

대학생의 건강교육 경험 및 요구

김정희 (인하대학교 의과대학 간호학과 교수)

송미령 (인하대학교 보건소)

김고은 (인하대학교 의과대학 간호학과 조교)

김소희, 김수미, 박수정, 박진아, 안혜숙, 이정모
(인하대학교 의과대학 간호학과 4학년)

목 차

I. 서론	V. 결론 및 제언
II. 이론적 배경	참고문헌
III. 연구방법	영문초록
IV. 연구결과 및 논의	

I. 서론

1. 연구의 필요성

인간이 최상의 가치와 미덕으로 추구하고 있고 최근에 더욱 강조되고 있는 건강은 인간의 모든 생활과 행복의 기본요건으로 간주되고 있다. 이러한 건강은 선천적으로 타고난 소질과 교육, 사회적 환경, 보건사업 등에 의해 좌우되는데 이 중에서 특히 교육은 개인생활에 있어서 건강유지와 증진에 가장 중요하고 효과적인 접근방법이라고 할 수 있다(고, 1982).

한편 우리 나라에서는 학생인구가 차지하는 비율과 학교를 통한 교육의 파급효과로 인한 학교보건의 중요성 인식에도 불구하고 (홍과 박, 1988) 그동안 학교교육에서 건강교육이 차지하는 비중은 다른 분야에 비해 상당히 부족한 것으로 지적되어 왔다

(이, 1984). 초·중·고등학교 시기의 학교건강교육은 형식적이거나 건강과 관련된 지식을 몇몇 교과목에서 단편적으로 접할 수 있었으나 앞으로는 학생들의 자가 건강관리 능력을 향상시키기 위하여 건강에 관한 독립된 교과를 설정하려는 단계에 이르고 있다. 그러나 대학시기에는 신체적, 정신적 성숙기로서 음주, 흡연 등 건강습관의 급형성기에 있으며 사랑과 결혼문제, 성, 성적적응 등 특유의 건강과제를 가지고 있지만 (Bryd, 1966) 인간의 일생 중에서 최고 수준의 건강을 향유한다는 생각으로 건강의 진가를 망각하거나 경시하는 경향이 있으며 (오, 1971), 학생들 대부분이 전공과목에 대한 지식습득에의 치중으로 인해 학생과 학교 양측 모두에서 학생들의 건강에 대한 관심과 교육이 소홀히 다루어져 왔다.

따라서 앞으로 이 사회의 장래를 책임질 건강한 시민으로서의 시작과 함께 장년기 이후의 건강에도 연계될 대학시기에서의 바람직하지 못한 건강행위는

교정하고 좋은 건강행위는 수립하도록 이 시기에 건강교육을 강화하는 것은 중요하다. 대학생들에게 보다 장기적이고 체계적인 건강교육을 제공함으로써 건강에 대한 올바른 지식과 태도를 갖추고 실천으로 이어져 건강의 생활화가 이룩되고 이로 인해 질적인 삶을 영위하도록 해야 할 것이다.

이에 본 연구는 연구대상 대학에서의 건강교육을 실시함에 있어 학생들이 스스로 건강관리를 잘 할 수 있도록 효과적인 건강교육을 제공하는데 필요한 기초자료를 얻고자 수행되었다.

2. 연구의 목적

본 연구의 목적은 인천광역시에 위치한 일 개 대학교 학생들의 건강문제를 알아보고 학생들이 경험한 건강교육의 내용과 학생 자신이 필요로 하는 건강교육의 내용을 파악하여 이들을 대상으로 건강교육을 실시함에 있어 보다 효과적인 교육을 제공하기 위함으로 그 구체적인 목적은 다음과 같다.

- 1). 경험한 건강교육의 내용과 만족도를 파악한다.
- 2). 건강상태와 건강습관을 통해 건강교육의 객관적 요구도를 파악한다.
- 3). 건강교육의 필요성 인지와 원하는 내용을 통해 교육의 주관적 요구도를 파악한다.
- 4). 선호하는 건강교육의 방법과 건강교육에의 참여의지 및 관련변수를 파악한다.

II. 이론적 배경

1. 건강교육의 개념

보건학자들은 건강교육의 개념적 틀을 구성하는 요소로서 인간(man), 건강(health), 행위(action)를 제시하고 있다. 인간이란 신체적, 정신적, 사회적, 영적 통합체로서 단순히 각 측면의 기능을 합한 이상으로 발휘할 수 있는 잠재력을 갖춘 전 인간(whole person)으로 이해되어야 하며(김, 1991), 건강이란 신체적으로 건강하여 학업에 능률을 올릴 수 있는 상태를 의미하고 정신적으로 건강하며 상쾌하고

명량한 상태이어야 하며, 사회적으로 안정을 누릴 수 있어야 한다(이, 1993). 또한 건강교육에서 말하는 행위의 개념은 이러한 인간이 자기 건강관리 기능을 잘 수행하는 것으로 볼 수 있다. 이러한 각 요소를 포함하여 김(1991)은 건강교육의 정의를 신체적, 사회적, 영적 통합체인 학생들을 대상으로 자기 건강관리 기능을 향상시키기 위한 지적, 정의적, 활동적 교육활동이라고 하였다.

김(1987)이 인용한 미국의 학교 보건교육 용어 제정위원회가 정의한 건강교육은 학습경험을 베풀어 주는 과정으로서 개인이나 집단의 건강과 관련된 지식, 태도, 행동에 영향을 미치는 것을 목적으로 하고 있다. Grout(1968)은 교육적인 과정을 통하여 건강에 관한 지식을 개인과 지역사회의 바람직한 행동으로 바꾸어 놓는 것이 건강교육이라고 하였다. 이와 유사하게 건강교육에 대해 Green과 그의 동료들(1980)은 건강으로 이어지는 행동의 자발적인 적응을 촉진하기 위해 고안된 학습경험의 배합이라 하였다. Grout와 Green의 정의는 앞에서 제시된 건강교육의 틀을 이루는 기본요소에서 행위의 측면을 강조하고 있는 것을 볼 수 있다.

이러한 건강교육의 여러 가지 정의를 종합하여 보면 건강교육은 대상자의 건강 또는 자가건강 관리기능의 향상을 목표로 행위를 변화시키며 이러한 행위의 변화를 유도하는 과정에 건강관련 지식과 태도의 확립이 이루어지도록 하는 일련의 교육과정이라고 하겠다.

2. 건강교육의 내용

건강교육의 내용은 크게 두 가지로 구분되는데 "삶의 과정에서 누구나 감당해야 하는 위기를 긍정적으로 극복하여 신체적, 정신적, 사회적으로 다음 단계로 성숙시키고 더욱 건강해질 수 있는 방법을 가르치는 것"과 "인간이 어느 시기에 어느 장소에서 당면하게 되는 건강문제를 해결할 수 있도록 하는 것"으로(김b, 1994) 올바른 건강습관을 일상생활에서 실천함으로써 건강한 사회 구성원으로 성장하는데 필요한 것이어야 한다. 특히 대학시기에서의 건강교육은 학생들의 건강을 최고도로 유지할 수 있

는 지식과 기술을 습득하고 실행하도록 교육함으로써 충실한 대학생활을 할 수 있게 하고, 나아가 가정과 주부 그리고 사회인으로서 일상생활을 충실히 하고 가정을 건강하게 가꾸어 사회건강에 적극참여하고 협조하도록 하는데 있어 건강의 지식과 이해, 건강기술 습득과 노력, 건강태도와 보건규칙의 존중 등을 내용으로 제시하고 있다 (김, 1987).

이상의 일반적인 내용선정에 이어 구체적인 선정에는 학생의 건강과 관련된 문제가 무엇이며 그릇된 건강에 대한 지식이나 꼭 알아야 할 건강과 관련된 정보나 지식이 무엇인지 파악하는 것이 중요한데 학생들의 건강상태, 건강에 대한 가치관, 습관, 건강유지와 증진에 관련된 지식의 정도 등에 따라 내용이 조정되어야 할 것이다 (박, 1993). 이에 따른 건강교육은 학생들의 잘못된 인식이나 행위를 교정해주고 대상자의 상태에 적합한 내용을 제공함으로써 교육의 효과를 높일 수 있을 것이다 (황 등, 1994).

Sutherland(1979)에 의한 구체적 선정기준은 학습자가 흥미를 갖는 내용으로 일상생활과 직접적으로 관련이 있어야 하며 학생들의 잠재적 문제와 현실적 문제를 대처해 나가는 데 필요한 내용이어야 한다고 하였다. 이와 유사하게 이갑순(1996)에 의하면 건강교육은 학생의 건강향상에 꼭 필요하며 여러 상황에 활용될 수 있는 내용으로 너무 광범위하거나 피상적인 것과 제한된 내용만 깊게 다루지 말 것을 지적했으며 선정된 내용은 새롭고 참신할 것과 그 준비에 있어 많은 관련문헌을 토대로 하여 최신의 이론, 지식, 기술을 내용으로 하며 학생들의 자기관리를 위해 현재와 미래에 기여하고 가정과 지역사회의 여건에 요구되고 허용되는 내용이어야 함을 지적했다.

대학에서의 건강교육의 구체적 내용으로 신체적·정신적 측면에서 다양한 주제들이 제시되었는데 그 예를 보면 신체건강유지 및 증진, 신체구조와 생리, 개인위생, 공중위생, 영양과 식사, 운동, 성생활, 성인병 예방과 관리, 성병, 에이즈, 전염성 질환, 증상 간호, 정신건강관리, 여가선용, 스트레스관리, 약물 오·남용, 음주, 흡연 등이었다 (김, 1995; 김b, 1994; 이, 1993).

3. 건강교육방법

건강교육은 여러 가지 방법을 통하여 수행할 수 있는 것으로 건강관리를 실천할 수 있도록 행동변화를 유도할 수 있는 이론교육보다는 실천교육이어야 할 것이다 (김^b, 1994). 즉 지식이나 정보의 제공만으로는 건강교육의 효과가 적은데 이는 사회 심리적 이론에 근거한 것으로 인간의 태도와 행위의 변화는 동기형성이 있을 때 가장 쉽게 일어나며 건강지식이나 정보는 단지 동기형성을 위한 수단이 될 뿐이며 과정을 통한 태도변화의 전략이 우선시 되고 있다 (이, 1982).

방법을 크게 분류하여 보면 직접 얼굴을 마주 보면서 교육하는 대인접촉 방법과 전달매체를 이용하여 교육하는 방법이 있다. 대인접촉에 의한 방법은 동기조성과 태도변화를 촉구하는데 큰 효과가 있다 (김, 1987). 전달매체를 이용한 방법으로 대중매체를 이용하여 건강교육이 실시될 경우 바람직한 사회풍토를 조성하고 낭설과 오해를 시정하며 단시간 내에 수많은 사람들에게 필요한 지식과 정보를 제공할 수 있는 잇점이 있다 (김, 1987).

적절한 방법의 선정에는 교육대상자의 수, 학습목표의 난이도, 교육에 참여하는 대상자들의 교육정도, 교육실시 장소 및 시설 등의 요소들을 고려한 후에 가장 짧은 시간 내에 계획된 학습목표에 도달할 수 있는 방법으로 선정하여야 한다 (박, 1993). 그리고 학습내용을 전개할 때에는 대상자들에게 배울 학습내용을 설명해주고 생활과 교육내용을 연결시키며 새로운 개념에 대해서는 예를 들어 설명해 주고 (김과 정, 1995) 다양한 학습방법을 활용하여 학습자 뿐 아니라 교사의 지루함과 단조로움을 덜어주어야 하고 대상자의 요구와 흥미를 고려하여 다양한 감각기관을 자극하는 방법을 고려해야 할 것이다 (이, 1996). 여기에는 교육보조매체의 사용이 도움이 될 것이다.

교육보조매체는 건강교육이 목표하는 바에 도달하는 것을 용이하게 하는 방법으로 인쇄물, 칠판, 슬라이드, 비디오, OHP, 포스터, 게시판 등이 있다. 이러한 교육자료는 학생들의 감각적 경험을 확대하고 교수과정에 다양성을 도입하므로써 흥미와 동기를 유

발하며 추상적인 내용에 구체적인 의미를 더해줄 뿐 아니라 복잡하고 어려운 내용을 이해하기 쉽게 전달 하는데 도움이 되는 바 그 선택에 있어서는 대상자의 수, 성숙도, 흥미정도, 배경, 경험 등과 함께 자료의 비용, 노력, 시간 등이 고려되어야 할 것이다 (이, 1966).

III. 연구방법

1. 연구대상

본 연구는 대학생 표본을 대상으로 미리 준비된 설문지에 자가 응답하도록 한 조사 연구로 수행되었다. 연구 대상자는 인천광역시에 위치한 일개 대학교에 재학중인 학부 학생이 모집단으로서 1996년 5월 현재 14986명이었다. 표본 추출은 재학생 명단을 표집원부로 하여 8개 단과대학별로 분류한 후 무작위로 추출하였는데 특히 사범대학은 인문계열과 예체능계열에 따라 보건지식의 정도에 유의한 차이를 보였다는 보고(홍과 박, 1988)를 고려하여 계열별로 분류한 뒤 각 계열에서 할당된 수를 계통표출(systematic random sampling)하였다. 대학별로 등록 학생수의 약 5%를 할당한 결과 표출된 표본수는 총 749명이었으나 자료수집 과정을 거쳐 최종적으로 457명이 본 연구의 대상이 되었다.

2. 자료수집 및 분석

자료 수집은 1996년 6월에 해당 학과 우편함을 통해 표본으로 선정된 학생에게 전달한 뒤 수거반바 응답율이 낮아 미응답자에 대해 개별 전화연락으로 협조를 부탁한 결과 선정된 표본의 33.64%에 해당하는 252명이 응답하였다. 2차 자료수집은 미응답자를 대상으로 1차 자료수집과 비슷한 상황인 2학기 종료 약 한 달 전인 11월에 1차때와 같은 방법을 적용하여 205명이 응답하였다. 이로써 본 연구의 표본은 모두 457명으로 61.01%의 응답율을 보였다(표1). 단과대학별 응답율은 의과대학이 88.89%로 가장 높았고 그 다음으로 사범대학 인문계열이

<표 1> 단과대학별 조사대상자의 분포

구분	전체학생		표본		응답자	
	No	No % ⁽¹⁾	No	% ⁽²⁾	No	% ⁽²⁾
가정대학	551	27 4.90	19	70.37		
경상대학	1827	92 5.03	51	55.43		
공과대학	7000	355 5.07	223	62.82		
문과대학	1764	88 4.99	41	46.59		
법정대학	1078	54 5.00	36	66.67		
사범대학						
(인문계열)	658	32 4.86	28	87.50		
(예체능계열)	463	23 4.97	11	47.83		
이과대학	1208	60 4.97	32	53.33		
의과대학	437	18 4.11	16	88.89		
계	14986	749	457	61.01		

(1)표본수/전체 학생수*100 (2)응답자/표본수*100

87.5%였으며 문과대학이 46.59%로 가장 낮았다.

본 연구에 사용된 설문지는 우선 연구자가 관련문헌을 토대로 작성한 설문지를 관련 간호학 교수 2인의 자문을 받아 수정 보완한 후 본 연구의 모집단에 속한 학생 30인에게 사전조사를 한 결과를 토대로 2차 수정 보완작업을 통해 개발되었다. 특히 학생들의 건강교육 요구도를 객관적 측면에서 살펴보기 위하여 건강상태와 건강습관의 영역에서 주요 변수들을 선정하였는데 건강상태는 건강이라는 영역을 개념적 축을 따라 신체적 차원과 정신적 차원으로 분류하여 측정하였으며 이들 각 차원은 다시 조작적 축에 의해 분류되는 3가지 차원인 의료적, 기능적, 자가평가적 차원을 나타내는 변수로 평가하였다(김^a, 1994). 의료적 차원은 조사당시 앓고 있는 질병의 존재 유무를 측정했으며 기능적 차원은 건강문제로 인해 학생으로서의 주요역할인 학교수업 참여에 지장을 받았는지로 측정하였다. 자가 평가적 차원은 대상자 스스로의 건강상태를 직접 평가토록 하여 측정하였다. 질병의 유무를 제외하고는 신체적, 심리적 차원을 분리하여 측정하였다. 건강습관은 대학생들이 일상적으로 노출되기 쉬운 흡연과 음주와 함께 식습관과 운동의 네 가지 측면에서 측정하였다.

수집된 자료는 SAS 프로그램을 이용하여 분석하였다. 통계기법으로는 백분율과 χ^2 검정, Pearson

상관분석 및 회귀분석을 적용하였으며 통계적 유의성은 $\alpha=5\%$ 와 1% 수준에서 검정하였다.

3. 제한점

본 연구는 일 개 대학교의 재학생을 모집단으로 하므로 타 대학교 학생에게 적용할 때 신중을 기해야 할 것이며 모집단을 대표하는 것으로 선정된 확률표본의 낮은 응답율과 단과대학별 응답율의 차이로 인해 편중된 연구결과를 초래했을 가능성이 있다.

는 남학생 군에서 34.92%가 경험이 있는 반면 여학생 군에서는 48.53%가 건강교육의 경험이 있다고 하여 여학생에서 경험율이 훨씬 높았으며 이러한 분포의 차이는 매우 유의하였다 ($\chi^2=6.832, p<.01$). 남학생보다 여학생에서 건강교육의 경험이 높았던 것은 사회에 깊이 자리잡고 있는 여성의 역할에 기인하는 것으로 가정에서 어머니의 자녀양육 및 가족의 건강을 돌보는 역할로 인해 여성이 건강에 더욱 많은 관심을 갖게 되며 또한 실제로 가정이나 학교에서 건강에 대한 교육을 접할 기회가 더욱 많았기 때문일 것으로 생각된다. 이는 홍과 박(1988)의 사범대학생을 대상으로 한 연구에서 여학생이 남학생

IV. 연구결과 및 논의

1. 일반적 특성

성별 분포는 <표 2> 조사대상자 457명중 남학생이 69.15%, 여학생이 30.85%로 남학생이 훨씬 많았으며 이는 모집단인 전체 학생의 성별 분포를 반영하고 있다. 학년별로는 3학년이 27.79%로 가장 많았고 4학년이 23.19%로 가장 적었으나 학년별 분포는 대체로 균등하였다. 거주형태는 무응답 13명을 제외한 444명의 응답자중 자택의 경우가 68.24%로 가장 많았고 친척집에서 거주하는 경우는 1.58%에 불과하였으며 자취와 기숙이 각각 13.51%, 11.26%를 차지하였다.

2. 건강교육의 경험

건강교육의 경험에<표 3> 관한 응답자 451명중 39.02%가 경험을 한 적이 있다고 하였다. 성별로

<표 2> 일반적 특성

구 분	No	%
성		
남	316	69.15
여	141	30.85
학년		
1	115	25.17
2	109	23.85
3	127	27.79
4	106	23.19
거주형태		
자택	303	68.24
자취	60	13.51
기숙	50	11.26
하숙	22	4.96
친척집	7	1.58
고시원	2	0.45

무응답 13명

<표 3> 성별 건강교육 경험 유무

구분	있다		없다		계	χ^2 - test
	No (%)	No (%)	No (%)	No (%)		
남	110 (34.92)	205 (65.08)	315 (100.0)	6.832**		
여	66 (48.53)	70 (51.47)	136 (100.0)			

**p < .01 무응답 6명

보다 건강유지와 증진에 관한 전체적 지식과 건강교육 내용에 대한 전반적 흥미가 높게 나타난 것에 의해 뒷받침되고 있다. 한편 본 연구에서 나타난 건강교육 경험율은 단과대학별 응답율에서 건강교육이 경험이 많다고 생각되는 의과대학과 사범대학 인문계열이 전체 응답율보다 훨씬 높아 이들 학생들로 인해 모집단에서의 경험율보다 높게 나타났을 가능성이 있다.

경험한 건강교육 내용을 보면<표 4> 응답한 172명의 복수응답중 흡연과 구급법이 각각 78.49%로 가장 높았고 다음이 성교육 (74.42%), 약물오·남용(62.79%), 음주(45.35%), 식습관(36.05%)의 순이었으며 스트레스관리는 13.95%만이 경험한 것으로 나타났다.

이들 건강교육에 대한 일반적인 만족도는<표 5> 178명의 응답자중 2.24%만이 매우 만족하다고 하였으며 17.98%는 만족한다고 하여 긍정적 반응은 20.22%였다. 만족도를 보통이라고 응답한 경우는 55.62%로 가장 많았고, 불만족과 매우 불만족이 각각 21.35%와 2.81%를 차지하여 24.16%가 만족도에 부정적 반응을 보였다. 경험한 건강교육에 대한 불만족의 요인으로 세 가지를 제시토록 한 결과를 종합하여 보면 정보량 부족이 42.37%로 가장 많았으며 불필요한 내용 22.88%, 교육가자재 부족

<표 4> 경험한 건강교육 내용

구 분	No	% ⁽¹⁾
흡 연	135	78.49
구 급 법	135	78.49
성 교육	128	74.42
약물 오·남용	108	62.79
음 주	78	45.35
식 습 관	62	36.05
전염병 관리	55	31.98
암 조기발견	36	20.93
스트레스 관리	24	13.95
기 타 ⁽²⁾	4	2.33

(1) 응답자 172명에 대한 복수 응답 비율

(2) 병원 감염의 실태, 당뇨병, 요통 등

<표 5> 건강교육에 대한 만족도

구 분	No	%
매우 만족한다	4	2.24
만족한다	32	17.98
보통이다	99	55.62
불만족한다	38	21.35
매우 불만족한다	5	2.81
계	178	100.0

17.37%, 교육인력 부족은 8.47%로 나타났다. 이 결과는 건강교육시 학생들의 만족도를 높이기 위해 제공하는 건강교육의 내용을 구성함에 있어 해당주제에 대한 일반적인 내용보다는 대상 학생들의 지식 수준과 요구도를 사전조사를 통하여 구체적으로 파악한 후 반영해야 함을 시사하고 있다. 이러한 내용 구성에 덧붙여 적합하고 다양한 전달방법으로 건강교육을 실시한다면 참여 학생들의 만족도를 높일 수 있을 것으로 본다.

3. 건강교육의 인지 및 요구

자신의 건강을 관리하는 교육의 필요성 인지 정도를 보면 <표 6> 필요하다고 생각하는 학생은 전체 451명중 76.94%로 대부분을 차지하였으며, 19.96%는 보통이라고 생각하였고 3.10%는 불필요하다고 생각하였다. 이를 성별로 분류하여 보면 남학생군에서 76.75%가 필요하다고 하였으며 3.5%는 불필요하다고 하였고 여학생군에서도 필요하다는 77.37%, 불필요하다는 2.19%를 보여 두 군간에 비슷한 양상을 나타내 성별 분포의 차이는 통계적으로 유의하지 않았다 ($\chi^2=0.757, p>.05$). 거주형태별로는 자택과 친척집에 거주하는 경우를 자가 거주군으로 통합하고 기타의 경우를 비자가 거주군으로 통합했을 때 자가 거주군에서 75.82%가 필요하다고 했으며 2.61%는 필요하지 않다고 하였고 이들 반응에 대해 비자가 거주군에서는 각각 77.44%와 4.51%를 보여 이들 거주형태별 분포에서 통계적 유의성은 없었다 ($\chi^2=2.133, p>.05$).

건강교육 내용을 학생들이 스스로 느끼는 주관적 요구의 측면에서 조사하기 위하여 학생들이 스스로에게 가장 필요하다고 생각되는 건강교육의 내용을 순위별로 3가지 선택하게 하였다. 그 결과를 살펴보면 <표 7> 1순위를 제시한 428명중에서 스트레스 관리가 46.96%로 가장 많았고 구급법과 응급처치 10.98%, 시력관리 10.05%, 위장질환 7.94% 순이

었다. 제2순위에 응답한 425명중 스트레스 관리가 16.71%로 가장 많았고 구급법과 응급처치 13.18%, 시력관리와 올바른 성생활 및 피임법이 각각 12.71%, 위장질환이 11.29%를 보였다. 제3순위에 응답한 422명의 반응에서는 올바른 성생활과 피임법이 16.59%를 차지하였고 시력관리가 13.98%, 스트레스관리 13.03%, 구급법과 응급처치 12.8%, 위

<표 6> 성별·거주 형태별 건강교육 필요성 인지

구 분	필요하다	보통이다	불필요하다	계	χ^2 -test
	No (%)	No (%)	No (%)		
성별					
남	241 (76.75)	62 (19.75)	11 (3.50)	314 (100.0)	0.757
여	106 (77.37)	28 (20.44)	3 (2.19)	137 (100.0)	
계	347 (76.94)	90 (19.96)	14 (3.10)	451 (100.0)	
거주형태					
자가	232 (75.82)	66 (21.57)	8 (2.61)	306 (100.0)	2.133
비자가	103 (77.44)	24 (18.05)	6 (4.51)	133 (100.0)	
계	335 (76.31)	90 (20.50)	14 (3.19)	439 (100.0)	

* p < .05

<표 7> 순위별 필요로 하는 건강 교육 내용

구 분	1순위	2순위	3순위
	No (%)	No (%)	No (%)
스트레스 관리	201 (46.96)	71 (16.71)	55 (13.03)
구급법과 응급처치	47 (10.98)	56 (13.18)	54 (12.80)
시력 관리	43 (10.05)	54 (12.71)	59 (13.98)
위장 질환	34 (7.94)	48 (11.29)	43 (10.19)
올바른 성생활과 피임법	30 (7.01)	54 (12.71)	70 (16.59)
발,허리,어깨의 통증	22 (5.14)	39 (9.18)	29 (6.87)
흡 연	19 (4.44)	37 (8.70)	36 (8.53)
암 예방관리	13 (3.04)	24 (5.65)	19 (4.50)
간 질 환	8 (1.87)	13 (3.06)	17 (4.03)
음 주	5 (1.17)	15 (3.53)	25 (5.92)
약물 오·남용	4 (0.94)	10 (2.35)	14 (3.32)
효과적인 건강 관리	1 (0.23)	1 (0.23)	1 (0.24)
만성 피로와 무력감	1 (0.23)	2 (0.47)	0 (0.00)
식 습 관	0 (0.00)	1 (0.23)	0 (0.00)
계	428 (100.0)	425 (100.0)	422 (100.0)

장질환 10.19%의 순으로 나타났다. 이들 분포에서 조사대상 학생들이 스트레스관리에 관한 교육을 다른 분야보다 훨씬 우선시 하고 있는데 이는 대학생 활에서 학업, 대인관계, 취업 등의 당면과제로부터 많은 스트레스를 받고 있음을 시사해 주고 있다. 앞에서 제시한 학생들이 경험한 건강교육의 내용에서 스트레스 관리가 다른 분야보다 훨씬 낮았던 것과 연결 지어 볼 때 조사대상 학생들에게 스트레스 관리에 관한 교육은 미충족 요구로 남아있음을 지적할 수 있다.

한편 흡연, 음주, 약물오·남용은 각 순위에서 낮은 순위를 차지하였는데 이는 앞에서 음주를 제외하

고는 응답 학생들의 반 이상이 이들에 대한 교육을 받은 바 있다고 한 데 비추어 이들 주제에 대한 지식을 어느 정도 갖추고 있는데 기인한다고 볼 수 있으며 또한 아직까지 흡연, 음주등으로 인한 피해의 심각성을 깊이 인식하지 못하고 있기 때문이라고 생각된다.

건강상태에 관한 결과는 <표 8>에 제시되었다. 현재 건강문제에 응답한 437명의 학생 중에서 10.98%만이 질병이 있다고 하여 대부분의 학생이 조사당시 질병이 없는 것으로 나타났으며 성별 ($\chi^2 = .001, p > .05$), 거주형태별 ($\chi^2 = .510, p > .05$) 분포는 통계적으로 유의하지 않았다.

<표 8> 성별·거주형태별 건강상태

구 분	성			χ^2 -test	거 주 형 태			χ^2 -test
	남자 No(%)	여자 No(%)	계 No(%)		자가 No(%)	비자가 No(%)	계 No(%)	
현재 건강문제				.001				.510
있다	34(11.18)	14(10.53)	48(10.98)		30(9.97)	16(12.90)	46(10.82)	
없다	270(88.82)	119(89.47)	389(89.02)		271(90.03)	108(87.10)	379(89.18)	
신체적 문제로 인한 수업불참				26.647**				1.672
있다	42(13.55)	49(35.25)	91(20.27)		68(22.15)	21(16.85)	89(20.37)	
없다	268(86.45)	90(64.75)	358(79.73)		239(77.85)	109(83.85)	348(79.63)	
심리적 문제로 인한 수업불참				6.778**				.004
있다	78(25.08)	52(37.68)	130(28.95)		89(29.08)	37(28.24)	126(28.83)	
없다	233(74.92)	86(62.32)	319(71.05)		217(70.92)	94(71.76)	311(71.17)	
신체적 자가평가 건강				12.077*				18.685**
매우 좋다	34(10.76)	9(6.38)	43(9.41)		35(11.29)	7(5.22)	42(9.46)	
좋다	114(36.08)	38(26.95)	152(33.26)		114(36.77)	34(25.37)	148(33.33)	
보통이다	119(37.66)	77(54.61)	196(42.89)		127(40.97)	62(46.27)	189(42.57)	
나쁘다	48(15.19)	17(12.06)	65(14.22)		34(10.97)	30(22.39)	64(14.41)	
매우 나쁘다	1(0.32)	0(0.00)	1(0.22)		0(0.00)	1(0.75)	1(0.23)	
정신적 자가평가 건강				7.280				3.714
매우 좋다	28(8.86)	5(3.55)	33(7.22)		26(8.39)	7(5.22)	33(7.43)	
좋다	101(31.96)	39(27.66)	140(30.63)		101(32.58)	7(27.61)	138(31.08)	
보통이다	123(38.92)	57(40.43)	180(39.39)		118(38.06)	56(41.79)	174(39.19)	
나쁘다	56(17.72)	35(24.82)	91(19.91)		56(18.06)	31(23.13)	87(19.59)	
매우 나쁘다	8(2.53)	5(3.55)	13(2.84)		9(2.90)	3(2.24)	12(2.70)	

* p < .05, ** p < .01

조사당시의 학기중 신체적 문제로 인한 수업불참은 449명중 20.27%가 경험하였으며 79.73%는 수업불참 경험이 없었다. 성별로는 남학생 군에서 13.55%가 경험이 있는 반면 여학생 군에서는 35.25%에서 경험이 있다고 하여 신체적 문제로 인한 수업불참 경험은 여학생 군에서 남학생 군보다 매우 유의하게 높았다 ($\chi^2=26.647, p<.01$). 거주형태별로는 자가 거주 군과 비자가 거주군 사이의 신체적 문제로 인한 수업불참 경험에 유의한 차이가 없었다 ($\chi^2=1.672, p>.05$).

심리적 문제로 인한 수업불참은 449명의 학생중 28.95%가 경험하였으며 71.05%는 경험하지 않은 것으로 나타났다. 이의 성별 분포를 보면 남학생 군에서는 25.08%, 여학생 군에서는 37.68%가 경험하여 여학생 군에서 심리적 문제로 인한 수업불참 경험은 유의하게 높았다 ($\chi^2=6.778, p<.01$). 거주형태별로는 자가 거주 군과 비자가 거주 군 사이에 심리적 문제로 인한 수업불참 경험에 유의한 차이가 없었다 ($\chi^2=.004, p>.05$).

현재 신체적 건강상태의 자가평가 결과를 보면 457명중 9.41%가 매우 좋다, 33.26%가 좋다, 42.89%는 보통이다, 14.22%는 나쁘다, .22%는 매우 나쁘다로 나타나 42.67%에 해당하는 학생이 스스로의 건강을 긍정적으로 평가했으며 부정적 평가는 이보다 훨씬 적은 14.44%에 불과하였다. 성별로 분류하여 보면 남학생 군에서 매우 좋다가 10.76%, 좋다가 36.08%, 나쁘다는 15.19%, 매우 나쁘다는 .32%로 46.84%가 신체적 건강이 좋은 상태였으며 15.51%는 나쁜 상태였다. 여학생 군에서는 매우 좋다가 6.38%, 좋다가 26.95%, 나쁘다는 12.06%, 매우 나쁘다는 없는 것으로 나타나 신체적 건강이 33.33%에서 좋은 상태였으며 12.06%는 나쁜 상태로써 남학생 군에서 신체적 자가평가 건강이 여학생 군에 비해 좋은 경향을 보였고 이러한 차이는 통계적으로 유의하였다 ($\chi^2=12.077, p<.05$).

신체적 자가평가 건강을 거주형태별로 보면 자가 거주 군에서 매우 좋다가 11.29%, 좋다 36.77%, 나쁘다 10.97%, 매우 나쁘다 0%로 48.06%가 좋은 상태였고 10.97%는 나쁜 상태로 보고하였다. 비자가 거주 군은 5.22%가 매우 좋다, 25.37%는

좋다, 22.39%는 나쁘다, .75%는 매우 나쁘다로 스스로의 신체 건강상태를 30.59%는 좋다는 평가를 하였고 23.14%는 나쁘다는 평가를 하여 자가 거주 군이 비자가 거주 군보다 신체적 자가평가 건강이 좋은 것으로 나타났으며 이러한 두 군간의 차이는 통계적으로 매우 유의하였다 ($\chi^2=18.685, p<.01$). 이는 자가 거주 의 경우 신체적 건강에 직접, 간접으로 영향을 주는 여러 가지 보살핌을 가족으로부터 받을 수 있는 반면 비자가 거주 의 경우 이러한 보살핌이 자가 거주학생에 비해 상당부분 결손 되었기 때문이라고 생각된다.

정신적 자가평가 건강상태는 457명중 7.22%가 매우 좋다고 하였으며 30.63%는 좋다, 39.39%는 보통이다, 19.91%는 나쁘다, 2.84%는 매우 나쁘다고 하여 스스로의 정신적 건강상태를 좋게 평가한 경우는 37.85%, 나쁘게 평가한 경우는 22.75%였다. 이러한 분포는 성별 ($\chi^2=7.280, p>.05$), 거주형태별 ($\chi^2=3.714, p>.05$)로 분류하였을 때 통계적으로 유의한 차이가 없었다.

이상의 결과는 조사대상 집단에서 건강의 각 차원별 상태가 다르다는 것을 지적해 주고 있다. 특히 자가평가 차원이나 의료적 차원에서의 건강상태가 나쁜 비율보다 기능적 차원의 건강상태가 나쁜 비율이 대체로 더 컸음을 지적할 수 있겠다.

수업불참 경험은 신체적 문제로 인한 경우보다 심리적 문제로 인한 경우 더 많았으며 이러한 경향은 특히 남학생 군에서 현저하였다. 이는 경험의 유무에 의해 분류되었으므로 실제의 정도는 알 수 없었다. 또한 자가평가 건강에 있어서도 신체적 건강에 비해 정신적 건강의 긍정적 평가 비율은 낮았으며 반면 부정적 평가 비율은 높은 것으로 나타났다. 특히 신체적 자가평가 건강이 매우 나쁜 경우는 모든 분석 집단에서 0.5% 미만으로 극히 적은 비율을 보였으나 정신적 자가평가 건강의 경우는 모두 2.5%를 초과하고 있었다. 이렇듯 신체적 자가평가 건강에 비해 정신적 자가평가 건강이 남·녀학생군 모두에서 낮게 나타난 것은 앞에서 언급된 스트레스에 대한 건강교육 주제로서의 학생들의 선호도와 일관성 있는 결과이며 조사대상 학생들의 정신건강 관리의 요구를 제시해 주고 있다.

한편 박(1989)의 일개 사범대학을 대상으로 한 연구에서 학교 양호실을 이용한 학생들이 신체적 건강 문제를 호소한 것을 볼 때 이들 신체증상의 일부는 정신적 요인에 의해 영향을 받았을 가능성이 있으며 같은 연구에서 실제 주중에 소화불량을 호소한 학생이 가장 많았던 결과는 수업 등 신경 쓰는 일이 많기 때문인 것으로 지적하고 있었다. 정신적 건강 문제가 신체증상으로 표출되어 의외되는 경우 학교 보건 요원의 특별한 관심 없이는 내재하는 정신건강 문제를 다루기 어려울 것이다. 따라서 이러한 기관에서는 대학생들이 현재 경험하고 있는 여러 가지 정신 심리적 문제에 대한 이해를 가지고 방문하는 학생들이 경험하는 건강문제의 관리를 도와줌으로써 대학생 시기에 부딪치는 정신적 자극을 적절하게 처리하며 습득한 정신건강 관리기술이 성인기로 이어지도록 하여야 할 것이다.

자가 거주 군에서 신체적 자가평가 건강은 더 좋았으나 정신적 자가평가 건강은 비자가 거주 군과 차이가 없었던 것은 자취나 기숙, 하숙 등을 하는 학생들은 가족으로부터 받는 지지 대신 친구들과 함께 하여 받는 지지가 가족지지를 대체할 수 있기 때문인 것으로 생각된다. 특히 여학생 군에서 남학생 군보다 신체적, 심리적 문제로 인한 수업불참 경험이 더 많았으며 신체적 자가평가 건강이 더 나쁜 결과는 여학생 집단에서의 신체, 심리적 건강교육의 요구도가 더 높음을 제시해 주고 있다.

건강습관에 관한 결과는 <표 9>에 제시되었다. 흡연습관은 456명의 학생중 하루 1갑 미만 피우는 경우는 20.83%였고 1갑 이상 피우는 경우는 15.79%로 36.62%가 흡연을 하고 있었다. 성별로는 남학생 군에서 1갑 미만 피우는 경우는 28.16%, 1갑 이상 피우는 경우는 22.47%로 이에 대한 여학생 군에서의 비율은 각각 4.29%, 0.71%로 여학생 군에서는 5%가 흡연을 하여 남학생 군에서 흡연율이 훨씬 높았으며 이러한 분포는 매우 유의하였다 ($\chi^2=87.508, p<.01$). 거주형태별 흡연습관에는 통계적으로 유의한 차이가 없었다 ($\chi^2=.921, p>.05$).

음주정도는 447명의 학생중 15.88%가 음주를 하지 않는다고 하였으며 29.31%는 기분에 영향을 미치지 않을 정도로, 44.74%는 기분이 좋을 정도로,

8.72%는 몸을 가누지 못할 정도로 음주를 한다고 하였으며 1.34%는 집에 들어가지 못할 정도로 술을 마신다고 하였다. 성별로는 남학생 군에서 12.66%가 안 마신다, 25.0%가 기분에 영향을 미치지 않을 정도로, 50.0%가 기분이 좋을 정도로, 11.04%는 몸을 가누지 못할 정도로, 1.3%는 집에 들어가지 못할 정도로 마신다고 응답했으며 여학생 군에서는 앞의 음주정도를 나타내는 항목에 대해 각각 23.02%, 38.85%, 33.09%, 3.6%, 1.44%를 차지하였다. 이러한 분포는 여학생 군에서 남학생 군보다 음주를 하지 않는 비율이 높았으며 음주를 하는 경우 그 정도가 낮았음을 보여주고 있는데 이러한 차이는 매우 유의하였다 ($\chi^2=24.951, p<.01$). 음주습관은 거주 형태별로 유의한 차이가 없었다 ($\chi^2=3.625, p>.05$).

본 연구에서의 흡연율은 (36.62%) 이 등(1987)의 원광대학교 재학생들을 대상으로 보고한 흡연율인 43.5%보다 낮았으나 음주율은 (84.12%) 이들의 음주율 21.4%보다는 훨씬 높았다.

식습관은 456명중 3회를 규칙적으로 하는 경우가 19.3%였으며 불규칙적으로 하는 경우는 25.22%, 2회를 규칙적으로 하는 경우는 9.43%였고, 불규칙적으로 하는 경우는 14.69%에 해당하였으며 식사횟수와 간격 모두 불규칙적으로 하는 경우도 31.36%였다. 성별분포를 보면 남학생 군에서 식사를 하는데 있어 3회 규칙적으로 하는 경우 20.63%, 3회 불규칙적으로 27.94%, 2회 규칙적으로 8.24%, 2회 불규칙적으로 15.24%, 그리고 불규칙적으로 하는 경우는 27.94%였고 여학생 군에서는 이들 각 식습관 항목에 대해 16.31%, 19.15%, 12.06%, 13.48%, 39.01%로 나타났다. 이러한 결과는 3회 식사하는 경우 남학생 군에서 더 많았으며 여학생 군에서는 횟수, 시간 모두 불규칙적인 식사가 더 많았음을 보여주는데 이러한 성별분포는 통계적으로 유의하였다 ($\chi^2=9.432, p<.05$). 응답학생의 약 1/3이 불규칙적인 식습관을 가지고 있어 이들의 건강유지 및 증진을 위해 올바른 식습관 형성을 위한 노력이 건강교육에 포함되어야 함을 보여주고 있다. 특히 이러한 노력은 여학생들에게 더 큰 관심이 주어져야 할 것이다.

<표 9> 성별·거주형태별 건강습관

구 분	성			χ^2 -test	거 주 형 태			χ^2 -test
	남자 No(%)	여자 No(%)	계 No(%)		자가 No(%)	비자가 No(%)	계 No(%)	
흡연				87.508**				.921
안 피운다	156(49.37)	133(95.00)	289(63.38)		197(63.75)	84(62.69)	281(63.43)	
1갑 미만	89(28.16)	6(4.29)	95(20.83)		67(21.68)	26(19.40)	93(20.99)	
1갑 이상	71(22.47)	1(0.71)	72(15.79)		45(14.56)	24(17.91)	69(15.58)	
음주				24.951**				3.625
안 마신다	39(12.66)	32(23.02)	71(15.88)		50(16.39)	20(15.15)	70(16.02)	
기분에영향미 치지않는정도	77(25.00)	54(38.85)	131(29.31)		91(29.84)	36(27.27)	127(29.06)	
기분좋을정도	154(50.00)	46(33.09)	200(44.74)		132(43.28)	65(49.24)	197(45.08)	
몸을가누지 못 할 정도	34(11.04)	5(3.60)	39(8.72)		26(8.52)	11(8.33)	37(8.47)	
집에들어가지 못 할 정도	4(1.30)	2(1.44)	6(1.34)		6(1.97)	0(0.00)	6(1.37)	
식습관				9.432*				22.453**
3회규칙적	65(20.63)	23(16.31)	88(19.30)		65(21.04)	19(14.18)	84(18.96)	
3회불규칙적	88(27.94)	27(19.15)	115(25.22)		91(29.45)	23(17.16)	114(25.73)	
2회규칙적	26(8.25)	17(12.06)	43(9.43)		26(8.41)	15(11.19)	41(9.26)	
2회불규칙적	48(15.24)	19(13.48)	67(14.69)		31(10.03)	33(24.63)	64(14.45)	
불규칙	88(27.94)	55(39.01)	143(31.36)		96(31.07)	44(32.84)	140(31.60)	
운동				36.198**				6.122
하지 않는다	82(26.03)	76(54.29)	158(34.73)		113(36.57)	38(28.57)	151(34.16)	
1회/월	20(6.35)	7(5.00)	27(5.93)		17(5.50)	10(7.52)	27(6.11)	
1회/주	68(21.59)	24(17.14)	92(20.22)		61(19.74)	28(21.05)	89(20.14)	
2-5회/주	103(32.70)	22(15.71)	125(27.47)		78(25.24)	45(33.83)	123(27.83)	
매일	42(13.33)	11(7.86)	53(11.65)		40(12.94)	12(9.02)	52(11.76)	

* p < .05, ** p < .01

식습관의 거주형태별 분포는 자가 거주군의 경우 21.04%는 3회의 식사를 규칙적으로, 29.45%는 3회를 불규칙적으로, 8.41%는 2회를 규칙적으로, 10.03%는 2회를 불규칙적으로, 그리고 31.07%는 불규칙적으로 식사를 하였으며 이들 식습관 항목에 대한 비자가 거주 군은 각각 14.18%, 17.16%, 11.19%, 24.63%, 32.84%로서 자가 거주 군보다 3회 식사를 하는 비율은 낮은 반면 2회 식사 비율이 높았는데 이러한 분포의 차이는 매우 유의하였다

($\chi^2=22.453$, $p<.01$). 이는 조사대상자들에서 비자가 거주 의 경우 이들의 82%가 식사를 제공받지 않는 자취와 기숙을 하는데 비해 식사를 제공받는 하숙은 4.6%에 불과하여 가족이나 친척집에서 거주 하는 경우보다 식사를 거르게 되는 경우가 많은 것으로 보인다.

운동습관은 455명중 34.73%가 거의 하지 않는다고 응답했으며 5.93%는 매월 1회하며 20.22%는 매주 1회, 27.47%는 매주 2-5회, 11.65%는 매일

한다고 하였다. 남학생 군에서는 26.03%가 운동을 거의 하지 않으며 21.59%는 매주 1회, 32.7%는 매주 2-5회, 13.33%는 매일하고 있었으며 여학생 군에서는 이들 운동습관에 대한 비율이 각각 54.29%, 17.14%, 15.71%, 7.86%로 나타났다. 이러한 결과는 남학생 군에서 여학생 군보다 운동을 하는 비율이 훨씬 높았으며 운동의 빈도도 높은 것을 보여주었고 이러한 성별 분포의 차이는 매우 유의하였다 ($\chi^2=36.198, p<.01$). 운동습관은 거주형태별로 분석하였을 때 통계적으로 유의하지 않았다.

4. 선호하는 건강교육 방법

선호하는 건강교육의 방법을 순위별로 세 가지 선택한 결과를 보면<표10>, 1순위로 428명중 방송이 22.2%, 강연과 상담이 각각 21.49%, 소책자 12.85%, 비디오 12.62%, 신문 9.35%를 보였다. 다음으로 2순위를 제시한 426명중에서는 강연이 21.13%, 방송이 19.01%, 신문이 17.84% 순이었고 3순위를 제시한 425명중에서는 소책자가 22.83%, 상담이 18.35%, 강연이 16.47%, 방송이 16% 순이었다. 이러한 분포는 학생들의 교육방법에 대한 선호가 어느 특정 방법에 치우치지 않고 여러 방법에 대체로 분산되어 있어 건강교육을 위한 여러 자원의 이용가능성 및 대상자의 수, 교육목표 등을 고려하여 적절한 방법을 선정할 수 있을 것이다.

<표 10> 순위별 선호하는 건강 교육 방법

구 분	1순위 No (%)	2순위 No (%)	3순위 No (%)
방 송	95 (22.20)	81 (19.01)	68 (16.00)
강 연	92 (21.49)	90 (21.13)	70 (16.47)
상 담	92 (21.49)	61 (14.32)	78 (18.35)
소책자	55 (12.85)	55 (12.91)	97 (22.83)
비디오	54 (12.62)	63 (14.79)	66 (15.53)
신 문	40 (9.35)	76 (17.84)	46 (10.82)
계	428 (100.0)	426 (100.0)	425 (100.0)

<표 11> 교내 대중매체의 이용순위별 빈도

순 위	게시판·현수막 No(%)	신 문 No (%)	영문잡지 No (%)	방 송 No (%)
1	175 (41.18)	156 (36.53)	26 (6.05)	22 (5.09)
2	134 (31.53)	148 (34.66)	22 (5.12)	49 (11.34)
3	26 (6.12)	44 (10.31)	127 (29.53)	161 (37.27)
4	14 (3.29)	20 (4.68)	146 (33.95)	132 (30.56)
불이용	76 (17.88)	59 (13.82)	109 (25.35)	68 (15.74)
계	425 (100.0)	427 (100.0)	430 (100.0)	432 (100.0)

대상 학생들의 교내 대중매체의 이용도를 조사하기 위하여 교내에서 사용하는 4가지 주 매체에 대해 사용빈도에 따라 순위를 정하게 하여 응답한 1, 2 순위의 비율을 보면 <표 11>, 게시판·현수막의 경우는 각각 41.18%와 31.53%였으며 신문은 36.53%와 34.66%, 영문잡지는 6.05%와 5.12%, 방송은 5.09%, 11.34%로 나타났다. 대중매체는 새로운 지식, 정보를 가장 빠른 시간 내에 전달하여 주며 보건에 대한 사회적 주목을 요하는 면에서 아주 효과적인 수단으로 (이, 1982) 건강교육의 실시 에 교내의 대중매체를 활용하는 방안을 강구해야 할 것이다. 제시된 결과는 게시판과 현수막, 신문이 많은 학생들에게 건강교육 정보나 자극을 전달하는 데 효과적으로 이용될 수 있는 방법임을 나타내 주고 있다.

학생들이 생각하는 적절한 건강교육 시기를 원하는 데로 선택하게 하거나 제시하게 하여 응답한 317명의 복수응답 비율을 보면<표 12> 특강 때가 39.12%로 가장 많았고, 일반 교과목 수강시 35.33%, 수시로 22.71%, 입학 오리엔테이션때 12.62% 순이었고 대학축제와 방학중에는 각각 1.89%와 .95%에 불과하였다. 특강이나 일반 교과목 수강시가 높은 비율을 보였으므로 건강을 주제로 한 특별강연이나 교양과목을 개설하여 건강교육을 제공하는 방안을 우선적으로 고려해 볼 수 있을 것

<표 12> 적절한 교육 시기

구 분	No	%
특 강 때	124	39.12
일반 교과목 수강시	112	35.33
수 시 로	72	22.71
입학 오리엔테이션 때	40	12.62
대학축제 때	6	1.89
방 학 중	3	0.95

· 응답자 317명에 대한 복수 응답수와 비율임

이다. 특히 학교내의 보건소와 같은 건강기관이나 건강관련 학과의 학생회가 주관하여 건강교육을 위한 특강을 매년 몇 차례 실시하는 것도 좋은 방안이 될 수 있을 것이다. 한편, 축제기간은 많은 학생이 모일 수는 있으나 극히 일부분의 학생들만이 적절한 시기로 선정한 것으로 보아 이 시기에는 건강이외에 학생들의 관심을 모으는 다양한 행사가 진행되고 있기 때문인 것으로 생각된다. 그러나 많은 학생들이 제한된 공간에 모이는 이 시기는 건강교육을 위한 좋은 기회로 강연 같은 한 번에 많은 학생을 대상으로 하는 교육방법은 피하고 흥미 있는 학생들을 위한 상담이나 소책자배포 등을 이용하여 활용할 수 있겠다.

5. 건강교육 참여의지

교내에서 건강교육의 기회가 주어지면 참여할지에 대해 443명중 70.4%가 긍정적 반응을 보인 반면 29.6%는 참여할 의지를 보이지 않았다. 건강교육에의 참여의지와 관련되는 변수와의 상관계수를 보면 <표13> 참여의지는 정신적 건강상태, 음주습관, 식습관, 운동습관, 건강교육의 필요성인지 및 과거 경험한 건강교육에의 만족도와 유의한 상관관계를 보였다. 정신적 건강상태가 좋을수록 ($r=.20, p<.01$), 운동빈도가 많을수록 ($r=-.10, p<.05$), 음주정도가 약할수록 ($r=.10, p<.05$), 건강교육이 필요하다고 인정한 경우 ($r=.38, p<.01$), 경험한 건강교육에의 만족도가 높을수록 ($r=.20, p<.05$) 참여의지가 있는 것으로 나타났다. 건강교육 참여의지는 성별, 거주형태, 신체적 건강상태, 현재 건강문

<표 13> 건강교육 참여의지*와 관련되는 변수간의 상관관계

변 수	r	p-value
성 별**	.02	.688
거주 형태***	-.073	.130
현재 건강문제	-.06	.216
신체적 건강상태	.03	.533
정신적 건강상태	.20	.001
흡 연	.09	.054
음 주	.10	.036
식 습 관	.16	.001
운 동	-.10	.042
건강교육 필요성인지****	.38	.0001
건강교육 경험유무	-.079	.10
만 족 도	.20	.01

*있음(1), 없음(2) **남자(1), 여자(2)

*** 자가(1), 비자가(2)

****필요하다(1), 필요하지 않다

<표 14> 건강교육 참여의지 회귀 모형 (N=427)

독립변수	β	p-value
정신적 자가평가 건강	0.15	0.001
음주	0.07	0.098
식습관	0.08	0.083
운동	-0.07	0.120
건강교육 필요성 인지	0.35	0.000
Adjusted R ²	0.1747	

제 및 과거 건강교육 경험 유무와는 유의한 상관관계가 없었다.

이상에서 참여의지와 유의한 상관관계를 보인 변수들을 독립변수로 하고 건강교육 참여의지를 종속변수로 하여 다중회귀분석을 하였다. 유의한 상관관계가 있었던 변수중 경험한 건강교육에의 만족도는 건강교육 경험이 있었던 171명만을 대상으로 하므로 회귀분석에서는 제외시켜 정신적 자가평가 건강, 음주, 식습관, 운동, 건강교육 필요성인지를 독립변수로 채택하였다 <표 14>. 이러한 5개의 독립변수는 건강교육 참여의지의 분산을 17.47% 설명해 주

있으며 2개의 변수만이 건강교육 참여의지에 유의한 효과가 있는 것으로 나타났다. 즉 건강교육 필요성 인지의 회귀계수는 다른 4개의 독립변수를 통제했을 때 .35(β , $p < .01$)로 독립변수중 가장 효과가 컸으며 다음이 정신적 자가평가 건강으로 다른 4개의 독립변수를 통제했을 때 회귀계수는 .15(β , $p < .01$)였다.

이러한 결과에 비추어 볼 때 건강교육 참여도를 높이기 위해 학생들의 건강교육 필요성 인식의 제고가 무엇보다도 먼저 이루어져야 할 것이다. 건강교육 필요성인지 여부에 관계없이 정신적 자가평가 건강상태가 좋지 않은 경우 정신건강 관리에 대한 건강교육이 필요하나 오히려 이들에게서 참여의지가 없는 경향을 보여 앞에서 중요하다고 지적된 정신건강 관리에 관한 교육시 이에 대한 요구도가 높은 집단이 제외될 수 있다. 따라서 정신건강 상태가 좋지 않은 학생들의 참여율을 높일 수 있는 방안이 강구되어야 할 것이다.

V. 결론 및 제언

본 연구는 인천광역시에 위치한 일 개 대학교 학생들에게 효과적인 건강교육을 실시하기 위하여 학생들의 건강교육 경험과 요구도를 자가응답용 설문지를 이용하여 조사한 연구이다. 연구대상자는 학부 학생을 모집단으로 하여 재적인원의 5%에 해당하는 749명을 단과대학별로 계통 표출한 뒤 1996년 6월과 11월에 설문조사를 한 바 최종적으로 457명이 응답하여 61.01%의 응답율을 보였다.

조사대상자중 남학생은 69.15%로 여학생보다 훨씬 많았으며 자택 거주 학생은 68.24%였고 자취와 기숙이 각각 13.51%와 11.26%를 차지하였다. 건강교육 경험율은 전체 39.02%였으며 여학생 군에서의 경험율이 높았다. 경험한 건강교육의 내용은 흡연과 구급법이 각각 78.49%로 가장 높았고 스트레스 관리는 13.95%만 경험하였다. 과거 경험한 건강교육에 만족한 경우는 20.22%, 불만족한 경우는 24.16%로 제시된 불만족 요인은 정보량부족, 불필요한 내용의 순이었다.

건강교육이 필요하다고 인지하는 학생은 76.94%로 그 내용을 보면 스트레스 관리가 가장 높았고 구급법과 응급처치, 시력관리 순이었다.

현재 건강문제가 있는 학생은 10.98%였고 신체적 문제로 인한 수업불참 경험은 20.27%, 심리적 문제로 인한 수업불참은 28.95%였으며 이들 수업불참 경험은 여학생 군에서 남학생 군보다 더 높았다. 신체적 건강상태의 자가평가 결과 42.67%가 긍정적으로 평가했으며 부정적 평가는 14.44%였다. 신체적 자가평가 건강은 남학생 군이 여학생 군보다 좋은 경향을 보였으며 자가 거주 군이 비자가 거주 군보다 좋게 나타났다. 스스로의 정신적 건강상태를 좋게 평가한 경우는 37.85%, 나쁘게 평가한 경우는 22.75%였으며 성별, 거주형태별 분포에 유의한 차이는 없었다.

식습관은 3회를 규칙적으로 하는 경우는 25.22%였으며 횡수와 시간 모두 불규칙적으로 하는 경우는 27.94%였고 여학생 군에서 남학생 군보다 3회 식사가 적었으며 횡수, 시간 모두 불규칙한 식사가 더 많았다. 자가 거주 군에 비해 비자가 거주 군이 3회 식사비율이 낮고 2회 식사비율이 높았다.

선호하는 건강교육의 방법은 방송, 강연과 상담, 소책자, 비디오 등 여러 방법에 대체로 분산되어 있었다. 교내에서 사용하는 대중매체는 게시판·현수막, 신문, 영문잡지, 방송의 순이었다. 건강교육 시기로 특강 때와 일반 교과목 수강 시를 선호하고 있었다.

교내 건강교육시 참여의지는 70.4%가 긍정적이었고 경험한 건강교육에의 만족도가 높을수록 건강교육시 참여의지를 나타내었다. 이러한 참여의지는 건강교육이 필요하다고 인지하는 경우 높았으며 필요 인지에 관계없이 정신적 자가평가 건강이 좋은 경우 높았다.

이상의 결과는 정신적 건강관리에 관한 건강교육의 주관적, 객관적 요구도가 큼을 보여주었으며 자취나 기숙을 하는 학생과 여학생에서 바람직한 식습관을 실천하기 위한 건강교육의 필요성을 지적해 주었다. 특히 건강교육의 필요성인지에 관계없이 정신적 건강상태가 좋지 않은 경우 참여의지가 낮아 정신건강 관리에 관한 건강교육시 이의 요구도가 큰

집단의 참여를 유도할 수 있는 방안이 함께 고안되어야 하겠다. 또한 건강교육의 내용구성에 있어 일반적인 내용보다는 사전조사를 실시하여 대상학생들의 요구를 구체적으로 반영할 수 있어야 할 것이다. 이렇게 함으로써 학생들의 건강교육에 대한 만족도를 높이고 이는 다시 다음번 건강교육에 참여의지를 심어주는 계기가 되어 성공적인 건강교육으로 이끌 수 있을 것이다.

참고문헌

- 고승덕(1982), 학교보건 수업실태에 대한 조사연구. 석사학위논문, 이화여자대학교
- 김명호(1987), 보건교육. 수문사, 서울
- 김모임(1995), 정영숙, 어떻게 가르칠 것인가? - 지역사회 건강관리 교육자를 위한 지침서. 현문사, 서울
- 김응익(1995), 건강한 청소년기를 위해. 대학교양총서(61), 서울대학교 출판부
- 김정희^b(1994), 건강과 신체적 건강의 개념 및 측정 에 관한 고찰: 국민보건연구소연구논총, 4(2): 82-97
- 김화중(1991), 학교보건과 간호. 수문사, 서울
- 김화중^b(1994), 대학생의 건강관리. 대학생활총서 (6), 서울대학교 출판부
- 박노예(1993), 보건교육. 수문사, 서울
- 박영신(1989), 양호실을 이용하는 학생과 교직원의 건강문제에 관한 연구 - K사범대학을 중심으로. 중앙의학, 54(1):73-83
- 오형석(1971), 대학생과 건강. 연세대학교 출판부
- 이갑순(1971), 건강교육. 현문사, 서울
- 이기남, 이종섭, 유은주(1987), 코오넬의학지수에 의한 남,녀 대학생의 건강 실태조사 연구. 원광 의과학, 3(2):219-230
- 이수희(1993), 학교보건교육론. 교육출판사
- 이시백(1982), 보건교육 사업에서의 대중매체의 효율적인 활용. 보건학논집, 서울대학교 보건대학원, 제34호, 61-68
- 이시백(1984), 학교보건교육 향상을 위한 학교보건 사업 실태분석과 대책연구. 보건학논문집, 서울대학교 보건대학원, 제37호
- 홍춘실, 박영신(1988), 보건교육내용에 관한 지식 및 흥미에 관한 연구. 충남대잡지, 15(2): 665-676
- 황보선 외 11인(1994), 보건교육의 이론과 실제. 수문사, 서울
- Byrd, E.O.(1966), Health 4th ed., WB Saunders
- Green, L.W., Kreuter, M.W., Deeds, S.G., Partridge, K.B.(1980), Health Education Planning: A diagnostic approach, Mayfield Pub. Co.
- Grout, R.E.(1968), Health teaching in school, 5th ed., Saunders Company
- Sutherland, M.S.(1979), Relevant Curriculum Planning in Health Education: A Methodology. The Journal of School Health, Sep., 387-389

= ABSTRACT =

Experience of and Needs for Health Education in University Students

Jung Hee Kim*, **Song Me Roun****, **Go-Eun Kim***, **So Hee Kim***,
Soo Mi Kim*, **Su Jong Park***, **Jin Ah Park***, **Hye Sook Ahn***, **Jong Mo Lee***

* Dept. of Nursing, Inha University

** Health Center, Inha University

This study examined the experience of health education and assessed the needs for health education in the students attending a university located in Incheon. The primary subjects were 749, who were selected from each college by using systematic random sampling. Of these students, 457 subjects responded to the self-reported questionnaire, revealing the response rate of 61.01%. As for the analysis of the data, percentages, chi-square test, and correlation and regression analyses were adopted.

The experience rate of health education was 39.02% and the rate was higher in women than in men. The students experienced the education about smoking and first-aid most frequently, whereas they experienced stress management much less frequently. Stress management was given the highest priority among the subjects of health education which they proposed to need. Physical health states of the students were better than their mental health states. The women tended to eat meals irregularly compared to men. Those students living not with their family nor with their relatives were more likely to eat meals twice a day compared to those who live at their homes. Those who recognized the need for health education showed the willingness to join health education to be given. The willingness was also observed in those who had better self-evaluated mental health, regardless of the recognition of the need for health education.

These findings revealed both objective and subjective needs for educating management of mental health. Education on healthy eating habit should be given particularly to woman students and those who do not live with family nor with relatives. When educating for the management of mental health, there should be strategies to facilitate the participation of the students who do not have good mental health.