

## 여대생의 건강증진 생활양식 관련요인

성 미 혜

인제대학교 간호학과

### Factors related to Health Promoting Lifestyle in College women

Mi-Hae Sung

*Department of Nursing , Inje University*

#### ABSTRACT

**Purpose :** This study was undertaken in order to examine the relationships of control, perceived health status, self-efficacy, social support, and demographic characteristics for a health promoting lifestyle in college women, and to determine the factors affecting a health promoting lifestyle of women in the early stage of adulthood.

**Method :** There were 161 students from one university in K city. The instruments used for this study were a survey of general characteristics, a health promoting lifestyle (47 items), control (8 items), perceived health status (6 items), self-efficacy (17 items), and social support (18 items). The data analysis was done by use of mean, percentage, t-test, ANOVA, Pearson Correlation coefficients and stepwise regression with the SPSS Win (Version 10.0) program.

**Results :** The results of this study are as follows : 1) The average item score for the health promoting lifestyle was low at 2.39. In the sub-categories, the highest degree of performance was interpersonal support (2.97), and the lowest degree was health responsibility (1.76). 2) In the relationship between social demographics and a health promoting lifestyle, there were significant differences in age, disease experience, and the family's disease experience. 3) Social support revealed only significant correlations with a health promoting lifestyle. 4) Social support was the highest factor that predicted a health promoting lifestyle in college women (15%). Social support, age and disease experience accounted for 20% in a health promoting lifestyle of college women.

---

Key words : Health promotion lifestyle, college women

## 1. 서 론

현대 사회의 급속한 발전과 함께 건강이 인간의 기본권으로 인정되면서 건강에 대한 사람들의 인식이 질병예방 뿐만 아니라 건강의 유지, 증진 등으로 확대되어 가고 있으며(이병숙 등, 2000), 건강에 대한 개념도 변화되어 사람들로 하여금 건강에 대한 관심을 증진시켜 최적의 건강에 이르도록 하는 건강증진의 중요성이 대두되고 있다(김영애 등, 2000).

특히 건강증진은 평상시의 건강한 생활양식을 통해서 얻어질 수 있고, 건강증진과 질병예방은 질병을 치료하는 것보다 건강관리에 있어 바람직한 접근이며, 비용효과적인 측면(Pender, 1996)이라는 점에서 관심이 더욱 증가하고 있다. 이에 따라 최근 건강증진 생활양식에 관한 경험적인 연구가 다수 이루어지고 있다(Palank, 1991).

생활양식은 사람들이 살아가는 매일의 습관 및 행위양식으로서(Henderson 등, 1980), 건강생활양식이라 함은 개인의 지속적이고 통합적인 생활방식 또는 건강습관으로 건강보호행위와 건강증진 행위로 설명되고 있다(Pender, 1987). 건강생활양식은 개인의 건강을 위협하는 활동에 대해 개인이 조절할 수 있는 자발적 행위로서 개인의 일상적인 삶의 일관적인 유형이다(박명희, 1997). 미국의 경우, 사망원인의 50%정도가 생활양식에서 비롯된 것이라고 보고되었다(Walker 등, 1987). 인간은 질병을 예방하고 건강을 증진시켜 질적인 삶을 영위하기 위해 경우에 따라서는 자신의 생활양식과 건강행위를 변화시켜야 할 필요가 있다(이병숙 등, 2000).

장기간의 건강행위는 쉽게 건강습관이 될 수 있고 이미 고정된 건강습관의 변화와 유도에는 저항이 따르므로 가능한 한 성인병의 이환율이 낮은 성인 초기에 바람직하지 못한 행위를 교정하고 좋은 건강행위를 수립하도록 돕는 것은 중요하다(김신정과 안은숙, 1997). 그러나, 우리나라의 성인초기의 여성은 고도의 성장이 일어나는 청소년기를 건강한 성장과 발달을 위한 활동보다는 대학 입시의 중압감 속에서 시달려온 사람들이다. 그러므로, 이들의 현 건강상태가 불안정하다는 것은 물론이거니와, 이들의 생활양식도

장래의 건강한 생활을 위해 적절히 확립되지 못하였으리라는 것은 쉽게 예상할 수 있다(이병숙 등, 2000). 또한, 성인초기여성에 있는 여대생은 신체적으로 특별한 생리현상과 관련된 생활사건으로부터 많은 건강위험을 수반하게 되며, 배우자 선택과 결혼, 직업선택, 직장 적응 등의 과업을 치루어야 하는 다양한 신체적, 정신적, 사회적 건강문제에 노출되어 있어 있다(신혜숙, 1998). 따라서, 이들 여대생들의 건강문제에 대해 여성건강증진 차원에서 관심을 기울일 필요가 있다. 그리고, 여대생들이 습득한 건강한 생활양식은 성인 이후의 건강관리에 근원이 되므로, 이 시기에 건강한 생활양식을 확립하는 것은 매우 중요하다고 할 수 있다.

건강증진을 위한 생활방식은 개인의 책임과 사회심리적 요인들에 의해 시작되고 조절될 수 있기 때문에(하영수, 1993), 건강증진 행위에 영향을 미치는 요인을 파악하는 것이 중요하다. 그러나, 지금까지 여대생을 대상으로 국내에서 이루어진 선행연구들(김신정과 안은숙, 1997; 성미혜, 2001; 이미라, 1997)은 양적으로 미흡한 상태이며, 특히 여대생의 특성을 충분히 고려하지 않은 예방적 건강행위에 관한 연구들을 알 수 있다. 그러나, 여대생의 특성에 잘 맞는 건강증진 사업을 개발, 실행, 평가하기 위해서는 여대생의 생활양식 행위의 특성을 파악하는 것이 중요하다.

따라서, 본 연구는 성인초기에 있는 여대생들의 건강증진 생활양식을 설명해 주는 결정요인을 규명하고, 수정 가능한 인지적각 요인들을 규명함으로써 건강증진 생활양식 증진을 위한 중재를 개발하는데 기초 자료를 제공하고자 한다.

본 연구의 구체적인 목적은 다음과 같다.

- 1) 대상자의 건강증진 생활양식 수행정도, 통제성, 지각된 건강상태, 자기효능 및 사회적지지 정도를 파악한다.
- 2) 대상자의 인구사회학적 특성에 따른 건강증진 생활양식 정도를 파악한다.
- 3) 통제성, 지각된 건강상태, 자기효능, 사회적 지지와 건강증진 생활양식간의 상관관계를 파악한다.
- 4) 건강증진 생활양식과 관련된 변수를 확인한다.

## II. 연구방법

### 1. 연구설계

본 연구는 성인 초기여성에 있는 여대생의 건강증진 생활양식과 관련된 요인을 규명하는 횡단적 탐색적 상관관계연구(explorative correlation study)이다.

### 2. 연구대상

본 연구의 대상자는 성인 초기 여성 중 K시에 소재한 1개 대학교에 재학 중인 대학생 중 여대생의 비율이 상대적으로 많은 자연과학대학과 디자인대학을 임의로 선정하여 그 중 취업 등의 문제로 출석이 제대로 이루어지지 않은 4학년을 제외한 1-3학년에 재학하고 있는 여대생 172명 전수를 대상으로 하였다. 자료수집기간은 2003년 11월 1일부터 11월 30일까지였고, 편의추출한 172명중 설문지를 불완전하게 작성한 11명을 제외한 161명의 자료가 분석에 이용되었으며, 제외된 대상자는 설문 문항에 대해 불성실하게 응답하여 분석대상에서 제외하였다.

### 3. 연구도구

본 연구의 연구도구는 대상자의 일반적 특성과 관련된 8문항, 건강증진 생활양식 47문항, 통제성 8문항, 지각된 건강상태 6문항, 자기효능 17문항, 사회적지지 18문항 등 104문항으로 구성되었다.

#### 1) 건강증진 생활양식

건강증진 생활양식은 인간의 실현화 경향의 표현으로 개인이나 집단의 최적의 안녕, 자아실현, 개인적인 성취를 유지하거나 증진시키려는 방향으로 취해지는 행위(Pender, 1987)로, Walker 등(1987)이 개발한 48문항의 Health Promoting Lifestyle Profile (HPLP)를 우리 문화에 맞게 서연옥(1995)이 수정 보완한 47개 문항의 도구를 사용하였다. 건강증진 생활양식은 개발당시 6개의 하위개념, 즉 자아실현 11문항, 건강책임 10문항, 운동5문항, 영양 7문항, 대인관계지지 7문항, 스트레스관리 7문항 등으로 총 47문항으로 구성된 4점 척도였으나, 서연옥(1995)은 운동과 영양을 하나의 개념으로 묶어 12문항으로 사용하였으며 수정당시 신뢰도는 0.79였다. 이 도구는 최소 47점에서 최고 188점의 범위를 가지며, 점수가 높을

수록 건강증진행위의 실천정도가 높음을 의미한다. 개발당시 도구의 신뢰도는 Cronbach's Alpha=0.92였고, 본 연구에서 전체 건강증진 생활양식의 신뢰도는 0.90이었고, 자아실현 0.82, 건강책임 0.87, 운동과 영양 0.81, 대인관계지지 0.85, 스트레스관리 0.91였다.

#### 2) 통제성

통제성은 스트레스에 직면한 상황에서도 건강하게 존재할 수 있는 인성적 특성이며, 스트레스원을 적절히 평가하고 설명하는데 필요한 자신감으로(Pollock, 1989)으로, Pollock(1989)의 건강관련 강인성도구(HRHS)를 서연옥(1995)이 문항분석을 거쳐 수정한 도구 중 통제성을 묻는 8문항을 이용하였으며, 6점 척도로 부정 문항은 역으로 환산하였으며 점수가 높을수록 통제성이 높음을 의미한다. 서연옥(1995)의 연구에서 Cronbach's Alpha는 0.54였으며, 이미라(1997)의 연구에서는 0.44였고, 본 연구에서는 0.62였다.

#### 3) 지각된 건강상태

지각된 건강상태는 자신의 건강상태에 대한 주관적인 평가(Ware, 1976)로, Ware(1976)의 건강지각도구를 유지수 등(1985)이 번안한 것을 사용하여 측정하였다. 32개 문항의 6개 하위개념 중 현재 건강상태 6문항을 이용하였으며, 5점 척도로 점수가 높을수록 자신의 건강상태에 대한 지각정도가 높음을 의미한다. 도구개발 당시 신뢰도는 Cronbach's Alpha=0.91이었으며, 본 연구에서의 Cronbach's Alpha는 0.88이었다.

#### 4) 자기효능

자기효능은 어떤 행동을 성공적으로 수행할 수 있다는 신념으로(Sherer 등, 1982), Sherer 등(1982)에 의해 개발된 일반적 자기효능을 사용하여 측정하였다. 이 도구는 17문항으로 최저 17점에서 최고 85점까지의 5점 척도였다. 점수가 높을수록 자기효능이 높음을 나타내며, 도구개발 당시의 신뢰도는 Cronbach's Alpha=0.71였으며, 본 연구에서는 0.82이었다.

#### 5) 사회적지지

타인과의 의미있는 상호작용의 결과로 얻게 되는 긍정적인 자원(Cohen & Hoberman, 1983)으로, Cohen과 Hoberman(1983)이 개발한 대인관계 지지

척도(Interpersonal Support Evaluation List: ISEL)를 사용하여 측정하였다. 총 18문항의 4점 척도로 최저 18점에서 최고 72점까지의 분포를 보이며, 점수가 높을수록 사회적 지지정도가 높음을 의미한다. 서연옥(1995)의 연구에서 신뢰도는 Cronbach's Alpha=0.90였으며, 본 연구에서는 0.93이었다.

#### 4. 자료분석방법

수집된 자료는 SPSS Win(ver10.0)프로그램을 이용하여 통계처리 하였다. 대상자의 인구사회학적 특성은 실수와 백분율을 구하였고, 건강증진 생활양식, 통제성, 지각된 건강상태, 자기효능, 사회적 지지 정도는 평균과 표준편차를 사용하여 분석하였다. 인구사회학적 특성에 따른 건강증진 생활양식의 차이는 t-test, ANOVA로 분석하였으며, 상관관계는 Pearson Correlation Coefficient를 사용하였다. 건강증진 생활양식과 관련된 요인들의 설명력은 stepwise multiple regression으로 분석하였다. 이때 독립변수로 한 대상자의 인구사회학적 특성 중 명목 변수는 가변수(Dummy variable)로 처리하여 분석에 사용하였다.

#### 5. 연구의 제한점

본 연구대상자는 K시에 소재한 1개 대학교 1-3학년에 재학하고 있는 일부 여대생에 한정하였고, 또한 비확률적 편의표집방법으로 선정되어, 연구결과를 우리나라 전체의 여대생에게 일반화시킬 수 없다.

### III. 연구결과

#### 1. 대상자의 일반적 특성

대상자의 일반적 특성을 보면, 연령은 평균 20.5세로, 19세 이하군이 63.8%(100명), 20세이상군이 36.2%(61명)이었으며, 학년은 1학년이 59.6%(96명)로 가장 많았고, 그 다음은 2학년이 21.7%(35명)이었다. 종교는 없는 경우가 45.3%(73명), 불교 25.5%(41명) 순이었고, 한달 용돈은 11-20만원군이 58.4%(94명)로 가장 많았다. 주거형태는 77.0%(124명)가 기숙사로 가장 많았으며, 최근 6개월 동안 경험했던 모든 질병에 대한 경험은 있는 경우가

54.0%(87명), 없는 경우가 46.0%(74명)이었다. 직계 가족의 질병경험은 있는 경우가 62.1%(100명)로 가장 많았다<표1>.

<표 1> 대상자의 일반적 특성

		(N=161)
		N(%)
연령(세)	19세 이하	100(63.8)
	20세 이상	61(36.2)
학년(년)	1	96(59.6)
	2	35(21.7)
	3	30(18.7)
	무교	73(45.3)
종교	불교	41(25.5)
	기독교	34(21.1)
	천주교	13(8.1)
한달 용돈(만원)	10이하	19(11.8)
	11-20	94(58.4)
주거형태	21-30	48(29.8)
	자가	37(23.0)
질병경험	기숙사	124(77.0)
	유	87(54.0)
가족의 질병경험	무	74(46.0)
	유	100(62.1)
	무	61(37.9)

#### 2. 건강증진 생활양식, 통제성, 건강지각, 자기효능 및 사회적 지지정도

대상자의 건강증진 생활양식, 통제성, 건강지각, 자기효능 및 사회적 지지정도를 보면, 건강증진 생활양식정도는 최대평점 4점에 대해 평균평점이 2.39±.02로 중간보다 높은 이행수준이었으며, 하위영역별로는 자아실현 2.84±.03, 건강책임 1.76±.03, 운동 및 영양 2.31±.03, 대인관계지지 2.97±.03, 스트레스관리 2.57±.04로, 건강증진 생활양식의 모든 영역에서 중간이상의 이행수준이었다<표2>.

<표 2> 건강증진 생활양식, 통제성, 건강지각, 자기효능 및 사회적 지지정도

	문항수	Mean±SD	Mean±SD <sup>1)</sup>	점수범위
건강증진 생활양식	47	112.5±1.22	2.39±.02	68-152
자아실현	11	31.2±.35	2.84±.03	16-41
건강책임	10	17.6±.37	1.76±.03	10-31
운동 및 영양	12	27.7±.43	2.31±.03	12-40
대인관계지지	7	20.8±.26	2.97±.03	11-28
스트레스관리	7	18.0±.28	2.57±.04	8-26
통제성	8	23.7±.41	2.96±.06	9-41
지각된 건강상태	6	18.1±.39	3.02±.06	6-30
자기효능	17	47.7±.46	2.51±.02	34-68
사회적 지지	18	53.9±.71	2.99±.03	21-72

<sup>1)</sup>은 평균과 표준편차를 문항수로 나눈값

통제성 점수는 최대평점 6점에 대해 평균평점이 2.96±.06으로 도구의 중간값인 3.0보다 약간 낮았다. 지각된 건강상태는 평균평점이 3.02±.06으로 도구의 중간값인 2.5보다 높았다.

자기효능은 최대평점 5점에 대해 평균평점이 2.51±.02로, 도구의 중간값인 2.5와 비슷하였다. 한편, 사회적 지지는 최대평점 4점에 대해 평균평점이 2.99±.03으로, 도구의 중간값인 2.0보다 높았다.

**3. 일반적 특성에 따른 건강증진 생활양식정도**

대상자의 일반적 특성에 따른 건강증진 생활양식정도를 검정한 결과는, 전체 건강증진 생활양식이 5% 유의수준에서 연령, 질병경험, 가족의 질병경험 등에서 통계적으로 유의한 차이를 보였다. 즉, 20세 이상의 연령군이 19세 이하 연령군보다(t=3.62, p<0.05), 자신의 질병경험이 없는 경우가 있는 경우보다(t=-2.20, p<0.05), 가족의 질병경험이 없는 경우가 있는 경우보다(t=-2.00, p<0.05) 건강증진 생활양식의 점수가 5% 유의수준에서 높게 나타났다<표3>.

<표 3> 일반적 특성에 따른 건강증진 생활양식정도

특성	건강증진생활양식		자아실현		건강책임		운동및 영양		대인관계지지		스트레스관리		
	Mean	t or F	Mean	t or F	Mean	t or F	Mean	t or F	Mean	t or F	Mean	t or F	
연령(세)	19세이하	2.37	3.62*	2.78	4.31*	1.73	1.62	2.02	.52	2.90	.59	2.50	6.33*
	20세이상	2.45		2.92		1.85		2.10		2.97		2.67	
학년(년)	1	2.36	1.05	2.8	1.09	1.71	1.37	2.23	.09	2.98	.60	2.51	4.27**
	2	2.40		2.88		1.78		2.09		2.91		2.57	
	3	2.47		2.95		1.87		2.06		3.05		2.68	
종교	무교	2.36	.28	2.79	.99	1.69	1.08	2.01	.54	3.00	.53	2.62	.31
	불교	2.41		2.83		1.82		2.13		2.98		2.54	
	기독교	2.40		2.90		1.81		2.10		2.87		2.53	
	천주교	2.39		2.91		1.73		1.98		3.06		2.55	
한달용돈(만원)	10이하	2.27	1.28	2.69	.96	1.58	1.61	2.02	.99	2.83	.99	2.46	2.39
	11-20	2.40		2.87		1.81		2.06		2.98		2.51	
	21-30	2.43		2.84		1.76		2.10		3.04		2.84	
주거형태	자가	2.53	1.52	2.89	1.21	1.86	.39	2.16	.91	3.11	.61	2.70	1.61
	기숙사	2.65		3.27		1.85		2.33		3.14		3.00	
질병경험	유	2.34	-2.20*	2.81	-1.08	1.69	-2.09*	2.00	-1.85	2.94	-.88	2.51	-1.54
	무	2.45		2.88		1.85		2.13		3.01		2.64	
가족의 질병경험	유	2.35	-2.00*	2.80	-1.61	1.69	-2.44*	2.01	-1.74	2.95	-.66	2.56	-.33
	무	2.46		2.91		1.89		2.14		3.00		2.59	

\*p<0.05    \*\*p<0.01

하위영역별로 건강증진 생활양식 이행정도를 보면, 자아실현영역은 연령에서만 통계적으로 유의한 차이가 있었다. 즉, 20세이상 군이 19세 이하군보다 ( $t=4.31, p<0.05$ ) 건강증진 생활양식의 점수가 5% 유의수준에서 높게 나타났다. 건강책임영역은 질병경험, 가족의 질병경험에서 통계적으로 유의한 차이가 있었다. 즉, 자신의 질병경험이 없는 경우가 있는 경우보다( $t=-2.09, p<0.05$ ), 가족의 질병경험이 없는 경우가 있는 경우보다( $t=-2.44, p<0.05$ ) 건강증진 생활양식의 점수가 5% 유의수준에서 높게 나타났다. 한편, 운동 및 영양영역, 대인관계영역은 인구사회학적 특성에 따른 차이가 없었다. 스트레스관리영역은 연령, 학년( $p<0.01$ )에서 통계적으로 유의한 차이가 있었다. 즉, 20세이상 군이 19세 이하군보다( $t=6.33, p<0.05$ ), 학년이 높은 경우 낮은 경우보다( $F=4.27, p<0.01$ ) 건강증진 생활양식의 점수가 5% 유의수준에서 높게 나타났다.

4. 연구변수간의 상관관계

통제성, 지각된 건강상태, 자기효능, 사회적 지지와 건강증진 생활양식간의 상관관계에서는, 통제성, 지각된 건강상태, 자기효능과 건강증진 생활양식은 통계적으로 유의한 상관관계를 나타내지 못하였으나, 사회적 지지는 건강증진 생활양식과 통계적으로 유의한 순상관관계( $r=3.94, p<.001$ )를 나타냈다. 즉, 사회적 지지가 높은 경우 건강증진 생활양식 실천정도가 높은 것으로 나타났다<표4>.

<표 4> 통제성, 지각된 건강상태, 자기효능, 사회적 지지와 건강증진 생활양식과의 상관관계

	통제성	지각된 건강상태	자기효능	사회적 지지
건강증진 생활양식	-.077	.121	-.071	.394**
자아실현	-.146	.082	-.122	.386**
건강책임	.007	.066	.064	.151
운동과 영양	-.059	.106	.041	.143
대인관계지지	-.062	.122	-.211*	.508**
스트레스관리	-.006	.049	-.102	.309**

\* $p<0.05$  \*\* $p<0.01$

5. 건강증진 생활양식에 영향을 미치는 요인

본 연구에서 대상자의 건강증진 생활양식과 관련된 요인을 규명하기 위하여 단계적 회귀분석을 실시한 결과, 가장 설명력 있는 요인은 사회적 지지로 건강증진 생활양식을 15% 설명하였으며, 그 다음으로는 연령이 3%, 질병경험이 2%가 첨가되어 이들 세 변수가 건강증진 생활양식을 20% 설명하였다<표5>.

<표 5> 건강증진생활양식에 영향을 주는 세 변수에 대한 단계적 회귀분

예측변수	B	SE B	$\beta$	t	R <sup>2</sup>	F
사회적 지지	0.63	0.12	0.37	5.18***	.15	29.21***
연령	5.05	2.16	0.16	2.33*	.18	17.69***
질병경험	4.38	2.21	0.14	1.98*	.20	13.32***
(상수)	64.93	7.62		8.51***		

$p<0.001$ \*\*\*  $p<0.05$ \*

예측인자 : a. (상수), 사회적지지/ b. (상수) 사회적지지, 연령/  
c. (상수) 사회적지지, 연령, 질병경험

IV. 고 찰

개인의 생활양식은 건강유지 및 질병예방에 중요한 요소로, 최근 최적의 건강과 개인적 성취를 위한 건강증진 전략으로서 생활양식의 변화를 강조하고 있으며, 이에 대한 관심도 증대되고 있다.

본 연구결과 대상자가 건강증진을 위한 생활양식을 이행한 정도를 분석한 결과, 평균평점이 2.39(4점 척도)로 중간이상의 이행수준이었는데, 이는 간호대학생을 대상으로 한 성미혜(2001)의 2.43, 대학생을 대상으로 한 이미라(1997)의 2.30과 비슷하지만, 중년 여성을 대상으로 한 박명희(1997)의 2.65, 대학생을 대상으로 한 박미영(1994)의 3.33 보다 낮아 본 연구대상자들이 건강증진 생활양식을 잘 이행하고 있지 않음을 알 수 있다. 하위영역 중 대인관계지지영역 점수가 평균평점 2.97로 가장 높았으며, 건강책임영역이 1.76으로 가장 낮았고, 그 다음은 운동 및 영양영역 2.31로 낮아, 대상자들이 건강에 대한 인식은 가지고 있으나 적극적인 관리는 소홀히 하고 있음을 보여주었다. 이러한 결과는 이미라(1997), 박명희

(1997), Lusk 등(1995)의 연구결과와 일치하여, 이 시기에 있는 대상자의 건강증진 행위를 증진시키기 위해서는 이들 영역에 대한 중재를 통해 대학생들이 건강증진을 위해 적극적인 행위가 이루어지도록 할 필요가 있다. 또한, 본 연구대상자에서 건강증진행위가 낮은 것은 대부분의 대상자가 기숙사 생활을 하고 있어 건강증진을 위한 행위이행에 환경적 요인이 관련되어 있는 것으로 생각되며, 본 연구를 위해 대상자를 선정하는 과정에서 대상자를 편의표집한 것에도 관련이 있다고 생각된다.

대학생들이 성인 초기에 습득한 건강한 생활양식은 성인이후의 건강에도 영향을 미치며, 청년기에 바람직하지 못한 행위를 교정하고 좋은 건강행위를 수립하도록 돕는 것은 중요하다(김애경, 1994). 따라서, 운동 및 활동 부분의 건강증진 생활양식의 이행을 증가시킬 프로그램의 개발이 시급하다.

인구사회학적 특성에 따른 건강증진 생활양식 수행도는 연령, 질병경험, 가족의 질병경험 등에서 유의한 차이가 있어, 대상자의 연령이 높으며, 본인의 질병경험이 없고, 가족의 질병경험이 있는 경우, 건강증진 행위의 실천을 잘 하였음을 알 수 있다. 이러한 결과는 간호대학생을 대상으로 한 성미혜(2001)의 운동경험에서만 유의한 차이가 있었던 연구결과와는 상이하지만, 선행연구들(박미영, 1994; Gottlieb & Green, 1984)을 볼 때, 여성의 경우 연령, 지각된 건강상태는 건강증진 생활양식과 긍정적인 상관관계가 있음을 제시한 것과는 일치하는 것이라 할 수 있다. 따라서, 이러한 연령대의 대상자가 이행하는 건강증진 생활양식 정도를 파악하기 위해서는 추후 연구에서 표적인구를 적절히 대표할 수 있는 표본추출이 우선적으로 고려해야 할 필요가 있다.

하위영역에서 자아실현영역은 연령에서만 유의한 차이가 있어, 연령이 높은 경우 자아실현 영역의 건강증진 행위의 실천을 잘하였다. 이는 중년여성을 대상으로 한 박명희(1997)의 연구결과와 일치하지만, 간호대학생을 대상으로 한 성미혜(2001)의 연구결과와는 상이한 결과이다. Goldstein 등(1984)은 인구학적 요인과 건강지각과의 관계에서, 연령이 증가할수록 자신의 건강을 나쁘게 평가한다고 하였으며, 여대생을 대상으로 한 박미영(1994)은 지각된 건강상태와 건강증진 생활양식 간에는 유의한 상관관계가 있

다고 하였다. 이러한 결과를 볼 때 지각된 건강상태는 대상자의 실제적인 건강상태를 반영하는 지표로 그 타당성이 입증되었으며, 건강증진 생활양식을 예측하는 요인임을 알 수 있다.

한편, 건강책임영역은 질병경험, 가족의 질병경험에서 유의한 차이가 있어, 자신이 질병경험이 없고, 가족 구성원이 질병 경험에 있는 경우 건강책임영역의 건강증진 행위의 실천을 잘 하였다. 이는 이미라(1997), 성미혜(2001)의 연구결과와 부분적으로 일치하는 것으로, 자신이 질병경험이 없으면서 가족의 질병경험을 통해 건강의 중요성을 알고 건강증진 행위를 더욱 잘 실천하는 것이라 할 수 있다.

운동 및 영양, 대인관계지영역에서는 인구학적 특성과 유의한 차이가 없었는데, 이는 이미라(1997), 박명희(1997)와 성미혜(2001)의 연구결과와 부분적으로 상이한 결과로, 건강증진 생활양식의 하부영역 중에서 이들 영역의 이행정도가 가장 낮은 수준을 나타낸 것과 관련된다 생각되지만, 이에 대한 연구가 더 필요하다고 보며, 이러한 상이한 결과를 보이는 부분을 해석할 때 연구에 포함된 개념의 영향을 고려하여야 한다.

스트레스관리영역은 연령, 학년에서 유의한 차이가 있어, 연령이 높고 학년이 높은 경우 스트레스관리영역의 건강증진행위의 실천을 잘하였다. 이는 박정숙 등(1996)의 연구결과와는 일치하지만, 이미라(1997), 성미혜(2001)의 연구결과와는 상반되는 결과라 할 수 있다. 이상의 인구사회학적 특성에 따른 전체 건강증진 생활양식 및 하위영역별 수행정도를 검증한 결과, 선행연구들이 사용한 인구사회학적 특성이 다양한 상태에서 같은 대학생임에도 불구하고 상반된 연구결과가 제시되어, 대상자의 특성에 따라 건강증진생활양식 수행정도가 달라질 수 있음을 알 수 있었다. 따라서 이들 대상자의 건강증진 생활양식의 이행을 높이기 위해서는 건강증진 생활양식의 이행이 적은 요인이 건강증진에 대한 인식부족인지 또는 건강관리에 대해 소홀하거나 시간이 없어서 인지 등에 대한 확인이 요구되며, 추후 연구에서는 다양한 대상자를 연구에 포함시켜 대상자 유형에 따른 결과의 차이를 분석하는 것이 필요하다.

본 연구에서 여대생의 건강증진 생활양식과 관련된 주요 요인은 사회적지지, 연령, 질병경험 등으로

확인되었다. 성인 초기에 있는 여대생에 있어 건강증진 생활양식에 가장 잘 설명하고 있는 요인은 사회적 지지로 전체 변량의 15%를 설명해 줄 수 있었으며, 그 다음 변인은 연령으로 이것을 포함하면 18%의 설명력을 가지며, 질병경험이 포함되면 총 20%의 설명력을 가지고 건강증진 생활양식을 설명할 수 있었다. 이는 간호대학생을 대상으로 한 성미혜(2001)의 연구결과와 여대생을 대상으로 사회적 지지가 높을수록 건강증진 생활양식의 점수가 높다고 보고한 김명희와 전미영(2001)의 연구결과와는 일치한 결과였다 Frank 등(1992)은 사회적 관계(사회적 지지와 가족 관계)가 건강행위에 직접효과가 있는지를 조사한 결과, 가족의 정서적 지지가 건강행위에 직접효과가 있다고 하였으며, Gauthier과 Krassen-Maxwell (1991)은 여성의 건강증진 생활양식은 사회적 역할에 의해 영향을 받아왔다고 하였다. 그러나, 자기효능감이 주요 설명요인으로 나타난 이미라(1997)의 연구와는 상반되는 것으로, 대학생을 대상으로 한 연구가 매우 미흡한 상태에서 나올 수 있는 상반된 결과라 생각된다. 또한, 실제로 성인 초기에 있는 대학생들에게 건강증진 생활양식 수행을 위한 중재를 마련하기 위해서는 계속 연구를 통해 이들 변수에 대한 규명이 먼저 이루어져야 되며, 건강증진 생활양식의 이행정도를 높이기 위한 프로그램은 대상자의 특성을 고려한 대상자별 프로그램이 효율적이라 생각된다. 한편, 본 연구에서 사회적 지지가 높은 설명력을 나타낸 것은 본 연구의 대상자의 다수가 기숙사 생활을 하고 있어 더욱 두드러지게 나타난 결과일 수도 있다고 사료된다. 따라서, 추후 연구에서는 대상자의 특성을 고려한 건강증진 생활양식 수행정도를 파악하고 그에 관련된 요인의 규명을 위한 반복연구가 요구된다. 아울러 여대생들이 자신의 건강에 대한 책임의식을 갖도록 도와주어야 하며, 건강한 생활은 바람직한 생활 습관의 형성에 달려있음을 인식시키는 것이 중요하다.

## V. 결 론

본 연구는 성인 초기에 있는 여대생의 건강증진 생활양식 수행정도를 알아보고, 인구사회학적 특성에 따른 건강증진 생활양식 수행정도와 통제성, 지각된

건강상태, 자기효능, 사회적지지, 건강증진 생활양식 간의 상관관계를 파악하고 건강증진 생활양식과 관련된 요인을 분석함으로써 향후 그들의 건강증진 생활양식 실천에 도움이 되는 자료를 제공하기 위하여 실시되었다.

자료수집은 2003년 11월 1일부터 11월 30일 까지이며, 성인 초기 여성 중 K시에 소재한 1개 대학교 1-3학년에 재학하고 있는 여대생을 편의표출하였으며, 분석대상자는 161명이었다. 자료분석은 SPSS Win(ver10.0)프로그램을 이용하여, 평균, 백분율, t-test, ANOVA, Pearson correlation coefficient, Stepwise multiple regression으로 분석하였으며, 그 결과는 다음과 같다.

1) 건강증진 생활양식 수행정도는 최대평점 4점 만점에 2.39점±.02점으로 다소 낮게 나타났다. 대인관계 지지영역이 2.97±.03점으로 가장 높았고, 건강책임영역이 1.93±.03점으로 가장 낮았다.

2) 연령에 따른 건강증진 생활양식 그 하부영역검증에서, 연령, 질병경험, 가족의 질병경험에서 유의한 차이가 있었다. 하부영역 자아실현영역은 연령, 건강책임영역은 질병경험, 가족의 질병경험에서 유의한 차이가 있었다. 운동 및 영양영역과 대인관계지지영역은 유의한 차이가 없었으며, 스트레스관리영역은 연령, 학년에서 유의한 차이가 있었다.

3) 통제성, 지각된 건강상태, 자기효능, 사회적 지지간의 상관관계 분석에서 사회적 지지만 건강증진 생활양식과 유의한 상관관계를 보였다.

4) 건강증진 생활양식을 가장 잘 설명하는 변수는 사회적 지지로 건강증진 생활양식을 15% 설명하였다. 여기에 연령, 질병경험이 포함되어 전체 건강증진 생활양식의 20%가 설명되었다.

본 연구의 결과를 통하여, 성인 초기에 있는 여대생의 건강증진 생활양식에 중요한 요인은 다른 연령층의 대상자와 마찬가지로 사회적 지지임이 확인되었으며, 그 외 연령과 질병경험이 관련 변수로 작용함을 확인할 수 있었다. 따라서, 성인초기에 있는 여대생의 건강증진 행위의 실천정도를 높이기 위해서는 이들을 지지할 수 있는 다양한 동아리같은 지지모임이나 동료 학생들끼리의 다양한 집단을 구성하는 것 같은 중재방안들이 효과적이라 사료된다.



## 참 고 문 헌

- 김명희, 전미영 (2001). 여대생의 건강증진 생활양식과 관련된 변인분석. *여성건강간호학회지*, 7(3), 293-304.
- 김신정, 안은숙 (1997). 여대생의 건강개념과 건강행위. *대한간호학회지*, 27(2), 264-274.
- 김영애, 김상순, 중문숙, 한창현. 고등학생의 건강증진 행위정도와 관련요인. *보건교육건강증진학회지*, 17(1), 1-18.
- 김애경 (1994). 성인의 건강개념과 건강행위에 대한 서술적 연구. *대한간호학회지*, 24(1), 70-84.
- 박미영 (1994). 대학생의 건강증진 생활양식과 관련 요인 연구. *지역사회간호학회지*, 5(1), 81-96.
- 박명희 (1997). 중년 여성의 건강증진 생활양식 관련 요인 분석. *여성건강간호학회지*, 3(2), 139-157.
- 박정숙, 박청자, 권영숙(1996). 건강교육이 대학생의 건강증진 행위에 미치는 영향. *대한간호학회지*, 26(2), 359-371.
- 서연옥 (1995). 중년 여성의 건강증진 생활양식에 관한 구조모형. *경희대학교 박사학위 논문*, 서울.
- 신혜숙 (1998). 여대생의 건강생활 양식에 관한 연구. *대한간호학회지*, 28(4), 992-1002.
- 성미혜(2001). 간호대학생의 건강증진 생활양식 결정요인에 관한 연구. *여성건강간호학회지*, 7(3), 317-330.
- 이미라 (1997). 대학생의 건강증진 생활양식 결정요인에 관한 연구. *대한간호학회지*, 27(1), 156-168.
- 이병숙, 김미영, 김미현, 김선경 (2000). 우리나라 일부 대학생의 건강신념 및 건강행위 실천도. *대한간호학회지*, 30(1), 213-214.
- 유지수, 김조자, 박지원 (1985). 청소년들의 건강지각, 건강행위, 건강상태와의 상관관계 연구. *연세논총*, 169-185.
- 하영수 (1993). 간호학적 건강증진 개념 정립과 건강증진 프로그램. *간호학탐구*, 2(2), 9-11.
- Cohen S., Hoberman H. (1983). Positive events and social supports as buffers of life change stress. *J of Applied Soc Psycho*, 13, 99-125.
- Frank D., Campbell T., Shields C.G. (1992). Social relationship and health : the relative roles of family functioning and social support. *Soc. Sci. Med.*, 34(7), 779-788.
- Goldstein, M.S., Siegel, J.M., Boyer, R. (1984). Predicting changes in perceived health status. *Am J of Pub. Health*, 74, 611-614.
- Gottlieb N.H, Green L.W. (1984). Life events, social network, lifestyle, and health : an analysis of the 1979 national survey of personal health practices and consequences. *Health Edu Quartely*, 11(1), 91-105.
- Henderson J.B., Hall S.M, Lipton H.L. (1980). Changing self destructive behavior in health psychology. San Francisco, Jossery-Bass, 92-102.
- Gauthier, C.C., Krassen-Maxwell, E. (1991). Time demands and medical ethics in women's health care. *Heal Care for Women Inter*, 12, 153-165.
- Lusk S.L, Kerr M.J, Ronis D. (1995). Health-promoting lifestyles of blue-collar, skilled trade, and white-collar workers. *Nurs Res*, 44(1), 20-24.
- Palank C.L. (1991). Determinants of behavior. *Nursing Clinics of North America*, 815-832.
- Pender NJ. (1987). Health promotion in nursing practice, 2nd ed. New York, Norwalk, Conn, Appleton & Lange, 23-81.
- Pender N.J. (1996). Health promotion in nursing ed.). Stanford C.T, Alppleton &Lange, 102-132.
- Pollock S.E. (1989). The hardiness characteristic : A motivating factor in adaptation. *ANS*, 11(2), 53-62.
- Sherer M., Maddux J.E, Mercandante B. S., Jacobs, B. & Rogers, R.W. (1982). The self-efficacy scale : construction and validation. *Reports*, 51, 663-671.
- Walker S.N, Sechrist K.R, Pender N.J. (1987). The health-promoting lifestyle profile : and psychometric characteristics. *Nurs Res*, 36(2), 76-81.
- Ware J.E. (1976). Scale for measuring general health perceptions. *Health Serv Research*, 11, 396-415.