

소규모 사업장 여성근로자의 우울, 자아존중감과 건강실천행위

한 수 정(건양대학교 간호학과 조교수)

목 차

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

I. 서론

1. 연구의 필요성

산업보전은 근로자의 육체적, 정신적, 그리고 사회적 건강을 유지 증진시키고, 작업조건에 의해 건강을 해치거나 유해인자에 폭로되는 일이 없도록 예방하며, 생리적으로나 심리적으로 적합한 작업환경을 유지하도록 하는 것을 목표로 한다. 이에 다각적인 방면으로 작업환경에서 오는 질병을 예방하기 위해 노력하고 있으나 각종 건강장애는 현저하게 증가되고 있으며 육체적 정신적 건강을 유지하기 위한 대책의 필요성이 강조되고 있다(김현리 등, 1997).

우리나라 15세-64세 사이의 경제활동 인구비가 1995년에 70.7%로 증가 추세이며(한국의 보건복지지표, 1996), 여성 근로자의 수는 1998년 통계에 의하면 5인이상 사업장을 기준으로 전체 근로자의 28.3%를 차지하여 1970년대 이후 여성의 경제활동 참여율은 크게 증가하였다(김영임, 1999).

50인이하 소규모 사업장은 1998년 전체 사업장의 90.0%를 차지하고 있는데, 이중 여성 근로자가 차지

하는 비율은 1993년 29.1%에서 1998년 47.0%로 크게 증가된 양상을 보이고 있다(윤순영, 1993; 김영임, 2000). 여성의 사회진출은 여성의 사회적 위상을 높인다는 긍정적인 측면외에도 높은 노동강도, 힘든 자세, 정신적 스트레스, 화학물질이나 물리적 요인같이 건강에 해로운 요인들에 여성들을 무방비로 노출시키는 부정적인 측면을 갖는다(박정순, 1994). 여성은 저임금과 단순노동으로 특징되는 중소규모 이하 사업장 등 열악한 작업환경 속에서 60%이상 종사하고 있으며, 신체적, 생리적으로 특수조건을 가지면서 다음세대의 노동인력을 재생산하는 모성기능과 육아부담을 가지고 있어 특별한 보호가 필요하다(윤순영 등, 1999). 여성근로자의 건강문제에 많은 관심이 필요하며, 가정에서뿐만 아니라 직장에서 모성이라는 또 하나의 성을 내포하는 여성의 건강을 보호하고 증진시키려는 노력이 요구된다(김영임 등, 2000; 박정순, 1994).

최근 우리나라의 질병양상이 감염성질환에서 만성퇴행성질환으로 옮겨가면서 근로자의 건강문제 역시 만성퇴행성질환의 비중이 커지고 있다. 한국 보건복지지표(1996)에 의하면 우리나라 사망자의 50% 이상이 만성질환에 의한 것이라고 보고되었다. 이것은 미국내 사

망자의 사망원인 중 50% 이상이 건강을 해치는 생활양식에 의한 것이라고 한 Pender & Pender(1986)의 주장과 일치하고 있다. 따라서 만성퇴행성질환의 증가에 대처하여 근로자의 건강수준을 향상시키기 위해서는 무엇보다 생활양식과 관련된 건강관리가 우선되어야 한다(김남승, 김혜영, 1993).

건강을 일반적으로 환경, 유전, 행동 양식의 3요소에 의해서 결정된다고 볼 때 이 3요소의 조절에서 건강을 얻을 수 있다. 유전적 요소는 조절 불가능한 면에 있으나, 덜 위험한 환경을 조성하고, 건강을 유지 증진하기 위한 예방적 건강행위 등의 긍정적인 개인행동양식으로 건강을 유지할 수 있다(조규상, 1991).

산업에서의 정기적인 건강검진을 통한 건강상태 파악과 위해 작업환경으로부터의 직업병 조기발견 및 예방활동의 실시 같은 활동은 건강관리 영역의 일부에 지나지 않는다. 이와같은 방법보다는 좀더 적극적이고 긍정적인 접근방법으로 건강증진의 효율성이 강조되고 있다. 즉, 생활양식의 개선을 통해 안녕에 대해 높은 잠재력을 실현하도록 이끄는 삶의 적극적인 접근이 요구된다고 할 수 있다. 이러한 적극적인 접근의 한 방법으로 근로자의 건강을 최일선에서 관리하고 있는 산업간호사의 역할이 중요하며 근로자의 자기건강관리 능력개발에 궁극적인 목표를 두고 질적인 삶의 차원에서 생활양식의 개선을 위한 건강증진 사업을 추진할 수 있어야겠다(윤순영, 1994).

건강증진 생활양식에 영향을 미치는 변수로 확인된 자아존중감은 건강상태와 신체증상 호소와도 유의한 상관관계가 있었으며, 건강행위 이행에도 정적인 상관관계가 있는 것으로 확인되었다(Munhlenkamp et al., 1986; 이규은, 1999; 이명숙, 2000). 자아존중감과 우울은 유의한 상관관계가 있으며, 우울정도가 높을수록 자아존중감이 낮아진다고 볼 수 있다. 자아존중감이 높은 사람은 문제를 해결하려고 하며, 주변 환경을 조절하는 능력에 대한 신념도 증가하게 될 것이다(Taft, 1985). 정신사회적 건강의 기초가 되고 질적인 삶을 유지시켜주는 기반이 되는 자아존중감, 우울과 건강실천행위의 정도와 관계를 여성근로자, 특히 50인 이하 소규모 사업장에 근무하는 여성근로자를 대상으로 파악하여 산업보건을 담당하는 산업간호사들의 산업장 건강관리가 좀더 효율적으로 진행될 수 있도록

기초자료를 제공하는데 본 연구의 의의가 있다.

2. 연구의 목적

본 연구의 목적은 소규모 사업장 여성근로자의 우울, 자아존중감과 건강실천행위 정도를 파악하고 관계를 규명하여 소규모 사업장 여성근로자들에게 적합한 건강관리를 위한 기초자료를 제공하고자 함이다. 구체적인 연구목적은 다음과 같다.

- 1) 소규모 사업장 여성근로자의 일반적 특성 및 우울, 자아존중감과 건강실천행위 정도를 파악한다.
- 2) 소규모 사업장 여성근로자의 일반적 특성에 따른 우울, 자아존중감과 건강실천행위 정도의 차이를 확인한다.
- 3) 소규모 사업장 여성근로자의 우울, 자아존중감, 건강실천행위의 관계를 파악한다.
- 4) 소규모 사업장 여성근로자의 건강실천행위에 영향을 주는 요인을 규명한다.

3. 용어정의

1) 우울

정상적인 기분변화로부터 병적인 상태에 있으며 근심, 침울감, 실패감, 무력감 및 무가치감을 나타내는 정서장애를 말한다(Battle, 1978). 본 연구에서는 Zung(1965)이 개발한 척도를 송옥현(1977)이 수정 보완한 도구를 이용하여 측정된 값을 말하며, 점수가 높을수록 우울정도가 높음을 의미한다.

2) 자아존중감

자신을 긍정적으로 수용하고 가치있는 인간으로 인정하는 것(김혜숙, 최연순, 1993)으로 Rosenberg(1965)의 자아존중감 측정도구를 전병재(1974)가 번역한 것으로 측정된 점수를 말한다. 점수가 높을수록 자아존중감이 높음을 의미한다.

3) 건강실천행위

행동적, 사회적, 환경적, 생물학적인 건강요소들의 최적 수준을 성취하기 위하여 건강 위험요소의 제거와 안녕을 향상시키기 위한 행위이다(Breslow &

Enstrom, 1980). 본 연구에서는 7가지 건강실천행위를 사용하였으며, 건강을 위한 정기적 운동, 아침식사 규칙성, 간식, 1일간 수면시간, 흡연, 주당 음주 횟수 및 비만도이다. 점수가 높을수록 좋은 건강실천행위를 하는 것을 말한다.

II. 문헌 고찰

1. 자아존중감과 우울

자아존중감은 정신사회적 건강의 기초가 되고 질적인 삶을 유지시켜주는 기반이 되는데(Taft, 1985), Rosenberg(1979)는 자아 존중감을 자신에 대한 개인의 전체적인 긍정적 혹은 부정적인 태도라고 정의하고 자아개념의 가장 중요한 요소라고 정의하며, 자아 존중감이 높은 사람은 근본적으로 자신에 대해 만족하고, 문제를 인지하여 그 문제를 해결하려고 한다고 하였다. 그러나 자아 존중감이 저하되면 주변환경을 조절하는 능력에 대한 신념도 감소하게 되므로, 자아 존중감의 감소는 건강상태에 부정적인 영향을 미치게 될 것이다(Taft, 1985; 이경미, 1988).

18세-67세의 성인을 대상으로 조사한 Muhlenkamp 등(1986)의 연구결과에 따르면, 자아존중감 및 사회적 지지는 긍정적인 건강실천의 지표이며, 건강증진생활양식에 직접적인 영향을 주는 것으로 나타났다. 오복자(1994)와 이명숙(2000)의 연구에서도 자아존중감과 건강행위 이행에 유의한 정적상관관계가 있으며, 자아존중감이 높을수록 건강에 관심이 높고 건강행위를 하기 위해 더욱 긍정적인 태도로 변화한다고 보았다. 이규은(1999)의 연구에서도 중년여성의 자아존중감은 건강상태와 신체증상호소와 유의한 상관관계가 있었으며, 중년기 여성들의 신체적인 변화들과 신체질환의 발병은 그들 삶에 영향을 미칠뿐 아니라 자아정체감 수준에도 변화를 가져올 수 있다는 것을 시사하였다. 또한 그녀는 우울과 자아존중감간에는 매우 유의한 상관관계가 있어, 우울정도가 높을수록 자아존중감이 낮았으며, 우울상태는 자기비하, 상실감등을 통해 자아존중감에 부정적인 영향을 미칠 것이기 때문에 우울을 감소시키는 간호중재가 요구된다고 하였다.

문헌에 의하면 일생동안 우울증에 이환될 확률은 남

성의 경우 7-12%, 여성의 경우 20-25%로 여성에서 2-3배 가량 더 많이 발생할 수 있는 성차를 나타내고 있다(신경림, 1999). 우리나라 사람들을 대상으로 한 남정자 등(1996)의 우울증 실태조사 결과를 보면 경증이상의 우울이 25.3%로 다른 나라사람들보다 높은 편이며 여성이 남성에 비해 우울증의 유병률이 높았다. 우울 발생 연령은 20세에서 50세 사이에서 가장 흔하며, 평균나이는 40세 정도이다. 여성에서 우울의 발생 빈도가 높은 이유는 성사이의 생물학적 차이뿐만 아니라 여성만이 경험하는 사회적, 경제적, 정서적 요소에 특별하게 반응하기 때문이다(Fishbein, 1992; Steiner, 1973). 여성 우울의 요인을 보면 여성은 생물학적 요인인 유전적 기질, 호르몬의 영향과 심리·사회적인 요인인 사회적 지위, 학습된 무력감, 역할갈등 등이 있다. 특히 생물학적 요인에서 여성은 생리전증후군(PMS)과 산후 우울증 그리고 폐경 등이 있다(신경림, 1999).

우울은 우울한 기분으로부터 절망·무력감·죄책감 그리고 자신에 대한 중요까지의 범위로 경험한다. 우울은 부정적 사고, 에너지의 상실, 욕구 상실, 집중력 장애, 수면장애 등의 대인관계의 능력과 일상생활 활동에 심각한 영향을 끼친다(신경림, 1999). 우울은 여성들에게 의존성의 증가, 정신운동의 지연과 위축, 사회적 고립, 약물 및 알콜에 대한 의존성 증가, 의욕 또는 사기 저하 등이 나타나 결국, 여성의 삶에 부정적인 영향을 미쳐 이들의 삶의 질은 저하하게 된다(조성수 등, 1997). 즉, 우울한 사람은 자신에 대한 부정적인 개념, 생활경험의 부정적인 해석, 미래에 대한 부정적인 관점을 갖는데 이러한 부정적인 인지 때문에 환경과 상호작용하는데 있어 자신의 경험으로 인한 정보를 부정적으로 왜곡하게 되고 우울해진다는 것이다(김혜영, 고효정, 1997).

남정자(1997)의 연구에서 우울증의 사례성유병율을 조사하였는데 우울증의 위험 요인으로 여성, 도시지역 거주자, 국졸이하, 사별, 이혼, 별거한 경우에 위험도가 높게 보고되었다. 가족지지가 높을수록 우울 수준이 낮음을 보고한 연구(배성은, 1998)에서는 특히 시댁식구의 지지도가 가장 유의하였다고 한다. 신경림(1999)의 중년여성 515명을 대상으로 한 연구에서 33.1%의 여성이 우울한 것으로 나타났다. 이는 일반인의 우울정

도(15%)에 비해 중년여성의 우울정도가 높다는 것을 지지한 결과였다. 연구대상자의 연령, 배우자와의 거주 상태, 교육정도, 월평균 가정 총수입, 여가활동 유무에 따른 우울정도는 통계적으로 유의한 차이를 보였다. 정은순(1997)은 중년여성 244명을 대상으로 폐경증후군과 우울과의 관계를 연구하였다. 폐경전기군과 폐경후기군의 우울정도를 비교하였는데, 우울점수는 폐경전기군이 39.68점이고 폐경후기군이 41.45점으로 폐경전기군에 비해 폐경후기군이 다소 높았으나 두군간의 유의한 차이는 없었다고 보고하였다.

여성의 우울은 학력, 결혼상태, 가족의 지지도, 폐경에 의해서 영향을 받는 것으로 나타났다. 여성은 우울로 인해 개인 자신과 더 나아가 가정과 사회의 질적인 삶의 질에 영향을 미치게 된다. 산업장 여성근로자의 우울은 삶의 질에 영향을 미치게 되며, 궁극적으로는 조직의 성과에 영향을 미치게 될 것이다. 이와같은 맥락으로 우울의 정도와 우울에 따른 건강실천행위의 차이점을 확인하는 연구는 중요한 과제가 될 것이다.

2. 건강실천행위

1974년 캐나다 정부에서 발표된 Lalonde Report에서는 건강, 질병 사망을 결정하는 요인을 유전, 환경, 생활양식 그리고 의료의 네가지로 분류하고 그 중 생활양식이 전체의 60%이상을 차지한다고 함으로써 건강의 결정요인으로서 올바른 생활양식이 중요함을 강조하였다(김일순, 1993). 미국의 보건위생국과 세계보건기구에서는 매년 발생하는 질병의 50%가 불건전한 생활양식에 기인한다고 간주, 개인의 일상생활을 통한 건강유지의 중요성을 강조하고 있다(김애경, 1998). 산업장에서도 근로자들을 대상으로 건강한 생활양식의 실천을 통해 근로자들의 건강을 증진시켜 결근율을 감소시키고, 생산성을 향상시키는 각종 건강증진프로그램을 개발하고 있다. 이러한 변화는 최근에 신장된 근로자들의 권리와 건강권에 대한 새로운 개념의 정립등도 중요한 역할을 하였다(유중선 등, 1996).

건강행위는 질병의 치료와 예방을 위한 행위보다는 자아를 유지, 증진 및 활성화시키기 위한 능동적이며 주체적인 자아활동에 이르는 총체적 행위로서 정의되고 있다(김애경, 1998). 비교문화적인 관점에서 연

구한 결과 한국인은 마음을 중심으로 한 포괄적, 추상적, 직관적인 건강행위가 보편적이고 서구인은 마음보다 신체를 중심으로한 구체적, 행동적, 자기중심적 건강행위를 실천하는 것으로 나타났다(유인영, 이숙희, 1998).

건강을 결정하는 요인으로 건강행위의 중요성이 커짐에 따라 1960년대 미국의 Alameda County에서 실시한 시계열연구에서 건강수준과 연관성이 있는 건강행위(Health behavior)로 7가지 건강행위 즉, 흡연, 음주, 운동, 체중, 수면, 아침식사 그리고 간식여부를 제시하고, 추적조사를 통하여 이들 개인의 건강행위와 사망률이 연관성이 있음을 밝혔고, 여기에서 제시된 7가지 건강행위들을 건강실천행위(Health practice)라고 명명하였다(Belloc & Breslow, 1972). 또한 이 7가지 건강습관을 잘 실천하고 있는 사람은 몇가지 또는 어느 한가지의 건강습관을 갖고 있지 않은 사람들에 비해 30년은 젊은 신체적 건강을 유지하고 있다고 하였으며, 낮은 사망률을 낮게 하고, 질병 이환율을 감소시킨다고 하였다(Breslow & Enstrom, 1980).

엄영희 등(1999)은 재가 농촌노인들을 대상으로 건강관심도, 건강실천행위와 일상생활동작능력과의 관련성을 연구하였다. 건강실천행위를 상,중,하위군으로 분류하여 분석하였는데 그 결과 도시노인들보다 낮은 건강실천행위지표를 보임을 확인하였으며, 건강관심도가 노인들의 건강실천행위에 유의한 영향을 미치는 변수임을 확인하였다.

박경민 등(1996)은 대학생 743명을 대상으로 건강실천행위와 건강상태를 비교분석하였는데, 건강실천행위 점수를 좋은점수와 나쁜점수로 이분화하여 분석하였을 때, 남학생이 좋은 건강실천행위에 38.1% 분포하였고 여학생은 26.9% 분포하여 남학생이 여학생보다 좋은 건강실천행위를 형성하고 있다고 보고하였다. 또한 건강실천행위 변수중에서 남학생이 여학생에 비해 나쁜 건강실천행위를 하는 것은 흡연이었으며, 여학생이 나쁜 건강실천행위를 하는 것은 운동과 체중상태였다.

박경민과 황보성혜(1999)는 대학생 377명을 대상으로 가족과의 동거여부에 따라 건강실천행위와 삶의 질이 차이가 있는가를 확인하는 연구를 실시하였다. 그 결과 아침식사의 규칙성과 수면시간에서 가족동거군이

비동거군보다 좋은 건강실천행위를 하는 것으로 나타났다. 또한 통계적으로 유의한 차이는 확인되지 않았지만, 가족비동거군이 가족동거군보다 나쁜 건강실천행위 형성이 1.42배 높게 나타났다.

소희영 등(1998)은 교사와 연구소 직원을 대상으로 생활습관과 관련된 건강행동을 알아보는 연구를 시도하였으며, 흡연, 음주, 운동이 건강과 관련된 생활습관중 질병의 이환과 사망을 예방할 수 있는 가장 중요한 요인이라고 지적하였으며, 산업장 건강관리 담당자가 이 요인들에 관심을 가지고 개입해야한다고 언급하였다.

한국인의 건강실천행위가 만성질환 이환에 미치는 영향을 확인한 정경임(1997)은 건강실천행위중 성별에서 차이가 있었던 것은 남성에서는 흡연과 음주율이 여성보다 높았고, 여성에서는 과 또는 저체중인 경우와 운동이 부족한 경우, 간식을 하는 경우가 남성보다 높게 나타났다고 보고하였다. 또한 한국인 20-59세들의 만성질환이환에 영향력을 미치는 건강실천행위 변수로는 흡연과 비정상체중이 통계적으로 의미있는 변수임을 확인하고, 이런 결과를 토대로한 보건정책적 합의를 도출하여야 한다고 주장하였다.

Ⅲ. 연구 방법

1. 연구대상

충남지역 50인 이하 소규모 사업장 4곳의 여성근로자를 대상으로 설문조사를 실시하였다. 4곳 모두 제조업체였다. 117명중 내용이 불충분한 23명을 제외한 94명(80.3%)을 최종 대상으로 하였다.

2. 자료수집

설문지수집은 2002년 1월과 2월 사이에 이루어졌다. 조사실시전에 사업장의 동의를 얻어 직접방문하여 연구의 목적을 설명하고 연구 참여에 동의를 얻은후 설문지를 배부하였다. 설문지 작성시간은 20-25분 정도 소요되었다.

3. 연구도구

1) 우울

대상자의 우울 측정도구는 Zung(1965)의 자가평가 우울도구를 송옥현(1977)이 번역한 내용을 수정보완하여 사용하였다. 총 19문항으로 4점척도이며, 점수가 높을수록 우울 정도가 심함을 의미한다. 도구의 신뢰도는 정은순(1997)의 연구에서 Cronbach $\alpha = .86$ 이었으며, 본 연구에서는 Cronbach $\alpha = .9136$ 이었다.

2) 자아존중감

대상자의 자아존중감을 확인하기 위해서는 Rosenberg (1965)의 자아존중감 척도 10문항을 전병재(1974)가 번역한 것을 이용하였다. 4점 척도이며 점수가 높을수록 자아존중감 정도가 높음을 의미한다. 오윤정(1999)의 연구에서는 신뢰도가 Cronbach $\alpha = .83$ 이었으며, 본 연구에서의 신뢰도는 Cronbach $\alpha = .6693$ 이었다.

3) 건강실천행위

건강실천행위를 측정하기 위해서는 Breslow & Enstrom(1980)의 건강실천행위 척도를 박경민과 황보성혜(1999)가 수정하여 사용한 것을 이용하였다. 7가지 건강실천행위로 정기적 운동, 아침식사 규칙성, 간식, 1일간 수면시간, 흡연, 주당 음주 횟수 및 비만도의 항목으로 좋은 건강실천행위인 경우 1점을 주었고, 그렇지 않은 경우는 0점으로 하여 그 합이 0-3점은 나쁜 건강실천행위, 4-7점은 좋은 건강실천행위로 분류하였다.

4. 자료분석

수집된 자료는 SPSS Win 10.1 프로그램을 이용하여 통계 처리하였다.

- 1) 대상자의 인구학적 특성은 실수와 백분율로 산출하였다.
- 2) 대상자의 우울, 자아존중감과 건강실천행위 정도는 평균과 표준편차, 백분율로 산출하였다.
- 3) 우울, 자아존중감과 건강실천행위 정도와의 관계는 Pearson 적률 상관계수로 검정하였다.
- 4) 인구사회학적 변인에 따른 우울, 자아존중감과 건강실천행위 정도의 차이는 t-test, ANOVA를 실시하였다. 건강실천행위 7가지 항목과 가족동거여부,

결혼상태에 따른 차이는 χ^2 test를 실시하였다.

- 5) 건강실천행위정도에 영향미치는 요인을 파악하기 위해 단계적 다중회귀분석을 이용하여 분석하였다.

IV. 연구 결과

1. 연구대상자의 일반적 특성

연구대상자의 41.4%가 40대의 연령층이었고, 57%정도가 40대이상의 여성근로자였다. 학력은 고졸

〈표 1〉 대상자의 인구사회학적 특성 (N=94)

특성	구분	실수(백분율)
연령	20대이하	13(13.8)
	30대	27(28.7)
	40대	39(41.4)
	50대	13(13.8)
	60대이상	2(2.1)
학력	초졸	16(17.0)
	중졸	30(31.9)
	고졸	43(45.7)
	대졸이상	5(5.3)
결혼	미혼	17(18.1)
	기혼	74(78.7)
	사별	3(3.2)
가족동거	가족동거	79(84.0)
	가족별거	15(16.0)
건강정보	TV	80(85.1)
	라디오	5(5.3)
	비디오	1(1.0)
	잡지	3(3.2)
	전문서적	1(1.0)
	인터넷	4(4.2)
상담자	남편	46(48.9)
	자녀	5(5.3)
	동료	18(19.1)
	전문인	14(14.9)
	부모	11(11.7)
근무연수	1년이하	22(23.4)
	1년-3년미만	29(30.9)
	3년-5년미만	24(25.5)
	5년-10년미만	15(16.0)
	10년이상	4(4.2)
계		94(100.0)

〈표 2〉 대상자의 우울, 자아존중감과 건강실천행위 정도(n=94)

	최소	최대	범위	평균	표준편차
우울	1.00	3.74	2.74	1.87	0.55
자아존중감	1.40	3.70	2.30	2.75	0.48
건강실천정도	2.00	6.00	4.00	4.10	1.10

이 제일 많았으며, 중졸, 초졸의 순으로 많은 수를 차지하였다. 대졸이상은 5.3%였다. 미혼의 경우가 18.1%이며, 기혼이 78.7%이고 사별한 경우가 3.2%였다. 대다수가 가족과 동거하고 있었으며, 16%만이 가족과 떨어져서 지내고 있었다. 건강과 관련된 상담은 남편과 주로 하였으며(48.9%), 그 다음이 동료(19.1%), 전문인(14.9%), 부모(11.7%)순 이었다. 건강정보는 85.1%가 텔레비전을 통해 얻고 있었으며 그 다음으로는 라디오가 5.3%였다. 인터넷을 통한 정보획득도 4.2%정도 나타났다. 직장에 근무한 연수는 3년미만이 54%로 나타났으며, 3년에서 5년 근무한 경우는 25.5%였다. 5년이상 장기 근속자는 20.2%정도로 나타났다.

2. 대상자의 우울, 자아존중감과 건강실천행위 정도

대상자의 우울정도는 4점만점에서 평균 1.87점이 나타나 중등도이하의 우울정도를 보였다. 자아존중감은 4점만점에서 2.75점으로 나타나 약간 높은 자아존중감을 보였다. 또한 건강실천정도는 4.10점으로 나타나 7점만점 척도에서 평균보다 약간 높은 점수를 보였다.

3. 우울, 자아존중감과 건강실천행위와의 관계

우울과 자아존중감과 건강실천행위와의 관계를 확인하기 위해서 실시한 Pearson correlation의 결과는 〈표 3〉과 같았다. 건강실천과 유의한 상관관계가 있는 변수는 없었으며, 우울과 자아존중감과는 음의 상관관계가 있었다($r=-.401, p=0.000$).

〈표 3〉 우울, 자아존중감과 건강실천행위와의 관계

	우울	자아존중감	건강실천행위
우울	1.00		
자아존중감	-.401(.000)	1.00	
건강실천행위	.093(.375)	-.146(.161)	1.00

4. 인구사회학적 변인에 따른 우울, 자아존중감과 건강실천행위정도의 차이

〈표 4〉는 인구사회학적 변인에 따른 우울, 자아존중감과 건강실천행위정도의 차이를 확인하기 위해서 t-test와 ANOVA를 실시한 결과이다. 우울정도에서는 학력이 낮을수록 그리고 연령이 높을수록 우울점수가 더 높게 나타났지만 통계적으로 유의하지 않았다. 그 이외의 변수도 통계적으로 유의한 차이를 나타내지 않았다. 자아존중감에서는 고졸과 대졸에서 초졸과 중졸 보다는 점수가 높게 나타났지만 통계적으로 유의하지 않았다. 연령과 관련해서는 40대에 자아존중감의 평균 점수가 가장 낮게 나타났으며, 50대가 그 다음으로 낮게 나타났다. 하지만 통계적으로 유의하지는 않았다. 건강실천행위 정도와 인구사회학적 변인에서도 통계적으로 유의한 차이를 나타내지 않았다. 통계적으로 유의

하지는 않았지만 연령이 높아질수록 건강실천행위정도가 높아지는 것을 알 수 있었다.

건강실천행위의 하부항목인 7가지 행위의 정도를 가족동거여부와 결혼상태에 따라 비교분석한 결과는 〈표 5〉에 제시하였다. 대상자는 운동에 거의 참여하지 않는 사람이 70.2%였으며 1주일에 1번 이상을 하는 사람들은 29.8%였다. 간식을 가끔은 먹는 사람들은 84%였으며, 거의 먹지 않는다가 16%였다. 흡연행위는 전혀 피우지 않는 경우가 92.6%였지만, 1갑이나 1갑 이상 피우는 경우도 7.4%나 나타났다. 음주의 경우는 전혀하지 않는 경우가 59.6%였으며 1주일에 1번이상 술을 마시는 경우는 40.4%였다. BMI가 정상인 군은 62.8%였으며 37.2%가 비정상군으로 분류되었다. 아침 식사는 거의매일 먹는다가 61.7%였으며 거의 먹지 않는 경우는 10.6%로 나타났다. 하루 수면 양은 7-8시간 수면을 취하는 경우는 51.1%였으며 6

〈표 4〉 인구사회학적 변인에 따른 우울, 자아존중감과 건강실천행위정도의 차이

	명	우울	F/t, P	자아존중감	F/t, P	건강실천행위	F/t, P
연령	20대이하	13	1.55±.41	F=1.81 P= .13	2.94±.45	F=1.34 P= .25	3.69±1.03
	30대	27	1.83±.50		2.82±.49		3.96±1.12
	40대	39	1.93±.61		2.63±.47		4.07±1.06
	50대	13	2.07±.50		2.75±.52		4.76±1.09
	60대이상	2	2.07±.78		2.95±.07		5.00±.00
학력	초졸	16	2.05±.70	F=1.42 P= .24	2.69±.59	F=2.4 P=.07	4.56±1.03
	중졸	30	1.95±.42		2.60±.43		4.00±1.05
	고졸	43	1.78±.57		2.85±.45		4.04±1.17
	대졸이상	5	1.66±.42		3.04±.50		3.80±.83
결혼	미혼	17	1.69±.65	F=1.22 P= .29	2.93±.45	F=2.70 P= .07	3.70±1.04
	기혼	74	1.91±.53		2.69±.48		4.20±1.12
	사별	3	2.00±.18		3.13±.51		4.00±.00
가족동거	가족동거	79	1.89±.50	t= .59 P= .55	2.74±.49	t=-.42 P= .67	4.16±1.12
	가족별거	15	1.80±.78		2.80±.43		3.80±.94
건강정보	TV	80	1.88±.55	F=.64 P=.67	2.75±.49	F=.20 P=.96	4.16±1.09
	라디오	5	1.82±.33		2.74±.51		4.00±1.58
	비디오	1	2.31±.		2.40±.		4.00±.
	잡지	3	1.82±.83		2.77±.55		3.33±.57
	전문서적	1	1.00±.		2.70±.		4.00±.
상담자	인터넷	4	1.93±.74	F=1.48 P=.21	2.93±.61	F=2.06 P=.09	3.75±1.25
	납편	46	1.93±.55		2.65±.43		4.13±1.12
	자녀	5	1.96±.98		2.44±.61		5.20±.83
	동료	18	1.75±.48		2.86±.42		4.22±1.11
	전문인	14	2.04±.74		2.93±.61		3.78±.97
근무년수	부모	11	1.58±.35	F=.29 P=.88	2.90±.46	F=1.18 P=.32	3.72±1.00
	1년이하	22	1.79±.66		2.71±.39		4.22±.97
	1년-3년미만	29	1.88±.49		2.69±.50		4.10±1.14
	3년-5년미만	24	1.87±.55		2.77±.54		3.91±1.17
	5년-10년미만	15	1.93±.48		2.94±.45		4.26±1.16
10년이상	4	2.07±.80	2.48±.50	4.00±1.15			

시간 이하로 자는 경우는 43.6%였고, 9시간 이상 자는 경우도 5.3%로 나타났다. 7가지 건강실천행위를 대상자의 결혼상태와 가족동거여부에 따라 차이를 확인해 본 결과 가족동거여부에 따라 차이가 있는 항목은 아침식사와 하루 수면양이었으며, 결혼상태에 따라 차이가 있는 항목은 아침식사, 흡연 그리고 BMI 였다. 가족과 같이 동거를 하는 경우가 그렇지 않은 경우보다 아침식사를 거의 매일 먹는 것으로 나타났다($\chi^2=6.70, p=.035$). 하루 수면양에 있어서는 가족과 동거하지 않는 경우가 하루 7시간에서 8시간 정도의 평균 수면양을 더 많이 유지하는 것으로 나타났다($\chi^2=6.15, p=.046$). 결혼상태에서는 미혼인 경우가 기혼인 경우와 사별한 경우보다 BMI 정상군 유지가 덜 되는 것으로 나타났으며($\chi^2=9.89, p=.007$), 흡연정도도 미혼인 경우에 1주일에 1갑이상 흡연을 하는 경우가 더 많은 것으로 나타났다($\chi^2=9.47, p=.050$). 아침식사횟수에서도 미혼인 경우가 거의 매일 먹는 경

우가 기혼이나 사별인 경우보다 더 적게 나타났다($\chi^2=9.86, p=.043$).

5. 건강실천행위에 영향미치는 요인

〈표 6〉은 건강실천행위정도에 영향미치는 요인을 파악하기 위해 다중회귀분석을 실시한 결과이다. 인구사회학적변수와 우울, 자아존중감 변수를 단계적으로 입력하여 회귀분석을 실시한 결과 연령을 제외한 다른 변수들은 모두 제거되었다. 연령은 건강실천행위에 대해 7%의 설명력을 갖는 것으로 확인되었다.

V. 논 의

여성의 사회진출은 여성의 사회적 위상을 높인다는 긍정적인 측면외에도 산업장의 유해환경에 무방비로 노출시키는 부정적인 측면을 갖는다. 그러므로 모성이

〈표 5〉 건강실천행위정도와 가족동거여부, 결혼상태에 따른 차이

		명(%)	가족동거여부		χ^2, P	결혼상태			χ^2, P
			동거 (n=79)	비동거 (n=15)		미혼 (n=17)	기혼 (n=74)	사별 (n=3)	
운동	never	66(70.2)	56(70.9)	10(66.7)	$\chi^2=2.60$ P=.45	11(64.7)	52(70.3)	3(100)	$\chi^2=2.82$ P=.83
	1-2회/주	22(23.4)	18(22.8)	4(26.7)		4(23.5)	18(24.3)	.	
	3회/주	4(4.3)	4(5.1)	.		1(5.9)	3(4.1)	.	
	4회이상/주	2(2.1)	1(1.3)	1(6.7)		1(5.9)	1(1.4)	.	
아침식사	거의매일	58(61.7)	53(67.1)	5(33.3)	$\chi^2=6.70$ P=.03	5(29.4)	51(68.9)	2(66.7)	$\chi^2=9.86$ P=.04
	드물게	26(27.7)	18(22.8)	8(53.3)		8(47.1)	17(23.0)	1(33.3)	
	never	10(10.6)	8(10.1)	2(13.3)		4(23.5)	6(8.1)	.	
간식	자주	22(23.4)	19(24.1)	3(20.0)	$\chi^2=1.52$ P=.46	2(11.8)	20(27.0)	.	$\chi^2=4.13$ P=.38
	때때로	57(60.6)	49(62.0)	8(53.3)		11(64.7)	43(58.1)	3(100)	
	never	15(16.0)	11(13.9)	4(26.7)		4(23.5)	11(14.9)	.	
하루수면	6시간 이하	41(43.6)	38(48.1)	3(20.0)	$\chi^2=6.15$ P=.04	3(17.6)	36(48.6)	2(66.7)	$\chi^2=6.79$ P=.14
	7-8시간	48(51.1)	36(45.6)	12(80.0)		12(70.6)	35(47.3)	1(33.3)	
	9시간이상	5(5.3)	5(6.3)	.		2(11.8)	3(4.1)	.	
흡연	1갑/일	5(5.3)	4(5.1)	1(6.7)	$\chi^2=1.85$ P=.39	1(5.9)	4(5.4)	.	$\chi^2=9.47$ P=.05
	1갑이상/일	2(2.1)	1(1.3)	1(6.7)		2(11.8)	.	.	
	no	87(92.6)	74(93.7)	13(86.7)		14(82.4)	70(94.6)	3(100)	
음주	4회이상/주	3(3.2)	2(2.5)	1(6.7)	$\chi^2=3.06$ P=.21	2(11.8)	1(1.4)	.	$\chi^2=6.14$ P=.18
	1-3회/주	35(37.2)	27(34.2)	8(53.3)		5(29.4)	28(37.8)	2(66.7)	
	no	56(59.6)	50(63.3)	6(40.0)		10(58.8)	45(60.8)	1(33.3)	
BMI	normal	59(62.8)	51(64.6)	8(53.3)	$\chi^2=.68$ P=.86	5(29.4)	52(70.3)	2(66.7)	$\chi^2=9.89$ P=.00
	abnormal	35(37.2)	28(35.4)	7(46.7)		12(70.6)	22(29.7)	1(33.3)	

〈표 6〉 건강실천행위에 영향미치는 요인

변수	Multiple R	R ²	Beta	F	sig. F
연령	.272	.074	.311	7.345	.008

라는 또하나의 성을 내포하는 여성근로자의 건강증진에 많은 관심과 노력이 요구된다.

본 연구는 50인 이하의 소규모 사업장 여성근로자의 우울, 자아존중감과 건강실천행위의 정도와 관련성을 알아보기 위해 시도되었다.

우울정도는 중등도 이하의 우울정도를 보였으며 이는 정은순(1997)의 연구결과와 일치하였다. 통계적으로 유의하지 않았지만, 우울정도는 학력이 낮고 연령이 높을수록 우울 점수가 높게 나타났다. 이는 연령이 고연령층일수록 우울정도가 높아졌으며(신경림, 1999; 이규은, 1999; 조성수, 1997), 학력이 낮을수록 우울 점수가 높아진(신경림, 1996, 1999; 박희정, 1998) 여러 연구를 지지하는 결과였다. 정성덕(1983)은 여대생과 여성근로자의 우울과 불안에 관한 조사연구에서 우울성적이 양군에서 유의한 차이는 없었지만, 여성근로자는 기숙사에 있는 경우가 자택이나 친척집에 있는 경우보다 더 높게 나타났고, 종교가 없는 경우가 더 우울하였다고 보고하였다. 본 연구에서는 가족동거여부에 따라 우울정도에 통계적으로 유의한 차이가 확인되지 않았으므로 추후연구를 통해 종교와 주거형태와 관련된 우울을 확인할 필요가 있다고 본다.

자아존중감은 2.75점으로 나타나서 중등도 수준이었으나 기존의 중년여성을 대상으로 자아존중감을 연구했던 이규은(1999)은 3.58점, 박난준(1989)은 3.75점과 전정자와 권영은(1994)은 3.65점을 보고한 결과와 차이가 나는 결과였다. 대부분이 중년기에 속하는 본 연구의 여성 근로자들이 더욱 낮은 점수를 보인 것을 알 수 있었다. 중년여성을 대상으로 직업유무에 따른 자아존중감의 차이를 비교하는 반복연구를 시도하는 것이 필요하다고 생각된다. 자아존중감과 연령, 학력, 결혼, 가족동거, 건강정보, 상담자, 근무년수와는 통계적으로 유의한 차이가 나타나지 않았다. 통계적으로 유의하지는 않았지만 학력에서 학력이 높을수록 자아존중감이 높게 나타난 것은 전정자와 권영은(1994)의 연구결과를 지지한다고 볼 수 있다. 그러나 김정엽(1997)과 이규은(1999)의 연구에서는 학력과 연령에 따라 자아존중감의 차이는 보이지 않았다. 사회인구학적 변수에 따른 자아존중감의 차이는 더 반복연구가 필요하리라 사료된다.

건강실천행위는 평균 4.10점으로 평균보다 약간 높

은 점수를 보였다. 남녀의 건강실천행위를 비교한 정경임(1997)은 여성이 남성보다 간식을 더 많이 하며, 운동이 더 부족하고, 정상 체중유지가 잘 안된다고 보고하였다. 본 연구에서는 성별에 따른 건강실천행위를 비교하지 않았지만, 대상자들의 70.2%가 운동에 거의 참여하지 않았으며, 간식을 가끔 먹는 사람들이 84%에 해당하였다. 또한 BMI가 비정상인 군이 37.2%에 해당하는 결과는 정경임(1997)의 연구결과를 지지한다고 볼 수 있다. 음주를 전혀 하지 않는 경우는 59.6%였으며, 비흡연군은 92.6%였다. 여성근로자들이 1주일에 1번 이상은 술을 마시는 경우가 40.4%로 나타났다. 107명의 소규모 사업장 여성근로자의 건강문제를 확인한 김영임 등(2000)의 연구에서는 비음주군이 21.5%, 운동을 하는 군이 35.5%, 식사를 규칙적으로 하는 군이 69.2%로 나타났다. 술을 마시는 경우는 78.5%에 해당하였다. 교사와 연구소직원들을 대상으로 건강생활양식을 확인한 사회영 등(1998)의 연구에서는 연구대상자의 33.7%가 여자였으며, 전체 대상자중 비흡연군이 68.8%였으며, 비음주군이 42.0%로 나타났다. 비음주군과 비흡연군과 운동군이 더 건강한 생활양식을 갖는다는 사회영 등(1998)과 건강문제 호소가 적음을 나타낸 김영임 등(2000)의 연구결과를 고려할 때, 여성근로자들의 절주, 금연 및 운동에 대한 건강관리가 필요하다고 볼 수 있다.

인구사회학적 변수에 따른 건강실천행위 정도에는 통계적으로 유의한 차이가 확인되지 않았다. 통계적으로 유의하지는 않았지만 연령이 높아질수록 건강실천행위가 높아지는 것을 확인할 수 있었는데, 이는 연령이 높을수록 예방적 건강행위 실천을 많이 하는 것으로 나타난 유인영과 이숙희(1998)의 연구결과를 지지한다고 볼 수 있다. 그러나 김효정(1996)과 엄영희 등(1999)은 연령이 적을수록 건강실천행위지표가 높다고 보고하여 건강실천행위와 관련있는 인구사회학적 변수를 재확인하는 연구가 필요하다고 사료된다. 가족동거여부에 따라 건강실천행위의 하부영역 정도를 확인하였더니 가족동거군이 비동거군 보다 아침을 거의 매일 먹었으며($\chi^2=6.70, P=.03$), 하루수면에 대해서는 비동거군이 가족동거군보다 7-8시간 수면을 취하는 경우가 더 높게 나타났다($\chi^2=6.15, P=.04$). 이는 여성근로자들이 가족과 같이 동거하고 있는 경우

에는 가족의 식사준비를 하면서 자신도 아침을 거르지 않게 되는 것을 알 수 있으며, 여러 가지 가사노동과 관련되어 하루의 적정수면 시간을 갖지 못하게 된다고 볼 수 있다. 결혼상태에 따른 차이에서는 미혼여성인 경우가 기혼이나 사별인 경우에 비해 아침식사를 거의 먹지 않는 것($\chi^2=9.86$, $P=.04$)으로 나타났으며, BMI에서도 비정상적인 경우가 더 많았다($\chi^2=9.89$, $P=.00$). 또한 비흡연율이 더 낮았다($\chi^2=9.47$, $P=.05$). 이와같은 결과는 배우자가 있을수록 건강실천행위 지표가 높아졌다는 엄영희 등(1999)의 연구결과와 일부 일치하는 결과였다. 그러므로 미혼인 경우 건강실천행위에서 기혼인 경우와 차이를 보인 아침식사, 흡연, BMI 등의 변수들을 고려하여 좋은 건강실천행위를 갖도록 교육하고 지도하여야 할 것이다.

이명숙(2000)은 자아존중감이 건강증진행위와 정적 상관관계가 있고 가장 영향력이 있는 변수이며, 중년여성들의 건강행위 이행을 높이기 위해서는 자아존중감을 높일 수 있는 간호전략을 연구해야 한다고 주장하였고, 다른 여러 연구에서도 자아존중감이 건강행위 이행과 관련된 변수로 확인이 되었지만(Duffy, 1988; Muhlenkamp et al., 1986; 박명희, 1997; 오복자, 1994; 이명숙, 2000), 본 연구에서는 건강실천행위와 우울, 자아존중감의 관계에서는 상관관계가 없었다. 자아존중감이 높은 사람일수록 건강에 대한 관심이 높고 건강행위를 더욱 긍정적인 태도로 변화한다고 하는데, 서연옥(1995)의 주부들을 대상으로 한 연구에서는 역상관관계가 있었다. 그러므로 자아존중감, 건강관심도와 건강행위의 관계를 확인하는 반복 연구가 필요하다고 본다.

우울과 자아존중감간에는 음의 상관관계가 있었는데($r=-.401$, $p=.000$), 이와같은 결과는 이규은(1999), 김혜영과 고효정(1997)의 연구결과를 지지하였다. 그러므로 여성근로자의 우울상태는 자아존중감에 부정적인 영향을 미치기 때문에 우울을 감소시키는 간호중재 개발이 필요하다고 사료된다.

건강실천행위를 종속변수로 하고 인구사회학적 변수와 우울, 자아존중감을 독립변수로 한 다중회귀분석에서 연령이 유의한 변수였으며, 연령이 높을수록 건강실천행위를 많이 하였다($p=.008$). 모델의 설명력은 7%였다. Muhlenkamp 등(1985)은 175명의 크리닉

방문자를 대상으로 건강증진 생활양식에 미치는 영향을 조사한 결과 고학력 6%, 우연 통제위 3%, 건강가치 2%, 고연령 2%에 의해 건강증진 생활양식을 16% 설명한다고 하였다. 농촌 노인들을 대상으로 한 엄영희 등(1999)은 인구사회학적변수와 건강관심도를 독립변수로 하고 건강실천행위를 종속변수로 하여 다중 회귀분석을 실시하였는데, 남자 노인의 경우, 건강관심도만이 10%의 설명력을 갖는 유의한 변수였으며, 여자 노인의 경우는 식이 성립하지 않았다고 보고하였다. 이명숙(2000)은 폐경군의 경우는 자아존중감과 교육정도가 건강행위 이행의 약 33.1%를 설명한다고 보고하였으며, 월경군의 경우는 지각된 건강상태가 21%의 설명력을 지니며, 삶의 질, 연령, 자아존중감, 직업, 결혼상태의 변인을 포함하면 전체 건강행위 이행 변량의 약 33.7%를 예측할 수 있다고 하였다. 김현리 등(1997)은 산업장 근로자들의 경우 우연성향, 건강개념, 근무시간, 자기효능감, 타인의존 성향의 6개 변인이 건강증진 행위를 15.6% 설명한다고 보고하였다. 오윤정(1999)은 타인의존성 통제위와 자아존중감이 건강증진 생활양식 수행에 영향을 미치는 변인으로 확인하였고, 설명력은 9.6%라고 보고하였다. 박인숙(1995)의 연구에서는 자아존중감이 건강증진 생활양식에 가장 큰 영향을 주는 변수로서 16.9%의 설명력을 가지며, 연령, 내적 통제위, 성별, 지각된 건강상태, 타인의존성 통제위, 종교, 직업 및 결혼상태를 포함시키면 건강증진 생활양식의 30.3%를 설명한다고 보고하였다. 본 연구결과와 일부 일치하는 연구도 있었지만, 반복연구를 통해 건강실천행위에 영향미치는 변인을 재 확인할 필요가 있다고 사료된다.

VI. 결론 및 제언

전통적으로, 여성건강에 대한 관심은 생산성에 관한 것이었으며, 질병과 치료에 대한 여성 특유의 반응에 관한 고려없이 여성들의 건강요구가 다루어져왔다(Strickland & Giger, 1994). 근로자들의 건강증진에 관심을 갖기 시작하면서 일선 산업간호사들은 모성을 내포한 여성근로자들 특유의 건강증진을 위한 간호전략 개발에 앞장서야 할 것이다.

본 연구는 소규모 사업장 여성근로자의 우울, 자아

참 고 문 헌

존중감과 건강실천행위 정도와 이들간의 관련성을 파악하고, 건강실천행위에 영향 미치는 요인을 확인하기 위하여 일개 시 소재의 50인이하 제조업체 3곳에서 여성 근로자 94명을 대상으로 2002년 1월과 2월 사이에 자료를 수집하였다. 자료분석은 SPSS Win 10.1 program을 이용하여 서술적 통계, t-test, ANOVA, χ^2 test, Pearson correlation coefficient, 단계적 다중회귀분석을 이용하였다. 결과는 다음과 같다.

1. 대상자의 우울 평균은 1.87점이었으며, 자아존중감 평균은 2.75점, 건강실천정도는 4.10점의 평균점수를 보였다.
2. 일반적 특성에 따른 우울, 자아존중감과 건강실천행위정도는 유의한 차이가 없었다.
3. 우울, 자아존중감과 건강실천행위와의 상관관계에서 우울과 자아존중감간에 음의 상관관계가 있었다 ($r=-.401, p=.000$).
4. 가족동거여부와 결혼상태에 따른 건강실천행위의 7개 하위영역의 차이를 보면, 가족동거여부에 따른 차이에서는 가족과 같이 동거하는 경우에 아침식사를 거르지 않고 거의 매일 실시하였다. 수면량에서는 가족과 동거하지 않은 군이 7-8시간 정도의 하루 평균수면량을 더 많이 유지하고 있었다. 결혼상태에서는 미혼인 경우가 BMI 정상군 유지가 덜 되었으며, 흡연정도도 1주일에 1갑 이상 흡연하는 경우가 그렇지 않은 경우보다 더 많았다. 아침식사도 미혼인 경우가 덜 하는 것으로 나타났다.
5. 대상자의 건강실천행위에 영향을 미치는 중요한 변인은 연령으로 7%의 설명력을 나타내었다($p=.008$).

이상의 결과를 토대로 다음과 같은 제언을 하고자 한다.

1. 여성근로자와 전업주부의 우울, 자아존중감과 건강실천행위를 비교하는 연구가 필요하다.
2. 여성근로자중 월경군과 폐경군을 구분하여 건강실천행위를 구분하는 연구가 필요하다.
3. 여성근로자의 건강실천행위에 유의한 관계가 있는 변인들에 관한 반복연구를 시도하며, 제 변수들간의 경로관계를 규명하는 연구가 필요하다.

김남승, 이재형 (1993). 일부 제조업 여성 근로자의 작업환경과 건강실태에 관한 조사. *최신의학*, 36(12), 62-68.

김애경 (1998). 한국 일부지역 성인의 건강행위 이행에 관한 연구. *간호학회지*, 28(4), 931-940.

김영임 (1999). 여성근로자의 건강과 보건관리자의 역할: 여성근로자의 작업과 건강. *여성근로자의 건강관리*. 한국산업간호협회, 1-28.

_____ (2000). 소규모 사업장 보건관리: 산업보건측면에서, 사업장 보건관리의 당면과제. *한국산업간호학회지*, 73-79.

김영임, 윤순녕, 최정명, 김춘미, 정혜선 (2000). 소규모 사업장 여성근로자의 건강문제. *지역사회간호학회지*, 11(1), 117-126.

김일순 (1993). 건강증진: 새시대 의료의 새로운 지평. *간호학탐구*, 2(2), 12-20.

김정엽 (1997). 중년여성의 자아개념과 우울과 자아정체감에 관한 연구. *여성건강간호학회지*, 3(2): 117-138.

김효정 (1996). 노인의 건강증진행위와 관련된 변인에 관한 연구. *계명대학교 대학원 석사학위논문*.

김현리, 정현숙, 조영채 (1997). 산업장 근로자의 건강증진 행위. *한국보건간호학회지*, 11(2), 171-179.

김혜숙, 최연순 (1993). 미혼임부와 기혼임부 건강증진 행위 차이에 관한 비교연구. *간호학회지*, 23(2), 255-268.

김혜영, 고효정 (1997). 중년기 여성의 우울과 자아정체감에 관한 연구. *여성건강간호학회지*, 3(2), 117-138.

남정자, 조명재, 최은진 (1996). 한국인의 건강수준에 미치는 영향분석. *한국보건사회연구원*.

남정자 (1997). 정신건강 증진을 위한 접근책. *보건복지포럼*, 97(5), 59-66.

박경민, 권영숙, 김정남 (1996). 대학생의 성별에 따른 건강실천행위와 건강상태의 비교연구. *지역사회간호학회지*, 7(2), 257-264.

박경민, 황보성혜 (1999). 대학생의 가족동거 유무에

- 다른 건강실천행위와 삶의 질 비교. 계명간호과학, 3(1), 83-96.
- 박난준 (1989). 중년여성의 자아개념과 갱년기 증상과의 관계연구. 이화여자대학교 석사학위논문.
- 박명희 (1997). 중년여성의 건강증진 생활양식 관련요인 분석. 여성건강학회지, 3(2), 139-157.
- 박인숙 (1995). 건강증진생활양식에 관한 연구. 부산대학교 박사학위논문.
- 박준순 (1994). 여성의 종사산업과 자연유산. 서울대학교 보건대학원 석사학위논문.
- 박희정 (1998). 중년기 여성의 생활사건 스트레스와 우울에 관한 연구. 인제대학교 석사학위논문.
- 서연옥 (1995). 중년여성의 건강증진 생활방식에 관한 구조모형. 경희대학교 박사학위논문.
- 소희영, 이미라, 정미숙 (1998). 흡연, 음주, 운동과 건강생활양식. 한국보건간호학회지, 12(2), 221-235.
- 송옥현 (1977). 정신과 외래환자의 The self-rating depressive scale(SDS)에 관한 연구. 신경정신의학, 16(1), 84-94.
- 신경림 (1996). 재미 한민족 여성의 갈등과 삶. 여성학논집, 12, 205-242.
- _____ (1999). 중년여성의 우울 증상 실태조사 연구. 성인간호학회지, 11(4), 858-870.
- 엄영희, 감신, 한창현, 차병준, 김상순 (1999). 농촌 재택노인들의 건강관심도, 건강실천행위와 일상생활활동능력. 한국농촌의학지, 24(2), 269-289.
- 오복자 (1994). 위암환자의 건강증진행위와 삶의 질 예측모형. 서울대학교 박사학위논문.
- 오윤정 (1999). 건강증진 생활양식에 영향을 미치는 변인분석-산업장 근로자를 대상으로-. 지역사회간호학회지, 10(2), 307-319.
- 유인영, 이숙희 (1998). 남성 사무직 근로자의 예방적 건강행위에 관련된 요인 분석. 한국보건간호학회지, 12(1), 23-36.
- 윤순영 (1993). 여성근로자의 건강관리. 한국산업안전공단 산업보건 분야 전문화 교육교재(산업보건 고급과정), 159-160.
- _____ (1994). 우리나라의 산업간호. 산업간호, 1(1), 15-23.
- 윤순영, 김정희 (1999). 제조업 여성근로자의 건강증진행위 관련 요인 분석-Pender의 건강증진모형 적용-. 한국산업간호학회지, 8(2), 130-140.
- 이경미 (1988). 노인의 자아존중감과 건강상태에 관한 연구 - 양로원 노인과 가정 노인을 대상으로-. 연세대학교 석사학위논문.
- 이규은 (1999). 중년여성의 우울, 신체증상 및 자아존중감간의 관계. 관동의대학술지, 3(1), 139-154.
- 이명숙 (2000). 일 지역 중년여성의 건강행위 이행과 관련요인에 관한 연구. 성인간호학회지, 12(4), 584-594.
- 전병재 (1974). Self-esteem: A test of its measurability. 연세논총, 11, 107-129.
- 조규상 (1991). 산업보건학, 서울: 수문사.
- 조성수, 정숙형, 최석, 성낙진, 박기흠 (1997). 가정주부에서 우울경향과 신체 증상 및 약물사용과의 관계. 가정의학학회지, 18(5), 490-500.
- 전정자, 권영은 (1994). 중년기여성의 자아개념과 갱년기 증상과의 관계연구. 성인간호학회지, 6(1), 48-57.
- 정경임 (1997). 한국인의 건강실천행위가 만성질환 이환에 미치는 영향. 인제대학교 보건대학원 박사학위논문.
- 정성덕 (1983). 여성근로자와 여대생의 불안과 우울에 관한 조사. 신경정신의학, 22(2), 265-274.
- 정은순 (1997). 중년여성의 우울증과 폐경증후군과의 관계. 여성건강간호학회지, 3(2), 230-240.
- 한국보건사회연구원 (1996). 한국의 보건복지지표.
- Battle, J. (1978). Relationship between self-esteem and depression. Psychological Report, 42, 745-756.
- Belloc, N. B., & Breslow, L. (1972). Relationship of physical health status and health practices. Preventive Medicine, 1, 409-421.
- Breslow, L., & Enstrom, J. (1980). Persistence of health habits and their relationship to mortality. Preventive Medicine, 9, 469-483.
- Duffy, N. E. (1988). Determinants of health promotion in midlife women. Nursing Research, 37(6), 358-362.

- Fishbein, E. G. (1992). Women at midlife : The transition to menopause. *Nursing Clinics of North America*, 27(4), 951-957.
- Muhlenkamp, A., & Sayles, J. A. (1986). Self-esteem, social support, and positive health practice. *Nursing Research*, 35(6): 334-338.
- Steiner, B. W. (1973). The crisis of middle age. *Canadian Medical Association Journal*, 109, 1017-1027.
- Strickland, O. L., & Giger, J. N. (1994). Women's health in the decade of the woman. In Strickland, O. L. & Fishman, D. J.(Eds.), *Nursing Issues in the 1990s*(pp 362-399), Delmar Publishers Inc.
- Taft, L. B. (1985). Self-esteem in Later Life: A Nursing Perspective. *Advances in Nursing Science*, 8(1), 77-84.
- Pender, N. J., & Pender, A. R. (1986). Attitudes, subjective norms and intentions to engage in health behaviors. *Nursing Research*, 35(1), 15-18.

ABSTRACT

A Study on Depression, Self-esteem and Health Practice of Female Workers in Small Workplace

Han, Su Jeong

(Dept. of Nursing, Konyang University)

Historically, women's health needs have been viewed primarily as reproductive, and all other health needs have been dealt with without considering their responses to disease and treatment (Strickland & Giger, 1994). It has mostly been through the efforts of women's group, especially health care team, that more recognition has been given to the overall health of women worker in recent years.

The purpose of this study was to examine the depression, self-esteem and health practice in order to identify health care strategies to improve health promotion among women workers in small workplace.

The consisted of 94 women workers who work at small manufacturing industry. The data were collected from January to February, 2002. The instruments for this study was Rogenburg's self-esteem scale, Zung's depression self-reporting scale and Breslow & Enstrom's health habits scale. The analysis of data were performed with frequency, percentage, t-test, ANOVA, χ^2 test, Pearson correlation and multiple regression using SPSS Win 10.1 program.

1. The average depression score was 1.87 which is relatively low and the average self-esteem score was 2.75 which is relatively moderate. The total mean score for health practice was 4.10 (range 0-7) which is relatively high moderately.
2. Health practice had not a statistically significant correlation with depression and self-esteem, but the depression had a statistically significant correlation with self-esteem ($r = -.401$, $p = .000$).
3. There was not a significant difference in depression, self-esteem and health practice according to the general characteristics.
4. There was a significant difference in sub category of health practice according to the status of living with family and status of marriage. As far as the health practice of women workers living with family practiced better health than women workers no living

wih family concerning breakfast($p=.03$) and as far as the health practice of women workers no living with family practiced better health than women workers living wih family concerning sleeping time($p=.04$). There was a significant difference in breakfast($p=.04$), smoking($p=.00$), and BMI($p=.05$) according to the status of marriage.

5. The major factor was age and explained for 7% of health practice.

The repeated study should be carried out to figure out the health practice and its related factors of female workers at small manufacturing industry.

Key words : small workplace, female worker, depression, self-esteem, health practice