保健敎育 · 健康增進學會誌 第17卷 1號(2000. 3)
Journal of Korean Society for Health Education and Promotion, Vol.17, No.1(2000)

중년여성의 건강증진 생활양식에 관한 연구

윤 은 자
건국대학교 의과대학 간호학과 교수

〈목 차〉

Ⅰ. 서 론
Ⅱ. 문헌 고찰
Ⅲ. 연구 방법
Ⅳ. 연구 결과
Ⅴ. 논 의
Ⅵ. 결론 및 제언
참고문헌
영문초록

Ⅰ. 서 론

1. 연구의 필요성

현대 사회의 건강과 질병에 대한 관심과 추이는 크게 변화하여 우리 나라의 경우 산업화, 도시화에 따른 환경공해, 산업재해 및 안전사고, 스트레스와 운동부족 등의 건강위험요인이 증가하고 국민 생활수준의 향상에 따라 생활양식의 변화와 인구의 고령화로 인해 당뇨 및 간 질환, 암, 뇌졸중, 고혈압, 심장병 등 만성퇴행성 질환과 각종사고로 인한 부상이 전체 사망의 70% 정도에 이르고 있다(한국보건사회연구원, 1996). 이러한 사회적 변화는 고도화된 건강중심체계로의 변화를 유도하게 될 것으로 예상되어 건강증진 개념이 향후 의료분야에서 가장 큰 영역을 차지할 중요한 개념으로 강조되고 있다.

Pender(1982)는 건강증진의 개념을 '건강한 생활양식을 증진시키기 위한 개인적이거나 지역사회적 활동으로써 개인의 안녕 수준과 만족감을 유지하거나 높이고 자아실현을 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 안녕 수준을 높일 수 있다고 하였다. 건강증진을 저해하는 요인과 관련하여 영양섭취의 과잉, 음주 및 각종 음료수

의 과다한 섭취, 흡연, 운동부족, 스트레스 등이 현대인들의 생활양식에서 가장 공통적인 문제로 대두되고 있다. 따라서 건강증진에 대한 관심의 증가와 더불어 영향요인에 대한 연구가 확대되고 있으며, 밝혀진 요인들은 대상자에 따라 다양한 결과를 나타내고 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 여러 사람들의 요구에 대응하여야 하는 시기로써 특별하게 질병의 위기가 없는 한 자신의 건강상태에 대하여 관심을 기울일 시간이 거의 없는 시기이기도 하다(이선옥, 1996). 특히 여성의 경우 중년기는 신체적으로 모든 기관의 기능감퇴, 노화 및 홀몬 변화로 인한 폐경이 오고, 사회 심리적으로 자녀독립에 따른 역할변화와 더불어 역할갈등, 상실감, 고립, 위축 등의 정서적 문제들을 경험하기도 한다. 이와 같이 여성의 중년기는 다른 인생주기와 마찬가지로 정상적인 성장발달의 한 과정이면서 여러 가지 변화로 건강에 영향을 받게 되는 시기이므로 이에 따른 변화에 잘 대처하여 건강하고 질적인 삶을 영위할 수 있도록 해야 한다. 그러나 현재 우리 나라의 경우를 보면 서구특성의 소규모 핵가족 구조 속에서도 부계혈통 의식과 뿌리 깊은 남아선호 사상이 아직도 여성의 삶을 지배하고 있다. 특히 경제적인 사회활동을 하는 여성에게 가사노동은 산업상품의 상품화로 비교적 사회화 되었다고는 하지만 여전히 여성의 책임으로 남아있어 이중의 부담으로 작용함으로써 신체적, 정신적으로 과도한 소모와 스트레스 등 전반적인 여성 건강과 안녕에 영향을 미치고 있음은 주지의 사실이다.

한편, 인간의 행위는 개인에게 주관적으로 지각된 인지에 의해 결정되므로, 건강증진을 위한 일상생활양식을 얼마나 잘 이행할 것인가를 결정하는 것은 결국 개인의 인지에 달린 것이라고 할 수 있다. 그러나 중년의 건강문제를 흔히 언급하면서도 지금까지의 연구들이 외국에서 개발된 측정도구(MMPI, SCL-90)를 번역하여 대부분 신체적 질환에 비중을 두어 보고하고 있을 뿐, 우리 나라 문화권에서 중년 여성이 느끼는 정신건강이나 심리학적 증상에 대한 현황조사는 매우 미진한 상태이다. 여기서 사회 심리학적 건강수준을 측정한다는 것은 스트레스의 수준을 측정함으로써 파악할 수 있게 된다. 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).

이에 따라 본 연구는 우리 나라 중년여성을 대상으로 사회 심리적 건강정도의 실태를 알아보고 이들 요인과 자신이 지각한 건강상태 그리고 건강증진 생활양식 이행과의 관계를 파악함으로써 중년여성의 건강유지 및 증진을 위한 체계적이고 효과적인 건강교육의 방향과 전략모색을 위한 기초자료를 얻기 위해 본 연구를 시도하였다.

2. 연구의 목적

본 연구는 우리 나라 중년여성의 사회 심리적 건강정도와 지각된 건강상태, 건강증진 생활양식 이행과의 관계를 알아보기 위한 것으로 구

체적인 목적은 다음과 같다.

1) 중년기 여성의 사회 심리적 건강정도, 지각된 건강상태, 건강증진 생활양식의 이행정도를 파악한다.

2) 중년기 여성의 사회 심리적 건강정도, 지각된 건강상태, 건강증진 생활양식이행과의 관계를 파악한다.

3) 중년기 여성의 인구사회학적 구성요인에 따른 사회 심리적 건강, 지각된 건강상태, 건강증진 생활양식의 차이를 분석한다.

3. 용어의 정의

1) 사회 심리적 건강

정상적인 일상생활을 영위해 나가고 있는 사람들을 대상으로 스트레스의 수준을 측정한 것으로 정의되며, 본 연구에서는 Goldberg의 GHQ-60을 기초로 하여 장세진 등(1994)이 개발한 도구를 사용하여 측정한 점수를 말한다.

2) 지각된 건강상태

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

3) 건강증진 생활양식

현재 건강한 개인이 자신의 안녕 수준, 자아실현 및 만족감을 유지하고 더욱 강화하기 위하여 행하는 다차원적인 행위양상(Pender, 1987)으로, 본 연구에서는 Walker 등(1987)이 개발한 도구를 사전조사를 통해 연구자가 수정 보완한 46문항으로 측정한 점수로 정의한다.

Ⅱ. 문헌고찰

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 & 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 안녕 수준을 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 안녕 수준을 높일 수 있다(Palank, 1991; Pender, 1982).

우리 나라에서는 1994년 10월 국민건강생활지침이 개정된 이후, 1995년에는 국민 건강증진법이 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. Stuifbergen 과 Rogers(1997)는 만성적 불구질환인 다발성 경화증으로 진단된 20명의 성인 환자를 대상으로 개인의 건강증진 행위와 삶의 질에서 나타나는 해석적 모형을 확인하기 위한 질적 연구를 통해 건강증진 행위를 운동이나 신체활동, 영양전략, 생활양식의 조정, 긍정적 태도유지, 건강책임행위, 대인관계지지 등의 6가지로 범주화 하였다. 또한 우리 나라에서도 소희영 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 건강증진 모형은 건강증진을 설명하는 이론들 중에서 널리 이용되어 왔으며, 이를 적용한 대부분의 연구들(강귀애, 1992; 윤진, 1990; Duffy, 1988; Duffy, 1993; Oh, 1993; Pender, et al., 1990; Walker, et al., 1988; Weitzel, 1989)은 건강한 성인, 중년여성, 만성 질환자, 암 환자, 노인 등의 다양한 집단을 대상으로 건강증진 생활양식에 영향을 미치는 예측요인에 관하여 주로 밝히고 있다. Frank-Stromberg 등(1990)의 암 환자를 대상으로 한 연구에서는 건강의 중요성과 지각된 건강 통제위 성향, 지각된 건강상태 등의 인지지각요인과 교육, 경제상태에 의한 건강증진 생활양식의 설명력이 24.73%였다. 오복자(1994)의 위암환자를 대상으로 한 연구에서는 자기 효능감, 자아 존중감, 지각된 유익성, 장애성, 민감성, 심각성, 건강 통제위, 지각된 건강상태, 대인관계 영향, 건강개념이 건강증진 생활양

식을 57.6% 설명한다고 하였다. 이종경 등(1996)은 연구대상자의 사회적 지지와 자아 존중감이 건강증진 행위의 37.9%를 설명한다고 보고하였다. 이와 같이 Pender의 건강증진모형에 포함된 변수들을 검정한 연구결과들에서는 지각된 건강상태, 자기효능, 사회적지지, 지각된 건강 통제위 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; Stuifbergen & Becker, 1994). 이상의 선행연구들을 통해 볼 때, 건강증진 생활양식과 이에 영향을 미치는 주요한 예측요인으로 인지, 심리적 그리고 인구학적 변수 등을 들 수 있으나, 다양한 정도의 설명력을 나타낸 연구결과에 비추어 Pender의 건강증진 모형에 의해 설명되지 않는 변수들이 있음을 알 수 있다. 결국 인간의 행위와 관련된 변화에 참여하고자 하는 개인의 결정에는 다각도의 복합적인 과정이 더 연구되어야 함을 시사해 주고 있다고 본다.

스트레스는 외부로부터의 자극이 반응능력의 수준을 넘어서거나 혹은 일정하게 유지하고 있는 각 개인의 자원에 위협을 가하게 됨으로써 발생되는 심리적이면서도 또한 상황적 맥락에 의해 영향을 받기 때문에 사회적인 속성을 띠는 인간의 갈등상태를 표현해 주는 개념으로 정의될 수 있다. 그러므로 사회심리학적 건강 수준을 측정한다는 것은 스트레스의 수준을 측정함으로써 그 정도를 파악할 수 있게 된다. 최근들어 정신건강에 있어서 긍정적 차원의 요인들이 강조되면서 일반적 건강상태나 사회적 역할 수행능력 등도 포함시켜 측정도구를 개발하는 것도 이와 같은 맥락에 기인한다고 본다. 이는 건강이나 질병에 대한 위험인자가 존재하고 있을 때 역시 건강을 증진시켜 주거나 질병으로부터 보호해 줄 수 있는 증진인자 또한 존재한다고 보는 것이다. 그러므로 스트레스 수준에 영향을 줄 수 있는 인자 역시 스트레스가 없거나 혹은 그 정도가 미약함으로 인하여 나타날 수 있는 건강한 사회 심리적 상태-예를 들면 사회적응 이나 행복감 등도 측정에 포함시킴으로써 건강과 질병에 대한 올바른 접근을 시도할 수 있다.

한편, 건강증진개념이 강조됨에 따라 건강상태와 건강증진 행위와의 관계를 밝히는 연구들도 다수 이루어지고 있다. 지각된 건강상태는 의학적 진단과 관련이 있고 주관적 건강상태와 평소의 건강상태간에 높은 상관관계가 있으며 신체 검진적 요소를 지닌 준 건강확인(semi health check) 지표로서의 활용가능성이 있다(송건용 등 1993 a; 조현숙, 1992). 건강상태에 대한 개인의 지각정도는 건강증진 생활양식의 이행에 영향을 주며 자신의 건강상태를 긍정적으로 평가하는 사람이 건강증진 생활양식을 높게 이행하였다는 많은 선행연구의 결과가 보고된 바 있다. Christiansen(1983)은 건강에 대한 중요성, 지각된 건강상태, 직업, 가족의 크기 등이 성인의 건강증진행위 정도를 의미 있게 설명해 준다고 하였으며 Pender(1987)는 지각한 건강상태가 건강증진 행위를 행하는 빈도 및 강도와 관련이 있다고 하였다. Duffy(1988)도 자신의 건강을 좋게 인지한 사람은 건강증진 생활양식 등 자아실현, 영양, 대인관계의 영역에서 많

은 이행을 보였다고 하였다. Speake 등(1989)은 현재의 건강상태가 건강증진 생활양식의 하위개념인 영양, 대인관계지지, 자아실현 등과 상관관계가 있었으며 Killeen(1989)은 현재의 건강에 대한 인식이 긍정적일수록 건강증진 행위에 더 많이 참여한다고 하였다. Mason-Hawkes 와 Holm(1993)은 남녀의 신체활동을 예측하는 요인이 지각된 건강상태임을 보고하면서 좋은 건강상태가 운동에 대한 태도를 긍정적으로 바꿀 수 있다고 하였다. 이들 선행연구와 같이 긍정적인 상관관계를 나타낸 보고들(염순교, 1996; 김명자 와 송효정, 1997; Duffy, 1988; Pender, et. al., 1990; Weitzel, 1989)도 있으나, 이와는 반대로 건강상태를 양호하게 지각할수록 건강증진행위를 못한다는 연구결과들(박재순, 1995; 서연옥, 1995; 오복자, 1994)도 있어 대상자의 특성에 따라 지각된 건강상태가 동기적 요인으로 작용하지 않을 수도 있음을 시사하고 있다.

Ⅲ. 연구방법

1. 연구설계

본 연구는 우리 나라 중년여성의 사회 심리적 건강정도와 지각된 건강상태, 건강증진 생활양식 이행과의 관계를 검증하는 서술적 조사연구이다.

2. 연구대상

본 연구의 대상자는 40세 이상 60세 미만의 일상생활을 영위하는데 지장을 주는 발병증상이 없는 성인으로서, 본 연구의 설문지내용을 이해하고 협조하기를 동의한 자를 대상으로 하였다. 또한 연구대상지역은 표집의 편중을 줄이기 위하여 연구자가 임의로 선정한 서울, 인천, 충북, 충남, 경남, 전남지역으로 하였다.

3. 연구도구

본 연구의 도구는 자가보고형 질문지로써, 기존의 연구에서 신뢰도와 타당도가 검정된 도구를 일부 수정 보완하여 사용하였다.

1) 인지된 사회 심리적 건강

Goldberg의 GHQ-60을 기초로 하여 장세진 등(1994)이 개발한 Psychosocial Well-being Index(PWI)를 사용하여 중년여성의 사회 심리적 건강정도를 측정하였다.

정상인의 스트레스수준을 측정하기 위해 고안된 PWI는 4개의 하위개념 즉, 사회적 역할수행 및 자기신뢰 15문항, 우울 14문항, 수면장애 및 불안 8문항, 일반건강 및 생명력 8문항 등 총45문항으로 이루어진 4점(0-1-2-3)의 Likert Scale로 측정하며, 점수가 낮을수록 인지된 사회 심리적 건강수준이 높음을 의미한다. 즉 측정값이 22점 이하이면 안녕 상태(positive well-being), 23점 이상 62점 이하는 잠재적 스트레스(moderate distress)상태로, 63점 이상인 경우에는 심각한 스트레스(severe distress)상태로 판별한다. 개발당시 도구의 신뢰도는 Cronbach's alpha=.94 이었고, 본 연구에서는 .93 이었다.

2) 지각된 건강상태

Speake 등(1989)이 개발한 현재의 건강, 타인과 비교한 건강에 대한 개인의 지각문항 정도를 나타내는 2문항을 4점과 5점 척도로 측정하였으며, 점수가 높을수록 지각된 건강이 좋은 상태로, 낮을수록 지각된 건강정도가 나쁨을 의미한다.

3) 건강증진 생활양식

Walker 등(1987)이 개발한 건강증진 생활양식도구(Health Promoting Lifestyle Profile: HPLP)를 본 연구자가 일부문항을 우리 문화에 맞게 수정, 보완하여 사용하였다.

HPLP는 연구대상자의 현재의 생활양식과 개인적 습관이행을 측정하는 도구로 자아실현, 건강책임, 운동, 영양, 대인관계 지지, 스트레스 관리 등의 6개 하위개념으로 구성된 총 46문항의 4점 척도이었다. 이 도구는 최소 46점에서 최고 184점의 범위를 가지며, 점수가 높을수록 건강증진 생활양식 이행정도가 높음을 의미한다. 본 연구에서 도구의 신뢰도 검정결과는 선행연구(Duffy, 1988; Walker, et al., 1987)에서와 같이 비교적 높아 Cronbach's alpha= .94 이었다.

4. 자료수집 방법

자료수집 기간은 1998년 11월부터 1999년 4월까지였으며 연구자와 연구보조원에 의해 수집되었다. 연구대상자에게 연구참여에 대한 허락을 구한 후 질문지를 배포하였고 연구대상자가 직접 응답한 후 회수하였다. 총 250부 중 212부가 회수되었으며(84.8%), 이중 대상자범주에 들지 않거나 부적절한 응답을 한 경우를 제외한 198부가 분석에 이용되었다.

5. 자료분석 방법

수집된 자료는 SPSS-PC window 프로그램을 이용하여 통계처리 하였다. 대상자의 인구사회학적 특성은 실수와 백분율로, 건강증진 생활양식과 사회 심리적 건강, 지각된 건강상태 정도는 평균과 표준편차로 산출하였다. 대상자의 인구사회학적 특성과 제 변수와의 상관관계는 pearson correlation coefficient를, 차이검정은 t-test, ANOVA 및 사후검정을 위해 Scheffe test를 이용하여 분석하였다.

6. 연구의 제한점

1) 본 연구의 대상자는 표집 이론에 근거하여 정밀하게 표본을 선정하지 않았으므로, 그 결과를 중년여성 전체에 일반화시킬 수 없다.

2) 측정변수들은 자가보고형 도구로 측정하였으므로, 응답의 편견으로 인한 주관성을 배제할 수 없다.

Ⅳ. 연구결과

1. 대상자의 인구사회학적 특성

연구대상자들의 인구사회학적 특성을 살펴본 결과는 <표 1>과 같다. 대상자의 연령분포는 40-45세 이하가 99명(49.7%)으로 가장 많았

〈표 1〉 연구대상자의 인구사회학적 특성

N=198

특성	구분	빈도	
		N	%
연령	45세 이하	99	49.7
	46-50세	68	34.2
	51세 이상	31	16.1
종교	유	153	77.3
	무	45	22.7
교육 수준	초졸 이하	31	15.7
	중졸	51	25.7
	고졸	84	42.4
	대졸 이상	32	16.2
직업	유	55	27.8
	무	143	72.2
*경제 상태	너무나 힘들다	10	5.0
	겨우 지낸다	75	37.7
	그리 큰 문제없다	104	52.3
	여유있다	10	5.0
배우자	유	182	91.9
	무	16	8.1
가족 형태	대가족	47	23.8
	핵가족	151	76.2
자녀수	1-2명	95	47.9
	3명 이상	103	52.1
*결혼 생활 만족도	아주 만족	9	4.5
	만족	40	20.1
	보통	123	61.8
	불만족	16	8.0
	아주 불만족	4	2.0
*지지체	부모	7	3.5
	배우자	136	68.3
	자녀	13	6.5
	친구/친척	41	20.6
*거주지	특별시 및 광역시	63	31.7
	중소도시	85	42.7
	군 이하	46	23.1

* : ± Missing data가 있음

으며, 46-50세가 68명(34.2%)을 차지하고 있어 주로 40대가 많은 분포를 보였다. 종교를 가진 사람이 77.3%, 직업이 있는 여성이 27.8% 이었으며 교육수준은 중졸 25.7%, 고졸 42.4%, 대졸 이상이 16.2%을 나타내었다. 배우자가 있는 사람이 182명(91.9%)을 차지하였으며, 평상시 도움을 받는 대상으로는 배우자가 68.3%, 친구나 친척이 20.6%를 나타내었다. 결혼생활에 대한 만족도는 보통이 61.8%로 가장 많은 비율을 차지하였으며 만족 20.1%, 불만족이 8.0%를 보여 비교적 결혼생활에 대한 만족도는 보통정도를 보였다. 가정경제상태에 대해 그리 큰 문제가 없다고 응답한 사람이 104명(52.3%), 겨우 지낸다가 37.7%, 너무나 힘들다고 응답한 사람이 5.0%로 나타났다. 가족형태는 핵가족이 76.2% 이었고, 자녀수는 47.9%가 1-2명의 자녀를 두고 있는 전형적인 핵가족 형태를 보였으며, 거주지별로는 중소도시가 42.7%, 서울 및 광역시 31.7%, 군 이하 23.1%를 차지하였다.

2. 사회 심리적 건강, 지각된 건강상태 및 건강증진 생활양식 이행정도

연구대상자들의 사회 심리적 건강, 지각된 건강상태 및 건강증진 생활양식의 이행정도를 살펴 본 결과는 <표 2>와 같다.

대상자들의 사회 심리적 건강정도는 54.49점으로 비교적 높은 점수를 보였다. 이러한 결과는 장세진 등(1994)에 의한 판별기준에 따르면 63점 이상은 심각한 스트레스상태의 고 위험집단으로 평가함에 비추어 볼 때, 본 연구대상자는 '중상' 정도의 스트레스를 지닌 계층으로 사회 심리적 건강수준이 낮은 것으로 파악되었다. 하위영역을 보면 수면장애 및 불안(1.37점)점수가 가장 높으며 다음이 일반건강 및 생명력

〈표 2〉 사회 심리적 건강, 지각된 건강상태 및 건강증진 생활양식 이행정도

N=198

변 수	Mean	(Mean/I.N)	S.D	(Mean/I.N)	Range	
					Minimum	Maximum
사회심리적 건강	54.49		10.72		2	118
사회적 역할수행 및 자기신뢰	17.30	(1.15)	4.06	(0.27)		
우울	15.85	(1.13)	3.79	(0.27)		
수면장애 및 불안	10.95	(1.37)	2.33	(0.29)		
일반건강 및 생명력	10.45	(1.31)	1.97	(0.25)		
지각된 건강상태	5.74		1.44		2	9
건강증진 생활양식	112.05		21.94		46	184
자아실현	33.91	(3.08)	7.49	(0.68)		
건강책임	17.86	(1.79)	5.78	(0.58)		
운동	9.06	(1.81)	3.63	(0.73)		
영양	17.49	(2.92)	3.71	(0.62)		
대인관계지지	17.34	(2.48)	3.51	(0.50)		
스트레스 관리	16.44	(2.35)	4.48	(0.64)		

(Mean/I.N : 평균평점을 문항수로 나눈 값)

(1.31점)의 순서로 나타났다.

지각된 건강상태는 9점 만점에 평균 5.74점으로 '보통' 정도로 지각되고 있는 것으로 나타났다.

건강증진 생활양식의 이행정도는 4점 만점에 평균 2.44점(전체 112.05점)으로 전반적으로 낮은 편으로 나타났으며, 하위영역을 보면 자아실현(3.08점), 영양(2.92점), 대인관계 지지(2.48점), 스트레스 관리(2.35점), 운동(1.81점)의 순서로 나타났고 건강책임 영역이 1.79점으로 가장 낮은 이행정도를 보였다.

3. 사회 심리적 건강, 지각된 건강상태 및 건강증진 생활양식간의 관계

인지된 사회 심리적 건강, 지각된 건강상태와 건강증진 생활양식 이행정도간의 상관관계를 분석한 결과는 <표 3>과 같다.

〈표 3〉 사회 심리적 건강, 지각된 건강상태, 건강증진 생활양식의 상관관계

N=198

변 수	사회심리적 건강	지각된 건강상태	건강증진 생활양식
사회심리적 건강	1.000		
지각된 건강상태	.181*	1.000	
건강증진 생활양식	.497**	.190*	1.000

* p < .05 ** p < .01

건강증진 생활양식은 사회 심리적 건강(r= .497, P<. 01) 및 지각된 건강상태(r= .190, P< .05)와 유의한 순 상관관계를 나타내었다. 즉 사회 심리적으로 건강한 중년여성일수록 자신의 건강증진을 위한 일상적인 삶의 양상과 선택적

〈표 4〉 연구대상자의 제 특성에 따른 사회 심리적 건강, 지각된 건강상태, 건강증진 생활양식의 차이

N=198

특성	구분	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	55.24±11.15	.517	.597		5.80±1.41	.831	.437		113.29±22.94	.457	.634	
	46-50세	54.15±10.06				5.79±1.49				111.89±20.44			
	51세 이상	52.85±10.71				5.44±.141				108.54±21.82			
종교	유	52.65±10.35	.617	.605		6.19±1.34	3.602	.014		113.67±21.07	.763	.516	
	무	57.06±10.13				5.31±1.64				108.12±20.86			
교육	초졸 이하	50.41±10.59	4.577	.004	A	4.84±1.79	5.381	.001	A	104.43±21.62	4.298	.006	A
수준	중졸	53.29±9.88			A	5.98±1.41			B	109.44±20.33			AB
	고졸	53.98±10.89			AB	5.81±1.14			B	110.98±22.37			AB
	대졸 이상	60.69±19.38			B	6.03±1.54			B	120.59±19.14			B
직업	유	55.10±10.32	-.418	.676		6.09±1.39	-2.168	.031		114.10±20.68	-.678	.499	
	무	54.27±10.89				5.60±1.43				111.33±22.40			
경제	너무 힘들다	55.33±10.25	5.926	.072		6.02±1.40	.791	.500		110.66±16.80	3.123	.026	
상태	겨우 지낸다	59.21±8.40				5.60±1.45				109.13±19.54			
	그리 큰 문제없다	53.32±8.89				5.76±1.48				114.26±17.78			
	여유있다	53.06±9.77				6.10±0.74				118.72±18.78			
배우자	유	50.96±10.89	-1.137	.129		5.77±1.39	-.954	.341		112.63±21.86	-1.165	.123	
	무	54.77±10.69				5.40±1.92				104.64±22.61			
가족	대가족	52.08±9.79	-1.064	.289		5.55±1.47	-1.007	.315		108.34±19.98	-1.141	.256	
형태	핵가족	54.99±10.97				5.79±1.43				113.16±22.46			
자녀수	1-2명	55.10±11.39	1.009	.315		5.84±1.39	1.222	.223		112.14±23.41	.914	.362	
	3명 이상	53.38±9.03				5.59±1.46				109.86±22.00			
결혼	아주 만족	50.93±9.87	1.406	.235		5.33±1.73	1.484	.209		126.00±31.11	1.239	.297	
생활	만족	50.86±10.50				5.87±1.38				119.50±22.68			
만족도	보통	56.52±11.09				5.75±1.37				109.30±21.36			
	불만족	56.67±11.34				5.50±1.63				106.64±19.67			
	아주 불만족	61.25±15.20				4.25±0.50				113.20±19.67			
지지체	부모	55.78±10.59	1.794	.151		4.00±1.41	4.194	.007	A	111.40±19.62	1.953	.124	
	배우자	49.67±8.71				5.87±1.33			B	114.84±21.62			
	자녀	54.40±9.85				5.54±1.94			B	101.89±17.83			
	친구/친척	51.95±11.25				5.80±1.34			B	106.60±23.08			
거주지	특별시 및 광역시	52.13±10.24	5.723	.491		5.95±1.32	2.066	.130		112.27±19.23	4.19	.476	
	중소도시	56.99±8.93				5.48±1.41				113.85±18.40			
	군이하	50.99±9.36				5.78±1.53				109.31±19.71			
평소	한다	51.18±9.33	4.255	.000		5.71±1.41	1.703	.090		119.48±22.70	4.112	.000	
운동	안한다	58.25±11.03				5.56±1.46				105.40±19.09			
흡연	전혀 안한다	54.55±10.42	2.284	.106		5.75±1.36	1.047	.354		112.27±21.62	2.455	.009	A
	가끔 한다	52.13±9.37				6.17±2.56				103.50±18.52			AB
	항상 한다	67.00±12.36				4.50±0.71				68.00±22.65			B
음주	전혀 안한다	42.55±11.08	2.310	.013	A	6.50±1.91	.764	.468		113.32±18.39	2.240	.111	
	가끔 한다	53.17±11.82			AB	5.79±1.32				110.54±24.27			
	항상 한다	55.20±8.95			B	5.66±1.91				87.33±16.74			

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

행동을 잘 실천하는 것으로 나타났다. 또한 중년여성이 자신의 건강상태를 좋다고 지각할수록 건강증진 생활양식의 이행정도가 높음을 나타낸 것이다. 그리고 지각된 건강상태와 사회 심리적 건강간의 관계도 유의한 순 상관관계(r= .181, p< .05)를 보여, 대상자의 사회 심리적 건강수준이 높을수록 개인이 지각하는 건강상태는 좋음을 나타내었다.

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

본 연구대상자의 제 특성에 따른 사회 심리적 건강, 지각된 건강상태, 건강증진 생활양식 이행의 차이를 검정한 결과는 <표 4>와 같다.

1) 인구사회학적 특성과 인지된 사회 심리적 건강정도

중년여성의 사회 심리적 건강은 교육수준과, 평소 운동의 유무, 음주상태에 따라 유의한 차이를 보였다. 즉, 초등학교 졸업 이하군(50.41점)이 대졸 이상군(60.69점)보다 사회 심리적 건강점수가 낮게 나타나(F=4.577, p= .004), 중년여성의 교육수준이 높을수록 인지된 스트레스정도가 높음을 나타내었다. 특히 대졸이상 학력자 들이 의미 있게 사회 심리적 건강수준이 낮으므로, 향후 이에 영향을 미치는 요인에 대한 탐색적 연구가 이루어져야 할 것이다. 또한 평소 운동을 하는 사람(51.18점)이 운동을 하지 않는 사람(58.25점)에 비해 사회 심리적 건강수준이 매우 양호함을 나타내었다(t=4.255, p= .000). 음주를 전혀 하지 않는 군(42.55점)이 음주를 하는 군(55.20점)에 비해 낮은 점수를 보여 술을 마시지 않는 중년여성들의 사회 심리적 건강수준이 유의하게 높음을 나타내었다. 이에 대한 사후검정(Scheffe test)결과 초등학교 졸업 이하군이 대졸이상의 학력군 보다, 음주행위를 전혀 하지 않는 군이 음주행위군 보다 사회 심리적 건강수준이 유의하게 높았다.

2) 인구사회학적 특성과 지각된 건강상태

중년여성의 지각된 건강상태는 종교(t=3.602, P= .014), 교육수준(F=5.381, p= .001), 직업 유무(t=-2.168, p= .031), 평소 도움을 받는 지지체(F=4.194, p= .007)에 따라 유의한 차이를 나타내었다. 즉, 종교를 가졌으며 교육수준이 높을수록, 직업을 가진 사람이, 그리고 평상시 배우자나 친구, 친척들로부터 지지를 받는다고 느끼는 중년여성의 지각된 건강상태가 유의하게 높게 나타났다. 이에 대한 사후검정(Scheffe test)결과 중졸 이상군이 초졸 이하의 학력군 보다, 평소의 도움을 받는 지지체로써 배우자나 친구, 친척 등으로 인지한 중년여성의 지각된 건강상태가 유의하게 높았다.

3) 인구사회학적 특성과 건강증진 생활양식 이행

중년여성의 건강증진 생활양식의 이행은 교육수준(F=4.298, p= .006), 경제상태(F=3.123, p= .026), 운동(F=4.112, p= .000), 흡연정도(F=2.455, p= .009)에 따라 유의한 차이를 나타내었다. 다시 말해 중년여성의 교육수준이 높으며 가정경제상태의 여유가 있을수록 그리고 평소 운동을 하며 흡연을 전혀 하지 않는 사람이 건강증진 생활양식의 이행정도가 유의하게 높았다. 이에 대한 사후검정(Scheffe test) 결과 건강증진 생활양식의 이행정도는 대졸 이상군이 초졸 이하군 보다, 담배를 피우지 않는 군이 흡연행위군 보다 유의하게 높았다.

V. 논 의

중년기 여성은 생리적으로 폐경 이라는 발달 위기 과정을 겪게 되는 한편, 사회 심리적으로는 가족과 사회 내에서의 관계 맥락 속에서 가정에서만 안주한 것에 대한 압박감, 자식의 독립으로 인한 공허함 등의 심리적 갈등을 경험하는 것으로 알려지고 있어 이들의 건강관리 측면에 대한 관심이 요구되는 시기이다. 그럼에도 불구하고 중년기 여성은 여러 복합적인 요인으로 인해 자신의 건강관리에 소극적인 것으로 나타나 건강문제 유발에 있어 남성보다 높은 이환율을 나타내는 것으로 보고되고 있다. 따라서 본 연구는 중년기 여성의 사회 심리적 건강정도와 주관적으로 지각된 건강상태 및 건강증진 생활양식간의 관계를 확인하기 위한 것이었다.

연구의 결과, 대상자들의 사회 심리적 건강수준은 '중상'정도의 스트레스를 지닌 것으로 파악되어 중년기 여성의 특성이 그대로 반영되고 있음을 알 수 있었다. 이는 중년기가 생의 절정기이기도 하지만 일상의 타성과 주변의 다양한 요구, 신체 생리적 변화 등에 대응해야하는 시기로 정신적 스트레스를 받기 쉬움을 나타내며, 이것은 곧 중년여성이 정신 신체적으로 질병에 노출될 가능성이 많음을 시사하는 결과라 하겠다. 전은영 등(1992)은 스트레스 인지정도가 높을수록 건강상태는 좋지 않으며 신체 및 심리적 질병을 촉진한다고 하였다. 한편 주관적으로 지각한 건강상태는 '보통'정도를 보이고 있는데, 1989년부터 1995년에 걸쳐 실시한 국민건강조사 결과를 보면 우리 나라 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, b). 스스로 인식하는 건강상태가 의료인이 평가한 객관적인 측정과 일치하지는 않지만 건강행위나 의료수요를 측정하는데는 가장 좋은 지표로 지적되고 있음을 미루어 볼 때, 추후 주기적인 반복적 연구를 행할 필요가 있다고 사료된다. 한편 대상자들의 건강증진 생활양식 이행정도는 비교적 낮은 수준을 보였는데, 이러한 결과는 성인을 대상으로 한 전정자 와 김영희(1996)의 연구에서 보고된 2.52점, Walker 등(1988)의 2.63점보다 낮은 점수였다. 그리고 건강증진 생활양식 하위영역별로 보면 중년여성, 대학생 및 성인집단을 대상으로 한 연구(박재순, 1995; 서연옥, 1995; 윤은자, 1997; 전정자와 김영희, 1996; Walker et al., 1988)에서 건강책임이 가장 낮았고 운동영역이 그 다음으로 낮은 수행정도를 보였는데 본 연구에서도 일치된 결과를 보였다. 이는 본 연구대상자에 대해 자신의 건강에 대한 책임을 받아들이고 자신을 돌보며 필요시 건강관리와 관련된 교육을 받고자 하는 건강책임 영역을 강화시키고 운동행위를 증진시키는 중재의 필요성을 시사한 것이라 할 수 있다.

건강증진 생활양식과 지각된 건강상태는 유의한 순상관 관계를 보이고 있는데, 이는 35세 이상의 중년 여성을 대상으로 한 이숙자 등(1996), 미국이민 한국인을 대상으로 한 김명자 등(1997)과 대학생을 대상으로 한 이미라(1997)의 연구와 일치되는 결과이다. 또한 Rakowski(1986)는 후기성인을 대상으로 한 연구를 통해 '지각된 건강상태'와 같은 건강관련 변인이 개인의 긍정적인 건강습관 이행에 더 의미 있는 설명력을 제공한다고 하였

다. Pender(1987)에 의하면 "좋은 느낌"은 건강 관련행위를 유발시키는 근원이 될 수 있다고 하였으며 Pender 등(1990), Weitzel(1989) 의 연구에서도 성인에게 지각된 건강상태와 건강증진 생활양식간에는 긍정적 상관관계를 지니고 있음을 보고한 바 있다. 그러나 조현숙(1996)은 40세 이상의 도시 중년여성을 대상으로 한 연구에서 건강상태에 대한 지각과 건강행위 간에는 상관이 없다고 보고하였고 서연옥(1995)의 중년여성을 대상으로 한 연구 및 암 환자를 대상으로 한 오복자(1994)의 연구에서는 건강증진 행위와 주관적 건강지각은 부적 상관관계가 있다고 보고하고 있어, 연구대상자의 특성에 따라 다를 수 있음을 시사하고 있다고 본다.

지각된 건강상태와 사회 심리적 건강정도는 유의한 순상관 관계를 나타내어, 대상자의 사회 심리적 건강수준이 높을수록 지각된 건강상태는 좋음을 보였다. 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 사회 심리적 관점도 포함되어야 한다고 주장하면서 본 연구에서 나타난 세가지 변수간의 상관관계와 유사한 결과를 보고하였으며, 특히 이러한 연구결과는 본 연구에서 설정한 세 변수의 타당성을 지지하는 것으로 볼 수 있다.

본 연구에서 인구사회학적 구성요인에 따른 중년여성의 사회 심리적 건강수준이 대졸 이상군에서 유의하게 낮게 나타나, 추후 이와 관련된 질적인 연구가 수반되어야 할 것이다. 한편 평소 도움을 받는 지지체가 부모보다는 배우자나 친구, 친척 등으로 인지한 중년여성의 지각된 건강상태가 유의하게 높게 나타난 것은 인생의 주기별 특성에서 중년의 특성이 그대로 반영된 당연한 결과로 사료된다. 그리고 인구사회학적 구성요인에 따른 건강증진 생활양식의 이행정도는 경제상태의 여유가 있고 교육수준이 높으며 평소에 운동을 하며 담배를 피우지 않는 사람의 경우에 높았다. 다시 말해 금연을 하며 교육수준이 높은 중년여성이 건강에 관련되거나 혹은 다방면의 지식축척과 더불어 자신의 건강을 관리하기 위한 자발적 건강증진행위의 실천도가 높아지는 것으로 볼 수 있다. 이러한 결과는 Krick & Sobal(1990), Pender 등(1990), Riffle 등(1989)의 연구에서 교육, 수입, 직업과 같은 사회경제적 상태가 건강증진행위와 관계가 있다는 보고와 일치된 것이다. 그러나 이와는 달리 Duffy(1988)의 연구에서는 교육정도가 건강증진 생활양식 실천의 예측인자라고 제시하였으나 그 설명력은 1%에 불과하였고 산업장 근로자를 대상으로 한 윤진(1990)의 연구에서 학력이 높은 군이 건강증진 행위의 자기간호 영역에서 낮은 수행을 나타내었다. 이는 교육정도가 통합된 건강증진 생활양식 이행의 모든 하위영역에 대해 일관된 양상을 설명해 주지 못하고 있음을 나타낸 것으로 볼 수 있다. 한편 거주지 규모에 따라 건강증진 생활양식의 이행에 차이가 있을 것으로 생각했으나 특별시 및 광역시군 112.27점, 중소 도시군 113.85점, 군 이하 109.31점으로 별다른 차이가 없었다.

Ⅵ. 결론 및 제언

본 연구는 현재 우리 나라 중년여성이 인지하는 사회 심리적 건강정도와 지각한 건강상태

및 건강증진 생활양식 이행과의 관계를 파악함으로써, 향후 이들의 효과적인 건강교육과 건강증진 프로그램의 개발에 도움이 되는 기초자료를 제공하기 위하여 시도되었다.

자료의 수집은 1998년 11월부터 1999년 4월까지 서울, 인천, 충북, 충남, 경남, 전남 지역의 40세 이상 60세 미만의 일상생활을 영위하는데 지장을 주는 발병증상이 없는 중년여성 198명을 대상으로 편의 수집하였다. 연구도구는 기존의 개발되어진 사회 심리적 건강, 지각된 건강상태 및 건강증진 생활양식 도구를 사용하였으며, 수집된 자료는 백분율, 평균평점, Pearson correlation coefficeients, t-test, ANOVA, Scheffe test 등으로 분석하였다.

본 연구의 결과는 다음과 같다.

1. 사회 심리적 건강수준은 63점 이상을 고위험 집단으로 평가하므로, 연구대상자들은 54.49점으로 비교적 높게 나타나 '중상'정도의 스트레스를 지닌 것으로 파악되었으며, 건강상태의 지각정도는 9점 만점에 5.74점으로 '보통' 정도로 나타났다. 건강증진 생활양식의 이행정도는 184점 만점에서 112.05점으로 비교적 낮게 나타났다. 건강증진 생활양식의 하위영역별로 차이가 있어 자아실현 영역이 3.08점으로 가장 높았고, 운동영역 1.81점, 건강책임 영역이 1.79점으로 가장 낮은 이행정도를 보였다.

2. 관련요인들의 상관관계는 건강증진 생활양식과 사회 심리적 건강이 유의한 순 상관관계($r= .497$, $p<.01$)를, 건강증진 생활양식과 지각된 건강상태가 유의한 순 상관관계($r= .190$, $p<.05$)를, 지각된 건강상태와 사회 심리적 건강이 유의한 순 상관관계($r= .181$, $p<.05$)를 보였다.

3. 인구사회학적 특성에 따른 관련요인들의 차이는 다음과 같다. 사회 심리적 건강은 교육수준, 평소운동 유무, 음주상태에 따라 유의한 차이를 보였으며 지각된 건강상태는 종교, 교육수준, 직업, 평소 도움을 받는 지지체에 따라 유의한 차이를 보였으며 건강증진 생활양식은 교육수준, 경제상태, 운동유무, 흡연상태에 따라 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다.

이상의 연구결과를 토대로 다음과 같은 제언을 하고자 한다.

1. 연구결과 본 연구대상자는 '중상'정도의 스트레스를 나타내어 사회 심리적 건강수준이 낮음을 보이므로 이를 높일 수 있는 중재방안이 요구된다. 사회 심리적 건강수준은 교육수준과 평상시의 운동유무, 음주상태가 의미 있는 변수로 나타나므로 이에 기초한 사회 심리적 건강수준에 대한 증진전략구축의 필요성을 제언한다.

2. 또한 고학력자일수록 사회 심리적 건강수준이 매우 낮게 나타나므로, 이를 향상시킬 수 있는 중재전략의 개발을 위해 인간을 총체적 관점에서 탐색할 수 있는 질적 연구의 시도가 요구된다.

3. 연구결과 중년여성의 건강증진 생활양식의 이행정도가 낮으므로 이를 높일 수 있는 효과적인 중재방안이 모색되어야 할 것이다. 특히 낮은 이행정도를 보인 운동과 건강책임 영역의 이행을 촉진시키기 위한 전략적 계획이 폭넓게 세워져, 중년여성을 대상으로 한 건강증진 관련 프로그램을 개발, 적용할 필요가 있다고 생각한다.

참 고 문 헌

1. 강귀애: 초등학교 육학년 학생들의 건강증진 행위에 관련된 요인, 이화여자대학교 대학원, 석사학위논문, 1992
2. 김명자, 송효정: 미국이민 한국인의 건강증진 생활양식과 관련된 변인분석, 대한간호학회지, 1997, 27(2), 341-352.
3. 박재순: 중년후기여성의 건강증진행위 모형 구축, 서울대학교 대학원, 박사학위논문, 1995
4. 서연옥: 중년여성의 건강증진 생활방식에 관한 구조모형, 경희대학교 대학원, 박사학위논문, 1995
5. 소희영, 홍춘실, 김현지: 건강증진행위관련요인,지역사회간호학회지, 1996, 6(2), 250-258.
6. 송건용, 박현애, 이순영, 김태정: 의료이용과 건강행위에 관한 종합분석, 한국보건사회연구원, 1993, a
7. 송건용, 남정자, 최정수: 1992년 국민건강 및 보건의식행태조사, 한국보건사회연구원, 1993, 20-27, b
8. 염순교: 중년여성의 건강증진에 관한 인지요인과 행위와의 관계연구, 중앙대학교 대학원, 박사학위논문, 1996
9. 오복자: 위암환자의 건강증진 행위와 삶의 질 예측모형, 서울대학교 대학원, 박사학위논문, 1994
10. 윤은자: 대학생의 건강증진 생활양식 이행, 성인간호학회지, 1997, 9(2), 262-271
11. 윤 진: 산업장 근로자의 건강증진 행위와 그 결정요인에 관한 연구,이화여자대학교대학원, 석사학위논문, 1990
12. 이미라: 대학생의 건강증진 생활양식 결정요인에관한연구, 대한간호학회지, 1997, 27(1), 156-168
13. 이선옥: 중년기의 건강증진. 서울대학교 개교 50주년 기념 국제학술대회 보고서, 1996, 69-76
14. 이숙자, 박은숙, 박영주: 한국 중년여성의 건강증진 행위 예측모형 구축, 간호학회지, 1996, 26(2), 320-336
15. 이종경, 한애경: 사회적지지 및 자아존중감과 건강증진 행위와의 관계, 성인간호학회지, 1996, 8(1), 55-68
16. 장세진, 차봉석, 박종구, 이은경: 스트레스 측정도구의 표준화방안, 원주의대논문집, 1994, 7(1), 21-38.
17. 전은영, 김귀분: 한국인의 체질별 스트레스 인지정도에 따른 건강상태 연구, 간호학회지, 1992, 22(1), 17-28.
18. 전정자, 김영희: 성인의 건강증진 생활양식과 자아존중감, 지각된 건강상태와의 비교연구, 성인간호학회지, 1996, 18(1), 41-53
19. 조현숙: 성인의 체중에 대한 지각과 건강행위의 특성-정상체중과 과다체중 성인을중심으로, 성인간호학회지, 1992, 6(2), 209-219
20. 조현숙: 도시일부 중년여성의 체중상태와 건강행위 선택 비교연구, 간호학회지, 1996, 26(2), 387-398
21. 한국보건사회연구원: 한국인의 건강수준에 미치는 영향분석, 1996, 40-86
22. Brubaker, B.H.: Health promotion: a linguistic analysis, Advanced in Nursing Science, 1983, April, 1-14
23. Christiansen, K.E.: The determinants of health promoting behavior, Doctoral

dissertation, Rush University, 1983

24. Duffy, M.E.: Determinants of health promotion in midlife women, Nursing Research, 1988, 37(6), 358-362
25. Duffy, M.E.: Determinants of health-promotion lifestyles in older persons, IMAGE: Journal of Nursing Scholarship, 1993, 25(1), 23-28
26. Frank-Stromborg, M., Pender, N.J., Walker, S.N., & Sechrist, K. R.: Determinants of health-promoting lifestyle in ambulatory cancer patients. Soc. Sci. Med., 1990, 31(10), 1159-1168
27. Gottlieb, N.H. & Green, L. W.: Life events, social network, lifestyle, and health: analysis of the 1979 national survey of personal health practices and consequences. Health Education Quarterly, 1984, 11(1), 91-105
28. Killeen, M.: Health promotion practices of family care givers. Health Values, 1989, 13(4), 3-10
29. Krick, J., Sobal, J.: Relationship between protective behaviors. J Comm Health. 1990, 15, 19-34
30. Luthans, F.: Organizational Behavior, 4th., Macgraw-Hill, 1985
31. Mason-Hawkes, J. & Holm, K.: Gender difference in exercise determinants. Nursing Research, 1993, 42(3), 166-172
32. Meleis, A.I.: Being and Becoming Healthy: The core of Nursing Knowledge, Nursing Science Quarterly, 1990, 3(3), 107-114
33. Oh, H.S.: Health promotion behaviors and quality of korean woman with arthritis, Doctoral Dissertation, University of Texas, 1993
34. Palank, C. L.: Determinants of health-promotive behavior: a review of current research. Nursing Clinics of North America, 1991, 26(4), 815-832.
35. Pender, N.J.: Health promotion in nursing practice,Norwalk,CT :Appleton-Century-Crofts, 1982
36. Pender, N. J.: Health Promotion in Nursing Practice(2nd ed.), Norwalk. CT: Appleton & Lange, 1987
37. Pender, N. J. & Pender, A. R.: Attitudes subjective norms and intentions to engage in health behaviors, Nursing Research, 1986, 35(1), 15-18
38. Pender, N.J. Walker, S.N. Sechrist, K.R. & Frank-Stromborg, M.: Predicting health-promoting lifestyle in the workplace, Nursing Research, 1990, 39(6), 326-332
39. Rakowski, W.: Future time perspective; Applications to the health context of later adulthood, American Behavioral Scientist, 1986, 29, 730-745
40. Riffle, K. L., Yoho, J., & Sams, J.: Health promoting behaviors, perceived social support and self-reported health of appalachian elderly. Public Health Nursing, 1989, 6(4), 204-211
41. Speake, D.L., Cowart, M. E., & Pellet, K.: Health perceptions and lifestyles of the elderly, Research in Nursing & Health, 1989, 12, 93-100

42. Stuifbergen, A. K. & Becker, H. A.: Predictors of health promoting lifestyles in persons with disabilities. Research in Nursing and Health, 1994, 17, 3-13
43. Stuifbergen, A. K. & Rogers, S.: Health Promotion: An Essential Component of Rehabilitation for Persons with Chronic Disabling Condition, Advances in Nursing Science, 1997, 19(4), 1-20
44. Walker, S. N., Sechrist, K. R., & Pender. N. J.: The Health-Promoting Lifestyle Profile: Development and Psychometric Characteristics, Nursing Research, 1987, 36(2), 76-81
45. Walker, S. N., Volkan, K., Sechrist, K. R., & Pender. N. J.: Health-promoting lifestyles of older adults: comparison with young and middle-aged adults, correlates and patterns, Advances in Nursing Science, 1988, 11(1), 76-90
46. Weitzel, M.H.: A test of the health promotion model with blue color workers, Nursing Research, 1989, 38(2), 99-104
47. Yarcheski, A., Mahon, N., Yarcheski, T.J.: Alternate Models of Positive Health Practices in Adolescents, Nursing Research, 1997, 46(2), 85-92

〈Abstract〉

A study on the Health Promoting Lifestyle Practices of Middle-Aged Women in Korea

Yeun, Eun Ja R.N., Ph.D.
Assistant Professor, Department of Nursing, College of Medicine, Konkuk University

The purpose of this study was to examine the relationship among psychosocial well-being, perceived health status and health promoting lifestyle practices. Data has been collected from November 1, 1998 to April 30, 1999. One hundred and ninety eight middle-aged women completed a multiple self-reported questionnaire on psychosocial well-being, perceived health status and health promoting lifestyle profile. Collected data were analyzed with SPSS 7.5 for Windows using Pearson Correlation Coefficients, t-test, ANOVA, Scheffe test.

The Major results of this study were as follows:

1. The average item score for psychosocial well-being was low at 54.49, the level of perceived health status was moderate at 5.74, and health promoting lifestyle practices were low at 112.05. Among the subscales of the health promoting lifestyle profile, self-actualization(3.08) and nutrition(2.92) were scored higher than exercise(1.81) and health responsibility(1.79).

2. The performance of health promoting lifestyle was positively correlated with perceived health status(r= .190) and psychosocial well-being(r= .497). Also, positive correlations were observed between perceived health status and psychosocial well-being(r= .181).

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, exercise and smoking. Psychosocial well-being was also significantly different according to education, exercise and drinking. Perceived health status was significantly different according to religion, education, occupation and supporter.

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

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