

운송업 종사 근로자의 건강가치 인식 및 건강증진 행위와 건강진단 결과와의 관련성

가톨릭대학교 산업보건대학원 산업보건간호학과, 가톨릭대학교 산업의학센터¹⁾

이선주 · 박정일¹⁾ · 임현우¹⁾ · 노영만¹⁾ · 정치경¹⁾

— Abstract —

The Relationship between Health Value Cognition, Health Promotion Behavior and Health Examination Results Among Transit Corporation's Workers

Sun-Joo Lee, Chung-Yill Park¹⁾, Hyeon-Woo Yim¹⁾,
Young-Man Roh¹⁾, Chee-Kyung Chung¹⁾

*Department of Occupational Health Nursing, Graduate School of occupational Health,
The Catholic University of Korea, Seoul, Korea
Catholic Industrial Medical Center, The Catholic University of Korea, Seoul, Korea¹⁾*

Objectives : This study was performed to compare health value cognition and health promotion behavior compliance between healthy group and not being healthy group, and to evaluate the difference of health promotion behaviors compliance between high group and low group in health value cognition.

Methods : The subjects of this study were 565 workers, 233 healthy workers, 172 observation cases and 160 disease cases, selected from 4,919 transit corporation's workers.

Results : In health promoting behavior compliance, not being healthy group showed lower level than healthy group in exercise and showed higher level than healthy group in interpersonal support significantly. A worker who replied on "health" as the most value in life was consisted in 37.3% of healthy group and 36.1% of not being healthy group. Health value cognition according to general characteristics showed no significant difference except only variable of age in healthy group. Health promoting behavior compliance according to cognition of health value showed in healthy group that a high level group of health value cognition was more significant difference than a low level group in self actualization and health responsibility of health promoting behavior and didn't show difference significantly in not being healthy group.

Conclusions : In conclusion, the relationship between health value cognition, health promotion behavior compliance and periodic health examination results showed weakly. Therefore, in order to develop and apply spontaneous health promotion program, it was considered that should emphasize compliance than cognition.

Key Words : Health value cognition, Health promotion behavior compliance, Health examination results, Healthy group, Not being healthy group

〈접수일 : 2000년 7월 22일, 채택일 : 2000년 8월 31일〉

교신저자 : 박 정 일(Tel : 02-3779-1405) E-mail : cypark@cmc.cuk.ac.kr

서 론

근로자를 대상으로 1~2년마다 정기적으로 실시하는 건강진단은 산업안전보건법 제 43조의 의무사항이며 산업장의 보건관리에 중요한 위치를 차지하고 있는 산업보건 활동중의 하나이다.

건강검진 후 정상으로 판정된 자는 현재의 건강상태를 그대로 유지하거나 더욱 좋은 건강상태로 증진할 수 있도록 도와주고 요관찰자 및 질병 유소견자와 같은 비건강인은 계속적인 관찰이나 적극적인 관심을 기울여야 할 대상자들이다(산업안전관리공단, 1996).

건강진단 결과 대부분의 유소견 판정은 개인의 건강증진 행위와 밀접한 관련이 있는 비전염성 만성질환으로서, 이러한 대상자들에게는 약물이나 기술적 행위를 이용한 의학적 치료로 그 효과를 거두기보다는 질병을 조절하고 건강유지에 대한 책임을 가지고 자신의 건강을 유지 증진하도록 하는 것이 바람직하다(Pender, 1987). 따라서 건강진단 실시 후 그 결과에 따라서 건강 증진 행위를 실천하도록 하는 적극적인 접근전략이 필요하다.

건강증진에 대한 개념정의는 학자에 따라 다양하지만 변영순과 장희정(1992)에 의하면 대체로 자아실현, 성장과 발전, 안녕의 증진, 자원개발 및 잠재력 실현 등으로 정의된다고 조사되었다.

사람들이 최상수준의 건강에 도달할 수 있는 가능성은 건강한 생활양식을 채택하는데 대한 강한 동기와 지식이 있느냐에 크게 좌우되므로(Pender, 1987), 건강 전문인은 이러한 대상자들이 더욱 높은 수준의 의식을 향해 발달할 수 있는 인간내부의 힘을 이용하도록 적극적으로 도와주어야 한다(Newman, 1986).

건강증진 행위의 측정도구로는 Pender(1987)의 건강증진 모형을 흔히 이용하는데 Pender의 건강증진 모형을 이용한 건강증진의 행위요인에 대한 선행 연구로는 건강한 성인을 대상으로 한 연구(Duffy, 1988; Walker 등, 1988; Weitzel, 1989; Pender 등, 1990; 윤진, 1989; 이태화, 1990; 박인숙, 1995)와 암환자를 대상으로 한 연구(Frankstromborg 등, 1990; 오복자, 1996)와 중년여성을 대상으로 한 연구(서연옥, 1995; 박재순, 1995; 박명희, 1997)와 대학생을 대상으로 한 연구(전점미,

1996; 박현숙, 1998) 등이 있다. 그러나 건강진단을 받은 근로자에서 건강구분에 따라 건강증진 행위 실천 정도를 비교한 연구는 거의 없었다.

Pender(1987)의 모형은 인간의 건강증진 행위를 예측하기에 적합한 모형이기는 하나, 모형이 너무 방대하여 모형전체를 한 연구에서 검증하는 것이 제한적인 점(Johnson 등, 1996)을 감안하여 본 연구에서는 건강증진 행위의 가장 일차적인 동기 기전이 되는 인지, 지각 변수 중 건강가치인식도를 알아보고자 하였으며 본 연구의 이론적 모형은 Fig. 1과 같다.

한편 건강증진 행위 실천 정도는 Walker 등(1987)이 개발한 건강증진 생활양식 수행 측정도구(Health Promoting Lifestyle Profile, HPLP)를 이용하여 측정된 후 건강진단을 받은 근로자를 건강인과 요관찰자 및 질병 유소견자를 비건강인으로 구분하여 건강가치 인식 정도에 따른 건강증진 행위 실행 수준을 비교하고자 하였다.

저자들은 건강진단 결과 건강인과 비건강인에서 건강가치인식 및 건강증진행위 실천 정도를 알아보고 건강인과 비건강인을 층화한 후 건강가치 인식이 높은 군과 낮은 군에서 건강증진 행위 실천에 차이가 있는지를 비교하므로써 요관찰자 및 질병 유소견자에 대한 사후관리가 효율적으로 이루어지고, 건강인에 대해서는 그 건강을 유지 증진시킬 수 있도록 하는데 기여하는 건강증진 프로그램 개발과 바람직한 건강증진 행위실천을 위한 기초자료를 제공하고 자 본 연구를 수행하였다.

대상 및 방법

1. 연구 대상

서울시에 소재한 철도 운송업 종사 근로자 4,919명을 대상으로, 1998년도에 실시한 건강진단 결과를 미리 파악한 후 건강인 2,874명과 요관찰자 1,813명, 일반질환자 232명 중 건강인과 요관찰자 각각 250명을 추출하였고, 일반질환자 232명에 대해서는 통계적인 유의성을 높이기 위하여 모두를 조사 대상으로 하였다.

연구목적과 절차를 설명한 후 구조화된 설문지를 배부하여 직접 기입토록 하였으며, 1999년 6월 2일부터 7월 10일까지 회수된 설문지는 총 579부로 79%가 회수되었다. 그 중 분석에 이용된 자료는 내

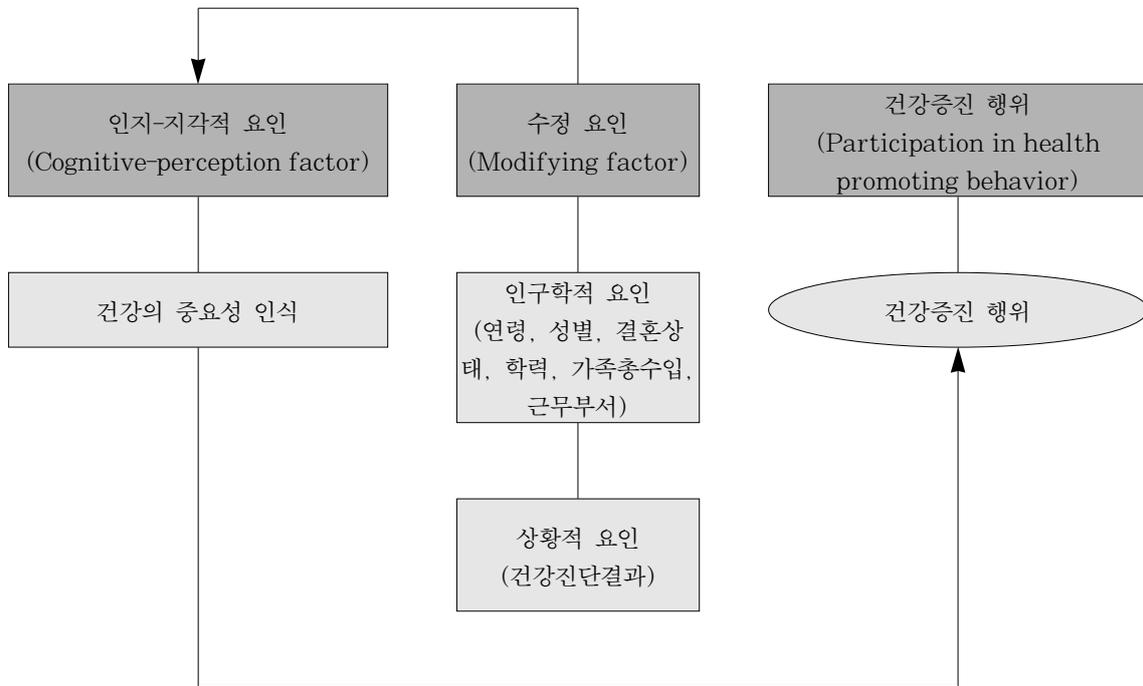


Fig. 1. 본 연구의 이론적 모형

용이 불충분한 14부를 제외한 총 565부(건강인 233명, 요관찰자 172명 및 일반질환자 160명)을 분석 대상으로 삼았다.

2. 연구 방법

1) 건강가치 인식 측정도구

Pender가 제시한 건강증진 행위의 일차적인 동기 기전이 되는 인지 지각 변수 중 건강가치 인식 정도를 주요변수로 선정하였다. 건강을 중요하게 알고 그 의미를 옹계 이해하는 것을 말하며, Wallston 등(1976)이 개발한 건강가치척도(Health Value Scale)를 윤진(1989)이 번역하여 사용한 것을 이용하였다.

이 도구는 삶에 있어서 가치 있는 것이라고 생각되는 10가지 가치 즉, 편안한 생활, 재미있는 생활, 성취감, 자유, 행복, 건강, 마음의 평화, 즐거움, 자기존경, 인정 중 자신의 삶에 가장 중요한 것이라고 생각되는 것부터 순위를 주도록 하여 건강이 차지하는 순위가 몇 번째인가를 조사한 것이다. 건강 순위가 1위부터 5위까지인 경우를 건강의 가치를 높은 수준으로 인식하는 군으로 6위부터 10위까지이면 낮은 수준으로 인식하는 군으로 구분하여 비교하였다.

2) 건강증진행위 실천 측정 도구

연구 대상자의 건강증진행위 실천 정도를 측정하기 위하여서는 Walker 등(1987)이 개발한 건강 증진 생활양식 수행 측정 도구(Health Promoting Lifestyle Profile(HPLP); 48개 문항)를 우리말로 번역하여 중복된 내용은 전문가의 자문을 받아 40개 문항(영양 5문항, 운동 4문항, 스트레스 관리 7문항, 자아실현 12문항, 건강책임 7문항, 대인관계지식 5문항)으로 조정하여 사전조사 실시 후 사용하였다.

각 문항은 「항상 그렇게 한다」에서부터 「전혀 그렇게 안 하거나 못하고 있다」까지 4점 척도를 사용한 Likert Scale로 점수가 높을수록 건강증진행위 실천 정도가 높은 것을 의미한다.

3. 통계 분석

수집된 자료의 분석은 SAS 통계프로그램을 이용하였다. 건강인군과 요관찰자 및 일반질환자를 포함한 비건강인군 두 간의 일반적 특성에 대한 동질성 여부를 파악하기 위하여 χ^2 -test를 하였고, 두 군간의 차이는 t-test를, 그리고 건강진단 결과에 미치는 변수

를 확인하기 위하여서는 일반 선형 모델(general linear model) 및 t-test를 이용하여 분석하였다.

결 과

1. 대상자의 일반적 특성

연구 대상자의 일반적 특성은 Table 1과 같다. 연령별 특성으로는 건강인의 경우 30~39세가 112명(48.1%)으로 가장 많았으며 40세 이상이 40명(17.2%)으로 가장 적었고, 비건강인에서는 40세 이상이 151명(45.5%)으로 가장 많았고 29세 이하가 33명(9.9%)으로 가장 적어 두 군간의 연령분포에 유의한 차이가 있었다(P=0.001).

성별로는 건강인과 비건강인 모두 남자가 82.8%

및 94.9%로 대부분을 차지하였으며 통계적으로 두 군간의 성별 분포에 유의한 차이가 있었다(P=0.001). 결혼상태에서는 건강인의 경우 미혼자가 37.8%로 비건강인의 14.2%에 비하여 높았으며 두군간의 결혼상태 분포에 유의한 차이가 있었다(P=0.001). 학력에서는 건강인과 비건강인에서 대졸이상이 각각 82.8% 및 66.9%, 고졸이하가 각각 17.2%, 33.1%로 학력별 분포에 유의한 차이가 있었다(P=0.001). 월 가족 총수입은 건강인에서 200만원 미만이 54.1%, 비건강인은 42.8%이었으며 두 군간의 월 가족 총수입 분포에도 유의한 차이가 있었다(P=0.027).

근무 부서에서는 기술직은 건강인은 62.7%로 비건강인의 40.1%에 비하여 높았으며 사무직은 비건강인에서 27.4%로 건강인의 15.5%에 비하여 높았

Table 1. General characteristics of study subjects

		Number(%)		
Variable	Healthy (N=233)	Not being healthy* (N=332)		P-Value
Age(year)				
≤29	81(34.8)	33(9.9)		
30~39	112(48.1)	148(44.6)		
≥40	40(17.2)	151(45.5)		0.001
Sex				
Male	193(82.8)	315(94.9)		
Female	40(17.2)	17(5.1)		0.001
Marriage				
Unmarried	88(37.8)	47(14.2)		
Married	142(60.9)	282(84.9)		
Others	3(1.3)	3(1.0)		0.001
Education				
≤High school	40(17.2)	110(33.1)		
≥Collage	193(82.8)	222(66.9)		0.001
Income † (10,000won)				
<200	126(54.1)	142(42.8)		
200~299	78(33.5)	149(44.9)		
300~399	26(11.2)	33(9.9)		
≥400	3(1.3)	8(2.4)		0.027
Occupation				
Clerical personnel	36(15.5)	91(27.4)		
Station officer	22(9.5)	59(17.8)		
Engineering personnel	146(62.7)	133(40.1)		
Crew officer	17(7.3)	32(9.6)		
Others	12(5.2)	17(5.1)		0.001

* Not being healthy group includes observation cases and disease cases

† Total family income per month

으며 역무직이 비건강인의 17.8%로 건강인의 9.4%에 비하여 높았으며 승무직은 비건강인이 9.6%로 건강인의 7.3%에 비하여 높아서 근무부서 분포에도 유의한 차이가 있었다(P=0.001).

2. 건강가치인식 정도

건강인과 비건강인으로 구분된 연구 대상 집단의 건강가치인식 정도를 조사한 결과는 Table 2와 같다. 삶에 있어서 가장 가치 있다고 1순위로 인정한 항목이 건강인에서는 건강 87명(37.3%), 행복 45명(19.3%), 편안한 생활 30명(12.9%), 마음의 평화 25명(10.7%), 성취감 20명(8.6%), 자유 18명(7.7%), 재미있는 생활 9명(3.9%), 자존감 9명(3.9%), 즐거움은 3명(1.3%),

사회적 존경 3명(1.3%)순으로 나타났고, 비건강인에서는 건강 120명(36.1%), 행복 46명(13.9%), 편안한 생활 59명(17.8%), 마음의 평화 40명(12.1%), 성취감 15명(4.5%), 자유 18명(5.4%), 재미있는 생활 71명(5.1%), 자존감 4명(1.2%), 즐거움 11명(3.3%), 사회적 존경을 11명(3.6%)이 선정한 것으로 나타났다. 이와같이 건강인이나 비건강인 모두 건강이 최고로 중요하다고 인식하는 수가 거의 비슷하였고 1위를 차지하여 연구 대상자의 건강가치인식이 높았다.

3. 건강진단 결과에 따른 건강증진행위 실천도

Table 1에서와 같이 두 군의 일반적 특성이 모두 유의한 차이가 있어 이를 보정한 후 두 군의 건강증진행위 실천정도를 비교하였다(Table 3).

보정을 하지 않은 상태의 건강증진행위 실행정도는 통계적으로 유의하지 않았으나 연령, 성별, 결혼상태, 학력, 총수입, 근무부서를 보정한 후 비교한 결과 두 군 사이에는 운동과 대인관계 지지 영역에서 유의한 차이를 보여주고 있었다. 건강증진행위 영역 중 운동영역에서는 건강인에 비해서 비건강인의 실행수준이 0.225 낮은 실천도를 보여주었다(P=0.001).

영양에 있어서는 비건강인이 약간 낮은 실천율을 보여주고 있으나 통계적으로 유의하지는 않았다(P=0.843). 스트레스관리(P=0.764), 자아실현(P=0.691), 건강책임(P=0.687)은 두 군간에 유의한 차이가 없었다. 대인관계 지지는 건강인에 비해서 비건강인이 더 많은 실천을 하고 있었고 통계적으로 유의한 차이가 있었다(P=0.031).

Table 2. Rank of the most value in life

Item	Number(%)	
	Healthy group	Non-healthy group
Health	87(37.3)	120(36.1)
Happy	45(19.3)	46(13.9)
Comfortable life	30(12.9)	59(17.8)
Peace	25(10.7)	40(12.1)
Achievement	20(8.6)	15(4.5)
Freedom	18(7.7)	18(5.4)
Enjoy life	9(3.9)	71(5.1)
Self esteem	9(3.9)	4(1.2)
Pleasure	3(1.3)	11(3.3)
Social respect	3(1.3)	12(3.6)
Total	233(100.0)	332(100.0)

Table 3. The compliance of health promoting behavior according to results of health examination

Dependent variable	Not being		β^{\dagger} (X 100)	SE	P-Value
	Healthy (n=233)	Healthy (n=332)			
Health promoting behavior*					
Nutrition	2.21±0.42	2.27±0.48	-0.8	0.042	0.843
Exercise	2.12±0.77	2.08±0.73	-22.5	0.069	0.001
Stress management	2.22±0.45	2.31±0.51	1.3	0.046	0.764
Self actualization	2.81±0.56	2.88±0.54	2.0	0.051	0.691
Health responsibility	2.39±0.52	2.52±0.56	2.0	0.050	0.687
Interpersonal support	2.70±0.50	2.85±0.54	11.0	0.051	0.031
Total	14.44±2.09	14.92±2.22	-6.9	0.202	0.732

* code: Healthy group=1, Not being healthy group=2;

† calculated by generalized linear model and adjusted for age, sex, marriage, education, income, occupation.

4. 건강가치 인식도에 따른 대상자의 일반적 특성 비교

건강가치 인식도에 따라 건강증진행위 실천에 어떠한 차이가 있는지를 알아보기 전에 건강가치 인식 인식도가 높은 군과 낮은 군간의 일반적 특성을 먼저 비교하였다(Table 4, 5).

건강가치 인식에서 건강을 1순위에서 5순위까지로 선택하였으면 건강가치 인식이 높은 군으로 분류하며, 건강을 6순위에서 10순위까지로 선택하였으면 건강가치 인식이 낮은 군으로 분류하였다.

이를 다시 건강인과 비건강인 두 군으로 층화한 후 각각의 군에서 건강가치 인식도가 높은 군과 낮은 군의 일반적 특성을 살펴보았다. 건강인 군에서는 여러 변수 중 연령변수에서만 건강가치인식이 높은 군과 낮은 군의 유의한 차이를 보였으며 그 외의 다른 변수들은 두 군간에 유의한 차이를 보이지 않았다

(Table 4). 건강가치 인식이 낮은 군은 30~39세가 62.5%로 높은 군의 44.3%보다 많은 비율을 점하고 있으며 반면, 40세 이상은 6.3%인데 반하여 건강가치 인식이 높은 군에서는 20%로 두 군간의 연령별 분포가 유의한 차이를 보였다(P=0.03). 비건강인 군에서는 건강가치 인식도에 따라 연령, 성별, 결혼상태, 학력, 월가족 총수입 및 근무부서 등의 분포에 차이를 보이지 않았다(Table 5).

5. 건강가치 인식도에 따른 건강증진행위 실천정도

건강가치 인식도에 따라 건강인과 비건강인 군의 건강증진행위 실천정도를 비교하였다(Table 6, 7). 건강인의 경우 건강가치 인식이 높은 군이 낮은 군에 비하여 자아실현의 실천정도가 유의하게 높았으며(P=0.03), 건강책임의 실천정도도 유의하게 높았으나(P=0.04) 그 외 영양, 운동, 스트레스 관리 및 대인관계 지지에 관한 실천정도는 두 군 사이에 유

Table 4. Cognitive level of health value by characteristic variables in healthy group

Variable	High*	Low †	Number(%)	
				p-value
Age(year)				
<30	66(35.7)	15(31.3)		
30~39	82(44.3)	30(62.5)		
≥40	37(20.0)	3(6.3)		0.030
Sex				
Male	152(82.2)	41(85.4)		
Female	33(17.8)	7(14.6)		0.594
Marriage				
Unmarried	72(38.9)	16(33.3)		
Married	113(61.1)	32(66.7)		0.492
Education				
≤High school	33(17.8)	7(14.6)		
≥Collage	152(82.2)	41(85.4)		0.594
Income (10,000won)				
<200	96(51.9)	30(62.5)		
200~299	64(34.6)	14(29.2)		
≥300	25(13.5)	4(8.3)		0.505
Occupation				
Clerical personnel	29(15.7)	7(14.6)		
Station officer	18(9.7)	4(8.3)		
Engineering personnel	112(60.5)	34(70.8)		
Crew officer	15(8.1)	2(4.2)		
Others	11(6.0)	1(2.1)		0.615

* High : rank of health value from first to fifth

† Low :rank of health value from sixth to tenth

Table 5. Cognitive level of health value by characteristic variables in not being healthy group

		Number(%)		
	Variable	High	Low	p-value
Age(year)	<30	26(9.8)	7(10.4)	0.954
	30~39	118(44.4)	30(45.5)	
	≥40	122(45.9)	29(43.9)	
Sex	Male	251(94.4)	64(97.0)	0.384
	Female	15(5.6)	2(3.0)	
Marriage	Unmarried	38(14.3)	9(13.6)	0.837
	Married	228(85.7)	57(86.4)	
Education	≤High school	92(34.6)	18(27.3)	0.259
	≥Collage	174(65.4)	48(72.7)	
Income (10,000won)	<200	114(42.9)	28(42.4)	0.651
	200~299	120(45.1)	29(43.9)	
	≥300	32(12.1)	9(13.7)	
Occupation	Clerical personnel	8(9.2)	25(37.9)	0.175
	Station officer	10(11.5)	10(15.2)	
	Engineering personnel	56(64.4)	23(34.9)	
	Crew officer	10(11.5)	7(10.6)	
	Others	3(3.5)	1(1.5)	

Table 6. The compliance of health promoting behavior according to cognitive health value in healthy group

		(Mean±SD)		
	Health promoting behavior	High	Low	p-value
	Nutrition	2.22±0.43	2.15±0.36	0.32
	Exercise	2.13±0.81	2.07±0.62	0.67
	Stress management	2.24±0.46	2.14±0.39	0.17
	Self actualization	2.85±0.55	2.65±0.58	0.03
	Health responsibility	2.43±0.53	2.26±0.46	0.04
	Personal communication	2.70±0.49	2.66±0.54	0.59

의한 차이가 없었다(Table 6).

비건강인의 경우 건강가치 인식도가 높은 군이 낮은 군에 비하여 건강 책임의 실천정도가 높은 경향을 보였으나 통계적으로 유의한 차이가 없었으며 (P=0.07), 그 외 영양, 운동, 스트레스관리, 자아실현 및 대인관계 지지에 관한 실천정도는 두 군 사이에 유의한 차이가 없었다(Table 7).

고 찰

건강증진은 변화하는 질병양상에 대처하여 건강수준을 향상시키기 위한 적극적인 접근전략으로써 WHO(1988)에서는 건강증진을 '사람들이 자신의 건강을 통제할 수 있는 능력을 향상시키는 일련의

Table 7. The compliance of health promoting behavior according to cognitive health value in not being healthy group

Health promoting behavior	(Mean±SD)		
	High	Low	P-value
Nutrition	2.28±0.47	2.25±0.51	0.63
Exercise	2.06±0.73	2.16±0.72	0.33
Stress management	2.32±0.51	2.30±0.51	0.77
Self actualization	2.88±0.54	2.91±0.54	0.67
Health responsibility	2.55±0.56	2.41±0.54	0.07
Personal communication	2.85±0.55	2.86±0.49	0.86

과정이다'라고 정의하였고, O'Donell(1989)은 건강 증진을 '최적의 건강상태를 향해 생활양식을 변화시키도록 하는 과학이며 예술이다'라고 정의하였다. 또한 생활양식은 의식의 강화, 행동의 변화, 바람직한 건강습관을 지지하는 환경 조성의 결합을 통해서 강화될 수 있다(O'Donell, 1989). 이러한 건강증진은 산업분야에서 생산성과 품질의 향상을 가져오는 중요한 전략이 될 수 있으며(박영식 등, 1991) 이를 위하여 건강한 생활습관과 정기건강 진단 및 교육 등을 통한 다각적이고도 포괄적인 접근이 요구된다(London, 1992).

건강증진 행위를 실천하고 이에 영향을 미치는 요인에 대한 연구는 국내외에서 활발히 진행되고 있는데 Suchman(1972)은 인간의 가치, 신념, 사고 및 행위는 사회 문화적인 맥락속에서 결정되어진다고 보고 문화적인 차이에 따라 건강관리 행위가 많이 좌우된다고 보았다. 또한 건강관리 행위는 건강과 관련된 바람직한 지각과 행동을 유도하는 인지적 과정이 중요한 영향을 미친다고 보았다. Belloc과 Breslow(1972)도 개인이 처해있는 사회 문화적인 가치나 신념에 따라 각기 다른 태도로 행동하게 된다고 생각하였다.

서구인들의 건강행위 범주는 규칙적인 운동, 간식류 금지, 금연, 음주를 줄이고, 적절한 수면 시간을 지키고, 키에 알맞는 체중 유지 등(Belloc & Breslow, 1972)으로 실천 가능하면서 구체적인 문제 중심으로 건강행위를 제시하고 있다(이광옥과 양순옥, 1990). 한국인과 서양인의 건강행위를 문화적 입장에서 비교 연구한 결과 한국인은 마음을 중심으로 한 포괄적, 추상적, 직관적인 건강행위가 보편적인 반면, 서구인은 마음보다는 신체를 중심으로 한 구체적, 행동적, 자기

중심적 건강행위를 실천하고 있다고 보고하였다(김기분, 1990).

또한 인지 지각적 요인과 상황적 요인들이 이러한 건강증진 행위에 영향을 많이 주고 있다고 보고하였는데 본 연구에서는 상황적 요인이라 할 수 있는 건강진단의 결과와 건강증진 행위의 일차적 동기기전이 되는 인지 지각적 요소인 건강가치 인식도에 따른 건강증진행위 실천도를 조사 분석하였다.

건강인과 비건강인 두 군의 일반적 특성이 현저하게 다른 것은 연구 대상자 선정시 선택편의가 있었다. 비건강인의 경우 건강진단에서 질병유소견자 모두를 대상으로 하여 조사하였기 때문에 만성질환의 유병률이 높은 40세 이상 군이 45.5%로 가장 많은데 비하여, 건강인의 경우에는 연령별 짝짓기를 시행하지 않고, 대조군을 임의 추출한 결과 연령별 근무 분포가 많은 30대 및 20대가 연구대상자의 대부분을 차지하였으며, 이러한 결과가 수입이나 직종에도 영향을 미친것으로 판단된다.

건강증진행위 실천에 있어서 비건강인이 건강인에 비하여 운동영역의 실천정도가 유의하게 낮은 것으로 조사되었고 대인관계 유지영역은 높은 것으로 조사되어 대인관계 유지와 같은 마음을 중심으로 한 건강증진 행위는 정신건강에는 많은 도움이 될 것으로 판단되나 신체적인 질병감소 또는 예방에는 도움을 주지 못하고 있는 것으로 나타났다. 본 연구에서는 포함되지 않았으나 오히려 이러한 대인관계는 음주, 흡연 등 생활양식과 관련되어 만성질환의 유병률을 높이는 방향으로 영향을 미쳤을 가능성을 배제할 수 없다. 또한 우리나라 성인들의 58.8%는 운동을 전혀 하지 않고 있으며, 주 1회 이상 운동하는 사람은 24%이며 이러한 운동부족으로 야기되는 급

만성 질환으로 인한 경제적 손실이 연간 약 3조원에 이른다고 조사되어 졌는데(한국보건사회연구원, 1996) 운동영역에 있어서 비건강인이 낮은 실천도를 나타내는 것은 운동이 건강 유지와 증진에 중요한 요소이며 건강진단 결과와도 관련성이 있다는 것이 단편적으로나마 확인할 수 있었다.

삶의 가치 중 건강을 가장 가치있게 인식하고 있는 근로자가 건강인에서 37.3% 비건강인에서 36.1%이고 건강가치 인식도가 높은 군이 건강인에서 79.4%, 비건강인에서 80.1%로 두 군 모두 건강가치 인식에 있어서 높은 수준을 나타내었고 두 군간에 유의한 차이가 없었다. 이렇게 건강인이나 비건강인에 있어서 건강가치 인식에 차이가 없는 것은 고혈압환자를 대상으로 조사한 장효순(1991)의 연구와 일반 성인을 대상으로 조사한 이태화(1990)의 연구, 또 산업장 근로자를 대상으로 한 윤진(1989)과 Weitzel(1989) 등의 연구에서와 같이 대상자가 질환의 소견을 갖고 있거나 갖지 않고 있거나 건강가치 인식에 차이를 갖게 하는 것은 아니라는 것을 알 수 있고, 인식과 지각을 유발할 수 있는 요소 즉 시대적 상황에 의해 고조된 건강에 대한 관심과 쉽게 접할 수 있는 대중매체에 의한 건강정보 등이 건강가치 인식 수준을 높인 것으로 생각되었다.

또한 여러 가지 인구학적 특성이 건강가치 인식에 많은 영향을 미치고 있다는 여러 연구 즉 일반 성인을 대상으로 조사한 이태화(1990)의 연구나 학령후기 아동을 대상으로 한 이정은(1994)과 강귀애(1991)의 연구에서와는 달리 건강인에서 연령변수를 제외하고 건강인 및 비건강인 모두 일반적 특성에 따른 건강가치 인식도에 차이를 보이지 않았는데, 이는 본 연구대상자의 학력이 대학졸업 이상 근로자가 73%로서 매우 높아 건강에 대한 가치를 높은 수준으로 인식하고 있기 때문이라고 판단된다. 건강인에서 연령에 따라 건강가치 인식도에 차이가 있고 인식도가 낮은 군에서 30-39세가 차지하는 비율이 62.5%로써 이 연령대가 조사대상자에서 차지하는 비율 48%를 감안한다 하더라도 비교적 높게 나타났다. 이시기는 사회적 활동이 많은 시기이고 과중한 업무와 스트레스로 인한 건강장애가 문제가 되는 시기이므로(조은숙, 1994) 건강가치를 높은 수준으로 인식시킬 수 있는 보건교육이나 건강홍보가 필요한 것으로 보인다.

건강가치 인식도에 따른 건강증진 행위 실천정도는 건강인의 경우 건강의 중요성 인식이 높은 군이 낮은 군에 비하여 자아실현 및 건강책임 영역의 실천정도가 유의하게 높았으나 영양, 운동, 스트레스 관리 및 대인관계지지에 관한 실천 정도에는 차이가 없었다. 건강을 가치 있게 여기는 사람들이 건강증진행위를 더 잘 실천한다고 보고한 선행 연구들은 많으나(Wallston, 1978; Christiansen, 1981; Duffy, 1988; Weitzel, 1989; 윤진, 1990; 이정은, 1994; 이규난, 1998) 영역별로 분석한 연구는 거의 없어 비교하기 어려우나 영양, 운동, 스트레스 관리 등의 영역은 흡연, 음주, 혈압측정, 건강상담 등의 건강책임 영역보다는 인식에 따른 실천이 더욱 어려운 것으로 보여지며 이에 관한 보다 구체적인 분석이 필요하겠다.

비건강인의 경우 유의한 차이를 보이는 영역은 없었는데 고혈압 환자를 대상으로 한 장효순(1991)의 연구와 간호진료소 의뢰인을 대상으로 한 Muhlenkamp 등(1985)의 연구에서 나타난 바에 의하면 건강에 두는 가치와 그들이 실천하는 건강행위 정도와는 관련이 없는 것으로 보고하여 본 연구와 유사한 결과를 보였다.

최상복과 남철현(1995)은 산업장 근로자의 건강유지와 증진에 관련되는 주요 변수로 근로자 건강진단이 포함된다고 하였으며 정기건강진단은 건강진단전 건강 위험요인이 많았던 고위험군이나 남성에서 흡연 음주 등 일부의 건강위험 요인 감소에 영향을 미치고 있다고 밝혔다(조비룡, 1997). 또한 정기 건강진단은 근로자들이 가장 선호하는 건강증진 프로그램이며 질병예방의 정보제공 형태로 조사되었다(송연이, 1999). 사업장에서의 건강검진은 생산직의 경우 1년에 한번, 사무직의 경우 2년에 한번씩 수행되기 때문에 건강검진결과가 연구대상자의 건강증진행위 실천에 영향을 미쳤는지, 건강증진행위 실천이 건강검진결과에 영향을 미쳤는지 단면조사 형태로 이루어진 본 연구에서는 선후 관계를 알기는 어렵다. 향후 건강진단을 전후로 하여 건강증진행위 실천의 변화를 알아보는 연구가 이루어져야 겠다.

요 약

목 적 : 건강진단 결과 건강인과 요관찰자 및 일반 질환자를 포함한 비건강인에서 건강가치인식 및 건

건강증진행위 실천정도를 알아보고, 건강인과 비건강인으로 층화한후 건강가치인식이 높은 군과 낮은 군에서 건강증진행위 실천에 차이가 있는지를 비교함으로써 바람직한 건강증진 프로그램 개발과 적용을 위한 기초자료를 제공하고자 수행되었다.

방 법 : 1998년도 건강진단을 받은 철도운송업 종사 근로자 4,919명중에서 자기기입식 설문에 응답한 건강인 233명, 요관찰자 172명, 일반질환자 160명을 연구대상으로 하였다.

결 과 : 삶의 가치 중 건강을 가장 가치있게 인식하고 있는 근로자가 건강인에서 37.3%, 비건강인에서 36.1%로 두 군간에 차이가 없었다. 건강증진 행위 실천에 있어 비건강인이 건강인에 비하여 운동영역의 실천정도가 유의하게 낮았으며 대인관계 지지영역은 유의하게 높았다. 그 외의 영양, 스트레스관리, 자아실현 및 건강책임 관련 영역의 실천정도는 건강인과 비건강인 사이에 유의한 차이가 없었다. 건강인에서의 연령 변수를 제외하고 건강인 및 비건강인 모두 일반적 특성에 따른 건강가치 인식도에 차이가 없었다. 건강가치 인식도에 따른 건강증진행위 실천 정도는 건강인의 경우 건강가치 인식이 높은 군이 낮은 군에 비하여 자아실현 및 건강책임 영역의 실천 정도가 유의하게 높았으며, 비건강인의 경우 유의한 차이를 보이는 영역은 없었다.

결 론 : 건강가치 인식, 건강증진행위 실천 정도와 건강진단 결과와의 관련성은 매우 낮게 나타나 건강증진 프로그램 개발과 적용에 있어 인식보다는 실천에 초점을 두어야 될 것으로 판단된다.

참고문헌

김수근, 박정일. 중소기업 사업장에서 일반질환자의 사후 관리 실행과 관련요인. 대한산업의학회지 1993 ;5(2):274-82.

김귀분. 한국인의 건강관행에 대한 민속학적 접근. [박사학위논문]. 서울: 이화여자대학교대학원, 1990.

박명희. 중년여성의 건강증진생활양식 관련요인 분석. 여성건강학회지 1997;3(2):139-54.

박미영. 대학생의 건강증진 생활양식과 관련요인 연구, 석사학위논문, 서울대학교대학원, 1993.

박영식, 조수열, 남철현. 근로자의 산업보건 지식과 태도에 관한 조사 연구. 한국산업위생학회지 1991;18(1):3-18.

박인숙. 건강증진 생활양식에 관한 연구. [박사학위논문].

부산: 부산대학교대학원, 1995.

보건사회부. 성인병 실태 조사보고서. 서울: 보건사회부 1996.

박재순. 중년후기여성의 건강증진 행위모형 구축. [박사학위논문]. 서울: 서울대학교대학원, 1995.

변영순, 장희순. 건강증진 개념분석에 관한 연구. 대한간호학회지 1992;22(3):362-72.

산업안전관리공단. 산업보건관리. 서울: 산업안전공단, 1996.

서연옥. 중년여성의 건강증진 생활방식에 관한 구조모형. [박사학위논문]. 서울: 경희대학교대학원, 1995.

송연이. 산업장 근로자의 건강증진 프로그램 요구도. [석사학위논문]. 서울: 가톨릭대학교산업보건대학원, 1999.

오복자. 건강증진과 삶의 질 구조 모형 II-암환자 중심- 대한간호학회지 1996;26(3):632-52.

윤진. 산업장 근로자의 건강증진 행위와 그 결정요인에 관한 연구. [석사학위논문]. 서울: 이화여자대학교대학원, 1989.

이광옥, 양순옥. 한국인의 건강생활 양상에 대한 실제 이론 연구. 간호과학 1990;2:65-86.

이정은. 학령후기 아동의 건강지각과 건강증진 행위. [석사학위논문]. 서울: 이화여자대학교대학원, 1994.

이태화. 건강증진 행위에 영향을 미치는 변인 분석-서울지역 일반성인 남녀를 중심으로-. [석사학위논문]. 서울: 연세대학교 대학원, 1990.

장효순. 고혈압 환자의 건강의 중요성 인식, 자아유용성과 건강증진 행위와의 상관관계 연구. 예술간호대학 논문집 1991;7:57-71.

전점미. 건강증진행위에 영향을 미치는 변인 분석-1개 대학의 여학생을 중심으로. 동의대학교 동의논문집. 1997 ;2:85-94.

조비룡. 정기건강진단이 건강위험요인의 교정에 미치는 영향. 가정의학회지 1998;19(2):191-204.

조은숙. 현대인의 정신건강. 서울: 법문사, 1994.

최상복, 남철현. 한국산업근로자의 건강수준과 관련요인 분석. 한국 보건교육학회지 1995;5:1-35

한국보건사회연구원. 국민건강 및 보건 의식 행태조사 1995.

Bandular A. Self efficacy : Toward a unifying theory of behavioral change, Psychological Review 1977;84(2):191-215.

Belloc NB, Breslow L. Relationship of physical health status & health practice, Prev Medicine 1972;409-421.

Christiansen, KE. The determinants of health-promoting behavior. Doctoral dissertation, Rush university, chicago, Illinois.

Duffy ME. Determinants of health promotion in midlife women, Nursing Research 1988;37(6):

- 356-62.
- Johnson JL, Ratner PA, Bottorff JL, Hayduk LA. An exploration of Pender's health promotion model using LISREL. *Nursing Research*, 1993; 42(3):132-8.
- Muhlenkamp AF, Brown NJ, Sands D. Determinants of Health Activities in nursing clinic clients. *Nursing Research*, 1985; 34(6):327-32.
- Newman, Margaret A. *Health As Expanding Consciousness*, The C.V. Mosby Company, 1986.
- O'donnell M. Definition of health promotion. *American Journal of Health Promotion*, 1986; 1:4-5.
- Pender NJ, Walker SN, Sechrist KR. Predicting health promoting lifestyles in the workplace. *Nursing Research* 1990; 39:326-32.
- Pender NJ. *Health promotion in nursing practice*, 2nd, rev. ed, Norwalk, Conn, Appleton & Cange. 1987.
- Suchman EA. Health Attitudes and Behavior: *Archives of Environment Health* 1972; 20(1): 105-109.
- Walker SN, Sechrist KR, Pender NJ. The health promoting lifestyle profile: Development and Psychometric Characteristics. *Nursing Research* 1987; 36(2):76-81.
- Weitzel MH. A test of the health promotion model with blue collar workers. *Nursing Research* 1989; 38:99-104.
- Wallston KA, Maids S, Wallston BS. Health-related information seeking as a function of health-related locus of control and health value. *Journal of Research in personality*, 1978; 10:215-222.
- WHO. *Health promotion for working population*. Geneva: WHO, 1988:765:7.