

주요어 : 일상생활활동, 자기효능감, 삶의 질, 자조관리 프로그램 요구도

## 재가 뇌졸중환자의 일상생활활동, 자기효능감, 삶의 질, 자조관리프로그램요구도와의 관계에 관한 연구\*

김 금 순\*\*

### I. 서 론

#### 1. 연구의 필요성

뇌졸중은 일단 회복되어도 73%에서 편 마비, 언어장애, 감각장애, 기억력 장애 등 운동 및 인지기능에 장애가 남아 재활을 필요로 한다(서문자, 1989; Feigenson, 1981). 이러한 장애는 급성기에는 치료와 간호에 있어서 가족들의 보호를 받을 수 있으나 6개월 이상 장기적이 되면 신체적 상태는 안정되거나 그후부터는 남아 있는 인지장애로 인한 사회적 대인관계나 심리적 우울 등으로 인하여 재활에 대한 의지가 약해진다.

뇌졸중 환자의 재활은 사회복귀를 촉진하고 독립적인 삶을 유지하도록 하는 것이 목표로 현재는 가정이나 지역사회중심으로 보건소에서 이루어지고 있다(서문자, 강현숙, 임난영 등, 2000). 그러나 대부분의 재활프로그램은 전문가가 일방적으로 계획하여 재활운동만을 초점으로 두고 있어 대상자의 참여가 제한되고 있다고 본다. 정성희(1999)의 연구에서 보면 재가 뇌졸중 환자들의 주간재활프로그램에 대한 요구조사에서 건강서비스영역, 사회 심리적 활동영

역, 자가간호 및 회복활동영역, 오락 및 활동영역에 관한 요구가 다양하게 높게 보고되었다. 뇌졸중 환자들은 가정에 거주하면서도 가족에 의존하고 도움을 필요로 함으로써 가족들이나 다른 사람들에게 부담감을 주고 있는 것으로 나타나고 있다. 따라서 재가 뇌졸중 환자들도 지역사회에 다른 사람들과 함께 어울리면서 스스로 신체적이나 심리적으로 자립할 수 있는 방안이 모색되어야 한다. 김금순, 서현미등(2000, a: b)은 뇌졸중 환자들에게 희망증진을 목표로 하여 일상생활활동, 건축을 이용한 근관절운동, 영양관리 그리고 스트레스관리등 환자들의 적극적인 참여를 유도하는 5주간의 자조관리프로그램을 적용하여 효과가 있는 것으로 밝혀졌으나 이러한 프로그램도 환자의 요구를 적극적으로 고려하지 못한 것으로 나타나 요구에 근거한 프로그램내용의 수정을 필요로 한다고 판단된다.

자조관리프로그램은 자신의 건강문제에 대한 자기 관리에 책임을 가지고 대상자들이 가진 공통의 문제를 서로 나누고 공동목표를 가지고 상호노력에 의해 자신의 문제를 해결하려는 사회적 지지집단활동으로 자기효능감이 중요한 변수로 작용한다(서문자, 강현숙, 임난영 등, 2000). 그 동안 만성질환자의 건강

\* 이 연구는 BK대학지원연구센터의 지원을 받았다.

\*\* 서울대학교 간호대학 교수

행위의 증진을 설명하는 변수로 자기효능감은 여러 연구에서 중요한 변수로 제시되고 있다(송경자, 2000; 신주영, 1999; 송미령, 1999; 이영휘, 1994). 심장질환자, 관절염, 혈액투석환자에서는 자기효능감이 높을수록 건강행위를 실천하므로써 건강관련 삶의 질이 향상하는 것으로 나타났으나 뇌졸중 환자는 장기간의 재활을 요구하는 문제들이어서 다른 만성질환과 결과를 비교할 필요가 있다고 본다. 또한 뇌졸중환자들에 있어서 독립성에 영향을 주는 변수들인 일상생활활동수행, 자기효능감 그리고 삶의 질 등과의 관계가 밝혀지면 지역사회 중심 자조관리나 재활프로그램을 개발하는 기초자료가 될 것이다.

## 2. 연구의 목적

본 연구의 구체적 목적은 다음과 같다.

- 1) 재가 뇌졸중환자의 일상생활활동수행정도를 파악한다.
- 2) 재가 뇌졸중 환자의 자기효능감정도를 파악한다.
- 3) 재가 뇌졸중 환자의 뇌졸중 관련 삶의 질정도를 파악한다.
- 4) 재가 뇌졸중환자의 자조관리프로그램요구도를 파악한다.
- 5) 재가 뇌졸중환자의 자기효능감, 일상생활활동수행, 삶의 질, 자조관리프로그램요구도와와의 관계를 분석한다.

궁극적으로 재가 뇌졸중 환자들의 일상생활활동수행능력, 자기효능감 수준을 파악하여 삶의 질을 향상시키고, 신체·심리·사회적 적응을 도모하기 위한 자조관리 프로그램을 개발·적용하는데 활용하고자 한다.

## II. 문헌 고찰

### 1. 뇌졸중환자와 자조관리에 관한 요구도 및 프로그램

뇌졸중이란 뇌혈관과 혈액의 이상에 의해 야기되는 국소적 뇌 질환 및 사고의 총칭으로 생명에 치명적일

수 있는 가장 흔한 만성적 신경계 증후군이다(김진수, 1994). 뇌졸중 환자는 신체운동, 손놀림, 배뇨, 배변 등 인체의 필수적인 기능의 신체적 장애 뿐 아니라 지각장애, 정신집중불능, 정서장애, 인격변화, 기억력 상실 등으로 인해 자기간호결핍, 운동력 저하, 의사소통의 제한과 함께 사회적인 모든 기능이 저하된다(Anderson, 1987; 신정빈 외 3인, 1988). 또한 일상생활활동수행이 저하되고 자기간호 수행이 불가능하여 의존적이 되며, 지적 퇴행, 우울, 좌절, 불안, 걱정 및 심한 분노감 등의 신체적·정서적 고통을 경험하게 된다(Pfaude, 1973; 김애리, 1987).

뇌졸중 환자의 약 73%에서는 불완전회복으로 반신마비, 언어장애, 인지기능 등 후유증을 경험하고 이들 후유증으로 환자와 가족들은 자연스럽게 우울, 좌절 등을 경험하게 되는데, 만일 환자 자신이 매사에 절망적이고 불안하며 퇴행적인 경향이 있으면 운동의 효과도 감소하고 그 결과 회복이 늦어지며 의존적이 되므로 전인간호의 개념에 입각하여 환자를 완전한 인격체를 가진 사람으로 이해하고 돌보아 주며, 의지와 삶에 대한 소망을 주고 독립심을 심어 주어야 한다(서문자 등, 1993).

이와 같이 뇌졸중은 신체적, 인지적, 사회적 기능장애로 인하여 여러 가지 적응장애가 나타나며 그 중에서 가장 요구가 높은 것은 지지체계의 구축이다. 따라서 어느 정도 자기간호가 가능한 사람들은 위험요인, 운동, 스트레스를 효과적으로 관리하기 위한 자조관리프로그램이 필요하다고 사료된다.

한편, 자조관리프로그램이란 공통의 문제를 서로 나누고 상호노력을 통해 공통의 불편감이나 삶을 파괴하는 문제를 해결하여 자신들의 삶을 효과적으로 조절하기 위한 것으로, 자발적인 연합체이다. 인간은 자신에게 영향을 미치는 의사결정에 참여할 권리가 있고 자신의 목표와 열망을 위해 의미 있는 활동에 참여하고자 한다. 환자나 어려운 상황에 처해있는 사람들이 이와 같은 사고를 가지고 활성화시킨 것이 자조그룹활동이다(Katz 등, 1992).

현재 만성질환을 가진 사람들의 자조관리그룹은 다양하며 여러 가지 측면에서 환자의 신체·심리·사회적 적응을 도모하고 있다. 현재 우리 나라에는

관절염 자조관리와 인공루 자조관리그룹이 있다. 뇌졸중 환자들을 위해서는 병원에서 일반적으로 시행되는 프로그램은 많이 있는 반면에 회복기에 접어든 환자들을 위한 자조관리프로그램은 그 필요성은 인식하고 있으나 아직 찾아보기 힘들다.

뇌졸중 환자의 재활프로그램에서는 대상자들의 인지기능저하 때문에 집단 레크레이션이나 놀이요법이 사용되고 있는데, 우경미와 이명화(1998)는 중환자실에 있는 뇌졸중 환자에게 비치볼 놀이를 실시하여 우울 및 무력감 감소에 효과적이었으며, 김연화(1999)의 연구에서도 집단오락요법은 대상자들의 우울과 삶의 만족도를 높이는 것으로 나타났다. 서문자, 강현숙, 이명화(2000)는 낮병원 재활간호프로그램으로 자기효능을 강화하는 주 1시간의 8주 프로그램을 운영하여 우울, 자기효능감, 무력감을 측정하였으나 전후 차이가 없는 것으로 나타났는데, 프로그램내용의 즐거움을 주는 부분을 강화하고 통합프로그램보다는 단독 프로그램으로 운영하여 효과를 강화해야 할 것으로 제안하였다. 김금순 등(2000.a)은 5주 과정의 뇌졸중 자조관리프로그램을 운영한 후 참여전보다 참여 후에 우울이 감소하고 일상생활활동이 증진됨을 보였으며, 대상자수를 늘리고 희망이나 자기효능감 증진을 위한 프로그램을 강화함으로써 프로그램을 좀 더 확대할 수 있을 것으로 제안하였으며 그 후후연구로 김금순 등(2000.b)은 전문가 주도형 자조관리프로그램을 적용하여 신체적 기능으로 악력과 일상생활활동 정도가 향상되었으며, 심리적 기능으로 우울이 감소하였고 희망과 자기효능감이 증가하였다고 하였다.

## 2. 뇌졸중 환자의 자기효능감

자기 효능감은 자신이 어떤 행위를 할 수 있다는 자신의 능력에 대한 신념으로서 어떤 행위의 변화 또는 지속에 중요한 역할을 한다(Bandura, 1977: 1986). 그래서 자기효능에 대한 지각이 낮으면 자신의 성격적인 결함에 집착하고 잠재적인 어려움의 가능성을 실제 이상으로 두려워하여 자신의 잠재력을 최대한 발휘할 수 없게 되고, 자기 효능에 대한 지각이 높으면 더 많은 노력을 하도록 하는 자극을

받으면서 그 상황에 필요한 주의력을 갖고 스스로 노력하게 된다고 주장하였다.

자기 효능 개념이 인간행동결정에 중요요인으로서 인식됨에 따라 당뇨병환자(구미옥, 1992), 관절염 환자(김종임, 1994), 심장질환자(송경자, 2001) 및 위암환자(오복자, 1994) 등 건강분야에서 자기효능을 포함한 많은 연구가 시도되고 있다.

뇌졸중 환자를 대상으로 한 연구를 보면 이실(1998)은 뇌졸중 환자는 긍정적인 신체상을 가질수록 자기효능감이 높았고 자기효능감이 높을수록 자가간호를 잘 수행하였으며 구체적인 자기 효능감은 자가간호수행의 69.9%를 설명한다고 하였고 Robinson 등(2000)은 뇌졸중 환자의 자가간호에 대한 자기효능감이 증가할수록 삶의 질이 증진되고 우울이 감소되었다고 보고하였다. 뇌졸중 환자는 지속적으로 자가간호를 해야 하므로 자기효능감이 중요한 행위의 결정인자로 작용하게 된다.

따라서 자기 효능감이 높을수록 더욱 열심히 노력하고 행위의 지속시간도 길어지므로 뇌졸중환자의 자기효능감 정도를 파악하고 자기 효능감이 일상생활활동 수행능력에 미치는 영향을 분석하여 이를 토대로 재활중재를 계획할 필요가 있을 것으로 생각된다.

## 3. 뇌졸중 환자의 삶의 질

인구가 점차 노령화되고 만성질환이 증가함에 따라 삶의 양보다는 삶의 질에 더 관심을 가지게 되었으며 결과적으로 만성질환의 예방이나 치료 뿐만 아니라 재활과 건강증진에도 주의를 기울이게 되었다(Brandt & Pope, 1997). 그런데 삶의 질은 추상적이고 복합적인 용어로 그 속성을 정의하고 측정하는 것이 쉽지 않으나 많은 연구들에서 삶의 질을 행복이나 삶의 가치라는 개념으로 사용하거나 삶 또는 생활의 만족으로 정의하였다(Padilla & Grant, 1985; Dubos, 1976; 오현수, 1993; 김명자와 송경애, 1991).

삶의 질의 영향을 미치는 요인으로 Burckhardt(1989)는 독립, 신체활동 상태, 자기 간호능력, 건강상태, 안전감, 긍정적인 상호작용, 타인과의 관계 및 인생의 의미가 삶의 질을 중요한 영역이라고 하

였으며 이성옥(1996)은 중년기 여성의 삶의 질 정도에 영향을 미치는 주요 변인이 정서상태, 경제상태, 자아존중감, 교육 수준이라고 하였다. 노유자와 김춘길(1995)은 노인들의 체력과 자기효능, 일상생활 활동 능력 및 삶의 질에 관하여 조사하였으며 가정 노인이 시설 노인보다 삶의 질이 높고 자기효능과 체력요인, 일상생활능력이 삶의 질과 긍정적인 상관관계가 있음을 보고하였다.

뇌졸중과 같이 질병의 후유증으로 뇌졸중을 가진 상태로 적응하면서 살아가야 하는 환자들처럼 많은 불편함과 고통을 가진 집단은 없을 것이다. 뇌졸중과 관련해서 Astrom 등(1992)은 뇌졸중이 있는 환자는 일반적인 노인 집단에 비해서 심리적 증상을 더 많이 가지며 낮은 기능상태와 감소된 삶의 질을 가진다고 하였다. 또한 홍여신 등(1998)은 뇌졸중 환자의 삶의 질과 우울, 직업의 변화 그리고 사회적 지지가 관련이 있다고 지적하였으며 뇌졸중 환자가 인지하는 가족지지 정도는 삶의 질과 유의한 상관관계가 있으며 특히 주간호제공자에 의한 신체적 및 기능적 돌봄이 뇌졸중 환자의 삶의 질에 가장 큰 영향을 준다고 하였다(이순규, 1987; Yoon, 1997). 그 외에 Javier 등(1999)은 뇌졸중 후 성기능 장애가 일상생활활동이나 삶의 질에 영향을 주는지를 검증하기 위한 연구에서 성기능 장애가 신체적, 정신적 기능장애와 유의한 관련이 없는 것으로 나타났다.

뇌졸중 환자의 삶의 질을 측정하려는 도구로 Williams 등(1999)은 뇌졸중 삶의 질 측정도구(SS-QOL)를 개발하여 삶의 질을 측정한 결과 다른 삶의 질 측정도구에 비해서 뇌졸중 환자의 삶의 질을 잘 반영하였으며 각 문항간의 신뢰도와 내용타당도가 높은 것으로 보고하였다. 그의 연구에서 뇌졸중 환자의 삶의 질에 영향을 주는 요소로 이동성, 원기, 상지 기능, 일 수행능력, 기분, 자기간호 등 12가지를 들었으며 각 항목의 신뢰도는 Cronbach  $\alpha$ 가 .70 이상으로 나타났다. 따라서 본 연구에서는 Williams 등(1999)의 삶의 질 측정도구를 사용하여 재가 뇌졸중 환자의 삶의 질을 측정하고 뇌졸중 환자들의 삶의 질을 향상시키기 위해서는 어느 측면에 간호 중재를 제공해야 할 것인지에 대한 자료를 얻고자 하였다.

### Ⅲ. 연구 방법

#### 1. 연구 설계 및 연구대상자

본 연구는 서울시내 일부 지역에서 50세이상 뇌졸중으로 1년이상 지속된 재가 환자들을 표집하여 일상생활활동 수행능력, 자기효능감, 삶의 질, 자조관리 프로그램 요구도와와의 관계성을 규명하는 상관관계분석을 위한 조사연구이다.

조사기간은 2000년 7월부터 12월까지였으며, 연구대상자는 서울 시내 일부 병원, 보건소, 경기도 일개 보건소에 등록된 재가 뇌졸중 환자로 남.여 88명이었다.

#### 2. 자료수집도구

##### 1) 일상생활활동

일상생활활동은 Barthel Index(Mahoney and Barthel, 1965)를 양영희(1992)가 수정하여 개발한 10문항의 3점 척도로 측정하였다. 도구의 내용은 식사, 이동, 개인위생, 화장실 출입, 목욕, 걷기, 계단 오르내리기, 옷입기, 대소변 보기 등의 10문항으로 되어 있다. 문항별로 완전 의존, 도움이 필요, 독립적으로 수행 가능 등 3점 척도로 구성되어 있으며 최저 10점에서 최고 30점까지 가능하며 점수가 높을수록 스스로 일상생활활동을 잘 할 수 있음을 의미한다. 본 연구에서의 일상생활활동도구의 신뢰도는 Cronbach  $\alpha = .8519$ 이었다.

##### 2) 도구적 일상생활활동

도구적 일상생활활동은 장인순(1995)이 개발한 도구를 사용하였다. 도구의 내용은 전화이용, 이동, 물건구입, 식사준비, 집안일 수행, 약물 복용, 돈 관리에 관한 7문항이다. 각 문항은 3점 척도로 완전 의존은 1점, 도움이 필요는 2점, 독립적으로 수행은 3점으로 되어 있으며, 점수의 총합은 최저 7점에서 최고 21점까지이며 점수가 높을수록 스스로 도구적 일상생활활동을 잘 수행함을 의미한다. 본 연구에서 도구적 일상생활활동도구의 신뢰도는 Cronbach  $\alpha = .8279$ 이었다.

### 3) 자기 효능감

자기 효능감은 연구자가 일상생활활동 수행능력을 기초하여 만든 뇌졸중 환자를 위한 자기 효능감 도구로 측정하였다. 도구는 총 8문항으로 각 문항은 '전혀 자신 없다' 0점에서 '자신 있다' 10점으로 되어 있으며 총점은 최저 0점에서 최고 80점까지이며 점수가 커질수록 자기 효능감이 높음을 의미한다. 본 연구에서의 신뢰도는 Cronbach  $\alpha = .9075$ 이었다.

### 4) 삶의 질

삶의 질은 Williams등(1999)등이 개발한 도구를 번안하여 사용하였다. 본 도구는 뇌졸중관련 삶의 질을 측정하기 위한 것으로 12개의 하위개념으로 에너지, 가족기능, 언어, 움직임, 성격, 기분, 자기간호, 사회적 역할, 사고, 시력, 상지기능, 일의 영역을 포함하는 49문항으로 되어 있다. 본 도구는 원래 연구에서 신뢰도와 타당도가 높게 나타났으며 Cronbach  $\alpha$ 는 0.8이상이었다. 각 문항은 '매우 그렇다' 1 점에서 '전혀 아니다' 5점으로 되어있으며 최저 49점에서 최고 245점으로 점수가 커질수록 삶의 질이 높은 것을 의미한다. 본 연구에서의 신뢰도는 Cronbach  $\alpha = .9559$ 이었으며 각 하부영역의 신뢰도는 <표 4>와 같다.

### 5) 뇌졸중 자조관리프로그램 요구도

자조관리프로그램 요구도는 정성희(1999)가 주간 재활프로그램의 요구도를 평가하기 위해 만든 도구를 사용하였다. 원 도구는 18문항의 4점척도이었으나 본 연구에서는 영양상당과 식이요법이 겹쳐서 영양상담을 제외하고 17문항을 사용하였다. 도구의 내용은 뇌졸중 환자의 자조관리 프로그램에서 제공될 수 있는 서비스 및 일상활동내용으로 건강 검진서비스 의뢰, 언어치료, 물리치료, 작업치료 등 총 17문항으로 각 문항은 '전혀 필요 없다' 1점에서 '항상 필요하다' 4점으로 되어있으며 최저 18점에서 최고 72점으로 점수가 커질수록 요구도가 높은 것을 의미한다. 본 연구에서의 신뢰도는 Cronbach  $\alpha = .6482$ 이었다. 원래 연구에서의 신뢰도는 0.97이었다.

## 3. 자료수집방법

완성된 설문지를 가지고 연구자와 보조원이 서울시내 일부 병원 외래, 보건소, 경기도 일부 보건소에서 대상자의 동의를 얻은 후 면접을 통하여 자료를 수집하였다. 자료수집시간은 약 20분 정도 소요되었다.

## 4. 자료분석방법

자료분석은 SAS program를 사용하여 분석하였다.

- 1) 연구대상자의 일반적 특성은 백분율과 빈도를 분석한다.
- 2) 일상활동, 도구적 일상생활활동, 자기효능감, 삶의 질, 자조관리 프로그램 간호요구도는 빈도, 백분율 및 내용분석을 실시하였다.
- 3) 일상생활활동 정도, 자기효능감, 삶의 질과의 상관관계를 알아보기 위해 Pearson's correlation coefficient로 분석하였다.

## IV. 연구 결과

### 1. 대상자의 일반적 특성

본 연구대상자는 총 88명이었으며, 성별에서는 남자가 전체의 51.1%(45명)를 차지하였고, 평균 연령은 59.4세였다. 현재 직업이 없는 경우가 90.9%이었는데 대부분의 대상자가 질병 발생과 고령으로 인하여 직업이 없었다. 학력은 중졸이하가 63.7%(56명)로 대부분 학력이 낮았다. 결혼 상태는 배우자가 있는 경우가 70.5%(62명)로 가장 높았으며, 주 간호제공자도 배우자가 60.2%(53명)로 가장 많았다.

진단명은 뇌졸중이 50.0%(40명)로 가장 많았고, 다음이 뇌경색이 30.7%(27명)였다. 동반된 질병으로는 고혈압이 있는 경우가 55.7%(49명)로 가장 많았다. 그리고 과체중이나 비만인 대상자가 28.4%(25명)로 나타났다. 뇌졸중을 앓은 기간은 1년이하가 43.2%(38명)로 가장 많았다(표 1).

<Table 1> General Characteristics

(n=88)

characteristics		n(%)	characteristics		n(%)
sex	male	45(51.1)	diagnosis	cerebral infarction	27(30.7)
	female	43(48.9)		CVA	44(50.0)
	none	10(11.4)		cerebral hemorrhage	17(19.3)
educational level	elementary School	21(23.9)	age	49 below	11(12.5)
	middle School	25(28.4)		50-59	27(30.7)
	high School	23(26.1)		60-69	42(47.7)
	above College	9(10.2)		70 above	8( 9.1)
marital Stage	single	1( 1.1)	body weight	underweight	3( 4.5)
	married(spouse alive)	62(70.5)		normal	60(67.1)
	Married(spouse dead)	18(20.5)		overweight	15(17.0)
	divorced	2( 2.3)		obesity	10(11.4)
	separation	5( 5.7)	duration of hemiplegia	1year below	38(43.2)
religion	none	20(22.7)		1-2year	35(39.7)
	protestant	32(36.4)		3-5year	13(14.8)
	catholic	18(20.5)	6year above	2( 2.2)	
	buddhism	17(19.3)	side of hemiplegia	left	49(55.7)
occupation	no	80(90.9)		right	33(37.5)
	yes	8( 9.1)		paraplegic	2( 2.3)
main care giver	spouse	53(60.2)		etc.	4( 4.5)
	sun or daughter	15(17.0)			
	parents	1( 1.1)			
	etc.	19(21.6)			

<Table 2> The Scores of ADL

items	mean(±SD)	frequency(%)		
		dependent (1)	partially dependent(2)	independent (3)
feeding	2.83(±0.43)	2( 2.3)	11(12.5)	75(85.2)
chair/bed transfer	2.75(±0.53)	4( 4.5)	14(15.9)	70(79.5)
hygiene(dressing, grooming, shaving)	2.68(±0.53)	2( 2.3)	24(27.3)	62(70.5)
toileting	2.81(±0.45)	2( 2.3)	13(14.8)	73(83.0)
bathing	2.15(±0.64)	12(13.6)	51(58.0)	25(28.4)
walking, wheelchair using	2.57(±0.60)	5( 5.7)	28(31.8)	55(62.5)
stair climbing	2.38(±0.65)	8( 9.1)	39(44.3)	41(46.6)
dressing(necktie, shoes)	2.13(±0.81)	24(27.3)	29(33.0)	35(39.8)
bowel control	2.86(±0.41)	2( 2.3)	8( 9.1)	78(88.6)
bladder control	2.81(±0.45)	2( 2.3)	13(14.8)	73(83.0)
sum of ADL scores	25.95(±3.68)			

2. 일상생활 수행능력

일상생활 활동 정도를 조사한 결과는 <표 2>와 같다. 대부분의 항목에서는 '약간의 도움이 필요하다'와 '도움 없이 할 수 있다'는 응답수가 많았지만 목욕하기는 '전혀 할 수 없다'는 응답이 13.6%, '약간의 도움이 필요하다'는 응답이 58.0%로 편 마비가 있는 환자들이 가장 잘 못하는 것으로 나타났으며 그 다

음으로는 옷 입기로 넥타이를 매는 것이나 신발 끈을 묶는 것이 '전혀 못한다'라고 응답한 사람이 27.3%, '약간의 도움이 필요하다'고 응답한 사람이 33.0%로 나타났다.

3. 도구적 일상생활수행능력

도구적 일상생활활동에서는 전체적으로 평균 2.5

<Table 3> The Scores of IADL

items	Mean(±SD)	frequency(%)		
		dependent (1)	partially dependent(2)	independent (3)
phone use	2.78(±0.49)	3( 3.4)	13(14.8)	72(81.8)
getting to out of walking distance	2.71(±0.86)	8( 9.1)	15(17.0)	64(73.8)
shopping	2.52(±1.09)	14(15.9)	23(26.1)	51(58.0)
meal preparation	2.18(±0.77)	19(21.6)	34(38.6)	35(39.8)
housework	2.18(±0.77)	21(23.9)	31(35.2)	36(40.9)
medication management	2.88(±0.99)	3( 3.5)	15(17.0)	70(79.5)
money management	2.46(±0.74)	13(14.8)	22(25.0)	53(60.2)
sum of IADL scores	17.52(±3.65)			

점으로 나타나 양호하였으나 집안일하기는 평균 2.18점으로 낮게 나타났으며, '전혀 할수 없다' 가 23.9%, '약간 도움이 필요하다' 35.2%로 나타났다. 식사준비에서도 평균 2.18점으로 낮게 나타났으며, '전혀 할수 없다'가 21.6%이고, 약간 도움이 필요하다가 38.6%로 나타났다. 그 다음으로 돈관리가 평균 2.46점으로 낮은 점수를 나타냈다(표 3).

4. 자기효능감

자기효능감의 측정은 총 8개 문항으로 뇌졸중 환자들이 일상생활활동 수행에 대한 자신감을 묻는 것으로 '자신감이 없다' 0점에서 '자신감이 많다' 10점까지 대상자가 표시하도록 하였는데 54.89점으로 중간점수보다 높게 나타났다(표 4).

<Table 4> The scores of self-efficacy

(n=88)

variable	mean(±SD)	range	skewness
self-efficacy	54.89(±18.03)	1.00-80.00	- .805

5. 삶의 질

삶의 질을 측정하는 도구의 문항을 원기, 가족기능, 언어 등의 영역별로 나누어 만족 정도를 평균과 백분율로 나타낸 결과는 <표 4>와 같다. 각각의 영역은 2-5개의 항목으로 구성되어 있으며 영역 중 만족 정도가 가장 높은 순서는 시력(81.9%), 언어(78.4%), 자기간호(70.8%) 영역이었으며 70%이상의 만족도를 보인 반면 성격(50.7%), 사회역할(51.4%), 가족기능(58.3%)은 만족 정도가 50%정도로 낮은 것으로 나타났다. 전체적인 삶의 만족도

<Table 5> The Scores of Quality of Life for Subjects

domains	number of items (total scores)	Mean(±SD)	percentage of satisfaction	Cronbach's α
vision	3(15)	12.28(±2.98)	81.9	.8867
language	5(25)	19.68(±6.21)	78.7	.9691
self care	5(25)	17.70(±5.08)	70.8	.8692
personality	3(15)	10.13(±3.09)	67.5	.7735
upper extremity function	5(25)	16.45(±5.57)	65.8	.8900
work	3(15)	9.88(±3.24)	65.9	.9072
thinking	3(15)	9.70(±3.19)	64.6	.7322
energy	3(15)	9.69(±3.09)	64.6	.8208
mobility	6(30)	19.25(±6.99)	64.1	.9484
mood	5(25)	15.56(±5.27)	62.2	.8600
family role	3(15)	8.75(±3.58)	58.3	.9345
social role	5(25)	12.84(±5.19)	51.4	.8469
total scores of QOL	49(245)	161.52(±35.43)	65.9	.9559

<Table 6> Need of self-help management program

item	Frequency(%)				Mean(±SD)
	completely unnecessary(1)	sometimes necessary(2)	frequently necessary(3)	always necessary(4)	
physical therapy	9(10.2)	11(12.5)	38(43.2)	30(34.1)	3.01(±.94)
stress management	10(11.4)	25(28.4)	20(22.7)	33(37.5)	2.86(±1.05)
range of motion exercise	8( 9.1)	19(21.6)	43(48.9)	18(20.5)	2.81(±.87)
referral of health service	8( 9.1)	35(39.8)	22(25.0)	23(26.1)	2.68(±.96)
recreational activity	15(17.0)	26(29.5)	21(23.9)	26(29.5)	2.66(±1.08)
occupational therapy	20(22.7)	13(14.8)	39(44.3)	16(18.2)	2.58(±1.04)
risk factor management	22(25.0)	24(27.3)	16(18.2)	26(29.5)	2.52(±1.16)
personal counseling	21(23.9)	27(30.7)	19(21.6)	21(23.9)	2.45(±1.10)
activities of daily living training	23(26.1)	25(28.4)	29(33.0)	11(12.5)	2.32(±1.00)
diet therapy	21(23.9)	37(42.0)	15(17.0)	15(17.0)	2.27(±1.01)
walking training	28(31.8)	24(27.3)	27(30.7)	9(10.2)	2.19(±1.00)
personal hygiene management	28(31.8)	29(33.0)	20(22.7)	11(12.5)	2.16(±1.02)
medication	22(25.0)	42(47.7)	13(14.8)	11(12.5)	2.15(±.94)
transfer training	32(36.4)	23(26.1)	27(30.7)	6( 6.8)	2.08(±.97)
family training	36(40.9)	25(28.4)	14(15.9)	13(14.8)	2.05(±1.17)
elimination management and training	47(53.4)	22(25.0)	15(17.0)	4( 4.5)	1.73(±.91)

는 65.8%로 나타났다<표 5>.

6. 자조관리 프로그램 요구도

뇌졸중 환자의 자조관리 프로그램의 각 항목별 요구도 분포는 <표 6>과 같다. 요구도가 높은 항목은 물리치료로 평균값이 3.01점이었고, 스트레스 관리가 2.86점, 근 관절범위 운동이 2.81점으로 높게 나타났다. 그 다음으로 요구도가 높은 항목은 오락 및 취미 활동으로 평균값이 2.66점으로 나타났다. 그리고 요구도가 낮게 나타난 항목은 배설관리 및 훈련으로 평균값이 1.73점이었고 다음으로 요구도가 낮은 항목은 언어치료로 평균값이 2.05점으로 나타났다.

7. 인구학적 변수에 따른 일상생활활동, 도구적 일상생활활동, 자기효능감, 삶의 질, 자조관리프로그램 요구도의 분석

각각의 변수를 인구학적 특성인 성별, 연령, 배우자 유무, 마비 부위에 따라 분석한 결과 성별에 따라

서 남성은 여성보다 일상생활활동( $t=3.445, p=.001$ ), 도구적 일상생활활동( $2.626, p=.010$ ), 자기효능감( $t=3.877, p=.000$ ), 삶의 질( $t=3.952, p=.000$ ), 자조관리 프로그램 요구도( $t=-2.971, p=.004$ )가 모두 높은 것으로 나타났다. 연령에 따른 차이는 60세 미만이 대상자가 60세 이상인 대상자 보다 일상생활활동, 도구적 일상생활활동, 자기효능감, 뇌졸중 환자의 삶의 질이 높게 나타났으나 통계적으로 유의하지는 않았다. 또한 배우자가 있는 대상자가 배우자가 없는 대상자에 비해서 일상생활활동, 도구적 일상생활활동, 자기효능감, 삶의 질이 높게 나타났으나 통계적으로 유의하지는 않았다. 그리고 좌측마비와 우측마비에 따라 모든 변수에서 차이가 없는 것으로 나타났다<표 7>.

8. 일상생활활동, 자기효능감, 삶의 질, 자조관리프로그램 요구도의 상관관계 분석

본 연구에서 연령, 뇌졸중으로 편 마비가 발생한 기간, 일상생활활동, 자기효능감, 삶의 질, 자조관리 프로그램요구와의 상관관계를 분석한 결과는 <표 8>



(Table 7) 인구학적 변수에 따른 일상활동, 도구적 일상활동, 자기효능감, 삶의 질, 자조관리요도

characteristics		ADL	IADL	self-efficacy	QOL	need of self-help program
sex	male (n=45)	27.20(±2.61)	18.49(±2.79)	61.64(±14.71)	175.02(±33.76)	39.53(±10.55)
	female(n=43)	24.65(±4.19)	16.51(±4.17)	47.81(±18.60)	147.39(±31.72)	46.23(±10.60)
	p	.001*	.010*	.000*	.000*	.004*
age	60ys below(n=38)	26.29(±2.89)	17.47(±3.22)	55.32(±15.58)	164.84(±30.42)	42.42(±10.33)
	60ys over(n=50)	25.70(±4.19)	17.56(±3.98)	54.56(±19.83)	159.00(±38.92)	43.10(±11.64)
	p	.460	.913	.847	.447	.773
spouse	yes(n=62)	26.81(±3.09)	18.23(±3.41)	58.15(±18.01)	165.65(±29.51)	41.31(±9.44)
	no (n=26)	25.59(±3.86)	17.23(±3.73)	53.52(±17.99)	159.79(±37.72)	43.44(±11.66)
	p	.160	.241	.273	.482	.413
side of plegia	Lt(n=49)	25.94(±3.67)	17.78(±3.42)	54.37(±18.15)	161.94(±34.39)	44.61(±10.63)
	Rt(n=33)	26.03(±3.73)	17.21(±3.91)	54.88(±16.95)	157.91(±33.77)	41.82(±11.04)
	p	.913	.492	.898	.602	.258

(Table 8) Correlations Analysis between variables

variables	age	ADL	IADL	self-efficacy	QOL	need
age	1.000	-.218*	-.170	-.222*	-1.151	.006
ADL		1.000	.801*	.847**	.759**	-.312**
IADL			1.000	.761**	.568**	-.096
Self-efficacy				1.000	.746**	-.373**
QOL					1.000	-.475**
need						1.000

\* Correlation is significant at the 0.05 level(2-tailed)

\*\* Correlation is significant at the 0.01 level(2-tailed)

와 같다.

연령은 일상생활활동( $r=-.218, p=.041$ ), 자기 효능감( $r=-.221, p=.038$ )에서는 통계적으로 유의한 역상관관계를 보여 연령이 많을수록 자기효능감이 낮은 것으로 나타났으나 도구적 일상생활활동( $r=-.170, p=.114$ )과 삶의 질( $r=-.151, p=.160$ ), 자조관리 프로그램 요구도( $r=.006, p=.958$ )에서는 통계적으로 유의하지 않았다.

일상생활활동과 도구적 일상생활활동( $r=.801, p=.000$ ), 자기 효능감( $r=.847, p=.000$ ), 삶의 질( $r=.759, p=.000$ )은 정상관관계를 보였으며 자조관리프로그램 요구도( $r=-.312, p=.003$ )와는 역상관관계를 보여 일상생활활동이 좋을수록 자조관리 프로그램 요구도가 낮은 것으로 나타났다.

자기효능감과 일상생활활동( $r=.847, p=.000$ ), 도구적 일상생활활동( $r=.761, p=.000$ ), 삶의 질( $r=.746, p=.000$ )과는 통계적으로 유의하게 정상관관계가 있는 것으로 나타났으나 자기효능감과 자조관리프로그램 요구도( $r=-.373, p=.000$ )와는 역상관관계가 있어 자기효능감이 높을수록 자조관리 프로그램 요구도가 낮은 것으로 나타났다.

삶의 질과 자조관리프로그램 요구도는 역상관관계를 보여 삶의 질이 높을수록 자조관리 프로그램 요구도가 낮은 것으로 나타났다( $r=.475, p=.000$ ).

## V. 논 의

본 연구에서는 재가 뇌졸중 환자를 대상으로 일상

생활활동, 자기효능감, 삶의 질 정도와 영향요인을 분석하고 자조관리프로그램의 교육 내용별 요구도를 조사하여 자조관리 프로그램의 개발과 보완을 위한 기초 자료를 제공하고자 하였다.

연구대상자들의 일상생활활동 정도는 대부분의 항목에서 비교적 양호하게 나타났으며 삶의 질 측정에서도 자기간호 영역은 만족도가 70.8%로 비교적 높은 것으로 나타났는데 이는 뇌졸중 발생 후 어느 정도 자기 생활에 적응이 된 상태이기 때문인 것으로 생각된다. 그러나 편 마비로 인하여 손 기능이 저하되었기 때문에 양손을 사용하는 활동은 많은 사람들의 의존적이거나 도움이 필요한 것으로 나타났다.

자기 효능감은 자신이 어떤 행위를 할 수 있다는 자신감을 표현하는 것으로 실제로 자신이 수행하는 행위의 완성도와는 별개로 주관적인 의지를 표현하는데 본 연구에 참여한 뇌졸중 환자들은 개인차가 매우 크게 나타났으며 인구학적 변수에 따른 분석에서 보면 연령과는 역상관계가 있어 연령이 증가할수록 자기효능감이 감소하였고, 성별에 따라서는 남성이 여성에 비해 자기효능감이 유의하게 높은 것으로 나타났으나 배우자의 유무, 마비부위는 변수들에서 특별한 차이를 보이지 않았다. 그리고 상관관계 분석에서 자기효능감이 높을수록 일상생활활동 정도, 삶의 질이 높고 자조관리 요구도는 낮은 것으로 나타났는데 선행연구들(구미옥, 1992; 김종임, 1994; 송미령, 1999)에서 행위 중재를 위한 프로그램 적용시 자기효능감이 증가하면 자가간호, 일상생활활동 및 자기조절 등 특정행위가 증가하는 것과 유사한 결과라고 할 수 있다.

삶의 질에서는 하부영역 중 시력, 언어, 자기간호는 만족정도가 높게 나타난 반면 성격, 사회역할, 가족기능은 낮은 영역으로 나타났다. 이는 연구에 참여한 환자들은 대부분 시력이나 언어에는 불편이 없으며 자기간호 활동도 비교적 잘하고 있는 것으로 나타났다. 하지만 뇌졸중 발생 후 자신의 성격에는 변화가 있었으며 가정에서 생활할 때 가족이나 주위 사람들과의 관계, 사회적 활동 수행에서 어려움을 느끼고 있는 것을 알 수 있었다. 이는 뇌졸중 환자들에서는 가족의 지지가 환자의 삶의 질에 긍정적인 영향을 주는 중요한 요인이며(홍여신 등, 1998),

특히 배우자의 지지가 환자의 우울 감소에 유의한 관련성이 있다고 한 김인자 등(1999)의 논문과도 일치하는 결과이다. 따라서 뇌졸중 환자에게는 사회적 또는 신체적 자립도를 위한 지지 구축이 매우 중요하다고 생각된다. 그리고 이와 관련하여 자조관리 프로그램에서는 환자와 가족의 스트레스를 관리하는 간호중재의 필요성을 강조해야 할 것이다.

정성희(1999)의 연구에서 주간재활 프로그램 요구도에서는 뇌졸중 환자들이 건강 서비스 영역, 사회 심리적 활동 영역, 자기간호 및 회복활동 영역 그리고 오락 및 활동 영역에 대한 재활 프로그램을 원하고 있었는데 본 연구의 뇌졸중 자조관리 프로그램의 요구도 조사 결과를 보면 물리치료가 가장 요구도가 높았으며 그 다음으로 스트레스 관리가, 근관절범위운동, 건강검진서비스 의뢰 순으로 나타났다. 이러한 결과는 재가 뇌졸중 환자들은 활동이나 모임에 참여할 수 있는 기회가 적으며 이 직접 참여하여 할 수 있는 운동이나 활동에 대한 요구도가 높다는 것을 보여준다. 또한 이러한 결과는 김금순 등(2000)이 재가 뇌졸중 환자를 위한 자조관리프로그램에서 대상자들이 근관절운동에 가장 큰 관심을 보였다고 한 것과 일치하는 결과이다. 이는 근관절운동이 일상생활활동에 직접적인 영향을 미치기 때문에 요구도가 높은 것으로 생각된다.

일상생활활동 수행정도와 자기효능감, 삶의 질 그리고 자조관리 요구도와와의 관계에서 일상생활활동 정도와 자기효능감은 정상관관계를 가지며 자기효능감과 삶의 질도 정상관관계를 보여 자기효능감을 강화하고 일상생활 활동을 향상시키면 삶의 질이 향상될 것으로 기대된다. 또한 자조관리 프로그램의 요구도와와의 관계에서는 일상생활의존도가 높을수록, 자기효능감이 낮을수록, 삶의 질이 낮을수록 요구도가 높았는데 이는 정성희(1999)의 주간재활간호프로그램 요구도에서와 같은 결과를 보였고 재활 간호 프로그램 개발시 이러한 요구가 반영될 필요가 있다.

김 등(2000, a: b)은 재가 뇌졸중 환자를 위한 5주 프로그램을 운영하고 있는데, 이러한 연구결과를 반영하여 상지기능강화, 사회적 활동 참여증진, 동기화를 유도하는 내용등을 포함하여 프로그램 운영기

간과 내용을 강화해야 할것으로 판단한다. 또한 자기효능감을 증진시킬 수 있는 전략을 포함하여 재가 뇌졸중 환자의 재활치료 및 간호 요구도가 가장 높은 항목을 자조관리 프로그램을 통해 교육하면 결과적으로 일상생활활동이나 삶의 질이 향상될 것으로 기대된다.

## VI. 결론 및 제언

본 연구는 재가 편 마비 환자의 일상생활활동, 자기효능감, 삶의 질의 수준을 측정하여 각 변수들의 관계를 분석하고 대상자들의 요구도를 반영하여 프로그램을 계획하기 위한 탐색연구이다. 일상생활활동 정도와 삶의 질 측정도구의 점수는 전체 점수뿐만 아니라 각 영역별로 자료를 분석하여 재가 뇌졸중 환자들이 질병을 얻은 후에 어느 측면에서 재 적응하는데 어려움이 있으며 자조관리프로그램을 계획할 때 중점을 두고 중재를 해야하는 분야에 대한 이해를 넓히고자 하였다.

연구대상자는 주로 서울시와 경기도에 거주하는 재가뇌졸중 환자로 편 마비가 있는 남. 여 환자로 총 88명이며 자료수집은 설문지 및 면접을 통해 자료수집을 하였다.

연구결과는 다음과 같다.

- 1) 대상자의 일상생활활동과 도구적 일상생활활동수준은 대부분의 항목에서 독립적으로 수행할 수 있다고 하였으나 옷입기, 목욕하기, 식사준비하기, 집안일 하기의 항목에서는 의존적이거나 도움이 필요한 것으로 나타났다.
- 2) 자기효능감은 평균 점수는 54.89점이었으나 점수범위가 1-80점으로 개인차가 매우 크게 나타났다.
- 3) 삶의 질에서는 만족도가 전체 영역의 평균이 65.8%정도로 비교적 낮게 나타났는데 12개의 영역 중 사회역할(51.4%), 가족기능(58.3%), 기본(62.2%)의 영역에서 특히 삶의 질이 낮은 것으로 나타났다.
- 4) 자조관리 프로그램의 요구도를 조사한 결과 재가 뇌졸중 환자들이 가장 받기를 원하는 것으로는 물리치료, 스트레스 관리, 근 관절범위운동의 순

으로 나타났고, 특별히 필요하지 않다고 한 항목으로는 배뇨·배변관리 및 훈련, 가족상담, 언어치료의 순으로 나타났다.

- 5) 인구학적 변수에 따른 일상생활활동, 도구적 일상생활활동, 자기효능감, 삶의 질, 자조관리프로그램 요구도의 분석 결과 성별만이 유의하게 영향을 주는 것으로 나타났으며 남성이 여성보다 모든 변수에서 높은 수준을 보였다.
- 6) 일상생활활동, 자기효능감, 삶의 질의 관계를 분석한 결과 일상생활활동 수준과 자기효능감, 삶의 질은 각각의 변수간에 정상관관계가 있는 것으로 나타났다. 그리고 연령이 증가할수록 일상생활활동, 자기효능감, 삶의 질이 낮아져 역상관관계를 보였으며 일상활동, 자기효능감, 삶의 질이 높을수록 자조관리 프로그램 요구도는 낮은 것으로 나타났다.

이상의 연구결과를 종합해 보면 재가 뇌졸중 환자에게는 일상생활 수행정도와 자기효능감 그리고 삶의 질과 밀접한 관련이 있으며 뇌졸중 환자의 독립적인 생활을 증진시키기 위해서는 자기효능감을 강화시키는 것을 포함하는 재활중재 프로그램의 적용이 필요하겠다.

그리고 재가 뇌졸중 환자의 프로그램 개발 시에는 환자의 요구도를 고려하여 전문가가 주도하는 것보다는 환자의 자발적인 참여를 이끌 수 있는 교육내용을 포함하는 자조관리 프로그램의 개발이 필요하며 그 효과를 규명하는 연구가 이루어져야 할 것을 제언한다.

## 참 고 문 헌

- 구미옥 (1996). 만성질환자의 자기간호행위 증진과 지속에 대한 자기조절교육 프로그램의 효과. 대한간호학회지, 26(2), 413-427.
- 김금순, 서현미, 강지연 (2000, a). 재가 뇌졸중 환자를 위한 자조관리프로그램이 일상활동, 근육강도, 우울 및 삶의 만족도에 미치는 효과. 재활간호학회지, 3(1), 108-118.
- 김금순, 서현미, 김은정, 정인숙, 최은정, 정선이, 강지연 (2000, b). 재가 뇌졸중 환자를 위한 5

- 주간의 자조관리프로그램의 효과에 관한 연구. 재활간호학회지, 3(2), 196-211.
- 김명자, 송경애 (1991). 지지간호가 만성질환자의 삶의 질과 자존감에 미치는 효과. 대한간호학회지, 21(3), 323-338.
- 김연화 (1994). 집단 레크리에이션 간호요법이 노인의 생활 만족도에 미치는 영향. 경북대학교 대학원 박사학위논문.
- 김애리 (1987). 두부의상환자의 불안요인 및 그 정도에 관한 조사연구. 이화여자대학교 대학원 석사학위논문.
- 김인자, 서문자, 김금순, 조남옥, 최희정 (2000). 뇌졸중 후 우울에 영향을 미치는 요인. 성인간호학회지, 12(1), 147-162.
- 김종임 (1994). 자조집단 활동과 자기효능성 증진법을 이용한 수중운동 프로그램이 류마티스 관절염 환자의 통증, 생리적 지수 및 삶의 질에 미치는 영향. 서울대학교 간호학 박사학위논문.
- 김진수 (1994). 뇌졸중의 진단과 치료. 대한의학협회지, 35(3), 390-393.
- 노유자, 김춘길 (1995). 가정 노인과 양로원 노인의 체력, 자기효능, 일상생활능력 및 삶의 질에 관한 연구. 간호학회지, 25(2), 259-278.
- 송경자 (2001). 자기효능증진심장재활프로그램이 자기효능감, 건강행위, 삶의 질에 미치는 효과. 서울대학교 대학원 박사학위 논문.
- 서문자 (1989). 편마비 환자의 퇴원후 적응상태와 관련요인에 대한 분석적 연구. 서울대학교 대학원 박사학위 논문.
- 서문자, 강현숙, 임난영, 오세영, 권혜정 (1993). 재활의 이론과 실제. 서울대학교 출판부.
- 서문자, 강현숙, 이명화 (2000). 뇌졸중 환자의 낮 병동 재활프로그램의 적용평가를 위한 예비연구. 재활간호학회지, 3(1), 98-1-7.
- 서문자, 강현숙, 임난영, 김금순, 노국희 (2000). 통합적 재활간호. 신광출판사.
- 송미령 (1999). 혈액투석환자의 자가간호를 위한 자기효능감 증진 실험처치 개발 및 효과. 서울대학교 대학원 박사학위논문.
- 신정빈, 문재호, 오현학, 손민군 (1988). 뇌졸중의 조기 재활치료에 대한 검토. 대한재활의학회지, 12(1), 78~83.
- 신주영 (1999). 자기효능 정보자원 프로그램이 만성동맥 질환환자의 지각된 자기효능감과 자가간호행위에 미치는 효과. 고려대학교 대학원 박사학위논문.
- 양영희 (1992). 만성 입원환자를 돌보는 가족원의 역할 스트레스와 건강에 관한 이론적 구조모형. 서울대학교 대학원 박사학위논문.
- 오복자 (1994). 위암환자의 건강증진행위와 삶의 질 예측모형. 서울대학교 대학원 박사학위논문.
- 오현수 (1993). 여성관절염 환자의 건강증진과 삶의 질. 대한간호학회지, 23(4), 617-630.
- 우경미, 이명화 (1998). 비치볼 놀이가 뇌졸중 환자의 우울, 무력감, 자아 존중감, 일상생활활동 동작 수행에 미치는 효과. 재활간호학회지, 창간호, 15~26.
- 이성옥 (1996). 일부 농촌 지역 중년기 여성의 삶의 질에 관한 연구. 공주전문대학 논문집, 22, 297-309.
- 이영희 (1994). 효능기대증진프로그램이 자기효능과 자가간호행위에 미치는 영향. 연세대학교 대학원 박사학위논문.
- 이순규 (1987). 편마비 환자가 인지하는 가족 지지와 양질의 삶의 질과의 관계조사 연구. 연세대학교 교육대학원 석사학위논문.
- 이 실 (1998). 편마비 환자의 신체상, 자기효능감 및 자가간호수행과의 관계. 삼육대학교 석사학위논문.
- 장인순 (1995). 일부 농촌 지역 노인 만성질환자 가족의 부담감에 관한 연구. 서울대학교 보건대학원 석사학위논문.
- 정성희 (1999). 재가 뇌졸중 환자의 주간 재활간호 프로그램 서비스 요구조사. 서울대학교 대학원 간호학과 석사학위논문.
- 홍여신, 서문자, 김금순, 김인자, 조남옥, 최희정, 정성희, 김은만 (1998). 뇌졸중 환자의 삶의 질 관련요인. 재활간호학회지, 1(1), 111-123.
- Andersen, G., Vestergaard, K., Ingemann-Nielsen, M., & Lauritzen, L. (1995).

- Risk factors for post-stroke depression. Acta Psychiatr Scand, 92, 193-198.
- Astrom, M., Asplund, K., & Astrom, T. (1992). Psychosocial function and life satisfaction after stroke. Stroke, 23, 527-531.
- Bandura, E. A. (1977). Self-efficacy : Toward a unifying theory of behavioral Change. Psychological Review, 84(2), 191-215.
- Bandura, E. A. (1986). Social foundation of thought and action, a social cognitive theory. New Jersey : Prentice-Hall Inc.
- Burckhardt, C. S. (1985). The impact of arthritis on quality of life. Nursing Research, 34(1), 11-15.
- Burckhardt, C. S. (1989). Quality of life of adult with chronic illness : a psychometric study. Research in Nursing & Health, 12, 347-354.
- Dubos, R. (1976). The state of health and the quality of life. West. J. Med, 125(1), 8-9.
- Feigenson, J. S. (1981). Stroke rehabilitation. Outcomes studies and guidelines for alternative level of care. Stroke, 12(3), 372-375.
- Javier, C., Jose, E., Jose, G., Varela, S. E. (1999). Poststroke sexual dysfunction and quality of life. Stroke, 30(10), 2238-2239.
- Katz, A., Hendrick, H., Isenberg, D., Thompson, L., & Goodrich, T. (1992). Self-help Concepts and Applications. The Charles Press. Philadelphia.
- Mahoney, F. I., & Barthel, D. W. (1965). Function evaluation : the Barthel Index. Maryland State Mddical Journal, 14, 61-65.
- Padilla, G. V., & Grant, M. M. (1985). Quality of life as a cancer nursing outcome variable. Advances in Nursing Sciences, 8(1), 45-60.
- Pfaude, M. (1973). After Stroke : Motor skill rehabilitation for hemiplegic Patient. American Journal of Nursing, 73(11), 1892-1896.
- Robinson, R. G. and Szetela, B. (2000). Mood change following left hemisphere brain injury. American Neuology, 9, 407-452.
- Williams, L. S., Weinberger, M. W., Harris, L. E., Clark, O. E., Biller, J. (1999). Development of a stroke-specific quality of life scale. Stroke, 30, 1362-1369.
- Yoon, H. (1997). Factors affecting quality of life of the Korean aged stroke patients. Int. J. Aging. Hum. Dev., 44(3), 67-81.

Abstract

Key concept : Activities of daily living, self-efficacy, stroke specific quality of life, need for self-help management program, hemiplegia patients in home

A Correlational Study on Activities of Daily Living, Self-efficacy, Stroke Specific Quality of Life and Need for Self-help Management Programs for Patients with Hemiplegia at Home\*

Kim, Keum-Soon\*\*

The purpose of this study was to identify

\* This study was supported BK University Research Center Fund

\*\* Professor, College of Nursing, Seoul national University

levels of activity of daily living, self-efficacy, stroke specific quality of life and need for self-help management program for patients with hemiplegia in the home.

Data were collected from June to November, 2000 and subjects were 88 poststroke patients who lived in Seoul and Kyunggi-do.

The questionnaire consisted of 5 scales: activities of daily living, self-efficacy, stroke specific quality of life and need for a self-help management program.

Data were analyzed using frequencies, percent, paired t-test, and Pearson's correlation coefficient with the SAS(version 6.12) program.

The results are as follows :

- 1) Most of subjects were partially independent in ADL, but they needed assist once to do dressing, bathing, meal preparation and house keeping work.
- 2) The mean self-efficacy score was 54.89 (range : 1 to 80) and the individual differences were large.
- 3) Subjects responded that they were satisfied on the stroke specific quality of life scale totaled 65.8%. This value is comparatively low, especially for social

role(51.4%), family functioning(58.3%) and mood (62.2%).

- 4) The highest needs for self-help management programs were for physical therapy, stress management, and range of motion exercise and the lowest needs were for elimination management and training, family counseling, and speech therapy.
- 5) On the demographic variables, sex showed significant differences for the dependent variables. Females had higher scores than males for IADL, self-efficacy, stroke-specific quality of life, and need for self-help management.
- 6) Age had high negative correlation with ADL, self-efficacy and stroke specific quality of life. Age was also correlated with need for self-help management.

In conclusion, there was a high correlation for ADL, Self-efficacy and Quality of life in poststroke patients of home. The patient with a stroke also had a strong need for self-help management programs especially physical therapy and stress management. Therefore rehabilitation programs based on self-efficacy enhancement need to be developed in order to promote independent living for patients with hemiplegia.