

건강신념모델과 한국인 만성질환자의 환자역할 행위

구 미 옥(경상의대 간호학과)

이 은 옥(서울의대 간호학과)

목 차

- I. 서 론
- II. 건강신념모델
- III. 분석 대상
- IV. 분석결과 및 논의
 - 1. 연구의 일반적 경향
 - 1) 연구 대상
 - 2) 연구 유형
 - 3) 변수 측정
 - 4) 자료분석 방법
 - 2. 각 건강신념과 환자역할행위와의 관계
- V. 결론 및 제언
 - 참고문헌
 - 분석대상논문
 - Abstract

I. 서 론

과거에는 급성질환과 전염병의 이환율이 높았던 질병양상이 최근 경제, 문화수준의 향상과 의료의 급속한 발전과 더불어 장기간의 만성질환 양상으로 바뀌어 가고 있다(Anderson & Bauwens, 1981). 우리나라도 예외는 아니어서 최근 수년간 지속적인 경제성장과 생활양식의 서구화 경향에 따라 1970년대 이후 우리나라 주요 10대 사인중에서 만성질환이 차지하는 비중이 해마다 높아져 가고 있어(김정순, 1987) 만성질환자에 대한 효율적인 건강관리 요구가 증대되고 있다.

만성질환은 비가역적인 병리적 변화에 의해 야기되는데 급성질환과는 달리 증상은 조절할 수 있으나 완치되지 않는다. 그러므로 환자는 질병관리를 위해 특

수한 훈련을 받아야 하고, 의료인의 감독하에 계속해서 환자역할행위를 이행해야 하며, 그에 따라 자신의 생활양식과 활동을 재조직해야 하므로 현실적으로 많은 어려움에 직면하게 된다(Strauss, 1984). 선행연구(Marston, 1970; Becker, Green, 1975)에 의하면 많은 환자들이 쉽게 환자역할행위에서 이탈하여 회복이 지연되거나, 질병을 악화시키고 있는데 환자역할행위의 중단은 투병기간이 긴 만성질환자에게 특히 중요한 문제가 되고 있다.

간호학자는 만성질환자들이 환자역할행위를 잘 이행하도록 돕기 위해 1단계로 이 분야의 간호지식체를 축적하고 간호전략을 개발하기 위한 연구를 활발히 진행하고 있다. 우리나라에서도 1979년 이후 건강신념모델을 기반으로 한 연구들이 많이 이루어져 왔다.

건강신념모델은 1950년대 초 Hochbaum 등에 의해 본래 예방적 건강행위를 설명하기 위해 개발된 모델이다. 이 모델은 그후 질병행위(Kirscht), 환자역할행위(Becker, 1974)를 설명하는데까지 확대되었다. 이 모델은 개인의 건강관련 행위에 새로운 관점을 제시해 주었고, 많은 연구들을 이끌고, 많은 경험적 지지를 받았으며 그 결과 건강관련 행위규를 설명하는데 유용한 것으로 확인되었다(Mikhail, 1981).

그런데 이 모델의 설명력은 예방적 행위에서 치료적 행위로 오면서 저하된다는 것이 지적되고 있다(Cox, 1982). 또한 만성질환 행위와 건강신념모델과의 관련성에 관한 증거는 아직 불충분하며, 만성질환 행위 영역에서 모델이 성공적으로 적용되기 위해서는 모델에 새로운 변수들을 첨가하는 것 이상인, 모델에 대한 재설정(reformulation)의 필요성이 있음이 제기되었다(Kasl, 1974).

이에 본 연구자들은 만성질환 행위에 관심을 가지면서, 현재 만성질환자의 환자역할행위에 대한 이론틀

로 많이 이용되고 있는 건강신념모델에 대한 실험연구들을 분석하므로써

1) 연구의 일반적 경향을 분석하고

2) 모델이 한국인 만성질환자의 행위를 설명하는데 있어 얼마나 경험적 지지(empirical support)를 받고 있는지를 분석하며

3) 앞으로 만성질환자의 환자역할행위에 대한 연구 방향을 제시해 보고자 본 연구를 시도하였다.

II. 건강신념모델(Health Belief Model)

건강신념모델은 1950년대 초 사회심리학자 Hochbaum, Kegeles, Leventhal, Rosenstock에 의해 개발되었는데 그 목적은 많은 사람들이 질병예방이나 질병을 조기발견하기 위한 검사(screening test)를 수행하지 않는 것을 이해하고자 함이었다(Rosenstock, 1974). 그후 모델은 질병행위(Kirscht), 환자역할행위(Becker, 1974)를 설명하기 위해 수정, 확대되었다. 이 모델은 Lewin의 장이론(Field theory)을 기반으로 하고 있으며, 또한 사람이 어떤 행위를 하고, 안하는 것을 결정하는 것은 물리적 환경이 아니라 그 사람의 주관적인 지각세계라는 현상학적 접근방법을 취하고 있다(Rosenstock).

모델의 주요 개념은 다음과 같다(Rosenstock : Becker, 1974 : Janz, Becker, 1984 : 김, 1985).

1) 지각된 민감성(perceived susceptibility)

자신이 어떤 일정한 질병에 걸릴 가능성이 있다고 믿는 것으로서(Rosenstock, 김) 환자역할 행위에서는 질병에 대한 진단이 이미 내려졌으므로 대신 진단의 정확성 및 질병의 재발가능성에 대한 개인의 평가, 다른 질병 또는 일반적인 질병에의 취약성(vulnerability)에 대한 개인의 주관적 느낌이다(Becker).

2) 지각된 심각성(perceived severity)

어떤 질병에 걸렸을 경우 그 질병이 자신에게 싣각한 영향을 가져오리라고 믿는 것으로서 질병이 신체에 미치는 영향(죽음, 불구, 통증), 사회적 요소에 미치는 영향(직업, 사회생활, 가정생활)에 대한 개인의 평가이다(Rosenstock, Janz & Becker, 김).

3) 지각된 유의성(perceived benefit)

건강관련 행위를 수행시 자신에게 나타날 것이라고 기대하는 이득으로서 즉 건강관련 행위가 질병에 대한 민감성, 심각성을 경감하는데 효과적이라고 믿는 것이다(Rosenstock, 김)

4) 지각된 장애성(perceived barrier)

건강관련 행위의 부정적인 측면으로서 건강행위가 불편하고, 고통스럽고, 불유쾌하고, 값이 비싸다고 믿는 것으로서 이는 건강관련 행위를 피하고자 하는 동기를 일으킨다(Rosenstock).

5) 행동계기(cue to action)

건강과 관련된 구체적인 행위가 일어나도록 하는 내, 외적 자극으로서 내적자극에는 증상, 외적자극에는 대중매체, 대인관계, 의료인에게서 받은 기억상기 카드 등이 있다(Rosenstock, Janz & Becker, 김).

위의 개념 외에 Becker(1974)는 환자역할행위를 설명하기 위해 건강동기 및 인구학적 요인, 구조적 요인(지시된 처방의 복잡성, 비용, 기간, 부작용 등), 태도 요인(의료인, 치료절차 및 시설에 대한 만족도), 상호작용요인(의사와 환자관계), 가능성요인(질병, 처방, 건강관련 행위에 대한 과거 경험; 조언과 의뢰)들을 제시하고 있다.

환자역할행위(Sick role behavior)는 질병에 이환되어 치료를 받고 있는 사람에 의해서 취해지는 행위로서 이 행위에는 의료인 또는 의료기관과 장기간의 접촉을 갖고, 의료인으로 부터 치료를 받고, 병상시의 사회적 역할과 의무에서 일부 또는 전부 벗어나는 것이 포함되는데(Kasl & Cobb, 1966 : Kasl, 1974) Becker(1974)는 이를 지시된 처방(약, 식이, 운동, 습관, 정기적 검사, 정기적 병위방문 등)을 이행(compliance)하는 것이라고 정의하고 있다.

건강신념모델을 종합적으로 설명하면(Maiman, Becker)

1) 특정 건강문제에 대해 행동을 취할 심리적 준비(psychological readiness)는 개인의 건강문제에 대한 지각된 민감성과 심각성에 의해 결정된다.

2) 개인은 추천된 건강행위에 대해 그 행위가 민감성, 심각성을 감소시키는데 있어서 유의한지를 평가하고, 이 유의성을 그 행위에 대한 지각된 장애에 비추어 평가한다(weigh)

3) 1), 2)의 조건이 충족되더라도 적절한 건강행위를 시작하기 위해서는(trigger) 자극(행동의 계기)이 있어야 한다는 것이다.

III. 분석대상

분석 대상논문은 1) 연구대상이 한국인 만성질환자이고, 2) 독립변수는 각 건강신념으로서 민감성, 심각성, 유의성, 장애성이며, 3) 종속변수는 환자역할행위인데, 이 행위는 지시된 처방을 이행하는 것이므로 Becker, 1974) 종속변수로 환자역할 행위, 이행을 연구한 논문이다.

대상논문을 파악하기 위하여 간헐 출판부에서 발간된 한국 간호관계 문헌 총목록 II와 III에 수록된 1975. 0월-1989, 6월에 발표된 모든 논문명과 간호학 석, 박사학위 전 논문명단을 검토하였다.

위의 기준에 맞는 논문은 1979년에 처음으로 발표된 것에서 시작하여 현재까지 총 33편이었는데 이를 모두 수집하여 분석하였다.

IV. 분석결과 및 논의

1. 연구의 일반적 경향

건강신념모델을 적용하여 한국인 만성질환자의 건강신념과 환자역할행위와의 관계를 분석한 논문들의 일반적인 연구경향을 파악하기 위하여 각 논문의 연구 대상 및 연구 유형, 변수 측정, 자료 분석방법을 살펴 보았다.

1) 연구 대상

연구 대상은 폐결핵 환자가 8편으로 가장 많았으며 그밖에 당뇨병, 혈액투석 및 신장이식, 고혈압, 만성 간 질환, 심혈관계 질환, 암, 소화성 궤양, 갑상선 기능 항진증 환자로서 다양한 만성질환을 가진 환자에게 모델이 적용됨을 알 수 있었다(표 1 참조).

대상자 수는 50명 이하가 1편, 60-100명이 17편,

101-200명이 14편, 400명 이상이 1편이었다.

[표 1] 연구 대상

연구 대상	논문편수	연구 대상	논문편수
폐결핵환자	8편	만성 간 질환자	2편
당뇨병환자	7편	심혈관계 질환자	2편
혈액투석 및 신장이식환자	5편	암 환자	2편
고혈압환자	4편	소화성궤양 환자	2편
		갑상선기능항진증환자	1편

2) 연구 유형 : 후향적 조사연구 대 전향적 조사연구

연구 유형은 33편 논문 모두가 후향적 조사연구(retrospective survey)이었다(부록 참조). 이는 Janz & Becker(1984)의 환자역할행위에 대한 13편의 논문 분석시 6편이 후향적 조사연구이고, 7편이 전향적 조사연구(prospective survey)인 것에 비추어 볼 때 다양성이 부족하였다.

후향적 연구에서는 건강신념과 행위가 관계가 있다는 결과를 얻었을 때 이들 신념이 행위의 원인인지 혹은 결과인지를 모르기 때문에(Janz & Becker, 1984) 인과관계를 명확히 제시하기 위해서는 전향적 연구가 가장 적절한 것으로 제시되고 있다(Mikhail, 1981). 또한 만성질환자의 건강신념은 환자의 치료에 대한 경험의 결과 이행행위와 더불어 변화된다고 보고있다(Becker *et al.*, 1979). 그러므로 만성질환자의 건강신념이 치료과정에 따라 어떻게 변화하는지, 그에 따라 행위가 어떻게 변화하는지, 건강신념이 행위의 지속에 얼마나 영향을 주는지를 전반적으로 파악하기 위해서는 앞으로 연구기간이 오래 걸린다는 어려움은 있지만 전향적인 종적연구가 시도되는 것이 필요하다고 생각된다.

한편 만성질환의 경우 건강신념 뿐 아니라 환자역할행위 이행정도도 질병발생 후 경과시기에 따라 다를 수 있으므로 후향적 연구에서는 자료조사 시점을 명시하는 것이 필요한데 본 대상논문들은 이를 명시하지 않고 조사하고 있었다. 앞으로는 조사 시점을 명시해 주는 것이 대상자로부터 적절한 자료를 얻는데 도움이 되리라 생각된다.

3) 변수 측정

(1) 독립변수 측정

독립변수인 건강신념에 대한 측정은 신념을 각각 측정하는 26편으로 대부분이었고, 민감성과 심각성을 묶어서 측정한 논문이 7편(김b, 1987; 박, 1986; 박, 1987; 유, 1986; 유, 1987; 최a, 1984; 황보, 1985)이며 유익성과 상애성을 묶어서 측정한 논문이 1편(유, 1986)이었다.

① 측정도구

건강신념의 측정도구는 전체 33편 논문중 25편에서 연구자가 문헌에 기초하여 직접 제작한 도구를 이용하였다(김, 1985; 김, 김, 1986; 김a, 1987; 김b, 1987; 김, 1990; 김, 노, 김, 1982; 김, 이, 김, 1980; 마, 1985; 박, 1985; 박, 1986; 심, 1983; 오, 1987; 유, 1987; 이, 1982; 임, 1986; 장, 1988; 전, 1984; 조, 1979; 조, 1982; 최, 1980; 최a, 1984; 최b, 1984; 최, 1986; 홍, 1984; 홍, 1985). 선행 연구자가 작성한 도구를 수정, 보완한 도구(질문지)를 이용한 논문은 8편이었는데 선행도구로 Champion(1984)의 도구를 이용한 논문이 1편(유, 1986), 최a(1984)의 도구가 6편(박, 1987; 소, 1985; 윤, 1987; 이, 1986; 조, 황보, 1986; 황보, 1985), 박(1984)의 도구가 1편(김, 이, 1987)이었다. 이들 추정 도구는 대부분 5점 척도의 Likert형 척도를 이용하고 있었다.

도구의 신뢰도를 보고한 논문은 18편 뿐이었는데 이중 신뢰도 검증방법으로 Cronbach α 를 이용한 논문이 13편(김a, 1987; 김b, 1987; 김, 1990; 김, 이, 1987; 박, 1986; 박, 1987; 소, 1985; 오, 1987; 유, 1986; 장, 1988; 최a, 1984; 최, 1986; 홍, 1985), 반분신뢰도가 3편(마, 1985; 윤, 1987; 황보, 1985), 검사-재검사 신뢰도가 1편(심, 1983), Kuder-Richardson Intra Item Reliability가 1편(전, 1984)이었다. 일부 도구는 신뢰도가 낮았으나 반면 각 건강신념 측정도구의 신뢰도가 모두 Cronbach α 0.8 이상인 좋은 도구도 있었다(최a, 1984; 박, 1987) (표 2 참조).

한편 일부 초기연구에서는(심, 1983; 유, 1987; 이, 1982; 이, 1986; 임, 1986; 홍, 1984; 최b, 1984) 도구에 비동간 척도를 등간척도로 취급한 문항들이 포함되어 있어서 연구결과에 대한 신뢰도를 저하시키고 있었다.

건강신념 모델을 연구한 외국의 선행문헌(Mikhail,

1981; Janz & Becker, 1984; Redeker, 1988)에서도 방법론적 문제로서

1) 연구자들이 다양한 도구를 이용하고 있고,

2) 도구의 신뢰도나 타당도를 측정하지 않았다는 점이 지적된 바 있다. 건강신념모델이 한국인 만성질환자의 환자역할행위를 설명할 수 있는지를 제대로 평가하기 위해서는 앞으로 도구의 표준화 및 신뢰도와 타당도가 높은 도구개발이 시급히 요청되고 있다.

② 건강신념의 조작화

건강신념의 측정상의 또 하나의 문제는 일부 신념을 조작화하는데 어려움이 있고(Mikhail, 1981) 연구자마다 각 신념을 독특한 방식으로 조작화하고 있다는 점인데(Janz & Becker, 1984) 본 연구에서도 건강신념 중 민감성의 측정에서 이와같은 문제가 있음이 발견되었다.

본 분석대상 논문에서 이용된 민감성에 대한 조작적 정의를 살펴보면 1) 진단에 대한 믿음(의심) (김, 1990; 박, 1985; 심, 1983; 윤, 1987; 임, 1986; 장, 1988; 조, 1979; 홍, 1984; 홍, 1985) 2) 진단단계(심, 1983; 홍, 1984) 3) 진단을 받아들이는데 대한 어려움(김, 1984; 김a, 1987; 장, 1988; 조, 황보, 1986; 최b, 1984) 4) 진단에 대한 느낌(김, 이, 김, 1980; 조, 1982) 5) 진단전에 인지한 민감성(홍, 1985; 소, 1985) 6) 다른 질병에 비해 또는 다른 사람에 비해 본 질환에 걸릴 가능성(윤, 1987; 임, 1986) 7) 일반적으로 질병에 걸릴 가능성, 다른 질병에 걸릴 가능성(윤, 1987; 전, 1984; 홍, 1985) 8) 가족 및 주변사람의 질환 경험(이환) 유무(김, 이, 김, 1980; 심, 1983; 임, 1986; 조, 1979; 조, 1982; 최b, 1984; 홍, 1984) 9) 재발 가능성(김, 1984; 김, 1990; 소, 1985; 조, 황보, 1986) 10) 악화 가능성(김a, 1987; 박, 1985; 장, 1988; 최, 1986; 홍, 1985) 11) 합병증 가능성(김a, 1987; 김, 1990; 박, 1985; 심, 1983; 장, 1988; 조, 1979; 조, 황보, 1986; 최b, 1984; 최, 1986) 12) 회복 가능성(김, 1984; 박, 1985) 13) 유전 가능성(임, 1986; 최b, 1984; 홍, 1984) 등으로서 다양하게 조작화되고 있었다. 이들 정의를 비판해 보면 진단과 관련된 정의들은 만성질환을 처음 진단받는 시기에는 민감성으로 적절한 문항이나 진단 후 경과기간이 오래된 환자에게는 적절치 않은 것으로 생각된다. 진단전에 인지한 민감성, 본 질환에 걸릴 가능성은 건강신념모델을 예방적 건강행위에 적용한 선

[표 2] 측정도구의 신뢰도

측정변수 Cronbach α 값	민 감 성	심 각 성	민감성과 심 각 성	유 익 성	장 애 성	이 행
0.4-0.5	홍, 1985(5)				김b, 1987(8)	
0.51-0.60	최, 1986(7)		유, 1986(8)		홍, 1985(8)	유, 1986(3)
	김a, 1987(4) 김, 1990(4)					
0.61-0.7	소, 1985(4)			박, 1986(5) 최, 1986(6)	박, 1986(4) 최, 1986(6)	홍, 1985(11) 김b, 1987(15)
0.71-0.8	오, 1987(7)	홍, 1985(8) 최, 1986(9) 김a, 1987(7) 오, 1987(6)	박, 1986(9) 김b, 1987(14)	김a, 1987(8) 오, 1987(6) 김b, 1987(9) 김, 1990(7)	김a, 1987(12) 오, 1987(7) 장, 1988(10) 김, 1990(11)	최a, 1984(18) 김a, 1987(13) 김, 1990(20)
	장, 1988(10)	소, 1985(11) 장, 1988(10) 김, 1990(14)	박, 1987(21)	최a, 1984(11) 소, 1985(8) 홍, 1985(7) 박, 1987(11) 장, 1988(10)	최a, 1984(15) 소, 1985(10) 박, 1987(150)	박, 1986(15) 최, 1986(7) 오, 1987(29) 장, 1988(10)
0.91 이상			최a, 1984(21)			박, 1987(18)

()값은 도구의 문항수임.

행연구들에서 끌어낸 정의인데 이 정의는 이미 진단을 받고 환자역할을 하는 만성질환자에게는 적절치 않은 것으로 생각된다. 일반적으로 질병에 걸릴 가능성, 다른 질병에 걸릴 가능성은 환자의 현재 질병에 대한 민감성이라고 간주하기에 어려움이 있다. 재발가능성은 폐결핵 환자에게는 적절하나 대부분의 만성질환자에게는 적절치 않다. 질병의 악화가능성, 합병증 발생가능성은 민감성을 측정하는데 적절한 정의라 생각되는데 이들 정의도 한편으로는 질병에 대한 심각성과 연결될 수 있는 점이 있다. 이는 합병증 가능성(김, 이, 김, 1980; 조, 1982), 합병증에 대한 두려움(전, 1984)을 심각성에 대한 조작적 정의로 이용한 논문이 있음에서 알 수 있다. 이상에서 살펴 본 바와 같이 연구자들은 나름대로 민감성에 대한 정의를 내리고 있던 하나 만성질환의 경우 민감성에 대한 적절한 정의를 내리는데 어려움이 있음을 알 수 있다.

본 대상논문의 대부분에서 1) 민감성에 대한 측정 문항수가 다른 신념의 측정 문항수에 비해 적고, 2) 도구의 신뢰도가 낮았고(표 2 참조), 3) 유의성 비울

이 건강신념 중에서 가장 낮았던 점도(표 3 참조) 만성질환시 민감성에 대한 조작적 정의불 내리기 어려운 점과 관련된다고 생각된다.

고로 앞으로 만성질환자의 민감성을 측정할 때에는 일부 연구에서 시도된 것 처럼 민감성과 심각성을 함께 묶어 측정하거나 아니면 민감성 측정문항이 일부 심각성과 연결될 수 있는 문항으로 생각되므로 민감성에 대한 측정을 제외하는 것을 고려해 볼 필요가 있다고 생각된다.

(2) 중속변수 측정 : 자가보고 대 객관적 측정

중속변수인 환자 역할행위에 대한 측정은 자가보고(self report)에 의한 측정이 30편으로 대부분이었고, 자가보고와 객관적 측정을 병행한 경우가 3편 뿐이어서(유, 1986; 최, 1984; 최, 1986) 환자역할행위 측정을 대부분 환자의 보고에만 의존하고 있음을 알 수 있었다(부록 참조).

이는 Janz & Becker(1984)의 환자역할행위에 대한 13편의 논문분석시 4편만이 자가보고를 이용하고 7편은 자가보고와 객관적 측정술, 2편은 객관적 측정

[표 3] 유의성 비율(Significance ratio)

	민 감 성	심 각 성	유 익 성	장 애 성
significant	10	11	21	16
non significant	20	18	10	14
significant but opposite	3	3	1	2
dimension not checked		1	1	1
significance ratio				
본 연구	10/33 (30.3%)	11/32 (34.4%)	21/32 (65.6%)	16/32 (50%)
(참고) Janz & Becker(1984)의 연구	8/11 (73%)	11/13 (85%)	9/12 (75%)	10/11 (91%)

은 이용한 것에 비추어 볼 때 다양성이 부족하였다.

한편 환자역할 행위를 환자의 자가보고에만 의존할 때 환자 자신이 얘기하는 행위와 실제의 행위에 차이가 있을 수 있고(Hershey, 1980) 또한 이는 일반적으로 이행행위를 과대평가하는 우려가 있음이 선행연구에서 지적되고 있으므로(Marston, 1970) 앞으로의 연구에서는 객관적 측정이 병행되는 것이 바람직하다고 생각된다.

본 분석대상 논문에서 자가보고는 연구자가 직접 작성하거나 선행연구자가 작성한 설문지를 수정, 보완하여 이용하였는데 도구는 대부분 5점 척도의 Likert형 척도를 이용하였고 그 내용은 식이, 약물복용, 운동, 휴식과 안정, 합병증 예방, 개인위생, 체중관리, 정기검사와 정기적 병원방문에 대한 이행들을 일부 또는 전부 포함하였다. 객관적 측정시에는 남은 약 세기(pill count)(유, 1986), 투약지연일수(최, 1984), 체중과 혈중 potassium, BUN치(최, 1986)를 측정하였다.

4) 자료 분석방법

건강신념과 환자역할행위와의 관계를 분석시 건강신념 중 유의성과 장애성의 경우는 이들 각 신념과 환자역할행위를 분석한 논문이 26편으로 대부분이었으나 6편의 논문에서는(마, 1985; 심, 1983; 오, 1987; 조, 1979; 황보, 1985; 홍, 1984) 유의성 점수를 이익성(유익성) 점수-장애성 점수로 계산하여 분석하였다.

건강신념과 환자역할행위와의 관계에 대한 분석방법은 상관계수를 구한 논문이 29편으로 대부분이었다. 3편의 논문(소, 1985; 윤, 1987; 조, 황, 1986)에서는 대상자를 이행군과 비이행군으로 분류하여 두 군간에 건강신념에 차이가 있는지를 t 검정으로 분석하였다. 1편의 논문(황보, 1985)에서는 대상자의 각 건강신념 정도를 상, 중, 하로 나누고 이행정도도 상, 중, 하로 나누어 χ^2 검증을 시도하였다.

Rosenstock(1974)은 심각성과 건강관련 행위의 관계는 직선이 아니라 곡선형태로 보인다고 하였는데, 즉 심각성은 중정도일 때 적응행위가 더 일어나고, 반면 매우 낮거나 높은 때에는 불안, 비적응 행위가 초래될 수 있다고 제시하였다. 이러한 제시에 따르면 심각성과 환자역할 행위와의 관계를 직선의 관계인 상관계수로 분석한 것은 적절한 분석이 아닌 것 같다. 고로 앞으로의 연구에서는 심각성과 환자역할 행위간의 관계를 분석시 상관계수 대신 분산분석, χ^2 검증을 시도해 볼 필요가 있다고 생각된다.

또한 박(1984)의 연구에서는 요인분석시 건강신념 4 요인이 모두 하나로 모여져 이들을 건강신념으로 통합명명하고 건강신념과 이행과의 관계를 보았는데 상관관계가 0.5625($P=0.000$)으로 높은 관계를 보였다. 이(1988), 서(1989)도 같은 유형의 분석을 시행하였는데 건강신념과 만성질환자의 환자역할행위 이행과의 관계가 상관계수 0.6460($P<0.001$)(이, 1988), 0.4668($P<0.0001$)(서, 1989)으로 높은 관계를 나타냈다. 고

로 앞으로 이 분석방법을 시도해 보는 것도 도움이 되리라 생각된다.

이상에서 본 분석대상 논문들의 일반적 연구경향을 분석해 보았는데 연구대상이 다양한 질환을 가진 점을 제외하고는 전반적으로 유사한 연구 접근이 이루어졌음을 알 수 있다.

2. 각 건강신념과 환자역할 행위와의 관계

본 분석대상 논문들에서 각 건강신념과 환자역할 행위와의 관계가 얼마나 경험적 지지를 받고 있는지를 파악하기 위하여 각 논문의 결과들을 유의성 비율(Significance ratio)로 분석하였다. 이 비율은 Janz & Becker(1984)가 논문분석시 이용한 방법이다. 유의성 비율은 각 건강신념과 환자역할행위간의 관계가 유의한 결과를 내면서 동시에 관계의 방향이 건강신념모델이 예측한 것과 같은 방향으로 나온 논문의 수와 총연구 논문수로 나눈 값이다. 이 값을 산출시 논문에서 민감성과 심각성을 묶어서 취급한 경우 그 결과를 민감성과 심각성에 각각 적용하였고 또한 유의성을 이익성에서 장애성으로 배치 분석한 경우 그 결과를 이익성과 장애성에 각각 적용하여 계산하였다. 또한 각 신념의 주관적, 객관적 이행과의 관계가 서로 다름 때에는 Janz & Becker(1984)가 집계한 대로 주관적, 객관적 측정 중 어느 한쪽에라도 유의한 결과가 나온 경우 유의한 것으로 집계하였다. 유의성 비율 결과를 제시하면 표 3과 같다.

건강신념 중 유의성은 전체 논문의 65.6%에서 유의한 관계가 있어 가장 많은 지지를 받았으며, 다음으로 장애성이 50%의 논문에서 유의한 관계를 보여 유의성과 장애성은 만성질환자의 환자역할행위 설명시 어느 정도 경험적 지지를 받는 것으로 나타났다. 반면 심각성은 전체 논문의 34.4%, 민감성은 30.3%에서만 유의한 관계가 있어 심각성과 민감성은 만성질환자의 환자역할행위 설명시 낮은 경험적 지지를 보였다. Janz & Becker(1984)의 만성질환자의 환자역할행위에 대한 논문분석에서 유의성 비율을 보면 장애성이 91%로서 가장 많은 지지를 받았고, 다음이 심각성 85%, 이익성 75%, 민감성 73% 순이었다. 이 결과를 본 분석결과와 비교해 보면 본 결과는 전반적으로 경험적

지지가 낮았는데, 특히 민감성과 심각성의 지지가 매우 낮았다. 또한 가장 많은 지지를 받은 신념에도 차이가 있었다. 이러한 차이가 나타난 근거를 추정해 보면 우선 Janz & Becker(1984)의 분석대상 논문은 환자역할 행위 측정시 주관적, 객관적 측정을 함께 한 논문이 반 이상인 반면 본 분석대상 논문은 대부분 주관적 측정만을 하였는데, 이 비율 계산시 주관적, 객관적 측정 중 어느 쪽이든 유의한 결과가 나오면 유의한 것으로 집계가 되므로 Janz & Becker의 분석결과가 더 좋게 나왔을 가능성이 있다고 생각된다. 다른 근거로 추정될 수 있는 것으로는 건강과 질병행위는 개인의 사회, 문화적 배경에 의해 영향을 받는데 한국과 미국의 다른 배경이 만성질환자의 환자역할행위에 반영되어 이런 결과가 나타난 것이라고 생각해 볼 수 있겠다. 그러나 이런 결론을 내리기 전에 먼저 1) 측정도구 문제의 해결, 2) 환자역할행위에 대한 다양한 측정, 3) 전향적 연구의 시도를 통해 연구가 더 이루어지는 것이 바람직하다고 생각된다.

다음으로 분석대상 논문들에서 건강신념과 환자역할행위간의 관계가 유의한 경우 그 상관계수를 제시하던 유익성이 0.187(전, 1984) 0.2374(김, 김, 1986) 0.25(장, 1988) 0.2786(박, 1985) 0.307(김, 1990) 0.3387(박, 1986) 0.3564(김, 이, 김, 1980) 0.3785(박, 1987) 0.41(김a, 1987) 0.4363(김b, 1987) 0.481(임, 1986) 0.48601(최, 1980) 0.507(김, 노, 김, 1982) 0.5566(조, 1982) 0.7269(최a, 1984) 0.7535(김, 1984)로서 전반적으로 환자역할행위와의 관계가 건강신념 중 가장 높은 것으로 나타났다.

장애성은 0.2200(김b, 1987) -0.23611(최, 1980) -0.2472(김, 김, 1986) -0.2952(최a, 1984) 0.3104(박, 1987) 0.478(최b, 1984) -0.4709(조, 1982)이었다.

심각성은 0.16(김a, 1987) 0.18127(최, 1980) 0.203(전, 1984) -0.23(장, 1988) 0.282(임, 1986) 0.3568(조, 1982) -0.4855(김, 김, 1986) 0.5869(김, 1984)이었다.

민감성은 0.1423(조, 1979) 0.15(김a, 1987) -0.1975(심, 1983) 0.198(전, 1984) 0.25(장, 1988) 0.276(임, 1986) 0.370(최b, 1984) 0.4001(오, 1987) 0.5162(조, 1982) 0.6383(김, 1984)이었다.

환자역할 행위를 건강신념이 얼마나 설명하는지를

[표 4] 환자역할 행위에 대한 건강신념의 단계적 중회귀 분석(Stepwise Multiple Regression)

연구자	1단계 변수	2단계 변수	3단계 변수	4단계 변수	총설명력 (R ²)
전(1984)	심각성 (0.041)	민감성 (0.082)	유익성 (0.104)		0.104
김(1990)	유익성 (0.0940)	장애성 (0.1010)	민감성 (0.1053)		0.1053
마(1985)	건강관심도 (0.0867)	유익성 (0.1446)			0.1446*
박(1987)	유익성 (0.143)	장애성 (0.176)			0.176
최(1980)	유익성 (0.23621)	장애성 (0.26559)	심각성 (0.28124)		0.28124
귀b(1987)	건강동기 (0.2075)	유익성 (0.2620)	민감성과 심각성 (0.2886)	장애성 (0.3143)	0.3143*
김, 김(1986)	심각성 (0.2386)	건강동기 (0.3241)	장애성 (0.3338)		0.3338*
조(1982)	치료동기화 (0.3510)	민감성 (0.4583)	장애성 (0.5153)		0.5153
김(1984)	건강동기 (0.6228)	장애성 (0.7083)	지식 (0.7478)	민감성 (0.7503)	0.7503**

()값은 R²임.

*는 건강동기가 첨가된 값임.

**는 건강동기와 지식이 첨가된 값임.

중회귀 분석(Multiple Regression)으로 분석, 제시한 9편의 논문을 살펴보면 대부분의 논문이 R²값이 33% 이하로 설명하고 있어(표 4 참조) 한국인 만성질환자의 환자역할행위에는 건강신념 이외의 다른 변수가 더 작용하는 것으로 보인다. 고로 앞으로의 연구에서는 이들 다른 변수를 규명하는 것이 중요하다고 생각된다.

V. 결론 및 제언

건강신념모델을 적용하여 1975년부터 1990년까지 한국인 만성질환자의 환자역할 행위를 연구한 논문 33편을 분석한 결과는 다음과 같다.

다양한 만성질환자를 대상으로 건강신념모델이 적용되었고 연구 유형은 전 논문에서 후향적 조사연구를 시행하였다. 건강신념은 대부분 연구자가 직접 제

작한 도구를 이용해 측정하였고, 환자역할행위는 대부분 주관적 보고에 의해서 측정되었다. 건강신념과 환자역할 행위와의 관계분석은 대부분 상관계수를 이용하였다.

각 건강신념과 만성질환자의 환자역할행위간의 관계에 대한 경험적 지지를 파악하기 위해 유의성 비율(Significance ratio)을 구한 결과 유의성이 65.6%로 가장 높은 지지를 받았고 다음으로 장애성 50%, 심각성 34.4%, 민감성 30.3% 순이었다.

이상의 분석결과를 모델에 개발한 학자 및 외국의 선행연구와 비교하므로써 다음과 같은 제언을 하고자 한다.

1. 건강신념을 측정하는 신뢰도, 타당도있고 표준화된 도구개발이 필요하다.
2. 건강신념 중 민감성은 만성질환의 경우 조작화하는데 어려움이 있으므로 민감성을 측정시 민감성과

심각성을 함께 묶어 측정하거나 아니면 민감성에 대한 측정은 제외하는 것을 고려해 볼 필요가 있겠다.

3. 심각성과 환자역할행위간의 관계분석은 상관계수 대신 분산분석, x^2 검증을 시도해 볼 필요가 있다.

4. 환자역할 행위 측정시 주관적 보고 뿐 아니라 객관적 측정이 병행되어야 하겠다.

5. 전향적 종적 조사연구가 시도되어야겠다.

6. 건강신념 외에 만성질환자의 환자역할행위에 영향을 주는 다른 변수의 규명이 필요하다.

참 고 문 헌

1. Anderson, S.V., Bauwens, E.E.(1981), *Chronic Health Problems: Concepts and Application*, St. Louis: The C.V. Mosby Co.
2. Becker, M.H., *The Health Belief Model and Sick role behavior*, In Becker, M.H.(ed) (1974) *The Health Belief Model and Personal Health Behavior*, Charles B. Slack Inc.
3. Becker M.H. et al., *Patient Perceptions and Compliance: Recent Studies of The Health Belief Model*, In Haynes, B. et al(1979) *Compliance in Health Care*, the Johns Hopkins University Press, 78-109.
4. Becker, M.H., Green, L.W., (1975) *A Family approach to compliance with medical treatment: A selective review of the literature*, *International Journal of Health Education*, 18, 173-182.
5. Champion, V.L.(1984) *Instrument development for health belief model constructs*, *ANS*, 6(3) : 73-85.
6. Cox, C.L.(1982) *An Interaction model of Client Health Behavior: theoretical prescription for nursing*, *ANS*, Oct, 41-56.
7. Hershey, J.C. et al(1980) *Patient Compliance with Antihypertensive Medication*, *A.J.P.H.* 70 (10), 1081-1089.
8. Janz, N.K., Becker, M.H.(1984) *The Health Belief Model: A Decade Later*, *Health Education Quarterly*, 11(1), 1-47.
9. Kasl, S.V., *The Health Belief Model & Behavior related to chronic illness*, In Becker, M.H.(ed) (1974) *The Health Belief Model and Personal Health Behavior*, Charles B. Slack Inc.
10. Kasl, S.V., Cobb, S., Mich, A.A.(1966) *Health Behavior, Illness Behavior and Sick Role Behavior*, *Archives of Environmental Health*, 12, 246-266.
11. Kirscht, J.P., *The Health Belief Model and Illness Behavior*, In Becker, M.H.(ed) (1974) *The Health Belief Model and Personal Health Behavior*, Charles B. Slack Inc.
12. Maiman, L.A., Becker, M.H., *The Health Belief Model: Origins and Correlates in Psychological Theory*, in Becker, M.H.(ed) (1974) *The Health Belief Model and Personal Health Behavior*, Charles B. Slack Inc.
13. Marston, M.V.(1970) *Compliance with medical regimens: A review of the literature*, *Nursing Research*, 19(4) : 312-323.
14. Mikhail, B.(1981) *The health belief model: a review and critical evaluation of the model, research and practice*, *ANS*, Oct, 65-81.
15. Redeker, N.S.(1988) *Health Beliefs and Adherence in Chronic Illness*, *Image*, 20(1) : 31-35.
16. Rosenstock, I.M., *Historical Origins of the Health Belief Model*, in Becker, M.H.(ed) (1974) *The Health Belief Model and Personal Health Behavior*, Charles B. Slack Inc.
17. Strauss, A.L. et al(1984), *Chronic illness & the Quality of Life*, C.V. Mosby co.
18. 김정순, 만성퇴행성 질환, 의학신문, 1987, 11. 26 일자 게재.
19. 김수지(1985), 간호이론, 수문사
20. 박오장(1984), 사회적 지지가 당뇨병 환자의 역할행위 이행에 미치는 영향에 관한 연구, 연세대학교 대학원 박사학위 논문.
21. 서승미(1989), 고혈압 환자의 역할행위 이행에 관한 조사연구, 전남대학교 대학원 석사학위 논문.
22. 이숙희(1988), 당뇨병 환자의 환자역할 행위 이행에 관한 조사, 전남대학교 대학원 석사학위 논문.

*** 분석 대상 논문**

1. 김광주, 이향련, 김귀분(1980), 본태성 고혈압 환자의 조절 이행에 관한 연구, 경희대 논문집 10집, 727-754.
2. 최영희(1980), 고혈압 환자의 치료지시 이행에 관한 연구, 간호학회지, 10(2) : 73-83.
최영희(1981), 고혈압 환자의 치료지시 이행에 관한 연구, 카톨릭대학 의학부 논문집, 34, 253-268.
최영희(1981), 고혈압 환자의 치료지시 이행에 관한 연구, 카톨릭대학교 대학원 석사학위논문
3. 홍은영(1985), 고혈압 환자의 조절위 성격 및 건강신념과 환자역할 행위 이행과의 관계 연구, 중앙의학, 49(1) : 51-61.
임선옥(1986), 고혈압 환자의 환자역할 행위에 미치는 영향 요인에 관한 연구, 원주전문대 논문집, 제11집, 163-182.
4. 유명희(1986), 고혈압 환자의 약물복용 이행에 관한 연구, 연세대학교 교육대학원 석사학위논문.
5. 조동숙(1979), 폐결핵 환자의 화학요법 이행에 관한 연구, 연세대학교 대학원 석사학위논문.
6. 심영옥(1983), 폐결핵환자의 자아개념과 건강신념이 치료적 행위 이행에 미치는 영향, 연세대학교 대학원 석사학위논문.
7. 최영희a(1984), 지지적 간호증재가 가족지지 행위와 환자역할 행위에 미치는 영향에 관한 연구, 연세대학교 대학원 박사학위논문.
8. 소애영(1985), 일부지역 폐결핵 환자의 환자역할 행위 이행에 영향을 미치는 요인에 관한 조사연구, 원주전문대 논문집, 제10집.
9. 황보선(1985), 일부 보건소 폐결핵 환자의 치료지시 이행과 관련 요인, 경북대학교 보건대학원 석사학위논문.
황보선(1985), 일부 보건소 폐결핵 환자의 치료지시 이행과 관련 요인, 부산의대 학술지, 25(2)
10. 조요현, 황보선(1986), 폐결핵 환자의 치료지시 이행자와 비이행자의 건강신념과 지식의 비교, 부산의대 학술지, 26(2) : 135-141.
조요현(1986), 폐결핵 환자의 치료지시 이행자와 비이행자의 건강신념과 지식의 비교, 부산대학교 대학원 석사학위논문.
11. 박연숙(1987), 폐결핵 환자의 건강신념이 환자역할 행위에 미치는 영향에 관한 연구, 충남대학교 교육대학원 석사학위논문.
12. 윤상미(1987), 폐결핵 환자의 치료지시 이행에 따른 건강신념, 경북대학교 대학원 석사학위논문.
13. 이혜옥(1982), 당뇨병 환자의 치료지시 이행에 관한 조사연구, 연세대학교 교육대학원 석사학위논문.
14. 전시자(1984), 당뇨병 환자의 치료지시 이행에 관한 연구, 적십자 간호전문대 논문집, 105-127.
15. 최정심b(1984), 당뇨병 환자의 치료지시 이행에 관한 조사연구, 연세대학교 교육대학원 석사학위논문.
16. 홍은영(1984), 당뇨병 환자의 조절위 성격과 건강신념이 환자역할행위 이행에 미치는 영향에 관한 연구, 최신의학, 27(9) : 159-169.
17. 박혜경(1986), 당뇨병 환자의 통제위 성격과 건강신념이 치료적 이행행위에 미치는 영향, 고려대학교 대학원 석사학위논문.
18. 임선옥(1986), 당뇨병 환자의 환자역할 행위에 영향을 미치는 요인에 관한 연구, 원주전문대 논문집 제9집.
19. 심명희, 이길자(1987), 당뇨병 환자의 건강관리 이행에 영향을 미치는 요인분석, 부산의대 학술지, 27(2) : 237-243.
20. 박순옥(1985), 혈액투석 환자의 건강신념과 식이요법 이행에 관한 연구, 예수 간호전문대 논문집, 3권, 79-113.
21. 최정명(1986), 혈액투석 환자의 식이제한 이행에 영향을 미치는 요인에 관한 연구, 서울대학교 대학원 석사학위논문.
22. 김미정a(1987), 혈액투석 환자의 건강신념 및 건강통제위 성격과 환자역할 행위 이행에 관한 관계 연구, 고려대학교 대학원 석사학위논문.
23. 오경환(1987), 신장이식 환자의 건강신념과 추후관리 이행과의 관계 연구, 연세대학교 대학원 석사학위논문.
24. 유수영(1987), 혈액투석 환자의 치료지시 이행정도과 그 관련요인, 경북대학교 보건대학원 석사학위논문.
25. 김옥수(1985), 간경변증 환자의 환자역할 행위에

- 관한 연구, 간호학회지, 15(1) : 30-43.
26. 김경례(1990), B형 간염환자의 건강신념과 환자역할 행위와의 관계 연구, 충남대학교 대학원 석사학위논문.
 27. 마윤경(1985), 심장병 환자의 건강신념이 치료적 행위 이행에 미치는 영향, 경북대학교 대학원 석사학위논문.
 28. 이순자(1986), 일 종합병원 심혈관계 질환자의 치료지시 이행과 관련요인, 경북대학교 보건대학원 석사학위논문.
 29. 김강미자, 김병우(1986), 항암제 요법을 수행하는 암환자의 환자역할 행위에 관한 연구, 전남의대 잡지, 23(1) : 9-26.
 30. 장백희(1988), 방사선 요법을 받는 암환자의 사회적 지지 및 건강신념과 환자역할행위 이행과의 관계 연구, 고려대학교 대학원 석사학위논문.
 31. 김명자, 노유자, 김남초(1982), 소화성 궤양환자의 치료지시 이행에 관한 연구, 가톨릭간호, 3, 14-24.
 32. 김강미자b(1987), 소화성궤양 환자의 자아개념과 건강신념이 환자역할 행위에 미치는 영향. 예수간호전문대 논문집. 4(1) : 7-38.
 33. 조영일(1982), 갑상선 기능항진증 환자의 약물요법 이행에 관한 연구, 경희대학교 대학원 석사학위논문.

<Abstract>

Health Belief Model and Sick Role Behavior of Korean Chronic ill Patients

Gu, Mee Ock

(Department of Nursing, Gyeong Sang National University)

Lee, Eun Ok

(Department of Nursing, Seoul National University)

This article reviewed & analyzed 33 studies of the Health Belief Model applied to Korean chronic ill patients which were published from 1975 to 1990.

The findings of analysis are as follows.

The subjects of researches are patients with various chronic illness including Pulmonary Tb., DM., Hemodialysis & Kindney Transplantation, Hypertension, etc. The type of research is retrospective survey in all studies. The measurement of health belief in all studies & sick role behavior in most studies have relied on self report. The analysis of the relationship between health belief and sick role behavior was done using correlation coefficient in most studies.

To analyze empirical support for the relationship between health belief and sick role behavior, Significance ratio was computed. This ratio is value wherein the number of statistically significant findings with relationship in the expected direction for an HBM dimension are divided by total number of studies which reported significance levels for that dimension. Examination of this ratio across the 33 studies reveals susceptibility(30.3%), severity(34.4%), benefit(65.6%), barrier(50%).

The following suggestions are based on the above findings and literature review.

1. It is necessary to develop the reliable, valid and standadized instrument for measurement of health beliefs.
2. In the further measurement of perceived susceptibility of the chronic ill patients, It is considering that the perceived susceptibility and perceived severity are measured together or the measurement of perceived susceptibility is eliminated.
3. Relationship between perceived severity and sick role behavior is suggested to be analyzed using ANOVA, x^2 square instead of correlation coefficient.
4. Sick role behaviors should be measured by both self report and objective measurement.
5. Prospective, longitudinal survey should be needed.
6. Other factors influencing sick role behaviors of chronic ill patients should be investigated further.

[부 록] 만성질환자의 환자역할행위에 관한 연구논문 요약

연구자	연구대상 및 유형	환자역할 행위	연구결과 (건강신념-환자역할행위) : r, t, χ^2 값			
			민감성	실작성	유의성	장애성
-고혈압-						
김, 이, 김 (1980)	후향적 조사연구 406명	이행 : 자가보고	NS	NS	0.3564 ($P<0.001$)	NS
최(1980)	후향적 조사연구 187명	고혈압 치료지시 이행 : 자가보고	NS	0.18127 ($P<0.01$)	0.48601 ($P<0.01$)	-0.23611 ($P<0.01$)
홍(1985)	후향적 조사연구 87명	환자역할행위 이행 : 자가보고	NS	NS	NS	NS
유(1986)	후향적 조사연구 111명	주관적 약물복용 이행 : 자가보고 객관적 약물복용 이행 : 남은약 세기		NS		NS -0.1607 ($P=0.046$)
-폐결핵-						
조(1979)	후향적 조사연구 보건소 200명	화학요법 이행 : 자가보고	0.1423 ($P<0.05$)	NS		NS
심(1983)	후향적 조사연구 대학 보건진료소 88명	치료적 행위 이행 : 자가보고	-0.1975 ($P<0.05$)	NS		0.3219 ($P<0.001$)
최a(1984)	후향적 조사연구 보건소, 투약지연자 87명	주관적 환자역할행위 행 : 자가보고 객관적 환자역할행위 행 : 투약지연일수	0.4087 ($P=0.000$) -0.2130 ($P=0.024$)		0.7269 ($P=0.000$) 0.4804 ($P=0.000$)	-0.2952 ($P=0.003$) NS
소(1985)	후향적 조사연구 보건소, 112명(이행 군 : 80명, 비이행군 : 32명)	환자역할 행위 이행 : 자가보고	NS	NS	NS	t = -5.17 ($P=0.00$)
황 보 (1985)	후향적 조사연구 보건소, 138명	치료지시 이행 : 자가보고		NS		$\chi^2=14.79$ ($P<0.01$)
조, 황보 (1986)	후향적 조사연구 보건소, 95명(이행 군 : 51명, 비이행군 : 44명)	환자역할 행위 이행 : 자가보고	NS	t=2.41 ($P<0.05$)	NS	NS
박(1987)	후향적 조사연구 보건소, 115명	환자역할 행위 : 자가보고	-0.2516 ($P=0.003$)		0.3785 ($P=0.000$)	0.3104 ($P=0.000$)

연구자	연구대상 및 유형	환자역할 행위	연구결과			
			(건강신념-환자역할행위) : r, t, χ^2 값			
			민감성	심각성	유익성	장애성
윤(1987)	후향적 조사연구 보건소, 100명 (이행군 : 50명, 비이행군 : 50명)	치료지시 이행 : 자가보고	t=9.03 (P<0.01)	t=6.68 (P<0.01)	t=11.61 (P<0.01)	t=-4.75 (P<0.01)
-당뇨병-						
이(1982)	후향적 조사연구 60명	치료지시 이행 : 자가보고	NS	NS	NS	NS
전(1984)	후향적 조사연구 85명	치료지시 이행 : 자가보고	0.198 (P<0.05)	0.203 (P<0.05)	0.187 (P<0.05)	NS
최b(1984)	후향적 조사연구 65명	치료지시 이행 : 자가보고	0.370 (P<0.05)	NS	NS	0.478 (P<0.05)
홍(1984)	후향적 조사연구 141명	환자역할 행위 : 자가보고	NS	NS		NS
박(1986)	후향적 조사연구 127명	치료적 이행 행위 : 자가보고		NS	0.3387 (P<0.001)	NS
임(1986)	후향적 조사연구 72명	환자역할 행위 : 자가보고	0.276 (P<0.05)	0.282 (P<0.05)	0.481 (P<0.01)	NS
김, 이 (1987)	후향적 조사연구 92명	건강관리 이행 : 자가보고	NS	S	NS	S
-혈액투석 및 신장이식-						
박(1985)	후향적 조사연구 40명	식이요법 이행 : 자가보고	NS	NS	0.2786 (P<0.05)	NS
최(1986)	후향적 조사연구 75명	식이제한 이행도 : 자가보고 객관적 측정 : (이행군, 비이행군) 투석간체중증가 투석전혈중 potassium치 투석전혈중 BUN치	NR	NR	NR	NR
			NS	NS	NS	NS
			NS	t=2.02 (P=0.047)	NS	NS
			NS	NS	NS	t=-2.26 (P=0.027)
김a(1987)	후향적 조사연구 154명	환자역할행위 이행 : 자가보고	0.15 (P<0.05)	0.16 (P<0.05)	0.41 (P<0.001)	NS
오(1987)	후향적 조사연구 93명	추후관리 이행 : 자가보고	0.4001 (P=0.001)	NS	0.2318 (P=0.013)	
유(1987)	후향적 조사연구 130명	주관적 치료지시 이행 행위 : 자가보고	NS	NS	NS	NS

연구자	연구대상 및 유형	환자역할 행위	연구결과 (건강신념 - 환자역할행위) : r, t, x ² 값			
			민감성	신각성	유익성	장애성
-기타 질환-						
김(1985)	후향적 조사연구 65명, 간경변증환자	환자역할행위 : 자가보고	0.6383 (P=0.0000)	0.5869 (P=0.0000)	0.7535 (P=0.0000)	-0.7709 (P=0.0000)
김(1990)	후향적 조사연구 91명, B형 간염환자	환자역할행위 : 자가보고	NS	NS	0.307 (P=0.002)	NS
마(1985)	후향적 조사연구 190명, 심장병환자	치료적 행위 이행 : 자가보고	NS	NS	0.3022 (P<0.001)	
이(1986)	후향적 조사연구 71명, 심혈관계 질환자	치료지시 이행 : 자가보고	NS	NC	NC	NC
김, 김 (1986)	후향적 조사연구 70명, 암환자	환자역할행위 : 자가보고	NS	-0.4855 (P<0.01)	0.2374 (P<0.01)	-0.2472 (P<0.01)
장(1988) (1988)	후향적 조사연구 120명, 암환자	환자역할행위 이행 : 자가보고	-0.25 (P<0.005)	-0.23 (P<0.05)	0.25 (P<0.005)	-0.30 (P<0.001)
심, 노, 김 (1982)	후향적 조사연구 109명, 소화성궤양 환자	치료지시 이행 : 자가보고	NS	NS	0.507 (P<0.005)	NS
김b(1987)	후향적 조사연구 73명, 소화성궤양 환자	환자역할 행위 : 자가보고		NS	0.4363 (P<0.001)	-0.2200 (P<0.05)
조(1982)	후향적 조사연구	약물요법 이행 : 자가보고	0.5162 (P<0.05)	0.3568 (P<0.05)	0.5566 (P<0.05)	-0.4709 (P<0.05)

*NS : Not Significant NC : Dimension Not Checked NR : Correlation coefficient Not Reported
S : Significant but Multiple Regression coefficient reported.