

대학생의 건강증진 프로그램 참여의사에 영향을 미치는 주요 요인에 관한 연구

김영복* · 하은희** · 김주영*** · 윤영옥***

* 서남대학교 보건위생학과, ** 이화의대 예방의학교실, *** 이화여자대학교 대학보건소

〈 목 차 〉

I. 서 론
II. 연구방법
III. 연구결과
IV. 논 의

V. 결 론
참고문헌
Abstract

I. 서 론

WHO는 1980년 중반부터 학교건강증진사업을 중점사업으로 수행하고 있으며, 1995년에 학교건강증진 워크샷을 개최하여 학교건강증진영역인 학교보건정책 및 건전한 학교환경, 지역사회와의 유대관계, 개인 건강기술, 건강 서비스에 대한 세부 지침을 개발하였다. 이는 보건교육, 학교보건서비스, 건강한 학교환경을 주요 영역으로 구분하던 전통적인 학교보건사업의 개념을 확대시킨 것으로 전통적인 3가지 영역 이외에 지역사회와의 통합된 건강증진의 노력 및 육체운동교육, 학교급식, 학교상담, 교원 건강증진사업을 학교건강증진사업에 포함시키고 있다(Kolbe, 1986).

이처럼 학교건강증진사업의 세계적인 동향은 학교보건사업의 범위를 학교건강증진사업으로

확대시키고 있으나 우리 나라의 학교보건사업은 보건의료인력의 부족, 학교 건강증진정책의 부재, 건강증진의 인식 부족 등의 이유로 건강서비스인 진료업무에 한정되어 수행되고 있는 실정이다. 학교보건사업의 목적이 학생과 교직원의 건강 및 안전을 위한 질병관리, 예방, 건강보호·유지·증진임을 고려해볼 때 학교 건강증진 프로그램은 학생 및 교직원의 건강을 향상시키고, 학습의 능률을 향상시키는 주요 수단임을 간과해서는 안되며, 건강증진의 효과는 가정 및 지역사회로 파급될 수 있으므로 지역주민 다수에게 학교건강증진사업의 효과가 미칠 수 있다. 실제로 미시간대의 건강프로그램(CMU program)에서는 대학생 뿐 만 아니라 교직원, 학부모를 모두 사업대상에 포함시키고 있다(Hoffman, 1994).

특히, 대학교는 다양한 보건의료인력과 시설을 갖춘 조직이므로 보건자원을 효율적으로 활용할 경우 학교 건강증진사업의 기본모형을 제시할 수

있으며, 지역사회와의 연계를 통해 지역사회 건강증진사업의 중심체로 그 역할을 담당해야 한다. Paige 등(1997)은 대학의 사회적 책임부분으로 대학 보건소가 건강증진 프로그램의 우선 순위를 설정하는 중심체가 되어야 한다고 주장하고 있다. WHO도 '건강증진학교란 학교와 지역사회가 협력하여 학생들의 건강을 증진시키고 보호하기 위하여 통합되고 긍정적인 경험과 구조를 제공하는 학교'라고 제시하였다. 즉, 사회의 체계적인 지원이 뒷받침되어질 경우 기존의 보건의료자원을 활용하여 건강증진학교를 만들기에 가장 적합한 장이 대학임을 제시하고 있다.

한편 Walker 등(1988)의 연구결과에서는 젊은 이들이 노인들에 비해 건강증진 생활양식을 덜 수행하고 있는 것으로 나타났으며, 박정숙 등(1996)과 윤은자(1997)의 연구결과에서도 대학의 건강증진 행위수행이 낮은 것으로 보고되고 있다. 특히, 대학 신입생을 대상으로 건강행위에 대해 조사한 최한식 등(1996)의 연구결과에서는 대학생들이 움직임보다는 보약이나 영양제를 선호하는 것으로 보고되고 있으므로 최적의 신체적 조건을 갖추고 있는 대학생을 대상으로 실천적 건강증진 프로그램을 적용함으로써 성인기의 기초체력을 향상시키는 것이 필요하며, 이는 건강경제학적 측면에서도 비용-효과적인 방법이 된다. Belloc(1973)의 연구 및 Breslow과 Enstrom(1980)의 연구에서도 좋은 건강습관을 갖고 있을수록 낮은 사망률과 이환율을 나타냄을 보고한 바와 같이 장기적으로는 건강증진의 효과를 지역사회로 파급시킬 수 있게 되므로 대학생은 학교와 사회의 중간 전달자로서 학교 건강증진사업의 중요한 대상자가 된다. 또한 대학생에게 적합한 학교 건강증진 프로그램을 개발하기 위해서는 건강증진의 기본방향인 생활양식의 개선 및

개인 건강기술의 향상을 유도할 수 있는 건강증진 프로그램이 기획되어야 하며, 이와 함께 프로그램의 효율성 증가 및 프로그램의 실패감소를 위한 참여의사 수렴과 적극적인 참여를 유도할 수 있는 전략이 개발되어야 한다.

그러나 현재 우리 나라의 대학교에서는 학생과 교직원의 건강증진을 위한 다양한 프로그램이 개발되어 수행되고 있지 못한 실정이다. 국립 서울대학교의 경우 보건교육 프로그램으로써 주 2회 비디오 상영과 년 2회의 건강 특강을 수행하고 있으며, 결핵 및 빈혈, 간염, 혈압 관리를 위한 만성병 관리 프로그램과 독감, 풍진, 간염 예방접종 프로그램을 운영하는 것으로 알려져 있다. 사립대학교 역시 비슷한 상황으로 연세대학교와 고려대학교의 경우에도 비디오 상영을 중심으로 하는 보건교육과 만성병 관리 및 예방접종 프로그램에 주로 수행되고 있다. 반면 외국 대학교의 경우는 다양한 프로그램으로 학생 및 교직원의 건강을 증진시키고 있다. 미주리대학교의 경우 약물오용, 성병 및 에이즈, 피임, 성폭행, 스트레스 관리, 영양, 독감관리 등의 프로그램을 운영하고 있으며, 그룹화, 워크샵, 상담, 매체를 통한 캠페인, 이벤트, 교육자료 배포, 영양 도우미, 인턴쉽 등의 다양한 전략을 수립을 수립하여 건강증진 프로그램의 참여를 유도하고 있다. 남캘리포니아 대학교와 텍사스대학교의 경우에도 성교육, 영양교육, 금연교실, 스트레스 관리 등의 프로그램을 운영하고 있으며, 1년간의 보건교육 계획 및 각종 이벤트를 수행하고 있다.

이처럼 학교 건강증진사업이 효과적으로 수행되기 위해서는 참여의 주체인 학생들의 의사가 반영되어야 하고, 이를 기초로 한 다양한 건강증진 프로그램이 개발되어야 하며, 각 프로그램의 적극적인 참여를 유도시키기 위한 주요 전략들이

수립되어야 한다. 그러나 아직까지 우리 나라의 대학교들은 건강증진 프로그램 수행을 위한 요구도 사정도 되어있지 못한 실정이므로 대학교에서 수행가능한 건강증진 프로그램들을 선정하고 운영하기 위한 기초조사부터 이루어져야 한다.

따라서 본 연구는 대학교에서 수행 가능한 각종 건강증진 프로그램에 관한 대학생들의 참여의사 수준을 파악하고, 이에 영향을 미치는 주요 특성들을 분석함으로써 대학교 건강증진사업의 우선순위 결정 및 프로그램의 참여를 유도하기 위한 수행전략 수립에 기초자료를 제공하고자 한다.

II. 연구방법

본 연구는 서울시에 소재하는 E여대의 학생 746명을 대상으로 1998년 5월 동안 조사하였으며, 조사대상자의 선정을 위해 계열 및 학년, 학과를 단위로 다단계추출을 수행하였다. 또한 각종 건강증진 프로그램의 참여의사 및 특성을 조사하기 위하여 자기기입식 설문지를 이용하여 자료를 수집하였다.

본 연구에서 선정한 건강증진 프로그램의 9가지 주제(풍진예방, 독감예방, 운동처방, 체력측정, 체중조절, 금연, 금주, 성교육, 성인병검진)는 국민건강증진법 시행령 제17조에 제시되어 있는 보건교육의 내용과 선행 연구들의 내용을 참조하여 E 대학 보건소 보건의료진과 합의도출한 내용이며, 향후 이에 관한 주제별 건강증진 프로그램에 관한 참여 의사(intention)의 수준을 3가지(긍정적, 중립적, 부정적)로 구분하여 조사하였다. 또한 참여의사 수준에 영향을 미치는 요인을 분석하기 위하여 학년 및 건강인지도(인지된 건강상

태, 건강 관심도), 보건교육의 경험(과거 보건교육 참여경험, 과거 보건교육 후의 행태변화)에 관한 내용을 설문문항에 포함시켰다.

수집된 자료를 분석하기 위하여 PC-SAS 6.12를 활용하였으며, 각 건강증진 프로그램에 관한 참여의사 수준 및 이에 영향을 미치는 요인들을 분석하기 위하여 학년 및 인지된 건강상태, 건강 관심도, 과거 보건교육 참여경험, 과거 보건교육 후의 행태변화를 독립변수로 한 χ^2 -검정 및 trend test를 수행하였다.

III. 연구결과

1. 여대생의 건강증진 프로그램에 관한 참여의사 수준

건강증진 프로그램의 주제 중 조사대상자가 긍정적인 참여의사 수준을 가장 많이 보인 프로그램은 독감예방접종 프로그램이었으며, 그 다음이 체중조절 프로그램, 풍진예방접종 프로그램, 체력측정 프로그램, 성교육 및 성상담 프로그램, 운동처방 프로그램, 성인병 건강검진 프로그램, 금연 프로그램, 금주 프로그램 순이었다(표 1). 반면 부정적인 참여의사 수준을 가장 많이 보인 프로그램은 금연 프로그램이었으며, 그 다음이 금주 프로그램, 운동처방 프로그램, 체력측정 프로그램 순이었고, 중립적인 참여의사 수준을 가장 많이 보인 프로그램은 성교육 및 성상담 프로그램과 성인병 건강검진 프로그램이었다.

<표 1> 건강증진 프로그램 참여의사 분포

건강증진 프로그램	참여의사	n (%)
풍진예방접종 프로그램	긍정적	385 (52.7)
	중립적	238 (32.6)
	부정적	108 (14.7)
	계	731 (100.0)
독감예방접종 프로그램	긍정적	486 (66.1)
	중립적	185 (25.2)
	부정적	64 (8.7)
	계	735 (100.0)
운동처방 프로그램	긍정적	274 (37.6)
	중립적	277 (37.9)
	부정적	179 (24.5)
	계	730 (100.0)
체력측정 프로그램	긍정적	304 (41.4)
	중립적	262 (35.6)
	부정적	169 (23.0)
	계	735 (100.0)
체중조절 프로그램	긍정적	396 (54.1)
	중립적	196 (26.7)
	부정적	141 (19.2)
	계	733 (100.0)
금연 프로그램	긍정적	70 (9.7)
	중립적	197 (27.4)
	부정적	453 (62.9)
	계	720 (100.0)
금주 프로그램	긍정적	58 (8.1)
	중립적	215 (30.0)
	부정적	443 (61.9)
	계	716 (100.0)
성인병 건강검진 프로그램	긍정적	270 (36.8)
	중립적	323 (44.1)
	부정적	140 (19.1)
	계	733 (100.0)
성교육 및 성상담 프로그램	긍정적	283 (38.5)
	중립적	338 (45.9)
	부정적	115 (15.6)
	계	746 (100.0)

2. 건강증진 프로그램의 참여의사 수준에 영향을 미치는 주요 요인

1) 학년별 건강증진 프로그램 참여의사

건강증진 프로그램의 주제 중 학년별로 참여의사에 차이를 보인 프로그램은 풍진예방접종 프로그램($p<0.05$), 운동처방 프로그램($p<0.01$), 체력측정 프로그램($p<0.01$), 성인병 건강검진 프로그램($p<0.05$)이었다(표 2). 또한 학년이 높아질수록 저학년의 학생들과는 달리 풍진예방접종 프로그램, 운동처방 프로그램, 체력측정 프로그램, 성인병 건강검진 프로그램, 성교육 및 성상담 프로그램에 관한 긍정적 참여의사 비율이 증가하는 경향을 나타내었다($p<0.01$).

2) 건강인지도에 따른 건강증진 프로그램 참여의사

인지된 건강상태에 따른 건강증진 프로그램들의 참여의사 수준은 통계적으로 유의한 차이를 보이고 있지는 않았으나, 자신이 건강하다고 인지하고 있는 경우 예방접종 프로그램, 체중조절 프로그램, 성교육 및 성상담 프로그램에서 긍정적 참여의사 비율이 다소 높아지는 경향을 나타내었으며, 불건강하다고 인지하고 있는 경우에는 운동처방 프로그램, 체력측정 프로그램, 금연 프로그램, 금주 프로그램, 성인병 건강검진 프로그램에 관한 긍정적 참여의사 비율이 다소 높아지는 경향을 보였다(표 3).

또한 건강 관심도에 따른 참여의사 수준을 표 4를 통해 살펴보면 풍진예방접종 프로그램을 제외한 모든 건강증진 프로그램에서 참여의사에 관한 유의한 차이가 나타났으며($p<0.01$, $p<0.05$), 특히, 독감예방접종 프로그램, 운동처방 프로그램, 체력측정 프로그램, 체중조절 프로그램, 성인

<표 2> 학년별 학생의 건강증진 프로그램 참여의사

단위: 명(%)

건강증진 프로그램	참여의사	학 년				χ^2
		1학년	2학년	3학년	4학년	
풍진예방접종 프로그램	긍정적	23 (12.7)	17 (10.5)	34 (18.0)	31 (17.6)	14.96*
	중립적	49 (26.9)	55 (34.0)	74 (39.2)	55 (31.3)	
	부정적	110 (60.4)	90 (55.5)	81 (42.8)	90 (51.1)	
	계	182(100.0)	162(100.0)	189(100.0)	176(100.0)	
독감예방접종 프로그램	긍정적	127 (69.8)	113 (69.8)	120 (63.2)	111 (62.0)	4.52
	중립적	41 (22.5)	36 (22.2)	54 (28.4)	49 (26.8)	
	부정적	14 (7.7)	13 (8.0)	15 (8.4)	20 (11.2)	
	계	182(100.0)	162(100.0)	190(100.0)	179(100.0)	
운동처방 프로그램	긍정적	46 (25.5)	58 (36.0)	85 (45.0)	77 (43.5)	19.7**
	중립적	77 (42.5)	65 (40.4)	63 (33.3)	60 (33.9)	
	부정적	58 (32.0)	38 (23.6)	41 (21.7)	40 (22.6)	
	계	181(100.0)	161(100.0)	189(100.0)	177(100.0)	
체력측정 프로그램	긍정적	48 (26.4)	65 (40.1)	83 (43.7)	95 (53.1)	34.65**
	중립적	75 (41.2)	55 (34.0)	71 (37.4)	53 (29.6)	
	부정적	59 (32.4)	42 (25.9)	36 (18.9)	31 (17.3)	
	계	182(100.0)	162(100.0)	190(100.0)	179(100.0)	
체중조절 프로그램	긍정적	96 (53.0)	91 (56.2)	102 (54.0)	94 (52.5)	7.80
	중립적	45 (24.9)	49 (30.2)	54 (28.6)	41 (22.9)	
	부정적	40 (22.1)	22 (13.6)	33 (17.4)	44 (24.6)	
	계	181(100.0)	162(100.0)	189(100.0)	179(100.0)	
금연 프로그램	긍정적	21 (12.0)	11 (6.8)	20 (10.6)	15 (8.6)	5.60
	중립적	40 (22.9)	43 (26.7)	53 (28.2)	53 (30.3)	
	부정적	114 (65.1)	107 (66.5)	115 (61.2)	107 (61.1)	
	계	175(100.0)	161(100.0)	188(100.0)	175(100.0)	
금주 프로그램	긍정적	23 (13.0)	9 (5.7)	16 (8.6)	10 (5.8)	12.01
	중립적	46 (26.0)	42 (26.4)	61 (32.8)	55 (31.8)	
	부정적	108 (61.0)	108 (67.9)	109 (58.6)	108 (62.4)	
	계	177(100.0)	159(100.0)	186(100.0)	173(100.0)	
성인병 건강검진 프로그램	긍정적	61 (33.9)	49 (30.2)	69 (36.6)	79 (43.9)	12.4*
	중립적	83 (46.1)	74 (45.7)	95 (48.1)	66 (36.7)	
	부정적	36 (20.0)	39 (24.1)	29 (15.3)	35 (19.4)	
	계	180(100.0)	162(100.0)	189(100.0)	180(100.0)	
성교육 및 성상담 프로그램	긍정적	61 (33.5)	58 (35.9)	75 (39.5)	76 (42.2)	8.21
	중립적	85 (46.7)	78 (48.1)	92 (48.4)	76 (42.2)	
	부정적	36 (19.8)	26 (16.0)	23 (12.1)	29 (15.6)	
	계	182(100.0)	162(100.0)	190(100.0)	180(100.0)	

* p<0.05, ** p<0.01

<표 3> 건강상태 인지도에 따른 건강증진 프로그램 참여의사

단위: 명(%)

건강증진 프로그램	참여의사	건강 상태 인 지 도			χ^2
		건 강	보 통	불건강	
풍진예방접종 프로그램	긍정적	148 (55.4)	153 (50.5)	81 (51.6)	3.09
	중립적	87 (32.6)	99 (32.7)	51 (32.5)	
	부정적	32 (12.0)	51 (16.8)	25 (15.9)	
	계	267(100.0)	303(100.0)	157(100.0)	
독감예방접종 프로그램	긍정적	183 (68.1)	201 (66.1)	99 (62.7)	3.42
	중립적	59 (21.9)	79 (26.0)	46 (29.1)	
	부정적	27 (10.0)	24 (7.9)	13 (8.2)	
	계	269(100.0)	304(100.0)	158(100.0)	
운동처방 프로그램	긍정적	88 (33.0)	116 (38.5)	69 (43.7)	5.09
	중립적	109 (40.8)	112 (37.2)	53 (33.5)	
	부정적	70 (26.2)	73 (24.3)	36 (22.8)	
	계	267(100.0)	301(100.0)	158(100.0)	
체력측정 프로그램	긍정적	103 (38.3)	125 (46.0)	75 (47.8)	8.67
	중립적	93 (34.6)	120 (39.3)	46 (29.3)	
	부정적	73 (27.1)	60 (19.7)	36 (22.9)	
	계	269(100.0)	305(100.0)	157(100.0)	
체중조절 프로그램	긍정적	151 (56.6)	167 (54.8)	76 (48.4)	3.23
	중립적	65 (24.3)	83 (27.2)	46 (29.3)	
	부정적	51 (19.1)	55 (18.0)	35 (22.3)	
	계	267(100.0)	305(100.0)	157(100.0)	
금연 프로그램	긍정적	23 (8.6)	26 (8.7)	21 (13.5)	3.26
	중립적	74 (27.7)	81 (27.4)	41 (26.5)	
	부정적	170 (63.7)	189 (63.9)	93 (60.0)	
	계	267(100.0)	296(100.0)	155(100.0)	
금주 프로그램	긍정적	17 (6.4)	24 (8.1)	16 (10.5)	2.39
	중립적	80 (30.2)	87 (29.5)	47 (30.7)	
	부정적	169 (63.4)	184 (62.4)	90 (58.8)	
	계	265(100.0)	295(100.0)	153(100.0)	
성인병 건강검진 프로그램	긍정적	88 (32.6)	115 (38.1)	66 (42.0)	5.34
	중립적	130 (48.1)	131 (43.4)	59 (37.6)	
	부정적	52 (19.3)	56 (18.5)	32 (20.4)	
	계	270(100.0)	302(100.0)	157(100.0)	
성교육 및 성상담 프로그램	긍정적	106 (39.3)	115 (37.7)	61 (38.8)	1.74
	중립적	126 (46.7)	142 (46.6)	67 (42.7)	
	부정적	38 (14.1)	48 (15.7)	29 (18.5)	
	계	270(100.0)	305(100.0)	157(100.0)	

<표 4> 건강관심도에 따른 건강증진 프로그램 참여의사

단위: 명(%)

건강증진 프로그램	참여의사	건강관심도			χ^2
		고	중	저	
풍진예방접종 프로그램	긍정적	196 (53.8)	160 (51.2)	25 (51.0)	3.73
	중립적	115 (31.6)	110 (35.1)	13 (26.5)	
	부정적	53 (14.6)	43 (13.7)	11 (22.5)	
	계	364(100.0)	313(100.0)	49(100.0)	χ^2 trend = 0.69
독감예방접종 프로그램	긍정적	254 (69.4)	202 (64.2)	27 (55.1)	11.87*
	중립적	88 (24.0)	83 (26.3)	12 (24.5)	
	부정적	24 (6.6)	30 (9.5)	10 (20.4)	
	계	366(100.0)	315(100.0)	49(100.0)	χ^2 trend = 8.27**
운동처방 프로그램	긍정적	158 (43.5)	103 (32.9)	11 (22.4)	20.26**
	중립적	134 (36.9)	123 (39.3)	17 (34.7)	
	부정적	71 (19.6)	87 (27.8)	21 (42.9)	
	계	363(100.0)	313(100.0)	49(100.0)	χ^2 trend = 19.22**
체력측정 프로그램	긍정적	181 (49.6)	108 (34.2)	13 (26.5)	31.72**
	중립적	120 (32.9)	126 (39.9)	14 (28.6)	
	부정적	64 (17.5)	82 (25.9)	22 (44.9)	
	계	365(100.0)	316(100.0)	49(100.0)	χ^2 trend = 27.29**
체중조절 프로그램	긍정적	212 (58.1)	156 (49.7)	23 (46.9)	11.25*
	중립적	89 (24.4)	97 (30.9)	10 (20.4)	
	부정적	64 (17.5)	61 (19.4)	16 (32.7)	
	계	365(100.0)	314(100.0)	49(100.0)	χ^2 trend =6.21**
금연 프로그램	긍정적	35 (9.8)	25 (8.1)	8 (16.3)	11.81*
	중립적	114 (31.8)	72 (23.3)	9 (18.4)	
	부정적	209 (58.4)	212 (68.6)	32 (65.3)	
	계	358(100.0)	309(100.0)	49(100.0)	χ^2 trend = 2.17
금주 프로그램	긍정적	30 (8.5)	20 (6.5)	8 (16.3)	16.14**
	중립적	124 (34.9)	80 (26.0)	8 (16.3)	
	부정적	201 (56.6)	208 (67.5)	33 (67.3)	
	계	355(100.0)	308(100.0)	49(100.0)	χ^2 trend = 3.23
성인병 건강검진 프로그램	긍정적	158 (43.2)	98 (31.4)	12 (24.4)	29.56**
	중립적	153 (41.8)	151 (48.2)	16 (32.7)	
	부정적	55 (15.0)	64 (20.4)	21 (42.9)	
	계	366(100.0)	313(100.0)	49(100.0)	χ^2 trend = 21.55**
성교육 및 성상담 프로그램	긍정적	157 (42.9)	105 (33.3)	18 (36.7)	9.63*
	중립적	162 (44.3)	154 (48.7)	20 (40.8)	
	부정적	47 (12.8)	57 (18.0)	11 (22.5)	
	계	366(100.0)	316(100.0)	49(100.0)	χ^2 trend = 7.27**

* p<0.05, ** p<0.01

<표 5> 과거 보건교육 참여경험에 따른 건강증진 프로그램 참여의사

단위: 명(%)

건강증진 프로그램	참여의사	보건교육 참여경험		χ^2
		유	무	
풍진예방접종 프로그램	긍정적	172 (54.4)	205 (50.7)	1.09
	중립적	101 (32.0)	136 (33.7)	
	부정적	43 (13.6)	63 (15.6)	
	계	316(100.0)	404(100.0)	χ^2 trend = 1.08
독감예방접종 프로그램	긍정적	218 (68.5)	261 (64.3)	1.56
	중립적	75 (23.6)	106 (26.1)	
	부정적	25 (7.9)	39 (9.6)	
	계	318(100.0)	406(100.0)	χ^2 trend = 1.53
운동처방 프로그램	긍정적	121 (38.3)	150 (37.2)	0.44
	중립적	121 (38.3)	150 (37.2)	
	부정적	74 (23.4)	103 (25.6)	
	계	316(100.0)	403(100.0)	χ^2 trend = 0.30
체력측정 프로그램	긍정적	131 (41.2)	170 (41.9)	0.04
	중립적	114 (33.8)	143 (35.2)	
	부정적	73 (23.0)	93 (22.9)	
	계	318(100.0)	406(100.0)	χ^2 trend = 0.02
체중조절 프로그램	긍정적	172 (54.7)	215 (53.2)	0.22
	중립적	85 (26.7)	109 (27.0)	
	부정적	59 (18.6)	80 (19.8)	
	계	318(100.0)	404(100.0)	χ^2 trend = 0.22
금연 프로그램	긍정적	31 (10.0)	33 (8.2)	1.61
	중립적	89 (28.7)	104 (26.0)	
	부정적	190 (61.3)	263 (65.8)	
	계	310(100.0)	400(100.0)	χ^2 trend = 1.58
금주 프로그램	긍정적	25 (8.1)	30 (7.6)	4.07
	중립적	103 (33.3)	106 (26.7)	
	부정적	181 (58.6)	261 (65.7)	
	계	309(100.0)	397(100.0)	χ^2 trend = 2.55
성인병 건강검진 프로그램	긍정적	112 (35.6)	153 (37.6)	3.23
	중립적	150 (27.6)	169 (41.5)	
	부정적	53 (16.8)	85 (20.9)	
	계	315(100.0)	407(100.0)	χ^2 trend = 0.14
성교육 및 상담 프로그램	긍정적	117 (36.8)	162 (39.8)	4.52
	중립적	159 (50.0)	174 (42.8)	
	부정적	42 (13.2)	71 (17.4)	
	계	318(100.0)	407(100.0)	χ^2 trend = 0.05

<표 6> 과거 보건교육 후 행태변화에 따른 건강증진 프로그램 참여의사

단위: 명(%)

건강증진 프로그램	참여의사	과거 보건교육후 행동변화				χ^2
		건강행동 실천	건강행동실천 의지소유	건강관심 소유	변화없음	
풍진예방접종 프로그램	긍정적	27 (64.3)	55 (56.7)	65 (49.7)	21 (51.2)	7.58
	중립적	10 (23.8)	28 (28.9)	51 (38.9)	11 (26.8)	
	부정적	5 (11.9)	14 (14.4)	15 (11.5)	9 (22.0)	
	계	42(100.0)	97(100.0)	131(100.0)	41(100.0)	
독감예방접종 프로그램	긍정적	33 (76.7)	69 (70.4)	85 (64.9)	26 (65.0)	8.57
	중립적	9 (20.9)	25 (25.5)	32 (24.4)	8 (20.0)	
	부정적	1 (2.4)	4 (4.1)	14 (10.7)	6 (15.0)	
	계	43(100.0)	98(100.0)	131(100.0)	40(100.0)	
운동처방 프로그램	긍정적	22 (51.2)	40 (40.8)	46 (35.7)	11 (27.5)	8.26
	중립적	15 (34.9)	38 (38.8)	49 (38.0)	15 (37.5)	
	부정적	6 (14.0)	20 (20.4)	34 (26.3)	14 (35.0)	
	계	43(100.0)	98(100.0)	129(100.0)	40(100.0)	
체력측정 프로그램	긍정적	26 (60.5)	41 (41.8)	46 (35.4)	14 (34.1)	15.33*
	중립적	10 (23.3)	38 (38.8)	53 (40.8)	11 (26.8)	
	부정적	7 (16.2)	19 (19.4)	31 (23.8)	16 (39.0)	
	계	43(100.0)	98(100.0)	130(100.0)	41(100.0)	
체중조절 프로그램	긍정적	24 (55.8)	60 (61.3)	66 (50.8)	20 (48.8)	5.80
	중립적	11 (25.6)	21 (21.4)	42 (32.3)	10 (24.4)	
	부정적	8 (18.6)	17 (17.3)	22 (16.9)	11 (26.8)	
	계	43(100.0)	98(100.0)	130(100.0)	41(100.0)	
금연 프로그램	긍정적	5 (12.2)	12 (12.7)	13 (10.3)	2 (4.9)	6.29
	중립적	13 (31.7)	29 (30.5)	36 (28.3)	7 (17.1)	
	부정적	23 (56.1)	54 (56.8)	78 (61.4)	32 (78.0)	
	계	41(100.0)	95(100.0)	127(100.0)	41(100.0)	
금주 프로그램	긍정적	5 (11.9)	12 (12.6)	6 (4.8)	2 (4.9)	11.8
	중립적	17 (40.5)	32 (33.7)	42 (33.3)	8 (19.5)	
	부정적	20 (47.6)	51 (53.7)	78 (61.9)	31 (75.6)	
	계	42(100.0)	95(100.0)	126(100.0)	41(100.0)	
성인병 건강검진 프로그램	긍정적	19 (44.2)	37 (38.1)	44 (34.4)	10 (24.3)	5.63
	중립적	19 (44.2)	47 (48.5)	59 (46.1)	22 (53.7)	
	부정적	5 (11.6)	13 (13.4)	25 (19.5)	9 (22.0)	
	계	43(100.0)	97(100.0)	128(100.0)	41(100.0)	
성교육 및 성상담 프로그램	긍정적	25 (58.1)	40 (40.8)	39 (30.0)	9 (22.0)	19.06**
	중립적	11 (25.6)	48 (49.0)	74 (56.9)	24 (59.5)	
	부정적	7 (16.3)	10 (10.2)	17 (13.1)	8 (19.5)	
	계	43(100.0)	98(100.0)	130(100.0)	41(100.0)	

* p<0.05, ** p<0.01

병 건강검진 프로그램, 성교육 및 성상담 프로그램의 경우 건강 관심도가 낮을수록 부정적 참여 의사 비율이 높아지는 경향을 보였다($p < 0.01$). 반면 금연 프로그램과 금주 프로그램의 경우는 건강관심도가 낮을수록 긍정적 참여의사 비율과 부정적 참여의사 비율이 함께 높아지는 경향을 나타내었으나 통계적으로 유의하지는 않았다.

3) 보건교육의 경험과 건강증진 프로그램 참여의사

과거에 보건교육을 받았던 경험과 향후 건강증진 프로그램에 참여할 의사에 관한 관련성을 <표 5>와 같이 살펴본 결과, 과거 보건교육 참여경험에 따라 참여의사 수준에 차이를 보인 건강증진 프로그램은 없었다. 그러나 과거 보건교육 경험자중 보건교육의 영향으로 자신의 행동에 변화를 경험했던 경우일수록 건강증진 프로그램에 관한 긍정적인 참여의사 비율이 높아지는 것으로 나타났다(표 6). 즉, 과거에 보건교육을 받은 후 행동변화를 경험했던 학생들은 체력측정 프로그램($p < 0.05$)과 성교육 및 성상담 프로그램($p < 0.01$)에 관한 긍정적 참여의사 수준을 나타낸 반면, 교육 후 행동변화가 없었던 경우에는 독감예방접종 프로그램, 운동처방 프로그램, 체력측정 프로그램, 금연 프로그램, 금주 프로그램, 성인병 건강검진 프로그램, 성교육 및 성상담 프로그램에서 긍정적 참여의사 비율이 감소하는 경향을 보였다($p < 0.05$, $p < 0.01$).

IV. 논 의

건강증진 프로그램의 주제 중 참여의사 수준이 가장 긍정적인 프로그램은 독감예방접종 프로

그램이었으며, 그 다음이 체중조절 프로그램, 풍진예방접종 프로그램, 체력측정 프로그램, 성교육 및 성상담 프로그램, 운동처방 프로그램, 성인병 건강검진 프로그램 순이었고, 금주 프로그램과 금연 프로그램에 관한 긍정적인 참여의사 수준은 가장 낮은 것으로 나타났다. 이는 전통적인 건강증진에 관한 요구를 조사한 Fish 등(1996)의 연구결과와 유사한 것으로 여대생의 경우 영양관리, 성인병관리, 체력증진, 성교육, 약물사용의 순으로 건강증진에 대한 요구를 가지고 있는 것으로 나타났다. 그러나 박경민 등(1996)이 조사한 대학생의 건강실천행위에서 BMI의 경우 남학생에 비해 여학생이 높은 반면 운동실천의 경우 남학생에 비해 여학생이 낮은 실천도를 보였다. 이는 체중조절에 대한 여학생의 잠재적 욕구를 추정할 수 있는 결과라 할 수 있으며, 여학생의 경우 흡연과 음주에 대한 경험이 적으므로 금연과 금주 프로그램에 대한 선호도가 낮게 나타난 것으로 사료된다.

또한 건강증진 프로그램에 영향을 미치는 요인으로 학년, 건강관심도, 보건교육후의 행동변화가 통계적으로 유의한 차이를 보이고 있었다. 이에 건강증진 프로그램을 중심으로 각 프로그램의 참여의사에 영향을 미치는 요인들을 구분하여 살펴보면 다음과 같다.

첫째, 풍진 예방접종 프로그램의 참여의사에 영향을 미치는 요인은 학년으로 고학년일수록 긍정적인 참여의사 수준을 보인 반면, 저학년의 경우 부정적인 참여의사 수준을 나타내었다. 그러나 풍진 예방접종은 모성을 위해 필요한 예방조치로서 여성들에게 인식되어야 할 필수사항이므로 신입생을 대상으로 하는 풍진예방교육이 제공될 필요가 있다.

둘째, 독감 예방접종 프로그램의 참여의사에

영향을 미치는 요인은 건강에 관한 관심도로 건강에 관심을 높을수록 긍정적인 참여의사를 보이고 있었다. 특히, 독감 예방접종의 경우 전 학년에 걸쳐 고르게 긍정적 참여의사를 보인 프로그램으로서 기온차가 심한 계절을 중심으로 프로그램이 운영될 경우 높은 참여율을 보일 것으로 사료된다.

셋째, 운동처방 프로그램의 참여의사 수준에 영향을 미치는 요인은 학년, 건강관심도이었으며, 학년의 경우 고학년일수록 긍정적인 참여의사 수준을 보였고, 건강에 관한 관심이 높을수록 긍정적 참여의사를 나타내었다. 이는 강재현과 선우성(1996)의 연구에서 서울 시민의 경우 규칙적인 운동을 제1의 건강증진법으로 생각하는 것과 같이 학년이 높아질수록 운동에 대한 중요성을 생각하는 것으로 여겨진다. 또한 윤은자(1997)의 연구결과에서도 학년이 높아질수록 운동점수가 증가하는 것으로 보고되었다. 그러나 자신의 건강의 건강상태가 불건강하다고 인지하는 경우 건강하다고 인지하는 경우에 비해 높은 긍정적 참여의사 수준을 보였으며, 보건교육 후 행태변화가 긍정적일수록 긍정적 참여의사의 비율이 높아지는 경향을 보였다. 이는 여대생의 경우 보건교육 후 운동영역에 대한 실천행위가 증가하는 것으로 보고된 이미라와 사회영(1997)의 연구결과와도 유사한 결과라 할 수 있다. 따라서 운동처방 프로그램은 건강유지 및 건강보호를 위해 선호하는 프로그램인 것으로 사료되며, 실천경험이 있는 경우 프로그램에 대한 긍정적인 태도를 보이고 있으므로 실천을 위한 적극적인 동기 제공이 필요하다고 여겨진다.

넷째, 체력측정 프로그램의 참여의사 수준에 영향을 미치는 요인은 학년 및 건강관심도, 보건교육후의 행동변화로서 고학년일수록, 보건교육

경험 후 적극적인 행동변화를 경험한 학생일수록 긍정적인 참여의사의 비율이 높은 것을 볼 수 있었다. 이는 자발적인 행동변화를 경험했던 집단이 건강관리에 더 적극적인 것으로 여겨지므로 타 프로그램에 비하여 중립적 참여의사 수준을 많이 보인 체력측정 프로그램은 건강에 관한 자신감 확립에 중점을 두고 참여증진을 위한 수행 전략을 수립하는 것이 필요하다.

다섯째, 체중조절 프로그램의 참여의사 수준에 영향을 미치는 요인은 자신의 건강에 관한 관심 수준으로 건강에 관심이 높을수록 긍정적 참여의사를 보이고 있으며, 전 학년에서 가장 높은 긍정적 참여의사를 보인 프로그램이다. 특이한 것은 체중조절 프로그램에 적극적인 참여의사를 보인 저학년의 경우 운동처방 또는 체력측정 프로그램에 대한 참여의사 수준은 부정적인 것으로 나타났다. 이는 칼로리 소모를 위한 운동보다는 식이조절을 통해 체중을 조절하고자 하는 욕구가 여학생에게 더 강하기 때문인 것으로 사료된다. 최한식 등(1996)의 연구에서 대학생들이 건강증진을 위해 규칙적인 운동을 하는 것이 적절하다고 응답한 반면 실천행위에서는 보약 및 영양제를 복용하는 경우가 높은 순위를 차지하였으며, 윤은자(1997)의 연구결과에서도 학년이 높아질수록 영양실천행위점수가 증가하는 것으로 보고되고 있어 대학생이 움직임을 통한 에너지 소모방법을 선호하지 않는 것으로 나타나고 있다.

여섯째, 금연 프로그램의 참여의사 수준에 영향을 미치는 요인은 건강관심도이며, 건강에 대한 관심도가 낮은 군에서 긍정적인 참여의사 수준을 나타내었다. 특히, 신입생의 경우 긍정적 참여의사의 비율이 고학년에 비해 높게 나타났는데, 이는 대학입학을 통한 급격한 생활패턴의 변화 및 타의에 의한 흡연경험이 금연에 대한 욕구

를 강화시키는 것으로 여겨진다. 또한 자신의 건강상태를 불건강하다고 인지하는 경우 더 높은 긍정적 참여의사 수준을 보인 반면, 보건교육후의 행동변화가 없었던 경우에 부정적 참여의사의 비율이 높은 것으로 나타났다. 이는 흡연으로 인한 건강의 위협을 여성 흡연자들이 느끼고 있는 것으로, 특히 금연시도에 실패한 경우 프로그램 참여에 대한 참여의사 수준이 부정적임을 알 수 있었다. 따라서 금연을 위한 확실한 행동수정요법 및 대처요법을 제시되어야만 프로그램의 효과 및 참여율을 높일 수 있을 것이다.

일곱째, 금주 프로그램의 참여의사 수준에 영향을 미치는 요인은 건강관심도로, 건강에 관심이 높은 경우 긍정적 참여의사를 보였다. 특히, 신입생이 고학년에 비해 긍정적 참여의사를 보였으며, 보건교육 후 행동변화가 있었던 경우에 긍정적인 참여의사 수준을 나타내었다. 따라서 금주 프로그램은 음주문화가 확산되고 있는 대학생 활에서 자신의 건강에 대한 염려 및 음주행위가 금주에 대한 욕구를 증가시키고 있는 것으로 사료된다. 이는 금주 프로그램 개발시 음주량을 단계적으로 감소시킬 수 있는 행동변화단계를 설정하는 것이 필요하며, 폭음과 과음의 경험을 감소시킬 수 있는 내적통제위의 강화에 중점을 두어야 할 것이다.

여덟째, 성인병 건강검진 프로그램의 참여의사 수준에 영향을 미치는 요인은 학년과 건강관심도로 고학년일수록, 건강에 관심이 높을수록 긍정적 참여의사를 보였으며, 특히 자신의 건강상태를 불건강하다고 인지하는 경우 건강하다고 인지하는 경우보다 다소 긍정적인 참여의사 수준을 나타내었다. 이는 건강에 관심이 많은 학생일수록 성인병을 예방하기 위한 건강실천행위의 수준이 높았던 최한식 등(1997)의 연구결과와 유사한

결과라 할 수 있다. 또한 과거 보건교육 후 행동변화를 경험한 군일수록 긍정적 참여의사를 보이는 것으로 나타나고 있어 고학년을 중심으로 성인병 예방교육을 실시하는 것이 바람직하며, 저렴한 비용의 건강검진 프로그램을 제공함으로써 자신의 건강에 관심을 높여주는 것이 중요할 것으로 사료된다.

아홉째, 성교육 및 성상담 프로그램의 참여의사 수준에 영향을 미치는 요인은 건강관심도와 과거 보건교육 후의 행동변화로 건강에 대한 관심이 높을수록, 과거 보건교육 후 행동변화를 경험한 군일수록 긍정적인 참여의사 수준을 나타내었다. 특히, 저학년에 비해 고학년으로 갈수록 긍정적 참여의사의 비율이 높아지는 경향을 보이고 있으므로 결혼전력기의 여대생을 대상으로 혼전 건강관리에 관한 건강지식 및 임신, 출산에 관한 올바른 지식을 제공하는 다양한 보건교육 프로그램이 제공되어야 할 것이다.

본 연구의 결과는 일개 여자대학교의 재학생을 대상으로 학교 건강증진사업의 기초자료를 수집하기 위해 조사된 것이므로 다음과 같은 제한점을 지니고 있다. 첫째, 본 연구의 결과는 일개 여자대학교에 한정되어 수행되었던 결과이므로 남녀공학의 대학교에 적용시키는 것은 다소 어려움이 있을 수 있다. 둘째, 자기기입식 설문지를 이용하여 조사하였으므로 각 설문문항에 대한 응답자의 이해수준을 정확히 파악할 수 없었다. 따라서 학교 건강증진 프로그램이 수행된 이후 효과평가를 수행할 때 참여의사에 대한 재조사가 필요하리라 사료된다. 셋째, 참여의사에 영향을 미치는 요인들을 분석하기 위해 제시된 변수가 제한적으로 제시되었다. 선행연구결과들을 살펴볼 때 건강증진 프로그램의 참여의사에 차이를 보일 수 있는 성 및 사회경제적 요인, 학과계열

등을 본 연구에서는 충분히 포함시키지 못했다. 그러나 본 연구에서는 변화가 가능한 개인속성요인에 중점을 두고 건강증진 프로그램 참여의사를 살펴보았으므로 향후 연구에서는 학과계열 및 사회경제적 요인을 충분히 고려한 건강증진 프로그램 참여의사 연구가 시도되어야 할 것이다.

V. 결 론

대학교 건강증진사업의 효율적 전개를 위해 건강증진 프로그램들에 관한 여대생의 참여의사 수준을 파악하고, 건강증진 프로그램 참여의사에 영향을 미치는 주요 요인을 분석함으로써 대학교 건강증진 프로그램 개발 및 수행전략 수립에 기초를 제공하고자 E여대 학생 746명을 다단계추출법에 의해 선정하여 설문조사를 실시하였다.

여대생의 건강증진 프로그램들에 관한 참여의사 수준을 살펴본 결과 독감예방접종 프로그램에 대한 긍정적 참여의사 비율이 가장 높은 것으로 나타났고, 다음이 체중조절 프로그램, 풍진예방접종 프로그램, 체력측정 프로그램 순이었으며, 금연 프로그램 및 금주 프로그램에 대한 참여의사 비율은 가장 낮게 나타났다. 또한 건강증진 프로그램 참여의사에 영향을 미치는 주요 요인은 학년, 건강관심도, 보건교육 후의 행태변화인 것으로 나타났고, 건강상태 인지도, 과거 보건교육의 경험은 참여의사에 영향을 미치지 않는 것으로 나타났다.

각 건강증진 프로그램별로 참여의사에 영향을 미치는 주요 요인에 대해 살펴보면 첫째, 풍진 예방접종 프로그램의 참여의사에 영향을 미치는 요인은 학년이었으며, 둘째, 독감 예방접종 프로그램의 참여의사에 영향을 미치는 요인은 건강관

심도였고, 셋째, 운동처방 프로그램의 참여의사에 영향을 미치는 요인은 학년, 건강관심도이었다. 넷째, 체력측정 프로그램의 참여의사에 영향을 미치는 요인은 학년 및 건강관심도, 보건교육 후의 행동변화였으며, 다섯째, 체중조절 프로그램의 참여의사에 영향을 미치는 요인은 건강관심도이었다고, 여섯째, 금연 프로그램의 참여의사에 영향을 미치는 요인은 건강관심도이었다. 일곱째, 금주 프로그램의 참여의사에 영향을 미치는 요인은 건강관심도이었다고, 여덟째, 성인병 건강검진 프로그램의 참여의사에 영향을 미치는 요인은 학년과 건강관심도이었으며, 아홉째, 성교육 및 성상담 프로그램의 참여의사에 영향을 미치는 요인은 건강관심도와 보건교육 후의 행동변화이었다.

이상과 같이 건강증진 프로그램의 주제에 따라 참여의사에 영향을 미치는 요인들은 차이가 있으므로 각 프로그램의 수행을 계획할 때에는 긍정적 참여의사를 보인 대상자의 특성을 정확히 파악하여 추진전략을 수립하는 것이 프로그램의 참여의사 비율을 높일 수 있는 접근방안이 된다. 이는 비록 금연 프로그램 및 금주 프로그램과 같이 참여에 대한 선호도가 낮은 프로그램일지라도 반드시 수행되어야 하는 경우 건강에 관심이 높은 신입생을 대상으로 우선적으로 전개되는 것이 프로그램의 참여를 높일 수 있는 전략이 될 수 있으리라 사료된다. 따라서 건강증진 프로그램의 주제에 따라 적정 대상을 선정하고, 수행전략을 수립함으로써 대학교 건강증진사업의 효과를 높일 수 있을 것이다. 또한 미국의 대학생을 대상으로 적용되고 있는 컴퓨터를 활용한 'Healthy Lifestyle Check'(Martin 등, 1997)와 같은 건강관리 프로그램이 개발되어야 한다. 이는 정기적인 건강사정 항목을 인터넷 사이트를

활용하여 제공함으로써 건강체크 및 건강사정에 대한 결과를 개인에게 피이드백시킴 뿐만 아니라 요구도에 관한 항목을 추가시켜 건강증진 프로그램에 대한 요구도를 수시로 체크할 수 있으므로 건강증진 프로그램의 효율성을 높일 수 있는 부가적인 성과도 기대할 수 있게 된다.

참고문헌

- 강재현, 선우성. 서울시민의 건강증진행태 및 건강증진과 평생건강관리프로그램에 대한 인식도. 가정의학회지 1996;17(5):305-318.
- 박경민, 권영숙, 김정남. 대학생의 성별에 따른 건강 실천행위와 건강상태의 비교분석. 지역사회간호학회지 1996;7(2):257-264.
- 박미영. 대학의 건강증진 생활양식과 관련요인연구. 서울대학교 보건대학원 석사학위논문. 1993.
- 박정숙, 박청자, 권영숙. 건강교육이 대학생의 건강증진 행위에 미치는 영향. 대한간호학회지 1996;26(2):359-371.
- 윤은자. 대학생의 건강증진 생활양식 이행. 성인간호학회지 1997;9(2):262-271.
- 이미라, 소희영. 건강교육 교과목 학습이 대학생의 건강증진 생활양식 변화에 미치는 영향. 성인간호학회지 1997;9(1):70-85.
- 장영식, 김은혁, 송광호, 서영성, 김대현, 신동학. 건강증진에 대한 인식도- 의과대학생과 일반대학생의 비교. 가정의학회지 1997;18(12):1469-1482.
- 최한식, 최희자, 홍광의, 김병성, 최현림. 대학 신입생들의 건강행위에 관한 조사. 가정의학회지 1996;17(8):633-641.
- Belloc NB. Relationship of Health Practices and Mortality. Preventive Medicine 1973;2:67-81.
- Breslow L., Enstrom, J. Persistence of Health Habits and Their Relationship to Mortality. Preventive Medicine 1980;9:469-483.
- Brett NS, Rovert K. Conyne MA. Baird JE. O'Brian. Preventon in ollege Health: Counselling Perspectives. College Health. 1995;43(Jan):157-162.
- Hoffman CJ, Theresa T. Strategies for Using University: Health Services for Cholesterol Screening. JACH 1994;43(Sep):86-89.
- Fish C, Nies MA. Health Promotion Needs of Students in a College Environment. Public Health Nursing 1996;13(2):104-111.
- Judith DR, Jeffery S, Marguerite TM. Health Promotion Beliefs and Practices of fourth-Year Medical Students. American Journal of Preventive Medicine 1990;6(2):106-111.
- Martin K, Jarvis LA, Beate B. Healthy Lifestyle Check : A Computerized Health Screening Program. Computers in Nursing 1997;15(2):77-81.
- Kolbe L. Increasing the Impact of School Health Promotion Program : Emerging Research Perspectives. Health Education 1986;17(5):47-52.
- Jette M, Quenneville J, Sidney K. Fitness Testing and Counselling in Health Promotion. Can. J. Spt. Sci 1992;17(3):194-198.
- Paige PH, Rebcca HR. Jack MG, Bryan DP, Morse RM. The University of Virginia Health Promotion and Disease Prevention Program. American Journal of Preventive Medicine 1997;13(1):36-44.
- Walker SN, Volkan K, Sechrist KR, Pender NJ. Health-promoting Life Styles of Older Adults : Comparisons with Young and Middle-aged Adults, Correlates and Patterns. American Nursing Science 1988; 11(1):76-90.
- Missouri student health center, www.hsc.missouri.edu
- UNT student health center, www.unt.edu
- USC student health center, www.usc.edu

<ABSTRACT>

A Study on the Factors to Associate with the Participative Intention for Health Promotion Programs in a University

Young-Bok Kim* · Eun-Hee Ha** · Ju-Young Kim*** · Young-Ok Yoon***

* *Department of Health and Hygiene, College of Health Science, Seonam University*

** *Department of Preventive Medicine, College of Medicine, Ewha Womans University*

*** *Health Care Center in Ewha Womans University*

This study purposed to examine the participative intention for health promotion program in a university and to find out the factors to associate with the participative intention. The data were based on the self-reported questionnaires from 746 women who study in E university, and this survey performed May, 1998. This study performed to analyze the participative intention for health promotion programs and the factors associate with health promotion program using χ^2 -test and trend test by the PC-SAS 6.12.

The major findings were as follows:

1. The tendency of participative intention for health promotion programs showed that Influenza preventive program was the highest among the health promotion programs, and the next were Weight control program, Rubella preventive program, Fitness program. On the other hand, Smoking preventive program and Non-drinking program were lower than the other program.

2. The four significant factors on participative intention for health promotion programs were grade, concern for health, and behavior change experience through the health education. On the other hand, the cognitive level for health, experience for health education were not the significant factors associate with the participative intention for health promotion programs.

3. The relationship between factors and each health promotion program showed that Rubella preventive program, Influenza preventive program, Weight control program, Smoking cessation program and Non-drinking program were associated with the grade or the health concern. And Chronic diseases preventive program was associated with the grade and the concern for health. Fitness program and Sex education program were associated with the concern for health and the behavior change experience through health education.

Key Words : Health Promotion Program, Participative Intention