시킬 필요가 있다고 사려된다.

3) 편마비 환자의 내적 매개요인과 퇴원후 적응수준과의 관계

(1) 강인성과 적응수준과의 관계

편마비 환자의 강인성의 정도는 극단적이기 보다는 보통성노이거나 다소 적극적인 강인이었으나 국내에서 정상인의 강인성에 대한 연구가 없기 때문에 이 편마비 환자의 강인성 정도를 일반화 할 수는 없다. 그러나 편마비라는 특수한 신체적 제한을 가진 사람에 있어서는 스트레스가 많은 장기적 재활과정에 적응하기 위해서 본인의 강력한 의지가 요구되는바 강인성 훈련과 같은 상호방법으로 보다 적극적인 태도를 함양하도록 계획할 필요가 있다고 사려된다.

편마비 환자의 강인성은 3개월이라는 시차에 따라 변하지 않았는데 이는 본 연구기간중 연구대상자에게 어떠한 간호중재도 투입하지 않았기 때문이라고 해석할 수 있으나 시차에 따른 강인성의 가변성 여부를 파악하기 위하여서는 강인성을 강화시킬 수 있는 심리적 간호나 인지적 자원의 상호중재의 효과에 대한 실험적 연구가 필요하다고 보겠다.

편마비 환자에 있어서 강인성이 높을수록 신체기능이 의미있게 향상되는 경향을 보이고 있었으며 일상생활동작 의존도와는 유의도가 근사치로($p=0.06$) 접근한 점으로 보아 강인성이 신체적 적응수준과 상관관계가 있으며 사회적 적응수준인 사회적 활동량과도 유의한 상관관계가 있으므로 강인성을 활동지향적인 성격적 요소라고 할 수 있다. 또한 강인성중에서 특히 통제성은 신체적 적응과 사회적 적응과도 유의한 상관관계가 있었고 자기 투입성은 일상생활 동작 의존도와 상관관계가 있었고 도전성은 신체기능향상과 의미 있는 관계를 나타내었으며 사회적 활동정도와는 근사치로 상관관계를 보이고 있었다.

이러한 결과로 보아 강인성의 부개념들 중에서는 통제성은 편마비 환자의 적응수준을 실험함에 있어서 강인성

자체를 가장 잘 반영하는 개념이라고 할 수 있겠다.

Kobasa, Maddi & Pucetti(1985) 등이 강인성은 외부적 자극이나 영향을 잠정적으로 변형시킬 수 있는 변수 중의 하나라고 한점과 생체행위 연구에 있어서 중재물 통해 변형시킬 수 있는 변수를 파악하는 것이 치료와 간호의 방향모색에 도움이 될 것이라고 언급한 점에 근거하여 강인성은 행위측면에 관계가 있다고 본 연구의 결과를 종합할 때 만성질환자의 간호에 있어서 성격적 훈련이나 환경적(milieu) 치료를 통하여 강인성을 높일 수 있을 때 적응상태가 더욱 긍정적일 수 있을 것이라는 가능성을 시사할 수 있다. 이와 같은 가능성은 Granger & Greer(1976)의 연구나 Wallston, Maides & Wallston(1976) 연구에서도 제시되고 있다. 특히 Kobasa, Maddi & Pucetti(1985)가 강인성은 건강행위를 실천한다든지 사회적 지지를 활용하려는 행동적 측면에서 스트레스를 견디어 내는 매개인자라고 한점과 Hyman(1972)이 심리 사회적 변수와 행위는 긍정적 관계가 있다고 언급한 점으로 보아 스트레스 적응과정에서 심리적 자원을 이용한 간호방법의 접근이 가능함을 시사하고 있다.

② 사회적 지지의 지각 정도와 적응수준과의 관계

본 연구에서 사회적 지지의 지각 정도나 사회적 지지의 4가지 부개념 지각 정도는 일상생활 동작 의존도나 신체기능의 향상과는 통계적으로 유의한 관계가 없었다. 그러나 우울 정도는 사회적 지지의 지각 정도($p=0.03$)와 사회적 지지의 부개념인 소속감 지지($p=0.009$)에 대한 지각과 통계적으로 유의한 관계가 있었다. 사회적 활동 정도는 사회적 지지의 지각과 유의한 관계를 보일 뿐 아니라($p=0.02$), 사회적 지지의 부개념인 평가적 지지, 소속감 지지, 도구적 지지, 자존감 지지에 대한 지각 정도와는 $p<0.05$ 수준으로 유의한 관계를 보이고 있는 점으로 보아 사회적 지지에 대한 지각 정도가 사회적 적응의 관련요인이라고 할 수 있다.

이러한 결과는 사회적 지지가 심리적 스트레스에 대하여 완충기능이 있었다는 연구들과 일치하고 있으며(Holahan & Moos, 1981) 특히 대인관계적 지지에 대한 지각이 정서적, 심리 사회적 스트레스를 완화한다는 연구들과(Cohen & Hoberman, 1983; Cohen & Wills, 1985) 일치 하였고, Hyman(1972), Cluff & Cluff(1983) 나 Friedman 등(1984)이 대인관계 지지를 지각하는 정도가 재활적응 과정에서 불안과 우울을 완화시키며 적응과정을 돕는다고 한 점들과 일치화되고 있다. 또한 Albrecht & Higgins(1977)는 편마비 환자에 있어서 대인관계적 지지는 가장 효과적인 적응촉진 요인이므로

가족, 의료인 등 주변 사람들이 질적으로 의미있게 지지할 때 환자들은 더욱 사회적 지지를 지각하게 되므로 적응이 향진될 것이라고 하였다.

사회적 지지의 지각 정도가 신체기능의 향상과는 관련이 없었어도 우울 정도나 사회적 활동 정도와 정적인 상관관계를 보이고 있는 점으로 보아 사회적 지지에 대한 지각 정도가 높으면 신체적 적응보다는 심리 사회적 적응을 보다 더 잘 할 수 있을 것이라고 해석할 수 있다.

그러나 퇴원 후 3개월간 가정과 사회에서 지각하는 지지 정도가 높다 하여도 신체적 적응과는 상관관계가 없었다는 점으로 보아 기능장애자의 신체적 기능향상을 위해서는 신체적 치료 중재가 필요한 것으로 판단된다. 그리고 심리 사회적 적응에 있어서 사회적 지지 중 소속감 지지의 지각에 따라 우울의 정도가 다르고, 또 지각된 사회적 지지의 부개념들이 사회적 활동 정도와 관계가 있다는 점으로 볼 때 대인관계적 사회적 지지를 보다 더 강화하여 편마비 환자의 퇴원 후 심리 사회적 적응을 더욱 향진시킬 수 있을 것으로 보고 이를 추후 간호관리에 적용할 가치가 있다고 보겠다.

③ 강인성과 사회적 지지의 지각 정도간의 상관관계

편마비 환자의 강인성과 사회적 지지의 지각 정도는 유의한 상관관계가 있었고 부개념 간에도 부분적으로 유의한 상관관계를 보이고 있었다. 즉, 강인성이 높을수록 사회적 지지의 지각 정도나 사회적 지지의 부개념들에 대한 지각 정도가 높았다. 강인성 중에서 통계적 지각된 사회적 지지와 각 부개념들과 유의한 상관관계를 보였고 자가투입성은 사회적 지지의 지각 정도와 평가적 지지, 소속감 지지와 유의한 상관관계가 있었으나 도전성은 사회적 지지의 부개념인 자존감 지지와 유의한 상관관계를 보이고 있었다. 이러한 결과들은 Kobasa(1982b)가 강인성이 높은 사람은 사회적 지지 체계를 이용하는 내적 심리적 기능이 있다고 한 점과 일치하며 또한 Kobasa, Maddi & Pucetti 등(1985)이 지각된 사회적 지지에 강인성이 부가되면 일(작업)에 매우 큰 효과가 있었다는 점과 일치된다. 그러므로 편마비 환자와 같이 만성적 건강문제로 인한 스트레스에 직면하고 있는 환자 들의 적응을 도울 수 있는 간호중재 방법으로 강인성과 사회적 지지 개념을 통합하여 적용할 필요가 있다고 보겠다.

3. 편마비 환자의 퇴원 후 적응수준에 대한 설명 인자

편마비 환자의 퇴원 후 적응수준에 대한 주요 예측인자

로써 **알츠하이머** 등 **작과** **근동**의 **나이**에 **대하여** **신체력**이 **있는** **요인**은 **심혈**, **감각**의 **부개** **념** **증** **대** **인**, **사회** **적** **적** **응** **수** **준**의 **부개** **념** **적** **응** **수** **준**에 **대** **한** **지** **각** **과** **연** **관** **성**의 **차** **이**에 **대** **한** **설** **명** **요** **인**은 **교육** **과** **강** **인** **성**의 **통** **제** **성**, **사회** **적** **지** **지** **중** **서** **소** **속** **감** **지** **지** **등** **이** **었** **다**.

한편 우울에 대한 설명인자는 교육, 편마비 장애에 대한 지각정도, 소속감 지지에 대한 지각, 강인성의 부개념인 자기투입성등이며, 사회적 활동량의 정도에 대한 설명인자는 사회적 지지의 부개념인 자존감 지지에 대한 지각정도와 편마비 장애 지각정도 및 강인성중의 통제성 등이었다.

이상의 설명인자를 종합하면 편마비 환자의 퇴원후 적응수준을 향상시키고 돕기 위한 간호적응에 있어서 남성환자에게 가사역할을 재 분배한다든지, 교육성도가 낮은 환자에 대하여 이해력을 돕기 위한 구체적인 환자 교육 방법을 도입하거나 강인성을 높일 수 있는 훈련이나 자기주장 방법의 도입이 필요하며 사회적 지지에 있어서 환자가 지각할 수 있는 실제적인 지지간호의 적용이 요구된다.

IV. 결론 및 제언

본 연구의 목적은 서울시내 3개 대학병원의 편마비 환자 43명을 대상으로 퇴원후 3개월에 신체적, 심리적, 사회적으로 적응하는 수준을 파악하고 적응관련 요인을 탐색하여 퇴원후 추후 간호를 위한 기본 자료로 활용하기 위함이다.

본 연구의 이론적 배경의 기본모형은 스트레스 적응모형이며 이 모형의 구성개념에서 관계변수와 연구가설을 유도하였고 퇴원전과 퇴원후의 2차에 걸친 임상적 관찰과 면담을 통하여 자료를 수집하였으며 이불 일원분식과 상관관계 분석 및 중다회귀법으로 분석하였다.

스트레스 적응모형에서 퇴원후 편마비 환자의 적응수준은 촉진자극인 편마비 장애의 지각정도와 외적조건요인인 인구사회학적 변수와 적응에 대한 잔여자극이며 내적 매개 요인인 강인성과 사회적 지지에 대한 지각과 관계가 있을 것으로 보고 신체적, 심리적, 사회적 적응수준에 대한 관계분석을 통하여 얻어진 연구 결과에 따라 다음과 같은 결론을 얻었다.

1. 편마비 환자의 퇴원후 3개월경의 신체적 적응수준은 퇴원전 보다 의미있게 향상되었으나 일상생활동작의 의존도와 신체기능의 제한성이 잔존하는 수준이었고

이러한 적응수준이 외적조건요인과 관련 있는 것으로 보아 적응수준의 사회적으로 적응수준에 대한 설명인자를 종합하면 심리적, 심리적, 사회적 적응을 위해 도움을 필요로 하는 대상임을 확인할 수 있었으므로 이들을 위한 퇴원후 연계간호에 대하여 보다 적극적인 중재가 요망된다.

2. 편마비 환자의 퇴원후 적응관련 요인을 종합하면 신체적 적응수준에 대하여 설명, 교육성도, 강인성이 관련되어 있었으며 심리적 적응수준인 우울정도는 편마비 장애를 지각한 정도의 교육성도, 사회적 지지에 대한 지각정도와 상관관계가 있었고 사회적 적응수준은 편마비 장애에 대한 지각정도와 강인성과 사회적 지지에 대한 지각 정도와 상관관계가 있었다.

이러한 퇴원후 적응수준의 관련요인들을 본 연구의 개념틀에 의하여 해석하면, 편마비 위치는 설명의 자나 교육정도라는 외적조건외에는 편마비 장애를 스트레스로 지각한 정도와 적응과정의 내적 심리적 기능에 관련된 인지적 요인인 강인성과 사회적 지지에 대한 지각정도에 따라 적응수준에 차이가 있다고 하겠다.

그러므로 편마비 환자의 퇴원후 적응을 돕기 위한 간호의 방향은 설명에 따른 역할의 재 조성이나 환자교육을 통한 이해촉진을 도모함은 물론 편마비 환자가 퇴원하기전 강인성을 높일 수 있는 인성 훈련적 접근이나 편마비 장애를 지각하는 정도를 스스로 조성할 수 있는 자기 통제력의 강화와 사회적 지지를 더 높일 수 있는 환자나 보호자 대상의 지지간호 등 인지적 차원의 간호중재가 보다 구체적으로 적용되어야 할 것으로 요망된다.

3. 이상의 결론에서 나타난 바와 같이 본 연구의 의의는 퇴원후 3개월이 지난 편마비 환자의 적응수준을 파악하였다는 점과 적응수준에 관련된 요인과 적응수준에 대한 설명인자를 탐색하여 만성환자 간호에 대한 현실적인 목적설정과 방향모색을 제시하였다는 점이다.

위와 같은 연구결과와 결론을 근거로 다음과 같이 제언 하고자 한다.

1. 간호실부에 있어서 본 연구에서 탐색된 편마비 환자의 퇴원후 적응수준 관련요인을 간호과정에 적용할 때 다음과 같은 간호방향을 제시할 수 있다.

1) 편마비 환자는 설명에 따라 전통적으로 가사 업무량이 많은 여자의 경우 신체적 적응수준이 양호하였으므로

로 남자에게도 가사 임무에 적극 참여하도록 격려 하여 신체적 적응을 도울 수 있다.

2) 편마비 환자의 교육정도는 신체적, 심리적 적응을 촉진하는 요인이었으므로 질병과정이나 건강문제에 대한 이해심을 고취시키고 현실감을 수용하도록 돕기위한 환자 교육 간호가 필요하다.

3) 편마비 환자의 건강에 대한 강인성은 신체적, 사회적 적응과 관련된 행위 지향적 요인이었으므로 퇴원전에 강인성을 높일 수 있는 인성 훈련이나 상담등의 인지적 간호 중재가 강조될 필요가 있다.

4) 편마비 환자의 사회적 지지의 지각정도는 퇴원후 심리사회적 적응에 영향을 주는 요인이었으므로 가족, 친지 및 의료전문인의 보다 적극적이며 효과적인 지지간호가 요구된다.

2. 간호연구 측면에 있어서 스트레스 적응모형에서 건강에 대한 강인성 개념의 연구는 매우 초보적인 단계이므로 간호이론에의 적합성을 파악하기 위한 반복적 연구와 편마비 환자의 퇴원후 적응수준에 대한 동적이며 시차적인 변화를 파악하기 위한 지속적인 추후간호가 필요하다.

3. 간호교육 측면에 있어서 만성환자의 퇴원후 재활간호에 대한 교육내용으로 스트레스 적응모형의 도입과 만성환자의 퇴원후 적응행진을 목적으로 하는 인지적 간호중재의 개념과 방법에 대한 도입이 필요하다.

참 고 문 헌

- 강현숙, 재활 강화교육이 편마비 환자의 자가간호 수행에 미치는 효과에 관한 실험적 연구, 연세대학교 대학원 석사학위 논문, 1984.
- 공세곤 외, 한국의 사망력과 사망원인, 한국인구보건연구원, 219-221, 1983.
- 권인자, 암환자의 병식과 건강조절위, 우울, 통증지각에 관한 탐색연구, 석사학위논문, 서울대학교 대학원, 1987.
- 김정순, 서울포본인구의 가구단위 면접을 통한 뇌혈관 질환에 대한 역학조사, 한국역학회지 1981, 3(1), 23-36.
- 김정희, 지각된 스트레스, 인지세트 및 대처방식의 우울에 대한 작용, 박사학위논문, 서울대학교 대학원, 1987.
- 모경빈, 성인환자가 지각한 사회적 지지와 불안의 관계에 관한 분석적 연구, 박사학위논문, 이화여자대학교 대학원, 1984.
- 박오장, 사회적 지지가 당뇨병환자의 역할행위 이행에 미치는 영향에 관한 연구, 박사학위 논문, 연세대학교 대학원, 1984.
- 양용팔 외, 뇌졸중 편마비 환자의 의식구조, 대한재활학회지, 1984, 8(2), 92-98.
- 양숙자, 뇌혈관 질환의 관리양상 및 기능장애에 영향을 미친 요인에 관한연구, 석사학위 논문, 서울대학교 보건대학원, 1985.
- 양재근, 정신과 환자의 자가평가 우울척도에 관한 조사, 신경정신의학, 1982, 21, 217-227.
- 엄동춘, 암환자의 불편감 및 우울에 미치는 요인에 대한 탐색적 연구, 서울대학교 대학원 석사학위 논문, 1986.
- 최영희, 지적 간호중재가 가족 지지행위와 환자역할행위에 미치는 영향에 관한 연구, 박사학위 논문, 연세대학교 대학원, 1984.
- 태영숙, 암환자가 지각한 사회적 지지와 우울과의 관계, 이화여자대학교 대학원 석사학위 청구논문, 1985.
- Fawcett, J., *Analysis and Evaluation of Conceptual Models of Nursing*, Philadelphia : F.A. Davis Comp, 1984.
- Heffron, P.B., System theory and adaptation : In McCann / Flynn, J.B., Heffron, P.B(Eds.), *Nursing from Concept to Practice*, Aprentice-Hall Pub., & Communication Comp., 1984, 9-30.
- Heller, K., Swindle, R.W., Social network, Perceived Social Support and Coping With Stress, In R.O. Felner, L.A. Jason, Moritsugu & S.S. Farber(Eds), *Preventive Psychology : Theory, Research & Practice*. New York : Pergamon Press, 1983, 87-103.
- Kobasa, S.C., The Hardy personality : Toward a Social Psychology of Stress and Health, In Suls I., Sanders G.(Eds), *Social Psychology of Health and Illness*, 1982a, 3-20.
- Helson, H., *Adaptation Level Theory*, Harper & Raw, New York, 1964.
- Lazarus & Folkman, *Stress, Appraisal and Coping*, Springer Publishing Company, 1984.
- McCubbin, H., Zauble, A.E., Patterson, J.M., *Family*

- Stress, Coping and Social Support*, Charles C. Thomas, Publisher, 1982.
- Murray, R.B., Zentner J.P., *Nursing Concepts for Health Promotion*, (2nd ed.), New York : Prentice Hall Englewood Cliffs, 1979.
- Pedretti L.W., Psychosocial Aspects of Physical dysfunction, *Occupational Therapy*, The C.V. Mosby Comp., 1985.
- Pender, N.I., *Health Promotion in Nursing Process*, Appleton & Prentice Hall, 1987.
- Roy, C., Introduction to Nursing : *An Adaptation Model*, New Jersey : Prentice-Hall, 1976.
- Roy, C., Roberts, S.L., *Theory Construction in Nursing, An Adaptation Nursing*, Prentice, Inc., 1981.
- Sarason, I.G., Sarason, B.R., *Social Support, Theory, Research and Applications*, NATO ASI Series Martinus Nijhoff Publishers, 1985.
- Selye, H., *The Stress of Life*, New York : McGraw-Hill, 1976.
- Silver, R.L., Wortman, C.B., Coping with undesirable Life Events, In J. Garber & M.E.P. Seligman(Ed.), *Human Helplessness : Theory and Application*, New York : Academic Press, 1980.
- Snyder M. : *Independent Nursing Intervention*, A Wiley Medical Pub., 1985.
- Ahsio, B., Britton, M., Murray, V., Theorell, T, Disability and Quality of Life After Stroke, *Stroke*, Sep. / Oct., 1984, 15(5), 886-890.
- Akridge, R.L. : Rehabilitation, Career Development and Self Awareness, *J. Rehabilitation*, Apr. / May - / June, 1985, 24-30.
- Albrecht, G.L., Higgins P.C., Rehabilitation Services : The Interrelationships of Multiple Criteria**, *J. Health and Social Behavior*, March, 1977, 18, 36-46.
- Andrews, H.B., Holistic Approach to Rehabilitation, *J. Rehabilitation*, Apr. / May / June, 1981, 28-31.
- Andrew, S., Tennants, C., Hewson, D., Schonell, M., The Relation of Social Factors to Physical and Psychiatric illness, *American J. Epidemiology*, 1978, 10(8), 27-35.
- Bach-Y-Rita, P., Brain Plasticity as a Basis of the Development of Rehabilitation, Procedures For Hemiplegia, *Scandinavian J. Rehabilitation Medicine*, 1981, 13, 73-83.
- Baum, H.M., Stroke Prevalence : An Analysis of Data from the 1977, National Health Interview Survey, *Public Health Report*, 1982, 97(1), 24-30.
- Baum, H.M., Goldstem, M., Cerebrovascular Disease Type Specific Mortality : 1968-1977, *Stroke*, 1982, 13(6), 810-817.
- Belcher, S.A., Clowers, M.R., Cabanayan A.C., et al., Activity Patterns of Married and Single Individuals after Stroke, *Arch. Phys. Med. Rehabil.*, July, 1982, 63, 308-312.
- Bigbee, J., Hardiness : A New Perspective in Health Promotion, *Nurse Practitioner*, 1985, 10(11), 51-56.
- Billings, A.G., Moos, R.H., The Role of Coping Responses and Social Resources in Attenuating The Stress of Life Events, *J. Behavioral Medicine*, 1981, 4, 139-157.
- Binder, L.M., Emotional Problems After Stroke, *Stroke*, 1984, 15(1), 174-177.
- Carey, R.G., Posavac, E.J., Rehabilitation Program Evaluation Using a Revised Level of Rehabilitation Scale(LORS-II), *Arch. Phys. Med. Rehabil.*, Aug., 1982, 63, 367-370.
- Cluff, C.B., Cliff, L.E., Informal Support for Disabled Person, A Role for Religious and Community Organization, *J. Chronic Disease*, 1983, 36(12), 815-820.
- Cohen, S., Willis, T.A., Stress, Social Support, and the Buffering Hypothesis, *Psychological Bulletin*, Feb 5, 98(2), 310-357.
- Coughlan, A.K., Humphrey, M., Present Stroke : Long-term Outcome for Patients and Their Families, *Rheumatologic Rehabilitation*, 1982, 21, 116-125.
- Cohen S., Hoberman H., Positive Events and Social Support as Buffers of Life Change Stress, *J. Applied Social Psychology*, 1983, 13, 99-125.
- Cooper P., Osborn M., Gath D., Feggetter G., Evaluation of Modified Self Report Measure of Social Adjustment, *British J. Psychiatrics*, 1982, 141,

- 68–75.
- DeJong, G., Hughes, J., Independent living : Methodology for Measuring Long Term Outcomes, *Arch. Phys. Med. Rehabil.*, Feb., 1982, 63, 68–73.
- Erickson, H., Swain, M.A., A Model for Assessing Potential Adaptation to Stress, *Research in Nursing and Health*, 1982, 5, 93–101.
- Eichrenwend B.P., Shrout P.E., "Hassles" in the Conceptualization and Measurement of Life Variables, *American Psychology*, 1985, 40, 780–785.
- Feibel, J.H., Bark, S., Joynt, R.S., The Unmet Needs of Stroke Survivors, *Annual Neurology*, 1979, 29, 592.
- Feibel, J.H., Springer, C.J., Depression and Failure to Resume Social Activities after Stroke, *Arch. Phys. Med. Rehabil.*, June, 1982, 63, 276–278.
- Feigenson, J.S., Stroke Rehabilitation : Outcome Studies and Guidelines for Alternative Levels of Care, *Stroke*, 1981, 12(3), 372–375.
- Friedman–Campbell, M., Hart, C.A., Theoretical Strategies and Nursing Interventions to Promote Psychosocial Adaptation to Spinal Cord Injuries and Disability, *J. Neurosurgical Nursing*, 1984, 16(6), 335–342.
- Canellen, R.J., Blaney, P.H., Hardiness and Social Support as Moderators of the Effects of Life Stress, *J. Personality and Social Psychology*, 1984, 47(1), 156–163.
- Cordeen, E.E., Drenth, et al., Neurophysiologic Syndromes in Stroke as Predictors of Outcome, *Arch. Phys. Med. Rehabil.*, Sep., 1978, 59, 399–403.
- Granger, C.V., Greer, D.S., Functional Status Measurement and Medical Rehabilitation Outcomes, *Arch. Phys. Med. Rehabil.*, March, 1976, 57, 103–109.
- Granger, C.V., Shewood, C.C., Greer, D.S., Functional Status Measures in Comprehensive Stroke Care Program, *Arch. Phys. Med. Rehabil.*, Dec., 1977, 58, 555–516.
- Holahan, C.J., Moss, R.H., Social Support and Psychological Distress, A Longitudinal Analysis, *J. Abnormal Psychology*, 1981, 90(4), 365–370.
- Hyman, M.D., The Stigma of Stroke, *Geriatrics*, May., 1971, 132–141.
- Hyman, M.D., Social Psychological Determinants of Patients Performance in Stroke Rehabilitation, *Arch. Phys. Med. Rehabil.*, May, 1972, 217–226.
- Janoff–Balmar, R., Marshall, Mortality, Well Being and Control : A Study of Population of Institutionalized Aged, *J. Personality and Social Psychology*, 1980, 8, 691–698.
- Jellinek, H.M., Torkelson, R.M., Harvey, R.F., Functional Abilities and Distress Levels in Brain Injured Patients at Longterm Follow up, *Arch. Phys. Med. Rehabil.*, April, 1982, 63, 160–162.
- Jimenez, J., Morgan, P.P., Predicting Improvement in Stroke Patient Referred for Inpatient Rehabilitation, *CMA J*, Dec, 1979, 121(8), 1481–1484.
- Keane, A., Ducette, J., Adler, D., Stress in ICU and non ICU nurses, *Nursing Research*, 1985, 34(4), 231–236.
- Kessler, R.C., Price, R.H., Wortman, C.B., Social factors in Psychopathology : Stress, Social Support, and Coping Process, *Annual Review of Psychology*, 1985, 36, 531–572.
- Kobasa, S.C., Stressful Life Events, Personality and Health, An Inquiry into Hardiness, *J. Personality and Social Psychology*, 1979, 37(1), 1–11.
- Kobasa, S.C., Maddi, S.R., Courington, S., Personality and Constitution as Mediators in the Stress–Illness Relationship, *J. Health and Social Behavior*, Dec., 1981, 22, 368–378.
- Kobasa, S.C., Commitment and Coping in Stress Resistance among Lawyers, *J. Personality and Social Psychology*, 1982b, 42(4), 707–717.
- Kobasa, S.C., Maddi, S.R., Kahn, S., Hardiness and Health : A Prospective Study, *J. Personality and Social Psychology*, 1982, 42, 168–177.
- Kobasa, S.C., Maddi, S., Puccetti, M.C., Zola, M.a., Effectiveness of Hardiness, Exercise and Social Support as Resources against Illness, *J. Psychosomatic Research*, 1985, 29(5), 525–533.
- Kotila, M., Waltimo, O., Niemi, M., Et al., The Profile of Recovery from Stroke and Factors Influencing Outcome, *Stroke*, 1984, 15(6), 1039–1044.

- Kottke, f. J., Philosophic Considerations of Quality of Life for the Disabled, *Arch. Phys. Med. Rehabil.*, Feb., 1982, 3, 60-62.
- Labi, M., Phillips, T.F., Gresham, G.E., Psychosocial Disability in Physically Restricted Long Term Stroke Survivor, *Arch. Phys. Med. Rehabil.*, Dec., 1980, 61, 561-565.
- Lambert, C.E., Lambert, V.A., Hardiness : Its Development and Relevance to Nursing, *J. Nursing Scholarship*, 1987, 19(2), 92-95.
- Lawson, N.C., Significant Events in the Rehabilitation Process : The Spinal Cord Patient's Point of View, *Arch. Phys. Med. Rehabil.*, Dec., 1978, 59, 573-579.
- Lee, H.J., Analysis of Concept : Hardiness, *Oncology Nursing Forum*, 1983, 10(4), 32-35.
- Lehmann, J.F., Delateur, B.J., Fowler, R.S., et al., Stroke Rehabilitation : Outcome and Prediction, *Arch. Phys. Med. Rehabil.*, Sept., 1975, 56, 383-389.
- Lehmann, J.F., Delisa, J.A., Warren C.G., et al., Cancer Rehabilitation : *Arch. Phys. Med. Rehabil.*, Sept., 1978, 59, 410-414.
- Lewis, K. : Grief in Chronic Illness and Disability, *J. Rehabilitation*, July / Aug / Sept., 1983, 8-11.
- Maddi, s.R., Hoover, M., Kobasa, S.C., Alienation and Exploratory Behavior, *J. Personality and Social Psychology*, 1982, 42(5), 884-890.
- McNett, S.C., Social Support, Threat, and Coping Responses and Effectiveness in the Functionally Disabled, *Nursing Research*, 1987, 36(2), 981-103.
- McCranie, E.W., Lambert, V.A., Lambert, C.L., Work Stress Hardiness and Burnout among Hospital Staff Nurse, *Nursing Research*, 1987, 36(6), 374-378.
- Miller, W.r., Seligman, M.E.P., Depression and Learned Helplessness in Man, *J. Abnormal Psychology*, 1985, 82, 62-73.
- Monroe, S.M., Imhoff, D.F., Prediction of Psychological Symptoms under High Risk Psychosocial Circumstances : Life Events, Social Support and Symptom Specificity, *J. Abnormal Psychology*, 1983, 2(2), 338-350.
- Moskowitz, E., Lightbody, F.E., Freitag, N.S., Long Term Follow up of The Poststroke Patient, *Arch. Phys. Med. Rehabil.*, April, 1972, 167-172.
- Pearlin, L.I., Schooler, C., The Structure of Coping, *J. Health and Social Behavior*, March., 1978, 19, 2-21.
- Pollock, S.E., Human Responses to Chronic Illness, Physiologic and Psychosocial Adaptation, *Nursing Research*, Mar. / Apr., 1984a, 35, 90-95.
- Pollock, S.E., The Stress Response, *Critical Care Quarterly*, 1984b, 6(4), 1-14.
- Prescott, R.J., Garraway, W.M., Akhtar, A.J., Predicting Functional Outcome Following Acute Stroke Using a Standard Clinical Examination, *Stroke*, 1982, 13(5), 641-647.
- Rich, V.J., Rich, A.R., Personality Hardiness and Burnout in Female Staff Nurse, *J. Nursing Scholarship*, 1987, 19(2), 63-66.
- Robinson, R., Price, T.R., Post Stroke Depression Disorders : A Follow up study of 103 Patients, *Stroke*, 1982, 13(5), 635-640.
- Roper, B.A., Rehabilitation after a Stroke, *J. Bone and Joint Surgery*, 1982, 64B(2), 156-163.
- Sarason, I.G., Sarason, B.R., Concomitants of Social Support : Attitudes, Personality Characteristics, and Life Experiences, *J. Personality*, 1982, 50(3), 331-343.
- Scranton, J., Fogel, M.L., Erdman, W.J., Evaluation of Functional Levels of Patients During and following Rehabilitation, *Arch. Phys. Med. Rehabil.*, Jan., 1970, 1-21.
- Shafer, C., Coyne, J.C., Lazarus, R.S., The Health Related Functions of Social Support, *J. Behavioral Medicine*, 1982, 4, 381-401.
- Shontz, F.C., Psychological Adjustment to Physical Disabilities : Trends in Theories, *Arch. Phys. Med. Rehabil.*, Jun., 1978, 59, 251-254.
- Silliam, R., Wagner, E.H., Fletcher, R.H., The Social and Functional Consequence of Stroke for Elderly Patients, *Stroke*, 1987, 18, 200-203.
- Sloane, P.D., Redding, R., Wittlin, L., Longest term Placement Problems in An Acute Care Hospital, *J. Chronic Disease*, 1981, 34, 285-290.
- Stensrud, R., Stensrud, K., Interpersonal Stress as A

- Consequence of Being Disabled, *J. Rehabilitation*, Apr / Mar / June, 1981, 43-46.
- Surwit, R.S., Feinglos, H.N., Scovern, A.W., Diabetes and Behavior, *American Psychology*, 1982, 138, 255-262.
- Turner, R.J., Social Support as a Contingency in Psychological Well Being, *J. Health and Social Behavior*, 1982, 22, 255-262.
- Viney, L.L., Westbrook, M.T., Coping with Chronic Illness : Strategy Preferences, Changes in Preferences and Associated Emotional Relations, *J. Chronic Disease*, 1984, 37 (6), 489-502.
- Wade, D.T., Skilbeck, C.E., Hewer, R.C., et al., Predicting Barthel ADL Score at 6 months After and Acute Stroke, *Arch. Phys. Med. Rehabil.*, Jan., 1983, 64, 24-28.
- Wallston, K.A., Maides, S., Wallston, B.S., Health Related Information Seeking as a Function of Health-Related Locus of Control and Health Value, *J. Research in Personality*, 1978, 10, 215-222.
- Zung, W.K., A Self Rating Depression Scale, *Archives General Psychiatry*, Jan., 1965, 12, 63-70.

-Abstract-

A Study on Factors Influencing The State of Adaptation of The Hemiplegic Patients

Suh, Moon Ja*

The purposes of this study are to delineate a profile of the state of a stroke patient's adaptation at 3 months after hospitalization and to explore the relationship between the level of adaptation and the variables which influence the adaptation of hemiplegic patients.

To these ends, theoretical framework was derived basically from the stress adaptation model. The basic assumption underlying the level of adaptation is

influenced by the presenting focal, contextual and residual stimuli. This group of stimuli is further operationalized and represented by a perception of stress, which is the perceived effect of the disability and by the mediating variables such as sociodemographic factors as an external conditioning variables and perceived social support and hardiness personality characteristics as an internal intervening variables.

The dependent variables in this study is the level of physical, psychological and social adaptation and is hypothesized to be a function of the interaction between 3 sets of variables namely, the perceived disability effect, external conditioning variables and internal intervening variables.

A total of forty three subjects from 3 general hospitals in Seoul were observed and interviewed with the aid of 7 structured instruments. The data were collected twice on each subject : first, at the pre-discharge period and at 3 months post-discharge from hospital for the second time. The study was carried out for the period from February to August, 1988. The instruments used for the study include 4 existing scales and 3 scales developed by the researcher for this study. They are : 1) The ADL dependency scale and the scale of the clinical physical functions for the assessment of physical adaptation. 2) the SDS (self report of depression) to measure the level of psychological adaptation. 3) The scale for the amount of social activities for the measurement of the level of social adaptation. 4) The scale for the perceived effect of disability for the measurement of the focal stimuli. 5) The health related hardiness scale and the perceived interpersonal support self evaluation list (ISEL) for the measurement of the hardiness personality character and the perceived social support.

The data obtained were analyzed using percentage, one-way ANOVA, Pearson coefficients correlation and stepwise multiple regression.

The findings provide valuable information about the present level of physical adaptation at 3 months after discharge. The patient revealed a decreased ADL

*Professor Seoul National University of Nursing Department

dependency and lowered limitation of physical function as compared with pre-discharge state. Psychologically, the average degree of depression at follow up was within normal range of depression. Socially, the amount of social activities was very low.

The one way ANOVA and the correlational analysis revealed the relationship between the 3 sets of variables and the adaptation level as follows :

1) The perceived disability effect was related to the degree of the depression and the amount of social activities but was not related to the physical adaptation. 2) Among the sociodemographic variables, sex and education were related to the difference of ADL dependency and the change of physical function.

These factors indicate that women more than men and educated more than the less educated were found more independent. The education was also related to the degree of depression suggesting that the higher the educational level, the more well adapted the patients were both physically and psychologically. Age, marital status and job state were not found to be related to the patient's adaptation level.

3) Among the internal intervening variables, the health related hardiness characteristic was related to the differences of ADL dependency, physical functions and the social activities, indicating that the higher the hardiness character the higher the level of physical and social adaptation.

4) The perceived social support, another internal intervening variable, was related to the degree of depression and the social activities. This data suggest that the higher the perception of social support, the better adapted the patients were psychologically and

socially.

In summarizing the results of the correlational analysis, the level of physical adaptation was influenced by sex, the years of education and the hardiness character. The level of psychological adaptation was influenced by the years of education, the perceived disability effect and the perceived social support. And the level of social adaptation was influenced by the perceived disability effect, the hardiness character and the perceived social support.

The stepwise multiple regression analysis shows findings as follows :

1) The most important factor to explain the difference of ADL dependency was sex, indicating females were more independent than males.

2) The most important factor to explain the difference of physical function and the degree of depression was the patient's education level.

3) The strongest explaining factor for the amount of social activities was perceived self esteem (one of the subconcepts of perceived social support).

Thus the most important factors influencing the level of adaptation were found to be sex, education, the hardiness character and self esteem.

From the above findings, the significance of this study can be delineated as follows :

1) Corroboration of the assumed relationship between the various variables and the adaptation level as suggested in the conceptual model.

2) Support for the feasibility of the cognitive approach for nursing intervention such as hardiness character training, counselling and teaching for self-care in the chronic patients.