

만성관절염 환자의 일상생활 기능에 영향을 미치는 요인에 관한 연구

송 경 애 · 강 성 실(가톨릭대학교 간호대학)

목 차

I. 서론	V. 논의
II. 문헌고찰	VI. 결론
III. 연구방법	참고문헌
IV. 연구결과	영문초록

I. 서 론

1. 연구의 필요성 및 목적

최근 경제와 문화 수준의 향상과 의학의 발달로 평균 수명이 길어지고 질병 양상이 바뀌면서 일어난 특징 중 하나가 만성질환자의 증가이다(임 등, 2000). 특히, 가장 흔한 만성 퇴행성 질환의 하나인 관절염은 그 자체가 질병명이 아니라 어떤 질병의 결과로 나타난다. 관절염을 일으키는 원인인 류마티스 질환은 골관절염, 류마티스관절염, 통풍, 루푸스, 강직성 척수염, 섬유근통을 비롯하여 그 종류가 약 100가지도 넘는다(김, 1996).

관절염은 관절부위의 염증으로 인한 통증과 이로 인한 신체의 기동력 저하 등을 초래하여 일상생활에 불편을 가중시키는 질환으로 적절한 치료를 하지 않으면 관절의 변형을 초래하여 신체상의 장애를 유발시키며 일상생활에 심각한 제한을 가져오게 된다(송, 1999). 특히, 류마티스 관절염환자들이 가장 흔히 경험하게 되는 증상이 피로이며, 이들의 피로는 질병 상태와 관련

되어 나타나지만 질병치료와 조절이 잘되는 환자들도 피로를 호소하고 있고, 피로로 인해 일상생활은 물론 질병의 극복 및 재활 프로그램 참여가 어려워진다(이, 송 & 이, 2000). 이 중에서 일상생활은 개인생활을 정상적으로 유지하기 위해 매일 일상적으로 스스로 수행하는 일련의 활동으로써 류마티스 관절염 환자들은 이 활동을 수행함에 있어 약간의 어려움을 겪는 경우에서부터 막대한 지장을 초래하는 경우에 이르기까지 매우 다양한 문제를 나타낸다(Lambert & Lambert, 1987).

만성관절염 증상을 가진 대상자의 치료 및 간호목표 중의 하나는 근력 및 관절의 기능을 보존하여 정상 생활양식으로 복귀하도록 하는데 있다(Kovar, Allegrante & McCkezie, 1992; Wyngaarden, Smith & Bennet, 1992). 최근 관절염 환자들의 증상을 중재할 수 있는 조정요인으로 자기효능감이 보고되고 있으며(김, 1994; 이 등, 1996), 이러한 자기효능감은 건강행위 변화와 유지를 예측할 수 있는 개념으로 자기 관리 행위의 중요한 요인이다(강과 한, 2000).

이에 저자들은 만성 관절염 환자의 일상생활 기능을

잘 유지하기 위한 간호 중재를 개발하기 위하여 그들의 피로정도, 일상생활 기능, 자기효능감 정도를 확인하고, 만성 관절염 환자들의 적응을 위한 간호중재 개발의 기초자료를 제공하고자 본 연구를 시도하였다.

II. 문헌 고찰

오늘날 문명과 의료의 발달에도 불구하고, 일생동안 질병을 관리하면서 살아야 하는 만성질환은 계속 증가 추세에 있으며, 관절염이 만성질환의 30%를 차지하고 있다(이와 이, 2000). 만성질환은 급성질환과는 달리 증상은 조절할 수 있으나 완치시킬 수는 없다. 따라서 환자들은 증상 조절 및 질병 상태에 적응하기 위해 끊임없이 노력해야 한다.

관절염은 전형적인 만성질환으로 관절부위에 지속적인 통증, 부종, 강직 등의 병태생리적인 증상 외에 전신권태, 피로, 발열, 우울 등의 증상이 나타나고 질병이 진행됨에 따라 관절과파괴가 시작되어 환자의 70%에서 변형이 초래된다. 또한 이러한 변형이 발생되지 않더라도 관절통으로 인하여 활동이 위축되고 그에 따른 근력저하, 하지들레 감소, 근육위축 등으로 전신의 관절기능이 약화되어 체중부하를 지속적으로 받게 되는 골반, 무릎, 발목, 발가락 관절에 염증이 자주 발생되어 일상생활활동에 제한을 받게 된다(윤, 1989). 그 결과 근육은 더욱 위축되고, 이환되지 않은 근육의 사용빈도 감소로 인해 근력이 점차적으로 저하되어 체력이 약해지며, 이러한 상태로 인해 피로감에 시달리게 되어 활동이 더욱 감소되게 된다(송 1999; Topp, Mckesky, Dayhoff, & Holt, 1999). 이러한 문제들은 환자의 질병상태에 따라 다소 차이가 있기는 하지만 관절염 환자가 전반적으로 가지고 있는 문제점이다(정, 1995). 이와 같이 만성 관절염은 그 영향이 신체적인 면 뿐 아니라 사회, 경제, 심리, 직업, 취미까지 파급되므로 병 자체에 대한 부분적 문제해결이 아니라 전체적으로 모든 관점을 다루어야 한다(김과 한, 1994).

1. 자기효능감

자기효능감은 특수한 상황에서 특수한 행위를 수행

하는 개인의 자신감에 대한 믿음으로, 사람들이 어떤 문제에 부딪혔을 때에 노력하는 정도와 그 행위의 지속 정도를 결정하는 것으로 자기효능감이 강할수록 더욱 열심히 노력하게 되고 행위의 지속시간도 길다(Bandura, 1986).

최근 자기효능감 개념이 간호실무영역에서 건강행위의 강한 예측인자로서 고려되고 있다. 오(1993)는 자기효능과 건강증진행위 간에 유의한 상관관계가 있으며, 자기효능은 건강증진 행위를 설명하는 가장 중요한 변수라고 하였으며, 김(1997)도 자기효능이 질병의 대응에 유의한 영향을 미치는 선행요인으로 보고한 바 있다. 자기효능감은 특히 자기관리가 필요한 대상자의 건강관련 행위를 증진시키는 매개변수로서 행위의 선택과 지속 그리고 행위의 변화에 강력한 영향을 미치고(구, 1994), 관절염 환자의 운동행위에 직접적인 영향을 주는 가장 중요한 요인이었으며(서와 임, 2000), 관절염 환자의 자기효능감이 증진되면 통증, 피로, 우울을 감소시키고, 일상생활 기능은 증진시킨다(이 등, 1998).

2. 피로

피로는 운동이나 활동에 필요한 에너지 생산이 방해받거나 과도한 대사산물이 축적될 때, 또는 병리적인 과정에 의해 신체의 기능이 감소되거나 생리적인 불균형이 초래될 때 발생하는 것이다(김, 1995). 급만성 질환은 운동이나 활동을 수행하는 동안 작용하는 신체기관의 적응 기전을 크게 방해한다. 즉, 정상적인 신체 상태에서 운동을 할 때는 생리적으로 높은 재생능력을 발휘하는데 비해 병리적인 신체상태에서는 운동 초기에 생리적 적응의 교란을 의미하는 증상이 발생되며, 이것은 말초신경계에서 중추신경계로 진행되어 피로로 지각된다(Potempa, Lopez, Reid, & Lawson, 1986). 피로는 급성과 만성 피로로 나눌 수 있으며 급성 피로는 일시적이며 휴식, 수면 또는 상황의 변화를 통해 경감되지만 만성 피로는 지속적이고 축적되며 휴식에 의해 경감되지 않으며 질병 상황과 관련된다(임과 이, 1999). 피로에 대한 연구는 1940년대부터 시작되었으며 주로 수행 능력이나 생산성의 감퇴와 관련되어 이루어졌고 고용과 관련된 급성 피로가 초점이

되었다(Crosby, 1991). 그 후 피로에 대한 관심은 신체 반응의 변화와 관련된 만성 피로를 경험하는 아픈 사람을 연구하는 것으로 확대되었다(임과 이, 1999).

Tack(1990)은 류마티스 관절염 환자의 가장 문제가 되는 증상으로 피로를 보고하였다. 피로를 초래하는 기전에 대하여 완전히 밝혀진 바는 없지만 여러 변수들이 홀로 또는 복합적으로 공헌할 수 있다. 즉, 피로는 생물학적, 심리적, 사회적, 개인적 요소에 의해 영향을 받는다(Belza, Henke, Yelin, Epstein & Gilliss, 1993). 이 중 질병 관련요인으로는 만성 통증, 수면, 신체적 활동, 질병기간이 영향을 주는 것으로 나타났다. 또한, Belza et al.(1993)은 133명의 노인 류마티스 관절염환자의 피로관련요인을 조사한 결과 이들은 높은 정도의 피로를 보였는데, 40%의 대상자가 매일 피로를 경험했고, 48%에서 피로가 1주일 내내 변함없이 지속됨을 보고하였다. 피로관련요인은 여성(13%), 통증(19%), 수면의 질(8%), 신체 활동(6%), 우울(2%) 등으로 피로를 48% 설명하였다.

3. 일상생활 기능

일상생활 기능(Activity of Daily Living : 이하 ADL)이란 아침에 일어나서 저녁에 잠을 잘 때까지의 일상의 모든 활동에 필요한 의식주 생활과 그에 관련된 모든 동작(정, 1995)으로서 인간이 생을 영위해나가기 위해 가정생활이나 사회생활에 필요한 모든 동작을 의미한다(소와 김, 1995). Deyo, Inui, Leininger and Overman(1982)은 관절염이 신체에 미치는 기능장애를 연구한 결과 관절염 환자의 50% 혹은 그 이상의 환자들이 걷기, 가사노동, 여가시간 감소, 성행위, 수면 등에 문제점을 가지고 있다고 하였고, Jette(1980)는 여러 관절의 기능손상 환자들을 대상으로 일상생활의 수행정도를 측정된 결과 신체의 움직임, 부엌일, 집안일, 물건의 이동 순으로 일상활동에 제한을 받고 있다고 하였다. Mindham(1981)은 만성 관절염 환자는 손동작, 무릎 굽혀앉기, 걷기, 계단 오르기, 의복 입기, 화장실 사용하기 등 일상활동의 불편감이 높다고 보고하였다.

ADL의 평가는 일상생활을 어떤 지시나 감독, 보조 없이 스스로 할 수 있는 독립적인 수준, 타인이나 보조

기구 같은 물리적인 도움에 일부 의존하여 수행하는 부분적인 독립상태와 한 두 가지 활동은 독립적으로 할 수 있지만 쉽게 피로하고 동작이 매우 느려 80% 이상의 신체적인 보조를 받아야 하는 의존적인 상태, 그리고 ADL을 적용하거나 평가할 수 없는 상태로 구분되는데 이러한 구분은 대상자들의 상태를 파악하고 피로와 재활 계획과 결과의 평가에 신뢰성 있는 예측치가 된다(소와 김, 1995; 전, 1998).

III. 연구 방법

1. 연구대상 및 자료수집기간

본 연구는 서울 소재 C대학 부속 K병원의 류마티스 클리닉에서 진료를 받는 외래 환자 중 본 연구의 목적을 이해하고 참여를 수락한 104명을 대상으로 설문 조사하였다. 자료 수집기간은 2000년 5월부터 2000년 8월까지 3개월 간이었다.

2. 연구도구

(1) 자기효능감

어떤 결과를 야기하는 행위를 수행할 수 있다는 자신의 능력에 대한 신념(Bandura, 1986)으로 본 연구에서는 대한 류마티스건강전문학회(1997)에서 개발한 15문항으로 된 100점 척도를 본 연구자가 수정한 도구로 측정된 점수를 의미하며, 점수가 높을수록 자기효능감이 높음을 의미한다. 본 연구에서의 Cronbach's α 는 .94였다.

(2) 피로도

Tack(1991)이 관절염환자의 피로를 측정하기 위해 개발한 다차원적 피로척도(Multidimensional Assessment of Fatigue: MAF)로 지난 한주간의 피로 정도에 대해 응답하도록 된 도구를 본 연구자가 번역하여 사용하였다. 전체는 16문항이며 1, 2, 3, 15번의 4개 문항은 각 10점씩 총 40점이 되도록 점수화하고, 4번부터 14번 문항까지 총 11개의 문항의 점수가 총 10점이 되도록 하기 위해 110점 만점으로 점수화한 다음

11로 나누어 10점이 되도록 한 다음, 앞에서 산출한 40점과 합하여 MAF 점수는 총 50점 만점 척도가 되게 한다. 16번 문항은 지난 일주일간의 피로정도에 변화가 있었는지를 묻는 문항으로 점수화하지 않는다. 본 연구에서의 Cronbach's α 는 .96이었다.

(3) 일상생활 기능

일상생활을 잘 할 수 있는 정도로 본 연구에서는 Katz Scal과 Barthel Index를 수정, 보완하여 대한 류마티스건강전문학회(1997)에서 개발한 20문항으로 된 0점부터 3점까지의 4점척도로 측정된 점수를 말한다. 점수가 높을수록 일상생활을 잘 수행한다는 것을 의미한다. 본 연구에서의 Cronbach's α 는 .95였다.

3. 분석방법

자료분석은 SAS 프로그램을 이용하여 다음과 같이 분석하였다.

- 1) 대상자의 일반적 특성, 질병관련 특성, 건강행위 관련 특성은 빈도와 백분율을 이용하여 분석하였다.
- 2) 대상자의 피로, 일상생활 기능, 자기효능감 정도는 평균과 표준편차를 구하였다.
- 3) 대상자의 일반적 특성, 질병관련 특성, 건강행위 관련 특성에 따른 피로, 일상생활 기능, 자기효능감의 차이는 t-test와 ANOVA로 분석하였고, ANOVA 후 집단간의 차이는 Scheffé test를 하였다.
- 4) 대상자의 피로, 일상생활 기능, 자기효능감 간의 관계는 상관관계를 구하였다.
- 5) 대상자의 일상생활 기능에 영향을 미치는 변인들의 설명력은 단계적 중회귀 분석을 이용하여 분석하였다.

IV. 연구 결과

1. 대상자의 일반적 특성

연구대상자의 연령분포는 23세에서 79세까지로 평균연령은 52세(51.98 ± 13.39)였으며, 50대가 36%로 가장 많은 분포를 보였다. 성별로는 여자가 88.3%로 대부분이었으며, 종교는 천주교가 32.7%로 가장

많았다. 기혼인 대상자가 82.7%를 차지하였으며 직업은 주부를 포함하여 무직인 경우가 84.6%였다.

2. 질병관련 특성

연구대상자의 질병관련 특성은 <표 1>과 같다. 연구대상자의 투병기간은 1개월에서 312개월까지로 평균 투병기간은 71개월(71.12 ± 85.76)이었으며, 1년 이상 5년 미만인 경우가 37.0%로 가장 많았으며, 1년 이하인 경우가 30.4%로 5년 미만인 대상자가 전체의 67.4%를 차지하였다. 진단명은 류마티스 관절염이 49.05%로 가장 많았으며, 골관절염은 27.95%로 그 다음순이었다. 통증을 느끼는 관절수는 없다에서부터 42개까지의 분포를 보였으며, 평균 7개(7.49 ± 8.86)의 관절이 아프다고 지각하고 있었으나 아픈 관절수가 5개 이하인 경우가 56.7%로 과반수를 넘었다. 또한 통증 유무를 관절부위별로 조사한 결과, 가장 통증을 많이 호소하는 부위는 무릎으로 63.5%가 통증을 느꼈으며, 그 다음은 손가락 관절 51.0%, 어깨 관절 31.7% 순이었고, 가장 통증을 덜 느끼는 부위는 측두하악관절 3.8%, 척추 7.7%, 목관절 10.6%의 순이었다.

<표 1> 대상자의 질병관련 특성

(N=104)			
항 목	구 분	명	(%)
투병기간(개월)	1년 이하	28	(30.4)
	1-5년	34	(37.0)
	5-10년	13	(14.1)
	10년 이상	17	(18.5)
진단명	류마티스 관절염	51	(49.0)
	골관절염	29	(27.9)
	루푸스	10	(9.6)
	기타	14	(13.5)
아픈 관절수	5개 이하	59	(56.7)
	5-10개	26	(25.0)
	11-20개	10	(9.6)
	21개 이상	9	(8.7)
관절통 호수 부위	측두하악	4	(3.8)
	목	11	(10.6)
	어깨	33	(31.7)
	팔꿈치	28	(26.9)
	손목	24	(23.1)
	손가락	53	(51.0)
	등	8	(7.7)
	엉덩이	17	(16.3)
	무릎	66	(63.5)
	발목	28	(26.9)
	발가락	21	(20.2)

3. 건강행위와 관련된 특성

연구대상자의 건강상태의 특성은 <표 2>와 같다.

연구대상자의 건강행위와 관련된 특성을 보면, 규칙적 운동 수행은 운동을 하는 군(51.0%)과 안하는 군(49.0%)이 거의 비슷했으며, 운동 횟수는 평균 주 2회(1.80±2.19) 정도였으며, 1회 운동시간은 최소 0분에서 최대 120분으로 평균 21분(20.51±28.62)이었다. 대부분의 대상자들(75.8%)은 건강을 위하여 특별식을 하고있지 않았으며, 수면시간은 최소 4시간에서 최대 10시간으로 평균 7시간(6.92±1.43)으로 수면의 질은 보통이다와 좋다가 각각 28.3%를 차지하여 중등도의 양상을 보였다. 또한 대상자의 95.1%는 금연을, 92.2%는 금주를 실천하고 있었다.

4. 자기효능감, 피로, 일상생활 기능 정도

대상자의 자기효능감, 피로, 일상생활기능 정도는 <표 3>과 같다. 자기효능감은 평균 69.01(±17.44)점으로 14점에서 96점의 분포를 보였으며, 피로도는 평균 28.30(± 9.09)점으로 9점에서 47점의 점수 분포를 보였다. 일상생활능력은 10점에서 60점의 분포를

보였으며 평균 52.45(± 8.65)점 정도였다.

<표 2> 대상자의 건강행위 관련 특성

(N=104)			
항 목	구 분	명	(%)
규칙적 운동	한다	53	(51.0)
	안한다	51	(49.0)
운동횟수(주)	0회	51	(49.0)
	1-2회	15	(14.5)
	3-4회	20	(19.2)
	5회	18	(17.3)
1회 운동시간(분)	0분	51	(49.0)
	30분 이하	30	(28.9)
	30-60분	19	(18.4)
	60분 이상	4	(3.8)
건강관리를 위한 특별식이	예	24	(24.2)
	아니오	75	(75.8)
수면시간	6시간 이하	39	(37.9)
	7-8시간	55	(53.4)
	9시간 이상	9	(8.7)
수면의 질	아주 나쁘다	11	(11.1)
	나쁘다	18	(18.2)
	보통이다	28	(28.3)
	좋다	28	(28.3)
	매우 좋다	14	(14.1)
흡 연	예	5	(4.9)
	아니오	97	(95.1)
음 주	예	8	(7.8)
	아니오	94	(92.2)

<표 3> 대상자의 자기효능감, 피로, 일상생활 기능 정도

(N=104)

구 분	N	자기효능감		피 로		일상생활 기능	
		Mean±SD	F or t (P)	Mean±SD	F or t (P)	Mean±SD	F or t (P)
연 령							
30세 이하	9	72.96±16.81		25.53± 7.57		57.00± 3.08	
31-40세	11	66.30±20.73	1.33	31.36± 9.86	1.22	52.73±11.62	3.84
41-50세	20	63.60±19.97	(0.2663)	30.90±10.07	(0.3087)	47.10±13.61*	(0.0084)
51-60세	36	68.69±17.05		28.77± 8.54		51.94± 6.25	
61세 이상	24	74.78±13.88		26.30± 9.01		55.63± 3.54*	
성 별							
남	12	72.66±22.45	0.71	26.47±11.91	-0.75	51.66±12.85	-0.21
여	91	68.84±16.61	(0.4745)	28.60± 8.74	(0.4494)	52.47± 8.04	(0.8358)
종 교							
개신교	24	68.83±17.59	0.57	28.75±10.02	0.63	51.13± 9.92	2.30
불교	17	70.47±16.38	(0.6329)	25.86± 8.85	(0.5997)	55.00± 4.95	(0.0824)
천주교	34	66.12±19.21		29.52± 9.21		50.12±11.06	
무	29	71.70±16.07		28.00± 8.47		54.79± 4.31	
결혼상태							
미혼	18	67.33±16.71	-0.44	30.64± 7.19	1.16	53.66± 6.01	0.65
기혼	86	69.36±17.67	(0.6556)	27.85± 9.39	(0.2479)	52.20± 9.12	(0.5151)
직 업							
유	16	66.25±16.22	-0.68	26.12± 5.78	-1.45	53.43± 6.52	0.49
무	88	69.51±17.70	(0.4937)	28.70± 9.55	(0.1549)	52.27± 9.00	(0.6227)

* : Scheffé test(알파벨 문자가 같은 것끼리 유의한 차이가 있음)

5. 일반적 특성에 따른 자기효능감, 피로, 일상생활 기능 정도

대상자의 자기효능감, 피로, 일상생활 기능을 일반적 특성에 따라 분석한 결과 일상생활기능만이 연령별로 유의한 차이가 있었다(P=.0084). 즉 40대군이 60대이상군보다 일상생활 기능이 더 낮았다(표 4).

〈표 4〉 일반적 특성에 따른 자기효능감, 피로, 일상생활 기능 정도

(N=104)			
특 성	평균±표준편차	최소값	최대값
자기효능감	69.01±17.44	14	96
피 로	28.30± 9.09	9	47
일상생활능력	52.45± 8.65	10	60

6. 질병관련 특성별 자기효능감, 피로, 일상생활 기능 정도

대상자의 질병관련 특성에 따른 자기효능감, 피로, 일상생활기능 정도는 〈표 5〉와 같다. 대상자의 자기효능감은 투병기간(P=.0124), 아픈 관절수(P=.0432)별로 유의한 차이가 있었다. 즉, 투병기간이 1년 이하인 군이 10년 이상인 군보다 자기효능감이 높았고, 아

픈 관절수가 5개 이하인 군이 21개 이상인 군보다 높았다.

피로는 진단명(P=.0271), 아픈 관절수(P=.0096)별로 유의한 차이가 있었다. 즉, 아픈 관절수가 5개 이하인 군이 21개 이상인 군보다 피로도 낮았다. 그러나, 진단명별로는 집단간에 유의한 차이가 없었다.

한편, 일상생활 기능은 투병기간(P=.0052), 진단명(P=.0244), 아픈 관절수(P=.0003)별로 유의한 차이가 있었다. 즉, 투병기간이 1년 이하와 1~5년인 군이 10년 이상인 군보다 높았고, 아픈 관절수가 5개 이하인 군과 6~10개인 군이 21개 이상인 군보다 높았다. 그러나 진단명별로는 집단간에 유의한 차이가 없었다.

7. 건강행위 관련 특성별 자기효능감, 피로, 일상생활 기능 정도

건강행위 관련 특성별 자기효능감, 피로, 일상생활 기능 정도를 분석한 결과는 〈표 6〉과 같다.

대상자의 자기효능감은 수면의 질(P=0.0147), 음주(P=0.0342)별로 유의한 차이가 있었으나 집단간의 차이는 없었고, 일상생활 기능은 운동횟수(P=0.0275), 음주(P=0.0063)별로 유의한 차이가 있었으나 집단간의 차이는 없었다.

〈표 5〉 질병관련 특성별 자기효능감, 피로, 일상생활 기능 정도 (N=104)

구 분	N	자기효능감		피 로		일상생활 기능	
		Mean±SD	F or t (P)	Mean±SD	F or t (P)	Mean±SD	F or t (P)
투병기간							
1년 이하	28	74.38±11.89 ^a	3.84 (0.0124)	28.32± 8.84	0.44 (0.7216)	53.32± 5.50 ^a	4.52 (0.0052)
1-5년	34	69.51±15.57		27.64± 7.96		54.44± 4.01 ^b	
5-10년	13	66.56±15.83		28.29± 8.72		52.15± 4.98	
10년 이상	17	57.45±23.81 ^a		30.61±10.13		46.06±15.47 ^{a,b}	
진단명							
RA	51	64.90±18.30	2.25 (0.0877)	30.34± 9.00	3.36 (0.0271)	50.00±10.16	3.27 (0.0244)
OA	29	73.66±16.01		25.41± 9.77		53.66± 7.31	
Lupus	10	68.27±16.27		22.88± 5.72		56.50± 4.67	
기타	14	74.90±15.37		30.41± 7.22		56.00± 3.57	
아픈 관절수							
5개 이하	59	74.95±12.61 ^a	2.81 (0.0432)	24.94± 8.88 ^a	4.01 (0.0096)	56.42± 3.67 ^a	7.01 (0.0003)
5-10개	26	69.38±16.05		29.26± 9.23		53.46± 4.64 ^b	
11-20개	10	67.56±18.09		27.51± 8.98		51.35± 7.56	
21개 이상	9	60.77±22.36 ^a		33.55± 7.18 ^a		46.00±14.83 ^{a,b}	

^{a, b} : Scheffé test(알파벳 문자가 같은 것끼리 유의한 차이가 있음)

〈표 6〉 건강행위 관련 특성별 자기효능감, 피로, 일상생활 기능 정도

(N=104)

구 분	N	자기효능감		피 로		일상생활 기능	
		Mean±SD	F or t (P)	Mean±SD	F or t (P)	Mean±SD	F or t (P)
운동							
한다	53	71.35±16.70	-1.40	27.57± 8.29	0.84	53.32± 8.94	-1.04
안한다	51	66.57±18.02	(0.1633)	29.09± 9.89	(0.3996)	51.54± 8.33	(0.2988)
운동횟수							
안한다	51	66.83±17.94		29.03± 9.81		51.63± 8.27	
2회 이하	15	63.90±18.24	2.21	29.89± 8.94	0.67	47.43±14.91	3.46
3-4회	20	70.67±17.01	(0.0920)	27.53± 6.76	(0.5738)	55.20± 4.40	(0.0192)
5회	18	77.44±13.65		25.98± 9.56		55.67± 3.74	
운동시간							
없다	51	66.70±17.69		29.17± 9.45		51.48± 8.07	
30분 이하	30	70.85±16.76	0.76	27.22± 7.09	0.43	53.44±10.37	0.54
30-60분	19	72.25±17.86	(0.5168)	27.86±11.10	(0.7328)	54.00± 8.72	(0.6570)
60분 이상	4	74.50±17.77		25.37± 5.38		52.50± 4.20	
특별식이							
예	24	67.47±18.56	0.51	30.34± 9.19	-1.50	51.45± 7.38	0.84
아니오	75	69.53±16.78	(0.6103)	27.17± 8.84	(0.1353)	53.08± 8.44	(0.4016)
수면시간							
6시간 이하	39	66.96±19.99	1.80	28.24± 8.23	0.18	51.95± 9.19	0.88
7-8시간	55	71.79±15.17	(0.1700)	27.99± 9.89	(0.8353)	53.25± 6.85	(0.4192)
9시간 이상	9	61.56±18.07		29.98± 8.92		49.33±15.12	
수면의 질							
아주 나쁘다	11	56.00±18.18		32.09±11.01		48.00±16.72	
나쁘다	18	61.11±19.64	3.28	30.89± 7.03	1.15	50.72± 9.98	1.19
보통이다	28	72.45±12.16	(0.0147)	28.64± 6.44	(0.3393)	54.00± 4.90	(0.3204)
좋다	28	72.48±19.03		26.60± 8.88		53.21± 8.07	
매우 좋다	14	70.90±14.22		26.97±13.56		53.36± 5.17	
흡연							
예	5	78.66± 8.33	-1.26	31.06±11.68	-0.69	53.80± 4.14	-0.37
아니다	97	68.79±17.27	(0.2088)	28.17± 8.98	(0.4911)	52.28± 8.88	(0.7070)
음주							
예	8	81.50±10.94	-2.14	25.21± 6.49	1.00	57.12± 3.79	-3.17
아니오	94	68.24±17.12	(0.0342)	28.58± 9.25	(0.3168)	51.95± 8.89	(0.0063)

8. 변수들간의 상관관계

일상생활 기능은 자기효능감과 중정도의 정적 상관 관계($r=0.62$), 피로와는 중정도의 부적 상관관계가 있었으며($r=-0.49$), 자기효능감은 피로와 중정도의 부적 상관관계가 있었다($r=-0.45$)〈표 7〉.

〈표 7〉 변수들간의 상관관계 (N=104)

	자기효능감		피로도	
	r(P)	r(P)	r(P)	r(P)
일상생활 기능	0.62(0.0001)	-0.49(0.0001)		
자기효능감			-0.45(0.0001)	

9. 일상생활 기능 정도에 영향을 미치는 변인 분석

만성 관절염 대상자들의 일상생활 기능 정도에 영향을 미치는 주요 변인은 자기효능감으로서 42.03%의 설명이 가능하였으며, 그 다음으로는 아픈 관절수, 진단명이 루푸스인 경우, 투병기간, 종교가 개신교이거나 천주교인 경우의 순이었고, 이들 세 변인에 의한 총설 명력은 66.01%였다〈표 8〉.

<표 8> 일상생활 기능에 영향을 미치는 변인

(N=104)

변수	Partial R ² **	Model R ² **	F	P
자기효능감	0.4203	0.4203	60.90	0.0001
아픈 관절수	0.1418	0.5621	26.87	0.0001
루푸스	0.0329	0.5950	7.04	0.0096
투병기간	0.0267	0.6217	5.32	0.0236
개신교	0.0202	0.6419	4.50	0.0368
천주교	0.0182	0.6601	4.22	0.0430
운동횟수	0.0109	0.6709	2.57	0.1127

V. 논 의

본 연구에서는 만성관절염 환자의 제 특성과 자기효능감, 피로, 일상생활 기능정도를 파악해 보고, 이들의 일상생활기능에 영향을 미치는 요인에 대해 살펴보았다.

본 연구대상자는 50대 여성이 많았는데, 이는 본 연구대상자의 49%가 류마티스관절염 환자이고, 류마티스 관절염이 중년 여성에서 많이 발생한다는 선행연구 결과와 일치하였다(김과 서, 1999; 박과 박, 2000).

관절염은 통증을 주 증상으로 하는 질환 중의 하나로 한마디 이상의 관절을 침범하여 활액막의 만성적 비대 및 반응이 나타나서 관절연골과 그 주위조직을 파괴하는 질환이다. 또한 관절염의 경우 현실적으로 완치를 기대할 수 없기 때문에 다른 어느 질환보다도 통증과 기능장애로 장기간 고통을 받게 된다(Burckhardt, 1985).

관절염 환자의 경우는 통증이 신체의 여러 관절에서 일어나게 되므로 환자마다 침범관절수와 부위가 다르게 나타난다. 지금까지의 연구 결과에 의하면 통증을 느끼는 관절의 수는 3-12곳으로 보고된 바 있는데(허, 1997), 본 연구에서 통증을 느끼는 관절수는 평균 7개로 선행연구 결과와 일치하였다. 그러나 통증을 느끼는 관절수는 0개부터 42개까지 분포하고 있었는데 이는 본 연구대상자의 과반수를 차지하고 있는 류마티스 관절염 환자의 경우 손가락 관절(근위지 관절과 중수지 관절)이 침범된 경우가 많았기 때문으로 사료된다.

일반적으로 관절염 환자에서 운동효과를 얻기 위해서는 주 3회 이상 30분 이상 운동하도록 권장되고 있으나 본 연구에서는 대상자의 과반수 정도만이 건강관리를 위해 규칙적 운동을 하고 있었으며, 이 중 주 3

회 이상 하고있는 경우는 36.5%에 불과하였고 30분 이상 운동하는 경우도 22.1%에 불과해 운동횟수 및 지속시간이 부족한 것으로 나타났다. 반면 서와 임(2000)의 연구에서는 운동 횟수가 1주에 5회 이상인 경우가 27.4%로 가장 많았으며 1회 운동시간도 1-2시간이 31.0%로 가장 많았다고 하여 본 연구의 결과와는 차이가 있었다. 앞으로 이 부분에 관한 연구가 필요하다고 사료된다.

본 연구대상자의 자기효능감은 100점 만점에 69.01점으로 이 등(1998)의 69.2점과 비슷하였으나 퇴행성 관절염을 앓고 있는 미국이민 한국 노인의 65.2점에 비해 더 높았는데(송, 1999), 이는 송(1999)의 연구에서는 대상자가 우리 나라와 다른 문화권이라는 것과 평균 연령이 76세로 52세인 본 연구 대상자에 비해 높은 것과 관련이 있는지 앞으로 더 연구해 보아야 하리라고 본다.

다차원적 피로척도로 측정된 본 연구대상자는 피로 정도는 평균 28.30점으로 류마티스 관절염환자를 대상으로 한 이와 이(1998)의 26.25점 보다 높았으나 이 등(1999)의 29.22점에 비해서는 약간 낮았다.

일상생활 기능정도는 60점 만점에 평균 52.45점으로 임과 이(1999)의 50.20점보다 약간 더 높았다. 한편 본 연구에서 60대 이상군이 40대군에 비해 일상생활 기능 정도가 더 높은 것으로 나타났는데, 이는 연령이 높아짐에 따라 일상생활 수행능력이 나빠졌다는 선행연구들(박과 박, 2000; 양과 이, 1998)의 연구 결과와 상반되는 것이었다. 이는 본 연구 대상자의 진단명을 살펴볼 때 60대 이상은 주로 골관절염 환자들로 구성되어 있기 때문에 그 원인이 연령에 따른 차이인지 진단명에 따른 차이인지는 앞으로 더 규명해 보아야

야할 문제라고 본다.

질병관련 특성별로는 투병기간이 긴 경우가 그렇지 않은 경우에 비해 일상생활기능과 자기효능감이 저하되었는데, 이는 만성 관절염 대상자들의 유병기간이 길수록 일상생활 수행능력이 감소하였다는 양과 이(1998)의 결과와 일치하며, 질병기간에 따라 자기효능감에 차이가 없었던 강과 한(1999)의 결과와는 차이가 있었다. 또한 투병기간에 따라 피로 정도에는 차이가 없어 피로에 투병기간이 영향을 미치는 요인이었던 Belza et al.(1993)의 결과와도 차이가 있었다.

많은 문헌에서 통증은 만성관절염의 가장 중요한 변수로 보고된 바와 같이, 본 연구에서도 아픈 관절수가 많을수록 자기효능감은 낮고 피로 및 일상생활 기능 정도는 높았다. 따라서, 만성 관절염 환자의 통증은 반드시 조절해 주어야 할 중요한 변수라고 사료되며, PACE와 같은 운동 프로그램의 적용으로 통증 및 아픈 관절수가 유의하게 감소하였다는 송(1999)의 연구 결과에서 볼 수 있듯이 이를 위한 간호중재가 절실히 요구된다.

본 연구에서 피로와 일상생활 기능이 진단명에 따라서는 집단간 유의한 차이는 없었지만 류마티스 관절염 대상자에서 피로 정도가 가장 크고 일상생활 기능 정도가 가장 나쁘게 나타났다. 이는 류마티스 관절염이 루푸스보다 피로가 높은 것으로 나타났다는 선행연구의 결과(Daltroy, Nicholson, Iversen, Wright, & Liang, 1995)와 일치하였으나, 질환별 피로 정도에 차이가 없다고 보고한 다른 결과들(이 등, 2000; 임 등, 2000)과는 차이가 있었다. 그러나 이 등(2000)의 연구에서도 류마티스 관절염 환자의 피로가 루푸스 보다는 약간 높았고, 임 등(2000)의 연구에서도 류마티스 관절염, 골관절염, 루푸스 순으로 피로점수가 높아 본 연구의 결과를 어느 정도는 지지하고 있다.

수면과 관련된 결과를 보면 수면시간은 자기효능감, 피로, 일상생활기능에 영향을 미치지 않았고, 수면의 질은 자기효능감에만 영향을 미쳐 수면의 질이 좋을수록 자기효능감이 높았으나 이는 수면장애가 자기효능감에 영향을 미치지 못한다는 서와 임(2000)의 연구 결과와는 차이가 있었다. 이 외에 수면과 관련된 선행 연구 결과들을 보면 Belza et al.(1993)은 수면이 피로에 영향을 미치는 요인이라 하였고 류마티스 관절염

이나 루푸스 대상자에서 가장 문제가 되는 것 중의 하나가 수면장애로 이로 인해 피로가 유발된다고 하였다(서와 임 2000; Mckinley, Ouellette & Winkel, 1995). 따라서, 만성 관절염과 수면의 질이나 수면 장애에 대한 심층 연구가 필요하리라 본다.

한편, 본 연구에서 음주는 자기효능감과 일상생활기능에 영향을 미치고 있었으나, 음주를 하는 군이 음주를 하지 않는 군보다 자기효능감이나 일상생활기능 정도가 높은 것으로 나타났는데 이는 규칙적인 음주가 노인의 건강상태를 나타내는 좋은 지표가 된다고 한 O'Loughlin, Robitaille, Boivin, & Suissa(1993)의 연구결과를 고려해 볼 때 음주군의 건강상태가 비음주군보다 좀 더 좋은 상태에 있었을 가능성도 배제할 수 없다고 본다.

본 연구에서 일상생활기능과 자기효능감은 강한 부적 상관을 보였는데 이를 류마티스 관절염 환자의 자기효능과 일상활동간에 순상관이 있다고 한 김과 김(1995), 관절염 환자의 자기효능과 기능장애는 부적 상관 관계가 있다고 한 연구결과들(Lorig, Chastain, Ung, Shoor & Holman, 1989; Regan, Lorig, Thoresen, 1988)과 일치하였다. Potempa et al.(1986)은 자기효능감이 낮은 사람은 피로에 대한 지각이 악화되어 자기효능감이 높은 사람보다 탈진감을 쉽게 호소하고 활동에 제한을 받는다고 하였다.

또한, 본 연구에서 대상자의 피로 정도가 일상생활 기능 및 자기효능감과 유의한 부적 상관관계를 나타냄으로써 만성관절염 환자는 일상생활 기능이 향상되고 자기효능감이 높을수록 피로를 덜 느끼는 것으로 나타난 임과 이(1999)의 연구결과를 지지하였다.

최근 관절염 환자들의 증상을 중재할 수 있는 조정요인으로 자기효능감이 보고되고 있으며 이런 자기효능감은 건강행위 변화와 유지를 예측할 수 있는 개념으로 자기관리 행위의 중요한 요인으로 보고되고 있다(강과 한, 2000; 김, 1994; 이 등, 1997). 본 연구에서도 대상자의 일상생활 기능정도에 영향을 미치는 변인을 분석한 결과 자기효능감은 일상생활 기능정도에 영향을 미치는 가장 중요한 변인으로 대상자의 일상생활 기능정도를 42.03% 설명하고 있었다. 이외에도 아픈 관절수, 진단이 루푸스, 투병기간과 같은 변인이 추가되어 이 네가지 변인들이 일상생활 기능 정도

를 62.17% 설명하고 있었다. 이외에도 종교가 개신교인 경우와 천주교인 경우가 약 2%씩으로 약간의 설명력을 가지고 있었다.

이상의 결과로 자기효능감이 만성관절염 환자의 일상생활 기능 정도를 설명해 주는 가장 유의한 변인인 것으로 밝혀졌으므로 이들의 자기효능감을 증진시킬 수 있는 간호중재의 개발이 필요하다고 사료된다.

VI. 결론 및 제언

본 연구는 만성 관절염환자의 자기효능감, 피로, 일상생활 기능 정도를 확인하고, 만성 관절염 환자들의 적응을 위한 간호중재 개발의 기초자료를 제공하고자 본 연구를 시도하였다.

연구대상은 서울 소재 C대학 부속 K병원의 류마티스 클리닉에서 진료를 받는 외래 환자 104명이었으며, 2000년 5월에서 2000년 8월까지 질문지를 통하여 수집한 자료를 SAS 프로그램을 이용하여 분석하였으며, 분석한 결과는 다음과 같다.

1. 만성 관절염 대상자의 자기효능감은 투병기간, 아픈 관절수, 수면의 질, 음주별로 유의한 차이가 있었다.
2. 만성 관절염 대상자의 피로는 진단명, 아픈 관절수별로 유의한 차이가 있었다.
3. 만성 관절염 대상자의 일상생활 기능은 연령, 투병기간, 진단명, 아픈 관절수, 운동횟수, 음주 별로 유의한 차이가 있었다.
4. 일상생활 기능은 자기효능감과 중정도의 정적 상관관계, 피로와는 중정도의 부적 상관관계가 있었으며, 자기효능감은 피로와 중정도의 부적 상관관계가 있었다.
5. 만성 관절염 대상자들의 일상생활 기능 정도에 영향을 미치는 주요 변인은 자기효능감으로서 42.03%의 설명이 가능하였으며, 아픈 관절수, 루푸스 진단, 투병기간, 종교를 첨가하면 총설명력은 66.01%였다.

이상의 연구결과로부터 만성 관절염 대상자들의 자기효능감, 피로, 일상생활 기능 정도 및 일상생활 기능 정도에 영향을 미치는 변인들을 알 수 있었다.

관절염은 만성적인 특성을 지니고 있으므로 일상생활을 영위하는데 있어 가능한 한 편안함을 느끼도록 해주는 것이 간호의 초점이 되어야 한다. 따라서, 피로

를 줄이고 일상생활 기능을 증진시킬 수 있는 운동 프로그램의 개발과 함께 일상생활 기능 정도에 영향을 미치는 주요변인인 자기효능감을 증진시키는 전략 개발을 제안하는 바이다.

참 고 문 헌

- 강현숙, 한상숙 (1999). 류마티스 관절염 환자의 심리 사회적 요인과 증상과의 관계. 류마티스건강학회지, 6(2), 295-309.
- 강현숙, 한상숙 (2000). 류마티스관절염과 섬유조직염 환자의 증상, 일상생활, 자기효능 및 가족지지 비교 연구. 류마티스건강학회지, 7(1), 25-39.
- 구미옥 (1994). 당뇨병환자의 자기효능, 자기조절, 상황적 장애, 자기간호행위와의 관계. 대한간호학회지, 24(4), 635-651.
- 김인자 (1997). 류마티스 관절염 환자의 적응예측 모형. 서울대학교 대학원 박사학위논문.
- 김인자, 서문자 (1999). 류마티스 관절염 환자에서 자기효능에 영향을 미치는 요인. 성인간호학회지, 11(1), 87-95.
- 김종임 (1994). 자조집단 활동과 자기효능 증진법을 이용한 수중운동 프로그램이 류마티스 관절염 환자의 통증, 생리적 지수 및 삶의 질에 미치는 영향. 서울대학교 대학원 박사학위논문.
- 김종임, 김인자 (1995). 만성 류마티스환자의 일상생활 활동과 심리적 요인과의 관계. 기본간호학회지, 2(2), 156-167.
- 김진호, 한태륜 (1994). 재활의학, 서울: 삼화출판사.
- 김혜령 (1995). 혈액투석환자의 피로와 관련 요인에 관한 연구. 연세대학교대학원.
- 김호연 (1996). 알고나면 쉬운 류마티스. 서울: 태림출판사.
- 대한 류마티스건강전문학회 (1997). 관절염환자의 자조관리과정(강사용).
- 박선영, 박정숙 (2000). 류마티스관절염 환자가 받는 가족지지 정도에 따른 일상활동과 삶의 질 차이. 류마티스건강학회지, 7(1), 63-76.
- 서길희, 임난영 (2000). 관절염 환자의 운동행위 결정 요인. 류마티스건강학회지, 7(1), 102-130.

- 소희애, 김봉욱 (1995). 재활간호, 현문사, 105-109.
- 송경애 (1999). PACE 프로그램이 퇴행성관절염 노인의 자기효능감과 통증 및 관절기능에 미치는 효과-미국인 한국노인을 중심으로-. 류마티스건강학회지, 6(2), 278-294.
- 양경라, 이선자 (1998). 여성 골관절염 환자의 일상생활 수행능력. 류마티스 건강학회지, 5(1), 57-71.
- 오현수 (1993). 여성관절염 환자의 건강증진과 삶의 질. 대한간호학회지, 23(4), 617-630.
- 윤태자 (1989). 운동장애 환자의 사두근 소실에 대한 임상적 고찰. 아화여자대학교 석사학위논문.
- 이경숙, 이은옥 (1998). 류마티스 관절염 환자용 다차원적 피로척도의 타당도·신뢰도. 류마티스 건강학회지, 5(2), 206-221.
- 이경숙, 송경자, 이은옥 (2000). 류마티스 관절염, 루푸스, 섬유조직염 환자의 피로 양상 비교. 류마티스 건강학회지, 7(1), 131-147.
- 이은옥, 서문자, 김인자, 강현숙, 김명순, 김영자, 김영재, 김종임, 박상연, 박인혜, 박정숙, 배영숙, 소희영, 송경애, 은영, 이은남, 이인숙, 임난영, 한정석 (1996). 만성류마티스 관절염 환자의 자기효능, 우울 및 일상활동과의 관계. 류마티스건강학회지, 3(2), 194-208.
- 이은옥, 강현숙, 이인숙, 은영, 이종수 (1997). 관절염 환자의 치료추구행위 분석에 의한 이론구축·병원치료와 민속요법 이용행태-. 류마티스건강학회지, 4(2), 177-196.
- 이은옥, 서문자, 강현숙, 임난영, 한상숙, 송경애, 엄옥분, 이인옥, 김미라, 최희정 (1998). 서울시 보건소에서 실시한 관절염환자 자조관리과정 평가. 류마티스건강학회지, 5(2), 155-173.
- 이은옥, 이영숙 (2000). 인터넷을 이용한 관절염 환자의 건강상담 내용분석-대한류마티스 건강전문학회 홈페이지를 대상으로-. 류마티스건강학회지, 7(1), 40-52.
- 임난영, 이은영 (1999). 만성관절염 환자의 주관적 피로와 영향요인. 류마티스건강학회지, 6(1), 73-84.
- 임난영, 이은영, 양용숙, 정순애, 차경옥, 이여진 (2000). 만성관절염과 루푸스의 피로, 통증, 및 통증효능감에 관한 연구. 류마티스건강학회지, 7(1), 53-62.
- 전세일 (1998). 재활치료학. 계축문화사, 44-49.
- 정진우 (1995). 관절염에 대한 물리치료. 류마티스건강학회지, 2(1), 107-117.
- 허혜경 (1997). 관절염 환자의 통증-류마티스 관절염 환자를 중심으로-. 류마티스건강학회지, 4(1), 115-124.
- Bandura, A. (1986). Social foundations of thought and action. A social cognitive theory. New Jersey: Prince-Hall, Inc.
- Belza, B. L., Henke, C. J., Yelin, E. H., Epstein, W. V., Gilliss, C. L. (1993). Correlates of fatigue in order adults with rheumatoid arthritis. Nursing Research, 42(2), 93-99.
- Burckhardt (1985). The impact of arthritis on quality of life. Nursing Research, 34 (1), 11-16.
- Daltroy, L. H., Nicholson, C. R., Iversen, M. D., Wright, E. A., Liang, M. H. (1995). Effectiveness of minimally supervised home aerobic training in patients with systemic rheumatic disease. British Journal of Rheumatology, 34, 1064-1069.
- Crosby, L. (1991). Stress factors, emotional stress and rheumatoid arthritis disease activity. Journal of advanced nursing, 13, 452-461.
- Deyo, R., Inui, T., Leininger, J., Overman, S. (1982). Physical and psychosocial function in Rheumatoid arthritis, Arch Intern Med, 142, 879-882.
- Jette, A. M. (1980). Functional capacity evaluation : an epirical approach. Arch. Phys. Med. Rehab., 61, 85-89.
- Kover, P. A., Allegrante, J. P., & McKezie, C. R. (1992). Supervised fitness walking in patients with osteoarthritis of the knee. Annals of International Medicine, 116(7), 529-534.

- Lambert, C. E., Lambert, V. A. (1987). Hardiness: Its development and relevance to nursing, *Image*, 19, 92-95.
- Lorig, K., Chastain, R. L., Ung, E., Shoor, S., & Holman, H. R. (1989). Development and evaluation of a scale to measure perceived self-efficacy in people with to measure. *Arthritis and Rheumatism*, 32(1), 37-44.
- McKinley, P. S., Ouellette, S. C., Winkel, G. H. (1995). The contributions of the disease activity, sleep pattern, and depression to fatigue in systemic lupus erythematosus : A proposed model. *Arthritis and Reumatism*, 38(6), 826-834.
- Mindham, R. H. (1981). Factors associated with the appearance of psychiatric. Symptoms, in RA. *J of Psychosam Res.* 25, 429-435.
- O'Loughlin, J. L., Robitaille, Y., Boivin, J. F., & Suissa, S. (1993). Incidence of and risk factors and injurious falla among the community-dwelling elderly. *American Journal of Epidemiology*, 137, 342-354.
- Potempa, K., Lopez, M., Reid, C., & Lawson, L. (1986). Chronic fatigue, Image, *Journal of Nursing Scholarship*, 18(4), 165-169.
- Regan, C. A., Lorig, K., Thoresen, C. E. (1988). Arthritis apparisal and ways of coping scale development. *Arthritis Care Research*, 3, 285-294.
- Tack, B. B. (1990). Fatigue in rheumatoid arthritis-conditions, strategies, and consequences-, *Arthritis Care and Research*, 3(2), 65-70.
- Tack, B. B. (1991). Dimensions and correlates of fatigue in older adults with rheumatoid arthritis. Doctoral dissertation. UCSF.
- Topp, R., Mikesky, A., Dayhoff, N. E., Holt, W. (1996). Effect of resistance training on strength, postural control, and gait velocity among older adults, *Clinical Nursing Research*, 5, 407-427.
- Wyngaarden, J. B., Smith, L. H., & Bennet, J. C. (1992). Cecil textbook of medicine. Philadelphia : W.B. Saunders Co, 19th ed., 1508-1515.

ABSTRACT

A Study of Activities of Daily Living and Its Influencing Factors in Patients with Chronic Arthritis

Sohng, Kyeong Yae(College of Nursing, The Catholic University of Korea)
Kang, Sung Sil(Doctoral student, College of Nursing, The Catholic University of Korea)

This study was conducted to identify the characteristics of activities of daily living(ADL) and its influencing factors in patients with chronic arthritis.

The data were obtained from 104 patients with chronic arthritis in one university hospital from May to August, 2000. For analysing data, SAS program was used for t-test, ANOVA, Scheffé test, Pearson correlation, and stepwise multiple regression.

The results were as follows:

1. The variables which influenced self-efficacy were duration of disease, number of painful joint, quality of sleep and alcohol drinking.
2. The variables which influenced fatigue were diagnosis and number of painful joint.
3. The variables which influenced ADL were age, duration of disease, diagnosis, number of painful joint, number of exercise and alcohol drinking.
4. ADL was positive correlation with self-efficacy and negative correlation with fatigue. And self-efficacy was negative correlation with fatigue.
5. The predictors to explain ADL were self-efficacy, number of painful joint, lupus, duration of disease and religion. These predictors explained 66.01% of the activities of daily living.

According to these findings, the most significant influencing factor of ADL was self-efficacy, therefore the development of nursing intervention for enhancing self-efficacy would be needed. Also, it is suggested that an exercise program should be recommended as one of useful and appropriate nursing intervention for reducing fatigue and increasing ADL.