

성인의 건강행위 변화단계와 건강관련 삶의 질에 대한 연구

김 애 경¹⁾

서 론

연구의 필요성

최근 우리나라의 주요 사망원인을 보면 순환기계 질환, 각종 암, 각종 사고로 인한 사망이 66.4%를 차지하여 (Korea statistic center, 2002) 만성 질환의 발병과 관련된 건강행위의 중요성이 강조되고 있다. 이와 같이 최근에 질병예방은 환경적인 위험에 대한 노출을 피하는 것에서 개인의 조절가능한 행위인 금연, 운동, 기름진 음식 피하기, 적절한 물의 섭취로 관심이 변화되고 있다(Breslow, 1999). 20세 이상 총 질병비용 중 주요 건강 위험 요인으로 흡연이 9.12%를 차지하였으며 음주는 8.58%, 운동부족3.75%, 영양0.37%, 과체중 및 비만이 6.63%, 고혈압2.22%, 고 콜레스테롤 0.24%, 대기오염 3.59%였다(Korea Public Health Research Center, 2006).

흡연과 알콜사용, 비만은 성인의 기능적인 가동성과 부정적인 상관관계를 가지며 신체운동은 긍정적인 효과를 갖는다(Nausselder, Leoman, & Marang-van, 2000).

이와 같이 과거 수년 동안의 건강위험행위의 측면에서 흡연, 과체중, 알코올의 과도 섭취, 운동부족은 질병발생과 사망의 원인으로 강조 되어 왔으며(US Department of health and Human Services, 2000), 국가적 차원에서 건강행위 변화를 통한 질병예방 및 건강유지, 증진이 강조 되어 오고 있다.

한편 의도적인 행위 변화의 단계를 설명하는 범이론적 모델에 따르면 개인이 새로운 행위의 변화를 시도 할 때 행위 변화의 5단계를 따르며 전 계획 단계, 계획단계, 준비단계, 행

동단계, 유지단계를 갖고 자조적인 건강행위로의 이행은 각 변화단계의 역동성으로 설명된다(Diclemente & Prochaska, 1983).

대상자의 건강위험행위의 변화에는 시간이 필요하며 점차적으로 진행 될 때 성공적이며 이탈은 실패를 의미 하지 않는다(Niederhauser, 2004), 대상자의 건강 위험 행위를 사정하고 변화의 단계를 파악하는 것은 대상자의 건강증진을 위한 최적의 간호중재를 계획하고 위험 건강행위를 수정하는 전략 구축에 도움이 된다.

그러나 건강 위험 행위가 많은 생명을 위협하는 질환발생과 연관된다는 것을 알지만 간호사는 실제 업무에서 건강위험 행위를 사정하고 행위수정을 유도하기 위한 환자교육에 대해 책임감이 낮은 것으로 보고되었다(Wechsler, Levine, Idelson, Schor, & Coakley, 1996).

간호사는 비용 효과적인 면에서 대상자에게 긍정적인 효과를 미칠 수 있으며 대중매체나 정부 차원의 건강 행위 교육 보다는 의료인으로부터 건강위험 행위에 대한 조언을 받는 것이 효과적이므로 대상자의 건강 위험 행위를 수정 하도록 돕는 역할을 해야 한다. 간호사는 건강에 영향을 미칠 수 있는 건강위험 행위에 대해 관심을 갖고 상담자 역할을 해야 하며 건강행위 수정의 중요성에 대한 교육을 통하여 가족 구성원을 참여 시키고 궁극적으로 건강 증진 생활양식을 달성하도록 도와야 한다.

한편 건강관련 삶의 질은 자기 건강에 대한 인식과 전반적인 삶의 영역에서 건강상태로 인해 개인이 영향을 받는 기능, 감정 및 활동에 대한 영향으로 전반적인 건강 상태를 반영하

주요어 : 건강행위, 삶의 질

1) 단국대학교 의과대학 간호학과 부교수(교신지자 E-mail: ackim@dankook.ac.kr)

투고일: 2007년 3월 22일 심사완료일: 2007년 4월 19일

며 최근 의료계에서 전반적인 건강 상태를 측정하기 위한 방편으로 건강 관련 삶의 질을 측정 하고 있다(Shin, 1998). 건강 관련 삶의 질에는 신체적, 사회적, 정서적 기능이 포함되며 통증, 역할, 활력, 건강상태 인식, 건강상태의 변화, 영적 건강이 반영되어 전반적인 건강상태를 적절하게 반영한다(Shim et al., 1999).

간호사는 대상자의 건강관련 삶의 질 증진을 위하여 건강 위험 행위를 수정하고 건강한 생활양식을 가지도록 대상자를 지지 해야 하는데 성인의 건강위험 행위의 실태와 행위 변화 단계를 파악하고 건강 관련 삶의 질과의 관계를 파악하는 것은 대상자의 건강위험 행위 변화를 통한 건강증진 실천 방안을 개발 하는데 도움이 된다.

지금까지 행해진 건강위험 행위와 건강을 다룬 국내 연구들은 단순히 특정 연령의 건강위험행위의 현황을 파악하거나 운동부족, 흡연이나 알콜 섭취와 같은 특정한 건강 위험행위에 초점을 두어 건강수준을 파악하고 있으며 건강 수준의 측정이 단편적이며 건강위험 행위의 변화단계에 초점을 두고 건강관련 삶의 질과의 관계에 초점을 둔 연구는 부족한 실정이다(Choi, Choi, Hong, Kim, & Choi, 1996; Kim & Moon, 2001).

본 연구의 1차적 목적은 성인의 건강행위의 변화단계를 파악하고 건강행위의 변화단계와 건강관련 삶의 질의 관계를 파악하는 것이다. 건강관련 삶의 질의 파악과 건강행위의 문제점 및 건강행위 변화 단계와 건강관련 삶의 질과의 관련성 파악은 건강행위 수정을 통한 건강증진 전략의 구축을 위한 기초 자료로서 활용 될 수 있다. 본 연구는 만성 질환의 예방을 위한 광범위한 건강 증진 전략의 하나로서 건강행위 변화 단계에 기초한 건강증진 전략의 객관적인 근거를 제시 할 것이다.

연구의 목적

본 연구의 목적은 성인의 건강행위 변화 단계와 건강관련 삶의 질의 수준을 파악하고 건강행위 변화 단계와 건강관련 삶의 질과의 관련성을 파악하는 것이다.

구체적인 목적은 다음과 같다.

- 연구대상자들의 건강행위 변화단계를 파악한다.
- 연구대상자들의 건강관련 삶의 질을 파악한다.
- 연구대상자들의 일반적 특성에 따른 건강관련 삶의 질 차이를 분석한다.
- 연구대상자들의 건강행위 변화단계에 따른 건강관련 삶의 질 차이를 분석한다.

연구 방법

연구 설계

본 연구는 대상자들의 건강위험행위 변화단계와 건강관련 삶의 질을 확인하고 이들 변수 간 관계를 확인하고자 시도된 서술적 상관관계 연구이다.

연구대상자

연구대상자는 1개 대도시와 6개 중소도시에 거주하는 성인 292명으로 남성 119명, 여성 173명이었다. 대상자 선정 시 편의 표집방법을 사용 하였고 연구 대상자 선정 기준은 20세 이상 59세 이하의 성인, 입원하지 않은 자, 의사소통이 가능한 자, 본 연구에의 참여를 허락한 자로 하였다.

자료수집

구조화된 질문지를 자료수집 방법으로 사용 하였다. 연구자는 연구 보조원 2명에게 질문지의 내용을 설명하였고 대상자와 원만한 관계형성을 할 수 있도록 면접방법에 대해 교육 하였다. 자료 수집은 인구 사회학적으로 다양한 대상자를 만날 수 있는 공공장소를 자료 수집 장소로 선정 하였다. 자료 수집 전 연구보조원은 대상자에게 연구 목적을 설명하였고 조사내용이 연구결과에만 국한되어 활용 될 것임을 설명 하였고 연구 참여에 대한 동의를 구하였다. 연구 참여를 허락한 대상자를 대상으로 질문지를 배포하였고 자발적으로 답하게 하였다.

연구도구

● 건강행위 변화단계

건강행위 변화단계는 Niederhauser(2004)의 FHRA(Family Focused Health Risk Assessment)의 변화단계사정(Stage of Change Assessment)도구를 사용하였고 10개 항목으로 구성되어 있다. 10개 항목은 번역과 역번역 과정을 통해 타당도를 검증했고 간호학 교수의 자문을 구하였다. 항목은 흡연(cigarette smoking), 음주(alcohol use), 약물사용(drug use), 불량한 영양섭취(poor nutrition), 스트레스(stress), 안전의식 결핍(lack of safety), 폭력행위(violent behavior), 의사소통 부족(poor communication skill), 운동부족(lack of fitness), 영성부족(lack of spirituality)으로 구성 되었다. 각 문항은 대상자가 자신의 불건강한 건강행위에 변화를 시도하고 있는 정도 또는 변화를 시도하려고 계획하고 있는 정도를 5단계로 나누어 변

화단계를 측정하고 있다. 5단계는 6개월 안에 행위 변화를 위한 계획을 가지고 있지 않은 상태(전계획단계), 6개월 안에 행위변화를 시도할 계획을 가진 상태(계획단계), 한 달안에 행위 변화를 시도하려는 상태(준비단계), 행위 변화를 시도 했고 그 기간이 6개월 미만인 상태(행동 단계), 행위 변화를 6개월 이상 지속했고 계속 잘 할 수 있다는 자신감을 가진 상태(유지)로 구분 된다(Niederhauser, 2004).

● 건강관련 삶의 질

건강 관련 삶의 질은 Shin(1998)의 CMCHS(Catholic Medical Center Health Survey) 도구를 사용해 측정하였다. 본 도구는 건강지각(Health Perception: HP), 건강변화(Change in Health: CH), 만족감(Satisfaction: SA), 통증(Bodily Pain: BP), 활력(Vitality: VA), 신체적 기능(Physical Function: PF), 정서적 기능(Emotional Function: EF), 사회적 기능(Social Function: SF), 역할제한(Role Limitation: RL)등 9개 영역으로 구성되었다. 건강지각, 건강변화, 만족감, 통증은 단일 문항 척도이며, 활력은 시각적 상사 측정도구 10점, 그리고 신체적 기능, 정서적 기능, 사회적 기능, 역할 제한 등은 6~12개 문항으로 구성된 다문항 척도로 구성 되었다. 신체적기능, 정서적 기능, 사회적 기능의 합은 전반적 건강(General Health: GH)을 의미하고 본 연구에서 건강 관련 삶의 질을 반영한다.

본 도구의 개발당시 GH의 신뢰도는 Cronbach's alpha = .940이었고(Shim et al., 1999), Ryou(2003)의 연구에서는 .959였으며, 본 연구에서는 GH의 Cronbach's alpha는 .901, PF는 .901, EF는 .840, SF는 .878, RL은 .886으로 나타났다.

자료분석

수집된 자료는 SPSS 12.0으로 분석하였다.

구체적인 분석방법은 다음과 같다.

- 연구대상자의 일반적 특성을 확인하기 위해 평균과 표준편차, 빈도 및 백분율 등 서술 통계를 수행하였다.
- 연구대상자들의 건강행위 변화단계를 확인하기 위해 frequency, percentile 등 서술통계를 수행하였다.
- 연구대상자들의 건강관련 삶의 질을 확인하기 위해 mean, standard deviation 등 서술통계를 수행하였다.
- 연구대상자들의 일반적 특성과 건강행위 변화단계에 따른 건강관련 삶의 질 차이를 확인하기 위해 t-test, ANOVA, SNK 사후검정을 수행하였다.

연구의 제한점

본 연구에 사용된 Niederhauser(2004)가 제시한 변화단계사

정(Stage of Change Assessment)도구로 내용 타당도는 검정 하였으나 각 문항에 대한 답이 문항마다 동일하게 1~5점 정도로 측정되는 Likert Scale이 아니므로 신뢰도는 검정되지 못하였다.

연구 결과

연구대상자들의 일반적 특성

연구대상자의 일반적 특성이 <Table 1>에 제시되어 있다.

여성이 전체의 60%정도를 차지하며, 40대가 38%로 가장 많았다. 중소도시에 살고 있는 대상자가 대도시에 살고 있는 대상자보다 약간 더 많았고, 직업은 회사원·공무원·교직이 33%로 가장 많았고, 17.1%는 직업이 없다고 응답했다. 대상자의 66%가 월수입 200만원 미만이었으며, 학력은 대학생 또는 대학졸업자가 전체의 52%, 종교는 있는 경우가 64%였다.

연구대상자의 키와 체중을 측정하여 BMI를 계산한 결과, 과체중인 경우가 54%로 가장 많았고, 정상체중인 경우가 전체 연구대상자 중 22%, 비만인 경우가 7%인 것으로 나타났다.

연구대상자들의 건강행위 변화단계

연구대상자의 건강행위 변화단계가 <Table 2>에 요약되어 있다. 대상자에게 나타난 건강위험 행위를 빈도순으로 나열하면 스트레스 관리부족(44%), 음주(42.5%), 불량한 영양섭관(37%), 흡연(36.3%), 여성부족(28.8%), 의사소통 부족(21.9%), 안전의식 결핍(21.6%), 운동부족(20.1%), 폭력행위(12.3%), 약물남용(6.8%)이었다.

스트레스 관리부족에서 대상자의 6.5%가 전 계획단계, 15.5%가 계획단계, 11%가 준비단계, 5.5%가 행동, 유지단계에 속하는 것으로 나타났다. 음주에 있어서 22.9%가 전계획단계, 7.2%가 계획단계에 있는 것으로 나타났다. 불량한 영양섭관에서는 8.2%가 전계획 단계, 11.6%가 계획단계, 7.5%가 준비단계에 있는 것으로 나타났다. 흡연에 있어서는 6%의 대상자가 금연을 생각 하는 계획단계이며 13.4%는 금연 계획조차 가지고 있지 않은 전계획단계인 것으로 나타났다. 대상자의 7%는 이미 금주를 생각하고 있는 계획단계였고, 22.9%는 금주를 위한 계획을 전혀 생각 해 본적이 없었다.

연구대상자들의 건강관련 삶의 질

연구대상자는 자신의 현재 건강상태를 비교적 긍정적으로 인식하고 있으며(mean=3.38, SD=.90), 그럼에도 불구하고 자신의 현재 건강상태에 대해서는 만족해하기보다 불만족해하고

<Table 1> Demographic characteristics of 292 research participants

(n=292)

Characteristics		Value N(percent)
Gender	Male	119(40.8)
	Female	173(59.2)
Age	20~29	59(20.3)
	30~39	77(26.6)
	40~49	110(37.8)
	50~59	46(15.4)
Place of residence	Large city	140(47.9)
	Small towns	152(52.1)
Occupation	Student	60(20.5)
	Office worker, public service worker, teacher	97(33.2)
	Business man	76(26.0)
	Agriculture, forestry, fishery	9(3.1)
	No occupation	50(17.1)
Monthly Income (won)	<1,000,000	104(35.6)
	1,000,000~2,000,000	88(30.1)
	2,000,000~3,000,000	59(20.2)
	3,000,000~4,000,000	25(8.6)
	>4,000,000	16(5.5)
Education	No elementary school	7(2.4)
	Middle or high school graduate	114(39.0)
	College student or college graduate	152(52.1)
	Graduate school student or graduate	19(6.5)
Religion	No religion	106(36.3)
	Protestant or roman catholic christianity	118(40.2)
	Buddhism	57(19.6)
	Some religion	11(3.8)
BMI	Obesity	21(7.2)
	Overweight	158(54.1)
	Normal	65(22.3)
	Underweight	48(16.4)

BMI: Body Mass Index

<Table 2> Stage of health behavior change

(n=292)

	I do not participate in this behavior or This is not a risk factor in my life	I do not plan to change this behavior in the next 6 months (precontemplation)	I intend to try and change this behavior in the next 6 months (contemplation)	I'm convinced. I know what I need to do. I am ready to try and change in next 30 days (preparation)	I have made the change, but the change has been for less than 6 months (Action)	I have made the change for more than 6 months and am getting more confident that it will be permanent (Maintenance)
	N(%)	N(%)	N(%)	N(%)	N(%)	N(%)
Cigarette smoking	202(69.1)	39(13.4)	26(8.9)	11(3.8)	8(2.7)	6(2.1)
Alcohol use	168(57.5)	67(22.9)	21(7.2)	13(4.5)	7(2.4)	16(5.5)
Drug use	272(93.2)	3(1.0)	11(3.8)	3(1.0)	2(0.7)	1(0.3)
Poor nutrition	184(63.0)	24(8.2)	34(11.6)	22(7.5)	12(4.2)	16(5.5)
Lack of stress management	164(56.0)	19(6.5)	45(15.5)	32(11.0)	16(5.5)	16(5.5)
Lack of safety	229(78.4)	13(4.5)	11(3.8)	19(6.5)	7(2.4)	13(4.5)
Violent behavior	256(87.7)	6(2.1)	12(4.1)	6(2.1)	4(1.4)	8(2.7)
Poor communication skills	228(78.1)	14(4.8)	22(7.5)	9(3.1)	8(2.7)	11(3.8)
Lack of fitness	204(69.9)	11(3.8)	31(10.6)	18(6.2)	11(3.8)	17(5.8)
Lack of spirituality	208(71.2)	42(14.4)	13(4.5)	9(3.1)	2(0.7)	18(6.2)

있는 것으로 조사되었다(mean=2.77, SD=.96). 활력은 중간값 정도를(mean=3.25, SD=.99), 신체적 기능은 47.97(SD=8.83), 정서적 기능은 29.29(SD=6.88), 사회적 기능은 23.24(SD=5.17), 역할제한은 34.06(SD=5.65)으로 중간값 보다 높았으나 전반적 건강(GH)는 가능한 중간값 38점보다 다소 낮은 33.54(SD=5.98)점으로 나타났다<Table 3>.

<Table 3> Health related quality of life (n=292)

	Mean	SD	Min	Max
HP (Health Perception)	3.38	.90	1.00	5.00
CH (Change in Health)	3.06	.65	1.00	5.00
SA (Satisfaction)	2.77	.96	0.00	5.00
BP (Bodily Pain)	3.69	2.63	0.00	10.00
VA (Vitality)	3.25	.99	0.00	5.00
PF (Physical Function)	47.97	8.83	17.00	76.00
EF (Emotional Function)	29.29	6.88	10.00	40.00
SF (Social Function)	23.24	5.17	6.00	30.00
RL (Role Limitation)	34.06	5.65	0.00	55.00
GH (General Health)	33.54	5.98	17.00	76.00

일반적 특성에 따른 건강관련 삶의 질의 차이

연구 대상자의 일반적 특성에 따라 전반적인 건강수준(GH)에 차이가 있는지 검증한 결과가 <Table 4>에 요약되어 있다.

남성이 여성에 비해 건강수준이 높은 것으로 나타났으며(t=1.760, p=.039), 이외에도 BMI에 따라 전반적인 건강상태점수에 차이가 있는 것으로 나타났는데(F=4.771, p=.003) SNK로 추후 검증한 결과 과체중인 대상자들의 전반적인 건강수준이 비만인 대상자의 전반적인 건강수준보다 유의하게 높은 점수인 것으로 나타났다.

건강행위 변화단계에 따른 건강관련 삶의 질

건강행위 변화단계에 따라 건강 관련 삶의 질(GH)에 차이가 있는지 검증한 결과가 <Table 5>에 요약되어 있다.

대상자들의 건강관련 삶의 질은 약물남용(F=3.138, p=.009), 불량한 영양습관(F=14.218, p=.001), 스트레스 관리 부족(F=

<Table 4> Health related quality of life according to demographic characteristics (n=292)

Characteristics	Mean	SD	t or F	P	SNK	
Gender	Male	34.28	5.68	1.760	.039	
	Female	33.03	6.14			
Age	20~29	34.63	4.89	1.938	.124	
	30~39	33.02	6.49			
	40~49	34.19	5.54			
	50~59	32.26	6.59			
Place of residence	Large city	33.66	6.05	.356	.551	
	Small towns	32.24	5.84			
Occupation	Student	34.32	5.12	1.750	.139	
	Office worker, public service worker, teacher	33.63	5.55			
	Business man	34.13	5.74			
	Agriculture, forestry, fishery	32.33	4.47			
Monthly Income (₩)	No occupation	31.60	7.87	.580	.677	
	<1,000,000	33.46	6.21			
	1,000,000~2,000,000	33.45	6.10			
	2,000,000~3,000,000	34.34	5.50			
	3,000,000~4,000,000	32.19	6.45			
Education	>4,000,000	33.72	4.88	1.662	.175	
	No elementary school	33.57	5.43			
	Middle or high school graduate	33.07	33.07			
	College student or college graduate	34.17	34.17			
Religion	Graduate school student or graduate	31.33	31.33	.146	.932	
	No religion	33.64	5.80			
	Protestant or roman catholic christianity	33.32	5.86			
	Buddhism	33.79	6.73			
BMI	Some religion	32.81	4.89	4.771	.003	A
	Obesity	30.16	7.37			
	Overweight	34.50	5.40			
	Normal	33.45	5.74			
	Underweight	31.95	6.74			A · B

BMI: Body Mass Index

<Table 5> Health related quality of life according to stage of health behavior change (n=292)

Characteristics	Mean	SD	t or F	P	SNK	Characteristics	Mean	SD	t or F	P	SNK		
Cigarette smoking	0	33.76	6.05	1.092	.365	Lack of safety	0	33.92	5.74	.857	.510		
	1	32.59	6.77				1	31.89	7.53				
	2	32.10	5.55				2	32.09	6.97				
	3	33.12	4.12				3	32.15	6.31				
	4	36.58	4.16				4	31.90	6.66				
	5	35.38	3.43				5	32.79	6.96				
Alcohol use	0	34.23	6.14	1.586	.170	Violent behavior	0	33.77	6.00	1.861	.101		
	1	32.42	5.86				1	33.83	3.13				
	2	31.68	4.47				2	29.30	7.38				
	3	32.05	5.64				3	29.88	4.32				
	4	34.71	6.46				4	33.83	3.40				
	5	34.16	5.84				5	35.04	4.01				
Drug use	0	35.00	5.65	3.138	.009	Poor communication skills	0	34.19	5.87	4.531	.001	B	
	1	25.00	6.83				1	33.52	5.19				A · B
	2	28.39	6.95				2	29.15	6.35				A
	3	32.66	2.18				3	28.55	4.87				A
	4	33.68	.94				4	31.45	4.54				A · B
	5	33.85	4.83				5	34.30	5.31				B
Poor nutrition	0	35.24	5.14	14.218	.001	Lack of fitness	0	34.44	5.78	3.842	.002	B	
	1	30.29	6.32				1	32.15	6.16				A · B
	2	27.77	4.99				2	30.10	5.79				A
	3	33.24	5.82				3	31.37	6.52				A
	4	29.66	7.45				4	32.21	5.45				A · B
	5	34.35	5.23				5	33.31	5.91				B
Lack of stress management	0	35.37	5.39	8.824	.001	Lack of spirituality	0	34.27	6.16	3.278	.007	B	
	1	30.21	6.38				1	30.89	4.18				A · B
	2	30.38	5.07				2	33.66	4.61				B
	3	31.44	6.30				3	34.25	4.81				B
	4	31.43	7.02				4	27.16	8.24				A
	5	33.97	5.27				5	31.37	6.61				A · B

- 0. I do not participate in this behavior or This is not a risk factor in my life.
- 1. I do not plan to change this behavior in the next 6 months (precontemplation)
- 2. I intend to try and change this behavior in the next 6 months (contemplation)
- 3. I'm convinced. I know what I need to do. I am ready to try and change in next 30 days (preparation).
- 4. I have made the change, but the change has been for less than 6 months (Action).
- 5. I have made the change for more than 6 months and I am getting more confident that it will be permanent (Maintenance).

8.824, p=.001), 의사소통부족(F=4.531, p=.001), 운동부족(F=3.842, p=.002), 영성부족(F=3.728, p=.007) 등에 따라 차이가 있는 것으로 확인되었다. SNK test로 사후 검증한 결과, 약물남용에 관해서는, 행동을 바꾸려는 계획이 없거나, 6개월 안에 행동을 바꿀 준비가 되어 있는 대상자에 비해 약물남용의 경험이 없거나 지속기간과는 상관없이 행동변화를 시작한 대상자의 경우가 건강 관련 삶의 질이 높았다. 영양습관에 관해서는 6개월 안에 행동변화를 시도하려는 대상자에 비해, 영양습관 불량에 경험이 없거나 6개월 이상 행동의 변화를 지속했고 앞으로도 잘 할 것 같다는 자신감을 가지고 있는 대상자들의 건강관련 삶의 질 점수가 높은 것으로 확인되었다. 스트레스의 관리 부족에 관해서는, 행동을 바꿀 계획이 없거나 6개월 안에 행동을 바꾸려고 시도할 것이라고 한 대상자들에

비해 스트레스 관리 부족에 대한 경험이 없다고 응답한 대상자들의 건강관련 삶의 질이 더 높은 것으로 나타났다. 의사소통 부족과 운동부족에서는 6개월 안에 행동을 바꾸려고 시도하겠다고 응답한 대상자가 한 달 안에 행동을 바꿀 준비가 되어 있다고 응답한 대상자보다 의사소통 부족이나 운동부족에 대한 경험이 없거나 6개월 이상 행동변화를 지속했으며 앞으로도 잘 할 수 있을 것 같다고 응답한 대상자의 건강관련 삶의 질이 높은 것으로 나타났다. 영성부족에 관해서는 행동변화를 시작했으나 아직 6개월이 되지 않았다고 응답한 대상자들보다 영성부족의 경험이 없거나 6개월 안에 현재의 행동을 변화시키기 위한 시도를 할 것이라고 응답한 대상자들과 한 달 안에 행동을 바꿀 준비가 되어 있다고 응답한 대상자들의 건강관련 삶의 질이 더 높은 것으로 나타났다.

논 의

본 연구에서 대상자에게 나타난 건강위험 행위는 스트레스 관리부족, 음주, 불량한 영양습관, 흡연의 순서로 높은 것으로 나타나 한국 성인은 건강위험 행위로 스트레스, 음주와 흡연에 초점을 두는 것으로 나타났다. 이는 한국 성인 중 20-30대 연령층의 흡연율이 60%이상 상회하고 성인남자의 고도 위험 음주율이 17.4%, 위험 음주율이 35.1%로 우리나라 성인의 흡연율과 음주율은 여전히 심각한 수준을 나타낸다는 보고(Korea Public Health Research Center, 2003)에 의해 뒷받침된다.

또한 본 연구에서 음주에 있어서 22.9%가 전계획단계에 있고 흡연자의 13.4%는 금연 계획조차 가지고 있지 않은 전계획단계인 것으로 나타났는데 이는 선행 연구와 맥을 같이 한다. 근로자를 대상으로 금연 행위 변화를 연구한 Seo 등(2002)의 연구에서는 계획전 단계(43%), 계획단계(23.5%), 준비 단계(18.8%), 행동 단계(10.1%), 유지 단계(4.7%)를 제시하여 다른 건강행위에 비해 금연에 있어서는 계획전 단계가 높음을 제시 하였는데 금주와 금연을 위한 전략측면에서는 먼저 행위 변화를 유도하기 위해 금연의 동기화에 초점을 두어야 할 것으로 사료된다.

본 연구에서 자신이 체중과다라고 생각하는 대상자가 전체 대상자의 20.1%로 실제 BMI상 22%만이 정상체중, 그리고 16%가 저체중, 과체중 54%, 비만 7%와 비교 할 때, 많은 경우 자신이 과다체중이라는 사실을 인지하지 못하고 있는 것으로 나타났다. 최근 조사는 한국 성인의 비만비율이 높아지고 있음을 지적 하고 있는데 남자의 경우 체질량지수 25kg/m² 이상의 비만군은 2001년 32.6%로 1998년 25.1%보다 7.5 증가되었으며 여자 비만군은 2001년 29.4%로 1998년 28.1%보다 1.3% 증가되었음이 보고되었다(Korea Public Health Research Center, 2003). 또한 Seo 등(2002)의 연구에서도 대상자의 6.8%만이 표준체중을 유지하고 적어도 일주일에 5회 30분 이상 운동, 비흡연, 매일 5~6회 과일과 야채 섭취의 4가지 건강 위험 행위를 안하는 것으로 나타났다. 이러한 자신의 비만에 대한 인지부족은 체중관리에 대한 동기화 부족을 유발 할 수 있는 문제이므로 건강 검진후 체중관리의 중요성에 대한 적절한 교육이 필요하다고 본다.

건강행위 변화 단계를 다룬 선행 연구들은 전반적인 건강행위가 아닌 특정 건강행위에 초점을 두어 본 연구결과와 총체적으로 비교 논의하기에는 제한점이 있어 각 건강행위를 중심으로 논의 하고자 한다. 운동에 있어서는 30.1%가 자신의 운동 부족을 지적 하였는데 Gallop Korea(2006)의 연구에서는 걷기, 계단 오르기, 산책과 같은 신체 활동을 하는 한국 성인 비율을 63.1%로 보고 하였고 건강을 위해 평소 수영, 헬스,

달리기, 테니스와 같은 규칙적인 운동을 하는 성인 비율을 28.0%로 지적하였다. 본 연구에서 자신이 운동을 한다고 보고한 69.9%는 Gallop Korea(2006)에서 보고한 신체 활동을 통한 운동의 의미로 해석할 때 일관성이 있다고 할 수 있다. 본 연구에서 3.8%의 응답자만이 운동행위의 전계획전 단계로 나타나 성인의 경우 운동을 위한 동기화가 어느 정도는 형성되어 있는 것으로 나타났다. 이는 선행 연구와 맥을 같이 하는데 근로자의 운동행위 변화 연구(Seo & Lee, 2006)에서는 계획전 단계10.9%, 계획 단계 22.5%, 준비단계 41.3%, 행동 단계8.7%, 유지 단계16.7%로 나타났다.

본 연구 대상자들은 자신의 건강상태를 비교적 긍정적으로 인식하고 있으나 자신의 건강상태에 대해서는 불만족한 것으로 나타났는데 이는 현대인이 질병이 없는 상태로서의 건강상태가 아닌 보다 나은 삶의 질을 추구하는 건강증진을 위한 높은 요구를 가지고 있음을 반영하는 것으로 해석 할 수 있겠다.

체질량지수에 따라 건강관련 삶의 질 점수에 차이가 있는 것으로 나타났는데 체질량 지수 30이상인 비만인 경우가 체질량 지수 25.0~ 29.9인 과체중인 대상자에 비해 건강관련 삶의 질이 낮은 것으로 나타났다. 그 이유는 과체중 대상자의 대부분이 자신의 체중은 정상 체중으로 인지하므로 자신의 전반적인 건강수준을 높게 지각한 것과 연관 되는 것으로 생각 된다.

건강 위험 행위 변화 단계에 따른 건강 관련 삶의 질 차이 검증에서는 약물남용의 경우 전계획 단계나 계획단계에 비해 이미 약물 남용을 수정하는 행동변화를 시작한 대상자의 경우가 전반적인 건강수준이 높았는데 이는 약물사용이 건강에 직접적인 영향을 미침으로 나타난 결과로 사료 된다. 영양습관에 대해서도 계획단계에 비해 6개월 이상 행동의 변화를 지속했고 앞으로도 잘 할 것 같다는 자신감을 가지고 있는 대상자들의 건강관련 삶의 질 점수가 높아 식이수정을 통한 건강변화는 꾸준히 이루어 질 때 효과적임을 알 수 있다.

스트레스의 관리 부족에서는 스트레스를 잘 관리하고 있는 사람이 행동변화의 모든 단계 즉 계획단계에서 6개월 이상 꾸준히 행위 변화를 시도한 모든 대상자 보다 건강관련 삶의 질이 높은 것으로 나타나 스트레스 관리는 본인 자신의 행위 변화를 위한 노력도 중요하지만 자신의 성격적 요인이나 환경적 요인과 같은 외부영향이 스트레스 관리에 영향을 미칠 수 있음을 반영하는 것으로 볼 수 있겠다. 의사소통 부족과 운동부족에 관해서는 6개월 안에 행위를 바꾸려고 시도하겠다고 응답한 대상자와 한 달 안에 행위를 바꿀 준비가 되어 있다고 응답한 대상자보다 6개월 이상 행동변화를 지속했으며 앞으로도 잘 할 수 있을 것 같다고 응답한 대상자의 건강 관련 삶의 질이 높은 것으로 나타나 타인과의 대화기술 향상

을 통한 의사소통 증진, 운동은 6개월 이상 지속 될 때 건강에 도움이 됨을 나타낸다.

지금까지 살펴본 건강행위 변화단계에 따른 건강관련 삶의 질은 약물남용, 영양습관, 스트레스 관리, 의사소통 부족, 운동 부족행위면에서 유의한 차이가 있었는데 특히 전계획단계나 계획단계보다는 이미 행동 변화를 시도하고 꾸준히 지속된 경우가 건강 관련 삶의 질이 높았다. 이는 건강행위 변화를 통한 삶의 질 증진은 꾸준히 지속 될 때 효과적임을 나타낸다.

건강 행위 변화 단계에 따라 다양한 건강증진 전략을 계획하는 것이 바람직 한데 대상자가 어떠한 건강 행위 변화단계에 속하는 지를 먼저 파악하고 개인에 적합한 건강증진 프로그램을 마련하는 맞춤형 접근이 필요하다고 사료된다. 계획전 단계의 대상자에게는 건강위험 행위에 대한 의식의 전환과 의지가 생기도록 근본적이고 지속적인 교육이 필요하며 현재 참여하고 있는 대상자는 중단을 막고 지속하게 하기 위해서 기술을 향상 시킬 수 있는 전문성을 가진 지도자 양성과 과학적인 지도 방법을 교육해야 한다. 현재 참여 하고 있지 않지만 시작할 의지가 있는 사람들을 위해서 함께 수행 할 수 있는 동료집단을 구성하여 주는 등 외적이고 구체적인 동기화 전략이 효과적일 것으로 사료된다.

결론 및 제언

본 연구는 한국 성인의 건강위험행위 변화단계와 건강관련 삶의 질을 확인하고 이들 변수 간 관계를 확인하고자 서술적 상관관계 연구를 시도 하였다.

연구 대상으로 성인 292명을 편의표집 하였고 연구 도구로 Niederhauser(2004)의 변화단계사정(Stage of Change Assessment) 도구와 Shin(1998)의 CMCHS(Catholic Medical Center Health Survey)를 사용하였다. 수집된 자료는 SPSS를 사용해 분석 하였고 분석 방법으로 빈도, 백분율, 평균, 표준편차, t-test, ANOVA, SNK 사후검정방법을 사용 하였다.

대상자에게 나타난 건강위험 행위를 빈도순으로 나열하면 스트레스 관리부족, 음주, 불량한 영양습관, 흡연, 영성부족, 의사소통 부족, 안전의식 결핍, 운동부족, 폭력행위, 약물남용이었다. 연구대상자들은 자신의 현재 건강상태를 비교적 긍정적으로 인식하고 있으며(mean=3.38,SD=.90), 건강 관련 삶의 질중 활력은 중간값 정도를(mean=3.25, SD=.99), 신체적 기능은 47.97(SD=8.83), 정서적 기능은 29.29(SD=6.88), 사회적 기능은 23.24(SD=5.17), 역할제한은 34.06(SD=5.65)이었고 전반적 건강(GH)은 중간값 보다 다소 낮은 33.54(SD=5.98)점으로부터 나타났다.

남성이 여성에 비해 건강 관련 삶의 질이 높은 것으로 나타났다(t=1.760, p=.039), BMI에 따라 전반적인 건강 관련

삶의 질에 차이가 있는 것으로 나타났다(F=4.771, p=.003). 대상자들의 건강관련 삶의 질은 약물남용(F=3.138, p=.009), 불량한 영양습관(F=14.218, p=.001), 스트레스 관리 부족(F=8.824, p=.001), 의사소통부족(F=4.531, p=.001), 운동부족(F=3.842, p=.002), 영성부족(F=3.728, p=.007) 등에 따라 차이가 있는 것으로 확인되었다.

건강 행위 변화 단계에 따라 다양한 건강증진 전략을 계획하는 것이 바람직함이 제시 되었다. 대상자가 건강 위험 행위의 5단계 변화단계 중 어떠한 건강 행위 변화단계에 속하는 지를 파악하고 개인에 적합한 건강증진 프로그램을 계획하는 개별화된 접근이 필요하다. 금연과 금주는 계획전 단계의 대상자가 많으므로 행위변화를 위한 필요성 및 동기화 전략에 초점을 두는 것이 바람직하며 운동의 경우에는 이미 동기화가 되어 있는 상태이므로 실천가능하고 지속적인 개인에 맞는 운동을 개발하고 동료집단을 구성하여 주는 등 외적이고 구체적인 행위 변화 전략이 제공 되는 것이 효과적일 것이다. 앞으로 대상자의 건강위험행위 변화 단계에 맞는 개별화된 간호전략을 개발하는 후속 연구를 제언하며 간호 전략개발 연구는 각 건강 위험 행위를 독립적으로 다루고 실험연구 설계를 통하여 그 효과를 측정하는 것이 바람직하다. 또한 건강 증진 분야에서 건강위험행위 변화 단계를 대상자 생활양식의 사정 도구로 적극 활용할 것을 제언한다.

References

- Breslow, L. (1999). From disease prevention to health promotion. *JAMA*, 281(11), 1030-1033.
- Choi, H. S., Choi, H. J, Hong, K. E., Kim, B. S., & Choi, H. R. (1996). A study on health behaviors of college freshmen. *J Korean Acad Fam Med*, 17(8), 633-641
- Diclemente, C. C., & Prochaska, J. O. (1983). Self change and therapy change of smoking behavior: A comparison of processes of change in cessation and maintenance. *Addict Behav*, 7, 133-142.
- Gallop Korea. (2006). *The study of Korean smoking*. Seoul: Gallop Korea
- Kim, H. Y., & Moon, S. S. (2001). *Health behavioral risk factors in the Seoul metropolitan area*. Retrieved December 3, 2006, from <http://www.richis.org>.
- Korea Public Health Research Center. (2003). *The study of Korean common disease and health behavior*. Seoul: Korea Public Health Research Center.
- Korea Public Health Research Center. (2006). *Determinants of health in Korea*. Seoul: Korea Public Health Research Center
- Korea Statistic Center. (2002). *Cause of death year report*. Seoul: Korea Statistic Center.
- Nausselder, W. J., Leoman, C. W., & Marang-van de P. J. (2000). Smoking and compression of morbidity. *J*

- Epidemiol Community Health*, 54, 566-574.
- Niederhauser, V. P. (2004). Assess health risk status for intervention and risk reduction. *Nurse Practitioner*, 29(2), 35-42.
- Ryou, J. Y. (2003). *A study on subjective dyspnea, self care and health-related quality of life in patients with chronic obstructive pulmonary disease*. Unpublished master's thesis, Dankook University, Seoul.
- Seo, G. S., & Lee, D. B. (2006). Factors effecting to the stage of change for exercise on the workers. *Korean Acad Psychiatr Ment Health Nurs*, 21(1), 63-75.
- Seo J. M., Lee, Y. M., Park, N. H., Jo, Y. S., Kim, J. S., Hwang, S. K., & Jung, H. Y. (2002). A study on smoking habits, nicotine dependency and self-efficacy corresponding to stage of change in smoking cessation in industrial workers. *J Korean Acad Psychiatr Ment Health Nurs*, 11(4), 538-547.
- Shim, J. Y., Lee, J. K., Kim, S. Y., Won, J. W., Sun, W. S., Park, H. K., & Shin, H. C. (1999). The development of Korean health related quality of life scale. *J Korean Acad Fam Med*, 20(10), 1197-1207.
- Shin, H. C. (1998). The definition of health related quality of life. *J Korean Acad Fam Med*, 19(11), 1008-1015.
- U. S Department of Health & Human Services. (2000). *Health People 2010*. Retrieved December 3, 2006, from <http://www.health.gov/healthypeople/Publications/>
- Wechsler, H., Levine, S., Idelson, R. K., Schor, E. L., & Coakley, E. (1996). The physician's role in health promotion revisited: A survey of primary care practioners. *N Engl J Med*, 334, 996-998.

Stages of Health Behavior Change and Health Related Quality of Life among Korean Adults

Kim, Ae Kyung¹⁾

1) Associate Professor, Department of Nursing, Dankook University

Purpose: The Transtheoretical Model (TTM) is a theoretical construct explaining stages of health behavior change. The purpose of this study was to describe and analyze the stages of health behavior change and health related quality of life (HRQL), **Method:** A descriptive survey design was utilized, and, using a questionnaire, which included a series of 5 questions designed to assess stages of health behavior change and HRQL instrument, data were collected from 292 adults. Means, standard deviation, t-test, ANOVA, and SNK test were used to analyze the collected data. **Results:** Health risk behaviors were lack of stress management(44%), alcohol use (42.5%), poor nutrition (37%), smoking (36.3%), a lack of spirituality (28.8%), poor communication skills (21.9%), Lack of safety(21.6%), lack of fitness (20.1%), violent behavior(12.3%), and drug use(6.8%). There was a significant difference in HRQL according to stage of health behavior change (P=0.001). **Conclusion:** The results of the study identified the need for individualized nursing interventions that based on the stage of health behavior change. Nursing interventions that focus on the stage of health behavior change would be effective for health promotion for Koreans.

Key words : Health behavior, Quality of life

• Address reprint requests to : Kim, Ae Kyung

Associate Professor, Department of Nursing, Dankook University

San 29, Anseo dong, Cheonan city, Korea

Tel: 82-41-550-3885 Fax: 82-41-55-3905 E mail: aekim@dankook.ac.kr