

## 중년기의 사회심리적 건강과 지각된 건강상태, 건강증진 생활양식 이행과의 관계 연구\*

윤 은 자\*\*

### I. 서 론

#### 1. 연구의 필요성

지난 2, 30년 동안 우리나라는 경제의 급속한 성장을 토대로 국민의 식생활, 생활환경 등이 크게 달라졌으며 날로 발전하는 의학 및 의료기술의 향상에 힘입어 평균 수명의 연장과 더불어 암, 고혈압, 심장질환과 같은 비전염성질환이 사망의 주 요인으로 대두되었고, 이러한 질병의 만성화, 난치병의 증가 등은 치료중심의 현 의료 체도에 보완을 요구하게 되었다. 이는 지금까지의 의료 중심의 소극적인 접근방식만으로는 다가올 21세기에 예견되는 보건의료문제에 적절하게 대처할 수 없다는 인식에 따라 1970년 후반부터 일부의 국가에서 시작된 질병의 예방과 건강증진을 강조하는 각종 프로그램이 범세계적인 활동으로 번져가고 있다는 것으로도 잘 알 수 있다(박형중, 1997). 따라서 건강증진에 대한 관심의 증가와 더불어 영향요인에 대한 연구가 확대되고 있으며, 밝혀진 요인들은 대상자에 따라 다양한 결과를 나타내었다. 현재 가장 많이 이용되고 있는 것은 Pender의 건강증진모형으로서 건강증진의 구성요소인 생활양식을 설명하고 예측하는 인과기전을 제시한 바 있다. Pender(1982)는 건강증진의 개념을 '건강한 생활양식을 증진시키기 위한 개인적이거나 지역사회적 활동으로

써 개인의 안녕수준과 만족감을 유지하거나 높이고 자아 실현을 하는 방향으로 취해지는 활동'으로 정의하면서 건강증진 행위를 통해 인간의 수명을 연장시키고 삶의 질을 증진시키며 건강관리비용을 감소시키므로 각 개인의 기본적인 건강요구를 해결할 뿐만 아니라, 궁극적으로 사회 전반적인 안녕수준을 높힐 수 있다고 하였다.

건강증진과 관련하여 영양섭취의 과잉, 음주 및 각종 음료수의 과다한 섭취, 흡연, 운동부족, 스트레스 등이 현대인들의 생활양식에서 가장 공통적인 문제로 대두되고 있다.

김일순(1993)은 현재 우리나라 사람들이 지닌 건강생활양식을 '영양섭취의 과잉과 담배, 술, 각종음료를 즐기고 육체적으로 편안한 생활을 하며, 남보다 더 많은 부와 더 높은 지위를 차지하기 위하여 최선의 노력을 하는 생활양식'으로 규정하면서 이는 경제적으로 후진국이었던 지난 날에 이상적이라고 생각하여 형성된 것이며 곧 우리나라 특유의 중년기 분위기라고 지적한 바 있다. 중년기는 풍요한 인생의 경험과 지혜를 구비한 시기로서 자기의 경험과 능력을 통합하는 생의 절정기라 할 수 있다. 지금까지의 경험을 통하여 정서적으로 세련되고 보다 객관적 자세를 가질 수 있으며 인간의 다양성을 존중하는 개방된 인품을 지니게 된다. 또한 중년기는 일상생활의 타성과 주변에 관심을 기울여야 할 여러사람들의 요구에 대응하여야 하는 시기로서 특별하게 질병

\* 이 논문은 1997년도 한국학술진흥재단의 연구비에 의하여 연구되었음. (KRF-1997)

\*\* 건국대학교 의과대학 간호학과 조교수

의 위기가 없는 한 자신의 건강상태에 대하여 관심을 기울일 시간이 거의 없는 시기이기도 하다(이선옥, 1996).

한편, 인간의 행위는 개인에게 주관적으로 지각된 인지 의해 결정되므로, 건강증진을 위한 일상생활양식을 얼마나 잘 이행할 것인가를 결정하는 것은 결국 개인의 인지에 달린 것이라고 할 수 있다. 본 연구의 대상인 중년은 연령상 사회의 중진급에 속하여 대부분 사회의 주역을 담당하는 대표적 계층이다. 즉, 직장에서 고도의 직업적 성취를 이루게 되고 독자적인 판단을 해야 할 기회가 많아지며 이에 따른 과중한 책임감, 긴장 등으로 인해 신체적, 정신적으로 무리하기가 쉽다. 그러나 중년의 건강문제를 흔히 언급하면서도 지금까지의 연구들이 외국에서 개발된 측정도구(MMPI, SCL-90)를 번역하여 대부분 신체적 질환에 비중을 두어 보고하고 있을 뿐, 우리나라 문화권에서 중년층이 느끼는 정신건강이나 심리학적 증상에 대한 현황조사는 매우 미진한 상태이다. 여기서 사회심리학적 건강수준을 측정한다는 것은 스트레스의 수준을 측정함으로써 파악할 수 있다. 현대인 질병의 50-70%가 스트레스와 연관된 것이며, 행동적 측면에서도 스트레스를 과도하게 느끼게 되면 대인관계에서 공격적인 행동과 더불어 말투가 거칠어지고 과식이나 소식, 약물남용, 음주량과 흡연량의 증가, 불면증 등의 결과가 나타난다(Luthans, 1985).

그러므로 본 연구는 우리나라 중년층에 인지된 사회심리적 건강정도과 자신이 지각한 건강상태가 건강증진 생활양식의 이행과 어떤 관련성이 있는가를 파악함으로써 중년기 건강의 유지, 향상을 위한 사회운동차원에서의 건강교육의 방향과 전략모색을 위한 기초자료를 얻기 위해 본 연구를 시도하였다.

## 2. 연구의 목적

본 연구는 우리나라 중년기의 사회심리적 건강정도과 지각된 건강상태, 건강증진 생활양식 이행과의 관계를 알아보기 위한 것으로 구체적인 목적은 다음과 같다.

- 1) 대상자들의 사회심리적 건강정도, 지각된 건강상태, 건강증진 생활양식의 이행정도를 파악한다.
- 2) 대상자들의 사회심리적 건강정도, 지각된 건강상태, 건강증진 생활양식 이행과의 관계를 파악한다.
- 3) 대상자들의 인구사회학적 구성요인에 따른 사회심리적 건강, 지각된 건강상태, 건강증진 생활양식의 차이를 분석한다.
- 4) 대상자들의 건강증진 생활양식에 영향을 미치는 제

요인을 분석한다.

## 3. 용어의 정의

### 1) 사회심리적 건강

신체적, 지적, 정서적인 면에서 최적으로 발달된 상태로, 정상인이 스트레스로 인한 생리, 심리학적 반응 및 일상생활을 수행해 나가는데 필요한 사회적 수행능력, 자기신뢰 그리고 일반건강 정도를 포함한다. 즉 정상적인 일상생활을 영위해 나가고 있는 사람들을 대상으로 스트레스의 수준을 측정된 것으로 정의되며, 본 연구에서는 Goldberg의 GHQ-60을 기초로 하여 장세진 등(1994)이 개발한 도구를 사용하여 측정된 점수이다.

### 2) 지각된 건강상태

자신의 건강에 대한 주관적인 평가로, 본 연구에서는 자신의 현재 건강에 대한 지각과 비슷한 또래의 타인과 비교한 건강에 대한 지각 등 2문항으로 측정된 점수를 말한다.

### 3) 건강증진 생활양식

현재 건강한 개인이 자신의 안녕수준, 자아실현 및 만족감을 유지하고 더욱 강화하기 위하여 행하는 다차원적인 행위양상(Pender, 1987)으로, 본 연구에서는 Walker 등이(1987) 개발한 도구를 사전조사를 통해 연구자가 수정보완한 46문항으로 측정된 점수로 정의한다.

## II. 문헌 고찰

간호는 건강을 간호의 중심개념으로 보고 간호중재를 통해 건강과 관련된 대상자의 행위를 시작, 유지, 증진, 변화시키려는 목적을 지니고 있다. 이에 따른 간호의 목표는 대상자의 건강수준과 안녕을 증가시키고 삶의 질을 개선하는데 있으므로 전문직 간호실무의 목적은 바로 건강증진에 있다고 본다(Brubaker, 1983; Meleis, 1990).

최근 이러한 건강증진에 대한 관심이 날로 확대되고 있는데는 다음의 몇가지 이유를 들 수 있다(Pender, 1986). 첫째, 인간수명의 연장과 더불어 삶의 질을 높이는 생활은 일상의 건강한 생활양식을 지님으로써 가능하며, 둘째, 건강증진과 질병예방은 병을 치료하는 것보다 건강관리접근에 있어서 용이롭고, 셋째, 건강할 때

사람들을 교육하는 것이 질병에 걸린 후 치료하는 것보다 건강관리비용 측면에서 훨씬 경제적이기 때문이다. 이들 현대적인 개념의 건강증진의 중요성이 공식적으로 강조된 계기는 1976년 캐나다에서 발표한 Laronde Report로써 이 보고서에 의하면 건강, 질병, 사망을 결정하는 요인을 유전, 물리적 환경, 생활양식, 의료의 4가지로 분류하고, 그 중 생활양식이 전체의 60% 이상을 차지한다고 지적하여, 건강의 결정요인으로 생활양식의 중요성을 강조하였다. 건강의 맥락에서 볼 때, 생활양식은 개인의 건강에 영향을 주는 위험한 행위를 통제하는 모든 행위와 분별력 있는 활동을 포함한다. 따라서 최근 건강증진과 질병예방은 건강에 영향을 미치는 개인의 생활양식을 증진시키고 파괴적인 개인적 습관에 대한 전략을 세우는 방안으로 제시되어 왔다. 다시 말해 건강증진 생활양식이란 개인, 집단 또는 지역사회의 안녕수준을 높이고 자아실현 및 개인적 만족감을 유지, 강화시키기 위한 방향으로 취해지는 행위인 것이다. 그러므로 건강증진 생활양식을 변화시킴으로써 인간의 수명을 연장시키고 건강관리비용을 감소시켜 각 개인의 기본적인 건강요구를 해결할 뿐 아니라 궁극적으로 사회 전반적인 안녕수준을 높일 수 있다(Palank, 1991; Pender, 1982).

우리나라에서는 1994년 10월 국민건강생활지침이 개정된 이후, 1995년에는 국민건강 증진법이 제정, 공포되어 바야흐로 생활습관 개선을 통한 국민의 건강증진에 정진하고 있다. 이렇듯 다양하게 이루어지고 있는 건강증진과 관련된 행위 및 생활양식에 관한 최근 국내외 연구경향을 살펴보면 다음과 같다.

Pender(1982)는 건강한 생활양식의 상호보완적 요소로서 건강보호행위와 건강증진행위를 제안하였으며, 촉진적 건강행위를 설명하기 위한 범례로 건강증진 모형을 제시하였다. 또한 Walker 등(1987)은 건강을 긍정적인 차원에서 설명하는 paradigm으로 제안된 Pender의 건강증진 모형에서 출발하여 건강증진 생활양식을 정의하고 6가지 영역으로 분류한 바 있는데, 그 구성내용을 보면, 목적의식을 갖고 개인의 발전 및 자기인식과 만족을 경험하는 자아실현, 자신의 건강에 대한 책임을 받아들이고 돌보거나 필요시 건강교육을 받는 건강책임, 규칙적인 양상을 지니는 운동, 음식의 선택과 식사양상을 설정하는 영양, 친밀감 및 친교와 관련된 관계를 유지하는 대인관계지지 그리고 스트레스원을 인식하고 스트레스를 조절/이완하는 스트레스 관리 등이다. Stuijbergen 과 Roger(1997)는 만성적 불구질환인 다

발성 경화증으로 진단된 20명의 성인 환자를 대상으로 개인의 건강증진 행위와 삶의 질에서 나타나는 해석적 모형을 확인하기 위한 질적연구를 통해 건강증진 행위를 운동이나 신체활동, 영양전략, 생활양식의 조정, 긍정적 태도유지, 건강책임행위, 대인관계지지 등의 6가지로 범주화 하였다. 또한 우리나라에서도 소회영 등(1996)이 한국인의 건강개념을 기초로 하여 건강관리, 규칙적 생활, 심신관리, 절제생활, 스트레스 관리, 기호품 제한, 위생습관, 식사습관, 사고 등 9개 영역으로 건강증진 생활양식을 분류, 제시하였다.

특히 건강을 긍정적인 차원에서 설명하는 paradigm으로 제안된 Pender(1982)의 건강증진모형은 건강증진을 설명하는 이론들 중에서 널리 이용되어 왔으며, 이를 적용한 대부분의 연구들(강귀애, 1992; 윤진, 1990; Duffy, 1988; 1993; Oh, 1993; Pender, et al., 1990; Walker, et al., 1988; Weitzel, 1989)은 건강한 성인, 중년여성, 만성질환자, 암환자, 노인 등의 다양한 집단을 대상으로 건강증진 생활양식에 영향을 미치는 예측요인에 관하여 주로 밝히고 있다. Frank-Stromberg 등(1990)의 암환자를 대상으로 한 연구에서는 건강의 중요성과 지각된 건강통제위 성향, 지각된 건강상태 등의 인지적요인과 교육, 경제상태에 의한 건강증진 생활양식의 설명력이 24.73%였다. 오복자(1994)의 위암환자를 대상으로 한 연구에서는 자기효능감, 자아존중감, 지각된 유익성, 장애성, 민감성, 심각성, 건강통제위, 지각된 건강상태, 대인관계 영향, 건강개념이 건강증진 생활양식을 57.6% 설명한다고 하였다. 이종경 등(1996)은 연구대상자의 사회적 지지와 자아존중감이 건강증진 행위의 37.9%를 설명한다고 보고하였다. 이와 같이 Pender의 건강증진모형에 포함된 변수들을 검증한 연구결과들에서는 지각된 건강상태, 자기효능, 사회적지지, 지각된 건강통제위 성향 등이 영향력이 있음을 보고하였다. 또한 건강증진 생활양식에 영향을 주는 인구학적 요인으로는 주로 교육수준과 경제상태, 그리고 성별이었으며(Speake et al, 1989), 여성이 남성에 비해 건강증진행위를 잘하는 것으로 나타났다. 더욱이 여성의 경우 남성과 달리 연령과 경제상태, 교육수준, 직업상태 등이 건강증진 생활양식에 직접적인 영향을 주었다(Gottlieb & Green, 1984; Stuijbergen & Becker, 1994). 이상의 선행연구들을 통해 볼 때, 건강증진 생활양식과 이에 영향을 미치는 주요한 예측요인으로 인지, 심리적 그리고 인구학적 변수들을 들 수 있으나, 다양한 정도의 설명력을 나타낸 연구결과에 비추

〈표 1〉 연구대상자의 인구사회학적 특성 (N=345)

특 성	구 분	빈 도	
		N	%
연 령	45세 이하	138	40.0
	46-50	112	32.5
	51세 이상	95	27.5
성 별	남	146	42.2
	여	199	57.8
종 교	유	230	66.7
	무	115	33.3
교육수준	초졸 이하	55	15.9
	중 졸	79	23.0
	고 졸	145	42.0
	대졸 이상	66	19.1
직 업	유	195	56.5
	무	150	43.5
경제상태	너무나 힘들다	19	5.5
	겨우 지낸다	133	38.6
	그리 큰 문제없다	176	51.0
	여유있다	17	4.9
배우자	유	321	93.0
	무	24	7.0
가족형태	대가족	79	22.9
	핵가족	266	77.1
자녀수	1-2명	166	48.1
	3명 이상	179	51.9
결혼생활 만족도	아주 만족	24	7.0
	만 족	74	21.5
	보 통	213	61.7
	불만족	26	7.5
	아주 불만족	8	2.3
지지체	부 모	13	3.8
	배우자	244	70.7
	자 녀	18	5.2
	친구/친척	70	20.3
거주지	특별시 및 광역시	101	29.3
	중소도시	148	42.9
	군이하	96	27.8

2. 사회심리적 건강, 지각된 건강상태 및 건강증진 생활 양식 정도

연구대상자들의 사회심리적 건강, 지각된 건강상태

및 건강증진 생활양식의 이행정도를 살펴 본 결과는 〈표 2〉와 같다.

대상자들의 사회심리적 건강정도는 55.98점으로 비교적 높은 점수를 보였다. 이러한 결과는 장세진 등 (1994)에 의한 판별기준에 의하면 63점 이상은 심각한 스트레스상태의 고위험집단으로 평가함에 비추어, 우리나라의 중년성인은 ‘중상’ 정도의 스트레스를 지닌 계층으로 사회심리적 건강수준이 낮은 것으로 파악된다. 하위영역간에서도 사회적 역할수행 및 자기신뢰(1.49점) 점수가 가장 높으며 다음이 일반건강 및 생명력(1.45점)의 순으로 나타났다.

지각된 건강상태는 9점 만점에 평균 5.76점으로 ‘보통’ 정도로 지각되고 있는 것으로 나타났다.

건강증진 생활양식의 이행정도는 4점 만점에 평균 2.39점(전체 110.09점)으로 전반적으로 낮은 편으로 나타났다으며, 하위영역을 보면 스트레스관리(3.20점), 자아실현(3.06점), 영양(2.79점), 대인관계 지지(2.45점), 운동(1.83점)의 순으로 나타났고 건강책임 영역이 1.76점으로 가장 낮은 이행정도를 보였다.

3. 사회심리적 건강, 지각된 건강상태 및 건강증진 생활 양식간의 관계

인지된 사회심리적 건강, 지각된 건강상태와 건강증진 생활양식 이행정도간의 상관관계를 분석한 결과는 〈표 3〉과 같다.

건강증진 생활양식은 사회심리적 건강과 유의한 역상관관계( $r = -.4995, P = .01$ )를 보였으며, 지각된 건강상태와는 유의한 순상관관계( $r = .8885, p = .01$ )를 나타내었다. 역상관관계는 사회심리적 건강점수가 낮을수록 대상자의 사회심리적 건강수준이 높기 때문에 나타난 결과이다. 따라서 사회심리적으로 건강한 성인일수록 자신의 건강증진을 위한 일상적인 삶의 양상과 선택적 행동을 잘 실천하는 것을 의미한다. 또한 자신의 건강상태를 좋다고 지각할수록 건강증진 생활양식의 이행 정도가 높음을 의미한다.

한편 지각된 건강상태와 사회심리적 건강은 유의한 역상관관계( $r = -.085, p = .01$ )를 보여, 대상자의 사회심리적 건강수준이 높을수록 개인이 지각하는 건강상태는 좋음을 나타내었다. 역상관관계는 사회심리적 건강 점수가 낮을수록 대상자의 사회심리적 건강수준이 높기 때문에 나타난 결과이다.

〈표 2〉 사회심리적 건강, 지각된 건강상태 및 건강증진 생활양식 정도 (N=345)

변 수	Mean	(Mean/I.N)	S.D	(Mean/I.N)	Range	
					Minimum	Maximum
사회심리적 건강	55.98		19.00		2	118
사회적 역할수행 및 자기신뢰	22.36	(1.49)	7.83	(0.52)		
우울	14.43	(1.03)	6.88	(0.49)		
수면장애 및 불안	7.18	(0.89)	4.36	(0.54)		
일반건강 및 생명력	11.59	(1.45)	4.15	(0.52)		
지각된 건강상태	5.76		1.43		2	9
건강증진 생활양식	110.09		23.07		46	184
자아실현	33.68	(3.06)	7.72	(0.70)		
건강책임	17.62	(1.76)	6.00	(0.60)		
운동	9.15	(1.83)	3.73	(0.75)		
영양	16.77	(2.79)	3.81	(0.64)		
대인관계지지	17.12	(2.45)	3.71	(0.53)		
스트레스 관리	16.02	(3.20)	4.46	(0.89)		

(Mean/I.N : 평균평점을 문항수로 나눈 값)

〈표 3〉 사회심리적 건강, 지각된 건강상태, 건강증진 생활양식의 상관관계 (N=345)

변 수	사회심리적 건강	지각된 건강상태	건강증진 생활양식
사회심리적 건강	1.000		
지각된 건강상태	-.085 **	1.000	
건강증진 생활양식	-.4995**	.8885**	1.000

\*\*p<.01

4. 연구대상자의 제 특성에 따른 사회심리적 건강, 지각된 건강상태, 건강증진 생활양식간의 차이

본 연구대상자의 제 특성에 따른 사회심리적 건강, 지각된 건강상태, 건강증진 생활양식 이행의 차이를 검증한 결과는 〈표 4〉와 같다.

1) 인구사회학적 특성과 인지된 사회심리적 건강정도  
 중년기의 사회심리적 건강은 교육수준과 결혼생활 만족도, 평소 운동의 유무, 흡연상태에 따라 유의한 차이를 보였다. 즉, 초등학교 졸업이하군(49.28점)이 대졸이상군(57.03점)보다 사회심리적 건강점수가 낮게 나타나(F=3.896, p=.009), 교육수준이 높을수록 중년기에 인지된 스트레스정도가 높음을 나타내었다. 특히 대졸 이상 학력자들이 의미있게 사회심리적 건강수준이 낮으므로 이에 영향을 미치는 요인에 대한 탐색적 연구가 이루어져야 할 것이다. 결혼생활에 있어서 만족한 군이 50.08점, 아주 불만족한 군이 58.50점을 보여 결혼생활

의 만족도가 높을수록 중년기에 인지된 사회심리적 건강수준은 높음을 나타내었다(F=4.087, p=.003). 또한 평소 운동을 하는 사람(50.42점)이 하지 않는 사람(57.25점)에 비해 사회심리적 건강수준이 매우 양호함을 나타내었다(t=5.242, p=.000). 흡연을 전혀 하지 않는 군(48.88점)이 흡연을 하는 군(57.00점)에 비해 낮은 점수를 보여 중년기 흡연자들의 사회심리적 건강수준이 유의하게 낮음을 나타내었다. 이에 대한 사후검정(Scheffe test)결과 초등학교 졸업이하군이 대졸이상의 학력군보다, 흡연행위를 전혀 하지 않는 군이 흡연행위군보다 사회심리적 건강정도가 유의하게 높았다.

2) 인구사회학적 특성과 지각된 건강상태

지각된 건강상태는 교육수준(F=6.309, p=.000), 직업 유무(t=-1.761, p=.039), 경제상태(F=3.108, p=.027), 평소운동 유무(t=3.261, p=.001)에 따라 유의한 차이를 나타내었다. 즉, 교육수준이 높을수록, 직업을 가진 사람이, 가정의 경제상태가 여유있을수록 그리고 평소운동을 하는 사람이 지각된 건강상태가 유의하게 높게 나타났다.

3) 인구사회학적 특성과 건강증진 생활양식

건강증진 생활양식의 이행은 교육수준(F=3.704, p=.012), 경제상태(F=3.123, p=.026), 결혼생활 만족도(F=3.948, p=.004), 평소운동 유무(t=5.128, p=.000), 흡연정도(F=5.562, p=.004)에 따라 유의한 차이를 나타내었다. 다시말해 교육수준이 높으며 가정

〈표 4〉 연구대상자의 제 특성에 따른 사회심리적 건강, 지각된 건강상태, 건강증진 생활양식의 차이 (N=345)

특성구분	사회심리적 건강			지각된 건강상태			건강증진 생활양식		
	M±SD	t or F	P Scheffe	M±SD	t or F	P Scheffe	M±SD	t or F	P Scheffe
연령	45세 이하	54.07±11.13	.165 .848	5.90±1.44	1.150 .358	110.90±22.87	.114 .892		
	46-50세	53.19±11.04		5.71±1.42		109.66±22.51			
	51세 이상	53.29±11.93		5.62±1.41		109.44±24.42			
성별	남	52.44±12.84	-1.522 .129	5.78±1.42	.269 .788	107.78±24.22	-1.543 .124		
	여	56.49±10.27		5.74±1.44		112.05±21.94			
종교	유	52.08±11.27	1.183 .308	5.94±1.36	2.391 .093	112.35±22.94	1.253 .287		
	무	54.17±12.22		5.55±1.51		107.24±24.97			
교육 수준	초졸 이하	49.28±10.44	3.896 .009**	5.00±1.70	6.309 .000***	101.64±21.33	3.704 .012*		
	중 졸	53.63±10.05		5.95±1.45		110.24±20.53			
	고 졸	53.33±11.14		5.84±1.05		109.50±22.85			
	대졸 이상	57.03±22.50		5.96±1.36		117.19±25.54			
직업	유	53.08±11.08	.913 .362	5.87±1.43	-1.761 .039*	111.44±22.25	.771 .441		
	무	54.33±10.82		5.60±1.41		109.28±23.66			
경제 상태	너무 힘들다	55.33±10.25	5.926 .072	5.79±1.40	3.108 .027*	110.66±16.80	3.123 .026*		
	겨우 지낸다	59.21± 8.40		5.47±1.47		109.13±19.54			
	그리 큰 문제는 없다	53.32± 8.89		5.93±1.36		114.26±17.78			
	여유있다	53.06± 9.77		6.18±1.42		118.72±18.78			
배우자	유	53.29±11.33	-1.446 .149	5.77±1.40	-.614 .540	110.57±23.18	-1.457 .146		
	무	49.47±10.28		5.57±1.75		101.67±19.89			
가족 형태	대가족	52.87±10.80	-.545 .586	5.68±1.39	-.508 .612	108.63±22.11	-.565 .573		
	핵가족	54.25±11.42		5.78±1.44		110.51±23.37			
자녀수	1-2명	53.78±12.07	.522 .602	5.82±1.40	.918 .359	110.41±24.76	.423 .673		
	3명 이상	53.07±10.05		5.68±1.44		109.23±21.11			
결혼 생활 만족도	아주 만족	50.08±10.11	4.087 .003**	5.75±1.51	.867 .484	120.27±22.72	3.948 .004**		
	만 족	51.74±10.50		5.92±1.42		116.35±23.21			
	보 통	55.00±23.65		5.71±1.38		106.29±21.67			
	불만족	56.70±11.34		5.42±1.50		103.79±18.27			
	아주 불만족	58.50±11.08		5.25±1.58		113.20±48.01			
지지체	부 모	54.58±11.19	1.942 .123	4.85±1.57	2.142 .095	102.82±22.53	2.103 .100		
	배우자	48.73± 7.97		5.83±1.40		112.30±22.88			
	자녀	52.25±11.81		5.56±1.72		99.92±16.27			
	친구/친척	50.08±11.15		5.81±1.34		107.30±24.24			
거주지	특별시 및 광역시	52.13±10.24	5.723 .491	5.92±1.37	1.217 .297	112.27±19.23	4.19 .476		
	중소도시	56.99± 8.93		5.69±1.37		113.85±18.40			
	군이하	50.99± 9.36		5.62±1.53		109.31±19.71			
평소 운동	한다	50.42±10.23	5.242 .000**	6.03±1.33	3.261 .001***	117.49±24.05	5.128 .000***		
	안한다	57.25±11.73		5.54±1.46		103.78±20.35			
흡연	전혀 안한다	48.88±11.04	5.549 .004**	5.79±1.38	.194 .824	116.96±25.11	5.562 .004**		
	가끔 한다	54.36±10.70		5.74±1.81		111.85±21.89			
	항상 한다	57.00±12.36		5.67±1.34		102.57±22.65			
음주	전혀 안한다	51.86±12.42	1.585 .207	5.81±1.44	1.340 .263	113.06±18.52	1.496 .226		
	가끔 한다	52.31±11.82		5.80±1.34		107.66±24.29			
	항상 한다	55.04±10.05		5.44±1.56		108.38±25.51			

\* p<.05, \*\* p<.01, \*\*\* p<.001

AB ; Scheffe' test (means with the same letter are significantly different)

경제상태가 여유가 있을수록, 결혼생활이 만족할수록 그리고 평소운동을 하며 금연하는 사람이 건강증진 생활양식의 이행정도가 유의하게 높았다. 이에 대한 사후검정(Scheffe test) 결과 건강증진 생활양식의 이행정도는 대졸이상군이 초졸이하군보다, 금연군이 흡연행위군 보다 높게 나타났다. 즉, 금연을 하며 교육수준이 높을수록 건강에 관련되거나 혹은 다방면의 지식축적과 더불어 자신의 건강을 관리하기 위한 자발적 건강증진행위의 실천도가 높아지는 것으로 볼 수 있다.

5. 중년기의 건강증진 생활양식 이행에 영향을 미치는 주요변수

중년기의 건강증진 생활양식 이행에 영향을 미치는 변수로 사회심리적 건강, 지각된 건강상태, 인구사회학적 특성 중에서 교육수준, 경제상태, 결혼생활 만족도를 독립변수로, 건강증진 생활양식을 종속변수로 하여 다중회귀분석을 한 결과는 <표 5>와 같다.

건강증진 생활양식 이행에 영향을 미치는 가장 중요한 변수는 지각된 건강상태로 19.8%의 설명력을 보였다. 지각된 건강상태 다음으로 건강증진 생활양식 이행에 영향을 미치는 변수는 사회심리적 건강, 결혼생활 만족도, 교육수준 순이었으며 이를 모두 첨가하였을 때 총 21.62%의 설명력을 보였다. 이러한 결과는 다수의 건강관련행위에 관한 연구결과와 유사하다.

<표 5> 건강증진 생활양식 이행에 영향을 미치는 주요 변수 (N=345)

예측변수	Partial R <sup>2</sup> **	Model R <sup>2</sup> **	β	F
지각된 건강상태	.1988	.1988	-0.2556	53.47***
사회심리적 건강	.0124	.2112	-0.0957	8.14***
결혼생활만족도	.0038	.2150	-0.0354	0.39*
교육수준	.0012	.2162	0.0171	3.12

\*p<.05, \*\*p<.01, \*\*\*p<.001

V. 논 의

현대 사회의 건강과 질병에 대한 관심과 추이는 크게 변화하여 우리나라의 경우 산업화, 도시화에 따른 환경공해, 산업재해 및 안전사고, 스트레스와 운동부족 등의 건강위험요인이 증가하고 국민 생활수준의 향상에 따라 생활양식의 변화와 인구의 고령화로 인해 당뇨 및 간질환, 암, 뇌졸중, 고혈압, 심장병 등 만성퇴행성 질환과

각종사고로 인한 부상이 전체 사망의 70% 정도에 이르고 있다(한국보건사회연구원, 1996). 본 연구는 중년기의 사회심리적 건강정도와 주관적으로 지각된 건강상태 및 건강증진 생활양식 간의 관계를 확인하기 위한 것이었다.

연구의 결과, 대상자들의 사회심리적 건강수준은 ‘중상’ 정도의 스트레스를 지닌 것으로 파악되어 중년기의 특성이 그대로 반영되고 있음을 알 수 있었다. 즉, 중년기가 생의 절정기이기도 하지만 일상의 타성과 주변의 다양한 요구, 신체생리적 변화 등에 대응해야하는 시기로 특별한 질병의 위기가 없는 한 자신의 건강상태에 관심을 기울이기가 어려움을 잘 나타내고 있었다. 전은영 등(1992)은 스트레스 인지정도가 높을수록 건강상태는 좋지 않으며 신체 및 심리적 질병을 촉진한다고 하였다. 또한 주관적으로 지각한 건강상태는 ‘보통’ 정도를 보이고 있는데, 1989년부터 1995년에 걸쳐 실시한 국민건강조사 결과를 보면 우리나라 국민이 지각하고 있는 주관적 건강상태에 대한 인식에 있어서 건강에 대한 인식에 큰 변화는 없으나 자신의 건강에 대하여 ‘건강한 편’이라는 인식이 줄고 ‘허약한 편’이라는 인식이 늘고 있으며, 특히 여성에게서 이러한 성향이 두드러지고 있다고 한다(송건용 등, 1993). 스스로 인식하는 건강상태가 의료인이 평가한 객관적인 측정과 일치하지는 않지만 건강행위나 의료수요를 측정하는데는 가장 좋은 지표로 지적되고 있음을 미루어 볼 때, 추후 주기적인 연구를 행할 필요가 있다고 사료된다. Pender(1987)에 의하면 “좋은 느낌”은 건강관련행위를 유발시키는 근원이 될 수 있다고 제시하였으며 Pender 등(1990), Weitzel(1989)의 연구에서도 성인에게 지각된 건강상태와 건강증진 생활양식간에는 긍정적 상관관계를 지니고 있음을 보고한 바 있다. 한편 대상자들의 건강증진 생활양식 이행정도는 비교적 낮은 수준(2.39점)을 보였는데, 이러한 결과는 성인을 대상으로 한 전정자 등(1996)의 연구에서 보고된 2.52점, Walker 등(1988)의 2.63점보다 낮은 점수였다. 그리고 건강증진 생활양식 하위영역별에서도 대학생 및 성인집단을 대상으로 한 연구(윤은자, 1997; 전정자 와 김영희, 1996; Walker et al., 1988)에서 건강책임이 가장 낮았고 운동영역이 그 다음으로 낮은 수행정도를 보여 본 연구와 일치된 결과를 보였다. 이를 다시말해보면, 자신의 건강에 대한 책임을 받아들이고 자신을 돌보며 필요시 건강관리와 관련된 교육을 받고자 하는 건강책임 영역의 강화와 운동행위를 증진시키는 중재의 필요성을 시사한 것이다.

건강증진 생활양식과 지각된 건강상태는 유의한 순상관관계를 보이고 있는데, 이는 미국이민 한국인을 대상으로 한 김명자 등(1997)과 대학생을 대상으로 한 이미라(1997)의 연구와 일치되는 결과이다. 그러나 지각된 건강상태는 암환자를 대상으로 한 오복자(1994)의 연구에서 부적 상관관계가 있음을 보고하였고 대학생을 대상으로 한 박정숙 등(1996)의 연구에서도 건강증진 행위와 주관적 건강지각은 부적 상관관계가 있다고 하여, 연구대상자의 특성에 따라 동기적 요인으로 작용하지 않을 수도 있음을 시사하고 있다.

지각된 건강상태와 사회심리적 건강정도는 유의한 역상관 관계를 나타내어, 대상자의 사회심리적 건강점수가 낮을수록 지각된 건강상태는 좋음을 보였다. Rakowski(1986)는 후기성인을 대상으로 한 연구를 통해 '미래에 대한 전망' 과 같은 사회심리적 변인보다는 '지각된 건강상태'와 같은 건강관련 변인이 개인의 긍정적인 건강습관 이행에 더 의미있는 설명력을 제공한다고 하였다.

이와는 달리 Yarcheski 등(1997)은 사춘기 청소년을 대상으로 한 연구에서 긍정적인 건강습관의 이행에 영향을 미치는 변수로 연령, 성별 등 인구학적 변인과 아울러 지각된 건강상태, 자아존중감, 사회적 지지, 미래에 대한 전망 등의 건강관련 및 사회심리적 관점도 포함되어야 한다고 주장하면서 본 연구에서 나타난 세가지 변수간의 상관관계와 유사한 결과를 보고하였으며, 특히 본 연구에서 설정한 세 변수의 타당성을 지지하는 것으로 볼 수 있다.

본 연구에서는 연령과 성별에 따른 건강증진 생활양식의 유의한 차이를 보이지 않았다. 이러한 결과는 Walker 등(1988)의 일반성인을 대상으로 한 연구에서 여성이 남성보다 건강증진 생활양식의 이행을 더 높게 행한다는 보고와는 상반된 양상이다.

그러나 Yarcheski 등(1997)은 청소년을 대상으로 한 연구를 통해 연령이나 성별이 긍정적인 건강행위 이행에 통계적으로 유의한 영향을 미치지 않음을 보고하여 본 연구와 일치된 결과를 보였다. 한편 거주지 규모에 따라 건강증진 생활양식의 이행에 차이가 있을 것으로 생각했으나 특별시 및 광역시군 112.27점, 중소도시군 113.85점, 군이하 109.31점으로 이행정도의 차이는 있으나 통계적으로 유의하지는 않았다. 한편 건강증진 생활양식 이행에 영향을 미치는 유의한 변수로 지각된 건강상태, 사회심리적 건강, 결혼생활 만족도 및 교육수준 순으로 나타났다. Speake 등(1989)은 노인들의 건강상

태와 건강통제위, 그리고 인구학적 변수가 건강증진행위를 얼마나 설명하는지를 알기 위한 연구에서 학력이 높을수록, 건강상태가 좋을수록, 내적통제위일수록 건강증진행위의 빈도가 더 높았으며 인구학적 변수를 통제했을 때 건강상태와 우연성통제위 및 내적통제위가 건강증진행위를 24% 설명한다고 하였다. 노인을 대상으로 한 Duffy(1993)의 연구에서는 현재의 건강상태와 내적통제위가 건강증진 생활양식의 유의한 예측요인으로 보고하였다. 대학생을 대상으로 연구한 박미영(1993)은 지각된 건강상태, 내적통제위, 건강의 중요성 인식, 건강개념, 타인의존 통제위가 건강증진 생활양식의 28.19%를 설명한다고 보고하였다. 오복자(1994)의 위암환자를 대상으로 한 연구에서는 자기효능감, 자아존중감, 지각된 유익성, 장애성, 민감성, 심각성, 건강통제위, 지각된 건강상태, 대인관계 영향, 건강개념이 건강증진 생활양식을 57.6% 설명한다고 하였다. 박인숙(1995)은 일반성인을 대상으로 연구한 결과 자아존중감, 연령, 내적통제위, 성별, 지각된 건강상태, 타인의존적 통제위, 종교, 직업 및 결혼상태 등이 건강증진 생활양식 이행의 30.3%를 설명한다고 보고하였다. 또한 전정자 등(1996)은 서울, 경기지역의 성인 553명을 대상으로 한 연구결과, 성인의 건강증진 생활양식에 가장 영향력 있는 변인은 자아존중감이며, 주요 예측요인은 연령, 자아존중감, 교육수준, 성별, 가족의 월수입이 건강증진 생활양식의 24.1%를 설명할 수 있었다고 보고하였다.

그러나 연구에 따라서 조사된 변수가 다양하여 결과 분석에 제한이 있다고 생각되므로 관련성이 있는 변수를 모두 포함하여 그 관계를 점검해보는 추후 연구가 필요하다.

## VI. 결론 및 제언

본 연구는 현재 우리나라 중년층이 인지하는 사회심리적 건강정도와 지각한 건강상태 및 건강증진 생활양식 이행과의 관계를 알아보고 건강증진 생활양식에 영향을 미치는 변인을 분석함으로써, 향후 효과적인 건강교육과 건강증진 프로그램의 개발에 도움이 되는 기초 자료를 제공하기 위하여 시도되었다.

자료의 수집은 1997년 10월부터 1998년 3월까지 서울, 인천, 충북, 충남, 경남, 전남 지역의 40세 이상 60세 미만의 일상생활을 영위하는데 지장을 주는 발병증상이 없는 성인 남녀 345명을 대상으로 편의 수집하였다. 연구도구는 기존의 개발되어진 사회심리적 건강, 지각된



건강상태 및 건강증진 생활양식 도구를 사용하였으며, 수집된 자료는 백분율, 평균평점, Pearson correlation coefficients, t-test, ANOVA, Scheffe test, stepwise multiple regression으로 분석하였다.

본 연구의 결과는 다음과 같다.

1. 사회심리적 건강수준은 63점 이상을 고위험 집단으로 평가하므로, 연구대상자들은 55.98점으로 비교적 높게 나타나 '중상' 정도의 스트레스를 지닌 것으로 파악되었으며, 건강상태의 지각정도는 9점 만점에 5.76점으로 '보통' 정도로 나타났다. 건강증진 생활양식의 이행정도는 184점 만점에서 110.09점으로 비교적 낮게 나타났다. 건강증진 생활양식의 하위영역별로 차이가 있어 스트레스 관리영역이 3.20점으로 가장 높았고, 운동영역 1.83점, 건강책임 영역이 1.76점으로 가장 낮은 이행정도를 보였다.
2. 관련요인들의 상관관계는 건강증진 생활양식과 사회심리적 건강이 유의한 역상관관계( $r = -.4995, p = .01$ )를, 건강증진 생활양식과 지각된 건강상태가 유의한 순상관관계( $r = .8885, p = .01$ )를, 지각된 건강상태와 사회심리적 건강이 유의한 역상관관계( $r = -.085, p = .01$ )를 보였다.
3. 인구사회학적 특성에 따른 관련요인들의 차이는 다음과 같다. 사회심리적 건강은 교육수준, 결혼생활 만족도, 평소운동 유무, 흡연상태에 따라 유의한 차이를 보였으며 지각된 건강상태는 교육수준, 직업유무, 경제상태, 평소운동 유무에 따라 유의한 차이를 보였고 건강증진 생활양식은 교육수준, 경제상태, 결혼생활 만족도, 평소운동 유무, 흡연상태에 따라 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다.
4. 중년기의 건강증진 생활양식 이행에 영향을 미치는 주요변수는 지각된 건강상태, 사회심리적 건강, 결혼생활 만족도, 교육수준의 순이었으며, 이들에 의한 설명력은 21.62%를 보였다.  
이상의 연구결과를 토대로 다음과 같은 제언을 하고자 한다.
  1. 연구결과 중년기는 '중상' 정도의 스트레스를 나타내어 사회심리적 건강수준이 낮음을 보이므로 이를 높일 수 있는 중재방안이 요구된다. 교육수준과 결혼생활 만족도가 의미있는 변수로 나타나므로 이에 기초한 사회심리적 건강수준의 증진전략구축의 필요성을 제언한다.
  2. 또한 고학력자일수록 사회심리적 건강수준이 매우 낮게 나타나므로, 이에 따른 효과적인 중재전략의 개

발을 위해 인간을 총체적 관점에서 파악가능한 질적 연구의 시도가 요구된다.

3. 연구결과 중년기의 건강증진 생활양식의 이행정도가 낮으므로 이를 높일 수 있는 효과적인 중재방안이 모색되어야 할 것이다. 특히 낮은 이행정도를 보인 운동과 건강책임 영역의 이행을 촉진시키기 위한 전략개발의 일환으로 대도시 뿐 아니라 도서지역까지 포괄한 시범지역을 설정하여 거주지역의 물리적, 인적환경의 분석을 토대로 지역주민의 실질적 요구가 반영된 건강증진 관련 프로그램을 개발 및 실시함이 요구된다.
4. 연구결과 건강증진 생활양식 이행에 영향을 미치는 주요변수에 대한 설명력이 약 22%정도이므로 인간의 행위에 영향을 미치는 관련변수를 모두 포함하여 그 관계를 검정해보는 추후 반복적 연구가 필요하다.

## 참 고 문 헌

- 강귀애 (1992). 국민학교 육학년 학생들의 건강증진행위에 관련된 요인. 이화여자대학교 대학원, 석사학위논문.
- 김명자, 송효정 (1997). 미국이민 한국인의 건강증진 생활양식과 관련된 변인분석. 대한간호학회지, 27(2), 341-352.
- 김일순 (1993). 건강증진: 새 시대 의료의 새로운 지평. 간호학탐구, 2(2), 12-20.
- 박미영 (1993). 대학생의 건강증진 생활양식과 관련요인 연구. 서울대학교보건대학원 석사학위논문.
- 박인숙 (1995). 건강증진 생활양식에 관한 연구. 부산대학교 대학원, 박사학위논문.
- 박재순 (1995). 중년후기여성의 건강증진행위 모형구축. 서울대학교 대학원, 박사학위논문.
- 박정숙, 박청자, 권영숙 (1996). 건강교육이 대학생의 건강증진행위에 미치는 영향. 간호학회지, 26(2), 359-371.
- 박형중 (1997). 간호로 건강증진을. 제64회 대한간호협회 정기대의원 총회 주제강연보고서.
- 서연옥 (1995). 중년여성의 건강증진 생활양식에 관한 구조모형. 경희대학교 대학원, 박사학위논문.
- 소희영, 홍춘실, 김현지 (1996). 건강증진행위관련요인. 지역사회간호학회지, 6(2), 250-258.
- 송건용, 박현애, 이순영, 김태정 (1993). 의료이용과 건강행위에 관한 종합분석. 한국보건사회연구원.

- 송전용, 남정자, 최정수 (1993). 1992년 국민건강 및 보건의식행태조사. 한국보건사회연구원, 20-27.
- 염순교 (1996). 중년여성의 건강증진에 관한 인지요인과 행위와의 관계연구. 중앙대학교 대학원, 박사학위논문.
- 오복자 (1994). 위암환자의 건강증진 행위와 삶의 질에 측도형. 서울대학교 대학원, 박사학위논문.
- 윤은자 (1997). 대학생의 건강증진 생활양식 이행. 성인간호학회지, 9(2), 262-271.
- 윤진 (1990). 산업장 근로자의 건강증진 행위와 그 결정요인에 관한 연구. 이화여자대학교대학원, 석사학위논문.
- 이미라 (1997). 대학생의 건강증진 생활양식 결정요인에 관한 연구. 대한간호학회지, 27(1), 156-168.
- 이선옥 (1996). 중년기의 건강증진. 서울대학교 개교 50주년 기념 국제학술대회 보고서, 69-76.
- 이종경, 한애경 (1996). 사회적지지 및 자아존중감과 건강증진 행위와의 관계. 성인간호학회지, 8(1), 55-68.
- 장세진, 차봉석, 박종구, 이은경 (1994). 스트레스 측정도구의 표준화방안. 원주의대논문집, 7(1), 21-38.
- 전은영, 김귀분 (1992). 한국인의 체질별 스트레스 인지 정도에 따른 건강상태 연구. 간호학회지, 22(1), 17-28.
- 전정자, 김영희 (1996). 성인의 건강증진 생활양식과 자아존중감, 지각된 건강상태와의 비교연구. 성인간호학회지, 8(1), 41-53.
- 조현숙 (1992). 성인의 체중에 대한 지각과 건강행위의 특성-정상체중과 과다체중 성인을 중심으로. 성인간호학회지, 4(2), 209-219.
- 한국보건사회연구원 (1996). 한국인의 건강수준에 미치는 영향분석, 40-86.
- Brubaker, B. H. (1983). Health promotion : a linguistic analysis. Advanced in Nursing Science, April, 1-14.
- Christiansen, K. E. (1981). The determinants of health promoting behavior. Doctoral dissertation, Rush University.
- Duffy, M. E. (1988). Determinants of health promotion in midlife women. Nursing Research, 37(6), 358-362.
- Duffy, M. E. (1993). Determinants of health-promotion lifestyles in older persons, IMAGE : Journal of Nursing Scholarship, 25(1), 23-28.
- Frank-Stromborg, M., Pender, N. J., Walker, S. N., & Sechrist, K. R. (1990). Determinants of health-promoting lifestyle in ambulatory cancer patients. Soc. Sci. Med., 31(10), 1159-1168.
- Gottlieb, N. H., & Green, L. W. (1984). Life events, social network, lifestyle, and health : an analysis of the 1979 national survey of personal health practices and consequences. Health Education Quarterly, 11(1), 91-105.
- Killeen, M. (1989). Health promotion practices of family care givers. Health Values, 13(4), 3-10.
- Luthans, F. (1985). Organizational Behavior, 4th., Macgraw-Hill.
- Mason-Hawkes, J., & Holm, K. (1993). Gender difference in exercise determinants. Nursing Research, 42(3), 166-172.
- Meleis, A. I. (1990). Being and Becoming Healthy : The core of Nursing Knowledge. Nursing Science Quarterly, 3(3), 107-114.
- Oh, H. S. (1993). Health promotion behaviors and quality of korean woman with arthritis. Doctoral Dissertation, University of Texas.
- Palank, C. L. (1991). Determinants of health-promotive behavior : A review of current research. 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. (1987). Health Promotion in Nursing Practice(2nd ed.), Norwalk, CT: Appleton & Lange.
- Pender, N. J., & Pender, A. R. (1986). Attitudes subjective norms and intentions to engage in health behaviors. Nursing Research, 35(1), 15-18.
- Pender, N. J., Walker, S. N., Sechrist, K. R., & Frank-Stromborg, M. (1990). Predicting health-promoting lifestyle in the workplace. Nursing Research, 39(6), 326-332.

- Rakowski, W. (1986). Future time perspective : Applications to the health context of later adulthood, American Behavioral Scientist, 29, 730-745.
- Speake, D. L., Cowart, M. E., & Pellet, K. (1989). Health perceptions and lifestyles of the elderly. Research in Nursing & Health, 12, 93-100.
- Stuifbergen, A. K., & Becker, H. A. (1994). Predictors of health promoting lifestyles in persons with disabilities. Research in Nursing and Health, 17, 3-13.
- Stuifbergen, A. K., & Rogers, S. (1997). Health Promotion : An Essential Component of Rehabilitation for Persons with Chronic Disabling Condition. Advances in Nursing Science, 19(4), 1-20.
- Walker, S. N., Sechrist, K. R., & Pender, N. J. (1987). The Health-Promoting Lifestyle Profile : Development and Psychometric Characteristics. Nursing Research, 36(2), 76-81.
- Walker, S. N., Volkan, K., Sechrist, K. R., & Pender, N. J. (1988). Health-promoting lifestyles of older adults : Comparison with young and middle-aged adults, correlates and patterns. Advances in Nursing Science, 11(1), 76-90.
- Weitzel, M. H. (1989). A test of the health promotion model with blue color workers. Nursing Research, 38(2), 99-104.
- Yarcheski, A., Mahon, N., & Yarcheski, T. J. (1997). Alternate Models of Positive Health Practices in Adolescents. Nursing Research, 46(2), 85-92.

— Abstract —

Key concept : Middle-aged adults, Psychosocial Well-being, Perceived Health Status, Health Promoting Lifestyle Practice

**A Study on the Relations of the Psychosocial Well-being, Perceived Health Status and Health Promoting Lifestyle Practices of Middle-aged Adults \***

*Yeun, Eun Ja\*\**

This study was done to examine the relationship among psychosocial well-being, perceived health status and health promoting lifestyle practices, and to identify those variables affecting a health promoting lifestyle. Three hundred and forty five middle-aged adults completed a multiple self-reported questionnaire on psychosocial well-being, perceived health status and health promoting lifestyle profile. Data analysis were conducted by using Pearson correlation coefficients, t-test, ANOVA, Scheffe test and stepwise multiple regression with SAS program.

The results are as follows :

1. The average item score for psychosocial well-being was low at 55.98, the level of perceived health status was moderate at 5.76, and health promoting lifestyle practices were low at 110.09. Among the subscales of the health promoting lifestyle profile, stress management and self-actualization were scored higher than exercise and health responsibility.
2. Performance of health promoting lifestyle was positively correlated with perceived health status and negatively correlated with psychosocial well-being. Also, negative correlations were

\* This research was supported by Korea Research Foundation Grant(KRF-1997).

\*\* Assistant Professor, Department of Nursing, College of Medicine, Konkuk University.

observed between perceived health status and psychosocial well-being.

3. There were statistically significant differences for health promoting lifestyle, psychosocial well-being and perceived health status according to sociodemographic variables. The performance of health promoting lifestyle was significantly different according to education, economic status and marriage satisfaction. Psychosocial well-being was also significantly different according to education, marriage satisfaction, and exercise. Perceived health status was significantly different according to education, occupation, and econ-

omic status.

4. Perceived health status, psychosocial well-being, marriage satisfaction and level of education together explained 21.62% of variance in the performance of health promoting lifestyle.

These findings help to clarify relationships among psychosocial well-being, perceived health status, and health promoting lifestyle practices in middle-aged adults. Therefore, the result of study provide clues for encouraging people to adopt healthier lifestyles and constructing alternative strategies for promoting health practices.