

대학생의 건강증진 생활양식과 관련요인 연구

박 미 영*

I. 서 론

1. 연구의 필요성

건강을 결정하는 주요 요인에는 환경, 생활양식, 보건 의료조직, 생물학적인 등이 있다(Morris, 1975). 이러한 요인들은 시대에 따라 변화하기 때문에 이들 요인들이 건강에 미치는 영향력도 달라지게 된다. 금세기 초반에도 전염성질환의 유행과 함께 과학적인 의료의 발전으로 건강에 있어 의료의 중요성이 강조되었다.

그러나 오늘날과 같은 산업사회의 주요 보건문제는 과거와 같은 급성전염성질환이 아니라 만성퇴행성질환이나 사고 등으로 크게 변화하였다. 이들 만성퇴행성 질환이나 사고발생은 산업화 도시화로 인한 환경 및 생활양식의 변화에 기인하고 있으므로 의료적인 문제보다는 환경 및 생활양식과 더 깊은 관계가 있다. 따라서 만성질환을 관리하기 위해 사람들은 자신의 생활방식을 변화, 적응해 나가야 한다. 또한 질병에 걸린 후에 건강관리를 받는 것보다 평상시에 자신의 건강을 유지 증진시키는 것이 바람직하다는 방향으로 사람들의 의식도 변화되어 왔다.

일생 중 청년기에 있는 대학생은 전통적인 건강지표인 사망률이나 이환율로 측정했을 때 가장 건강한 시기이다. 그렇지만 활동적이고 호기심이 강한 대학생들은 자신의 성장과 사회적 관심사때문에 위험한 행동을 하

게 되기도 하며, 흡연 음주 불규칙한 식습관 등 건강을 위협할 수 있는 경험을 하게 된다(Preston et al., 1990). 또한 이 시기는 자아정체감을 확립하는 과정으로서 심리적으로도 많은 스트레스를 경험하게 된다(서봉연, 1993).

그러므로 대학생의 건강한 생활습관 확립은 미래의 건전한 사회인으로서의 출발과 함께 성인 이후의 건강한 삶의 근원이 되므로 대학생 건강관리의 중요성은 매우 크다고 하겠다(오형식, 1971).

2. 연구목적

본 연구의 목적은 대학생의 건강증진 생활양식을 파악하고 건강증진 생활양식에 영향을 미치는 건강에 관한 인지적요인과 조정요인을 규명함으로써 대학생의 건강증진과 건강관리를 위한 기초자료를 제공하는 데 있다.

II. 이론적 배경 및 선행연구

1. 이론적 배경

1) 건강증진

최근 들어서 건강증진에 대한 관심이 증가하고 있다. 이처럼 건강증진에 대한 관심이 증가하고 있는데 반해,

* 서울대학교 보건대학원 보건학 석사

건강증진은 새로운 개념은 아니며 건강의 정의와 마찬가지로 건강증진에 관한 정의도 시대적 배경이나 관점에 따라 변하여 왔다.

선진국뿐만 아니라 개발도상국을 포함하여 전 세계적으로 건강증진에 관한 개념이 출현한 것은 1986년 제1차 건강증진에 관한 국제회의에서 2000년까지 모든 사람들에게 대한 건강 달성을 위한 조치로써 건강증진에 관한 「오타와 헌장 (Ottawa Charter)」을 채택하게 되면서이다. 「오타와 헌장」은 건강증진을 위한 내용으로 대중참여의 유도, 지역사회 보건서비스의 강화, 건강한 공공정책 수립, 지지적인 환경조성, 개인의 건강관리 기술개발, 전반적인 건강향상을 위한 보건서비스의 역할을 포함하였다.

American Journal of Health Promotion(1989)은 건강증진을 사람들이 적정건강수준을 향해 자신의 생활양식을 변화시키도록 돕는 과학이며 예술이라고 정의하였다. 생활양식은 인식의 증가, 행동의 변화, 건강행위를 지지하는 환경의 창출을 위한 복합적인 노력을 통하여 강화될 수 있다. 이 정의는 처음 건강증진에 관한 문제를 제기했던 때와 비교해서 생활양식이라는 용어를 사용함으로써 건강증진의 정의를 확장하였기 때문에 주목을 받았다. Pender(1982)는 건강증진을 안녕수준, 자아실현, 개인적 만족감을 유지하거나 제고시키는 방향으로 이끄는 활동이라고 하였다.

Pender(1982)는 건강증진행위를 설명하는 패러다임으로 건강증진모형을 제안하였다. Pender의 건강증진모형은 건강증진과 안녕행위에 관한 연구결과로부터 만들어졌으며, 행위를 조정하는데 있어서 인식의 조정과정의 중요성을 강조한 사회학습이론에서 유래한다. 건강증진행위의 결정인자는 건강에 관한 인지적요인과 조정요인, 행동가능성에 영향을 주는 변수로 구분된다. 건강증진모형에서 건강에 관한 인지적요인은 건강증진행위를 습득하고 유지하기 위한 기본적 동기로 건강의 중요성, 건강통제위, 자아효능감, 건강개념, 건강상태, 건강행위의 이점과 장애점에 대한 개인의 인지적요인을 포함한다.

그후 Walker et al. (1987)는 건강증진 생활양식을 안녕, 자아실현, 만족감을 유지 증진시키려는 인식과 행동의 다면적 유형이라고 보고 자아실현, 건강책임, 영양, 운동, 대인관계, 스트레스 관리의 6영역으로 구성된 건강증진 생활양식 측정도구를 개발하였다. Pender의 건강증진 생활양식 측정도구를 사용하여 건강증진행위

와 사회인구학적변수, 사회적 지지, 건강상태, 건강가치의 관련성을 검증하기 위한 많은 연구들이 이루어졌다.

2. 대학생의 건강행위에 관한 선행연구

1990년 미국보건성은 「건강한 국민」이라는 보고서를 통해 청년기의 두가지 주요 보건문제로 첫째, 성인이 되기 전에 폭력이나 사고에 의해 사망 또는 불구가 되는 것의 예방과 둘째, 성인이 된 후의 건강에 영향을 미치게 될 생활양식의 확립을 제시하였다. 그만큼 청년기에 있는 젊은이들의 건강과 관련된 생활습관이나 건강행위는 이후의 삶에 영향을 주기 때문에 중요하게 다루어진다고 하겠다. 그래서 우리나라 대학생을 대상으로 연구한 논문을 중심으로 대학생의 건강행위로 측정된 내용과 건강행위에 영향을 주는 요인을 살펴본 결과는 다음과 같다.

유은정(1986)은 1개 대학교 대학생 210명을 대상으로 식습관, 수면 및 휴식, 활동과 운동을 포함한 건강행위와 건강통제위 특성을 연구하였다. 이 중 여학생 105명은 간호학 전공이고 남학생 77명은 여러 전공을 포함하였다. 일반적 특성과 건강행위의 관계는 활동 및 운동 영역에서 남자가, 수면 및 휴식영역에서 여자가 더 높은 실행정도를 보였다. 일반적 특성 중 성별에 따라 내적통제위에 차이가 있었는데 여자가 남자보다 내적통제위 성향이 높게 나타났다. 또한 건강통제위 특성 중 내적통제위만이 건강행위 실천과 유의한 양의 상관관계가 있었다.

허미영(1987)은 건강신념모형에 근거해 서울소재 7개 대학 1,000명의 대학생을 대상으로 건강신념, 건강상태와 건강보호행위를 조사하였다. 건강보호행위는 Hautman과 Harrison(1982)이 미국 중산층의 건강신념과 태도 연구에서 측정된 내용을 변형하여 사용하였으며 건강태도, 환경적 위협의 회피, 안전태도, 유해물질의 회피를 포함하였다. 연구결과 건강보호행위에 영향을 주는 특성은 전공, 성별, 생활형편, 부모님의 교육정도였다. 의학계열전공, 여학생, 생활형편이 부유할수록, 부모님의 교육수준이 높을수록 건강보호행위 실행정도가 높았다. 건강신념과 건강보호행위의 관계를 검정한 결과는 자각증상이 없을수록, 건강관심도가 높을수록, 건강유익성을 높게 인식할수록 건강보호행위를 잘 하는 것으로 나타났다. 건강신념 중에서 건강관심도가 건강보호행위와 가장 높은 상관관계($r=.2631$)를 보였다.

3. 연구의 이론적 틀

본 연구는 Pender의 건강증진모형을 기초로 하였다. 건강증진모형은 건강행위를 조정하는데 있어서 인식의 조정과정의 중요성을 강조하였으며, 건강증진행위의 결정인자는 건강에 관한 인지적요인, 조정요인, 행위의 가능성에 영향을 주는 요인으로 구분된다. 건강에 관한 인지적요인 및 조정요인과 건강증진 생활양식의 관계를 분석하기 위한 본 연구의 이론적 틀을 도해하면 <그림 1>과 같다.

Ⅲ. 연구방법

1. 연구대상 및 자료수집

본 연구는 서울시에 소재하는 S대학교의 대학생 1,159명을 대상으로 하였다. 이 중 605명은 현재 교양강좌로 개설된 건강관리과목을 수강하는 학생이고, 554명은 건강관리과목을 수강하지 않는 학생들이다.

자료수집은 1993년 4월 13일에서 4월 15일 3일간 예비조사를 거쳐서 보완한 설문지를 가지고 1993년 4월 19일부터 5월 3일까지 2주동안 이루어졌다. 설문지 작성은 자가보고(self administration)하도록 하였다.

2. 연구도구

연구도구는 건강증진 생활양식 40문항, 건강상태지각 1문항, 건강의 중요성인식 1문항, 건강통제위 18문항, 건강개념 28문항, 일반적 특성을 묻는 6문항으로 총 94문항의 설문지를 사용하였다.

1) 건강증진 생활양식 측정도구

Walker et al. (1987)이 개발한 건강증진생활양식(HPLP: Health Promoting Lifestyle Profile) 측정도구를 사용하였다. 건강증진 생활양식은 안녕수준, 자아실현, 개인적 만족감을 유지 증진시키기 위한 인식과 행동의 다면적 유형으로써 자아실현(11문항), 건강책임(6문항), 운동(4문항), 영양(6문항), 대인관계(6문항), 스트레스 관리(7문항)를 포함한 6개 영역(40문항)으로 구성되어 있다. 측정도구는 본인이 직접 번역을 하여 간호학교수 5명에게 우리나라 실정에 맞는 지 적합성과 표현을 검토한 후 사용하였다. 건강증진 생활양식의 점수는 대상자의 생활방식이 각 문항내용에 부합되는 정도

에 따라 「전혀 그렇지 않다」 1점, 「가끔 그렇다」 2점, 「자주 그렇다」 3점, 「매우 그렇다」 4점으로 하여 측정하였다. 건강증진 생활양식 총평점은 각 문항점수의 합을 문항수로 나눈 평점을 사용하였다. 건강증진 생활양식 평점이 높을수록 건강증진 생활양식 실행정도가 높은 것을 의미한다.

측정도구 개발 당시 신뢰도 검사결과 건강증진 생활양식의 Cronbach's $\alpha=.922$, 각 영역의 Cronbach's $\alpha=.702-.904$ 이었다. 본 연구에서는 건강증진 생활양식의 Cronbach's $\alpha=.862$, 각 영역의 Cronbach's $\alpha=.700-.834$ 이었다.

2) 건강에 대한 인지적요인

(1) 건강상태지각

건강상태는 대상자가 스스로 느끼는 건강상태를 측정하였다. 「아주 나쁘다」 1점, 「나쁘다」 2점, 「보통이다」 3점, 「좋다」 4점, 「아주 좋다」 5점으로 측정하였다.

(2) 건강의 중요성인식 측정도구

Wallston et al. (1976)이 개발한 건강가치척도(Health Value Scale)를 사용하였다. 삶에서 가치있는 것이라 생각되는 10가지 가치 중에서 자신의 삶에 가장 중요한 것이라 생각되는 것부터 순위를 주도록 하였다. 건강순위가 1위이면 10점, 2위이면 9점, 3위이면 8점, 4위이면 7점, 5위이면 6점, 6위이면 5점, 7위이면 4점, 8위이면 3점, 9위이면 2점, 10위이면 1점으로 점수화하였다. 즉 순위에 따라 점수화한 점수가 높을수록 건강의 중요성을 높게 인식하고 있음을 의미한다.

(3) 건강통제위 측정도구

Wallston과 Wallston(1978)이 개발한 건강통제위 측정도구를 사용하였다. 건강통제위 특성은 내적통제위, 타인의존통제위, 우연통제위로 구분되며 각 특성별로 6문항씩 총 18문항이다. 문항에 대한 반응은 「전혀 그렇지 않다」 1점, 「대체로 그렇지 않다」 2점, 「보통이다」 3점, 「대체로 그렇다」 4점, 「매우 그렇다」 5점으로 측정하였다. 각 통제위 점수는 각 문항점수의 합을 문항수로 나눈 평점으로 점수가 높을수록 측정하는 차원의 통제위 특성이 높음을 의미한다. 이 도구는 개발당시 신뢰도 Cronbach's $\alpha=.67-.77$ 이었고, 본 연구에서 측정도구의 신뢰도 Cronbach's $\alpha=.691-.701$ 으로 비슷하였다.

(4) 건강개념 측정도구

Laffrey(1986)가 개발한 건강개념척도(Health Conception Scale)를 측정도구로 사용하였다. 각 문항에 대한 반응은 「전혀 동의하지 않음」 1점을 최저점으로

「매우 동의함」 6점을 최고점으로 하여 동의하는 정도를 6점척도로 측정하였다. 각 건강개념의 점수는 각 문항점수의 합을 문항수로 나눈 평점을 사용하였다. 개발당시 각 영역의 신뢰도 Cronbach's $\alpha=.867-.884$ 이었고, 본 연구에서의 신뢰도 Cronbach's $\alpha=.787-.817$ 이었다.

3. 자료분석방법

수집된 자료의 통계분석은 SPSS-PC+ 통계프로그램을 이용하여 처리하였다. 각 도구의 신뢰도는 Cronbach's α 를 구하였다. 대상자의 일반적 특성은 실수와 백분율을 구하였다.

건강증진 생활양식과 건강에 관한 인지지가요인 변수들은 각 측정도구가 4점척도, 5점척도, 6점척도, 10점으로 점수화 되어 있어서 변수들을 비교하기 용이하게 하기 위하여 모두 5점으로 표준화하여 평점과 표준편차를 산출하였다.

대상자의 특성별 건강에 관한 인지지가요인과 건강증진 생활양식의 관계는 t-test와 분산분석으로 검정하였다. 건강에 관한 인지지가요인과 건강증진 생활양식의 관계분석은 피어슨 상관계수(Pearson's Correlation Coefficient)를 구하였다. 건강증진 생활양식과 제변수들간의 다변수상관성을 파악하기 위하여 중회귀분석(Stepwise Multiple Regression)을 하였다.

IV. 연구결과 및 고찰

1. 대상자의 일반적 특성

연구대상자의 일반적 특성을 보면 <표 2>와 같다. 성별 분포를 보면 남자 70.1%, 여자 29.9%이다. 연령은 20세, 21세가 가장 많고 평균연령은 만 21.03세 이다. 학년별 분포는 4학년 40.1%, 3학년 29.8%, 2학년 23.0%, 1학년 6.9%로 학년이 높을수록 대상자 수가 많다.

전공학부는 의약계열을 제외한 인문 자연 예술계통을 포함한 11개 단과대학에 속해 있다. 그 중 공과대학이 20.3%로 가장 많은데, 이는 이 대학의 전체학생 중 공과대학생이 차지하는 비율이 많음을 반영하기 때문이다. 이후의 분석에서는 전공분야를 인문대 사회대 경영대 법대는 인문사회계열, 자연대 공대 농업생명과학대는 이공계열, 음대 미대는 예술계열, 문과와 이과가 혼합해 있는 가정대 사범대를 하나로 묶어 크게 4개 전공으로 하였다.

거주형태는 자택이 52.3%로 가장 많고 친척집 3.5%, 하숙 17.3%, 기숙사 6.0%, 자취 20.9.0%로 부모와 떨어져 거주하는 경우가 47.7%를 차지하였다.

현재 교양강좌로 개설된 건강관리과목을 수강하는 학생은 52.23%, 수강하지 않는 학생이 47.8%를 차지하였다.

<표 2> 대상자의 일반적 특성

특	성	실수	(%)
성	남	813	(70.1)
	여	346	(29.9)
학 년	1	80	(6.9)
	2	267	(23.0)
	3	345	(29.8)
	4	467	(40.3)
연 령	만 18	42	(3.6)
	19	159	(13.7)
	20	306	(26.4)
	21	306	(26.4)
	22	207	(17.9)
	23	105	(9.1)
	24+	88	(7.7)
단 과 대 학	인문대	125	(10.8)
	사회대	191	(16.5)
	경영대	138	(11.9)
	법 대	69	(6.0)
	자연대	90	(7.8)
	가정대	101	(8.7)
	공 대	235	(20.3)
	농생대	73	(6.3)
	미 대	25	(2.2)
	음 대	74	(6.4)
사범대	38	(3.3)	
거 주 형 태	자 택	606	(52.3)
	친척집	41	(3.5)
	하 숙	201	(17.3)
	기숙사	69	(6.0)
자 취	242	(20.9)	
건강관리과 목수강여부	수 강	605	(52.2)
	비수강	554	(47.8)
계		1,159	(100.0)

2. 대상자의 건강증진 생활양식과 인지적각요인 변수 측정

1) 대상자의 건강증진 생활양식 실행정도

대학생의 건강증진 생활양식 실행정도를 5점으로 표준화한 평점 및 표준편차는 <표 3>과 같다. 자아실현, 건강책임, 운동, 영양, 대인관계, 스트레스 관리를 포함한 건강증진 생활양식 총평점은 3.33 이었다. 각 영역별 평점은 대인관계 3.76, 자아실현 3.74, 영양 3.55, 스트레스 관리 2.96, 운동 2.80, 건강책임 2.72로 대인관계 영역이 가장 높고 건강책임 영역이 가장 낮았다.

<표 3> 건강증진 생활양식의 평점 및 표준편차

구	분	범위	Mean±SD
자 아 실 현		1-5	3.74±0.63
건 강 책 임		1-5	2.72±0.73
운 동		1-5	2.80±0.96
영 양		1-5	3.55±0.68
대 인 관 계		1-5	3.76±0.63
스트레스 관리		1-5	2.96±0.59
건강증진 생활양식		1-5	3.33±0.43

이와같은 결과는 윤진(1990)의 산업장 근로자를 대상으로 한 연구결과 대인관계, 자아실현, 영양, 스트레스 관리, 운동 순으로 나타난 것과 같다. 또한 Pender의 건강증진 생활양식 측정도구를 이용한 선행연구 결과를 본 논문의 결과와 비교하기 위하여 선행연구들이 건강증진 생활양식을 4점척도로 측정한 점수를 5점으로 표준화 하였다. 팔호 안은 원 논문의 4점척도 측정치이다. 본 연구의 결과는 35-65세 여성을 대상으로 한 Duffy(1988)의 연구의 건강증진 생활양식 총평점 3.91(3.13)보다 낮은 실행수준을 나타낸 반면, Weitzel(1989)이 근로자 대상으로 보고한 3.21(2.57)보다 높았다. Pender(1990)의 근로자를 대상으로 한 연구에서는 총평점 3.58(2.86), 자아실현 4.02(3.22), 건강책임 2.91(2.33), 운동 3.94(3.15), 영양 3.43 (2.74), 대인관계 4.00(3.12), 스트레스 관리 3.10(2.48)으로 운동 영역을 제외한 나머지 영역은 본 연구와 비슷한 점수를 보였다. 그렇지만 Weitzel (1989)의 연구는 운동 영역이 2.01(1.61)로 본 연구 결과보다도 낮은 실행정도를 나타냈으며, 대체적으로 운동 영역 실행정도는 낮다고 할 수 있다.

건강책임 영역이 가장 낮은 실행정도를 보인 것은 질병예방 및 건강보호행위를 측정하기 위해 선행된 연구(Harris & Guten, 1979; 최부옥, 1984)에서 건강전문가와 상담한다는 항목이 가장 낮은 실행정도를 보인 것과 일치하는 것으로 우리나라 의료제도의 현실을 반영하는 것이라 생각된다.

2) 대상자의 건강에 관한 인지적각요인 변수 측정

대학생의 건강에 관한 인지적각요인 변수의 측정치를 5점으로 표준화한 범위, 평균 및 표준편차는 <표 4>와 같다. 건강상태지각은 평점 3.41로 나타났다. 이는 이태화(1992)의 연구결과 성인의 건강상태지각 2.79보다 높다. 건강의 중요성인식은 3.43으로 근로자를 대상으로 한 Pender(1990)의 연구결과 4.18(원논문의 10점척도 측정치 8.35)보다 낮았다. 건강통제위 특성은 내적통제위 3.99, 우연통제위 2.53, 타인의존통제위 2.77를 나타냈다. 건강통제위 특성 중 내적통제위가 가장 높은 결과를 보인 것은 선행연구 결과(유은정, 1985; 윤양소, 1986; 한옥자, 1988; Pender et al., 1990)와 일치한다. 건강개념 측정결과 임상적 개념은 3.18, 안녕적 개념은 3.64 이었다. 이는 Pender (1990)의 연구결과 임상적 개념 3.72(원 논문의 6점척도 측정치 4.76), 안녕적 개념 4.01(원 논문의 6점척도 측정치 4.81)보다 낮지만, 임상적 개념보다 안녕적 개념이 높은 점수를 보인 점에는 일치한다.

<표 4> 인지적각요인변수의 평점 및 표준편차

구	분	범위	Mean±SD
건강상태지각		1-5	3.41±0.81
건강의 중요성 인식		1-5	3.43±1.25
건강 개념	임상적 개념	1-5	3.18±0.68
	안녕적 개념	1-5	3.64±0.57
건강 통제 위	내적통제위	1-5	3.99±0.52
	우연통제위	1-5	2.53±0.60
	타인의존통제위	1-5	2.77±0.57

3. 대상자의 특성별 건강증진 생활양식 비교

건강증진 생활양식 실행정도에 영향을 주는 조정변수로 성별, 학년, 전공, 거주형태, 건강관리과목 수강여부를 선정하여 건강증진 생활양식 실행정도를 비교한 결과는 <표 5>와 같다.

성별은 건강증진 생활양식 총평점과 유의한 차가 없었다($p>.05$). 각 영역별로 남자는 운동 영역에서 여자보다 높은 실행정도를 보였으며($p<.001$), 여자는 건강책임, 영양, 대인관계, 스트레스 관리 영역에서 남자보다 실행정도가 높았다($p<.05$). 남자가 운동 영역에서 여자보다 높은 실행정도를 보인 것은 선행연구(유은정, 1985; 이승진 외, 1988; 윤진, 1990)와 일치하며, Sanstroem과 Walker(1973)의 연구에서 남자대학생이 자발적으로 계획적인 운동에 참여하여 긍정적인 태도를 취한다는 연구결과는 이를 뒷받침한다. 건강책임, 영양, 대인관계, 스트레스 관리 영역에서 여학생이 높은 실행정도를 보인 것은 산업장 근로자를 대상으로 한 윤진(1990)의 연구와 일치하지 않으며 본 연구에서만 유의한 차이를 보인 것으로, 반복연구를 통해 성별 요인이 이러한 영역에 영향을 주는지 확인하는 것이 필요하다.

학년은 건강증진 생활양식 총평점이나 영역별로 모두 유의한 차이를 보이지 않았다. 전공은 건강증진 생활양식 총평점과 유의한 차이가 없지만($p>.05$) 운동, 영양 영역에서 유의한 차이가 있었다($P<.05$; $P<.001$). 운동 영역에서 가정·사범대가 다른 계열보다 낮은 실행정도를 보인 것은 가정대의 경우 대부분이 여학생들이어서 이러한 성별 요인이 영향을 준 것으로 생각된다. 또한 영양 영역에서 가정·사범대가 다른 계열보다 높은 실행정도를 보인 것은 가정대의 경우 식품영양학과를

포함하고 있고, 여자가 남자보다 영양 영역 실행정도가 높은 것으로 보아서 성별 요인이 작용했을 것으로 추측된다.

거주형태는 건강증진 생활양식 총평점과 유의한 차이가 없지만($p>.05$), 영양 영역에서 매우 유의한 차이를 보였다($p<.001$). 영양 영역의 실행정도는 자택 3.62, 친척집 3.74, 하숙 3.61, 기숙사 3.40, 자취 3.35로 자취를 하는 경우 가장 낮았다. 이는 지방학생의 경우 부모와 떨어져 살면서 건강관리가 소홀해질 수 있음을 시사하는 것으로(서울대학신문, 제1347호), 특히 자취를 하는 경우에는 식생활을 스스로 해결해야 하기 때문에 하숙, 기숙사, 친척집에 기거하는 것보다 식생활 습관이 좋지 못하다고 생각된다.

건강관리과목 수강여부에 따른 건강증진 생활양식 총평점은 수강생 3.38, 비수강생 3.28로 수강생이 비수강생보다 유의하게 높았다($p<.001$). 수강생은 비수강생보다 건강책임, 운동, 영양 영역에서 유의하게 높았다($p<.001$; $p<.05$; $p<.001$). 건강관리과목 수강생이 비수강생보다 건강증진 생활양식 실행정도가 높은 것이 건강관리에 대한 강의를 들은 후의 변화인지, 아니면 건강관리과목 수강생이 강의를 듣기 전부터 원래 건강한 생활습관을 가진 대상이었던지 본 연구의 단면적 연구로서는 판단하기 어렵다. 이를 명확히 하기 위해서는 건강관련 강의를 들으려는 학생들을 대상으로 강의전후의 생활습관을 비교조사 하는 것이 필요하다고 생각한다.

<표 5> 대상자의 특성에 따른 건강증진 생활양식 정도

		건강증진 생활양식						
특성 구분	자아실현	건강책임	운동	영양	대인관계	스트레스 관리	총평점	
	Mean±SD	Mean±SD	Mean±SD	Mean±SD	Mean±SD	Mean±SD	Mean±SD	
성 남	3.75±0.64	2.68±0.73	2.94±0.95	3.52±0.68	3.72±0.63	2.94±0.59	3.33±0.43	
별 여	3.71±0.61	2.79±0.70	2.40±0.87	3.62±0.69	3.82±0.62	3.03±0.60	3.33±0.42	
	t=0.90	t=-2.41*	t=9.57**	t=-2.30*	t=-2.10*	t=-2.35*	t=2.30	
1	3.73±0.65	2.70±0.72	2.79±0.95	3.43±0.65	3.76±0.66	2.91±0.64	3.30±0.44	
학 2	3.69±0.68	2.66±0.70	2.78±0.96	3.52±0.72	3.78±0.67	2.93±0.59	3.30±0.44	
년 3	3.75±0.63	2.71±0.75	2.90±0.98	3.62±0.66	3.77±0.62	2.97±0.61	3.36±0.44	
4	3.76±0.61	2.76±0.73	2.74±0.94	3.55±0.68	3.75±0.61	2.99±0.57	3.34±0.41	
	F=0.76	F=1.07	F=1.89	F=2.08	F=0.09	F=0.80	F=1.09	
인·사	3.75±0.60	2.70±0.74	2.86±0.96	3.50±0.67	3.77±0.60	2.95±0.57	3.34±0.41	
전 이 공	3.72±0.69	2.71±0.75	2.93±0.97	3.59±0.67	3.74±0.67	2.96±0.62	3.33±0.46	
공 예 술	3.74±0.61	2.73±0.74	2.60±0.87	3.51±0.69	3.81±0.61	2.96±0.63	3.33±0.41	
가·사	3.72±0.62	2.75±0.58	2.32±0.81	3.68±0.72	3.79±0.60	3.02±0.55	3.30±0.40	
	F=0.15	F=0.18	F=16.87**	F=3.36*	F=0.50	F=0.52	F=0.26	

		건강증진생활양식						
특성	구분	자아실현	건강책임	운동	영양	대인관계	스트레스 관리	총평점
		Mean±SD	Mean±SD	Mean±SD	Mean±SD	Mean±SD	Mean±SD	Mean±SD
거주형태	자택	3.75±0.63	2.69±0.71	2.77±0.95	3.62±0.66	3.77±0.62	2.97±0.60	3.34±0.43
	친척집	3.84±0.63	2.79±0.77	3.10±1.07	3.74±0.47	3.61±0.70	3.08±0.66	3.43±0.36
	하숙	3.69±0.64	2.69±0.69	2.91±0.98	3.61±0.62	3.74±0.63	2.97±0.58	3.33±0.43
	기숙사	3.77±0.68	2.80±0.69	2.74±0.98	3.40±0.66	3.76±0.65	2.89±0.59	3.31±0.45
	자취	3.73±0.62	2.76±0.78	2.72±0.92	3.35±0.77	3.81±0.64	2.94±0.57	3.30±0.43
		F=0.71	F=0.84	F=2.28	F=9.22**	F=1.06	F=0.86**	F=0.95
수강 ¹⁾	수강	3.77±0.62	2.81±0.69	2.87±0.95	3.64±0.66	3.80±0.63	2.97±0.57	3.38±0.42
	비수강	3.70±0.65	2.61±0.75	2.73±0.96	3.45±0.69	3.72±0.62	2.96±0.62	3.28±0.44
		t=1.89	t=4.62**	t=2.51**	t=4.66**	t=2.21**	t=0.14	F=4.14**

* p<.05 **p<.001

1) 건강관리과목 수강여부

4. 대상자의 특성별 건강에 관한 인지지각요인 비교

1) 대상자의 특성별 건강상태지각

대학생의 특성에 따라 건강상태지각을 비교한 결과는 <표 6>과 같다. 스스로 느끼는 건강상태는 성별, 학년, 전공, 거주형태와 유의한 차이가 없었다(p>.05). 건강관리과목 수강여부에 따른 건강상태지각도 유의한 차이가 없었다(p>.05). 이는 건강상태지각이 실제 객관적인 자신의 건강상태를 반영하는 것으로 인구학적 특성이나 다른 상황적 요인이 별 영향을 주지 못하기 때문이라 생각한다.

<표 6> 대상자의 특성별 건강상태지각

특성	구분	건강상태	P*
성	남	3.40±0.80	N.S.
	여	3.43±0.83	
학 년	1	3.46±0.81	N.S.
	2	3.41±0.79	
	3	3.37±0.81	
	4	3.44±0.82	
전 공	인문사회계열	3.36±0.79	N.S.
	이공계열	3.35±0.86	
	예술계열	3.51±0.80	
	가정대사범대	3.42±0.78	

특성	구분	건강상태	P*
거주 형태	자택	3.45±0.81	N.S.
	친척집	3.41±0.84	
	하숙	3.40±0.77	
	기숙사	3.38±0.86	
	자취	3.34±0.84	
건강관리과 목수강여부	수강	3.38±0.81	N.S.
	비수강	3.45±0.81	

N.S. : Not significant * p>.05

2) 대상자의 특성별 건강의 중요성인식

대학생의 특성에 따라 건강의 중요성인식을 비교한 결과 <표 7>과 같다. 성별로 건강의 중요성인식은 남자 3.40, 여자 3.48로 여자가 높지만 통계적으로 유의한 차이는 없었다(p>.05). 이는 성별로 건강의 중요성인식에 차이를 보이지 않은 선행연구(강귀애, 1992; 이태화, 1990)와 일치한다.

학년, 전공, 거주형태는 건강의 중요성인식과 유의한 차이가 없었다(p>.05). 건강관리과목 수강여부에 따른 건강의 중요성인식은 수강생 3.54, 비수강생 3.30으로 수강생이 비수강생보다 건강의 중요성을 높게 인식하였다(P<.001).

〈표 7〉 대상자의 특성별 건강의 중요성 인식

특성	구분	건강의 중요성 인식	F
성	남	3.40±1.25	0.88
	여	3.48±1.26	
학 년	1	3.35±1.31	0.54
	2	3.45±1.31	
	3	3.37±1.27	
	4	3.47±1.20	
전 공	인문사회계열	3.37±1.25	0.93
	이공계열	3.37±1.22	
	예술계열	3.57±1.39	
	가정대사범대	3.40±1.24	
거 주 형 태	자택	3.42±1.25	0.53
	친척집	3.67±1.14	
	하숙	3.38±1.28	
	기숙사	3.49±1.43	
	자취	3.40±1.29	
	강	3.54±1.19	
비수강	3.30±1.30		

** p<.001

3) 대상자의 특성별 건강통제위 특성

대학생의 특성에 따라 건강통제위 특성을 비교한 결과는 〈표 8〉과 같다. 내적통제위는 남자 4.02, 여자 3.91로 남자가 여자보다 유의하게 높았다(P<.001). 이는 성인을 대상으로 한 이태화(1990)의 연구와 일치하지만 대학생을 대상으로 한 이승진 외(1988)의 연구와는 반대되는 결과이다.

이승진 외(1988)의 연구에서는 전공과 성별에서 내적통제위와 유의한 차이가 있었는데, 자연계 전공(105명)과 여학생(97명)의 내적통제위가 3.77, 3.78, 인문계 전공(77명)과 남학생(85명)의 내적통제위가 3.58, 3.59로 나타났다. 이는 이의 연구에서 성별에 따른 전공 분포와 자연계 전공에 의학계열이 포함된 것인지 밝혀져 있지 않아서 명확한 추론은 불가능하지만, 전공과 성별 요인이 혼합된 결과라고 생각한다. 즉 자연계 전공에 여학생이 많이 포함되었다든지, 자연계 전공에 의학계열이 포함되어 있어서 자연계 전공의 내적통제위가 높게 나오는데 영향을 주었을 것으로 생각된다. 성별에 따라서 타인의존통제위와 우연통제위는 유의한 차이가 없었다(p>.05).

학년은 내적통제위와 유의한 차이가 있었으며(P<.001), 1학년이 내적통제위 점수가 가장 낮게 나타났다. 유은정(1986)의 연구에서는 본 연구와 다른 결과로 대

학생의 학년과 건강통제위 특성은 유의한 차이가 없었다. 이는 학년 구분을 다르게 한 것-유는 1, 2학년과 3, 4학년 2개로 구분-이 상반된 결과에 영향을 주었으리라 생각한다. 본 연구에서 1학년의 내적통제위가 타학년보다 낮은 것은 1학년은 타학년보다 아직 자율적인 의사결정의 체험기간이 짧고, 따라서 건강에 관한 의사결정이 본인보다 부모에 의해 이루어지기 때문일 것이라 생각된다.

전공과 거주형태는 각 건강통제위 특성과 유의한 차이가 없었다(p>.05).

건강관리과목 수강여부에 따른 건강통제위 특성을 비교해보면 내적통제위는 수강생 4.10 비수강생 3.88, 우연통제위는 수강생 2.43 비수강생 2.64, 타인의존통제위는 수강생 2.72 비수강생 2.82로 유의한 차이가 있었다(p<.001). 즉 내적통제위는 건강관리과목 수강생이 높고, 우연통제위와 타인의존통제위는 비수강생이 높았다. 건강에 관련된 강의를 듣는 집단이 건강에 관련된 강의를 듣지 않은 집단보다 건강에 관한 결정이 자기자신에게 있다는 믿음을 가지고 있음을 알 수 있었다.

〈표 8〉 대상자의 특성별 건강통제위 특성

특성	구분	내적통제위	우연통제위	타인의존통제위
성	남	4.02±0.52	2.55±0.59	2.76±0.58
	여	3.91±0.51	2.49±0.60	2.78±0.57
		F=11.30**	F=2.51	F=0.38
학 년	1	3.78±0.56	2.57±0.67	2.75±0.53
	2	4.01±0.51	2.50±0.58	2.77±0.55
	3	4.05±0.52	2.50±0.59	2.78±0.60
	4	3.97±0.50	2.56±0.59	2.79±0.57
		F=6.23**	F=1.24	F=0.14
전 공	인문사회계열	3.99±0.53	2.55±0.61	2.80±0.59
	이공계열	4.03±0.50	2.52±0.57	2.72±0.56
	예술계열	3.93±0.53	2.55±0.61	2.84±0.57
	가정대사범대	3.95±0.49	2.46±0.58	2.73±0.54
		F=1.14	F=0.93	F=2.02
거 주 형 태	자택	3.98±0.52	2.56±0.60	2.84±0.56
	친척집	4.06±0.57	2.65±0.58	2.78±0.55
	하숙	3.98±0.52	2.45±0.60	2.63±0.58
	기숙사	3.83±0.57	2.58±0.60	2.78±0.58
	자취	4.05±0.48	2.49±0.59	2.70±0.58
			F=2.72	F=1.98
건강관리과 목수강여부	수강	4.10±0.48	2.43±0.55	2.72±0.55
	비수강	3.88±0.53	2.64±0.62	2.82±0.60
		F=55.77**	F=36.46**	F=7.38**

** p<.001

4) 대상자의 특성별 건강개념

대학생의 특성에 따라 건강개념을 비교한 결과는 <표 9>와 같다. 성별, 전공, 거주형태는 건강개념과 유의한 차이가 없었다($p>.05$).

학년은 임상적 개념과 유의한 차이가 있었는데($P<.05$), 1학년에서 2.98로 가장 낮았다. 이 결과는 본 측정

도구를 사용하여 우리나라에서 건강개념에 관해 선행된 연구가 없어 비교하기가 곤란하다.

건강관리과목 수강여부와 임상적 개념(clinical conception)은 유의한 차이가 없었지만($p>.05$), 안녕적 개념(wellbeing conception)은 수강생 3.68, 비수강생 3.61로 수강생이 비수강생보다 유의하게 높았다($P<.05$). 즉 건강에 관련된 강의를 듣는 집단이 건강의 의미를 광범위하게 받아들이고 있었다.

<표 9> 대상자의 특성별 건강개념

특성	구분	임상적 개념	안녕적 개념
성	남	3.21±0.78	3.62±0.57
	여	3.12±0.78	3.70±0.57
		F=3.49	F=5.50
학년	1	2.98±0.77	3.50±0.52
	2	3.13±0.78	3.66±0.59
	3	3.23±0.78	3.64±0.58
	4	3.22±0.78	3.66±0.54
		F=3.02*	F=1.91*
거주형태	자택	3.21±0.80	3.66±0.58
	친척집	3.12±0.65	3.53±0.53
	하숙	3.16±0.77	3.62±0.51
	기숙사	3.03±0.80	3.53±0.58
		F=1.00	F=1.72
전공	인문사회계열	3.18±0.79	3.64±0.54
	자연계열	3.24±0.78	3.65±0.61
	예술계열	3.08±0.84	3.62±0.53
	가정대사범대	3.08±0.73	3.75±0.53
		F=2.04	F=1.99
건강관리	수강	3.20±0.78	3.68±0.56
수강여부	비수강	3.17±0.78	3.60±0.57
		F=0.41	F=5.27*

* $p<.05$

5. 건강에 관한 인지지가요인과 건강증진 생활양식

대학생의 건강에 관한 인지지가요인 즉 건강상태지각, 건강의 중요성인식, 건강통제위 특성, 건강개념과 건강증진 생활양식의 상관관계를 파악하기 위해 피어슨 상관계수(Pearson's correlation coefficient)를 산출한 결과는 <표 10>과 같다.

1) 건강상태지각과 건강증진 생활양식

건강상태지각과 건강증진 생활양식은 <표 10>에서 보는 바와 같이 유의한 순 상관관계를 보였다($r=.34154$, $P<.001$). 이는 스스로 느끼는 건강상태가 좋을수록 건강증진 생활양식 실행정도가 높음을 의미하며 이태화(1990)의 연구($r=.365$, $p<.001$)와 일치한다. Duffy(1988)는 건강상태지각이 건강증진행위에 참여할 가능성을 설명할 수 있다고 하였다. 기경숙(1985), 정연강(1993)도 학생의 건강상태가 좋을수록 건강행위 실행정도가 높다고 하였으며, 본 연구에서도 건강상태를 스스로 좋게 느낄수록 건강한 생활습관을 실천하고 있음을 확인할 수 있었다.

<표 10> 건강에 관한 인지지가요인과 건강진 생활양식의 상관행렬

	건강증진 생활양식	건강상태지각	건강의중요성인식	내적통제위	우연통제위	타인의존통제위	임상적 개념	안녕적 개념
건강증진 생활양식	1.0000							
건강상태지각	.3415**	1.0000						
건강의 중요성 인식	.2413**	.0609	1.0000					
내적통제위	.3187**	.1433**	.1134**	1.0000				
우연통제위	-.0997**	-.0219	-.0429	-.3246**	1.0000			
타인의존통제위	.1475**	.0109	.0821*	-.0250	.2789**	1.0000		
임상적 개념	.1241**	.1822**	.0764*	-.1019**	.1459**	.0861*	1.0000	
안녕적 개념	.3047**	.1390**	.0302	.2800**	-.0148	.0636	.3530**	1.0000

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

2) 건강의 중요성인식과 건강증진 생활양식

건강의 중요성인식과 건강증진 생활양식의 상관관계는 <표 10>에서 보듯이 유의한 순 상관관계가 있었다 ($r=0.2432, p<.001$). 이태화(1990)의 연구에서는 건강의 중요성인식과 건강증진행위는 유의한 상관관계가 없는 것으로 나타났지만, 윤진(1989)의 산업장 근로자를 대상으로 한 연구, 강귀애(1992)의 국민학생을 대상으로 한 연구.

Pender(1992)의 근로자 대상의 연구에서는 건강의 중요성인식이 높을수록 건강증진행위 실행정도가 높아 본 연구와 일치하였다. 즉 자신의 삶에 있어서 건강의 중요성을 높게 인식할수록 건강증진 생활양식 실행정도가 높음을 알 수 있었다.

3) 건강통제위 특성과 건강증진 생활양식

건강통제위 특성과 건강증진 생활양식과의 상관관계를 <표 10>에서 보면 내적통제위과 타인의존통제위는 건강증진 생활양식과 유의한 순 상관관계를 나타내었다 ($r=.3187, p<.001$; $r=.1475, p<.001$). 그러나 우연통제위는 건강증진 생활양식과 유의한 역 상관관계를 보였다($r=-.0997, p<.001$). 건강통제위 특성 중 내적통제위가 가장 높은 상관계수($r=.3187$)를 나타내 내적통제위가 건강증진 생활양식과 가장 밀접한 상관관계가 있었다.

Pender(1992)의 연구에서 건강증진 생활양식은 내적통제위와 타인의존통제위는 순 상관관계($r=.238$; $r=.065$)를 나타낸 반면, 우연통제위와는 역 상관관계($r=-.240$)를 나타내 본 연구와 비슷한 결과를 보였다.

즉 건강이 자기자신에 의해 결정된다고 믿을수록 건강한 생활을 하려고 노력하지만 건강이 운이나 운명에 의해 결정된다고 믿을수록 건강한 생활을 하려는 노력을 하지 않음을 알 수 있었다.

4) 건강개념과 건강증진 생활양식

건강에 관한 개념과 건강증진 생활양식의 상관관계는 <표 10>과 같이 임상적 개념($r=.1241, p<.001$)과 안녕적 개념($r=.3047, p<.001$) 모두 건강증진 생활양식과 유의한 순 상관관계를 나타내었다. 그렇지만 임상적 개념은 무시해도 좋을 만큼의 상관관계($r<0.2$)를 보인 반면, 안녕적 개념은 임상적 개념보다 건강증진 생활양식과 더 높은 상관관계 ($r=.3047$)를 나타내었다.

Pener(1990)의 연구에서는 건강증진 생활양식과 임상적 개념의 상관계수 .066, 안녕적 개념의 상관계수 .300로 본 연구 결과와 비슷하였다.

즉 지금까지 의료계에 널리 유포되어 온 건강개념인 건강을 병이 없는 상태로 받아들이는 임상적 개념(clinical conception)보다, 건강을 높은 수준의 건강과 안녕에 도달하려는 것으로 받아들이는 안녕적 개념(wellbeing conception)이 높을수록 건강증진 생활양식 실행을 유도하고 있음을 알 수 있었다.

6. 건강증진 생활양식에 영향을 미치는 주요변수 규명

대학생의 건강증진 생활양식 실행에 영향을 미치는 건강에 관한 인지적요인 즉 건강상태지각, 건강의 중요성인식, 건강통제위 특성, 건강개념과 건강증진 생활양식은 유의한 상관관계가 있는 것으로 나타났다. 이들 인지적요인 변수들이 건강증진 생활양식을 설명하는 정도를 파악하기 위해 단계적 중회귀분석(Stepwise Multiple Regression)을 하였다. 각 단계별로 건강증진 생활양식에 대한 인지적요인 변수들의 다변수상관계수(R), 기여도(R²), 표준화회귀계수(β)를 구한 결과 <표 11>과 같다.

<표 11> 건강증진 생활양식에 영향을 주는 요인의 중회귀분석

	다변수상관계수(R)	기여도(R ²)	표준화회귀계수(β)	F
건강 상태 지각	.3415	.1162	.2720	152.74**
내적 통제위	.4369	.1909	.2067	136.39**
건강의 중요성	.4785	.2209	.1873	114.34**
인식				
안녕적 건강	.5169	.2673	.1956	105.23**
개념				
타인의존	.5310	.2819	.1218	90.53**
통제위				

** p<.001

중회귀분석에서 우연통제위와 임상적 건강개념은 설명력을 더해줄 수 없게 제외되었다. 건강상태지각, 내적통제위, 건강의 중요성인식, 임상적 건강개념, 타인의존통제위 순으로 건강증진 생활양식 실행을 설명하는 것으로 나타났다. 건강상태지각이 가장 영향을 크게 미치는 변수로 다변수상관계수 .3415로 11.60%의 설명력을 나타내었다. 그 다음으로 영향력이 큰 변수는 내적통제위로 이를 포함하면 다변수상관계수 .4367로 19.04%의 설명력이 있다. 건강상태지각, 내적통제위, 건강의 중요성인식, 안녕적 건강개념, 타인의존통제위를 모두 포함하면 다변수상관계수 .5310으로서 건강증진 생활양식의 28.19%를 설명하였다.

국민학생을 대상으로 한 강귀애(1992)의 연구에서는 건강지식이 건강행위를 설명하는 정도가 가장 큰 변수로 나타났다. 근로자를 대상으로 한 Pender(1990)의 연구에서는 건강에 관한 인지적각요인과 성, 결혼상태, 교육수준, 소득 등의 사회인구학적 변수들이 건강증진행위를 예측하는 정도를 단계적 중회귀분석한 결과 건강통제위와 자아효능감이 건강증진행위를 27.4% 설명하는 것으로 나타났으며 다른 사회인구학적 변수들은 별 설명력을 가지지 못한 것으로 나타났다. 비록 Pender의 건강증진모형을 적용한 연구결과 건강에 관한 인지적각요인 변수들의 건강증진행위 설명력이 30% 정도이지만(윤진, 1990; 이태화, 1990; 강귀애, 1992; Pender, 1990), 이는 사회인구학적 변수들보다 건강증진행위 설명력이 크다고 볼 수 있다. 따라서 건강한 생활양식을 유도하기 위해서는 건강에 관한 인지적각을 변화시키기 위한 교육이나 프로그램을 개발하는 것이 필요하다. 또한 건강증진행위의 설명력을 높이기 위해서는 Pender가 제시한 건강에 관한 인지적각요인을 모두 적용해서 건강증진 생활양식 또는 건강증진행위를 설명하려는 연구들이 필요하다고 생각한다.

V. 요약 및 결론

본 연구의 목적은 대학생의 건강증진 생활양식을 파악하고 건강증진 생활양식에 영향을 미치는 건강에 관한 개인의 인지적각요인과 조정요인을 규명함으로써 대학생의 건강증진과 건강관리를 위한 기초자료를 제공하는데 있다.

본 연구는 서울시에 소재하는 1개 S대학교 대학생 159명을 대상으로 하였으며, 자료수집은 1993년 4월 13일에서 4월 15일까지 3일간 예비조사를 거쳐서 보완한

설문지로 993년 4월 19일부터 5월 3일까지 2주간 설문을 배부하여 자가보고하도록 하였다.

연구도구는 건강증진 생활양식 40문항, 건강상태지각 1문항, 건강의 중요성인식 1문항, 건강통제위 18문항, 건강개념 28문항, 일반적 특성을 묻는 6문항으로 총 94 문항으로 이루어진 설문지를 사용하였다.

자료분석은 SPSS-PC+ 통계프로그램을 이용하여 Cronbach's α , 평균, 표준편차, 백분율, t-test, 분산분석, 피어슨 상관계수, 단계적 중회귀분석의 통계 기법으로 분석하였으며 다음과 같은 결과를 얻었다.

1. 대학생의 건강증진 생활양식 총평점은 3.33이며 각 영역별 평점은 대인관계 3.76, 자아실현 3.74, 영양 3.55, 스트레스 관리 2.96, 운동 2.80, 건강책임 2.72로 대인관계 영역이 가장 높고 건강책임 영역이 가장 낮은 실행정도를 보였다.

2. 대학생의 특성별 건강증진 생활양식 실행정도는 성별, 학년, 전공, 거주형태와 유의한 차이가 없었고 ($p > .05$), 건강관리과목 수강여부에 따라서는 수강생이 비수강생보다 유의하게 높았다 ($p < .001$). 각 영역별로는 남자는 운동 영역에서 여자는 건강책임, 영양, 대인관계, 스트레스 관리 영역에서 유의하게 높았으며 ($p < .001$), 거주형태는 영양 영역에서 유의한 차이가 있었다 ($p < .001$).

3. 대학생의 특성별로 건강에 관한 인지적각요인을 분석한 결과 건강상태지각은 성, 학년, 전공, 거주형태, 건강관리과목 수강여부와 유의한 차이가 없었다 ($p > .05$). 건강의 중요성인식은 성, 학년, 전공, 거주형태와 유의한 차이가 없었고 ($p > .05$), 건강관리과목 수강여부만이 유의한 차이가 있었으며 ($p < .001$), 수강생이 비수강생보다 건강의 중요성을 높게 인식하였다. 건강통제위 특성은 전공, 거주형태와 유의한 차이가 없었고 ($p > .05$), 성, 학년은 내적통제위와 유의한 차이가 있었다 ($p < .001$). 건강관리과목 수강여부는 각 건강통제위 특성과 유의한 차이가 있었으며 ($p < .001$), 내적통제위는 수강생이 비수강생보다, 우연통제위와 타인의존통제위는 비수강생이 수강생보다 높았다. 건강개념은 성, 학년, 전공, 거주형태와 유의한 차이를 보이지 않았으며 ($p > .05$), 단지 건강관리과목 수강여부와 유의한 차이를 나타내었다 ($p < .05$). 즉, 임상적 건강개념은 비수강생이 높고, 안녕적 건강개념은 수강생이 높았다.

4. 건강에 관한 인지적각요인과 건강증진 생활양식의 상관관계를 파악한 결과 건강상태지각은 건강증진 생활양식과 유의한 순 상관관계를 나타내었다 ($r = .3415$,

$P < .001$). 건강의 중요성인식은 건강증진 생활양식과 유의한 순 상관관계를 나타내었다($r = .2432, p < .001$). 내적통제위와 타인의존통제위는 건강증진 생활양식과 유의한 순 상관관계가 있었으나($r = 0.3187, p < .001$; $r = .1475, p < .001$), 우연통제위는 유의한 역상관관계가 있었다($r = -.0997, p < .001$). 임상적 건강개념($r = .1241, p < .001$)과 안녕적 건강개념($r = .3047, p < .001$)은 건강증진 생활양식과 유의한 순 상관관계를 보였다.

5. 건강증진 생활양식에 영향을 미치는 주요변수를 규명하기 위해 단계적 중회귀분석한 결과 건강상태지각이 가장 영향을 크게 미치는 변수로 나타났으며($R = .3415, R^2 = 11.62$), 내적통제위, 건강의 중요성인식, 안녕적 건강개념, 타인의존통제위 순이었다. 이를 모두 포함하면 다변수상관계수 .5310로 28.19%의 설명력이 있었다.

결론적으로 본 연구에서 대학생의 건강증진 생활양 정도는 건강에 관한 인지지가요인 즉 건강상태지각, 건강의 중요성인식, 건강통제위 특성, 건강개념과 상관관계가 있는 것으로 나타났다. 또한 건강관리과목을 수강하는 집단과 수강하지 않는 집단간에 건강에 관한 인지 지각에 차이가 있었다. 건강관리과목을 듣는 집단일수록 건강의 중요성을 높게 인식하고 건강의 책임을 자기 자신에게 두는 내적통제위 성향을 보이며 건강개념을 포괄적으로 인식하였다.

이런 결과가 건강관리과목의 교육효과인지, 아니면 건강에 관한 관심이 높은 집단이 건강에 관련된 강의를 수강하게 되는 것인지 본 연구의 단면조사로는 해석하기가 곤란하다. 이는 앞으로 건강관련 강의를 수강하는 학생들의 수강동기에 대한 조사와 건강관련 강의 수강 전후의 건강에 관한 인지지가각과 건강증진 생활양식 실행 정도를 비교연구함으로써 명확해질 수 있으리라 생각한다.

또한 본 연구는 1개 대학교의 대학생만을 대상으로 하였기 때문에 전체 대학생 집단에 일반화하기에는 어려움이 있다. 따라서 전체 대학생 집단에 일반화 할 수 있는 표본을 선정하여 반복연구가 필요하다고 본다.

참 고 문 헌

강귀애(1992). 국민학교 육학년 학생들의 건강증진행위에 관련된 요인. 이화여대 석사학위논문.
 강성홍(1990). 우리나라 일부지역 주부들의 예방적 건강행위에 관한 연구. 서울대 보건대학원 석사학위

논문.

- 기경숙(1985). 중학교 남학생들의 건강관리 실천과 이에 영향을 미치는 요인 조사연구. 연세대학교 석사학위논문.
 김학순(1991). 남·여고등학생들의 건강에 관한 연구- 일부 청소년들의 건강상태와 건강행위를 중심으로 -. 충남대학교 석사학위논문.
 서울대생 - 그 다양한 삶의 현장을 찾아(1993.4.19). 서울대 대학신문, 제1347호.
 서봉연(1993.4.12). 새내기들의 정신건강. 서울대 대학신문, 제1346호.
 오형식(1971). 대학생과 건강: 대학보건 (5판). 연세대학교출판부, 12-33.
 유은정(1986). 일부 대학생을 대상으로 한 건강행위와 건강통제위와의 관계연구. 한양대학교 석사학위논문.
 윤진(1990). 산업장근로자의 건강증진행위와 그 결정요인에 관한 연구. 이화여대 석사학위논문.
 이승진, 최경숙 및 이미라(1988). 일부 대학생의 건강통제위 특성과 자가간호 이행과의 관계연구. 중앙의대지, 13(1), 199-206.
 이태화(1990). 건강증진행위에 영향을 미치는 변인연구 - 서울지역 일반 성인 남여를 중심으로 -. 연세대학교 석사학위논문.
 정연강(1993). 학생의 건강행위, 신념, 가치 및 보건의료 이용에 미치는 영향에 관한 연구. 서울대 보건대학원 박사학위논문.
 한국보건사회연구원(1992). 질병예방 및 건강증진 전략개발 연구.
 한옥자(1988). 건강행위 이행자와 비이행자의 자아개념, 건강통제위 성격 특성, 건강상태와의 비교연구. 연세대학교 석사학위논문.
 허미영(1988). 우리나라 대학생들의 건강보호 행위에 관한연구. 이화여자 대학교 석사학위논문.
 홍두루미(1988). 우리나라 대학생의 건강행위에 있어 건강신념과 건강통제위 성향에 관한 연구. 서울대 보건대학원 석사학위논문.
 Ardell, D. B(1986). High Level Wellness. Berkeley, CA : Tenspeed Press.
 Brahn, J. G(1988). Lifestyle and Health Behavior. Plenum Press : New York and London, 71-86.
 Breslow, L(1983). The Potential of Health Promotion : Handbook of Health, Health Care,

- and the Health Professions. New-York : The Free Press, 50-52.
- Duffy, M. E(1988). Determinants of Health Promotion in Midwife women. Nursing Research, 37(6), 358-361.
- Green, L. W. & Kreuter, M. N(1991). Health promotion today and a framework for planning : Health promotion planning an educational and environmental approach. Mayfield Publishing Co.
- Harris, D. M. & Guten, S(1979). Health Protective Behavior : Anexploratory study. Journal of Health and Social Behavior, 20(1), 17-29.
- Hautman, M. A. & Harrison, J. K(1982). Health beliefs and practices in a middle income Anglo-American neighborhood. Advances in Nursing Science, 4, 49-64.
- Kasl, S. V. & Cobb, S(1966). Health behavior, Illness behavior and Sick role behavior. Archives of Environmental Health, 12, 246-266.
- Kulbok, P. P., Earls, F. J., & Montgomery, A. C(1988). Lifestyle and patterns of health and social behavior in high risk adolescents. Advances Nursing Science, 11(1), 22-35.
- Laffrey, S. C(1990). An Exploration of Adult Health Behavior. Western Journal of Nursing Research, 12(4), 434-447.
- Laffrey, S. C(1986). Development of a Health Conception Scale. Research in Nursing Science, 9, 107-113.
- Morris, J. N(1975). Use of Epidemiology. Edinburgh : Churchill Living Stone.
- Nicholas, D. R. & Gobble, D. C(1991). World Views, Systems Theory, and Health Promotion. American Journal of Health Promotion, 6(1), 30-34.
- Pamela, A. K. & Joan, H. B(1992). From Preventive Health Behavior to Health Promotion : Advancing a positive construct of health. Advances in Nursing Science, 14(4), 50-64.
- Pender, N. J(1982). Health Promotion in Nursing Practice(1st Ed.). Norwalk, CT : Appleton-Century-Crofts.
- Pender, N. J(1987). Health Promotion in Nursing Practice(2nd Ed.). Norwalk, CT : Appleton-Lange.
- Pender, N. J. & Pender, A. R(1986). Attitudes subjective norms, and intentions to engage in health behaviors. Nursing Research, 35, 15-18.
- Pender, N. J., Walker, S. N., & Stomborg, M. F(1990). Predicting Health Promoting Lifestyle in the Workplace. Nursing Research, 39(6), 326-332.
- Preston, D. B., Greene, G. W., & Irwin, P. A (1990). An assessment of College Health Nursing Practice : A Wellness Perspective. Journal of Community Health Nursing, 7(2), 97-104.
- Sanstroem, R. J. & Walker, M. I(1973). Relationship of attitude and locus of control to exercise and physical fitness. Perceptual and Motor Skills, 30, 1031-1034.
- Travis, J. L(1977). Wellness workbook for health professionals. Mill Valley, CA : Wellness Resource Center.
- WHO(1987). Health Promoting for Walking Population.
- 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.
- Wallston, B. S. & Wallston, K. A(1978). Development of the Multi-dimensional Health Locus of Control Scales. Health Education Monographs, 6(2), 160-171.
- Wallston, K. A., Maides, S., & Wallston, B. S (1976). Health related information seeking as a function of Health related Locus of Control and Health Value, Journal of Research in Personality, 10, 215-222.
- Weitzel, M. H(1989). A test of Health Promotion Model with Blue Collar Workers. Nursing Research, 38(2), 99-104.

— Abstract —

Key words : health promoting life style

A Study on Influencing Factors in Health Promoting Lifestyles of College Students

Park, Mi Yeong

The primary purpose of this study was to identify factors affecting health promoting lifestyles of college students on the basis of Pender's Health Promotion Model.

The subjects were 1,159 students of one university in Seoul. These data were collected by self reporting questionnaire from April 19 to May 3, 1993.

This study examined health promoting lifestyles, cognitive-percep-tual factors : perceived health status, perceived importance of health, health locus of control, and health conception, and modifying factors : sex, grade, major, residence type, and attendance at a health care course.

The instruments used in this study were Health Promoting Lifestyle Profile by Walker et al. (1987), Health Value Scale by Wallston et al. (1976), Health Locus of Control by Wallston et al. (1978), and Health Conception Scale by Laffrey(1986).

The data were analyzed by Cronbach's α , mean, standard deviation, percentage, t-test, ANOVA, Pearson's Correlation Coefficient, and Stepwise Multiple Regression with SPSS PC+ Program.

The results were as follows :

1. The means of health promoting lifestyles revealed total 3.33, self actualization 3.74, health responsibility 2.72, exercise 2.80, nutrition 3.55, interpersonal support 3.76, and stress manage-

ment 2.96. Interpersonal support showed the highest score and health responsibility showed the lowest score.

2. No significant differences between sex, grade, major, and residence type, and health promoting lifestyles were founded($p>.05$). Attendants at a health care course showed a significant higher score than nonattendants ($p<.001$). Male showed a significant higher score in exercise subscale, female showed significant higher scores in health responsibility, nutrition, interpersonal support, stress management subscales($p<.001$), residence type showed a significant difference in nutrition subscale($p<.001$).

3. No significant differences between perceived health status and sex, grade, major, residence type, and attendance at a health care course were founded($p>.05$). Perceived importance of health showed no differences among sex, grade, major, and residence type($p>.05$), showed only in attendance at a health care course($p<.001$). Attendants at a health care course showed a significant higher score than nonattendants($p<.001$). No significant differences between health conception and sex, grade, major, and residence type were founded ($p>.05$), only significant difference between health conception and attendance at a health care course was founded($p<.05$). Nonattendants showed a significant higher score in clinical health conception, attendants showed a significant higher score in wellbeing health conception($p<.05$).

4. A significant positive correlation between health promoting lifestyles and perceived health status was founded($r=.2415$, $p<.001$). A significant positive correlation between health promoting lifestyles and perceived importance of health was founded($r=.1475$, $p<.001$). The health promoting lifestyles revealed significant positive correlations in internal and powerful others locus

* Seoul National University. School of Public health

of control($r=.3187$, $p<.001$; $r=.1475$, $p<.001$), but revealed a significant negative correlation in chance locus of control($r=-.997$, $p<.001$). A significant positive correlation between health promoting lifestyles and clinical health conception and wellbeing health conception were founded ($r=.1241$, $p<.001$; $r=.3047$, $p<.001$).

5. Perceived health status was the highest factor predicting health promoting lifestyles of college students($R=.3415$, $R^2=11.62$). Perceived health status, perceived importance of health, internal locus of control, wellbeing health conception, powerful others locus of control accounted for 28.19% in health promoting lifestyle patterns.

In conclusion, college students who reported more health promoting lifestyles evaluated their health positively, perceived importance of health highly, perceived their health as affected by themselves, powerful others but not by chance or luck, and accepted health as high level wellness rather than merely the absence of illness. Those who attending at a health care course had healthier lifestyle patterns. And attendance at a health care course had significant correlations in these cognitive-perceptual factors. Further studies are required to identify reasons of attending a health care course, and to compare health promoting lifestyles pre-post attending a course related to health care.