

## 건강증진센터 내원자의 건강증진행위 Determinants of Health Promotion Behaviors in the Clients of Health-Promoting Center

정 미 숙\* · 소 희 영\*\*

### I. 서 론

#### 1. 연구의 필요성

건강한 신체와 정신을 유지하는 삶을 영위하고자 하는 것은 인간의 소중한 권리이며 우선적이고 기본적인 생존 조건으로 인간이 누릴 수 있는 행복 가운데 하나라고 할 수 있다. 최근 들어 교육수준이 향상되고 경제적인 풍요를 누리면서 질병이환의 양상도 전염성, 감염성 질환에서 당뇨, 각종 심혈관질환 등 만성 성인병의 양상을 보이고 있다. 1997년 통계청 보고에 의하면 사망자중 가장 많은 원인은 순환기계 질환으로 전체 23.4%이며 다음으로 신생물이 22.2%로 전체 원인의 거의 절반인 45.6%를 차지하고 있다(통계청연보, 1997). 이러한 추세는 인구의 노령화와 생활양식의 변화로 만성퇴행성 성인병의 증가를 초래하고 있으며 환경공해, 스트레스, 흡연, 음주, 식습관 등의 변화로 인하여 더욱 큰 비중을 차지하게 될 것이다. 그러나 이전과 비교하여 국민들의 건강에 대한 관심은 증가되고 있으며 이에 따라 생활양식과 환경에도 큰 변화를 가져오게 되었고, 간호도 이에 발맞추어 21세기를 향한 건강관리를 건강증진에 더욱 초점을 두게 될 것이다.

건강증진의 개념은 이미 의료계에서 오랫동안 관심의 대상이었으며, 현재 전문직 간호실무의 목적이며(Smith,

1990), 한국간호사의 윤리강령에도 간호의 기본적인 임무의 하나로 명시되어 있다(간호사 윤리강령, 1998). 국내에서도 1994년 10월 국민건강 생활지침이 개정된 이후, 1995년 9월을 기하여 발효된 "국민 건강 증진법"은 국민에게 건강에 대한 가치와 책임을 함양하도록 건강에 대한 바른 지식을 보급하고 스스로 건강생활을 실천할 수 있는 여건을 조성함으로써 국민의 건강을 증진함을 목적으로 하고 있다. 이는 건강의 결정요인으로 생활양식의 중요성을 강조하였고, 건강증진은 생활양식의 변화를 통해 이루어진다는 것을 제시한 것이었다(김일순, 1993). 그러므로 개인이 개인의 행위를 변화시키고 자신의 건강수준을 향상시키기 위해 취할 수 있는 역할에 관심을 갖도록 기여하는 계기가 된 것이다. 이는 간호가 소극적인 질병예방 개념으로부터 적극적인 건강증진 개념으로 전환되었음을 말하는 것으로(이미라, 소희영, 1997), 간호가 대상자에 대한 치료중심의 간호에서 벗어나 건강간호에 초점을 두고 있다는 것이다. 그러므로 개개인의 생활양식의 변화를 통해 생활양식과 관련된 질병을 유발할 가능성을 줄이게 할 뿐만 아니라(박현숙, 1997), 인간의 수명을 연장시키고 삶의 질을 증진시키며 건강관리비용을 감소시키므로 각 개인의 기본적인 건강요구를 해결하고, 궁극적으로 사회 전반적인 안녕수준을 높일 수 있다.

이러한 건강증진에 대한 중요성 인식이 고조되면서

\* 서울대학교 간호대학부속 간호과학연구소 보조연구원

\*\* 충남대 의대 간호학과 교수

최근 건강증진에 영향을 미치는 변수를 밝히는 연구가 계속되는데, Gillis(1993)에 의하면 1983년부터 1992년까지의 23편의 건강증진 생활양식의 결정인자 연구에서도 52%에 해당하는 12편의 논문에서 Pender의 건강증진 모형을 이론적 기틀로 사용하였음을 보고하였다. Pender의 건강증진 모형을 이용한 건강증진 생활양식에 대한 연구가 국내에서도 다양하게 이루어지고 있다. 남성과 여성의 건강증진생활행위(우원미, 1994; 서연옥, 1995; 서연옥, 1996; 박재순, 최의순, 1996; 조현숙, 1996), 건강문제를 가진 대상자의 건강증진생활행위(최스미, 1993; 오현수, 1993; 박한정, 1994; 오복자, 1994; 오복자, 1995), 특정 발달단계 집단의 건강증진생활행위(박미영, 1994; 이화자, 정향미, 안혜경, 1996; 김신정, 안은숙, 1997; 이미라, 소희영, 1997; 김미옥, 1997; 오진주, 1997), 직업에 따른 건강증진생활행위(윤진, 1990; 서연옥, 1994; 노태영, 1996; 송영신, 1997)에 대한 연구가 이루어지고 있으나, 모든 연구가 1987년의 Pender의 건강증진모형을 개념적 기틀로 하여 연구가 이루어져서 1996년에 수정된 Pender의 건강증진모형을 검증하는 연구가 요구되고 있다.

이에 본 연구자는 수정된 Pender의 건강증진모형(1996)에 기초하여 건강증진센터 내원자의 건강증진행위에 영향을 미치는 변인을 규명하여 일반성인을 위한 개인적이고 포괄적인 건강증진 프로그램 개발을 위한 기초자료를 얻고자 본 연구를 시도하였다.

## 2. 연구의 목적

본 연구는 Pender(1996)의 건강 증진 모형을 기초로 건강증진센터에 내원하는 일반성인의 건강증진 생활양식을 이해하고 건강 증진 행위에 영향을 주는 변수들과의 관계를 파악하며 주요 예측 요인을 확인하기 위한 것으로 구체적인 목적은 다음과 같다. 첫째로, Pender의 건강증진모형(1996)을 검증한다. 둘째로, 대상자의 건강증진 생활양식을 파악한다. 셋째로, 대상자의 개인적 특성과 경험에 따른 건강증진 생활양식을 파악한다. 넷째로, 대상자의 행동과 연관된 인지와 감정과 건강증진 생활양식과의 상관관계를 파악한다. 마지막으로 대상자의 건강증진 생활양식에 영향을 미치는 주요 예측 요인을 확인한다.

## 3. 용어의 정의

1) 건강증진 생활양식(Health promotion lifestyle profile)

**이론적 정의 :** 개인이나 집단의 최적의 안녕, 자아실현, 개인적인 성취를 유지하거나 증진시키려는 방향으로 취해지는 행위이다(Pender, 1987).

**조작적 정의 :** Walker, Sechrist와 Pender(1987)가 개발한 HPLP(Health Promotion Lifestyle Profile)를 서연옥(1995)이 수정한 도구로 측정된 점수로 정의된다.

2) 지각된 자기효능감(Perceived self-efficacy)

**이론적 정의 :** 개인이 결과를 얻는데 필요한 행동을 성공적으로 수행할 수 있다는 자신감이다(Bandura, 1977).

**조작적 정의 :** Sherer 등(1982)이 개발한 자기효능도구를 오현수(1993)가 번안한 일반적 자기효능도구로 측정된 점수로 정의된다.

3) 지각된 유익성(Perceived benefits)

**이론적 정의 :** 건강증진행위 수행이 자신에게 이득이 될 것이라고 지각하는 것이다(오복자, 1994).

**조작적 정의 :** 건강증진행위 수행이 안녕수준 향상에 효과적이라고 지각하는 정도로서 문정순(1990)의 건강신념 측정도구를 토대로 본 연구자가 수정한 도구로 측정된 점수로 정의된다.

4) 지각된 장애성(Perceived barriers)

**이론적 정의 :** 건강증진행위 수행하는데 따르는 부정적인 측면에 대해 지각하는 것이다(오복자, 1994).

**조작적 정의 :** 건강증진행위의 수행상 장애점을 문정순(1990)의 건강신념 측정도구를 토대로 본 연구자가 수정한 도구로 측정된 점수로 정의된다.

5) 행동과 관련된 감정(Affect related to action)

**이론적 정의 :** 특별한 행위의 수행과 그 행위의 결과에 대한 평가적인 자신의 반응과 관련된 개인의 감정으로 정의된다.

**조작적 정의 :** Ford(1992)의 basic instrumental emotional patterns에 기초한 Song(1995)의 Emotional Salience Scale을 연구자가 수정한 도구로 측정된 점수로 정의된다.

#### 4. 연구의 제한점

본 연구의 모집대상은 광역시에 위치하고 있는 1개 3차의료기관의 건강증진 센터의 내원자를 대상으로 임의 추출 하였으므로 전체 대상자의 특성으로 일반화하는데 제한이 있다.

## II. 문헌 고찰

### 1. 건강 증진

오늘날 간호는 대상자에 대한 치료중심의 간호에서 벗어나 건강간호에 초점을 두고 있으며(전정자, 김영희, 1996), 건강을 중심개념으로 삼고있는 간호의 목표는 대상자의 건강수준과 안녕을 증가시키고 삶의 질을 개선하는데 있다(Bestard & Courtenay, 1990). 최근 이러한 건강증진에 대한 관심의 증가는 첫째로, 인간수명의 연장과 더불어 삶의 질을 높이는 생활은 평상시에 건강한 생활양식을 지님으로써 가능하다는 것이고, 둘째로, 건강증진과 질병예방은 병을 치료하는 것보다 건강관리접근에 있어서 바람직하다는 것이며, 셋째로, 건강할 때 사람들을 교육하는 것이 질병에 걸린 후 치료하는 것보다 건강관리비용 측면에서 훨씬 경제적이기 때문이다(Pender, 1986).

1974년 The Lalonde Report가 발표되면서 건강 결정요인 4가지 개념이 확인되었는데, 인간(Human biology), 환경(Environment), 생활양식(Lifestyle), 건강 조직 기구(Health care organization)가 바로 그것이었다. 이 보고서는 생활양식, 인간, 환경의 중요성에 관한 인식을 극적으로 전환시켰고, 생활양식의 개선이 사망률과 질병율에 영향을 미치는 가장 큰 잠재요인이 된다고 밝혔다. Becker(1974)의 건강신념 모형아래 건강행위, 질병행위, 환자역할행위를 설명하고 있는데서 출발하였고 간호가 질병중심의 환자간호에서 질병예방과 건강증진 중심으로 초점이 옮겨짐에 따라 그 중요성이 부상되었고 건강행위가 다시 건강행위, 건강증진행위, 건강추구행위 등으로 세분화되어 연구되었다.

Steele & McBrown(1972)는 건강행위란 질병행위와 구별되는 것으로 개인의 건강을 유지하거나 증진하기 위해 건강과 관련하여 취하는 행동이라고 정의하였으며, Harris와 Guten(1979)은 개인자신이 믿는 여러 활동에의 참여가 건강과 관련되어 있으며, 건강행위로 가장 빈도있게 언급된 것은 운동, 휴식, 이완, 영양이었

다고 하였다. 박인숙(1995)은 한국 성인의 건강증진 생활양식을 파악하여 식생활, 위생적 생활, 운동 및 활동, 전문적인 건강관리, 휴식, 수면 및 여가활동, 조화로운 관계, 자아조절, 자아실현의 하부영역으로 구성된다고 하였다. 또한 소희영 등(1996)은 한국인의 건강개념을 기초로 하여 건강관리, 규칙적 생활, 심신관리, 절제생활, 스트레스 관리, 기호품 제한, 위생습관, 식사습관, 사고 등 9개 영역으로 건강증진 생활양식을 분류, 제시하였다. O'Donnell(1986)은 “건강증진은 사람들이 적절한 건강상태로 나아갈 수 있도록 그들의 생활양식을 변화하도록 돕는 과학이며 예술이다.”라고 하였다. Pender(1982)는 건강보호행위는 불필요한 스트레스원에 적극적으로 방어하거나 질병의 조기발견으로 질병발생율을 감소시키는 활동이며 그 목표는 생활주기를 통하여 성장, 성숙, 자기완성 및 자아실현의 방해물을 제거하고 회피하는 것이고, 건강증진행위는 개인의 안녕수준의 유지, 자기완성, 성숙을 향한 행동으로서 건강보호행위와 건강증진행위는 그 어휘에 있어서 소극적인 것과 적극적인 것만 다를 뿐 의미는 같은 것으로 볼 수 있다고 하면서 건강증진행위를 “건강한 생활 방식을 증진시키기 위한 개인적 또는 지역사회 활동으로서 개인의 안녕 수준과 만족감을 유지하거나 높이고 자아실현을 하는 방향으로 취해지는 활동”이라고 정의하고 있다. 이후 Pender(1987)는 건강증진에 대한 정의를 안녕의 수준을 증가시키고 개인, 가족, 지역사회의 건강 잠재력을 실현시키는 쪽으로 행하는 활동으로 구성된다고 하면서 질병이나 문제지향적인 것이 아닌, 건강의 긍정적인 잠재성을 확장시키기 위해 추구하는 것이라고 하였다.

변영순과 장희정(1992)은 건강증진 개념분석을 통해 건강증진이란 안녕을 성취하기 위하여 대상자 스스로 필요한 요구를 확인하여 생활양식을 변화하도록 대상으로 하여금 힘을 갖게 하는 활동이 확장되는 것으로 주장하면서 건강증진 개념속에는 안녕지향성, 힘을 가짐, 주관성, 변화성, 확장성의 5가지 속성을 지닌다고 하였다. Tanner(1991)는 건강증진 생활양식의 범주를 신체적 활동범주, 스트레스 관리범주, 영양적 관행의 범주, 건강보호행위로 나누었으며, 개인이 건강에 대한 책임을 지게 되고 생활양식의 변화를 갖게 되면, 오늘날의 여러 가지 건강문제를 예방할 수 있고 바꾸어 놓을 수 있다고 하고, 사실상 예방할 수 있는 질환의 이런 건강경향은 더 건강을 증진하는 생활양식에 중점을 두어야 한다고 하며, 지금보다 더 높은 수준의 안녕을 가져올 수 있다

고 보았다. 이상의 건강증진 생활양식에 대한 여러 가지 정의와 관점을 종합해 보면, 건강증진이란 개인의 생활 습관이나 그가 경험하고 있는 환경을 긍정적인 방향으로 변화하도록 도와 최적의 안녕상태에 도달하도록 하는 것이라고 할 수 있다.

## 2. 건강증진행위에 영향을 미치는 요인

건강증진의 목적은 건강수준을 높이기 위하여 개인의 생활양식의 변화를 일으킴으로써 얻어지는데, 이것은 인간의 건강에 대한 행위와 태도변화에 영향을 미칠 수 있는 요인들을 규명하는 작업으로부터 그 접근이 가능해진다고 하였다(이태화, 1990). 그러므로 건강증진 생활양식과 관련된 선행연구들은 주로 건강증진 생활양식의 결정요인을 규명하는 연구가 다수 이루어져 왔으며 이를 살펴보면 다음과 같다.

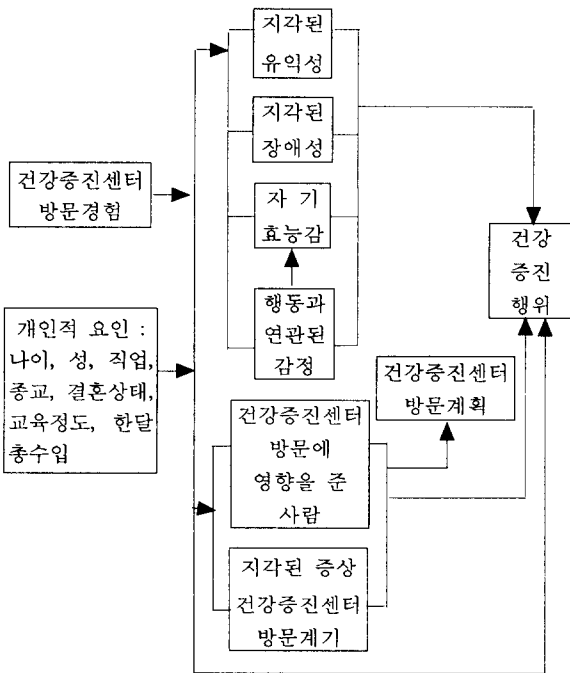
Muhlenkamp, Brown과 Sands(1985)는 175명의 클리닉 방문자를 대상으로 인구학적 특성과 건강통제위 및 건강가치가 건강증진행위에 미치는 영향력을 조사하였다. 고학력이 6%, 우연통제위가 3%, 건강가치가 2%, 고연령이 2%로 건강증진행위를 총 16% 설명한다고 하였다. Walker, Volkan, Sechrist와 Pender(1988)는 452명의 성인을 청년층 167명, 중년층 188명, 노년층 97명으로 구분하여 이들의 건강증진행위를 조사한 결과 노년층 성인이 청년층 성인과 중년층 성인에 비해 건강증진행위 정도가 더 높았다. 분석결과 고연령이 가장 설명력이 높은 변수였으며, 성별, 교육 및 수입도 유의한 변수로 나타나 인구사회학적 변수가 건강증진행위를 총 13.4% 설명한다고 보고하였다. Weitzel(1989)은 179명의 근로자를 대상으로 인구학적 특성과 4개의 인지적 요인(건강통제위, 자아존중감, 지각된 건강상태, 건강가치)으로 건강증진모형을 검증하였다. 분석결과는 자아존중감이 건강증진행위를 14% 설명하는 가장 영향력 있는 요인으로 나타났고, 내적 통제위, 의존성통제위, 지각된 건강상태 및 연령이 건강증진행위에 대해 총 29%의 설명력을 나타냈다. 윤진(1990)은 산업체 근로자 285명을 대상으로 인구사회학적 특성과 2개의 인지적 요인(자아개념, 건강가치)으로 건강증진모형을 검증하였다. 분석결과 자아개념이 건강증진행위를 16.7%로 가장 많이 설명하는 변인으로 나타났고, 자아개념에 일주일 근무시간과 학력이 추가되어 건강증진행위를 18.7% 설명하였다. 건강가치는 대상자의 78.9%에서 1-4순위의 높은 가치를 두었으나 건강증진행위에 유의

한 영향요인은 아니었다. Pender 등(1990)은 회사의 건강증진 프로그램에 등록된 589명을 대상으로 인구사회학적 특성, 행동적 요인(운동수행 시간) 및 5개 인지적 변수(건강개념, 지각된 건강상태, 건강통제위, 자기효능, 건강가치)로 건강증진모형을 검증하였다. 결과 4개 인지적 변수(안녕감의 건강개념, 지각된 건강상태, 타인 의존통제위, 자기효능)와 3개 조정변수(고연령, 여자, 운동수행 시간이 긴 경우)가 건강증진행위를 31% 설명하였다. Duffy(1988)는 35세-65세의 중년여성 262명을 대상으로 건강통제위 성격, 자존감, 건강상태 등의 변수와 건강증진행위와의 관계를 분석하였는데 우연성 건강통제위 성격이 건강증진행위에 가장 주요한 예측요인으로서 13%의 설명력을 나타냈으며, 자존감, 건강상태, 건강에 대한 관심, 고등학교 졸업이상의 학력, 내적 통제위성격을 포함하여 25%의 설명력이 있음을 나타내었다. 서연옥(1995)의 중년여성 254명을 대상으로 한 연구에서는 도전성이 건강증진행위에 대해 21%의 설명력을 보였고 결혼생활만족도와 통제성을 합하여 총 25%의 설명력을 나타냈다. 우원미(1994)는 내도시에 거주하는 중년남성 645명을 대상으로 일반적 특성과 3개의 인지적 변수(건강개념, 건강의 중요성 인식, 지각된 건강상태)로 건강증진모형을 검증하였다. 분석결과 건강증진 생활양식에 영향을 미치는 주요설명변수는 건강개념으로 15.3%의 설명력을 나타냈고, 이어 직업, 지각된 건강상태, 적용능력차원의 건강개념으로 총 24.0%의 설명력으로 건강증진 생활양식을 설명하였다.

오복자(1995)는 추후관리를 받고 있는 위암환자 164명을 대상으로 Pender의 건강증진모형과 Becker의 건강신념모형의 요인들과 암환자 건강증진행위의 영향요인으로 희망을 포함하여 건강증진예측요인으로 정하고, 분석결과 희망이 단독으로 건강증진행위에 대해 29.8%의 설명력을 보였고, 다음으로 자기효능감 9.7%, 지각된 장애성이 3.2%, 자아존중감이 1.7%로 총 44.3%의 설명력을 나타냈다. 이상의 선행연구를 통해 볼 때, 건강증진 생활양식과 이에 영향을 미치는 주요한 예측요인으로 인지, 심리적 요인과 인구학적인 변수들을 들어서 단계적 다중회귀분석으로 건강증진행위를 예측하려고 하였으며 설명력은 대부분의 논문에서 31%미만의 설명력을 나타냄을 알 수 있으며 인지적 변수들이 인구학적 특성보다 설명력이 높게 나타나 건강증진행위의 일차적 요인으로 작용한다는 Pender의 가정을 뒷받침하고 있다. 그러나 Pender의 건강증진 모형에서 제시

되는 변수중 대다수의 연구가 일부만을 다루어서 건강 증진행위를 설명하려고 하고있으며, 이에 따라 설명되지 않고 새롭게 제시된 건강증진모델의 변수를 첨가하여 확대된 건강증진행위에 대한 연구가 이루어져야 하는 것이 요구되고 있다고 본다.

따라서 본 연구자는 건강증진센터에 내원한 대상자의 건강증진행위와 관련된 변인을 1996년에 수정된 Pender의 건강증진모형(Health Promotion Model)에 기초하여 개인적 특성(연령, 성별, 교육정도, 종교, 직업, 한달수입, 결혼상태), 이전과 연관된 행위, 행위와 관련된 인지와 감정(지각된 유익성, 지각된 장애성, 자기효능감, 행동과 관련된 감정), 행동에 대한 계획, 행동을 하게 된 계기, 행동에 가장 영향을 준 사람으로 이루어진 <그림 1>과 같은 본 연구의 틀을 도출하였다. 본 연구에서는 현재 국내에서 사용되고 있는 통제성을 측정하는 도구의 신뢰도가 낮고 개인적 특성에 따라 일관된 결과를 보이지 못하므로 Pender(1996)의 건강증진모형의 통제성 개념을 정확히 측정하기가 어려워 통제성의 개념을 제외시켰다.



<그림 1> 본 연구의 개념적 기틀

### III. 연구 방법

#### 1. 연구 설계

본 연구는 건강검진 센터 내원자들의 건강증진 행위의 정도를 파악하고, 그에 영향을 미치는 변인들과의 관계를 규명하기 위한 서술적 탐색연구이다.

#### 2. 연구대상 및 자료수집

본 연구의 대상자는 대전광역시 소재 1개 3차의료기관의 건강증진센터에 내원한 자들이었다. 자료수집은 1998년 2월 11일에서 1998년 6월 22일까지 건강증진센터 관리자에게 연구의 목적을 설명하고 협조를 구한 후 건강검진을 사전등록한 자들에게 질문지를 우편으로 발송하였다. 총 300부의 질문지를 발송하였고 이중 215(회수율 71.7%)부가 회수되었고 다시 불성실한 응답지, 무응답지 38부를 제외하였다. 그 결과 최종 177부를 본 연구의 분석자료로 이용하였다.

#### 3. 연구도구 및 내용

##### 1) 건강증진 생활양식 측정 도구

본 연구에서는 Walker, Sechrist, and Pender(1987)가 개발한 HPLP(Health Promotion Lifestyle Profile) 48문항을 서연옥(1995)이 수정한 47문항 도구를 사용하였다. HPLP 도구는 총 48문항으로 6개의 하위영역인 자아실현, 건강책임, 운동, 영양, 스트레스 관리, 대인관계 지지를 포함한다. 개발당시의 전체문항의 신뢰도는 Cronbach's alpha 계수 .92, 각 하위개념의 Cronbach's alpha 계수는 .70~.90이었다. 본 연구에서 사용한 이 건강증진 생활양식 측정도구는 자아실현에 관한 11문항, 건강책임에 관한 10문항, 운동에 관한 6문항, 영양에 관한 6문항, 스트레스 관리에 관한 7문항, 대인관계 지지에 관한 7문항으로 총 6가지 하위개념으로 구성된 47문항으로 "전혀 안한다"에 1점, "항상한다"에 4점을 주는 4점척도로 측정되어 최소 47점에서 최고 188점의 범위를 가지며, 점수가 높을수록 건강증진 행위의 실천정도가 높음을 의미한다. 서연옥(1995)의 연구에서는 전체 신뢰도는 Cronbach's alpha .90, 각 하위개념은 Cronbach's alpha .73~.87이었다. 본 연구에서는 전체 문항의 Cronbach's alpha .94, 하위개념으로 자아실현 Cronbach's alpha .88, 건강책임 Cronbach's alpha

.83, 운동 Cronbach's alpha .81, 영양 Cronbach's alpha .81, 스트레스관리 Cronbach's alpha .86, 대인관계지 Cronbach's alpha .65를 나타냈다.

2) 지각된 자기효능(Perceived Self-efficacy)

본 연구에서 지각된 자기효능은 Sherer 등(1982)에 의해 개발된 일반적 자기효능을 오현수(1993)가 번안한 도구로 측정하였다. 총 17문항 5점척도로 “확실히 아니다”에 1점, “확실히 그렇다”에 5점을 주어 최저 17점에서 최고 85점의 범위를 가지며 점수가 높을수록 자기효능이 높음을 의미한다. 개발당시의 신뢰도는 Cronbach's alpha .71이었으며, 오현수(1993)의 연구에서는 Cronbach's alpha .80이었으며 본 연구에서는 Cronbach's alpha .85를 나타냈다.

3) 지각된 유익성(Perceived benefits)

건강증진행위에서 지각된 유익성은 문정순(1990)의 건강신념 측정도구중 유익성에 관한 항목을 기초로 하여 본 연구자가 간호학교수의 조언을 받아서 수정한 도구를 사용하여 측정하였다. 본 연구에서 수정작성된 지각된 유익성 측정도구는 21개 문항 4점척도로 “전혀 그렇지 않다” 1점에서 “매우 그렇다” 4점으로 최저 21점에서 최고 84점의 범위를 가지고 있다. 문정순(1990)의 연구에서 유익성의 개발당시 신뢰도는 Cronbach's alpha .73을 나타내었으며 본 연구에서는 Cronbach's alpha .94를 나타냈다.

4) 지각된 장애성(Perceived barriers)

건강증진행위에서 지각된 장애성은 문정순(1990)의 건강신념 측정도구중 장애성에 관한 항목을 기초로 하여 본 연구자가 간호학교수의 조언을 받아서 수정한 도구를 사용하여 측정하였다. 본 연구에서 수정작성된 지각된 장애성 측정도구는 11개 문항으로 “전혀 그렇지 않다” 1점에서 “매우 그렇다” 4점 척도로 최저 12점에서 최고 44점의 범위를 가지고 있다. 문정순(1990)의 연구에서 장애성의 개발당시 신뢰도는 Cronbach's alpha .66을 나타내었으며 본 연구에서는 Cronbach's alpha .73을 나타냈다.

5) 행동과 관련된 감정(Affect related to action)

Ford(1992)의 basic instrumental emotional patterns에 기초한 Song(1995)의 Emotional Salience Scale을 연구자가 간호학교수의 조언을 받아서 수정 보

완한 도구로 측정하였다. 본 연구에서 수정작성된 행동과 관련된 감정측정도구는 10개의 문항으로 “매우반대” 1점에서 “매우찬성” 6점의 6점척도로 최저 10점에서 최고 60점의 범위를 가지고 있다. 송라운(1995)의 연구에서는 Cronbach's alpha .80-.84를 나타내었으며 본 연구에서는 Cronbach's alpha .61을 나타냈다.

4. 자료분석방법

수집된 자료는 SPSS-PC를 이용하여 다음과 같은 방법으로 분석하였다.

1. 대상자의 개인적 특성과 경험은 서술통계방법으로 실수와 백분율을 산출하였고 대상자의 건강증진행위 수행정도, 지각된 자기 효능감, 지각된 유익성, 지각된 장애성, 행동과 관련된 정서는 평균과 표준편차를 산출하였다.
2. 대상자의 전체 건강증진행위와 하부영역과 개인적 특성과 경험에 따른 차이는 t-test, ANOVA를 이용하였다.
3. 대상자의 건강증진 생활양식과 지각된 자기효능, 지각된 유익성, 지각된 장애성, 행동과 관련된 정서와의 관계는 Pearson Correlation Coefficient를 이용하였다.
4. 대상자의 건강증진행위에 영향을 미치는 주요 변인을 확인하기 위하여 단계적 다중회귀분석(Stepwise multiple regression)을 이용하였다.
5. 대상자의 개인적 특성과 경험에 따른 건강증진행위 수행정도와 지각된 자기 효능감, 지각된 유익성, 지각된 장애성, 행동과 관련된 정서의 차이검증을 위해 t-test, ANOVA를 이용하였다.

IV. 연구의 결과

1. 연구대상자의 개인적 특성과 경험

본 연구의 대상자의 연령분포는 40세이상 49세이하의 군이 41.8%로 가장 많았으며 50세이상 59세이하의 군이 23.7%로 40대와 50대의 연령층이 전체의 65.5%를 차지하였다. 성별은 남성이 66.1%, 여성이 32.2%로 남성의 수가 여성보다 2배이상으로 나타났다. 교육수준은 고등학교졸업이 33.9%로 가장 많고, 다음으로 대학졸업이 25.4%를 나타냈다. 종교는 65.5%가 있는 것으로 나타났고, 직업은 82.5%가 있는 것으로 나타났으며, 공무원, 회사원이 32.2%로 가장 많았고 다음으로는 상업,

사업이 28.2%로 많았다. 월수입은 35%가 200만원 이상이며, 결혼상태는 93.2%가 기혼, 4%가 미혼으로 기혼자가 대부분으로 나타났다.

## 2. 건강증진 생활양식 이행정도

대상자의 건강증진 생활양식의 수행정도를 조사한 결과 전체 평균 109.22점이었고 최소 71점에서 최대 170점의 범위를 가지는 것으로 나타났다. 이를 하위영역별로 살펴보면 자아실현 영역이 평균 30.77점으로 가장 높았으며 그 다음은 건강책임 영역으로 18.90점, 대인관계지지 영역이 18.71점, 스트레스 관리 영역이 15.39점, 영양영역이 14.95점 순이었고, 가장 낮은 영역은 운동영역으로 10.50점으로 나타났다.

## 3. 인지지각변수의 특성

대상자들이 지각하고 있는 지각된 유익성, 지각된 장애성, 행동과 관련된 정서, 지각된 자기 효능감의 특성은 <표 1>과 같다.

<표 1> 인지지각 변수의 특성 (N=177)

구 분	평균	표준편차	범위
지각된 유익성	69.02	7.50	54~84
지각된 장애성	24.73	3.48	15~37
행동과 관련된 정서	38.75	5.46	20~57
지각된 자기 효능감	60.99	8.79	36~85

## 4. 건강증진 생활양식에 영향을 미치는 주요예측 요인

대상자의 건강증진 생활양식에 영향을 미치는 주요 예측요인을 확인하기 위해 단계적 중회귀분석(Stepwise Muptiple Regression)을 이용하여 분석한 결과가 <표 2>와 같다. 가장 영향력있는 변인은 지각된 자기효

<표 2> 건강증진 행위에 영향을 주는 주요 변인

개 념	R	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> 첨가	F	P
지각된 자기 효능감	0.397	0.158	0.158	19.632	0.000
지각된 장애성	0.476	0.069	0.227	15.232	0.000
종교유무	0.544	0.069	0.296	14.435	0.000
지각된 유익성	0.587	0.048	0.344	13.372	0.000
지각된 증상의 유무	0.616	0.034	0.378	12.344	0.000
연 령	0.660	0.057	0.435	12.848	0.000

능감으로 다변수 상관계수  $R=0.397$ 로서 전체변량의 15.8%를 설명할 수 있었으며, 그 다음이 지각된 장애성으로 이것을 포함하면 22.7%의 설명이 가능했다. 그리고 종교유무, 지각된 유익성, 지각된 증상의 유무, 연령이 포함되어 43.5%의 설명력을 가지고 건강증진 생활양식을 설명할 수 있었다.

## 5. 개인적 특성과 경험과 건강증진생활방식과의 관계

개인적 특성과 경험과 경험에 따른 건강증진 생활양식과의 차이를 검증한 결과는 <표 3>과 같다.

## 6. 건강증진 생활양식과 주요 변수와의 상관관계

건강증진 생활양식과 주요 변수들간의 상관관계를 보기 위하여 Pearson Correaltion Coefficient로 분석한 결과 <표 4>와 같다.

## V. 논 의

본 연구에서 건강증진센터에 내원하는 성인의 건강증진행위 수행정도는 평균 109.22점으로 나타났는데 이는 우원미(1994)의 중년남성의 건강증진행위 점수와는 유사한 결과를 보이고 있으나, 다른 선행연구(Walker, Volkan, Sechrist, and Pender, 1988; 이태화, 1989; 박인숙, 1995; 이종경, 한애경, 1996; 서연옥, 1996)의 건강증진행위 점수와 비교해 볼 때는 비교적 낮은 점수였다. 하위영역별로 볼 때 자아실현이 가장 높은 점수를 나타냈는데, 이는 박한정(1994), 이태화(1989), 서연옥(1995)의 연구 결과와 일치되는 결과를 보였으나, 우원미(1994)의 중년남성을 대상으로 한 연구에서는 영양영역이 가장 높은 점수를 보여 본 연구와는 다른 결과를 나타냈다. 또한 가장 낮은 점수를 보인 하위영역은 운동으로 우원미(1994), 서연옥(1995), 이태화(1989)의 연구에서는 가장 낮은 점수를 보인 영역이 건강책임영역으로 본 연구와는 다른 결과를 나타냈고, 박한정(1994), Duffy(1988), 윤진(1990)의 연구에서는 본 연구와 일치되는 결과를 나타냈다. 이는 대상자의 대부분이 직업이 있는 중년성인이므로 직장인을 대상으로 한 국내 연구에서 운동실천율이 낮다는 보고와 일치되는 결과를 보이고 있는 것으로 사료된다. 그러므로 운동행위를 증진시키는 중재의 필요성을 보여주는 것이라고 사료된다.

대상자들의 지각된 유익성은 오복자(1995)의 위암환

<표 3> 대상자의 인구학적 특성에 따른 건강증진 행위의 차이검증

특 성 구 분	자아실현	건강책임	운 동	영 양	대인관계 지지	스트레스 관리	전체건강 증진행위	
	M(SD)	M(SD)	M(SD)	M(SD)	M(SD)	M(SD)	M(SD)	
연 령	40세 미만	2.77(.55)	1.71(.39)	1.60(.57)	2.14(.59)	2.57(.54)	2.19(.45)	2.20(.38)
	40세 ~ 49세	2.80(.52)	1.90(.59)	1.77(.65)	2.57(.55)	2.68(.61)	2.21(.49)	2.34(.40)
	50세 ~ 59세	2.83(.56)	1.98(.42)	1.78(.54)	2.62(.72)	2.84(.63)	2.15(.41)	2.39(.39)
	60세 이상	2.96(.52)	2.15(.56)	2.02(.71)	2.85(.72)	2.76(.55)	2.38(.52)	2.54(.45)
	F값	.652	3.817*	2.184	7.786***	1.462	1.265	3.541*
성 별	남	2.78(.53)	1.97(.21)	1.77(.58)	2.45(.60)	2.65(.59)	2.18(.43)	2.32(.40)
	여	2.92(.53)	2.09(.58)	1.79(.70)	2.71(.64)	2.83(.60)	2.30(.52)	2.43(.41)
	T값	-1.638	-1.442	-.187	-2.684**	-1.842	-1.579	-1.721
교육정도	무 학	2.23(.58)	1.25(7.07)	1.08(.12)	1.83(.00)	2.43(.20)	1.61(.30)	1.77(.12)
	초등학교 졸	2.84(.56)	1.85(.52)	1.54(.54)	2.74(.64)	2.75(.57)	2.21(.47)	2.34(.35)
	중학교 졸	2.88(.54)	1.97(.56)	1.87(.73)	2.73(.68)	2.79(.68)	2.36(.55)	2.45(.46)
	고등학교 졸	2.80(.53)	1.86(.56)	1.64(.53)	2.43(.60)	2.75(.58)	2.13(.41)	2.30(.40)
	대학교 졸	2.79(.54)	1.98(.48)	1.90(.66)	2.36(.60)	2.55(.55)	2.26(.46)	2.34(.40)
	대학원 이상	2.82(.54)	2.01(.48)	1.96(.52)	2.73(.66)	2.87(.62)	2.27(.46)	2.49(.40)
F값	.884	1.150	2.670*	2.860*	1.187	1.681	1.785	
종 교	무	2.74(.53)	2.00(.19)	1.65(.56)	2.39(.63)	2.61(.64)	2.17(.43)	2.25(.41)
	유	2.86(.54)	2.02(.44)	1.81(.64)	2.59(.64)	2.78(.56)	2.24(.48)	2.40(.41)
	T값	-1.361	-.280	-1.690	-1.911	-1.793	-.816	-2.215*
직 업	전문직	3.02(.54)	2.14(.39)	2.22(.53)	2.87(.56)	2.95(.64)	2.31(.39)	2.59(.38)
	공무원, 회사원	2.83(.52)	1.93(.60)	1.67(.59)	2.39(.62)	2.59(.57)	2.22(.51)	2.31(.41)
	상업, 사업	2.78(.56)	1.87(.45)	1.75(.60)	2.47(.66)	2.64(.62)	2.10(.41)	2.29(.41)
	농업, 어업	2.60(.53)	1.61(.34)	1.61(.58)	2.36(.59)	2.84(.35)	2.17(.25)	2.21(.26)
	무 직	2.78(.54)	2.00(.53)	1.70(.60)	2.66(.55)	2.86(.57)	2.28(.49)	2.39(.40)
	기 타	2.96(.46)	1.86(.59)	2.06(.81)	2.63(.67)	2.76(.62)	2.41(.56)	2.46(.43)
F값	.996	1.443	2.655*	1.924	1.576	1.283	1.831	
한달총수입	100만원 미만	2.85(.58)	1.83(.46)	1.76(.69)	2.60(.70)	2.81(.51)	2.29(.56)	2.37(.45)
	100 ~ 150만원	2.69(.58)	1.77(.54)	1.66(.59)	2.34(.62)	2.60(.63)	2.04(.44)	2.21(.44)
	150 ~ 200만원	2.68(.51)	1.82(.40)	1.71(.59)	2.61(.60)	2.76(.660)	2.26(.43)	2.31(.38)
	200만원 이상	2.94(.48)	2.07(.54)	1.90(.63)	2.54(.62)	2.65(.56)	2.26(.44)	2.43(.37)
	F값	2.516	3.688*	1.436	1.456	.831	2.571	2.588
결혼상태	미혼	3.02(.65)	1.59(.45)	1.79(.83)	1.79(.52)	2.55(.68)	1.98(.43)	2.18(.48)
	기혼	2.81(.53)	1.91(.51)	1.76(.61)	2.55(.61)	2.71(.60)	2.22(.46)	2.35(.40)
	이혼 및 사별	3.07(.37)	2.35(.85)	2.12(.90)	2.84(.86)	2.93(.450)	2.31(.59)	2.63(.52)
	F값	1.110	3.151*	.838	5.754**	.586	1.002	1.892
최근 신체 증상	무	2.92(.51)	2.00(.33)	1.88(.64)	2.59(.64)	2.81(.58)	2.33(.47)	2.42(.40)
	유	2.76(.55)	2.02(.41)	1.69(.61)	2.45(.62)	2.64(.61)	2.11(.42)	2.29(.41)
	T값	1.913	-.358	1.948	1.383	1.773	3.185*	2.049*
검진경험	무	2.86(.53)	1.97(.49)	1.73(.65)	2.48(.69)	2.66(.62)	2.16(.41)	2.29(.41)
	유	2.80(.54)	2.04(.27)	1.78(.59)	2.55(.60)	2.75(.57)	2.26(.48)	2.39(.40)
	T값	.657	-1.036	-.505	-.747	-1.013	-1.507	-1.539
가장 영향 준 사람	부 모	2.84(.53)	1.75(.28)	1.62(.60)	1.93(.39)	2.63(.53)	2.14(.29)	2.20(.33)
	배우자	2.79(.53)	1.78(.42)	1.72(.61)	2.55(.61)	2.76(.63)	2.18(.43)	2.31(.37)
	자 녀	2.85(.23)	2.06(.58)	1.80(.71)	2.60(.75)	2.77(.45)	2.29(.49)	2.42(.42)
	친 구	3.05(.60)	2.11(.65)	1.82(.31)	2.67(.66)	2.96(.79)	2.16(.47)	2.50(.44)
	친 지	2.85(.64)	2.14(.74)	2.10(.99)	2.79(.69)	2.77(.73)	2.16(.47)	2.48(.64)
	의료인	2.79(.68)	2.08(.47)	1.78(.51)	2.71(.82)	2.66(.62)	2.26(.46)	2.23(.52)



〈표 3〉 계속

특 성 구 분	자아실현	건강책임	운 동	영 양	대인관계 지지	스트레스 관리	전체건강 증진행위
	M(SD)	M(SD)	M(SD)	M(SD)	M(SD)	M(SD)	M(SD)
자 신	2.68(.54)	1.88(.63)	1.73(.64)	2.39(.62)	2.35(.54)	2.16(.55)	2.44(.43)
회 사	2.98(.44)	2.50(.71)	1.58(.50)	2.54(.60)	3.04(.61)	2.50(.50)	2.60(.37)
F값	.471	2.470*	.529	1.804	1.754	.417	1.091
방문계획	꼭 다시오겠다	3.00(.56)	2.15(.56)	1.96(.66)	2.54(.59)	2.84(.69)	2.34(.47)
	될 수 있는대로 다시오겠다	2.76(.52)	1.85(.49)	1.72(.59)	2.53(.65)	2.66(.56)	2.19(.44)
	현재로서는 다시올 계획이 없다	2.80(.58)	1.76(.49)	1.77(.67)	2.48(.68)	2.70(.63)	2.13(.58)
F값		3.100*	6.169**	2.396	.051	1.411	2.654
방문계기	가까운 사람이 병원에서 질병진단 받아서	3.09(.56)	2.08(.56)	2.01(.71)	2.67(.79)	2.89(.76)	2.37(.63)
	가까운 사람이 질병으로 사망하여서	2.73(.80)	2.13(.90)	1.73(.79)	2.46(.82)	2.65(.33)	2.07(.41)
	최근에 건강관련 보험을 들게 되어서	2.97(.58)	1.70(.40)	1.85(.74)	2.69(.74)	2.86(.82)	2.19(.59)
	건강검진을 함께 할 목적으로	2.79(.49)	1.96(.49)	1.74(.50)	2.42(.54)	2.71(.54)	2.24(.42)
	나에게 병이 있는 것 같은 자각증상이 있어서	2.73(.55)	1.91(.52)	1.76(.66)	2.56(.56)	2.67(.55)	2.18(.43)
	본인이 원해서	2.70(.56)	1.87(.47)	1.64(.57)	2.49(.69)	2.56(.54)	2.15(.45)
F값		1.371	1.046	.630	.583	.721	.475

\*P<0.05    \*\*P<0.01    \*\*\*P<0.0001

〈표 4〉 대상자의 건강증진 생활양식과 행위와 관련된 인지와 감정과의 상관관계 (N=177)

	지각된 이익성	지각된 장애성	행동과 관련된 정서	지각된 자기효능감
자아실현	0.302***	-0.157*	0.296***	0.419***
건강책임	0.302***	-0.285***	0.198**	0.159*
운 동	0.122	-0.135	0.190*	0.224**
영 양	0.159*	-0.209**	0.269***	0.148*
대인관계 지지	0.114	-0.171*	0.184*	0.265***
스트레스 관리	0.149*	-0.196**	0.194**	0.246**
전 체	0.278***	-0.263***	0.307***	0.345***

\*P<0.05    \*\*P<0.01    \*\*\*P<0.001

자를 대상으로 한 연구와는 비슷한 지각정도를 보이며 박나진(1997)의 연구결과보다는 낮은 지각정도를 나타내고 있었다. 지각된 장애성은 위암환자를 대상으로 한 오복자(1995)의 연구결과보다는 높은 지각정도를, 박나진의 연구결과와는 비슷한 지각정도를 나타내고 있었다. 이것은 일반성인과 위암환자를 비교시 지각된 유익성은 차이가 없었으나 지각된 장애성은 일반성인이 위암환자보다 높은 장애성을 지각하고 있을 것으로 사료되는데 이는 위암환자군이 진단, 치료를 받은 후에 추후관리를 받으면서 건강증진행위를 수행하고 있는 군이지만 일반 성인군은 건강검진 후 자신에게 어떠한 결과가 예측될지 알 수 없는 상황의 군으로 그러므로 이러한 결과가 나타난 것으로 사료된다. 그러므로 일반인에게 건강증진행위의 중요성과 유익성을 교육하고 또한 주로 당면할 수 있는 건강문제와 이것에 대한 예방 및 대책을

교육하는 프로그램을 제공한다면 건강증진행위가 실질적 행위로 옮겨지도록 하는데 도움이 될 것이라고 사료된다. 자기 효능감은 박나진(1997)의 연구보다 낮은 점수를 나타냈고, 위암환자를 대상으로 한 오복자(1995)의 연구보다 높은 점수를 나타냈다. 이는 본 연구에서 건강증진센터를 내원하게 된 계기가 자각증상이 있거나 본인이 원하여 스스로 오게 된 경우가 대부분으로 스스로의 결정으로 행동한 것을 보여주는 것이므로 자신의 행동에 대한 자신감을 반영해 주는 자기효능감이 높게 나타난 것이라고 사료된다. 그러므로 자기효능감을 높여줄 수 있는 중재로 건강증진행위에 보다 긍정적인 효과를 나타낼 수 있을 것이라고 사료된다.

건강증진센터에 내원한 성인의 건강증진행위에 영향을 미치는 변인을 파악한 결과 지각된 자기효능감이 가장 큰 영향을 준 변인으로 전체변량의 15.8%를 설명하

었는데 이것은 선행연구(Weitzel, 1989; Oh, 1993; 오복자, 1994; 오복자, 1995)에서 그 설명력의 범위가 9.7%이하인 것보다 높았으며, 또한 김효정(1996)의 연구에서도 자기효능감이 건강증진행위를 단독으로 22.5%를 설명하는 결과를 보이므로, 자기효능감은 인간의 행동이 변화되는데 매우 중요한 결정인자로서(Bandura, 1977) 행동 변화와 그 변화의 지속에 있어 유의하게 영향을 끼치고 있다고 사료된다. 건강증진행위에 영향을 끼치는 다른 변인은 지각된 장애성, 종교유무, 지각된 유익성, 지각된 중상의 유무, 연령으로 모든 변인을 포함하여 43.5%의 설명력을 나타냈다. 이는 이태화(1989), 우원미(1994), 서연옥(1995)의 연구보다도 높은 설명력으로 이중 지각된 장애성과 지각된 유익성은 박나진(1997)의 연구에서도 건강증진행위에 영향을 끼치는 변인으로 설명되었고, 특히 지각된 장애성은 오복자(1994)의 연구에서 건강증진행위에 직접적인 영향을 주기보다는 자기효능을 통해 간접적으로 영향을 주어 전체적으로 건강증진행위에 유의한 큰 영향을 준 것으로 나타났으며, 지각된 유익성도 건강증진행위의 주요 영향요인인 매개변수에 영향을 주는 것으로 결과를 보여주었다.

건강증진 생활양식에 영향을 주는 개인적 특성과 경험을 보면 연령은 건강책임, 영양, 스트레스 관리, 건강증진행위에서 유의한 차이를 보여 박인숙(1995), Walker 등(1988)의 연구와도 일치되는 결과를 나타냈다. 성별은 영양에서만 유의한 차이를 보였는데, 이는 Walker(1988)의 연구에서도 일치되는 결과를 보였다. 교육정도는 운동과 영양에서 유의한 차이를 보였는데, Pender(1988)의 연구에서는 교육이 영양과 유의한 차이가 있는 것으로 나타났고, Walker(1988)의 연구에서도 교육이 영양, 대인관계지지, 스트레스 관리와 유의한 차이가 있는 것을 나타냈으나 우원미(1994)의 연구에서는 교육이 건강책임영역과 유의한 차이가 있는 것으로 다른 결과를 보여주었다. 이것은 교육정도가 건강증진행위를 설명하는데 기여한다는 전정자, 김영희(1996)와 Duffy(1988)의 연구와도 일치되는 결과를 보인 것이다. 직업은 운동에서 유의한 차이를 보였고, 한달총수입은 건강책임에서 유의한 차이를 보여주었는데, 이것은 Pender(1988)의 연구결과와 일치되는 것으로 나타났으나 우원미(1994)의 연구와는 다른 결과를 보여주었다. 결혼상태는 건강책임, 영양에서 유의한 차이를 보였는데, 표지숙(1991)의 연구에서도 연령, 성별, 결혼상태, 교육수준, 직업유무와 유의한 차이가 있는 것

으로 나타나 일치되는 결과를 보였다. 이것은 대상자의 반 이상이 남성으로 가장으로서 가족에 대한 책임을 가지고 있고, 영양에 대해 관심을 가져주고 지지해주는 배우자가 있기 때문이라고 사료된다. 일반성인을 대상으로 한 이태화(1989)의 연구에서는 연령을 제외한 개인적 특성과 경험이 건강증진행위를 실천하는데 유의한 차이를 보이지 않는다는 결과는 나타냈으나, 본 연구는 Pender(1996)의 개인적 특성과 경험이 건강증진행위에 유의한 요인으로 작용한다는 것을 지지하고 있다. 최근 신체증상 유무는 스트레스 관리, 전체 건강증진행위에서 유의한 차이를 보였는데, 이것은 송영신(1997)의 질병경험의 유무가 건강증진행위에 유의한 차이를 보인다는 결과와 일치하고 있다. 건강검진센터 방문에 가장 영향을 준 사람은 자아실현, 건강책임, 전체 건강증진행위에서 유의한 차이를 보였으며, 가장 영향을 준 사람은 배우자, 다음으로 자신, 자녀로 나타났다. 이것은 건강증진행위를 실천하는데 가족과 자신이 대부분의 영향을 끼치고 있음을 시사한다고 사료된다. 건강검진경험은 모든 영역에서 유의한 차이를 보이지 않았는데 이는 Pender(1996)의 이전경험이 건강증진행위에 영향을 준다는 개념을 지지하지 못하고 있다.

지각된 유익성과 건강증진 생활양식과의 상관관계를 보면 자아실현, 건강책임, 영양, 스트레스 관리, 건강증진 생활양식이 유의한 상관관계가 있는 것으로 나타났고, 지각된 장애성과 건강증진 생활양식과의 상관관계를 보면 자아실현, 건강책임, 영양, 대인관계지지, 스트레스 관리, 건강증진 생활양식이 유의한 상관관계를 보여주고 있다. 이것은 질병예방행위와 관련된 문정순(1990)의 연구와 박나진(1997)의 연구에서 건강증진행위와 상관관계가 있는 요인으로 확인되었다. 또한 오복자(1994 : 1995)의 연구에서도 건강증진행위에 영향을 주는 요인으로 나타났다. 즉 지각된 유익성이 클수록 건강증진행위 수행정도가 높음을, 지각된 장애성이 적을수록 건강증진행위 수행정도가 높음을 의미한다. 행동과 관련된 정서와 건강증진 생활양식과의 상관관계를 보면 모든 영역에서 유의한 상관관계를 보여주고 있는데, 행동과 관련된 감정은 자기효능감과 행동계획 수립을 통해 직간접적으로 건강행위에 영향을 미친다고 볼 수 있다(Pender, 1996). 지각된 자기효능감과 건강증진 생활양식과의 상관관계를 보면 모든 영역에서 유의한 상관관계를 보여주고 있다. 즉 자기효능감이 높을수록 건강증진행위 수행정도가 높은 것을 말하며, 이는 선행연구(Weitzel, 1989; 오현수, 1993; 오복자, 1994; 박

규화, 1995; 김효정, 1996; 박나진, 1997; 송영신, 1997)에서도 자기효능감과 건강증진행위간에 유의한 순상관관계가 있는 것으로 나타났다.

이상의 결과에서 Pender(1996)의 건강증진모형은 부분적으로 확인되었다. 특히 지각된 자기효능감은 가장 영향력 있는 변인으로 최근 연구들과 유사한 결과를 보여주었으며, 모든 영향 변인을 포함하여 43.5%의 설명력을 보여주어 Pender(1996)의 건강증진모형의 변인들이 일반인의 건강증진행위에 대해 의미있게 제시되고 있다는 것을 확인할 수 있었다.

## V. 결론 및 제언

### 1. 결 론

본 연구는 Pender의 건강 증진 모형에 기초로 건강증진센터에 내원하는 일반성인의 건강증진 생활양식을 이해하고 건강 증진 행위에 영향을 미치는 지각된 유익성, 지각된 장애성, 지각된 자기효능감, 행동과 관련된 감정, 개인적 특성과 경험, 상황적 요인들과의 관계를 파악하고 주요 예측 요인을 확인하기 위한 서술적 탐색연구이다. 자료수집은 1998년 2월 11일에서 1998년 6월 22일까지로 건강증진센터에 사전등록한 300명을 대상으로 실시하였다. 발송한 300부의 설문지 중 총 215부(회수율 71.7%)가 회수되었고, 이중 불성실한 응답지, 무응답지 38부를 제외하고 최종 177부를 분석에 사용하였으며, 자료분석은 SPSS PC를 사용하여 백분율, 평균, 표준편차, t-test, ANOVA, Pearson Correlation Coefficient, 단계적 다중회귀분석(Stepwise Multiple Regression)으로 분석하였고 그 결과는 다음과 같다.

- 1) 대상자의 건강증진 수행정도는 평균 109.22점이었고 최소 71점에서 최대 170점의 범위를 가지는 것으로 일반성인에 비해 건강증진 수행정도가 낮은 것으로 나타났다. 이것을 하위영역별로 분석한 결과, 수행정도가 가장 높은 영역은 자아실현으로 평균 30.77점이었으며, 가장 낮은 점수를 나타낸 영역은 운동으로 평균 10.50으로 나타났다.
- 2) 대상자의 건강증진행위에 영향을 미치는 주요변인을 파악한 결과 지각된 자기효능감이 가장 큰 영향을 주는 변인으로 전체변량의 15.8%를 설명하였으며, 지각된 장애성, 종교유무, 지각된 유익성, 지각된 증상의 유무, 연령을 포함해서 건강증진행위의 43.5%가 설명되었다.

- 3) 대상자의 건강증진 생활양식에 영향을 주는 개인적 특성과 경험을 보면 연령은 건강책임, 영양, 스트레스 관리, 전체건강증진행위에서 유의한 차이를 보여 연령이 증가할수록 건강증진행위 수행정도가 높다는 결과를 보였고, 성별은 영양에서만 유의한 차이를 보였다. 교육육정도는 운동과 영양에서 유의한 차이를 보였고, 종교는 전체 건강증진행위에서 유의한 차이를 보이고 각 하부영역에서는 유의한 차이를 보이지 않았으며, 직업은 운동에서 유의한 차이를 보였다. 한달총수입은 건강책임에서 유의한 차이를 보여주었고, 결혼상태는 건강책임, 영양에서 유의한 차이를 보였다. 최근 신체증상 유무는 스트레스 관리, 전체 건강증진행위에서 유의한 차이를 보였고, 건강증진센터 방문계획은 건강책임에서 유의한 차이를 보였으며, 가장 영향을 준 사람은 자아실현, 건강책임, 전체 건강증진행위에서 유의한 차이를 보였다. 그러나, 건강검진 경험은 모든 영역에서 유의한 차이를 보이지 않았다.

- 4) 대상자의 건강증진행위와 행동과 관련된 인지과 감정 요인들은 모두 통계적으로 유의한 상관관계가 있는 것으로 나타났는데, 지각된 유익성은 자아실현, 건강책임, 영양, 스트레스 관리, 건강증진 생활양식과 유의한 상관관계가 있는 것으로 나타났고, 지각된 장애성은 자아실현, 건강책임, 영양, 대인관계지지, 스트레스 관리, 건강증진 생활양식과 유의한 상관관계를 보여주었으며, 행동과 관련된 정서는 자아실현, 건강책임, 운동, 영양, 대인관계지지, 스트레스 관리와 유의한 상관관계가 있었다. 지각된 자기효능감은 자아실현, 건강책임, 운동, 영양, 대인관계 지지, 스트레스 관리, 건강증진 생활양식과 유의한 상관관계를 보여주고 있었다.

### 2. 제 언

- 1) 연구결과의 일반화를 위해 다양한 대상자를 확대추출하여 반복연구해 볼 것을 제언한다.
- 2) 본 연구결과를 바탕으로 Pender(1996)의 건강증진 모형에서 제시하는 다른 변인들에 대한 규명이 필요하, 아울러 우리문화에서 건강증진행위에 영향을 주는 다른 요인들을 탐색하는 연구가 필요함을 제언한다.
- 3) Pender(1996)의 건강증진모형에서 새롭게 제시된 변인들에 대해 우리나라 문화에 맞는 표준화된 도구의 개발이 이루어져야 함을 제언하며, 아울러 본 연

구에서 사용된 도구중 대다수가 국외에서 개발된 도구이므로 우리나라 사람들의 문화에 맞는 표준화된 도구가 개발되어 반복연구가 이루어져야 할 것을 제언한다.

- 4) 통제성을 적절히 측정하는 도구를 개발하는 연구가 이루어져야 할 것을 제언한다.
- 5) 본 연구결과를 토대로 하여 개개인의 건강증진행위를 바람직한 방향으로 이끌어 줄 수 있는 건강증진 프로그램의 개발이 이루어져야 함을 제언한다.

### 참 고 문 헌

김미옥 (1997). 일부대학생의 건강증진 생활방식과 신체상에 관한 연구. 부산대학교 대학원 석사학위논문.

김신정, 안은숙 (1994). 여대생의 건강개념과 건강행위. 대한간호학회지, 27(2), 264-274.

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

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

노태영 (1996). 일부 종합병원 간호사의 건강증진 행위와 그 결정요인에 관한 연구. 서울대학교 석사학위논문.

문정순 (1990). 성인의 건강신념 측정도구 개발 연구. 연세대학교 대학원 박사학위 논문.

박규화 (1995). 건강개념, 자기효능감, 강인성과 건강증진 생활양식과의 관계연구-서울지역의 군장병을 대상으로-. 이화여자대학교 석사학위 논문.

박나진 (1997). 산업장 근로자의 건강증진행위에 영향을 미치는 변인 분석. 부산대학교 대학원 석사학위논문.

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

박인숙 (1995). 건강증진생활양식에 관한 연구. 부산대학교 박사학위논문.

박재순, 최의순 (1996). 중년여성의 스트레스 생활사건 경험과 건강증진 생활양식. 가톨릭간호, 17, 81-93.

박한정 (1994). 근요통환자의 건강개념 및 건강증진행위에 관한 연구. 연세대학교 대학원 석사학위논문.

박현숙 (1997). 대학생의 건강증진 생활방식에 관한 연구. 정신간호학회지, 6(1), 91-103.

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

서연옥 (1994). 취업주부와 전업주부의 건강증진 생활방식 비교연구. 간호학탐구, 3(1), 93-111.

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

서연옥 (1996). 중년여성의 건강증진 생활방식, 강인성, 성역할 특성의 관계. 여성건강학회지, 2(1), 119-134.

소희영, 홍춘실, 김현리 (1996). 건강증진 행위 관련 요인. 지역사회간호학회지, 6(2), 250-258.

송영신 (1997). 여성근로자의 건강증진 생활방식과 영향요인 분석. 충남대학교 대학원 석사학위논문.

오복자 (1994). 위암환자의 건강증진행위와 삶의 질에 측도형. 서울대학교 대학원 박사학위 논문.

오복자 (1995). 건강증진행위의 영향요인 분석-위암 환자중심. 대한간호학회지, 25(4), 681-695.

오진주 (1997). 우리나라 일반성인의 연령별 건강행위 및 관련요인에 대한 비교연구. 성인간호학회지, 9(2), 286-296.

오현수 (1993). 여성 관절염 환자의 건강증진과 삶의 질. 대한간호학회지, 23(4), 617-629.

우원미 (1994). 중년남성의 건강증진생활양식에 영향을 미치는 결정 요인에 관한 연구. 이화여자대학교 대학원 석사학위논문.

윤진 (1990). 산업장 근로자의 건강증진행위와 그 결정요인에 관한 연구. 이화여자대학교 대학원 석사학위논문.

이미라, 소희영 (1997). 건강교육 교과목 학습이 대학생의 건강증진 생활방식 변화에 미치는 영향. 성인간호학회지, 9(1), 70-85.

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

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

이화자, 정향미, 안혜경 (1996). 아동을 위한 건강증진행위에 관한 연구. 대한간호학회지, 26(2), 443-466.

전정자, 김영희 (1996). 성인의 건강증진 생활방식과 자아존중감, 지각된 건강상태와의 비교 연구. 성인간호학회지, 8(1), 41-54.

조현숙 (1996). 도시일부 중년여성의 체중상태와 건강

- 행위 선택비교 연구. 대한간호학회지, 26(2), 387-398.
- 최스미 (1993). 오토바이 사고환자의 안전모 착용여부에 따른 뇌손상 비교와 자아존중감, 건강통제위 성격 건강증진행위의 비교연구. 대한간호학회지, 23(4), 585-601.
- 통계청연보 (1997).
- 표지숙 (1991). 노인들의 건강통제위와 건강증진행위와의 관계연구. 연세대학교 대학원 석사학위논문.
- 한국간호사윤리강령 (1998).
- Bandura, A. (1977). Self-Efficacy : Toward a unifying theory of behavioral change. Psychological Review, 84(2), 191-215.
- Becker M. H. (1974). The Health belief model and personal health behavior. Charles B. Stack, 1-8.
- Bestard, S. & Courtenay, M (1990). Focusing on Wellness. Canadian Nurse, 86(12), 24-25.
- Duffy M. E. (1988). Determinant of Health Promotion in Midline Women. Nursing Research, 37(6), 358-361
- Harris, D. M. & Guten, S. (1979). Health-protective Behaviors : An exploratory study. Journal of Health and Social Behavior, 20, 17-29.
- Muhlenkamp, A. F., Brown, N. J. & Sands, D. (1985). Self-esteem, social support, and Positive health practice. Nursing Research, 35, 334-38.
- O'Donnell M. (1986). Definition of health promotion. American Journal of Health Promotion, 1, 4-5.
- Oh, H. S. (1993). Health Promoting Behaviors and Quality of Life of Korean Women with Arthritis. Doctoral Dissertation. The University of Texas at Austin.
- Pender, N. J., & Pender, A. R. (1986). Attitude, subjective norms, and intentions to engage in health behaviors. Nursing Research, 35, 15-18.
- Pender, N. J. (1987). Health Promotion in Nursing Practice. 2nd ed. Norwalk, Conn, Appleton & Lange.
- Pender, N. J., Walker, S. N., Sechrists, K. R. & Stromborg, M. F. (1990). Predicting Health-Promoting Lifestyles in the Workplace. Nursing Research, 39(6), 326-331.
- Sherer M. S., Maddux J. E., Mercandante, B., Prentice-Dunn, S., Jacobs, B., & Rogers, R. W. (1982). The Self-Efficacy scale : construction and validation. Psychological Reports, 51, 663-671.
- Smith, M. (1990). Nursing's unique focus on health promotion. Nursing Science Quarterly, 105-106.
- Song R. Y. (1995). Effects on exercise and motivation on healthy lifestyle after cardiac rehabilitation exercise. Frances Payne Bolton School of Nursing Case Western Reserve University, For the degree of Doctoral of Philosophy.
- Steels, J. L. & McBrown, W. H. (1972). Conceptual and Empirical Dimension of Health Behavior. Journal of Health and Social Behavior, 13, 382-392.
- Tanner, E. K. N. (1991). Assessment of a health promotive life-style. Nursing Clinics of North America, 26(4), 845-854.
- Walker, S. N., Volkan, K., Sechrist, K. R. & Pender, N. J. (1988). Health Promoting Life Styles of Older Adults : Comparison with Young & Middle-aged Adults, Correlation and Patterns. Advanced in Nursing Science, 11(1), 76-90.
- Weitzel, M. H. (1989). A test of the health promotion model with blue collar workers. Nursing Research, 38, 99-104

— Abstract —

**Key concept** : Health promotion lifestyle profile, Perceived self-efficacy, Perceived benefits, Perceived barriers, Affect related to action

## Determinants of Health Promotion Behaviors in the Clients of Health-Promoting Center

*Jung, Mi Sook\* · So, Hee Young\*\**

The purposes of this study were to understand health-promoting behavior of client visiting health-promoting center, to identify the major subscales affecting performance in health promoting behavior to facilitate nursing intervention for health promoting of this population and to test Pender's Health Promotion Model.

The subjects for this study were 177 sampled among clients from health-promoting center in General Hospital at Teajon.

Data was collected by self-reported questionnaires from February 11 to May 22, 1998.

Analysis of the data was done by frequency, t-test, ANOVA, Pearson Correlation Coefficient,

Stepwise multiple regression using SPSS-PC. The results of the study were summarized as follows :

1. The mean score of performance in the health-promoting behavior was 109.22 and range was 71 to 170. The subscale of the highest mean score was self-actualization(30.77) and the subscale of the lowest mean score was exercise(10.50)
2. The most important variable in the health promoting behavior was the perceived self-efficacy. The perceived self-efficacy explained 15.8% of the variance in health promoting behavior. The combination of perceived self-efficacy, perceived barriers, religion, perceived benefits, perceived symptom, and age explained 43.5% of the variance in health promoting behavior.
3. In the relationships between individual characteristics and experience and health promoting behavior, age, religion, the significant differences in the subscale of the health promoting behavior : sex, educational state, previous occupation, monthly income, marital state, perceived symptom, and visiting plan of health-promoting center.
4. The health promoting behavior was statistically significant correlated with perceived benefits, perceived barriers, affect related to action, and perceived self-efficacy.

---

\* Assistant researcher, the Research Institute of Nursing, College of Nursing, Seoul University

\*\* Professor, Department of Nursing, Chungnam University