

뇌졸중 환자의 재활동기, 자기효능감 및 가족지지가 재활이행에 미치는 영향

박안숙¹ · 고 은²

¹효드림 요양병원, ²국립순천대학교 생명산업과학대학 간호학과

Influences of Rehabilitation Motivation, Self-efficacy and Family Support on Rehabilitation Adherence in Stroke Patients

Park, An Suk¹ · Ko, Eun²

¹Department of Nursing, Hyodream Hospital, Gwangju; ²Department of Nursing, College of Life Science and Natural Resources, Suncheon National University, Suncheon, Korea

Purpose: The purpose of this study was to identify influencing factors on rehabilitation adherence in stroke patients. **Methods:** This study was a descriptive survey. A structured questionnaire was used for face-to-face interviews with a convenient sample of 192 subjects, who were admitted in 5 rehabilitation hospitals located in G metropolitan city. **Results:** The score of rehabilitation motivation in the subjects was a mean of 2.04 ± 0.35 , self-efficacy 6.22 ± 2.32 , family support 3.40 ± 0.82 and rehabilitation adherence 3.08 ± 0.41 . The rehabilitation adherence was a statistically significant difference according to the education level ($F = 3.40, p = .035$), marital status ($F = 4.04, p = .019$), number of personal insurance policies ($K = 9.80, p = .020$), location of paresis ($F = 2.72, p = .046$), and status of current smoking ($M = 657.00, p = .001$). There was significant correlation among degree of rehabilitation adherence, rehabilitation motivation ($r = .30, p < .001$), self-efficacy ($r = .14, p = .046$) and family support ($r = .18, p = .011$). Rehabilitation motivation ($\beta = 0.19, p = .007$), self-efficacy ($\beta = 0.14, p = .035$), marital status ($\beta = 0.14, p = .038$), number of personal insurance policies ($\beta = -0.15, p = .045$) and location of paresis ($\beta = -0.15, p = .028$) were identified as significant predictors. This model explained 22.6% of variance in rehabilitation adherence ($F = 5.92, p < .001$). **Conclusion:** There is a need to develop an effective intervention for rehabilitation adherence improvement considering the identified variables in this study.

Key Words: Stroke Rehabilitation; Patient Compliance; Motivation; Self-efficacy

국문주요어: 뇌졸중 재활, 환자이행, 동기, 자기효능감

서 론

1. 연구의 필요성

뇌졸중은 전 세계적으로 중요한 사망원인 중 하나이다. 한국의 뇌졸중으로 인한 사망은 2015년 인구 10만명당 49.7명으로 2005년

에 64.1명이었던 것에 비해 25.1%가 감소하였으나 암, 심장질환에 이어 여전히 사망원인 3위를 차지하고 있다. 또한, 뇌졸중 유병률은 2010년 2.9%에서 2015년 4.0%로 꾸준히 증가하고 있으며, 특히 50대 이후 연령에서 유병률 및 사망률이 급격히 증가하는 추세를 보인다 [1]. 뇌졸중은 일단 발생하면 환자의 9%만이 질병이전의 기능 상태

Corresponding author: Ko, Eun

Department of Nursing, College of Life Science and Natural Resources, Suncheon National University, 255 Jungang-ro, Suncheon, 57922, Korea
Tel: +82-61-750-3886 Fax: +82-61-750-3880 E-mail: eunko@sunchon.ac.kr

* 본 논문은 제 1저자 박안숙의 석사학위논문 의 축약본임.

* This article is a condensed form of the first author's master's thesis.

Received: April 15, 2017 Revised: May 17, 2017 Accepted: May 23, 2017

This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0>) which permits unrestricted non-commercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

로 완전히 회복되고 73%의 환자들은 불안정하게 회복되어, 뇌졸중 환자는 뇌손상 부위에 따라 편마비, 언어, 감각 및 인지 등 다양한 후유장애를 가지고 살아가야 한다. 뇌졸중 발병 후 5년 이내 사망률은 35.2-38.5%로 5년 이후 생존자는 약 60% 이상 되는 것으로 보고되고 있는데[2], 이는 뇌졸중 후유장애를 가지고 살아가는 대상자가 많음을 의미하며, 인구의 고령화로 인한 뇌졸중 유병률 증가와 더불어 대상자 개인적으로나 사회적으로 큰 부담이 될 수 있다.

다양한 신경학적 기능장애를 가진 뇌졸중 환자는 초기부터 체계적인 재활이 중요하다. 재활의 효율적인 대처는 사회생활 복귀에 상당한 영향을 미치게 되므로, 뇌졸중 환자의 재활은 신체적 기능장애의 회복 뿐만 아니라 심리적, 사회적 스트레스에 적절히 대처하도록 돕는 포괄적 중재가 요구되는 과정이라고 볼 수 있다[3]. 또한 뇌졸중으로 인한 장애를 최소화하고 삶의 질 향상을 도모할 수 있으며, 환자의 지속적이고 적극적인 치료이행은 재활의 효과를 높일 수 있어, 뇌졸중 환자의 치료 순응, 이행 및 자기관리의 중요성이 부각되고 있다. 하지만, 뇌졸중 환자들은 재활치료를 받게 되면서 치료비 문제, 경제적 스트레스, 자신의 모습에 대한 수치심, 무력감 등을 경험하게 된다. 여러 가지 이유로 진단 후 1년 이내 40.7%의 환자들이 재활을 중단하고, 2년 이상 꾸준히 재활을 받는 환자는 20%에 불과하여 환자의 치료 순응이나 이행이 높지 않은 것으로 보고되고 있다[4,5]. 이는 뇌졸중 환자의 재발이나 질병의 악화를 초래하는 원인이 되므로 뇌졸중 환자의 지속적인 재활이행에 더욱 관심을 가져야 할 필요가 있겠다.

지금까지 뇌졸중 환자를 대상으로 한 많은 간호연구들이 수행되었다. 2000년 이후 약 10년 동안 뇌졸중 환자를 대상으로 한 국내 간호연구는 급성기 환자 또는 재가환자를 대상으로 신체적 기능 및 자가간호 수행능력을 높일 수 있는 운동중재 프로그램을 적용하는 연구들이 많이 이루어졌다. 또한 질병에 관한 지식이나 질병관리를 위한 건강교육 및 상담 프로그램을 적용하는 연구들도 수행되었는데, 뇌졸중으로 인한 신체적 기능장애의 회복에 초점을 둔 생리적 영역과 행동영역의 간호중재 연구들이 많을 수 있다[3]. 심리사회적 측면에서는 뇌졸중 환자의 우울과 불안, 사회적 지지 및 가족의 부담감을 확인하는 조사연구들이 수행되었고, 생리적, 심리사회적 측면을 포괄하는 삶의 질에 관한 연구도 수행되었다[6]. 최근 인구의 고령화와 더불어 뇌졸중 환자의 생존율은 증가하였으나, 재발률이 약 20%로 재발할 경우 치명적인 결과를 초래할 수 있다[2]. 이러한 측면에서 2010년 이후에는 뇌졸중의 재발예방[7], 건강행위[8], 자기관리[9,10] 및 자가간호[11]에 관심을 둔 연구들이 시도되고 있으나 많지는 않은 실정이다. 국외의 경우 뇌졸중 환자의 투약이행[4] 뿐만 아니라 장기적인 치료이행을 높이기 위한 대규모 연구[12,13] 및

가족중심의 간호중재 개발에 관한 연구들이 진행되고 있으며[14], 국가의 경제수준에 따라 치료이행에 중요한 차이가 있으므로 지속적으로 지역사회 뇌졸중 환자를 대상으로 치료이행의 정도를 평가하고 관리할 필요가 있음을 지적하고 있다[12].

하지만, 뇌졸중 환자의 재활이행에 관한 국내 연구는 미흡한 실정이며, 뇌졸중 환자의 재활이행에 영향을 주는 요인을 포괄적으로 확인한 연구도 없어 뇌졸중 환자가 치료를 중단하지 않고 재활을 지속할 수 있도록 하는 간호를 수행하는데 있어 실제적인 근거를 제시하지 못하고 있다. 또한, 자기관리 및 자가간호에 관한 선행연구의 경우[10,11] 급성기 치료를 목적으로 하는 종합병원에 입원 또는 통원치료 중이거나 진단 후 1년 이내의 환자들을 대상으로 하여, 진단 6개월 이후 치료 이행률이 급격히 감소한다는 점을 고려해 볼 때[12], 뇌졸중 환자의 지속적인 이행 정도를 확인하는 데에는 한계가 있다.

뇌졸중 환자의 재활의 원칙은 환자, 가족, 의료인의 총체적인 팀 접근이라 할 수 있다[15]. 오랜 기간 재활을 받아야 하는 뇌졸중 환자에게 재활과정동안 환자 스스로의 적극적인 참여의지와 책임이 요구된다. 재활의 모든 단계에 있어 의료인의 역할 뿐만 아니라 환자 스스로의 참여가 재활의 성과에 영향을 미칠 수 있으므로 성공적인 재활을 위해서는 변화의 핵심요소인 동기와 능력에 관심을 가져야 할 필요가 있다[16]. 재활동기는 행동의 방향과 강도, 지속성에 영향을 주고 재활과정을 성공으로 이끄는 중요한 변수이다[17]. 뇌졸중 환자의 재활동기를 파악하고, 적극적인 재활의지를 북돋아주는 간호중재는 긍정적인 효과를 보이는 것으로 보고되고 있어[16], 뇌졸중 환자의 효과적인 재활을 위해 재활동기 조성이 필수적임을 알 수 있다. 자기효능감은 어떤 결과를 얻고자 하는 행동을 성공적으로 수행해 낼 수 있는 개인의 신념으로, 뇌졸중 환자 스스로 재활에 성공할 수 있다고 믿는 자신감은 환자의 재활동기를 이끌어내는 데 긍정적인 역할을 하여[10], 재활이행에도 영향을 미칠 수 있을 것으로 생각된다. 만성질환자를 대상으로 한 여러 선행연구에서 자기효능감은 대상자의 자기관리 및 건강행위와 관련이 있는 것으로 알려져 있다[8,9]. 하지만 자기효능감이 재활치료 지속이행에 직접적으로 영향을 주지 않았다는 연구결과[18]도 있어 질환과 관련된 대상자의 다양한 특성에 따라 자기효능감이 재활이행에 어떠한 영향을 미치는지 확인할 필요가 있겠다. 재활과정 중 가족이나 주위사람들로부터 자신에 대한 믿음과 신뢰감을 느낄 때 환자의 재활의욕이 높아지며[17], 뇌졸중 환자의 사회적 지지와 재활동기는 유의한 상관관계가 있어 재활의 성과에 영향을 줄 수 있다[15]. 하지만, 다양한 신경학적 기능장애를 가지고 있는 대상자의 경우 질병으로 인한 복잡한 특성에 따라 사회적 지지가 실제 재활치료 지속이행

에 직접적인 영향을 주지 못하였다는 연구결과도 있다[18]. 많은 뇌졸중 환자들은 질병의 만성화로 인한 기능 회복이 더디고 오랜 투병기간 동안 발생하는 여러 가지 문제들이 복합적으로 작용하여, 기간이 경과함에 따라 재활에 적극적으로 참여하지 못하는 것으로 알려져 있다[19]. 따라서, 뇌졸중 환자가 꾸준히 재활에 참여할 수 있도록 격려하는 간호사의 역할이 중요할 것으로 생각되며, 이를 위해 뇌졸중 환자의 재활이행에 영향을 미치는 변인들을 확인할 필요가 있겠다.

그동안 뇌졸중 환자의 재활동기와 가족지지[15], 자기효능감과 건강행위[8] 및 자기관리[9]와의 관련성을 확인한 선행연구가 보고되었으나, 이들 관련요인을 통합적으로 제시하여 재활이행에 미치는 영향을 확인한 연구는 미비한 실정이다. 따라서 본 연구는 뇌졸중 환자의 재활동기, 자기효능감, 가족지지 및 재활이행의 정도를 파악하고, 재활이행에 영향을 미치는 요인을 규명하여 뇌졸중 환자의 재활이행을 향상시키기 위한 간호중재 프로그램 개발의 기초 자료를 제공하고자 한다.

2. 연구목적

본 연구는 뇌졸중 환자의 재활동기, 자기효능감, 가족지지 및 재활이행의 정도를 파악하고, 재활이행에 영향을 미치는 요인을 파악하기 위함이며, 구체적인 목적은 다음과 같다.

- 1) 대상자의 일반적 특성 및 질병관련 특성을 파악한다.
- 2) 대상자의 재활동기, 자기효능감, 가족지지 및 재활이행의 정도를 파악한다.
- 3) 대상자의 일반적 특성 및 질병관련 특성에 따른 재활이행 정도의 차이를 파악한다.
- 4) 대상자의 재활동기, 자기효능감, 가족지지 및 재활이행과의 관계를 파악한다.
- 5) 대상자의 재활이행에 영향을 미치는 요인을 파악한다.

연구 방법

1. 연구설계

본 연구는 뇌졸중 환자의 재활이행에 영향을 미치는 요인을 파악하기 위한 서술적 조사연구이다.

2. 연구대상

본 연구대상자는 G광역시에 소재한 5개의 재활병원에 입원중인 뇌졸중 환자를 대상으로 편의표집을 하였다. 구체적인 대상자 선정 기준은 질문의 내용을 읽고 이해하며 의사소통이 가능한 20세 이

상의 성인, 영상학적 검사를 통해 허혈성 또는 출혈성 뇌졸중으로 진단 받은 자, 뇌졸중 발병 후 급성기 치료가 종료되고 재활을 목적으로 입원치료 중인 자, 본 연구의 목적을 이해하고 자발적으로 연구참여에 동의하여 서면동의서를 작성한 자로 하였다.

본 연구에서 필요한 연구대상자 수는 G*power 3.1.9를 이용하였다. 회귀분석을 위해 양측검정 유의수준 .05, 중간정도의 효과크기 .15, 검정력 .90, 예측변수 15개(성별, 연령, 교육수준, 결혼상태, 종교 유무, 월수입, 주 돌봄 제공자, 현재 직업유무, 건강보험의 가지고 있는 개인보험의 수, 뇌졸중의 유형, 발병기간, 마비부위, 일상생활 동작 수행을 위해 도움이 필요한 정도, 현재 흡연 및 음주 여부)로 설정하였을 때 필요한 표본수는 171명으로 산출되었다. 20%의 탈락률을 고려하여 총 205부의 설문지를 배포하였고, 194부가 회수되었다(회수율 94.6%). 이 중 불충분한 응답이 있는 2부를 제외하고 192부를 최종 분석에 사용하여 충분한 표본 크기를 확보하였다.

3. 연구도구

1) 일반적 특성 및 질병관련 특성

일반적 특성으로는 성별, 연령, 교육수준, 결혼상태, 종교 유무, 월수입, 주 돌봄 제공자, 현재 직업 유무, 건강보험의 가지고 있는 개인보험의 수의 9개 항목을 조사하였다. 질병관련 특성으로는 뇌졸중의 유형, 발병기간, 마비부위, 일상생활동작 수행을 위해 도움이 필요한 정도, 현재 흡연 및 음주 여부의 6개 항목을 조사하였다.

2) 재활이행

뇌졸중 환자의 재활이행은 뇌졸중 재활치료를 위한 한국형 표준진료지침[20], 척수손상 환자의 재활치료 지속이행 도구[18] 및 뇌졸중 재활에 관한 문헌을 토대로 본 연구팀에서 개발한 도구를 이용하여 측정하였다. Kim [18]의 도구는 뇌졸중 재활이행 도구를 위해 참고하거나 수정·보완해서 사용할 수 있다는 허락을 받은 후, 이메일로 원도구를 받아 사용하였다. 문헌고찰을 토대로 뇌졸중 환자의 재활이행 도구 예비 30문항을 개발한 후, 뇌졸중 재활간호 경력 5년 이상된 재활병동 수간호사 1인과 일반간호사 1인, 뇌졸중 재활간호 분야에서 3년 이상의 임상경력이 있는 성인간호학 교수 2인, 신경외과 전문의 1인, 신경과 전문의 1인, 재활의학과 전문의 2인의 총 8인에게 내용타당도 검증을 받았다. 내용타당도는 4점 척도로 각 문항에 대해 '매우 적절하지 않음'을 1점, '매우 적절함'을 4점으로 측정하였으며, 평균 3점 이상인 문항을 선택하였다. 내용타당도 검증 결과 1개의 문항은 매우 적절하지 않은 것으로 나타나 삭제되었고, 7개의 문항은 의미가 불분명하다는 의견에 따라 문구를 수정하였다. 수정된 29개의 문항으로 재활치료 중인 뇌졸중 환자 2

명에게 예비조사를 실시하였으며, 문항의 의미가 어려워 답하기 어려워했던 1개 문항을 수정하였다.

재활이행 도구의 타당도를 분석하기 위해 요인분석을 실시하였다. 요인추출방법은 최소제곱 추정방법을 이용하였으며, 고유값(eigenvalue)이 1 이상인 경우를 기준으로 하였다. 요인회전 방식은 베리맥스(Varimax)방법을 이용하였고, 표본의 적절성을 확인하기 위해 변수들의 Kaiser-Meyer-Olkin (KMO)과 바틀렛의 구형성 검정(Bartlett's test of sphericity)결과, $KMO = .77, \chi^2 = 2,244.93 (p < .001)$ 로 나타나 요인분석을 위한 기본가정을 충족하였다. 요인분석 결과, 29개의 문항에서 8개의 요인이 추출되었으며 전체 분산의 52.4%를 설명하는 것으로 나타났다. 8개의 요인을 투약이행(5문항), 체위유지(5문항), 재발예방(4문항), 변비예방(5문항), 욕창예방(3문항), 흡연예방(2문항), 재활운동(3문항), 건강행위(2문항)로 명명하였다. 재활이행 도구는 29문항의 4점 Likert 척도로 구성되었으며, 각 문항은 '전혀 그렇지 않다' 1점에서 '그렇다' 4점으로 측정한다. 점수가 높을수록 재활이행 정도가 높음을 의미하며, 본 연구에서 도구의 신뢰도는 Cronbach's $\alpha = .82$ 이었다.

3) 재활동기

재활동기는 Hafen 등[21]이 개발한 Patient questionnaire of rehabilitation-motivation (PAREMO) 도구를 Park과 Kwoen[17]이 뇌졸중 환자에게 적합하게 수정·보완한 도구를 사용하여 측정하였다. 도구 사용 전 Park에게 이메일로 도구사용에 대한 허락을 받았다. 본 도구는 44문항의 4점 Likert 척도로 '그렇지 않다' 1점에서 '그렇다' 4점으로 측정하며, 측정된 점수가 높을수록 재활동기가 높음을 의미한다. Park과 Kwoen[17]의 연구에서 도구의 신뢰도는 Cronbach's $\alpha = .88$ 이었으며, 본 연구에서 Cronbach's $\alpha = .91$ 이었다.

4) 자기효능감

자기효능감은 Sherer 등[22]이 개발한 일반적 자기효능감 측정도구를 Kim과 Kim [23]이 뇌졸중 환자에게 적합하게 수정·보완한 도구를 사용하여 측정하였다. 도구사용 전 Kim에게 이메일로 도구사용에 대한 허락을 받았다. 본 도구는 14문항으로 '전혀 자신이 없다' 1점에서 '완전히 자신 있다' 10점으로 측정하며, 측정된 점수가 높을수록 자기효능감이 높음을 의미한다. Kim과 Kim [23]의 연구에서 도구의 신뢰도는 Cronbach's $\alpha = .98$ 이었으며, 본 연구에서 Cronbach's $\alpha = .92$ 이었다.

5) 가족지지

가족지지는 뇌졸중으로 편마비가 있는 대상자의 가족지지를 측

정하기 위해 Kang [24]이 개발한 도구를 사용하여 측정하였다. 도구 사용 전 원 저자에게 이메일로 도구사용에 대한 허락을 받았다. 가족지지 도구는 총 11문항의 5점 Likert 척도로 '전혀 그렇지 않다' 1점에서 '매우 그렇다' 5점으로 측정하며, 점수가 높을수록 가족지지가 높은 것을 의미한다. 개발당시 도구의 신뢰도는 Cronbach's $\alpha = .89$ 이었고, 본 연구에서 Cronbach's $\alpha = .86$ 이었다.

4. 자료수집

자료수집을 위해 G광역시에 소재하고 재활의학과 병동에서 뇌졸중 환자의 재활이 이루어지고 있는 9개의 재활병원을 방문하여 연구의 목적 및 방법에 대해 설명하였고, 5개의 병원에서 자료수집을 허락하였다. 자료수집 기간은 2013년 10월부터 11월 20일까지였다. 자료수집 전 연구자는 해당병동의 간호관리자에게 우선순위로 병동 방문일자를 알려주었고, 간호관리자는 대상자 선정기준에 부합한 환자의 병실과 명단을 알려주었다. 이후 연구자 또는 연구보조원은 병실이나 병동 휴게실에서 선정기준에 부합한 뇌졸중 환자를 만나 연구의 목적 및 방법을 설명하고, 자발적으로 연구 참여의사를 밝힌 대상자에게 서면 동의서를 받은 후 자료수집을 시행하였다. 구조화된 설문지를 이용하였으며, 대상자가 스스로 읽고 답할 수 있는 경우에는 대상자 스스로 설문지를 작성하였으며, 스스로 읽고 쓰는데 힘들어하는 경우에는 연구자나 연구보조원이 문항을 읽고 기록해주는 방식으로 설문조사를 진행하였다. 설문지 작성에는 약 20분의 시간이 소요되었으며, 설문이 끝난 후에는 소정의 답례품을 전달하였다.

5. 자료분석

수집된 자료는 IBM SPSS 21.0 프로그램(SPSS Inc, Chicago, IL)을 이용하여 분석하였으며, 구체적인 분석방법은 다음과 같다.

- 1) 재활이행 도구의 타당도 확인을 위해 요인분석을 실시하였다.
- 2) 대상자의 일반적 특성 및 질병관련 특성, 재활동기, 자기효능감, 가족지지와 재활이행의 정도는 기술통계로 분석하였다.
- 3) 대상자의 일반적 특성 및 질병관련 특성에 따른 재활이행 정도의 차이는 t-test와 one-way ANOVA로 분석하였으며, 사후 검증은 scheffe's test를 이용하였다. 이때 정규분포 검정결과에 따라 모수 또는 비모수방법을 이용하였다.
- 4) 대상자의 재활동기, 자기효능감, 가족지지 및 재활이행과의 관계는 Pearson's correlation coefficient로 분석하였다.
- 5) 대상자의 재활이행에 미치는 영향요인을 파악하기 위해 다중회귀분석(multiple regression)을 실시하였다.

6. 윤리적 고려

본 연구는 일 대학교 생명윤리위원회의 심의를 거쳐 연구승인을 받았다(IRB No. JBNU-2013-12004). 자료수집 전 대상자에게 연구대상자 설명문을 바탕으로 연구의 목적을 설명하고, 설문 내용은 연구 목적으로만 사용되며, 응답 도중 언제든지 원하지 않으면 참여를 취소할 수 있음을 설명하였다. 또한 무기명으로 처리되어 비밀이 보장되고, 연구에 참여하지 않음에 따른 불이익이 없으며, 연구참여는 본인의 자율적인 판단에 의해 이루어짐을 설명하였다.

연구 결과

1. 대상자의 일반적 특성 및 질병관련 특성

대상자의 일반적 특성을 살펴보면, 남성이 62.0%를 차지하였고, 연령은 50세 이상이 77.0%로 평균연령은 58.47±12.89세였다. 교육수준은 79.2%가 고등학교 졸업 이하였으며, 67.7%가 기혼상태였고, 60.4%가 종교를 가지고 있었다. 45.3%의 대상자가 주 돌봄 제공자가 배우자라고 응답하였으며, 91.7%의 대상자가 현재 직업을 가지고 있지 않았다. 54.2%는 건강보험 외에 개인보험을 가지고 있지 않았다.

대상자의 질병관련 특성을 살펴보면, 뇌졸중의 유형은 51.6%가 출혈성 뇌졸중, 48.4%가 허혈성 뇌졸중이었으며, 발병기간은 6개월 이상 24개월 미만인 43.8%를 차지하였다. 96.4%의 대상자가 마비가 있었으며, 84.5%의 대상자가 일상생활동작 수행을 위해 도움을 필요로 하였다. 대상자의 7.8%는 현재 흡연을 하였고, 7.3%는 현재 음주를 하였다(Table 1).

2. 대상자의 재활동기, 자기효능감, 가족지지 및 재활이행의 정도

대상자의 재활 동기는 4점 만점에 평균 2.04±0.35점, 자기효능감은 10점 만점에 평균 6.22±2.32점, 가족지지는 5점 만점에 평균 3.40±0.82점이었다. 재활이행은 4점 만점에 평균 3.08±0.41점이었으며, 하부영역별 점수는 건강행위가 3.60±0.82점, 투약이행이 3.39±0.77점, 재활예방이 3.39±0.61점의 순이었다(Table 2).

3. 대상자의 일반적 특성 및 질병관련 특성에 따른 재활이행의 차이

대상자의 일반적 특성에 따른 재활이행은 교육수준(F=3.40, p=.035), 결혼상태(F=4.04, p=.019), 개인보험의 수(K=9.80, p=.020)에 따라 통계적으로 유의한 차이가 있었다. 교육수준에서는 중학교 졸업 이하인 대상자가 3.18±0.42점으로 고등학교졸업인 대상자보다, 결혼상태에서는 이혼 또는 사별로 인한 독신인 대상자가 3.23±0.37점으로 미혼인 대상자보다, 가지고 있는 개인보험의 수에서는 개인보험이 없는 대상자가 3.14±0.40점으로 2개 이상 가지고 있는

Table 1. General and Diseased-related Characteristics of the Subjects (N = 192)

Variables	Categories	n (%) or Mean ± SD
Gender	Male	119 (62.0)
	Female	73 (38.0)
Age (year)	≤ 39	15 (7.9)
	40-49	29 (15.1)
	50-59	60 (31.3)
	≥ 60	88 (45.7)
		58.47 ± 12.89
Education level	Under middle school	77 (40.1)
	High school	75 (39.1)
	College and over	40 (20.8)
Marital status	Unmarried	22 (11.5)
	Married	130 (67.7)
	Single (divorced/seperated)	40 (20.8)
Religion	Have	116 (60.4)
	Have not	76 (39.6)
Monthly income (1,000 KR)	< 1,000	139 (72.4)
	≥ 1,000	53 (27.6)
Primary caregiver	Spouse	87 (45.3)
	Adult child/parents	38 (19.8)
	Care worker	67 (34.9)
Present job	Have	16 (8.3)
	Have not	176 (91.7)
Number of personal insurance	0	104 (54.2)
	1	65 (33.8)
	≥ 2	23 (12.0)
Type of stroke	Hemorrhagic stroke	99 (51.6)
	Ischemic stroke	93 (48.4)
Onset periods (month)	< 6	54 (28.1)
	≥ 6- < 24	84 (43.8)
	≥ 24	54 (28.1)
Location of paresis	Right	90 (46.9)
	Left	92 (47.9)
	Right + Left	3 (1.6)
	None	7 (3.6)
Need of someone's help for ADLs	Always	36 (18.8)
	Frequency	66 (34.4)
	A little	60 (31.3)
	Not at all	30 (15.5)
Current smoking	Yes	15 (7.8)
	No	177 (92.2)
Current drinking	Yes	14 (7.3)
	No	178 (92.7)

ADLs = Activities of daily living.

대상자보다 재활이행 점수가 높았다.

대상자의 질병관련 특성에 따른 재활이행은 마비부위(F=2.72, p=.046), 현재 흡연여부(M=657.00, p=.001)에 따라 통계적으로 유의한 차이가 있었다. 마비가 없는 대상자가 2.71±0.52점으로 양쪽 마비가 있는 대상자보다, 현재 흡연을 하는 대상자가 2.79±0.28점으로 그렇지 않는 대상자보다 재활이행 점수가 낮았다(Table 3).

Table 2. Degree of Rehabilitation Motivation, Self-efficacy, Family Support and Rehabilitation Adherence

(N = 192)

Variables	Mean ± SD	Min	Max
Rehabilitation motivation	2.04 ± 0.35	1.25	3.86
Self-efficacy	6.22 ± 2.32	1.00	9.86
Family support	3.40 ± 0.82	1.00	5.00
Rehabilitation adherence			
Medication adherence	3.39 ± 0.77	1.00	4.00
Proper posture	3.07 ± 0.66	1.00	4.00
Recurrence prevention	3.39 ± 0.61	1.00	4.00
Constipation prevention	2.89 ± 0.47	1.00	4.00
Bedsore prevention	3.09 ± 0.92	1.00	4.00
Aspiration prevention	2.79 ± 0.89	1.00	4.00
Rehabilitation exercise	3.12 ± 0.83	1.00	4.00
Health behavior	3.60 ± 0.82	1.00	4.00
Total	3.08 ± 0.41	1.86	3.93

Table 3. Difference in Rehabilitation Adherence by General and Diseased-related Characteristics

(N = 192)

Variables	Categories	Mean ± SD	Rehabilitation Adherence	
			t or F	p
Gender	Male	3.05 ± 0.41	-1.68	.095
	Female	3.15 ± 0.40		
Age (year)	≤ 39	2.97 ± 0.30	2.14	.078
	40-49	2.96 ± 0.42		
	50-59	3.05 ± 0.45		
	≥ 60	3.17 ± 0.37		
Education level	Under middle school	3.18 ± 0.42 ^a	3.40	.035
	High school	3.01 ± 0.37 ^{ab}		
	College and over	3.05 ± 0.43 ^c		
Marital status	Unmarried	2.94 ± 0.39 ^{ac}	4.04	.019
	Married	3.07 ± 0.41 ^b		
	Single(divorced/seperated)	3.23 ± 0.37 ^c		
Religion	Have	3.10 ± 0.42	.33	.745
	Have not	3.08 ± 0.40		
Monthly income (1,000 KR)	< 1,000	3.09 ± 0.41	.14	.893
	≥ 1,000	3.08 ± 0.39		
Primary caregiver	Spouse	3.07 ± 0.45	.11	.898
	Adult child/parents	3.11 ± 0.36		
	Care worker	3.09 ± 0.37		
Present job	Have	3.05 ± 0.45	-3.38	.705
	Have not	3.09 ± 0.40		
Number of personal insurance	0	3.14 ± 0.40 ^{ac}	9.80 [†]	.020
	1	3.05 ± 0.40 ^b		
	≥ 2	2.89 ± 0.43 ^c		
Type of stroke	Hemorrhagic stroke	3.08 ± 0.42	-1.10	.924
	Ischemic stroke	3.09 ± 0.39		
Onset periods (month)	< 6	3.09 ± 0.41	.19	.827
	≥ 6- < 24	3.03 ± 0.42		
	≥ 24	3.08 ± 0.38		
Location of paresis	Right	3.12 ± 0.43 ^a	2.72	.046
	Left	3.07 ± 0.37 ^b		
	Right + Left	3.32 ± 0.09 ^{cd}		
	None	2.71 ± 0.52 ^d		
Need of someone's help for ADLs	Always	3.02 ± 0.37	.57	.633
	Frequency	3.11 ± 0.34		
	A little	3.11 ± 0.45		
Current smoking	Not at all	3.04 ± 0.48	657.00 [†]	.001
	Yes	2.79 ± 0.28		
Current drinking	No	3.11 ± 0.41	-1.58	.115
	Yes	2.92 ± 0.56		
	No	3.10 ± 0.39		

[†]Mann-Whitney or kruskal wallis test statistics, ^{a-d}Scheffe's test; Means with the same letter are significantly different.

ADLs = Activities of daily living.

Table 4. Correlations of Rehabilitation Motivation, Self-efficacy, Family Support and Rehabilitation Adherence

(N = 192)

Variables	Rehabilitation motivation	Self-efficacy	Family support	Rehabilitation adherence
	r (p)	r (p)	r (p)	r (p)
Rehabilitation motivation	1			
Self-efficacy	.07 (.310)	1		
Family support	.29 (<.001)	.08 (.283)	1	
Rehabilitation adherence	.30 (<.001)	.14 (.046)	.18 (.011)	1

Table 5. Factors Influencing Rehabilitation Adherence

(N = 192)

Variables	B	SE	β	t	p
Constant	2.10	0.25		8.56	<.001
Marital status (divorced/seperated) [†]	.14	0.07	.14	2.20	.038
Number of Personal Insurance (≥ 2) [†]	-.18	0.09	-.15	-2.02	.045
Location of paresis (none) [†]	-.32	0.15	-.15	-2.21	.028
Rehabilitation Motivation	.22	0.08	.19	2.72	.007
Self-efficacy	.03	0.01	.14	2.12	.035

$R^2 = .226, F = 5.92, p < .001$

[†]Dummy variables (Marital status; unmarried = 01, married = 10, divorced/seperated = 11, Number of personal insurance; 0 = 01, 1 = 10, 2 = 11, Location of paresis; right = 001, left = 010, right+left = 100, none = 111).

4. 대상자의 재활동기, 자기효능감, 가족지지 및 재활이행 간의 관계

대상자의 재활이행은 재활동기($r = .30, p < .001$), 자기효능감($r = .14, p = .046$) 및 가족지지($r = .18, p = .011$)와 통계적으로 유의한 정적 상관관계가 있었다. 재활동기와 가족지지는 통계적으로 유의한 정적 상관관계가 있었다($r = .29, p < .001$) (Table 4).

의 변수들의 재활이행에 대한 설명력은 약 22.6%였다($F = 5.92, p < .001$) (Table 5).

논 의

본 연구는 뇌졸중 환자의 재활동기, 자기효능감, 가족지지 및 재활이행의 정도를 파악하고, 재활이행에 영향을 미치는 요인을 파악하여, 재활이행을 높일 수 있는 간호중재 개발에 도움이 되고자 시도되었다.

5. 대상자의 재활이행에 영향을 미치는 요인

대상자의 재활이행에 영향을 미치는 요인을 확인하기 위해 재활동기, 자기효능감, 가족지지 그리고 일반적 특성 및 질병관련 특성 중 분산분석 및 상관관계 분석에서 재활이행과 유의한 차이또는 관계가 있는 것으로 나타난 변수 즉, 교육수준, 결혼상태, 개인보험의 수, 마비부위, 현재 흡연여부를 독립변수로 하여 다중회귀분석을 실시하였다. 회귀분석을 위한 기본가정을 검토한 결과 Durbin-Watson 통계량은 2.07으로 2값 근처에 있어 자기상관이 없고 독립적인 것으로 확인되었다. 공차한계(tolerance limit)는 0.77-0.94로 .04 이하인 변수가 없었으며, 상태지수(condition index)는 1.00-28.99로 30을 넘지 않았고, 분산팽창인자(VIF)는 1.06-1.29로 모든 변수에서 10을 넘지 않아 다중공선성의 문제를 배제할 수 있었다. 따라서 다중회귀분석을 실시할 수 있는 요건을 만족하였다.

본 연구대상자의 평균연령은 58.47세로 50세 이상이 77%, 30-40대의 연령이 23%를 차지하였다. 이는 한국인의 경우 50대부터 뇌졸중 유병률이 급격히 증가하고, 최근 뇌졸중 발병 연령이 낮아지는 것을 보여주는 결과로[2], 뇌졸중 예방을 위한 교육 및 홍보 등이 필요로 할 것으로 생각된다. 본 연구 대상자의 96.4%가 마비가 있었고, 84.5%는 일상생활동작 수행에 누군가의 도움을 필요로 하는 것으로 나타났으며, 주 돌봄 제공자는 배우자가 45.3%, 자녀나 부모가 19.8%였다. 이는 90.5%의 대상자가 마비가 있고, 78.7%가 배우자, 부모 및 자녀가 주 돌봄 제공자였다는 선행연구 결과[23]와 유사하였는데, 가족 중심적인 한국의 상황을 나타내주는 결과로 생각된다. 본 연구 대상자의 71.9%가 뇌졸중 발병 후 6개월 이상 경과된 상태였는데, 오랜 기간 신경학적 장애가 있는 뇌졸중 환자를 돌보는 가족들의 스트레스나 부담감 등에 관심을 가지고 주 간호제공자를 위한 간호중재가 필요할 것으로 생각된다. 대상자의 대부분이 현재 직업을 가지고 있지 않았고, 54.2%는 개인적으로 보험을 가지고 있

그 결과 재활동기($\beta = 0.19, p = .007$), 자기효능감($\beta = 0.14, p = .035$), 결혼상태($\beta = 0.14, p = .038$), 개인보험의 수($\beta = -0.15, p = .045$) 및 마비부위($\beta = -0.15, p = .028$)가 재활이행에 유의한 영향을 미치는 것으로 나타났다. 재활동기가 재활이행에 가장 큰 영향을 미치는 요인이었으며, 재활동기, 자기효능감, 결혼상태, 개인보험의 수 및 마비부위

지 않았는데, 뇌졸중은 경제적 부담과 질병으로 인한 손실이 매우 큰 질환이므로 장기적인 재활을 해야 하는 환자의 부담감을 높이는 요인이 될 수 있으므로 이에 대한 관심이 필요할 것으로 생각된다. 본 연구대상자의 약 7.3%가 현재 흡연을 하였는데, 흡연은 뇌졸중 재발의 위험요인이 되므로 재발을 예방하기 위해 뇌졸중 위험요인에 대한 적극적인 교육과 홍보가 필요하며, 일회성이 아닌 금연을 위한 지속적인 간호중재 및 환자 모니터링이 필요할 것으로 생각된다.

본 연구대상자의 재활동기는 4점 만점에 평균 2.04점, 자기효능감은 10점 만점에 평균 6.22점으로 동일한 도구를 사용한 선행연구에서 재활동기는 2.78점[17]과 2.40점[25], 자기효능감은 8.02점[26]으로 제시한 점수보다는 낮았는데, 이는 연구대상자의 연령 및 발병기간 등의 차이로 생각된다. 본 연구대상자의 연령은 45.8%가 60대 이상으로 젊은 연령층에 비해 재활에 대한 의지가 낮았을 수 있고, 급성기 치료 이후 재활병동에 입원중인 환자였으므로 가정에서 통원치료 중인 환자에 비해 신경학적 손상이나 기능장애의 중등도가 높아 기능회복이 더디고 오랜 병원생활로 인한 정신적 부담감이 가중되어 재활의 요구도나 의지가 낮아진다는 선행연구의 결과[19]와 같은 맥락에서 생각해 볼 수 있겠다. 가족지지는 5점 만점에 평균 3.40점으로 선행연구 결과와 유사하였다[15,24]. 연구대상자의 재활이행은 4점 만점에 평균 3.08점이었다. 뇌졸중 환자의 재활이행을 확인한 선행연구가 없어 직접적인 비교는 어려우나 척수손상 환자의 재활치료 지속이행 정도가 3.11점이라고 결과와 유사하였다[18]. 한편 뇌졸중 환자의 자가간호 수행정도가 75점 만점에서 25.29-31.66점[11], 자기관리 정도가 75점 만점에서 69.20-64.12점[9,10]으로 연구결과마다 상이하여 직접적인 비교는 어렵지만, 뇌졸중 이차예방을 위한 치료 순응도와 치료 지속성이 높지 않은 것으로 보고되고 있으므로[4,5], 이에 대한 반복연구가 필요하다.

본 연구대상자의 일반적 특성 및 질병관련 특성에 따른 재활이행 정도는 교육수준, 결혼상태, 개인보험의 수, 마비부위 및 현재 흡연여부에 따라 통계적으로 유의한 차이가 있었다. 교육수준이 낮고 이혼 또는 사별 등으로 인해 혼자 사는 대상자의 재활이행이 높았는데, 가족과의 동거여부가 뇌졸중 환자의 건강행위에 유의한 효과를 미치지 않았다는 선행연구[8]의 결과와 유사한 맥락에서 생각해 볼 수 있겠다. Lee 등[27]은 뇌졸중 환자가 재활을 인식하는 유형을 다섯 가지로 제시하였는데, 본 연구에서 재활이행이 높았던 이혼 또는 사별로 인해 혼자 사는 대상자는 가족이나 타인의 도움 없이 혼자 일어서고 독립적으로 기능할 수 있도록 재활에 있어 자신의 의지가 가장 중요하다고 인식하며 열심히 노력하는 홀로서기 유형에 해당된다고 유추해 볼 수 있겠다. 또한, 양측 마비가 있는 대상자의 재활이행이 높았는데, Kim [18]은 척수손상 환자의 경우 지각된

장애성이 재활 치료 지속이행에 미치는 영향이 유의하지 않았다고 하였으며, Kim 등[8]은 뇌졸중 환자의 활동장애가 낮을수록 건강행위 실천정도가 높아졌다고 하여 연구결과마다 상이한 것을 알 수 있다. 뇌졸중 환자는 운동기능의 회복이 뚜렷할 때 재활에 적극적으로 참여하게 되며 뇌졸중 발병 기간에 따라 환자들이 생각하는 재활의 목표는 기능증진과 사회복귀에서 현 상태유지 및 독립적 생활유지로 변화한다[19]. 뇌졸중 재활을 위한 목표 설정은 바람직한 건강행위를 강화할 수 있다는 연구결과를 고려해 볼 때[28], 본 연구에서 마비가 있는 대상자는 그렇지 않은 대상자에 비해 재활의 목표가 뚜렷하여 재활이행이 높아졌을 것이라고 생각해 볼 수 있겠다. 따라서, 재활을 하는 뇌졸중 환자를 간호할 때, 이들이 생각하는 재활의 목표 및 환자의 인식 정도를 확인하여 개별화된 간호를 계획하는 것이 필요할 것으로 생각된다. 본 연구결과 개인보험을 가지고 있지 않은 대상자가 재활이행이 높은 것으로 나타났는데 이는 대상자가 인지하는 의료비 등의 경제적인 부담감과 같은 맥락에서 생각해 볼 수 있다. 뇌졸중 재활에는 많은 비용이 들고 경제적인 부담감은 환자가 재활을 중단하게 되는 요인이 될 수 있다. 본 연구대상자는 재활을 목적으로 병동에 입원해 있는 대상자였으므로 개인보험을 가지고 있지 않은 대상자는 의료비 등에 대한 경제적 부담감이 커 빠른 기간내에 재활하고자 하는 목표의식이 더 뚜렷하여 재활이행이 높아졌을 것으로 생각해 볼 수 있겠다. 흡연을 하지 않은 대상자의 재활이행 정도가 더 높은 것으로 나타나 Cho와 Yun [9]의 연구결과를 지지하였다. 이는 보건교육을 통한 뇌졸중 및 위험요인에 대한 지식이 건강행위 실천에 영향을 줄 수 있다는 측면에서[5,8], 흡연을 하지 않은 대상자는 뇌졸중 재발에 대한 충분한 정보제공의 기회에 노출되었을 수 있음을 유추해 볼 수 있겠다.

본 연구에서 대상자의 재활동기, 자기효능감 및 가족지지가 높을수록 재활이행이 높은 것으로 나타났는데, 이는 뇌졸중 환자의 자기효능감이 자기관리와 유의한 양의 상관관계가 있고[16] 건강행위를 강화시킨다는 연구결과[8]를 지지하였다. 또한 대상자의 가족지지와 재활동기가 유의한 관련성이 있어 뇌졸중 환자가 지각한 사회적 지지와 재활동기가 유의한 상관관계가 있다는 선행연구 결과를 지지하였다[15,24]. Nayeri 등[14]은 뇌졸중 환자에게 적용한 가족중심의 간호중재 프로그램이 치료이행에 향상시켰다고 하였는데, 가족은 건강행위 실천에 있어 매우 중요한 자원이 되며[8], 가족이나 주위사람들로부터 충분한 믿음이나 신뢰감, 즉 가족지지가 높을 때 재활동기가 높아진다는 Kim[18]의 연구결과를 지지한다. 따라서, 가족을 적극적으로 활용하여 재활이행을 높일 수 있는 방안이 마련되어야 할 것으로 생각된다. 본 연구결과를 뇌졸중 재활과정에서 지속적으로 재활동기, 자기효능감 및 가족지지를 높이는 것은

재활이행에 도움을 줄 수 있음을 시사하며, 이러한 변수들을 하나의 순환 고리로 생각하여 뇌졸중 환자의 재활과정에 적용해 보는 것이 중요하리라 사료된다. 뇌졸중 환자의 자기효능감은 가족과 같은 개인적 요인을 매개하여 건강행위를 강화시킨다고 Kim 등[8]의 연구결과를 고려하여, 본 연구에서 재활이행과 관련성이 있는 것으로 확인된 재활동기, 자기효능감 및 가족지지와 재활이행 간의 매개 및 조절효과를 확인하는 추후 연구도 필요할 것으로 생각된다.

본 연구에서 대상자의 재활동기, 자기효능감, 결혼상태, 개인보험의 수 및 마비부위는 재활이행에 영향을 미치는 변수로 확인되었으며 이들은 재활이행을 약 22.6% 설명하였다. 재활이행에 가장 큰 영향을 미치는 요인은 재활동기였으며 그 다음으로 자기효능감의 순이었는데, 이는 재활동기는 재활의 과정을 성공으로 이끄는 매우 중요한 변수이며, 재활성과에 큰 영향을 미치는 중요한 요인이라는 연구결과를 지지하였다[17]. 자기효능감은 뇌졸중 환자의 행위변화 및 생산적이고 창의적인 삶을 살아갈 수 있는 지속적인 치료 및 관리를 높일 수 있고, 건강행위에 큰 영향을 미쳐[8] 성공적인 자기관리를 예측할 수 있다는 연구결과를 지지한다[9,28]. 따라서, 뇌졸중 환자의 재활이행을 높이기 위한 간호중재를 개발할 때 환자의 재활동기 및 자기효능감을 증진시킬 수 있는 간호를 계획할 필요가 있다. 또한 개인보험의 수가 재활이행에 영향을 미치는 변수로 확인되었는데, 이는 경제수준이 재활치료 지속이행에 직접적인 영향을 미친다는 Kim[18]의 연구결과를 지지하였다. 뇌졸중 환자들은 소득 감소로 인한 심각한 경제적 부담감을 경험하고, 장기간의 재활기간 동안 의료비의 부담이 너무 높아 재활을 지속하는데 어려움을 느끼게 되며[27], 이는 뇌졸중의 악화 및 재발을 초래할 수 있다. 따라서 이에 대한 국가차원의 좀 더 적극적인 지원과 체계마련이 필요할 것으로 생각된다.

본 연구는 뇌졸중 환자의 재활이행 수준을 높이기 위한 전략을 마련하고자 재활이행 영향요인을 파악하고자 시도되었으나, 재활동기, 자기효능감, 결혼상태, 개인보험의 수 및 마비부위의 5개변수에 대한 설명력이 약 22.6%로 다소 낮게 나타났다. 연구대상자는 다르지만 Kim[18]은 척수손상 환자의 경제수준, 무력감 및 우울감이 재활치료 지속이행에 직접적인 영향을 주는 요인이라고 하여 본 연구결과와는 차이가 있어, 추후연구에서는 무력감 및 우울과 같은 심리적 측면의 요인들을 포함하여 재활이행 영향요인을 분석할 필요가 있을 것으로 생각된다. 또한 재활이행과는 다소 차이가 있어 직접적인 비교는 어렵지만, Kim 등[5]은 지역사회 뇌졸중 환자의 보건교육 경험, 일상생활의 독립성과 기능상태, 우울 및 약물에 대한 신념이 치료 지속이행에 영향을 미친다고 하였고, Kim 등[8]은 뇌졸중 환자의 연령, 활동장애, 건강관련 지식 및 자기효능감이 건강행

위의 36%를 설명한다고 하였다. Cho와 Yun [9]은 뇌졸중 환자의 불확실성과 자기효능감이 자기관리의 62.7% 설명하므로 불확실성의 하위개념인 애매모호함, 예측 불가능, 복잡성, 정보부족 등과 관련된 어려움에 잘 대처하도록 하는 것이 중요하다고 하였다. 이상의 선행연구 결과를 볼 때, 자기효능감은 뇌졸중 환자의 건강행위 및 자기관리의 중요한 예측인자로 본 연구결과를 지지한다. 또한 일상생활의 독립성이나 기능상태가 치료이행이나 건강행위에 중요한 영향요인임을 알 수 있으나, 본 연구결과 재활이행 영향요인에 포함되지 못하였으므로 추후연구에서는 다양한 대상자의 질병관련 특성을 고려하고, 보다 객관화되고 표준화된 도구를 사용하여 대상자의 기능 상태를 확인할 필요가 있을 것으로 생각된다. 따라서, 추후연구에서는 신체적, 정신적, 사회적, 인지적 측면의 보다 다양한 요인을 포함하여 뇌졸중 환자의 재활이행 영향요인을 파악하고, 재활이행 증진을 위한 간호를 적용할 때 이러한 영향요인을 고려할 필요가 있겠다.

본 연구는 장기간의 재활이 필요한 뇌졸중 환자의 재활이행에 관심을 가지고, 뇌졸중 환자의 재활이행을 높일 수 있는 간호를 계획할 때 고려해야 할 변인들을 확인하여 뇌졸중 재활간호 실무의 질 향상을 위한 근거를 마련하였다는 데 의의가 있다. 그러나, 일 지역의 재활병동에 입원한 환자만을 대상으로 하여 재가환자가 제외되었으며, 발병기간 및 질병의 중증도 등의 질병관련 특성들이 통제되지 않았다는 제한점이 있으므로 연구결과를 해석하는데 신중을 기해야 한다.

결 론

본 연구는 뇌졸중 환자의 재활동기, 자기효능감, 가족지지 및 재활이행의 정도를 파악하고, 재활이행에 영향을 미치는 요인을 파악하기 위해 시도된 서술적 조사연구이다. 연구결과 뇌졸중 환자의 재활이행은 재활동기, 자기효능감 및 가족지지와 유의한 정적인 상관관계가 있고, 재활동기와 자기효능감은 재활이행을 향상시킬 수 있는 가장 중요한 요인으로 확인되었다. 따라서, 재활이행 증진을 위한 간호중재 프로그램을 개발할 때 대상자의 재활동기 및 자기효능감을 강화하고, 결혼상태, 경제상태 및 질병으로 인한 신체적 기능정도 등을 고려할 필요가 있다. 본 연구결과를 토대로 다음과 같이 제언한다.

첫째, 재가 환자를 포함한 연구대상자를 확대하여 본 연구에서 개발된 재활이행 측정도구의 신뢰도와 타당도를 확인하는 연구를 제언한다.

둘째, 뇌졸중 환자의 신경학적 장애 정도를 고려하여 발병기간

에 따라 재활이행의 변화를 확인하는 종단적 연구를 제안한다.

셋째, 뇌졸중 환자의 재활이행 향상을 위한 간호중재 프로그램을 개발하고 적용하는 연구를 제안한다.

REFERENCES

1. Korean Statistical Information Service. Statistics Korea [Internet]. Daejeon: Korean Statistical Information Service; 2016 [cited 2017 Apr 4]. http://kosis.kr/statisticsList/statisticsList_01List.jsp?vwcd=MT_ZTITLE&parentId=D#SubCont
2. Im JH, Lee KS, Kim KY, Hong NS, Lee SW, Bae HJ. Follow-up study on mortality in Korean stroke patients. *Journal of the Korean Medical Association*. 2011;54(11):1199-1208. <http://dx.doi.org/10.5124/jkma.2011.54.11.1199>
3. Hong MS, Jo HS, Yom YH, Kim GM. The analysis of trends and contents of nursing intervention research for stroke patients in Korea. *Journal of Korean Academy of Fundamentals of Nursing*. 2012;19(1):109-121.
4. Bushnell CD, Olson DM, Zhao X, Pan W, Zimmer LO, Goldstein LB, et al. Secondary preventive medication persistence and adherence 1 year after stroke. *Neurology*. 2011;77(12):1182-1190. <http://dx.doi.org/10.1212/WNL.0b013e31822f0423>
5. Kim YT, Park KS, Bae SG. Predictors of persistence and adherence with secondary preventive medication in stroke patients. *Journal of Agricultural Medicine and Community Health*. 2015;40(1):9-20. <http://dx.doi.org/10.5393/JAMCH.2015.40.1.009>
6. Suh M, Choi-Kwon S. Structural equation modeling on quality of life in stroke survivors. *Journal of Korean Academy of Nursing*. 2010;40(4):533-541. <http://dx.doi.org/10.4040/jkan.2010.40.4.533>
7. Kim CG, Park HA. Development and evaluation of web-based education program to prevent secondary stroke. 2011;41(1):47-60. <http://dx.doi.org/10.4040/jkan.2011.41.1.147>
8. Kim MK, Lee HR, Kwon JY, Oh HS. Influencing and mediating factors in health behaviors among stroke patients. *Korean Journal of Adult Nursing*. 2013;25(6):610-621. <http://dx.doi.org/10.7475/kjan.2012.24.6.610>
9. Cho SH, Yun KS. Influence of uncertainty, physiologic risk factors, self-efficacy on self-management in stroke patients. *Journal of Muscle and Joint Health*. 2016;23(2):114-124. <http://dx.doi.org/10.5953/JMJH.2016.23.2.114>
10. Park MG, Ha Y. Effectiveness of a self-management program using goal setting based on a G-AP for patients after a stroke. *Journal of Korean Academy of Nursing*. 2014;44(5):581-591. <http://dx.doi.org/10.4040/jkan.2014.44.5.481>
11. Kim JY, Na YK, Hong HS. The effects of a secondary stroke prevention program on the health risk indicators and self-care compliance of stroke patients. *Journal of Korean Biological Nursing Science*. 2016;18(2):69-77. <http://dx.doi.org/10.7586/jkbns.2016.18.2.69>
12. Munoz-Venturelli P, Sacks C, Madrid E, Lavados PM. Long-term adherence to national guidelines for secondary prevention of ischemic stroke: A prospective cohort study in public hospital in Chile. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Disease*. 2014;23(3):490-495. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2013.04.013>
13. O'Carroll RE, Chambers JA, Dennis M, Suldo C, Johnston M. Improving adherence to medication in stroke survivors: A pilot randomized controlled trial. *Annals of Behavioral Medicine*. 2013;46(3):358-368. <http://dx.doi.org/10.1007/s12160-013-9515-5>
14. Nayperi ND, Mohammadi S, Razi SP, Kazemnejad A. Investigating the effects of family-centered care program on stroke patients' adherence to their therapeutic regimens. *Contemporary Nurse*. 2014;47(1-2):88-96. <http://dx.doi.org/10.1080/10376178.2014.11081910>
15. Moon J, Cho BH. Relationships among rehabilitation motivation, perceived stress and social support in stroke survivors. *The Korean Journal of Rehabilitation Nursing*. 2011;14(1):24-31.
16. Yeo HN, Kim YK. Effects of a group rehabilitation exercise program for stroke patients on their depression and motivation of rehabilitation. *Journal of Korean Clinical Nursing Research*. 2012;18(3):424-434.
17. Park YS, Kweon SS. Factors affecting stroke patients' rehabilitation-motivation. *Journal of Korean Public Health Association*. 2002;28(1):21-30.
18. Kim AL. An explanatory model for patient adherence of rehabilitation in patients with spinal cord injury. *Korean Journal of Adult Nursing*. 2010;22(1):90-102.
19. Kim C. The comparison between stroke patients' desired rehabilitative care and therapists' perception about their services. *Korean Journal of Neural Rehabilitation*. 2014;4(2):28-33.
20. Rah UW, Kim YH, Ohn SH, Chun MH, Kim MW, Yoo WK, et al. Clinical practice guideline for stroke rehabilitation in Korea 2012. *Brain Neurorehabilitation*. 2014;7(1):1-75. <https://doi.org/10.12786/bn.2014.7.Suppl1.S1>
21. Hafén K, Jastrebów J, Nubling R, Bengel J. Development of a patient questionnaire for assessment of rehabilitation motivation(PAREMO). *Rehabilitation*. 2001;40(1):3-11.
22. Sherer M, Maddux JE, Mercandante B, Prentice-Dunn S, Jacobs B, Rogers RW. The self-efficacy scale: Construction and validation. *Psychological Reports*. 1982;51(2):663-671. <http://dx.doi.org/10.2466/pr0.1982.51.2.663>
23. Kim HS, Kim YS. A study on the quality of life, self-efficacy and family support of stroke patients in oriental medicine hospitals. *Korean Journal of Health Education and Promotion*. 2003;20(1):111-130.
24. Kang HS. An Experimental study of the effects of reinforcement education for rehabilitation on hemiplegia patients' self-care activities [dissertation]. Seoul: Yonsei University;1984. p.1-125.
25. Moon HH. Relationship among depression, family support, rehabilitation motive in patient with acute or subacute hemorrhagic stroke [Master]. Wonju: Yonsei University;2010. p.1-75.
26. Ko J, Lee SH, Lee TK, Jung HR, Hong GH, Hong KH. The effect of self-efficacy and instrumental activities of daily living of local community stroke patients on quality of life in caregiver. *The Journal of Korean Society of Community Based Occupational Therapy*. 2015;5(1): 11-21. <http://dx.doi.org/10.18598/kcbot.2015.05.01.02>
27. Lee EH, Cha HG, Ahn OH. Subjectivity research on rehabilitation awareness in chronic stroke patients. *Journal of Wellness*. 2016;11(2):157-169.
28. Jones F, Razi A, Norris M. Self-management after stroke: Time for some more questions? *Disability and Rehabilitation*. 2013;35(3):257-264. <http://dx.doi.org/10.3109/09638288.2012.691938>