

재가 편마비 환자의
건강증진행위 설명모형

연세대학교 대학원

간 호 학 과

김 미 희

재가 편마비 환자의
건강증진행위 설명모형

지도 김 조 자 교수

이 논문을 박사 학위논문으로 제출함

2006년 6월 일

연세대학교 대학원

간 호 학 과

김 미 희

김미희의 박사 학위논문을 인준함

심사위원 _____ 인

심사위원 _____ 인

심사위원 _____ 인

심사위원 _____ 인

심사위원 _____ 인

연세대학교 대학원

2006년 6월 일

감사의 글

길을 묻는 저에게 때마다 일마다 함께 하시고 걸음을 이끄신 하나님께 영광을 돌립니다.

여기까지 많은 분들의 애정과 도움이 있었습니다.

먼저 명쾌한 조언으로 나아갈 방향을 이끌어주시고 균형을 잡아주신 김조자 교수님께 마음 깊은 곳으로부터 감사를 드립니다. 칭찬과 격려로 조금 더 진행할 수 있는 용기와 비전을 주신 유지수 교수님, 험클어진 논리의 부분을 정리하고 핵심을 놓치지 않도록 이끌어 주신 이경자 교수님, 논문의 흐름과 모형의 구성 그리고 통계결과에 대해 다각도로 점검해 주신 김주형 교수님, 통계분석에 직접 도전해보도록 자극해 주시고 다른 패러다임에서도 살펴봐 주신 김현창 교수님께 깊은 감사를 드립니다. 영문초록을 정성껏 확인해주신 서미혜 교수님께도 감사를 드립니다.

학위과정을 마칠 수 있도록 관심을 가지고 배려해 주신 기독교간호대학 학장님, 교수님들과 교직원분들께 감사드립니다. 늘 반갑게 맞아주시는 홍근표 교수님을 비롯한 인생의 여러 은사님들께도 감사를 드립니다. 고락을 같이 하며 인내심과 지혜를 발휘하도록 도와준 잊지 못할 동기들과 소중한 친구들에게 기쁨과 고마움을 전합니다. 자료수집에 도움을 주신 여러 기관의 관계자님들, 폭설과 한파에도 자신의 일처럼 자료수집을 도와준 김현실 선생과 최정아 선생, 그리고 제자들에게 감사의 말을 전합니다. 논문의 진행과 통계분석에서 경험을 공유해준 방소연 선생님에게도 감사의 말을 전합니다. 그리고 힘든 투병을 하고 계시면서도 자료수집에 참여해 주신 뇌졸중후 편마비 환자분들께 고개 숙여 감사드리며, 작은 결실을 맺은 이 논문이 조금이나마 도움이 되었으면 합니다.

공부하는 며느리를 이해하고 따뜻하게 격려해주셨던 시부모님, 제 인생의 시작을 멋지게 열어주시고 외손자손녀를 기쁘게 돌보아주시면서 늘 기도해 주신 부모님의 은혜에 감사드립니다. 또한 기도하며 힘을 실어준 언니들과 오빠, 부족한 빈 자리를 채워준 시댁 식구들에게 사랑과 감사를 전합니다.

마지막으로 묵묵히 참아주고 위로와 격려를 아끼지 않았던 든든한 남편, 엄마를 응원해주고 행복하게 하는 속 깊은 아들 건우와 하나님의 늦지만 감동적인 선물인 미소 짓게 하는 딸 연우에게 특별한 사랑과 고마움을 보냅니다.

그 밖에도 미처 언급하지 못한 고마운 분들이 너무나 많습니다. 그 분들의 이름을 하나 하나 되새기지 못함을 죄송하게 생각하며, 좋은 씨앗을 뿌리고 열매를 얻을 수 있도록 지성과 감성 그리고 영성 면에서 관심과 기도로 도움을 주신 모든 분들에게 감사를 드립니다.

2006년 6월

김 미 희

차 례

차례	i
표 차례	iii
그림 차례	iii
부록 차례	iii
국문 요약	iv
I. 서론	1
1. 연구의 필요성	1
2. 연구의 목적	4
II. 문헌고찰	5
1. 뇌졸중과 건강증진행위	5
2. Pender의 건강증진모형	7
3. 뇌졸중후 편마비 환자의 건강증진행위 영향요인	8
III. 연구의 개념적 기틀 및 가설적 모형	23
1. 개념적 기틀	23
2. 가설적 모형	24
3. 변수의 정의	28
4. 연구가설	29
IV. 연구방법	31
1. 연구설계	31
2. 연구대상	31

3. 연구도구	32
4. 자료수집 방법 및 절차	35
5. 자료분석 방법	36
V. 연구결과	37
1. 대상자의 일반적 특성	37
2. 대상자의 질병관련 특성	39
3. 연구변수의 기술 통계	40
4. 연구변수들간의 상관관계	42
5. 가설적 모형의 검증	44
6. 모형의 수정 및 검증	50
7. 연구가설의 검증	58
VI. 논의	61
1. 재가 편마비 환자의 건강증진행위 설명모형	61
2. 재가 편마비 환자의 건강증진행위 및 설명요인	62
3. 연구의 의의	69
4. 연구의 제한점	72
VII. 결론 및 제언	73
1. 요약 및 결론	73
2. 제언	74
참고문헌	76
부록	87
영문요약	97

표 차례

표 1. 대상자의 일반적 특성	38
표 2. 대상자의 질병관련 특성	40
표 3. 연구변수의 기술 통계	41
표 4. 연구변수들간의 상관관계	43
표 5. 가설적 모형의 적합지수	46
표 6. 가설적 모형의 경로계수 추정치	48
표 7. 수정모형의 적합지수	52
표 8. 수정모형의 경로계수 추정치	54
표 9. 수정모형의 효과계수	56

그림 차례

그림 1. 재가 편마비 환자의 건강증진행위 설명모형의 개념적 기틀	24
그림 2. 재가 편마비 환자의 건강증진행위의 가설적 설명모형	27
그림 3. 가설적 모형의 경로도해	49
그림 4. 수정모형의 경로도해	57

부록 차례

부록 1. 질문지	87
-----------------	----

국문 요약

재가 편마비 환자의 건강증진행위 설명모형

본 연구는 재가 편마비 환자의 건강증진행위를 설명하는 요인을 규명하고 이들 요인들의 영향력을 파악함으로써, 성공적인 건강증진행위 수행에 효과적인 중재전략 개발을 위한 통합적인 설명모형을 개발하고 검증하고자 시도되었다.

이를 위해 재가 편마비 환자의 건강증진행위에 관한 선행연구, 문헌과 Pender의 건강증진 모델을 바탕으로, 일상생활수행능력, 종교성, 가족지지는 외생변수로, 건강증진행위, 자기효능감, 장애수용, 지각된 장애성, 우울은 내생변수로 구성된 가설적 모형을 구축하였다.

자료수집은 2005년 12월 5일부터 2006년 2월 28일까지 G시의 1개 대학병원, 1개 종합병원의 재활의학과 또는 신경내·외과 외래, 1개 한방병원 신경내과 외래, 2개 보건소 연계 가정방문, 1개 노인복지회관 가정파견서비스, 1개 뇌졸중환자 인터넷 카페 동호회의 재가 편마비 환자를 대상으로 설문조사를 실시하여 총 239부가 최종분석에 사용되었다. 수집된 자료는 SPSSWin 12.0 program을 이용하여 기술 통계와 상관관계 분석을, AMOS 4.0 program을 이용하여 공분산 구조분석을 실시하였다.

연구결과는 다음과 같다.

1. 가설적 모형의 전반적인 적합도를 확인한 결과, 적합지수가 일부 부적절하여 수정이 필요한 것으로 나타났다 ($\chi^2=143.843$, $p=0.001$, $RMSR=0.041$, $RMSEA=0.045$, $GFI=0.939$, $AGFI=0.893$, $NFI=0.942$, $NNFI=0.968$, $PNFI=0.597$, $\chi^2/df=1.483$).

2. 모형의 적합도를 개선하기 위하여 이론적 배경과 논리적 타당성을 고려하며 4개의 경로를 삭제하고, 수정지수가 높은 5개의 오차 상관관계를 추가하여 수정모형을 확정하였다. 모형수정 후 가설적 모형보다 간명하면서도 전반적인 적합지수가 높게 나타났다 ($\chi^2=116.159$, $p=0.090$, $RMSR=0.034$, $RMSEA=0.029$, $GFI=0.951$,

AGFI=0.914, NFI=0.953, NNFI=0.987, PNFI=0.605, $\chi^2/df=1.198$).

3. 18개의 가설적 경로 중 수정모형을 통해 12개의 경로가 지지되었으며, 수정모형내의 설명변수들은 건강증진행위를 55% 설명하였다. 가설검증의 결과는 다음과 같다.

1) 건강증진행위에 유의하게 직접 영향을 주는 변수는 자기효능 ($\beta=.746$, $p < .01$)과 가족지지 ($\gamma=.193$, $p < .05$)이었고, 특히 자기효능감은 강력한 예측변인이었다.

2) 자기효능감은 우울 ($\beta=-.553$, $p < .01$)과 장애수용 ($\beta=.194$, $p < .05$)에 의해 직접적인 영향을 받았다.

3) 장애수용은 지각된 장애성 ($\beta=-.527$, $p < .01$), 종교성 ($\gamma=.385$, $p < .05$), 가족지지 ($\gamma=.361$, $p < .05$)에 의해 직접적인 영향을 받았다.

4) 지각된 장애성은 일상생활수행능력 ($\gamma=-.453$, $p < .01$)과 가족지지 ($\gamma=-.887$, $p < .01$)에 의해 직접적인 영향을 받았다.

5) 우울은 장애수용 ($\beta=-.337$, $p < .01$), 일상생활수행능력 ($\gamma=-.404$, $p < .01$), 가족지지 ($\gamma=-.278$, $p < .01$)에 의해 직접적인 영향을 받았다.

제가 편마비 환자의 건강증진행위를 촉진시키기 위해서는 신체 및 종교적인 개인적 요인, 인간 상호간 요인, 정서 및 인지적 요인 등 다양한 직·간접적 영향요인들을 근거로 한 포괄적인 간호중재 프로그램이 계획되어야 할 것이다. 환자들이 자원을 찾아 활용하고, 자기효능감을 개발할 수 있도록 도울 뿐만 아니라 정서적인 상태의 향상과 신체적 활동성의 강화, 그리고 종교적 성장을 이끄는 전략을 개발하고 사용하는 것이 필요할 것이다.

핵심어: 제가 편마비 환자, 건강증진행위, 자기효능감, 장애수용, 지각된 장애성, 우울, 일상생활수행능력, 종교성, 가족지지

I. 서 론

1. 연구의 필요성

뇌졸중은 단일질환으로는 우리나라 사망원인 1위에 해당되며, 특히 50세 이상 인구의 단일질환 사망원인 1위이다 (통계청, 2003). 급성기 사망률은 약 10%이며, 생존자의 90% 이상이 언어, 인지, 운동기능에 영향을 주는 신경학적 결손으로 다양한 형태의 장애를 가지게 되는데, 대부분 편마비라는 장애를 가지고 살아야 한다. 또한 미국의 경우 뇌졸중후 첫 1년 동안 환자당 약 5만 달러의 비용이 드는 것으로 추산되어 (Anderson, Vestergaard, Ingemann-Nielsen, & Lauritzen, 1995; Horner, 1998), 질병부담이 크다고 할 수 있다. 이러한 뇌졸중 질병의 특성상 변화된 자신의 모습과 이에 따른 환경적 변화를 수용하고 재발을 감소시키기 위한 노력이 필요하다. 게다가 최근 재원일수가 줄어들고 가정에서의 관리기간이 길어지게 됨에 따라 퇴원 후 소극적인 건강관리 외에 환자 스스로가 잘못된 생활습관을 교정하고 최상의 건강상태를 유지하기 위한 적극적이고 지속적인 건강증진노력을 기울이는 것이 매우 중요하다고 할 수 있다. 그러함에도 불구하고 뇌졸중 발병 후 적절한 이차예방관리가 부재한 것으로 지적되고 있다 (고임석 등, 1999).

건강증진이란 건강 결정인자들에 대한 통제와 건강의 향상을 이루는 과정이다 (World Health Organization, 1986). 건강증진의 본 의미는 질병발생 이전과 발생 초기 단계에서 위험요인을 감소시키고 최상의 상태를 유지하는 것을 말하는 것이었으나, 국민건강에 영향을 미치는 중요 질병이 급성감염성 질병에서 만성병으로 변화해가고 있음에 따라 질병이 진행되어 가는 시점에서뿐만 아니라 만성병의 재발을 방지하기 위해서는 치료와 회복시기에도 충분히 적용할 수 있는 개념이라고 할 수 있다. 또한 개인적, 사회적 요인, 지역사회나 국가의 정책 등을 함께 고려한 다수준적인 형태로 건강증진모형이 개발될 필요가 있고, 질병의 진행단계에 따라 모형이 수정보완 되어야 한다고 할 수 있다 (김주형, 1999). 이러한 관점에서 볼 때 만성질환자에서 건강증진은 발병 후 남아있는 자원을 활용하여 기능수준을 최

대화하고 삶의 질을 증진시키는 복합적인 과정이라 할 수 있다 (Stuifbergen & Rogers, 1997). Pender, Murdaugh, & Parsons (2006)은 건강증진행위가 안녕의 향상과 가능한 건강의 실현을 바라며 동기화된 행위로서 궁극적으로 긍정적인 건강 성과를 획득하려는 행위라고 하였는데, 만성질환자의 경우 본인의 지각과 적극적인 참여로 건강을 증진하려는 행위라고 의미를 확장해 볼 수 있다. 실제로 건강증진행위는 만성장애상태를 가진 환자의 독립성, 건강, 삶의 질을 유지하고 강화하기 위해 중요한 전략으로 알려져 있다 (Stuifbergen & Roberts, 1997).

그런데 건강증진행위가 성공적으로 수행되기 위해서는 이러한 과정이 환자 자신에 의해 시작되고 지속되어야 하므로 설명력이 있는 다양한 변인들의 탐색과 이들의 상호관련성에 대한 이해가 전제되어야 한다. 건강증진행위에는 생물, 사회 문화, 정서적, 인간상호간 요인과 인지적, 상황적 요인 등이 다차원적인 영향을 미치므로 (Pender et al., 2006), 중재전략의 계획과 수행시 통합적 관점에서의 접근이 필요하다. 따라서 뇌졸중 환자의 건강증진행위에 대한 설명 역시 관련된 다양한 변인들의 탐색과 그 효과에 대한 이해 및 접근이 필요하다고 볼 수 있다.

뇌졸중 관련 연구경향은 신체, 심리사회적 변인의 측정, 신체적 장애 변수가 심리사회적 변수에 미치는 영향, 심리사회적 변수간의 관계, 운동, 교육, 강화, 대체요법 등 단면적인 형태의 중재 프로그램을 적용하여 신체적인 변수나 심리사회적 변수에 미치는 영향 등이 다수 연구되어져 왔고, 환자 및 배우자의 질병경험 등 상황에 대한 단면적인 접근의 연구가 이루어져 왔다 (함미영, 최경숙과 류은정, 2000).

Harrison (2006)은 장애와 건강증진이라는 검색어로 간호학 및 의학 검색채널로서 대표적인 Cumulative Index to Nursing & Allied Health ([CINAHL], 1986~2005년 2월)과 MEDLINE (1966~2005년 2월)의 database 검색을 통해 관련된 23편의 논문을 분석한 결과, 장애가 있는 대상자를 위한 건강증진관련 연구들은 대상자가 서술한 건강과 건강증진에 대한 의미, 건강증진행위의 장애요인 및 촉진요인, 건강증진중재의 범주에서 이루어지고 있었다고 하였다. 대상자들이 표현한 건강과 건강증진에 대한 의미와 정의에서 기능성, 관계성, 그리고 긍정적인 태도의 중요성이 강조되고 있었고, 건강증진을 위한 중재연구는 거의 없었으며, 무작

위임상연구는 한 편에 불과했다고 보고하였다.

국내의 경우 뇌졸중 환자의 치료와 회복시기에서 이루어지는 건강증진이라고 할수 있는 재활과 자기관리에 대한 관심이 증가되어 재활치료실태 (김인복, 1986), 뇌졸중 발생후 식습관 및 식이순응도 조사 (박경애, 김화성, 김종성, 권순억과 최스미, 2001), 발병 전·후 건강생활양식의 비교 (김미경, 2003), 우울과 부부관계가 재활동기에 영향을 미치는 요인 (박영숙과 권삼숙, 2002), 재활강화교육이 자가간호수행에 미치는 영향 (강현숙, 1984) 등의 연구가 수행되었다. 그러나 이들 연구는 단순히 실태 파악을 하는 수준이거나 지시이행이라는 의료진 주도 측면에서 살펴본 경우가 대부분으로, 여전히 환자 본인은 건강증진에 대한 지각과 건강증진행위에 대한 참여 면에서 소극적인 수준에 머물러 있었다. 재가 뇌졸중 환자의 건강증진을 위한 프로그램을 적용한 연구로는, 운동 및 게임, 위험요인관리, 스트레스 관리 등에 대한 주제별 교육과 지지, 그리고 자기효능감과 희망의 증진을 전략으로 한 자조관리 또는 가정 재활운동 프로그램을 적용한 후 신체, 심리, 인지적 변수에 대한 효과를 측정한 연구들 (김금순 등, 2000; 김금순, 서현미와 강지연, 2000; 노국희, 2002)이 있으나 신체, 심리, 인지적 변수중 관심개념과 생리적 변수에 대한 프로그램의 일시적인 효과만을 제시하는 수준이었고, 건강증진행위로는 연결되지 못하였다. 한편, 프로그램이 건강증진행위에 대한 효과와 연결된 연구들을 살펴보면, 운동 및 게임, 주제별 교육, 음악요법, 자기효능증진 전략을 활용한 프로그램을 적용한 후 그 효과로 자가간호행위를 측정한 연구 (유수정, 김현숙, 김금순과 백환금, 2001; 문영희, 2004), 교육과 상담, 생활양식 수행관리, 모범사례 비디오 시청과 이완요법으로 구성된 뇌졸중 이차예방프로그램을 적용한 후 건강증진 생활양식과 생리적인 건강위험지표 및 자기효능감을 측정한 연구 (박혜경, 2003), 건강교육, 운동훈련, 경험나누기, 건강상담 및 전화상담으로 구성된 건강증진프로그램을 적용한 후 건강증진수행정도, 생리적 지표와 신체적 변수 그리고 지각된 건강상태, 우울, 자기효능감, 삶의 질에 대한 효과를 측정한 연구 (김효정, 2004)가 있으나, 가설검증과 프로그램의 효과에 초점을 두고 있었고 건강증진행위의 지속을 위한 관심과 노력은 부족하였다.

뇌졸중 환자의 건강증진행위에 대한 관련요인에 대해서는 자기효능, 지지, 지각

된 유익성, 장애성, 자아존중감 등을 살펴본 연구 (박미숙, 2001; 박선일, 2004; 이명신, 2004)들이 있으나, 일부 요인간 상관관계나 회귀분석 연구로서, 뇌졸중 환자의 신체적 및 만성 질환자의 특성을 고려하여 영향요인이 충분히 반영되지 못하였다. 동일한 문화의 구성원이라고 하더라도 개인의 신념, 느낌, 그리고 경험은 다를 수 있고 이는 건강증진을 위한 중재의 성공을 위해 중요하므로 (Garcia, 2006), 편마비 환자의 종교성, 장애에 대한 수용, 그리고 우울과 같이 건강증진행위를 설명할 수 있는 가능한 다른 변인을 포함하여 결과를 확장할 필요가 있다. 또한 이론적 모형을 바탕으로 포괄적인 측면에서 관련요인이 검증되지 못했고, 요인들의 상대적인 중요도 및 직·간접 경로가 제시되지 못하였으므로 실제적이고 통합된 모형의 개발이 필요하다.

2. 연구의 목적

본 연구의 목적은 재가 편마비 환자의 건강증진행위에 대한 이론적 모형을 구축한 후 변인들간의 관계를 경험적으로 검증하므로써 편마비 환자의 건강증진행위에 대한 이해를 높이는 설명적 차원의 지식체를 구축하는 것이다. 나아가 규명된 변인들간의 설명력에 근거하여 편마비 환자의 건강을 증진시킬 수 있는 체계적이고 개별적인 간호중재 개발의 기초자료를 제공하고자 수행되었으며, 구체적인 목적은 다음과 같다.

- 1) 선행연구, 문헌과 건강증진모형을 바탕으로 재가 편마비 환자의 건강증진행위를 설명하는 가설적 모형을 구축한다.
- 2) 재가 편마비 환자의 건강증진행위에 영향을 미치는 변수간의 직접효과, 간접효과, 총 효과를 파악하여 변수들 상호간의 인과 관계 및 그 정도를 확인한다.
- 3) 가설적 모형과 실제 자료간의 적합도 검증을 통해 재가 편마비 환자의 건강증진행위를 설명하는 모형을 구축한다.

II. 문헌고찰

1. 뇌졸중과 건강증진행위

최근 뇌졸중은 의학의 발달과 생활환경의 향상으로 평균수명이 연장되고, 사회가 고령화됨에 따라 그 발생률도 증가추세에 있고, 복잡한 사회구조에 따른 스트레스의 과다 등에 의해 빈발하고 있으며, 단일질환으로서 사망률 제 1위를 차지하는 중증질환이다 (박영숙과 권삼숙, 2002).

뇌졸중 후 생존한다고 해도 편마비와 같은 신체적 불구로 인한 기동성 장애와 언어, 인지, 감각장애, 배설 장애를 동반하여 인체의 필수적인 신체기능이 저하되고 종종 우울증, 감정조절 장애 등 정서적인 고통을 경험하고 삶의 질이 저하된다. 또한 자가간호결핍, 의사소통의 제한과 함께 사회적인 모든 기능이 저하되므로 (한국재활간호학회, 2003), 사회적, 직업적 역할이나 가족관계에 있어서도 문제가 발생된다. 특히 재활기간이 오래 걸리고 단시간 내에 재활 목표가 성취되는 것이 아니므로 퇴원 후 추후관리를 위한 접근이 요구된다.

Pender et al. (2006)은 궁극적으로 긍정적인 건강성과를 획득하려는 노력을 건강증진행위라고 정의하면서 특히 이러한 행위가 건강한 생활양식내로 통합될 때 각 발달단계에서 건강의 증진, 기능적 능력의 강화, 더 나은 삶의 질을 가져오게 된다고 하였다. 또한 건강증진행위라는 적극적인 형태로 건강관리가 이루어지면 비용-효과면에서도 효율적이다. 그런데 이러한 행위들은 단순히 어떤 규정을 지키는 것 이상의 의미를 내포하고 있다. 식이요법이나 운동의 실천, 필요시 약물의 사용과 같은 치료내용 자체가 한정된 기간 동안 병원과 같은 제한된 공간 속에서 이루어지는 것이 아니고 환자의 일상생활 속에서 평생동안 이루어져야 하는 만큼, 환자 스스로가 증상을 다스리면서 자신의 건강을 돌보는데 주도적인 역할을 해야 함을 의미한다. 즉 질병관리에 있어서 환자 자신의 책임감과 능동적 참여가 요구되어지는 개념이다.

대상자의 건강상태나 상황적 여건에 따라 요구되어지는 건강증진행위의 구체적 인 내용은 다양하겠지만, 대체로 위험요인 관리와 재발방지 행위를 근간으로 이루어진다고 볼 수 있다. 뇌졸중의 위험요인에는 연령, 성별, 인종 등 교정이 불가능한 위험요인외에 고혈압, 당뇨병, 심혈관계 질환, 고지혈증, 비만, 흡연, 과음 및 짜게 먹는 습관, 운동 및 신체활동부족, 스트레스 등이 있으며 이와 같은 교정 가능한 위험요인을 얼마나 적극적으로 관리하느냐에 따라 재발은 물론 혈관성 치매 예방이 가능한 것으로 보고되고 있다 (윤병우, 2006; 박경애 등, 2001; 석승한, 1999; 임성용, 2002). 그러므로 규칙적인 신체운동과 같은 예방요인, 그리고 과다한 염분과 지방섭취, 고강도의 스트레스, 투약불이행 등의 교정 가능한 위험요인들이 건강교육전략에 포함되어 언급되어야 하겠다 (Baune, Aljeesh, & Bender, 2004).

이러한 위험요인의 관리를 비롯하여 뇌졸중 후 편마비 환자라는 특성에 적합한 건강증진행위의 내용을 확인하기 위하여 선행연구 결과를 살펴보면, 남선영 (1997)은 뇌졸중 대상자의 신체적 대처활동으로 보조기구이용, 운동하기, 보호하기, 식습관 변화, 일 담당하기, 보조약사용, 민간요법 시도, 건강관심갖기 등 8개의 범주가 있다고 보고하였다. 김금순 (2001)은 재가 뇌졸중 환자들이 가장 받기 원하는 자조 관리 프로그램은 물리치료, 스트레스 관리, 근 관절범위 운동의 순이라고 보고하였으며, 정성희와 서문자 (1999)는 뇌졸중 환자의 주간재활간호 프로그램 서비스의 요구내용 중 자기간호 및 회복활동 영역에 대한 요구가 가장 높다고 보고하면서 목욕, 배변관리 및 훈련, 보행훈련, 배뇨관리 및 훈련, 신체가동범위 운동, 이동훈련, 식사관리 및 식이요법, 투약, 기구를 이용한 일상생활 수행 훈련, 신체적 일상생활 수행 훈련, 개인위생, 사회적응 훈련을 내용으로 하였다. 또한 뇌졸중 환자의 발병전후 건강행위의 변화는 흡연율과 흡연량, 음주율과 음주량의 변화, 발병전후의 식이형태와 식사의 규칙성 및 식이선호도 변화가 포함되었다 (김미경, 2003; 장상현, 강복수, 이경수, 김석범과 윤성호, 2002). 박미숙 (2001), 박혜경 (2003) 및 이명신 (2004)은 금연, 식습관, 건강관리, 스트레스관리, 운동, 약물복용 등으로 뇌졸중 환자의 건강증진행위 혹은 건강증진생활양식을 구성하였다. 종합해 보면, 뇌졸중 환자의 건강증진행위 내용에는 개인위생, 보조기구를 사용한 일상생활활동, 근 관절범위운동, 보행훈련, 이동훈련 등의 운동, 보호하기, 금주 및 금연하기, 식습관

의 변화, 건강 관심 갖기, 물리치료, 스트레스 관리, 투약 등이 있음을 알 수 있었다.

2. Pender의 건강증진모형

Pender의 건강증진모형 (Health Promotion Model)은 인간을 총체적으로 바라보는 간호학의 관점에서 기대-가치 이론과 사회학습이론을 기본 이론으로 하고 있다. 기대-가치 이론은 변화에 대한 주관적 가치와 그것을 달성하려는 기대를 고려해야만 개인의 변화가 이해될 수 있다고 제안한다. 사회학습이론은 환경적 사건, 개인적 요소, 행위 등이 인과관계를 이루는 상호작용 모형을 제시한다.

1982년에 건강증진생활양식에 초점을 두고 건강증진행위를 설명, 예측하기 위해 제시된 이후 1996년에 개정된 건강증진모형이 제시되었다. 개정된 건강증진모형은 변수들의 삭제 및 재배치가 이루어지고, 행동과 관련된 감정, 활동계획 수립, 즉각적 갈등적 요구와 선호성이 추가되었으며, 특수한 건강행위를 설명하는데도 적절하도록 수정된 모형이다. 건강증진모형은 능력 (competence) 또는 접근지향적인 모형으로서 행동에 대한 동기화가 개인적 위협에 반드시 달려있다고 보지 않으므로, 동기의 원천으로서 위협이 제기되지 않는 어떠한 건강행위라도 적용가능한 모형이며 생애전반에 걸쳐 적용 가능하다 (Pender et al., 2006).

건강증진모형은 개인의 특성과 경험 (이전의 연관된 행위, 생물, 심리, 사회문화 등 개인적 요인), 행위와 관련된 인지과 감정 (지각된 이익성, 장애성, 자기효능감, 행위과 관련된 감정, 인간 상호간 영향, 상황적 영향), 행위의 결과 (행동계획수립, 즉각적 갈등적 요구와 선호성, 건강증진행위)로 구성되어 있다 (Pender et al., 2006).

Pender et al. (2006)은 개인적 요인이 인지와 감정에 영향을 주며, 인간상호간의 영향요인은 행위에 직접적인 영향을 미칠 뿐더러 사회적 압력이나 행동계획의 수립을 격려하여 간접적인 영향을 준다고 하였다. 또한 행위와 관련된 감정적 요인은 건강행위에 직접적인 영향을 미칠뿐더러 인지적 요인과 행동계획 수립에 영향

을 주어 건강행위에 간접적인 영향을 미친다고 가정하였다. 인지적 요인은 건강증진행위에 직접적인 영향을 미칠뿐더러 행동계획의 수립과 지속을 촉진하는 방식으로 간접적인 영향을 미친다고 하였다. 그 밖에 환경과 같은 상황적 요인은 건강증진행위에 직·간접적으로 영향을 미치며, 행동계획수립, 즉각적 갈등적 요구와 선호성은 건강증진행위에 직접적인 영향을 미친다는 가정 하에 건강증진모형을 제시하였다.

3. 뇌졸중 후 편마비 환자의 건강증진행위 영향요인

본 연구에서는 모형 검증을 효과적으로 하기위해 Pender의 모형에 근거한 선행 연구결과, 그리고 뇌졸중 환자와 관련된 연구결과에서 예측력이 높았던 요인 및 새롭게 탐색될 가치가 있는 요인을 중심으로 크게 인지적 요인, 정서적 요인, 인간상호간 요인, 개인적 요인으로 나누어 고찰하고자 한다.

1) 인지적 요인

뇌졸중 후 편마비 환자의 건강증진행위에 영향을 미치는 인지적 요인에는 자기효능감, 장애수용, 지각된 장애성 등이 있다.

(1) 자기효능감

자기효능감이란 특정행위를 수행하기 위한 자신의 효율성과 능력에 대한 개인의 주관적인 평가로서 주관적인 인지와 실제 수행되는 행위간의 관계를 연결해주는 역할을 한다 (Bandura, 1997a). 자기효능감은 자신이 가지고 있는 기술여부와 관련되지 않고, 오히려 어떠한 기술을 가지고 있던지 간에 그 기술을 가지고 수행할 수 있는 것에 대한 판단과 관련된다 (Pender et al., 2006). 또한 지각된 자기효능감은 특정 수준의 행위를 수행할 수 있는 능력에 대한 판단이고, 반면 성과기대는 행위의 결과인 이익이나 비용 등에 대한 판단이라는 점에서 다르다 (Siela & Wieseke, 2000).

Bandura에 의해 소개된 이래 자기효능감은 행위의 선택과 지속, 사고유형과 정

서반응에 영향을 준다고 하였으며 자기효능감이 높은 사람은 도전을 극복하기 위해 노력하므로 결과적으로 기술습득의 기회도 얻게 되며 성공할 확률이 높다고 하였다. 행위수행에 있어 효과적인 능력이 있고 능숙하다고 느끼면 더 자주 목표 행위에 참여하게 된다. 건강증진모형을 적용한 연구들 중 86%가 건강증진행위의 결정요인으로서 자기효능감의 중요성을 지지하고 있다 (Pender et al., 2006).

뇌졸중 환자의 건강증진 또는 자가간호행위에 있어서 자기효능감이 긍정적인 상관관계를 갖는 결정인자로 작용한다는 보고들이 있다. 이를 구체적으로 살펴보면, Hellstrom, Lindman, Wahlberg, & Fugl-Meyer (2003)의 연구에서는 뇌졸중 노인환자의 낙상관련 자기효능감정도가 신체적인 균형능력의 수준보다 더 일상생활활동을 예측하는 강력한 요인이었다. Robinson-Smith & Pizzi (2003)는 사례보고를 통해 자기간호에 대한 자기효능감의 사용이 뇌졸중 후 자기간호에 대한 동기부여를 돕는다고 하였다. 국내의 선행연구들도 유사한 결과를 보고하고 있다. 박미숙 (2001)은 19세 이상 뇌졸중환자로서 퇴원후 2주가 지난 외래 방문자를 대상으로 한 연구에서 회귀분석 결과 건강증진행위에 대해 자기효능감이 49%의 설명력을 나타내어 상대적으로 중요도가 높은 변인이었다고 보고하였다. 박선일 (2004)은 급성기가 아니면서 입원중인 40세 이상의 뇌졸중 환자를 대상으로 한 연구에서 자기효능감이 높을수록 건강증진행위의 정도가 높다고 보고하였다. 유수정 등 (2001)은 재가 뇌졸중 노인환자에게 5주간 자기효능증진 자조관리프로그램을 실시한 후 자가간호수행항목에 대한 자신감 정도로 자기효능을 측정하고 자가간호행위 정도와의 관계를 보고하면서 자기효능감이 높을수록 자가간호를 더욱 열심히 노력하게 되고 행위의 지속시간도 길다고 하였다. 이명신 (2004)은 퇴원후 2주가 지난 만 18세 이상인 뇌졸중환자의 건강증진행위에 가장 영향력 있는 요인은 자기효능감으로서 37.6%의 설명력이 있었다고 보고하였다. 이실 (1998)은 뇌졸중 환자의 자기효능감이 높을수록 자가간호수행을 잘 하며 자기효능감이 자가간호수행의 69.9%를 설명한다고 하였다. 임선옥 (2002)도 뇌졸중 환자의 재활행위 이행에 가장 큰 직접적인 영향을 나타낸 중요한 변수가 자기효능감이라고 하면서 자기효능감을 인간행동 변화의 주요 결정인자로서 보고하였다. 이러한 일관된 선행연구 결과들은 자기효능감이 증가할수록 행위수행에 대한 동기부여를 도우며

행위의 지속시간도 길어진다는 Bandura (1997b)의 주장과 일치되고 있다.

다른 질환을 가진 대상자에 대한 연구도 살펴보면, Clark & Dodge (1999)은 단면적 분석결과 자기효능감은 심장질환여성의 식이, 운동, 스트레스 관리에 유의한 예측요인이었고, 종단적 분석결과 식이와 운동에 유의한 예측요인이었다고 보고하였다. 국내 만성 질환자의 경우 30세 이상의 본태성 고혈압 환자 (정미영, 2001)와 30세 이상의 허혈성심질환자 (이종율, 2005), 그리고 추후관리를 받고 있는 제 2형 당뇨병환자 (조영임, 2004)에서도 자기효능감은 자기조절행위나 건강증진행위에 대해 가장 강력한 예측변인은 아니었지만 지각된 건강상태, 지식, 의도, 유익성, 가족지지, 우울, 자아존중감 등의 요인들과 더불어 행위에 대한 직접효과가 있었다. 한편 제2형 당뇨병환자 (구미옥, 1992), 혈액투석환자 (손영희, 2001), 여성골다공증 환자 (윤은주, 2001), 위암환자 (오복자, 1994)에서는 자기효능감이 자가간호행위나 건강증진행위에 직접효과가 있으면서 가장 강력한 설명요인이었다. 편마비라는 대상자의 특성을 감안하여 볼 때 장애를 가진 유사 대상자로서, 장애인 성인을 대상으로 한 Stuifbergen & Becker (1994)의 연구에서는 일반적인 자기효능감과 구체적인 자기효능감이 높을수록 건강증진생활양식에 더 많이 관여하고 있는 것으로 나타났다. 또한 다발성경화증 환자를 대상으로 한 Stuifbergen, Seraphine, & Roberts (2000)의 연구에서도 자기효능감은 건강증진행위 수행에 대한 가장 큰 직접 효과가 있었다. 이러한 결과들은 이숙자 등 (2002)의 만성질환자의 건강증진모형에서 언급된 바와 같이 자기효능감이 만성질환자의 건강증진행위를 설명하는 주요 변수라는 것을 지지해 주고 있다.

(2) 장애수용

장애 (disability)는 의학적 손상의 직접적인 결과로서 발생하며 인간에게 정상적으로 간주되는 활동을 수행하는 능력이 저하 또는 결여된 상태를 말한다 (World Health Organization [WHO], 1980). 장애수용이란 신체적 장애를 인정하고 받아들이는 것으로 가치절하하지 않고, 존중하는 능력과 가치를 활성화시키려는 태도를 말한다 (윤성애, 2003). 이는 불행에 대한 일종의 체념이 아니고 자신의 장애를 가치저하하지 않는 것으로 받아들이는 것 즉 장애를 불편하고 제한을 주는 것

이라고 인정하고 가능한 한 그 상태보다 나아지려고 노력은 하지만, 단지 인생의 어떤 측면을 용이하게 하기 위해서이지 자신이 인간으로서 가치저하 된다고 생각하기 때문이 아니며, 자기 장애를 감추기 위한 긴장과 수치심으로 괴로움을 겪지 않는 것을 말하는 현실적인 수용이다 (Wright: 조아라, 1997에 인용됨). 또한 전체 생활방식으로 질병을 통합하는 것이라 할 수 있다 (Stuifbergen et al., 2000).

Wright (조아라, 1997에 인용됨)는 장애수용에 크게 4가지의 중요한 과정이 포함된다고 하였다. 첫째는 관심의 범위를 넓히는 것, 둘째는 신체에 대해 과도하게 가치를 두지 않게 되는 것, 세 번째는 장애의 영향을 자기 삶의 모든 영역에 확산시켜 지각하지 않고 특정영역에 국한된 것으로 인식할 수 있게 되는 것, 네 번째는 다른 사람들과 비교하지 않고 자신이 가진 자산 (asset)으로써 자신을 평가할 수 있게 되는 것이다. 이러한 과제를 잘 이루어야만 개인은 자신의 장애로 인한 자기 평가절하에서 벗어나 자아수용에 이르게 되고 진정한 적응으로 나아갈 수 있다고 한다 (Keany & Glueckauf, 1993).

신체장애와 관련된 만성 스트레스원은 독립적 결여와 같은 신체적 한계, 자아개념과 신체상의 변화, 진행되는 장애, 사회적 낙인 등이며 이에 대한 개인의 대처 능력에 따라 스트레스의 정도가 결정된다 (이달엽, 2003). 그런데 인간은 생물학적인 존재인 동시에 정신적, 사회적 존재이므로 비슷하거나 동일한 장애를 가지고 있는 사람이라 할지라도 각 개인이 자신의 장애에 대해 가지고 있는 느낌, 태도, 생각 등은 서로 다르게 나타날 수 있다.

장애수용에 대한 국내 연구의 대부분은 선천적 장애자와 그 가족의 수용에 대한 연구가 많았고, 중도장애자 (석말숙, 2003)와 척수손상자에 대한 연구 (윤성애, 2003; 이진경, 2004)가 소수 있으나, 뇌졸중으로 인한 장애와 관련하여 이루어진 연구는 찾아보기 어려웠다.

장애에 따른 정서적 반응에는 상실에 대한 슬픔, 불안과 근심, 분노, 우울, 죄악감 등이 있다 (이달엽, 2003). 그중 장애수용이 우울에 영향을 미치는 변수임을 시사하는 보고들은 다음과 같다. Westbrook & Viney (1982)는 만성 질환자에서 핸디캡에 대한 지각과 심리적 반응이 관련되어 있다고 하였다. 척수손상과 같은 장애는 우울의 주된 원인이 된다고 하였고 (이달엽, 2003), 지체장애인을 대상으로

이루어진 조아라 (1997)의 연구에서 장애수용 정도가 우울감을 가장 많이 설명하였으며 개인의 인구 사회적 변인들이나 장애의 심한 정도 자체보다는 인지적인 요인들이 우울감에 더 영향을 미쳤다. 남선영 (1997)은 재활기의 뇌졸중 대상자들이 신체적 장애에 대한 무시나 동정 등 사회적, 문화적인 부정적 시각과 관련하여 스스로 활동범위를 제한하게 되는 경험을 했다고 보고하면서, 질병의 상황을 스스로 어떻게 받아들이고 있는지에 따라 정서적 대처활동이 달라진다고 하였다. 이화진 (2006)은 질적 연구를 통해 중년기 뇌졸중 편마비 환자의 적응경험 중 장애인으로서의 고통스러운 현실을 직시하게 되면서 극심한 우울에 시달리지만 깊은 사유를 통해 부정적인 신체상과 '더러운 병'이라고 여기던 인식을 긍정적으로 전환함과 동시에 단지 거동의 불편함일 뿐이라고 여기고 정신적 건강을 우선시 하여 어떤 외부의 자극에도 흔들림없는 마음 상태를 유지할 수 있게 된다고 하였다. 이처럼 장애수용이 장애인의 우울감 극복에 매우 중요한 과정으로 인식되고 있지만 그 자체가 독립적인 기준으로 설정되어 연구된 경우가 별로 없었던 이유는, 장애수용은 효과적인 대처, 적응이나 우울감 연구에서 당연히 함의되는 과정으로만 간주되었기 때문인 것으로 생각된다. 그러나 장애에 대한 적응이 인지적인 과정을 따르는 것이라면 인지적 과정에서 가정되는 순서에 따라 각각 영향을 주고 받는 변인들을 따로 고려할 필요가 있다 (조아라, 1997).

Bandura (1997b)는 해석적 편견이 자기효능감 판단에 영향을 미친다고 한 바 있다. 장애수용이 건강증진행위에 대한 자기효능감에 영향을 미치는 변수임을 시사하는 연구들은 다음과 같다. 편마비 환자의 경우 긍정적인 신체상을 가질수록 자기효능감이 높았고 (이실, 1998), 자아존중감과 자기효능감이 건강증진행위 사이에 긍정적인 관계가 있다고 보고되고 있다 (박미숙, 2001). 여성 골다공증 환자 (윤은주, 2001)와 만성폐쇄성 폐질환자 (박순주, 2001), 혈액투석환자 (손영희, 2001)의 경우도 자기효능감은 자아존중감에 의해 직접 영향을 받았다. 자아존중감의 속성중 자기에 대한 상, 가치와 수용, 간주 등이 있음을 고려해 볼 때 장애수용의 경우 장애에 대한 자기수용이므로 자기효능감을 증진시킬 것으로 생각된다.

(3) 지각된 장애성

지각된 장애성은 건강증진행위를 실천하는데 부정적으로 영향하는 개인내적, 대인적, 환경적인 요인에 대해 지각하는 정도이다 (Stuifbergen et al., 2000). 지각된 장애성은 비효용성, 불편함, 비용, 어려움, 시간이 소요됨, 금연이나 고지방음식과 같은 건강에 위협적인 행위의 포기에 따른 만족감의 상실 등에 대한 지각이며, 상상된 것이거나 실제적인 것일 수 있다 (Pender et al., 2006). 지각된 장애성은 행위와 관련해 포기하려는 충동을 유발한다. 행위에 대한 준비가 낮고 지각된 장애성이 크면 행위는 발생하기 어렵다 (Pender et al., 2006).

지각된 장애성이 특정행위에 참여하려는 의도와 행위의 실행에 영향을 미치는 변수임이 거듭 보고되고 있다. 장애 (disability)를 가진 대상자들이 건강증진행위에 참여하지 못하는 가장 흔한 이유는 피로 이었다 (Harrison, 2006). Pender et al. (2006)은 다수의 건강증진모형 검증연구를 통해 건강증진행위에 대한 결정요인으로서 지각된 장애성은 79%가 지지를 받았다고 보고하였다. 국내의 경우 구미옥과 이은옥 (1990)은 만성질환자에게 건강신념모형을 적용한 논문 33편을 분석한 결과, 지각된 장애성이 50%에서 유의한 관계를 보여 한국인 만성질환자에서 어느 정도 경험적 지지를 받는 것으로 보고하였다.

뇌졸중 환자의 지각된 장애성이 건강증진행위에 부정적인 영향을 미친다는 것을 시사하는 연구결과들은 다음과 같다. 김이순 (1996)은 뇌졸중 환자의 신념의 수준에 따라 태도가 결정되며, 어떤 행동으로 연결된다고 하였다. 남선영 (1997)은 뇌졸중 환자의 질병경험에 대한 질적연구를 통해 뇌졸중 환자의 치료중단에 대한 영향 요인으로 도움감소와 치료비 부담감, 한계경험이나 지겨움 등 장애성 지각과 유사한 범주를 제시한바 있다.

다른 질환을 가진 대상자에 대한 연구를 살펴보면, 지각된 장애성은 고혈압 환자의 약물요법 이행과 관계가 없었고 (최희정, 2002), B형 간염환자의 환자역할행위와도 관계가 없었다는 (김경례, 1990) 연구결과도 있었다. 그러나 허혈성심질환자 (백민아, 2000)의 지각된 장애성과 건강증진행위간에는 유의한 부정적 상관관계가 있었고, 장애인 성인 (Stuifbergen & Becker, 1994)에서 기구의 도움이 적게 요구될수록 건강증진생활양식에 더 많이 관여하고 있는 것으로 나타난 상반된 결과

도 있었다. 한편 당뇨병자 (구미옥, 1992)나 위암환자 (오복자, 1994), 허혈성 심질환자 (이종율, 2005)에서 지각된 장애성은 자가간호행위나 건강증진행위에 대해 직접효과는 없었고 간접효과가 있었다. 이처럼 상관관계가 있거나 없고, 관계가 있더라도 간접효과가 있었던 선행연구결과를 뇌졸중후 편마비 환자에게 적용하기는 무리가 있으므로 이러한 관계에 대해 확인해 볼 필요가 있다고 사료된다.

한편 지각된 장애성이 자기효능감과 장애수용의 정도에 부정적인 영향을 미친다는 것을 시사하는 연구결과들은 다음과 같다. 장애를 가진 다발성경화증 환자에서 지각된 장애성이 자기효능감과 장애수용의 정도에 부정적인 효과를 지니며, 결국 건강증진행위에도 부정적인 효과를 지닌 것으로 나타났다 (Stuifbergen et al., 2000). 또한 비만인의 경우 가설적 모형에서 지각된 장애성은 자기효능과 신체상에 직접적인 영향을 주는 것으로 나타났다 (홍미령, 1995). 윤성애 (2003)는 장애수용에 영향을 미치는 환경적 변수보다 인지적 변수의 중요성이 더 부각된다고 한 바 있다. 다른 질환을 가진 대상자에 대한 연구를 살펴보면, 당뇨병자 (구미옥, 1992)나 위암환자 (오복자, 1994)의 지각된 장애성은 자기효능감에 직접효과가 있었다. 그러므로 편마비 환자가 지각한 장애성이 장애수용에 영향을 줄 것으로 생각된다.

2) 정서적 요인

(1) 우울

우울은 스트레스 적응과정에서 불안이나 갈등과 더불어 흔히 나타나는 부정적 정서상태로서 (Feibel & Springer, 1982), 1977~2002년에 수행된 51개의 연구를 분석한 결과 뇌졸중 생존자의 33%가 우울을 경험하는 것으로 나타났다 (Hackett, Yapa, Parag, & Anderson, 2005). Li, Wang, & Lin (2003)은 대만의 노인 뇌졸중 생존자의 34.9%가 경한 정도부터 심각한 정도의 우울을 경험하고 있었다고 하였고, 김인자, 서문자, 김금순, 조남옥과 최희정 (2000)은 한국 뇌졸중 환자를 대상으로 한 연구에서 38.2%의 대상자가 우울을 경험한 것으로 보고하였다. Berg, Palomaki, Lehtihalmes, Lonnqvist, & Kaste (2003)은 18개월 동안 추적 조사한 결과 54%의 환자들이 추적조사 기간 동안 경하게나마 우울을 경험하였고, 처음 2개

월 기간에 우울했던 대상자들 중 46%는 12 또는 18개월에도 우울하였다고 보고하였다. 이화진 (2006)도 뇌졸중후 편마비 환자에 대한 질적연구를 통해 참여자의 대부분이 1년 이상 우울 속에 갇혀 있었다고 보고하였다.

Ghose, Williams, & Swindle (2005)은 뇌졸중 후 우울은 사망률과 기능 저하등 부정적인 건강성과와 연결되어 있으며, 우울이 있는 경우 정신 건강의 문제가 없는 대상자보다 발병 후 첫 3년간 입원과 외래방문 이용율이 유의하게 높았다고 보고하였다. 강현숙 (1984)은 편마비 환자가 전 재활과정을 통해 가장 높게 지각하는 것이 심리적 요인으로 인한 스트레스라고 하였다. 우울하면 모든 것이 귀찮고 무가치하게 생각되어 생의 의욕을 상실하게 되며, 이러한 우울증상과 우울 병력은 재활의지를 약화시키고 무력하게 만들어 재활의 속도나 효능, 성공이 확실하게 감소된다 (Gillen, Tennen, Mckee, Gernert-Dott, & Affleck, 2001; Johnson, 1991). 때로는 삶을 포기할 정도의 정신적 황폐화와 자기연민을 초래하게 되므로 (김이순, 1996; 이화진, 2006), 우울의 관리는 매우 중요하다.

뇌졸중 후 우울이 건강증진행위에 영향을 미친다는 것을 시사하는 보고들이 있다. 긍정적인 감정은 행위를 반복하기 쉽게 하지만, 부정적인 감정은 행위를 기피하게 만든다 (Pender et al., 2006). 박영숙과 권삼숙 (2002)은 재가 뇌졸중 환자의 우울이 높을수록 재활동기가 낮았다고 보고하였다. Shoemaker (2001)는 사례보고를 통해 뇌졸중 후 우울증상은 이행에 대한 동기의 상실을 가져온다고 하였다. Sinyor et al. (1986)은 재활프로그램에 참석한 뇌졸중 환자 중 우울한 환자는 재활 과정에의 참여율이 낮았다고 보고하였다.

한편 Bandura (1997b)는 행위중의 정서적 반응과 그로 야기된 생리적 상태가 효능감 정보의 출처가 된다고 하면서 부정적인 정서는 낮은 자기효능감의 근원이 된다고 하였고, Pender (1996)는 건강증진모형을 적용한 연구결과들의 분석을 통해 행위와 관련된 부정적 감정 요인이 자기효능감과 같은 인지 요인에 부정적인 영향을 미친다고 하였다. Castellucci (2004)도 우울이 자기간호 효능감과 관련되어 있으며, 뇌졸중 노인 환자의 자율성과 부정적인 상관관계가 있다고 보고하였다. 충격적인 장애를 입은 중도장애인은 대체로 장애로 인하여 우울해지며 자존감이 상실되고 무력함을 느끼며 자신감을 상실하게 된다 (석말숙, 2003). 이달엽 (2003)

은 장애에 따른 우울과 같은 정서적 반응에 대한 상담접근법으로 자기효능감 이론을 언급하였고, 우울은 고혈압 환자의 치료지속이행 행위에 대한 자기효능감에 직접효과가 있었다 (노영숙, 2003).

그런데 행위의 전, 중, 후에 일어나는 주관적 느낌이 인지적으로 기호화되어 기억에 저장됨으로써 행위에 대한 생각과 관련된다고 한 Pender et al. (2006)의 제안에 근거해볼 때, 정서적 요인이 자기효능감 외에 지각된 장애성이나 장애수용과 같은 인지적 요인과의 관련될 수 있다고 가정할 수 있다. 이에 대한 선행연구 결과는 찾아보기 어려웠으나 뇌졸중 후 우울은 질병 후 건강, 식사, 활동 등 생활양식에 장애가 온 정도에 대한 지각과 관련이 있다는 (김인자 등, 2000; 서문자, 1989) 결과가 있고, 중도장애의 영향은 갑작스럽고 심각하여 우울증, 죄책감이 들며 이로 인해 자아존중감이 손상을 받는다고 하였으므로 (석말숙, 2003), 이러한 결과를 통해 우울이 지각된 장애성이나 장애수용과 같은 인지적 요인에 영향을 미칠 것으로 유추해 볼 수 있다.

3) 개인적 요인

뇌졸중 후 편마비 환자의 건강증진행위를 설명하는 인지 및 정서적 요인에 영향을 미치는 개인적 요인에는 일상생활수행능력, 종교성 등이 있다.

(1) 일상생활 수행능력

일상생활수행 (Activities of daily living [ADL]) 능력은 개인이 독립적으로 살아가는데 필수적으로 요구되는 활동을 할 수 있는 능력이다 (김금순, 서현미, 김은정 등, 2000). 즉 식사, 대소변 처리하기, 옷입기, 목욕, 이닦기 등의 활동을 일상적으로 수행하는 것이다 (Anderson, Anderson, & Glanze, 2002).

퇴원예정인 편마비 환자의 75%가 일상생활동작 수행에 다른 사람의 도움을 필요로 했다 (박희선, 1987). 편마비 환자들은 일상생활 수행능력의 한계로 인한 신체적 스트레스가 가장 크다 (박원경, 1988). 편마비로 인해 나타나는 활동의 어려움은 거동의 불편과 섬세한 동작의 제한을 초래하고, 그로 인한 짜증으로 이어진다 (이화진, 2006).

이러한 신체적 스트레스원은 행위 수행시의 불편함, 어려움, 시간이 소요됨, 비

용 등 장애요인으로 지각될 수 있기 때문에 일상생활 수행능력이 낮으면 지각된 장애성이 클 것으로 추론할 수 있다. 김인자 등 (2000)은 뇌졸중 상태가 심각하고 일상활동 수준이 낮으면 질병으로 인해 생활양식에 더 많이 방해를 받는 것으로 지각한다고 보고하였다. 장애를 가진 다른 대상자로서 다발성경화증 환자의 경우 질병의 심각도가 크면 행위에 대한 지각된 장애성이 높았다 (Stuifbergen et al., 2000). 중도지체 장애인의 경우도 장애의 정도가 크면 스트레스가 높은 것으로 나타났다 (석말숙, 2003).

또한 상당수의 뇌졸중 환자들이 기본적인 일상생활 활동에서 독립성이 상실됨으로써 사기저하와 좌절된 경험을 하게 되고 (Hays, Kraft, & Stolov, 1994), 다양한 역할의 상실로 인해 우울이 심화되는 것으로 나타났다 (이화진, 2006). Berg et al. (2003)은 질병이 심각하고 기능적 장애가 심할수록 뇌졸중 후 우울이 높았다고 보고하였다. Carod-Artal, Gonzalez-Gutierrez, Egado-Herrero, & Varela de Seijas (2002)도 추적조사를 통해 스페인 뇌졸중 환자에서 발병 1년 후에 일상생활수행에 지장을 주는 심한 장애가 있는 경우 우울이 심각했다고 보고하였다. Chemerinski, Robinson, & Kosier (2001)는 뇌졸중 후 3, 6개월에 추적조사한 결과 우울이 개선된 대상자들은 일상생활수행 기능수준이 상대적으로 훨씬 더 좋아진 경우였다고 보고하였다. Herrmann, Black, Lawrence, Szekely, & Szalai (1998)도 뇌졸중 후 3개월과 1년에 추적조사한 결과 우울이 기능적인 독립수준과 유의한 상관관계가 있었다고 보고하였다. Sinyor et al. (1986)도 우울한 뇌졸중 환자는 기능적 장애의 정도와 관계가 있었다고 보고하였다. Williams, Rittman, Boylstein, Faircloth, & Haijing (2005)는 신규뇌졸중 진단후 퇴원한 재향군인을 대상으로 우울에 관한 양적 및 질적인 연구를 트라이앵글레이션으로 시행한 결과 노인우울척도 (Geriatric Depression Scale)의 점수가 높은 집단에 속한 참여자들은 기능적인 능력과 역할의 상실로 인한 고통을 호소하였다. 김경선 (1995)은 재활치료를 받고 있는 뇌졸중 환자를 대상으로 한 연구에서 일상생활 동작 수행정도가 높을수록 우울정도는 낮았다고 보고하였다. 김금순, 서현미와 김은정 등 (2000)은 편마비가 있는 재가 뇌졸중 환자를 대상으로 한 연구에서 일상생활활동 수행능력이 증가할수록 우울이 감소된다고 하였다. 김인자 등 (2000)은 뇌졸중 후 외래를 통한 추후관리 환자를

대상으로 한 연구에서 일상활동 수준이 좋을수록 우울이 낮은 역상관관계가 있다고 보고하였다. 한영애 (2004)도 뇌졸중 후 편마비가 있으면서 입원환자 및 퇴원후 추후관리를 위해 외래를 방문한 환자를 모두 포함하여 이루어진 연구에서 일상생활수행능력이 우울과 역상관관계를 가지고 있다고 보고하였다. 장애를 가진 다른 대상자로서 중도지체 장애인의 경우도 장애의 정도가 경할수록 우울의 정도가 낮았다 (석말숙, 2003).

(2) 종교성

종교는 공통된 가치와 의무를 통해 개인에게 연대감과 일체감을 제공해 준다. 또한 정체성을 제시하고 죽음이나 고통과 같은 삶의 위기에 적응하도록 의미를 제공하는 것이 핵심 기능이라고 알려져 있다 (이원규, 1997). 또한 종교의 효과는 심리적인 스트레스에 대한 반응과 관련되어 있는 것으로 생각된다 (Koenig, 2001). 개인적으로 예견이나 통제가 불가능한 사건들에 적응해야만 하는 위기와 고통의 시기에 있는 사람들에게 의미를 제공하여 긴장해소의 기능을 함으로써 종교의 영향력은 더욱 크다고 할 수 있다. 많은 종교관련 이론가들은 종교가 긍정적인 힘을 부여해 준다고 본다. 즉 삶을 가치있게 만들고 위안을 주며 고통을 덜어준다고 보고 있다. 또한 희망과 의미를 제공해 주고, 어떠한 심각한 문제에 직면했을 경우에 대처해 나갈 수 있게 도와준다고 본다.

종교성이라는 개념을 측정함에 있어서 신앙의 목적에 따라 본질적 (intrinsic) 동기와 비본질적 (extrinsic) 동기로 분류하기도 하며, 신앙심의 정도를 조직적 (organizational) 또는 공적 (public) 종교성, 비조직적 (nonorganizational) 또는 사적 (private) 종교성, 자기보고 (self-reported or self-rated) 또는 주관적 (subjective) 종교성 등 종교적 몰입도에 따라 분류하기도 한다 (박혜정, 1999; Chen & Koenig, 2006; Koenig, George, Titus, & Meador, 2004). 최근에는 종교성의 원천으로 라디오나 T. V. 등 매체를 통한 종교성까지 (Koenig et al., 2004) 다양하게 측정되고 있지만, 본 연구에서는 신앙심의 정도를 나타내는 종교적 몰입도 영역으로 제한하였다. 종교적 몰입도에 대해 구체적으로 살펴보면, 일정한 종교적 의례나 집단활동에 참여하는 빈도를 의미하는 공적 종교성과 기도·묵상·참선

또는 교리서적 읽기 등 개인적 종교의례와 관련된 사적 종교성, 그리고 자신에게 있어서 종교가 얼마나 중요한가에 대한 판단과 스스로 생각하는 종교적 신념의 정도를 나타내는 주관적 종교성이 있다 (박혜정, 1999).

장애를 가진 대상자에서 종교의 도움은 다음과 같은 방식으로 나타난다. 신체적 장애가 영적인 것에 비해 볼 때, 덜 중요한 것이라는 도덕적 규정을 통해 심리적 좌절이나 위기감을 경감시켜준다. 또한 좌절의 상황에 의미를 부여하고 극복 가능한 자신감과 희망을 심어 주고 적극적 사고방식을 갖게 한다. 마지막으로 자선과 봉사로 장애를 극복할 수 있도록 한다 (이원규, 1997).

종교성과 유사한 개념으로 영성, 영적 경험이나 영적 지원 등이 있으며, 연구결과에 대한 개연성이 높다고 판단되므로 함께 고찰하였다. 매일의 영적 경험은 음주를 줄이는 것, 삶의 질의 향상, 긍정적인 심리사회적 상태와 관련이 있다 (Underwood & Teresi, 2002). 그러므로 영성, 종교, 그리고 건강은 분명히 더 많은 연구가 필요한 요인들이다 (Miller & Thoresen, 2003). 위기나 스트레스 상황에서 보이는 종교와 건강의 관련성에 대한 연구들을 보면, 종교성은 육체적, 심리적으로 긍정적인 영향을 미친다 (석말숙, 2003). 또한 영성은 위기상황의 극복에 긍정적인 영향을 미치며 초월적 체험과 내적 평안을 이끈다 (이현주, 2004; 한미라, 2004). 영적 지원은 인지적 조절을 통해 스트레스적 사건의 부정적 영향력을 줄이고 긍정적 의미를 부여하는 것이다 (Spilka & Schmidt, 1983). 따라서 정신적 충격을 가져오고 통제가 거의 불가능한 사건에 대해 더욱 큰 영향력을 보이며, 스트레스 수준이 높을수록 그 완충효과는 확연하게 입증된다 (Koenig, Kvale, & Ferrel, 1988).

종교성이 장애수용과 같은 인지적 변수 그리고 우울과 같은 정서적 변인에 영향을 미친다는 것을 시사하는 연구결과들이 있다. 이화진 (2006)은 뇌졸중 후 편마비 환자들이 깊은 사유나 영적인 힘에 의지하여 삶에 대해서 다시 생각하게 되고 두려움을 자신감으로 바꾸어 나간다고 하였다. 또한 마음이 편해지고 미래 삶에 대한 희망을 품게 된다고 하였다. 장애를 가진 다른 대상자에 대한 연구이기는 하지만 석말숙 (2003)의 연구에서 중도지체 장애자의 공적 종교성이 높을수록 장애수용의 정도가 높고 우울이 낮았다. 이처럼 종교성은 인지 및 심리적 적응에 중요

한 영향을 미치는 매우 중요한 자원이자 강점이라 할 수 있다.

4) 인간상호간 요인

(1) 가족지지

가족지지만 가족구성원으로 구성된 가족체제가 상호작용을 통하여 사회적 규범에서 인정하는 사랑과 지지를 교환하는 주요 기능을 의미한다 (최영희, 1984). 가족은 자연적인 지지체계로서 일차적인 지지 집단이며 서로를 잘 알고 정서적으로 밀접한 관계를 유지하기 때문에 지지를 주고받을 때 더욱 효과가 크므로 가족들은 적절한 지지를 제공하기 위해 가족 서로의 요구에 민감하고, 효과적인 의사소통을 하여야 한다 (김매자 등, 2001). 가족의 응집력, 풍부한 감정표현, 갈등이 없음은 가족 구성원들이 서로에게 제공하는 지지적인 행위를 반영해주는 것들이다 (Pender et al., 2006).

뇌졸중 환자를 대상으로 이루어진 선행연구들은 가족지지의 긍정적인 효과를 보고하고 있다. 가족의 지지가 뇌졸중 환자의 불안 (이명해, 1991)을 낮추고, 희망 (김미희, 1999; 김이순, 1996)과 양질의 삶 (이순규, 1987; 홍여신 등, 1998)을 높이는 요인이었다. 또한 재활과정에서 가장 영향력 있는 지지체계이었는데, Savic, Gvozdenovic, & Krajnov (2000)은 우측 편마비와 실어증이 있는 49세 남자 환자를 대상으로 한 사례보고를 통해 환자자신과 가족 구성원을 포함한 재활프로그램을 시행한 결과 기대 이상의 의미 있는 성과를 거두었다고 하였다. Li et al. (2003)은 대만의 노인 뇌졸중 생존자에서 가족 외에 친척, 친구를 포함하기는 하였으나 이들로 부터의 지지가 우울과 부정적인 상관관계가 있었다고 보고하였다. Tsouna-Hadjis, Vemmos, Zakopoulos, & Stamatelopoulos (2000)는 뇌졸중 발병후 각각 1, 3, 6개월에 측정된 기능상태, 우울, 사회적 상태 등 재활변인의 개선에 가족지지가 역할을 한다고 보고하였다. 특히 도구적, 정서적 가족지지는 장애가 심한 뇌졸중 환자에서 기능상태의 호전과 심리사회적 상태의 변화와 관계가 있었다. 박영숙과 권삼숙 (2002)은 뇌졸중 환자의 재활동기에 가장 중요한 영향요인이 부부관계라고 하면서 성공적인 재활을 위해 부부관계를 촉진시키는 전략적 요소가 고려되어야 한다고 하였다.

인간상호간 영향으로서 지지라는 변수는 건강증진모형을 적용한 연구들 중 57%에서 건강증진행위의 결정요인으로 보고되고 있다 (Pender et al., 2006). 뇌졸중 환자를 대상으로 한 선행연구에서도 가족지지는 건강증진행위 수행을 촉진하는 요인이었다. 김정식 (1996)은 내원한 뇌졸중환자가 받는 가족지지의 정도가 높을수록 자가간호 수행을 잘한다고 하였다. 이명신 (2004)은 뇌졸중 환자의 건강증진행위에 대해 자기효능감 다음으로 가족지지가 6.4%의 설명력을 가진 것으로 보고하였다. 장상현 등 (2002)은 배우자가 있는 군에서 건강행태변화의 실천율이 높다고 보고하여 가족들의 환자에 대한 건강행위 변화에 대한 노력과 지지가 중요한 요인이 될 수 있음을 시사하였다.

다른 질환을 가진 대상자의 건강증진행위에 대한 가족지지의 효과를 살펴보면, 고혈압 환자 (정미영, 2001), 허혈성심질환자 (이종율, 2005)와 다발성경화증 환자 (Stuifbergen et al., 2000)의 가족지지는 자기조절행위나 건강증진행위에 직접 효과가 있었다. 한편 당뇨병환자를 대상으로 이루어진 연구결과들은 서로 차이가 있었다. 구미옥 (1992)은 자기간호행위에 가족의 지지가 직접적인 영향이 유의하지 않았다고 보고하였으나, 김영옥 (1997)과 조영임 (2004)은 가족지지가 당뇨병환자의 자기간호행위와 건강증진행위에 대한 가장 큰 영향력을 가진 요인이라고 보고하였다.

한편 가족지지가 우울에 영향을 미치는 요인이라는 것을 시사하는 보고들은 다음과 같다. Tsouna-Hadjis et al. (2000)은 뇌졸중 환자의 가족지지 정도가 높을수록 우울과 같은 심리적 상태가 개선되는 것으로 보고하였다. 한영애 (2004)는 뇌졸중 후 편마비 환자의 가족지지가 높을수록 우울이 낮았다고 보고하였다. 다른 만성질환자로서 혈액투석환자의 경우에서도 가족지지는 우울에 직접효과가 있었다 (최은영, 2005).

또한 가족지지가 지각된 장애성과 장애수용에 영향을 미치는 요인이라는 것을 시사하는 보고들은 다음과 같다. 다발성경화증 환자의 경우 가족지지가 지각된 장애성을 낮추고 장애수용을 높이는 효과를 나타냈다 (Stuifbergen et al., 2000). 척수장애인의 경우도 가족지지는 장애수용을 높이는 영향요인 (윤성애, 2003) 이었다. 중도지체 장애자의 경우 가족의 월평균 소득이 높을수록 장애수용의 정도가

높았다 (석말숙, 2003). 뇌졸중 환자의 적응과정에서도 가족지지는 편마비 장애인이라는 현실에 대한 분노와 갈등을 치유하기 위해 가장 중요한 것으로 나타났다 (이화진, 2006). 장애를 가진 대상자는 가족의 분위기와 태도에 영향을 받으며 개인이 필요로 하는 정서적 환경을 제공해줄 수 있는 가족구성원과 이웃의 태도에 따라 사회적응 수준이 달라진다 (이달엽, 2003).

이상과 같이 뇌졸중후 편마비 환자에게 있어서 건강증진행위의 중요성과 내용, Pender의 건강증진모형, 건강증진행위의 영향요인과 관계에 대하여 살펴본 결과, 재가 편마비 환자의 건강증진행위를 극대화하기 위해서는 부분적인 관계를 이해하는 데서 그치지 않고 포괄적인 이해가 필요하며 나아가 탐색할 의미가 있는 개념과 경로를 포함하여 건강증진행위를 설명할 수 있는 모형이 요구되는 바이다.

Ⅲ. 연구의 개념적 기틀 및 가설적 모형

1. 개념적 기틀

Pender (1996)의 개정된 건강증진 모형에서 제시된 관련요인들을 기반으로 하여 선행연구와 문헌을 토대로 뇌졸중후 재가 편마비 환자의 건강증진행위에 영향을 미치는 구체적 변수들을 도출하였다.

본 연구는 재가 편마비 환자의 건강증진행위를 신체적, 종교적, 인간상호간 영향요인과 정서적, 인지적 요인들에 의한 총체적인 결과로 보았다.

행위와 관련된 인지와 감정에 직접적인 영향을 미치는 개인적 요인으로는 일상생활수행능력이라는 신체적인 요인과 종교성이라는 종교적 요인을 포함시켰다.

간호중재의 핵심을 이루는 요인으로서 행위와 관련된 인지 요인에는 편마비 환자라는 특성을 고려하였고 건강증진모형을 이용한 다수의 연구결과 장애성이 유익성보다 더 지지되었다는 분석 (Pender, 1996)에 기초하여 행동에 대한 지각된 장애성이 포함되었다. 또한 대상자의 특성상 장애수용이 포함되었다. 마지막 인지적 요인으로는 경험적 검증을 통해 행위에 대한 강력한 영향요인으로서 지지를 받은 (Pender, 1996) 자기효능감이 포함되었다. 그리고 행위의 반복과 지속에 영향을 주는 감정요인으로는 편마비 환자에서 흔한 정서적 문제인 우울이 포함되었고, 개인의 행위경향에 미치는 인간상호간 영향요인에는 가족지지가 포함되었다.

연구의 개념적 기틀은 건강증진행위에 대한 신체적, 종교적, 정서적, 인지적, 인간상호간 영향 요인들의 총체적인 접근을 시도하였으며, 이 가운데 신체적, 종교적, 인간상호간 영향 요인은 외생변수로, 정서적 요인과 인지적 요인은 내생변수로 구성하였다.

건강증진행위에 영향을 미치는 과정은 건강증진모형에서 제시한 경로의 방향과 선행 연구결과를 고려하였다. 구체적으로 살펴보면, 신체적 요인과 종교적 요인은 인지적 요인과 정서적 요인을 경유하여, 건강증진행위에 간접적인 영향을 미친다.

인간상호간 영향요인은 인지적 요인과 정서적 요인을 경유하며, 건강증진행위에 직·간접적인 영향을 미치는 것으로 구성되었다. 정서적 요인은 건강증진행위에 직접적인 영향을 미칠 뿐 더러 인지적 요인을 경유하여 건강증진행위에 간접적인 영향을 미친다. 인지적 요인은 정서적 요인을 경유하거나 인지적 요인간 상호 관련 경로를 경유하여 건강증진행위에 직·간접적인 영향을 미치는 것으로 구성되었다. 이와 같이 건강증진모형, 선행연구와 문헌고찰 결과를 바탕으로 구성된 재가 편마비 환자의 건강증진행위를 설명하는 모형의 개념적 기틀은 <그림 1>과 같다.

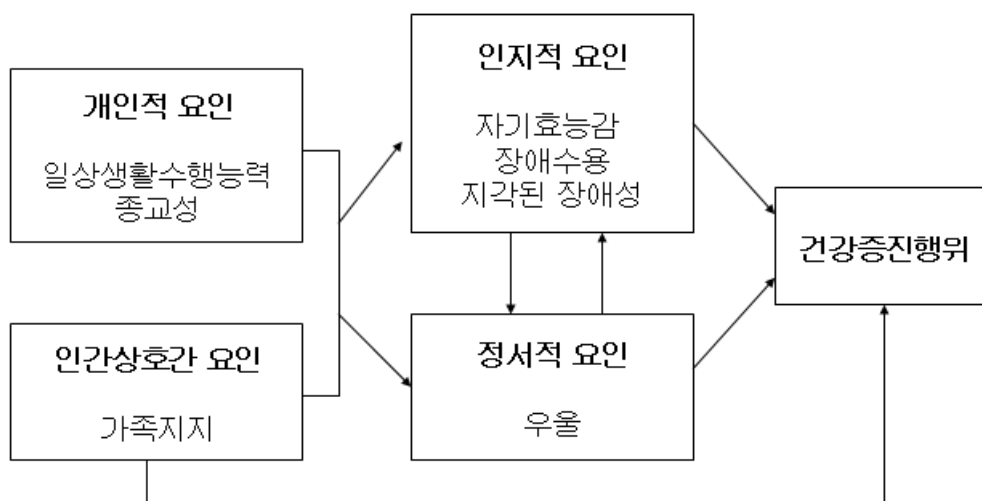


그림 1. 재가 편마비 환자의 건강증진행위 설명모형의 개념적 기틀

2. 가설적 모형

재가 편마비 환자의 건강증진행위 설명모형의 개념적 기틀을 바탕으로 구성된 가설적 모형은 <그림 2>와 같다. 본 연구의 가설적 모형은 3개의 외생변수와 5개의 내생변수로 이루어졌다. 본 연구의 가설적 모형에서 외생변수와 내생변수의 선

정은 건강증진행위에 관한 선행연구 고찰과 Pender의 건강증진모형에서 제시한 가정에 근거하였다. 외생변수는 모형내의 다른 변수들에 의해 설명되지 않는 변수로서, 일상생활동작수행능력과 종교성, 가족지지가 해당된다. 내생변수는 모형내의 다른 변수에 의해 설명되는 변수로서, 지각된 장애성, 장애수용, 자기효능감, 우울, 건강증진행위가 해당된다.

경로의 방향은 Pender (1996)의 건강증진모형에 기초하면서, 행위와 관련된 선행연구결과 및 문헌고찰 내용을 근거로 설정하였다. 본 연구의 대상자 특성상 새롭게 포함된 인지적 요인으로서 장애수용 변수는 지각된 장애성의 영향을 받고 (Stuifbergen et al., 2000), 편마비 환자의 신체 상이나 자아존중감이 자기효능감과 관련 변수로 확인된 연구 (박미숙, 2001; 이실, 1998)에 기반하여 장애수용도 자기효능감과 관련될 개연성이 높다고 가정하여 이를 반영하였다. 또한 장애수용이 우울에 영향을 미치는 변수 (이달엽, 2003; 조아라, 1997)이었으므로 이를 반영하였다. 그리고 일상생활수행능력이라는 신체적인 변수와 종교성이라는 종교적 변수를 인지와 감정 요인에 직접적인 영향을 주는 개인적 요인으로 배치하였다.

결과적으로, 외생변수 중 일상생활수행능력은 지각된 장애성 또는 우울, 자기효능감을 경유하여 건강증진행위에 간접적인 영향을 미치는 것으로 경로를 설정하였다. 종교성은 장애수용 또는 우울 이후 자기효능감을 경유하여 건강증진행위에 간접적인 영향을 미치는 것으로 경로를 설정하였다. 가족지지는 건강증진행위에 직접적인 영향을 미칠 뿐만 아니라 지각된 장애성, 장애수용, 우울 이후 자기효능감을 경유하여 건강증진행위에 간접적인 영향을 미치는 것으로 경로를 설정하였다.

내생변수 중 자기효능감은 지각된 장애성, 장애수용, 우울의 영향을 받으며 건강증진행위에 직접적인 영향을 미치는 것으로 경로를 설정하였다. 장애수용은 지각된 장애성, 종교성, 가족지지의 영향을 받고 우울과는 상호 영향을 미치며 자기효능감을 거쳐 건강증진행위에 간접적인 영향을 미치는 것으로 경로를 설정하였다. 지각된 장애성은 일상생활수행능력, 가족지지, 우울의 영향을 받으며 장애수용 또는 자기효능감을 경유하여 건강증진행위에 간접적인 영향을 미칠뿐더러 직접적인 영향을 미치기도 하는 것으로 경로를 설정하였다. 우울은 일상생활수행능력,

종교성, 가족지지의 영향을 받으며 지각된 장애성에 영향을 주고 장애수용과는 상호 영향을 주고 받는 것으로 경로를 설정하였다. 또한 건강증진행위에 직접적인 영향을 미치고, 자기효능감을 경유하여 간접적으로도 영향을 미치는 것으로 설정하였다.

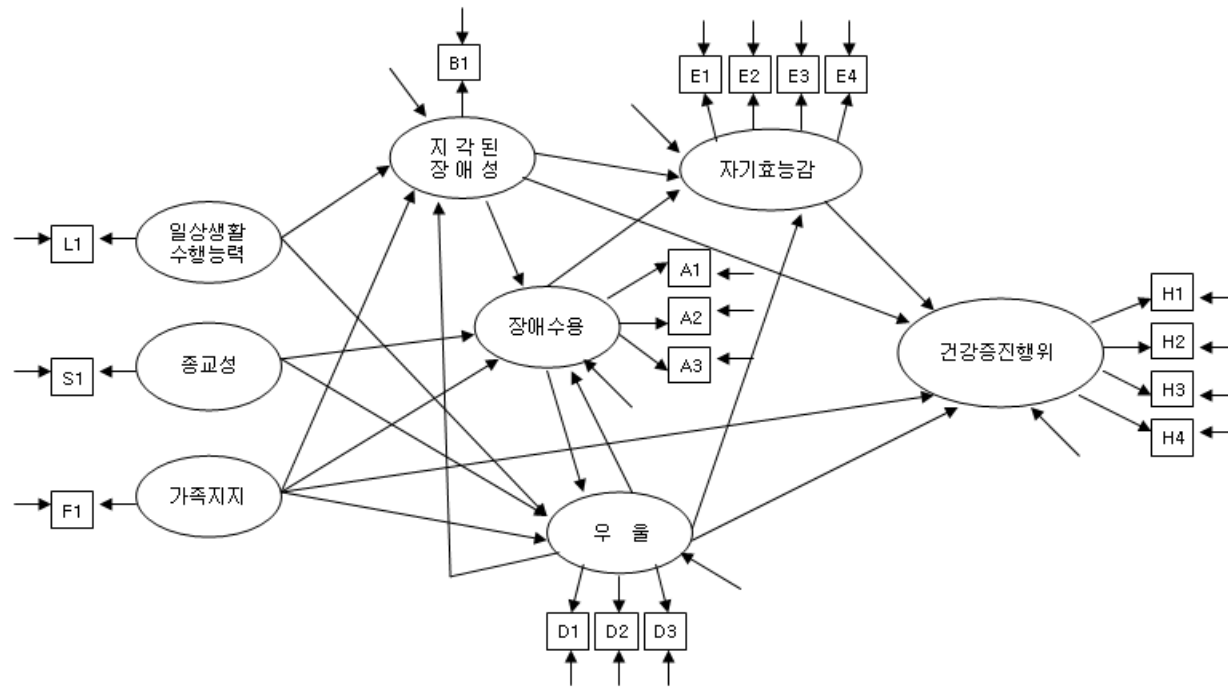


그림 2. 재가 편마비 환자의 건강증진행위의 가설적 설명모형

3. 변수의 정의

A. 내생변수

1) 건강증진행위

긍정적인 건강성과를 획득하려는 목적을 가진 행위이다 (Pender et al., 2006).

2) 자기효능감

주어진 수행의 유형들을 조직하고 행하는 자기의 능력에 대한 판단으로, 바람직한 결과를 얻기 위해 필요로 되는 행위를 자신이 성공적으로 수행할 수 있다고 믿는 신념이다 (Bandura, 1986; Bandura, 1997b).

3) 우울

스트레스 적응과정에서 불안이나 갈등과 더불어 흔히 나타나는 부정적 정서상태이다 (Feibel & Springer, 1982).

4) 장애수용

의학적 손상의 결과로 발생한 장애를 자신의 한 부분으로 인정하고 전체 생활 방식내로 통합하는 것 이다 (Stuifbergen et al., 2000; 이진경, 2004).

5) 지각된 장애성

건강증진행위의 수행을 저해하거나 부정적으로 영향하는 개인내적, 대인적, 환경적 요인에 대해 지각하는 것을 말한다 (Stuifbergen et al., 2000).

B. 외생변수

1) 일상생활 수행능력

개인이 독립적으로 살아가는데 필수적으로 요구되는 활동을 할 수 있는 능력으로 (김금순 등, 2000), 식사, 대소변 처리하기, 옷입기, 목욕, 이닦기 등의 활동을 일상적으로 수행하는 것을 말한다 (Anderson et al., 2002).

2) 종교성

종교적 의례나 모임활동 등에 참여하는 빈도, 교리나 기도에 개인적으로 투신하는 정도, 그리고 개인이 주관적으로 판단한 신앙심을 말한다 (석말숙, 2003).

3) 가족지지

가족지지란 가족구성원으로 구성되는 가족체제가 가족 구성원들간의 상호작용을 통하여 서로 돌보아주며 사랑하고 존중하며 가치감을 갖도록 사랑과 지지를 교환하는 것을 말한다 (최영희, 1984).

4. 연구가설

가설적 모형의 각 경로에서 연구가설을 도출하였으며, 이 가설들을 내생변수에 따라 제시하면 다음과 같다.

1) 건강증진행위를 내생변수로 하는 가설

가설 1: 자기효능감이 높을수록 건강증진행위가 높을 것이다.

가설 2: 지각된 장애성이 낮을수록 건강증진행위가 높을 것이다.

가설 3: 우울 정도가 낮을수록 건강증진행위가 높을 것이다.

가설 4: 가족지지 정도가 높을수록 건강증진행위가 높을 것이다.

2) 자기효능감을 내생변수로 하는 가설

가설 5: 장애수용 정도가 높을수록 자기효능감이 높을 것이다.

가설 6: 지각된 장애성이 낮을수록 자기효능감이 높을 것이다.

가설 7: 우울 정도가 낮을수록 자기효능감이 높을 것이다.

3) 장애수용을 내생변수로 하는 가설

가설 8: 지각된 장애성이 낮을수록 장애수용 정도가 높을 것이다.

가설 9: 우울 정도가 낮을수록 장애수용 정도가 높을 것이다.

가설 10: 종교성이 높을수록 장애수용 정도가 높을 것이다.

가설 11: 가족지지 정도가 높을수록 장애수용 정도가 높을 것이다.

4) 지각된 장애성을 내생변수로 하는 가설

가설 12: 우울 정도가 높을수록 지각된 장애성이 높을 것이다.

가설 13: 일상생활수행능력이 낮을수록 지각된 장애성이 높을 것이다.

가설 14: 가족지지 정도가 낮을수록 지각된 장애성이 높을 것이다.

5) 우울을 내생변수로 하는 가설

가설 15: 장애수용 정도가 낮을수록 우울 정도가 높을 것이다.

가설 16: 일상생활수행능력이 낮을수록 우울 정도가 높을 것이다.

가설 17: 종교성이 낮을수록 우울 정도가 높을 것이다.

가설 18: 가족지지 정도가 낮을수록 우울 정도가 높을 것이다.

IV. 연구방법

1. 연구설계

본 연구는 재가 편마비 환자의 건강증진행위에 관한 가설적 모형을 제시하고 모형의 적합도와 연구가설을 검증하는 구조방정식 모형분석 연구이다.

2. 연구대상

본 연구는 한국의 재가 편마비 환자를 표적 모집단으로 하고, 뇌의 피각부, 뇌교, 대뇌부위의 뇌혈관 손상이나 기능장애로 신체의 좌측이나 우측에 마비증상이나 감각둔마가 있는 환자로서 급성기 치료후 지역사회에 거주하고 있는 성인 환자를 대상으로 하였다. 그리고 다음의 선정기준에 부합되는 대상자를 근접 모집단으로 하였다.

- 1) 양·한방 신경내·외과 전문의에 의해 뇌졸중 또는 중풍으로 진단을 받고 좌측 또는 우측의 편마비가 있는 환자
- 2) 의식이 명료하여 집, 주소, 전화번호, 나이, 가족상황에 대하여 명확히 대답할 수 있는 사람
- 3) 질문지의 내용을 읽고 이해할 수 있으며 연구의 목적을 이해하고 참여를 동의한 사람
- 4) 연구종료시까지 심한 합병증으로 재입원한 환자는 제외함

3. 연구도구

1) 외생변인 측정도구

(1) 일상생활동작 수행능력

Modified Barthel Index를 최혜숙 (1996)이 번역한 도구를 기초로 조복희 (2001)가 수정한 도구로서 14문항 4점척도이다. 먹기, 입기, 대소변처리하기, 기능적인 운동능력 등이 포함된 총 15문항이며, 보행의 경우는 대상자의 상태에 따라 2문항 중 1문항을 택하게 되어 있어 응답자는 총 14문항을 답하게 된다. 점수는 0~100점까지 분포되며 점수가 높을수록 독립적임을 의미한다. 최혜숙 (1996)과 조복희 (2001)의 연구에서 도구의 신뢰도 Cronbach's alpha 값은 .89와 .95이었고, 본 연구에서는 .94이었다.

(2) 종교성

박혜정 (1999)이 개발한 공적, 사적, 주관적 종교성으로 구성된 도구를 본 연구자가 수정한 도구이다. 3문항 4점척도로서 점수가 높을수록 종교성이 높음을 의미한다. 본 연구에서 도구의 신뢰도 Cronbach's alpha는 .85이었다.

(3) 가족지지

강현숙 (1984)의 도구를 윤은주 (2001)가 수정한 10문항의 5점척도를 이명신 (2004)이 4점 척도로 수정한 도구이며, 점수가 높을수록 가족지지의 정도가 높은 것을 의미한다. 이명신 (2004)의 연구에서 도구의 신뢰도 Cronbach's alpha는 .92이었고, 본 연구에서는 .95이었다.

2) 내생변인 측정도구

(1) 건강증진행위

Walker, Sechrist & Pender (1987)가 개발한 Health-Promoting Lifestyle Profile (HPLP)을 뇌졸중 환자에 적합하게 수정한 박미숙 (2001)의 도구를 2인의 양·한방 의사에게 내용의 타당성을 확인한 후 본 연구자가 수정·보완한 20문항 4점 척도이다. 건강에 대한 책임 (1, 2, 3, 4, 15, 16, 17, 18, 20번 문항), 운동 (5, 6, 7번 문항), 식이조절 (8, 9, 10, 19번 문항), 스트레스관리 (11, 12, 13, 14번 문항)에 대한 수행정도를 측정하며 점수가 높을수록 건강증진행위 수행정도가 높음을 의미한다. 본 연구에서 도구의 신뢰도 Cronbach's alpha는 .87이었다.

(2) 자기효능감

뇌졸중 환자의 구체적인 자기효능감을 측정하기 위해 개발된 박미숙 (2001)의 도구를 본 연구자가 수정·보완한 10문항 4점 척도를 사용하였다. 건강에 대한 책임 (2, 4, 6, 7번 문항), 식이조절 (1, 8번 문항), 운동 (3, 10번 문항), 스트레스관리 (5, 9번 문항)에 대한 자신감을 측정하며 점수가 높을수록 자기효능감이 높음을 의미한다. 본 연구에서 도구의 신뢰도 Cronbach's alpha는 .88이었다.

(3) 장애수용

Kaiser, Wingate, Freeman과 Chandler (1987)의 장애수용척도를 조아라 (1997)가 번안한 도구를 연구자가 뇌졸중환자에 맞게 수정·보완한 도구로 측정된 점수를 의미한다. 9문항의 4점척도로 측정되며, 부정적 문항은 역산하게 되고, 점수가 높을수록 수용정도가 높음을 의미한다. 각 요인은 자기만족 (Self-satisfaction; 1, 2, 6번 문항), 보상적 행동의 질 (Compensatory behavioral qualities; 3, 4, 5번 문항), 장애를 특출나게 여기지 않는 것 (De-emphasis on disability salience; 7, 8, 9번 문항) 각 3문항으로 구성되어 있다. 본 연구에서 도구의 신뢰도 Cronbach's alpha는 .88이었다.

(4) 지각된 장애성

이명신 (2004)의 건강증진행위 수행상 장애성 도구에 거동과 안전, 사회적 인식의 문제를 보완하여 본 연구자가 수정·보완한 도구로 측정하였다. 7문항의 4점 척도로 구성되어 있으며 점수가 높을수록 지각된 장애성이 높다는 것을 의미한다. 본 연구에서 도구의 신뢰도 Cronbach's alpha는 .79이었다.

(5) 우울

전검구와 이민규 (1992)가 한국판으로 번역하여 개발한 Center for Epidemiologic Studies-Depression (CES-D, 20문항)을 김인자, 서문자, 김근순과 조남옥 (1999)이 뇌졸중 환자에게 적합하도록 수정한 도구를 사용하였다. 전검구, 최상진과 양병찬 (2001)이 통합적 CES-D 도구의 최종 하위요인을 분석하였으나 이는 대학생을 대상으로 한 연구이므로 제한점이 있다고 생각되어, 본 연구에서는 신승철 등 (1991)이 성별과 지역분포를 모두 고려해서 전체 한국인을 대상으로 한 연구에서 제시한 요인분석 결과를 토대로 하위영역을 구성하였다. 김인자 등 (1999)이 수정한 도구에서는 긍정적 감정요인이 없으므로 신승철 등 (1991)이 제시한 4가지 하위영역 중 3가지 하위영역으로 구분하였다. 선행연구들 (신승철 등, 1991; 전검구 등, 2001)에서 요인에 대한 정확한 명명이 이루어지지 않았다. 요인 1 (4, 6, 7, 8, 10, 11, 12, 15, 16번 문항)은 대인관계, 둔화된 행동 및 고립감정의 복합요인이며, 요인 2 (1, 2, 3, 5, 7번 문항)는 우울감과 신체증상 차원이고, 요인 3 (13, 14번 문항)은 특정 감정적 차원이다. 16문항 4점 척도 (0~3)이며, 점수가 높을수록 우울이 높음을 의미한다. 김인자 등 (1999)의 연구에서 도구의 신뢰도 Cronbach's alpha는 .90이었고, 본 연구에서는 .93이었다.

4. 자료수집 방법 및 절차

본 연구의 자료수집방법 및 절차는 사전조사 및 본 조사의 2단계로 이루어졌으며, 구체적인 과정은 다음과 같다.

1) 사전조사

사전조사는 11월 14일부터 11월 24일까지 연구대상자의 선정기준에 맞는 G시에 거주하는 편마비 환자 10명을 대상으로 이루어졌다. 연구수행 과정의 용이성 및 질문지 관련 문제점 등을 파악하기 위하여 실시하였다. 질문지 작성 및 검사 소요시간, 이해하기 힘든 문장과 반응을 관찰한 후 문항을 수정하고, 신뢰도를 낮추는 문항은 제외하여 보완한 후 최종문항을 결정하였다.

2) 본 조사

본 조사를 위한 자료수집은 2005년 12월 5일부터 2006년 2월 28일까지 실시하였다. G시 1개 대학병원과 1개 종합병원의 재활의학과 또는 신경내·외과 외래, 1개 한방병원 신경내과 외래, 2개 보건소 연계 가정방문, 1개 노인복지회관 가정과 견서비스, 그리고 1개 뇌졸중환자 인터넷 카페 동호회 대상자를 통해 이루어졌다.

자료수집의 타당도를 높이기 위해 연구보조원 4인을 사전에 교육하여 일정한 절차와 순서에 의해 환자와 면담하여 자료수집하게 하였다. 병원 외래의 경우 신경내·외과 및 재활의학과 전문의나 외래 담당간호사가 뇌졸중 후 편마비환자임을 확인해준 대상자에게 연구의 필요성과 목적, 자료수집 방법과 소요시간, 중단가능성 등에 대하여 설명하고 참여에 대한 동의를 받았다. 상당수의 대상자가 고령이었고 면담을 통한 자료수집을 하는 경우가 많았으므로, 개입될 수 있는 면접자의 효과가 충분히 배제되도록 경각심을 갖고 자료수집을 하기위해 노력하였다. 연구자와 연구보조원이 직접 질문하고 답하게 하였고, 원하는 경우 환자가 직접 질문지에 기입하도록 하였다.

가정방문과 파견서비스 기관의 경우 담당 간호사가 선정기준에 맞다고 확인해

준 대상자에게 방문전 전화 또는 방문시 연구참여에 대한 동의를 받고 직접 방문하여 자료수집을 하였다. 인터넷 카페의 경우는 카페장에게 동의를 얻어 게시판에 질문지 파일과 해당기준을 구체적으로 적어 게시한 후 선정기준에 맞는 분들 중 연구에 동의한 분들만 연구자에게 회신하도록 하였다.

자료수집을 위해 20~30분 정도가 소요되었으며, 접촉한 대상자중 동의하지 않은 약 7%를 제외하고, 양방병원외래 114부, 한방병원외래 80부, 기타 52부로 총 246부가 수집되었다. 환자가 직접 작성한 질문지 중에서 응답내용이 상당량 누락된 자료 7부는 분석에 사용하기 부적절하다고 판단되어 이를 제외하고 239부를 통계 분석에 사용하였다.

5. 자료분석 방법

수집된 자료는 부호화하고 SPSSWIN 12.0 program과 AMOS 4.0 program을 이용하여 통계처리하였다. 자료분석을 위해 사용된 구체적인 방법은 다음과 같다.

1) 연구대상자의 일반적 특성과 질병관련 특성은 SPSSWIN 12.0 program을 이용하여 실수, 백분율, 평균과 표준편차를 구하였다.

2) 일상생활수행능력, 종교성, 가족지지, 우울, 지각된 장애성, 장애수용, 자기효능감, 건강증진행위 정도는 SPSSWIN 12.0 program을 이용하여 최대, 최소, 평균과 표준편차를 구하였다.

3) 연구변수들간의 상관관계는 SPSSWIN 12.0 program을 이용하여 Pearson's correlation을 구하였다.

4) 연구도구의 신뢰도는 SPSSWIN 12.0 program을 이용하여 Cronbach's alpha 값을 구하였다.

5) 가설적 모형의 적합도와 연구가설 검증은 AMOS 4.0 program을 이용하여 최대우도법 (Maximum Likelihood Method)으로 공변량 구조분석을 실시하였다.

V. 연구결과

1. 대상자의 일반적 특성

본 연구에 포함된 대상자는 총 239명으로, 일반적 특성은 <표 1>과 같다.

성별에 따른 분포를 살펴보면, 남성이 132명 (55.2%), 여성이 107명 (44.8%)으로 남성이 약간 많았다. 연령은 평균 62세이었으며 60대가 82명 (34.4%), 50대가 73명 (30.7%), 70대가 44명 (18.5%), 40대가 28명 (11.8%), 80대가 8명 (3.3%), 39세 이하가 3명 (1.3%)의 순으로 60대 이상이 전체의 56.2%를 차지하였고 50대를 포함하면 전체의 86.9%를 차지하였다.

종교는 없는 경우가 122명 (51.0%)이었으며, 있는 경우가 117명 (49.0%)이었다. 배우자가 없는 경우가 80명 (34.2%)이었으며, 있는 경우가 154명 (65.8%)으로 더 많았다. 대부분의 대상자는 직업이 없었고 (199명, 85.4%), 직업이 있는 경우는 34명 (14.6%) 이었다.

교육수준은 초졸이 70명 (29.8%)으로 가장 많았고, 그 다음은 고졸과 국문해독이 가능한 경우가 각각 48명 (20.4%), 대졸 이상 33명 (14.0%), 중졸 30명 (12.8%), 국문해독이 가능하지 않은 경우가 6명 (2.6%)의 순이었다. 대부분 수입이 부족하다고 느끼는 경우가 많아 162명 (68.0%)의 대상자가 매우 또는 약간 부족하다고 응답하였다.

치료비 부담은 자녀가 부담하는 경우가 96명 (40.3%)으로 가장 많았으며, 배우자의 간호를 주로 받는 경우가 126명 (53.4%)으로 가장 많았다.

표 1. 대상자의 일반적 특성

n=239

특성	구분	빈도(%)	평균±표준편차
성별	남자	132 (55.2)	
	여자	107 (44.8)	
연령(세)			61.19±0.67
	20~39	3 (1.3)	
	40~49	28 (11.8)	
	50~59	73 (30.7)	
	60~69	82 (34.4)	
	70~79	44 (18.5)	
	80~84	8 (3.3)	
종교	없음	122 (51.0)	
	있음	117 (49.0)	
배우자	없음	80 (34.2)	
	있음	154 (65.8)	
직업	없음	199 (85.4)	
	있음	34 (14.6)	
교육수준	대졸 이상	33 (14.0)	
	고졸	48 (20.4)	
	중졸	30 (12.8)	
	초졸	70 (29.8)	
	무학	54 (23.0)	
	국문해독은 가능	48 (20.4)	
	국문해독 불가능	6 (2.6)	
수입	매우 부족	86 (36.1)	
	약간 부족	76 (31.9)	
	보통	65 (27.3)	
	약간 만족	3 (1.3)	
	매우 만족	8 (3.4)	

* 응답누락자는 백분율에 포함시키지 않음

표 1. 대상자의 일반적 특성 (계속)

n=239

특성	구분	빈도(%)	평균±표준편차
치료비 부담	본인	59 (24.8)	
	배우자	66 (27.7)	
	자녀	96 (40.3)	
	부모	3 (1.3)	
	기타	14 (5.9)	
주간호자	배우자	126 (53.4)	
	딸	28 (11.8)	
	며느리	11 (4.7)	
	간병인	24 (10.2)	
	아들	21 (8.9)	
	부모	4 (1.7)	
	기타	22 (9.3)	

* 응답누락자는 백분율에 포함시키지 않음

2. 대상자의 질병관련 특성

대상자의 질병관련 특성은 <표 2>와 같다.

질병기간은 평균 44개월이었으며, 1년~5년 미만인 61명 (25.6%)으로 가장 많았고 5년~10년 미만도 58명 (24.3%)이었다. 발병횟수는 1회가 173명 (73.9%)으로 가장 많았고 다음으로 2회가 49명 (20.9%), 3회 이상이 12명 (5.2%)의 순이었다. 마비부위는 왼쪽 마비가 136명 (58.1%)이었으며, 오른쪽 마비는 98명 (41.9%)로 왼쪽 마비가 약간 많았다.

표 2. 대상자의 질병관련 특성

n=239

특성	구분	빈도(%)	평균±표준편차
질병기간			44개월±2.92
	3개월 미만	27 (11.3)	
	3~6개월 미만	25 (10.5)	
	6~12개월 미만	22 (9.2)	
	12~24개월 미만	25 (10.5)	
	1년~5년 미만	61 (25.6)	
	5년~10년 미만	58 (24.3)	
	10년 이상	20 (8.4)	
발병 횟수	1회	173 (73.9)	
	2회	49 (20.9)	
	3회 이상	12 (5.2)	
마비 부위	왼쪽	136 (58.1)	
	오른쪽	98 (41.9)	

* 응답누락자는 백분율에 포함시키지 않음

3. 연구변수의 기술 통계

연구변수들에 대한 기술 통계량은 <표 3>과 같다.

건강증진행위는 최소 26점에서 최대 80점으로 분포하며, 평균 58.89점을 나타내었다. 이는 척도의 중앙값인 50점보다 높았다.

자기효능감은 평균 30.94점으로 척도의 중앙값인 25점보다 높았다.

장애 수용 정도는 평균 19.92점으로, 척도의 중앙값인 22.5점보다 약간 낮았다.

지각된 장애성은 평균 20.49점으로 척도의 중앙값인 17.5점보다 높았다.

우울은 평균 13.54점으로 척도의 중앙값인 24점보다 낮았다.

일상생활수행능력은 평균 71.21점으로 척도의 중앙값인 50점보다 높았다.

종교성은 평균 8.01점으로 척도의 중앙값인 7.5점보다 약간 높았다.

가족지지의 정도는 평균 28.18점으로 척도의 중앙값인 25점보다 높았다.

한편 측정된 연구변수들의 왜도 (skewness)와 첨도 (kurtosis)를 분석한 결과 절대값이 2미만으로 나타남으로써, 자료는 정규분포의 가정에 크게 벗어나지 않는 것으로 나타났다.

표 3. 연구변수의 기술 통계

변수	범주	평균±표준편차	최소	최대	Skewness	Kurtosis
건강증진행위	20 ~ 80	58.89 ± 8.94	26	80	-0.568	0.575
자기효능감	10 ~ 40	30.94 ± 5.47	10	40	-0.886	1.232
장애수용	9 ~ 36	19.92 ± 5.66	9	34	0.129	-0.596
지각된 장애성	7 ~ 28	20.49 ± 4.03	8	28	-0.534	0.534
우울	0 ~ 48	13.54 ± 10.27	0	45	0.679	-0.312
일상생활수행능력	0 ~ 100	71.21 ± 35.91	0	100	-0.862	-0.861
종교성	3 ~ 12	8.01 ± 2.60	3	12	-0.229	-0.718
가족지지	10 ~ 40	28.18 ± 7.82	10	40	-0.380	-0.662

4. 연구변수들간의 상관관계

본 연구의 변수들간의 상관관계는 <표 4>와 같다.

각 내생변수들과 외생변수간의 상관관계를 살펴보면, 본 연구의 종속변수인 건강증진행위는 자기효능감, 장애 수용, 지각된 장애성, 우울, 일상생활수행능력, 종교성, 가족지지와 유의한 상관관계를 나타냈다. 즉 자기효능감, 장애 수용, 일상생활수행능력, 종교성, 가족지지와는 정 상관관계 ($r = .15 \sim .60$)를 나타냈고, 우울, 지각된 장애성과는 역 상관관계 ($r = -.15 \sim -.48$)를 나타냈다.

자기효능감은 장애 수용, 일상생활수행능력, 종교성, 가족지지와는 정 상관관계 ($r = .13 \sim .52$)를 나타냈고, 우울, 지각된 장애성과는 역 상관관계 ($r = -.16 \sim -.52$)를 나타냈다.

장애 수용은 일상생활수행능력, 종교성, 가족지지와는 정 상관관계 ($r = .16 \sim .49$)를 나타냈고, 지각된 장애성, 우울과는 역 상관관계 ($r = -.35 \sim -.53$)를 나타냈다.

지각된 장애성은 우울과 정 상관관계 ($r = .26 \sim .37$)를 나타냈고, 일상생활수행능력, 가족지지와는 역 상관관계 ($r = -.16 \sim -.45$)를 나타냈다.

우울은 일상생활수행능력, 종교성, 가족지지와 역 상관관계 ($r = -.13 \sim -.50$)를 나타냈다.

표 4. 연구변수들간의 상관관계

		Y ₁	Y ₂	Y ₃	Y ₄	Y ₅	Y ₆	Y ₇	Y ₈	Y ₉	Y ₁₀	Y ₁₁	Y ₁₂	Y ₁₃	Y ₁₄	Y ₁₅	X ₁	X ₂	X ₃
건강증진행위 (Y ₁₋₄)	Y ₁	1.00																	
	Y ₂	.52**	1.00																
	Y ₃	.61**	.40**	1.00															
	Y ₄	.53**	.40**	.45**	1.00														
자기효능감 (Y ₅₋₈)	Y ₅	.50**	.55**	.46**	.45*	1.00													
	Y ₆	.49**	.60**	.41**	.37*	.70**	1.00												
	Y ₇	.43**	.39**	.47**	.27*	.78**	.61**	1.00											
	Y ₈	.42**	.37**	.36**	.51*	.66**	.59*	.52**	1.00										
장애수용(Y ₉₋₁₁)	Y ₉	.24**	.30**	.22**	.54**	.46**	.36**	.33**	.52**	1.00									
	Y ₁₀	.20**	.31**	.19**	.35**	.37**	.36**	.25**	.41**	.62**	1.00								
	Y ₁₁	.26**	.29**	.20**	.48**	.43**	.38**	.32**	.48**	.78**	.58**	1.00							
지각된 장애성 (Y ₁₂)	Y ₁₂	-.20**	-.33**	-.15*	-.46**	-.31**	-.33**	-.16*	-.27**	-.53**	-.36**	-.40**	1.00						
우울 (Y ₁₃₋₁₅)	Y ₁₃	-.34**	-.48**	-.29**	-.40**	-.50**	-.52**	-.41**	-.46**	-.50**	-.45**	-.45**	.36**	1.00					
	Y ₁₄	-.31**	-.46**	-.30**	-.43**	-.40**	-.42**	-.34**	-.43**	-.44**	-.40**	-.42**	.26**	.82**	1.00				
	Y ₁₅	-.30**	-.36**	-.28**	-.42**	-.31**	-.34**	-.22**	-.39**	-.41**	-.35**	-.37**	.37**	.67**	.62**	1.00			
일상생활수행능력 (X ₁)	X ₁	.09	.35**	.06	.15*	.28**	.16*	.10	.19**	.11	.19**	.10	-.16*	-.19**	-.24**	-.24**	1.00		
종교성 (X ₂)	X ₂	.26**	.12	.16*	.16*	.12	.10	.17*	.15*	.07	.16*	.27**	-.03	-.14*	-.13*	-.12	-.10	1.00	
가족지지 (X ₃)	X ₃	.25**	.19**	.27**	.56**	.26**	.23**	.13*	.27**	.49**	.24**	.40**	-.45**	-.34**	-.31**	-.32**	-.05	.01	1.00

*p < .05 **p < .01

Y₁: 건강에 대한 책임수행 Y₂: 운동수행 Y₃: 식이조절수행 Y₄: 스트레스관리행위 수행 Y₅: 건강에 대한 책임효능 Y₆: 운동효능 Y₇: 식이조절효능
 Y₈: 스트레스관리효능 Y₉: 자기만족 Y₁₀: 장애를 특출나게 여기지 않음 Y₁₁: 보상적 행동특성 Y₁₂: 지각된 장애성 Y₁₃: 대인관계/둔화된 행동/고립감정
 Y₁₄: 우울감정/신체증상 Y₁₅: 특정 감정차원 X₁: 일상생활수행능력 X₂: 종교성 X₃: 가족지지

5. 가설적 모형의 검증

1) 가설적 모형의 기본조건

구조방정식 모형검증은 자료의 결손값이 없어야 가능하므로 종교성의 경우 결손값은 평균치로 대체하였고, 모수추정은 최대우도법 (Maximum Likelihood Method)을 이용하였다.

외생변수인 일상생활수행능력, 종교성, 가족지지는 각각 1개의 관찰변수로 측정되었고, 내생변수인 지각된 장애성은 1개, 장애수용과 우울은 각각 3개, 자기효능감과 건강증진행위는 각각 4개의 관찰변수로 측정되었다.

2) 가설적 모형의 인정 가능성

가설적 모형에서 관찰변수의 수는 18개이다. 이론변수 변량의 수와 공변량의 수로 결정되는 정보의 수는 관찰변수가 k 개 일 때 $k(k+1)/2$ 이므로 171개 이었고, 미지수의 수는 74개 이었다. 정보의 수가 미지수의 수보다 크므로, 가설적 모형의 필요조건을 충족하여 간명모형으로 인정되었다.

3) 가설적 모형의 적합도 검증

적합도 검증은 절대, 충분, 간명 적합지수 및 기타 부합지수를 사용하였다.

절대적합지수는 모형의 전반적인 적합도를 평가하는 지수로 (김계수, 2006), 카이제곱 통계량 (χ^2 statistics), 적합지수 (Goodness of Fit Index [GFI]), 원소평균자승잔차 (Root Mean-Square Residual [RMSR])와 근사원소평균자승오차 (Root Mean-Square Error of Approximation [RMSEA])를 이용하였다.

충분적합지수는 기초모형에 대한 제안모형의 적합도를 평가하는 지수 (김계수, 2006)로, 수정적합지수 (Adjusted GFI [AGFI]), 표준적합지수 (Normed Fit Index [NFI]), 표본의 크기에 비교적 독립적인 (Marsh, Balla, & McDonald, 1988) 비표준적합지수 (Non-Normed Fit Index [NNFI])와, 모형을 수정하는 방식의 모형개발전략을 사용할 때 다른 지수보다 더 적절하다고 (Rigdon, 1996) 알

려진 비교적합지수 (Comparative Fit Index [CFI])를 이용하였다.

간명적합지수는 모형의 복잡성과 객관성의 차이를 비교하는 지수 (김계수, 2006)로, 간명적합지수 (Parsimonious Goodness-of-Fit Index [PGFI]), 표준카이 자승값 (χ^2/df), 간명표준적합지수 (Parsimonious Normed-of-Fit Index [PNFI])와, 표본크기가 200 이상 일때 간명적합지수로서 가장 우수한 (배병렬, 2005; Williams & Holahan, 1994) 아카이케정보지수 (Akaike Information Criteria [AIC])를 이용하였다.

그리고 기타 부합지수로서 모형이 통계적으로 수용가능한 크기를 추정하는지를 보는 것으로서 임계수 (Critical Number [CN])로 적합도를 확인하였다.

가설적 모형의 적합도 검증 결과는 <표 5>와 같다.

(1) 절대적합지수

χ^2 통계량의 확률값은 표본크기에 민감한 경향이 있으나 (배병렬, 2005), 최적모델의 기준으로 0.05 이상을 권장하고 있다 (김계수, 2005; 조선배, 1999). 본 연구에서는 0.001의 측정치를 보여 모형이 자료에 적합하지 않은 것으로 나타났다. GFI는 0.9 이상, RMSR과 RMSEA는 0.05 이하 또는 0.08 이하까지 수용가능한데 (Browne & Cudeck, 1993; 조선배, 1999), 본 연구에서 GFI는 0.939, RMSR은 0.041, RMSEA는 0.045로 나타나 모형이 자료에 적합한 것으로 나타났다.

(2) 증분적합지수

AGFI, NFI, NNFI, CFI는 0.9보다 크면 적합하다고 보는데, 본 연구에서 AGFI는 0.893이므로 적합도가 좋지 않은 것으로 나타난 반면, NFI, NNFI, CFI는 각각 0.942, 0.968, 0.980로 적합도 기준이 충족되었다.

(3) 간명적합지수

비교모델 보다 PGFI는 클수록 그리고 AIC는 작을수록 적합하며, PNFI는 0.6 이상, χ^2/df 는 1.0~2.0범위이면 적합하다고 본다. 가설적 모형의 PGFI와 AIC는 각각 0.533과 291.843 이었고, χ^2/df 는 1.483으로 나타나 모형이 자료에 적합하였으나,

PNFI는 0.597로 수용기준에 약간 미치지 못하였다.

(4) 기타지수

CN은 200 이상의 값을 권장하는데, 유의수준 0.01에서 219이었고, 표준화 잔차의 절대값이 2.58을 초과하는 값이 없어 적합하였다.

이상을 요약해보면, 절대적합지수의 GFI, RMSR과 RMSEA, 증분적합지수의 NFI, NNFI, CFI, 간명적합지수의 χ^2/df , 그리고 기타지수도 적합도 기준을 만족시킨 반면, 절대적합지수의 χ^2 통계량, 증분적합지수의 AGFI, 간명적합지수의 PNFI는 적합도 기준을 만족시키지 못 하였다.

그 밖에 세부적 지수중 고정지수 (C.R.: Critical Ratio, t value)가 절대치 2에 미치지 못하여 유의하지 않은 경로들과 그 값이 논리적으로 방향이 맞지 않은 경로가 있어, 가설적 모형은 수정이 필요한 것으로 나타났다.

표 5. 가설적 모형의 적합지수

절대 지수	권장 수준	측정치	증분 지수	권장 수준	측정치	간명 지수	권장 수준	측정치	기타 지수	권장 수준	유의 수준 0.01값
$\chi^2(df)$ (p value)	확률값 ≥ 0.05	143.843 (97) 0.001	AGFI	≥ 0.9	0.893	PNFI	≥ 0.6	0.597	CN	≥ 200	219
GFI	≥ 0.9	0.939	NFI	≥ 0.9	0.942	χ^2/df	1~2	1.483			
RMSR	≤ 0.05	0.041	NNFI	≥ 0.9	0.968	PGFI	높을 수록	0.533			
RMSEA	≤ 0.05	0.045	CFI	≥ 0.9	0.980	AIC	낮을 수록	291.843			

4) 가설적 모형의 모수추정 및 효과계수

가설적 모형의 회귀계수를 평가하기 위하여 모수추정치와 그 수치의 유의성을 확인한 결과는 <표 6>과 같다.

내생변수별로 직접효과를 갖는 변수들을 살펴보면, 건강증진행위는 자기효능감이 높고 ($\beta=.750$, C.R.=3.510), 가족지지 정도가 높을수록 ($\gamma=.518$, C.R.=2.126) 높은 것으로 확인되었고, 64.2%가 설명되었다.

자기효능감은 우울이 낮을수록 ($\beta=-.513$, C.R.=-3.170) 높은 것으로 확인되었고, 46.2%가 설명되었다.

장애수용 정도는 지각된 장애성이 낮을수록 ($\beta=-.919$, C.R.=-2.581) 확인되었고, 77.0%가 설명되었다.

지각된 장애성은 일상생활수행능력이 낮고 ($\beta=-.408$, C.R.=-2.785), 가족지지 정도가 낮을수록 ($\gamma=-.932$, C.R.=-6.233) 높은 것으로 확인되었고, 84.4%가 설명되었다.

우울은 일상생활수행능력이 낮을수록 ($\gamma=-.404$, C.R.=-3.592) 높은 것으로 확인되었고, 53.5%가 설명되었다.

표 6. 가설적 모형의 경로계수 추정치 (γ , β), t값 및 SMC

n=239

내생변수	설명변수	Estimate±S.E.	C.R. (t 값)	Standardized Estimate (γ , β)	SMC
건강증진행위	자기효능감	1.153±0.328	3.510**	.750	.642
	지각된 장애성	0.400±0.288	1.390	.413	
	우울	0.015±0.071	0.209	.025	
	가족지지	0.336±0.158	2.126*	.518	
자기효능감	장애수용	0.061±0.044	1.376	.179	.462
	지각된 장애성	-0.046±0.083	-0.549	-.073	
	우울	-0.202±0.064	-3.170**	-.513	
장애수용	지각된 장애성	-1.692±0.656	-2.581*	-.919	.770
	우울	0.199±0.284	0.700	.173	
	종교성	1.914±1.040	1.840	.550	
	가족지지	0.042±0.313	0.135	.034	
지각된 장애성	우울	-0.040±0.088	-0.452	-.064	.844
	일상생활수행능력	-0.109±0.039	-2.785**	-.408	
	가족지지	-0.625±0.100	-6.233**	-.932	
우울	장애수용	-0.275±0.196	-1.402	-.317	.535
	일상생활수행능력	-0.173±0.048	-3.592**	-.404	
	종교성	-0.898±0.556	-1.616	-.297	
	가족지지	-0.327±0.191	-1.714	-.305	

*p < .05, **p < .01

C.R.: Critical Ratio, SMC: Squared Multiple Correlation

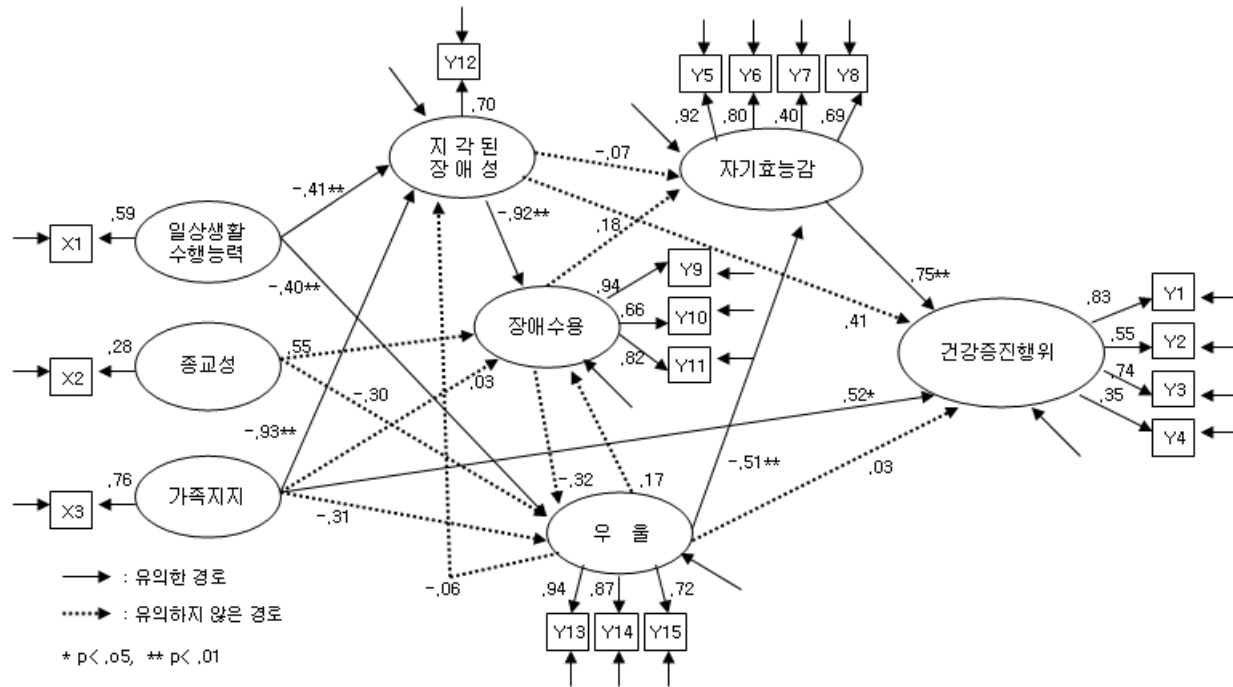


그림 3. 가설적 모형의 경로도해

6. 모형의 수정 및 검증

1) 모형의 수정과정

적합도 분석결과, 절대적합지수의 χ^2 통계량, 증분적합지수의 AGFI, 간명적합지수의 PNFI가 적합도 기준을 만족시키지 못하였고, 고정지수 (C.R.: Critical Ratio, t value)가 절대치 2에 미치지 못하여 유의하지 않은 경로들과 논리적으로 방향이 맞지 않은 경로가 있었으므로, 가설적 모형을 일부 수정하였다.

모형의 수정방법은 자유모수를 추가하거나 고정하는 형태와 잠재변수를 추가하거나 제거하는 방법이 있다 (배병렬, 2005). 본 연구에서는 기존의 변수를 유지하면서 자유모수를 추가하거나 고정하는 방법으로 수정하였다.

모형수정은 가설적 모형의 결과를 근거로 이론적 배경과 논리적 타당성을 고려하며 세부적 지수인 고정지수 (C.R.)와 수정지수 (modification index)를 이용하였다.

먼저 지각된 장애성과 우울에서 각각 건강증진행위로 가는 경로는 고정지수가 유의하지 않았을 뿐 아니라 그 값의 방향이 논리적으로 타당하지 않았다. 우울에서 각각 지각된 장애성과 장애수용으로 가는 경로도 유사한 문제가 있었다. 그래서 이들 네 경로계수를 영(0)으로 고정함으로써 실제적으로는 경로가 삭제되었다.

또한 고정지수가 유의하지 않게 나타난 경로의 경우 종교성에서 장애수용, 장애수용에서 우울, 종교성에서 우울로 가는 경로는 설명변수간 상관성으로 인한 억압효과의 발생으로 유의성이 희석되지 않았나 판단되었다. 지각된 장애성과 장애수용에서 자기효능감으로 가는 경로에서도 마찬가지로 현상이 있다고 생각되었다. 각 변수 혼자 갖는 효과나 설명은 상당히 있더라도 변수간에 상관성이 높으면 일단 한 변수가 설명하고 나면 다음 변수는 별로 설명할 부분이 남아 있지 않은 까닭이다 (김조자 등, 2002). 그래서 종교성과 우울의 경로를 종교성이 장애수용을 거쳐 우울로 가는 경로로 수정하였고, 지각된 장애성과 자기효능감의 경로는 지각된 장애성이 장애수용을 거쳐 자기효능감으로 가는 간접 경로로 대신하였다.

한편 수정지수의 경우 이론변수간에는 보수적인 기준치가 10 이상인 경로가 없

어 추가된 경로는 없었고, 수정지수가 10 이상으로 높으면서 이론적 타당성이 있다고 판단되는 일상생활수행능력과 자기효능감, 지각된 장애성과 자기효능감, 우울과 건강증진행위, 지각된 장애성과 건강증진행위, 종교성과 건강증진행위의 오차 공분산 관계 5개를 추가하여 수정모형을 구축하였다.

2) 수정모형의 적합도 검증

수정모형의 적합지수는 <표 7>과 같다.

모형수정 후 자유도의 상실이 없이 카이제곱 값이 큰 폭으로 감소되었다. 절대 적합지수인 χ^2 통계량의 확률값은 0.001에서 0.090으로 증가하여 확률값 0.05 이상이 되어 적합도 기준을 만족시켰다. 즉 가설적 모형과 수정모형의 카이제곱의 차이는 27.684 (= 143.843 - 116.159)로서 수정모형이 가설적 모형에 비해 크게 개선되었고, 수정모형이 자료와 일치되고 있음을 알 수 있다. 또한 GFI, RMSR과 RMSEA는 모두 적합도 기준을 만족시키며 모형수정 후 적합지수가 수용 범위 내에서 향상되었다.

증분적합지수중 AGFI도 모형수정 후 0.893에서 0.914로 증가하여 적합도 기준을 만족시켰다. NFI, NNFI, CFI도 적합도 기준을 만족시키며 모형수정 후 수용 범위 내에서 향상되었다.

간명적합지수중 PNFI도 모형수정 후 0.597에서 0.605로 증가하여 적합도 기준을 만족시켰다. χ^2/df 는 적합도 기준을 여전히 만족시켰고, PGFI도 모델비교시 수정모형에서 더 높은 값으로 향상되었으며, AIC 역시 모델비교시 수정모형에서 더 낮은 값으로 나타나 적합도가 향상되었다.

기타지수로서 CN도 유의수준 0.01에서 272로 200 이상의 기준치를 만족시키면서 증가되었다.

수정모형에서는 논리적으로 타당하지 않은 경로계수는 대두되지 않았고, 수정지수도 낮아 수정을 요하는 추가 경로가 더 이상 없었으며, 표준화 잔차도 절대치 2.58 이상의 값이 없었다. 또한 가설적 모형에서 고정지수 t 값 (C.R.)이 유의하지 않았던 경로들 즉 장애수용에서 각각 우울과 자기효능감, 종교성에서 장애수용, 가족지지에서 장애수용, 가족지지에서 우울로 가는 경로가 유의하게 나타났다.

표 7. 수정모형의 적합지수

적합지수	절대 적합 지수				충분 적합 지수				간명 적합 지수			기타 지수	
	$\chi^2(df)$ (p value)	GFI	RMSR	RMSEA	AGFI	NFI	NNFI	CFI	PNFI	χ^2/df	PGFI	AIC	CN
적합도 기준	확률값 ≥ 0.05	≥ 0.9	≤ 0.05	≤ 0.05	≥ 0.9	≥ 0.9	≥ 0.9	≥ 0.9	≥ 0.6	1~2	높을수록 낮을수록		≥ 200
가설적 모형	143.843 (97) 0.001	0.939	0.041	0.045	0.893	0.942	0.968	0.980	0.597	1.483	0.533	291.843	219
수정모형	116.159 (97) 0.090	0.951	0.034	0.029	0.914	0.953	0.987	0.992	0.605	1.198	0.540	264.159	272

χ^2 : χ^2 statistics, GFI: Goodness of Fit Index, RMSR: Root Mean-Square Residual, RMSEA: Root Mean-Square Error of Approximation
 AGFI: Adjusted GFI, NFI: Normed Fit Index, NNFI: Non-Normed Fit Index, CFI: Comparative Fit Index
 PGFI: Parsimonious Goodness-of-Fit- Index, χ^2/df : χ^2 statistics/degree of freedom, PNFI: Parsimonious Normed-of-Fit Index
 AIC: Akaike Information Criteria, CN: Critical Number

3) 수정모형의 모수추정

수정모형의 회귀계수를 평가하기 위하여 모수추정치와 그 수치의 유의성을 확인한 결과는 <표 8>과 같다. 설명력을 비교하였을 때 가설적 모형보다 다중상관자승 (SMC) 값이 다소 낮아졌으나 통계적으로 유의한 고정지수 t 값 (C.R.)이 수정모형에서 더 많아졌다.

내생변수별로 직접효과를 갖는 변수들을 살펴보면, 건강증진행위는 자기효능감이 높을수록 ($\beta=.746$, C.R.=5.415), 가족지지 정도가 높을수록 ($\gamma=.193$, C.R.=2.478) 높은 것으로 확인되었고, 54.5%가 설명되었다.

자기효능감은 우울 정도가 낮을수록 ($\beta=-.553$, C.R.=-4.503), 장애수용 정도가 높을수록 ($\beta=.194$, C.R.=2.278) 높은 것으로 확인되었고, 46.2%가 설명되었다.

장애수용 정도는 지각된 장애성이 낮으며 ($\beta=-.527$, C.R.=-3.204), 종교성이 높고 ($\gamma=.385$, C.R.=2.526), 가족지지 정도가 높을수록 ($\gamma=.361$, C.R.=2.253) 높은 것으로 확인되었고, 63.7%가 설명되었다.

지각된 장애성은 일상생활수행능력이 낮을수록 ($\gamma=-.453$, C.R.=-3.815), 가족지지 정도가 낮을수록 ($\gamma=-.887$, C.R.=-7.638) 높은 것으로 확인되었고, 77.9%가 설명되었다.

우울은 장애수용 정도가 낮으며 ($\beta=-.337$, C.R.=-3.323), 일상생활수행능력이 낮고 ($\gamma=-.404$, C.R.=-4.476), 가족지지 정도가 낮을수록 ($\gamma=-0.278$, C.R.=-2.617) 높은 것으로 확인되었고, 44.3%가 설명되었다.

표 8. 수정모형의 경로계수 추정치 (γ , β), t값 및 SMC

n=239

내생변수	설명변수	Estimate±S.E.	C.R. (t 값)	Standardized Estimate (γ , β)	SMC
건강증진행위	자기효능감	0.888±0.164	5.415**	0.746	0.545
	가족지지	0.119±0.048	2.478*	0.193	
자기효능감	장애수용	0.084±0.037	2.278*	0.194	0.462
	우울	-0.275±0.061	-4.503**	-0.553	
장애수용	지각된 장애성	-0.935±0.292	-3.204**	-0.527	0.637
	종교성	1.235±0.489	2.526*	0.385	
	가족지지	0.427±0.190	2.253*	0.361	
지각된 장애성	일상생활수행능력	-0.140±0.037	-3.815**	-0.453	0.779
	가족지지	-0.593±0.078	-7.638**	-0.887	
우울	장애수용	-0.295±0.089	-3.323**	-0.337	0.443
	일상생활수행능력	-0.194±0.043	-4.476**	-0.404	
	가족지지	-0.289±0.110	-2.617**	-0.278	

*p < .05

**p < .01

C.R.: Critical Ratio

SMC: Squared Multiple Correlation

4) 수정모형의 효과분석

수정모형의 요인간 직접효과, 간접효과 및 총효과는 <표 9>와 같다.

내생변수를 중심으로 살펴보면, 건강증진행위에 직접효과가 있는 요인은 자기효능감 ($\beta=.746$)과 가족지지 ($\gamma=.193$)이었다. 가족지지의 경우는 직접효과 ($\gamma=.193$) 외에 간접효과 ($\gamma=.349$)가 있어 총효과 ($\gamma=.542$)가 향상되었다.

자기효능감에 직접효과가 있는 요인은 장애수용 ($\beta=.194$)과 우울 ($\beta=-.553$) 이었다. 장애수용의 경우는 직접효과 ($\beta=.194$)외에 간접효과 ($\beta=.186$)가 있어 총효과 ($\beta=.380$)가 향상되었다.

장애수용에 직접효과가 있는 요인은 지각된 장애성 ($\beta=-.527$), 종교성 ($\gamma=.385$)과 가족지지 ($\gamma=.361$)이었다. 가족지지의 경우는 직접효과 ($\gamma=.361$)외에 간접효과 ($\gamma=.467$)가 있어 총효과 ($\gamma=.828$)가 향상되었다

지각된 장애성에 직접효과가 있는 요인은 일상생활수행능력 ($\gamma=-.453$)과 가족지지 ($\gamma=-.887$)이었다.

우울에 직접효과가 있는 요인은 장애수용 ($\beta=-.337$), 일상생활수행능력 ($\gamma=-.404$)과 가족지지 ($\gamma=-.278$)이었다. 일상생활수행능력의 경우는 직접효과 ($\gamma=-.404$)외에 간접효과 ($\gamma=-.080$)가 있어 총효과 ($\gamma=-.484$)가 향상되었다. 가족지지의 경우도 직접효과 ($\gamma=-.278$)외에 간접효과 ($\gamma=-.279$)가 있어 총효과 ($\gamma=-.557$)가 향상되었다.

표 9. 수정모형의 효과계수

n=239

내생변수	설명변수	직접효과	간접효과	총효과
건강증진행위	자기효능감	.746**	-	.746
	가족지지	.193*	.349	.542
	장애수용	-	.283	.283
	지각된 장애성	-	-.149	-.149
	우울	-	-.412	-.412
	일상생활수행능력	-	.234	.234
	종교성	-	.109	.109
자기효능감	장애수용	.194*	.186	.380
	지각된 장애성	-	-.200	-.200
	우울	-.553**	-	-.553
	일상생활수행능력	-	.314	.314
	종교성	-	.146	.146
	가족지지	-	.468	.468
장애 수용	지각된 장애성	-.527**	-	-.527
	종교성	.385*	-	.385
	일상생활수행능력	-	.238	.238
	가족지지	.361*	.467	.828
지각된 장애성	일상생활수행능력	-.453**	-	-.453
	가족지지	-.887**	-	-.887
우울	장애수용	-.337**	-	-.337
	지각된 장애성	-	.177	.177
	일상생활수행능력	-.404**	-.080	-.484
	종교성	-	-.130	-.130
	가족지지	-.278**	-.279	-.557

*p < .05

**p < .01

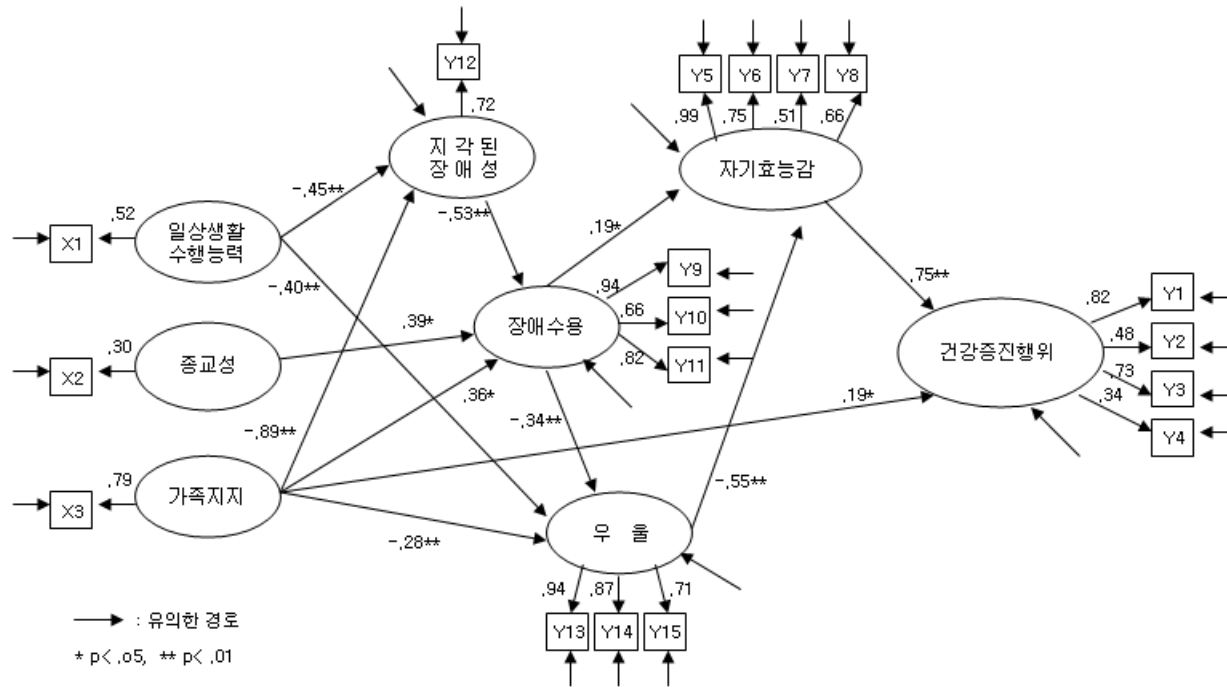


그림 4. 수정모형의 경로도해

7. 연구가설의 검증

1) 건강증진행위를 내생변수로 하는 가설

가설 1: 자기효능감이 높을수록 건강증진행위가 높을 것이다.

이 가설은 직접효과 ($\beta=.746$, C.R.=5.415)가 통계적으로 유의하여 지지되었다.

가설 2: 지각된 장애성이 낮을수록 건강증진행위가 높을 것이다.

이 가설은 직접효과가 통계적으로 유의하지 않았고, 논리적으로 타당하지 않은 값을 보여 수정모형에서 간접경로로만 설정되었으므로 기각되었다.

가설 3: 우울 정도가 낮을수록 건강증진행위가 높을 것이다.

이 가설은 직접효과가 통계적으로 유의하지 않고 논리적으로 타당하지 않은 값을 보여 수정모형에서 간접경로로만 설정되었으므로 기각되었다.

가설 4: 가족지지 정도가 높을수록 건강증진행위가 높을 것이다.

이 가설은 직접효과 ($\gamma=.193$, C.R.=2.478)가 통계적으로 유의하여 지지되었다.

2) 자기효능감을 내생변수로 하는 가설

가설 5: 장애수용 정도가 높을수록 자기효능감이 높을 것이다.

이 가설은 직접효과 ($\beta=.194$, C.R.=2.278)가 통계적으로 유의하여 지지되었다.

가설 6: 지각된 장애성이 낮을수록 자기효능감이 높을 것이다.

이 가설은 직접효과가 통계적으로 유의하지 않아 수정모형에서 간접경로로 대체되었으므로 기각되었다.

가설 7: 우울 정도가 낮을수록 자기효능감이 높을 것이다.

이 가설은 직접효과 ($\beta=-.553$, C.R.=-4.503)가 통계적으로 유의하여 지지되었

다.

3) 장애수용을 내생변수로 하는 가설

가설 8: 지각된 장애성이 낮을수록 장애수용 정도가 높을 것이다.

이 가설은 직접효과 ($\beta=-.527$, C.R.=-3.204)가 통계적으로 유의하여 지지되었다.

가설 9: 우울 정도가 낮을수록 장애수용 정도가 높을 것이다.

이 가설은 직접효과가 통계적으로 유의하지 않았고, 논리적으로 타당하지 않은 값을 보여 수정모형에서 삭제되었으므로 기각되었다.

가설 10: 종교성이 높을수록 장애수용 정도가 높을 것이다.

이 가설은 직접효과 ($\gamma=.385$, C.R.=2.526)가 통계적으로 유의하여 지지되었다.

가설 11: 가족지지 정도가 높을수록 장애수용 정도가 높을 것이다.

이 가설은 직접효과 ($\gamma=.361$, C.R.=2.253)가 통계적으로 유의하여 지지되었다.

4) 지각된 장애성을 내생변수로 하는 가설

가설 12: 우울 정도가 높을수록 지각된 장애성이 높을 것이다.

이 가설은 직접효과가 통계적으로 유의하지 않았고, 논리적으로 타당하지 않은 값을 보여 수정모형에서 삭제되었으므로 기각되었다.

가설 13: 일상생활수행능력이 낮을수록 지각된 장애성이 높을 것이다.

이 가설은 직접효과 ($\gamma=-.453$, C.R.=-3.815)가 통계적으로 유의하여 지지되었다.

가설 14: 가족지지 정도가 낮을수록 지각된 장애성이 높을 것이다.

이 가설은 직접효과 ($\gamma=-.887$, C.R.=-7.638)가 통계적으로 유의하여 지지되었다.

5) 우울을 내생변수로 하는 가설

가설 15: 장애수용 정도가 낮을수록 우울 정도가 높을 것이다.

이 가설은 직접효과 ($\beta=-.337$, C.R.=-3.323)가 통계적으로 유의하여 지지되었다.

가설 16: 일상생활수행능력이 낮을수록 우울 정도가 높을 것이다.

이 가설은 직접효과 ($\gamma=-.404$, C.R.=-4.476)가 통계적으로 유의하여 지지되었다.

가설 17: 종교성이 낮을수록 우울 정도가 높을 것이다.

이 가설은 직접효과가 통계적으로 유의하지 않아 수정모형에서 간접경로로 대체되었으므로 기각되었다.

가설 18: 가족지지 정도가 낮을수록 우울 정도가 높을 것이다.

이 가설은 직접효과 ($\gamma=-.278$, C.R.=-2.617)가 통계적으로 유의하여 지지되었다.

VI. 논 의

1. 재가 편마비 환자의 건강증진행위 설명모형

본 연구에서 구축한 모형은 건강증진행위를 54.5% 설명하는 것으로 나타났다. 실험자료에서는 70~80% 이상은 되어야 높다고 할 수 있지만 사회조사 자료에서는 40%만 되어도 상당히 높은 것이고 20~40% 정도의 값이 나오는 경우도 흔하므로(김조자 등, 2002), 건강증진행위에 대한 설명력은 높은 편이라고 할 수 있다. 또한 인간행동에 영향을 주는 변인들은 다수이지만 그 변인들을 모두 모형에 포함시키는 것은 거의 불가능하기 때문에 본 모형은 나름대로 경험적 타당성을 갖는다고 할 수 있다.

재가 편마비 환자의 건강증진행위에 관한 본 설명모형에서는 Pender (1996)의 건강증진모형에 기초하여 개인적 요인으로서 종교성, 정서적 요인으로서 우울, 인지적 요인으로서 장애수용을 포함시켜 건강증진행위에 대한 설명력을 이끌어냄으로써 추후 건강증진모형의 검증시 이러한 설명력이 높은 변수들이 추가 될 필요가 있다고 생각된다.

본 모형에서 신체적, 종교적, 인간상호간 요인과 정서적, 인지적 요인들이 영향을 미치는 과정을 Pender (1996)의 건강증진모형에서 제시된 가정의 방향과 비교해보면 다음과 같다. 개인적 요인은 인지적 요인과 정서적 요인을 경유하여 건강증진행위에 간접적인 영향을 미치고 있었고, 인간상호간 요인은 건강증진행위에 직·간접적인 영향을 미치는 것으로 확인되어 일치되었다. 다만 인간상호간 요인이 인지적 요인과 정서적 요인을 경유하여 간접적인 영향을 미치기도 한다는 면에서 새롭게 확인된 부분이 있었다. 정서적 요인은 건강증진행위에 직접효과는 없고 인지적 요인을 경유하여 간접적인 영향만 미치는 것으로 나타나 건강증진모형과 차이가 있었다. 게다가 자기효능감외에 다른 인지적 요인에 대해서는 영향을 미치지 않는 것으로 나타났다. 그리고 인지적 요인에 따라 정서적 요인을 경유하

거나 인지적 요인간 상호관련된 경로를 경유함으로써 건강증진행위에 직·간접적인 영향을 미치는 것으로 나타난 결과는 인지적 요인과 정서적 요인이 상호 영향을 받기도 한다고 볼 수 있어 건강증진모형과 차이가 있는 부분이다. 그러므로 Pender (1996)의 건강증진모형내 경로와 가정이 개념에 따라 보다 세분화되고 제한점을 보완하여 검증되어야 할 필요가 있다고 생각된다.

한편 본 연구의 결과는 인간상호간 요인인 가족지지와 정서적 요인인 우울이 건강증진행위에 직접적인 영향을 미치는 것으로 구성된 부분을 제외하고, 개념적 기틀과 대부분 일치되었다. 본 연구의 수정모형에 의하면, 재가 편마비 환자의 건강증진행위에 직접 영향을 미치는 변수는 자기효능감과 가족지지였으며, 장애수용, 지각된 장애성, 우울, 일상생활동작 수행, 종교성, 가족지지와 직·간접적인 경로로 관련되어 있음이 확인되었다. 이러한 결과를 통해 성공적인 건강증진행위를 위해서는 간호중재를 할 때 건강증진행위를 설명하는 모형내에서 직접효과를 갖는 것으로 확인된 자기효능감이나 가족지지의 향상뿐만 아니라 자기효능감에 이르는 간접적인 경로들과 가족지지가 경유하는 간접경로들도 효율적으로 중재하는 것이 중요하다는 것을 알 수 있다. 즉 모형내 경로에서 제시된 순서에 따라 각각 영향을 주고 받는 변인들을 따로 고려할 필요가 있으며, 각 변인이 상대적으로 직접효과를 더 미치는 것으로 확인된 변인도 고려해야 할 것이다.

2. 재가 편마비 환자의 건강증진행위 및 설명요인

본 연구 대상자의 건강증진행위 정도는 80점 만점 중 평균 58.89점으로 척도의 중앙값인 50점보다 높았다. 이를 선행연구결과와 비교하기 위하여 100점 만점으로 환산하여 척도에 따른 점수 차이를 없애면 73.6점이었다. 이는 퇴원 후 뇌졸중 환자에 대한 박미숙 (2001)의 연구결과 71.25점과는 큰 차이가 없었으나 이명신 (2004)의 연구결과 67.8점보다 높았고, 급성기가 아닌 입원한 뇌졸중 환자 (박선일, 2004)의 건강증진행위 환산점수인 59.3점 보다 높았다. 박미숙 (2001)의 연구에서 대상자는 남녀의 비율이 비슷해 본 연구의 대상자와 유사하였지만 이명신 (2004)

의 연구에서 대상자는 남자의 비율이 여자보다 약 2배가 많아 성별에 따라 발병 후 흡연과 음주율 감소에 차이가 있다는 장상현 등 (2002)의 보고를 고려해 볼 때 이러한 표본의 차이로 인한 것이라고 생각된다. 그리고 박선일 (2004)의 연구에서 대상자는 입원환자이므로 상대적으로 질병의 치유에 더 초점을 맞추고 있어 자구 노력이 요구되는 건강증진행위의 수행이 저조하므로 이러한 차이가 발생한 것으로 사료된다. 한편 임선옥 (2002)이 보고한 뇌졸중 환자의 재활행위정도 81.6점, 유사 관련 질환을 가진 대상자로서 고혈압환자의 치료지속이행정도 93.4점 (노영숙, 2003) 보다 낮았는데, 이러한 결과는 질환의 치료지속 및 언어, 인지, 운동 등이 포함된 재활행위는 수행정도가 높으나, 더 높은 수준의 건강을 위하여 능동적으로 환경에 반응하는 형태의 생활양식이 통합된 부분인 건강증진행위에서는 그 수행정도가 낮은 편이라는 것을 보여준다. 한편 유사 관련질환을 가진 대상자에 대한 선행연구의 환산점수와 비교해보면 고혈압 환자의 자기조절행위정도 59.5점 (정미영, 2001)과 허혈성 심질환자의 건강증진행위정도 65.6점 (이종율, 2005) 보다 높았다. 그리고 장애를 가진 다른 대상자인 다발성경화증 환자의 건강증진행위정도 65.0점 (Stuifbergen et al., 2000)보다 높았다. 비교시 상대적인 질병의 심각성이나 표본의 차이를 고려하여야 하겠지만 단일질환으로서 사망률이 1위인 뇌졸중 환자의 경우 급성기가 아니더라도 사망이나 재발에 대한 관리의 중요성이 부각되므로 고혈압 환자나 허혈성 심질환자 그리고 다발성경화증 환자의 자기조절 또는 건강증진행위보다는 높은 수준의 건강증진행위를 수행하고 있는 것이 아닌 가 사료된다. 재가 편마비 환자의 건강증진행위 수행이 낮은 편은 아닌 결과로 나타났지만 건강증진행위 수행을 최대화하기 위한 지속적인 전략은 중요하다고 할 수 있다.

모형검증 결과를 기반으로 변수들간의 관련성을 살펴보면 다음과 같다.

재가 편마비 환자의 건강증진행위에 직접적인 영향을 미치는 주요 요인은 자기효능감과 가족지지로 확인되었다.

자기효능감은 건강증진행위에 가장 큰 직접효과를 미치는 변수임이 확인되었다. 이는 다수의 선행 연구를 분석한 결과 자기효능감이 건강행위의 강력한 예측 변수라고 지적한 Pender (1996)의 보고와 일치하였다. 또한 뇌졸중 환자의 건강증진 또는 자가간호행위에 있어서 자기효능감이 중요한 행위의 결정인자로 작용한

다는 연구들 (Hellstrom et al., 2003; Robinson-Smith & Pizzi, 2003; 박미숙, 2001; 박선일, 2004; 유수정 등, 2001; 이명신, 2004; 이실, 1998; 임선옥, 2002)과 일치하였다.

그리고 다른 질환을 가진 대상자에 대한 연구중 고혈압 환자 (정미영, 2001)와 허혈성심질환자 (이종율, 2005), 당뇨병환자 (조영임, 2004), 혈액투석환자 (손영희, 2001), 여성골다공증 환자 (윤은주, 2001), 위암환자 (오복자, 1994), 장애인 성인 (Stuifbergen & Becker, 1994), 다발성경화증 환자 (Stuifbergen et al., 2000)에서 자기효능감이 자기조절이나 자기간호행위 및 건강증진행위에 직접 효과가 있었던 것과는 일치하였다.

한편 본 연구 대상자의 자기효능감 평균은 30.94점으로 중간 이상인 것으로 나타났다. 이러한 결과는 박미숙 (2001)이 보고한 뇌졸중 환자의 자기효능감 31.10점과 이명신 (2004)이 보고한 31.01점과 큰 차이가 없었으며, 모두 척도의 중앙값인 25점보다 높았던 것과 일치하였다. 그러나 본 연구 대상자의 자기효능감의 평균을 백점 만점으로 환산해보면 77.35점에 불과하여 자기효능감을 증진할수 있는 노력이 필요하다고 하겠다.

가족지지는 자기효능감 다음으로 건강증진행위에 직접효과가 있었을 뿐 아니라 간접효과를 합해 총 효과가 증가된 요인이었다. 이러한 결과는 가족지지가 뇌졸중 환자의 건강증진행위 수행을 촉진하는 요인 (김정식, 1996; 이명신, 2004; 장상현 등, 2002)이었던 선행연구 결과와 일치하였다.

한편 다른 질환을 가진 대상자에 대한 연구 중 고혈압 환자 (정미영, 2001)와 허혈성심질환자 (이종율, 2005), 당뇨병환자 (김영옥, 1997; 조영임, 2004), 다발성경화증 환자 (Stuifbergen et al., 2000)에서 가족지지가 자기조절이나 자기간호행위 및 건강증진행위에 직접 효과가 있었던 것과 일치하였다.

가족지지는 건강증진행위 이외에도 우울, 장애수용, 지각된 장애성에 직접적인 영향을 주었으며, 결과적으로 이들 변수들을 통해서도 건강증진행위에 간접적인 영향을 주는 것으로 확인되었다. 이러한 결과는 가족의 지지가 높을수록 뇌졸중 환자의 우울이 감소한다고 보고한 (김인자 등, 1999, 2000; 이화진, 2006; 한영애, 2004) 선행연구의 결과와 일치하였다. 또한 가족지지가 편마비 환자의 장애인이라

는 현실에 대한 분노와 갈등을 치유하기 위해 가장 중요하다고 보고한 이화진 (2006)의 연구결과와 일치되었다. 그 밖에 가족지지가 다발성경화증 환자의 지각된 장애성을 낮추고 장애수용을 높이는 효과를 나타냈던 Stuifbergen et al. (2000)의 연구와 혈액투석환자의 우울을 낮추는 직접효과가 있었던 최은영 (2005)의 연구결과와 유사하였다. 또한 척수손상자의 가족지지가 높을수록 장애수용이 높다고 보고한 윤성애 (2003)의 연구결과와도 유사하였다. 이처럼 가족지지가 각종 간접경로를 통해 건강증진행위에 영향을 미치므로 재가 편마비 환자의 건강증진행위의 동기화와 지속을 위해서 간호중재시 가족지지와 경유하는 경로들을 보다 더 고려해야 할 것으로 사료된다.

한편 본 연구 대상자의 가족지지 정도의 평균은 28.18점으로 동일한 도구를 사용한 이명신 (2004)이 보고한 평균 32.29점보다는 약간 낮았지만, 척도의 중앙값인 25점보다 높아, 가족으로부터 중간보다 약간 높은 지지를 받고 있는 것으로 나타났다. 그러나 본 연구 대상자가 받고 있는 가족지지의 평균을 백점 만점으로 환산해보면 70.45점에 불과하여 가족지지 자원의 활용을 극대화 할 수 있는 노력이 필요하다고 하겠다.

건강증진행위에 직접 영향을 미치는 변수들 이외의 다른 설명변수들간의 관계를 살펴보면 다음과 같다.

장애수용은 자기효능감과 우울에 영향을 미치는 변수로 확인되었다. 이러한 결과는 긍정적인 신체상을 가진 편마비 환자가 자기효능감이 높았고 (이실, 1998), 여성 골다공증 환자 (윤은주, 2001)와 만성폐쇄성 폐질환자 (박순주, 2001), 혈액투석환자 (손영희, 2001)의 자아존중감이 높을수록 자기효능감이 높았던 선행연구 결과들과 유사한 맥락을 가지고 있다고 생각된다. 또한 뇌졸중 후 장애인으로서의 고통스러운 현실을 직시하게 되면서 극심한 우울에 시달린다고 보고한 이화진 (2006)의 연구와 지체장애인의 장애수용이 우울감을 가장 많이 설명한다고 보고한 조아라 (1997)의 보고와 일치하였다.

지각된 장애성은 장애수용에 영향을 미치는 변수로 확인되었다. 이러한 결과는 장애를 가진 다발성 경화증 환자에서 지각된 장애성이 장애수용에 부정적인 직접효과가 있었던 Stuifbergen et al. (2000)의 연구결과와 유사하였다. 한편 본 연구의

가설적 모형에서는 지각된 장애성이 건강증진행위에 직접효과를 미치는 변수로 설정되었으나, 직접효과가 없고 논리적으로 타당하지 않은 값을 나타내 장애수용과 자기효능감을 거쳐 건강증진행위에 간접효과를 미치는 것으로 수정되었다. 이러한 결과는 당뇨병환자 (구미옥, 1992)나 암환자 (오복자, 1994), 허혈성 심질환자 (이종율, 2005), 다발성 경화증 환자 (Stuifbergen et al., 2000)에서 지각된 장애성이 자가간호행위나 건강증진행위에 직접효과가 없었던 것과 유사하였다. 본 연구 대상자들은 행위에 대한 부담스러움도 지각하고는 있으나 질병재발을 방지하고 건강에 유익한 결과를 가져올 것으로 기대되는 건강증진행위에 직접적으로 큰 영향을 미치지 않는 결과로도 볼 수 있다.

또한 가설적 모형에서 지각된 장애성이 자기효능감에 직접효과를 미치는 변수로 설정되었으나, 직접효과가 없었고 장애수용을 거쳐 자기효능감에 간접효과를 미치는 것으로 수정되었다. 이러한 결과는 다른 질환을 가진 대상자에 대한 연구에서, 당뇨병환자 (구미옥, 1992)나 암환자 (오복자, 1994), 허혈성 심질환자 (이종율, 2005), 다발성 경화증 환자 (Stuifbergen et al., 2000)의 지각된 장애성이 자기효능감에 직접효과가 있었던 결과와 다소 차이가 있었다. 이는 지각된 장애성과 자기효능감 사이에 장애수용이라는 변수가 포함됨으로써 발생한 것으로 생각된다. 즉 지각된 장애성이 자기효능감 보다는 장애수용에, 장애수용이 지각된 장애성보다 자기효능감에 더 직접효과를 미치기 때문인 것으로 생각된다. 따라서 재가 편마비 환자의 자기효능감을 높이기 위한 간호중재시 일차적으로 장애수용을 높이는 노력이 새롭게 강조된다. 더불어 장애수용에 영향을 미치는 지각된 장애성을 낮추는 전략을 사용할 근거가 마련되었다고 생각된다.

우울은 재가 편마비 환자의 자기효능감에 영향을 미치는 변수로 확인되었다. 이는 행위와 관련된 감정 요인이 자기효능감과 같은 인지 요인에 부정적 영향을 미친다는 Pender (1996)의 보고와 일치하였다. 또한 고혈압 환자의 치료지속이행 행위에 대한 자기효능감에 우울이 직접효과를 미쳤던 노영숙 (2003)의 연구결과와도 유사하였다. 한편 본 연구의 가설적 모형에서 우울이 자기효능감외에 다른 인지적 요인인 장애수용과 지각된 장애성에 직접효과가 있을 것으로 설정되었으나, 직접효과가 없고 논리적으로 타당하지 않은 값이 나타나 수정 모형에서는 삭제 되었

다. 이는 행위와 관련된 감정적 요인이 자기효능감 외에 다른 인지적 요인에는 직접효과가 없다는 해석도 가능하므로 건강증진모형의 검토가 필요할 수도 있는 부분이다. 물론 행위와 관련된 감정적 요인으로서 우울 외에 불안, 공포, 불쾌감, 혐오 등의 부정적인 느낌과 기쁨, 즐거움, 흥겨움, 재미있음, 평온 등 긍정적인 느낌이 있기 때문에 (Pender et al., 2006) 충분히 신중하게 검토되어야 한다. 그러나 많은 감정측정 도구가 부정적 감정에 대해 보다 더 세밀히 검토되어 왔고 본 연구의 대상자에서 흔한 정서적 문제는 우울이라고 할 수 있으므로, 뇌졸중 후 편마비 환자에서 행위와 관련된 감정적 요인은 자기효능감 외에는 다른 인지적 변인 즉 적어도 장애수용과 지각된 장애성에는 직접효과를 미치지 않는 것으로 확인된 결과는 새로운 이론적 측면을 제시하였다고 생각된다.

그리고 본 연구의 가설적 모형에서 우울이 건강증진행위에 직접효과를 미치는 변수로 설정되었으나, 직접효과가 없고 논리적으로 타당하지 않은 값을 나타내 자기효능감을 거쳐 건강증진행위에 간접효과만을 미치는 것으로 수정되었다. 이러한 결과는 Pender et al. (2006)이 건강증진모형에서 우울이 건강증진행위에 간접적인 효과뿐만 아니라 직접적인 효과가 있는 것으로 가정한 부분과는 차이가 있었다. 또한 허혈성 심질환자 (이종욱, 2005)에서 우울이 건강증진행위에 직접효과가 있었던 것과는 차이가 있었으나, 이러한 차이는 허혈성 심질환자의 건강증진행위에 대한 모형에서는 내생변수인 우울과 외생변수인 자기효능감 간에 경로가 빠져 있었고 건강증진행위에 대해 자기효능감과 우울 모두가 독자적인 직접경로를 가진 형태의 모형이었기 때문이 아닌 가 생각된다. 본 연구의 모형에서는 우울과 자기효능감 사이에 경로가 포함됨으로써, 우울이 건강증진행위보다는 자기효능감에, 자기효능감이 우울보다 건강증진행위에 더 직접효과를 미치기 때문에 이러한 결과가 발생된 것으로 생각된다. 이는 행위에 대해 정서적인 요인보다는 인지적 요인을 일차적으로 중재해야 하며 더불어 인지적 요인에 영향을 줌으로써 간접적인 형태로 행위에 영향을 미치는 정서적 요인도 중재해야 할 근거가 마련되었다고 할 수 있다. 또한 본 연구의 대상자들에서 우울이라는 행위와 관련된 감정적 요인은 건강증진행위에 직접적으로 큰 영향을 미치지 않는다는 결과로도 볼 수 있다.

일상생활수행능력은 지각된 장애성과 우울에 영향을 미치는 변수로 확인되었

다. 뇌졸중후 편마비 환자들의 일상생활수행능력이 우울에 영향을 미치는 것으로 나타난 (Carod-Artal et al., 2002; Chemerinski et al., 2001; Herrmann et al., 1998; Sinyor et al., 1986; Williams et al., 2005; 김경선, 1995; 김금순, 서현미와 김은정 등, 2000; 김인자 등, 2000; 한영애, 2004) 선행연구 결과와 일치하였다. 장애를 가진 다른 대상자들의 경우를 살펴보면, 중도지체 장애인의 장애의 정도가 우울에 영향을 주었던 석말숙 (2003)의 연구결과 그리고 다발성 경화증 환자의 질병의 심각도가 장애성의 지각과 정적 상관관계가 있었던 Stuifbergen et al. (2000)의 연구결과와 유사하였다.

종교성은 장애수용에 영향을 미치는 변수로 확인되었다. 이러한 결과는 중도지체 장애자의 종교성이 높을수록 장애수용의 정도가 높다고 보고한 석말숙 (2003)의 연구결과와 유사하였다. 한편 종교성이 본 연구의 가설적 모형에서 우울에 직접 효과를 미치는 변수로 설정되었으나, 직접효과가 없어 장애수용을 거쳐 우울에 간접효과를 미치는 것으로 수정되었으므로, 종교성의 하위영역중 공적 종교성이 중도지체 장애인의 우울과 부정적 상관을 보이는 것으로 나타난 석말숙 (2003)의 연구결과와는 다소 차이가 있었다. 하지만 석말숙 (2003)의 연구결과는 직접효과나 설명력의 부분이 아닌 상관성을 보고한 것이므로 종교성이 장애수용을 거쳐 우울에 간접효과를 줌으로써 우울과 상관성을 가지고 있다는 면에서는 유사한 결과라고도 볼 수 있다.

종합해보면, 재가 편마비 환자는 자기효능감이 높고, 가족지지 정도가 높을 때 건강증진행위 정도가 높다는 것이 확인되었다. 그리고 우울과 장애수용은 자기효능감에 영향을 미치며, 지각된 장애성과 종교성, 그리고 가족지지의 정도는 장애수용에 영향을 미치는 것으로 확인되었다. 또한 일상생활수행능력과 가족지지의 정도는 지각된 장애성에 영향을 미치며, 장애수용과 일상생활수행능력, 그리고 가족지지의 정도는 우울에 영향을 미치는 것으로 확인되었다. 따라서 재가 편마비 환자의 건강증진행위를 최대화하기 위해서는 건강증진행위에 대한 환자의 자기효능감을 개발하고 증진시키며, 환자가 지지자원을 찾고 활용할 수 있도록 도움 필요가 있다. 또한 긍정적인 감정을 유도하고 신체적인 활동을 강화하며 종교성의 성장을 촉진하는 것에 초점을 두는 전략을 개발하고 사용하는 것이 필요하다.

3. 연구의 의의

본 연구의 결과를 토대로 간호이론, 연구, 실무측면에서의 의의를 논하고자 한다.

1) 간호이론 측면

제가 편마비 환자의 건강증진행위를 설명함에 있어 생·심리·사회·인지·종교적·행동적 변인을 망라하여 총체적으로 그 상호 인과적 관련성을 검증하여 설명모형을 구축함으로써 기존 연구의 제한점을 보완하고 확장하여 관심현상에 대한 설명적 차원의 간호이론 생성에 기여했다고 볼 수 있다.

인지적 변인으로서 자기효능감과 지각된 장애성외에 선행연구에서 다루어지지 못했던 장애수용, 그리고 정서적 변인으로서 우울, 그리고 일상생활동작 수행능력, 종교성, 가족지지 등 신체적, 종교적, 인간상호간 영향 변인을 포괄하였고, 특히 건강증진행위의 설명모형 내에서 장애수용이 새로운 핵심 변수임이 확인되었다.

그리고 Pender (1996)의 모형내 가정 중 정서적 요인이 인지적 요인에 영향을 미치는 부분은 우울이 자기효능에는 직접효과가 있었으나 지각된 장애성이나 장애수용에는 직접효과가 없었으므로 정서적 요인과 인지적 요인간의 경로가 개념에 따라 보다 세분화되어야 할 필요가 있음이 확인되었다고 할 수 있다.

장애를 가진 대상자의 경우 지각된 장애성과 자기효능감 사이에 장애수용이 포함될 때 지각된 장애성은 장애수용에, 장애수용은 자기효능에 더 직접효과를 미치는 것으로 확인되었고, 우울과 건강증진행위사이에서 자기효능감이 포함될 때 우울은 자기효능감에, 자기효능감은 건강증진행위에 더 직접효과를 미치는 것으로 확인되었으므로 관심현상의 설명에 대한 새로운 차원을 제시하였다고 볼 수 있다.

더불어 본 모형은 제가 건강증진행위에 대한 설명력이 비교적 높은 편으로 제가 편마비 환자의 건강증진행위를 설명, 예측하는 연구의 기반으로 활용될 수 있을 것으로 생각된다.

2) 간호연구 측면

본 연구는 공분산 구조분석을 통해 가설적 모형의 부합도와 연구가설을 검증하였다. 행위에 대한 개인, 심리, 인지, 인간상호간 요인들 간의 인과관계 및 효과를 설명함으로써 추후 간호연구의 근거자료를 제공하였다.

본 연구에서 중요한 변수로 확인된 장애수용 변수와 도구는 의학적 손상 후 정서적으로 간주되는 활동을 수행하는 능력의 감소 또는 결여로 인해 장애를 가지고 살아가야 하는 대상자들이 많아지고 있는 이때에 정서적 안녕과 행위에 대한 자신감, 그리고 건강증진과 관련된 연구에서 유용하게 이용될 것으로 기대된다.

3) 간호실무 측면

본 연구결과는 편마비 환자의 건강증진행위를 향상시키는 간호를 수행함에 있어 구체적인 간호영역을 제시해 줄 수 있다. 또한 설명력이 높은 요인을 확인함으로써 중재전략의 우선순위를 부여해 주었다. 이로써 효율적인 간호활동과 그 효과의 극대화를 기대할 수 있다.

제가 편마비 환자의 건강증진행위 수행을 촉진하기 위해서 파악된 건강증진행위 불이행의 원인과 건강증진행위에 설명력이 높은 요인들을 고려하여 대상자들의 건강관리 실천에의 동기를 자극시킬 수 있는 교육을 비롯한 여러 전략 개발을 가능하게 할 수 있을 것이다. 즉 신체적 활동의 강화와 종교성의 성장 및 가족지지 자원의 극대화를 통해 지각된 장애성을 낮추고 장애수용을 높이며 우울을 낮추어 자기효능감을 증진함으로써 효율적인 건강증진행위를 유도하는 전략을 계획할 수 있을 것이다.

간호실무에의 적용을 구체적으로 살펴보면, 제가 편마비 환자의 자기효능감의 출처 중 성취경험으로는 혈압 및 운동시 맥박의 자가측정, 근관절운동, 기구를 이용한 일상생활동작훈련 및 보행과 이동훈련, 발반사 마사지나 명상, 호흡법 등 스트레스관리법의 경험, 그리고 건강정보를 찾는 인터넷 활용 경험을 포함할 수 있을 것이다. 대리경험으로는 동료집단과의 정기적인 만남 또는 인터넷 카페 모임을 통해 성공적인 경험을 공유하는 것 그리고 현재 장애를 극복하고 사회에서 잘 적응하고 있는 사례를 접하게 하는 내용을 포함할 수 있을 것이다. 언어적 설득으로

는 간호사가 식이 및 체중조절, 금연과 음주, 스트레스 관리, 활동 및 운동 등을 비롯한 재발방지 및 건강증진행위와 관련된 건강교육, 정보제공 및 상담, 자기대화법 및 해석적 치료 등을 제공하는 것이 포함될 수 있을 것이다. 이러한 언어적 설득은 대상자의 실천 정도를 확인하면서 신뢰관계를 이루고 격려와 칭찬 속에서 지속적으로 이루어져야 할 것이다. 생리 상태에 따른 접근으로는 피로나 기타 신체적 장애 즉 뇌졸중 후 편마비 환자의 특성상 언어장애, 연하, 배뇨 및 배변 장애, 기억력이나 감각장애의 관리 그리고 어깨 관절 아탈구 및 통증관리 등을 포함할 수 있을 것이다. 정서 상태에 따른 접근으로는 우울과 같은 부정적인 정서를 완화하고 신체적 상태에 대한 잘못된 해석을 정정하는 것이 포함될 수 있을 것이다.

또한 가족지지가 높을수록 재가 편마비 환자의 건강증진행위는 높았으므로, 대상자가 가족이라는 자원을 찾고 극대화할 수 있는 프로그램이나 상담이 이루어져야 할 것이다. 또한 뇌졸중 환자 자신뿐 아니라 가족을 포함한 건강증진행위에 대한 교육이 필요하며 가족의 지지를 높일 수 있는 간호중재전략이 개발될 필요가 있다. 전체 가족이 좀 더 만족스럽게 가족전체와 각자의 기능과 역할을 수행할 수 있도록 이루어져야 하며, 긍정적인 경험과 결과를 통하여 가족 구성원이 성장할 수 있는 프로그램이 필요하다. 이를 위해서는 긍정적이고 개방적인 의사소통을 기반으로 하면서도 한국문화에 적합한 가족 상담 및 치료가 요구되므로 교육과 훈련을 통해 이론과 실재를 겸비한 가족간호전문가로서 준비된 간호사가 더 많아져야 할 것이다.

한편 장애 수용과 우울은 행위에 대한 자기효능감에 유의한 영향을 미치는 것으로 확인되었다. 이로써 재가 편마비 환자의 건강증진을 위하여 장애를 의미 있게 수용하고 우울을 낮추도록 하는 간호중재 프로그램의 근거가 마련되었다고 생각된다. 장애를 가지고 살아가는 만성질환 대상자의 변화에 대한 준비와 자신에 대한 이해를 높여주어 좌절감을 떨쳐버리고 행동을 취할 수 있도록 하는 동기 부여가 필요하다. 그러므로 장애를 잘 수용하고 생의 의미를 찾게 하는 의미요법과 같은 프로그램의 개발과 적용을 촉구한다. 이러한 프로그램에는 장애수용에 특히 민감하게 작용하는 인지적 취약요인으로서 지각된 장애성, 그리고 사회환경적 요

인으로서 가족의 도구적, 자존적, 정서적, 정보적인 구조적 지지를 강화하고 더불어 대상자가 주관적으로 지각한 지지수준이 높아지도록 하는 환경수정이 포함될 수 있을 것이다. 마지막으로 개인적 요인으로서 종교성과 같은 요인을 강화하는 내용이 반영되어야 할 것이다.

지각된 장애성은 일상생활수행능력과 가족지지의 정도가 높을수록 낮은 것으로, 우울은 장애수용 외에도 일상생활수행능력, 가족지지의 정도가 높을수록 낮은 것으로 확인되었으므로, 신체적 기능수준의 강화, 운동교육, 가족상담 등을 통해 지각된 장애성과 우울을 감소해야 할 것이다.

4. 연구의 제한점

1) 본 연구의 이론변인은 자기보고식의 형태로 한 가지 측정변인으로만 평가되었기 때문에 측정의 객관성과 엄밀성에서 제한적일 수 있다.

2) 횡단적으로 수집된 자료로 모형을 검증하였으므로 최근 편향으로 인한 오차를 배제할 수는 없다.

VII. 결론 및 제언

1. 요약 및 결론

본 연구는 재가 편마비 환자의 건강증진행위에 대한 이해를 도모하고 건강증진행위를 촉진시키기 위한 간호중재를 개발하는데 필요한 기초자료를 제공하기 위하여, 재가 편마비 환자의 건강증진행위에 관한 선행연구, 문헌과 Pender (1996)의 건강증진모형을 바탕으로 가설적 모형을 구축하고 모형의 적합도와 가설 검증을 실시하였다.

가설적 모형의 구축을 위하여 일상생활수행능력, 종교성, 가족지지는 외생변수로, 건강증진행위, 자기효능감, 장애수용, 지각된 장애성, 우울은 내생변수로 선정하였다.

자료수집은 2005년 12월 5일부터 2006년 2월 28일까지 G시의 1개 대학병원, 1개 종합병원의 재활의학과 또는 신경내·외과 외래, 1개 한방병원 신경내과 외래, 2개 보건소 연계 가정방문, 1개 노인복지회관 가정과건서비스, 그리고 1개 뇌졸중환자 인터넷 카페 동호회의 재가 편마비 환자를 대상으로 설문조사를 실시하여 총 239부가 최종분석에 사용되었다.

가설적 모형은 AMOS 4.0 program을 이용하여 적합도 검증을 실시한 결과, 적합지수가 일부 부적절하여 가설적 모형의 수정이 필요한 것으로 나타났다. 고정지수가 낮고 논리적으로 타당하지 않은 4개의 경로를 삭제하고, 수정지수가 큰 5개의 오차 상관관계를 추가하여 수정모형을 확정하였다.

본 연구의 결과는 다음과 같다.

1) 가설적 모형에서 설정된 18개의 가설 가운데 수정모형을 통해 12개의 경로가 지지되었다. 수정모형내의 설명변수들은 건강증진행위를 55% 설명하였다.

2) 건강증진행위에 유의하게 직접 영향을 주는 변수는 자기효능과 가족지지이었고 특히 자기효능감은 강력한 예측변인이었다.

2) 자기효능감은 우울과 장애수용에 의해 직접적인 영향을 받는 것으로 확인되었다.

3) 장애수용은 지각된 장애성, 종교성, 가족지지에 의해 직접적인 영향을 받는 것으로 확인되었다.

4) 지각된 장애성은 일상생활수행능력과 가족지지에 의해 직접적인 영향을 받는 것으로 확인되었다.

5) 우울은 장애수용, 일상생활수행능력, 가족지지에 의해 직접적인 영향을 받는 것으로 확인되었다.

따라서 재가 편마비 환자의 건강증진행위를 최대화하기 위해서는 건강증진행위에 대한 환자의 자기효능감을 개발하고 증진시키며, 환자가 지지자원을 찾고 활용할 수 있도록 도울 필요가 있다. 또한 긍정적인 감정을 유도하고, 신체적인 활동을 강화하며 종교성의 성장을 촉진하는 것에 초점을 두는 전략을 사용하는 것이 필요할 것으로 사료된다.

2. 제언

1) 본 연구를 통해 건강증진행위에 신체적, 종교적 및 인간상호간 요인, 행위에 대한 인지 및 감정 요인이 직·간접 경로를 통해 영향을 미치는 것이 파악되었으므로 재가 편마비 환자의 건강증진행위에 대해 총체적인 접근을 고려할 것을 제언한다.

2) 재가 편마비 환자의 건강증진행위에는 자기효능과 가족지지 변인의 영향력이 입증되었고, 특히 자기효능은 강력한 예측변인이었다. 이 결과를 기반으로 한 간호중재 프로그램의 개발과 적용을 제언한다.

3) 인지적 변인에 대한 정서적 변인의 효과에 대해 다양한 변인을 측정함으로써 확인해보는 반복 또는 확대 연구를 제언한다.

4) 장애수용에 대한 개념분석 연구 및 장애수용을 높이고 생의 의미를 찾게 하는 프로그램의 개발과 적용을 촉구한다.

5) 본 연구에서 사용된 도구의 신뢰도 및 타당도 보완 또는 개발하는 추후연구가 필요하다.

6) 본 모형내의 변수들과는 상관관계가 낮으면서도 궁극적인 종속변수인 건강증진행위에 대해서는 결정 변수로서 작용할 수 있는 기타 변인들을 모색하여 건강증진행위에 대한 설명력을 높이고 모형을 확장하는 연구가 이루어져야 한다.

참고문헌

- 강현숙 (1984). *재활강화교육이 편마비 환자의 자가간호수행에 미치는 효과에 관한 실험적 연구*. 연세대학교 박사학위 논문.
- 고임석, 김형철, 권석범, 황성희, 권기한, 김성민, 송홍기, 이병철 (1999). 뇌졸중환자의 이차예방 이행 순응도: 서울·경기지역 주민을 대상으로. *대한신경과학회지*, 17(4), 472-477.
- 구미옥 (1992). *당뇨병 환자의 자가간호 행위와 대사조절에 관한 구조모형*. 서울대학교 박사학위 논문.
- 구미옥, 이은옥 (1990). 건강신념모델과 한국인 만성질환자의 환자역할행위. *대한간호*, 29(3), 49-63.
- 김경례 (1990). *B형 간염환자의 건강신념과 환자역할행위와의 관계연구*. 충남대학교 석사학위논문
- 김경선 (1995). *뇌졸중 환자의 일상생활동작 수준에 따른 스트레스 및 우울에 관한 연구*. 연세대학교 석사학위 논문.
- 김계수 (2005). *AMOS 구조방정식 모형분석*. 서울: SPSS 아카데미.
- 김계수 (2006). *성공적인 논문작성을 위한 AMOS/Lisrel 이용 인과분석 연구방법론*. 서울: 도서출판 청람.
- 김금순 (2001). 재가 편마비환자의 일상생활활동, 자기효능감, 삶의 질, 자조관리프로그램요구도와의 관계에 관한 연구. *기본간호학회지*, 8(1), 81-94.
- 김금순, 서현미, 강지연 (2000). 재가 뇌졸중 환자를 위한 자조관리프로그램이 일상활동, 근육강도, 우울 및 삶의 질에 미치는 효과. *재활간호학회지*, 3(1), 108-118.
- 김금순, 서현미, 김은정, 정인숙, 최은정, 정선이 (2000). 재가 뇌졸중환자를 위한 5주간의 자조관리프로그램의 효과에 관한 연구. *재활간호학회지*, 3(2), 196-211.
- 김매자, 서문자, 김주현, 박영임, 전명희, 은영, 손행미, 송미령 (2001). *만성질환과*

- 간호. 서울: 정문각.
- 김미경 (2003). *제가 뇌졸중 환자의 발병 전·후 건강생활양식에 관한 연구*. 동의대학교 석사학위 논문.
- 김미희 (1999). 가족지지가 뇌졸중 환자의 희망에 미치는 영향. *한국간호교육학회지*, 5(2), 191-205.
- 김영옥 (1997). *당뇨환자의 자기간호행위 예측모형(스트레스-대처 모형을 기반으로)*. 연세대학교 박사학위 논문.
- 김이순 (1996). *뇌졸중환자의 희망*. 부산대학교 박사학위 논문.
- 김인복 (1986). *뇌졸중 환자의 재활치료 실태에 대한 조사: 서울특별시내 대학병원을 중심으로*. 연세대학교 석사학위 논문.
- 김인자, 서문자, 김금순, 조남옥 (1999). 사회적 지지의 특성에 따른 뇌졸중 환자의 우울. *재활간호학회지*, 2(2), 206-214.
- 김인자, 서문자, 김금순, 조남옥, 최희정 (2000). 뇌졸중 후 우울에 영향을 미치는 요인. *성인간호학회지*, 12(1), 147-162.
- 김정식 (1996). *뇌졸중 환자의 가족지지와 자기간호수행과의 상관연구*. 한양대학교 석사학위 논문.
- 김조자, 김수지, 박지원, 유지수, 정영혜, 신경림 (2002). *간호연구*. 서울, 수문사.
- 김주형 (1999). 건강증진의 통합적인 접근방법. *건강증진학회지*, 1(1), 1-6.
- 김효정 (2004). *제가 뇌졸중 환자를 위한 건강증진프로그램의 효과*. 계명대학교 박사학위논문.
- 남선영 (1997). *뇌졸중 환자의 질병경험에 관한 연구*. 중앙대학교 박사학위 논문.
- 노국희 (2002). *제가 만성 뇌졸중 편마비 환자의 가정 재활운동프로그램의 효과*. 가톨릭대학교 박사학위 논문.
- 노영숙 (2003). *고혈압 환자의 치료지속이행 설명모형*. 연세대학교 박사학위 논문.
- 문영희 (2004). *제가 뇌졸중 환자를 위한 자조관리 프로그램의 효과 연구*. *지역사회간호학회지*, 15(2), 218-227.
- 박경애, 김화성, 김종성, 권순역, 최스미 (2001). 뇌졸중 발생후 뇌졸중 환자의 식습관 및 식이순응도 조사연구. *대한지역사회영양학회지*, 6, 542-552.

- 박미숙 (2001). *뇌졸중환자의 자기효능감 및 자아존중감이 건강증진행위에 미치는 영향*. 순천향대학교 석사학위 논문.
- 박순주 (2001). *만성 폐쇄성 폐질환자의 삶의 질 설명모형*. 연세대학교 박사학위 논문.
- 박영숙, 권삼숙 (2002). 뇌졸중 환자의 재활동기에 영향을 미치는 요인. *대한보건협회 학술지*, 28(1), 21-30.
- 박원경 (1988). *뇌졸중으로 인한 편마비 환자가 지각한 스트레스와 우울에 관한 연구*. 이화여자대학교 석사학위 논문.
- 박선일 (2004). *뇌졸중 환자의 일상생활 동작 수행능력, 자기효능감 및 건강증진행위에 관한 연구*. 전남대학교 석사학위 논문.
- 박혜경 (2003). *뇌졸중 이차예방프로그램이 재가뇌졸중환자의 건강증진생활양식과 건강위험지표에 미치는 효과*. 고려대학교 박사학위 논문.
- 박혜정 (1999). *종교성과 실직자의 심리상태의 관련성에 관한 연구*. 이화여자대학교 석사학위 논문.
- 박희선 (1987). *편마비환자의 일상생활 동작사정에 관한 예비연구*. 서울대학교 석사학위 논문.
- 배병렬 (2005). *LISREL 구조방정식모델 -이해와 활용-*. 서울: 도서출판 청람.
- 백민아 (2000). *허혈성심질환자의 건강증진행위와 관련요인에 관한 연구*. 고려대학교 석사학위논문.
- 서문자 (1989). *편마비 환자의 퇴원후 적응상태와 관련요인에 대한 분석적 연구*. 서울대학교 박사학위 논문.
- 석말숙 (2003). *중도지체장애인의 종교적 특성이 심리적 적응에 미치는 영향에 관한 연구: 기독교인을 중심으로*. 이화여자대학교 박사학위 논문.
- 석승한 (1999). 뇌졸중의 역학 및 병리기전. *노인병*. 3(3), 5-17.
- 손영희 (2001). *혈액투석환자의 건강증진행위 예측모형*. 연세대학교 박사학위 논문.
- 신승철, 김만권, 윤관수, 김진학, 이명선, 문수재, 이민준, 이호영, 유계준 (1991). 한국에서의 the Center for Epidemiological Studies-Depression Scale(CES-D)

- 의 사용-표준화 및 요인구조에 대한 횡문화적 검토-. *신경정신의학*, 30(4), 752-767.
- 오복자 (1994). *위암환자의 건강증진행위와 삶의 질 예측모형*. 서울대학교 박사학위 논문.
- 유수정, 김현숙, 김금순, 백환금 (2001). 재가 뇌졸중 노인환자에서 자기효능증진 전략을 이용한 자조관리프로그램의 효과. *재활간호학회지*, 4(2), 187-197.
- 윤병우 (2006). 뇌졸중 바로 알기-위험인자. *뇌졸중 소식지* (<http://stroke-letters.or.kr>), 17, 1-2.
- 윤성애 (2003). *척수장애인의 장애수용에 영향을 미치는 요인에 관한 연구*. 경상대학교 석사학위 논문.
- 윤은주 (2001). *여성 골다공증 환자의 건강증진행위와 삶의 질에 관한 구조모형*. 경희대학교 박사학위 논문.
- 이달엽 (2003). *장애와 상담*. 서울: 교육과학사
- 이명신 (2004). *뇌졸중 환자의 건강증진행위와 관련요인*. 부산가톨릭대학교 석사학위 논문.
- 이명해 (1991). *편마비 환자가 지각한 가족지지와 불안과의 관계연구*. 경희대학교 석사학위 논문.
- 이숙자, 김소임, 이평숙, 김순용, 박은숙, 박영숙, 유효신, 장선옥, 한금선 (2000). 만성질환자의 건강증진 행위 모형 구축. *대한간호학회지*, 32(1), 62-76.
- 이순규 (1987). *편마비 환자가 인지하는 가족지지와 양질의 삶의 관계 조사연구*. 연세대학교 석사학위 논문.
- 이실 (1998). *편마비 환자의 신체상, 자기효능감 및 자가간호 수행과의 관계*. 삼육대학교 석사학위 논문.
- 이원규 (1997). *종교사회학의 이해*. 서울: 사회비평사
- 이종을 (2005). *허혈성심질환자의 건강증진행위와 삶의 질 구조모형*. 경희대학교 박사학위 논문.
- 이진경 (2004). *척수장애인의 스포츠 참여가 장애수용에 미치는 영향*. 성균관대학교 석사학위 논문.

- 이화진 (2006). *중년기 뇌졸중 후 편마비 환자의 적응과정*. 서울대학교 박사학위 논문.
- 이현주 (2004). *말기 암환자의 영성체험: 기독교인을 중심으로*. 연세대학교 박사학위 논문.
- 이희정 (2002). *고혈압 환자의 약물요법 이행에 영향을 미치는 요인*. 단국대학교 석사학위논문.
- 임선옥 (2002). *재가 뇌졸중 환자의 삶의 질에 관한 구조모형*. 경희대학교 박사학위 논문.
- 임성용 (2002). 뇌졸중. *가정의학회지*, 23(1), 1-10.
- 장상현, 강복수, 이경수, 김석범, 윤성호 (2002). 뇌졸중 환자의 발병전후 건강행위의 변화. *한국농촌의학회지*, 27(1), 9-19.
- 전검구, 이민규 (1992). 한국판 CES-D 개발연구 I. *한국심리학회지*, 11(1), 65-76.
- 전검구, 최상진, 양병창 (2001). 통합적 한국판 CES-D 개발. *한국심리학회지: 건강*, 6(1), 59-76.
- 정미영 (2001). *고혈압환자의 자기조절행위에 관한 구조모형*. 경희대학교 박사학위 논문.
- 정성희, 서문자 (1999). 재가 뇌졸중환자의 주간재활간호프로그램 서비스 요구조사. *재활간호학회지*, 2(1), 29-44.
- 조복희 (2001). *뇌졸중 환자를 위한 팀접근 재활프로그램의 효과*. 가톨릭대학교 박사학위 논문.
- 조선배 (1999). *LISREL 구조방정식모델*. 서울: 영지문화사.
- 조아라 (1997). *자기초점화 주의가 장애수용과 우울감에 미치는 영향: 지체장애인을 대상으로*. 연세대학교 석사학위 논문.
- 조영임 (2004). *제2형 당뇨병 환자의 건강증진행위와 삶의 질에 관한 구조모형*. 경희대학교 박사학위 논문.
- 최영희 (1984). *지지적 간호중재가 가족지지행위와 환자역할행위에 미치는 영향에 관한 연구*. 연세대학교 박사학위 논문.
- 최은영 (2005). *혈액투석 환자의 피로 예측모형*. 경희대학교 박사학위 논문.

- 최혜숙 (1996). *뇌졸중 환자의 신체적 회복 정도와 사회·심리적 적응간의 관계*. 중앙대학교 석사학위 논문.
- 통계청 (2003). *사망원인 통계연보*.
- 한국재활간호학회 (2003). *뇌졸중 환자의 재활과 건강관리*. 서울: 수문사.
- 한미라 (2004). *알코올중독자 부인의 극복력과 사회적지지, 영성*. 연세대학교 석사학위 논문.
- 한영애 (2004). *뇌졸중 후 편마비 환자의 특성에 따른 일상생활동작 수행, 가족지지 및 우울 정도의 차이분석*. 연세대학교 석사학위 논문.
- 함미영, 최경숙, 류은정 (2000). 뇌졸중에 관한 국내 간호학 논문의 분석. *재활간호학회지*, 3(2), 154-168.
- 홍미령 (1995). *비만인의 자기조절행위와 체중조절에 관한 구조모형*. 경희대학교 박사학위논문.
- 홍여신, 서문자, 김금순, 김인자, 조남옥, 최희정, 정성희, 김은 (1998). 뇌졸중 환자의 삶의 질의 관련요인. *한국재활간호학회지*, 1(1), 111-123.
- Anderson, K. N., Anderson, L. E., & Glanze, W. D. (Eds.). (2002). *Mosby's medical, nursing & allied health dictionary* (6th ed.). St. Louise: Mosby.
- Anderson, G., Vestergaard, K., Ingemann-Nielsen, M. W., & Lauritzen, L. U. (1995). Risk factors for post-stroke depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 92(3), 193-198.
- Bandura, A. (1986). *Social foundation of thought and action*. EnglewoodCliff, NJ: Prentice-Hall.
- Bandura, A. (1997a). *Self-efficacy in changing societies*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Bandura, A. (1997b). *Self-efficacy: the exercise of control*. New York: W. H. Freeman and Company.
- Baune, B. T., Aljeesh, Y. I., & Bender, R. (2004). The impact of non-compliance with the therapeutic regimen on the development of stroke among hypertensive men and women in Gaza, Palestine. *Saudi Medical Journal*,

- 25(11), 1683-1688.
- Berg, A., Palomaki, H., Lehtihalmes, M., Lonnqvist, J., & Kaste, M. (2003). Poststroke depression: An 18-month follow-up. *Stroke*, 34(1), 138-143.
- Browne, M. W., & Cudeck, R. (1993). Alternative ways of assessing model fit. In K. A. Bollen & J. S. Long (Eds.), *Testing Structural Equation Models*. Newbury Park, CA: Sage.
- Carod-Artal, F. J., Gonzalez-Gutierrez, J. L., Egido-Herrero, J. A., & Varela de Seijas, E. (2002). Poststroke depression: Predictive factors at one year follow up. *Revista de Neurologia*, 35(2), 101-106.
- Castellucci, D. T. (2004). Perceptions of autonomy in poststroke elderly clients. *Rehabilitation Nursing*, 29(1), 24-29.
- Chemerinski, E., Robinson, R. G., & Kosier, J. T. (2001). Improved recovery in activities of daily living associated with remission of poststroke depression. *Stroke*, 32(1), 113-117.
- Chen, Y. Y., & Koenig, H. G. (2006). Do people turn to religion in times of stress?: An examination of change in religiousness among elderly, medically ill patients. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 194(2), 114-120.
- Clark, N. M., & Dodge, J. A. (1999). Exploring self-efficacy as a predictor of disease management. *Health Education & Behavior*, 26(1), 72-89.
- Feibel, J. H., & Springer, C. J. (1982). Depression and failure to resume social activities after stroke. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 63, 276-278.
- Garcia, A. (2006). Is health promotion relevant across cultures and the socioeconomic spectrum? *Family & Community Health*. 29(1 Suppl), 20S-27S.
- Ghose, S. S., Williams, L. S., Swindle, R. W. (2005). Depression and other mental health diagnosis after stroke increase inpatient and outpatient medical utilization three years poststroke. *Medical Care*, 43(12), 1259-1264.

- Gillen, R., Tennen, H., Mckee, T. E., Gernert-Dott, P., & Affleck, G. (2001). Depressive symptoms and history of depression predict rehabilitation efficiency in stroke patients. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 82(12), 1645-1649.
- Hackett, M. L., Yapa, C., Parag, V., Anderson, C. S. (2005). Frequency of depression after stroke: A systemic review of observational studies. *stroke*, 36(6), 1330-1340.
- Harrison, T. (2006). Health promotion for persons with disabilities: What Does the Literature Reveal? *Family & Community Health*, 29(1 suppl), 12S-19S.
- Hays, R. M., Kraft, G. H., & Stolov, W. C. (1994). *Chronic disease and disability: A contemporary rehabilitation approach to medical practice*. New York: Demos.
- Hellstrom, K., Lindman, B., Wahlberg, B., & Fugl-Meyer, A. R. (2003). Self-efficacy in relation to impairments and activities of daily living disability in elderly patients with stroke: A prospective investigation. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 35(5), 202-207.
- Herrmann, N., Black, S. E., Lawrence, J., Szekely, C., & Szalai, J. P. (1998). The sunnybrook stroke study: A prospective study of depressive symptoms and functional outcome. *Stroke*, 29(3), 618-624.
- Horner, R. D. (1998). The high cost of stroke to society, the family, and patient. *Pharmacotherapy*, 18(3), 875-935.
- Johnson, G. A. (1991). Psychological sequela in stroke patients. *Australian Family Physician*, 20(11), 1605-1611.
- Kaiser, S. B., Wingate, S. B., Freeman, C. M., & Chandler, J. L. (1987). Acceptance of physical disability and attitudes toward personal appearance. *Rehabilitation Psychology*, 32, 51-58.
- Keany, K. C., & Glueckauf, R. L. (1993). Disability and value change: An overview and reanalysis of acceptance of loss theory. *Rehabilitation Psychology*, 38, 199-210.

- Koenig, H. G. (2001). Religion and medicine III: Developing a theoretical model. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 31(2), 199-216.
- Koenig, H. G., George, L. K., Titus, P., & Meador, K. G. (2004). Religion, spirituality, and acute care hospitalization and long-term care use by older patients. *Archives of International Medicine*, 164(14), 1579-1585.
- Koenig, H. G., Kvale, J. N., & Ferrel, C. (1988). Religion and well-being in later life. *The Gerontologist*, 28(1), 18-28.
- Li, S. C., Wang, K. Y., & Lin, J. C. (2003). Depression and related factors in elderly patients with occlusion stroke. *Journal of Nursing Research*, 11(1), 9-18.
- Marsh, H. W., Balla, J. R., & McDonald, R. P. (1988). Goodness-of-fit indices in confirmatory factor analysis: The effect of sample size. *Psychological Bulletin*, 103, 391-410.
- Miller, W. R., & Thoresen, C. E. (2003). Spirituality, religion, and health: An emerging research field. *American Psychologist*, 58(1), 24-35.
- Pender, N. J. (1996). *Health promotion in nursing practice* (3rd ed.). Stamford, CT: Appleton & Lange.
- Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A. (2006). *Health promotion in nursing practice* (5th ed.). Upper Saddle River, NJ: Pearson Education Inc.
- Rigdon, E. E. (1996). CFI versus RMSEA: A comparison of two fit indices for structural equation modeling. *Structural Equation Modeling*, 3(4), 369-379.
- Robinson-Smith, G., & Pizzi, E. R. (2003). Maximizing stroke recovery using patient self-care self-efficacy. *Rehabilitation Nursing*, 28(2), 48-51.
- Savic, M., Gvozdenovic, S., & Krajnov, J. (2000). Importance of self-assessment of functional and communication abilities on the outcome of rehabilitation in patients with hemiplegia after cerebrovascular stroke. *Medicinski Pregled*, 53(7-8), 405-408.
- Shoemaker, N. (2001). Depression & Stroke: Improving patient outcomes with a team approach. *Caring*, 20(1), 6-12.

- Siela, D., & Wieseke, A. W. (2000). Stress, self-efficacy, and health. In V. H. Rice (Ed.), *Handbook of stress, coping and health: Implications for nursing research, theory, and practice* (pp. 496-498). Thousand Oaks: Sage Publications, Inc.
- Sinyor, D., Amato, P., Kaloupek, D. G., Becker, R., Goldberg, M., & Coopersmith, H. (1986). Post-stroke depression: Relationships to functional impairment, coping strategies, and rehabilitation outcome. *Stroke*, *17*(6), 1102-1107.
- Spilka, B., & Schmidt, G. (1983). General attribution theory for the psychology of religion: The influence of event character on attributions to God. *Journal for the Scientific Study of Religion*, *22*, 326-339.
- Stuifbergen, A. K., & Becker, H. A. (1994). Predictors of health-promoting lifestyles in persons with disabilities. *Research in Nursing and Health*, *17*, 3-13.
- Stuifbergen, A. K., & Roberts, G. J. (1997). Health promotion practices of women with multiple sclerosis. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, *78*(12 Suppl 5), S3-S9.
- Stuifbergen, A. K., & Rogers, S. (1997). Health promotion: An essential component of rehabilitation for persons with chronic disabling conditions. *Advances in Nursing Science*, *19*(4), 1-20.
- Stuifbergen, A. K., Seraphine, A., & Roberts, G. (2000). An explanatory model of health promotion and quality of life in chronic disabling conditions. *Nursing Research*, *49*(3), 122-129.
- Tsouna-Hadjis, E., Vemmos, K. N., Zakopoulos, N., & Stamatelopoulos, S. (2000). First-stroke recovery process: The role of family social support. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, *81*(7), 881-887.
- Underwood, L. G., & Teresi, J. A. (2002). The daily spiritual experience scale: Development, theoretical description, reliability, exploratory factor analysis,

- and preliminary construct validity using health-related data. *Annals of Behavioral Medicine*, 24(1), 22-33.
- Walker, S. N., Sechrist, K. P., & Pender, N. J. (1987). The Health-Promoting Lifestyle Profile: Development and psychiatric characteristics. *Nursing Research*, 36(2), 76-81.
- Westbrook, M. T. & Viney, L. L. (1982). Psychological reactions to the onset of chronic illness. *Social science & medicine*, 16(8), 899-905.
- World Health Organization [WHO] (1980). *International classification of impairments, disabilities and handicaps*. Geneva: WHO.
- WHO (1986). Ottawa charter for health promotion. <http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827-2>.
- Williams, C. L., Rittman, M. R., Boylstein, C., Faircloth, C., & Haijing, Q. (2005). Qualitative and quantitative measurement of depression in veterans recovering from stroke. *Journal of Rehabilitation Research and Development*, 42(3), 277-290.
- Williams, L. J., & Holahan, P. J. (1994). Parsimony-based fit indices for multiple-indicator models. *Structural Equation Modeling*, 1(2), 161-189.

※ 질 문 지

안녕하십니까?

연세대학교 대학원에 재학 중인 박사과정 학생입니다.

저는 뇌졸중을 경험했던 분들이 자신의 건강을 위해

어떤 노력을 하는지에 관심이 있으며,

환자의 건강상태와 건강증진노력에 영향을 미치는 것이

무엇인지 알아보고자 합니다.

주시는 내용은 향후 뇌졸중 후 편마비 환자의 건강상태 향상과 건강행위에
도움이 되는 기초자료로서 소중하게 쓰일 것입니다.

연구의 목적으로만 사용되고 여러분이 주시는 의견은 비밀이 보장됩니다.

다소 번거로우시더라도 질문지를 끝까지 읽으신 후 빠짐없이 솔직하게
답해주시면 감사하겠습니다.

참여해 주신 것에 대해 진심으로 감사드립니다.

2005년 12월

연구자 김 미희 올림

* 귀하의 일반적 사항입니다. 해당되는 곳에 "√"표해 주십시오.

1. 귀하의 성별은? ① 남자 ② 여자
2. 나이는? 만 -----세
3. 종교가 있으십니까? ① 없음 ② 있음
4. 배우자가 있으십니까? ① 없음 ② 있음
5. 현재 직업이 있으십니까? ① 없음 ② 있음
6. 교육정도는? ① 국문해독을 할 수 없음 ② 국문해독은 할 수 있음
 ③ 초등학교 졸업 ④ 중학교 졸업
 ⑤ 고등학교 졸업 ⑥ 대학교 이상 졸업
7. 수입이 일상생활이나 치료를 하는데 만족스럽습니까?
 ① 매우 부족 ② 약간 부족 ③ 보통 ④ 약간 만족 ⑤ 매우 만족
8. 치료비 부담은 누가 제일 많이 합니까?
 ① 본인 ② 배우자 ③ 자녀 ④ 부모 ⑤ 기타 -----
9. 누가 가장 많이 돌보아 줍니까?
 ① 배우자 ② 딸 ③ 며느리 ④ 간병인 ⑤ 아들
 ⑥ 부모 ⑦ 기타 -----
10. 발병일로부터 현재까지 얼마나 되었습니까? ----년 ----개월 ----일
11. 발병횟수는? ① 1회 ② 2회 ③ 3회 이상
12. 마비된 쪽은 어느 쪽입니까? ① 왼쪽 마비 ② 오른쪽 마비

※ 종교가 있으시면, 귀하의 종교생활과 같은 문항에 "√"표 해주십시오.

문 항		거 의 그 령 지 않 다	별 로 그 령 지 않 다	약 간 그 령 다	매 우 그 령 다
1	교회, 성당, 절 등에 열심히 다닌다.				
2	혼자 기도나 묵상하는 시간을 자주 갖는다.				
3	종교의 교리를 열심히 믿고, 종교 관련 서적을 즐겨 읽는다.				

※ 일상생활 활동에 대한 질문입니다. 해당되는 상태에 “√” 표 해 주십시오.

문 항	도 움 없 이 스스로 합	약 간 도 움 을 받 음	많 이 도 움 을 받 음	완 전 히 도 움 을 받 음
1 물을 마시거나 식사를 할 수 있다.	10	5	0	0
2 옷을 입을 수 있다.	5	5	3	0
3 바지를 입을 수 있다.	5	5	2	0
4 보조기구를 착용할 수 있다.	0	0	-2	
5 남 : 면도를 할 수 있다. 여 : 화장, 머리손질을 할 수 있다.	5	5	0	0
6 세수, 목욕을 할 수 있다.	4	4	0	0
7 소변을 가릴 수 있다.	10	10	5	0
8 대변을 가릴 수 있다.	10	10	5	0
9 대, 소변 후 뒤처리를 하고 옷을 추스릴 수 있다.	4	4	2	0
10 의자에서 일어나고 앉는 것을 자유롭게 할 수 있다.	15	15	7	0
11 화장실 출입을 할 수 있다.	6	5	3	0
12 목욕탕 속을 자유롭게 드나들 수 있다.	1	1	0	0
13 계단을 한 개 이상 오르내릴 수 있다.	10	10	5	0
14 50미터 이상을 걸을 수 있다.	15	15	10	0
15 걸을 수 없는 경우 , 휠체어로 50미터 이상을 갈수 있다.	15	5	0	0

* 14~15번: 걸을 수 있으시면 14번 문항에, 걸을 수 없으시면 15번 문항에 답해 주십시오.

참고: 4번 문항의 완전히 도움을 받는 상태는 도구의 최하 점수가 0점이므로 비워져 있음

※ 평소에 귀하가 가족(배우자, 부모, 형제, 자녀, 친지 등)에 대해
생각하시는 것과 가장 가까운 곳에 “√”표 해주십시오.

문 항		거 의 그 령 지 않 다	별 로 그 령 지 않 다	약 간 그 령 다	매 우 그 령 다
1	가족은 나에게 회복될 수 있다고 용기와 격려를 준다.				
2	가족은 내가 불편하지 않도록 도와준다.				
3	나는 나의 가족을 믿고 의지할 수 있다.				
4	가족은 나를 귀찮은 존재로 생각한다.				
5	가족은 경제적인 문제 때문에 나를 부담스러워 한다.				
6	가족은 나의 의견을 존중해 준다.				
7	가족은 나를 아끼고 사랑한다.				
8	가족은 나와 이야기를 많이 나눈다.				
9	가족은 나와 집안일을 의논한다.				
10	가족은 나에게 헌신적인 도움을 준다.				

※ 귀하가 건강의 증진을 위한 행위 (운동, 취미와 오락생활, 병원방문, 식이조절, 약물복용, 금연 등)을 하는데 있어서 어려운 점이 무엇인지 알고자 합니다. 해당 칸에 “√”표 해주십시오.

문 항		거 의 그 령 지 않 다	별 로 그 령 지 않 다	약 간 그 령 다	매 우 그 령 다
1	몸 상태가 나쁘거나 피곤해서 열심히 못한다.				
2	돈이 많이 들어서 부담이 된다.				
3	주변사람들의 시선 때문에 지장을 받는다.				
4	거동하는 것이 어려워서 열심히 못한다.				
5	노력해도 재발방지에 효과가 없다고 생각한다.				
6	넘어지거나 쓰러져 다칠까 두려워서 주저하게 된다.				
7	처방된 생활을 장기간 해야 하는 것이 어렵게 느껴진다.				

※ 귀하의 장애 (마비)에 대해 경험하였거나 생각하시는 내용과 가장 가까운 곳에 “√”표 해주십시오.

문 항		거 의 그렇지 않 다	별 로 그렇지 않 다	약 간 그렇다	매 우 그렇다
1	장애를 입기는 했지만 내 인생은 충만하다.				
2	장애가 있어도 적응하여 잘 살 수 있다.				
3	신체적 조건보다 인생을 어떻게 사느냐가 더 중요하다.				
4	인생에는 신체적 조건보다 중요한 것이 많다.				
5	정직이나 의지, 신앙심 등이 신체적 조건보다 더 중요하다.				
6	신체적 장애가 있지만 나의 능력에 만족하는 편이다.				
7	장애는 일부분일 뿐이고, 나의 모든 장점이 사라진 건 아니다.				
8	장애가 없다면 할 수 있는 일을 신체적 장애로 하지 못할 때 마음이 상한다.				
9	장애가 없는 사람과 비교해서 나의 능력이 열등하지 않다.				

※ 귀하가 행위를 수행함에 따른 자신감을 알아보기 위한 것입니다.
해당 칸에 “√”표 해주십시오.

문 항		전 혀 자 신 없 다	자 신이 없 는 편이다	할 수 있을 것 같 다	충분히 할 수 있 다
1	식사를 거르거나 과식하지 않을 자신이 있다.				
2	담배를 끊고 다시는 피우지 않을 자신이 있다. (담배를 피우지 않는 경우, 계속 피우지 않을 자신이 있다.)				
3	규칙적인 운동을 일주일에 세 번 이상 지속적으로 할 자신이 있다.				
4	처방된 약을 정해진 시간에 규칙적으로 복용할 자신이 있다.				
5	생활에서 받는 스트레스를 풀어버리고, 가슴에 담아두지 않을 자신이 있다.				
6	건강에 관심을 갖고, 건강관리에 필요한 정보를 알아 볼 자신이 있다.				
7	손상을 방지 (넘어지지 않게, 피부가 눌리거나 벗겨지지 않게, 피로하지 않게, 갑자기 춥지 않게) 하기 위한 주의 사항을 잘 지킬 자신이 있다.				
8	해로운 음식 (기름기, 짠 음식, 단 음식)은 먹지 않을 자신이 있다.				
9	마음을 편하게 가지고 즐겁게 생활 할 자신이 있다.				
10	일상생활 속에서 틈틈이 몸을 풀어주고 운동할 자신이 있다.				

※ 지난 1주일 동안 귀하가 느끼시고 행동하신 것을 가장 잘 나타낸 칸에
“√”표해 주십시오.

항 목 (지난 한 주 동안)	거 의 드물게 (1일 이하)	때 로 (2-3일)	상당히 (4-5일)	대부분 (6-7일)
1 평소에는 성가시지 않았던 일이 성가시게 느껴졌다.				
2 별로 먹고 싶지 않았다. (입맛이 없었다)				
3 가족이나 친구가 도와주더라도 울적한 기분을 떨칠 수 없었다.				
4 하고 있는 일에 마음을 집중하기 어려웠다.				
5 우울했다.				
6 하는 일마다 힘들게 느껴졌다.				
7 내 인생은 실패작이라 생각했다.				
8 무서움을 느꼈다.				
9 잠을 설쳤다.				
10 평소보다 말을 적게 했다.				
11 외로움을 느꼈다.				
12 사람들이 불친절했다.				
13 울음을 터뜨린 적이 있었다.				
14 슬픔을 느꼈다.				
15 사람들이 나를 싫어한다고 느꼈다.				
16 일을 제대로 진척시킬 수 없었다.				

※ 귀하의 생활방식과 건강증진 노력에 관한 내용입니다.

평소에 귀하가 실천하고 있는 것과 가장 일치하는 곳에 “√”표해 주십시오.

문 항		거 의 그렇지 않 다	별 로 그렇지 않 다	약 간 그렇다	매 우 그렇다
1	건강에 대해 의료인(의사, 간호사, 약사, 물리치료사 등) 과 상담한다.				
2	정기적으로 혈압을 측정한다.				
3	처방된 약을 규칙적으로 먹는다.				
4	갑자기 추위에 노출되지 않게 한다.				
5	가까운 곳에 산책이나 등산을 하여 걷는 훈련을 한다.				
6	옷 입기, 세수 및 목욕, 화장실 출입, 의자에서 일어나고 앉기 등 일상생활 속에서 운동을 한다.				
7	마비된 몸과 관절을 하루 2-3회 이상 풀어준다.				
8	식사를 거르거나 과식하지 않는다.				
9	몸에 좋지 않은 음식 (기름기, 짠 음식, 단 음식) 을 피한다.				
10	야채나 과일을 먹어 변비를 예방한다.				
11	충분한 수면을 취하고 틈틈이 휴식을 취한다.				
12	근심거리나 관심사를 친근한 사람과 의논한다.				
13	취미생활이나 오락 활동을 한다.				
14	즐겁게 생활하려고 노력한다.				
15	담배를 피우지 않는다.				

	문 항	거 의 그 령 지 않 다	별 로 그 령 지 않 다	약 간 그 령 다	매 우 그 령 다
16	건강에 관한 정보를 얻기 위해 노력한다. (책, 텔레비전의 건강강좌, 인터넷 정보, 건강교육프로그램 등)				
17	넘어지거나 부딪히지 않도록 유의한다.				
18	피부가 눌리거나 벗겨지지 않도록 주의 한다.				
19	과도하게 술을 마시지 않는다. (마셔도 1, 2잔만 먹는다)				
20	비만해지지 않도록 체중에 유의한다.				

- 끝까지 응답해 주셔서 감사합니다. -

ABSTRACT

An Explanatory Model for Health-Promoting Behavior in Patients Living at Home who have Post Stroke Hemiplegia

Kim, Mi Hee

Department of Nursing

The Graduate School

Yonsei University

The purpose of this study was to develop and test an explanatory model for health-promoting behavior in patients who are living at home and have hemiplegia following a stroke.

A hypothetical model was constructed on the basis of a review of studies in the literature related to health-promoting behavior, and Pender's health promotion model. The exogenous variables of the hypothetical model were activities of daily living, religiosity, and family support. The endogenous variables were health-promoting behavior, self-efficacy, acceptance of disability, perceived barriers to health-promoting activities, and depression.

Data were collected between December 5, 2005 and February 28, 2006 using self-report questionnaires. The sample was 239 patients living at home who had hemiplegia after a stroke. The collected data were analyzed with SPSS Win 12.0 program for descriptive data analysis and AMOS 4.0 Win program for covariance structural analysis.

The results are as follows:

1. Most of the fitness indices of the hypothetical model were found to be adequate except the following indices ($\chi^2=143.843$, $p=0.001$, $AGFI=0.893$, $PNFI=0.597$).

2. The initial model was modified by deleting four paths and adding five path parameter estimates considering the theoretical implications and statistical significance of parameter estimates. The results showed the four indices were greatly improved to $\chi^2=116.159$, $p=0.090$, $AGFI =0.914$, $PNFI=0.605$ as well the other fitness indices became more adequate.

3. Of the 18 hypothesized paths, 12 paths were supported in the modified model. The explanatory variables of the modified model explained 55% of the health-promoting behavior. The hypotheses supported by the final model were as follows:

1) Variables that have a direct effect on health-promoting behavior were self-efficacy ($\beta=.746$, $p < .01$) and family support ($\gamma=.193$, $p < .05$).

2) Variables that have a direct effect on self-efficacy were depression ($\beta =-.553$, $p < .01$) and acceptance of disability ($\beta=.194$, $p < .05$).

3) Variables that have a direct effect on acceptance of disability were perceived barriers to health-promoting activities ($\beta=-.527$, $p < .01$), religiosity ($\gamma=.385$, $p < .05$), and family support ($\gamma=.361$, $p < .05$).

4) Variables that have a direct effect on perceived barriers to health-promoting activities were activities of daily living ($\gamma=-.453$, $p < .01$) and family support ($\gamma=-.887$, $p < .01$).

5) Variables that have a direct effect on depression were acceptance of disability ($\beta=-.337$, $p < .01$), activities of daily living ($\gamma=-.404$, $p < .01$), and family support ($\gamma=-.278$, $p < .01$).

The continuing increase in the number of patients who live at home following a stroke resulting in hemiplegia make it imperative to explore strategies to help these persons identify and maximize their resources, develop their self-efficacy, improve emotional state, and enhance physical activity and spiritual growth to maximize health-promoting behaviors.

Key Words: Post Stroke Hemiplegia, Health-Promoting Behavior, Self-Efficacy, Acceptance of Disability, Perceived Barrier, Depression, Activities of Daily Living, Religiosity, Family Support