



저작자표시-비영리-변경금지 2.0 대한민국

이용자는 아래의 조건을 따르는 경우에 한하여 자유롭게

- 이 저작물을 복제, 배포, 전송, 전시, 공연 및 방송할 수 있습니다.

다음과 같은 조건을 따라야 합니다:



저작자표시. 귀하는 원저작자를 표시하여야 합니다.



비영리. 귀하는 이 저작물을 영리 목적으로 이용할 수 없습니다.



변경금지. 귀하는 이 저작물을 개작, 변형 또는 가공할 수 없습니다.

- 귀하는, 이 저작물의 재이용이나 배포의 경우, 이 저작물에 적용된 이용허락조건을 명확하게 나타내어야 합니다.
- 저작권자로부터 별도의 허가를 받으면 이러한 조건들은 적용되지 않습니다.

저작권법에 따른 이용자의 권리는 위의 내용에 의하여 영향을 받지 않습니다.

이것은 [이용허락규약\(Legal Code\)](#)을 이해하기 쉽게 요약한 것입니다.

[Disclaimer](#)

안 홍 석 교수 지도
박사학위 청구논문

상황이론을 적용한 중년남성의
만성질환에 대한 인식이
건강행동의도와
건강행동에 미치는 영향

2018

성신여자대학교 대학원
식품영양학과
김 도 환

상황이론을 적용한 중년남성의
만성질환에 대한 인식이
건강행동의도와
건강행동에 미치는 영향

안 홍 석 교수 지도

이 논문을 박사학위논문으로 제출함

2017년 10월

성신여자대학교 대학원

식품영양학과

김 도 환

인 준 서

김도환의 박사학위 논문으로 인준함.

2017년 10월

심사위원장 배현숙 배현숙
심사위원 이승민 이승민
심사위원 송영아 송영아
심사위원 최성일 최성일
심사위원 안홍석 안홍석

성신여자대학교 대학원

논문개요

본 연구는 중년남성의 만성질환에 대한 인식이 건강행동의도와 건강행동에 미치는 영향을 규명하고자 하였다. 이러한 목적을 위해 중년남성의 만성질환의 인식이라는 건강에 대한 연구를 수행하고자 상황이론을 배경이론으로 확장하여 적용하였다. 본 연구에서는 상황이론의 구성요소인 문제인식, 제약인식, 관여도를 만성질환의 인식요인으로 조작적 정의를 내린 후, 그 인식정도에 따른 커뮤니케이션 행동이 실질적인 대처행동인 건강행동의도와 건강행동에 영향을 미치는 과정에서 연속성 있는 인과관계가 성립되는지 알아보았다. 즉 만성질환에 대한 상황인식이 정보를 찾고 정보를 공유하는 커뮤니케이션 행동을 통해 건강행동에 대한 의도나 실질적인 건강행동으로 이어지는 과정으로 연결될 수 있는지를 규명하고자 하였다.

연구의 대상자는 서울 경기 수도권에 거주하는 40~59세의 중년남성을 대상으로 편의표집 하였으며, 자료 수집은 2017년 4월 17일부터 5월 22일까지 약 1 달 가량에 걸쳐 진행되었다. 설문지는 총 450부를 배포하였으며 그 중 434부가 회수되었다. 그리고 그 중 응답이 불성실한 5부를 제외한 429부의 설문지를 최종분석에 사용하였다. 수집된 자료는 SPSS 24.0과 AMOS 21.0을 이용하여 빈도분석, 신뢰도분석, 상관관계분석, 확인적 요인분석, 경로분석, 가설검정을 실시하였으며, 이와 함께 가설경로에 대한 효과분해를 실시하였다.

연구 결과는 다음과 같다.

1. 인구통계학적 특성에 따른 차이분석의 결과는 다음과 같다.

(1) 연령대에 따른 차이분석 결과에서는 독립변수인 문제인식($p<.001$), 제약인식($p<.001$), 관여도($p<.01$), 건강정보탐색($p<.001$), 건강정보전달($p<.01$),

건강행동의도($p<.01$), 식습관($p<.05$), 운동($p<.001$), 건강책임($p<.01$)에서 집단 간 통계적인 유의한 차이가 있었으며, 50대 중년남성 집단의 평균이 높은 것으로 나타났다.

(2) 결혼상태에 따른 차이분석에서는 문제인식($p<.05$), 식습관($p<.01$)에서 단 통계적인 유의한 차이가 있었으며, 미혼보다 기혼남성 집단의 평균이 높게 나타났다.

(3) 동거형태에 따른 차이분석에서는 식습관($p<.05$)에서만 통계적으로 유의한 차이가 나타났으며, 가족과 동거하는 중년남성 집단의 평균이 높았다.

(4) 만성질환을 노출여부에 따른 차이분석에서는 문제인식($p<.001$), 제약인식($p<.01$), 관여도($p<.001$), 건강정보탐색($p<.001$), 건강정보전달($p<.001$), 건강행동의도($p<.001$)에서 통계적으로 유의한 차이가 나타났다. 요약하면 만성질환에 노출된 중년남성 집단의 평균이 높은 것으로 나타났다.

(5) 월 평균소득 수준에 따른 차이분석에서는 자아실현($p<.05$)에서만 통계적으로 유의한 차이가 있었으며, 월 평균소득이 400만원 이상인 집단의 평균이 더 높게 나타났다.

2. 만성질환에 대한 상황인식과 커뮤니케이션 행동 그리고 건강행동의도, 건강행동 간의 관계

만성질환에 대한 상황인식(문제인식, 제약인식, 관여도)이 건강정보탐색, 건강정보전달, 건강행동의도, 건강행동에 미치는 영향에서 각 요인 간 경로에는 인과관계가 있는 것으로 나타났다.

(1) 상황인식이 커뮤니케이션 행동에 미치는 영향을 살펴보았으며, 먼저 문제인식이 건강정보탐색에 미치는 영향($p<.001$)은 통계적으로 유의하였다. 그러나 문제인식이 건강정보전달에 미치는 영향($p>.05$)은 유의하지 않은 것

으로 나타났다. 다음으로 제약인식이 건강정보탐색에 미치는 영향($p < .001$)과 제약인식이 건강정보전달에 미치는 영향($p < .001$)은 각각 통계적으로 유의성이 있는 것으로 나타났다. 마지막으로 관여도가 건강정보탐색과 건강정보전달에 각각 미치는 영향($p < .001$)은 모두 통계적으로 유의한 것으로 나타났다.

(2) 커뮤니케이션 행동이 건강행동의도와 건강행동에 미치는 영향을 살펴본 결과에서 건강정보탐색이 건강행동의도에 미치는 영향($p < .01$)과 건강행동에 미치는 영향($p < .001$)은 유의한 것으로 나타났다. 그 다음으로 건강정보전달이 건강행동의도에 미치는 영향($p < .001$)과 건강행동에 미치는 영향($p < .05$)은 통계적으로 유의미한 것으로 나타났다.

(3) 건강행동의도가 건강행동에 미치는 영향($p < .05$)은 통계적으로 유의한 것으로 나타났다.

3. 중년남성의 만성질환에 대한 상황인식이 건강행동의도와 건강행동에 미치는 영향

(1) 문제인식은 건강정보탐색에 유의한 영향($p < .001$)을 미치고, 건강정보탐색은 건강행동의도($p < .01$)와 건강행동($p < .001$)에 유의한 영향을 미치는 것으로 나타났다. 마지막으로 건강행동의도가 건강행동에 미치는 영향($p < .05$)도 유의미한 것으로 분석되었다. 이상의 결과를 통해 문제인식은 건강정보탐색을 매개로 건강행동의도에 정(+)의 영향을 미치고 건강행동에도 정(+)의 영향을 미치는 것으로 나타났다. 다음으로 문제인식이 건강정보전달에 대한 영향($p > .05$)은 유의하지 않았다. 그렇지만 건강정보전달이 건강행동의도($p < .001$)와 건강행동($p < .05$)에 대한 영향은 유의하였으며, 건강행동의도가 건강행동에 미치는 영향($p < .05$)은 유의하였다. 이상의 결과에서 문제인식이 건강행동 간 경로에서 건강정보전달의 매개효과는 유의성이 없었으므로,

문제인식은 건강정보전달을 매개로 건강행동의도와 건강행동에 영향을 미치지 않는 것으로 나타났다.

(2) 제약인식은 건강정보탐색에 미치는 영향($p<.001$)은 유의한 것으로 나타났다으며, 건강정보탐색은 건강행동의도($p<.01$)와 건강행동($p<.001$)에 유의한 영향을 미치는 것으로 나타났다. 그리고 마지막으로 건강행동의도가 건강행동에 미치는 영향($p<.05$)도 유의미한 것으로 분석되었다.

이어서 제약인식은 건강정보전달에 유의미한 영향($p<.001$)을 미치고, 건강정보전달은 건강행동의도($p<.001$)와 건강행동($p<.05$)에 유의미한 영향을 미치는 것으로 나타났다. 건강행동의도가 건강행동에 미치는 영향($p<.05$)은 유의한 것으로 분석되었다. 이상의 결과에서 제약인식은 건강정보탐색과 건강정보전달을 매개로 건강행동의도와 건강행동에 부(-)의 영향을 미치는 것으로 나타났다.

(3) 관여도는 건강정보탐색에 유의한 영향($p<.001$)을 미쳤으며, 건강정보탐색은 건강행동의도($p<.01$)와 건강행동($p<.001$)에 유의미한 영향을 미치는 것으로 나타났다. 이어서 건강행동의도가 건강행동에 미치는 영향($p<.05$)은 유의한 것으로 나타났다.

다음으로 관여도는 건강정보전달에 유의한 영향($p<.001$)을 미치는 것으로 나타났다으며, 건강정보전달은 건강행동의도($p<.001$)와 건강행동($p<.05$)에 유의미한 영향을 미치는 것으로 나타났다. 마지막으로 건강행동의도가 건강행동에 미치는 영향($p<.05$)도 유의한 것으로 분석되었다. 이를 통해 관여도는 건강정보탐색과 건강정보전달을 매개로 건강행동의도와 건강행동에 정(+)의 영향을 미치는 것으로 나타났다.

이상의 연구결과를 통해 중년남성의 만성질환에 대한 인식요소인 문제인식, 관여도는 높을수록, 그리고 제약인식은 낮을수록 만성질환에 대한 정보를 찾고 전달하는 커뮤니케이션 행동의 정도가 높아지도록 하는 유의미한

영향을 미치는 것으로 나타났다. 그리고 커뮤니케이션 행동이 높아질수록 건강행동의도와 건강행동을 높이는데 유의한 영향을 미치는 것으로 나타났다. 이는 만성질환에 대한 상황인식과 건강행동의도와 건강행동 간에 커뮤니케이션 행동이 유용하게 작용함을 시사한다.

본 연구는 상황이론을 통해 커뮤니케이션 이론이 건강관련 연구로의 적용 가능성과 커뮤니케이션 행동의 매개효과를 통해 건강행동의도와 건강행동에 영향을 줄 수 있음을 검증하였다는 데 의의를 둘 수 있다. 그리고 이를 통해 중년남성의 커뮤니케이션 행동이 건강행동에 대한 동기요인이자 건강인식요인과 건강행동 간에 매개효과가 있음을 통해 건강연구를 위한 기초자료 제공과 교육프로그램 개발에 기여할 수 있을 것으로 생각한다.

목 차

논문개요

I. 서론	1
1. 연구의 필요성 및 목적	1
2. 연구문제	7
II. 이론적 배경	8
1. 중년남성과 만성질환	8
1) 중년기의 정의	8
2) 중년남성의 특징	10
3) 중년남성과 건강	14
4) 만성질환	18
2. 커뮤니케이션 행동에 대한 이론	21
1) 상황이론의 개념	21
2) 구성개념	22
3) 커뮤니케이션과 정보행동	26
3. 건강행동	29
1) 건강행동의도	29
2) 건강행동	30
III. 연구모형과 연구가설	33
1. 연구모형 및 연구가설	33

1) 연구모형	33
2. 연구가설의 설정	34
3. 변수의 도출 및 조작적 정의	37
1) 변수의 도출	37
2) 조작적 정의	39
4. 연구대상	43
5. 연구도구	43
1) 측정도구의 구성	43
2) 측정문항 및 측정방법	45
6. 측정도구의 신뢰도 및 타당성 검증	50
1) 설문문항에 대한 신뢰도 분석	50
2) 상관관계 분석	52
3) 확인적 요인분석	54
4) 집중타당성 분석	57
5) 판별타당성 분석	59
7. 자료의 분석 및 처리	60
IV. 연구 결과	61
1. 인구통계학적 분석	61
2. 인구통계학적 특성에 따른 상황인식, 커뮤니케이션 행동, 건강행동의도, 건강행동의 차이분석	63
1) 연령대에 따른 상황인식, 커뮤니케이션 행동, 건강행동의도, 건강행동 비교	63
2) 결혼상태에 따른 상황인식, 커뮤니케이션 행동, 건강행동의도, 건강행동 비교	65

3) 동거형태에 따른 상황인식, 커뮤니케이션 행동, 건강행동의도, 건강행 동 비교	66
4) 만성질환 노출유무에 따른 상황인식, 커뮤니케이션 행동, 건강행동의 도, 건강행동 비교	68
5) 월소득 수준에 따른 상황인식, 커뮤니케이션 행동, 건강행동의도, 건강행동 비교	69
3. 중년남성의 만성질환에 대한 인식이 건강행동의도와 건강행동에 미치는 영향에 대한 경로분석	70
1) 구조방정식 모형검증	72
2) 경로분석 결과	73
3) 효과분해 및 매개효과 유의성 검증	76
4) 연구가설의 검증 결과	79
V. 고 찰	86
1. 인구통계학적 특성에 따른 중년남성의 만성질환에 대한 인식, 커뮤니케이션 행동, 건강행동의도, 건강행동의 차이	86
2. 만성질환에 대한 인식이 커뮤니케이션 행동을 매개로 건강행동의도와 건강행동에 미치는 영향	89
VI. 결론 및 제언	94

참고문헌

ABSTRACT

부록

표 목차

표 1. 상황인식, 커뮤니케이션 행동, 건강행동의도, 건강행동 요인에 대한 변수의 요약	37
표 2. 상황인식, 커뮤니케이션 행동, 건강행동의도, 건강행동 요인에 대한 조작적 정의 요약	42
표 3. 설문구성 항목	44
표 4. 만성질환에 대한 상황인식 측정문항	46
표 5. 커뮤니케이션 행동 측정문항	47
표 6. 건강행동의도 측정문항	48
표 7. 건강행동 측정문항	49
표 8. 기술통계 분석요약	51
표 9. 상황인식, 커뮤니케이션 행동, 건강행동의도, 건강행동 요인에 대한 상관관계 분석결과	52
표 10. 상황인식, 커뮤니케이션 행동, 건강행동의도, 건강행동 요인에 대한 상관관계 세부 분석결과	53
표 11. 확인적 요인분석을 위한 1차 모형적합도	56
표 12. 확인적 요인분석을 위한 2차 모형적합도	57
표 13. 상황인식, 커뮤니케이션 행동, 건강행동의도, 건강행동 요인에 대한 집중타당성 분석	58
표 14. 상황인식, 커뮤니케이션 행동, 건강행동의도, 건강행동 요인에 대한 판별타당성 분석	59
표 15. 자료 분석방법	60
표 16. 연구대상자에 대한 인구통계학적 분석결과	62
표 17. 연령대에 따른 상황인식, 커뮤니케이션 행동, 건강행동의도,	

건강행동의 차이분석	64
표 18. 결혼상태에 따른 상황인식, 커뮤니케이션 행동, 건강행동의도, 건강행동의 차이분석	66
표 19. 동거형태에 따른 상황인식, 커뮤니케이션 행동, 건강행동의도, 건강행동의 차이분석	67
표 20. 만성질환 노출유무에 따른 상황인식, 커뮤니케이션 행동, 건강행동 의도, 건강행동의 차이분석	68
표 21. 월 소득 수준에 따른 상황인식, 커뮤니케이션 행동, 건강행동의도, 건강행동의 차이분석	70
표 22. 경로분석에 대한 모형적합도 요약	71
표 23. 문제인식이 커뮤니케이션 행동에 미치는 영향	72
표 24. 제약인식이 커뮤니케이션 행동에 미치는 영향	73
표 25. 관여도가 커뮤니케이션 행동에 미치는 영향	74
표 26. 건강정보탐색이 건강행동의도와 건강행동에 미치는 영향	75
표 27. 건강정보전달이 건강행동의도와 건강행동에 미치는 영향	75
표 28. 건강행동의도가 건강행동에 미치는 영향	76
표 29. 효과분해 및 매개효과 유의성 검증 결과	78
표 30. 가설검증 결과	85

그림 목차

그림 1. 연구 모형	33
그림 2. 확인적 요인분석을 위한 1차 모형적합도 분석	55
그림 3. 확인적 요인분석을 위한 2차 모형적합도 분석	56
그림 4. 경로분석 결과	71

I. 서론

1. 연구의 필요성 및 목적

산업화된 현대사회는 빠른 경제성장으로 생활수준이 향상되고 과학과 의학기술의 발달로 평균수명이 연장되고 있다. 이러한 가운데 국가와 사회 그리고 가정에서 중추적인 역할을 하는 중년 인구의 비중은 노령화 사회로 접어들고 함께 점점 늘어나는 추세이다. 2015년 통계청에서 발표한 전국 인구총조사에 따르면, 40~59세 사이의 인구는 2015년 기준으로 1.692만 명을 넘어섰으며, 남성은 그 중 854만 명 이상으로 조사되었다. 조사에서 밝혀진 것과 같이 40세에서 59세에 이르는 남성인구 비율은 전체 인구의 16.6% 정도를 차지하고 있으며, 앞으로도 늘어날 전망이다(통계청, 2015) 중년기는 일반적으로 40~60세 사이를 의미하며, 이 시기는 노화단계로 접어드는 현상들로 경험하게 되는 신체적, 심리적인 변화가 눈에 띄게 증가하는 시기다.

대다수의 남성들은 일 중심의 성과위주 환경 속에서 경쟁적으로 살아가고 있다. 이로 인해 만성피로를 동반한 초조감, 불안감, 좌절감 등을 겪기도 하지만 이를 보상할 긍정적인 경험도 없이 생활 스트레스에 계속 노출되고 있는 상황이다(노민욱, 박경란, 2008). 특히 40세 이상의 중년남성은 가정을 책임지고 사회생활에서 중추적인 역할을 하는 시기이지만 다른 연령대에 비해 정신건강과 신체적 건강에 대한 관리가 위태롭고 부족하다.

이런 가운데 대한민국 40대 이상의 중년 사망률은 30대에 비해 5배 가량 높고, 같은 중년 내에서도 남성이 여성에 비해 2배 이상 높은 것을 확인할 수 있었다. 40대 이상 중년남성의 높은 사망률 수치는 10년 전과 비교해도 크게 차이를 보이지 않으며 앞으로도 이러한 연령대의 남성 사망률을 높게 나타날 전망이라고 밝혔다(매일경제, 2016).

이 중에서 만성질환으로 인한 사망은 전체 사망의 81%를 차지할 정도이며 사망원인 상위 10개 중 7개가 만성질환으로 사회경제적 부담증가에 주요한 원인으로 작용을 하고 있는 것으로 나타났다(남상권, 심옥수, 2011).

미국질병통제예방센터는 만성질환이란 “장기간 유지되고, 스스로 치유가 되지 않은 상태로 완전하게 치유되지 않는 비전염성 질병”이라고 정의하였다(Charness, 2010). 대표적인 것으로 암, 심장병, 고혈압, 고지혈증, 위궤양, 치매, 류마티스, 관절염, 당뇨, 신장염, 결핵 등이 있다. 이와 같은 만성질환 환자의 수는 지속적으로 증가할 것으로 예상되는 가운데 사회적인 비용 또한 노인 인구의 증가로 지속적으로 높아지게 될 것이고 하였다(김린아, 2017).

남성들은 40대 이상부터 신체활력과 장기 기능의 감소와 함께 근육량이 줄어들고 근력이 약해지고, 운동량이 청년기보다 감소함으로 인해 배가 나오는 체형으로 변하기 시작한다. 남성호르몬의 점진적 감소로 신체 여러 부위에서 변화가 나타나며, 대표적으로 성적 능력의 저하와 전신 무력감의 발생과 골밀도가 감소한다. 이를 계속 방치할 경우 체지방 증가로 당뇨나 고혈압, 심혈관 질환과 같은 만성질환에 노출되기 쉬워진다(김정희, 이영주, 2005).

우리나라 40대 이상의 중년 남성은 과도한 음주, 흡연, 스트레스와 같은 환경적 요인에 의해 만성질환에 걸릴 위험이 높지만 이에 대한 정확한 인지와 관리수준은 낮은 편이다(중앙일보, 2012). 이러한 다양한 이유들로 40대 이상 중년남성의 만성질환은 지속적으로 증가하게 되는 구조를 가지고 있다. 그런 상황에 비해 중년기 성인은 사회와 가족에 대한 기대와 책임감으로 인해 시간적, 경제적 여유가 생기지 않아 정작 자신의 건강을 뒤돌아 볼 수 없는 경우가 대부분이다(차승은, 한경혜, 2003). 그리고 중년남성은 사회적 관계와 직업적 영향으로 흡연과 음주를 하기 쉽고, 규칙적인 운동을 할 수 없는 여러 이유로 생활습관이 나빠지게 된다. 직장생활과 가장으로서의 책임감으로 인한 스트레스의 누적으로 심혈관질환, 관상동맥질환과 같은 성인병에 노출될 확률

이 높은 것으로 나타났다(건강보험심사평가원, 2010).

중년남성과 만성질환에 대한 관련성을 알아보기 위해 만성질환에 관한 연구를 살펴보았으나, 만성질환에 대한 연구들은 노인을 대상으로 한 연구가 대부분인 것을 나타났다. 선행연구를 세부적으로 살펴본 결과, 노인들의 건강증진 행위와 만성질환과의 관련요인 분석을 연구한 김문환(2010), 만성질환 노인의 삶의 질 영향요인을 연구한 남상권과 심옥수(2011), 노인 만성질환자의 건강관련 삶의 질 영향요인 분석 및 예측 모델 개발을 연구한 이수경(2013), 노인 만성질환자의 불안, 우울, 건강행위에 대해 연구한 정현선과 김옥수(2013)의 연구들을 통해 노인중심으로 만성질환이 연구되어 온 것을 알 수 있었다. 그에 비해 중년남성 대상의 연구는 중년기 남성의 만성 간 질환의 삶의 질을 연구한 도은수 등(2015)과 만성질환을 가진 중년남성의 현상학적 연구를 한 김린아(2017) 외에는 거의 드문 것으로 나타났다. 따라서 중년남성을 대상으로 한 만성질환 인식 관련 및 건강행동 연구가 필요한 것을 알 수 있었다.

그리고 이어 중년기 건강과 관련된 연구를 살펴보았다. 그 결과 중년여성과 관련된 연구들이 다수를 차지하고 있었다. 그 선행연구를 살펴보면, 중년여성 건강증진을 위한 프로그램에 대한 연구로는 중년여성의 건강증진생활양식을 연구한 강양희(2013), 중년여성의 노후준비 건강증진 프로그램 적용 효과를 연구한 최희정(2014), 중년여성의 건강증진행위, 갱년기 증상 등에 대한 융합적 영향요인을 연구한 이혜경 등(2016)의 연구가 있었다. 다른 측면에서 중년여성의 건강에 대한 선행연구로는 중년여성의 정신건강 및 신체건강향상을 위한 TSL 프로그램효과를 연구한 송향주(2012), 계획행동이론을 바탕으로 여가교육이 중년여성의 건강인식, 생성감 및 성공적 노화에 미치는 영향을 연구한 김보람(2014), 중년여성의 건강관련 삶의 질 구조모형을 연구한 신은희(2017)의 연구가 있었다. 그리고 피부건강에 대한 연구로는 중년여성의 피부건강관리 관련요인을 연구한 김은옥(2002) 우리나라 중년여성의 식이섭취와 건강 생활

습관이 안면피부에 미치는 영향을 연구한 이영주(2016), 청국장 식이와 등마사지가 중년(40~50대)여성의 피부와 체형에 미치는 영향을 연구한 최영은(2017)의 선행연구가 있었다. 이처럼 중년여성에 대한 연구는 다양한 것으로 나타났다. 그에 비해 중년기 연구에서 중년남성의 연구는 중년여성 대비 40% 수준에 불과하다고 하였으며(박은선, 2014), 건강에 대한 연구에서도 양과 범위의 정도가 중년남성들이 훨씬 적은 것으로 나타났다. 따라서 중년남성의 건강연구에 대한 필요성이 있음을 알 수 있다.

이와 함께 건강관련 연구에 사용된 주요이론을 살펴보았다. 많은 선행연구에 사용된 건강관련 이론은 건강신념모델과 건강증진모형을 이용한 연구가 많았다. 건강신념모델을 적용하여 연구한 선행연구로는 건강신념이 정보처리과정과 건강행동의도에 미치는 영향을 연구한 이윤재(2013), 건강신념을 기초로 성인여성의 라이프스타일에 따른 피부건강행동을 연구한 주은령(2015), 건강신념모델을 기반한 공공보건 커뮤니케이션을 연구한 나재민(2016), 건강신념모델을 기초한 사회문화적 압력요인에 따른 건강행동실천을 연구한 홍재기(2017)의 연구가 있었다. 그리고 건강증진모형을 이용한 연구로는 초등학교 구강건강증진행위 모형개발을 연구한 김수경(2008), 고등학생의 건강증진행위 예측모형을 연구한 유혜순(2013), 고혈압 전단계 대학생의 건강증진행위 예측모형을 연구한 김소영(2015), 농촌지역 골관절염 노인의 건강증진행위 경로모형을 연구한 이한미(2017)의 연구가 있었다. 이와 같이 전통적인 건강연구 이론을 바탕으로 연구된 것 많았다.

80년대부터 2000년대 초반까지 사용된 건강행동 이론과 모델을 분석한 연구에서 가장 넓은 범위에 걸쳐 사용되어 온 이론은 사회인지이론과 계획된 행동이론인 것으로 나타났다(Glanz et al, 2008).

사회인지이론은 신념, 태도, 지식과 같은 여러 인지적 요인들로 인해 사회적 행동들의 발생 이유를 밝혀주는 모델이다. 구체적 내용은 사람들이 어떤 이유

로 건강행동을 수행하는지 그리고 어떤 외부요인들이 사람들에게 행동을 변화하도록 유도하는지 이해하는데 기여했지만, 인지이론만으로 건강행동을 설명하기에는 구체성이 부족한 부분이 있다고 하였다(유선옥, 2011).

따라서 본 연구에서는 건강에 대한 연구를 하기위한 방법으로 구체적인 행위인 정보행동을 통해 건강행동을 이해하고자 하였다. 사람들은 스스로 질병에 대한 이해와 치료결정 그리고 질병예방을 하고자 할 때 정보의 도움을 받는다. 정보행동(information behavior)은 어떤 궁금한 것들에 대해서 어떤 형태나 방법이든 원하는 정보를 찾아서 그 정보를 이용하여 해결하거나 다른 사람에게 전달하는 것과 관계된 모든 종류의 활동을 의미한다(Wilson, 2007). 이렇게 전달되고 교류되는 정보는 불확실성을 해소하기 위한 자료로 개인이 어떤 상황이나 문제에 대한 결정을 할 때 활용된다고 하였다(Grunig, 1982).

커뮤니케이션은 말과 글, 그림, 몸짓 등과 같은 “상징을 통해 정보나 의견을 주고 받는 행위”라고 정의된다(오택섭 등, 2009). 커뮤니케이션 행동의 한 영역인 정보행동은 사람들 간의 소통을 위한 정보원과 정보경로와 관련된 모든 종류의 행위를 의미하며 능동적 또는 수동적 정보행동이 포함된다. 정보행동은 사람들의 커뮤니케이션 행동으로 건강문제나 위험과 관련된 상황에 대응하기 위한 대처기제(coping mechanism)이며, 공중의 행동을 위한 연구에서 문제해결(problem solving)의 과정으로 여겨져 오고 있다. 특히 건강커뮤니케이션 연구자들은 삶의 질, 건강과 관련된 개인의 정보행동들이 어떤 작용을 하는지 그리고 교육이나 공익프로그램 등을 통해 정보추구행동을 강화시킬 수 있을지에 관심을 갖고 있다(유선옥, 2011).

정보행동이 건강관련 연구와 관련성이 있음을 알 수 있었기에 본 연구에서는 커뮤니케이션 이론인 상황이론을 바탕으로 중년남성의 건강과 관련된 연구를 진행하고자 하였다. 이를 위한 연구의 주요개념들을 살펴보면 다음과 같다. 상황이론은 Grunig(1983)이 제시한 개념으로 사람들이 어떤 쟁점상황에서의

인식수준과 그 상황과 자신과의 관계수준에 따라 인식하는 수준의 차이가 다르다고 한 이론이며, 그 인식수준의 차이가 커뮤니케이션 행동의 차이로 나타난다고 하였다. 개인이 어떤 쟁점이 문제라고 인식한 경우에 대처하기 위한 해결방법으로 의도적으로 필요한 정보를 찾고, 그 정보를 전달하는 과정에서 커뮤니케이션 행동을 하게 된다(Grunig, 1997; 유선옥 2011). 다시 말해, 어떤 쟁점을 문제라고 인식한 개인이 커뮤니케이션 행동으로 얻은 지식을 이용하여 문제를 해결하려 할 때, 어떤 의사 결정을 하는지 그 과정을 설명하는 이론이다.

상황이론은 홍보학 분야의 대표적인 커뮤니케이션 행동 연구이론으로 상황이론, 문제 상황이론 등이 있다. 현재는 문제인식에 대한 공중의 커뮤니케이션 행동 간의 관계, 건강문제와 행동으로 발전하기 위한 문제해결 실천과정을 이해하는데 유용한 이론적 바탕을 제공하고 있다(Hamilton, 1992)

만성질환에 대한 인식을 통한 커뮤니케이션 행동은 건강문제에 대처하기 위한 실질적인 행위로서 표현되며 본 연구에서는 건강행동의도와 건강행동이 대처행동으로 작용한다고 할 수 있다.

본 연구는 상황이론을 중심으로 중년남성의 만성질환에 대한 인식에서 커뮤니케이션 행동을 매개로 건강행동의도와 건강행동까지 연관된 관계를 규명하고자 한다. 그리고 전체적 연구과정은 만성질환의 인식에 의한 커뮤니케이션 행동을 통해 만성질환에 대한 정보를 찾고 전달하면서 의사결정의 선택이자 대처행동으로 건강에 대한 태도, 지식을 통한 건강을 위한 실천적 노력으로서 건강행동의도와 건강행동 두 가지에 영향을 미치는지 연구할 것이다.

그러기 위해 본 연구에서는 상황이론에 대한 종합적인 고찰과 건강에 대한 행동의도 및 건강행동에 대한 관련 연구를 살펴본 후 상황이론적 기반 하에 연구모형을 수립하고 연구가설을 설정하고자 한다. 이를 통해 만성질환의 인식이 관련된 커뮤니케이션 행동을 통해 대처행동에 이르는 과정까지 상관성을

살펴보고, 대처과정과 결과에 어떠한 영향을 미치는지 연구하고자 한다.

2. 연구문제

본 연구는 40~50대 중년남성을 대상으로 중년남성의 만성질환에 대한 인식이 건강행동의도와 건강행동에 미치는 영향을 규명하는데 그 목적이 있다. 이를 위한 연구문제는 아래와 같다.

연구문제 1. 중년남성의 인구통계학적 특성에 따라 만성질환에 대한 인식, 커뮤니케이션 행동, 건강행동의도, 건강행동에 차이가 있을 것이다.

연구문제 2. 중년남성의 만성질환에 대한 상황인식이 커뮤니케이션 행동을 매개로 건강행동의도와 건강행동에 영향을 미칠 것이다.

II. 이론적 배경

1. 중년남성과 만성질환

1) 중년기의 정의

인간의 생애는 환경, 심리, 정서적 요인들의 상호작용 속에서 점차 발달하며 변해가는 연속적 과정을 거치게 된다. 인생주기에서 중년기는 전환점이 되는 중요한 시기로 정신적, 신체적 인지적, 변화등과 같은 내적 환경과 가족과 직장생활의 변화와 같은 외적환경들이 교차하는 발달단계 중 하나이다(차승은, 한경혜, 2003). 중년기는 다양한 인생경험과 지혜가 충만한 시기로 그동안 살아왔던 자신의 경험과 능력이 통합되는 삶의 절정기이자, 성년초기 단계를 지나면서 자신의 정체감을 확인하고 완성하는 시기라고 할 수 있다(김윤숙 등, 2005). 하지만 이와는 다르게 사춘기와 같이 심리적인 격동과 정신적인 혼란과 불안감 등을 또 다시 경험하게 되기 위기의 시기라고 하였다(Jung, 1933).

중년기의 사전적 의미는 노년이 시작되기 직전의 성년기라고 간략하게 요약 할 수 있으나, 명확하게 합의된 기준은 정해져 있지 않고 학자들마다 다양한 의견을 제시하고 있다. 중년기의 의미와 개념을 구체화한 Jung(1933)은 중년기를 발달적 위기이자 성격발달의 정점으로 40세 전후를 중년기라고 하였으며 중년기를 정신분석학적 관점으로 해석하였다. 그는 중년기의 특징을 정서적 위기가 수반되는 것이라고 하였으며, 위기감을 경험하고 나서야 지속적인 발달이 가능하고, 가치관의 급격한 변화가 일어난다고 하였다. 이로 인해 외형적인 성향에서 성격이 차분하고 신중한 내향적인 성향으로

바뀐다고 하였다.

Erikson(1963)은 중년기를 40~60세라고 하였고, 심리사회발달의 측면에 관심을 두었으며 중년기가 심리사회발달 과정 중 7단계에 해당된다고 하였다. 그는 이 시기를 생산성 대 자아탐닉의 과업을 성취하는 단계로 정의하여 위기와 불안을 극복하기 위해 자신의 능력과 자원을 사회와 후세를 위해 사용하는 개념인 생산성으로 설명했다.

Havighurst(1972)는 인간의 발달과업에서 인생의 주기를 6단계로 구분하고, 각 단계별로 해야 할 발달과업이 있다고 주장하였다. 그 중에서 중년기를 30~60세로 설정하고, 사회에서 개인의 영향력이 최고조에 도달한 것과 동시에 생물학적 변화에 의한 노화를 체감하는 시기라고 하였다.

이처럼 발달단계를 기준으로 중년기를 구분한 국내연구로는 한국인의 평생 교육적 관점으로 구분한 김종서(1994)의 연구가 있으며, 그는 성인후기로 규정한 35~60세가 중년기에 해당한다고 주장하였다.

특히 Borland(1978)는 중년기에 대해 폭넓고 다양한 범위에 걸친 종합적인 정의를 내렸으며, 중년기를 3가지 기준의 관점을 세워 분류하고 설명하였다.

첫째는 가족주기를 기준으로 구분하는 것이며, 이는 연령과 관계없이 막내 자녀의 독립부터 직업생활의 은퇴까지를 중년기로 구분하는 것이다. 이것은 은 서양의 가족을 기준으로 막내자녀가 독립하는 고등학교 졸업 이후를 말한다. 가족주기의 관점에서는 막내자녀의 고교재학까지를 중년기라는 기준으로 정의했다(Lowenthal et al, 1975).

둘째는 생활 연령을 기준으로 구분하는 것이다. 가장 보편적이며 생물학적 특징으로 구분하는 방법으로 Gould(1978)는 중년기를 35~45세로 정의하였고, Levinson등(1978)은 40~60세로 구분하는 등 학자들마다 각자 다른 의견을 제시하고 있다.

셋째는 연령과 가족생활주기를 종합하여 구분하는 것이다. 이것은 사회, 심리적 발달이 특정연령대를 기준으로 나타난다는 것이 전제이며 막내자녀가 중학교 이상 재학 중이며 40~59세라고 범위를 제한하였다(김명자, 1994).

이상과 같이 중년기에 대한 구분은 연령, 가족주기, 발달단계, 생물학적 변화 등에 의해 종합적으로 고려되고 있음을 알 수 있다. 한국에서는 과거부터 60세를 환갑이라 이르고 노인으로의 시작임을 알리고 있다. 따라서 여러 학자들의 의견과 선행연구에 의해서 규정된 중년의 개념과 나이를 종합하여 본 연구에서는 중년의 연령을 40세~59세까지로 규정하고자 한다.

2) 중년남성의 특징

중년기의 남성은 자신에게 요구되는 많은 역할들에 대한 책임을 이행하기 위해 많은 시간과 에너지, 경제적 비용을 부담하고 그에 더해 일과 가정 그리고 개인적 욕구 사이에서 자아정체성을 확립하고 균형을 맞추기 위한 노력을 하게 된다(Dziegielewski et al, 2002). 하지만 중년남성들은 노화의 시작을 인지함과 동시에 신체적, 정신적, 심리적인 변화와 사회적 위치에서의 책임 그리고 가정에서 경제적 부담 등으로 인한 스트레스를 받게 된다.

따라서 이와 같은 여러 가지 변화들을 마주하게 되는 중년남성의 특징을 정리하면 아래와 같이 나누어 볼 수 있다.

첫째, 신체적인 부분에서 중년기의 신체적 건강상태는 생애과정 중 가장 급격한 변화가 생기는 전환점 중 하나이다. 다시 말해 생애 전반기로부터 누적된 결과들로 인해 개인별 건강수준의 편차가 커져가기 시작하는 시점이다(차승은, 한경혜, 2003). 신체변화는 30대까지는 천천히 진행되어 잘 느껴지지 않지만, 연령이 높아질수록 신체능력의 감퇴로 인한 노화현상을 실감하게 된다. 특히 몸의 주요 감각인 시각, 청각, 미각, 후각의 기능이 떨어지

고 근력과 지구력도 감소하여 활동력이 줄어들게 된다.

중년기 건강과 신체변화로서 주목한 만한 과정인 갱년기 증상이 필연적으로 나타나며 중년기 남녀 모두는 성호르몬이 감소하며, 이로 인한 영향으로 신체적, 정신적 변화를 경험하게 된다.

여성은 성호르몬인 에스트로겐의 감소로 나타나는 폐경기를 갱년기라고 부르고, 남성의 경우는 테스토스테론 감소로 발생하는 변화를 남성폐경기 또는 남성갱년기라고 한다(이영주, 2003). 갱년기는 40대~50대 말까지 지속되는 생물학적 전반의 변화를 포함한다. 갱년기는 중년기에 경험하게 되는 자연적인 현상이며, 생애과정 중 성숙기에서 노년기로 넘어가는 변곡점으로 노화에 대한 적응과정이자 성장발달의 한 단계라고 할 수 있다(Willson & Carrington, 1987).

갱년기 증상은 일반적으로 여성들에게 더 큰 영향을 주는 것으로 연구되어 왔지만, 남성들도 불면, 안면 홍조, 우울감, 기억력 장애, 피로, 주기적 발한과 성적 활력의 저하 등과 같은 여러 가지 신체 증상을 호소한다(허명륜, 임숙빈, 2012). 특히 중년기는 근력과 활력이 감소하여 운동을 잘하지 않으면 소화기계 및 내분비계의 활동과 장의 소화효소 분비능력, 췌장의 활동이 감소된다. 이런 이유로 소화력이 떨어져 지방흡수율이 감소하면, 연쇄적으로 인슐린의 분비가 감소되어 당뇨병 발생률이 증가하게 된다(우원미, 1994). 그와 더불어 그 동안 오랫동안 지속되었던 음주와 흡연 등과 같은 좋지 않은 생활습관으로 심혈관 질환과 고혈압 같은 질환의 위험이 중년기에는 높아진다(김은영 등, 2014). 일반적으로 노년기에는 만성퇴행성 질환들이 나타나는데, 예방적 차원으로 노년기가 다가오기 전에 정기적인 건강검진과 건강에 대한 태도와 지식으로 부정적 생활요소들을 변화시키고 건강관리 능력을 키우는 것이 필요하다(김문환, 2010).

둘째, 심리적인 부분에서 중년남성의 마음속에 내재된 여성적 심리경향을

통합하는 것이 중요하다(Jung & Franz, 1996). 생애 발달과정 중 내면의 상반된 가치들을 통합할 기회는 언제든지 있지만, 전환기인 중년기에는 이와 같은 양극성을 통합할 새로운 방식을 발견하게 될 것이라고 하였다(Levinson et al, 1978). 그렇지만 우리사회에 남성들은 감정을 표현하는 것이 나약한 것으로 여기는 경향이 있다. 이로 인해 정신적, 심리적으로 문제나 갈등이 생겼을 때, 해결방법이나 정보를 찾는데 소극적인 경향이 있다(허명륜, 임숙빈, 2012). 하지만 중년남성들은 이런 문제로 인한 심리적 압박감을 해소하기 위해 상담이나 치료 등과 같은 긍정적인 방법을 택하기보다 음주, 게임, 도박, 폭력, 외도 등의 부정적 방법으로 해결하는 사람들이 늘고 있다(고기숙, 2003). 이와 같이 중년남성들은 자신의 문제를 잘 표현하지 않고 숨기려 하기 때문에 우울한 감정을 잘 인식하지 못할 수 있다. 중년기의 우울증은 생물학적, 사회심리학적 변화에 의한 증상으로 발생하며 여성은 40대 후반, 남성은 50대 후반에 많은 것으로 보고되고 있다(조남희, 성춘희, 2016). 그런데 우울증 진단을 받은 남성은 분노와 같은 공격적 행동이 나타나기도 하며 더 나아가 가정폭력 및 자살 등의 문제로 확대되기도 한다. 그리고 무엇보다 심각한 우울은 배우자와 가족을 멀리하게 되면서 더 큰 비도덕적인 행동의 문제들을 유발시킬 수 있다(고기숙, 2003).

셋째, 경제적인 부분에서 중년남성은 연령의 증가와 경력이 쌓여 갈수록 사회경제적 지위가 상승하게 되며, 사회의 중추적 위치에서 생산과 소비의 최고 정점에 도달하게 된다. 즉 직장과 직업에서 축적된 경험과 경력으로 젊은 세대를 선도하는 위치에서 그에 맞는 경제적 수입을 얻게 된다. 한편 그와 상응하여 사회를 책임지는 세대로서의 역할도 수행하게 된다. 그러나 현실적 상황에서 중년남성은 생활영역 중에서 경제생활로 인한 스트레스를 크게 받게 된다. 소득수준이 충분하지 못할 경우 생활만족도를 결정하는데 영향을 미치며 그 결과 우울과 직접 관련되어 다시 반복적으로 스트레스의

정도를 올리는 것으로 나타났다(노민옥, 박경란, 2008). 한국의 중년남성은 사회적 위치와 지위에 맞게 수입이 증가했음에도 불구하고 자녀의 교육과 결혼 등으로 인한 부모로서의 역할을 하기 위해 책임을 지게 된다. 그리고 노부모의 부양까지도 해야 하는 부담 또한 짊어지게 됨으로서 인생의 후반부로 넘어가는 시기에 자신의 노후설계가 어려워 질수도 있다(조추용 등, 2009).

넷째, 사회적인 부분에서 한국의 중년남성들은 주된 생계부양자로 인식하기 때문에 여러 역할들 중에서도 직장인으로서의 역할에 몰입하는 경향이 높다(노민옥, 박경란, 2008). 그러나 현실에서는 빠르게 변화하는 시대의 요구를 따라가지 못하고, 정년의 감소와 갑작스런 실직과 같은 직장에서의 불안 요소들의 증가와 승진, 저임금, 업무과중, 장시간의 근무시간 등과 관련된 문제는 중년남성에게 가장 높은 스트레스 요인으로 영향을 주고 있는 것으로 나타났다. 그리고 이러한 직무 스트레스 수준이 높아지면 신체적 건강이 나빠지게 되고, 직장 내 위기감이 증가 할수록 우울도 역시 높게 나타났다(차승은, 한경혜, 2003).

특히 회사가 있어야 가정이 있다는 생각이 강한 직장인일수록 별다른 준비 없이 정년을 맞은 사람들은 일거리가 없는 가정생활에 적응하기가 더 힘들며, 직장을 떠난 뒤 심각한 무력증과 불면증에 시달리는 정신적 불건강이 가족 전체에 전염되는 경우도 많다(우원미, 1994).

다섯째, 정신적인 부분에서 연령이 증가하면서 이전에는 느끼지 못했던, 정신적 능력의 감퇴를 경험하게 된다. 이는 자신에게 가장 가치 있었던 부분들을 상실해 가고 있다는 생각으로 심한 정서적 갈등과 불안을 겪게 된다(조추용 등, 2009). 중년남성의 부모역할 만족도는 심리적 복지감을 높이는 것과 관련되어 있지만, 한국의 남성들은 30, 40대 초반기에는 근무시간이 길고 야근과 출장이 많아서 자녀와의 친밀한 관계를 형성하지 못하고 있다고

하였다(나윤경, 박성희, 2004). 중년남성의 위기감은 자녀와의 관계가 만족스럽지 않을수록 높아지고, 자녀들이 성장하고 독립하면서부터 무기력함, 쓸쓸함, 초라함을 느끼게 된다. 고기숙(2003)은 가족의 유대관계가 중년남성의 심리적 위기감을 설명하는 매개변인이라고 주장하였다. 따라서 부부관계를 포함한 가족관계에 대한 스트레스가 높을수록 중년남성의 위기감이 높아지고, 반대로 배우자와의 관계가 좋을수록 심리적인 건강상태의 수준은 향상된다고 하였다(차승은, 한경혜, 2003). 가족관계에서의 긍정적 유대관계는 건강한 정서조절을 통해 개인의 심리적 건강과 일상생활에서의 행복감을 유지하는데 중요한 요인이다(고기숙, 2003).

3) 중년남성과 건강

박은선(2014)은 중년기 관련 연구에서 중년여성에 대한 연구에 비해 중년남성의 연구는 40% 수준에 불과하다고 주장하였으며, 중년남성의 생애주기는 다른 시기에 비해 관심도가 낮은 편이라고 하였다.

중년기의 대표적 신체변화 과정이자 증상인 갱년기는 여성의 경우 폐경기를 갱년기의 시작으로 받아들이고 대처하는데 비해, 남성 갱년기는 징후가 명확하지 않고 구분이 어렵기 때문에 증세를 무시하고 방치해서 악화시킬 위험성이 높은 것으로 나타났다(허명륜, 임숙빈, 2012). 남성들의 갱년기 증상은 우울감, 기억력 장애, 피로, 불면, 안면 홍조, 성적 능력의 저하, 주기적 발한 등에 이르기까지 다양한 증상들로 나타난다(이영주, 2003).

중년남성의 갱년기와 삶의 만족도를 대한 연구에서는(김정희, 이영주, 2005) 갱년기 증상이 삶의 만족도를 떨어뜨리는 것으로 조사되었다. 허명륜과 임숙빈(2012)의 연구에서는 갱년기 증상을 경험하는 50대 남성들의 경우 신체, 감정적 변화보다 성기능 관련증상을 더 많이 보였다고 하였다. 그들은 갱년기

증상으로 나타난 우울은 주관적으로 인식하는 연령의 차이나 건강증진행위와 부적 상관관계를 보였다고 하였으며, 건강관리 측면에서 부정적 영향을 미치는 갱년기 증상을 우선 파악하는 것이 중요하다고 강조하였다. 한편 중년남성의 갱년기가 심리적 위기감을 증가시키고, 정서적 불안정성과 밀접한 관계를 가지고 직업스트레스와 상관관계를 형성한다는 연구결과도 있었다(차승은, 한경혜, 2003). 그렇기 때문에 갱년기에 대한 적절한 진단과 치료가 필요하고, 후천적인 교육과 상담의 필요성을 제기하기도 하였다. 이들 연구로 살펴보면 남성 갱년기 증상에 대한 충분한 이해와 대처방법으로 적극적인 관리가 중년남성의 건강관리에서 필요하다는 것을 알 수 있다.

사회경제적 수준이 높아지면 자연스럽게 건강한 삶을 영위하기 위한 건강증진에 대한 관심이 높아지게 된다. 이러한 차원에서 건강증진은 개인의 건강향상에서부터 지역사회의 보건수준향상으로까지 이어지는 주요한 개념으로 등장하였다(김선희, 2010). 중년남성의 건강증진행위와의 관계에 대한 연구는 여성들의 연구에 비해 많지 않은 편이나 최근 들어 조금씩 증가하는 추세이다. 김금자(2000)의 연구에서는 중년남성의 건강증진행위에 대한 구체적이고 전반적인 영향요인들을 살펴보았다. 그는 건강증진행위를 조절하기 위한 간호중재방법의 개발을 촉진하기 위해 연구를 하였으며, 건강행위 예측 변수 중 자기효능감이 가장 큰 영향을 주는 것으로 나타난 다른 다수의 선행연구들에서 확인된 지지개념을 검증하였다. 그에 비해 이한구(2011)는 중년남성의 라이프스타일을 분류하고 그 특성에 따른 건강증진행위에 대한 연구하였다. 그는 알뜰하고 유행정보에 관심이 강한 경제적 생활형의 건강상태가 가장 허약하며, 건강증진행위에 스트레스와 영양관리가 가장 큰 영향을 미친다는 연구결과를 제시하였다.

다음으로 중년남성과 관련된 연구에서 관심을 많이 가진 분야 중 하나인 스트레스와 관련된 연구들을 살펴보았다. 중년남성은 사회활동의 중심이자 사회

를 책임지는 세대로서 선택과 그에 대한 책임도 함께 지고 살아야하는 의무가 있는 세대로 스트레스의 수준이 가장 높다고 하였다(조남희, 성춘희, 2016)

한경임 등(2002)은 중년남성의 스트레스와 갱년기 증상과의 관계성을 연구를 통해 스트레스와 갱년기 증상 간에 상관관계가 있다는 결과를 제시하였으며, 이 연구결과를 통해 스트레스를 적절하게 예방하고 관리해야 할 필요성을 강조하였다.

이미숙(2003)은 스트레스의 관심범위를 확장시켜 사회적 스트레스와 중년남성의 정신건강에 대한 연구를 하였으며, 그는 생활사건과 가족스트레스를 많이 받는 중년남성의 우울 수준이 높게 나타났다고 하였다. 그리고 사회경제적 지위와 사회적 스트레스가 정신건강 수준과 관련성이 있다는 연구결과를 통해 사회계층구조와 건강불평등 문제에 대한 연구와 관심의 확대에 대해 제안하였다. 그와 함께 직무관련 스트레스가 큰 영향을 주지 않는다는 결과를 제시함과 동시에 정신 건강을 증진하기 위해서 좋은 친구관계와 부부관계가 도움이 된다는 주장하였다. 한편 그와 다르게 노민욱과 박경란(2008)은 직장남성의 스트레스와 대처행동이 심리적 안녕감에 미치는 영향을 연구하였으며, 생활스트레스를 가장 높게 인식한다고 밝혀냈다. 그리고 그 다음으로 건강, 직업안정성, 업무능력, 부부관계, 직장 내 인간관계, 자녀관계 스트레스 순으로 나타나 가족관계보다 직장관련 스트레스가 더 높다는 연구결과가 나타났다고 하였다. 그중에서 주요 스트레스 요인들과 가장 관계성이 높은 요인은 경제적 소득이었으며, 직장 내 스트레스에서 업무능력은 우울과 밀접하게 관계된다고 하였다. 스트레스 대처방법에 따라 우울의 수준 차이가 많은 것으로 나타나는 것으로 분석되어 배경변인보다는 스트레스에 대한 긍정적인 사고와 태도가 중요함을 역설하였다.

건강을 관리하고 신체능력을 향상시키는데 운동의 중요성과 필요성은 많은 연구들을 통해 확인되어 오고 다루어지고 있다. 그러한 측면에서 중년남성의

건강과 관련된 연구에서 운동과 연관된 선행연구를 살펴보았다.

박미령(2013)은 운동참여에 따른 호르몬과 스트레스 그리고 갱년기 자각증상에 대한 수준과 그 정도의 변화에 대한 연구를 진행하였다. 그는 20대 남성을 연구대상으로 정상적인 집단과 갱년기 증상을 가진 집단으로 구분하여 연구를 하였다. 그 결과 두 집단 간 호르몬 변화에 대한 차이는 확인하지는 못했으나, 갱년기 증상을 가진 집단의 경우 정상집단에 비해 스트레스 총점, 자기신뢰도, 우울, 수면장애 및 불안, 일반건강 등에 대한 하위 요인에서 부정적 수준이 높은 것으로 측정되었다고 하였다. 일반적으로 갱년기를 치료하는데 있어서 호르몬요법을 통한 연구가 진행되어 왔지만, 다양한 운동참여를 통해 남성갱년기 증상을 예방하고 개선할 필요성이 있음을 강조하기도 하였다.

장창현(2002)은 연구에서 중년남성의 규칙적인 배드민턴 운동으로 인한 신체 조성의 변화를 6개월 간 관찰하였으며, 배드민턴 운동 전후의 신체 변화를 측정된 결과 최대 산소섭취량, 최대 심박수, 고밀도 콜레스테롤의 지표가 긍정적인 의미로 증가되어 신체 조성에 좋은 효과가 나타났음을 밝혔다. 그리고 비만과 몇몇 성인병예방에도 효과가 있을 수 있다고 주장하였다.

중년남성과 관련된 연구 중에서 건강을 포함하여 가장 포괄적인 범위에 걸쳐 다루어지는 주제는 삶의 질에 대한 연구인 것으로 나타났다. 삶의 질에 대한 연구는 정신적, 신체적 부분을 비롯한 다양한 구성요소들과의 관계를 통합하여 연구된 것을 알 수 있었다. 중년남성의 삶에 대한 변화과정을 연구한 김윤숙 등(2005)은 중년기 발달이론에서의 중년남성의 삶의 변화 경험에 따라 청춘형, 성숙형, 체념형 3가지 유형으로 구분하였다. 그들은 삶의 변화에 대한 각 유형의 전체적인 결과로 노화로 인한 신체변화를 경험하지만 조금이라도 더 젊을 때 사회활동들을 마음껏 하고 싶어 한다고 주장하였다. 그리고 노화로 인한 신체적, 정신적 변화에 대응하기 위한 적절한 치료중재가 요구되고, 즐거운 사회생활을 위해 가족들과 함께 즐길 수 있는 놀이 문화프로그램의 개

발이 필요함을 강조하였다. 이영휘(2002)는 중년남성의 삶의 질에 대한 연구에서 삶의 질과 관련된 변수들의 예측변인과 상관관계를 분석하였다. 그의 연구 결과에서는 경제적 상태, 교육수준, 결혼상태, 자녀수, 종교가 유의한 차이를 내는 변수로 조사되었다. 인지지가 변수인 사회적지지, 건강지가, 자아존중감, 자기효능은 여러 연구에서 부분적으로 묶어 상관성을 조사한 결과 정적인 상관관계를 분석하였다. 따라서 삶의 질을 향상시키기 위해서는 각 개인이 처한 상황에 따라 기대수준의 조절과 건강증진행위의 구체적 실천과 적용이 필요하다고 하였다.

지금까지 중년남성을 주제로 이루어진 연구에 대한 고찰을 진행하였다. 중년여성에 비해 상대적으로 연구는 활발하지 않으나 갱년기 증상, 건강증진행위, 스트레스, 삶의 질 등으로 연구가 이루어져 온 것을 확인 할 수 있었다. 그렇지만 본 연구에서 진행하고자 하는 만성질환에 대해 상황이론을 활용한 건강행동과 관련한 연구는 이루어지지 않은 것을 알 수 있었다. 따라서 본 연구에서는 중년 남성을 대상으로 만성질환에 대한 상황인식이 커뮤니케이션 행동을 매개로 건강증진에 관한 행동에 미치는 영향을 살펴보기 위하여 관련 선행연구를 계속 검토해 보고자 한다.

4) 만성질환

만성질환은 장기간 지속되고, 자발적 치유가 되지 않으며 완전하게 잘 치유가 되지 않는 비전염성 질병이라고 미국 질병통제예방센터에서 정의하였다(Charness, 2010).

만성질환에 대한 구체적 정의는 1949년 설립된 미국 만성 질환 위원회에서 제시하였다. 만성질환의 구체적 정의를 살펴보면 회복 될 수 없는 병리적 변화를 동반하는 것, 질병이 영구적으로 지속되는 것, 후유증으로 인한

장애가 발생하는 것, 재활을 위해 특수한 훈련 또는 치료가 필요한 것, 그리고 장기간에 걸쳐 치료와 관찰이 필요로 하는 것으로 구성되며, 그 중에서 한 가지 이상이 정상범위에서 벗어나거나 손상된 경우라고 하였다. 또한 완치가 불가능한 질환으로 3개월 또는 6개월 이상 질병이 유지되는 경우로 정의된다(Summer, 1999).

만성질환에 대한 범위는 한국, 미국, 일본으로 나누어 볼 때 국가별로 차이가 있었으나 심장질환, 신장질환은 공통적으로 포함되었고, 뇌졸중, 악성 신생물, 신경질환, 만성 호흡기 질환, 당뇨까지는 국가별 차이를 보이고 있는 것으로 나타났다(김영표, 2014).

만성질환은 현재 의학수준으로는 단기간에 완치되는 것이 어려운 질병으로 진행 초기에는 자각증상을 느낄 수 없다. 국내의 사회경제적 여건과 의료 환경은 점점 향상되고 있지만, 고령사회로 빠르게 진입하면서 만성질환은 계속 증가하고 있는 실정이다. 그렇지만 우리나라 청장년층의 절반 이상은 고혈압, 고지혈증, 비만, 당뇨, 중 한 가지 이상의 만성질환을 가지고 있음에도 불구하고 만성질환을 앓고 있는 환자 2명중 1명은 본인이 환자인지도 모르고 있다(질병관리본부, 2016). 우리나라의 만성질환은 40세 전후부터 급격하게 많이 발생하고 있으며, 전체 사망원인들 중에 상위를 차지하는 있는 상황이며 40세 부터 60세 사이에서 많이 발생하는 질환이라 해서 성인병이라는 용어로 사용되기도 한다(이정수 등, 2008). 그러므로 가정과 사회에서 중추적 역할을 담당하는 중년남성이 만성질환에 노출되면 그의 가족건강과 생활안정 그리고 더 나아가서는 사회의 생산성까지 위협하는 문제가 된다. 더욱이 중년남성은 만성질환에 걸리게 되면 노년기 환자들보다 더 충격을 받을 뿐 아니라 사회적 역할장애로 더욱 심각한 어려움을 겪게 된다. 중년기와 노년기의 삶의 질은 만성질환이 있다는 그 자체만으로도 부정적인 영향을 받게 된다. 그리고 질병의 종류에 따라 다르기는 하지만 만성질환자

는 신체기능의 약화로 인해 일상적 활동에 어려움을 겪으며 독립적 생활에 제약을 받게 된다(Young, Murray & Forster, 2003). 이러한 질환의 원인으로는 유전, 위험요인 노출, 감염, 생활환경, 환경오염, 흡연, 음주, 식습관 등이 발병원인으로 작용하며, 건강행위나 사회경제적 수준이 직, 간접적으로 발병요인과 관련 된다고 하였다(김문환, 2010). 또한 연령이 높아질수록 합병증의 위험이 올라가고 이로 인한 만성질환으로 인한 사망률은 중년남성의 경우 사망원인 상위 10개 중 7개를 차지하고 있다. 이는 결과적으로 사회경제적 부담증가에 주요한 원인으로 작용을 하고 있으며, 앞으로도 증가할 것이라고 하였다(남상권, 심옥수, 2011).

만성질환에 대한 연구는 대부분 노인을 대상으로 연구되어 온 것으로 나타났다(김문환, 2010; 남상권, 심옥수, 2011; 이수경, 2013, 정현선, 김옥수, 2013). 그 연구 내용들은 노인의 만성질환 경험과 관련된 우울 그리고 증상을 개선하기 위한 건강증진행위 등에 대한 방향으로 서술된 경우가 많았다. 관련된 연구내용을 살펴보면 만성질환 노인의 삶의 질에 대한 영향(남상권, 심옥수, 2011), 노인들의 건강증진행위와 만성질환과의 관련요인 분석(김문환, 2010), 노인 만성질환자의 건강관련 삶의 질 영향요인 분석 및 예측 모델 개발(이수경, 2013), 노인 만성질환자의 우울과 건강행위에 대한 연구(정현선, 김옥수, 2013)등으로 연구되어 왔다.

이에 비해 중년남성의 만성질환에 관련된 대한 연구는 도은수 등(2015), 김린아(2017)의 연구 외에는 찾기가 어려우며, 이러한 측면에서 중년남성의 만성질환을 중심으로 한 연구를 하는데 있어 그 의의가 있다고 할 수 있다.

2. 커뮤니케이션 행동에 대한 이론

1) 상황이론의 개념

상황이론(Situational Theory)은 문제(issue)를 중심으로 한 이론으로 사람들이 어떠한 문제를 직면한 상황에서 개인의 지각수준에 따라 문제를 다르게 인식하고, 그 인식수준에 의해 개인이 그 문제를 해결하기 위한 커뮤니케이션 행동의 차이를 설명한 이론이다(Grunig & Hunt, 1984)

간략하게 말하자면 사람들의 인식수준의 차이에 의해 커뮤니케이션 행동이 어떻게 다른가를 설명해주는 이론이다(Grunig, 1983).

상황이론을 이해와 연구를 위해서는 커뮤니케이션 행동의 수준에 따라 집단을 세분화하는데 중심이 되는 공중에 대한 내용부터 파악하는 것이 필요하다. Grunig(1989)은 사람들의 다른 형태의 집단인 군중, 대중에서 공중을 구별하였는데, 그 개념이 다르다고 주장하였다. 우선 군중이란 일정한 장소를 점유하고 있는 조직화되어 있지 않은 사람들의 집합체로 그 구성원들은 공통의 관심대상이 있지만 일시적인 모임으로 관심대상이 사라지면 자연적으로 소멸된다고 하였다(Lasswell & Kaplan, 1950). 대중은 구성원들인 개인들 사이가 고립되어 있고, 사회 전체범위에서 모이기는 하지만 비조직적이고, 개인의 익명성을 바탕으로 한다(Blumer, 1966). 공중은 문제의 존재를 인식하고 그 무엇인가를 하기 위해 조직된 사람들의 집단이다. 공중은 항상 특수한 상황에 직면해 있고, 어떤 공통된 문제에 대해 조직화하여 문제에 대해 토론하고, 이슈나 상황에 따라 자발적으로 발생했다가 문제가 해결되면 소멸되는 특성을 지닌다고 하였다(Grunig & Hunt, 1984). 따라서 Grunig과 Repper(1992)는 공중은 쟁점이 없어지면 사라지는 기능적인 집단화로 정의될 수 있다고 하였다.

정리하자면 공중은 이슈에 따라 다르게 구성되기 때문에 이슈에 따른 공중의 상황인식을 파악하는 것이 중요하다(이유나 등, 2009). 공중은 인위적인 기획된 결과로 발생하는 것이 아니며, 어떤 이슈에 대한 이성적 사고능력을 기초로 커뮤니케이션 행위를 통해서 형성된다. 그리고 어떻게 인식했느냐에 따라서 공중의 반응도 같이 변화하기 때문에 공중은 완성된 조직이 아니며, 그런 행동들이 전통이나 문화적인 패턴으로 말할 수 없다(Blumer, 1996; 배미경, 2003에서 재인용).

상황이론은 이슈에 대하여 공유할 개연성이 높은 공중과 일반 대중을 구분할 수 있도록 해주며, 그 다음 구분된 공중을 다시 세분화하기 위해 공중구성원들이 직면한 상황을 어떻게 느끼는지 측정하여 커뮤니케이션 행동별로 공중을 분류하는 방법을 제시한다(권중록, 2000). 또한 공중이 상황을 어떻게 인지하는지를 측정하여 공중의 커뮤니케이션 행동을 변한다는 점을 이해할 수 있게 해준다. 그래서 조직화되어 활동적으로 발전하는 공중이 언제 어떤 커뮤니케이션이 가장 효과적인지 찾을 수 있도록 설명해 줄 수 있다(Grunig, 1997).

2) 구성개념

(1) 문제 인식

문제 인식(problem recognition)은 사람들이 마주친 어떤 상황이 자신들에게 문제가 되지 않는 한 그 상황에 관하여 생각하거나 하던 일을 멈추지 않는다는 Dewey(1927)의 아이디어에서 차용한 개념이다(Grunig, 1983).

사람들은 어떤 상황에 문제가 없다고 인식하면 평소의 습관이나 개인적 경험에 의해 행동한다(Grunig, 1982). 하지만 반대로 사람들이 어떠한 쟁점에 대한 문제를 인식하면, 그것을 개선시키고 무엇인가 해야 할 필요성이

있다고 생각하고 그 문제를 확실하게 해결 할 때까지는 계속 생각하는 것을 멈추지 않는다는 것이다. 따라서 발견한 문제를 해결하기 위해서는 정보가 필요하고 그 정보를 찾게 된다(Grunig & Hunt, 1984). 따라서 문제인식은 어떤 상황에서 대해 개인이 정보의 필요성을 지각하고, 이슈에 집중하고 생각하기 위해 하던 일을 멈추는 것이라고 정의된다(Grunig, 1982; Kim & Grunig, 2011). Grunig(1989)은 문제란 상황, 환경, 혹은 사회 시스템으로부터 발생할 수 있다고 하였는데, 이러한 문제인식은 상황 그 자체나 환경적 이유 또는 개인적 호기심이나 어떤 상황인지에 대한 이해의 부족 때문에 발생할 수도 있다고 하였다(Grunig & Repper, 1992).

개인은 현실에서 뭔가 잘못된 느낌이나 혹은 무엇인가 부족하다고 지각하면 자신이 느낀 불확실한 상황을 극복하고 개선하는데 필요한 지식이 부족하다고 느낄 때 정보를 얻기 위한 동기가 유발되고, 정보를 찾기 위한 행동을 하게 된다(차동필, 2002). 박노일(2009)은 개인은 어떤 문제에 대해 불확실한 상황에 놓여있고, 불안감을 경험 할 때 문제에 대한 정보를 찾으려 하는 경향이 있어서 정보추구와 같은 커뮤니케이션 행동을 보인다고 하였다.

(2) 제약인식

제약인식(Constraint recognition)은 어떤 상황에서 개인이 무언 인가를 하기 위한 자신의 행동과 능력을 제한하는 장애물과 제약이 있음을 인지하는 정도를 의미한다(Grunig, 1997). 다시 말해 개인이 어떤 상황에 대해 대응할 수 있는 능력을 제한하는 장애가 있다고 느끼는 정도를 말한다(Cutlip, Center & Broom, 1994).

개인은 어떤 문제를 해결하기 위한 노력이 소용없다고 인식할 때 제약감을 느끼게 된다. 따라서 제약인식이 높을 경우, 그 문제와 관련된 계획이나 행동에 도움이 될 수 있는 정보가 있다고 해도 그 가치를 낮게 생각하는 경

향이 있다. 즉 개인의 제약인식이 상대적으로 높으면 커뮤니케이션 행동은 소극적으로 되고, 반대로 제약인식이 낮으면 커뮤니케이션 행동이 적극적으로 된다(Grunig, 1983; Grunig & Hunt, 1984).

Grunig(1983)은 제약인식을 어떤 문제나 쟁점상황에서 자신들이 할 수 있는 일이 거의 없다고 믿는 것 또는 그 반대로 어떤 목표를 성취하고 유지하며 내재된 어려움을 극복하는데 중요한 자신의 능력에 대한 자신감을 의미하는 개인의 효능감과 유사하다고 하였다. 따라서 제약인식과 개인의 효능감은 상반된 관계로 작용하여 제약인식이 높으면 자기효능감이 낮아지는 상태와 같다고 볼 수 있다.

(3) 관여도

관여도(level of involvement)는 개인과 쟁점의 연관성을 대한 개념으로 쟁점이 개인에게 얼마나 영향을 주는지 또는 받을 수 있다고 생각하는지에 대한 스스로 지각하는 정도로 측정된다(Grunig, 1978; Grunig & Hunt, 1984). Grunig의 관여도에 관한 개념은 Krugman(1965)이 정의한 개념으로 메시지 수신자가 인식한 메시지와 개인의 관련성 정도라는 것에서 차용된 것으로 그 문제가 개인과 얼마나 관련되어 있는지에 대한 정도라고 보고 있다. 특히 관여도는 커뮤니케이션 행동과 관련성이 큰 요인으로, 커뮤니케이션 연구자들 사이에서 핵심적인 개념으로 자리 잡고 있다고 말했으며, 관여도에 대한 연구 필요성을 사회심리학이나 소비자심리학에서는 크게 강조하고 있다(Hallahan, 2000).

(4) 정보처리 행동

정보처리 행동(Information processing behavior)은 개인이 의도하지 않고 우연히 정보를 얻게 되는 수동적인 커뮤니케이션 행동이다(Grunig, 1982).

정보처리 행동은 우연한 과정이며, 일반적으로 대중매체를 통해 계획적이 않은 자연스럽게 일어나는 행동으로 신문, 라디오, TV 같은 뉴스매체에 주목하고 메시지를 얻게 되는 것을 말한다(Slater et al, 1992). 그러나 해당 메시지를 인식하고 관심을 가진다는 부분에서 메시지의 단순 노출과는 구분된다(Grunig, 1983).

그러므로 정보처리 행동을 하는 이들은 정보추구 행동을 하는 이들에 비교하면 정보이해에 대한 노력을 덜하며, 커뮤니케이션 효과도 적은 편이다. 대다수는 잠재적 공중으로 남아 있으며 경우에 따라 자각적 공중으로 발전하기도 하지만 활동적 공중으로 발전하는 경우는 드물다(김인숙, 1997; Grunig & Hunt, 1984).

(5) 정보추구 행동

정보추구 행동(information seeking behavior)은 관심을 가진 주제에 대한 정보를 의도적, 적극적으로 찾거나 얻는 정보검색 행동이다(Grunig, 1989).

이를 테면 특정한 이슈나 쟁점에 관해 적극적으로 다른 사람들과 토의를 하거나 관련정보가 있을 것 같은 소책자(booklets)나 팸플렛(pamphlets)등의 매체를 이용하는 행위로, 미리 염두에 둔 정보추구 과정에 따라 정보를 찾고 발견한 정보를 이해하려고 애쓰는 능동적 커뮤니케이션 과정이라 할 수 있다(Slater et al, 1992). 적극적으로 커뮤니케이션 행동을 하는 이들은 커뮤니케이션을 하지 않는 공중 혹은 정보를 처리하기만 하는 공중들에 비해 훨씬 더 활동적인 공중이 되고 목표로 하는 커뮤니케이션의 효과는 정보추구 행동을 통해 더 쉽게 성취 할 수 있다고 하였다(Grunig & Hunt, 1984). Kim과 Grunig(2011)은 사회적 차원에서 커뮤니케이션 행동을 정보제공 행동이라고 정의하고, 정보제공 행동은 정보전달 행동과 정보공유 행동으로 나누어 질 수 있다고 주장하였다.

정보전달 행동(information forwarding behavior)은 개인의 노력을 포함하는 적극적 행동을 의미하며 타인에게 계획적으로 정보를 전달하려는 것으로, 많은 연구에서는 정보를 보내려고 하는 의도 또한 정보추구 행동의 한 가지로 간주하고 있다(김인숙, 1997).

또 다른 행동인 정보공유 행동(information sharing behavior)은 문제에 대한 지식을 누군가가 요청했을 경우에만 정보를 제공해주는 소극적 행동을 의미한다. 이러한 커뮤니케이션 행동은 사회적 차원에서 구전 커뮤니케이션의 한 형태로 볼 수 있다(김수정, 성민정, 2011).

3) 커뮤니케이션과 정보행동

커뮤니케이션은 말과 글, 그림, 몸짓 등과 같은 “상징을 통해 정보나 의견을 주고 받는 행위”로 정의되며(오택섭 등, 2009), 기호를 매개로 타인의 행동에 동기부여나 영향을 주기 위해서 하는 행위이며 생각, 태도, 가치관에 대한 의견 및 사실을 주고받는 이해 과정을 커뮤니케이션이라고 할 수 있다.

개인은 어떤 문제를 해결하기 위해 집중하게 될수록 그 문제에 대한 관련 정보를 더 많이 수집하고, 얻어진 정보에 대해서는 선택적인 행동을 한다. 그리고 해당 정보를 다른 사람에게 공유하고 전달하고자 노력한다(Kim & Grunig, 2011).

커뮤니케이션에 대한 이론을 바탕으로 광범위한 영역에 걸쳐있는 건강문제에 대한 관심과 해결과정을 다루어 보고자 시도한 것이 헬스커뮤니케이션의 시작이라고 할 수 있다(김수진, 2015). 헬스커뮤니케이션의 정의는 다양하지만 보편적으로 사람들의 건강관련 행동에 영향을 주기 위한 전략적 커뮤니케이션 활동이라고 할 수 있다(박성철 등, 2008). 한편 정보행동은 인간의 커뮤니케이션 행위의 한 부분이다. 그 중에서 건강과 위험관련 이슈에서

는 대처 메커니즘(coping mechanism)으로 작용하고, 사람들은 자신의 질병을 이해하고 치료를 결정하거나 자신의 질병을 예방하는데 도움을 얻기 위해 정보를 활용한다고 하였다(유선옥, 2011). 고재영(2011)은 건강증진과 관련된 연구와 실천영역에서 정보소통이 중요하다고 하였으며, 개인의 건강행동에 대한 변화를 이해하고 성공적인 건강캠페인의 실행을 위해 헬스커뮤니케이션 관점의 접근법이 필요하다고 주장하였다. 헬스커뮤니케이션 이론들은 결과적으로 개인의 행동변화를 이끌어 내는 것이 최종적인 목표이며, 개인적 수준의 범주에 관심을 가진 이론으로 사회심리학적 측면에서 개인의 지식, 태도나 건강관련 행동변화에 초점을 두고 있다(김수진, 2015).

80년대부터 최근까지 사용되는 건강행동이론과 모델을 메타 분석한 연구에서 가장 많이 폭 넓게 다양하고 적극적으로 사용되고 있는 이론은 사회인지이론과 계획된 행동이론인 것으로 밝혀졌다(Glanz et al, 2008).

사회 인지이론은 신념, 태도, 지식과 같은 다양한 인지적 요인들이 다양한 사회적 행동들이 발생하는 것을 설명하는 모델이다. 이는 사람들이 어떤 차이와 어떤 외부요인들이 사람들에게 행동변화를 유도하는지를 이해하는데 도움이 되는 이론이다. 사회인지이론을 건강행동에 적용한 이론은 건강신념모델(HBM: Janz & Becker, 1984), 합리적 행위이론(TRA/TPB: Ajzen, 1991; Ajzen & Fishbein, 1980), 확장평행과정모델(EPPM: Witte, 1994)등으로 개인의 건강행동 예측을 위해 인지적 측면에 관심을 둔 이론들이다(손영곤, 이병관, 2010).

건강신념모델에서 개인의 건강에 대한 인식이나 증상을 의미하는 내적단서(internal cues)와 매스 커뮤니케이션이나 대인커뮤니케이션을 외적단서(external cues)로 구성되는 2개의 행위단서(cues to action)가 있으며 이들은 건강행동의 예측요인으로 작용한다(이병관 등, 2008). 이들은 그렇게 주목받지 못한 변인이었으나 수정된 건강신념모델에서 Mattson(1999)이 재개

념화, 재배치하면서, 자기 효능감과 지각된 위험 등과 상호영향관계를 통해 다양한 커뮤니케이션 행동인 개인의 정보추구나 대인커뮤니케이션이 건강행동에 영향을 줄 수 있는 것으로 보았다.

위험지각태도모델(Risk Perception Attitude Framework)은 2개의 변인인 지각된 위험(perceived risk)과 효능감(efficacy belief)의 정도의 교차에 따라 구분된 집단에서 건강관련 정보추구와 건강 및 예방행동에서 차이를 나타낸다고 하였다(Rimal & Juon, 2010). Rimal(2001)의 연구에서는 지각된 위험 그리고 효능감을 주요한 예측변인으로 설정하였으며, 그 중에서도 건강관련 토론 또는 건강관련 미디어를 이용하는 것 등을 포함하는 건강관련 정보탐색 행동도(information seeking) 예방적 건강행동의 하나로 이해하고 주요 결과변인으로 보았다. 그리고 자기보호의 하나의 형태로도 작용하여 질병에 대해 잘 모를 경우에 조기 발견 방법, 효과적인 예방법 등에 대한 정보를 단계적으로 찾아가야 하기 때문에 예방적 건강행동에 속한다고 하였다.

정보행동(information behavior)은 정보에 대한 욕구를 해결하려고 할 때, 어떤 방식으로든 정보를 찾고, 그 정보를 이용하거나 다른 사람에게 전달하거나 하는 것과 관계되는 모든 활동을 의미한다(Wilson, 2007). 박동진과 정의철(2009)은 사회적 접촉이 활발하고, 지역 활동에 적극적으로 참여하며, 커뮤니케이션 활동에 적극적인 사람이 그렇지 않은 사람에 비해 건강이 양호한 경향이 있다고 주장하였다. 최춘 등(2006)은 일부지역 노인들의 B형간염 예방접종 실천과 참여의도에 대한 연구를 진행하였는데, 건강신념모델을 적용하였다. 이 연구에서 외적단서(external cues)인 매스미디어 및 대인커뮤니케이션에 대한 연구도 함께 실시한 결과, B형간염 예방접종에 대한 TV,라디오 등의 매스미디어와 접촉되었던 노인의 예방접종 이행율이 비접촉 노인들에 비해 높은 것으로 나타났다.

3. 건강행동

1) 건강행동의도

의도는 어떤 행동을 하려고 하는 생각 또는 미래 행동의 계획이며 신념과 태도가 행위로 전환 될 확률이자 특정 행동의 자발적으로 열심히 실행을 할 예정인지에 대한 의사이고 행동에 미치는 동기적 요인이라고 정의된다(Ajzen, 1991). Gochman(1988)은 건강행동을 신념과 기대, 그리고 동기, 가치관, 인식 등 인지적 요소로서의 개인적 속성이며, 건강유지와 향상과 관련된 행동유형과 습관일 뿐만 아니라 정서 및 감정적 상태를 포함한 성격 특성이라고 정의하였다. 위와 같은 건강행동은 예방적 건강행동(preventive health behavior), 질병 행동(illness behavior), 환자역할 행동(sick-role behavior)의 세 가지 분류로 정의된다(Donatelle & Davis, 1993).

그 내용을 서술하면 아래와 같다.

첫째, 예방적 건강행동이란 자신을 건강하다고 믿고 질병증상이 없는 상태의 사람이 질환을 예방 또는 발견하기 위해 행하는 모든 행동을 의미한다.

둘째, 질병행동이란 질병증상을 인지하는 사람이 본인의 건강상태를 점검하고 적절한 치료방법을 모색하기 위해 행하는 활동을 의미한다.

셋째, 환자역할행동이란 질병이 있는 상태의 사람이 병을 치료하기 위해 목적으로 시행하는 모든 활동을 의미한다, 따라서 의학적인 치료를 받는 것, 모든 일반적인 의존적 행동을 하는 것들이 포함된다.

본 연구에서는 위의 세 가지의 건강행동 중에서 질환을 예방하기 위한 활동인 예방적 건강행동과 검진을 통해 만성질환에 대한 자신의 건강상태를 점검하고 적절한 치료방법 모색하는 활동을 의미하며 건강행동의도로 정의

하고자 한다. 따라서 건강행동의도의 경우, 위에서 살펴본 예방적 건강행동에 대한 수행을 얼마나 자발적으로 열심히 하고자 하는지에 대한 개인의 의사를 말하는 것이다(Ajzen, 1991).

예방행동으로 개인이 어떤 진료를 할 것인가는 생물학적 부분에서만 결정되는 것이 아닌 인구학적, 문화사회적, 심리적, 경제적인 상황 등의 다양하고 총합적인 요인들이 영향을 준다고 할 수 있다(최유진, 2012). 건강행동의도는 계획된 행동이론에서는 건강행동을 예측하는 변수로 개인 차원의 태도와 사회 차원의 규범 그리고 지각된 행동 통제력에 의해 결정된다고 하였다(Fishbein & Ajzen, 1975).

2) 건강행동

건강행동이란 증상이 없는 신체 상태에서 스스로 건강하다고 믿는 개인이 질병의 발견과 예방을 목적으로 건강을 유지 증진시키기 위해 하는 행동이라고 정의하였다(Kasl & Cobb, 1966). Parkerson(1993)은 건강행동의 개념을 좀 더 거시적인 관점으로 확대하여 주장하였다. 그는 건강행동을 개인의 건강 행동과 관련된 여러 요소들을 포함하여 개인과 집단 그리고 조직체의 활동이며 삶의 질 향상, 사회적 변화와 그를 위한 프로그램의 개발과 이행 등을 포함한 관련 활동의 결정 요소, 상관성과 결과라고 정의하였다.

건강행동은 국내 선행연구에서는 건강행위라는 용어로 사용되기도 하며, 건강향상행위 또는 건강위험행위, 건강저해행위, 건강통제행위 등으로 구분하여 연구에 사용되기도 한다(김준미 외, 2000). 그중에서 가장 넓게 포괄적으로 사용되는 것은 건강증진행위로 정의된 용어와 개념이 많은 연구에서 사용되고 있다.

건강증진행위(Health Promoting Behavior)는 일상생활양식의 구성하는 요

소인 지속적인 활동을 통해 더 향상된 건강상태의 수준을 위해 능동적으로 환경에 반응하며, 개인이나 집단의 안녕 수준을 높이고 개인적 자아실현과 자아완성을 성취하고 유지, 증진시키는 방향으로 이루어지는 활동으로 정의된다(Pender, 1996).

20세기 중반 이후 선진국의 질병양상과 사망원인이 전염성질환 중심에서 만성 퇴행성질환 중심으로 바뀌면서, 과거 치료중심의 관리방식에서 건강의 획득이라는 긍정적인 결과를 얻기 위한 방식으로 변화하였다. 그 결과로 건강증진행위의 개념은 개인의 건강향상과 지역사회에서 더 넓게는 국가에 이르기까지 보건향상을 위한 핵심적 수단으로 자리 잡고 있다(정수정, 2013).

건강증진행위는 Pender의 건강증진모형의 결과적 행위이기 때문에 먼저 이해해야 할 필요가 있다. 건강증진모형은 건강관련행동을 사회심리학적으로 설명하려는 모형이며 사회인지이론과 건강신념모형으로부터 도출되었다(Pender, 1987).

건강신념모형(Health Belief Model)은 보건영역에서 결핵검진, 자궁 암 검진 예방접종 등 질병예방과 만성질환 환자의 치료적 행위의 실행을 예상하는데 많이 이용되었고 매우 유용한 모형으로 증명 되었다(Pender, 1987). 그렇지만 건강증진을 예측하기 위한 모형과는 차이가 있었다. Pender(1987)는 개인의 건강을 증진시키기 위해 건강한 생활양식의 주요한 구성요소로 건강행위를 이해할 수 있고 잘 설명해 줄 수 있는 적합한 모형을 개발하기 위하여 노력하였다. 이 노력의 결과물로 Pender(1982)는 건강증진행위를 설명하기 위한 건강증진모형(1차 모형)을 제시했고, 검증을 위한 추후 연구가 이루어지면서 모형의 체계와 구조의 수정을 거쳐 2차 모형(1987)과 3차 모형(1996)까지 제시하였다. 건강증진행위의 영향요인은 건강신념모형을 바탕으로 건강증진모형을 개정하여 개인적 특성과 경험, 행위와 관련된 인지와 정서, 행위의 결과로 구분하여 설명하며, 직·간접적인 영향을 주는 변수들로

는 지각된 건강상태, 과거 건강관련 행위, 지각된 유익성, 지각된 장애성 변수 등이 있다(Pender, 1996).

건강증진모형의 주요 가정은 과거경험에 긍정적이고, 행복한 감정이 가지고 있으며, 건강증진행위의 유익성에 대한 인지수준과 자기효능감의 수준이 높고 반대로 장애성에 대한 인지수준은 낮을수록 건강증진행위의 실천정도가 높아진다고 하였다. 행동관련 정서와 대인관계는 긍정적이고, 주위환경이 건강행위를 촉진하고, 흥미를 유발하는 상황일수록 건강증진행위의 실천정도가 높다고 하였다(김수경, 2008).

Walker 등(1988)은 건강증진 생활양식 측정도구(Health Promoting Lifestyle Profile: HPLP)를 개발하였다. 개별적인 각각의 건강증진행위들이 총체적으로 합쳐진 것을 건강증진 생활양식이라고 명명하였고, 건강행위의 구성요소는 식습관과 관련된 영양, 규칙적인 운동, 스트레스원을 인식하고 조절하는 스트레스 관리, 정서적 건강을 위한 친밀감과 친교를 위한 대인관계 및 자아의 인식과 발전 만족을 경험하는 자아실현, 자신의 건강을 돌보는 건강책임 등 6개 하부 영역으로 분류하였다. 건강증진행위의 실천은 건강을 유지하기 위한 것과 연관되는 신념 또는 관념의 결정체로 개인의 행위와 관련된 생각, 감정, 태도를 의미하며, 신체적인 건강뿐만이 아닌 개인의 신념, 가치관, 욕망, 동기 등 개인의 주관성이 함께 작용하여 결정된다(손화희, 2004). 건강증진행위는 건강행위, 건강증진, 건강을 증진시키는 행위, 건강을 향상시키는 행위, 건강습관, 건강실천, 건강한 생활방식 등의 긍정적인 건강개념과 관련이 있다(이계재, 2011).

Ⅲ. 연구모형과 연구가설

1. 연구모형 및 연구가설

1) 연구모형

본 연구의 목적은 중년남성의 만성질환에 대한 인식이 건강행동의도와 건강행동에 미치는 영향을 살펴보고자 하는 것이다. 상황이론은 인식수준에 따라 커뮤니케이션 행동의 수준이 다르게 나타나게 될 것이라는 이론으로 커뮤니케이션 행동 즉 정보행동이라는 구체적인 행동이 건강행동의도와 건강행동에 영향을 줄 것이라는 것을 규명하기 위한 연구모형을 제시하였다.

이를 연구하기 위해 변수를 구성하였으며, 독립변수는 상황이론에서 인식요소인 문제인식, 제약인식, 관여도를 적용하였다. 그리고 매개변수로는 커뮤니케이션 행동인 건강정보탐색, 건강정보전달을 사용하였고, 종속변수로는 건강행동의도, 건강행동을 적용하였다. 이상의 내용은 그림 1로 제시하였다.

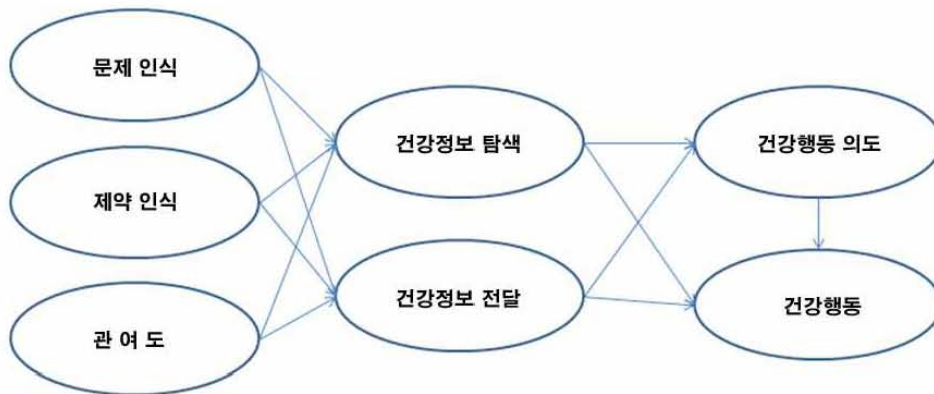


그림 1. 연구모형

2. 연구가설의 설정

상황이론에서 커뮤니케이션 행동은 문제를 해결하기 위한 인지적 준비 또는 노력을 기울이기 위한 동기의 선행변인으로 작용할 수 있다고 하였다. 또는 그와는 반대로 문제해결을 위한 인지적 동기요인에 의해 커뮤니케이션 행동이 더욱 촉진될 수 있다고 하였다(Kim & Grunig, 2011). 그리고 두 요인 간 상관관계를 통한 연구는 상황이론을 확장하여 건강신념 변인을 적용하거나 반대로 건강신념모델에 상황이론의 개념을 도입하는 방법으로 여러 연구자들(김윤희, 2011; 유선옥, 2011)에 의해 확대되었다. 유선옥(2011)은 건강관련 커뮤니케이션 이론들과 상황이론을 통합된 모델로서 연구를 진행하였다. 그는 건강관련 커뮤니케이션 이론들(건강신념모델, 위험자각태도모델, 포괄적 정보추구모델 등)과 위험커뮤니케이션에서 구성개념인 지각된 위험과 자기효능감은 건강행동의 동기원인으로 작용한다고 하였다. 그리고 상황이론에서 동기변인인 문제인식의 개념을 확장하면 개인적 상황에서는 건강문제를 비롯한 다양한 개인적 이슈나 쟁점 등을 의미한다고 하였다.

이유나 등(2009)은 수돗물 음용에 대한 연구에서 상황인식 요소인 문제인식, 제약인식, 관여도와 수돗물 음용의도 간에 커뮤니케이션 행동을 매개로 한 건강행동과 관련된 연구를 하였다. 정재선과 김정남(2015)은 비만에 대한 상황인식이 커뮤니케이션 행동인 정보탐색과 정보전달을 매개로 비만대처라는 건강행동에 미치는 영향에 대해 연구하였다. 그는 건강문제와 관련된 상황인식 요소인 문제인식과 제약인식, 관여도가 동기변인이자 동시에 건강문제를 해결하기 위한 인지적 요인으로 작용할 수 있고, 이런 인식이 문제해결을 위한 과정에서 다양한 커뮤니케이션 행동으로 나타날 수 있다고 하였다. 그리고 박노일(2009)은 블로거 공중 세분화 모델의 연구에서 어떤 행동을 실행하기 위한 자신의 능력에 제한이 있다는 것을 인식하는 제약인식을

이와는 상반된 개념인 자신의 행동이 문제해결에 도움이 된다는 확신이나 신념인 자기효능감과 역의 관계를 이룬다고 밝혔다. 그리고 두 개념간의 관계를 유사한 개념으로 상호 적용할 수 있다고 정의하여 상황인식 요인과 커뮤니케이션 행동과의 관계를 연구하였다. 이처럼 상황인식과 커뮤니케이션 행동 그리고 건강행동과의 관계에 대한 선행연구가 진행되어 왔었던 것을 알 수 있었다.

지금까지 살펴본 바와 같이 여러 연구자들에 의해 상황인식과 커뮤니케이션 행동과의 관계가 증명되었고, 상황인식과 건강행동의도, 건강행동 간에 커뮤니케이션 행동을 매개로 한 연구가 이루어져 온 것을 알 수 있었다. 따라서 본 연구에서도 중년남성의 만성질환에 대한 상황인식이 커뮤니케이션 행동을 매개로 하여 건강행동의도와 건강행동과의 관계가 형성될 수 있음을 알 수 있다.

이러한 선행연구를 기반으로 다음과 같이 가설을 설정하였다.

가설 1. 만성질환에 대한 상황인식 중 문제인식은 커뮤니케이션 행동을 매개로 건강행동의도와 건강행동에 영향을 미칠 것이다.

- 1-1. 문제인식은 건강정보탐색을 매개로 건강행동의도에 영향을 미칠 것이다.
- 1-2. 문제인식은 건강정보탐색을 매개로 건강행동에 영향을 미칠 것이다.
- 1-3. 문제인식은 건강정보탐색과 건강행동의도를 매개로 건강행동에 영향을 미칠 것이다.
- 1-4. 문제인식은 건강정보전달을 매개로 건강행동의도에 영향을 미칠 것이다.
- 1-5. 문제인식은 건강정보전달을 매개로 건강행동에 영향을 미칠 것이다.
- 1-6. 문제인식은 건강정보전달과 건강행동의도를 매개로 건강행동에 영향을 미칠 것이다.

가설 2. 만성질환에 대한 상황인식 중 제약인식은 커뮤니케이션 행동을 매개로 건강행동의도와 건강행동에 영향을 미칠 것이다.

- 2-1. 제약인식은 건강정보탐색을 매개로 건강행동의도에 영향을 미칠 것이다.
- 2-2. 제약인식은 건강정보탐색을 매개로 건강행동에 영향을 미칠 것이다.
- 2-3. 제약인식은 건강정보탐색과 건강행동의도를 매개로 건강행동에 영향을 미칠 것이다.
- 2-4. 제약인식은 건강정보전달을 매개로 건강행동의도에 영향을 미칠 것이다.
- 2-5. 제약인식은 건강정보전달을 매개로 건강행동에 영향을 미칠 것이다.
- 2-6. 제약인식은 건강정보전달과 건강행동의도를 매개로 건강행동에 영향을 미칠 것이다.

가설 3. 만성질환에 대한 상황인식 중 관여도는 커뮤니케이션 행동을 매개로 건강행동의도와 건강행동에 영향을 미칠 것이다.

- 3-1. 관여도는 건강정보탐색을 매개로 건강행동의도에 영향을 미칠 것이다.
- 3-2. 관여도는 건강정보탐색을 매개로 건강행동에 영향을 미칠 것이다.
- 3-3. 관여도는 건강정보탐색과 건강행동의도를 매개로 건강행동에 영향을 미칠 것이다.
- 3-4. 관여도는 건강정보전달을 매개로 건강행동의도에 영향을 미칠 것이다.
- 3-5. 관여도는 건강정보전달을 매개로 건강행동에 영향을 미칠 것이다.
- 3-6. 관여도는 건강정보전달과 건강행동의도를 매개로 건강행동에 영향을 미칠 것이다.

3. 변수의 도출 및 조작적 정의

1) 변수의 도출

본 연구의 변수를 도출하기 위하여 선행연구에서 중년기와 중년남성의 특징 및 건강과 만성질환에 대한 연구와 커뮤니케이션 행동이론 그리고 건강행동의도와 건강행동에 관한 선행연구를 살펴보았다. 선행연구를 기반으로 본 연구의 목적에 맞게 독립변수의 요인 3가지(문제인식, 제약인식, 관여도)와 매개변수 2가지(건강정보탐색, 건강정보전달) 그리고 종속변수 2가지(건강행동의도, 건강행동)를 선택하였다. 이에 대한 내용은 표 1로 요약 제시하였다.

표 1. 상황인식, 커뮤니케이션 행동, 건강행동의도, 건강행동 요인에 대한 변수의 요약

구분	요인	연구자
독립변수	문제인식	Grunig, 1978, 1982, 1983, 1989, 1994, 1997; Hamilton, 1992; Cameron & Yang, 1991; Kim & Grunig, 2011; 차동필, 2002; 박노일 2009; 이유나 등, 2009; 원정윤, 2012; 신경아, 2013; 박나림, 2017.
	제약인식	
	관여도	
매개변수	건강정보탐색	박노일, 2009; 원정윤, 2012; 신경아, 2013; 박나림, 2017; 정재선과 김정남, 2015.
	건강정보전달	
종속변수	건강행동의도	유선옥, 2011; 이윤재, 2013; 김수진, 2015, Ajzen, 1991; Fishbein & Ajzen, 1975.
	건강행동	서연옥, 1994; 김선희, 2010; 오은택, 2011; 함영희, 2011; Walker, Sechrist & Pender, 1987.

많은 선행연구자들에 의해 건강에 대한 상황인식과 커뮤니케이션 행동 그리고 건강행동의도와 건강행동 실천에 대한 요인을 확인하였고, 연구자의 연구내용과 방향에 따라 선택한 요인이 다양한 것을 살펴볼 수 있었다.

본 연구에서는 독립변수로 문제인식과 제약인식 그리고 관여도 3가지를 사용하였다. 차동필(2002)의 연구에서는 쟁점수준의 유형에 따른 상황인식의 정도에 따라 공중의 분류가 달라지고 커뮤니케이션 행동에 차이가 있다고 하였으며, 배미경(2003)은 온라인 공중이 상황인식 수준에 따라 공중세분화와 커뮤니케이션 행동이 달라진다는 연구를 하였다. 김수정과 성민정(2011)은 온라인 위험에 대한 상황인식과 사전지식의 수준이 커뮤니케이션 행동에 미치는 영향을 연구하였는데 상황인식의 3가지 변수를 적용하였다. 매개변수인 건강정보 탐색과 건강정보전달은 커뮤니케이션 행동의 형태를 의미하며, 원정윤(2012)은 커뮤니케이션 행동의 하부요인으로 정보획득, 정보선택, 정보전파를 사용하였으며, 그 요인 중 정보전달의 하부요인으로서 정보추구(탐색), 정보전달을 사용하였다. 또한 신경아(2013)의 연구에서는 커뮤니케이션 행동의 하부요인으로 정보추구(탐색)와 정보전파라는 요인으로 사용하였다. 마지막으로 박나립(2017)은 커뮤니케이션 행위의 하부요인으로 정보취득(탐색)행위, 정보전달행위를 사용하였다. 이에 본 연구에서는 신경아(2013), 정재선과 김정남(2015), 박나립(2017)이 사용한 변수를 건강정보탐색과 건강정보전달로 사용하고자 하였다.

종속변수인 건강행동의도는 건강신념이 건강에 대한 정보처리과정에 건강행동의도에 미치는 영향을 알아보기 위한 이윤재(2013)의 연구에서는 건강행동의도를 종속변수로 사용하였다. 그리고 김수진(2015)은 건강이슈유형에 따른 헬스커뮤니케이션의 연구에서 건강행동의도를 종속변수로 사용하였다. 또 다른 종속변수인 건강행동은 오은택(2011)의 연구에서 건강운동참여에 대한 종속변인으로서, 함영희(2011)는 중장년층 라이프스타일과 행위 관련 인지와 감정의 종속변인으로서 사용하였다. 따라서 본 연구에서도 이윤재(2013), 김수진

(2015)이 사용한 건강행동의도와 서연옥(1994), 김선희(2010), 오은택(2011), 함영희(2011)가 사용한 건강행동을 종속변수로 사용하고자 하였다.

2) 조작적 정의

본 연구는 선행 연구자를 기반으로 도출된 요인들의 개념적 정의를 하고, 본 연구의 목적에 맞도록 조작적 정의를 하였다. 이에 대한 내용은 표 2로 요약하여 제시하였다.

(1) 문제 인식

문제인식은 “개인이 어떤 상황에 빠져있거나 결정이 않된 상태라고 인식하여 하던 일을 멈추고 그 상황에 관하여 생각하게 되는 정도”라고 Grunig(1978, 1982, 1983)은 정의하였다. 즉 문제인식은 어떤 문제나 이슈의 중요성 때문에 자주 생각하게 되는 정도를 말하는 것으로 볼 수 있다. 기존 선행연구에서는 단일 문항으로 구성된 설문이 타당성이 낮다는 문제가 지적(이유나 등, 2009)이 있었다. 이를 수정 보완한 후속연구에서는 더 다양한 관점으로 중요성(Hamilton, 1992), 심각성(Cameron & Yang, 1991)과 빈도를 중심으로 항목을 구성하였으며 본 연구에서도 개정된 측정문항을 참조하여 적용하였다. 본 연구에서의 문제인식은 “중년남성이 만성질환에 대해 생각하는 정도와 심각하게 지각하는 정도”로 조작적 정의를 하였다.

(2) 제약 인식

제약인식은 “개인이 자신의 행동을 계획하고 실행할 자유가 제한된 상황에서 제약을 지각하는 정도”로 간주된다. 즉 어떤 상황에 대한 행동과 조치를 취하는데 제한하는 장애가 있다고 느끼는 정도를 설명한 것이다. 하지만

Grunig(1983)은 제약인식 측정 시 문제점을 해결하는 노력에 어떤 장애가 있는지 직접 묻지 않고, 반대로 문제가 있는 상황에서 개인이 긍정적으로 변화시킬 수 있는지 전환된 방향으로 측정하였다.

본 연구에서도 선행연구를 참조하여 긍정적인 방향으로 전환된 리버스 스케일(reverse scale) 문항으로 제약인식을 측정하였다. Grunig(1982)이 제시한 무슨 일을 할 수 있다고 인식하는 수준정도와 문제해결을 위한 노력의 제한을 묻는 문항(Cutlip, Center & Broom, 1994; 이유나 등, 2009)으로 구성된 설문을 사용한 박나립(2017)의 문항을 참조하여 본 연구의 내용에 적합하게 수정 후 사용하였다. 본 연구에서의 제약인식은 “중년남성이 만성질환을 해결하는 과정에서 개인의 행동이나 노력의 제한 또는 효과의 제약정도를 지각하는 수준”으로 조작적 정의를 하였다.

(3) 관여도

관여도는 개인이 상황과 자신이 얼마나 관계있는가를 지각하는 정도를 의미하며, 본 연구에서는 Grunig과 Hunt(1984)가 사용한 문제와 자신과의 관련성과 문제 상황이론에서 개인이 문제가 되는 상황에 영향을 얼마나 미치는지 또는 자신과 얼마나 관련이 있을지 지각하는 정도(Kim & Grunig, 2011)라는 두 가지 정의를 참조하였다. 본 연구에서의 관여도는 “중년남성이 만성질환이 본인의 문제라고 생각하는 수준” 정도로 조작적 정의를 하였다.

(4) 건강정보탐색

건강정보탐색은 능동적인 건강추구행동으로 만성질환에 대한 구체적 정보를 계획적으로 얻기 위한 탐색행동 또는 추구행동의 정도를 의미한다. 따라서 본 연구에서 건강정보탐색은 “중년남성이 만성질환을 극복하고 예방 혹은 치료를 하기 위해 정보를 탐색하는 수준 정도”라고 조작적 정의를 하였다.

(5) 건강정보전달

건강정보전달은 만성질환에 대한 건강정보나 의견이나 생각을 다른 사람에게 전달하거나 제공하는 것을 의미하며 계획적이고 자발적으로 정보를 전달하는 능동적 정보행동의 정도를 의미한다. 따라서 본 연구에서의 건강정보전달은 “중년남성이 만성질환과 관련된 정보를 주변인들에게 전달하거나 설명, 혹은 공유하고자 하는 의지 정도”라고 조작적 정의를 하였다.

(6) 건강행동의도

건강행동의도는 질병증상이 없는 상태에서 예방을 목적으로 하는 예방적 건강행동과 자신의 건강상태를 확인하고 적합한 치료방법을 찾기 위한 검진활동과 예방행동계획을 의미한다. 따라서 본 연구에서의 건강행동의도는 “중년남성이 만성질환을 예방하거나 병원에서 검진을 받을 의향이 있거나 건강관리를 위하여 건강행동을 실천하고자 하는 의지정도”라고 조작적 정의를 하였다.

(7) 건강행동

건강행동이란 건강관리 능력을 향상시키고 건강과 관련된 태도, 지식, 행동등을 통해 개인의 생활습관과 생활양식을 더 나은 방향으로 변화시키는 자기 주도적 행동(self initiated behavior)을 의미한다. 본 연구에서는 “중년남성이 건강을 유지하기 위하여 행하는 식습관, 운동, 스트레스관리, 대인관계관리, 자아실현, 건강책임행동의 실행 수준정도”라고 조작적 정의를 하였다.

표 2. 상황인식, 커뮤니케이션 행동, 건강행동의도, 건강행동 요인에 대한 조작적 정의 요약

구분	요인	개념적 정의	조작적 정의
독립 변수	문제인식	개인이 어떤 상황에 빠져있거나 결정이 않된 상태라고 인식하여 하고 있던 일을 멈추고 그 상황에 대해 생각하게 되는 정도	중년남성이 만성질환에 대해 생각하는 정도와 심각하게 지각하는 수준의 정도로 정의함
	제약인식	개인이 자신의 행동을 계획하고 수행할 자유가 제한된 상황에서 제약을 인식하는 정도	중년남성이 만성질환을 해결하는 과정에서 개인의 행동이나 노력의 제한 또는 효과의 제약정도를 지각하는 수준의 정도로 정의함
	관여도	개인이 자신과 상황이 얼마나 관계가 있는지를 인식하는 정도	중년남성이 만성질환이 본인의 문제라고 생각하는 수준의 정도로 정의함
매개 변수	건강정보탐색	능동적인 건강정보추구행동으로 구체적 정보를 계획적으로 얻기 위한 탐색행동 정도	중년남성이 만성질환을 극복하고 예방 혹은 치료를 하기 위해 정보를 탐색하는 수준의 정도로 정의함
	건강정보전달	건강정보와 의견, 생각을 다른 사람에게 제공하는 것과 관련된 능동적 정보행동 정도	중년남성이 만성질환과 관련하여 주변인들에게 전달하거나 설명, 혹은 공유하고자 하는 의지 정도로 정의함
종속 변수	건강행동의도	질환을 예방하기 위한 활동인 예방적 건강행동과 스스로 아픈 증상을 인식한 사람이 자신의 건강상태를 확인하고 적합한 치료방법과 예방방법을 찾기 위한 노력	중년남성이 만성질환을 예방하거나 병원 진찰을 받을 의향이 있거나 관리를 위하여 건강행동을 실천하고자 하는 의지정도로 정의함
	건강행동	건강관리 능력을 향상시키고 건강과 관련된 태도, 지식, 행동 등을 통해 개인의 생활습관과 생활양식을 더 나은 방향으로 변화시키는 자기 주도적 행동	중년남성이 건강을 유지하기 위하여 실시하는 식습관, 운동, 스트레스관리, 대인관계 관리, 자아실현, 건강책임행동으로 구분 정의함

4. 연구대상

본 연구를 위한 설문조사 전 설계된 설문지의 신뢰도를 확인하기 위하여 2017년 4월 17일부터 5월 4일까지 예비조사를 실시하였다.

예비조사의 대상은 서울 및 경기 수도권 지역에 거주하는 40세부터 59세까지의 중년남성이 대상이며, 편의적 표본추출(convenience sampling) 방식으로 100명을 대상으로 예비조사를 실시하였다. 설문배포를 위해 연구 보조원에게 연구 목적과 방법을 설명 한 후 진행하였다. 설문지의 배포는 오프라인 방식으로 하였으며, 설문 응답의 객관성을 높이고자 설문지 배포 시 설문 응답 참여자에게 직접 연구내용과 목적을 설명하였다. 그리고 참여에 동의한 대상자에게 자가 평가입법(Self-administration method)으로 작성된 자료를 설문완료 후 수집하였다. 본 설문을 실시하기 전 작성된 설문내용에 대한 신뢰도를 확인하기 위해 Cronbach's α (크론바하 알파 계수)를 적용하였다. 측정변수 중 최하가 0.683으로 나타났으며, 기준인 0.6이상을 상회하여 신뢰성을 확보한 것으로 판단하였다.

이 후 본 연구를 위한 설문조사를 진행하였으며 기간은 2017년 5월 7일부터 5월 22일까지 서울과 경기 수도권에서 B회사, C회사, K1회사, K2 회사, L회사와 M회사, H병원, F운동센터, M운동센터와 수도권 각 지역에 총 450부의 설문지를 배포하였다. 그 중 434부(회수율 96%)의 설문지를 회수하였으며 그 중 부적합한 5부를 제외하고 적합한 429부(이용율 99%)의 설문지를 활용하였다.

5. 연구도구

1) 측정도구의 구성

본 연구는 중년남성의 만성질환에 대한 인식이 건강행동의도와 건강행동에

미치는 영향을 알아보기 위한 측정도구로 설문을 실시하였다. 설문구성에 관한 세부 항목과 문항 수는 표 3과 같다. 사용된 설문지는 예비설문을 통해 신뢰도와 타당도를 확인하였으며, 전문가(전공박사 3명)의 자문을 구한 후 수정, 보완하여 본 연구의 목적에 맞게 사용하였다.

연구에 사용된 설문지는 만성질환에 대한 상황인식(문제인식, 제약인식, 관여도)과 커뮤니케이션 행동(건강정보탐색, 건강정보전달), 건강행동의도, 건강행동(식습관, 운동, 스트레스관리, 대인관계, 자아실현, 건강책임)으로 구성되어 있다. 모든 문항의 평가척도는 5점 Likert 5단계 평점척도를 활용하였다.

표 3. 설문구성 항목

특 성	항 목	문항 수	평가척도
일반적 특성	성별, 연령, 학력, 결혼상태, 거주지, 동거형태, 직업, 가정 월평균소득, 주거형태, 생활수준, 만성질환 노출유무	11	선택형
	문제인식	6	Likert 5점 등간척도
상황인식	제약인식	4	
	관여도	5	
커뮤니케이션 행동	건강정보탐색	7	Likert 5점 등간척도
	건강정보전달	5	
건강행동의도	예방적 건강행동	6	Likert 5점 등간척도
	식습관	5	
건강행동	운동	5	Likert 5점 등간척도
	스트레스관리	5	
	대인관계	4	
	자아실현	4	
	건강책임	4	
총		71	

2) 측정문항 및 측정방법

(1) 만성질환에 대한 상황인식

중년남성의 만성질환에 대한 인식을 측정하기 위한 하위 영역은 문제인식, 제약인식, 관여도 3가지로 분류되어 있다.

문제인식은 Grunig(1994), Hamilton(1992), Cameron과 Yang(1991)이 연구에서 사용하였으며, 이를 원정윤(2012)이 수정 보완한 것을 본 연구에서 사용하였다. 설문문항은 6문항으로 구성하였고 5점 Likert 척도를 사용하였다.

제약인식은 Grunig(1983), Kim 등(Kim et al., 2012)이 제약인식의 부정적 측면의 부각을 피하고자 긍정적 방향으로 전환한 리버스 스케일(reverse scale)방식을 적용하였으며, 그를 참조하여 연구한 원정윤(2012), 박나림(2017)이 측정도구로 사용했던 설문항목을 본 연구에 적합하도록 수정한 후 적용하였다. 설문문항은 4문항으로 구성하였고 5점 Likert 척도를 사용하였다.

관여도는 Grunig과 Hunt(1984), Kim과 Grunig(2011)의 연구에서 사용되었으며 이를 원정윤(2012), 신경아(2013)가 사용하였다. 본 연구에서는 이를 재사용 또는 일부 수정 후 사용하였다. 설문문항은 5문항으로 5점 Likert 척도를 사용하였다. 설문항목에 대한 자세한 내용은 표 4와 같이 정리하였다.

표 4. 만성질환에 대한 상황인식 측정문항

변수	설문 문항	출처
문제 인식	1. 나는 만성질환이 중요한 건강문제라고 생각한다.	Grunig(1994) Hamilton(1992) Cameron & Yang (1991) 원정윤(2012)
	2. 나는 만성질환 및 그로 인해 발생하는 합병증이 심각한 건강문제라고 생각한다.	
	3. 나는 평소 만성질환의 효과적인 치료방법에 대해 자주 생각하는 편이다.	
	4. 나는 평소 만성질환과 관련한 건강문제에 관심이 많다.	
	5. 나는 만성질환에 대한 건강의식이 높은 편이다.	
	6. 나는 만성질환을 사전에 예방할 수 있는 방법에 대해 자주 생각하는 편이다.	
총 6문항		
제약 인식	7. 나는 만성질환의 문제나 예방을 위해 모든 노력과 행동을 하는 데 주저함이 없어야 한다고 생각한다.	Grunig(1983) 원정윤(2012) 박나림(2017)
	8. 나는 마음만 먹으면 식이요법, 운동 등의 노력을 통해 만성질환으로 인해 발생하는 건강문제를 충분히 극복할 수 있다고 생각한다.	
	9. 나는 예방적 활동을 통해 만성질환의 발병률을 반드시 낮출 수 있다고 생각한다.	
	10. 나는 만성질환에 걸릴 수 있는 나쁜 음식과 생활습관을 조절할 수 있다고 생각한다.	
총 4문항		
관여도	11. 나는 만성질환과 나의 삶의 관련정도가 높다고 생각한다.	Grunig & Hunt(1984) Kim & Grunig(2011) 원정윤(2012) 신경아(2013) 박나림(2017)
	12. 내 주변사람들(가족, 친구, 지인)은 만성질환과 관련 정도가 높다고 생각한다.	
	13. 나는 만성질환이 우리 삶과 매우 밀접한 질병이라고 생각한다.	
	14. 나는 누구나 만성질환의 위험에 노출되어 있다고 생각한다.	
	15. 나는 이 문제와 관련해 내 생각이나 의견을 강하게 이야기할 수 있을 것 같다.	
총 5문항		
총합	총 15문항	

(2) 커뮤니케이션 행동

Kim과 Grunig(2011)이 커뮤니케이션 행동의 측정도구로 개발한 것을 이유나 등(2009)과 유선옥(2011), 신경아(2013)의 연구에서 사용되었으며, 이를 참조하여 본 연구의 내용에 맞게 수정 보완 후 사용하였다. 커뮤니케이션 행동의 하위영역은 건강정보탐색과 건강정보전달이며, 설문문항은 건강정보탐색 7문항과 건강정보전달 5문항으로 구성하였고, 5점 Likert 척도를 사용하였다. 설문항목에 대한 내용은 다음 표 5와 같이 정리하였다.

표 5. 커뮤니케이션 행동 측정문항

요인	설문 문항	출처
건강 정보 탐색	1. 나는 만성질환과 관련된 사안에 대해 자주 가족들과 이야기 하는 편이다.	Kim & Grunig(2011) 이유나 등 (2009) 신경아(2013)
	2. 나는 만성질환과 관련된 사안에 대해 자주 친구들과 이야기하는 편이다.	
	3. 나는 만성질환과 관련된 문제의 해결책을 찾고자 다른 사람들과 토론하는 편이다.	
	4. 나는 만성질환에 대한 최신 정보를 얻고자 인터넷 뉴스나 검색을 한다.	
	5. 나는 만성질환에 대한 정보가 정리된 웹사이트 혹은 블로그 등을 찾아서 본다.	
	6. 나는 만성질환에 관한 최선의 정보들을 얻고자 TV나 신문의 정보를 체크하여 본다.	
	7. 나는 만성질환에 대한 유용한 정보를 얻기 위해 서점을 방문하는 편이다.	
총 7문항		
건강 정보 전달	8. 나는 만성질환에 대한 나의 의견을 친구들에게 이야기한 적이 있다.	Kim & Grunig(2011) 유선옥(2011) 신경아(2013)
	9. 나는 만성질환에 대한 나의 의견이나 경험을 인터넷 상에 게시한 적이 있다.	
	10. 나는 만성질환에 대해 가능하다면 이 문제에 대해 다른 사람들에게 설명할 시간을 지고 싶다.	
	11. 나는 만성질환 문제에 대해 다른 사람들과 내 지식이나 생각을 공유할 수 있는 기회를 갖고 싶다.	

요인	설문 문항	출처
	12. 나는 다른 사람들에게 만성질환과 관련한 새로운 정보를 전달해 줄 때 기쁨을 느낀다.	
	총 5문항	
총합	총 12문항	

(3) 건강행동의도

행동의도는 행동을 예상할 수 있는 변인으로 개인들이 행동을 하려는 내적 의지를 말한다(Ajzen & Fishbein, 1980).

본 연구에서 건강행동의도는 만성질환을 예방하기 위한 행동을 의미하며, 검진활동과 예방행동계획으로 구성되었다. 김수진(2015), 이윤재(2013)의 연구에서 사용된 설문항목을 참조하여 본 연구의 내용에 적합하도록 변경 한 후 사용하였다. 측정문항은 6문항으로 구성하였으며, 5점 Likert 등간척도를 사용하였다. 설문항목에 대한 내용은 표 6으로 제시하였다.

표 6. 건강행동의도 측정문항

요인	설문 문항	출처
건강 행동 의도	1. 나는 3개월 이내에 건강 검진을 받을 의향이 있다.	Ajzen(1991) 이윤재(2013) 김수진(2015)
	2. 나는 다른 사람에게 건강 검진을 권유할 의향이 있다.	
	3. 나는 2-3주 이상 식욕부진과 체중감소가 지속되면 건강검진을 받을 것이다.	
	4. 나는 3개월 이내에 만성질환에 대한 예방 / 관리방법을 일상생활 속에서 1달 이상 꾸준히 실천할 의향이 있다.	
	5. 나는 3개월 이내에 만성질환에 대한 예방 / 관리방법을 일상생활 속에서 1달 이상 꾸준히 실천하려는 노력을 기울일 것이다.	
	6. 나는 3개월 이내에 만성질환에 대한 예방 / 관리방법을 일상생활 속에서 1달 이상 꾸준히 실천할 계획이다.	
	총 5문항	

(4) 건강행동

건강행동의 측정문항은 Walker 등(1987)이 개발하여 사용했던 건강증진행위 측정도구(Health Promoting Lifestyle Profile) 48문항을 서연옥(1994)이 한국의 실정에 맞게 의역하여 사용하였다. 그리고 김선희(2010)의 연구에서 사용된 측정도구를 오은택(2011)이 보완하여 사용하였고, 본 연구에서도 이 측정문항을 적용하였다. 건강행동의 측정도구는 하위 6개 영역으로 구분되어 있으며, 설문 의 구성은 식습관 5문항, 운동 5문항, 스트레스 5문항, 대인관계 4문항, 자아실현 4문항, 건강책임행동 4문항 총 27문항으로 이루어져 있다. 5점 Likert 척도를 사용하여 측정하였다. 설문 항목에 대한 내용은 다음의 표 7과 같이 정리하였다.

표 7. 건강행동 측정문항

요인	설문 문항	출처
식습관	1. 아침식사(밥, 죽, 빵 포함)는 매일 먹는다.	Walker, Sechrist & Pender(1987) 서연옥(1994) 김선희(2010) 오은택(2011)
	2. 음식을 먹을 때는 정해진 양만 먹는다.	
	3. 음식을 잘 씹어서 먹는다.	
	4. 피자, 햄버거 등 인스턴트 음식을 자주 먹는다.	
	5. 음식을 정해진 시간에 먹는다.	
총 5문항		
운동	6. 가까운 거리는 건강을 위해 걸어 다닌다.	
	7. 일주일에 5번 이상 운동을 한다.	
	8. 운동을 할 때 한 번에 30분 정도는 한다.	
	9. 운동은 즐거운 마음으로 한다.	
	10. 몸을 움직이는 놀이나 취미 생활을 한다.	
총 5문항		
스트레스 관리	11. 스트레스 해소를 위한 나름대로의 긍정적인 방법을 가지고 있다.	
	12. 현재 나에게 스트레스가 되는 것이 무엇인지 알고 있다.	
	13. 화가 나거나 기분이 나쁠 때는 나의 감정을 표현한다.	

요인	설문 문항	출처
	14. 잠을 잘 때는 즐거운 생각으로 충분히 잠을 잔다. 15. 나 자신을 다른 사람과 비교하여 경쟁적인 승부에 집착한다.	
	총 5문항	
대인 관계	16. 친구에게 도움을 청하거나 도움을 주는 일이 어렵지 않다. 17. 나의 고민이나 관심 있는 일을 선생님, 친구, 가족들과 의논한다. 18. 다른 사람에게 관심과 사랑을 표현한다. 19. 새로운 친구를 만나고 그들을 알게 되는 것이 즐겁다.	
	총 4문항	
자아 실현	20. 나는 내가 실천할 수 있는 목표를 세운다. 21. 나는 미래에 대한 희망을 가지고 있다. 22. 현재 생활 속에서 행복감과 만족감을 느낀다. 23. 매일매일 성실하게 생활하려고 노력한다.	
	총 4문항	
건강 책임	24. 건강에 관련된 TV 프로그램이나 책을 관심 있게 본다. 25. 나의 신체변화를 주의 깊게 관찰한다. 26. 건강한 생활 습관을 실천한다. 27. 식품을 선택할 때 유효기간과 성분을 확인한다.	
	총 4문항	
총합	총 27문항	

6. 측정도구의 신뢰도 및 타당성 검증

1) 설문문항에 대한 신뢰도 분석

연구의 진행에 앞서 설문문항에 대한 기술통계 분석과 신뢰도 분석을 실시

하였으며, 그 결과는 아래 표 8로 제시하였다.

먼저 기술통계 분석결과에서는 독립변수인 상황인식에 관한 평균은 5점 척도 기준으로 3.7점 이었으며, 하부요인간의 평균은 비슷하였고 관여도(M=3.72)가 가장 높은 것으로 나타났다. 매개변수인 커뮤니케이션 행동의 평균은 2.65점, 건강정보탐색(M=2.70), 건강정보전달(M=2.60)로 분석되었다. 건강행동의도는 평균 3.48점이었으며 건강행동의 전체 평균은 3.29점 이었다.

다음으로 설문지의 각 항목 응답에 대한 신뢰성을 확인하기 위해 크론바하알파(Cronbach's α)계수를 사용하였으며, 0.6을 기준으로 평가하였다. 분석결과 상황인식 전체(0.896), 커뮤니케이션 행동(0.935), 건강행동의도(0.868), 건강행동 전체(0.875) 모두 기준치를 상회하는 것으로 나타났다.

표 8. 기술통계 분석요약

구분		평균	표준편차	신뢰도 (Cronbach's α)
상황인식	문제인식	3.69	.72	0.84
	계약인식	3.69	.66	0.77
	관여도	3.72	.61	0.80
상황인식 전체		3.70	.66	0.90
커뮤니케이션 행동	건강정보탐색	2.70	.80	0.91
	건강정보전달	2.60	.80	0.87
커뮤니케이션 행동 전체		2.65	.80	0.94
건강행동의도		3.48	.71	0.87
건강행동	식습관	3.01	.64	0.74
	운동	3.28	.96	0.77
	스트레스관리	3.32	.57	0.68
	대인관계	3.25	.67	0.79
	자아실현	3.56	.65	0.80
	건강책임	3.32	.73	0.80
건강행동 전체		3.29	.70	0.88

2) 상관관계 분석

연구를 위해 변인 간 상관관계를 Pearson 적률 상관분석을 하였다. 상관계수의 최대값은 1이고 최소값은 -1이며, 상관계수가 ± 0.7 이상 $\sim \pm 0.9$ 미만은 매우 높은 상관관계, ± 0.4 이상 $\sim \pm 0.7$ 미만은 다소 높은 상관관계, ± 0.2 이상 $\sim \pm 0.4$ 미만은 낮은 상관관계를 의미한다. 변수들 중 상관관계가 가장 낮은 것은 제약인식과 건강행동(상관계수 $r=.366$)이었고, 가장 높은 것은 건강정보탐색과 건강정보전달(상관계수 $r=.670$)이었다. 독립변수에서는 제약인식과 관여도(상관계수 $r=.634$)가 가장 높은 것으로 나타났다. 그러나 다중공선성이 의심되는 기준은 상관계수 0.7 이상이므로 문제가 없는 것으로 판단하였다. 분석결과는 아래 표 9로 제시하였다. 세부 분석결과에서는 모든 변인 간 통계적 유의성 ($p<.001$)이 있는 것을 확인하였으며, 내용은 표 10으로 나타내었다.

표 9. 상황인식, 커뮤니케이션 행동, 건강행동의도, 건강행동 요인에 대한 상관관계 분석결과

	문제인식	제약인식	관여도	건강 정보탐색	건강 정보전달	건강행동의도	건강행동
문제인식	1						
제약인식	.562***	1					
관여도	.572***	.634***	1				
건강정보탐색	.575***	.433***	.508***	1			
건강정보전달	.481***	.449***	.521***	.670***	1		
건강행동의도	.425***	.392***	.437***	.404***	.433***	1	
건강행동	.406***	.366***	.389***	.530***	.504***	.412***	1

*** $p<.001$

표 10. 상황인식, 커뮤니케이션 행동, 건강행동의도, 건강행동 요인에 대한 상관관계 세부 분석결과

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
문제인식	1											
계약인식	.562	1										
판여도	.572***	.634***	1									
건강정보탐색	.575***	.433***	.508***	1								
건강정보전달	.481***	.449***	.521***	.670***	1							
건강행동의도	.425***	.392***	.437***	.404***	.433***	1						
식습관	.184***	.172***	.211***	.326***	.293***	.211***	1					
운동	.289***	.281***	.228***	.327***	.288***	.299***	.309***	1				
스트레스관리	.308***	.288***	.279***	.389***	.383***	.317***	.347***	.426***	1			
대인관계	.240***	.200***	.337***	.386***	.403***	.334***	.307***	.360***	.544***	1		
자아실현	.213***	.225***	.251***	.311***	.311***	.270***	.311***	.391***	.648***	.514***	1	
건강책임	.501***	.399***	.389***	.559***	.520***	.345***	.332***	.456***	.556***	.431***	.498***	1

1. 문제인식, 2. 계약인식, 3. 판여도, 4. 건강정보탐색, 5. 건강정보전달, 6. 건강행동의도, 7. 식습관, 8. 운동, 9. 스트레스관리, 10. 대인관계, 11. 자아실현, 12. 건강책임
 *** $p < .001$

3) 확인적 요인분석

요인분석(Factor Analysis)은 분석목적에 따라 탐색적 요인분석(EFA: Exploratory Factor Analysis)과 확인적 요인분석(CFA: Confirmatory Factor Analysis)으로 구분할 수 있다. 탐색적 요인분석은 측정변수가 이론적으로 명확하지 않거나 정립되지 않은 경우에 연구 방향을 확인하기 위해 탐색적인 목적을 위한 분석방법이다. 확인적 요인분석은 연구이론을 바탕으로 잠재요인과 측정문항을 미리 설정한 후 일치정도를 확인하기 위한 것이고, 이를 통해 측정된 개념이 얼마나 일관성 있고 정확하게 나타났는지의 정도를 확인한다(배병렬, 2013). 이러한 내용에 근거하여 본 연구에서는 사용된 변수와 측정문항을 선행연구와 이론적인 배경에 근거하여 도출하였기 때문에 탐색적 요인분석은 별도로 실시하지 않고 확인적 요인분석을 실시하였다.

확인적 요인분석과 AMOS를 활용한 구조방정식 모형을 평가할 때에는 연구 모형의 적합도를 확인하며, 주로 3가지 평가지수인 절대적합지수, 증분적합지수, 간명적합지수를 통해 적합도 평가를 하게 된다(배병렬, 2013).

측정모형이 이론모형과 얼마나 일치하는지에 대한 정도인 절대적합지수는 표준 $\chi^2/\text{CMIN}(\chi^2)$, 적합지수(GFI) 근사오차평균 자승의 이중근(RMSEA)을 통해 알아보았다. 그리고 이론적 모형과 연구모형사이에 오차수준의 정도를 확인하기 위한 증분적합지수는 표준적합지수(NFI), 터거-루이스지수(TLI), 비교적합지수(CFI)로 측정하였다. 마지막으로 연구모형에 경로가 증가할수록 $\chi^2/\text{CMIN}(\chi^2)$ 의 수치가 낮아져 측정모형이 좋은 것처럼 나오는지 측정하기 위한 간명적합지수에는 조정적합지수(AGFI)를 사용하였다.

(1) 1차 모형적합도 분석

본 연구를 위해 확인적 요인분석을 실시한 결과는 표 11, 그림 2로 제시하였다. 측정모형적합도 분석결과 측정지수인 GFI(.737), RMSEA(.083), NFI(.765), TLI(.796), AGFI(.698)등이 기준치에 미달하였다. 따라서 적합하

지 않은 것으로 나타나 연구를 진행하기 위해 모형적합도를 개선시킨 후 적합한 모형을 다시 도출하는 과정을 시행해야 한다(배병렬, 2013).

그리고 측정변수의 신뢰도를 평가하기 위해 회귀분석의 r^2 값의 제곱인 R^2 와 같은 의미를 가진 다승상관자승치(SMC, Squared Multiple Correlation)가 0.4 이상이 되어야 이론적인 모델이 잠재변수들에 의해 잘 설정된 것을 의미한다고 할 수 있다(배병렬, 2013). 요인분석 결과 SMC 기준 0.4 이하인 측정변수는 전체 39개의 관측변수 중 10개로 확인되었으며, 상황인식 4개, 커뮤니케이션 행동 2개, 건강행동의도 3개, 건강행동 1개로 나타났다.

따라서 SMC 0.4 이하인 요인들을 제거한 후 2차 확인적 요인분석을 실시하였다.

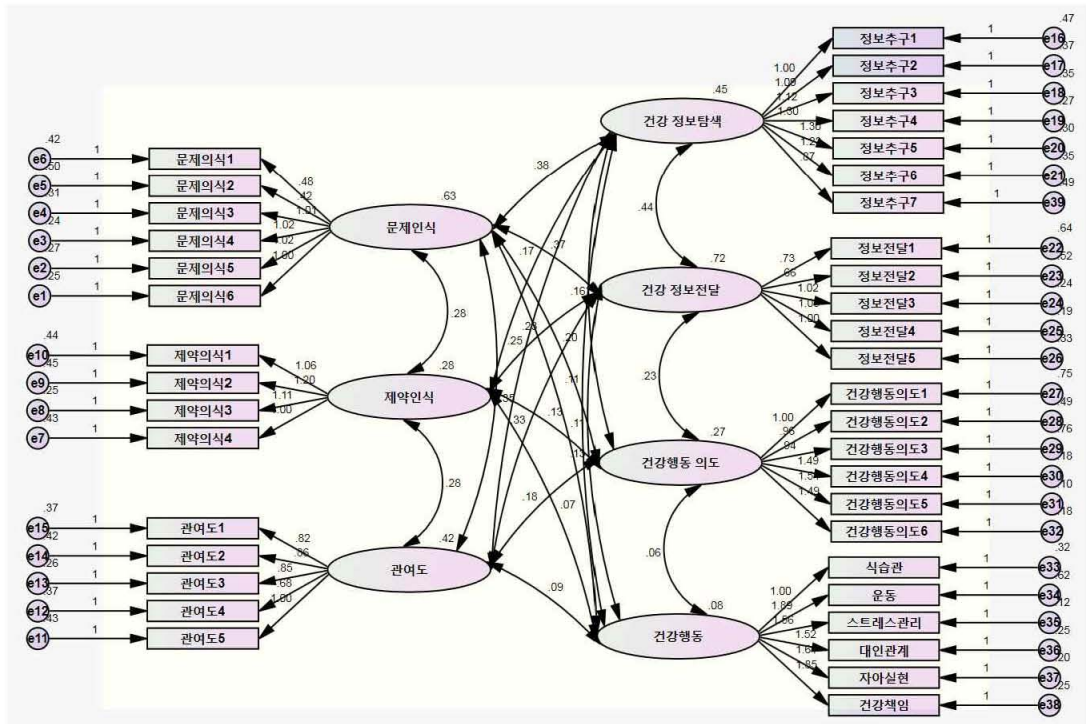


그림 2. 확인적 요인분석을 위한 1차 모형적합도 분석

표 11. 확인적 요인분석을 위한 1차 모형적합도

구분	χ^2	df	p	절대적합지수		충분적합지수			간접적합지수
				GFI	RMSEA	NFI	TLI	CFI	AGFI
적합도	2686.4	681	.000	0.737	0.083	0.765	0.796	0.812	0.698
기준	$p < .05$			0.9 이상	0.05 ~ 0.08	0.9이상	0.9이상	0.9이상	0.9이상
결과	적합			부적합	부적합	부적합	부적합	근사	부적합

(2) 2차 모형적합도 분석

1차 확인적 요인분석에서 SMC를 기준으로 0.4이하인 10개의 변수를 제거한 후 2차 확인적 요인분석을 실시하였으며, 결과는 표 12, 그림 3으로 제시하였다. 그 결과 GFI(.894), AGFI(.875), RMSEA(0.076), NFI(.858), TLI(.879), CFI(.894) 모두 기준치와 근사값 이상으로 확인되어 모형적합도가 충족된 것으로 나타났다.

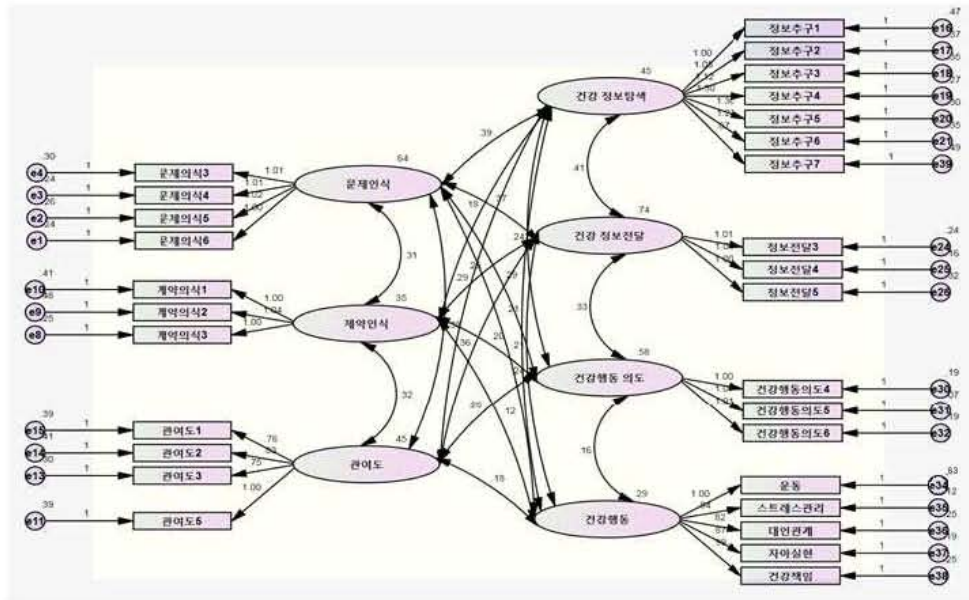


그림 3. 확인적 요인분석을 위한 2차 모형적합도 분석

표 12. 확인적 요인분석을 위한 2차 모형 적합도

구분	x ²	df	p	절대적합지수		중분적합지수		간명적합지수	
				GFI	RMSEA	NFI	TLI	CFI	AGFI
적합도	1236.6	356	.000	0.894	0.076	0.858	0.879	0.812	0.875
기준	p<.05			0.9 이상	0.05 ~ 0.08	0.9이상	0.9이상	0.9이상	0.9이상
결과	적합			적합	적합	적합	적합	근사	적합

4) 집중타당성 분석

확인적 요인분석에서 모형적합도 평가를 충족하게 되면 동일한 개념을 측정하기 위한 지표 간 내적상관이 있는지 확인하기 위한 집중타당성 검증을 실시해야한다(배병렬, 2013). 이는 지표가 실제 측정하고자 하는 변수를 제대로 측정하는지 확인하기 위한 것으로 개념타당성과 수렴타당성을 통해 분석하였다. 이에 대한 세부내용은 표 13으로 요약 정리하였다.

첫 번째로 지표가 실제 측정하고자 하는 개념을 바르게 측정하는지 확인하기 위한 개념타당성은 표준적재치 0.5이상이면 개념타당성을 확보된 것으로 판단할 수 있다. 이를 기준으로 표준화적재치가 제일 낮은 항목이 운동(0.563)인 것으로 분석되어 개념타당성이 확보된 것으로 나타났다.

두 번째로, 측정변수의 내적일관성(internal consistency)을 확인하기 위한 수렴타당성은 잠재변수에 대해 관측변수의 설명력을 의미하며 평균분산추출(AVE) 0.5이상, 개념신뢰도 0.7이상이면 확보된 것으로 볼 수 있다. 측정변수 중 평균분산추출이 제일 낮은 요인은 관여도로 AVE(0.550)로 나타났으며, 개념신뢰도가 제일 낮은 요인은 제약인식으로 개념신뢰도(0.794)로 나타나 기준치를 상회하는 것으로 나타났다. 이상의 결과로 연구모형의 집중타당성이 확보된 것으로 판단하였다.

표 13. 상황인식, 커뮤니케이션 행동, 건강행동의도, 건강행동 요인에 대한 집중타당성 분석

독립변수	측정변수	요인 부하량	표준오차	C.R.	P	표준 적재치	평균 분산추출	개념 신뢰도
문제인식	→ 문제인식6	1				0.852	0.730	0.915
	→ 문제인식5	1.015	0.047	21.795	***	0.845		
	→ 문제인식4	1.006	0.045	22.156	***	0.853		
	→ 문제인식3	1.009	0.048	21.009	***	0.826		
계약인식	→ 계약인식3	1				0.759	0.563	0.794
	→ 계약인식2	1.038	0.085	12.232	***	0.662		
	→ 계약인식1	1	0.08	12.478	***	0.677		
관여도	→ 관여도5	1				0.732	0.550	0.83
	→ 관여도3	0.775	0.059	12.892	***	0.68		
	→ 관여도2	0.832	0.067	12.488	***	0.657		
	→ 관여도1	0.756	0.063	12.027	***	0.633		
건강 정보 탐색	→ 정보추구1	1				0.702	0.621	0.919
	→ 정보추구2	1.085	0.072	15.139	***	0.769		
	→ 정보추구3	1.122	0.072	15.51	***	0.789		
	→ 정보추구4	1.298	0.077	16.85	***	0.861		
	→ 정보추구5	1.302	0.078	16.645	***	0.850		
	→ 정보추구6	1.233	0.077	15.974	***	0.814		
	→ 정보추구7	0.865	0.068	12.661	***	0.640		
건강 정보 전달	→ 정보전달3	1.01	0.045	22.237	***	0.873	0.762	0.906
	→ 정보전달4	1.041	0.044	23.561	***	0.912		
	→ 정보전달5	1				0.835		
건강 행동 의도	→ 건강행동의도4	1				0.867	0.842	0.941
	→ 건강행동의도5	1.069	0.039	27.682	***	0.948		
	→ 건강행동의도6	1.005	0.041	24.445	***	0.871		
건강행동	→ 운동	1				0.563	0.630	0.894
	→ 스트레스관리	0.843	0.075	11.239	***	0.797		
	→ 대인관계	0.818	0.081	10.131	***	0.662		
	→ 자아실현	0.873	0.081	10.754	***	0.731		
	→ 건강책임	0.994	0.092	10.775	***	0.734		

5) 판별타당성 분석

판별타당성(discriminant validity)은 서로 다른 잠재변수 사이가 얼마나 다른지 측정하여 표시하는 것으로, 서로 다른 개념의 측정 시 요인들 간의 상관 이 낮을 때 판별타당성이 있다고 볼 수 있다(배병렬, 2013). 이를 측정하는 방법은 두 잠재변수 평균 간의 평균분산추출(AVE)이 상관계수제곱의 관계에서 더 큰 것으로 확인 할 수 있다((AVE값) > (상관계수)²). 이 기준으로 판별타당성을 검증한 결과, 평균분산추출의 값이 각 상관계수의 제곱보다 모두 큰 것으로 나타났다. 이로서 변수 간의 상관관계에 대한 판별타당성을 확보한 것으로 판단하였으며, 세부내용은 표 14로 요약 제시하였다.

표 14. 상황인식, 커뮤니케이션 행동, 건강행동의도, 건강행동 요인에 대한 판별타당성 분석

	AVE	문제인식	제약인식	관여도	건강 정보탐색	건강 정보전달	건강 행동의도	건강행동
문제인식	0.730	1						
제약인식	0.563	0.442	1					
관여도	0.550	0.494	0.459	1				
건강정보탐색	0.621	0.518	0.213	0.417	1			
건강정보전달	0.762	0.287	0.245	0.397	0.516	1		
건강행동의도	0.842	0.231	0.206	0.304	0.213	0.258	1	
건강행동	0.630	0.225	0.145	0.240	0.323	0.263	0.158	1

7. 자료의 분석 및 처리

본 연구에서 가설에 대한 검증과 자료의 처리는 SPSS 24.0과 AMOS 21.0을 이용하였다.

첫째, 설문응답자의 일반적인 특성을 알아보기 위하여 빈도분석(frequency analysis)을 실시하였다.

둘째, 측정변수에 대한 기술통계 분석을 실시하고 변수에 대한 신뢰도를 측정하였다.

셋째, 변수 간 상관관계를 확인하기 위해서 pearson 상관관계를 분석하였다.

넷째, AMOS를 활용하여 확인적 요인분석을 실시하였고, 모형적합도와 타당도를 검증하였다.

다섯째, AMOS를 활용한 경로분석을 실시하고 가설검정을 실시하였다.

여섯째, 가설의 경로에 대한 효과분해를 실시함과 동시에 매개효과를 검증하였다.

이상의 분석에 대한 내용은 표 15로 요약 정리하였다.

표 15. 자료 분석방법

분석 내용	분석 방법
연구대상자의 일반적 특성	빈도 분석(frequency analysis)
설문응답의 분석	기술통계 분석
설문문항의 신뢰도 측정	신뢰도 검사
변수 간 상관관계 분석	Pearson 상관관계 분석
변수 간 요인분석	확인적 요인분석
가설 검증	경로 분석
매개효과 검증	부트스트래핑

IV. 연구 결과

1. 인구통계학적 분석

본 연구는 서울과 경기 수도권에 거주하는 중년남성 429명을 대상으로 연구를 실시하였다. 거주지역은 서울(50.6%)과 경기 수도권(49.5%)이 비슷한 분포로 나타났으며, 연령대는 40대(57.3%)가 50대(42.6%)에 비해 약간 많았으나 비슷한 분포를 보이는 것으로 나타났다. 응답자의 학력을 살펴보면 대졸(55%)의 비중이 가장 높았으며, 그 다음 고졸(29.4%), 대학원 이상(15.6%)으로 나타났다. 결혼 상태에서는 응답자의 83%가 기혼이었고, 미혼 11.7%, 이혼(사별, 별거 포함)이 5.4%로 분석되었다. 동거형태는 대부분의 응답자(92.5%)가 가족과 동거를 하였고 독거는 7.2% 수준이었다. 직업은 사무직이 40.1%로 가장 높았으며, 그 다음으로 기술직(18.2%), 기타(17.5%), 자영업(12.4%), 서비스·생산직(10.2%), 그리고 농·임·축산업이 1.2% 순으로 분석되었다. 월평균 수입은 400만원 이상에서 500만원 미만이 응답자의 28%로 가장 높았으며, 다음으로 600만원 이상이 18.6%, 500만원 이상 600만원 미만이 17.5%, 300만원 이상 400만원 미만 17%, 200만원 이상 300만원 미만 13.5%, 200만원 미만 5.4% 순으로 분석되었다. 주거형태는 자가(63.4%), 전세(25.4%), 월세(7.5%), 그리고 기타(3.7%) 순이었다. 만성질환 노출유무에 대한 문항에서는 없다는 응답이 59.4%, 있다는 응답이 40.6%를 차지하였다. 건강상태에 있어서 보통(58.3%), 좋은 편(25.4%), 나쁜 편(12.8%), 매우 좋은 편(2.6%), 매우 나쁜 편(0.9%) 순으로 분석되었다. 마지막으로 응답자의 현재 생활수준에 대한 응답은 보통(66.9%), 여유 있음(22.6%), 어려움(8.2%), 매우 여유 있음(1.4%), 매우 어려움(0.9%) 순으로 조사되었다. 이에 대한 내용은 표 16으로 제시하였다.

표 16. 연구대상자에 대한 인구통계학적 분석결과

특성	항목	빈도 (N=429)	퍼센트
거주지역	서울	217	50.6
	경기수도권	212	49.5
나이	40대	246	57.3
	50대	183	42.6
학력	고졸	126	29.4
	대졸	236	55.0
	대학원 이상	67	15.6
결혼상태	미혼	50	11.7
	기혼	356	83.0
	이혼(사별, 별거포함)	23	5.4
동거형태	가족동거	397	92.5
	독거	31	7.2
직업	사무직	172	40.1
	기술직	78	18.2
	서비스, 생산직	46	10.7
	자영업	53	12.4
	농업/임업/축산업	5	1.2
	기타	75	17.5
월 수입	200만원 미만	23	5.4
	300만원 이하	58	13.5
	400만원 이하	73	17.0
	500만원 이하	120	28.0
	600만원 이하	75	17.5
	600만원 이상	80	18.6
주거형태	자가	272	63.4
	전세	109	25.4
	월세	32	7.5
	기타	16	3.7
만성질환 노출유무	있음	174	40.6
	없음	255	59.4
건강상태	매우 나쁨	4	.9
	나쁜 편	55	12.8
	보통	250	58.3
	좋은 편	109	25.4
	매우좋은편	11	2.6
생활수준	매우 어려움	4	.9
	어려움	35	8.2
	보통	287	66.9
	여유있음	97	22.6
	매우 여유있음	6	1.4

2. 인구통계학적 특성에 따른 상황인식, 커뮤니케이션 행동, 건강행동의도, 건강행동의 차이분석

인구통계학적인 특성에 따른 상황인식과 커뮤니케이션 행동 그리고 건강행동의도와 건강행동의 하부요인에 차이가 있는지를 살펴보았다. 먼저 두개의 집단 간의 평균차이를 확인하기 위해 독립표본 t-test 분석을 실시하였고, t값은 집단 간의 평균 차이를 의미한다. 3개 이상의 집단 간의 평균을 비교분석하기 위한 일원변량분석(One way ANOVA)분석을 실시하였으며, 집단 간 차이가 발생한 경우 사후분석 옵션에서 Scheffe 검정을 실시하였다. 그리고 통계적으로 유의한 차이를 확인하기 위한 유의확률(p)은 0.05를 기준으로 설정하였다.

1) 연령대에 따른 상황인식, 커뮤니케이션 행동, 건강행동의도, 건강행동 비교

연령대에 따른 집단 간 차이에서는 50대 중년남성 집단이 40대에 비해 평균이 높은 것으로 나타났다. 이에 대한 내용은 표 17로 제시하였다.

연령대에 따른 분석결과를 살펴보면 먼저 문제인식 $3.86 \pm 0.702 (p < .001)$, 제약인식 $3.82 \pm 0.652 (p < .001)$, 관여도 $3.83 \pm 0.586 (p < .01)$ 로 통계적으로 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다. 그 다음으로 건강정보탐색 $2.87 \pm 0.797 (p < .001)$, 건강정보전달 $2.76 \pm 0.754 (p < .01)$ 로 나타나 통계적으로 유의미한 차이가 있는 것으로 나타났다. 마지막으로 건강행동의도는 $3.60 \pm 0.712 (p < .01)$ 로 나타났으며, 건강행동의 하위요소인 식습관 $3.09 \pm 0.679 (p < .05)$, 운동 $3.50 \pm 1.142 (p < .001)$, 건강책임 $3.45 \pm 0.779 (p < .01)$ 로 나타나 통계적인 유의성이 있는 것으로 분석되었다. 반면 스트레스관리, 대인관계, 자아실현은 집단 간 차이가 없는 것으로 나타났

다. 이상의 결과를 통해 50대 중년남성 집단이 40대에 비해 만성질환과 건강에 대한 관심과 행동수준이 더 높은 것으로 이해 할 수 있다.

표 17. 연령대에 따른 상황인식, 커뮤니케이션 행동, 건강행동의도, 건강행동의 차이분석 결과

구분	40-49세 (n=246)	50-59세 (n=183)	t	
상황인식	문제인식	3.55±.698	3.86±.702	-4.496***
	계약인식	3.58±.647	3.82±.652	-3.777***
	관여도	3.63±.612	3.83±.586	-3.482**
커뮤니케이션 행동	건강정보탐색	2.58±.772	2.87±.797	-3.915***
	건강정보전달	2.50±.814	2.76±.754	-3.464**
건강행동의도	3.39±.697	3.60±.712	-3.098**	
건강행동	식습관	2.94±.595	3.09±.679	-2.373*
	운동	3.12±.768	3.50±1.142	-4.089***
	스트레스관리	3.30±.515	3.36±.645	-1.170
	대인관계	3.24±.643	3.27±.706	-.345
	자아실현	3.55±.598	3.58±.710	-.553
	건강책임	3.21±.684	3.45±.779	-3.408**

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

2) 결혼상태에 따른 상황인식, 커뮤니케이션 행동, 건강행동의도,
건강행동 비교

결혼상태에 따른 집단 간 차이를 확인하기 위해 One way ANOVA 분석을 실시하였다. 그리고 차이가 발생한 항목에 대한 세부 내용을 확인하기 위해 Scheffe 검정을 실시하였다. 결혼상태에 따른 집단 간 분석결과는 표 18과 같다. 결혼상태에 따른 집단 간 분석에서는 문제인식 $3.73 \pm 0.712 (p < .05)$ 로 통계적으로 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다. 그리고 건강행동에서는 식습관 $3.06 \pm 0.623 (p < .01)$ 로 유의미한 차이가 있는 것으로 나타났다. 이를 제외한 다른 변인 간에는 차이가 없는 것으로 나타났다.

전반적으로 세 집단 중에서 기혼자 집단의 문제인식이 높고 식습관이 더 우수한 것으로 나타났다. 그리고 통계적으로는 평균의 차이가 유의하지는 않았으나 기혼자 집단의 상황인식, 커뮤니케이션 행동, 그리고 건강행동의도와 건강행동의 점수가 대체로 높은 것으로 나타났다. 이는 기혼자 집단이 만성질환에 대한 인식이 높고 건강행동 수준이 더 높은 것을 의미한다고 할 수 있다.

표 18. 결혼상태에 따른 상황인식, 커뮤니케이션 행동, 건강행동의도, 건강행동의 차이분석 결과

구분	미혼 (n=50)	이혼 (n=23)	기혼 (n=356)	F	P	사후 검증 결과 (Scheffe)	
상황인식	문제인식	3.49±.713	3.43±.666	3.73±.712	4.211*	.015	3>1
	계약인식	3.64±.744	3.49±.689	3.70±.644	1.272	.281	
	관여도	3.63±.681	3.64±.674	3.73±.594	.809	.446	
커뮤니케이션 행동	건강정보탐색	2.52±.812	2.55±.787	2.74±.791	2.203	.112	
	건강정보전달	2.50±.800	2.38±.655	2.63±.806	1.571	.209	
건강행동의도	3.38±.713	3.33±.630	3.50±.715	1.147	.319		
건강행동	식습관	2.77±.644	2.70±.643	3.06±.623	7.524**	.001	3>1,2
	운동	3.07±.802	3.03±.819	3.33±.988	2.375	.094	
	스트레스관리	3.28±.610	3.34±.488	3.33±.575	0.135	.874	
	대인관계	3.14±.716	3.18±.478	3.27±.674	0.984	.375	
	자아실현	3.43±.715	3.48±.626	3.59±.638	1.629	.197	
	건강책임	3.12±.879	3.35±.709	3.25±.742	2.337	.098	

* $p < .05$, ** $p < .01$

3) 동거형태에 따른 상황인식, 커뮤니케이션 행동, 건강행동의도, 건강행동 비교

동거형태에 집단 간 차이분석을 실시하였으며, 분석결과는 표 19로 요약 제시하였다. 동거형태에 다른 분석에서는 식습관 $3.03 \pm 0.630 (p < .05)$ 로 통계적으로 유의한 차이가 나타났다. 이를 제외한 다른 변인은 집단 간 차이가 없는 것으로 나타났다.

이는 가족과 거주하는 중년남성의 식습관 형태가 더욱 양호하다고 해석할 수 있다. 그리고 통계적으로 유의한 차이를 보이지는 않았으나, 전반적으로 가족과 동거하는 중년남성 집단이 상대적으로 혼자 거주하는 집단보다 대체적으로 평균이 높은 것으로 나타났다.

표 19. 동거형태에 따른 상황인식, 커뮤니케이션 행동, 건강행동의도, 건강행동의 차이분석 결과

구분	독거 (n=30)	가족동거 (n=397)	t	
상황인식	문제인식	3.48±.697	3.70±.716	1.670
	제약인식	3.64±.691	3.69±.658	.388
	관여도	3.69±.610	3.72±.609	.320
커뮤니케이션 행동	건강정보탐색	2.65±.786	2.71±.799	.395
	건강정보전달	2.64±.824	2.60±.800	-.264
건강행동의도	3.38±.630	3.48±.720	.750	
건강행동	식습관	2.74±.700	3.03±.630	2.402*
	운동	3.16±.720	3.29±.980	.712
	스트레스관리	3.16±.720	3.33±.580	1.039
	대인관계	3.18±.650	3.26±.670	.710
	자아실현	3.38±.700	3.58±.640	1.699
	건강책임	3.23±.770	3.32±.730	.625

* $p < .05$

4) 만성질환 노출유무에 따른 상황인식, 커뮤니케이션 행동, 건강행동의도, 건강행동 비교

만성질환 노출유무에 따른 차이분석을 실시하였으며 그 내용은 표 20으로 나타내었다. 먼저 문제인식 $3.92 \pm 0.641 (p < .001)$, 제약인식 $3.80 \pm 0.645 (p < .01)$, 관여도 $3.94 \pm 0.587 (p < .001)$ 로 통계적으로 유의한 차이가 나타났다.

그리고 건강정보탐색 $2.93 \pm 0.781 (p < .001)$, 건강정보전달 $2.78 \pm 0.761 (p < .001)$ 로 나타나 유의미한 차이가 있는 것으로 분석되었다. 마지막으로 건강행동의도는 $3.60 \pm 0.760 (p < .001)$ 로 유의한 차이가 있는 것을 나타냈다. 이상의 분석결과에서 만성질환에 노출된 중년남성 집단의 상황인식과 커뮤니케이션 행동 그리고 건강행동의도의 평균이 더 높게 나타났다. 이는 만성질환을 가진 중년남성 집단이 건강에 대한 주의와 심각성이 높고, 커뮤니케이션 행동과 건강행동의도 수준이 높은 것으로 해석 할 수 있다.

표 20. 만성질환 노출유무에 따른 상황인식, 커뮤니케이션 행동, 건강행동의도, 건강행동의 차이분석 결과

구분	만성질환 없음 (n=254)	만성질환 있음 (n=174)	t	
상황인식	문제인식	3.52 ± 0.719	$3.92 \pm .641$	5.971***
	제약인식	3.60 ± 0.659	$3.80 \pm .645$	3.076**
	관여도	3.56 ± 0.577	$3.94 \pm .587$	6.580***
커뮤니케이션 행동	건강정보탐색	2.55 ± 0.769	$2.93 \pm .781$	5.033***
	건강정보전달	2.48 ± 0.803	$2.78 \pm .761$	3.900***

건강행동의도	3.37±0.660	3.60±.760	3.667***
식습관	2.98±0.620	3.04±.650	.882
운동	3.27±1.050	3.30±.830	.300
스트레스관리	3.30±0.510	3.35±.650	.888
대인관계	3.24±0.660	3.27±.680	.349
자아실현	3.55±0.620	3.58±.690	.481
건강책임	3.28±0.680	3.45±.880	1.254

** $p < .01$, *** $p < .001$

4) 월소득 수준에 따른 상황인식, 커뮤니케이션 행동, 건강행동의도, 건강행동 비교

월소득(400만원 기준)에 따른 집단 간 차이분석 결과를 살펴보았다. 그에 대한 내용은 표 21과 같다.

분석결과에서 자아실현 3.63 ± 0.586 ($p < .05$)로 통계적으로 유의미한 차이가 나타났다. 그 외의 변인(문제인식, 제약인식, 관여도, 건강정보탐색, 건강정보전달, 건강행동의도, 식습관, 운동, 스트레스관리, 대인관계, 건강책임)은 집단 간 차이가 없는 것으로 나타났다. 이 분석결과는 월소득이 높은(400만원 이상) 집단의 자아실현이 월소득이 낮은(400만원 미만) 집단보다 더욱 높은 것으로 해석 할 수 있다.

이는 월소득이 상황인식과 커뮤니케이션 행동 그리고 건강행동의도에는 큰 영향을 미치지 않는 것으로 해석할 수 있다.

표 21. 월소득 수준에 따른 상황인식, 커뮤니케이션 행동, 건강행동의도, 건강행동의 차이분석 결과

구분		400만원 미만 (n=154)	400만원 이상 (n=275)	t
상황인식	문제인식	3.62±0.804	3.71±.660	-1.192
	계약인식	3.60±0.719	3.73±.620	-1.911
	관여도	3.66±0.652	3.74±.582	-1.376
커뮤니케이션 행동	건강정보탐색	2.61±0.810	2.75±.785	-1.677
	건강정보전달	2.52±0.843	2.64±.771	-1.577
건강행동의도		3.41±0.743	3.51±.691	-1.515
건강행동 건강행동	식습관	2.93±0.709	3.05±.588	-1.756
	운동	3.20±1.239	3.32±.765	-1.263
	스트레스관리	3.25±0.643	3.36±.528	-1.927
	대인관계	3.25±.703	3.25±.652	-.021
	자아실현	3.43±0.730	3.63±.586	-2.860**
	건강책임	3.23±0.822	3.36±.678	-1.656

** $p < .01$

3. 중년남성의 만성질환에 대한 인식이 건강행동의도와 건강행동에 미치는 영향에 대한 경로분석

1) 구조방정식 모형검증

본 연구모형에 대한 각 구성 개념간의 영향력과 인과관계를 확인하기 위

해 경로분석에 대한 모형적합도를 분석하였으며 내용은 아래 표 22와 그림 4로 제시하였다. 구조방정식 모형의 분석은 이론적 근거를 토대로 종속관계와 변수간의 인과관계를 확인하기 위한 방법이다. 그리고 가설에 대한 요인으로 형성된 구조모형의 검증은 목적으로 한다(배병렬, 2013).

표 22. 경로분석에 대한 모형적합도 요약

구분	x ²	df	p	절대적합지수		충분적합지수			간명적합지수
				GFI	RMSEA	NFI	TLI	CFI	AGFI
적합도	1296.4	363	.000	.911	.068	.951	.954	.904	.904
기준	p<.05			0.9 이상	0.05 ~ 0.08	0.9이상	0.9이상	0.9이상	0.9이상
결과	적합			적합	적합	적합	적합	적합	적합

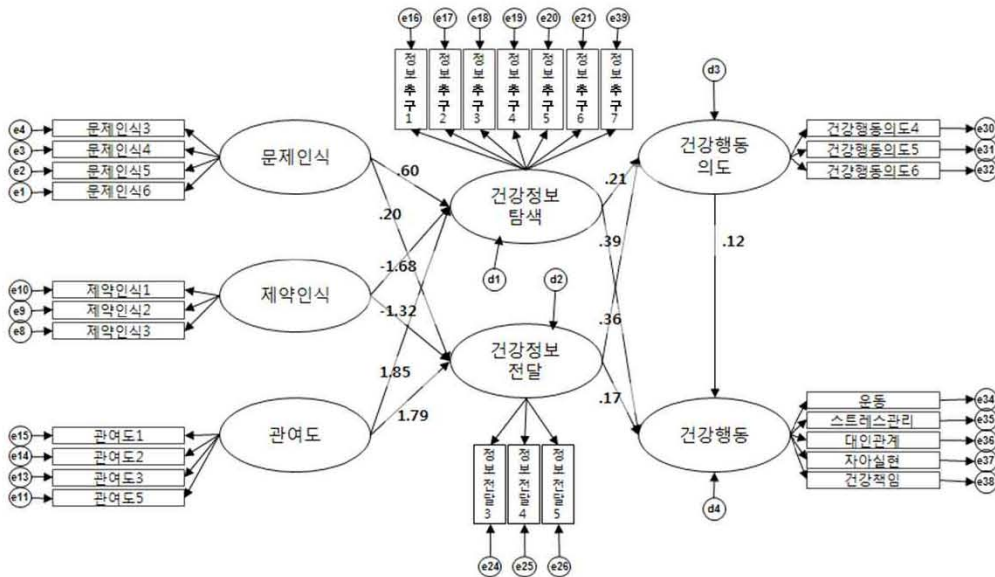


그림 4. 경로분석 결과

구조모형 적합도는 측정지수인 GFI(.911), AGFI(.904), RASEA(.068), NFI(.951), TLI(.954), CFI(.904) 모두 기준을 충족한 것으로 나타났다.

2) 경로분석 결과

본 연구모형에 대한 경로분석에 대한 결과를 아래와 같으며 신뢰수준 95%($p < .05$)를 기준으로 결정하였다. 이는 곧 C.R이 1.96보다 커야 함을 의미한다.

(1) 만성질환에 대한 상황인식이 커뮤니케이션 행동에 미치는 영향 연구를 위해 각 변수 사이의 관계를 살펴보았으며, 그 중에서 먼저 만성질환에 대한 상황인식이 커뮤니케이션 행동에 미치는 영향을 분석하였다.

첫째, 문제인식이 건강정보탐색과 건강정보전달에 영향을 미치는지 살펴보았다. 그 결과는 표 23으로 제시하였다.

문제인식은 건강정보탐색에 정(+)의 영향을 미치는 것으로 나타났다(경로계수=.599, CR=4.217, $p < .001$). 이는 중년남성의 만성질환에 대한 문제인식이 높아질수록 건강정보탐색이 증가된다는 것을 의미한다.

그러나 문제인식이 건강정보전달에 영향은 미치지 않는 것으로 나타났다(경로계수=.201, CR=1.562, $p > .05$). 이는 중년남성의 만성질환과 대한 문제인식이 높아져도 건강정보전달에 영향을 미치지 않는다는 것을 의미한다.

표 23. 문제인식이 커뮤니케이션 행동에 미치는 영향

경로	경로계수	S.E.	C.R.	결과
문제인식 → 건강정보탐색	.599	0.12	4.217***	유의함
문제인식 → 건강정보전달	.201	0.139	1.562	유의하지 않음

*** $p < .001$

둘째. 제약인식이 건강정보탐색과 건강정보전달에 미치는 영향을 살펴보았다. 이에 대한 내용은 표 24로 나타내었다.

제약인식은 건강정보탐색에 부(-)의 영향을 미치는 것으로 분석되었다(경로계수= -1.684, CR=-3.893, $p<.001$). 이는 중년남성이 만성질환에 대한 제약인식이 낮아질수록 건강정보탐색이 높아진다는 것을 의미한다.

다음으로 제약인식은 건강정보전달에 부(-)의 영향을 미치는 것으로 나타났다(경로계수= -1.321, CR=-4.256, $p<.001$). 이는 중년남성이 만성질환에 대한 제약인식이 낮아질수록 건강정보전달이 증가한다는 것을 의미한다.

표 24. 제약인식이 커뮤니케이션 행동에 미치는 영향

	경로	경로계수	S.E.	C.R.	결과
제약인식	→ 건강정보탐색	-1.684	0.532	-3.893***	유의함
	→ 건강정보전달	-1.321	0.486	-4.256***	유의함

*** $p<.001$

셋째. 관여도가 건강정보탐색과 건강정보전달에 미치는 영향을 살펴보았다. 세부내용은 표 25로 제시하였다.

관여도가 건강정보탐색에 정(+)의 영향을 미치는 것으로 분석되었다(경로계수=1.846, CR=4.423, $p<.001$). 이는 중년남성의 만성질환에 대한 관여도가 높아질수록 건강정보탐색이 높아진다는 것을 의미한다.

다음으로 관여도가 건강정보전달에 정(+)의 영향을 미치는 것으로 나타났다(경로계수=1.786, CR=5.581 $p<.001$). 이는 중년남성의 만성질환에 대한 관여도가 높아질수록 건강정보탐색과 건강정보전달이 높아진다는 것을 의미한다.

표 25. 관여도가 커뮤니케이션 행동에 미치는 영향

	경로	경로계수	S.E.	C.R.	결과
관여도	→ 건강정보탐색	1.846	0.432	4.423***	유의함
	→ 건강정보전달	1.786	0.422	5.581***	유의함

*** $p < .001$

지금까지 독립변수와 매개변수 간의 관계를 살펴보았다. 이상의 결과를 정리하면 문제인식이 건강정보전달로 가는 경로를 제외한 나머지 경로들은 모두 유의성이 있는 것으로 나타났다. 이를 경로계수를 기준으로 살펴보면 관여도가 건강정보탐색으로 가는 경로가 정(+)의 방향으로 가장 높은 것을 알 수 있고, 제약인식이 건강정보탐색으로 가는 경로가 부(-)의 방향으로 가장 높은 것을 알 수 있었다. 또한 건강정보전달로 가는 경로에서도 관여도가 정(+)의 방향으로 높은 영향을 미치는 것으로 나타났다. 결과적으로 만성질환에 대한 문제인식과 관여도가 높아지면 커뮤니케이션 행동이 높아지고, 제약인식이 낮아지면 커뮤니케이션 행동이 증가한다는 것을 의미한다.

(2) 커뮤니케이션 행동이 건강행동의도와 건강행동에 미치는 영향

다음으로 매개변수와 종속변수 간의 관계인 커뮤니케이션 행동이 건강행동의도와 건강행동에 미치는 영향을 살펴보았다. 세부내용은 표 26으로 제시하였다.

첫째, 건강정보탐색이 건강행동의도와 건강행동에 미치는 영향을 살펴보았다. 건강정보탐색은 건강행동의도에 정(+)의 영향을 미치는 것으로 나타났다 (경로계수=.214, CR=3.065, $p < .01$). 이는 중년남성의 건강정보탐색이 높아질수록 건강행동의도가 증가한다는 것을 의미한다.

그 다음으로 건강정보탐색이 건강행동에 미치는 영향은 정(+)의 방향으로

나타나는 것으로 분석되었다(경로계수=.391 CR=4.901, $p<.001$). 이는 중년남성의 건강정보탐색이 증가할수록 건강행동이 높아진다는 것을 의미한다.

표 26. 건강정보탐색이 건강행동의도와 건강행동에 미치는 영향

	경로	경로계수	S.E.	C.R.	결과
건강 정보탐색	→ 건강행동의도	.214	0.079	3.065**	유의함
	→ 건강행동	.391	0.064	4.901***	유의함

** $p<.01$, *** $p<.001$

둘째. 건강정보전달이 건강행동의도와 건강행동에 미치는 영향을 살펴보았다. 이에 대한 내용은 표 27로 제시하였다. 건강정보전달은 건강행동의도에 정(+)¹의 영향을 미치는 것으로 나타났다(경로계수=.364 CR=5.149, $p<.001$).

이는 중년남성의 건강정보전달이 증가할수록 건강행동의도가 높아진다는 것을 의미한다. 그리고 건강정보전달이 건강행동에 미치는 영향은 정(+)¹의 방향으로 나타났다(경로계수=.173, CR=2.276, $p<.05$). 이는 중년남성의 건강정보전달이 높아질수록 건강행동이 증가한다는 것을 의미한다.

표 27. 건강정보전달이 건강행동의도와 건강행동에 미치는 영향

	경로	경로계수	S.E.	C.R.	결과
건강 정보전달	→ 건강행동의도	.364	0.063	5.149***	유의함
	→ 건강행동	.173	0.048	2.276*	유의함

* $p<.05$, *** $p<.001$

이상으로 매개변수와 종속변수간의 관계를 살펴보았다. 결과를 요약하면 건강정보탐색과 건강정보전달이 건강행동의도와 건강행동에 정(+)¹의 영향을 미친다는 것을 알 수 있다. 이는 커뮤니케이션 행동이 증가할수록 건강행동의도

와 건강행동이 높아진다는 것을 의미한다.

(3) 건강행동의도가 건강행동에 미치는 영향

종속변수 간의 관계인 건강행동의도와 건강행동 간의 관계를 살펴보았다. 분석결과는 표 28로 나타내었다.

건강행동의도는 건강행동에 정(+)의 영향을 미치는 것으로 나타났다(경로계수=.123, CR=2.177, $p<.05$). 이는 중년남성의 건강행동의도가 높아질수록 건강행동이 증가한다는 것을 의미한다.

표 28. 건강행동의도가 건강행동에 미치는 영향

경로	경로계수	S.E.	C.R.	결과
건강행동의도 → 건강행동	.123	0.04	2.177*	유의함

* $p<.05$

3) 효과분해 및 매개효과 유의성 검증

본 연구에서는 상황인식이 건강행동의도와 건강행동에 미치는 영향에 있어 커뮤니케이션 행동이 그 관계를 매개하는가에 대한 간접효과를 분석하는 부분이 연구문제로 설정되었다. 이를 위해 각 경로 간에 유의성과 매개효과의 유의성을 검증하기 위해 부트스트래핑 분석을 실시하였다.

매개효과가 통계적으로 유의한지 판단하기 위해서는 Sobel 검증이나 부트스트래핑 방법을 활용할 수 있다. 매개효과는 정규분포를 이루지 않는다. 그러므로 표준오차를 사용해서 Sobel 검증을 실시할 경우 부정확한 결과를 산출할 수 있다. 그러나 부트스트래핑 방식을 적용하면 매개효과가 정상분포를 이뤄야한다는 가정을 우회할 수가 있다(매병렬, 2103). 따라서 부트스트래핑 방식

으로 매개효과 검증은 실시하였다. 이에 대한 내용은 표 29로 나타내었다.

첫 번째로 문제인식과 건강행동의도와 건강행동 간 건강정보탐색과 건강정보전달의 매개효과를 검증하였으며 내용은 아래와 같다.

문제인식과 건강정보탐색 간의 직접효과는 0.599($p < .05$)가 있는 것으로 나타났다. 그러나 문제인식과 건강정보전달 간의 효과는 0.201($p > .05$)이지만 유효하지 않은 경로인 것으로 분석되었다.

이어서 문제인식과 건강행동의도 간 건강정보탐색의 총 간접효과는 0.201($p < .05$)가 있는 것으로 밝혀졌다. 그리고 문제인식과 건강행동 간 건강정보탐색, 건강행동의도의 총 간접효과는 0.293($p < .05$)로 나타났다.

따라서 문제인식이 건강행동의도와 건강행동에 영향을 주는 과정에서 건강정보탐색과 건강정보전달의 매개효과 유의성은 검증되었다.

이상의 결과를 통해 문제인식이 건강정보탐색을 매개로 건강행동의도에 정(+)의 영향을 미치고, 건강행동에도 정(+)의 영향을 미치는 것으로 나타났다. 즉 문제인식이 높아지면 커뮤니케이션 행동을 매개로 건강행동의도와 건강행동이 증가한다는 것을 의미한다.

두 번째로 제약인식과 건강행동의도와 건강행동간 건강정보탐색과 건강정보전달의 매개효과를 검증하였다. 제약인식과 건강정보탐색 간의 직접효과는 -1.684($p < .01$)가 발생하는 것을 나타냈고, 제약인식과 건강정보전달 간의 직접효과는 -1.321($p < .01$)가 있는 것으로 분석되었다.

제약인식과 건강행동의도 간 건강정보탐색과 건강정보전달의 총 간접효과는 -0.841($p < .05$)가 있는 것으로 나타났다. 또한 제약인식과 건강행동간 건강정보탐색, 건강정보전달, 건강행동의도의 총 간접효과는 -0.99 ($p < .05$)가 발생하는 것으로 나타났다. 이상을 통해 제약인식이 건강행동에 영향을 미치는 과정에서 건강정보탐색, 건강정보전달의 매개효과 유의성은 검증되었다. 이상의 결과로 제약인식은 건강정보탐색, 건강정보전달을 매개로 건강행동의도에 부(-)의 영향을 미치며, 건강행동에도 부(-)의 영향을 미치는 것을 의미한다. 따라서

제약인식이 낮아지면 커뮤니케이션 행동을 매개로 건강행동의도와 건강행동이 높아지는 것을 의미한다.

세 번째로 관여도와 건강행동의도와 건강행동 간 건강정보탐색과 건강정보전달의 매개효과를 검증하였다. 관여도와 건강정보탐색 간의 직접효과는 1.846($p < .01$)가 있는 것을 알 수 있었으며, 관여도와 건강정보전달간의 직접효과는 1.786($p < .01$)로 나타나는 것으로 분석되었다.

관여도와 건강행동의도 간 건강정보탐색과 건강정보전달의 총간접효과는 1.045 ($p < .01$)로 나타났다. 또한 관여도와 건강행동간 건강정보탐색, 건강정보전달, 건강행동의도의 총간접효과는 1.159($p < .01$)가 있는 것으로 나타났다. 따라서 관여도가 건강행동으로 가는 과정에서 건강정보탐색, 건강정보전달의 매개효과 유의성은 검증되었다. 이상의 결과를 통해 관여도는 건강정보탐색, 건강정보전달을 매개하여 건강행동의도에 정(+)^{의 영향을 미치며, 건강행동에도 정(+)^{의 영향을 미치는 것으로 나타났다. 즉 관여도가 높아지면 커뮤니케이션 행동을 매개로 건강행동의도와 건강행동이 높아진다는 것을 의미한다.}}

표 29. 효과분해 및 매개효과 유의성 검증 결과

경로		직접효과	간접효과
문제인식	→ 건강정보탐색	.599*	-
	→ 건강정보전달	.201	-
	→ 건강행동의도	-	.201*
	→ 건강행동	-	.293*
제약인식	→ 건강정보탐색	-1.684**	-
	→ 건강정보전달	-1.321**	-
	→ 건강행동의도	-	-.841**
	→ 건강행동	-	-.99**

관여도	→	건강정보탐색	1.846**	-
	→	건강정보전달	1.786**	-
	→	건강행동의도	-	1.045**
	→	건강행동	-	1.159**

* $p < .05$, ** $p < .01$

4) 연구가설의 검증 결과

본 연구는 중년남성의 만성질환에 대한 인식이 커뮤니케이션행동을 매개로 건강행동의도와 건강행동에 미치는 영향을 살펴보기 위한 연구이다. 이를 위해 각 경로를 연결하여 수립한 가설에 대한 채택과 기각을 결정하였다.

(1) 만성질환에 대한 상황인식 중 문제인식이 커뮤니케이션 행동을 매개로 건강행동의도와 건강행동에 미치는 영향

1-1. 문제인식은 건강정보탐색을 매개로 건강행동의도에 영향을 미칠 것이다.

문제인식은 건강정보탐색에 유의한 영향을 미치는 것으로 나타났으며(경로계수=.599, C.R=4.217, $p < .001$), 건강정보탐색은 건강행동의도에 유의미한 영향을 미치는 것으로 나타났다(경로계수=.214, C.R=3.065, $p < .01$). 따라서 가설 1-1은 채택되었다.

1-2. 문제인식은 건강정보탐색을 매개로 건강행동에 영향을 미칠 것이다.

문제인식은 건강정보탐색에 유의미한 영향을 미치는 것으로 나타났고(경

로계수=.599, C.R=4.217, $p<.001$), 건강정보탐색은 건강행동에 유의한 영향을 미치는 것으로 나타났다(경로계수=.391, C.R=4.901, $p<.001$). 그러므로 가설 1-2는 채택되었다.

1-3. 문제인식은 건강정보탐색과 건강행동의도를 매개로 건강행동에 영향을 미칠 것이다.

문제인식은 건강정보탐색으로 유의한 영향을 미치는 것으로 나타났고(경로계수=.599, C.R=4.217, $p<.001$), 건강정보탐색은 건강행동의도에 유의미한 영향을 미치는 것으로 분석되었다(경로계수=.214, C.R=3.065, $p<.01$). 마지막으로 건강행동의도가 건강행동에 미치는 영향도 유의한 것으로 밝혀졌다(경로계수=.123, C.R=2.177, $p<.05$). 그리하여 가설 1-3은 채택되었다.

1-4. 문제인식은 건강정보전달을 매개로 건강행동의도에 영향을 미칠 것이다.

문제인식이 건강정보전달에 미치는 영향은 유의하지 않은 것으로 분석되었다(경로계수=.201, C.R=1.562, $p>.05$). 반면 건강정보전달은 건강행동의도에 유의한 영향을 미치는 것으로 나타났다(경로계수=.364, C.R=5.149, $p<.001$). 그러나 문제인식이 건강정보전달에 미치는 영향이 유의하지 않은 관계로 가설 1-4는 기각되었다.

1-5. 문제인식은 건강정보전달을 매개로 건강행동에 영향을 미칠 것이다.

문제인식이 건강정보전달로 미치는 영향은 유의하지 않은 것으로 분석되었다(경로계수=.201, C.R=1.562, $p>.05$). 그러나 건강정보전달은 건강행동에 유의한 영향을 미치는 것으로 나타났다(경로계수=.173, C.R=2.276, $p<.05$).

그러나 문제인식이 건강정보전달로의 경로가 유의하지 않으므로 가설 1-5는 기각되었다.

1-6. 문제인식은 건강정보전달과 건강행동의도를 매개로 건강행동에 영향을 미칠 것이다.

문제인식이 건강정보전달로 미치는 영향은 유의하지 않았으며(경로계수 =.201, C.R=1.562, $p>.05$), 건강정보전달은 건강행동의도에 유의한 영향이 있는 것으로 나타났다(경로계수=.364, C.R=5.149, $p<.001$). 마지막으로 건강행동의도가 건강행동에 미치는 영향은 유의미한 것으로 분석되었다(경로계수 =.123, C.R=2.177, $p<.05$). 그렇지만 문제인식이 건강정보전달로의 영향이 유의하지 않기 때문에 가설 1-6은 기각되었다.

(2) 만성질환에 대한 상황인식 중 제약인식이 커뮤니케이션 행동을 매개로 건강행동의도와 건강행동에 미치는 영향

2-1. 제약인식은 건강정보탐색을 매개로 건강행동의도에 영향을 미칠 것이다.

제약인식은 건강정보탐색에 유의한 영향을 미치는 것으로 분석되었다(경로계수=-1.684, C.R=-3.893, $p<.001$). 그리고 건강정보탐색이 건강행동의도에 미치는 영향은 유의한 것으로 나타났다(경로계수=.214, C.R=3.065, $p<.01$). 따라서 가설 2-1은 채택되었다.

2-2. 제약인식은 건강정보탐색을 매개로 건강행동에 영향을 미칠 것이다.

제약인식은 건강정보탐색에 유의미한 영향을 미치는 것으로 분석되었고

(경로계수=-1.684, C.R=-3.893, $p<.001$), 건강정보탐색은 건강행동에 미치는 영향은 유의한 것으로 나타났다(경로계수=.391, C.R=4.901, $p<.001$). 그러므로 가설 2-2는 채택되었다.

2-3. 제약인식은 건강정보탐색과 건강행동의도를 매개로 건강행동에 영향을 미칠 것이다.

제약인식은 건강정보탐색에 유의한 영향을 미치는 것으로 나타났다(경로계수=-1.684, C.R=-3.893, $p<.001$). 그리고 건강정보탐색은 건강행동의도에 유의한 영향을 미치는 것으로 분석되었다(경로계수=.214, C.R=3.065, $p<.01$). 마지막으로 건강행동의도가 건강행동에 미치는 영향은 유의한 것으로 나타났다(경로계수=.123, C.R=2.177, $p<.05$). 따라서 가설 2-3은 채택되었다.

2-4. 제약인식은 건강정보전달을 매개로 건강행동의도에 영향을 미칠 것이다.

제약인식은 건강정보전달에 유의미한 영향을 미치는 것으로 나타났다(경로계수=-1.321, C.R=-4.256, $p<.001$). 그리고 건강정보전달이 건강행동의도에 미치는 영향은 유의미한 것으로 분석되었다(경로계수=.364, C.R=5.149, $p<.001$). 그러므로 가설 2-4는 채택되었다.

2-5. 제약인식은 건강정보전달을 매개로 건강행동에 영향을 미칠 것이다.

제약인식은 건강정보전달에 유의한 영향을 미치는 것으로 분석되었다(경로계수=-1.321, C.R=-4.256, $p<.001$). 그리고 건강정보전달도 건강행동에 유의한 영향을 미치는 것으로 나타났다(경로계수=.173, C.R=2.276, $p<.05$). 따라서 가설 2-5는 채택되었다.

2-6. 제약인식은 건강정보전달과 건강행동의도를 매개로 건강행동에 영향을 미칠 것이다.

제약인식은 건강정보전달에 유의한 영향을 미치는 것으로 나타났으며(경로계수=-1.321, C.R=-4.256, $p<.001$), 건강정보전달이 건강행동의도에 유의한 영향을 미치는 것으로 나타났다(경로계수=.364, C.R=5.149, $p<.001$). 마지막으로 건강행동의도는 건강행동에 유의미한 영향을 미치는 것으로 분석되었다(경로계수=.123, C.R=2.177, $p<.05$). 그러므로 가설 2-6은 채택되었다.

(3) 만성질환에 대한 상황인식 중 관여도가 커뮤니케이션 행동을 매개로 건강행동의도와 건강행동에 미치는 영향

3-1. 관여도는 건강정보탐색을 매개로 건강행동의도에 영향을 미칠 것이다.

관여도는 건강정보탐색에 유의한 영향을 미치는 것으로 나타났으며(경로계수=1.846, C.R=-4.423, $p<.001$), 건강정보탐색은 건강행동의도에 유의한 영향을 미치는 것으로 나타났다(경로계수=.214, C.R=3.065, $p<.01$). 따라서 가설 3-1은 채택되었다.

2-2. 관여도는 건강정보탐색을 매개로 건강행동에 영향을 미칠 것이다.

관여도는 건강정보탐색에 유의미한 영향을 주는 것으로 나타났으며(경로계수=1.846, C.R=4.423, $p<.001$), 건강정보탐색은 건강행동에 유의성 있는 영향을 미치는 것으로 분석되었다(경로계수=.391, C.R=4.901, $p<.001$). 그러므로 가설 3-2는 채택되었다.

3-3. 관여도는 건강정보탐색과 건강행동의도를 매개로 건강행동에 영향을 미칠 것이다.

관여도는 건강정보탐색에 유의한 영향을 미치는 것으로 나타났다(경로계수=1.846, C.R=4.423, $p<.001$). 그리고 건강정보탐색은 건강행동의도에 유의미한 영향을 미치는 것으로 나타났다(경로계수=.214, C.R=3.065, $p<.01$). 마지막으로 건강행동의도가 건강행동에 미치는 영향은 유의미한 것으로 분석되었다(경로계수=.123, C.R=2.177, $p<.05$). 따라서 가설 3-3은 채택되었다.

3-4. 관여도는 건강정보전달을 매개로 건강행동의도에 영향을 미칠 것이다.

관여도는 건강정보탐색에 유의한 영향을 미치는 것으로 나타났으며(경로계수=1.786, C.R=5.581, $p<.001$), 건강정보전달 또한 건강행동의도에 유의한 영향을 미치는 것으로 나타났다(경로계수=.364, C.R=5.149, $p<.001$). 그러므로 가설 3-4는 채택되었다.

3-5. 제약인식은 건강정보전달을 매개로 건강행동에 영향을 미칠 것이다.

관여도는 건강정보탐색에 유의한 영향을 미치는 것으로 나타났으며(경로계수=1.786, C.R=5.581, $p<.001$), 건강정보전달은 건강행동에 미치는 영향은 유의한 것으로 나타났다(경로계수=.173, C.R=2.276, $p<.05$). 따라서 가설 3-5는 채택되었다.

3-6. 관여도는 건강정보전달과 건강행동의도를 매개로 건강행동에 영향을 미칠 것이다.

관여도는 건강정보탐색에 유의한 영향을 미치는 것으로 분석되었으며(경

로계수=1.786, C.R=5.581, $p<.001$), 건강정보전달은 건강행동의도에 유의한 영향을 미치는 것으로 나타났다(경로계수=.364, C.R=5.149, $p<.001$). 마지막으로 건강행동의도가 건강행동에 미치는 영향도 유의미한 것으로 분석되었다(경로계수=.123, C.R=2.177, $p<.05$). 따라서 가설 3-6은 채택되었다.

(4) 연구가설의 검증 결과 요약

경로분석을 통하여 가설검증을 실시한 결과는 표 30으로 제시하였다. 문제인식과 관련된 연구가설 6가지 중 3가지는 채택되었고, 3가지는 기각되었다. 그리고 제약인식의 6가지와 관여도의 6가지 가설은 모두 채택이 되었다.

표 30. 가설검증 결과

가설	독립변수	매개변수	종속변수	결과
1-1	→	건강정보탐색	→ 건강행동의도	채택
1-2	→	건강정보탐색	→ 건강행동	채택
1-3	문제인식 →	건강정보탐색 → 건강행동의도	→ 건강행동	채택
1-4	→	건강정보전달	→ 건강행동의도	기각
1-5	→	건강정보전달	→ 건강행동	기각
1-6	→	건강정보전달 → 건강행동의도	→ 건강행동	기각
2-1	→	건강정보탐색	→ 건강행동의도	채택
2-2	→	건강정보탐색	→ 건강행동	채택
2-3	제약인식 →	건강정보탐색 → 건강행동의도	→ 건강행동	채택
2-4	→	건강정보전달	→ 건강행동의도	채택
2-5	→	건강정보전달	→ 건강행동	채택
2-6	→	건강정보전달 → 건강행동의도	→ 건강행동	채택
3-1	→	건강정보탐색	→ 건강행동의도	채택
3-2	→	건강정보탐색	→ 건강행동	채택
3-3	관여도 →	건강정보탐색 → 건강행동의도	→ 건강행동	채택
3-4	→	건강정보전달	→ 건강행동의도	채택
3-5	→	건강정보전달	→ 건강행동	채택
3-6	→	건강정보전달 → 건강행동의도	→ 건강행동	채택

V. 고 찰

본 연구는 중년남성의 만성질환에 대한 인식이 건강행동의도와 건강행동에 미치는 영향을 연구하였으며, 이를 위해 상황이론을 적용하여 커뮤니케이션 행동을 매개로 건강행동의도와 건강행동으로 이어지는 인과관계를 규명하였다. 본 연구는 상황이론을 확장하여 중년남성의 건강연구에 적용한 것에 의의가 있으며, 건강관련 연구를 하기 위한 다양한 이론의 적용가능성을 탐색하였다. 최종적으로 중년남성의 만성질환과 관계된 건강행동을 촉진하기 위한 효과적인 프로그램을 개발하는데 기초자료를 제공하고자 하였다.

1. 인구통계학적 특성에 따른 중년남성의 만성질환에 대한 인식, 커뮤니케이션 행동, 건강행동의도, 건강행동의 차이

먼저 연령대에 따른 차이분석에서는 전반적으로 50대가 40대에 비해 상황인식(문제인식, 제약인식, 관여도), 커뮤니케이션 행동(건강정보탐색, 건강정보전달)과 건강행동의도와 건강행동에 이르는 모든 사항들이 높게 나타났다. 다만 제약인식은 자기효능감과 역의 관계로 측정된 것을 고려하면 실제로는 제약인식은 낮게 나타난 것으로 생각된다. 중년남성들은 연령이 높아질수록 건강이 악화되는 것에 대한 염려와 질병에 노출되는 것에 대한 두려움을 가지게 된다고 하였다(김경은 등, 2011). 그러므로 이러한 결과는 중·장년층의 라이프스타일이 건강증진행위에 미치는 영향에 대해 연구한 김선희(2010)의 연구결과와도 유사한 경향이다. 그의 연구에서는 연령의 증가에 따라 건강증진행위의 수준이 더욱 높아진다는 연구결과를 제시하였다. 이는 연령의 증가로 인해 각종 질병에 노출될 확률이 높아짐과 동시에 건강의 중

요성을 실감하여 본인과 관련성이 높다고 인식하기 때문인 것으로 사료된다. 그리고 건강한 삶을 영위하고자 하는 건강관리의 필요성을 통해 실천적 영역인 건강행동의도와 건강행동의 정도 또한 높은 것으로 유추할 수 있다.

다음으로 결혼상태에 따른 분석결과에서는 기혼자 집단이 미혼인 집단에 비해 만성질환에 대한 문제인식과 식습관에 대한 수준이 높은 것으로 나타났다. 이는 기혼자 집단이 건강에 대한 인식수준이 더 높고 식습관이 더 양호하다는 것을 의미하는 결과라고 생각된다. 기혼자들은 배우자나 자녀 등을 경제적 또는 감정적으로 돌봐야 하는 가족구성원에 삶의 큰 의미를 둔다. 따라서 가족구성원들에 대한 높은 책임의식으로 기혼자들의 삶의 질에 위협이 되는 행동에 주의를 기울이고 반대로 건강에 도움이 되는 행동을 더하게 된다(한경혜 등, 2003). 이와 함께 혼인상태에 따른 중년남녀의 건강행위에 대해 연구했던 이윤석(2012)의 연구결과에서는 아침식사의 섭취비율이 기혼의 중년남녀가 이혼 또는 미혼상태의 남녀에 비해 약 20% 이상 더 양호한 것으로 나타났다고 밝혔는데, 본 연구의 결과도 이와 유사한 경향이 나타난 것으로 생각된다. 따라서 중년남성 기혼자는 건강에 위협이 되는 만성질환에 대한 중요성을 자주 생각함으로 인해 문제인식 수준이 높은 것으로 유추된다. 또한 건강에 대한 관심과 함께 건강행동에서 식습관의 수준이 높은 것으로 사료된다.

동거형태에 따른 건강행동영역의 식습관에서 가족동거 집단의 평균이 더 높은 것으로 나타났다. 이는 교육수준에 따른 중년남녀에 대한 연구를 한 우원규와 조원태(2009)의 연구에서 배우자와 같이 동거중인 중년이 비동거인 중년보다 아침식사를 챙기는 것으로 나타났다. 그리고 2007-2010년 국민건강영양조사 자료를 기반으로 한 한국인 중년의 결혼상태와 건강행동을 연구한 임현지 등(2012)의 연구결과에서도 배우자와 동거하는 남성이 아침식사의 정도가 높은 것으로 나타났다. 본 연구의 결과도 이와 유사한 경향으

로 나타났다.

만성질환 노출유무에 따른 분석결과에서는 만성질환에 노출된 중년남성 집단의 상황인식(문제인식, 제약인식, 관여도)과 커뮤니케이션 행동(건강정보탐색, 건강정보전달), 건강행동의도가 높은 것으로 나타났다.

강영옥, 조영채(2011)는 관상동맥환자의 건강신념과 관련된 연구에서 만성질환에 노출된 환자의 인식정도가 높은 것으로 나타났다고 하였다. 그리고 커뮤니케이션 행동인 건강정보탐색과 유사한 정보수집행동의 수치가 높은 것으로 나타났다. 본 연구의 결과도 이와 유사한 경향으로 나타났다. 이는 만성질환에 대한 인식수준이 높으면 그 병에 대해 알고자 하는 구체적 노력 또한 증가하는 것으로 사료된다. 한편 건강행동의 경우는 유의한 차이는 없었지만, 전반적으로 만성질환에 노출된 중년남성이 그렇지 않은 중년남성에 비해 조금 더 평균이 높게 나타났다. 이는 혈액투석환자를 대상으로 한 손영희(2001)의 연구에서 건강상태가 낮을수록 건강증진행위가 높은 것으로 나타났으며, 본 연구의 결과도 이와 유사한 것이다. 일반적으로 건강상태가 좋은 경우 건강증진행위에 더 긍정적 영향을 미친다는 연구들(김금자, 2000; 함영희, 2011)이 많았다. 그렇지만 본 연구의 결과와 유사한 경향의 선행연구의 결과에서 유추해 볼 때 만성질환은 한번 발생하면 완치가 어렵고 잘 낫지 않은 특성으로 지속적으로 관리를 해야 한다는 생각이 인식수준을 높이는데 영향을 준 것으로 사료된다.

월 소득에 따른 차이에서는 건강행동영역에서 자아실현 부분에서만 나타났으며, 만성질환의 상황인식과 커뮤니케이션 행동에서는 차이가 나타나지 않았다. 그렇지만 전반적인 인식수준과 커뮤니케이션 행동 그리고 건강행동의도와 건강행동은 소득이 높을수록 조금 더 높은 것으로 나타났다. 이는 월 소득이 높아지면 건강관련 삶의 질에 대한 관심이 높고 행동을 더 많이 하는 것으로 사료된다. 이는 중년남성의 건강증진생활 양식에 영향요인을

연구한 우원미(1994)의 연구결과에서 나타난 수입이 많을수록 건강개념이 긍정적이라는 내용과 유사한 경향이다. 또한 중년층의 노후 준비에 영향을 미치는 요인을 분석한 조추용 등(2009)의 연구결과에서도 월 평균수입이 높을수록 건강증진행위를 잘하는 것으로 나타나 본 연구의 결과와 이와 유사한 경향이다. 다른 방향의 연구들에서는 그 외의 다른 요소들도 함께 건강행동에 영향을 주는 것으로 나타났으며, 주로 종교, 학력 등이 건강행동과 유의한 상관관계가 있는 것으로 나타난 경우가 많았다. 이는 본 연구의 결과는 부분적으로 일치하는 것으로 나타났다.

2. 만성질환에 대한 인식이 커뮤니케이션 행동을 매개로 건강행동의도와 건강행동에 미치는 영향

중년남성의 만성질환에 대한 상황인식에서 문제인식은 커뮤니케이션 행동인 건강정보탐색을 매개로 건강행동의도와 건강행동에 영향을 미치는 것으로 나타났다. 이에 대한 구체적인 경로를 살펴보면 문제인식이 높을수록 건강정보탐색이 높아지고, 건강정보탐색이 높아질수록 건강행동의도와 건강행동이 높아진다는 인과적인 영향이 확인되었다. 이는 원정윤(2012)의 연구에서 문제인식이 정보추구(탐색)에 영향을 미친다고 한 연구결과와 정보탐색이 건강행동에 영향을 준다는 연구결과를 제시한 정재선과 김정남(2015)의 연구를 연속적인 과정으로 이해할 때 유사한 경향으로 사료된다.

중년남성들은 연령이 높아지면서 자신의 건강이 악화되고 질병에 노출되는 것을 두려워한다고 하였다(김경은 등, 2011). 질병관리본부(2016)의 조사에 따르면 조사대상자의 절반 이상이 질환을 가지고 있는 것으로 나타났고, 박선향(2008)의 연구에서는 유사대상증후군을 포함하면 50% 이상이 대상증후군 발생자로 추정된다고 하였다.

따라서 본 연구의 결과는 우리나라 중년남성들이 가족을 부양하고 직장과 주변의 역할에 충실하기 위해 만성질환에 대한 인식이 높은 것으로 이해 할 수 있으며, 개인의 건강한 삶을 유지하고 가족과 사회적 역할 사이에서 균형을 달성하고자 하는 노력으로 건강정보탐색을 한다고 유추 할 수 있다. 더불어 이러한 건강정보탐색은 곧 건강을 지키기 위한 실질적인 행위인 행동의도와 행동에 영향을 미치는 것으로 해석할 수 있다. 이 결과를 통해 중년남성들의 만성질환에 대한 심각성과 그와 관련된 건강관리의 중요성을 자주 상기시키고 인식하도록 공공 건강캠페인의 강화와 다양한 미디어를 통한 만성질환에 대한 정보제공을 지속적으로 증가시킬 필요성이 있음을 시사한다고 할 수 있다. 이는 건강에 대한 염려와 신체적 자각을 하는 중년남성에게 만성질환에 대한 인식을 고취시킴으로서 스스로 건강정보행동에 참여하도록 관심을 높이고 유도함으로써 중년남성의 건강수준이 더 개선되도록 할 수 있을 것이다. 또한 커뮤니케이션 행동이 사회적 관심을 유도하고 실질적인 건강프로그램의 연결고리로 작용을 기대 할 수 있으며, 중년남성의 건강과 관련된 정책을 수립하고 반영되는 데 도움이 될 수 것이라는 데 의의가 있다.

반면 문제인식이 건강정보전달을 매개로 건강행동의도와 건강행동으로 미치는 영향은 나타나지 않았는데, 그 이유를 심사숙고 할 필요가 있다. 이에 대한 고려사항은 첫 번째로 건강문제는 정확한 정보를 추구하고자 하는 이성, 질환으로 인한 두려움, 그리고 걱정 등의 감정이 함께 공존한다고 하였다(권예지, 나영은, 2011). 그러나 중년남성은 감정을 드러내 보이는 것이 나약함을 표시하는 것으로 여기는 관습적 사고로 인해 남성들 스스로도 건강변화에 대한 정서적 표현을 억제하고, 주변에도 건강문제에 대해 그다지 관심을 표현하지 않는다고 생각할 수 있다(허명륜, 임숙빈, 2012).

두 번째는 남성의 대화 형태 즉 커뮤니케이션 형태에서 살펴보았을 때,

남성들은 사회생활을 위해 자신을 알리고 교류 하기위해 정보공유가 필요로 한다. 이를 위해 남성들은 문제해결을 위한 도구로서 대화를 하지만, 타인에게 의존적이지 않으면서 상호관계에서 실수를 하지 않아야 한다는 생각을 가지고 대화를 한다고 하였다(Deborah Tannen, 1990). 이상의 내용을 토대로 남성들에게 있어서 건강정보의 전달이나 공유는 감정적 부담과 상대방에게 실수를 할 소지를 가지고 있을 수 있다는 생각에 대화를 자제하거나 대화소재로서는 주의를 기울이고 있는 것으로 유추 할 수 있다.

정보전달행동의 긍정적인 효과는 감정적 유대와 지지에 중요한 선행요인이 될 수 있으며(정재선, 김정남, 2015), 이는 낯선 사람들 간의 유대 관계가 약함에도 불구하고 상호 간의 감정적 지지와 공감을 통해 건강문제에 대한 효과적 대처를 가능하게 한다고 하였다(Rains & Keating, 2011). 이상의 내용을 바탕으로 정보전달행동은 정서적 공감대의 형성에 긍정적으로 작용하며 건강문제에 대처하는데 정보의 공유 측면과 감정적 지지 측면에서 모두 중요한 과정으로 작용할 수 있음을 의미한다고 할 수 있다. 따라서 중년남성의 감정적 표현을 억제하는 관습적 사고를 개방하도록 유도하고 정보전달 과정을 통해 정서적 공감대와 지지를 자연스럽게 경험하도록 할 수 있는 사회적 장치나 교육적 필요함을 의미한다고 할 수 있다.

다음으로 제약인식이 건강정보탐색, 건강정보전달을 통해 건강행동의도와 건강행동에 미치는 영향을 살펴본 결과에서는 커뮤니케이션 행동을 매개로 연속적 인과관계가 있는 것으로 나타났다. 이는 건강행동을 예측하는데 있어서 제약인식이 커뮤니케이션 행동을 통해 건강행동에 영향을 미칠 수 있다는 것을 지지하는 것이라 할 수 있다. 유선옥(2011)은 상황이론의 제약인식을 건강신념의 효능감과 역의 관계라는 이론적 근거를 배경으로 제약인식을 건강행동 효능감으로 정의하여 연구하였다. 그의 연구에서는 효능감이 커뮤니케이션 행동에 긍정적인 영향을 미치고, 커뮤니케이션 행동을 매개로

건강행동의도에 대한 예측력이 증가한 것으로 나타났다. 그리고 정보공유와 지식공유에 대한 연구에서는 효능감 자체가 정보공유의 동기요인으로서 작용하는 것으로 나타났다(Lin, 2007). 따라서 본 연구에서 만성질환에 대한 제약인식은 커뮤니케이션 행동의 동기요소로서 작용하고, 커뮤니케이션 행동은 건강행동에 대한 의도와 행동에 이르기까지 영향을 미친다는 것을 의미한다고 할 수 있다.

개인이 어떤 문제를 마주한 불확실한 상황에서 감정적 불안을 경험 할 때 그 문제의 해결을 위한 정보를 찾기 위한 정보추구와 같은 커뮤니케이션 행동을 나타낸다고 하였다(박노일, 2009). 따라서 중년남성의 만성질환에 대한 막연한 두려움과 극복능력을 제한하는 제약인식 수준을 낮추기 위해서 정보를 찾고 전달하는 커뮤니케이션 행동이 만성질환에 대한 인식수준에도 영향을 줄 수 있음을 유추 할 수 있다. 즉 중년남성의 만성질환에 대한 제약인식은 개인이 만성질환에 대한 관리와 극복 할 수 있다는 정보를 통해 건강문제를 해결하고자 하는 커뮤니케이션 행동인 건강정보를 찾고 공유하고자 하는 인식을 더욱 강하게 유발하고 이어서 건강행동에 대한 의도를 높이고 건강행동에 영향을 주게 된다는 것을 알 수 있다. 이상의 연구결과를 통해 연령의 증가와 여러 질환들에 노출된 중년남성의 건강자신감 감소와 제약인식을 낮추고 줄여 주는 것이 필요하다는 것을 알 수 있다. 이를 위해 가정과 직장, 크게는 지역적 단위에서 중년남성이 건강에 대한 부정적 시각은 줄이고 자신감을 높여 줄 수 있는 전략적 프로그램의 개발과 만성질환에 대한 실질적인 예방과 관리능력을 배양하기 위한 교육프로그램의 정착 필요성을 의미한다고 할 수 있다.

마지막으로 관여도는 건강정보탐색, 건강정보전달을 통해 건강행동의도와 건강행동에 영향을 미치는 것으로 나타났다. 이는 비만에 대한 인식이 커뮤니케이션 행동을 통해 비만대처에 미치는 영향을 연구한 정재선과 김정남

(2015)의 연구에서 관여도가 적용된 결과와 유사한 경향이다. 그들의 연구에서는 비만에 대한 인식 중 개인의 관련성을 의미하는 관여도가 높을수록 능동적인 커뮤니케이션 행동을 통해 심리적 대처와 물리적 대처과정을 의미하는 건강행동에 영향을 주는 것으로 나타났다. 이는 개인자신과 주변 사회와의 연결을 의미하는 것과 관련된다고 할 수 있다. 본 연구에서 중년남성 자신의 건강과 직접적인 관련성을 의미하는 관여도는 커뮤니케이션 행동에 미치는 영향이 높은 것으로 나타났다. 이 분석결과에서 자신을 둘러싼 가족, 친구와 같은 주변의 사회적 관계에 대한 인식이 만성질환에 대한 커뮤니케이션 행동을 촉진하였다. 그리고 만성질환에 대한 필요한 내용을 찾기 위해 건강정보를 탐색하고, 주변의 사람들에게 전달하고 이는 다시 인식요인으로 만성질환의 인식의 수준을 높이는 순환구조로서의 작용을 통해 결과적으로는 대처행동인 건강행동의도와 건강행동을 더욱 적극적으로 하게 만드는 것으로 사료된다. 만성질환은 가족력을 지닌 경우가 많고, 가족 구성원 중 만성질환이 가지고 있는 경우 가족의 부담을 가중시킨다. 반대로 가족의 지지는 회복에 큰 영향을 주는 것으로 알려져 있다. 가족과 지인을 통해 전달받은 건강관련 메시지는 개인적인 위험지각을 크게 느낀다고 하였다(차동필, 2010). 따라서 특히 중년남성은 자신의 건강과 관련이 높은 것으로 진지하게 생각하고 그에 대한 해결방법으로 정보를 찾고 공유하면서 스스로의 건강행동에 대한 의도와 행동실천을 촉진하는 것으로 생각할 수 있다. 가족과 친구, 직장동료들에게 관심은 정보행동을 촉발하는 요인이자, 건강행동에 대한 관심을 높이는 것으로 사료된다.

VI. 결론 및 제언

본 연구는 중년남성의 만성질환에 대한 인식이 건강행동의도와 건강행동에 미치는 영향을 연구하였다. 상황이론의 요소인 인식요인과 커뮤니케이션 행동 그리고 실천적 종속변수인 건강행동의도와 건강행동의 연속적인 인과관계가 커뮤니케이션 행동을 매개로 성립하는지 연구하고자 하였다. 연구를 위한 예비조사는 2017년 4월 17일부터 5월 4일까지 100명을 대상으로 실시한 후 작성한 설문내용에 대한 연구모형의 타당성, 신뢰도와 변수 간의 상관관계를 분석하였다. 그리고 본 조사는 2017년 5월 7일부터 5월 22일까지 진행되었으며, 총 450부의 설문지를 배포하여 회수된 설문지 중 적합한 429명의 자료를 대상으로 연구하였다. 이를 통해 상황이론의 건강연구로의 확장성에 대한 기초자료를 제공하고 커뮤니케이션 행동이 실질적으로 건강행동에 이르는 과정에서 매개로 작용하는지 실증하고자 하였다. 그 결과를 요약하면 다음과 같다.

첫째, 인구사회학적 특성에 따른 상황인식과 커뮤니케이션 행동 그리고 건강행동의도와 건강행동에서 차이가 나타났다.

연령대에 따른 차이분석에서 40대에 비해 50대 중년남성 집단이 대부분의 요인들에 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다. 50대 중년남성 집단이 만성질환에 대한 문제인식($p<.001$), 제약인식($p<.001$), 관여도($p<.01$)의 인식수준이 더 높았으며, 매개변수인 건강정보탐색($p<.001$), 건강정보전달($p<.01$)과 종속변수인 건강행동의도($p<.01$), 식습관($p<.05$), 운동($p<.001$), 건강책임($p<.01$)의 평균이 더 높은 것으로 나타났다.

결혼상태에 따른 차이분석에서는 기혼자 집단이 문제인식($p<.05$)과 식습관($p<.01$)에서 유의성 있는 차이가 있었으며, 평균이 높은 것으로 나타났다. 동거형태에 따른 차이에서는 식습관($p<.05$)에서만 차이가 있었으며, 동거를

하는 중년남성 집단의 식습관 수준이 더 높았다.

만성질환의 보유에 따른 차이분석에서는 만성질환에 노출된 중년남성 집단의 문제인식($p<.001$), 관여도($p<.001$), 제약인식($p<.01$)이 유의하게 높은 것으로 나타났었다. 또한 커뮤니케이션 행동인 건강정보탐색($p<.001$), 건강정보전달($p<.001$)과 그리고 건강행동의도($p<.001$) 모두가 유의미한 차이가 있는 것으로 분석되었다. 따라서 전반적인 대부분의 요인에서 만성질환을 가진 중년남성 집단의 평균점수가 더 높았다. 월소득 수준에 따른 차이분석을 살펴보면 응답자의 월소득(400만원 기준)이 높은 집단에서 자아실현($p<.05$) 부분에서만 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다.

따라서 중년남성이 연령이 높거나 만성질환을 가진 집단의 경우 건강에 대한 중요성과 심각성 그리고 관련성을 높게 인식하는 것으로 분석되었다. 그리고 커뮤니케이션 행동을 적극적으로 하는 것으로 나타나며, 건강행동의도와 건강행동 또한 높은 것을 알 수 있었다. 그리고 기혼인 중년남성 집단의 문제인식과 식습관의 평균이 높은 것으로 나타났다.

둘째, 만성질환에 대한 상황인식(문제인식, 제약인식, 관여도)이 건강정보탐색, 건강정보전달, 건강행동의도, 건강행동에 미치는 영향에서 각 요인 간의 경로에서 영향에 대한 인과관계를 분석하였다. 그 결과 상황인식이 커뮤니케이션 행동에 미치는 경로에서는 문제인식이 건강정보탐색에 미치는 영향은 통계적으로 유의하였으나($p<.001$), 문제인식이 건강정보전달에 미치는 영향은 유의하지 않았다($p>.05$). 따라서 문제인식은 건강정보탐색에만 정(+)
의 영향을 미치는 것으로 나타났다. 그리고 제약인식이 건강정보탐색($p<.001$)과 건강정보전달($p<.001$)에 미치는 영향은 모두 통계적으로 유의한 것으로 나타났다. 따라서 제약인식은 건강정보탐색과 건강정보전달에 각각 부(-)의 영향을 미치는 것으로 분석되었다. 그 다음으로 관여도가 건강정보탐색($p<.001$)과 건강정보전달($p<.001$)에 미치는 영향은 두 경로 모두 통계

적으로 유의한 것으로 나타났다. 따라서 관여도는 건강정보탐색에 정(+)의 영향을 주고 건강정보전달에도 정(+)의 영향을 미치는 것으로 나타났다. 이를 통해 만성질환에 대한 상황인식에서 문제인식과 관여도는 높아질수록, 그리고 제약인식은 낮아질수록 커뮤니케이션 행동이 높아지는 것으로 나타났다.

이어서 커뮤니케이션 행동이 건강행동의도에 미치는 영향을 알아보기 위한 경로에서는 건강정보탐색이 건강행동의도($p < .01$)와 건강행동($p < .001$)에 미치는 영향은 통계적으로 유의한 것으로 나타났다. 그 다음으로 건강정보전달이 건강행동의도($p < .001$)와 건강행동($p < .05$)에 미치는 영향은 모두 유의한 것으로 분석되었다. 따라서 건강정보탐색과 건강정보전달은 건강행동의도와 건강행동에 모두 정(+)의 영향을 미친다는 것을 알 수 있었다. 마지막으로 건강행동의도가 건강행동($p < .05$)에 미치는 영향은 통계적으로 유의한 것으로 확인되었다. 따라서 건강행동의도가 건강행동에 정(+)의 영향을 미치는 것으로 밝혀졌다.

셋째, 만성질환에 대한 문제인식은 건강정보탐색을 매개를 통해 건강행동의도($p < .05$)와 건강행동($p < .05$)에 영향을 미치고, 제약인식과 관여도는 건강정보탐색과 건강정보전달을 매개를 통해 건강행동의도($p < .01$)와 건강행동($p < .01$)으로 유의한 영향을 미치는 것으로 나타났다. 따라서 커뮤니케이션 행동은 건강행동을 강화시킬 수 있는 요인이 될 수 있음을 알 수 있었다.

만성질환에 대한 인식은 커뮤니케이션 행동의 형태에 따라 매개효과의 차이가 나타났다. 만성질환의 문제인식은 건강정보탐색을 매개로 건강행동의도와 건강행동에 영향을 미치는 것을 알 수 있었다. 그리고 제약인식은 건강정보탐색과 건강정보전달의 매개 중에서 건강정보탐색을 매개로 하였을 때 건강행동의도와 건강행동에 더 영향을 크게 미치는 것으로 나타났다. 마지막으로 관여도는 건강정보탐색과 건강정보전달의 매개 중에서 건강정보탐

색을 매개로 하였을 때 건강행동의도와 건강행동에 더 영향을 크게 미치는 것으로 나타났다. 이상의 연구결과에 따라 다음과 같은 결론이 도출되었다.

본 연구는 상황이론을 이용한 중년남성의 만성질환에 대한 상황인식 중 문제인식과 관여도는 높을수록 그리고 제약인식은 낮을수록 매개변수인 커뮤니케이션 행동인 건강정보탐색, 건강정보전달이 높아지고 이를 매개로 건강행동의도나 건강행동에 긍정적 영향을 주는 것으로 나타났다.

따라서 중년남성의 건강을 관리하고 증진시키기 위해서 상황이론을 이용한 커뮤니케이션 행동의 촉진은 도움이 될 것으로 사료된다. 이를 통해 중년남성의 만성질환에 대한 인식수준을 긍정적인 방향은 높이고 부정적인 방향은 낮추도록 개선하고, 이를 통해 커뮤니케이션 행동 수준을 높여 건강행동을 증진시키고 건강을 관리하기 위한 정책과 교육프로그램 개발을 위한 기초자료가 될 수 있음을 시사하고 있다.

본 연구는 상황이론(Situational Theory)을 배경이론으로 커뮤니케이션 행동을 통한 건강연구로 확장하였다. 이는 중년남성의 만성질환에 대한 인식에서 커뮤니케이션 행동을 통해 건강행동에 이르기까지의 인과의 관계성을 검증하고, 연속적인 전체과정에 대해 연구를 진행하였다는 것에 의의가 있다. 중년남성들은 건강에 대한 염려인 문제인식이 있음에도 불구하고 감정과 건강에 대한 표현을 억제하며 이로 인해 건강정보의 공유와 전달을 하지 않는다는 사실을 알 수 있었다. 이는 중년남성의 문제인식과 정보전달과 관련된 선행연구 결과와도 유사한 경향이다. 따라서 이 연구결과를 통해 중년남성들이 감정적 장벽을 넘어, 건강문제를 공유할 수 있도록 개인적인 노력을 독려하고 사회적인 환경개선의 필요성을 시사한다고 할 수 있다. 더불어 중년남성의 만성질환에 대한 생각을 긍정적으로 전향시키고 강화 할 수 있는 커뮤니케이션 행동을 장려하고 확대하기 위한 정책적 고려가 필요하다는 것을 의미한다고 할 것이다.

본 연구는 이러한 차별성과 시사점을 제시하였음에도 불구하고 본 연구가 가지는 한계점이 있었다. 이에 후행연구를 위해 제언을 하고자 하며 내용은 다음과 같다.

첫째, 상황이론에서의 인식이 커뮤니케이션 행동을 통해 건강행동에 미치는 영향과 함께 인식요소가 건강행동에 직접적 영향을 미치는지 측정하여 커뮤니케이션 행동이 건강행동에 미치는 간접효과의 정도를 더 구체적이고 심도 있게 후속 연구를 통해 확인할 필요성이 있다.

둘째, 설문지를 통한 자기기입식 측정으로 응답률에 오차가 있을 수 있고, 개인의 만성질환에 대한 구체적인 내용을 알기에는 부족한 면이 있다. 따라서 후속연구에는 면담을 통한 질적 연구 등을 병행하고, 탐색분석을 통해 더욱 심도 있는 연구가 이루어져야 할 것이다.

셋째, 대상자의 일반적인 정보인 체중, 키, 흡연, 음주, 가족병력 등과 같은 현재의 건강상태에 영향을 줄 수 있는 요인에 대한 조사가 생략되어, 만성질환에 대한 관련정보와 건강행동과의 구체적 연관성에 대한 연구가 부족한 점이 있다. 그 부분을 보완하여 더욱 구체적이고 세분화된 연구가 필요하다.

넷째, 상황이론을 바탕으로 한 커뮤니케이션 행동과 관련된 건강연구의 범위가 제한적이다. 따라서 보다 심화된 내용의 연구를 하기에는 연구량이 부족한 부분이 있을 수 있다. 따라서 다양한 건강 주제들을 통한 후속 연구들이 확대되고 지속적으로 이루어지기를 기대한다.

참고문헌

1. 강양희(2013). 중년여성의 건강증진생활양식, 자기효능감 및 생활만족도. 한국자료분석학회, 15(2), 937-948.
2. 강영옥, 조영채(2011). 관상동맥질환자의 관상동맥질환에 대한 지식, 건강신념 및 환자역할행위에 관련된 요인. 한국산학기술학회논문지, 12(11), 4985-4994.
3. 건강보험심사평가원(2010). 스트레스 많은 중년 남성, 당뇨병 적신호.
4. 고기숙(2003). 중년기 남성의 심리적 위기에 관한 연구. 성균관대학교 대학원 박사학위논문.
5. 고재영(2011). 사회생태학 관점에서 접근한 건강행동 결정요인에 관한 연구. 한양대학교 대학원 박사학위논문.
6. 권예지, 나은영(2011). 정보원의 공신력과 이성적·감성적 메시지 유형이 사회적 지지, 태도, 건강행동의도에 미치는 영향. 한국언론학보, 55(5), 128-157.
7. 권중록(2000). 상황 이론을 적용한 목표 공중 분석에 관한 연구. 홍보학연구, 4(1), 5-37.
8. 김경은, 곽금주, 민하영, 최지영, 전숙영(2011). 한국 직장 남성의 중년에 대한 인식. 인간발달연구, 18(3), 135-155.
9. 김금자(2000). 중년남성의 건강증진행위 예측모형. 한양대학교 대학원 박사학위논문.
10. 김린아(2017). 만성질환을 가진 중년남성의 삶의 경험. 이화여자대학교 대학원 박사학위논문.
11. 김명자(1994). 중년기 발달, 서울: 교문사. pp106-108
12. 김문환(2010). 노인들의 건강증진행위와 만성질환과의 관련요인 분석. 대구

한의대학교 대학원 박사학위논문.

13. 김보람(2014). 계획행동이론(TPB)에 기초한 여가교육이 중년여성의 건강인식, 생성감 및 성공적 노화에 미치는 영향. 강원대학교 대학원 박사학위논문.
14. 김선희(2010). 중장년층의 라이프스타일이 건강증진행위에 미치는 영향, 대구한의대학교 대학원 박사학위논문.
15. 김소영(2015). 고혈압전단계 대학생의 건강증진행위 예측모형. 경희대학교 일반대학원 박사학위 논문
16. 김수경(2008). 초등학생의 구강증진행위 모형 개발. 한양대학교 대학원 박사학위논문.
17. 김수정, 성민정(2011). 온라인 위협에 대한 상황 인식과 사전 지식수준이 커뮤니케이션 행동에 미치는 영향. 한국광고홍보학보, 13(4), 528-567.
18. 김수진(2015). 건강이슈유형에 따른 상황적 헬스커뮤니케이션 메시지 모델 연구: 귀인이론과 감정의 인지평가이론을 중심으로. 이화여자대학교 대학원 박사학위논문.
19. 김영표(2014). 한국, 미국, 일본의 건강장애의 정의 및 만성질환의 유형 비교 고찰. 상담심리교육연구, 1(2), 3-24.
20. 김윤숙, 전해원, 정연, 최지은, 김분한(2005). 중년 남성의 삶의 변화에 관한 주관성 연구. 성인간호학회지, 17(2), 259-267.
21. 김윤희(2011). 상황적 공중분석에 따른 커뮤니케이션 특성과 매체선택 및 행동에 관한 연구: 영유아부모의 예방접종 부작용 이슈를 중심으로. 한국 PR학회 춘계 정기학술대회 발표 자료집.
22. 김은영, 장미영, 정은영(2014). 직장남성의 주관적인 건강상태, 갱년기 증후군, 대응행위가 중년 위기감에 미치는 영향. 스트레스研究, 22(2), 77-86.
23. 김은옥(2002). 중년여성의 피부건강관리 관련요인. 인제대학교 대학원 박사

학위논문.

24. 김인숙(1997). 환경문제에 대한 공중의 커뮤니케이션 행위: 상황적 이론, 언론과 사회, 15, 85-109.
25. 김정희, 이영주(2005). 중년남성의 갱년기 증상과 삶의 만족도에 관한 연구. 지역사회간호학회지. 제16권 제2호(2005), 186-1.
26. 김종서(1994). 평생교육원론. 교육문화사, pp, 141-182.
27. 김준미, 최정명, 현혜진(2000). 일부 인문계 고등학교 남학생들의 건강행위에 관한 연구. 한국학교보건학회지, 13(1), 109-115.
28. 나윤경, 박성희(2004). 중년기 남성공무원의 부부갈등에 대한 질적 연구 및 평생교육학적 제언. 평생교육학연구, 10(4), 129-152.
29. 나재민(2016). 공공보건 커뮤니케이션에서의 시각적 형상화 연구: 건강신념 모델(HBM)에 기반한 효과 분석. 홍익대학교 대학원 박사학위논문.
30. 남상권, 심옥수(2011). 만성질환 노인의 삶의 질 영향요인 연구: 만성질환 유형을 중심으로 노인복지연구, 53(0), 196-216.
31. 노민옥, 박경관(2008). 중년기 직장남성의 생활스트레스 및 대처생동이 심리적 복지감에 미치는 영향. 한국생활과학회지, 17(2), 255-269.
32. 도은수, 이선미, 서영숙(2015). 중년기 남성 만성 간 질환자의 삶의 질 관련 요인. 디지털융복합연구, 13(2), 267-277.
33. 매일경제(2016). 40·50대 가장 사망률 급증...“소득상실 대책 필요”. 디지털 뉴스국 전종현 기자.
34. 박나립(2017). 상황적 동기화와 태도·규범이 회귀난치병 어린이 기부관련 커뮤니케이션 행위와 행위의도에 미치는 영향: 문제해결 상황이론과 계획행동 이론 적용을 중심으로. 중앙대학교 대학원 박사학위논문.
35. 박노일(2009). 블로거 공중(Blogger Public) 세분화 모델 연구: 상황이론의 블로그스피어 적용을 중심으로. 연세대학교 대학원 박사학위논문.

36. 박동진, 정의철(2009). 헬스커뮤니케이션 정의 역사 과제. 헬스커뮤니케이션 연구 창간호, 1(1), 33-48.
37. 박미령(2013). 운동참여가 호르몬과 스트레스 수준 및 남성갱년기 자각증상에 미치는 영향. 영남대학교 대학원 박사학위논문.
38. 박선향(2008). 한국 성인남성의 대사증후군과 식행동, 건강관련요인 및 혈청 무기질 함량에 관한 연구. 순천향대학교 대학원 박사학위논문.
39. 박성철, 최진명, 오상화(2008). 한국과 미국의 최근 헬스커뮤니케이션 연구 경향에 관한 기술적 분석, 한국언론학보, 52(2), 40-69.
40. 박은선(2014). 중년 남성의 나이 들에 관한 해석학적 현상학 연구, 이화여자대학교 대학원 박사학위논문.
41. 배미경(2003). 온라인 공중: 개념, 특성, 공중세분화에 관한 논의. 홍보학연구, 7(2), 213-247.
42. 배병렬(2013). AMOS 19 구조방정식 모델링 원리와 실제. 서울: 도서출판 청담.
43. 서연옥(1994). 중년여성의 건강증진 생활방식에 대한 구조모형, 경희대학교 대학원 박사학위논문.
44. 손영곤, 이병관(2010). 유아의 구강건강 실천행동 의도의 사회인지적 예측변인에 대한 탐구: 건강신념모델과 계획된 행동이론의 비교를 중심으로. 한국 광고홍보학보, 12(1), 84-120.
45. 손영희(2001). 혈액투석환자의 건강증진 행위 예측모형. 연세대학교 대학원 박사학위논문.
46. 손화희(2004). 서울지역 노인의 건강증진행위와 관련된 생태학적 변인에 관한 연구. 대한가정학회지, 42(12), 77-92.
47. 송향주(2012). 중년여성의 정신건강 및 신체건강향상을 위한 TSL 프로그램 효과: 뇌생명사회과적 검증. 연세대학교 대학원 박사학위논문.

48. 신경아(2013). 공중의 커뮤니케이션 행동 동기에 관한 연구: 부정적 감정과 인지종결 욕구를 적용한 문제해결 상황이론의 확장. 한양대학교 대학원 박사학위논문.
49. 신은희(2017). 중년여성의 건강관련 삶의 질 구조모형. 공주대학교 대학원 박사학위논문.
50. 오덕자(2006). 댄스스포츠가 중년 직장 남성들의 신체조성, 체력 및 골밀도에 미치는 영향. 한국여성체육학회지, 20(1), 39-51.
51. 오은택(2011). 건강운동 참여가 체력수준과 건강위기감 및 건강증진행위에 미치는 영향. 중앙대학교 대학원 박사학위논문.
52. 오택섭 · 강현두 · 최정호 · 안재현 공저(2009). 뉴미디어와 정보사회. 서울: 나남출판. pp13
53. 우원규, 조영태(2009). 교육수준에 따른 한국인의 유배우 기대여명. 한국인구학, 32(1) 93-111.
54. 우원미(1994). 중년남성의 건강증진생활양식에 영향을 미치는 결정요인에 관한 연구. 이화여자대학교 대학원 석사학위논문.
55. 원정윤(2012). 상황이론의 적용을 통한 온라인 건강정보 이용자의 커뮤니케이션 행동 특성 연구. 한국외국어대학교 대학원 석사학위논문.
56. 유선옥(2011). 소셜미디어 헬스커뮤니케이션 캠페인 효과모델에 관한 연구: 트위터 공중의 건강신념 및 미디어관련 인식이 커뮤니케이션 행동과 건강행동에 미치는 영향을 중심으로. 서강대학교 대학원 박사학위논문.
57. 유혜순(2013). 고등학생의 건강증진행위 예측모형. 전북대학교 대학원 박사학위 논문.
58. 이계재(2011). 구강건강증진행위에 영향을 미치는 요인. 대구한의대학교 일반대학원 박사학위논문.
59. 이미숙(2003). 사회적 스트레스와 중년기 남성의 정신건강. 한국사회학,

37(3), 25-56.

60. 이병관, 오현정, 신경아, 고재영(2008). 행위단서로서의 미디어 캠페인이 인플루엔자 예방행동에 미치는 영향: 건강신념모델의 확장을 중심으로. 한국광고홍보학보, 10(4), 108-138.
61. 이수경(2013). 노인 만성질환자의 건강관련 삶의 질 영향요인 분석 및 예측 모델 개발. 서울대학교 대학원 박사학위논문.
62. 이영주(2016). 우리나라 중년여성의 식이섭취와 건강 생활습관이 안면피부에 미치는 영향. 성신여자대학교 대학원 박사학위논문.
63. 이영휘(2002). 중년남성의 삶의 질에 대한 연구. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 32(4), 539-549.
64. 이유나, 문비치, 박건희, 정지은, 윤여전(2009). 공중의 커뮤니케이션 특성과 수돗물 직접음용 태도 및 의도에 관한 연구: 상황이론(situational theory)의 재해석. *광고학연구*, 20(3), 7-28.
65. 이윤석(2012). 혼인상태에 따른 중년남녀의 건강행위와 건강상태. *한국인구학*, 35(2), 103-111.
66. 이윤재(2013). 건강신념이 건강정보처리과정과 건강행동의도에 미치는 영향에 관한 연구. 한양대학교 대학원 박사학위논문.
67. 이정수, 이원철, 이경수, 고흥욱, 최은진, 박천만(2008). 일본의 건강증진 정책의 방향: 생활습관병 대책을 중심으로, *보건교육 건강증진학회지*, 25(3), 167-181.
68. 이한구(2011). 중년 남성의 라이프스타일에 따른 건강증진행위에 관한 연구. 대구한의대학교 대학원 박사학위논문.
69. 이한미(2017). 농촌지역 골관절염 노인의 건강증진행위 경로모형. 공주대학교 대학원 박사학위논문.
70. 이해경, 신은희, 김연경(2016). 중년여성의 건강증진행위, 갱년기 증상, 지혜

- 가 건강보존에 미치는 융합적 영향요인. 디지털융복합연구, 14(11), 597-605.
71. 임현지, 박현아, 강제현, 김경우, 조영규, 허양임, 성은주(2012). 한국인 중년에서 결혼상태와 건강행동: 2007-2010년 국민건강영양조사 자료를 사용하여. 대한임상건강증진학회, 12(4), 178-186.
 72. 장창현(2002). 중년남성의 규칙적인 배드민턴 운동이 최대산소섭취량, 체지방 및 혈액성분에 미치는 영향. 운동과학, 11(2): 515-524.
 73. 정수정(2013). 흡연청소년에 대한 금연교육이 금연과 건강증진행위에 미치는 영향. 가천대학교 경영대학원 석사학위논문.
 74. 정재선, 김정남(2015). 비만에 대한 인식이 비만 대처에 미치는 영향 연구. 헬스커뮤니케이션연구, 13(0), 1-28.
 75. 정현선, 김옥수(2013). 노인 만성질환자의 불안, 우울, 건강행위에 관한 연구. Health & Nursing (구 간호과학), 25(2): 35-46.
 76. 조남희, 성춘희(2016). 중년여성과 중년남성의 스트레스와 자아존중감이 우울에 미치는 영향. 한국융합학회논문지, 7(6), 89-97.
 77. 조추용, 송미영, 이근선(2009). 중년층의 노후준비에 영향을 미치는 요인. 노인복지연구, 43(0): 135-156
 78. 주은령(2015). 건강신념모델에 기초한 성인여성의 라이프스타일에 따른 피부건강행동에 관한 연구. 성신여자대학교 대학원 박사학위논문.
 79. 중앙일보(2012). 남성 갱년기 증후군을 아시나요. 한다혜 기자.
 80. 질병관리본부(2016). 만성질환 현황과 이슈.
 81. 차동필(2002). 쟁점의 유형에 따른 공중의 문제인식 및 커뮤니케이션 행동에 관한 연구. 경희대학교 대학원 박사학위논문.
 82. 차동필(2010). 건강 관련 위협에 대한 매스커뮤니케이션, 대인커뮤니케이션, 그리고 다차원 건강통제소재가 공중의 위협지각에 미치는 영향. 인문연구,

- 58(0), 647-674.
83. 차승은, 한경혜(2003). 직업, 가족 그리고 중년기 신체적 건강: 남녀차이를 중심으로. *가족과 문화*, 15(2), 33-60.
 84. 최영은(2017). 청국장 식이와 등마사지가 중년(40~50대)여성의 피부와 체형에 미치는 영향. 건국대학교 대학원 박사학위논문.
 85. 최유진(2012). 구강건강신념이 구강병예방행동, 구강건강관리능력에 미치는 영향: 치과병원 내원자를 중심으로. 고신대학교 대학원 박사학위논문.
 86. 최춘, 박종, 강명근, 김기순(2006). 일부 노인의 B형간염 예방접종 이행과 건강신념과의 관련성. *보건교육·건강증진학회지*, 23(4), 89-104.
 87. 최희정(2014). 중년여성의 노후준비 건강증진 프로그램 적용 효과. 경북대학교 대학원 박사학위논문.
 88. 통계청(2015). *장래인구추계, 2015~2065년*.
 89. 한경임, 정연강, 이재은(2002). 중년기 남성의 스트레스와 갱년기 증상. *지역사회간호학회지*, 13(3), 513-522.
 90. 한경혜, 이정화, 옥선화, 차승은(2003). 한국 중년기 남녀의 건강상태 및 건강관리 행동: 성별, 연령집단별 차이를 중심으로. *Family and Environment Research*, 41(1): 213-229.
 91. 함영희(2011). 중·장년층의 라이프스타일과 행위관련 인지·감정이 건강증진 행위에 미치는 영향. 대구한의대학교 대학원 박사학위논문.
 92. 허명륜, 임숙빈(2012). 중년 직장 남성의 갱년기 증상에 따른 우울과 건강증진행위. *한국직업건강간호학회지*, 21(3), 239-246.
 93. 홍재기(2017). 건강신념모델에 기초한 여대생의 사회문화적 압력요인에 따른 건강행동실천에 관한 연구. 성신여자대학교 대학원 박사학위논문.
 94. Ajzen, I(1991). The theory of planned behavior. *Organizational behavior and human decision processes*, 50(2), 179-211.

95. Ajzen, I., & Fishbein, M(1980). Understanding attitudes and predicting social behavior. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
96. Blumer, H(1996). The mass, The Public and Public Opinion, In Berdson & Morris Janowitz(Eds.), Reader in Public Opinion and Communication, eds, (pp. 3-32). NY: the Free Press.
97. Borland, D. C.(1978). Research on Middle Age :An Assessment, The Gerontologist, 18, No. 4, 379-386.
98. Cameron, G. T. & Yang, J(1991). Effect of support and personal distance on the definition of key publics for the issue of AIDS. Journalism Quarterly, 68(4), 620-629.
99. Charness, N(2010). The Role of Human Factors in Home Health Care: Workshop Summary, In Olson, S. (Ed.), National Research Council of the National Academies, Washington D.C.: The National Academies Pres.
100. Cutlip, S. M., Center, A. H., & Broom, G. M(1994). Effective public relations(7th ed.). Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
101. Dewey, J(1927). The public and it's problems. Denver, CO: Alan Swallow.
102. Donatelle, R. J., & Davis, L. G(1993). Access to health. Englewood Cliffs (NJ): Prentice Hall.
103. Dziegielewski, S. F., Heymann, C., Green, C., & Gichia, J. E(2002). Midlife changes: Utilizing a social work perspective. Journal of Human Behavior in the Social Environment, 6(4), 65-86.
104. Erikson, E(1963). Childhood and Society(2nd ed). NewYork: Norton.
105. Fishbein, M., & Ajzen, I.(1975). Belief, attitude, intention, and behavior:

- An introduction to theory and research. Reading, M. A: Addison-Wesley.
106. Glanz, K., Rimer, B. K., & Viswanath, K(2008). Health Behavior and Health Education: Theory, Research and Practice(4th eds). San Francisco, CA: Jossey-Bass Publishers, Inc.
 107. Gochman, D. S(1988). Health Behavior. New York: Plenum Press.
 108. Gould , R. L(1978). Transformations: Growth and Change in Adult Life. N.Y: Simon and Schuster.
 109. Grunig, J. E., & Repper, F. C(1992). Strategic management, publics, and issues. In J. E. Grunig(Ed.), Excellence in public relations and communication management. pp. 117-157. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
 110. Grunig, J. E(1978). Defining publics in public relations: The case of a suburban hospital. Journalism Quarterly, 55, 109-118.
 111. Grunig, J. E(1982). The message-attitude-behavior relationship: Communication behaviors of organizations. Communication Research, 9, 163-200.
 112. Grunig, J. E(1983). Communication Behaviors and Attitudes of Environmental Publics: Two Studies. Journalism Monographs, 81, 9-16.
 113. Grunig, J. E(1989). Sierra club study shows who become activists. Public Relations Review, 15, pp, 3-24.
 114. Grunig, J. E(1994). A situational theory of publics: Conceptual history, recent challenges, and new research. Paper presented to the International Public Relations Research Symposium, Bled, Slovenia.
 115. Grunig, J. E(1997). A situational theory of publics: Conceptual history,

- recent challenges and new research. In D. Moss, T. Macmanus, & D. Vercic (Eds.), *Public relations research: An international perspective* (pp.3-48). London: International Thomson Business Press.
116. Grunig, J. E., & Hunt, T(1984). *Managing public relations*. NY: Holt, Rinehart & Winston.
117. Hallahan. K.(2000). Inactive publics: The forgotten publics in public relations. *Public Relations Review*, 26(4), 499-515.
118. Hamilton, P. K(1992). Grunig's situational theory: A replication, application, and extension. *Journal of Public Relations Research*, 4, 123-149.
119. Havighurst, R. L(1972). *Developmental task and education*. N.Y: David Mackay.
120. Janz, N. J., & Becker, M. H(1984). The Health Belief Model: Adecade later. *Health Education Quarterly*, 11.
121. Jung, C. G(1933). *Modern Man in search of a Soul*. New York: Harcourt, Brade & World.
122. Jung, C. G., & Von Franz, M. L(1996). *인간과 상징*. Man and his symbols. Laurel.
123. Kasl, S. V., & Cobb, S(1996). Health Behaviour, Illness Behaviour and Sick Role Behaviour, *Archives of Environmental Health*, 12, 246-266.
124. Kim, J. N., & Grunig, J. E(2011). Problem solving and communicative action: A situational theory of problem solving. *Journal of Communication*, 61, 120-149.
125. Kim, J., & Ni, L., Kim, S., & Kim, J. R(2012). What make people hot? Applying the situational theory of problem solving to hot issue publics.

- Journal of Public Relations Research, 24(2), 144-164.
126. Krugman, H. E(1965). The impact of television advertising: Learning without involvement. *Public Opinion Quarterly*, 29, 349-356.
 127. Lasswell, H. D., & Kaplan, A(1950). *Power and society*. London: Routledge.
 128. Levinson, D. J., Darrow, C. N., Klein, E. B., Levinson, M. H., & Mckee, B(1978). *The Seasons of Man's Life*. New York: Knopf.
 129. Lin. H. F(2007). Effects of extrinsic and intrinsic motivation on employee knowledge sharing intentions. *Journal of Information Science*, 33(2), pp.1-15.
 130. Lowenthal, M. F., Thurnher, M., & Chiriboga, D. A(1975). *Four stages of life*. Jossey-Bass.
 131. Mattson, M(1999). Toward a Reconceptualization of Communication Cues to Action in the Health Belief Model: HIV Test Counseling. *Communication Monographs*, 66, 240-265.
 132. Parkerson, G(1993). Disease-specific versus generic measurement of health-related quality of life in insulin dependent diabetic patients. *Medical care*, 31, 629-637.
 133. Pender, N. J. & Pender, A. R(1982). *Health Promotion in nursing Practice*. Norwalk. C. T : Appleton & Lange.
 134. Pender, N. J(1987). *Health Promotion in Nursing Practices*. 2nd, edition. Appleton and Lange Stamford Connecticut.
 135. Pender, N. J(1996). *Health Promotion in Nursing Practice*(3rd ed.). Stamford, Connecticut: Appleton & Lange.
 136. Rains, S. A., Keating, D. M(2011). *The social dimension of blogging*

- about health: Health blogging, social support, and well-being. *Communication Monographs*, 78(4), 511-534.
137. Rimal, R. N.(2001). Perceived Risk and Self-Efficacy as Motivators: Understanding Individuals Long-Term Use of Health Information. *International Communication Association*.
138. Rimal, R. N., & Juon, H. S(2010). Use of the risk perception attitude framework for promoting breast cancer prevention, *Journal of Applied Social Psychology*, 40(2), 287-310.
139. Slater, M. D., Chipman, H., Auld, G., Keefe, T., & Kendall, P(1992). Information processing and situational theory: A cognitive response analysis. *Journal of Public Relations Research*, 4(4), 189-203.
140. Summer, L(1999). Chronic conditions. A challenge for the 21st century. *National Science*, 8(1), 77-84.
141. Tannen, D(1990). *You Just Don't Understand: Men and Women in Conversation*. New York: Ballantine Books.
142. Walker, S. N., Sechrist, K. R., & Pender, N. J(1987). The health promoting lifestyle profile: Development and psychometric characteristics. *Nursing Research*, 36(2), 76-81.
143. Walker, S. N., Volkan, K., Sechrist, K.. R. & Pender, N. J(1988). Health Promoting Lifestyle of Older adults: Comparison with Young and Middle-aged Adults, Correlates and Patterns, *Advances in Nursing Science*, 11, pp.76-90.
144. Willson,, J. R., & Carrington, E. R(1987). *Obstetrics and Gynecology*(8th ed.). Saint Louis: The C. V. Mosby Co.
145. Wilson, T. D(2007). Evolution in information behavior modeling:

Wilson's model. Theories of information behavior, 31-36.

146. Witte, K(1994). Fear control and danger control: A test of the Extended Parallel process model(EPPM). Communication Monograph, 61, 113-134.

147. Young, Murray & Forster(2003). Review of long term problems after disable in stroke. Reviews in Clinical Gerontology, 13(1). 55-65.

ABSTRACT

Effect of perception of chronic illness of middle-aged men on behavioral intent related to health and health behavior based on situational theory.

Kim, Do Hwan

Department of Food & Nutrition

The Graduate School of

Sungshin Women's University

This study was to investigate the effect of perception of chronic illness of middle aged men on health behavioral intention and health behavior. For this inquiry perception of chronic illness of middle aged men as subject of research on health was suggested based on situational theory. Recognition factors of chronic illness were operationalized using problem recognition, constraint recognition, and involvement which composed situational theory and then whether there was a continuous causal relationship on how communication behavior depending on the level of recognition affected health behavioral intention and health behavior which were considered as essential and substantive outcome was identified. That is, it was

examined whether situational recognition on chronic illness was likely to lead to essential and substantive health behavioral intention and health behavior through communication behavior which sought and shared information.

The respondents of this study were middle aged men who were 40-59 years old in Seoul and Gyeonggi-do province, and were selected using convenience sampling. The period of data collection was about one month from April, 17, 2017 to May, 22, 2017. The survey questionnaires of 450 were distributed, and 434 questionnaires were collected. On the step of data cleansing 5 incomplete data were excluded and then 429 questionnaires were analyzed as the final data. Effects decomposition on hypothesized paths as well as frequency analysis, reliability analysis, correlation analysis, and confirmative factor analysis, and path analysis were conducted for hypotheses testing using SPSS 24.0 and AMOS 21.0.

The findings of the results showed as follows.

1. The findings on differences analysis between demographic characteristics were seen as follows.

- (1) The findings on differences analysis in terms of age indicated that problem recognition ($p < .001$), constraint recognition ($p < .001$), involvement ($p < .01$), health information seeking ($p < .001$), health information forwarding ($p < .01$), health behavioral intention ($p < .01$),

dietary habits ($p<.05$), exercise ($p<.001$), and health responsibility ($p<.01$) had the statistically significant differences, and especially middle aged men who were 50 years old had the high level of all.

(2) The findings on differences analysis in terms of marital status indicated that problem recognition ($p<.05$), and dietary habits ($p<.01$) had the statistically significant differences, and especially the married group old had the high level than the single group.

(3) The findings on differences analysis in terms of family type indicated that dietary habits ($p<.05$) had the statistically significant differences, and especially middle aged men who lived with family had the high level.

(4) The findings on differences analysis in terms of exposure of chronic illness indicated that problem recognition ($p<.001$), constraint recognition ($p<.01$), involvement ($p<.001$), health information seeking ($p<.001$), health information forwarding ($p<.001$), and health behavioral intention ($p<.001$) had the statistically significant differences, and especially middle aged men who were exposed to chronic illness had the high level of all.

(5) The findings on differences analysis in terms of average income per month indicated that self-realization ($p<.05$) had the statistically significant differences, and especially the group of average income per month over 4,000,000 won had the high level.

2. Relationships between situational recognition on chronic illness, communication behavior, health behavioral intention and health

behavior.

Situational recognition on chronic illness (problem recognition, constraint recognition, and involvement) had the effect on health information seeking, health information forwarding, health behavioral intention, and health behavior and as well the causal relationships between them were verified.

(1) The testing on the effect relationship between situational recognition and communication behavior suggested that problem recognition had the statistically significant effect on health information seeking ($p < .001$), whereas problem recognition had the statistically non-significant effect on health information forwarding ($p > .05$). Next, problem recognition had the statistically significant effect on health information seeking ($p < .001$) and constraint recognition had the statistically significant effect on health information forwarding ($p < .001$). Finally, involvement had the statistically significant effect on health information seeking ($p < .001$) as well as health information forwarding ($p < .001$).

(2) The testing on the effect relationship between communication behavior, health behavioral intention and health behavior suggested that health information seeking had the statistically significant effect on health behavioral intention ($p < .01$) as well as health behavior ($p < .001$). Next, health information forwarding had the statistically significant effect on health behavioral intention ($p < .001$) as well as health behavior ($p < .05$).

(3) Health behavioral intention had the statistically significant effect on health behavior ($p < .05$).

3. Effects of situational recognition on chronic illness of middle aged men on health behavioral intention and health behavior.

(1) Problem recognition had the statistically significant effect on health information seeking ($p < .001$) and health information seeking had the statistically significant effect on health behavioral intention ($p < .01$) as well as health behavior ($p < .001$). Finally, health behavioral intention had the statistically significant effect on health behavior ($p < .05$). Consequently, problem recognition which was mediated by health information seeking had the positive effect on health behavioral intention and health behavior. Next, problem recognition did not have the statistically significant effect on health information seeking ($p > .05$). Health information forwarding had the statistically significant effect on health behavioral intention ($p < .001$) and health behavior ($p < .05$) and health behavioral intention had the statistically significant effect on health behavior ($p < .05$). Consequently, mediating effect of health information forwarding between problem recognition and health behavior was not statistically significant, and problem recognition which was mediated by health information forwarding had no effect on health behavioral intention and health behavior.

(2) Constraint recognition had the statistically significant effect on

health information seeking ($p < .001$) and health information seeking had the statistically significant effect on health behavioral intention ($p < .01$) as well as health behavior ($p < .001$). Finally, health behavioral intention had the statistically significant effect on health behavior ($p < .05$). Constraint recognition had the statistically significant effect on health information forwarding ($p < .001$) and health behavior ($p < .05$) and health information forwarding had the statistically significant effect on health behavioral intention ($p < .001$) and health behavior ($p < .05$). Finally, health behavioral intention had the statistically significant effect on health behavior ($p < .05$). Consequently, constraint recognition which was mediated by health information seeking and health information forwarding had the negative effect on health behavioral intention and health behavior.

(3) Involvement had the statistically significant effect on health information seeking ($p < .001$) and health information seeking had the statistically significant effect on health behavioral intention ($p < .01$) as well as health behavior ($p < .001$). Finally, health behavioral intention had the statistically significant effect on health behavior ($p < .05$). Next, involvement had the statistically significant effect on health information forwarding ($p < .001$). Health information forwarding had the statistically significant effect on health behavioral intention ($p < .001$) and health behavior ($p < .05$). Finally, health behavioral intention had the statistically significant effect on health behavior ($p < .05$). Consequently, involvement which was mediated by health information seeking and health information

forwarding had the positive effect on health behavioral intention and health behavior.

As discussed above, as problem recognition and involvement increased whereas constraint recognition decreased, which were recognition factors on chronic illness of middle aged men, communication behavior that sought and forwarded information of chronic illness increased, which lead to increase of health behavioral intention and health behavior.

Conclusively this study suggested that communication behavior had a important role between situational recognition of chronic illness, health behavioral intention, and health behavior.

This study implicated that whether communication theory could be applied to research relevant to health and whether communication behavior could mediate health behavioral intention and health behavior were verified and determined, and the findings could contribute to support of basic foundation and development of education program for health research in that communication behavior of middle aged men had the mediating effect between motive factor and recognition factor which caused health behavior and health behavior.

상황이론을 적용한 중년남성의 만성질환에 대한 인식이
건강행동의도와 건강행동에 미치는 영향에 관한 설문지

안녕하십니까? 귀하의 행복과 안녕을 기원합니다.

본 연구는 상황이론을 적용한 중년남성의 만성질환에 대한 인식이 건강행동의도와 건강행동에 미치는 영향에 대한 연구 자료를 수집하기 위한 목적으로 작성된 것입니다.

여러분의 응답내용은 모두 익명으로 처리되어 개인을 식별할 수 없으며, 응답결과는 오직 학술 연구 목적으로만 사용됩니다.

본 설문을 통해 수집된 자료는 요약 형식으로만 보고 될 것이며, 개별 정보는 비밀로 처리 될 것을 약속드립니다.

설문지의 정답은 없으며 귀하의 솔직한 답변을 부탁드립니다. 귀한 시간을 내어 본 설문에 협조해주신 여러분께 다시 한번 감사드립니다.

2017년 4월

※ 본 조사는 통계법 제 13조 및 제 14조에 의거 비밀이 철저히 보장됩니다.

[1] 다음은 만성질환에 대한 상황인식에 관한 질문입니다.

귀하의 생각과 가장 근접한 부분에 체크 부탁드립니다.

구분	전혀 아니다	아니다	보통 이다	그렇다	매우 그렇다
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					

[2] 다음은 커뮤니케이션 행동에 관한 질문입니다.

귀하의 생각과 가장 근접한 부분에 체크 부탁드립니다.

구분	전혀 아니다	아니다	보통 이다	그렇다	매우 그렇다
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					

[3] 다음은 건강행동의도에 관한 질문입니다.

귀하의 생각과 가장 근접한 부분에 체크 부탁드립니다.

구 분		전혀 아니다	아니다	보통 이다	그렇다	매우 그렇다
1	나는 3개월 이내에 건강 검진을 받을 의향이 있다.					
2	나는 다른 사람에게 건강 검진을 권유할 의향이 있다.					
3	나는 2-3주 이상 식욕부진과 체중감소가 지속되면 건강검진을 받을 것이다.					
4	나는 3개월 이내에 만성질환에 대한 예방 / 관리방법을 일상생활 속에서 1달 이상 꾸준히 실천할 의향이 있다.					
5	나는 3개월 이내에 만성질환에 대한 예방 / 관리방법을 일상생활 속에서 1달 이상 꾸준히 실천하려는 노력을 기울일 것이다.					
6	나는 3개월 이내에 만성질환에 대한 예방 / 관리방법을 일상생활 속에서 1달 이상 꾸준히 실천할 계획이다.					

[4] 다음은 건강행동에 관한 질문입니다.

귀하의 생각과 가장 근접한 부분에 체크 부탁드립니다.

구분	전혀 아니다	아니다	보통 이다	그렇다	매우 그렇다
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					

[5] 다음은 귀하의 일반적 사항에 대한 질문입니다.

본인에게 해당되는 내용에 체크 부탁드립니다.

번호	문항	답변
1	귀하의 거주지는 어디십니까?	① 서울 ② 경기 수도권
2	귀하의 나이는 어떻게 되십니까?	① 40~49세 ② 50~59세
3	귀하의 학력은 어떻게 되십니까?	① 고등학교 졸업 ② 대학교 졸업 ③ 대학원 이상
4	귀하의 결혼 상태는 어떠하십니까?	① 미혼 ② 결혼 ③ 이혼(사별, 별거 포함)
5	귀하의 동거형태는 어떠하십니까?	① 가족동거 ② 독거
6	귀하의 직업은 어떻게 되십니까?	① 사무직 ② 기술직 ③ 서비스·생산직 ④ 자영업 ⑤ 농업/임업/축산업 ⑥ 기타
7	귀하 가정의 한 달 평균 가족 총 수입은 대략 얼마입니까?	① 200만원 미만 ② 200~300만원 ③ 300~400만원 ④ 400~500만원 ⑤ 500~600만원 ⑥ 600만원 이상
8	귀하의 주거는 어떤 형태입니까?	① 자가 ② 전세 ③ 월세 ④ 기타
9	귀하는 과거나 현재 만성질환에 노출된 적이 있습니까?	① 있다. ② 없다.
10	귀하의 현재 건강상태는 어떠하십니까?	① 매우 나쁘다. ② 나쁜 편이다. ③ 보통이다. ④ 좋은 편이다. ⑤ 매우 좋은 편이다.
11	귀하의 생활수준은 어떠하다고 생각하십니까?	① 매우 어려운 편이다. ② 어려운 편이다. ③ 그럭저럭 지낼만하다. ④ 여유가 있다. ⑤ 매우 여유가 있다.

지금까지 응답해주셔서 감사드립니다.