

충남 일부주민의 건강통제위성격과 건강행위와의 관계연구

이 영 휘*

I. 서 론

1. 연구의 필요성

건강한 삶을 영위하고자 하는것은 인간의 권리이고, 건강한 신체를 유지한다는것은 우리 인간이 누릴 수 있는 가장 소중한 행복 가운데 하나라고 할 수 있으며, 사회가 발전하고 산업화, 구조화됨에 따라 국민의 건강유지에 대한 요구는 날로 증가하고 있다(박종기,1977). 이러한 시대흐름에 맞추어 오늘날 간호는 대상자로 하여금 과거 치료중심의 건강행위를 강조해온 것에 반해 예방중심의 건강행위 즉, 건강을 유지, 증진 시키며 질병을 예방하는데 힘쓰고 있다. 그리고 이러한 건강한 삶을 유지하기 위해서는 인간의 건강에 대한 태도와 행위를 변화시킴으로써 이루어진다(Suchman, 1970)는 것을 알고 연구자들은 건강행위에 관심을 갖고 예방적 건강행위를 하기 위해 노력했던 1950년대 이후부터 건강신념모형을 근간으로 하여 과연 인간의 태도와 행위를 변화시킬 수 있는 요인이 무엇인가를 알아내려고 노력하였다(Rosentock, 1974).

그러나 지역사회주민을 대상으로 한 우리나라의 연구는 대개 건강행위면의 인식이나 실천에 관한 조사는 많으나 그에 영향을 미치는 요인에 관한 연구는 거의 진행되어 있지 않다(손영희, 1983; 이정자, 1983; 전정자, 1981; 조원정, 장은희, 1982).

Cattell(1950)은 성격이란 주어진 상황에서 개인이 무

엇을 할 것인가를 예측하게 하는것이며, 개체의 내·외적 인 모든 행동에 관계하는 것이라고 하였다. 또한 심리학자인 김명훈(1977)은 우리가 성격을 이해한다는 것은 개체가 지니고 있는 특성이나 특질들이 환경에 적응할 때 전체적으로 나타나는 다양색의 심리현상을 전체적으로 파악하는 것이며, 이는 인간의 행동에 대한 올바른 이해를 보다 가능하게 하는 것이다라고 함으로서 인간의 성격과 행동과의 관련성을 피력하였다.

Rotter(1954)의 사회학습이론에 근거한 건강통제위성격은 인간의 건강과 관련된 행동이 강화의 가치, 기대 및 심리적 상황에 의해 변할 수 있는 가능성을 제시한 개념으로 건강과 관련된 행위를 설명하고 예측할 수 있는 가능성을 보여주고 있다(김수지, 1982; Phares, 1976; Wallston & Wallston, 1978 a).

인간의 행동을 바람직하게 변형시킬 수 있는 것이 교육(정범모, 1968)이고 의료의 궁극적인 목적이 인간의 건강을 유지, 증진시키는 것(김수지, 1980)이라 할 때 이러한 임무를 가장 잘 수행할 수 있는 건강제공자인 간호사(Braithwaite & Morton, 1981)는 건강행위와 관련된 성격을 올바르게 이해함으로써 조직적이고 체계적인 교육프로그램을 작성하고 실시할 수 있기 때문에 본 연구는 이러한 간호계획을 세우는데 유용한 과학적 기초자료를 제공하기 위해 시도하였다.

2. 연구의 목적

본 연구의 목적은 지역사회주민의 효과적인 건강교육

* 혜전전문대학

계획을 위한 기초자료를 제공하기 위해 건강통제위성격과 건강행위와의 관계를 파악하고, 건강행위와 관련있는 일반적인 변수를 파악하기 위함이며, 이를 위한 구체적인 목적은 다음과 같다.

- 1) 대상자의 건강통제위 성격을 파악한다.
- 2) 대상자의 건강행위 실천도와 건강행위 필요성 인식도를 파악한다.
- 3) 대상자의 건강통제위 성격과 건강행위와의 관계를 파악한다.
- 4) 대상자의 일반적 특성과 건강행위와의 관계를 파악한다.

3 가설

- 제1가설 : 주민의 내적건강통제위 점수가 높을수록 건강행위 실천도 점수는 높을 것이다.
- 제2가설 : 주민의 우연성건강통제위 점수가 높을수록 건강행위 실천도 점수는 낮을 것이다.
- 제3가설 : 주민의 내적 건강통제위 점수가 높을수록 건강행위 필요성 인식도 점수는 높을 것이다.
- 제4가설 : 주민의 우연성 건강통제위 점수가 높을수록 건강행위 필요성 인식도 점수는 낮을 것이다.

4 용어의 정의

본 연구에서 사용될 용어들을 다음과 같이 정의한다.

1) 건강통제위 성격 : 개인의 행위와 그 결과인 강화 사이에 있는 주위세계에 대해 대처하는 개인의 인지된 능력으로서 내적 건강통제위(Internal Health Locus of Control)는 개인이 건강에 대한 행위의 결과를 받아들일 때, 자신이 행동한대로 되거나 자신이 갖고 있는 영구적인 특성들대로 된다고 생각하는 성격이고, 우연성건강통제위(Chance Health Locus of control)는 개인이 건강에 대한 행위의 결과를 받아들일 때, 자신을 둘러싸고 있는 운, 숙명, 기회 등에 의해 조절된다고 생각하는 성격으로 (Levenson, 1973 : Levenson, 1974 : Wallston & Wallston, 1978b) 본 연구에서는 K. A. Wallston과 B.S. Wallston (1978b)이 개발한 다차원건강통제위 성격척도(Multidimensional Health Locus of Control Scale)로 측정하였다.

2) 건강행위 : 질병의 치료와 예방을 위한 행위로 부터 고다 나은 자아를 유지, 증진하고 활성화시키기 위한 능동적이고 주체적인 자아활동에 이르는 생명에 관련된 총

체적 행위로서 건강행위 실천과 건강행위 필요성 인식의 영역을 포함하는 것(조원정, 1983)으로, 본 연구에서는 조(1983)가 개발한 건강행위 측정도구를 사용하였다.

II. 이론적 배경 및 선행연구

1. 건강통제위 성격

건강통제위란 사회학습이론에서 발전된 것으로 1954년에 Rotter가 인간의 사회학적인 현상을 이해하기 위해 개발한 통제위(Locus of Control)개념을 Wallston, Wallston, Kaplan과 Maides(1976)가 건강영역에 적용하여 나온 것으로, 건강과 관련된 행위를 설명하고 예측하며, 내적 통제위화 훈련에 의해 바람직한 방향으로 행동을 수정할 수 있는 개념이다(Arakelian, 1980).

Rotter(1954)의 사회학습이론에 의하면, 인간의 행동에는 목표가 있으며 강화의 가치, 기대 및 심리적인 상황이 행동을 결정하는데 중요한 역할을 한다고 가정하였다. 다시 말해서 기대에 대한 주어지는 보상이 자신에게 가치가 있다고 생각하면 인간은 그러한 방향으로 일관된 행위를 한다는 것이다. 또한 통제위는 성격의 기능적 측면으로서, 행위와 강화사이에 있는 주위세계에 대처하는 개인의 능력 또는 주위환경을 조정하려는 기대와 관련되어서 행위에 영향을 주는 하나의 변수로서 작용한다(Phares, 1976 : Phares, 1974 : Rotter & Mulry, 1965 : Lowery, 1981).

이러한 통제위는 Rotter(1954)는 내적 통제위와 외적 통제위로 나누었고 Levenson(1974)에 의해 다시 3가지 차원, 즉 건강에 대한 행위의 결과인 강화를 받아들일 때 자신이 행위한 것과 일치한다는 신념을 갖는 내적 통제위(Internal Locus of Control)와 외적 통제위를 자기 자신과 영향력있는 타인에 있다는 신념(Powerful Others Locus of Control)과 운이나 요행에 있다고 보는 신념(Chance Locus of Control)으로 구분 발전시켰다. 건강통제위는 Wallston과 그의 동료(1976)에 의해 개발된 내·외적건강통제위에서 Wallston과 Wallston(1978b)이 다차원건강통제위(Multidimensional Health Locus of Control) 즉 내적 건강통제위(Internal Health Locus of Control)와 외적 건강통제위를 타인의존재 건강통제위(Powerful others Health Locus of Control), 우연성 건강통제위(Chance Health Locus of Control)로 구분 발전시켰다.

일반적으로 외적통제위에 비해 내적 통제위성격 소유자가 건강정보에 더욱 민감하고 건강상태에 대한 지식을

증가시키려는 시도를 하며, 그들 자신의 노력을 통해 신체적, 심리적인 역기능에는 민감성을 나타내지 않으려고 하는데(Phares, 1976, McDonald(1971)는 내적 통제위를 도모하기 위한 접근방법으로 자극의 재구조화(reconstrual of stimuli), 행동중심접근(action-oriented approach)과 상담요법을 제시하고 있다.

2. 건강행위

인간행동에 대한 관심은 인류가 시작된 초기부터 있어 왔으며 20세기에 와서 새로와진 것이 있다면 과학을 통해 인간의 행동을 이해하고 조정할 수 있다는 신념이다(Mikbail, 1981). 건강행위(Health Behavior)란 건강과 관련된 행위(Health-related Behavior)중 하나로 질병을 예방하거나 건강을 유지증진하기 위해 스스로 건강하다고 믿는 사람이 취하는 행위(Kasl & Cobb, 1966)로서 개인적인 판단에 근거를 두고 행동하는 능력이며, 개인의 의사결정에서 나오는 결과이다(Lenz, 1984). 이와 같이 건강행위가 개인의 의사결정수준에서 결정된다고 할 때 건강행위와 관련하여 바람직한 건강행위의 증가를 가져오려면 어떠한 요소가 작용하는가를 알아낼 필요성이 있게 되었고 그래서 Hochbaum(1954) Kgeles(1963)와 Rosenstock(1974) 등은 건강신념모형(Health Belief Model) 이라고 하는 사회심리학적 모형을 개발하게 되었다. 즉 이모형은 예방적건강행위를 설명하기 위해 발달되었으며, 여기서 다른 변수들은 인지된 민감성, 인지된 심각성, 인지된 이득, 인지된 장애나 비용과 활동을 취하려는 행동의 제기 등으로 여러 연구자들은 이러한 여러요소들에 의해 인간은 건강증진에 힘쓰기도 하고(이행), 대만하기도 한다(불이행)는것을 알아내었고(Mikbail, 1981)또한 위의 열거된 변수에 외에 어떠한 변수가 예방적 건강행위에 영향을 미칠 수 있는가를 계속 연구하고 있다.

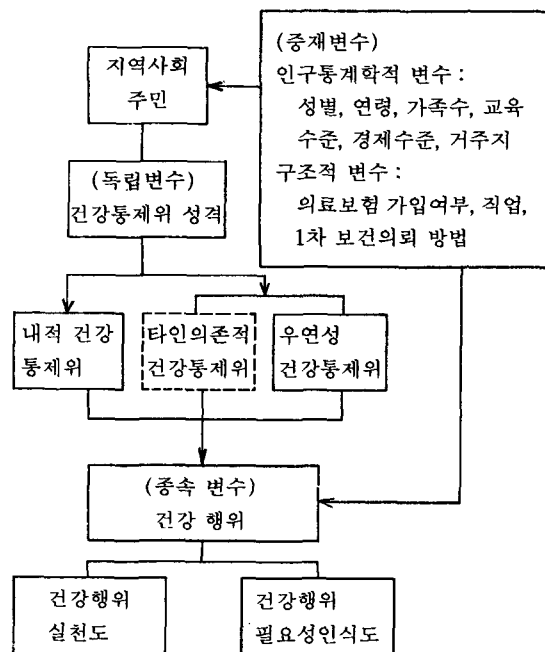
3. 건강통제위 성격과 건강행위

Lowery와 Ducett (1976)는 당뇨병환자를 대상으로 한 연구에서 내적 통제위성격의 사람들이 외적 통제위성격의 사람들보다 자신의 건강과 관련된 학습을 더 많이 하고 있음을 알아 내었고, Hallal(1982)은 내적 통제위성격의 사람들이 유방암 예방을 위한 자기관찰행위를 더 잘 한다고 보고하였다. Wallston과 그의 동료들(1976)은 고혈압등 발생가능한 위험에 대해서 주의하도록 경고를

주었을때 내적 통제위 사람들이 더욱 그 질병과 건강유지에 대한 정보를 수집하려고 한다는 것을 알았다.

국내에서 시행된 연구에 대해 살펴보면 최(1983)는 폐결핵환자에 있어서 내적건강통제위성격일수록 주관적 이행행위도가 높았고 객관적 이행행위로서 투약일수 감소현상을 나타냈다고 보고했고, 당뇨병환자를 대상으로 한 심(1984)의 연구에서도 내적성향의 점수가 높을수록 자가간호 이행정도가 높다고 보고하였다. 고혈압환자를 대상으로 한 홍(1985)과 이(1985)의 연구에서도 내적 통제위성격의 점수가 높을수록 치료를 위한 간호수행을 잘 하고 있음을 나타내었다. 서울시 일개 은행에 근무하는 직원을 대상으로 연구한 김(1985)의 연구에서는 내적 성향과 타인의존적 성향이 예방적 건강행위와 유의한 상관관계가 있음을 나타내어, 건강이 스스로의 노력에 의해 좌우된다고 믿을수록, 그리고 영향력있는 타인에 의해 좌우된다고 믿을수록 예방적 건강행위의 실천정도가 높음을 나타내었다. 농촌주민을 대상으로한 조와 장(1982)의 연구에서는 예방적 건강행위는 학력과 개인위생실천정도가 통계학적으로 유의한 상관관계가 있다고 하였고, 질병예방 행동은 연령과 상관관계가 있다고 하였다.

이상의 문헌고찰을 통해 연구가 이론적 기틀로 다음과 같은 모형을 제시하였다(그림 1).



<그림 1> 본 연구의 측정변수 모형

Ⅲ. 연구방법

1. 연구설계

본 연구의 설계는 건강행위와 관련된 변수들의 기능적 관계를 알아보기 위한 서술적 상관관계연구이다.

2. 연구대상

충남에 거주하고 있는 20세 이상의 지역사회주민을 모집단으로 하여 아래 기준에 의하여 비확률 표출방법인 편의표출한 122명을 대상자로 하였다.

선정기준 : 20세 이상의 의식장애가 없는 사람

본 연구의 목적을 이해하고 연구에 참여할 수 있는 사람

3. 연구도구

연구도구는 구조화된 질문지를 사용하였으며, 내용은 일반적 특성 9문항, 성격에 대한 18문항, 건강행위에 대한 32문항으로 총 59문항으로 구성되었다.

1) 다차원건강통제위척도

Wallston과 Wallston(1978b)에 의해 개발된 다차원건강통제위척도의 Form A 와 Form B 중 신뢰도 수준이 높게 나와 있는 Form A의 18문항을 택하여 사용하였고 (Form A : IHLC, 0.767 ; PHLE, 0.673 ; CHLC, 0.753 ; Form B : IHLC, 0.710 ; PHLC, 0.715 ; CHLC, 0.691) 이 도구의 내용은 내적 성향(Internal, IHLC), 타인의존적 성향(Powerful Others, PHLC), 및 우연성향(Chance, CHLC)의 3가지 하위척도로 대상자가 동의-비동의 연속선상에 응답하도록 Likert Type의 5점척도로 되어 있는데 6점척도로 측정시 중간부분의 강도의 차이가 아주 비슷하여 대상자로 하여금 정확한 답을 하는데 혼동을 가져올 수 있기 때문에(Polit & Hungler, 1983), 본 연구에서는 절대긍정에 5점, 절대부정 1점을 주는 5점척도로 점수화하여 사용하였고 각각의 하위척도에서 얻어진 점수가 높을수록 측정하려는 성향이 높음을 나타낸다. 본 연구에서 문항의 내적 일관성을 보기 위해 Cronbach, α 신뢰도 분석방법을 사용한 결과 IHLC의 Cronbach, α =.69, PHLC의 Cronbach, α =.64, CHLC의 Cronbach, α =.68을 각각 나타냈다.

2) 건강행위척도

조(1983)가 문헌과 조사연구를 통해 개발한 건강행위

측정설문지를 사용하였는데 이 도구는 대상목표와 행동목표로 세분화되어 개인의 치료, 예방, 개발행위에 관한 12문항, 가족의 치료, 예방, 개발행위에 관한 12문항, 지역사회 예방, 개발행위에 관한 8문항 등 총 32문항으로 구성되어 있다. 각각의 문항은 각 내용에 대해 실제로 행하고 있는 정도와 필요하다고 느끼는 정도에 따라 절대 긍정에서 절대부정에까지 5단계의 Likert 척도법을 이용하였고 조는 그의 연구에서 반분법에 의한 신뢰도 검사 결과는 $r=.78$ 이었고, 내적 일관성에 의한 신뢰도 검사 결과는 Cronbach, α =.85를 나타냈다. 본 연구에서는 Cronbach, α =.78을 나타냈다.

4. 자료수집방법

자료수집기간은 1988년 3월2일부터 1988년 3월11일까지 공휴일을 제외한 총 9일이었다. 자료수집방법은 본 연구자가 간호학생 4명을 선출하여 그들에게 연구의 목적과 내용, 설문작성법을 설명하고 이해를 확인 후 협조를 얻어 수거하였다.

5. 자료처리 및 분석방법

수집된 자료는 S.P.S.S.에 의해 전산통계 처리하였다.

분석방법으로는 일반적 특성은 실수와 백분율을 구하였고, 대상자의 성격과 건강 행위 정도를 알아보기 위해 실수와 백분율을 구하고 해당된 점수에 의해 제변수의 총점수를 산출하였다. 건강통제위척도와 건강행위와의 관계와 건강통제위척도수간의 관계를 알아보기 위해 Pearson Correlation Coefficient를 사용하였고 건강행위와 일반적 특성은 t-test와 Analysis of Variance를 사용하였다.

6. 연구의 제한점

본 연구의 모집단은 충남 일부 주민만이 대상이므로 본 연구의 결과를 우리나라 다른 모집단이나 확대 해석할 때는 신중을 기할 필요가 있다.

Ⅳ. 연구의 결과 및 고찰

1. 대상자의 건강통제위 성격

각 통제위 성격은 최소 6점에서 최대 30점까지의 분포

를 보일 수 있는데 내적 건강통제위는 평균 23.361점 표준편차 2.300이고 최소 16점에서 최대 29점까지 분포되어 있어 3가지 성향중 가장 높게 나타났다. 타인의존적 건강통제위는 평균 19.041점 표준편차 3.035이고 최소 6점에서 최대 27점이었고, 우연성 건강통제위는 평균 15.361점 표준편차 3.183이고 최소 6점에서 최대 24점으로

가장 낮은 점수의 분포를 나타내었다<표 1>. 이와 같은 순서의 결과는 wallston과 wallston(1978b)이 측정한 다차원 건강통제위 척도의 Normative data인 내적 건강통제의 27.38, 타인의존적 건강통제위 18.44, 우연성 건강통제위 15.52와 같은 경향을 보였다.

<표 1> 건강통제위 성격특성별 평균평점 분포

(N=122)

측정치 구분	평균평점		범위	
	평균	표준편차	최소	최대
내적 건강통제위	23.361	2.300	16.000	29.000
타인의존적 건강통제위	19.041	3.035	6.000	27.000
우연성 건강통제위	15.361	3.183	6.000	24.000

2. 건강행위

건강행위 실천도와 필요성 인식도는 각 32문항에 5점 척도로 최소 1점에서 최대 5점까지 있으므로 합계점수의 최소는 32점에서 최대 160점까지의 분포를 보일 수 있다. 본 연구에서는 건강행위 실천도는 평균 112.844점 표준

편차 14.221, 최소 81점, 최대 150점까지의 분포를 보였고, 건강행위 필요성 인식도는 평균 143.607, 표준편차 11.498, 최소 105점, 최대 160점까지의 분포를 보였으며, 건강행위 실천도에 비해 건강행위 필요성 인식도의 점수가 더 높게 나타났다<표 2>.

<표 2> 건강행위 평균평점 분포

(N=122)

측정치 구분	평균평점		범위	
	평균	표준편차	최소	최대
건강행위실천도	112.844	14.221	81.000	150.000
건강행위필요성 인식도	143.607	11.498	105.000	160.000

3. 건강통제위 성격과 건강행위와의 관계

제1가설인 “주민의 내적 건강통제위 점수가 높을수록 건강행위실천도 점수는 높을 것이다.”는 지지되었다($r=.1344, p<.05$).

제2가설인 “주민의 우연성 건강통제위 점수가 높을수록 건강행위 실천도 점수는 낮을 것이다.”는 지지될 충분한 근거를 갖지 못했다($r=-.0767, p>.05$).

제3가설인 “주민의 내적 건강통제위 점수가 높을수록 건강행위 필요성 인식도 점수는 높을 것이다”는 지지되었다($r=.3373, p<.001$).

제4가설인 “주민의 우연성 건강통제위 점수가 높을수록 건강행위 필요성 인식도 점수는 낮을 것이다.”는 지지될 충분한 근거를 갖지 못했다($r=-.0810, p>.05$).

이상의 결과에서 내적 건강통제위는 건강행위와 유의한 관계를 나타내는데 이는 폐결핵환자를 대상으로 한 최(1983)의 연구, 당뇨병환자를 대상으로 한 심(1984)의 연구, 고혈압환자를 대상으로 한 홍(1985), 이(1985)의 연구와 은행에 근무하는 정상인을 대상으로 한 김(1985)의 연구결과와 일치한다. 그리고 우연성 건강통제위는 심(1984)과 김(1985)의 연구결과와 마찬가지로 건강행위와 유의한 상관관계를 볼 수 없었다<표 3>.

〈표 3〉 건강통제위성격과 건강행위와의 관계 (N=122)

건강통제위 성격	내적건강통제위	우연성건강통제위
건강행위 실천도	.1344*	-.0767
건강행위필요성 인식도	.3373***	-.0810

t p<.05, *** p<.001

· 대상자의 일반적 특성과 건강행위

대상자의 일반적 특성은 〈표 4〉와 같다.

조사된 성별분포는 남자가 50.8%, 여자가 49.2%였고, 연령별로는 20대가 44.3%로 가장 많았으며 동거가족수는 4명이하가 전체에 51.6%를 차지하고 있어 핵가족형태를 이루고 있는 가족이 많았으며, 다음 5-6명이 35.2%였다. 의료보험 가입여부는 가입되어 있다가 88.5%로 많은 사람이 의료보험의 혜택을 받는 것으로 나타났는데 이것은 정부에서 실시하는 농어촌 의료보험 확대실시 정책의 영향이 있는 것으로 사료된다. 교육수준은 고졸이 15.1%로 가장 많았고, 직업은 농업, 어업 종사자가 33.6%로 가장 많이 차지하고 있었으며 다음으로 전문, 기술, 행정관리직이 27.9%였다. 경제수준은 21-40만원이 52.5%이었으며 아픈사람이 있을 경우 제일 먼저 사용하는 의료시설은 약국이 60.7%로 반이상이 약국을 우선적으로 이용하는 것으로 나타났고 조사된 거주지는 군 이하가 74.6%로 대부분을 차지하고 있다.

건강행위와 관련하여 일반적 특성을 살펴보면 먼저 건강행위 실천도에서는 교육수준, 직업, 경제수준, 1차 보건 의뢰방법과 거주지가 통계학적으로 유의한것으로 나타났는데 교육수준에서는 학력이 높을수록 건강행위를

잘실천하는 것으로 나타났는데(F=3.799, P<.05).

이는 조(1982)의 연구결과와 일치하고 있다. 직업에서는 전문, 기술, 행정, 사무직 종사자가 건강행위 실천정도가 높은 반면 농업, 어업, 생산직 종사자는 건강행위실천도가 낮은 편이었다 (F=4.476, p<.001).

경제수준에서는 21-40만원을 중심으로 평균점수가 높아지고 있는데, 다시 말하면 20만원 이하에서 또한 41-60만원, 61만원 이상군에서 건강행위 실천도가 높게 나타났다(F=2.495, P<.05).

제1차 보건의뢰방법에서는 집에 있는 상비약을 사용하는 경우가 건강행위 실천도가 높은 것으로 나타났고, 치료받지않은 경우도 건강행위 실천도가 높은 것으로 나타났으나 1명의 응답이므로 통계학적으로 커다란 의의를 가지지는 못한다 보겠다(F=3.649, p<.05). 거주지에서는 군 이하에서 보다는 시에 거주하고 있는 사람들이 건강행위 실천도가 높게 나타났는데 이는 우리나라의 문화시설이나 편의시설이 시에서 보다 잘 이루어져 있기 때문이라고 사료된다(t=1.98, p<.05).

건강행위 필요성 인식도에서는 성별, 교육수준, 직업이 통계학적으로 유의한 관계가 있는 것으로 나타났는데, 성별에서는 남자가 여자보다 건강행위 필요성 인식도가 높으며(t=1.24, p<.05) 이는 여성에 비해 남성이 사회활동이 많은 반면 오히려 자신의 건강을 돌볼 수 있는 기회가 적기 때문인 것으로 생각된다.

교육수준에서는 학력이 높을수록 건강의 필요성 인식도가 더 높았으며(F=2.953, p<.05) 직업에서는 전문, 기술, 행정관리직, 사무직 종사자가 건강행위 필요성 인식도가 더 높은 반면 농업, 어업, 생산직 종사자는 건강행위 필요성 인식도가 낮은 것으로 나타났다 (F=2.789 p<.05) 〈표 4〉.

〈표 4〉 대상자의 일반적 특성과 건강행위와의 관계

일반적 특 성	구 분	실수(백분율)	건강행위실천도			건강행위 필요성 인식도		
			평균	표준편차	t or F	평균	표준편차	t or F
			성 별	남	62 (50.8)	113.03	13.81	143.62
여	60 (49.2)	112.65	14.74	143.58	12.16			
연 령	20~29세	54 (44.3)	114.07	1.23	144.87	1.26	F = 1.963	
	30~39세	18 (14.8)	117.89	5.04	147.33	3.73		
	40~49세	32 (26.2)	110.41	2.44	140.09	3.51		
	50~59세	18 (14.8)	108.44	4.40	142.33	1.27		

동거하고 있는 가족 수	4명이하	63 (51.6)	113.79	3.49	F = .518	144.73	3.11	F = .483	
	5~6명	43 (35.2)	112.12	.73			141.98		1.63
	7~8명	14 (11.5)	112.36	.49			143.50		.11
	9명이상	2 (1.6)	102.00	10.84			144.00		.39
의료보험 가입여부	있다	108 (88.5)	112.96	14.18	t = 1.12	143.99	10.70	t = 2.41	
	없다	14 (11.5)	111.92	14.99			140.64		16.63
교육수준	국졸	23 (18.9)	106.13	6.71	F = 3.799*	138.48	5.13	F = 2.953*	
	중졸	17 (13.9)	108.29	4.55			140.71		2.90
	고졸	55 (45.1)	114.85	2.01			145.24		1.63
	대졸이상	27 (22.1)	117.33	4.41			146.48		2.87
직업	전문기술·행정 관리직	34 (27.9)	118.06	5.21	F = 4.476***	145.38	2.28	F = 2.789*	
	사무직	18 (14.8)	115.56	2.71			148.33		4.73
	판매직	19 (15.6)	115.68	2.84			143.26		.34
	서비스직	4 (3.3)	117.75	4.91			147.50		3.89
	농업·어업	41 (33.6)	103.14	9.71			139.62		3.99
	생활직·운수장비 생활직	6 (4.9)	103.83	9.01		103.83	131.33		12.27
경제수준	20만원이하	24 (19.7)	111.68	1.16	F = 2.495*	145.00	1.39	F = .994	
	21~40만원	64 (52.5)	109.72	3.13			142.22		1.33
	41~60만원	23 (18.9)	118.17	5.33			147.35		3.74
	61만원이상	11 (9.0)	119.18	6.34			141.64		1.97
1차보건 의료방법	병원, 보건소	29 (23.8)	111.72	1.12	F = 3.864*	143.41	.19	F = 1.552	
	약국	74 (60.7)	111.36	1.48			142.51		1.09
	상비약(집)	18 (14.8)	118.67	5.82			147.56		3.95
	치료받지않음	1 (0.8)	150.00	37.16			159.00		15.39
거주지	시	31 (25.4)	117.16	11.70	t = 1.98*	146.00	13.26	t = 1.35	
	군 이하	91 (74.6)	111.37	14.75			142.79		10.79

* P < 0.05 *** P < .001

5. 제변수간의 상관관계

〈표 5〉 건강통제위 제변수간의 상관관계

(N=122)

건강통제위 성격	내적 건강통제위	타인의존적 건강통제위	우연성 건강통제위
내적 건강통제위	1.0000	-.0010 (p=.496)	-.1500* (p=.050)
타인의존적 건강통제위		1.0000	.1379 (p=.065)
우연성 건강통제위			1.0000

* p < .05

다차원 건강통제위 성격 3척도간의 관계를 살펴보면 내적 건강통제위는 우연성 건강통제위와 유의한 역관계가 있는 것으로 나타났고($r = -.1500, p < .05$) 타인의존적 건강통제위도 $r = -.0010$ 로 역관계를 나타내고 있으나 통계학적으로 유의하지는 않았다. 그리고 타인의존적 건강통제위와 우연성 건강통제위와의 관계는 $r = .1379$ 로 순상관틀 보이고 있다. 이와 같은 결과는 Wallston과 Wallston (1978b)의 결과와 일치하며 건강통제위가 크게 내적 건강통제위와 외적 건강통제위로 나뉘고, 다시 외적 건강통제위를 타인의존적 건강통제위와 우연성 건강통제위로 구분하였기 때문이라고 생각된다.

V. 결론 및 제언

본 연구는 충남 일부주민을 대상으로 건강행위에 영향을 미치는 요인으로 건강통제위 성격과의 관계를 파악함으로써 대상자로 하여금 보다 나은 건강행위를 하게 하기 위한 간호계획을 세우는데 유용한 과학적 기초자료를 제공하기 위해 시도하였다.

연구의 대상자는 충남에 거주하고 있는 주민 122명을 대상으로 하여 1988년 3월 2일부터 1988년 3월 11일까지 공휴일을 제외한 총 9일이었다. 연구도구는 건강통제위 성격에 대해 Wallston과 Wallston이 개발한 다차원 건강통제위 성격척도를 번역 수정한 것을 사용하였고 건강행위는 조원정이 개발한 건강행위척도를 사용하였으며 수집된 자료는 S.P.S.S를 이용하여 백분율, Pearson Correlation Coefficient, t-test와 Analysis of Variance의 통계방법으로 분석하여 다음과 같은 결과를 얻었다.

1. 건강통제위 성격과 건강행위와의 관계

- 1) 제1가설인 "주민의 내적 건강통제위점수가 높을수록 건강행위 실천도 점수는 높을 것이다."는 지지되었다 ($r = .1344, p < .05$).
- 2) 제2가설인 "주민의 우연성 건강통제위 점수가 높을수록 건강행위 실천도 점수는 낮을 것이다."는 지지될 충분한 근거를 갖지 못했다 ($r = -.0767, p > .05$).
- 3) 제3가설인 "주민의 내적 건강통제위점수가 높을수록 건강행위 필요성 인식도 점수는 높을 것이다."는 지지되었다 ($r = .3373, p < .001$).
- 4) 제4가설인 "주민의 우연성 건강통제위 점수가 높을수록 건강행위 필요성 인식도 점수는 낮을 것이다."는 지지될 충분한 근거를 갖지 못했다 ($r = -.0810, p > .05$).

2. 대상자의 건강통제위 성격과 건강행위

각 성향마다 6-30점 까지의 분포를 나타낼 수 있는 건강통제위 성격은 본 연구에서는 내적 건강통제위가 23.36, 타인의존적 건강통제위가 19.04, 우연성 건강통제위가 15.36의 평균점수를 나타내어 내적 건강통제위 점수가 가장 높았고 다음 타인의존적 건강통제위, 우연성 건강통제위 순이었다.

건강행위는 실천도와 필요성 인식도에서 각 32-160점 까지의 분포를 나타낼수 있는데 실천도는 112.84, 필요성 인식도는 143.60의 평균점수를 나타냈다.

3. 일반적 특성과 건강행위와의 관계

건강행위 실천도와 관계있는 변수로는 교육수준, 직업, 경제수준, 제1차 보건의료 방법과 거주지였고, 건강행위 필요성 인식도와 관계있는 변수로는 성별, 교육수준, 직업이었다.

이상의 결과를 바탕으로 다음과 같은 제언을 하고자 한다.

- 1) 본연구는 건강행위와 관련하여 건강통제위 성격이 어떠한 관계가 있는지를 알아보고자 시도했던 서술적 상관관계 연구인데, 내적 통제위화 훈련을 적용하였을 때 건강행위의 변화에 대한 효과를 파악할 수 있는 실험연구 또는 유사실험연구가 필요하다.
- 2) 내적 통제위화 시킬 수 있는 전략의 연구가 필요하다.
- 3) 건강행위에 영향을 미치는 다른 변수를 계속적으로 파악할 필요가 있겠다.

참 고 문 헌

김명훈, 심리학, 서울: 박영사, 1977.
 김수지, "간호학 이론", 간협신보, 10월 30일, 4면, 1980.
 김수지, "사회학습 이론", 간협신보, 12월 2일, 4면, 1982.
 김정희, "예방적 건강행위와 건강통제위 성격성향과의 관계에 대한연구." 대한간호학회지, 제 15권, 제2호, 49-61면, 1985.
 박종기, 한국인의 보건문제와 대책(II), 서울: 한국개발 연구원, 1977.
 손영희, "일부 서울지역주민의 건강에 대한 지식, 태도 및 건강관리 실천에 관한 조사연구", 국립의료원 간접논문집, Vol. 4, 1983.

- 심영숙, "당뇨병환자의 건강통제위 성격특성과 자가 간호행위와의 관계분석 연구". 석사학위논문, 연세대학교 교육대학원 간호교육전공, 1984.
- 이영휘, "본태성고혈압 환자의 건강지식 및 건강통제위 성격과 치료이행과의 관계연구", 석사학위논문, 연세대학교 대학원, 1985.
- 이정자, "일부 도시노년여성의 개인위생에 대한 지식과 실천에 관한 조사연구". 석사학위논문, 연세대학교 교육대학원 간호교육전공, 1983.
- 전정자, "일부 농촌지역의 상병 및 건강행동에 관한 연구," 월간간호, Vol.10, 1981.
- 정범모, 교육과 교육학, 서울 : 배영사, 1968.
- 조원정, "건강행위에 대한 성인지각의 실증적 연구", 박사학위논문, 연세대학교 대학원, 1983.
- 조원정, 장은희, "농촌 지역사회주민의 예방적 건강생활의 실천에 관한 조사연구", 대한간호, Vol.21, No.4, 47-64면, 1982.
- 최영희, "지리적 간호중재가 가족지행위와 환자 역할행위에 미치는 영향에 관한 연구", 박사학위논문, 연세대학교 대학원, 1983.
- 홍은영, "고혈압환자의 조절위성격 및 건강신념과 환자 역할 행위의행과의 관계연구", 중앙의학, Vol.49, No. 1, 51-61면, 1985.
- Arakelian M. "An Assessment and Nursing Application of the Concept of Locus of Control", *Advances Nursing Science*, Vol.3, No.1, pp.25-42, 1988.
- Braithwaite J.D. & Morton B.G., "Patient Education for Blood Pressure control", *The Nursing Clinics of North America*, Vol.16, No.2, 1981.
- Cattell, R.B, *Personality: A systematic, Theoretical and Factual study*, New York : McCraw Hill, 1950.
- Hallal J.C "The Relationship of Health Belief, Health Locus of Control and self concept to the Practice of Breast Self-Examination in Adult Women", *N. R.* Vol.31, No.3, pp.137-142, 1982.
- Hochbaum G., "Why people seek Diagnostic X-Rays," *Public Health Reports*, Vo l. 71, No.4, 1954.
- Kasl S.V. Cobb S. "Health Behavior, Illness Behavior and Sick Role Behavior", *Archives of Environmental Health*, Vol.12, Feb. pp.246-266, 1966.
- Kegeles S.S., "Some Motives for Seeking Preventive Dental Care," *Journal of the American Dental Association*, Vol.67, No.7, pp 90-98, 1963.
- Lenz E.R. "Information seeking : A Component of Client Decisions and Health Behavior", *Advanced in Nursing Science*. Vol.6, No.3, pp.68-91, 1984.
- Levenson H. "Multidimensional Locus of Control in Psychiatric Patients", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol.41, No.3, pp.397-404, 1973.
- Levenson H. "Activism and Powerful Others : Distinctions with in the concept of Internal-External Control", *Journal of Personality Assessment*, Vol.38, pp.377-383, 1974.
- Lowery B.J. "Misconceptions and Limitations of Locus of Control and I-E Scale", *Nursing Research*, Vol. 38, No.5, pp.294-299, 1981.
- Lowery B.J. Ducette J.P., "Disease-Related Learning and Disease Control in Diabetes as a Function of Locus of Control", *Nursing Research*, Vol.25, No.5, pp.356-362, 1976.
- MacDonald A.P. "Internal-external locus of control : A promising rehabilitation variable," *Journal of Counseling Psychology* Vol.71, pp. 111-116, 1971.
- Mikbail B. "The Health Belief Model : A Review and Critical Evaluation of the Model, Research and Practice", *Advanced in Nursing Science*, Vol.1, No.1, pp.65-82, 1981.
- Phares E.J., *Locus of control in Personality* (Morristown: General Learning Press, 1976.
- Phares E.J. Laniell J.T. "Relationship of Internal-External Control to Defensive Preferences", *Journal of Personality and Social Psychology*, Vol.42, No.6, pp.872-878, 1974.
- Polit D. Hungler B. *Nursing Research*, 2nd ed, Philadelphia : J.B. Lippincott Co, pp.326-330, 1983.
- Rosenstock I.M. *Historical Origins of the Health Belief Model*, ed. M.H. Becker, *The Health Belief Model and Personal Health Behavior*, Thorofare : Charles B. Slack Inc., 1974.
- Rotter J.B., *Social Learning and Clinical Psychology*, Englewood Cliffs : Prentice Hall, 1954.
- Rotter J.B. & Mulry R.C. "Internal versus external control of Reinforcement and Decision Tome", *Journal of Personality and Social Psychology*, Vol.2, No.4, pp.598-6044, 1965.
- Suchman E.A. "Health Attitudes and Behavior", *Arch-*

views of Environmental Health, Vol.20, No.1, pp.105-109, 1970.

Wallston B.S Wallston K.A. "Locus of Control and Health : A Review of the Literature", *Health Education Monographs* Apr. pp.107-117, 1973.

Wallston K.A & Wallston B.S. "Developmental of the Multidimensional Health Locus of Control(MHLC) Scales", *Health Education Monographs*, Vol.6, No.2 pp.160-170, 19

Wallston B.S., Wallston K.A., Kaplan G.D., Maides S. A., "Development and Validation of the Health Locus of Control Scale", *Jouranal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol.44, pp.580-585, 1976.

- Abstract -

A study on the relationship between Health Locus of Contral and Health behavier of residents in Choong Nam Province

*Lee, young whee**

This descriptive-correlational study was undertaken in order to examine if there was relationship between health locus of control and health behavior of 122 residents in Choong Nam Province.

The sampling mehtod was non-probability, conventent sampling technique. Questionnaire survey was conducted from March 2 to March 11, 1988.

Each participant completed the Multidimensional Health Locus of control(MHLC) scale (Wallsten & Wallston, 1978) and Health Behavior scale (developed by Dr. cho)

The collected data were analyzed using Peason Correlation coefficient, t-test and Analisis of Variance.

The results were as follows :

1. Hypothesis 1, stating that the higer the score of internal health locus of control, the higher the Score of level of actual implementation of health behavior was supported($r=.1344$, $p<.05$).
2. Hypothesis 2, stating that the higher the score of chance health locus of control, the lower the score of level of actual implementation of health behavior was not supported ($r=-.1344$, $p>.05$).
3. Hypothesis 3, stating that the higher the score of internal health locus of control, the higher the score of the level of perceived importance of health behavior was supported ($r=.3373$, $p<.001$).
4. Hypothesis 4, stating that the higher the score of chance health locus of control, the lower the score of level of perceived importance of health behavior was not supported ($r=-.0810$, $p>.05$).
5. The mean score of internal was 23.36, powerful others was 19.04 and chance 15.36 out of maximum range of 6-30 respectively. The mean score of level of actual implementation of health behavior was 112.84 and level of perceived importance of health behavior 143.60 our of maximum range of 32-160 respectively.
6. The variances which were related with the level of actual implementation of health behavior, were education level, occupation, economic status, referred method of primary health,managemet, and resicent's place.

And the variance which were related with the level of perceived impertance of health behavior were sex, economic status and occupation.

* Hyejeon Junior College.