

뇌졸중 환자 및 보호자의 건강신념이 재활치료 이행 및 일상생활동작 수행능력에 미치는 영향

이연섭¹ · 문병무²

¹대구대학교 · ²드림솔병원

Health beliefs of patients and caregivers of stroke rehabilitation in the implementation and impact the ability to perform everyday actions

Yeon Seop Lee¹ · Byeong Mu Mun^{2*}

¹Department of Physical Therapy, Daegu University

²Department of Physical Therapy, Dream-sol Hospital*

ABSTRACT

Purpose : This study attempts to assist stroke patients lead independent daily life movements by providing basic data for stroke patients' successful rehabilitation program and understanding the relationship between health beliefs of stroke patients and their guardians, and patients' rehabilitation performance level and daily life movement fulfillment ability. **Methods** : 23 stroke patients receiving treatments at rehabilitation specializing hospital after getting diagnosed with a stroke, along with 23 guardians were selected as research subjects, and health belief was measured by modifying · supplementing Byun Young-Hee(2002)'s health belief measurement tool for leg movement disorder patients. Research findings revealed the following relationship between health beliefs of stroke patients and their guardians, and patients' rehabilitation performance and daily life movement fulfillment ability. **Results** : The patients group's initial MBI score was 33.13 ± 3.46 , and measurement after four weeks was 38.43 ± 3.47 . As health beliefs got stronger, MBI score increased significantly($p < .05$). Correlation analyses of factors that affect rehabilitation attendance rate showed that perceived susceptibility, seriousness and usefulness were statistically significant, and perceived disability was not statistically significant($p < .05$). Guardians' health belief index(susceptibility, seriousness, usefulness, disability) had no correlation with rehabilitation attendance rate. **Conclusion** : In order to increase daily life movement fulfillment ability of patients who are being treated with stroke, health beliefs must be raised to increase changes in daily life movement fulfillment ability. Therefore, it is believed that managing programs that can increase health beliefs of stroke patients can allow patients obtain positive health beliefs, further increase rehabilitation performance rate of stroke patients as well as independent daily life ability.

Key words : Stroke, Health Belief, MBI

I. 서론

1. 연구의 필요성 및 목적

의학의 발달과 생활환경개선으로 평균수명의 연장과 노령인구의 증가는 뇌졸중 발생빈도를 증가하고 있으며(통계청, 2006), 가정이나 사회에서 중요한 역할을 맡고 있는 40~50대에 발병률이 높아져 사회적, 경제적, 국가적으로 중요한 보건문제가 되고 있다(정현주와 조복희, 2000).

뇌졸중은 뇌혈관질환이나 심장질환, 당뇨 등의 원인으로 뇌에 공급되는 혈류가 차단되거나 뇌 조직의 출혈로 인하여 장애가 생기는 질병으로(Susan & Tomas, 2001), 뇌신경 손상의 결과로, 급성기 치료 후 장애가 전혀 없을 수도 있으며(Carandang et al, 2006), 발병 즉시 치명적인 경우보다 장애를 남기는 경우가 많아 가족과 사회의 경제적, 심리적 부담이 가중된다(김은경 등, 2003). 이러한 장애로 뇌졸중 환자는 자기 효능감 저하, 우울과 같은 심리 정서적 고통을 겪게 되고(Robinson et al, 2000) 삶의 질 수준도 낮아진다(Hopman & Verner, 2003).

뇌졸중 발병 이후 뇌병변의 부위에 따라 운동 장애, 감각 장애, 언어 장애, 그리고 인지 장애 등의 신체적, 정신적 문제를 초래하며, 편마비, 언어장애, 감각장애, 기억력 장애 등 운동 및 인지 기능에 복합적인 형태로 나타난다(Zwecker et al, 2002). 또한, 질환이 장기화되고 만성화 될수록 환자는 누군가의 지속적인 도움을 필요로 하게 되는데, 특히 뇌졸중 환자들은 의료조직에 의한 도움보다 가족의 도움을 더욱 더 필요로 하게 되며(조복희, 1998), 이 시기 가족의 지지는 환자로 하여금 위기에 대처하고 변화에 적응할 수 있도록 도와주는 역할을 한다.

실제로 뇌졸중 환자의 장애는 가동성과 일상생활활동의 감소로 신체적 기능이 저하되어 오랫동안 자가 간호 수행을 못하여 지속적인 가족의 돌봄과 지지가 필요로 하게 되며(Pedretti & Early, 2001), 김소선(1994)은 뇌졸중의 경우에 지지체계로서의 가족이 더욱 강조되는 이유를 가족이 환자를 얼마나 지지해 주

느냐에 따라 재활의 효과가 달라지기 때문이라고 하였다. 뇌졸중 환자 가족은 재활과정에서 적응을 돕는 지지체계라 할 수 있으며, 이러한 지지체계는 사람이 위기에 처해 있을 때 자신의 환경 내에서 다른 사람으로부터 기대할 수 있는 지지를 말하는 것으로, 가족, 친구 그리고 이웃들이 포함된다. 이 중 가족의 지지가 가장 영향력이 있다고 보고되고 있다.

건강신념이란 주어진 상황에서 개인이 시도하려고 하는 건강행위에 대한 선택 결정을 말하는 것으로 지각된 민감성(perceived susceptibility), 지각된 심각성(perceived seriousness), 지각된 유익성(perceived benefits), 지각된 장애성(perceived barriers)을 포함한다(Rosenstock, 1974). 건강신념정도와 건강증진행위 실천과의 연관성을 살펴 보면 민감성, 심각성, 유익성, 장애성의 정도가 높을수록 건강증진행위 실천 점수가 높아 일반적으로 알려진 건강신념을 가지고 있을수록 건강증진행위를 많이 하거나 건강실천행위 정도가 높을수록 긍정적인 건강신념을 가지고 있는 것으로 보고된다.

일반적으로 사람들은 어떤 건강문제 즉, 운동장애에 민감해질 때, 자신에게 심각한 결과를 가져온다고 믿을 때, 일련의 행동이 자신들의 민감성이나 심각성을 감소시켜줄 것이라고 믿을 때, 예측되는 이익이 장애보다 크다고 믿을 때, 그들은 자신의 나쁜 건강상태를 피하거나 이를 감별 또는 조절하기 위해 건강행위를 할 필요가 있다고 여기는 것으로 보고된다(변영희와 최경숙, 2002).

지금까지 뇌졸중 환자의 삶의 질에 관하여 국내·외에서 많은 학자들이 연구를 하였다. 하지만 뇌졸중 환자들을 대상으로 한 연구가 이처럼 다수임에도 불구하고 뇌졸중 환자들의 신체적인 요인 뿐 아니라 심리·사회적 요인까지 종합적으로 고려한 삶의 질에 관한 연구는 부족한 실정이다.

따라서, 본 연구는 뇌졸중 환자와 보호자의 건강신념과 환자의 재활치료 이행정도 및 일상생활동작수행능력의 관계를 파악하여 뇌졸중 환자의 성공적인 재활 프로그램에 대한 기초 자료를 제공하여 뇌졸중 환자들의 독립적인 일상생활동작을 영위하는데 도움이 되고자 한다.

II. 연구 방법

1. 연구 대상

연구 대상은 뇌졸중으로 진단 받고 전라북도 전주시에 소재하고 있는 D병원에 입원 치료중인 뇌졸중 환자와 보호자들을 대상으로 2011년 3월 14일에서 4월 22일 까지 시행하였다. 대상자는 한국형 간이정신상태 판별검사(MMSE-K)에서 24점 이상으로 인지기능의 손상이 없다고 판별되고, 본 연구목적에 이해하고 연구 참여에 동의한 환자와 보호자이다. 뇌졸중 환자와 보호자에게 각각 50부의 설문지를 배부한 후 뇌졸중 환자 44부와 보호자 31부를 회수하였고, 그 중 환자와 보호자 모두 응답한 대상자 23부를 자료 분석하고, 평가를 실시하였다.

2. 연구 절차 및 측정 방법

1) 대상자 선별 검사 도구

대상자의 인지기능을 판별하기 위해 한국형 간이정신상태 판별검사(Mini-Mental State Examination-Korean version: MMSE-K)를 사용하였다. MMSE-K는 권용철과 박종환(1989)이 MMSE를 우리말로 번안하여 표준화한 것으로 신뢰도와 진단적 타당도가 높으며 임상에서 치매노인을 진단할 뿐만 아니라 인지기능의 장애 유무를 판별하는데 사용되는 도구이다. 총점은 30점이며 24점 이하일 경우 인지손상으로 간주하게 되며 임상에서 간편하게 뇌손상 환자의 인지 수준을 평가하는 도구로 사용되고 있다.

2) 건강신념 측정도구

건강신념이란 주어진 상황에서 개인이 시도하려고 하는 건강행위에 대한 선택 결정을 말하는 것으로 지각된 민감성, 지각된 심각성, 지각된 유익성, 지각된 장애성을 포함한다(Rosenstock, 1974).

건강신념을 측정하기 위해 Becker의 건강신념 모델을 기초로 변영희(2002)가 작성한 설문지를 연구자가 수정하여 사용하였다. 그 내용은 지각된 민감성 5문

항, 심각성 5문항, 유익성 5문항, 장애성 5문항 총 20문항으로 구성 되었다. 각 항목별 최대점수는 25점이며 점수가 높을수록 민감성, 심각성, 유익성, 장애성이 높은 것을 의미한다.

3) 재활치료 출석률

본 연구에서는 뇌졸중 진단을 받은 환자가 재활전문병원에 입원해 치료받는 물리치료(중추신경계발달 재활치료, 매트 및 이동치료와 보행치료, 기능적 전기 자극 치료)와 작업치료의 출석표를 담당 치료사가 작성하여 파악하였다.

4) 일상생활동작 수행능력

일상생활동작은 일상생활 속에서 필요한 모든 동작으로 각 개인이 일상생활동작을 영위하는데 절대 필요한 동작의 총칭이며, 기본적인 기술을 요구하는 일상생활동작과 생활기구 사용 및 가정활동을 포함시키는 도구적 일상생활동작으로 나누어진다고 하였다(김진호와 한태륜, 2002). 일상생활동작 수행(ADL)을 평가하기 위해 Shah 등(1989)이 발표한 Modified Barthel Index(MBI)를 사용하였다. 본 연구에서는 4주간 치료 전과 후에 각각 일상생활동작 수행능력을 MBI로 평가하였다.

3. 자료수집

뇌졸중으로 진단을 받고 재활치료 전문병원에 입원 치료 중인 환자와 보호자들에게 연구자가 설문지를 배부한 후 직접 회수 하였고, 연구자와 작업치료사 1인이 일상생활동작 수행능력을 4주간 치료 전과 후에 각각 평가하였으며, 4주 동안 물리치료(중추신경계발달 재활치료, 매트 및 이동치료와 보행치료, 기능적 전기 자극치료)와 작업치료의 출석을 담당치료사에 의해 파악하였다.

4. 분석방법

수집된 자료의 분석은 SPSS for Window(ver.12.0)

프로그램을 사용하여 분석하였다. 대상자 일반적 특성을 파악하기 위해 빈도분석을 하여 빈도와 백분율로 나타내었다. 대상자의 일반적 특성과 건강신념을 알아보기 위해 독립표본 t-검정을 하였고, 건강신념과 재활치료 이행 및 일상생활동작 수행능력 사이의 상관관계를 알아보기 위하여 이변량 상관분석(Pearson's correlation Coefficient)을 하였다.

III. 결 과

1. 일반적 특성

본 연구의 대상자는 뇌졸중 환자군 23명 중 남성 14명, 여성 9명 이었고, 보호자군 23명 중 남성 3명, 여성 20명 이었다. 대상자의 연령분포는 환자군 64.00 ± 13.60세 이었고, 보호자군 51.60 ± 11.88세 이었다. 환자군의 종교는 기독교와 불교가 가장 많았으며, 무교, 천주교, 기타 순이었으며, 보호자군의 종교는 기독교가 가장 많았고 무교, 불교, 천주교 순이었다. 환자군의 학력은 초졸 10명으로 가장 많았으며 대졸, 중졸, 고졸 순이었으며, 보호자군의 학력은 고졸이 가장 많았으며 중졸, 초졸, 대졸 순이었다(표 1).

표 1. 일반적 특성 (n = 23)

| | PG(23) | PPG(23) |
|--------------------------|---------------|---------------|
| Sex(male/female) | 14/9 | 3/20 |
| Age(years) | 64.00 ± 13.60 | 51.60 ± 11.88 |
| 종교 (기독교/불교/천주교/기타/무교) | 8/8/2/1/4 | 10/4/2/0/7 |
| 학력(초졸/중졸/고졸/대졸) | 10/4/3/6 | 5/6/8/4 |

M ± SD, PG: Patient Group, PPG: Protector Patient Group

2. 환자 군과 보호자군 간의 건강신념지수 비교

환자군의 건강신념 지수는 지각된 유익성이 18.39 ± 4.20으로 가장 높았으며, 지각된 심각성, 지각된 민감성, 지각된 장애성으로 나타났다. 보호자군의 건강신념 지수는 지각된 심각성이 20.13 ± 3.57으로 가장 높았고,

지각된 유익성, 지각된 장애성, 지각된 민감성으로 나타났다. 환자 군과 보호자군의 간의 건강신념지수 간에는 지각된 민감성과 지각된 유익성 사이에서는 통계적으로 유의하지 않았지만, 지각된 심각성(p < .02)과 지각된 장애성(p < .01)사이에서는 통계적으로 유의하였다(표 2).

표 2. 환자군과 보호자군 간의 건강신념지수 비교

| | PG(23) | PPG(23) | t | p |
|---------|--------------|--------------|-------|-------|
| 지각된 민감성 | 16.21 ± 3.39 | 16.91 ± 2.66 | -.78 | .22 |
| 지각된 심각성 | 18.17 ± 4.13 | 20.13 ± 3.57 | -2.05 | .02* |
| 지각된 유익성 | 18.39 ± 4.20 | 18.65 ± 3.00 | -.23 | .40 |
| 지각된 장애성 | 15.17 ± 4.20 | 17.30 ± 3.03 | -2.43 | .01** |

M ± SD, * = p < .05, ** = p < .01

3. 건강신념에 따른 MBI 점수의 전후 비교

환자군의 MBI 초기점수는 33.13 ± 3.46 이었고, 4주 후 측정 점수는 38.43 ± 3.47 이었다. 건강신념이 좋을수록 MBI 점수가 유의하게 증가되었다(p < .05)(표 3).

표 3. 건강신념에 따른 MBI 점수의 전후 비교

| | pre-test | post-test | t | p |
|-----|--------------|--------------|-------|-------|
| MBI | 33.13 ± 3.46 | 38.43 ± 3.47 | -3.33 | .00** |

M ± SD, * = p < .05, ** = p < .01

4. 재활치료 출석률에 영향을 미치는 요인에 대한 상관관계 분석

재활치료 출석률에 영향을 미치는 요인에 대한 상관관계 분석 결과 환자의 지각된 민감성, 지각된 심각성, 지각된 유익성에서 통계적으로 유의하게 나타났으며 지각된 장애성에서는 통계적으로 유의하지 않았다(p < .05). 보호자의 건강신념지수(민감성, 심각성, 유익성, 장애성)는 재활치료 출석률에 상관관계가 없는 것으로 나타났다(표 4).

표 4. 재활치료출석률에 영향을 미치는 요인에 대한 상관관계분석

| 출석률 | 보호자 민감성 | 보호자 심각성 | 보호자 유익성 | 보호자 장애성 | 환자 민감성 | 환자 심각성 | 환자 유익성 | 환자 장애성 |
|---------|---------|---------|---------|---------|--------|--------|--------|--------|
| 출석률 | 1 | | | | | | | |
| 보호자 민감성 | -.14 | 1 | | | | | | |
| 보호자 심각성 | .05 | .16 | 1 | | | | | |
| 보호자 유익성 | .02 | -.43* | -.25 | 1 | | | | |
| 보호자 장애성 | -.21 | .32 | .36 | -.39 | 1 | | | |
| 환자 민감성 | .63** | .02 | .03 | -.17 | .09 | 1 | | |
| 환자 심각성 | .42* | .39 | .30 | -.49* | .29 | .60** | 1 | |
| 환자 유익성 | .58** | .21 | -.10 | -.12 | -.11 | .27 | .39 | 1 |
| 환자 장애성 | .26 | .18 | .11 | -.46* | .37 | .62** | .79** | .02 |

M±SD, * = p<.05, ** = p<.0

IV. 논 의

본 연구는 뇌졸중 환자와 보호자의 건강신념과 재활치료 이행 및 일상생활동작 수행능력 간의 관계를 파악하여 환자 및 보호자의 건강신념, 재활치료 이행, 일상생활 동작 수행능력의 상관관계를 알아보고 뇌졸중 환자의 독립적인 일상생활동작을 영위하는데 도움이 되고자 하였다.

건강신념모형은 건강한 개인이 어떻게 질병을 피하려고 하는지를 설명하기 위하여 고안되었다(Rosenstock, 1966). 건강신념모형에 의하면 인간의 행위는 크게 두 가지에 의하여 좌우된다. 그 하나는 어느 특정 개인이 특정한 산출에 대하여 부여하고 있는 가치이며, 또 하나는 주어진 행위가 초래할 결과에 대한 개인의 믿음이다(문창진, 1992).

건강신념 모델에 의하면 질병에 대한 지각된 민감성과 심각성이 높으면 질병에 대한 위협인자가 높아져서 특정한 건강행위를 할 확률이 높아진다. 하지 운동 장애 환자(변영희, 2002)와, 상·하지 운동 장애가 있는 외상 환자의 연구(김신희, 1987)에서는 지각된 민감성, 지각된 심각성, 지각된 유익성이 높을수록 근 관절 운동 이행 정도가 높았고, 지각된 장애성이 높을수록 근 관절 운동 이행 정도가 낮은 것으로 나타났으

며, 직장 여성의 유방암 자가 검진에 대한 연구에서는 자가 검진의 유익성이 높을수록 유방암 자가 검진 수행률이 높았다(한미연, 2006). 박정숙 등(1996)은 지각된 유익성이 장애성보다 더 클 경우 건강행위를 할 확률이 높아지며, 동시에 적절한 건강행위를 일으키도록 하는 계기가 마련되면 바람직한 건강행위가 일어난다고 보고하였다.

이와 같은 결과는 본 연구결과에서도 환자의 건강신념과 재활치료 이행 간의 지각된 민감성, 심각성, 유익성이 높을수록 재활치료 이행률은 유의하게 증가하였고, 지각된 장애성이 높을수록 재활치료 이행률은 유의하게 감소한 것으로 나타나(p<.05) 선행연구의 결과와 일치하는 것을 볼 수 있다.

보호자의 건강신념과 재활치료 이행 간에는 통계적으로 유의한 차이를 나타내지 않았다. 하지만, 김현아(2000)는 부모의 건강신념과 식습관은 어머니를 통해 간접적으로 아동에게 영향을 미치는 것으로 보고하였고, 박금자와 김양희(2010)는 어머니의 건강신념이 아동의 건강신념과 치과 의료 이용 형태에 미치는 영향을 조사하여 어머니와 아동의 건강 신념 간에 민감성, 심각성, 유익성, 중요도, 장애성의 각 항목에서 유의한 상관성이 있는 것으로 보고하였다. 환자 가족이 환자에 대해 지지가 높을수록 환자 스스로 관리하는 노력

이 높아짐을 보고한 연구(나효순, 2003)와 뇌졸중 후 편마비 환자의 가족지지와 일상생활동작 수행과의 관계분석의 연구(강복희, 2000), 가족지지 정도가 높을 수록 자가 간호 수행정도가 높아진다는 뇌졸중 환자의 가족지지와 자가 간호 수행과의 상관연구(홍여신 등, 2000), 하반신 마비 환자의 가족지지, 우울 및 자가 간호 활동과의 관계연구(김순옥, 1986)의 결과 환자 가족의 지지가 높을수록 환자 스스로 관리하는 노력이 높아짐을 보고하여 본 연구와는 다른 결과를 나타내었다.

부모와 자녀와의 신념체계의 연구에서 부모의 신념체계와 자녀의 인지발달 수준 간에는 밀접한 영향 관계가 있어서 부모의 신념은 자녀의 환경에 직·간접적으로 영향을 미치게 되며, 아동은 그들의 독특한 경험을 따라 자신의 현실을 형성해가기 때문에 부모의 신념은 아동의 발달과정에 결정적으로 작용할 것으로 제시되어 왔다. McGillicuddy-De Lisi(1985)는 부모의 신념과 실제 양육행동, 그리고 아동의 수행능력간의 상호관계에서 신념은 부모행동의 근원이며, 부모의 행동은 부모의 신념과 아동의 행동결과간의 중재자로서 작용하기 때문에 실제 간접적인 영향을 미친다고 하였다. 학령전기 아동을 가진 어머니의 병원 정기 검진에 미치는 영향을 조사한 Handrick(1990)도 자녀에 대한 어머니의 건강관심이 높을수록 실천 양상의 증가를 가져와 비만아의 체중감소가 많이 이루어진 것으로 나타났다. 박금자와 김양희(2010)는 어머니의 건강신념이 아동의 건강신념과 치료 의료이용 형태에 미치는 영향을 조사하여 어머니와 아동의 건강신념 간에 민감성, 심각성, 유익성, 중요도, 장애성의 각 항목에서 유의한 상관성이 있는 것으로 보고하였다. 김현아(2000)는 부모의 건강신념과 식습관은 어머니를 통해 간접적으로 아동에게 영향을 미치는 것으로 확인되었다.

이는 선행연구에서는 학령기 아동들을 대상으로 한 연구이고 본 연구는 성인 뇌졸중 환자를 대상으로 한 연구라는 차이에서 비롯된 것이라 생각한다. 성인의 경우 본인의 생각이나 이념 등이 확고히 자리 잡혀 있어 외부의 환경에 대해 자신의 생각이나 이념을 바꾸

기는 힘들었을 것이라 생각한다.

건강신념에 따른 일상생활동작 수행능력 변화에서 환자군의 MBI 점수는 초기 33.13 ± 3.46 이었고, 4주후 측정 점수는 38.43 ± 3.47 이었다. 건강신념이 좋을수록 MBI 점수가 더 많이 증가되는 것을 확인할 수 있었는데($p=.00$), 이는 건강신념이 좋을수록 재활치료 이행률이 높았다는 결과와 연관해서 생각해 볼 수 있다. Jette 등(2004)은 요양원(skilled nursing home)에 입원해 있는 환자 6,897명을 대상으로 하루에 물리·작업치료 이용시간에 따른 지역사회로의 복귀와 거주기간 내 기능상태 변화를 분석하였다. 그 결과 재활치료 이용시간이 많은 군에서 거주기간 내 기능상태 증진에 효과가 있었고, 지역사회로 복귀하는 대상자의 수가 증가함을 보고하였다. 또한 Chen 등(2002)은 20개 요양원에서 아급성기 재활치료 프로그램을 진행하여 치료강도에 따른 기능회복 정도를 분석하였다. 그 결과 대부분의 대상자에서 물리·작업치료 이용시간이 많을수록 기능회복이 높았음을 보고 하였다. 그 외에도 많은 연구에서 재활치료 이용시간이 많아질수록 환자의 기능적 회복, 지역사회로의 복귀, 인지운동기능의 회복 등 다양한 부분에서 효과가 있음을 보고하였고(Johnston, 2003), Kwakkel 등(2004)이 20개의 연구를 메타 분석한 결과를 보면 운동치료 시간을 증가시키는 것은 독립성을 회복시키는 비율을 가속화한다고 하였다.

이상의 결과들로 볼 때 뇌졸중으로 치료를 받는 환자의 일상생활동작 수행능력을 증가시키기 위해서는 재활치료 이행을 증가시켜 치료의 효과를 높여야 하고, 재활치료 이행을 높이기 위해서는 지각된 민감성과 심각성, 유익성을 높이고 장애성을 낮추기 위해 뇌졸중 환자의 건강신념을 높일 수 있는 교육프로그램이 병행되어야 할 것이다. 이은남(1998)의 연구에서도 류마티스 관절염 환자에서 프로그램 시행 후 골다공증에 대한 민감성, 유익성 정도는 증가하였고, 장애성 정도는 감소하였고, 김순옥(1990)은 간염 전문지식에 대한 교육을 실시한 결과 간염에 대한 심각성과 간염 예방 행위에 대한 유익성 점수가 높아지기도 했다.

본 연구의 제한점으로는 적은 수의 대상자와 설문

조사가 가능 하도록 인지수준이 정상범위인 MMSE-K 24점 이상으로 신경학적 손상이 경한 환자들을 대상으로 한정하였기 때문에 연구 결과를 일반화 하는데 제한적일 수 있다. 또한 건강신념에 관한 선행연구 중 뇌졸중 환자에 대한 연구는 미흡하였다. 특히 건강신념에 따른 뇌졸중 환자의 기능변화에 대한 연구는 더욱 그러하였다. 추후에는 더 많은 대상자를 대상으로 한 연구가 필요할 것이다. 또한 뇌졸중 환자의 건강신념을 높일 수 있는 교육프로그램 개발이 이루어져야 할 것이며, 건강신념을 높일 수 있는 교육프로그램 시행 후 환자의 건강신념 변화와 그에 따른 치료이행 및 기능 증진 등의 연구의 필요성이 요구된다.

V. 결 론

본 연구는 뇌졸중 환자와 보호자의 건강신념과 재활치료 이행 및 일상생활동작 수행능력 간의 관계를 파악하여 환자 및 보호자의 건강신념, 재활치료 이행, 일상생활 동작 수행능력의 상관관계를 알아보고 뇌졸중 환자의 독립적인 일상생활동작을 영위하는데 도움이 되고자 시도된 연구이다.

1. 연구 결과 뇌졸중으로 치료를 받는 환자의 일상생활동작 수행능력을 증가시키기 위해서는 건강신념을 높여 일상생활동작 수행능력의 변화를 높여야 한다.

2. 환자의 건강신념을 높일 수 있다면 재활치료 이행을 또한 높일 수 있을 것이다.

그렇기 때문에 뇌졸중 환자의 건강신념을 높일 수 있는 프로그램의 병행은 환자의 긍정적 건강신념을 가질 수 있을 것이고 뇌졸중 환자의 재활치료 이행률은 더 높아질 것이며 독립적인 일상생활 능력도 향상될 것이라 생각된다.

참고문헌

강복희. 뇌졸중 후 편마비 환자의 가족지지와 일상생활동작 수행과의 관계분석. 대한재활간호학회지 2000;3(1):5-14.

권용철, 박종환. 노인용 한국판 Mini-Mental State Examination(MMSE-K)d의 표준화 연구. 신경정신학회 1989; 28:587-603.

김소선. 뇌졸중 환자를 돌보는 가족의 경험에 대한 연구. 간호학 탐구 1994;3(1):67-88.

김순오. 하반신 마비 환자의 가족지지, 우울 및 자가간호 활동과의 관계연구[석사학위논문]. 연세대학교 교육대학원; 1996.

김순옥. 전문지식에 대한 교육이 건강신념과 간염 예방행위에 미치는 영향에 관한 연구. 순천간호전문대학 1990;14:37-67.

김신희. 운동장애 환자의 근 관절운동이행에 관한 연구[석사학위논문]. 연세대학교; 1987.

김은경, 이은정, 손지현, 이병철. 뇌졸중 환자의 가족보호 부담. 노인병학회지 2003;7(2):102-124.

김진호, 한태륜. 재활의학. 서울 군자출판사 2002.

김현아. 부모의 식습관과 건강신념이 아동비만에 미치는 영향[석사학위논문]. 서울대학교; 2000.

나효순. 뇌졸중 환자의 가족지지와 일상생활동작 수행과의 상관관계에 관한 연구[석사학위논문]. 대전대학교; 2003.

문창진. 보건의로 사회학. 신광출판사 1992;93-102.

박금자, 김양희. 어머니와 아동의 구강건강신념과 아동의 구강건강행태에 관한 연구. 한국모자보건학회지 2010;145(1):35-47.

박정숙, 박청자, 권영숙. 건강교육이 대학생의 건강증진행위에 미치는 영향. 대한간호학회지 1996;26:359-371.

변영희. 하지 운동장애 환자의 건강신념과 근 관절운동이행에 관한 연구. 중앙간호 논문집 2002;6(1):55-60.

이은남. 건강신념 및 효능기대증진 프로그램이 류마티스관절염 환자의 골다공증 예방프로그램에 미치는 영향. 류마티스건강학회지 1998;5:174-190.

정현주, 조복희. 뇌졸중 환자의 추후관리가 주간호제공자의 삶의 질에 미치는 영향. 대한재활간호학회지 2000;3(2):169-180.

조복희. 뇌졸중 환자의 가족기능에 영향을 미치는 요인분석. 재활간호학회지 1998;1(1):1-149.

통계청, 2006년 사망원인 통계연보, 서울: 통계청 2007.

- 한미연. 직장여성의 유방자가검진 수행과 건강신념 [석사학위논문]. 서울대학교; 2006.
- 홍여신, 서문자, 김금순, 김인자, 조남옥, 최희정, 정성희, 김은만. 뇌졸중 환자의 가족 간호자가 지각하는 부담감과 사회적 지지와의 관계 분석, 대한간호학회 2000;30(3):595-905.
- Becker MH. The health belief model and sick role behavior in The Health Belief Model and Personal Health Behavior. New Jersey: Chartes B slack Inc 1974;82-92.
- Carandang R, Seshadri S, Berser A, Kelly Hayes M, Kase CS, Kannel WB, Wolf PA. Trends in incidence lifetime risk severity and 30 day mortality of stroke over the past 50 years. Journal of American Medical Association 2006;296(24):2939.
- Chen CC, Heineman AW, Granger CV, et al. Function gain and therapy intensity during subacute rehabilitation: A Study of 20 Facilities. Arch Phys Med Rehabil 2002;83:1514-1523.
- Handricks SJ, Freedman R, & Sheiharn A. Why inner city mothers take their children for routine medical and dental examinations community. Dental Health. 1990;(1):33-41.
- Hopman WM & Verner J. Quality of life during and after inpatient stroke rehabilitation. Stroke 2003;34(3): 801-805.
- Jette DU, Warren RL, Wirtalla C. Rehabilitation on skilled nursing facilities: Effect of nursing staff level and therapy intensity on outcome. Am J Phys Med Rehabil 2004;83:704-712.
- Johnston MV, Wood KD, Fiedler R. Characteristics of effective and efficient rehabilitation programs. Arch Phys Med Rehabil, 2003;84:410-418.
- Kwakkel G, Van Peppen R, Wagenaar RC, Dauphinee SW, Richards C, Ashburn A, Miller K, Lincoln N, Partridge C, Wellwood I. Effects of augmented exercise therapy time after stroke. A meta-analysis Stroke 2004;35: 2529-2536.
- McGillicuddy-De Lisi AV. The relationship between parental beliefs and children's cognitive level In siged I. E.(Ed). Parental belief systems 1985;7-24.
- Pedretti LW, & Early MB. Occupational therapy practice skills for physical disfunction. 5th ed. Missouri Mosby;2001.
- Robinson smith G, Johnston MV, & Allen J. Self care self efficacy, quality of life, and depression after stroke. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation 2000;81(4):460-464.
- Rosenstock IM. Why people use health services. Milbank memorial Fund Quartery 1966;44:94-127.
- Rosenstock IM, Historical origins of the health belief model, The Health Belief Model and Personal Health Behavior, Thorofare, New Jersey: charles B. Slack, Inc 1974;1-8.
- Shah S, Frank V, Betty C. Improving the sensitivity of the Bathel Index for stroke rehabilitation. Journal of clinical Epidemiology 1989;42:703-709.
- Susan, BO, & Thomas JS. Physical Rehabilitation: Assessment and Treatment. 4th ec, Philadelphia, 2001;520.
- Zwecker M, Levenkrohn S, Flesig Y, Zeilig G, Adunsky A. Mini Mental status Examination, cognitive FIM Instrument, and the Lowenstein Wccupational Therapy cognitive Assessment: Relation of Functional Outcome of Stroke Patients. Arch Phys Med Rehabil 2002;83:342-345.

논문접수일(Date Received) : 2011년 11월 25일

논문수정일(Date Revised) : 2011년 12월 13일

논문게제승인일(Date Accepted) : 2011년 12월 27일