

야간 전문대 여학생들의 건강증진 생활양식 - 간호계 학생과 비간호계 학생비교 -

정 현 숙*

I. 서 론

1. 연구의 필요성

전통적으로 우리의 건강관은 질병이 없는 상태만을 생각해 왔으므로 건강유지를 위한 노력은 질병으로부터 해방이었으나(이용수, 1995) 오늘날은 건강하게 오래사는 사람들의 수가 많아짐에 따라 현재의 건강을 더 오래 유지하려는 욕구와 지금보다 더 건강해지고 싶어하는 욕구가 그 어느 때 보다 커지게 되었다. 즉 건강유지와 건강증진에 대한 요구가 크게 증가하였다(김일순, 1993). 간호학이 학문 및 전문직으로 발전하려면 이러한 대중의 건강요구 변화에 민감하게 대처해야만 하고(Donaldson & Crowley, 1978), 그런 맥락에서 오늘날 간호도 대상자의 치료중심의 간호에서 벗어나 건강간호에 초점을 두고 있으며(Meleis, 1989), 현재 전문직 간호실무의 목적 또한 건강증진에 두고 있는 것이다(Smith, 1990).

건강증진이란 건강의 활성화를 위한 일련의 과정을 말하는 상당히 광범위한 개념이다. 즉 신체적, 감정적인 안녕을 추구하고 수명을 연장하고 인생의 삶의 질을 높여주는 기술적인 행위라고 할 수 있다(안명옥, 1996). 최근 세계보건기구(WHO)는 선진국에서 일어나는 사망의 70-80%, 그리고 후진국에서 일어나는

사망의 40-50%가 생활양식에 기인하는 질병 때문이라고 추산하고 있고(조병륜, 1995), 우리나라의 경우도 70세 미만의 조기 사망원인 중 만성퇴행성 질환과 사고로 인한 비율이 83%로서 이는 불건강한 생활양식에 기인한 것이라고 할 수 있으며 이를 개선할 경우 많은 상병예방과 건강증진을 도모할 수 있다(변중화, 1997). 따라서 개인의 건강상태를 향상시키기 위해 건강전문인들은 건강증진과 질병예방에 도움이 되는 보다 좋은 정보와 서비스를 개인에게 제공할 의무가 있고 국민 모두는 건강에 좋은 생활태도와 행동을 할 책임이 있다고 하겠다

질병과 건강은 연속선상에 있는 것으로 바람직한 건강관리는 질병이 전혀 없는 단계에서부터 시작해야 한다. 청년기 후기 또는 성인초기에 속하는 대학생들의 건강증진 생활양식은 건전한 시민으로서 의 시작과 함께 장년기 이후의 건강관리의 근원이 되므로 이 시기의 건강습관 형성은 매우 중요하다고 하겠다(Diekmann, 1976). 그러나 대학생은 자신의 건강을 과신하거나 여성의 경우, 건강보다는 미에 더욱 중점을 두어 무리한 다이어트나 건강을 해치는 행위를 통해 그릇된 건강습관을 형성하기 쉽다. 이렇게 형성된 습관은 미래의 어머니가 될 이들의 건강뿐 아니라 자녀의 건강행위에도 큰 영향을 미치므로 이들의 올바른 생활양식의 실천은 매우 중요하다고 하

* 대전보건전문대학 간호과

졌다. 삶을 살아가는 관습이며 방법이라고도 할 수 있는 생활양식은(Hettler, 1980) 자연환경, 사회문화적 환경의 영향 및 집단의 구성원으로 그리고 사회화 과정을 통한 영향, 학습경험을 통한 영향을 받는다(김정순외, 1995). 따라서 간호의 목표를 대상자의 건강수준과 안녕을 증가시키고 삶의 질을 개선하는데 두고 교과목을 학습하는 간호계 여학생과 그들과는 전혀 다른 학습경험을 하며 건강관련 과목을 수강하지 않는 비간호계 여학생간에 건강증진 생활양식 수행에는 차이가 있는지 또한 전문대학 야간 과정이라는 특수한 환경에서 수학하며 사회적 역할 변화에 적응하고 있는 이들의 자아존중감, 자기효능감, 지각한 건강상태는 어느 정도이며 두 집단간에 차이가 있는지 알아보고, 건강증진 생활양식 수행과 각 변수와의 관계를 파악하기 위해 본 연구를 시도하였다.

2. 연구의 목적

본 연구는 Pender의 건강증진 모형을 근거로 하여 전문대 야간 간호계여학생과 비간호계여학생의 건강증진 생활양식 수행 정도와 자아존중감, 자기효능감 및 지각한 건강상태를 비교하고 건강증진 생활양식과 각 변수와의 관계를 알아보기 위해 시행하였으며 이를 위한 구체적인 목적은 다음과 같다.

- 1) 간호계여학생과 비간호계여학생의 자아존중감, 자기효능감, 지각한 건강상태를 비교한다.
- 2) 간호계여학생과 비간호계여학생의 건강증진 생활양식의 수행 정도를 비교한다.
- 3) 간호계여학생과 비간호계여학생의 일반적 특성에 따른 건강증진 생활양식의 수행 정도를 비교 한다
- 4) 대상자의 건강증진 생활양식 실천 정도와 자아존중감, 자기효능감, 건강상태와의 관계를 파악한다.

3. 용어의 정의

건강증진 생활양식 : 개인이나 그룹에게 주어진 안녕수준을 높이고 자아실현 및 개인적 만족감을 유지하거나 높이기 위한 방향으로 취하는 활동으로 인간의 실현화 경향(actualizing tendency)의 표현이다. 본 연구에서는 개인의 안녕수준, 자아실현, 만족감을 유지하거나 향상시키는데 도움을 주는 자기 주도적인 행동이나 인식의 다차원적 유형(multidimensionality)을 측정하는 것으로 박인숙(1995)이 우리나라

문화에 맞도록 개발한 건강증진 생활양식 사정도구로 측정된 점수를 말한다.

4. 연구의 제한점

- 1) 본 연구의 대상자는 편의표출에 의해 추출되었으므로 본 연구의 결과를 전체 간호계여학생과 비간호계여학생에게 일반화하는 데는 신중해야 한다.
- 2) 본 연구의 대상자는 전문대 야간과정에 재학중인 간호계학생과 그들과 같은 여성이고 전문대 야간 과정이라는 동질성을 가지면서 건강관련 과목을 이수하지 않은 학생으로 추출을 하였으므로 부득이 수업연한이 달라 (간호계 : 3년, 비간호계 : 2년) 그에 따른 영향을 배제하지 못하였다.

II. 문헌고찰

1. 건강증진 생활양식

건강증진이란 개념은 이미 의료계에서 오랫동안 지속되어 온 개념이며 또한 이들 학문이 존재하는 하나의 목적으로 제시되어 온 개념이고 한국간호사의 윤리강령에도 건강증진을 간호의 기본책임의 하나로 지적하고 있다(김의숙, 1993).

Pender(1987)는 건강을 '환경과 구조적 통합을 유지하고 조화를 이루는데 필요한 것으로서 적응을 하기 위해 목표지향적 행위, 충분한 자가간호, 다른 사람과 만족스런 관계를 통해 선천적, 후천적인 인간 잠재력을 실현하는 것'으로 정의하였다. 그리고 건강증진을 "건강한 생활양식을 향상시키기 위해 개인적으로 또는 지역사회의 활동으로 안녕수준을 높이고 자아실현, 개인적 만족감을 유지하거나 높이기 위한 방향으로 이끄는 활동"이라고 정의하고 건강증진 행위에는 운동, 좋은 영양상태 유지, 사회지지 체계의 개발 등이 포함된다고 하였다. 또한 건강증진 행위가 인간의 수명을 연장하고 삶의 질을 증진하며 건강관리 비용을 감소하므로 각 개인의 기본적인 건강요구를 해결할 뿐 아니라 궁극적으로는 사회 전반적인 안녕의 수준을 높일 수 있다고 역설했다. 또한 Pender(1982)는 건강증진 행위를 설명하는 패러다임(paradigm)으로 건강증진모형을 제시하였다. 이 모형은 건강신념 모델을 토대로 하고 이론의 구성요소는 사회학습이론으로부터 유도한 것으로 인지적각요인은

건강증진에 직접적인 영향을 미치고 수정요인은 건강행위 양상에 간접적으로 영향을 미치며 건강증진 행위는 행동의 계기에 의해 영향을 받는다고 하였고 그중 인지적요인이 가장 중요한 요소라고 하였다. 이러한 인지적 요인은 건강의 중요성, 지각한 건강상태, 지각한 자기효능, 건강의 정의, 지각한 건강통제, 지각한 유익성, 그리고 지각한 장애성등의 변수를 포함하고 있다.

건강, 질병, 사망의 주요한 결정요인이 생활양식이라고 밝혀지면서(LaLonde Report, 1974) 건강증진 생활양식에 관한 연구가 많이 이루어졌다. 1983년부터 1991년까지 발표된 건강증진 생활양식의 결정요인을 규명하는 연구들에서는 건강증진 생활양식을 설명해주는 주요 변인으로 자기효능감, 사회적지지, 지각한 유익성, 자아존중감등을 들고 있다(Gillis, 1993). Duffy(1988)는 중년여성을 대상으로 한 연구에서 우연통제위, 자기존중감, 현재의 건강상태, 건강관심, 학력, 내적통제위를 주요변인이라고 하였으며 Pender 등(1990)은 건강증진 프로그램에 등록된 근로자 589명을 대상으로 한 연구에서 지각된 개인의 능력, 건강정의, 지각된 건강상태, 건강통제위가 주요 변인이라고 하였다. 대학생을 대상으로 한 연구에서 박정숙 등(1996)은 자기존중감, 주관적 건강상태 지각, 타인의존재 통제위, 내적통제위순으로, 이종경과 한애경(1996)은 사회적 지지와 자기존중감을, 이미라(1997)는 자기효능감, 통제성, 과거운동경험과 자기존중감을 건강증진 생활양식에 영향을 주는 변인으로 설명하고 있다.

2. 자아존중감과 건강증진 생활양식

자아존중감은 자아에 대한 긍정적 또는 부정적 견해로서 자아개념이 자아에 대한 인지적 측면이라면 자아존중감은 감정적 측면이라고 할 수 있다. 즉 자기존재에 대해 인지적으로 형성된 것이 자아개념이고 자기존재에 대한 느낌은 자아존중감이다.

자아개념과 자아존중감은 청년의 정신건강에 결정적인 역할을 하는 것으로 보고 있다(김혜숙외, 1993). Branden(1969)은 자아존중감은 인간의 기본욕구로서 이 욕구의 충족여부는 생사를 가능할 정도로 중요한 문제라고 하면서 한 개인의 심리적 적응을 알기 위해서는 개인의 자아존중감을 알아야 한다고 주장하고 있다. 자아존중감은 정신건강의 기초가 되고 질적인

삶을 유지시켜주는 기반이 되므로 자아존중감이 낮으면 질병에 걸리기 쉽고 높으면 질병을 예방, 치료할 수 있다(Taft, 1985). 자아존중감이 높은 사람일수록 건강에 대해 보다 많은 관심을 갖고, 건강행위를 하기 위해 더욱 긍정적인 태도로 변화한다. Hallal(1982)도 유방자가검진 행위와 건강신념, 건강통제위 성격 및 자아개념의 관계연구에서 자존감이 높은 대상자에서 유방자가검진 시행횟수가 더 많았다고 보고 하였다. 또한 Muhlenkamp와 Sayles(1986)가 임대아파트 주민 98명을 대상으로 자아존중감을 측정하고 건강증진행위와의 상관관계를 조사한 연구에서도 자아존중감이 높은 대상자들이 적극적으로 건강증진행위를 수행하고 있었다고 보고했으며 Duffy(1988)도 중년여성을 대상으로 건강통제위, 자존감과 건강증진행위와의 상관관계를 연구하여 자존감이 높은 대상자와 내적통제위 성향의 대상자에서 건강증진 수행정도가 높았다고 보고하였다. 이태화(1989), 박인숙(1995)은 건강증진행위에 영향을 미치는 주요변인을 분석한 결과 가장 영향력 있는 변인은 자아존중감이라고 하였다.

3. 자기효능감과 건강증진 생활양식

자기효능이란 개인이 결과를 얻는데 필요한 행동을 성공적으로 수행할 수 있다는 신념(belief)이다. Bandura(1977)는 인간의 행동변화는 외적 자극에 의해서 수동적으로 일어나는 것이 아니고 인지적 과정을 거쳐 행동을 일으키게 된다고 하였고 이때 행위자 자신이 개인적으로 가지고 있는 행동수행 가능성에 대한 기대가 바로 행동변화의 결과를 가져오게 하는 중요한 역할을 한다는 것이다. 이러한 기대에 대해 Banura는 효능기대(Personal Efficacy Expectation)와 결과기대(Output Expectation)로 구분하여 설명하고 있다. 효능기대가 어떠한 과업을 성취할 수 있다는 개인의 능력에 대한 판단이라면, 결과기대는 그 행동에 의해 예상되는 결과에 대한 판단이다. Bandura는 이 두 가지 기대는 서로 상반된 것이 아니고 연관을 갖고 있기 때문에 결국 효능기대를 높이는 것이 행동을 변화시키는 데 중요하다고 하였다(Bandura, 1977 : 김남성, 1985 : 이영희, 1995). 최근 건강행위영역에서도 자기효능의 중요성에 대한 인식이 높아져 자기효능감과 건강행위를 다룬 연구가 많이 나왔는데 1983년에서 1991년 사이에 발표된 건강

증진 행위관련 검토에서 자기효능감이 건강증진 생활양식의 가장 영향력 있는 변인으로 확인되었다 (Gillis, 1993). 구미옥(1992)은 우리나라에서 처음으로 자기효능 개념을 건강관련행위 분야에 적용하여 자기효능이 당뇨병 환자의 자기간호행위에 중요한 예측요인임을 보고하였다. 또한 오복자(1994)는 위암 환자를 대상으로 건강증진 행위와 삶의 질의 영향요인으로 자기효능, 자아 존중감 및 인지한 장애성을 확인하였고 그 중에서 자기효능감이 가장 중요한 영향요인이라고 하였다. 이외에도 중년여성(박재순, 1995 : 이숙자, 박은숙, 박영주, 1996), 근로자(Pender et al, 1990 : Weitzel, 1989)의 건강증진 행위에 자기효능감이 영향을 미치는 것으로 보고되어 건강증진 생활양식의 변화를 위해 자기효능감의 증진이 중요함을 나타내 주고 있다.

4. 지각한 건강상태(Perceived Health Status)와 건강증진 생활양식

Pender(1987)는 지각한 건강상태가 건강증진 행위를 행하는 빈도 및 강도와 관련이 있다고 하였고, Christiansen(1981)은 건강에 대한 중요성, 지각한 건강상태, 직업, 가족의 크기 등이 성인의 건강증진행위 정도를 의미있게 설명해 준다고 하였다. Duffy(1988)도 자신의 건강상태가 '좋다'고 보고한 사람은 건강증진 생활양식 등 자아실현, 영양, 대인관계의 영역에서 많은 이행을 보였다고 하였다. 한편 지각한 건강상태와 건강증진 행위와는 유의한 상관이 없거나 부적 상관관계가 있다고 한 보고들도 있다(박재순, 1995 : 서연옥, 1995 : 오복자, 1996 : 박정숙 등, 1996 : 이미라, 1997).

III. 연구방법

1. 연구설계

본 연구는 전문대 야간 간호계 여학생과 비간호계 여학생의 건강증진 생활양식과 자아존중감, 지각한 건강상태, 자기효능감 정도를 비교하고 대상자들의 건강증진 생활양식 수행과 각 변수와의 관계를 살펴 보기 위한 서술적 비교조사 연구이다.

2. 연구대상 및 자료수집

연구대상자는 총 412명이었고 그 중 간호계 학생은 T광역시에 있는 3년제 전문대학 야간과정 간호과에 재학중인 여학생 246명이었으며, 비간호계 학생은 간호계 학생이 추출된 전문대학의 야간과정에 재학중인 여학생으로 건강관련 과목을 수강하지 않는 전산, 사무자동계열 학생으로 편의 추출하였으며 166명이었다. 자료수집기간은 1997년 3월2일 부터 1997년 3월 17일까지였으며, 자료수집 방법은 본 연구자가 직접 연구의 목적과 내용을 설명하고 구조화된 설문지를 자기보고식으로 작성하게한 후 회수하였다.

3. 연구도구

연구의 도구는 구조화된 설문지를 사용하였고 내용은 일반적 특성 7문항, 지각한 건강상태 1문항, 자아 존중감 10문항, 자기효능감 14문항, 건강증진 생활양식 60문항으로 모두 92문항이었다.

1) 건강증진 생활양식 측정도구

여러 연구에서 Walker 등 (1987)이 개발한 Health promotion Lifestyle Profile(HPLP)을 사용하였으나 본 연구에서는 박인숙(1995)이 우리나라 실정에 맞도록 개발한 건강증진 생활양식도구를 이용하였으며 개발당시의 신뢰도 Cronbach's $\alpha=0.9207$ 이었다. 도구는 조화로운 관계 4문항, 규칙적 식사 3문항, 전문적 건강관리 4문항, 위생적 생활 7문항, 자아조절 5문항, 정서적 지지 4문항, 건강식이 7문항, 휴식 및 수면 5문항, 운동 및 활동 7문항, 자아실현 8문항, 식이조절 6문항으로 모두 60문항으로 구성되었으며 점수는 '항상 하고 있다'에 4점, '자주 하고 있다'에 3점, '가끔 하고 있다'에 2점, '전혀 하고 있지 않다'에 1점을 주어 측정하였다. 점수가 높을수록 건강증진 생활양식 수행정도가 높은 것을 의미한다. 본 연구에서의 신뢰도 Cronbach's $\alpha=0.9223$ 이었다.

2) 자아존중감 측정도구

Rosenberg가 개발한 자존감 측정도구는 자아존중감의 정도와 수용 정도를 측정하기 위해 고안된 것으로 개발 당시 도구의 cronbach's $\alpha=0.85$ 였다. 본 연구에서는 이미 국내 많은 연구에서 신뢰도가 인정되었던 전병재(1974)가 한국어로 번역한 도구를 이용하였다. 총 10개의 문항으로 긍정적인 문항 5개와 부정적인 문항 5개로 구성되어 있다. 긍정적인 문항은

「거의 그렇지 않다」에 1점을, 「항상 그렇다」에 4점을 주었고 부정적인 문항은 「항상 그렇다」에 1점을, 「거의 그렇지 않다」에 4점을 주었다. 점수가 높을수록 자존감 정도가 높은 것을 의미한다. 본 연구에서의 신뢰도 Cronbach's $\alpha=0.77$ 로 측정되었다.

3) 자기효능감 측정도구

자기효능감 측정도구는 Sherer와 Maddux(1982)가 일반적인 자기효능성을 측정하고자 17개 문항으로 개발하였는데, 이를 김종임(1994)이 14개 문항으로 수정 작성한 것을 사용하였다. 본 도구는 '전혀 자신이 없다'에 1점, '절반 정도로 자신이 없다'에 5점, '완전 자신이 있다'에 10점을 주어 측정하였으며, 점수가 높을수록 자기효능감이 높은 것을 의미한다. 개발 당시의 도구의 신뢰도 Cronbach's $\alpha=0.98$ 이었고 본 연구에서의 신뢰도 Cronbach's $\alpha=0.92$ 이었다.

4) 지각한 건강상태 측정도구

지각한 건강상태는 현재 자신의 건강을 주관적으로 자가평가하는 것이다.

Ware, Davis-Avery & Donald(1978)가 신뢰성이 있다고 결론지은 도구로 "현재 전반적인 건강상태가 어떻다고 생각하십니까?"라고 묻는 단일 문항이다 '매우 건강하지 못하다'에 1점, '건강하지 않은 편이다'에 2점, '보통이다'에 3점, '건강한 편이다'에 4점, '매우 건강하다'에 5점을 주어 측정하였다.

4. 자료분석방법

수집된 자료는 SPSS Win. 7.0 Program을 이용하여 통계처리하였다. 대상자의 일반적 특성은 실수와 백분율로, 건강증진 생활양식, 지각한 건강상태, 자아존중감, 자기효능감은 평균과 표준편차로 산출하였다. 일반적 특성에 따른 건강증진 생활양식 수행의 차이검정은 t-test와 분산분석을 하였다. 지각한 건강상태, 자아존중감, 자기효능감과 건강증진 생활양식의 상관관계는 피어슨 상관계수(Pearsons Correlation Coefficient)로 검정하였다.

IV. 연구결과 및 고찰

1. 대상자의 인구 사회학적 특성

연구대상자 412명중 간호계 학생은 246명(59.7%), 비간호계 학생은 166명(40.3%)이었다.

간호계 학생의 연령별 분포는 20-22세가 91명(37.0%)으로 가장 많았고 다음이 23-25세로 81명(32.9%)이었으며 26세 이상이 전체의 9.8%였다. 비간호계 학생의 경우, 20-22세가 87명(52.4%)으로 가장 많았고 다음이 19세 이하로 43명(25.9%)이었으며 26세 이상이 전체의 3.0%로 간호계 학생보다는 연령층이 다소 낮은 편이었다. 학년별 분포는 간호계 학생의 경우 1학년이 90명(36.6%), 2학년이 82명(33.3%), 3학년이 74명(30.1%)이었으며, 비간호계 학생의 경우 1학년이 107명(64.5%), 2학년이 59명(35.5%)이었고 3학년은 대상자가 없었는데 이는 전문대학의 보건의계열과 간호계열 이외는 수업연한이 2년이기 때문이었다. 종교별 분포는 두 집단 모두 개신교, 불교, 천주교순이었으며 종교가 없는 사람이 간호계 39.4%, 비간호계 45.8%였다. 아르바이트를 하는 학생은 간호계 34.6%였고 비간호계 76.5%였다. 그중 8시간 이상이 간호계 22.4%, 비간호계 66.3%였으며, 8시간 미만이 간호계 12.2% 비간호계 10.2%였다. 이와같이 같은 야간이면서도 간호계학생이 비간호계학생보다 아르바이트하는 학생의 비율이 적은 이유는 간호과의 경우 학습량이 많고 2학년때부터 임상실습이 시작되면서 학업과 아르바이트를 양립하기 어려운과의 특성 때문이라 여겨진다.

학비조달은 전액 본인이 부담하는 경우가 간호계 15.9% 비간호계 40.4%였고 일부 본인이 부담하는 경우는 간호계 23.1% 비간호계 29.5%였으며, 전액부모, 형제 또는 친지로부터 조달받는 경우는 간호계 61% 비간호계는 30.1%에 지나지 않았다. 이같은 결과는 김현리와 민현옥(1995)이 4년제 대학생 427명을 대상으로 한 조사에서 부모로부터 조달받은 학생이 96.6%인 것과는 큰 차이가 있었다. 거주형태는 자택이 가장 많았고(간호계 : 50.4%, 비간호계 : 66.9%), 다음이 자취(간호계 : 33.7%, 비간호계 : 22.9%)였다. 현재 동거인 수로는 3명이상이 가장 많았고(간호계 : 66.7%, 비간호계 : 82.5%), 간호계의 경우 혼자 사는 경우와 둘이 사는 경우가 각각 16.7%였으며 비간호계의 경우 혼자 사는 경우는 3%에 지나지 않았다(표 1).

2. 간호계 학생과 비간호계 학생의 건강증진 생활양식 수행정도

〈표 1〉 대상자의 일반적 특성 (N=412)

특 성 구 분		간호계학생 실수(백분율)	비간호계학생 실수(백분율)
계		246(59.7)	166(40.3)
연 령	19세 이하	50(20.3)	43(25.9)
	20 - 22	91(37.0)	87(52.4)
	23 - 25	81(32.9)	31(18.7)
	26세 이상	24(9.8)	5(3.0)
학 년	1학년	90(36.6)	107(64.5)
	2학년	82(33.3)	59(35.5)
	3학년	74(30.1)	-
종 교	불교	31(12.6)	32(19.3)
	개신교	84(34.1)	46(27.7)
	천주교	29(11.8)	8(4.8)
	기타	5(2.0)	4(2.4)
	없음	97(39.4)	76(45.8)
아르바이트 시간	8시간미만	30(12.2)	17(10.2)
	8시간 이상	55(22.4)	110(66.3)
학비조달	없음	161(65.4)	39(23.5)
	전액본인	39(15.9)	67(40.4)
	일부분인	57(23.1)	29(29.5)
거주형태	전액부모·형제·친지	150(61.0)	50(30.1)
	자택	124(50.4)	111(66.9)
	친척집	20(8.1)	10(6.0)
	자취	83(33.7)	38(22.9)
	하숙	3(1.2)	2(1.2)
현제 동거인수	기숙사	16(6.5)	5(3.0)
	1인	41(16.7)	5(3.0)
3명이상	2인	41(16.7)	24(14.5)
	3명이상	164(66.7)	137(82.5)

간호계 학생과 비간호계 학생의 건강증진 생활양식 수행점수는 간호계 학생군이 평균 157.73(SD : 20.26)으로 비간호계 학생군 148.15(SD : 21.52)보다 유의하게 높았다($P < .001$).

11개 하부영역 모두 간호계 학생군이 비간호계 학생군보다 높게 나타났고 통계적으로 유의하게 높게 나타난 영역은 6개 영역이었으며 이는 위생적 생활($P < .05$), 자아조절($P < .05$), 건강식이($P < .05$), 휴식 및 수면($P < .001$), 자아실현($P < .001$), 식이조절($P < .001$)이었다. 영역별 평균점수를 문항수로 나누어 4점 만점으로 표준화했을 때 간호계 학생군의 경우 위생적 생활이 3.22로 가장 많이 수행한 영역이었으며 다음이 조화로운 관계(3.19)였고 가장 적게 수행한 영역이 전문적 건강관리(1.54), 그 다음이 운동 및 활동이었다. 이는 박인숙(1995)이 1,594명의 성인

을 대상으로 한 연구와 박등(1996)이 대학생 230명을 대상으로 조사한 연구결과와도 같은 결과였다. 비간호계 학생의 경우는 조화로운 관계가 3.10으로 가장 많이 수행한 영역으로 나타났으며 다음이 위생적 생활(3.07)이었고 간호계와 마찬가지로 전문적 건강관리(1.48)가 가장 낮게 나타났다. 이와 같이 두 집단 모두 위생적 생활은 비교적 수행정도가 높게 나타났고, 전문적 건강관리는 가장 낮게 나타났는데 박인숙(1995)이 지적한 대로 문화 경제수준의 향상으로 위생적 생활은 어느 정도 일상생활화 되었으나 전문적인 건강관리는 의료기관을 방문해야 하는 번거로움과 의료기관의 질병중심적 치료 방침때문이기도 하겠고 아직은 비교적 건강한 젊은 학생들이기 때문에 정기적으로 건강검진을 하거나 건강문제에 대해 전문가와 상담할 필요성을 느끼지 못한 때문이라고도 여겨진다. 그러나 바람직한 건강관리는 질병이 전혀 없는 단계에서부터 시작해야 하고 병이 발생하기 전에 미리 건강위험 요인을 제거해야 한다고 볼 때 청년기부터 전문적인 건강관리를 하는 노력이 필요하다고 하겠다(표 2).

3. 간호계 학생과 비간호계 학생의 인지지각 요인 비교

자아존중감 평균점수는 간호계 학생군 29.97(SD : 4.15), 비간호계 학생군 29.39(SD : 4.33)로 두 집단 사이에 통계적으로 유의한 차이는 없었다. 본인이 주관적으로 지각하고 있는 건강상태에 대한 점수는 간호계 학생군이 3.49, 비간호계 학생군이 3.48로 두 집단간에 차이가 없었다. 자기효능감에 대한 평균점수는 간호계 학생군이 96.96(표준편차 : 17.25)으로 비간호계 학생군의 92.98(표준편차 : 20.06)보다 높았으며 두 집단간 통계적으로 유의한 차이가 있었다($t=4.62, P < .05$). Weizel(1989)은 20-60세 사무직 노동자 193명을 대상으로 한 연구에서 자기효능이 건강수준과 함께 높은 건강행위 예측인자였음을 보고하였고, Kelly et al(1991)도 지각된 장애와 자기효능이 생활양식에 대한 가장 유력한 예측요인으로 보고한 바 있는데 본 연구에서 인지지각 요인 중 자기효능감이 두 집단간에 유의한 차이가 있는 것으로 나타난 것으로 볼 때 이 요인에 의해 두 집단간에 건강증진 생활양식 수행에 차이를 보인 것으로 생각된다. 따라서 자기효능감을 높이기 위한 전략이 필요하다고 하겠다(표 3).

〈표 2〉 간호계학생과 비간호계학생의 건강증진 생활양식의 수행정도 비교

측정영역	간호계(N=246)		비간호계(N=166)		t 값
	M ± SD	표준화 ¹⁾ 점 수	M ± SD	표준화 ¹⁾ 점 수	
전 체	157.73±20.26	(2.63)	148.15±21.52	(2.47)	21.074***
조화로운 관계	12.72± 1.92	(3.19)	12.42± 2.19	(3.10)	2.236
규칙적 식사	7.08± 2.63	(2.36)	7.07± 2.68	(2.35)	.002
전문적 건강관리	6.19± 2.03	(1.54)	5.95± 1.92	(1.48)	1.408
위생적 생활	22.54± 3.14	(3.22)	21.84± 3.33	(3.07)	4.628*
자아조절	12.63± 2.73	(2.52)	11.95± 2.70	(2.39)	6.314*
정서적 지지	11.87± 2.46	(2.96)	11.59± 2.57	(2.89)	1.301
건강식이	17.80± 3.65	(2.54)	16.92± 3.49	(2.41)	6.054*
휴식 및 수면	13.31± 2.64	(2.66)	11.91± 2.93	(2.38)	25.482***
운동 및 활동	16.68± 3.35	(2.38)	15.99± 3.75	(2.28)	3.838
자아실현	22.70± 3.98	(2.83)	20.96± 4.14	(2.62)	18.239***
식이조절	16.08± 3.05	(2.68)	13.45± 3.31	(2.24)	68.607***

1) 각 영역별 평균점수를 문항수로 나누어 4점 만점으로 표준화한 점수

*p<.05 **p<.01 ***p<.001

〈표 3〉 간호계학생과 비간호계학생의 인지지각 요인 비교

구 분	간호계(N=246)		비간호계(N=166)		t 값	p 값
	Mean ± SD	Mean ± SD	Mean ± SD	Mean ± SD		
자아존중감	29.97 ± 4.15	29.39 ± 4.33	1.894	.169		
자기효능감	96.96 ± 17.25	92.98 ± 20.06	4.621	.032*		
지각한 건강상태	3.49 ± .82	3.48 ± .78	.022	.883		

*p<.05

4. 인구사회학적 특성에 따른 건강증진 생활양식 수행정도

간호계학생의 경우, 연령과 학년별 그룹간에 건강증진 생활양식 수행정도에 유의한 차이를 나타냈고, 비간호계 학생의 경우는 동거형태별 그룹간에 유의한 차이를 나타냈다. 연령에 따른 건강증진 생활양식 수행정도는 간호계 학생의 경우 26세 이상이 162.25로 가장 높았고 19세 이하에서 가장 낮았으며(F=3.227, P=.023) 연령이 증가할수록 수행정도가 높아 Pender et al.(1990), 최스미(1993), 박인숙(1995) 등의 연구결과와 일치하였다. 그러나 비간호계 학생의 경우 연령에 따른 차이가 없어 Duffy(1988), 이미라(1997)의 연구와 일치하였다. 학년별로는 비간호계 학생의 경우 유의한 차이가 없었으며 간호계학생의 경우 학년이 유의한 차이가 있는 변수였으며 1학년에서 가장 높았고 다음이 3학년이었으며 2학년에서 가

장 낮았다(F=6.921, P=.001). 박정숙등(1996)은 학년이 올라갈수록 건강증진 행위를 더 잘 하는 경향이 있다고 하였고 박미영(1994)은 학년은 전체 평균점수나 하부영역별로 유의한 차이가 없다고 했는데 본 연구에서 간호계 학생의 경우 2학년에서 가장 적게 수행한 것으로 나타나 선행 연구와도 일치하지 않았는데 이는 본 연구대상이 야간과정 학생으로서 학년별로 연령분포가 다양하기 때문에 연령에 의한 작용일 것이라 생각한다. 거주형태별로는 비간호계학생에서만 유의한 차이가 있는 것으로 나타났는데 친척집에 거주하는 경우가 가장 높았고 하숙하는 경우가 가장 낮았고 다음이 자취였다(F=2.686, P=.033)〈표 4〉. 하부영역별로는 주로 영양과 관련된 식이영역에서 친척집에 사는 경우가 가장 높고 자취와 하숙에서 낮게 나타났는데 이는 친척집의 경우 가족보다 더 신경을 써서 식사를 제공하기 때문이라고 짐작할 수 있겠고 자취의 경우 식생활을 스스로 해결해야 하기 때문에

〈표 4〉 간호계학생과 비간호계학생의 인구사회학적 특성에 따른 건강증진 생활양식 (N=412)

특 성	구 분	간호계학생 (N=246)		비간호계학생 (N=166)	
		Mean ± SD		Mean ± SD	
연 령	19세 이하	150.30 ± 17.30		150.70 ± 21.49	
	20 - 22	158.20 ± 19.64		145.78 ± 20.22	
	23 - 25	160.44 ± 22.29		150.74 ± 26.11	
	26세 이상	162.25 ± 18.09		151.40 ± 9.73	
		F=3.227, P=.023		F=.736, P=.532	
학 년	1학년	162.07 ± 18.99		149.71 ± 21.15	
	2학년	151.24 ± 20.98		145.32 ± 22.07	
	3학년	159.63 ± 19.36			
		F=6.921, P=.001		T=1.586, P=.210	
종 교	불 교	160.29 ± 16.35		151.50 ± 18.48	
	개신교	158.05 ± 19.88		151.50 ± 21.38	
	천주교	159.24 ± 17.11		155.87 ± 29.84	
	기 타	138.80 ± 25.94		143.33 ± 8.02	
	없 음	157.15 ± 22.06		144.06 ± 21.97	
		F=1.286, P=.276		F=1.169, P=.327	
아르바이트 시간	8시간미만	154.30 ± 20.10		138.29 ± 22.72	
	8시간 이상	159.94 ± 19.91		149.76 ± 21.86	
	없 음	157.61 ± 20.43		147.89 ± 19.28	
		F=.760, P=.469		F=2.122, P=.123	
학비조달	전액본인	161.12 ± 16.63		145.53 ± 23.51	
	일부분인	159.56 ± 21.44		151.14 ± 21.48	
	전액부모·형제·친지	156.15 ± 20.6		148.72 ± 18.56	
		F=1.238, P=.292		F=.985, P=.376	
거주형태	자 택	158.41 ± 21.34		145.98 ± 20.75	
	친척집	165.25 ± 18.54		166.00 ± 16.19	
	자 취	155.30 ± 18.80		149.78 ± 20.59	
	하 숙	147.33 ± 17.47		129.50 ± 17.67	
	기숙사	157.62 ± 20.60		155.60 ± 38.52	
		F=1.224, P=.301		F=2.686, P=.033*	
현재 동거인수	1인	155.31 ± 20.31		155.20 ± 17.83	
	2인	157.07 ± 16.93		143.45 ± 25.18	
	3명이상	158.50 ± 21.05		148.71 ± 20.96	
		F=.429, P=.652		F=.884, P=.415	

소홀히 하리라 여겨지며 하숙의 경우 가족이나 친척처럼 건강을 고려한 식사를 제공하지는 않는 것으로 볼 수 있다. 이처럼 집을 떠나 자취나 하숙을 하는 많은 여대생들이 건강에 좋지 못한 식습관을 가지고 있는 것으로 나타나 이에 대한 관심이 요망된다고 하겠다.

5. 전체 대상자의 지각한 건강상태에 따른 건강증진 생활양식 수행정도

본인이 주관적으로 지각하고 있는 건강상태에 따른 전체 대상자의 건강증진 생활양식 수행정도는 통계적으로 매우 유의한 차이가 있었다(P<.001). 자신이 '건강하다'고 답한 군에서 건강증진 생활양식 수행정도가 가장 높았고 다음이 '매우 건강하다', '보통이다', '매우 건강하지 못하다', '건강하지 못하다'순이었다. 즉 자신을 건강하다고 평가한 사람이 건강하지 못하다고 평가한 사람보다 건강증진 생활양식을 더 많이 수행하는 것으로 나타났다. 하부영역에서는 11

개 영역중 전문적 건강관리와 식이조절 영역을 제외한 9개 영역에서 통계적으로 유의한 차이가 있었다. 즉 조화로운 관계(p<.001), 규칙적 식사(p<.01), 위생적생활(p<.05), 자아조절(p<.01), 정서적지지(p<.001), 건강식이(p<.01), 휴식 및 수면(p<.001), 운동 및 활동(p<.01), 자아실현(p<.001)영역에서 '건강하다'고 답한 군이 '매우 건강하다' '보통이다', '건강하지 못하다'고 답한 군보다 유의하게 높게 나타났다. 이는 현재의 건강상태를 좋게 지각한 경우에 건강증진 생활양식을 잘 실천한다고 한 Duffy (1988), 김영임(1994), 박미영(1994), 박인숙(1995), Pender(1986), Zindler - Werner(1987)등의 연구와도 일치한다. 한편 Christine(1991)은 자신을 '매우 건강하다'고 지각한 사람은 건강이 주는 이점이나 질병에 대한 취약성을 인식하지 못해 행위를 변화시키려는 동기유발이 되지 않으며 '건강하지 못하다'고 한 사람은 적극적인 행동을 취하기는 너무 늦었다고 믿

기 때문에 잘 실행하지 않고 건강이 좋거나 보통인 사람들이 건강을 유지하고 증진시킬 수 있는 능력이 그 들안에 있다고 믿을 때 행위변화를 위한 여러 경험을 하게 된다고 하였는데 본 연구에서는 '매우 건강하다'고 한 군이 '보통이다'고 한 군보다 더 많이 수행하는 것으로 나타나 부분적으로 일치한다(표 5).

6. 자아존중감, 자기효능감, 지각한 건강상태와 건강증진 생활양식 수행과의 상관관계

인지지각요인인 자아존중감, 자기효능감, 지각한 건강상태와 건강증진 생활양식 수행과의 상관관계를 알아보기 위해 Pearson 적률상관계수를 산출한 결과 매우 유의한 상관관계가 있는 것으로 나타났다. 자기효능감이 가장 강한 상관관계를 나타냈고(r=.477, p<.001), 다음이 자아존중감(r=.469, p<.001), 지각한 건강상태(r=.255, p<.001)순이었다(표 6).

〈표 5〉 전체 대상자의 지각한 건강상태에 따른 건강증진 생활양식 수행정도 (n=412)

측정영역	매우 건강치 않음 (N=1)	건강치 않음 (N=40)	보통임 (N=164)	건강함 (N=172)	매우 건강함 (N=35)	f 값
	M±SD	M±SD	M±SD	M±SD	M±SD	
건강증진 생활양식	146.00±0.00	140.65±20.61	150.28±20.39	159.72±20.13	157.22±22.30	9.253***
조화로운 관계	10.00±0.00	11.42± 2.13	12.34± 1.96	13.08± 1.94	12.88± 2.05	7.344***
규칙적 식사	6.00±0.00	6.37± 2.28	6.68± 2.62	7.48± 2.67	7.77± 2.66	3.300**
전문적 건강관리	5.00±0.00	5.92± 2.61	5.83± 1.68	6.37± 2.07	6.20± 1.98	1.749
위생적 생활	22.00±0.00	21.47± 3.72	21.84± 3.22	22.86± 3.16	22.11± 2.76	2.824*
자아조절	13.00±0.00	10.92± 2.51	12.12± 2.68	12.83± 2.53	12.80± 3.52	4.740**
정서적 지지	8.00± 0.00	10.30± 1.98	11.54± 2.44	12.28± 2.38	12.00± 3.16	6.538***
건강식이	18.00±0.00	16.02± 3.59	17.01± 3.59	18.11± 3.49	17.85± 3.74	3.798**
휴식 및 수면	13.00±0.00	10.90± 2.51	12.73± 2.78	13.13± 2.79	13.05± 3.03	5.358***
운동 및 활동	16.00±0.00	15.02± 3.55	15.94± 3.25	17.08± 3.55	16.85± 4.06	4.058**
자아실현	19.00±0.00	19.85± 4.14	21.22± 3.86	23.18± 3.89	22.42± 4.78	8.483***
식이조절	17.00±0.00	14.10± 3.22	14.89± 3.49	15.31± 3.29	15.20± 3.74	1.218

*p<0.05 **p<0.01 ***p<0.001

〈표 6〉 건강에 관한 인지지각 요인과 건강증진 생활양식 상관행렬

	건강증진 생활양식	지각한 건강상태	자아 존중감	자기 효능감
건강증진 생활양식	1.000			
지각한 건강상태	0.255***	1.000		
자아존중감	0.469***	0.113*	1.000	
자기효능감	0.477***	0.161**	0.590***	1.000

*p<0.05 **p<0.01 ***p<0.001

VI. 결론 및 제언

1. 결 론

본 연구는 전문대 야간 간호계여학생과 비간호계여 학생의 건강증진 생활양식과 자아존중감, 자기효능감 및 지각한 건강상태를 비교하고 대상자들의 건강증진 생활양식과 각 변수와의 관계를 알아보고자 시행한 서술적 비교조사 연구이다. 연구대상자는 총 412명이었고 그 중 간호계 학생은 T광역시에 있는 3년제 전문대학 야간과정 간호과에 재학중인 여학생 246명이었으며, 비간호계 학생은 같은 전문대학의 야간과정에 재학중인 여학생으로 건강관련 과목을 수강하지 않는 전산. 사무자동계열 학생으로 편의 추출한 166명이었다. 자료수집기간은 1997년 3월2일 부터 1997년 3월 17일까지였으며, 수집된 자료는 SPSS Win. 7.0 Program을 이용하여 통계처리하였다. 대상자의 일반적 특성은 실수와 백분율로, 건강증진 생활양식, 지각한 건강상태, 자아존중감, 자기효능감은 평균과 표준편차로 산출하였다. 일반적 특성에 따른 건강증진 생활양식 수행의 차이검정은 t-test와 분산분석을 하였다. 지각한 건강상태, 자아존중감, 자기효능감과 건강증진 생활양식의 상관관계는 피어슨 상관계수(Pearsons Correlation Coefficient)로 검정하였으며 그 결과는 다음과 같다.

- 1) 자아존중감, 지각한 건강상태는 두 집단간에 차이가 없었고 자기효능감은 간호계학생이 비간호계 학생보다 유의하게 높았다($t=4.621, P<.05$).
- 2) 건강증진 생활양식 수행정도는 간호계 학생군 157.73 ± 20.26 (표준화점수: 2.63), 비간호계학생군 148.15 ± 21.52 (표준화점수: 2.47)로 두 집단간에 통계적으로 유의한 차이가 있었다($t=21.074, P<.001$). 11개 하부영역별로 간호계 학생군이 비간호계 학생군보다 통계적으로 유의하게 높게 나타난 영역은 위생적 생활($P<.05$), 자아조절($P<.05$), 건강식이($P<.05$), 휴식 및 수면($P<.001$), 자아실현($P<.001$), 식이조절($P<.001$)등 6개 영역이었다. 각 영역을 4점 만점으로 표준화 했을 때 수행정도가 가장 높은 영역은 간호계 학생군의 경우, 위생적 생활(3.22)이었으며 가장 낮은 영역은 전문적 건강관리(1.54)였고, 비간호계 학생의 경우 조화로운 관계(3.10)가 가장 높았고 전문적 건강관리(1.48)가 가장 낮았다.

- 3) 인구사회학적 특성에 따른 건강증진 수행정도는 간호계학생의 경우 연령과 학년별로 유의한 차이를 나타냈고, 비간호계 학생의 경우는 동거형태별로 유의한 차이를 나타냈다.
- 4) 전체 대상자의 지각한 건강상태에 따른 건강증진 생활양식 수행정도는 '건강하다'고 답한 군(159.72 ± 20.13)에서 가장 높았고 '매우 건강하다'(157.22 ± 22.30), '보통이다'(150.28 ± 20.39), '매우 건강하지 못하다'($146\pm .00$), '건강하지 못하다'(140.65 ± 20.61)순이었다.
- 5) 자아존중감, 자기효능감, 지각한 건강상태와 건강증진 수행과는 유의한 상관관계가 있는 것으로 나타났다으며 이중 자기효능감이 가장 강한 상관관계를 나타냈다($r=.477, p<.001$).

2. 제 언

- 1) 본 연구에서 간호계 학생군이 비간호계 학생군 보다 건강증진 생활양식 수행정도가 유의하게 높았는데 건강증진 생활양식에 영향을 미치는 인지적 각요인 중 두 집단간에 유의한 차이가 있는 것으로 나타난 자기 효능감과 관련된 심층연구가 필요하다. 또한 비간호계 학생에게 건강교육이 필요하며 교육이후 효과에 대한 반복연구가 필요하다.
- 2) 건강증진 생활양식 수행과 강한 상관관계가 있는 자기효능감, 자아존중감을 높이기 위한 프로그램 개발이 필요하다.
- 3) 본 연구에서 두 집단 모두 낮은 수행정도를 보인 전문적 건강관리, 운동 및 활동영역의 수행을 높이기 위한 전략 개발이 필요하다.
- 4) 건강증진 생활양식에 영향을 미치는 다른 변수를 계속적으로 파악하는 것이 필요하다.

참 고 문 헌

- 구미옥(1992). 당뇨병 환자의 자기간호행위와 대사조절에 관한 구조모형. 서울대학교 간호 학 박사학위 논문
- 김남성(1985). 인지적 행동수정. 서울. 교육과학사
- 김영임(1994). 생활양식과 건강수준간 상관성분석. 지역사회간호학회지. 5권 1호. 53-63
- 김의숙(1993). 간호학 탐구 2권 2호. 3-8
- 김일순(1993). 새시대 의료의 새로운 지평. 국제 간호

- 학술대회. 3-8.
- 김정순외(1995). 일반보건학 61-68, 서울대학교 출판부
- 김종임(1994). 자조집단활동과 자기효능성 증진방법을 이용한 수중운동 프로그램이 류마티스 관절염 환자의 통증, 생리적 지수 및 삶의 질에 미치는 영향. 서울대학교 간호학 박사학위논문
- 김현라, 민현옥(1995). 일부 대학생들의 건강증진행위. 한국보건간호학회지. 9권. 2호. 80-91.
- 김혜숙, 최연순(1993). 미혼임부와 기혼임부 건강증진행위 차이에 관한 비교연구. 대한간호학회지. 23권 2호. 255-268
- 박미영(1994). 대학생의 건강증진 생활양식과 관련된 인 연구. 지역사회간호학회지. 5권 1호 81-96
- 박인숙(1995). 건강증진 생활양식에 관한 연구. 부산대학교 박사학위논문
- 박재순(1995). 중년후기 여성의 건강증진행위 모형구축. 서울대학교 박사학위논문
- 박정숙, 박청자, 권영숙(1996). 건강교육이 대학생의 건강증진 행위에 미치는 영향. 대한간호 학회지. 26권 2호. 359-371
- 변중화(1997). 건강증진을 위한 시.군.구단위 보건교육사업 활성화 방안. 보건복지포럼. 8. 20-27
- 서연옥(1995). 중년여성의 건강증진 생활방식에 관한 구조모형. 경희대학교 박사학위논문
- 안명옥(1996) 여성건강 평생관리. 한국모자보건학회 창립총회 및 기념학술대회 자료집. 84-112
- 오복자(1994). 위암환자의 건강증진행위와 삶의 질 예측모형. 서울대학교 박사학위논문
- 오복자(1996). 건강증진과 삶의 질 구조모형 II-암 환자 중심-. 대한간호학회지. 26권 3호. 632-652
- 이미라(1997). 건강교육 교과목 학습이 대학생의 건강증진 생활양식 변화에 미치는 영향. 성인간호학회지. 9(1). 71-85
- 이숙자, 박은숙, 박영주(1996). 한국 중년 여성의 건강증진 행위 예측 모형 구축. 대한간호학회지. 26 권 2호. 320-336
- 이영희(1995). 자기효능이론의 고찰. 간호학 탐구. 4 (1) 143-161
- 이용수(1995). 2000년대의 국민보건수준 설정을 위한 접근방법 심포지움 자료집.104
- 이종경, 한애경(1996). 사회적 지지 및 자아존중감과 건강증진 행위와의 관계. 성인간호학회 지. 8권 1호. 55-68
- 이태화(1989). 건강증진 행위에 영향을 미치는 변인 분석. 연세대학교 대학원 석사학위논문.
- 전병재(1974). Self-esteem : A tent of its measurability. 연세논총 11집. 107.
- 조병륜(1995). 2000년대의 국민보건수준 설정을 위한 접근방법 심포지움 자료집 95-102
- 최스미(1993). 오토바이 사고환자의 안전모 착용여부에 따른 뇌손상 비교와 자아존중감, 건강통제위 성격, 건강증진행위와의 비교연구. 대한간호학회 지. 21권 4호. 585-601
- Bandura, A.(1977). Self-efficacy. Towards a unifying theory of behavioral change. Psychological Review. 84(2). 191-215
- Branden(1969). The psychology of self-esteem. Los Angeles. California Nash Publishing Corporation.
- Christiansen KE(1981). The determinants of health promoting behavior. Doctoral dissertation. Rush University
- Christine L. Palank(1991). Determinants of Health-Promotive Behavior : A review of Current Research. Nursing Clinics of North America. 26(4). 815-830
- Diekelmann(1976). The young adult. The Choice Is Health or Illness, American Journal of Nursing, 76(8), 1272-1277
- Donaldson SK, Crowley DM(1978). The discipline of nursing. Nursing Outlook, 26(2), 113-120
- Duffy ME(1988). Determinants of health promotion in midlife women. Nursing Research. 37(6). 358-362.
- Gillis, A.J(1993). Determinants of a health-promoting lifestyle : an integrative review. Journal of Advanced Nursing, 18, 345-353
- Hallal JC(1982). The relationship of health beliefs, health locus of control, and self-concept to the practice of breast self-examination in adult women. Nursing Research. 31. 137-142
- Hettler B(1980). Lifestyle assessment questionnaire. 2nd ed. University of Wisconsin St.

- enens Point. institute for lifes Improvement.
- Kelly, RB, Zyzanski, SJ & Alemagno, SA(1991). Prediction of motivation and behavior change following health promotion : role of health beliefs, social support, and self-efficacy. *Social Science Medicine*. 32(3). 311-320.
- Lalonde M(1974). *A New Perspective on the Health of Canadians : A Working Document*. Ottawa, Government
- Meleis AI(1989). *Being and Becoming Healthy. The Core of Nursing Knowledge*. *Nursing Science Quality*. 2. 107-114
- Muhlenkamp AF, Sayles JA(1986). self-esteem, social support and positive health practices. *Nursing Research*. 35. 334-338
- Pender NJ (1982). *Health promotion in nursing practice*, New York, Appleton-century-crofts.
- Pender NJ(1986). Attitudes, Subjective Norms and Intentions to Engage in Health Behaviors. *Nursing Research*, 35(1) 15-18.
- Pender NJ(1987). *Health Promotion in Nursing Practice*. ed 2. Norwalk, Conn. Appleton & Lange.
- Pender NJ, Walker SN, Sechrist KR & Frank-Stromborg M(1990). Predicting health-promoting lifestyle in workplace. *Nursing Research*. 39(6). 326-332.
- Sherer, M., & Maddux, J.E.(1982). The self-efficacy scale : construction and validation. *Psychological Reports*. 51. 663-671
- Smith, M.C(1990). Nursing's unique focus on health promotion program : effects on knowledge, attitudes, and support for breast feeding. *J Community Health*. 20(6). 473-490
- Taft CB(1985). Self-esteem in later life : A nursing perspective. *ANS*. 8(1). 77-84
- Walker, SN., Sechrist, KR. & Pender, NJ(1987). *The Health Promoting Lifestyle Profile. Development and psychometric characteristics*, *Nursing Research*, 36 : 76- 81
- Ware, J.E., Davis-Avery., & Donald, C.A(1978). *Conceptualization & Measurement of Health*

for Adults in the health Insurance Study. Vol. V, *General Health Perceptions*. Santa Monica, CA : The Rand Corporation.

- Weizel M H.(1989). A Test of Health Promotion Model with Blue Collar Workers, *Nursing Research*, 38(2) : 99-104.
- Zindler-Werner P, Weiss SJ(1987). Health locus of control and preventive health behavior, *West J Nursing Research*. 9. 160-179

- Abstract -

Key Words : health promoting lifestyle, self-esteem, self-efficacy, perceived health status, evening college women

A comparative study on health promoting lifestyles between Nursing and Non-Nursing students at an evening class of junior college.

*Jeong, Hyun Sook**

This descriptive comparative study was conducted to compare the relationships among self-esteem, self-efficacy, perceived health status and the performance of health promoting lifestyles for nursing and non-nursing students. The sample consisted of 246 nursing students and 166 non-nursing students at an evening class of junior college in T city.

The data was collected by a self reporting questionnaire from March 2 to March 17, 1997 and analyzed by SPSS Win. 7.0 program for frequency, mean, percentage, t-test, ANOVA, and a Pearson correlation coefficient.

The results of this study are summarized as follows :

1. The results of the comparison between the two groups was not significantly different for self esteem and perceived health status, but significantly different for self-efficacy. Nursing

* Dept. of nursing Taejon Medical Junior college

students had higher scores on self-efficacy than non-nursing students ($t=4.621$, $p<.05$).

2. There was a statistically significant difference between the two groups concerning a health promoting lifestyle. Nursing students (157.73 ± 20.26) had higher scores on total health promotion as well as its 8 subscales than non-nursing students (148.15 ± 21.51), ($t=21.074$, $p<.001$). On subscales, nursing students had the highest score in sanitary life (3.22) and the lowest score in professional health maintenance (1.54). Non-nursing students had the highest score in harmonious relationships (3.10) and the lowest score in professional health maintenance (1.48).
3. Performance in a health promoting lifestyle

was significantly correlated with such demographic variables as age and grade for nursing students, and types of dwelling for non-nursing students.

4. Perceptions of good health have been positively correlated with health promoting lifestyles. Those persons who rated their health as good showed the highest score, followed by excellent, average, poor in that order.
5. Performance in health promoting lifestyles was significantly correlated with self-esteem, self-efficacy and, perceived health status. The most important factor that affect performance in health promoting lifestyles was self-efficacy.