

## 가족지지가 뇌졸중 환자의 희망에 미치는 영향

김 미 희\*

### I. 서 론

#### 1. 연구의 필요성

흔히 중풍이라고 불리는 뇌졸중은 허혈성, 출혈성 뇌질환으로 우리나라 발생율은 세계에서 1위이며, 압에 이어 사망 원인의 두번째에 해당된다(이병봉, 1998; 김종수, 1999). 또한 뇌졸중은 후유장애가 가장 많은 질병으로서, 신경학적 결손은 언어, 인지 그리고 운동기능에 영향을 미치며, 성인에서 불구의 주된 원인이 된다(Horner, 1998; 김종수, 1999). 이러한 장애들은 지속되는 경향이 있어서 신체적, 정서적 고통을 경험하게 만들고 직업 및 사회활동을 제한하게 된다. 또한 경제적 부담도 무시할 수 없는데, 미국의 자료에 의하면 뇌졸중후 첫 1년 동안 환자당 약 5만\$의 비용이 드는 것으로 추산된다(Horner, 1998).

뇌졸중 환자에서 이러한 신체적 통제력의 상실에 덧붙여 가중되는 사회적, 경제적 부담은 삶의 질 저하를 초래하며(Loor, 1998), 아울러 자아존중감 저하와 무력감을 불러 일으키고 희망을 상실하게 만든다(남선영, 1997; Vilhjalmsson, 1998). 그래서 투병하고 살려는 의지를 잃게 되는데 이는

질병의 예후와 재화에 심각한 영향을 미치게 되는 경우가 많다(Feibel & Springer, 1992). 그러므로 희망을 유지하고 고취시키는 것이 중요하다. 실제로 Bronstein(1991)은 뇌졸중 환자들이 가장 흔히 사용하는 대처전략중의 하나로 희망을 지적했다.

희망은 스트레스가 있고 변화가 있는 과도기에도 불확실성과 고민을 다루고 삶을 인내하고, 의미 있게 해주는 정서적 반응중의 하나이다(McGee, 1984). 희망의 구성개념에는 의지(will)와 방식(ways)이 있는데 의지는 자기효능감과, 방식은 낙천주의와 관련된다(Magaletta & Oliver, 1999). 그리고 그 주체면에서 내적인 것이라고 할 수 있다. 그런데 희망이 진정 효과적인 것이 되고 지속되기 위해서는 외적인 도움과 지지가 요구된다(McGee, 1984; Yarcheschi, Scoloveno & Mahon, 1994). 환자의 살려는 의지와 희망지속에 가장 강력한 영향력을 미치는 사람들은 환자가 사랑하는 사람들이다(Miller, 1985). 특히 가족은 개인의 사회 문화적 환경 중 직접적이고 일차적인 영역이라는 점을 미루어볼 때(Hanson & Boyd, 1996), 가족의 지지가 뇌졸중 환자의 희망에 영향을 미칠 것으로 생각할 수 있다.

\* 기독교간호대학

우리 나라의 경우 간호중재로서 가족지지가 희망에 대한 연구(원종순, 1986; 이순규, 1987; 조현숙, 1988; 최상순, 1990; 심문숙, 1990; 이명해, 1991; 이미자, 1991; 김현실, 1992; 박선애, 1993; 문희, 1995; 최연희, 1995; 김이순, 1996; 조계화와 김명자, 1997; 임현자와 문영임, 1998;)가 활발하게 이루어지고 있으나, 뇌졸중 환자에 대한 일련의 연구들은 신체적 회복 측면에 편중된 성향을 보이고 있고 정신, 심리적 측면의 연구는 소수에 불과하다. 또한 김이순(1996)의 뇌졸중의 희망에 대한 질적 연구외에는 뇌졸중의 희망과 관련된 연구를 찾아보기 어려웠다. 이에 본 연구자는 뇌졸중 환자들이 지각하는 가족지지 정도와 희망 정도를 파악하고 제 변수들 간의 상관관계를 분석하여 간호사가 뇌졸중 환자의 희망을 증진시키기 위해 가족이라는 지지자원을 활용할 수 있게 도와주며, 건강회복과 재활을 증진시키기 위한 간호중재 방안의 기초자료를 제공하고자 본 연구를 시도하였다.

## 2 연구의 목적

구체적인 연구목적은 다음과 같다.

- 1) 뇌졸중 환자가 지각한 가족지지와 희망 정도를 파악한다.
- 2) 뇌졸중 환자와 관련된 특성에 따른 가족지지와 희망 정도를 파악한다.
- 3) 뇌졸중 환자가 지각한 가족지지 정도와 희망 정도와의 상관관계를 파악한다.

## 3 용어정의

### 1) 가족지지

가족구성원들간의 상호작용을 통하여 환자를 돌보아주며, 사랑하고 존중하며 가치감을 갖도록 해주는 사랑과 지지의 교환이라는 주요 기능을 하는 것(최영희, 1983)을 지각하는 것을 말하며, 본 연구에서는 Cobb(1976)가 개발한 도구를 기초로 강현숙(1984)이 수정, 보완한 가족지지 측정도구에 의해 측정된 점수를 말한다.

### 2) 희망

좋은 상태가 계속되거나 나아질 것이라는 기대, 또는 어려운 상황에서 벗어날 수 있다는 기대(Miller & Powers, 1988)를 말하며, 본 연구에서는 Nowotny(1989)가 개발한 도구를 최상순(1990)이 번역하고 수정, 보완한 희망 측정도구에 의해 측정된 점수를 말한다.

## II. 문헌 고찰

### 1. 가족지지

가족은 정서적으로 서로 관련을 맺고 근접 지역에서 살고 있는 둘 이상의 사람으로 구성되는데(Friedman, 1981), 같은 역사를 가지고 있어서 민족적, 종교적 가치를 공유하며, 미래를 공유한다. 또한 구성원중 일부는 기질, 성격, 행동과 같은 생물학적 특성을 공유하기도 한다. 그리고 힘의 위계성이 있어서 보다 영향력이 있는 구성원이 있다(Copeland & White, 1991).

가족은 밀착되어 있고 상호의존성 연결망이며, 환경, 물질, 에너지 등을 상호 교환하면서 전체로서 기능하는 하나의 개방체계이므로(Friedman, 1981; WelchMcCaffery, 1983), 어느 가족구성원이 건강문제를 경험할 때 다른 구성원의 지각과 행동은 건강문제를 지닌 가족구성원의 건강과 안녕에 중요한 영향을 미친다(Gilliss, 1993; Doherty & Campbell, 1988). 특히 만성 질환자들은 가족구성원에 대해 매우 의존적이며 가족의 태도에 의해 많은 영향을 받게 되므로, 가족은 이들의 삶에 중요한 영향을 미치게 된다. 그러므로 가족은 간호중재의 중요한 자원이라고 할 수 있다.

가족지지는 개방체계인 가족 내에서 가족구성원에 의해 환자에게 제공되는 돌봄의 한 요소로서, 구성원들의 상호작용을 통하여 환자를 돌보아주며, 사랑하고 존중하며, 가치감을 갖도록 해주고, 환자가 의사소통과 상호책임의 조직망에 속한다는 것을 믿도록 해주는 정보이다. 이러한 지지는 신체적, 물질적, 정서적 측면을 포함하여 사회적 맥락의 상호작용을 기본으로 한다(박선애, 1993;

Cobb, 1976). 지각된 지지는 타인이 도와주리라는 것을 확신하고, 자신이 도움을 받을 가치가 있으며, 돌봄을 받고 있다고 믿는 데서 기초한다(Sarason, Pierce & Sarason, 1990).

가족원은 건강간호 추구활동의 지지, 건강증진, 질병예방을 포함한 치료적 역할을 수행하며, 환자가 치료를 선택하는 결정을 하도록 돕고 장기간의 치료를 관리하고 평가하는데 조력한다. 가족의 지지는 환자의 재활에 있어서 중요한 결정요소이다(Hanson & Boyd, 1996). Silliam, Wagner & Fletcher(1987)는 가족의 지지가 뇌졸중 환자의 재활적응에 긍정적인 효과를 준다고 하였다.

지지와 적응간의 관계를 살펴본 연구들은 적응 전략, 적응자원으로서의 지지 측면에서 또는 지지 체계에 의한 적응측면에서 이러한 관계를 밝혔다(Schreurs & de Ridder, 1997). 낮은 가족지지 정도는 조기 사망의 위험요인으로 밝혀졌으며(Holder, 1997), 지지적인 가족환경을 통해 정신적인 증상이 줄어들고 정신적 안녕이 유지된다(Wright & Leahey, 1993). 가족은 환자에게 고독감을 표현할 수 있게 해주고 애정, 안위를 제공해 줌으로서 좌절을 이겨낼 수 있는 능력을 증강시켜준다(원종순, 1986). 가족지지가 만성 질환자의 심리, 사회적 측면에 미치는 영향을 살펴본 여러 연구들(Shontz, 1978; Kraaimaat, Van Dam-Baggen, Bijlsma, 1995; Foote, Piazza, Holcombe, Daffin & Paul; 1990, 1991; 임현자와 문영임, 1998; 이명해, 1991; 최연희, 1995; 이미자, 1991; 이순규, 1987)에서 가족 지지는 만성 질환자의 우울과 불안을 감소시키고 희망과 삶의 질을 높이는 중요한 변수로 나타났다. 그러므로 간호사는 환자 가족이 환자 간호에 있어서 중요한 대상이며 변인임을 고려해서, 환자의 건강회복, 증진을 위한 간호중재의 중요한 자원으로 활용할 수 있으리라고 생각된다.

## 2. 회 망

희망은 개인의 중요한 필요와 문제에 해결책이 있다는 기본적인 믿음에 초점을 둔 느낌과 생각의

복합체이다.(Lange, 1978). 또한 원하는 바가 가능할 것이라는 감정 또는 사건이 최상으로 될 것이라는 감정으로(Obayuwana etc., 1982), 목적 지향적인 힘의 정도와 목적 성취 방법을 계획하는 경향, 이 두 가치를 구성요소로 하는 인지적인 것으로 정의된다(Onwuegbuzie, 1998).

희망의 구조는 희망 요소들의 총체적인 구성으로 특징지워지는 내적 기분(내적 차원), 대범함에 기초한 모험(상황적 차원), 그리고 안위와 직결되어 있으면서 실질적인 신빙성이 있는 진정한 돌봄(대인적 차원)으로 이루어져 있다(Nekolaichuk, Jevne & Maguire, 1999). 또한 희망의 구성개념에는 의지(will)와 방식(ways)이 있는데 의지는 자기효능감과, 방식은 낙천주의와 관련된다(Magaletta & Oliver, 1999). Benzein & Saveman(1998)은 희망의 특성을 미래지향성, 긍정적인 기대, 의지, 활동성, 현실적인 목표설정, 상호관계성으로 분석하였다. Miller & Powers(1988)는 희망은 타인과의 상호성에 기초하며, 개인의 능력감, 적응능력, 심리적 안녕, 인생의 목적과 의미, 그리고 가능성의 지각을 의미한다고 하였다.

희망의 증진이나 보존은 사회 심리적 적응을 극대화시킬 수 있고 심리학적, 생리적 방어를 강화시킬 수 있으나, 역으로 희망의 상실은 자포자기 한 행동과 삶의 의욕 상실로 인한 위축과 연결되고 신체적, 정신적 평형을 깨뜨리게 된다. 또한 진단의 수용과 치료의 이행에 문제를 야기시키기도 하므로 질병의 악화와 사망을 재촉하게 된다(Owen, 1989; Lange, 1978; Stoner, 1988).

그런데 Miller(1983)에 따르면 만성질환자는 본인의 건강상태, 신체기능조절의 상실, 사회경제적 능력 및 자존감의 상실등으로 절망감을 갖게 된다. 만성질환에 속하는 뇌졸중은 치명율이 높고 생존하더라도 기능회복이 소수에 제한되며, 신체적 통제력의 상실에 이어 심리적 통제력을 상실하게 되고, 양질의 삶에 부정적 영향을 미쳐 스스로 아무 것도 할 수 없다는 무력감과 희망상실을 일으키게 된다(Adkin, 1993; 김이순, 1996). 따라서 간호사들이 뇌졸중 환자의 희망을 고취, 보존시키는 활

동은 중요한 간호기능이라고 할 수 있다.

그런데 Lynch(1965)에 따르면 희망은 우리내부에 있는 것이지만 외부로부터 도움이 있다는 내적인 지각이기 때문에, 희망과 도움은 밀접하게 관련되어 있다는 것이다. McGee (1984)도 희망과 도움사이에 상호성이 존재하며 중요한 타인의 도움을 인지하는 것이 희망에 기여한다고 하였다. Dufault & Martocchio(1985)는 중요한 타인의 돕는 행위는 희망을 성취하기 위한 개인의 행동을 보완하고 강화한다고 하였다. 타인들이 기꺼이 들어주고 희망을 공유하는 것 외에도 사랑과 지지, 확인, 격려를 통해 개인의 희망 지속에 영향을 미치게 된다(Yarcheski, Scoloveno & Mahon, 1994). Miller(1985)는 만약 가족이 희망적으로 느끼고 필요한 지식을 알고있으며 결과에의 확신이 있게 느끼면, 이러한 느낌들이 쉽게 환자에게 옮겨지게 된다고 하였다. 이러한 연구와 이론들은 희망이 개인의 환경 속에서 타인과 주고받는 지지로부터 유래된다는 점을 시사해주고 있다. 이에 기초해서 뇌졸중 환자의 희망과 가족지지 사이에 긍정적인 관계가 있으리라고 기대된다.

### III. 연구 방법

#### 1. 연구설계 및 대상

본 연구는 뇌졸중 환자가 지각한 가족지지와 희망과의 관계를 밝히기 위한 서술적 상관관계 연구이며, 서울과 광주시에 위치한 2개 종합병원과 1개 한방병원에 뇌졸중으로 진단을 받은 후 입원 또는 통원 치료하는 환자로서, 연구목적을 이해하고 의사소통이 가능하며, 사고나 판단의 흐름이 명료하고 일관성이 있으며, 연구에 참여하기를 동의한 사람 53명을 임의 표출하여 연구대상으로 하였다.

#### 2 연구 도구

##### 1) 가족지지

뇌졸중 환자가 지각하는 가족지지 정도를 확인하기 위해, Cobb(1976)가 개발한 도구를 기초로

강현숙(1984)이 수정, 보완한 가족지지 측정도구를 사용하였다. 이 도구는 긍정형과 부정형의 11 문항으로 구성된 5점 척도로서, 매우 동의한다(5점) 동의한다(4점) 보통이다(3점) 아니다(2점) 전혀 아니다(1점)로 측정되며, 부정형인 문항은 점수를 역으로 환산하였다. 가족지지의 점수범위는 최소 11점부터 최대 55점까지이며, 점수가 높을수록 가족지지 정도가 높은 것을 의미한다. 강현숙(1984)이 보고한 도구의 신뢰도 Cronbach's Alpha는 0.89이었으며, 본 연구대상자에게 적용한 신뢰도 Cronbach's Alpha는 0.91이었다.

##### 2) 희망

뇌졸중 환자의 희망 정도를 확인하기 위해, Nowotny(1989)가 개발한 도구를 최상순(1990)이 번역하고 수정, 보완한 희망 측정도구를 사용하였다. 이 도구는 결과에의 자신감(confidence in the outcome), 미래의 가능성(possibility of future), 타인과의 관계(related to others), 영적 신념(spiritual beliefs), 내적 동기(comes from within), 적극적인 참여(active involvement)등의 6가지 하위영역으로 구성된 29문항의 4점 척도이다. 각 문항들은 대단히 찬성한다(4점) 찬성한다(3점) 반대한다(2점) 대단히 반대한다(1점)로 측정되며, 긍정형의 문항과 부정형의 문항이 사용되었는데 부정형의 문항은 점수를 역으로 환산하였다. 희망의 점수범위는 제 영역 각각의 점수를 더한 총점으로서 최소 29점부터 최대 116점까지이며, 점수가 높을수록 희망 정도가 높은 것을 의미한다. Nowotny(1989)는 희망의 4가지 수준을 95-116점은 높은 희망, 73-94점은 중정도 희망, 51-72점은 낮은 희망, 29-50점은 절망으로 구분하였다. 최상순(1990)이 보고한 도구의 신뢰도 Cronbach's Alpha는 0.87이었으며, 본 연구대상자에게 적용한 신뢰도 Cronbach's Alpha는 0.94이었다.

##### 3. 자료 수집

1998년 12월 24일부터 1999년 1월 31일까

지, 서울과 광주시에 위치한 2개 종합병원과 1개 한방병원에서 뇌졸중으로 진단을 받고 입원 중인 뇌졸중 환자 53명에게, 연구목적과 질문지 작성방법을 설명한 후 본인작성이 가능한 경우는 직접 질문지를 완성하도록 하였다. 질문이 있는 경우에는 연구자나 연구보조인에 의해 설명이 주어졌으며, 작성능력이 없는 대상자는 연구자나 연구보조인 2인이 각 항목마다 면담하여 기록하였다.

#### 4. 자료 분석

자료분석은 SAS 통계 프로그램을 통해 행해졌으며 다음과 같이 분석되었다. 대상자의 일반적 특성은 실수와 백분율을 산출하였고, 뇌졸중 환자의 가족지지, 희망 정도는 평균과 표준편차를 산출하였다. 또한 뇌졸중 환자와 관련된 특성과 가족지지 및 희망정도와의 관계는 t-test, ANOVA로, 가족지지와 희망 정도와의 관계는 Pearson's correlation coefficient, Simple regression으로 분석하였다.

### IV. 연구 결과

#### 1. 대상자의 일반적 특성

대상자의 성별에서는 여자가 58.5%를 차지하였고 연령은 51세 이상이 64.1%를 차지하였으며, 종교를 가지고 있는 군이 58.5%를 차지하였다. 고졸이하의 교육수준을 가진 군이 84.9%이었고, 발병 전에 무직인 군이 7.5(주부포함: 45.2)% 이던 것이 발병 후 현재에는 48.1(주부포함: 86.6)%를 차지하였으며 기혼자가 71.7%이었다. 가족 수는 3-4명이 52.9%로 가장 많았고 가족의 월수입은 130만원이하가 65.9%를 차지하였으며, 가족중의 주 간호인은 배우자와 자녀가 77.4%를 차지하였다. 유병 기간은 1년 미만이 75%를 차지하였고, 장애에 대한 지각정도는 대단히 큰 문제가 된다고 응답한 경우가 84.9%로 가장 많았다.<표 1>.

<표 1> 뇌졸중 환자의 일반적 특성 (N= 53)

특성	구분	실수	백분율
성별	남자	22	41.5
	여자	31	58.5
연령	30세 이하	5	9.4
	31-40세	4	7.5
	41-50세	10	18.9
	51-60세	12	22.6
	61-70세	14	26.4
	71세 이상	8	15.1
종교	기독교	10	18.9
	천주교	5	9.4
	불교	15	28.3
	없음	22	41.5
교육수준	고졸이하	45	84.9
	대졸이상	8	15.1
발병전 직업 (현재 직업)	공무원/회사원	6 (0)	11.3(0.0)
	사업/상업	6 (1)	11.3(1.9)
	노동	2 (1)	3.8(1.9)
	전문직	7 (2)	13.2(3.8)
	주부	20 (20)	37.7(38.5)
	무직	4 (25)	7.5(48.1)
	농업	2 (2)	3.8(3.8)
	기타	6 (1)	11.3(1.9)
결혼상태	기혼	38	71.7
	사별	9	17.0
	미혼	6	11.3
가족수	2명 이하	7	13.7
	3명-4명	27	52.9
	5명 이상	17	33.3
가족의 월수입	40만원 이하	5	12.2
	40-70만원	24	45.3
	71-100만원	9	22.0
	101-130만원	12	29.3
	131-160만원	4	9.8
	161-190만원	4	9.8
	191만원 이상	6	14.6

<표 1> 계속

특성	구분	실수	백분율
가족중의 주 간호인	배우자	24	45.3
	부모	4	7.5
	자녀	17	32.1
	형제/자매	2	3.8
	간병인	6	11.3
유병기간	1-3개월 미만	22	42.3
	3-6개월 미만	10	19.2
	6개월-1년 미만	7	13.5
	1년-2년 미만	4	7.7
	2년 이상	9	17.3
장애에 대한 지각정도	대단히 큰 문제가 된다	45	84.9
	약간 문제가 된다	5	9.4
	문제가 되지 않는다	3	5.7

\* 응답누락자는 백분율에 포함시키지 않음

## 2. 대상자가 지각한 가족지지 정도

뇌졸중환자가 지각한 가족지지 정도는 최소 21점, 최대 55점, 평균 43.94점으로 나타나 중앙값인 33점보다 높았고, 최대평점 5점으로 환산했을 때 전체항목의 평균평점은 3.99점을 나타내었다. 이로써 대상자들이 지각한 가족지지 정도가 높은 편인 것으로 나타났다(표 2).

<표 3-1> 대상자의 희망

영역	최소치	최대치	평균	평균평점	표준편차
희망	59	115	80.45	2.77	11.03
결과에의 자신감	12	24	16.63	2.77	2.99
미래의 가능성	8	16	11.66	2.92	1.81
타인과의 관계	12	24	18.08	3.01	2.58
영적 신념	4	16	9.47	2.37	2.64
내적 동기	10	20	13.55	2.71	2.29
적극적인 참여	8	16	11.08	2.77	1.97

<표 2> 대상자의 가족지지

영역	최소치	최대치	평균	평균평점	표준편차
가족지지	21	55	43.94	3.99	7.72

## 3. 대상자의 희망 정도

대상자의 희망 정도는 최소 59점, 최대 115점, 평균 80.45점으로 중앙값인 72.5점보다 높았고, 최대평점 4점으로 환산했을 때 전체항목의 평균평점은 2.77점을 나타내었다. 희망정도의 각 영역별 평점은 타인과의 관계(3.01), 미래의 가능성(2.92), 결과에의 자신감(2.77), 적극적인 참여(2.77), 내적 동기(2.71), 영적 신념(2.37)의 순서로 나타났다(표 3-1). 또한 Nowotny (1989)가 제시한 희망수준에 따라 희망정도를 4등급으로 구분하여 각 등급에서의 대상자 분포를 분석했을 때, 희망점수 29-50의 절망상태를 응답한 대상자는 한 명도 없었고 대부분이 중정도의 희망(71.7%)을 지각하고 있는 것으로 나타났다(표 3-2).

## 4. 대상자의 일반적 특성에 따른 가족지지 정도

대상자의 일반적 특성과 가족지지와의 관계에서는 주 간호인( $F= 10.56, P= .002$ )에 따라 유의한 차이를 나타냈다(표 4)

<표 3-2> 희망정도에 따른 대상자 분포

희망단계	실수	백분율
절망 (29-50점)	0	( 0 %)
낮은 희망 (51-72점)	9	(17.0 %)
중 정도 희망 (73-94점)	38	(71.7 %)
높은 희망 (95-116점)	6	(11.3 %)

<표 4> 일반적 특성에 따른 가족지지와의 관계

특성	구분	평균	표준편차	F	p
주 간호인	배우자	45.54	5.99	10.56	.002
	부모	48.00	6.63		
	자녀	44.76	6.26		
	형제/자매	33.50	14.85		
	간병인	36.00	10.60		

5. 대상자의 일반적 특성에 따른 희망 정도

대상자의 일반적 특성과 희망 정도와의 관계에

서는 유의한 차이가 없었다. 다만 희망의 하위개념들중에서 몇몇과 차이가 있었다. 먼저 희망의 하위개념 중의 하나인 결과에의 자신감은 연령 (F= 5.65, P= .021)과 장애에 대한 지각정도 (F= 5.23, P= .027)에 따라 유의한 차이를 나타냈고, 미래의 가능성은 연령(F= 6.19, P= .016)과 교육수준(F= 5.96, P= .018)에 따라, 영적 신념 영역은 종교(F= 10.26, P= .002)에 따라, 적극적인 참여 영역은 주 간호인(F= 6.82, P= .012)에 따라 유의한 차이를 나타냈다(표 5).

6. 대상자가 지각한 가족지지와 희망과의 상관 관계

대상자가 지각한 가족지지 정도와 희망 정도와의 관계는 통계적으로 유의한 순 상관관계가 있는 것으로 나타났다(r= .560, P= .0001). 그리고 대상자가 지각한 가족지지가 희망에 영향을 미치는 예측인자로 어느 정도의 설명력을 가지는지 알아보기 위해 단순회귀분석 (Simple regression)을 한 결과 가족

<표 5> 일반적 특성에 따른 희망의 하위 영역중 유의한 항목

결과에의 자신감				미래의 가능성			
특성	구분	평균±표준편차	F (p)	특성	구분	평균±표준편차	F or t (p)
연령	30세이하	17.00 ± 1.41	5.65 (.021)	연령	30세이하	11.80 ± 0.45	6.19 (.016)
	31-40세	18.50 ± 3.70			31-40세	13.25 ± 2.22	
	41-50세	17.30 ± 3.30			41-50세	12.10 ± 2.33	
	51-60세	17.08 ± 3.06			51-60세	12.25 ± 1.66	
	61-70세	16.36 ± 3.05			61-70세	10.79 ± 1.67	
	71세이상	14.38 ± 2.07			71세이상	10.88 ± 0.99	
장애 지각 정도	문제가 안됨	17.07 ± 2.92	5.23 (.027)	교육 수준	고졸이하	11.89 ± 1.94	5.96 (.018)
	약간 문제임	15.00 ± 2.12			대졸이상	10.88 ± 1.46	
	큰 문제임	12.67 ± 1.15					
영적 신념				적극적인 참여			
특성	구분	평균±표준편차	F (p)	특성	구분	평균±표준편차	F (p)
종교	기독교	10.60 ± 2.27	10.26 (.002)	주 간호인	배우자	11.46 ± 2.13	6.82 (.012)
	천주교	11.20 ± 2.68			부모	11.25 ± 1.26	
	불교	10.53 ± 2.95			자녀	11.29 ± 1.76	
	무교	7.86 ± 1.73			형제/자매	10.50 ± 2.12	
					간병인	9.00 ± 1.26	

지지가 다변수 상관관계  $R = .560$ 으로 희망을 31% 설명하고 있음을 알 수 있다(표 6).

<표 6> 희망을 종속변수로 한 단순회귀분석

독립변수	다변수 기여도 회귀계수			F	p
	상관계수				
	(R)	(R <sup>2</sup> )	( $\beta$ )		
가족지지	.560	.31	.5597	23.26	.0001

## V. 논 의

심각한 질병을 가진 환자에서 거의 항상 이루어지는 2개의 기본적인 질문이 있다. 이 질병이 결국 사망을 초래할 것인지 그리고 큰 고통을 경험해야 하는 것인지 하는 것이다. 이러한 질문은 희망에 의해 명백하게 경계 지워진다. 예를 들어 고통이 덜할 것이라는 희망은 단지 신체적 고통만이 아니고 심리, 사회적 고통과도 관련된다(Kaasa & Materstvedt, 1999). 그렇다면 어떻게 간호사가 환자로 하여금 희망을 표현하도록 돕고 환자의 희망을 강화시킬 수 있을까? 이때 희망이 타인과의 접촉, 관심과 도움을 받는 것과 밀접한 관계를 가지고 있다면, 이 점을 고려하여 환자의 여러 정서적 반응과 지지의 요구에 대한 인식력을 높이고 이에 민감하게 반응해야 할 것이다.

뇌졸중 환자를 대상으로 일차적인 지지체계인 가족의 지지가 환자의 희망에 미치는 영향을 확인하기 위해 시도된 본 연구에서 대상자가 지각한 가족지지 정도와 희망 정도와는 통계적으로 유의한 순 상관관계가 있는 것으로 나타났다( $r = .560$ ,  $P = .0001$ ). 이러한 결과는 다른 대상자들에서 희망이 상호작용, 상호성, 애착, 친밀감, 확인, 격려, 지지환경의 조성에 의해 촉진되며, 지지 정도가 높을수록 희망의 정도는 높고 절망감은 낮아진다고 보고한 여러 선행 연구들(Dufault & martocchio, 1985; McGee, 1984; Yarcheschi, Scoloveno & Mahon, 1994; 이미자, 1991; 원중순, 1986; 조계화와 김명자, 1997)의 결과와 일치된다.

또한 본 연구에서 희망에 대한 예측인자로서 대상자가 지각한 가족지지가 31%의 설명력을 가진 것으로 나타났다. 우리나라가 혈연을 중심으로 한 결속력이 강하다는 점과 가족구성원중 환자에 대한 관심과 배려에 큰 가치를 부여하는 문화적 배경을 가지고 있음을 고려할 때, 가족지지는 장기간의 치료를 요하고 신체, 심리 사회적 장애를 경험하는 뇌졸중 환자의 희망을 꾸준히 유지하고 고취시킬 수 있는, 중요하면서도 꾸준히 활용할 수 있는 중재방안이라고 생각된다.

본 연구에서 대상자가 지각하는 가족지지 정도는 최소 11점부터 최대 55점까지의 점수범위에서 평균 43.94점이었고, 최대 평점 5점으로 환산했을 때 항목에 대한 평균평점은 3.99점으로 나타나 가족지지 정도는 높은 편이었다. 이것은 뇌졸중 환자의 과반수 이상이 생존하더라도 운동, 언어 및 인지장애를 수반하게 되어, 일상생활활동 및 수단적 일상생활활동에 대한 의존도가 높은 만성질환이기 때문에, 도움을 받아야 하는 존재로 간주되어 가족들로부터 많은 지지를 받고 있기 때문이 아닌가 생각된다. 암환자를 대상으로 한 심문숙(1990)의 연구와 중환자를 대상으로 한 김현실(1992)의 연구에서는 각각 3.11점, 3.74점으로 나타나 본 연구결과보다 낮게 나타났다. 중환자인 경우 가족과 동실이 허용되지 않고, 중환자나 암환자는 보다 심각하고 응급한 건강상태에 있다고 볼 수 있으므로 환자의 건강회복과 증진 측면에서 가족이 해줄 수 있는 영역이 제한되는 점을 고려해 볼수 있다. 또한 환자가 어떤 위기단계에 있느냐에 따라 가족지지를 지각하는 양이나 질이 상대적으로 달라질 수 있을 것으로 생각된다. 한편 편마비 환자를 대상으로 한 이명해(1991), 이순규(1987)의 연구에서는 각각 4.40, 4.17점, 강직성 척추염 환자를 대상으로 한 임현자와 문영임(1998)의 연구와 신장이식환자를 대상으로 한 조현숙(1987)의 연구에서는 각각 4.11, 4.32점으로 본 연구결과보다 높게 나타나 차이가 있었다.

그리고 대상자의 일반적 특성과 가족지지와의 관계에서는 주 간호인( $F = 10.56$ ,  $P = .002$ )만이 통계적으로 유의한 관계가 있는 것으로 나타났다.



으며 기타 특성에서는 유의한 차이가 없었다. 지각된 가족지지 정도는 주 간호인이 부모일 때가 가장 높았고, 그 다음이 배우자, 자녀의 순서로 부모와 거의 비슷한 지지정도를 나타냈으며, 상대적으로 주 간호인이 형제자매, 간병인일 때는 대상자가 지각한 가족지지의 정도가 낮았다. 뇌졸중이 발병되는 연령은 소아에서 노인까지 다양하다. 기혼인 경우 주 간호인은 배우자인 경우가 대부분이지만 연령이 상대적으로 적을 경우 그리고 배우자가 생계에 책임을 져야 하거나 사별한 경우 주 간호인은 부모인 경우가 많다. 부모는 자식의 회복에 대한 소망이 높고 돌보는데 열의와 능동성을 가지기 때문에 환자가 지각하는 지지의 정도가 더 높을 수 있겠다. 마찬가지로 배우자와 자녀일 때도 부모일 때와 거의 비슷한 정도의 높은 지지 정도를 보였는데, 이러한 결과는 이들이 환자에게 영향력 있는 지지체계임을 보고한 다른 연구들(김소신, 1992; 김현실, 1992; 김이순, 1996)의 결과와 유사한 것으로 생각된다.

대상자의 희망 정도는 최소 29점, 최대 116점의 범위에서 평균 80.45점으로 중앙값인 72.5점보다 높았고, 최대평점 4점으로 환산했을 때 항목에 대한 평균평점은 2.77점을 나타내었다. 또한 Nowotny(1989)가 제시한 4가지 희망수준에 따라 구분하여 대상자의 분포를 분석했을 때, 희망점수 29-50점의 절망상태를 응답한 대상자는 한 명도 없었고, 대부분(71.7%)이 중 정도의 희망을 지각하고 있는 것으로 나타나 본 연구 대상자들이 희망적이라는 것을 알 수 있었다. 이는 본 연구에서 가족 지지의 정도가 높았던 점 그리고 남선영(1997)이 뇌졸중 환자가 발병기에 당황과 걱정, 그리고 절망감도 느끼지만 회복에 대한 기대감도 더불어 갖게 되며, 재활기에는 변화된 신체기능에 맞춰 어느 정도 적응하며 살아간다고 보고한 점을 고려해 볼 수 있겠다. 한편 Nowotny(1989)의 연구에서 나타난 건강한 성인의 평균 81.4점과 암 환자들의 평균 82.7점보다는 약간 낮은 점수였다. 혈액투석환자를 대상으로 한 이미자(1991)의 연구에서는 평균평점이 2.77점으로 본 연구결과와 같았고, 성인의 희망에 관한 최상순(1990)

의 연구와 수술환자를 대상으로 한 박선애(1993)의 연구에서는 평균평점이 각각 2.93, 3.76점으로 나타나 본 연구결과인 2.77점보다 높았다.

대상자의 희망과 관련된 일반적 특성은 유의한 차이가 없었지만, 하위개념중에서 몇몇과 차이가 있었다. 먼저 희망의 하위개념중의 하나인 결과에 대한 자신감은 연령( $F = 5.65, P = .021$ )과 장애에 대한 지각정도( $F = 5.23, P = .027$ )에 따라 유의한 차이를 나타냈다. 희망의 하위 영역중 결과에 대한 자신감은 위기를 기회로 삼고 상황과 사건의 결과나 변화에 자신이 있고 아직은 무엇인가를 해낼 수 있다는 것과 관련된다. 그런데 뇌졸중 환자들은 질병으로 인한 신체적 제한으로 인해 일상생활활동에 장애와 통제력의 상실을 경험한다. 대상자의 연령이 31-40세인 군이 가장 높은 자신감을 보였고, 이후부터는 연령의 증가에 따라 자신감이 낮아져 61세 이상에서 가장 낮았다. 또한 30세 이하에서는 다소 낮은 자신감을 나타냈다. 이는 상대적으로 연령이 적거나 노화를 경험하는 경우 기본요구 충족의 무능력함이 가중됨으로써 효능감이 저하된 것으로 생각된다. 또한 장애에 대한 지각정도가 클수록 자신감이 낮았는데, 이는 서문자(1988)의 연구에서 편마비 장애에 대한 지각정도가 심할수록 심리 사회적 적응수준이 낮게 나타났던 것과 유사한 것으로 생각된다. 미래의 가능성은 연령( $F = 6.19, P = .016$ )과 교육수준( $F = 5.96, P = .018$ )에 따라 유의한 차이가 있었다. 미래의 가능성은 미래에 대한 긍정적인 전망, 앞으로 10년, 15년 내에 달성하기 원하는 중요한 목적들과 관련된다. 미래의 가능성은 31-40세에서 가장 높았고 30세 이하와 61세 이상 군에서 낮았다. 이는 결과에 대한 자신감에서 나타난 결과와 유사한 것으로 보인다. 즉 상대적으로 자신감과 미래지향성이 높은 연령군과 이에 반해 취약하거나 노화에 따른 노인됨의 자각 및 죽음의 수용, 준비와 관련된 초월성을 가진 군의 특성에서 비롯된 결과라고 생각된다. 교육수준에서는 대졸 이상 군이 고졸이하 군보다 희망의 하부개념인 미래의 가능성 기대수준이 약간 더 낮았다. 우리나라에서는 고학력을 소유한 사람에게 보다 많은 직

업의 가능성, 경제적 안정기회가 높은 편이다. 그런데 뇌졸중 환자는 발병 후 기능장애로 직장을 상실한 경우가 대부분이고 발병전 직업으로의 회복율이 낮다. 본 연구 대상자들도 발병전보다 발병후에 주부를 포함한 무직의 비율이 증가(42%)하였다. 좋은 직업과 안정의 기회를 누렸던 고학력자인 대상자 군에서 상대적으로 역할의 이행과 재정립에 더 어려움을 겪으면서 미래의 가능성에 대한 기대수준이 약간 낮은 것 같다. 한편 전체 희망수준과 비교된 것이지만 교육정도가 높을수록 절망감이 낮고 희망 정도가 높다고 보고한 여러 연구들(최연희, 1995; 원준순, 1986; 최상순, 1990; 문 희, 1995; Lillis, 1985)의 결과와는 차이가 있었다. 영적 신념 영역은 종교( $F=10.26, P=.002$ )에 따라 유의한 차이를 나타냈다. 낙심할 때 도움과 힘을 찾게 하는 영적 신념 정도는 종교가 있는 군이 종교가 없는 군에 비해 더 높게 지각되었다. 신앙은 인간이해를 초월한 고통의 의미를 제시할 수 있다. 그리고 신앙이 있는 사람은 고통중에서도 절대자의 사랑과 보호를 믿는다. 그러므로 종교는 질병위기에 대처할 수 있도록 하여 희망을 유지시키고 스트레스를 완화시켜 줄 수 있는 중요한 예방적인 요인이라고 할 수 있다. 결국 인생의 목적과 방향을 제시하는 종교를 가진 대상자들이 영적으로 안녕 정도가 높다는 것은 당연한 결과라고 할 수 있겠다(Miller, 1985; Lillis, 1985; 최상순, 1990). 그러므로 간호사는 환자의 영적신념을 사정하고 환자로 하여금 영적신념을 표현하는데 편안하게 느낄 수 있는 환경을 제공하는 것이 필요하겠다. 또한 적극적인 참여 영역은 주 간호인( $F=6.82, P=.012$ )에 따라 유의한 차이를 나타냈다. 적극적인 관여는 자신의 문제해결에 관심을 갖고 회복을 위해 필요한 행동을 적극적으로 하며, 동시에 책임감을 느끼게 되는 능동성과 관련된다. 주 간호인이 배우자인 경우가 가장 높았고 자식, 부모인 경우에서도 거의 유사한 정도로 높았지만, 상대적으로 형제나 자매, 그리고 간병인인 경우에는 낮았다. 종종 삶의 의지는 살아야 할 이유가 되는 사랑하는 사람이 있다는 것과 관련된다. 환자가 사

랑하는 사람들은 환자가 좌절을 이겨낼 수 있는 능력을 증강시켜주고 희망을 유지하는데 매우 강력한 영향을 미친다. 뇌졸중에 의한 신체적, 심리 사회적 기능장애 속에서 사랑하는 사람들이 존재하고 있는가 그리고 그 지지의 정도는 어떠한가에 따라서 회복에 의지와 재활의 효과가 달라진다고 볼 수 있겠다.

본 연구의 결과를 통해 뇌졸중 환자가 지각한 가족지지 정도가 높을수록 희망의 정도는 높다는 것이 확인되었다. 따라서 간호사는 위기상황에 처해있는 뇌졸중 환자들의 가족지지가 정서반응에 영향을 미치며 질병에의 효과적인 대응을 좌우한다는 것을 고려하여야 한다. 그리고 뇌졸중 환자의 희망을 고취시키기 위한 간호계획을 세울 때, 환자 행위의 관찰과 언어의 분석을 기초로 희망의 정도를 확인하고, 환자가 대인적 자원들에 의존할 수 있도록 환자에 대한 가족지지 정도도 확인하여야 할 것이다. 뿐만 아니라 가족과의 정기적인 상담과 교육등을 통해 가족의 결속력을 높이고 지지 기능을 증진시킬 수 있는 방안을 모색하여, 희망 고취를 위한 효과적인 간호중재방안으로 사용하는 것이 필요할 것으로 사료된다.

## VI. 결론 및 제언

본 연구는 1998년 12월 24일부터 1999년 1월 31일까지 서울과 광주시에 위치한 2개 종합병원과 1개 한방병원의 뇌졸중환자 53명을 대상으로 뇌졸중환자의 정상기능 및 활동에로의 적응과 재활 및 사회복귀과정에 중요한 역할을 하는 가족의 지지 정도와 이에 따른 희망정도를 규명하여 보다 나은 간호중재의 방향을 모색하기 위한 기초 자료를 마련하기 위하여 시도하였다.

연구도구는 뇌졸중 환자가 지각하는 가족지지 정도를 확인하기 위하여 Cobb(1976)가 개발한 도구를 기초로 강현숙(1984)이 수정, 보완한 가족지지 측정도구를 사용하였다. 그리고 뇌졸중 환자의 희망 정도를 확인하기 위하여 Nowotny(1989)가 개발한 도구를 최상순(1990)이 번역하고 수정, 보완한 희망 측정도구를 사용하였다.

수집된 자료는 SAS 전산체계를 이용하여 뇌졸중환자와 관련된 특성과 가족지지 및 희망정도와의 관계는 t-test, ANOVA로, 가족지지와 희망 정도와의 관계는 Pearson's correlation coefficient, Simple regression으로 분석하였다.

본 연구의 결과는 다음과 같다.

1. 뇌졸중 환자가 지각한 가족지지 정도는 최소 21점, 최대 55점, 평균 43.94점으로 가족지지 정도가 높은 편이었으며, 대상자의 일반적 특성과 가족지지와의 관계에서는 주 간호인(F= 10.56, P= .002)에 따라 유의한 차이를 나타냈다.
2. 뇌졸중 환자의 희망 정도는 최소 59점, 최대 115점, 평균 80.45점으로 나타났으며, 대부분이 중 정도의 희망(71.7%)을 지각하고 있었다. 희망정도의 각 영역별 평점은 타인과의 관계(3.01), 미래의 가능성(2.92), 결과에의 자신감(2.77), 적극적인 참여(2.77), 내적 동기(2.71), 영적 신념(2.37)의 순서로 나타났다.
3. 대상자의 일반적 특성과 희망 정도와의 관계에서는 유의한 차이가 없었고, 희망의 하위개념과의 관계에서 몇몇 유의한 차이가 있었다. 희망의 하위개념인 결과에의 자신감은 연령(F= 5.65, P= .021)과 장애에 대한 지각정도(F= 5.23, P= .027)에 따라 유의한 차이를 나타냈고, 미래의 가능성은 연령(F= 6.19, P= .016)과 교육수준(F= 5.96, P= .018)에 따라, 영적 신념 영역은 종교(F= 10.26, P= .002)에 따라, 또한 적극적인 참여 영역은 주 간호인(F= 6.82, P= .012)에 따라 유의한 차이를 나타냈다.
4. 대상자가 지각한 가족지지 정도와 희망 정도와의 관계는 통계적으로 유의한 순 상관관계( $r = .560$ ,  $P = .0001$ )가 있는 것으로 나타났고, 대상자가 지각한 가족지지는 희망을 31% ( $F = 23.26$ ,  $p = .0001$ ) 설명할 수 있었다. 분명한 것은 가족지지가 뇌졸중 환자의 희망에 긍정적이고 의미있게 기여할 수 있다는 것이다. 따라서 간호사는 뇌졸중 환자가 제공받고

있는 가족지지 정도를 평가하고, 가족지지를 통해 희망수준을 고취시키기 위한 간호계획을 세워야 할 것이다. 이상은 뇌졸중 환자의 희망을 고취시키기 위한 간호중재의 방향을 모색하기 위한 기초자료로서 사용될 수 있으리라고 기대된다.

앞으로의 후속연구를 위한 제언을 한다면

- 1) 뇌졸중 환자의 가족지지와 희망에 영향을 미치는 제 요인을 파악하기 위한 연구가 필요하다.
- 2) 뇌졸중 환자의 질병단계별 희망의 출처와 양상 그리고 이에 영향하는 변인들을 규명해 볼 것을 제안한다.
- 3) 뇌졸중 환자의 특성에 따른 가족지지 및 희망의 관계를 새로운 측정도구를 이용하여 연구해 볼 것을 제안한다.
- 4) 한국의 문화적 특성이 반영된 희망을 잘 측정할 수 있는 표준화된 도구의 개발이 필요하다.

## 참 고 문 헌

- 강현숙 (1984). 재활강화교육이 편마비 환자의 자가간호수행에 미치는 효과에 관한 실험적 연구. 연세대 대학원 박사학위논문.
- 김이순 (1996). 뇌졸중환자의 희망. 부산대 대학원 박사학위논문.
- 김종수 (1999, 1월 6일). 스트레스와 뇌졸중. 매일경제신문.
- 김현실 (1992). 중환자가 지각한 가족지지와 절망감과의 관계연구. 경희대 대학원 석사학위논문.
- 남선영 (1997). 뇌졸중환자의 질병경험에 관한 연구. 중앙대 대학원 박사학위논문.
- 문 희 (1995). 암환자가 지각한 사회적 지지와 불편감이 희망에 미치는 영향. 전남대 대학원 석사학위논문.
- 박선애 (1993). 수술전 환자가 지각한 가족지지와 희망과의 관계연구. 조선대 대학원 석사학위 논문.
- 서문자 (1988). 편마비 환자의 퇴원후 적응상태와 관련요인에 대한 분석적 연구. 서울대 대

학원 박사학위논문.

심문숙 (1990). 암환자의 가족지지와 우울과의 관계연구. 이화여대 대학원 석사학위논문.

원종순 (1986). 혈액투석환자의 가족지지, 스트레스 및 절망감의 관계연구. 이화여대 대학원 석사학위논문

이명해 (1991). 편마비환자가 지각한 가족지지와 불안과의 관계연구. 경희대 대학원 석사학위논문.

이미자 (1991). 혈액투석환자가 지각한 가족지지와 희망과의 관계연구. 이화여대 대학원 석사학위논문.

이병봉 (1998, 8월 24일). 뇌졸중과 경동맥. 매일경제신문.

이순규 (1987). 편마비 환자가 인지하는 가족지지와 양질의 삶의 관계 조사연구. 연세대학교대학원 석사학위논문.

임현자, 문영임 (1998). 강직성척추염환자의 통증, 가족지지와 삶의 질과의 관계. 간호학회지, 28(2), 329-343.

조계화, 김명자 (1997). 입원한 암환자와 재가암환자의 가족지지, 희망, 삶의 질 정도에 관한 연구. 간호학회지, 27(2), 353-363.

조현숙 (1988). 신장이식환자가 인지하는 가족지지와 질적인 삶의 관계연구. 연세대 석사학위논문.

최상순 (1990). 일 지역 성인의 영적안녕, 희망 및 건강상태에 관한 연구. 연세대 대학원 박사학위논문.

최연희 (1995). 만성신부전 환자가 지각한 사회적 지지, 자아존중감 및 절망감의 관계연구. 간호학회지, 25(3), 549-561.

최영희 (1983). 지지적 간호중재가 가족지지행위와 환자역할행위에 미치는 영향에 관한 연구. 연세대 대학원 박사학위논문.

Adkins, E. R. H. (1993). Quality of life after stroke : Exposing a gap in nursing literature. Rehabilitation Nursing, 18(3), 144-147.

Benzein, E., & Saveman, B. I. (1998). One

step towards the understanding of hope : a concept analysis. International Journal of Nursing Studies, 35(6), 322-329.

Bronstein, K. S. (1991). Psychosocial components in stroke : Implications for adaptation. Nursing Clinics of North America, 26(4), 1007-1017

Cobb, S. (1976). Presidential address: social support as a moderator of life stress. Psychosomatic Medicine, 38(5), 300-314.

Copeland, A. P., & White, K. M. (1991). Studing families. Newbury Park, CA: Sage.

Doherty, W., & Campbell, T.(1988). Families and health. Newbury Park, CA: Sage.

Dufault, K., & Martocchio, B. C. (1985). Hope : Its spheres and dimensions Nursing Clinics of America, 20(2), 379-391.

Feibel, J. H., & Springer, C. J. (1982). Depression and failure to resume social activities after stroke. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 63, 276-278.

Foote, A., Piazza, D., Holcombe, J., Daffin, P., & Paul, P. (1990). Hope, self-esteem, and social support in persons with multiple sclerosis. Journal of Neuroscience Nursing, 22, 155-159.

Friedman, M. M. (1981). Family nursing. NewYork, Appleton-Century-Crofts.

Gilliss, C. L. (1993). Family nursing research, theory and practice. In G.D. Wegner & R.J. Alexander(Eds.), Readings in family nursing(pp.34-42). Philadelphia: J.B.Lippincott..

Gilliss, C. L., & Davis, L. L. (1993). Does family intervention make a difference?

- An integrative review and metaanalysis. In S.L. Feetham, S.B. Meister, J.M. Bell & C.L. Gilliss (Eds.). The nursing of families: theory/ research/ education /practice (pp.259-265). Newbury park, CA: Sage.
- Hanson, S. M., & Boyd, S. T. (1996). Family health care nursing. Philadelphia : F.A. Davis.
- Holder, B. (1997). Family support and survival among african-american end stage renal disease. Advances in Renal Replacement Therapy, 4(1), 13-21.
- Horner, R. D. (1998). The high cost of stoke to society, the family, and the patient. Pharmacotherapy, 18(3 pt.2), 87-93 : discussion 85-86.
- Kaasa, S., & Materstvedt, L. J. (1999). Hope. Tidsskrift For Den Norske Laegeforening, 119(9), 1313-1315.
- Kraaimaat, F. W., Van Dam-Baggen, R.M.J., & Bijlsma, J. W. J. (1995). Association of social support and spouse's reaction with psychological distress in male and female patients with rheumatoidarthritis Journal of Rheumatology, 22, 644-648.
- Lange, S. P. (1978). Hope. In Carlson, C. E. & Blackwell, B.(2nd Eds.), Behavioral concepts and nursing intervention (pp.171-190). Philadelphia: Lippincott.
- Lillis, P. (1985). Relationship between social support and level of hope in women with breast cancer. Unpublished Dissertation, Medical College of Georgia.
- Loor, H. I. (1998). Quality of life : CVA patients take stock. Tijdschrift Voor Gerontologie En Geriatrie, 29(2), 52-58.
- Lynch, W. (1965). Images of hope : Imagination as healer of the hopeless. Baltimore: Helican Press.
- Magaletta, P. R., & Oliver, J. M. (1999). The hope construct: will, and ways : their relations with self-efficacy, optimism, and general well-being. Journal of Clinical Psychology, 55(5), 539-551.
- McGee, R. F. (1984). Hope : A factor influencing crisis resolution. Advances in Nursing Science, 6(4), 34-44.
- Miller, J. F. (1983). Inspiring hope.: coping with chronic illness. Philadelphia: FA Davis.
- Miller, J. F. (1985). Inspiring hope. American Journal of Nursing, 85(1), 22-25.
- Miller, J. F., & Powers, M. J. (1988). Development of an instrument to measure hope. Nursing Research, 37(1), 6-10.
- Nekolaichuk, C. L., Jevne, R. F., & Maguire, T. O. (1999). Structuring the meaning of hope in health and illness. Social Science and Medicine, 48(5), 591-605.
- Nowotny, M. L. (1989). Assessment of hope in patients with cancer: Development of an Instrument. Oncology Nursing Forum, 16, 57-61.
- Obayuwana, A. O., Collins, J. L., Carter, A. L., & Rao, M. S., Mathura, C. C., & Wilson, S. B. (1982). Hope index scale: An instrument for the objective assessment of hope. Journal of the National Medical Association, 74(8), 761-765.
- Onwuegbuzie, A. J. (1998). Role of hope in predicting anxiety about statistics. Psychological Reports, 82(3 pt 2), 1315-1320.
- O'wen, D. C. (1989). Nurse's perspectives on the meaning of hope in patients with cancer: A qualiive study. Oncology

- Nursing Forum, 16(1), 75-79.
- Piazza, D., Holcombe, J., Foote, A., Paul, P., Love, E., & Daffin, P. (1990). Hope, self-esteem, and social support in persons with spinal cord injuries. Journal of Neuroscience Nursing, 23, 224-230.
- Sarason, B. R., Pierce, G. R., & Sarason, I. G. (1990). Social support : The sense of acceptance and the role of relationships. In B.R. Sarason, I.G. Sarason & G. R. Pierce(Eds.), Social support : an interactional view (pp. 97-128). NewYork: Wiley.
- Schreurs, K. M., & de Ridder, D. T. (1997). Integration of coping and social support perspectives: implications for the study of adaptation to chronic diseases. Clinical Psychology Review, 17(1), 89-112.
- Shontz, F. C. (1978). Psychological adjustment to physical disabilities: Trends in theories. Arch. Phys. Med. Rehabil, 59, 251-254.
- Silliam, R., Wagner, E. H., & Fletcher, R. H. (1987). The social and functional consequence of stroke for elderly patients. Stroke, 18, 200-203.
- Stoner, M. H. (1988). Measuring hope. In M. Frank-Stromborg(Ed.), Instruments for clinical nursing research (pp. 133-140). Norwalk Conneticut : Appleton & Lange.
- Vilhjalmsson, R. (1998). Direct and indirect effects of chronic physical conditions on depression: a preliminary investigation. Social Science and Medicine, 47(5), 603-611.
- Welch-McCaffery, D. (1983). When it comes to cancer, think family. Nursing, 1332-1335.
- Wright, L. M. & Leahey, M. (1993). Trends in nursing of families. In G.D. Wegner & R. J. Alexander(Eds.), Readings in family nursing(pp.23-33). Philadelphia : Lippincott.
- Yarcheschi, A., Scoloveno, M. A., & Mahon, N. (1994). Social support and well-being in adolescents : The mediating role of hopefulness. Nursing Research, 43(5), 288-292.

-Abstract-

Key concept : Hope, Family support

## The Influence of Family Support on Hope of the Patients with Stroke

*Kim, Mi Hee\**

The purpose of this study is to identify the influence of family support on hope of the patients with stroke. Subjects were 53 in-patients with stroke in two general hospitals and one oriental medicine hospital located in Seoul and Kwang-Ju.

The instruments used for this study : The family support scale developed by Kang Hyun Suk(1985). The hope scale developed by Nowotny(1989).

The Data were analyzed with descriptive statistics, t-test, ANOVA, Pearson's correlation and simple regression. Data had been collected from December 24, 1998 to January 31, 1999.

The results of this study were as follows The mean score of family support was 43.94 and the mean score of the hope was 80.89. The relationship between family

---

\* Christian College of Nursing

support and the hope of the patients with stroke revealed a significant correlation ( $r = .560$ ,  $p = .0001$ ). The variables influencing family support and the hope of the patients with stroke were as follows : There was significant difference between family support and general characteristic factor, which was family chief caregiver ( $p = .002$ ). There was no significant difference between hope and general characteristic factors. but There were significant differences between one of the subscales of hope, "confidence in the outcome", and general characteristic factors, which were age( $p = .021$ ), perceived disability effect( $p = .027$ ). There were significant differences between one of the subscales of hope, "possibility of future", and general characteristic factors, which were age( $p = .016$ ), education( $p = .018$ ). There was significant difference

between one of the subscales of hope, "spiritual belief", and general characteristic factors, which was religion( $p = .002$ ). There was significant difference between one of the subscales of hope, "active involvement", and general characteristic factors, which was family chief caregiver ( $p = .012$ ).

It was found that the higher the degree of perceived family support, the higher the degree of hope. Clearly, the perceived family support can contribute significantly and positively to hope of the patients with stroke. Therefore, nurses should plan interventions to inspire hope level of patients with stroke by family support. The above results may be used as the basic data to seek more efficient way of elevating nursing practice and quality for the patients with stroke.