

## 편마비 환자의 재활과정에 따른 스트레스와 대처의 변화양상\*

강 현 숙\*\*

### I. 서 론

#### 1. 연구의 필요성

인간의 평균수명 연장과 인구의 노령화에 따라 뇌졸중의 발생빈도가 증가되고 있음은 우리나라 뿐만 아니라 세계적인 추세이다. 뇌졸중은 높은 사망율을 접하고 있는 고위험 질환으로 생존한다 하더라도 기능적 장애인 편마비를 초래하기 쉽다.

편마비는 뇌졸중의 신체적 후유증으로 나타나는 기동성 장애와 신체상의 변화에 따른 역할갈등등 여러장애 때문에 입원동안에는 물론 퇴원후에도 지속적인 재활과정이 요구되는 만성 건강문제이다(Feigenson, 1981). 그러므로 편마비 환자는 재활과정동안 기동성장애에 대한 치료를 장기적으로 받아야 한다는 긴장감과 변화된 생활양식과 사회적편견(stigma)으로 인한 심리사회적 스트레스를 지각하는 상황에 처하게 된다.

스트레스 상황은 편마비환자로 하여금 재활치료과정을 포기하게 하거나 심한 우울을 일으킬 수 있는 요인으로 작용할 수 있으므로(Viney & Westbrook, 1984; Labi, Phillips & Gresham, 1980) 적절한 간호중재를 위해서는 먼저 편마비환자들이 지각하는 스트레스원과 정도를 파악하고 이와관련된 대처방법을 확인할 필요가 있다고 사려된다.

특히 성공적인 재활과정이란 재활의료팀의 일방적인 노력보다는 환자의 적극적인 참여가 요구되는바 그러한 참여는 그 사람의 재활에 대한 인식과 상황 및 스트레스에 따른 대처방법에 달려 있다고 보겠다. 이러한 관점에서 Lazarus 와 Folkman(1984)은 스트레스에 대한 심리적반응을 개인적변수와 상황변수에 따른 개인과 환경의 상호작용의 현상으로 보고 개인은 주어진 스트레스하에서 인지평가적 과정을 통해 스트레스를 지각하는 것과 동시에 이에 대처할 여러가지 내적자원을 활용한다고 하였다.

그러므로 편마비 재활과정이라는 지속적인 스트레스 상황에 있는 편마비환자를 이해하기 위해서는 Lazarus 와 Folkman(1984)이 제시한 스트레스에 대한 인지현상학적 이론을 근거로 편마비환자가 지각하는 스트레스 원과 정도는 재활과정 시기에 따라 어떠하며 이와관련된 대처방안은 어떠한지를 과학적으로 연구할 필요가 있다고 본다.

그러나, 지금까지 편마비환자에 대한 연구는 다양하게 진행되어 왔으나 재활과정이 지속되는 상황에서 스트레스 측면과 대처(coping)측면에 관한 연구는 거의 찾아 볼 수 없었으므로 본 연구는 편마비환자의 스트레스에 대한 현상을 구체적으로 설명할 수 있을 뿐만 아니라 환자사정에 필요한 기초적자료와 정보를 제공하고 나아가서는 적절한 중재를 개발하기 위한 목적으로 시

\* 본 논문은 1992년도 경희대학교 교내연구비에 의하여 연구되었음.

\*\* 경희대학교 의과대학 간호학과

도하였다.

## 2. 연구의 목적

본 연구는 편마비환자의 재활과정에 따라 경험하는 스트레스 양상과 대처방법이 어떻게 변화되는지 알아보기 위함이며 구체적인 목적은 다음과 같다.

- 1) 재활과정에 따른 스트레스 변화양상을 파악한다.
- 2) 재활과정에 따른 대처의 변화양상을 파악한다.
- 3) 재활과정에 따른 주요인별 스트레스 양상을 분석한다.
- 4) 재활과정에 따른 주요인별 대처의 양상을 분석한다.

## 3. 용어의 정의

**재활과정** : 재활과정은 개인이 질병이나 사고로 인한 생활양식의 변화에 적응해가는 역동적과정(Dittmar, 1989, 강의 4인, 1993)을 뜻한다. 본 연구에서는 뇌졸중환자가 입원을 시작으로 퇴원후 자신의 생활양식의 변화에 적응해가는 과정을 말하며, 1차는 입원한지 1주이내, 2차는 퇴원전 1주이내, 3차는 퇴원후 1개월전후 즉 추후관리 시기까지의 과정을 측정 시기로 하였다.

**스트레스양상** : 본 연구에서 스트레스정도는 이(1991)의 도구를 수정보완 한 4점 척도로 측정하였으며, 신체적, 심리적, 사회적 스트레스원이 포함된다.

스트레스 양상은 재활과정에 따라 변화되는 스트레스원과 정도를 의미한다.

**대처방법** : 대처란 인간의 자원을 증가하는 것으로 평가된 특수한 내·외적요구를 관리하기 위하여 부단히 변화하는 인지적, 행위적 노력을 말한다(Lazarus & Folkman, 1984 a).

본 연구에서 대처는 김과 이(1985)가 수정보완한 Lazarus와 Folkman의 대처방안 척도를 토대로 편마비환자에게 맞게 수정하여 측정하였다. 이 도구는 적극적대처(문제중심 대처와 사회적지지 추구요인)와 소극적대처(정서중심적 대처와 소망적사고요인)로 구분된다.

## II. 이론적 배경

### 1. 스트레스-대처이론

스트레스개념은 흔히 사용되고 있는 용어이나 아직도 모호하게 적용되고 있으며(Eisdorfer, 1981) 스트레스를 연구하는 학자들간에도 개념 정의하는데 논란이 계속되고 있는 실정이다(Fleming et al, 1984, Dohrenwend & Shrout, 1985).

전통적으로 스트레스는 외부에서 가해지는 자극으로 보는 입장과(Holmes & Rahe, 1967) 적응을 요하는 모든 자극(스트레스원)에 대한 반응으로 보는 입장(Selye, 1976)이 있다.

자극으로서의 스트레스 개념은 외적환경조건과 내적생리현상의 모든 자극이 스트레스원으로 모든 사람에게 같은 영향을 준다는 가정때문에 스트레스는 모든 사람에게 같은 의미로 해석되지는 않는다. 한편 반응으로서의 스트레스 개념에서는 특정한 스트레스 반응과 일상생활에서 일어나는 반응을 구별하기 어렵고 동일한 스트레스 반응이라도 서로 다른 자극에 의할 수 있다는 점이 지적되고 있다(Lyon & Werner, 1987).

그러나 스트레스는 스트레스를 주는 상황에 대한 지각에 의해 결정되고 스트레스 정도는 개인의 대처 능력에 따라 좌우된다(김, 1987)는 점에서 불매 자극으로서의 스트레스개념과 반응으로서의 스트레스 개념은 둘다 개인차가 고려되지 않는다는 문제점을 가지고 있다.

그리하여 최근에는 스트레스의 의미를 개인이 어떻게 지각하는가의 측면에서 보는 인지평가적 개념으로 설명되는 관계론적 입장이 대두되고 있다(김, 1987). 관계론적 입장은 건강과 질병연속선상에서 환경과의 상호작용을 하는 인간을 대상으로 하는 간호학적 입장과 일치한다고 볼 수 있다.

스트레스를 관계론적 입장에서 보는 Lazarus의 인지현상학적 모델에서는 스트레스를 자극이나 반응으로 보려는 입장과는 달리 어떤 환경적상황이라도 개인의 지각으로 어떻게 보느냐에 따라 결정된다고 보고 있다(Cox, 1982). 즉 스트레스는 자극 또는 반응과 같은 단순한 개념이 아닌 복합개념으로 환경과 인간이 상호간에 교환하는 양방향관계라고 볼 수 있다. 또한 환경적 자극, 스트레스원은 신체적, 정신적, 사회적, 문화적인 요인 또는 복합적인 요인이 될 수 있다.

이 모델에 의하면 스트레스는 개인의 지각, 대처할 수 있는 자원의 능력에 대한 평가 그리고 실제로 수행되는 대처행동에 따라 결정된다(이, 1993).

따라서 심리적스트레스는 개인이 가진 그의 자원을 요구하거나 초과하여 개인의 안녕상태를 위협한다고 평가되는 개인과 환경과의 특정한 관계라고 정의된다.

이때 평가는 개인과 환경과의 상호관계를 중재하는 역동적 과정을 뜻하며, 일차적평가, 이차적평가 그리고 재평가가 포함된다(Lazarus & Folkman, 1984 a, b).

일차적평가는 개인이 직면하는 특정상황이 자신과 무관한지 또는 이롭고 긍정적인지 또는 스트레스가 되는 것인지 평가하는 과정이다. 만일 그 상황이 스트레스로 인지되는 경우는 다시 첫째 상해/상실, 둘째 위협, 셋째 도전의 하위유형으로 인지 평가하게 된다. 이차적평가는 스트레스 상황에 대하여 적절한 대처자원과 대처방법을 결정하는 것이다. 그러므로 이차적평가에 의해 다양한 대처행동을 하며 재평가과정을 거쳐 스트레스에 적응하게 된다.

대처는 스트레스원으로부터 받은 피해를 최소화하기 위해 개인이 행하는 노력으로(Lazarus, 1984a, b) 대처 자원에는 개인의 건강, 에너지등의 신체적자원, 사회적 지지와 같은 사회적자원, 자존심, 문제해결 능력등이 포함된 심리적자원, 그리고 돈, 도구, 장비와 같은 물리적 자원이 있다.

대처방법에는 정보를 추구하여 고통을 유발하는 환경의 문제를 다스리거나 변화시켜 적극적으로 문제를 해결하는 문제중심대처와 정서적고통을 조정하여 삶과 환경과의 변화를 가져오게 하는 정서중심대처가 있다. 이러한 문제중심대처와 정서중심대처는 스트레스상황에서 서로 영향을 주며 문제해결을 위한 촉진 작용을 한다.(Lazarus & Folkman, 1980).

요약하면 한 개인이 스트레스 상황에 놓여질때 그 상황의 스트레스 여부를 평가하는 일차적 평가와 대처자원 및 방법 선택에 대한 이차적평가를 하게 되고 이 평가에 의해 다양한 대처행동을 하며 재평가 과정을 거쳐 스트레스 적응을 도모하게 된다.

이 모델을 근거로 본 연구에서는 편마비환자가 치료하는 상황과의 상호작용에서 독립적인 일상생활동작 제한, 역할상실등의 스트레스를 인지한다고 보았다. 재활 과정에 있는 환자가 변화되는 상황에 따라 인지하고 있는 스트레스원과 인지적평가에 대한 대처행위중 어떤 대처방법을 선택하는지를 서술하고자 하였다.

## 2. 편마비환자의 스트레스와 대처방법

뇌졸중으로 인한 편마비는 매우 충격적인 사건이라 할 수 있다. 모든 면에서 갑작스런 변화를 초래하는 환자와 가족은 그들의 역할에도 극적인 변화를 갖게 된다. 또한 갑작스런 불구때문에 정상적으로 적응할 시간적 여유 없이 최악의 상태에서 적응을 시작해야만 하므로(이등, 1988) 심한 스트레스를 초래하게 된다.

일반적으로 입원환자는 질병자체에 의한 스트레스는 물론 낯선환경과 소음, 프라이버시와 자기통제의 상실, 질병과 관련된 정보에 대한 무지, 그리고 가정과 사회생활의 중진에 대한 심리적, 사회적 스트레스를 일으키는 상황에 처하게 된다(Luckmann, Sorensen, 1986). 뿐만 아니라 질병으로 인한 불구 상태나 신체상의 변화는 정서적충격을 가져오고 생활에서 여러가지 형태의 제약을 받음으로서 성격이 역행되고 행동이나 사고방식이 퇴행하여 인성의 변화도 초래한다(이, 1982)

편마비환자는 기동성, 상지기능, 배설기능, 성기능등 인체의 필수적인 신체 기능이 저하되고 감각장애, 기억장애, 정서장애, 기억력손상등으로 인한 심리적 불안을 느끼며(장, 1972, 강, 1993) 자아에 대한 위협과 낮은 자존감을 갖게 된다. 또한 자가간호결핍, 의사소통제한과 함께 사회적인 모든기능이 저하되게 된다(Anderson, 1987).

편마비환자의 스트레스에 대한 선행연구를 보면 박(1988)은 편마비환자의 불안을 신체적요인, 사회적요인, 심리적요인의 세요인으로 구분하였는데 신체적요인에는 신체기능장애로 인한 보행장애, 일상생활활동장애, 시력장애와 감각장애가 포함되고 사회적요인에는 가족관계, 가족내의 역할변화, 대인관계에 대한 두려움, 심리적요인에는 입원으로 인한 치료비부담감, 직장복귀문제, 오락이나 취미생활의 어려움, 병원환경에 대한 불편감 등이 포함되었다. 또한 이(1991)의 연구에서도 세 요인으로 구분되었는데 신체적요인으로 인한 스트레스가 가장 높음을 볼 수 있었다.

한편 만성질환자에 있어서 대처는 위협적이고 도전적인 과정으로 적응의 성공과 동일시 된다.(Cohen & Lazarus, 1983, Burckhardt, 1987) 대처에는 스트레스를 주는 상황에 대한 문제자체를 조절변화시키려는 직접적인 행위를 하는 문제 중심대처와 그 문제에 의해 발생하는 개인의 정서를 조절하려는 정서중심대처로 구별되는데(Lazarus & Folkman, 1984) 이러한 대처방법의

선택은 한 개인의 문화적, 철학적, 도덕적 신념과 적응에 이용할 수 있는 자원, 기관등의 외부환경에 따라 변화된다.

김과 이(1985)는 대처방법에 문제중심적 또는 정서중심적 대처뿐만 아니라 사회적지지와 소망적사고도 포함되어야 한다고 하였다.

편마비환자의 대처에 관한 선행연구는 찾아볼 수 없으나, 혈액투석환자를 대상으로 한 이(1993)의 연구에 의하면 적극적대처(문제중심대처 포함)를 하는 환자의 수는 14명인 반면에 소극적대처(정서중심대처 포함)를 하는 환자는 약 2배 정도인 29명이었다.

이(1983)는 혈액투석환자 94명을 대상으로 한 연구에서 정서중심적 대처방법보다 문제중심적 대처방법이 더 많이 사용된다고 밝혔고, 김(1987)은 적극적대처를 많이 하면 스트레스의 영향이 감소됨을 보여주었다. Gurkis와 Menke(1988)는 스트레스요인을 신체적, 심리, 사회적 스트레스원으로 구분하여 연구한 결과 신체적 스트레스원의 경우 정서중심적대처와 관련있고 심리, 사회적 스트레스인 경우 정서중심적 대처와 문제중심적 대처 모두에서 유의한 관련성이 있었다.

이상의 선행연구들을 근거로 본 연구에서는 재활과정에 따라 편마비환자의 스트레스원과 정도 그리고 대처방법이 어떻게 변화되었는지, 어떠한 차이가 있는지를 비교하고자 한다.

### Ⅲ. 연구방법

#### 1. 연구설계

본 연구의 설계는 재활과정에 따른 스트레스변화양상을 분석하기 위한 서술적 종단적 조사연구였다.

#### 2. 연구대상자

연구대상자는 K 의료원 한방병원에 입원하고 있는 뇌졸중으로 인한 편마비환자로 ① 의식이 있고 의사소통이 가능한자, ② 활력증상이 안정된자, ③ 연구의 목적을 이해하고 연구에 참여를 허락한자, ④ 퇴원후 서울 또는 서울근교에 거주한자를 전수대상으로 하였으며, 1993년 6월 12일 부터 9월 25일까지 자료수집하였다. 입원초기 1차 대상자수는 73명이었으나 2차에는 67명, 3차에는 57명으로 감소하여 57명만이 본 연구의 대상이었다. 연구장소로 한방병원을 택한 이유는 편마비환자

가 많고 지속적인 재활과정이 이루어지고 있으므로 자료수집이 용이하기 때문이었다.

#### 3. 연구도구

##### 1) 스트레스 측정도구

재활과정의 각 시기(입원초기, 퇴원전시기, 추후관리시기)에 있는 환자 10명을 대상으로 개방질문법에 의한 직접면담을 통해 스트레스원을 조사하였다

그 결과를 근거로 요인분석과 신뢰도 검증을 한 이(1991)의 도구를 수정보완하였다. 본 도구는 총 28문항의 4점척도로 점수가 높을 수록 스트레스정도가 높음을 의미한다.

편마비환자 20명을 대상으로 사전조사하여 문항분석한 결과 Cronbach's  $\alpha=.78$ 였고 본 연구에서는 Cronbach's  $\alpha=.82$ 였다.

##### 2) 대처방법 측정도구

김과 이(1985)가 요인분석과 신뢰도 검증(Cronbach's  $\alpha=.87.95$ )을 통해 수정보완한 Lazarus와 Folkman(1984)의 대처방법척도를 편마비환자에 맞게 수정하였다. 이 도구의 문항은 총 34문항으로 적극적대처(문제중심대처 9문항, 사회적지지추구요인 6문항)와, 소극적대처(정서중심대처 14 문항, 소망적사고 요인 6문항)로 구분된다. 편마비환자 20명을 대상으로 사전조사하여 문항분석한 결과 Cronbach's  $\alpha=.67$ 였으며, 본 연구에서는 Cronbach's  $\alpha=.75$ 였다. 각각의 평균의 합을 적극적 대처방법의 평균값으로 나누어 비율로 환산한 값을 적극적대처, 나머지비율에 해당되는 값을 소극적대처로 구분하여 해석하였는데 이는 김과 이(1985) 그리고 이(1993)의 해석방법을 이용하였다.

##### 3) 체질분류도구

고(1984)가 개발한 사상 변증 설문지를 사용하였다. 본 도구는 총 25문항으로 구성되어 있으며 응답한 번호를 점수로 계산하여 합한점수로 체질을 분류하는 것으로 한방병원에서 환자의 체질을 분류하는데 사용되고 있다.

#### 4. 자료수집절차 및 방법

자료는 측정시 오차를 배제하기 위하여 병원근무자인 연구원 1명이 수집하였으며 1차측정은 입원하여 활력증

상이 안정된 첫주이내, 2차측정은 퇴원을 앞둔 1주이내에 하였다. 이때 외래방문시 만날 것을 약속하였다. 3차측정은 퇴원후 1개월정도 외래 방문시 측정하였으며 약속한날 외래에 오지 않았을때는 전화로 다시 약속하거나 가정방문하여 측정하였다. 각 측정시기는 변화되는 상황을 기점으로 하였다.

구체적인 자료수집 단계와 내용은 다음과 같다.

- 1) 1차에서는 대상자의 일반적 사항과 스트레스, 대처
- 2) 2차에서는 대상자의 스트레스와 대처
- 3) 3차에서는 대상자의 스트레스와 대처를 측정하였다.

#### 5. 자료분석 방법

수집된 자료는 SPSS /pc+를 이용하여 통계처리하였다.

대상자의 일반적특성, 스트레스와 대처의 시간적변화는 백분률과 평균 및 표준편차로, 그리고 t-test, ANOVA를 이용하여 분석하였다. 또한 재활과정에 따른 스트레스와 대처양상은 repeated measures ANOVA, 시간대조에 대한 사후검정(post hoc test)으로는 paired t-test와 Bonferroni 방법을 이용하였다.

#### 6. 연구의 제한점

환자의 재원기간과 내원기간이 일정하지 않아 측정시기에 따른 오차가 발생할 수도 있다.

### IV. 연구결과

#### 1. 대상자의 일반적 특성

대상자중 과반수이상이 남자이고, 평균연령은 59.9세였으며 태음인 체질을 가진자(61%)가 가장 많았다. 직업은 대상자의 약 1/2정도가 갖고 있었고 국졸이하의 학력을 가진자(42.1%)가 가장 많았다. 대상자의 약 2/3가 종교를 가지고 있었고 평균자녀수는 3.4명이며 2/3이상이 배우자와 자녀와 함께 살고 있었다.

대상자의 대부분이 중 정도의 경제상태였으며 치료비 부담은 주로 자녀(46.6%) 또는 본인(38.6%)이 하고 있었다.

한편 대상자의 대다수가 첫번째 발병한 경우였고 마비의 위치는 좌(50.9%)·우가 비슷하였다. 편마비 상태에서 동반된 장애로는 언어장애가 가장 많았고 평균

입원기간은 28.4일이었으며 주로 배우자가 환자를 돌보고 있었다<표 1-1 참조>.

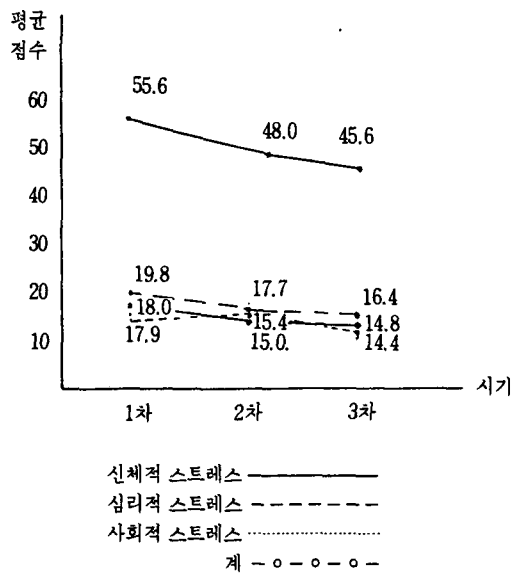
<표 1-1> 대상자의 일반적 특성

특성	구분	실수	백분율	M±SD
성별	남	32	56.1	
	여	25	43.9	
연령 (만~세)	-40	2	3.6	59.9±11.3
	40-49	6	10.8	
	50-59	21	37.0	
	60-69	19	33.4	
	70-	9	16.1	
체질	태음인	35	61.4	
	소양인	14	24.6	
	소음인	8	14.0	
직업	유	29	50.9	
	무	28	49.1	
교육정도	무학	7	12.3	
	국졸	17	29.8	
	중졸	12	21.1	
	고졸	16	28.1	
	대졸	5	8.8	
종교	유	36	63.2	
	무	12	36.8	
자녀수 (명)	0	2	3.5	3.4± 1.6
	1-3	27	47.4	
	4-6	28	49.1	
동거가족	배우자	10	17.5	
	자녀	7	12.3	
	배우자+자녀	39	68.4	
	기타	1	1.8	
경제상태	상	2	3.5	
	중	54	94.7	
	하	1	1.8	
치료비 부담	본인	22	38.6	
	배우자	8	14.0	
	자녀	26	46.6	
	기타	1	1.8	
뇌졸중	1	49	86.0	
발병회수(회)	2-	8	14.0	
마비된 부위	좌	29	50.9	
	우	28	46.1	

특성	구분	실수	백분율	M±SD
주된 동반장애	언어장애	29	50.9	
	배뇨장애	6	10.5	
	배변장애	4	7.0	
	연하장애	3	5.3	
	수면장애	4	7.0	
	두통/어지러움	7	12.3	
	없음	4	7.0	
간호인	배우자	32	56.1	
	자녀	17	29.8	
	기타	8	14.0	
입원기간 (일)	-15	15	26.5	28.4±16.9
	16-30	23	40.5	
	31-45	11	19.4	
	46-60	4	6.8	
	61-	4	6.8	

2. 재활과정에 따른 스트레스 변화양상

재활과정에 따른 스트레스 변화양상을 파악하기 위하여 각 시기별 평균치를 비교해본 결과 스트레스 정도는 점차적으로 감소하는 경향을 보였다.



〈그림 1〉 스트레스양상의 시간적 변화

한편 전 재활과정을 통해 심리적요인으로 인한 스트레스가 가장 높은 점수를 보였지만 재활과정에 따라 다른 스트레스원은 변화되었다. 즉 입원초기에는 심리적, 신체적, 사회적스트레스원의 순이었고 퇴원전시기에는 심리적, 사회적, 신체적 스트레스원의 순이었다(그림 1).

이에 대한 유의성을 검정한 결과 재활과정에 따른 스트레스의 변화된 양상은 통계적으로 유의하였다(F=36.92, P=.000) 또한 하위영역인 신체적(F=34.55, P=.000) 심리적(F=15, P=.000) 사회적(F=24.71, P=.000)요인으로 인한 스트레스도 감소하였다(표 2-1).

그러므로 어느 시기에 더 유의한 차이를 보였는지 알기 위해 사후검정한 결과 입원초기보다 추후관리시기에 스트레스가 감소되었으며 통계적으로도 유의하였다. (t=7.33, p\*\*\*=.000). 또한, 하위영역인 신체적(t=8.10, p\*\*\*=.000), 사회적 요인(t=4.60, p\*\*\*=.000)으로 인한 스트레스는 입원초기보다 퇴원전시기에 가장 현저하게 감소되었고, 추후관리시기에도 감소되었으나 (t=6.09, p\*\*\*=.000 ; t=6.31, p\*\*\*=.000) 심리적 요인으로 인한 스트레스는 입원초기보다 추후관리시기에만 감소되었다(t=5.15, p\*\*\*=.000). 그러나 모든 영역의 스트레스는 퇴원전시기에서 추후관리시기까지 통계적으로 유의하게 감소되지는 않았다(\*\*\* Bonferroni adjusted  $\alpha$ 값).

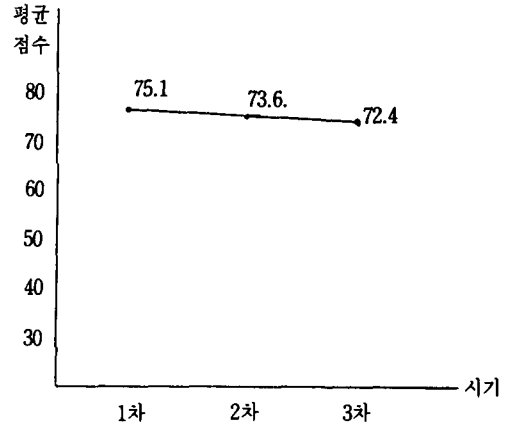
〈표 2-1〉 재활과정에 따른 스트레스 변화 양상

구분	SS	자유도	MS	F값	P값
신체적 스트레스	개체간 1252.77	56	22.37		
시기	360.67	2	180.33	34.55	.000**
오차	584.67	112	10.32		
심리적 스트레스	개체간 3122.71	56	55.76		
시기	391.80	2	159.90	15.49	.000**
오차	1156.20	112	10.32		
사회적 스트레스	개체간 1662.77	56	29.29		
시기	361.68	2	180.84	24.71	.000**
오차	819.65	112	7.32		
계	개체간 11618.85	56	207.48		
시기	3056.05	2	1528.02	36.92	.000**
오차	4635.29	112	41.39		

\*\* p=.000

### 3. 재활과정에 따른 대처의 변화양상

재활과정에 따른 대처방법은 표 3-1에서와 같이 입원초기에는 대부분(91.2%)이 소극적 대처를 했는데 퇴원전시기에는 적극적대처를 하거나 중립적인 대처를 하는자가 증가하여 소극적대처를 하는자가 감소하는 경향이였다. 그러나 퇴원후 추후관리시기에 소극적대처를 하는자가 다시 증가되었으며 전과정을 통해 대부분이 소극적대처를 하는 경향이였다. <표 3-1>에서와 같이 전 재활과정을 통해 대부분이 소극적 대처를 하는 경향이였기 때문에 재활과정에 따른 대처 정도의 변화양상에서는 대처방법의 구분없이 점정하였다.



<그림 2> 대처정도의 시간적 변화

<표 3-1> 재활과정에 따른 대처방법

	1차	2차	3차
	실수(%)	실수(%)	실수(%)
적극적대처	4( 7.0)	6( 10.5)	3( 5.3)
소극적대처	52( 91.2)	46( 80.7)	54( 94.7)
중립	1( 1.8)	5( 8.8)	-( - )
계	57(100.0)	57(100.0)	57(100.0)

<표 3-2> 재활과정에 따른 대처정도

	SS	DF	MS	F	P
개체간	9926.28	56	177.26		
개체내					
시기	217.51	2	108.75	1.97	.145
오차	6189.16	112	55.26		

대처정도는 각 시기별 평균치로 비교해본 결과 점차적으로 감소되는 경향이 있었다(그림 2). 이에 대한 유의성을 검증한 결과<표 3-2> 통계적으로 유의한 차가 없었는데(F=1.97, P=.145) 이는 시기에 따른 대처정도의 차이가 없음을 의미한다.

### 4. 재활과정에 따른 제요인별 스트레스 양상

#### 1) 재활과정에 따른 체질별 스트레스 양상

체질별 스트레스정도의 시간적 변화를 분석해본 결과 입원초기, 퇴원전 시기, 추후관리시기에서 소음인이 스

<표 4-1> 제요인별 스트레스정도의 시간적 변화

구분	시기	1차		2차		3차	
		M	F값 또는 t값	M	F값 또는 t값	M	F값 또는 t값
체질	태음인	54.91	.15	48.40	.28	45.14	.14
	소양인	56.42		46.42		46.35	
	소음인	56.87		49.37		46.50	
편마비	우	58.25	1.84	51.28	2.60*	47.50	1.63
부위	좌	52.96		44.93		43.82	
발병	1	55.32	-.39	47.51	-1.05	45.14	-1.06
회수	2	57.00		51.37		48.62	

\* p<.05

트레스를 많이 받는 경향이었으나 통계적으로 유의한 차이가 없었다<표 4-1>. 즉 재활과정 전 과정을 통해 체질별로 스트레스 정도는 차이가 없었다.

재활과정에 따라 체질별로 변화되는 스트레스 양상을 검정한 결과<표 4-2> 체질에 따라 유의하지 않았고, 체질과 시기의 교호작용도 없었으나 시기에 따라서는 유의한 차이를 보였다(F=26.82, P=.000). 그러므로 사후검정한 결과 스트레스는 입원초기보다 퇴원전시기에 현저하게 감소되었다(t=6.36, p\*\*\*=.000).

2) 재활과정에 따른 편마비부위별 스트레스 양상

편마비 부위별 스트레스 정도의 시간적변화를 분석해 본 결과 전재활과정에서 우측마비가 있는 경우 스트레스정도가 더 높았으나 통계적으로 유의한 차는 없었다<표 4-1>. 재활과정에 따른 편마비 부위별 스트레스 양상을 검정한 결과<표 4-2> 마비부위에 따른 유의성도

없었고 마비부위와 시기와의 교호작용도 없었으나 시기에 따라 유의한 차이를 보였다(F=36.72, P=.000).

사후검정결과 스트레스는 입원초기보다 퇴원전 시기에 감소되었다(t=6.36, P\*\*\*=.000)

3) 재활과정에 따른 발병회수별 스트레스 양상

발병회수별 스트레스 정도의 시간적 변화를 분석한 결과 입원초기, 퇴원전 시기, 추후관리시기 모두 재활한 경우에 스트레스정도가 더 높았으나 통계적으로 유의한 차이는 없었다<표 4-1>. 재활과정에 따른 발병회수별 스트레스 양상을 검정한 결과<표 4-2> 발병회수에 따른 유의한 차이는 없었으나 시기에 따라서는 통계적으로 유의한 차이를 보였다(F=15.06, P=.000).

사후검정결과 스트레스는 입원초기보다 퇴원전 시기에 감소되었다(t=6.36, P\*\*\*=.000)(\*\*\* Bonferroni adjusted  $\alpha$ 값).

<표 4-2> 재활과정에 따른 제요인별 스트레스 변화 양상

	구 분	SS	자유도	MS	F값	P값
체질	집단간	40.10	2	20.00	.39	.911
	집단내 개체간	1578.85	54	214.42		
	개체내					
	시기	2264.13	2	1132.07	26.82	.000**
	체질×시기	75.88	4	18.97	.45	.773
	오차	4559.40	108	42.22		
편마비 부위	집단간	1113.27	1	1113.27	5.83	.019*
	집단내 개체간	10505.59	55	191.01		
	개체내					
	시기	3059.94	2	1529.97	36.72	.000**
	부위×시기	51.94	2	25.97	.62	.538
	오차	4583.34	110	41.67		
발병 회수	집단간	186.53	1	186.53	.90	.348*
	집단내 개체간	11432.33	55	207.86		
	개체내					
	시기	1263.13	2	631.88	15.06	.000**
	회수×시기	18.84	4	9.42	.22	.799
	오차	4616.44	110	41.97		

\* p<.05 \*\* p=.000

5. 재활과정에 따른 제요인별 대처양상

1) 재활과정에 따른 체질별 대처양상

체질별 대처정도의 시간적변화를 분석해본 결과 입원 초기와 퇴원전시기에는 소양인의 대처정도가 가장 높은 반면에 추후관리시기에는 태음인의 대처정도가 가장 높

았으나 통계적으로 유의한 차이는 없었다<표 5-1>.

재활과정에 따른 체질별 대처양상을 검정한 결과<표 5-2> 체질에 따른 유의한 차이는 없었으나 시기에 따라서는 유의하였으나(F=4.29, P=.016), 사후검정으로 Paired t-test 후 Bonferroni correction 한 결과 1차와 2차, 2차와 3차, 1차와 3차 모두 통계적으로 유의하지는



않았다. 그러나 체질과 시기의 교호작용은 있었다 (F=2.92, P=.025).

2) 재활과정에 따른 편마비부위별 대처양상

먼저 편마비부위별 대처정도의 시간적 변화를 분석해 본 결과 입원초기, 퇴원전, 추후관리시기 모두 통계적으로 유의하지 않았다<표 5-1>. 즉 이는 편마비부위가 대처정도에 영향을 주지않는다는 것을 의미하였다.

재활과정에 따른 편마비부위별 대처양상을 검정한 결과<표 5-2> 마비부위에 따른 유의한 차이도 없었고 시기에 따라서도 그리고 편마비부위와 시기의 교호작용도

없었다.

3) 재활과정에 따른 발병회수별 대처양상

발병회수별 대처정도에 대한 시간적 변화를 분석해본 결과 입원초기, 퇴원전, 추후관리시기등 전과정에서 재발한 경우 대처를 더 잘하는 경향이있었지만 통계적으로 유의하지는 않았다<표 5-1>. 재활과정에 따라 발병회수별 대처양상을 검정한 결과<표 5-2> 발병회수별 시기에 따른 유의한 차이도 없었고 또한 발병회수와 시기의 교호작용도 없었다.

<표 5-1> 제요인별 대처정도의 시간적 변화

구분	시기	1차		2차		3차	
		M	F값 또는 t값	M	F값 또는 t값	M	F값 또는 t값
체질	태음인	70.40	1.15	73.48	.28	75.77	6.63*
	소양인	74.64		73.71	.003	68.00	
	소음인	70.38		73.63		65.13	
편마비 부위	우	75.29	.12	72.50	-.86	72.93	.41
	좌	74.97		74.59		71.83	
발병 회수	1	74.65	-.85	73.18	-.77	71.43	-1.86
	2	78.00		75.88		78.13	

\*p<.05

<표 5-2> 재활과정에 따른 제요인별 대처양상

구분	SS	DF	MS	F값	P값	
체질	집단간	729.62	2	364.81	2.14	.127
	집단내 개체간	9196.66	54	170.31		
	개체내					
	시기	443.60	2	221.80	4.29	.016*
	체질×시기	603.81	4	150.95	2.29	.025*
	오차	5585.35	108	51.72		
편마비 부위	집단간(부위)	2.10	1	2.10	.01	.914
	집단내 개체간	9924.18	55	180.44		
	개체내					
	시기	216.73	2	108.37	1.95	.147
	부위×시기	78.63	2	39.31	.71	.495
	오차	6110.53	110	55.55		
발병 회수	집단간(발병회수)	371.76	1	371.76	2.14	.149
	집단내 개체간	9554.52	55	173.72		
	개체내					
	시기	52.20	2	26.10	.47	.627
	회수×시기	63.48	2	31.74	.57	.567
	오차	6125.68	110	55.69		

\*p<.05

## V. 논 의

### 1. 재활과정에 따른 스트레스의 변화 양상

스트레스 정도는 재활과정에 따라 점차적으로 감소하였고 심리적 스트레스원을 제외한 다른 스트레스원도 재활과정에 따라 변화되었다. 일반적으로 입원환자는 질병자체로 인한 스트레스는 물론 낯선환경과 소음, 프라이버시와 자기통제의 상실, 질병과 관련된 정보에 대한 무지로 인해 스트레스를 일으키는 상황이 되므로 (Luckman & Sorensen, 1986) 본 연구에서도 재활과정중 특히 입원초기에 전반적인 스트레스정도가 높고 그중 심리적요인으로 인한 스트레스 정도가 가장 높았다고 볼 수 있다.

병원이라는 낯설고 생소한 환경에 대한 두려움, 환경적 제약 등에 의해 안정감을 위협받는다라는 박(1975)의 연구와 Volicer(1974)의 연구도 본 연구결과를 뒷받침 해주었다.

퇴원전시기에는 스트레스가 입원초기보다 크게 저하되었고 심리적, 사회적, 신체적 스트레스 순으로 신체적 스트레스가 가장 낮았다. 이는 입원기간이 경과할수록 상태가 호전되어 일상생활동작 수행정도가 높아졌던 강(1984)과 박(1987)의 연구가 지지해 주었다.

그러나 추후관리시기에 스트레스 양상이 입원초기와 마찬가지로 심리적 요인으로 인한 스트레스 정도가 가장 높고 다음은 신체적 스트레스 그리고 사회적 스트레스의 순이었다. 다시 신체적 스트레스가 가장 높은 이유는 퇴원전보다 퇴원후 신체적 스트레스가 크게 저하되었음을 밝힌 서(1988)의 연구에서 퇴원전부터 후까지의 측정기간이 약 3개월이었음을 참조해볼때 퇴원후 신체적 기능회복이 느리고 퇴원전 시기로부터 추후관리 시기까지의 기간이 짧은 탓으로 사려된다.

### 2. 재활과정에 따른 대처방법의 변화 양상

Andrew, Tennant 등(1978)에 의하면 대처방법은 환자가 자신의 질병이나 질병으로 인한 결과를 다스리기 위해 선택하는 특정기술로써, 사건과 반응에 대한 인지적활동으로 간주된다. 대처행동은 개인의 인지에 의해 자극되어진다고 하는데 (Miller, 1983) 본 연구에서는 입원초기에 대부분(91.2%)이 소극적대처를 하였다. 그러나 퇴원전에는 약간 감소(80.7%)했다가 추후관리시기에 다시 증가(94.7%)하였다. 이는 입원초기에는 스

트레스가 심하여 스트레스 반응인 우울정도도 높아지며 추후관리시기에는 기대만큼 회복되지 않기때문에 우울 정도가 높아졌다고 볼 수 있다. 따라서 이러한 양상은 변화가 가능하지 못한 상황에 있어서는 소극적대처의 범주속에 포함되는 정서중심대처가 우울과 유의한 정적 관계가 있다고 하는 Vilaliano(1990), 그리고 우울한 사람들은 소극적대처방법을 더 많이 사용한다고 한 김과 이(1985)의 연구와도 비슷한 맥락에 있다고 볼 수 있다. 또한 본 연구에서 스트레스가 재활과정에 따라 점차 감소되는 것과 마찬가지로 대처정도도 점차로 감소되는 경향이었는데, 이는 만성질환인 경우 시간이 지남에 따라 충격적인 사건에 익숙해지고 점차로 적응해가는 결과로 볼 수 있다.

### 3. 재활과정에 따른 제요인별 스트레스와 대처방법

#### 1) 체질별 스트레스와 대처방법

본 연구에서 입원초기, 퇴원전시기, 추후관리시기의 스트레스는 체질에 따라 차이가 없었으나 전 재활과정을 통해 소음인이 스트레스를 가장 많이 받는 것으로 나타났다. 이 결과는 체질에 따른 스트레스 인지정도가 가장 높았던 전(1991)의 연구결과와 일치하였는데, 이는 소음인은 세심하고 치밀하나 소극적이고 시기심이 많아 한번 감정이 상하면 오래도록 풀리지 않는 특성을 가지고 있기 때문이라고(고, 1984, 송, 1993) 사료된다.

한편 체질은 각 개인이 지니는 정신적, 신체적 특성을 합하여 일컫는 말로 선천적유전인자와 후천적환경요소에 의하여 형성된 개개인이 지니는 유형적인 특성인데(고, 1984) 태양인, 태음인, 소양인, 소음인으로 구분된다.

체질별 대처정도는 입원초기, 퇴원전시기에는 유의하지 않았으나, 추후관리시기에서는 태음인이 대처를 가장 잘하고 소음인이 대처를 못하는 경향이였다.

이는 변화를 싫어하고 보수적이며 행동이 신중하고 인내심이 많은 태음인의 특성(고, 1984)때문에 지속적인 재활과정을 경험하는 추후관리시기에 대처를 잘하는 것이라고 생각할 수 있다.

#### 2) 편마비부위별 스트레스와 대처방법

전 재활과정을 통해 우측마비가 있는 환자에서 스트레스는 더 높은경향이였으나, 입원초기나 추후관리시기에는 편마비부위와 스트레스가 통계적으로 무관하였다.

이 결과는 마비부위와 스트레스반응인 우울정도간에 유의한 관계가 없었던 강(1984)과 이(1991)의 연구결과와 상이한 양상을 보였는데, 우리문화권에서 대부분인 오른손잡이인 경우 우측마비환자에게 스트레스가 더 높게 나타난것은 당연한 결과라고 생각할 수 있다.

편마비부위가 대처정도에는 영향을 주지않았으며, 재활과정에 따른 편마비부위별 대처정도도 통계적으로 유의한 차이가 없었다.

즉 대처방법은 우측 또는 좌측마비와 전혀 무관하다고 볼수 있다.

### 3) 발병회수별 스트레스와 대처방법

본 연구에서 발병회수와 스트레스는 통계적으로 유의하지는 않았으나 재발한 경우 스트레스가 더 높았다.

이는 입원회수와 불안정도의 관계가 통계적으로 유의하지는 않지만 입원회수가 많을수록 불안정도가 높았던 연구결과(이, 1991)와 일치하였다. 또한 입원경험회수와 스트레스와는 비례하는 것으로 보고한 연구(Volicer, 1977, 이, 1988, 김, 1991, 오, 1991)도 본 연구결과를 지지해주었다.

발병회수별 대처정도는 통계적으로 유의한 차이는 없었으나 재발한 경우 대처정도가 높았고, 재활과정에 따라서도 유의한 차는 없었다. 본 연구에서는 재발한 경우 스트레스도 높고 대처정도도 높았는데 이결과는 스트레스상황에 더 오래 노출할수록 신장이식 환자들이 효과적으로 대처하지 못한다고 한 Sutton과 Murphy(1989)의 연구와 스트레스정도가 높은 집단은 비효율적인 대처방법을 많이 사용한다고 한 이등(1979)의 연구결과와는 상이하였다. 이는 편마비환자가 효과적인 재활을 위해서는 무엇보다도 자신의 의지와 적극적인 자세가 요구되기때문에 스트레스가 높아도 대처정도가 높다고 해석할 수 있다.

## VI. 요약 및 결론

점차적인 증가추세에 있는 편마비환자의 성공적인 재활을 위해서는 무엇보다도 우선 재활과정이라는 지속적인 스트레스 상황에 있는 편마비 환자를 이해해야 한다.

그러므로 본 연구의 목적은 재활과정에 따라 편마비 환자가 지각하고 있는 스트레스원과 정도가 어떻게 변화하는지 그 양상을 파악하고 또한 이와관련된 대처방법은 어떠한지 파악하기 위함이며 서술적 종단적 조사 연구 설계로 시도되었다.

본 연구의 대상은 K 의료원에 입원중인 편마비환자 57명을 대상으로 입원초기 퇴원전시기, 추후관리시기 총 3회에 걸쳐 1993년 6월 12일부터 9월 25일까지 약 3개월간 관찰과 면담, 설문지를 통해 자료를 수집하였다. 연구도구는 이(1991)의 도구를 수정보완한 28문항의 스트레스 측정도구와 김과이(1985)의 도구를 수정한 34문항의 대처 측정도구를 사용하였다. 자료분석은 SPSS / PC<sup>+</sup>를 이용하였으며, 연구목적에 따라 t-test, ANOVA repeated measures ANOVA등으로 분석하였으며, 사후검정으로 Paired test와 Bonferroni 방법을 사용하였다.

연구결과의 요약은 다음과 같다.

### 1) 재활과정에 따른 스트레스의 변화 양상

각 시기별 스트레스평균치로 비교해 본 결과 재활과정이 경과함에 따라 점차적으로 스트레스 정도는 감소하였고 이는 통계적으로도 유의하였다( $F=36.92, p=.000$ ). 사후검정결과 재활과정중 특히 입원초기에서 퇴원전시기에 현저한 감소를 보였다.

재활과정에 따라 스트레스 요인이 변화되기는 하였지만 전 과정을 통해 심리적으로 인한 스트레스가 가장 높은 점수를 나타내었다.

### 2) 재활과정에 따른 대처의 변화 양상

입원초기에는 소극적대처를 한 대상자가 대부분(91.2%)였는데 퇴원전시기에는 감소하였다가 추후관리시기에 다시 증가하는 경향이었다. 또한 대처정도는 점차적으로 감소되었으나, 재활과정에 따라 통계적으로 유의한 차가 없었다( $F=1.97, p=.145$ ).

### 3) 재활과정에 따른 제요인별 스트레스 양상

전 재활과정을 통해 소음인체질에서 스트레스가 가장 높았으나 통계적으로 유의한 차는 없었다( $F=.09, p=.911$ ). 좌측마비 보다 우측마비환자에서 스트레스가 더 높았으며 통계적으로도 유의하였다( $F=5.83, p=.019$ ). 재발환자에서 스트레스 정도가 높은 경향을 보였으나 통계적으로 유의한 차는 없었다. 즉 체질과 발병회수는 재활과정에 따른 스트레스에 영향을 주지 않는 것으로 나타났다.

4) 재활과정에 따른 재요인별 대처양상

재활과정중 추후관리시기에만 체질별 대처정도가 유의한 차이를 나타냈다. 즉 이시기에는 태음인이 대처를 가장 잘하고 소음인이 못하였다. 따라서 반복측정변량 분석으로 분석한 결과 체질과 시기의 교호작용이 있고 시기에 따라서도 유의한 차를 나타내었다. 그러나 편마비 부위와 발병회수는 재활과정에 따른 대처양상에 전혀 영향을 주지 않는 것으로 나타났다.

이상의 결과를 통해 전 재활과정을 통해 가장 높게 지각하는 것은 심리적요인으로 인한 스트레스이지만 그 다음 높게 지각하는 것은 재활과정에 따라 다르다는 것을 알 수 있었다. 스트레스 정도는 입원초기보다 퇴원전 그리고 추후관리시기에 점차적으로 감소되어 재활과정에 따라 유의한 변화가 있었다. 반면에 대처양상은 통계적으로 유의한 변화없이 전 재활과정을 통해 대상자의 대부분이 소극적인 대처를 하고 있는 경향임을 확인할 수 있었다.

그러므로 편마비환자를 간호할때는 병원에서 뿐만 아니라 가정간호시에도 심리적 간호에 중점을 두어야 한다고 본다. 또한 독립적인 자가간호방법등에 관한 교육 및 상담을 통해 적극적인 대처를 유도하므로서 스트레스에 대한 적응을 도울 수 있다고 본다.

참 고 문 헌

강현숙(1984). 재활강화교육이 편마비환자의 자가간호수행에 미치는 효과에 관한 실험적 연구, 연세대학교대학원 박사학위논문.

강현숙의 4인(1993). 재활의 이론과 실제, 서울: 서울대 출판부

고병희(1984). 사상체질 변증에 관한 소고, 사상의학, 경희대학교대학원 체질의학교실, 11-16. (미간행)

김금순(1989). 심도자검사에 관한 사전간호정보 제공이 스트레스감소에 미치는 효과, 서울대학교대학원 박사학위논문.

김옥명(1991). 응급실환자의 스트레스에 관한 연구 성인간호학회지 3, 5-16.

김정희, 이장호(1985). 스트레스 대처방식의 구성요인 및 우울과의 관계, 행동과학연구, 7, 127-138.

김정희(1987). 지각된 스트레스, 인지세트 및 대처방식의 우울에 대한 작용 대학신입생의 스트레스경험

을 중심으로, 서울대학교 대학원 심리학과 박사학위논문.

박미영(1984). 스트레스 대처방법이 신체및 정신건강에 미치는 영향에 관한 연구, 충남대학교 교육대학원 석사학위논문.

박원경(1988). 뇌졸중으로 인한 편마비환자가 지각한 스트레스와 우울에 관한 연구, 이화대학교대학원 석사학위논문.

서문자(1988). 편마비환자의 퇴원후 적응상태와 관련요인에 관한 분석적 연구, 서울대학교대학원 박사학위논문.

송일병(1993). 알기쉬운 사상의학, 서울: 하나미디어.

오현숙(1991). 혈액투석환자의 가족지지에 대한 지각과 불안과의 관계연구, 성인간호학회지, 3, 30-50.

이경애(1988). 입원환자의 기질불안과 지각하고 있는 안정저해와의 상관관계 연구, 경희대학교대학원 석사학위논문.

이명해(1991). 편마비환자가 지각한 가족지지와 불안과의 관계연구, 경희대학교대학원 석사학위논문.

이숙자(1993). 지지적 간호행위가 혈액투석환자의 대처방식에 따라 우울과 삶의 질에 미치는 영향, 연세대학교 대학원 박사학위논문.

이은옥외 4인(1982). 만성 및 재활간호, 서울: 수문사

이평숙(1984). 생활사건과 관련된 스트레스양 측정에 관한 방법론적 연구, 연세대학교 대학원 박사학위논문.

이인구 외 4인(1988). 뇌졸중환자의 정서장애, 대한재활의학회지, 12(1), 33-37.

이현성(1988). 만성질환아 어머니의 스트레스와 대응에 관한 연구, 연세대학교 대학원 석사학위논문.

이춘원(1984). 혈액투석을 받는 환자의 스트레스요인과 그에 대처하는 방법에 관한 연구, 연세대학교 교육대학원 석사학위논문.

장정부(1972). 두부손상과 정서적 문제, 한국의 과학, 4(2).

전은영(1992). 한국인의 체질별 스트레스인지 정도에 따른 건강상태대해 연구, 경희대학교 대학원 석사학위논문.

최은숙(1993). 뇌졸중환자의 자가간호 수준에 따른 보호자의 스트레스, 충남대학교 대학원 석사학위논문.

한경숙(1991). 유방절제술 환자의 대응양상과 우울, 연

- 세대학교 교육대학원 석사학위논문.
- Anderson, E. A.(1987). Preoperative Preparation for Cardiac surgery facilitates recovery, reduces Psychological distress & reduces the incidence of acute postoperative hypertension, Journal of Consulting and Clinical Psychology, 55, 520-523.
- Andrew, G. C., Tennant, D. M & Valliant, G. (1978). Life event stress & social support, coping and risk of psychological impairment, J. Nerv. Ment. Dis., 166, 307-309.
- Burckhardt, C. S(1987). Coping strategies of the chronically ill, Nursing Clinics of North America, 22(3), 543-550.
- Cox, T(1982). Stress, Baltimore : University Dark Press.
- Dittmar, S. (1989). Rehabilitation Nursing. St. Louis : The C. V. Mosby Co.
- Dohrenwend, B. P & Shrout, P. E(1985). "Hassles" in the Conceptualization and measurement of life variables, American Psychology, 40, 780-785.
- Eisdorfer, C. E(1981). Introduction to the stress and coping paradigm, In C. E. Eisdorfer, D. Cohen. et al, Models for Clinical psychology, New York, S. P. Medical and Scientific Books, 75-176.
- Feigenson, J. S.(1981). Stroke Rehabilitation : Outcome studies and guidelines for alternative levels of care, Stroke, 12(3), 372-375.
- Fleming, R., et al(1984). Toward and integrative approach to the study of stress, Journal of Personality and Social Psychology, 46, (4), 939-949.
- Gurklis, J. A & Menke, E. M(1988). Identification of stressor & use of coping methods in chronic hemodialysis patients, Nursing Research, 37(4) 236-239.
- Holmes, T. H., Rahe, R. H. (1976). The Social Readjustment Scale, J. Psychosomatic Medicine, 11.
- Labi, M., Phillips, T. F., & Gresham, G. E., (1980). Psychosocial disability in physically restricted long term stroke survivor, Arch. Phys. Med. Rehabil., 61, 561-565.
- Lazarus, R. S., Cohen, J. B. (1977). Environmental Stress, In I. Altman and J. F. Wohlwill(Eds), Human Behavior and the Environment : Current Theory and Research(89-129). New York : Plenum.
- Lazarus R. S & Folkman, S. C(1984a). A Stress, appraisal and coping, New York : Springer pub. Co.
- Lazarus, R. S., Folkman, S. (1984b). Coping and adaptation, In D Gentry. (Ed). Hand-books of Behavioral Medicine, 282-325, New-York : The Guilford Press.
- Lazarus, R. S and Launier, R(1978). Stress-related transactions between person & environment, In L. A Pervin & M. Lewis(Eds), Perspectives in Interactional Psychology, New-York, Plenum, 237-328.
- Luckmann, J. L., Sorensen, K. C. (1986). Basic Nursing : A Psychophysiologic Approach, Philadelphia : W. B. Saunders Co.
- Lyon, B. L & Werner, J. S(1987). Stress, Annual Review of Nursing Research, 5, 3-22.
- Miller, J. F(1983). Coping with chronic illness-overcoming powerlessness F. A. Davis Co. 15-25.
- Selye, H. (1976). Stress of life, New-York : McGraw-Hill Book Co.
- Viney, L. L & Westbrook, M. T(1984). Coping with chronic illness : Strategy Preferences, Changes in Preferences and associated emotional relations, Journal of Chronic Disease, 37(6), 489-502.
- Vitaliano, P. P et al(1990). Appraised changeability of the relationship between coping and depression : a test of the hypothesis of fit, Journal of Personality and Social Psychology, 59(3), 582-592.
- Volicer, B. J. (1973). Perceived stress levels of events associated with the experience of hospitalization, Nursing Research, 22(6), 494.

— Abstract —

## Stress and Coping for Patients with Hemiplegia during the Rehabilitation Process

Kang, Hyun Sook\*

It is important to understand that patients with hemiplegia are under stress during the rehabilitation process. This study was designed to determine what changes occur in the stress perceived by these patients during the rehabilitation process, and what changes occur in the ways they coped with stress. A descriptive study with a longitudinal design was conducted.

A total of 57 patients with hemiplegia who were admitted to one general hospital made up the sample for this study. A questionnaire, observations and interviews were used for the data collection which was done in three phases (within one week after admission : within one week before discharge : within one month after discharge). Data were analyzed using t-test, ANOVA repeated measures of ANOVA, and post hoc paired t-test, Bonferroni correction.

The results of this study are :

1. Changes in the perception of stress during the rehabilitation process :

There was a statistically significant differences in the perception of stress among these patients during the rehabilitation process. On the post-hoc test, the perception of stress showed a statistically significant decrease from admission to discharge.

The perception of psychological stress was high during the rehabilitation process as compared with the perception of physical and social stress.

2. Changes in the way the patients coped during the rehabilitation process :

On admission passive coping was used by most of the subjects(91.2%). Passive coping showed an decrease from admission to discharge, but an increase from discharge to follow-up at one month post discharge. There was, however, no statistically significant changes in the way the patients coped during the rehabilitation process.

3. Changes in perception of stress during the rehabilitation process according to variables.

Perception of stress among patients classified as So-Um was higher during the rehabilitation process, when compared with patients classified as So-Yang and Tae-Um. There was, however, no statistically significant difference in perception of stress over time. The patients with right sided paralysis perceived higher stress than those with left sided paralysis. There was, however, no statistically significant difference in perception of stress over time. Hence, stress was not influenced by which side was paralyzed th frequency of the relapse of the disease, or the time in the rehabilitation process.

4. Changes in coping during the rehabilitation process according to variables.

There was a statistically significant difference in the way the patients coped at follow-up according to the three different kinds of the constitution groups. In other words, coping was not used by patients classified as Tae-Um, but was used by those classified as So-Um. On the repeated measures of ANOVA, there was a statistically significant difference in stress over time, and an interaction between constitution and time. But the way of coping during the rehabilitation process was not influenced by which side was paralyzed nor by the frequency of the relapse of the disease.

In conclusion, perception of psychological stress was high during the rehabilitation process, as compared to perception of physical and social stress. There was a statistically significant difference in the

\* Department of Nursing, College of Medicine, Kyung Hee University.

perception of stress over time, Perception of stress showed a gradual decrease from over admission to follow-up period. There was, however, no statistically significant difference in the way of coping over time. Passive coping was used by most of patients.

In the study, these findings suggest a need for

nursing care related to the psychological support for patients with hemiplegia both in the hospital as well as at home, and the need for education and counseling on independent self-care to help the hemiplegic patients adapt to stress using active coping.