

성인의 체질별 건강증진 행위 및 건강상태

김 속 영*

I. 서 론

1. 연구의 필요성

우리 나라는 현대산업 사회로 발전하면서 인구의 고령화 추세와 함께 생활 양식과 환경의 변화로 만성 퇴행성 질환 및 사고가 증가하여 국민들의 건강과 삶의 질을 저해하는 요인이 되고 있다.

오늘날 주요 건강 문제가 되고 있는 질병 발생의 대부분은 흡연이나 음주, 운동, 수면, 식습관 등 일상적인 생활방식과 밀접한 관계가 있다. 한국 보건사회 연구원이 수행한 국민건강조사를 통해 수집된 전국자료를 분석한 결과 성인의 바람직한 건강관련 실천 행동 등이 신체적 건강상태와 긍정적인 관계가 있는 것으로 보고되었고(변중화 등, 1998), 미국 보건위생국(1990)에 의하면 매년 발생하는 질병의 50% 정도가 불건강한 생활 양식에 기인하는 것으로 보고되었다. 따라서 건강증진 행위를 변화시키는 것이 인간의 수명을 연장시키고 삶의 질을 증진시키며, 건강관리 비용을 감소시켜 각 개인의 기본적인 건강문제를 해결할 뿐 아니라 궁극적으로 사회 전반적인 안녕 수준을 높일 수 있다.

정부에서는 1995년 국민건강증진법을 제정하고

국가와 지방자치단체로 하여금 국민건강증진을 위한 여러가지 시책과 사업을 추진하고 있으며(변중화 등, 1998) 최근 간호학의 주요 연구 경향 역시 건강증진 생활 양식과 관련된 요인의 규명을 통해 간호전략을 수립하는 것이라 할 수 있다.

Pender(1987)는 건강증진은 개인이 환경이나 개인적 습관을 변화시켜서 최고의 안녕에 도달하도록 도와주는 것으로 질병예방 행위와는 구분이 되며, 성숙을 위해 대상자에 의해 주도되는 긍정적인 또는 역동적인 과정이라고 하였다. 건강증진은 건강한 생활양식 격려, 건강에 대한 지지적인 환경창조, 지역사회 활동강화, 건강증진을 위한 공공정책의 수립을 포함하고 있으며 인간-환경 상호과정에서 삶의 질을 증진하려는 행위를 의미한다(최명애와 이인숙, 1997).

박영주 등(2000)은 건강증진 행위를 설명하는 요인을 파악하기 위해 18편의 논문을 메타분석하였는데 그 결과 자기 효능감, 지각된 건강상태, 자아존중감, 내적건강 통제위 및 강인성이 건강증진 행위의 설명요인으로 많이 측정된 개념이라고 하였다.

한편, 한국 전통 의료 가운데 심신을 종합한 분야로 근세에 이르러 이체마가 동의수세보원(1901)에서 한국인의 체질을 생리, 심리, 사회적으로 분류한

* 포천중문 의과대학교 간호학과 조교수

사상의학을 들 수 있다. 이 체질의학은 철학적 논리와 실증을 결합시켜 체계화한 심신의학인데 인간은 누구나 음양의 생성, 변화에 의해 태양인, 태음인, 소양인, 소음인으로 나누어지며 이 체질에 따라 성격의 차가 생기며 그에 따른 독특한 체질 생리와 병리설이 존재함을 전개한 것이다. 박희관과 이종화(1998)는 인간행동의 다양성을 예측하기 위한 판단 기준을 찾기 위한 시도로 사상체질과 융의 심리학적 유형간의 연관성 연구에서, 소양인은 외향적인 반면에, 소음인은 내향적인 것으로 보고하였으며 체질에 따라 인지와 감정이 달라지므로 특정인의 체질을 알면 그 사람이 나타낼 행위를 예측할 수 있다고 하였다. 또한, 이제마는 인간의 행동 성향 역시 체질별 차이가 있다고 하였다(조황성 등, 1997).

인간의 성정을 이해하고 행동유형을 예측하기 위해 체질을 파악하는 것은 음양 및 성격적 특성을 총체적으로 파악할 수 있는 기틀이 되며 체질을 고려한 개별적 간호 접근이 가능하다. 그러나, 현재 체질별 건강증진행위와 건강상태에 대한 연구는 극소수에 불과하다.

따라서 본 연구에서는 신체적, 심리적, 심성적으로 차이가 있는 성인의 체질에 따라 건강증진 행위와 건강상태에 차이가 있는지를 파악하여, 대상자의 건강증진 행위 실천과 건강상태의 증진을 위해 체질을 고려한 개별적인 건강상담 및 간호의 근거로 활용하고자 한다.

2. 연구의 목적

본 연구의 구체적인 목적은 다음과 같다.

- 1) 체질별 건강증진 행위를 파악한다.
- 2) 체질별 건강상태를 파악한다.
- 3) 건강증진 행위와 건강상태의 관계를 분석한다.
- 4) 일반적 특성에 따른 건강증진 행위 및 건강상태를 분석한다.

3. 용어의 정의

1) 체질

체질이란 개체의 생활능력을 지배하는 반응수준

자세이며, 육체적 체형과 정신적 기질의 총합으로 몸의 성질과 생긴 바탕을 말하며, 한국인의 체질은 태양인, 태음인, 소양인, 소음인으로 나누어진다(이제마, 1901). 본 연구에서는 김선호, 고병희 및 송일병(1995)에 의해 개발된 사상체질 분류검사지(QSCCII : Questionnaire for Sasang Constitution Classification II)를 사용하여 한국인의 체질을 분류하였다.

2) 건강증진 행위

개인이나 집단에게 주어진 안녕수준을 높이고 자아실현 및 개인적 만족감을 유지하거나 높이기 위한 방향으로 취해지는 통합된 행위이다(Pender, 1982). 본 연구에서는 Walker, Sechrist와 Pender(1987)가 개발한 Health Promotion Lifestyle Profile(HPLP) 도구로 측정된 점수를 말한다.

3) 건강상태

건강과 질병의 연속과정으로서 개인의 신체적, 정신적, 사회적인 기능상태를 말하며(전은영, 1992), 본 연구에서는 Brodman, Erdmann, Lorge 및 Wolff(1951)가 개발한 CMI(Cornell Medical Index)를 본 연구자가 번안하여 우리나라 성인들의 문화정서에 맞게 수정보완하여 총 55문항으로 구성된 설문지로 측정된 점수를 말한다.

II. 이론적 배경

1. 한국인의 체질

최근 인간의性情을 이해하고 그 행동유형을 예측하기 위한 방법으로 사상체질에 대한 연구가 활발하게 진행중에 있다. 사상의학은 이제마(1901)에 의해 주창된 학문으로 개인의 특이성을性情이란感性과感情의 두 면을 기준으로 하여 체질을 분류하고 이에 의하여 생리, 병리와 치료법을 달리 해석, 운용하는 분야이다(조황성 등, 1997).

서양의학에서 체질이란 개념은 어떤 약물 혹은 자극에 의한 개인적인 반응상태, 다시 말하면 특이 질병에 대한 개인의 면역상태를 말하지만, 사상의학에

서 논하는 사상체질이란 인간을 획일적인 대상으로 보는 것이 아니라 차등적 인간관에 의하여 그들 고유의 선천적인 감성, 감정 더 나아가 질병에 대한 반응의 차이, 즉 호발 질병 및 증후의 특이성, 타인과 구별되는 자신만의 생리적 증(체질증)에 대해 차이가 있음을 논하는 개념이다. 이제마는 체질을 단순한 외형적 혹은 기질적 유형의 구분이 아닌 각 개인이 지니는 정신적, 육체적 특성을 합하여 일컫는 말로 인간은 형태(외형과 동작) 뿐만 아니라 체내장부의 기능과 구조, 생리, 정신상태까지 모두 일관된 특징을 지니고 있고, 이와 같은 차이는 선천적인 차이(유전적 소인)에서 기인한다고 보는 개념이라 할 수 있다(조황성 등, 1997).

사상의학에서는 체질마다 경계해야 할 감정상태가 있고, 이를 다스리는 원칙이 있으며, 피해야 할 음식과 적합한 음식이 있다. 또한 병을 치료하는 원칙이 있고 평생의 건강을 얻는 양생법이 있다. 따라서, 사상의학에서는 체질에 맞는 약물과 음식을 섭취하여 질병을 호전시키고 육체적, 정신적으로 건강해지게 하는데 초점을 두고 있다(이의주 등, 1998). 이러한 의미에서 사상의학은 평소 건강 관리를 추구하는 양생의학이고 생활 속에서 찾는 예방 의학이라고 볼 수 있다(송일병, 1993).

이제마가 제시한 각 체질의性情면을 간략히 살펴보면, 태양인은 폐가 튼튼하고 간이 약한 체질로서 성격은 적극적이며, 과단성 진취성이 다른 체질보다 뛰어난 반면에 인내력이 부족하고 유아독존형이다. 태음인은 간이 튼튼하고 호흡기가 약한 체질로서 성격은 점잖고 속마음을 잘 표현하지 않으며, 웅장한 계획과 포용력이 있고, 인자하고 타인과 잘 어울리며, 꾸준하고 침착하여 맡은 일을 성취하는 점이 있는 반면에 어떠한 변화도 싫어하며 외부 세계에 대한 怯心이 있어 밖으로 진출하지 않고 자신에게만 몰입하는 점이 있다. 또한 소양인은 신장이 약하고 비장이 발달한 체질로서 성격이 쾌활하고 자신의 감정을 숨기지 못하며 타인의 일에 관심이 많고 동심이 농후하여 타인에게 호감을 준다. 민첩하고 비판적이며 판단력은 빠르나 치밀한 계획성이 희박하며 분주한 성격이며 밖에서 칭찬받고 이름나는 일을 좋아하고 안에서 충실히 일하는 것에는 큰 기쁨을 느

끼지 못한다. 또한 사사로운 정에 치우쳐 기분이나 감정에 따라 일을 하게 되는 점이 있다. 소음인은 소양인과는 반대로 위장이 약하고 신장이 발달한 체질로서 성격이 내성적이고 총명하고 조직적이며 섬세하고 사색적이어서 판단력이 빠르다. 그러나 무기력하여 결단력이 없는 것이 단점이다(고병희, 1993; 박인상, 1991).

고병희(1993)는 사상체질집단의 성격요인검사 척도별 변량분석을 한 결과 태양인에 있어서는 지배성, 자아강도, 정열성, 도덕성, 민감성, 불신감 등이 우세한 경향을 나타내었고, 태음인에 있어서는 온정성, 자아강도, 정열성, 대담성, 민감성, 사변성, 실리성, 자기충족성, 통제력, 높은 지능 등이 비교적 우세한 경향을 나타내었다. 소양인에 있어서는 대담성, 진보성, 독립성이 비교우위한 경향을 나타내었고, 소음인에 있어서는 불신감, 죄책감, 불안감, 불안, 강인성이 두드러지게 나타났다. 강현숙, 이정민, 최은선 및 전은영(1995)이 체질과 건강통제위 성격과의 관계를 비교분석한 연구에서 소양인이 타인의 존성 통제위 척도에서 점수가 더 높은 것으로 나타났다.

이상의 문헌을 살펴보면 사람마다 구별되는 체질이 있으며 태양, 태음, 소양, 소음에 따라 구분하여 병증과 방제의 운용, 나아가 순기, 조기라는 차원에서 성정의 균형을 잡는 치료적, 예방적 접근이 필요하다. 또한 이러한 체질은 개인의 판단기준이나 행동을 결정하는데 영향을 미치므로 성인의 체질에 따른 건강상태 및 건강증진 행위에 차이가 있는지 검증하는 것이 필요하다.

2. 성인의 건강증진 행위와 건강상태

건강증진에 대한 현대적인 개념이 공적으로 제기된 것은 캐나다 정부에서 발표한 Lalonde Report (Lalonde, 1973)로부터 시작되었다. 이 보고서에서 건강, 질병, 그리고 사망을 결정하는 요인을 유전, 물리적, 환경, 생활양식, 그리고 의료의 4가지로 분류하였고 그 중 생활양식이 전체의 60% 이상을 차지하여 건강의 결정요인으로 올바른 생활양식이 매우 중요함을 강조하였다.

Pender(1987)는 건강증진이란 개인이나 집단의 안녕수준, 자아실현, 개인의 성취감을 유지하거나 증가하는 쪽으로 지향하는 활동이라고 하였다. Duncan과 Gold(1986)는 건강증진 행위가 개인의 건강상태에 긍정적으로 영향을 미쳐서 건강한 상태 유지, 개인의 성장이나 발전 또는 최적의 건강에 이르게 하는 것이라고 하였다.

Pender(1987)의 건강증진 모형에는 의사결정과 실행의 두 가지 단계가 있다. 의사결정 단계는 개인적 지각과 수정요인으로 구성되어 있다. 개인적 지각에는 건강의 중요성, 지각된 통제성, 능력의 욕구, 자기인식, 자아 존중감, 건강의 정의, 지각된 건강상태, 건강증진 행위의 인지된 유익성을 포함하고 있다. 수정요인은 인구학적, 생물학적, 대인관계적, 상황적, 행동적 요인들을 포함한다. 실행 단계는 의사결정 단계의 개인적 지각 및 수정요인과 더불어 행동의 계기를 포함하고 있다. 즉, 인간은 의사결정 단계와 실행 단계의 두 단계를 왔다갔다한다.

Walker, Sechrist와 Pender(1987)는 건강증진 생활양식 척도(Health Promoting Lifestyle Profile)를 개발하였는데 이 척도는 48문항, 6개 요인(하부척도)으로 구성된다. 6개 요인은 자아실현, 건강책임, 운동, 영양, 대인관계지지, 스트레스 관리이며, 전체 도구의 신뢰도(alpha coefficient)는 0.922이고 6개 하부척도에서는 0.702-0.904의 신뢰도를 보였다.

건강증진행위 정도와 건강증진행위의 영향요인에 대한 선행연구를 살펴 보면, 장혜숙, 이정란, 이명실, 윤연선과 김영희(2000)는 암환자 111명을 대상으로 한 연구에서 연령, 지각된 건강상태와 건강증진 행위간에 순상관 관계가 있었다고 하였다. Duffy(1988)는 중년여성 262명을 대상으로 건강증진 행위에 대한 영향요인을 단계적 다중회귀분석으로 분석한 결과 우연통제위(13%), 자아존중감(6%), 현재 건강상태(2%), 건강염려/건강관심(2%), 고학력(1%), 내적 건강통제위(1%)에 의해 건강증진 행위가 25% 설명되었다. Duffy, Rossow와 Hernandez(1996)은 직장에 고용된 멕시코계 미국인 여성 397명을 대상으로 건강증진 행위에 대한 영향요인을 canonical analysis을 이용해 분석

한 결과 연령, 교육, 자기효능, 현재 건강상태, 건강통제위가 유의하게 영향을 주었다.

한편, 건강증진행위가 건강상태에 미치는 영향에 대한 연구를 살펴보면 Bellock과 Breslow(1972)의 연구에서 바람직한 생활습관을 형성하고있는 사람은 그렇지 않은 사람에 비해 젊은 신체적 건강을 유지하고 있다고 보고하였다. Hanner(1986), Nicholas(1993) 등도 건강행위가 건강상태에 영향을 미친다고 보고하였다.

건강관련 행위가 주관적 건강상태에 미치는 영향을 분석한 송건용, 박현애, 이순영과 김태정(1993)의 연구에서는 적절한 건강행위를 수행하는 사람의 건강상태가 좋았다는 결과를 보였고, 오현수(2000)의 연구에서도 건강증진 프로그램이 건강상태를 유의하게 증가시킨다고 하였다.

이에 성인의 체질이 건강증진 행위 및 건강상태에 미치는 영향을 파악함으로써 성인에 대한 질적인 간호중재를 위한 자료를 제시하고자 한다.

III. 연구 방법

1. 연구설계

본 연구는 서울과 대구지역에 거주하고 있는 성인들의 체질별 건강증진 행위 및 건강상태에 대해 파악하기 위한 서술적 조사연구이다.

2. 연구대상

본 연구는 서울과 대구에 거주하고 있는 질병이 없는 건강한 성인을 대상으로 하였다. 한국 성인을 보다 잘 대표할 수 있도록 20-70대의 각 연령군과 남녀가 골고루 포함될 수 있도록 편의 표집하였다. 연구대상자는 성인 96명이었으며, 이중 남자가 47명, 여자가 49명이었다.

3. 연구도구

본 연구에서는 구조화된 질문지를 사용하였으며, 질문지의 내용은 체질분류 검사지 121문항, 인구학

적 특성 7 문항, 건강증진 행위 47문항, 건강상태 55문항으로 구성되어 있다.

1) 체질

체질을 감별하기 위하여 김선호, 고병희 및 송일병(1995)에 의해 개발된 사상체질 분류검사지(QSCCII)(121문항으로 구성됨)를 사용하였다. 이 도구는 한국인의 체질을 객관화하기 위한 설문지로서 개발당시 도구의 내적일관성은 Cronbach's $\alpha = .72-.81$ 이고, 검사-재검사 신뢰도는 .74-.93이며, 도구의 타당도를 검사하기 위하여 성격요인 검사와의 준거타당도를 구한 결과 각 체질의 특징적인 영역별로 $r = .2138-.4770$ ($p < 0.05-0.01$)의 상관관계가 있어 비교적 정확하게 체질을 감별할 수 있는 도구로 판명되었으며, 현재 체질 판별 프로그램으로 상품화되어 사용되고 있다. 본 연구에서는 사상체질 분류 검사지에 응답하게 한 후 부산소재 D대학 부속병원 사상의학과에서 체질 분석 프로그램에 입력하여 체질을 분류하였다.

2) 건강증진 행위

Walker, Sechrist와 Pender(1987)이 개발한 Health Promoting Lifestyle Profile(HPLP)을 서연옥(1995)이 우리 문화에 맞게 일부 문항을 수정한 도구를 사용하였다. 이 도구는 자아실현 11문항, 건강책임 10문항, 운동 및 영양 12문항, 대인관계지지 7문항, 스트레스관리 7문항으로 모두 47문항으로 구성된 4점척도이다. 점수의 합은 최소 47점에서 최고 188점까지이며, 점수가 높을수록 건강증진 행위의 실천정도가 높음을 의미한다. 도구의 신뢰도는 선행연구(서연옥, 1995; Weizel, 1989)에서는 Cronbach's $\alpha = .90-.93$ 이었으며, 각 하위개념은 Cronbach's $\alpha = .73-.91$ 의 신뢰도를 보였다. 본연구에서의 신뢰도는 건강증진행위 전체의 신뢰도가 Cronbach's $\alpha = .91$ 이었으며, 각 하위척도는 자아실현 $\alpha = .83$, 건강책임 $\alpha = .74$, 운동 및 영양 $\alpha = .79$, 대인관계지지 $\alpha = .77$, 스트레스 관리 $\alpha = .75$ 이었다.

3) 건강상태

대상자들의 신체적, 정신적 건강상태를 측정하기 위하여 Brodman, Erdmann, Lorge 및 Wolff(1951)가 개발한 CMI(Cornell Medical Index) 건강질문지를 본 연구자가 번안하여 우리나라 성인들의 문화정서와 부합되는 내용을 중심으로 수정보완하였다. 도구의 내용 타당도를 높이기 위해 간호학 교수 2인의 자문을 받아 최종 수정하였으며 총 55문항으로 구성하였다. 각 문항은 '항상 그렇다' 4점 ~ '전혀 그렇지 않다' 1점의 4점 척도이며 최소 55점에서 최고 220점까지 분포되며 점수가 낮을수록 건강상태가 양호함을 의미한다. 본 연구에서 도구의 신뢰도는 Cronbach's $\alpha = .92$ 이었으며, 신체적 건강상태는 Cronbach's $\alpha = .86$, 정신적 건강상태는 Cronbach's $\alpha = .83$ 이었다.

4. 자료수집 기간 및 방법

본 연구의 자료수집 기간은 2000년 7월 1일부터 30일까지였으며, 자료수집은 간호학과 2, 3학년 학생 4명을 연구 조원으로 활용하였다. 본 연구자는 이들 연구 조원에게 측정도구 사용, 자료수집 방법에 대해 훈련하였다. 자료수집 장소로는 다양한 연령층과 성별을 고려한 대상자 선정을 위하여 서울과 대구시에 있는 관공서(은행, 교회, 성당, 동사무소)를 방문하여 그 곳을 이용하는 시민에게 연구 목적과 연구내용 및 대상자의 기록에 대해 비밀을 보장하겠다는 것을 설명하였다. 연구 참여에 대해 동의를 한 대상자에게 설문지 내용을 설명하고 대상자가 직접 작성하게 하였다. 대상자가 혼자서 설문지에 응답하는데 어려움이 있는 경우는 연구 조원이 직접 면담하여 작성하였다.

5. 자료분석

자료분석은 SPSS/PC+ Win 7.5 program을 이용하여 다음과 같이 전산통계 처리하였다.

- 1) 대상자의 일반적 특성은 실수와 백분율을 구하였다.
- 2) 체질에 따른 건강증진 행위 및 건강상태는 Oneway ANOVA로 분석하였고, 통계적으로 차이가 있는 변수에 대해서는 사후검정을 위해

Scheffe test를 실시하였다.

- 3) 건강증진 행위 및 건강상태의 상관관계는 Pearson correlation coefficient로 분석하였다.
- 4) 일반적 특성에 따른 건강증진 행위 및 건강상태 차이는 t-test, ANOVA로 분석하였다.

IV. 연구 결과

1. 연구 대상자의 일반적 특성

본 연구 대상자의 특성을 살펴보면 남자가 47명(49.0%), 여자 49명(51.0%)의 고른 분포를 보였으며, 연령은 40~49세가 41명(42.7%)으로 가장 많았다. 기혼인 군이 93명(96.9%)이었으며, 교육수준은 고등학교 이상의 학력을 가진 대상자가 74명(77.1%)으로 비교적 높은 편이었다. 또한 직업이 있는 대상자가 56명(58.3%)으로 더 많았으며, 경제수준에서는 중정도인 경우가 77명(80.2%)으로 가장 많았고, 종교는 불교, 기독교, 천주교의 순이었다.

한편 체질은 소양인이 40명(41.7%)으로 가장 많았고, 태음인 38명(39.6%), 소음인 18명(18.8%) 순이었으며, 태양인은 한 명도 없었다.

2. 체질별 건강증진 행위 및 건강상태

1) 체질별 건강증진 행위

체질별 건강증진 행위의 차이를 파악하고자 ANOVA를 실시한 결과는 <표 2>와 같다. 체질별 건강증진 행위에 있어서 태음인이 106.82점으로 가장 높게 나타났고 소양인 98.37점, 소음인 97.33점 순이었으나 통계적으로 유의한 차이는 없었다.

<표 1> 일반적 특성 (N=96)

변수	구분	빈도(%)
성별	남	47(49.0)
	여	49(51.0)
연령(세)	~39	19(19.8)
	40~49	41(42.7)
	50~59	26(27.1)
	60~	10(10.4)
결혼상태	미혼	3(3.1)
	기혼	93(96.9)
교육수준	국졸	3(3.1)
	중졸	19(19.8)
	고졸	40(41.7)
	대졸이상	34(35.4)
직업	유	56(58.3)
	무	40(41.7)
경제수준	상	3(3.1)
	중	77(80.2)
	하	16(16.7)
종교	기독교	20(20.8)
	천주교	13(13.5)
	불교	35(36.5)
	무	28(29.2)
체질	태음인	38(39.6)
	소양인	40(41.7)
	소음인	18(18.8)

각 하위개념별로 건강증진 행위의 차이를 보면, 건강책임에 있어서 태음인이 20.94점으로 가장 높게 나타났으며 통계적으로 유의한 차이를 보였고 이에 대해 Scheffe test한 결과 태음인과 소음인 사이에 차이가 있었고, 태음인이 소음인에 비해 건강책임 점수가 더 높은 것으로 나타났다.

2) 체질별 건강상태

체질별 건강상태의 차이를 알아본 결과, 소음인이 가장 낮은 것으로 나타났으나 통계적으로 유의한 차이는 없었다<표 2>.

<표 2> 체질별 건강증진 행위

	태음인(n=38) M±SD	소양인(n=40) M±SD	소음인(n=18) M±SD	F값	P값
건강증진행위	106.82±19.60	98.37±18.03	97.33±11.36	2.248	.113
자아실현	30.14±5.58	29.73±6.04	27.69±4.88	1.080	.344
건강책임	20.94±6.82	17.32±5.67	17.93±5.28	3.309	.041*
운동 및 영양	22.27±6.34	20.19±5.09	19.88±2.87	1.794	.173
대인관계지지	18.53±3.98	18.64±4.16	18.88±3.48	.046	.955
스트레스 관리	16.00±4.14	14.92±4.49	14.88±3.12	.762	.470

* P< .05

〈표 3〉 체질별 건강상태

	태음인 M±SD	소양인 M±SD	소음인 M±SD	F값	P값
건강상태	90.68±16.88	90.63±17.23	85.64±14.77	.419	.659
신체건강	58.97±12.76	56.55±12.27	54.07±9.93	.901	.410
정신건강	31.94±5.87	33.89±7.48	32.64±6.34	.730	.485

3. 건강증진 행위와 건강상태의 관계

건강증진 행위와 건강상태와의 관계를 분석한 결과는 〈표 3〉과 같다. 두 변수간에는 역상관 관계가 있는 것으로 나타났으며($r=-.241, P=.025$), 이는 건강증진 행위 수행을 잘 할수록 건강상태가 양호함을 의미한다.

4. 일반적 특성에 따른 건강증진 행위 및 건강상태의 차이

건강증진 행위는 교육수준($F=3.12, P=.031$), 경제수준($F=4.09, P=.021$), 종교($F=3.12, P=.031$)에 따라 유의한 차이를 보였다. 교육수준이 대졸이상인 경우 건강증진 행위가 180.23점으로 가장

높았고 다음이 고졸, 중졸, 국졸 순으로 나타났다. 경제수준이 상으로 나타난 그룹의 건강증진 행위가 114.00점으로 가장 높았고, 종교가 천주교인 경우 건강증진 행위 점수가 115.56점으로 가장 높게 나타났다. 사후검정으로 Scheffe test한 결과 교육수준에서는 대졸이상과 국졸군간에, 경제수준에서는 상과 하인 집단간에 차이가 있었고, 종교의 경우는 천주교와 무교 집단간에 차이가 있었다.

대상자의 일반적 특성은 건강상태에 영향을 주지 않는 것으로 나타났다.

〈표 4〉 건강증진 행위와 건강상태의 관계

건강상태	
건강증진 행위	-.241*($p=.025$)

〈표 5〉 일반적 특성에 따른 건강증진 행위 및 건강상태

변수	구분	건강증진 행위			건강상태		
		Mean(SD)	t or F값	P값	Mean(SD)	t or F값	P값
성별	남	96.69(17.85)	.007	.935	87.50(17.24)	.189	.665
	여	107.57(17.17)			93.06(15.47)		
연령(세)	~39	104.53(19.50)	1.319	.275	89.06(16.30)	.364	.779
	40~49	100.52(14.73)			88.53(14.92)		
	50~59	98.60(18.10)			93.39(19.51)		
	60~	114.17(29.71)			88.75(21.75)		
결혼상태	미혼	95.33(6.11)	2.452	.122	88.33(17.90)	.014	.905
	기혼	102.26(18.54)			90.18(16.65)		
교육수준	국졸	81.00(18.38)	3.115	.031*	109.00(60.81)	1.348	.266
	중졸	94.17(18.63)			94.08(11.78)		
	고졸	100.38(16.39)			88.50(13.90)		
	대졸이상	180.23(18.21)			88.19(16.82)		
직업	유	98.39(17.44)	.032	.858	88.24(17.43)	.128	.721
	무	107.50(18.35)			93.38(14.52)		
경제수준	상	114.00(17.09)	4.091	.021*	94.00(16.97)	.272	.763
	중	103.85(17.90)			89.22(15.01)		
	하	89.50(15.48)			92.67(24.18)		
종교	기독교	104.46(20.82)	3.117	.031*	88.67(12.29)	.373	.773
	천주교	115.56(16.63)			86.43(13.30)		
	불교	102.33(19.89)			92.30(13.51)		
	무	95.13(11.81)			88.61(20.99)		

* $P < .05$

V. 논 의

본 연구 대상자의 체질 분포를 보면, 소양인이 40명(41.7%)으로 가장 많았고, 태음인 38명(39.6%), 소음인 18명(18.8%) 순으로 나타났다. 이러한 결과는 우리나라 전체 인구의 체질별 분포가 태음인이 약 50%, 소음인이 약 30%, 소양인이 약 20%, 태양인이 약 1%인 분포(박인상, 1991)와는 다소 차이가 있는 것으로 나타났다.

본 연구 결과 체질별 건강증진 행위는 태음인이 소음인, 소양인에 비해 건강증진 행위 점수가 높은 것으로 결과되었으나 통계적으로 유의한 차이는 없었다. 건강증진 행위의 하위개념인 자아실현, 건강책임, 운동 및 영양, 대인관계지지, 스트레스 관리에서는 건강책임에 있어서 체질별로 유의한 차이를 보였다. 태음인의 건강책임이 20.94로 소양인과 소음인에 비해 높게 나타났다. 전은영(1999)은 간호대학생 162명을 대상으로 체질별 건강증진 생활방식의 차이를 연구하였는데 태음인과 소음인의 건강증진 생활방식이 2.4점으로 소양인 2.2점에 비해 높게 나타났으나 통계적으로 유의한 차이는 보이지 않았다고 보고하였다. 김귀분 등(1999)이 노인 53명을 대상으로 한 연구에서는 건강증진 생활양식이 태음인의 경우 103.67로 높았고, 소양인 88.47, 소음인 85.34으로 낮게 나타나, 본 연구 결과와 유사한 결과를 보였다.

태음인은 체구가 크고 위장 기능이 좋은 편이어서 식욕이 왕성하며, 자신의 일 뿐만 아니라 몸도 실속 있게 챙기는 성격이다(동서간호학 연구소, 2000). 어려운 일이라도 묵묵하고 꾸준하게 이루어내는 노력형 또는 대기만성형에 해당되므로(양경희 등, 1998) 건강증진 행위를 잘 실천한다고 생각된다.

반면, 소양인은 계획성이 희박하고 분주한 성격이며, 소음인의 경우 성격이 내성적이고 무기력하여 결단력이 없다(고병희, 1993; 박인상, 1991)는 점에서 볼 때 소양인과 소음인에 대해서는 건강증진 행위를 적극적으로 실천할 수 있도록 간호중재 전략이 요구된다. 또한 체질의 특성을 고려하여 개별화된 간호접근을 시도할 필요가 있으며 이를 통해 질적간호 제공이 가능하리라고 본다.

현재 체질별 건강증진 행위에 관한 연구는 극소수에 불과하여 본 연구를 비롯하여 연구결과의 일관성을 찾아 보기 어려운 실정이다. 한의학에서는 사상의학이 성정현상 중심의 의학이며 심신균형적 의학이라는 점에서 사상체질의 객관화를 위해 노력하고 있다. 박희관과 박종화(1998)는 양한방의 가교와 상호 이해의 차원에서, 그리고 사상의학에 있어서 임상적 기초가 되는 사상체질의 분류의 객관성을 높이기 위해 사상체질 분류 검사와 응의 이론에 근거한 설문지인 MBTI의 연관성을 알아본 결과 사상의학의 체질과 MBTI에 따른 심리적 유형과의 비교는 대체로 예상한 결과를 보여주었다고 하였다. 간호분야에서는 강현숙 등(1995)이 한국인의 체질별 건강통제위 성격간에 관련성을 연구한 결과 타인의존성 통제위에서 소양인이 다른 체질에 비해 높은 점수를 보였다. 따라서, 추후 연구를 통하여 한국 성인을 대표할 수 있도록 표집방법을 고려하고 대상자 수를 확대하여 체질별 건강증진 행위에 대한 반복 연구가 필요하다고 본다.

체질별 건강상태의 차이에 있어서는 소음인이 가장 낮은 것으로 나타났으나 통계적으로 유의한 차이는 없었다. 신체적 건강정도에서는 소음인이 가장 낮은 것으로 나타나 신체 건강상태가 양호함을 나타냈으며, 정신적 건강정도에서는 태음인이 가장 낮은 것으로 나타났다. 이러한 결과는 김귀분 등(1999)의 노인을 대상으로 한 연구에서 체질별 건강상태에 유의한 차이가 없는 것으로 나타난 결과와 일치하였다. 반면 전은영(1992)의 연구에서는 성인 87명을 대상으로 체질별 건강상태를 연구한 결과 태음인과 소양인이 소음인에 비해 건강상태가 높은 것으로 나타났으며 통계적으로 유의한 차이를 보였다.

태음인은 간장이 튼튼하고, 호흡기가 약한 체질이며 소음인은 위장이 약하고 신장이 발달한 체질이고 소화기능이 약하여 위장장애가 오기 쉽고 원래 기력이 부족하여 항상 과로하여 탈진하는 것을 금기시해야 한다. 소양인은 태음인과 소음인의 중간쯤으로 상체는 발달해 있으나 하체가 약한 체질이고 신장이 약하고 비장이 발달한 체질이다(동서간호학 연구소, 2000; 이동용, 1999).

이와 같이 체질별 건강상태에 차이가 있는지 확인

하기 위해 대상자를 달리하여 반복연구를 실시할 필요가 있다.

건강증진 행위와 건강상태의 관계는 유의한 상관관계가 있는 것으로 나타나(표 4), 건강증진 행위를 잘하는 대상자가 건강상태가 좋은 것으로 나타났다 ($r = -.241, P < .025$).

Duffy(1988)는 중년여성 262명을 대상으로 건강증진 행위에 대한 영향요인을 단계적 다중회귀분석으로 분석한 결과 현재 건강상태가 영향을 미친다고 하였고, Duffy, Rossow와 Hernandez(1996)은 직장에 고용된 멕시코계 미국 여성 39명을 대상으로 건강증진 행위에 대한 영향을 canonical analysis를 이용해 분석한 결과 현재 건강상태가 유의한 영향을 주는 것으로 나타났다. 그외에 여러 연구 결과(Hanner, 1986; Nocholas, 1993; 김귀분과 전은영, 1998)에서도 건강증진 행위가 건강상태가 관련이 있다고 하여 본 연구결과와 일치하였다. 반면 Brown과 McCreedy(1986)는 건강증진행위와 건강상태간에 유의한 상관관계가 없다고 하여 상반된 결과를 보고하였다.

일반적 특성에서는 교육수준, 경제수준, 종교에 따라 건강증진행위에 유의한 차이를 보였다. 본 연구의 대상자들은 교육수준이 높을수록 건강증진 행위 이행을 잘 하는 것으로 나타났으며, 경제수준이 높을수록 건강증진 행위 이행 정도가 높고, 천주교 신자인 경우 종교가 없는 경우보다 건강증진 행위를 잘 하는 것으로 나타났다. Steele과 McBrown(1972), Duffy(1988)는 학력이 건강증진행위의 중요한 예측인자라고 하였으며, Steele과 McBrown(1972), Brown과 Mcgreedy(1986)는 경제적 수준이 건강증진행위에 영향을 미치는 인자라고 제시하여 본 연구결과와 같은 결과를 나타냈다.

결론적으로 인간의 성정을 이해하고 행동유형을 예측하기 위한 체질을 파악하는 것은 음양 및 성격적 특성을 총체적으로 파악할 수 있는 기틀이 되므로 이를 간호 대상자에 대한 이해의 한 부분으로 고려해야 할 것이다. 또한 분석 결과에서 나타났듯이, 체질별 건강증진 행위의 차이를 고려하며 대상자의 체질을 파악한 후 그들의 요구에 부합하는 간호를 제공하기 위한 간호중재 전략이 요구된다.

VI. 결론 및 제언

본 연구는 성인을 대상으로 체질별 건강증진 행위 및 건강상태에 차이가 있는지를 파악하기 위해 시도한 서술적 조사연구이다.

연구방법은 2000년 7월 1일부터 30일까지 서울과 대구시에 거주하는 성인 96명을 대상으로 구조화된 질문지를 이용하여 자료를 수집하였다. 수집된 자료는 연구목적에 따라 t-test, ANOVA, Pearson correlation coefficient로 분석하였으며 사후검정은 Scheffe test로 이용하였다.

연구결과를 요약해보면 다음과 같다.

1. 체질별 건강증진 행위의 차이를 파악하고자 ANOVA를 실시한 결과, 체질별 건강증진 행위에 있어서 태음인이 106.82점으로 가장 높게 나타났고 소양인 98.37점, 소음인 97.33점 순이었으나 통계적으로 유의한 차이는 없었다. 각 하위개념별로 건강증진 행위의 차이를 보면, 건강책임에 있어서 태음인이 20.94점으로 가장 높게 나타났으며 통계적으로 유의한 차이를 보였고, 이에 대해 Scheffe test한 결과 태음인과 소양인 사이에 차이가 있었고, 태음인이 소양인에 비해 건강책임 점수가 더 높은 것으로 나타났다.
2. 체질별 건강상태의 차이를 알아본 결과, 소음인이 가장 낮은 것으로 나타났으나 통계적으로 유의한 차이는 없었다.
3. 건강증진 행위와 건강상태는 역상관 관계를 보였으며 이는 건강증진 행위 수행정도가 높을수록 건강상태의 정도가 양호함을 의미한다.
4. 일반적 특성에 따른 건강증진 행위 및 건강상태의 차이를 분석한 결과 교육수준, 경제수준, 종교가 건강증진 행위에 영향을 미쳤다.

그러나, 건강상태는 본 연구 대상자의 일반적 특성에 따라 차이를 보이지는 않았다.

본 연구결과를 토대로 다음과 같은 제언을 한다.

- 1) 한국인의 체질별 건강증진 행위를 검증하고 이를 한국 성인에게 일반화시키기 위해, 대표성을 고려한 표집을 통해 더 많은 대상자에게 반복 연구

가 필요하다.

2) 신뢰도와 타당도가 높은 건강상태 측정도구를 개발하여 체질별 건강상태에 대한 반복 연구가 필요하다.

참 고 문 헌

강현숙, 이정민, 최은선, 전은영 (1995). 뇌졸중 환자의 체질별 건강통제위 성격별 자가간호에 대한 교육의 효과, 기본간호학회지, 2(1), 7-15.

고병희 (1993). 사상체질별 성격요인 분석에 관한 연구, 대한한의학회지, 14(2), 64-76.

김귀분, 권영숙, 이은자, 서은주, 김인숙, 오혜경, 정미영, 김세란 (1999). 노인의 체질별 건강증진, 생활양식, 건강상태 및 생활만족도와 관계 연구, 동서간호학연구지, 4(1), 21-33.

김선호, 고병희, 송일병 (1995). 사상체질 분류 검사지(QSCCII)의 표준화 연구, 사상의학회지, 7(1), 187-245.

동서간호학 연구소 (2000). 한방간호학 총론. 서울: 수문사.

박영주, 이숙자, 박은숙, 유호신, 이재원, 장성욱 (2000). 건강증진행위 설명요인에 대한 메타분석, 대한간호학회지, 30(4), 836-868.

박희관, 이종화 (1998). 이제마의 사상체질과 음의 심리학적 유형 간의 연관성에 관한 연구, 사상의학회지, 10(2), 41-56.

박인상 (1991). 동의사상 要訣, 서울: 소나무, 27.

변종화, 남정자, 김용석, 홍문식, 김혜련, 황나미, 서미경, 최은진, 한영자 (1998). 서울시민 건강증진 목표 설정 및 전략 개발, 한국 보건사회연구원 보고서.

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

송일병 (1993). 성인병과 사상체질 의학, 대한한의학회지, 14(2), 11-16.

송건용, 박현애, 이순영, 김태정 (1993). 의료이용과 건강행위에 관한 종합분석, 한국보건사회연구원, 서울: 대명사.

양경희, 장혜숙, 한선희, 임규상, 신선호 (1998).

한방간호학, 서울: 현문사.

오현수 (2000). 류마치스 관절염을 위한 포괄적 건강증진 프로그램이 건강증진 전략, 질환에 대한 지식과 건강상태에 미치는 효과분석, 대한간호학회지, 30(3), 619-631.

이동웅 (1999). 체질음양론. 사상체질연구원.

이민수 (1996). 동의수세보원. 서울: 을유문화사.

이의주, 이수경, 김은진, 조여원, 고병희, 송일병 (1998). 사상체질 분류에 의한 체질식이의 효과 및 활용성에 대한 연구, 사상의학회지, 10(2), 305-349.

이제마 (1901). 동의수세보원. 서울: 행림서원.

장혜숙, 이정란, 이명실, 윤연선, 김영희 (2000). 암환자를 돌보는 가족원의 건강증진 행위와 자기 효능감 및 역할 스트레스, 대한간호학회지, 30(2), 402-412.

전은영 (1992). 한국인의 체질별 스트레스 인지 정도에 따른 건강상태에 대한 연구. 경희대학교 대학원 박사학위논문.

조황성 (1998). 사상체질과 유전학, 사상의학회지, 10(1), 13-24.

조황성, 지상은, 이의주, 홍석철, 고병희, 권건혁, 남봉현, 조동욱 (1997). 체질진단의 객관화에 관한 연구, 사상의학회지, 9(2), 147-161.

최명애, 이인숙 (1997). 건강증진과 간호실무. 서울: 현문사.

Bellock, N. B., & Breslow, L. (1972). Relationship of health practices and mortality. Preventive Medicine, 2, 67-81.

Brodman, K., Erdman, A. J. J., Lorge, & Wolff (1951). the Cornell Medical Index, Health questionnaire II : as a diagnostic instrument. J. A. M. A., 145, 152-157.

Brown, J. S., & McCreedy, M. (1986). The hale elderly : Health behavior and its correlates. Research in Nursing and Health, 9, 317-329.

Duffy, M. E. (1988). Determinants of health promotion in midlife women, Nursing Research, 37(6), 358-362.

- Duffy, Rossow, Hernandez (1996). Correlates of health promotion activities in employed Mexican American Women. Nursing Research, 45(1), 18-24.
- Duncan, D., & Gold, R. (1986). Reflections health promotion-what is it. Health Values, 3, 47-48
- Gray, A., Jackson, D. N., & Haward, J. H. (1990). Identification of a coronary pronprofile for business managers: comparison of three approaches to type assessment. Behav Med, 14(1), 30-36.
- Hanner, M. E. (1986). Factors related to promotion of health-seeking behavior in the aged. Unpublished Doctoral Dissertation, The University of Texas.
- Laronde, M. (1973). A new perspective on the health of Canadian : a working document. Ottawa, Government
- Mechanic, D. (1999). Issues in promoting health. Social Science Medicine, 48(6), 711-718.
- Nicholas, P. K. (1993). Hardiness, self-care practices and perceived health status in older adults. Journal of Advanced Nursing, 18(7), 1085-1094.
- Pender, N. J. (1982). Health promotion in nursing practice. Appleton-Century-Crofts, Norwalk, Smith, J. A.(1981). The idea of health : a philosophical inquiry, Advances in Nursing, 3(3), 73-76.
- Pender, N. J. (1987). Health promotion in nursing practice. 2nd rev. ed. Norwalk, Conn : Appleton & Lange.
- Pender, N. J. (1999). Health promotion in nursing practice. 고려대학교 간호과학연구소 국제간호학술대회 자료집
- Palank, C. L. (1991). Determinants of health promotive behavior. Nursing Clinics of North America, 26(4). 815-832.
- Steele, J. L., & Mcbrown, W. H. (1972) Conceptual and empirical dimension of health behavior. Journal of Health and Social Behavior, 13, 382-392.
- US Department of Health and Human Services, Public Health Service (1990). Healthy people 2000 : National health promotion and disease prevention objectives. Washington, DC : Government Pringting office.
- Walker, S. N., Sechrist, K. R., & Pender, N. J. (1987). The health-promoting lifestyle profile : development and psychometric characteristics, Nursing Research, 36(2), 76-81.
- Weizel, M. H. (1989). A test of the health promotion model with blue color workers. Nursing Research, 38(2), 99-104.

Abstract

Key concept : Constitution, Health promotion behavior, Health status

A Study of Health Promotion Behavior and Health Status based on Adult's Constitution

Kim, Sook Young*

This study was a descriptive research to investigate the health promotion behavior and health status based on Korean adult's constitution.

The subjects for the study were 96 adults who were the residents either in Seoul or

* Assistant Professor, Department of Nursing, Pochon CHA University

Taegu city. The instruments used for this study included a survey of general characteristics, health promotion behavior and health status.

The data were analyzed using t-test, ANOVA, Pearson correlation coefficient and Scheffe method as post hoc test.

The results of this study were summarized as follows :

- 1) There was no significant difference on the health promotion behavior and health status by constitutions.
But, in the relationship between five factors of the health promotion behavior and constitution, there was significant difference on health responsibility by constitutions($F=3.31, P=.041$). According to the scheffe test, Taeumin group performed better behavior for the health promotion than soyangin group.
- 2) Health promotion behavior was significantly related to health status ($r=-.24, P=.025$), suggesting that the person with high health promotion

behavior got higher health status scores.

- 3) In the relationship between general characteristics variables and health promotion behavior, there were significant differences in education($F=3.12, P=.031$), economic status($F=4.09, P=.021$), religion ($F=3.12, P=.031$). The level of health promotion behavior of high educated persons and high economic status persons was high. The persons who believe in Catholicism performed better behavior for the health promotion than the persons who don't get religion.

Based on these results, to determining and fully understanding client's constitution are the foundations of Eum-Yang and personal character. Therefore, we have to consider the constitution when we provide nursing care. When we consider the differences of health promotion behavior according to constitution, we can provide the client with the kind of nursing care and health education to satisfy their demands.