재활간호학회지 제6권 제1호(2003)
The Korean Journal of
Rehabilitation Nursing
Vol. 6, No. 1, June, 2003

주요개념 : 뇌졸중, 일상활동 수행능력, 우울,
자기효능감, 삶의 질

재가 뇌졸중 환자의 일상활동 수행능력, 우울, 자기효능감 및 삶의 질과의 관계*

조복희** · 고미혜*** · 김순영****

Ⅰ. 서 론

1. 연구의 필요성

뇌졸중은 의학의 발달과 다각적인 중재에도 불구하고 평균수명 연장과 인구의 노령화에 따라 그 발생빈도가 증가되고 있는데 발병 연령도 점차 낮아져 사회적, 경제적, 국가적으로도 중요한 문제가 되고 있다. 우리나라의 경우 뇌졸중이 사망원인 1위에서 2001년부터는 암 질환 다음으로 사망원인의 2위를 차지하고 있으며(www.nso.go.kr, 2003) 미국의 경우 1950년에는 12.2%에 불과하던 생존률이 최근 약 85%까지 상승하였는데(www.strokecenter.com, 2003). 이는 운동, 감각, 인지, 언어, 측면의 후유증을 가지고 살아가는 생존자가 증가하고 있음을 의미한다.

뇌졸중 환자들이 겪는 건강문제는 크게 신체적 문제와 정서적 문제 두 가지로 분류할 수 있다. 즉 상하지 기능장애로 인한 보행 장애와 일상생활동작 장애, 지각장애, 언어장애 등과 같은 신체적 문제와 정서적 문제로는 불안, 우울, 흥분, 좌절 같은 문제이다(김금순 등, 2000; 임선옥, 2002; Robinson-Smith, Johnston & Allen, 2000). 뇌졸중 생존자의 대부분이 일상생활 동작의 장애로 자율성이 손상되어 역할이 변하고 대인관계에서도 제한을 받으며 장기적인 스트레스와 긴장에 따른 심리사회적 부적응 문제에 직면하게 되어 삶의 질에 대한 환자 자신의 주관적 평가가 저하된다(함미영, 최경숙 및 류은정, 2000). 뇌졸중 환자는 계속적인 관리가 필요함에도 불구하고 현실적으로는 퇴원 후 지역사회에서 체계적인 관리가 부족하고 기동성과 독립성 상실 및 자존감의 상실, 사회적 관계의 상실로 대다수의 환자들은 거의 방치되어 있는 상태로 이들의 삶의 질에 부정적인 영향을 미치고 있다(임선옥, 2002).

신체적, 정신적, 사회경제적 및 영적 면에서 개인이 지각하는 주관적 안녕상태라고 정의할 수 있는 삶의 질은 건강에 중요한 요소로서 그 자체의 권리이고 모든 건강관련 중재의 궁극적인 목표이다(노유자, 김춘길 및 이영숙, 1999). 삶의 질에 대한 연구는 간호학에서는 1980년대부터 문헌에서 삶의 질이 보고되기 시작하였으며 국내에서는 삶의 질에 대한 간호연구의 역사는 10여년에 이르고 있으나(노유자 등, 1999; Diener, Emmons, Larsen & Griffin, 1985) 지금까지 삶의 질에 관한 연구 대상자는 주로 암 환자나 혈액투석 환자와 같은 말기환자(오복자, 1994; 이명화, 송명숙 및 우경미, 2002)나 노인을 대상으로 한 연구(김경희, 정혜

* 본 논문은 전남대학교 간호학과 발전기금 지원을 받았음
** 전남대학교 의과대학 간호학과
*** 군산간호대학
**** 전남과학대학 간호과

경, 최미혜 및 권혜진, 2000; 노유자와 김춘길, 1995)가 대부분이었고, 만성질환자로는 관절염 환자(문명자, 1998; 오현수, 1993) 등 이었다.

뇌졸중 환자의 삶의 질에 대한 국내 연구로는 간호중재를 통하여 삶의 질의 결과에 초점을 둔 연구(김금순, 2001; 김금순, 서현미 및 강지연, 2000; 서연옥, 1999)와 뇌졸중 환자가족의 삶의 질에 대한 연구(이강오와 양화영, 2002; 이경호, 2001; 정현주와 조복희, 2000) 등이 있으며 뇌졸중 환자의 삶의 질 관련 요인에 대한 연구는 미약한 실정이다. 뇌졸중으로 저하된 삶의 질을 증진시키기 위한 간호중재를 시행하려면 간호중재를 통하여 삶의 질을 변화시킬 수 있는 영향요인을 먼저 규명할 필요가 있다. 따라서 본 연구에서는 뇌졸중 환자의 삶의 질에 영향을 미치는 요인으로 보고되고 있는 신체적, 정서적 문제에 속하는 구체적 요인인 일상활동 수행능력, 우울과 자기효능감 정도를 파악하고 뇌졸중 환자의 삶의 질에 영향을 미치는 요인을 예측하고자 한다.

2. 연구의 목적

본 연구는 뇌졸중 환자의 삶의 질과 이에 영향을 미치는 요인을 예측하고자 시도되었는데 다음과 같은 구체적인 목적을 갖는다.

1) 뇌졸중 환자의 일반적 특성에 따른 삶의 질 정도를 파악한다.
2) 뇌졸중 환자의 일상활동 수행능력, 우울, 자기효능감 및 삶의 질 정도를 파악한다.
3) 뇌졸중 환자의 일상활동 수행능력, 우울, 자기효능감 및 삶의 질과의 관계를 파악한다.
4) 뇌졸중 환자의 삶의 질에 영향을 미치는 요인을 예측한다.

3. 용어의 정의

1) 삶의 질

신체적, 정신적 및 사회 경제적 영역에서 각 개인이 지각하는 주관적 안녕상태를 의미하는 것으로(노유자 등, 1999) 본 연구에서는 전반적으로 느끼는 주관적인 생에 대한 만족도의 정도로 Diener 등(1985)이 개발한 척도로 측정한 점수이다.

2) 일상활동 수행능력

일상생활에서의 독립적 자가관리 수행능력과 기동력 등이 포함된 능력으로 본 연구에서는 Fortinsky 등(1981)이 개발한 Modified Barthel Index(MBI)로 측정한 점수이다.

3) 우울

슬픈 감정이 심하고, 의기소침한 상태와 사고 및 활동저하를 나타내는 부정적 반응을 의미하며 본 연구에서는 Randloff(1977)가 개발한 우울역학 조사도구로 측정한 점수이다.

4) 자기효능감

자신이 어떤 행위를 할 수 있다는 자신의 능력에 대한 신념으로(박영신과 김의철, 1997), 본 연구에서는 Sherer 등(1982)이 개발한 일반적 상황에서 자기효능을 측정하고자 개발한 척도로 측정한 점수이다.

Ⅱ. 연구 방법

1. 연구설계

본 연구는 뇌졸중 환자의 일상활동 수행능력, 우울, 자기효능감 및 삶의 질과의 관계를 파악하고 삶의 질에 영향을 미치는 요인을 예측하기 위한 서술적 연구이다.

2. 연구 대상자

본 연구의 대상은 G광역시에 거주하고 있는 재가 뇌졸중 환자 100명으로 연구자와 연구보조자가 일대일 면접을 실시하여 설문지를 읽어주고 응답하도록 하였다. 구체적인 선정기준은 다음과 같다.

1) 종합병원에서 뇌졸중으로 진단 및 치료를 받았던 사람
2) 의식이 명료하여 의사소통이 가능한 사람
3) 연구의 목적을 이해하고 참여를 수락한 사람

3. 자료수집

본 연구의 자료수집은 2001년 8월부터 2002년 7월까지 가정전문간호사 수습과정생들이 뇌졸중 환자의 가정을 방문하여 이루어졌다. 총 110부의 설문지 가운데 답변 내용이 미흡한 설문지 10부를 제외하고 100부를 본 연구에 사용하였다.

4. 연구도구

본 연구에 사용한 연구도구는 구조화된 질문지를 사용하였으며 설문지의 내용은 대상자의 일반적 특성에 관한 9문항, 일상활동 수행능력 15문항, 우울 20문항, 자기효능감 10문항, 삶의 질 5문항으로 총 59문항으로 구성되었다.

1) 일상활동 수행능력

뇌졸중 환자의 일상생활동작(Activities of Daily Living: ADL)의 수행능력을 측정하기 위하여 Modified Barthel Index(MBI: Fortinsky 등, 1981)를 최혜숙(1996)이 번역한 도구를 사용하였다. MBI 점수는 자조관리 영역 9항목, 기동성 영역 6항목 등 총 15개 항목으로 구성되어 있는데, 보행에 관한 항목은 상태에 따라 2항목 가운데 1항목만을 택하게 되어 있어서 응답자는 총 14항목을 답하게 된다. 각 항목별로 도움없이 혼자 할 수 있는 경우, 보조기구 등을 이용하여 혼자 수행할 수 있는 경우, 부분적으로 남의 도움을 받는 경우, 완전히 남에게 의존하는 경우 등의 4단계로 구분하여 평가하였다.

점수는 0점에서 100점까지 분포되며 점수가 높을수록 독립적임을 의미한다. 본 연구에서 Cronbach's α= .97 이었다.

2) 우울

Randloff(1977)가 개발한 우울 증상들로 구성된 우울역학 조사도구(CESD: Centers for Epidemiologic Studies Depression)를 최순희(1996)가 번역한 도구를 이용하여 측정하였다. 지난 일주일 동안 우울증상이 얼마나 자주 발생하였는가를 평가하도록 되어 있는 이 도구는 20개 문항으로 16개의 부정문항과 4개의 긍정문항으로 구성되어 있다. 각 문항에 대해 4점 척도로 측정하며, 부정문항은 항상 그렇다 3점, 전혀 그렇지 않다 0점으로 점수화하고 긍정문항은 역으로 환산하였다.

점수 범위는 0점에서 60점이며 점수가 높을수록 우울정도가 높다. 본 연구에서 Cronbach's α= .89 이었다.

3) 자기효능감

Sherer 등(1982)이 특정상황에 국한되지 않은 일반적 상황에서의 자기효능을 측정하고자 개발한 17문항의 도구를 오복자(1994)가 번역하여 10문항으로 수정한 것을 사용하였다. 점수 범위는 10점에서 100점이며 점수가 높을수록 자기효능이 높다. 본 연구에서 Cronbach's α= .97 이었다.

4) 삶의 질

삶의 질은 Diener 등(1985)이 개발한 삶의 만족도 도구로 측정하였다. 삶의 만족도 도구는 5점 척도 5항목으로 전혀 동의하지 않음 1점, 매우 동의함 5점으로 이루어졌으며 점수가 높을수록 삶의 만족도가 높음을 의미한다. 본 연구에서 Cronbach's α= .89 이었다.

5. 자료처리 및 분석방법

수집된 자료는 SPSS를 사용하여 다음과 같이 분석하였다.

1) 일반적 특성은 실수와 백분률로 산출하였다.
2) 일상활동 수행능력, 자기효능감, 우울, 삶의 질 정도는 평균과 표준편차로 분석하였다.
3) 대상자의 일반적 특성에 따른 삶의 질은 t-test, ANOVA로 분석하였다.
4) 일상활동 수행능력, 자기효능감, 우울 및 삶의 질과의 관계는 Pearson's Correlation Coefficients로 분석하였다.
5) 삶의 질에 영향을 미치는 요인을 예측하기 위하여 Multiple regression 으로 분석하였다.

Ⅲ. 연구 결과

1. 대상자의 일반적 특성

성별은 남자가 59%, 여자가 41%였고, 연령별로는 60~69세군이 46%로 가장 많았으며 70세 이상 26%, 50~59세군이 18%, 40~49세군이 10%였다. 직업의 유무는 86%가 직업이 없었고 14%가 직업이 있었으며, 종교의 유무는 종교가 있는 군이 59%, 없는 군이 41%였다.

교육수준은 초등학교 졸업이 25%, 무학이 24%, 고졸 21%, 중졸 15% 대학졸업 이상이 15% 순이었으며, 수입에 대한 만족감은 낮다로 응답한 경우가 53%, 중간이 41%, 높다 6% 순이었다. 치료비 부담은 자신이나 배우자가 치료비를 부담하는 군이 56%로 가장 높았고, 자녀 35%, 기타가 9% 순이었다. 발병횟수는 처음 발병한 경우가 대부분으로 74%였으며, 두 번째가 21%, 세 번 이상인 경우가 5%였다. 발병 후 현재까지의 기간은 6개

월 미만이 50%로 가장 높았고, 7~12개월이 24%, 13~24개월이 16%, 24개월 이상이 10%였다〈Table 1〉.

〈Table 1〉 Quality of Life Score according to Characteristics of Subjects (N=100)

Characteristics		n	Mean±SD	F or t	p-value
Gender					
	male	59	13.4±5.0	7.9	.006*
	female	41	10.6±4.4		
Age					
	40~49 years	10	12.7±4.9	.1	.957
	50~59 years	18	12.5±6.1		
	60~69 years	46	12.0±4.7		
	70 years≤	26	12.4±4.9		
Occupation					
	have not	86	11.8±4.8	3.3	.071
	have	14	14.4±5.7		
Religion					
	have not	41	12.4±4.8	2.3	.654
	have	59	12.0±5.0		
Level of Education					
	none	24	10.4±4.3	2.3	.066
	elementary	25	11.8±4.7		
	middle school	15	14.3±4.3		
	high school	21	12.2±5.0		
	college≤	15	14.3±5.8		
Satisfaction for Income					
	low	53	11.0±4.3	5.8	.004*
	moderate	41	13.3±5.1		
	high	6	17.0±5.3		
Payer					
	self & spouse	56	12.1±5.0	3.7	.028*
	descendent	35	13.1±4.6		
	others	9	8.3±3.6		
Frequency of attack					
	one	74	12.3±5.0	.1	.922
	two	21	11.8±4.9		
	three≤	5	11.8±3.8		
Period after attack					
	≤6months	50	13.4±5.4	2.8	.042*
	7~12months	24	12.1±4.3		
	13~24months	16	10.5±3.3		
	24months≤	10	9.4±4.4		

* p< .05

2. 대상자의 일반적 특성에 따른 삶의 질 정도

대상자의 일반적 특성에 따른 삶의 질 정도는 유의한 차이가 있는 특성으로는 성별(t=7.9, p= .006), 수입에 대한 만족도(F=5.8, p= .004), 치료비 부담(F=3.7, p= .028), 발병기간(F=2.8, p= .042)이었다. 즉, 남성(M=13.4)이 여성(M=10.6)보다 삶의 질이 높게 나타났으며, 수입에 대한 만족도가 높다고 응답한 군에서(M=17.0) 수입 만족도가 보통으로 응답한 군(M=13.3)이나 낮다고 응답한 군(M=11.0)보다 삶의 질이 높게 나타났다. 치료비 부담을 자녀가 부담한 군(M=13.1)에서 자신이나 배우자가 치료비 부담을 한 군 보다(M=12.1) 삶의 질이 높게 나타났으며, 뇌졸중 발병 기간에 따라 기간이 6개월 미만의 군에서(M=13.4) 삶의 질 정도가 높게 나타났다〈Table 1〉.

3. 대상자의 일상활동 수행능력, 우울, 자기효능감 및 삶의 질 정도

연구대상자의 일상활동 수행능력 정도는 최저 0점에서 최고 100점으로 평균 79.5로 나타났으며 우울 정도는 최저 3점에서 최고 50점으로 평균 26.8로 나타났다. 자기효능감 정도는 최저 10점에서 최고 100점으로 평균 47.1로 나타났으며 삶의 질 정도는 최저 5점에서 최고 25점으로 평균 12.3이었다〈Table 2〉.

〈Table 2〉 Descriptive Statistics of Study Variables (N=100)

Variables	n	Minimum	Maximum	Mean±SD
ADL	100	0	100	79.5±31.9
Depression	99	3	50	26.8±10.4
Self-efficacy	98	10	100	47.1±25.7
Quality of Life	100	5	25	12.3± 4.9

4. 대상자의 일상활동 수행능력, 우울, 자기효능감 및 삶의 질의 상관관계

대상자의 일상활동 수행능력, 우울, 자기효능감 및 삶의 질과의 관계는 일상활동 수행능력과 삶의 질은 낮은 순 상관관계(r = .293, p〈.05)를 나타내어 일상활동 수행능력 점수가 높을수록 삶의 질도 높게 나타났다. 우울 정도와 삶의 질과의 관계는 역 상관관계(r =- .634, p〈.001)를 나타내어 우울 정도가 높을수록 삶의 질이 낮게 나타났다. 자기효능감과 삶의 질과의 관계는 순 상

관관계(r = .388, p〈.001)로 자기효능감이 높을수록 삶의 질도 높게 나타났다〈Table 3〉.

〈Table 3〉 Correlation between Study Variables

	ADL	Depression	Self-efficacy	Life satisfaction
ADL	1.000 .			
Depression	-.432** .000	1.000 .		
Self-efficacy	.131 .199	-.381** .000	1.000 .	
Life satisfaction	.293* .003	-.634* .000	.388** .000	1.000 .

* p〈 .05, **p〈.001

5. 삶의 질에 영향을 미치는 요인

삶의 질에 영향을 주는 요인에 대해 다중회귀분석을 실시한 결과, 우울과 수입에 대한 만족도가 유의한 요인이었다. 우울점수가 높을수록 삶의 만족도를 낮아지고 (B=- .309, p= .001), 수입에 대한 만족도가 낮은 경우 보통인 경우에 비해 삶의 만족도가 낮은 것 (B=-2.611, p= .001)으로 나타났다〈Table 4〉.

Ⅳ. 논 의

뇌졸중 환자의 일상활동 수행능력과 삶의 질을 살펴보면 본 연구 대상자의 일상활동 수행능력은 평균 79.5점 (100점 만점)으로 일상활동수행정도가 기본적인 활동은 가능한 것으로 나타났다. MBI에서 60점 이하를 심각한 기능장애, 65~90점을 중정도 기능장애, 90~95점을 약간 장애. 100점을 완전히 독립적으로 수행하는 것으로 평가하면(Carod-Artal 등, 2000) 본 연구 결과는 중정도 기능장애로 나타났다.

삶의 질은 평균 12.3점(25점 만점), 평균평점 2.46으로 같은 도구로 측정한 김금순 등(2000)의 13.3, 홍여신 등(1998)의 16점과 비교하면 삶의 질이 낮게 나타났으며, 5점 척도로 평균평점 3.43을 나타낸 백태선(1998)과 평균평점 3.41을 나타낸 정미정(2000)의 연구결과 보다도 낮게 나타났다. 일상활동 수행능력과 삶의 질의 관계는 낮은 순 상관관계(r = .293, p〈 .05)를 나타내어 일상활동 수행능력 점수가 높을수록 삶의 질이 높게 나타났다.

Astrom 등(1992)은 뇌졸중 후 기능장애가 삶의 만족에 영향을 미치는 요인으로 보고하였고, 뇌졸중 후 장기간 생존한 대상자를 조사한 Vittanen 등(1988)도 운동기능 장애와 일상활동 장애가 삶의 질에 부정적인 영향을 미친다고 하였다. King(1996)은 뇌졸중 발병 후 1~3년 된 86명을 대상으로 FIM(functional Independence measure)으로 측정하였는데, 기능상태가 뇌졸중 생존자의 일상활동이 삶의 질을 예측하는 유의한 변수로 나타났다. Carod-Artal 등(2000)은 뇌졸중 생존자의 기능상태를 Barthel Index로 측정하였는데 발병당시 65.8점 이었으며, 1년 후 88.5점으로 증가하였고 신체적 기능상태가 삶의 질을 예측하는 요인으로 나타났다. Robinson-Smith 등(2000)의 연구에서도 신체적 기능상태가 삶의 질과 가장 관련이 있는 요인으로 나타났다.

국내에서도 뇌졸중 환자의 신체적 기능은 삶의 질을 유의하게 예측하는 것으로 나타났는데 퇴원한 뇌졸중 환자를 대상으로 삶의 질을 측정한 백태선(1998)의 연구에서도 일상생활동작 수행을 스스로 잘 할 수 있는 군이

〈Table 4〉 Influencing Factors on Quality of Life

Variables		Unstandardized Coefficients B	Significance	95% Confidence Interval for B Lower Bound	Upper Bound
Gender	female	1			
	male	.294	.708	-1.25556	1.84258
Age		.003	.937	-.06912	.074832
Depression		-.309	.001*	-.38228	-.23502
Satisfaction for Income	low	-2.611	.001*	-1.13483	-4.08743
	moderate	1			
	high	1.844	.233	-1.20424	4.892108

없는 군보다 삶의 질이 높다고 하였다. 정미정(2000) 연구에서는 뇌졸중 환자의 일상생활동작 수행정도와 삶의 질은 순 상관관계가 있는 것으로 나타났다(r= .357, p< .05). 따라서 기동성 문제를 회복시키는 간호가 뇌졸중 환자의 삶의 질 증진에 필수적이고 우선적인 부분임을 알 수 있다. 그러나 홍여신 등(1998)의 연구에서는 신체적 상태를 뇌졸중 상태, 일상활동, 도구적 일상활동으로 측정하였는데 신체적 상태는 삶의 질을 유의하게 설명하지 못하는 것으로 나타나 연구결과가 일치하지 않으므로 반복 연구가 필요하다고 본다.

뇌졸중 환자의 우울과 삶의 질을 살펴보면, 본 연구 대상자의 우울 평균 점수는 26.8점으로 높게 나타났다. 우울과 삶의 질과의 관계는 역 상관관계(r =- .634, p= .000)를 나타내어 우울점수가 높을수록 삶의 질은 낮게 나타났다. Randloff(1977)는 CESD의 16점을 임상적 우울을 나타내는 결정점으로 하여 이 점수 이상인 경우에 우울증상이 있는 것으로 보았는데 본 연구에서는 83%에서 우울 증상이 있는 것으로 나타났다. 평균 우울 점수가 18.35점을 나타낸 최은정(2002)의 연구와 우울 점수가 0~48점인 김금순 등(2000)의 평균 29.3점과 비교해 보면 본 연구대상자는 매우 높은 우울정도를 보이고 있다.

뇌졸중으로 정서적 장애가 발생한다고 보고되었는데 가장 문제가 된다고 보고된 정서적 장애는 우울이다(Fukunish, Aoki & Hosaka, 1997). 본 연구도구인 CESD로 측정한 Robinson-Smith 등(2000)의 연구결과 발병 1개월에 16점 이상이 25%였고 평균 점수는 13.4점 이었으며, 발병 6개월에는 16점 이상이 15%였고 평균 점수는 8.6점으로 시간이 지날수록 우울 정도가 낮아졌다. 뇌졸중 환자를 3년 동안 장기적으로 연구한 Astrom 등(1992)에 의하면 급성기에는 25%, 3달 후에는 31%에서 우울이 발생하였다가 시간이 지나면 점차 감소하는 경향이 있었지만 3년 후에 29%로 증가하였다. 또한 3달까지 회복되지 않으면 만성 우울로 가는 경향을 볼 수 있었다고 보고하여 Robinson-Smith 등(2000)과는 다른 결과를 보이고 있다.

Pohjasvaara 등(1998)의 연구에서도 뇌졸중 환자의 40%에서 우울증상이 있었으며, 뇌졸중 발병 후 1년 된 대상자를 연구한 Carod 등(2000)에서는 38%가 우울을 나타냈다. 294명의 뇌졸중 환자를 대상으로 우울의 발생률을 조사한 Burvill 등(1995)의 연구에서는 46%로 나타났다. 일본의 경우 Ohira 등(2001)은 우울증상과 뇌졸중 발병률과의 관계를 알아보기 위한 전향적 연구를 하였는데 10.3년 동안 879명을 대상으로 연구한 결과 69명의 뇌졸중 환자가 발생하였으며 중정도 우울 즉 SDS(self rating depression scale)≥40에서 뇌졸중이 25%가 발병하여 우울이 뇌졸중을 예측하는 유의한 변수로 나타났다.

국내에서는 신체적 문제가 적게 나타난 뇌졸중 환자를 대상자로 한 연구결과 삶의 질에 영향을 미치는 요인으로 우울이 가장 영향을 미치는 것으로 나타나 삶의 질을 23% 설명하였으며(홍여신 등, 1998), 여러 선행연구에서 우울이 뇌졸중 환자의 삶의 질을 예측하는 변수로 나타났다(임선옥, 2002; 홍여신 등, 1998; Carod et al., 2000; King, 1996). 이러한 연구결과를 종합해 볼 때 우울은 뇌졸중 환자의 삶의 질에 영향을 미치는 중요한 요인이라고 볼 수 있어서 뇌졸중 후 곁으로 쉽게 발견할 수 있는 신체적 문제 못지않게 우울문제를 관심있게 다루어야 함을 제시하였다.

뇌졸중 환자의 자기효능감과 삶의 질을 살펴보면 자기효능이란 자신이 어떤 행위를 할 수 있다는 자신의 능력에 대한 신념으로 행위를 변화시키고 지속시키는데 중요한 역할을 한다(Bandura, 1997). 만성질환자의 삶의 질 증진을 위한 중요한 요인으로 자기효능감은 여러 연구에서 중요한 변수로 제시되고 있다(송경자, 2001; 신주영, 1999; 오현수, 1993). 본 연구대상자의 자기효능감은 평균 47.1점(100점 만점)으로, Bandura(1997)가 제시한 50점을 기준으로 하였을 때 보통보다 낮은 자기효능감을 가진 것으로 나타났다. 자기효능감과 삶의 질과의 관계는 순 상관관계(r = .388, p= .000)를 나타내어 자기효능감이 높을수록 삶의 질이 높게 나타났다. 이는 김금순(2001)의 재가 뇌졸중 환자에게 자기효능감을 강화하고 일상생활활동을 향상시키면 삶의 질이 향상된다는 연구결과와 일치하였다.

자기효능감은 뇌졸중 환자의 재활에도 영향을 미치는 것으로 나타났는데 편마비 환자를 대상으로 한 연구에서 자기효능감이 높을수록 자가간호수행을 잘하였으며 자가간호 수행의 69.9%를 설명하였다(이실, 1998). 지속적으로 자가간호를 수행해야 하는 뇌졸중 환자에게 자기효능은 중요한 행위결정인자로 작용하게 된다고 하였다(서문자, 강현숙과 이명화, 2000).

본 연구에서 일상생활동작, 우울, 자기효능감이 삶의 질과 관련이 있는 것으로 나타났으며 삶의 질에 영향을 주는 요인으로는 우울과 수입에 대한 만족도가 유의한

요인으로 나타났다. 우울점수가 높을수록 삶의 질이 낮아지고(B=- .309, p= .001) 수입에 대한 만족도가 낮은 군이 보통인 군에 비해 삶의 질이 낮은 것으로 나타났다(B=-2.611, p= .001).

Ⅴ. 결론 및 제언

본 연구는 뇌졸중 환자를 대상으로 일상활동 수행능력, 우울, 자기효능감 및 삶의 질 정도와 제 변수간의 관계를 파악하고 삶의 질에 영향을 미치는 요인을 규명하여 뇌졸중 환자의 삶의 질을 증진시키기 위한 간호중재 방안을 모색하기 위해 시도된 서술적 연구이다. 연구의 대상은 G광역시에 거주하고 있는 재가 뇌졸중 환자를 대상으로 2001년 8월부터 2002년 7월까지 구조화된 질문지를 사용하여 일대일 면담으로 수집하였다.

연구도구는 일상활동 수행능력을 측정하기 위하여 Modified Barthel Index(MBI: Fortinsky 등, 1981)를 최혜숙(1996)이 번역한 도구를 사용하였으며, 우울을 측정하기 위하여 Randloff(1977)가 개발한 도구를 최순희(1996)가 번역한 도구를 사용하였고, 자기효능감을 측정하기 위하여 Sherer 등(1982)이 특정상황에 국한되지 않고 일반적 상황에서 자기효능을 측정하고자 개발한 도구를 오복자(1994)가 수정한 것을 사용하였다. 삶의 질은 Diener 등(1985)이 개발한 삶의 만족도 도구를 사용하였다. 수집된 자료는 SPSS PC를 사용하여 실수와 백분률, 평균과 표준편차, t-test, ANOVA, Pearson's Correlation Coefficients로 분석하였다.

본 연구의 결과는 다음과 같다.

1. 연구 대상자의 일상활동 수행능력 정도는 평균 79.5±31.9였고, 우울정도는 평균 26.8±10.4였으며, 자기효능감 정도는 평균 47.1±25.7이었으며, 삶의 질 정도는 평균 12.3±4.9로 나타났다.
2. 연구 대상자의 삶의 질 정도에 차이를 보이는 특성으로는 성별(t=7.9, p= .006), 수입 만족도(F=5.8, p= .004), 치료비 부담(F=3.7, p= .028), 발병기간(F=2.8, p= .042)에서 통계적으로 유의한 차이가 있었다.
3. 연구 대상자의 일상활동 수행능력, 우울, 자기효능감과 삶의 질과의 관계는 일상활동 수행능력과 삶의 질은 비교적 낮은 순상관관계를 나타내었고(r=.293, p= .003), 우울과 삶의 질은 높은 역상관관계를 (r=- .634, p= .000) 나타내었으며, 자기효능감과 삶의 질은 순상관관계를 나타내었다(r= .388, p= .000).
4. 삶의 질에 영향을 주는 요인은 우울(B=- .309, p= .001)과 수입에 대한 만족도(B=-2.611, p= .001)가 유의한 요인이었다.

이상의 연구결과에서 뇌졸중 환자의 일상활동 수행능력을 증진시키고 우울을 감소시키며 자기효능감을 강화시킴으로써 삶의 질을 높일 수 있다고 하겠다. 그러므로 뇌졸중 환자를 위한 재활프로그램에는 대상자의 신체적 능력증진 뿐만 아니라 정서적인 면과 자기효능감을 증진시키는 내용이 포함되어야 하겠다. 본 연구결과를 기반으로 다음과 같은 제언을 하고자 한다.

1. 뇌졸중 환자의 일상활동 수행능력, 우울, 자기효능감이 변화할 수 있는 재활프로그램 운영이 필요하다.
2. 뇌졸중 환자의 삶의 질을 다양한 영역에서 측정할 수 있는 한국형 도구개발이 필요하다.

참 고 문 헌

김경희, 정혜경, 최미혜, 권혜진 (2000). 노인의 자기효능과 삶의 질에 관한 연구. 기본간호학회지, 7(2), 332-344.

김금순 (2001). 재가 편마비환자의 일상생활활동, 자기효능감, 삶의 질, 자조관리프로그램 요구도와의 관계에 관한 연구. 기본간호학회지, 8(1), 81-94.

김금순, 서현미, 강지연 (2000). 재가 뇌졸중 환자를 위한 자조관리프로그램이 일상활동, 근육강도, 우울 및 삶의 만족도에 미치는 효과. 재활간호학회지, 3(1), 108-117.

노유자, 김춘길 (1995). 가정에 있는 노인과 양로원 노인의 체력, 자기효능, 일상생활능력 및 삶의 질에 관한 연구. 대한간호학회지, 25(2), 259-267.

노유자, 김춘길, 이영숙 (1999). 삶의 질과 관련된 국내 간호논문 분석. 성인간호학회지, 11(4), 743-757.

문명자 (1998). 만성 관절염환자의 삶의 질과 일상활동, 우울 및 자기효능과의 관계. 성인간호학회지, 10(2), 259-267.

박영신, 김의철 역 (1997). 자기효능감과 삶의 질. 교육과학사.

백태선 (1998). 뇌졸중환자의 삶의 질에 관한 실증적 연구 － 30세에서 50세까지의 퇴원환자를 중심으로. 경희대학교대학원 석사학위논문.

서문자, 강현숙, 이명화 (2000). 뇌졸중환자의 낮병동 재활프로그램의 적용평가를 위한 예비 연구. 재활간호학회지, 3(1), 98-107.

서연옥 (1999). 재활운동 프로그램이 뇌졸중 환자의 기능상태 회복에 미치는 효과. 대한간호학회지, 29(3), 665-678.

송경자 (2001). 자기효능증진 재활프로그램이 자기효능감, 건강행위, 삶의 질에 미치는 효과. 서울대학교 대학원 박사학위논문.

신주영 (1999). 자기효능 정보자원 프로그램이 관상동맥질환 환자의 지각된 자기효능감과 자가간호행위에 미치는 효과. 고려대학교 대학원 박사학위논문.

오복자 (1994) 위암환자의 건강증진 행위와 삶의 질 예측모형. 서울대학교 대학원 석사학위논문.

오현수 (1993). 여성 관절염 환자의 건강증진과 삶의 질. 대한간호학회지, 23(4), 617-630.

이 실 (1998). 편마비 환자의 신체상, 자기효능감 및 자가간호수행과의 관계. 삼육대학교 대학원 석사학위논문.

이명화, 송명숙, 우경미 (2002). 혈액투석환자의 무력감, 자기효능감 및 삶의 질과의 관계. 재활간호학회지, 5(2), 166-179.

임선옥 (2002). 재가 뇌졸중 환자의 삶의 질에 관한 구조모형. 경희대학교 대학원 박사학위논문.

정미정 (1998). 뇌졸중환자의 일상생활동작 수행정도와 삶의 질. 경희대학교 대학원 석사학위논문.

정현주, 조복희 (2000). 뇌졸중환자의 추후관리가 주간호 제공자의 삶의 질에 미치는 영향. 재활간호학회지, 3(2), 169-180.

최순희 (1996). 류마티스 관절염 환자의 우울에 대한 사회적 지지기능. 연세대학교 대학원 박사학위논문.

최은정 (2002). 자기효능강화 뇌졸중 재활프로그램의 효과. 서울대학교 대학원 박사학위논문.

최혜숙 (1996). 뇌졸중 환자의 신체적 회복정도와 사회・심리적 적응간의 관계. 중앙대학교 대학원 석사학위논문.

함미영, 최경숙, 류은정(2000). 뇌졸중에 관한 국내 간호학 논문의 분석. 재활간호학회지, 3(2), 154-168.

홍여신, 서문자, 김금순, 김인자, 조남옥, 최희정, 정성희, 김은만 (1998). 뇌졸중 환자의 삶의 질의 관련 요인. 재활간호학회지, 1(1), 73-82.

Astrom, M., Aslund, K., & Astrom, T. (1992). Psychosocial function and life satisfaction after stroke. Stroke, 23, 527-531.

Burvill, P. W., Johnson, G. A., Jamrozik, K. D., Anderson, C. S., Stewart-Wynne, E. G., & Chakera, T. H. (1995). Prevalence of depression after stroke: The Perth community stroke study. British Journal of Psychiatry, 166, 320-327.

Carod-Artal, J., Egido, J. A., & Seijas E. V. (2000). Quality of life among stroke survivors evaluated 1 year after stroke. Stroke, 31, 2995-3001.

Diener, E., Emmons, R., Larsen, R., & Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. Journal of Personality Assessment, 49(19), 71-75.

Fortinsky, R. H., Granger, C. V., & Seltzer, G. B. (1981). The use of functional assessment in understanding home care needs. Medical care, 19(5), 489-497.

Fukunish, I., Aoki, T., & Hosaka, T. (1997). Correlations for social support with depression in the chronic postsroke period. Perception, Motion, and Skill, 85(3), 811-818.

King, B. R. (1996). Quality of Life after Stroke. Stroke. 27, 1467-1472

Ohira, T., Iso, H., Satoh, S., Sankai, T., Tanigawa, T., Ogawa, Y., Imano, H., Sato, S, Kitamura, A., & Shimamoto, T. (2001). Prospective study of depressive symptoms and risk of stroke among Japanese. Stroke, 32, 903-908.

Pohjasvaara, T., Leppuori, A., Siira, I., Vataja, R., Kaste, M., & Erkinjuntti, T. (1998). Frequency and clinical determinants of

poststroke depression. Stroke, 29, 2311-2317.
Randloff, L. S. (1977). The CES-D scale: A self-report depression scale for research in the general population. Applied Psychological Measurement, 1, 385-401.
Robinson-Smith, G., Johnston, M. V., & Allen, J. (2000). Self-care, self-efficacy. quality of life, and depression. Arch Phys Med Rehabil, 81, 460-464.
Sherer, M., Maddux, J. E., Mercandante, B., Prentice-Dunn, S., Jacobs, B., & Rogers, R. W. (1982). The self-efficacy scale: construction and validation. Psycholoical Report, 51, 663-671.
Vittanen, M., Fugl-Meyer, K. S., Bernspang, B., & Fugl-Meyer, A. R. (1988) Life satisfaction in long term survivors after stroke. Scand Journal of Rehabil Med, 20, 17-24.
http://www.nso.go.kr, 2003.
http://www.strokecenter.com, 2003.

- Abstract -

Key concept : Stroke, ADL, Depression, Self-efficacy, Quality of life

A Study on Stroke Patients' ADL, Depression, Self-Efficacy and Quality of Life*

*Cho, Bok Hee*** · Ko, Mi Hye*****
*Kim, Soon Young******

This study was a descriptive research in search of a nursing intervention scheme to improve stroke patients' quality of life by understanding the relationship of stroke patients' ADL, depression, self-efficacy and quality of life with various variables and identifying factors that affect their quality of life.

Each subject was interviewed one to one based on a structured questionnaire. With regard to research tools, Modified Barthel Index (MBI: Fortinsky et al., 1981), which was translated by Choi, Hye-sook (1996), was used in measuring ADL, Randloff's (1977) tool, which was translated by Choi, Soon-hee, was used in measuring depression, and the tool developed by Sherer et al. (1982), which is to measures self-efficacy under general conditions not limited to specific conditions, and modified by O, Bok-ja (1994) was used in measuring self-efficacy. The quality of life was measured using the scale of satisfaction of life developed by Diener et al. (1985).

The results of this study were as follows:

1. The means of ADL of the subjects was 79.5±31.9, depression 26.8±10.4, self-efficacy 47.1±25.7, and the quality of life 12.3 ±4.9.
2. The subjects' quality of life showed a statistically significant difference according to gender (t=7.9, p= .006), satisfaction with income (F=5.8, p= .004), the burden of medical fee (F=3.7, p= .028) and the period of disease (F=2.8, p= .042).
3. With regard to relationship among ADL, depression, self-efficacy and the quality of life, ADL was in a relatively low positive correlation (r= .293, p= .003) with and the quality of life, depression in a high

* This study was supported by research fund of department of nursing, Chonnam National University
** Department of Nursing, Chonnam National University
*** Kunsan College of Nursing
**** Chonnam Techno College

negative correlation (r=- .634, p= .000) with the quality of life, and self-efficacy in a positive correlation with the quality of life (r= .388, p= .000).

4. Factors that made a significant influence on the quality of life were depression (B=- .309, p= .001) and satisfaction with income (B=-2.611, p= .001).

Based on these results, this study made following suggestions:

1. It is necessary to run rehabilitation programs to improve stroke patients′ ADL, depression and self-efficacy.
2. It is necessary to perform research of monitoring stroke patients′ quality of life in various areas using measuring tools.