

간호대학생의 건강증진 생활양식 결정요인에 관한 연구

성 미 혜*

I. 서 론

1. 연구의 필요성

건강은 인간이 오랜 역사를 통하여 조망해 온 가장 절실한 욕구중의 하나로 꾸준한 관심의 대상이 되어 왔으며, 건강에 대한 지대한 관심은 사회가 변화, 발전하면서 더욱 커졌으며(이승진, 최경숙과 이미라, 1988), 양적인 치료위주의 개념으로부터 건강유지, 증진을 위한 질적인 개념으로 전환되고 있다. 이러한 건강증진 개념은 안정성을 유지하거나 위협요인을 예방하는 개념에서부터 자아실현과 성장, 고도의 안녕을 향해 나아가는 개념으로 변화되어 왔다(Moore & Williamson, 1984).

건강증진의 실천에는 개인의 생활방식과 환경의 변화가 수반되며 행위가 개인의 통제하에 선택된다는 점에서 건강에 대한 책임도 중요한 요소가 된다(하영수, 1993; Alonzo, 1993; Brubaker, 1983; Williams, 1989).

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 각 20%이고, 의료서비스의 영향력은 8%에 불과하였다(남정자, 최정수, 김태정과

계훈방, 1995).

미국의 경우, 매년 발생하는 질병의 50%정도가 불건전한 생활방식에 기인하는 것으로 나타났으며, 최근 WHO에서도 선진국에서 일어나는 사망의 70-80%, 후진국에서 일어나는 사망의 40-50%가 생활양식이 원인이 되는 질병 때문이라고 추산하였다(이미라, 1997).

우리나라에서는 1995년 국민건강 증진법이 제정, 공포되면서 건강증진 개념의 기본이 생활양식이라는 점에서 국민의 생활습관 개선을 위한 국가적 노력이 가시화되고 있으며(박영주, 이숙자, 박은숙, 유호신, 이재원과 장성옥, 2000), 최근 간호학의 연구동향 역시 건강증진 생활양식과 관련된 요인의 규명을 통해 간호전략을 수립하는 것이라 할 수 있다.

Pender(1982)의 건강증진 모형은 건강증진 생활양식의 영향요인을 규명하고 이를 간호중재의 기틀로 제시하고 있으며, 이를 이용한 선행연구들은 건강한 성인을 대상으로 한 연구들(Pender, Walker, Sechrist & Frankstromborg, 1990; Walker, Volkan & Pender, 1988; Weitzel, 1989), 장애가 있는 환자를 대상으로 한 연구들(Oh, 1993; Stuijbergen & Becker, 1994)과 암환자를 대상으로 한 연구(오복자, 1995), 노인을 대상으로 한 연구들(Duffy, 1993; Roffle, Yoho & Sams, 1989)로, 성인초기에 있는 대학생들

* 인제대학교 간호학과

대상으로 한 연구는 거의 없는 실정이다. 대학생은 발달 단계상 성인초기에 속하며 성인중기 및 후기에 비해 상대적으로 건강습관이 확고히 형성되어 있지 않으므로 건강행위의 수정가능성이 크고, 이 시기에 확립된 건강습관은 건전한 시민으로서의 시각과 함께 성인기 후기의 건강관리에 근원이 됨을 볼 때, 이들의 건강증진 생활양식을 설명해 주는 결정요인을 규명하는 것은 매우 중요하다고 할 수 있다. 그러나 이들을 대상으로 건강증진을 위한 기본으로 건강증진 생활양식에 대한 연구는 필요성이 대두될에도 불구하고 매우 부족한 실정이다.

특히, 간호대학생은 주로 여대생으로, 여대생은 가까운 미래에 결혼을 통해 출산과 육아 그리고 가족 구성원의 건강관리에 대한 책임을 담당하기 때문에 여대생들에게 있어서의 건강문제는 매우 중요시되어야 하며(김신정, 안은숙, 1997), 간호대학생은 건강관련 학문을 배우고 대상자의 건강증진을 위한 건강교육을 담당해야 하므로 이들의 건강증진 생활양식을 파악하는 것은 매우 중요하다고 본다.

미국의 경우 사망으로 이끄는 주요한 원인 10가지중 50%가 생활양식과 관련된다고 보고되고 있는(Gochman, 1988) 것처럼, 건강증진 생활양식은 건강증진의 기본으로 이와 관련된 요인을 규명하는 것은 매우 중요하다고 할 수 있다. 간호대학생을 대상으로 한 이종경과 한애경(1996)의 연구에서는 건강증진 생활양식과 관련된 요인 중 사회적 지지와 자기존중감이 37.9%를 설명하는 것으로 나타났으나, 이는 일부 요인들만이 규명된 것으로 향후 간호대학생을 대상으로 한 반복연구에서 이들의 건강증진 생활양식과 관련된 요인을 규명할 필요성을 제시한 것이라 할 수 있다.

따라서, 본 연구는 이들의 건강증진 생활양식을 설명해 주는 결정요인을 규명하고, 수정 가능한 인지적 요인들을 규명함으로써 건강증진 생활양식을 증진시키기 위한 중재를 개발하는데 기초자료를 제공하고자 한다.

2. 연구의 목적

본 연구의 목적은 간호대학생의 건강증진 생활양식과 관련된 요인이 무엇인지를 파악하며, 그 요인들의 영향력을 분석함으로써 간호대학생의 건강증진을 위한 간호중재 전략 수립에 기여하고자 함이며, 구체적인 목적은 다음과 같다.

- 1) 대상자의 건강증진 생활양식 수행정도, 통제성, 지

각된 건강상태, 자기효능 및 사회적 지지정도를 파악한다.

- 2) 대상자의 인구나사회학적 특성에 따른 건강증진 생활양식정도를 파악한다.
- 3) 통제성, 건강지각, 자기효능, 사회적 지지간의 상관관계를 파악한다.
- 4) 전체 및 영역별 건강증진 생활양식간의 상관관계를 파악한다.
- 5) 전체 및 영역별 건강증진 생활양식 수행정도와 통제성, 지각된 건강상태, 자기효능, 사회적 지지간의 상관관계를 파악한다.
- 6) 건강증진 생활양식에 영향을 주는 변수를 확인한다.

3. 용어의 정의

1) 건강증진 생활양식

인간의 실현화 경향의 표현으로 개인이나 집단의 최적의 안녕, 자아실현, 개인적인 성취를 유지하거나 증진시키려는 방향으로 취해지는 행위(Pender, 1987)로, Walker, Sechrist & Pender(1987)이 개발한 HPLP (Health Promotion Lifestyle Profile)로 측정된 점수이다.

2) 통제성

스트레스원을 적절히 평가하고 설명하는데 필요한 자신감으로, 역경이나 우발적인 사건에 직면했을 때 무기력하게 느끼기보다는 자신이 생활사건의 경과에 영향을 미칠 수 있다는 믿음(Kobasa, 1979)으로, Pollock (1989)의 건강관련 강인성도구(HRMS)중 통제성 영역의 문항으로 측정된 점수이다.

3) 지각된 건강상태

자신의 건강상태에 대한 주관적인 평가(Ware, 1976)로, 대상자 자신의 건강과 안녕상태를 측정하는 Ware(1976)의 건강지각 도구에 의해 측정된 점수이다.

4) 자기효능

특수한 목표를 달성하는데 필요한 어떤 행동이나 행위를 수행할 수 있다는 개인의 자신감에 대한 믿음(Bandura, 1977)으로, Sherer, Maddux, Mercandante, Prentice-Dunn, Jacobs와 Rogers (1982)에 의해 개발된 일반적 자기효능 척도를 이용하여 측정된 점수이다.

5) 사회적지지

사회적 결속을 통하여 개인을 둘러싸고 있는 의미있는 사람의 조직망으로서 대상자가 배우자, 가족, 친구, 이웃 등의 대인관계적 상호작용을 통해 받는 물질적, 정신적 도움(Norbeck, Linsey & Carrier, 1981)으로, Cohen과 Hoberman(1983)에 의해 개발된 대인관계 지지척도(Interpersonal Support Evaluation List)로 측정된 점수이다.

4. 연구의 제한점

편의 추출한 표본이므로, 본 연구의 결과를 전체 대학생에 일반화시키는데 신중을 기해야 한다.

II. 문헌 고찰

1. 건강증진 생활양식

건강증진 개념은 1974년 생의학적 모델로 인간의 건강을 설명하는 한계를 지적하고, 인간의 건강은 생물학적 환경, 생활양식, 건강관리 체계 및 사회 물리적 환경 등의 다양한 요인에 의해 영향을 받는다고 지적한 캐나다 정부의 Lalonde report 이후 각국의 건강정책의 초점이 되고 있다(Morgan & Marsh, 1998). 이러한 건강증진 개념은 안정성을 유지하거나 위험요인을 예방하는 개념에서부터 자아실현과 성장, 고도의 안녕을 향해 나아가는 개념으로 변화되어 왔으며(Moore & Williamson, 1984), 건강증진을 위한 생활양식이나 행위를 변화시키기 위해서는 무엇보다도 개인의 책임이 중요하다는 견해를 보이고 있다(Alonzo, 1993).

건강의 결정요인을 크게 유전, 환경, 생활양식의 3가지 요소로 볼 때 환경과 생활양식은 인간의 통제하에 있으며(Taylor, Deham & Ureda, 1982), 특히 생활양식은 개인의 선택여하에 따라 건강을 좌우한다.

현재 과학의 발전과 인간수명의 연장, 경제수준의 향상으로 말미암아 건강에 대한 인간의 요구도 점차 증가하게 되었으며, 최적의 건강상태를 유지 증진시키기 위해서는 대상자 스스로가 예방적 건강행위를 이행함으로써 가능하다(Hyman & Woog, 1982).

장기간의 건강행위는 쉽게 건강습관이 될 수 있고, 이미 고정된 건강습관의 변화와 유도에는 저항이 따르므로 가능한 성인병의 이환율이 낮은 성인 초기에 바람직하지

못한 행위를 교정하고 좋은 건강행위를 수립하도록 돕는 것은 중요하다. 특히 대학생들의 건강습관은 건전한 시민으로서의 시작과 함께 성인기 이후의 건강관리에 근원이 됨을 볼 때 청년기 건강관리의 중요성은 매우 크다(김신정과 안은숙, 1997).

지금까지 건강행위에 관한 연구에서 이용되어 왔던 건강신념 모형은 변수간의 관계가 명확하지 못하고, 건강행위를 예측하기보다는 설명하는데 목적을 둔 이론으로 태도와 신념에만 초점을 두는 제한점이 있기 때문에(Fehir, 1989; Janz & Becker, 1984), Pender(1987)는 구조적으로 Becker의 건강신념 모형을 근거로 한 건강증진 모형을 제시하고 있으며, 건강증진 행위를 '개인이나 집단의 안녕수준을 증가시키고, 개인의 자아실현이나 성취를 유지 증가시키는 방향으로 취해지는 활동'으로 정의하고 있다.

Pender(1987)의 건강증진 모형을 이론적 틀로 이용한 선행연구를 보면, 건강한 성인(박명희, 1997; 서연옥, 1995; Pender, Walker, Sechrist & Frankstroborg, 1990; Walker, Volkan & Pender, 1988), 장애가 있는 환자(Stuifbergen & Becker, 1994), 암환자(오복자, 1994), 노인(Nicholas, 1993; Riffle, Yoho & Sams, 1989)등으로 그 범위가 활발하게 확대되어 있으며, 대학생을 대상으로 한 연구는 박미영(1994), 이미라(1997)의 연구가 있지만, 매우 부족한 상태로 더 많은 연구가 요구된다.

2. 건강증진 생활양식에 영향을 주는 요인

1983년부터 1992년까지 23편의 건강증진 생활양식의 결정인자를 분석한 연구논문을 보면, 그 중 12편(52%)의 논문이 Pender의 건강증진 모형을 이론적 틀로 사용한 것으로 나타났다(Gillis, 1993).

Pender(1987)의 건강증진 모형은 인지-지각요인과 수정요인의 두 요인으로 구성되어 있으며, 건강증진의 구성요소인 생활양식을 설명하고 예측하는 인과구조를 보여준다. 인지-지각요인은 건강증진 생활양식에 가장 우선적인 동기 기전으로 작용하여 건강증진 생활양식에 직접적인 영향을 주며, 이에는 건강가치, 건강통제위, 자기효능, 건강개념, 건강상태, 지각된 유익성, 지각된 장애성, 자아존중감 등이 있다. 수정요인은 인구학적 요인, 생물학적 요인, 대인관계적 요인, 상황적 요인, 행동적 요인들이 포함되며, 이 요인들은 인지-지각요인을 거쳐

건강증진 생활양식에 간접적인 영향을 준다. 행동의 가능성은 환경으로부터 유도되거나 내적 근거를 갖는 행동의 계기에 달려 있다. 행동의 계기는 안녕감의 증가나 잠재력의 인식과 같은 내적 계기와 건강행위에 관한 다른 사람과의 대화나 대중매체와의 접촉을 통한 외적계기가 있다.

선행연구에서 건강증진행위에 영향을 주는 요인중 강인성(Pollock, 1989), 지각된 건강상태(Duffy, 1988), 자기효능(오복자, 1994; Weitzel, 1989), 사회적 지지(Gottlieb & Green, 1984), 건강통제위 성향(Pender et al., 1990) 및 자아존중감(Duffy, 1988)이 건강증진 생활양식에 주된 영향을 주는 것으로 나타났으나, 여기에서는 본 연구에서 채택된 개념을 중심으로 선행연구를 고찰하고자 한다.

통제성은 강인성의 하위개념으로, 한 사람이 사건의 과정에 영향을 미칠 수 있다고 믿고 행동하는 경향을 의미한다(Kobasa, 1982). 지금까지 건강증진 생활양식에 대한 지각된 통제에 영향력은 사회학습이론에서 나온 통제위 개념을 주로 측정하였으나 그 결과가 일치되지 않았으며(Gillis, 1993; Oberle, 1991), Gillis(1993)도 강인성 개념이 건강증진 생활양식의 스트레스 관리와 자아실현 영역에 영향을 미칠 수 있음을 암시하고, 강인성이 건강증진 생활양식의 설명력을 높이는 요인임을 확인할 필요가 있다고 하였으므로, 본 연구에서는 강인성의 하위개념인 통제성을 건강통제위보다 예측력이 강한(Lawler & Schmid, 1992) 강인성 개념으로 측정하였다.

Pollock(1989)은 강인성과 건강증진 생활양식에 관한 연구에서, 강인성과 지각된 건강상태($r=.28, P<.05$), 강인성과 건강증진 활동에의 참여($r=.23, P<.05$), 강인성과 사회적 자원의 이용($r=.45, P<.05$)은 유의한 정상관 관계를 나타냈다고 하였다.

Lee(1991)는 농촌에 거주하는 55세 이상의 성인 남성을 대상으로 강인성과 건강상태에 대한 연구에서, 강인성이 높은 사람은 자신의 정신적, 사회적 건강에 대해 긍정적으로 지각하는 반면, 신체적 건강에 대해서는 부정적으로 지각하는 것으로 나타났다고 하였다.

Nicholas(1993)는 노인을 대상으로 한 연구에서, 자가간호 수준이 높고 강인성이 높은 사람은 지각된 건강상태가 더 높다($r=-.68, P<.05$)고 보고하였다.

Gills(1993)은 강인성 개념이 건강증진 생활양식의 스트레스 관리와 자아실현 영역에 영향을 미칠 수 있음을 암시하고, 강인성이 건강증진 생활양식의 설명력을

높이는 요인임을 확인할 필요가 있다고 하였다.

이상을 볼 때, 통제성을 포함한 강인성은 건강과 질병에 따른 개인의 반응차이에 대해 더 많은 이해를 하는데 도움이 되는 요인으로서(Lee, 1991; Pollock, 1986), 자신의 건강상태를 긍정적으로 지각하고, 사회적 지지의 이용을 용이하게 하며, 스트레스 관리와 자아실현에 도움을 주고 건강증진 생활양식의 설명력을 높이는 중요한 요인임을 알 수 있었다.

자신의 건강상태에 대한 주관적인 평가인 지각된 건강상태는 객관적인 측정보다 생리적, 생물학적 변화를 더 잘 인지하며, 신경계, 내분비계, 면역체계간의 저항과 상호작용에 영향을 미치지 때문에 건강의 사회심리적 구성 요소에 관련된 정보를 제공할 수 있다(Goldstein, Siegel & Boyer, 1984).

자신의 건강상태에 대한 지각과 건강증진 생활양식의 관계는 많은 선행연구(박미영, 1994; 박인숙, 1995; 박재순, 1995; 오복자, 1994; Duffy, 1988; Pender, Walker, Sechrist & Frankstromborg, 1990; Weitzel, 1989)에서 지각된 건강상태와 건강증진 생활양식은 긍정적인 상관관계를 나타냈다.

60세 이상의 성인을 대상으로 한 Hanner(1986)의 연구에서, 지각된 건강상태와 건강증진 생활양식간의 유의한 상관관계를 보였으며($r=.26, P<.05$), 55세 이상의 성인을 대상으로 한 Riffle, Yoho 와 Sams(1989)는 지각된 건강상태가 건강증진 생활양식의 주요 예측요인이라고 하였다.

Goldstein, Siegel과 Boyer(1984)는 인구학적 요인과 건강지각과의 관계 연구에서, 여성이 남성보다, 연령이 증가할수록 자신의 건강을 나쁘게 평가하며, 교육수준, 경제상태, 직업상태 등 사회경제 수준이 높은 경우 자신이 건강을 좋게 지각한다고 하였다.

따라서, 지각된 건강상태는 대상자의 실제적인 건강상태를 반영하는 지표로서 그 타당성이 입증되었고, 건강증진 생활양식을 예측하는 요인임을 알 수 있다.

자기효능은 특수한 목표를 달성하는데 필요한 어떤 행동이나 행위를 수행하는 능력에 대한 신념으로(Bandura, 1977), 건강행위를 위한 중요한 매개체이다.

자기효능은 건강증진 생활양식의 예측인자로서 그 영향력이 여러 연구(Desmond et al., 1993; Pedder et al., 1990; Weitzel & Walker, 1990)에서 입증되었으나, 구미옥과 이은옥(1994)은 1981년부터 1994년까지 국내외 학술지에 게재된 자기효능 개념이 적용된

건강증진 생활양식 관련 연구논문 40편을 분석한 결과, 자기효능은 특수한 목표를 달성하는데 필요한 어떤 행동이나 행위를 수행하는 자신의 능력에 대한 신념으로서 일반적인 건강증진 생활양식과의 관계에서는 명확한 상호관계는 보여지지 않음을 시사하였다(박명희, 1997).

사회적 지지는 삶의 과정을 통해 스트레스를 증대하고 직접적 효과를 주기 때문에 개인의 안녕에 중요하며, 건강과 사회심리적 안녕에 역동적인 관계가 있다(Hormman, 1989).

간호대학생을 대상으로 한 이종경과 한애경(1996)의 연구에서, 사회적 지지와 자기 존중감이 건강증진 생활양식을 37.9% 설명하는 것으로 나타났다.

Hubbard, Huhlenkamp와 Brown(1984)은 건강한 성인을 대상으로 한 연구에서, 지각된 사회적 지지의 수준과 긍정적인 건강실천이 유의한 관계($r=.37, P<.01$)가 있으며, 사회적 지지가 건강증진 생활양식을 14% 설명하는 것으로 나타났다.

Pugliesi(1988)는 여성의 정신건강에 대한 사회 문화적 영역에 관한 연구에서, 사회적지지가 여성들의 안녕에 직접적인 영향을 준다고 하였다.

따라서, 사회적 지지는 건강증진 행위에 직·간접적으로 작용하며, 긍정적인 건강증진행위의 예측요인임을 알 수 있다.

그밖에, 건강증진 생활양식에 영향을 주는 인구학적 요인으로 교육수준과 경제상태(Speake, Cowart & Pellet, 1989)가 있으며, 특히 여성의 경우 연령, 경제상태, 교육수준, 직업유무 등이 건강증진 생활양식에 직접적인 영향을 주는 것으로 나타났다(Gottlieb & Green, 1984).

III. 연구 방법

1. 연구설계

본 연구는 간호대학생의 건강증진 생활양식의 영향요인을 규명하는 횡단적 탐색적 상관관계연구(explorative correlation study)이다.

2. 연구대상

본 연구의 대상자는 2000년 11월 1일부터 11월 30일 까지 P광역시에 소재한 1개 대학 간호학과 1-4학년

에 재학중인 여학생 전수를 대상으로 하였다. 총 310부 중 292부가 회수되었으며(94.2%), 이중 불완전한 설문 응답자 22부를 제외한 270부를 대상으로 하였다.

3. 연구도구

1) 건강증진 생활양식

Walker등(1987)이 개발한 48문항의 Health Promoting Lifestyle Profile(HPLP)를 수정 보완한 47개 문항의 도구를 사용하였다. 건강증진 생활양식은 6개의 하위개념, 즉 자아실현 11문항, 건강책임 10문항, 운동과 영양 12문항, 대인관계지지 7문항, 스트레스관리 7문항 등으로 총 47문항으로 구성된 4점 척도였다. 이 도구는 최소 47점에서 최고 188점의 범위를 가지며, 점수가 높을수록 건강증진행위의 실천정도가 높음을 의미한다. 개발당시 도구의 신뢰도는 Cronbach's Alpha=.92였고, 본 연구에서 신뢰도는 .88였다.

2) 통제성

Pollock(1989)의 건강관련 강인성도구(HRHS)를 서연옥(1995)이 문항분석을 거쳐 수정한 도구중 통제성을 묻는 8문항으로 측정하였다. 부정 문항은 역으로 환산하였으며 점수가 낮을수록 강인성이 낮음을 의미한다. 서연옥(1995)의 연구에서 Cronbach's Alpha는 .54였으며, 이미라(1997)의 연구에서는 .44였고, 본 연구에서는 .52였다.

3) 지각된 건강상태

Ware(1976)의 건강지각 도구를 유지수, 김조자 및 박지원(1985)이 변안한 것을 사용하여 측정하였다. 32개 문항의 6개 하위개념중 현재 건강상태 6문항을 이용하였으며, 5점 척도로 점수가 높을수록 자신의 건강상태에 대한 지각정도가 높음을 의미한다. 도구개발 당시 신뢰도는 Cronbach's Alpha=.91이었으며, 본 연구에서의 Cronbach's Alpha는 .86이었다.

4) 자기효능

Sheer등(1982)에 의해 개발된 일반적 자기효능을 사용하여 측정하였다. 이 도구는 17문항으로 최저 17점에서 최고 85점까지의 5점 척도였다. 점수가 높을수록 자기효능이 높음을 나타내며, 도구개발 당시의 신뢰도는 Cronbach's Alpha=.71였으며, 본 연구에서는 .84이었다.

5) 사회적지지

Cohen과 Hoberman(1983)이 개발한 대인관계 지지척도(Interpersonal Support Evaluation List: ISEL)를 사용하여 측정하였다. 총 18문항의 4점 척도로 최저 18점에서 최고 72점까지의 분포를 보이며, 점수가 높을수록 사회적 지지정도가 높음을 의미한다. 서연옥(1995)의 연구에서 신뢰도는 Cronbach's Alpha=.90였으며, 본 연구에서는 .93이었다.

4. 자료분석방법

수집된 자료는 SPSS PC+ 프로그램을 이용하여 통계처리 하였다. 대상자의 인구사회학적 특성은 실수와 백분율로, 건강증진 생활양식, 통제성, 지각된 건강상태, 자기효능, 사회적 지지는 평균과 표준편차로 산출하였다. 차이검정은 t-test, ANOVA를 사용하였으며, 상관관계는 Pearson Correlation Coefficient를 사용하였고, 건강증진 생활양식의 결정요인은 단계적 중회귀분석(Stepwise Regression Analysis)로 분석하였다.

IV. 연구 결과

1. 대상자의 인구사회학적 특성

본 연구에서 대상자의 인구사회학적 특성을 보면, 연령은 평균 21.3세로 21-23세가 65.6%(177명), 18-20세가 30.7%(83명), 24-26세가 3.7%(10명)이었다. 학년은 1학년 27.4%(74명), 3학년 25.6%(69명), 4학년 24.4%(66명), 2학년 22.6%(61명)이었으며, 종교는 48.5%(131명)이 없다고 답하였으며, 그 다음은 기독교 22.6%(61명)이었다. 한달 용돈은 11-20만원이 67%(179명), 21-30만원 15.6%(42명), 10만원 이하 14.4%(39명), 31만원 이상 3.0%(10명)이었다. 가족형태는 핵가족 61.9%(167명), 자취 및 하숙 19.6%(53명), 기숙사 11.5%(31명), 대가족 7.0%(19명)이었다. 질병경험은 51.9%(140명)이 있다고 답하였고, 가족의 질병경험은 69.6%(188명)이 있다고 답하였으며, 운동경험은 60.0%(162명)이 없다고 답하였다.

2. 건강증진 생활양식, 통제성, 지각된 건강상태, 자기효능, 사회적 지지정도

대상자의 건강증진 생활양식, 통제성, 지각된 건강상태, 자기효능, 사회적 지지정도를 보면(표 1), 건강증진 생활양식의 총점은 114.27점(표준편차 ±.89)로 다소 낮게 나타났으며, 대인관계(2.94점), 자아실현(2.89점) 순으로 나타났고, 건강책임 영역이 1.93점으로 가장 낮았다.

통제성은 23.08점(표준편차 ±.28)로 최대값 35점에 대한 중간값보다 높게 나타났으며, 지각된 건강상태는 18.52점(표준편차 ±.28)로 최대값 30점에 대한 중간값보다 약간 높게 나타났다. 자기효능은 47.79점(표준편차 ±.33)으로 최대값 70점에 대해 비교적 높게 나타났으며, 사회적 지지는 52.45점(표준편차 ±.56)으로 최대값 72점에 대해 비교적 높게 나타났다.

〈표 1〉 건강증진 생활양식, 통제성, 지각된 건강상태, 자기효능, 사회적 지지정도

변 수	평균 (*)	표준편차 (*)	점수범위
건강증진 생활양식	114.27	.89	76 ~167
자아실현	31.77(2.89)	.28(0.03)	20 ~44
건강책임	19.26(1.93)	.24(0.02)	10 ~34
운동 및 영양	24.98(2.08)	.32(0.03)	12 ~48
대인관계지지	20.59(2.94)	.22(0.03)	11 ~28
스트레스관리	17.67(2.52)	.20(0.03)	10 ~28
통제성	23.08	.28	12 ~35
지각된 건강상태	18.52	.28	7 ~30
자기효능	47.79	.33	29 ~70
사회적 지지	52.45	.56	30 ~72

* 문항평균

3. 인구사회학적 특성에 따른 건강증진 생활양식 수행정도

인구사회학적 특성에 따른 영역별 건강증진 생활양식 수행정도를 분석한 결과는 〈표 2〉와 같다. 전체 건강증진 생활양식은 운동경험(t=3.44, P<.01)에서 통계적으로 유의한 차이를 보였다. 즉, 운동경험이 있는 경우 건강증진 행위의 실천을 잘 하는 것으로 나타났다.

영역별 건강증진 생활양식 수행정도를 보면, 자아실현 영역은 인구사회학적 특성에 따른 차이를 보이지 않았고, 건강책임 영역은 연령(F=7.93, P<0.001), 학년(F=9.16, P<0.001), 질병경험(t=3.47, P<0.001), 운동경험(t=2.05, P<0.05)등에서 통계적으로 유의한 차이를 보였다. 연령이 높고 학년이 높은 경우 건강책임 영역의 건강증진 행위의 실천을 잘하는 것으로 나타났다. 또한 질병경험이 있고 운동을 하는 경우 건강책임 영역

의 건강증진 행위의 실천을 잘 하는 것으로 나타났다.

운동 및 영양영역은 운동경험($t=5.04, P<0.001$)에서 통계적으로 유의한 차이를 보여, 운동경험이 있는 경우, 운동 및 영양영역의 건강증진 행위의 실천이 높은 것으로 나타났다. 대인관계 지지영역은 연령($F=3.09, P(0.05)$)에서 통계적으로 유의한 차이를 보여, 연령이 낮은 경우 대인관계 지지영역의 건강증진 행위의 실천을 잘하는 것으로 나타났다. 스트레스 관리 영역은 인구사회학적 특성에 따른 차이를 보이지 않았다.

4. 통제성, 지각된 건강상태, 자기효능, 사회적 지지간의 상관관계

본 연구에서 통제성, 지각된 건강상태, 자기효능, 사회적 지지간의 상관관계를 보기 위해 Pearson

Correlation Coefficient로 분석한 결과(표 3), 통제성은 자기효능($r=.241, P<.001$)과 유의한 상관관계를 보였으며, 지각된 건강상태는 연구에 포함된 다른 변수와 유의한 상관관계를 보이지 않았다. 자기효능은 사회적지지($r=.257, P<.001$)와 유의한 상관관계를 나타냈다.

〈표 3〉 통제성, 지각된 건강상태, 자기효능, 사회적 지지간의 상관관계

	X1	X2	X3	X4
통제성	X1 1.000			
지각된 건강상태	X2 -.120	1.000		
자기효능	X3 .241**	-.040	1.000	
사회적지지	X4 -.161	.013	.257**	1.000

* P<.01 ** P<.001

〈표 2〉 인구사회학적 특성에 따른 건강증진 생활양식 수행정도

특 성	건강증진생활양식		자아실현		건강책임		운동 및 영양		대인관계		스트레스 관리		
	Mean	t or F	Mean	t or F	Mean	t or F	Mean	t or F	Mean	t or F	Mean	t or F	
연령(세)	18-20	113.88	1.25	31.53	.63	17.86	7.93***	23.37	.36	21.29	3.09*	17.83	.24
	21-23	114.55		31.95		19.84		24.83		20.35		17.58	
	24-26	112.60		30.50		20.60		24.40		19.00		18.10	
학년(년)	1	112.26	.98	31.26	1.36	17.36	9.16***	24.77	1.95	20.97	.55	17.89	1.44
	2	114.07		31.25		19.33		26.25		20.20		17.15	
	3	114.48		32.36		20.22		24.04		20.49		17.36	
	4	116.50		32.29		20.32		25.03		20.62		18.24	
종교	무교	113.29	.54	31.30	1.02	19.02	1.60	24.77	.97	20.56	.84	17.63	1.44
	불교	115.15		32.52		19.30		24.85		20.83		17.65	
	기독교	114.89		32.10		19.79		25.28		20.41		17.31	
	천주교	116.79		32.04		14.33		24.92		21.04		19.08	
한달 용돈	10만원이하	111.41	.59	30.31	1.92	19.13	.02	25.36	.58	19.51	1.67	17.10	.91
	11-20만원	114.88		31.86		19.27		25.13		20.73		17.90	
	21-30만원	114.36		32.50		19.29		24.26		21.10		17.21	
	31만원이상	113.88		33.00		19.50		23.50		20.00		17.88	
가족 형태	대가족	115.26	.06	32.32	.81	18.68	1.21	25.37	.23	21.58	1.80	17.32	.58
	핵가족	114.41		31.96		19.47		24.77		20.46		17.74	
	자취 및 하숙	113.79		31.58		19.49		25.38		20.06		17.28	
	기숙사	113.74		30.68		18.10		25.19		21.58		18.19	
질병 경험	유	115.29	.19	31.32	-1.64	20.05	3.47***	25.40	1.35	20.65	.29	17.85	.93
	무	113.16		32.23		18.40		24.53		20.52		17.47	
가족의 질병 경험	유	114.04	-.39	31.44	-1.75	19.46	1.30	25.01	.14	20.54	-.33	17.57	-.74
	무	114.79		32.50		18.78		24.91		20.69		17.90	
운동 경험	유	117.96		32.07	.90	19.89	2.05*	26.87	5.04***	20.87	1.07	18.24	2.29
	무	111.80	3.44**	31.56		18.83		23.71		20.40		17.29	

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

5. 전체 및 영역별 건강증진 생활양식 수행정도간의 상관관계

전체 및 영역별 건강증진 생활양식 수행정도간의 상관관계를 보면(표 4), 자아실현 영역은 건강책임($r=.405$, $P<.001$), 운동 및 영양영역($r=.313$, $P<.001$), 대인관계 지지($r=.540$, $P<.001$), 스트레스 관리($r=.435$, $P<.001$)와 유의한 순상관관계를 나타냈다. 건강책임 영역은 운동 및 영양영역($r=.407$, $P<.001$), 대인관계지지($r=.269$, $P<.001$), 스트레스관리($r=.377$, $P<.001$)와 유의한 순상관관계를 나타냈다. 한편, 운동 및 영양은 대인관계지지($r=.238$, $P<.001$), 스트레스관리($r=.328$, $P<.001$)와 유의한 순상관관계를 나타냈다. 대인관계 지지영역은 스트레스관리($r=.453$, $P<.001$)와 유의한 순상관관계를 나타내었다.

6. 전체 및 영역별 건강증진 생활양식 수행정도와 통제성, 지각된 건강상태, 자기효능, 사회적 지지간의 상관관계

전체 및 영역별 건강증진 생활양식 수행정도와 통제성, 지각된 건강상태, 자기효능, 사회적 지지간의 상관관계를 보면(표 5), 통제성은 전체 건강증진 생활양식($r=.228$, $P<.001$) 및 하위영역인 자아실현영역($r=.214$, $P<.001$), 건강책임영역($r=.221$, $P<.001$)과 유의한 상관관계를 나타냈다. 건강지각은 전체 건강증진 생활양식과는 유의한 상관관계를 보이지 않았으나 하위영역인 운동 및 영양영역($r=.187$, $P<.001$)과 유의한 상관관계를 나타냈다. 자기효능은 전체 건강증진 생활양식($r=.274$, $P<.001$) 및 운동 및 영양영역을 제외한 하위영역에서 유의한 상관관계가 있는 것으로 나타났다. 사회적 지지는 전체 건강증진 생활양식($r=.559$, $P<.001$) 및 하위영역 전체 즉 자아실현($r=.525$, $P<.001$), 건강책임

($r=.307$, $P<.001$), 운동 및 영양영역($r=.205$, $P<.001$), 대인관계 지지($r=.563$, $P<.001$), 스트레스 관리($r=.447$, $P<.001$)와 유의한 상관관계가 있는 것으로 나타났다.

〈표 5〉 전체 및 영역별 건강증진 생활양식 수행정도와 통제성, 지각된 건강상태, 자기효능, 사회적 지지간의 상관관계

	통제성	지각된 건강상태	자기효능	사회적 지지
건강증진생활양식	.228**	.108	.274**	.559**
자아실현	.214**	.092	.273**	.525**
건강책임	.221**	-.059	.144*	.307**
운동 및 영양영역	.131	.187**	.129	.205**
대인관계	.100	.039	.272	.563**
스트레스관리	.129	.819	.165	.447**

* $P<.01$ ** $P<.001$

7. 건강증진 생활양식에 영향을 미치는 요인

본 연구에서 간호대학생의 건강증진 생활양식에 영향력을 규명하기 위해 인구사회학적 변수를 포함한 통제성, 지각된 건강상태, 자기효능, 사회적 지지에 대해서 단계적 중회귀분석을 실시한 결과는 〈표 6〉과 같다. 가장 영향력 있는 요인은 사회적 지지로 건강증진 생활양식을 31% 설명하였다. 그 다음으로는 운동경험 2%, 자기효능 및 통제성이 각 1%로 이들 네 변수가 건강증진 생활양식을 35% 설명해주는 것으로 나타났다.

〈표 6〉 건강증진 생활양식에 영향을 미치는 요인의 단계적 중회귀 분석

예측변수	B	R ²	F	P
사회적지지	.8983	.31	121.83	.0000
운동경험	.8729	.33	66.95	.0000
자기효능	.8202	.34	47.71	.0000
통제성	.8040	.35	37.24	.0000

〈표 4〉 전체 및 영역별 건강증진 생활양식 수행정도간의 상관관계

	X1	X2	X3	X4	X5	X6
건강증진생활양식 X1	1.000					
자아실현 X2	.764**					
건강책임 X3	.696**	.405**				
운동 및 영양영역 X4	.700**	.313**	.407**			
대인관계지지 X5	.671**	.540**	.269**	.238**		
스트레스관리 X6	.694**	.435**	.377**	.328**	.453**	1.000

* $P<.01$ ** $P<.001$

V. 논 의

본 연구는 Pender(1987)의 건강증진 모형을 근간으로 건강증진 생활양식과 관련된 문헌을 참조하여 영향요인으로 작용한 통제성, 지각된 건강상태, 자기효능, 사회적 지지를 선택하여 간호대학생의 건강증진 생활양식에 영향을 미치는 요인을 파악하고 그 요인들의 영향력을 분석하고자 시도되었다.

본 연구의 대상자인 간호대학생의 건강증진 생활양식 수행정도는 평균 2.43점(4점만점)으로, 중년 후기 여성을 대상으로 한 박재순(1995)의 3.26점, 중년 여성을 대상으로 한 박명희(1997)의 2.65점, 대학생을 대상으로 한 박미영(1994)의 3.33점, 18-34세의 성인을 대상으로 한 Walker, Volkan과 Pender(1988)의 2.63점보다 낮았으나, 대학생을 대상으로 한 이미라(1997)의 2.30점보다는 높은 점수로 나타났다.

하위영역별로는 대인관계가 2.94점으로 가장 높고, 건강책임이 1.93점으로 가장 낮게 나타났는데, 이는 Weitzel과 Walker(1990), Weitzel(1989), Lusk, Kerr 및 Ronnis(1995)의 연구결과와 일치되는 결과이다. 본 연구에서 가장 낮은 점수를 나타낸 영역은 건강책임 영역으로, 건강을 다루는 학문을 하는 간호대학생들의 건강책임 영역에 대한 건강증진 생활양식 실천 수준이 매우 낮다는 것은 의외의 결과라 할 수 있으며, 이러한 결과는 박명희(1997), 박재순(1995), Walker, Volkan과 Pender(1988)의 연구결과와도 일치하는 것이다. 따라서, 다양한 건강문제를 가지고 있는 대상자들에게 적절한 간호를 제공하기 위해서는 건강전문가 자신이 건강증진 생활양식을 실천해야 하며, 더 나아가 건강을 다루는 간호대학생들의 건강증진 생활양식 실천 수준을 향상시킬 수 있도록 교육이 강화되어야 할 것으로 보인다.

인구사회학적 특성에 따른 건강증진 생활양식 수행정도의 차이에서, 운동영역($t=3.44, P<.01$)에서만 유의한 차이를 보였는데, 이는 박미영(1993), 박인숙(1995), 이미라(1997)의 일치하는 결과이다.

연령에 따른 건강증진 생활양식 수행정도는 건강책임($F=7.93, P<.001$), 대인관계지지($F=3.29, P<.05$) 영역에서 유의한 차이를 나타냈는데, 이는 연령 따른 건강증진 생활양식 수행정도의 차이가 없다고 보고한 이미라(1997)의 연구결과와 상반되는 것으로, 여대생만을 대상으로 한 연구가 계속 이루어져 이에 대한 규명이 필

요할 것으로 사료된다.

학년에 따른 건강증진 생활양식 수행정도는 건강책임($F=9.16, P<.001$)영역에서만 유의한 차이를 나타내, 박정숙 등(1996)의 학년이 증가함에 따라 건강증진 행위를 더 잘 실행하는 경향이 있다는 결과와 부분적으로 일치하지만, 학년에 따라 건강증진 생활양식이 유의한 차이를 보이지 않았다고 보고한 박미영(1994)의 연구결과와는 상반되는 결과라 할 수 있다.

종교, 한달 용돈 및 가족 형태에 따른 건강증진 생활양식 수행정도의 유의한 차이는 없는 것으로 나타나, 대상자의 건강증진 생활양식 수행정도를 높이기 위한 중재 전략에서 이들 변수를 배제하기 위한 반복연구가 필요할 것으로 보인다.

질병경험에 따른 건강증진 생활양식 수행정도는 건강책임($t=3.47, P<.001$)에서만 유의한 차이를 나타내, 질병경험 유무에 따른 건강증진 생활양식 수행정도의 차이는 없다고 한 이미라(1997)의 연구결과와 다소 상이한 결과이며, 가족의 질병경험에 따른 건강증진 생활양식 수행정도는 유의한 차이를 나타내지 못하였다.

운동경험에 따른 건강증진 생활양식 수행정도는 건강책임($t=2.05, P<.05$), 운동 및 영양($t=5.04, P<.001$)에서 유의한 차이를 나타내 이미라(1997), Dishman 등(1985), Pender 등(1990)의 연구결과와 일치하는 것으로, 지속적인 운동을 할 수 있도록 여대생에게 맞는 운동교육 프로그램의 마련이 필요하다고 본다.

본 연구에서 통제성은 자기효능, 전체 건강증진 생활양식 및 자아실현, 건강책임 등의 하위영역과 유의한 상관관계가 있는 것으로 나타났다. 이는 이미라(1997), 서연옥(1995)의 연구에서 통제성이 건강증진 생활양식에 영향을 미치는 요인이라고 나타낸 결과와 일치하는 것이라 할 수 있다.

Pender(1987)의 건강증진 모형에서 건강에 대한 지각된 통제성은 건강증진 생활양식과 긍정적인 상관관계가 지지되기도 하고(Pender 등, 1990), 지지되지 않기도 한데(Weitzel, 1989), 이를 규명하기 위해서는 우리 문화에 맞는 타당성있는 도구가 마련되어야 할 것으로 본다.

지각된 건강상태는 운동 및 영양영역에서만 유의한 상관관계를 나타냈는데, 이는 자아실현 영역에서만 상관관계를 나타낸 이미라(1997)의 연구결과와 상반되는 것이라 할 수 있다.

Speake, Cowart와 Pellet(1989)의 연구에서는 현

재의 건강상태가 건강증진 생활양식의 하위개념인 영양, 대인관계지지, 자아실현 등과 상관관계가 있다고 하여, 본 연구결과를 부분적으로 지지하고 있다.

자기효능은 사회적지지, 전체 건강증진 생활양식 및 운동 및 영역과 스트레스 관리영역을 제외한 하위개념과 유의한 상관관계를 보였다. 최근들어 자기효능은 여러 연구(Desmond et al., 1993; McAuley & Jacobson, 1991; Pender et al., 1990; Weitzel & Walker, 1990)에서 건강증진 생활양식의 가장 강력한 예측인자로 확인되었다. Weitzel(1989)의 연구에서도 근로자의 건강증진 생활양식과 자기효능감이 유의한 상관관계를 보였고, 하위개념인 자아실현, 대인관계 영역과도 관계가 있었다. 따라서, 이러한 연구결과를 통하여 자기효능은 건강증진 생활양식에 중요한 영향을 미치는 요인임을 알 수 있었다.

사회적 지지는 자기효능, 전체 건강증진 생활양식 및 모든 하위개념 영역에서 유의한 상관관계를 보여 신뢰도와 타당도를 보여주고 있으며, 사회적 지지의 건강증진 생활양식에 대한 설명력은 31%로 높았다.

여러 연구(김혜숙과 최연순, 1993; 박재순, 1995; Gillis, 1993; Hubbard 등, 1984)에서, 사회적 지지와 건강증진행위간에 긍정적인 상관관계가 있음이 보고되었다. 이미라(1997)의 연구에서는 사회적 지지가 건강증진 생활양식과 유의한 상관관계가 없다고 보고하면서, 저자가 만든 도구의 타당도 문제로 인한 결과일 수 있다고 하였다.

한편, 청소년을 대상으로 한 Yarcheski와 Mahon(1989)은 긍정적인 건강실천에 영향을 주는 변수는 자아존중감, 사회적지지 및 인구학적 변수(연령, 교육정도, 성별)간의 인과구조를 설명하면서, 사회적 지지는 긍정적인 건강실천과 유의한 관계가 있었으며, 여자는 남자에 비해 사회적 지지의 지각정도가 더 높음을 보여주었다. 따라서, 사회적 지지는 긍정적인 건강증진 행위의 예측요인으로 직접효과와 간접효과가 있으며, 특히 여성은 남성에 비해 사회적 지지의 지각정도가 높기 때문에 사회적 지지가 건강증진 생활양식에 주는 효과가 크다고 할 수 있으며, 간호대학생을 대상으로 한 본 연구에서 건강증진 생활양식을 가장 잘 설명해 주는 변수로 사회적 지지가 나타난 결과를 강력히 지지해 주는 것이라 할 수 있다.

이상을 종합해 보면, 건강증진 생활양식은 통제성, 자기효능 및 사회적 지지와 긍정적인 상관관계가 있으며, 특

히 건강증진 생활양식 수행정도를 높이기 위해서는 사회적 지지가 직접적인 요인으로 작용함을 알 수 있었다.

VI. 결론 및 제언

본 연구는 간호대학생의 건강증진 생활양식 수행정도를 알아보고, 인구사회학적 특성에 따른 건강증진 생활양식 수행정도, 통제성, 지각된 건강상태, 자기효능, 사회적지지와 건강증진 생활양식 하위 영역간의 관계를 알아보고, 건강증진 생활양식에 영향을 미치는 변인을 분석함으로써, 향후 그들의 건강증진 생활양식 실천에 도움이 되는 자료를 제공하기 위해 시도되었다.

자료수집은 2000년 11월 1일부터 2000년 11월 30일 까지이며, P광역시에 소재한 1개 대학 간호대학생 전수를 대상으로 하였으며, 최종 대상자는 270명이었다. 자료분석은 SPSS PC+ 프로그램을 이용하여, 평균, 백분율, t-test, ANOVA, Pearson Correlation Coefficient, Stepwise regression analysis로 분석하였으며, 그 결과는 다음과 같다.

- 1) 건강증진 생활양식 수행정도는 4점 만점에 2.43점으로 다소 낮게 나타났다. 대인관계 영역이 2.94점으로 가장 높았고, 건강책임영역이 1.93점으로 가장 낮았다.
- 2) 연령에 따른 건강증진 생활양식 수행정도는 건강책임영역, 대인관계 지지영역에서 유의한 차이를 나타냈다. 학년에 따른 건강증진 생활양식 수행정도는 건강책임 영역에서만 유의한 차이를 보였다. 또한 질병경험에서는 건강책임 영역에서 유의한 차이를 나타냈으며, 운동경험에 따른 건강증진 생활양식 수행정도는 건강책임, 운동 및 영양영역에서만 유의한 차이를 보였다. 한편, 종교, 한달운동 및 가족형태에 따른 건강증진 생활양식 수행정도는 유의한 차이가 없었으며, 가족의 질병경험에서도 건강증진 생활양식 수행정도의 차이는 없었다.
- 3) 통제성은 자기효능과, 자기효능은 사회적 지지와 유의한 상관관계를 보였다.
- 4) 건강증진 생활양식은 하부영역 모두와, 또한 각 하부 영역간에도 유의한 상관관계를 나타내었다.
- 5) 사회적 지지는 건강증진 생활양식과, 통제성은 자아실현, 건강책임의 하부영역 및 전체 건강증진 생활양식과, 지각된 건강상태는 운동 및 영양의 하부영역에서만, 그리고 자기효능은 운동 및 영양과

스트레스 관리를 제외한 모든 하부영역과 전체 건강 증진 생활양식과 유의한 상관관계를 나타내었다.

- 6) 건강증진 생활양식에 가장 유의한 영향을 미치는 변수는 사회적 지지로 건강증진 생활양식을 30% 설명하였다. 여기에 운동경험, 자기효능 및 통제성이 포함되어 전체 건강증진 생활양식의 35%가 설명되었다.

본 연구의 결과를 통하여, 간호대학생의 건강증진 생활양식에 중요한 요인은 다른 연령층의 대상자와 마찬가지로 사회적 지지임이 확인되었으며, 최근 여대생을 포함한 많은 여성이 관심을 가지고 있는 운동이 또 하나의 변수로 작용함을 확인할 수 있었다. 따라서, 간호대학생의 건강증진 행위의 실천정도를 높이기 위해서는 이들 대학생을 지지할 수 있는 건강과 관련된 동아리같은 지지모임이나 동료 학생들끼리의 다양한 집단을 구성하는 것 같은 중재방안들이 효과적이라 사려된다.

2. 제 언

- 1) 본 연구에서 대학생의 건강증진 생활양식의 중요한 결정요인으로 사회적 지지가 규명되었으나, 같은 대학생을 대상으로 한 선행연구에서는 영향을 미치지 않는 것으로 나타나 이에 대한 규명을 위한 반복 연구가 요구된다.
- 2) 대학생을 대상으로 한 선행연구와 본 연구를 통해 건강증진 생활양식의 영향요인 중 하나로 운동경험이 규명되었으므로, 건강증진 생활양식의 수행을 높이기 위해서는 간호중재 마련시 이에 대한 고려가 필요하다.
- 3) 간호대학생의 건강증진 생활양식의 하부 영역중 건강책임 영역이 가장 낮게 나타났으므로, 이를 높일 수 있는 효과적인 중재가 요구된다.

참 고 문 헌

김신정, 안은숙 (1997). 여대생의 건강개념과 건강행위. 대한간호학회지, 27(2), 264-274.

김혜숙, 최연순 (1993). 미혼 임부와 기혼 임부 건강증진 행위차이에 관한 비교연구. 대한간호학회지, 23(2), 255-268.

구미옥, 이은옥 (1994). 건강신념 모델과 한국인 만성질환자의 환자역할행위. 대한간호, 29(3), 49-63.

남정자, 최정수, 김태정, 계훈방 (1995). 한국인의 보건 의식행태. 한국보건사회연구원.

박미영 (1994). 대학생의 건강증진 생활양식과 관련 요인 연구. 지역사회간호학회지, 5(1), 81-96.

박명희 (1997). 중년 여성의 건강증진 생활양식 관련 요인 분석. 여성건강간호학회지, 3(2), 139-157.

박영주, 이숙자, 박은숙, 유호신, 이재원, 장성욱 (2000). 건강증진 행위 설명요인에 대한 메타분석. 대한간호학회지, 30(4), 836-846.

박재순 (1995). 중년후기 여성의 건강증진 행위 모형구축. 서울대학교 박사학위 논문.

박인숙 (1995). 건강증진 생활양식에 관한 연구. 부산대학교 박사학위 논문.

박정숙, 박청자, 권영숙 (1996). 건강교육이 대학생의 건강증진 행위에 미치는 영향. 대한간호학회지, 26(2), 359-371.

서연옥 (1995). 중년 여성의 건강증진 생활양식에 관한 구조모형. 경희대학교 박사학위 논문.

이미라 (1997). 대학생의 건강증진 생활양식 결정요인에 관한 연구. 대한간호학회지, 27(1), 156-168.

이종경, 한애경 (1996). 사회적지지 및 자아존중감과 건강증진 행위와의 관계. 성인간호학회지, 8(1), 55-68.

이승진, 최경숙, 이미라 (1988). 일부 대학생의 건강통제위 특성과 자가간호 이행과의 관계 연구. 중앙의대지, 13(1), 199-205.

오복자 (1994). 위암 환자의 건강증진 행위와 삶의 질 예측모형. 서울대학교 박사학위 논문.

유지수, 김조자, 박지원 (1985). 청소년들의 건강지각, 건강행위, 건강상태와의 상관관계 연구. 연세논총, 169-185.

하영수 (1993). 간호학적 건강증진 개념 정립과 건강증진 프로그램. 간호학 탐구, 2(2), 9-11.

Alonzo, A. A. (1993). Health behavior: Issues, contradictions and dilemmas. Social Science and Medicine, 37(8), 1019-1034.

Bandura, A. (1977). Self-efficacy : toward a unifying theory of behavioral change. Psychological Review, 84, 110-215.

Brubaker, B. H. (1983). Health promotion : a linguistic analysis. Advances in Nursing Science, April, 1-14.

Cohen, S., Hoberman, H. (1983). Positive

- events and social supports as buffers of life change stress. Journal of Applied social psychology, 13, 99-125.
- Desmond, A. W., Conrad, K. H., Montgomery, A. & Simon, K. A. (1993). Factors associated with male worker's engagement in physical activity. AAOHN, 41(2), 73-83.
- Dishman, R. K., Sallis, J. F., Orenstein, D. R. (1985). The determinants of physical activity and exercise. Pub. Health Rep., 100, 158-171.
- Duffy, M. E. (1988). Determinants of health promotion in midlife woman. Nursing Research, 37(6), 358-362.
- Fehir, J. S. (1988). Self-rated health status, self efficacy, motivation, and selected demographics as determinants of health-promoting lifestyle. Doctoral Dissertation. The University of Texas Austin.
- Gillis, A. J. (1993). Determinants of a health-promoting lifestyle: an integrative review. Journal of Advanced Nursing, 18, 345-353.
- Gochman, D. S. (1988). Health behavior : emerging research perspectives. Plenum Press- New York and London.
- Goldstein, M. S., Siegel, J. M., & Boyer, R. (1984). Predicting changes in perceived health status. American Journal of Public Health, 74, 611-614.
- Gottlieb, N. H., & Green, L. W. (1984). Life events, social network, lifestyle, and health : an analysis of the 1979 national survey of personal health practices and consequences. Health Education Quarterly, 11(1), 91-105.
- Hormann, S. (1989). The role of social support on health throughout the life. Health education, 20(4), 18-21.
- Hubbard, P., Huhlenkamp, A. F., & Brown, N. (1984). The relationship between social support and self-care practices. Nursing Research, 33, 266-270.
- Hyman, B. H., & Woog, P. (1982). Stressful life events and illness onset. Research in Nursing & health, 5, 155-163.
- Janz, N. K., Becker, M. H. (1984). The health belief model : a decade later. Health Education Quarterly, 11, 1-42.
- Kobasa, S. C. (1979). Stressful life events, personality and health, an inquiry into hardiness. Journal of Personality & Social Psychology, 37(1), 1-11.
- Lawler, K. A., Schmied, L. A. (1992). a prospective study of women's health : the effects of stress, hardiness, locus of control, type A behavior, and physiological reactivity. Women & Health, 19(1), 27-41.
- Lee, H. J. (1991). Relationship of hardiness and current life events to perceived health in rural adults. Research in Nursing and Health, 14(5), 351-359.
- Lusk, S. L., Kerr, M. J., & Ronis, D. (1995). Health-promoting lifestyles of blue-collar, skilled trade, and white-collar workers. Nursing Research, 44(1), 20-24.
- McAuley, E., & Jacobson, L. (1991). Self-efficacy and exercise participation in sedentary adult females. American Journal of Health Promotion, 5(3), 185-191.
- Morgan, I. S., & Marsh, G. W. (1998). Historic and future health promotion contexts for nursing. Image. Journal of Nursing Scholarship, 30(4), 379-383.
- Moore, P. V., & Williamson, G. C. (1984). Health promotion : evolution of a concept. Nursing Clinics of North America, 19, 195-206.
- Norbeck, J. S., Linsey, A. M., & Carrier, L. L. (1981). The development of an instrument to measure social support. Nursing Research, 30(5), 264-269.
- Oberle, K. (1991). A decade of research in locus of control : what have we learned?. Journal of Advanced Nursing, 16, 800-806.
- Pender, N. J. (1987). Health promotion in

- nursing practice(2nd ed.). Norwalk, Conn, Appleton & Lange.
- Pender, N. J., Walker, S. N., Sechrist, K. P., & Frankstromborg, M. (1990). Predicting health promoting life style in the workplace. Nursing Research, 39(6), 326-332.
- Pollock, S. E. (1989). The hardiness characteristic : A motivating factor in adaptation. ANS, 11(2), 53-62.
- Pugliesi, K. (1988). Employment characteristics, social support and the well-being of women. Women and Health, 14(1), 35-58.
- Riffle, K. L., Yoho, J., & Sams, J. (1989). Health-promoting behaviors, perceived social support, and self-reported health of appalachianelderly. Public Health Nursing, 6(4), 204-211.
- Sherer, M., Maddux, J. E., Mercandante, B., Prentice-Dunn, S., Jacobs, B., & Rogers, R. W. (1982). The self-efficacy scale : construction and validation. Psychological Reports, 51, 663-671.
- Speake, D. L., Cowart, M. E., & Pellet, K. (1989). Health perceptions and lifestyles of the elderly. Research in Nursing and Health, 12, 93-100.
- Taylor, R. B., Denham, J. W., & Ureda, J. R. (1982). Health promotion : Principles & clinical applications. Norwalk, CT: Appleton-Century-Crofts, 1-16.
- 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.
- Walker, S. N., Volkan, K., Sechrist, K. P., & Pender, N. J. (1988). Health promoting lifestyles of olderadults : comparisons with young and middle-aged adults, correlates and patterns. Advances in Nursing Science, 11(1), 76-90.
- Ware, J. E. (1976). Scale for measuring general health perceptions. Health Services Research, 11, 396-415.
- Weitzel, M. H. (1989). A test of the health promotion model with blue color workers. Nursing Research, 38(2), 99-104.
- Weitzel, M., & Walker, P. (1990). Predictive factors for health promotive behavior in white, hispanic, and black blue-collar workers. Familt Community Health, 13(1), 23-34.
- Williams, D. M. (1989). Political theory and individualistic health promotion. Advanced Nursing Science, 12(1), 14-25.
- Yarcheshi, A., & Mahon, N. E. (1989). A causal model of positive health practices : The relationship between approach and replication. Nursing Research, 38(2), 88-93.

- Abstract -

Key concept : Health Promotion Lifestyle Control, Self-efficacy, Perceived Health Status, Social Support

Determinants of Health Promoting Lifestyle of Nursing Students

*Sung, Mi-Hae**

This study was undertaken in order to examine the relationship of control, perceived health status, self efficacy, social support, and demographic characteristics to health promoting lifestyle of nursing students, and to determine factors affecting health promoting lifestyle of nursing students. The subjects were 270 students of a single university in Busan. The instruments used for this study was a survey of general characteristics, health promoting lifestyle

* Department of nursing, College of Medicine, Inje University

(47 items), control(8 items), perceived health status(6 items), self-efficacy(17 items), and social support(18 items).

Data analysis was done by use of mean, percentage, t-test, ANOVA, Pearson Correlation coefficients and stepwise regression with a SPSS PC+ program.

The results of this study are as follows :

- 1) The average item score for the health promoting lifestyle was less than 2.43. In the sub-categories, the highest degree of performance was interpersonal relationships (2.94) and the lowest degree was health responsibility(1.93).
- 2) Students who were older and higher scores in health responsibility and interpersonal support subscale. Students who had higher grade had higher scores in health support subscale. Students who had experienced disease had higher scores in health responsibility subscale. Students who had experienced exercise had higher scores in health responsibility, exercise and nutrition subscale.
- 3) Significant correlation between control and self-efficacy, self-efficacy and social support was found.
- 4) Significant correlations was found between most of the subscales and total health promoting lifestyle.
- 5) Social support revealed significant correlations with total health promoting lifestyle and all subscales of health promoting lifestyle. Control revealed significant correlations with total health promoting lifestyle and self actualization and health responsibility. Perceived health status revealed significant correlations only with the exercise and nutrition subscale. Self-efficacy revealed significant correlation with the total health promoting lifestyle and all subscales of health promoting lifestyle except exercise and nutrition, stress management subscale.
- 6) Social support was the highest factor predicting health promoting lifestyles of nursing students(31%). Social support, exercise self-efficacy and control accounted for 35% in health promoting lifestyle of nursing students.