

한국 성인의 건강통제위 반응유형별 건강증진행위*

구 미 옥**·은 영**

I. 서 론

1. 연구의 필요성

오늘날 의기술과 생활수준의 향상, 평균수명의 연장으로 인해 건강하고 오래 사는 사람들의 수가 많아짐에 따라 건강증진에 대한 수요가 크게 증대되었다.

간호의 목표는 대상자의 건강수준을 증가시키고 삶의 질을 개선시키는데 있고(Bestard & Courtenay, 1990) 오늘날 간호의 초점이 치료중심에서 건강중심의 간호로 변화함에 따라 건강증진은 전문적 간호의 새로운 시평이 되고 있다(Meleis, 1990).

건강증진에 가장 영향을 주는 요인은 개인이 수행하는 건강증진행위인데 건강증진행위는 그 목표를 개인의 안녕, 자아실현 및 자기성취를 유지, 증진시키는데 두며 이는 평균수명을 연장시키고 삶의 질을 증가시키는 행위이다(Pender & Pender, 1987; Walker, Sechrist & Pender, 1987).

간호 대상자의 건강증진행위를 효율적으로 돕기 위해서 간호사는 이미 알려진 건강행위 이론을 적용하여 연구와 실무수행을 하게 되는데 이중 Wallston, Wallston, Kaplan & Madies(1976)의 건강통제위 개념은 지금까지 국외에서 많이 연구되었으며(Arakelian, 1980, Oberle, 1991) 국내에서도 1982년부터 1993년까지 100

여편에 이르는 방대한 연구가 이루어졌다(이, 임, 김 및 이, 1993). 그런데 건강통제위에 관한 선행연구들을 분석한 결과(Arakelian, 1980, Oberle, 1991, 이 등, 1993)에 따르면 건강통제위와 건강행위의 관계는 일관성이 없거나 낮은 상관 관계를 보여 연구의 방대함에도 불구하고 간호실무에 대한 방향을 제시하지 못하는 것으로 나타났다.

Wallston & Wallston(1982)은 건강통제위와 건강행위의 관계가 일관성이 없고, 미약한 것에 대한 가능한 이유를 대부분의 연구자가 개인의 3가지 통제위 점수(내적 통제위, 타인의존 통제위, 우연 통제위)와 건강행위간의 관계를 분석하였기 때문이라고 보았다. 그에 대한 대안으로 개인의 3 가지 통제위 점수의 높고 낮음에 따라 3가지 통제위를 조합하여 이론적으로 가능한 8가지 건강통제위 반응유형을 제시하고 이 건강통제위 반응유형이 개인의 건강행위를 더 잘 예측할수 있을 것이라는 가능성을 제시하였다.

건강통제위 반응유형에 대한 연구는 일부 연구자에 의해 시도되었는데 Rock, Meyerowitz, Maisto & Wallston(1987), Buckelew, Shutty, Hewett, Morrow & Frank(1990)은 군집분석(cluster analysis)을 통해서 이론적으로 제시된 건강통제위 반응유형이 실제 존재하는지를 규명하였다. 그 결과 Rock 등(1987)의 연구에서는 6가지 유형, Buckelew 등의 연구에서는 3가

* 이 연구는 1996년도 경상대학교 연구장학재단 학술연구조성비에 의해 연구되었음

** 경상대의 간호학과

지 유형이 확인되었고 건강통제위 유형에 따라 각각 건강행위, 만성통증에 대한 대처전략행위에 유의한 차이를 보였다. Schank & Lawrence(1993)는 대상자의 3가지 통제위 평균점수에 의해 유형을 구분하였는데 그 결과 8가지 유형이 모두 나타났다. 우리나라에서는 이(1993)의 연구가 1편 이루어졌는데 대상자를 3가지 통제위 평균점수에 의해 유형을 분석한 결과 임신부에서 8가지 건강통제위 양상이 모두 나타났으며, 또한 건강통제위 반응 유형에 따라 임신부의 자아존중감, 불안, 우울, 스트레스에 유의한 차이를 보였다.

이상과 같이 대상자의 건강통제위 반응 유형을 분석하는 것은 기존의 건강통제위 연구의 제한점을 극복하면서 건강행위에 대한 예측력을 높일수 있는 가능성을 보여주므로 앞으로 이에 대한 연구가 활발히 시도될 필요가 있다.

건강증진행위에 대한 연구는 국내,외에서 건강증진행위의 영향요인을 규명하는 연구가 다양하게 시도되었다. 우리나라에서는 직장인(이, 1989), 대학생(이, 1997), 노인(송, 이 및 안, 1997), 위암환자(오, 1994), 임상간호사(이, 1994) 등을 대상으로 연구가 이루어졌으나 아직까지 한국 성인 전체를 대상으로 시도된 연구는 없었다.

이에 본 연구는 한국 성인의 건강통제위 반응유형을 규명하고, 건강통제위 반응유형과 건강증진행위와의 관계를 새롭게 분석, 시도하므로써 한국 성인의 건강증진행위 수행을 촉진하기 위한 기초자료를 제공하고자 한다.

2. 연구 목적

본 연구의 구체적 목적은 다음과 같다.

- 1) 한국 성인의 건강통제위 정도, 건강증진행위 정도를 파악한다.
- 2) 한국성인의 건강통제위와 건강증진행위와의 관계를 파악한다.
- 3) 한국 성인의 건강통제위 반응유형을 규명한다.
- 4) 한국 성인의 건강통제위 반응유형별 건강증진행위를 파악한다.

3. 용어의 정의

1) 건강통제위

- 이론적 정의 : 건강을 통제하는 특성이 어디에 있는가

에 대한 일반적 기대로서 내적 통제위, 타인의존 통제위, 우연 통제위로 구분된다.

내적 통제위 : 자신의 건강이 자기자신에 의해 좌우된다고 믿는 것이다.

타인의존 통제위 : 자신의 건강이 영향력 있는 타인(의료인, 가족 등)에 의해 좌우된다고 믿는 것이다.

우연 통제위 : 자신의 건강이 운이나 우연, 운명 등에 의해 좌우된다고 믿는 것이다.

- 조작적 정의 : Wallston, Wallston & DeVellis(1978)가 개발한 다차원적 건강통제위 측정 도구(MIILC) B형으로도 측정한 점수이다.

2) 건강통제위 반응유형

- 이론적 정의 : 건강통제위 척도의 내적 통제위, 타인의존 통제위, 우연 통제위의 점수 양상에 따라 개인을 분류한 것이다.
- 조작적 정의 : 개인의 내적 통제위, 타인의존 통제위, 우연 통제위 점수를 가지고 군집분석을 실시하여 개인을 이들 3가지 점수의 조합양상에 따라 분류한 것이다.

3) 건강증진행위

- 이론적 정의 : 생활양식의 구성요소가 되는 지속적인 활동으로 더 높은 수준의 건강을 위하여 능동적으로 환경에 반응하는 것을 의미하며 자아실현, 건강책임, 운동, 영양, 대인관계 지지, 스트레스 관리가 하위개념으로 구성된다.
- 조작적 정의 : Walker, Sechrist & Pender(1987)가 개발한 Health Promoting Lifestyle Profile (HPLP)를 본 연구자가 수정보완한 도구로 측정한 점수이다.

4. 연구의 제한점

본 연구는 대상자를 일 지역 거주자로 한정하였고, 대상자 선정시 연령별 분포는 고려하였으나 그 밖의 변수에 대해서는 편의표집하였으므로 연구결과를 전체 한국 성인에게 일반화시키는데 제한이 있다.

II. 문헌 고찰

1. 건강통제위

통제위(Locus of Control) 개념은 Rotter(1954)의 사회학습이론에서 도출되었다. 이 이론에 의하면 어떤 행위가 일어날 가능성은 1) 강화의 가치 2) 기대 3) 심리적 상황 요인에 의해 결정된다. 통제위는 행위의 결과에 영향을 미치는 것이 무엇인지에 대한 일반적인 기대로서 위의 행위 결정요인중 기대에 해당되는 요인이다.

통제위는 내, 외적 통제위로 구분되는데 자신의 행위가 결과에 영향을 미칠 것이라고 기대하는 사람은 내적 통제위(Internal control), 우연이나 강력한 타인과 같은 외부의 힘이 더 큰 영향을 줄 것이라고 믿는 사람은 외적 통제위(External control)의 소유자로 정의된다(Phares, 1976).

Wallston 등(1976)은 건강분야에서 통제위 개념의 예측력을 높이기 위해서 일반적인 기대보다는 건강통제에 대한 특정한 신념을 사정하는 척도인 건강통제위 척도(HLC, Health Locus Control)를 개발하였다. 처음 개발당시에는 내, 외적 건강통제위만 있었으나 예측력을 높이기 위하여 Wallston, Wallston, DeVellis(1978)는 외적 통제위를 다시 타인의존과 우연척도로 분리하여 다차원 건강통제위 척도(Multidimensional Health Locus of Control : MHLC)를 개발하였다. 따라서 이 척도는 내적 통제위, 타인의존 통제위, 우연 통제위의 3가지 하부 척도로 구성된다. 척도의 문항수는 3가지 하부척도에 각 6문항, 총 18문항으로 구성되어 있고, A, B 두 형식이 있다.

건강통제위 개념은 국내에서 1982년부터 1992년까지 100여편에 이르는 방대한 연구가 시도되었다(이 등, 1993). 이 등(1993)의 국내 간호연구 분석에 따르면 건강통제위와 건강행위간의 관계를 연구한 논문 19편에서 내적 통제위와 건강행위가 유의한 정관계를 보인 연구가 15편, 유의한 관계가 없는 것이 4편이었다. 타인의존 통제위와 건강행위가 유의한 정관계를 보인 것은 5편, 역관계를 보인 것은 1편, 유의한 관계가 없는 것이 13편이었다. 우연 통제위에서는 유의한 역관계가 6편인 반면 13편에서 유의한 관계가 없었다. 결과적으로 건강행위는 대부분의 연구에서 내적 통제위와 유의한 정관계를 보였지만 타인의존 통제위는 관계가 없거나 있다면 정관계였다. 우연 통제위는 관계가 없거나 역관계가 나타났다.

2. 건강통제위 반응유형

Wallston & Wallston(1982)은 건강통제위와 건강행

위의 관계가 일관성이 없고, 미약한 것에 대한 가능한 설명을 제시하였는데 그 이유를 대부분의 연구자가 개인의 3가지 통제위 척도점수(내적, 타인의존, 우연 통제위)와 건강행위간의 관계를 분석하였기 때문이라고 보았다.

이러한 접근은 3가지 척도에 대한 개인의 반응 유형이 각 척도에 대한 점수보다 더 예측력이 있을수 있다는 가능성을 간과하는데 예를 들면 내적이면서 타인의존 통제위 성향을 가진 개인은 이중 한 통제위의 성향만을 가진 사람과는 다른 행위를 할수 있다는 것이다. 이러한 차이를 규명하기 위하여 Wallston & Wallston(1982)은 개인의 3가지 척도점수의 높고 낮음에 따라 3가지 통제위를 조합하여 이론적으로 가능한 8가지 건강통제위 반응유형을 제시하였다.

이들 8가지 반응유형은 다음과 같다.

- ① 순수 내적 유형(pure internal) : 내적 통제위 점수가 높고 타인의존, 우연 통제위 점수가 낮음
- ② 순수 타인의존 유형(pure powerful others) : 타인의존 통제위 점수가 높고 내적, 우연 통제위 점수가 낮음
- ③ 순수 우연 유형(pure chance) : 우연 통제위 점수가 높고 내적, 타인의존 통제위 점수가 낮음
- ④ 이중 외적 통제 유형(double external) : 타인의존, 우연 통제위 점수가 높고 내적 통제위 점수가 낮음
- ⑤ 통제 신뢰 유형(believer in control) : 내적, 타인의존 통제 점수가 높고 우연 통제위 점수가 낮음
- ⑥ 무조건 찬성 유형(yca saycr) : 3가지 통제위 점수가 모두 높음
- ⑦ 무조건 반대 유형(nay saycr) : 3가지 통제위 점수가 모두 낮음
- ⑧ 제 VI 유형(unnamed type) : 내적, 우연 통제위 점수가 높고 타인의존 점수가 낮은 유형으로서 이 유형에 대해 Wallston, Wallston(1982)은 경험적으로는 가능하지만 개념적으로는 의미가 없고 존재하지 않을 것으로 보여 이들을 명명하지 않았다. 본 연구에서는 이 통제위를 복합 통제 유형(complex control)으로 명명하고자 한다.

건강통제위 반응유형에 대한 연구에서 Rock 등(1987)은 이론적으로 제시된 건강통제위 반응유형이 실제 존재하는지를 규명하기 위해 1차, 2차 연구를 수행하였다. 1차 연구에서는 대학생 400명을 대상으로 건강통제위에 대한 자료를 수집하여 군집분석을 실시했는데 그 결과 6가지 유형이 규명되었으며 이는 Wallston &

Wallston(1982)이 제시한 8개 유형중 6개 유형—순수 내적, 순수 우연, 이중 외적 통제, 통제 신뢰, 무조건 찬성, 무조건 반대 유형—과 일치하였다. 2차 연구는 90명의 여자 대학생과 대학원생을 대상으로 실시되었는데 그 결과 1차 연구에서 도출된 6개 유형이 재규명되었고, 이들 건강통제위 반응유형에 따라 Krantz Health Opinion Survey(KHOS)의 하부 척도인 건강정보추구, 개인건강 간호에의 참여에 있어 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다.

Bucklelew 등(1990)은 만성 양성통증을 가진 환자 160 명을 대상으로 남, 녀를 구분하여 군집분석을 시행하였는데 그 결과 남, 녀에서 각각 3가지 유형이 규명되었다. 또한 여성에서는 군집간에 대처전략에 유의한 차이를 보였다.

Schank & Lawrence(1993)는 간호대학생 38명과 비간호대학생 38명을 대상으로 건강통제위와 생활양식에 대한 연구를 수행하는 과정에서 대상자의 건강통제위 유형을 분류하였다. 분류방식을 보면 먼저 전체 연구 대상자의 각 통제위에 대한 평균을 산출하였고 그후 대상자의 각 통제위 점수가 평균보다 높은지 낮은지와 3가지 통제위의 조합 양상에 의해 대상자를 Wallston & Wallston(1982)이 제시한 8가지 유형에 배정하였다. 그 결과 8가지 유형이 모두 나타났다.

우리나라에서는 이(1993)의 임신부의 건강통제위 유형에 대한 연구가 1편 있었는데 건강통제위 유형의 구분은 Schank & Lawrence(1993)의 방식과 동일하며 그 결과 임신부에서 8가지 건강통제위 양상이 모두 나타났다. 또한 건강통제위 반응 유형에 따라 임신부의 자아존중감($F=2.140$, $P=0.047$), 불안($F=2.118$, $P=0.049$), 우울($F=2.052$, $P=0.054$), 스트레스($F=2.395$, $P=0.027$)에 유의한 차이를 보였다.

3. 건강증진행위

건강증진행위란 인간의 자기실현 성향에 대한 표현으로서 개인의 안녕, 자아실현, 자기성취를 유지하고 증진시키는 것을 목적으로 한다.

Brubaker(1983)는 건강증진행위를 대상자가 완전한 건강상태에 있지는 않더라도 급성질환이 없고 건강상태가 안정되어 있을 때 시작되어 질병예망이나 건강유지행위를 건강증진의 선행조건으로 간주하였다. 반면 Pender & Pender(1987)는 어떠한 건강상태에 있든지 간에 건강증진행위를 수행할 수 있다고 보았다.

간호학자인 Pender & Pender(1987)는 건강증진모형을 개발하고, 건강증진행위의 결정인자로 인지-지각 요인, 조정요인, 행동계기 요인을 제시하였다. 인지-지각요인에는 대상자가 지각하는 건강에 대한 중요성, 지각된 건강통제위, 자기효능, 건강에 대한 정의, 지각된 건강상태, 건강증진행위에 대한 지식된 유익성, 지각된 장애성이 포함된다. 조정요인에는 인구학적 특성, 생물학적 특성, 대인관계 영향, 상황적 요인, 행동적 요인이 포함되며 행동계기에는 내적, 외적 계기가 있다.

Walker, Sechrist & 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 대해 Walker, Sechrist & Pender(1987)의 건강증진 생활양식 척도를 직접 사용하거나 일부 수정하여 사용한 연구만을 대상으로 살펴본 결과는 다음과 같다.

Duffy(1988)는 중년여성 262명을 대상으로 건강증진행위에 대한 영향요인을 단계적 다중회귀분석으로 분석한 결과 우연통제위(13%), 자아존중감(6%), 현재 건강상태(2%), 건강염려/건강관심(2%), 교활력(1%), 내적 건강통제위(1%)에 의해 건강증진행위가 25% 설명되었다.

Duffy, Rossow & Hernandez(1996)은 직장에 고용된 mexican american 여성 397명을 대상으로 건강증진행위에 대한 영향요인을 canonical analysis을 이용해 분석한 결과 연령, 교육, 자기효능, 현재 건강상태, 건강통제위가 유의하게 영향을 주었다.

Speake, Cowart & Pellet(1989)는 297명의 노인을 대상으로 연구시 동년배와의 건강비교(10.2%), 과거 건강상태와의 건강비교(4.3%), 우연통제위(4.3%), 내적 통제위(5.8%)가 건강증진행위를 23.9% 설명하였다.

이(1989)는 직장인 349명을 대상으로 건강증진행위에 영향을 주는 변인을 분석하였는데 그 결과 자아존중감이 건강증진행위를 14% 설명하여 가장 영향력 있는 변수로 확인되었으며 그 다음은 내적통제위(6%), 타인의존 통제위(4%), 지각된 건강상태(3%), 연령(2%)으로 확인되었다. 이들 변수들이 건강증진행위를 설명하는 정도는 29%로 나타났다.

김과 최(1993)는 미혼임부 82명, 기혼임부 94명의 건

건강증진행위 차이에 대한 연구에서 대상자의 건강증진행위 정도는 기혼임부에서는 자아실현 3.07점, 건강책임 2.92점, 운동 2.44점, 영양 3.11점, 대인관계 2.95점, 스트레스 2.89점, 전체 2.89점을 보였다. 반면 미혼임부는 자아실현 2.73점, 건강책임 2.34점, 운동 2.19점, 영양 2.71점, 대인관계 2.50점, 스트레스 2.49점, 전체 2.49점을 보였다.

이(1994)는 임상간호사 145명의 건강증진행위를 연구하였는데 그 결과 임상간호사의 건강증진행위 정도는 자아실현 2.89점, 건강책임 3.31점, 운동 2.11점, 영양 2.74점, 지지적 대인관계 2.88점, 스트레스 관리 2.57점, 전체 2.62점으로 나타났다. 또한 건강증진행위는 자아존중감과 유의한 상관관계를 보였다($r=0.460$, $P<0.0001$).

송, 이 및 안(1997)은 노인 95명을 대상으로 한 연구에서 건강증진 생활양식은 강인성과 유의한 관계를 보였으며($r=0.330$, $P<0.001$) 자기효능은 유의한 관계를 보이지 않았다.

이(1997)는 대학생 92명을 대상으로 한 연구에서 건강증진 생활양식 수행 정도는 자아실현 2.86점, 건강책임 1.68점, 운동 1.67점, 영양 2.42점, 대인관계지지 2.90점, 스트레스 관리 2.17점, 전체 2.30점으로 나타났다. 건강증진 생활양식에 대한 영향요인으로는 자기효능감($r=0.553$, <0.001), 통제성($r=0.430$, <0.001), 자기존중감($r=0.285$, <0.01)이 유의한 영향을 주었다. 반면 지각된 체중, 지각된 건강상태, 사회적 지지는 유의한 영향을 주지 못했다.

김과 송(1997)은 미국에 이민온 한국인 18세 이상 성인 남녀 425명을 대상으로 건강증진 생활양식을 조사한 결과 자아실현 3.07점, 대인관계 2.99점, 영양 2.67점, 스트레스 관리 2.36점, 건강책임 2.20점, 운동 1.74점, 전체 2.54점을 나타냈다. 건강증진 생활양식은 현재의 건강상태에 대한 지각($F=7.62$, $P=0.0006$), 미래의 건강상태에 대한 지각($F=8.25$, $P=0.0003$)에 따라 유의하게 차이가 있었다.

이상의 선행연구 결과를 요약하면 건강증진행위 정도는 대상자에 따라 다양한 수준을 보이고 있다. 건강증진행위에 영향을 주는 요인을 규명하기 위해 Pender의 건강증진모형에서 제시된 변수들을 기반으로 다양한 변수들이 연구되고 있으며 그 결과 자기효능, 자아존중감, 건강통제위, 교육 등이 일관성있게 지지되고 있다. 건강통제위 반응양상에 따른 건강증진행위 차이에 대한 연구는 전혀 시도되지 않았다.

III. 연구 방법

1. 연구 대상

경남 진주시에 거주하면서 질병이 없는 건강한 성인 300명을 대상으로 하였다. 이때 본 연구 대상자가 한국 성인을 보다 잘 대표할 수 있도록 20대-70대의 각 연령군에서 50명씩을 편의표집하였다. 자료수집은 1997년 7월 2일-7월 20일에 시행되었다.

2. 연구 도구

1) 건강 통제위 측정도구

Wallston, Wallston & DeVellis(1978)에 의해 개발된 다차원적 건강통제위 측정도구(MHLC) B형을 사용하였다. 도구는 내적 통제위 6문항, 타인의존 통제위 6문항, 우연 통제위 6문항으로 총 18문항으로 구성되었다. 응답에 대한 측정은 5점 척도로 '전혀 아니다' 1점, '아니다' 2점, '보통이다' 3점, '동의한다' 4점, '매우 동의한다' 5점으로 점수화되며 점수가 높을수록 그 차원의 성향이 높은 것을 의미한다. 본 연구에서 도구의 신뢰도는 Chronbach Alpha가 내적 통제위 0.7386, 타인의존 통제위 0.7436, 우연 통제위 0.7323이었다.

2) 건강증진행위 측정도구

Walker, Sechrist & Pender(1987)가 개발한 Health Promoting Lifestyle Profile(HPLP)을 기초로 하여 우리나라 실정에 맞지 않는 문항(운동시 맥박측정, 친밀한 사람과의 육체적 접촉, 건강교육 프로그램의 참여)을 제외하여 수정한 설문지를 사용하였다. 설문지는 건강증진행위의 6가지 구성요소인 자아실현 13문항, 건강책임 9문항, 운동 4문항, 영양 6문항, 대인관계 지지 6문항, 스트레스 관리 7문항, 총 45 문항으로 구성되어 있다. 응답에 대한 측정은 4점 척도로 '전혀 그렇지 않다' 1점, '가끔 그렇다' 2점, '자주 그렇다' 3점, '항상 그렇다' 4점으로 점수화된다. 본 연구에서 도구의 신뢰도는 Chronbach Alpha가 0.8906로 높은 신뢰도를 보였다.

3. 자료수집 방법

자료수집을 위해 간호학과 2, 3학년 학생 4명을 연구보조원으로 활용하였다. 본 연구자는 이들 연구보조원

에게 측정도구 사용, 자료수집 방법에 대한 훈련을 시켰다. 연구보조원은 연령 군별로 적합한 대상자를 구할 수 있는 장소를 선정하여 자료수집을 하였는데 자료수집 장소로는 대학교, 시장, 동사무소, 노인복지센터 등을 이용하였다.

연구보조원은 대상자에게 연구목적을 설명하고 연구 참여에 대한 동의를 얻은 후 설문지 내용을 설명하고 대상자가 직접 작성하게 하였다. 대상자가 혼자서 설문지에 응답하는데 어 려움이 있는 경우는 연구보조원이 직접 면담하여 작성하였다.

4. 자료분석 방법

수집된 자료를 SPSS PC⁺ 프로그램을 이용하여 전산 처리하였다.

- 1) 대상자의 건강통제위와 건강증진행위 정도는 평균과 표준편차를 구하였다.
- 2) 대상자의 건강통제위와 건강증진행위의 관계는 Pearson correlation으로 분석하였다.
- 3) 대상자의 건강통제위 반응유형을 파악하기 위해 대상의 속성에 따라 대상자를 집단으로 묶어주는 분석 방법인 군집분석(cluster analysis)을 이용하였다. 군집분석의 방법으로는 K-Means cluster analysis를 이용하였으며 이때 Wallston & Wallston(1982)이 이론적으로 8가지 유형이 가능하다고 제시한 것에 따라 군집수를 8개로 설정하여 분석하였다.
- 4) 대상자의 건강통제위 반응유형별 건강증진행위는 ANOVA로 분석하였다.

Ⅳ. 연구 결과

1. 대상자의 일반적 특성

대상자의 성별분포는 남자가 53.3%, 여자가 46.7%로 남, 녀가 비슷한 분포를 보였다.

연령은 20-70대의 각 군에서 모두 16.7%를 차지하였는데 이는 본 연구에서 대상자가 한국성인을 잘 대표할수 있도록 각 연령군에서 동일한 수를 표집하였기 때문이다.

교육수준은 대학 재학이상이 29.7%로 가장 많았고 다음이 국졸 23.0%, 고졸 20.0%이었으며 무학도 15.3% 있었다.

결혼상태는 기혼이 70.4%, 경제상태는 '중'이 79.3%

도 대다수를 차지하였다.

종교가 있는 군이 66.0%, 직업이 있는 군이 68.3%이었다.

현재 건강상태는 '건강한 편이다'가 47.3%로 가장 많았고 다음이 '건강하지 못한 편이다'로 29.4% 이었다.

2. 건강통제위 정도

대상자의 건강통제위 평균을 보면 내적 통제위는 24.12 점, 타인의존 통제위는 21.72 점, 우연 통제위는 17.46 점으로 나타나 대상자들은 내적통제위의 성향이 가장 높았고 우연통제위 성향 이 가장 낮았다(표 1).

<표 1> 건강통제위 정도

구분	측정치	평 균	표준편차
내적 통제위		24.12	2.91
타인의존 통제위		21.72	3.77
우연 통제위		17.46	4.11

3. 건강증진행위 정도

대상자의 건강증진행위 정도는 전체 건강증진행위의 평균평점이 2.50점으로 나타나 한국 성인은 건강증진행위를 가끔-자주 수행하는 것으로 나타났다.

대상자의 건강증진행위의 6개 하부 영역에 대한 수행 정도를 보면 영양 영역이 3.16점으로 건강증진행위를 가장 자주 수행하는 것으로 나타났다. 다음은 대인관계 지지 2.74점, 자아실현 2.60점 순이었다. 반면 본 대상자는 운동(2.28점), 스트레스 관리(2.15점), 건강책임(2.14점) 영역의 건강증진행위의 수행빈도가 지조한 편이었다(표 2).

<표 2> 건강증진행위 정도

하부영역	평균평점	표준편차
자아실현	2.60	0.66
건강책임	2.14	0.49
운 동	2.28	0.92
영 양	3.16	0.58
대인관계 지지	2.74	0.57
스트레스 관리	2.15	0.47
전체 건강증진행위	2.50	0.41

4. 건강통제위와 건강증진행위와의 관계

대상자의 내적통제위는 전체 건강증진행위에 유의하게 긍정적인 영향을 주며($r=0.184, p=0.001$) 우연 통제위는 유의하게 부정적인 영향을 주었다($r=-0.102, p=0.039$). 그러나 이들 상관관계는 매우 낮은 것으로 나타났다. 반면 타인의존 통제위는 영향을 주지 못했다.

건강증진행위의 하부영역에서는 내적통제위는 자아실현, 대인관계 지지, 스트레스 관리에 유의하게 긍정적인 영향을 주었다. 타인의존 통제위는 건강책임, 영양, 대인관계 지지에서 유의하게 정 상관관계를 보였다. 한편 자아실현, 운동, 스트레스 관리는 역 상관관계를 보였으나 통계적으로 유의하지 않았다. 우연통제위는 하부 영역 모두에서 역 상관관계를 보였으나 자아실현에서는 유의한 관계를 보였으나 다른 하부영역에서는 유의한 관계를 보이지 않았다(표 3).

〈표 3〉 건강통제위와 건강증진행위와의 상관관계

건강증진행위	건강통제위 내적통제위	타인의존 통제위	우연통제위
전체 건강증진행위	0.184**	0.075	-0.102*
자아실현	0.182**	-0.049	-0.1460**
건강책임	0.086	0.157**	-0.043
운동	0.038	-0.039	-0.025
영양	0.055	0.253**	-0.059
대인관계 지지	0.216**	0.126*	-0.003
스트레스 관리	0.116*	-0.021	-0.038

* $p<0.05$ ** $p<0.01$

5. 건강통제위 반응 유형

군집분석 결과 구성된 8개 군집에서 내적 통제위, 타인의존 통제위, 우연통제위의 평균과 대상자의 빈도는 표 4와 같다.

각 군집의 3가지 통제위 평균을 전체 대상자의 각 통제위 평균과 비교하여 높은지 낮은지로 구분한 후 각 군집의 3가지 통제위 평균의 양상을 Wallston, Wallston (1982)이 제시한 이론적 건강통제위 반응 유형의 기준(문헌고찰 부분 참조)에 맞추어 분석해 보았을 때 본 연구에서는 6개의 건강통제위 반응유형이 규명되었다. 6개의 유형으로는 순수 내적, 순수 우연, 통제 신뢰, 무조건 찬성, 무조건 반대, 복합 통제 유형이었다.

통제 신뢰와 무조건 찬성 유형은 각기 다시 2개 유형이 규명되었다. 통제 신뢰 A, B 유형은 모두 내적, 타인의존 성향이 평균이상이고 우연 성향이 평균보다 낮은 유형이지만 A와 B의 차이는 A는 내적 성향은 평균에 수렴하고 타인의존 성향이 강하고 우연 성향이 약한 반면 B는 3가지 성향이 모두 평균에 수렴하는 점이다. 무조건 찬성 A, B유형은 내적, 타인의존, 우연 성향이 모두 평균이상인 유형인데 A와 B의 차이는 A는 내적, 타인의존, 우연 성향이 모두 강한 반면 B는 내적, 타인의존 성향은 평균에 가까우나 우연 성향이 강한 유형이다.

대상자의 건강통제위 반응유형을 보면 통제신뢰 유형이 36.67%(통제신뢰 A와 B유형 포함)로 가장 많은 분포를 보였으며 다음이 무조건 찬성 유형으로 26.33%(무조건 찬성 A와 B유형 포함)이었다. 순수 우연과 복합 통제 유형은 각각 5.33%, 6.67%로 낮은 분포를 보였다.

〈표 4〉 건강통제위 반응유형별 각 통제위 점수와 빈도수

유형	내적통제위		타인의존 통제위		우연통제위		빈도(명)	백분율(%)
	평균	표준편차	평균	표준편차	평균	표준편차		
순수내적	25.17(△)	1.74	16.97(↓)	2.25	12.33(↓)	2.26	30	10.00
순수우연	16.75(↓)	2.82	20.75(▽)	2.44	20.44(↑)	3.01	16	5.33
통제신뢰 A	24.76(△)	2.98	26.21(↑)	2.53	12.07(↓)	2.25	29	9.67
통제신뢰 B	24.64(△)	2.01	22.95(△)	1.52	16.30(▽)	1.74	81	27.00
무조건찬성 A	26.48(↑)	2.0	26.48(↑)	1.91	21.26(↑)	2.53	31	10.33
무조건찬성 B	24.38(△)	1.5	22.21(△)	1.68	22.40(↑)	2.28	48	16.00
무조건반대	22.49(↓)	1.7	19.02(↓)	1.74	16.47(▽)	1.83	45	15.00
복합통제	24.85(△)	2.7	15.60(↓)	2.11	19.85(↑)	2.76	20	6.67
계	24.12	2.91	21.72	3.77	17.46	4.11	300	100.00

↑ : 각 통제위의 평균보다 높음 △ : 각 통제위의 평균보다 높으나 평균에 수렴함

↓ : 각 통제위의 평균보다 낮음 ▽ : 각 통제위의 평균보다 낮으나 평균에 수렴함

6. 건강통제위 반응유형과 건강증진행위

대상자의 건강통제위 반응유형에 따라 전체 건강증진행위($F=2.67, P=0.010$), 건강증진행위의하부영역중 자아실현($F=3.12, P=0.003$), 건강책임($F=2.15, P=0.038$), 영양($F=5.08, P=0.000$, 대인관계 지지($F=2.26, P=0.029$)에 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다. 한편 운동, 스트레스 관리는 유의한 차이가 없었다.

건강통제위 반응유형에 따라 건강증진행위에 유의한 차이가 있었던 영역에서 보면 통제신뢰 A, 무조건 찬성 A 유형에서 일관성있게 건강증진행위가 높은 것으로 나타났다. 순수우연 유형은 전체 건강증진행위, 자아실현, 대인관계지지 영역에서 건강증진행위가 낮게 나타났으나 건강책임, 영양 영역에서는 중간정도로 나타났다.

순수내적 유형은 건강책임, 대인관계지지 영역에서 건강증진행위가 낮은 편으로 나타났다.

통제 신뢰 A와 B 유형은 전체 건강증진행위, 자아실현, 건강책임, 영양 영역에서 평균치에 다소 차이를 보였다.

무조건 찬성 A와 B 유형의 건강증진행위 역시 차이를 보였는데 전체 건강증진행위, 자아실현, 영양 영역에서 평균치에 다소 차이를 보였다(표 5).

V. 논 의

본 연구 대상자의 건강통제위 평균점수를 선행연구 결과와 비교하기 위해 100점 만점으로 환산하여 척도에 따른 점수차이를 없애면 내적 통제위 80.41점, 타인의존 통제위 72.39점, 우연 통제위 58.21 점이다. 이 점수를 Wallston & Wallston(1982)이 제시한 normative mean인 내적 통제위 26.60 점, 타인의존 통제위 18.30

점, 우연 통제위 15.0점을 100점 만점으로 환산한 점수인 내적 73.9점, 타인의존 50.8점, 우연 41.7점과 비교시 본 대상자는 내적 통제위 성향이 다소 높으며 타인의존 통제위와 우연 성향은 상당히 높은 것으로 나타났다. 이는 우리나라 성인은 건강을 유지하는데 타인과 우연(운명)에 더 많이 의존하는 성향이 있음을 시사한다.

대상자의 전체 건강증진행위 정도(2.50점)는 김과 송(1997)의 미국에 이민온 한국 성인남녀의 건강증진행위 정도(2.54점)에 대한 연구결과와 유사한 결과를 보였다. 그러나 이 결과는 대학생 2.30 점(이, 1997), 미혼임부 2.40점(김과 최, 1993)보다는 높으며 임상간호사 2.62점(이, 1994), 기혼 임부 2.89점(김과 최, 1993)보다는 낮은 결과로서 대상자와 대상자의 건강상태에 따라 건강증진행위에 차이가 있음을 알수 있다.

건강증진행위의 하부영역에 대한 수행정도를 보면 대상자는 영양에 대한 건강증진행위를 가장 자주 수행하였으며 다음이 대인관계지지, 자아실현순이었는데 이는 선행연구와 유사한 결과이다. 선행연구에서 수행빈도가 높은 순위로 2개 하부영역을 제시하면 임상간호사는 건강책임, 자아실현(이, 1994), 미국이민 한국인 성인 남녀는 자아실현, 대인관계(김과 송, 1997), 대학생은 대인관계지지, 자아실현(이, 1997), 기혼임부는 영양, 자아실현(김과 최, 1993)으로 모든 선행연구에서 자아실현이 포함되었고, 다음으로 대인관계 지지가 많이 포함되었으며 그 밖의 하부영역은 대상자의 특성이 반영되어 나타난 것으로 보인다. 한편 대상자는 운동, 스트레스 관리, 건강책임 영역의 건강증진행위 수행이 저조하였는데 이 결과 역시 선행연구 결과와 일치하는 결과이다. 선행연구에서 수행정도가 낮은 순위 2개 영역을 보면 임상간호사는 운동, 스트레스 관리(이, 1994), 미국이민 한국인 성인남녀는 운동, 건강책임(김과 송,

〈표 5〉 건강통제위 반응유형과 건강증진행위의 관계

건강증진행위	통제위 반응 유형 순수 내적	순수 우연	통제 신뢰A	통제 신뢰B	무조건 찬성A	무조건 찬성B	무조건 반대	복합 통제	F	P
전체 건강증진행위	112.97	105.69	121.55	112.94	118.39	106.79	112.78	108.75	2.67	0.010**
자아실현	36.43	30.63	36.00	33.31	36.71	30.08	34.97	33.81	3.12	0.003**
건강책임	18.13	19.25	21.48	19.46	20.32	18.44	19.00	18.00	2.15	0.038*
운동	9.00	7.81	10.10	9.33	8.42	9.33	9.07	9.00	0.82	0.572
영양	18.53	19.75	21.38	18.88	21.55	18.00	18.20	17.25	5.08	0.000**
대인관계지지	15.67	14.31	16.90	16.88	17.74	16.00	16.18	16.20	2.26	0.029*
스트레스 관리	15.20	13.94	15.69	15.09	14.65	14.94	15.36	14.50	0.62	0.739

* $P<0.05$ ** $P<0.01$

1997), 대학생은 운동, 건강책임(이, 1997), 기혼임부는 운동, 스트레스(김과 최, 1993)로 대부분의 연구에서 일관성있게 운동, 건강책임, 스트레스 관리 영역의 수행이 낮은 것으로 나타났다. 그러므로 간호사는 이들 영역의 건강증진행위가 잘 수행되도록 이끌어 주어야겠다.

건강통제위와 건강증진행위와의 상관관계에서 내적 통제위는 건강증진행위에 유의하게 긍정적인 영향을 주었고, 우연통제위는 유의하게 부정적인 영향을 주었으나 타인의존 통제위는 영향을 주지 못했다. 이는 이 등(1993)의 건강통제위에 관한 선행논문 분석과 일치하는 결과이다. 하지만 본 연구에서 이들 변수간의 상관관계가 매우 낮아 건강증진행위를 증진시키기 위한 실무전략을 세우는데는 별로 기여하지 못하는 것으로 생각된다. 또한 건강통제위를 측정시 개인은 3가지 통제위 점수를 갖게 되므로 각 통제위와 건강증진행위간의 상관관계 분석은 개인이 건강증진행위를 얼마나 잘 할것인지를 예측하는데 직접 도움이 되지 않는다.

본 연구에서는 Wallston & Wallston(1982)이 이론적으로 제시한 8개의 건강통제위 반응유형중 6개 유형만 규명이 되었고, 순수 타인의존, 이중 외적 통제위가 규명되지 않았는데 이는 Rock 등(1987)의 연구에서 6개의 유형이 규명되고 순수 타인의존 통제위가 규명되지 않은 것과 부분적으로 일치하는 결과이다. 순수 타인의존, 이중 외적 통제위는 둘다 내적 통제위는 낮고 타인의존 통제위가 높은 군인데 본 연구대상자는 건강한 성인이므로 건강유지를 위해 타인(의료인, 가족 등)에게 의존할 필요가 없기 때문에 이들 유형이 나타나지 않은 것으로 생각된다. 복합 통제 유형에 대해 Wallston & Wallston(1982)은 존재할 가능성이 없다고 생각했고, Rock 등(1987)의 연구에서도 처음부터 배제한 유형인 반면 본 연구에서는 이 유형이 규명되었는데 이는 우리나라 사람들의 경우 서구인에 비해 운명적인 사고를 많이 갖고 있어서 내적 통제위 성향이 강한 사람중에도 동시에 우연 통제위 성향을 갖는 사람이 충분히 있을수 있기 때문으로 생각된다.

또한 본 연구에서는 대상자가 가장 많았던 통제신뢰, 무조건 찬성 유형이 다시 각각 2개의 유형으로 구분되었는데 이는 Wallston & Wallston(1982)이 예상하지 못했던 결과이다. Wallston & Wallston(1982)은 3가지 통제위 점수의 높고 낮음에 따라 통제위의 조합 가능성을 제시하였는데 본 연구결과는 같은 유형에서도 통제위 점수가 평균에서 부터 얼마나 높고, 낮은 지에 따라 유형이 더 세분화 될 수 있는 가능성을 보여주고 있다.

이(1993), Schank & Lawrence(1993)의 연구에서는 8개의 유형이 모두 규명되었으나 유형을 각 통제위의 평균을 기준으로 분류하였으므로 측정값 사이의 거리를 계산하여 거리가 가까운 대상을 동일한 집단으로 묶어주는 군집분석으로 분류한 본 연구와 직접 비교하는데는 어려움이 있다. 또한 평균을 기준으로 유형을 분석시 개인의 통제위 점수가 평균과 매우 유사한 경우에는 단지 평균과의 근소한 차이로 특정 통제위에 분류되는 제한점을 가지게 된다.

건강통제위 반응유형은 본 연구에서 통제 신뢰 유형(33.67%)이 가장 많았고, 다음이 무조건 찬성 유형(26.33%)이었으며 순수 우연(5.33%), 복합 통제(6.67%), 순수 내적 유형(10.00%)이 적었는데 이는 이(1993)의 임신부 대상의 연구에서 무조건 찬성 유형(21.4%)이 가장 많고 다음이 통제 신뢰(13.6%)이며 복합 통제(내적, 우연)(9.7%), 순수 내적(9.7%), 이중 외적 통제 유형(9.7%)이 적은 것과 유사한 결과이다. 그러나 Rock 등(1987), Schank & Lawrence(1993)의 연구에서 순수 내적 유형이 각각 28.00%, 20.0%로 가장 많았다는 것과 Rock 등(1987)의 연구에서 통제 신뢰 유형(10%)이 가장 적었다는 것과는 큰 차이를 보이고 있다. 이는 한국 성인의 사고 유형이 서구인과 차이가 있음을 보여주는 것으로 한국 성인은 가족단위의 생활문화권으로 인해 집단의식이 높아 서구인에 비해 내적통제위 성향을 단독으로 갖는 사람보다는 타인의존 통제위와 함께 갖고 있는 사람들이 많음을 제시하고 있다.

본 연구는 한국성인의 건강통제위 반응유형을 탐색하는 첫 번째 연구이므로 본 연구에서 규명된 반응유형이 다른 연구에서도 반복될 수 있는지 확인하기 위한 반복연구가 필요하다. 또한 이상과 같이 건강통제위 반응유형이 문화권에 따라 다른 양상을 보일수 있고 또한 대상자, 대상자의 건강상태에 따라 다른 군집 양상을 보일수 있으므로(Rock 등, 1987) 앞으로 다양한 상태의 대상자에게 건강통제위 반응유형을 찾는 연구가 필요하다고 생각된다.

건강통제위 반응유형은 전체 건강증진행위에 유의한 영향을 주는 것으로 나타났는데 이는 Rock 등(1987), Buckelew 등(1990), 이(1993)의 연구와 일치하는 결과이다. 건강증진행위는 통제신뢰 A와 무조건 찬성 A 유형에서 일관성있게 높게 나타나고 순수 우연 유형에서는 대부분의 영역에서 낮게 나타났는데 이 결과는 이(1993)의 연구에서 순수 내적 과 통제 신뢰 유형에서 제 변수의 점수가 긍정적으로 높은 것과 순수 우연 유형에

서는 모든 변수에서 부정적이었나는 결과와 부분적으로 일치한다.

순수 내적 유형은 대체로 건강증진행위를 잘 수행했으나 건강책임, 대인관계지지 영역에서 건강증진행위가 낮은 편이었다. 건강책임영역은 '신체적인 이상증상이 있으면 병원에 간다', '콜레스테롤치를 측정하고 측정결과를 안다' 등의 행위이며, 대인관계지지는 '가까운 친구와 시간을 함께 갖는다', '의미있고 만족스러운 대인관계를 유지한다' 등의 행위로서 이들 행위를 잘 수행하기 위해서는 다른사람과 관계를 맺고 의료인 등 외적인 도움을 필요로 하므로 순수 내적 통제위 성향만으로는 이들 행위가 잘 이루어지지 않아 이런 결과가 나온 것으로 생각된다.

본 연구에서 통제위 신뢰 A와 B 유형, 무조건 찬성 A와 B 유형은 건강증진행위 정도에서 다소 차이가 있었는데 그 이유는 각 통제위 평균점수에 의해 같은 군으로 분류가 되긴 하지만 각 통제위 성향이 얼마나 강하게 있는가에 따라 건강증진행위에 미치는 영향이 다르기 때문으로 생각된다.

이상과 같이 본 연구결과는 건강통제위 반응유형이 건강증진행위를 예측하는데 중요한 영향요인이 될 수 있음을 시사하며 또한 개인이 건강증진행위를 잘 할 것 인지지를 예측할 수 있게 하여 간호중재가 우선적으로 필요로 되는 대상자를 규명할 수 있도록 도와줄 수 있음을 제시하고 있으므로 앞으로 다양한 대상자에게서 건강통제위 반응유형과 건강증진행위의 관계에 대한 연구가 활발히 시도될 필요가 있다고 생각된다.

VI. 결론 및 제언

1. 결 론

본 연구는 한국 성인의 건강통제위 반응유형을 규명하고 건강증진행위와의 관계를 분석하고자 20-70 대의 한국 성인 300 명을 대상으로 조사되었다. 자료분석 방법으로는 건강통제위 반응 유형의 분류는 군집분석(Cluster analysis)을 이용하였고 그 밖의 자료는 평균과 표준편차, Pearson correlation, ANOVA를 이용하여 분석하였다. 본 연구의 결과는 다음과 같다.

- 1) 한국 성인의 건강통제위 평균점수는 내적 통제위 24.12점(백분율 환산시 80.41점), 타인의존 통제위 21.72점(72.39점), 우연 통제위 17.46점(58.21점)이었다.

- 2) 전체 건강증진행위 수행정도는 평균평점이 2.50점(범위 1-4점)이었다. 건강증진행위의 하부 영역에 대한 수행정도는 자아실현 2.60점, 건강책임 2.14점, 운동 2.28점, 영양 3.16점, 대인관계 지지 2.74점, 스트레스 관리 2.15점이었다.

- 3) 건강통제위중 내적 통제위는 건강증진행위와 유의한 정 상관관계를 보이고($r=0.184$, $P=0.001$) 우연 통제위는 유의한 역 상관관계를 보였다($r=-0.102$, $P=0.039$). 타인의존 통제위는 유의한 관계를 보이지 않았다.

- 4) 한국 성인의 건강통제위 빈 8 유형은 Wallston & Wallston(1982)이 이론적으로 제시한 유형중 6개 유형-순수 내적, 순수 우연, 통제 신뢰, 무조건 찬성, 무조건 반대, 복합 통제 유형이 규명되었다. 이중 통제 신뢰와 무조건 찬성 유형은 각기 다시 2개 유형으로 분류되었다.

건강통제위 반응유형별 분포를 보면 통제 신뢰 유형이 대상자의 33.67%로 가장 많았고 다음이 무조건 찬성 유형으로 26.33%이었다. 순수 우연, 복합 통제 유형이 적은 편이었다.

- 5) 건강통제위 반응유형에 따라 대상자의 건강증진행위는 유의한 차이를 보였다($F=2.67$, $P=0.010$). 건강증진행위의 하부영역에서는 자아실현($F=3.12$, $P=0.003$), 건강책임($F=2.15$, $P=0.038$), 영양($F=5.08$, $P=0.000$), 대인관계 지지($F=2.26$, $P=0.029$)에서 유의한 차이가 있었다.

2. 제 언

- 1) 한국 성인의 건강통제위 반응유형을 확정하기 위하여 대상자 수를 확대하고 한국 성인을 보다 잘 대표할 수 있는 대상자에게 많은 반복연구가 필요하다.
- 2) 다양한 건강상태에 있는 다양한 대상자에서 건강통제위 반응유형을 규명하고, 건강통제위 반응유형과 건강증진행위의 관계에 대한 연구가 시도되어야겠다.

참 고 문 헌

- 김명자, 송효정 (1997). 미국이민 한국인의 건강증진 생활양식과 관련된 변인 분석. 간호학회지, 27(2), 341-352.
- 김혜숙, 최연순 (1993). 미혼임부와 기혼임부 건강증진

- 행위 차이에 대한 비교연구. 간호학회지 23(2), 255-268.
- 송영신, 이미라, 안은경 (1997). 노인의 건강증진 생활양식에 관한 연구. 간호학회지, 27(3), 541-549.
- 오복자 (1994). 위암환자의 건강증진행위와 삶의 질에 측모형. 서울대학교 대학원 간호학 박사 학위 논문.
- 이미라 (1997). 대학생의 건강증진 생활양식 결정요인에 관한 연구. 간호학회지, 27(1), 156-168.
- 이옥철 (1994). 임상간호사의 건강증진행위에 관한 연구. 적십자간호전문대학 논문집 제 16권, 71-85.
- 이은희 (1993). 임신부의 건강통제유형에 관한 연구. 모자간호학회지, 3(2), 102-113.
- 이은희, 임숙빈, 김인자, 이은옥 (1993). 건강통제유형 개념의 국내 간호연구 분석. 간호학회지, 23(4), 694-712.
- 이태화 (1989). 건강증진행위에 영향을 미치는 변인분석-서울지역 일반 성인 남녀를 중심으로. 연세대학교 대학원 석사학위논문.
- Arakelian, M (1980). An Assessment and Nursing Application of the Concept of Locus of Control. ANS, 3, 25-42.
- Bestard, S., Courtenay, M. (1990). Focusing on Wellness, Canadian Nurse, 96(12), 24-25.
- Brubaker, B. H. (1983). Health Promotion : a Linguistic Analysis. ANS, 5(3), 1-14.
- Buckelew, S. P., Shutty, M. S., Hewett, J. T., Morrow, K., Frank, R. C. (1990). Health locus of control, gender differences and adjustment to persistent pain, Pain, 42, 287-294.
- 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.
- Meleis (1990). Being and Becoming Healthy : The core of Nursing Knowledge, Nursing Science Quarterly, 3(3), 107-114.
- Oberle, K (1991). A decade of research in locus of control : what have we learned? Journal of Advanced Nursing, 16, 800-806.
- Pender, N. J., Pender, A. R. (1987). Health Promotion in Nursing Practice(2nd ed.). Norwalk, CT : Appleton and Lange.
- Phares, F. J. (1976). Locus of control in personality. General Learning Press. Polit & Hunger(1978).
- Rock, D. L., Meyerowitz, B. E., Maisto, S. A., Wallston, K. A. (1987). The Derivation and validation of six MHLC scale clusters. Research in Nursing & Health, 10, 185-195.
- Rotter, J. E. (1954). Social Learning and Clinical Psychology. Englewood Cliffs, NJ, Prentice-Hall.
- Schank, M. J., Lawrence, D. M. (1993). Young adult women : lifestyle and health locus of control. Journal of Advanced Nursing, 18, 1235-1241.
- Speake, D. L., Cowart, M. E., Pellet, K. (1989). Health Perception and Lifestyles of the Elderly. Research in Nursing & Health, 12, 93-100.
- 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.
- Wallston, B. S., Wallston, K. A., Kaplan, G. D., Madies, S. A. (1976). Development and validation of the health locus of control(HLC) scale. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 44, 580-585.
- Wallston, K. A., Wallston, B. S. (1982). Who is responsible for your health? The construct of health locus of control. In G. Snaders & J. Suls (Eds). Social Psychology of Health and Illness (pp 66-95), Hillsdale, NJ : Erlbaum.
- Wallston, K. A., Wallston, B. S., DeVellis, R. (1978). Development of the Multidimensional Health Locus of Control(MHLC) scales, Health Education Monographs, 6, 160-170.

— Abstract —

Key concept : Response patterns of the HLOC,
Health promoting behavior

A Study on the Health Promoting Behaviors Depending on the Response Patterns of HLOC in Korean Adults

Gu, Mee Ock* · Eun, Young*

The purpose of this study was to identify the response patterns of Health Locus of Control(HLOC) and to analysis of the health promoting behaviors depending on the response patterns of HLOC in Korean adults.

The sample was composed of 300 healthy adults ranged from twenties to seventies.

In data analysis, SPSS PC⁺ program was utilized for descriptive statistics, pearson correlation, ANOVA and cluster analysis. The results of the study were as follows :

1. The average scores of HLOC in Korean were
HLOC-I : 24.12(range 6-30), HLOC-P : 21.72,
HLOC-C : 17.46.
2. The total mean score of the health promoting behavior scale was 2.50 (range 1-4), and the mean scores on the subscales were : self actualization 2.60, health responsibility 2.14, exercise 2.28, nutrition 3.16, interpersonal support

2.74, stress management 2.15.

3. The HLOC-I and health promoting behavior were correlated positively($r=0.184$, $p=0.001$), and the HLOC-C and the health promoting behavior were correlated negatively($r=-0.102$, $p=0.039$). The HLOC-P and the health promoting behavior weren't correlated in the level of statistical significance.
4. The response patterns of HLOC in Korean adults were identified 6 types, such as pure internal, pure chance, believers in control, yea sayer, nay sayer, and complex control. The type of believers in control and the type of yea sayer were subdivided in two different types. The believers in control was the largest group(33.67%), and yea sayer was the next large group(26.33%). The pure chance and the complex control type was the smallest groups.
5. There was a significant difference in health promoting behavior depending on the response patterns of HLOC($F=2.67$, $p=0.010$). There were also significant differences in 4 subscales of health promoting behavior : self actualization ($F=3.12$, $P=0.003$), health responsibility($F=2.15$, $P=0.038$), nutrition($F=5.08$, $p=0.000$), and interpersonal support ($F=2.26$, $p=0.029$).
These results suggest that the response patterns of HLOC is the important factor to predict the level of health promoting behavior in Korean adults.

* Department of nursing, College of Medicine,
Gyeongsang National University