

농촌 중년여성의 건강행위와 관련요인

경북대학교 보건대학원

김귀진, 박재용*, 한창현

Middle-aged Women's Health Behavior and Its related Factors in Rural Area

Kwi-Jin Kim, Jae-Yong Park*, Chang-Hyun Han

Graduate School of Public Health, Kyungpook National University

= ABSTRACT =

This study was conducted to identify the health behavior of middle-aged rural women and the factors that have an effect on them. For the purpose of the study, examinations were made from March 01, 2000 to March 31, 2000 with 468 women aged 40 to 64 out of 2,263 people whom four Primary Health Posts located in Yechon County, Kyongsangbuk-do Province, are in charge of. The results are summarized as follows.

17.5% of the subjects responded that the extent of their own interest in health were high. For the subjects having a chronic disease, a nuclear family, or an open family atmosphere, the extent appeared to be relatively higher. 15.4% responded that the extent of family's interest in their health was high. It was significantly high if the extent of education was high or if the family atmosphere was open.

The subjects' average score of self-efficacy was 49.9 out of 68. The score significantly varied depending on religion, education, living together with a spouse or not, and the extent of the subjects' interest in health. The family pattern, family atmosphere, family's interest in the subjects' health were the variables that significantly influenced the self-efficacy. The average score of family function was 5.51 out of 10.

The score significantly varies depending on age, education, occupation, financial status, the extent of the subjects' own interest in health, family atmosphere and family's interest in the subjects' health.

In the practice of health behavior, the nonsmoking rate was 89.5%, the nondrinking rate 63.0%, the rate of exercising practice 6.6%, the rate of normal sleeping 75.6%, the rate of eating breakfast

* 교신저자: 대구광역시 중구 동인동 2가 101, 전화: 053-420-6965, E-mail: parkjy@kyungpook.ac.kr

2 농촌 중년여성의 건강행위와 관련요인

91.7%, the rate of not eating between meals 18.2%, and the standard BMI 69.2%. In the frequency of health behavior, the subjects with the Breslow Index of 0-3, 4-5 and 6-7 accounted for 4.5%, 53.2%, and 42.3%, respectively. The average score of health behavior was 5.20 out of 7, in which significant variables were living together with a spouse or not, financial status, absence or presence of a chronic disease, and family atmosphere.

In the multiple regression analysis with health behavior as a dependent variable, it was shown that living together with a spouse or not, financial status, and family atmosphere were the significantly substantial variables. The subjects were found to do health behavior well if they had not a spouse, a good financial status, or an open family atmosphere. They were also found to do health behavior well if the extent of self-efficacy was high or if the extent of family function was low, but these were not the significant variables.

It is needed to develop a standard measuring tool fit for our environment and perform more studies in the future because the measuring tool used in this study was a tool developed in a foreign country. In promoting community health projects, it is required not to provide all community people with a uniform health program but to identify the health behavior of individuals and other variables such as living together with a spouse or not, financial status and family atmosphere before arranging for a proper health program.

KEY WORDS: Rural, Middle-aged women, Health behavior

서 론

중년여성은 인생주기로 볼 때 40세에서 64세로 그 어느 주기보다도 많은 경험과 사건을 겪게되며, 인생 전체의 비중으로 볼 때, 성숙기에 따르는 결실단계로서 자기 자신에 대해서 가치관이 재정립되고 생활노 안정되어 자아실현이나 신상의 욕구가 증가하는 시기라 할 수 있다(이행옥, 1992).

오늘날은 보건의료의 과학화, 의료기술의 발달 및 생활수준의 향상으로 중년이후의 평균여명도 길어지고 있으며 그 시기에 건강하게 장수하고자 하는 대상인구의 요구가 더 높아지고 있어 중년 여성층에서 야기되는 신체적, 정신적 및 사회적 문제들을 과소 평가할 수 없게 되었다. 즉, 사망률이나 이환율 감소만이 아니라 일상의 건강상태

를 양호하게 유지·증진하는 것에 더 큰 비중을 두게 되었다. 또 종체적 건강상태 유지를 통해 최상의 안녕상태를 누리려는 요구는 점점 더 증가하는 경향이다. 특히, 최근에 와서는 급성질염성 질병에서 만성적이고 비전염성질병으로의 질병양상의 변화, 건강에 대한 의식의 변화와 더불어 건강관리비용의 상승 그리고 자가 건강관리에 대한 새로운 인식 등 질병예방이나 건강증진행위를 통한 자신의 건강수준을 향상시키기 위한 일련의 건강관련 행위에 대해 중년여성들도 관심을 갖기 시작했다.

건강행위란 질병의 치료와 예방을 위한 행위로부터 보다 나은 자아를 유지, 증진하고 활성화시키기 위한 능동적이고 주체적인 자아건강관리 및 자가관리 활동에 이르는 생명에 관련된 종체적

행위를 말한다. Pender(1986)는 건강증진행위를 “건강한 생활양식을 증진시키기 위한 개인적 또는 지역사회의 활동으로써 안녕(well-being)의 수준을 높이고, 자아실현(self-actualization), 개인적인 만족감(personal fulfillment)을 유지하거나 높이기 위한 방향으로 취해지는 활동”으로 정의하고 있다. 이러한 건강증진행위의 목적은 건강수준을 높이기 위하여 개개인이 생활방식의 변화를 일으킴으로써 얻어지는데, 이것은 인간의 건강에 대한 행위와 태도변화에 영향을 미칠 수 있는 요인들을 규명하는 작업으로부터 그 접근이 가능해진다. Pender(1986)는 건강증진모형(Health Promotion Model)을 제시하면서 건강증진행위 수행에 영향을 주는 요인으로 인지·지각적요인인 건강의 중요성 인지, 건강통제위 인지, 자기효능감, 선강개념, 시각된 선강상태, 선강증진행위에 대한 지각된 유의성과 건강증진행위에 대한 지각된 장애성이 중요하다고 하고, 이들 각각의 변수가 건강증진행위의 가능성(건강증진행위 실천가능성)에 영향한다고 설명하고 있다. 여기서 인지·지각요인(individual perception)에 영향을 주는 요인으로는 조정요인(modifying factor)을 들고 있는데, 이 요인의 중요변수로는 인구학적특성, 생물학적특성, 대인관계영향, 상황적 요인 및 행동적 요인으로 설명하고 있다.

지금까지의 건강증진행위의 수행가능성에 대한 연구에서는 자기효능감의 영향을 인정하고 있어 (이영희, 1992; 오현수, 1993; 구미옥, 1994; 오복자, 1994; 서연옥, 1995; 염순교, 1996) 중년기 여성의 건강증진행위 수행에도 자기효능감이 영향 할 것으로 생각된다. 자기효능이란 바람직한 결과를 얻기 위해 필요로 하는 행위를 자신이 성공적으로 수행할 수 있다고 믿는 신념(오현수, 1993)으로 자신의 직접적인 성취경험과 대리경험, 언어적 설득과 생리적 상태에 대한 정보에 의해 결정

되며, 자기효능은 인간의 행동방식, 사고유형 및 정서반응에 영향을 미쳐 자기효능에 따라 나타나는 행위가 달라지게 된다고 한다. 최근에 이르러 인간행위를 설명하려는 자기효능개념이 건강관련 영역에서도 널리 적용되고 있는데, 자기효능은 신체활동을 유지하고 선택하는 행위에서 중요한 중재인자이며, 건강증진행위악도 밀접하게 관련된다 (Bandura, 1977). 또 당뇨환자를 대상으로 연구한 구미옥(1994)은 자기효능이 자가간호행위에 가장 큰 영향을 미치는 변수라고 지적을 하였고, 추후 관리를 받고 있는 위암환자 169명을 대상으로 한 오복자(1994)는 건강증진행위에 자기효능, 자아존중감 및 지각된 장애성이 유의한 영향요인으로 확인되었다고 하였으며, 또한 71명의 고혈압환자를 대상으로 한 이영희(1992)는 자기효능은 고혈압환자의 사사간호행위와 유의한 상관관계가 있다고 하였다. 그리고, 오현수(1993)는 관절염환자를 대상으로 한 연구에서 자기효능이 건강증진행위 설명변수 중에서 가장 중요한 변수임을 입증하여 자기효능의 건강증진행위 요인을 강조하였다.

건강증진행위와 관련된 연구는 지금까지 Pender(1986)의 모형이 주로 사용되어 왔는데, 1972년에 개발된 Breslow의 건강행위 측정도구를 사용하여 이와 관련된 요인을 분석한 보고는 거의 없었다. Breslow(1983)는 건강증진을 질적·양적으로 충분한 삶의 가능성을 향상시키는 모든 수단들로서 해부학적, 생리학적, 화학적, 면역학적, 유전학적, 행동과학적인 지표들을 강화하는 것을 의미하였으며, 매일 행하는 건강과 관련된 생활양식이 건강상태나 사망률, 수명에 영향을 미친다고 하였다. 건강습관과 건강과의 관계를 규명한 1972년부터 보고된 일련의 Alameda 조사 (Belloc과 Breslow, 1972; Breslow와 Enstrom, 1980)에서 좋은 건강행위로는 적당한 운동, 7~8

4 농촌 중년여성의 건강행위와 관련요인

시간의 수면, 적정한 체중조절, 금연, 적당한 음주, 아침식사 섭취, 식간의 간식금지라고 하였다.

우리나라 지역보건법 및 농어촌 보건의료를 위한 특별조치법에 의거 보건소, 지소 및 보건진료소에서 농어민 보건의료를 텁팅힘에 있어서 특수 질병 예방이나 암 검진사업과 같은 특수상황에 있는 건강관리가 주를 이루고 있으나 1995년에 제정된 국민건강증진법에 의한 건강증진 프로그램의 운영은 미흡한 상태에 있다. 또 보건의료행위 수행을 건강증진과 관련하여 연구하기 시작한 것도 최근에 보고되고 있으며, 가임기가 지난 중년기 여성을 대상으로 한 건강증진행위와 관련된 요인 보고도 아직은 미흡한 상태에 있고, 특히 Breslow(1972)의 건강행위와 관련된 요인분석은 거의 없었는데, 가족구성원으로서 중년기 여성관련 연구는 그 필요성이나 중요성에 비해 미흡한 실정이다.

이와 같은 점을 고려해 볼 때, 사회 심리학적 요인들이 건강증진행위에 중요한 영향을 미칠 수 있으나, 행위는 개인이 경험한 문화와 그가 속한 사회에 따라 상당히 다르므로, 본 연구의 목적은 농촌지역의 중년기 여성의 건강행위와 이와 관련된 요인을 파악하여 중년기 여성의 건강증진 프로그램 개발 및 수행에 도움이 되는 기초자료를 얻고자 하는 것이다.

대상 및 방법

본 연구는 경상북도 예천군 관내 4개 보건진료소의 담당인구 총 2,263명 중 40세 이상 64세까지의 여성인구 511명 전원을 조사대상으로 하여 2000년 3월 1일부터 3월 31일(1개월간)까지 조사하였다. 조사는 사전 교육받은 담당 보건진료원 4명과 조사원 1명이 대상 여성의 진료소를 방문했을 때나 가정방문을 통해 설문지를 기록케 하거

나 면접으로 설문지를 작성하였다. 조사결과 468명(응답률 91.6%)이 설문에 응하였다.

설문지 내용은 대상자의 개인적 특성 8문항, 가족특성 4문항, 대상자의 건강행위 7문항, 자기 효능감 17문항, 가족기능도 5문항 등 총 41문항으로 구성하였다. 개인적 특성은 혈령, 종교, 교육정도, 배우자동거유무, 직업, 경제상태, 만성질환유무, 본인의 건강관심도 등으로 구성하였고, 가족 특성은 농거가족수, 가족형태, 가족분위기, 가족의 건강관심도 등이었으며 가족형태는 1, 2세대만이 거주하는 핵가족과 그 외 가족원이 있는 경우는 대가족으로 분류하였다. 가족분위기는 자유롭고 개방적(개방형), 엄격하고 보수적(보수형), 개방과 보수의 혼합형(경우에 따라서 달라짐)으로 구분하였고, 본인의 건강관심도는 자신이 자신에 대한 건강관심도를 말하며 가족의 건강관심도는 가족들이 자신(농촌여성)의 건강에 대한 건강관심도를 말한다.

건강행위 측정도구는 Belloc과 Breslow(1972)의 건강행위측정도구 7문항을 이용하였으며, 각 문항을 0점 또는 1점으로 점수화하여 최저 0점에서 최고 7점으로 점수가 높을수록 건강행위 수행 정도가 높음을 의미하며, 0~3점은 좋지않음, 4~5점은 보통, 6~7점은 좋음으로 3단계로 재분류하였다.

자기효능감측정도구는 Sherer 등(1982)에 의해 개발된 자기효능척도(self-efficacy scale) 중 일반적 자기효능도구(general self-efficacy scale; GSES)로써 총 17문항이며, Likert 형태의 질문지로 구성되어 있으며 긍정적인 문항은 6문항으로 “기의 그렇지 않다”에 1점, “항상 그렇다”에 4점, 부정적인 문항은 11문항으로 역으로 환산하였다. 본 도구는 최저 17점에서 최고 68점까지이며 일반적 자기효능척도의 Cronbach alpha계수는 0.83이었으며, 총 합계점수가 높을수록 자기효능감이 높음을 나타낸다.

가족기능도를 측정하기 위한 도구는 Smilkstein(1979)에 의해 개발되고 1982년에 그 타당성과 신뢰도가 재평가된(Smilkin, 1982) 가족기능도지수 설문지(Family APGAR Questionnaires)를 사용하였으며, 가족기능에는 5가지 기능으로 분류하여 가족의 도움에 대한 만족도(Adaptability), 가족간의 협력도(Partnership), 가족의 익숙(Growth), 가족간의 애정도(Affection), 가족간의 문제해결을 위한 의지(Resolve)에 따라 5항목으로 나누어 질문하고 이 질문들에 대한 응답을 점수화하였다. 즉 항상 만족하면 2점, 가끔 만족하면 1점, 불만이면 0점의 점수를 부여하여 5항목의 합계를 내었다. 5가지 기능을 합하면 0~10점이 되며 이 합산된 점수가 가족기능도 지수이며 이 지수는 응답자가 가족에 대해 얼마나 만족하는가를 대변해주는 수직인 평가표가 된다.

자료분석은 SPSS/PC+를 이용하였으며 대상자의 개인별특성 및 가족특성과 본인의 건강관심도, 가족의 건강관심도와의 유의성검정은 χ^2 -test를 실시하였고, 대상자의 개인적특성과 가족특성에 따른 자기효능감, 가족기능, 건강행위점수는 평균 및 표준편차를, 건강행위에 영향을 미치는 요인들을 알아보기 위해 다중회귀분석(multiple regression)을 실시하였다.

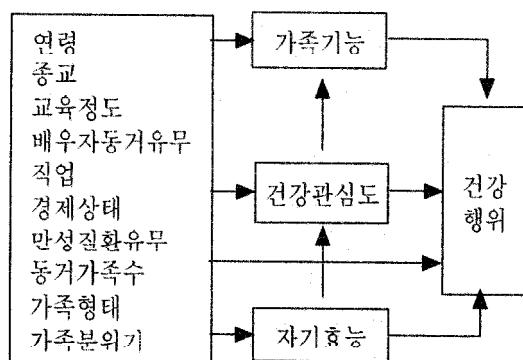


그림 1. 본 연구의 분석틀

이 연구의 모형은 (그림 1)과 같으며 사용된 변수와 내용(측정척도)은 (표 1)과 같다.

결 과

조사 대상자 468명 중에서 40대가 209명으로 44.7%, 50대가 36.5%, 60~64세가 18.8%였고, 종교는 있는 경우가 65.8%였으며, 교육정도는 초등졸 이하가 65.4%였다. 대상자의 88.5%가 배우자와 동거하고 있었고, 농업이 75.2%로 대다수였다. 그리고 월소득이 50~200만원이 78.8%로 대다수였고, 대상자의 41.2%가 만성질환이 있다고 하였다 (표 2). 만성질환 중에는 관절염이 전체 대상자의 18.2%로 가장 많았고 고혈압은 7.5%였다(표 3).

대상자들의 본인의 건강에 대한 관심도는 17.5%가 높다고 하였고 17.1%는 낮다고 하여 비슷하였으며, 65.4%는 보통이라고 하였다. 자신의 건강에 대한 관심도는 대상자의 일반적 특성에 따라 유의한 관련성을 보이지 않았고, 다만 만성질환의 유무에 따라 유의한 관련성이 있었다. 즉, 만성질환이 있는 경우는 23.8%가 자신의 건강에 대한 관심도가 높다고 하였으나 만성질환이 없는 경우는 13.1%만이 관심도가 높다고 하였다. 본인 건강에 대한 가족들의 관심도는 15.4%가 높다고 하였고 26.1%는 낮다고 하였다. 이는 교육정도에 따라 유의한 관련성을 보였는데, 대체로 교육수준이 높을수록 가족들이 자신의 건강에 관심을 가진다는 비율이 높았다. 만성질환이 있는 경우가 19.2%로 없는 경우의 12.7%보다 가족들의 건강관심도가 높았으나 유의한 차이는 아니었다(표 2).

대상자들의 가족특성은 동거가족이 1~2명인 경우가 57.5%로 가장 많았고, 핵가족이 96.2%로 대부분이었으며, 가족분위기는 59.8%가 개방적이라 하였고 16.7%는 보수적이라 하였다. 가족특성에 따라 본인의 건강에 대한 자신의 관심도를 비

6 농촌 중년여성의 건강행위와 관련요인

표 1. 본 연구에 사용된 변수와 내용(측정척도)

변 수	내용(측정척도)		
건강행위(종속변수)	실 점수		
연령	1: 40-49세 2: 50-59세 3: 60-64세		
종교	0: 무 1: 유		
교육정도	0: 무학 1: 초등졸 2: 중졸 3: 고졸이상		
배우자동거유무	0: 비동거 1: 동거		
직업	(농업/주부:농업=1,주부=0) (사무직·기타/주부: 사무직·기타=1,주부=0)		
경제상태	1: <50만원 2: 50-100만원 3: 100-200만원 4: 200만원		
만성질환유무	0: 없다 1: 있다		
본인의 건강관심도	0: 낮다 1: 보통 2: 높다		
동거가족수	0: 없다 1: 1-2명 2: 3-4명 3: 5-6명		
기족형태	0: 대가족 1: 핵가족		
가족분위기	(개방형/보수형:개방형=1,보수형=0) (혼합형/보수형:혼합형=1,보수형=0)		
가족의 건강관심도	0: 낮다 1: 보통 2: 높다		
자기효능	실 점수		
가족기능	실 점수		

교한 결과 동거가족수가 적을수록 관심도가 높다고 한 비율이 높았으나 유의한 관련성은 없었고, 핵가족이 대가족에서 보다 관심도가 높았고, 개방적인 분위기에서 본인의 건강관심도가 높다고 하여 유의한 관련성을 보였다. 자신의 건강에 대한 가족들의 관심도는 가족분위기에 따라 유의한 관련성이 있었는데, 개방적인 분위기에서 관심도가 높았다(표 4).

자기효능점수는 최대 평점이 68점인데, 평균점수는 49.9점이었다. 연령별로는 40대가 50.2로 가장 높았고, 60세에서 64세 사이가 48.9점으로 가장 낮았다. 종교는 있는 사람이 없는 사람보다 자기효능점수가 높았으며, 학력별로는 중졸군이 51.3점으로 다른 군보다 높았고, 배우자가 있는 사람이 없는 사람보다, 경제상태는 좋을수록 자기효능점수가 높았다. 만성질환유무는 만성질환이

있는 사람이 50.2점, 없는 사람이 49.7점으로 만성질환이 있는 사람이 자기효능점수가 더 높았으나 유의한 관련성은 없었다. 그리고 본인건강에 대한 관심도가 높을수록 자기효능점수가 높았으며, 자기효능점수에 따라 유의한 차이를 보인 항목은 종교, 교육정도, 배우자동거유무, 경제상태, 본인의 건강관심도였다. 가족기능점수는 최대 평점이 10점인데 대상자들의 평균점수는 5.5점이었고, 연령별로는 40대가 5.7점으로 가장 높았고, 60세에서 64세 사이가 4.7점으로 가장 낮았다. 종교는 있는 경우가 없는 경우보다, 학력은 높을수록, 배우자는 있는 경우가 없는 경우보다 높았고, 직업별로는 주부인 경우가 직업이 있는 경우보다 높았으며, 경제상태는 200만원 이상이 6.9점으로 가장 높았고, 본인 건강에 대한 관심도가 높을수록 가족기능점수가 유의하게 높았다.

표 2. 대상자의 개인적 특성에 따른 본인 건강에 대한 관심도

단위: %

대상자수	본인의 건강관심도			가족의 건강관심도			
	인수(%)	높다	보통	낮다	높다	보통	낮다
연령(세)							
40-49	209(44.7)	15.3	65.6	19.1	17.7	56.9	25
50-59	171(36.5)	19.3	66.7	14.0	14.0	62.6	23.4
60-64	88(18.8)	19.3	62.5	18.2	12.5	54.5	33.0
종교							
유	308(65.8)	19.5	64.3	16.2	16.6	59.7	23.7
무	160(34.2)	13.8	67.5	18.8	13.1	56.3	30.6
교육정도							
무학	112(23.9)	14.3	63.4	22.3	7.1	52.7	40.2**
초등졸	194(41.5)	18.6	64.9	16.5	14.9	62.9	22.2
중졸	85(18.2)	18.8	67.1	14.1	15.3	61.2	23.5
고졸이상	77(16.5)	18.2	67.5	14.3	28.6	53.2	18.2
배우자 동거유무							
유	414(88.5)	17.6	66.4	15.9	15.5	58.5	26.1
무	54(11.5)	16.7	57.4	25.9	14.8	59.3	25.9
직업							
농업	352(75.2)	15.9	66.2	17.9	13.4	58.8	27.8
사무직·기타	40(8.6)	12.5	65.0	22.5	22.5	52.5	25.0
주부	76(16.2)	27.6	61.8	10.5	21.1	60.5	18.4
경제상태(단위:만원)							
<50	54(11.5)	20.4	70.4	9.3	14.8	64.8	20.4
50~100	157(33.5)	12.7	65.6	21.7	10.8	59.2	29.9
100~200	158(33.8)	20.9	62.0	17.1	19.6	54.4	25.9
200≤	99(21.2)	18.2	67.7	14.1	16.2	60.6	23.2
만성질환							
유	193(41.2)	23.8	62.7	13.5**	19.2	57.5	23.3
무	275(58.8)	13.1	67.3	19.6	12.7	59.3	28.0
계	468(100)	17.5	65.4	17.1	15.4	58.5	26.1

* p<0.05, ** p<0.01.

8 농촌 중년여성의 건강행위와 관련요인

표 3. 대상자들의 만성질환 빈도

질환명	질환자수	질환자/대상자(%)
당뇨병	20	4.3
관절염	85	18.2
고혈압	35	7.5
간질환	8	1.7
결핵	1	0.2
중풍	2	0.4
기타	42	9.0

표 4. 대상자의 가족특성에 따른 본인건강에 대한 본인 및 가족의 관심도

단위: %

대상자수	본인의 건강관심도			가족의 건강관심도			
	인수(%)	높다	보통	낮다	높다	보통	낮다
동거가족수(명)							
0	15(3.2)	33.3	66.7	-	20.0	73.3	6.7
1-2	269(57.5)	20.1	64.7	15.2	17.5	55.8	26.8
3-4	145(31.0)	12.4	68.3	19.3	12.4	62.1	25.5
5-6	39(8.3)	12.8	59.0	28.2	10.3	59.0	30.8
가족형태							
핵가족	450(96.2)	17.6	66.2	16.2*	15.3	58.2	26.4
대가족	18(3.8)	16.7	44.4	38.9	16.7	66.7	16.7
가족분위기							
개방형	280(59.8)	20.0	67.9	12.1**	20.0	66.4	13.6**
보수형	78(16.7)	16.7	55.1	28.2	11.5	37.2	51.3
혼합형	110(23.5)	11.8	66.4	21.8	6.4	53.6	40.0
계	468(100.0)	17.5	65.4	17.1	15.4	58.5	26.1

* p<0.05, ** p<0.01.

표 5. 대상자의 개인적특성에 따른 자기효능 및 가족기능점수

	자기효능 평균±표준편차	가족기능 평균±표준편차
연령(세)		
40-49	50.19±7.68	5.73±2.44**
50-59	50.05±7.79	5.65±2.68
60-64	48.94±8.34	4.73±2.87
종교		
유	50.59±7.20**	5.63±2.54
무	48.58±8.82	5.29±2.80
교육정도		
무학	48.22±8.52*	4.26±2.74**
초등졸	50.12±7.64	5.68±2.55
중졸	51.26±7.58	6.15±2.55
고졸이상	50.30±7.33	6.22±2.14
배우자 동거유무		
유	50.20±7.86*	5.52±2.67
무	47.65±7.41	5.44±2.41
직업		
농업	50.05±7.58	5.32±2.69*
사무직·기타	51.08±7.28	6.05±2.01
주부	48.61±9.16	6.12±2.55
경제상태(단위:만원)		
<50	47.52±5.73**	5.20±2.14**
50-100	47.73±7.42	4.71±2.57
100-200	50.01±7.24	5.54±2.47
200≤	54.47±8.47	6.90±2.70
만성질환유무		
유	50.19±8.44	5.38±2.80
무	49.71±7.40	5.61±2.51
건강관심도(본인)		
높다	52.02±7.63**	6.78±2.66**
보통	50.29±7.47	5.57±2.44
낮다	46.24±8.32	4.00±2.60
계	49.90±7.83	5.51±2.63

* p<0.05, ** p<0.01.

10 농촌 중년여성의 건강행위와 관련요인

가족기능점수는 연령, 교육정도, 직업, 경제상태, 본인건강에 대한 본인의 관심도가 유의한 설명변수였다(표 5).

대상자들의 가족특성은 동거가족이 3~4명일 때가 50.5점으로 자기효능점수가 가장 높았고 5~6명인 경우가 47.8점으로 가장 낮았다. 핵가족인 경우가 대가족인 경우보다 높았으며, 가족분위기는 개방형이 51.6점으로 가장 높았고, 보수형인 경우 46.5점으로 가장 낮았다. 자신의 건강에 대한 가족의 관심도는 관심도가 높을수록 자기효능점수가 높았으며, 가족특성별 자기효능감점수에서 유의한 차이를 나타낸 항목은 가족형태, 가족분위기, 가족의 건강관심도였다. 가족특성별 가족기능

점수는 동거가족이 3~4명일 때가 6.0점으로 가장 높았고, 5~6명일 때가 5.1점으로 가장 낮았다. 가족형태는 대가족일 경우 5.8점으로 핵가족 5.5점보다 높았고, 가족분위기는 개방적인 경우가 6.5 점으로 가장 높았고, 보수적인 경우가 3.3점으로 가장 낮았으며, 자신의 건강에 대한 가족의 관심도는 관심이 높을수록 가족기능점수가 높았다. 가족특성별 가족기능점수에서 유의한 차이를 나타낸 항목은 가족분위기, 본인건강에 대한 가족의 관심도였다(표 6).

대상자들의 Breslow 건강행위 각각에 대한 실천율은 비흡연율이 89.5%, 비음주율 63.0%, 운동실천율 6.6%, 정상수면율 75.6%, 아침식사율 91.7%,

표 6. 대상자의 가족특성에 따른 자기효능 및 가족기능점수

	자기효능 평균±표준편차	가족기능 평균±표준편차
동거가족수(명)		
0	48.07±5.81	5.73±1.58
1~2	50.00±8.03	5.32±2.74
3~4	50.48±7.53	5.95±2.48
5~6	47.79±8.17	5.10±2.62
가족형태		
핵가족	50.20±7.73**	5.50±2.65
대가족	42.61±7.20	5.83±2.31
가족분위기		
개방형	51.58±7.44**	6.47±2.25**
보수형	46.54±8.40	3.32±2.62
혼합형	48.03±7.28	4.64±2.31
건강관심도(가족)		
높다	51.83±6.59**	7.42±2.28**
보통	50.38±7.74	5.99±2.10
낮다	47.70±8.31	3.33±2.51
계	49.90±7.83	5.51±2.63

* p<0.05, ** p<0.01.

표 7. 대상자의 개인적 특성에 따른 건강행위 실천율

단위: %

	비흡연	비음주	운동실천 ¹⁾	정상수면 ²⁾	아침식사 ³⁾	비간식 ⁴⁾	표준BMI ⁵⁾
연령(세)							
40-49	91.4	63.6	9.6*	79.9**	87.6**	12.4	76.1*
50-59	88.9	59.0	5.3	80.1	93.6	19.8	63.7
60-64	86.4	69.3	2.3	56.8	97.7	28.4	63.6
종교							
유	89.6	61.4	7.4	74.4	91.6	15.9	68.5*
무	80.4	66.3	5.1	78.1	91.0	22.5	70.6
교육정도							
무학	86.6	66.1	3.6**	67.9	97.3**	30.4**	64.3
초등졸	91.8	63.4	3.1	78.9	93.3	16.5	67.0
중졸	85.9	56.5	9.4	78.8	90.6	11.8	70.6
고졸이상	92.2	64.9	16.9	75.3	80.5	11.7	80.5
배우자 동거유무							
유	89.9	64.0	6.8	76.6	92.5	18.1	70.5
무	87.0	55.6	5.6	68.5	85.2	18.5	59.3
직업							
농업	88.1	62.5	5.7*	75.3	95.2**	20.7	68.2
사무직·기타	90.0	80.0	17.5	75.0	80.0	10.0	77.5
주부	96.1	56.6	5.2	77.6	81.6	10.5	69.7
경제상태(단위:만원)							
<50	77.8**	53.7	7.5	57.4**	94.4	18.5	72.2
50-100	86.0	62.4	5.7	68.2	91.7	21.0	69.4
100-200	94.3	67.7	6.9	82.9	92.4	17.7	66.5
200≤	93.9	61.6	7.1	85.9	88.9	14.1	71.7
만성질환유무							
유	86.5*	63.7	6.2	71.5	92.7	24.4*	62.7*
무	91.6	62.5	6.9	78.5	90.9	13.8	73.8
건강관심도(본인)							
높다	90.2	70.7*	11.0	76.8	91.5	18.3	62.2
보통	88.2	58.5	5.9	78.1	92.2	19.0	70.3
낮다	93.8	72.5	5.0	65.0	90.0	15.0	72.5
계	89.5	63.0	6.6	75.6	91.7	18.2	69.2

* p<0.05, ** p<0.01.

주 : 1) 운동 : 정규적 운동을 1주일에 1회 이상 하는 비율.

2) 수면 : 하루에 7~8시간 자는 비율.

3) 아침식사 : 매일 먹는 비율.

4) 간식 : 전혀 안 먹는 비율.

5) BMI(Body Mass Index; kg/m²) 20~24.9 사이의 비율.

12 농촌 중년여성의 건강행위와 관련요인

비간식률 18.2%, 표준 BMI 69.2%였다. 흡연율은 경제상태, 만성질환유무가 유의한 변수였고, 음주여부는 본인의 건강관심도에 의해, 운동실천여부는 연령, 교육정도, 직업, 가족들의 건강관심도에 의해 유의한 영향을 받았으며, 정상수면율은 연령, 경제상태에 의해 영향을 받았다. 정상적인 아침식사율은 연령, 교육정도, 직업에 따라, 간식여부는 교육정도와 만성질환유무에 따라 영향을 받고 BMI는 연령, 종교, 만성질환유무가 유의한 변수였다(표 7, 표 8).

건강행위빈도는 Breslow Index가 0~3점인 군이 45%, 4~5점인 군이 53.2%, 6~7점인 군이 42.3%를 차지하여 대체로 건강행위를 잘 하고 있었으며, 건강행위점수는 최대평점이 7점인데, 평

균점수는 5.20점이었다. 건강행위점수는 연령별로는 40세에서 49세군이 가장 높았고, 60세에서 64세군이 가장 낮았으며, 종교가 없는 군이 5.24점으로 있는 군 5.18점보다 높았다. 교육정도는 초등졸이 5.25점으로 가장 높았고, 배우자와 동거시 5.24점, 직업이 사무직일 때 5.23점으로, 경제상태(월수입)가 200만원 이상일 때가 5.33점으로 다른 군보다 높았으며, 만성질환이 없을 때가 5.29점으로 있을 때인 5.07점보다 높았다. 건강행위 점수에 유의한 차이가 보이는 개인특성 변수는 배우자동거 유무, 경제상태 및 만성질환유무였다(표 9).

대상자들의 가족특성별로는 동거가족이 1~2명인 경우가 5.23점으로 가장 높았으며, 가족형태는 핵가족이 대가족보다, 가족분위기는 개방형이 5.28점

표 8. 대상자의 가족특성에 따른 건강행위 실천율

단위: %

	비흡연	비음주	운동실천 ¹⁾	정상수면 ²⁾	아침식사 ³⁾	비간식 ⁴⁾	표준BMI ⁵⁾
동거가족수(명)							
0	73.3	46.7	-	66.7	86.7	13.3	53.3
1-2	90.3	66.5	4.1	74.0	94.4	20.4	68.4
3-4	89.7	57.9	11.0	80.0	86.2	17.2	73.1
5-6	89.7	64.1	10.2	74.4	94.9	7.7	66.7
가족형태							
핵가족	89.6	63.1	6.9	75.8	91.6	18.2	69.3
대가족	88.9	61.1	-	72.2	94.4	16.7	66.7
가족분위기							
개방형	91.4	66.8	6.8	79.6	92.1	15.7	69.3
보수형	84.6	57.7	5.1	64.1	89.7	28.2	69.2
혼합형	88.2	57.3	7.2	73.6	91.8	17.3	69.1
건강관심도(가족)							
높다	87.5	68.1	16.7**	84.7	90.3	19.4	62.5
보통	88.0	61.3	5.8	74.5	93.1	16.1	70.1
낮다	94.3	63.9	2.4	73.0	89.3	22.1	71.3
계	89.5	63.0	6.6	75.6	91.7	18.2	69.2

* p<0.05, ** p<0.01.

주 : 표 7의 주내용과 동일함.

표 9. 대상자의 개인적 특성에 따른 건강행위빈도 및 점수

	건강행위(%)			건강행위점수 평균±표준편차
	좋음 (6-7점)	보통 (4-5점)	좋지않음 (0-3점)	
연령(세)				
40-49	45.0	51.7	3.3	5.28±0.87
50-59	44.4	50.3	5.3	5.21±0.93
60-64	31.8	62.5	5.7	5.00±0.87
종교				
유	40.9	54.2	4.9	5.18±0.89
무	45.0	51.3	3.8	5.24±0.90
교육정도				
무학	38.4	57.1	4.5	5.14±0.88
초등졸	46.4	50.0	3.6	5.25±0.89
중졸	42.4	50.6	7.1	5.16±0.92
고졸이상	37.7	58.4	3.9	5.21±0.89
배우자 등거유무				
유	43.5	52.9	3.6*	5.24±0.87*
무	33.3	55.6	11.1	4.91±1.03
직업				
농업	42.3	54.0	3.7	5.21±0.86
사무직·기타	47.5	45.0	7.5	5.23±1.12
주부	39.5	53.9	6.6	5.16±0.92
경제상태(단위:만원)				
<50	29.6	63.0	7.4*	4.87±0.93**
50-100	40.8	52.9	6.4	5.13±0.98
100-200	40.5	58.2	1.3	5.30±0.74
200≤	54.5	40.4	5.1	5.33±0.91
만성질환유무				
유	36.8	58.0	5.2	5.07±0.93**
무	46.2	49.8	4.0	5.29±0.86
건강관심도(본인)				
높다	36.6	58.5	4.9	5.16±0.90
보통	44.8	50.7	4.6	5.22±0.91
낮다	38.8	57.5	3.8	5.16±0.82
계	42.3	53.2	4.5	5.20±0.89

* p<0.05, ** p<0.01.

14 농촌 중년여성의 건강행위와 관련요인

표 10. 대상자의 가족특성에 따른 건강행위빈도 및 점수

	건강행위(%)			건강행위 점수 평균±표준편차
	좋음 (6-7점)	보통 (4-5점)	좋지않음 (0-3점)	
동거가족수(명)				
0	33.3	40.0	26.7**	4.67±1.23
1-2	44.6	52.0	33	5.23±0.86
3-4	42.1	52.4	55	5.21±0.94
5-6	30.8	69.2	-	5.18±0.72
가족형태				
핵가족	42.7	52.7	4.7	5.20±0.90
대가족	33.3	66.7	-	5.11±0.76
가족분위기				
개방형	46.4	49.6	3.9*	5.28±0.87*
보수형	25.6	69.2	5.1	4.99±0.83
혼합형	43.6	50.9	5.5	5.16±0.97
건강관심도(가족)				
높다	40.3	55.6	4.2	5.25±0.93
보통	43.1	51.8	5.1	5.19±0.90
낮다	41.8	54.9	3.3	5.20±0.86
계	42.3	53.2	4.5	5.20±0.89

* p<0.05, ** p<0.01.

으로 다른 군보다 높았으며, 본인건강에 대한 가족의 관심도가 높을수록 건강행위점수가 높았다. 유의한 설명변수는 가족분위기($p<0.05$)였다(표 10).

자기효능을 종속변수로 한 다중회귀분석 결과 유의한 차이를 나타낸 항목은 종교, 직업, 경제상태 가족형태, 가족분위기, 본인의 건강관심도이었으며, 종교는 있는 경우가 없는 경우보다, 직업은 주부보다 직업이 있는 경우, 경제상태는 높을수록 자기효능이 높았다. 가족형태는 혼가족일 경우, 가족분위기는 개방적일 경우, 본인건강에 대한 본인의 관심도는 높을수록, 자기효능감이 유의하게 높았다. 여기에 사용된 독립변수들의 설명력은 22.9%였다.

가족기능을 종속변수로 한 다중회귀분석 결과 경제상태, 가족분위기, 가족의 건강관심도가 유의한 설명변수였으며, 경제상태는 경제상태가 높을수록, 가족분위기는 개방적일수록, 본인건강에 대한 가족의 관심도는 관심이 높을수록 가족기능이 높았으며, 그 결정계수는 41.1%였다(표 11).

건강행위를 종속변수로 한 다중회귀분석 결과 배우자동거유무, 경제상태, 가족분위기가 유의한 설명변수였으며, 결정계수는 6.0%였다. 배우자가 없는 경우가 있는 경우보다, 경제상태는 높을수록, 가족분위기는 개방적일수록 건강행위를 잘 하는 것으로 나타났다. 자기효능감이 높을수록 건강행위를 잘 했으며, 가족기능이 좋을수록 건강행

표 11. 자기효능, 가족기능을 종속변수로 한 다중회귀분석

독립변수	자기효능			가족기능		
	회귀계수 계 수	표준화된 회귀계수	t값	회귀계수 계 수	표준화된 회귀계수	t값
연령	0.268	0.026	0.456	0.210	0.060	1.222
종교	1.835	0.111	2.607**	0.142	0.026	0.685
교육정도	-0.071	-0.009	-0.153	0.205	0.078	1.513
배우자동거유무	-0.671	-0.027	-0.579	0.209	0.025	0.614
직업						
농업/주부	2.139	0.118	2.292*	-0.139	-0.023	-0.506
사무직, 기타/주부	2.523	0.090	1.739	-0.334	-0.035	-0.784
경제상태	2.269	0.272	5.790**	0.518	0.185	4.501**
만성질환유무	0.562	0.035	0.780	-0.295	-0.055	-1.395
동거가족수	-0.045	-0.004	-0.075	0.059	0.016	0.338
가족형태	7.029	0.173	3.729**	0.072	0.005	0.130
가족분위기						
개방형/보수형	4.292	0.204	4.424**	2.060	0.292	7.234**
혼합형/보수형	2.111	0.114	2.455*	0.851	0.137	3.372**
건강관심도(본인)	2.183	0.164	2.960**	0.006	0.001	0.029
건강관심도(가족)	0.013	0.001	0.019	1.709	0.412	8.194**
상수	24.015(p=0.000)			-2.407(p=0.017)		
R ²	0.229			0.411		
Adj R ²	0.205			0.393		
F값	9.585(p=0.000)			22.584(p=0.000)		

* p<0.05, ** p<0.01.

위 수행정도가 낮았으나 유의한 차이는 아니었다 (표 12).

고 칠

지역사회 보건사업을 원활히 수행하기 위해서는 지역사회의 주민들에 대해 견강과 관련되는 모든 부분을 알아야 할 필요가 있으며, 특히 주민들의 건강행위와 이에 영향을 미치는 변인이 무엇이며 이것을 어떻게 보건사업에 접목시켜 효과적이고 효율적으로 수행할 것인지는 매우 중요하-

다고 하겠다. 우리나라 농촌 지역은 노인인구가 많은 비중을 차지하고 있지만 농촌 경제활동의 주체는 중년여성이기 때문에 이들의 선강문제도 관심을 기울여야 할 것이다.

본 연구에서 농촌 중년여성들의 본인건강에 대한 관심도는 17.5%가 높다고 하였고 17.1%는 낮다고 하였는데, 이순영 등(1995)이 일반성인을 대상으로 한 연구에서는 여자의 경우 45.8%가 건강관심도가 높다고 하여 이 연구의 대상인 농촌여성의 건강관심도가 상대적으로 낮았다. 그러나 장애인을 대상으로 한 박기수 등(1999)의 연구에서

16 농촌 중년여성의 건강행위와 관련요인

표 12. 건강행위를 종속변수로 한 다중회귀분석

독립변수	회귀계수	표준화된 회귀계수	t값
연령	-0.131	-0.111	-1.783
종교	0.001	0.000	0.002
교육정도	-0.106	-0.119	-1.823
배우자동거유무	-0.324	-0.116	-2.225*
직업			
농업/주부	0.026	0.013	0.220
사무직, 기타/주부	0.028	0.009	0.151
경제상태	0.110	0.116	2.134*
만성질환유무	-0.162	-0.089	-1.785
동거가족수	-0.060	-0.046	-0.797
가족형태	-0.100	-0.021	-0.414
가족분위기			
개방형/보수형	0.335	0.140	2.584*
혼합형/보수형	0.114	0.054	1.040
건강관심도(본인)	-0.018	-0.012	-0.192
건강관심도(가족)	0.053	0.038	0.565
자기효능	0.003	0.029	0.655
가족기능	-0.029	-0.085	-1.305
상수	4.717(p=0.000)		
R ²	0.069		
Adj R ²	0.036		
F값	2.076(p=0.009)		

* p<0.05.

는 여자의 경우 상위군이 9.7%, 하위군이 65.4%로서 장애인의 건강관심도보다는 높았고, 본인건강에 대한 가족의 관심도는 높다가 15.4%, 낮다가 26.1%로 가족의 관심도는 본인의 관심도보다 낮았다. 농촌여성 본인들의 건강관심도가 상대적으로 낮은 이유는 농촌의 인력이 부족한데다 본인들이 직접 농사일과 가사를 주로 담당하고 있기 때문에 자신의 건강에 관심을 가지지 겨를이 없을 것이기 때문이라 생각된다.

본인의 건강관심도는 만성질환이 있는 경우, 혁가족인 경우, 개방적인 가족분위기에서 유의한 관련성이 있었으며, 본인건강에 대한 가족의 관심

도는 교육정도, 개방적인 가족분위기에서 유의하게 높았다. 건강관심도에 관한 연구(이순영 등, 1995; 박기수 등, 1999; 이태화, 1989; 최종숙, 1998)에 의하면 교육수준이 높을수록 건강에 대해 중요하게 생각하고 있다고 하였다. 만성질환이 있는 경우 건강관심도가 높았는데 이것은 박기수 등(1999)의 연구결과 주관적 건강상태와 임상적 건강상태가 좋을수록 건강관심도가 높았다는 연구결과와는 상반되는 결과였다. 또한 대상자들의 만성질병 유병률은 41.2%였는데, 일반인의 만성질환 유병률은 최정수 등(1995)의 연구결과에서는 29.9%였고, 장애인을 대상으로 한 박기수 등

(1999)의 연구에서는 58.9%라고 하여 일반인의 유병률보다는 높았고 장애인보다는 낮았다. 또한 주관식인 건강수준에서도 건강하지 못하다고 느끼는 것이 전국민을 대상으로 한 한국인의 보건 의식행태조사(남정자 등, 1995)에서의 15.9%보다 2.5배 정도 높았다. 건강관심도는 개방적인 가족 분위기에서 높았는데, 자유롭고 개방적인 분위기에서는 여성들도 자신의 의견을 개진할 수 있는 기회가 많고 가족의 지지도를 것이기 때문이다.

대상자들의 자기효능점수는 평균 49.9점이었고, 종교가 있는 사람이, 교육정도가 높을수록, 배우자가 있는 경우, 경제상태가 좋을수록, 본인건강에 대한 본인의 관심도가 높을수록, 가족형태는 핵가족일 경우, 가족분위기는 개방적일수록, 본인 건강에 대한 가족의 관심도가 유의한 차이가 있었다. 초등학생을 대상으로 한 권경원 등(2000)의 연구에 의하면, 어머니의 교육정도가 높을수록, 생활형편이 좋을수록 자기효능감이 높다고 하였고, 이태화(1989)는 교육수준이 높고 경제적으로 풍족할수록 자기효능감이 높았다는 결과와 비슷하였다. 배우자가 있는 경우가 자기효능점수가 높았는데, 이는 구미옥 등(1994)의 연구결과와 유사했으며, 만성질환유무는 만성질환이 있는 군이 없는 군보다 자기효능점수가 높았는데, 기준의 환자군(이영희, 1992; 오현수, 1993; 구미옥, 1994; 오복자, 1994; 서연옥, 1995; 염순교, 1996)을 대상으로 한 논문과 유사한 경향이었다. 핵가족인 경우 자기효능점수가 높았으며, 본인의 건강에 대한 가족의 관심도는 관심이 높을수록 높았는데 이것은 허은희 등(1998)의 부모가 자식에 대한 건강관심도가 클수록 자기효능이 높았다는 결과와 비슷하였다.

자기효능점수를 종속변수로 한 다중회귀분석결과 종교가 있는 군이 없는 군보다, 직업이 있는 군에서, 경제상태가 높을수록, 대가족보다 핵가족

에서, 가족분위기는 개방적인 경우, 본인건강에 대한 본인의 관심도는 높을수록 높았으며, 김영애(1999)의 연구에서도 종교가 있는 경우, 경제상태가 높을수록 자기효능감이 높았다고 하였다. 자기효능의 건강관련행위 분야에서의 연구는 우리나라에서는 아직 매우 적은데 이 개념은 많은 건강관련행위에 대한 중요한 결정인자로 제시되고 있으므로 앞으로 많은 연구가 시도될 필요가 있다고 하겠다.

대상자들의 가족기능점수는 평균 5.51점이며, 본 연구의 결과 가족기능에 영향을 주는 변수로는 연령, 교육정도, 직업, 경제상태, 본인의 건강관심도, 가족분위기, 본인건강에 대한 가족의 관심도 등이었다. 본 연구에서는 연령이 적을수록 가족기능점수가 높았는데, 이것은 최경자 등(1989)이 연령이 증가할수록 가족기능이 좋아진다는 결과는 상반된 것이다. 이는 측정대상이 서로 달라 직접적인 비교는 어려우나 현재의 농촌 현실로 보아 농촌에선 나이가 많을수록 혼자 살거나 부부만 살고 있는 경우가 많기 때문이라 생각된다. 또한 학력이 높을수록, 직업이 있는 경우보다 주부인 경우가 경제상태는 좋을수록, 본인의 건강관심도는 높을수록 가족기능이 좋았으며, 이 결과는 기준의 가족기능도에 관한 논문(윤방부와 꽈기우, 1980; 강성규 등, 1984; 김혜경 등, 1988; 이득주 등, 1988; 정영숙, 1990)과 유사한 결과였다. 가족분위기와 가족기능과의 관계에서도 가족분위기가 엄격하고 보수적인 집단보다 자유롭고 개방적인 집단에서 가족기능이 더 높았다. 이는 자유롭고 개방적인 가정분위기는 가족내 영향력을 적절히 분담시키게 되며 유연성 있는 조직체를 형성하게 되고 문제해결 및 적응에 있어서 여러 가지 방법을 강구할 능력을 기르고 상호작용 관계의 수준이 높아지며 가족 내외적으로 다양한 접촉을 갖게되고 개인의 인간적 성장을 지원할

수 있게 되며, 고도의 개인적 자율성이 고취되는 방향으로 가족을 지원하게 되는 결과로 생각된다. 본인건강에 대한 가족의 관심도는 관심이 높을수록 가족기능이 좋았으며, 이것은 정영숙(1990), 최경자 등(1989)의 연구결과와 비슷하였다. 가족기능을 종속변수로 한 다중회귀분석결과 경제상태가 높을수록, 가족분위기가 개방저수록, 본인건강에 대한 가족의 관심도가 높을수록 가족기능이 좋았으며, 이 결과는 정영숙(1990), 이득주 등(1988)의 경제상태가 좋을수록 가족기능이 좋았다 와 김은희(1996)의 가정의 화목도가 좋을수록, 경제상태가 좋을수록, 가족환경이 좋았다는 다중회귀분석결과와 일치하였다.

건강행위 실천율은 아침식사율이 91.7%로 가장 높았고 운동실천율이 6.6%로 가장 낮았으며, 조병만(1997)의 농촌의 40세 이상 여성 대상으로 한 연구결과에서도 아침식사율이 89.9%로 가장 높았고, 운동실천율이 5.6%로 가장 낮았다와 같은 결과였다. 본연구와 조병만(1997)의 연구를 비교하면 비흡연율이 89.5%와 86.6%로 비슷하였고, 비음주율은 63.0%와 88.1%로 본 연구에 낮았다. 그리고 정상수면율은 75.6%로 45.0%보다 본 연구에서 월등히 높았으며, 비간식율은 본연구에서 18.2%였으나 조병만(1997)은 83.8%라 하였는데 전자는 완전히 안하는 사람만을 의미하고 후자는 가끔씩 간식하는 사람도 포함시켰기 때문이며, 표준 BMI율은 각각 69.2%와 80.0%로서 본 연구에서 낮았다.

대상자들의 건강행위빈도는 Breslow Index가 0-3점인 군이 46%, 4-5점인 군이 53.2%, 6-7점인 군이 42.3%를 차지하여 비교적 건강행위를 잘하고 있다고 평가할 수 있다. 류미경 등(1999)이 대학생을 대상으로 한 연구결과 0-3점이 54.3%, 4-5점이 42.7%, 6-7점이 3.0%라는 차이를 보였는데 이것은 대상인구가 대학생과 중년여성

과의 차이 때문이다. 건강행위 평균점수는 5.20점이고, 배우자동거유무, 경제상태, 만성질환유무, 가족분위기가 유의한 차이가 있었으며, 배우자동거유무는 배우자가 있는 경우가 건강행위점수가 높았다. 이는 Waller 등(1988)과 김혜숙과 최연순(1993), 김강미자(1992), 정영옥과 김상순(1995) 등이 기혼에서 건강증진행위가 높았다고 한 결과와 부합하고 있다. 본 연구에서 배우자가 있는 경우가 88.5%로 높았는데, Duffy(1988)는 여성들은 자신이나 가족을 위해 의식적인 건강실천으로 건강을 증진하거나 질병을 예방하기 위해 목적 있는 행위를 하며, 더불어 건강증진이나 질병예방보다는 자신들의 생활방식의 일부분인 정규적인 일상습관으로 무의식적인 건강 실천을 하고 있다고 하여 배우자가 함께 있는 비율이 높은 이 연구에 적설히 원용할 수 있나고 하겠다. 경제상태와 건강행위에 있어서는 경제상태가 좋을수록 건강행위 실천율이 높았는데, 이는 조원정과 장은희(1982), 손영희(1983), 김학순(1992)의 연구결과와 비슷하였다. 또한 경제사정에 따른 문화적 영향이 성격형성과 행동에 큰 영향을 미친다는 Hurlock(1973)의 이론과 부합되는 결과라고 생각되며, 가족경제가 불안해지면 사회적 및 개인적 적응과 사회전반에 대한 태도에 광범위하게 영향을 준다는 Kahn(1969), Smith(1969), Cutright(1971)의 견해와도 연관이 있다. 만성질환과 건강행위는 만성질환이 없는 경우가 건강행위점수가 높았다. 이 결과는 만성질병이 있는 경우 시간적, 경제적, 정신적으로 부정적인 영향을 주어 건강행위가 낮아지고, 또 조혜영(1985), 최정숙(1987), 강귀애(1991)의 연구결과에서 알 수 있듯이 현재 건강상태가 좋을수록 건강행위점수가 높아진다고 하였다. 이것은 Belloc과 Breslow(1972)가 건강관리실천은 그 사람의 현재 실질적 건강상태와 상당히 관련이 있다는 결과와, 기경숙(1985)이 건강

행위는 건강상태와 긍정적인 상관관계가 있다는 연구결과와 일치한다. 가족특성별 건강행위점수는 가족분위기가 자유롭고 개방적인 경우가 염격하고 보수적인 경우보다 건강행위실천도가 높았으며, 부모간 화목도가 높을수록 건강행위를 잘했다는 김은희(1996) 결과와 비슷하였고, 이 결과는 가정분위기의 안정, 화합요인은 정신건강의 각 증상의 차원과 유의한 차이를 보인다는 박지희(1987)의 결과와 유사하다. 건강행위를 종속변수로 한 다중회귀분석결과는 배우자동거유무, 경제상태, 가족분위기가 유의한 설명변수였으며, 배우자와 동거하지 않는 경우, 경제상태가 좋을수록, 자유롭고 개방적인 가족분위기에서 건강행위를 잘 했으며, 이 결과는 노원환 등(1998)의 경제상태가 높을수록 건강생활양식 실천도가 높았다와, 김은희(1996)의 Breslow의 건강행위에 대한 다중회귀분석결과 부모간 화목도가 높을수록 건강행위를 잘 했다와 유사하였다.

건강행위점수는 자기효능감이 높을수록 높았으나 유의한 관련성은 없었다. 이는 본 연구의 가설에서 관련이 있을 것으로 생각했으나 유의한 관련성을 보이지 않아 자기효능과 건강증진과는 관련성을 규명하지 못하였다. 이것은 본 연구에서 자기효능을 측정할 때 일반적인 측정도구를 사용했기 때문에 생각된다. 즉, 김종임(1994)은 자기효능 측정시 일반적인 도구와 특정질환자를 대상으로 하는 특별도구를 함께 사용하였는데, 특성노구는 자기효능감을 보다 정확히 측정할 수 있었으나 일반적인 도구로는 측정이 불가능했다고 하였다. 가족기능도는 높을수록 건강행위 수행정도가 낮았으며, 가족기능과 일반인의 건강행위를 비교한 연구는 없었으므로 직접적인 비교를 할 수 없었으나, 다만 윤방부와 곽기우(1985)의 임상군과 비 임상군의 가족기능측정 비교결과 비임상군과 임상군의 외래환자와는 가족기능이 별 차이가

없었다와 비슷한 결과였으나 유의한 관련성은 없었다. 김은희(1996)의 Breslow의 건강행위의 결정계수는 9%었으며, 이 연구의 독립변수들에 의한 건강행위의 설명력은 6.9%밖에 되지 않았다. 이러한 결과로 보아 이러한 변수들 외에 다른 많은 요인들이 건강증진행위에 영향을 주고 있는 것으로 보이며 앞으로 계속해서 다른 요인들과의 관련성을 규명하는 작업이 필요하다고 하겠다. 따라서 건강증진 프로그램에 주민의 참여를 촉진시키고 건강관련행위의 실천을 권장하는 전략으로는 주민의 사회경제적인 특성을 고려한 건강증진 프로그램이 전개되어야 한다.

농촌지역의 여성들의 건강행위에서 가장 실천율이 낮은 것은 운동이지만 이는 농촌 여성들의 농업 또는 가사 노동이 운동을 하지 않아도 될 만큼 생각되기 때문에 중요한 문제로 부각시기기는 어렵기 때문에, 간식율(81.8%)이 높고 음주율(37.0%)이 높아 이 분야에 건강교육을 치중할 필요가 있으며, 흡연율도 10.5%나 되므로 금연사업에도 관심을 두어야 할 것이다. 건강행위는 결국 배우자의 동거유무, 경제상태에 따라 차이가 있지만 이는 가변적인 변수가 아니기 때문에 결론을 유도하기 어려우나 개방형인 가족분위기일수록 건강행위가 좋으므로 농촌에서도 점차 개방형인 가족분위기로 전환되는 추이를 감안하면 건강행위도 좋아질 수 있을 것으로 생각된다.

요 약

농촌지역 중년여성의 건강행위와 이에 영향을 미치는 요인을 알아보기 위해 경상북도 예천군의 4개 보건진료소 담당지역에 거주하고 있는 40-64세사이 여성 468명을 대상으로 2000년 3월 1일부터 3월 31일까지 조사하였다.

대상자들의 본인건강에 대한 관심도는 17.5%

가 높다고 하였고 반성질환이 있는 경우가 없는 경우보다 관심도가 높았다. 그리고 핵가족이 대가족보나, 개방적 가족분위기에서 본인건강에 대한 관심도가 높았다. 본인건강에 대한 가족의 관심도는 15.4%가 높다고 하였는데, 교육정도가 높을수록 높았고 개방적 가족분위기에서 유의하게 높았다.

자기효능점수는 최대 평점 68점 중, 대상자들의 평균점수는 49.90점이었고 종교, 학력, 배우자동거유무, 경제상태, 본인의 건강관심도와 유의한 차이가 있었으며, 가족형태, 가족분위기, 자살건강에 대한 가족들의 관심도도 자기효능의 유의한 영향변수였다. 가족기능점수는 최대 평점 10점에 평균 5.51점으로 연령, 학력, 직업, 경제상태, 본인의 건강관심도에 따라 유의한 차이가 있었고, 가족분위기 및 자살건강에 대한 가족의 관심도에 따라 가족기능점수에 유의한 차이를 보였다.

건강행위 실천율은 비흡연율 89.5%, 비음주율 63.0%, 운동실천율 6.6%, 정상수면율 75.6%, 아침식사율 91.7%, 비간식율 18.2%, 표준BMI 69.2%였다. 건강행위빈도는 Breslow Index가 0-3점이 4.5%, 4-5점이 53.2%, 6-7점이 42.3%였고, 건강행위 점수는 최대 평점 7점에 평균 5.20이었는데, 배우자동거유무, 경제상태, 만성질환유무, 그리고 가족분위기가 유의한 변수였다.

건강행위를 종속변수로 한 다중회귀분석 결과 건강행위는 배우자동거유무, 경제상태, 가족분위기가 유의한 영향변수였으며, 배우자가 없는 경우, 경제상태가 좋을수록, 가족분위기가 개방적일수록 건강행위를 잘 하고 있었다. 자기효능이 높을수록, 가족기능이 낮을수록 건강행위를 잘 했으나 유의한 변수는 아니었다.

본 연구에서 사용한 건강행위측정도구는 외국에서 개발된 도구이므로 앞으로는 우리나라 사람에게 알맞는 표준화된 측정도구를 개발하여 반복

연구해 볼 필요가 있다. 그리고 농촌 여성들을 대상으로 하는 지역사회 보건사업에 있어, 모든 대상자들에게 일률적으로 같은 건강증진 프로그램을 제공할 것이 아니라 먼저 개인건강행위를 파악하고 배우자동거유무, 경제상태 및 가족분위기 등을 파악하여 건강증진 프로그램을 마련해야 할 것으로 생각된다.

이용문헌

1. 강귀애. 국민학교 육학년 학생들의 건강증진 행위에 관련된 요인. 이화여자대학교 교육대학원 석사학위논문, 1991
2. 강성규, 윤방부, 이해리, 이동매, 심윤태. 가족 기능지수(FAMILY AFGARScores)에 관한 기초 조사 연구. 가정의학회지 1984; 5(12): 2-13
3. 구미옥, 유재근, 권인자, 김혜원, 이은옥. 자기 효능이론이 적용된 건강행위관련 연구의 분석. 대한간호학회지 1994; 24(3): 278-297
4. 구미옥, 당뇨병환자이 자기효능, 자기조절, 상황적장애, 자가간호행위간의 관계. 대한간호학회지 1994; 24(4): 635-651
5. 권경원, 김진, 박기수. 초등학교 학생의 건강 행위실천에 영향을 미치는 요인. 건강증진모델을 기초로. 예방의학회지 2000; 33(2): 137-149
6. 기경숙. 중학교 남학생들의 건강관리실천과 이에 영향을 미치는 요인 조사연구. 연세대학교 대학원 석사학위논문, 1985
7. 김강미자. 직장인의 간암에 대한 예방적 건강 행위 이해에 관한 연구. 예수산초전문대학 논문집 1992; 8(1): 51-67
8. 김영애. 고등학생의 건강행위증진 정도와 관련요인. 경북대학교 보건대학원 석사학위논문, 1999

9. 김은희. 중학생의 건강행위와 가족환경과의 관계. 경북대학교 보건대학원 석사학위논문, 1996
10. 김종임. 자조집단활동과 자기효능성 증진법을 이용한 수중운동 프로그램이 류마チ스 관절염 환자의 통증, 생리적지수 및 삶의 질에 미치는 영향. 서울대학교 대학원 박사학위논문, 1994
11. 김학순. 남여 고등학생들의 건강에 대한 연구 -일부 청소년들의 건강상태와 건강행위를 중심으로-. 충남대학교 대학원 석사학위논문, 1992
12. 김혜경, 홍명호, 조숙행, 곽동일. 정상군과 신경증군에서의 가족기능정도 및 정서상태에 대한 비교. 가정의학회지 1988; 9(6): 12-26
13. 김혜숙, 최연준. 비혼 일부와 기혼 일부의 선강증진행위 차이 비교 연구. 대한간호학회지 1993; 23(2): 255-268
14. 남정자, 최장수, 김태정, 계훈방. 한국인의 보건의식 행태 -1995년도 국민건강 및 보건 의식 행태조사-. 한국보건사회연구원, 1995
15. 노원환, 김석범, 강복수. 건강증진과 관련된 행태에 영향을 미치는 인구사회학적특성. 한국농촌의학회지 1998; 23(2): 157-174
16. 류미경, 박경민, 김정남. 일부지역 대학생의 삶의 질에 영향을 미치는 제 요인. 대한보건협회학술지 1999; 25(1): 29-42
17. 박기수, 천병렬, 김신, 예민해, 강윤식, 김건업, 손재희, 이영숙. 장애인의 건강관심도, 건강실천행위 그리고 건강수준간의 구조분석. 예방의학회지 1999; 32(3): 276-288
18. 박지희. 가정환경과 정신건강과의 관계연구. 숙명여자대학교 교육대학원 석사학위논문, 1987
19. 서연옥. 중년여성의 건강증진 생활방식에 관한 구조모형. 경희대학교 대학원 박사학위논문, 1995
20. 손영희. 일부 서울지역 주민의 건강 일반에 대한 지식·태도 및 실천에 관한 조사 연구. 국립의료원 간전 논문집 1983; 1(4): 289
21. 염순교. 중년여성의 건강증진에 관한 인지요인과 행위와의 관계 연구(골다공증 예방을 중심으로). 중앙대학교 대학원 박사학위논문, 1996
22. 오복자. 위암환자의 건강증진행위와 그 결정 요인에 관한 연구. 서울대학교 대학원 박사학위논문, 1994
23. 오현수. 여성 관절염환자의 건강증진과 삶의 질. 대한간호학회지 1993; 23(4): 617-628
24. 윤방부, 박기우. 가족 기능 측정방법으로서의 Family APGAR 지수에 관한 소고. 가정의학회지 1985; 6(12): 13-17
25. 이규래, 임종한, 오미경, 이해리, 윤방부. 정신질환 가족과 정상가족의 가족기능 비교 연구. 가정의학회지 1991; 12(1): 30-35
26. 이득주, 최종태, 이체리, 윤방부. 오류시범진료소 내원 환자의 가족기능 장애와 의사 방문율. 대한가정의학회지 1988; 9(7): 1-13
27. 이순영, 손명세, 남정모. 한국인의 건강관심도, 건강실천행위 및 건강 수준간의 구조 분석. 예방의학회지 1995; 28(1): 187-205
28. 이영희. 본태성고혈압 환자의 지식 및 자기효능과 자가간호행위와의 관계연구. 중앙의학 1992; 58(11): 785-795
29. 이태화. 건강증진행위에 영향을 미치는 변인 분석-서울지역 일반성인 남녀를 중심으로-. 연세대학교 대학원 서사학위논문, 1980
30. 이행옥. 중년기 성역할 정체감과 적응과의 관계. 원주간호전문대학 논문집 1992; 18(6): 9-93
31. 정영숙. 일부지역 주민의 가족기능과 관련요인 분석연구. 대한간호학회지 1990; 20(1): 5-15

22 농촌 중년여성의 건강행위와 관련요인

32. 정영옥, 김상순, 일부 농촌주민의 건강증진 생활양식 수행정도. *한국농촌의학회지* 1995; 20(2): 133-148
33. 조병만. 농촌지역 주민들의 건강행태에 관한 조사연구. *한국농촌의학회지* 1997; 22(2): 183-193
34. 조원정, 장은희. 농촌지역사회 주민의 예방적 건강생활의 실천에 관한 조사연구. *대한간호학회지* 1982; 21(4): 47-63
35. 조혜영. 여고생들의 건강관리 실천과 이에 영향을 미치는 요인 조사 연구. 조선대학교 대학원 석사학위논문, 1985
36. 최경자, 박영규, 최기운, 황의정, 흥명호, 조숙행. 가족기능측정을 위한 가족기능도지수 설문 11의 적용에 관한 연구. *가정의학회지* 1989; 10(2): 8-21
37. 최정수, 남정자, 김태정, 계훈방. 한국인의 건강과 의료이용실태. *한국보건사회연구원*, 1995, 쪽 53-78
38. 최정숙. 종교교 여학생들의 건강행위에 미치는 변인분석. *대한간호학회지* 1987; 26(1): 63-71
39. 최종숙. 유방자가검진과 유방암 검진의 영향 요인. 경북대학교 보건대학원 석사학위논문, 1998
40. 허은희, 정연강, 염순교. 대학생의 건강증진행위와 자기효능감과의 관계연구. *한국학교보건학회지* 1998; 11(2): 203-215
41. Bandura A, Adams NE. Analysis of self-efficacy theory of behavioral change. *Cognitive Therapy and Research* 1977; 1(4): 287-310
42. Belloc NB, Breslow L. Relationship of physical health status and health practices. *Preventive Medicine* 1972; 1(3): 409-421
43. Breslow L, Enstrom JE. Persistence of health habits and their relationship to mortality. *Preventive Medicine* 1980; 9(4): 469-483
44. Breslow L. The potential of health promotion, handbook of health, health care and the health professions. New York, The Free Press, 1983, pp. 50-52
45. Cutright P. Income and family events. Marital stability. *J of Marriage and Family* 1971; 33: 291-306
46. Duffy ME. Determinants of health promotion in midwife women. *Nursing Research* 1988; 37: 356-362
47. Hurlock EB. Transition in family relationship in adolescent development. 4th ed., McGraw Hill, 1973, pp. 296-319
48. Kahn ML. Class and conformity: A study in values. Homewood Ill, Dorsey Press, 1969, pp. 262
49. Miller JR, Janosik EH. Family to caused care. New York, McGraw Hill, 1980, pp. 5-15
50. Pender NJ, Pender AR. Attitudes, subjective norms, and intentions to engage in health behavior. *Nursing Research* 1986; 35(1): 15-18
51. Sherer M, Maddux JE, Mercandante B, Prentice DS, Jacobs B, Rogers RB. The self-efficacy scale, construction and validation. *Psychological Reports* 1982; 51: 63-671
52. Smilkstein G, Ashworth C, Mortano D. Validity and reliability of the family APGAR and a test of family function. *J Fam Pract* 1982; 15(2): 303-311

53. Smilkstein G. The family AFGAR index, a study of construct validity. *The J Fam Pract* 1979; 8(3): 577-582
54. Smith TE. Social class and attitude toward fatrhes. *Social Soc Res* 1969; 53: 217-226
55. Waller PR, Crow C, Sand D, Becker H. Health related attitudes and health promoting behavior: Differences between health fair attenders and community comparison group. *Am J Health Summer* 1988; 3(1): 17-24