

중년여성의 건강증진행위에 관한 연구

권영숙 · 이명숙 (안산전문대학)

목 차

I. 서론	V. 논의
II. 문헌고찰	VI. 결론 및 제언
III. 연구방법	참고문헌
IV. 결과	영문초록

I. 서론

1. 연구의 필요성

지난 수십년간 미국에서는 감염성 질환 대신에 심장병, 암, 뇌졸중, 호흡기질환 등이 이환율과 사망율의 주요 요인으로 지적되었다(Brubaker, 1983; Brooks, 1984). 이러한 질병 양상의 변화는 우리나라의 사망원인 통계연보(1994)에서도 유사하였다.

이러한 건강 문제는 생활양식으로부터 주로 비롯되며, 환경의 개선이나 좋은 생활양식을 갖게 하는 건강증진 행위가 질병 발생율을 감소시키고 예방할 수 있기 때문에 보건 의료분야에 있어서 건강증진행위 개념이 매우 중요하게 부각되었다(Brooks, 1984; Breslow, Lester, 1989; Moore, Williamson, 1984; Walker, Scherist & Pender, 1987; Stachtchenko, Jenicek, 1990).

오늘날의 간호는 치료 중심에서 벗어나 건강간호에 초점을 맞추게 되었고 전문직 간호실무의 목적을 건강증진이라고 하였다(Brubaker, 1983; Smith, 1990).

건강에 관한 태도나 행위를 설명하는 여러 이론 모형 중에는 1950년 대에 개발된 건강신념 모형(Health Belief Model)이 있다. 건강신념 모형은 건강관련 행위를 수행하는 다양한 동기를 이해하는데 많이 활용되었으나 Janz와 Becker(1984) 등에 의해 태도나 신념에만 초점을 두고 사회적 지지, 문화적 요소, 사회 경제적 특성과 같은 변인들이 간과되었다고 지적하였다. 이를 해결하기 위한 노력으로 Pender(1982)는 건강신념 모형에 건강증진 행위를 포함시켜 사회학습 이론을 근거로 한 건강증진 모형을 제시하였고 우리나라에서도 1995년도에 국민건강 증진법을 제정하여 건강할 때 건강한 행위를 하도록 유도하고 있다(변종화, 1997)

중년 여성은 신체적, 정신적, 사회적으로 많은 변화를 직면하는 시기이며, 만성퇴행성 질환의 발병이 증가하는 취약한 시기이기 때문에 건강증진을 특별히 강조하여야 할 간호대상이라고 할 수 있다. 이에 Pender의 건강증진 모형을 근거로 중년 여성의 건강증진 행위에 영향을 주는 요인들을 파악하여 건강을 증진하기 위한 효과적인 간호중재 방안을 찾고자 하였다.

2. 연구의 목적

본 연구는 Pender의 건강증진 모형을 근거로 중년여성의 건강증진 행위를 파악하여 건강을 증진하기 위한 간호중재 방안을 모색하고자 시도하였으며 구체적 목적은 다음과 같다.

- 1) 조정요인, 인지지가 요인과 건강증진행위를 파악한다.
- 2) 조정요인 중 인구학적 특성, 생물학적 특성, 대인 관계와 건강증진행위의 관계를 파악한다.
- 3) 인지지가 요인 중 자기효능, 건강상태 지각, 체중지각과 건강증진행위의 관계를 파악한다.

3. 연구의 가설

본 연구의 목적을 달성하기 위하여 다음과 같은 가설을 설정하였다.

- 가설1. 인구학적 특성에 따라 건강증진행위에 차이가 없을 것이다
- 가설2. 월경상태에 따라 건강증진행위에 차이가 없을 것이다.
- 가설3. 폐경증상에 따라 건강증진행위에 차이가 없을 것이다.
- 가설4. 건강상태 지각에 따라 건강증진행위에 차이가 없을 것이다.
- 가설5. 체중지각에 따라 건강증진행위에 차이가 없을 것이다.
- 가설6. 대인관계와 건강증진행위간에 상관관계가 없을 것이다.
- 가설7. 자기효능과 건강증진행위간에 상관관계가 없을 것이다.

4. 용어의 정의

- 1) 중년여성 : 만 35세 이상 60세 미만의 여성을 말한다.
- 2) 건강증진행위
이론적 정의: 개인이나 집단에게 안녕 수준을 높이고 자아실현과 만족감을 유지강화시키는 통합적 행위(Pender, 1982)

조작적 정의: 안녕감, 자아실현, 만족감 등을 유지증진시키기 위해 행해지는 개개인의 건강증진행위 실천정도로서 Walker, Sechrist & Pender (1987)가 개발한 Health Promotion Life Style Profile(HPLP)도구를 수정 보완한 박재순(1995)의 건강증진 생활양식 설문도구를 사용하여 측정된 점수가 높을수록 건강증진행위를 잘하는 것이다.

3) 가족지지

조작적 정의: Smilkstein(1978)이 개발한 가족기능지수 도구로 측정된 점수를 말하며, 점수가 높을수록 가족지지가 잘 됨을 의미한다.

4) 자기효능

이론적 정의 : 특정 상황에서 특정 행위를 수행하는 능력에 대한 개인의 신념(Bandura, 1977)

조작적 정의 : 건강증진 행위를 수행할 수 있는 자신감으로 Becker 등(1993)이 개발한 도구의 점수로, 높은 점수일수록 자기 효능이 높다

5) 월경상태 : 폐경이전군과 폐경이후군으로 나누어

폐경이전군 : 최근 1년동안 월경을 규칙적이거나 불규칙적으로 한 군이다.

폐경이후군 : 최근 1년동안 월경을 하지 않은 군이다.

6) 폐경증상

이론적 정의: 중년여성의 호르몬 변화에 따른 다양한 신체적, 정신적 제 증상.

조작적 정의 : Hunter(1990)가 개발한 여성건강 설문도구를 이용하여 중년여성의 건강을 측정된 것으로 점수가 낮을수록 폐경 증상이 적은 것이다.

5. 연구의 제한점

본 연구는 수도권에 있는 1개 고등학교와 1개 전문대학에 재학하는 학생들의 어머니나 기타 가족 중 중년 여성을 대상으로 하여서 연구 결과를 일반화하거나 확대 해석할 수 없다.

II. 문헌고찰

1. 중년여성

인간의 신체적 발달변화는 40세이후가 되면 현저하게 나타난다. Galloway(1978)는 중년기를 인생의 변화시기이며 노년으로의 접근을 의미하며 중년여성의 나이에 대하여 다양한 분류를 보이며 대체로 35-60세로 보고 있다(서연옥, 1994).

여성에게 있어서 중년기는 갱년기와 일치하고, 갱년기는 월경이 중단되는 시기인 폐경기와 거의 같은 의미로 쓰이며 이 시기에 여성은 신체적 변화 이외에도 많은 변화를 겪게 되고 다른 연령층에 비해 만성병 등의 질환에 이환되기 쉽다(임은옥, 1994; 이영숙외, 1992).

여성의 생리기능의 감퇴는 35세이후 난자와 난포의 감소에 의해 난소의 크기가 감소하면서 배란이 중지되거나 불규칙하게 된다 이런 변화에 따라 월경량이 증가 또는 감소하고 월경기간이 단축되고 주기가 연장되면 폐경의 시작을 나타내고 배란이 완전히 중단되면 폐경기가 된다(대한 산부인과학회, 1991).

폐경전기는 갱년기의 첫 번째 단계로 이 기간동안 여성들은 불규칙한 월경이나 폐경과 관련된 증상을 나타내는데 불규칙한 주기는 몇 달 혹은 몇 년간 지속된다. 폐경기는 월경이 중지되는 시기로 폐경 평균연령은 50세이나 10%의 여성은 40세 때 폐경하고, 5%의 여성만이 60세까지 폐경하지 않는다고 한다. 폐경후기는 폐경에 뒤따르는 시기로, 퇴축 시기이며, 이때 질위축과 골다공증이 생긴다(이영숙외, 1992). 폐경에 대한 구분은 여러 가지이나 본 논문에서는 폐경을 시점으로 하여 월경의 변화를 나타내는 폐경전기, 폐경이후의 시기를 폐경후기로 구분한 것(박재순, 최의순, 1995)을 활용하였다.

폐경기에는 호르몬 변화에 따른 다양한 신체적 증상은 물론 정신적 증상을 호소하는데, 주요 증상은 피로와 무력감, 현기증, 초조감, 근심, 불면, 성욕의 변화, 집중력의 저하, 두통, 긴장 및 두려움, 호흡곤란, 감정의 기복 등이다(대한 산부인과학회,

1991).

그러나 이러한 증상들이 생물학적 변화에 근거한다기 보다는 생식력의 종결에 따른 생식력 소실과 관련되며, 또한 생애 주기의 같은 시기에 동시에 일어나는 부모님의 사망 같은 사회심리적 다른 변화들과 관련되고 있음을 강조한다(Larocco, Plohit, & Denise, 1980).

Hunter(1990)는 폐경에 대한 전향성 조사연구에서 여성건강 설문을 이용하여 특정 폐경증상이 없으면 0점, 있으면 1점을 주었을 때, 폐경이전군에서는 두려움, 불안이 0.29점, 폐경기와 폐경이후군에서는 혈관운동증상이 0.45점, 수면문제가 0.40점으로 높다고 하였다.

이에 간호사는 대상자에게 보다 나은 간호와 건강정보를 제공해서 중년여성이 폐경과 관련된 문제를 잘 예방하고 극복할 수 있도록 노력해야 할 것이다.

2. 건강증진

대상자들의 건강관련 태도나 행위를 설명하기 위한 노력으로 여러 가지 이론적 모형이 제시되었으며 그 중 1950년대 개발된 건강신념 모형(Health Belief Model)은 대상자인 인간이 여러 종류의 다양한 건강관련 행위를 수행하게 하는 동기들을 이해하는 데 초점을 맞추고 있다(최스미, 1993). Janz와 Becker(1984)는 건강신념모형이 사회 심리적인 모형으로 태도나 신념에만 초점을 두고 있으며 가족과 친구의 사회적 지지, 문화적 요소, 사회 경제적 특성과 같은 변인들이 고려되지 않았다고 하였다. 이에 Pender(1982)는 사회 학습 이론에 근거한 건강증진 모형을 제안하여 건강신념 행위를 포함시켜 질병에 대한 건강예방 행위에 건강증진 행위를 추가시켰다.

미국간호협회는 건강증진을 단순히 질병의 부재가 아니라 개인의 발달적, 행동적 잠재력이 가장 완벽하게 실현되는 인간의 역동적 상태라고 하였다(Duffy, 1988). 또한 건강증진이란 인간의 그들의 건강을 개선하고 통제할 수 있는 능력을 길러주는 과정이며 최적의 건강상태를 향해 생활양식

을 변화시킬 수 있도록 돕는 과학이며 예술이라고 정의하였다(1984, WHO; 변영순, 장희정, 1992; Minkler, Meridith, 1989).

Pender(1982)는 건강증진 행위를, 건강한 생활 방식을 증가시키기 위한 개인 또는 지역 사회의 활동으로써 개인의 안녕 수준과 만족감을 유지하거나 높이고 자아 실현을 하는 방향으로 취해지는 활동이라고 정의하였고, 궁극적으로는 건강관리 비용을 감소시키고 사회 전반적인 안녕의 수준을 높일 수 있다고 하였다.

건강증진행위에는 운동, 좋은 영양습관, 사회지지체제의 개발, 이완술, 스트레스 관리기술이 포함된다고 하였다(Pender, 1987; Brubaker, 1983).

건강증진을 질병예방이나 건강 유지와의 개념적 차이에 대해 살펴보면, Brubaker(1983), Laffrey(1985, 1986), Duffy(1988)는 건강증진을 질병 예방과 혼용하여 사용하고 있으나 질병예방과 같지는 않다고 하였다. 질병 예방은 질병으로부터 보호하는 것이며, 건강증진은 단순히 안전성의 유지나 위험한 요소의 예방 차원을 벗어나 자기발전, 성장, 높은 수준의 안녕을 지향하는 것이라고 하였다. 건강유지는 정적 상태이며 동적 성장을 지향하지는 않는다. 또한 일차예방은 건강증진과 질병예방 모두를 포함한다고 하였다.

1979년 미국 공중사업국에서는 건강에 대한 국가적 전략 3가지로 예방적 건강사업, 건강보호, 건강증진을 제시하여, 예방사업과 건강보호 두가지만 주목을 받았으나 건강증진은 1990년에서야 비로소 최우선 순위가 되었다(Brubaker, 1983).

변영순, 장희정(1992)은 건강증진 속성을 안녕 지향성, 힘이 있음, 주관성, 변화성, 확장성으로 확인하고 건강증진의 선행 요소로 건강상태, 능동적인 의지와 목표, 실천적인 활동이나 행동이 있어야 한다고 하였다. 이렇듯 건강증진과 유사한 개념들의 정의가 다소 다르지만 구분하려는 노력을 하였다.

Pender의 건강증진 모형은 건강신념 모형과 구조적으로 유사한데, 건강증진 행위의 결정 인자를 인지지각 요인, 조정요인, 행동의 계기로 구분한다(Pender, 1987). 인지지각 요인은 건강증진 행위를 습득하고 유지하기 위한 일차적인 동기 기전이

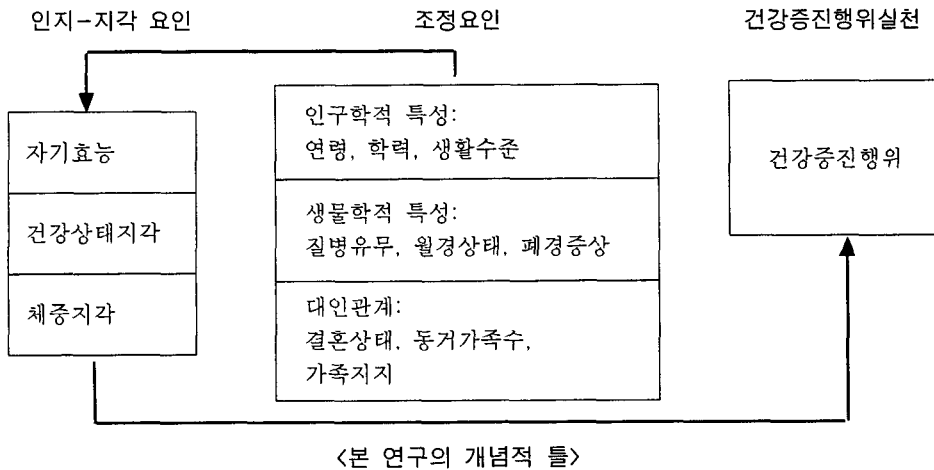
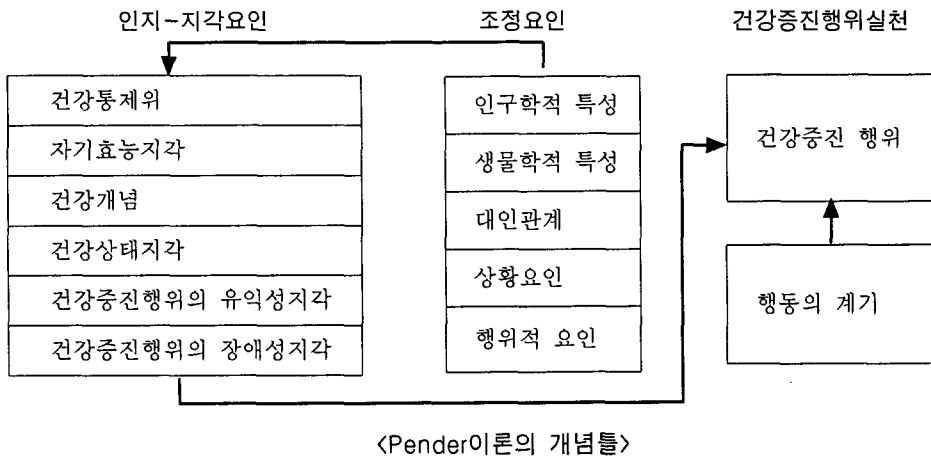
므로 건강의 중요성, 건강통제위, 자기 효능성, 건강의 정의, 지각된 건강상태, 건강행위의 지각된 유익성, 건강 행위의 지각된 장애성 등을 포함한다. 조정요인에는 인구학적 요인, 생물학적 특성, 대인관계 요인, 상황적 요인, 경험적 요인 등이 있다. 행동의 가능성은 환경으로부터 유도되거나 내적근거를 갖는 행동의 계기에 달려있다. 행동의 계기는 안녕감의 증가나 잠재력의 인식과 같은 내적 계기와 건강 행위에 대한 다른 사람과의 대화나 대중매체와의 접촉을 통한 외적 계기가 있다.

Pender모형을 이용한 연구 논문들을 살펴보면, Pender등(1990)은 건강증진 프로그램에 등록된 근로자 589명을 대상으로 한 연구에서 지각된 개인의 능력, 건강정의, 지각된 건강상태, 건강 통제위가 주요 변인이라고 하였다. Duffy(1988)는 내적건강 통제위, 우연성 건강 통제위, 자존감, 건강상태 지각, 고학력 변수들이 건강증진 생활양식을 20% 설명한다고 하였으며 교육 정도와 경제상태도 건강 행위와 관련성이 큰 것으로 나타났다(이영희, 1988; Brown, McCreeedy, 1986; Duffy, 1988; Johnson et al., 1993; Walker et al., 1988). 최스미(1993)는 오토바이 사고환자의 안전모 착용에 따른 건강증진 행위를 비교하였을 때 안전모 착용집단이 미착용집단보다 건강증진 행위 점수가 높다고 하였다.

박인숙(1995)은 만 20세-59세 성인을 대상으로 건강증진 생활양식을 측정시 영향변인중 자아존중감이 16.9%로 가장 높았고 그 다음이 연령, 내적 통제위, 성별, 지각된 건강상태, 대인의존적, 통제위, 종교, 직업, 결혼상태순으로 영향을 주는 것으로 보고하였다.

3. 자기효능

1977년 Bandura가 인간 행동 변화의 주요 결정인자로서 사용한 자기 효능의 개념은 특정 상황에서 특정 행위를 성공적으로 할 수 있다는 신념으로써 각 개인의 성격적인 특성과는 다르다(김성재 외, 1996; 구미옥 외, 1994). 인간의 행동 변화는 인지적 과정을 거쳐 일어나는데 행위자의 행



동수행 가능성에 대한 기대가 행동변화의 결과를 가져오고 이러한 기대는 효능 기대와 결과 기대로 나눌 수 있다. 효능 기대가 과업을 성취할 수 있다는 자신의 능력에 대한 판단이고, 결과 기대는 그러한 행동에 수반되는 결과에 대한 판단이다(김성재 외, 1996; 정현숙, 1997).

자기 효능은 건강 행위의 중요한 예측인자로서 사회적 지지에 의해 강화되거나 유지되며 지각된 장애에 의해 부정적으로 영향을 받는다. 이러한 자기 효능은 특정 상황에서 문제를 극복하기 위한 노력의 정도와 행위의 지속에 영향을 주며 새로운 행위의 시작, 수행하던 행위의 중단, 중단 행위의 재개에 영향을 준다(구미옥 외, 1994; 김성재 외,

1996).

Bandura는 자기 효능을 증진하기 위한 중재전략으로 성공적 성취감, 대리경험, 언어적 설득, 생리적 상태를 제시하였으며 가장 크게 영향을 주는 것은 성취경험 축적이라고 하였다. 언어적 설득을 통해 능력에 대한 의구심을 감소시키고 스스로 노력하도록 지지할 수 있다. 또한 생리적 상태에 부분적으로 의존하므로 스트레스를 느끼거나 불안할 때 자기 효능이 저하되므로 정서적인 긴장을 배제하는 중재를 통해 자기 효능의 증진과 수행 능력을 향상시킬 수 있다(구미옥 외, 1994, 1997).

Sherer 등(1982)은 전반적인 자기효능은 다양한 상황에서 결과에 영향을 주는 개인적인 능력이

라고 하였으며 건강증진 행위에 있어서는 전반적인 자기 효능보다 특정 자기 효능이 설명력이 높다고 하였다(Stuifbergen, 1994). Gortner와 Jenkins(1990)는 심장병 수술 후 회복기 환자에 있어서 수술전과 후의 활동은 자기 효능과 관련이 깊다고 하였다. Palank(1991)는 자기 효능이 건강증진 행위인 긍정적 식이 변화와 체중감소, 금연에 긍정적으로 영향을 주었다는 보고를 하였다. Weitzel(1989)은 20-60세 사무직 노동자 193명을 대상으로 한 연구에서 자기 효능이 건강 수준과 함께 높은 건강행위 예측인자이었음을 보고하였고 Kelly, Zyzanski & Alemagno(1991)는 흡연, 스트레스 조절, 음식양 및 위험, 안전벨트 사용, 운동습관 등의 6가지 생활양식에 대한 가장 유력한 예측 인자를 지각된 장애와 자기 효능으로 보고하였다.

자기 효능이 건강증진 행위에 가장 중요한 변수로 인정되면서 우리나라에서도 구미옥(1992)이 당뇨병 환자의 자가간호행위에 있어서 자기 효능이 가장 중요하다고 밝힌 이래 자기 효능에 관한 여러 논문이 진행되었다.

오현수(1993)는 관절염 환자의 자기 효능감이 건강증진 행위에 있어서 가장 중요한 변수라고 하였으며 박영임(1994)은 본태성 고혈압 환자를 통해 자기 효능을 증진시키는 간호 중재가 자가간호 행위를 증진시키는 효과적인 간호라고 하였다. 또한 중년 여성의 건강증진 행위에 자기 효능감이 중요 변수라고 발표하였다(박재순, 1995; 박재순 외, 1995).

4. 가족지지

가족 지지는 사회적 지지의 중요한 요소이다. 사회적 지지는 자가간호실천이나 행위 변화에 긍정적 영향을 주며 결혼상태, 가족이나 친지와 접촉, 집단이나 종교적 관련성은 건강증진 행위 실천간에 긍정적인 관계가 있다고 하였다. Zimmerman과 Cornir(1989)은 사회지지의 기능적 측면인 지지성, 건강 습관의 유지와 변화에 대한 격려 등은 건강증진 행위 프로그램 참여에 영향을 준다고 했

다. 타인의 기대, 동료의 지지, 배우자의 지지, 감독자의 지지, 그룹에서의 참여, 건강전문인과의 상호작용 등 대인 관계적 요인들은 장기적인 금연에 영향을 주며 운동지속, 체중조절에 영향을 준다고 하였다. 따라서 대인 관계는 건강 행위의 시작과 유지에 중요한 변수이다. 사회적 지지망의 유형은 행위에 중요한 관계가 있는데 친구나 동료들보다 가족 구성원이 더욱 영향력을 미친다고 하였으며, Kelly(1991)도 건강진념, 사회지지, 자기효능과 생활양식을 비교하면서 사회지지는 타인보다 가족의 지지가 중요하다고 하였다. Gottlieb(1984)은 여성은 사회적 지지망이 클 때 건강행위에 직접 영향을 준다고 하였으며 Muhlenkamp 등(1986)은 사회적 지지가 자아존중감에 영향을 주며 간접적으로 건강습관에 관련된다고 하였다.

Family Apgar는 1978년 Gabriel Smilkstein에 의해 개발된 5문항의 가족기능 간이설문이다. 이 Family Apgar는 적응도, 협력도, 성장도, 애정도, 친밀도에 관한 문항으로 구성되어 있고 진단적 도구라기 보다는 가정의들이 그들의 고객이 가족 기능을 어떻게 인지하는 지를 사정하는데 사용하는 간이 설문이라고 할 수 있다(권영숙, 1992). 간호사는 Family Apgar를 보고 지적된 부분을 좀 더 자세히 사정한다. 본 연구에서는 건강증진에 영향을 주는 가족지지 측면에서 가족기능 측정도구로서 가장 간단한 Smilkstein의 Family Apgar를 활용하였다.

III. 연구방법

1. 연구대상 및 자료수집방법

본 연구는 1998년 6월 1일 ~ 23일 까지 수도권 1개 고등학교, 1개 전문대학 재학생의 어머니나 기타 가족 중 중년 여성을 대상으로 설문조사하여 회수된 설문지 275부 중 연령이 35세 미만과 60세이상 자료 2부와, 기록이 미비한 자료 28부를 제외하고 245부에 대해서만 분석하였다.

2. 연구도구

본 조사를 위한 도구는 기존의 개발된 도구들을 중년여성 10명에게 사전조사를 거쳐 수정보완하였다. 질문지의 구성은 구체적으로 일반적 특성 8문항, 건강관련 특성 5문항, 폐경증상 28문항, 건강증진 생활양식 43문항, 가족기능 5문항, 자기효능 28문항, 운동관련 1문항으로 하였다.

1) 폐경증상: Hunter(1990)가 개발한 28문항의 여성건강 설문도구를 활용하였다. 이 도구는 우울 증상, 신체적 증상, 혈관운동증상, 불안, 성행위, 수면문제 등 6개의 영역으로 구성되어 있다. Hunter는 각 증상을 없다, 있다로 구분하였으나 본 연구는 사전 조사를 거쳐 전혀없었다, 아주 약하다, 약하다, 보통이다, 심하다, 아주 심하다로 구분하고 0점~5점 척도로 하였다. 본 연구에서 도구의 신뢰도는 Cronbach's alpha값이 .94이었다.

2) 가족지지

가족지지는 Smilkstein(1978)의 가족기능지수(Family APGAR Score)를 활용하였다. 가족기능지수는 단순히 5개 문항으로 되어 있고 거의 모두 한다(2점), 때때로 한다(1점), 거의 하지 않는다(0점)로 되어 있으나 사전 조사를 거쳐 전혀 그렇지 않다(1점)~항상 그렇다(5점)의 5점 척도로 하였다. 가족기능지수의 5개 문항은 각각 적응도, 협력도, 성장도, 애정도, 친밀도를 말하며 본 연구에서의 Cronbach's alpha값은 .84였다.

3) 자기효능: Becker, Stuijbergen, Oh, & Hall(1993)가 개발한 28개 문항의 건강실천능력 자가 측정도구로서 운동, 영양, 심리적 안녕, 건강 실천 책임영역으로 구성되어 있으며 전혀 할 수 없다(0점)~아주 잘 할 수 있다(4점)의 5점척도 도구를 사용하였다(Stuijbergen et al., 1994). 본 연구에서 도구의 신뢰도는 Cronbach's alpha .93이었다.

4) 건강증진행위: HPLP(Walker 외, 1987)를 근간으로 한 박재순(1995)의 건강증진 생활양식 설문은 자아실현, 건강책임, 운동, 영양, 대인관계, 스트레스 조절 내용으로 구성되어 있고 총 43개 문항이었다. 박재순(1995)의 설문은 Cronbach's alpha .93이었으며 본 조사에서는 .92였고, 각 영

역별로는 자아실현영역 0.83, 건강책임 0.82, 운동 0.74, 영양 0.75, 대인관계 0.82, 스트레스조절 0.72였다. 본 연구에서는 사전 조사에 의해 일부 문항의 어휘만을 수정했으며 건강증진 행위의 문항 내용을 전혀 그렇지 않다(1점)~항상 그렇다(5점)로 5점 척도화하였다.

3. 분석방법

수집된 자료는 SAS프로그램으로 분석하였다. 대상자의 일반적 특성과 건강관련 특성은 빈도와 백분율을 구하여 평가하고, 건강증진 생활양식의 각 항목별 평균을 구하였다. 건강증진 생활양식과 제 변수를 비교하기 위하여 ANOVA를 하였고, 건강증진 생활양식과 제 변수의 상관관계를 위해 적률 상관관계분석(Pearson's Correlation)을 하였다. 건강증진 생활양식을 예측하는 변수를 파악하기 위해 다중회귀 분석(Multiple Regression)을 하였으며, 연구도구에 대한 신뢰도 검증은 Cronbach's alpha값으로 구하였다.

IV. 결 과

1. 대상자의 일반적 특성

대상자의 연령은 40-44세가 36.3%로 가장 많고 그 다음이 45-49세로 34.7%이고 55-59세는 2.4%로 가장 적었으며 평균 연령은 45.03세였다. 교육 정도는 고등학교 졸업이 52.7%로 가장 많았고, 중학교 졸업은 31.8%, 대학 졸업 이상은 2.4%로 가장 적었다. 주거 형태는 단독 주택이 40.8%로 가장 많았고, 아파트는 32.2%, 연립 주택은 23.7%이었다. 생활 수준은 보통인 경우가 59.2% 약간 어려운 경우가 25.3%이었다. 결혼 상태는 부부가 동거하는 경우가 92.7%로 가장 많았고 이혼, 별거가 2.4% 기타가 0.8%이었다. 직업은 없는 경우가 57.1%, 있는 경우가 42.0%이었다. 동거가족수는 3~4명인 경우가 75.5%로 가장 많았고, 1~2명이 7.8%로 가장 낮았다<표 1>.

<표 1> 대상자의 일반적 특성 N=245

	특 성	실수(명)	비율(%)
연령	35-39세	26	10.6
	40-44세	89	36.3
	45-49세	85	34.7
	50-54세	39	15.9
	55-59세	6	2.4
학력	초 졸	30	12.2
	중 졸	78	31.8
	고 졸	126	52.7
	대졸이상	6	2.4
	무응답	2	0.8
생활수준	많이 어렵다	24	9.8
	약간 어렵다	62	25.3
	보통이다	145	59.2
	잘사는 편이다	13	5.3
	무응답	1	0.4
결혼상태	부부 동거	227	92.7
	이혼 별거	6	2.4
	사 별	9	3.7
	기 타	2	0.8
	무응답	1	0.4
본인의 직업	없 다	140	57.1
	있 다	103	42.0
	무응답	2	0.8
동거가족수 (본인제외)	0 명	3	1.2
	1~2명	19	7.8
	3~4명	185	75.5
	5명이상	38	15.5
현 질병	유	66	26.9
	무	179	73.1
계		245	100.0

2. 대상자의 건강관련특성

건강상태 지각은 보통인 경우가 41.2%로 가장 많았고 그 다음이 조금 나쁘다가 33.1%, 매우 좋다가 1.2%로 가장 낮았다. 체중지각은 정상 체중인 경우 44.1%로 가장 많았고, 그 다음 과체중은 37.6%, 비만은 10.2%이었으며, 과소체중이 8.2%로 가장 낮았다.

최근 1년 이내 월경 상태에 대해서 82.4%가 월경이 있었으며 그중 규칙적인 경우가 72.3%, 불규칙적인 경우가 20.3%이었다.

폐경증상은 0~5점 척도에서 신체 증상의 평균

점수는 1.82로 가장 높았고 수면 문제가 1.79이었고, 혈관운동 증상은 1.38로 가장 낮았다.

폐경증상의 신뢰도는 Cronbach' α = .94로 비교적 높았으나 하위 영역별 신뢰도는 .67- .88이었다<표 2>.

3. 건강증진행위

건강증진 행위는 5점척도에서 평균평점 3.25점이었고 하위 영역별 점수를 보았을 때 자아실현 3.73점, 건강책임 2.90점, 운동 2.63점, 영양 3.57점, 대인관계 3.68점, 스트레스조절 3.22점으로, 자아실현영역이 가장 높았다<표 3>.

건강증진 이행행위 점수가 낮은 항목은 정기적

<표 2>대상자의 건강관련 특성 N=245

특 성	No	%
건강상태지각		
매우좋다	3	1.2
비교적좋다	54	22.0
보통이다	101	41.2
조금나쁘다	81	33.1
매우나쁘다	6	2.4
체중지각		
과소체중	20	8.2
정상체중	108	44.1
과체중	92	37.6
비만	25	10.2
최근1년 월경상태		
유		
규칙적	146	72.3
불규칙적	41	20.3
무응답	15	7.4
소계	202	82.4
무	42	17.1
무응답	1	0.4
계	245	100.0
폐경증상		
영역	Mean(S.D.)	Cronbach's α
신체증상	1.82(0.99)	0.84
우울증상	1.65(1.09)	0.88
혈관운동증상	1.38(1.29)	0.67
불안	1.47(1.16)	0.87
성행위	1.68(1.22)	0.81
수면문제	1.79(1.21)	0.70
계	1.61(0.92)	0.94

<표 3> 건강증진행위의 영역별 평균

영역	평균	표준편차
자아실현	3.73	0.72
건강책임	2.90	0.70
운동	2.63	0.91
영양	3.57	0.83
대인관계	3.68	0.81
스트레스조절	3.22	0.80
계	3.25	0.58

인 건강검진(평균평점 2.33점)에 대해서 자주-항상 하는 경우가 15.5%이고 가끔-전혀 하지 않는 경우가 82.8%로 잘하지 않고 있었다. 유방암 자가검진(2.51점)은 자주-항상 하는 경우가 19.6%이었고, 가끔-전혀 하지 않는 경우는 80.0%로 잘하지 않고 있었다. 부인암 검사(2.64점)는 자주-항상하는 경우가 29.4%, 가끔-전혀하지 않는 경우는 70.6%로 잘 하지 않고 있었다. 자신의 증상이나 변화에 대한 관심(3.89점)은 자주-항상 관심을 가질 때가 62.9%로 비교적 잘하고 있었다.

건강관리를 위한 프로그램 참여(2.09점)를 항상 하는 경우는 4.9%에 불과하였고, 거의 - 전혀 하지 않는 경우는 68.8%로 많았다. 술, 담배, 커피 등 몸에 해로운 것을 삼가는(3.92점)지에 대해서는 항상 삼가는 경우는 52.2%, 자주 삼가는 경우는 11.8%로 비교적 잘 하고 있었다.

운동항목 중에서 활동적인 운동(2.19점)을 하는지에 대해서는 자주-항상하는 경우는 16.0%였고, 거의-전혀 하지 않는 경우는 65.7%로 운동이 부족하였다. 오락과 취미활동은 자주-항상 하는 경우가 10.2%에 불과하여서 매우 낮았고, 맨손체조는 14.3%가 항상 하였고 74.6%는 가끔에서 전혀 하지 않았다. 영양에 관한 항목 중 섬유질 섭취(3.82점)에 대한 항목에서는 항상 하는 경우가 33.1%, 자주 시행하는 경우는 31.8%로 비교적 잘하고 있었다. 칼슘 섭취(3.54점)에 대해서는 자주-항상 하는 경우가 52.2%로 비교적 잘 하고 있었다. 스트레스 해소(3.17점)에 대해서는 적절한 해소 방법을 자주-항상 하는 경우는 38.8%였고, 가

끔-전혀 하지 않는 경우는 60.4%로 잘 되고 있지 않았다. 긴장을 이완하거나 명상시간을 항상 갖는 경우가 7.8%, 가끔-전혀 하지 않는다가 81.7%였다. 운동장애 요인의 빈도에 있어서 우선 순위별로 볼 때 가장 많은 경우가 시간 때문에(55.6%), 돈이 없어서(34.3%), 게을러서(23.6%)이었고, 가장 낮은 경우는 못하게 하는 사람이 있어서(1.7%)였다<표 4, 5>.

4. 건강증진 행위와 제 변수간의 비교

연령, 교육, 생활수준, 결혼상태, 동거가족수, 현질병, 건강상태지각, 체중지각, 월경상태와 건강증진 행위를 분산분석(ANOVA)한 결과 교육($P=.0061$), 생활수준($P=.0001$), 건강상태지각($P=.0001$)이 건강증진 행위에 있어서 1% 수준에서 유의하게 차이가 있었다. 사후 검증(Scheffe's test) 결과, 학력에 있어서는 초등학교 졸업과 고등학교 졸업군이, 생활수준에서는 많이 어렵다와 보통이다 군, 약간 어렵다와 보통이다군이, 건강상태 지각에서는 보통이다와 조금 나쁘다 군이, 보통이다와 매우 나쁘다 군이 유의한 차이를 보였다. 그러나 연령, 결혼상태, 동거가족수, 현질병, 체중지각, 월경상태는 건강증진 행위에 유의한 차이를 보이지 않았다. 교육과 건강 증진행위의 하위 영역을 비교했을 때 자아실현 영역($P=0.0293$), 운동 영역($P=0.0111$)에서 5%수준에서 유의한 차이가 있었다. 생활 수준에 있어서는 건강책임($P=0.0017$), 운동($P=0.0001$), 대인관계($P=0.0104$), 스트레스 조절($P=0.0158$)영역에서 차이가 있었다<표 6>.

건강상태 지각에 있어서는 자아실현($P=0.0004$), 건강책임($P=0.0168$), 운동($P=0.0002$), 스트레스 조절($P=0.0019$)영역에 있어서 유의한 차이가 있었다. 체중지각에 있어서는 영양영역($P=0.0126$)에서만 5%수준에서 유의한 차이가 있었다. 또한 월경 상태에서는 자아실현 영역($P=0.0007$)에서만 1%수준에서 유의한 차이가 있었다.

5. 건강증진행위와 제 변수의 상관관계

<표 4> 건강증진 행위의 문항별 빈도와 평균

문항내용	(1) 전혀 그렇지 않다		(2) 거의 그렇지 않다		(3) 가끔 그렇다		(4) 자주 그렇다		(5) 항상 그렇다		무응답		mean(S.D)
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	
1. 일상생활에 변화를 가지려고 한다.	24	9.8	31	12.7	136	55.5	28	11.4	23	9.4	3	1.2	2.98(1.01)
2. 열심히 살려고 노력한다.	4	1.6	10	4.1	37	15.1	49	20.0	145	59.2			4.31(0.98)
3. 나 자신을 사랑한다.	10	4.1	35	14.3	75	30.6	37	15.1	87	35.5	1	0.4	3.64(1.22)
4. 나의 장점과 단점을 알고 있다.	8	3.3	27	11.0	79	32.2	46	18.8	78	31.8	7	2.9	3.67(1.15)
5. 인생에 대해 낙관적이다.	15	6.1	26	10.6	91	37.1	47	19.2	61	24.9	5	2.0	3.47(1.16)
6. 무엇인가 성취하는 것을 좋아한다.	6	2.4	22	9.0	88	35.9	51	20.8	74	30.2	4	1.6	3.68(1.08)
7. 장기적인 삶의 목표가 있다.	4	1.6	28	11.4	49	20.2	52	21.2	105	42.9	7	2.9	3.95(1.13)
8. 나의 인생에서 무엇이 중요한지를 알고 있다.	6	2.4	22	9.0	53	21.6	55	22.4	104	42.4	5	2.0	3.95(1.12)
9. 미래에 대한 희망을 갖고 있다.	6	2.4	16	6.5	62	25.3	56	22.9	104	42.4	1	0.4	3.97(1.08)
10. 나의 콜레스테롤 수치에 관심을 갖고 있다.	56	22.9	64	26.1	63	25.7	25	10.2	33	13.5	4	1.6	2.65(1.32)
11. 정기적으로 건강검진을 받는다.	85	34.7	53	21.6	65	26.5	14	5.7	24	9.8	4	1.6	2.33(1.28)
12. 유방암을 조기에 발견하기 위해 매월 본인이 직접 유방을 보거나 만져본다.	74	30.2	54	22.0	68	27.8	14	5.7	34	13.9	1	0.4	2.51(1.35)
13. 1-2년 마다 부인암검사(자궁암, 유방암 등)를 정기적으로 받는다.	77	31.4	53	21.6	43	17.6	26	10.6	46	18.8			2.64(1.49)
14. 건강문제에 대해 의사나 간호사와 같은 건강전문인과 의논한다.	88	35.9	56	22.9	65	26.5	18	7.3	17	6.9	1	0.4	2.26(1.22)
15. 주변사람과 건강에 관련된 정보를 교환한다.	41	16.7	51	20.8	89	36.3	38	15.5	25	10.2	1	0.4	2.82(1.19)
16. 정기적으로 혈압을 측정한다.	79	32.2	52	21.2	63	25.7	26	10.6	21	8.6	4	1.6	2.41(1.28)
17. 환경을 오염시키는 물건(헤어스프레이, 샴푸, 비닐 등)의 사용을 삼가한다.	34	13.9	59	24.1	78	31.8	40	16.3	34	13.9			2.92(1.23)
18. 교통사고 및 화재 등의 사고방지에 관심을 갖는다.	11	4.5	9	3.7	55	22.4	61	24.9	109	44.5			4.01(1.11)
19. 나의 몸에 나타나는 증상 또는 변화에 관심이 있다.	8	3.3	13	5.3	70	28.6	61	24.9	93	38.0			3.89(1.08)
20. 건강관리를 위한 프로그램에 참여한다.	94	38.4	74	30.2	49	20.0	16	6.5	12	4.9			2.09(1.13)
21. 규칙적으로 대변을 보려고 노력한다.	31	12.7	24	9.8	50	20.4	50	20.4	89	36.3	1	0.4	3.58(1.39)
22. 술, 담배, 커피 등 몸에 해로운 것을 삼가한다.	19	7.8	22	9.0	46	18.8	29	11.8	128	52.2	1	0.4	3.92(1.33)
23. 활동적인 운동(뛰기, 테니스, 수영 등)을 주일에 3-4회 정도 한다.	107	43.7	54	22.0	44	18.0	8	3.3	31	12.7	1	0.4	2.19(1.37)
24. 오락과 취미활동을 갖는다.	95	38.8	67	27.3	56	22.9	7	2.9	18	7.3	2	0.8	2.11(1.18)
25. 몸을 펴기 위한 간단한 맨손체조를 자주 한다.	55	22.4	40	16.3	88	35.9	27	11.0	35	14.3			2.78(1.30)
26. 엘리베이터 보다는 주로 계단을 이용한다.	62	25.3	38	15.5	63	25.7	36	14.7	45	18.4	1	0.4	2.85(1.43)

27. 앉거나 서 있을 때 바른 자세를 취한다.	23	9.4	42	17.1	79	32.2	53	21.6	47	19.2	1	0.4	3.24(1.22)
28. 일정한 시간에 하루 3번 식사한다.	15	6.1	56	22.9	31	12.7	48	19.6	89	36.3	6	2.4	3.58(1.36)
29. 식사는 일정한 양을 먹는다.	21	8.6	54	22.0	53	21.6	45	18.4	72	29.4	-	-	3.37(1.34)
30. 영양을 생각해서 음식을 골고루 먹는다.	21	8.6	51	20.8	65	26.5	44	18.0	61	24.9	3	1.2	3.30(1.29)
31. 섬유질이 많은 음식(야채, 과일등)을 많이 먹는다.	6	2.4	26	10.6	54	22.0	78	31.8	81	33.1	-	-	3.82(1.08)
32. 식품이나 약품에 붙어있는 설명문을 읽는다.	14	5.7	29	11.8	59	24.1	47	19.2	94	38.4	2	0.8	3.73(1.25)
33. 칼슘을 섭취 (우유, 멸치, 칼슘약 등)하려고 노력한다.	13	5.3	33	13.5	71	29.0	64	26.1	64	26.1	-	-	3.54(1.17)
34. 마음을 털어놓을 수 있는 가까운 사람이 있다.	14	5.7	25	10.2	74	30.2	51	20.8	80	32.7	1	0.4	3.65(1.20)
35. 의미있고 만족스러운 대인관계를 유지한다.	5	2.0	21	8.6	68	27.8	73	29.8	76	31.0	2	0.8	3.80(1.04)
36. 다른 사람을 쉽게 인정하고 칭찬한다.	4	1.6	20	8.2	81	33.1	78	31.8	61	24.9	1	0.4	3.70(0.99)
37. 다른 사람에게 관심이나 사랑을 표현한다.	8	3.3	26	10.6	93	38.0	62	25.3	53	21.6	3	1.2	3.52(1.05)
38. 관심사나 문제가 있을 때 다른 사람과 서로 이야기한다.	8	3.3	19	7.8	84	34.3	72	29.4	62	25.3	-	-	3.66(1.04)
39. 긴장을 풀거나 조용한 명상의 시간을 매일 갖는다.	47	19.2	82	33.5	71	29.0	24	9.8	19	7.8	2	0.8	2.53(1.14)
40. 내가 겪는 스트레스의 원인을 안다.	9	3.7	18	7.3	71	29.0	65	26.5	81	33.1	1	0.4	3.78(1.10)
41. 감정을 적절한 방법으로 표현한다.	13	5.3	45	18.4	94	38.4	54	22.0	36	14.7	3	1.2	3.23(1.08)
42. 스트레스가 있을 때 적절한 해소 방법을 안다.	21	8.6	60	24.5	67	27.3	47	19.2	48	19.6	2	0.8	3.17(1.25)
43. 잠들기 전에 긍정적이고 좋은 생각을 한다.	17	6.9	46	18.8	84	34.3	42	17.1	56	22.9	-	-	3.30(1.21)

<표 5> 운동장애요인의 빈도

운동장애요인	No(명)	%	순위
시간 때문에	99	55.6	1
돈이 없어서	61	34.3	2
게을러서	42	23.6	3
좋아하지 않아서	33	18.5	4
생각해 본적이 없어서	27	15.2	5
아는 것이 부족해서	13	7.3	6
기타	13	7.3	6
타인의 도움을 받아야 하기 때문에	10	5.6	8
못하게 하는 사람이 있어서	3	1.7	9
계	178*		

*운동을 전혀 하지 않거나 거의 하지 않는 군

<표 6>에서 건강증진 행위와 제 변수의 상관관계를 보면 자기 효능($r=0.62745$, $P=0.0001$), 가족 지지($r=0.56904$, $P=0.0001$)는 1% 수준에서 유의하게 높았으나, 폐경증상($r=0.39126$, $P=0.0001$), 생활수준($r=0.3597$, $P=0.0001$), 학력($r=0.24434$, $P=0.0006$), 건강상태지각($r=0.25021$, $P=0.004$)은 1%수준에서 유의하게 낮은 상관관계를 보였고, 연령, 동거가족수, 체중지각은 상관관계가 없어 가설6과 7은 기각하였다<표 7>.

6. 건강증진행위 예측에 영향을 주는 요인

건강증진 행위를 예측하는 변수로 연령, 교육, 생활수준, 결혼상태, 동거가족수, 건강지각, 체중지

〈표 6〉 건강증진행위와 제변수의 비교

구분	특 성	자아실현 Mean(S.D)	건강책임 Mean(S.D)	운동 Mean(S.D)	영양 Mean(S.D)	대인관계 Mean(S.D)	스트레스조절 Mean(S.D)	건강증진행위 Mean(S.D)
연령	①35-39세	3.77(0.73)	2.52(0.53)	2.41(0.72)	3.52(0.84)	3.62(0.62)	3.09(0.73)	3.18(0.43)
	②40-44세	3.85(0.66)	2.98(0.72)	2.73(0.93)	3.68(0.85)	3.76(0.81)	3.30(0.77)	3.35(0.58)
	③45-49세	3.69(0.77)	2.90(0.75)	2.60(0.99)	3.56(0.85)	3.61(0.92)	3.18(0.81)	3.20(0.64)
	④50-54세	3.61(0.69)	2.97(0.60)	2.74(0.80)	3.43(0.76)	3.78(0.61)	3.33(0.84)	3.26(0.50)
	⑤55-59세	3.19(0.88)	2.74(0.51)	1.93(0.62)	3.31(0.29)	3.07(0.63)	2.50(0.63)	2.75(0.45)
	F/P	1.81/0.1280	2.22/0.0675	1.69/0.1521	0.83/0.5043	1.42/0.2266	1.85/0.1210	1.61/0.1736
학력	①초졸	3.40(0.95)	2.82(0.58)	2.25(1.04)	3.19(0.76)	3.44(0.91)	2.93(0.79)	2.90(0.53)
	②중졸	3.66(0.69)	2.88(0.69)	2.51(0.81)	3.63(0.89)	3.62(0.82)	3.16(0.79)	3.20(0.59)
	③고졸	3.83(0.65)	2.91(0.72)	2.80(0.92)	3.61(0.79)	3.77(0.79)	3.33(0.80)	3.34(0.57)
	④대졸이상	3.87(0.68)	3.23(0.90)	2.73(0.48)	3.89(0.85)	3.67(0.39)	3.20(0.47)	3.51(0.42)
	F/P Scheffe's test	3.05/0.0293* ①:③그룹	0.52/0.6703	3.79/0.0111* ①:③그룹	2.61/0.0520	1.58/0.1961	2.25/0.0831	4.26/0.0061** ①:③그룹
생활 수준	①많이어렵다	3.45(0.88)	2.42(0.43)	1.96(0.93)	3.39(0.79)	3.40(0.88)	2.90(0.85)	2.76(0.44)
	②약간어렵다	3.60(0.71)	2.82(0.61)	2.52(0.91)	3.40(0.79)	3.47(0.78)	3.04(0.65)	3.10(0.57)
	③보통이다	3.82(0.69)	3.00(0.72)	2.75(0.88)	3.69(0.81)	3.80(0.78)	3.34(0.80)	3.39(0.55)
	④잘사는편	3.75(0.63)	3.01(0.98)	3.13(0.64)	3.32(1.04)	3.97(0.89)	3.28(1.04)	3.21(0.66)
	F/P Scheffe's test	2.54/0.0573	5.20/0.0017** ①,③그룹	7.07/0.0001* ①,③그룹 ①,④그룹	2.62/0.0517	3.83/0.0104	3.52/0.0158	8.71/0.0001** ①,③그룹 ②,③그룹
결혼 상태	①부부함께	3.74(0.70)	2.91(0.71)	2.65(0.93)	3.55(0.82)	3.68(0.81)	3.22(0.79)	3.25(0.57)
	②이혼,별거	3.78(0.77)	2.92(0.45)	2.56(0.43)	3.83(0.46)	3.90(0.37)	3.44(0.43)	3.49(0.41)
	③사별	3.30(1.07)	2.52(0.31)	2.13(0.79)	3.56(1.05)	3.38(0.83)	2.90(1.02)	2.89(0.75)
	④기타	2.56(.)	2.69(0.11)	2.50(0.14)	4.42(0.82)	4.30(0.99)	3.50(0.99)	2.97(.)
	F/P	1.74/0.1593	0.76/0.5180	0.96/1.1433	0.96/0.4126	0.97/0.4092	0.64/0.5903	1.23/0.3012
직업	①있다	3.83(0.72)	2.84(0.68)	2.53(0.87)	3.57(0.85)	3.60(0.83)	3.25(0.80)	3.25(0.60)
	②없다	3.65(0.72)	2.94(0.72)	2.72(0.94)	3.56(0.82)	3.74(0.80)	3.18(0.79)	3.25(0.57)
	F/P	3.49/0.0630	1.09/0.2971	2.38/0.1241	0.01/0.9261	1.84/0.1763	0.45/0.5036	0.00/0.9530
동거 가족 수	①0명	3.78(0.79)	2.87(0.52)	3.10(1.56)	3.83(0.76)	3.93(0.58)	3.53(1.29)	3.35(.)
	②1~2명	3.69(0.83)	2.81(0.50)	2.26(0.91)	3.48(0.80)	3.64(0.72)	3.20(0.85)	3.08(0.55)
	③3~4명	3.71(0.74)	2.89(0.73)	2.64(0.91)	3.54(0.83)	3.68(0.84)	3.22(0.79)	3.25(0.59)
	④5명이상	3.83(0.60)	2.99(0.63)	2.75(0.87)	3.73(0.83)	3.69(0.73)	3.22(0.80)	3.33(0.54)
	F/P	0.23/0.8778	0.27/0.8454	1.41/0.2403	0.69/0.5562	0.11/0.9525	0.16/0.9241	0.57/0.6337
질병	①있다	3.55(0.76)	2.93(0.75)	2.45(0.90)	3.60(0.71)	3.75(0.76)	3.06(0.86)	3.18(0.63)
	②없다	3.79(0.70)	2.89(0.68)	2.70(0.91)	3.56(0.87)	3.66(0.82)	3.28(0.77)	3.28(0.56)
	F/P	5.12/0.0246*	0.16/0.6889	3.79/0.0528	0.14/0.7049	0.64/0.4244	3.54/0.0611	1.05/0.3060
건강 상태 지각	①매우좋다	3.85(1.16)	1.92(0.44)	2.20(0.87)	3.50(1.15)	3.80(1.44)	3.40(2.26)	2.85(1.07)
	②비교적좋다	3.88(0.70)	2.91(0.69)	2.83(0.92)	3.62(0.80)	3.76(0.87)	3.45(0.85)	3.38(0.57)
	③보통이다	3.86(0.65)	3.05(0.71)	2.84(0.88)	3.72(0.85)	3.75(0.79)	3.29(0.73)	3.41(0.56)
	④조금나쁘다	3.53(0.73)	2.75(0.67)	2.34(0.86)	3.38(0.77)	3.60(0.75)	3.04(0.75)	3.07(0.53)
	⑤매우나쁘다	2.85(0.57)	2.77(0.48)	1.80(0.89)	3.19(0.90)	2.93(0.65)	2.33(0.59)	2.65(0.58)
	F/P Scheffe's test	5.34/0.0004** ②:③그룹 ③:⑤그룹	3.09/0.0168**	5.71/0.0002 ②:④그룹 ③:④그룹	2.29/0.0608	1.86/0.1184	4.40/0.0019** ②:⑤그룹	6.13/0.0001** ③:④그룹 ③:⑤그룹

구분	특성	자아실현 mean(S.D)	건강책임 mean(S.D)	운동 mean(S.D)	영양 mean(S.D)	대인관계 mean(S.D)	스트레스조절 mean(SD)	건강증진행위 mean(S.D)
체중 지각	①과소체중	3.77(0.61)	2.99(0.62)	2.81(0.55)	3.78(0.81)	3.45(0.60)	3.13(0.61)	3.24(0.50)
	②정상체중	3.81(0.72)	2.96(0.74)	2.66(0.94)	3.73(0.84)	3.68(0.83)	3.32(0.80)	3.33(0.58)
	③과체중	3.67(0.74)	2.88(0.67)	2.57(0.87)	3.39(0.76)	3.69(0.85)	3.18(0.76)	3.23(0.60)
	④비만	3.53(0.74)	2.63(0.65)	2.64(1.17)	3.37(0.85)	3.81(0.68)	3.02(0.98)	2.99(0.56)
	F/P Scheffe's test	1.16/0.3259	1.46/0.2260	0.42/0.7386	3.70/0.0126* ②:③그룹	0.72/0.5430	1.17/0.3201	1.83/0.1432
월경 상태	①폐경 이전군	3.84(0.71)	2.89(0.76)	2.69(0.97)	3.60(0.85)	3.70(0.83)	3.24(0.81)	3.27(0.61)
	폐경 이전 폐경기	3.74(0.59)	2.97(0.67)	2.59(0.82)	3.65(0.87)	3.79(0.69)	3.24(0.71)	3.35(0.53)
	소계	3.82(0.69)	2.91(0.74)	2.67(0.94)	3.61(0.85)	3.72(0.80)	3.24(0.79)	3.29(0.59)
	②폐경이후군	3.39(0.77)	2.91(0.56)	2.52(0.88)	3.42(0.69)	3.58(0.73)	3.17(0.86)	3.14(0.56)
	F/P Scheffe's test	11.93/0.0007** ①:②군	0.00/0.9886	0.90/0.3440	1.72/0.1906	1.06/0.3037	0.24/0.6258	1.81/0.1807

Scheffe 결과 : 0.05수준 * p < .05 ** p < .01

<표 7> 건강증진 행위와 제 변수의 상관관계

	연령	학력	생활수준	동거	건강상태 가족수	체중지각 지각	폐경증상	가족지지	자기효능
학력		-.0533							
생활수준		.1318*	.267****						
동거가족수		.0534	.0754	.1069					
건강상태 지각		.0889	-.0954	-.2111***	-.1168				
체중지각		-.0282	.0382	-.1124	-.0279	.1800**			
폐경증상		.2200**	-.0904	-.1435*	.0314	.3535****	.0687		
가족기능		.0329	.1284	.2579****	.0358	-.2356***	-.1066	-.4462****	
자기효능		-.0063	.2594****	.2402***	.0181	-.20166**	-.0334	-.3541****	.4060****
건강증진 행위		-.0881	.2443***	.3060****	.0822	-.2502***	-.1285.3913****	.5690****	.6275****

* P < .05, ** P < .01, *** P < .001, **** P = .0001

각, 폐경증상, 가족지지, 자기효능을 다중회귀 분석하였다. 자기 효능과 가족 지지는 중요한 변수로 나타났으며 ($R^2=0.4874$, $P=0.0001$) 자기 효능의 설명력은 1% 유의수준에서 39.7%로 가장 높았고, 가족 지지는 9.0%였다. 즉 자기 효능이 높고 가족 지지가 높을수록 건강증진 생활 점수가 높은 것으로 예측되었다<표 8>.

<표 8> 건강증진행위 예측을 위한 다중회귀 분석

	R ²	F	P	
자기효능	.3967	97.9945	.0001	
가족지지	.4874	26.1706	.0001	
	β eta	S.E.	F	P
자기효능	.4601	.0645	50.82	.0001
가족지지	.2282	.0446	26.17	.0001

V. 논 의

본 연구대상자의 건강관련 특성은 건강상태가 보통(41.2%)이고, 정상체중(44.1%)이 많았다. 폐경증상은 0-5점 척도로 측정하였을 때 1.61로 낮은 호소율을 보인 것은 대상자의 다수(82.4%)가 규칙적 월경을 하는 폐경이전군이기 때문으로 보인다.

본 연구에서 전체 건강증진행위가 평균 3.25점인 것과 하위영역별로 볼 때 자아실현(3.73), 대인관계(3.68), 영양(3.57)영역이 높고, 스트레스 조절(3.22)이 중간정도이고 건강증진행위를 잘 하지 않는 영역은 건강책임(2.90)과 운동영역(2.63)이었다. 구체적으로 건강증진이행 행위점수가 낮은 점수순으로 볼 때 건강프로그램의 참여, 오락 및 취미활동, 활동적 운동, 건강전문인과의 상담, 정기검진, 혈압측정, 유방 자가검진, 명상시간, 부인암검진, 맨손체조이었다. 김명희(1995), 이인숙(1995)은 영역별로 대인관계 점수가 높고 건강책임 점수가 낮다는 점에서 동일하였으나 중년여성을 대상으로 한 본 연구에서는 전반적으로 대학생의 건강증진행위보다 높은 점수를 나타내었다. 또한 박재순(1995)의 중년여성에 대한 연구와 Walker(1988)등은 18세 이상 452명의 성인을 연령군별로 나누어 건강증진 행위를 분석한 연구에서도 동일한 순서와 비슷한 점수를 나타내었다. 정현숙(1997)도 대학생을 대상으로 한 조사에서 전문적 건강관리와 운동영역이 낮은 수행을 보이므로 이들의 수행을 높이는 전략이 필요하다고 하였다. 간호대학생의 건강증진 행위에 있어서 최대 평점 3점에 대해 평균 평점 1.95점으로 중간정도 수준으로 이행하고 있었다.

일반적 특성에 따른 건강증진 행위의 차이검정에서 본 연구에서는 학력, 생활수준, 건강상태의 지각이 유의한 차이를 보였으나, 상관관계는 낮게 나타났다. 연령, 결혼상태, 동거가족수, 현질병, 체중지각, 월경상태는 유의한 차이를 보이지 않았다. 김명희(1995), 이인숙(1995)도 대학생을 대상으로 한 연구에서 통계적으로 유의한 차이를 보인 것은 경제상태, 건강상태지각 등이라고 하여 유사

하였으나, 최스미(1993)는 오토바이 사고환자에 대한 조사에서 연령에 따라 유의한 차이가 있다고 하여, 본연구와는 상이하였다. 건강증진 행위와 높은 상관관계를 보인 것은 자기효능과 가족지지였고 이는 중요한 건강증진 예측요인으로 나타났다. 본 연구결과는 박재순 외(1995)의 중년여성의 자기효능과 가족지지가 건강증진 생활양식에 높은 영향력을 보인다는 것과 일치하였다. 김현리 등(1995), 정현숙(1997)이 대학생을 대상으로 한 조사에서도 자기효능성은 순상관관계가 통계적으로 매우 유의하게 나왔고 염순교(1996)는 중년여성의 지각된 자기효능감이 높을수록 골건강 증진 행위를 잘 한다고 하였다. Stuijbergen 등(1994)도 건강증진 행위에 있어서 자기효능이 설명력이 높으며 조정요인은 영향력 4%로 낮게 설명하였다. 그러나 Duffy(1988)는 중년여성을 대상으로 건강통제위, 자존감, 건강상태와 건강증진 행위와의 연구에서 건강상태와 교육이 영향력이 있다고 하여 본 연구결과와는 상이하였다.

본 연구에서 조정요인 중 건강증진행위를 예측하는 데 설명력이 가장 높은 것은 가족기능이었다. 조소영, 김점자(1996)는 농촌노인에 대한 건강행위 실천에 영향을 주는 변수로 질병치료의 지속성, 건강상태, 가족과의 친화도 순이라고 하여 가족지지의 중요성을 지적하였다. Gillis, Perry(1991)는 농촌여성의 신체활동 프로그램을 지속하는 데는 가족지지가 관련되어 있다고 하였다. 서연옥(1995)은 사회적 지지가 중년여성의 건강증진 생활방식에 중요한 요인이라고 하였다. 가족지지는 모든 군에서 유의한 영향요인인 것으로 밝혀졌다.

VI. 결론 및 제언

본 연구는 중년여성의 건강증진 행위를 파악하여 간호중재 방안을 모색하려는 서술적 조사연구이다.

1998년 6월 1일부터 23일까지 1개 고등학교, 1개 전문대학 학생들의 만 35세이상 60세미만 어머니나 기타 가족에게 사전 조사를 거쳐 보완한

질문지를 이용하여 자료 수집을 하였다. 도구의 신뢰도는 Cronbach's alpha 값이 폐경증상 .94, 건강증진 행위 .92, 가족기능 .84, 자기효능 .93이었다.

결과를 요약하면 다음과 같다.

1) 대상자의 일반적 특성

연령은 평균 45.03세이며 40-44세가 36.3%로 가장 많았고, 교육정도는 고등학교 졸업이 52.7%, 주거형태는 단독주택이 40.8%, 생활수준은 보통인 경우가 59.2%로 가장 많았다. 결혼상태는 부부동거가 92.7%, 직업은 없는 경우가 57.1%였다. 동거가족수는 3-4명인 경우가 75.5%로 가장 많았다.

2) 대상자의 건강관련 특성

건강상태의 지각은 보통인 경우가 41.2%로 가장 많았고 체중지각은 정상체중인 경우가 44.1%로 가장 많았다.

최근 1년 이내의 월경상태에 대해 82.4%가 월경이 있었으며 규칙적인 경우가 72.3%였다. 폐경증상은 0-5점 척도이며 신체증상이 평균 1.82로 가장 높았다.

3) 건강증진행위

건강증진 행위는 5점척도에서 평균 3.25였고 하위 영역별 점수를 보았을 때 자아실현 3.73, 건강책임 2.90, 운동 2.63, 영양 3.57, 대인관계 3.68, 스트레스 조절 3.22로, 자아실현영역이 가장 높았고 운동과 건강책임이 낮았다.

4) 건강증진 행위와 제 변수간의 비교

건강증진 행위와 제 변수를 분산분석(ANOVA)한 결과 교육($p=0.0061$), 생활수준($p=0.0001$), 건강상태 지각($p=0.0001$)이 건강증진 행위에 있어서 1%수준에서 유의하게 다른 것으로 나타났다.

가설 1에서 인구학적 특성 중 교육과 생활수준에 따라 건강증진행위의 차이가 있었다.

가설 2와 3에서 월경상태, 폐경증상에 따라 건강증진 행위의 차이가 없어 가설이 채택되었다.

가설 4는 건강상태 지각에 따라 건강증진 행위의 차이가 있어($p=0.0001$) 가설이 기각되었다.

가설 5는 체중지각에 따라 건강증진 행위의 차이가 없어 가설이 채택되었다.

5) 건강증진행위와 제 변수의 상관관계

자기효능($r=.62745$, $p=.0001$), 가족기능($r=.56904$, $p=.0001$)은 비교적 높아 가설 6과 7은 기각되었다.

6) 건강증진 행위를 예측하는 변수를 파악하기 위해 다중회귀 분석하였다. 자기효능과 가족기능이 중요한 변수로 나타났으며($R^2=.4874$, $P=.0001$) 자기효능의 설명력은 39.7%로 가장 높았고, 가족기능 9.0%였다. 즉, 중년여성의 자기효능이 높고 가족기능이 좋을수록 건강증진 행위 점수가 높은 것으로 예측되었다.

이와 같은 결과를 바탕으로

1) 중년여성의 건강증진을 위하여 자기효능과 가족지지를 높이는 중재프로그램을 개발해야 할 것이다.

2) 중년여성의 건강증진행위 이행이 낮은 건강책임과 운동영역에 대한 강화가 있어야 할 것이다.

3) 건강증진행위 이행이 낮은 세부항목들이 교육에 반영되어야 할 것이다.

참 고 문 헌

- 구미옥(1992), 당뇨병환자의 자가간호 행위와 대사조절에 관한 구조모형. 서울대학교 간호학 박사학위 논문
- 구미옥, 유재순, 권인각, 김혜원, 이은옥(1994), 자기효능 이론이 적용된 건강행위 관련 연구 분석. 간호학회지, 24(2):278-302
- 권영숙(1992), 가족기능에 관한 문헌연구. 중앙의학, 57(3):201-208
- 김명희(1995), 간호대학생들의 건강증진 행위와 건강상태와의 상관관계연구. 한국보건간호학회지, 9(2):92-102
- 김성재, 조남옥, 유경희, 강남미, 최희정(1996), 비판적 문헌고찰에 의한 건강행위 관련이론의 분석. 간호학 논문집, 10(1):87-122
- 김현리, 민현옥(1995), 일부 대학생들의 건강증진 행위. 한국보건간호학회지, 9(1)
- 대한 산부인과학회(1991), 부인과학
- 박영임(1994), 본태성 고혈압환자의 자가간호증진

- 을 위한 자기조절 프로그램 효과. 서울대학교 대학원 박사학위논문
- 박인숙(1995), 건강증진 생활양식에 관한 연구. 부산대 대학원 박사학위논문
- 박재순(1995), 중년후기 여성의 건강증진행위 모형구축. 서울대학교 박사학위 논문
- 박재순, 최의순(1995), 중년여성의 월경상태에 따른 건강증진 생활양식. 여성건강간호학회지, 1(2):234-242
- 변영순, 장희정(1992), 건강증진 개념분석에 관한 연구. 간호학회지, 22(3):362-372
- 변중화(1997), 건강증진과 보건교육 전략개발. 한국보건간호학회 '97 춘계학술대회:3-12
- 서연옥(1995), 중년여성의 건강증진 생활양식에 관한 구조모형, 경희대학교 대학원 박사학위논문
- 염순교(1996), 중년여성의 건강증진에 관한 인지 요인과 행위와의 관계연구. 중앙대학 박사학위 논문
- 오현수(1993), 여성관절염 환자의 건강증진과 삶의 질. 대한 간호학회지, 23(4):617-629
- 이영숙 외(1992), 모성간호학, 현문사: 675-687
- 이영휘(1988), 충남 일부 주민의 건강통제위 성격과 건강행위와의 관계연구. 간호학회지, 18(2): 118-127
- 이인숙(1995), 일부 대학생들의 건강통제위 성격과 건강증진 행위간의 상관관계연구. 한국보건간호학회지, 9(1):44-57
- 임은옥(1991), 갱년기 증상과 생활스트레스의 관계에 관한 연구. 한국보건간호학회지, 8(2): 1-34
- 정현숙(1997), 야간 전문대 여학생들의 건강증진 생활양식-간호계 학생과 비간호계 학생비교. 지역사회간호학회지, 8(2):368-379
- 조소영, 김점자(1996), 한국농촌 노인의 건강증진 관리요구에 관한 연구. 한국보건간호학회지, 10(2):146-161
- 최스미(1993), 오토바이 사고환자의 안전모 착용 여부에 따른 뇌손상비교와 자아존중감, 건강통제위 성격, 건강증진행위의 비교연구. 간호학회지, 23(4):585-601
- 통계청(1994), 사망원인 통계연보
- Breslow, Lester(1989), Health status measurement in the evaluation of health promotion. Medical Care, 27(3):S205-216
- Brooks, N.A.(1984), Opportunities for health promotion: including the chronically ill and disabled. Soc Sci Med, 19(4):405-409
- Brown, J.S., McCreedy, Margaret(1986), The Hale Elderly : Health behavior and its correlates. Research in Nursing & Health 9:317-329
- Brubaker, B.H.(1983), Health promotion:A linguistic analysis. Adv. in Nursing Science, April:1-14
- Duffy, M.E.(1988), Determinants of Health Promotion In Midlife Women, Nursing Research, 37(6):358-362
- Galloway, K.(1978), The change of life, AJN, 75(6):1006
- Gillis, A. & Perry, A.(1991), The relationships between physical activity and health promoting behaviors in mid-life women. J. of Advanced Nursing, 16:299-310
- Gortner, S.R. & Jenkins, L.S.(1990), Self efficacy and activity level following cardiac survey. Journal of Advanced Nursing, 15: 1132-1138
- Gottlieb, N.H., Green, L.W.(1984), Life events, social network, life style and health : An analysis of personal health practices and consequences. Health Educ. Q. 11:91-105
- Hunter, M.S.(1990), Somatic experience of the menopause : A prospective study. psychosomatic medicine, 52:357-367
- Janz, N. and Becker, M.(1984), The health belief model : A decade later. Health Education Quarterly, 11:1-47
- Johnson, J.L., Ratner, P.A., Bottorff, J.L., & Hayduk, L.A.(1993), An exploration of

- Pender's health promotion model using LISREL, NR. 42(3):132-138
- Kelly, R.B., Zyzanski, S.J., Alemagno, S.A.(1991), Prediction of motivation and behavior change following health promotion : Role of health beliefs, social support, and self-efficacy. Soc Sci Med 32(3):311-320
- Laffrey, S.C.(1985), Health behavior choice as related to self-actualization and health conception. Western Journal of Nursing Research, 7:279-311
- Laffrey, S.C.(1986), Normal and overweight adults, perceived weight and health behavior characteristics. Nursing Research, 35(3):173-177
- Larocco, S.A., Plolit, Denise(1980), Women's knowledge about the menopause. Nursing Research, 29(1):10-13
- Minkler, Meredith(1989), Health education, health promotion and the open society : an historical perspective. Health Education Quarterly, 16(19):17-30
- Moore, P.V., Williamson, G.C.(1984), Health promotion Evolution of a concept. Nursing Clinics of North America, 19(2):195-206
- Muhlenkamp, A.F., Sayles, J.A.(1986), Self-esteem, social support, and positive health practices. NR. 35(6):334-338
- Palank, C.L.(1991), Determinants of Health-Promotive Behavior. Nursing Clinics of North America, 26(4):815-832
- Pender, N.J.(1982), Health promotion in nursing practice, Norwalk, CT : Appleton-Century-Crofts
- Pender, N.J., Walker, S.N., et al.(1990), Predicting health-promoting lifestyles in the workplace, NR, 39(6):326-332
- Smith, M.C.(1990), Nursing's unique focus on health promotion. Nursing Science Quarterly, 3(3):105-106
- Stuifbergen, A.K., Becker, H.A.(1994), Predictors of health-promoting lifestyles in persons with disabilities. Research in Nursing & Health, 17:3-13
- Stachtchenko Sylvie, Jenicek Milos(1990), Conceptual Differences Between Prevention and Health Promotion : Research Implications for Community Health Programs. Candian Journal of Public Health, 81:53-59
- Walker, S.N., Sechrist, K.R., Pender, N.J.(1987), The Health-promoting lifestyle profile : Development and psychometric characteristics. NR, 36(2):76-81
- Walker, S.N., Volkan, K., Sechrist, K.R., Pender, N.J.(1988), Health-promoting life styles of older adults : Comparisons with young and middle-aged adults, correlates and patterns. Adv Nurs Sci, 11(1):76-90
- Wiesel, M.H.(1989), A test of the health promotion with blue collar workers. Nursing Research, 38(2):99-104
- Zimmerman R.S., Connor C.(1989), Health Promotion in context : The effects of significant others on health behavior change. Health Educ Q, 11:91-105

= ABSTRACT=

Health Promotion Behavior of Middle-Aged Women

Young-Sook Kwon, Myung-Sook Lee
(Department of Nursing, Ansan Junior College)

The Health Promotion Model by Pender(1987) was used as the conceptual framework for analyzing the health promotion behaviors.

The purposes of this study were to describe health promoting life style behaviors in 245 women between the ages of 35 and 59 living in Seoul and other cities and to find their predictive factors. Data were collected from 1st to 23th, June, 1998. The tool used for this study was structured questionnaire with consisted of 8 items on general characteristics, 5 items on health related characteristics, 43 items on health promoting life style, 28 items on menopausal symptoms, 5 items on family support, and 28 items on self-efficacy.

The collected data were analyzed using the SAS, yielding descriptive statistics, ANOVA, Pearson's Correlation, stepwise multiple regression.

The findings of this study are as follows.

1) The mean score of health promotion behavior(3.25) is not high. The mean scores of this self actualization(3.73), interpersonal support(3.68), and nutrition(3.57), regulation of stress (3.22) in domains are higher than health responsibility(2.90), exercise(2.63).

2) The results of the comparison between the health promotion behaviors and general variables showed a statistically significant difference in education($P=.0061$), domestic economy status($P=.0001$), perception of health status($P=.0001$) but, age, state of menstruation, perception of weight is not significant difference.

3) The correlation between health promoting life style and self-efficacy($P=.0001$), family support($P=.0001$) is significant. But, there is no correlation between health promoting life style and age, number of family, perception of weight.

4) In the cognitive-perceptual factors, self-efficacy($P=.0001$) is very significant predictor (accounted for 39.7%) and in the modifying factors, family support($P=.0001$) is very significant(accounted for 9.0%). It is same to other research results.