

## 간호대학생의 건강증진 행위 결정요인에 관한 연구

김 영 희(대전대학교 간호학과)

정 미 숙(극동정보대학 간호과)

이 정 애(충남대학교 대학원 간호학과)

### 목 차

I. 서론

II. 문헌고찰

III. 연구방법

IV. 연구결과

V. 논의

VI. 결론 및 제언

참고문헌

영문초록

### I. 서 론

#### 1. 연구의 필요성

인간의 건강에 대한 최근의 관심은 질병으로 인한 건강회복보다는 건강유지, 증진에 초점을 두고 있다. 또한 평상시에 건강을 유지, 증진시키는 것이 바람직하다는 의식의 변화와 함께 건강유지, 증진에 초점을 둔 다각적이고 포괄적인 접근이 요구되고 있다. 특히 건강증진은 평소의 건강한 생활양식이나 건강신념, 건강습관과 관련되기 때문에 건강에 유해한 생활습관이나 행위를 바람직한 행위로 변화시켜 보다 건강하고 질적인 삶을 유지하자는데 목적이 있다(김신정, 1998).

또한 건강증진의 개념에는 모든 국민이 건강한 생활의 주체가 되어야하며, 국민 스스로 자기 건강의 중요성을 인식하고, 스스로 자신의 건강에 책임을 지는 것을 포함하고 있으며(유은광, 1995), 건강증진을 위한 생활방식은 개인의 책임과 사회심리적 요인들에 의해 시작되고 조절될 수 있기 때문에(하영수, 1993; Smith, 1992), 건강증진 행위에 영향을 미치는 요인들을 평가하는 것이 중요하다.

우리나라에서는 1995년 국민건강증진법이 제정, 공포되면서 건강증진의 기본이 생활양식이라는 점에서 국민의 생활습관 개선을 위한 국가적 노력이 가시화되고 있으며(박영주 등, 2000), 최근 간호학의 연구동향 역시 건강증진 생활양식과 관련된 요인의 규명을 통해 건강증진 간호전략을 수립하는 데 중점을 두고 있다(성미혜, 2001).

장기간의 건강행위는 건강습관이 되기 쉽고, 일단 건강습관이 형성되면 그것을 바꾸는 일은 어렵다는 것을 생각해 볼 때, 성인초기에 있는 대학생은 성인중기 및 후기에 비해 상대적으로 건강습관이 확고히 형성되지 않아 건강행위의 수정 가능성이 크고, 이 시기에 정착된 건강습관은 성인중기 및 후기의 건강행위와 이에 따른 건강한 삶의 기반이며, 미래의 부모로서 이들의 교육정도나 건강에 대한 태도, 실천 등이 자녀의 건강 실천에 중요한 영향을 미치기 때문에 이들의 건강생활양식의 개선은 대단히 중요하다고 볼 수 있다(이미라, 1997; 김애경, 1995).

그러나 우리나라의 경우 초기 성인기에 있는 대학생들 동안에는 나름대로 건강에 대해 자신감을 가지고 있으며 억압된 학습환경에서 해방과 갑자기 주어지는

삶에서의 자유를 적절히 조절하지 못하고 나태하고 유해한 생활습관을 받아들이는 경우가 많다(송미령과 박경애, 2001). 더구나 여성의 경우 건강보다는 미에 더욱 중점을 두어 무리한 다이어트나 건강을 해치는 행위를 통해 그릇된 건강습관을 형성하기 쉽고, 가까운 미래에 결혼을 통해 출산과 육아 그리고 가족 구성원의 건강관리에 대한 책임을 담당하기 때문에 여대생에게 있어서의 건강문제는 매우 중요시되어야 한다(김신정과 안은숙, 1997).

또한 간호대학생은 다른 학생과 달리 임상실습과 수업 부담감으로 많은 스트레스를 겪고 있고(Lo, 2002) 학업에 소요되는 시간으로 인해 충분한 수면과 아침식사, 운동과 같은 건강증진 행위를 하지 못해(Kerr et al., 2002) 건강관리가 중요하며 또한 대부분이 여성으로서 건강관련 학문을 배우고 대상자의 건강증진을 위한 건강교육을 담당해야 하므로 이들의 건강증진 생활양식을 파악하는 것은 매우 중요한 일이며(성미혜, 2001), 건강증진을 위한 생활방식이 개인의 책임과 사회심리적 요인 등에 의해 시작되고 조절될 수 있기 때문에 건강증진행위에 영향을 미치는 요인을 파악하는 것이 중요하다(김명희와 전미영, 2001).

현재까지 대학생을 대상으로 건강증진 행위에 영향을 미치는 요인을 파악한 많은 연구(Tashiro, 2002; Wu & Pender, 2002; 김명희와 전미영, 2001; 박후남과 김명자, 2000; 임미영, 1998; 윤은자 1997; 이미라, 1997; 김미옥과 정은순, 1996; 박미영, 1993; 박현숙, 1997; 성미혜, 2001; 황란희, 2002)가 있었으며, 그의 건강행위에 관한 연구(Farrand & Cox, 1993; Clements et al., 2002; 김신정과 안은숙, 1997; 유은정, 1986; 허미영, 1988)는 대부분이 건강검진, 간염 예방접종 같은 하나의 예방적 건강행위를 측정하였으며, 건강습관에 관한 연구는 수면, 식습관, 운동만을 측정하므로써 정신적 측면과 사회적 측면을 포괄하지는 못하였다. 또한 건강통제위 특성, 건강신념, 건강상태와의 관계에 대한 연구결과들과 일치되지 않은 부분이 있음을 발견할 수 있었으며(신혜숙, 1998), 특히 간호대학생을 대상으로 한 연구는 매우 드물고 건강증진과 관련된 생활양식과 관련된 요인들 중 일부 요인들만이 규명되어 향후 간호대학생을 대상으로 한 반복연구에서 이들의 건강증진 생활양식

과 관련된 요인을 규명할 필요성을 제시하였다(성미혜, 2001).

이에 본 연구는 간호대학생들의 건강증진행위를 파악하고, 건강증진 행위에 영향을 미치는 변수를 규명함으로써 선행연구 결과 밝혀진 건강증진행위에 영향을 미치는 제변수가 간호대학생의 건강증진 생활양식과 어떠한 관련이 있는지 알아봄으로서 앞으로 간호사가 될 학생들의 효과적인 건강관리 기초자료를 제공하고자 한다.

## 2. 연구의 목적

본 연구는 Pender(1996)의 건강증진 모형을 기초로 일부 간호대학생의 건강증진 행위를 이해하고 건강증진 행위에 영향을 미치는 요인을 분석하여 여대생의 건강증진 행위를 증진시킬 수 있는 간호중재에 활용될 수 있도록 자료를 제공하기 위해 시행되었다.

- 1) 간호대학생의 개인적 요인, 행위와 관련된 인지 및 감정 요인을 파악한다.
- 2) 간호대학생의 건강증진 행위 이행정도를 파악한다.
- 3) 간호대학생의 개인적 요인, 행위와 관련된 인지 및 감정요인과 건강증진 행위와의 관계를 파악한다.
- 4) 건강증진 행위에 영향을 미치는 요인의 영향정도를 파악한다.

## 3. 용어의 정의

### 1) 지각된 건강상태

자신의 건강에 대한 주관적인 평가(Ware, 1976)를 의미하며, Lawton 등(1982)의 도구를 수정한 단일문항 도구로 측정된 점수로 정의된다.

### 2) 지각된 유익성·장애성

지각된 유익성은 건강증진 행위 이행이 자신에게 이득이 될 것이라고 지각하는 것(오복자, 1994)이며, 문정순(1990)의 건강신념 측정도구 중 유익성에 관한 항목을 기초로 수정한 도구로 측정된 점수로 정의된다.

지각된 장애성은 건강증진 행위를 수행하는데 따르는 부정적인 측면에 대해 지각하는 것(오복자, 1994)

을 말하며, 문정순(1990)의 건강신념 측정도구 중 장애성에 관한 항목을 기초로 수정한 도구로 측정된 점수로 정의된다.

### 3) 자기효능감

개인이 특수한 목표를 달성하는데 필요한 어떤 행동이나 행위를 수행할 수 있다는 개인의 자신감에 대한 믿음(Bandura, 1977)이며, Sherer와 Maddux(1982)가 개발된 일반적 자기효능감 도구로 측정된 점수로 정의된다.

### 4) 자아존중감

자아개념의 평가적 요소로서 자아를 긍정적으로 수용하고 가치있는 인간으로 인지하는 것(Tafe, 1985)이며, Rosenberg(1965)가 개발하였고 전병재(1974)가 변안한 도구를 기초로 수정한 도구로 측정된 점수로 정의된다.

### 5) 행동과 관련된 감정

특별한 행위의 수행과 그 행위의 결과에 대한 평가적인 자신의 반응과 관련된 개인의 감정(Pender, 1996)이며, 송라윤(1995)의 Emotional salience scale을 기초로 수정한 도구로 측정된 점수로 정의된다.

### 6) 사회적 지지

사회적 결속을 통해 개인을 둘러싸고 있는 의미있는 사람의 조직망으로서 대상자가 배우자, 가족, 친구, 이웃 등의 대인관계적 상호작용을 통해 받는 물질적, 정신적 도움(Norbeck, Linsey & Carrier, 1981)을 의미하며, Cohen과 Hoberman(1983)이 개발하였고 서문자(1988)가 수정한 도구로 측정된 점수로 정의된다.

### 7) 통제성

스트레스원을 적절히 평가하고 설명하는데 필요한 자신감으로, 역경이나 우발적인 사건에 직면했을 때 무기력하게 느끼기보다는 자신이 생활사건의 경과에 영향을 미칠 수 있다는 믿음(Kobasa, 1979)을 의미하며, Pollock(1986)이 개발하였고 서연옥(1994)이 수정보완한 건강관련 강인성 도구중 통제성 영역의 문항으로 측정된 점수로 정의된다.

### 8) 건강증진 행위

개인이나 집단의 최적인 안녕, 자아실현, 개인적인 성취를 유지하거나 증진시키려는 방향으로 취해지는 행위(Pender, 1987)이며, Walker 등(1987)이 개발한 HPLP(health-promoting lifestyle profile)을 수정한 도구로 측정된 점수로 정의된다.

## 4. 연구의 제한점

본 연구에서 수집된 자료는 일부 간호대학생을 대상으로 임의 추출하였으므로 연구 결과의 적용시 신중을 기할 필요가 있다.

## II. 문헌 고찰

### 1. 건강증진 행위

최근들어 간호사들이 국민의 안녕수준과 건강에 관심을 갖고 건강증진의 중요성이 대두되면서 모든 사람들이 건강목표에 도달하기 위해서는 질병예방이나 예방적 건강행위 뿐 아니라 건강증진 행위의 영역에 대한 과학적 지식이 요구되어지고 있다(Kulbok & Baldwin, 1992). Pender(1986)는 이러한 건강증진에 대한 관심의 증가는 다음의 몇가지 이유에서 바람직하다고 하였다. 첫째 인간수명의 연장과 더불어 삶의 질을 높이는 생활은 평상시 건강한 생활양식을 통하여 가능하다는 것이고, 둘째로 건강증진과 질병예방은 병을 치료하는 것보다 건강관리 접근면에서 바람직하다는 것이며 셋째로 건강할 때 사람들을 교육하는 것이 질병에 걸린후 치료하는 것보다 건강관리 비용면에서 훨씬 경제적이라는 것이다.

변영순과 장희정(1992)에 의하면 건강증진이란 안녕을 성취하기 위하여 대상자 스스로 필요한 요구를 확인하여 생활양식을 변화하도록 대상자로 하여금 힘을 갖게 하는 활동이 확장되는 것으로서 건강증진 개념속에는 안녕지향성, 힘을 가짐, 주관성, 변화성, 확장성의 5가지 속성이 있다고 하였다.

Pender(1982)는 건강증진 행위를 "건강한 생활양식을 증진시키기 위한 개인적 또는 지역사회적 활동으로서 개인의 안녕수준과 만족감을 유지하거나 높이고

자아실현을 이루는 방향으로 취해지는 활동"으로 설명하고 있다. Pender(1982)는 건강증진행위와 건강보호행위는 그 어휘에 있어 소극적인 것과 적극적만을 뿐 의미는 같은 것으로 볼 수 있다고 하였다. 이후 Pender(1987)는 건강증진에 대한 정의를 "안녕을 증가시키고 개인, 가족, 지역사회의 건강잠재력을 실현시키기 위해 행하는 활동"으로 재정의 하였다.

이러한 Pender(1982, 1987)의 정의를 보면 건강증진은 대상자의 안녕과 건강잠재력을 실현시키는 활동이면서 그안에 건강행위를 포함하고 있다고 볼 수 있다. 사실 간호학에서 건강증진이란 개념으로 연구가 시작된 것은 비교적 최근의 일이며 그 이전에는 건강행위, 건강보호행위라는 용어로 연구가 이루어져 왔다. 건강행위란 Becker(1974)의 건강신념 모델에서 출발하였고 우리나라에서 김애경(1994)은 전국의 164명의 성인을 대상으로 개방형 질문을 이용하여 성인의 건강행위를 분석하여 17개 범주를 발견한 결과 '심리적 편안함 유지, 대인관계유지, 일을 행함, 운동, 휴식, 자연식, 기호품 제한, 음식물의 선별섭취, 균형된 식이, 건강진단, 취미생활, 보조 약품의 사용, 이완요법, 위험예방행위, 자연과의 접촉, 건강식품의 사용, 종교생활'을 보고하였다. 또한 박인숙(1995)은 한국성인의 건강증진 행위를 식생활, 위생적 생활, 운동 및 활동, 전문적인 건강관리, 휴식, 수면, 여가활동, 조화로운 관계, 자아조절, 자아실현의 하부영역으로 분류하였으며, 소회영 등(1996)은 문헌고찰과 현장연구를 통해 한국인의 건강증진을 건강관리, 규칙적 생활, 심신관리, 절제생활, 스트레스 관리, 기호품 제한, 위생습관, 식사습관, 사고 등 9가지 영역으로 분류한 바 있다. 윤진(1990)은 건강증진 행위를 개인의 안녕수준의 유지증진과 자아완성, 성숙을 향한 행동이라고 정의한 바 있다.

국외의 건강증진 행위와 관련된 문헌을 보면 Tanner(1991)는 건강증진 행위의 범주를 신체적 활동범주, 스트레스 관리범주, 영양적 관행의 범주, 건강보호행위 범주로 나누었으며 Pender(1987)는 자아실현, 건강책임, 운동, 영양, 대인관계지지, 스트레스 관리를 건강증진 행위의 하위범주로 확인하였다.

이상의 문헌을 종합해 볼 때 건강증진 행위란 안녕과 자아실현을 이루고 건강잠재력을 극대화하기 위해

취해지는 활동으로 정의할 수 있다.

## 2. 건강증진 행위 수행과 관련된 선행연구

간호학에서 건강증진 행위를 설명하기 위한 모델로서 가장 많이 이용되어 온 것은 Pender의 Health Promotion Model(HPM)로서 이 HPM은 건강증진 행위를 설명하고 예측할수 있는 다변수를 제안하고 있다. 그러나 Pender의 HPM을 설명하는 변수가 너무 많아 어떤 한 논문에서 이것들을 모두 다 규명하기는 사실상 어렵고 그중에서 일부분 변수만을 규명하는 연구들이 다수를 이루어왔다. 연구대상으로 볼 때 직장인(송연신, 1997; 윤진, 1990; 이태화, 1989; Kerr et al., 2002; Duffy, 1996; Pender et al., 1990; Weizel, 1989), 환자(오복자, 1994; Stuijbergen et al., 2000), 일반성인(정미숙, 1999; 전정자 등, 1996; 박인숙, 1995; 소회영 등, 1995; 서연옥, 1994; Johnson, 1993; Duffy, 1988), 노인(송경애 등, 2000; Gu & Eun, 2002; Kim et al., 1998; Speake et al., 1989), 청소년(Pender, 2002; Kustner & Fong, 1993) 등 다양한 대상에게 연구가 이루어져 왔다.

직장인을 대상으로 한 연구를 보면 Weitzel(1989)은 179명의 근로자를 대상으로 연구한 결과 자아존중감이 건강증진 행위를 14% 설명하는 가장 영향력있는 요인으로 나타났고 내적 통제위, 외존성통제위, 지각된 건강상태 및 연령이 건강증진 행위의 29%를 설명한다고 하였다. 이태화(1989)가 직장인을 대상으로 건강증진 행위 결정요인을 연구한 결과 자존감, 내적통제위, 타인의존 통제위, 건강상태, 연령의 순으로 건강증진 행위를 설명한다고 하였으며 여성근로자를 대상으로 연구한 송영신(1997)의 연구에 의하면 건강지각, 통제성, 근무형태, 자기효능 순으로 건강증진 행위를 설명하였으며 이들 변수의 설명력은 17.25%라고 하였다.

대학생을 대상으로 연구한 Tashiro(2002)는 지각된 건강상태, 행동계기, 지각된 건강개념, 학과에 의해 건강증진 행위가 결정되며 30.04%의 결정계수를 나타낸다고 보고하였다. 박미영(1993)은 지각된 건강상태, 내적통제위, 건강의 중요성 인식, 건강개념, 타인의존 통제위가 건강증진 행위의 28.19%를 설명한다고 하였

으며 같은 대학생을 대상으로 연구한 박현숙(1997)의 연구에서는 처음으로 낙관주의라는 변수를 도입하여 연구한 결과 낙관주의, 타인의존 통제위, 내적통제위, 자아존중감 등이 건강증진 행위를 36.4% 설명한다고 하였다. 여대생의 건강증진 행위와 월경불편감, 우울과의 관계를 연구한 황란희(2002)의 연구결과 여대생의 건강증진 행위 결정요인은 음주, 우울 정도, 학년으로 11.4%를 설명한다고 하였다. 여대생을 대상으로 연구한 김명희, 전미영(2001)의 연구에 의하면 자기 효능감, 사회적지지, 지각된 건강상태가 여대생의 건강증진 행위를 설명해주는 주요변인이었으며 25%의 설명력을 보였다고 보고하고 있다. 또한 간호대학생을 대상으로 연구한 성미혜(2001)의 연구에 의하면 간호대학생의 건강증진 행위에 가장 영향력있는 변수가 사회적지지이며 이외에 운동경험, 자기효능 및 통제성이 포함되어 전체 건강증진 행위의 35%를 설명한다고 하였다.

위암환자를 대상으로 한 오복자(1994)의 연구에서는 자기효능감, 자아존중감, 지각된 유익성, 장애성, 민감성, 심각성, 건강통제위, 지각된 건강상태, 대인관계 영향, 건강개념이 건강증진 행위를 57.6% 설명한다고 하였다.

일반 성인을 대상으로 한 연구를 보면 Duffy(1988)는 35-65세 중년여성 262명을 대상으로 연구한 결과 건강통제위, 자존감, 건강상태, 건강에 대한 관심, 고등학교 졸업이상의 학력 등이 건강증진 행위를 25% 설명한다고 보고하였다. 전정자 등(1996)은 서울, 경기 지역의 성인을 대상으로 연구한 결과 자아존중감, 연령, 교육수준, 성별, 가족월수입 등이 건강증진 행위를 24.1% 설명한다고 하였다. 정미숙(1999)은 건강증진 센터 내원자를 대상으로 연구한 결과 자기효능감이 가장 큰 영향을 주는 변인이었으며 그의 지각된 장애성, 종교유무, 지각된 유익성, 지각된 증상 유무, 연령을 포함하여 건강증진 행위에 대한 43.5%의 설명력을 나타내었다. 서연옥(1994)은 중년여성 254명을 대상으로 연구하였으며 건강증진 행위에 직접적인 영향을 주는 변수는 강인성, 자기효능, 사회적 지지였으며 성역할 장애성과 성역할 고정관념은 강인성과 자기효능을 통한 간접효과가 있다고 보고하였다. 20-59세 사이의 성인을 모집단으로 연구한 박인숙(1995)의 연구에 의하면 자아존중감이 16.9%의 설명

력을 가졌고 그다음 연령, 내적 통제위, 성별, 지각된 건강상태, 타인의존적 통제위, 종교, 결혼상태 순으로 10.7%가 추가되어 총 30.3%의 설명력을 나타내었다고 보고하였다.

자아존중감이 건강증진 행위의 주요한 결정요인임은 많은 선행연구(김영애 외, 2000; 박현숙, 1997; 박인숙, 1995; 김혜숙과 최연순, 1993; 이태화, 1989; Weitzel, 1989; Farran & Cox, 1993; Duffy, 1988)에서 주장되어 왔다. 박현숙(1997)은 자아존중감이 질적인 삶을 유지시켜주는 기반이 되며 건강증진 행위에 영향을 주는 중요한 변수라고 지적하였으며 Barbara & Sue(1991)는 자아존중감이 높은 사람이 건강증진의 하위개념인 운동을 더 잘 실천한다고 보고하여 자아존중감이 높은 사람은 건강증진 행위를 더 잘 이행한다고 하였다.

지각된 건강상태와 건강증진 행위에 대한 선행연구에서는 지각된 건강상태와 건강증진 행위와 유의한 상관관계를 보인다고 보고한 선행연구(문영희, 2001; 홍희현과 김정남, 1999; 김명자와 송효정, 1997; 박인숙, 1995; 이태화, 1989; Pender, 1990)와 지각된 건강상태와 건강증진 행위와는 관계가 없다고 보고한 오복자(1994)와 박현숙(1997)의 결과를 통해 볼 때, 지각된 건강상태가 건강증진행위의 중요한 변수이기는 하나 반대결과와 견해도 공존하고 있으므로 이의 규명을 위한 반복연구가 요구된다 하겠다.

지각된 유익성과 장애성에 대한 선행연구에서 Maridee & Mary(1994)는 Pender의 건강증진행위의 하위개념 중 운동에 대한 지각된 이의성과 장애성에 대한 연구에서 운동과 지각된 이의성, 장애성이 의미있는 결과를 나타내었다고 보고하고 있다. 오복자(1995)의 연구에서도 지각된 장애성이 위암환자의 건강증진 행위에 중요한 부적 영향요인임을 주장하였다.

자기효능감과 건강증진 행위와의 선행연구(정미숙, 1999; 홍희현과 김정남, 1999; 송영신, 1997; 오복자, 1995; Kerr et al., 2002; Pender, 2002)에서 자기효능감은 건강증진 행위를 결정하는 중요한 변수로 확인되었다. 건강증진 센터 내원자를 대상으로 한 정미숙(1999)의 연구에서는 자기효능감이 건강증진 행위에 가장 영향을 미치는 주요 변인(5.8%)이었으며 김효정(1996)의 연구에서도 자기효능감이 건강증진행

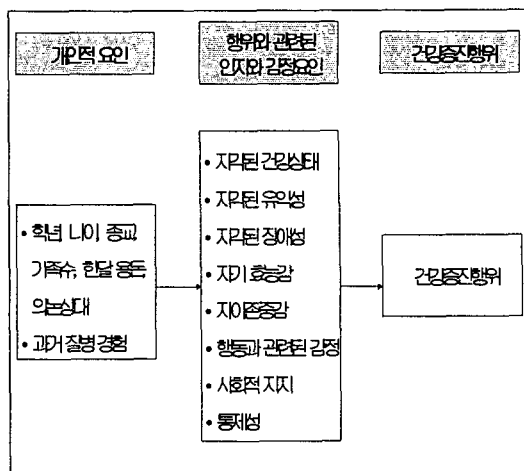
위를 단독으로 22.5%를 설명하는 매우 중요한 인자로 자기효능감은 인간의 행동이 변화되기 위한 매우 중요한 결정요인(Bandura, 1977)임을 지지하는 자료가 되었다. 행동과 관련된 정서는 자기효능감과 행동계획 수립을 통해 직접, 간접적으로 건강증진 행위에 영향을 미치는 요인이며(Pender, 1996) 사회적 지지가 건강증진 행위의 중요한 결정변수임은 홍외현과 김정남(1999)의 연구에서 확인이 되었다.

통제성과 건강증진 행위에 대한 선행연구 결과(송영신, 1997; 서연옥, 1996; 오복자, 1995; 박미영, 1993; 이태화, 1989; Pamela et al., 1994) 통제성이 건강증진 행위와 유의한 관계가 있음을 확인하였다. 중년여성을 대상으로 한 서연옥(1996)의 연구에서 통제성은 강인성의 하부요인으로 강인한 성격특성을 가진 사람들이 건강증진 행위의 수행정도가 높다고 보고하였으며 통제성을 포함시킨 건강증진 행위의 설명력이 25%로 나타났다고 하였다.

이상의 선행연구를 통하여 볼 때 Pender(1987)의 건강증진 모델을 설명하는 결정변수로 자기효능감, 자아존중감, 통제위, 사회적지지, 지각된 장애성, 유익성 등 인지지가 변수임을 확인할수 있었으며 따라서 본 연구에서는 미래의 건강관리 요원으로서 간호대학생의 건강증진 행위를 설명하는 변수가 무엇인지 확인하고 그들의 건강모델로서의 역할을 촉진시키기 위한 보건교육에 기초자료를 마련하고자 본 연구를 실시하게 되었다.

### 3. 연구의 개념적 기틀

본 연구에서는 1996년 수정된 Pender의 건강증진 모형을 기초로 문헌고찰을 근거로 하여 개념적 기틀을 다음과 같이 구성하였다(그림 1).



〈그림 1〉 연구의 개념적 기틀

## Ⅲ. 연구 방법

### 1. 연구대상

본 연구의 대상은 경기도 지역에 소재한 K대학 간호학과에 재학중인 학생 중 연구목적에 이해하고 참여를 수락한 학생을 대상으로 하여 연구자가 직접 설문지를

2001년 11월 12일부터 11월 19일까지 구조화된 설문지를 자가보고 형식으로 작성하게 한 후 회수하였다.

총 수집된 자료는 249부로 이 중 부적절한 응답을 제외한 238부(95.6%)를 본 연구의 분석자료로 사용하였다.

### 2. 연구설계

본 연구는 Pender(1996)의 건강증진 모형을 기초로 문헌고찰을 통해 성인기 초기에 해당되는 간호대학생의 건강증진 행위를 설명하는 예측요인을 규명하고, 간호대학생에게서 건강증진 행위의 횡적인 자료를 수집하여 건강증진 행위에 영향을 미치는 요인을 확인하는 서술적 상관관계연구이다.

### 3. 연구도구

연구도구는 개인적 요인 7문항, 지각된 건강상태 1 문항, 지각된 유익성 10문항, 지각된 장애성 9문항, 자기효능감 17문항, 자아존중감 9문항, 행동과 관련된 감정 9문항, 사회적지지 18문항, 통제성 8문항, 건강 증진 행위 47문항으로 총 135문항으로 구성되었다.

#### 1) 개인적 요인

학년, 나이, 종교, 가족수, 한달 용돈, 의논상대, 과거 질병 경험을 조사하였다.

#### 2) 지각된 건강상태

지각된 건강상태는 Lawton 등(1982)의 도구를 수정한 단일 문항 5점 척도로 측정하였고 점수가 높을수록 건강하게 지각한다는 것을 의미한다.

#### 3) 지각된 유익성·장애성

문정순(1990)의 건강신념 측정도구 중 유익성과 장애성에 관한 항목을 기초로 본 연구자가 전문가의 조언을 받아 수정한 도구를 사용하였다. 지각된 유익성 10문항, 지각된 장애성 9문항의 4점 척도로 점수가 높을수록 지각된 유익성과 장애성이 높은 것을 의미한다. 개발당시 신뢰도는 지각된 유익성의 Cronbach's  $\alpha = .73$ , 지각된 장애성의 Cronbach's  $\alpha = .66$ 이었으며 예비조사 결과 지각된 유익성은 Cronbach's  $\alpha = .89$ , 지각된 장애성은 Cronbach's  $\alpha = .71$ 이었고, 본 연구에서는 지각된 유익성 Cronbach's  $\alpha = .86$ , 지각된 장애성 Cronbach's  $\alpha = .67$ 이었다.

#### 4) 자기효능감

Sherer와 Maddux(1982)가 개발하였고 오현수(1993)의 의해 번안된 일반적 자기효능감 도구를 사용하였다. 17문항 5점 척도로 점수가 높을수록 자기효능감이 높은 것을 의미한다. 개발당시 Cronbach's  $\alpha = .71$ 이었으며, 오현수(1993)의 연구에서는 Cronbach's  $\alpha = .80$ 이었다. 본 연구에서는 Cronbach's  $\alpha = .88$ 이었다.

#### 5) 자아존중감

Rosenberg(1965)가 개발하였고 전병재(1974)가 번안한 도구를 기초로 전문가의 조언을 받아 수정한 도구를 사용하였다. 9문항 4점 척도로 점수가 높을수록 자아존중감이 높은 것을 의미한다. 개발당시 Cronbach's  $\alpha = .85$ 이었으며 예비조사 결과 Cronbach's  $\alpha = .80$ 이었고, 본 연구에서는 Cronbach's  $\alpha = .82$ 이었다.

#### 6) 행동과 관련된 정서

송라윤(1995)의 Emotional salience scale을 전문가의 조언을 얻어 수정한 도구를 사용하였다. 총 9 문항 6점 척도로 점수가 높을수록 행동과 관련된 감정이 긍정적임을 의미한다. 개발당시 Cronbach's  $\alpha = .61$ 이었으며 예비조사 결과 Cronbach's  $\alpha = .75$ 이었고, 본 연구에서는 Cronbach's  $\alpha = .72$ 이었다.

#### 7) 사회적지지

Cohen과 Hoberman(1983)이 개발하였고 서문자(1988)가 수정한 도구를 사용하였다. 18문항 4점 척도로 점수가 높을수록 사회적 지지정도가 높은 것을 의미한다. 개발당시 Cronbach's  $\alpha = .90$ 이었으며 예비조사 결과 Cronbach's  $\alpha = .90$ 이었고, 본 연구에서는 Cronbach's  $\alpha = .90$ 이었다.

#### 8) 통제성

Pollock(1986)의 건강관련 강인성 도구를 서연옥(1994)이 수정보완한 강인성 도구중 통제성 영역을 사용하였으며 8문항 6점 척도로 점수가 높을수록 통제성이 높음을 의미한다. 개발당시 Cronbach's  $\alpha = .84$ 이었으며 본 연구에서는 Cronbach's  $\alpha = .63$ 이었다.

#### 9) 건강증진 행위

Walker 등(1987)이 개발한 HPLP(health-promoting lifestyle profile)을 전문가의 조언을 받아 우리실정에 맞지 않는 내용을 수정한 도구를 사용하였다. 47문항 4점 척도로 점수가 높을수록 건강증진 행위 이행정도가 높은 것을 의미한다. 개발당시 Cronbach's  $\alpha = .92$ 이었으며 예비조사결과 Cronbach's  $\alpha = .88$ 이었고, 본 연구에서는 Cronbach's  $\alpha = .89$

이었다.

## VI. 연구 결과

### 4. 자료분석 방법

자료분석은 SPSS-WIN 8.0을 이용하였다.

- 1) 개인적 요인은 실수와 백분율로 분석하였다.
- 2) 행위와 관련된 인지와 감정, 건강증진행위는 평균과 표준편차로 분석하였다.
- 3) 개인적 요인, 행위와 관련된 인지와 감정, 그리고 건강증진 행위와의 관계는 Pearson correlation coefficient로 분석하였다.
- 4) 건강증진 행위에 영향을 미치는 요인은 Stepwise multiple regression으로 분석하였다.

### 1. 대상자의 개인적 특성

대상자의 개인적 특성은 <표 1>과 같다. 3학년이 38.8%로 가장 많았고, 1학년이 32.7%, 2학년이 28.5%로 나타났다. 연령은 20세가 36.6%로 가장 많았으며 22세가 23.9%, 21세가 22.3%, 23세 이상은 9.7%, 19세 이하는 7.1%로 나타났고 평균 연령은 21세로 나타났다.

종교는 60.9%가 있는 것으로 나타났으며 이 중 기독교가 27.3%로 가장 많았고 불교가 19.3%, 천주교가 13.4%, 기타가 0.9%로 나타났으며 39.1%는 종교가 없는 것으로 나타났다.

<표 1> 대상자의 일반적인 특성

N=238

개인적 특성	분류	N(%)	M(SD)
학년	1학년	78(32.7)	
	2학년	68(28.5)	
	3학년	92(38.8)	
연령	19세 이하	17( 7.1)	21.00(1.40)
	20세	87(36.6)	
	21세	53(22.3)	
	22세	57(23.9)	
	23세 이상	23( 9.7)	
	무응답	1( 0.4)	
종교	유	65(27.3)	
	기독교	32(13.4)	
	천주교	46(19.3)	
	불교	2( 0.9)	
	기타	93(39.1)	
가족수	무	15( 6.3)	5.03(1.23)
	3명 이하	63(26.5)	
	4명	90(37.8)	
	5명	48(20.2)	
	6명	20( 8.4)	
	7명 이상	2( 0.8)	
한달용돈	무응답	34(14.3)	15.53(7.72)
	10만원 미만	58(24.4)	
	10만원 이상 ~ 14만원	52(21.8)	
	15만원 ~ 19만원	82(34.5)	
	20만원 이상	12( 5.0)	
의논상대	부모님	54(22.7)	
	친구	118(49.6)	
	본인	21( 8.8)	
	기타(선배, 종교단체)	5( 2.1)	
	무응답	40(16.8)	
과거 질병 경험	유	110(46.2)	
	무	128(53.8)	



가족수는 5명이 37.8%로 가장 많았으며 3명 이하가 6.3%로 가장 적게 나타났다. 한달 용돈은 20만원 이상이 34.5%로 가장 많았으며 10만원 미만이 14.3%로 가장 적게 나타났다. 의논상대는 친구가 49.6%로 가장 많았으며 부모님이 22.7%, 본인 스스로가 8.8%, 기타 선배나 종교단체 등이 2.1%로 나타났다.

과거 질병 경험은 53.8%가 없는 것으로 나타났고 46.2%가 있는 것으로 나타났다.

## 2. 대상자의 행위와 관련된 인지와 감정

대상자의 행위와 관련된 인지와 감정 요인을 살펴보면 <표 2>와 같다. 지각된 건강상태는 총 5점에 평균 3.25점으로 나타났으며, 지각된 유익성과 장애성은 총 4점에 평균 3.23점과 2.45점으로 나타났다. 자아존중감은 총 4점에 2.97점으로 나타났고, 자기 효능감은 총 5점에 3.41점으로 나타났으며, 행동과 관련된 정서는 총 6점에 4.11점으로 나타났다. 사회적 지지가 총 4점에 평균 2.89점으로 나타났으며, 통제성은 총 6점에 평균 4.19점으로 나타났다.

<표 2> 대상자의 행위와 관련된 인지와 감정

항 목	M(SD)
지각된 건강상태	3.25(0.78)
지각된 유익성	3.23(0.40)
지각된 장애성	2.45(0.36)
자기효능감	3.41(0.55)
자아존중감	2.97(0.43)
행동과 관련된 정서	4.11(0.71)
사회적 지지	2.89(0.46)
강인성1	4.31(0.67)
통제성	4.19(0.65)

## 3. 대상자의 건강증진 행위

대상자의 건강증진 행위 이행정도를 살펴보면 <표 3>과 같다. 건강증진 행위 이행정도는 총 4점 만점에 2.47점으로 중간정도 이상의 점수로 나타났다. 영역별 실천정도는 자아실현 영역이 2.94점으로 가장 높았으며, 대인관계 지지영역이 2.91점, 스트레스 관리 영역이 2.58점이었고, 건강책임과 운동 및 영양 영역이 2.07점으로 가장 낮게 나타났다.

<표 3> 대상자의 건강증진 행위

항 목	M(SD)
자아실현	2.94(0.50)
건강책임	2.07(0.45)
운동 및 영양	2.07(0.48)
대인관계 지지	2.91(0.53)
스트레스 관리	2.58(0.48)
건강증진행위	2.47(0.36)

## 4. 대상자의 건강증진 행위와 요인간의 상관관계

대상자의 전체 및 영역별 건강증진 행위와 관련된 요인간의 상관관계는 <표 4>와 같다.

전체 건강증진 이행정도와 지각된 건강상태, 지각된 유익성, 자기효능감, 자아존중감, 행동과 관련된 정서, 사회적지지, 통제성은 통계적으로 유의한 상관관계가 있는 것으로 나타났다.

영역별 건강증진 행위 이행정도를 살펴보면 자아실현은 지각된 건강상태, 지각된 유익성, 자기효능감, 자아존중감, 행동과 관련된 정서, 사회적지지, 통제성과 통계적으로 유의한 상관관계가 있는 것으로 나타났다. 건강책임은 자아존중감과 통계적으로 유의한 상관관계가 있는 것으로 나타났으며, 운동 및 영양은 지각된 건강상태, 자기효능감, 자아존중감, 행동과 관련된 정서

<표 4> 대상자의 건강증진 행위와 요인간의 상관관계

요인/변인	지각된 건강상태	지각된 유익성	지각된 장애성	자기 효능감	자아 존중감	행동과 관련된 정서	사회적 지지	통제성
HPLP	.180**	.183**	-.025	.311***	.446***	.394***	.447***	.169**
자아실현	.118	.241***	-.072	.395***	.560***	.454***	.453***	.276***
건강책임	.028	.012	.093	.077	.131*	.124	.099	-.035
운동 및 영양	.148*	.036	.089	.171**	.193**	.250***	.121	.078
대인관계 지지	.225***	.223***	-.220**	.282***	.405***	.325***	.615***	.175***
스트레스 관리	.159*	.191**	-.035	.197**	.347***	.260***	.465***	.108

\* <0.05    \*\* <0.01    \*\*\* <0.001

와 통계적으로 유의한 상관관계가 있는 것으로 나타났다. 대인관계 지지는 지각된 건강상태, 지각된 유익성, 지각된 장애성, 자기효능감, 자아존중감, 행동과 관련된 정서, 사회적지지, 통제성과 통계적으로 유의한 상관관계가 있는 것으로 나타났으며, 스트레스 관리는 지각된 건강상태, 지각된 유익성, 자기효능감, 자아존중감, 행동과 관련된 정서, 사회적지지와 통계적으로 유의한 상관관계가 있는 것으로 나타났다.

### 5. 건강증진 행위에 영향을 미치는 요인 분석

대상자의 건강증진 행위 이행에 영향을 미치는 행위와 관련된 인지적 감정요인은 통계적으로 유의한 상관관계가 있는 것으로 나타났다. 이들 요인들이 건강증진 행위를 설명하는 정도를 파악하기 위해 단계적 중회귀 분석(stepwise multiple regression)을 실시한 결과

〈표 5〉와 같이 나타났다. 자아존중감, 사회적 지지, 행동과 관련된 정서가 건강증진 행위 이행을 설명하는 요인으로 나타났다. 이 중 자아존중감이 가장 큰 영향을 주는 요인이었으며 다변수 상관관계 .509로 전체의 25.9%를 설명하는 것으로 나타났다. 다음으로 영향을 주는 요인으로는 사회적 지지로 이를 포함하면 35.7%를 설명하는 것으로 나타났다. 자아존중감, 사회적 지지, 그리고 행동과 관련된 감정을 모두 포함하면 다변수 상관관계수 .617로 38.0%를 설명하는 것으로 나타났다.

〈표 5〉 건강증진 행위에 영향을 미치는 요인 분석

변수	R	R <sup>2</sup>	F	P
자아존중감	.509	.259	64.233	.000
사회적 지지	.598	.357	50.893	.000
행동과 관련된 정서	.617	.380	37.240	.000

〈표 6〉 대상자의 개인적 특성에 따른 건강증진 행위 이행정도

	자아실현	F/t	건강책임	F/t	운동 및 영양	F/t	대인관계 지지	F/t	스트레스 관리	F/t	HPLP****	F/t	
학년	1학년	3.01(0.57)	0.916	2.08(0.55)	0.057	2.09(0.59)	0.215	2.95(0.52)	0.475	2.56(0.50)	0.136	2.50(0.39)	0.323
	2학년	2.91(0.51)	0.401	2.08(0.39)	0.945	2.08(0.44)	0.806	2.90(0.55)	0.623	2.56(0.52)	0.873	2.47(0.36)	0.724
	3학년	2.91(0.42)		2.06(0.38)		2.05(0.41)		2.87(0.52)		2.60(0.43)		2.46(0.33)	
나이	19세 이하	2.84(0.44)	0.996	2.14(0.47)	1.291	1.89(0.48)	0.757	2.79(0.30)	1.583	2.40(0.54)	0.993	2.38(0.31)	0.939
	20세	3.01(0.58)	0.411	2.11(0.52)	0.274	2.11(0.56)	0.55	2.95(0.58)	0.180	2.59(0.53)	0.412	2.52(0.40)	0.442
	21세	2.86(0.53)		1.95(0.38)		2.08(0.43)		2.92(0.54)		2.56(0.43)		2.43(0.34)	
	22세	2.91(0.43)		2.11(0.43)		2.05(0.47)		2.80(0.47)		2.55(0.45)		2.45(0.36)	
	23세 이상	2.98(0.24)		2.05(0.26)		2.04(0.30)		3.09(0.51)		2.70(0.43)		2.52(0.22)	
종교	유	2.97(0.47)	0.946	2.08(0.44)	0.425	2.07(0.47)	0.150	2.96(0.50)	1.929	2.62(0.47)	1.831	2.50(0.32)	1.112
	무		0.345		0.671		0.881		0.055		0.068		0.268
가족 수	3명 이하	2.90(0.54)		2.06(0.46)		2.08(0.51)		2.82(0.56)		2.50(0.49)		2.44(0.40)	
	4명	2.88(0.45)	0.149	2.12(0.60)	0.175	2.21(0.52)	0.669	2.90(0.57)	0.233	2.67(0.37)	0.186	2.52(0.36)	0.170
	5명	2.92(0.60)	0.963	2.07(0.45)	0.951	2.01(0.46)	0.614	2.87(0.59)	0.920	2.57(0.52)	0.946	2.45(0.38)	0.954
	6명	2.95(0.46)		2.09(0.43)		2.07(0.50)		2.95(0.43)		2.58(0.42)		2.49(0.33)	
	7명	2.96(0.50)		2.04(0.47)		2.11(0.47)		2.88(0.59)		2.57(0.55)		2.48(0.40)	
	7명 이상	2.99(0.49)		2.06(0.32)		2.11(0.49)		2.91(0.51)		2.53(0.54)		2.49(0.32)	
	월소득	10만원 미만	3.02(0.66)	1.632	2.12(0.48)	0.969	2.16(0.50)	0.893	2.96(0.54)	0.948	2.58(0.46)	3.101*	2.54(0.44)
월소득 ~ 14만원	10만원 이상	2.85(0.39)	0.183	1.98(0.31)	0.408	2.00(0.43)	0.445	2.80(0.50)	0.418	2.42(0.45)	0.028	2.38(0.29)	0.117
	15만원 ~ 19만원	3.04(0.47)		2.04(0.44)		2.07(0.52)		2.95(0.50)		2.66(0.46)		2.51(0.33)	
	20만원 이상	2.93(0.51)		2.09(0.48)		2.03(0.44)		2.91(0.56)		2.63(0.49)		2.47(0.34)	
	월소득	부도입	3.03(0.49)	1.919	2.15(0.50)	2.093	2.21(0.51)	3.044*	2.93(0.54)	1.862	2.61(0.45)	2.132	2.55(0.38)
주거 형태	친구		0.128		0.102		0.030		0.137		0.098		0.025
	본인	2.96(0.52)		2.07(0.45)		2.08(0.48)		2.93(0.53)		2.61(0.49)		2.49(0.36)	
	가족(선배)	2.72(0.60)		1.91(0.33)		1.88(0.42)		2.66(0.56)		2.33(0.54)		2.27(0.37)	
	가족(선배)	2.81(0.73)		2.42(0.69)		2.46(0.76)		2.64(0.49)		2.46(0.27)		2.55(0.34)	
	종교단체												
과거 질병 경험	유	2.97(0.54)	0.696	2.09(0.48)	0.615	2.06(0.52)	0.199	2.83(0.53)	1.991*	2.50(0.51)	2.305*	2.46(0.39)	0.576
	무		0.487		0.539		0.843		0.048		0.022		0.565
	무	2.92(0.46)		2.06(0.41)		2.08(0.45)		2.97(0.52)		2.64(0.44)		2.49(0.32)	

HPLP : Health Promoting Lifestyle Profile

\* <0.05 \*\* <0.01 \*\*\* <0.001

## 6. 대상자의 개인적 특성에 따른 건강증진 행위 이행정도

대상자의 개인적 특성에 따른 건강증진 행위 이행 정도는 <표 6>과 같다. 학년, 나이, 종교, 가족수는 건강증진 행위 이행 정도와 통계적으로 유의한 차이가 없는 것으로 나타났다.

한달용돈은 전체 건강증진 행위 이행 정도와는 통계적으로 유의한 차이는 없었으나, 스트레스 관리 영역과는 통계적으로 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다. 의논상대에 따라서는 전체 건강증진 행위 이행 정도와 운동 및 영양 영역이 통계적으로 유의한 차이를 나타내는 것으로 나타났다. 과거질병 경험은 대인관계 지지 영역과 스트레스 관리 영역에서 통계적으로 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다.

## V. 논 의

본 연구 대상자의 건강증진 행위 수행 정도는 4점 만점에 문항별 평균 2.47점으로, 선행연구(김명자 와 송효정, 1997; 박인숙, 1995; 이태화, 1989; 박현숙, 1977; Duffy, 1996; Pender et al., 1990; Walker et al., 1988)의 HPLP 점수와 비교해볼 때 비교적 낮은 수준으로 건강증진 행위를 수행하고 있었다. 대학생을 대상으로 연구한 이미라와 소희영(1997)의 2.301점에 비해 다소 높은 점수이지만 이것은 간호대학생들을 포함한 젊은이의 건강증진 수행 정도가 상대적으로 낮은 것으로서 미래에 건강관리 책임자로서 건강증진의 모델로서 건강증진 행위를 보다 더 적극적으로 수행할 수 있도록 동기화 해야 할 것이라고 사료된다. 영역별 실천 정도는 자아실현 영역이 2.94점으로 가장 높았고 건강 책임과 운동 및 영양 영역이 2.07점으로 가장 낮게 나타났다. 이러한 결과는 선행연구(정미숙, 1999; 윤은자, 1997; 서연옥, 1995; 박한정, 1994; 이태화, 1989; Duffy, 1996; Lusk et al., 1995; Walker et al., 1990)와 일치하는 결과로서 자아실현을 통한 건강증진 행위는 잘 이루어지고 있으나 반면 운동이나, 건강 책임, 영양을 통한 건강증진 행위 수행 정도는 잘 이루어지지 않고 있어 간호대학생들의 운동과 건강 책임, 영양 교육을 강화해야 할 것으로

사료된다. 대학생들의 운동을 증진시키기 위한 방안으로 Wu & Pender(2002)는 운동행위에 가장 큰 영향을 미치는 요소가 자기효능감이므로 이들의 운동계획 속에 자기효능 증진을 포함한다면 더욱 효과가 클 것이라고 제시하였다.

본 연구에서 건강증진 행위에 유의한 차이를 보이는 개인적요인을 보면 한달용돈은 전체 건강증진 행위 이행 정도와는 통계적으로 유의한 차이는 없었으나, 스트레스 관리 영역과는 통계적으로 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다. 의논상대에 따라서는 전체 건강증진 행위 이행 정도와 운동 및 영양 영역이 통계적으로 유의한 차이를 나타내는 것으로 나타났다. 과거질병 경험은 대인관계 지지 영역과 스트레스 관리 영역에서 통계적으로 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다. 기타 학년, 나이, 종교, 가족수는 건강증진 행위 이행 정도와 통계적으로 유의한 차이가 없었다. 즉 의논 상대가 있을수록 운동 및 영양관리를 잘하며 결과적으로 건강증진 행위 수행 정도가 높았고 한달용돈이 많을수록 스트레스 관리 점수가 높았고 과거 질병 경험이 없을수록 대인관계 지지영역과 스트레스 관리 영역 점수가 높았다. 이러한 결과를 통하여 적절한 의논상대가 건강증진 행위 수행을 촉진시킨다고 볼 수 있으며 이것은 대학생을 대상으로 한 이미라(1997)의 연구결과에 의해 건강증진 행위 수행의 지지원으로 부모가 79.3%로 가장 많았고 그 다음으로 친구 15%인 것으로 나타난 것과 같은 결과이며 이것은 대학생에 대한 부모의 이해와 관심이 필요하며 개별적, 단계적 지지를 강화시킬 수 있는 구체적인 간호중재 방안이 마련되어야 할 필요성이 있음(홍외현과 김정남, 1999)을 시사해 주고 있다. 그러나 윤은자(1997)의 연구에 의하면 실제 대학생들의 의논상대를 보면 친구나 선배가 52.5%로 가장 많고 그 다음이 스스로 해결한다가 29.4%, 그리고 부모라고 답한 학생은 7.5%에 불과해 실제적으로 지역사회내에서 부모의 지지와 협조를 위한 교육이 강화되어야 할 것으로 사료된다.

자아존중감과 건강증진 행위와의 관계는 유의한 정적상관관계가 있는 것으로 나타났으며 요인별로 볼 때 건강증진 생활양식의 5개요인 모두와 정적 상관관계를 보였다. 이러한 결과는 자아존중감이 높은 사람이 건강증진 행위를 더 잘 수행한다는 선행연구결과(김영애

등, 2000; 박현숙, 1997; 박인숙, 1995; 김혜숙과 최연순, 1993; 이태화, 1989; Duffy, 1988)와 일치하고 있다. 박현숙(1997)은 자아존중감은 질적인 삶을 유지시켜주는 기반이 되며 건강증진 행위에 영향을 주는 중요한 변수라고 지적하였으며, Barbara & Sue (1991)는 자아존중감이 높은 사람이 건강증진의 하위 개념인 운동을 더 잘 실천한다고 보고하여 자아존중감이 높은 사람은 건강증진 행위를 더 잘 이행한다는 선행연구 결과를 다시 확인할 수 있었다. 지각된 건강상태와 건강증진 행위와의 관계는 유의한 정적상관관계가 있는 것으로 나타났으며 요인별로 볼 때 건강증진 행위의 5개요인 중 운동 및 영양, 대인관계 지지, 스트레스 관리 영역과 정적상관관계를 보였다. 이는 지각된 건강상태와 건강증진 행위와 정상관관계를 보인다고 보고한 선행연구(문영희, 2001; 홍희현과 김정남, 1999; 김명자와 송효정, 1997; 박인숙, 1995; 이태화, 1989; Pender, 1990)와 일치하는 결과를 보이거나 지각된 건강상태와 건강증진 행위와는 관계가 없다고 보고한 오복자(1994)와 박현숙(1997)의 결과와는 다른 결과를 나타내고 있어 지각된 건강상태와 건강증진행위의 규명을 위한 반복연구가 요구된다 하겠다. 그러나 본 연구대상자에서 자신의 건강상태가 좋다고 지각하는 군에서 건강증진행위를 더 잘 수행하는 것으로 나타났고 건강상태가 나쁘다고 지각한 군에서 건강증진 행위를 낮게 수행하는 것으로 나타났다.

지각된 유익성은 건강증진 행위와 유의한 정상관관계가 있었으며 요인별로 볼 때 건강증진 행위의 5개요인 중 자아실현, 대인관계 지지, 스트레스 관리 영역과 정적상관관계를 보였다. 지각된 장애성은 건강증진 행위와 유의한 상관관계가 없었으며 요인별로 볼 때 건강증진 행위의 5개요인 중 대인관계지지와 유의한 부적상관관계를 보였다. 이것은 지각된 유익성이 높은 군이 건강증진 행위를 더 잘 수행하는 반면 지각된 장애성은 건강증진 행위에 보다 많은 영향을 미치지 않는 것으로 해석할 수 있다. Maridee & Mary(1994)는 Pender의 건강증진행위의 하위개념 중 운동에 대한 지각된 이익성과 장애성에 대한 연구에서 운동과 지각된 이익성, 장애성이 의미있는 결과를 나타내었다고 보고하고 있다. 그러나 위암환자를 대상으로 한 오복자(1994)의 연구에서 지각된 장애성은 건강증진 행위에

직접적인 영향을 주기보다는 자기효능을 통해 간접적으로 영향을 주어 전체적으로 건강증진 행위에 유의한 영향을 주는 것으로 나타났으며 추후 오복자(1995)의 연구에서 지각된 장애성이 건강증진 행위에 중요한 부적 영향요인임을 주장하였다. 이것은 일반인과 환자군의 차이에 의한 것으로 환자군에서 실제로 건강증진 행위를 시행하는 데 장애를 주는 요인이 많이 존재할 경우 그렇지 않은 경우에 비해 건강증진 행위에 영향을 받을 것으로 사료되며 일반인의 경우에는 지각된 유익성에 의한 영향보다는 다른 영향을 더 많이 받는 것으로 사료된다. 정미숙(1999)은 일반성인을 대상으로 건강증진 행위의 중요성과 유익성을 교육하고 또한 주로 당면할수 있는 질환과 이것에 대한 예방 및 대책을 교육하면 지각된 장애성을 극복하고 건강증진 행위가 실질적 행위로 옮겨지도록 하는데 도움이 된다고 하였다.

자기효능감은 건강증진 행위와 유의한 정상관관계가 있었으며 이것은 선행연구결과(정미숙, 1999; 홍희현과 김정남, 1999; 오복자, 1995; Kerr et al., 2002)와 일치하는 결과이다. 건강증진 센터 내원자를 대상으로 한 정미숙(1999)의 연구에서는 자기효능감이 건강증진 행위에 가장 영향을 미치는 주요 변인(5.8%)이었으며 김효정(1996)의 연구에서도 자기효능감이 건강증진행위를 단독으로 22.5%를 설명하는 매우 중요한 인자로 자기효능감은 인간의 행동이 변화되기 위한 매우 중요한 결정요인(Bandura, 1977)임을 지지하는 자료가 되었다. 자기효능감은 영역별로 볼 때 건강증진 행위의 5개요인 중 자아실현, 운동 및 영양, 대인관계 지지, 스트레스 관리 영역과 정적상관관계를 보였다.

행동과 관련된 정서는 건강증진 행위와 유의한 상관관계가 있었으며 요인별로 볼 때 건강증진 행위의 5개요인 중 자아실현, 대인관계 지지, 스트레스 관리 영역과 정적상관관계를 보였다. 행동과 관련된 정서는 자기효능감과 행동계획 수립을 통해 직접, 간접적으로 건강증진 행위에 영향을 미치는 요인으로(Pender, 1996) 본 연구를 통해서도 지지되었다.

사회적 지지는 건강증진 행위와 유의한 정상관관계가 있었으며 요인별로 볼 때 건강증진 행위의 5개요인 중 자아실현, 대인관계 지지, 스트레스 관리 영역과 정

적상관관계를 보였다. 이것은 사회적 지지가 건강증진 행위에 긍정적인 영향을 미친다는 선행연구 결과(김명희와 전미영, 2001; 성미혜, 2001; 홍의현과 김정남, 1999)와 일치하는 바로서 건강증진 행위를 높이기 위해 긍정적인 사회적 지지가 필요함을 다시 한번 입증해 주었으므로 간호사를 비롯한 건강관리자들의 지지가 매우 중요하다고 할 수 있다.

통제성은 건강증진 행위와 유의한 정상관관계가 있었으며 선행연구 결과(서연옥, 1996; 이태화, 1989)와 일치한다. 중년여성을 대상으로 한 서연옥(1996)의 연구에서 통제성은 강인성의 하부요인으로 강인한 성격특성을 가진 사람들이 건강증진 행위의 수행정도가 높다고 보고하였으며 통제성을 포함시킨 건강증진 행위의 설명력이 25%로 나타났다고 하였다. 통제성은 건강증진행위의 하부 요인별로 볼 때 건강증진 행위의 5개요인 중 자아실현, 대인관계 지지 영역과 유의한 정적상관관계를 나타내었으며 이것은 Pamela et al. (1994)의 연구결과와 유사한 결과로서 통제성이 자아실현과 대인관계 지지에 영향을 미치고 있음을 확인할 수 있었다.

본 연구에서 간호대학생의 건강증진 행위 이행에 영향을 미치는 요인으로 자아존중감, 사회적 지지, 행동과 관련된 감정이 건강증진 행위 이행을 설명하는 요인으로 나타났다. 이 중 자아존중감이 가장 큰 영향을 주는 요인이었으며 다변수 상관관계 .509로 전체의 25.9%를 설명하는 것으로 나타났다. 자아존중감이 건강증진 행위에 영향을 미치는 유의한 변수임은 선행연구(김영애 등, 2000; 오복자, 1995; 이태화, 1989) 결과와 일치하고 있으며 다음으로 영향을 주는 요인으로 사회적 지지로 이를 포함하면 35.7%를 설명하는 것으로 나타났다. 자아존중감, 사회적 지지, 그리고 행동과 관련된 감정을 모두 포함하면 다변수 상관계수 .617로 38.0%를 설명하는 것으로 나타났다. 이러한 결과는 간호대학생을 대상으로 연구한 성미혜(2001)의 연구에서 간호대학생의 건강증진 행위에 가장 영향력있는 변수가 사회적지지이며 이외에 운동경험, 자기효능 및 통제성이 포함되어 전체 건강증진 행위의 35%를 설명한다고 한 결과와 다소 유사한 결과를 보여 자기효능과 사회적 지지가 간호대학생의 건강증진 행위에 중요한 변수임을 다시 한번 확인 할 수 있었다.

그외 여대생을 대상으로 연구한 김명희, 전미영(2001)의 연구에서 자기효능감, 사회적지지, 지각된 건강상태가 여대생의 건강증진행위를 설명해주는 주요변인이었으며 25%의 설명력을 보였다고 보고한 결과에 비하면 다소 높은 설명력을 나타내었다. 또한 중년여성을 대상으로 한 서연옥(1995)의 연구결과 도전성, 결혼생활 만족도, 통제성을 포함하여 건강증진 행위를 25% 설명한다는 결과와 직장인을 대상으로 한 이태화(1989)의 연구결과 자아존중감, 건강통제위, 건강상태, 연령이 포함되어 전체 29%의 설명력을 나타냈다는 연구결과에 비해 다소 높은 설명력을 나타냈다. 또한 285명의 근로자에게 연구를 실시한 윤진(1990)의 연구결과에서는 자아개념, 일주근무시간, 학력을 포함하여 건강증진 행위의 18.7%를 설명한다고 보고하였고 Pender 등(1990)의 연구에서도 포괄적 건강개념, 타인의존 통제위, 자기효능, 고연령, 여자, 장기간의 운동을 포함하여 건강증진 행위를 31% 설명한다고 했던 결과에 비해 본 연구결과는 다소 높은 설명력을 나타내었다.

이상의 연구결과 간호대학생들에 있어서 건강증진 행위 수행에 중요한 변수로서 자기효능감과 사회적지지, 자아존중감이 확인되었으므로 이들을 증진시키는 프로그램을 실시함과 아울러 건강증진 행위를 증진시키기 위한 건강교육을 함께 실시하면 효과가 좋을 것이다.

## VI. 결론 및 제언

본 연구는 Pender(1996)의 건강증진 모형을 기초로 일부 간호대학생의 건강증진 행위를 이해하고 건강증진 행위에 영향을 미치는 요인을 규명하기 위한 서술적 상관관계연구이다. 연구대상은 경기도 지역에 소재한 K대학 간호과에 재학중인 학생 238명으로 2001년 11월 12일부터 11월 19일까지 구조화된 설문지를 자가보고 형식으로 작성하게 한 후 회수하였다. 수집된 자료는 SPSS 통계프로그램을 이용하였으며 연구목적에 따라 서술통계방법, Pearson correlation coefficient, Stepwise multiple regression을 이용하여 분석하였다.

그 결과는 다음과 같았다.

1) 본 연구 대상자의 건강증진 행위 이행정도는 총 4점 만점에 2.47점이었고 자아실현 영역이 2.94점으로 가장 높았으며, 대인관계 지지영역이 2.91점, 스트레스 관리 영역이 2.58점이었고, 건강책임과 운동 및 영양 영역이 2.07점으로 가장 낮게 나타났다.

2) 건강증진 행위와 관련된 제 요인을 분석한 결과는 다음과 같다.

전체 건강증진 이행정도와 지각된 건강상태, 지각된 유익성, 자기효능감, 자아존중감, 행동과 관련된 정서, 사회적지지, 통제성은 통계적으로 유의한 상관관계가 있는 것으로 나타났다.

영역별 건강증진 행위 이행정도를 살펴보면 자아실현은 지각된 건강상태, 지각된 유익성, 자기효능감, 자아존중감, 행동과 관련된 정서, 사회적지지, 통제성과 통계적으로 유의한 상관관계가 있는 것으로 나타났다. 건강책임은 자아존중감과 통계적으로 유의한 상관관계가 있는 것으로 나타났으며, 운동 및 영양은 지각된 건강상태, 자기효능감, 자아존중감, 행동과 관련된 정서와 통계적으로 유의한 상관관계가 있는 것으로 나타났다. 대인관계 지지는 지각된 건강상태, 지각된 유익성, 지각된 장애성, 자기효능감, 자아존중감, 행동과 관련된 정서, 사회적지지, 통제성과 통계적으로 유의한 상관관계가 있는 것으로 나타났으며, 스트레스 관리는 지각된 건강상태, 지각된 유익성, 자기효능감, 자아존중감, 행동과 관련된 정서, 사회적지지와 통계적으로 유의한 상관관계가 있는 것으로 나타났다.

3) 대상자의 건강증진 행위 이행에 영향을 미치는 주요요인을 분석한 결과 자아존중감, 사회적 지지, 행동과 관련된 감정이 건강증진 행위 이행을 설명하는 요인으로 나타났다. 이 중 자아존중감이 가장 큰 영향을 주는 요인이었으며 다변수 상관관계 .509로 전체의 25.9%를 설명하는 것으로 나타났다. 다음으로 영향을 주는 요인으로는 사회적 지지로 이를 포함하면 35.7%를 설명하는 것으로 나타났다. 자아존중감, 사회적 지지, 그리고 행동과 관련된 정서를 모두 포함하면 다변수 상관관계수 .617로 38.0%를 설명하는 것으로 나타났다.

이상의 연구결과 다음과 같은 제언을 하고자 한다.

1. Pender(1996)의 개정된 건강증진 모형에서 제시한 모든 변수를 검증하는 포괄적 연구가 필요하다

2. 본 연구결과 자아존중감이 건강증진 행위를 설명하는 주요변수로 나타났으므로 간호대학생들의 건강증진 프로그램시 자아존중감 증진 프로그램을 함께 시도해 보고 그 결과를 확인할 필요가 있다.

3. 본 연구결과 운동, 건강책임, 영양 영역의 건강증진 행위 점수가 낮으므로 이를 향상시킬 수 있는 건강증진 프로그램을 개발하고 적용하는 연구가 필요하다.

## 참 고 문 헌

- 김명희, 전미영 (2001). 여대생의 건강증진 생활양식과 관련된 변인분석. 여성간호간호학회지, 7(3), 293-304.
- 김신정 (1998). 영유아를 위한 어머니의 건강증진행위 -Q 방법론적접근. 이대 박사학위.
- 김신정, 안은숙 (1997). 여대생의 건강개념과 건강행위. 간호학회지, 27(2), 264-274.
- 김영애, 김상순, 정문숙, 한창현 (2000). 고등학생의 건강증진 행위 정도와 관련요인. 보건교육. 건강증진학회지, 7(1), 1-18.
- 김애경 (1995). 건강행위에 대한 한국청년의 주관성 연구. 대한간호, 34(1), 50-54.
- 김애경 (1994). 성인의 건강개념과 건강행위에 대한 서술적 연구. 대한간호학회지, 24(1), 70-84.
- 김혜숙, 최연순 (1993). 기혼임부와 미혼임부 건강증진행위 차이에 관한 비교연구. 대한간호학회지, 23(2), 255-268.
- 김효정 (1996). 노인의 건강증진 행위와 관련된 변인에 관한 연구. 계명대학교 대학원 석사학위논문.
- 문정순 (1990). 성인의 건강신념 측정도구 개발 연구. 연세대학교 대학원 박사학위 논문.
- 문영희 (2001). 고등학생의 건강증진 행위와 관련요인 분석. 지역사회간호학회지, 21(1), 81-91.
- 박영주, 이숙자, 박은숙, 유호선, 이재원과 장성옥 (2000). 건강증진 행위 설명요인에 대한 메타분석. 대한간호학회지, 30(4), 836-846.
- 변영순, 장희정 (1992). 건강증진 개념분석에 관한 연구. 대한 간호학회지, 22(3), 362-372.

- 박인숙 (1995). 건강증진 생활양식에 관한 연구. 부산대학교 대학원 박사학위논문.
- 박현숙 (1997). 대학생의 건강증진 생활양식에 관한 연구. 정신간호학회지, 6(1), 91-103.
- 박한정 (1994). 군요통환자의 건강개념 및 건강증진 행위에 관한 연구. 연세대학교 대학원 석사학위논문.
- 박후남, 김명자 (2000). 여대생의 건강증진 생활방식과 스트레스 및 우울. 한국보건간호학회지, 14(2), 318-331.
- 서문자 (1988). 편마비환자의 퇴원후 적응상태와 관련요인에 관한 분석적 연구. 서울대학교 대학원 박사학위 논문.
- 서연옥 (1994). 중년여성의 건강증진 생활방식에 관한 구조모형. 경희대학교 대학원 박사학위 논문.
- 서연옥 (1995). 중년여성의 건강증진 생활방식에 관한 구조모형. 경희대학교 대학원 박사학위논문.
- 서연옥 (1996). 중년여성의 건강증진생활방식, 강인성, 성역할 특성의 관계. 여성건강간호학회지, 2(1), 119-134.
- 성미혜 (2001). 간호대학생의 건강증진 생활양식 결정요인에 관한 연구. 여성건강간호학회지, 7(3), 317-330.
- 신혜숙 (1998). 여대생의 건강생활양식에 관한 연구. 대한간호학회지, 28(4), 992-1002.
- 소희영, 홍춘실, 김현리 (1996). 건강증진 행위 관련요인. 지역사회간호학회지, 6(2), 250-258.
- 송경애, 조옥희, 문정순, 정승교 (2000). 한국노인과 미국인 한국노인의 건강증진 생활방식, 자아존중감, 자기효능감에 관한 연구. 한국보건간호학회지, 14(2), 355-371.
- 송미령, 박경애 (2001). 대학생의 건강증진을 위한 일 보 건교육의 효과. 한국간호교육학회지, 7(2), 298-307.
- 오복자 (1994). 위암환자의 건강증진행위와 삶의 질 예측모형. 서울대학교 대학원 박사학위 논문.
- 오복자 (1995). 건강증진 행위의 영향요인분석-위암환자 중심-. 대한간호학회지, 25(4), 681-695.
- 오현수 (1993). 여성 관절염 환자의 건강증진과 삶의 질. 대한간호학회지, 23(4), 617-629.
- 유은광 (1993). 여성 건강을 위한 건강증진 행위 [산 후조리 의미의 분석]. 간호학탐구, 2(2), 37-65.
- 윤진 (1990). 산업장 근로자의 건강증진 행위와 그 결정요인에 관한 연구. 이화여자대학교 석사학위논문.
- 윤은자 (1997). 대학생의 건강증진 생활양식 이행. 성 인간호학회지, 9(2), 262-271.
- 이태화 (1990). 건강증진 행위에 영향을 미치는 변인 분석. 연세대학교 대학원 석사학위논문.
- 이미라 (1997). 대학생의 건강증진 생활양식 결정요인에 관한 연구. 대한간호학회지, 27(1), 156-168.
- 이미라, 소희영 (1997). 건강교육 교과목학습이 대학생의 건강증진 생활양식 변화에 미치는 영향. 성인간호학회지, 9(1), 70-81.
- 전정자, 김영희 (1996). 성인의 건강증진 생활양식과 자아존중감, 지각된 건강상태와의 비교연구. 성인간호학회지, 18(1), 41-53.
- 정미숙 (1999). 건강증진센터 내원자의 건강증진행위. 충남대학교 대학원 석사학위 논문.
- 하영수 (1993). 간호학적 건강증진 개념정립과 건강증진프로그램. 간호학 탐구, 2(2), 9-11.
- 홍외현, 김정남 (1999). 고등학생의 건강증진 생활양식과 관련요인. 지역사회간호학회지, 10(2), 330-346.
- 황란희 (2002). 일부 여대생의 건강증진행위와 월경불편감, 우울과의 관계 연구. 대한간호학회 과학의날 기념 춘계학술대회, 81-82.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy : toward a unifying theory of behavioral change. Psychological Review, 84, 110-215.
- Barbara, B., & Sue, W. Y. (1991). Exercise as a health-promoting lifestyle choice. Allied Nursing Research, 491, 2-6.
- Becker, M. H. (1974). The health belief model and personal health behavior. Charles B. Stack.
- Clements, M., Jankowski, L. W., Bouchard, L., Perreault, M., & Lepage, Y. (2002). Health behaviors of Nursing students: Longitudinal study. Journal of Nursing Education, 41(6), 257-265.
- Cohen, S., & Hoberman, H. (1983). Positive events and social supports as buffers of life change stress. Journal of Applied Social

- Psychology, 13, 99-125.
- Duffy, M. E. (1988). Determinants of health promotion in midlife women. *Nursing Research*, 37, 356-362.
- Duffy, M. E., Rossow, R., & Hernandez, M. (1996). Correlates of health-promotion activities in employed Mexican American Women. *Nursing research*, 45(1), 18-24.
- Farrand, L. L., & Cox, C. L. (1993). Determinants of positive health behavior in middle childhood. *Nursing Research*, 42(4), 208-213.
- Gu, M. O., & Eun, Y. (2002). Health promoting behaviors of older adults compared to young and middle-aged adults in Korea. *Journal of gerontological nursing*, 28(5), 46-53.
- Johnson, J. L., Ratner, P. A., Bottoroff, J. L., Hayduk, L. A. (1993). An exploration of Pender's Health promotion model using LISREL. *Nursing research*, 42(3), 132-138.
- Kerr, M. J., Lusk, S. L., & Ronis, D. L. (2002). Explaining Mexican American worker's hearing protection use with the health promotion model. *Nursing Research*, 51(2), 100-109.
- Kim, J. S., Bramlett, M. H., Wright, L. K., & Poon, L. W. (1998). Racial differences in health behaviors of older adults. *Nursing research*, 47(4), 243-250.
- Kobasa, S. C. (1979). Stressful life events, personality and health, an inquiry into hardness. *J. of Personality & Social Psychology*, 37(1), 1-11.
- Kulbok, P. A., & Baldwin, J. H. (1992). From preventive health behavior to health promotion: Advancing a positive construct of health. *Advanced Nursing Science*, 4(4), 50-64.
- Kustner, A. E., & Fong, C. M. (1993). Further psychometric evaluation of the Spanish language health promoting lifestyle profile. *Nursing Research*, 42(5), 266-269.
- Lawton, M. P., Moss, M., Fulcomer, M., & Kleban, M. H. (1982). A research and service oriented multilevel assessment instrument. *J. of Gerontology*, 37(1), 91-99.
- Lo, R. (2002). A longitudinal study of perceived level of stress, coping and self esteem of undergraduate nursing students: An Australian case study. *Journal of Advanced Nursing*, 39(2), 119-126.
- Lusk, S. L., Kerr, M. J., & Ronis, D. (1995). Health promoting lifestyle of blue collar, skilled trade, and white collar workers. *Nursing Research*, 44(10), 20-24.
- Maridee, J., & Mary, A. (1994). The relationship of perceived benefits of and barriers to reported exercise in older African American woman. *Public Health Nursing*, 13(2), 151-158.
- Norbeck, J. S., Linsey, A. M., & Carrier, L. L. (1981). The development of an instrument to measure social support. *Nursing Research*, 30(5), 264-269.
- Pender, N. J., & Pender, A. R. (1986). Attitude, subjective norms and intentions to engage in health behaviors. *Nursing Research*, 35, 15-18.
- Pender, N. J. (1987). *Health Promotion in Nursing Practice*. 2nd ed. Norwalk, Conn, Appleton & Lange.
- Pender, N. J. (1996). *Health Promotion in Nursing Practice*. 3rd ed. Norwalk, Conn, Appleton & Lange.
- Pender, N. J., Walker, S. N., Sechrist, K. R., & Frank-Stromborg, M. (1990). Predicting health-promoting lifestyle in the workplace. *Nursing Research*, 39(6), 326-332.
- Pender, N. J., Or O. B., Wilk, B., & Mitchell,



- S. (2002). Self-efficacy and perceived exertion of girls during exercise. *Nursing Research*, 51(2), 86-91.
- Pamela, A. R., Joan, L. B., Joy, L. J., and Leslie, A. Hayduk (1994). The interaction effects of gender within the health promotion model. *Research in Nursing and Health*, 17, 341-350.
- Sherer, M. S., Maddux, J. E., Mercandante, B., Prentice-Dunn, S., Jacobs, B., & Rogers, R. W. (1982). The Self-efficacy scale : construction and validation. *Psychological Reports*, 51, 663-671.
- Song, R. Y. (1995). Effects on exercise and motivation on healthy lifestyle after cardiac rehabilitation exercise. Frances Payne Bolton School of Nursing Case Western Reserve University. For the degree of Doctoral of Philosophy.
- Speake, D. L., Cowart, M. E., Pellet, K. (1989). Health perceptions and lifestyles of elderly. *Research in Nursing and Health*, 12, 93-100.
- Stuifbergen, A. K., Seraphine, A., & Roberts, G. (2000). An explanatory model of health promotion and quality of life in chronic disabling conditions. *Nursing research*, 49(3), 122-129.
- Tafe, L. B. (1985). Self-esteem in later life : A nursing perspective. *Advanced Nursing Science*, 8(1), 77-84.
- Tanner, E.K.N. (1991). Assessment of a health promotive lifestyle, *Nursing Clinics of North America*, 26(4), 845-854.
- Tashiro, J. (2002). exploring health promoting lifestyle behaviors of Japanese college women: perceptions, practices, and issues. *Nursing research, Health care for women international*, 23, 59-70.
- Walker, S. N., Sechrist, K. R., & Pender, N. J. (1987). The Health-promoting lifestyle profile : development and psychometric characteristics. *Nursing Research*, 136(2), 76-81.
- Walker, S. N., Kerr M. J., Pender, N. J., & Sechrist, K. R. (1990). A spanish language version of the health promoting life styles profile. *Nursing Research*, 39(5), 268-273.
- Ware, J. E. (1976). Scales for measuring general health perceptions. *Health Service Research*, 11, 396-415.
- Weitzel, M. H. (1989). A test of the health promotion model with blue-collar walkers. *Nursing Research*, 38, 99-104.
- Wu, T. Y., & Pender, N. (2002). Determinants of physical activity among Taiwanese Adolescents: An application of the health promotion model, *Research in Nursing and Health*, 25, 25-36.

## Study on Health Promoting Behavior Determinant of Nursing Students

**Kim, Young Hee**(Department of Nursing, Daejeon University)  
**Joung, Mi Sook**(Department of Nursing, Keukdong College)  
**Lee, Joung Ae**(Department of Nursing, Chungnam National University)

This descriptive correlational study was conducted to identify the variables related to a health promoting behavior in nursing students.

238 nursing students were selected by a convenience sampling method. The data were collected by self - reported questionnaires from 12 to November 19, 2001.

The data were analyzed by using descriptive statistics, pearson correlation coefficient, stepwise multiple regression with an SPSS program.

The result of this study were as follows:

1. The average score of health promoting behavior was 2.47(SD=0.36)of a 4 point scale. Self actualization(mean=2.94,SD=0.50), interpersonal support(mean=2.91, SD=0.53), stress management(mean=2.58, SD=0.48), health responsibility(mean=2.07, SD=0.48)) nutrition & exercise(mean=2.07, SD=0.48)) were also analyzed.

2. Health promoting behavior showed significant positive correlations with self-esteem( $r=0.446$ ,  $p<0.001$ ) perceived health status( $r=0.180$ ,  $p<0.01$ ), perceived benefits ( $r=0.183$ ,  $p<0.01$ ), self-efficacy( $r=0.311$ ,  $p<0.001$ ), social support( $r=0.447$ ,  $p<0.001$ ), control( $r=0.169$ ,  $p<0.01$ ).

3. The combination of self-esteem, social support, affect related to action explained 38.0%of the variance in health promoting behavior.

• 간호대학생의 건강증진 행위 결정요인에 관한 연구 •

On the basis of the above findings, self-esteem and social support were identified as the variables which explained most of Pender's health promoting model.

Nursing strategies enhancing self-esteem and social support which have a more significant effect on health promoting lifestyles should be developed.

Key words : Health promoting behavior, students of nursing department