지역사회간호학회지 제10권 제2호(1999)
The J. of Korean
Community Nursing
Vol. 10, No. 2. 1999

주요개념 : 건강증진 생활양식, 지각된 건강상태
자아존중감, 건강통제위

건강증진 생활양식에 영향을 미치는 변인분석
-산업장 근로자를 대상으로-

오 윤 정*

Ⅰ. 서 론

1. 연구의 필요성

건강한 삶을 영위하고자 하는 것은 인간의 권리이며 건강한 신체와 정신을 유지한다는 것은 기본적이고 우선적인 생존조건으로서 인간이 누릴 수 있는 가장 소중한 행복 가운데 하나라고 할 수 있다(박종기, 1977).

경제발달과 생활수준의 향상 및 의학기술의 발달로 인간의 평균수명이 증가하면서 오늘날 질병양상이 감염성 질환에서 만성퇴행성 질환으로 변화되었다. 이러한 질병양상의 변화에 따른 문제점은 이들 질환이 난치적 특성을 가지고 있기 때문에 삶의 질 저하와 의료비 증가의 요인이 된다는데 있다(박나진, 1997). 이로 인해 질병에 걸린 후에 건강관리를 받는 것보다는 평상시에 건강을 유지, 증진하는 것이 훨씬 더 바람직하다고 인식하게 되었고 만성퇴행성 질환의 위험 요인인 식습관, 흡연, 운동부족, 스트레스 등의 생활양식의 변화를 통해 성인병을 예방하기 위한 건강증진 행위에 관심을 갖게 되었다.

건강증진이란 개인의 습관이나 환경의 변화를 촉진하는 과정을 통해서 높은 수준의 안녕을 향해 나아가는 건강관리를 말하며(Brubaker, 1983), 건강증진 행위란 건강한 생활양식을 향상시키기 위한 개인적 또는 지역사회적 활동으로서 안녕수준뿐 아니라 자아실현, 자기성취를 증진시키기 위한 방향으로 취해지는 활동이다(Pender, 1982). Johnson-Saylor(1980)는 건강증진의 목적을 첫째 질병예방을 준비하는 것, 둘째 조기발견, 셋째 대상자가 전체성, 균형, 최적의 기능을 유지하도록 돕는 것이라 하였다. Pender(1982)는 건강증진 행위를 건강한 생활양식을 향상시키기 위한 개인적 또는 지역사회의 활동으로서, 안녕(well-being)의 수준을 높이고 자아실현, 개인적인 만족감을 유지하거나 높이기 위한 방향으로 취해지는 활동으로 정의하였다.

건강증진의 공식적인 개념은 1974년 캐나다 정부에서 발표된 Lalonde Report로부터 시작되었는데 이 보고서에는 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). 건강증진 행위를 수행하는 것은 개인의 태도변화를 통한 생활양식의 변화를 꾀하는 것이라고 할 수 있다(Mason과 Mcginnis, 1990).

최근 WHO에서는 선진국에서 일어나는 사망의 70~80%, 후진국에서 일어나는 사망의 40~50%가 생활양식이 원인이 되는 질병때문이라고 추산하였으며(이미라, 1997), 우리나라에서도 한국 보건사회연구원이 수행한 국민건강조사(1989)를 통해 수집된 전국자료를 분석한 결과 20~59세 성인에서의 바람직한 건강관련 실천행동

* 거창전문대 교수

들이 신체적 건강상태와 긍정적인 관계가 있는 것으로 보고되어(김공현, 1996), 건강증진을 위한 기본으로 건강에 대한 행위와 태도변화에 영향을 미칠 수 있는 요인들을 규명하는 연구가 요구되고 있음을 알 수 있다.

산업장 근로자의 건강문제는 흔히 직업병과 산업재해로 표현되나, 사실 근로자의 일반적인 건강문제는 일반국민과 마찬가지로 만성퇴행성 질환이나 생활양식과 관련된 질환의 비중이 압도적으로 많음을 건강진단 실시결과 알 수 있다(조동란, 전경자, 1993; 전경자, 1994). 그러나 전반적으로 근로자의 건강증진을 위한 프로그램의 시행이 매우 미흡한 상태이다. 따라서 지금까지 실시해 오던 직업병과 산업재해 관리에 건강증진 프로그램을 포함한 포괄적인 근로자 건강관리 프로그램의 개발과 시행이 매우 시급한 과제라 생각한다.

이에 본 연구자는 산업장 근로자들을 대상으로 하여 건강증진 생활양식 수행과 관련되는 변인을 규명하여 산업장의 포괄적인 건강증진 프로그램 개발을 위한 기초자료를 얻고자 본 연구를 시도하였다.

2. 연구의 목적

본 연구의 구체적인 목적은 다음과 같다.

1) 대상자들의 인구사회학적 특성과 건강증진 생활양식의 수행정도를 파악한다.
2) 건강증진 생활양식과 인지지각 요인들과의 상관관계를 파악한다.
3) 대상자들의 인구사회학적 특성에 따른 건강증진 생활양식 수행과의 상관관계를 파악한다.
4) 건강증진 생활양식 수행에 영향을 미치는 주요변인을 파악한다.

3. 용어의 정의

1) 건강증진 생활양식

개인이나 집단의 최적의 안녕, 자아실현, 개인적인 성취를 유지하거나 증진시키려는 방향으로 취해지는 행위(pender, 1987)로 박인숙(1995)이 개발한 도구로 측정한 점수로 정의한다.

2) 지각된 건강상태

자신의 건강에 대한 주관적인 평가(ware, 1978)로 Ware 등(1978)이 개발한 단일문항의 도구로 측정한 점수로 정의한다.

3) 자아존중감

자신을 긍정적으로 수용하고 가치있는 인간으로서 인지하는 것(김혜숙과 최연순, 1993)으로 Rosenberg (1965)의 자아존중감 측정도구를 전병재(1974)가 번역한 것으로 측정한 점수로 정의한다.

4) 건강통제위

개인의 행위와 그 결과인 강화 사이에 주위 세계에 대해 대처하는 개인의 인지된 능력을 말하는 것(Wallston and Wallston, 1978)으로 Wallston 등(1978)에 의해 개발된 다차원적 건강통제위 측정도구로 측정한 점수로 정의한다.

Ⅱ. 문헌 고찰

1. 건강증진과 건강증진 행위

건강을 의미하는 영어의 health라는 단어는 신체조건이 양호하다는 뜻의 고어 "hal"에서 유래되어 "신체상태가 완전하고 양호하며 굳세다"는 어원적 의미를 지니고 있다. WHO에서는 "건강이란 단순히 질병이 없는 상태가 아니라 신체적, 정신적, 사회적, 영적 측면에 걸친 안녕상태(well being)"라고 정의하였다. 이 정의에서는 이미 인간을 신체적, 정신적, 사회적, 영적 존재로 간주할 뿐만 아니라 건강을 인간 삶의 부분이 아닌 전체적인 면에서 이해하고 있음을 알 수 있다.

Dunn(1959)은 건강개념에 "최고의 안녕상태"개념을 포함하였고, 인간의 건강상태는 건강 혹은 질병으로 이분적으로 나누어지는 것이 아니라, 건강·불건강의 연속선(health-illness continuum)상에서 계속 변화하는 것이라고 보았다. 즉, 인간의 건강상태는 최고의 안녕상태에서부터 효율적으로 대처하고 기능하면 건강한 상태라고 할 수 있고, 적절히 대처하지 못하거나 기능이 통합되지 못하면 불건강 상태라고 할 수 있다

Smith(1981)는 건강과 질병을 연속선상에서 볼 때 건강은 정반대에 위치한 질병에 비해 긍정적인 사고라고 할 수 있다고 하였으며, 건강의 개념을 4가지의 서로 다른 모델로 서술하고 있다. 즉 건강을 "의학적으로 진단이 내려진 질병이나 불능이 없는 상태"로 보는 임상적 모델, "기대되는 최대한의 결과를 나타내는 사회적 역할의 수행"으로 보는 역할수행모델, "인간유기체에 최대한의 이익을 지속시키기 위하여 신체적, 사회적 환경과 유연하게 상호작용하는 것"으로 보는 적응모델, 그리고 건강이

란 "자아실현, 즉 안녕(well-being)상태"로 정의하는 행복모델로 분류하였고 이들 각 모델들은 상호배타적이지 않고 포괄적인 내용을 포함한다고 보았다. Breslow (1983)는 건강을 평형성과 안정성으로서의 건강균형과 그 균형을 유지하기 위해 비축된 건강 잠재력으로 보고 건강증진을 건강을 위한 준비를 강화하고 위험을 줄이는 것으로 나타내었다.

미국공중보건국(1979)에서는 건강증진을 "건강한 사람들이 자신들의 안녕감을 유지, 증진시킬 수 있는 생활습관을 개발할 수 있도록 개인과 지역사회의 방법들을 개발하는 활동"이라 정의하였으며, WHO(1985)는 "개인이나 지역사회로 하여금 건강 결정인자들에 대한 통제를 증가시키고, 그러므로써 스스로의 건강을 향상시키게 하는 과정"이라고 하였고, 제 1회 건강증진 국제회의 오타와 헌정(1986)에서는 "건강 불평등을 줄이고 모든 사람들의 건강 잠재력을 최대한 발휘할 수 있도록 동등한 기회와 자원을 확보하는데 목적을 두고, 건강한 공공정책 수립, 지리적 환경조성, 개인의 건강관리와 기술개발, 임상적이고 치료적인 진료서비스 이상의 건강서비스로의 역할 전향을 포함한 활동"으로 정의하였다.

Brubaker(1983)는 의학, 간호학 및 지역사회 건강관련 문헌의 분석을 통해서 건강증진이란 개인의 습관이나 환경의 변화를 촉진하는 과정을 통해서 높은 수준의 안녕을 향해 나아가는 건강관리를 말하며 그 선행조건이나 부산물로서 질병예방 및 건강유지를 취하고 있으며 건강의 안정성 후에 일어난다고 하였다.

Pender(1987)는 건강을 환경과 구조적 통합을 유지하고 조화를 이루는데 필요한 것으로서 적응을 하기 위해 목표 지향적 행위, 충분한 자가간호, 다른 사람과의 만족스러운 관계를 통해 선천적, 후천적인 인간 잠재력을 실현하는 것으로 정의하였고 건강증진은 안녕의 수준을 증가시키고 개인, 가족, 지역사회의 잠재력을 활성화시키기 위한 방향으로 제시된 활동이며 질병이나 문제지향적인 것이 아니라 건강의 긍정적인 잠재성을 확장시키기 위해 추구하는 것으로 정의하였다. O'Donell (1989)은 건강증진을 최적의 건강상태 유지를 위한 대상자의 생활양식 변화를 돕는 과학이며, 예술적인 것으로 정의하였으며, Stachtchenko(1990)은 생활양식의 수정에 강조를 두며, 건강의 결정인자에 대한 통제를 증가시키고, 건강을 개선시키기 위해 개인과 지역사회가 힘을 갖는 강화(empowering)과정이라고 정의하였다. 또한 Kulbok와 Baldwin(1992)은 건강증진이란 건강습관을 선택하거나 부정적인 건강관리를 회피하는 것 이상의 의미로서 건강과 관련된 지식, 태도, 행위의 복잡한 망을 포함하며, 건강증진을 위해서는 경제적, 문화적, 사회적 환경속에서 복합적인 개인의 생활방식을 선택하는 것이 필요하다고 하였다.

변영순과 장희정(1992)은 건강증진 개념분석을 통해 건강증진이란 안녕을 성취하기 위하여 대상자 스스로 필요한 요구를 확인하여 생활양식을 변화하도록 대상자로 하여금 힘을 갖게 하는 활동이 확장되는 것으로 보았다.

건강증진 행위를 설명하기 위하여 Pender(1987)가 제시한 건강증진모형(Health Promotion Model)은 사회인지이론에 기초하여 여러 건강관련 행위의 연구결과와 건강행위이론(건강신념모형, 이성적 행위이론, 자기효능이론)에서 개념을 도출하여 종합한 포괄적인 모형이다.

즉 생활양식의 건강증진 요소를 설명하고 예측하는 인과관계를 기술하는 모형으로서, 인지지각요인, 조정요인 및 행동계기로 구성되어 있다. 인지지각 요인은 건강증진 행위에 가장 우선적인 동기기전으로 작용하여 건강증진 행위를 습득하고 수행하는데 직접적인 영향을 준다. 이들 인지지각 요인들은 변화가능한 것으로 건강증진 행위를 증진시키기 위한 간호중재에 중요한 요인이 되는데, 이에는 건강가치, 건강통제위, 자기효능감, 건강개념, 건강상태, 지각된 유익성, 지각된 장애성이 있다. 조정요인에는 인구학적 요인, 생물학적 특성, 대인관계 요인, 상황적 요인, 행동적 요인 등이 있고 행동계기는 안녕감의 증가나 잠재성의 인식과 같은 내적 계기와 건강행위에 대한 다른 사람과의 대화나 대중매체와의 접촉을 통한 외적 계기가 있다. Pender 이론의 가장 중요한 특징은 건강증진 행위에 인지지각 요인이 미치는 영향이 크다는 것을 강조한 점이다. 특히 인지지각 요인은 고정된 것이 아니라 중재의 의해 변화가능하므로 대상자의 인지지각을 변화시켜 건강증진 행위를 촉진할 수 있다는 것이다(Weitzel, 1989).

이와 같이 건강증진에 대해 다양한 정의가 있으나, 건강증진의 실천문제는 개개인의 생활태도를 통한 생활양상의 변화를 꾀하는 것이라고 할 수 있다(Mason과 Mcquinnis, 1990). 건강증진을 추구하기 위해서는 인간의 건강에 대한 행위와 태도 변화에 영향을 미칠 수 있는 요인들을 규명하는 작업이 필요하다.

2. 건강증진 생활양식에 관한 선행연구

건강, 질병, 사망의 중요한 결정요인이 생활양식이라

고 믿게 되면서 건강증진 생활양식에 관한 연구가 다수 이루어져 왔다.

Christiansen(1981)는 건강증진 생활양식을 결정하는 요인에 대해 성인 500명을 대상으로 연구한 결과 생의 즐거움, 신체적 적성, 감정을 나눔, 건강보호, 질병예방의 요인으로 나타났다. 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. 조사된 인구학적 변수 중 남성보다 여성이, 연령이 높을수록, 교육수준이 높을수록 건강증진 생활양식을 잘 수행하는 것으로 나타났으며, Walker 등(1988)은 452명의 성인을 대상으로 연구한 결과 노인이 장년, 청년에 비해 건강증진 생활양식 정도가 더 높았으며, 고연령이 건강증진 생활양식을 설명하는데 가장 높은 변수였으며 성별, 교육 및 수입도 유의한 변수로 나타났다.

Duffy(1988)는 35-65세 여성 262명을 대상으로 건강증진 생활양식에 미치는 영향을 조사한 결과 우연 통제위(13%), 자아존중감(6%), 현재 건강상태(2%), 건강염려/건강관심(2%), 고학력(1%), 내적 통제위(1%)에 의해 건강증진 생활양식이 25% 설명되었고, 179명의 생산직 근로자를 대상으로 연구한 Weitzel(1989)은 지각된 건강상태(9%), 자기효능감(6%), 건강가치(3%) 및 교육(2%)이 건강증진 생활양식을 20% 설명하였으며, 내적 통제위는 유의한 영향력이 없다고 하였다. Speake 등(1989)은 297명의 노인을 대상으로 인구학적 특성과 2개의 인지지각요인(지각된 건강상태, 건강통제위)으로 건강증진행위에 미치는 영향을 조사한 결과 과거 건강상태와의 비교, 동년배와의 건강비교, 우연 통제위 및 내적 통제위가 건강증진 생활양식을 24% 설명하고 있는 것으로 나타났다.

고용주가 후원한 6가지 건강증진프로그램에 등록한 근로자 589명을 대상으로 연구한 Pender 등(1990)은 지각된 개인의 능력, 건강정의, 지각된 건강상태, 건강통제위가 31%를 설명해 주었다. 암환자를 대상으로 연구한 Frank-Stromborg 등(1990)은 교육수준, 연령, 가족수입, 고용상태의 인구학적 변수가 7.7%를, 건강에 대한 지각된 통제성, 건강에 대한 정의, 지각된 건강상태가 15.80%를 설명해 주었다고 하였다. 노인을 대상으로 한 Duffy(1993)의 연구에서는 현재의 건강상태와 내적 통제위가 유의한 예측요인으로 보고되었으며, Stuifbergen과 Becker(1994)는 장애인을 대상으로 연구한 결과 건강행위에 대한 구체적인 자기효능 및 일반적인 자기효능이 높고, 건강에 대한 안녕-중심의 정의를 갖고 있으며 기계적인 보조물을 덜 필요로 하고 여성인 경우에 건강증진 생활양식을 더 수행하는 경향이 있다고 보고하였다. Duffy등(1996)은 맥시코계 근로여성을 대상으로 한 연구에서 나이, 교육, 자기효능, 건강통제위, 현재의 건강상태가 통계적으로 유의한 기여를 보였으며 이들 변수와 결혼상태, 수입, 직업상태가 합해져서 건강증진 생활양식의 88%를 설명해 주었다고 하였다.

이태화(1990)는 직장인 349명을 대상으로 실시한 연구에서 자아존중감이 건강증진 생활양식을 14% 설명하는 가장 영향력 있는 변인이었으며, 그 다음이 내적 통제위 6%, 의존 통제위 4%, 지각된 건강상태 3% 및 연령 2%가 건강증진 생활양식의 예측요인으로 확인되었고 전체적으로 29%의 설명력을 나타내었다. 윤 진(1990)은 산업체 근로자 285명을 대상으로 연구한 결과, 자아개념이 건강증진 생활양식을 16.7%로 가장 많이 설명하는 변인이었고 자아개념에 일주일 근무시간과 학력이 추가되어 건강증진 생활양식을 18.7% 설명하였다. 건강가치는 대상자의 78.9%가 건강을 1-4군위로 높은 가치를 두고 있었으나 건강증진 생활양식에는 유의한 영향요인으로 나타나지 않았다. 박미영(1994)은 대학생을 대상으로 연구한 결과 건강상태지각 11.6%, 내적 통제위 7.4%, 건강의 중요성 인식 3.0%, 안녕적인 건강개념 4.7%, 타인의존성 통제위 1.4%가 건강증진 생활양식의 28.19%를 설명한다고 하였고 서연옥(1995)의 연구에서는 사회적지지, 강인성, 자기효능감, 성역할 고정관념, 성역할 장애성, 지각된 건강상태가 중년여성의 건강증진 생활양식을 88% 설명해 주는 것으로 나타났다. 오복자(1995)는 추후관리를 받고 있는 위암환자 164명을 대상으로 연구한 결과 희망이 건강증진 생활양식에 대해 29.8%의 설명력을 보였고, 다음으로 자기효능감 9.7%, 지각된 장애성이 3.2%, 자아존중감이 1.7%로서 모두 44.3%의 설명력을 나타냈다. 박인숙(1995)의 성인을 대상으로 실시한 연구에서는 자기존중감, 연령, 지각된 건강상태, 내적 통제위, 성별, 타인의존성 통제위, 종교, 직업 및 결혼상태가 건강증진 생활양식의 30.3%를 설명해주는 것으로 나타났다. 박재순(1995)의 중년후기여성을 대상으로 실시한 연구에서는 가족기능, 내적 통제위, 자기효능, 학력, 경제상태, 폐경관련 신체증상, 건강상태 지각에 의해서 건강증진 생활양식의 32.8%가 설명되었

다. 대학생을 대상으로 한 박정숙 등(1996)의 연구에서는 자기존중감, 주관적 건강지각, 타인의존성 통제위, 내적 통제위 순으로 건강증진 생활양식에 영향을 주었으며 이것에 의해 건강증진 생활양식의 29.22%가 설명되었다. 이종경과 한애경(1996)의 1개 간호대학생 졸업예정자를 대상으로 실시한 연구에서는 사회적 지지와 자기존중감이 37.90%를 설명하는 것으로 나타났다. 서울, 경기지역 17세 이상 성인 533명을 대상으로 한 전정자와 김영희(1996)의 연구에서는 연령, 자기존중감, 교육수준, 성별, 가족 월수입비가 24.1%의 설명력을 갖고, 성인초기(17-40세)에서는 자아존중감, 월수입, 건강상태가 11.2%를, 성인중기(40-60세)에서는 자기존중감, 성별, 교육수준이 17.1%를 그리고 성인후기(60세 이상)에서는 자기존중감과 교육수준이 59%의 설명력을 갖는 것으로 보고되었다. 이미라(1997)는 92명의 대학생을 대상으로 연구한 결과 건강증진 생활양식에 가장 유의한 영향을 준 변수가 자기효능감 30.55%, 그 다음이 통제성 6%이어서 이 두변수에 의해 건강증진 생활양식의 36.55%가 설명되었다. 여기에 과거 운동경험과 자기존중감이 포함되어서 전체 건강증진 생활양식의 39.21%가 설명되었으며, 박나진(1997)은 414명의 산업장 근로자를 대상으로 연구한 결과 건강증진 생활양식에 가장 영향력 있는 변인은 자기효능감이며, 그 다음이 지각된 유익성, 지각된 건강상태, 교대근무, 근무부서의 순이었고 이 6개의 주요변인에 의해 건강증진 생활양식의 31.05%를 설명할 수 있는 것으로 나타났다.

이상의 선행연구들은 종합해 보면 건강증진 생활양식에 영향을 미치는 요인으로 사회적지지, 자아존중감, 자기효능감, 건강에 대한 중요성 인식도, 건강통제위, 지각된 건강상태, 인구학적인 변인 등을 들 수 있다. 이에 본 연구에서는 산업장 근로자들을 위한 건강증진 프로그램 개발의 기초자료를 제공하고자 산업장 근로자를 대상으로 건강증진 생활양식과 관련되는 변인을 규명하고자 한다.

Ⅲ. 연구 방법

1. 연구설계

본 연구는 산업장 근로자의 건강증진 생활양식 수행정도를 파악하고 이와 관련된 변인들을 규명하기 위한 서술적 조사연구이다.

2. 연구대상

연구대상자는 T광역시에 위치한 S사에 근무하는 근로자 중에서 연구목적을 이해하고 연구대상으로 참여하기를 수락한자로, 270명을 임의 표집하였다. 회수된 설문지는 총 241명이었다. 본 연구대상은 산업장의 특성상 여성근로자의 수가 전체 근로자의 3%미만에 불과하여 남성만을 대상으로 연구를 실시하였다.

3. 연구도구

1) 건강증진 생활양식

박인숙(1995)이 개발한 건강증진 생활양식 측정도구로, 총 60문항으로 구성되었다. 조화로운 관계 4문항, 규칙적인 식사 3문항, 전문적 건강관리 4문항, 위생적 생활 7문항, 자아조절 5문항, 정서적지지 4문항, 건강식이 7문항, 휴식 및 수면 5문항, 운동 및 활동 7문항, 자아실현 8문항, 식이조절 6문항으로 구성되어져 있으며 '항상 하고 있다'에 4점, '자주 하고 있다'에 3점, '가끔 하고 있다'에 2점, '전혀 하고 있지 않다'에 1점을 배점하여 4점척도로 하였다.

본 연구에서 도구의 신뢰도는 Cronbach's α=0.93이었다.

2) 건강통제위

Wallston 등(1978)에 의해 개발된 다차원적 건강통제위 척도중 Form A를 택하여 사용하였다. 총 18문항으로 내적 통제위 척도 6문항, 우연 통제위 척도 6문항, 타인의존성 통제위 척도 6문항으로 구성되어져 있으며, '항상 그렇다'에 4점, '대체로 그렇다'에 3점, '대체로 그렇지 않다'에 2점, '거의 그렇지 않다'에 1점을 주었으며 각각의 점수에서 얻어진 점수가 높을수록 측정하려는 성향이 높음을 나타낸다. 본 연구에서 내적 통제위의 신뢰도는 Cronbach's α=0.79, 우연 통제위의 신뢰도는 Cronbach's α=0.66, 타인의존성 통제위의 신뢰도는 Cronbach's α=0.61이었다.

3) 자아존중감

Rosenberg(1965)가 개발한 10문항의 자아존중감 측정도구를 전병재(1974)가 번역한 것으로 사용하였다. 이 도구는 긍정적인 문항 5문항과 부정적인 문항 5문항인 총 10문항으로 구성되어져 있으며, 긍정적인 문항은

'정말 그렇다'에 4점, '대체로 그렇다'에 3점, '약간 그렇다'에 2점, '전혀 그렇지 않다'에 1점을 주었으며 부정적인 문항은 역으로 환산을 하였다. 본 연구에서의 도구의 신뢰도는 Cronbach's α=0.83으로 나타났다.

4) 지각된 건강상태

현재 자신의 건강에 대한 주관적인 평가를 측정하기 위해서 Ware 등(1978)이 개발한 지각된 건강상태 측정도구를 사용하였으며, 이 도구는 "현재 전반적인 건강상태가 어떻다고 생각하십니까 ?"라고 묻는 1문항으로, '매우 건강하지 못하다'에 1점, '건강하지 않은 편이다'에 2점, '보통이다'에 3점, '건강한 편이다'에 4점, '매우 건강하다'에 5점을 배점하여 5점척도로 구성하였다.

4. 자료수집 절차

자료수집은 1998년 3월 2일부터 4월 28일 사이에 이루어졌다. 본 연구자가 충분한 시간을 가지고 연구의 목적을 설명하고 연구 참여에 동의를 얻은 후 설문지를 배부하였고, 연구대상자들이 직접 구조화된 설문지에 자가보고하는 형식으로 기재하도록 하였다. 설문지 작성시간은 15분에서 20분 정도 소요되었다.

5. 자료분석 방법

수집된 SPSS PC+을 이용하여 다음과 같이 분석하였다.

1) 대상자의 인구학적 특성은 실수와 백분율로 산출하였다.
2) 건강증진 생활양식의 수행정도는 평균과 표준편차, 백분율로 산출하였다.
3) 자아존중감, 건강통제위, 지각된 건강상태와 건강증진 생활양식 수행과의 관계는 Pearson 적률 상관계수로 검정하였다.
4) 인구사회학적인 변인에 따른 건강증진 생활양식 수행의 차이를 검정하기 위해 t-검정, 분산분석을 실시하였으며, 분산분석후 집단간의 차이검정은 Duncan 검정으로 하였다.
5) 건강증진 생활양식 수행에 영향을 미치는 주요변인을 확인하기 위해 단계적 다중회귀분석(stepwise multiple regression)을 이용하여 분석하였다.

Ⅳ. 연구 결과

1. 대상자의 인구사회학적 특성

본 연구의 대상자의 연령분포는 30세 미만이 106명(44.4%)로 가장 많았으며, 30~40세가 101명(41.9%), 40세 이상이 34명(14.1%)로 나타났다. 종교는 무교가 96명(39.8%)로 가장 많았고 그 다음이 불교 91명(37.8%)의 순이었고, 교육정도는 대졸이상이 156명(64.7%)이었으며, 결혼상태는 기혼이 158명(65.6%), 미혼 81명(33.6%), 사별 2명(0.8%)으로 나타났다.

가족수는 3명이하가 171명(70.9%)으로 가장 많았으며 가정월수입은 101만원~150만원이 84명(34.9%), 151만원~200만원이 70명(29.0%), 201만원 이상이 68명(28.2%), 100만원이하가 19명(7.85)이었다. 주거소유형태는 자가가 145(60.2%), 주거형태는 아파트가 155명(64.3%)으로 가장 많은 것으로 나타났다〈표 1〉.

〈표 1〉 대상자의 인구사회학적 특성 (n=241)

특 성	구 분	실 수(백분율)
연 령	30세미만	106 (44.0)
	31-40세	101 (41.9)
	40세 이상	34 (14.1)
종 교	기독교	27 (11.2)
	불 교	93 (38.6)
	천주교	18 (7.5)
	기 타	7 (2.9)
	무 교	96 (39.8)
교육정도	고 졸	85 (35.3)
	대 졸	148 (61.4)
	대학원 이상	8 (3.3)
결혼상태	기 혼	158 (65.6)
	미 혼	81 (33.6)
	사 별	2 (0.8)
가족수	3명이하	171 (70.9)
	4~6명	68 (28.2)
	7명이상	2 (0.9)
가정월수입	80만원 이하	3 (1.2)
	81만원~100만원	16 (6.6)
	101만원~150만원	84 (34.9)
	151만원~200만원	70 (29.0)
	201만원 이상	68 (28.2)
주거소유형태	자 가	145 (60.2)
	전 세	81 (33.6)
	월 세	8 (2.9)
	기 타	7 (2.3)

〈표 1〉 대상자의 인구사회학적 특성(계속)(n=241)

특 성	구 분	실 수(백분율)
주거형태	단독주택	73 (30.3)
	연립주택	11 (4.6)
	아파트	155 (64.3)
	기 타	2 (0.8)

2. 영역별 건강증진 생활양식 수행평점의 최대평점에 대한 비율

건강증진 생활양식의 수행정도를 측정하기 위하여 11개의 영역 즉, 조화로운 관계, 규칙적인 식사, 전문적인 건강관리, 위생적 생활, 자아조절, 정서적지지, 건강식이, 휴식 및 수면, 운동 및 활동, 자아실현, 식이조절로 구분하여 모두 60문항으로 응답하게 하였다.

건강증진 생활양식 수행정도는 평균 157.38점이었고, 문항별 평균점수는 2.62점이었다. 이것은 산업장 근로자를 대상으로 한 윤 진(1990)의 연구결과인 전체평균 2.50점과 박나진(1997)의 연구결과인 2.42점, 대학생을 대상으로 연구한 박정숙 등(1996)의 연구결과인 2.52점보다 높은 수행정도를 나타내었으며, 성인 남녀를 대상으로 한 이태화(1990)의 연구결과인 2.69점과 박인숙(1995)의 연구결과인 2.66점과는 비슷한 수행정도를 나타내었다.

각 영역별 건강증진 생활양식의 수행정도를 평점으로 평가하고 영역별 평점의 최대 평점에 대한 비율을 조사한 결과 최대평점에 대한 비율이 가장 높은 영역은 조화로운 관계 (78.5%)에 대한 영역이었으며, 그 다음이 위생적 생활(78.4%), 자아실현(71.4%), 정서적지지(68.4%), 규칙적인 식사(67.6%), 휴식 및 수면(63.2%), 건강식이(63.1%), 자아조절(62.1%), 운동 및 활동(60.3%), 식이조절(60.1%), 전문적인 건강관리(43.3%)의 순으로 나타났다〈표 2〉. 박인숙(1995)의 연구결과에서는 위생적 생활이 가장 높은 수행정도를 보였고 다음으로 조화로운 관계, 자아실현, 정서적지지 순이었으며, 수행정도가 가장 낮은 영역은 전문적 건강관리 영역이었다. 박정숙 등(1996)의 연구결과에서는 조화로운 관계의 수행정도가 가장 높았으며 그 다음이 위생적 생활, 자아실현, 휴식 및 수면, 정서적 지지의 순이었으며 수행정도가 가장 낮은 영역은 전문적 건강관리 영역이었다. 위의 연구결과를 비교해 볼 때, 전반적으로 조화로운 관계, 위생적 생활, 자아실현 등의 영역에서는 수행정도가 비교적 높게 나타났으며, 전문적인 건강관리 영역은 수행정도가 낮은 것으로 나타나 본 연구와 유사한 결과를 보였다. 특히 건강증진 행위의 수행정도가 가장 낮게 나타난 전문적 건강관리 영역에 대해 박인숙(1995)은 대상자들이 그 필요성에 대해서는 절감하고 있으나 의료기관을 방문해야 하는 번거러움과 의료기관의 질병 중심적 치료방침에 원인이 있다고 보고 질병이 발생하기전 건강상담을 중심으로 하는 기관의 필요성이 절실하다고 하였다.

〈표 2〉 영역별 건강증진 생활양식의 수행 평점의 최대평점에 대한 비율 (n=241)

	설문수 (A)	최대평점 B=A×4	실평점의 산술 평균(C)±표준편차	비율 (C/B×100)
조화로운 관계	4	16	12.56 ± 2.12	78.5
규칙적인 식사	3	12	8.12 ± 2.55	67.6
전문적인 건강관리	4	16	6.93 ± 2.45	43.3
위생적 생활	7	28	21.97 ± 3.48	78.4
자아조절	5	20	12.42 ± 2.69	62.1
정서적 지지	4	16	10.95 ± 2.43	68.4
건강식이	7	28	17.67 ± 3.72	63.1
휴식 및 수면	5	20	12.63 ± 3.00	63.2
운동 및 활동	7	28	16.90 ± 4.17	60.3
자아실현	8	32	22.73 ± 4.32	71.4
식이조절	6	24	14.44 ± 3.17	60.1
전체	60	240	157.38 ± 23.27	65.5

3. 자아존중감, 건강통제위, 지각된 건강상태와 건강증진 생활양식과의 상관관계

건강증진 생활양식과 자아존중감이 유의한 상관관계가 있는 것으로 나타났다($r=.17$, $p=.00$). 즉 자아존중감이 높을수록 건강증진 생활양식을 많이 수행하는 것으로 설명할 수 있다. 요인별로 볼 때 조화로운 관계($r=.23$, $p=.00$), 자아조절($r=.16$, $p=.01$), 정서적지지($r=.17$, $p=.00$), 건강식이($r=.13$, $p=.03$), 자아실현($r=.26$, $p=.00$)이 상관이 있는 것으로 나타났다.

이태화(1989)의 연구에서 자아존중감과 건강증진 생활양식과의 상관관계를 분석한 결과 유의한 상관관계가 있었으며($r=.401$, $p<.001$), 박인숙(1995)의 연구에서도 자아존중감과 건강증진 생활양식간에 유사한 상관관계($r=.416$, $p<.001$)가 있는 것으로 나타났으며, 박정숙 등(1996)의 연구에서도 건강증진 생활양식과 자아존중감간에 정적 상관관계($r=.440$, $p<.001$)가 있는 것으

로 나타나본 연구결과와 일치하였으며, Herold 등(1979), Hallal(1982), Duffy(1988)의 연구결과와 근로자들을 대상으로 한 Weitzel(1989)의 연구결과와도 일치하였다. 즉 대체로 자아존중감이 높은 사람이 바람직한 건강증잔 생활양식을 실천하는데 긍정적인 태도를 보이는 것으로 나타났다.

건강증진 생활양식과 건강통제위 성격을 살펴보면 내적 통제위(r=.16 p=.01), 타인의존성 통제위(r=.26, p=.00)와 상관관계가 있다고 나타났다. 요인별로 볼 때 내적 통제위는 조화로운 관계(r=.25, p=.00), 위생적 생활(r=.17, p=.00), 자아조절(r=.14, p=.02), 자아실현(r=.17, p=.00)과 상관관계가 있으며, 타인의존성 통제위는 조화로운 관계(r=.17, p=.00), 전문적 건강관리(r=.22, p=.00), 위생적 생활(r=.15, p=.02), 건강식이(r=.29, p=.00), 휴식 및 수면(r=.19, p=.00), 운동 및 활동(r=.18, p=.00), 자아실현(r=.21, p=.00), 식이조절(r=.14, p=.20)과 상관관계가 있는 것으로 나타났다〈표 3〉.

이태화(1990)의 연구에서도 건강통제위 성격중 내적 통제위와 타인의존성 통제위가 건강증진 생활양식과 통계적으로 유의한 상관관계(r=.361, p<.001)가 있는 것으로 나타났으며, 박인숙(1995)의 연구결과에서도 내적 통제위(r=.250, p<.001)와 타인의존성 통제위(r=.132, p<.001)가 건강증진 생활양식과 긍정적인 상관이 있는 것으로 보고해 본 연구결과와 일치하였다. Duffy(1988)의 연구에서는 건강증진 생활양식과 우연 통제위와 역상관관계를, 내적통제위와는 순상관관계를 보였고, Muhlenkamp 등(1985)의 연구에서 우연 통제위만이 건강증진 생활양식과 역상관관계를 나타냈다는 결과가 보고되어 본 연구의 결과와 일치하였다. 또한 Weitzel(1989)은 내적 통제위 성향이 타인의존성 통제위, 우연 통제위 성향보다 높았으나 유의한 상관관계를 보이지 못했으며, 이영희(1988)는 주민의 내적 통제위 점수가 높을수록 건강행위실천도 점수가 높다고 하였고, 최정숙(1987) 역시 내적 통제위와 중학교 여학생의 건강행위정도가 상관관계가 있다는 결과를 보고해 본 연구의 결과와 부분적으로 일치되고 있다.

4. 인구사회학적인 변인과 건강증진 생활양식과의 상관관계

본 연구에서 인구사회학적인 변인 즉 연령, 종교, 교육정도, 결혼상태, 가족수, 가정월수입, 주거소유형태, 주거형태와 건강증진 생활양식 수행과의 관계를 분석하였다.

연령별 건강증진 생활양식 수행정도는 30세 미만이 149.00, 31~40세가 162.17, 40세 이상이 169.26으로서 연령별로 유의한 차이가 있는 것으로 나타났고(F=15.01, P=0.00), 사후 검정을 한 결과 연령이 40세 이상군과 31~40세군은 30세 미만군보다 건강증진 생활양식을 많이 수행하는 것으로 나타났다. 즉 연령이 증가함에 따라 건강증진 생활양식을 많이 수행하는 것으로 나타났다. 박나진(1997)의 연구에서도 20~30대 보다는 40대 이상이 건강행위 수행정도가 높다고하여 본

〈표 3〉 자아존중감, 건강통제위, 지각된 건강상태와 건강증진 생활양식과의 상관관계 (n=241)

구분	자아존중감	내적 통제위	타인의존성 통제위	우연 통제위	지각된 건강상태
건강증진생활양식	.17(p=.00)	.16(p=.01)	.26(p=.00)	-.05(p=.42)	-.08(p=.18)
조화로운관계	.23(p=.00)	.25(p=.00)	.17(p=.00)	-.03(p=.96)	-.19(p=.00)
규칙적식사	.00(p=.92)	.09(p=.15)	.11(p=.08)	-.02(p=.76)	-.12(p=.06)
전문적건강관리	.02(p=.71)	-.06(p=.34)	.22(p=.00)	-.05(p=.37)	-.07(p=.22)
위생적생활	.09(p=.13)	.17(p=.00)	.15(p=.02)	-.04(p=.48)	-.13(p=.04)
자아조절	.16(p=.01)	.14(p=.02)	.10(p=.11)	-.07(p=.26)	.08(p=.18)
정서적지지	.17(p=.00)	.02(p=.65)	.10(p=.09)	-.03(p=.96)	-.03(p=.64)
건강식이	.13(p=.03)	.08(p=.20)	.29(p=.00)	.01(p=.80)	-.11(p=.08)
휴식및수면	.05(p=.37)	.10(p=.10)	.19(p=.00)	-.03(p=.57)	-.83(p=.56)
운동및활동	.03(p=.62)	.11(p=.07)	.18(p=.00)	-.01(p=.85)	.03(p=.59)
자아실현	.26(p=.00)	.17(p=.00)	.21(p=.00)	-.15(p=.02)	-.06(p=.28)
식이조절	.07(p=.21)	.08(p=.19)	.14(p=.02)	-.03(p=.63)	-.03(p=.58)

연구결과와 일치하였으며, Pender(1982)의 건강증진 모형이나 다른 선행연구에서 보고한 결과에서도 연령과 건강증진 생활양식 수행정도와는 상관관계가 있다고 보고하였으며, Walker 등(1988)은 연령이 전체 건강증진 생활양식을 설명하기 위한 중요한 변수라고 하였다. 이러한 결과 나이가 듦에 따라 자신의 건강요구를 더 많이 인식하게 되며 삶의 압박에서 벗어나기 때문에 건강행위에 더 많은 시간과 노력을 투자하는 것으로 사료된다(박인숙, 1995).

종교별 건강증진 생활양식 수행정도는 기타가 175.71, 불교가 161.15, 천주교가 160.94, 기독교가 160.92로 나타나 종교에 따라 유의한 차이가 있었다(F=3.26, P=0.00). 사후 검정을 한 결과 기독교, 불교, 천주교, 기타가 무교에 비해 건강증진 생활양식을 많이 수행하는 것으로 나타났다. 즉 종교를 가진 사람이 종교를 가지지 않은 사람보다 건강증진 생활양식 수행정도가 더 높게 나타났다. Mnhlenkamp와 Brown(1985)은 종교를 가진 사람이 종교에서 금기로 하고 있는 약물과 음주, 흡연 등과 관련하여 종교를 가지지 않은 사람보다 건강행위의 수행률이 더 높을 것이라고 하였다. 박인숙(1995)의 연구에서도 종교를 가진 사람의 건강증진 생활양식의 수행정도과 더 높게 나타나 본 연구결과와 일치하였다.

교육정도는 대학원 이상이 173.00, 고졸이 160.58, 대졸이 154.69로 나타나 교육정도에 따라 건강증진 생활양식 수행정도에 유의한 차이가 있었으며(F=3.67, P=0.02), 사후 검정한 결과 대학원이상군이 대졸보다 건강증진 생활양식을 많이 수행하고 있었다.

결혼상태별로는 기혼이 161.88, 미혼이 148.83, 사별이 147.50으로서 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다(F=9.17, P=0.00). 이것은 결혼상태가 건강보호행위에 영향을 준다는 Brown과 McCreedy(1986), 박나진(1997)의 연구결과와 일치한다. Berkman과 Syme(1979)은 결혼한 사람이 이혼하거나 사별한 사람보다 사망률이 더 낮다고 보고하면서 건강과 사회적 기반, 즉 사회적 접촉의 중요성을 역설하였다.

가족수별로는 3명이하가 159.79, 4~6명이 151.75, 7명 이상이 143.00으로 나타나 유의한 차이가 있는 것으로 보고되었다. 가정월수입별로 보면 80만원 이하가 165.33, 81만원~150만원은 158.43, 151만원~200만원은 157.50, 201만원 이상은 160.35로 유의한 차이를 보이지 않았으며, 주거소유형태별로는 자가가 159.82, 전세가 154.50, 월세가 149.50, 기타가 149.14로 나타나 통계적으로는 유의하지 않았다. 주거형태별로 보면 아파트군이 161.28, 단독주택이 152.45, 연립주택이 133.27로 유의한 차이를 보였으며(F=7.10, P=0.00), 사후 검정 결과 아파트군이 연립주택 군보다 건강증진 생활양식이 많음을 보여주었다〈표 4〉.

〈표 4〉 인구사회학적인 변인과 건강증진 생활양식과의 상관관계 (n=241)

특성	구분	평균	표준편차	t or F	P	Dunacn검정
연령	1. 30세미만	149.00	21.12	15.01	0.00	3, 2〉1
	2. 31-40세	162.17	22.51			
	3. 40세 이상	169.26	23.29			
종교	1. 기독교	160.92	21.33	3.26	0.00	1,2,3,4〉5
	2. 불교	161.15	22.52			
	3. 천주교	160.94	28.13			
	4. 기타	175.71	25.19			
	5. 무교	151.12	22.20			
교육정도	1. 고졸	160.58	21.91	3.67	0.02	6〉5
	2. 대졸	154.69	23.44			
	3. 대학원 이상	173.00	26.74			
결혼상태	1. 기혼	161.88	23.10	9.17	0.00	
	2. 미혼	148.83	21.44			
	3. 사별	147.50	10.60			
가족수	1. 3명이하	159.79	23.49	3.36	0.03	
	2. 4~6명	151.75	21.98			
	3. 7명이항	143.00	15.55			

〈표 4〉 인구사회학적인 변인과 건강증진 생활양식과의 상관관계 (n=241)

특 성	구 분	평균	표준편차	t or F	P	Dunacn검정
가정월수입	1. 80만원 이하	165.33	29.56	0.71	0.58	
	2. 81만원~150만원	158.43	26.78			
	3. 151만원~200만원	157.50	22.89			
	4. 201만원 이상	160.35	24.05			
주거소유형태	1. 자가	159.82	22.80	1.55	0.20	
	2. 전세	154.50	23.60			
	3. 월세	149.50	30.52			
	4. 기타	149.14	16.01			
주거형태	1. 단독주택	152.45	22.78	7.10	0.00	3,4)2
	2. 연립주택	133.27	22.50			
	3. 아파트	161.28	22.07			
	4. 기타	167.50	43.13			

5. 건강증진 생활양식 수행에 영향을 미치는 주요변인

대상자들의 건강증진 생활양식에 영향을 미치는 주요변인을 규명하기 위하여 자아존중감, 건강통제위, 지각된 건강상태 및 인구학적인 변인을 투입하여 단계적 중회귀분석을 시도하였다.

건강증진 생활양식 수행에 영향을 미치는 가장 중요한 변인은 타인의존성 통제위와 자아존중감으로 나타났으며, 건강증진 생활양식의 9.6%를 설명하였다〈표 5〉.

윤 진(1990)의 연구에서는 자아개념, 근무시간, 학력이 전체 건강증진 생활양식의 18.7%를 설명하는 것으로 나타났으며, 박나진(1997)의 연구에서는 자기효능감, 지각된 유익성, 지각된 건강상태, 지각된 장애성, 교대근무, 근무부서가 건강증진 생활양식의 31.05%설명하였다. 박인숙(1995)의 연구에서는 자아존중감이 건강증진 생활양식에 가장 큰 영향을 주는 변수로서 16.9%의 설명력을 가졌으며, 연령, 내적 통제위, 성별, 지각된 건강상태, 타인의존성 통제위, 종교, 직업 및 결혼상태를 포함시키면 건강증진 생활양식의 30.3%를 설명한다고 보고하였다. 그러나 각 연구에 따라서 조사된 변수가 일치하지 않고 다양함에 따라, 분석에 있어서 상당한 제한점이 따르므로, 향후 관련성이 있는 모든 변수를 조사하여 그 관계를 검정해 보는 것이 필요하다(박정숙 등, 1996).

〈표 5〉 건강증진 생활양식 수행에 영향을 미치는 변인에 대한 단계적 중회귀 분석 (n=241)

	R	R^2	Beta	F	P
타인의존성 통제위	.262	.068	.258	17.547	0.000
자아존중감	.310	.096	.166	12.642	0.000

V. 결론 및 제언

본 연구는 산업장 근로자의 건강증진 프로그램 개발을 위하여 산업장 근로자의 건강증진 생활양식 수행정도와 인지지각 요인과의 관계를 파악하고 건강증진 생활양식에 영향을 미치는 주요변인을 규명하기 위한 서술적 조사연구이다.

연구대상자는 T광역시에 소재한 S사에 근무하는 남성 근로자 241명을 대상으로 실시하였고 자료수집기간은 1998년 3월 2일부터 4월 28일 사이에 이루워졌다. 자료분석은 SPSS-PC+ 프로그램을 이용하여, 평균, 백분율, t-검정, 분산분석, Pearson 적률상관계수, Duncan 검정, 단계적 다중회귀분석으로 분석하였고 그 결과는 다음과 같다.

1) 건강증진 생활양식의 수행정도는 전체대상자의 평균점수가 157.38이었고 문항 평균 점수는 2.62이었다. 가장 수행을 많이 한 요인은 조화로운 관계이며, 가장 수행을 적게 한 요인은 전문적인 건강관리 요인이었다.
2) 자아존중감, 건강통제위, 지각된 건강상태와 건강증진 생활양식과의 관계를 검정한 결과 건강증진 생활양식과 자아존중감, 내적 통제위, 타인의존성 통제위와 유의한 상관관계를 보였다.
3) 인구사회학적인 변인에 따른 건강증진 생활양식 수행정도를 분석한 결과 연령별 건강증진 생활양식 수행정도는 40세 이상군에서 제일 높았고 연령군간에는 유의한 차이가 있었으며, 종교에 따른 건강증진 생활양식 수행정도는 기타군에서 제일 높았으며 유의한

차이가 있었다. 교육정도에 따른 건강증진 생활양식 수행정도는 대학원 이상군에서 높았고 교육정도에 따라 통계적으로 유의한 차이가 있었으며, 결혼상태에 따라서는 기혼이 수행정도가 높았고 유의한 차이가 있었다. 가족수에 따라서는 3명 이하가 가장 높았고 가족수에 따라 유의한 차이가 있었다. 주거형태에 따른 건강증진 생활양식 수행정도는 아파트군이 단독주택, 연립주택군보다 높았으며 유의한 차이가 있었다.

4) 건강증진 생활양식 수행에 영향을 미치는 주요변인을 분석한 결과 타인의존성 통제위가 6.8%의 설명력을 가졌고 자아존중감이 추가되면 총 9.6%가 설명되었다.

2. 제언

1) 본 연구의 결과 건강증진 생활양식 수행에 영향을 미치는 주요변인들의 설명력은 9.6%밖에 안되므로 건강증진 생활양식 수행에 영향을 미치는 다른 요인에 대한 연구가 이루어져야 한다.
2) 산업장 근로자를 대상으로 인지지각 요인 외에 이들의 특성에 따른 조정요인들을 계속해서 규명하는 작업이 필요하다.
3) 이러한 연구결과를 토대로 산업장 근로자들을 위한 건강증진 프로그램을 개발하는 것이 요구된다.

참 고 문 헌

김공현 (1996). 국민건강증진 사업 개발을 위한 소고. 인제대학교 보건과학 연구소 연구논문집, 2, 17-31.

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

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

박나진 (1997). 산업장 근로자의 건강증진행위에 영향을 미치는 변인분석. 부산대학교 석사학위논문.

박미영 (1994). 대학생의 건강증진 생활양식과 관련요인 연구. 지역사회간호학회지, 5(1), 81-96.

박인숙 (1995). 건강증진 생활양식에 관한 연구. 부산대학교 박사학위논문.

박정숙, 박청자, 권영숙 (1996). 건강교육이 대학생의 건강증진 행위에 미치는 영향. 간호학회지, 26(2), 359-371.

박종기 (1977). 한국인의 보건문제와 대책(II). 한국개발연구원.

박재순 (1995). 중년후기 여성의 건강증진행위 모형구축. 서울대학교 박사학위논문.

변영순, 장희정 (1992). 건강증진 개념분석에 관한 연구. 간호학회지, 22(3), 362-372.

서연옥 (1995). 중년여성의 건강증진 생활방식에 관한 구조모형. 경희대학교 박사학위논문.

오복자 (1995). 건강증진행위의 영향요인분석-위암환자 중심-. 간호학회지, 25(4), 681-695.

윤 진 (1990). 산업장 근로자의 건강증진행위와 그 결정요인에 관한 연구. 이화여자대학교 석사학위논문.

이미라 (1997). 대학생의 건강증진 생활양식 결정요인에 관한 연구. 간호학회지, 27(1), 156-168.

이종경, 한애경 (1996). 사회적지지 및 자아존중감과 건강증진 행위와의 관계. 성인간호학회지, 8(1), 55-68.

이태화 (1990). 건강증진행위에 영향을 미치는 변인 분석. 연세대학교 석사학위논문.

전정자, 김영희 (1996). 성인의 건강증진 생활양식과 자아존중감, 지각된 건강상태와의 비교연구. 성인간호학회지, 8(1), 41-54.

전경자 (1994). 산업장 건강증진 프로그램 개발에 관한 연구. 서울대학교 박사학위논문.

조동란, 전경자 (1993). 일부 산업장에서의 건강증진활동 실태. 산업간호학회지, 3, 71-85.

최정숙 (1987). 중학교 여학생들의 건강행위에 영향을 미치는 변인분석. 대한간호, 26(1), 63-75.

Berkman, L. F., Syme, L. (1979). Social network, host resistance and mortality. A nine year follow-up study of Alameda Country residents. AM J. Epidemiol, 109, 186-204.

Breslow, L. (1983). The Potential of health promotion: Handbook of Health, Health care and Health profession. New york: The press. 50-52.

Brubaker, B. (1983). Health Stability and change: A Study of urban black youth. American Journal of Public Health, 70, 504-513.

Christiansen, K. E. (1981). The determinants of health promotive behavior. Doctoral dissertation Push University, Chicago,

Illinois.

Duffy, M. E. (1988). Derterminants of health promotion in midlife women. Nursing Research, 37(6), 358-361.

Duffy, M. E. (1993). Determinants of health promoting lifestyles in older person. IMAGE: J. of Nursing Scholarship, 25(1), 23-28.

Duffy, M. E., Rossow, R., & Hernandez, M. (1996). Corrlates of health promotion activities in employed Mexican American women. Nursing Research, 45(1), 18-24.

Frank-Stromborg, M., Pender, N. J., Walker, S. N., & Sechrist, K. P. (1990). Determinants of health promotion lifestyles in ambulatory cancer patients. Soc Sci Med, 31(10), 1159-1168.

Hallal, R. C. (1982). The relationship of health beliefs, health locus of control and self concept to the practice of breast self-examination in adult women. Nursing Research, 31, 137-142.

Herold, E. S., Goodwin, M. S., Lero, D. S. (1979). Self-esteem, locus of control and adolescent contraception. Journal of Psychology, 101, 83-88.

Johnson-Saylor, M. (1980). Seize the moment: Health promotion for the young adult. Topics in Clinical Nursing, 2(2), 9-19.

Kulbok, P. A., Baldwin, J. H. (1992). From Preventive health behavior to health promotion : Advancing a Positive Construct of Health. Advances in Nursing Science, 14(5), 50-64.

Mason, J. O., McGinnis, J. M. (1990). "Health People 2000" :An Overview of the National Health Promotion and Disease Prevention Objectives. Public Health Reports, 105(5), 441-446.

Muhlenkamp, A. F., Brown, N., Sands M. (1985). Determinats of positive health activities of nursing clinic clients. Nursing Research, 34, 327-332.

O'Donnell, M. (1986). Definition of Health Promotion,. American Journal of Health Promotion, 1, 4-5.

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

Pender, N. J. (1987). Health Promotion in Nursing Practice(2nd Ed.). Norwalk, Conn, Appleton & Lange.

Pender, N. J., Walker, S. N., Sechrist, K. P. & Frank-Stromberg, M. (1990). Predicting health-promoting lifestyle in the workplace. Nursing Research, 39(6), 326-332.

Rosenberg, M. (1965). Society and the adolescent self image. Princeton NJ, Princeton University press.

Smith, J. A. (1981). The idea of health : a philosophical inquiry. Advances in Nursing Science, 3, 43-50.

Speake, D. L., Cowart, M. E., & Pellet, K. (1989). Health perceptions and lifestyles of the elderly. Research in Nursing and Health, 12, 93-100.

Stuifbergen, A. K., & Becker, H. A. (1983). Predictors of health promoting lifestyles in person with disabilities. Research in Nursing & Health, 17, 3-13.

Walker, S. N., Volkan, K., Sechrist, K. P., & Pender, N. J. (1988). Health-promoting life styles of older adults :comparisons with young and middle-aged adults, correlates and patterns. Advanced in Nursing Science, 11(1), 76-90.

Ware, J. E., Davis-Avery A., Donald, C. A. (1978). Conceptualization and measurement of health for adults in the health insurance study, Vol V. General Health Perceptions. Santa Monica, The Rand Corporation.

Weitzel, M. H. (1989). A test of the health promotion model with blue collar workers. Nursing Research, 38(2), 99-104.

- Abstract -

Key concept : Health promoting lifestyle, Perceived health status Self esteem, Health locus control

A Study of the Health promoting lifestyle of Industrial workers

*Oh, Yun Jung**

The purpose of this study was to identify the major factors affecting performance in health promoting lifestyle of industrial workers.

The subjects for this study 241 workers employed in S company in T city and were obtained by a convenience sample. Data were collected from March 2 to April 28, 1998.

The collected data were analyzed using frequency, percent, mean, cronbach alpha, t-test, ANOVA, Person coefficients of correlation, Duncan test, stepwise multiple regression with an SPSS program.

The results of this are summarized as follows.

1) The average score of performance in the health promoting lifestyle was 2.62. The variable with the highest degree of performance was harmonious relationship, whereas the one with the lowest degree was professional health maintenance.
2) Performance in the health promoting lifestyle was significantly correlated with self esteem, internal health locus of control and powerful others health locus of control.
3) Performance in the health promoting lifestyle was significantly correlated with such demographic variables as age, religion, education level, marital state, family number, types of dwelling.
4) The most important factor that affect performance in the health promoting lifestyle was powerful others health locus of control and self esteem.

On the basis of this study, other factors affecting others health promoting lifestyle should be identified.

* Department of Nursing, Keochang college