

# 중년기 성인의 뇌졸중 관련 건강증진 생활양식의 영향요인

김보미

초당대학교 사회복지상담학과 교수

## Factors Affecting the Stroke related Health-Promoting Lifestyle in Middle-Aged Adult

Bo-Mi Kim

Professor, Department of Welfare counseling, Chodang University

요 약 본 연구는 중년 성인을 대상으로 뇌졸중 관련 건강지식 및 낙관적 편견, 사회적지지, 건강증진 생활양식 정도 영향을 미치는 요인을 파악하기 위한 서술적 조사연구이다. 연구대상자는 충북 C 도시와 충남 D 도시, 경북 K도시에 거주하는 40세-65세 성인 220명을 대상으로 시행하였다. 수집한 자료는 SPSS 23.0 프로그램을 이용하여 기술통계와 t-test, ANOVA, Pearson correlations, 다중회귀분석으로 분석하였다. 본 연구의 결과는 다음과 같다: 연구대상자의 뇌졸중 관련 건강증진 생활양식은 평균 44.27점으로 중간 수준이상을 나타냈다. 연구대상자의 뇌졸중 관련 건강증진 생활양식은 낙관적 편견( $r=.18, p=.001$ )과 사회적 지지( $r=.61, p<.000$ )는 양의 상관관계를 나타냈다. 회귀분석결과 뇌졸중 관련 건강교육 필요 인지( $\beta=.12, p=.010$ ), 낙관적 편견( $\beta=.18, p=.040$ ), 사회적지지( $\beta=.48, p<.000$ )는 뇌졸중 관련 건강증진 생활양식의 영향요인으로 확인되었다. 두 요인의 설명력은 38.5%로 확인되었다. 이에 중년기 성인의 뇌졸중 예방을 위한 건강증진 생활양식을 향상시키기 위한 교육 프로그램에는 사회적 지지를 향상시키는 중재전략과 낙관적 편견을 경감시킬 수 있는 방안이 고려되어야 한다.

주제어 : 중년, 뇌졸중, 낙관적편견, 사회적지지, 건강증진 생활양식

Abstract This research is a descriptive study that aimed to identify the health knowledge related stroke, optimistic bias, and social support of middle-aged adults and the effect these had on their health-promoting lifestyle This study was conducted by collecting 220 adults aged between 40 to 60 years from C City D city and K city. Data were analyzed using descriptive analysis, ANOVA, t-test, Pearson's correlation coefficients and multiple regression with the SPSS 23.0 program. The average health-promoting lifestyle was 44.27 points. The health-promoting lifestyle of the study participants showed a positive correlation between the optimistic bias( $r=.18, p=.001$ ) and social support( $r=.61, p<.000$ ). According to the results of multiple regression analysis, perception of Necessity for Stroke Education( $\beta=.12, p=.010$ ), optimistic bias( $\beta=.18, p=.040$ ), and social support( $\beta=.48, p<.000$ ) were shown to be significant factors that affected the health-promoting lifestyle of the participants. These variables explained 38.5%. Therefore, an health education program to improve the health-promoting lifestyle related to stroke in adults should be considered as a way to enhance social support and reduce optimistic bias.

Key Words : Middle age, Stroke, Optimistic bias, Social support, Health-promoting lifestyle

\*Corresponding Author : Bo-Mi Kim(jheyeline@naver.com)

Received November 26, 2021  
Accepted January 20, 2022

Revised December 31, 2021  
Published January 28, 2022

## 1. 서론

### 1.1 연구의 필요성

뇌졸중은 우리나라를 비롯한 전 세계의 주요 사망원인 중 하나이다. 2020년 뇌졸중은 국내 사망원인 중 단일 질환으로 3위를 차지하고 있다[1]. 뇌졸중이란 뇌 혈류의 장애로 인해 뇌세포가 손상되어 신경학적 손상을 초래하는 질환으로 뇌 손상 부위, 범위 및 위치에 따라 편마비, 언어장애, 어지러움, 연하장애, 감각장애, 배뇨장애 등의 다양한 문제가 야기된다[2]. 또한 뇌졸중은 재발율이 높은 질환으로 이차성 뇌졸중이 25~30% 정도 발생한다[2]. 뇌졸중을 경험한 환자는 뇌졸중 이후 신체기능과 활동 제한의 정도에 따라 일상생활에 영향을 받으며, 그 기간이 길수록 독립적 일상생활이 힘들고 사회적 역할의 상실로 뇌졸중 환자의 삶의 질은 낮아진다[3]. 따라서 뇌졸중 발생을 예방할 수 있는 자기관리 능력 및 건강증진 생활양식의 향상이 무엇보다 중요하다. 건강증진 생활양식은 뇌졸중의 재발률과 사망률을 낮추는 것으로 보고되고 있다[4]. 특히 중년 성인의 경우 뇌졸중 발생 비율이 높은 집단으로 뇌졸중은 뇌혈관이 폐색되어 발생하는 허혈성 뇌졸중의 45.2%, 뇌출혈로 인한 뇌졸중의 69.3%가 40세 이상 69세 미만인 중년 성인에게서 나타난다[5]. 중년 성인의 뇌졸중은 장기간의 재활과 관리의 필요로 사회적 역할 장애를 유발하며 개인과 가정, 지역사회의 생산성을 저하시켜 더욱 중요한 문제가 된다[6]

뇌졸중의 일차예방을 위해서는 위험요인을 조절하는 것이 필요하다. 조절 가능한 뇌졸중 위험인자로는 고지혈증, 당뇨병, 고혈압, 심장질환과 같은 질병관련 위험인자와 비만, 음주, 흡연, 식이, 신체활동과 같은 생활습관관련 위험요인이 있다[6]. 이에 위험요인을 확인하고 이를 조절하기 위한 금연, 영양 및 신체활동 개선 등의 통합적 접근은 뇌졸중 일차예방을 위해 강조되어야 한다. 실제 중년성인의 건강습관과 건강증진 생활양식의 향상은 뇌졸중의 위험인자를 감소시키고 뇌졸중의 발병률을 낮추는 것으로 보고되고 있다[7].

뇌졸중 관련 지식은 뇌졸중 예방을 위한 건강증진 행위의 주요한 영향요인이다[8]. 뇌졸중 증상 발생시 신속하고 적극적인 치료는 뇌졸중의 치료과정과 예후에 영향을 미치는 요인으로 뇌졸중에 대한 지식 수준은 질병 예방 측면에서 중요한 부분이 된다[7]. 선행연구 결과, 뇌졸중 발생 위험군에서 뇌졸중 지식이 높을수록 건강증진행위 수행이 높았으며[8], 뇌졸중 환자에서도 지식수준이

높은 경우 재발 예방을 위한 건강증진행위가 높은 것으로 나타났다[9]. 이처럼 뇌졸중 예방의 주요 영향요인인 중년기 성인의 뇌졸중에 대한 지식수준을 구체적으로 확인하고 지식을 향상시킬 수 있는 방안이 마련되어야 할 것이다.

낙관적 편견은 자신과 성별, 연령 등 자신과 상황이 유사한 다른 사람들에 비해 자기 자신이 신체적 위험이나 질병에 걸릴 가능성이 적다고 생각하는 편향된 지각이나 신념을 말한다[10]. 건강증진 생활양식은 개인의 신념 및 인지, 신체적 특성, 환경 등 다양한 요인에 의해 영향을 받으며[10], 최근 연구에서 낙관적 편견은 개인의 건강증진 생활양식에 영향을 미치는 주요 요인으로 제시되고 있다[11]. 낙관적 편견은 사람들이 일상생활에 안전감을 제공하고 건강에 대한 긍정적 평가로 건강에 긍정적인 영향을 미칠 수 있다. 그러나 다른 한편으로 지나친 낙관적 편견은 건강관리와 예방적 질병관리를 소홀하게 하는 부정적인 결과를 초래하기도 한다[12]. 이에 중년 성인의 낙관적 편견이 뇌졸중 예방을 위한 건강증진 생활양식에 미치는 영향을 규명할 필요가 있다.

사회적 지지는 스트레스와 같은 부정적인 정서반응을 감소시키고 질병예방을 위한 건강증진행위를 증진시키는 요인이다[13]. 사회적 지지를 받은 대상자는 그렇지 않은 경우에 비해 건강증진 행위가 증가하고 건강한 삶을 유지하기 위해 노력하는 경향을 보이는 것으로 나타나 [13,14] 사회적 지지가 건강증진행위를 높이는 것으로 제시된다.

뇌졸중 관련 선행연구들을 살펴보면 주로 뇌졸중 발생 위험군[15]과 뇌졸중 환자[16-18], 노인[19]을 대상으로 뇌졸중 관련 지식 수준과 건강증진행위에 관한 연구들이 대부분이었다. 이처럼 뇌졸중 관련 연구는 뇌졸중 환자 또는 노인인구 대상으로 집중되어 있다. 또한 뇌졸중 지식 수준을 파악하고 건강증진 생활양식의 영향 요인을 분석하는데 중점을 두었다. 일부 성인 대상 뇌졸중 관련 영향요인을 분석한 연구[20]가 있으나 중년 성인을 대상으로 뇌졸중 예방을 위한 건강증진 생활양식을 파악하고 이와 관련된 영향요인을 규명하는 연구는 미흡한 실정이다.

이에 본 연구는 뇌졸중의 발생 가능성이 높은 중년기 성인을 대상으로 뇌졸중 관련 건강지식 및 낙관적 편견, 사회적지지, 건강증진 생활양식의 정도와 관계를 확인하고, 건강증진 생활양식의 영향요인을 규명하고자 한다. 그리고 이를 통하여 뇌졸중 예방관리를 위한 효율적인 중재 개발을 위한 기초자료를 제공하고자 한다.

## 1.2 연구 목적

본 연구의 목적은 중년 성인의 건강증진 생활양식의 영향요인을 확인하고 뇌졸중 예방 프로그램 개발에 기초 자료를 제공하고자 수행되었으며 구체적 목적은 다음과 같다.

첫째, 대상자의 일반적 특성과 건강관련 특성을 파악한다.

둘째, 대상자의 뇌졸중 관련 건강지식 및 낙관적 편견, 사회적 지지, 건강증진 생활양식 정도를 파악한다.

셋째, 대상자의 일반적 특성과 건강관련 특성에 따른 건강증진 생활양식의 차이를 파악한다.

넷째, 대상자의 뇌졸중 관련 건강지식 및 낙관적 편견, 사회적 지지, 건강증진 생활양식 간의 관계를 파악한다.

다섯째, 대상자의 건강증진 생활양식의 영향요인을 파악한다.

## 2. 연구방법

### 2.1 연구설계

본 연구는 뇌졸중 관련 건강지식, 낙관적 편견, 우울 및 사회적지지, 건강증진 생활양식 간의 관계를 파악하기 위한 서술적 상관관계 연구이다.

### 2.2 연구 대상자 선정

본 연구는 충북 C도시와 충남 D도시, 경북 C도시에 거주하는 중년 성인을 대상으로 하였다. 대상자는 40세 이상 65세 미만 중년 성인으로 연구목적에 이해하고 연구 참여에 동의한 자로 선정하였다. 본 연구의 표본 크기는 G\*Power 3.1.7 프로그램을 이용하여 다중회귀분석에서 16개의 변수, 유의수준  $\alpha = .05$ , 중간효과 크기인 0.15, 검정력 .95을 적용하여 계산한 결과, 필요 대상자의 수는 204명이었으나, 탈락률을 고려하여 230명을 대상으로 하였다. 수거된 설문지 중 한 척도에서 1항목 이상 답변이 누락된 10부를 제외하고 최종 220부를 분석하였다.

### 2.3 자료 수집 방법

본 연구는 2019년 11월 7일-2020년 1월 28일까지 자료수집을 시행하였으며 자료 수집에 앞서 연구자가 충청남도, 충청북도, 경상남도에 소재한 공공기관, 종교단체, 지역사회 단체를 방문하여 담당자에게 연구의 목적과

자료수집 과정을 설명하고 자료수집에 대한 동의를 받았다.

연구 대상자들에게는 연구 목적에 대해 설명을 하고 연구참여 동의서에 서면동의를 받은 후 연구에 참여하도록 하였다. 대상자가 원하지 않을 경우 언제든지 연구의 참여를 철회할 수 있으며 연구 철회시 불이익이 없음을 설명하였다. 수집된 자료는 오직 연구목적으로만 사용되며 기밀을 유지하여 공개적으로 열람되지 않는다는 것을 설명하였다. 설문지 작성 시간은 10-15분정도 소요되었으며, 설문에 참여한 대상자에게 5천원 상당의 선물을 제공하였다.

### 2.4 연구도구

#### 2.4.1 일반적 특성과 건강관련 특성

일반적 특성과 건강관련 특성은 중년성인의 뇌졸중 예방을 위한 건강증진 생활양식을 분석 선행연구[11]를 근거로 선정하였다. 일반적 특성은 성별, 연령, 교육수준, 결혼상태, 종교, 직업, 월평균 수입의 항목으로 분류하였다. 대상자의 건강관련 특성은 수면시간, 건강검진 경험, 주관적 건강상태, 뇌졸중 교육 경험, 뇌졸중 교육 필요성의 항목으로 분류하여 분석하였다.

#### 2.4.2. 뇌졸중 관련 건강지식

뇌졸중 관련 건강지식은 Rahe, Scalzi와 Shine[21]이 개발한 도구를 Lee[17]가 수정 보완 도구로 측정하였다. 도구는 뇌졸중 정의 및 관리방법, 뇌졸중 전조 및 발현 증상, 뇌졸중 위험요인 등 총 25문항이며, 문항 점수는 정답은 1점, 오답은 0점이다. 점수의 범위는 0점에서 25점이며, 점수가 높을수록 뇌졸중 관련 지식 정도가 높음을 의미한다. 도구의 신뢰도는 Lee의 연구에서[17] Cronbach's  $\alpha = .78$ 이었으며, 본 연구에서는 Cronbach's  $\alpha = .89$ 였다.

#### 2.4.3 낙관적 편견

낙관적 편견은 Weinstein[22]이 개발한 표준측정도구를 Shon 등[23]이 번안한 도구로 측정하였다. 도구는 총 2문항으로 타인과 비교하여 자신이 뇌졸중에 걸릴 가능성에 대한 생각과 자신의 친한 친구와 비해 자신이 뇌졸중에 걸릴 가능성에 대한 생각으로 구성되었다. 도구는 Likert 7점 척도이며 점수가 높을수록 낙관적 편견이 크다는 것을 의미한다. 점수의 범위는 2점에서 14점이다. 도구의 신뢰도는 Shon 등[23]의 연구에서 Cronbach's

점에서  $\alpha = .86$ 이었으며, 본 연구에서는 cronbach's  $\alpha$  는 .89로 나타났다.

#### 2.4.4 사회적 지지

본 연구에 사용할 사회적지지 척도는 Zimet, Dahlem, Zimet와 Farley[24]가 개발하고 Shin과 Lee[25]가 번역한 Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS)척도로 측정하였다. 도구는 총 12문항으로 각 문항은 Likert 5점 척도이며 점수가 높을수록 사회적지지 수준이 높음을 의미한다. 점수의 범위는 12점에서 60점이다. 도구의 신뢰되는 Zimet, Dahlem, Zimet와 Farley[24]의 연구에서 Cronbach's  $\alpha$ 는 .83이었으며, 본 연구에서 Cronbach's  $\alpha$ 는 .90이었다.

#### 2.4.5 건강증진 생활양식

건강증진 생활양식은 Walker, Sechrist와 Pender[26]가 개발한 Health Promoting Lifestyle Profile(HPLP) 도구를 Lee[17]가 수정 보완한 도구로 측정하였다. 도구는 뇌졸중 예방 건강증진 생활양식과 관련 있는 4개의 하위영역으로 구성되었으며 건강책임, 생활습관, 자아실현, 대인관계 및 스트레스로 총 16문항으로 구성하였다. 도구는 Likert 4점 척도로 점수가 높을수록 건강증진 생활양식의 수행정도가 높음을 의미한다. 도구의 신뢰도인 Lee의 연구에서[17] Cronbach's  $\alpha$ 값=.80였으며 본 연구에서는 Cronbach's  $\alpha$ 는 .78였다.

### 2.5 자료분석방법

본 연구의 자료 분석은 SPSS/WIN 23.0 통계 프로그램을 이용하여 분석하였다. 대상자의 일반적 특성과 건강관련 특성은 기술통계로 분석하였으며 뇌졸중 관련 건강지식, 낙관적 편견, 사회적 지지 및 건강증진 생활양식은 평균과 표준편차로 분석하였다. 대상자의 일반적 특성과 건강관련 특성에 따른 뇌졸중 관련 건강증진 생활양식의 차이는 independent t-test, One-way ANOVA, 사후검정은 Scheffe's 로 분석하였다. 대상자의 변수들 간의 관계는 Pearson's correlation coefficient로 분석하였다. 뇌졸중에 대한 건강증진 생활양식에 영향을 미치는 요인은 multiple regression으로 분석하였다.

## 3. 연구결과

### 3.1 대상자의 일반적 특성 및 건강관련특성

대상자의 일반적 특성은 <Table 1>과 같다. 일반적 특성을 분석한 결과 대상자의 '성별'은 남자 117명(53.0%), 여자 103명(47.0%)이며, 평균 연령은 40대가 100명(45.5%)으로 가장 많았다. 결혼 상태는 기혼인 경우가 185명(84.1%)으로 많았고, 학력은 대졸 이상 123명(56.0%)이 많았다. 직업은 사무직 95명(43.0%), 비사무직 99명(45.0%), 무직 26명(12.0%)으로 나타났다. 월 평균 수입은 300만원 미만인 경우가 145명(65.7%)으로 나타났다.

대상자의 건강관련 특성을 분석한 결과 수면시간은 7시간미만 158명(71.7%)으로 많았으며 건강검진 경험이 있는 경우가 184명(83.7%)으로 나타났다. 주관적 건강상태는 보통이다 100명(45.3%), 건강하다 85명(38.7%), 건강하지 못하다 35명(16.0%) 순으로 나타났다. 뇌졸중 교육 경험이 없는 경우가 172명(78.0%), 뇌졸중 교육이 '필요하다'라고 답한 경우가 205명(93.0%)으로 나타났다.

Table 1. Participants' Demographic Characteristics (N=220)

| Characteristics                | Categories   | n(%)      |
|--------------------------------|--------------|-----------|
| Gender                         | Male         | 117(53.0) |
|                                | Female       | 103(47.0) |
| Age(year)                      | 40-49        | 100(45.5) |
|                                | 50-59        | 90(40.9)  |
|                                | 60-63        | 30(13.6)  |
| Marital Status                 | Married      | 185(84.1) |
|                                | Others       | 35(15.9)  |
| Education                      | ≤High school | 97(44.0)  |
|                                | ≥College     | 123(56.0) |
| Religion                       | No           | 77(35.0)  |
|                                | Yes          | 143(65.0) |
| Occupation                     | None         | 26(12.0)  |
|                                | Office Work  | 95(43.0)  |
|                                | Others       | 99(45.0)  |
| Average Monthly income         | < 3,000,000  | 145(65.7) |
|                                | ≥3,000,000   | 75(34.3)  |
| Sleeping Hours                 | < 7hours     | 158(71.7) |
|                                | ≥ 7hours     | 62(28.3)  |
| Health Inspection Experience   | No           | 36(16.3)  |
|                                | Yes          | 184(83.7) |
| Subjective Health Status       | Unhealthy    | 35(16.0)  |
|                                | Regular      | 100(45.3) |
|                                | Healthy      | 85(38.7)  |
| Education Experience on Stroke | No           | 172(78.0) |
|                                | Yes          | 48(22.0)  |
| Necessity for Stroke Education | No           | 15(7.0)   |
|                                | Yes          | 205(93.0) |

Table 2. Stroke related health knowledge, Optimistic Bias, Social support, Social support Score (N=220)

| Varies                                    | M±SD       | Range |
|---|------------|-------|
| Stroke related health knowledge           | 22.65±2.36 | 25-50 |
| Definition and control method of stroke   | 7.37±0.54  | 8-16  |
| Pre-symptom and Manifestation of Stroke   | 9.03±1.34  | 10-20 |
| Risk factors of stroke                    | 6.23±0.98  | 7-14  |
| Optimistic Bias                           | 8.82±2.41  | 2-14  |
| Social support                            | 42.63±7.41 | 12-60 |
| Stroke related health-promoting lifestyle | 44.27±6.28 | 16-64 |
| Self-realization                          | 8.80±1.63  | 3-12  |
| Responsibility for health                 | 8.30±1.73  | 3-12  |
| Lifestyle                                 | 24.24±3.50 | 8-32  |
| Interpersonal relation and stress         | 5.93±1.05  | 2-8   |

3.2 뇌졸중 관련 건강지식, 뇌졸중관련 낙관적 편견, 사회적 지지, 뇌졸중 관련 건강증진 생활양식 수준

대상자의 뇌졸중 관련 건강지식, 뇌졸중관련 낙관적 편견, 우울, 사회적 지지, 뇌졸중 관련 건강증진 생활양식 수준은 <Table 2>와 같다. 뇌졸중 관련 건강지식은 50 점 만점에 22.65점이었으며 낙관적 편견은 14점 만점에 8.82점이었다. 사회적 지지는 60점 만점에 42.63점이었으며 뇌졸중 관련 건강증진 생활양식은 64점 만점에 44.27점이었다.

3.3 대상자의 특성에 따른 뇌졸중 관련 건강증진 생활양식의 차이

대상자의 일반적 특성에 따른 뇌졸중관련 건강증진 생활양식을 분석한 결과는 <Table 3>과 같다.

Table 3. Difference of Stroke related Health-Promoting Lifestyle according to General Characteristics and Health related Characteristics (N=220)

| Characteristics                | Categories             | M±SD       | t/F (Scheffe) | p     |
|--------------------------------|------------------------|------------|---------------|-------|
| Gender                         | Male                   | 43.60±6.54 | -1.99         | .048* |
|                                | Female                 | 45.04±5.89 |               |       |
| Age(year)                      | 40-49                  | 44.34±5.81 | .10           | .901  |
|                                | 50-59                  | 44.33±6.81 |               |       |
|                                | 60-63                  | 43.85±6.34 |               |       |
| Marital Status                 | Married                | 44.65±6.22 | 2.15          | .095  |
|                                | Others                 | 42.11±6.24 |               |       |
| Education                      | ≤High school           | 43.73±6.45 | 4.34          | .005* |
|                                | ≥College               | 44.70±6.13 |               |       |
| Religion                       | No                     | 43.46±6.95 | 1.821         | .125  |
|                                | Yes                    | 44.71±5.86 |               |       |
| Occupation                     | None                   | 43.39±5.52 | 2.29          | .053  |
|                                | Office Work            | 43.96±2.61 |               |       |
|                                | Others                 | 46.30±6.52 |               |       |
| Average Monthly income         | < 3,000,000            | 43.68±6.23 | 1.93          | .124  |
|                                | ≥3,000,000             | 45.42±6.23 |               |       |
| Sleeping Hours                 | < 7hours               | 44.02±6.23 | 3.39          | .018* |
|                                | ≥ 7hours               | 44.92±6.42 |               |       |
| Health Inspection Experience   | No                     | 44.47±7.12 | 0.24          | .812  |
|                                | Yes                    | 44.24±6.11 |               |       |
| Subjective Health Status       | Unhealthy <sup>a</sup> | 42.63±7.44 | 5.07 (a<c)    | .001* |
|                                | Regular <sup>b</sup>   | 43.29±5.56 |               |       |
|                                | Healthy <sup>c</sup>   | 46.10±6.16 |               |       |
| Education Experience on Stroke | No                     | 43.82±6.12 | -2.37         | .018* |
|                                | Yes                    | 45.88±6.61 |               |       |
| Necessity for Stroke Education | No                     | 41.67±8.23 | -1.98         | .048* |
|                                | Yes                    | 44.47±6.08 |               |       |

\*\*p<.001, \*p<.05

대상자의 뇌졸중 관련 건강증진 생활양식은 성별 ( $t=-1.99, p=.048$ ), 학력( $t=4.3, p=.005$ )에 따라 유의한 차이를 나타냈다. 여성이 남성보다 건강증진 생활양식 정도가 높았으며 대학교 졸업 이상 대상자들의 건강증진 생활양식 정도가 유의하게 높았다.

대상자의 건강관련 특성에 따라서는 수면시간( $t=3.39, p=.018$ ), 주관적 건강상태( $t=5.07, p=.001$ ), 뇌졸중 교육경험( $t=-2.37, p=.018$ ), 뇌졸중 교육 필요성( $t=-1.98, p=.048$ )에 따라 유의한 차이를 나타냈다. 수면시간이 7 시간 이상인 대상자, 주관적 건강상태가 '건강하다'라고 생각하는 대상자, 뇌졸중 교육경험이 있는 대상자, 뇌졸중 교육이 '필요하다'고 응답한 대상자의 뇌졸중관련 건강증진 생활양식이 더 높은 것으로 나타났다.

3.4 대상자의 뇌졸중 관련 건강지식, 낙관적 편견, 사회적 지지 및 건강증진 생활양식의 상관관계

대상자의 뇌졸중관련 건강지식과 낙관적 편견, 사회적 지지, 건강증진 생활양식과의 상관관계는 <Table 4>와 같다.

뇌졸중 관련 지식은 낙관적 편견, 사회적 지지, 건강증진 생활양식과 유의한 상관관계를 나타내지 않았다. 낙관적 편견은 사회적 지지와 양의 상관관계를 나타냈으며 ( $r=.16, p=.005$ ), 뇌졸중 관련 건강증진 생활양식과 양의 상관관계를 보였다( $r=.18, p=.001$ ). 사회적 지지는 뇌졸중 관련 건강증진 실천양식과는 유의한 양의 상관관계가 나타났다( $r= .61, p<.000$ ).

3.5 뇌졸중 관련 건강증진 생활양식에 미치는 영향

일반적 특성, 질병관련 특성, 뇌졸중 관련 건강지식, 낙관적 편견, 사회적지지가 뇌졸중 관련 건강증진 생활양식에 미치는 영향을 파악하기 위해 다중회귀분석 (Multiple Linear Regression)을 실시한 결과는 <Table 5>와 같다. 회귀분석의 기본 가정을 검증하기 위해 Durbin-Watson 통계량 분석을 통해 오차의 자기상관을 검정하였으며 검사결과 1.846으로 기준값 2에 가까워 자기상관에 문제가 없는 것으로 판단되었다. 정규 독립변수들 간의 다중공선성을 확인한 결과 공차한계

Table 4. Correlations among stroke related health knowledge, optimistic bias, Social support and health promoting lifestyle

| Varies                                    | Stroke related health knowledge | Optimistic Bias | Social support | Stroke related health promoting lifestyle |
|---|---------------------------------|-----------------|----------------|---|
|   | r (p)                           | r (p)           | r (p)          | r (p)                                     |
| Stroke related health knowledge           | 1                               |                 |                |   |
| Optimistic Bias                           | -.07 (.192)                     | 1               |                |   |
| Social support                            | .04 (.467)                      | .16** (.005)    | 1              |   |
| Stroke related health promoting lifestyle | .05 (.387)                      | .18** (.001)    | .61** (.000)   | 1   |

\*\* $p<.001$ , \* $p<.05$

Table 5. Factors Affecting the Stroke related Health-Promoting Lifestyle

| Variables   | B      | SE   | $\beta$ | t      | p      |
|---|--------|------|---------|--------|--------|
| (Constant)  | 17.137 | 3.25 |         |        | .000** |
| Gender (ref=Female)                                   | -.81   | .55  | -.06    | -1.474 | .142   |
| Education (ref= $\geq$ College)                       | .89    | .55  | .07     | 1.601  | .110   |
| Sleeping Hours(re= $f \geq 7$ hours)                  | .48    | .60  | .03     | .801   | .424   |
| Subjective Health Status(ref=Healthy)                 | -.09   | .08  | -.05    | -1.165 | .245   |
| Education Experience on Stroke(ref=Yes)               | .08    | .66  | .01     | .131   | .898   |
| Perception of necessity for Stroke Education(ref=Yes) | 2.75   | 1.05 | .12     | 2.610  | .010*  |
| Optimistic Bias                                       | .19    | .11  | .18     | 1.728  | .040*  |
| Social support  | .46    | .03  | .48     | 12.317 | .000** |

$R^2=40.3$  Adjusted  $R^2=38.5$   $p<.001$

\*\* $p<.001$ , \* $p<.05$

(tolerance)는 .714-.957로 0.1이상으로 나타났으며, 분산팽창인자(variation inflation factor, VIF)도 1.021-1.400으로 기준인 10 이하로 다중공선성의 문제는 없는 것으로 분석되었다. 따라서 다중 회귀분석을 시행하기 위한 기본가정은 충족되었다. 다중회귀분석은 입력방법으로 시행되었으며 일반적 특성과 질병관련 특성 중 유의한 차이를 보인 성별, 교육수준, 수면시간, 주관적 건강상태, 뇌졸중 교육경험, 뇌졸중 교육의 필요성 인지를 투입하였으며, 독립변수인 낙관적 편견과 사회적 지지를 투입하여 분석하였다. 투입된 일반적 특성과 질병관련 특성은 더미변수 처리하였다.

다중회귀분석의 결과 중년 성인의 뇌졸중 관련 교육의 필요성 인지( $\beta=.12, p=.010$ ), 낙관적 편견( $\beta=.18, p=.040$ ), 사회적지지( $\beta=.48, p<.001$ )는 뇌졸중 관련 건강증진 생활양식의 영향요인으로 확인되었으며 두 요인의 설명력은 38.5%로 확인되었다. 사회적 지지는 뇌졸중 관련 건강증진 생활양식의 가장 주요한 영향요인으로 분석되었다.

#### 4. 논의

본 연구는 중년기 성인을 대상으로 뇌졸중 관련 건강 지식 및 낙관적 편견, 사회적지지, 건강증진 생활양식 정도를 알아보고, 뇌졸중 관련 건강증진 생활양식에 영향을 미치는 요인을 분석하여 뇌졸중 예방을 위한 교육 프로그램 개발을 위한 근거자료를 제공하고자 시도되었다.

본 연구에서 뇌졸중 관련 건강지식은 22.65점으로 같은 도구를 사용하여 측정한 Lee[17]의 연구에서 17.1점으로 나타난 결과와 중년 성인의 뇌졸중 관련 지식을 연구한 Jeong와 Park[27]의 연구에서 18.4점으로 나타난 결과보다 약간 높았다. 이같은 결과는 선행연구가 시행된 2010과 2016년 비해 건강관련 관심이 증대되고 뇌졸중과 관련된 교육 및 홍보 사업이 확대된 것과 관련되는 것으로 사료된다. 특히 본 연구에서 뇌졸중 관련 지식의 하위 영역 중 '뇌졸중 전조 및 발현증상' 영역의 지식 점수가 9.03점으로 가장 높았는데, 이러한 결과는 Jeong과 Park[27]의 결과와 Ko[28]의 결과와 유사하다. 본 연구와 동일한 도구를 사용한 Jeong과 Park[27]의 연구에서 '뇌졸중 전조 및 발현증상'은 7.27점으로 하위영역 중 가장 높았으며, 다른 도구로 측정한 Ko[28]의 연구에서도 3.27점으로 하위영역 중 가장 높았다. 이같은 뇌졸중 전조 및 발현 증상의 높은 인식은 대상자들이 뇌졸중 경고

증상에 대한 인식이 높다는 것을 의미하며 이는 신속한 병원방문과 성공적인 조기치료를 도울 수 있다는 점에서 긍정적이라 하겠다. 그러나 '뇌졸중 위험 요인' 영역의 점수가 뇌졸중 관련 지식의 하위영역 중 가장 낮게 나타났다. 이같은 결과는 Jeong와 Park[27]의 결과와 유사한 것이다. 뇌졸중 위험요인의 지식수준을 평가하는 항목은 고염식이, 당뇨병, 심장병, 운동부족 등을 평가하는 항목으로 구성된다. 이같은 건강증진행위와 관련된 항목의 지식수준이 낮은 것은 건강증진행위 이행을 감소시켜 뇌졸중 예방에 부정적 영향을 미칠 수 있다. 중년 성인의 뇌졸중 예방행위를 분석한 Ko[28]의 연구에서 운동, 영양, 스트레스 등의 건강증진행위와 관련된 지각 수준은 뇌졸중 예방행위와 정적상관관계 있는 것으로 나타났다. 이에 뇌졸중 예방행위 증진을 위해서는 뇌졸중 위험요인 및 건강증진행위 이행에 대한 지각수준을 높여야 할 것이다. 건강증진행위와 뇌졸중 예방과의 관련성, 건강증진행위의 증진 내용을 포함한 건강 교육이 이루어져야 할 것이다. 또한 뇌졸중 예방 관련 지식의 영역별 수준 분석 및 영향요인의 분석이 필요하다.

뇌졸중에 대한 낙관적 편견이 높다는 것은 자신과 비슷한 다른 사람들에 비해 자신은 뇌졸중에 걸릴 가능성이 낮다고 생각하는 것을 의미한다. 반면 낙관적 편견이 낮다는 것은 다른 사람들에 비해 자신이 뇌졸중에 걸릴 가능성이 높거나 같다고 생각하는 것을 말한다[22]. 본 연구에서 뇌졸중에 대한 낙관적 편견은 가능범위 2-14 점 중 평균 8.82점으로 나타났다. 이는 중년 성인을 대상으로 동일한 도구를 활용하여 측정한 연구[27]에서 8.96점으로 나타난 결과와 유사하다. 낙관적 편견은 중간점수인 7점보다 높은 경우 '낙관적 편견이 있다'를 의미한다[22]. 이같은 결과는 본 연구 대상자들인 중년 성인들이 자신이 뇌졸중에 걸릴 가능성을 약하게 인식하고 있다는 것을 알 수 있다. 또한 우리나라 성인은 주요 질환인 심장질환, 뇌혈관 질환, 암, 결핵 등에 대한 낙관적 편견을 중간 이상 수준으로 보고한 Kwon과 Choi[29]의 연구에서 7점 만점에 4.99점으로 나타난 결과와 Ku와 Noh[30]의 연구결과에서 7점 만점에 3.96점으로 나타난 결과와도 유사하다. 반면에 국내에 거주하는 한국인, 미국인, 일본인, 중국인을 대상으로 국가별 암에 대한 낙관적 편견을 분석한 결과 미국인과 일본인, 중국인에 비해 한국인의 낙관적 편견이 더 높은 것으로 분석되었다. 이는 미국인과 일본인, 중국인의 경우 낙관적 편견이 낮아 암에 걸릴 가능성을 높게 인식하고 예방행위를 실천하고 있음을 의미한다[31]. 이같이 결과를 통해 낙관적 편견이

문화적 요인에 영향을 받는 것을 확인할 수 있다. 그러나 질병에 대한 낙관적 편견과 문화적 요인과의 관련성을 명확히 확인하는 추후 연구가 필요하다. 또한 높은 수준의 낙관적 편견은 건강 위협에 대한 지각을 낮춰 건강증진행위를 저해시킬 가능성이 높다[12]. 이에 낙관적 편견의 감소시켜 적극적인 뇌졸중 예방 행위 이행이 이루어질 수 있도록 하여야 한다. 뇌졸중은 생활습관에 따라 혹은 연령이 증가할수록 발생 가능성이 높아지므로 자신도 예외는 아니라는 인식을 강화하고 자신의 위험수준을 추론할 수 있도록 하는 다양한 캠페인과 교육 중재 적용이 필요하며 뇌졸중 예방을 위한 미디어 보도 및 홍보도 적극적으로 이루어져야 한다.

본 연구의 건강증진 생활양식의 수행정도는 총점 64점 만점에 평균 44.27점이었으며 4점 만점으로 환산한 결과 평균 2.76점이었다. 이같은 결과는 중년 성인의 건강증진 생활양식을 분석한 Jeong와 Park[27]의 연구에서 2.79점으로 나타난 결과와 유사하다. 또한 뇌졸중 환자를 대상으로 한 Ko[28]의 연구 결과 2.71점으로 나타난 결과와도 유사하다. 이러한 결과는 최근 건강에 대한 관심 증대와 의료기관 및 건강프로그램 등을 통해 뇌졸중 관련 교육 기회의 노출 정도가 많은 것과 관련되는 것으로 분석된다. 건강증진 생활습관의 하위 영역 중 건강책임 영역이 가장 낮은 점수를 나타냈다. 이는 건강증진행위를 평가한 선행연구들에서도 건강 책임 영역이 가장 낮게 나타난 결과와 유사하다[28,32,33]. Walker, Sechrist와 Pender[26]는 건강증진행위 영역 중 건강책임은 자신의 건강에 대한 책임을 받아들이고 돌보거나 필요시 건강교육을 받는 것이라고 설명하였다. 다시말해 건강 책임 영역의 점수가 낮은 것은 건강 관련 지식이 부족함을 의미할 수 있다. 건강 관련 지식은 건강증진행위의 영향을 미치는 주요 요인[8]으로 제시되므로 건강책임을 증진시키기 위해서는 건강교육 중재가 필요하여 교육 중재를 위해 대상자의 특성을 고려한 건강교육 프로그램의 개발이 요구된다.

중년기 성인의 뇌졸중에 대한 건강증진 생활양식에 가장 큰 영향을 미치는 요인에 대한 다중회귀분석을 실시한 결과, 낙관적 편견과 사회적지지, 뇌졸중 관련 건강교육의 필요성 인지가 영향을 미치는 것으로 확인되었다. 사회적 지지는 뇌졸중 관련 건강증진 생활양식의 가장 주요한 영향요인으로 나타났다. 사회적 지지와 건강증진행위를 분석한 연구에서 사회적지지는 건강증진행위의 이행을 증진시키는 요인으로 보고되었다[27,34]. 특히 사회적지지 중 가족지지는 건강증진행위 이행에 중요한 요

인으로 제시되고 있다[27,34]. 가족은 스트레스나 위기상황에서 가족 구성원의 절망, 불안 등의 부정적 정서를 감소시킬 수 있는 중요한 지지체계이며, 가족지지는 건강행위를 증진시키는데 중요한 요인이다[27]. 그러므로 뇌졸중 예방을 위한 건강증진 생활양식의 증진을 위해서는 가족을 포함한 가족 자원의 활용한 교육이나 자가관리 프로그램이 이루어져야 할 것이다.

뇌졸중의 건강증진 생활양식은 교육수준과 뇌졸중 교육경험, 뇌졸중 교육의 필요성 인식에 따라 유의한 차이를 보였다. 교육수준이 높은 군과 교육경험이 있는 경우, 뇌졸중 교육이 필요하다고 인식하는 군에서 뇌졸중 건강증진 생활양식의 이행 수준이 높은 것으로 나타났다. 이같은 결과는 뇌졸중 환자의 자가간호역량을 분석한 연구[35]에서 학력수준이 높을수록 교육경험이 있는 경우 자가간호역량이 높은 것과 일맥상통한다. 이같은 결과는 학력수준이 높을수록 질환과 예방행위에 대한 이해 수준이 높고 교육의 필요성에 대한 인식도 높아 나타난 결과로 분석된다. 이러한 결과를 바탕으로 학력 수준이 낮은 대상자와 뇌졸중 예방 교육 경험이 없는 대상자들에게 집중교육프로그램이 필요함을 알 수 있다. 또한 본 연구에서 주관적 건강상태가 ' 좋음'으로 인식할 때 건강증진 생활양식의 수행정도가 높은 것으로 나타났다. 이러한 결과는 뇌졸중 환자[35]와 만성질환자의 자가간호역량의 연구와[36] 일치하는 결과이다. 주관적 건강상태를 좋게 인식하는 경우 자신의 건강에 대해 긍정적으로 평가하고 건강증진행위를 충실히 이행하기 때문으로 분석된다[36]. 본 연구에서 성별에 따른 건강증진 생활양식은 여성이 남성에 비해서 높은 것으로 나타났다. 그러나 이같은 결과는 중년 성인의 뇌졸중 예방을 위한 예방행위 이행을 분석한 선행연구[28]와 차이를 보이는 결과로 이는 건강증진 생활양식 측정도구의 항목에 포함되는 흡연, 음주 등에서 여성들의 실행 비율이 적었기 때문으로 생각되나 후속연구를 통해 성별에 따른 건강증진 생활양식의 차이의 규명이 필요하다.

본 연구는 뇌졸중 발생 위험성이 높은 중년 성인을 대상으로 뇌졸중 예방을 위한 건강증진 생활양식을 확인하고 이에 대한 영향요인을 확인하였다는 데 연구의 의의를 가진다. 그러나 본 연구는 몇 가지 제한점을 가진다.

첫째, 본 연구는 세 개 지역의 사업장 및 공공기관에서 임의 추출한 대상자들을 대상으로 시행하였으므로 전체 모집단을 대표한다고 볼 수는 없다. 둘째, 본 연구에 참여한 대상자의 사업장 및 기관의 환경 차이 등이 결과에 영향을 미쳤을 가능성이 있다. 이에 대상자 수의 확대 및



차별화된 낙관적 편견 도구 사용을 통한 반복연구를 제안한다.

### 5. 결론

본 연구는 중년기 성인의 뇌졸중 관련 건강지식 및 낙관적 편견, 사회적지지, 건강증진 생활양식의 정도와 관계를 파악하고, 건강증진 생활양식의 영향 요인을 규명하고자 시행되었다. 본 연구의 결과는 뇌졸중 예방을 위한 중재프로그램 개발의 기초자료로 활용될 수 있다.

본 연구 결과 중년기 성인은 뇌졸중 관련 지식은 중간 수준으로 분석되었으며 뇌졸중 지식의 하위영역 중 뇌졸중 위험요인에 대한 지식이 가장 낮은 것으로 나타났다. 뇌졸중에 대한 낙관적 편견은 중간수준이었으며 건강증진 생활양식의 수준은 중간이상의 수준으로 분석되었다. 뇌졸중 관련 건강증진 생활양식에 영향을 미치는 요인으로는 낙관적 편견과 사회적지지, 뇌졸중 건강교육 필요성의 인지로 분석되었다. 본 연구를 통해 뇌졸중 관련 건강증진 생활양식 증진을 위해서는 인식개선 캠페인 및 정기적인 예방교육 시행 등의 뇌졸중 예방 교육의 필요성 인식을 증가시킬 수 있는 방안이 시행되어야 함을 알 수 있다. 또한 뇌졸중 예방 교육 시 사회적지지 향상 및 낙관적 편견 감소 전략을 활용한 차별화한 교육프로그램 개발이 필요하다.

본 연구결과를 근거로 다음과 같은 제언을 하고자 한다.

첫째, 본 연구는 일부 지역 중년 성인을 편의 추출하여 연구결과와 일반화에 한계가 있다. 향후 다양한 지역과 폭넓은 대상자를 선정하여 확대 반복연구를 제안한다.

둘째, 뇌졸중 관련 건강지식 중 뇌졸중 증상 및 위험요인의 인식을 높이기 위한 지역사회 중심의 뇌졸중 예방 교육 프로그램의 개발을 제안한다.

셋째, 뇌졸중에 대한 낙관적 편견을 두 문항으로 측정했다는 제한점이 있으므로 낙관적 편견에 대한 표준화된 측정도구의 개발이 요구된다.

넷째, 뇌졸중에 대한 낙관적 편견 감소를 위한 차별화된 뇌졸중 예방 교육프로그램의 개발 및 효과 검증 연구를 제안한다.

### REFERENCES

[1] Statistics Korea. 2020 cause of death statistics

[Internet]. Seoul: Statistics Korea; 2020 Sep 23 [updated 2020 Sep 23; cited 2020 Sep 28]. Available from: <https://kosis.kr/publication/publicationThema.do>

[2] E. Callaly, D. N. Chroinin, N. Hannon, M. Marnane, L. Akijian, O. Sheehan, et al. (2015). Rates, predictors, and outcomes of early and late recurrence after stroke: The North Dublin population stroke study. *Stroke, 47(1)*, 244–246. DOI: <https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.115.011248>

[3] M.S. Dhamoon, L. A. McClure, C. L. White, H. Lau, OBenavente, M.S. Elkind. (2014). Quality of life after lacunar stroke: the secondary prevention of small subcortical strokes study. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases, 23(5)*, 1131–7. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2013.09.029>

[4] Y. Y. Cheng, J. H. Shu, H. C. Hsu, Y. Liang, S. T. Chang, C. L. Kao, et al. (2017). The impact of rehabilitation frequencies in the first year after stroke on the risk of recurrent stroke and mortality. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases, 26(12)*, 2755–2762. <https://doi.org/10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2017.06.047>

[5] J. Y. Kim, K. Kang, J. Kang, J. Koo, D. H. Kim. B. J. Kim, et al. (2019). Executive summary of stroke statistics in korea 2018: a report from the epidemiology research council of the korean stroke society. *Journal of Stroke, 21(1)*, 42–59. DOI:<https://doi.org/10.5853/jos.2018.03125>

[6] E. J. Kim, & J. H. Kong. (2015). The Effects of Primary Stroke Prevention Program on the Knowledge of Stroke, Stroke Symptom Coping Behavior and Self Management of Stroke Risk Group. *Journal of the Korea Academia-Industrial cooperation Society, 16(11)*, 7925–7933. DOI: <http://dx.doi.org/10.5762/KAIS.2015.16.11.7925>

[7] M. Jo, H. Oh, S. Y. Jang, & A. Jo. (2019). Factors influencing unawareness of warning signs of stroke among hypertensive diabetic patients at a high risk for stroke: the 2017 nationwide community health survey in korea. *Korean Journal of Adult Nursing, 31(4)*, 403–413. DOI: <https://doi.org/10.7475/kjan.2019.31.4.403>

[8] J. H. Noh, & Y. H. Shin.(2014). Probability of stroke, knowledge of stroke, and health-promoting lifestyle in stroke risk groups. *Journal of Korean Academy of Fundamentals of Nursing, 21(2)*, 174 –182. DOI: <https://doi.org/10.7739/jkafn.2014.21.2.174>

[9] Y. O. Choi, & J. Lee. (2017). Impact of stroke knowledge, fear of recurrence on health behavior in patients with ischemic stroke. *Korean Journal of Adult Nursing, 29(3)*, 302–312. DOI: <https://doi.org/10.7475/kjan.2017.29.3.302>

[10] N. D. Weinstein. (1984) Why it won't happen to me:

- perceptions of risk factors and susceptibility. *Health Psychology, 3(5)*, 431-457.  
DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/0278-6133.3.5.431>
- [11] Y. J. Jeong, & J. H. Park. (2016). The Effects of the Stroke on the Health Knowledge, Optimistic Bias and Health-Promoting Lifestyle in Middle -Aged Adults, *Journal of the Korea Academia -Industrial, 17(9)*, 141-155.
- [12] M. K. Kim, H. R. Lee, J. Y. Kwon, H. S. Oh. (2013). Influencing and Mediating Factors in Health Behaviors among Stroke Patients. *Korean Journal of Adult Nursing, 25(6)*, 610-621.  
DOI: <http://dx.doi.org/10.7475/kjan.2012.24.6.610>
- [13] H. K. Jeong, & S. Moon. (2017). Mediating effect of uncertainty on the relationship between social support and rehabilitation motivation in patients with stroke. *Korean Journal of Adult Nursing, 29(3)*, 323-331.  
DOI: <https://doi.org/10.7475/kjan.2017.29.3.323>
- [14] J. Y. Lee, & H. S. Kim. (2014). Influences of social support, self esteem and motivation for rehabilitation on the activities of daily living in stroke patients. *Journal of East-West Nursing Research, 20(2)*, 145-153.  
DOI: <https://doi.org/10.14370/jewnr.2014.20.2.145>
- [15] J. H. Noh, & Y. H. Shin. (2014). Probability of Stroke, Knowledge of Stroke, and Health-Promoting Lifestyle in Stroke Risk Groups. *The Korean Journal of Fundamentals of Nursing, 21(2)*, 174-182.  
DOI: <http://dx.doi.org/10.7739/jkafn.2014.21.2.174>
- [16] E. J. Kim. (2015). The Effect of Physical and Psychological, and Social factors on Health Promotion Behavior among the stroke patients. *Journal of the Korea Academia-Industrial cooperation Society, 16(12)*, 8525-8534.  
DOI: <http://dx.doi.org/10.5762/KAIS.2015.16.12.8525>
- [17] H. R. Lee. (2010). *Health Knowledge of Stroke, Health Promoting Behavior and Health Risk Indicators of Stroke Patients in a University Hospital*. Unpublished master's thesis, Inha University, Incheon.  
DOI: <http://www.riss.kr/link?id=T11977369>
- [18] V. A. Clarke, H. Lovegrove, A. Williams, & M. Machperson. (2000). Unrealistic optimism and the Health Belief Model. *Journal of Behavioral Medicine, 23(4)*, 367-376.  
DOI: <http://dx.doi.org/10.1023/A:1005500917875>
- [19] N. Y. Han, E. A. Ko, & S. Y. (2009). Hwang, Knowledge of Stroke Symptoms and Risk Factors Among Older Adults, *The Korean Academic Society of Adult Nursing, 21(3)*, 314-323.  
DOI: <http://www.riss.kr/link?id=A99897954>
- [20] S. G. Bae, S. K. Lee, & C. H. Han. (2015). Influencing and Mediating Factors in Stroke: Based on 2007-2012 Korea National Health and Nutrition Examination Survey. *Journal of the Korea Academia-Industrial cooperation Society, 16(1)*, 418-428.  
DOI: <http://dx.doi.org/10.5762/KAIS.2015.16.1.418>
- [21] R. H. Rahe, C. Scalzi, & K. A. Shine. (1975). A teaching evaluation questionnaire for postmyo -cardial infarction patients. *Heart & Lung, 4*, 759-766.
- [22] N. D. Weinstein(1984). Why it won't happen to me: perceptions of risk factors and susceptibility. *Health Psychology, 3(5)*, 431-457.  
DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/0278-6133.3.5.431>
- [23] A. R. Shon, Floreil Tabang, C. S. Moon, & S. D. Ko. (2009). Optimistic Bias on HIV/AIDS among High School Students in Seoul, Korea. *Korean association of health and medical sociology, 25*, 57-78.  
DOI: <http://www.riss.kr/link?id=A77048066>
- [24] Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., & Farley, G. K. (1988). The multidimensional scale of perceived social support. *Journal of Personality Assessment, 52(1)*, 30-41.  
DOI: [https://doi.org/10.1207/s15327752jpa5201\\_2](https://doi.org/10.1207/s15327752jpa5201_2)
- [25] J. S. Shin, & Y. B. Lee. (1999). The effects of social supports on psychosocial well-being of the unemployed. *Korean Journal of Social Welfare, 37*, 241-269.
- [26] S. N. Walker, K. R. Sechrist, N. J. Pender, (1987). The healthpromoting lifestyle profile: Development and psychometric characteristics. *Nursing Research, 36(2)*, 76-81.
- [27] Y. J. Jeong, & J. H. Park. (2016). The Effects of the Stroke on the Health Knowledge, Optimistic Bias and Health-Promoting Lifestyle in Middle -Aged Adults, *Journal of the Korea Academia -Industrial, 17(9)*, 141-155.  
DOI: <http://dx.doi.org/10.5762/KAIS.2016.17.9.141>
- [28] E. Ko. (2020). Factors Influencing Stroke Prevention Behaviour in Middle-aged Adults. *Journal of Korean Biological Nursing Science, 22(4)*, 297-307.  
DOI: <https://doi.org/10.7586/jkbns.2020.22.4.297>
- [29] M. S. Kwon, C. Yun. (2020). Factors affecting preventive behavior related to tuberculosis among university students in Korea: focused on knowledge, attitude and optimistic Bias related to tuberculosis. *Journal of the Korean Academy of Fundamentals of Nursing 27(3)*, 236-245  
DOI: <http://www.dbpia.co.kr/journal/articleDetail?noDeId=NODE09806811>
- [30] Y. H. Ku, G. Y. Noh(2018). A Study of the effects of self-efficacy and optimistic bias on breast cancer screening intention: focusing on the health belief model(HBM), *Ewha Journal of Social Sciences, 34(2)*, 73-109.  
DOI: <http://www.dbpia.co.kr/journal/articleDetail?noDeId=NODE07552517>
- [31] S. H. Lee, E. M. Ham. (2010). The Relationship between the Optimistic Bias about Cancer and Cancer Preventive Behavior of the Korean, Chinese, American, and Japanese Adult Residing in Korea. *Journal of Korean Academy of Nursing, 40(1)*, 52-59.  
DOI: <http://www.dbpia.co.kr/journal/articleDetail?noDeId=NODE07552517>

eId=NODE02021770

- [32] Y. O. Choi, & J. Lee. (2017). Impact of stroke knowledge, fear of recurrence on health behavior in patients with ischemic stroke. *Korean Journal of Adult Nursing*, 29(3), 302-312.  
DOI: <https://doi.org/10.7475/kjan.2017.29.3.302>
- [33] S. S. Jiang, L. P. Shen, H. F. Ruan, L. Li, L. L. Gao, & L. H. Wan. (2014). Family function and health behaviours of stroke survivors. *International Journal of Nursing Sciences*, 1(3), 272-276.  
DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2014.05.024>
- [34] M. K. Kim, H. R. Lee, J. Y. Kwon, & H. S. Oh. (2013). Influencing and mediating factors in health behaviors among stroke patients. *Korean Journal of Adult Nursing*, 25(6), 610-621.  
DOI: <https://doi.org/10.7475/kjan.2012.24.6.610>
- [35] E. H. Jo, S. J. Lee, J. H. Jo. (2021). Mediating effects of self-care competence on the relationship between uncertainty and quality of life in stroke patients. *Korean Journal of Adult Nursing*, 33(1), 56-66.  
DOI : [10.7475/kjan.2021.33.1.56](https://doi.org/10.7475/kjan.2021.33.1.56)
- [36] S. Y. Kim, J. H. Lee. (2020). A study of participation in health-related decision and self-care competency in patients with chronic disease. *Journal of the Korea Academia-Industrial cooperation Society*, 21(6), 127-36.  
DOI: <https://doi.org/10.5762/KAIS.2020.21.6.127>

김 보 미(Bo-Mi Kim)

✉



- 2012년 8월 : 동국대학교 사회복지학  
과(사회복지학 석사)
- 2018년 2월 : 동국대학교 사회복지학  
과(사회복지학 박사)
- 2020년 3월 ~ 현재 : 초당대학교 사회  
복지상담학과 조교수
- 관심분야 : 노인복지, 상담

· E-Mail : [kbm5878@hanmail.net](mailto:kbm5878@hanmail.net)