

한국인의 이완상상에 관한 연구

박 정 숙*

I. 서 론

1. 연구의 필요성

오늘날에는 기계문명의 발달, 복잡한 인간관계, 인간 소외현상, 그리고 각종 공해로 인한 스트레스 현상이 심각하다.

이 속에서 살고 있는 현대인들은 많은 스트레스를 직접 혹은 간접으로 경험하면서 살아가고 있다고 볼 수 있다. 보통 수준의 스트레스는 인간 생활의 피할 수 없는 차원으로 인정되고 있지만, 스트레스가 지나치게 과다하거나 장기간 지속되면 신체 및 정신에 해로운 영향을 미쳐서 여러가지 생리적, 심리적, 사회적 및 영적인 문제를 일으킬 우려가 있다.

또한 이로 인해 소화성 궤양, 고혈압, 천식, 긴장성 두통, 편두통, 만성근육긴장, 불면증, 신경성 피부염 등 스트레스 관련 질환이 생길 수 있다(Sims, 1987; 박, 1989; Brownstein과 Dembert, 1989).

근래에 이르러 이러한 스트레스를 완화시키는 목적으로 스트레스를 일으키는 생활양식 내지는 환경의 변화, 주장훈련, 시간조절기법, 사고중지기법, 명상, 바이오 피드백, 이완훈련, 신체적 운동, 마인드 컨트롤 등 다양한 스트레스 관리 기술이 소개되고 있다(Girdano와 Everly, 1979; 박, 1986; 한국 스트레스 매니지먼트 연

구소, 1990).

이 중에서 이완술(relaxation technique)은 긴장을 완화시키고 교감신경계 활동을 감소시켜서 생리적, 심리적 스트레스를 감소시키는 기술이다. 스트레스 반응은 시상하부가 자극되어 투쟁 혹은 도피반응이 나타나고 교감신경계가 흥분되는 것으로 이것이 장기간 지속되면 여러가지 건강문제를 일으키게 된다. 이때 근육과 마음의 긴장을 완화시키는 이완술을 시행하면 시상하부 자극이 감소되고 교감신경계 활동을 감소시켜 스트레스 반응을 적게 하고 따라서 스트레스 반응의 부정적 영향이나 장기간의 스트레스 반응에 따른 여러가지 건강 문제를 예방하고 관리할 수 있다(Benson, 1975; Benson, Kotch, Crassweller, 1977; Snyder, 1984; Scandrett와 Ucker, 1985; 박, 1988). Sims(1987)는 스트레스 상황에서 이완술 시행하면 교감신경계의 활동저하로 인해 생리적 각성이 저하되고, 심리적으로 우울과 불안등이 감소되며, 나아가서 대상자의 삶의 질까지 증진시킬 수 있다고 하였다.

이완술은 약물이나 특별한 기구를 사용할 필요가 없이, 간호사가 독자적으로 계획하여 대상자에게 실시할 수 있으며, 대상자가 배워서 익히게 되면 일상생활중에서 스스로 사용할 수 있는 스트레스 관리법이다. 또한 대상자-간호사간의 신뢰감을 높일 수 있고 임상뿐만 아니라, 가정, 산업장, 학교 양호실, 지역사회등에서도

* 계명대학교 의과대학 간호학과

활용할 수 있어 적용범위가 넓은 기술이다(박, 1989).

이완술은 7000년전 이집트의 신부의사들이 질병을 치료하는데 최초로 이용하였다고 알려져 있으나(Mcguigan, 1984), 현대적인 이완술은 Edmund Jacobson (1938)의 점진적 이완(progressive relaxation)에서 시작되어 Benson, Schultz와 Luthe, Wolpe, Budzinski 등을 통해 발전되었다고 볼 수 있다.

Griffin(1986)은 이완술을 시행하여 근육이 어느정도 이완되면 그의 생애중 가장 아름답고 평화스러웠던 경험을 상상하게 함으로써 이완을 도울 수 있다고 하였고, Mast, Meyers와 Urbanski(1987)역시 심호흡, 근육 이완과 함께 즐겁고 이완되는 장면을 상상하는 것이 좋다고 하였다. 그러므로 이완술을 개발할 때 대상자의 문화나 과거경험에 적절한 이완상상을 첨가함으로써 이완효과를 증진시킬 수 있을 것이다.

한국 간호계에서는 1980년대 이래로 이완술에 관한 연구가 활발해졌으며 최근에는 이완술을 임상과 지역사회에 적용하는 사례가 늘고 있다. 특히 1991년 전국 간호사를 대상으로 한 보수교육 '통증환자 간호' 프로그램에서 이완술에 대해 교육하고 실제 실습을 한 결과 이완술에 대한 관심이 높아졌으며, 이제 간호사들이 임상 현장에서 이완술을 독자적인 간호 중재로 활용하여 대상자의 불안, 스트레스, 통증을 감소시킬 수 있으리라 본다.

그런데 현재 우리나라 간호학계나 심리학계에서 주로 사용하고 있는 이완술은 서양에서 도입된 것을 그대로 사용하거나 아니면 대상자의 상태에 맞게 일부 수정해서 사용하고 있는 실정이다. Leininger(1978)는 그의 평문화 간호이론에서 대상자에게 만족스러운 간호를 제공하기 위해서는 그들의 문화적 요구에 근거를 두어 개인, 집단의 건강행위와 가치신념을 상호 관련짓는 것이 중요하다고 하였다. 즉 대상자가 만족하는 간호를 제공하기 위해서는 대상자의 문화적 배경과 사고원형을 이해하고 존중해야 한다.

이러한 이론에 근거하여 박(1992)이 한국인의 고유한 이완개념에 관해 연구한 결과, 한국인의 이완 혹은 이완술에 대한 이해나 이완경험, 이완음악들이 서양인의 그것과는 차이가 있는 것으로 나타났다. 그래서 본 연구자는 선행연구에서 나타난 한국인의 이완경험을 바탕으로 한국인에게 적합한 이완상상을 개발하여 효과가 어떠한지를 알아보고, 또한 대상자의 일반적 특성에 따라 이완 정도의 차이가 있는지를 알아보고자 한다. 그리고 앞으로 이것을 기반으로 하여 한국인에게 적절한 이완술을

고안하는데 기여하고자 본 연구를 시도하였다.

2. 연구목적

본 연구의 구체적인 목적은 다음과 같다.

- 1) 이완 상상의 종류별 이완정도를 파악한다.
- 2) 대상자 집단별 이완정도를 파악한다.
- 3) 이완정도에 영향을 미치는 제 요인을 파악한다.

II. 문헌고찰

1. 이완술 소개

먼저 이완술에 대한 정의를 살펴보면, Richter와 Sloan(1970)은 신체에 있는 여러 근육을 체계적으로 이완시킴으로써 긴장과 불안을 감소시키는 방법이라고 하였고, Dossey(1984)는 근육, 반사(reflex), 마음을 훈련시켜서 근육긴장을 완화하고 교감신경계활동을 감소시키는 기술이라고 하였다. 조(1982)와 정(1984)은 교감신경계의 휴지(quiescence)상태로 특징지을 수 있는 심신의 긴장이 완화된 상태로 이끌어가는 과정이라고 했으며, 김(1985)은 각성상태에서 골격근을 점진적으로 이완시켜 신체의 모든 근육에 이완반응을 조건화 시킴으로써 높은 각성의 교감신경적 반응을 낮은 각성의 부교감신경적 반응으로 바꾸는 치료적 기술이라고 하였다. 또한 박(1989)은 이완술을 교감신경계 활동을 감소시키는 선천적 이완반응을 일어나게 하는 기술로서, 네 가지 기본요소(정신적 집중, 수동적 태도, 근육긴장 감소, 조용한 환경)를 포함하는 것이라고 정의하였다.

다음으로 이완술의 이론적 근거를 살펴보면, Jacobson(1938)은 불안과 이완은 양립할 수 없는 반응이므로 수의근을 체계적으로 이완시키면 불안이 감소되고 자율신경계 기능도 조절된다고 하였다.

Gellhorn과 Kiely(1972)는 부신수질 흥분으로 교감신경계가 활성화되면 골격근이 긴장되는 ergotropic syndrome이 나타나고 부신수질호르몬의 감소에 의해 부교감신경이 활성화되면 골격근이 이완되는 trophotropic syndrome이 나타난다고 하였다. ergotropic system과 trophotropic system사이의 균형은 이들 중 추를 직접적으로 자극하거나, 혹은 두체계의 활동을 간접적으로 변화시킴으로써 이루어진다. 근육이완은 간접방법에 속하는 방법이며 시상하부의 자기수용성 투입(proprioceptive input)을 감소시키고, 시상하부-대

쳐피질 방전을 줄이며, trophotropic system을 활성화시키는 것으로 알려져 있다. 여기서 ergotropic syndrome은 투쟁도피반응과 같고 trophotropic syndrome은 이완반응과 같은 개념이라고 볼 수 있다.

Benson(1975)에 의하면, 스트레스에 의해 시상하부가 자극되면 투쟁도피반응이 일어나고 교감신경계가 흥분되는데 비해, 통합된 시상하부 반응인 이완반응을 일으키게 되면 교감신경계활동이 저하되고 혈압을 낮출 수 있다고 했다. 즉 스트레스 상황에서는 시상하부가 자극되어 투쟁도피반응이 일어나고 교감신경계가 흥분되며, 이것이 장기간 계속되면 여러가지 건강문제를 일으킬 수 있다. 이때 근육긴장 감소, 조용한 환경, 정신적 도구(god, love, one등의 소리나 단어 혹은 구를 조용히 혹은 귀에 들리게 반복적으로 되뇌이는 것), 수동적 태도의 4가지 기본요소를 포함하는 이완술을 시행하면 시상하부 자극이 감소되고 교감신경계 활동을 감소시킬 수 있다는 것이다.

이완술을 시행하여 심신이 적절히 이완되면 여러가지 생리적 심리적 이완반응이 나타난다. 생리적 이완반응으로는 신진대사율 감소, 산소소모량 감소, 이산화탄소 배출량 감소, 심박동수 감소, 호흡수 감소, 고혈압의 경우 혈압하강(정상인의 경우 정상 혈압 유지), 혈중 젖산량 감소, EMG상 근육긴장도 저하, EEG상 알파파 증가, 손바닥 피부저항(galvanic skin resistance) 증가, 혈중 스트레스 호르몬의 감소등이 나타나고, 심리적 이완반응으로는 불안 감소, 긴장감 감소, 우울감 감소, 평화로운 마음증가, 안녕감 증가, 삶의 질 향상등이 나타난다(박, 1987; 최, 김, 조, 1990).

이완술은 불안 및 스트레스를 감소시키고 혈압을 조절하며 스트레스와 관련된 질환의 증상을 완화하여 건강을 증진시키는 간호중재법이나, 모든 사람에게 다 효과적인 것은 아니다. 우울증 환자에게 이완술을 사용하면 철회(withdrawal) 증상을 유발할 우려가 있고, 환자이나 망상등의 정신장애가 있는 환자는 현실감 상실이 심화될 우려가 있다. 또한 부정맥이 우려되는 심장질환자에게는 근육을 심하게 긴장-이완시키는 이완법을 사용하지 말아야하며, 인슐린이나 항고혈압제를 투약중인 사람들은 약물의 축적 우려가 있으므로 주의해야 한다. 그리고 과도 음주나 약물문제가 있는 대상자에게도 사용하지 않는 것이 좋다(Snyder, 1984; Snyder, 1985; Scandrette과 Uecker, 1985).

Bulecheck, McCloskey와 Aydelotte(1985)는 대상자가 이완술을 통하여 도움을 받고자 하는 동기를 충분

히 가지고 있으면 더욱 효과적이며, 외적통제위성격인 사람은 근육 긴장-이완법이 효과적이고 내적 통제위성격인 사람은 자가발생법이나 명상법이 효과적이라고 하였다.

Strickland(1978)는 내적 통제위 성격을 가진 대상자가 외적 통제위성격을 가진 대상자보다 건강과 관련된 정보에 더 예민하고 건강상태에 대한 지식을 더 많이 소유하며 신체적 건강유지에 더 적극적인 자세를 취하므로, 내적 통제위대상자가 자신이 처해있는 환경을 더 잘 통제한다고 주장하였다. 김(1990)은 이러한 Strickland의 주장을 근거로 하여 내적 통제위 노인과 외적 통제위 노인집단으로 나누어서 이완술의 효과를 검증하였으나 양군간에 유의한 차이가 없었다고 보고하였다.

박(1992)은 Leininger의 횡문화간호이론에 근거하여 한국인의 이완개념이 서양인의 이완개념에 어떻게 다른지에 관해 질적 연구를 시도하였다. 이완개념의 의미에 대해 대상자가 진술한 내용을 정리한 결과 모두 298개의 진술이 나타났으며 이로부터 107개의 개념이 도출되었다. 107개의 개념을 속성에 따라 분석한 결과 신체적 영역, 심리적 영역, 복합적 영역, 상태, 환경의 5범주가 나타났으며, 이를 좀더 세분화한 결과 '신체적 영역'에는 불편감이 없다, 긴장이 없다, 힘이 없다, 활동이 없다는 4개 하위범주가 포함되었고, '심리적 영역'에는 불안이 없다, 기분이 좋다, 정서적 안정, 잡념이 없다, 정신이 흐릿하다, 의욕상실의 6개 하위범주가 포함되었으며, '복합적 영역'에는 몸과 마음이 편안하다, 몸과 마음의 긴장이 없다. 처져있다, 생각이 활발함의 4개 하위범주가 포함되어 있었다. 그리고 '상태'에서는 휴식, 수면, 기타의 3개 하위 범주가 포함되어 있었고, '환경'에서는 조용한 환경, 편안한 환경이 포함되어 있었다. 한편 한국인 이완경험의 하위범주중에 긴장이 없다, 불안이 없다, 정서적 안정, 편안하다, 조용한 환경등은 서양의 이완개념과 유사하였으나, 서양의 이완개념에서는 볼 수 없는 힘이 없다, 의욕상실, 정신이 흐릿하다등의 부정적 견해가 일부 포함되어 있었으며, 서양 이완개념의 중요한 요소로 포함되는 편안한 심호흡의 개념이 빠져있다고 하였다.

2. 이완 상상

긴장을 감소시키고 이완이 잘 되도록 돕기위해서 신체의 5관을 이용하여 평온하고 평화스러운 상상을 하는 것이 좋다(이, 1989). 이완상상시에는 그사람의 지배적

인 감각을 활용하는 것이 좋은데, 즉 시각을 통해 잘 반응하는 사람은 시각적 상상(예: 장미꽃의 색과 아름다운 모양을 본다), 청각이 지배적인 사람은 청각적 상상(예: 장미꽃 속에서 꿀벌이 부드럽게 붕붕거리는 소리를 듣는다), 후각이 뛰어난 사람은 후각적 상상(예: 장미꽃 향기를 맡는다), 촉각이 지배적인 사람은 촉각상상(예: 부드러운 장미꽃잎을 만진다)을 하게 한다(박, 1990).

Girdano와 Everly(1979)와 Griffin(1986)은 근육이완후 인생에서 가장 편안하고 평화로우며 평온했던 때와 장소를 회상하게 하는 것이 도움이 된다고 했으며, French와 Tupin(1974)은 이완되는 기억을 회상할때는 가능한한 충분히 마음속에서 그 기억을 경험하도록 훈련을 받아야 한다고 하였다. Mast, Meyers와 Urbanski(1987) 역시 즐겁고 이완되는 장면을 상상하는 것이 좋다고 했다.

기존의 이완술에서 주로 사용되고 있는 이완상상을 살펴보면, Girdano와 Everly(1979)는 나뭇잎에 스치는 바람소리, 계곡의 물소리, 새벽의 새 지저귀는 소리를 숲속에서 녹음하여 사용할 수 있으며, 특히 파도소리는 명상하는데 아주 좋은 음향효과를 낸다고 하였다. 파란 하늘에 하얗게 피어오르는 구름이나 바닷가에서 따뜻한 햇볕아래 일광욕하는 것을 상상하는 것도 좋다고 하였다. Bulechek, McClosky와 Aydelotte(1985)는 두통이 있을때 신선한 공기가 머리주위를 돌고 있다고 상상하는 것이 도움이 된다고 했으며, Mast, Meyers와 Urbanski(1987)는 따뜻한 봄날 부드러운 초록색 잔디 위에 누워있는 상상을 권하고 있다. 또한 눈오는 겨울 저녁에 따뜻한 거실에 앉아 벽난로의 통나무 불꽃을 바라보고 있는 상상도 서양에서 흔히 사용되고 있다(이, 1989).

아름다운 무지개나(박, 1990) 안개가 자욱한 곳에서 보슬비를 맞고 있는 장면, 또는 배를 타고 즐기거나 푸른언덕에서 편안하게 휴식하고 있는 자신의 모습(김, 1992)을 상상하면 이완을 도울 수 있으며, 계단을 한계 단씩 내려갈때마다 또는 엘리베이터를 타고 한층씩 내려갈때마다 점점 더 깊이 이완된다고 상상하게 하는 방법도 있다(Bowers, 1990). Lysaght와 Bodenhamer(1990)는 사고로 인한 두부손상후 회복기에 있는 대상자 4명에게 이완상상을 개별적으로 선택하게 한 결과, 사교춤 추기(ballroom dancing), 조깅, 해변을 거니는 것, 빈교회에 조용히 앉아 있는 것을 각각 선택하였다고 보고하였다. Andrew와 Hall(1990)은 재발성 구내염 환

자에게 이완유도후에 자신을 더욱 깊게 이완시키는 장면을 상상하도록 하고 그다음 면역체계 상상 즉 자신의 백혈구가 입의 궤양을 치료하기 위해 싸우는 장면을 상상하게 하니 효과가 있었다고 하였다.

이상에서 보는바와 같이 서양에서는 이완을 돕기 위하여 잔잔한 파도소리, 계곡의 물소리, 바람소리, 새소리 등의 청각상상과, 따뜻한 해변, 푸른 잔디, 눈내리는 겨울밤의 포근한 벽난로등의 시각상상을 많이 활용하는 것을 알 수 있었다.

서구와는 문화적 배경이 완전히 다른 한국인의 고유한 이완경험에는 어떤 것이 있는지 알아보기위해 박(1992)이 연구한 결과, 이완경험에 대한 진술이 151개 나타났으며, 이 중에서 59개의 이완경험이 도출되었다. 이 59개의 이완경험을 속성에 따라 분석한 결과 육체적 활동후 폭설때, 문제해결후, 기호, 목욕, 잠자리에 들었을때, 상황, 휴식, 특정시기, 기타의 9개 범주가 나타났다. 한국인의 이완경험중 '육체적 활동후 폭 설때'와 '문제해결후'의 이완경험을 상상하기 위해서는 이완전의 상태 즉 힘들거나 근육이 긴장되는 경험까지 상상해야 할 우려가 있으므로 이완상상으로 사용하기에는 어느정도 무리가 따를 것으로 보인다. 그외에는 주로 산, 목욕, 잠자리에 들었을 때, 휴식 등과 같은 경험이 나타났으며, 조용한 물결이 있는 바다나 겨울밤의 따뜻한 벽난로 경험이나 청각상상등 기존 이완술에서 주로 사용하는 이완경험은 언급되지 않았다. 그래서 한국인의 이완경험이 다양하지 못한 것을 알 수 있으며 이로 인해 이완상상에 어려움이 있으리라는 것을 예상할 수 있다고 하였다.

III. 연구방법 및 절차

1. 연구설계

본 연구의 설계는 단일군 사후설계(one shot design)의 변형이며 이완상상의 종류별 이완정도를 파악하기 위하여 질문지법과 면담법을 사용하였다.

<도 1> 연구 설계

| | | | | | | | | | | |
|-----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| 실험군 | X1 | O1 | X2 | O2 | X3 | O3 | X4 | O4 | X5 | O5 |
|-----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|

실험처치 X1은 바닷가 상상, X2는 산 상상, X3는 잠자리에 들었을때 상상, X4는 눈과 벽난로 상상, X5는 목욕 후 상상을 의미한다.

2. 연구대상자

연구대상자는 19세이상의 성인 남녀로서, 대구지역 1개 간호학과생 59명, 대구 D의료원 입원환자 38명, 대구 K대학 사회교육원 주부대학에 참여한 주부 56명, 경북 지역 1보건진료소 관할구역내 농촌주민 21명, 대덕연구단지내의 일 연구소 연구원 16명으로 총 190명을 편의표집(convenience sampling) 하였다.

입원환자의 경우에는 정신질환이 없고 급성증상이 없는 남자환자 24명, 여자환자 14명으로 하였으며, 본 연구의 목적과 방법을 듣고 자발적으로 연구에 참여하기로 동의한 자에 한하였다. 자료수집기간은 1991년 9월 4일부터 10월 24일까지 50일간이었다.

3. 자료수집도구

1) 이완정도 측정도구

이완정도 측정도구는 도표평정척도(graphic rating scale)로 만들었다. 10cm의 수평연속선상에 1cm간격으로 표시를 하고 왼쪽 끝에 0, 중간에 5, 오른쪽 끝에 10을 적은 뒤, 0에 '전혀 이완되지 않았다', 10에 '완전히 이완되었다'라고 기술하였다. 이완상상을 하게한 후 '몸과 마음이 이완된 정도를 직선상의 적당한 부위에 V표 해주세요'라고 지시하였다. 그 다음 이완상상후의 느낌은 개방형 질문으로 물었다.

2) 이완상상

이완상상은 문헌고찰을 통하여 서양의 기존 이완술에서 흔히 시행하는 바닷가 상상, 산 상상, 눈과 벽난로 상상을 포함하고 또한 한국인이 선호하는 이완경험인 잠자리에 들었을 때와 목욕후 상상을 포함하였다.

바닷가 상상은 '지금 당신은 여름휴가를 받아서 조용한 바닷가에 왔습니다. 파도소리를 들으면서 눈을 감고 따뜻한 모래사장에 누워 있습니다', 산 상상은 '지금 당신은 따뜻한 봄날 조용한 산으로 소풍을 왔습니다. 졸졸졸 흐르는 개울물소리를 들으면서 눈을 감고 부드러운 풀위에 누워 있습니다', 잠자리에 들었을 때 상상은 '지금 당신은 하루 일과를 마치고 포근한 잠자리에 들어 있습니다. 조용한 음악을 들으면서 눈을 감고 편안히 누워 있습니다', 눈과 벽난로 상상은 '지금 눈이 내리고 있고 당신은 따뜻한 거실에 있습니다. 벽난로의 장작타는 소리를 들으면서 눈을 감고 안락의자에 편안히 앉아 있습니다', 목욕후 상상은 '지금 당신은 따뜻한 물로 목욕을 하고 나왔습니다. 조용한 가운데 느슨한 옷을 입고 편안

한 자세로 폭 쉬고 있습니다'로 구성하였다.

각 상상의 지시문은 2개문장으로 구성하였고, 문장길이도 비슷하게 하였으며, 시각상상과 청각상상을 포함하였고, 조용한, 따뜻한, 부드러운, 편안한 등의 이완용어를 삽입하였다. 한 상황을 눈을 감고 3분동안 상상해보고 나서 이완정도와 느낌을 적게 한 후, 다음상상으로 진행하게 하였다.

4. 연구진행 절차

입원환자 38명에게는 본 연구자가 직접 개별적으로 병실을 방문하여 이완상상을 유도하였고, 이완정도 및 느낌은 개별면담으로 자료수집을 하였다. 농촌주민 21명에게는 연구조원이 개별적으로 가정방문하여 이완상상을 유도하였고, 이완정도 및 느낌은 개별면담으로 자료수집하였다. 대학생 59명과 주부56명에게는 본 연구자가 강의실에서 단체로 이완상상을 유도하였고, 이완정도 및 느낌을 설문지에 자가보고하도록 하였다.

본 연구자는 이완상상의 지시문을 부드럽고 조용한 목소리로 천천히 3번씩 읽어주면서 그대로 상상하도록 하였는데, 상상 하나당 3분정도 걸렸다. 연구조원은 간호학과 3학년생 2명으로 본 연구자로부터 이완상상 유도법을 상세히 설명듣고 2회 연습을 하후 자료수집에 임하였다.

지리적 조건때문에 연구원 16명에게는 연구자나 연구조원이 직접 이완상상을 유도하지 못하고 대상자들이 스스로 지시문을 읽고 3분간 상상을 한후 이완정도 및 느낌을 설문지에 자가보고하도록 하였다.

이완상상 및 이완정도 자료수집에 소요된 시간은 약 25~30분 정도였다. 본 연구에서 일부는 본연구자가 직접 이완상상을 유도하였고 일부는 대상자 스스로 자가유도하여 전수를 동일한 방법으로 시행하지 못한점을 연구의 제한점으로 볼 수 있다.

5. 자료분석방법

수집된 자료는 기호화하여 SAS를 이용하여 전산통계처리하였다. 대상자의 일반적 특성은 백분율을 구하였고, 이완상상 종류별 이완정도, 대상자집단별 이완정도를 비교하고 이완정도에 영향을 미치는 제 요인을 파악하기위하여 변량분석을 하였고, 변량분석의 사후검증으로는 Scheffe검증을 하였다.

IV. 연구결과 및 논의

1. 연구대상자의 일반적 특성

대상자의 일반적 특성을 살펴보면 <표 1>과 같다. 남성이 46명(24.2%), 여성이 144명(75.8%)이었고, 연령은 24세이하 65명(34.2%), 25~39세 62명(32.6%), 40세이상 63명(33.2%)이었다. 거주지는 대도시 143명(75.3%), 중소도시 19명(10.0%), 농촌 28명(14.7%)이었고, 어린시절을 보낸곳은 대도시 50명(26.3%), 중소도시 37명(19.5%), 농촌 103명(54.2%)이어서 현재는

대도시거주자가 많으나 어린시절에는 농촌거주자가 많았음을 알 수 있었다. 결혼상태는 미혼이 74명(38.9%), 기혼이 117명(61.1%)이었고, 종교는 무, 기타가 92명(48.4%), 기독교 43명(22.6%), 가톨릭 16명(8.5%), 불교 39명(20.5%)이었으며, 교육정도는 중졸이하 49명(25.8%), 고졸 49명(25.8%), 대졸이상 92명(48.4%)로 나타났다. 집단을 나눠보면 환자군 38명(20.0%), 농촌주민군 21명(11.1%), 주부대학 수강생군 56명(29.5%), 연구소원 16명(8.4%), 간호학과생 59명(31.1%)이었다.

<표 1> 연구대상자의 일반적 특성

| 일반적 특성 | 구 분 | 실 수 | 백분율(%) |
|---------------|----------|-----|--------|
| 성 별 | 남 | 46 | 24.2 |
| | 여 | 144 | 75.8 |
| 연 령 | 24세 이하 | 65 | 34.2 |
| | 25~39세 | 62 | 32.6 |
| | 40세 이상 | 63 | 33.2 |
| 거 주 지 | 대도시 | 143 | 75.3 |
| | 중소도시 | 19 | 10.0 |
| | 농촌 | 28 | 14.7 |
| 어린시절을 보낸 곳 | 대도시 | 50 | 26.3 |
| | 중소도시 | 37 | 19.5 |
| | 농촌 | 103 | 54.2 |
| 결혼상태 | 미혼 | 74 | 38.9 |
| | 기혼 | 117 | 61.1 |
| 종 교 | 무 | 92 | 48.4 |
| | 기독교 | 43 | 22.6 |
| | 가톨릭 | 16 | 8.5 |
| | 불교 | 39 | 20.5 |
| 교육정도 | 중졸이하 | 49 | 25.8 |
| | 고졸 | 49 | 25.8 |
| | 대졸이상 | 92 | 48.4 |
| 집 단 | 환자군 | 38 | 20.0 |
| | 농촌주민군 | 21 | 11.1 |
| | 주부대학수강생군 | 56 | 29.5 |
| | 연구소원군 | 16 | 8.4 |
| | 간호학과생군 | 59 | 31.1 |
| 계 | | 190 | 100 |

2. 이완상상 종류별 이완정도

전체 대상자의 이완상상 종류에 따른 이완정도의 차이를 검정하기 위하여 ANOVA검정을 실시한 결과 <표 2>와 같이 나타났다.

목욕후 상상이 10점만점의 이완정도점수에서 6.90으로 이완이 가장 많이 되었고, 다음으로 잠자리에 들었을 때 상상 6.55점, 산 상상 6.01점이었고, 눈과 벽난로 상

상과 바닷가 상상은 5.84, 5.80점으로 이완이 적게 되는 편이었다.

이완상상에 따른 이완정도는 5가지 종류간에 유의한 차이가 있었다(F=5.95, p=0.0001). 사후검정(post-hoc test)으로 Scheffe검정을 한 결과 목욕후 상상이 바닷가 상상, 산 상상, 눈과 벽난로 상상보다 이완이 더 잘되는 것으로 나타났다.

<표 2> 이완상상 종류별 이완정도

| 이완상상 종류 | 평균 | 표준편차 | F값 | P값 | Scheffe |
|--------------|------|------|------|--------|---------|
| 1. 바닷가 상상 | 5.80 | 2.43 | 5.95 | 0.0001 | 1<5* |
| 2. 산 상상 | 6.01 | 2.53 | | | 2<5* |
| 3. 잠자리 상상 | 6.55 | 2.54 | | | 4<5* |
| 4. 눈과 벽난로 상상 | 5.84 | 2.50 | | | |
| 5. 목욕 후 상상 | 6.90 | 2.37 | | | |

P<.05*

이완상상에 따른 느낌을 보면, 목욕후 상상은 주로 기분이 좋다, 개운하다, 피로가 가신다, 잠이 올것 같다, 긴장이 풀린다, 상쾌하다등의 긍정적 느낌을 말하고 있는데 비해, 바닷가 상상, 산 상상, 눈과 벽난로 상상은 사람에 따라 긍정적 느낌을 말할 사람도 있고 부정적 느낌을 기술한 사람도 있었다. 바닷가 상상의 경우 부정적 느낌은 그저 그렇다, 해수욕장 주변에 사람이 많아 시끄럽다, 외롭다, 햇빛이 따갑다등이 있었고, 산 상상의 경우에는 풀위에 누운 것이 편안하지 않다, 적막하다, 불안하다, 등이 차갑게 느껴진다등이 있었으며, 눈과 벽난로 상상의 경우에는 경험이 없어서 상상이 잘되지 않는다, 눈이 오고나면 불편할 것이다, 밖으로 뛰어나가고 싶다, 쓸쓸하다, 커피를 마시고 싶다등을 보고하였다.

이상을 종합해보면 한국인들은 기존의 서양식 이완술에서 흔히 사용되는 바닷가 상상, 눈과 벽난로 상상보다는 따뜻한 물로 목욕을 한후 폭췌고 있는 상상을 더 좋아한다고 나타났다. 그리고 목욕후 상상과 잠자리에 들었을 때 상상의 이완정도가 6.90점, 6.55점으로 유의한 차이가 없으므로 잠자리 상상도 효과적이라고 볼 수 있다.

3. 대상자 집단별 이완정도

대상자 집단에 따른 이완정도의 차이를 검정하기 위하여 ANOVA검정을 실시한 결과 <표3>과 같이 나타났다.

집단에 따른 평균 이완정도는 5집단간에 유의한 차이

가 없었으나(F=1.26, p=0.29), 연구원군이 6.53점으로 가장 이완이 잘 되었고, 간호학생이 6.38점, 환자군 6.30점, 농촌주민군 6.25점이었으며, 주부대학 수강생군이 5.70점으로 이완정도가 가장 낮은 경향을 나타내었다. 본 연구에서 연구원군은 이완상상을 연구자가 직접 유도하지 않고 대상자 스스로 자가유도하도록 하였는데도 이완정도가 가장 높게 나타났다. 연구원군이 모두 대학원 졸업이상임을 고려해볼때 앞으로 교육도와 이완상상 유도방법(타인이 할것인가 자가유도할 것인가)간의 관계를 연구해볼 필요가 있는 것으로 사료된다.

주부대학 수강생군의 이완정도가 가장 낮았는데 이는 연구자와 대상자간의 인간관계가 형성되지 않은 첫번째에서 단체로 이완상상을 유도하였기 때문인 것으로 생각된다.

다음으로 각 이완상상별로 집단에 따른 이완정도의 차이를 검정하였다. 바닷가 상상시 이완정도는 환자군 6.37점, 농촌주민군 6.24점, 간호학생군 5.81점, 연구원군 5.44점, 주부군 5.34점으로 5집단간에 유의한 차이가 없었다(F=1.29, p=0.27).

산 상상시 이완정도는 연구원군 6.67, 환자군 6.34, 간호학생군 6.03, 주부군 5.84, 농촌주민군 5.33점으로 5집단간에 유의한 차이가 없었다(F=0.86, p=0.49).

잠자리에 들었을 때 상상시 이완정도는 간호학생 7.17, 농촌주민군 7.14, 연구원군 6.63, 환자군 6.00, 주부군 5.98점으로 5집단간에 유의한 차이가 없었다(F=2.33, p=0.057). 그러나 p값이 0.057로 경계선상에 있

〈표 3〉 집단별 이완정도

| 이완상상 | 구분 | 집 단 | | | | | F값 | P값 |
|-----------|------|------|-------|------|------|--------|------|-------|
| | | 환자군 | 농촌주민군 | 주부군 | 연구원군 | 간호학과생군 | | |
| 이완정도 평균 | 평균 | 6.30 | 6.25 | 5.70 | 6.53 | 6.38 | 1.26 | 0.29 |
| | 표준편차 | 1.75 | 1.43 | 2.13 | 1.35 | 1.77 | | |
| 바닷가 상상 | 평균 | 6.37 | 6.24 | 5.34 | 5.44 | 5.81 | 1.29 | 0.27 |
| | 표준편차 | 1.78 | 2.14 | 2.78 | 3.01 | 2.35 | | |
| 산 상상 | 평균 | 6.34 | 5.33 | 5.84 | 6.67 | 6.03 | 0.86 | 0.49 |
| | 표준편차 | 2.17 | 2.20 | 2.94 | 2.35 | 2.48 | | |
| 잠자리 상상 | 평균 | 6.00 | 7.14 | 5.98 | 6.63 | 7.17 | 2.33 | 0.057 |
| | 표준편차 | 2.38 | 1.56 | 3.18 | 2.47 | 2.16 | | |
| 눈과 벽난로 상상 | 평균 | 5.58 | 5.52 | 5.29 | 6.38 | 6.49 | 2.10 | 0.08 |
| | 표준편차 | 2.66 | 1.89 | 2.94 | 1.86 | 2.18 | | |
| 목욕 후 상상 | 평균 | 7.21 | 7.00 | 6.62 | 7.00 | * | 0.49 | 0.69 |
| | 표준편차 | 2.44 | 1.48 | 2.77 | 1.63 | | | |

*간호학과생군에게는 목욕후 상상을 시행하지 못했다.

므로 각 분포내에서 차지하는 이완점수의 상대적 위치를 비교해보기 위해 표준점수(Z score)를 $Z=(x-\bar{x})/s$ 의 공식으로 구해보았다(이, 임, 박, 1991). 그 결과 농촌주민군의 이완정도는 0.622, 간호학과생 0.446, 주부군 0.131, 연구원군 0.074인데 비해, 환자군은 -0.171로 이완이 잘 되지 않는 편이었다. 또한 잠자리 이완상상에 따른 느낌을 살펴보니 다른군은 대부분 긍정적인 느낌인데 비해, 환자군은 대상자의 절반정도에서 누워있는 상상은 현재 병실상황과 같아서 싫다, 우울하다, 갑갑하다, 불안하다 등의 부정적 느낌을 보고하였다. 그러므로 앞으로 환자에게 잠자리 이완상상을 시도할 때는 신중을 기해야 할 것이다.

눈과 벽난로 상상시 이완정도는 간호학과생군 6.49, 연구원군 6.38, 환자군 5.58, 농촌주민군 5.52, 주부군 5.29으로 5집단간에 유의한 차이가 없었다($F=2.10$, $p=0.08$). 이를 표준점수로 환산해보니 주부군 -0.624, 농촌주민군 -0.510, 환자군 -0.411, 연구원군 -0.104인데 비해 간호학과생은 0.062로 나타났다. 간호학과생의 눈과 벽난로 상상시 느낌을 살펴보니 눈오는 날 따뜻한 거실에서 커피를 마시는 TV광고의 장면이 상상되면서 포근하게 느껴진다고 한 경우가 많았다.

목욕 후 상상에 따른 이완정도는 환자군 7.21, 농촌주민군과 연구원군이 7.00, 주부군 6.62점으로 4집단간에 유의한 차이가 없었다($F=0.49$, $p=0.69$).

이상을 종합해보면 대상자 집단에 따른 이완정도는 유의한 차이가 없음을 알 수 있었다.

4. 이완정도에 영향을 미치는 제 요인

이완정도에 영향을 미치는 제 요인을 살펴보기 위해 성별, 연령, 거주지, 어린시절을 보낸곳, 결혼상태, 종교, 교육정도에 따른 평균 이완점수를 비교해본 결과 유의한 차이를 나타낸 변수는 없었다(표 4).

다시 이완상상 종류별로 제 요인에 따른 이완정도를 비교해보았는데 다른 변수들은 유의한 차이가 없었고, 눈과 벽난로 상상시 연령, 어린시절을 보낸곳, 교육정도에 따라 이완정도의 차이가 있었다(표 5).

눈과 벽난로 상상시 연령 24세이하, 25~39세, 40세 이상군간에 이완정도의 유의한 차이가 있어서($F=3.83$, $p=0.023$), 사후검정으로 Scheffe검정을 해본 결과, 24세 이하군이 40세이상군보다 유의하게 이완정도가 높았다. 어린시절을 보낸곳 대도시군, 중소도시군, 농촌군간에 역시 이완정도의 유의한 차이가 있어서($F=3.68$, $p=0.028$), Scheffe검정을 해보니 어린시절을 대도시에서 보낸군이 어린시절을 농촌에서 보낸군보다 눈과 벽난로 상상시 유의하게 이완정도가 높았다. 교육정도 중졸이하군, 고졸군, 대졸이상군간에 이완정도에 유의한 차이가 있어서($F=6.55$, $p=0.001$), Scheffe검정을

〈표 4〉 이완정도에 영향을 미치는 제 요인

| 요 인 | 구 분 | 평 균 | 표준편차 | F값 | P값 |
|------------|--------|------|------|------|------|
| 성 별 | 남 | 6.33 | 1.62 | 0.42 | 0.52 |
| | 여 | 6.12 | 1.89 | | |
| 연 령 | 24세 이 | 6.30 | 1.74 | 0.38 | 0.68 |
| | 25~39세 | 6.17 | 2.09 | | |
| | 40세 이상 | 6.01 | 1.68 | | |
| 거 주 지 | 대도시 | 6.18 | 1.87 | 0.10 | 0.90 |
| | 중소도시 | 6.31 | 2.08 | | |
| | 농촌 | 6.05 | 1.42 | | |
| 어린시절을 보낸 곳 | 대도시 | 6.64 | 1.44 | 1.99 | 0.14 |
| | 중소도시 | 6.20 | 2.04 | | |
| | 농촌 | 5.85 | 1.92 | | |
| 결혼상태 | 미혼 | 6.25 | 1.81 | 0.12 | 0.73 |
| | 기혼 | 6.16 | 1.76 | | |
| 종 교 | 무 | 6.09 | 1.82 | 1.81 | 0.14 |
| | 기독교 | 6.60 | 1.56 | | |
| | 가톨릭 | 6.94 | 1.66 | | |
| | 불교 | 5.86 | 2.02 | | |
| 교육정도 | 중졸이하 | 5.79 | 1.72 | 1.55 | 0.21 |
| | 고졸 | 6.10 | 1.88 | | |
| | 대졸이상 | 6.40 | 1.89 | | |

〈표 5〉 눈과 벽난로 상상시 이완정도에 영향을 미치는 제 요인

| 요 인 | 구 분 | 평 균 | 표준편차 | F값 | P값 | Scheffe |
|------------|-----------|------|------|------|-------|---------|
| 연 령 | 1. 24세 이하 | 6.44 | 2.11 | 3.83 | 0.023 | 1)3* |
| | 2. 25~39세 | 5.69 | 2.57 | | | |
| | 3. 40세 이상 | 5.24 | 2.66 | | | |
| 어린시절을 보낸 곳 | 1. 대도시 | 6.47 | 2.54 | 3.68 | 0.028 | 1)3* |
| | 2. 중소도시 | 6.13 | 2.50 | | | |
| | 3. 농촌 | 5.09 | 2.56 | | | |
| 교육정도 | 1. 중졸이하 | 4.83 | 2.65 | 6.55 | 0.001 | 1)3* |
| | 2. 고졸 | 5.79 | 2.37 | | | |
| | 3. 대졸이상 | 6.44 | 2.22 | | | |

해본 결과 대졸이상군이 중졸이하군보다 유의하게 이완 정도가 높았다. 그래서 눈과 벽난로 상상은 젊은 연령 층, 어린시절을 대도시에서 보낸 사람, 교육을 많이 받은 사람등 좀더 서구화된 사람에게 이완상상이 잘 된다고 볼 수 있다.

V. 결론 및 제언

본 연구는 서양에서 개발된 이완술을 한국의 간호중재로 활용함에 있어서 한국인은 어떤 이완상상을 할때 이완이 잘되는지, 대상자집단별로 이완정도가 다른지,

그리고 이완정도에 영향을 미치는 제 요인은 무엇인지 알아보고, 이것을 기반으로 하여 앞으로 한국인에게 적합한 이완술을 고안하는데 기여하고자 시도되었다.

연구대상자는 입원환자 38명, 농촌주민 21명, 주부 56명, 연구원 16명, 간호학과생 59명으로 총 190명이었다.

자료수집기간은 1991년 9월 4일부터 10월 24일까지였다. 자료수집방법은 5개 이완 상상을 한후 도표 평정척도로 이완정도를 측정하였는데 직접 면담법과 동일한 설문지를 대상자가 직접 기술하게 하는 자가 보고 질문지법을 함께 사용하였다.

자료분석법은 백분율, 변량분석, Scheffe검정을 사용하였다. 연구결과를 요약하고 종합하면 다음과 같다.

1. 이완상상 종류별 이완정도를 알아보기 위하여 ANOVA로 분석한 결과 목욕후 상상 6.90점, 잠자리에 들었을때 6.55점, 산 상상 6.01점, 눈과 벽난로 상상 5.84점, 바닷가 상상이 5.80점으로 5가지 이완상상 종류간에 유의한 차이가 있었다($F=5.95, p=0.0001$). 사후검정으로 Scheffe검정을 한 결과 목욕후 상상이 바닷가 상상, 산 상상, 눈과 벽난로 상상보다 $p < 0.05$ 수준에서 이완정도가 더 높은 것으로 나타났다.
2. 대상자 집단별 이완정도를 알아보기위해 ANOVA 분석을 한결과 환자군, 농촌주민군, 주부군, 연구원군, 간호학과생군간에 유의한 차이가 없었다 ($F=1.26, p=0.29$).
3. 이완정도에 영향을 미치는 제 요인을 살펴보기위하여 성별, 연령, 거주지, 어린시절을 보낸곳, 결혼상태, 종교, 교육정도에 따라 평균이완점수를 ANOVA로 분석해본 결과 유의한 차이가 없었다.

이상의 결론을 통하여 다음과 같은 제언을 하고자 한다.

1. 대상자를 확대하여 한국인의 이완상상에 대해 좀 더 광범위한 연구를 시행할 것을 제언한다.
2. 한국적 이완술 프로그램을 만들때 목욕후 상상과 잠자리에 들었을때 상상을 활용할 필요가 있다고 하겠다. 혹은 5가지 이완상상이 모두 10점만점에 5.80점 이상의 이완이 가능하므로 개별적으로 어떤 이완상상을 선호하는지 미리 사정하여 각개인에게 맞게 이완상상을 선정할 수 있을 것이다.
3. 이완상상에 영향을 미치는 요인을 광범위하게 사정하여 재연구해 볼 것을 제언한다.

참 고 문 헌

- 김명자(1992), 인지적 간호중재, 간호학회지, 22(3), 337-351.
- 김순애(1987), 이완술 정보 제공이 심도자 검사 환자의 불안에 미치는 영향, 석사학위논문, 연세대학교 대학원.
- 김정인(1985), 이완요법이 정신질환자의 불안 감소에 미치는 영향, 박사학위논문, 연세대학교 대학원.
- 김정자(1990), 이완술이 노인의 불안, 수면장애, 고혈압에 미치는 효과, 박사학위논문, 경북대학교 대학원.
- 김혜령(1988), 정서적 이완이 간호학생의 불안 감소에 미치는 영향, 최신의학, 31(2), 109-118.
- 박정숙(1987), 동통완화법-이완요법, 제2차 학술집담회 유인물, 대한간호학회, 59-63.
- 박정숙(1986), 이완술 사용이 간호 학생들의 첫 임상실습직전 불안 감소에 미치는 영향, 간호학회지, 16(3), 123-124.
- 박정숙(1988), 이완술에 관한 연구 논문의 비교분석, 대한간호, 27(2), 83-98.
- 박정숙(1989), 이완술이 혈액투석 환자의 스트레스와 삶의 질에 미치는 영향, 박사학위논문, 연세대학교 대학원.
- 박정숙(1992), 한국인의 이완개념에 관한 연구, 대한간호, 31(2), 70-85.
- 박희준역(1990), 사랑은 의사, 서울: 고려원.
- 변창진, 이완훈련 프로그램, 지도와 상담, 1981, 6, 23-49.
- 이근후(1989), 행동치료의 이론과 실제, 서울: 하나의 학사.
- 이민규, 김순화, 금영자(1985), 스트레스: 그 원인과 대책, 서울: 중앙적성출판사.
- 이안라(1990), 이완술이 중환자실 관상동맥환자의 불안에 미치는 영향, 석사학위논문, 세대 교육대학원.
- 이은옥, 임난영, 박현애(1991), 간호의료연구와 통계분석, 서울: 수문사.
- 이종목(1989), 직무스트레스의원인, 결과 및 대책, 서울, 성원사.
- 정인숙(1984), 임상 실습 간호 학생의 상태불안 감소를 위한 근 이완 훈련의 효과, 석사학위논문, 부산대학교 대학원.
- 조경숙(1982), 수술전에 행한 이완요법이 수술전 불안

- 과 수술후 진통제 사용횟수에 미치는 효과, 석사학위논문, 서울대학교 대학원.
- 최영희, 김문실, 조명옥(1990), 간호중재, 서울 : 대한교과서 주식회사.
- 최현자(1985), Benson의 긴장이완법과 GSR II 생체회환 이완 훈련이 간호대학생의 심리적 스트레스 수준에 미치는 효과에 관한 연구, 석사학위논문, 고려대학교 대학원.
- 한국 스트레스 매니지먼트 연구소(1990), 스트레스 매니지먼트 입문, 서울 : 한국 스트레스 매니지먼트.
- Aiken, L.H. & Henrichs, T.F.(1971), Systematic Relaxation As A Nursing Intervention Technique with Open Heart Surgery Patients, *Nursing Research*, 20(3), 212-217.
- Andrews, V.H. & Hall, H.R.(1990), The Effects of Relaxation/Imagery Training on Recurrent Aphthous Stomatitis : A Preliminary Study, *Psychosomatic Medicine*, 52, 526-535.
- Beary, J.F., Benson, H. & Klemchuk, H.P.(1974), A simple Psychophysiologic Technique which Elicits the Hypometabolic Changes of the Relaxation Response, *Psychosomatic Medicine*, 36(2), 115-120.
- Benson, H.(1975), *The Relaxation Response*, N.Y. : William Morrow & Co.
- Benson, H., Kotch, J. B., & Crassweller, K.D.(1977), The Relaxation Response : A Bridge between Psychiatry & Medicine, *Medical Clinics of North America*, 61(4), 929-938.
- Bowers, W.A.(1989), Treatment of Depressed In-Patients Cognitive Therapy plus Medication, & Medication Alone, *British J. of Psychiatry*, 156, 73-78.
- Brownstein, A.H., & Dembert, M.L.(1989), Treatment of Essential Hypertension with Yoga Relaxation Therapy in A VSAF Aviator : A Case Report, *Aviation, Space & Environment Medicine*, July, 684-687.
- Bulechek, G.M., McCloskey, J.C. Aydelotte, M.k.(1985), *Nursing Interventions* : W.B. Saunders Co.
- Clum, G.A., Luscomb, R.L., & Scott, L(1982), Relaxation Training & Cognitive Redirection Strategies in the Treatment of Acute Pain, *Pain*, 12, 175-183.
- DiMotto, J.W.(1985), Relaxation, *American Journal of Nursing*, 84(6), 754-758.
- Dossey, B.(1984), A Wonderful Prerequisite, *Nursing*, Jan., 42-45.
- Egbert, L.D., et al.(1964), Reduction of Postoperative Pain Encouragement & Instruction of Patient, *New England Journal of Medicine*, 270(16), 825-827.
- Fagin, C.N.(1987), Stress : Implications for Nursing Research, *Image*, 19(1), 38-41.
- Fehring, R.J.(1983), Effects of Biofeedback-Aided Relaxation on the Psychological Stress Symptoms of College Students, *Nursing Research*, 32(6), 362-366.
- Fe rguson, J.M., Marquis, J.N.(1977), & Tatlor, B., A Script for Deep Muscle Relaxation, *Disease of the Nervous System*, 38(9), 703-728.
- Flaherty, G.G., & Fitzpatrick, J.J.(1978), Relaxation Technique to Increase Comfort level of Postoperative Patients, *Nursing Research*, 27(6), 352-355.
- French, A.P., & Tupin, J.P.(1974), Therapeutic Application of a Simple Relaxation Method, *American Journal of Psychology*, 28, 282-287.
- Gellhorn, E., & Kiely, W.F.(1972), Mystical States of Consciousness Neurophysiological & Clinical Aspects, *Journal of Nervous & Mental disease*, 154(6), 399-405.
- Girdano, D.A., & Everly, G.S.(1979), *Controlling Stress & Tension*, New Jersey : Prentice-Hall Co.
- Griffin, M.(1986), In the Mind's eye, 1986, *AJN*, July, 804-806.
- Huckabay, L.M.D.(1979), Conceptualization of Stress & Adaptation, *Advances in Nursing Science*, 1(4), 104-106.
- Jacobson, E.(1938), *Progressive Relaxation*, Chicago : University of Chicago Press.
- Leininger(1987), *Transcultural Nursing*, N.Y. : John Wiley.
- Lowery, B.J.(1987), Stress Research : Some theoretical & Methodological Issues, *Image*, 19(1), 42-46.

- Lysaught, R., & Bordenhamer, E.(1990), The Use of Relaxation Training to Enhance Funtional Outcomes in Adults with Traumatic Head Injuries, *Am. Journal of Occupational Therapy*, 44(9), 797–802.
- Mast, D., Meyers, J., & Urbanski, A.(1987), Relaxation Technique : A Self-learning modules for Nurses : Unit I, *Cancer Nursing*, 10(3), 141–147.
- Mast, D., Meyers, J., & Urbanski, A.(1987), Relaxation Technique : A Self-learning modules for Nurses : Unit II, *Cancer Nursing*, 10(4), 217–225.
- Mast, D., Meyers, J., & Urbanski, A.(1987), Relaxation Technique : A Self-learning modules for Nurses : Unit III, *Cancer Nursing*, 10(5), 279–285.
- Munro., B.M., & Et al.(1988), Effect to Relaxation Therapy on Post MI Patients' Rehabilitation, *Nursing Research*, 37(4), 231–235.
- Richter, J.M., & Sloan, R.(1979), Relaxation Technique, *American Journal of Nursing*, 79(11), 1960–1964.
- Scandrett, C., & Uecker, S., Relaxation Traning, In Bulechek, G.M., & McCloskey, J.C.(1985), *Nursing Intervention : Treatment for Nursing Diagnosis*, Philadelphia : W.B. Saunders Co.
- Sims, S.E.R.(1987), Relaxation Traning of Cancer : A Selective Review of the Literature, *Journal of Advanced Nursing*, 12, 583–591.
- Snyder, M.(1985), *Independent Nursing Intervention* N.Y : A Wiley Medical Publication.
- Snyder, M.(1984), Progressive Relaxation as a Nursing Intervention : An Analysis, *Advances in Nursing Science*, 6(2), 47–58.
- Strickland, B.R.(1978), Inter-External Expectancies & Health-related Behaviors, *J. of Consulting & Clinical Psychology*, 46(6), 120–124.
- Voshall, B.(1980), The Effects of Preoperative Teaching on Postoperative Pain, *Topics in Clinical Nursing*, An Aspen Publication, 39–43.
- Wells, N.(1982), The Effect of Relaxation on Postoperative Muscle Tension & Pain, *Nursing Research*, 31(4), 236–238.
- Yorkston, N.T., & Sergeant, H.G.S.(1969), A Simple Method of Relaxation, *The Lancet*, 1319–1321.

– Abstract –

A Study on Korean Imaginations of Relaxation

Park, Jeong Sook*

Relaxation technique is an independent nursing intervention used in various stressful situations. Relaxation techniques must be explored regarding relaxing imaginations used by the people in their traditional life experiences. So for Korean relaxation techniques to become culturally acceptable and effective imaginations of relaxation must be developed.

The purpose of this study was to identify differences in relaxation levels of Koreans according to five relaxation imaginations and five groups and to analyze the factors influencing relaxation techniques for Korean people.

The subjects were 38 hospitalized patients, 21 rural residents, 56 housewives, 16 researchers and 59 nursing students. Data were collected from September 4 to October 24, 1991 by interview or self-report questionnaires.

The measurement tool was the graphic rating scale of relaxation levels. The data analysis was done by percent, ANOVA and Scheffe test using the SAS program.

The results of study are summerized as follows :

1. The relaxation level of Koreans was significantly different for the five relaxation imaginations

*Dept. of Nursing, College of Medicine, Keimyung University

($F=5.95$, $P=0.0001$). Relaxation level of 'after bathing imagination' was 6.90, 'in bed imagination' was 6.55, 'in the mountain imagination' was 6.01, 'snow and fireplace imagination' was 5.84 and 'at the seashore imagination' was 5.80. As a result of the Scheffe test, 'after bathing imagination' was found to show a higher relaxation level than 'at the seashore imagination' 'in the mountain imagination' and 'snow and fireplace imagination' ($P<.05$).

2. The relaxation levels of the Koreans were not

different for the five groups ($F=1.26$, $P=0.29$).

3. There were no differences in the relaxation level of the Koreans according to sex, age, place of residence, place of residence during childhood, marital status, religion or educational status.

In conclusion, Korean people prefer the 'relaxation imagination of after bathing' to western style relaxation imagination of 'at the seashore imagination' and 'snow and fireplace imagination'.