

혈액투석환자의 무력감, 자기효능감 및 삶의 질과의 관계

이명화* · 송명숙** · 우경미**

I. 서 론

1. 연구의 필요성

현대 산업사회 속에서 경제성장, 도시의 집중화, 의학의 발달, 생활환경의 변화는 질병의 양상에도 큰 변화를 초래하게 되어 전염성 질환이나 호흡기계 질환은 감소하고 순환기계 질환, 신생물, 중독, 각종 안전사고나 교통사고와 같은 사고나 만성질환이 증가되는 추세를 보이고 있다(이강이 등, 1996).

만성질환의 하나인 만성신부전은 신조직이 체내환경에서 더 이상 기능할 수 없게 되어 나타나는 질병으로 불가역적이고 회복할 수 없는 상태이다. 그러나 최근 점차 증가되고 있는 혈액투석은 만성신부전 환자에게 대한 대체요법으로서 독일의 Hass(1927)에 의해 처음 인간에게 사용된 이후 Kolff(1944)에 의해 임상적으로 개발되어 지금까지 현저한 기술적 발전을 거듭하므로써 오늘날 만성신부전 증상을 관리하는데 가장 많이 사용되는 효과적이고 안전한 신기능 대체방안으로 인정되고 있다(한대석, 1988).

오늘날 혈액투석기술은 눈부시게 발전하여 신부전환자에게는 안전하고 효과적인 치료법으로 수명연장은 물론 비교적 양호한 건강상태를 유지할 수 있다 그러나 발달된 기술에도 불구하고 평생동안 투석을 해야하는 것으로

인해서 항상 스트레스상태에 놓이게 된다. 또한 혈액투석 치료에 소요되는 시간이 길어서 직업과 사회활동에 제한을 받으며 경제적으로도 곤란을 겪는다. 그리고 이 질환은 음식과 수분섭취의 엄격한 조절과 활동의 제한, 안녕감의 저하, 합병증 발생의 두려움, 좌절감이나 무력감, 불안 등 심리적 문제를 초래한다(Baldree, Murphy & Powers, 1982; Gurklis & Menke, 1988). 특히 신체기능 상실과 일상적인 행위를 스스로 하지 못하게 되거나, 질병상태로 신체 기능이 감소하거나 체력이 감소할 때 무력감이 유발된다(Lambert & Lambert, 1991).

무력감은 자신의 행동 결과에 자신이 주체로서의 영향력을 발휘할 수 있다는 자신감의 결여상태(Ruth, 1994)로서, Miller(1992)는 신체·심리·사회적 스트레스가 해결되지 않고 반복적으로 지속되면 무기력(helplessness)하게 되며 동기적, 인지적, 정서적 측면에서 손상을 가져와 결국 무력감-우울-절망감의 자기 파괴적인 악순환을 밟는다고 하였다.

뿐만 아니라 혈액투석환자는 신체적으로 오심, 구토, 시정각장애, 의사소통장애, 인지기능장애, 소양증, 두통, 어지러움, 호흡곤란, 근육경련, 흉통, 출혈증상, 구강악취 등의 증세를 경험하게 되며(Glassman & Siegel, 1970), 빈혈, 골연화증, 고혈압, 심폐부종 등의 합병증을 예방하기 위해서는 엄격한 식이제한과 약물을 복용해

* 고신대학교 간호대학 교수

** 고신대학교 대학원 간호학과 박사과정생

야하는 행위가 요구된다(Rodriguez & Hunter, 1981). 혈액투석 환자들은 적절한 치료와 관리를 통해 질병을 조절할 수 있으며 건강한 삶을 누릴 수 있음에도 불구하고 흔히 이러한 지시사항을 수행하지 못하는 환자들이 많다. 혈액투석환자의 간호목표는 투석기간동안 환자가 만성적인 스트레스를 극복하면서 스스로 치료지시를 잘 수행하여 양질의 삶을 소유하는데 있다. 혈액투석은 단순히 생을 연장한다는 의미보다는 질적인 생활을 지향하는 것이며 이러한 혈액투석 환자들의 질적인 삶의 영역은 자신의 치료에 대한 적극적인 참여와 임상적 권유에 대한 수행여부에 의존한다(De-Nour & Czaczkes, 1972). 따라서 혈액투석환자 자신의 치료에 대한 적극적인 참여가 무엇보다 중요한 치료상의 과제가 되고 있다. 그러므로 자신의 치료에 대한 참여를 높이기 위한 간호전략이 필요하며, 적극적인 참여를 위한 동기조성과 행위의 실천적 습관화를 도모할 수 있는 행동촉진요인을 탐색할 필요가 있다고 하겠다.

최근 들어 건강행위에 영향을 미치는 예측요인 중 자신의 행위에 의해 결과가 결정된다는 신념인 자기효능감 개념이 많이 사용되고 있다(구미옥, 1992; Hurley, 1990; McCaul, Glasgow & Schafer, 1987). 임상 실무현장에서 환자에게 적극적으로 치료에 참여시키고 삶의 질을 증진시키기 위해서는 주로 지식위주의 교육과 간호가 이루어지고 있으나, 자신의 삶을 주관하고 감당해야 하는 현 시점에서는 지식뿐만 아니라 행위자체가 변화되어야 하므로 교육위주보다는 행위자체에 변화를 초래할 수 있는 간호가 요구된다. 따라서 자기효능감은 자가간호 수행과 건강행위 이행을 증진시키므로 그 결과 치료에 적극적으로 참여하게 되고 삶의 질은 증진된다고 볼 수 있다.

한편, 혈액투석환자를 대상으로 한 국내연구로는 혈액투석환자의 자가간호(김인숙, 1994; 백훈정, 1993; 송미령 등, 1999; 이미숙, 1996; 정영란, 1995), 자기효능감(서미례, 1997; 송미령, 1999; 장미영, 1996)에 대한 연구가 있으며, 혈액투석환자의 삶의 질(김옥수, 1993; 김주현, 1995; 김정희, 1997; 박영희, 1998), 혈액투석환자의 무력감(이미숙, 1996)과 관련된 연구 등은 있으나, 혈액투석환자의 무력감과 자기효능감 및 삶의 질과의 관계를 본 연구는 없는 실정이다.

따라서 혈액투석환자의 장기간에 걸친 치료로 인한 무력감과 행위에 영향을 미치는 자기효능감과 삶의 질과의 관계를 파악함으로써 혈액투석환자의 삶의 질을 증진시

키기 위한 간호중재 방안을 모색하기 위한 기초자료를 제공하고자 한다.

2. 연구의 목적

본 연구의 목적은 혈액투석환자의 무력감과 자기효능감 및 삶의 질과의 관계를 파악함으로써 혈액투석환자의 삶의 질을 증진시킬 수 있는 간호중재 방안을 모색하기 위한 기초자료를 제공하기 위함이며 그 구체적인 목적은 아래와 같다.

- 1) 대상자의 일반적 특성을 파악한다.
- 2) 대상자의 무력감 정도와 자기효능감 정도 및 삶의 질 정도를 파악한다.
- 3) 대상자의 일반적 특성에 따른 무력감정도, 자기효능감 정도, 삶의 질 정도를 파악한다.
- 4) 대상자의 무력감과 자기효능감 및 삶의 질과의 관계를 파악한다.

3. 용어의 정의

1) 혈액투석환자(Hemodialysis Patient)

말기 신질환으로 인해 인공신장기를 통한 물질의 확산, 용질이동, 초여과(Ultrafiltration)에 의해 체내의 노폐물을 배출하며 전해질의 균형을 유지하는 자(이정상, 1980)로서, 본 연구에서는 내과전문의에 의해 만성신부전으로 진단받고 정기적으로 인공신장실에 내원하여 혈액투석을 받은지 1개월 이상 경과된 환자를 말한다.

2) 무력감(Powerlessness)

개인의 환경이나 곧 직면하게 될 상황을 개인 자신이 통제할 수 없음을 지각한 상태로서(Miller, 1992), 본 연구에서는 Miller(1983)의 '무력행위 사정도구'를 신재신(1985)이 번역한 도구를 사용하여 측정된 값을 말하며, 점수가 높을수록 무력감이 높은 것을 의미한다.

3) 자기효능감(Self-Efficacy)

주어진 목표 달성에 필요한 행동과정들을 조직하고 실행하는 능력에 대한 성공적으로 할 수 있다는 신념을 말하는 것(Bandura, 1977)으로, 본 연구에서는 혈액투석환자가 성공적으로 수행할 수 있다는 자신감의 정도를 말하는 것으로 김주현(1995)이 혈액투석환자를 대상으

로 개발한 일반적인 자기효능감 7문항, 구체적인 자기효능감 9문항으로 구성된 도구에 의해서 측정된 점수를 말하며, 점수가 높을수록 자기효능감 정도가 높음을 의미한다.

4) 삶의 질(Quality of Life)

삶의 질이란 신체적, 정신적 및 사회경제적 영역에서 각 개인이 지각하는 주관적인 평가와 안녕을 의미하는 것(노유자, 1988)으로, 본 연구에서는 방활란(1991)이 말기 신부전환자를 대상으로 개발하고 김옥수(1995)가 수정한 41문항으로 구성된 삶의 질 측정도구를 이용하여 측정된 점수를 말하며, 점수가 높을수록 삶의 질이 높음을 의미한다.

II. 문헌고찰

1. 혈액투석환자의 무력감

무력감은 자신의 행동이 결과에 의미있게 영향을 미치지 못할 것이라는 개인의 지각이며 현재 상황 혹은 당면한 사건에 대한 지각된 통제력 결여이다(Lambert & Lambert, 1981; Miller, 1983; Roberts, 1986).

무력감의 근원은 힘(power)에 바탕을 두고 있으며, 이 힘은 신체적, 심리적, 사회적 힘으로 구분하여 설명할 수 있다. 신체적 활동력이나 체력을 의미하는 신체적인 힘은 최적의 신체기능을 수행하는 능력과 위협 또는 기타 예상치 못한 상황에 직면할 때 신체적 균형을 유지하려는 신체의 능력을 말한다(Miller, 1992). 따라서 신체의 기능 상실로 일상적인 행위를 스스로 하지 못하는 경우와 질병상태로 개인의 신체기능이 감소된 경우, 체력이 감소될 때 무력감을 느끼게 될 뿐 아니라 질병 그 자체가 악화되거나 재발되었을 때 또한 무력감을 느낄 수 있다(Miller, 1992; Roberts, 1986). 심리적 힘은 지식이나 학식, 동기, 심리적 스테미너, 신념체계와 관련된 것으로, 지식에 의해서 영향을 받게 된다. Roberts(1986)는 자신의 상태나 치료과정, 투약 등에 관한 지식부족이나 질병에 대한 지식 부족, 혹은 잘못된 생각, 질병이 가족이나 자신에게 미치는 영향에 대한 이해부족, 의료인의 전문용어 사용시 무력감을 초래한다고 하였다. 사회적 측면의 힘은 사회구조 속에서 권력이나 세력, 돈과 관련된 경제적인 능력, 도움이나 은덕과 같은 지지체계, 사회나 가정에서의 역할과 관련된다. 역할은

개인 또는 집단을 구체적인 상황과 관련시켜 규정한 조직적이고 통합된 행동 유형으로, 사회조직내에서 어떤 지위를 차지하고 있는 개개인에게 기대되는 태도 또는 행위를 말한다. 역할의 상실은 자존감이 저하되고 자신의 능력이나 가치가 없다고 느낌으로써 결국은 무력감에 처하게 된다. 반복적이고 지속적인 무력감은 개인으로 하여금 자신이 처한 환경에서 무슨 일이 발생하든지간에 자기가 자발적으로 할 수 있는 일은 아무것도 없다고 느끼게 되고, 주변 상황에 대한 통제능력을 발휘하지 않으려 하며, 신체·심리적 위협을 그대로 수용하려는 태도와 삶의 의지를 상실하게 되는 부정적 심리상태에 이르게 된다(윤진, 1997; Roberts, 1986).

따라서 혈액투석환자에 있어서의 만성신부전은 불가역적인 변화로 인해 신장의 모든 기능이 거의 소실된 상태로 일생동안 신장대치요법과 식이요법, 약물요법 등을 병행하면서 생명을 유지해야 하는 문제를 지니고 있으므로 무력감을 느끼게 되며, 질병으로 인한 직장의 상실, 혈액투석으로 인한 경제적인 문제, 가정에서의 역할의 상실 등으로 더욱 무력감을 느끼게 된다. 이에 대한 연구로 이미숙(1996)이 혈액투석환자의 가족지지와 자가간호가 높을수록 무력감이 감소한다는 연구결과를 보고하였다.

2. 혈액투석환자의 자기효능감

자기효능이론은 Bandura에 의해 사회학습이론에서 파생된 이론으로 자기효능감이란 특정행위를 수행하기 위한 자신의 효율성과 능력에 대한 개인의 주관적 평가이다. 즉 자기효능이론은 주관적인 인지와 실제 수행되는 행위간의 관계를 연결해주는 역할을 한다(Jenkins, 1988).

Bandura(1977, 1986)는 사회학습이론에서 행위를 변화시키는 개념으로 효능기대와 결과기대를 제시하였다. 결과기대는 주어진 행위로 어떤 결과가 일어날 것인지에 대한 개인의 평가이고 효능기대는 결과를 야기하는데 필요한 행위를 자신이 잘 수행할 수 있다는 확신이다. 즉 주어진 행위를 할 수 있는 능력이 있다고 자신이 믿고 이 행위가 긍정적인 결과를 가져올 것이라고 생각하면 그 행위를 하게 된다는 것이다. 이에 대한 많은 연구가 이루어 졌으며 실제 연구들은 자기 효능이 결과기대나 과거 경험들보다는 행동에 대한 강력한 예측인자임을 시사하고 있다(구미옥, 1992; Bandura, 1977). Sherer

와 Maddux(1982)의 연구에서 높은 자기효능점은 내적통제위와 관련이 있었으며 이는 치료자의 노력보다는 자신의 노력으로 치료에 성공함으로써 대상자는 더욱 더 잘 치료를 계속할 수 있을 것임을 시사해준다. 자기효능감에서 행위를 수행할 수 있는 능력에 관한 믿음이 높은 것은 자신에 대한 태도와 관련이 있기 때문에 자존감을 높이면 자기효능감도 증진될 수 있으며, 자기효능기대를 높이면 자존감도 높일 수 있다(Sherer & Maddux, 1982)고 하였다. 높은 자기효능기대를 갖은 사람은 더욱 더 새로운 행동을 시도해보려고 하며 그것을 지속시키려하고 따라서 더 많은 성공에 접하게 되며 그 결과로 자신의 자기효능기대를 증가시키게 된다고 할 수 있다. 즉 요구되는 행동을 성공적으로 수행할 수 있는지의 여부는 자기효능감과 관련이 있는 것이다(Singer & Pope, 1978). 즉 자기효능에 따라 어떤 문제에 직면할 때 얼마나 많은 노력을 할 것인지, 또 얼마동안 그 행위를 지속할지가 결정된다. 따라서 자기효능이 높은 사람은 어려운 상황에서 이를 극복하기 위하여 많은 노력을 하지만 자기효능이 낮은 사람은 쉽게 포기한다.

만성질환은 지속적인 간호를 필요로 하기 때문에 자기효능감이 중요한 행위결정인자로서 주목되어지고 있다. 이에 대한 연구로 구미옥(1996)은 자기조절교육을 받은 당뇨병환자군에서 자기효능감과 자기간호행위가 증진되었음을 보여주었고, 박영임(1994)은 본태성고혈압환자를 대상으로한 연구에서 자기조절프로그램의 시행결과 자기효능감과 자가간호수행정도가 유의하게 증가하였으며 자기효능감이 높을수록 자가간호가 높게 수행된다고 보고하였다. 이영휘(1995)의 고혈압환자를 대상으로 한 연구에서는 효능기대증진프로그램에서 Slide/Tape 프로그램과 전화 Coach 프로그램을 적용한 군에서 자기효능감과 자가간호행위가 증진된 것으로 나타났다.

Rosenbaum & Ben-Ari(1986)는 자기효능감이 혈액투석환자의 수분제한 행위의 이행과 관련이 있다고 보고하였으며, 김주현(1995)은 혈액투석환자를 대상으로 심상요법을 실시한 후 자기효능감의 변화를 분석하였는데 심상요법을 받은 실험군의 경우 구체적 자기효능감이 대조군보다 높았다고 보고하였다. 장미영(1996)은 혈액투석환자를 대상으로 한 자기효능감에 관한 연구에서 건강관련 강인성보다 자기효능감이 행위이행 및 생리적 이행지표에 더 많은 영향을 미치는 것으로 보고하였으며, 서미례(1997)도 혈액투석환자가 지각한 건강상태가 좋을수록 자기효능감이 높았고 자기효능감이 높은 사람이

환자역할행위 이행이 높았으며, 자기효능감이 높을수록 삶의 질도 높았다고 보고하였다. 송미령 등(1999)의 혈액투석환자를 대상으로 자기효능감과 자가간호의 연구에서도 자기효능감이 높은 사람이 자가간호가 높게 수행된다고 보고하였다.

3. 혈액투석환자의 삶의 질

삶의 질은 인간의 삶에 대한 통합적인 개념이며 많은 분야에서 사용되는 용어로서 삶의 상태와 가치를 나타내는 복잡하고 어려운 개념이다. 삶의 질 개념은 제 2차 세계대전 이후 사회복지 구현을 위한 노력의 일환으로 미국에서 사용된 용어로 주로 사회학에서 사회지표라는 개념에서 유래되었으며(Alexander & Willems, 1981), “삶의 만족” “안녕감” 등 여러 가지로 정의되고 있다.

Dubos(1976)는 삶의 질을 일상생활활동으로부터 얻는 심오한 만족이며 매우 주관적인 가치판단이라고 하였으며, Young & Longman(1983)은 현재 삶의 상황에 대한 지각된 만족정도라고 하였다. Miller(1983)는 삶의 질을 풍성한 삶이라고 하면서 만족감을 최대화하고 삶의 모든 면에 능력을 최대한으로 나타내는 것이며 삶의 만족감이 힘의 원천이 된다고 하였다. Ferrans & Powers(1985)는 삶의 질이란 안녕, 삶에 대한 만족이나 불만족, 혹은 행복이나 불행에 대한 개인의 느낌이라고 하였으며, 노유자(1988)는 삶의 질의 개념을 주관적인 안녕감, 행복, 만족감과 같은 개념으로 간주하여 삶의 질을 긍정적인 정서의 우세성과 생활 중에 경험하는 신체, 정신, 사회, 경제적인 측면에 대해 개인이 지각하는 주관적인 안녕이라고 정의하였다. 방활란(1993)은 삶의 상황이나 경험에 대한 주관적인 평가와 만족 혹은 행복이라고 정의하였으며, 김옥수(1993)는 신체적, 정신적, 사회 경제적 영역에서 각 개인이 지각하는 자신의 상황과 경험에 대한 주관적인 평가와 만족이라고 정의하였다.

혈액투석환자는 장기투석으로 신체적인 문제와 더불어 좌절감, 죽음에 대한 두려움 등을 느끼며 미래를 생각하지 못하고 성격기능을 상실하게 되며 신체상이 변화되며 모든 부분에서 구성원으로서의 역할변화 및 상실로 삶의 양상에 변화를 가져오게 된다(Miller, 1983). Levy(1975)의 연구에서 혈액투석환자의 대부분이 삶의 질이 저하되어 있으며 특별히 경제적인 문제로 스트레스 수준이 높아져 삶의 질에 영향을 준다고 하였으며,

Stout(1987)도 혈액투석환자들이 불안과 우울을 많이 느끼면서 기계에 의한 삶의 의존 때문에 삶의 질 저하를 가져온다고 했다.

김주현과 김매자(1995)는 혈액투석환자가 느끼는 스트레스를 측정하고 그 스트레스가 삶의 질에 영향을 주는 요소로 사회적 지지가 가장 주요인이라고 보고했으며, 송경애 등(1996)은 혈액투석환자의 삶의 질이 일반적으로 떨어져 있다고 하면서 그들의 삶의 질에 영향을 주는 요소로 자존감, 성별, 가족지지, 경제력 등으로 보고했다.

4. 혈액투석환자의 무력감과 자기효능감 및 삶의 질과의 관계

최근 연구의 동향은 수명이 연장되면서 혈액투석환자의 삶의 질에 대한 관심(김주현, 김매자, 1995; 김경희, 1996; 서미례, 1997)이 높아졌고, 만성질환자가 질적 삶을 유지하기 위해 자가간호는 필수적인 요소(김경희, 1996; 이미숙, 1996; 서미례, 1997)로 대두되었으며, 자가간호와의 상관관계를 연구한 자기효능감에 대한 연구가 활발하여졌다.

혈액투석환자의 구체적 자기효능감과 치료행위 이행과의 상관관계가 높다고 보고한 서미례(1997)와 장미영(1996), 송미령 등(1999)의 자기효능감에 대한 연구가 있다.

혈액투석환자의 무력감에 대한 연구로는 이미숙(1996)이 혈액투석환자의 가족지지와 자가간호가 높을수록 무력감이 감소한다는 연구결과를 보고하였을 뿐, 혈액투석환자의 무력감과 자기효능감 및 삶의 질과의 관계를 연구한 논문은 거의 없는 상황이다.

따라서 혈액투석환자에 있어서의 만성신부전은 불가역적인 변화로 인해 신장의 모든 기능이 거의 소실된 상태로 일생동안 신장대치요법과 식이요법, 약물요법 등을 병행하면서 생명을 유지해야 하는 문제를 지니고 있으므로 더욱 무력감을 느끼게 되므로, 이에 대한 연구로 혈액투석환자의 무력감과 자기효능감 및 삶의 질과의 관계를 파악함으로써 혈액투석환자의 삶의 질을 증진시키기 위한 간호중재 방안을 모색하려 한다.

Ⅲ. 연구방법

1. 연구설계

본 연구는 혈액투석환자의 무력감과 자기효능감 및 삶의 질과의 관계를 파악하기 위한 서술적 상관관계 연구이다.

2. 연구대상

본 연구의 대상은 부산 및 경상 남·북도 소재 병원 중 1차(4), 2차(1), 3차(1) 진료기관에서 혈액투석을 받고 있는 환자 198명을 대상으로 수집하였다. 대상자는 혈액 투석을 받고 있는 동안 환자 자신이 직접 설문지를 작성하도록 하고, 작성하기가 어려운 경우에는 간호사가 읽어주고 응답하도록 하였다.

구체적인 대상자의 선정기준은 다음과 같다.

- 1) 만성신부전으로 진단을 받고 혈액투석 치료를 받은 지 1개월 이상 경과한 만 18세 이상의 성인환자
- 2) 정신적 결함이 없으며, 국문해독 능력과 의사소통이 가능한 자
- 3) 연구의 목적을 이해하고 참여를 수락한 자

3. 자료수집

본 연구의 자료수집은 2001년 9월 19일부터 10월 27일 까지 본 연구자가 사전에 대상병원에 연락하여 연구의 목적을 설명하고 동의를 구한 뒤 대상 병원에 직접 또는 우편으로 설문지를 배부하였다.

총 230부의 설문지 중 회수가 되지 않았거나 미흡한 설문지를 제외한 198(86%)부를 본 연구 분석에 사용하였다.

4. 연구도구

본 연구에 사용할 연구도구는 구조화된 설문지를 사용하였으며 설문지의 내용은 대상자의 일반적 특성에 관한 14문항, 무력감 16문항, 일반적 자기효능감 7문항, 구체적 자기효능감 9문항, 삶의 질 41문항으로 총 87문항으로 구성되었다.

1) 무력감 측정도구

무력감을 측정하기 위해서 Miller(1983)의 '무력행위

사정도구'를 신재신(1985)이 번역한 16문항의 무력감 측정도구를 사용한다. 이 도구는 무력감에 대해 환자가 표현하는 구두표현(1문항), 정서적반응(5문항), 일상활동참여(6문항), 학습참여(4문항) 등 4영역에서 사정하도록 고안되었고, 각 문항에 대해 4점 척도로 '항상 그렇다' 4점, '자주 그렇다' 3점, '가끔 그렇다' 2점, '전혀 그렇지 않다' 1점으로 점수가 높을수록 무력감 정도가 높은 것을 의미한다. 이 도구의 개발당시의 신뢰도는 Cronbach's $\alpha = .901$ 였으며, 본 연구에서의 도구의 신뢰도는 Cronbach's $\alpha = .8126$ 이었다.

2) 자기효능감 측정도구

자기효능감을 측정하기 위해서 김주현(1995)이 투석 환자를 대상으로 개발한 일반적인 자기효능감 7문항, 구체적인 자기효능감 9문항, 총 16문항으로 구성된 자기효능감 측정도구에 의해서 측정된 점수를 의미한다. 각 문항에 대해 4점 척도로 '매우 그렇다' 4점, '약간 그렇다' 3점, '별로 그렇지 않다' 2점, '거의 그렇지 않다' 1점으로 점수가 높을수록 자기효능감 정도가 높음을 의미한다. 이 도구의 개발당시의 신뢰도는 Cronbach's $\alpha = .84$ 였으며, 본 연구에서의 도구의 신뢰도는 Cronbach's $\alpha = .8216$ 이었다.

3) 삶의 질 측정도구

삶의 질을 측정하기 위해서 방활란(1991)이 말기 신질환자를 대상으로 개발하고 김옥수(1995)가 수정한 41문항으로 구성된 삶의 질의 측정도구를 사용하여 측정된 점수를 의미한다. 이 도구는 6개의 요인 즉, 정서상태 12문항, 사회적 활동 8문항, 신체적 증상 6문항, 가족관계 및 경제상태 4문항, 삶에 대한 태도 5문항, 건강에 대한 인식 6문항 등 총 41문항으로 구성되어 있으며, 각 문항에 대해 5점 척도로 최저 41점에서 최고 205까지의 범위이며 점수가 높을수록 삶의 질이 높음을 의미한다. 이 도구의 개발당시의 신뢰도는 Cronbach's $\alpha = .94$ 였으며, 본 연구에서의 도구의 신뢰도는 Cronbach's $\alpha = .92$ 였다.

5. 자료처리 및 분석방법

수집된 자료는 SPSS PC+를 사용하여 다음과 같이 분석하였다.

1) 일반적 특성은 실수와 백분율로 산출하였다.

- 2) 무력감과 자기효능감 및 삶의 질은 평균과 표준편차로 분석하였다.
- 3) 대상자의 제 특성에 따른 무력감, 자기효능감, 삶의 질은 t-test, ANOVA, Scheffe test로 분석하였다.
- 4) 무력감과 자기효능감 및 삶의 질과의 관계는 Pearson's Correlation Coefficients로 분석하였다.

6. 연구의 제한점

본 연구 대상자는 부산 및 경상남·북도에 소재 한 병원에서 혈액투석을 받고 있는 대상자로 하였기에 전국적으로 확대 해석 할 때는 신중을 기하여 한다.

IV. 연구 결과

1. 연구 대상자의 일반적 특성

연구 대상자의 연령은 46-55세가 26.3%로 가장 많았으며, 56-65세 22.7%, 36-45세 20.2%, 35세 이하가 19.7, 65세 이상 11.1%의 순으로 나타났다. 성별은 남자가 63.6%, 여자가 36.4% 이었으며, 결혼 상태는 기혼자가 71.7%, 미혼이 19.2%, 이혼 및 사별 8.6% 순으로 나타났다. 교육 수준은 대부분이 고졸로 52.5%를 차지하였으며, 대졸도 20.7%를 나타내고 있었다. 발병 전 직업 유무를 살펴보면 직업이 있는 경우가 71.2%를 나타났으며, 현재 직업 상태는 81.3%가 없는 것으로 나타났다. 경제상태를 살펴보면 '하'가 58.6%로 나타났고, 종교는 불교가 35.9%였으며 가족지지는 배우자 52.5%, 부모 22.2%, 자식 14.6%, 형제 및 자녀 10.6%의 순으로 나타났다. 가족 외에 도움을 가장 많이 주는 사람은 의료인이 66.7%로 나타났고, 투석 받았던 기간은 1-3년 30.8%, 7년 이상 26.8%로 나타났으며, 1년 이하도 23.2%로 나타났다. 투석 받는 횟수는 대부분이 85.9%로 주 3회 투석을 받고 있으며, 투석과 관련된 합병증으로 입원한 경험이 '있다' 32.8%, '없다'가 66.7%를 나타냈다(표 1).

〈표 1〉. 연구 대상자의 일반적 특성 (N = 198)

특성	구분	빈도	백분율(%)
연령	35세 이하	39	19.7
	36-45세	40	20.2
	46-55세	52	26.3
	56-65세	45	22.7
	65세 이상	22	11.1
성별	남자	126	63.6
	여자	72	36.4
결혼 상태	기혼	142	71.7
	미혼	38	19.2
	이혼 및 사별	18	9.1
교육수준	초등졸 이하	23	11.6
	중졸	30	15.2
	고졸	104	52.5
	대졸 이상	41	20.7
발병 전 직업	있다	141	71.2
	없다	57	28.8
현 직업	있다	37	18.7
	없다	161	81.3
경제 상태	상	5	2.5
	중	77	38.9
	하	116	58.6
종교	기독교	56	28.3
	불교	71	35.9
	천주교	17	8.6
	기타	54	27.3
가족지지	부모	44	22.2
	배우자	104	52.5
	자식	29	14.6
	형제 및 자매	21	10.6
가족외지지	의료인	132	66.7
	종교인	24	12.1
	사회사업가	7	3.5
	친구	17	8.6
	친척	18	9.1

〈표 1〉. 연구 대상자의 일반적 특성 (N = 198)

특성	구분	빈도	백분율(%)
투석 기간	1년 이하	46	23.2
	1-3년	61	30.8
	4-6년	38	19.2
	7년 이상	53	26.8
투석횟수 (1주)	1-2회	28	14.1
	3회	170	85.9
합병증으로 입원한 경험	있다	65	32.8
	없다	133	67.2

2. 연구 대상자의 무력감, 자기효능감, 삶의 질 정도

연구 대상자의 무력감 정도는 최저 29점에서 최고 64점으로 나타났으며, 평균 52.41, 표준편차 6.93, 평균 평점 3.28로 나타났으며, 자기효능감 정도는 최저 21점에서 최고 60점으로 나타났고 평균 45.44, 표준편차 7.75, 평균평점 2.87로 나타났으며, 삶의 질 정도는 최저 48점에서 최고 184점으로 나타났고, 평균 121.27, 표준편차 23.81, 평균평점 2.96으로 나타났다(표 2).

〈표 2〉 연구 대상자의 무력감, 자기효능감, 삶의 질 정도 (N = 198)

요 인	문항수	평균	평균평점	표준편차
무력감	16	52.41	3.28	6.93
자기효능감	16	45.44	2.87	7.75
삶의 질	41	121.27	2.96	23.81

3. 연구 대상자의 일반적 특성에 따른 무력감, 자기효능감과 삶의 질 정도

연구 대상자의 무력감 정도에 차이를 보이는 특성으로는 성별($t=2.148, p=.033$), 현직업 ($t=3.682, p=.000$), 경제상태($F=3.094, p=.048$), 합병증으로 입원한 경험($t=-2.002, p=.047$)에서 통계적으로 유의한 차이가 있었다. 즉 남자가 여자에 비하여 무력감 점수가 높았으며, 현재 직업이 있는 환자가 직업이 없는 환자보다 무력감 점수가 높게 나타났다. 경제상태는 '상'인 경우가 더 무력감 점수가 높았고, 합병증으로 입원한

경험이 없는 환자가 무력감 점수가 높게 나타났다(표 3).

〈표 3〉 연구대상자의 일반적 특성에 따른 무력감 정도 (N = 198)

특성	구분	평균점	표준편차	t or F	p
성별	남자	3.33	.4482	2.148	.033*
	여자	3.19	.3933		
현직업	있다	3.51	.3472	3.682	.000**
	없다	3.22	.4346		
경제상태	상	3.54	.3081	3.094	.048*
	중	3.35	.3578		
	하	3.28	.4727		
입원경험	있다	3.19	.4487	-2.002	.047*
	없다	3.32	.4217		

(* p<.05, ** p<.001)

연구 대상자의 자기효능감 정도에 차이를 보이는 특성으로는 연령(F=3.271, p=.013), 경제상태(F=5.759, p=.004), 종교(F=2.667, p=.048), 투석기간(F=2.991, p=.032), 투석횟수(t=9.045, p=.003), 합병증으로 입원한 경험(t=4.40, p=.037)에서 통계적으로 유의한 차이가 있었다. 즉 연령이 46-55세인 사람이 가장 자기효능감 점수가 높았으며, Scheffe test로 비교를 한 결과 35세 이하의 사람이 46-55세 연령의 사람보다 자기효능감이 높게 나타났다(p<.05). 경제상태는 '상'인 경우가 자기효능감 점수가 높게 나타났고, Scheffe test로 비교를 한 결과 경제상태가 '상'인 경우가 '중'인 경우보다는 '하'인 경우에 자기효능감과 삶의 질이 더 높게 나타났다(p<.05). 종교는 기독교인 경우에 자기효능감 점수가 높게 나타났으며, 투석기간이 1년 미만인 경우가 자기효능감 점수가 높게 나타났으며, Scheffe test로 비교를 한 결과 '1년 미만'인 사람이 '6년 이상'인 사람보다 자기효능감이 유의하게 높게 나타났다(p<.05). 투석횟수도 주 1-2회인 경우가 자기효능감 점수가 높았으며, 합병증으로 입원한 경험이 없는 경우가 자기효능감 점수가 높게 나타났다(표 4).

〈표 4〉 연구대상자의 일반적 특성에 따른 자기효능감 정도 (N = 198)

특성	구분	평균점	표준편차	t or F	p (Scheffe)
연령	35세이하a	2.65	.4647	3.271	.013*
	36-45세b	2.93	.4248		
	46-55세c	3.00	.5721		
	56-65세d	2.82	.5158		
	66세이상e	2.96	.4804		
경제상태	상a	3.55	.5123	5.759	.004**
	중b	2.92	.5108		
	하c	2.81	.4935		
종교	기독교	2.96	.5065	2.677	.048*
	불교	2.94	.5102		
	천주교	2.67	.5058		
	기타	2.77	.5009		
투석기간	1년미만	3.04	.4109	2.991	.032*
	1-3년a	2.89	.5432		
	4-5년b	2.84	.5094		
	6년이상c	2.73	.5298		
투석횟수 (1주)	1-2회	3.14	.4734	9.045	.003**
	3회	2.83	.5070		
입원경험	있다	2.68	.5645	4.40	.037*
	없다	2.97	.4575		

(* p<.05, ** p<.001)

연구 대상자의 삶의 질 정도에 차이를 보이는 특성으로는 현재의 직업(t=3.796, p=.053), 경제상태(F=11.478, p=.000), 투석횟수(t=7.573, p=.006)가 통계적으로 유의한 차이가 있었다. 즉 현재의 직업이 있는 경우가 삶의 질 점수가 높게 나타났다. 경제상태도 '상'인 경우가 삶의 질 점수가 높았으며, Scheffe test로 비교를 한 결과 경제상태가 '상'인 경우가 '중'인 경우보다는 '하'인 경우에 삶의 질이 더 높게 나타났다(p<.05). 투석횟수에서도 주 1-2회로 하는 경우가 삶의 질의 점수가 높게 나타났다(표 5).

〈표 5〉 연구대상자의 일반적 특성에 따른 삶의 질 정도 (N=198)

특성	구분	평균평점	표준편차	t or F	p(Scheffe)
현 직업	있다	3.32	.6675	3.796	.053*
	없다	2.97	.5467		
경제상태	상	3.80	.9720	11.478	.000** a<c
	중	3.20	.5496		
	하	2.90	.5402		
투석횟수 (1주)	1-2회	3.32	.7187	7.573	.006*
	3회	2.99	.5490		

(* p<.05, ** p<.001)

4. 연구 대상자의 무력감, 자기효능감과 삶의 질과의 관계

연구 대상자가 지각하는 무력감과 자기효능감과 삶의 질과의 관계는 통계적으로 유의한 역 상관관계($r = -.401, p < .001$)로 나타나 무력감이 높을수록 자기효능감이 낮게 나타났으며, 무력감과 삶의 질과의 관계도 통계적으로 유의하게 역 상관관계($r = -.562, p < .001$)로 나타나 무력감이 낮을수록 삶의 질이 높게 나타났다. 자기효능감과 삶의 질과의 관계는 통계적으로 유의하게 순 상관관계($r = .512, p < .001$)를 나타내어 자기효능감이 높을수록 삶의 질이 높게 나타났다(표6).

〈표 6〉 연구 대상자의 무력감, 자기효능감과 삶의 질과의 상관관계 (N=198)

	자기 효능감	삶의 질
무력감	-.401	-.562*
자기효능감		.512*

* p<.001

V. 고 찰

본 연구에서 나타난 주요 결과를 중심으로 다음과 같이 고찰하고자 한다.

첫째, 본 연구의 대상자인 혈액투석환자의 무력감을 분석한 결과는 평균 52.41(64점 만점), 평균평점 3.28(4점 만점)로 중정도이상의 무력감을 보였다. 이는

노인을 대상으로 연구한 연구결과(고성희 등, 1999; 최영희 등, 1999; 이강이, 2000; 최수정, 2001) 보다 높은 수준으로 나타났으며, 같은 대상으로 연구한 이미숙(1996)의 연구 결과와 비슷하였다. 이는 무력감이 질병을 앓고 있는 환자에게서 볼 수 있는 간호학의 중요개념 중 하나로 신체적으로나 정신적으로 개인에게 해로운 영향을 미치는 것으로 보고(Roberts, 1987)되는 것과 같은 결과로, 기계에 의존하여 혈액투석을 해야 하는 만성 신부전증 환자들에게 나타나는 전형적인 무력감의 결과로 볼 수 있다.

둘째, 혈액투석환자의 자기효능감을 분석한 결과는 전체 자기효능감이 평균 45.44(64점 만점), 평균평점 2.87(4점 만점)로 중이상의 점수를 보였다. 일반적 자기효능감은 평균 19.19, 평균평점 2.81이었으며, 구체적 자기효능감은 평균 26.25, 평균평점 2.93으로, 선행연구 결과(장미영, 1996; 서미례, 1997; 송미령 등, 1998) 보다는 낮은 수준으로 나타났다. 일반적 자기효능감에서는 '일단 내가 어떤 일을 하기로 결정하면 그 일에 매진한다'는 문항이 가장 높았으며, '실패를 하면 할수록 더욱 매진한다'는 문항이 가장 낮게 나타나, 송미령 등(1999)의 연구 결과와도 일치한다. 구체적 자기효능감은 '나는 지시된 약물을 잘 복용할 수 있다'(3.43), '나는 지시된 대로 혈액투석용 혈관을 잘 관리할 수 있다'(3.38)에서 높은 점수를 나타내어 송미령 등(1999)의 연구 결과와 일치했다. '나는 정해진 양만큼 수분을 섭취할 수 있다'(2.56)에서는 낮은 점수를 나타내었는데 이는 Rosenbaum과 Ben-Ari(1986), 최정명(1986), Everett(1993) 등의 혈액투석환자 대상으로 한 연구 결과에서 자기효능감은 환자의 수분제한 행위 이행이 가장 잘 안된다는 결과와 일치하였다. 이는 우리의 식습관이 혈액투석환자에게 저염식이 및 수분제한 이행을 어렵게 하기 때문인 것으로 사료된다.

셋째, 혈액투석환자의 삶의 질을 분석한 결과는 평균 121.27(205점 만점), 평균평점 2.96(5점 만점)으로 중이상의 점수를 보였다. 이는 같은 측정도구를 사용한 김경희(1996)의 2.85보다 높게 나타났고, 서미례(1997)의 3.0, 김옥수(1993)의 삶의 질 3.23 보다는 낮게 나타났다. 삶의 질의 6가지 요인인 정서상태, 사회적 활동, 신체적 증상, 가족관계 및 정서상태, 삶의 태도 그리고 건강에 대한 인식 요인에 대한 삶의 질 정도에서 사회적 활동 요인이 3.25로 가장 높게 나타났고, 삶에 대한 태도 요인이 2.59로 가장 낮게 나타났다. 이는 서미례

(1997)의 연구 결과에서는 사회적 활동이 가장 낮은 점수로 나타났고, 김경희(1996), 김옥수(1993)의 연구 결과에서는 정서 상태가 가장 낮게 나타난 결과와는 일치하지 않았다. 이는 투석시 나타날 수 있는 합병증의 감소로 인해 사회적 활동은 수월해진 반면 평생동안 투석기에 의존해야 하는 자신과 가정 내에서의 위치, 신이식에 대한 불확실성 등에 의해 삶의 질이 낮은 것으로 사료된다.

넷째, 본 연구 대상자의 일반적 특성에 따른 무력감 정도에서 성별, 현재의 직업, 경제상태, 합병증으로 입원한 경험에서 유의한 차이를 보였는데, 이는 이미숙(1996)의 현재 직업과 가족의 월수입에서 유의한 차이가 있다고 한 연구결과와 차이를 나타내었지만, 오랜 기간 동안 혈액투석을 통하여 환자는 경제적으로 많은 부담을 가지게 되고, 직업을 계속 유지할 수 없는 상황으로 무력감을 가지게 된다고 할 수 있겠다.

합병증으로 입원한 경험이 없는 경우에 더욱 무력감을 느끼게 되는데 이는 환자의 질병 특성과 더불어 치료과정에서 자신을 사물로 경험하게 되고 자신을 자신의 세계의 주체자로 인식하지 못함으로써 무력감을 유발시킨다고 한 Yoder(1976)의 견해와 신체적으로 아픈 10명의 환자를 대상으로 한 역할이론과 무력감이라는 연구에서 신체적으로 아픈 환자는 자아에 대한 동일시, 현재 상황과 관련된 행동의 분류, 적절한 상대역할에 대한 동일시와 현재의 역할수행에 대한 평가를 하지 못함으로써 환자의 역할을 획득하지 못하고 결국 무력감이나 현재 상황에 대한 통제력의 상실을 느끼게 된다고 보고한 Lambert & Lambert(1981)의 관점을 지지해주는 결과라 할 수 있겠다.

다섯째, 본 연구 대상자의 일반적 특성에 따른 자기효능감 정도에서는 연령, 경제상태, 종교, 투석 받았던 기간, 투석횟수, 합병증으로 입원한 경험에서 유의한 차이가 있게 나타났는데, 연령에 따른 자기효능감은 35세 이하군보다 46-55세 군이 자기효능감이 높게 나타났으며, 이 결과는 서미레(1997)의 연구 결과인 연령에 따른 자기효능감이 유의하게 나온 결과와는 일치하나, 연령군에서 60-69세 군이 30-39세 군보다 자기효능감이 유의하게 높게 나타난 점과는 일치하지 않았다.

경제상태에 따른 자기효능감은 '상'군이 '하'군 보다 높게 나타났으며 경제상태가 좋을수록 자기효능감이 증가하였다.

투석받았던 기간에 따라 자기효능감은 6년 이상 받았

던 군보다 1-3년간 투석을 받았던 군이 자기효능감이 높게 나타났다. 이 결과는 서미레(1997)의 연구 결과와는 차이가 있게 나타났다.

투석 횟수에 따른 자기효능감은 주 2-3회 투석을 받는 군 보다 주 1회 투석을 받는 군이 자기효능감이 높게 나타났다.

합병증으로 입원한 경험은 없는 군이 있는 군보다 자기효능감이 높게 나타났다.

여섯째, 일반적 특성에 따른 삶의 질에서는 현재의 직업, 경제 상태, 투석횟수에서 통계적으로 유의한 차이가 있게 나타났다. 경제상태가 '상'인 군이 '하'인 군보다 삶의 질이 높았으며, 이 결과는 혈액투석환자를 대상으로 연구한 김옥수(1993), 함인귀(1990), 양승희(1989)와 말기 신질환자를 대상으로 한 방활란(1991)의 결과에서도 경제상태가 높을수록 삶의 질을 높게 지각하는 것으로 나타났다. Burckhardt(1985)의 연구에서도 경제적인 요소가 삶의 질에 직접적인 영향을 미친다고 보고하였다.

투석 횟수에 따라 삶의 질이 주 2-3회 투석을 받는 군 보다 주 1회 투석을 받는 군이 삶의 질이 높았다.

일곱째, 연구 대상자의 무력감과 자기효능감, 삶의 질과는 역 상관관계를 나타내어, 무력감이 높을수록 자기효능감과 삶의 질이 낮게 나타났다. 자기효능감과 삶의 질과의 관계는 순 상관관계를 나타내어 자기효능감이 높을수록 삶의 질이 높게 나타났다. 이는 김금순(2001)의 재가 뇌졸중환자에게 자기효능감을 강화하고 일상생활활동을 향상시키면 삶의 질이 향상된다는 연구 결과와 일치했으며, 만성관절염환자를 대상으로 한 문명자(1998), 신장이식환자를 대상으로 한 이지수(1997), 혈액투석환자를 대상으로 한 서미레(1997), 김주현(1995), 노인을 대상으로 한 박은숙(1998), 노유자, 김춘길(1995)의 연구에서 자기효능감과 삶의 질과는 유의한 정적 상관관계가 있는 것으로 나타나 본 연구 결과와 일치하였다. 관절염 여자환자를 대상으로 건강증진과 삶의 질과의 관계를 조사한 오현수(1993)는 자기효능감은 건강증진 행위를 통해 간접적으로 삶의 질에 영향을 미친다고 보고하였고, 오복자(1994)는 위암환자의 건강증진 행위가 삶의 질에 미치는 예측 모형에서 자기효능이 건강증진행위의 가장 중요한 영향 요인으로 확인하였을 뿐만 아니라 자기효능이 건강증진 행위를 거쳐 삶의 질에도 긍정적인 영향을 미친다고 보고하였다.

따라서 혈액투석환자의 삶의 질을 증진시킬 수 있는

간호중재 방안으로 무력감을 감소시키고, 자기효능감 증진에 대한 프로그램 개발이 필요하다고 사료된다.

VI. 결론 및 제언

본 연구는 혈액투석환자의 무력감과 자기효능감 및 삶의 질과의 관계를 파악함으로써 혈액투석환자의 삶의 질을 증진시키기 위한 간호중재 방안을 모색하기 위해 시도된 서술적 연구이다.

연구의 대상은 부산 및 경상 남·북도 소재 병원 중 1차(4), 2차(1), 3차(1) 진료기관에서 혈액투석을 받고 있는 환자 198명을 대상으로 2001년 9월 19일부터 10월 27일 까지 구조화된 질문지를 사용하여 자가보고식으로 기입하게 하였다.

연구도구는 무력감을 측정하기 위해서 Miller(1983)의 '무력행위 사정도구'를 신재신(1985)이 번역한 도구를 사용하였으며, 자기효능감을 측정하기 위해서 김주현(1995)이 투석환자를 대상으로 개발한 도구를 사용하였고, 삶의 질을 측정하기 위해서 방활란(1991)이 말기신질환자를 대상으로 개발하고 김옥수(1995)가 수정한 도구를 사용하였다.

수집된 자료는 SPSS PC+를 사용하여 실수와 백분율, 평균과 표준편차, t-test, ANOVA, Scheffe test, Pearson's Correlation Coefficients로 분석하였다.

본 연구의 결과는 다음과 같다.

1. 연구 대상자의 무력감 정도는 평균 52.41±6.93, 평균평점 3.28±0.43으로 나타났으며, 자기효능감 정도는 평균 45.44±7.75, 평균평점 2.87±0.49로 나타났으며, 삶의 질 정도는 평균 121.27±23.81, 평균평점 2.96±0.58로 나타났다.
2. 연구 대상자의 무력감 정도에 차이를 보이는 특성으로는 성별($t=2.148$, $p=.033$), 현직업($t=3.682$, $p=.000$), 경제상태($F=3.094$, $p=.048$), 합병증으로 입원한 경험($t=-2.002$, $p=.047$)에서 통계적으로 유의한 차이가 있었다.
3. 연구 대상자의 자기효능감 정도에 차이를 보이는 특성으로는 연령($F=3.271$, $p=.013$), 경제상태($F=5.759$, $p=.004$), 종교($F=2.667$, $p=.048$), 투석기간($F=2.991$, $p=.032$), 투석횟수($t=9.045$, $p=.003$), 합병증으로 입원한 경험

($t=4.40$, $p=.037$)에서 통계적으로 유의한 차이가 있었다.

4. 연구 대상자의 삶의 질 정도에 차이를 보이는 특성으로는 현재의 직업($t=3.796$, $p=.053$), 경제상태($F=11.478$, $p=.000$), 투석횟수($t=7.573$, $p=.006$)가 통계적으로 유의한 차이가 있었다.
5. 연구 대상자가 지각하는 무력감과 자기효능감과의 관계는 역상관관계($r=-.401$, $p<.001$)로 나타났으며, 무력감과 삶의 질과의 관계도 비교적 높은 역상관관계($r=-.562$, $p<.001$)로 나타났다. 자기효능감과 삶의 질과의 관계는 비교적 높은 순상관관계($r=.512$, $p<.001$)를 나타냈다.

이상의 연구 결과를 바탕으로 혈액투석환자의 무력감을 감소시키고 자기효능감을 강화시킴으로서 삶의 질을 높일 수 있다고 하겠다. 그러므로 혈액투석환자의 프로그램 개발 시에는 환자의 요구도를 고려하여 환자의 자발적인 참여를 유도할 수 있는 교육 내용을 포함하는 자조관리 프로그램의 개발이 필요하다고 하겠다. 본 연구 결과를 기반으로 다음과 같은 제언을 하고자 한다.

1. 혈액투석환자의 요구도를 고려한 자조관리 프로그램 개발이 필요하다.

참 고 문 헌

- 구미옥 (1992). 당뇨병환자의 자기간호행위와 대사조절에 관한 구조모형. 서울대학교 박사학위논문.
- 구미옥 (1996). 만성질환자의 자기간호행위증진과 지속에 대한 자기조절교육프로그램의 효과-당뇨병환자를 중심으로-. 간호학회지, 26(2), 413-427.
- 김경희 (1996). 혈액투석환자의 삶의 질에 영향을 미치는 요인에 관한 조사. 경희대학교 석사학위논문.
- 김금순 (2001). 재가 뇌졸중환자의 일상생활활동, 자기효능감, 삶의 질, 자조관리 프로그램 요구도와 의 관계에 관한 연구. 기본간호학회지, 8(1), 81-94.
- 김옥수 (1993). 혈액투석환자가 지각하는 사회지지와 삶의 질과의 관계연구. 서울대학교 대학원 석사학위논문.
- 김인숙 (1994). 만성질환자의 강인성과 자가간호행위의 관계연구-혈액투석환자를 중심으로-. 성인간

- 호학회지, 6(2), 156-173.
- 김정희 (1997). 혈액투석환자의 희망과 삶의 질. 경북대학교 대학원 석사학위논문.
- 김주현 (1995). 혈액투석환자에게 적용한 지시적 심상요법의 효과. 서울대학교 박사학위논문.
- 김주현, 김매자 (1995). 혈액투석환자의 삶의 질에 영향을 미치는 요인. 성인간호학회지, 7(2), 299-314.
- 노유자 (1988). 서울지역 중년기 성인의 삶의 질에 관한 분석연구. 연세대학교 대학원 박사학위논문.
- 노유자, 김춘길 (1995). 가정에 있는 노인과 양로원 노인의 체력, 자기효능, 일상생활활동 능력 및 삶의 질에 관한 연구. 대한간호학회지, 25(2), 259-278.
- 문명자 (1998). 만성관절염환자의 삶의 질과 일상활동, 우울 및 자기효능과의 관계. 성인간호학회지, 10(2), 259-267.
- 박영임 (1994). 본태성고혈압환자의 자가간호증진을 위한 자기조절프로그램효과. 서울대학교 박사학위논문.
- 박영희 (1998). 혈액투석환자의 삶의 질에 관한 연구. 부산대학교 대학원 석사학위논문.
- 박은숙, 김순자, 김소인, 전영자, 이평숙, 김행자, 한금선 (1998). 노인의 건강증진 행위 및 삶의 질에 영향을 미치는 요인. 대한간호학회지, 28(3), 638-649.
- 방활란 (1991). 말기 신질환자의 삶의 질 측정도구개발. 서울대학교 대학원 석사학위논문.
- 백훈정 (1993). 혈액투석 적용 만성신부전 환자의 자가간호 지식정도와 자가간호 수행정도와와의 관계. 신장간호, 4, 15-24.
- 서미례 (1997). 혈액투석환자의 자기효능감과 환자역할행위 이행, 삶의 질 간의 관계연구. 이화여자대학교 교육대학원 석사학위논문.
- 송미령, 김매자, 이명은, 이인범, 서미례 (1999). 혈액투석환자의 자기효능감과 자가간호에 관한 연구. 대한간호학회지, 29(3), 563-579.
- 신재신 (1985). 근관절운동이 노인의 무력감 정도에 미치는 영향. 연세대학교 대학원 박사학위논문.
- 양승희 (1989). 혈액투석환자의 삶의 질 정도에 관한 연구. 고려대학교 석사학위논문.
- 오복자 (1994). 위암환자의 건강증진 행위와 삶의 질 예측모형. 서울대학교 석사학위논문.
- 오현수 (1993). 여성 관절염환자의 건강 증진과 삶의 질. 대한간호학회지, 23(4), 617-630.
- 윤진 (1997). 성인·노인 심리학. 중앙적성출판사.
- 이강이, 송경애 (1996). 뇌졸중 환자가족이 인지한 부담감 및 우울정도에 관한 연구. 간호학회지, 26(4), 853-867.
- 이미숙 (1996). 혈액투석환자의 가족지지, 무력감과 자가간호와의 관계연구. 조선대학교 석사학위논문.
- 이영휘 (1995). 고혈압환자의 자가간호증진을 위한 Slides/Tape 프로그램개발 및 효과. 간호학회지, 25(4), 696-705.
- 이정상, 이재승 (1980). 혈액투석. 대한의학협회지, 26(3), 193-195.
- 이지수 (1997). 신장이식환자의 사회적지지, 스트레스, 자기효능감과 삶의 질과의 관계연구. 연세대학교 교육대학원 석사학위논문.
- 장미영, 서문자 (1997). 혈액투석환자의 건강관련 강인성, 자기효능감과 이행과의 관계. 간호학논문집, 11(1), 85-105.
- 정영란 (1995). 구조화된 환자교육이 혈액투석환자의 자가간호 지식과 수행에 미치는 영향. 대한간호학회지, 27(1), 120-127.
- 최수정 (2001). 내·외과 병동에 입원한 노인들의 무력감 지각정도에 관한 연구. 성인간호학회지, 제 13권, 제4호, 601-609.
- 한대석 (1988). 혈액투석의 원리와 임상. 대한의학협회지, 31(5), 476-480.
- 함인귀 (1990). 혈액투석환자가 지각하는 배우자지지와 삶의 만족과의 관계연구. 이화여자대학교 교육대학원 석사학위논문.
- Alexander, J. L. & Willems, E. P. (1981). Quality of life: Some measurement requirements. Archives of Physical Medicine & Rehabilitation, 62, 261-265.
- Baldree, K. S., Murphy, S. P. & Powers, M. J. (1982). Stress identification and coping patterns in patients on hemodialysis. Nursing Research, 31(2), 107-112.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change.

- Psychological Review, 84(2), 191-215.
- Bandura, A. (1978). The self system in reciprocal determinism. American Psychologist, 34(4), 344-358.
- Burckhardt, C. S. (1985). The impact of arthritis on quality of life. Nursing Research, 34(1), 11-16.
- De-Nour, A. K. & Czaczkes, J. W. (1972). Personality factors in chronic hemodialysis patients, causing noncompliance with medical regimen. Psychosomatic Medicine, 34(4), 333-345.
- Dubos, R. (1976). The state of health and the quality of life. Western Journal of Medicine, 125, 8-9.
- Ferrans, C. E. & Powers, M. J. (1985). Quality of life index: development and psychometric properties. Advances in Nursing Sciences, 8(1), 15.
- Glassman, B. M. & Siegel, A. S. (1970). Personality correlates to survival on long-term hemodialysis. Arch Gen Psychiatra, 22, 566-574.
- Gurklis, J. A. & Menke, E. M. (1988). Identification of stressors and use of coping methods in chronic hemodialysis patients. Nursing Research, 37(4), 236-239.
- Hurley, R. L. (1990). Measuring self care ability in patients with diabetics. Measurement of Nursing outcome, 4, 28-34.
- Jenkins, L. S. (1988). Self-efficacy theory: Overview and measurement of key components. Cardiovascular Nursing, 24(6), 36.
- Lambert, V. A. & Lambert, C. E. (1981). Role theory and the concept of powerlessness. Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Service, 19(9), 11-14.
- Levy, N. B. & Wynbrandt, G. D. (1975). The quality of life on maintenance hemodialysis. Lancet 1, 1328-1330.
- McCaul, K. D., Glasgow, R. E. & Schafer, L. C. (1987). Diabetes regimen behaviors. Medical Care, 25(9), 868-881.
- Miller, J.F.(1983). Powerlessness: Coping with chronic illness. Philadelphia: F. A. Davis Company.
- Miller, J. F. (1992). Coping with chronic illness, overcoming powerlessness(3rd ed.). Philadelphia: F.A. Davis Company.
- Robert, S. L. (1986). Behavioral Concepts and the Critically III Patients: Powerlessness 2nd ed., New York: Appleton-Centurey Crofts.
- Rodriguez, D. J. & Hunter, V. M. (1981). Nutritional intervention in the treatment of chronic renal failure. Nursing Clinics of North America, 16(3), 573-585.
- Rosenbaum, M. & Ben-Ari, S. K. (1986). Cognitive and personality factors in the delay of gratification of hemodialysis patients. Journal of Personality and Social Psychology, 51(2), 357-364.
- Ruth, D. (1994). Powerlessness of caregivers in home care. Journal of Clinical Nursing, 3, 155-158.
- Sherer, M. & Maddux, J. E. (1982). The Self-Efficacy Scale: Construction & Validation. Psychological Reports, 51, 663-671.
- Singer, J. L. & Pope, K. S. (1978). The use of Imagery and fantasy techniques in psychotherapy. In Singer, J.L. & Pope, K. S. (Ed) The power of human imagination, (26-27), New York: Plenum Press.
- Stout, J. P. (1987). Quility of life of high-risk and elderly dialysis patients in the U.K. Dialysis and Transplantation, 16(12), 674-677.
- Yoder, Susan. (1976). Alienation as a way of life. J. of Perspectives in Psychiatric Care, 19(2), 61-71.

Young, K. J. & Longman, A. J. (1983).
Quality of life and person with melanoma:
pilot study. *Cancer Nursing*, 6, 219.

- Abstract -

Key concept : Hemodialysis Patients,
Powerlessness, Self-efficacy,
Quality of life

Relationship between Powerlessness, Self-Efficacy and Quality of Life in Hemodialysis Patients

*Lee, Myung Hwa**
*Song, Myung Sook** · Woo, Gyung Mi***

The purpose of this study was to the relationship between powerlessness, self-efficacy and quality of life in hemodialysis patients. The subjects were compromised of 198 hemodialysis patients from Pusan, Kyung-Sang Namdo and Kyung-Sang Bukdo 6 hemodialysis clinics.

Data were collected by questionnaires from Sep. 19 to Oct. 27, 2001.

The instrument used for study were the Powerlessness Behavioral Assessment Tool (Miller, 1983) and self-efficacy developed by Kim, Ju-Hyun(1995) and quality of life developed by Kim, Ok-Soo(1993).

Collected data were analyzed by frequency, percentage, mean, standard deviation, t-test, ANOVA, Scheffe test, pearson correlation.

The results were as follows.

1. The mean score of powerlessness was 52.41 ± 6.93 , mean mark 3.28 ± 0.43 , and the mea score of self-efficacy was 45.44 ± 7.75 ,

mean mark 2.87 ± 0.49 , and the mea score of quality of life was 121.27 ± 23.81 , mean mark 2.96 ± 0.58 .

2. There were significant differences in the level of powerlessness according to sex($t=2.148$, $p=.033$), occupation($t=3.682$, $p=.000$), economic status($F=3.094$, $p=.048$), experience of hospitalization ($t=-2.002$, $p=.047$).
3. There were significant differences in the level of self-efficacy according to age($F=3.271$, $p=.013$), economic status ($F=5.759$, $p=.004$), religion($F=2.667$, $p=.048$), hemodialysis period($F=2.991$, $p=.032$), hemodialysis frequency($t=9.045$, $p=.003$), experience of hospitalization ($t=4.40$, $p=.037$).
4. There were significant differences in the level of quality of life according to occupation($t=3.796$, $p=.053$), economic status($F=11.478$, $p=.000$), hemodialysis frequency($t=7.573$, $p=.006$).
5. There were significant negative correlation between powerlessness and self-efficacy ($r=-.401$, $p<.001$), powerlessness and quality of life($r=-.562$, $p<.001$).

There were significant positive correlation between self-efficacy and quality of life($r=.512$, $p<.001$).

* Professor, Department of Nursing, Medical College, Kosin University.

** Doctor Course Graduate School, Department of Nursing, Kosin University