

고등학생의 건강증진 프로그램 참여의사에 영향을 미치는 요인

김 미 련*

서울세종고등학교

The Factors Associated with the Participative Intention of Health Promotion Programs in High School

Mi Ryun Kim*

Seoul Sejong High School

ABSTRACT

Purpose : The principal objective of this study was to develop adequate health promotion programs satisfying the needs of high school students by exploring a variety of factors that affected their participation in these programs. This research was also designed to serve as preliminary data for the development of health promotion programs that will encourage active student participation.

Methods : The study used a descriptive correlational design. The study participants were 658 coeducational high school students in Seoul, consisting of 317 9th graders and 341 10th graders. For this study, 599 structured questionnaires were selected. The survey was conducted for the period from December 12, 2005 to December 23, 2005.

Results : Overall, students surveyed in this research showed relatively active participation in health-promoting behaviors. Among 5 dimensions, interpersonal support received the highest score while health responsibility ranked the lowest.

Another finding was that posture correction program enjoyed the strongest student participation (75.5%) followed by stress management program(70.1%) and weight control program (56.6%). On the other hand, the participation rates for no-drinking(12.9%), smoking cessation program(17.0%), and influenza prevention program(22.9%) were at the low end.

Multiple logistic regression results indicate that the higher interpersonal support score of health promoting behaviors gets, the higher student participation becomes.

Conclusion : The study demonstrated that student participation was determined by the nature of health-promoting programs, demographic characteristics and health related physical fitness. It also showed that the sub-scales of the programs played a bigger role in student participation. Keeping this in mind, a wealth of health-enhancing programs of distinguishing qualities need to be tailored to meet various needs of students. In addition, serious efforts should be made to motivate them to seek relevant health promotion programs.

Key words : health promotion program, participation, health-promoting behavior

(2006년 10월 30일 접수, 12월 11일 채택)

This research was supported by grants from The Korean Society of School Health

*Corresponding author : Mi Ryun Kim, Seoul Sejong High School, 711 Suseodong Gangnamgu, Seoul 135-884, Korea
Tel : 82-2-459-7592 Fax : 82-2-451-3292 E-mail : jemi2003@hanmail.net

1. 서 론

1. 연구의 필요성

급속한 과학문명의 발달과 생활수준의 향상 및 인간수명의 연장으로 오늘날의 건강관리 개념은 과거의 질병관리의 예방적인 단계에서 좀 더 긍정적인 방향인 건강증진의 단계로 나아가게 되었다(O'Donnell & Harris, 1994). 이러한 건강증진의 개념을 Pender(1996)는 건강한 생활양식을 증진시키기 위한 개인적이거나 지역사회적 활동으로써 개인의 안녕수준과 만족감을 유지하거나 높이고 자아실현을 하는 방향으로 취해지는 활동으로 정의하면서 건강증진 행위를 통해 인간의 수명을 연장하고 삶의 질을 증진시키며 건강관리 비용을 감소시키므로 각 개인의 기본적인 건강요구를 해결할 뿐만 아니라 궁극적으로 사회전반의 안녕수준을 높일 수 있다고 하였다.

학교보건사업에 있어서의 건강증진사업은 WHO에서 1980년 중반부터 학교건강증진사업을 중점적으로 수행하며 건강증진학교 사업을 수행하고 있다(WHO, 1996). 건강증진학교(health-Promoting School)란 학교와 지역사회의 협력된 노력을 통하여 체계적이고 포괄적인 서비스를 지속적으로 제공함으로써 구성원들의 건강을 유지하고 증진시키는 학교를 의미한다(WHO, 1996). 우리나라의 학교 건강증진사업은 1990년대 초에는 일차적인 의료서비스가 강조되던 것이 국민건강증진법이 제정되면서 보건교육의 중요성이 강조되어 왔고(한국보건사회연구원, 1998) 2000년대에는 건강증진이 중요하게 대두되고 있다(보건복지부, 2002). 2000년대에 들어서며 보건의료기관에서 건강문제에 접근하던 방식에서 생활현장 즉, 지역사회, 학교, 직장에서 건강친화적인 환경조성을 통한 건강증진 접근방식으로 패러다임이 변화하고 있다(홍명선, 2001). 학교보건사업이 학생 및 교직원 그리고 가족 및 지역사회를 대상으로 이들과 보건의료 전문가가 참여하여 보건봉사, 보건교육 및 상담 그리고 환경관리를 제공함으로써 대상자의 건강문제를 해결할 수 있는 신체적, 정신적 사회적 기능수준을 향상시켜 안녕상태에 이르도록 하는 포괄적인 건강사업(김화중 등, 1999)이라고 볼 때 학교건강증진사업도 보건교육 뿐만 아니라 다양한 건강증진 프로그램을 개발하고

시행하는 변화가 필요할 것으로 생각되며 이를 위해서 대상자들의 요구나 참여의사를 파악하는 것이 선행되어야 할 것이다.

건강증진 프로그램과 관련하여 학생들을 대상으로 이정열 등(1999), 김이순 등(2000), 황란희(2001), 김명식(2003), 이화연(2005) 등에 의해 행해진 연구들은 건강증진 프로그램의 적용 효과에 관련된 연구들이 대부분이다. 또한 이들 연구들은 특정 대상이나 특정한 문제를 가진 대상자를 중심으로 이루어진 연구들이 대부분이었다. 물론 현재 가지고 있는 건강문제를 해결하는 건강증진 프로그램도 중요하지만 현재 특별한 건강 문제를 가지고 있지 않더라도 청소년들이 학교 생활을 하는 시기는 모든 생활 습관이 형성되는 시기일 뿐만 아니라 성장이 가장 활발한 시기이므로 이 시기에 얻게 된 바람직한 건강에 관한 지식 및 태도, 생활습관은 일상생활에 계속 영향을 미치게 되므로 학교에서의 포괄적인 건강증진 프로그램의 개발 및 시행이 시급한 실정이므로 프로그램의 성공적인 시행을 위해서라도 반드시 대상자의 건강증진 프로그램의 참여의사와 이에 영향을 미치는 요인을 파악하는 것이 선행되어야 할 것이다.

건강증진 프로그램 참여의사나 요구도와 관련하여 학생을 대상으로 한 선행연구로는 김영복 등(2001)의 대학생을 대상으로 한 연구가 이루어졌으나 고등학생을 대상으로 한 건강증진 참여의사와 관련된 연구는 이루어지지 않았으며 또한 현재 실행되고 있는 고등학생을 대상으로 한 건강증진 프로그램은 대부분 단순히 지식을 전달하는 프로그램이 많으며 대상자의 의도보다는 시행자의 의도에 맞게 계획된 프로그램들이 대부분이다. 행동 그 자체보다 행동을 하게 된 의도에 초점을 맞추어 인간의 행위는 그 행위를 수행하고자 하는 의도에 의해 결정되고 따라서 행위를 예측하기 위해서는 의도를 측정하는 것이 필요하다(Ajzen, 1991). 그러므로, 건강증진 프로그램의 성공적인 수행을 위해서는 반드시 대상자의 참여의사를 먼저 파악하는 시도가 이루어져야 하며 또한 참여의사에 영향을 미치는 요인을 파악하여 중재가 가능한 요인들의 예측이나 변화를 시도하여 청소년들이 적극적으로 참여 할 수 있도록 유도하는 전략적 접근이 필요할 것이다.

2. 연구 목적

본 연구의 목적은 고등학생들의 건강증진 프로그램 참여의사를 조사하고 이에 영향을 미치는 제 요인을 파악하여 학생들의 요구에 맞는 건강증진 프로그램을 개발하고 적극적인 참여를 유도하여 성공적인 프로그램 수행에 기초 자료를 제공하는데 있다. 이에 구체적인 목적은 다음과 같다.

첫째, 고등학생의 건강증진 프로그램 참여의사 수준을 파악한다.

둘째, 인구사회학적 특성이 고등학생의 건강증진 프로그램 참여의사에 미치는 영향을 파악한다.

셋째, 건강관련 특성이 고등학생의 건강증진 프로그램 참여의사에 미치는 영향을 파악한다.

넷째, 건강증진행위가 고등학생의 건강증진 프로그램 참여의사에 미치는 영향을 파악한다.

다섯째, 고등학생의 건강증진 프로그램 참여의사에 영향을 미치는 제 요인을 분석한다.

II. 연구내용 및 방법

1. 연구 대상

서울시내 소재 1개 인문계 남녀 공학 고등학교 1학년 학생 317명, 2학년 학생 341명 총 20학급 전체 658명을 대상으로 하였다. 배부된 631부 중 총 612부가 회수되었고 이 중에서 부적절한 답을 한 13부를 제외한 599부를 본 연구의 분석 자료로 이용하였다. 3학년의 경우 연구 기간이 수학능력시험 및 대입관련 일정과 겹치므로 자료 수집의 용이성을 위해 제외하였다.

2. 자료수집 및 방법

2005년 11월 28일에서 30일까지 예비조사를 실시하여 설문지의 용어, 어휘 순서 등을 수정, 보완한 후 2005년 12월 12일부터 12월 23일까지 연구자가 직접 혹은 담임교사의 협조를 얻어 설문지를 배부하였다. 설문 조사 시에 대상 학생들에게 설문지 조사의 목적을 설명하고 설문조사에 참여하기를 동의한 학생을 대상으로 자기기입식으로 작성하도록 하였다.

3. 연구 도구

본 연구에 사용한 도구는 건강증진 프로그램의 참여의사에 영향을 미치는 요인을 알아보기 위해 설문지를 작성하여 고등학교 1, 2학년 학생 20명을 대상으로 예비조사를 실시하여 수정, 보완하여 사용하였다.

1) 인구사회학적 특성 및 건강관련 특성

Pender(1996)의 건강증진 모형의 구성개념 중의 하나인 개인적 요인을 인구사회학적 특성(성별, 학년, 가족, 부모의 경제적수준, 교육정도)과 건강관련 특성(주관적 건강상태, 건강관심도, 보건교육 경험)으로 나누어 특성을 파악하였다.

건강 관련 특성 중 흡연이나 음주에 관한 질문은 대상자가 고등학생으로 비교적 흡연율이나 음주율이 성인보다 낮은 편이므로 제외하였다.

2) 건강증진 프로그램 참여 의사

김영복 등(2001)의 연구에서 사용한 건강증진 프로그램 참여의사의 9문항 중 본 연구에 맞게 수정, 보완하여 체중조절, 운동처방, 체력측정, 성교육 및 성상담, 자세교정(척추측만포함), 스트레스관리, 영양교실, 생활습관병, 금연, 금주, 독감예방접종의 11가지의 주제별로 참여의사를 파악하였다.

각 프로그램에 대한 참여 의사의 수준은 각 프로그램 별로 김영복 등(2001)의 연구에서 사용한 3가지 의사수준(적극적, 중립적, 부정적)으로 구분하여 조사하였다.

3) 건강증진행위 수행정도

건강증진행위 측정도구는 Walker 등(1987)이 개발하고 서연옥(1995)이 수정한 건강증진 생활양식 측정도구(Health Promoting Lifestyle Profile)와 차규정(2001)이 사용한 고등학생용 설문지를 토대로 본 연구의 목적에 맞게 수정, 보완하여 총 36문항으로 설문지를 작성하여 사용하였다.

본 연구에서 사용한 도구는 영양 및 운동 10문항, 스트레스 관리 6문항, 자아실현 7문항, 건강책임 7문항, 지지적 대인관계 6문항으로 총 5가지 하위개념으로 이루어지며 4점 척도로 '전혀 하지 않는다' 1점, '가끔 한다' 2점, '자주 한다' 3점, '항상 한다' 4점으로 측정되고 점수가 높을수록 건강증진행위 실천 정도가

높은 것을 의미한다.

본 연구의 건강증진행위 측정도구의 신뢰도계수 Cronbach's α 값은 0.890이었다.

4. 분석 방법

수집된 자료는 SAS 8.0 프로그램을 이용하여 분석하였다. 대상자의 일반적 특성은 빈도와 백분율을 구하였으며 건강증진행위는 전체 및 각 하위 항목별 평균과 표준편차를 구하였다. 건강증진 프로그램 참여 의사는 적극적 참여와 중립적인 것을 미온적인 태도로 보아 부정적인 쪽으로 포함시켜 이분형 변수로 분석하여 빈도와 백분율을 구하였다. 인구사회학적 특성, 건강관련 특성, 건강증진행위가 건강증진 프로그램 참여 의사에 미치는 영향을 살펴보기 위해 x²-test와 t-test를 실시하였다. 인구사회학적 특성, 건강관련 특성, 건강증진행위가 건강증진 프로그램 참여 의사에 영향을 미치는 제 요인을 분석하기 위해 다변량 로지스틱 회귀분석을 실시하였다.

III. 연구결과

1. 인구사회학적 특성 및 건강관련 특성

성별로는 남학생은 50.4%(302명)이고 여학생은 49.6%(297명)였으며, 학년별로는 1학년이 49.1%(294명)였으며 2학년이 50.9%(305명)였다. 가정의 경제적 수준은 상이라고 응답한 학생이 9.5%(57명), 중이라고 응답한 학생이 81.5%(488명), 하라고 대답한 학생이 9%(54명)이었다. 아버지의 학력은 대졸이상인 61.4%(368명)로 가장 많았으며 고졸이 35.6%(213명), 고졸미만이 3%(18명)로 나타났다. 어머니의 학력은 고졸이 50.6%(303명)로 가장 많았으며 대졸이상인 44.7%(268명), 고졸미만이 4.7%(28명)로 나타났다.

연구 대상 학생들의 건강관련 특성은 스스로 느끼는 건강상태는 보통이라고 생각하는 학생이 54.3%(325명)로 가장 많았으며 그 다음이 건강하다고 생각하는 학생이 35.7%(214명), 건강하지 못하다고 생각하는 학생이 10%(60명) 순이었다. 건강에 관한 관심도는 중이라고 응답한 학생이 62.3%(373명)로 가장 많았으며 상이라고 응답한 학생은 26%(156명), 하라고 응답한 학생은 11.7%(70명)였다. 보건교육을 받은 경험이 '없다'라고 응답한 학생이 58.3%(349명), '있다'라고 응답한 학생이 41.7%(250명)로 나타났다<표 1>.

<표 1> 대상자의 인구사회학적 특성 및 건강관련 특성

특성	구분	빈도	백분율 (%)
성별	남	302	50.4
	여	297	49.6
학년	1학년	294	49.1
	2학년	305	50.9
경제적 수준	상	57	9.5
	중	488	81.5
	하	54	9.0
아버지 학력	고졸미만	18	3.0
	고졸	213	35.6
	대졸이상	368	61.4
어머니 학력	고졸미만	28	4.7
	고졸	303	50.6
	대졸이상	268	44.7
주관적 건강상태	건강하다	214	35.7
	보통이다	325	54.3
	건강하지 못하다	60	10.0
건강관심도	상	156	26.0
	중	373	62.3
	하	70	11.7
보건교육 받은경험	있다	250	41.7
	없다	349	58.3

2. 건강증진행위 수행정도

대상 학생들의 건강증진행위 수행정도는 총 4점 만점에 2.50점이었으며 하부 영역별로 살펴보면 지지적 대인관계가 2.92로 가장 높았으며, 자아실현이 2.80, 영양 및 운동이 2.39, 스트레스 관리가 2.36, 건강책임이 2.13 순으로 나타났다<표 2>.

<표 2> 대상자의 건강증진행위 영역별 수행정도

항목(문항수)	평균	표준편차
영양 및 운동(10)	2.39 ¹⁾	0.48
스트레스 관리(6)	2.36	0.54
자아실현(7)	2.80	0.55
건강책임(7)	2.13	0.57
지지적 대인관계(6)	2.92	0.60
건강증진행위(36)	2.50	0.39

1) 4점만점

3. 건강증진 프로그램 참여의사

가장 높은 참여의사 수준을 보인 건강증진 프로그램은 자세교정으로 75.5% (452명)의 학생이 적극적으로 참여하겠다고 하였으며 그 다음이 스트레스 관리 프로그램으로 70.1%(420명), 체중조절 프로그램이 56.6%(399명)였으며 가장 낮은 참여의사를 나타낸 프로그램은 금주 프로그램으로 12.9%(77명)만이 적극적인 참여의사를 나타냈으며, 그 다음이 금연 프로그램으로 17.0%(102명), 독감 예방 프로그램이 22.9%(137명)로 나타났다<표 3>.

<표 3> 건강증진 프로그램 적극 참여의사

프로그램	빈도	백분율 (%)	순위
자세교정	452	75.5	1
스트레스관리	420	70.2	2
체중조절	339	56.5	3
운동처방	297	49.6	4
체력측정	269	44.9	5
생활습관병	261	43.6	6
영양교실	203	33.9	7
성교육 및 상담	169	28.2	8
독감예방접종	137	22.9	9
금연	102	17.0	10
금주	77	12.8	11

4. 건강증진 프로그램 참여의사에 영향을 미치는 요인

성별에 따른 건강증진 프로그램 참여의사중 유의한 차이를 보인 프로그램은 체중조절 프로그램(p<.0001), 체력측정 프로그램(p=0.00), 성교육 상담 프로그램(p=0.032), 스트레스 관리 프로그램(p<.0001), 독감 예방접종 프로그램(p=0.001)으로 나타났다<표 4>. 학년에 따른 건강증진 프로그램 참여의사중 유의한 차이를 보인 프로그램은 체력측정 프로그램(p=0.009), 금연 프로그램(p=0.031), 금주 프로그램(p=0.013), 독감 예방접종 프로그램(p=0.004)으로 나타났다<표 4>. 가정 경제 상태에 따른 건강증진 프로그램 참여의사는 모든 프로그램에 있어 유의한 차이를 보이지 않았다<표 4>.

아버지, 어머니의 교육정도에 따른 건강증진 프로그램 참여의사는 모든 프로그램이 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다<표 4>. 주관적 건강상태에 따른 건강

증진 프로그램 참여의사는 체력측정 프로그램(p=0.005)만 유의한 차이가 있는 것으로 나타났으며 나머지 모든 프로그램에 있어서는 유의한 차이를 보이지 않았다<표 5>. 건강에 관한 관심도에 따른 건강증진 프로그램 참여의사는 운동처방(p<.0001), 체력측정(p<.0001), 성교육 및 상담(p=0.015), 스트레스관리(p=0.037), 영양교실(p=0.003), 생활습관병(p=0.005), 금연(p=0.003), 금주(p=0.002), 독감예방접종(p=0.012)에서 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다<표 5>. 보건교육경험에 따른 건강증진 프로그램 참여의사는 체력측정프로그램(p=0.015), 자세교정 프로그램(p=0.047), 영양교실 프로그램(p=0.048), 생활습관병 프로그램(p=0.019)에서 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다<표 5>.

각 프로그램의 참여의사 별 건강증진행위는 금연 프로그램, 금주 프로그램을 제외한 모든 프로그램에서 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다. 각 영역별로는 스트레스 관리 영역은 모든 프로그램에 있어 유의한 차이가 없었으며 지지적 대인관계 영역은 금주를 제외한 모든 프로그램에서 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다. 운동 및 영양 영역에서는 운동처방, 체력측정, 생활습관병, 독감예방접종 프로그램에서, 자아실현 영역에서는 체중조절, 운동처방, 체력측정, 자세교정, 영양교실, 생활습관병 프로그램에서, 건강책임 영역은 운동처방, 체력측정, 자세교정, 스트레스 관리, 영양교실, 생활습관병, 독감예방접종 프로그램에서 유의한 차이가 있었다<표 6>.

5. 건강증진 프로그램 참여의사에 영향을 미치는 요인에 대한 로지스틱 회귀분석

각 건강증진 프로그램별 참여의사에 영향을 미치는 요인에 대한 로지스틱 회귀분석 결과 체중조절 프로그램은 여학생이 남학생이 3.25배(95% 신뢰구간 2.27-4.65)로 참여의사가 높게 나타났으며 건강증진행위의 지지적 대인관계영역의 점수가 낮은 그룹에 비해 높은 그룹의 참여의사가 1.96배(95% 신뢰구간 1.38- 2.79) 높게 나타났다 .

운동처방 프로그램은 건강관심도가 '하'라고 응답한 그룹에 비해 '상'이라고 응답한 그룹의 참여의사가 0.45배(95% 신뢰구간 0.24-0.86)로 참여의사가 오히려 낮은 것으로 나타났으며 건강증진행위의 지지적 대인관계영역의 점수가 낮은 그룹에 비해 높은 그룹의 참여의사가 2.13배(95% 신뢰구간 1.52-3.00) 높게 나타났다.

〈표 4〉 인구사회학적 특성에 따른 건강증진행위

특성	구분	채증조절		운동처방		체력추진		성교육 및 상담		자세교정		스트레스관리		영양교실		생활습관병		금연		금주		독감예방접종	
		적극	중립/부정	적극	중립/부정	적극	중립/부정	적극	중립/부정	적극	중립/부정	적극	중립/부정	적극	중립/부정	적극	중립/부정	적극	중립/부정	적극	중립/부정	적극	중립/부정
성별	남	133	169	147	155	156	146	97	205	82	82	189	113	96	206	125	177	53	249	39	263	85	217
	(%)	(44.0)	(46.0)	(48.7)	(51.3)	(51.7)	(48.3)	(32.1)	(67.9)	(27.2)	(27.2)	(62.6)	(37.4)	(31.8)	(68.2)	(41.4)	(58.6)	(12.9)	(82.5)	(12.9)	(87.1)	(28.1)	(71.9)
	여	206	91	150	147	113	184	72	225	65	65	231	66	107	190	136	161	49	248	38	259	52	245
(%)	(69.4)	(30.6)	(50.5)	(49.5)	(38.0)	(62.0)	(24.2)	(75.8)	(21.9)	(78.1)	(77.8)	(22.2)	(36.0)	(64.0)	(45.8)	(16.5)	(83.5)	(12.8)	(87.2)	(17.5)	(82.5)	(17.5)	(82.5)
학년	X2, p값	39.08	<.0001	0.20	0.654	11.21	0.001	4.59	0.032	2.24	0.134	16.50	<.0001	1.20	0.273	1.18	0.278	0.12	0.732	0.00	0.965	9.60	0.001
	1학년	163	131	155	139	148	146	83	211	76	76	205	89	108	186	139	155	60	234	48	246	82	212
	(%)	(55.4)	(44.6)	(52.7)	(47.3)	(50.3)	(49.7)	(28.2)	(71.8)	(25.8)	(74.2)	(69.7)	(30.3)	(36.7)	(63.3)	(47.3)	(52.7)	(20.4)	(79.6)	(16.3)	(83.7)	(27.9)	(72.1)
경제상태	2학년	176	129	142	163	121	184	86	219	234	71	215	90	95	210	122	183	42	263	29	276	55	250
	(%)	(57.7)	(42.3)	(46.6)	(53.4)	(39.7)	(60.3)	(28.2)	(71.8)	(76.7)	(23.3)	(70.5)	(29.5)	(31.2)	(68.8)	(40.0)	(60.0)	(13.8)	(86.2)	(9.5)	(90.5)	(18.0)	(82.0)
	X2, p값	0.31	0.576	2.28	0.132	6.89	0.009	0.00	0.993	0.53	0.468	0.04	0.838	2.09	0.149	3.23	0.073	4.67	0.031	6.21	0.013	8.25	0.004
상	상	31	26	25	32	25	32	19	38	40	17	38	19	18	36	24	33	10	47	7	50	11	46
	(%)	(54.4)	(45.6)	(43.9)	(56.1)	(43.9)	(56.1)	(33.3)	(66.7)	(70.2)	(29.8)	(66.7)	(33.3)	(31.6)	(68.4)	(42.1)	(57.9)	(17.5)	(82.5)	(12.3)	(87.7)	(19.3)	(80.7)
	중	284	204	243	245	219	289	139	349	373	115	348	140	167	321	212	276	83	405	65	423	113	375
(%)	(58.2)	(41.8)	(49.8)	(50.2)	(44.9)	(55.1)	(28.5)	(71.5)	(76.4)	(23.6)	(71.3)	(28.7)	(34.2)	(65.8)	(43.4)	(56.6)	(17.0)	(83.0)	(13.3)	(86.7)	(23.2)	(76.8)	
하	하	24	30	29	25	25	29	11	43	39	15	34	20	18	36	25	29	9	45	5	49	13	45
	(%)	(44.4)	(55.6)	(53.7)	(46.3)	(46.3)	(53.7)	(20.4)	(79.6)	(72.2)	(27.8)	(63.0)	(37.0)	(33.3)	(66.7)	(46.3)	(53.7)	(16.7)	(83.3)	(9.3)	(90.7)	(24.1)	(75.9)
	X2, p값	3.83	0.147	1.12	0.570	0.07	0.967	2.48	0.289	1.37	0.504	1.92	0.383	0.17	0.919	0.22	0.898	0.02	0.992	0.79	0.673	0.50	0.781
아버지학력*	고졸미만	18	0	18	0	18	0	18	0	18	0	18	0	18	0	18	0	18	0	18	0	18	0
	(%)	(100.0)	(0)	(100.0)	(0)	(100.0)	(0)	(100.0)	(0)	(100.0)	(0)	(100.0)	(0)	(100.0)	(0)	(100.0)	(0)	(100.0)	(0)	(100.0)	(0)	(100.0)	(0)
	고졸	136	77	131	82	123	90	81	132	183	30	176	37	107	106	143	70	70	143	56	157	119	94
(%)	(63.9)	(36.1)	(61.5)	(38.5)	(57.8)	(42.2)	(38.0)	(62.0)	(85.9)	(14.1)	(82.6)	(17.4)	(50.2)	(49.8)	(67.1)	(32.9)	(32.9)	(32.9)	(67.1)	(26.3)	(73.7)	(55.9)	(44.1)
대졸이상	대졸이상	185	183	148	220	128	240	70	298	251	117	226	142	78	290	100	268	14	354	3	365	0	368
	(%)	(50.3)	(49.7)	(40.2)	(59.8)	(34.8)	(65.2)	(19.0)	(81.0)	(68.2)	(31.8)	(61.4)	(38.6)	(21.2)	(78.8)	(27.2)	(72.8)	(3.8)	(96.2)	(0.8)	(99.2)	(0)	(100.0)
	X2, p값	27.71	<.0001	47.03	<.0001	55.07	<.0001	68.47	<.0001	68.47	<.0001	39.71	<.0001	88.22	<.0001	116.52	<.0001	154.29	<.0001	174.77	<.0001	343.18	<.0001
어머니학력*	고졸미만	26	2	28	0	28	0	28	0	28	0	28	0	28	0	28	0	28	0	28	0	28	0
	(%)	(92.7)	(0.7)	(100.0)	(0)	(100.0)	(0)	(100.0)	(0)	(100.0)	(0)	(100.0)	(0)	(100.0)	(0)	(100.0)	(0)	(100.0)	(0)	(100.0)	(0)	(100.0)	(0)
	고졸	166	137	147	156	136	167	82	221	221	82	207	96	98	205	133	170	60	243	46	257	109	194
(%)	(54.8)	(45.2)	(48.5)	(51.5)	(44.9)	(55.1)	(27.1)	(72.9)	(72.9)	(27.1)	(68.3)	(31.7)	(32.3)	(67.7)	(43.9)	(56.1)	(19.8)	(80.2)	(15.2)	(84.8)	(36.0)	(64.0)	
대졸이상	대졸이상	147	121	122	146	105	163	59	209	203	65	185	83	77	191	100	168	14	254	3	265	0	268
	(%)	(54.9)	(45.1)	(45.5)	(54.5)	(39.2)	(60.8)	(22.0)	(78.0)	(75.8)	(24.2)	(69.0)	(31.0)	(28.7)	(67.7)	(37.3)	(62.7)	(5.2)	(94.8)	(1.1)	(98.9)	(0)	(100.0)
	X2, p값	18.06	<.0001	18.06	<.0001	44.62	<.0001	72.65	<.0001	13.37	0.001	16.94	<.0001	60.41	<.0001	47.05	<.0001	131.08	<.0001	163.49	<.0001	239.45	<.0001

* fisher의 정확성 test

〈표 5〉 건강관련 특성에 따른 건강증진행위

특성	체중조절		운동처방		체력측정		성교육 및 상담		자세교정		스트레스관리		영양교실		생활습관병		금연		금주		독감예방접종	
	적극 /부정	중립 /부정	적극 /부정	중립 /부정	적극 /부정	중립 /부정	적극 /부정	중립 /부정	적극 /부정	중립 /부정	적극 /부정	중립 /부정	적극 /부정	중립 /부정	적극 /부정	중립 /부정	적극 /부정	중립 /부정	적극 /부정	중립 /부정	적극 /부정	중립 /부정
건강하다	117	97	114	100	115	99	73	141	160	54	140	74	69	145	100	114	37	177	27	187	54	160
(%)	(54.7)	(45.3)	(53.3)	(46.7)	(53.7)	(46.3)	(34.1)	(65.9)	(74.8)	(25.2)	(65.4)	(34.6)	(32.2)	(67.8)	(46.7)	(53.3)	(17.3)	(82.7)	(12.6)	(87.4)	(25.2)	(74.8)
보통	188	137	153	172	132	193	81	244	245	80	234	91	117	208	137	188	54	271	42	283	68	257
(%)	(57.9)	(42.1)	(47.1)	(52.9)	(40.6)	(59.4)	(24.9)	(75.1)	(75.4)	(24.6)	(72.0)	(28.0)	(36.0)	(64.0)	(42.2)	(57.8)	(16.6)	(83.4)	(12.9)	(87.1)	(20.9)	(79.1)
건강하지않다	34	26	30	30	22	38	15	45	47	13	46	14	17	43	24	36	11	49	8	52	15	45
(%)	(56.7)	(43.3)	(50.0)	(50.0)	(36.7)	(63.3)	(25.0)	(75.0)	(78.3)	(21.7)	(76.7)	(23.3)	(28.3)	(71.7)	(40.0)	(60.0)	(18.3)	(81.7)	(13.3)	(86.7)	(25.0)	(75.0)
X2, p값	0.53	0.768	1.99	0.371	10.81	0.005	5.72	0.057	0.32	0.850	4.03	0.133	1.73	0.421	1.44	0.486	0.12	0.941	0.02	0.988	1.53	0.465
상	99	57	103	53	94	62	58	98	128	28	122	34	70	86	85	71	39	117	32	124	49	107
(%)	(63.5)	(36.5)	(66.0)	(34.0)	(60.3)	(39.7)	(37.2)	(62.8)	(82.1)	(17.9)	(78.2)	(21.8)	(44.9)	(55.1)	(54.5)	(45.5)	(25.0)	(75.0)	(20.5)	(79.5)	(31.4)	(68.6)
중	198	175	165	208	151	222	94	279	271	102	251	122	112	261	146	227	49	324	35	338	75	298
(%)	(53.1)	(46.9)	(44.2)	(55.8)	(40.5)	(59.5)	(25.2)	(74.8)	(72.7)	(27.3)	(67.3)	(32.7)	(30.0)	(70.0)	(39.1)	(60.99)	(13.1)	(86.9)	(9.4)	(90.6)	(20.1)	(79.9)
하	42	28	29	41	24	46	17	53	53	17	47	23	21	49	30	40	14	56	10	60	13	57
(%)	(60.0)	(40.0)	(41.4)	(58.6)	(34.3)	(65.7)	(24.3)	(75.7)	(75.7)	(24.3)	(67.1)	(32.9)	(30.0)	(70.0)	(42.9)	(57.1)	(20.0)	(80.0)	(14.3)	(85.7)	(18.6)	(81.4)
X2, p값	5.20	0.074	23.00	<.0001	20.10	<.0001	8.40	0.015	5.24	0.073	6.57	0.037	11.35	0.003	10.55	0.005	11.45	0.003	12.31	0.002	8.80	0.012
있다	146	103	130	120	127	123	76	174	199	51	184	66	96	154	123	127	46	204	32	218	64	186
(%)	(58.4)	(41.6)	(52.0)	(48.0)	(50.8)	(49.2)	(30.4)	(69.6)	(79.6)	(20.4)	(73.6)	(26.4)	(38.4)	(61.6)	(49.2)	(80.8)	(18.4)	(81.6)	(12.8)	(87.2)	(25.6)	(74.4)
없다	193	156	167	182	142	207	93	256	253	96	236	113	107	242	138	211	56	293	45	304	73	276
(%)	(55.3)	(44.7)	(47.9)	(52.1)	(40.7)	(59.3)	(26.7)	(73.3)	(72.5)	(27.5)	(67.6)	(32.4)	(30.7)	(69.3)	(39.5)	(60.5)	(16.1)	(83.9)	(12.9)	(87.1)	(20.9)	(79.1)
X2, p값	0.57	0.451	1.00	0.317	6.02	0.015	1.01	0.315	3.97	0.047	2.48	0.115	3.90	0.048	5.53	0.019	0.57	0.450	0.00	0.973	1.81	0.178

보건교육경험

〈표 6〉 참여의사 수준에 따른 건강증진행위

프로 그램	참여의사	건강증진 행위	건강증진행위 각 영역(평균±표준편차)				
			영양 및 운동	스트레스 관리	자아실현	건강책임	지지적 대인관계
체중조절	적극 참여	2.54±0.40	2.40± 0.48	2.40±0.55	2.85±0.57	2.15±0.59	2.99±0.60
	중립혹은 부정적	2.46±0.38	2.38±0.49	2.31±0.51	2.74±0.52	2.09±0.54	2.84±0.57
	t(p)	2.46(0.01)	0.45(0.65)	2.01(0.05)	2.58(0.01)	1.42(0.16)	2.97(<.001)
운동처방	적극 참여	2.58±0.41	2.45±0.50	2.40±0.55	2.89±0.56	2.24± 0.60	2.99±0.62
	중립혹은 부정적	2.43±0.37	2.33±0.46	2.33±0.52	2.72±0.53	2.01±0.51	2.85±0.56
	t(p)	4.57(<.001)	3.09(<.001)	1.68(0.09)	3.73(<.001)	4.93(<.001)	2.86(<.001)
체력측정	적극 참여	2.59±0.41	2.49±0.51	2.39±0.56	2.89±0.55	2.24±0.6	3.01±0.6
	중립혹은 부정적	2.43±0.37	2.31±0.44	2.34±0.52	2.73±0.54	2.03±0.52	2.85±0.58
	t(p)	5.09(<.001)	4.61(<.001)	1.25(0.21)	3.70(<.001)	4.61(<.001)	3.46(<.001)
성교육 및상담	적극 참여	2.57±0.42	2.44±0.53	2.41±0.56	2.85±0.54	2.19±0.59	3.05±0.59
	중립혹은 부정적	2.48±0.38	2.37±0.53	2.34±0.53	2.79±0.55	2.1±0.56	2.87±0.59
	t(p)	2.49(0.01)	1.48(0.14)	1.45(0.15)	1.20(0.23)	1.69(0.09)	3.27(0.001)
자세교정	적극 참여	2.52±0.40	2.39±0.48	2.37±0.55	2.83±0.56	2.15±0.57	2.97±0.59
	중립혹은 부정적	2.44±0.38	2.38±0.49	2.34±0.51	2.71±0.51	2.04±0.54	2.79±0.61
	t(p)	2.27(0.02)	0.24(0.81)	0.58(0.56)	2.37(0.02)	2.21(0.03)	3.15<.001()
스트레스 관리	적극 참여	2.53±0.39	2.40±0.49	2.38±0.53	2.83±0.54	2.17±0.58	2.98±0.58
	중립혹은 부정적	2.44±0.40	2.37±0.46	2.32±0.56	2.75±0.57	2.03±0.52	2.78±0.61
	t(p)	2.79(<.001)	0.78(0.44)	1.24(0.22)	1.65(0.10)	2.83(<.01)	3.99(<.001)
영양교실	적극 참여	2.56±0.39	2.41±0.49	2.40±0.55	2.87±0.52	2.21±0.59	2.99±0.58
	중립혹은 부정적	2.48±0.39	2.38±0.48	2.35±0.53	2.77±0.56	2.08±0.55	2.89±0.60
	t(p)	2.42(0.02)	0.80(0.42)	1.18(0.24)	2.13(0.03)	2.75(<.01)	2.12(0.03)
생활습 관병	적극 참여	2.57±0.40	2.44±0.51	2.40±0.52	2.86±0.52	2.25±0.60	2.99±0.58
	중립혹은 부정적	2.45±0.38	2.35±0.45	2.34±0.55	2.34±0.55	2.03±0.52	2.87±0.60
	t(p)	3.54(<.0.1)	2.18(0.03)	1.27(0.21)	2.06(0.04)	4.73(<.000)	2.35(0.02)
금연	적극 참여	2.53±0.41	2.41±0.51	2.34±0.56	2.79±0.50	2.18±0.61	3.02±0.61
	중립혹은 부정적	2.5±0.39	2.39±0.48	2.37±0.53	2.81±0.56	2.11±0.56	2.9±0.59
	t(p)	0.71(0.48)	0.47(0.64)	-0.42(0.67)	-0.29(0.77)	1.02(0.31)	1.75(0.08)
금주	적극 참여	2.58±0.41	2.44±0.49	2.39±0.56	2.82±0.50	2.23±0.63	3.12±0.60
	중립혹은 부정적	2.49±0.39	2.38±0.48	2.36±0.54	2.80±0.56	2.11±0.56	2.89±0.59
	t(p)	1.79(0.07)	0.95(0.34)	0.49(0.62)	0.27(0.79)	1.74(0.08)	3.20(0.001)
독감예방 접종	적극 참여	2.62±0.42	2.51±0.53	2.42±0.55	2.88±0.53	2.30±0.59	3.05±0.58
	중립혹은 부정적	2.47±0.38	2.35±0.46	2.35±0.53	2.78±0.55	2.07±0.55	2.89±0.59
	t(p)	3.90(<.000)	3.44(0.001)	1.51(0.13)	1.90(0.06)	4.09(<.000)	2.82(0.01)

<표 7> 건강증진 프로그램 참여의사에 영향을 미치는 요인에 대한 로지스틱 회귀분석

건강증진 프로그램	요인	범위	기준	Odds Ratio	95% 신뢰구간
체중조절	성별	여학생	남학생	3.25	2.27-4.65
	지지적 대인관계	높다	낮다	1.96	1.38-2.79
운동처방	건강관심도	상	하	0.45	0.24-0.86
	지지적 대인관계	높다	낮다	2.13	1.52-3.00
체력측정	성별	여학생	남학생	0.61	0.43-0.87
	건강관심도	상	하	0.47	0.24-0.90
	지지적 대인관계	높다	낮다	2.09	1.48-2.96
성교육 및 상담	성별	여학생	남학생	0.66	0.45-0.96
	지지적 대인관계	높다	낮다	3.59	1.20-10.69
자세교정	학년	2학년	1학년	1.66	1.02-2.70
	보건교육경험	있다	없다	0.47	0.29-0.77
	지지적 대인관계	높다	낮다	3.46	2.25-5.32
스트레스관리	성별	여학생	남학생	2.20	1.49-3.24
	보건교육경험	있다	없다	0.62	0.39-0.99
	운동 및 영양	높다	낮다	1.60	1.05-2.44
	건강책임	높다	낮다	0.66	0.44-0.99
	지지적 대인관계	높다	낮다	3.87	2.57-5.83
영양교실	지지적 대인관계	높다	낮다	2.48	1.74-3.54
생활습관병	건강책임	높다	낮다	0.63	0.43-0.91
	지지적 대인관계	높다	낮다	2.92	2.06-4.13
금연	지지적 대인관계	높다	낮다	10.52	5.73-19.32
금주	학년	2학년	1학년	0.49	0.26-0.91
	지지적 대인관계	높다	낮다	37.80	11.95-125.98
독감예방접종	성별	여학생	남학생	0.54	0.36-0.82
	학년	2학년	1학년	0.55	0.34-0.87

건강증진행위 > 평균 < 평균 건강책임영역 점수 높다 : >2.13 낮다 : ≤2.13
 지지적 대인관계 점수 높다 : >2.92 낮다 : ≤2.92
 운동 및 영양 점수 높다 : >2.39 낮다 : ≤2.39

체력측정 프로그램의 경우 남학생에 비해 여학생들의 참여의사가 0.61배(95% 신뢰구간 0.43-0.87)로 여학생들의 참여의사가 낮게 나타났으며 건강에 관한 관심도도 '하'라고 응답한 그룹에 비해 '상'이라고 응답한 그룹의 건강증진 프로그램 참여의사가 0.47배(95% 신뢰구간 0.24-0.90)로 더 낮은 것으로 나타났고, 건강증진행위의 지지적 대인관계영역의 점수가 낮은 그룹에 비해 높은 그룹의 참여의사가 2.09배

(95% 신뢰구간 1.48-2.96) 높게 나타났다.

성교육 및 상담 프로그램은 남학생에 비해 여학생의 참여의사가 0.66배(95% 신뢰구간 0.45-0.96)로 낮게 나타났으며 건강증진행위의 지지적 대인관계영역의 점수가 낮은 그룹에 비해 높은 그룹의 참여의사가 3.59배(95% 신뢰구간 1.20-10.69) 높게 나타났다.

자세교정 프로그램은 1학년에 비해 2학년의 참여의사가 1.66배(95% 신뢰구간 1.02-2.70)로 2학년의 참

여의사가 더 높은 것으로 나타났으며 보건교육을 받은 경험이 없는 그룹에 비해 교육을 받은 경험이 있는 그룹의 참여의사가 0.47배(95% 신뢰구간 0.29-0.77)로 낮게 나타났고, 건강증진행위의 지지적 대인관계영역의 점수가 낮은 그룹에 비해 높은 그룹의 참여의사가 3.46배(95% 신뢰구간 2.25-5.32) 높게 나타났다.

스트레스 관리 프로그램은 남학생에 비해 여학생의 참여의사가 2.20배(95% 신뢰구간 1.49-3.24) 높게 나타났으며 보건교육을 받은 경험이 없는 그룹에 비해 교육을 받은 경험이 있는 그룹의 참여의사가 0.62배(95% 신뢰구간 0.39- 0.99)로 낮게 나타났고, 건강증진행위의 운동 및 영양 영역의 점수가 낮은 그룹에 비해 높은 그룹의 참여의사가 1.60배(95% 신뢰구간 1.05-2.44) 높게 나타났다. 건강증진행위의 건강책임 영역의 점수가 낮은 그룹에 비해 높은 그룹의 참여의사가 0.66배(95% 신뢰구간 0.44-0.99)로 낮게 나타났으며 건강증진행위의 지지적 대인관계 영역의 점수가 낮은 그룹에 비해 높은 그룹의 참여의사가 3.87배(95% 신뢰구간 2.57-5.83) 높게 나타났다.

영양교실 프로그램은 건강증진행위의 지지적 대인관계 영역의 점수가 낮은 그룹에 비해 높은 그룹의 참여의사가 2.48배(95% 신뢰구간 1.74-3.54) 높게 나타났다. 생활습관병 프로그램은 건강증진행위 하위영역인 건강책임 영역의 점수가 낮은 그룹에 비해 높은 그룹의 참여의사가 0.63배(95% 신뢰구간 0.43-0.91)로 낮게 나타났으며 건강증진행위의 지지적 대인관계 영역의 점수가 낮은 그룹에 비해 높은 그룹의 참여의사가 2.92배(95% 신뢰구간 2.06-4.13) 높게 나타났다.

금연 프로그램은 건강증진행위의 지지적 대인관계 영역의 점수가 낮은 그룹에 비해 높은 그룹의 참여의사가 10.52배(95% 신뢰구간 5.73-19.32) 높게 나타났다.

금주 프로그램은 1학년에 비해 2학년의 참여의사가 0.49배(95% 신뢰구간 0.26-0.91)로 2학년의 참여의사가 더 낮은 것으로 나타났으며 건강증진행위의 지지적 대인관계 영역의 점수가 낮은 그룹에 비해 높은 그룹의 참여의사가 37.80배(95% 신뢰구간 11.95-125.98)로 높게 나타났다.

독감 예방접종 프로그램은 남학생에 비해 여학생의 참여의사가 0.54배(95% 신뢰구간 0.36-0.82)로 낮

게 나타났으며 1학년에 비해 2학년의 참여의사가 0.55배(95% 신뢰구간 0.34-0.87)로 낮게 나타났다.

IV. 고 찰

청소년의 건강문제는 특정한 측면의 건강이나 건강행위와 관련된 문제라기보다는 신체, 정신, 사회적 건강문제가 상호 복합적으로 영향을 미치고 있다고 할 수 있다. 다차원적인 건강 결정요인을 통제시킬 수 있는 능력을 조기에 함양시킴으로써 보장받을 수 있으며 이에 대한 사회적인 차원의 대책이 절실히 요구된다(김은애 등, 2000). 이러한 측면에서 많은 연구자들에 의해서 건강증진행위의 수행정도를 높이기 위해 이에 영향을 미치는 요인에 대한 연구들이 이루어져 왔다. 본 연구는 건강증진행위의 수행정도와 건강증진 프로그램 참여의사를 알아보고 대상자의 인구사회학적 특성, 건강관련 특성, 건강증진행위의 수행정도가 건강증진 프로그램 참여의사에 영향을 미치는지 알아보려고 하였다.

인구사회학적 특성 중에 성별과 학년, 부모의 학력이 건강증진 참여의사에 영향을 미치는 것으로 나타났다. 성별과 학년의 경우, 각각의 프로그램에 차이가 있으므로 같은 프로그램에서도 남녀나 학년에 따라 내용의 다양화와 접근방식을 달리 하여야만 더욱 프로그램에 대한 참여의사를 높일 수 있을 것이다. 부모의 학력은 모든 프로그램에 영향을 미치는 것으로 나타났다. 부모의 학력이 고졸 미만인 경우 체중조절 프로그램의 경우를 빼고는 모든 프로그램에 적극적 참여의사를 나타냈다. 이들 대상자들의 성별이나 학년이 고루 분포되어 있고 다른 항목에 대해 편향적 경향을 보이지 않은 점으로 볼 때 이는 학력이 건강증진 참여의사에 크게 영향을 미치는 것으로 보여지며 본 연구에서 연구대상으로 한 대상자들이 거주하는 지역의 사회·경제적 격차가 심한 지역적 특성이 작용했을 것으로 보인다. 그러나, 일반적으로 건강증진 프로그램의 참여의사에 영향을 미친다고 볼 수 있을지는 좀 더 세분화된 대상자의 특성파악이 필요할 것으로 생각된다.

본 연구에서 전체 대상자의 건강증진행위 평균점수는 2.50으로 나타났으며 류정은(2001)은 대학생들의 건강증진 생활양식 이행정도는 다른 연령에 비해

매우 낮으며 이는 대학생들이 자신의 건강을 과신하여 건강의 중요성을 간과하고 있다는 것을 보여준다고 하였으나 이는 고등학생의 경우도 마찬가지라고 고려되어야 할 사항이다. 하부 영역별로 살펴보면 지지적 대인관계가 2.92로 가장 높았으며, 자아실현이 2.80, 영양 및 운동이 2.39, 스트레스 관리가 2.36, 건강책임이 2.13순으로 나타났다. 지지적 대인관계가 가장 높게 나타난 것은 청소년 시기가 부모로부터 독립하여 친구들과의 관계가 더욱 친밀해 지고 서로 영향력을 주고받는 시기이기 때문인 것으로 보인다. 반면, 건강책임 영역이 가장 낮게 나타났다. 김문실(1997)은 청소년기의 건강증진은 학교를 기반으로 하는 지역사회 중심의 예방적 노력을 통해 달성될 수 있는데 학교교육과정은 건강증진을 위해 바람직한 생활양식과 일차적 예방을 위한 방법을 제공하기 위한 도구로서 쓰여 질 수 있으므로 학교에서는 청소년기의 건강증진에 부합되는 교육과정을 확립하고, 학생들이 학교 생활 전반에서 건강증진에 대한 지식과 기술을 습득할 수 있도록 하는 것이 바람직하다고 하였으며 청소년 시기의 바람직한 건강습관이 성인기까지 영향을 준다는 사실에 비추어 볼 때 학교에서 다양한 교육과 프로그램을 통해 건강책임영역을 증진시키기 위한 노력이 필요할 것이다.

건강증진 프로그램 참여의사 중 가장 높은 참여의사 수준을 보인 프로그램은 자세교정으로 75.5%(452명)의 학생이 적극적으로 참여하겠다고 하였으며 그 다음이 스트레스 관리 프로그램으로 70.1%(420명), 체중조절 프로그램이 56.6%(399명)로 나타났으며 가장 낮은 참여의사를 나타낸 프로그램은 금주 프로그램으로 12.9%(77명)만이 적극적인 참여 의사를 나타냈으며, 그 다음이 금연 프로그램으로 17.0%(102명), 독감 예방 접종 프로그램이 22.9%(137명)로 나타났다. 이는 김영복 등(2001)의 연구에서 여대생들이 독감 예방 접종 프로그램에 가장 적극적인 참여의사를 나타낸 것과는 다른 결과를 나타냈으며 금주와 금연 프로그램의 참여의사는 이 연구결과와 일치하였다. 성인 근로자를 대상으로 한 최숙경 등(2003)의 연구에서는 운동프로그램에 대한 참여의사가 높았으며 금주프로그램에 대한 참여의사가 낮게 나타났지만 25% 이상으로 나타났다. 이는 연령별이나 생애주기별, 직업별로 각 건강증진 프로그램에 대한 참여의사가 차

이가 있는 것으로 보이며 이는 또한 각 집단별로 차별화 된 건강증진 프로그램의 개발이 필요하다고 생각되어 진다.

건강증진 프로그램의 참여의사에 영향을 미치는 요인에 대한 로지스틱 회귀분석결과 건강증진행위 하위 영역인 지지적 대인관계 영역이 거의 모든 프로그램에서 통계적으로 유의한 것으로 나타났다. 행동에 대한 태도와 사회적인 가치관, 지각된 행위 통제가 행위의도에 영향을 미치며 사회적 규범이 행동에 대한 의도에 영향을 미쳐 개인의 행동에 주변인의 태도와 행동이 미치는 영향이 크다고 한다(Ajzen & Madden, 1986). 그러므로 청소년의 시기에는 부모, 친구, 선생님 같은 중요한 사람에게 영향을 받을 뿐만 아니라 또래집단, 가까운 친구, 타인들에게도 영향을 받는다고 하는 측면에서 볼 때 지지적 대인관계가 참여의사에 영향을 미치는 중요한 요인으로 보여 진다. 부모나 선생님, 청소년 또래 집단이 청소년들에게 바람직한 태도를 가지도록 이끌 수 있는 긍정적인 지지관계를 형성하고 건강증진에 대한 많은 관심과 올바른 태도를 가지도록 하는 것이 궁극적으로는 청소년들의 건강증진 프로그램 참여의사를 높게 될 것이다.

각 건강증진 프로그램별로 참여의사와 영향을 미치는 요인을 살펴보면 다음과 같다.

체중조절 프로그램의 참여의사에 영향을 미치는 요인으로는 성별, 건강증진행위의 지지적 대인관계 영역으로 남학생보다 여학생이 참여의사 높게 나타났다. 2005년도 서울시 표본학교 신체검사에서도 고등학생의 경우 경도비만 이상인 남학생이 13.9%, 여학생이 6.9%인 결과(학교보건연보, 2005)로 실제 남학생의 비판율이 높은 것에 비해 여학생이 남학생보다 높은 참여의사를 나타내었는데 청소년기에는 이성에 눈을 뜨기 시작하고 외모를 가꾸는데 신경을 많이 쓰는 시기로 특히 신체적 매력을 너무 강조하여 비만이 매력 없다고 간주하는 경향이 있어 여성의 마른모습에 지나친 가치를 부여하여(Rodin, 1993) 여학생들이 무리한 체중조절이나 왜곡된 신체상을 가지기 쉽다. 이에 단순히 체중을 줄이는 프로그램이 아니라 바른 신체상을 가지고 자신에게 맞는 적절한 체중을 알고 유지할 수 있도록 하는 프로그램의 개발이 필요할 것이다.

운동처방 프로그램의 참여의사에 영향을 미치는

요인으로는 건강에 대한 관심도, 건강증진행위의 지지적 대인관계 영역으로 나타났다. 본 연구에서 여학생의 건강증진행위 수준 중 운동영역이 비교적 낮게 나타났는데 운동처방 프로그램을 적용한 김도희(1999)의 연구에서와 마찬가지로 건강지식, 태도, 행동수준을 향상시킬 수 있는 프로그램의 개발과 적용이 필요할 것으로 생각된다. 미국의 경우 대학 스포츠 의학회(A.C.S.M) 및 심장협회(H.A.H) 등에서 국민건강증진을 위한 운동처방지침이 소개 되고 있는데(A.C.S.M, 1978; H.A.H, 1982) 우리나라도 연령별이나 질병에 따른 구체적인 운동처방 지침이 개발되어 그에 따른 운동처방 프로그램을 진행하는 것도 참여의사를 높이는 방법이 될 것이다.

체력측정 프로그램의 참여의사에 영향을 미치는 요인으로는 성별, 건강에 대한 관심도, 건강증진행위의 지지적 대인관계 영역으로 여학생의 참여의사가 남학생에 비해 낮게 나타났으며 건강증진행위 수행도에 있어서도 남학생 보다 여학생의 운동영역 점수가 낮게 나타난 것과 관련성이 있을 것으로 생각된다. 당면한 문제해결보다 건강증진을 목적으로 하는 프로그램인 만큼 체력측정을 통해 건강에 관한 관심뿐만 아니라 자신감을 심어줄 수 있는 프로그램이 개발된다면 효과적으로 참여의사를 높일 수 있을 것이며 운동처방 프로그램과 연계하여 체력측정 결과를 반영하여 운영한다면 더욱 효과적일 것이다.

성교육 및 성상담 프로그램의 참여의사에 영향을 미치는 요인으로는 성별, 건강증진행위의 지지적 대인관계 영역으로 여학생에 비해 남학생이 더 적극적 참여의사가 높은 것으로 나타났다. 이는 아직까지 성에 대해 드러내기 꺼려하는 여학생의 성향을 반영하는 것으로 보여 지며 전체적인 참여의사 비율이 28.2%로 비교적 낮게 나타난 것은 이성교제가 활발해 지고 이성관을 확립해 가는 청소년기의 당면문제임에도 불구하고 학교 성교육이 아직까지는 개념적이고 피상적인 내용이 많아 학생들의 호응을 얻기에 역부족인 것으로 생각되어 진다. 학생들의 당면 문제를 주제로 다루고 좀더 현실적인 내용을 포함한 프로그램이 참여의사를 높일 수 있을 것이다.

자세교정 프로그램의 참여의사에 영향을 미치는 요인으로는 학년, 보건교육경험의 유무, 건강증진행위의 지지적 대인관계 영역으로 학년이 높고, 보건교

육경험이 없는 그룹의 참여의사가 높게 나타났다. 11가지 프로그램 중 가장 높은 참여의사를 나타냈으며 이는 많은 시간 책상에 앉아 공부를 하거나 컴퓨터를 하는 요즘 청소년들에게 요통이나 척추측만 같은 건강문제가 발생하여 자세 교정의 필요성이 요구되고 있다고 볼 수 있다. 균형적이지 못한 근육발달이 유연성의 불균형을 초래하며 이는 불량한 자세의 원인이 되어 자세가 불량해 지기 쉽고 척추나 신경조직이 허약해지고(문재영, 1995), 한규민(2004)의 연구에서 자세교정 프로그램 후 유연성의 향상을 가져오는 것으로 나타났는데 고등학생의 경우 성장이 점점 둔화되는 시기로 자세교정 만으로도 숨은 키를 찾아내는 효과가 있고 척추관련 질환을 미리 예방하는 효과를 가져 올 수 있으므로 참여의사가 높은 만큼의 큰 성과를 거둘 수 있을 것으로 보여 진다.

스트레스관리 프로그램의 참여의사에 영향을 미치는 요인으로는 성별, 보건교육 경험의 유무, 건강증진행위의 운동 및 영양, 건강책임, 지지적 대인관계 영역으로 여학생이 남학생에 비해 높게 나타났으며 이는 여학생이 스트레스에 더욱 민감하다는 것을 나타내는 것으로 생각된다. 인문계 고등학생의 88.3%가 스트레스성 우울증상을 보이고(변혜정, 1999) 중·고등학생 중 남학생의 34.3%, 여학생의 47.5%가 스트레스성 우울증을 보이고 있는데(조성진 등, 2001), 이러한 청소년을 대상으로 한 스트레스 관리 프로그램이 지각된 스트레스와 우울을 감소시키는데 효과가 있는 것으로 나타났다(고기홍, 2004). 참여의사가 높은 만큼 스트레스정도에 따라, 관리방법에 따른 다양한 프로그램의 개발이 필요할 것으로 생각된다.

영양교실 프로그램의 참여의사에 영향을 미치는 요인으로는 건강증진행위의 지지적 대인관계 영역으로 나타났다. 영양교실 프로그램의 기초가 식습관 및 생활습관의 장기적인 변화를 유도하는 점(Epstein, 1985)을 감안할 때 청소년기의 올바른 식습관과 영양습관은 성인기에도 영향을 미치며 무리한 다이어트나 비만, 영양불균형을 미연에 방지 할 수 있을 것이다. 또한 프로그램의 참여로 현재 자신이 갖고 있는 습관을 뒤 돌아 보고 확인함으로써 수정 보완하고 관심도도 높일 수 있을 것이다.

생활습관병 프로그램의 참여의사에 영향을 미치는 요인으로는 건강증진행위의 건강책임 영역과 지지적

대인관계 영역으로 건강책임 영역의 점수가 낮은 그룹이 높은 그룹의 참여의사보다 높게 나타났는데 지식이나 정보부족으로 오히려 불안감을 일으켜 참여의사에 영향을 미친 것으로 보여 진다. 일부 대학생 대상의 연구(서우성, 2003)에서 생활습관병에 대한 이해도, 학습의욕, 정보수집 및 불안감을 갖는 비율이 높게 나타났으며, 생활습관병의 발병 연령이 점점 젊어지고 만성화, 장기화 되어가고 있으므로 2005년 학교보건법의 개정으로 3년에 한번 실시하게 되는 건강검진을 활용하여(학교보건법, 2005) 생활습관병 프로그램을 시행한다면 효과적으로 지속적인 추구관리, 스스로 건강을 확인하고 관리할 수 있는 능력을 키우고 성인이 되어서도 지속적으로 건강관리를 할 수 있게 될 것이다.

금연 프로그램의 참여의사에 영향을 미치는 요인으로는 건강증진행위의 지지적 대인관계 영역으로 나타났다. 대상자가 실제 흡연자로서 금연 프로그램에 참여하고 싶어 하는지, 비 흡연자로서 참여하고자 하는지에 대한 고려를 하지 않은 제한점이 있다. 또한 건강증진사업을 시도할 때 한 단계씩 진전시키는 방법이 성공률이 높다(King 등, 1996; Nguyen 등, 1997)는 것을 감안할 때 대상자의 행위변화단계를 평가하여 프로그램에 적용한다면 더욱 참여의사를 높일 수 있을 것이다. 두 번째로 낮은 참여율(17.0%)을 나타냈으나 인문계 고교생 1, 2, 3학년의 습관성 흡연율이 각각 5.1%, 9.9%, 15.5%이며 실업계 고교생 1, 2학년의 경우 20.9%, 24.3%(김경빈, 2001)로 학년이 올라가면서 습관성이 되는 비율이 증가하므로 학생들의 참여의사와는 맞지라도 반드시 청소년 시기에 이루어져야 할 건강증진 프로그램의 하나로 청소년 스스로가 건강을 유지·증진시킬 수 있도록 바람직한 방향으로 행동변화를 유도하는 프로그램 개발이 이루어져야 할 것이다.

금주 프로그램의 참여의사에 영향을 미치는 요인으로는 학년, 건강증진행위의 지지적 대인관계 영역으로 가장 참여의사가 낮은 것(12.9%)으로 나타났다. 2학년에 비해 1학년의 참여의사가 높게 나타났다. 음주가 점점 더욱 낮은 연령에 시작하는 것으로 확산되고 있고 중학교 1학년 때의 음주율이 7.7%이던 것이 실업고 2학년이 되면 64.8%로 급상승 하는 것(김경빈, 2001)같이 학년이 올라 갈수록 음주의 기회가 많

아져 2학년의 참여의사가 더 높을 것으로 예측했으나 상반된 결과로 나타났다. 고등학교 졸업 후에 갑자기 접하게 되는 음주문화에 미리 대비하고 음주는 청소년시기의 사고의 원인이 되기도 하며 약물 오·남용 시작의 관문으로 알려져 있으므로 금연과 마찬가지로 참여의사가 낮다고 하더라도 전략적인 프로그램의 운영으로 참여율을 높여야 할 것이다.

독감예방접종 프로그램의 참여의사에 영향을 미치는 요인으로는 성별, 학년으로 여학생의 참여의사가 남학생에 비해 낮게 나타났으며 2학년에 비해 1학년의 참여의사가 높게 나타났다. 여학생의 예방주사 자체에 대한 거부감이 크고 학년이 올라갈수록 예방접종의 중요성에 대한 인식이 줄어들게 되는 것으로 생각되어 진다. 김영복 등(2001)의 연구에서는 여대생들의 건강증진 프로그램 참여의사 중 가장 긍정적인 프로그램이었으나 본 연구에서는 낮은 참여의사(22.9%)를 나타냈다. 예방접종이 집단접종에서 본인 자신에게 유익한 예방접종을 선택하는 개별 접종으로 변화(신상만 등, 1993)돼 가고 있으므로 이 프로그램을 통해 유익한 정보를 제공하고 다른 예방접종과 병행하여 생애주기별, 계절적 특성을 고려하여 프로그램을 운영한다면 좀더 적극적인 참여의사를 유도 할 수 있을 것으로 생각된다.

본 연구는 일개 인문계 사립 고등학교의 1,2학년 학생들을 대상으로 연구가 이루어졌으므로 전체 고등학생으로 일반화하기가 어려우며 또한 인구사회학적 특성, 건강관련 특성의 변수의 경우 본 연구에서는 제한된 몇가지 변수만을 포함하였으므로 더 많은 변수들을 포함하였을 경우 연구결과에 영향을 미칠 수 있다. 또한 각 건강증진 프로그램에 대한 구체적인 계획이 없이 개념적인 설명만으로 참여의사를 파악하였으므로 프로그램에 대한 정보와 이해부족이 참여의사에 영향을 주었을 제한점이 있다.

이상에서 본 바와 같이 본 연구는 그 동안 시도된 바 없는 고등학생을 대상으로 하는 건강증진 프로그램 참여의사와 이에 영향을 미치는 요인에 관한 연구이며 앞으로 이루어질 고등학생의 건강증진 프로그램 개발을 위한 다양한 측면의 연구에 기초 자료가 되길 기대한다. 고등학생의 건강증진 참여의사는 성인이나 대학생과는 또 다른 양상을 나타냈으며 현재 학교 현장에서 중요하게 생각하는 건강증진 프로그램들에 있

어서는 오히려 참여의사가 비교적 낮게 나타났다. 청소년은 성인의 경우와 달리 참여의사가 낮게 나타났지만 청소년시기의 건강증진을 위해 반드시 필요한 프로그램에 대해서는 다양한 프로그램 개발과 참여의사에 영향을 미치는 요인들을 고려하여 참여의사를 높일 수 있는 방안이 모색되어야 할 것이다. 또한 참여의사가 높게 나타난 프로그램들에 대해서는 고등학생을 대상으로 하는 건강증진 프로그램 모형으로 개발하는데 자료로 활용할 수 있을 것이며 본 연구에서는 포함시키지 않았지만 고등학생들에게 필요한 다른 건강증진 프로그램에 대한 연구와 건강행위변화(Neil 등, 2002)의 단계별 프로그램 참여의사에 대한 연구가 행해져 이를 토대로 실제로 학생들이 적극적으로 참여할 수 있는 다양한 건강증진 프로그램의 개발과 시행이 이루어져 학교 현장에서 많은 학생들이 직접 참여하여 학교건강증진사업이 활성화될 수 있을 것이다.

V. 결론 및 제언

본 연구는 고등학생들의 건강증진 프로그램 참여의사에 영향을 미치는 제 요인을 파악하여 학생들의 요구에 맞는 건강증진 프로그램을 개발하고 적극적인 참여를 유도할 수 있는 건강증진 프로그램 수행에 기초 자료를 제공하고자 시도되었다. 2005년 12월 12일부터 12월 23일까지 서울시내 소재 인문계 고등학교 1, 2학년 학생을 대상으로 실시하였으며 연구도구는 인구사회학적 특성, 건강관련특성, 건강증진행위 측정도구를 이용하였으며 수집된 자료는 SAS 8.0 통계 프로그램을 사용하여 분석하였으며 그 결과는 다음과 같다.

1. 대상 학생들의 건강증진행위 수행정도는 총 4점 만점에 2.50점이었으며 하부 영역별로 살펴보면 지지적 대인관계가 2.92로 가장 높았으며, 자아실현이 2.80, 영양 및 운동이 2.39, 스트레스 관리가 2.36, 건강책임이 2.13순으로 나타났다.
2. 가장 높은 참여의사 수준을 보인 건강증진 프로그램은 자세교정으로 75.5%(452명)의 학생이 적극적으로 참여하겠다고 하였으며 그 다음이 스트레스 관리 프로그램으로 70.1%(420명), 체중조절 프로그램이 56.6%(399명)이었으며 가장 낮

은 참여의사 수준을 보인 프로그램은 금주 프로그램으로 12.9%(77명)만이 적극적인 참여의사를 나타냈으며, 그 다음이 금연 프로그램으로 17.0%(102명), 독감 예방 프로그램이 22.9%(137명)으로 나타났다.

3. 성별에 따라 체중조절, 체력측정, 성교육침 상담, 스트레스 관리, 독감예방접종 프로그램의 참여의사에 유의한 차이가 나타났으며 학년에 따라서는 체력측정, 금연, 금주, 독감예방접종 프로그램이 유의한 차이가 있었다. 부모의 교육정도는 모든 프로그램에 유의한 차이가 나타났으며 주관적 건강상태는 체력측정에서만 유의한 차이를 나타냈다. 건강 관심도에 따라 체중조절, 자세교정을 제외한 모든 프로그램에서 참여의사가 유의한 차이를 나타냈으며 보건교육경험 유무에 따라 체력측정, 자세교정, 영양교실, 생활습관병 프로그램의 참여의사가 유의한 차이를 나타냈다. 각 프로그램의 참여의사 별 건강증진행위는 금연 프로그램, 금주 프로그램을 제외한 모든 프로그램에서 유의한 차이가 있었다
4. 모든 프로그램에 있어 건강증진행위의 지지적 대인관계 영역의 점수가 높을수록 참여의사가 높았으며 각 프로그램별로 성별, 학년, 건강관심도, 보건교육경험의 유무, 건강증진행위의 운동 및 영양 영역, 건강책임 영역 등이 건강증진 참여의사에 영향을 미치는 관련요인이었다.

이상의 결과로 건강증진 프로그램 참여의사는 프로그램의 성격과 개인의 인구사회학적 특성, 건강관련 특성에 의해 달라지고 건강증진행위 수행정도보다 각각의 하위 영역의 수행정도에 따라 달라지므로 건강증진행위 수행정도를 높이는 노력위에 대상자의 인구사회학적 특성, 건강관련 특성에 대한 차별화된 다양한 건강증진 프로그램 개발과 건강행위변화 단계별 프로그램의 개발로 적극적 참여를 유도할 수 있는 다각적인 시도와 노력이 요구된다.

참 고 문 헌

- 강말순, 김정남 (2000). 일부여대생의 건강증진생활양식과 관련요인 연구. 지역사회 간호학회지, 11(1), 184-198.

- 고기홍 (2004). 청소년 스트레스 관리 프로그램 개발에 관한 연구. 동아대학교. 박사학위논문, 2-6, 부산.
- 김경민 (2001). 청소년 술, 담배, 약물 등 남용현황 및 대책. 한국학교보건학회지, 14(1), 5-22.
- 김도희 (1999). 운동처방 프로그램이 성인들의 건강지식, 태도, 건강행동과 혈중지질에 미치는 효과. 보건교육·건강증진학회지, 16(1), 127-135.
- 김명식 (2003). 흡연 청소년을 위한 인지행동 금연 프로그램과 행동주의 금연 프로그램의 효과 비교 연구. 고려대학교. 박사학위 논문, 35-36, 서울.
- 김문실 (1997). 청소년의 건강증진. 대한간호학회지, 36(3), 6-15.
- 김은애, 정연강, 김기숙 (2000). 청소년의 건강증진행위와 자기효능과 관계 연구. 한국학교보건학회지, 13(2), 241-259.
- 김영복, 하은희, 김주영, 윤영옥 (2001). 대학생의 건강증진 프로그램 참여의사에 영향을 미치는 주요 요인에 관한 연구. 보건교육·건강증진학회지, 18(1), 1-15.
- 김영애, 김상순, 정문숙, 한창현 (2000). 고등학생의 건강증진행위 정도와 관계요인. 보건교육·건강증진학회지, 17(1), 1-18.
- 김이순, 주현옥, 신우선, 송미경 (2000). 초·중·고등학교 비만프로그램 구축에 관한 연구. 보건교육·건강증진학회지, 19(3), 87-105.
- 김일여 (1996). 청소년의 건강통계위와 건강증진 생활양식에 관한 연구. 이화여자대학교. 석사학위논문, 25-37, 서울.
- 김화중, 윤순녕, 전경자 (1999). 학교보건과 간호. 서울 : 수문사.
- 류정은, 권영미, 이건설 (2001). 대학생의 사회심리적 건강과 건강증진 생활양식 이행. 보건교육·건강증진학회지, 18(1), 49-60.
- 문재영 (1995). 스트레칭 운동이 자세에 미치는 영향. 상명여자대학교 교육대학원. 석사학위 논문, 27-35, 서울.
- 변영순, 장희정 (1996). 여대생의 건강증진생활양식과 자원동원성에 관한 연구. 간호과학, 8(2), 101-111.
- 변혜정, 최외선 (1999). 고등학생의 특성불안과 우울에 관한 연구. 재활심리연구, 6(1), 153-171.
- 보건복지부 (2002). 국민건강증진종합계획 Health Plan 2010. 2-18.
- 서우성 (2003). 일부 대학생들의 생활습관병에 대한 예방태도·지식 및 건강행동에 관한 조사. 충남대학교 보건대학원. 석사학위 논문, 21-23, 충남.
- 서울특별시 학교보건원 (2005). 학교보건연보, 제 35호, 11-18.
- 신상만, 이상주 (1993). 예방 접종의 어제와 오늘 순천향대학교논문집, 16(4), 1109-1115.
- 유상희 (2002). 일 고등학교 학생들의 건강증진행위 관련요인. 조선대학교 환경보건대학원. 석사학위논문, 39-43, 전남.
- 이경화 (2002). 초등학생의 자기효능감과 건강증진행위 관련요인에 관한 연구. 전북대학교. 석사학위논문, 2-3, 전북.
- 이미라 (1997). 대학생의 건강증진생활양식 결정요인에 관한 연구. 대한간호학회지, 27(1), 156-168.
- 이미라, 소희영 (1997). 건강교과목 학습이 대학생의 건강증진 생활양식 변화에 미치는 영향. 성인간호학회지, 9(1), 70-84.
- 이정렬, 유일영, 이은숙 (1999). 시력증진 프로그램이 초등학생의 시력에 미치는 효과. 보건교육·건강증진학회지, 16(1), 137-148.
- 이화연 (2005). 실업계 고등학생을 위한 건강증진 프로그램 및 효과 검증. 계명대학교. 박사학위논문, 3-5, 대구.
- 조성진, 전홍진, 김무진, 김장규, 김선옥, 류인균, 조맹제 (2001). 한국 일 도시지역 청소년의 우울증상 유병률과 관련요인에 관한 연구. 신경정신의학, 40(4), 627-638.
- 차규정 (2001). 정상체중과 과다체중 여고생의 건강증진행위에 관한 연구. 충남대학교 교육대학원. 석사학위논문, 23-24, 충남.
- 최숙경, 이강숙, 이정운, 구정완, 박정일 (2003). 일부 지하철 근로자들의 교대근무형태에 따른 건강행위 실천정도 및 건강증진 프로그램 요구도. 대한산업의학학회지, 15(1), 137-151.
- 학교보건법 및 동법시행령 (2005)
- 한국보건사회연구원 (1998). 국민건강증진사업의 현황과 발전. 2-12.
- 한규민 (2004). 척추측만증 개선을 위한 척추운동프로그램에 관한 연구. 인하대학교. 석사학위논문.

- 33-35, 인천.
- 홍명선 (1999). 국민건강증진사업의 현황과 활성화 방안. 가천길대학 논문집, 제23호, 111-125.
- 홍외현, 김정남, 박영숙 (1999). 여고생의 건강증진생활양식과 관련요인 연구. 한국보건간호학회지, 13(2), 183-201.
- 황란희 (2001). 자조집단을 이용한 울동 운동 프로그램이 비만여대생의 체중 조절에 미치는 효과. 경희대학교. 박사학위논문, 50-52, 서울.
- American college of Sports Medicine (1978). The Recommended quality of exercise for developing maintaining fitness adults. Sports Med Bell, 3, 1-4.
- American Heart Association Committee Report (1982). National of diet heart ststatement of American Heart Association, Circulation. 65(4), 839-834.
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. Organizational Behavior and Human Decision Processes, 50, 179-211.
- Ajzen, I., & Madden, T. J. (1986). Prediction of goal-directed behavior: attitudes, intentions, and behavioral control. J. of Experimental Social Psychology, 22, 453-474.
- Epstein, L. H., Wing, R. R., & Valoski, A. (1985). Childhood obesity. Pediatr Clin N Am, 32, 363-379.
- King, T. K., Marcus, B. H., Pinto, B. M., Emmons, K. M., & Abrams, D. B. (1996). Cognitive behavioral mediators of changing multiple behaviors : smoking and sedentary lifestyle. Preventive Medicine, 25, 684-691.
- Neil, D. Weinstein, & Peter, M. Sandman (2002). The Transtheoretical model and Stage of Change. Health behavior & Health education, 99-120.
- Nguyen, M. N., Potvin, L., & Otis, J. (1997). Regular exercise in 30 to 6- year old men combining the stages or change model and the theory of planned behavior to identify determinants for targeting heart health intervention. Journal of Community Health, 22(4), 233-246.
- O'Donnell, M., & Harris, J. S. (1994). Health promotion in the workplace. 3-45, Albany, N.Y.: Delmar Publishers
- O'Donnell, M. (1999). Health Promotion: An Emerging strategy for Healthem Enhacent and Business Cost savings in Korea(Unpublished). Korean Society for Health Education and Promotion, 107-116.
- Pender, N. J., & Pender, A. R. (1996). Health Promotion in nursing practice(3rd ed.). 13-80, Stamford, Conneticut : Appleton-Lange.
- Rodin, J. (1993). Cultural psychosocial determinants of weight concerns. Annuals of Int Med. 19(7 pt), 643-645.
- Walker, S. N., Sechrist, K. R., & Pender, N. J.(1987). The Health-promoting lifestyle profile: Development and psychometric characteristics, Nursing Research. 36(2), 76-81.
- WHO Expert Committee (1996). Promoting Health through School: A Summary and Recommendations of WHO's Expert Committee on Comprehensive School Health Education and Promotion. WHO/HPR/HEP.