

대학생의 성역할정체감과 건강행위

박 은 옥* · 박 영 숙**

I. 서 론

1. 연구의 필요성

인구의 노령화와 상병구조의 변화로 인해 보건의료서비스에 대한 사회적 요구도 달라지고 있다. 과거의 상병구조가 전염성, 급성질환 위주였다면 이제는 암이나 순환기계 질환, 당뇨병, 만성간질환 등을 위시한 만성퇴행성 질환과 사고의 발생이 증가하였으며, 이들 상병에 의한 사망이 전체 사망의 70%를 넘고 있다(변종화, 김진수와 김은주, 1997).

개인의 건강을 결정하는 요인은 크게 유전적 요인, 환경적 요인, 보건의료전달체계, 개인의 생활습관 등으로 나뉘어지는데, 이들 요인이 우리나라 국민의 건강에 영향을 미치는 정도를 보면 개인의 생활습관이 52%, 유전적 요인과 환경적 요인이 각각 20%이고, 의료서비스의 영향력은 8%에 불과하였다(O'Donnell, 미간행: 남정자, 1999에서 재인용).

급성 전염병 위주의 질병은 사실상 현대 보건의료의 기술로 대부분 치료할 수 있고 문제를 해결할 수 있는 관리방법을 알고 있으나, 만성적이고 비전염성인 질병은 대부분이 문제를 해결할 수 있는 구체적인 관리방법을 모르고 있다. 질병의 직접적 원인에 기초한 치료방법이

개발되지 못한 만성퇴행성 질환의 관리를 위해서는 의학적 접근방법만으로는 한계가 있으며, 위험요인(risk factor)을 관리해야 할 필요성이 크다.

건강수준에 영향을 주는 요인 가운데 개인의 생활습관이 가장 큰 비중을 차지하는 것으로 나타났는데, 이러한 이유로 만성퇴행성 질환을 '생활습관성 질환'이라고 부르기도 한다. 그리고 위험요인의 관리란 많은 경우에 있어서 생활습관, 즉 건강행태(health behavior)의 관리를 의미한다(배상수, 1999).

인간의 행태는 개인적 산물이라기 보다는 집단적, 사회적 산물이므로 생활습관의 개선을 위해서는 사회적 환경의 개선을 비롯한 사회적 접근방법을 이용할 수밖에 없다. 즉 인간행동 선택에 미치는 구조적, 환경적 저해요소들을 제거해야 하며, 이를 위해서는 개인과 집단 수준에서 계속 변화와 적응이 이루어져야 한다(이경식, 1997).

우리나라의 경우 고등학교를 졸업하기 전까지는 학교에서나 집에서나 흡연, 음주, 성행위 등을 금지시키는 반면 대학입학 후에는 이러한 행위들에 대해 상당히 수용적인 분위기에서 대학생생활을 하는 동안 각종 건강위해행위를 하게 된다. 실제로 흡연의 시작연령은 20-29세라고 응답한 비율이 전체 66.1%이고, 남자는 특히 70.1%라고 응답한 바 있다(남정자 외, 1995).

* 서울대학교 보건대학원 국민보건연구소 특별연구원

** 서울대학교 간호대학 교수

개인의 건강행위는 성별에 따라 차이가 나기도 한다 (Verbrugge, 1985). Nathanson(1977)에 따르면 남자는 여자보다 건강위해 행위를 더 많이 하고 예방적 행위는 덜 하는 반면 여자는 건강위해 행위를 피하고, 예방적 행위를 취한다고 보고하였다. Welsh, Robinson, & Lindman(1998)의 연구에서는 남자의 건강행위는 신체활동에 초점을 두고 있는 반면 여성의 경우에는 식습관 변화에 더 초점을 맞추고 있다고 하였다. 건강증진 모델에서도 성별은 가장 중요한 조절요인 중 하나이다. Pender(1987)는 성(gender)이 인지-지각 요인을 통해 간접적으로 건강증진행위에 영향을 준다는 가설을 세웠고, 성이 예방적 건강행위를 가장 잘 예측해주는 인구학적 특성이라고 주장하였다.

행위에 있어서 이러한 차이는 각 성에 적절한 것으로 여겨지는 행동양상을 습득하도록 하는 사회화 과정에서 발생하는 것일 수도 있다(Nathanson, 1977). 따라서 성역할정체감에 따라 건강행위 양상이 다르게 나타날 수 있을 것이다. 본 연구는 성역할정체감과 건강행위와의 관계를 알아보고자 하는 것이다.

2. 연구목적

본 연구의 목적은 성역할정체감과 건강행위와의 관련성을 알아보기 위한 것으로서 구체적인 목적은 다음과 같다.

- 첫째, 대학생은 성역할정체감의 유형별 분포를 파악한다.
- 둘째, 대학생의 건강행위수준을 파악한다. 건강행위에는 흡연, 음주 및 약물사용, 식사습관, 운동, 스트레스 조절, 안전 행위 등을 포함한다.
- 셋째, 성역할정체감과 건강행위수준 간의 관련성을 알아본다.

3. 용어의 정의

1) 성역할 정체감

개인이 자기자신을 얼마만큼 남성적 또는 여성적 성격 특성을 소유하는지를 평가하는 것으로(Bem, 1975), 김영희(1994)에 의해 개발된 한국형성역할검사(KSRI) 도구 가운데 남성성 변인 15문항의 총점을 남성성 지수, 여성성 변인 15문항의 총점을 여성성 지수로 보며 남성성 지수와 여성성 지수가 모두 중앙치 이상인 경우는 양성성 성역할정체감, 남성성 지수는 중앙치보다 높고 여

성성 지수는 중앙치보다 낮은 경우는 남성성 성역할정체감, 남성성지수는 중앙치보다 낮고, 여성성지수는 중앙치보다 높은 경우 여성성 성역할정체감, 남성성과 여성성 지수 모두 평균보다 낮은 경우는 미분화형 성역할정체감을 갖는 것으로 보았다.

2) 건강행위

현대인의 주요사망원인과 관계가 있는 것으로 알려진 흡연, 음주 및 약물사용, 식사습관, 운동, 스트레스 조절, 안전 행위의 정도로 보며 ODPHP(Office of Disease Prevention and Health Promotion) National Health Information Center에서 개발하여 제공하는 Health Style: A Self-Test 도구를 이용하여 점수화하였다(김의수, 이규성과 김영호, 1999; Rogers, 1994). 점수는 각 영역별로 0-10사이이며, 점수가 높을수록 건강한 행위를 많이 하는 것인데, 9-10점은 아주 양호한 건강행위, 6-8점은 비교적 양호한 건강행위, 3-5점은 다소 위대한 건강행위, 0-2점은 아주 위대한 건강행위를 하는 것으로 해석하였다.

II. 문헌고찰

1. 성역할정체감

인류학, 사회학, 여성학 등 여러 학문 분야에서 성(sex)에 관한 연구가 시작되면서 남녀의 차이는 생물학적 측면보다는 사회, 문화적 측면과 더 관련이 있다는 데에 의견이 일치되고 있다(김영희, 1994). 1990년대 들어서 보건학이나 간호학 분야에서도 생물학적 성이 아니라 사회적 성(gender) 혹은 성역할 정체감과 건강행위 혹은 건강수준과의 관련성을 연구하기 시작하였다(Napholz, 1994; Ruffing-Rahal, Barin & Combs, 1998; Wickrama, Conger, Wallace & Elder, 1999).

개인은 출생하면서 갖가지 역할을 부여받게 되는데, 이러한 역할 중 한 사회집단에서 수용하고 인정하는 남녀 각 구성원에게 동일시되는 행동양상을 성역할이라고 볼 수 있으며(Hurlock, 1983; 김영희, 1994에서 재인용), 개개인의 사회적 기대를 내면화하는 과정을 통해 성역할 사회화가 이루어지므로 성역할의 개념은 사회적 성(gender)과 관련된다(심미옥, 1991; Anderson, 1983에서 재인용).

개인은 초기 어린 시절에 자신이 남성 또는 여성이라는 성별정체감을 가진 뒤, 그 개인이 속해 있는 문화에서 자신의 성에 적합하다고 규정된 일련의 가치관과 특성을 습득해 가는 성 정형화(sex-typing) 과정을 거치게 된다. 이렇게 성별에 따라 획득되는 성격특성, 태도, 선호경향, 행동 등이 모두 성역할이다(정진경, 1987). 성정형화를 포함하여 부모, 형제 등 사회화를 촉진시켜 주는 주위 사람들을 통해 성별에 적절한 역할을 인식하는 과정을 성역할 사회화라고 한다(윤진, 1981)

이러한 성역할 사회화 과정을 통해 성역할정체감이 형성되는데(김영희, 1994), 성역할정체감은 성역할행동이 어느 정도씩 습득되면서 행동에 나타나게 되는 남성적 특성과 여성적 특성의 정도와 형태를 의미하는 것으로써(정진경, 1987), 사회적으로 규정된 남성다움과 여성다움의 정도라고 할 수 있다. 성역할정체감 측정도구로 측정되는 남성다움과 여성다움의 정도에 따라 성역할정체감의 유형은 양성성, 남성성, 여성성, 미분화형으로 분류할 수 있다. 즉 양성성정체감은 한 개인이 남성다움과 여성다움이 통합되어 있는 경우로 남성성과 여성성 점수가 모두 높아 남성적이면서 여성적일 수 있음을 의미한다. 남성성 정체감은 그 사회에서 남성다운 것으로 인정되는 적극성, 활동성, 공격성, 경쟁성, 주도력, 통솔력, 야망성, 권위지향형 등의 성향을 많이 가진 경우로 남성성 점수는 높고, 여성성 점수는 낮은 경우이다. 여성성 정체감은 여성다운 특성 즉, 순종성, 의존성, 민감성, 동정성, 애교심, 질투심 등의 여성성 점수는 높고 남성성 점수는 낮은 사람을 말한다. 미분화 정체감은 남성성과 여성성 점수가 모두 낮은 경우로 어느 한쪽도 제대로 표현되지 않은 사람을 말하는 것이다.

2. 건강행위

우리나라의 1994년 주요 사망원인은 악성신생물, 뇌혈관질환, 불의의 사고, 심장병, 만성간질환 및 간경변순으로 나타나고 있고, 미국은 1992년 5대 사망원인이 심장병, 악성신생물, 불의의 사고, 뇌혈관질환, 기관지염, 폐기종 및 천식으로 나타나고 있어 우리나라와 비슷한 사망구조를 보여주고 있다(변종화와 김혜련, 1995).

현대의 이러한 사망원인과 연관되는 주요 위해행위는

흡연, 나쁜 식습관, 운동부족, 음주, 성행위, 자동차, 불법 약물 남용이며(McGuire, 1997), 이러한 행위는 만성질환의 소인이 되는 것으로 알려져 있다. 건강행위는 생활습관과 관계가 깊으므로, 생의 초기에 생활습관을 수정하므로써 이러한 질환을 예방하는 것이 중요하다.

흡연은 폐암, 허혈성 심질환, 만성기관지염, 폐기종의 주요원인이며, 각종 암과 질환을 유발시키는 것으로 알려져 있는데, 우리나라의 경우 15세 이상 설병 흡연율은 남자의 경우 65.2%, 여자의 경우 6.0%로, 남자는 세계 1위였다(변종화와 김혜련, 1995). 여자의 흡연율은 비록 현재는 상대적으로 적은 비율이지만 다른 나라에서와 마찬가지로 점점 증가추세에 있다는 것이 문제이다.

적당한 음주는 기분을 일시적으로 좋게하여 스트레스 해소에 도움을 주고, 안정제로서, 대인관계를 원활히 하는 매개체로 작용을 하기도 한다. 그러나 너무 많은 양을 자주 마시는 경우에는 갖가지 사회적 문제와 심리적, 신체적 문제를 야기하기도 한다. 음주는 만성간질환 및 간경변증의 주요 원인이 된다. 우리나라는 이로 인한 사망이 5순위이고(변종화와 김혜련, 1995), 성인남자의 음주율은 세계 1위이며, 15세 이상 인구 중 술을 즐겨마시는 음주자는 남자의 경우 50.8%, 여자는 13.5%였다(남정자와 최정수, 1995). 대학에서는 신입생 환영회 때나 축제 기간 중에 무리하게 술을 마시다 목숨을 잃었다는 기사가 신문지상에 오르내리기도 한다. 이로 미루어 우리 국민이 잘못된 음주로 인해 얼마나 건강해 위협을 받고 있는지 짐작할 수 있다.

식습관에서 포화지방, 콜레스테롤, 설탕, 소금의 과잉섭취가 주요사망원인이 되는 만성질환과 연관되어있다. 미국을 비롯한 서구사회에서는 비만이 가장 큰 영양문제이고, 비만을 예방하기 위한 프로그램들이 개발되어 적용되고 있다. 비만은 보통 유전적인 요인과 운동량 부족, 과식 등의 환경요인이 작용하는데, 비만의 원인에 있어 유전적인 요인과 환경적인 요인을 구별해 내기는 곤란하나 사회경제적, 문화적 요소가 더 큰 결정요소라고 한다(김주연과 김정순, 1997; 이숙희와 한지수, 1996에서 재인용). 우리나라의 경우 비만이 급격히 증가하는 추세에 있다. 1979년 소아 비만 이환율이 3.6%였는데, 1996년에는 23.0%로 나타났다(강윤주, 1997; 길미경, 1999에서 재인용). 이러한 경향은 연령이 어릴수록 식습관이 서구화되는 것과 무관하지 않

은 것으로 보인다.

운동은 심장기능을 강화하여 심박수를 낮추고, 심박출량을 증가시키며, 호흡순환기능을 강화하여 최대산소 소비량을 증가시키기도 한다(김의수 등, 1999). 그리하여 운동은 심질환을 예방하거나 치료하는데 효과적이며, 고혈압인 경우 혈압을 저하시키고, 비만이나 당뇨병의 예방과 치료에도 이용되는 등 규칙적인 운동은 건강에 여러 가지 유익한 효과가 있다는 것이 여러 연구에서 밝혀지고 있다. 또한 규칙적인 운동은 신체적 정신적 건강을 유지 증진시키므로써 삶의 질을 향상하는데에도 기여한다. 그런데 현대인들은 생산시설 및 작업수단의 기계화와 자동화, 교통수단과 통신수단의 발달 등으로 신체적 활동기회가 줄어들어 운동부족현상을 초래하고 있다. 우리나라 15세 이상 인구의 규칙적인 체육활동 실시율은 37.6%로 선진국에 비해 상당히 낮다(문화체육부, 1995).

우리나라 15-24세의 5대 사망원인은 자동차교통사고, 두 개강내 손상, 두개골골절, 자살 및 자상, 익사이며(변종화와 김혜련, 1995), 이들 대부분이 사고와 관련이 되어 있음을 알 수 있다. 따라서 안전과 관련된 건강생활습관이 중요하다고 볼 수 있는데, 이에 대한 실태조사조차 제대로 되어 있지 않을 뿐 아니라 국민건강증진법에서조차도 언급되어 있지 않은 실정이다.

본 연구에서는 건강행위로 흡연, 음주 및 약물남용, 식습관, 운동 및 체육활동, 안전행위와 함께 스트레스 조절 행위를 포함시키고자 한다.

3. 성역할정체감과 건강행위

성(gender)이 건강행위에 영향을 준다는 주장을 지지하는 증거는 많다(Dean, 1989; Kandrack, Grant & Segall, 1991; Kristiansen, 1990; Muhlenkamp & Sayles, 1986; Ratner, Bottorff, Johnson & Hayduk, 1994; Umberson, 1992). 최근 들어서는 남녀라는 이분법적 성 구분이 아닌 성역할정체감과 건강행위와의 관련성을 연구한 논문들이 나오고 있다.

지역사회에 거주하는 노인여성을 대상으로 성역할정체감과 자신이 인식하고 있는 건강상태, 건강행위와 질적인 안녕감의 경험정도를 연구한 결과 여성적 정체감이 가장 많은 것과 유의한 상관관계를 보였고, 양성성 정체감은 자신이 인식한 건강상태와, 남성성 정체감은 건강행위와 정적 상관관계를 보였다(Ruffing-Fahal et

al., 1998).

건강위해행위가 부모 세대에서 청소년 세대로 세대간 전달이 이루어지는지를 본 연구(Wickrama et al., 1999), 아버지의 건강위해생활양식은 남자 청소년의 건강위해생활양식에, 어머니의 건강위해생활양식은 여자 청소년의 건강위해생활양식에 영향을 미치는 것으로 나타났다. 즉 자녀의 건강행위는 같은 성의 부모로부터 영향을 받는다고 할 수 있다.

성역할정체감은 심리적 안녕감과도 관련성이 있었다. Napholz(1994)의 연구에 따르면 미분화형 성역할정체감을 가진 경우 양성성, 여성성, 남성성 정체감을 가진 경우에 비해 우울 수준은 높고, 자아존중감과 생활만족도는 낮았다.

알콜중독에 관한 이론과 연구는 심리적 남성성과 여성성, 자아존중감이 여성의 음주 문제와 관련이 있음을 제시하기도 한다. 알콜중독 여성과 알콜중독이 아닌 여성 집단 간에 남성성, 여성성, 자아존중감 모두 차이가 있었으며, 자아존중감이 낮고, 알콜 중독인 여성은 미분화된 성역할정체감을 갖고 있었고, 자아존중감이 높고, 알콜중독이 아닌 여성은 양성적이거나 남성적 성역할정체감을 갖고 있는 비율이 월등히 높다고 보고된 바 있다(Sorell, Silvia & Busch-Rossnagel, 1993).

이러한 연구들은 성역할정체감이 건강행위와 관련이 있음을 보여주는 것이다.

Ⅲ. 연구방법

1. 연구대상

서울시 관악구에 소재한 1개 종합대학의 1개 교양과목 수강자를 대상으로 하였으며, 1999년 2학기에 구조화된 설문지를 이용하여 자료를 수집하였다. 연구대상자는 254명이었으며, 이들 모두 분석에 이용되었다.

2. 연구도구

1) 성역할정체감

김영희(1994)에 의해 개발된 한국형성역할검사(Korean Sex Role Inventory:KSRI) 가운데 남성성 변인 15문항, 여성성 변인 15문항을 이용하였다. KSRI는 한국인을 대상으로 한국사회에서 인정되고 있는 남성적 특성과 여성적 특성에 해당하는 문항을 1차적으로 추

출하고, 전국 대학생을 대상으로 이들 각각의 문항이 남성적 특성인지, 여성적 특성인지를 판단케하여 남성성, 여성성, 중성성 특성으로 합의한 문항을 2차적으로 추출한 후 이들 문항을 가지고 남녀 중고대학생을 대상으로 하여 최종적인 문항을 선정하고 신뢰도와 타당도 검증을 거친 것이다.

남성성 변인에는 적극성, 활동성, 성취지향성, 독립성, 공격성, 경쟁성, 자기신뢰, 주도력, 통솔력, 지배성, 권위지향성, 야망성 등의 요인들로 구성되어 있으며, 여성성 변인에는 양육성, 순종성, 의존성, 민감성, 동정성, 변덕스러움, 애교심, 질투심, 말이 많음, 쉽게 울음 등으로 구성되어 있다. 이 도구는 7점 Likert scale로 이루어져 있다.

이 도구가 개발된 당시의 신뢰도는 남성성 변인의 경우 Cronbach α .86, 여성성 변인의 경우 Cronbach α .76이었다.

본 연구에서는 남성성 변인은 Cronbach α .97, 여성성 변인은 Cronbach α .95였고, 전체 문항에 대한 Cronbach α 는 .98로 아주 좋은 신뢰도를 보였다(표 1).

2) 건강행위

ODPHP(Office of Disease Prevention and Health Promotion)가 1979년에 설립한 National Health Information Center에서는 Health Style: A Self-Test를 개발하여 무료로 제공하고 있다(Rogers, 1994). 이 도구는 흡연 2문항, 음주 및 약물남용 4문항, 식습관 4문항, 운동 및 체육활동 4문항, 스트레스 조절 5문항, 안전 행위 5문항 등 6개 영역의 건강행위와 관계되는 24문항으로 구성되어 있으며, 이러한 건강행위를 하는가에 대해 항상 그렇다 2점, 가끔 그렇다 1점, 전혀 그렇지 않다 0점으로 평가하도록 되어 있다. 각 영역별로 점수가 높을수록 건강한 행위를 많이 하는 것인데, 9-10점은 아주 양호한 건강행위, 6-8점은 비교적 양호한 건강행위, 3-5점은 다소 위대한 건강행위, 0-2점은 아주 위대한 건강행위를 하는 것으로 해석하는 것으로 구분할 수 있다(김의수 등, 1999).

이 도구의 전체 신뢰도는 Cronbach α 계수가 .77로 양호하였으나 건강행위 영역별로는 Cronbach α .47 - .70이었다. 이는 각 건강행위의 영역별 문항 수가 작은 데서 기인한 것 같다(표 1).

〈표 1〉 성역할정체감 및 건강행위 측정도구의 신뢰도

연구도구	문항수	Cronbach α
성역할정체감	30	0.98
남성성	15	0.97
여성성	15	0.95
건강행위*	24	0.77
음주 및 약물남용	4	0.47
식습관	4	0.70
운동및신체활동	4	0.66
스트레스 조절	5	0.71
안전행위	5	0.48

* 흡연행위에 관한 문항 2개를 합친 것임.

흡연행위와 관계된 2개 문항은 흡연자만 응답하도록 되어 있어 결측치가 많아 영역별 신뢰도 검정에서는 제외하였음.

3) 분석방법

대상자의 일반적 특성에 따른 분포를 파악하기 위해 빈도와 백분율을 산출하였으며, 성별 분포의 동질성을 검정하기 위해 χ^2 -test를 실시하였다. 남성성, 여성성, 건강행위와 건강수준에 대해서는 평균과 표준편차를 산출하였으며, 성별 차이를 검정하기 위해 t-test를 이용하였다.

성역할정체감과 건강행위가 관련이 있는지를 알아보기 위하여 χ^2 -test를 이용하여 성역할정체감 유형에 따라 건강행위수준별 분포에 차이가 있는지를 검정하였다. 성역할정체감이 건강행위와 건강수준을 예측하는데 유의한 변수가 되는지를 알아보기 위하여 회귀분석을 실시하였다.

이 모든 분석은 SAS 6.12 program을 이용하였다.

IV. 연구결과

1. 대상자의 일반적 특성

대상자의 평균연령은 21.79세였다. 대상자의 일반적 특성에 따른 분포는 (표 2)에 제시하였다. 여자가 164명으로 약 80%를 차지하고 있으며, 4학년이 41%로 가장 많고, 경제상태가 중간정도라도 응답한 사람이 80.5%나 되었다. 대도시에서 성장한 경우가 많았고(73.9%), 70%정도가 자기 집에 거주하는 것으로 나타났다. 이러한 특성들 가운데 남녀간 분포가 유의하게 다른 것은 학년과 성장지역으로 남학생의 경우 3,4학년의 비율이 더 많았고, 대도시에서 주로 성장한 사람이 여학생에 비해 많았다.

〈표 2〉 대상자의 일반적 특성에 따른 분포

일반적 특성	N	구분	여학생(N=164)		남학생(N=86)		계		χ ²	p
			빈도	(%)	빈도	(%)	빈도	(%)		
학년	249	1-2학년	56	(34.15)	8	(9.41)	64	(25.70)	19.9 4	0.001
		3학년	53	(32.32)	30	(35.29)	83	(33.33)		
		4학년	55	(33.54)	47	(55.29)	102	(40.96)		
경제상태	231	상	16	(10.53)	8	(10.13)	24	(10.39)	5.43	0.066
		중	127	(83.55)	59	(74.68)	186	(80.52)		
		하	9	(5.92)	12	(15.19)	21	(9.09)		
성장지역	241	대도시	109	(69.43)	69	(82.14)	178	(73.86)	4.58	0.032
		기타 시, 군	48	(30.57)	15	(17.86)	63	(26.14)		
거주형태	250	자가	120	(73.17)	54	(62.79)	174	(69.60)	2.87	0.090
		기타	44	(26.83)	32	(37.21)	76	(30.40)		
비만도 (BMI)*	213	저체중	95	(73.64)	14	(17.07)	110	(51.6)	64.9 9	0.001
		정상	33	(25.58)	63	(76.83)	97	(45.5)		
		과체중	1	(0.78)	5	(6.10)	6	(2.8)		
흡연	242	한다	7	(4.52)	45	(52.94)	52	(21.67)	75.8 4	0.001
		안한다	148	(95.48)	40	(47.06)	188	(78.33)		
음주	254	한다	99	(60.37)	67	(77.91)	166	(66.40)	7.78	0.005
		안한다	65	(39.63)	19	(22.09)	84	(33.60)		

*BMI(Kg/m²): 저체중 <20, 정상 20-25, 과체중 25< BMI ≤30, 비만>30으로 구분함.
본 연구에서 비만인 경우는 없었음.

BMI 20 미만을 기준으로 한 저체중인 경우 51.6%로 상당히 높게 나타났고, 만성질환과 관련이 깊은 과다체중 또는 비만은 단지 2.8%에 불과하였다. 비만도에 대해서는 성별에 따른 차이가 유의하였는데, 남학생은 ⅔이상이 정상체중이라고 보고한데 반해 여학생은 약 ⅓이 저체중에 해당하였다.

흡연자 비율은 남학생이 52.94%, 여학생이 4.52%로 전체 대상자의 21.7%가 흡연을 한다고 하였으며, 66.4%가 음주를 한다고 하였다. 흡연자 비율과 음주자 비율 모두 남학생 비율이 더 높았으며, 남녀 간 차이가 유의하였다.

2. 성역할정체감

〈표 3〉에는 남학생과 여학생의 성역할특성을 비교하여 제시하였다. 남성성 변인과 여성성 변인은 모두 15개

문항, 7점 척도로 1점-105점의 범위를 가질 수 있다. 남학생이 여학생보다 남성성 평균점수가 높았고, 여학생이 여성성 평균점수가 높았으며, 이 둘 모두 통계적으로도 유의하였다(표 3). 남성성의 평균점수 72.53(S.D=11.85)였고, 여성성 지수의 평균값은 68.88(S.D=11.00)이었다. 김영희(1994)는 남성성과 여성성 모두 60%가 되는 점수와 40%가 되는 점수를 기준으로 하여 성역할정체감의 유형을 구분하고, 40-60% 사이에 있는 경우는 성역할정체감 유형을 구분하지 않았는데, 그렇게 하는 경우 결측치가 너무 많아(85명), 본 연구에서는 남성성 여성성 모두 중앙치 분리법(median-split method)을 이용하였다. 남성성의 중앙치는 71.5점이었고, 여성성의 중앙치는 68.5점이었다. 이 점수를 기준으로 성역할정체감 유형을 구분하고, 그 분포를 살펴보았다(표 4). 여학생의 경우에는 양성성과 여성성 성역할정체감을 가진 경우가 각각 34.00, 28.67%를 차지하였

〈표 3〉 성별 남성성 및 여성성 정도 비교

성역할 특성	여학생(N=150)		남학생(N=79)		계(N=229)		t	p
	평균	표준편차	평균	표준편차	평균	표준편차		
남성성	68.64	12.39	77.51	11.85	72.53	11.85	5.21	0.0001
여성성	70.95	11.70	63.57	11.00	68.88	11.00	4.67	0.0000

〈표 4〉 대상자의 성역할정체감 유형에 따른 분포

성역할정체감 유형 구분	여학생		남학생		계	
	빈도	(%)	빈도	(%)	빈도	(%)
양성성	51	(34.00)	18	(22.78)	71	(30.13)
여성성	43	(28.67)	4	(5.06)	47	(20.52)
남성성	18	(12.00)	33	(41.77)	51	(22.27)
미분화형	38	(25.33)	24	(30.38)	64	(27.07)
계	150	(65.50)	79	(34.50)	233	(100.00)

$\chi^2 : 37.28, p < 0.001$

고, 남성성 성역할정체감을 가진 경우도 12%나 되었다. 반면 남학생은 남성성과 미분화형 성역할 정체감을 가진 경우가 각각 41.77%, 30.38%로 상대적으로 많았으며, 여성성 성역할정체감을 가진 경우는 5.06%였다.

3. 건강행위 및 건강수준

성별 건강행위의 정도를 비교한 결과는 (표 5)에 제시된 바와 같다. 6개의 건강행위 영역에 대해 각각 0-8 점 혹은 0-10점 사이의 점수를 갖게 된다. 음주 및 약물남용에 대해서는 남학생이 더 건강하지 않은 생활양식을 보였고, 그 차이가 유의하였다. 반면 운동 및 체육활동

영역에서는 여학생이 더 건강하지 않은 생활양식을 갖고 있는 것으로 나타났고, 역시 유의하였다. 그런데 식습관, 스트레스 조절, 안전 행동 등에 있어서는 성별 차이가 없었다.

건강수준은 자기 나이의 다른 사람에 비해 자신의 건강이 어떻다고 생각하는지를 물었으며, 아주 건강하지 못하다 1점-매우 건강하다 5점까지 Likert scale을 이용하였다. 그 결과 남학생이 여학생보다 건강수준이 높았으며 유의한 차이였다(표 5).

전체적으로 운동과 체육활동 영역의 건강행위생활양식 점수가 가장 낮았고, 식습관도 낮은 점수를 보였다.

이러한 건강행위 생활습관 점수를 김의수 등(1999)이

〈표 5〉 성별 건강행위 정도 비교

건강행위 및 건강	Range	여학생(N=164)		남학생(N=86)		t	p
		평균	표준편차	평균	표준편차		
흡연*	0-10	9.58	1.94	5.07	4.74	8.39	0.0001
음주 및 약물남용	0-8	6.04	1.74	4.99	1.77	4.52	0.0001
식사습관	0-8	3.55	1.90	3.24	1.95	1.19	0.2341
운동과 체육활동	0-8	2.65	1.77	3.71	2.13	3.93	0.0001
스트레스 조절	0-10	6.19	1.98	6.29	2.01	1.06	0.2891
안전행동	0-10	6.12	1.78	6.29	2.04	0.67	0.4990
건강수준	1-5	3.26	0.78	3.53	0.77	2.56	0.0106

* 흡연의 경우 남학생은 85명, 여학생은 155명임

〈표 6〉 대상자의 건강행위의 수준별 분포(N=254)

	매우 양호한 생활양식		양호한 생활양식		다소 위대한 생활양식		매우 위대한 생활양식	
	빈도	(%)	빈도	(%)	빈도	(%)	빈도	(%)
흡연	190	(74.80)	-	-	4	(1.57)	60	(23.62)
음주 및 약물남용	-	-	144	(56.69)	99	(38.98)	11	(4.33)
식사습관	-	-	34	(13.39)	132	(51.97)	88	(34.65)
운동과 체육활동	-	-	27	(10.63)	109	(42.91)	118	(46.46)
스트레스 조절	38	(14.96)	125	(49.21)	82	(32.28)	9	(3.54)
안전행동	116	(45.67)	108	(42.52)	25	(9.84)	5	(1.97)

제시한 기준에 따라 집단을 구분하여 그 분포를 살펴 보았다(표 6).

운동과 체육활동 영역은 대상자의 약 46.5%가 매우 위대한 생활습관을 가지고 있고, 식습관의 경우에는 대상자의 약 34.7%가, 흡연은 23.6%가, 음주와 약물남용은 4.3%가 매우 위대한 생활습관을 가지고 있는 것으로 나타났다. 특히 운동과 체육활동의 경우 약 89%가 위대한 생활양식을 가지고 있었고, 식습관의 경우에도 87%가 위대한 생활양식을 가진 집단에 속해 있었다.

건강행위 생활양식이 매우 양호하거나 양호한 집단은 '양호한 집단'으로 구분하고 매우 위해하거나 위대한 집단을 '위대한 집단'으로 재분류하여 성별 분포를 살펴 보았다(표 7).

흡연에 대해서 남자는 53.5%가 위대한 생활양식을 가지고 있는 반면, 여성은 단지 9.8%만 위대한 생활양식을 가지고 있다(p<.001). 이는 여성의 흡연율이 상대적으로 훨씬 낮기 때문에 나타난 현상이다.

음주 및 약물남용에 있어서도 남학생(57%)이 여학생(36%)보다 위대한 생활양식을 가지고 있는 비율이 유의하게 높다.

식습관에 있어서는 남녀 모두 85% 이상이 위대한 생

활양식을 가지고 있는 것으로 나타나고 있으며, 남녀간의 차이는 유의하지 않다.

운동 및 체육활동에 관하여는 여학생의 95%, 남학생은 80%로 남녀 모두 상당히 높은 비율이 운동 및 체육활동에 참여하지 않는 것으로 나타났는데 그 정도는 여학생의 경우에 더 심각하였다.

스트레스 조절과 안전에서는 비교적 많은 비율이 양호한 집단으로 구분되었고, 남녀 간 차이도 유의하지 않았다.

자신이 인식하고 있는 건강수준에 대해서는 남학생이 여학생이 비해 건강하다고 생각하는 비율이 더 높게 나타나긴 했으나 그 분포가 유의한 차이를 보이지는 않았다(표 7).

4. 성역할정체감과 건강행위

성역할 정체감 유형에 따라 건강행위 수준별 분포를 살펴 보도록 하겠다(표 8참조).

흡연의 경우에는 여성성 성역할정체감을 가진 집단에서 건강행위 생활양식이 양호한 경우의 비율이 월등히 높게 나타났고, 남성성 성역할정체감을 가진 집단에서는 그 비율이 가장 적었다.

〈표 7〉 성별 건강행위별 분포

건강행위	집단구분	여학생		남학생		계		χ^2	p
		빈도	(%)	빈도	(%)	빈도	(%)		
흡연	양호	148	(90.24)	40	(46.51)	188	(75.20)	57.85	0.001
	위해	16	(9.76)	46	(53.49)	62	(24.80)		
음주 및 약물남용	양호	105	(64.02)	37	(43.02)	142	(56.80)	10.14	0.001
	위해	59	(35.98)	49	(56.98)	108	(43.20)		
식습관	양호	24	(14.63)	10	(11.63)	34	(13.60)	0.43	0.510
	위해	140	(85.37)	76	(88.37)	216	(86.40)		
운동 및 체육활동	양호	9	(5.49)	17	(19.77)	26	(10.40)	12.35	0.001
	위해	155	(94.51)	69	(80.23)	224	(89.60)		
스트레스 조절	양호	103	(62.80)	58	(67.44)	161	(64.40)	0.53	0.467
	위해	61	(37.20)	28	(32.56)	89	(35.60)		
안전	양호	113	(68.90)	55	(63.95)	168	(67.20)	0.63	0.429
	위해	51	(31.10)	31	(36.05)	82	(32.80)		
건강수준	건강	61	(37.20)	41	(48.24)	102	(40.96)	5.07	0.08
	보통	80	(48.78)	39	(45.88)	119	(47.79)		
	불건강	23	(14.02)	5	(5.88)	28	(11.24)		
계		164	(65.60)	86*	(34.40)	250	(100.00)		

*건강수준의 경우는 소계가 85명임

〈표 8〉 대상자의 성역할정체감에 따른 건강행위별 분포

건강행위	집단 구분	양성성		여성성		남성성		미분화형		계		χ^2 (p)
		빈도	(%)	빈도	(%)	빈도	(%)	빈도	(%)	빈도	(%)	
흡연	양호	52	(78.79)	49	(94.23)	25	(53.19)	46	(68.66)	172	(74.14)	23.50 (0.001)
	위해	14	(21.21)	3	(5.77)	22	(46.81)	21	(31.34)	60	(25.86)	
음주 및 약물남용	양호	45	(68.18)	34	(65.38)	22	(46.81)	35	(52.24)	136	(58.62)	7.30 (0.06)
	위해	21	(31.82)	18	(34.62)	25	(53.19)	32	(47.76)	96	(41.38)	
식습관	양호	13	(19.70)	2	(3.85)	8	(17.02)	7	(10.45)	30	(12.93)	7.56 (0.05)
	위해	53	(80.30)	50	(96.15)	39	(82.98)	60	(89.55)	202	(87.07)	
운동 및 신체활동	양호	9	(13.64)	0	(0.00)	10	(21.28)	5	(7.46)	24	(10.34)	13.43 (0.004)
	위해	57	(86.36)	52	(100.00)	37	(78.72)	62	(92.54)	208	(89.66)	
스트레스 조절	양호	53	(80.30)	29	(55.77)	37	(78.72)	32	(47.76)	151	(65.09)	21.41 (0.001)
	위해	13	(19.70)	23	(44.23)	10	(21.28)	35	(52.24)	81	(34.91)	
안전	양호	43	(65.15)	40	(76.92)	34	(72.34)	40	(59.70)	157	(67.67)	4.64 (0.20)
	위해	23	(34.85)	12	(23.08)	13	(27.66)	27	(40.30)	75	(32.33)	
건강수준*	건강	29	(44.62)	16	(30.77)	29	(63.04)	25	(37.31)	99	(43.05)	17.39 0.008
	보통	27	(41.54)	26	(50.00)	16	(34.78)	37	(55.22)	106	(46.09)	
	불건강	9	(13.85)	10	(19.23)	1	(2.17)	5	(7.46)	25	(10.87)	
계		66	(28.45)	52	(22.41)	47	(20.26)	67	(28.88)	232	100.00	

* total N=230임.

음주 및 약물남용에 대해서는 무엇보다도 양성성 성역할정체감을 보인 집단에서 양호한 생활양식을 실천하고 있는 사람의 비율이 가장 높았고, 남성성 성역할정체감을 보인 사람은 오히려 음주 및 약물남용에 대해 위해한 생활양식을 가진 비율이 높았다.

식습관은 양성성 성역할정체감을 가진 경우에 양호한 생활양식을 보여준 경우가 가장 많았다.

양호한 운동 및 신체활동은 남성성을 가진 경우에 가장 높은 비율을 보이고 있고, 반면에 여성성과 미분화형은 특히 더 운동과 체육활동이 부족한 것으로 드러났다.

양성성과 남성성 성역할정체감을 가진 경우에 스트레스 조절이 양호한 집단의 비율이 높았고, 상대적으로 미분화형과 여성성을 가진 집단은 스트레스 조절에 있어서 위해한 생활양식을 가지고 있었다.

안전의 경우에는 여성성 성역할정체감에서 이 영역의 건강행위생활양식이 양호한 집단의 비율이 유의하게 높았다.

건강수준은 남성성인 경우에 건강하다고 응답한 비율이 가장 높고, 다음은 양성성, 미분화형으로 나타났으며, 여성성인 경우에는 건강하지 않다고 응답한 비율이 다른 집단에 비해 더 높았다. 성역할정체감 유형에 따른 건강행위수준별 분포는 안전행위를 제외하고 모두 통계적으

로 유의한 차이가 있었다.

이상의 결과를 통해 건강한 생활양식에 관련이 깊은 성역할정체감 유형을 살펴보면, 양성성은 음주 및 약물남용, 식습관, 스트레스 조절, 안전행위 등과 관계가 깊고, 여성성은 흡연과 음주, 안전행위와 관계가 있으며, 남성성은 운동 및 신체활동, 스트레스 조절 등과 관계가 깊다. 반면 미분화형은 6개 영역 모두의 건강행위에서 위해한 생활양식과 관련이 있는 것으로 보여진다.

5. 건강행위 및 건강수준의 관련 요인

성, 학년, 경제상태, 여성성, 남성성, 성장지역, 거주형태 등과 같은 일반적 특성을 독립변수로 하고 각각의 건강행위를 종속변수로 하여 단계적 회귀분석을 실시하였다. 유의수준 .15에서 선택된 변수들만 독립변수로 취하여 다중회귀분석을 실시하였으며 그 결과는 (표 9) - (표 11)에 제시된 것과 같다.

흡연과 음주에 대해서는 생물학적 성만이 유의한 예측인자였으며, 이 하나의 변수만으로도 흡연의 경우에는 31.14%를, 음주의 경우에는 7.63%를 설명하는 것으로 나타났다(표 9).

식습관은 생물학적 성과 남성성이 유의하였는데, 생물학적 성과는 남성성이 예측력이 더 강함을 보여주고 있다. 이들 변수에 의한 설명력은 7.05%로 유의한 수준이었다(표 9).

운동 및 체육활동은 성과 함께 남성성과 경제상태가 유의한 예측인자였다. 식습관에서와 마찬가지로 생물학적 성과는 남성성의 예측력이 더 크게 나타났고, 남성성 지수가 높을수록 운동 및 체육활동에서 더 건강한 생활양식을 보여주었다. 여성성이 강할수록 운동 및 체육활동은 더 건강하지 않지만 그 효과가 유의한 것은 아니었다. 이들 변수에 의한 설명력은 14.92%로 유의하였다(표 10).

스트레스 조절에 대해서는 남성성만이 유의하게 이 변수를 예측하고 있었다. 이 하나의 변수에 의한 설명력은 10.47%였다(표 10).

독립변수 가운데 어느 것도 안전을 유의하게 예측하지 못하였다(표 10).

6개의 건강행위 점수를 모두 합한 전체 건강행위에 대해서는 생물학적 성과 거주형태, 남성성 등이 단계별 회귀분석에서 선택되었고, 이들 변수를 가지고 다시 회귀분석을 하였을 때, 생물학적 성과 남성성만이 건강행위에 대해 유의한 예측변수로 나타났다. 여자가 남자보다 건강행위를 더 많이 하고, 남성성 점수가 높을수록 건강행위 수준이 더 나은 것으로 해석할 수 있으며, 이들이 전체 건강행위를 설명하는 정도는 16.18%였다(표 11).

일반적 특성과 함께 각각의 건강행위를 독립변수로 삼고, 건강수준을 종속변수로 하여 단계적 회귀분석에 의해 유의한 변수를 선택한 결과 스트레스 조절, 여성성, 남성성, 경제수준, 학년이 추출되었으며, 이 변수들만을 독립변수로 하여 회귀분석을 하여 결과를 제시하였다(표11). 여성성이 가장 유의한 변수였으며 여성성 점수가 높을수록 자신의 건강을 더 좋지 않다고 생각한다는 결과가 나왔다. 그 다음으로는 스트레스 조절 건강행위가 유의한 변수였고, 남성성 지수가 높을수록 자신이 더 건강하다고 인식하

<표 9> 흡연, 음주 및 약물남용, 식습관에 대한 회귀분석

독립변수	흡연행위			음주 및 약물남용			식습관		
	B	β	t	B	β	t	B	β	t
성	4.51	0.56	10.374***	1.05	0.28	4.525***	0.64	0.16	2.279*
학년	-	-	-	-	-	-	-	-	-
경제상태	-	-	-	-	-	-	-	-	-
성장지역	-	-	-	-	-	-	0.41	0.09	1.412
거주형태	-	-	-	-	-	-	-	-	-
남성성	-	-	-	-	-	-	0.04	0.25	3.673***
여성성	-	-	-	-	-	-	-	-	-
F, R ²	107.62***, 0.3114			20.47***, 0.0763			5.51**, 0.0705		

+p<0.1, *p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001

<표 10> 운동 및 체육활동, 스트레스 조절에 대한 회귀분석

독립변수	운동 및 체육활동			스트레스 조절		
	B	β	t	B	β	t
성	-0.70	-0.17	-2.318*	-	-	-
학년	-	-	-	-	-	-
경제상태	-0.55	-0.12	-1.845+	-	-	-
성장지역	-	-	-	-	-	-
거주형태	-	-	-	-	-	-
남성성	0.04	0.27	3.643***	0.05	0.33	5.198***
여성성	-0.02	-0.12	-1.594	-	-	-
F, R ²	9.01***, 0.1492			27.02***, 0.1047		

+p<0.1, *p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001

〈표 11〉 건강행위와 건강수준에 대한 회귀분석

독립변수	전체 건강행위			건강수준		
	B	β	t	B	β	t
성	6.07	0.42	6.202***	-	-	-
학년	-	-	-	0.08	0.09	1.334
경제상태	-	-	-	0.14	0.08	1.162
성장지역	-	-	-	-	-	-
거주형태	1.40	0.09	1.354	-	-	-
남성성	0.11	0.21	3.099**	0.01	0.13	1.744+
여성성	-	-	-	-0.01	-0.21	-2.930***
흡연	-	-	-	-	-	-
음주 및 약물남용	-	-	-	-	-	-
식습관	-	-	-	-	-	-
운동 및 체육활동	-	-	-	-	-	-
스트레스 조절	-	-	-	0.07	0.19	2.600**
안전	-	-	-	-	-	-
F, R ²	13.386***, 0.1618			5.04***, 0.1104		

+p<0.1, *p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001

였는데, 통계적으로는 유의하지 않았다(p< 0.1).

V. 논 의

1. 성역할 정체감

본 연구의 대상자들은 1996년 2학기에 같은 대학 학생들을 대상으로 성역할정체감의 유형을 조사한 것과 다른 결과를 보였다(박영숙, 김영임과 박연환, 1998). 1996년의 조사결과와 비교한 결과는 (표 12)와 같다.

〈표 12〉 성역할정체감 유형별 분포의 비교

정체감	여자		남자	
	1996년*	1999년	1996년*	1999년
유형구분	빈도 %	빈도 (%)	빈도 (%)	빈도 (%)
양성성	37 (29.6)	46 (30.87)	42 (35.3)	18 (22.78)
여성성	24 (19.2)	48 (32.21)	22 (18.5)	4 (5.06)
남성성	18 (14.4)	17 (11.41)	30 (25.2)	30 (37.97)
미분화형	46 (36.8)	38 (25.50)	25 (21.0)	27 (34.18)
계	125 (100.0)	149 (100.0)	119 (100.0)	79 (100.0)

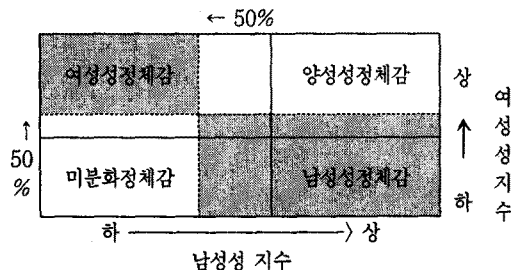
*박영숙등(1997)의 연구에서 대학생 자료만 취함. Bem의 Sex Role Inventory이용함.

1996년도에는 남학생의 경우 양성성이 35.3%로 많고, 다음으로는 여성성 성역할정체감을 가진 비율이 18.5%였는데, 본 조사에서는 남성성 성역할 정체감을 가진 경우가 37.97%로 가장 많았고, 여성성 성역할정체감을 가진 경우는 5.06%에 지나지 않았다.

반면 여학생은 1996년도 조사에서는 미분화형이 36.8%로 가장 많았었는데, 본 조사에서는 미분화형보다 양성성과 여성성 성역할정체감을 가진 경우가 더욱 많았다.

이러한 결과는 남성의 경우 여성적 특성은 더 감소하고, 남성적 특성이 강화된 반면, 여성의 경우에는 남성성 특성과 여성적 특성 모두 증가한 것으로 해석할 수 있고, 사용한 도구의 차이일 수도 있으며, 시간의 흐름에 따른 변화를 반영한 것일 수도 있겠으나, 가장 큰 원인은 본 연구의 대상자가 여성이 비율이 더욱 많아서 이러한 결과가 나왔을 가능성이 높다. 도구가 개발될 당시 남자는 여자에 비해 남성성 변인의 평균점수가 높고, 여성성 평균점수는 낮았으며(김영희, 1994), 본 연구에서도 같은 결과를 보였다. 연구대상자 가운데 여자의 비율이 많아지면 상대적으로 남성성 변인의 기준점은 낮아지고 여성성 변인의 기준점은 상승하게 될 것이다. 이러한 현상이 성역할정체감 유형 구분에 미치게 될 효과는 (그림 1)에 나타난 것과 같다.

〈그림 1〉 남자의 비율이 적은 경우 대상자의 성역할정체감 유형에 미치는 효과



그림에서 보는 것처럼 남성성 정체감 부분이 더 커지고 여성성 정체감은 작아지게 되는데, 이러한 효과는 남학생의 경우에 잘 맞아 떨어지고 있다(표 12). 그런데 여학생의 경우에는 기대했던 것과는 다르게 나타났다. 즉 남성성정체감의 증가효과는 거의 없었고, 여성성 정체감을 가진 경우는 오히려 더 증가하였다. 이러한 결과는 여학생비율이 높은 데에 그 원인이 있지 않고 다른 원인에 의한 결과일 가능성이 높다. 김영희(1994)의 연구에서 남성성 변인 중앙값은 70.35였고, 여성성 변인의 중앙값은 65.94였다. 본 연구에서는 남성성 변인 중앙값이 71.5이고 여성성 변인 중앙값은 68.5였으므로, 여성성 변인의 중앙값이 상승한 것은 분명한데, 남성성 변인은 낮아지기 보다는 오히려 약간 증가한 양상을 보이고 있다. 이러한 결과는 성역할에 대한 사회문화적 변화를 반영할 것일 수 있다고 본다. 남녀 평등이 점차 확산되면서 여자에게도 남성적인 특성으로 인정되는 성향을 갖도록 고무하는 분위기이다. 따라서 남성성 변인의 증가가 있을 것으로 생각된다.

성역할정체감의 유형별 분포를 단순비교하기는 어렵다. 왜냐하면 남성성과 여성성의 분리 기준을 조사대상자의 중앙값으로 하기 때문에 조사대상자에 따라서 항상 달라지게 된다. 연구마다 상이한 기준값을 취하기 때문에 단순비교가 곤란하다는 것이다. 성역할정체감의 유형별 분포가 시간이 흐름에 따라 변화할 것으로 기대되는데, 분포만 가지고서는 이의 변화를 해석하기가 어렵다. 이 도구에 대해서 이러한 단점을 극복할 방안을 마련하도록 해야 할 것이고, 성역할유형 변화에 대한 탐색연구가 필요하다고 생각한다.

2. 건강행위

건강행위의 측정도구는 전체 문항에 대한 신뢰도는 양호한 편이나 각 행위별 신뢰도는 낮은 편이었다. 생활습관은 사회문화마다 상당히 다르므로 우리의 현실을 고려하여 우리나라에 적합한 도구를 개발하는 것이 필요하겠다.

각각의 건강행위에 대한 결과를 보면 먼저, 우리나라 20-29세 흡연율은 35.2%이며, 남자는 69.7%, 여자는 5.0%인데 비해(남정자 등, 1995). 본 연구에서는 남학생이 52.94%, 여학생은 4.52%로 약간 낮았다. 평균흡연시작 연령이 남자는 22.3세, 여자는 30.1세인 것을 고려하면(남정자 등, 1995), 대학시절에 흡연을 시작하는 경우가 많다고 볼 수 있다. 흡연은 습관성이므로 흡

연을 했다가 다시 끊기에는 많은 노력이 요구된다. 따라서 이 시기에 흡연을 시작조차 하지 않도록 하는 방안이 강구될 필요가 있다.

지방 과다 섭취, 칼로리 과잉 섭취, 섬유소 섭취 부족, 염분 과다 섭취 등은 심장병, 암, 뇌졸중, 당뇨병, 위장질환 등 각종 만성질환을 유발시키는 원인이 되는데(변종화와 김혜련, 1995). 미국에서는 지방과 고도로 정제된 탄수화물의 과다섭취가 문제이다(김의수 등, 1999). 반면 우리나라의 경우, 평균적인 영양소 섭취량은 권장량과 비교하여 부족하지 않으나 칼슘과 비타민 A의 섭취량이 부족하여 노후의 골다공증 증가를 가져올 가능성이 있다. 건강과 관련된 중요한 지표로 지방의 에너지의 구성비는 1993년 18.2%로 서구 국가에 비해 현저히 낮은 상태여서 현재로서는 특별히 문제될 것은 없다.

미국의 비만기준은 BMI 30이상으로 하고 있는데, 우리나라는 BMI 30초과인 인구비율은 극히 극히 적으며(변종화와 김혜련, 1995), 본 연구에서도 BMI 30 초과는 단 한 명도 없었다. 기존 연구들의 비만 기준은 일정하지 않으나 대개는 BMI 25이상으로 하고 있어 기존의 연구에서 '비만'으로 표시한 내용은 '체중과다'로 보아야 한다. 우리나라 체중과다율은 남자는 16.7%, 여자는 11.0%로 나타난데 비해(남정자와 최정수, 1995), 본 연구에서는 체중과다율은 불과 2.8%였고, 오히려 저체중은 51.6%로 상당히 높았다. 이는 직접 신체 계측을 하지 않고 자가보고식으로 기입하도록 하였기 때문일 것으로 사료된다. 왜냐하면, 문화적으로 날씬한 몸매를 선호하는 까닭에 실제 체중 보다 적게 적었을 가능성이 크기 때문이다. 그렇다 하더라도 저체중이 절반 이상이므로 이에 대한 원인규명이 필요하고 올바른 영양지도가 절실히 요구된다고 본다.

비록 본 연구에서 식습관과 관련된 건강행위가 위대한 집단의 구성비율이 86.4%로 매우 높게 나타났지만, 우리나라는 도구를 개발한 미국과 상당히 다른 음식문화를 가지고 있다는 점을 고려하여 보면, 액면 그대로 해석하기에는 무리가 있을 것으로 보인다. 우리나라의 식습관 및 영양과 관련하여 가장 큰 문제가 무엇인지, 그 문제가 건강에 어떤 영향을 미치는지 우선 파악하고, 이를 고려하여 우리나라의 상황에 맞는 도구개발이 필요할 것으로 본다.

본 연구에서 음주자의 비율은 66.4%였다. 1995년 국민건강 및 보건위생행태조사(남정자 외, 1995)에서 20-29세의 음주자 비율이 39.3%였던 것과 비교하면

상당히 높은 수치이다. 특히 여성음주자의 비율은 60.37%로, 한국인 여성의 음주 인구 비율이 45%인 것과 비교하면(김의수 등, 1999; 보건통계연감, 1995에서 재인용), 상당히 높은 수치이다. 광영복과 김정순(1997)의 연구에서는 일부여대생의 음주자 비율은 85.6%로 더욱 높게 나타났다. 우리나라 여성음주자들은 급속도로 증가하고 있는 추세이고, 여성의 음주는 남성들 보다 술로 인한 간과피 속도가 무척 빠르며, 임신 기간 동안의 음주는 유산, 사산, 미숙아, 기형아, 정신박약아 등을 초래하는 태아성 알콜증후군을 일으킬 수 있다(광정옥과 김영복, 1997; 송진용, 1993에서 재인용). 따라서 여성 음주자의 비율이 높다는 것은 그냥 지나칠 수 없는 문제이고, 음주와 관련하여 올바른 생활습관을 가질 수 있도록 조속한 대책이 마련되어야 하겠다.

남자의 84.7%, 여자의 81.1%가 가장 중요하다고 생각하는 건강증진방법으로 규칙적인 운동을 꼽고 있음에도 불구하고(강재현과 선우성, 1996), 본 연구에 참여한 대상자들은 운동생활습관이 위한 집단에 속한 비율이 대단히 높았다(89.60%). 특히 여자인 경우 운동생활습관이 위한 경우는 95%에 달하였다. 이러한 결과는 대학생들이 운동생활습관을 형성할 수 있도록 운동프로그램을 개발 보급하고 활성화하는 것이 시급한 과제를 말해주고 있다.

스트레스는 조절에 대해서는 64%가 양호한 건강행위 집단에 속해 있었고, 다른 것에 비해서는 평균점수가 높은 편이었다. 그리고, 다른 건강행위가 모두 건강수준을 예측하는데 유의하지 않았으나 스트레스 조절과 관련된 건강행위만이 건강수준을 예측하는데 유의한 변수였다. 건강행위는 장기적으로 개인의 건강에 영향을 미치게 되므로 횡단적인 자료만 가지고 건강행위와 건강수준과의 관련성을 논하기에는 한계가 있다. 그러나 스트레스는 장기적 효과 뿐 아니라 단기적으로도 개인의 심리적, 신체적 건강에 영향을 주므로 횡단적 자료를 이용한 본 연구에서 유의한 결과가 나온 것으로 생각된다.

3. 성역할정체감과 건강행위

본 연구에서 성역할정체감이 건강행위와 관련성이 있는 것으로 드러났다. 건강행위마다 관련이 깊은 성역할 정체감이 다르게 나타났는데 양성성 정체감을 가진 경우에는 양호한 건강행위와 연관되고, 미분화된 성역할정체

감을 가진 경우에는 위대한 건강행위와 연관성이 있는 것으로 나타났다. 여성성과 남성성은 각기 다른 결과를 보여주는데, 여성성 정체감은 흡연, 음주, 안전행위의 양호함과, 남성성 정체감은 운동, 스트레스 조절의 양호함과 연관된다.

특히 건강행위와의 관련성은 남성성 지수와 관계가 깊은 것 같다. 회귀분석 결과에서 흡연과 음주는 생물학적 성이 유의한 예측인자였지만 안전을 제외한 다른 건강행위들은 모두 남성성 지수가 유의한 예측인자가 되었다. 즉 남성적 특성이라고 언급했던 적극성, 활동성, 공격성, 경쟁성, 주도력, 통솔력, 야망성, 권위지향성 등은 개인의 의지와 자발적 참여가 중요한 건강행위와 더욱 큰 관련성을 맺는다고 할 수 있다.

인구학적 특성 가운데 성이 예방적 건강행위를 가장 잘 예측한다는 주장이 있는데(Pender, 1987), 생물학적 성이 인지적·자율적 요인에 영향을 주어 건강증진행위에 간접적인 영향을 준다면, 성역할정체감이 인지적·자율적 요인과 더 밀접한 관계가 있을 것이고, 생물학적 성보다 성역할 정체감을 고려하면 건강증진행위를 더 잘 설명해 낼 수도 있을 것이다. Spilman(1988)은 사회화에 기초한 성(gender)은 사람들이 건강문제를 어떻게 인식하고 반응하는가에 심오한 영향을 미친다고 주장하였다.

이러한 연구결과는 건강행위의 변화를 목적으로 하는 건강증진 프로그램 등을 개발할 때 생물학적 성 뿐 아니라 성역할정체감의 고려도 필요함으로 말해주는 것이다.

VI. 요약 및 결론

1. 요약 및 결론

본 연구는 성역할정체감과 건강행위와의 관련성을 알아보기 위하여 서울시 관악구에 소재한 1개 종합대학의 1개 교양과목 수강자 254명을 대상으로 1999년 2학기에 구조화된 설문지를 이용하여 자료를 수집하였다. 연구에 이용한 도구는 김영희(1994)에 의해 개발된 한국형성역할검사(Korean Sex Role Inventory:KSRI) 가운데 남성성 변인 15문항, 여성성 변인 15문항과 ODPHP National Health Information Center가 제공하는 Health Style: A Self-Test를 이용하였다. 한국형성역할검사의 남성성 변인은 Cronbach α .97, 여성성 변인은 Cronbach α .95였고, 전체 문항에 대한 Cronbach α 는 .98로 아주 좋은 신뢰도를 보였으며,

건강행위의 신뢰도는 Cronbach α .77이었다.

SAS 6.12를 이용하여 빈도와 백분율, t-test, χ^2 test 및 회귀분석을 이용하였다. 주요 연구 결과는 다음과 같다.

대상자의 평균연령은 21.79세였으며, 여자가 164명으로 약 %를 차지하였고, 4학년이 41%로 가장 많았으며, 경제상태가 중간정도라도 응답한 사람이 80.5%였다. BMI 20 미만을 기준으로 한 저체중인 경우 51.6%로 상당히 높게 나타났고, 과다체중 또는 비만은 단지 2.8%에 불과하였다. 흡연자 비율은 남학생이 52.94%, 여학생이 4.52%였고, 전체 대상자 중 66.4%가 음주를 한다고 하였다.

남성성과 여성성 지수의 평균값은 남녀 집단간에 유의한 차이가 있었다. 남성성과 여성성의 중앙치를 기준으로 성역할정체감유형을 구분한 결과 여학생의 경우에는 양성성과 여성성 성역할정체감을 가진 경우가 각각 34.00, 28.67%를 차지하였고, 남성성 성역할정체감을 가진 경우도 12%나 되었다. 반면 남학생은 남성성과 미분화형 성역할 정체감을 가진 경우가 각각 41.77%, 30.38%로 상대적으로 많았으며, 여성성 성역할정체감을 가진 경우는 5.06%였다.

성별 건강행위의 정도를 비교한 결과, 음주 및 약물남용에 대해서는 남학생이 더 건강하지 않은 생활양식을 보였고, 운동 및 체육활동 영역에서는 여학생이 더 건강하지 않은 생활양식을 갖고 있는 것으로 나타났다. 그런데 식습관, 스트레스 조절, 안전 행동 등에 있어서는 성별 차이가 없었다. 전체적으로 운동과 체육활동 영역의 건강행위생활양식 점수가 가장 낮았고, 식습관도 낮은 점수를 보였다. 운동과 체육활동 영역은 대상자의 약 89%가 건강에 위한 생활습관을 가지고 있고, 식습관의 경우에는 대상자의 약 86%가 건강에 위한 생활양식을 가진 집단으로 구분되었다. 그 다음으로는 음주와 약물남용이 45%로 문제의 크기가 컸으며, 스트레스 조절 영역에서는 약 35%, 흡연에서는 약 25%, 안전행동에서는 약 11%만이 건강에 위한 생활양식을 가지고 있었다. 특히 운동과 체육활동의 경우 약 절반정도가 매우 위대한 생활양식을 가지고 있음을 알 수 있었다.

성역할 정체감 유형에 따라 건강행위 수준별 분포를 살펴본 결과, 흡연의 경우에는 여성성 성역할정체감을 가진 집단에서 건강행위 생활양식이 양호한 경우의 비율이 월등히 높게 나타났고, 음주 및 약물남용에 대해서는

무엇보다도 양성성 성역할정체감을 보인 집단에서 양호한 생활양식을 실천하고 있는 사람의 비율이 가장 높았으며, 남성성 성역할정체감을 보인 사람은 오히려 음주 및 약물남용에 대해 위대한 생활양식을 가진 비율이 높았다.

식습관은 양성성 성역할정체감을 가진 경우에, 운동 및 신체활동은 남성성을 가진 경우에 양호한 건강행위를 하는 비율이 높았다. 양성성과 남성성 성향인 경우에 스트레스 조절이 양호한 집단의 비율이 높았고, 안전의 경우에는 여성성 성역할정체감에서 이 영역의 건강행위생활양식이 양호한 집단의 비율이 유의하게 높았다. 미분화형은 6개 영역 모두의 건강행위에서 위대한 생활양식과 관련이 있는 것으로 보여진다.

성, 학년, 경제상태, 여성성, 남성성, 성장지역, 거주형태 등과 같은 일반적 특성을 독립변수로 하고 각각의 건강행위를 종속변수로 하여 단계적 회귀분석을 실시하고, 그 결과 유의수준 .15에서 선택된 변수들만 독립변수로 취하여 다중회귀분석을 실시하였다. 흡연과 음주에 대해서는 생물학적 성만이 유의한 예측인자였으며, 식습관은 생물학적 성과 남성성이 유의하였는데, 생물학적 성보다는 남성성이 예측력이 더 강함을 보여주고 있다. 운동 및 체육활동은 성과 함께 남성성과 경제상태가 유의한 예측인자였다. 스트레스 조절에 대해서는 남성성만이 유의하게 이 변수를 예측하고 있었다. 독립변수 가운데 어느 것도 안전을 유의하게 예측하지 못하였다. 6개의 건강행위 점수를 모두 합한 전체 건강행위에 대해서는 생물학적 성과 거주형태, 남성성 등이 단계별 회귀분석에서 선택되었고, 이들 변수를 가지고 다시 회귀분석을 하였을 때, 생물학적 성과 남성성만이 건강행위에 대해 유의한 예측변수로 나타났다. 여자가 남자보다 건강행위를 더 많이 하고, 남성성 점수가 높을수록 건강행위 수준이 더 나은 것으로 해석할 수 있다.

본 연구에서 생물학적 성보다 성역할정체감이 건강행위와 더 관련성이 있는 것으로 드러났다. 특히 건강행위와의 관련성은 남성성 지수와 관계가 깊은 것 같다. 즉 남성적 특성이라고 언급했던 적극성, 활동성, 공격성, 경쟁성, 주도력, 통솔력, 야망성, 권위지향성 등은 개인의 의지와 자발적 참여가 중요한 건강행위와 더욱 큰 관련성을 맺는다고 할 수 있다.

이러한 연구결과는 건강행위의 변화를 목적으로 하는 건강증진 프로그램 등을 개발할 때 생물학적 성 뿐 아니라 성역할정체감의 고려도 필요함으로 말해주는 것이다.

2. 제언

이상의 연구결과를 토대로 다음과 같은 제언을 하고자 한다.

첫째, 건강행위를 이해함에 있어서 생물학적 성 뿐만 아니라 사회적 성이라 할 수 있는 성역할정체감에 대한 고려도 필요하다. 즉 건강행위 변화를 목적으로 하는 이론과 연구에서 성역할정체감이 갖는 의미를 파악하고, 실제 건강증진 전략 개발에 활용할 수 있어야 하겠다.

둘째, 건강행위는 사회문화마다 다른 의미를 가질 것이다. 본 연구에서 미국에서 만들어진 건강행위측정 도구는 신뢰도가 좋은 편은 아니었다. 이에 우리나라의 현실에 적합한 건강행위 측정도구를 개발할 것을 제언한다.

셋째, 성역할정체감의 유형을 구분할 때 연구대상자의 남성성과 여성성 중앙치를 기준으로 삼게 되므로 대상자에 따라 상대적인 기준을 이용하게 되므로 시대적 변화를 반영하지 못하게 된다. 즉 여자의 경우 남성성 점수가 상승하고, 남자의 경우 여성성 점수가 상승하여 남녀 모두 양성적 성향이 증가한다고 할 때, 유형 구분의 기준이 되는 중앙치도 같이 상승하게 되므로 성역할정체감의 유형 분포에는 이러한 변화가 반영되지 않을 수도 있다는 것이다. 이에 시대적 변화를 반영할 수 있는 대안적 방법을 찾아야 할 것이다.

넷째, 본 연구대상자에게 가장 문제가 되는 건강위해행위는 운동 및 체육활동, 식습관, 음주 등이었고, 특히 남학생에게는 흡연이, 여학생에게는 운동부족이 문제가 되었다. 따라서 이러한 건강행위의 변화를 도모하기 위한 전략을 개발 적용하여 대학생의 건강행위 실천을 유도하도록 하여야 할 것으로 본다.

다섯째, 양성성 성역할정체감은 여러 건강행위 영역에서 양호한 생활양식을 더 많이 갖고 있는 것으로 나타났다. 따라서, 남녀 공히 생물학적 성에 근거하여 남성에게는 남성다움만을 여성에게는 여성다움만을 강조하지 말고, 남성적 특성이건 여성적 특성이건 장점에 해당하는 것들은 남녀 모두에게 장려하는 것이 건강행위 실천에도 바람직할 것이다.

참 고 문 헌

강재현, 선우성 (1996). 서울시민의 건강증진행태 및 건

강증진과 평생건강관리프로그램에 대한 인식도. 가정의학회지, 17(5), 305-318.

곽정옥, 김영복 (1997). 일부 여자대학생들의 음주실태와 관련 요인. 한국학교보건학회지, 10(2), 259-269.

길미경 (1999). 비만관련 습관 및 비만도 변화에 영향을 미치는 관련요인 분석. 한국학교보건학회지, 12(1), 27-44.

김영희 (1994). 성역할정체감과 학습된 무기력. 정민사.
김의수, 이규성, 김영호 (1999). 건강증진과 건강교육 : 건강한 21C의 준비. 도서출판 흥경.

김주연, 김정순 (1997). 비만아동의 생활습관에 관한 조사연구. 한국학교보건학회지, 10(1), 99-111.

남정자, 최정수, 김태정 및 계훈방 (1995). 한국인의 보건인식행태. 한국보건사회연구원.

문화체육부 (1995). 1994년 국민생활체육활동 참여실태조사. 문화체육부.

박영숙, 김영임, 박연환 (1998). 대학생과 고등학생의 성역할정체감과 성 고등관념에 대한 비교조사. 한국학교보건학회지, 11(1), 51-62.

변종화, 김혜련 (1995). 국민건강증진 목표와 전략. 한국보건사회연구원.

심미옥 (1991). 여자고등학생들의 성역할 인식의 배경과 수용/거부 과정. 이화여자대학교 대학원 박사학위논문.

윤진 (1981). 남녀 차이에 대한 심리학적 한 고찰: 성역할 사회화과정과 그 결과를 중심으로. 한국사회학, 15, 21-35.

이경식 (1997). 건강증진. 대한간호, 36(1), 6-13.

정진경 (1987). 성역할의 양성적 시각. 한국여성학, 3, 24-55.

Dean, K. (1989). Self-care components of lifestyles : The importance of gender, attitudes and the social situation. Social Science & Medicine, 29, 137-152.

Kandrack, M. A., Grant, K. R., & Segall, A. (1991). Gender differences in health related behaviour : Some unanswered questions. Social Science & Medicine, 32, 579-590.

Kristiansen, C. M. (1990). The role of values in the relation between gender and health behavior. Social behavior, 5, 127-133.

McGuire, K. G. (1997). Prevention : key to a healthy lifestyle. J School Health, 67(1),

- 33-35.
- Muhlenkamp, A. F., & Sayles, J. A. (1986). Self-esteem, social support, and positive health practices. Nursing research, 35, 334-338.
- Napholz, L. (1994). Indices of psychological well-being and sex role orientation among working women. Health Care Women Int. 15(4), 307-316).
- Nathanson (1977). Sex roles as variables in preventive health behavior. J Community Health, 3(2), 142-155.
- Pender, N. J. (1987). Health promotion in nursing practice(2nd ed.). Norwalk CT: Appleton & Lange.
- Ratner, P. A., Bottorff, J. L., Johnson, J.L., & Hayduk, L. A. (1994). The interaction effects of gender within the health promotion model. Research in Nursing & Health, 17, 341-350.
- Rogers, B. (1994). Occupational health nursing : concepts and practice. WB Saunders Company.
- Ruffing-Rahal, M. A., Barin, L. J., & Combs, C. J. (1998). Gender role orientation as a correlate of perceived health, health behavior, and qualityve well-being in older women. J Women Aging, 10(1), 3-19.
- Sorell, G. T., Silvia, L. Y., & Busch-Rossnagel, N. A. (1993). Sex-role orientation and self-esteem in alcoholic and nonalcoholic women. J Stud Alcohol, 54(5), 566-573.
- Spilman (1988). Gender difference in worksite health promotion activities. Social Science & Medicine, 26, 525-535.
- Umberson, D. (1992). Gender, marital status, and the social control of health behavior. Social Science & Medicine, 34, 907-917.
- Verbrugge (1985). Gender and health : An update on hypotheses and evidence. J Health Social Behavior, 26(sept), 156-182.
- Welsh, M. C., Robinson, T. L., & Lindman, L. S. (1998). Sex differences in health attitudes and choice of health behaviors. Psychol Rep, 83(3 pt 2), 1161-1162.
- Wickrama, K. A., Conger, R. D., Wallace, L. E., & Elder, G. H. Jr (1999). The intergenerational transmission of Health-risk behavior : adolescent lifestyles and gender moderating effects. J Health Soc Behav, 40(3), 258-272.

-Abstract-

Key concept: University student, sex role identity, health behavior.

Sex Role Identity and Health Behavior among University Student.

Park, Eun Ok · Park, Young Sook***

This study is to investigate sex role identity and health behavior among university student. Data were collected from 254 university students in Seoul, during the late of 1999. The instruments for data obtainment were KSRI of Kim(1994), and Health Style: A Self-Test provided by ODPHP National Health Information Center. These instrument were reliable, showing Cronbach α .98 and .77. Frequency, t-test, χ^2 -test, stepwise regression were conducted for data analysis, using SAS 6.12 program. The major findings were as follows:

1. For female student, Androgeny(34.0%) type

* Researcher, Institute of Health and Environmental Sciences, Graduate School of Public Health, Seoul National University

** Professor, College of Nursing, Seoul National University

was most common, and subjects of femininity type were 28.7%. In contrast, Masculinity type(41.8%) was most prevalent, and undifferentiated type was 30.1% among male students. There were significant difference between male and female student in the type of sex role identity.

2. 89.6% of all subjects were included in risk group for exercise and physical activity, 86.4% for diet habit, 43.2.8% for alcohol drinking and drug use, 35.6% for stress control, 32.8% for safety behavior, 24.8% for smoking. The big health risk behavior problem of male students were smoking, drinking, diet habit, and exercise. The important health risk behavior problem were diet habit and exercise. There were significant difference in smoking, drinking, exercise between sex.

3. Analysis of the distribution by sex role identity type and health behavior revealed that subjects who were undifferentiated typed group had high risk behavior in stress control, safety, exercise, drinking. Smoking and drinking were more problematic for masculinity typed group, and subjects who were femininity typed group had high risk behavior in diet and exercise. The data showed that androgyny typed group had more healthy behavior, compared with other sex role identity typed group for all of health behavior.

Further research is need to understand the role of sex role identity in health behavior, the variables associated with them. And sex role identity has to be considered in research and practice about health promotion.