

간경변증환자의 환자역할행위에 관한 연구*

김 옥 수**

I. 서 론

1. 연구의 필요성

우리나라에서 간경변증은 최근 발생빈도나 사망율이 증가하는 추세이며, 조기진단 및 치료가 어렵기 때문에 이에 대한 건강상의 관심이 심각하게 대두되고 있는 실정이다(박충재와 고팡도, 1971; 문옥륜등, 1981). 또한 간경변증은 우리나라의 주요사망원인중의 하나이기 때문에 그 치료나 간호의 면에서 중요하게 다루어져야 한다고 본다(김성구, 1980; 강재연, 1983).

간은 신체대사에 지배적인 역할을 담당하며(Monique, 1983), 간의 손상은 신체전체에 악영향을 미친다(전산초, 1982). 간경변증은 간변성과 손상의 가장 심한 단계이거나 마지막 단계로써 이시기에 이르면 간의 능력은 위축되고 대부분이 상실되는 만성진행성염증 변화를 초래한다(Kart등, 1978; Schiff, 1969).

현재에도 간질환에는 특수치료가 없으며, 안정과 식이요법 및 술을 비롯한 간독물질을 제한하는 정도에 그치는 실정이므로(이창홍, 1977), 환자는 입원시 뿐 아니라 퇴원후에도 자기간호를 잘 이행해야 한다(Thompson, 1981).

간경변증과 같은 만성질환의 경우에는 환자의 건강을 유지하고 관리하는 것에 대한 책임이 환자 자신에게 주어지므로 간호원은 환자가 치료 및 간호지시를 잘 지키고 이행함은 물론 건강행위의 중요성을 이해시키고 그 생활유형(Life pattern)을 변경시키는데 관심을 두어야 할 것이다. 또한 만성질환자의 적응능력은 여러가지 이유로 감소하며 자신의 질병에 대해 개인들은 서로 다르게 반응하기 때문에(Bruner, 1975; Sandra, 1981), 그의 사회문화적배경 내에서 그들이 가지는 신념과 행동을 평가하는 것은 만성질환자의 이해를 증진시켜 주는데 중요한 변수로 작용한다.

간호원은 대상자의 건강을 증진하고 질병을 예방하는 것이 중요역할이므로 비이행의 결과에 대면하는 것 보다는 비이행의 원인요소를 발견하여 해결하는 것이 더욱 효과적이라고 본다.

따라서 본 연구자는 Becker와 Rosenstock의 건강신념모형을 기초로 하여 국내에서 주요사망원인중의 하나이며, 만성질환인 간경변증 환자를 대상으로 그들의 건강 신념이 환자역할행위에 어떠한 영향을 미치는지 알아보고, 또한 이를 근거로 환자역할행위를 바람직한 방향으로 유도하는데 도움이 되고자 본 연구를 시작하였다.

2. 연구의 목적

본 연구의 목적은 간경변증 환자를 대상으로 Becker의 건강신념모형을 기초로 하여, 그들의 건강신념이 치료와 간호지시에 대한 환자역할행위에 미치는 예측인자를 파악하기 위함이며 구체적인 목적은 다음과 같다.

- 1) 대상자의 일반적특성을 파악한다.
- 2) 간경변증 환자의 환자역할행위에 영향을 미치는 요인을 파악한다.
- 3) 환자역할행위에 영향을 미치는 주요요인을 규명한다.

3. 가 설

제 1 가설 ; 간경변증 환자의 건강동기가 강할수록 환자역할행위의 정도는 증가할 것이다.

제 2 가설 ; 간경변증 환자의 지각된 민감성의 정도가 높을수록 환자역할행위의 정도는 증가할 것이다.

제 3 가설 ; 간경변증 환자의 지각된 심각성의 정도가 높을수록 환자역할행위의 정도는 증가할 것이다.

제 4 가설 ; 간경변증 환자의 지각된 유익성의 정도가 높을수록 환자역할행위의 정도는 증가할 것이다.

제 5 가설 ; 간경변증 환자의 지각된 장애성의 정도가

* 이화여대 석사학위논문

** 성신간호전문대학

낮을수록 환자역할행위의 정도는 증가할 것이다.

제 6 가설 : 간경변증에 대한 지식 정도가 높을수록 환자역할행위의 정도는 증가할 것이다.

4. 용어의 정의

1) 환자역할행위(Sick role behavior)

간경변증이라는 의사의 진단을 받은 후 환자가 의료인 및 의료기관과 접촉을 가지면서 다시 건강을 회복하기 위해, 처방되고 권고된 지시사항을 이행하는 행위이다. 본 연구에서는 약물요법, 식이요법, 휴식 및 안정, 합병증 예방 및 관찰을 포함한다.

2) 건강동기(Health Motivation)

자신의 건강을 지키기 위해 치료지시 및 권고를 계속적으로 이행하도록 유도하고 자극하게 하는 동기로써 환자 자신의 건강에 대한 일반적인 관심이나 염려 또는 노력을 뜻한다.

3) 지각된 민감성(Perceived Susceptibility)

질병에 대해 민감하게 느끼는 감수성의 정도로써 간경변증이라는 진단명을 받아 들일때의 어려움, 진단에 대한 의심, 간경변증의 악화 또는 재발가능성, 회복의 가능성에 대한 대상자의 감수성의 정도를 뜻한다.

4) 지각된 심각성(Perceived Severity)

질병에 대해 심각하다고 믿는 정도로써, 간경변증이 가정생활이나 일상생활에 미치는 영향, 증상의 악화, 합병증발생 또는 질병으로 인한 격정등을 뜻한다.

5) 지각된 유익성(Perceived Benefit)

약물요법, 식이요법, 휴식 및 안정등의 치료지시나 권고를 잘 이행함으로써 질병의 회복에 도움이 된다고 기대하는 정도이다.

6) 지각된 장애성(Perceived Barrier)

치료지시나 권고를 따를때 수반되는 장애정도로써 약물요법, 식이요법, 휴식 및 안정등을 이행할 때 따르는 어려움과 더불어 복용하는 약의 부작용, 치료시 수반되는 경제적 부담 또는 치료지시 이행시 수반되는 심리적 압박등을 뜻한다.

7) 질병에 대한 지식(Knowledge in Disease)

질병 및 관리에 대한 지식으로 본 연구에서는 간경변증의 발병가능한 원인, 회복과정 및 합병증에 관한 지식을 뜻한다.

5. 연구의 제한점

1) 본 연구에서 사용한 설문지는 표준화되지 않은 도구이다.

2) 본 연구에서는 객관적인 환자역할행위의 측정이 불가능해 주관적인 환자역할행위만을 다루었으므로 측

정에 있어 제한이 있다고 본다.

3) 외래환자와 입원환자간의 환자역할행위의 차이점이 구분되지 않았다.

II. 이론적 배경 및 선행연구

1. 건강신념모델(Health Belief Model)

건강신념모델은 Lewin의 사회심리학적 이론을 바탕으로 Hochbaum, Kegeles, Leventhal, Rosenstock 등에 의해 예방적 건강행위를 설명하기 위해 만들어 졌으나 (Rosenstock, 1974; Maiman, 1974) Becker는 예방적 상황과 마찬가지로 치료적상황에도 적용을 시도했다 (Dracup 및 Meleis, 1981).

건강신념모델과 관련하여 Kasl 및 Cobb(1966)는 질병과 건강이 관련된 행동을 건강행위, 질병행위, 환자역할행위 등 3가지 형태의 행위로 구분하였다. 이에 간경변증 환자가 치료지시를 이행하는행위는 환자역할행위에 속한다. 건강신념모델의 핵심개념은 지각된 건강동기, 민감성과 심각성, 그리고 치료지시를 취할때의 지각된 유익성과 장애성에 대한 신념이다.

건강동기와 관련하여 Becker등(1977)은 자녀에 대한 어머니의 건강관심이 비만아의 체중감소에 긍정적 영향을 미친것을 보고 했으며, 친식환아에 관한 연구에서도 환아에 대한 건강관심이 더 크고 또한 질병은 예방이 가능하다고 믿는 어머니가 치료지시에 대한 이행율도 높고 추후약속도 잘지켰다고 했다(Becker 등, 1978).

지각된 민감성에 관해 Elling(1960), Heinzelmann (1962)은 Rheumatic Fever에 대한 재이환의 가능성을 믿는것과 이행과는 관계가 있다고 했다.

Becker(1974)도 역시, 앓고 있는 중이염에 대해 자신의 어린이가 재이환될 가능성이 있다고 생각한 어머니가 투약을 더 잘하며 추후약속도 더 잘지켰다고 했다.

지각된 심각성에 관해 Tagliacozzo등(1974)은 자신의 질병이 심각하다고 느끼는 사람일수록 이행율은 증가한다고 했다. 최영희(1980)는 고혈압환자의 심각성의 정도가 높을수록 고혈압관리에 대한 치료지시이행을 잘했다고 하며, 이종경(1982)도 예방적건강행위 이행자는 비이행자보다 자궁암에 대한 심각성이 더 높았다고 했다.

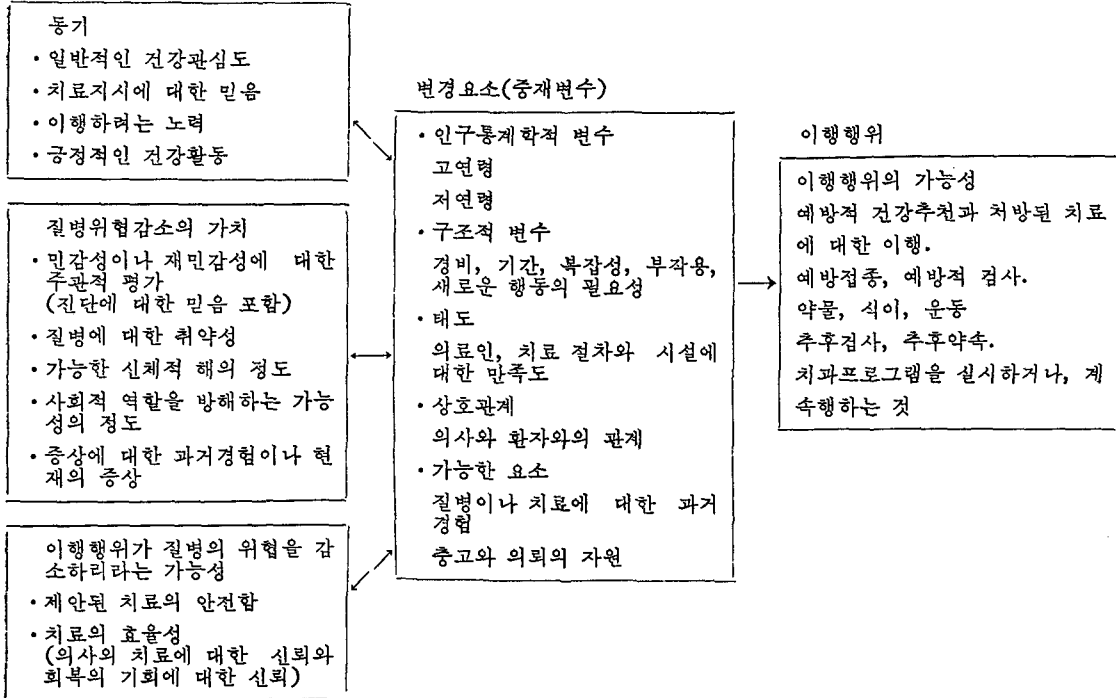
지각된 유익성에 대해 Ricketles 및 Briscoe(1970), Battistella(1971), Becker(1974)는 치료의 효율성에 대한 믿음과 이행과는 긍정적인 상관관계가 있다고 보고

했다. 또한 Charney(1967)는 소아과 환자의 어머니가 의사를 신뢰할수록 구강으로 Penicillin 투여를 더 잘 이행했다고 했다.

지각된 장애성에 대해 Blackwell(1973), Pender

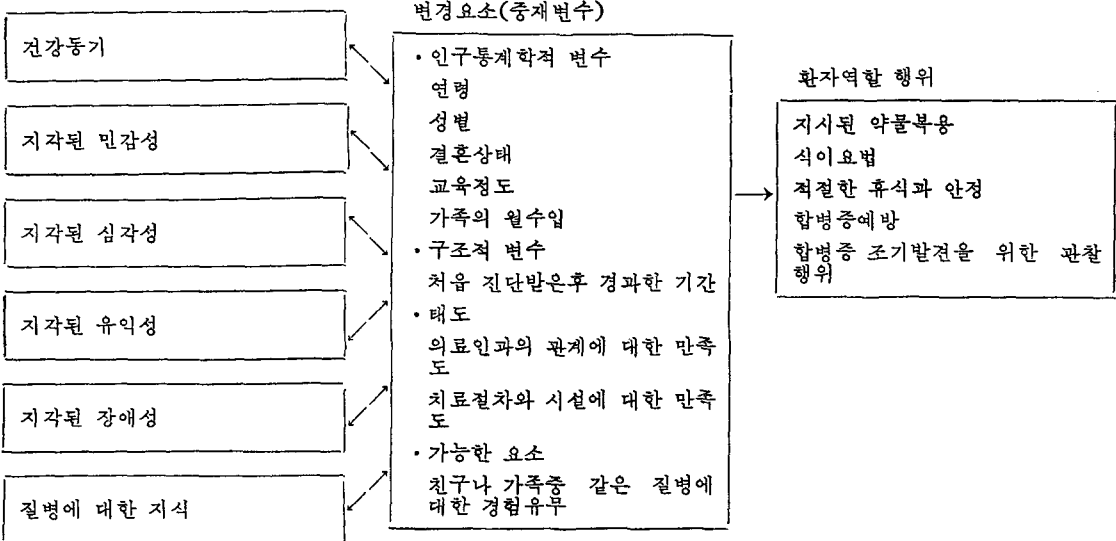
(1975)는 치료지시이행과 치료비용이 불충분한 것 사이의 관련성을 보고했으며 Donabedian 및 Rosenfeld (1964)도 심각한 만성질환을 가진 채 퇴원한 환자들은 그들이 가난하거나 취직이 안된 상태일때 치료섭생에 덜

추천된 이행행위를 행할 준비성



<그림 1> 이행행위를 설명해 주는 건강신념모델(Becker 등, 1975)

추천된 이행행위를 행할 준비성



<그림 2> 건강신념모델을 기초로 한, 본 연구의 조작적 모델

이행했다고 보고했다.

이상에서 제시한 개념이외에도 환자역할행위에 영향을 미치는 변수로는 같은 질병에 대한 과거의 경험, 비슷한 질병을 가진 가족내의 다른 구성원들이 포함된다. 또한 이행행위는 질병에 대한 지식과도 관련이 있어, 환자들은 자신의 질병에 대해서 많이 알수록, 그리고 상태에 관해 많이 알수록 치료에 성공적으로 협조하는 경향이 있다고 한다(Heizelmann, 1962; Hulka, 1976; Blumenfield, 1977; Hecht, 1974; Turnbull, 1978).

건강신념모델에서 건강신념과 이행행위를 그림으로 나타낸 것은 그림 1과 같으며(Becker 등, 1975), 본 연구의 조작적 모델은 그림 2와 같다.

2. 지 각

인간의 지각은 자극에 주어진 학습된 의미에 의해 주로 결정되며, 경험과 학습은 지각에 많은 영향을 미친다. 지각에 있어 개인의 차이는 명백하며 똑같은 상황내에서도 각각 다른 반응을 나타낸다(Vernon, 1970). 최정훈(1975)에 의하면 행동은 지각의 함수이므로 지각을 변화시켜줌으로써 행동을 수정할 수 있다고 하였다. 또한 King(1975)은 지각이란 현실에 대한 과거경험, 자아개념, 사회경제계층, 유전적 및 교육적 배경과 밀접한 관계가 있다고 하였으며, Lindesmith 및 Strauss(1968)는 지각은 개인의 흥미, 욕구 및 과거경험에 의해서도 영향을 받는다고 하였다.

환자가 자신의 질병을 어떻게 받아들일느냐에 따라서 환자의 행동은 달라지게 되며(Wu, 1973), 또한 건강상태의 변화도 건강에 대한 태도와 행동을 변화시킴으로써 이루어질 수 있다고 하는 것으로 보아(Suchman, 1970) 환자역할행위를 변화시키기 위해서는 질병에 대한 지각을 변경시켜야 할 필요도 있다.

3. Orem의 자기간호모델

Orem(1971)은 자기간호(Self care)를 생명과 건강과 안녕을 유지하기 위해서 각 개인이 일상생활을 수행하는 활동의 실제라고 정의하면서, 간호란 건강상의 문제로 이러한 자기간호를 수행할 수 없는 사람에게 직접적으로 도움을 주는 것이라고 하였다. Orem은 자기간호를 2가지 형태로 구분하여 첫째는, 일반적인 자기간호로서 이는 기본적인 인간의 욕구를 충족시키는 일상생활의 모든 활동을 의미하는 것이며, 둘째는 건강이탈에 대한 자기간호로서 이는 질병과 상해시에 필요한 활동이다. 이에 간경변증 환자의 환자역할행위는 건강이탈에 대한 자기간호로 볼 수 있으며, 그중에도

건강이탈의 결과나 치료에 적응하는 일에 속한다.

Ⅲ. 연구방법

1. 연구대상 및 자료수집방법

본 연구의 대상은 서울, 원주, 목포시내에 위치한 4개의 대학병원에 등록된 간경변증 환자로서 내과외과에서 통원치료받거나, 내과계 병동에서 입원치료받은 경험이 1개월 이상된 환자 80명을 대상으로 하였다. 자료수집기간은 1984년 9월 18일부터 10월 15일까지 28일 동안이었다. 자료수집방법은 연구자와 간호원이 직접 면담을 하여 설문지를 작성하였다.

2. 연구도구

연구도구는 Becker의 건강신념모델의 주요변수와 간경변증에 대한 문헌고찰을 기초로 작성하였다. 설문지의 내용은 일반적 특성 9문항, 환자역할행위 12문항, 건강동기 8문항, 지각된 민감성 5문항, 지각된 심각성 6문항, 지각된 유익성 8문항, 지각된 장애성 7문항, 질병에 대한 지식 7문항등 총 62문항으로 작성되었다.

3. 자료처리 및 분석방법

수집된 자료는 S.P.S.S. program에 의해 전산처리되었다. 일반적 특성은 각 문항별로 실수와 백분율을 산출하였으며, 그외는 각 문항의 내용을 점수화하여 각 5단계로 나누었다. 「전혀안한다」는 1점, 「잘안한다」는 2점, 「보통이다」는 3점, 「잘한다」는 4점, 「철저하게 지킨다」는 5점으로 점수화했으며 점수가 높을수록 측정하고자 하는 차원의 성향이 높은 것을 의미한다. 해당항목의 질문내용과 방향이 반대되는 내용은 점수를 역으로 계산하여 각 평균점수와 표준편차를 산출하였다.

일반적 특성과 각 변수간의 상관관계에 대한 유의성 검정을 위해 분산분석(ANOVA), 그리고 각변수간의 상관계수(Pearson Correlation Coefficient)를 산출하였으며, 환자역할행위와 각변수간의 다변수 상관성을 알아보기 위해 단계적 다회귀분석(Stepwise Multiple Regression)을 사용하였다.

Ⅳ. 연구결과 및 고찰

1. 대상자의 일반적 특성

대상자의 일반적 특성에 따른 분포는 표 1과 같다.

〈표 1〉 일반적 특성별로 본 대상자의 분포도(N=80)

일반적 특성	구 분	실수(명)	비율(%)
성 별	남 자	55	68.8
	여 자	25	31.3
연 령	35세 이하	8	10.0
	36~45세	17	21.3
	46~55세	29	36.3
	56~65세	19	23.8
	66세 이상	7	8.8
결혼상태	미 혼	3	3.8
	기 혼	56	70.0
	별 거	6	7.5
	사 별	15	18.8
교육정도	무 학	15	18.8
	국 출	26	32.5
	중 출	19	23.8
	고 출	13	16.3
	대출 이상	7	8.8
	가족의 월수입	20만원 이하	37
21~30만원		20	25.0
31~40만원		12	15.0
41~50만원		4	5.0
51만원 이상		7	8.8
진단받은 후 경과 기간	1년 미만	42	52.5
	~2년	10	12.5
	~3년	9	11.3
	~4년	2	2.5
의료인과의 관계 만족도	매우만족치 않음	4	5.0
	만족치 않음	13	16.3
	보 통	30	37.5
	만족함	29	36.3
치료절차와 시설에 대한 만족도	매우만족치 않음	2	2.5
	만족치 않음	9	11.3
	보 통	33	41.3
	만족함	31	38.8
가족이나 친구중 같은 질병의 경험유무	매우만족함	5	6.3
	가족이나 친구중 같 있다	17	21.3
	은 질병의 경험유무 없다	63	78.8

성별로는 남자 68.8%, 여자 31.3%였으며 연령별로는 46~55세가 36.3%로 가장 많았다. 결혼상태별로는 결혼하여 동거하고 있는 대상자가 70.0%로 가장 많았

다. 교육정도별로는 무학 18.8%, 국출 32.5%, 중출 23.8%로 대부분이 저학력 상태였다. 가족의 월수입별로는 20만원이하 46.3%, 21~30만원 25.0%로 71.3%가 30만원 이하의 월수입 분포를 보였다. 진단후 경과 기간은 1년미만이 52.5%로 거의 반수를 차지했다. 치료시 의료인과의 관계만족도와, 치료절차와 시설에 대한 만족도에서는 대부분이 보통이상의 만족도를 나타내었다. 가족이나 친구중 간경변증의 경험유무에서는 없는 경우가 78.8%로 더 많았다.

2. 대상자의 일반적 특성별로 본 환자역할행위의 정도

대상자의 일반적 특성에 따른 환자역할행위의 정도를 알기 위해 평균과 표준편차를 산출하고 분산분석을 실시한 결과는 표 2와 같다.

〈표 2〉 일반적 특성과 환자역할행위와의 관계

일반적 특성	Mean±S.D.	F	df	P	
성 별	남 자	36.05±7.17	8.077	$\frac{1}{78}$	0.0057**
	여 자	31.52±5.15			
연 령	35세 이하	30.75±5.20	1.752	$\frac{4}{75}$	0.1476
	36~45세	35.12±5.30			
	46~55세	36.79±6.79			
	56~65세	32.95±6.44			
	66세 이상	33.57±11.30			
결혼상태	미 혼	28.00±4.58	19.719	$\frac{3}{76}$	0.0000**
	기 혼	37.60±5.64			
	별 거	28.17±4.22			
	사 별	27.47±4.12			
교육정도	무 학	28.80±4.77	15.860	$\frac{4}{75}$	0.0000**
	국 출	31.62±5.48			
	중 출	34.79±6.31			
	고 출	39.38±3.43			
	대출 이상	45.43±4.35			
	가족의 월수입	20만원 이하			
21~30만원		32.65±6.12			
31~40만원		38.50±3.83			
41~50만원		39.50±5.20			
51만원 이상		42.86±6.62			

진단받은 후 경과기간			
1년 미만	34.40±6.19		
~2년	40.60±6.83		
~3년	33.56±6.37	3.648	$\frac{4}{75}$ 0.0090**
~4년	41.00±9.90		
4년 이상	31.53±6.80		
의료인과의 관계 만족도			
매우만족치않음	37.00±8.04		
만족치않음	32.85±5.97		
보통	34.00±7.56	0.604	$\frac{4}{75}$ 0.6607
만족함	35.45±6.48		
매우만족함	37.00±8.04		
치료절차와 시설에 대한 만족도			
매우만족치않음	30.50±4.95		
만족치않음	36.33±5.07		
보통	33.30±8.05	0.979	$\frac{4}{75}$ 0.4244
만족함	36.03±5.58		
매우만족함	33.40±9.24		
가족이나 친구중 같은 질병의 경험 유무			
있다.	37.53±8.09	3.927	$\frac{1}{78}$ 0.0510
없다.	33.86±6.40		

** p<0.01

a) 성별로는 남자 36.05±7.17, 여자 31.52±5.15로 남자가 평균적으로 높았으며 그 차이는 통계적으로 매우 유의했다(F=8.077, df= $\frac{1}{78}$, p=0.0057).

b) 연령별에서 그 차이는 통계적으로 유의하지 않았다(F=1.752, df= $\frac{4}{75}$, p=0.1476).

c) 결혼상태별로는 미혼 28.0±4.58, 결혼(동거) 37.60±5.64, 별거 28.17±4.22, 사별 27.47±4.12로 결혼하여 배우자와 동거하는 경우가 가장 높았으며 그 차이는 통계적으로 매우 유의했다(F=19.719, df= $\frac{3}{76}$, p=0.0000).

d) 교육정도 별로는 무학 28.80±4.77, 국졸 31.62±5.48, 중졸 34.79±6.31, 고졸 39.38±3.43, 대졸이상 45.43±4.35로 학력이 높을수록 평균은 높았으며 그 차이는 통계적으로 매우 유의했다(F=15.860, df= $\frac{4}{75}$, p=0.0000).

e) 가족의 월수입별로는 20만원이하 32.38±6.53, 21~30만원 32.65±6.12, 31~40만원 38.50±3.83, 41~50만원 39.50±5.20, 51만원이상 42.86±6.62로 수입이 많을수록 평균은 높았으며 그 차이는 통계적으로 매우 유의했다(F=6.911, df= $\frac{4}{75}$, p=0.0001).

f) 진단후 경과기간별로는 1년미만 34.40±6.19, 2년 40.60±6.83, 3년 33.56±6.37, 4년 41.0±9.90, 4

년 이상 31.53±6.80으로 그차이는 통계적으로 매우 유의했다(F=3.648, df= $\frac{4}{75}$, p=0.0090).

g) 치료시 의료인과의 관계만족도에서 그 차이는 통계적으로 유의하지 않았다(F=0.604, df= $\frac{4}{75}$, p=0.6607).

h) 치료절차와 시설에 대한 만족도에서 그차이는 통계적으로 유의하지 않았다(F=0.979, df= $\frac{4}{75}$, p=0.4244).

i) 가족이나 친구중에 간경변증을 앓은 사람이 있는 지에서 그차이는 통계적으로 유의하지 않았다(F=3.927, df= $\frac{1}{78}$, p=0.0510)

이상의 결과를 볼때 남자에게 환자역할행위가 높게 나타난 것은 많은 연구에서 인구통계학적 변수와 이행과는 관계가 없다고 한 것과는 대조적이었으나(Becker 등, 1974; Giberson 및 Larson, 1980; Marston, 1970), Davis(1966), 최영희(1980)의 연구결과와는 일치하는 것이었다. Davis 및 Eichhorn(1963), Schartz등(1962)은 연령이 많을수록 이행율도 낮았다고 했으나 본 연구에서는 연령과는 관계가 없었다. Parkes등(1962)은 정신분열증 환자중 배우자나 친척과 함께 사는 사람이 혼자인 경우보다 이행율이 높다고 했는데 본 연구에서도 배우자와 동거하고 있는 환자의 환자역할행위가 높은 것을 볼 수 있었다.

교육정도가 낮을수록, 그리고 가족의 월수입이 적을수록 환자역할행위가 낮은 것은 Becker(1972), Donabedian 및 Rosenfeld(1964)의 연구결과와 일치하는 것이었다. Blackwell(1973)은 만성질환은 치료기간이 길어져서 이행이 저조하다고 했는데 본 연구에서는 관계가 없었다. Becker(1975), Alpert(1964), Davis(1968)는 치료시 의료인과의 관계나, 치료절차와 시설에 대한 만족도가 높을수록 이행이 증가한다고 했는데 이와는 대조적으로 본 연구의 결과에서는 만족도와 환자역할행위와는 관계가 없는 것으로 나타났다.

3. 환자역할행위에 영향을 미치는 요인

1) 각 변수들 간의 상관 관계

가설검정을 위해 Pearson Correlation Coefficient를 산출하여 각 변수들간의 상관관계를 살펴 본 결과는 표 3과 같다.

a) 환자역할행위와 건강동기와의 순상관 관계가 있었으며(r=0.7892), 건강동기가 강할수록 환자역할행위의 정도는 증가했으므로 제 1가설은 채택되었다(p=0.0000).

b) 지각된 민감성과는 순상관 관계가 있었으며(r=0.6383), 지각된 민감성이 높을수록 환자역할행위는

〈표 3〉 환자역할행위와 각 변수들간의 상호관계성

	환자역할행위	건강동기	민감성	심각성	유익성	장애성	지식
환자역할행위	1.0000	0.7892**	0.6383**	0.5869**	0.7535**	-0.7709**	0.7538**
건강동기		1.0000	0.6160**	0.5209**	0.7774**	-0.7195**	0.6972**
민감성			1.0000	0.6530**	0.6768**	-0.7165**	0.7482**
심각성				1.0000	0.5798**	-0.5587**	0.6829**
유익성					1.0000	-0.7528**	0.7523**
장애성						1.0000	-0.6653**
지식							1.0000

** p<0.01

〈표 4〉 환자역할행위와 제변수들간의 단계적 다회귀분석

단계	변수	회귀계수(B)	다변수상관계수(R)	기여도(R ²)	자유도(df)	(F)
1.	건강동기	0.4229	0.7892	0.6228	1/78	128.786**
2.	장애성	-0.4563	0.8417	0.7083	2/77	93.479**
3.	지식	0.4715	0.8648	0.7478	3/76	75.131**
4.	민감성	0.8661	0.8662	0.7503	4/75	56.329**

** p<0.01

증가했으므로 제 2 가설은 채택되었다(p=0.0000).

c) 지각된 심각성과는 순상관 관계가 있었으며(r=0.6383), 민감성이 높을수록 환자역할행위의 정도는 증가했으므로 제 3 가설은 채택되었다(p=0.0000).

d) 지각된 유익성과는 순상관 관계가 있었으며(r=0.7535), 유익성이 높을수록 환자역할행위의 정도는 증가했으므로 제 4 가설은 채택되었다(p=0.0000).

e) 지각된 장애성과는 역상관 관계가 있었으며(r=-0.7709), 장애성이 낮을수록 환자역할행위의 정도는 증가했으므로 제 5 가설은 채택되었다(p=0.0000).

f) 간경변증에 대한 지식과는 순상관 관계가 있었으며(r=0.7538), 질병에 대한 지식이 높을수록 환자역할행위의 정도는 증가했으므로 제 6 가설은 채택되었다(p=0.0000).

g) 제변수들 간의 상호관계성에서 각 변수들은 상호적으로 순상관 관계가 있었으나, 지각된 장애성과는 각각 역상관 관계를 보였다.

2) 환자역할행위와 제변수들 간의 다변수 상관성

본 연구에서 독립변수인 건강동기, 지각된 민감성, 심각성, 유익성, 장애성 및 간경변증에 대한 지식이 환자역할행위라는 종속변수를 어느정도 설명해 줄 수 있는가를 알아보기 위해 단계적 다회귀분석법을 실시하여 각 단계별 종속변수에 대한 독립변수들의 다변수

상관계수 (R)를 측정하고 기여도(R²)를 측정하였다.

단계적 다회귀분석의 결과는 표 4와 같다.

제 1 단계의 경우, 기여도가 가장 높았던 변수는 건강동기로서 환자역할행위를 62.28%설명해 줄 수 있었다. 건강동기와 일반적 특성과의 관계는 표 5와 같다.

〈표 5〉 일반적 특성과 건강동기와의 관계

일반적 특성	Mean±S.D.	F	df	P
성 별				
남 자	29.36±5.28	7.866	1/78	0.0064**
여 자	25.84±5.05			
연 령		1.433	4/75	0.2314
35세 이하	25.50±4.17			
36~45세	28.35±4.49			
46~55세	29.62±5.09			
56~65세	28.26±5.74			
66세 이상	25.57±8.16			
결혼상태		13.497	3/76	0.0000**
미 혼	24.33±5.51			
기 혼	30.34±4.14			
별 거	22.83±3.31			
사 별	23.47±5.74			

〈표 6〉 일반적 특성과 지각된 장애성과의 관계

일반적 특성	Mean±S.D.	F	df	P
성 별				
남 자	20.09±5.28	7.388	1/78	0.0081**
여 자	23.28±3.76			
연 령				
35세 이하	25.50±4.44	4.697	4/75	0.0019**
36~45세	29.35±4.90			
46~55세	31.07±4.29			
56~65세	27.79±4.20			
66세 이상	24.00±7.42			
결혼상태				
미 혼	23.33±4.73	11.544	3/76	0.0000**
기 혼	19.27±4.61			
별 거	25.33±2.07			
사 별	25.73±3.28			
교육정도				
무 학	24.67±3.92	9.343	4/75	0.0000**
국 졸	22.42±4.86			
중 졸	20.74±5.15			
고 졸	18.62±1.94			
대졸 이상	14.00±1.83			
가족의 월수입				
20만원 이하	23.49±4.33	14.867	4/75	0.0000**
21~30만원	22.15±4.27			
31~40만원	18.08±2.81			
41~50만원	17.25±1.50			
51만원 이상	12.71±1.38			
진단받은후 경과기간				
1년 미만	20.83±5.14	3.982	4/75	0.0055**
~2년	17.80±3.97			
~3년	21.33±5.36			
~4년	15.00±2.83			
4년 이상	24.24±3.58			
의료인과의 관계 만족도				
매우만족치않음	20.25±7.23	1.358	4/75	0.2567
만족치 않음	20.85±3.83			
보 통	22.30±4.91			
만족함	20.69±5.18			
매우 만족함	16.50±5.80			
치료절차와 시설에 대한 만족도				
매우만족치않음	26.50±0.71	1.026	4/75	0.3995
만족치 않음	19.44±4.16			
보 통	21.73±5.12			

* p<0.05 ** p<0.01

건강동기에서, 여자보다는 남자가, 그리고 결혼하여 배우자와 동거하는 경우에 건강동기가 더 강한 것으로 나타났다. 또한, 교육정도는 높을수록, 월수입은 많아 질수록 역시 건강동기도 강했다. 가족중 간병변증을 앓은 사람이 있는 경우에 건강동기가 더 강한 것으로 나타났다.

제 2 단계에서는 건강동기에 지각된 장애성이 추가되어 환자역할행위를 70.83% 설명해 줄 수 있었다. 일반적 특성과의 관계는 표 6과 같다.

지각된 장애성에서, 남자보다는 여자가 그리고 46~

만족함	20.65±4.81			
매우 만족함	20.40±7.83			
가족이나 친구중 같은 질병의 경험유무				
있다	18.47±5.00	6.158	$\frac{1}{78}$	0.0152*
없다	21.79±4.87			

* p<0.05 ** p<0.01

55세 사이의 대상자들이 장애성이 높게 지각했다. 결혼상태에서는 별거나 사별인 경우에 장애성을 높게 지각했으며, 학력은 낮을수록, 월수입은 적을수록 장애성을 높게 지각하는 경향이 있었다. 진단후 경과 기간은 4년 이상일때 그리고 가족중 간경변증의 경험이 없는 경우에 더 높게 지각했다.

제 3 단계에서는, 건강동기와 지각된 장애성에 질병에 대한 지식이 추가되어 환자역할행위를 74.78% 설명해 줄 수 있었으며 결과는 표 7과 같다.

<표 7> 일반적 특성과 간경변증에 대한 지식과의 관계

일반적 특성	Mean±S.D.	F	df	P
성 별				
남 자	24.36±4.08	5.131	$\frac{1}{78}$	0.0263*
여 자	22.08±4.39			
연 령				
35세 이하	21.75±4.23			
36~45세	24.76±4.45			
46~55세	25.45±3.55	4.770	$\frac{4}{75}$	0.0018**
56~65세	22.16±3.61			
66세 이상	19.71±4.61			
결혼상태				
미 혼	21.33±2.89			
기 혼	25.27±3.58	13.174	$\frac{3}{76}$	0.0000**
별 거	20.00±3.90			
사 별	19.53±3.36			
교육정도				
무 학	20.20±4.13			
국 졸	22.08±3.31			
중 졸	24.26±3.54	13.395	$\frac{4}{75}$	0.0000**
고 졸	26.85±2.38			
대졸 이상	29.29±2.63			
가족의 월수입				
20만원 이하	21.65±4.19			
21~30만원	23.40±3.23			
31~40만원	26.67±2.60	7.787	$\frac{4}{75}$	0.0000**
41~50만원	27.25±2.50			

51만원 이상	27.71±4.11			
진단받은후 경과기간				
1년 미만	23.40±4.19			
~2년	26.90±3.18			
~3년	23.22±4.29	2.472	$\frac{4}{75}$	0.0516
~4년	27.00±1.41			
4년 이상	22.18±4.50			

의료인과의 관계 만족도

매우만족치않음	25.25±5.74			
만족치 않음	22.69±4.17			
보 통	23.37±4.75	0.409	$\frac{4}{75}$	0.8014
만족함	24.10±3.94			
매우 만족함	24.00±2.94			

치료절차와 시설에 대한 만족도

매우만족치않음	21.50±4.95			
만족치 않음	25.89±3.14			
보 통	23.33±4.89	0.972	$\frac{4}{75}$	0.4282
만족함	23.74±3.90			
매우 만족함	22.00±3.74			

가족이나 친구중 같은 질병의 경험유무

있다	25.71±3.48	5.229	$\frac{1}{78}$	0.0249*
없다	23.10±4.34			

* p<0.05 ** p<0.01

간경변증의 지식과의 관계에서 남자가 여자에 비해, 연령에서는 46~55세 사이에서 질병에 대한 지식이 가장 높았다.

결혼상태에서는 배우자와 동거하고 있는 경우가, 교육정도에서는 학력이 높을수록, 월수입도 많을수록 간경변증에 대한 지식이 높았다. 또한 가족중 간경변증을 앓은 사람이 있는 경우에 지식이 더 높은 것으로 나타났다.

제 4 단계에서는 건강동기, 지각된 장애성 및 질병에 대한 지식에 지각된 민감성이 추가되어 환자역할행위를 75.03%로 설명해 줄 수 있었으며 그결과는 표 8과 같다.

<표 8> 일반적 특성과 지각된 민감성과의 관계

일반적 특성	Mean±S.D.	F	df	P
성 별				
남 자	16.45±3.02	4.339	$\frac{1}{78}$	0.0405*
여 자	15.00±2.58			
연 령				
35세 이하	14.25±1.83			

36~45세	16.88±3.08		
46~55세	17.17±2.47	4.304	$\frac{4}{75}$ 0.0035**
56~65세	14.89±2.98		
66세 이상	14.00±3.06		
결혼상태			
미 혼	14.33±1.53		
기 혼	17.18±2.44	15.640	$\frac{3}{76}$ 0.0000**
별 거	13.00±1.26		
사 별	13.13±2.50		
교육정도			
무 학	14.27±2.66		
국 졸	14.77±2.82		
중 졸	16.21±2.39	9.556	$\frac{4}{75}$ 0.0000**
고 졸	18.92±1.04		
대졸 이상	18.29±2.69		
가족의 월수입			
20만원 이하	14.59±2.68		
21~30만원	15.25±2.15		
31~40만원	18.75±1.05	12.875	$\frac{4}{75}$ 0.0000**
41~50만원	18.75±2.63		
51만원 이상	19.29±2.21		
진단받은후 경과기간			
1년 미만	15.80±2.94		
~2년	17.00±2.79		
~3년	16.33±3.67	0.485	$\frac{4}{75}$ 0.7465
~4년	17.00±1.41		
4년 이상	15.58±2.94		
의료인과의 관계 만족도			
매우만족치않음	16.50±3.32		
만족치 않음	15.54±2.54		
보 통	15.77±2.93	0.253	$\frac{4}{75}$ 0.9068
만족함	16.31±3.34		
매우 만족함	16.50±1.73		
치료절차와 시설에 대한 만족도			
매우만족치않음	14.50±2.12		
만족치 않음	17.11±2.85		
보 통	16.00±2.77	0.500	$\frac{4}{75}$ 0.7357
만족함	15.87±3.32		
매우 만족함	15.40±2.51		
가족이나 친구중 같은 질병의 경험유무			
있다	17.29±2.26	4.313	$\frac{1}{78}$ 0.0411*
없다	15.65±3.04		

* p<0.05 ** p<0.01

지각된 민감성과의 관계에서 여자보다는 남자가, 연

령에서는 46~55세에서 민감성이 가장 높았다. 결혼상태에서는 결혼하여 배우자와 동거하는 경우가, 학력은 높을수록 그리고 월수입도 많을수록 높게 지각했다. 가족이나 친구중 간경변증을 앓은 사람이 있는 경우에서 민감성을 높게 지각하는 것으로 나타났다.

V. 결론 및 제언

본 연구는 건강신념모델에서 제시한 건강신념들이 우리나라의 간경변증 환자의 환자역할행위에 어떠한 영향이 미치는지 알아보고, 또한 이를 기초로 임상에서의 환자교육이나 치료 및 간호의 효과에 도움이 되는 객관적이고, 과학적인 기초 자료를 제공하기 위하여 시작되었다.

연구기간은 1984년 9월 18일부터 10월 15일 까지였으며, 서울, 원주, 목포시내에 위치한 4개의 대학병원에서 간경변증으로 진단받고 내과외과에서 통원치료를 받거나, 내과계 병동에 입원하여 치료를 받고 있는 환자 80명을 대상으로 연구하였다.

본 연구에서 사용한 도구는 건강신념모델을 근거로 참고문헌을 기초로 연구자가 작성한 질문지로, 환자와의 면접법을 사용하여 자료를 수집하였다.

수집된 자료는 S.P.S.S. program에 의해 평균과 표준편차, 분산분석, Pearson Correlation Coefficient, Stepwise Multiple Regression 방법으로 분석되었다.

본 연구를 통해 얻어진 결론은 다음과 같다.

1. 간경변증 환자의 환자역할행위에 영향을 미치는 일반적 특성내에서의 변수로는 성별, 결혼상태, 교육정도, 가족의 월수입 및 진단받은후 경과한 기간등이었다.

2. 환자역할행위와 제변수인 건강신념과의 관계에서,

a) 제 1 가설인, 간경변증 환자의 건강동기가 강할수록 환자역할행위의 정도는 증가할 것이라는 채택되었다($r=0.7892$, $p=0.0000$).

b) 제 2 가설인, 간경변증 환자의 지각된 민감성의 정도가 높을수록 환자역할행위의 정도는 증가할 것이라는 채택되었다($r=0.6383$, $p=0.0000$).

c) 제 3 가설인, 간경변증 환자의 지각된 심각성의 정도가 높을수록 환자역할행위의 정도는 증가할 것이라는 채택되었다($r=0.5869$, $p=0.0000$).

d) 제 4 가설인, 간경변증 환자의 지각된 유익성의 정도가 높을수록 환자역할행위의 정도는 증가할 것이라는 채택되었다($r=0.7535$, $p=0.0000$).

e) 제 5 가설인, 간경변증 환자의 지각된 장애성의

정도가 낮을수록 환자역할행위의 정도는 증가할 것이라는 채택되었다($r=-0.7709$, $p=0.0000$).

f) 제 6 가설인, 간경변증에 대한 지식의 정도가 높을수록 환자역할행위의 정도는 증가할 것이라는 채택되었다($r=0.7538$, $p=0.0000$).

g) 제 변수들간의 상호관계성에서 각 변수들 간에는 상호적으로 순상관 관계가 있었으며, 지각된 장애성과는 각각 역상관 관계가 있었다.

3. 환자역할행위의 제 변수들 간의 다변수 상관성에서, 환자역할행위에 가장 영향을 많이 미친 변수는 건강동기로서 기여도는 62.28%였으며, 그다음은 지각된 장애성으로 이를 추가하면 기여도는 70.38%에 달하였다. 이에 질병에 대한 지식을 추가하면 기여도는 74.78%로 증가했으며, 마지막으로 지각된 민감성을 더 추가하면 기여도는 모두 75.03%에 달하였다.

본 연구결과를 기반으로 다음과 같은 제언을 하고자 한다.

1) 환자역할행위에 큰 영향을 주는 변수는 건강동기 지각된 장애성, 질병에 대한 지식 및 지각된 민감성이므로 간경변증 환자의 치료와 간호시에는 이들 변수에 대한 지각도를 조정할 수 있는 교육프로그램이나 제도의 준비가 필요하다고 본다.

2) 간경변증뿐 아니라 기타 만성질환자의 환자역할행위에 대한 비교연구가 필요하다고 본다.

3) 간경변증 환자의 환자역할행위의 이행환자에 대한 연구뿐 아니라 비이행환자와의 비교연구가 필요하다고 본다.

—Abstract—

A Study on Liver Cirrhosis Patients' Sick Role Behavior*

Kim, Ok-Soo**

Liver cirrhosis is the common cause of death in Korea today. But, if liver cirrhosis patients were treated in the early stage of the disease process, they can have a chance to carry their daily lives with prescribed medical and nursing regimens. Each patient has different health beliefs that there is a different Sick Role Behavior in the process of treat-

ment. In order to increase and control the desired patient's Sick Role Behavior, it is important for nurses to understand the health beliefs influencing Sick Role Behavior.

The purpose of this study was to determine factors influencing Sick Role Behavior and provide objective and scientific data to health education, treatment and nursing care.

The subjects for this study were 80 Liver Cirrhosis patients selected from in and out patients of the medical department of four University Hospitals in Seoul, Won Joo and Mok Po city.

Data was collected from Sep. 18, to Oct. 15, 1984.

The measurement tool was the questionnaire that developed by the investigator from the literature review based on Health Belief Model.

The data Collection was done by interview. Analysis of data was done by use Mean, S.D., ANOVA, Pearson Correlation Coefficient and Stepwise Multiple Regression.

The result of study were as follows:

1. The significant influencing variables on the Liver Cirrhosis Patient's Sick Role Behavior in general characteristics were Sex, Marital Status, Educational levels, Family's income and Duration after diagnosis.

2. Between the Sick Role Behavior and Health Belief Model,

a) The first hypothesis that the stronger degree of Health Motivation, the higher degree of Liver Cirrhosis Patient's Sick Role Behavior was supported ($r=0.7892$, $p=0.0000$).

b) The second hypothesis that the higher degree of perceived susceptibility, the higher degree of Liver Cirrhosis Patients' Sick Role Behavior was supported ($r=0.6383$, $p=0.0000$)

c) The third hypothesis that the higher degree of perceived severity, the higher degree of Liver Cirrhosis Patients' Sick Role Behavior was supported ($r=0.5869$, $p=0.0000$).

d) The fourth hypothesis that the higher degree of perceived benefit, the higher degree of Liver Cir-

* Master of Science Thesis at Ewha Womans University

** Sungsin Junior Nursing College

rhosis patient's Sick Role Behavior was supported ($r=0.7535$, $p=0.0000$).

e) The fifth hypothesis that the lower degree of perceived barrier, the higher degree of Liver Cirrhosis Patient's Sick Role Behavior was supported($r=-0.7709$, $p=0.0000$)

f) The sixth hypothesis that the higher degree of knowledge in Disease, the higher degree of Liver Cirrhosis patients' Sick Role Behavior was supported ($r=0.7538$, $p=0.0000$).

g) In the correlation among variables, it was found positive correlation except that perceived barrier was negatively correlated.

3. In the Stepwise Multiple Regression and Independent Variables, the factor "Health Motivation" could account for Sick Role Behavior in 62.28% of the Sample ($F=128.786$, $P<0.01$). When the factor "perceived barrier" is added to this, it account for 70.38% of Sick Role Behavior ($F=93.479$, $p<0.01$) and the factor "knowledge in disease" is also included, it account for 74.78% of Sick Role Behavior ($F=75.131$, $p<0.01$).

Finally, when the factor "perceived susceptibility" is included, it account for 75.03% of Sick Role Behavior ($F=56.329$, $p<0.01$).

참 고 문 헌

1. 강재연(1983), "1980년도 우리나라 10대 주요 사망원인에 관한 조사", 이화여자대학교 대학원 석사학위논문(미간행)
2. 김성구(1980), "우리나라 일부지역에 있어서의 사망원인조사", 「국립보건연구원보」, Vol. 17, pp. 119~120.
3. 문옥륜, 김병익, 임현술(1981), "성인병 상태조사 연구", 「보건학논집」, Vol. 31, pp.77~100.
4. 박충재, 고평도(1971), "간경변증의 임상적 관찰" 「대한소화기학회잡지」, Vol. 3, pp. 23.
5. 신희범(1982), "Health and Illness Behavior Models", 「월간간호」, Vol. 6, No. 9, pp. 32~35.
6. 이은옥, 김채숙, 서문자, 임난영(1982), 「탄성 및 재활간호」 서울, 수문사, pp. 13~15.
7. 이종경(1982), "예방적 건강행위이행의 예측인자 발견을 위한 연구—자궁암 조기발견을 중심으로", 「간호학회지」, Vol. 12, No. 1, pp. 25~36.
8. 이창홍(1977), "간질환(간염 및 간경변)의 최신요법", 「대한의학협회지」, Vol. 10, No. 5, pp. 399~404.
9. 전산초(1982), 「성인간호학」 서울, 수문사, pp. 291~293.
10. 최영희(1980), "고혈압 환자의 치료지시이행에 관한 연구", 「간호학회지」, Vol. 10, No. 2, pp. 73~83.
11. 최영희(1983), "지지적 간호중재가 가족지지행위와 환자역할행위에 미치는 영향에 관한 연구", 연세대학교 대학원 박사논문(미간행)
12. 최정훈(1979), 「지각심리학」 서울, 을유문화사 pp. 23.
13. Alpert, J.J. (1964), "Broken appointment", *Pediatrics*, Vol. 34, pp. 127~132.
14. Batistella, R.M.(1971), "Factors associated with delay in the initiation of physicians care among late adulthood persons", *American Journal of Public Health*, Vol. 67, No. 7, pp. 1348~1361.
15. Becker, M.H., Drachman, R.H. and J.P. Kirscht (1972), "Predicting mothers Compliance with pediatric medical regimens", *The Journal of Pediatrics*, Vol. 81, No. 4, pp. 843~854.
16. Becker, M.H., Drachman, R.H. and J.P. Kirscht (1974), "A new approach to explaining sick role behavior in low income population", *American Journal of Public Health*, Vol. 64, No. 3, pp. 205~216.
17. Becker, M.H. and Maiman, L.A. (1975), "Socio-behavioral Determinants of Compliance with Health and Medical care recommendations", *Medical Care*, Vol. 13, pp. 10~24.
18. Becker, M.H., Maiman, L.A. and J.P. Kirscht (1977), "The Health Belief Model and prediction of dietary compliance: A field experiment", *Journal of Health and Social Behavior*, Vol. 18, pp. 348~366.
19. Becker, M.H., Radius, S.M., Rosenstock, I.M., Drachman, R.H., Schubert, K.C and K.C. Teets (1978), "Compliance with a Medical Regimen for Asthma: a test of the Health Belief Model", *Public Health Reports*, Vol. 93, No. 3, pp. 268~277.
20. Blackwell, B. (1973), "Drug Therapy: Patient Compliance", *New England Journal of Medicine*

- ine, Vol. 289, No. 5, pp. 249~252.
21. Blumenfield, M. (1977), *Understanding Human Behavior in Health and illness*, Williams, and Wilkins Company, pp. 417~420.
 22. Bruner, L.S. and Suddarth, D.S. (1975), *Textbook of Medical-surgical Nursing*, Philadelphia: J.B. Lippincott, pp. 109.
 23. Caldwell, J.R. (1970), "The dropout problem in antihypertensive treatment", *Journal of Chronic Disease*, Vol. 22, pp. 579~592.
 24. Charney, E., Bynum, R., Eldredge, D., Frank, D., Macwhinney, J.B., McNabb, N., Schneiner, A., Sumppter, E.A. and H. Iker(1967), "How well do patients take or a penicilline", *Pediatrics*, Vol. 40, pp. 188~195.
 25. Curtis, E.B. (1961), "Medication errors made by patients", *Nursing Outlook*, Vol. 9, pp. 290~291.
 26. Davis, M.S. (1966), "Variations in Patients Compliance with doctor's orders; Analysis of congruence between survey responses and results of empirical investigation", *Journal of Medical Education*, Vol. 41, pp. 1037~1048.
 27. Davis, M.S. (1968), "Variations in Patient's compliance with doctor's advice: An empirical analysis of patterns of communication, *American Journal of Public Health*, Vol. 58, No. 2, pp. 274~288.
 28. Davis M.S., Eichhorn, R.L. (1963), "Compliance with medical regimens: A panel study", *Journal of Health and Human Behavior*, Vol. 4, pp. 240~249.
 29. Donabedian, A.R. and Rosenfeld, L.C. (1964), "Follow-up study of chronically ill patients discharged from hospitals, *Journal of Chronic Disease*, Vol. 17, pp. 847~862.
 30. Dracup, K.A. and Meleis, A.I.(1982), "Compliance: an Interactionist Approach, *Nursing Research*, Vol. 31, No. 1, pp. 31~36.
 31. Elling, R., Whittemore, R. and M. Green(1960), "Patient participation in a pediatric program", *Journal of Health and Human Behavior*, Vol. 1, pp. 183~191.
 32. Giberson, D.L., Larson, E.K. (1980), "Factors that affect patient compliance with psychiatric followup therapy after hospital discharge, *Nursing Research*, Vol. 30, No. 6, pp. 373~375.
 33. Gillum, R.F., and Barsky, A.J. (1974), "Diagnosis and management of patient noncompliance", *Journal of American Medical Association*, Vol. 228, pp. 1563~1567.
 34. Gochman, D.S. (1972), "The organizing role of Motivation in Health Beliefs and Intentions", *Journal of Health and Social Behavior*, Vol. 13, pp. 285~293.
 35. Haefner, D.P. and Kirscht, J.P. (1976), "Motivational and Behavioral effects of Modifying Health Beliefs", *Public Health Reports*, Vol. 85, No. 6, pp. 478~484.
 36. Hecht, A.B. (1974), "Improving medication compliance by teaching out-patients", *Nursing Forum*, Vol. 13, No. 2, pp. 112~129.
 37. Heinzelmann, F. (1962), "Factors in prophylaxis Behavior in treating Rheumatic Fever: an exploratory study", *Journal of Health and Human Behavior*, Vol. 3, pp. 73~81.
 38. Hudak, C.M., Lohr, T.L. and B.M., Gallo(1977), *Critical care Nursing*, Philadelphia: J.B. Lippincott, pp. 503~511.
 39. Hulka, B.S., Cassel, J.C., Kupper, L.L. and Burdette, J.A. (1976), "Communication, Compliance, and concordance between physicians and patients with prescribed Medication, *American Journal of Public Health*, Vol. 66, No. 9, pp. 847~853.
 40. Kart, C.S., Metress, E.S. and J.F. Metress(1978), *Aging and Health: Biological and Social perspectives*, Addison-Wesley Publishing Company, pp. 89~90.
 41. Kasl, S.V. and Cobb, S. (1966), "Health Behaviors, illness behavior and sick role behavior", *Archives of Environmental Health*, Vol. 12, No. 2, pp. 246~266.
 42. Kegeles, S.S. (1961), "Why people seek dental care: A review of present knowledge", *American Journal of Public Health*, Vol. 51, No 9, pp. 1306~1311.
 43. Kegeles, S.S. (1963), "Some motives for seeking preventive dental care", *Journal of the American Dental Association*, Vol. 67, pp. 90~98.
 44. Kegeles, S.S., Kirscht, J.P., Haefner, D.P. and

- I.M. Rosenstock(1965), "Survey of Beliefs about cancer detection and taking papanicolau tests", *Public Health Report*, Vol. 80, No. 9, pp. 815~823.
45. King, I.M. (1971), *Toward a theory for Nursing*, John Wiley and Sons. Inc., pp. 93~97.
46. Linde, B.J. and Janz, N.M. (1979), "Effect of a Teaching Program on Knowledge and Compliance of Cardiac patients", *Nursing Research*, Vol. 28, No. 5, pp. 282~286.
47. Lindesmith, A.R. and Strauss, A.L. (1968), *Social Psychology*, 3rd ed., Holt Rinehart and Winston, Inc., p. 145.
48. Luckmann, J. and Sorensen, D.C. (1974), *Medical-Surgical Nursing*, Philadelphia, W.B. Saunders Company, pp. 1501~1508.
49. Maddock, R.K. (1967), "Patient Cooperation in taking Medicines", *Journal of American Medical Association*, Vol. 199, No. 3, pp. 137~140.
50. Maiman, L.A. (1974), "The Health Belief Model: origins and correlates on psychological therapy", *Health Education Monographs*, Vol. 2, No. 4, pp. 348.
51. Marston, M. (1970), "Compliance with Medical Regimens: A review of literature", *Nursing Research*, Vol. 19, No. 4, pp. 312~323.
52. Monique, M. (1983), "The Liver", *Nursing Mirror*, Sept., 14, pp. 18~20.
53. O'Brien, M.E. (1979), "Hemodialysis Regimen Compliance and Social environment; A panel analysis", *Nursing Research*, Vol. 29, No. 4, pp. 250~255.
54. Orem, D.E. (1971), *Nursing: concepts of practice*, McGraw-Hill Book Company, New York, pp. 1~30.
55. Parkes, C.M., Brown, G.W., Monek, E.M. (1962), "The general practitioner and the Schizophrenic Patient", *British Medical Journal*, Vol. 1, pp. 972~976.
56. Pender, N.J. (1975), "A conceptual Model for preventive Health Behavior", *Nursing Outlook*, Vol. 23, No. 6, pp. 385~390.
57. Rickeles, K. and Briscoe, E. (1970), "Assessment of dosage deviation in outpatient drug research", *Journal of clinical pharmacology*, Vol. 10, pp. 153~160.
58. Rosenstock, I.M. (1974), "Historical origins of the Health Belief Model", *Health Education*, Vol. 2, No. 4, p. 331.
59. Sandra, V.A. (1981), *Chronic Health Problems*, Mosby Compay, p. 8.
60. Schiff, L. (1969), *Disease of the Liver*, J.B., Lippincott Company, 3rd ed., pp. 689~769.
61. Schwartz, D., Wong, M., Zeitz, L. and M.E.W. Gross, (1962), "Mediation errors made by elderly, chronically ill patient", *American Journal of Public Health*, Vol. 52, No. 12, pp. 2018~2029.
62. Schman, E.A. (1970), "Health attitudes and behavior", *Archives of Enviornmental Health*, Vol. 20, No. 1, p. 106.
63. Tagliacozzo, D.M., Luskin, D.B., Lashof, J.C. and K. IMA (1974), "Nurse intervention and patient behaviors", *American Journal of Public Health*, Vol. 14, No. 6, pp. 596~603.
64. Thompson, M.A. (1981), "Managing the patient with Liver dysfunction", *Nursing*, Vol. 11, pp. 52~59.
65. Turnbull, E.M. (1978), "Effect of basic preventive health practices and Massmedia on the practice of Breast Self examination", *Nursing Research*, Vol. 27, No. 2, pp. 98~102.
66. Vernon, M. (1970), *Perception through experience*, London: Methuen and Co. Ltd. pp. 1~240.
67. Vincent, P. (1971), "Factors influencing patient noncompliance: A theoretical approach", *Nursing Research*, Vol. 20, No. 6, pp. 509~516.
68. Weisenberg, M., Kegeles, S.S. and A.K. Lund (1980), "Childrens Health Belief and acceptance of a dental preventive activity", *Journal of Health and Social Behavior*, Vol. 21, pp. 59~74.
69. Wu, R. (1973), *Behavior and Illness*, Prentice-Hall Inc., Englewood Cliffs, N.J., pp. 25~46.