

산업장 근로자의 건강증진행위에 영향을 미치는 변인 분석 The Determinants of Health Promoting Behavior of Industrial Workers

박 나 진* · 김 정 순**

I. 서 론

1. 연구의 필요성

경제발달에 의한 생활수준의 향상 및 의학기술의 발달로 인간의 평균수명이 증가하면서 오늘날 질병의 양상은 감염성 질환에서 만성 퇴행성 질환으로 변화되었다. 이들 질환의 난치적 특성으로 인한 문제는 질환 발생 이전에 예방이 무엇보다도 중요하다고 인식하게 하였고, 만성 퇴행성 질환의 위험요인인 흡연습관, 식생활습관, 운동습관, 스트레스 등의 생활양식의 변화를 통해 성인병을 예방하기 위한 건강증진운동의 필요성이 국민 건강적 관점에서 인식되고 있다.

생활양식이란 개인이 매일의 삶을 살아가는 방식으로, 개인의 총체적 행위로 구성되는 바(Belloc & Breslow, 1972; Singer, 1982) 건강관련행위들이 생활양식의 한 부분을 형성한다고 할 수 있다. 일반적으로 건강행위란 질병의 치료와 예방을 위한 행위로부터 보다 나은 자아를 유지, 증진하고 활성화시키기 위한 능동적이고 주체적인 자아활동에 이르는 생명에 관계된 총체적 행위로 규정된다(조현숙, 1996). 대부분의 건강행위는 건강을 위한 어떤 행동과정을 안다고 해서 즉시 실천되는 것은 아니며 건강에 대한 인식으로부터 지각 및 이해, 지식의 수용단계를 거쳐 비로소 행동으로 나타난

다(조원정, 1988).

건강행위는 질병의 발생, 장수와 관련되며, 장기간의 건강행위는 건강 습관으로 발전되어질 수 있다. 따라서 앞으로의 건강증진 전략은 환경적 조건, 유전적 요소, 건강관리체계에 초점을 두기보다는 행위의 특별한 패턴이 건강문제와 장수를 좌우하므로 파괴적인 개인습관을 조정하고 건강에 공헌하는 건강행위를 증진하는 전략에 우선순위를 두어야 한다고 하였다(김애경, 1994). 그러므로 건강전문인들은 건강을 증진시키고 질병을 예방하는데 도움이 되는 보다 좋은 정보와 서비스를 개인에게 제공할 의무가 있으며(Spellbring, 1991), 특히 간호사는 개인과 집단에게 건강증진행위를 수행하도록 동기화시키는 것이 중요한 업무중의 하나라고 할 수 있다.

건강증진행위는 건강행위를 건강증진의 측면에서 생활양식의 한 부분으로 구체화시킨 것으로, 이것은 안녕에 대한 가장 높은 잠재력을 실현하는 쪽으로 이끄는 삶의 적극적인 접근이며 질병을 피하기 위해서가 아니라 만족스럽고 즐거운 삶을 추구하려는 것이다(박인숙, 1995).

Pender(1987)는 건강증진행위를 설명하기 위해 건강증진모형(Health promotion model)을 제시하였고, 이 모형에서 건강증진행위에 영향을 미치는 요인으로 건강에 대한 개인의 인지지각적 요인이 가장 중요함을 지적하였으며, 이를 촉구할 수 있는 간호중재의 기틀을

* 부산대학교 의과대학 간호학과

** 부산대학교 의과대학 간호학과

제시하고 있다. 또한 Pender(1987)는 인류의 건강관리에 있어 보다 혁신적인 방안을 위해서는 인간의 건강에 영향을 미치는 신체적, 정신적, 사회적 요인에 대한 자각이 필요하고 보다 포괄적인 건강관리 접근이 요구되며, 이러한 접근방안으로서 산업장의 일차건강관리의 필요성을 제시한 바 있다.

일반적으로 산업장 근로자의 건강문제는 흔히 직업병과 산업재해로 표현되나, 사실 근로자의 일반적인 건강 문제는 일반국민과 마찬가지로 만성퇴행성 질환이나 생활양식과 관련된 질환의 비중이 압도적으로 많음을 건강진단 실시 결과 알 수 있었다(조동란, 전경자, 1993; 전경자, 1994).

정부는 최근 근로자의 고령화 추세에 따른 성인병 등 일반 질환의 증가에 대응하여 근로자의 건강증진을 적극적으로 지도할 수 있도록 한국형 건강증진방안을 개발 추진 중이라고는 하지만, 전반적으로 볼 때 개별 산업장 수준에서 건강증진 프로그램의 시행이 매우 미흡한 상태에 있고, 정부 차원에서 도 이에 대한 구체적인 대책이 제시되지 못하고 있다(전경자, 1994).

따라서 지금까지 해오던 직업병과 산업재해 관리에 건강증진 프로그램을 포함한 포괄적인 근로자 건강관리 프로그램의 개발과 시행이 매우 긴급한 과제라고 생각된다. 그러나 지금까지의 산업장 근로자를 대상으로 한 연구들의 대부분이 근로자들의 건강문제 파악을 위한 것으로서 관심의 초점이 근로자들의 건강증진에 있다기 보다는 질병발견에 더 가까운 것을 볼 수 있었다(윤진, 1990; 안태성, 1991). 또한 1980년대 이후 증가일로에 있는 건강증진에 관한 연구의 대부분이 Pender의 건강증진모형을 근거로 건강증진행위에 관련되는 3-5개의 개념간의 단순한 관계만을 제시하였기에 실무에 적용하기에는 제한이 따르며, 특히 1987년에 수정된 Pender의 건강증진모형에서 중요한 새로운 개념으로 검정되고 있는 자기효능감(self-efficacy)에 대한 연구의 필요성이 제기되었으나(Pender, 1987; 구미옥 외, 1994) 우리나라에서는 관련연구가 많이 부족한 실정이다(구미옥, 1992; 이영휘, 1993; 오현수, 1993; 김중임, 1994).

이에 본 연구에서는 Pender의 건강증진모형에서 건강증진행위의 가장 일차적인 동기 기전이 되는 인지적 요인(건강상태, 건강개념, 자기효능감, 지각된 유익성, 지각된 장애성)과 조경요인(인구사회학적 특성)을 중심으로 산업장 근로자의 건강증진행위에 영향을 미치는 변인을 규명하여 산업장의 포괄적인 건강증진 프로그램 개발을 위한 기초자료를 얻고자 본 연구를 시도하

였다.

2. 연구의 목적

본 연구의 구체적 목적은 다음과 같다.

- 1) 연구대상자의 건강증진행위 및 인지적각(건강상태, 건강개념, 자기효능감, 지각된 유익성, 지각된 장애성) 특성을 파악한다.
- 2) 인구사회학적 특성에 따른 건강증진행위 및 인지적각의 차이를 파악한다.
- 3) 건강증진행위와 인지적각 요인들과의 상관관계를 파악한다.
- 4) 건강증진행위에 영향을 미치는 주요 변인을 확인한다.

3. 용어의 정의

· 건강증진행위(Health Promoting Behavior)

인간의 실현화 경향의 표현으로서, 개인의 안녕수준, 자아실현, 개인적인 만족감을 유지, 증진하려는 행위를 말하며(Pender, 1982), 본 연구에서는 Pender 등(1987)이 개발한 '건강증진생활양식(Health Promoting Lifestyle Profile; HPLP)'으로 측정된 점수이다.

II. 문헌 고찰

1. 건강증진과 건강증진행위

Smith(1981)는 건강과 질병을 연속선상에서 볼 때 건강은 정반대에 위치하는 질병에 비해 긍정적인 사고라고 할 수 있다고 하였으며, 건강의 개념을 4가지의 서로 다른 모델로 서술하고 있다. 즉 건강을 "의학적으로 진단이 내려진 질병이나 불능이 없는 상태"로 보는 임상적 모델, "기대되는 최대한의 결과를 나타내는 사회적 역할의 수행"으로 보는 역할수행 모델, "인간유기체에 최대한의 이익을 지속시키기 위하여 신체적, 사회적 환경과 유연하게 상호작용하는 것"으로 보는 적응 모델. 그리고 건강이란 "자아실현, 즉 안녕(well-being)상태"로 정의하는 행복 모델로 분류하였고, 이들 각 모델들은 상호배타적이지 않고 포괄적인 내용을 포함한다고 보았다. 변영순(1988)은 Smith의 4가지 모델을 기초로 하여 우리나라 성인을 대상으로 건강개념을 조사한 결과 성인이 지각하는 건강의 의미는 질병이나 증상이 없

는 것이라는 의미보다는 사회적인 역할과 기능차원의 건강개념을 더 중요하게 지각하고 있음을 보고하였다.

이러한 건강개념의 변화와 질병양상의 변화에 따라 건강수준을 향상시키기 위한 전략으로 건강증진 모형을 생각할 수 있다. 즉 건강증진이란 행복 모델에 가까운 것으로, 새로운 개념이 아니며 수 십년 동안 간호에 있어서 기본적인 개념이었다(Pender, 1986). 이러한 건강증진은 개인이나 지역 사회로 하여금 건강 결정인자들에 대한 통제를 증가시키게 하고, 스스로의 건강을 향상시키게 하는 과정으로(WHO, 1986), 전문적 간호 실무의 목표이다(Smith, 1992)

O'Donnell(1986)은 "건강증진은 사람들이 적절한 건강상태로 나아갈 수 있도록 그들의 생활양식을 변화하도록 돕는 과학이며 예술이다"라고 하였고, Pender(1982, 1987)는 건강증진 모형을 통해 건강증진을 안녕수준의 유지나 증진을 위한 활동, 자아실현, 개인의 성취라고 정의하였다. 변영순과 장희정(1992)은 건강증진 개념분석을 통해 건강증진이 안녕(well-being)을 성취하기 위하여 대상자 스스로 필요한 요구를 확인하여 생활양식을 변화하도록 대상자로 하여금 힘을 갖게 하는 활동이 확장되는 것으로 보았다.

최근 간호학 문헌을 통해 나타난 건강증진행위에 대한 정의를 보면, Pender(1982)는 건강증진행위를 인간의 실현화 경향(actualizing tendency)의 표현으로서 개인의 안녕수준, 자아실현, 개인적인 만족감을 유지, 증진하려는 행위로 정의하였고, 또 개인의 안녕수준의 유지, 증진과 자아완성, 성숙을 향한 행동으로(윤진, 1990), 물리적 환경과 보건사업보다는 생활양식과 관련된 변화의 투입과 과정임을 강조하는 것(Stachtchencho, 1990)으로 정의되고 있다. 또한 Parse(1990)는 질병 통제 이상의 삶의 질을 향상시키는 것과 관련된 생활양식의 변화를 가져오게 하는 것으로 건강증진행위를 정의하였다.

건강증진행위를 설명하기 위하여 Pender(1987)가 제시한 건강증진모형(Health promotion model)은 사회인지이론에 기초하여 여러 건강관련 행위의 연구결과와 건강행위이론(건강신념모형, 이성적 행위이론, 자기효능이론)에서 개념을 도출하여 종합한 포괄적인 모형이다. 즉 생활양식의 건강증진 요소를 설명하고 예측하는 인과관계를 기술하는 모형으로, 인지지각 요인, 조정요인 및 행동계기로 구성되어있다. 인지지각 요인은 건강증진행위에 가장 우선적인 동기기전으로 작용하여 건강증진행위를 습득하고 수행하는 데 직접적인 영향을

준다. 이들 인지지각 요인들은 변화가능한 것으로 건강증진행위를 증진시키기 위한 간호중재에 중요한 요인이 되는데, 이에 건강가치, 건강통제위, 자기효능감, 건강개념, 건강상태, 지각된 유익성, 지각된 장애성이 있다.

조정 요인에는 인구학적 요인, 생물학적 특성, 대인관계 요인, 상황적 요인, 행동적 요인 등이 있고, 행동계기는 안녕감의 증가나 잠재력의 인식과 같은 내적 계기와 건강행위에 대한 다른 사람과의 대화나 대중매체의 접촉을 통한 외적 계기가 있다.

이 모형은 1982년 Pender가 건강증진모형을 처음 제시한 이후 일부 수정된 것이다. 이들의 차이점은 인지지각 요인들 중 자아인식(self-awareness)과 자아존중감(self-esteem)이 구체적이기 보다는 일반적 개념의 개인적 특성으로서 조작화가 쉽지 않아 구체적인 건강행위를 예측하기에는 그 설명력이 약하므로 수정된 모형에서는 자기효능감(self-efficacy)으로 대체되었다(윤진, 1990). 따라서 대부분의 선행연구들에서 자아존중감을 포함하고 있으며, 인지지각 요인들 중에서 건강증진행위의 매우 중요한 영향요인으로 보고되었고, 수정된 모형을 기초로 한 이후의 연구에서는 자기효능감이 가장 높은 설명력을 보였다.

이 모형의 가장 중요한 특징은 건강증진행위에 인지지각 요인이 미치는 영향이 크다는 것을 강조한 점이며, 특히 이러한 인지지각 요인은 고정된 것이 아니라 중재에 의해 변화가 가능하므로, 대상자의 인지지각을 변화시켜 건강증진행위를 촉진할 수 있다는 것이다.

2. 건강증진행위에 영향을 미치는 요인

건강증진의 목적은 건강수준을 높이기 위하여 개개인이 생활양식의 변화를 일으킴으로써 얻어지는데, 이것은 인간의 건강에 대한 행위와 태도 변화에 영향을 미칠 수 있는 요인들을 규명하는 작업으로부터 그 접근이 가능해진다고 하였다(이태화, 1990). 따라서 많은 연구자들이 건강증진행위의 영향요인을 조사하였는데, 대부분의 연구들이 Pender의 건강증진모형에 기초하여 이를 검정하였음을 알 수 있었다.

Pender의 건강증진모형을 이론적 기틀로 건강증진행위에 영향을 미치는 요인들을 조사한 선행연구에서 Duffy(1988)는 35-65세 여성 262명을 대상으로 인구학적 특성(연령, 인종, 가족수입, 교육, 결혼상태, 직업, 가족수)과 3개의 인지지각 요인(건강통제위, 자아존중

감 및 건강상태)으로 건강증진모형을 검정하였다. 단계적 다중회귀분석 결과, 우연성 건강통제위(13%), 자아존중감(6%), 현재 건강상태(2%), 건강염려/건강관심(2%), 고학력(1%), 내적 건강통제위(1%)에 의해 건강증진행위가 25% 설명되었다.

Weitzel(1989)은 179명의 근로자를 대상으로 인구학적 특성(성별, 연령, 교육, 연봉, 가족수입)과 4개의 인지적 요인(건강통제위, 건강가치, 지각된 건강상태 및 자기효능감)으로 건강증진모형을 검정하였다. 분석결과 지각된 건강상태(9%), 자기효능감(6%), 건강가치(3%) 및 교육(2%)이 건강증진행위를 20% 설명하였으며, 내적 건강통제위는 유의한 영향력이 없었다. 인구학적 요인 중에서는 연령이 가장 큰 예측요인이었으나, 분석결과 인지적 요인이 인구학적 요인보다 건강증진행위를 더 많이 설명한다고 보고하였다.

Pender 등(1990)은 직장인 589명을 대상으로 인구사회학적 특성(성별, 연령, 결혼상태, 교육, 수입, 인종), 행동적 요인(운동수행 기간), 및 5개의 인지적 요인(건강개념, 지각된 건강상태, 건강통제위, 자기효능감, 건강가치)으로 건강증진모형을 검정하였다. 분석결과 4개의 인지적 요인(안녕감의 건강개념, 지각된 건강상태, 건강통제위, 자기효능감)과 3개의 조정 요인(고연령, 여자, 운동수행 기간이 긴 경우)을 합하여 건강증진행위 변량을 31% 설명하였고, 내적 건강통제위 성격의 소유자가 다른 건강통제위 성격보다 더 많은 건강증진행위를 이행했다고 보고하였다.

이태화(1990)는 직장인 349명을 대상으로 인구사회학적 특성(성별, 연령, 소득, 교육, 가족수, 결혼상태, 직업)과 4개의 인지적 요인(건강통제위, 자아존중감, 지각된 건강상태, 건강가치)으로 건강증진모형을 검정하였다. 분석결과 자아존중감이 건강증진행위를 14% 설명하는 가장 영향력 있는 변인으로 확인되었다. 그 다음이 내적 건강통제위(6%), 의존성 건강통제위(4%), 지각된 건강상태(3%) 및 연령(2%)이 건강증진행위의 예측요인으로 확인되었고, 전체적으로 29%의 설명력을 나타냈다.

윤진(1990)은 산업체 근로자 285명을 대상으로 인구사회학적 특성(성별, 연령, 결혼상태, 학력, 근무부서, 일일 근무시간, 일주일 근무시간)과 2개의 인지적 요인(자아개념, 건강가치)으로 건강증진모형을 검정하였다. 분석결과, 자아개념이 건강증진행위를 16.7%로 가장 많이 설명하는 변인으로 나타났고, 자아개념에 일주일 근무시간과 학력이 추가되어 건강증진행위를 18.7%

설명하였다. 건강가치는 대상자의 78.9%가 건강을 1-4순위로 높은 가치를 두고 있었다. 그러나 건강증진행위에는 유의한 영향요인으로 나타나지 않았다.

이상의 문헌고찰을 요약해 보면, Pender의 건강증진모형을 검정한 선행연구들은 모형의 인지적 요인들 중 2-5개 변인을 선택하고, 조정 요인 중 인구사회학적 특성을 선택하여 단계적 다중회귀 분석방법으로 건강증진행위를 예측하였으며 설명력은 31% 미만이었다. 또한 인지적 요인이 인구사회학적 특성보다는 설명력이 높게 나타나 건강증진행위의 일차적인 영향요인이 인지적 요인이라는 Pender의 가정을 지지하고 있다. 즉 Pender의 모형은 건강증진행위의 영향요인을 규명하고 이를 추구할 수 있는 간호중재의 기틀을 제시하였고, 건강증진행위를 예측하기에 적합한 모형임을 알 수 있다.

따라서 본 연구자는 Pender의 건강증진모형에 기초해서 <그림 1>과 같이 본 연구의 틀을 도출하였다.

Ⅲ. 연구 방법

1. 연구 설계

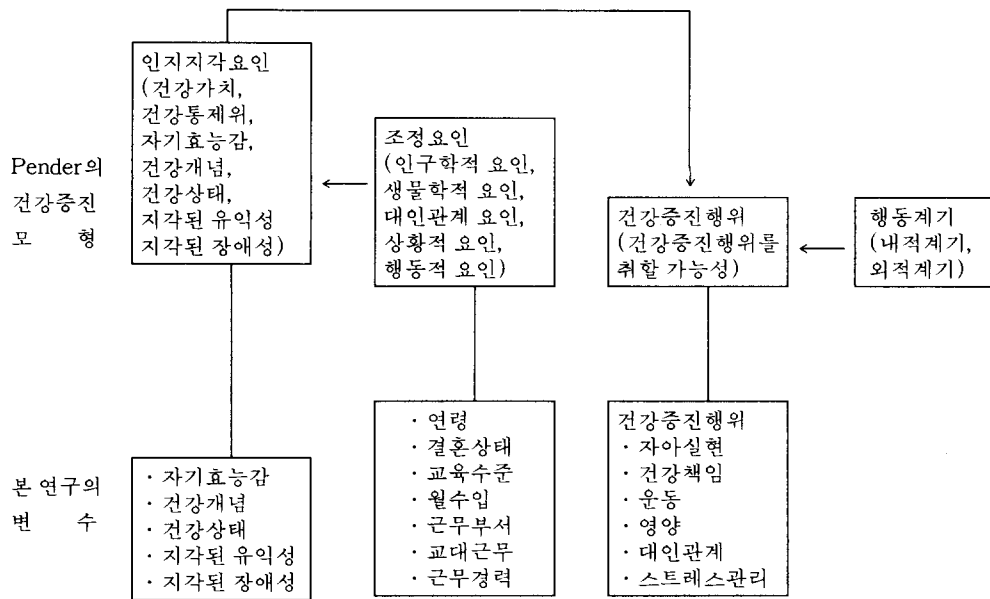
본 연구는 산업장 근로자의 건강증진 프로그램 개발을 위한 기초자료를 제공하고자 Pender의 건강증진모형에 근거하여 산업장 근로자들을 대상으로 건강증진행위에 영향을 미치는 변인을 규명하는 서술적 조사연구이다.

2. 연구 대상

본 연구의 대상자는 부산시에 위치한 운수제조업체 D사에 근무하는 근로자 중에서 연구목적에 이해하고 연구대상으로 참여하기를 수락한 자로 정기적으로 1년에 1회 실시하는 안전 보건 교육 시간에 참석한 480명을 임의표출 하였다. 본 연구대상 산업장의 특성상 여성 근로자의 수가 전체 근로자의 5%에 불과하여 남성만을 대상으로 하였다.

회수된 질문지는 총 431부로 약 90% 회수하였고, 분석에 이용된 자료는 내용이 불충분한 17부를 제외시킨 총 414부였다.

3. 연구 도구



〈그림 1〉 Pender의 건강증진모형과 본 연구 변수와의 관계 모형

1) 지각된 건강상태 측정도구

현재 자신의 건강에 대한 주관적인 평가를 측정하기 위해서 Ware 등(1978)이 개발한 ‘지각된 건강상태 측정도구’를 박인숙(1995)이 변안한 것을 사용하였다. 이 도구는 “현재 전반적인 건강 상태가 어떻다고 생각하십니까?”라고 묻는 1문항으로, ‘매우 건강하지 못하다’에 1점, ‘건강하지 않은 편이다’에 2점, ‘보통이다’에 3점, ‘건강한 편이다’에 4점, ‘매우 건강하다’에 5점을 배점하여 5점 척도로 구성되어 있다.

이 도구는 일반 건강 인식에 대한 39편의 연구를 검토한 후 개발된 것으로 이 하나의 문항으로도 이 도구가 신뢰성있고 반복 가능하며 건강상태에 대한 다른 측정과의 연관성에서 신뢰성이 있는 것으로 밝혀졌다.

2) 건강개념 측정도구

개인의 건강 혹은 건강상태에 대한 주관적인 의미를 측정하기 위해 Laffrey(1986)의 28문항으로 구성된 ‘건강개념 측정도구’를 본 연구자가 20문항으로 수정, 변안한 것을 사용하였다. 개발 당시 Laffrey의 도구는 Smith (1981)의 건강개념에 대한 4가지 모델을 이용하여 건강의 의미에 대한 개인의 지각을 측정하는 것으로 질병이 없는 상태의 임상적 모델 7문항, 역할수행 모델 7문항, 적응 모델 7문항, 행복 모델 7문항 총 28문항의 6

점 척도로 구성되어 있었다. 개발 당시의 신뢰도는 Cronbach's Alpha계수 .88이었다.

본 연구에서는 문항분석을 한 결과, 내용이 중복되는 문항들이 있어서 본 연구자가 지도교수와 이 분야에 연구경력이 있는 박사학위 소지자 1인의 자문을 받아서 4개 영역에서 각각 2문항씩 중복되는 문항을 제거하여 20문항으로 구성하였다.

점수는 최소 20점에서 최고 120점으로 점수가 높을수록 건강개념 수준이 높은 것을 의미한다. 본 연구에서의 도구의 신뢰도는 Cronbach's Alpha계수 .9195였다.

3) 자기효능감 측정도구

바람직한 결과를 위해 필요한 행위를 성공적으로 수행할 수 있다고 믿는 자신의 신념을 측정하기 위해 Sherer 등(1982)에 의해 개발된 자기효능감 척도 (Self-Efficacy Scale)중 일반적 자기효능감 척도 (General Self-Efficacy Scale)를 오현수(1993)가 변안한 것을 사용하였다.

일반적 자기효능감 척도는 17문항의 5점 척도로 행동의 시작, 노력, 역경에도 불구하고 지속하려는 것에 대한 내용으로 구성되어 있다. 이 중 부정적인 항목 11문항은 역으로 점수화하였으며, 최저 17점에서 최고 가능 점수 85점으로 점수가 높을수록 자기효능감 정도가 높

음을 의미한다. 도구 개발 당시 일반적 자기효능감에 대한 신뢰도는 Cronbach's Alpha계수 .86이었으며, 오현수 (1993)에 의해 4단계의 번역 타당도 검정을 거쳐 17문항으로 개발된 일반적 자기효능감 척도의 Cronbach's Alpha계수는 .80이었다. 본 연구에서 도구의 신뢰도는 Cronbach's Alpha계수 .8626이었다.

4) 지각된 유익성 측정도구

건강증진행위 수행의 유익성 지각을 측정하기 위해 문정순(1990)의 '성인의 건강신념 측정도구' 중에서 유익성에 관련된 11문항을 사용하였다. 이 도구는 4점 척도로, 점수는 최소 11점에서 최대 44점으로 점수가 높을수록 건강증진행위의 유익성 지각 수준이 높음을 의미한다. 도구 개발 당시의 신뢰도는 Cronbach's Alpha계수 .73이었고, 본 연구에서 도구의 신뢰도는 Cronbach's Alpha계수 .9029이었다.

5) 지각된 장애성 측정도구

건강증진행위 수행에 있어서 장애성 지각을 측정하기 위해 문정순(1990)의 '성인의 건강신념 측정도구' 중 장애성에 관한 11개 문항을 사용하였다. 이 도구는 4점 척도로, 점수는 최소 11점에서 최대 44점으로 점수가 높을수록 건강증진행위 수행에 대한 장애성 지각 수준이 높음을 의미한다. 도구 개발 당시의 Cronbach's Alpha계수 .67이었고, 본 연구에서의 도구의 신뢰도는 Cronbach's Alpha계수 .7547이었다.

6) 건강증진행위 측정도구

건강증진행위 측정은 Walker, Sechrist 및 Pender (1987)가 개발한 '건강증진 생활양식(HPLP : Health Promoting Lifestyle Profile)'을 이태화(1990)가 한국의 문화적 배경에 맞도록 수정 보완하여 구성한 질문지를 본 연구자가 산업장 근로자의 특성에 맞도록 재구성한 후, 지도교수의 자문을 받아 타당도를 검사받은 후 사용하였다. HPLP 도구는 48개 문항으로 4점 척도로 측정되며 6개의 하위영역으로 자아실현, 건강에 대한 책임감, 운동, 영양, 지지적인 대인관계, 스트레스 관리 등이 포함된다. 개발 당시의 도구의 신뢰도는 Cronbach's Alpha계수 .92였다.

본 연구에서 사용한 건강증진행위 측정도구는 4점 척도로 자아실현에 관한 10문항, 건강에 대한 책임감에 관한 9문항, 운동에 관한 5문항, 영양에 관한 5문항, 지지적인 대인관계에 관한 7문항, 스트레스 관리에 관한 6문

항으로 총 6개의 하위영역에 41문항으로 구성되었다. 점수는 최저 41점에서 최고 164점으로 점수가 높을수록 건강증진행위를 잘 하고있는 것을 의미한다. 본 연구에서 도구의 전체 신뢰도는 Cronbach's Alpha계수 .9127이었다.

4. 자료수집기간 및 방법

자료수집은 근로자들이 법적으로 1년에 1회 이수해야 할 정기 안전 보건 교육이 실시된 1996년 11월 11일부터 12월 21일 사이에 교육 참석 근로자들을 대상으로 이루어졌다. 본 연구자가 교육 전에 충분한 시간을 가지고 연구의 목적을 설명하였고, 구조화된 질문지를 배부하며 참여 의사를 확인하였다. 대상자가 직접 질문지에 응답하게 시간을 주고, 의문을 가지는 문항에 대해서는 설명을 하여 이해를 도왔다. 질문지 작성 시간은 15분에서 20분 사이였고, 교육 시작 전에 연구자가 직접 질문지를 회수하였다.

5. 자료분석 방법

수집된 자료는 SPSS PC 를 이용하여 전산 통계처리 하였다.

- 1) 대상자의 인구사회학적 특성은 실수와 백분율로 나타내었다.
- 2) 건강증진행위와 인지지각(건강상태, 건강개념, 자기효능감, 지각된 유익성, 지각된 장애성) 특성은 평균과 표준편차, 범위로 나타내었다.
- 3) 인구사회학적 특성에 따른 건강증진행위 및 인지지각의 차이는 T-test와 ANOVA를 이용하여 분석하였다.
- 4) 건강증진행위와 인지지각 요인들과의 상관관계는 피어슨 적률 상관계수(Pearson Correlation Coefficient)를 이용하여 분석하였다.
- 5) 건강증진행위에 영향을 미치는 주요 변인을 확인하기 위해 단계적 다중회귀분석(stepwise multiple regression)을 이용하여 분석하였다.

6. 연구의 제한점

본 연구는 일 산업장 남성 근로자를 대상으로 임의표출 하였으므로 다른 집단에 일반화하는 데는 제한이 있다.

IV. 연구결과 및 논의

1. 대상자의 인구사회학적 특성

대상자의 연령 분포는 20-29세 군이 57.7%로 가장 많았으며 30-39세 군이 32.4%로 20대와 30대 연령층이 전체의 90.1%를 차지하였다.

결혼상태는 미혼이 44.4%, 기혼이 55.6%로 기혼자가 다소 많은 것으로 나타났다. 교육수준은 고졸 45.1%, 대졸 26.7%, 전문대졸 25.7%이었다. 월수입은 100-150만원이 51.4%, 100만원 미만인 21.6%, 150-200만원이 17.9%로, 200만원 이하가 전체의 90.9%를 차지하였으며, 200만원 이상의 고소득자는 9.1%이었다. 근무부서별로는 생산직 근로자가 65.9%, 사무직 근로자가 34.1%였다. 교대근무 여부는 74.3%가 하지 않는다고 응답하였다. 근무경력은 1년-5년 이하가 55.6%, 5년-10년 이하가 21.8%로 1년에서 10년 사이의 근무경력자가 77.4%를 차지하였다.

2. 대상자의 건강증진행위와 인지지가 특성

1) 건강증진행위 특성

연구 대상자의 건강증진행위의 수행정도를 조사한 결과 <표 1>과 같았다.

<표 1> 건강증진행위 특성(N=414)

특 성	평균(표준편차)	범 위
건강증진행위	2.42 (0.38)	1.44-3.71
자아실현	2.79 (0.47)	1.50-4.00
건강책임	2.06 (0.48)	1.00-3.78
운동	1.88 (0.62)	1.00-3.80
영양	2.47 (0.61)	1.00-4.00
대인관계	2.78 (0.46)	1.33-4.00
스트레스관리	2.53 (0.48)	1.33-4.00

건강증진행위의 수행정도는 전체 평균 2.42점(최고 4점)이었고 최소 1.44점, 최대 3.71점의 범위를 가지는 것으로 나타났다. 이것은 산업장 근로자를 대상으로 한 윤진(1990)의 연구결과인 전체 평균 2.50점과는 비슷한 수준이며, 성인 남자를 대상으로 한 이태화(1990)의 연구 결과인 2.69점과 박인숙(1995)의 연구 결과 2.66점보다는 다소 낮은 수행정도를 나타냈다. 일반 성인보다 산업장 근로자의 건강증진행위 수행정도가 낮은 것은 시간적 여유의 부족과 함께 산업장 근로자의 연령 분포

가 대부분 20-30대로 건강에 대한 자신을 가지는 시기이기 때문에 실천이 부족하다고 생각된다. 산업장 자체가 건강 위협의 원인을 제공하고 있음을 생각할 때 이러한 결과로부터 우리는 산업장 근로자들에 대한 좀 더 적극적인 건강관리가 요구됨을 알 수 있다.

이를 하위영역별로 평균을 살펴보면 자아실현 영역이 평균 2.79점으로 가장 높았으며 그 다음은 대인관계 영역 2.78점, 스트레스 관리 영역 2.53점, 영양영역이 2.47점, 건강책임 영역이 2.06점 순이었고, 가장 낮은 영역은 운동 영역으로 평균 1.88점으로 나타났다. 이와 같은 결과는 Weitzel(1989)이 근로자들을 대상으로 조사한 연구에서도 자아실현 영역이 가장 높은 실행수준을, 운동 영역에서 가장 낮은 실행수준을 보고하고 있어 본 연구결과와 마찬가지로 근로자들의 운동 실행도가 낮은 것을 알 수 있다. 또한 이태화(1990)의 성인 남자를 대상으로 한 연구의 결과를 보면 자아실현 영역이 평균 3.01점으로 가장 높았으며, 지지적 대인관계, 영양, 스트레스 조절, 운동, 건강책임 영역 순으로 수행 정도를 나타내므로써 본 연구 대상자들과 순위의 차이는 있지만 대체로 비슷한 결과를 보였다.

2) 인지지가 특성

대상자들이 지각하고 있는 건강상태, 건강개념, 자기효능감, 건강증진행위의 유익성과 장애성의 특성은 <표 2>와 같다.

<표 2> 인지지가 특성(N=414)

특 성	평균(표준편차)	범 위
건강상태	3.55 (0.74)	1-5
건강개념	92.66 (12.21)	35-120
임상적 역할수행	23.27 (4.04)	5-30
적응	23.86 (3.35)	7-30
행복	23.26 (3.42)	6-30
자기효능감	22.03 (3.82)	8-30
지각된 유익성	62.99 (8.68)	29-85
지각된 장애성	38.44 (4.35)	25-46
	24.66 (4.04)	12-40

본 연구 대상자들의 지각된 건강상태는 평균 3.55점(최고 5점)으로 대체로 자신의 건강상태를 보통 이상의 건강한 상태라고 지각하고 있었다. 이는 성인 남자를 대상으로 한 이태화(1990)의 연구 결과에서 평균 점수 2.79점(최고 4점)과 비슷한 수준을 나타내고 있다.

건강개념 지각은 전체 평균 92.66점(최고 120점)으로

나타났으며, 건강개념별 점수를 보면 역할수행 개념이 평균 23.86점으로 가장 높았고 그 다음이 임상적 개념으로 23.27점, 적응 개념 23.26점, 행복 개념 22.03점 순이었다. 이러한 결과로 볼 때 대상자들이 건강을 단순히 질병과 증상이 없는 전통적 의미보다는 사회적 역할과 기능을 수행할 수 있는 상태로서 지각하고 있음을 알 수 있다.

지각된 자기효능은 평균 62.99점(최고 80점)으로, 환자를 대상으로 한 구미옥(1994)과 오복자(1995)의 연구결과 보다는 높게 나타났다.

건강증진행위의 수행에 대한 유익성 지각은 평균 38.44점(최고 44점)으로 나타났다. 이는 위암 환자를 대상으로 한 오복자(1995)의 연구결과(평균 34.51점)와 거의 비슷한 지각 정도를 나타내고 있었다. 이는 건강한 일반 성인들의 건강증진행위에 대한 유익성 지각이 건강에 대한 관심 증대로 환자에 못지않게 향상된 것으로 생각된다.

건강증진행위 수행에 대한 장애성 지각은 평균 24.66점(최고 44점)으로 나타났다. 오복자(1995)의 위암 환자를 대상으로 한 연구에서의 결과인 평균 21.62점(최고 50점)과 비교하면 본 연구 대상자의 장애성 지각이 훨씬 높은데, 이 결과에서 우리는 정상인이 실제로 질환을 가지고 있는 환자의 경우보다는 건강증진행위 수행에 있어서 장애성 지각 수준이 더 높을 것으로 추측할 수 있다.

3. 인구사회학적 특성에 따른 건강증진행위 및 인지적 차의 차이

1) 인구사회학적 특성별 건강증진행위 수행정도

대상자의 인구사회학적 특성은 건강증진행위에 영향을 미치는 조정 요인으로서 Pender가 제시한 인구학적 요인중 연령, 결혼상태, 교육수준, 수입과 상황적 요인중 근무부서, 교대근무, 근무경력 등 모두 7개의 변수를 선택하여, 이 요인들과 영역별 건강증진행위 수행정도를 분석한 결과는 <표 3>과 같다. 전체 건강증진행위에 통계적으로 유의한 차이를 보인 인구사회학적 특성은 교대근무 여부였고, 건강증진행위 하위영역에서 연령, 결혼상태, 근무경력이 유의한 차이를 보였다.

교대근무를 하지 않는 집단이 전체적인 건강증진행위 수행 정도가 높았으며($t=-3.18, p=.002$), 특히 운동($t=-2.93, p=.004$), 영양($t=-4.30, p=.000$), 대인

관계($t=-2.07, p=.039$) 영역에서 수행 정도가 높게 나타났다. 이 결과는 교대근무자가 상대적으로 시간적 여유가 부족하므로 건강증진행위 수행이 낮을 수밖에 없으며, 특히 운동, 영양, 대인관계 수행에 있어서 열악한 조건임을 알 수 있다. 따라서 산업장에서 교대근무자들에 대한 개별적인 건강증진 프로그램이 필요하며, 이들에 대한 특별한 관리가 요구된다.

연령에 따라서는 20-30대 보다는 40대 이상이 영양 영역의 수행 정도가 높음을 알 수 있었다($F=11.13, p=.0000$). 이는 결혼상태와 유관한 것으로 생각된다. 또한 건강책임 영역에서도 40대 이상이 수행 정도가 높았는데($F=4.47, p=.0121$), 이는 대체로 40대 성인 남성들이 직장이나 가정에서 중요한 위치에 있으면서 책임감을 절감할 때이며, 주위에서 40대 이후에 늘어나는 성인병 발병을 보면서 예방을 위한 자기 노력이 필요함을 인식하기 때문으로 생각된다.

결혼상태에 따라서는 기혼 집단이 영양 영역에서 수행 정도가 높게 나타났는데($t=-5.32, p=.000$), 이것은 특히 배우자의 지지로 인해 미혼에 비해 영양 섭취가 좋아진 것으로 여겨진다. 한편 미혼 집단이 대인관계 영역에서 수행정도가 높게 나타났다($t=2.99, p=.003$). 이는 미혼이 시간적으로 자유롭고 여가활동을 하기 쉽기 때문이라고 생각된다.

근무경력에 따라서는 경력자일수록 자아실현의 수행 정도는 낮게($F=1.87, p=.0049$), 영양 영역의 수행 정도는 높게 나타났다($F=3.40, p=.0094$). 즉 근무경력이 많을수록 연령도 많아짐을 고려할 때, 이 결과는 연령에 따른 건강개념의 차이, 그리고 위의 연령 및 결혼상태와 영양 영역의 관계와 같은 맥락으로 이해된다.

그 외에 교육수준, 월수입, 근무부서에 따라서는 건강증진행위에 있어 통계적으로 유의한 차이가 없었다. 학력, 수입, 성별, 연령, 직업 등의 인구사회학적 특성이 건강행위에 영향을 미치는 변인이 된다고 보고한 다른 선행연구들(Mechanic & Clearly, 1980; Christensen, 1981; Muhlenkamp & Sayles, 1986; Weitzel, 1989; Pender et al., 1988)과는 달리 본 연구에서는 학력, 수입에 따른 차이를 나타내지 않았다. 또한 남성만을 대상으로 하였기에 성별의 영향은 확인을 할 수가 없었다. 선행연구와의 이러한 차이점은 본 연구의 대상자 대부분이 교육 수준이 비슷하며, 같은 근무 환경에서 일하고, 소득의 차이도 크지 않음에 기인한 것으로 해석된다.

〈표 3〉 인구사회학적 특성별 건강증진행위 수행정도

인구사회 학적 특성	건강증진 행위	하 위 영 역						전 체
		자아실현	건강책임	운 동	영 양	대인관계	스트레스 관리	
연 령	20-29	2.80	2.00	1.89	2.36	2.81	2.53	2.40
	30-39	2.79	2.12	1.89	2.57	2.72	2.54	2.44
	40세이상	2.71	2.18	1.82	2.76	2.76	2.53	2.44
	F값	0.58	4.47	0.22	11.13	1.82	0.01	0.50
	P	0.5596	0.0121*	0.8025	0.0000***	0.1629	0.9906	0.6052
결혼상태	미혼	2.77	2.01	1.93	2.29	2.85	2.57	2.41
	기혼	2.80	2.09	1.85	2.60	2.72	2.50	2.43
	T값	-0.57	-1.89	1.31	-5.32	2.99	1.43	-0.42
	P	0.566	0.063	0.190	0.000***	0.003**	0.154	0.676
교대근무	한다	2.75	1.98	1.73	2.25	2.70	2.47	2.31
	안한다	2.80	2.08	1.93	2.54	2.80	2.56	2.45
	T값	-0.90	-1.95	-2.93	-4.30	-2.07	-1.59	-3.18
	P	0.366	0.052	0.004**	0.000***	0.039*	0.112	0.002**
근무 경력	1년이하	2.91	1.97	1.85	2.38	2.80	2.64	2.43
	1-5년	2.80	2.02	1.86	2.42	2.78	2.53	2.41
	5-10년	2.79	2.14	1.93	2.45	2.81	2.52	2.44
	10-15년	2.72	2.14	1.95	2.59	2.63	2.48	2.41
	15년이상	2.61	2.23	1.85	2.78	2.76	2.52	2.44
	F값	1.87	1.87	0.29	3.40	0.78	0.49	0.14
P	0.0049**	0.1153	0.8864	0.0094**	0.5357	0.7414	0.9681	

*p<.05 **p<.01 ***p<.001

2) 인구사회학적 특성별 인지지가 정도

대상자의 인구사회학적 특성에 따른 건강상태, 건강개념, 자기효능감, 건강증진행위의 유익성 및 장애성 지각 정도의 차이를 분석한 결과, 통계적으로 유의한 차이를 나타낸 것만을 제시하면 〈표 4〉와 같다.

건강상태는 월수입에 따라 유의한 차이가 있었다(F=3.43, p=.0171). 즉 수입이 많을수록 본인의 건강상태 정도를 좋지 않게 지각하였는데, 이 결과는 이태화(1990)의 연구결과인 소득이 높을수록 건강상태 지각 정도가 높은 것(F=2.84, p<.05)과 비교가 된다. 이 차이는 연구대상자의 차이로 해석되는데, 즉 이태화(1990)는 3개 직장에 근무하는 일반 성인 남녀를 대상으로 하였고, 본 연구에서는 일 산업장 남성 근로자를 대상으로 하였다. 또한 본 산업장의 특성상 수입이 많다는 것은 근무경력이 높은 것을 의미하며, 이것은 연령이 많음을 뜻한다. 즉 월수입에 의한 차이는 연령이 높을수록 자신의 건강상태를 건강하지 않은 것으로 지각하는데 기인하는 것으로 사료된다.

건강개념은 인구사회학적 특성과 통계적으로 유의한 차이가 없었다.

자기효능감에서 통계적으로 유의한 차이를 보인 인구사회학적 특성은 없었다. 이는 이숙자 등(1996)이 중년 여성을 대상으로 한 연구에서 연령, 학력, 수입은 자기효능감과 관계가 없으며, 직업 유무만이 자기효능감과 유의한 상관이 있다고 보고한 결과와 유사하였다.

지각된 유익성은 교대근무 유무(t=-2.58, p=.010)에서 통계적으로 유의한 차이를 보였다. 즉 교대근무를 하는 집단에서 유익성 지각이 낮은 것으로 나타났으며, 이 결과를 통해 교대근무자를 대상으로 건강증진행위의 필요성과 유익성에 대해 개별적인 교육을 하므로써 건강증진행위 수행을 유도할 수 있을 것으로 기대되어, 이에 대한 간호중재 전략이 요구된다.

지각된 장애성은 연령과 통계적으로 유의한 차이를 보였다(F=4.28, p=.0145). 특히 40세 이하에서 건강증진행위 수행에 대한 장애성 지각 정도가 높았다. 이는 40대 전후로 건강에 대한 관심이 변화함을 의미하는데,

〈표 4〉 인구사회학적 특성별 인지지가 정도

인구사회 학적 특성	인지지가	하 위 영 역				
		건강상태	건강개념	자기 효능감	지각된 유익성	지각된 장애성
연 령	20-29세	3.59	92.59	63.28	38.42	24.47
	30-39세	3.49	92.21	62.11	38.35	25.40
	40세이상	3.49	94.32	63.75	38.88	23.49
	F값	0.87	0.44	0.93	0.24	4.28
	P	0.4206	0.6470	0.3974	0.7887	0.0145*
월수입	100만원미만	3.76	94.39	63.10	38.01	24.37
	100-150만원	3.49	92.43	62.75	38.30	24.90
	150-200만원	3.45	93.14	64.64	39.01	24.38
	200만원이상	3.40	91.53	62.18	38.77	24.49
	F값	3.43	0.64	0.94	0.82	0.54
P	0.0171*	0.5908	0.4229	0.4846	0.6579	
교대근무	한다	3.44	92.31	63.20	37.45	25.00
	안한다	3.58	93.00	62.99	38.72	24.58
	T값	-1.77	-0.49	0.21	-2.58	0.90
	P	0.77	0.622	0.837	0.010**	0.368

* p<.05 ** p<.01

40세 이후에 건강증진행위의 건강책임 영역에서 수행정도가 높아지는 것과 건강증진행위 수행에 있어서의 장애성 지각이 감소하는 것을 연관지어 생각할 수 있다. 문정순(1990)의 연구에서는 연령에 따른 지각된 장애성의 차이는 없었으나 50세 이상에서 유익성이 높게 나타났다. 이러한 결과에서 근로자 건강교육시 연령을 고려하여 차별적인 교육을 실시하는 것이 효과적일 것으로 생각된다. 즉 40대 이전에는 주로 건강증진행위의 유익성과 예방의 중요성 및 스스로의 건강책임에 대해 주지시키고, 40대 이후에는 주로 당면할 수 있는 질환 및 구체적인 예방과 치료 대책에 대한 내용을 중점적으로 다루므로써 건강에 대한 관심을 실질적인 행동으로 옮기도록 하는데 도움이 될 것이다.

4. 건강증진행위와 인지지가 요인들간의 상관관계

건강증진행위와 인지지가 요인들간의 상관관계를 보기 위하여 피어슨 적률 상관계수를 산출한 결과 〈표 5〉와 같이, 모두 $r=.2708$ 에서 $r=.3519$ 의 범위에서 통계적으로 유의하게 상관관계가 있는 것으로 나타났다.

특히 자기효능감과 건강증진행위는 가장 높은 상관관계가 있는 것으로 나타났다($r=.3519, p<.001$). 즉 자기효능감이 높을수록 건강증진행위를 잘 하고 있는 것으로 볼 수 있는데, Weizel(1989), 오현수(1992), 오복자(1995), 이숙자 등(1996)의 선행연구에서도 자기효능감이 높을수록 건강증진행위 수행 정도가 높은 것으로 나타났다. 이는 자기효능감이 건강지식과 실제 행동과의 관계를 짓는 고리역할(Bandura, 1977)을 함으로써,

〈표 5〉 건강증진행위와 인지지가 요인들간의 상관관계

(N=414)

	건강상태	건강개념	자기 효능감	지각된 유익성	지각된 장애성
건강개념	.4152**				
자기 효능감	.2075**	.3958**			
지각된 유익성	.0856	.2811**	.1655**		
지각된 장애성	-.1704**	-.1862**	-.3960**	-.3751**	
건강증진행위	.2708**	.3063**	.3519**	.3465**	-.3210**

** p<.001

건강증진행위 수행에 중요한 역할을 했다고 사료된다.

그 다음으로 지각된 유익성이 $r=.3465(p<.001)$ 로 건강증진행위와 유의한 상관관계를 나타냈는데, 질병 예방행위와 관련된 선행연구에서도 주요 영향요인으로 확인되었다(구미옥, 이은옥, 1990 ; 문정순, 1990).

지각된 장애성은 $r=-.3210(p<.001)$ 으로 건강증진행위와 역상관 관계를 나타내는데, 주로 건강신념모형에 기초한 건강행위에서 가장 중요한 영향요인으로 확인되었다(Trotta, 1980 ; Duffy, 1981 ; Janz & Becker, 1984). 즉 지각된 장애성이 적을수록 건강증진행위 수행 정도가 높음을 의미한다. 따라서 지각된 장애성은 행위 수행에 필요한 기술이나 자원이 적절할 때 실제 행동이 일어날 수 있다(Bandura, 1977)라는 사실을 뒷받침 하고 있다고 보여진다.

건강증진행위와 건강개념은 $r=.3063(p<.001)$ 의 유의한 상관관계를 보이므로써 건강개념의 수준이 높을수록 건강증진행위 수행 정도가 높음을 의미하였고, 지각된 건강상태와 건강증진행위와의 사이에도 역시 통계적으로 유의한 상관관계가 있는 것으로 나타났으며($r=.2708, p<.001$), 이런 결과는 선행연구에 의해서도 지지되고 있다(Duffy, 1988 ; Weitzel, 1989 ; 이태화, 1990 ; Pender et al., 1990).

5. 건강증진행위에 영향을 미치는 변인

대상자들의 건강증진행위에 영향을 미치는 주요 변인을 확인하기 위해 인지지가 요인과 인구사회학적 특성을 투입하여 단계적 다중회귀 분석을 한 결과는 <표 6>과 같다.

가장 영향력 있는 변인은 자기효능감으로 다변수 상관계수 $R=.3834$ 로서 전체 변량의 14.7%를 설명할 수 있었으며, 그 다음으로 영향이 큰 변인은 지각된 유익성으로 이것을 포함하면 다변수 상관계수 $R=.4632$ 로서 21.45%의 설명이 가능했다. 그리고 지각된 건강상

태, 지각된 장애성, 교대근무, 근무부서가 순서대로 들어가 $R=.5573$ 으로 31.05%의 설명력을 가지고 건강증진행위를 설명할 수 있었다.

건강개념은 Laffrey(1983), Pender 등(1990)의 선행연구와 다르게 건강증진행위를 설명하는 데 유의하지 못하였다.

V. 결과요약

본 연구는 산업장 근로자의 건강증진 프로그램 개발을 위한 기초자료를 제공하고자 Pender의 건강증진모형에 기초하여 산업장 근로자의 건강증진행위와 인지적 요인의 특성을 파악하고 건강증진행위에 영향을 미치는 주요 변인을 규명하기 위한 서술적 조사연구이다.

자료 수집은 1996년 11월 11일부터 12월 21일까지 부산시 소재 1개 운수제조업체에 근무하는 남성 근로자 480명을 대상으로 실시하였다.

연구도구는 건강상태, 건강개념, 자기효능감, 지각된 유익성과 장애성, 그리고 건강증진행위에 대한 구조화된 질문지를 사용하였고, 본 연구에서의 신뢰도를 검증하였다.

수집된 자료 총 431부중 내용이 불충분한 질문지 17부를 제외시킨 총 414부가 분석에 사용되었으며, 자료분석은 SPSS PC를 사용하여 전산 통계처리하였다.

본 연구의 주요 결과를 요약하면 다음과 같다.

- 1) 대상자의 건강증진행위 수행정도는 전체 평균 2.42점(최고 4점)으로 일반 성인에 비해 수행정도가 낮은 것으로 나타났다. 이것을 하위영역별로 분석한 결과, 수행정도가 가장 높은 영역은 자아실현(평균 2.79점)이었고, 수행정도가 가장 낮은 영역은 운동(평균 1.88점)이었다.
- 2) 인구사회학적 특성과 건강증진행위와의 관계에서 교대근무 여부만이 전체 건강증진행위와 통계적으로 유의한 차이를 보였는데($t=-3.18, p=.002$), 특

<표 6> 건강증진행위에 영향을 미치는 변인 분석

(N=414)

예측변인	R	R ²	Beta	F	P
자기효능감	.3834	.1470	.3834	53.60	.0000
지각된 유익성	.4632	.2145	.2640	42.33	.0000
지각된 건강상태	.4954	.2454	.1797	33.49	.0000
지각된 장애성	.5191	.2694	-.1788	28.40	.0000
교대근무	.5337	.2848	.1253	24.45	.0000
근무부서	.5573	.3105	.1729	22.97	.0000

히 교대근무를 하지 않는 집단이 운동, 영양, 대인관계 영역에서 수행 정도가 높은 것으로 나타났다. 그 외에 자아실현 영역은 근무경력에 따라, 건강책임 영역에서는 연령에 따라, 영양 영역은 연령, 결혼상태, 근무경력에 따라, 대인관계 영역은 결혼상태에 따라 유의한 차이가 있었다.

- 3) 건강증진행위와 인지지가 요인들은 모두 $r=.2708$ 에서 $r=.3519$ 의 범위에서 통계적으로 유의하게 상관관계가 있는 것으로 나타났다. 특히 자기효능감과 건강증진행위는 가장 높은 통계적으로 유의한 상관관계($r=.3519, p<.001$)를 보였으며, 지각된 유의성, 건강개념, 지각된 건강상태와도 유의한 순상관관계를 보였고, 지각된 장애성과는 통계적으로 유의한 역상관관계($r=-.3210, p<.001$)를 나타내었다.
- 4) 대상자의 건강증진행위에 영향을 미치는 주요 변인을 확인한 결과, 가장 영향력 있는 변인은 자기효능감이었으며, 그 다음이 지각된 유익성, 지각된 건강상태, 지각된 장애성, 교대근무, 근무부서의 순이었고, 이 6개의 주요 변인에 의해 건강증진행위를 31.05% 설명할 수 있는 것으로 나타났다.

결론적으로 본 연구의 결과는 Pender(1987)의 건강증진모형(Health Promotion Model)을 지지하였다. 그러나 여섯 가지 변인들 모두를 포함하여도 31.05%의 설명력에 그친 것은 이러한 변인들 이외에 다른 많은 요인들이 건강증진행위에 영향을 주고 있음을 의미한다.

그러므로 산업장 근로자를 대상으로 인지지가 요인 외에 이들의 특성에 따른 조정 요인들을 계속해서 규명하는 작업이 필요하며, 아울러 우리나라의 산업장 근로자에 적합한 연구 도구의 개발과 이를 이용한 반복적 연구가 필요하다. 그리고 이러한 연구결과를 토대로 산업장 근로자들을 위한 건강증진 프로그램을 개발하는 것이 요구된다.

참 고 문 헌

구미옥, 이은옥(1990), 건강신념모델과 한국인 만성질환자의 환자역할행위, 대한간호, 29(3), 49-63.
 구미옥(1992), 당뇨병 환자의 자기간호행위와 대사조절에 관한 구조모형, 서울대학교 박사학위논문.
 구미옥 외(1994), 자기효능 이론이 적용된 건강행위 관련 연구의 분석, 대한간호학회지, 24(2), 278-297.
 구미옥(1994), 당뇨병 환자의 자기효능, 자기조절, 상황적 장애, 자기간호행위간의 관계, 대한간호학회지,

24(4), 635-651.
 김애경(1994), 성인의 건강개념과 건강행위에 대한 서술적 연구, 대한간호학회지, 24(1), 70-84.
 김종임(1994), 자조집단활동과 자기효능성 증진방법을 이용한 수중운동 프로그램이 류마티스 관절염 환자의 통증, 생리적 지수 및 삶의 질에 미치는 영향, 서울대학교 박사학위논문.
 문정순(1990), 성인의 건강신념 측정도구 개발 연구, 연세대학교 박사학위논문.
 박인숙(1995), 건강증진 생활양식에 관한 연구, 부산대학교 박사학위논문.
 변영순(1988), 건강개념의 의미에 관한 조사연구, 대한간호학회지, 18(2), 189-196.
 변영순, 장희정(1992), 건강증진 개념분석에 관한 연구, 대한간호학회지, 22(3), 362-372.
 안태성(1991), 산업간호 연구문헌에 나타난 간호의 건강개념 분석, 중앙의학, 56(7), 493-500.
 오복자(1995), 건강증진행위의 영향요인 분석 - 위암 환자중심, 대한간호학회지, 25(4), 681-695.
 오현수(1993), 여성 관절염 환자의 건강증진과 삶의 질, 대한간호학회지, 23(4), 617-629.
 윤진(1990), 산업장 근로자의 건강증진행위와 그 결정요인에 관한 연구, 이화여자대학교 석사학위논문.
 이숙자, 박은숙, 박영주(1996), 한국중년여성의 건강증진행위 예측모형 구축, 대한간호학회지, 26(2), 320-335.
 이영취(1993), 본태성고혈압환자의 지식 및 자기효능과 자가간호행위와의 관계연구, 중앙의학, 58(11), 785-795.
 이태화(1990), 건강증진행위에 영향을 미치는 변인분석, 연세대학교 석사학위논문.
 전경자(1994), 산업장 건강증진 프로그램 개발에 관한 연구, 서울대학교 박사학위논문.
 조동란, 전경자(1993), 일부 산업장에서의 건강증진활동 실태, 산업간호학회지, 3, 71-85.
 조원정(1988), 건강행위: 개념화, ΣT학술대회 보고서, 5-13.
 조현숙(1996), 도시일부 중년여성의 체중상태와 건강행위 선택 비교연구, 대한간호학회지, 26(2), 387-397.
 Bandura A(1977), Self-efficacy : Toward a Unifying Theory of Behavioral Change, Psychological Review, 84(2), 191-215.

- Belloc NB & Breslow L(1972), Relationship of Physical Health Status & Health Practice, Preventive Medicine, 409–421.
- Christiansen KE(1981), The determinants of health promoting behavior, Doctoral dissertation, Rush University, College of Nursing Chicago.
- Duffy ME(1981), Primary preventive behaviors : The Female-headed one-parent family, Research in Nursing & Health, 9, 115–122.
- Duffy ME(1988), Determinants of health promotion in midlife women, Nursing Research, 37, 356–362.
- Janz NK & Becker MH(1984), The health belief model : a decade later, Health Education Quarterly, 11(1), 1–47.
- Laffrey SC(1983), Health behavior choice as related to self-actualization, body weight, and health conception, Dissertation Abstracts International, 43, 3536B.
- Laffrey SC(1986), Development of a health conception scale, Research in Nursing and Health, 9, 107–113.
- Mechanic D & Cleary PD(1980), Factors associated with the maintenance of positive health behavior, Preventive Medicine, 9, 805–814.
- Muhlenkamp AF & Sayles JA(1986), Self-esteem, social support and positive health practices, Nursing Research, 35, 334–338.
- O'Donnell M(1986), Definition of health promotion, American Journal of Health Promotion, 1, 4–5.
- Parse R(1990), Health : A Personal Commitment, Nursing Science Quarterly, 3(3), 136–140.
- Pender NJ(1982), Health promotion in nursing practice, New York, Appleton Century–Crofts.
- Pender NJ, & Pender AR(1986), Attitudes, subjective norms, and intentions to engage in health behaviors, Nursing Research, 35, 15–18.
- Pender NJ(1987), Health Promotion in Nursing practice, Ed 2, Norwalk, Conn, Appleton & Lange.
- Pender NJ, Walker SN, & Sechrist KR(1987), The health–promoting lifestyle profile : Development and psychometric characteristics, Nursing Research, 36, 76–81.
- Pender NJ, Walker SN, Volkan K, & Sechrist KR (1988), Health–promoting life styles of older adults : Comparison with young and middle–aged adults, correlates and patterns, Advances in Nursing Science, 11, 76–90.
- Pender NJ, Walker SN, Sechrist KR, & Stromborg MF(1990), Predicting Health–promoting Lifestyles in the Workplace, Nursing Research, 39(6), 326–331.
- Sherer M, Maddux JE, Mercandante B, Prentice–Dunn S, Jacobs B & Rogers RW(1982), The self–efficacy scale : construction and validation, Psychological Reports, 51, 663–671.
- Singer JE(1982), The need to measure lifestyle, International Review of Applied Psychology, 31, 303–315.
- Smith JA(1981), The idea of health : a philosophical inquiry, Advances in Nursing Science, 3, 43–50.
- Smith MC(1992), Nursing's unique focus on health promotion, Nursing Science Quarterly, 5(2), 105–106.
- Spellbring AM(1991), Nursing's role in health promotion, Nursing Clinics of North America, 20(4), 805–814.
- Stachtchenko S et al.(1990), Conceptual Differences between prevention and health promotion : Research Implication for community Health programs, Canadian Journal of Public Health, 81, 53–59.
- Trotta P(1980), Breast self–examination factors influencing compliance, Oncology Nursing Forum, 7, 13–17.
- Weitzel MH(1989), A test of the health promotion model with blue collar workers, Nursing Research, 38, 99–104.

— Abstract —

The Determinants of Health Promoting Behavior of Industrial Workers

Park, Na Jin · Kim, Jung Soon***

The purpose of this study was to identify the major factors affecting performance in health promoting behavior.

The subjects for this study were 414 workers employed in one transportation manufacturing plant in Pusan and were obtained by a convenience sample. Data were collected from November 11th to December 21th, 1996 by structured questionnaires.

Collected data were analyzed by SPSS PC.

The results of this study are as follows.

1. The average score of performance in the health promoting behavior was 2.42 ; the range of the score was from 1.44 to 3.71. The variable with the highest degree of performance was self-actualization, whereas the one with the lowest degree was exercise.

2. In the relationships between demographic variables and performance in the health promoting behavior, only the shift system showed statistically significant differences in the total of health promoting behavior ; especially the group of no shift operation was higher in the performance of subscale such as exercise, nutrition, interpersonal support than that of the shift operation.

Some demographic variables showed significant differences in the subscale of the health promoting behavior ; age, worker's career and marital status.

3. Performance in the health promoting behavior was significantly correlated with perceived health status, health conception, self-efficacy, perceived benefits and perceived barriers.
4. The most important factor that affects performance in the health promoting behavior was self-efficacy.

The combination of self-efficacy, perceived benefits, perceived health status, perceived barriers, shift system and department of work accounted for 31.05% of the variance in health promoting behavior.

* Department of Nursing the Graduate school of Pusan National University

** Department of Nursing, Pusan National University