

제주지역 고등학생의 건강지각과 건강증진 행위에 관한 연구

김옥선 · 최인숙*

한국교원대학교 교육대학원 · 경상대학교 보건대학원*

A Study on Jeju High School Students' Health Perception and Health Promotion Behavior.

Kim, Ok-Sun · Choi, In-Sook*

Graduate School of Education Korea National University of Education

Graduate School, Kyungsan University*

ABSTRACT

The purpose of this study was to provide basic data necessary for creating a more successful health enhancement program, health education and health policy which can enhance health management abilities and enable a healthy school life by examining relations between high school students' health perception, who are in early adolescence, and their health promotion behavior.

The subjects in this study were 813 students from 8 high schools on Jeju Island. The collected data were analyzed with t-test and one-way ANOVA through questionnaires by researcher on the basis of advance research.

The findings of this study were as follows :

1. When general characteristics were considered, health perception was more significantly affected by those who were boys, whose family income was on a higher level, who scored better in school, whose parents were more concerned about their children's health, and who had experiences of being hospitalized. Especially, the more parents were concerned about their children's health, the higher the child's self-confidence on health($p < .05$), anxiety on health($p < .05$), practicality on disease prevention($p < .05$), self-confidence on future health($p < .01$), health care ability($p < .01$), and family roles on health($p < .05$). The less parents were concerned about their children's health, the higher the child's anxiety on disease($p < .01$) and uncertainty on future health($p < .01$).
2. When students' health promotion behavior was concerned, in the area of Eating Habits, having regular meals(72.9%), moderate consumption of meat(89.7%) and a balanced diet(64%) were common, whereas having a regular breakfast(37.4%) and eating vegetables and fruits(43.6%) were rare. In the area of Exercise, all subareas such as exercising 3 or 4 times a week(76.7%), more than one hour of exercise at a time(74.9%), a short distance walk(51.8%), exercise within one hour after meals(87%),

and whether warming up or not(88.6%) were above average. In the area of Personal Hygiene, all subareas such as drinking boiled water(57.3%), washing hands after using the bathroom(71%), brushing teeth after eating(42.4%), washing up after going out(50.3%), and washing hair and taking a frequent bath(77.2%) were rare. In the area of Control of Personal Relations, consulting personal problems with family(78.7%) had a positive response, whereas meeting someone new(59.8%), maintaining sound relations with the opposite sex(47.3%), having respect for one's opinion(51.5%), and maintaining peaceful relations with people(58.4%) had rare negative results. In the area of Stress Management, not being competitive(69.4%), releasing problems(62.4%) and sleeping soundly(66.2%) were common, whereas having your own ways to relieve stress (46.8%) and having your own dreams and hopes(58.5%) were rare.

3. When general characteristics were considered, as far as relations of health promotion behavior were concerned, the boys were significantly different in the area of Eating Habits($p < 0.01$) and Exercise($p < 0.01$), and the girls were in the area of Personal Hygiene. As family economic status was high and parents were concerned about their children's health, the entire areas of health promotion behavior were significantly different. Whether or not they were hospitalized made no significant difference in statistics.
4. When their regions were considered, it comparing city to town, there was no statistically significant difference in health perception and relations of health promotion behavior according to general characteristics.

As seen in the results above, high school students' level of health perception and level of practicing health promotion behavior were generally low. In conclusion, by enhancing health perception, a plan for activating health education, which can implement positive health promotion behavior, should be made.

I. 서론

1. 연구의 필요성

오늘날 눈부신 경제성장과 과학의 발달은 과거 열악한 위생상태와 영양 불균형으로 초래되었던 급성 감염성 질환을 감소시켰으며, 평균수명의 증가와 함께 건강에 대한 국민들의 기대치가 높아지면서 현재의 건강을 오래 유지하려는 욕구와 지금보다 더 건강을 즐기고 만족스러운 삶을 추구하기 위한 건강증진의 욕구가 증대하게 되었다(최명애, 2000).

따라서 21세기 인류의 건강은 경제수준의 차

이를 막론하고, 환경과 생활양식에서 좌우된다는 인식이 팽배해지면서 건강증진이 중요한 건강유지 수단이 된다는 것이 지배적인 시각이 되었다(김조자, 1999).

건강증진에 대한 공식적인 등장은 1974년 캐나다의 M. Lalonde Report(Lalonde, M, 1974)를 시작으로 볼 수 있으며, 여기서 건강, 질병, 사망을 결정하는 요인으로 유전, 환경, 생활양식, 의료의 네 가지로 분류하고, 이 중에서 생활양식이 건강을 결정하는 주요 요인으로 60%를 차지한다고 강조하였으며, 1990년 WHO는 「건강한 국민」이라는 보고서를 통해 건강증진과 질병예방을 위해 연령, 집단별 건강 문제와 구체적 건강

목표를 설정하고 질병예방과 건강증진을 위한 주요 전략으로 생활양식의 변화를 강조하였다.

최근 여러 연구기관에서 조사한 바에 의하면 “인생에 있어서 가장 중요한 것은 건강이다”라고 응답한 사람이 70% 이상인 것으로 나타나고 있다. 그리고 실제로 많은 사람들이 스스로 건강해질 것이라고 믿는 일련의 행위를 하고 있는데 이 건강증진행위의 개념을 건강을 보호·유지·증진하기 위하여 취하는 행위로 정의되고 있다(S. V. Kasl, 1974).

또한 Pender(1982)는 “건강증진행위란 건강한 생활양식을 증진시키기 위한 개인적 또는 지역사회의 활동을 함으로써 안녕(wellbeing)의 수준을 높이고, 자아실현(self actualization), 개인적인 만족감(personal fulfillment)을 유지하거나 높이기 위한 방향으로 취해지는 활동이다”라고 하였다. 이렇듯 “삶의 질”에 최종 목표를 두고 있는 건강증진행위는 우리 인생에 있어서 매우 중요한 요소이며 남녀노소 할 것 없이 누구에게나 다 필요한 행동양식이다.

건강증진 목적에 대한 인식의 변화와 함께 건강문제에 관한 두드러진 변화는 건강관리에 대한 개인의 책임과 적극적인 참여의식을 강조하는 것이다. 즉, 자기 건강관리에 대한 중요성을 인식하게 되었고(Alderman, 1980), 개인에게 건강책임의 비중을 두어 자신의 건강을 스스로 관리하도록 하는 것으로 변화되었다(Dianne, 1989). 자기 건강관리 능력의 본질은 개인이 자신의 건강과 삶의 질을 향상시키는 데 일차적 책임을 지고, 스스로 생활양식을 조절해 가는 것(Blazek & McCellan, 1980)으로 이를 통해 개인이 처한 환경이나 습관을 변화시킬 수 있으며, 궁극적으로 삶의 질을 향상시킬 수 있다(김명자, 1990).

청소년기는 아동기와 성인기를 연결하는 과도기이자 전환기적인 시기이며, 인간의 일생 중에서 최고도의 건강을 누리고 있으므로 건강의 진가를 망각하거나 경시하는 경향이 있다(Diekemann, Millstein, 1976, 1992).

또한 청소년기에는 일생 중 성장 발달이 가장 활발하고 감수성이 예민한 시기이므로 이 때의 교육 내용은 일생 중의 건강관리에 기초가 될 수 있으며, 학생들의 건강이나 태도가 가정에까지 파급되어 가정 및 지역사회의 올바른 환경조성에 이바지할 수 있으므로 가장 효과적인 보건교육의 시기라 할 수 있다(이영란, 1996).

이러한 청소년들이 성숙한 사회인으로 살아가도록 하기 위해서는 지·덕·체의 조화로운 발달도 필요하지만, 현실적으로 급격한 사회변화와 첨단과학과 문명의 발달, 입시 위주의 학교교육과 같은 경쟁심 유발 등으로 인하여 건강의 가치를 망각하거나 중시하지 않는 경향이 있다(기백서, 1987). 그러므로 청소년들에게 전문적인 보건교육이나 예방 의학적 보호를 가하여 건강생활을 유지하게 하며, 건강지각과 건강증진 생활양식을 가지도록 유도하는 것이 필요하다.

또한 학교는 교육을 통하여 학생을 신체적, 정신적, 사회적, 도덕적인 면에서 건전한 사회인으로 육성하는 곳이므로(서성제, 1985) 학교에서 습득한 올바른 건강지식과 태도 및 습관은 현재의 학습활동뿐만 아니라 향후 건강한 일생을 보낼 수 있는 건강생활의 기초가 되며 이것은 현재와 미래의 가정 및 지역사회의 건강생활에도 좋은 영향을 미치게 되므로 그 효과는 대단히 클 것으로 생각된다(김명호, 1987).

그러나 대부분의 학교에서는 보건교육이 제대로 이루어지지 않고 있음이 지적되었으며, 학생들은 대중매체나 친구, 가족에 의해 편협되고 불확실한 건강지식을 습득함으로써 건강관리 실천에 혼동을 일으키는 실정으로 나타났다(고승덕, 1982). 따라서 이러한 문제점을 파악하고 해결하기 위해서는 무엇보다도 청소년들의 건강문제에 관심을 가지고 한층 높은 체계적인 연구가 요구되며, 학생 스스로가 건강문제에 대해 올바른 지식과 이해를 가지고 실천하는 것이 중요하다고 생각된다.

2. 연구의 목적

청소년기는 과도기적인 시기로 이 때의 생활 습관이나 건강행위, 일탈행동 등은 성인이 되었을 때의 건강상태와 건강행위에 많은 영향을 준다. 그러므로 본 연구는 청소년기에 있는 고등학생을 대상으로 성별, 지역별, 경제상태, 자신이 인지하는 성적별, 부모가 자녀의 건강관심도, 입원 경험 유무에 따른 건강지각과 건강증진행위와의 관련성을 규명하여, 개인의 건강 관리능력 향상과 건강한 생활습관으로 건전한 학교생활을 영위할 수 있는 건강증진 프로그램 개발과 보건교육, 보건정책의 수립에 필요한 기초자료를 제공하는데 목적이 있다.

3. 연구의 문제

본 연구의 목적을 달성하기 위하여 다음과 같은 구체적인 연구문제를 설정하였다.

첫째, 고등학생의 건강에 대한 지각의 정도는 어떠한가?

둘째, 고등학생의 건강증진의 실천정도는 어떠한가?

셋째, 일반적인 특성과 건강지각, 건강증진행위와는 어떤 관련성이 있는가?

4. 연구의 제한점

1) 연구대상 학생들의 개인적 자질, 인성, 등은 고려하지 않았다.

2) 본 연구에서 사용한 건강지각과 건강증진행위는 제주도 고등학생을 대상으로 하였다.

5. 용어의 정의

1) 건강지각(Health Perception)

일생 중 인간의 행위는 감각기관을 통하여 건강과 관련된 외부의 사물이나 자극을 인식하는 주관적 인식과정이며, 본 연구에서는 건강지각에 대한 많은 내용 중 건강에 대한 자신감, 질병에

방 저항력, 건강에 대한 걱정, 질병에 대한 불안감, 미래 건강의 불확실성, 질병예방 실천력, 미래건강의 자신감, 건강관리능력, 건강에 대한 가족의 역할, 의료기관의 의존도 등 10가지 항목으로 한정하였다.

2) 건강증진행위(Health Promoting Behavior)

건강증진행위란 생활양식의 구성요소가 계속되는 활동으로 더 높은 수준의 건강을 위하여 능동적으로 환경에 반응하는 것을 의미하며, 안녕수준뿐만 아니라 자아실현, 자기성취를 증진시키기 위한 행위이다(Pender, 1987). 본 연구에서는 많은 생활양식 구성요소들 중 식 습관, 운동, 개인위생, 대인관계 조절, 스트레스 관리 등 5가지 항목만을 건강증진행위로 한정하였다.

II. 연구방법

본 연구는 제주지역에 소재 하는 고등학생의 건강지각의 정도와 건강증진행위 실태 그리고 관련성을 파악하기 위하여 설문지로 조사한 것이다.

1. 연구대상

본 연구는 제주지역에 소재 하는 고등학교 학생들을 무선 표집(random sampling)하여 “건강지각과 건강증진행위에 관한 설문지” 조사를 통해 알아본 것이며, 구체적인 표집 내용은 <표 II-1>과 같다.

<표 II-1> 표집

()안은 %

구 분	남학생	여학생	계
시 지역	214(25.2)	213(25.1)	427(50.3)
읍·면지역	211(24.8)	212(24.9)	423(49.7)
계	425(50.0)	425(50.0)	850(100)

2. 연구도구

본 연구에서 사용한 연구 도구는 Ware(1979)의 “Health Perception Scale”을 이항련(1987)이 번역한 건강지각 측정도구와 전창훈(1997), 이춘미(1998), 김현숙(1998), 강인숙(2000), 이

덕원(2001)의 건강증진에 관한 선행연구의 설문지들을 참고로 연구자가 수정 보완한 ‘건강지각과 건강증진행위에 관한 설문지’ <부록 참조>를 사용하였으며, 설문지의 영역별 구성은 <표 II-2>와 같다.

<표 II-2> 문항 구성 내용

번	인	문 항 내 용	문항 수
	건강지각	건강에 대한 자신감 질병에 대한 저항력 건강에 대한 걱정 건강한 생활도 질병에 걸릴 수 있음 때때로 아플 것 같은 느낌 질병예방을 위한 노력 질병회복과 행위 건강관리 능력 건강유지에 대한 가족의 역할 의사와 건강유지	10
	식 습관	규칙적 식사 동물성 지방 절제 편식하지 않음 아침 식사한다. 과일, 야채 많이 섭취	5
	운동	운동은 1주에 3~4회 이상 운동시간은 1회에 1시간 이상 짧은 거리는 걸어 다님 운동은 식후 1시간 후에 함 운동하기 전에 준비운동과 정리운동을 함	5
건강증진 행위	개인위생	주로 끓인 물 섭취 화장실 다녀온 후 손을 씻음 식사 후 이를 닦음 귀가 후 손, 발을 씻음 머리감고, 목욕을 자주 함	5
	대인관계 조절	개인문제를 가족과 상의 새로운 사람 사귀기 건전한 이성관계 유지 타인의 의견 존중 주위 사람들과 원만한 관계 유지	5
	스트레스 관리	스트레스 해소를 위한 방법을 가지고 있음 꿈과 희망을 가지고 있음 일에 대해 경쟁적 승부에 집착 안함 고민은 선생님이나 친구에게 털어놓음 충분한 수면	5

3. 자료수집 방법

고등학생의 건강지각과 건강증진행위의 실천 정도와 관련성을 알아보기 위해 2001년 11월 15일부터 12월 8일까지 제주도내 8개 고등학교 2학년 학생 850명에게 설문조사를 하였다.

본 조사는 연구자가 표집 대상 학교를 직접 방문하여 연구 협조자(연구 대상 학급 담임교사)에게 연구목적 및 설문내용을 설명하고 협조를 부탁하였다. 각 학급 담임교사는 연구자의 조사 취지를 표집 학생들에게 설명한 후 학생들이 직접 자기 평가 기입법으로 응답을 표시하고 현장에서 회수하였다. 회수된 설문지는 850부로 회수율이 100%였으나, 이 중 응답이 불성실한 설문지 37부를 제외한 813부를 본 연구를 위해 사용하였다.

4. 자료 처리 및 분석 방법

본 연구의 자료 처리는 검색 과정을 거친 후 인문사회과학 통계 패키지인 SPSS/PC+를 사용하였으며, 구체적인 자료 처리 및 분석 방법은 다음과 같다.

1) 학생들의 건강지각과 건강증진행위에 대한 차이를 알아보기 위하여 t-검증, oneway ANOVA를 하였다.

2) 건강지각에서는 최소값 10점이며, 최대값은 50점이다.

3) 건강증진행위에서 영역별 최소값은 5점, 최대값은 25점, 전체는 최소값 25점, 최대값은 125점이다.

III. 연구의 결과 및 논의

1. 건강지각

1) 건강지각에 대한 결과 및 분석

(1) 건강에 대한 자신감

“나는 건강에 자신감을 가진다”를 보면, 보통

〈표 III-1〉 건강지각 검사 문항의 응답 빈도와 구성비

문항	응답	빈도	%
건강에 대한 자신감	매우 그렇다.	36	4.4
	대체로 그렇다.	127	15.6
	보통이다.	279	34.3
	대체로 그렇지 않다.	267	32.8
	전혀 그렇지 않다.	104	12.8
질병예방 저항력	매우 그렇다.	40	4.9
	대체로 그렇다.	120	14.8
	보통이다.	335	41.3
	대체로 그렇지 않다.	244	30.0
	전혀 그렇지 않다.	74	9.1
건강에 대한 걱정	매우 그렇다.	48	5.9
	대체로 그렇다.	96	11.8
	보통이다.	238	29.7
	대체로 그렇지 않다.	301	37.0
	전혀 그렇지 않다.	130	16.0
질병에 대한 불안감	매우 그렇다.	68	8.4
	대체로 그렇다.	173	21.3
	보통이다.	317	39.0
	대체로 그렇지 않다.	205	25.2
	전혀 그렇지 않다.	50	6.2
미래 건강의 불확실성	매우 그렇다.	80	9.8
	대체로 그렇다.	174	21.4
	보통이다.	243	29.9
	대체로 그렇지 않다.	234	28.8
	전혀 그렇지 않다.	82	10.1
질병예방 실천력	매우 그렇다.	95	11.7
	대체로 그렇다.	254	31.2
	보통이다.	368	45.3
	대체로 그렇지 않다.	70	8.6
	전혀 그렇지 않다.	26	3.2
미래 건강의 자신감	매우 그렇다.	2	.2
	대체로 그렇다.	27	3.3
	보통이다.	214	26.3
	대체로 그렇지 않다.	332	40.8
	전혀 그렇지 않다.	238	29.3
건강관리 능력	매우 그렇다.	2	.2
	대체로 그렇다.	18	2.2
	보통이다.	138	17.0
	대체로 그렇지 않다.	341	41.9
	전혀 그렇지 않다.	314	38.6
건강에 대한 가족역할	매우 그렇다.	47	5.8
	대체로 그렇다.	131	16.1
	보통이다.	424	52.2
	대체로 그렇지 않다.	167	20.5
	전혀 그렇지 않다.	44	5.4
의료기관 의존도	매우 그렇다.	17	2.1
	대체로 그렇다.	54	6.6
	보통이다.	344	42.3
	대체로 그렇지 않다.	281	34.6
	전혀 그렇지 않다.	117	14.4

이다(34.3%)가 가장 높게 나타나고 있다. 그러나 대체로 그렇지 않다(32.8%)와 전혀 그렇지 않다(12.8%) 영역이 46.6%로 높은 비율을 보이고 있는 것으로 나타났다. 이는 이춘미(1998)의 여고생을 대상으로 조사한 연구에서 자신의 건강상태를 보통 이상으로 응답한 경우가 거의 90%에 이르고 있다는 조사와 이채천(2000)의 고등학생을 대상으로 자신이 비교적 건강하다(3.47점), 김현숙(1998)의 연구에서도 비교적 건강하다(3.40)와 차이를 보이고 있으며, 중·고등학생을 대상으로 한 신양희(2000)의 연구에서 대체로 그렇지 않다(16.9%), 전혀 그렇지 않다(6.5%)에 비하여 건강에 대한 자신감을 갖지 못하는 비율이 갑절정도나 되었다.

또한 장석우(1993)의 연구에서 대체로 건강하지 못하다와 매우 건강하지 못하다에 응답한 학생이 26.97%로 나타나 본 조사와 연구 결과와도 약간의 차이가 나타났다.

표 Ⅲ-2의 남학생과 여학생의 비교에서 보면 남학생(3.50±1.04)이 여학생(3.18±0.99)보다 평균이 높게 나타났으며, $p < .001$ 수준에서 통계적으로 유의한 차이를 나타나 Uphold(1992)의 연구 결과 학령기 아동 여자의 86%와 남자의 95%가 자신의 건강이 좋다는 연구 결과와 일치하였다.

(2) 질병에 대한 저항력

“나는 질병예방에 대한 저항력이 강한 것 같다”에서 보면, 보통이다(41.3%)가 가장 높았으며, 대체로 그렇지 않다 이하가 39.2%로 신양희(2000) 연구에서 대체로 그렇지 않다 이하가 20.7%에 비해 질병에 대한 질병에 대한 저항력을 갖고 있는 것으로 보인다. 표 Ⅳ-2의 남·여를 비교해 보면, 남학생(3.33±1.00)이 여학생(3.14±0.95)보다 평균이 조금 높게 나타났으며, $p < .01$ 수준에서 통계적으로 유의한 차이를 나타냈다. 또한 신양희(2000)연구에서의 남·여간 비교에서는 남·여간에는 유의한 차이가 없으므로 나타났다.

(3) 건강에 대한 걱정

“나는 가끔 나의 건강에 대해 걱정할 때가 있다”에서 대체로 그렇지 않다(37%)가 가장 높게 나타나고 있으며, 대체로 그렇지 않다 이하가 53%로 조사 대상자의 대부분이 건강에 대한 걱정을 하지 않는 것으로 생각된다.

또한 신양희(2000)의 연구 결과에서 대체로 그렇다(30.1%)와 보통이다(29.3%)로 나타나 본 연구 결과와 거의 일치하는 것으로 나타났다.

표 Ⅲ-2의 남·여 비교를 해보면, 남학생(3.34±1.11)보다 여학생(3.56±1.03)의 평균이 조금 높게 나타났으며, $p < .01$ 수준에서 통계적으로 유의한 차이가 나타났다.

(4) 질병에 대한 불안감

“나는 건강한 생활을 해도 나는 병에 걸릴 수 있다”에서 보통이다(39%)가 가장 높게 나타나고 있으며, 그 다음으로 대체로 그렇지 않다(25.2%)의 순으로 높은 비율을 나타냈는데, 이춘미(1998)의 연구에서의 보통이다(22.1%)와 대체로 그렇지 않다(58.1%)와는 많은 차이가 나타났다.

표 Ⅲ-2의 남·여간 비교에서 남학생(2.96±1.09)보다 여학생(3.03±0.95)의 평균이 조금 높게 나타났으나 통계적으로 유의한 차이는 나타나지 않았다.

(5) 미래 건강의 불확실성

“나는 때때로 곧 아플 것 같은 느낌을 갖는다”에서 보통이다(29.9%)가 가장 높게 나타나고 있으며, 그 다음으로 대체로 그렇지 않다(28.8%)순으로 높게 나타났으며, 이는 중·고등학생을 대상으로 연구한 신양희(2000)의 연구에서는 대체로 그렇다(22.5%)와 보통이다(26.4)로 나와 본 연구와 거의 일치하였다. 표 Ⅲ-2 남·여 비교를 해보면, 남학생(3.00±1.17)보다 여학생(3.15±1.10)의 평균이 조금 높게 나타났으나 통계적으로 유의한 차이는 나타나지 않았다. 그러나 신양희(2000) 연구에서는 남학생이 여학생보다 더 긍정적인 반응을 보였고 통계적으로도 유의한 차이가 나타났다($p < .001$).

(6) 질병예방 실천력

“나는 질병예방을 위해 상당히 노력하고 있다”에서 보통이다 이상이 88.2%로 높게 나타났다. 이것은 고등학생이 곧 성인에 가까워지는 시점에서 사회적으로 초등학생이나 중학생보다 사회적으로 더 성숙한 연령에 있다는 것을 반영해 준다고 할 수 있겠다.

또한 표 Ⅲ-2의 남·여간 비교를 해보면, 남학생(2.70±0.98)이 여학생(2.51±0.84)보다 평균이 조금 높게 나타났으며, $p < .01$ 수준에서 통계적으로 유의한 차이를 보였다. 이는 신양희(2000)의 연구에서 보통이다(44.4%)와 남·여간에도 남학생이 여학생보다 더 긍정적인 반응을 보여 유의한 차이가 나타났으며 본 연구 결과와 일치할 하였다.

(7) 미래 건강의 자신감

“질병회복은 나 자신의 행동에 달려 있다”에서는 대체로 그렇지 않다(40.8%), 전혀 그렇지 않다(29.3%)에 70.1%로 건강에 대한 자신감에 부정적으로 나타났다. 이는 이춘미(1998)의 연구 결과에서 매우 그렇다(26.7%), 대체로 그렇다(59.6%)로 나왔으며, 김일녀(1996)의 연구 결과에서는 청소년들도 다른 대상 집단과 같이 ‘건강을 유지·증진하는 것은 자신에게 달려 있다고 믿고 있는 내적 건강통제위의 특성이 강하다’라고 나타나 본 연구와 상반된 결과가 나타났다. 또한 표 Ⅲ-2의 남·여 비교를 해보면 남학생(4.09±0.81)이 여학생(3.82±0.85)보다 평균이 높게 나타났으며, $p < .001$ 수준에서 통계적으로 유의한 차이가 나타났다.

(8) 건강관리 능력

“건강은 내가 어떻게 관리하느냐에 달려 있다”를 보면, 대체로 그렇지 않다(41.6%)가 높게 나타나고 있으며, 그 다음으로 전혀 그렇지 않다(38.6%)로 80.2%가 건강관리에 부정적으로 나타났다. 이는 여고생을 대상으로 한 이춘미(1998)의 연구결과에는 대체로 그렇다(59.1%)와 매우 그렇다(22.6%)로 나타났으며, 건강에 있어서 중

요한 것은 자기 자신이므로 질병의 발생 및 건강관리의 책임자는 본인이라고 인식하는 점수가 높게 나와 본 연구 결과와 상반된 결과가 나왔다.

또한 표 Ⅲ-2의 남·여간 비교를 해보면, 남학생(4.27±0.79)이 여학생(4.06±0.80)보다 평균이 높게 나타났으며, $p < .001$ 수준에서 통계적으로 유의한 차이가 나타났다.

(9) 건강에 대한 가족 역할

“내가 건강을 유지하기 위해서는 가족들의 역할이 크다”에서는 74.1%가 보통이다 이상으로 나와 건강에 대한 가족 의존도가 높게 나타났다.

이는 여고생을 대상으로 한 이춘미(1998)의 연구에서의 대체로 그렇다(42.1%)와 보통이다(37%)로 나와 본 연구결과와 거의 일치하였다.

또한 표 Ⅲ-2의 남·여를 비교해 보면, 남학생(3.02±0.93)과 여학생(3.05±0.88)의 평균이 비슷하게 나타났으며, 통계적으로 유의한 차이는 나타나지 않았다.

(10) 의료기관 의존도

“의사의 지시를 따르는 것이 건강유지를 위한 가장 좋은 방법이다”를 보면, 보통이다 이상이 51%로 의료인에 대한 의존도는 중간으로 나타났다. 이춘미(1998)의 연구에서는 대체로 그렇다(37.5%), 보통이다(46.5%)로 의료인에 대한 의존도가 높게 나와 본 연구 결과와는 차이가 나타났다. 또한 표 Ⅲ-2의 남·여를 비교해 보면 남학생(3.71±0.95)이 여학생(3.34±0.79)보다 평균이 높게 나타났으며, $p < .001$ 수준에서 통계적으로 유의한 차이가 나타났다.

2) 일반적인 특성과 건강지각과의 관련성 분석

건강지각에 대한 성별간 차이를 알아보기 위하여 t-test를 실시한 결과는 <표 Ⅲ-2>에 나타나 있다.

먼저 건강에 대한 자신감에서는 남학생(3.50±1.04)이 여학생(3.18±0.99)보다 평균이 높게 나타났으며, $p < .001$ 수준에서 통계적으로 유의한

〈표 Ⅲ-2〉 성별 건강지각 비교

문항	구분	성별	
		남자	여자
건강에 대한 자신감	평균±표준편차	3.50±1.04	3.18±0.99
	t		4.517
	p		.000
질병예방 저항력	평균±표준편차	3.33±1.00	3.14±0.95
	t		2.693
	p		.007
건강에 대한 걱정	평균±표준편차	3.34±1.11	3.56±1.03
	t		-2.933
	p		.003
질병에 대한 불안감	평균±표준편차	2.96±1.09	3.03±0.95
	t		-1.098
	p		.273
미래 건강의 불확실성	평균±표준편차	3.00±1.17	3.15±1.10
	t		-1.907
	p		.057
질병예방 실천력	평균±표준편차	2.70±0.98	2.51±0.84
	t		2.879
	p		.004
미래 건강의 자신감	평균±표준편차	4.09±0.81	3.82±0.85
	t		4.717
	p		.000
건강관리 능력	평균±표준편차	4.27±0.79	4.06±0.80
	t		3.733
	p		.000
건강에 대한 가족역할	평균±표준편차	3.02±0.93	3.05±0.88
	t		-.54
	p		.59
의료기관 의존도	평균±표준편차	3.71±0.95	3.34±0.79
	t		5.962
	p		.000

차이가 나타났다. 또한 남학생이 질병에 대한 저항력(p<.01), 건강에 대한 걱정(p<.01), 질병예방 실천력(p<.01), 미래건강 자신감(p<.001), 건강관리 능력(p<.001), 의료기관 의존도(p<.001)에서 통계적으로 유의한 차이가 나타났다. 이러한 결과는 전체적으로 남학생의 건강지각 정도가 여학생보다 높음을 의미한다고 볼 수 있다.

건강지각에 대한 지역별 차이를 알아보기 위

하여 t-test를 실시한 결과는 〈표 Ⅲ-3〉에 나타나 있다.

먼저 건강에 대한 자신감을 보면, 시 지역(3.31±1.02)보다 읍·면지역(3.37±1.04)의 평균이 조금 높게 나타났으나 통계적으로 유의한 차이는 나타나지 않았으며, 질병예방 저항력, 질병예방 실천력, 건강에 대한 걱정, 질병에 대한 불안감, 미래 건강의 불확실성, 미래건강의 자신

〈표 III-3〉 지역 별 건강지각의 비교

문항	구분	지역별	
		시 지역	읍·면 지역
건강에 대한 자신감	평균±표준편차	3.31±1.02	3.37±1.04
	t		-.922
	p		.357
질병예방 저항력	평균±표준편차	3.19±1.01	3.28±0.94
	t		-1.298
	p		.195
건강에 대한 걱정	평균±표준편차	3.45±1.04	3.46±1.11
	t		-.166
	p		.869
질병에 대한 불안감	평균±표준편차	2.93±0.96	3.06±1.08
	t		-1.852
	p		.064
미래 건강의 불확실성	평균±표준편차	3.07±1.14	3.09±1.14
	t		-.330
	p		.742
질병예방 실천력	평균±표준편차	2.62±0.93	2.58±0.90
	t		.596
	p		.551
미래 건강의 자신감	평균±표준편차	3.98±0.84	3.93±0.84
	t		.849
	p		.396
건강관리 능력	평균±표준편차	4.18±0.80	4.15±0.80
	t		.461
	p		.645
건강에 대한 가족역할	평균±표준편차	3.05±0.91	3.03±0.90
	t		.298
	p		.766
의료기관 의존도	평균±표준편차	3.56±0.88	3.49±0.90
	t		1.19
	p		.234

감, 건강관리 능력, 건강에 대한 가족 역할, 의료기관 의존도에서도 똑같은 결과가 나타났다.

건강지각에 대한 경제적 지위별 차이를 알아보기 위하여 oneway ANOVA를 실시한 결과는 〈표 III-4〉에 나타나 있다.

건강에 대한 자신감과 질병예방 저항력에서 보면, 높은 수준(3.61±1.00)이 가장 높고 낮은

수준(3.17±1.12)의 평균이 가장 낮게 나타났으며, p<.01수준에서 통계적으로 유의한 차이가 나타났다. 고등학생을 대상으로 한 홍외현(1999)연구에서도 가정수입이 많은 군(群)에서 지각된 건강상태가 높은 것으로 나타나 본 연구 결과와 일치하였다.

건강에 대한 걱정을 보면, 낮은 수준(3.59±

〈표 III-4〉 경제적 지위별 건강지각 비교

문항	구분	경제적 지위별		
		하	중	상
건강에 대한 자신감	평균±표준편차	3.17±1.12	3.37±0.99	3.61±1.00
	F		5.248	
	p		.005	
질병예방 저항력	평균±표준편차	3.11±1.05	3.26±0.93	3.47±1.07
	F		3.736	
	p		.024	
건강에 대한 걱정	평균±표준편차	3.59±1.12	3.40±1.06	3.40±1.06
	F		2.449	
	p		.087	
질병에 대한 불안감	평균±표준편차	3.13±1.10	2.96±0.97	2.79±1.19
	F		3.399	
	p		.034	
미래 건강의 불확실성	평균±표준편차	3.26±1.21	3.03±1.09	2.87±1.22
	F		4.387	
	p		.013	
질병예방 실천력	평균±표준편차	2.60±0.98	2.60±0.89	2.69±0.92
	F		.322	
	p		.725	
미래 건강의 자신감	평균±표준편차	3.93±0.87	3.96±0.82	4.00±0.99
	F		.201	
	p		.818	
건강관리 능력	평균±표준편차	4.12±0.79	4.18±0.78	4.16±0.99
	F		.514	
	p		.598	
건강에 대한 가족역할	평균±표준편차	3.07±0.98	3.02±0.88	3.11±0.83
	F		.465	
	p		.628	
의료기관 의존도	평균±표준편차	3.53±0.88	3.53±0.88	3.48±1.05
	F		.075	
	p		.927	

1.12)이 가장 높고 중간 및 높은 수준(3.40±1.06)은 동일하게 나타났으나, 통계적으로 유의한 차이는 나타나지 않았다.

질병에 대한 불안감과 미래 건강에 대한 불확실성 또한 낮은 수준에서 평균이 가장 높게 나타났으며, p<.05수준에서 통계적으로 유의한 차이를 보였다. 질병예방 실천력, 미래 건강의 자신감, 건강관리 능력, 건강에 대한 가족 역할, 의료

기관 의존도에서는 경제적 지위간에 통계적으로 유의한 차이는 나타나지 않았다.

건강지각에 대한 성적별 차이를 알아보기 위하여 oneway ANOVA를 실시한 결과는 〈표 III-5〉에 나타나 있다.

건강에 대한 자신감을 보면, 1:수준(3.49±1.13)이 가장 높고 下수준(3.28±1.10)의 평균이 가장 낮게 나타났으나 통계적으로 유의한 차이는

〈표 III-5〉 성적별 건강지각 비교

문항	구분	성적별		
		上	中	下
건강에 대한 자신감	평균±표준편차	3.49±1.13	3.34±0.97	3.28±1.10
	F		1.466	
	p		.231	
질병예방 저항력	평균±표준편차	3.47±1.12	3.25±0.89	3.13±1.05
	F		4.234	
	p		.015	
건강에 대한 걱정	평균±표준편차	3.35±1.10	3.47±1.06	3.47±1.10
	F		.462	
	p		.630	
질병에 대한 불안감	평균±표준편차	3.15±0.99	3.00±1.02	2.93±1.04
	F		1.566	
	p		.209	
미래 건강의 불확실성	평균±표준편차	3.20±1.23	3.03±1.11	3.13±1.16
	F		1.307	
	p		.271	
질병예방 실천력	평균±표준편차	2.63±0.98	2.65±0.86	2.52±0.99
	F		1.583	
	p		.206	
미래 건강의 자신감	평균±표준편차	4.12±0.88	3.95±0.81	3.90±0.88
	F		2.283	
	p		.103	
건강관리 능력	평균±표준편차	4.23±0.90	4.20±0.72	4.07±0.90
	F		2.399	
	p		.091	
건강에 대한 가족역할	평균±표준편차	3.21±0.85	3.05±0.88	2.96±0.96
	F		2.696	
	p		.068	
의료기관 의존도	평균±표준편차	3.73±0.94	3.53±0.86	3.44±0.93
	F		3.341	
	p		.036	

나타나지 않았다. 홍외현(1999) 연구에서도 성적이 상수준(3.53)이 하수준(3.22)보다 지각된 건강상태가 높은 것으로 나타나 본 연구 결과와 일치하였다.

질병예방 저항력을 보면, 상수준(3.47±1.12)이 가장 높고 하수준(3.13±1.05)의 평균이 가장 낮게 나타났으며, p<.05 수준에서 통계적으로 유의한 차이가 나타났다.

건강에 대한 걱정을 보면, 하수준(3.59±1.12)이 가장 높고 中 및 상수준(3.40±1.06)은 동일하게 나타났으나, 통계적으로 유의한 차이는 나타나지 않았다.

질병에 대한 불안감과 미래 건강에 대한 불확실성 또한 하수준에서 평균이 가장 높게 나타났으며, p<.05 수준에서 통계적으로 유의한 차이를 보였다. 질병예방 실천력, 건강에 대한 걱정, 미

〈표 III-6〉 부모가 자녀의 건강에 대한 관심도별 건강지각 비교

문항	구분	자녀의 건강 관심도		
		下	中	上
건강에 대한 자신감	평균±표준편차	2.84±1.34	3.36±0.97	3.37±1.10
	F		3.851	
	p		.022	
질병예방 저항력	평균±표준편차	2.94±1.21	3.22±0.91	3.32±1.06
	F		2.481	
	p		.084	
건강에 대한 걱정	평균±표준편차	3.32±1.40	3.40±1.03	3.59±1.13
	F		3.053	
	p		.048	
질병에 대한 불안감	평균±표준편차	3.58±1.20	2.97±0.98	2.97±1.07
	F		5.335	
	p		.005	
미래 건강의 불확실성	평균±표준편차	3.74±1.26	3.04±1.09	3.08±1.19
	F		5.652	
	p		.004	
질병예방 실천력	평균±표준편차	2.35±1.11	2.56±0.84	2.74±1.03
	F		4.570	
	p		.011	
미래 건강의 자신감	평균±표준편차	3.74±0.89	3.89±0.84	4.12±0.83
	F		7.441	
	p		.001	
건강관리 능력	평균±표준편차	3.87±0.92	4.12±0.80	4.30±0.77
	F		6.767	
	p		.001	
건강에 대한 가족역할	평균±표준편차	2.94±1.26	2.99±0.84	3.15±0.97
	F		3.033	
	p		.049	
의료기관 의존도	평균±표준편차	3.58±1.06	3.50±0.83	3.58±1.00
	F		.717	
	p		.489	

래 건강의 자신감, 건강관리 능력, 건강에 대한 가족 역할, 의료기관 의존도에서는 성적간에 통계적으로 유의한 차이는 나타나지 않았다.

부모가 자녀의 건강에 대한 관심도에 따른 건강지각의 차이를 알아보기 위하여 oneway ANOVA를 실시한 결과는 〈표 III-6〉에 나타나 있다.

먼저 건강에 대한 자신감을 보면, 자녀의 건강에 대해 관심이 낮은 수준(2.84±1.34)이 가장

낮고 높은 수준(3.37±1.10)의 평균이 가장 높게 나타났으며, p<.05 수준에서 통계적으로 유의한 차이가 나타났다. 대학생들 대상으로 한 이미라(1997)의 연구 결과에 의하면 건강증진 생활양식의 지지원으로 부모가 79.3%로 가장 많았고, 그 다음이 친구 15.2%인 것으로 나타나 본 연구를 지지해 주고 있으며, 이는 우리나라 가정에서 고등학생은 건강생활에 있어 자신이 선택하는 행위

뿐만 아니라 부모의 영향에 의해 건강행위가 결정되는 상황이 많다는 실정을 말해 주고 있다. 또한 고등학생이 경험을 형성해 가는 과정에서 부모와 가족이 중요한 역할을 하며, 자신의 건강 증진행위에 유력한 모델이 되고 있다는 Cohen (1983)의 이론을 지지하고 있음을 말해준다.

질병예방 저항력을 보면, 낮은 수준(2.94 ± 1.21)이 가장 낮고 높은 수준(3.32 ± 1.06)의 평균이 가장 높게 나타났으나 통계적으로 유의한 차이는 나타나지 않았다.

그러나 건강에 대한 걱정은 낮은 수준(3.32 ± 1.40)이 가장 낮고 높은 수준(3.59 ± 1.13)의 평균이 가장 높게 나타났으며, $p < .05$ 수준에서 통계적으로 유의한 차이가 나타났다.

질병에 대한 불안감($p < .01$), 미래 건강의 불확실성($p < .01$)은 낮은 수준에서 가장 높고, 통계적으로 유의한 차이가 나타났다.

질병예방 실천력($p < .05$), 미래 건강의 자신감($p < .01$), 건강관리 능력($p < .01$), 건강에 대한 가족 역할($p < .05$)에서는 높은 수준에서 가장 높게 나타났으며, 통계적으로 유의한 차이를 보였으나, 의료기관 의존도에서는 평균에 대한 차이가 거의 없으며, 통계적으로 유의한 차이도 나타나지 않았다.

건강지각에 대한 입원 유무간의 차이를 알아보기 위하여 t-test를 실시한 결과는 <표 III-7>에 나타나 있다.

먼저 건강에 대한 자신감을 보면, 유 집단(3.13 ± 1.04)보다 무 집단(3.43 ± 1.01)의 평균이 높게 나타났으며, $p < .001$ 수준에서 통계적으로 유의한 차이가 나타났다. 이는 초등학교 고학년을 대상으로 한 이정은(1994)의 연구에서도 입원경험이 없는 집단에서 건강지각이 높게 나타나 본 연구 결과와 일치하였다.

질병예방 저항력에서도 마찬가지로의 결과가 나타났다. 그러나 건강에 대한 걱정에서는 유 집단(3.60 ± 1.02)이 무 집단(3.39 ± 1.09)보다 평균이 더 높게 나타났으며, $p < .05$ 수준에서 통계적으로 유의한 차이가 나타났다.

질병에 대한 불안감에서는 통계적으로 차이가 나타나지 않았다 또한 미래 건강의 불확실성에서는 유 집단(3.35 ± 1.10)이 무 집단(2.97 ± 1.14)보다 평균이 높게 나타났으며, $p < .001$ 수준에서 통계적으로 유의한 차이가 나타났다. 그러나 질병예방 실천력에서는, 집단간의 유의한 차이가 나타나지 않았다.

미래건강의 자신감에서는 유 집단(4.05 ± 0.87)이 무 집단(3.92 ± 0.83)보다 높게 나타났으며, $p < .05$ 수준에서 통계적으로 유의한 차이가 나타났다.

건강관리 능력, 건강에 대한 가족 역할은 통계적으로 유의한 차이가 나타나지 않았다. 의료기관 의존도에서도 유 집단(3.64 ± 0.90)이 무 집단(3.48 ± 0.89)보다 조금 높게 나타났으며, $p < .05$ 수준에서 통계적으로 유의한 차이를 보였다. 전체적으로 일반적인 특성에 따른 건강지각에 대한 차이를 알아본 결과는 <표 III-8>에 나타나 있다. 먼저 성별에서 보면, 남학생($M = 33.918$)이 여학생($M = 32.865$)보다 평균에서 조금 높게 나타났으며, $p < .001$ 수준에서 통계적으로 유의한 차이가 나타났다. 이러한 결과는 전체적으로 남학생이 여학생보다 건강지각에 대해 더 긍정적으로 인식하고 있는 것으로 해석할 수 있다.

이 결과는 이진희(1987), 이정은(1994)의 연구와 일치하였다. 그러나 강귀애(1991)의 연구 결과에 의하면 성별에 따른 건강에 대한 중요성에는 유의한 차이가 없는 것으로 나타났다.

지역별에서 보면, 시 지역($M = 33.33$)과 읍·면지역($M = 33.45$)의 평균이 거의 같게 나타났으며, 통계적으로 유의한 차이는 나타나지 않았다.

가정경제 별에서 보면, 높은 집단($M = 33.518$)·중간 집단($M = 33.315$)·낮은 집단($M = 33.596$) 모두 평균이 비슷하게 나타났으며, 통계적으로 유의한 차이는 나타나지 않았다.

성적별에서 보면, 상집단($M = 34.582$)의 평균이 높고, 하집단($M = 32.842$)의 평균이 낮게 나타났으며, $p < .01$ 수준에서 통계적으로 유의한 차이가 나타났다.

〈표 III-7〉 입원 유무별 건강지각 비교

문항	구분	병원 입원	
		유	무
건강에 대한 자신감	평균±표준편차	3.13±1.04	3.43±1.01
	t		-3.725
	p		.000
질병예방 저항력	평균±표준편차	3.06 1.03	3.31±0.95
	t		-3.381
	p		.001
건강에 대한 걱정	평균±표준편차	3.60±1.02	3.39±1.09
	t		2.44
	p		.015
질병에 대한 불안감	평균±표준편차	3.10±1.01	2.95±1.03
	t		1.82
	p		.069
미래 건강의 불확실성	평균±표준편차	3.35±1.10	2.97±1.14
	t		4.451
	p		.000
질병예방 실천력	평균±표준편차	2.65±0.91	2.58±0.92
	t		.928
	p		.811
미래 건강의 자신감	평균±표준편차	4.05±0.87	3.92±0.83
	t		2.069
	p		.039
건강관리 능력	평균±표준편차	4.22±0.79	4.14±0.80
	t		1.196
	p		.232
건강에 대한 가족역할	평균±표준편차	3.13±0.90	3.00±0.90
	t		1.805
	p		.072
의료기관 의존도	평균±표준편차	3.64±0.90	3.48±0.89
	t		2.328
	p		.020

부모가 자녀의 건강에 대한 관심도에서 보면, 낮은 집단(M = 32.903)의 평균이 낮고, 높은 집단(M = 34.221)의 평균이 높게 나타났으며, $p < .001$ 수준에서 통계적으로 유의한 차이가 나타났다.

입원유무별에서 보면, 유 집단(M = 33.912)의 평균이 무 집단(M = 33.171)의 평균보다 약간 높게 나타났으며, $p < .05$ 수준에서 통계적으로 유의한 차이가 나타나 이정은(1994)의 연구결과와 일치하였다.

3. 건강증진행위

1) 건강증진행위의 실천정도 결과

(1) 식 습관

건강증진행위의 식 습관 문항의 응답 빈도 수와 구성비는 〈표 III-9〉에 나타나 있다. 먼저 “식사는 규칙적으로 먹는다”를 보면, 보통이다(26.8%)가 가장 높게 나타나고 있으며, 다음으로 그럴 때가 많다(24.8%)가 높게 나타나 대체적으로 규칙적

〈표 III-8〉 변인별 건강지각에 대한 차이 검증

변 인		N	M	SD	t / F	Scheffe
성별	남학생	405	33,918	4.13	3.736***	
	여학생	408	32,865	3.89		
지역별	시 지역	411	33,330	3.87	-.42	
	읍·면	402	33,450	4.22		
가정경제별	높음(A)	62	33,518	4.36	.279	
	중간(B)	539	33,315	3.82		
	낮음(C)	212	33,596	4.86		
성적별	상(A)	91	34,582	4.73	6.405**	AC CA
	중(B)	468	33,455	3.74		
	하(C)	254	32,842	4.24		
건강 관심도	낮음(A)	31	32,903	5.47	7.66***	BC CB
	보통(B)	534	33,031	3.84		
	높음(C)	248	34,221	4.16		
입원 유무별	유	240	33,912	4.04	2.387*	
	무	573	33,171	4.03		

전체 : 최저 : 10점, 최고 50점

〈표 III-9〉 식 습관의 응답 빈도 수와 구성비

문 항		응 답	빈 도(%)	%
식 습 관	규칙적인 식사	항상 그렇다	173	21.3
		그럴 때가 많다	202	24.8
		보통이다	218	26.8
		가끔 그렇다	147	18.1
		그렇지 않다	73	9.0
	동물성 지방 섭취절제	항상 그렇다	215	26.4
		그럴 때가 많다	153	18.8
		보통이다	362	44.5
		가끔 그렇다	68	8.4
		그렇지 않다	15	1.8
	편식 안함	항상 그렇다	136	16.6
		그럴 때가 많다	150	18.5
		보통이다	234	28.8
		가끔 그렇다	172	21.2
		그렇지 않다	121	14.9
	아침 식사 여부	항상 그렇다	141	17.3
		그럴 때가 많다	183	22.5
		보통이다	104	12.8
		가끔 그렇다	124	15.3
		그렇지 않다	261	32.1
과일, 야채 섭취	항상 그렇다	54	6.6	
	그럴 때가 많다	114	14.0	
	보통이다	287	35.3	
	가끔 그렇다	232	28.5	
	그렇지 않다	126	15.1	

인 식사를 실천하는 것으로 나타났다.

“동물성 지방은 절제한다”를 보면, 보통이다(44.5%)가 가장 높게 나타나고 있으며, 그 다음으로 항상 그렇다(26.4%), 그럴 때가 많다(18.8%)의 순으로 높은 실천율이 나타났다.

“편식을 하지 않고 골고루 먹는다”을 보면, 보통이다 이상이 63.9%로 편식을 하지 않는 편이나, 36.1%가 편식하는 것으로 나타나 전창훈(1997)의 37.4%가 편식을 한다는 연구 결과와 본 연구결과가 일치하고 있다.

“아침 식사를 꼭 한다”를 보면, 그렇지 않다(32.1%)가 가장 높게 나타나고 있으며, 전체 조사 대상자의 47.4%가 아침식사를 가끔 하거나 안 먹는 것으로 나타났다. 이는 22.5%의 상당수가 아침을 제대로 먹지 않는다는 전창훈(1997)의 연구 결과와 거의 일치하고 있으며, 그 이유로는 대부분이 시간이 없어서(77.9%)와 밥맛이 없어서

(16.2%)였고, 기타 의견으로 오랜 습관 때문으로 조사됐다(전창훈, 1997).

“과일, 야채를 많이 섭취하려고 노력한다”를 보면, 가끔 그렇다(28.5%), 그렇지 않다(15.1%)로 전체 43.6%가 가끔씩 야채와 과일을 먹거나 안 먹는 것으로 나타났다.

(2) 운동

건강증진행위의 운동에 관한 문항의 응답 빈도 수와 구성비는 <표 III-10>에 나타나 있다. 먼저 “주당 3~4회 이상 한다”를 보면, 항상 그렇다(31.5%)가 가장 높게 나타나고 있으며, 전체 조사 대상자의 76.7%가 보통이다 이상으로 나와 높은 실천을 나타냈다. 이는 학생을 대상으로 연구한 박인숙(1995), 박소영(1997), 강인숙(2000)의 연구에서는 운동 영역의 실천 정도가 낮았다고 한 연구결과 및 권영숙, 이명숙(1998), Duffy

<표 III-10> 운동의 응답 빈도 수와 구성비

문항	응답	빈도(%)	%
주당 3~4회 이상 운동	항상 그렇다	256	31.5
	그럴 때가 많다	186	22.9
	보통이다	173	22.3
	가끔 그렇다	90	11.1
	그렇지 않다	108	13.3
1회 1시간 이상 운동	항상 그렇다	292	35.9
	그럴 때가 많다	169	20.8
	보통이다	148	18.2
	가끔 그렇다	94	11.6
	그렇지 않다	110	13.5
운 동 짧은 거리 도보	항상 그렇다	90	11.1
	그럴 때가 많다	139	17.1
	보통이다	192	23.6
	가끔 그렇다	211	26.0
	그렇지 않다	181	22.3
식후 1시간 후 운동	항상 그렇다	272	33.5
	그럴 때가 많다	192	23.6
	보통이다	243	29.9
	가끔 그렇다	80	9.8
	그렇지 않다	26	3.2
준비운동과 정리운동	항상 그렇다	389	47.8
	그럴 때가 많다	188	23.1
	보통이다	144	17.7
	가끔 그렇다	48	5.9
	그렇지 않다	44	5.4

(1993), Walker(1987)가 연구한 건강증진 생활방식의 내용 중 운동의 실천 정도에 가장 낮았다는 결과 그리고 1996년 한국보건사회연구원에서 조사한 결과에도 58.8%의 우리나라 성인들이 전혀 운동을 안하고 있다는 보고와 본 연구결과와는 상반된 결과를 보였다.

“1회 1시간 이상 한다”를 보면, 항상 그렇다(35.9%)가 가장 높게 나타나고 있으며, 전체 74.9%가 1회 1시간 이상 운동을 하는 것으로 나타났다.

“웬만한 거리는 건강을 위해 걸어 다닌다”를 보면, 가끔 그렇다(26%)가 가장 높게 나타나고 있으며, 그 다음으로 보통이다(23.6%)순으로 짧은 거리는 되도록 걸어다니는 것으로 나타났다.

“식후 1시간 후 운동을 한다”를 보면, 항상 그렇다(33.5%)가 가장 높게 나타나고 있으며, 전체 87%이상이 식후 1시간 후에 운동을 한다는 높은 실천율이 나타났다.

“운동을 할 때는 준비 운동과 정리 운동을 한다”를 보면, 항상 그렇다(47.8%)가 가장 높게 나타나고 있으며, 전체 조사 대상자의 88.6%가 보통이다 이상으로 나타났다.

이 결과는 이덕원(2001)의 연구 결과에서 초등학생은 운동하기 전에 준비운동을 한다에 낮은 실천율을 보인 것과는 일치하지 않았다.

(3) 개인위생

건강증진행위의 개인위생에 관한 문항의 응답 빈도 수와 구성비는 <표 III-11>에 나타나 있다.

<표 III-11> 개인위생의 응답 빈도 수와 구성비

문항		응답	빈도(%)	%
개 인 위 생	끓인 물 섭취	항상 그렇다	137	16.9
		그럴 때가 많다	100	12.3
		보통이다	110	13.5
		가끔 그렇다	126	15.5
		그렇지 않다	340	41.8
	화장실 다녀온 후 손 씻음	항상 그렇다	21	2.6
		그럴 때가 많다	64	7.9
		보통이다	151	18.6
		가끔 그렇다	244	30.0
		그렇지 않다	333	41.0
	식사 후 잇솔질	항상 그렇다	32	3.9
		그럴 때가 많다	123	15.1
		보통이다	314	38.6
		가끔 그렇다	224	27.6
		그렇지 않다	120	14.8
	외출 후 손발 씻음	항상 그렇다	18	2.2
		그럴 때가 많다	86	10.6
		보통이다	219	26.9
		가끔 그렇다	256	31.5
		그렇지 않다	234	28.8
머리감기와 목욕 자주함	항상 그렇다	8	1.0	
	그럴 때가 많다	20	2.5	
	보통이다	158	19.4	
	가끔 그렇다	298	36.7	
	그렇지 않다	329	40.5	

먼저 “가정에서는 주로 끓인 물을 마신다”를 보면, 그렇지 않다(41.8%)가 가장 높게 나타나고 있으며 전체 조사 대상자의 57.3%가 끓인 물을 마시지 않는 것으로 나타났는데 여기에서 물을 끓여 먹지 않는다는 통계가 높게 나타난 것은, 최근 제주도내 제주 삼다수 판매량이 2001년 1일 21.6톤에서 2002년 1일 31.8톤으로 판매량이 계속 상승하는 것으로 보아, 끓인 물보다 생수를 즐겨 마시고 있기 때문인 것으로 보인다.

“화장실 다녀온 후 손 씻는다”를 보면, 그렇지 않다(41%)가 가장 높게 나타나고 있으며, 그 다음으로 가끔 그렇다(30.0%)순으로 전체의 71%가 화장실에 다녀온 후 가끔 손을 씻거나 안 씻는 것으로 나타났다. 이 결과는 초등학교생을 대상으로 한 이덕원(2001) 연구에서는 대소변 후에는 비누로 손을 깨끗이 씻는다(4.50)로 높은 실천율이 나타났으며, 고등학생 대상으로 한 전창훈(1997)의 연구에서의 가끔 씻는다(56%), 반드시 씻는다(40.1%)로 실천율이 높게 나와 본 연구결과와는 대조를 보였다.

“식사 후에는 반드시 이를 닦는다”를 보면, 보통이다(38.6%)가 가장 높게 나타나고 있으며, 그 다음으로 가끔 그렇다(27.6%) 순으로 비교적 낮은 실천율을 보였다. 이는 초등학교 고학년층을 대상으로 한 이정은(1994)과 강귀애(1991)의 연구에서도 “매 식사 후 3분 이내 이를 닦는다”에서 비교적 낮은 실천율을 보여 본 연구결과와 거의 일치하였다.

“외출에서 돌아왔을 때 손발을 깨끗이 씻는다”를 보면 가끔 그렇다(31.5%), 보통이다(26.9%)로 전창훈(1997)의 반드시 씻는다(69%)보다는 상당한 차이가 나타났다.

“머리감기나 목욕은 자주한다”를 보면, 그렇지 않다(40.5%)가 높게 나타나고 있으며, 그 다음으로 가끔 그렇다(36.7%), 순으로 나타나, 이덕원(2001)은 규칙적으로 목욕을 한다(4.63)가 높은 실천 비율을 보여 초등학교생의 개인위생 실천이 높다고 하였는데, 본 연구 결과에서는 낮은 실천율을 보였다.

(4) 대인관계 조절

건강증진행위의 대인관계 조절에 관한 문항의 응답 빈도 수와 구성비는 <표 Ⅲ-12>에 나타나 있다.

개인 문제는 “개인의 문제와 관심사를 가족과 상의하는 편이다”를 보면, 보통이다(33.9%)가 높게 나타나고 있으며, 전체 조사 대상자의 78.7%가 보통이다 이상으로 높게 나와 가족과의 화목함을 나타냈다.

“새로운 사람을 만나고, 그들을 알게 되는 것이 즐겁다”를 보면, 가끔 그렇다(32.6%)가 높게 나타나고 있으며, 전체 조사 대상자의 59.8%가 새로운 만남에 부정적인 결과가 나타났다.

“건강한 이성관계 유지한다”를 보면, 보통이다(41.5%)가 가장 높게 나타나고 있으며, 전체 조사 대상자의 47.3%가 가끔 그렇다(24.4%), 그렇지 않다(22.9%)로 나타났다.

“다른 사람의 의견을 존중한다”를 보면, 보통이다(41.8%)가 가장 높게 나타나고 있으며, 전체 조사 대상자의 51.5%가 가끔 그렇다 이하로 나타나 타인의 의견을 존중하는데 별로 신경을 쓰지 않는 것으로 나타났다.

“주위 사람들과 편안한 관계를 유지하는 편이다”에서는 가끔 그렇다(40.1%)가 높게 나타났으며, 전체 조사 대상자의 58.4%가 대체로 그렇지 않다 이하로 나와 친구들이나 주위 사람들과 원만한 관계 형성이 부정적으로 나타났다. 이는 초등학교생을 대상으로 연구한 이덕원(2001)의 연구결과에서 초등학교생들은 원만한 인간관계의 실천이 비교적 잘되는 것으로 나와 고등학생을 대상으로 한 본 연구결과와는 상반된 결과를 나타냈다.

(5) 스트레스 관리

건강증진행위의 스트레스 관리에 관한 문항의 응답 빈도 수와 구성비는 <표 Ⅲ-13>에 나타나 있다.

먼저 “스트레스 해소를 위한 나 나름대로의 긍정적인 방법을 갖고 있다”를 보면, 보통이다(33.5%)가 가장 높게 나타나고 있으며, 전체 조

〈표 III-12〉 대인관계 조절의 응답 빈도 수와 구성비

문항		응답	빈도(%)	%
대인 관계 조절	개인문제 가족과 상의	항상 그렇다	156	19.2
		그럴 때가 많다	208	25.6
		보통이다	276	33.9
		가끔 그렇다	126	15.5
		그렇지 않다	47	5.8
	새로운 만남이 즐겁다	항상 그렇다	36	4.4
		그럴 때가 많다	62	7.6
		보통이다	229	28.2
		가끔 그렇다	265	32.6
		그렇지 않다	221	27.2
	건전한 이성관계 유지	항상 그렇다	56	6.9
		그럴 때가 많다	36	4.4
		보통이다	337	41.5
		가끔 그렇다	198	24.4
		그렇지 않다	186	22.9
	타인 의견 존중	항상 그렇다	13	1.6
		그럴 때가 많다	41	5.0
		보통이다	340	41.8
		가끔 그렇다	313	38.5
		그렇지 않다	106	13.0
주위사람들과 원만한 관계 유지	항상 그렇다	8	1.0	
	그럴 때가 많다	41	5.0	
	보통이다	289	35.5	
	가끔 그렇다	326	40.1	
	그렇지 않다	149	18.3	

사 대상자의 46.8%가 가끔 그렇다(26%), 그렇지 않다(20.5%)로 나타나, 연구 대상자 대부분이 스트레스를 받을 때 나름대로 긍정적인 방법으로 해소하지 못하는 것으로 생각된다. 강인숙(2000)에 의하면 인간의 생활 과정에서 스트레스는 피할 수 없는 것이며, 생활 사건들은 스트레스 촉진요인으로 신체적, 정신적 건강문제를 유발시키는 중요한 변수로 작용되고 있으므로 관심을 가져야 할 부분으로 생각된다고 하였다.

“자신은 꿈과 희망이 있다고 생각한다”를 보면, 그렇지 않다(30.5%)가 가장 높게 나타나고 있으며, 전체 조사 대상자의 58.5%가 가끔 그렇다 이하로 나타나 자신의 꿈과 희망에 부정적으

로 나타났다.

“어떤 일을 할 때 경쟁적인 승부에 집착하지 않는다”를 보면, 보통이다(44%)가 높게 나타나고 있으며, 전체 조사 대상자의 69.4%가 보통이다 이상으로 나와 경쟁적인 승부에 집착하지 않는 것으로 나타났다.

“고민이 있을 때 친구나 선생님께 털어놓는다”를 보면, 보통이다(28.9%)가 가장 높게 나타나고 있으며, 전체 조사 대상자의 62.4%가 가족이나 친구, 주위 사람들에게 자신의 고민을 상담하는 것으로 나타났다.

“매일 밤 충분한 수면을 취한다”에서 보면, 보통이다(31.6%)가 가장 높게 나타나고 있으며, 전

〈표 III-13〉 스트레스 관리의 응답 빈도 수와 구성비

문항	응답	빈도(%)	%
스트레스해소를 위한 방법 소유	항상 그렇다	66	8.1
	그럴 때가 많다	95	11.7
	보통이다	272	33.5
	가끔 그렇다	211	26.0
	그렇지 않다	169	20.8
꿈과 희망이 있음	항상 그렇다	50	6.2
	그럴 때가 많다	71	8.7
	보통이다	216	26.6
	가끔 그렇다	228	28.0
	그렇지 않다	248	30.5
스트레스 관리 경쟁적인 승부에 집착 안함	항상 그렇다	69	8.5
	그럴 때가 많다	137	16.9
	보통이다	358	44.0
	가끔 그렇다	171	21.0
	그렇지 않다	78	9.6
고민은 털어 놓음	항상 그렇다	124	15.3
	그럴 때가 많다	148	18.2
	보통이다	235	28.9
	가끔 그렇다	201	24.7
	그렇지 않다	105	12.9
충분한 수면	항상 그렇다	121	14.9
	그럴 때가 많다	160	19.7
	보통이다	257	31.6
	가끔 그렇다	149	18.3
	그렇지 않다	126	15.5

체 조사 대상자의 66.2%가 보통이다 이상으로 나와 대체적으로 충분한 수면을 취하는 것으로 나타났다. 이는 전창훈(1997)의 고3학생을 대상으로 한 연구 결과 인 절대학생의 수가 수면 시간이 부족하다(평균 하루 5시간 05분)와 약간의 차이를 보였다.

또한 홍외현(1999)연구에 의하면, 수면 시간이 적을수록 건강증진 생활양식 수행정도가 높았다고 하였는데 이는 수면 시간이 적은 학생의 경우, 공부하는 시간 이외에도 운동 등 건강관리를 위한 활동에 틈틈이 시간을 할애하기 때문이라고 추측된다고 하였다.

2) 일반적인 특성과 건강증진행위와의 관련성 분석

(1) 식 습관

식 습관에 대한 변인별 차이를 알아본 결과는 〈표 III-14〉에 나타나 있다.

성별에서 보면, 남학생(M = 14.948)이 여학생(M = 13.323)보다 평균에서 조금 높게 나타났으며, $p < .001$ 수준에서 통계적으로 유의한 차이가 나타났다. 이러한 결과는 남학생이 여학생보다 식 습관이 더 바람직한 것으로 해석할 수 있다.

지역별에서 보면, 시 지역(M = 14.017)과 읍·면지역(M = 14.251)의 평균이 거의 같게 나타났으며, 통계적으로 유의한 차이는 나타나지 않았다.

〈표 III-14〉 식 습관에 대한 차이 검증

변인		N	M	SD	t / F	Scheffe
성별	남학생	405	14.948	3.80	5.952***	
	여학생	408	13.323	3.97		
지역별	시 지역	411	14.017	3.97	-.84	
	읍·면	402	14.251	3.97		
가정경제별	높음(A)	62	15.371	4.73	6.063**	AC CA
	보통(B)	539	14.243	3.74		
	낮음(C)	212	13.490	4.18		
성적별	상(A)	91	15.714	4.16	12.223***	AB, AC BA, BC CA, CB
	중(B)	468	14.232	3.83		
	하(C)	254	13.381	3.97		
건강 관심도별	낮음(A)	31	11.677	3.82	9.209***	AB, AC BA, CA
	보통(B)	534	13.998	3.89		
	높음(C)	248	14.729	4.02		
입원 유무별	있다	240	13.962	4.19	-.791	
	없다	573	14.204	3.87		

전체 : 최저 : 5점, 최고 25점

가정경제별에서 보면, 높은 집단(M = 15.371)의 평균이 가장 높고 낮은 집단(M = 13.49)의 평균이 가장 낮게 나타났으며, $p < .01$ 수준에서 통계적으로 유의한 차이가 나타났다.

성적별에서 보면, 상집단(M = 15.714)의 평균이 가장 높고, 하집단(M = 13.49)의 평균이 가장 낮게 나타났으며, $p < .001$ 수준에서 통계적으로 유의한 차이가 나타났다. 김현숙(1998)의 연구에서도 성적이 좋을수록 건강증진행위를 많이 하고, 성적이 저조할수록 건강위해행위를 많이 한다고 하였으며, 강인숙(2000), 홍외현(1998)의 연구에서도 성적이 좋을수록 건강증진 생활양식 수행 정도가 높았다고 하였고, 김귀희(1996)도 성적 상위권 학생이 건강증진행위 수준이 높다고 하여 본 연구와 일치하였다.

부모가 자녀의 건강에 대한 관심도에서 보면, 낮은 집단(M = 11.677)의 평균이 가장 낮고, 높은 집단(M = 14.729)의 평균이 가장 높게 나타났으며, $p < .001$ 수준에서 통계적으로 유의한 차이가 나타났다.

입원 유무별에서 보면, 유 집단(M = 13.962)의 평균이 무 집단(M = 14.204)의 평균보다 낮게 나타났으나 통계적으로 유의한 차이는 나타나지 않았다. 그러나 정민경(1999)은 규칙적인 식사 영역에서 입원 경험이 있는 경우 실천 정도가 높다고 하였다.

(2) 운동

운동에 대한 변인별 차이를 알아본 결과는 〈표 III-15〉에 나타나 있다. 성별에서 보면, 남학생(M = 14.646)이 여학생(M = 10.421)보다 평균이 높게 나타났으며, $p < .001$ 수준에서 통계적으로 유의한 차이가 나타나 남학생이 운동을 많이 하는 것으로 나타났다. 이 연구 결과는 전창훈(1997)의 연구 결과와 일치하였다.

지역별에서 보면, 시 지역(M = 12.396)과 읍·면 지역(M = 12.659)의 평균이 거의 같게 나타났으며, 통계적으로 유의한 차이는 나타나지 않았다.

가정경제별에서 보면, 경제 수준이 높은 집단(M = 13.419)의 평균이 높고 낮은 집단(M = 11.471)

〈표 III-15〉 운동에 대한 차이 검증

변인		N	M	SD	t / F	Scheffe
성별	남학생	405	14,646	4,44	14,203***	
	여학생	408	10,421	4,02		
지역별	시 지역	411	12,396	4,68	- .79	
	읍·면	402	12,659	4,79		
경제별	높음(A)	62	13,419	5,14	4,571*	AB AC
	중간(B)	539	12,732	4,56		
	낮음(C)	212	11,471	4,96		
성적별	상(A)	91	13,340	4,35	2,255	
	중(B)	468	12,581	4,48		
	하(C)	254	12,133	5,26		
건강 관심도별	낮음(A)	31	9,645	3,91	7,316***	AB, AC BA, CA
	보통(B)	534	12,458	4,62		
	높음(C)	248	13,032	4,95		
입원 유무별	있다	240	12,654	4,89	.497	
	없다	573	12,472	4,67		

전체 : 최저 : 5점, 최고 25점

의 평균이 낮게 나타났으며, $p < .05$ 수준에서 통계적으로 유의한 차이가 나타나 가정경제 수준이 높을수록 운동을 많이 하는 것으로 나타났다.

성적별에서 보면, 上집단($M = 13.34$)의 평균이 가장 높고, 下집단($M = 12.133$)의 평균이 가장 낮게 나타났으나 통계적으로 유의한 차이는 나타나지 않았다.

부모가 자녀의 건강에 대한 관심도에서 보면, 낮은 집단($M = 9.645$)의 평균이 가장 낮고, 높은 집단($M = 13.032$)의 평균이 가장 높게 나타났으며, $p < .001$ 수준에서 통계적으로 유의한 차이가 나타났다.

입원 유무별에서 보면, 유 집단($M = 12.654$)의 평균이 무 집단($M = 12.472$)의 평균보다 낮게 나타났으나 통계적으로 유의한 차이는 나타나지 않았다.

(3) 개인위생

개인위생에 대한 변인별 차이를 알아본 결과는 〈표 III-16〉에 나타나 있다. 성별에서 보면,

남학생($M = 18.197$)보다 여학생($M = 19.264$)의 평균이 조금 높게 나타났으며, $p < .001$ 수준에서 통계적으로 유의한 차이가 나타났다. 이러한 결과는 남학생보다 여학생이 개인위생에 대하여 실천 정도가 높은 것으로 나타난 강인숙(2000), 이춘미(1998), 전창훈(1997)의 연구 결과와 일치하였다.

지역별에서 보면, 시 지역($M = 18.72$)과 읍·면 지역($M = 18.746$)의 평균이 거의 같게 나타났으며, 통계적으로 유의한 차이는 나타나지 않았다.

가정경제별에서 보면, 경제적 수준이 높은 집단($M = 19.741$)의 평균이 가장 높고 낮은 집단($M = 18.434$)의 평균이 가장 낮게 나타났으며, $p < .05$ 수준에서 통계적으로 유의한 차이가 나타났다.

성적별에서 보면, 上집단($M = 19.076$)의 평균이 가장 높고, 下집단($M = 17.96$)의 평균이 가장 낮게 나타났으며, $p < .001$ 수준에서 통계적으로 유의한 차이를 나타냈다. 그리고 부모가 자녀의 건강에 대한 관심도에서 보면, 낮은 집단($M = 14.838$)의 평균이 가장 낮고, 높은 집단($M =$

〈표 III-16〉 개인위생에 대한 차이 검증

변 인		N	M	SD	t / F	Scheffe
성 별	남학생	405	18.197	3.75	4.214***	
	여학생	408	19.264	3.46		
지역별	시 지역	411	18.720	3.72	.102	
	읍·면	402	18.746	3.57		
경제별	높음(A)	62	19.741	3.80	3.101*	AC
	중간(B)	539	18.734	3.58		
	낮음(C)	212	18.434	3.51		
성적별	상(A)	91	19.076	3.80	8.438***	AC
	중(B)	468	19.085	3.36		BC
	하(C)	254	17.960	3.97		CA
건강 관심도별	낮음(A)	31	14.838	4.64	22.898***	AB, AC
	보통(B)	534	18.657	3.52		BA, BC
	높음(C)	248	19.383	3.45		CA, CB
입원 유무별	있다	240	18.737	3.55	.022	
	없다	573	18.731	3.68		

전체 : 최저 : 5점, 최고 25점

19.383)의 평균이 가장 높게 나타났으며, $p < .001$ 수준에서 통계적으로 유의한 차이가 나타났다.

입원 유무별에서 보면, 유 집단($M = 18.737$)의 평균이 무 집단($M = 18.731$)의 평균보다 낮게 나타났으나 통계적으로 유의한 차이는 나타나지 않았다.

(4) 대인관계 조절

대인관계에 대한 변인별 차이를 알아본 결과는 〈표 III-17〉에 나타나 있다.

성별에서 보면, 남학생($M = 17.076$)과 여학생($M = 17.154$)의 평균이 비슷하게 나타났다. 그러나 이춘미(1998)의 연구에서는 여학생이 남학생보다 실천 정도가 높다고 나타났다.

지역별에서 시 지역($M = 17.24$)과 읍·면 지역($M = 16.987$)과의 비교에서 통계적으로 유의한 차이는 나타나지 않았다.

가정경제별에서 보면, 경제 수준이 높은 집단($M = 18.241$)의 평균이 가장 높고 낮은 집단($M = 16.349$)의 평균이 가장 낮게 나타났으며, $p < .01$ 수준에서 통계적으로 유의한 차이가 나타났다.

성적별에서 보면, 상집단($M = 17.747$)의 평균이 높고, 하집단($M = 16.539$)의 평균이 낮게 나타났으며, $p < .01$ 수준에서 통계적으로 유의한 차이가 나타났다.

부모가 자녀의 건강에 대한 관심도에서 보면, 낮은 집단($M = 14.096$)의 평균이 낮고, 높은 집단($M = 17.996$)의 평균이 높게 나타났으며, $p < .001$ 수준에서 통계적으로 유의한 차이가 나타났다.

입원유무별에서 보면, 유 집단($M = 17.245$)의 평균이 무 집단($M = 17.061$)의 평균보다 낮게 나타났으나 통계적으로 유의한 차이는 나타나지 않았다.

(5) 스트레스 관리

스트레스 관리에 대한 변인별 차이를 알아본 결과는 〈표 III-18〉에 나타나 있다.

성별에서 보면, 남학생($M = 16.18$)과 여학생($M = 16.134$)의 평균이 비슷하게 나타났으며, 통계적으로 유의한 차이는 나타나지 않았다.

지역별에서 보면, 시 지역($M = 16.357$)과 읍·면지역($M = 15.952$)의 평균이 비슷하게 나타났으

〈표 III-17〉 대인관계 조절에 대한 차이 검증

변 인		N	M	SD	t / F	Scheffe
성 별	남학생	405	17.076	3.32	-.331	
	여학생	408	17.154	3.37		
지역별	시 지역	411	17.240	3.32	1.078	
	읍·면	402	16.987	3.37		
가 정 경제별	높음(A)	62	18.241	3.76	9.987***	AB, AC
	중간(B)	539	17.287	3.09		BA, BC
	낮음(C)	212	16.349	3.46		CA, CB
성 적 별	상(A)	91	17.747	3.49	6.21**	AC, BC
	중(B)	468	17.305	2.99		CA, CB
	하(C)	254	16.539	3.81		
건강 관심도별	낮음(A)	31	14.096	4.11	23.719***	AB, AC
	보통(B)	534	16.882	3.27		BA, BC
	높음(C)	248	17.996	3.09		CA, CB
입원 유무별	있다	240	17.245	3.25	.717	
	없다	573	17.061	3.38		

전체 : 최저 : 5점, 최고 25점

〈표 III-18〉 스트레스 관리에 대한 차이 검증

변 인		N	M	SD	t / F	Scheffe
성 별	남학생	405	16.180	3.49	.186	
	여학생	408	16.134	3.48		
지역별	시 지역	411	16.357	3.42	1.657	
	읍·면	402	15.952	3.54		
경 제 별	높음(A)	62	17.161	3.45	10.543***	AB
	중간(B)	539	16.384	3.43		AC
	낮음(C)	212	15.287	3.53		
성 적 별	상(A)	91	16.318	3.64	2.316	
	중(B)	468	16.337	3.40		
	하(C)	254	15.767	3.56		
건 강 관심도별	낮음(A)	31	14.032	3.71	9.508***	AB, AC
	보통(B)	534	16.022	3.41		BA, BC
	높음(C)	248	16.713	3.50		CA, CB
입 원 유 무 별	있다	240	16.183	3.46	.137	
	없다	573	16.146	3.49		

전체 : 최저 : 5점, 최고 25점

며, 통계적으로 유의한 차이는 나타나지 않았다.

가정경제별에서 보면, 높은 집단(M = 17.161)의 평균이 가장 높고 낮은 집단(M = 15.287)의 평균이 가장 낮게 나타났으며, $p < .001$ 수준에서

통계적으로 유의한 차이가 나타났다.

성적별에서 보면, 上집단(M = 16.318)의 평균이 가장 높고, 下집단(M = 15.767)의 평균이 가장 낮게 나타났으나 통계적으로 유의한 차이는

〈표 III-19〉 변인 별 건강증진 행위에 대한 차이 검증

변 인		N	M	SD	t / F	Scheffe
성 별	남학생	405	81.049	13.23	5.505***	
	여학생	408	76.299	11.30		
지 역 별	시 지역	411	78.732	12.695	.154	
	읍·면	402	78.597	12.356		
경 제 별	높음(A)	62	83.935	12.312	14.489***	AB, AC
	중간(B)	539	79.382	12.050		BA, BC
	낮음(C)	212	75.301	14.490		CA, CB
성 적 별	상(A)	91	82.197	13.66	11.804***	AC
	중(B)	468	79.542	10.85		BC
	하(C)	254	75.783	14.31		
건 강 관심도별	낮음(A)	31	64.290	13.30	31.37***	AB, AC
	보통(B)	534	78.018	12.03		BA, BC
	높음(C)	248	81.854	12.02		CA, CB
입 원 유 무 별	있다	240	78.783	12.786	.174	
	없다	573	78.616	12.419		

전체 : 최저 : 25점, 최고 125점

나타나지 않았다. 부모가 자녀의 건강에 대한 관심도에서는 낮은 집단(M = 14.032)의 평균이 가장 낮고, 높은 집단(M = 16.713)의 평균이 가장 높게 나타나 $p < .001$ 수준에서 통계적으로 유의한 차이가 나타났다.

입원 유무별에서 보면, 유 집단(M = 16.183)과 무 집단(M = 16.146)의 평균이 비슷하게 나타났으며, 통계적으로 유의한 차이는 나타나지 않았다.

건강증진행위 전체에 대해 변인별 차이를 알아본 결과는 다음의 〈표 III-19〉에 나타나 있다.

성별에서 보면, 남학생(M = 81.049)의 평균이 여학생(M = 76.299)의 평균보다 높게 나타났으며, $p < .001$ 수준에서 통계적으로 유의한 차이가 나타났다.

일반적으로 남자가 여자보다 건강증진행위를 더 잘 수행하는 것으로 나타난 선행연구는 노인을 대상으로 한 표지숙(1991), 김효정(1996)의 연구와 고등학생을 대상으로 한 홍외현(1999), 김현숙(1998)의 연구, 중학생을 대상으로 한 박금희(2001)결과에서도 남자가 여자보다 건강증진행위를 잘 한다는 연구결과가 나와 본 연구결과와

일치하였다.

또한 Breslow & Enstrom(1980), Branch & Jette(1984), Pender et al(1990), Farrand와 Cox(1993)의 결과와 우리나라에서 초등학생을 대상으로 한 이정은(1994), 중학생을 대상으로 한 강인숙(2000)과 고등학생을 대상으로 연구한 홍외현(1999), 김학순(1991), 김일여(1995) 연구 결과와는 상반된 결과를 보였다.

그러나 근로자를 대상으로 연구한 윤진(1991)과 고등학생을 대상으로 연구한 이채천(2000), 김일녀(1996) 대학생을 대상으로 한 김현리(1996) 등, 성인을 대상으로 연구한 김정희(1985), 이태화(1990)의 결과에서는 남·여간 유의한 차이가 없는 것으로 나타났다.

이러한 연구 결과들의 불일치는 인구학적 변수 중 성별은 일반적으로 이행과의 관계에서 지속적인 일관성을 보이지 않는다는 Kasl(1974)의 주장과 일치하였다.

지역별에서 보면, 시 지역(M = 78.732)과 읍·면지역(M = 78.597)의 평균이 비슷하게 나타났으나 통계적으로 유의한 차이는 나타나지 않는다는

결과가 나타났는데, 이는 제주지역 내 생활수준의 평균화(한국경제연구원, 제주대학교 경상대학, 1998)와 교통수단의 발달로 인해 시 지역과 읍·면간의 1시간내의 이동거리가 시 지역과 읍·면과의 차이가 나타나지 않은 것으로 보인다.

그러나 청소년을 대상으로 한 조수현(1996) 연구결과에서는 대도시에 거주하는 학생들이 건강증진행위를 잘 한다고 나왔으며, 중학생을 대상으로 한 박금희(2001) 연구에서도 도시지역 학생들이 농촌지역 학생보다 건강증진행위 점수가 높다는 연구 결과가 나타났다.

그 이유로는 주거환경이 농촌보다 도시가 생활이 편리하게 되어 있고, 부모의 관심도가 높은 것 때문이라고 하였다.

가정경제별에서 보면, 경제 수준이 높은 집단(M = 83.935)의 평균이 가장 높고 낮은 집단(M = 75.301)의 평균이 가장 낮게 나타났으며, $p < .001$ 수준에서 통계적으로 유의한 차이가 나타났다. Duffy(1988), Pender, Weitzel(1989) 등은 성인을 대상으로 연구한 결과 건강증진행위 정도와 가계소득은 상관 관계가 있다고 하였다.

우리나라에서도 성인을 대상으로 한 김옥수(1993), 박소영(1997), 박인숙(1995)의 연구 결과에서 고소득 군(群)이 저소득 군(群)보다 건강증진행위를 잘한다고 나왔다.

그리고 청소년을 대상으로 연구한 김현숙(1998), 중학생을 대상으로 연구한 김우형(1999), 김은희(1996), 최정숙(1987) 연구에서도 월수입이 많을수록, 생활수준이 높을수록 건강증진행위 실천 정도가 높다고 나타나 본 연구결과와 일치하고 있어, 생활수준이나 소득이 성인과 고등학생 모두의 건강증진행위 실천 정도에 큰 영향을 미치는 변인이 되는 것으로 확인되었다.

성적별에서 보면, 上집단(M = 82.197)의 평균이 가장 높고, 下집단(M = 75.783)의 평균이 가장 낮게 나타났으며, $p < .001$ 수준에서 통계적으로 유의한 차이가 나타났다.

부모가 자녀의 건강에 대한 관심도에서 보면, 낮음 집단(M = 64.29)의 평균이 가장 낮고, 높음

집단(M = 81.854)의 평균이 가장 높게 나타났으며, $p < .001$ 수준에서 통계적으로 유의한 차이가 나타나, 김은애(1999), 김화중(1998), 박금희(2001), 허은희(1998), 강인숙(2000)의 연구 결과에서 얻은 부모가 자식에 대한 관심이 클수록 건강증진행위를 잘 한다는 연구 결과와 일치하였다.

그리고 김현숙(1998)의 연구에서는 부모가 자녀의 건강에 대한 관심도가 높을수록 건강행위 실천 정도가 높았고, 낮을수록 건강위해행위를 많이 한다고 하였으며, 강인숙(2000)은 부모가 갖는 자녀의 건강에 대한 관심 정도는 자녀와 긍정적인 관계를 유지시키고, 건강행위에 참여할 횟수를 늘려 부모가 바라는 방향으로 행동하고자 하는 심리를 유발시키는 것으로 보여진다고 하였다.

입원 유무별에서 보면, 유 집단(M = 78.783)과 무 집단(M = 78.616)의 평균이 비슷하게 나타났으며, 통계적으로 유의한 차이는 나타나지 않았다. 이는 과거의 입원경험과 현재의 질병상태가 건강에 대한 소중함을 절실하게 느껴 건강행위를 더 잘 수행할 것으로 예측했으나, 입원 유무가 건강증진행위에 차이가 없다는 본 연구 결과와 김학순(1993), 박금희(2001), 화령후기 아동을 대상으로 한 이정은(1994)의 연구 결과와는 일치하였다.

이상의 결과를 통해 볼 때, 각 건강증진행위는 문화적 영향에 의해 거의 결정되어 진다고 할 수 있다. 또한 행위에 대한 의미 규정 역시 특수한 문화적 배경에 따라 영향을 받고 인간의 건강, 질병, 건강증진행위 역시 사회·문화적 관계와 환경 내에서 이루어지게 되므로 긴밀한 상호 관련성을 가지고 있으며, 개인에게 나타나는 건강증진행위도 유사한 패턴을 가지는 것으로 이해할 수 있다.

가장 바람직한 건강증진행위를 실천하고, 생명력이 넘쳐야 할 고등학생들이 다른 연령층의 대상자들보다 건강증진 생활양식 이행 정도가 낮게 나타난 것은 우리 나라 고등학교가 학업 위주의 대학 입시교육에만 역점을 두어, 건강의 가치를 망각하거나 중시하지 않는 경향이 있다는 지적

(하양숙, 1990)과 청소년층이 가장 최적의 건강을 유지하는 연령층이라는 전통적인 인식이 위협을 받고 있다는 연구 결과(Millstein, Irwin, Adler, Cohen, Kegeles & Dolcini, 1992)와 일치하고 있으며, 유재순(1997)에 의하면 고등학생의 건강 및 삶의 질을 향상시키기 위해서는 가정과 학교가 연계된 교육 전략이 필요함을 제안하였다.

IV. 결론 및 제언

1. 결론

본 연구는 고등학생들의 건강에 대한 지각 정도와 건강증진행위의 실태를 파악하고, 일반적인 특성과 건강지각, 건강증진행위와의 관계를 비교 분석하여 봄으로써 고등학생들의 건강증진행위에 대한 지도 및 학교보건 프로그램에 기초자료를 제공하고자 시도되었다.

연구대상자는 제주도 내 8개 고등학교에 재학 중인 2학년 남 405명과 여 408명의 대상자를 시 지역과 읍·면지역으로 구분하여 선정한 후 선행 연구를 기초로 연구자가 작성한 설문지로 조사한 후 t검증과 oneway ANOVA로 분석한 결과 다음과 같은 결론을 얻었다.

1) 일반적인 특성과 건강지각과의 관련성

(1) 남학생(M = 33.918)이 여학생(M = 32.865)보다 평균에서의 조금 높게 나타났다.

특히 남학생이 건강에 대한 자신감(p < .001), 건강에 대한 걱정(p < .01), 질병예방실천력(p < .01), 미래건강에 대한 자신감(p < .001), 건강관리능력(p < .001), 의료기관 의존도(p < .001)에서 유의한 차이를 보여 남학생이 p < .001 수준에서 통계적으로 유의한 차이가 나타났다.

(2) 시 지역(M = 33.33)과 읍·면지역(M = 33.45)의 평균이 거의 같게 나타났으며, 통계적으로 유의한 차이는 나타나지 않았다.

(3) 가정경제별에서 보면, 높은 집단(M = 33.518) · 중간집단(M = 33.315) · 낮은 집단(M = 33.596)

모두 평균이 비슷하게 나타났다.

특히 경제수준이 높을수록 건강에 대한 자신감(p < .01)을 보였고, 경제수준이 낮을수록 질병에 대한 불안감(p < .05), 미래 건강의 불확실성(p < .05)에서 유의한 차이를 보였다.

(4) 성적별에서 보면, 上집단(M = 34.582)의 평균이 가장 높고, 下집단(M = 32.842)의 평균이 가장 낮게 나타났다.

특히 성적이 上집단일수록 질병에 대한 저항력(p < .05), 의료기관 의존도(p < .05)에서 유의한 차이를 보여 전체적으로는 上집단이 p < .01 수준에서 통계적으로 유의한 차이가 나타났다.

(5) 부모가 자녀의 건강에 대한 관심도에서 보면, 낮은 집단(M = 32.903)의 평균이 가장 낮고, 높은 집단(M = 34.221)의 평균이 가장 높게 나타났다.

특히 부모가 자녀의 건강에 대한 관심도가 높을수록 건강에 대한 자신감(p < .05), 건강에 대한 걱정(p < .05), 질병예방 실천력(p < .05), 미래 건강에 대한 자신감(p < .01), 건강관리능력(p < .01), 건강에 대한 가족의 역할(p < .05)이 높게 나타났으며, 부모가 자녀의 건강에 대한 관심도가 낮을수록 질병에 대한 불안감(p < .01), 미래건강의 불확실성(p < .01) 부분에 유의한 차이가 나타나 전체적으로는 부모가 자녀의 건강에 관한 관심도가 높은 집단에서 p < .001 수준에서 통계적으로 유의한 차이가 나타났다.

(6) 입원 유무별에서 보면, 유 집단(M = 33.912)의 평균이 무 집단(M = 33.171)의 평균보다 약간 높게 나타났다.

입원을 경험한 집단에서 건강에 대한 자신감(p < .001), 미래건강의 불확실성(p < .001), 미래 건강의 자신감(p < .05), 의료기관의 의존도(p < .05)가 유의한 차이가 나타났으나, 전체적으로는 입원경험이 없는 집단이 p < .05 수준에서 통계적으로 유의한 차이가 나타났다.

2) 건강증진행위의 실천 정도

(1) 식 습관 부분에서는 규칙적인 식사(72.9%),

동물성 식품에 대한 섭취절제(89.7%), 편식안함(64%)가 보통이다 이상으로 나와 높은 실천율을 보였으며, 아침 식사를 한다(52.6%)와 과일, 야채 섭취(55.9%)에서는 가끔 그렇다 이하로 약간 낮은 실천율이 나타났다.

(2) 운동 부분에서는 주당 3~4회 운동을 한다(76.7%), 1회에 1시간이상 운동한다(74.9%), 짧은 거리는 걷는다(51.8%), 식후 1시간 후 운동(87%), 준비 운동과 정리 운동 여부(88.6%)가 보통 이상의 높은 실천율이 나타났다.

(3) 개인위생 부분에서는 끓인 물 섭취(42.7%), 화장실 다녀온 후 손 씻기(29.1%), 식사 후 잇솔질(57.6%), 외출 후 손발씻기(37.5%), 머리감기와 목욕 자주하기(22.9%)로 연구 결과가 나와 개인위생에 대한 낮은 실천율이 나타났다.

(4) 대인관계 조절 부분에서는 개인 문제를 가족과 상의한다(78.7%)에서는 높은 실천율을 보였으나, 새로운 만남이 즐겁다(40.2%), 건전한 이성관계 유지(52.8%), 타인의 의견 존중(48.4%), 주위사람과 원만한 관계유지(41.5%) 영역에서는 낮은 실천율이 나타났다.

(5) 스트레스 관리 부분에서는 경쟁적인 승부에 집착 안함(69.4), 고민은 털어놓음(62.4%), 충분한 수면(66.2%)은 실천 정도가 높았으나, 스트레스 해소를 위한 나만의 방법을 소유(53.3%), 자신에게 꿈과 희망이 있다(41.5%)에서는 약간 낮은 실천율이 나타났다.

3) 일반적인 특성과 건강증진 행위와의 관련성

(1) 성별에서 보면, 남학생(M = 81.049)의 평균이 여학생(M = 76.299)보다 높고 식 습관(p<.001), 운동(p<.001)부분에서 유의한 차이가 나타났으며, 여학생은 개인위생에서 p<.001 수준에서 유의한 차이가 나타났다. 그리고 전체적으로는 여학생이 p<.001 수준에서 통계적으로 유의한 차이가 나타났다.

(2) 지역별에서 보면, 시 지역(M = 78.732)과 읍면 지역(M = 78.597)의 평균이 비슷하게 나타났

으나 통계적으로 유의한 차이는 나타나지 않았다.

(3) 가정경제별에서 보면, 높은 집단(M = 83.935)의 평균이 가장 높고 낮은 집단(M = 75.301)의 평균이 가장 낮게 나타났으며, 경제 상태가 높은 수준에서 운동(p<.05), 개인위생(p<.05), 대인관계 조절(p<.01), 스트레스 관리(p<.001)에서 유의한 차이를 보여 경제수준이 높은 집단이 p<.001 수준에서 통계적으로 유의한 차이가 나타났다.

(4) 성적별에서 보면, 상집단(M = 82.197)의 평균이 가장 높고, 下집단(M = 75.783)의 평균이 가장 낮게 나타났으며, 상집단이 개인위생(p<.001), 대인관계 조절(p<.01)에서 유의한 차이를 보여 상집단이 p<.001 수준에서 통계적으로 유의한 차이가 나타났다.

(5) 부모가 자녀의 건강에 대한 관심도에서 보면, 낮은 집단(M = 64.29)의 평균이 가장 낮고, 높은 집단(M = 81.854)의 평균이 가장 높게 나타났다.

특히 부모가 자녀의 건강에 관심도가 높은 집단이 식 습관(p<.001), 운동(p<.001), 개인위생(p<.001), 대인관계 조절(p<.001), 스트레스 관리(p<.001)에 차이를 보여 전체적으로는 p<.001 수준에서 통계적으로 유의한 차이가 나타났다.

(6) 입원 유무별에서 보면, 유 집단(M = 78.783)과 무 집단(M = 78.616)의 평균이 비슷하게 나타났으며, 통계적으로 유의한 차이는 나타나지 않았다.

2. 제언

첫째, 학생들의 건강에 대한 지각정도를 강화 시킴으로서 적극적으로 건강증진행위를 수행할 수 있는 보건교육의 활성화 방안이 모색되어야 하겠다.

둘째, 본 연구가 모든 고등학생의 건강지각과 건강증진행위를 대표한다고 보기 어려우므로 건강지각과 건강증진행위의 영역을 체계있게 제시되고 평가할 수 있어야 하겠다.

참 고 문 헌

1. 강인숙(2000). 제주지역 중학생의 건강증진 생활양식 실천정도와 영향요인 연구. 인제대학교 보건대학원 석사학위논문.
2. 고승덕(1982). 학교보건 수업실태에 관한 조사연구. 이화여자대학교 교육대학원 석사학위논문.
3. 권영숙, 이명숙(1998). 중년여성의 건강증진행위에 관한 연구. 고려대학교 대학원 석사학위논문.
4. 기백서(1989). 비행 청소년과 학생 청소년의 문제행동에 관한 판별 함수 분석. 중앙대학교 대학원 박사학위논문.
5. 김명호(1987). 보건교육. 서울. 수문사.
6. 김미정(1999). 중·고등학생의 건강위험지각이 건강위험행위에 미치는 영향. 서울대학교 보건대학원 석사학위논문.
7. 김옥수(1993). 혈액투석 환자가 지각하는 사회적 지지와 삶의 질과의 관계 연구. 서울대학교 석사학위논문.
8. 김우형(1999). 일부 중학생의 가족지지, 자아존중감과 건강증진행위에 관한 연구. 전북대학교 대학원 석사학위논문.
9. 김은희(1996). 중학생의 건강행위와 가족환경과의 관계. 경북대학교 대학원 석사학위논문.
10. 김일녀(1996). 청소년들의 건강통제위와 건강증진 생활양식에 관한 연구. 이화여자대학교 대학원 석사학위논문.
11. 김일순(1993). 건강증진, 새 시대 의료의 새로운 지평. 국제 간호 학술대회. p.3-8.
12. 김정자(1998). 보건진료원과 사회복지전문요원의 건강지각 및 건강행위에 관한 비교. 연세대 보건대학원 석사학위논문.
13. 김정희(1985). 예방적 건강행위와 건강통제위 성격 성향과의 관계에 대한 연구. 대한간호학회지. 15(2), 49-61.
14. 김조자(1999). 21세기 간호의 나아갈 길. 대한간호 ; 38(3).
15. 김학순(1991). 남·여 고등학생들의 건강에 관한 연구. 충남대학교 교육대학원 석사학위논문.
16. 김현숙(1998). 청소년의 건강행위와 비행의 영향요인에 관한 모형구축. 서울대학교 대학원 박사학위논문.
17. 김화중(1992). 학교보건교육에 필요성, 학생들의 건강관리 능력을 위한 길. 서울시교육청. 9-32.
18. 김효정(1996). 노인의 건강증진 행위와 관련된 변인에 관한 연구. 계명대학교 대학원 석사학위논문.
19. 박금희(2001). 중학생의 가정환경이 건강증진행위에 미치는 영향. 한국교원대학교 교육대학원 석사학위논문.
20. 박미영(1993). 대학생의 건강증진 생활양식 관계요인 연구. 서울대학교 보건대학원 석사학위논문.
21. 박소영(1997). 초등학교 양호교사의 건강증진행위 실천정도와 그 영향요인에 관한 연구. 서울대학교 석사학위논문.
22. 박인숙(1995). 건강증진행위에 관한 연구. 부산대학교 박사학위논문.
23. 서성제(1985). 우리나라 학교보건 사업에 관한 연구. 서울대학교 대학원 박사학위논문.
24. 신양희(2000). 중등학교 학생들의 건강지각 및 건강증진 생활양식에 관한 연구. 부산대학교 교육대학원 석사학위논문.
25. 윤진(1990). 산업장 근로자의 건강증진행위와 그 결정요인에 관한 연구. 이화여자대학교 석사학위논문.
26. 유재순(1997). 고등학교 보건교육의 진단적 연구. 서울대학교 대학원 박사학위논문.
27. 유지수, 김조자, 박지원(1985). 청소년들의 건강지각, 건강행위, 건강상태와의 상관관계 연구. 연세내총 제21편 의학편, 169-185.
28. 이경숙(1998). 노인의 건강지각과 건강증

- 진행위. 지역사회간호학회지 ; 9(1):7 2~88.
29. 이덕원(2001). 초등학생의 자아개념이 건강증진행위에 미치는 영향. 한국교원대학교 교육대학원 석사학위논문.
 30. 이숙련, 김정숙(1995). 부산시내 중·고등학생의 약물에 대한 태도와 남용실태에 관한 조사연구. 한국학교보건학회지 ; 7(2), 257-275.
 31. 이영란(1996). 중학생의 건강행위에 영향을 미치는 영향. 충남대학교 교육대학원 석사학위논문.
 32. 이정은(1994). 학령후기 아동의 건강지각과 건강증진행위. 이화여자대학교 대학원 석사학위논문.
 33. 이채천(2000). 고등학생의 건강증진행위에 영향을 미치는 변인 분석. 부산대학교 교육대학원 석사학위논문.
 34. 이춘미(1998). 여고생의 건강증진 생활양식의 실천 정도와 관련요인. 영남대학교 환경대학원 석사학위논문.
 35. 이태화(1990). 건강증진행위에 영향을 미치는 변인분석. 연세대학교 석사학위논문.
 36. 이항련(1987). 자가간호증진을 위한 건강계약이 고혈압자의 건강행위 이행에 미치는 영향. 연세대학교 대학원 박사학위논문.
 37. 임경아(2000). 임상간호사와 보건간호사의 건강지각과 건강증진행위 비교. 연세대학교 보건대학원 석사학위논문.
 38. 전창훈(1997). 일부 고 3학생들의 건강행위에 관한 연구. 서울대학교 보건대학원 석사학위논문.
 39. 정민경(1999). 울산지역 근로자들의 건강증진 생활양식 수행에 관한 조사. 인제대학교 보건대학원 석사학위논문.
 40. 조수현(1996). 일부 청소년의 건강지각과 건강행위와의 관계연구. 순천전문대학 논문집. 제 20 집 2 권.
 41. 주왕기(1995). 청소년의 약물남용실태와 대책. 한국학교보건학회지 5(2).
 42. 주혜경(1994). 일부 남자고등학생들의 스트레스 생활사건과 흡연의 관계연구. 한국보건학회지 ; 7(2).
 43. 최명애(2000). 건강증진과 운동의 생리적 효과. 대한간호협회 보수교육교재.
 44. 최정숙(1987). 중학교 여학생들의 건강행위에 영향을 미치는 변인분석. 대한간호학회지. Vol. 23(4). 585-600.
 45. 최정훈(1983). 지각심리학. 서울, 을유문화사.
 46. 표지숙(1991). 노인들의 건강통계위와 건강증진행위와의 관계연구. 연세대학교 대학원 석사학위논문.
 47. 하양숙(1990). 청소년기의 발달특성. 대한간호, 29(2), 6-9.
 48. 한국경제연구원, 제주대학교 경상대학(1998). 2010년 제주 경제발전 비전과 전략.
 49. 허은희, 정연강, 염순희(1998). 대학생의 건강증진행위와 자기효능감과의 관계 연구. 한국보건교육학회지. 제 11 권 2 호, 203-215.
 50. 홍외현(1998). 고등학생의 건강증진 생활양식과 관련요인. 계명대학교 대학원 석사학위논문.
 51. Alderman, M. K.(1980). *self responsibility in health care promotion ; Motive factors*. Journal of School Health, 50(1), 22-25.
 52. Brahn, J.G(1988). *Lifestyle and health bahavior*. plenum press, New York and London. 71-81.
 53. Dianne, L.(1989). *Health perceptions and lifestyles of elderly*. Research in Nersing and Health, 12, 92-100.
 54. Diekelmann, N. L (1976). *The young adult the choice is health or illness*. American Journal of Nursing.
 55. Duffy, M. E.(1988). *Determinants of*

- health promotion in midlife women*, nursing Research, 37, 356-362.
56. Duffy, M. E.(1993). *Determinants of health promoting lifestyle in older person*, Image ; 25(1), 23-28.
 57. Kasl, S.V(1974). *The Health belief model & personal Health behavior*. Charles, B. Slack Inc.
 58. Kasl, S.V(1974). *The Health belief model & behavior related to chronic illness*, in Becker, M.H.(ed) *The Health Belief Model and personal Health Behavior*, Charles, B. Slack Inc.
 59. King. I. M.(1971) *Toward a theory nursing. General concept of human behavior*. New York. John Wiley & Sons. Enc. 66-99.
 60. Lalonde. M. A(1974). *new perspective on the health of Canadians*. CMNHW
 61. Millstein. S. G, Irwin, C. E, Adler. N. E, Cohen. L. D, Kegeles. S. M & Dolcinic. M. M, *health risk behavior and health concerns among young adolescents*. Pediatrics, 1992 ; 3(4) 422-428.
 62. Minkler. M(1989). *Health education, health promotion and the open society : An historical perspective*. Health Educ Q 16 : 17-30.
 63. Pamela, A.K. & Joan, H.B(1992). *From preventive health behaviore to health promotion : Advancing a positive construct of health*. Advances in nursing scienc 14(4) : 50-64.
 64. Pender, N. J(1982). *Prevention and health promotion : The decision makeing phase*, 113-126.
 65. Pender, N. J & Pender, AR(1986) : *Attitudes Subjective Norms, and Intentions to Engage in Health Behaviors*. Nursing Research 35, 15-18.
 66. Walker SN, Sechrist KR, Pender NJ. *The health-promoting lifestyle profile : Development and psychometric characteristics*. Nursing Research : 36(2), 76-81.
 67. Ware, J. E.(1979). *Health perception questionnaire, Instruments for measuring nursing practice and other care variables*. Hyattsville, Marryland : DHEW Publication. 158-161.
 68. Weitzel, M. H.(1989). *A test of the health promotion model with blue collar workers*. Nursing Research, 38(2), 99-104.