

## 미혼임부와 기혼임부 건강증진행위 차이에 관한 비교연구\*

김혜숙\*\* · 최연순\*\*\*

### I. 연구의 필요성

임신은 여성들의 인생에 있어서 상대적으로 짧은 기간의 경험임에도 불구하고 신체적, 정신적, 정서적 및 사회적인 변화와 혼란을 초래한다(Bibring, 1959). 임신이 과거에는 질병으로 간주되었으나 이제는 삶의 변화와 스트레스를 포함하는 건강한 사건으로 인식되고 있다. 임부는 스트레스에 잘 대처하고 이 변화를 긍정적인 경험으로 만들기 위해 자신의 건강에 대한 책임을 스스로 지고 임부 자신에게 발생하는 일을 조절한다는 생각을 가져야 한다(Norbeck & Tilden, 1983).

많은 연구자들은 삶의 스트레스와 불안 및 사회적인 지지가 복합적으로 임신의 합병증에 영향을 끼친다고 주장해 왔다. 임신은 여성에게 변화에 대한 신체적, 정신적 그리고 사회적 요구를 포함하는 자극원이 되므로 임신중에 평형을 찾고 유지하기 위해서 이 기간동안 요구되어지는 일정의 대처방법을 필요로 하게 된다. 또한 임신과 더불어 청년기는 인간의 전생애에서 매우 특별한 시기이다. 청년기는 자신을 새로이 창조하는 시기라기보다는 기존의 자신을 발견하는 시기라 볼 수 있다. 자아개념은 신체적 특징, 개인적 기술, 특성, 가치관, 희망, 역할, 사회적 신분 등을 포함한 "나는 누구이며 무엇인가"를 깨닫는 것이다. 자아개념은 청년의 정신건강에 결정적인 역할을 하는 것으로 자아존중감(self-es-

teem)과 관련시켜 연구되기도 하는데 자아존중감이란 자아를 긍정적 가치로서 인식하는 개념으로 다른 사람들의 수용과 인정으로부터 형성된다.

Norbeck(1981)은 임신을 성숙의 위기로 정의하고 성공적으로 위기를 극복하기 위해서는 부가적인 지지가 필요할 때라고 강조하였고 가족과 친구들 뿐만 아니라 낯선 사람들로부터의 자발적 지지가 필요한 시기라고 하였다. Maslow(1965)는 모든 인간은 자기 존중과 존중감, 그리고 다른 사람들로부터의 존중에 대하여 긍정적이고 안정된 평가를 필요로 하고 있으며 이러한 평가는 적절하다는 느낌, 성취감, 능력에 대한 느낌, 지배감을 유도한다고 하였다. 이 중에서 자아존중감은 건강한 사회적 능력의 결과를 가져오게 하며 더불어 좋은 건강을 가져오게 하므로 이러한 긍정적 자아존중감은 건강증진행위와 산전간호 이행행위를 실천하고 발휘하여 임신중 건강을 유지하는데 기여한다고 할 수 있다.

특히 원하지 않은 임신은 미혼모에게 삶의 위기를 가져올 수 있고 무가치함, 부도덕성, 불행 등은 자아존중감을 저하시킨다. 가족, 친구, 아버지와의 관계가 원만할 때 지지와 돌봄을 받는다고 느끼고 이러한 여성은 임신을 긍정적으로 받아들일 수 있고 질 높은 산전간호를 추구한다. 현재 우리나라는 서구문화와 급속한 산업화의 영향으로 미혼문제가 본격적으로 표면화되고 있다.

많은 보고에서 청소년의 임신판리의 중요성이 이미

\* 이 논문은 1991년도 문교부지원 한국학술진흥재단의 자유공모과제 학술연구조성비에 의하여 연구되었음.

\*\* 연세대학교 간호대학 조교수

\*\*\* 연세대학교 간호대학 교수

논의되었다. 미혼임부들에 있어서 정서적 스트레스, 사회의 부정적 태도 및 그들 자신의 적절치 못한 건강행위로 말미암아 기혼임부보다 신체적, 정신적, 사회적으로 불건강한 상태로 발전되어 복합적으로 임신의 합병증에 영향을 끼친다고 보고되어 있어 미혼임부들이 바람직한 건강증진행위를 함으로써 미혼임부, 태아 및 신생아의 건강한 결과를 가져오도록 함이 시급하다.

간호의 목적은 대상자로 하여금 과거의 치료중심의 건강행위를 강조해 온 것에서 예방중심의 건강행위, 즉 건강을 유지하고 증진시키므로써 질병으로부터 벗어나도록 하는 데 있다. 이러한 건강한 삶을 유지하기 위해서는 인간의 건강에 대한 태도와 행위를 변화시키는 것이 필요한데 건강증진행위에 관심을 갖고 청년기의 자아존중감에 대한 정도와 그에 따른 행위를 변화시킬 수 있는 요인이 무엇인가를 파악하여 임부, 태아 및 신생아의 건강한 결과를 가져오도록 함이 시급하다.

본 연구의 목적은 효과적인 건강교육계획을 위한 기초자료를 제공하기 위해 자아존중감과 건강행위 및 산전관리 이행정도와의 관계를 파악하고 이와 관련있는 일반적인 변수를 파악하기 위함이며, 이를 위한 구체적인 목적은 다음과 같다.

- 1) 미혼임부와 기혼임부의 자아존중감 정도를 비교 파악한다.
- 2) 미혼임부와 기혼임부의 산전간호 이행정도를 비교한다.
- 3) 미혼임부와 기혼임부의 건강증진행위 실천정도를 비교한다.
- 4) 대상자의 건강증진행위실천 및 산전간호 이행 정도와 자아존중감과의 관계를 파악한다.
- 5) 미혼임부와 기혼임부 사이의 일반적 특성과 건강행위, 산전간호 이행 정도와 자아존중감과의 관계를 파악한다.

#### 용어정의

본 연구에서 사용될 용어들을 다음과 같이 정의한다.

##### 1) 자아존중감

이론적 정의: 자아개념의 평가적 요소로서 자신을 긍정적으로 수용하고 가치있는 인간으로 인지하는 것을 말한다.

조작적 정의: 전병재가 Rosenberg의 도구를 한국어로 번역한 자아존중감 척도로서 총 10문항으로 되어 있다.

##### 2) 건강증진행위

이론적 정의: 인간의 실현화 경향(actualizing tendency)의 표현으로 개인의 안녕수준, 자아실현, 만족감을 유지하고 강화하는 다차원적 행위패턴을 말한다 (Pender, 1982).

조작적 정의: 안녕(wellness), 자아실현, 만족감의 수준을 유지하고 강화시키기 위해 행해지는 개인의 건강실천 정도로 Walker, Sechrist와 Pender(1987)가 개발한 Health Promotion Lifestyle Profile(HPLP)을 연구자가 번역하여 우리문화에 맞게 수정보완한 37문항으로 되어 있다.

##### 3) 산전간호이행

임부가 행하는 자가간호(self care)를 뜻하며 이미라(1984)가 개발한 도구를 수정보완하여 임부가 가정에서 음식, 수면, 활동, 휴식, 오락, 개인위생, 자세, 의사소통, 마음가짐 등의 주의사항을 실천한 정도에 대한 임부 자신의 평가를 5 Likert 척도에 따라 측정된 것으로 20 문항으로 되어 있다.

## II. 문헌고찰

### 1. 자아존중감

자아존중감은 자아에 대한 긍정적 또는 부정적 견해로서 자아개념이 자아에 대한 인지적 측면이라면 자아존중감은 감정적 측면이라 할 수 있다. 즉 자기존재에 대해 인지적으로 형성된 것이 자아개념이고 자기존재에 대한 느낌은 자아존중감이다. 자아개념과 자아존중감은 청년의 정신건강에 결정적인 역할을 하는 것으로 보고 있다.

Branden(1969)은 자아존중감은 인간의 기본욕구로서 이 욕구의 충족 여부는 생사를 가늠할 정도로 중요한 문제라고 하면서 한 개인의 심리적 적응을 알기 위해서는 개인의 자아존중감을 알아야 한다고 주장하고 있다. Maslow(1965) 또한 개인의 적응력의 한 요인으로 자아존중감이 필요하다고 강조한 바 있다.

모든 인간은 애정, 종속관념, 성공, 인정, 독립, 희망 및 특히 자아존중감을 가져야 할 필요가 있으며 긍정적인 자아존중감은 인간의 행복과 효과적 기능을 발휘하는데 필항적인 것이고, 부정적인 자아존중감은 자기 자신의 통제나 다른 사람에 대한 자기 방어도 불가능하게 한다고 보고되었다.

자아존중감은 정신건강의 기초가 되고 질적인 삶을

유지시켜 주는 기반이 되므로 자아존중감이 낮으면 질병에 걸리기 쉽고 높으면 질병을 예방, 치료할 수 있다 (Taft, 1985). 만약 자아존중감이 다른 사람의 인지의 반응에 기초한다면, 미혼임부에 대한 사회의 부정적인 태도는 그들의 자아존중감에 손상을 줄 것이다.

또한 Jourad는 자아존중감을 저하시키는 생활사건은 질병, 자살, 죽음과 관련이 있다고 하였고 Rubin(1975)은 질병이나 사고는 일상생활에 큰 위협을 주는 사건으로서 시간과 장소에 적합한 자기조절기능을 상실하게 하여 자아존중감의 상실을 초래한다고 하였다. 임신, 특히 미혼임부는 임신을 일상생활의 위기 또는 위협으로 받아들임으로써 자아존중감의 상실을 가져올 수 있다.

Rodin과 Langer(1980)는 노인을 대상으로 연구하여 노인에 대한 스테레오 타입이 사회적 수준의 행동결과를 가져왔다고 하였는데 부정적 고정관념이 노인의 자아상과 행위 및 자아존중감을 저하시켜 환경에 대한 적응력 또한 저하시킬 수 있었다. 이태화(1989)가 건강증진행위에 영향을 미치는 주요변인을 분석한 결과가 가장 영향력있는 변인은 자아존중감이며, 그 다음이 내적 건강통제위, 타인의존적 건강통제위 순으로 나타나 자아존중감이 건강증진행위에 영향을 주는 가장 주요한 변수로 나타났다.

Albrecht와 Rankin(1989)은 임신한 여성의 불안 정도, 건강행위 그리고 사회적 지지와의 관계를 연구한 결과 사회적 지지가 낮은 임신부에서 불안의 정도가 높게 나타났고 건강행위와 관련된 결과로 음주를 하는 임신부가 더 낮은 사회적 지지를 받고 있음을 보여주고 있다. 사회적 지지가 낮은 경우 자아존중감이 손상될 수 있고 자아존중감이 낮아지므로 불안이 높아져 복합적으로 임신의 합병증에 영향을 끼칠 수 있다.

NucKolls, Cassel 과 Kaplan(1972)는 사회적 지지가 환경의 매개자로서 여성의 임신경험에 영향을 미치고 임신의 결과에도 영향을 미친다고 암시하였다. Rubin(1975)은 모성기의 중대한 준비과업으로 수용과 인정을 얻는 것이 중요하다고 지적하면서 가족 특히 아기 아버지의 지지가 중요하다고 주장하고 있다. 또한 임신기간과 출산과정 중 배우자로부터 충분한 지지를 받은 임부는 분만 및 출산과정에 있어서 합병증을 덜 경험하고 산후기 적응도 용이하다는 많은 증거들이 있다(Block & Elock, 1975; Cogan & Hanneborn, 1975).

Tilden(1985)의 연구결과에 의하면 임신부의 정서적 불균형이 삶의 스트레스와 지지를 증가시키는 기능을 저하시킨다고 하였다. 임신동안 확실한 적응모델에 의

해 사회적 지지에 의한 중요한 기능이 제공되는 것이 항상 포함되어 정서적으로 지지를 받은 산부에 있어서는 긍정적 산욕결과를 동반했다고 하였다 (Cronenwett, 1985).

## 2. 건강증진행위

사회적 지지부족은 자아존중감을 손상시켜 건강행위 표현을 감소시키므로써 궁극적으로 임신결과에 부정적일 수 있다. Perry(1983)는 부모의 태아에 대한 지각과 그 지각이 출산후 신생아행동에 미치는 영향을 보고하였다. Ruff(1987)는 연구에서 미혼의 청소년 임부는 국가적으로 중요한 문제라고 지적하면서 그 어머니와 아기 뿐만 아니라 그 아기의 아버지, 그들의 가족, 그리고 근본적으로는 사회의 모든 기구에게까지 영향을 미친다고 하였다. 또한 청소년 임부는 양육방법들을 전혀 이해하지 못해 그러한 어머니의 행동이 아기에 대한 인식, 언어능력 그리고 사회성 발달 뿐만 아니라 어머니-아기 관계에 영향을 미쳐 궁극적으로는 사회문제화된다고 역설하였다.

많은 연구에서 지지는 스트레스가 건강에 미치는 영향을 완충시켜 주고 건강행위를 증진시켜주는 것으로 보고되었다(Henderson, 1977; House & French, 1980; Syrotuik & Darcy, 1984). 특히 사회적 지지는 자아존중감을 높여주는 역할을 하며 이로 말미암아 건강증진행위를 촉진시켜 임신합병증의 발생을 저하시키고 모유수유선택 등에 기여하는 것으로 나타나 임부의 건강유지에 중요한 요인임을 나타내었다.

한국여성개발원(1984) 보고에 의하면 우리나라의 미혼모 발생은 계속 증가추세에 있고 개인적으로나 사회적으로 파생되는 문제의 심각성은 더욱 커질 것으로 예상된다 하였다. 그러나 미혼모에 대한 사회일반의 부정적인 태도와 우리나라 복지제도의 특성은 미혼모 복지에 불리한 요소로 작용할 것으로 역설하였다. 자아존중감은 정신건강의 기초가 되고 질적인 삶을 유지시켜 주는 기반이 된다. 사회적으로 부정적인 태도는 미혼임부에게 자신감을 상실케 하고 자아존중감을 저하시켜 주변환경의 조절능력에 대한 신념도 감소시키고 결과적으로 자가관리를 방해하는 결과를 초래할 수 있다. 결과적으로 임신결과에 부정적인 영향을 주어 임부뿐만 아니라 태어난 아기에게까지 사회적 문제가 될 수 있다.

김 근조(1984)는 연구에서 미혼모 발생을 사전에 막을 수 있는 예방대책과 미혼여성이 임신한 경우 및 출산하여 자녀를 가진 경우에 적합한 사후조치적인 치료대

책을 시사하고 개별적, 사회적 노력으로 문제를 최소화 시켜야 한다고 강조하였으며 장소영(1976)은 미혼모를 위해 국가가 정책적인 면에서 마땅히 지원해야 할 방향으로 의사, 간호사, 사회사업가, 목사, 교육자, 법률가 등의 여러 전문직이 개입되어야 한다고 보고하였다. 부부가 자녀를 갖게 되는 과정은 성숙위기인데 사전에 적절한 준비가 되어있지 않거나 주위의 지지가 충분하지 못하면 상황위기로 작용된다. 이같은 출산기라는 생의 전환기에 대처하는 데에 적절한 지지가 필요하며 적절한 지지는 스트레스를 완화시키는 역할을 한다(Kahn, 1979).

Pender(1982)는 건강증진행위를 설명함에 있어서 사회학습이론을 기초로 한 건강증진모형을 제안하고 건강증진행위에 영향을 주는 주요요인으로서 인구학적 변수, 대인관계 변수, 상황적인 변수를 주장하였다. Moos(1976)는 인간이 기능을 하는 데는 환경요인이 지대한 영향을 미치고 행동을 표출하므로 이런 생활환경에 대한 인간의 반응은 모든 유형의 질환에 영향을 줄 수 있으며 질병발생에도 중요한 역할을 한다고 주장하였다.

Stuart 등은 자아존중감이란 자신의 능력, 성공 여부, 중요성 등 자신의 가치에 대한 개인적 판단으로 자신이 얼마나 자신의 기준에 잘 부합되었는가 분석하여 타인과 비교하고 자기 자신의 수행정도를 파악함으로써 얻어진다고 하였다. 이와같은 점을 고려해 볼 때 사회심리적 요인들이 자아존중감에 영향을 주고 그로 말미암아 건강증진행위에 중요한 영향을 미침을 알 수 있다.

한편, Liburd 등(1989)은 많은 10대 임부들이 긍정적인 자아존중감을 가지고 있다고 보고하였으나 그들은 어떻게 자아실현을 해야 하는지에 대해서는 잘 알지 못하고 있다고 하였다. 또한 생식 건강에 대한 정보부족과 잘못된 정보로 건강행위가 제대로 이행되지 못하므로 이들을 대상으로 생의 계획, 직업교육, 직업알선, 자아존중감, 자기결정과 건강증진에 대한 교육이 필요하다고 주장하였다.

자아존중감이 높은 사람일수록 건강에 대해 보다 많은 관심을 갖고, 이러한 관심은 바람직한 건강행위를 실천하기 위해 더욱 긍정적인 태도로 변화된다. 건강과 자아존중감을 관련시킨 연구는 많지 않다. 대표적인 Harold, Goodwin 과 Lero (1979)의 연구를 들 수 있는데 이들은 가족계획상담소(Birth Control and Pregnancy Counseling Center)를 방문한 여자 486명을 대

상으로 연구한 결과 높은 자아존중감을 갖고 있는 대상자는 가족계획에 긍정적인 태도를 보였으며 피임약 구입을 덜 부끄러워했고 피임기구 사용에 있어서 더욱 효과를 보았다고 보고하였다. Hallel(1982)은 유방자가검진 실천정도는 암에 대한 민감성, 자아존중감과 건강신념, 지각과 정상관관계를 나타낸다고 보고하였고, Rutledge(1987) 역시 자아존중감과 유방자가검진횟수와는 유의하게 정상관관계를 보인다는 결과를 발표하였다. Duffy(1988)는 내적건강통제위, 자아존중감, 현재의 건강상태, 미래의 건강상태 지각이 전체 건강증진행위의 36.3%를 설명한다고 하였다. Ulmer(1984)는 긍정적 건강습관은 지각있는 사회집단에 의하여 강화된다고 강조하였다. 또한 사회문화적 요인은 삶의 유형 선택과 건강에 대한 태도에 영향을 미친다고 하였으며 경제적 어려움은 부정적 건강행위를 조장한다고 하였다.

간호사가 미혼 임부에게 그들 자신이 가치가 있다는 생각을 갖도록 지도, 격려하고 자기 자신을 긍정적으로 보도록 동기를 유발시켜 자아존중감을 유지하도록 지지해 준다면 임신동안 임신과 관련된 산전간호 및 건강증진행위를 도모하여 바람직한 임신결과를 가져올 수 있겠다.

### Ⅲ. 연구 방법

#### 1. 연구설계

본 연구는 미혼임부와 기혼임부의 자아존중감과 산전간호 이행행위 및 건강증진행위를 파악하고 두 군간의 일반적 사항 및 각 개념과 변수와의 관계를 살펴보기 위한 서술적 상관관계 연구이다.

#### 2. 연구대상

기혼임부 : 서울에 있는 일개 종합병원에서 편의추출한 임신 말기 임부로서 총 대상자는 94명이었다.

미혼임부 : 서울과 광주에 있는 미혼임부를 위한 복지시설 2개 지역에서 편의추출한 임신 말기 임부로서 총 대상자는 82명이었다.

선정기준 : 본 연구의 목적을 이해하고 연구에 참여를 수락한 사람으로 임신합병증이 없는 임신 말기 임부이다.

### 3. 연구도구

연구의 도구는 구조화된 질문지를 사용하였고 설문지를 통해 자료를 수집하였다. 질문지의 내용은 일반적 특성 12문항, 자아존중감 10문항, 산전간호이행 20문항, 건강증진행위 37문항등 모두 79문항으로 구성되었다.

#### 1) 일반적 특성

연령, 분만에정일, 종교, 직업, 교육정도, 가족의 총 월수입, 가족수, 가족구조, 결혼상태, 계획된 임신여부, 배우자 지지상태, 부모의 결혼상태로 구성되어 있다.

#### 2) 자아존중감 측정도구

Rosenberg가 개발한 자아존중감(self-esteem) 측정 도구는 자기존중정도의 자아승인 양상을 측정하기 위해 고안된 것으로 본 연구에서는 전병재가 한국어로 번역한 도구를 사용하였다. 개발 당시의 신뢰도는 .85였으며 여러 연구에 의해 이미 타당성이 검증된 도구이므로 본 연구에서는 이것을 그대로 사용하였다. 이 도구는 긍정적인 문항 5문항, 부정적인 문항 5문항, 총 10문항으로 구성되어 있는데 긍정적인 문항은 “전혀 그렇지 않다” 이 4점, “항상 그렇다”에 1점을 주었으며 부정적인 문항은 역으로 환산하였다. 최저 10점에서 최고 40점의 범위를 보이며, 점수가 낮을수록 자아존중감 정도가 높은 것을 의미한다.

#### 3) 산전간호이행 측정도구

측정도구는 이 미라(1984)가 개발한 도구 중 연구자가 일부 문항을 삭제, 수정한 것으로 20개 문항으로 이루어진 도구이다. 이 도구는 임신변화에 따른 질병발생을 예방하고 임부를 지지해 주는 영양, 건강관리, 지지적인 대인관계 유지 등 산전간호를 포함한다. 각 문항은 “이주 잘 하고 있다”에 5점, “조금 하고 있다”에 4점, “보통이다” 3점, “별로 하지 않는다” 2점, “전혀 하지 않는다” 1점의 5 Likert 척도에 의해 측정되어 총 측정점수 범위는 20 - 100점이 되며 점수가 많을수록 산전간호 이행정도가 높은 것을 의미한다. 이미라(1984)가 도구를 검증한 결과 신뢰도는 Cronbach's  $\alpha = .81$ 이었다.

#### 4. 건강증진행위

Walker, Sechrist 와 Pender(1987)가 개발한 Health Promotion Lifestyle Profile(HPLP)은 개인의 연령, 자아실현, 만족감의 수준을 유지하고 강화시키

는 현재의 행위상태를 측정하는 것으로 37개 항목의 6개 영역으로 구성되어 있다. 자아실현 11문항, 건강책임 8문항, 운동 2문항, 영양 5문항, 대인관계지지 5문항, 그리고 스트레스관리 6문항이다.

“거의 그렇지 않다”에 1점을 주고 “항상 그렇다”에 4점을 주어 총 측정점수 범위는 37 - 148점으로 HPLP 점수가 높을수록 건강증진행위 수준이 높은 것을 의미한다. 개발 당시 신뢰도는 .92였고 2주에 걸친 검사-재검사 신뢰도는 .93이었다. 영역별 신뢰도는 .81 - .91까지이다.

### 4. 자료수집방법

자료수집기간은 1992년 6월부터 1993년 1월까지였다.

자료수집방법은 기혼임부인 경우 연구자가 직접 연구의 목적과 내용, 설문작성법을 설명하고 이해를 확인한 후 설문지법을 이용하여 수집하였다. 미혼임부인 경우 기관을 방문하여 협조를 얻은 후 기관장이 직접 연구의 목적과 내용, 설문작성법을 설명하고 이해를 확인한 후 설문지법을 이용하여 수집하였다.

### 5. 자료처리 및 분석방법

수집된 자료는 SPSS에 의해 전산통제처리하였다.

분석방법으로는 일반적 특성은 실수와 백분율을 구하고 각 집단간의 동질성 여부를 파악하기 위하여  $\chi^2$ -test를 하였다. 대상자의 제변수와 자아존중감, 산전간호이행 및 건강증진행위와의 관계를 파악하기 위해 Pearson Correlation Coefficient를 사용하였고, t - test와 ANOVA를 사용하여 모든 변수와 개념간의 관계를 분석하였다.

### 6. 연구의 제한점

이 연구에는 몇 가지 제한점이 있다.

첫째, 무작위 표본추출이 아니고 편의추출한 표본이어서 결과를 다른 모집단에 일반화시키는 데 주의를 요한다.

둘째, 서술적 연구이기 때문에 인과관계를 파악할 수 없어서 미래 연구의 기준을 마련해 주는 데 그쳤고 표본 또한 작아서 결과의 일반화를 증가시키기 위하여 큰 표본과 이질성 있는 표본을 추출해야 한다.

#### IV. 연구결과

##### 1. 대상자의 일반적 특성

기혼집단의 연령은 25 - 34세가 전체의 86. 2%로 미혼집단의 연령과는 현저한 차이를 나타내었다. 미혼집단의 연령은 20-24세가 45. 2%로 가장 높았고 20세 미만이 28. 6%였다. 평균적으로 기혼집단의 연령이 미혼집단보다 약 5세 가량 높은 집단이었다. 미혼집단은 우리나라 여성의 평균 임신연령보다 낮은 결과를 보였으며 김부자(1985)의 미혼모의 일반적 특성인 연령 16세-25세 사이가 89%인 결과와 비슷하였다.

종교는 두 집단에서 기독교가 가장 높아 기혼인 경우 46. 2%, 미혼인 경우 56. 5%를 보였다. 그 다음이 무종교로 기혼집단은 25. 5%, 미혼집단은 28. 2%를 나타내었다.

직업은 기혼인 경우 주부가 70. 2%, 미혼인 경우 12. 9%였고 기혼집단과 미혼집단에서 현저한 직업유무의 차이를 나타내었는데 기혼집단에서 직업을 가진 경우는 29. 2%인 반면 미혼집단에서는 87. 1%로 대조적이었다. 취업여부에 있어서도 미혼모의 77. 0%가 임신이전 취업경험을 가진 인구로 나타난 특성과 비슷한 결과를 보였다(김부자, 1985).

교육정도는 기혼집단의 경우 대졸이상이 62. 8%인 반면 미혼집단의 경우 고졸이 69. 4%로써 미혼집단이 낮은 교육정도를 나타내었다. 김부자(1985)의 연구에

의하면 미혼모의 55. 8%가 중졸이하의 저학력자인데 비해 이 연구에 의하면 고졸이 69. 4%인 점은 미혼임부의 교육수준이 높을수록 미혼모 복지서비스에 대한 자발적인 접근이 가능했던 것으로 사료된다.

수입 또한 기혼집단과 미혼집단에서 차이를 보여 기혼집단의 수입이 높게 나타났다.

가족수는 기혼집단이 미혼집단보다 적어 기혼집단에서 가족수가 2명인 경우가 52. 1%로 가장 많은 반면 미혼집단에서는 4명인 경우가 22. 8%로 가장 높게 나타났다.

가족구조는 기혼집단인 경우 핵가족이 75. 5%인 반면 미혼집단은 63. 8%였고 미혼집단에서 다양한 가족구조를 보여주고 있다.

임신계획여부는 기혼집단이 계획된 임신이라고 응답한 경우가 85. 1%인 반면 미혼집단은 20%에 불과했다.

배우자 지지상태는 97. 8%의 기혼집단에서 지지가 있었다고 응답하였고 미혼집단인 경우 26. 8%만이 지지를 받았다고 보고하였다.

부모의 결혼상태는 기혼인 경우 부모가 결혼한 경우가 90. 3%인 반면 미혼인 경우는 60. 0%에 불과했고 미혼집단에서 부모의 이별, 사별상태가 높음을 보여 30. 7%가 이에 속했다. 미혼집단이 기혼집단에 비해 결혼 가정, 빈곤가정 출신이 많음을 보여주고 있는데 이는 결혼가족 출신이 많은 김부자(1985)의 연구결과와도 일치한다.

<표 1> 대상자의 일반적 특성

(n=176)

항 목	항 목	기혼	미혼
		실수(백분율)	실수(백분율)
연령	20세 미만	0( 0.0)	24(28.6)
	20-24세	9( 9.6)	38(45.2)
	25-29세	53(56.4)	15(17.9)
	30-34세	28(29.8)	5( 6.0)
	35세 이상	4( 4.3)	2( 2.4)
종교	기독교	43(46.2)	48(56.5)
	천주교	14(15.1)	6( 7.1)
	불교	12(12.8)	7( 8.2)
	유교	0( 0.0)	0( 0.0)
	무	24(25.5)	24(28.2)
직업	주부	66(70.2)	11(12.9)
	전문직	12(12.8)	5( 5.9)

항 목	기혼		미혼	
	실수	(백분율)	실수	(백분율)
	상업·사업	0( 0.0)	0( 0.0)	
	기술직	1( 1.1)	13(15.3)	
	사무직	9( 9.6)	21(24.7)	
	교직	3( 3.2)	2( 2.4)	
	기타	2( 2.1)	33(38.8)	
교육정도	국졸	0( 0.0)	2( 2.4)	
	중졸	2( 2.1)	16(18.8)	
	고졸	32(34.0)	59(69.4)	
	대졸이상	59(62.8)	8( 9.4)	
수입	50만원 미만	2( 2.1)	11(15.1)	
	50-80만원	19(20.2)	18(24.7)	
	80-100만원	25(26.6)	12(16.4)	
	100-150만원	25(26.6)	18(24.7)	
	150만원 초과	23(24.5)	14(19.2)	
가족수	1명	1( 1.1)	1( 1.3)	
	2명	49(52.1)	4( 5.1)	
	3명	24(25.5)	12(15.2)	
	4명	8( 8.5)	18(22.8)	
	5명	5( 5.3)	14(17.7)	
	6명	3( 3.2)	10(12.7)	
	7명	1( 1.1)	11(13.9)	
	8명	0( 0.0)	3( 3.8)	
	9명	1( 1.1)	6( 7.6)	
가족구조	핵가족	71(75.5)	51(63.8)	
	시부모를 모시는 대가족	23(24.5)	8(10.0)	
	친정부모를 모시는 대가족	0( 0.0)	3( 3.8)	
	기타	0( 0.0)	18(22.5)	
임신계획여부	예	80(85.1)	17(20.0)	
	아니오	14(14.9)	68(80.0)	
배우자지시상태	예	90(97.8)	22(26.8)	
	아니오	2( 2.2)	60(73.2)	
부모의 결혼상태	결혼	84(90.3)	51(60.0)	
	이혼	0( 0.0)	11(12.9)	
	사별	7( 7.5)	16(18.8)	
	기타	2( 2.2)	7( 8.2)	

2. 기혼집단과 미혼집단의 자아존중감 비교

기혼집단의 자아존중감의 평균은 20.41 (표준편차 3.94)이었고 미혼집단의 자아존중감의 평균은 24.02 (표준편차 4.11)로 결혼여부에 따른 차이를 t-test로 검정

한 결과 기혼집단이 미혼집단보다 자아존중감이 높게 나타났으며 이것은 통계적으로 유의한 차이가 있었다 ( $t = -5.91, p < .001$ ).

전통적인 가족적, 사회적, 도덕적 규제로 인하여 미혼 임부는 사회의 냉대와 거부로 인해 죄의식, 수치심, 그

리고 소외감 등에 시달리게 된다. 미혼임부는 임신과 출산에 이르는 기간동안 끊임없이 신체적 또는 정신적인 생활의 위협을 경험하여 바람직하지 못한 결과를 초래하는 경우가 많다. Hanner(1986)는 자아 존중감이 건강증진행위 실천과 상관관계가 있다고 시사하였고

Muhlenkamp 와 Sayles(1986)는 자아존중감과 사회적 지지가 건강실천에 정상관관계가 있다고 주장하면서 사회적 지지는 자아존중감에 직접적 영향을 미친다고 하였다. 본 연구결과는 사회적 지지가 낮은 미혼임부의 자아존중감이 낮게 나타난 결과를 초래했다고 볼 수 있다.

〈표 2〉 기혼집단과 미혼집단의 자아존중감 비교

구 분	실 수	평 균	표준편차	t값	p값
기 혼	90	20.41	3.94	-5.91	.000***
미 혼	83	24.20	4.11		

\*\*\* p < 0.001

### 3. 기혼집단과 미혼집단의 건강증진 행위 비교

기혼집단의 건강증진행위의 평균은 109.73(표준편차 12.02)이었고 미혼집단의 건강증진행위의 평균은 94.12(표준편차 15.35)로 결혼여부에 따른 t-test 검정결과 기혼집단이 미혼집단보다 건강증진행위 점수가 높았으며 통계적으로 유의한 차이가 있었다 (t=7.22, p < .

001). Pender와 Pender(1980)의 연구결과에 의하면 예방 및 증진간호에 대한 관심, 고등교육과 낮은 생활의 스트레스들은 예방과 건강증진서비스를 이용하는 가장 좋은 예측인자라고 하였는데 본 결과는 기혼임부의 높은 교육수준 등이 건강증진행위에 유의한 차이를 나타낸 결과라고 볼 수 있다.

〈표 3〉 기혼집단과 미혼집단의 건강증진행위 비교

구 분	실 수	평 균	표준편차	t값	p값
기 혼	92	109.73	12.02	7.22	.000***
미 혼	76	94.12	15.35		

\*\*\* p < 0.001

### 4. 기혼집단과 미혼집단의 산전관리 이행정도 비교

산전관리 이행정도를 기혼집단과 미혼집단으로 비교해 본 결과 기혼집단의 평균이 74.76(표준편차 9.55)로 미혼집단의 평균 59.90보다 높게 나타났고 t-test 결과 통계적으로 유의한 차이를 보였다 (t=8.93, p < .001).

이미라(1984)의 연구결과에 의하면 산전관리 이행의 가장 중요한 설명변수는 참고인의 지지로서 35.60% 설명이 가능했다고 했는데 이는 이 연구에서 기혼집단이 미혼집단보다 산전관리 이행정도가 높게 나타난 변수를 설명해 줄 수 있다고 하겠다.

〈표 4〉 기혼집단과 미혼집단의 산전관리 이행정도 비교

구 분	실 수	평 균	표준편차	t값	p값
기 혼	85	74.76	9.55	8.93	.000***
미 혼	67	59.90	10.95		

\*\*\* p < 0.001



5. 기혼집단과 미혼집단의 자아존중감, 건강증진행위 및 산전간호이행

상관관계 도표를 보면 기혼집단에서 자아존중감과 건강증진행위의 상관관계는 .45이고 미혼집단인 경우는 .39로 기혼집단에서 더 높은 상관관계를 나타내었고 산전간호이행과 건강증진행위의 상관관계는 기혼집단이 .54인 반면 미혼집단인 경우 .67로 미혼집단에서 매우 높은 상관관계를 나타내어 산전간호 이행정도가 높으면 건강증진행위도 높게 나타남을 알 수 있다. 자아존중감과 산전간호 이행정도도 정상상관계를 나타내나 (기혼 .32, 미혼 .29) 자아존중감과 건강증진행위의 상관관계보다 낮고 산전간호 이행정도와 건강증진행위와의 상관관계 계수보다는 현저하게 낮게 나타났다.

Hanner(1986)는 교육, 건강상태인지, 자아존중감과 건강증진행위 실천사이에는 상관관계가 있다고 시사하

였는바 기혼임부가 미혼임부보다 자아존중감이 높게 나타난 것은 사회적 지지가 자아존중감에 직접적 영향을 미치고 또한 건강증진실천에 간접적 영향을 준다고 한 Muhlenkamp 와 Sayles(1986)의 연구결과와 일치한 점을 볼 수 있다. Pender(1982)는 건강증진모델은 개인의 건강통제위인지, 자아존중감과 건강상태가 건강증진행위에 영향을 준다고 가정하였으며 건강증진행위는 개인의 안녕, 자아실현, 만족감의 수준을 높이고 유지하는 실현화 경향으로 설명한 Pender 모델과 유사한 연구 결과를 나타내었다. Ulmer(1984)는 사회문화적 요인은 삶의 형태선택과 건강을 위한 개인적 태도에 영향을 끼친다고 시사하였으며 경제적 어려움은 부정적 건강행위를 조장한다고 하였던 바 사회경제적으로 낮은 미혼임부가 기혼임부보다 건강증진행위와 산전관리 이행정도가 낮게 나타난 것은 이러한 요인의 결과로 해석할 수 있겠다.

<표 5> 기혼집단과 미혼집단의 자아존중감과 건강증진행위 및 산전간호 이행정도와와의 상관관계 (n=176)

변 수	기 혼		미 혼	
	건강증진행위	산전간호이행	건강증진행위	산전간호이행
자아존중감	.4459	.3150	.3873	.2895
산전간호이행	.5397	1.0000	.6703	1.0000

6. 기혼집단과 미혼집단의 각 하부 개념별 건강증진행위

<그림 1>과<표 6>의 각 하부별 건강증진행위별 평균을 비교해 보면 기혼집단에서 영양영역(평균 3.11, 표준편차 0.51), 자아실현, 대인관계, 건강책임, 스트레스, 운동 순이었다. 미혼집단에서는 자아실현영역이 가장 높았고 (평균

2.73, 표준편차 0.49), 영양, 대인관계, 스트레스, 건강책임, 운동 순으로 두 집단에서 가장 낮은 영역은 운동이었다.

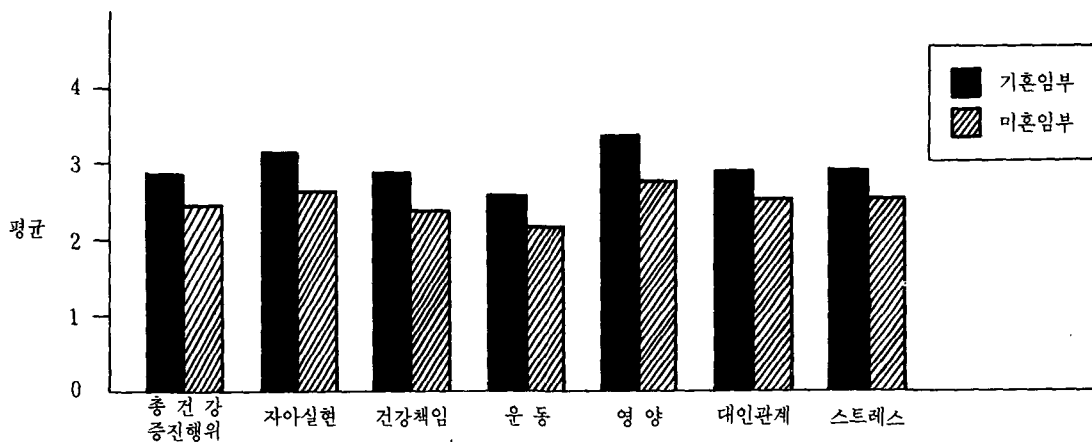
건강증진행위의 하부개념은 기혼집단과 미혼집단에서 비교해 본 결과 자아실현, 건강책임, 영양, 대인관계 지지 및 스트레스관리에서 통계적으로 매우 유의한 차이( $p < .001$ )를 나타내었고 운동 하부개념에서는  $p < .05$ 로 통계적으로 유의한 차이가 있었다.

<표 6> 기혼집단과 미혼집단의 건강증진행위의 각 하부 개념별 비교 (n=176)

건강증진행위	기	혼	미	혼	t값	p값
	평균	표준편차	평균	표준편차		
자 아 실 현	3.07	0.36	2.73	0.49	-4.64	0.00***
건 강 책 임	2.92	0.48	2.34	0.69	-2.06	0.00***
운 동	2.44	0.59	2.19	0.67	-2.39	0.016**
영 양	3.11	0.51	2.71	0.55	-4.51	0.00***

건강증진행위	기	혼	미	혼	t값	p값
	평균	표준편차	평균	표준편차		
대 인 관 계	2.95	0.47	2.50	0.49	-5.73	0.00***
스 트 레 스	2.89	0.45	2.49	0.51	-5.21	0.00***
총 평 균	2.89		2.49			

\*\* P < .05  
\*\*\* P < .001



<그림 1> 기혼집단과 미혼집단의 각 하부별 건강증진행위의 평균

## V. 결론 및 제언

### 1. 결론

본 연구는 기혼임부와 미혼임부의 자아존중감과 산전간호 이행행위 및 건강증진행위를 파악하고 두 집단간의 일반적 특성과 각 변수와의 관계를 살펴보기 위한 서술적 상관관계 연구이다.

연구대상으로서 기혼임부집단은 서울에 있는 일개 종합병원에서 편의추출한 임신말기 임부 총 94명이었고 미혼임부집단은 2개 지역의 임부를 위한 복지시설에서 편의추출한 임신말기 임부 총 82명이었다.

연구도구로는 일반적 특성을 파악하기 위한 12문항, Rosenberg의 자아존중감 측정도구 10문항, 산전간호 이행측정은 이 미라가 개발한 도구를 수정한 20문항, 건강증진행위 측정은 Walker, Sechrist와 Pender가 개발한 건강증진행위 측정도구 (Health Promotion Lifestyle Profile)를 수정한 37문항으로 구성된 도구를 사용하였다. 수집된 자료는 SPSS에 의해 전산통계처

리하였다.

일반적 특성은 실수와 백분율을 구하고 각 집단간의 동질성 여부를 파악하기 위하여  $\chi^2$ -test를 하였고 대상자의 제변수와 자아존중감, 산전간호이행 및 건강증진행위의 관계를 파악하기 위해 Pearson Correlation Coefficient를 사용하였고 t-test와 ANOVA를 사용하여 모든 변수와 개념간의 관계를 분석하였다.

본 연구의 결과는 다음과 같다.

- 1) 대상자의 일반적 특성에 있어서 모든 일반적 변수에서 두 집단간에 상이한 결과를 나타내었고 종교에 있어서 동질하게 나타났다.
- 2) 기혼집단과 미혼집단의 자아존중감을 비교한 결과 기혼집단이 평균 20.41(표준편차 3.94) 이었고 미혼집단이 24.02(표준편차 4.11)로 기혼집단이 미혼집단보다 자아존중감이 통계적으로 유의하게 높게 나타났다( $t = -5.91, p < .001$ ).
- 3) 기혼집단과 미혼집단의 건강증진행위를 비교한 결과 기혼집단의 건강증진행위의 평균은 109.73 이

었고 미혼집단은 94.12로 기혼집단이 미혼집단보다 건강증진행위점수가 통계적으로 유의하게 높게 나타났다( $t=7.22, p < .001$ ).

- 4) 기혼집단과 미혼집단의 산전관리 이행정도를 비교하였는 바 기혼집단의 평균이 74.76으로 미혼집단의 평균 59.90 보다 높게 나타나 통계적으로 유의한 차이를 보였다 ( $t=8.93, p < .001$ ).
- 5) 두 집단간의 자아존중감, 건강증진행위 및 산전간호 이행정도와의 상관관계는 모두 정상상관관계로 미혼과 기혼에서 다른 상관관계를 보여 주었다. 기혼인 경우 자아존중감과 건강증진행위의 상관관계는 .45이고 산전간호이행과 건강증진행위의 상관계수는 .54로 나타났으며 자아존중감과 산전간호 이행정도는 .32로 나타난 반면 미혼인 경우 자아존중감과 건강증진행위의 상관계수는 .39이고 산전간호이행과 건강증진행위의 상관계수는 .67로 나타났으며 자아존중감과 산전간호 이행정도는 .29으로 가장 낮은 상관관계를 보여 주었다.
- 6) 기혼집단과 미혼집단의 건강증진행위의 각 하부개념을 비교한 결과 모든 하부개념에서 두 집단간에 유의한 차이를 나타내었다 ( $p < .001$ ).
- 7) 각 하부별 건강증진행위의 평균을 두 집단간에 비교한 결과 기혼은 영양, 자아실현, 대인관계, 건강책임, 스트레스, 운동순이었고 미혼은 자아실현, 영양, 대인관계, 스트레스, 건강책임, 운동순으로 운동이 두 집단에서 가장 낮은 영역으로 대두되었다.

## 2. 제언

- 1) 기혼집단과 미혼집단에서 자아존중감, 산전간호 이행, 건강증진행위가 통계적으로 유의하게 나타났으므로 미혼임부의 정서적 스트레스를 감소시키고 사회의 부정적 태도를 개선하여 바람직한 건강행위를 할 수 있는 대책마련이 요구된다.
- 2) 미혼임부에 대한 자원과 보호는 건전한 사회인으로서 미혼임부 자신의 인간다운 삶을 위해서나 그 아이의 건전한 성장과 발달을 위해서 필요하므로 기존의 복지제도 개선을 고려하여야 한다고 본다.
- 3) 표본의 크기를 늘리고 다양한 setting에서 표본을 추출하여 대표성을 높여 일반화시킬 수 있는 연구가 필요하다.
- 4) 건강증진행위에 영향을 미치는 다른 변수를 계속적으로 파악하여 임부로 하여금 바람직하고 건전

한 건강행위를 할 수 있는 자료가 필요하다.

## 참고 문헌

- 김 근조 (1984). 미혼모와 그 자녀의 복지대책에 관한 연구. 석사학위논문, 중앙대학교.
- 김 부자 (1985). 미혼모의 가정환경과 성태도에 대한 연구. 석사학위논문, 이화여자대학교 교육대학원.
- 오 복자 (1983). 내.외 통제성격과 자아존중감 및 우울과의 관계 연구. 석사학위논문, 연세대학교 대학원.
- 이 미라 (1984). 임부의 건강신념과 산전간호이행의 관계 연구. 박사학위논문, 이화여자대학교.
- 이 영휘 (1988). 충남 일부 주민의 건강통제위 성격과 건강행위와의 관계 연구. 간호학회지, 18, 118-127.
- 이 태화 (1989). 건강증진행위에 영향을 미치는 변인분석. 석사학위논문, 연세대학교 대학원.
- 장 소영 (1976). 미혼모문제 해결을 위한 사회사업적 방안 연구. 석사학위논문, 이화여자대학교.
- 한국여성개발원 (1984). 미혼모실태에 관한 연구 - 발생요인 규명과 복지대책 모색을 중심으로 - 연구보고서, 200-205.
- Albrecht, S. A. & Rankin, M. (1989). Anxiety levels, health behaviors and support systems of pregnant women. Maternal-Child Nursing Journal, 18(1), 49-60.
- Bibring, G. (1959). Some considerations of the psychological process of pregnancy. The psychoanalytical study of the child, 16, 113-121.
- Becker, M. (1974). The health belief model and personal health behavior. Thorofare, New Jersey : Charles B. Slack, Inc.
- Block, C. & Block, R. (1975). Effect of support of the husband and obstetrician on pain perception and control in childbirth. British Family Journal, 2, 43-50.
- Branden (1969). The psychology of self-esteem. Los

- Angeles, California Nash Publishing Corporation.
- Christensen, K. E. (1981). The determinants of health promoting behavior. Unpublished doctoral dissertation, Chicago : Rush University.
- Cogan, R & Hanneborn, W. (1975). The effect of husband participation on reported pain and probability of medication during labor and pain. Journal of Psychosomatic Research, 19, 215-222.
- Cronch, M. A. & Straub, V. (1983). Enhancement of self-esteem in adults. Family and Community Health, 6(2), 76-78.
- Cronenwett, L. (1985). Network structure, social support and psychological outcomes of pregnancy. Nursing Research, 34(2), 93-99.
- Duffy, M. E. (1988). Determinants of health promotion in midlife women. Nursing Research, 37, 358-362.
- Gillis, A. & Perry, A. (1991) The relationships between physical activity and health promoting behaviors in midlife women. Journal of Advanced Nursing, 16, 299-310.
- Hallel, J. C. (1982). The relationship among health beliefs, health locus of control and self-concept to the practice of self-breast examination in adult women. Nursing Research, 31, 137-142.
- Hanner, M. E. (1986). Factors related to promotion of health-seeking behaviors in the aged. Unpublished doctoral dissertation. The University of Texas at Austin.
- Henderson, S. (1977). The social network support and neurosis: The function of attachment in adult life. British Journal of Psychiatry, 131, 185-191.
- Kerr, M. J. & Ritchey, D. A. (1990). Health promoting lifestyles of English-speaking Mexican-American migrant farm workers. Public Health Nursing, 7, 80-87.
- Liburd, L. C. & Bowie, J. V. (1989). International teenage pregnancy : A community diagnosis and action plan. Health Education, 20(5), 33-38.
- Maslow, A. H. (1965). A theory of human motivation. In D. E. Hamachek (Ed. ), The self in growth, teaching and learning, N. J. : Prentice - Hall.
- Moos, R. H. & Moos, B. S. (1976). A typology of family social environment. Family Process, 16, 357-371.
- Muhlenkamp, A. F. & Sayles, J. A. (1986). Self-esteem, social support and positive health practices. Nursing Research, 35, 334-338.
- Norbeck, J. S. (1981). Social support : A model for clinical research and applications. Advances in Nursing Science, 3(4), 43-59.
- Norbeck, J. & Tilden, V. (1983). Life stress, social support and emotional disequilibrium in complication pregnancy : A prospective, multivariate study. Journal of Health and Social Behavior, 24, 30-46.
- Nuckolls, K. , Cassel, J. & Kaplan, B. (1972). Psychosocial assets, life crises and the prognosis of pregnancy. American Journal of Epidemiology, 95(5), 431-441.
- Pender, N. J. (1987). Health promotion in nursing practice (2nd ed.). Norwalk, C. T. : Appleton-Lange.
- Pender, N. J. et al. (1990). Predicting health promoting lifestyles in the work place. Nursing Research, 39, 326-332.
- Pender, N. J. & Pender, A. R. (1980). Illness prevention and health promotion services provided by nurse practitioner : Predicting potential consumers. American Journal of Public Health, 70, 798-803.
- Perry, S. (1983). Parent's perceptions of their newborn following structured interaction. Nursing Research, 32(4), 208.
- Perry, S. E. (1983). Attachment theory. In I. W. Clements & F. B. Roberts (Eds. ), Family health : A theoretical approach to nursing

- care, New York : John Wiley.
- Rodin, J. & Langer, E. (1980). Aging labels ; The decline of control and the fall of self-esteem. Journal of Social Issues, 36(2), 12-29.
- Rubin, R. (1975). Maternal tasks in pregnancy. Maternal-Child Nursing Journal, 4, 143-153.
- Ruff, C. (1987). How well do adolescents mother. Maternal-Child Nursing Journal, 12, 249-253.
- Rutledge, D. N. (1987). Factors related to women's practice of breast self-examination. Nursing Research, 36, 117-121.
- Smith, M. C. (1990). Nursing's unique focus on health promotion. Nursing Science Quarterly, 3, 105-106.
- Stanwyck, D. J. (1983). Self-examination through the life span. Family and Community Health, 6(2), 11-28.
- Taft, L. B. (1985). Self-esteem in later life ; A nursing perspectives. A. N. S. , 8(1), 77-84.
- Tilden (1985). Issues of conceptualization and measurement of social support in the construction of nursing theory. Research in Nursing and Health, 8, 199-206.
- Ulmer, D. D. (1984). Societal influences on health and lifestyles. Western Journal of Medicine, 141(6), 793-798.
- Walker, S. N. , Sechrist, K. R. & Pender, N. J. (1988). Health-promoting lifestyle profile: Development and psychometric characteristics. Nursing Research, 36(2), 76-81.
- Walker S. N. , Volken, K. , Sechrist, K. R. & Pender, N. J. (1988). Health-promoting lifestyles of older adults ; Comparisons with young & middle-aged adults, correlates & patterns. A. J. N. , 11, 76-90.
- Weitzel, M. H. (1989). A test of health promotion

model with blue collar workers. Nursing Research, 38, 99-104.

– Abstract –

### A comparative study on health promotion lifestyles and attitudes between unmarried and married pregnant women

*Kim, Hea Sook\* · Choi, Yun Soon\*\**

This descriptive correlational research was conducted to compare the relationship between self-esteem, performance of antenatal care and health promotion lifestyles for unmarried and married pregnant women. The sample consisted of 94 married women attending one general hospital and residing in Seoul and 82 unmarried women from two social institutes for unmarried women. The tool used for this study was a structured questionnaire which was developed and revised by the researcher. The tool consisted of 12 items related to demographic characteristics, 10 items on self-esteem measurement, 20 items on performance of antenatal care and 37 items on health promotion lifestyle profile.

The data collected from the interviews were analyzing using the SPSS, yielding frequencies, percentiles, means, standard deviations, t-test, ANOVA, Pearson's Product Moment Correlation.

The results of this study are as follows :

- 1) The demographic variables for the two groups were heterogenous except for religion.
- 2) The results of the comparison between the two groups were significantly different for self-esteem, married women(mean 20.41, standard deviation 3.94) had higher scores on self-esteem than unmarried women(mean 24.02, standard deviation 4.11),

\* Assistant Professor, College of Nursing, Yonsei University.

\*\*Professor, College of Nursing, Yonsei University.

( $t = -5.91, p < .001$ )

3) There was a statistically significant difference between the two groups on the health promotion lifestyle profile. The married women had higher scores on the health promotion lifestyle profile ( $t = 7.22, p < .001$ )

4) The score for married women on performance of antenatal care has higher than the score for unmarried women ( $t = 8.83, p < .001$ )

5) With regard to the relationship between health promotion lifestyle and performance of antenatal care and self-esteem, the correlation coefficient between self-esteem and health promotion lifestyle for married women was .45, between performance of antenatal care and health promotion lifestyle, .54, between self-esteem and performance of antenatal care, .32. For the unmarried women, between self-esteem and health promotion lifestyle, .39, between performance of antenatal care and health promotion lifestyle, .67, between self-esteem and performance of antenatal care, .30.

6) There was a statistically significant difference

between the two groups on all subconcepts of the health promotion lifestyle profile ( $p < .001$ ).

7) Comparison of the order of the scores between the two groups for the married women showed that the highest score was for nutrition, then self-actualization, interpersonal support, health responsibility, stress management and exercise in that order. For the unmarried women, the highest score was for self-actualization followed by nutrition, interpersonal support, stress management, health responsibility, and exercise in that order. The score in the exercise domain was lowest in both groups.

In conclusion, on the basis of the results of this study, resources and protection facilities for unmarried pregnant women could be improved through government policies and health care policies that would allow unmarried women to utilize significant social support resources and actualize health promotion lifestyles. Nursing should offer interventions to increase psychosocial adjustment and support to improve the quality of life for unmarried pregnant women and further to promote improved growth and development of the infants.