



건강교육이 대학생의 건강증진 행위에 미치는 영향

The Effect of Health Education on the Performance of Health Promoting Behavior in College Students

저자 (Authors) 박정숙, 박청자, 권영숙
Park, Jeong Sook, Park, Chung Ja, Kwon, Young Sook

출처 (Source) [Journal of Korean Academy of Nursing 26\(2\)](#), 1996.6, 359-371 (13 pages)

발행처 (Publisher) [한국간호과학회](#)
Korean Society of Nursing Science

URL <http://www.dbpia.co.kr/Article/NODE02046662>

APA Style 박정숙, 박청자, 권영숙 (1996). 건강교육이 대학생의 건강증진 행위에 미치는 영향. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 26(2), 359-371.

이용정보 (Accessed) 계명대학교
114.71.5.215
2015/12/30 11:41 (KST)

저작권 안내

DBpia에서 제공되는 모든 저작물의 저작권은 원저작자에게 있으며, 누리미디어는 각 저작물의 내용을 보증하거나 책임을 지지 않습니다.

이 자료를 원저작자와의 협의 없이 무단게재 할 경우, 저작권법 및 관련법령에 따라 민, 형사상의 책임을 질 수 있습니다.

Copyright Information

The copyright of all works provided by DBpia belongs to the original author(s). Nurimedia is not responsible for contents of each work. Nor does it guarantee the contents.

You might take civil and criminal liabilities according to copyright and other relevant laws if you publish the contents without consultation with the original author(s).

건강교육이 대학생의 건강증진 행위에 미치는 영향

박정숙 · 박청자 · 권영숙*

I. 서 론

1. 연구의 필요성

과학의 발달과 경제수준의 향상, 인간수명의 연장 및 인구의 급증 등으로 밀미암아 오늘날 건강관리 개념은 과거의 질병관리 및 예방적 단계에서 좀 더 긍정적인 방향인 건강증진의 단계로 나아가게 되었다(오, 1993).

간호학이 계속적으로 학문 및 전문직으로 발전해 나가려면 대중의 건강요구변화에 민감하게 반응하고 이에 대처해야만 한다. 따라서 오늘날 간호는 질병 치료 중심의 간호에서 벗어나, 건강증진 중심의 간호에 초점을 두고 있다(박, 1995). 특히 간호의 목표는 대상자의 건강수준과 안녕을 증가시키고 삶의 질을 개선시키는 것이므로, 현대 건강증진의 개념과 잘 부합된다고 볼 수 있다(Smith, 1990).

건강증진은 학자에 따라 그 개념정의가 다양하나, 대체로 자아실현, 성장과 발전, 안녕의 증진, 자원개발 및 잠재력 실현의 개념을 포함하고 있다(변과 장, 1992). Pender(1982)는 건강증진행위를 '건강한 생활방식을 증진시키기 위한 개인적 또는 지역사회적 활동으로서 개인의 안녕수준과 만족감을 유지하거나 높이고 자아실현을 하는 방향으로 취해지는 활동'이라고 정의하였다. 또한 건강증진행위를 통해 인간의 수명을 연장시키고,

삶의 질을 증진시키며 건강관리비용을 감소시키므로, 각 개인의 기본적인 건강요구를 해결할 뿐만 아니라 궁극적으로는 사회전반적인 안녕의 수준을 높힐 수 있다고 하였다.

김(1993)은 인간의 건강을 결정하는 요인으로 유전, 물리적 환경, 생활양식 및 의료의 4가지가 있는데, 이중 생활양식이 60%이상을 차지한다고 하였다. 생활양식은 인간의 행위중 사람들이 살아가는 매일의 습관 및 행위양식을 말한다(Henderson, Hall & Lipton, 1980). 따라서 생활양식은 건강행위와 밀접하게 연관되어 있으며, 건강증진의 실천은 생활양식의 변화를 통해 이루어진다고 볼 수 있다.

개인의 생활양식을 바람직한 방향으로 변화시키고 건강관리능력을 기르는 효과적인 접근법중의 하나가 건강교육이다(박, 1992). 건강교육은 개인과 집단을 대상으로 정확한 건강지식을 주고 개개인의 건강에 대한 인식, 태도, 가치관을 변화시켜(전 1974), 개인으로 하여금 긍정적인 건강행위를 택하도록 하여 자신의 건강과 관련된 장애를 효과적으로 극복하도록 도와주며, 현재의 기능을 유지하고 보다 증진시키는 역할을 한다(기, 1985). 즉 건강증진, 질병예방, 질병조기발견, 건강문제 발생시 치료 및 간호, 재활 등 모든것이 건강교육을 통해 효율적으로 이루어 질 수 있는 것이다.

현대에는 질병 양상이 크게 변모하여 전염성 질환은

* 계명대학교 간호대학

감소되고 있으나 각종 만성 퇴행성 질환이 급증하고 있다. 특히 심장질환, 암, 당뇨와 같은 성인병의 발병은 개인이 지속해온 건강행위와 밀접한 관계가 있다. 장기간의 건강행위는 건강습관이 되기 쉽고, 일단 건강습관이 형성되면 그것을 바꾸는 것은 어려운 일이다(김, 1995). 그러므로 가능한 한 성인병의 이환율이 낮은 시기인 성인 초기 즉 청년기에 바람직하지 못한 건강행위를 교정하고 좋은 건강행위를 수립하도록 건강교육을 제공하는 것이 대단히 중요하다.

청년기에 속하는 대학생들에 대한 건강교육 프로그램의 개발과 보급이 시급한 시점이나, 우리나라에서는 초·중·고등학교 학생을 대상으로 건강교육 프로그램개발을 위한 기초조사 연구, 또는 건강행위와 기타 다른 변수와의 상관관계를 보는 연구들만 소수 이루어지고 있는 실정이다. 일부 대학에서 건강교육이 교양 혹은 선택과목으로 개설되어 있으나 내용이 이론적인 면으로 치우쳐 있어서 생활속에서 실제적으로 필요한 건강관련 내용이 미비하다고 볼 수 있다. 그러므로 간호학과에서 전체 대학생의 건강관리를 위한 실제적인 건강교육교과목을 개발하여 교육해야 할 필요성이 있다.

이에 본 연구자는 대학생의 건강증진을 위하여 체계적인 건강교육 프로그램으로 “생활과 건강” 교과목을 개발하여, 실제 시행한 후 그것이 건강증진행위를 증가시킬 수 있는지를 확인해 보고자 본 연구를 시도하였다.

2. 연구문제 및 가설

본 연구의 문제는 다음과 같다.

- (1) 대학생의 건강증진행위 수행 정도는 어느 정도인가?
- (2) 건강교육이 대학생의 건강증진 행위를 증가시키는가?
- (3) 일반적 특성, 주관적 건강지각, 자아존중감, 건강통제위 변수와 건강증진 행위간에는 관계가 있는가?

이러한 연구문제에 답하기 위해 세워진 구체적인 가설은 다음과 같다.

- (1) 건강교육을 받은 대학생은 건강교육을 받지 않은 대학생보다 건강증진 행위 점수가 높을 것이다.
- (2) 건강교육을 받은 대학생은 건강교육을 받지 않은 대학생보다 주관적인 건강지각 점수가 높을 것이다.

3. 용어의 정의

1) 건강증진 행위

- 이론적 정의 : 현재 건강한 개인이 자신의 안녕 수준,

자아실현, 만족감을 유지하고 더욱 강화하기 위하여 취하는 다차원적 행위 양상

- 조작적 정의 : 박(1995)이 개발한 건강증진 생활양식 측정도구로 측정된 점수로서, 조화로운 관계, 규칙적 식사, 전문적인 건강관리, 위생적 생활, 자아조절, 정서적 지지, 건강식이, 휴식 및 수면, 운동 및 활동, 자아실현, 식이조절 등의 요인으로 구성되어 있으며 총 60문항이다.

2) 건강교육

- 이론적 정의 : 개인, 가족, 지역사회의 건강을 최적상태로 발달시키기 위해 지식, 태도, 행위를 바람직하게 변화시키는 교육과정
- 조작적 정의 : 대학생들을 대상으로 건강관리 선반에 대해 체계적으로 교육하는 3학점짜리 교과과목인 “생활과 건강” 교과목·교육내용은 서론, 성과 건강, 건강유지 및 증진, 질병조기발견, 건강문제 발생시 간호, 사고예방과 응급간호, 정신건강 등이며 1학기 동안 매주 3시간씩 교육하는 프로그램

4. 연구의 제한점

- 1) 본 연구에서는 사전조사가 없었으므로 건강교육 시행전후 건강증진 행위의 차이를 볼 수 없다.
- 2) 대상자가 일부 대학생에 한하므로, 연구결과를 대학생 전체에 적용하기에는 제한이 있다.

II. 문헌고찰

1. 건강증진 행위

오늘날 건강관련 생활양식에 대한 관심은 질병을 피하는 것 뿐만 아니라 건강을 즐기고 만족스러운 삶을 추구하기 위한 보다 적극적인 건강증진 생활양식개념으로 발전되고 있다. 김 등(1995)은 질병예방이나 건강보호가 건강과 안녕에 대한 병리적 발생을 위축시키는데 비해, 건강증진은 건강에 대한 긍정적 잠재성을 확대하는 것이라고 하였다.

건강증진에 대한 정의를 살펴보면, Brubaker(1983)는 ‘개인의 습관이나 환경의 변화를 촉진하는 과정을 통하여 높은 수준의 안녕을 향해 나아가는 건강관리’라고 하였고, 그 선행조건이나 부산물로서 질병예방 및 건강유지를 취하고 있으며, 건강의 안전성이 있는 후에 일어

난다고 하였다. O'Donnell(1986)은 '최적의 건강상태로 향하도록 생활양식의 변화를 돕는 예술이며 과학' 이라고 하였다. 또한 Kulbok과 Baldwim(1992)은 건강증진이란 건강습관을 선택하거나 부정적인 건강행위를 회피하는 것 이상의 의미로서 건강과 관련된 지식, 태도, 행위의 복잡한 덩을 포함하며, 건강증진을 위해서는 경제적, 문화적, 사회적 환경속에서 복합적인 개인의 생활방식을 선택하는 것이 필요하다고 하였다. 번 등(1992)은 개념분석을 통해 건강증진은 첫째 안녕지향성, 둘째 능력강화 또는 힘을 갖는 것, 셋째 개별적인 주관성, 넷째 삶의 양식의 변화와 행동수정을 통한 변화성, 다섯째 개인뿐 아니라 사회 및 환경의 변화를 통한 확장성의 속성을 나타낸다고 하였다. Thannahill(1985)은 건강증진을 건강교육, 예방, 건강보호의 세 차원이 겹치는 7개 차원으로 보았다.

이와 같이 건강증진에 대해 다양한 정의가 있으나, 건강증진의 실천문제는 개개인의 생활 태도의 변화를 통한 생활양식의 변화를 꾀하는 것이라고 할 수 있다(Mason과 Mcquinnis, 1990). 건강증진 상대를 추구하기 위해서는 인간의 건강에 대한 행위와 태도변화에 영향을 미칠 수 있는 요인들을 규명하는 작업이 필요하다. 먼저 건강과 관련된 행위를 살펴보면, 예방적 건강행위, 질병 예방행위, 건강보호, 건강부정행위, 위험 감소 행위 등의 소극적인 건강행위와 건강행위, 건강증진행위, 건강습관, 건강실천, 건강유지행위, 건강한 생활양식, 건강증진 생활양식등과 같은 적극적인 건강행위가 있다(박, 1995).

Wallker, Sechrist & Pender(1987)는 건강한 생활양식의 주요한 구성요소로서 건강보호 및 건강증진행위를 제시하였으며, 건강증진 행위를 설명하기 위한 모형으로서 건강증진 모형을 제시하였다. 이 모형에서 제시하는 건강증진 행위의 결정요인은 세가지 영역 즉 ①인지-지각적 요인 ②조정요인 ③ 건강증진 행위를 취할 가능성에 영향을 주는 변수-행동계기 등으로 구성되어 있다. Pender이론의 중요한 특징은 건강증진에 인지-지각적 요인이 크게 영향을 미친다는 점과 이 요인은 고정된 것이 아니라 중재에 의해 변화가 가능하다고 봄으로써 인지지각을 변화시켜 건강증진행위를 촉진할 수 있다는 것이다(Wetzel, 1989). Walker등(1987)은 건강증진 행위를 '개인의 안녕수준, 자아실현 및 만족감을 유지하고 강화하는 다차원적 행위패턴'으로 정의하였고, Pender(1987)는 건강증진행위의 예로서 규칙적인 운동, 여가활동, 휴식, 적정수준의 영양, 스트레스를 감

소시키는 활동, 사회적 지지체계의 개발 등을 들었다.

건강증진행위와 이에 영향을 미치는 요인을 분석한 연구들을 살펴보면 다음과 같다. 먼저 국의 연구로는 Herold, Goodwin과 Lero(1979)가 가족계획상담실을 방문한 여성을 대상으로 연구한 결과, 자아존중감이 높은 내상사가 산아조절과 피임에 더 적극적이었다고 보고하였다.

Hallal(1982)은 유방자가검진행위와 건강신념, 건강통제위 성격, 자아개념과의 관계에 관한 연구에서, 자아존중감이 높고 내적통제위 성격을 가진 대상자들에게서 유방자가 검진 시행횟수가 더 많았고 타인 의존적 통제위와는 역상관 관계를 보였다고 보고 하였다. Duffy(1988)는 35-65세 여성 262명을 대상으로 한 연구에서 내적건강 통제위, 자아존중감, 현재 및 미래의 건강상태가 전체 건강증진 행위의 36.3%를 설명한다고 하였다. Riffle, Yoho & Sams(1989)는 55세 이상의 노인 113명을 대상으로 지각된 사회적 지지 및 자가보고식 건강상태와 건강증진 행위와의 관계를 연구한 결과, 상호관련성이 있는 것으로 나타났다고 보고하였다. Weitzel(1989)은 179명의 노동자를 대상으로 Pender의 건강증진 모형을 검증하기 위하여 4가지 심리학적 변수 즉, 건강의 중요성 인식, 지각된 건강통제위, 건강상태, 자아유용성과 1가지 조정변수인 인구학적 변수, 그리고 특정 건강증진 행위를 분석하였다. 연구결과 4가지 심리학적 변수 모두가 건강증진 행위를 예측하는데 유효했으며, 건강상태와 자아유용성이 가장 주요한 예측요인으로 확인되었음을 보고하였다. Pender, Walker, Sechrist & Stromborg(1990)는 직장인들을 대상으로 한 연구에서 지각된 개인능력과 건강에 대한 정의, 지각된 건강상태 및 건강통제위등의 변수가 건강증진 생활양식을 31% 설명한다고 하였다.

국내 연구로는 김(1985)이 도시사무직 근로자를 대상으로 예방적 건강행위 실태를 조사해 본 결과 연령이 높을 수록 그리고 기혼자가 건강행위를 잘 실천하고 있으며, 내적 통제위, 타인의존성 통제위 성격이 예방적 건강행위와 유의한 상관관계가 있어서 건강이 스스로의 노력에 의해 좌우된다고 믿을수록 그리고 영향력 있는 타인에 의해 좌우된다고 믿을 수록 예방적 건강행위의 실천정도가 높은 것으로 나타났다고 보고하였다. 기(1985)는 중학교 남학생 296명을 대상으로 건강관리 실천에 영향을 미치는 요인을 분석한 결과, 건강지식이 높을 수록, 건강에 대한 관심도가 높을수록, 대상자의 주관적인 건강상태가 좋을수록 건강관리 실천이 높은 것

으로 나타났다고 보고하였다. 김(1986)은 고등학교 남학생 224명을 대상으로 자아개념과 건강행위 수행 정도에 대해 연구한 결과, 두 변수간에는 정적인 상관관계(positive correlation)를 보였고 자아개념 수준이 높은 집단이 낮은 집단에 비해 건강증진 행위 수행정도가 높게 나타났다고 보고하였다. 윤(1990)은 산업장 근로자 285명을 대상으로 자아개념 및 건강의 중요성 인식변수와 건강증진행위와의 관계를 분석한 결과, 긍정적인 상관관계를 보였다고 하였다. 이(1990)는 건강증진 행위에 영향을 미치는 주요변수를 분석한 결과, 가장 영향력 있는 변수는 자아존중감이며 그 다음이 내적 건강통제위, 타인 의존적 건강 통제위, 지각된 건강상태, 연령, 성취감, 조화의 순이고 이 7개의 변수로 건강증진행위와의 관계를 30.66%설명한다고 하였다. 상(1992)은 국민학교 6학년 학생 230명을 대상으로 건강증진 행위에 관련된 요인을 분석한 결과, 지각된 건강상태가 좋을수록, 건강에 대한 중요성 인식이 높을수록 건강증진 행위 실행정도가 높은 것으로 나타났다고 보고하였다. 오(1993)는 여성 관절염 환자 100명을 대상으로 연구한 결과, 질병에 대한 불확실감이 높으면 건강증진 실천도가 떨어지고 자기 효능감이 높으면 건강증진 실천도가 높아진다고 하였다.

다음으로 건강증진행위에 영향을 미치는 요인 중 인구학적 변인을 조사한 연구를 보면, Walker, Volkan, Sehrist & Pender(1988)와 김 등(1991)은 노인이 장년, 청년에 비해 건강증진 행위 실행도가 높게 나타났다고 보고하였고, Wilson과 Elinson(1981)은 여성이 남성에 비해, 그리고 사회경제적 상태가 높은 사람이 낮은 사람에 비해 건강증진 행위 실행도가 높게 나타났다고 보고하였다. 그의 Riffle(1989)과 Duffy(1988)는 교육, 수입, 직업과 같은 요인도 건강증진행위와 관계가 있다고 보고하였다.

이상의 선행연구들을 종합해보면 건강증진 행위에 영향을 미치는 요인으로 자아존중감, 건강에 대한 중요성 인식도, 건강통제위, 지각된 건강상태, 인구학적 변인 등을 들 수 있다.

한편 Christine(1991)은 Pender의 건강증진 모형에서 제시된 여러가지 변수들이 일반적으로 건강증진 행위의 주요한 예측인자가 될 수 있으나 행위와 관련된 변화에 참여하고자 하는 개인의 결정에는 영향을 미치지 않을 수 있다고 하였다. 따라서 개인의 생활양식은 이미 알게된 단순한 선택의 문제가 아니므로 사회적인 기회, 문화적인 해석 및 집단의 특정한 태도등 복합적인 과정

이 더 연구되어야 한다고 하였다.

본 연구에서는 건강증진 행위와 기타 다른 변수와의 상관관계를 확인함은 물론 건강증진 행위의 수행정도를 높이기 위한 방안으로 건강교육을 적용해 보고자 한다.

2. 건강교육

Neuman(1982)은 건강한 인간의 유연방어선을 강화시키기 위해, 스트레스원과 관련이 있는 위험요인을 인식하고 1차예방 간호조정으로 건강교육을 제시하였다. 건강교육이라 개인과 집단의 신념, 태도, 행위에 영향을 줌으로써 건강을 적극적으로 강화하고 불건강을 예방하거나 감소시키는 것을 목표로 하는 의사소통행위라 할 수 있다(김 등, 1995).

‘건강교육’개념과 ‘건강증진’개념은 사용하는 사람에 따라 그 범위가 다양하다. 건강교육을 건강증진의 중심에 두기도 하고, 건강증진과 건강교육을 같은 것으로 보기도 하며, 건강증진을 더 광범위한 범위로 보아 건강교육을 포괄하는 우산으로 보기도 한다. 즉 건강증진이 상위목표라고 하면 건강교육은 건강증진 행위의 주요매체로서 빠져서는 안될 중요부분으로 연결되어 있다는 것이다(김 등, 1995).

사람들이 건강한 생활을 하기 위해서는 건강에 대한 정확한 지식을 가지게 될 때, 태도 변화에도 직접적인 영향이 오고 그것은 실천에도 영향을 미치게 된다(진, 1974). 기(1985)는 바람직한 건강행위를 하도록 표적집단에 지식을 전달할 때 효과적인 변화가 일어나고 정기적으로 건강교육을 줄 때 실천행위는 높아진다고 하였다.

강(1991), 기(1985), 김(1986), 및 임과 홍(1995)은 각각 국민학생, 중학생, 고등학생, 대학생들을 대상으로 연구하여, 건강지식이 높을수록, 건강에 대한 관심도가 높을수록, 자아개념 수준이 높을수록, 그리고 건강상태에 대한 지각정도가 높을수록 건강증진행위의 수행정도가 높은 것으로 나타났으므로 이러한 요인들을 증진시킬 수 있는 체계적인 건강교육프로그램을 개발하고 적용할 것을 제시하였다.

Susan(1981)은 건강교육이 개인으로 하여금 자신의 건강과 관련된 장애를 효과적으로 극복하도록 도와주며, 현재의 기능을 유지하여 보다 좋은 상태로 움직이는데 계기가 되는 수단으로, 개인 및 지역사회의 건강형태를 변화시키기 위한 가장 효과적인 접근법의 하나라고 하였다. 즉 건강교육은 단순히 지식을 전달하는 것이나

지식을 가지고 있는데 그치는 것이 아니라 건강을 자기 스스로 지켜야 한다는 긍정적인 태도를 가지고 올바른 행동을 일상생활에서 습관화하도록 즉 생활 양식을 바꾸도록 돕는 과정이다(박, 1992).

이러한 건강교육의 유용성에도 불구하고 건강교육을 적용하여 건강증진 행위의 수행정도를 조사한 연구는 드문 실정이다. 몇편의 선행연구를 살펴보면, Mc-Elmurry등(1987)은 도시 저소득층 여자들을 대상으로 건강교육을 실시한 결과 사가안호능력, 자가옹호기술이 발전되고 건강서비스 기관이용이 늘었다고 보고하였다. Grant(1988)는 67명의 노인들을 실험군과 대조군으로 나누어 6주간 workshop형식의 건강증진 프로그램을 시행하여, 맥박, 체중, 콜레스테롤 등 8개의 생리측정 변수의 차이를 연구한 결과, 실험군에서 모든 생리측정 변수의 수치가 유의하게 낮아졌다고 보고 하였다.

Clark, Haverly, & Kendall(1989)은 42명의 흡연자들을 대상으로 1년간 금연과 관련된 건강교육을 시행한 결과, 대상자의 17%에서 성공적인 금연이 이루어졌고 12%에서 담배소비량이 상당히 줄었다고 보고하였다.

Jones & Mondy(1990)는 10대 일부 399명을 대상으로, 산전교육에 8회이상 참석한 집단과 8회미만 참석한 집단 및 대조군으로 나누어 산전진찰 횟수를 조사해본 결과, 산전교육에 8회이상 참석한 집단이 다른 두 집단에 비해 산전진찰횟수가 유의하게 높았다고 보고하였다.

조와 장(1982)은 농촌지역주민을 대상으로하여 건강지도를 받은 주민 125명과 건강지도를 받지 못한 주민 132명의 예방적 건강실천여부를 연구하였다. 양군간의 예방적 건강행위의 필요성 인식 정도의 차이는 없었으나 실천정도에 있어서는 실험군이 높은 실천율을 나타내었다.

이상의 선행연구들로는 대상자의 범위가 상당히 제한적이므로, 보다 다양한 특성을 가진 대상자에게 적용하여 건강교육의 효과를 입증해 볼 필요가 있다고 본다. 기(1985)는 우리나라 학교 인구가 전체인구의 1/4이상을 차지하고, 여러가지 교육방법 적용이 용이하며, 가족 및 지역사회로 전달이 가능하고 또한 교육적 효과가 높아 개인은 물론 지역사회 건강관리에 큰 몫을 담당한다고 하였다.

임과홍(1995), 병원신보(1995)는 일생중에서 건강지표상 가장 건강한 시기 즉 청년기에 있는 대학생들에게 건강교육 프로그램을 개발, 적용하여 건강한 생활양식을 확립시킴으로써, 청년기에 불건강한 생활습관으로

인한 건강문제를 예방하고 성인이후 중년기, 노년기까지의 건강한 삶을 위한 건강증진을 도모할 수 있다고 하였다.

Ⅲ. 연구방법

1. 연구설계

본 연구의 설계는 비동등대조군 사후조사(nonequivalent control group posttest only design)의 유사 실험설계이다. <도 1>

	Pre	tx	post
실험군		X	Ye ₂
대조군			Yc ₂

<도 1> 연구설계

2. 연구대상

본 연구의 대상자는 T시에 소재하는 K대학교에 재학 중인 남녀학생 12,000여명을 모집단으로 하였다. 실험군은 건강교육을 내용으로 하는 교양선택과목 '생활과 건강'을 수강하는 10개반 1,800명 학생중 본 연구자가 강의를 맡은 1개반 학생 120명으로 하였다. 대조군은 실험군과의 동질성을 보장하기 위해 학년, 학과, 성별을 외생변수로 하여 짝짓기 표출법(matched sampling)으로 선정한 학생 120명으로 하였다. 설문지에 불응전하게 응답한 실험군 6명, 대조군 4명을 제외한 최종대상자는 실험군 114명, 대조군 116명이었다.

3. 연구도구

1) 종속변수 : 건강증진 행위 측정도구

총 60문항으로 조화로운 관계 4문항, 규칙적 식사 3문항, 전문적 건강관리 4문항, 위생적 생활 7문항, 자아조절 5문항, 정서적 지지 4문항, 건강식이 7문항, 휴식 및 수면 5문항, 운동 및 활동 7문항, 자아실현 8문항, 식이 조절 6문항으로 되어있다. '항상 하고 있다' 4점에서 '전혀하고 있지 않다' 1점까지 배점하게 되어 있고 점수가 높을수록 건강증진 행위 수행정도가 높은 것을 의미한다(박, 1995). 도구개발 당시 도구의 타당도 검정을 위해 요인분석을 실시하였으며, 신뢰도 검정을 위해 조사

-재조사 검정결과 상관계수가 .89, 내적 일관성 검사결과 Cronbach alpha 계수가 .92로 나타났다. 본 연구에서 사용한 도구의 신뢰도는 Cronbach 계수가 .91 이었다.

2) 독립변수 : 건강교육

건강교육은 대학생을 대상으로 1학기동안 매주 3시간씩 체계적으로 건강과 관련된 프로그램을 학습하는 과정이다.

본 건강교육 프로그램은 1994년 12월 부터 개발되기 시작하였다. 간호대학 전 교수들이 모여서 수차례의 workshop을 거쳐 교재를 개발하였고, 그와 동시에 계명대학교 교과과정속에 간호대학에서 주관하는 건강교육과목을 포함시키기 위해 다사도보 노력하였다.

1995년 2월에 교재 “생활과 건강”이 출판되었고, 3월 학기 부터 “생활과 건강”이라는 교과목명으로 건강교육 과목이 개설되었다.

“생활과 건강”교과목은 아래와 같이 구성되었다.

- 제 1 장 서론(3시간)
 - 제 1절 건강개념
 - 제 2절 인간이해
 - 제 3절 환경
 - 제 4절 간호
- 제 2 장 성과 건강(9시간)
 - 제 1절 여성과 남성
 - 제 2절 연애와 결혼
 - 제 3절 성생활
 - 제 4절 가족계획
 - 제 5절 임신과 출산
 - 제 6절 육아
 - 제 7절 성병관리
- 제 3 장 건강유지 및 증진(9시간)
 - 제 1절 영양관리
 - 제 2절 운동과 동작
 - 제 3절 개인위생
 - 제 4절 스트레스 관리
 - 제 5절 일과 휴식
 - 제 6절 술, 담배, 약물
- 제 4 장 질병조기발견(6시간)
 - 제 1절 질병과 신체방이기전
 - 제 2절 건강검진
 - 제 3절 암의 조기발견과 검진법
- 제 5 장 건강문제 발생시 간호(9시간)

- 제 1절 통증간호
- 제 2절 열간호
- 제 3절 호흡기문제 간호
- 제 4절 소화기문제 간호
- 제 5절 심혈관질환 간호
- 제 6절 피부문제 간호
- 제 7절 전염성질환 간호
- 제 8절 당뇨병 간호
- 제 9절 암 간호
- 제 10절 관절염 간호
- 제 6 장 사고예방과 응급간호(3시간)
 - 제 1절 사고예방
 - 제 2절 응급처치
- 제 7 장 정신건강(1.5시간)
 - 제 1절 정신건강개념
 - 제 2절 이상행동
- 제 8 장 보건의료 제도와 지원(1.5시간)
 - 제 1절 보건의료전달체계
 - 제 2절 우리나라 보건의료 전달체계
 - 제 3절 일차보건의료

이 교과목은 1995년 1학기에 1800여명의 학생들이 수강하였고, 2학기에 3500여명의 학생들이 수강하였다. 강의는 간호학을 전공한 교수들이 담당하였으며 주로 교재개발에 참여한 간호학과 전임 교수들에 의해 이루어졌다.

3) 매개변수

① Wallston과 Wallston의 다차원적 건강통제위 척도
총 18문항으로서 내적통제위척도 6문항, 우연통제위 문항 6문항, 타인의존성 통제위 문항 6문항으로 구성되어 있으며 4점척도로 수정하여 사용하였다. 배점기준은 ‘항상 그렇다’ 4점에서 ‘거의 그렇지 않다’ 1점을 주었다. 본 연구에서 사용한 도구의 신뢰도는 Cronbach α 계수가 내적통제위 척도의 경우 .707, 우연통제위의 경우 .697, 타인의존성 통제위의 경우 .632였고 전체 신뢰도 계수는 .643이었다.

② Rosenberg의 자아존중감 측정도구
10문항으로서, 전병재(1974)가 번역한 것을 사용하였다. 배점기준은 ‘정말 그렇다’ 4점에서 ‘전혀 그렇지 않다’ 1점을 주었다. 이도구는 긍정적인 문항 5문항과 부정적인 문항 5문항 총 10문항으로 구성되어 있으며 부정적인 문항은 점수를 역으로 환산하였다. 본 연구에서 사용한 도구의 신뢰도는 Cronbach α 계수가 .782이었다.

③ 지각된 건강상태

주관적 상태에서 현재의 건강상태를 자가평가하는 것으로 5점척도 1문항으로 되어있다.

4) 자료수집절차

건강교육 프로그램개발, 예비조사 및 연구조원 훈련, 대상자 선정, 실험처치 및 자료수집의 단계를 거쳤다. 실험군 대상자에게는 1학기간의 건강교육을 마친 후 건강증진 행위도구, 자아존중감도구, 건강통제위도구, 지각된 건강상태도구를 주어 집단배포설문지 조사법으로 자료를 수집하였다.

대조군 자료수집은 같은 시기에 실험군과 성별, 학과, 학년 세변수를 짝짓기한 대상자에게 같은 도구를 사용하여 자료를 수집하였다. 자료수집은 1995년 6월 12일에서 7월 2일 사이에 이루어졌다.

5) 자료분석 방법

수집된 자료는 SAS를 사용하여 통계처리하였다. 분석방법으로는 건강증진 행위의 수행정도는 4점척도의 문항평균으로 구하였고(소수점 셋째 자리 이하는 버림), 실험군과 대조군간의 건강증진행위 차이를 검정하기 위해 t-test를 사용하였다. 건강증진행위 수행정도와 자아존중감, 건강통제위, 지각된 건강상태와의 상관성 분석은 Pearson Correlation을 사용하였으며, 건강증진행위에 영향을 주는 제변수들을 분석하기 위해 Stepwise multiple regression을 사용하였다.

IV. 연구결과 및 고찰

1. 대상자의 건강증진행위의 수행정도

건강교육을 시행한 후 대상자전체의 건강증진 행위의 수행정도를 4점 척도의 문항평균점수로 산출한 결과 2.52점으로 약간 낮은 정도의 수행을 보여 주었다. 하위개념별로 보면 '조화로운 관계'의 수행정도가 가장 높았고, 다음으로 '위생적 생활', '자아실현', '휴식 및 수면', '정서적 지지'순이었으며, 수행정도가 가장 낮은 영역은 '전문적 건강관리'영역이었다(표 1).

다른 선행연구와 비교해 볼때 일반성인을 대상으로 한 박(1995)의 연구에서는 총문항 평균점수가 2.68점으로 본 연구에서 대상자의 수행정도보다 조금 높았으며, 하위개념별로는 '위생적 생활'이 가장 높은 수행정도를 보였고 다음으로 '조화로운 관계', '자아실현', '정서적

지지'순이었으며, 수행정도가 가장 낮은 영역은 '전문적 건강관리'영역이었다.

두 연구결과를 비교해 볼때 대상자의 특성에 차이가 있음에도 불구하고 전반적으로 '조화로운 관계', '위생적 생활', '자아실현'등의 영역에서는 수행정도가 비교적 높게 나타났으며, '전문적 건강관리'와 '운동 및 활동' 영역에서는 수행정도가 비교적 낮게 나타나 유사한 결과를 보여 주었다. 특히 건강증진행위의 수행정도가 가장 낮게 나타난 '전문적 건강관리'영역에 대해 박(1995)은 대상자들이 그 필요성은 절감하고 있으나 의뢰기관을 방문해야하는 번거로움과 의뢰기관의 질병 중심적 치료 방침에 원인이 있다고 보고, 질병이 발생하기 전 건강상담을 중심으로 하는 기관의 필요성이 절실하다고 하였다.

본 연구에서의 대학생들의 건강증진행위 점수가 박(1995)의 연구에서의 일반 성인의 건강증진 행위점수보다 낮게 나타났는데 이는 성인으로서의 건강한 생활양식을 결정하는 중요한 시기인 성인초기에 바람직한 건강증진 생활양식이 잘 형성되지 못한 것을 반영한다. 그러므로 성인 초기의 대상자를 중심으로 한 건강교육이 꼭 필요하다고 사료된다.

한편, 김(1994)은 한국성인의 건강행위를 근거이론적 접근으로 연구한 결과, 영양, 심리적 이완, 의뢰기관의 이용, 운동, 휴식과 수면, 환경조절, 종교/취미, 위험요소 피하기, 약물사용등의 건강행위 양상이 분석되었다. 외국의 경우 Harris와 Guten(1979)의 연구에서는 영양, 운동, 심리적 안녕, 이완, 휴식/수면, 건강전문인 이용, 작업/학교생활, 약물, 위험요소 피하기 등으로 나타났다.

2. 가설검정

제 1가설 "건강교육을 받은 대학생은 건강교육을 받지 않은 대학생보다 건강증진행위 점수가 높을 것이다"를 검정한 결과는 <표 1>과 같다.

건강교육 시행후 실험군과 대조군간의 건강증진 행위의 수행정도를 검정한 결과, 실험군이 2.60점으로서 대조군의 2.45보다 통계적으로 유의하게 높아 제 1가설은 지지 되었다.

이 결과는 도시 저소득층 여자들을 대상으로 한 Mc-Elmurry등(1987)의 연구와 휴먼자들을 대상으로 한 Clark등(1989)의 연구와, 10대 임부들을 대상으로 한 Jones & Mondy(1990)의 연구 및 농촌지역 주민을 내

〈표 1〉 대상자의 건강증진 행위 수행정도의 비교

	전 체		실 험 군		대 조 군		t	P
	평 균	표준편차	평 균	표준편차	평 균	표준편차		
건강증진행위 점수	2.52	0.34	2.60	0.33	2.45	0.34	11.30	0.0009
조화로운 관계	3.09	0.45	3.13	0.43	3.05	0.46	1.60	0.20
규칙적인 식사	2.49	0.88	2.59	0.86	2.39	0.88	2.93	0.08
전문적 건강관리	1.38	0.45	1.43	0.46	1.34	0.43	1.96	0.16
위생적 생활	3.06	0.47	3.13	0.48	2.99	0.44	5.13	0.02
자아조절	2.56	0.56	2.65	0.57	2.47	0.53	6.40	0.01
정서적 지지	2.64	0.49	2.68	0.46	2.59	0.50	2.06	0.15
건강식이	2.48	0.49	2.54	0.45	2.42	0.51	3.63	0.05
휴식 및 수면	2.68	0.57	2.76	0.56	2.61	0.55	3.72	0.05
운동 및 활동	2.35	0.56	2.43	0.53	2.26	0.56	4.85	0.02
자아실현	2.72	0.51	2.80	0.47	2.64	0.52	5.03	0.02
식이조절	2.64	0.59	2.79	0.56	2.48	0.58	16.09	0.0001

상으로 한 조와 장(1982)의 연구결과와 같다. 즉 건강교육을 받은 대상자들의 건강증진행위의 수행정도가 대조군에 비해 또는 건강교육 시행전보다 유의하게 증진된 것으로 나타났다.

요인별로 보면, 건강교육을 받은 실험군에서 위생적 생활, 자아조절, 운동 및 활동, 자아실현, 식이조절등의 건강증진 행위를 유의하게 많이 수행하는 것으로 나타났다.

제 2가설 “건강교육을 받은 대학생은 건강교육을 받지 않은 대학생보다 주관적 건강지각 점수가 높을 것이다”를 검정한 결과는 〈표 2〉에서와 같이 기각되었다. 즉

건강교육 시행이 대상자의 주관적 건강지각의 변화에는 유의한 영향을 미치지 않은 것으로 나타났다.

Pender(1987)는 일반적으로 지각된 건강상태가 건강증진행위와 긍정적인 관련성이 있다고 보고하였으며, 노동자를 대상으로 한 Weitzel(1989)의 연구, 노인을 대상으로 한 Riffle(1989)의 연구, 직장인을 대상으로 한 Pender 등(1990)의 연구, 학생을 대상으로 한 기(1985)와 강(1992)의 연구에서도 같은 결과가 나타났다. 이들 연구에서는 주관적 건강지각과 건강증진행위 간의 상관성이 있다고 밝혀졌으나, 주관적 건강지각상태를 변화시킬 수 있는 변수에 대해서는 연구되지 않았다.

〈표 2〉 건강교육시행후 양군간의 주관적 건강지각점수의 비교

주 관 적	실 험 군		대 조 군		t	p
	평 균	표준편차	평 균	표준편차		
건강지각점수	2.51	0.78	2.62	0.82	1.13	0.289

본 연구에서는 건강교육 시행이 대상자의 주관적 건강지각 변화에 영향을 미치지 않은 것으로 나타났는데, 이는 대상자가 지각하는 자신의 건강상태는 단기간에 변화되기는 어려운 인지-지각적 요인이기 때문인 것으로 사료된다. 향후 주관적 건강지각 상태에 대한 연구가 더 많이 이루어져서 이를 증진시킬 수 있는 요소를 파악하여 건강교육의 내용에 포함시킬 필요가 있다고 본다.

우리나라의 경우 많은 대학에서 건강관련 과목으로 ‘보건학’ 과목을 개설하여 의과대학의 예방의학 교실이나 공중보건학과 등에서 강의를 담당하고 있다. 간호학과에서 건강관련 과목을 개설하여 강의를 담당하고 있

는 경우는 서울대학교의 ‘가정간호학’ 이화여자대학교의 ‘가족 간호학’, 한양대학교의 ‘인간과 건강’ 그리고 본 계명대학교의 ‘생활과 건강’ 등이다. 향후 실제적인 생활 속의 건강문제 해결과 전국민의 건강증진을 위해, 간호학전공자들이 대학생에게 필요한 건강교과목을 개발하고 강의를 담당하는 것이 필요하다고 본다.

3. 건강증진행위 수행정도 및 제변수들간의 관계

건강증진행위 수행정도와 주관적 건강지각, 자아존중감, 학년간의 상관관계를 검정한 결과는 〈표 3〉과 같다.

건강증진행위의 자아존중감간에는 정적 상관관계(positive correlation)가 있었다. 자아존중감 변수가 건강증진행위와 유의한 상관관계를 나타낸 것은 여성을 대상으로 한 Herold등(1979), Hallal(1982), Duffy(1988)의 연구결과와, 근로자를 대상으로 한 Weitzel(1989)과 유(1990)의 연구결과와 학생들을 대상으로 한 기(1985)의 연구 및 일반 성인들을 대상으로 한 이(1990)와 박(1995)의 연구결과와도 유사하였다. 즉 대체로 자아존중감이 높은 사람은 바람직한 건강행위를 실천하는데 긍정적인 태도를 보이는 것으로 나타났다.

건강증진행위와 주관적 건강지각간에는 부적 상관관계(negative correlation)가 있는 것으로 나타났다. 이 결과로는 주관적 건강지각점수가 낮을수록 건강증진행위를 많이 하는 것인지, 건강행위를 많이 할수록 주관적

건강지각 점수가 낮아지는 것인지를 구별할 수가 없으므로 향후 두변수간의 인과관계연구가 필요하다고 본다.

대학생의 학년과 건강증진행위와의 상관성검정결과 정적 상관관계에 있는 것으로 나타나 학년이 높을수록 건강증진행위의 수행정도가 높은 것으로 나타났다. 이는 고학년이 될수록 취업, 결혼등과 관련하여 건강에 관심이 많아지기 때문인 것으로 보인다.

4. 건강증진행위 수행에 영향을 미치는 주요변수

대상자의 건강증진행위 수행에 영향을 미치는 주요변수를 규명하기 위해 주관적 건강지각, 자아존중감, 내적 통제위, 타인의존적 통제위 및 학년변수를 가지고 다중회귀분석을 한 결과 <표 4>와 같이 나타났다.

<표 3> 건강증진행위 수행정도, 주관적 건강지각, 자아존중감, 학년간의 상관관계

변 수	건강증진행위	주관적건강지각	자아존중감	학 년
건강증진행위	1.0000			
주관적건강지각	-0.1636*	1.0000		
자아존중감	0.4400**	0.0241	1.0000	
학 년	0.1347*	0.0272	0.0954	1.0000

*P<.05 **P<.001

<표 4> 건강증진행위 수행에 영향을 미치는 주요변인

변 수	회귀계수	결정계수	β	F	P
자아존중감	0.3942	0.1984	0.4237	53.46	0.0001
주관적 건강지각	-0.0844	0.2411	-0.1965	12.09	0.0006
타인의존적 통제위	0.1099	0.2807	0.1141	11.77	0.0007
내적 통제위	0.1331	0.2922	0.1721	3.45	0.0643

건강증진행위 실행에 영향을 미치는 가장 중요한 변수는 자아존중감으로 설명력이 19.8%였다.

자아존중감 다음으로 건강증진행위 수행에 영향을 미치는 변수는 주관적 건강지각, 타인의존적 통제위, 내적 통제위 순이었으며, 이를 다 첨가하였을 때 설명력이 29.22%였다. 이러한 결과는 많은 건강관련행위에 관한 연구결과와 유사하다.

Duffy(1988)는 우연통제위, 자아존중감, 현재의 건강상태, 건강에 대한 관심, 학력, 내적통제위가 건강증진행위의 25%를 설명한다고 보고하였고, Pender 등(1990)은 지각된 개인적 유능성, 건강의 정의, 지각된 건강상태, 건강통제위가 건강증진행위의 31%를 설명한다고 보고하였다.

산업장 근로자를 대상으로 한 윤(1990)의 연구에서는 자아개념, 근무시간, 학력이 전체 건강증진행위의 18.7%를 설명하는 것으로 나타났고, 국민학생을 대상으로 한 강(1992)의 연구에서는 건강지식, 지각된 건강상태, 성별, 건강에 대한 중요성 인식이 건강증진행위의 27.6%를 설명하는 것으로 나타났다. 또한 일반성인을 대상으로 연구한 박(1995)은 자아존중감이 건강증진 생활양식에 가장 큰 영향을 주는 변수로서 16.9%의 설명력을 가졌고, 연령, 내적통제위, 성별, 지각된 건강상태, 타인의존적 통제위, 종교, 직업 및 결혼상태를 다 포함시키면 건강증진생활양식의 30.3%를 설명한다고 보고하였다.

그러나 연구에 따라서 조사된 변수가 일치하지 않고

다양함에 따라 분석에 있어서 상당한 제한점이 다르므로 향후 관련성이 있는 모든 변수를 조사하여 그 관계를 검증해 보는 것이 필요하다고 사료된다.

대부분의 연구에서 자아존중감이 건강행위 증진행위를 가장 많이 설명하는 변수로 나타났으므로, 향후 건강증진행위를 증가시키기 위해 건강교육을 실시할 때 그 효과를 높이기 위해 자아존중감을 증진시키는 프로그램을 동시에 실시하면 더욱 좋을 것이다.

V. 결론 및 제언

본 연구는 건강교육이 대학생의 건강증진행위 수행정도를 높일 수 있는지를 확인하고, 건강증진행위수행에 영향을 미치는 주요변수를 규명하기 위해 시도되었다.

연구설계는 비동등 대조군 사후조사의 유사실험연구이며, 전체 연구기간은 1995 3월 1일부터 7월 2일까지였으며, T시에 소재해 있는 K대학교 남여학생 230명을 대상으로 하였다.

실험군은 매주 3시간씩 한 학기동안 간호대학에서 개발한 '생활과 건강'교과목을 수강한 학생 120명이며, 대조군은 실험군과 같은 학년, 학과, 성별인 학생을 짝짓기 표출법으로 선정한 학생 120명이었는데, 최종 대상자는 실험군 114명, 대조군 116명이었다.

사후조사시 사용된 질문지는 일반적 특성, 주관적 건강지각, 자아존중감, 건강증진행위 및 건강통제위를 측정하는 내용으로 하였으며, 연구결과는 다음과 같다.

대상자의 건강증진행위 수행정도는 문항평균점수가 2.52점으로 비교적 낮은 수행정도를 보였으며, 하위개념별로는 '조화로운 관계'의 수행정도가 가장 높았고, 다음으로 '위생적 생활', '자아실현', '휴식 및 수면', '정서적 지지'순이었으며, 수행정도가 가장 낮은 영역은 '전문적 건강관리'영역이었다.

가설검정에서 제 1가설 "건강교육을 받은 대학생은 건강교육을 받지 않은 대학생보다 건강증진행위 점수가 높을 것이다"는 지지되었다. 실험군의 평균은 2.60, 대조군의 평균은 2.45로 통계적으로 유의한 차이가 있었다($t=11.30, P=0.009$).

제2가설 '건강교육을 받은 대학생은 건강교육을 받지 않은 대학생보다 주관적 건강지각 점수가 높을 것이다'는 기각되었다. 즉 건강교육 시행후 주관적 건강지각점수는 양군간에 유의한 차이가 없었다($t=1.13 P=0.289$).

건강증진행위 수행정도 및 제변수들간의 상관관계를

검정한 결과 정적상관관계가 있는 변수로는 자아존중감, 건강통제위, 학년이었으며, 부적 상관관계가 있는 변수는 주관적 건강지각이었다.

건강증진행위 수행에 영향을 미치는 주요 변수를 분석한 결과, 가장 큰 영향을 주는 변수는 자아존중감으로 19.8%의 설명력을 가졌으며, 다음으로 주관적 건강지각, 타인의존적 통제위, 내적 통제위를 포함시키면 건강증진행위의 29.2%의 설명력을 나타내었다.

이상의 연구결과를 토대로 다음과 같은 제언을 하고자 한다.

1. 가설검정효과를 높이기 위해 사전-사후조사 설계로 반복연구를 해 볼 필요가 있다.
2. 건강교육의 방법, 기간, 내용을 분석하여 건강증진행위의 수행정도를 더 높일 수 있는 프로그램의 개발이 필요하다.
3. 건강교육이 건강증진행위외에 긍정적인 영향을 미칠 수 있는 다른 변수가 있는지를 규명하는 연구가 이루어져야 할 것이다.
4. 간호대학이나 간호학과에서 전체 대학생의 건강증진과 생활속의 실제적인 건강관리를 위해 건강교육과목을 다양하게 개발하여 실시할 필요가 있다. 이를 통하여 전체 대학 자원에서 보면 학생들에게 실생활에서 꼭 필요한 교양과목을 개설하고 간호대학 교수 자원을 활용하는 효과가 있다. 한편 간호대학 차원에서 보면 간호학을 전체 대학생들에 알리는 효과와 더불어 국민 건강증진에 선도적으로 참여하여 간호직의 이미지를 개선하는 효과를 거둘 수 있을 것이다.

참 고 문 헌

- 강귀애(1992). 국민학교 6학년 학생들의 건강증진행위에 관련된 요인, 이화여자대학교 교육대 학원, 석사학위논문.
- 기경숙(1985). 중학교 남학생들의 건강관리 실천과 이에 영향을 미치는 요인 조사연구, 대한간호학회지, 15(1), 59-75.
- 김민수, 배도훈, 이철원, 오미경, 윤방부(1991). 대도시 노년층과 청장년층간의 건강증진 생활태도에 관한 비교고찰, 가정의, 12(1), 16-21.
- 김수연(1986). 일 남자고등학교 1. 2학년의 건강행위수행정도와 자아개념에 관한 연구, 연세대학교 대학원 석사학위논문.
- 김영임, 이시백, 정연강, 이규성(1995). 보건교육, 서울

- : 한국방송통신대학 출판부.
- 김일순(1993). 건강증진: 세시대 의료의 새로운 지평, 국제간호학술대회, 3-8.
- 김애경(1995). 건강행위에 대한 한국청년의 주관성 연구, 대한간호, 34(1), 50-54.
- 김애경(1994). 성인의 건강행위에 대한 근거이론적 접근, 간호과학, 6, 32-54.
- 김정희(1985). 예방적 건강행위와 건강통제위 성격 성향과의 관계에 관한 연구, 대한간호학회지, 15(2), 49-61.
- 박노예(1992). 보건교육, 서울: 서문사.
- 박인숙(1995). 건강증진 생활양식에 관한 연구, 대한간호학회지, 22(3), 362-372.
- 변영순, 김희정(1992). 건강증진 개념분석에 관한 연구, 대한간호학회지, 22(3), 362-372.
- 병원신보(1995). 학생-건강증진사업 최우선 대상, 병원신보, 1995년 11월 16일자 6면.
- 오현수(1993). 여성관절염 환자의 건강증진과 삶의 질, 대한간호학회지, 23(4), 617-630.
- 윤진(1990). 산업장 근로자의 건강증진 행위와 그 결정요인에 관한 연구, 예수간호전문대학논문집, 7(1), 73-97.
- 이태화(1990). 건강증진 행위에 영향을 미치는 변인 분석, 연세대학교 대학원 석사학위논문.
- 임선옥, 홍은영(1995). 간호대학생의 건강지각, 강인성 및 자기효능과 건강증진행위와의 관계 연구, 중앙의학, 60(1), 59-70.
- 전춘영(1974). 인상간호사를 위한 실무교육과정으로서의 가족계획, 연세대학교 대학원 석사학위논문.
- 조원정, 장은희(1982). 농촌지역사회 주민의 예방적 건강생활의 실천에 관한 조사연구, 대한간호, 21(4), 47-64.
- 최정숙(1987). 중학교 여학생들의 건강행위에 영향을 미치는 변인분석, 대한간호, 26(1), 63-75.
- Brubaker, B.(1983). Health Stability and change: A Study of urban black youth, American Journal of Public Health, 70, 504-513.
- Christine, L. P.(1991). Determinants of health-promotive behavior, Nursing Clinics of North America, 26(4), 815-833.
- Clark, J. M., Haverty, S. & Kendall, S.(1990). Helping People to stop smoking: a study of the nurse's role, Journal of Advanced Nursing, 16, 357-363.
- Duffy, M. E.(1988). Determinants of health promotion in midlife women, Nursing Research, 37(6), 358-361.
- Hallall, J. C.(1982). The relationship of health beliefs, health locus of control, and self to the Practice of breast self-examination in adult women, Nursing research, 31(3), 137-140.
- Harris, D. M., Guten, S.(1979). Health-protective behavior: An exploratory Study, Journal of Health Social Behavior, 20, 17-29.
- Henderson, J. B., Hall, S. M., & Lipton, H. L. (1980). Changing Self Destructive Behaviors in Health Psychology, San Fransisco: Jossey-Bass.
- Herold, E. S., Goodwin, M. S. & Lero, D. S.(1979). Self-esteem, loccus of control and adolescent contraception, Journal of Psychology, 101, 83-88.
- Grant, H. P.(1988). Biometric outcomes of a geriatric health promotion programme, Journal of Advanced Nursing, 13, 710-715.
- Jones, M. E., Mondy, L. W.(1990). Prenatal education outcomes for pregnnt adolescents and their infants using trained Volunteers, Journal of Adolescent Health Care, 11, 437-444.
- Kulbok, P. A., Baldwin, J. H.(1992). From Preventive health behavior to health promotion: Advancing a Positive Construct of Health, Advances in Nursing Science, 14(4), 50-64.
- Laffrey, S. C.(1990). An exploration of adult health behaviors, Western Journal of Nursing Research, 12(4), 434-447.
- Mason, J. O., McGinnis, J. M.(1990). "Health People 2000": An Overview of the National Health Promotion and Disease Prevention Objectives, Public Health Reports, 105(5), 441-446.
- McElmurry, B. J., Swider, S. M., Grimes, M. T., Dan, A. J., Irvin, Y. S. & Lourenco, S. V. (1987). Health advocacy for young, low-income, inner-city Women, Advances in Nursing Science, July, 62-75.

Neuman, B.(1982). the Neuman System Model : Application to Nursing Education and Practice, New York : Appleton–Century–Crofts.

O'Donnell, M.(1986). Definition of Health Promotion, American Journal of Health Promotion, 1, 4–5.

Pender, N. J.(1982). Health Promotion in Nursing Practice, New York : Appleton Century–Crofts.

Pender, N. J.(1987). Health Promotion in Nursing Practice. Norwalk, CT : Appleton–Century–Crofts.

Pender, N. J., Walker, S. N., Sechrist, K. R. & Stromborg, M. F.(1990). Predicting health–promoting lifestyles in the workplace, Nursing Research, 39(6), 326–332.

Riffle, k. L., Yoho, J. & Sams, J.(1989). Health–promoting behaviors, perceived social support, and self–reported health of Appalchiam elderly, Public Health Nursing, 6 (4), 204–211.

Smith, M. C.(1990). Nursing's Unique Focus on Health Promotion, Nursing Science Quarterly, 105–106.

Susan, J. W.(1981). Health Education : a Vita process for promoting and mointaining health in chool community population, School Nursing, The C. V. Mosby Company.

Tannahill, A.(1985). “What is health promotion?”, Health Education Journal, 44, 167–168.

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.

Walker, S. N., Volkan, K., Sechrist, K. P. & Pender, N. J.(1988). Health–promoting life styles of older adults : comparisons with young and middle–aged adults, correlates and patterns, Advanced in Nursing Science, 11(1), 76–90.

Weitzel, M. H.(1989). A test of the health promotion model with blue collar warkers, Nursing Research, 38(2), 99–104.

Wilson, R. W., Elinson, J(1981). National survey of personal health practices and consequences background, conceptual :ssues, and selected findings, Public Health Reports, 96, 218–225.

– Abstract –

Key concept : Health education,
Health promoting behavior

The Effect of Health Education on the Performance of Health Promoting Behavior in College Students

*Park, Jeong Sook · Park, Chung Ja
Kwon, Young Sook**

This study has been done for the purpose of testing the effect of health education on the performance of health promoting behavior in college students, and identifying the factors affecting health promoting behaviors.

A Nonequivalent control group posttest research design was used. Two hundred thirty college students at K College in T city were studied, Of them, 114 who attended a systematic health education session for three hours a week during one semester were the experimental group. And 116 college students who were chosen of matched sampling of grade, class and sex were the control group. This study was conducted from March 1 to July 2, 1995.

The instruments used for this study included a survey of general characteristics, perceived health status, self–esteem, health promoting behavior and health locus of control.

Analysis of data was done by use of mean, t–test, Pearson correlation coefficient and multiple regression.

* Keimyung University, College Nursing

The results of this study are summarized as follows :

1) The average item score for the health promoting behavior was low at 2.52.

In the sub-categories, the highest degree of performance was 'harmonious relationships', following 'sanitary life', 'self-esteem', 'rest and sleep', and 'emotional support' and the lowest degree was 'professional health management'.

2) Hypothesis 1 that the college students who get health education will have a higher degree of health promoting behavior than the college students who do not get health education was accepted. There was a statistically significant difference between the average of the experimental group, 2.60, and the average of the control group, 2.45. ($t=11.30, p=0.0009$).

3) Hypothesis 2 that the college students who get health education will have a higher score of perceived health status than college students who do not get the health education was rejected. ($t=1.13, p=0.289$)

4) Performance of health promoting behavior was positively correlated with self-esteem and grade and negatively correlated with perceived health status.

5) The most important factor affecting performance of health promoting behavior was self-esteem.

The following suggestions are made based on the above results :

1) Replication of the research is needed to confirm effects of health education.

2) More effective health education programs need to be developed through by modification of teaching methods and content analysis of health education.

3) Other factors affecting health promoting behavior should be identified.

4) Nursing colleges or departments of nursing should make an effort to develop and carry out various health education programs for the health promotion of all college students.