

# 대학생의 일반적 건강신념과 미세체계적 환경적 요인의 관계연구

박 계 숙 · 광 기 우\*

## A study on the Generalized Health Beliefs and microsystemic environmental factors for University students

Kye Sook Park, M. D., Ki Woo Kwak, M. D

### Abstract

In order to promote the Generalized Health Beliefs between the medical doctors and university students for more comprehensive health control, we researched the Generalized Health Beliefs invented by Dr. Cockburn and microsystemic environmental factors. As a result, we obtained the following conclusion from the study :

1. Analytically possible answers were given by 525 students (92.6%), and among them, 356(67.8%) male students, and 196(32.2%) female students.
2. Items for Generalized Health Beliefs, Which were divided into 4 factors: 4 items for seriousness of health, 3 items for the barrier of medical utility, 4 items for the medical motivation, and 4 item for the control over illness.
3. Cronbach's alpha constant for respective analytic factors revealed that the seriousness of health; 0.92, the barrier of medical utility; 0.94, the medical motivation; 0.44, and the control over illness; 0.76.
4. The seriousness of health was influences by gender, origin of birth, residence, and frequency of visiting a doctor during one year period ( $<0.05$ ).
5. The barrier of medical utility differs from origin of birth, residence, and frequency of visiting differs from origin of birth, residence, and frequency of visiting a doctor ( $<0.05$ ).
6. Gender was found to be an influencing factor in the medical motivation, and gender and religion in the control over illness ( $<0.05$ ).

---

\* 연세대학교 의과대학 가정의학교실

## I. 序 論

건강은 육체적, 정신적, 사회적으로 안녕인 상태로 세계보건기구에서는 정의하였다. 최근 경제 성장과 더불어 건강에 대한 관심이 증가하여 질병을 예방하고 건강을 증진시키기 위한 활동이 증가하고 있다. 또한 의학도 발전을 하여 치료의 학 뿐 아니라 질병의 병태 생리와 자연사를 알게 됨으로서 오늘날 질병의 예방적인 접근을 가능하게 하였으며 특히 일상생활의 영향을 이해하며 행동적인 수정까지도 가능하게 하여 질병의 유병율과 사망율을 감소시켰다.

그러나 건강에 대한 인식이나 건강을 유지하고 증진시키는 각 개인의 반응은 매우 다양한 양상을 나타낸다. 이러한 다양함을 생태학적 관점에서 보면 사람은 주위환경의 영향이나 변화에 적응하는 능력을 가진 생물학적이고 정신문화적인 요소들이 집합된 개체로 파악되고 있다. 이러한 환경에는 직접 접촉하는 건강문화, 가족, 직업, 종교, 사는 집 등의 미세체계(Microsystem), 이웃 및 지역사회로 설명되는 외체계(Exosystem) 및 건강에 영향을 미치는 사회 경제 정치제도적인 거대체계(Macrosystem)가 있다.<sup>9)</sup>

또한 1977년 Rosenstock은 건강과 질병에 관련된 요인들은 각 개인의 사회 심리학 및 행동과학적인 특성에 의해 결정된다는 건강신념모형을 제시하였다.<sup>10)</sup> 그후 이 모형은 질병의 예방활동, 건강관리 및 의료 이용에 영향을 미치는 요인을 설명하고, 그동안 환자의 순응도를 증가시키기 위하여 제시되고 전개되었다.<sup>11)12)15)</sup> 그러나 이 모형은 각 요소를 설명하는데 표준화된 측정방법이 없이 각 질병에 대해 각각 측정법이 사용되어 왔다. 즉 한 특수한 질병과 이에 대한 약물복용, 식이요법, 건강관리등의 순응도와와의 관계에만 중점을 두어 광범위한 질병을 다루는 일차의료에서 건강신념을 이해 하는데는 제한점이 있었다. 1987년 Cockburn등은 다양하고 포괄적인 의료를 제공하는 일차의료에서 환자의 질병요인을 제외하고 일반적인 건강신념을 측정하는 도구를 고안하여 신뢰성과 타당성을 검증한 바 있다.<sup>9)</sup>

의사 특히 일차의료를 담당하고 있는 의사에게는 포괄적이며 지속적인 의료를 제공하기 위해서

는 질병 뿐 아니라 건강과 건강에 미치는 요인에 대한 이해가 필요하다. 그러나 그동안 의사들의 관심을 주로 치료의학적인 면 즉 질병의 치료에만 관심이 기울어져 왔으며 예방적이며 전인적인 건강에 대한 접근은 소홀해져 있었다. 반면 일반 국민들의 관심은 질병보다는 건강에 대한 관심이 증가하고 있다. 이에 포괄적인 건강관리를 위한 기초자료를 마련하기 위하여 일부 대학생들의 일반적인 건강신념과 이에 영향을 미치는 미세체계적인 환경적 요인들과의 관계를 알아보았다.

### 1. 방법

설문지 작성 : Cockburn등이 고안한 일반적 건강신념을 측정하기 위하여 고안한 건강에 관한 심각성, 의료 이용 장애정도, 의료이용 동기, 질병 극복 인식등을 측정하기 위해 추출해낸 일반적인 건강신념에 관한 설문항 22항목을 번안하여 설문지를 작성하였다. 1989년 5월 20일 부터 3일간 무작위로 추출된 Y대학교 대학생 120명에게 조사를 실시하였다.

설문지의 22항목에 대한 타당성과 신뢰도를 검증하기 위하여 통계적 처리(요인분석과 Cronbach's alpha)를 하여 15항목을 선정하였다. 각 항목별로 느끼는 정도를 측정하기 위하여 느끼는 정도를 항상 그렇다(5점), 75%정도 그렇다(4점), 50%정도 그렇다(3점), 25%정도 그렇다(2점), 항상 안그렇다(1점)의 5점 Likert Scale로 나누어 선택하게 하였다.

또한 미세체계적인 환경적 요인으로는 성별, 결혼여부, 가족의 한달수입, 종교, 출신지, 가족수, 거주지들이 포함되었고, 건강에 이상이 있다고 생각할 때 처음 찾는 곳, 지난 일년간 의사방문회수, 과거력, 1년간 가족의 병력등의 항목을 포함하였다.

조사방법 및 조사기간 : 조사기간을 1989년 9월 20일부터 24일까지 5일간 이었으며, 조사대상은 Y대학교 정기 신체검진에 참여한 567명의 대학생을 대상으로 고안된 설문지를 작성하게 하였다. 분석은 일반적 건강신념의 항목에 대한 환경적 요인을 항목별로 t-검증 및 분산 분석을 시행하여 비교하였다.

## 2. 결과

연구대상의 일반적 특성: 대상자 567명중 가능한 설문 답변을 해준 학생은 525명(92.6%)이었다. 분석 가능한 설문을 작성해준 525명 중 남자는 365명(67.8%), 여자는 169명(32.2%)이었고, 기혼자는 23명(4.4%)이었다. 가구당 한달 수입은 50만원 이하가 92명(17.5%) 51만원에서 100만원이하는 265명(50.5%), 100만원에서 150만원은 115명(21.9%), 151만원 이상은 53명(10.1%)이었다. 종교는 기독교가 201명(38.3%)로 가장 많았고, 종교가 없는 사람이 190명(36.2%), 카톨릭이 70명(13.3%), 불교 59명(11.2%), 기타가 5명이었다.

가족수는 2인 이하가 12명(2.3%), 4인이하는 156명(29.7%), 6인이하의 가족은 297명(56.6%), 7인 이상은 60명(11.4%)이었다. 출신지역은 5대 직할시가 141명(26.9%), 서울 193명(36.8%), 시·군·읍이 191명(36.4%)이었다. 현재 거주는 자택 280명(53.3%), 하숙 및 자취 150명(28.6%), 친척집 41명(7.8%), 기숙사 51명(9.7%), 기타 3명(0.6%)이었다. 건강에 이상이 있을때 제일 먼저 찾는 곳은 집 가까운 의원이 198명(37.7%)이었고 큰 병원이 118명(22.5%), 약국이 206명(39.2%)로 가장 많았으며 기타가 3명이었다. 기타에 답한 사람은 한의원 2명, 점장이 1명이었다. 과거에 입원한 병력이 있는 사람은 138명(26.3%)이었고 387명(73.7%)에서는 없었다. 지난 1년간 입원하거나 사망한 가족이 있는 사람은 99명(18.9%)이었고, 지난 일년간 건강에 이상이 있어 의사를 방문한 횟수는 한번도 없는 사람은 161명(30.7%), 2회이하는 213명(40.6%), 4회 이하는 87명(16.6%), 5회 이상은 64명(12.2%)이었다.(표 4)

## 3. 건강신념의 요인:

Cockburn등이 개발한 건강신념을 설명하는 항목 22항목에 대해 요인분석을 시행한 결과 15개 항목에서 4개의 요인(건강의 심각성 4항목, 의료 이용 장애 3항목, 의료 이용 동기 4항목, 질병 극복 인식 4항목)으로 0.4이상의 요인 적재량을 나

타냈으며(표 1) 4개의 요인에 의한 신뢰도로서 Cronbarh's alpha상수들을 구한 결과 건강의 심각성은 0.92, 의료 이용 장애는 0.94, 의료 이용 동기 0.44, 질병 극복 인식 0.76으로 나타나 건강 신념을 설명하기에 신뢰 할 수 있었다(표 2). 건강의 심각성에 속하는 문항으로 '나는 아플때 바다 심각하다고 생각한다', '나는 아플 때마다 나의 일상 생활이 지장 받는 것이 걱정이다', '나는 내또래 나이의 사람들보다 더 잘 앓는다고 생각된다', '나는 심각한 질병에 걸릴까봐 걱정하고 있다'의 4항목이었으며, 의료 이용 장애에 관한 문항은 '나는 약을 복용하면 부작용이 생길것 같아 걱정된다', '약을 때맞춰 먹거나 주사를 맞는 것이 문제가 된다', '나는 약을 복용하면 약에 의존성이 생길 까봐 걱정한다'. 의 3항목이 포함되었다. 의료 동기에 관한 문항은 '내가 아플때 의사가 나의 병에 대해서 가장 잘 알고 있었다', '나는 아플때 의사의 지시에 따르면 잘 나왔다', '나는 나의 건강을 돌보는 것이 나의 최대 관심사로 생각된다', '나는 나의 건강에 관한한 의사의 지시보다는 나 자신의 느낌을 믿는다'의 4항목이 포함되고, 질병 극복 인식 문항은 '나는 아플때에도 평상시 하던 일을 계속한다', '나는 내가 아픈것 간으면 병과 싸운다', '나는 내가 아파서 내 생활이 방해 받는 것을 용서 못한다', '나는 건강이란 운이자 재수라고 생각한다'의 4항목이 속했다. 이중 의료 이용 동기에서의 '나는 나의 건강에 관한한 의사의 지시보다는 나 자신의 느낌을 믿는다' 항목은 부정적인 항목으로 '항상 그렇다'가 1점, '항상 안 그렇다'를 5점으로 점수화 하였다.

각요인을 설명하는 문항을 합하여 문항수로 나눈 평균은 Likert지수에 의한 5점 만점에서 건강에 대한 심각성은 2.60+0.80점, 의료 이용장애는 2.54+0.80점, 의료 이용동기는 3.28+0.59점, 질병 극복 인식은 3.06+0.56점 이었다(표 3).

## 4. 미세체계적인 환경요인에 따른 일반적 건강신념 요인:

건강의 심각성에 의의 있는 차이를 나타낸 미세체계적 환경요인들은 성별, 출신지, 거주지, 1년간 의사 방문회수들로서 여자(2.71±0.80)에서 남

자 ( $2.55 \pm 0.80$ )보다 심각성 점수가 높았으며, 출신지별로는 서울 출신 ( $2.48 \pm 0.75$ )이 다른 대도시 ( $2.69 \pm 0.81$ )나 시군읍 출신 ( $2.66 \pm 0.84$ )보다 낮았다. ( $<0.05$ ). 또한 거주지에 따른 기숙사( $2.76 \pm 0.79$ )보다 심각성 점수가 낮았으며, 지난 1년간 의사를 방문한 회수가 없는 사람( $2.22 \pm 0.66$ )보다는 2회이하( $2.71 \pm 0.77$ ), 3회 이상( $3.08 \pm 0.85$ )의 사람에서 심각성이 의의 있게 높았고 방문회수가 많을 수록 높았다. ( $<0.05$ ). 반면 결혼 여부, 과거의 입원력, 지난 1년간 가족내 입원한 사람의 유무, 가족의 수입, 종교, 가족수 및 건강에 이상이 있을때 제일 먼저 찾는 곳 등은 심각성에 의의 있는 차이를 보이지 않았다. ( $>0.05$ ).

의료이용 장애에서 의의 있는 차이를 보면 요인은 출신지, 거주지, 의사방문회수로써, 출신지에 따라 서울( $2.39 \pm 0.84$ )이 대도시( $2.61 \pm 0.84$ )나 시군읍( $2.63 \pm 0.83$ )보다 낮았으며, 거주지에 따라서는 자택( $2.46 \pm 0.79$ )에 거주하는 군에서 하숙이나 자취하는 군( $2.65 \pm 0.83$ )보다 의의 있게 낮았다. ( $<0.05$ ). 또한 의사 방문 회수에 따라서 한번도 없는 군( $2.39 \pm 0.82$ )에서 2회 이하( $2.58 \pm 0.79$ ) 3회 이상( $2.7 \pm 0.77$ )보다 의의 있게 낮아 의사 방문 회수가 증가할 수록 의료 이용 장애 점수가 높았다. ( $<0.05$ ). 그러나 성별, 결혼 여부, 과거의 입원력, 지난 1년간 입원이나 사망한 가족의 유무, 가구당 수입, 종교, 가족수, 건강에 이상이 있을때 제일 먼저 찾는 곳등의 항목에는 의의있는 차이는 보이지 않았다. ( $>0.05$ ).

의료이용 동기 항목에서는 의의있게 차이를 보인 미세체계적인 환경요인은 성별에서만 남자( $3.32 \pm 0.59$ )에서 여자( $3.19 \pm 0.58$ )보다 높았으며 ( $<0.05$ ) 다른 조사 항목은 의의있는 차이를 나타내지 않았다. ( $>0.05$ ).

질병 극복인식에서 의의있게 차이를 나타낸 미세체계적 환경요인은 성별과 종교적 요인으로 남자( $3.11 \pm 0.05$ )에서 여자( $2.95 \pm 0.57$ )보다 점수가 높았으며 종교에 따라서는 카톨릭교( $3.21 \pm 0.57$ )에서 종교를 안 믿는 군( $3.04 \pm 0.56$ )보다 의의있게 높았다. ( $<0.05$ ). 반면 결혼여부, 과거 입원력, 지난 1년간 입원이나 사망한 가족의 유무, 수입, 가족수, 출신지, 거주지, 건강에 문제가 있을 때 제일 먼저 찾는 곳, 지난 1년간 의사방문 회수등

은 질병극복인식에 의의있는 차이를 나타내지 않았다. ( $>0.05$ ) (표 4).

## 5. 고찰

건강관리를 하는 데는 환자나 의사의 건강과 질병에 대한 일종의 신념체계나 방법에 의해 결정된다. Rosenstock<sup>14)</sup>에 의해 제시된 건강신념모델은 자신에게 어떤 권해진 건강의 행위를 실행할 것인가를 결정하는 데는 첫째, 어떤 조건에 접했을 때 그 조건이 다시 발생할 가능성에 대해 느끼는 감수성(perceived susceptibility)이나 신체적인 제한이나 사회활동의 방해에 대해 느끼는 심각성(perceived severity), 둘째, 어떤 권해진 행위가 질병의 위협을 감소시키는 가치나 효율에 대해 느끼는 유익성(perceived benefits), 셋째, 어떤 권해진 행위를 하는데 필요한 육체적, 정신적, 경제적인 비용을 계산하게 되는 장애도(perceived barriers)의 세가지 면에서 개인마다의 신념이 작용한다고 하였다. 이러한 건강신념모델은 초기에는 어떤 특수한 질병을 예방하는 면에 초점을 두었으나 차차 사람들의 건강과 관련된 일을 행하는 순응 행위에 영향을 미쳤다.<sup>21)25)15)</sup> 그러나 이 모형은 각 요소를 설명하는데 표준화된 측정방법이 없어 각 질병에 대해 다른 방법이 사용되어 건강신념을 이해하는 데는 제한점이 있었다.

Fisher<sup>1)</sup>는 어떤 행동을 설명하는 이론은 5가지 조건을 갖추어야 한다고 하였다. 즉 첫째로 어떤 연구분야에서 스스로 발견해 나갈 수 있는 가치가 있어야 하고, 둘째, 설명이나 문항은 간단하여야 하고, 셋째, 같은 방법으로 용어가 규정되어야 하며, 넷째, 예측할 수 있어야 하고, 마지막으로 많은 기초자료가 있어야 한다는 조건들을 만족시켜야 행동을 설명할 수 있다고 하였다. 그러나 건강 신념 모형은 위의 5가지 조건을 대개 만족시키나 세번째의 조건에서 같은 믿음을 측정하는데 연구자 마다 다른 방법으로 측정을 해야 하므로 이것과 관련된 예측할 수 있어야 하며, 많은 기초자료가 있어야 하는 조건을 만족시키기에는 제한이 있다고 지적하였다.

Cockburn<sup>6)</sup>등은 어떤 한 특수 조건이나 질병에 대한 건강 행동을 측정하는 것이 아니고 다양한

질병을 다루는 일차 진료에서 사용할 수 있는 표준화된 설문지를 개발하여 타당성과 신뢰성을 검증하였다. Cickburn의 설문은 22개 항목중 17개 항목이 4요인(건강의 심각성 8항목, 장애 3항목, 의료이용 동기 3항목, 질병 극복 인식 3항목)에 의해 의의있게 설명되었으나 본 연구에서는 15개 항목이 4요인(건강의 심각성 4항목, 장애 3항목, 의료이용 동기 4항목, 질병 극복 인식 4항목)에 의해 설명되었다. 이 차이는 인구 사회 문화적으로 동 서양의 차이가 있을 것으로 생각되며 앞으로 더욱 보완하여야 할 것으로 생각된다. 또한 각 요인별 해석에 있어 본 연구에서는 5점 점수화 하여 해석을 하였는데 이중 질병 극복 신념은 점수가 높을 수록 부정적인 해석을 하여야 할 것 같으며 다른 요인은 점수가 높을 수록 긍정적인 해석을 하여야 할 것으로 생각된다.

의사가 환자를 진료하는 데에도 여러가지 형태의 건강의 모형이 건강관리의 지침으로 사용되어 왔다. 이러한 건강의 모형에는 Flexner가 주장한 질병의 원인은 질병과 무관한 관찰자(의사)에 의해서 객관적으로 인식될 수 있는 생리학적인 요소로서 보며 건강이란 단순히 질병이 없는 상태를 의미하게 되는 생물의학적모형(Biomedical Model)<sup>10)</sup>, 몸과 마음과 영혼이 역동적으로 이루는 상태를 건강으로 정의하여 생물의학적인 모델의 단점을 보완하였으나 치료방법에 있어서는 변형된 방법을 선호하는 전인적 건강 모형(Holistic Health Model)<sup>11)</sup>, 정신 사회과학적 요인들을 과학적 방법으로 통합하여 생물의학적모형을 확장하여 질병에 중점을 두지만 질병을 원자-세포-신체-가족-문화-우주로 연관을 맺고 있는 계층적 조직체계의 한부분으로서의 개인에 관련된 현상으로 이해하는 Engel의 생물정신 사회학적 모형(Biopsychosocial Model)<sup>7)10)</sup>, 그리고 환자가 가지고 있는 언어나 습관에 차이가 나는 의학적 믿음에 관심을 두는 것으로 질병과 아프다는 것의 차이점과 환자가 자신의 병적인 상태를 어떻게 받아들이는 지에 대해 보다 중요한 관심을 두는 생리정신사회과학적 모형에 문화적 요소를 포함한 인종의학적 문화적 모형(Ethnomedical Cultural Model)<sup>12)</sup>등이 있다.

또한 보다 실질적이며 통합적으로 생태학적인

관점에서 환자를 주위 환경의 영향이나 변화에 적응하는 능력을 가진 생물학적이고 정신 문학적인 요소들이 복합된 개체로 파악하는 생태학적-상호관계적 모형(Ecological-Transactional Model)이 있다<sup>9)</sup>.

이러한 여러가지 건강의 모형에 따라 의사는 환자의 건강 관리를 한다. 그러나 보다 포괄적이며 지속적인 의료를 제공해야 하는 일차의료(가정의)에서는 생태학적-상호관계적 모형에 의한 건강 모형의 이해와 적용이 요구된다. 생태학적-상호관계적 모형은 생물학적 요인, 정신문화적 요인과 적응능력 등의 영향을 미치는 개인, 개인의 건강 추구 행태와 환경의 3요소의 상호작용에 의한 건강을 이해하는 모형이다. 환경적인 요인에는 개인이 직접 접하는 가족, 직업, 종교, 거주지, 건강 문화 등이 포함되는 미세체계(Microsystem)와 이웃이나 지역사회로 설명하는 외체계(Exosystem) 및 건강에 영향을 미치는 사회, 경제, 정치 제도적인 거대체계(Macrosystem)가 작용한다<sup>9)</sup>. 본 연구에서는 건강 신념요인이 미세체계의 환경적 요인에 따라 차이가 있는지를 보았는데 건강의 심각성에 영향을 미친 미세체계적 요인은 성별, 출신지, 거주지 및 1년간 의사 방문 회수였으며, 의료 이용 장애는 출신지, 거주지 및 1년간 의사 방문 회수였다. 또한 의료 이용 동기는 성별에서만 차이가 있었고 질병 극복 인식은 성별과 종교가 영향을 미치는 것으로 나타났다. 이러한 결과가 단적으로 건강 신념에 영향을 미친다고 하기에는 무리가 따르나 보다 더 광범위한 연구가 필요하다고 생각되어 진다.

## 6. 결론

보다 포괄적인 건강관리를 위해서는 의사와 환자의 건강에 대한 신념을 알아보기 위하여 Cockburn등이 고안한 일반적 건강신념 설문지를 Y대학교 대학생 567명을 대상으로 미세체계적인 환경적 요인과의 관계를 알아보아 다음과 같은 결론을 얻었다.

1. 분석 가능한 답변을 해준 학생은 525명(92.6%)였으며 이중 남자가 365명(67.8%), 여자가 169명(32.2%)이었다.

2. 일반적 건강신념의 항목은 15개 항목이 4개의 요인으로 나뉘어져 건강의 심각성 4항목, 의료 이용 장애 3항목, 의료 이용 동기 4항목, 질병 극복 의식 4항목 에서 0.4이상의 요인 적제량을 나타냈다.
3. 각 요인별 Cronbach's alpha 상수는 건강의 심각성 0.92, 의료 이용 장애 0.94, 의료 이용 동기 0.44, 질병 극복 인식 0.76 으로 나타나 건강 신념을 설명하기에 신뢰할 수 있었다.
4. 일반적 건강 신념 요인에 따른 미세체계적 환경적 요인의 차이는 건강의 심각성을 성별, 출신지, 거주지 및 지난 1년간 의사를 방문한 회수에서 의의 있는 차이를 보였으며, 의료 이용 장애는 출신지, 거주지 및 의사 방문 회수 에서 의의있는 차이가 있었다(<0.05).
5. 의료 이용 동기는 성별 에서만 차이가 있었으며, 질병 극복 인식은 성별과 종교에서 의의 있는 차이를 나타냈다(<0.05).

이 연구의 보완점은 일반적인 건강신념을 측정하는 데 있어 설문지를 보다 우리나라의 사회 문화적인 요인에 맞게 보다 광범위한 연구가 필요하다고 생각되며, 건강 신념에 영향을 주는 미세 체계적 환경요인을 단정하려면 보다 많은 연구가 필요하다고 생각된다.

#### 참 고 문 헌

1. 박계숙 : 대학생의 건강관리에 관한 실태조사; 의료체계 이용 형태를 중심으로, 연세의대 논문집 vol 16, no 2p 412-23,1983
2. 원종욱 외 : 고혈압 환자에 있어 순응도와 건강신념체계의 관계에 관한 연구; 가정의 vol 10, no 10, p 24-27, 1989
3. 최두재 외 : 당뇨병 환자에 있어 순응도와 건강신념체계의와의 관계; 가정의 vol 10, no 10, p 28-32, 1989
4. Bexker MH et al : Sociobehavioral determinants of compliance with Health and Medical care Recommendation; Med care : 13 : 10-24 : 1975
5. Becker MH et al : Motivations as Predictors of health behavior; Health Services Rep : 87 : 852-862; 1972
6. Cockburn J et al : construction and Validation of a Questionair to Measure the Health Beliefs of General Practice Patients; Fam Prac : 2 : 108-116 : 1987
7. Engel GL : The clinical application of the Biopsychosocial Model; Am J Psychiatry : 137 : 535-544 : 1980.
8. Fisher AA : The Health Belief Model and contraceptive Behavior : limit to the Applicability of a conceptual Framework ; Health Educ Monogr : 5 : 244-248 : 1977
9. Galezka SS et al : Clinical Applied Anthropology : Conceptsfor the Family Physician : J Fam Prac : 22 : 159-165 : 1986
10. Gergen K : The Psychology of Behavior exchange; addison-Wesley Publish, 1970
11. Johnson DS : The Orgalizing Role of Motivation in Health Belief and Intention; J Health Soc Behav : 13 : 285-293 : 1972
12. Kleinman Am et al : Culture, Illness and Care : Ann Intern Med : 88 : 251-258 : 1978
13. Pellrtier KB : Mind as a Healer, Mind as a Slayer : A Holistic approach to Preventing stress Disorders : Mewyork, Delacorte press, 1977
14. Rosenstock IM : The Health Belief Model and Preventive Health Behavior; Health Educ Monogr : 2 : 354-385 : 1974
15. Schmidt DD : Patients agent : J Fam Prac : 4 : 853-856 : 1877
16. Veatch R : The Medical Model : Its Nature and Problems; The Hastings Cent Studies : 1 : 59-76 : 1973

<표-1>

일반적 건강신념 항목의 요인 분석표

	건 강 의 심 각 성	의 료 이 용 장 애	의 료 이 용 동 기	질 병 극 복 인 식
1. 나는 아플때마다 심각하다고 생각한다.	.72632	.31800	.24282	.36256
2. 나는 아플때마다 나의 일상생활이 지장받는 것이 걱정이다.	.64702	.47470	.02821	.18848
3. 내가 아플때 의사가 나의 병에 대해서 가장 잘 알고 있었다.	.11746	-.29836	.79772	-.21804
4. 나는 아플때에도 평상시 내가 하던일을 계속 한다.	.05446	.13936	-.12612	-.60986
5. 나는 내 또래 나이의 사람들 보다 더 잘 앓는다고 생각한다.	.80113	.12619	.05283	-.40879
6. 나는 약을 복용하면 부작용이 생길것 같이 걱정한다.	.35334	.68564	-.03090	-.11702
7. 나는 아플때 의사의 지시에 따르면 잘 나았다.	.14306	.08815	.74478	.09506
8. 나는 내가 아픈것 같으면 병과 싸운다.	.00926	.07148	-.01775	-.52872
9. 나는 심각한 질병에 걸릴까봐 걱정하고 있다.	.77952	.16308	.23416	.02175
10. 약을 때맞춰 먹거나 주사를 맞는 것이 더 문제가 된다.	.14734	-.79134	-.04884	-.05985
11. 나는 나의 건강을 돌보는 것이 나의 최대 관심사로 생각한다.	.18005	-.04761	.57848	-.05642
12. 나는 내가 아파서 내 생활이 방해받는 것을 용서 못한다.	.14646	-.19453	.33229	-.47701
13. 나는 약을 복용하면 약에 의존성이 생길까봐 걱정한다.	.21349	.47258	.02191	.13792
14. 나는 나의 건강에 관한한 의사의 지시보다는 나 자신의 느낌을 믿는다.	-.23588	-.08966	.49652	.06288
15. 나는 건강이란 운이나 재수라고 생각한다.	.28780	-.08280	-.23543	.81273

<표-2> 요인별 Cronbach's Alpha 상수

요 인	Alpha 상수
건강의 심각성	0.92
의료이용 장애	0.94
의료이용 동기	0.44
질병극복 신념	0.74

<표-3> 일반적 건강신념 요인별 평균

요 인	명수	평균+표준편차
건강의 심각성	525	2.60±0.80
의료이용 장애	525	2.54±0.80
의료이용 동기	525	3.28±0.56
질병극복 신념	525	3.06±0.56

<표-4>

미세계체적 환경요인에 따른 일반적 건강신념요인

요 인	항 목	명 수	건 강 의 심 각 성	의 료 이 용 장 애	의 료 이 용 동 기	질 병 극 복 인 식
성 별	남 자	356	2.55±0.80*	2.56±0.83	3.32±0.59*	3.11±0.55*
	여 자	169	2.71±0.80	2.48±0.75	3.19±0.58	2.95±0.57
결 혼 여 부	결 혼	24	2.46±0.88	2.38±1.02	3.26±0.73	3.05±0.66
	미 혼	501	2.61±0.80	2.54±0.79	3.28±0.58	3.06±0.56
과 거 입원력	있 다	138	2.71±0.85	2.66±0.87	3.29±0.63	3.14±0.59
	없 다	387	2.56±0.78	2.49±0.78	3.28±0.57	3.03±0.55
사망입원 가족력	있 다	426	2.60±0.80	2.52±0.80	3.29±0.58	3.08±0.57
	없 다	99	2.64±0.83	2.59±0.82	3.23±0.62	3.00±0.53
수 입	<50	92	2.54±0.81	2.58±0.91	3.22±0.62	3.07±0.52
	50-100	265	2.56±0.79	2.49±0.76	3.30±0.59	3.08±0.58
	101-150	115	2.69±0.76	2.58±0.83	3.30±0.52	3.04±0.55
	>150	53	2.74±0.92	2.60±0.78	3.21±0.62	3.03±0.55
종 교	기독교	201	2.63±0.82	2.49±0.79	3.30±0.59	3.08±0.54
	불 교	59	2.77±0.79	2.73±0.87	3.22±0.61	3.21±0.57*
	카톨릭	70	2.49±0.76	2.50±0.85	3.36±0.56	3.13±0.56
	무 교	190	2.56±0.80	2.55±0.77	3.24±0.59	3.04±0.56
	기 타	5				
가족수	1-2	12	2.69±0.94	2.86±0.81	3.35±0.68	3.29±0.61
	3-4	156	2.59±0.83	2.45±0.79	3.33±0.60	3.04±0.55
	5-6	297	2.61±0.79	2.56±0.81	3.25±0.58	3.07±0.56
	6-	60	2.63±0.81	2.63±0.80	3.28±0.62	3.13±0.60
출신지	5대직할시	141	2.69±0.81#	2.61±0.84#	3.32±0.64	3.09±0.54
	서 울	193	2.48±0.75	2.39±0.73	3.29±0.57	3.01±0.54
	시군읍	191	2.66±0.84#	2.63±0.83#	3.23±0.56	3.09±0.57
거주지	자 택	280	2.50±0.78#	2.46±0.79#	3.30±0.60	3.04±0.57
	하숙 자취	150	2.76±0.83	2.65±0.83	3.28±0.60	3.12±0.55
	친척집	41	2.55±0.78	2.56±0.75	3.24±0.54	2.97±0.63
	기숙사	51	2.76±0.79	2.56±0.80	3.24±0.50	3.08±0.51
	기 타	3				
건강이상시 제일먼저 찾는곳	의 원	198	2.61±0.87#	2.53±0.84	3.28±0.60	3.03±0.56
	큰병원	118	2.68±0.79	2.62±0.88	3.28±0.63	3.16±0.51
	약 국	206	2.55±0.75#	2.49±0.72	3.27±0.55	3.04±0.59
	기 타	3				
1년간 의사방문 회 수	0	161	2.22±0.66#	2.39±0.82#	3.26±0.64	3.10±0.57
	1-2	213	2.71±0.77	2.58±0.79#	3.29±0.53	3.06±0.55
	3-4	87	3.08±0.85#	2.72±0.77	3.26±0.69	3.00±0.57
	5-	64	3.12±0.62	2.79±0.78	3.20±0.66	3.01±0.54

\* : P<0.05

# : F<0.05