

여성들의 생애주기별 건강증진행위와 관련요인에 관한 연구*

— 일개 통합시를 중심으로 —

이은희** · 소애영** · 최상순***

I. 서 론

여성건강은 질병이나 자녀 출산의 기능을 넘어서 남성 중심 사회에서 살아가는 여성의 편치 앎음(dis-ease), 여성으로서의 전반적인 경험에 대해 관심을 가지는 것으로 여성 삶의 전체적 맥락으로 이해하는 것이다(Griffith-Kenny, J., 1986). 또한 성 특성과 관련하여 여성이 가족 및 사회문화적 맥락내에서 그들의 역할과 기능, 신념 및 경험과 관련하여 발생하는 건강문제를 가족중심과 여성중심 접근방법으로 해결하고 중재하는 것이 여성건강간호이다(이경혜 등, 1997).

1994년 세계 여성건강회의에서 모든 연령층에 있는 여성에게 질병과 사망을 초래하는 현저한 위험요인과, 각각 다른 생애주기에 나타나는 건강문제들의 공통적 요인 등을 여성건강문제의 지표기준으로 제시하였으며, 이러한 기준을 충족시키는 여성건강문제로 영양, 생식건강, 폭력에 의해 발생하는 건강문제, 노령화로 인해 오는 건강문제, 생활형태와 관련된 건강문제, 그리고 노동환경으로 합의하였다(박정은, 1996, 제인용).

이숙희와 박영숙(1998)은 국내의 여성건강 관련 연구들을 분석한 결과 총 논문 수는 390편이었고, 건강상태와 건강행위(72편)에 대한 논문 중 건강증진 생활양식에 대한 것이 제일 많았고, 1992년 이전의 10.7% 보다 15.7%로 증가한 것이다(고효정 등, 1997). 그러나 이러

한 연구들은 여성들의 건강문제와 행위를 단편적으로 연구하고, 여성의 생애주기별로 어떤 변화와 차이가 있는지에 대한 비교연구는 없다고 보고하였다. 그러나 생애주기별로 건강문제와 건강행위의 차이를 비교함으로써 각 집단별 특성에 따른 간호중재를 취할 수 있을 것이므로 집단별 연구의 필요성이 제기된다. 또한 여성건강에 대한 연구는 의료기관 중심의 여성건강 문제도 연구해야 하지만 지역사회 중심으로 여성건강 문제를 해결하기 위한 간호중재와 건강증진 프로그램 개발 연구에 더 역점을 두어야 하는데(박영숙, 1998), 우리 나라의 경우 종합적으로 여성들의 건강관리를 전담하는 기관은 없으며, 단지 질병 중심의 의료기관이 주종을 이루고, 보건소 등에서 국책 사업을 시행하고 있을 뿐이다.

미국의 대부분 간호센터들은 건강증진과 건강보호 서비스, 둘 다를 통합한 것이다. 여성건강 클리닉은 여성의 작업요구에 맞는 환경을 제공하고 자가교육 자료들을 제공하며, 성별에 따른 건강교육과 상담, 교실운영, 대상자의 자기효능감과 자존감을 증진시키고, 여성들이 자신의 건강과 삶에 대한 통제감을 얻도록 돕는다. 여성건강 클리닉의 운영은 건강관리체계 내에서 여성들이 직면하는 부관심에 비주어 필요한 공급체계이다(최명애와 이인숙, 1997).

원주시는 전형적인 도농복합형의 중소도시로서 여성건강과 관련된 의료기관 및 공공기관이 있지만 여성들

* 이 논문은 1997년도 학술진흥재단 학술연구 지원금에 의한 1차 연구임.

** 원주대학 간호과

*** 연세대학교 원주의과대학 간호학과

은 복지시설로서 여성건강에 관한 예방 및 상담, 교육을 관리할 수 있는 여성건강센터를 요구하였다(이은희, 최상순, 최정숙, 소애영 및 이정숙, 1998). 즉 전통적인 질병과 치료중심의 간호가 아니라 여성들의 건강증진을 목표로 하여, 지역 여성들의 건강상태와 건강문제를 파악하고, 지역 특성에 맞는 프로그램을 여성중심으로 제공할 수 있는 여성건강간호센터를 요구하였다. 따라서 본 연구는 지역사회 여성들의 생애주기에 따른 집단별 건강증진 행위와 영향 요인 그리고 영향요인들의 차이에 대한 비교분석을 통하여 각 집단의 특성을 파악하고 각 집단에 맞는 건강증진 프로그램을 개발하기 위한 기초조사로 수행되었다.

II. 문헌 고찰

1. 여성건강의 생애주기 관점

미국 국립보건원은 여성의 건강문제를 생애주기에 따라 사춘기(1-15세), 청소년기에서 폐경 전 중년기(15-45세), 폐경 후 65세 전의 노년기(45세-65세) 및 65세 이후의 노년기 등으로 분류하였다(Fogel과 Woods, 1995).

이경혜 등(1997)은 여성의 생애주기를 사춘기, 결혼기, 가임기, 분만기, 모성기, 중년기(40세에서 65세), 노년기로 구분하였다. 고효정, 정금희, 박경민 및 김혜영(1997)은 여성건강과 관련된 연구를 분류할 때 이 분류에 따라 주요개념을 분류한 결과, 사춘기에는 성교육과 비만 등, 결혼기에는 성역할과 월경 등, 가임기에는 분만준비교육, 건강통제위와 건강증진행위 등, 분만기에는 분만경험과 간호요구 등, 모성기에는 가정간호, 모유수유와 산후병 등, 중년기에는 폐경, 자가검진, 성만족도, 우울, 및 건강증진행위 등, 노년기에는 건강증진생활과 건강상태 등이 주로 연구되었다.

또한 박정은(1997)은 성인여성의 건강교육을 위하여 생애주기를 결혼기, 출산기, 양육기, 갱년기로 구분하여, 각 생애주기별 발달과업을 제시하였다. 결혼기에는 건강한 성의식, 이성교제, 배우자 선택 및 결혼, 부부관계 적응이며, 출산기에는 임신, 태아발육, 출산 및 신생아관리, 양육기에는 자녀양육과 가족관리로, 갱년기에는 폐경경험과 자녀출가 등으로 제시한 뒤 각 주기별 발생가능한 건강문제와 교육목표, 교육내용을 제시하였다.

고찰한 마와 같이 여성들의 생애주기를 구분할 때는 여성들의 발달주기 및 발달과업을 어떻게 보느냐와 그

에 따른 건강문제와 건강관리의 내용을 구분하였고, 연령에 따른 발달 주기뿐 아니라 출산과 폐경이라는 여성의 중요한 경험으로서 구분하였다는 것이다.

그러므로 본 연구에서는 대상자를 생애주기별 집단으로 나눌 때 이경혜 등(1997)의 분류에 따라 중년기의 연령을 40세로 보아 40세 이전과 이후를 구분하였으며, 40세 이전은 출산의 경험이 예상되는 결혼을 기준으로 하여, 18세 이상 40세 미만의 미혼여성집단, 18세 이상 40세 미만의 가임기, 분만기, 모성기를 합쳐 출산육아 집단으로 구분하였다. 또한 40세 이상은 중년과 노년을 합하여 중년노년 집단으로 구분하였다.

2. 건강증진행위와 관련요인

건강증진 행위는 궁극적으로 긍정적인 건강결과를 획득하려는 행위로, 단순한 인간의 행위가 아닌, 여러 복합적인 요인들에 의해 영향을 받는 복합행위이다. 인간은 잠재적인 그들의 고유한 건강을 표현할 수 있는 삶의 조건을 창조하려고 하고, 인간은 자신의 능력을 사정하는 것을 포함한 자아-인식을 숙고하는 능력을 가지고 있다(Pender, 1996). Pender는 건강증진 행위를 실천할 가능성은 개개인의 인지-지각요인, 중재요인, 행동에의 참여에 의해 결정된다고 생각하여 건강증진 모형을 개발하였다(Pender, 1982). 이후 지속된 실증적 연구 결과들을 종합한 결과 지각된 자기효능감과 이익, 장애 등이 건강행위의 예측인자로 지지되었다. 또한 건강의 중요성은 건강행위를 예측하지 못하며, 건강에 대한 지각된 통제감은 건강증진 생활양식을 설명하지만 건강행위를 예측하지 못하며, 예측인자로서 관계의 방향이 때때로 예상의 방향과 다르게 나타났다. 또한 건강의 정의, 지각된 건강상태 등도 제한된 설명력을 보였다. 따라서 수정 모델에서는 건강의 중요성, 건강에 대한 지각된 조절감, 행동계기가 제외되었고, 건강의 정의, 지각된 건강상태, 인구통계학적, 생물학적 특성은 재배치되었다(Pender, 1996).

지금까지 여성건강 관련 논문 390편 중 건강상태와 관련된 연구는 13편, 건강행위 59편, 건강증진생활양식 14편, 건강행위 이행 11편으로 비교적 많은 비율에 해당된다(이숙희와 박영숙, 1998). 이중 건강증진 행위와 관련 요인들에 대한 연구들을 대상자들의 생애주기별로 구분하여 고찰하였다.

여대생들의 건강통제위와 건강증진행위를 연구한 신혜숙(1997)은 건강증진행위와 내적통제위와는 순상관

관계가 있고, 우연통제위와는 역상관관계가 있었으며, 이미라(1997)는 남녀 대학생들 사이에서 건강증진 행위는 유의한 차이가 없었고, 하부영역 중 운동에서만 여학생이 남학생에 비해 유의하게 낮게 나타났다. 그리고 자기효능, 통제성, 자기존중감이 영향을 주며 건강증진 행위의 약 39%를 설명하였다.

미혼임부와 기혼임부의 건강증진 행위를 비교한 김혜숙과 최연순(1993)은 기혼임부들이 미혼임부보다 건강증진행위를 유의하게 더 많이 하며, 건강증진행위의 모든 하부영역에서도 유의한 차이가 있었고, 건강증진행위는 자아존중감, 산전간호이행과 상관관계가 있었다.

40세 이상의 중년여성들을 대상으로 연구한 서연옥(1995)은 건강증진 생활양식의 하부영역 중 대인관계와 자아실현 영역이 높은 반면 건강 책임영역이 낮았고, 직접적 영향 변수는 강인성과 자기효능, 사회적 지지였으며, 성역할 장애성과 고정관념은 강인성과 자기효능을 통한 간접효과가 있는 반면, 지각된 건강상태는 상관관계는 있지만 직접적인 효과는 없었다. 또한 도전성, 결혼생활 만족도와 통제성으로 25%를 설명하였다(서연옥, 1996). 또한 박재순(1995)의 연구에서도 중년후기 여성들은 자아실현과 대인관계 영역에서 비교적 높은 반면, 건강책임과 운동행위는 비교적 낮은 실천도를 보였다. 또한 영향 변수로는 가족기능, 내적 건강통제위, 자기효능, 교육정도의 순위로 지지되었고, 경제상태, 폐경관련 신체증상, 및 건강상태지각은 직접적인 영향은 없지만 모두 합쳐 건강증진행위를 51.8% 설명하였다.

이숙자, 박은숙 및 박영주(1996)는 35세 이상 중년여성들의 건강증진행위 예측모형을 구축한 결과, 가장 직접적인 영향을 주는 변수는 지각된 건강상태였으며, 건강통제위, 자기효능감이 매개변수, 직업, 학력과 BMI 등이 직접, 간접적으로 영향을 주고, 설명력은 20%로 나타났다. 최은영과 오현이(1998)는 40세에서 60세까지의 여성을 대상으로 건강증진 생활양식과 성역할 정체감, 자기 효능감과의 관계를 연구한 결과, 세 변수간의 유의한 상관관계가 있었으며, 경제상태, 지지체계, 결혼생활 만족도, 현재 배우자와의 동거여부와 체중조절 필요성 인식여부에 따라서 유의한 차이가 있었고, 성역할 정체감, 체중조절의 필요성 인식, 자기효능감, 직업과 결혼만족도로써 건강증진 생활양식을 45.2%를 설명할 수 있었다.

중년여성의 건강증진행위와 관련된 연구들을 종합하여 예측모형을 구성한 임미영(1997)은 건강증진생활양식에 영향을 주는 요인으로 인지적·자각적·내적·건강

통제위, 자기효능감, 지각된 건강상태이며, 인구학적 변수로는 사회적지지(가족기능), 연령, 직업, 교육수준, BMI, 상인성, 폐경관련 신체증상과 그외에 성역할 장애성, 성역할 고정관념 등이나 그중 가장 영향력있는 요인은 내적·건강통제위, 자기효능감, 사회적지지라고 하였다.

65세 남녀 노인들을 대상으로 건강증진행위 및 삶의 질에 영향을 미치는 요인에 대하여 조사한 박은숙 등(1998)은 건강증진 행위에 영향을 주는 요인으로 삶의 질이 중요한 변수이고, 내적·건강통제위, 지각된 건강상태, 자기효능감과 자아존중감 등이며 42%를 설명하였다. 그리고 60세 이상의 남녀 노인들을 대상으로 연구한 송연진, 이미라 및 악은경(1997)은 남녀 노인 사이의 건강증진행위에는 유의한 차이가 없었고, 자기효능과 건강증진 생활양식 사이에 직접적인 관계가 없는 반면, 건강증진 생활양식과 강인성이 관계가 있고, 강인성과 자기효능이 관계가 있는 것으로 미루어 보아 간접적 영향은 있을 것으로 추정하였다.

이러한 결과를 종합해보면 중년여성들을 대상으로 연구한 논문들이 많은 편이며, 여성들의 생애주기에 따른 건강증진 행위에 대한 비교연구는 없었고, 단일 연구로 건강증진 행위에 대한 모형구축 및 상관관계 연구가 대부분임을 알 수 있다. 또한 여성들의 건강증진 행위에 제일 많은 영향을 주는 요인으로는 Pender(1996)도 지적했듯이 자기효능, 배우자 지지를 포함한 사회적지지, 건강통제위, 지각된 건강상태와 성역할 고정관념 등으로 본 연구에서는 이러한 요인들을 모두 포함하였다.

III. 연구 방법

1. 연구 대상자 및 표집

조사대상자는 원주에서 거주하고 있는 18세 이상 성인여성을 대상으로, 본 연구목적에 동의하는 1,300명에게 설문지를 배포하여 1,120부를 회수, 응답상태가 미비한 40부를 제외한 1,080명을 분석대상으로 하였다.

조사 방법은 구조화된 설문지로 자기 기록식 또는 인터뷰를 통하여 이루어졌다. 설문조사는 연구보조원 20명에게 설문조사의 목적과 내용을 설명하고 두 명씩 조를 이루어 서로 면담하여 훈련한 후 선정된 지역에 따라 배분 및 수집하였다. 지역 선정은 원주시의 특성을 고려하여 시내, 시외지역의 인구 분포에 따라 7:3의 비율로 구분, 행정구역에 따라 일차적으로 층화한 후 해당 지역

에서 편의추출 하였다.

2. 연구 도구

연구 조사의 내용은 일반적 특성(8문항), 건강지각 및 관심(3문항), 건강증진 생활양식(41문항), 자기효능감(14문항), 성역할 고정관념(12문항), 가족지지(17문항)와 건강통제위(18문항) 등의 총 113문항으로 구성하였다. 위 도구들은 연구자들이 지역의 특성을 고려하여 작성한 후 사전조사(pretest)를 거쳐 수정보완하여 사용하였다.

1) 건강증진행위

건강증진행위는 개인이나 집단이 최적의 안녕상태를 이루고 자아실현 및 개인적 욕구 충족을 유지 증진하려는 행위로(Pender, 1982), 본 연구에서는 건강증진행위를 측정하기 위하여 Walker 등(1987)이 개발한 건강증진생활양식(Health Promoting Lifestyle Profile : HPLP)을 서연옥(1995)이 번역한 47개 문항을 본 지역 실정에 맞추어 41개 문항, 4점척도로 수정, 사용하였다. 도구의 신뢰계수 Cronbach' α 는 .9039이며, 영역별보는 자아실현(11문항) .86, 건강책임(8문항) .79, 운동 및 영양(10문항) .79, 대인관계 유지(6문항) .79, 스트레스 관리(6문항) .75 등이었다.

2) 건강지각 및 관심

건강지각은 개인 스스로 자신이 건강에 대해 인지하는 것을 의미하며, 본 연구에서는 주관적인 건강지각과 건강에 따른 생활불편 지각과, 건강에 대한 관심의 3문항이었다.

3) 자기효능 도구

자기효능은 바람직한 행위를 성공적으로 할 수 있다는 자신감으로서 본 연구에서는 여성들을 대상으로 연구한 문헌(서연옥, 1995; 박재순, 1995)들을 토대로 재구성하여 14문항, 4점 척도로 구성되었으며 신뢰계수는 .9179이었다.

4) 가족지지 도구

Pender(1996)의 모형에서 사회적 지지를 비롯한 가족지지가 건강증진행위에 중요한 변수이며 여성들은 가족에 의존하거나 또는 부양해야하는 중요한 환경적 요인이다. 본 연구에서는 박재순(1995)의 연구에서 사용

한 가족기능 측정도구를 사용하였고, 17문항, 5점 척도이며 신뢰계수는 .9322 이었다.

5) 성역할 고정관념

성역할 고정 관념은 남성이나 여성을 인지 또는 평가할 때 그의 개인적 특성이나 능력에 관계없이 단지 생물학적인 특성에 의거해서 사회적으로 규정해 버리는 관념으로서, 본 연구에서는 김동일(1991)의 연구에서 사용된 도구를 수정 보완하여 12문항 5점 척도이며, 점수가 높을수록 성역할에 대하여 고정관념을 가지고 있는 것이며, 신뢰계수는 .7348 이었다.

6) 건강통제위

통제위는 어떤 행위가 일어날 가능성은 그 행위가 가져올 결과와 그 결과의 보상적 가치에 대한 기대에 의해 일어난다는 것으로, 건강통제위는 Wallston, Wallston & DeVellis (1978)이 건강영역에 이 개념을 적용하였으며, 내적, 우연, 및 유력한 타인의 범주를 포함한다. 본 연구에서는 다차원적 건강통제위 측정도구 A형을 번안하여 사용하였으며(이은희, 1994), 각 통제위별 문항은 6문항, 6점 척도이며 신뢰계수는 내적통제위 : .7323, 타인통제위 : .6718, 우연통제위 : .7282, 였다.

3. 연구의 제한점

조사과정에서 노인들은 자기기록식이 어려워 연구보조원들이 한 명씩 개별면담을 통하여 응답을 받아야 했으므로 적정 수의 자료수집을 하지 못한 점이다. 또한 본 연구는 원주시 거주 여성들로 한정하였으므로 다른 시나 도에 확대 해석할 수 없다.

IV. 연구 결과

1. 인구학적 특성

조사 대상자의 인구학적 특성은 연령 범위 18-84세, 30-39세의 연령층이 33.4%, 60세 이상이 3.9%였으며, 평균연령은 35.8세로, 이는 원주시 여성들의 연령분포와 비교할 때 비슷한 분포이나 노년층(원주시 6.8%, 1998)은 적은 분포이다. 직업 여성이 43.7%, 고등학교 졸업이 39.2%, 핵가족이 67.8%, 평균가족 구성원 수는 4.2명, 평균 월수입은 100만원 이상-200만원 미만인 48.1%로 가장 많았다.

이를 종합해 보면, 원주시 지역의 특성을 그대로 나타내는 집단임을 알 수 있으며(이은희 등, 1998), 시내지역은 학력정도가 높고, 경제적 여유가 있는 젊은 연령층이며, 시외지역은 학력정도가 낮고 경제적 여유가 적은 노년층이 많은 전형적인 도농복합형 인구분포이다.

여성의 생애주기에 따라 3개의 집단으로 분류한 결과 미혼집단(18-39세 미혼) 20.2%, 출산육아집단(18-39세 기혼) 49.9%, 40세 이상의 중년노년 집단이 29.9%로 나타났다.

2. 생애주기 집단별 건강증진행위와 영향을 주는 변수

〈표 1〉 생애주기 집단별 건강증진행위와 하부영역

건강증진행위(문항)	미혼집단(a)	출산육아집단(b)	중년노년집단(c)	F 값	Scheffe
자아실현 (11)	2.72±.55	2.60±.44	2.78±.60	6.196**	bc
건강책임 (8)	1.62±.39	1.83±.52	1.94±.57	24.614***	ab, bc, ac
운동, 영양 (10)	2.08±.48	2.25±.51	2.34±.54	15.798***	ab, bc, ac
대인관계 (6)	2.89±.49	2.86±.55	2.82±.61	1.161	
스트레스관리 (6)	2.60±.53	2.57±.57	2.47±.63	4.589*	ac
총 계 (41)	2.35±.32	2.44±.41	2.42±.44	3.152*	

*P<.05 **P<.01 ***P<.001

a,b,c는 0.05 수준에서 통계적으로 유의한 다른 집단임을 의미함.

건강증진행위 관련요인들 중 자기효능은 출산육아집단이 다른 집단에 비해 유의하게 높게 나타나, 건강관리에 대해 스스로 할 수 있다는 자신감을 보였다(표 2). 가족기능에 따른 지지도 집단별로 유의한 차이가 있었는데, 미혼여성 집단이 다른 집단에 비해 낮게 나타나 가족의 지지를 덜 받고 있는 것으로 분석되었다. 성 역할 고정관념도 세 집단이 유의한 차이가 있어서, 미혼집단이 남녀 역할평등에 대한 강한 의지를 가진 반면 연령이 많이 질수

대상자들의 건강증진행위 총 평점은 2.41, 영역별로는 대인관계(2.85), 자아실현(2.72)이 높은 반면 건강책임(1.82)이 낮았다. 이는 다른 선행연구들(박재순, 1995; 박은숙 등, 1998; Walker 외 1988; Duffy와 Herrades, 1996)의 결과와 일치하였다. 건강증진 행위의 전체 점수는 미혼집단이 다른 집단에 비해 점수가 유의하게 낮게 나타났고, 출산육아집단과 중년노년집단은 차이가 없었다. 건강증진행위의 하부영역별로 분석한 결과에서도 대인관계 영역을 제외한 모든 영역에서 집단별로 유의한 차이가 있었는데, 특히 건강책임과 운동, 영양의 영역에서는 세 집단간 유의한 차이가 있었다(표 1).

록 역할 평등에 대한 관념이 적은 것으로 나타났다.

건강통제위의 평균 점수도 집단별로 차이가 있었다. 내적통제위는 중년노년집단이 제일 낮았고, 타인통제위는 세 집단간 모두 유의한 차이를 보였으며, 우연통제위는 중년노년집단이 다른 집단에 비해 유의하게 높았는데, 이는 연령층이 높을수록 자신의 건강을 스스로의 책임으로 인식하기보다는 타인이나 운명에 의존하려는 성향이 강해진 것으로 보인다.

〈표 2〉 생애주기별 집단별 건강증진행위에 영향을 주는 변수들의 비교

변수	집단	미혼집단(a) (n=219)	출산육아집단(b) (n=539)	중년노년집단(c) (n=322)	F 값	Scheffe
자기효능		3.47±.67	3.63±.63	3.61±.64	4.718**	ab
가족지지		3.35±.60	3.50±.81	3.41±.88	2.985*	ab, ac
성고정관념		3.67±.51	3.42±.55	3.20±.61	45.689***	ab, ac
내적통제위		29.38±3.56	28.77±3.88	27.74±4.14	11.170***	ac, bc
타인통제위		23.03±4.06	24.33±3.97	25.08±4.42	16.287***	ab, bc, ac
우연통제위		17.73±5.31	18.17±5.23	19.40±5.90	6.867***	ac, bc

*P<.05 **P<.01 ***P<.001

a,b,c는 0.05 수준에서 통계적으로 유의한 다른 집단임을 의미함.

3. 건강지각에 따른 건강증진행위

건강지각은 건강에 대한 관심, 주관적인 건강지각과 건강에 따른 생활불편으로 구성하고 그에 따른 건강증진행위를 분석한 결과, 건강에 관심을 갖고 건강관리를 한다고 응답한 대상자들은 건강증진행위를 많이 하였고, 집단에 따라서도 유의한 차이를 보였다(표 3).

자신의 건강에 대한 주관적인 건강지각은 집단에 따라 유의한 차이를 보였다. 즉 출산육아집단과 중년노년 집단은 건강지각에 따른 유의한 차이를 보였고, 미혼집단은 건강지각에 따른 차이가 없었는데, 특히 건강에 대해 그저 그렇다고 지각한 여성들이 건강행위를 하지 않

는 것으로 나타나, 이는 건강에 대해 관심이 없는 집단과 유사한 점을 보인다.

건강과 관련된 생활불편감에 대한 질문은 미국 질병관리 센터(Center for Disease Control, CDC)의 건강면접조사에서 신체적 건강을 측정하는 방법의 하나로 건강지각과 같은 결과를 보였다. 즉 건강하다고 응답한 여성들은 생활불편을 느끼지 않으면서 건강증진행위를 하는 반면, 건강에 대해 관심이 없고 생활불편에 대해서도 그저 그렇게 지각하는 여성들은 건강행위를 하지 않는다는 결과이므로, 건강증진 교육 프로그램에서는 대상자들이 건강에 대한 관심의 정도 파악이 중요한 변수로 고려되어야 한다.

〈표 3〉 생애주기 집단별 건강지각에 따른 건강증진행위

항 목	내 용	미혼집단 (n=219)	출산육아집단 (n=539)	중년노년집단 (n=322)	전체대상자 (n=1080)
건강관심	건강관리함	2.56±.39	2.81±.47	2.79±.50	2.76±.47
	관심만 있음	2.34±.30	2.40±.38	2.39±.37	2.38±.36
	관심 없음	2.23±.28	2.26±.32	2.19±.45	2.22±.36
	F 값	7.293***	39.170***	32.228***	54.232***
건강지각	매우건강함	2.50±.29	2.59±.47	2.79±.50	2.60±.43
	건강함	2.35±.32	2.52±.42	2.54±.44	2.48±.41
	그저그렇다	2.30±.30	2.35±.37	2.30±.39	2.31±.43
	건강하지않음	2.36±.40	2.39±.43	2.43±.46	2.39±.43
	매우건강하지않음	2.54±.86	2.48±.78	2.49±.47	2.47±.38
	F 값	1.934	6.068***	7.188***	11.070***
건강관련 생활불편	불편하지않음	2.39±.34	2.53±.40	2.54±.45	2.48±.40
	그저그렇다	2.32±.29	2.37±.39	2.38±.43	2.35±.38
	약간불편하다	2.34±.31	2.36±.43	2.35±.44	2.34±.42
	매우불편하다	—	2.54±.86	2.50±.43	2.51±.39
	F 값	.509	7.566***	4.199**	7.943***

*** p<.001

4. 건강증진행위와 관련요인간의 상관관계

건강증진행위와 관련요인들과의 상관관계는 대상자 전체를 분석을 때와 집단별로 분석했을 경우 영향을 주는 변수들간의 상관관계가 차이가 있었다. 대상자 전체를 대상으로 분석했을 때는 모든 관련요인들이 건강증진행위와 유의한 상관관계가 있었다(표 4).

미혼집단은 타인통제위를 제외한 모든 변수들이 유의한 순상관관계가 있었다. 즉 미혼집단은 가족들의 지지를 받을 때 건강에 대한 자신감, 통제감과 함께 건강행위가 증진된다.

출산육아집단은 우연통제위를 제외한 모든 변수들과

유의한 순상관관계가 있었다. 즉 건강에 대한 자신의 조절력을 믿고 자신감을 가지면서, 가족들의 지지를 받을 때 건강행위가 증진될 수 있는 반면 건강에 대하여 운명적으로 받아들이는 때 건강행위의 실천정도가 낮은 것으로 분석될 수 있다. 중년노년집단도 우연통제위를 제외한 모든 변수들과 유의한 순상관관계가 있었고, 그 중에서도 내적통제위, 자기효능과 가족지지가 건강증진행위와 높은 상관관계가 있었다. 즉 이 집단은 건강증상이 있어서 보다는 스스로 건강에 대한 관심으로 건강행위를 하므로 건강증진을 하도록 하기 위해서는 건강에 대한 자신의 조절력, 자신감과 가족들의 지지를 유도할 수 있는 중재가 필요하다.

〈표 4〉 생애주기 집단별 건강증진행위와 관련요인과의 상관관계

생애주기집단		자기효능	가족지지	성역할고정관념	내적통제	타인통제	우연통제
미혼집단		.477**	.379**	.141*	.147*	.126	-.141*
출산육아집단	건강증진	.503**	.473**	.158**	.289**	.128**	-.156**
중년노년집단	행위	.441**	.303**	.202**	.338**	.134*	-.131*
전체 대상자		.479**	.408**	.144**	.274**	.138**	-.138**

**P<0.01 *P<0.05

5. 건강증진행위 관련요인의 회귀분석

건강증진행위에 영향을 주는 요인들 중 중요한 요인을 확인하기 위하여 회귀분석을 시도하였다. 분석결과 전체 대상자의 회귀분석 모형과 각 집단의 회귀분석 모형이 각기 조금씩 다르게 나타났다. 즉 전체 대상자를 분석한 경우 자기효능, 건강관심, 가족지지, 내적통제위, 생활불편, 타인통제위, 우연통제위 등이 유의한 변수로 모형이 구성되며 41%를 설명할 수 있었다(표 5). 이는 Pender(1996)의 수정모형에서 건강통제위를 제외한 것과는 다른 모형으로서 건강통제위가 여전히 중요함을 알 수 있다.

〈표 5〉 전체대상자의 건강증진 행위 회귀분석

요 인	R ²	Beta	T	P
자기 효능	.232	.334	12.532	.000
건강관심	.308	-.238	-9.391	.000
가족지지	.363	.229	8.714	.000
내적통제위	.389	.127	4.835	.000
생활불편	.397	-.101	-4.035	.000
타인통제위	.404	.109	4.029	.000
우연통제위	.406	-.054	-2.001	.046

〈표 6〉 미혼여성집단의 건강증진행위 회귀분석

요 인	R ²	Beta	T	P
자기효능	.227	.392	6.440	.000
가족지지	.289	.249	4.115	.000
건강관심	.302	-.122	-2.047	.026

〈표 7〉 출산육아여성의 건강증진행위 회귀분석

요 인	R ²	Beta	T	P
자기효능	.275	.371	9.791	.000
가족지지	.355	.240	6.325	.000
건강관심	.408	-.231	-6.513	.000
내적통제위	.431	.121	3.247	.001
생활불편	.445	-.132	-3.733	.000

〈표 8〉 중년노년여성의 건강증진행위 회귀분석

요 인	R ²	Beta	T	P
자기효능	.167	.266	5.657	.000
건강관심	.280	-.299	-6.475	.000
내적통제위	.338	.210	4.555	.000
가족지지	.366	.181	3.909	.000
생활불편	.376	-2.804	-2.707	.007
교육정도	.394	.113	2.34	.020

미혼집단은 자기효능, 가족지지, 연령과 건강관심이 30.4%를 설명하는 모형으로서 상관관계의 결과와 함께 종합적으로 분석할 때 미혼집단의 경우에는 자기효능과 가족지지가 제일 중요한 변수임을 알 수 있다(표 6).

출산육아집단은 자기효능, 가족지지, 건강관심, 내적통제위, 생활불편, 타인 통제위가 45.2%를 설명하는 모형으로 나타났다(표 7), 중년노년집단은 자기효능, 건강관심, 내적통제위, 가족지지, 생활불편과 교육정도가 39.4%를 설명하는 모형으로 분석되었다(표 8).

결과적으로 대상자들의 생애주기에 따라 건강증진행위에 영향을 주는 변수들의 수적 차이는 있었지만 중요하게 나타난 변수들의 특성은 차이가 없었다. 즉 모든 집단에서 자기효능, 건강관심과 가족지지가 중요한 변수로 나타났으므로 건강증진 프로그램 개발 시에는 대상자들의 자기효능을 증진시키며, 건강관심을 유도하고, 가족의 지지를 위한 교육프로그램을 개발해야 한다.

IV. 논 의

여성들의 건강증진 행위는 단순히 여성 자신의 건강뿐 아니라 가족의 건강까지도 직결되므로 매우 중요하며, 이러한 여성건강을 증진시킬 수 있는 프로그램을 모색하기 위하여 다양한 프로그램들이 개발 또는 운영되고 있기도 하다(박정은, 1997). 그러나 이러한 프로그램들은 대부분 과제별 프로그램으로 운영되고 있어 여성들의 생애주기나 여러 요인들이 고려되지 못하고 있는 실정이다. 본 연구에서는 Pender(1996)가 수정 제의한

건강증진 모형에서 제시한 변수들을 위주로 연구하였다. 그러나 이들 변수들은 전체 여성들에게 공통적으로 적용되는 것이 아니라 생애주기 집단별로 차이가 있다는 것이 본 연구의 결과에서 나타났다.

자기효능은 Pender(1996)의 수정모형에서도 매우 중요하게 인정된 변수이며, 여러 연구에서도 입증되었다. 구미옥(1994)은 자기효능과 관련된 국내의 연구 39편을 분석한 결과 정상인과 환자 모두에서 폭넓게 사용되고 있으며, 건강행위와 관련이 큰 변수라고 하였다. 또한 여성들의 건강증진 행위와의 관련된 국내 연구들에서도(서연옥, 1995; 박재순, 1995; 이숙자 등, 1996; 이미라, 1997; 송연신 등, 1997; 최은영과 오현이, 1998) 모두 유의한 관계가 있었다. 본 연구에서도 모든 집단에서 가장 유의한 변수로 나타났으며, 결과적으로 여성들의 건강증진 행위를 이루기 위해서는 여성들의 자기효능을 증진시키는 것이 제일 중요하다.

배우자 지지를 포함한 가족지지는 많은 연구에서 여성들의 건강행위에 영향하는 변수로 분석되었다(서연옥, 1995; 박재순, 1995; 이은희, 1995). 본 연구에서도 가족지지의 지각은 건강증진 행위에 밀접한 영향을 주는 변수로서 생애주기별 모든 집단에서도 중요한 변수로 분석되었다. 즉 여성들은 가족의 지지를 지각하면서 스트레스원을 해소할 수 있고, 또한 건강관리에 대한 자기효능감을 가질 수 있다.

건강통제위 개념은 Pender(1996)의 수정 모형에서는 제외된 개념이지만 건강행위와의 관계가 밀접한 변수로 그동안 많은 연구에서 사용되었으며, 또한 중요한 변수로 인정되어왔다(이은희, 임숙빈, 김인자 및 이은옥, 1993; 이숙자 등, 1996; 신혜숙, 1997). 본 연구에서는 생애주기 집단에 따라서 영향하는 건강통제위가 차이가 있었다. 즉 미혼집단은 내적통제위와 수상관관계, 우연통제위와는 역상관관계가 있는 반면, 출산육아집단과 중년노년집단은 내적통제위, 타인통제위와 모두 순상관관계가 있었고, 우연통제위와는 역상관관계가 나타났다. 따라서 가족이 있는 여성들은 자기 스스로에게도 통제력이 있지만 의사나 가족들에 대하여 건강에 대한 통제력과 건강증진행위가 의존될 수 있다는 것을 암시하는 결과이다.

성역할 고정관념은 최은영과 오현이(1998)의 연구와 서연옥(1996)의 연구에서 건강증진행위와 유의한 상관관계가 있었다. 그러나 본 연구에서는 전체 대상자들을 대상으로 분석했을 때에는 건강증진 행위와 긍정적 상관관계가 있는 것으로 나타났으나, 미혼여성집단인 경

우 역상관관계를 나타냈다. 즉 성역할 고정관념이 건강증진행위에 어떤 경로로 영향을 주는지 분명하지 않으며, 회귀분석 결과에서도 건강증진행위에 영향이 크지 않은 것으로 분석되었다. 따라서 여성들의 건강증진을 위한 프로그램에 성역할에 대한 내용이 필요하지만, 여성들의 의식항상이 정신적 갈등을 야기하기보다는 여성문제를 해결할 수 있는 방향으로 유도되어야 한다.

결과적으로 여성들의 건강증진 행위를 설명할 수 있는 것은 여성들 스스로가 할 수 있다는 자신감이며, 생애주기에 따른 자신의 건강관심 및 건강지각과, 또한 결혼 후에는 가족의 기능에 따른 지지가 건강에 대한 통제력에도 영향을 주는 것으로 생각될 수 있다. 따라서 여성들의 건강증진행위를 위한 프로그램을 개발할 때는 이러한 요인들이 고려되어야 한다.

V. 결론 및 제언

본 연구는 여성들의 생애주기 집단에 따른 건강증진 행위와 그에 영향하는 요인들을 조사하여 여성건강간호센터를 위한 프로그램을 개발하기 위하여 실시되었다. 조사대상자는 일개 시에 거주하고 있는 18세 이상 여성 1080명을 대상으로 건강증진 생활양식과 그에 영향하는 요인으로 자기효능, 건강통제위, 성역할 고정관념, 가족지지, 건강관심 및 지각 등의 설문지를 자기기록과 인터뷰 방식으로 조사하였다. 조사내용을 여성들의 생애주기별로 구분하여 분석한 결과는 다음과 같다.

1. 조사대상자의 인구학적 특성으로 연령분포는 18-84세, 평균연령 35.8세였다. 생애주기별 집단으로 분류한 결과 미혼집단(18세 이상 40세 미만 미혼여성) 20.0%, 출산육아집단(18세 이상 40세 미만 기혼여성) 49.9%, 중년노년집단(40세 이상 여성) 29.9%으로 구분되었다.
2. 건강증진행위는 출산육아집단, 중년노년집단이 비슷하게 높고, 미혼집단이 제일 낮았으며, 하위 영역별로 대인관계를 제외한 모든 영역에서 집단간에 유의한 차이가 있었다.
또한 건강증진행위에 영향하는 변수 중 자기효능과 가족지지는 출산육아집단이 제일 높고 성역할 고정관념은 미혼집단이, 내적통제위는 미혼집단이, 타인통제위와 우연통제위는 중년노년집단이 높았으며 집단간 유의한 차이가 있었다.
3. 건강관심 및 건강지각에 따른 건강증진행위는 집단간 유의한 차이가 있었다. 미혼집단은 건강관심에 따

라서만 유의한 차이가 있었던 반면, 출산육아집단과 중년노년 집단은 건강관심 및 건강지각, 건강과 관련된 생활불편이 모두 유의한 차이가 있었다.

4. 건강증진 행위에 영향하는 변수들과의 상관관계는 모든 집단에서 자기효능, 가족지지, 성역할 고정관념 및 건강통제위가 모두 유의한 상관관계를 보였다. 생애주기 집단에 따라서 유의도에 따라 변수들이 차이가 있었지만 특히 상관관계가 밀접한 변수는 자기효능, 가족지지, 내적 통제위로 나타났다.
5. 전체 대상자를 대상으로 건강증진 행위에 대한 회귀분석 결과 자기효능, 건강관심, 가족지지, 내적 통제위, 생활불편, 타인통제위 및 우연통제위가 40.6%를 설명하였다. 미혼집단은 자기효능, 가족지지 및 건강관심이 30.4%를 설명했으며, 출산육아집단은 자기효능, 가족지지, 건강관심, 내적통제위, 생활불편 및 타인통제위가 45.2%를 설명했고, 중년노년집단은 자기효능, 건강관심, 내적통제위, 가족지지, 생활불편과 교육정도가 39.4%를 설명하였다. 모든 집단에서 자기효능과 건강관심이 제일 중요한 변수로 나타났다.

결과적으로 건강증진 행위에 영향을 미치는 변수들이 생애주기별 집단에 따라 각기 다르게 분석되었으므로 여성들의 건강증진 행위를 위한 프로그램 개발 시에는 여성들의 생애주기에 따른 프로그램들이어야 하고, 또한 여성들이 자신의 건강에 대해 관심을 갖고 스스로의 조절력 과 자신감을 가지며 행동으로 옮길 수 있도록 가족들의 지지를 유도하는 프로그램이어야 한다.

이러한 결과들로부터 첫째, 여성들의 건강을 전담하여 건강교육 및 상담을 할 수 있는 기관이 필요한데, 이러한 기관은 치료중심이 아닌 예방을 포괄한 건강증진을 위한 기관이어야 하며, 둘째로 여성들의 생애주기에 따른 건강증진 프로그램들이 각기 개발되기 위한 후속 연구들이 필요하다. 셋째로는 개발된 건강증진 프로그램의 중재 후 결과에 대한 평가 연구가 필요하다.

참 고 문 헌

고효정, 정금희, 박경빈, 김혜영 (1997). 여성건강 간호연구의 최근동향. 여성건강간호학회지, 3(2), 205-214.

구미옥 (1994). 자기효능이론이 적용된 건강행위 관련 연구의 분석. 간호학회지, 24(2), 278-302.

구미옥, 은 영 (1998). 한국 성인의 건강통제위 반응유형별 건강증진행위. 간호학회지, 28(3), 739-750.

김동일 (1991). 성의 사회학. 문음사.

김혜숙, 최연순 (1993). 미혼임부와 기혼임부 건강증진 행위 차이에 관한 비교 연구. 간호학회지, 23(2), 267-277.

박영숙 (1998). 여성의 건강문제와 간호방향, 간호전문직의 과제와 실천방향, 수문사, 323-362.

박은숙, 김순자, 김소인, 전영자, 이평숙, 김행자, 한금선 (1998). 노인의 건강증진 행위 및 삶의 질에 영향을 미치는 요인. 대한간호학회지, 28(3), 638-649.

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

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

박정은 (1996). 여성건강문제 현황과 대책. 간호학 탐구, 5(1), 23-35.

박정은 (1997). 성인여성건강교육 실태와 교육프로그램 개발. 한국여성개발원.

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

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

송영신, 이미라, 안은경 (1997). 노인의 건강증진 생활양식에 관한 연구. 대한간호학회지, 27(3), 541-549.

신체숙 (1997). 여대생의 건강통제위와 건강증진행위. 여성건강간호학회지, 3(2), 194-204.

안명옥 (1996). 여성건강과 질적 삶 : 일생주기의 관점. 간호학 탐구, 5(1), 56-70.

양순옥, 김숙영, 이홍자, 이화인, 한영란 (1996). 여성과 건강. 수문사.

이경혜 (1997). 여성건강을 위한 개념적 모형. 간호학회지, 27(4), 933-942.

이경혜, 박영주, 변수자, 유은량, 이미라, 이영숙, 이해경, 정은순, 조옥순, 최의순, 한혜실 (1997). 여성건강간호학. 현문사.

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

이숙자, 박은숙, 박영주 (1996). 한국 중년여성이 건강증진 행위예측모형. 간호학회지, 26(2), 320-336.

이숙희, 박영숙 (1998). 여성건강에 대한 간호연구 분석 : 1988-1997. 여성건강간호학회지, 4(1), 105-120.

이은희, 임숙빈, 김인자, 이은옥 (1993). 건강통제위 개

- 남의 국내 간호연구 분석. 간호학회지, 23(4), 694-712.
- 이은희 (1994). 임신부의 건강통제위 유형에 관한 연구. 모자간호학회지, 3(2), 102-113.
- 이은희 (1995). 초산부부의 임신경험에 관한 연구-부 모전환과정-. 서울대학교 대학원 박사학위논문.
- 이은희, 최상순, 최정숙, 소애영, 이경숙 (1998). 원주시 여성정책육구 실태조사. 원주시.
- 이은희, 최상순, 소애영 (1999). 일부지역 여성건강간호 센터 설립 및 여성건강관리 프로그램 개발을 위한 기초조사. 여성건강간호학회지, 5(1), 119-133.
- 임미영 (1997). 한국 중년여성의 건강증진 생활양식 예측모형-비파적 문헌고찰 중심으로-. 최선의학, 40(7), 78-84.
- 전정자 (1996). 성인의 건강증진 생활양식과 자아존중 감, 지식관 건강상태와의 비교 연구. 성인간호학회지, 8(1), 41-54.
- 최명애, 이인숙 역, Nola J. Pender저 (1997). 건강증진 과 간호실무. 현문사.
- 최연순, 장순복, 조희숙, 최양자, 장춘자, 박영숙, 이남 회, 이은희 (1999). 고성간호학 4권, 여성건강간호 학. 수문사.
- 최은영, 오현이 (1988). 중년 여성의 건강증진생활양식 과 성역할정체감, 자기효능과의 관계. 한국모자보 건학회지, 2(2), 181-194.
- Ahijevych, K., & Bernhard, L. (1994). Health promoting behaviors of African American women. Nursing Research, 43(2), 86-89.
- Chesney, M. A., & Ozer, E. M. (1995). Woman and Health ; In search of a paradigm. Women's health research of gender behavior and policy, 1(1), 3-26.
- Chinn, P. L. (1994). Developing nursing perspectives in women's health. An Aspen Publication.
- Duffy, M. E., & Hernandez, M. (1996). Correlates of health promotion activities in employed mexican american women. Nursing Research, 45(1), 18-23.
- Fogel, C. I., & Woods, N. F. (1995). Women's Health Care. Sage, London.
- Griffith-Kenny, J. (1986). Contemporary Women's Health. Addison-Wesley.
- Pender, N. J. (1982). Health promotion in Nursing Practice. Conn: Appleton & Lange.
- Pender, N. J., & Pender, A. R. (1987). Health promotion in Nursing Practice, 2nd. ed. : Appleton & Lange.
- Pender, N. J. (1996). Health Pormotion in Nursing Practice. 3rd ed. Appleton & Lange, Stanford, Conn.
- Pender, N. J., Walker, S. N., Sechrist, K. R., & Frank-Stromborg, M. (1990). Predicting health-promotion life style in the workplace. Nursing Research, 39(6), 326-332.
- Walker, S. N., Sechrist, K. R., & Pender, N. J. (1987). The health-promoting lifestyle profile : Development and psychometric characteristics. Nursing Research, 136(2), 76-81.
- Walker, S. N., Sechrist, K. R., & Pender, N. J. (1988). The health-promoting life styles of older adults : Comparisons with young and middle-aged adults, correlates and patterns. ANS, 11(1), 76-90.
- Wallston, K. A., Wallston, B. S., & DeVellis, R. (1978). Development of the multidimensional health locus of control(MHLC) scales. Health Educational Monographs, 6, 164-165.

— Abstract —

Key concept : Women's health, Life-cycle, Health promoting lifestyles

A Study about Promoting Health Lifestyles and Relating Variables on the Life-cycle of Women

Lee, Eun Hee · So, Ae Young* · Choi, Sang Soon***

Promoting women's health lifestyles are important due to their connection to family health. The purpose of this study was to analyze women's health lifestyles(HPL) and their effects on women's life-cycle, so in order to develop a program in a women's health care center.

The subjects included were 1080 women over 18 years old living in Wonju city, and were selected by stratified and purposive sampling. The data were collected through a questionnaire and interview. The Cronbach α , %, mean, ANOVA, Pearson's correlation, and regression in SPSS PC Win. package was used to analyze the data.

The sample was separated into three groups premarital group 20.2%(premarital women between 18 and 40 years old), delivery and children rearing group 49.9%(marital women between 18 and 40 years old), over middle aged elderly group 29.9%(women over 41 years old).

Significant difference were found in the HPL according to group. Also, relating variables, such as self-efficacy, family functions, health locus of control and gender role perception that were considered relating variables to HPL significantly differed among the three groups. HPL significantly correlated with self-efficacy, family functions, HLOC and gender role perception in all participants and at all groups.

The regression analysis of HPL was interpreted 40.6% with relating variables, self-efficacy, health attention, family functions, and internal locus of control, health perception, power other locus of control and chance locus of control in all participant. Self-efficacy, family functions, health attention were considered important variables in premarital group, self-efficacy, family functions, internal locus of control, health attention, health perception and power of control were important in delivery-rearing group. Self-efficacy, health attention, internal locus of control, family functions and health perception were important in middle aged-elderly group.

As a result, we found the differences HPL scores and relating variables according to life-cycle groups. Therefore, we should prepare health promoting education programs for women according to women's life cycles. Also we suggest that women's health care centers based on communities was needed for proper management of women's health.

* Department of Nursing, Wonju National College

** Department of Nursing, Wonju College, Yonsei University