

여대생의 건강증진 생활양식과 스트레스 및 우울*

박후남(순천침암대학 간호과)
김명자(가톨릭대학교 간호대학)

목 차

I. 서론	V. 논의
II. 문헌고찰	VI. 결론
III. 연구방법	참고문헌
IV. 연구결과	영문초록

I. 서 론

1. 연구의 필요성

건강증진 생활양식이란 신체 및 정신의 안정성을 유지하거나 위험요인을 예방하는 측면뿐만 아니라, 궁극적으로는 자아실현 및 개인의 욕구를 성취하려는 행위로 정의되는(Pender, 1987; Walker et al, 1987) 다차원 형태로 수행되는 인지된 행동이다. 건강증진이란 최적의 건강상태를 누리도록 개인의 생활양식이나 사회적 여건에 관해 연구하는 학문 또는 기술을 의미한다(O'Donnell, 1986; Minker, 1989). 변영순과 장희정(1992)은 건강증진의 개념분석 연구를 통해 건강증진이란 안녕을 성취하기 위하여 대상자 스스로 필요한 요구를 확인하여 생활양식을 변화하도록 힘을 갖게 하는 활동이 확장되는 것으로 정의하면서 건강증진의 결과로 수명이 연장되고 인간의 잠재력 실현, 자아실현, 안녕수준의 증가 및 삶의 질이 고양된다고 하였다.

미국의 보건위생국(1990) 보고에 의하면, 매년 발생하는 질병의 50% 정도가 불건강한 생활양식에 기인하는 것으로 보고됨으로써, 생활양식이 건강유지에 있어 중요한 결정요소임을 강력히 시사하고 있다. 건강증진과 질병예방은 질병을 치료하는 것보다 건강관리에 있어 바람직한 접근이며, 건강할 때 관리해 주는 것이 병에 걸린 후에 질병을 치료하는 것보다 비용에 있어 경제적이다(Pender & Pender, 1986; 문정순, 김윤수, 1999).

바람직한 건강습관 형성은 발달과제에 있어서 아동기부터 이루어지는데, 대학생 시기에 건강습관의 기반이 완전히 확립되어야 건강한 방향에 가까워질 수 있다(김화중, 1994). 그러나 청년기 대학생들은 인간의 일생 중에서 최고도의 건강상태를 향유하는 시기이므로 건강의 진가를 망각하거나 경시하는 경향이 있어 오히려 잠정적 건강의 위험을 안고있다(오형석, 1971)고 볼 수 있다. 실제로 여러 선행연구들은 대학생의 건강증진 생활양식이 낮은 수준임을 지적하고 있다(박인

* 본 연구는 순천침암대학 교내 연구비 지원에 의해 이루어졌음.

숙, 1995; 염순교 등, 1998).

한편, 대학생활은 자율적이고 책임감있는 생활태도 및 사고방식, 앞으로의 생활설계의 구상, 그리고 전공 공부 및 대인관계, 특히 이성교제 등 많은 과제들이 있고, 이는 미래의 도약을 위한 발판으로서 활력소가 될 수도 있겠지만, 많은 경우에는 그들의 정신건강을 위협할 정도로 큰 스트레스 요인으로 작용하므로써(김광일 등 1988; 원호택 등, 1992) 결과적으로 불안이나 우울과 같은 부적응적인 증상을 나타낼 수 있다.

우울증상은 일반 청소년에 있어서 대상자의 연령과 사용된 도구에 따라서 14-62%까지 자주 경험되는 정서이며(Adcock et al, 1991; Kelleher et al, 1992), 특히 청소년 우울은 자살행동과 같은 매우 심각한 건강문제를 일으킬 수 있을 뿐만 아니라 (Rhode et al, 1994), 청소년의 우울증 정도는 중년기 이후의 우울증을 예측하는 주요 요인이 되고 있다(Wong & Whitaker, 1994). 따라서 이에 대한 예방과 관리는 대학생생활과정에 있어서 매우 중요한 문제라고 할 수 있다.

이에 저자들은 일 여대생의 건강증진 생활양식과 스트레스 및 우울의 관계를 파악하고 우울의 영향요인을 확인함으로써 차후 적합한 건강증진 프로그램의 개발에 도움이 되는 기초자료를 마련하고자 한다.

2. 연구의 목적

본 연구는 일개 전문대학 여대생의 건강증진 생활양식 수행도와 스트레스 및 우울정도와 그 관계를 파악하고 이들에 영향을 미치는 관련 변수와 영향요인을 파악하는 것이다.

구체적인 목적은 다음과 같다.

- 1) 건강증진생활양식 수행도와 스트레스 및 우울정도를 파악한다.
- 2) 일반적 특성에 따른 건강증진 생활양식 수행도, 스트레스, 우울 정도의 차이를 파악한다.
- 3) 건강증진 생활양식, 스트레스, 우울의 관계를 파악한다.
- 4) 우울과 관련된 제 변수를 파악한다.

3. 용어의 정의

1) 건강증진 생활양식

건강증진 생활양식이란 신체 및 정신의 안정성을 유지하거나 위험요인을 예방하는 측면뿐만 아니라, 궁극적으로는 자아실현 및 개인의 욕구를 성취하려는 행위로 정의된다. 본 연구에서는 Walker 등(1987)이 개발한 건강증진 생활양식도구를 송효정(1997)이 수정한 도구를 사용하여 측정된 점수를 말한다.

2) 스트레스

스트레스란 개인의 자원이 초과되거나 무리한 외부 자극에 의해 개인의 안녕이 위협하다고 평가되는 개인과 환경간의 구체적인 관계이다(Lazarus & Folkman, 1984). 본 연구에서의 조작적 정의는 Frank & Zyzanski(1988)의 간이 스트레스 측정도구를 배종면 등(1992)이 수정한 도구로 측정된 점수를 말한다.

3) 우울

우울이란 정상적인 기분변화로부터 병적인 기분 상태까지의 연속선상에 있는 정서로서, 수면장애, 피로, 기쁨과 흥미 및 동기상실, 외부세계에 대한 무관심, 절망, 비판, 침울함, 무력감 및 무가치감, 활동억제, 자존감 저하, 자기비하 등을 나타내는 감정 상태이다. 본 연구에서는 Beck의 우울척도를 김연(1985)이 번역한 우울척도로 측정된 점수를 말한다.

4. 연구의 제한점

본 연구의 대상자는 편의표출에 의해 선정하였으므로 본 연구의 결과를 전체 여대생에게 일반화하는 데에는 신중을 기해야 한다.

II. 문헌 고찰

1. 건강증진 생활양식과 스트레스

건강증진 생활양식이란 신체 및 정신의 안정성을 유지하거나 위험요인을 예방하는 측면뿐만 아니라, 궁극적으로는 자아실현 및 개인의 욕구를 성취하려는 행위

로 정의되는(Pender, 1987 : Walker et al, 1987) 다차원 형태로 수행되는 인지된 행동이다. 변영순과 장희정(1992)은 건강증진의 개념분석 연구를 통해 건강증진이란 안녕을 성취하기 위하여 대상자 스스로 필요한 요구를 확인하여 생활양식을 변화하도록 힘을 갖게 하는 활동이 확장되는 것으로 정의하면서 건강증진의 결과로 수명이 연장되고 인간의 잠재력 실현, 자아실현, 안녕수준의 증가 및 삶의 질이 고양된다고 하였다.

이러한 건강증진 행위를 Walker 등(1987)이 제시한 6개 영역의 행위중심으로 살펴보면, 영양관리(식사 패턴을 선정하는 것과 음식의 종류를 선택하는 것), 운동(규칙성 유무), 스트레스 관리(스트레스의 원인을 인식하고 스트레스를 조절하고 이완하는 행위), 건강책임(자신의 건강에 대한 책임을 받아들이고 돌보는 것), 자아실현(목적의식을 갖는 것), 대인관계 조절(친밀감과 친교와 관련된 관계를 유지하는 것)로 구성되어 있다.

오늘날 주요 건강문제로 제기되고 있는 질병의 대부분이 흡연, 음주, 운동, 수면, 식습관 등의 생활양식과 밀접한 관계가 있음을 많은 연구보고서들이 시사하고 있다(Wiley & Camacho, 1980; Backett & Davison, 1995). 현대사회는 인구의 고령화 추세와 환경 및 생활양식에 많은 변화가 초래되어 스트레스의 증가, 운동부족, 영양의 불균형 등 건강위험요인이 증가되고 있다. 김공현(1990)도 1989년 한국보건사회연구원이 수행한 국민건강조사를 통해 수집된 자료를 분석한 결과 20-59세 성인들에게 바람직한 건강관련 실천행동들이 현재의 신체적 건강상태는 물론이고 미래와도 누적적으로 긍정적인 관계가 있는 것으로 보고하고 있다. 따라서, 건강증진을 위해서는 바람직한 일상생활양식을 유지하는 것이 중요하다 하겠다.

바람직한 습관의 형성은 모든 습관의 형성기인 아동기부터 이루어지는데, 대학생 시기에 건강습관의 기반이 완전히 확립되어야 건강한 방향에 가까워질 수 있다(김화중, 1994). 그러나 선행연구 결과들은 대학생의 건강증진 생활양식 수행정도가 낮은 수준임을 보고하고 있다. 박인숙(1995)의 연구에서는 20대의 학생군이 다른 군보다 건강증진 생활양식 실행점수가 대체로 낮아 좋은 건강습관을 형성하지 못하는 것으로 나타났다. 염순교 등(1998)도 대학생을 대상으로 한 연구에서 건강증진행위의 수행정도가 낮다고 하였다.

건강증진의 개념이 대두되면서 건강증진 생활양식에 영향을 주는 변인들에 관하여 청소년을 대상으로 한 연구도 많이 이루어졌다. 여자 대학생을 대상으로 한 연구에서 자아존중감이 건강증진행위와 높은 상관관계가 있었다(Mary et al, 1994). 간호대학생을 대상으로 한 연구에서 자아존중감이 건강증진 행위의 14%를 설명할 수 있다고 하였다(이종경, 한애경, 1996). 박정숙 등(1996)은 대학생들의 건강증진 생활양식에는 자아존중감, 주관적인 건강지각, 타인의존성 통제위, 내적 통제위의 순으로 영향을 주고 있으며, 이것이 건강증진 행위의 29.22%를 설명한다고 하였다. 박미영(1994)도 대학생을 대상으로 한 연구에서 건강증진 생활양식의 11.6%를 지각된 건강상태가 설명한다고 하였다. 또한 송효정(1997)은 미국이민 한국인의 건강증진 생활양식과 관련된 변인분석을 한 결과 건강증진 생활양식은 상태불안과 역상관관계가 있고 24.2%의 설명력을 나타냈다고 보고하였다. 오복자(1995)는 위암환자를 대상으로 건강증진행위의 영향요인을 분석한 결과에서 희망이 29.8%로 가장 높은 설명력을 나타냈음을 보고하였다.

Pender & Pender(1986)는 스트레스가 적을 때 건강행위를 잘하게 된다고 하였다, 그러나 한국의 대학생들은 급속한 사회변화속에서의 불확실한 미래, 치열한 경쟁, 개방적인 이성관계, 정치적 혼란, 경제불황으로 인한 취업의 어려움 등으로 스트레스를 겪고 있으며(김영미, 1990), 한편 청년기 대학생들은 인간의 일생중에서 최고도의 건강상태를 향유하는 시기이므로 건강의 진가를 망각하거나 경시하는 경향이 있어 오히려 잠정적 건강의 위협을 안고있다(오형석, 1971)고 볼 수 있다. 따라서 대학생들이 건강에 대한 중요성을 인식하여 올바른 인식을 가지고 건강생활을 습관화할 수 있도록 학교당국의 노력 뿐 아니라, 학생 스스로 자신의 건강문제에 대한 의식을 갖는 것이 무엇보다도 중요하다(오혜영, 1991)고 하겠다.

이와같이 대학생 시기는 성인으로서의 역할 전환의 마지막 준비단계이기 때문에 성년이 되기 위한 여러 가지 준비와 노력이 필요하며 이에 따른 심리적 부담으로 스트레스를 겪게 된다고 볼 수 있다. 그러나 스트레스도 개인에 따라 지각하는 정도가 달라 건강한 사람이 스트레스 지각이 낮고, 효율적인 대처방법을 더

많이 사용한다는 보고를 감안할 때 스트레스 대처능력의 개발은 건강생활의 중요한 요소의 하나라고 볼 수 있다(박재순, 1995).

2. 스트레스와 우울

스트레스라는 용어는 현대를 살아가는 모든 사람들의 일상 회화의 한 부분이 될 만큼 대중에게 친숙한 것이며 그만큼 관심의 대상이기도 하다. 스트레스 개념은 다양하게 정의될 수 있으나 Lazarus & Folkman (1984)은 스트레스를 심리적 차원의 반응 및 결과로 보면서 다음과 같이 정의하고 있다. 스트레스란 인간의 충족되지 못한 부정적인 정서경험이므로 이러한 상태의 지속은 인간의 모든 체계에 영향을 미치므로 신체적, 심리적, 사회적으로 이해되어야 하는 개인과 환경간의 구체적인 관계를 말한다.

스트레스는 효율적 적응을 손상시킬 수 있는데, 첫째로 스트레스 정서는 집중력, 숙련된 행동을 방해하며, 둘째로 스트레스가 강할 때는 위협을 극복하려는 노력이 부적절해지거나 자포자기를 하기가 쉽다는 것이다. 따라서 본래의 문제보다 더 심각한 문제를 야기할 수 있다. 즉 어떤 문제를 해결하기 위한 건설적 행동을 취하기보다는 알코올과 약물과 같은 회피수단에 의존하게 될 수 있다(홍숙기 등, 1992).

한편, 우울이 스트레스와 관련이 있다는 것은 이미 여러 연구에서 밝혀져 있다. 현재까지의 연구결과들은 부정적인 스트레스 생활사건에 잘 대응하지 못하므로써 불안이나 우울과 같은 부정적인 심리상태를 가져올 수 있고, 심하게는 질병이나 사망의 위협을 높이는 행동패턴을 통하여 신체적 건강에 영향을 줄 수 있음을 제시하고 있다(안귀여루, 1988). 이영자(1994)는 남녀 중고등학교 721명을 대상으로 한 연구에서 스트레스는 우울과 정적 관계가 있었고, 스트레스와 우울의 관계는 특히 남학생보다 여학생의 경우에 관계성이 더 높았다고 보고하면서 여학생의 우울은 비교적 스트레스에 의한 영향을 남학생보다 더 받는다고 하였다.

청소년기는 특히 정서적으로 취약한 시기이며 우울증이 다른 연령군보다 많은 시기이다. 청소년의 우울증은 비행, 자살, 알코올장애, 약물남용 등의 타 정신장애들과 밀접한 연관을 가지며 따라서 조기발견과 적절

한 조기 대처가 절실히 필요하기 때문에 공중 정신보건이나 사회정신의학의 영역에서 더욱 중요시되고 있다(서국희, 조맹제, 1997)고 볼 수 있다.

중년여성의 건강증진행위가 갱년기 증상과 우울에 긍정적인 영향을 주므로 중년 여성의 건강증진을 도모하고 갱년기 증상과 부정적 정서반응인 우울에 대한 중재 전략으로 건강에 긍정적인 역할을 할 수 있는 다양한 행위들이 일상생활 내에 통합되어 나타날 수 있도록 바람직한 습관의 형성을 돕는 건강증진 프로그램 개발과 적용이 중요한 과제로 고려되어야 한다(유은광 등, 1999)는 보고나, 우울이란 정서는 일반적으로 여성에게 더 많고, 특히 청소년의 우울정도는 중년기 이후의 우울증의 주요 예측인자임(Rhode et al., 1994)을 감안할 때 청소년 말기의 대학생을 대상으로 건강증진 생활양식과 스트레스 및 우울의 상호관계를 파악하고 우울의 영향요인을 확인하여 향후 대학생들의 우울증상 예방과 완화에 도움을 줄 수 있는 자료를 제공하는 것은 바람직한 일이라 사료된다.

Ⅲ. 연구 방법

1. 연구대상

1999년 11월 29일 부터 12월 4일 까지 일 전문대학 여학생 1, 2학년을 대상으로 하였다. 연구 참여에 동의한 학생 430명을 대상으로 작성된 설문지를 배부하여 편의 수집하였으며, 이중 기록이 누락되거나 미회수된 자료를 제외한 384명을 본 연구의 분석대상자로 설정하였다.

2. 연구도구

1) 건강증진 생활양식

건강증진 생활양식은 Walker등(1987)이 개발한 48문항의 건강증진 생활양식도구(Health Promoting Lifestyle Profiles : HPLP)로 송효정(1997)이 44 문항으로 일부 수정 보완한 도구를 사용하였다. 이 측정도구는 건강책임(8문항), 영양(7문항), 운동(6문항), 자아실현(10문항), 대인관계(6문항), 스트레스관리(7문항)의 6개 하위영역으로 구성되었고, Likert식

4점 척도로서 최저 44점에서 최고 176점으로 점수가 높을수록 건강증진 생활양식의 수행도가 높은 것을 의미한다. 송효정(1997)의 연구에서 도구의 신뢰도는 Cronbach's $\alpha = .92$ 이었으며 본 연구에서는 Cronbach's $\alpha = .90$ 으로 나타났다.

2) 스트레스

스트레스를 측정하기 위해 Frank & Zyzanski (1988)의 간이 스트레스 측정도구(Brief Encounter Psychosocial Instrument : BEPSI)를 사용하였다. 본 도구는 스트레스 수준을 간단하게 볼 수 있도록 개발된 도구로써 생활변화에 대한 개인의 내적 반응정도를 측정하는 것이다. 이 도구는 1개의 개방형 질문과 5개의 폐쇄형 질문으로 구성되어 있는데, 이는 응답자가 한달동안 생활하며 느꼈던 정도를 1-10점으로 상대적으로 평가하도록 하여 그 합을 응답한 항목수로 나누어 스트레스 수준을 정하게 된다. 본 연구에서는 배종면 등(1992)이 '전혀 없다' 1점, '간혹' 2점, '종종 여러번' 3점, '거의 언제나' 4점, '언제나 항상' 5점으로 된 척도로 수정한 도구를 사용하였으며 본 연구에서의 신뢰도는 Cronbach' $\alpha = .77$ 이었다.

3) 우울도구

김 연(1985)이 변안한 Beck의 우울증 척도(Beck Depression Inventory : BDI)를 사용하였다. BDI는 Beck과 그의 동료들(1967)에 의해 만들어진 자기 보고식 질문지이다. 이 검사는 반응자들이 자신의 심리를 수량화하는 데서 겪게 되는 혼란을 줄일 수 있는 장점이 있는 것으로 알려져 있는데, 정서적 인지적 생리적 증후군에 걸쳐 21개의 문항을 포함하고 있으며, 점수는 각 문항의 1번에서 4번까지를 0점에서 3점까지로 처리하여 점수범위는 0점에서 63점까지 걸쳐 있다. 본 연구에서의 신뢰도는 Cronbach' $\alpha = .84$ 이었다.

3. 자료분석

본 연구 자료는 SAS 프로그램을 이용하여 분석하였다. 일반적 특성과 건강증진생활양식, 스트레스, 우울의 차이는 t-test와 ANOVA로 분석하였다. 건강증진

생활양식, 스트레스 및 우울간의 관계는 Pearson's correlation coefficient로 분석하였고, 우울과 관련된 변인들의 설명력은 Stepwise multiple regression으로 분석하였다.

IV. 연구 결과

1. 대상자의 일반적 특성

대상자의 종교는 있는 경우가 52.3%로 많고, 성적은 중이라고 응답한 학생이 71.3%로 높게 나타났다. 경제상태는 대다수의 학생이 중정도라고 응답하여 86.2%였으며, 현재 흡연을 하고 있는 학생이 8.3%이고 비흡연자가 91.7%로 나타났다. 자신의 지각된 건강상태는 ' 좋음'이 59.6%로 가장 많고 '보통' 31.2%, ' 좋지 않음' 9.2% 순이었으며, 학교생활 만족도는 '보통' 52.1%, '높음' 40.4%로 대체로 만족하는 편으로 나타났다. 비간호계 58.3%, 간호계 41.7%였다(표 1).

2. 일반적 특성에 따른 건강증진 생활양식, 스트레스 및 우울

1) 일반적 특성과 건강증진 생활양식

대상자의 일반적 특성에 따른 건강증진 생활양식 수행도는 종교, 흡연, 성적, 지각된 건강상태, 학교생활 만족도, 학과에 따라 유의한 차이가 있었다. 즉, 종교가 있는 경우에 2.50점으로 없는 경우 2.40점보다 높았으며($p=0.0205$), 비흡연군이 2.44점으로 흡연군 2.26점보다 높았으며($p=0.0098$), 성적 중이 2.42점으로 가장 높고, 그 다음이 하 2.31점, 상 2.20점으로 유의한 차이가 있었으며($p=0.0001$), 지각된 건강상태가 좋은 경우 2.50점으로 가장 높았으며($p=0.0001$), 학교생활 만족도가 높은 경우 2.59점, 보통 2.32점, 낮음 2.29점으로 유의한 차이를 나타냈으며($p=0.0001$), 간호계가 2.50점으로 비간호계 2.38점보다 유의하게 높았다($p=0.0023$)<표 1>.

2) 일반적 특성과 스트레스

스트레스는 평균 2.28 ± 0.56 로 스트레스를 간혹 느끼는 편이었으며, 경제상태, 지각된 건강상태, 학교생

〈표 1〉 조사대상자의 일반적 특성과 건강증진 생활양식, 스트레스 및 우울

일반적 특성	No (%)	스트레스		우울		건강증진 생활양식	
		Mean±SD	TorF 값	Mean±SD	TorF 값	Mean±SD	TorF 값
종교 있음 없음	201 (52.3)	2.24±0.56	T=1.55	11.19±6.69	T=3.41**	2.50±0.37	T=-2.32*
	183 (47.7)	2.33±0.56		12.99±7.31		2.40±0.38	
흡연 흡연 비흡연	32 (8.3)	2.46±0.58	T=-1.89	15.50±8.16	T=-2.92**	2.26±0.35	T=2.60**
	352 (91.7)	2.27±0.56		11.74±6.85		2.44±0.38	
성적 상 중 하	72 (18.8)	2.49±0.72	F=1.11	10.25±6.71	F=5.90**	2.20±0.59	F=9.56***
	274 (71.3)	2.24±0.53		12.11±7.15		2.42±0.35	
	38 (9.9)	2.61±0.63		15.03±5.81		2.31±0.38	
경제상태 상 중 하	13 (3.4)	2.23±0.56	F=9.27***	15.46±9.25	F=3.53*	2.54±0.44	F=0.62
	331 (86.2)	2.29±0.56		11.63±6.82		2.44±0.37	
	40 (10.4)	2.39±0.53		14.45±7.42		2.50±0.45	
지각된 건강상태 좋음 보통 좋지않음	229 (59.6)	2.21±0.54	F=9.58***	10.44±6.41	F=18.52***	2.50±0.39	F=11.19***
	120 (31.2)	2.32±0.55		13.80±6.91		2.31±0.33	
	35 (9.2)	2.63±0.58		16.57±8.16		2.34±0.36	
학교생활 만족도 높음 보통 낮음	155 (40.4)	2.14±0.50	F=15.61***	9.16±6.05	F=26.98***	2.59±0.36	F=26.68***
	200 (52.1)	2.33±0.56		13.66±6.81		2.32±0.36	
	29 (7.5)	2.72±0.63		16.38±7.92		2.29±0.35	
학과 간호계 비간호계	160 (41.7)	2.32±0.53	T=1.19	11.11±6.67	T=-2.22*	2.50±0.39	T=3.07**
	224 (58.3)	2.26±0.58		12.72±7.23		2.38±0.37	
계	384 (100.0)	2.28±0.56		12.05±7.04		2.43±0.38	

* P<.05 ** P<.01 *** P<.001

활만족도에 따라 유의한 차이가 있었다. 즉 경제상태가 낮을수록(p=0.0001), 지각된 건강상태가 좋지않을수록(p=0.0001), 학교생활에 만족하지 않을수록(p=0.0001) 높게 나타났으며, 또한 흡연군이 2.46점으로 비흡연군 2.27보다 높았으나 유의한 차이는 아니었다(p=0.0592)〈표 1〉.

3) 일반적 특성과 우울

우울의 전체 평균은 12.05±7.04점이었고, 종교, 흡연, 성적, 지각된 건강상태, 학교생활 만족도, 학과에 따라 유의한 차이가 있었다. 즉, 종교가 없는 경우(p=0.0027), 흡연군이 15.50점으로 비흡연군 11.74에 비해(p=0.0037), 성적이 낮을수록(p= 0.0305) 높게 나타났으며, 지각된 건강상태가 좋지않을수록(p=0.0001), 학교생활만족도가 낮을수록(p=0.0001), 비간호계에서 우울정도가 높게 나타났다(p=0.0273)〈표 1〉.

3. 건강증진 생활양식의 영역별 분석

건강증진 생활양식의 평균은 2.43±.38점이었고, 하위 영역별로는 대인관계(2.96±.52), 자아실현(2.79±.58), 스트레스관리(2.66±.57), 영양(2.56±.63), 건강책임(2.07±.50), 운동(1.64±.46)의 순으로 나타났다〈표 2〉.

〈표 2〉 건강증진 생활양식의 영역별 평균

영역	Mean±SD
자아실현	2.79±0.58
건강책임	2.07±0.50
운동	1.64±0.46
영양	2.56±0.63
대인관계	2.96±0.52
스트레스 관리	2.66±0.57

4. 우울과 스트레스 및 건강증진 생활양식의 상관관계

우울은 스트레스와 순상관 관계를 보였고($\gamma = .60$, $p = .0001$), 건강증진 생활양식과는 역상관 관계를 보였다($\gamma = -.38$, $p = .001$). 건강증진 생활양식과 스트레스는 역상관 관계를 보였다($\gamma = -.21$, $p = .001$). 즉 우울은 건강증진 생활양식 점수가 낮을수록, 스트레스가 높을수록 높게 나타났으며, 건강증진 생활양식은 스트레스가 높을수록 낮게 나타났다(표 3).

〈표 3〉 스트레스·우울·건강증진 생활양식의 상관관계

	건강증진 생활양식	우울
스트레스	-.21 *	.60 *
우울	-.38 *	

* P<.001

5. 스트레스와 건강증진 생활양식 영역별 상관관계

스트레스와 건강증진 생활양식 영역별 상관관계는 자아실현($\gamma = -.29$, $p = .0001$), 영양($\gamma = -.17$, $p = .0007$), 스트레스관리($\gamma = -.25$, $p = .0011$)에서 유의한 역상관 관계를 나타냈다(표 4).

6. 우울과 건강증진 생활양식 영역별 상관관계

우울과 건강증진 생활양식 영역별 상관관계는 자아실

현($\gamma = -.47$, $p = .0001$), 영양($\gamma = -.31$, $p = .0001$), 스트레스 관리($r = -.25$, $p = .0001$), 대인관계($\gamma = -.23$, $p = .0001$), 건강책임($\gamma = -.13$, $p = .0140$), 운동($\gamma = -.11$, $p = .0282$) 순으로 모든 영역에서 유의한 역상관 관계가 있는 것으로 나타났다(표 4).

7. 우울과 관련된 변인

우울과 관련된 주요 변인은 스트레스가 36.2%의 설명력을 보였고 건강증진 생활양식이 7%, 지각된 건강상태가 1.8%의 설명력을 보였다(표 5).

V. 논 의

본 연구에서 대상자의 HPLP의 평균 점수는 2.43 점으로 다소 낮은 수준이라 볼 수 있다. 각 영역별 평균은 운동이 1.64점으로 가장 낮았으며 그 다음은 건강에 대한 책임영역 2.07점, 영양 2.56점, 스트레스 관리 2.66점, 자아실현 2.79점 순이었고, 가장 높은 영역은 대인관계 영역으로 2.96점으로 나타났다.

이같은 결과는 송효정(1997)의 미국이민 한국인을 대상으로 한 연구에서 건강증진 생활양식의 평균 평점 2.55점보다 낮은 수준이었다. 또한 선행연구들에서 대학생의 건강증진 생활양식 수행도가 낮았다는 보고(박인숙, 1995 : 염순교 등, 1998)와 일치하는 것으로 볼 수 있다. 본 연구결과를 Pender 등(1987)이 개발한 건강증진 생활양식 척도(HPLP)를 이용한 건강증진 생활양식에 관한 선행 연구와 비교해 볼 때

〈표 4〉 스트레스·우울과 건강증진 생활양식 영역별 상관관계

	자아실현	건강책임	운동	영양	대인관계	스트레스관리
스트레스	-.29 (P=.0001)	.01 (P=.8899)	-.05 (P=.3234)	-.17 (P=.0007)	-.10 (P=.0599)	-.17 (P=.0011)
우울	-.47 (P=.0001)	-.13 (P=.0140)	-.11 (P=.0282)	-.31 (P=.0001)	-.23 (P=.0001)	-.25 (P=.0001)

〈표 5〉 우울과 관련된 변인

단계	변인	Partial R ²	Model R ²	F값	P값
1	스트레스	0.3619	0.3619	216.69	0.0001
2	건강증진 생활양식	0.0698	0.4318	46.82	0.0001
3	지각된 건강상태	0.0176	0.4494	12.14	0.0005
4	학교성적	0.0060	0.4554	4.18	0.0415
5	학교생활 만족도	0.0039	0.4593	2.73	0.0994

Duffy(1988)의 35-65세 여성을 대상으로 한 평균 3.31점과, 이태화(1990)의 성인들을 대상으로 한 연구결과 2.69점 보다 더 낮은 점수를 나타냈다. 이것은 여러 연구에서 인구학적 특성중 연령이 높을수록 건강증진 생활양식 수행 점수가 높게 나타난다는 결과와 일치하는 것으로 볼 수 있다(Duffy, 1988; Muhlenkamp & Sayles, 1986). 송효정(1997)은 20세-71세의 미국인 한국인을 대상으로 한 연구에서 55세 이상의 연령군이 HPLP점수가 가장 높았다고 보고하면서 이는 연령이 증가됨에 따라 건강에 대한 의식과 책임감이 많아지고, 또한 사회적 책임감이 줄어들고 경제활동에서 벗어나 건강행위에 참여할 수 있는 시간적인 여유에 기인한 것이라고 해석하였다.

영역별로는 대인관계와 자아실현이 다른 영역에 비해 높은 편이었고 운동과 건강책임 영역이 특히 낮게 나타난 결과는 대학생들을 대상으로 한 박미영(1994)의 연구에서 대인관계 영역이 가장 높았고 건강책임 영역이 가장 낮았다는 결과와 유사하며, 운동영역이 가장 낮게 나타난 점은 염순교 등(1998), 이미라(1997)의 연구와 일치하는데, 건강책임 영역 점수가 낮은 결과를 보인 것은 대학생 시기에 체력상태에 대한 인식이 운동부족으로 연결될 수 있다는 점을 시사하고 있다.

이상과 같은 결과들을 통해서 볼 때 이미 설명한 바와 같이 대학생들의 건강습관은 중년 이후의 건강관리에 근원이 되나 인간의 일생 중에서 최고도의 건강을 향유하는 시기이므로 건강의 진가를 망각하거나 경시하는 경향이 있다고 볼 수 있으며, 이로 인하여 성장발달의 전환기에 있는 대학생들은 잠정적 건강의 위험을 안고있다고 볼 수 있겠다. 따라서 이들의 건강증진 일상생활양식의 수행도를 높이기 위해서는 운동과 같은 건강생활의 습관화, 건강책임에 대한 의식교육 뿐만 아니라 전 영역을 향상시킬 수 있는 다양한 방안이 마련되는 것이 필요하다고 사료되며, 신혜숙, 김영희(1998)는 여성건강교육이 여대생의 건강증진 행위에 효과를 가져왔다고 보고한 바 있다.

일반적 특성과 HPLP와의 관계에 있어서 종교, 흡연, 성적, 지각된 건강상태, 학교생활 만족도, 학과에 따라 유의한 차이가 있었다. 지각된 건강상태가 좋을수록 건강증진생활양식 수행도가 높게 나타난 것은 대학생들을 대상으로 한 선행연구들(박미영, 1994; 박정숙

등, 1996)과 일치하는 결과이며, 간호계 학생이 비간호계 학생보다 건강증진생활양식 수행정도가 높게 나타난 결과는 정현숙(1997)의 결과나, 염순교 등(1998)의 의학학 계열이 타 계열에 비해 건강증진 행위가 높게 나타난 것과 유사하다. 종교군에서 건강증진 생활양식점수가 높게 나타났는데, 이는 종교를 갖고 있는 학생이 현실생활 속에서 만족감을 지니고 미래에 대한 희망을 갖고 일상생활을 성실하게 함으로써 자아실현과 대인관계 뿐 아니라 영양이나 규칙적인 생활에도 도움이 될 수 있을 것으로 사료된다.

본 연구 대상자의 스트레스는 평균 2.28로 간혹 스트레스를 느끼고 있었으며 경제상태가 낮을수록, 지각된 건강상태가 좋지 않을수록, 학교생활만족도가 낮을수록 높게 나타났다. 청소년들이 심리적 긴장감을 해소하려는 의도에서 흡연을 한다는 것은 이미 잘 알려져 있으며 배종면(1994)은 특히 가족과 동거하고 있지 않은 학생들의 경우에 스트레스수준이 높을수록 담배를 많이 소비한다고 보고한 바 있으나 본 연구에서는 유의한 차이는 아니었다.

본 연구에서 대상자의 우울점수는 평균 12.05로 나타났는데, 이는 우리나라 정상집단의 우울정도 13.0(한홍무 등, 1986)과 유사하다. 이를 한홍무 등이 제시한 우울 절단점 21점을 기준으로 하면 9.9%가 우울증에 해당된다. 일반적 특성에 따른 우울점수는 무종교, 흡연군, 지각된 건강상태가 좋지 않을수록, 학교생활에 만족도가 낮을수록, 비간호계에서 높은 것으로 나타났다. 흡연하는 학생들에서 우울이 더 높게 나타났는데, 이는 흔히 우울의 한 양상으로 여겨지는 것이다(Rhode et al., 1994).

본 연구에서 건강증진 생활양식은 스트레스 및 우울과 역상관 관계를 나타냈으며, 우울은 스트레스와 높은 순상관 관계를 보였다. 또한 우울에 영향을 미치는 가장 중요한 변인은 스트레스로 36.2%의 설명력을 보였으며, HPLP는 우울에 대하여 7.0%의 설명력을 나타냈다.

스트레스는 건강증진 생활양식 수행도와 역상관 관계가 있었으며 영역별로는 특히 자아실현, 영양, 스트레스 관리와 유의한 역상관 관계를 나타냈는데, Pender & Pender(1986)는 예방적 건강증진 서비스를 받고자 하는 의도의 가장 높은 예측인자의 하나로

낮은 생활 스트레스가 중요한 예측인자라고 지적한 바 있다.

특히 스트레스는 우울과 높은 순상관관계가 있었는데, 이는 청소년 대상 연구들에서 스트레스와 우울의 상관관계를 제시하는 결과들(김정희, 1987; 이영자, 1995)과 일치하는 것으로 볼 수 있다. 또한 스트레스는 우울을 설명하는 가장 중요한 변인으로 나타나 우울을 예방하고 완화하기 위해서는 무엇보다도 스트레스 대처능력을 개발하는 기회가 마련되어야 한다고 사료된다.

HPLP는 우울과 역상관 관계가 있었으며 7.0%의 설명력을 나타냈는데, 이는 유은광 등(1999)의 중년여성의 건강증진행위가 우울에 긍정적인 영향을 미친다는 보고와 일치하는 것으로 볼 수 있다. 건강문제가 있는 경우 HPLP의 수행정도가 낮아 궁극적으로 인간의 자아실현 및 안녕상태를 방해할 수 있다는 결과(Pender, 1987)나, 송효정(1997)의 연구에서도 건강문제를 가지고 있는 사람들의 HPLP가 낮은 것으로 나타나 건강상태에 부정적인 영향을 미칠 것이라고 하였는데, 본 연구에서 우울증이 9.9%로 나타난 점을 고려할 때, 우울한 사람은 만사에 의욕과 흥미를 잃고 문제를 해결할 수 있는지 없는지 생각도 안하고 자포자기해 버리기 쉬우므로(홍숙기 등, 1992) 우울이 높을수록 건강증진 생활양식 수행도가 낮아진다고 할 수 있으며 따라서 우울은 더욱 심해질 수 있을 것으로 사료된다. Penninx 등(1999)은 노인에 대한 6년간의 추적연구에서 처음에 일상생활활동 및 기동성 장애가 없었던 노인들에 있어서 우울한 노인들이 우울하지 않은 노인들에 비해 이같은 장애의 위험성이 크므로 우울을 예방하고 감소시키는 것이 중요하다고 제시하였다. 오복자(1995)는 위암환자의 건강증진 행위에 희망이 가장 설명력이 높은 변인임을 보고한 바 있다.

또한 우울은 건강증진 생활양식의 모든 영역, 즉 자아실현, 영양, 스트레스 관리, 대인관계, 건강책임, 운동 순으로 유의한 역상관 관계를 나타내 우울을 예방하고 완화하기 위해서는 이들 모든 영역에 대한 생활양식을 증진할 필요성을 시사하고 있다. 특히 본 연구 대상의 건강증진 생활양식의 자아실현 영역은 스트레스 및 우울과 가장 상관관계가 높은 것으로 나타났는데 염순교 등(1998)의 연구에서 자아실현 영역이 무

한한 장애의 계획을 하는 대학생시기이므로 이 항목의 점수가 비교적 높으나 자기발전을 위해 학과공부외의 활동이 부족하였다고 보고한 점이나 여러 선행연구에서 자아존중감을 건강증진 행위의 주요 예측변인으로 지적한 점을 감안하면 학교당국은 학생들의 자아실현을 위한 다양한 기회를 마련하는 것이 필요하다고 본다.

이상의 결과를 통해서 본 연구 대상자에 있어 스트레스와 건강증진 생활양식은 우울에 큰 영향을 미치는 변수로 파악되었으므로 우울증상을 예방하고 완화시켜 건강한 대학생활을 보낼과 아울러 장차 맞이하게 될 중년기 이후의 건강을 위해 건강증진 생활양식을 습관화할 수 있도록 대학생활과정을 통해서 스트레스 대처능력 개발과 자아실현을 위한 기회를 마련하여야 한다고 본다. 그리고 운동의 생활화와 건강에 대한 책임을 고양시킬 수 있는 개인적 사회적 활동을 생활화하도록 하는 것이 중요하다고 사료된다.

VI. 결 론

본 연구는 일 여대생의 건강증진 생활양식과 스트레스 및 우울의 관계를 파악하고 우울의 영향요인을 확인하여 향후 건강증진 프로그램의 개발에 도움이 되는 기초자료를 제공하기 위하여 수행되었다.

자료수집은 1999년 11월 29일부터 12월 4일 까지 일 대학 여학생을 대상으로 편의수집 하였으며 384명을 분석대상으로 설정하였다.

연구의 결과는 다음과 같다.

1. 대상자의 일반적 특성에 따른 건강증진 생활양식 수행도는 종교가 있는 경우($T=-2.32, P=0.0205$), 비흡연군($T=2.60, P=0.0098$), 성적 중($F=9.56, p=0.0001$), 지각된 건강상태가 좋을수록($F=11.19, p=0.0001$), 학교생활 만족도가 높을수록($F=26.68, p=0.0001$), 간호계($T=3.07, p=0.0023$)에서 유의하게 높았다.
2. 대상자의 스트레스는 평균 2.28 ± 0.56 로 스트레스를 간혹 느끼는 수준이었으며, 경제상태가 낮을수록($F=9.27, p=0.0001$), 지각된 건강상태가 좋지 않을수록($F=9.58, p=0.0001$), 학교생활에

- 만족도가 낮을수록($F=15.61, p=0.0001$) 높게 나타났다.
3. 대상자의 우울의 전체 평균은 12.05 ± 7.04 점이었고, 종교가 없는 경우($T=3.41, p=0.0027$), 흡연군($T=-2.92, p=0.0037$), 성적이 낮을수록($F=5.90, p=0.0305$), 지각된 건강상태가 좋지 않을수록($F=18.52, p=0.0001$), 학교생활만족도가 낮을수록($F=26.98, p=0.0001$), 비간호계($T=-2.22, p=0.0273$)에서 높게 나타났다.
 4. 건강증진 생활양식의 평균은 2.43 ± 3.38 점이었고, 하위 영역별로는 대인관계($2.96 \pm .52$), 자아실현($2.79 \pm .58$), 스트레스관리($2.66 \pm .57$), 영양($2.56 \pm .63$), 건강책임($2.07 \pm .50$), 운동($1.64 \pm .46$)의 순으로 나타났다.
 5. 우울은 스트레스와 순상관 관계를 보였고($r=.60, p=.001$), 건강증진 생활양식과는 역상관 관계를 보였다($r=.38, p=.001$). 건강증진 생활양식과 스트레스는 역상관 관계를 보였다($r=.21, p=.001$).
 6. 스트레스와 건강증진 생활양식 영역별 상관관계는 자아실현($r=-.29, p=.0001$), 영양($r=-.17, p=.0007$), 스트레스관리($r=-.25, .0011$)에서 유의한 역상관 관계를 나타냈다.
 7. 우울과 건강증진 생활양식 영역별 상관관계는 자아실현($r=-.47, p=.0001$), 영양($r=-.31, p=.0001$), 스트레스 관리($r=-.25, p=.0001$), 대인관계($r=-.23, p=.0001$), 건강책임($r=-.13, p=.0140$), 운동($r=.11, p=.0282$)로 모든 영역에서 유의한 역상관 관계가 있는 것으로 나타났다.
 8. 우울과 관련된 주요 변인은 스트레스가 36.2%의 설명력을 보였고, 건강증진 생활양식이 첨가되면 43.2%의 설명력을 나타냈다.

참 고 문 헌

- 김공현 (1990). 국민건강증진사업 개발을 위한 소고. 인제대학교 보건과학연구소 연구논문집, 2: 17-31
- 김광일, 김재환, 남정현, 양병환, 김이영, 김지혜, 주영희, 인득상, 이영희, 이경섭, 임휴종, 서혜희 (1988). 대학생의 정신건강에 관한 연구 I. 정신건강연구 7 : 86-102.
- 김 연 (1985). 우울증의 귀인모형에 관한 연구. 고려대학교 대학원 박사학위 논문.
- 김영미 (1990). 대학생의 스트레스 현황과 성격특성과의 관계. 중앙대학교 교육대학원 석사학위논문.
- 김정희 (1987). 지각된 스트레스, 인지세트 및 대처방식의 우울에 대한 작용 - 대학신입생의 스트레스 경험을 중심으로 -. 서울대학교 대학원 박사학위 논문.
- 김화중 (1994). 대학생의 건강관리. 서울대학교 출판부.
- 문정순, 김운수 (1999). 병원 근무자와 공무원의 건강증진 행위 비교. 한국보건간호학회지, 13(2) : 45-58.
- 박미영 (1994). 대학생의 건강증진 생활양식과 관련요인 연구. 지역사회간호학회지, 5(1) : 81-96.
- 박인숙 (1995). 건강증진 생활양식에 관한 연구, 부산대학교 대학원 박사학위 논문.
- 박재순 (1995). 중년후기 여성의 건강증진행위 모형구축. 서울대학교 대학원 박사학위논문.
- 박정숙, 박청자, 권영숙 (1996). 건강교육이 대학생의 건강증진 행위에 미치는 영향. 간호학회지, 26(2): 359-371.
- 변영순, 장희정 (1992). 건강증진 개념분석에 관한 연구. 대한간호학회지, 22(3) : 362-372.
- 배종면, 정은경, 유대우, 허봉렬 (1992). 외래용 스트레스량 측정도구 개발연구. 가정의학회지, 13(10) : 809-820.
- 배종면, 안윤옥, 박병주 (1994). 대학생 흡연량과 스트레스와의 관련성. 예방의학회지, 27(1) : 1-10.
- 서국희, 조맹제 (1997). 지역사회거주 청소년의 우울증상 유병률. 서울의대 정신의학, 22(2):113-126.
- 송효정 (1997). 미국이민 한국인의 건강증진 생활양식. 가톨릭대학교 대학원, 석사학위논문.
- 신혜숙, 김영희 (1998). 여성건강교육이 여대생의 건강증진행위와 자아존중감에 미치는 효과. 대한간호, 37(4) : 72-84.
- 안귀여루 (1988). 스트레스와 관련된 우울에 대한 지지와 완충효과의 성차. 고려대학교 대학원 석사학위논문.
- 염순교, 허은희, 정연강, 권혜진, 김경희, 노은선, 한경

- 순, 한승의 (1998). 대학생의 건강증진행위에 관한 연구. *지역사회간호학회지*, 9(2) : 396-409.
- 오복자 (1994). 건강증진행위의 영향요인 분석. *대한간호학회지*, 25(4) : 681-693.
- 오현수 (1993). 여성 관절염 환자의 건강증진과 삶의 질. *대한간호학회지*, 23(4) : 617-629.
- 오형석 (1971). 대학생과 건강. *대학보건 5th*, 연대출판부, 12-33.
- 오혜영 (1991). 일부 대학생들의 건강생활실태와 활성화 방안에 대한 연구. *중앙대학교 체육학과 석사학위논문*.
- 원호택, 김계현, 이명선, 이훈지(1992). 대학생의 공부 스트레스 대응훈련 프로그램. *학생연구(서울대학교)* 27 : 1-23.
- 유은광, 김명희, 김태경 (1999). 중년 여성의 건강증진행위와 갱년기 증상, 우울과의 관계연구. *대한간호학회지*, 29(2) : 225-237.
- 이미라 (1997). 대학생의 건강증진생활양식의 결정요인에 관한 연구. *대한간호학회지*, 27(1) : 156-168.
- 이영자 (1995). 스트레스, 사회적지지, 자아존중감과 우울 및 불안과의 관계. *서울여자대학교 대학원 박사학위논문*.
- 이종경, 한애경 (1996). 사회적 지지 자아존중감과 건강증진 행위와의 관계. *성인간호학회지*, 8(1) : 55-68.
- 한홍무, 염태호, 신영우, 김교현, 윤도준, 정근재 (1986). BDI의 한국판 표준화 연구 - 정상집단을 중심으로-. *신경정신의학*, 25 : 487-502.
- 홍숙기, 이인혜, 최윤미 (1992). 젊은이의 정신건강. *서울, 박영사*, 62-63.
- Adcock, A. G., Nagy, S., & Simpson, J. A. (1991). Selected risk factors in adolescent suicide attempts. *Adolescence*, 26(104) : 817-828.
- Alonzo, A. A. (1993). Health behavior issues, contradictions and dilemmas. *Soc Sci Med*, 37 : 1019-1034.
- Backett, K. C., Division, C. (1995). Lifecourse, lifestyle and social and cultural location of health behaviors. *Soc Sci Med*, 40 : 629-638.
- Duffy, M. E. (1988). Determinants of health promotion in midlife women. *Nursing Research*, 37(6). 358-362.
- Kelleher, K. J, Taylor, J. L., & Rickert, V. I. (1992). Mental health services for rural children and adolescent. Special issue : Child and adolescent mental health. *Clinical Psychology Review*, 12(8) : 841-852.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress : Appraisal and coping*. New York, N.Y : Springer.
- Mary, E. M., Peggy, H, Susie, S., Mary, A. H. & Kathleen, W. (1994). Health promotion, self-esteem, and weight among female college freshmen. *Health Values*, 18(4). 10-19.
- Minkler, M. (1989). Health education, health promotion and the open society: an historical perspective. *Health Edu Q*, 16 : 17-30.
- Muhlenkamp, A. F., & Sayles, J. A. (1986). Self-esteem, social support and positive health practices. *Nursing Research*, 35 : 334-338.
- O'Donnell, M. (1986). Definition of health promotion. *American Journal of Health Promotion*, 1 : 4-5.
- Pender, N. J. (1987). *Health promotion in nursing practice*. 2nd ed. Norwalk, Conn : Appleton & Lange.
- Pender, N. J. & Pender, A. R. (1986). Attitudes, subjective norms and intentions to engage in health behaviors. *Nursing Research*, 35(1) : 15-18.
- Penninx, B. WJH, Leveille, S., & Ferrucci, L. et al. (1999). Exploring the Effect of Depression on Physical Disability : Longitudinal Evidence From the Established

- Populations for Epidemiological Studies of the Elderly. *American Journal of Public Health*, 89(9) : 1346-1352.
- Rhode, P., Lewinshon, P., & Seeley (1994). Are adolescents changed by an episode of major depression?. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33(9) : 1289-1298.
- Wiley, J. A. & Camacho, T. C. (1980). Life style and future health : evidence from the Alameda county study. *Prev Med*, 9 : 1-21.
- Walker, S. N., Sechrist, K. R. & Pender, N. J. (1987). The health promoting lifestyle profile : development and psychometric characteristics. *Nursing Research*, 136 : 76-81.
- Wong, J. L., Whitaker, D. J. (1994). The stability and prediction of depressive mood states in college students. *Journal of Clinical Psychology*, 50(5) : 715-22.

ABSTRACT

Health Promoting Lifestyle, Stress, and Depression of the College Female Students

Hoo-Nam, Park(Depatment of Nursing, Sunchon Chongam College)
Myung-Ja, Kim(College of Nursing, The Catholic University of Korea)

The purposes of this study were to examine the relationships among health promoting lifestyle, stress, depression, and general characteristics and to reveal these variables affecting depression in college female students. The data were collected between November 29th and December 4th, 1999 by using self-administered questionnaire. Data analysis were conducted by using Peason's correlation, t-test, ANOVA, stepwise multiple regression.

The results were as follows :

1. Health promoting lifestyle was significantly different by religion, smoking, school record, perceived health status, satisfaction of school life, and department .
2. The mean score of stress was 2.28, the level of stress showed significant differences according to economic status, perceived health status, and satisfaction of school life.
3. The mean score of depression was 12.05, the level of depression showed significant differences according to religion, smoking, school record, economic status, perceived health status, satisfaction. of school life, and department.
4. The mean score of health promoting lifestyle was 2.43, both interpersonal relationship(M=2.96) and self-actualization(M=2.79) of the subscales of health promoting lifestyle revealed high scores, whereas the scores of health responsibility(M=2.07), and exercise(M=1.64) were below.
5. Negative correlations were observed between health promoting lifestyle and stress($r=-.21$), between heath promoting lifestyle and depression($r=-.38$). Positive correlations were observed between stress and depression($r=.60$).
6. Negative correlations were observed between self-actualization($r=-.29$), nutrition ($r=-.17$), and stress management($r=-.17$) domains of health promoting lifestyle and stress.

7. Negative correlations were observed between self-actualization($r=-.47$), nutrition ($r=-.31$), stress management($r=-.25$), interpersonal relationship($r=-.23$), health responsibility($r=-.13$), and exercise($r=-.11$) domains of health promoting lifestyle and depression.

8. Depression was significantly predicted by stress(36.2%), health promoting lifestyle (7.0%). these variables explained 43.2% of variance of depression.