

## 류마티스 환자의 건강증진 생활양식과 자기간호행위

송경애 · 문정순 · 박호란 · 이소영(가톨릭대학교 간호대학)

### 목 차

I. 서론	V. 결론
II. 연구방법	참고문헌
III. 연구결과	영문초록
IV. 논의	

### I. 서 론

#### 1. 연구의 필요성

관절염이란 관절, 뼈, 근육, 인대와 같은 주위 조직을 침범하는 염증성 질환으로 관절의 불구 혹은 마비를 초래하고 통증을 동반함으로써 일상활동 수행을 심각하게 제한한다. 관절통이나 관절염을 일으키는 질환을 통틀어 류마티스 질환이라고 하며, 류마티스란 관절염을 뜻하는 그리스어의 "류마(rheuma)"에서 유래된 말로 막연하고 넓은 의미의 단어라기보다는 관절에 염증이 있다는 말로 많이 사용되고 있다(이상현, 1994). 관절염은 15세 이상 미국인에게 불구를 가져오는 가장 큰 원인 질환으로서, 25세에서 74세 사이에 있는 성인의 32.6%가 관절염 증상을 가지고 있는 것으로 보고되고 있으며(CDC, 1994), 우리 나라는 전체 인구에 대한 관절염의 유병률이 4.7%로 보고되고 있다(한국보건사회연구원, 1996).

생활양식은 일상생활에서 수행하는 활동으로서 생활양식의 구성요소들이 각기, 또는 복합적으로 작용하여 개인의 전반적 건강상태에 영향을 미치게 되며

(Backett & Davidson, 1995), 미국의 경우 매년 발생하는 질병의 50% 정도가 건강하지 않은 생활양식에 그 원인이 있는 것으로 보고된 바 있는데(Department of Health and Human Service, Public Health Service, 1990), 이는 생활양식이 건강유지에 중요한 결정요인임을 시사한다. 따라서 건강증진 생활양식을 수행하는 것은 개인의 태도변화를 통한 생활양식의 변화를 도모하는 것이라고 할 수 있다. 관절염과 같은 만성퇴행성 질환은 완치가 어려워 지속적인 관리가 필요한 질환이므로, 건강증진 생활양식이나 자기간호행위는 이들의 건강을 결정하는 매우 중요한 요소이다(이은옥 등, 2001).

지금까지 수행된 건강증진 관련 연구들을 보면, 건강한 성인을 대상으로 건강증진 및 질병예방을 위한 차원에서 이들의 건강증진 생활양식과 영향요인을 규명하기 위한 연구들이 대부분이었다(Pender et al., 1990; 이태화, 1990; 박미영, 1993; 이미라, 1997). 국내의 경우, 1990년대 이후부터는 장애자, 암 환자, 노인 및 중년여성, 회복기 환자 등으로 연구대상의 범위가 확대되어 연구되고 있으나(오복자, 1994; 서연옥, 1995; 박재순, 1995; 나애정,

1998). 관절염 환자의 건강증진 생활양식과 자기간호 행위에 대한 선행 연구는 아직 없는 상태이다.

이에 본 연구자들은 류마티스 환자의 건강증진 생활양식 수행 정도를 파악하고 자기간호 수행 정도를 평가하여 관련요인을 분석함으로써 이들의 건강 유지 및 증진을 위한 간호중재 개발에 기초자료를 마련하기 위해 본 연구를 실시하였다.

## 2. 연구 목적

본 연구의 구체적 목적은 다음과 같다.

- 1) 대상자의 건강증진 생활양식을 파악한다.
- 2) 대상자의 자기간호 행위를 파악한다.
- 3) 대상자의 건강증진 생활양식과 자기간호 행위의 상관관계를 파악한다.
- 4) 대상자의 인구학적 요인과 질병 관련 특성에 따른 건강증진 생활양식 및 자기간호 행위의 관계를 파악한다.

## 3. 연구의 제한점

- 1) 본 연구는 조사대상을 서울시내소재 2개 대학 병원 류마티스 센터 외래 환자만을 대상으로 하였으므로 연구결과를 일반화하는데 제한점이 있다.
- 2) 본 연구는 대상자가 질문지에 응답한 것을 기초로 하였으므로 질문지법이 갖고 있는 약점을 배제할 수 없다.

# II. 연구 방법

## 1. 연구설계

본 연구는 류마티스 환자의 건강증진 생활양식과 자기간호 행위 및 이와 관련된 변인들을 파악하기 위한 서술적 조사연구이다.

## 2. 연구 대상 및 자료수집

본 연구는 서울 소재 2개 대학병원의 류마티스 센터에 내원하여 외래치료를 받는 류마티스 환자를 대상으로

로 하였으며, 대상자 선정 기준은 다음과 같다.

- 1) 류마티스 질환으로 진단 받은 지 3개월 이상 경과한 자
- 2) 20세 이상인 자
- 3) 질문지의 내용을 이해할 수 있으며 의사소통이 가능한 자
- 4) 연구의 목적을 이해하여 협조를 수락한 자

위의 대상자 선정 기준에 적합한 자 중 설문항목에 빠짐없이 응답한 총 150명이 연구대상으로 채택되었다. 자료 수집 방법은 환자 본인이 직접 작성하거나 연구자가 질문지를 읽어주어 환자가 응답하는 대로 작성하여 수집하였으며, 자료 수집 기간은 2001년 7월 1일부터 7월 15일까지 총 15일간이었고, 각 대상자 별로 설문지 작성에 소요된 시간은 15-20분 정도였다.

## 3. 연구 도구

### 1) 대상자의 일반적 특성 및 질병 관련 특성

대상자의 일반적 특성은 연령, 성별, 결혼상태, 경제상태, 교육정도, 비만도를 포함하였고, 질병 관련 특성은 진단명, 유병기간, 침범 관절 수 및 부위, 통증 정도를 포함한 12문항으로 구성되어있다.

### 2) 건강증진생활양식

Walker 등(1987)이 개발한 48문항의 건강증진 생활양식(Health Promoting Lifestyle Profile ; HPLP) 측정도구를 Sohng과 Yeom(1999)이 한국인에 맞게 번안하여 수정한 한국판 HPLP를 본 연구에 사용하였다. 한국판 HPLP는 자아실현에 관한 11문항, 건강 책임에 관한 9문항, 운동에 관한 4문항, 영양에 관한 6문항, 대인관계에 관한 6문항, 스트레스 관리에 관한 6문항으로 모두 42문항으로 구성되어 있으며, 4점 척도로 점수화 하도록 되어있는데, 점수가 높으면 건강증진 행위를 잘하고 있음을 의미한다. 본 연구에서 도구 신뢰도 계수(Cronbach's  $\alpha$ )는 0.87로 나타났다.

### 3) 자기간호 행위

자기간호 행위의 측정은 최정자(1989)가 개발한 자

가간호 이행행위 도구를 참고로 하여 본 연구자가 수정 보완한 도구를 사용하였다. 근육위축 및 관절구축에 방을 위한 행위 5문항, 정신상태 변화의 잠재성에 대한 자기간호 행위 4문항, 보행능력 강화를 위한 자기간호 행위 4문항, 일상생활 활동 증진 및 관리를 위한 자기간호 행위 5문항 등 총 18문항으로 구성되어 있는 5점 척도의 도구이다. 본 연구에서 도구 신뢰도 계수 (Cronbach's  $\alpha$ )는 0.88로 나타났다.

#### 4. 자료의 분석

수집된 자료는 코딩후 SAS/PC 프로그램을 이용하여 전산 처리하였고 자료 분석을 위해 사용된 통계적 방법은 다음과 같다.

- 1) 대상자의 일반적 특성은 실수와 백분율을 산출하였다.
- 2) 대상자의 건강증진 생활양식과 자기간호 행위는 각각 최소값, 최대값, 평균, 표준편차를 산출하였다.
- 3) 대상자의 특성에 따른 건강증진 생활양식과 자기간호 행위 수행 정도는 t-test와 분산분석(ANOVA)으로 검정하였으며, 분석결과 유의한 차이가 있는 경우에 Scheffés test로 사후 검정을 실시하였다.
- 4) 건강증진생활양식과 자기간호 행위의 관계는 Pearson's Correlation Coefficient로 구하였다.

### Ⅲ. 연구 결과

#### 1. 일반적 특성

대상자의 일반적 특성은 <표 1>과 같다. 연령은 21세에서 84세 사이에 있었으며, 평균 48.53세였다. 연령분포는 20대가 8.7%, 30대가 18.0%, 40대가 22.7%, 50대가 30.7%, 60대 이상이 20%로 50세 이상이 과반수를 차지하였다. 여자가 74.0%였고 73.4%는 기혼자였다. 경제상태는 여유있다가 15.3%, 보통이다가 66.7%, 쪼들린다가 18.0%로 나타났으며, 교육수준은 초등졸 이하 11.4%, 중졸 14.1%, 고졸 36.2%, 대졸이상이 38.3%였다. 비만도를 평가하기 위해 체중과 신장을 기초로 하여 체질량지수(Body Mass Index : BMI)를 측정한 결과 대상자의

26.0%가 저체중, 50.0%가 보통, 24.0%가 과체중 혹은 비만 상태에 있었다.

<표 1> 대상자의 일반적 특성

특성	구분	N(%)
연령(세)	20-29	13( 8.7)
	30-39	27( 18.0)
	40-49	34( 22.7)
	50-59	46( 30.7)
	60 이상	30( 20.0)
성별	남	39( 26)
	여	111( 74)
결혼상태	미 혼	24( 16.1)
	기 혼	109( 73.2)
	별거 혹은 이혼	5( 3.4)
	사 별	11( 7.4)
경제상태	여유있다	23( 15.3)
	보통이다	100( 66.7)
	쪼들린다	27( 18.0)
교육정도	초등졸 이하	17( 11.4)
	중 졸	21( 14.1)
	고 졸	54( 36.2)
	대졸이상	57( 38.3)
비만도	저 체 중	39( 26.0)
	보 통	75( 50.0)
	과체중이상	36( 24.0)
	계	150(100.0)

#### 2. 질병관련 특성

대상자의 질병관련 특성은 <표 2>와 같으며, 진단명은 류마티스 관절염 58%, 루푸스 11.3%, 골관절염 8.7%, 강직성 척추염 6.7%, 기타 15.3%였다. 기타에는 섬유조직염, 통풍, 베체트병 등이 포함되어 있었다. 관절침범 부위는 무릎 58%, 손가락 44%, 손목 42% 순으로 나타났다. 침범 관절수는 없는 경우가 7.3%, 1-3개가 58.7%, 3-6개가 20.7%, 7-12개가 13.3%였다. 유병기간은 평균 6.5년이었고, 3년 미만 이 37.3%, 3-10년 미만이 20.7%, 10년 이상이 26.0%이었다. 통증점수는 최소 0점에서 최고 10점 사이에 분포하고 있었으며, 점수는 평균 4.07점이었다. 통증분포는 없음(0) 10.7%, 약간 아프다(1-3) 34.2%, 많이 아프다(4-6) 35.6%, 매우 아프다(7-10)가 19.5%로 나타났다.

〈표 2〉 대상자의 질병관련 특성

특성	구분	실수(명)	백분율(%)	
진단명	류마티스관절염	87	58.0	
	강직성 척추염	10	6.7	
	루푸스	17	11.3	
	골관절염	13	8.7	
	기타	23	15.3	
유병기간(년)	3 미만	56	37.3	
	3-10 미만	55	36.7	
	10 이상	39	26.0	
	손가락	66	44.0	
침범관절 부위*	손목	63	42.0	
	팔꿈치	36	24.0	
	목	25	16.7	
	등	15	10.0	
	어깨	39	26.0	
	무릎	87	58.0	
	발목	51	34.0	
	발가락	35	23.3	
	허리	31	20.7	
	골반	18	12.0	
	기타	13	8.7	
	침범 관절 수 (개)	0	11	7.3
		1 - 3	88	66.0
4 - 6		31	20.7	
통증정도	7 - 12	20	13.3	
	유	133	89.3	
	무	16	10.7	
계	150	100.0		

\* : 복수 응답 허용

### 3. 건강증진 생활양식

4점 척도로 산출한 대상자의 건강증진 생활양식 점수는 평균이 2.70점(표준편차 0.43)이었다. 건강증진 생활양식의 하부영역별 평균점수는 영양 3.10점, 자아실현 2.89점, 대인관계 2.76점, 건강관리 2.64점, 스트레스 관리 2.52점, 운동 1.99점 순이었다(표 3). 높은 점수를 보인 항목은 몸의 이상이 있을 시 의사에게 이야기 함(평균 3.51), 인생에서 무엇이 중요한지 앎(평균 3.31), 섬유질이 많은 음식을 먹음(평균 3.28), 현재 내가 받는 스트레스가 무엇인지 앎(평균 3.26), 아침식사를 빠뜨리지 않음(평균 3.26) 등이었다. 반면 낮은 점수를 보인 항목은 운동을 할 때 맥박을 측정함(평균 1.34), 건강관리 프로그램에 참여함(평균 1.53), 잠자기 전에 근육의 피로를 풀어줌(평균 1.79), 일주일에 세 번 정도 20-30분간 땀이 날 정도로 운동함(평균 1.98), 콜레스테롤 수치에 관심이 있

고 그 수치를 앎(평균 2.22) 등이었다.

〈표 3〉 건강증진행위의 하위영역 별 실천정도 (N = 150)

건강증진생활양식	Mean±SD
영양	3.11±1.04
자아실현	2.89±1.22
대인관계	2.76±0.88
건강책임	2.64±1.44
스트레스 관리	2.52±1.02
운동	1.99±1.11
총 점	2.71±1.20

### 4. 자기간호행위

5점 척도로 산출한 대상자의 자기간호 행위점수는 평균 3.34점(표준편차 0.52)이었다. 높은 점수를 보인 항목은 정기적인 병원·보건소 방문(평균 4.34), 의사 처방에 의한 약물복용(평균 4.31), 자신의 의견 보다는 의사와 간호사의 지시사항이행(평균 4.23), 항상 마음을 편하게 하려 노력함(평균 3.98), 더운물 목욕을 자주 함(평균 3.92) 등이었다. 반면에 낮은 점수를 보인 항목은 물리치료 방법을 배워서 집에서 함(평균 2.06), 집에서 더운물 찜질을 함(평균 2.07), 집에서 관절운동을 함(평균 2.42) 등의 항목이었다.

### 5. 대상자의 건강증진 생활양식과 자기간호행위의 상관관계

대상자의 건강증진 생활양식과 자기간호행위 간에는  $r = .66$ 으로 정상상관계가 있었다( $P = .0001$ )(표 4).

〈표 4〉 자기간호행위 및 건강증진행위 간의 상관관계 (N = 150)

	자기간호행위 r(p)	건강증진 생활양식 r(p)
자기간호행위	1.00(0.0000)	0.66(0.0001)
건강증진 생활양식	0.66(0.0001)	1.00(0.0000)

### 6. 대상자의 특성에 따른 건강증진 생활양식과 자기간호행위

대상자의 일반적 특성과 질병 관련 특성에 따른 건

건강증진 생활양식 점수와 자기간호행위 점수를 분석한 결과는 <표 5>와 같다. 건강증진 생활양식은 경제상태(F=4.30, P=.01)와 교육 정도(F=3.22, P=.02)에서 유의한 차이를 나타냈다. 경제적으로 여유가 있는 군의 건강증진 생활양식 수행 점수는 2.89점으로 조들린다고 답한 군의 2.54점에 비해 더 높았고, 대졸 이상 군의 건강증진 생활양식 점수 또한 2.80점으로 2.48점인 초등졸 이하 군에 비해 더 높았다. 자기간호행위 점수 역시 경제상태(F=3.18, P=.04)와 교육 수준(F=2.45, P=.05)에서 유의한 차이를 보였다.

자기간호 행위 점수 역시 경제상태(F=3.18, P=.04)와 교육 정도(F=2.45, P=.05)에서 유의한 차이를 나타냈다. 경제상태에 여유가 있는 군의 자기간호행위점수는 3.47점으로 나타나 조들린다고 답한 군의 3.13점에 비해 더 높았으며, 고졸군에서 3.45점으로 초등졸 이하 군의 3.10점에 비해 더 높았다. 건강증진 생활양식 점수와 자기간호행위 점수는 경제상태와 교육정도를 제외한 다른 특성에서는 아무런 차이를 보이지 않았다.

<표 5> 대상자의 특성에 따른 건강증진 생활양식과 자기간호행위 (N = 150)

특성	구분	N(%)	건강증진 생활양식		자기간호행위	
			M±SD	t or F(P)	M±SD	t or F(P)
연령(세)	20-29	13(8.7)	2.51±0.23	1.27	3.12±0.41	1.80
	30-39	27(18.0)	2.63±0.45	(0.28)	3.20±0.49	(0.13)
	40-49	34(22.7)	2.79±0.44		3.34±0.46	
	50-59	46(30.7)	2.72±0.39		3.47±0.52	
	60 이상	30(20.0)	2.71±0.50		3.38±0.62	
성별	남	39(26)	2.69±0.42	-0.13	3.36±0.49	0.24
	여	111(74)	2.70±0.43	(0.89)	3.34±0.53	(0.81)
결혼상태	미혼	24(16.1)	2.61±0.43	1.37	3.24±0.51	1.63
	기혼	109(73.2)	2.74±0.43	(0.26)	3.39±0.53	(0.18)
	별거 혹은 이혼	5(3.4)	2.59±0.59		2.97±0.55	
	사별	11(7.4)	2.53±0.35		3.25±0.45	
경제상태	여유있다	23(15.3)	2.89±0.49 <sup>a</sup>	4.30	3.47±0.59 <sup>a</sup>	3.18
	보통이다	100(66.7)	2.70±0.37	(0.01)	3.37±0.49	(0.04)
	조들린다	27(18.0)	2.54±0.52 <sup>a</sup>		3.13±0.55 <sup>a</sup>	
교육정도	국졸이하	17(11.4)	2.48±0.47 <sup>a</sup>	3.22	3.10±0.57 <sup>a</sup>	2.45
	중졸	21(14.1)	2.51±0.31	(0.02)	3.16±0.41	(0.05)
	고졸	54(36.2)	2.72±0.44		3.45±0.49 <sup>a</sup>	
	대졸이상	57(38.3)	2.80±0.41 <sup>a</sup>		3.37±0.55	
비만도	저체중	39(26.0)	2.61±0.36	1.24	3.31±0.47	0.11
	보통	75(50.0)	2.72±0.43	(0.29)	3.35±0.52	(0.90)
	과체중이상	36(24.0)	2.76±0.48		3.37±0.57	
진단명	류마티스관절염	87(58.0)	2.66±0.42	1.83	3.31±0.50	1.43
	강직성 척추염	10(6.7)	2.82±0.41	(0.13)	3.58±0.43	(0.23)
	루푸스	17(11.3)	2.60±0.52		3.28±0.58	
	골관절염	13(8.7)	2.95±0.37		3.56±0.53	
	기타	23(15.3)	2.73±0.40		3.34±0.55	
유병기간(년)	3 미만	56(37.3)	2.71±0.36	0.24	3.32±0.52	0.14
	3-10 미만	55(36.7)	2.67±0.48	(0.79)	3.37±0.55	(0.87)
	10 이상	39(26.0)	2.72±0.46		3.34±0.50	
침범관절수(개)	없음	11(7.3)	2.61±0.37	0.18	3.10±0.42	1.95
	1-3	88(58.7)	2.71±0.42	(0.91)	3.41±0.54	(0.12)
	4-6	31(20.7)	2.70±0.51		3.22±0.54	
	7-12	20(13.3)	2.71±0.38		3.36±0.43	
통증정도	없음	16(10.7)	2.65±0.34	0.13	3.30±0.50	0.15
	약간 아프다	51(34.2)	2.71±0.43	(0.94)	3.38±0.50	(0.93)
	많이 아프다	53(35.6)	2.72±0.38		3.34±0.49	
	매우 아프다	29(19.5)	2.71±0.53		3.37±0.57	

a : 같은 문자는 Scheffe's test에서 유의하게 차이가 있음을 의미함

#### IV. 논 의

본 연구에서 류마티스 질환자의 건강증진 생활 양식과 자기간호행위에 관한 몇 가지 사실을 확인하였다. 우선 본 연구 대상자의 구성을 보면, 50대 이후가 전체의 50.7%, 여성이 74.0%를 차지하고 있어 류마티스 질환은 주로 중년기 이후의 여성에게서 많이 발생함을 확인 할 수 있었다. 비만도에서는 과체중 또는 비만인 군이 24.0%임을 볼 때 대체적으로 체중관리를 잘 하는 것으로 사료되었다. 대상자의 진단명은 류마티스 관절염이 58.0%로 가장 많았고 관절침범부위는 무릎이 58.0%로 가장 많았는데 이는 무릎관절이 체중 부하가 많아 퇴행성 변화가 가장 먼저 오는 관절이기 때문이라고 본다(송경애, 1999). 통증정도는 4.07로 그리 심하지는 않았으나 대상자의 89.3%가 통증이 있음을 호소하고 있었는데, 통증이 삶의 질에 유의한 영향 요인임을 고려할 때 통증 조절이 이들에게 중요한 간호문제가 되리라 생각된다.

본 연구에서 류마티스 질환자의 건강증진 생활양식 점수는 4점 만점에 평균 2.70점으로 비교적 이행도가 좋았으며, 송경애와 이소영(2000)이 동일한 도구로 측정한 미국이민 한국 노인의 2.54점, 한국 노인의 2.64점에 비해 약간 더 높았다. 본 연구 대상자가 류마티스 환자임을 고려할 때 이들의 점수가 더 높게 나온 것은 미국이민 한국 노인과 한국 노인의 평균 연령이 70세 이상인 반면 본 연구 대상자의 평균 연령은 48.53세로 더 낮은 것과 관련이 있다고 본다. 이는 연령이 대상자의 건강증진 생활양식에 유의한 변인이라고 보고한 선행연구(송경애와 이소영, 2000) 결과를 유념해 볼 필요가 있다고 본다. 본 연구 대상자들의 건강증진 생활양식의 영역별 점수를 보면, 영양 영역의 점수가 가장 높고, 운동 영역이 가장 낮은 것은 다른 선행연구 결과와 일치하였다. 그러나 운동 영역의 점수가 1.99점으로 평균연령이 73.0세였던 노인들의 점수(2.14점) 보다도 더 낮았다는 사실은 이들의 운동 수행도가 매우 낮음을 의미한다고 본다. 관절염환자의 관절을 보호하고 근육강도를 유지하여 안위를 도모하기 위한 방법의 하나로 운동이 권장되고 있으며(Semble, 1995; Coyle & Santiago, 1995), 최근 이들을 대

상으로 다양한 운동을 적용한 연구 결과가 보고되고 있음을 고려할 때 이들의 운동 이행을 향상시킬 수 있는 프로그램의 개발이 필요하다고 본다.

대상자의 건강증진 생활양식의 문항별 응답 내용을 보면, 몸에 이상이 있을시 의사에게 이야기 함(평균 3.51), 인생에서 무엇이 중요한지를 앎(평균 3.31), 섬유질이 많은 음식을 먹음(평균 3.28), 현재 내가 받는 스트레스가 무엇인지를 앎(평균 3.26), 아침식사를 빠뜨리지 않음(평균 3.26) 등의 항목이 높게 나타난 것은 관절염 환자가 자각된 이상 증상에 대해 능동적으로 표현하고 인생을 긍정적으로 생각하려하며 영양적 측면을 중요하게 생각한다는 것을 짐작할 수 있었다. 반면 운동시 맥박을 측정함(평균 1.34), 건강관리 프로그램에 참여함(평균 1.53), 잠자기 전 근육의 피로를 풀어줌(평균 1.79), 일주일에 세 번 정도 20-30분간 땀이 날 정도로 운동함(평균 1.98), 콜레스테롤 수치에 관심이 있고 그 수치를 앎(평균 2.22) 등의 항목에서는 낮은 점수를 보여 건강행위를 실제적으로 구체적으로 실천하는 항목들이 낮은 점수를 보임을 알 수 있었다. 또한 현재 자신이 받는 스트레스에 대해 명확히 알고 있음에도 불구하고 스트레스 관리에 대해서는 미비한 점을 미루어 볼 때 이들의 건강증진 생활양식 수행도를 높이기 위해서는 접근이 용이하고 실행 가능한 운동프로그램과 스트레스 관리를 포함한 자기 관리 프로그램의 적용이 필요하다고 사료된다.

대상자들의 자기간호행위는 5점 만점 중 평균 3.34점으로 비교적 높은 상태였으며, 이는 최정자(1989)의 연구에 비해 자기간호 행위 수행도가 높음을 보였다. 대상자의 자기간호 행위의 문항별 반응을 보면, 정기적인 병원, 보건소 방문(평균 4.34), 의사 처방에 의한 약물복용(평균 4.31), 자신의 의견보다는 의사와 간호사의 지시사항이행(평균 4.23), 항상 마음을 편하게 하려 노력함(평균 3.98), 더운물 목욕을 자주 함(평균 3.92) 등의 항목이 높은 점수를 나타낸 것은 최정자(1989)의 연구와 최금숙(1992)의 연구에서 유사한 결과를 보였다. 반면 물리치료 방법을 배워서 집에서 함(평균 2.06), 집에서 더운물 찜질을 함(평균 2.07), 집에서 관절운동을 함(평균 2.42) 등의 항목에서 낮은 점수를 보인 것에 대해서는 대상자가 치료지시사항에 관해서는 이행정도가 높으나 대상자 스스로 관리하는

것은 미진함을 알 수 있었다. 그러므로 관절염 환자가 올바른 자기 관리에 대한 필요성을 인식할 수 있도록 유도함으로써 잘못된 자기 관리로 대상자의 질병상태가 악화되는 것을 미연에 방지하고 올바른 자기 관리 방법을 터득할 수 있도록 방향을 제시해야 할 것이라고 본다.

본 연구에서 경제상태와 교육정도가 류마티스 환자들의 건강증진 생활양식과 자기간호행위에 영향을 주는 유의한 변수로 나타났는데, 이는 교육정도와 경제상태가 건강증진 생활양식에 영향을 주는 변수라는 선행 연구(김효정, 1996; 이경숙, 1998; Pender et al., 1990) 결과와 월수입에 따라 관절염 환자의 자기간호행위가 차이가 있었다는 최정자(1989)의 연구 결과를 지지하였다. 이는 교육수준이 높고 경제상태가 좋을수록 건강에 관심을 기울일 여건이 허락되며 이와 더불어 건강증진의지도 강해지기 때문이며, 또한 축적된 지식과 나은 재정상태가 건강증진수행에 있어 지지적 요인이 될 수 있다(송경애, 1999). 그러나 본 연구에서는 타 연구에서 건강증진 생활 양식과 자기간호행위에 대한 영향 변수로 밝혀진 연령, 성별, 결혼상태, 종교, 진단명 등은 유의하지 않게 나타났는데 이는 추후 더 확인해 보아야 할 연구문제라고 본다.

류마티스 환자들의 건강증진 생활양식과 자기간호를 통한 삶의 질 향상을 위한 간호전략으로 대상자들이 자신의 치료에 대해 의료가관이나 의료인에게 지나치게 의존하는 수동적 태도에서 벗어나 자신의 투병과정에 능동적으로 대처하도록 하는 것이 중요하다고 본다. 의료기관을 규칙적으로 방문하면서도 스스로 생활습관의 변화를 유도할 수 있는 교육을 통해 인식의 변화를 도모하며, 이와 더불어 쉽게 참여할 수 있는 운동프로그램과 스트레스 관리를 포함한 자기관리 프로그램을 폭넓게 시행할 것을 제안한다.

## V. 결 론

본 연구는 2001년 7월 1일부터 15일간 서울시 소재 2개 대학병원 류마티스 센터에 내원한 류마티스 환자 중 본 연구 기준에 맞는 150명을 대상으로 건강증진 생활양식과 자기간호 행위 및 이와 관련된 변인들

을 파악하기 위한 서술적 조사연구이다. 연구도구는 송경애의 건강증진 생활양식 측정도구와 최정자의 자기간호행위 측정도구를 사용하였다. 수집된 자료는 SAS 프로그램을 이용하여 분석하였으며, 분석한 결과는 다음과 같다.

1. 대상자의 건강증진 생활양식 점수는 평균 2.71이었고, 문항별로는 몸에 이상증상이 있으면 의사에게 이야기 한다가 평균 3.51으로 가장 높았고 운동을 할 때에 맥박을 측정한다가 평균 1.34로 가장 낮게 나타났다. 또한 건강증진 생활양식 하부영역별 평균 점수는 영양영역이 3.11점으로 가장 높았고 운동영역이 1.99점으로 가장 낮았다.
2. 대상자의 자기간호행위 점수는 3.36이었으며, 문항별로는 정기적으로 병원, 보건소, 기타 건강관리소 등을 방문한다가 평균 4.34로 가장 높았고 물리치료 방법을 배워서 집에서 한다가 평균 2.06으로 가장 낮게 나타났다.
3. 대상자의 자기간호행위와 건강증진행위 간에는 유의한 정상관관계가 있는 것으로 나타났다.
4. 건강증진 생활양식과 자기간호행위는 경제 상태가 좋을수록, 교육 수준이 높을수록 높게 나타났다.

이상의 결과는 건강증진 생활양식 수행을 잘할수록 자기간호행위를 잘할수 있음을 확인할 수 있었다. 향후 류마티스 환자의 건강증진 생활양식과 자기간호행위를 설명하고 예측하기 위해 더 많은 영향요인들이 밝혀져야 하며, 이들의 건강증진을 위해 운동과 스트레스 관리 및 자기간호에 관한 내용을 포함한 자기관리 프로그램을 적용하여야 할 것으로 본다.

## 참 고 문 헌

- 김효정 (1996). 노인의 건강증진 행위와 관련된 변인에 관한 연구. 계명대학교 대학원 석사학위논문.
- 나애정 (1998). 군 병원 회복기 환자들의 건강증진 생활양식정도와 관련된 변인 분석. 연세대학교 대학원 석사학위논문.
- 박미영 (1993). 대학생의 건강증진 생활양식과 관련요인 연구. 서울대학교 대학원 석사학위논문.

박재순 (1995). 중년후기 여성의 건강증진행위 모형구축. 서울대학교 대학원 박사학위논문.

서연옥 (1995). 중년여성의 건강증진 생활방식에 관한 구조모형. 경희대학교 대학원 박사학위논문.

송경애 (1999). PACE 프로그램이 퇴행성 관절염 노인의 자기효능감과 통증 및 관절기능에 미치는 효과. 류마티스건강학회지 6(2), 278-294.

송경애, 이소영 (2000). 한국노인과 미국인인 한국노인의 건강상태 지각과 건강증진 행위. 기본간호학회지 7(3), 401-414.

이은옥, 서문자, 김금순, 강현숙, 임난영, 김종임, 송경애, 이경숙, 이인옥 (2001). 관절염 자조관리 및 수중운동 프로그램 운영에 대한 평가 연구. 류마티스건강학회지 8(2), 217-229.

오복자 (1994). 위암 환자의 건강증진행위와 삶의 질 예측모형. 서울대학교 대학원 박사학위논문.

이경숙 (1998). 노인의 건강지각과 건강증진 행위. 전북대학교 대학원 석사학위논문.

이미라 (1997). 대학생의 건강증진생활양식 결정요인에 관한 연구. 대한간호학회지, 27(1), 156-168.

이상현 (1994). 관절염의 정의, 증상 및 진단. 류마티스건강학회지, 1(1), 117-126.

이소우, 김주현, 이병숙, 이은희, 정면숙 (1997). 간호이론의 이해. 수문사.

이태화 (1990). 건강증진행위에 영향을 미치는 변인분석. 연세대학교 대학원 석사학위논문.

최금숙 (1992). 만성 관절염환자의 자아 개념과 자가 간호에 관한 연구. 이화여자대학교 대학원 석사학위논문.

최정자 (1989). 근골격계 만성질환자의 자가간호 이행 행위정도와 삶의 만족정도 연구. 이화여자대학교 대학원 석사학위논문.

한국보건사회연구원 (1996). 국민건강 실태와 정책과제.

CDC (1994). Prevalence of disability and associated health conditions-United States, 1991-1992. MMWR, 43(40), 730-731.

Coyle, C. P., Santiago, M. C. (1995). Aerobic exercise training and depressive symptomatology in adults with physical disabilities. Am Acta Phys Med & Rehab 76, 647-652 .

Department of Health and Human Services (1990). Healthy People 2000: national health promotion and disease prevention objectives(DHHS Publication No. PHS9 150212). Washington DC: US Government Printing Office.

Pender, N. J., Walker, S. N., Sechrist, K. R., Frand-Stromborg, M. (1990). Predicting health-promoting lifestyles in the workplace. Nurs Research, 39(6), 326-332.

Semble, E. L. (1995). Rheumatoid arthritis: new approaches for its evaluation and management. Am Acad Phys Med & Rehab 76, 190-201.

Sohng, K. Y., Yeom, H. A. (1999). An Analytical Study on Health-Promoting Lifestyle Patterns and Associated Variables of Korean Immigrant Elderly in Seattle. Journal of Korean Academy of Nursing, 29(5), 1058-1071.

Walker, S. N., Sechrist, K. R., Pender, N. J. (1987). The Health-Promoting Lifestyle Profile: Development and Psychometric Characteristics. Nurs Res, 36(2), 76-81.



ABSTRACT

## A Survey on Health Promoting Lifestyle Patterns and Self-Care Activities of Patients with Rheumatic Disease

**Sohng, Kyeong Yae · Moon, Jung Soon · Park, Ho Ran · Lee, So Young**  
(College of Nursing, The Catholic University of Korea)

This study was designed to explore health promoting lifestyle patterns (HPLP) and self-care activities and identify related variables of patients with rheumatic disease. One hundred fifty rheumatic patients were recruited from two university based rheumatic centers according to selection criteria. Collected data were analyzed using SAS program through which with a structured questionnaire. T-test, ANOVA, and Pearson correlation coefficients were tested.

The results were as follows:

1. The mean HPLP score of the subjects was 2.71, showed significant differences with economic condition and educational level. The better economic condition and more educated, showed the higher HPLP score.
2. They showed the highest practices in nutrition(mean score=3.11), and the lowest practices in exercise(mean score=1.99).
3. The mean self-care activity score of the subjects was 3.36, showed significant differences with economic condition and educational level. The better economic condition and more educated, showed the higher self-care activity score.
4. The HPLP score of the subjects showed positive correlations with self-care activity score( $r=.66$ ).

Developing health promotion programs focused on exercise and stress management is recommended not only for better health practices of patients with rheumatic disease but also for enhancing their level of well-being and life satisfaction.

Key words : Health Promoting Lifestyle Patterns, Self-Care Activities, Rheumatic Disease