지역사회간호학회지 제7권 제1호(1996)
The J. of Korean
Commmunity Nursing
Vol 7. No. 1. 1996

주요개념 : 건강가치, 건강통제위 성격, 자아존중감

도시빈곤여성의 건강가치, 건강통제위성격 및 자아존중감과의 관계*

이 광 옥**·양 순 옥***

I. 서 론

1. 연구의 필요성

현대간호는 대상자에 대한 치료 중심의 간호에서 벗어나 건강간호에 그 촛점을 두고 있다. 따라서 건강을 간호의 중심개념으로 보고 이를 간호의 목표로 삼고 있다(Meleis, 1990). 이에 부응하는 간호사의 역할은 대상자의 건강수준과 안녕을 증가시키고 삶의 질을 개선시키는데 있으며(Bestard & Courtenay, 1990), 이러한 관점은 전문직 간호사들로 하여금 대상자들의 건강에 대한 가치와 그들의 우선 순위에 대한 이해를 요구한다.

빈곤의 산물로서의 건강은 빈곤으로부터 빚어지는 신체적, 정신적, 사회적 불안녕을 의미하며, 높은 사망률과 이환률에도 불구하고 충족되지 않은 의료욕구는 빈곤층의 건강상태를 나타내는 표상들이다.

빈곤 문화이론(Lealock, 1972)에서는 빈곤계층에 속해 있는 개인 또는 집단이 가지고 있는 특유한 사회적, 심리적 속성과 관련지어 빈곤의 산물로서 건강을 설명하고 있는데 주로 건강가치, 건강통제위 성격, 자아존중감 등을 통해 건강행위를 설명하고 있다.

건강가치는 질병의 위험을 감소시키고, 건강상태 증진에 중요 요인으로서 건강보호, 건강증진행위 실천의 빈도와 강도에 영향을 미친다(Pender, 1982). 빈곤한 사람에게 건강가치 특성을 나타내는 건강행위는 정기적 건강관리 및 예방적 건강관리결핍, 그리고 중상층에 비해 질병기간의 장기화, 만성질병의 높은 이환률, 건강상태불량, 응급실과 병원에 많은 의존, 높은 입원률 및 장애률등을 낳고 있다(Bergner & Bauer, 1976).

건강통제위 성격(Rotter, 1954)은 인간이 무엇에 의해 좌우되는가 하는 기대성향으로 건강과의 관련 논문에서는 질병행위(Lowery, 1976 ; Wallston, 1976 ; Johnson, 1970)와 예방적 건강행위(Kaplan & Coweles, 1978 ; 송애랑, 1984, 김 애리 1992)에서 내적 통제위 성격일수록 자신의 건강상태에 대해 더 많은 관심과 질병에 대한 강한 학습욕구와 치료행위 이행수준이 높게 나타나고 있다.

자아존중감은(Samules, 1977) 자신에 대한 가치성, 사랑 및 인정을 받고 싶어하는 심리적 상태로 자존감이 높을 수록 건강에 대한 많은 관심과 건강행위에 긍정적 태도로 나타내고 있다.

전통적으로 여성은 자신과 가족 건강에 대한 일차적 책임을 가지고 있으며, 최근에는 우울을 경험하는 빈곤여성에 대한 연구(Zajicek & Desalis, 1980 ; Greywolf & Reese, 1980; Orr & James, 1984)에서 저소득, 모자가족, 사회적 지지부족, 빈곤세대 악순환

* 학술진흥재단 연구비 지원에 의한 연구임
** 이화여자대학교 간호과학대학
*** 경인여자전문대학 간호과

등의 빈곤요인이 여성우울의 중요 요인으로 대두되고 있다.

이러한 현상들은 간호사로 하여금 여성이 건강에 부여하는 가치를 형성하는 복합적인 영향을 인식하고 이해할 필요성을 낳게 하지만(Burn, 1990) 빈곤여성의 건강에 대한 가치에 관한 정보는 거의 부재한 실정이다(Bergner & Bauer, 1976).

따라서 지역사회 간호사업의 기본단위인 가족중 우선적인 접근이 요구 되는 빈곤여성의건강에 대한 가치형성에 관련 요인규명은 가족건강을 유지 증진.하기 위한 간호중재를 위해 선행되어야할 필요성이 있다. 이에 일부 지역사회간호사업에 참여하는 빈곤여성이 지각하는 건강가치와 건강통제위 성격 및 자아존중감의 관계를 분석함으로서 효과적인 간호중재를 위한 지식개발에 기여하고자 한다.

2. 연구문제 및 연구 목적

본 연구는 연구자의 지역사회 간호실무 경험과 문헌연구를 통해 건강행위에 중요한 요인을 미치고 있는 사회심리적 요인 중 빈곤과 가족건강에 일차적 책임을 가지고 있는 여성 즉 빈곤여성이 지각하는 건강가치, 건강통제위 성격 및 자아 존중감과의 관계를 파악하는데 있다. 따라서 본 연구의 연구문제는 다음과 같다.

1) 빈곤여성에 있어서 건강가치와 건강통제위 성격 및 자아존중감의 정도는 어떠한가?
2) 건강가치와 건강통제위 성격 및 자아존중감의 사이에 관계는 있는가?
3) 인구학적 변수와 건강가치와 건강통제위 성격 및 자아존중감 사이에는 관계가 있는가?

따라서 이와같은 목적을 달성하기 위하여 다음과 같은 구체적 목적을 갖는다.

1) 건강통제위 성격 및 자아존중감의 정도를 측정한다.
2) 건강가치, 건강통제위 성격 및 자아존중감의 관계를 파악한다.
3) 인구학적 특성과 건강가치, 건강통제위 성격 및 자아존중감의 관계를 파악한다.

3. 용어의 정의

1) 빈곤여성

빈곤은 경제적, 사회적 또는 심리적으로 여러가지 뜻을 함축하고 있기 때문에 시대적 가치관은 물론 분석자의 전문배경에 따라 그 의미가 달라질 수 있다(서상섭 외, 1981). 본 연구에서 빈곤여성이라함은 통계학적인 구분에 의해 서울 소재 일부 도시 영세민 밀집지역에 거주하며 지역사회 간호사업에 참여하는 유배우 여성을 의미 한다.

2) 건강가치

건강가치는 질병의 위협감소 혹은 건강증진에 주요한 요소로서 건강보호, 건강증진, 행위실천에 그 빈도와 강도에 영향을 미친다는 Pender(1982)의 건강증진 이론에 근거하였다. 건강가치의 구체적인 문항 특성은 Rokeach(1973)의 10가지 가치 척도기준(편안한 생활, 재미있는 생활, 성취감, 자유, 행복, 신체적·정신적 건강, 마음의 평화, 즐거움, 자기존중, 사회적인 안정)에 준하였다. 각 가치구성 요인의 순위를 1-10까지 등급을 주어 신체적, 정신적 건강 항목에 4순위 이하가 위치하면 건강가치가 높은 것으로(上), 5, 6, 7순위면 보통(中), 8, 9, 10 순위면 건강가치가 낮은 것으로(下) 의미를 부여하였다.

3) 자아존중감

자신을 긍정적으로 수용하고 가치 있는 인간으로 인지하는 정도로서 Rogenberg(1965)가 개발한 자아존중감도구를 전병제(1974)가 번안한 것을 사용하여 10문항을 5 점평점척도로 측정하였다. 따라서 이 도구의 점수가 높을 수록 자아존중감이 높은 것을 의미한다.

4) 건강통제위성격

건강이 일반적으로 무엇에 의해 좌우되는지를 나타내는 특성을 말하는 것으로 자신의 건강을 통제하는 능력이 어디에 있는가에 대해 일반적으로 갖게 되는 기대로서 Wallston & Wallston(1978)이 개발한 도구에 근거하여 다음의 3가지 차원의 성향을 각각 6개의 문항으로 총18개의 문항으로 구성된 내용을 말한다.

① 내적성향 : 건강은 자기자신에 의해 좌우된다고 믿는 성향

② 우연성향 : 건강은 운이나 요행에 의해 좌우된다고 믿는 성향

③ 타인의존성향 : 건강은 영향력 있는 타인에 의해 좌우된다고 믿는 성향

도구에서 얻어진 점수는 높을 수록 측정하고자 하는 차원의 성향이 높은 것을 의미한다.

Ⅱ. 문헌고찰

1. 건강가치

가치는 인간의 결정과 선택을 하게하는 기초를 제공하는 주요 변수이다. 이러한 가치형성은 생의 과정을 통해 형성되며, 성숙, 상호관계, 사회적 환경 등에 따라 발견하고 변화된다. (Pender, 1982)

Rokeach(1973)은 가치를 최종적 목표 수단과 도구적 의미로써 설명하고 있는데 최종적 목표 수단이란 행복, 내면의 조화, 성숙된 사랑 등으로 간주하며 도구적 의미에서는 욕망, 능력, 정직성으로 기술하고 있다. 보건의료 전달체계에서는 간호사와 대상자간에 이러한 가치가 상호작용되므로 간호사는 대상자의 가치에 대해 주의를 기울여야 한다. 특히 지역사회 간호의 궁극적 목표는 개인, 가족, 지역사회의 적정 기능수준 향상이라는 대상자 중심 건강목표를 달성하기 위해 대상자의 가치규명, 혹은 가치의 변화에 민감해야 한다. 왜냐면 가치는 원하는지 원하지 않는지를 판단하는 행동의 의미나 목적이 되기 때문이다(Rokeach, 1973).

Ware 와 Young(1976, 1979)의 연구에서는 건강에 대한 가치는 건강에 대한 의사 결정의 기저를 만들며 건강한 사람보다 아픈 사람이 더 높고, 연령, 성별, 교육수준, 사회 경제 수준에 따라 다르다고 보았다.

Pender(1982)는 건강가치는 질병의 위협감소 혹은 건강 증진에 주요한 요소인 건강보호, 건강증진, 행위실천에 그 빈도와 영향을 미친다고 했다. 즉 건강가치는 건강실천에 영향을 미치며 건강증진과 질병예방은 개개인의 가치와 우선순위에 대한 인식을 요구한다.

Law(1980)의 건강가치 연구에서는 청소년 보다 성인이, 중년남자보다 중년여자가 건강가치가 높게 나타났다.

Wallston(1976, 1979)의 건강통제위성격 연구에서는 건강가치가 높을때 건강행위를 변화시키는 것이 매우 중요하다고 보았다.

Tomstam(1975)은 건강가치가 낮은군은 더 나쁜 건강을 인정하게 되며 이러한 가치는Denbo(1956)의 건강연구에서 많이 사용된 것을 볼 수 있다. 즉, 인간은 장애나 질병에 적응시 가치의 변화가 매우 흔히 발생되지만 상실과 같은 정서적 구조에서 가치변화는 인간의 욕구를 변화시킬 정도로 어려워져 가치체계의 주변화는 적응의 과정에서 투쟁하는 가운데 점진적으로 일어난다고 본다(Goffman, 1963).

건강에 상호작용하는 변수의 다양성은 건강한 삶을 증진 혹은 저해하는데 영향을 미치며, 특히 건강관리의 적극적인 참여에 관계하는 변수는 건강가치, 사회경제적 상태, 결혼상태, 직업상태 등이 제시되고 있다(Public Health Service, 1985 ; Lselie & Swider, 1986 ; Waldron, Harold, Dann & Staum, 1982).

빈곤한 대상에서 건강가치를 나타내는 행위 특성을 보면 정기적 건강관리, 예방적 건강관리를 적게 받는 경향이 있으며 중상층에 비해 질병치유기간이 길어져 만성질병의 높은 이환률, 건강불량, 응급실과 병원의 잦은 방문등이다(Bergner & Bauer, 1976).

요약하면 건강가치를 변화한다는 것은 건강과 질병을 연속체 선상 혹은 이원론적 개념으로 보는 간호사에게는 어려울수도 있다. 그러나, 건강의 개념 정의를 통해 건강전문가가 대상자의 가치체계를 재구성하도록 이끌어 가듯이 간호사의 중요한 역활은 건강대상자에게 그들 자신의 중요한 가치를 인식하도록 도와주는 것이다. 부언하면, 낮은 건강가치는 낮은 자아개념을 낳게 하여 건강행위를 부정적으로 이끌 수 있으므로 현대지역사회간호수단의 중요영역인 건강교육시 대상자의 건강가치를 증진시킴으로 가치-지각간의 일치성과 삶과 자아에 있어서 만족감을 증진시킬 수 있다.

전통적으로 가족의 건강은 여성의 책임이므로 간호사는 여성의 건강가치관이 형성되기까지의 복합적 영향을 이해해야 하나, 여성의 건강에 대한 가치 정보는 거의 부재(Bergner & Bauer, 1976)하여 이에 대한 주위의 환기가 요구된다.

2. 건강통제위성격

건강통제위란 1954년 Rotter가 개발한 통제위를

Wallston & Wallston이 건강영역에 적용하여 고안한 개념으로서 건강이 일반적으로 무엇에 의해 좌우된다고 보는가로 나타내지는 기대성향을 말한다(Lewis, 1982). Rotter(1954)는 인간의 행위는 목표나 보상의 특성, 중요성뿐만 아니라 개인의 기대에 의해 나타난다고 하였으며, 또한 인간은 내적, 외적 통제위를 가지고 있다고 보았다.

초기의 이러한 Rotter의 통제위 개념은 Levenson (1974)에 의해 3가지 차원으로 구분되어 다차원적인 건강통제위로서 내적성향, 우연성향, 그리고 타인의 존성향으로 구분되었다. 내적 통제위 성향의 사람들은 그들 자신의 의지에 의해 삶을 조정할 수 있다고 믿으며, 건강에 대해서도 스스로의 책임에 의해 좌우된다고 생각하므로 건강은 자신이 잘 관리함으로써 질병을 피할 수 있다고 믿는다.

우연통제위 성향의 사람들은 건강이 행운이나 운명에 의해 좌우된다고 믿기때문에 건강에 대해서도 그들은 질병을 예방하기 위해 자신들이 할 수 있는 것은 아무것도 없다고 믿는다. 타인의존통제위 성향의 사람들은 자기이외의 어떤 외적인 힘에 의해 건강이 결정된다고 믿는다(Wallston & Wallston, 1978).

이러한 건강통제위 성향은 건강과 그 관련 행위에 영향을 미치는 선행변수로서 건강관련행위를 설명하고 예측할 수 있는 가능성을 보여주며, 주위환경을 조절하기 위한 기대성향으로서 반응하게 된다(김수지, 1985).

그러므로 대상자들의 건강통제위 성향을 아는 것이 특별한 상황에서의 행동을 예측하고 바람직한 행동으로 변화시키는 건강변수가 될 수 있다.

건강통제위에 관한 연구를 보면 내적 통제위일수록 자신의 질병에 대한 질문을 많이하고, 병에 대한 지식도 높고 자신의 현상태를 잘알고 통제하려는 정도가 높게 나타났다(Seeman & Evans, 1962 ; Lowery & Ducette, 1976 ; Wallston, 1970, 1978).

송애랑(1984), Feather(1967)는 여자가 남자보다 우연성향이 높게 나타난다고 보고하고 있는데 이것은 남녀가 받아 들이는 문화적인 역할인식의 차이라고 설명하고 있다.

Speake(1989)는 교육정도와 통제위성격과는 유의한 상관관계가 있어 교육수준이 높을 수록 내적성향이 높다고 보았다.

건강통제위와 심리상태에 관한 연구에서는 내적통제위 사람들은 외적통제위 사람보다 정서적장애가 없고 자신들의 생활상황에 만족하고 있으며 외적 통제위일수록 불안, 우울, 부적응 등 정신과적 진단과 유의한 관계가 있음이 밝혀지고 있다(Strikland, 1978).

건강통제위 성향은 문화적 요인, 저소득층 등의 사회적 영향에 의해 영향을 받는데 낮은 사회 경제적 계층의 사람은 외적 통제위 성향을 나타내는데 그 이유는 그들이 선택하고 행하기 보다는 상황이 그들에게 일어난다고 믿는다는 것이다(Katavosky, Crandal, 1976 ; Lefcourt 1976 ; Richmond , 1988).

즉, 약속시간에 늦게 나타난 대상자의 경우 내가 버스를 놓쳤다고 말하기 보다 버스가 나를 지나쳐 버렸다고 말함으로 경험에 대한 책임을 외적요인의 사건에 비난을 두게되어 이러한 반복적인 경험을 개개인의 권위를 비난하게 되고 개개인의 인성의 통합에 대한 계속적인 비난이 그들 자신에게 무력감 혹은 운명론적의 태도를 낳게 할 수도 있다는 것이다.

또한 친숙한 강화를 통해 획득되어지는 외적통제는 자녀가 계속적으로 부모나 형제자매에게 거절당하거나 무시당하는 경험을 하게 되면 점차 자녀는 자신의 환경을 통제할 수 없거나 그에에 일어난 것에 대해서는 통제할 수 없는 태도로 발달하게 된다. 반대로 긍정적인 자녀와 부모관계는 양육지지, 지지받는 상호작용, 관심, 신뢰를 통해 자녀를 내적 통제위 성향으로 발달되도록 돕는다.

Lefcourt(1976)는 선택할 수 있는 능력이 있는 사람은 자신이 원하는 것을 성취할 수 있는 행동을 취할 수 있는 사람으로 내적인 성향을 가지며, 내적 통제위 성향의 사람은 일반적으로 보다 긍정적인 자존감과 높은 자신감을 가지고 있다고 주장한다.

요약하면 건강통제위 성향은 건강상태와 건강행위 변화를 이해하기 위해 일반적인 기대개념으로 사용됨을 알 수 있다.

3. 자아존중감

많은 이론가들은 일반적으로 자아의 지각을 개인의 자아개념 또는 자아존중감으로 사용한다. 그러나 자아개념은 개인의 특성에 대한 동일시, 정체성의 측면으로 구조와 내용을 형성하는 부분과 특성에 대한 평가적 감정적 측면 모두를 포함한다면 자아존중감은 그중에도 평가적 감정적 차원을 강조한다고 볼 수 있다(이숙, 1994).

자아존중감에 대한 개념 정의를 보면 자아존중감

이란 개개인이 자기 자신에 대한 인지적, 평가적 수준을 나타내는 일종의 심리적 경향으로서 일련의 인생의 경험에서 얻어진 자기에 대한 느낌 또는 자기 가치로움에 따라 형성되어지는 자아 가치감으로 보았다.

Rosenberg(1971)는 자기를 지향하는 평가적 개념으로 자기에 대한 느낌, 감정, 동기, 가치관, 인지 등이 개인의 심리 현상속에서 수용되고 조절화 되어지는 전인격적인 것을 의미한다고 본다.

Crouch(1983)는 자아존중감을 기초적 자아존중감과 기능적 자아존중감으로 구분하였는데 전자는 인생초기의 경험을 통해 형성되는 비교적 변하지 않는 토대에서 형성된 것이며 후자는 변할 수 있는 것으로 기초적 자아존중감을 초월하는 것이며, 성인에서 자아 존중감은 다양한 사회적 상호작용의 경험을 통해 변화된다고 주장한다.

Samules(1977)는 자아존중감이란 자신에 대한 가치성, 사랑 및 인정을 받고 싶어하며 다른사람보다 낫고 자신을 미워하지 않으며 사랑하고 싶어하는 심리적 상태라고 보며 Coomb과 Snygg(1959)는 개인의 사고와 행위는 개인이 자기 자신과 그 능력에 관해 갖는 지각에 따라 결정된다고 보아 어떤 주어진 상황에 대해서 개인이 어떻게 지각하느냐에 따라 의존된다고 보았다.한 개인의 자신에 대한 평가적 태도로서의 자아존중감은 일상적인 대화나 성격 이론에 있어서 개인의 사회적 행동역할을 결정하는 중심 특성이 된다.

Bergner(1955)는 자아존중감은 삶을 극복해 나가는 개인의 능력이며 가치있는 개체로서의 자신에 대한 배려이며 동시에 다른 사람에 대한 배려하고 했다.

Turner는 자아존중감을 역활이론에 근거하여 역활이란 가능성 있는 행동에 대한 조화로서 자존감과 자아개념의 조직적인 구조로서 구성되므로 자아존중감은 의미있는 타인과 함께 상호작용을 통해 나타나는 자신에 대한 다른 사람의 반응에서 느끼는 자아의 지각에 기초를 두었다(Meleis, 1971).

대부분의 이론가들은 자아존중감은 전 생애의 과정을 통해 학습되어 지는 것(Coopersmith, 1967 ; Crouch & Straub, 1983 ; Stanwyck, 1983)으로 보아 이러한 학습과정은 개인과 사회환경과의 상호작용 과정에서 개발되며 일차적으로는 가족을 통해 또는 개인의 생애에 중요한 의미를 주는 개인으로부터 획득되는 것으로 보았다.

자아존중감의 영향요인을 보면 Wylie(1979)는 사회경제적 계층변인, 민족적변인, 교사나 동료요인, 성별, 가족적 요인, 신체적 요인에 의해 영향을 받음을 확인했다(김숙경, 1986).

방누수(1988)는 사회경제적 지위가 자아존중감의 하위차원인 능력적 평가, 가치적 평가에 영향을 주는데 특히 자신을 능력있는 사람으로서, 또 가치있는 사람으로서 평가하는데 영향을 준다고 보고하였다.

인구학적 특성에 따른 자아존중감의 실태와 여러 심리적 특성과의 관계를 탐색한 연구(송대현, 박한기, 1992)에서 보면 여성보다 남성이, 연령이 낮을수록, 학력이 높을 수록,사회적 지원을 많이 받을 수록 자존감이 높으며 사회적 지원, 생활만족, 주관적 건강감, 사회적 고립감, 배우자유무의 순으로 자아존중감을 예측해 주는 변인임을 밝히고 있다.

모성의 자존감 수준은 자녀의 자존감 발달에 중요한 요인으로 높은 자존감을 가진 아동의 경우 대상자의 어머니도 역시 높은 자존감의 성향으로 나타나고 있다(Coopersmith, 1967).

자아존중감과 건강의 관계로 살펴보면 자아존중감이 높은 사람일수록 건강에 대해 보다 많은 관심을 갖고 이러한 관심은 바람직한 건강행위를 실천하기 위해 더욱 긍정적인 태도로 표현됨을 알 수 있다(Herold, 1979).

Antonucci 와 Jackson(1983)은 건강상태가 나쁜 사람은 좋은 사람보다 낮은 자존감을 가지고 있으며, 여성의 경우 더욱 강한 관계를 나타내고 있다.

송애랑(1984)은 자아존중감이 높은 사람일수록 건강에 대해 보다 많은 관심을 가지며 긍정적인 태도를 표현된다고 하였다.

자아존중감과 건강통제위 성격과의 관계 연구에서 Fitch(1970), 김애리(1980), France(1982)는 외적 통제위 성향을 가진 사람은 무기력하고 낮은 자아개념을 갖고 있고 있음을 보고하였다. 또한 Anderson(1977)은 타인의존형의 사람들은 낮은 자아개념과 낮은 자아존중감을 갖고 있음을 제시하였다.

이상의 문헌고찰을 통해 간호사는 간호대상자의 건강목표를 효과적으로 달성하기 위해서 무엇보다도 그들의 가치를 규명할 필요성이 있다. 부분적이긴 하지만 대상자의 건강가치, 자아존중감, 건강통제위 성격간의 관계는 대상자가 결국 원하는지, 원하지 않는지를 판단하는 행동의 의미나 목적이 됨으로 이러한 중요개념의 관계성을 규명해 본다면 대상자의 가치체계에 대한 이해감이 증진될 수 있다고 본다.

Ⅲ. 연구 방법

1. 연구설계

본 연구의 설계는 빈곤여성들이 지각한 자아존중감, 건강통제위 성격, 건강가치에 관한 서술적 상관관계 연구이다.

2. 연구대상

서울소재의 일부 도시영세민 밀집지역에 거주하며 지역사회 간호사업에 참여하는 유배우 저소득층 여성이었다.

대상선정은 편의 표본추출 방식으로 저소득층이 많이 밀집되어 있는 E대학 인접 빈곤지역인 11개동, 2개의 임대아파트 밀집지역에 거주하는 주부를 대상으로 지역사회간호사업을 이용하는 자를 임의 선정하여 참여하기를 원하는자 총 243명을 대상으로 1994년 10월 2일부터 1995년 2월 7일까지 실시하였다.

3. 연구도구

1) 건강가치

Rokeach(1968)의 가치척도란 Wallston & Wallston의 가치척도에서 건강을 내포하여 만든 것이다. 가치란 목표적인 가치와 도구적인 가치로 순서를 매길 수 있는데 본 도구는 목표지향적인 가치를 의미하며 대상자가 10가지 문항에 우선순위를 매기게 되어 있다. 만약 건강관련 문항이 10개 문항중 4순위 이상에 위치하면 건강가치가 높은 것이며 5, 6, 7순위면 보통, 8, 9, 10순위면 건강가치가 낮은 것으로 의미하였다. 가치문항의 특성은 편안한 생활, 재미있는 생활, 성취감, 자유, 행복, 신체적, 정신적 건강, 마음의 평화, 즐거움, 자기존중, 사회적인 인정으로 되어 있으며 각 문항의 특성이 전인적, 포괄적 건강의 의미를 부분적으로 내포하고 있어 각 문항에 대한 순위 점수를 점수화 하여 평점이 낮을수록 가치의 수준은 높은 것으로 의미를 부여하였다.

2) 자아존중감 측정도구

Rogenberg(1965)가 개발한 자아존중감 측정도구는 자기 존중 정도와 수용정도를 측정하기 위해 고안된 것으로, 본 연구에서는 전병제(1976)가 우리나라 문화에 맞도록 수정·보완한 도구를 이용하였으며 개발당시 Cronbach's α=.85였으나 본 연구에서는 .87로 나타났다. 도구의 구성은 10문항으로 긍정문항 5개, 부정문항 5개로 구성되어 있으며 각 문항은 5점 척도로 [거의 그렇지 않다] 1점에서 [정말 그렇다] 5점으로 되어 있으며, 부정문항에 대해서는 그 반대로 평점하였다. 본 도구에 의한 자아존중감 점수는 10점에서 50점까지이며 점수가 높을 수록 자아존중감 정도가 높은 것을 의미한다.

3) 건강통제위 성격

건강통제위 조사도구는 Wallston & Wallston (1978)에 의해 개발되었으며 척도의 내용은 내적 성향, 우연성향, 타인의존성향의 3가지 차원으로 구성되어 있다. 이상의 3가지 차원으로 구성된 건강통제위 척도는 각각 6문항으로 구성되어 있으며 각 문항은 그 내용에 대한 동의 및 반대의 정도에 따라 5점 척도를 사용하였는데 그 이유는 Polit와 Hunger (1970)가 Likert scale의 경우 5점 척도가 대상자들이 응답하기에 좋고 중간 점수를 선택할 수 있다는 것을 근거로 하여 각 문항에 대한 반응을 [전혀 그렇지 않다]를 1점, [매우 그렇다]를 5점으로 주어 3 차원의 도구는 각각 6점에서 30점까지의 범위를 보인다. 따라서 각각의 도구에 의해 얻어진 점수가 높을수록 측정하고자 하는 부분의 성향이 높은 것으로 간주하였다. Wallston 등 (1978)이 개발 당시의 신뢰도는 Cronbach's α=.67, .77이었으며 김애리(1992)의 연구에서는 내적통제위의 Cronbach's α=.74, 우연통제위 .71, 타인의존통제위 .74이었다. 본 연구에서는 내적통제위의 Cronbach's α=.73, 우연통제위 .71, 타인의존통제위 .74의 신뢰도를 나타내었다.

4) 자료수집

자료수집방법은 질문지법을 이용하여 지역사회 건강간호사업시설내 면담실과 가정방문을 통해 실시하였으며 대상자에게 면접 목적과 질문내용을 설명한 후 협조해 주기를 원하는 사람에게 본 연구자가 직접 면담하여 실시하였다. 이때 소요되는 시간은 1인당 약 30~40분 정도 걸렸다.

5) 자료분석

자료분석방법은 변수간의 관계분석을 위해 SAS program을 이용하여 전산처리하였다. 각 도구의 신뢰도는 Cronbach's Alpha, 주요변수와의 관계는

Pearson Correlation, Coefficient, ANOVA, χ^2 test를 이용하였다.

Ⅳ. 연구결과 및 논의

1. 대상자의 일반적 특성

대상자의 일반적 특성을 알아보기 위해 연령, 직업, 월수입, 경제생활 만족도, 주거상태, 교육수준, 종교, 가족형태, 가족수, 총자녀수 등 9문항을 조사하였다 〈표1 참조〉

〈표 1〉 대상자의 일반적 특성 (N=243명)

	일반적 특성	실수	백분율
연령	20대	20	8.2
(43.46±7.91)	30대	67	27.5
	40대	102	42.0
	50대	54	22.2
직업	주부	123	50.6
	일당직(파출부, 간병인, 취로사업)	53	21.8
	공장	6	2.5
	집에서 부업	4	1.6
	소규모 자영업	36	14.8
	월급직	16	6.6
	기타	5	2.1
월수입	30만원 이하	31	12.7
	30~40만원	24	9.8
	40~50만원	60	24.7
	50~60만원	126	51.8
	60만원 이상	2	0.8
경제생활	상(上)	9	3.7
만족도	중(中)	158	65.0
	하(下)	76	31.3
주거상태	월세	125	51.4
	전세, 친척집	59	24.3
	자가	59	24.3
교육수준	무학	8	3.3
	국졸(국중태)	58	23.9
	중졸(중퇴)	67	27.6
	고졸(중퇴)	106	43.6
	대졸(중퇴이상)	4	1.6
종교	천주교	23	9.5
	기독교	100	41.1
	불 교	51	21.0
	무 교	69	28.4
	가족형태	대가족	1129
		확대가족	18	7.4
		핵가족	195	80.2
		기타	1	0.4
가족수	1명	3	1.2
(4.28±1.23)	2명	11	4.5
	3명	38	15.6
	4명	100	41.1
	5명	60	24.7
	6명	19	7.8
	7명 이상	12	4.9
총자녀수	1명	34	13.9
(2.44±1.06)	2명	109	44.9
	3명	59	24.3
	4명	31	12.8
	5명	9	3.7
	6명	1	0.4

대상자의 평균연령은 43.4세(SD=7.91) 로 40대가 42.0%(102), 50대가 26.3%(64), 30대가 27.8%(67)이었다. 직업은 주부가 50.6%(123)며 일을하고 있는 여성은 49.4%로 우리나라 여성의 경제활동 참여율인 47%(여성통계연보, 1995)와 비교할 때 유사하게 나타났다. 직업의 형태는 도시빈민가족의 가구주 직업양상(최일섭,1989)에서 단순노동이 22.6%와 유사한 일당직이 21.8%로 높게 나타났다. 최의 연구에 의하면 1989년도 도시빈민가족중 28%가 취업활동을하고 있는 것으로 나온데 비해 본 연구에서는 여성임에도 불구하고 49.4%로 높게 나타났다.

월수입은 50~60만원대가 51.4%(125) ,40~50만원대가 24.7%, 30~40만원대가 10.7%의 순으로 나타났다. 대상자의 경제생활 만족도는 中이 65%(158) 下가 31.3%(76)로 中下가 96.3%로서 대부분을 차지하고 있었다. 우리나라 빈곤가구는 사회계층상으로는 자신의 위치를 하위로 인식(유훈, 1982)하고 있는 것과 그 맥락을 같이 한다고 사려된다.

주거상태는 월세가 51.4%(125), 자가 24.3%(59) 전세가 23.5%(57)순으로 나타났다.

교육수준은 고졸 43.6%(106명), 중졸27.6%(67명), 국졸23.9%(58명)으로 낮게 나타났으며 한국의 사회지표(1993)에서 나타난 교육수준(국졸43.3, 중졸

20.1, 고졸 28.1)에 비해 높게 나타났다.

종교적 특성은 기독교가 41.1%(100명), 무교가 28.4%(69명), 불교가 21.0%(51명) 순으로 나타났다.

가족형태는 핵가족이 80.2%(195명)으로 가장 높게 나타났으며, 가족수는 평균 4.28명(SD=1.23)으로 최일섭(1989)의 서울 빈곤지역 가구원수 3.6보다 높게 나타났다. 자녀수는 평균 2.44(SD=1.06)이었다.

2. 자아존중감, 건강통제위 성격, 건강가치 정도

본 연구 대상자가 지각한 자아존중감 정도, 건강통제위 성향 정도, 건강가치순위정도를 파악하기 위해 평균, 표준편차를 산출한 결과는 다음과 같다〈표 2참조〉.

자아존중감 정도는 문항별 최대가능득점이 5점이며 최소가능득점은 1점으로 평균 37.17으로 나타났다.

〈표 2〉 자아존중감, 건강통제위 성향 및 건강가치 순위정도 N=243

	변 수	평균점수(순위)	표준편차	범 위
자아존중감	1. 가치	4.09(2)	1.12	3-5
	2. 만족감	3.76(4)	1.10	2-5
	3. 도덕성	3.53(8)	1.36	2-5
	4. 자질	3.46(9)	1.32	2-5
	5. 긍정적태도	4.27(1)	0.96	3-5
	6. 성공	3.88(3)	1.13	2-5
	7. 유익함	3.74(5)	1.26	2-5
	8. 능력	3.46(9)	1.32	2-5
	9. 존경	3.70(7)	1.32	2-5
	10. 자부심	3.76(4)	1.07	2-5
	계	37.17	5.99	22-50
건강통제위 성격	1. 내적성향	22.39(1)	3.27	10-30
	2. 우연성향	16.41(3)	4.18	6-30
	3. 타인의존성향	20.24(2)	4.15	9-30
가치 순위	1. 편안한 생활	4.17(2)	3.26	1-8
	2. 재미있는 생활	5.56(5)	2.55	3-9
	3. 성취감	6.28(7)	2.33	4-10
	4. 자주적이고 자유로운 선택	5.89(6)	2.42	3-9
	5. 행복(만족스러움)	4.51(3)	2.58	1-8
	6. 건강(신체적, 정신적 안녕)	2.25(1)	1.93	1-5
	7. 마음의 평화	4.68(4)	2.52	2-6
	8. 즐거움	7.19(9)	3.76	3-10
	9. 자기존중	6.99(8)	2.52	3-10
	10. 사회적 인정	7.42(10)	2.69	5-10

Rosenberg의 자아존중감의 정도 기준에서는 29.5 이상의 경우 자아존중감 정도가 높다고 봄으로 본 연구 대상자의 자아존중감의 정도는 37.17로 높게 나타났다. 여성의 자아존중감 정도에 관한 연구에서는 취업주부는 29.85(이숙, 1994), 여성환자의 경우 약물요법을 받는 암환자 28.25(김순이, 1985)폐결핵환자 19(송애랑, 1984), 외상환자28.00(조명옥, 1985) 등 다른 연구결과보다 높게 나타났다. 이는 빈곤이라는 특성이 부정적 측면으로서만 인식되어 온 건강관리자들에게 새로운 시각으로 빈곤대상의 가치관을 조명해야한다고 사려된다.

자아존중감의 문항별 특성을 보면 특히 가치 나는 적어도 다른 사람과 같은 정도로 가치있는 사람이라고 생각한다와 긍정적인 태도 "나는 내 자신에 대해서 긍정적인 태도를 갖고 있다"에서 높게 나타난 반면 수행능력 "대부분의 다른 사람과 같은 정도로 나는 일을 잘 할수 있다", 자질 "나는 좋은 성품을 많이 가지고 있다",그리고 도덕성 "나는 때때로 내가 좋지 않은 사람이라고 생각한다"에서 낮게 나타났다.

건강통제위 성격에서는 내적 성향이 평균 22.39, 타인의존성향이 20.24, 그리고 우연성향이 16.41의 순으로 나타났다. 내적성향이 타인의존 성향과 우연성향

즉 외적성향보다 높게 나타났다. Katavosky(1976), Lefcourt(1976), Richmond(1988)는 건강통제위 성향은 문화적인 요인,저소득층 등의 사회적 영향에 의해 영향을 받아 저소득층사람은 그들이 선택하고 행하기 보다는 상항이 그들에게 일어난다고 보는 신념이 외적통제 성향을 나타낸다고 하였는데 본 연구에서는 내적 성향이 외적성향 즉 우연성향, 타인의존성향보다 높게 나타났다.

가치 순위 정도는 건강의 가치 즉 신체적 정신적 건강이 1순위 였으며, 편안한 생활, 행복, 마음의 평화, 등의 순서로 나타났으나 가장 낮은 가치 수준은 사회적 인정이었다. 한국산업 경제 연구원에서 1989년 서울시 영세민 집단거주지역주민을 대상으로 실시한 의식 및 태도를 조사한 것을 보면 빈곤의 원인이 개인적인 부적응보다는 사회구조적인 결함에서 비롯된다는 인식이 강해지고 있음을 시사하고 있다. 즉 우리사회에서 경제적 결실로서 접근기능의 확장, 또는 계층도약의 가능성 여부가 자신의 노력이나 능력에 따르는 것이 아니고 학연, 지연, 혈연 등의 사회의 비공식적인 관계망에 의해 결정된다는 인식 등이 나타나고 있는 것으로 미루어 사회적 인정의 가치 우선순위가 낮게 나타난 것이 아닌가 사려된다.

3. 자아존중감, 건강통제위 성향, 건강가치와의 관계

1) 자아존중감과 건강통제위 성향과의 상관 관계

자아존중감과 건강통제위 성향과의 상관관계는 타인의존성향(R=.296, P<.01)에서 역상관관계가 약하게 나타났다<표3-1참조>. 즉 자아존중감이 높을 수록 타인 의존성향이 낮게 나타났다. 이는 Anderson (1976)의 연구에서 타인의존성향이 클수록 낮은 자아개념과 낮은 자아수용을 갖고 있다는 보고를 지지하며 Fitch(1970), 김 애리(1980), France(1982)의 연구에서 외적통제위 성향을 가진 사람은 무기력하고 낮은 자아개념을 갖고 있음과 그 맥을 함께함을 알 수 있다.

자아존중감의 구체적 문항 특성에 따른 건강통제위 성향과의 상관관계에서는내적성향에서는 자질(R=.292, P<.002), 긍정적 태도(R=.416, P<.000)에서 순상관관계가 나타났다<표 4참조>.즉 자신이 좋은 성품을 많이 가지고 있다고 생각할수록, 자신에 대해 긍정적인 태도를 갖고 있다고 인식 할 수록, 내적성향이 있는 것으로 나타났다.이는 자아존중감과 건강통제위 성격과의 관계 연구에서 내적 통제위 성향을 가진 사람은 긍정적인 자아개념을 갖고 있음과 그 의미를 함께한다고 본다(Fitch, 1970 : 김애리, 1980 ; France, 1982). 부언하면 내적 통제위 성향의 사람들은 그들 자신의 의지에 의해 삶을 조정할 수 있다고 믿으며, 건강에 대해서도 스스로의 책임에 의해 좌우된다고 생각하므로 건강은 자신이 잘 관리함으로써 질병을 피할 수 있다고 믿는다. 이러한 신념은 개인이 자기 자신과 그 능력에 관해 갖는 지각에 따라 결정된다고 볼 때(Snygg,1959) 한 개인의 자신에 대한 평가적 태도로서의 자아존중감은 사회적 행동역할을 결정하는 선행요인이 된다고 본다. 우연통제위 성향의 사람들은 건강이 행운이나 운명에 의해 좌우된다고 믿기때문에 건강에 대해서도 그들은 질병을 예방

<표 3> 자아존중감과 건강통제위 성향

	Mean	S.D	R	P
건강통제위				
내적성향	22.39	3.277	0.055	0.4241
우연성향	16.41	4.180	−0.159	0.021
타인의존성향	20.24	4.154	−0.296	0.0046**

<표 4> 자아존중감문항별 건강통제위성격과 상관관계

건강통제위 / 자아존중감	내적성향		우연성향		타인의존성향	
	R	P	R	P	R	P
1. 가치	0.013	0.083	0.080	0.206	−0.172	0.006
2. 만족감	0.161	0.011	−0.253	0.001	0.017	0.790
3. 도덕성	0.026	0.672	0.077	0.223	0.015	0.808
4. 자질	0.292	0.002**	−0.241	0.000	0.063	0.322
5. 긍정적태도	0.416	0.000**	−0.193	0.002	−0.088	0.171
6. 성공	0.165	0.009	0.0961	0.133	−0.010	0.867
7. 유익함	−0.039	0.537	0.1065	0.094	0.072	0.256
8. 능력	0.0053	0.933	0.0402	0.527	0.071	0.261
9. 존경	0.0494	0.437	0.1419	0.025	0.090	0.157
10. 자부심	0.0058	0.927	0.0922	0.145	0.142	0.024

하기 위해 자신들이 할 수 있는 것은 아무것도 없다고 믿으며, 타인의존통제위 성향의 사람들은 자기이외의 어떤 외적인 힘에 의해 건강이 결정된다고 믿으므로(Wallston & Wallston, 1978) 이러한 신념은 결국 자신에 대한 평가적 가치인 자아존중감이 낮을수록 나타나는 성향으로 미루어 대상자의 자아존중감 특히 개인의 자질, 긍정적 태도 를 증진시킴으로 대상자가 주체가 되어 주위환경을 조절하기 위한 기대성향으로 반응을 유도할 수 있다고 사려된다.

2) 자아존중감, 건강통제위 성향, 및 건강가치 1순위와의 상관관계

건강가치순위는 원자료가 순위별 측정값으로 나타나 건강가치에 1위를 표시한 것을 건강가치1순위라 하여 이를 자아존중감, 건강통제위성향과의 관계를 본 결과 상관관계가 없는 것으로 나타났다.〈표5참조〉

〈표 4〉 건강가치 1순위와 자아존중감과 건강통제위 성향과의 상관관계

자아존중감		건강통제위/내적성향		우연성향		타인의존성향	
R	P	R	P	R	P	R	P
0.1344	0.1695	−0.0881	0.340	−0.032	0.722	−0.0760	0.4052

4. 대상자의 일반적 특성과 자아존중감, 건강통제위 성향, 건강가치정도와의 비교

1) 자아존중감과의 비교

일반적 특성과 자아존중감정도와의 비교에서는 대상자의 경제상태와 경제생활만족도에서 유의한 차이가 나타났다〈표6 참조〉. 즉 월수입이 높은 군이 (P<.05), 주관적 경제생활만족도(P<.05)가 높은 군이 자아존중감의 정도가 높게 나타났다. 빈곤여성이라는 동질성 속에서 나타난 사회경제적 계층에 따라 자아존중감의 차이가 나타남은 자아존중감에 미치는 영향요인에 Wylie(1979)의 사회경제적 계층변인이 본 연구에서도 지지됨을 알 수 있다. 또한 Burns(1990)의 빈곤여성의 자존감에 관한 연구에서 가사노동외에 지역사회활동에 참여하는 자가 하지않는자보다 자존감이 높게 나타났으나 본 연구에서는 지역사회활동중 직업유무에 관련 요인을 보았으나 의미 있는 차이는 나타나지 않았다.Ward(1977)는 나이가 자존감과 유의한 상관관계가 있는 것으로 나왔으나 본 연구의 결과는 지지되지 않았다.

이상에서 간호실무자들은 빈곤의 동일 특성을 가진 대상이라 할지라도 가치의 의미 부여는 경제적 계층과 주관적 만족도 등의 관련변인이 자아존중감의 정도가 영향력을 줄 수 있음을 고려할 필요가 있다고 사려된다.

〈표 6〉 자아존중감 정도와의 비교

일반적 특성		자아존중감 정도 M	S.D	F	P
연 령	20	36.90	6.24	0.42	0.7922
	30	37.48	5.77		
	40	38.11	6.98		
	50대이상	37.08	6.73		
직 업	유	36.28	6.14	0.64	0.189
	무	37.79	5.84		
월수입	30만원이하	32.06	5.505	2.86	0.0189*
	30−40만원	32.00	6.285		
	40−50만원	33.50	2.380		
	50−60만원	36.61	5.966		
	60만원이상	36.65	6.703		
생활의만족도	상	39.25	7.26	4.34	0.0156*
	중	38.74	6.62		
	하	35.07	5.37		
주거소유	월세	37.182	6.475	1.26	0.2940
	전세	33.278	5.853		
	자가	39.330	7.095		

2)건강통제위성향과의 비교

일반적 특성과 건강통제위성향과의 비교에서는 연령이 높을 수록, 생활의 만족도가 낮을 수록 우연 성향(P<.05)이 높게 나타났으며, 월수입이 높을수록 내적성향이 높게 나타났다. 주거소유에서는 내적성향(P<.05), 우연성향(P<.05) 에서 통계적으로 유의한 차이가 나타났으나 일괄성 있는 특성은 나타나지 않았다. 건강통제위 성향은 문화적 요인, 사회적 요인에 영향을 많이 받게 되는데 빈곤여성에서도 수입이 많을 수록 자신의 의지에 의해 삶을 조절할 수 있다는 내적성향이 높게나타났다. 건강통제위와 심리상태에

관한 연구에서는 내적통제위 사람들은 외적통제위 사람보다 정서적장애가 없고 자신들의 생활상황에 만족하고 있으며 외적 통제위일수록 불안, 우울, 부적응 등 정신과적 진단과 유의한 관계가 있음이 밝혀지고 있다(Strikland, 1978) 또한 생활의 만족도가 클수록 우연성향이 낮게 나타남은 생활의 만족도가 낮은 사람들은 우연성향, 타인의존성향인 외적 통제위 성향을 나타내는데 그 이유는 그들이 선택하고 행하기 보다는 상황이 그들에게 일어난다고 믿기 때문에(Katavosky, Crandal, 1976 ; Lefcourt, 1976 ; Richmond, 1988) Arakelian(1980)은 내적 통제위화 훈련을 통하여 바람직한 방향으로 인간의 행동을 변화시킬수 있다고 주장한다.

〈표 7〉 건강통제위 성향과의 비교

일반적 특성		내적성향				우연성향				타인의존성향			
		M±SD		F.P		M±SD		F.P		M±SD		F.P	
연 령	20	23.10	3.47	1.62	0.1747	15.90	3.70	2.60	0.0396*	18.09	4.65	1.39	0.2405
	30	22.67	2.85			15.34	3.65			19.85	3.67		
	40	22.32	2.23			16.00	3.83			20.75	4.12		
	50이상	27.76	3.23			16.45	4.63			20.31	3.90		
직 업	유	22.42	3.09	0.19	0.6659	16.57	3.67	0.24	0.6237	20.35	3.70	1.21	0.2744
	무	22.37	3.42			16.29	4.55			20.17	4.49		
월수입	30만원이하	22.44	3.58	2.50	0.034*	15.17	5.66	0.50	0.7781	22.27	2.42	1.58	0.1731
	30-40만원	22.69	2.96			16.33	6.31			22.67	2.73		
	40-50만원	22.86	2.45			17.83	2.40			20.67	6.06		
	50-60만원	24.83	3.71			16.57	3.92			20.50	4.55		
	60만원이상	25.00	3.10			16.00	4.14			20.42	4.05		
생활의 만족도	상	21.75	2.49	1.72	0.1840	14.87	2.85	3.38	0.037*	20.62	2.32	0.13	0.8742
	중	22.35	3.06			15.26	3.72			20.63	4.32		
	하	23.39	3.48			17.16	4.42			20.20	4.21		
주거소유	월세	22.93	3.42	3.26	0.0243*	16.02	4.24	3.03	0.032*	20.68	4.19	0.05	0.6801
	전세	25.15	2.30			19.73	4.63			21.18	2.63		
	자가	22.14	2.60			15.63	3.50			19.64	3.82		

3) 건강가치와의 비교

건강가치의 순위를 Rokeach(1968)의 기준에 의해 1-4, 5-7, 8-10 순위를 上(높은군) 中(보통군), 下(낮은군)로 보아 이를 범주화하여 일반적 특성과 비교한 결과는 다음과 같다(표8참조).

〈표 8〉 건강가치와의 비교

일반적특성 \ 건강가치		상 (84)		중 (40)		하 (19)			
		No.	%	No.	%	No.	%	X^2	P
연 령	20	11	55	5	10.0	4	20	4.691	0.790
	30	54	80.6	5	7.8	8	11.9		
	40	78	76.5	6	5.9	18	17.6		
	50	41	75.9	3	5.6	10	18.5		
직 업	유	84	70.0	15	12.5	21	47.5	1.738	0.419
	무	100	81.3	4	3.3	19	15.4		
월 수 입	30만원이하	25	80.6	1	3.2	5	16.1	12.372	0.261
	30~40만원	10	41.7	2	8.3	12	50		
	40~50만원	55	91.6	1	1.7	4	6.7		
	50만원 이상	94	73.4	15	11.7	19	14.9		
생활의 만족도	상	6	66.7	2	22.2	1	11.1	14.012	0.007**
	중	116	73.4	15	9.5	27	17.1		
	하	62	81.6	2	2.63	12	15.8		
주거 소유	월세	96	76.8	12	9.6	17	13.6	5.443	0.488
	전세, 친척	40	67.8	4	6.8	15	25.4		
	자가	48	81.4	3	5.1	8	13.4		

건강가치가 높은 군이 75.72%(184), 낮은군이 16.4%(40),보통군이 7.8%(19)로 대부분이 건강가치가 높게 나타났다.일반적 특성에서 보면 생활의 만족도가 낮은 군이 건강가치가 81.6%, 보통군이 73.4%, 높은군이 66.7%로 나타나 생활의 만족도가 낮은 군이 건강가치가 높게 나타남을 알 수 있다. Burns (1990)는 학령전 아동을 가진 빈곤여성을 대상으로 건강가치를 조사한 결과 대상자의 85%이상이 높은 건강가치를 나타냄은 본 연구와 그 맥을 함께하며 Ware 과 Yang(1976, 1979)의 연구에서도 건강가치는 건강에 대한 의사결정에 대한 기초를 만들며 건강한 사람보다 취약성이 있는 사람이 건강가치가 더 높다는 결과를 지지하고 있다. 이는 저소득층 여성들이 건강에 가치를 높게 부여하고 있음을 의미한다.

Burns(1990)는 빈곤대상자들의 건강행위실천의 불이행이 낮은 건강가치의 영향이 아니라 지지체제의 부재, 불신, 에너지 부족, 주위상황의 생소함, 부적절한 교통수단, 자원의 부족, 건강활동의 부적절한 계획이 관련요인임을 주장함은, 본 연구에서 그들의 건강가치가 결코 낮지 않음과 같은 맥락에서 이해 되어져야 한다고 본다. 또한 Law(1980)는 청소년보다 성인이 중년남자 보다 중년여자가 건강가치가 높게 나타난 것을 미루어 볼 때 본 연구대상자의 연령특성에 분포가 중년층의 넓은 특성이 나타나 건강가치가 전반적으로 높게 나온것과 그 맥락을 함께한다고 사려된다.

V. 결론 및 제언

빈곤의 산물로써 건강은 빈곤으로 빚어지는 신체적, 정신적, 사회적 불안녕을 의미한다. 높은 사망률, 높은 이환률, 그럼에도 충족되지 않는 의료욕구는 빈곤층의 건강상태를 나타내는 표상들이다. 본 연구의 목적은 이러한 표상들을 사회 심리적 속성과 관련하여 부분적이긴 하지만 건강가치와 건강통제위성격 및 자아존중감의 관계를 규명해 봄으로서 지역사회 간호사업의 우선적인 접근이 요구되는 빈곤가족건강관리에 효과적인 간호중재를 위한 지식체 개발에 기여하기 위함이었다.

연구대상은 서울시에 거주하는 도시 영세민지역에서 일부 지역사회 간호사업에 참여하는 여성 243명을 편의 표본 추출하여, 질문지법에 의해 조사하였으며 결과분석은 SAS Program을 이용하여 전산처리하였다.

본 연구에서 밝혀진 결과를 요약하면 다음과 같다.

1. 조사대상의 평균 연령은 43.4세며 경제활동 참여율은 49.4%로 높게 나왔다. 대부분의 직업 형태는 일당직이며 평균 가구원 수는 4.28명으로 80.2%가 핵가족으로 나타났다. 주거소유형태는 월세, 51.4%, 전세가 23.5%로 나타났다.교육수준은 43.6%가 고졸이상으로 나타났다.
2. 연구대상의 자아존중감 정도는 37.17로 높게 나타났으며, 일의수행능력(3.46) 자질(3.46)이 도덕성(3.53)에서 다른 특성에 비해 낮게 나타났다.
3. 연구대상자의 건강통제위 성격에서는 내적성향이 39(SD=3.27) 타인의존 성향의 20.24(SD=4.18) 우연성향이 16.41(SD=4.15)의 순으로 나타났다.
4. 연구대상자의 가치범주에서 나타난 가치의 순위는 신체적·정신적인 건강, 편안한 생활, 행복, 마음의 평화, 재미있는 생각 등의 순으로 나타났으며 가장 하위의 순위는 사회적 인정 이었다.
5. 자아존중감과 건강통제위 성향과의 관계에서 보면 자아존중감과 타인의존 성향($r=-0.296$, $P<0.01$)에서 역상관관계가 있었다. 즉 자아존중감이 낮을수록 타인 의존성향이 높은것으로 나타났다. 각항목에있어서는 내적 성향에서 자질, 긍정적인 태도에서 순상관관계를 보여주었다.
6. 연구대상자의 일반적 특성과 자아존중감의 유의성 검정에서는 수입원이 높을수록 자아존중감이 높게 ($P<.05$), 생활의 만족도가 높을수록 자아존중감($P<.05$)이 높게 분포되었다.
7. 건강통제위 성향과의 비교에서는 경제상태가 높을수록 내적성향이 높게($P<.05$), 연령이 높은군이, 생활의 만족도가 낮은 군이($P<.05$) 우연성향이 높게 나타났다.
8. 건강가치에서는 연구 대상자들의 75.72%가 높은 건강가치를 나타내었으며 일반적 특성과의 비교에서는 생활의 만족도가 낮은 군이, 연령이 높은 군이 건강의 가치가 높은 분포($X2=14.012$, $P<.01$)를 보였다.

이상과 같은 결과를 통해 도시빈곤 여성의 자아존중감은 비교적 높게나타났으며 빈곤문화속에서도 주관적 경제생활의 만족도에 따라 건강가치의 의미 부여가 다양함을 볼수 있다. 빈곤이라는 특성이 전통적으로는 건강관리의 장애요인으로 인식되어 왔지만 본 연구의 결과에서는 자아 존중감과 건강가치의 의미부여가 높게 나타남으로서 더 이상 빈곤이 장애요인이 아니고 건강증진을 도모할 수 있는 잠재력이 있음이

확인되었다. 지역사회간호사업의 궁극의 목적이 대상자를 동반자 의식으로 그들이 스스로 건강을 유지 증진할 수 있도록 하는데 그 촛점을 두는 것이므로 간호사가 빈곤대상자를 접근시 건강에 대한 개별적 책임을 강조하고 그들 고유의 건강가치를 존중함으로서 건강가치 지각의 일치성과 자아의 만족감을 증진시킬수 있을 것이다.또한 저소득층의 건강실천, 및 건강증진행위에 영향을 미치는 다른 관련 요인도 지속적으로 탐구되어야 할 것이며, 본 연구의 결과가 여성의 enpowerment 를 촉진하는 건강교육과 상담프로그램을 계획하기 위한 기초자료로 활용되기를 기대해 본다.

참 고 문 헌

김공현 · 김현옥 · 안성규(1983), 도시 저소득층 지역 보건서비스 개발을 위한 기초 조사 연구보고, 한국인구 보건연구원

김수지(1985), 간호이론, 수문사 p217－220

김숙경(1986), 아동이 지각하는 부모행동과 자아존중감간의 관계연구, 숙명여자대학교 대학원 석사학위 논문

김순이(1985), 암환자의 자아존중감과 불안과의 관계에 대한 연구 : 약물요법을 받는 환자를 중심으로, 이화여자대학교 대학원 석사학위 논문

김애리(1990), 자기 존중감에 관한 일연구, 고려대학교 대학원 석사학위논문

김애리(1992), 비만 학생과 정상체중 학생의 건강통제위 성격과 우울에 대한 관계 연구, 연세대학교 보건대학원 석사논문

김영모(1990), 한국빈곤연구, 서울 한국복지정책연구소

김익기, 장세훈(1987), 도시 빈민의 내부 문화와 빈곤의 재생산 과정, 한국사회학, 21, 77－100

방누수(1988), 종교성과 자존심에 관한 일 연구, 고려대학교 대학원 석사학위 논문

송대현, 박한기(1992), 한국노인들의 자존심에 관한 연구, 한국노년학, 12(1), 79－96

송애랑(1984), 건강통제위 성격 · 자아존중감 및 자가간호행위의 분석 연구. 이화여대학원 석사논문.

한국여성개발원(1995)

유 훈 외(1982), 영세민실태조사와 대책방향에 관한 연구, 서울대학교 행정대학원 행정조사연구소

이두호 외3인(1991), 빈곤론, 서울 나남 출판사 p.212

이미선(1984), 주부의 자아 존중감과 가사노동에 대한 태도 및 만족도에 관한 연구, 숙명여자대학교 대학원 석사학위 논문

이 숙(1994), 일부도시주부의 자아존중감과 우울에 대한 연구, 정신간호학회지, 제3권 제2호 pp81

이순경(1984), 자기존중감 인지 양식과 학업성적에 관한 연구, 동아대대학원 석사학원 논문

이정연(1980), 입원환자의 자아개념과 불안과의 관계 연구 ; 연세대학교 대학원 석사학위논문(미간행)

전병제(1974), Self－Esteem ; A test of its Measurability, 연세논총. Vol.11. P124

조명옥(1985), 와상환자의 신체상과 자아존중감에 관한 연구, 이화여자대학교 대학원 석사학위 논문

최일섭외(1989), 서울시 저소득층 실태파악과 대책수립에 관한연구, 한국산업경제연구원, p122－143

최학례(1986), 노인의 자아개념 인지가 노인건강에 미치는 영향에 관한 연구, 영남대학교 경영대학원, 석사 논문

통계청(1992), 인구주택 총조사, p48

통계청(1993), 고용구조 조사 보고서

통계청(1993), 한국의 사회지표, p66

홍은영(1989), 고혈압 환자의 건강통제위 성격, 가족지지 및 건강행위 이행과의 관계 연구, 중앙의학, 54(7) p489－497

Anderson, C.R(1977), Locus of Control, Coping behavior and performance in a stress setting ; Longitudinal study. Journal of Applied Psychology, 62, No.4:446－451.

Antonucci, T.C., & Jackson, J.S.(1973) Physical and Self-esteem. Family and Community Health, 6(2) : 7－13

Arakelian M.(1980), An assessment and nursing application of the concept of locus of control. Advances in Nursing Science; 3 35－42

Balcin, P. and Ross, A.W(1975), Prediction success in weight reduction as a function of locus of control: A unidimensional and multidimensional approach. Journal of consultion clinical psychology, Vol.,43, No.1:119.

Bauer, M.(1978), Health characteristics of low-income persons.

Bendo, A., & Feldman, H.(1974), A compartion of self-concept of low income women with

and without husbands present, Journal of Social Relationa 9(1);53-85.

Bergner, L.,& Yerby, A.S.(1976), Low income and barriers to of health services.In Kane, R. L. ,Kasterier. J.M., Gray, R. M) (Eds).: The Health Gap: Medical Servicea and the Poor(p. 27-39). New Tork, Springer

Bishop, E.S(1972), The self-concept of welfare mothers ; Some sociological correlations. Dissertation Abstracts 33: 30)-34

Bretspraak, L.M., & George, L. K.(1982), Self-concept and self-esteem, in Mangen, Brown, N., A.Muhlenkamp, L.Fox, and M. Osborn.(1983), The relationships among health belief, health values, and health promotion activity. West J Nur. Res. 5 p155-63

Bruhn J, Parcel G, Davidson F(1982), Current knowledge about the health behavior of young children; A conference summary. Health Deuc Q, 9:142-166

Burns EI. Doremus PC. Potter MB(1990), Value of health, incidence of depression, and level of selfesteem in low-income mother of preschool children, Issues in Comprehensive Pediatric Nursing. 13(2):141-53

Bush P, Parcel G, Davidson F(1982), Reliability of a shortened children's health locus of control scale. Read before the annual meeting of the American Psychological Association. Washington, DC.

Coopersmith, S.(1967), The antecedents of self esteem, San Francisco ; W.H. Freeman

Crisson JE, koefe FJ.(1988) The relationship of locus of control to pain coping strategies and psychological distress in chronic pain patients. pain 35(2); 147-54

Crouch M.A. & Straub V.(1983), Enhancement of self-esteem in adults, Family and Community Health, 6(2);76-78

Dielman T.E.(1987), Susceptibility to peer pressure, self esteem, and health locus of control as correlates of adolescent substance abuse, Health Education Quarterly, 14(2);207-21

Dufalut MA.(1985) Changing the locus of control of registered nurse students with a futuristic-oriented course, Journal of Nursing Education, 24(8);314-20

Duffy, ME.(1988) Determinants of health promotion in midlife women, Nursing Research, 37(6);358-62

Eielman T, Leech S, Lorenger A, Horvath J (1985), Health locus of control and self-esteem as related to adolescent health behavior and intentions. Adolescence, 4:19:935-950

Green,L.W., Werlin S.H., Schauffler, H.H.,& Avery, C.H.(1977). Research and demonstration issues in self care. Measuring the decline of medicocentrism, In J.D. Gallicchil, Consumer self-care in health DHEW Publication No.HRA, 77-3

Greywolf, E.S. Reese, M.F. & Belle, D.(1980), Stressed mother's syndrome : How to short -circuit the stress-depression cycle. Behavioral Medicine 7(11):12-18

Herold, E.S.(1979), "Self-esteem, locus of control and adolesxent contraception, Journal of psychology, vol 101; 83-88

Hersh. P.O & Scheibe, K.E(1967), "Reliability and validity of Internal-External control as a personality dimension" Journal of consulting psychlogy, vol 31;609-613

Johnson, J.E et al (1970), "Psychological Factors in the welfare of surgical patients", Nursing Research, vol 19; 8-19

Kaplan, G.D. & Cowles, A(1978), Health locus of control and health value in the Prediction of smoking reduction. Health Education Monographs, spring. 6;129-137

Leslie, L.A & Swider, S.M.(1986) Changing factors and changing needs in women's care. Nursing Clinics of North America, 21(1) :117-119

Levenson, H.(1974), Activism and powerful others ; Distinctions within the concert of internal-external control, Journal of personality Assessment, vol 38;377-384

Lewis FM.(1982), Experienced personal control and quality of life in last stage cancer patient, Nurses, 31(2):113-119

Lowery, B.J. & Ducette, J.P.(1976), "Disease-related learning and disease control in diabetes as a function of locus of control" Nursing Research, vol.25, No.5, p358-362

Martinson, I.M.(Eds)(1986), Women in Health and Illness ; Life Experiences and Crises (p116-125). Philadelphia, W.B.Saundera.

McCusker, J. & G.R. Morrow(1979), The relationship of health locus of control to preventive health behaviors and health beliefs, Patient Counseling and Health Education, 1, 146-50

Meisenhelder JB.(1985), Self-esteem ; a closer look at clinical intervensions, International Journal of Nursing studies, 22(2):127-35,

Moss P., & Pleurs I.(1977), Mental Distress in mothers of pre-school children in inner London. Psychological Medicine, 7:641-652

Murray J. Corney R.(1989), Locus of control in health ; the effects of psychological well-being and contact with the doctor, International Journal of Social Psychiatry, 35(4):361-9

Nancy S. Redeker(1988), Health Beliefs, Health Locus of Control and the Frequency of Practice of Breast self Examination in Woman JOGNN:45-51

Parce G, Meyer M(1978), Development of an instrument to measure children's health locus of control. Health Educ Monogr, 6:149-159

Pender, N.J.(1982), Health Promotion in Nursing Practice. Norwalk, CT;Appleton-Century-Crofts

Phares, E.J.(1976), Locus of control in personality, Morristown ; General Learning Press.

Pill R., and Stott.N.(1984), Preventive procedures and Practices among working class women ; new data and fresh insights, Soc, Med. 21. 973-984

Rokeach M.8 Grube J.W(1979). Can valves be manipulated arbitrarily? In understanding Human values Individual and societal(Rokeach ra. ed), The Free Press, New York:241-256

Rosenberg, M.(1965), Society and the Adolescent Self-Image, Princeton, Princeton, University Press.

Rosentock IM. Strecher VJ. Becker MH. Social learning theory and the Health belief Model. Health Education Quarterly, 15(2):175-83

Rotter, J.E.(1954), Social Learning and Clidical psychology, Englewood clifts, NJ. Prentice-Hall

Rotter JB.(1966) Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement, Psychology Monograph, 80.(Whole No 609)

Sanwyck D.J.(1983), Self-esteem through the life span. Family and community Health, 6 (2), 11-28

Seeman, RA and Evans, J.W (1962), "Alienation and Learning in a hospital setting" American Sociological Review, vol 27:772-783

Silber, E. & Yippett, J.(1965) Self-Esteem : Clinical Assessment and measurement, Psychological Report, 16 :1017

Smith. M.B(1963), Personal values in the study of lives. In the study of Lives(White R.W. et) Prentice-Hall, Atherton Press, New York, 324-327

Stanwyck, D.J(1983), Self-esteem through the life-span, Family and Community Health, 6 (2):11-28

Strickland, B.R.(1978), "Internal-External Expectancies and Health-Related Behavior", Journal of consulting and clinical psychology, vol.46, No.6, 1195-1200

Wallston, K.A., & Wallston, B.S.(1978), Health locus of control, Health Education Monographs, spring ; 6

Ward, R.A.(1977), The impact of subjective age and stigma on older persons. Journal of Gerontology, 32(2):227-232.

Wells, E.L. & Marwell.G.(1976), Self esteem ;

Its conceptualization and measurement, Beverly Hills. CA ; Sage Publications

Wright B.A.(1960), Physical Disability. A Psychological Appreach-Harper & Brothers. New York

Zajicek, E. & Desalis, W., Depression in mothers of young children, Journal of the Royal Society of Medicine, 71:489-493

-Abstract-

Key concepts : Value of health, health locus of control, self-esteem

Value of Health, Multidimensonal Health Locus of Control and Level of Self-esteem in Low Income Mothers

Lee, Kwang Ok · Yang, Soon Ok***

As a product of poverty, health means the physical,mental and social instability caused by poverty. High mortality, high morbidity,and unsatisfied needs for medical care indicate the health condition of poor people. These indicators are related to the social and psychological property.

This study is to develop an effective method of nursing in the poor family which is an essential unit in the nursing field of the community and to which a fundamental approach is need as a top priority.

We can make such a study,though partially,by revealing the relationship among the Health-value,Health Locus of Contol,and the Level of Self esteem.

We randomly sampled 243 women who are participating in the nursing departmentt of the comnnity nursing centers in Seoul.

We investigated by using questionaries and made an analysis on the result by SAS program.

The result of this investigation can summarized as follows :

1. The average age of the subjects investigated is 43.4 and the participation rate in the economic activity is as high as 49.4%. Most of them are paid daily. The average members of the family are 4.28 persons, and 80.2% of which are nuclear families. The type of housing is as follows:51.4% are monthly-rent houses. Rent houses represent 23.5%. And 43.6% of the subjects graduate the high schools
2. The level of self-esteem possessed by the sub jects is 37.17. The quality of task performance(3.46) and the morality(3.53) are low as compared with the other qualities.
3. In relation to the locus of control, internality is 22.39, the influence of powerrful others represents 20.24, and the effect of chance occurance is 16.41.
4. The orderings of value scale are the physical and mental health, comfortable life, happiness, mental peace, and pleasure. The lowest order is social recognition.
5. Considering in relation to the self-esteem and the locus of control, we found out that there is a negative relationship among the self-esteem, the influence of powerful others. The lower the level of self-esteem is,the higher the influence of powerful others is. There is also a negative relationship among the detailed items such as the qualities, and the positive attitude.
6. In a significant test in the general characters of the subjects and in the level of self-esteem,we can obtain the follwing results.
   The higher the economic level is, the higher the level of self-esteem is. And the higher the level of satisfaction with life is, the higher the level of self-esteem is.
7. In the locus of control, the higher the economic level is, the higher the internality is.

* College of Nursing, Ewha Womens University
** Nursing Department, Kyung-In Women's College

8. In the health-level, 75.72% represent the high health-level. And the group which has the low satisfaction with life represents the high level of health-value(81.6%).

With these results, we can conclude that the level of self-esteem possessed by the poor women living in the city is high and that they have the multi-dimemsional health-value even though they are living in the poor condtions.

Traditionally, the poverty has been recognized as an unfavorale factor in the health care. But this study shows that the poverty is no longer an unfavorale factor and, on the contrary, it has a potential power with which people can improve their health by possessing the high self-esteem and the high health value.

The ultimate purpose which the nursing task of the community has is to make the patients keep and improve their own health. So, when the nurses approach the poor patients, the nurses should put an emphasis on the individual responsibilities of the pat ients, and respect their own health value.